



นโยบายและงานสำคัญ ปี ๒๕๖๒

โดย นพ.สุเทพ เพชรมาก
ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
เขตสุขภาพที่ 6

PA กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.2562

ปลดกระทรวงสาธารณสุข



RDU
Service



HRH
Transformation
People

- Stroke
- SEPSIS
- TRAUMA



Fast Track
Service


อธิบดีและ
ผู้ตรวจราชการ
กระทรวงสาธารณสุข



Quality Organization
Governance



Primary Care
PP&P/Service
Governance



TB
Service



GREEN & CLEAN
Hospital
PP&P



Financial Management
Governance

- PMQA
- HA

- พชอ.
- PCC
- สผ.สส.ติดตาม



Digital Transformation
Governance



Mother & Child Health
PP&P



ยาเสพติด
Service



เขตสุขภาพ
Governance

นโยบายปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.2562



1.

พัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ



จิตอาสา ทำความดีด้วยหัวใจ

2.



เจ็บป่วย ลุกเดิน

ได้รับการรักษาอย่างทันที่่วงที่

3.



การดูแลผู้สูงอายุ



4.

ประชาชนได้รับความคุ้มครอง
จากสารพิษที่ทำลายสุขภาพ

5.



คนไทยเป็นเจ้าของโรงพยาบาล



6.

ผลักดันระบบหลักประกันของ
ชาวต่างชาติในประเทศไทย



7.

ร่วมมือกับภาคประชาชน
ในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ

8.



ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตโดย
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต
ระดับอำเภอและตำบล



9.

10.



- ใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล
- ควบคุมป้องกันวัณโรค
- เฝ้าระวังโรคระบาด
- คุ้มครองผู้บริโภค
- ควบคุมมาตรฐานห้องปฏิบัติ
- ส่งเสริมแพทย์แผนไทย
- ปฏิรูปกำลังคน และเทคโนโลยีด้านสุขภาพ

สนับสนุน ส่งเสริม สร้างขวัญ กำลังใจ
ให้กับบุคลากรในทุกกระดับ



11.

Primary Care

PP&P
Service
Governance

กระทรวงสาธารณสุข
Ministry of Public Health



เป้าหมาย: พชอ. ที่มีคุณภาพ สามารถพัฒนาคุณภาพชีวิต
ของประชาชนได้อย่างเป็นรูปธรรม



พชอ.

มาตรการสำคัญ



Small Success



Situation

มี พชอ. 878 อำเภอ

KPI

ร้อยละ 60 ของอำเภอมี พชอ.
ที่มีคุณภาพ


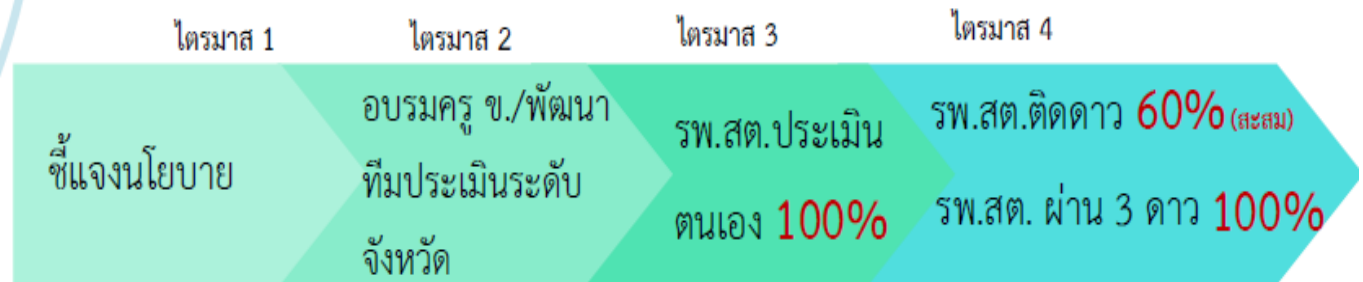
Primary Care

PP&P
Service
Governance

มาตรการสำคัญ



Small Success



รพ.สต. ติดดาว

Situation

รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ 5 ดาว 5 ดี (4,987 แห่ง)

KPI

ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 ดาว 100 % และระดับ 5 ดาวสะสม 60%

Primary Care

PP&P
Service
Governance

กระทรวงสาธารณสุข
Ministry of Public Health



มาตรการสำคัญ



PCC

Situation

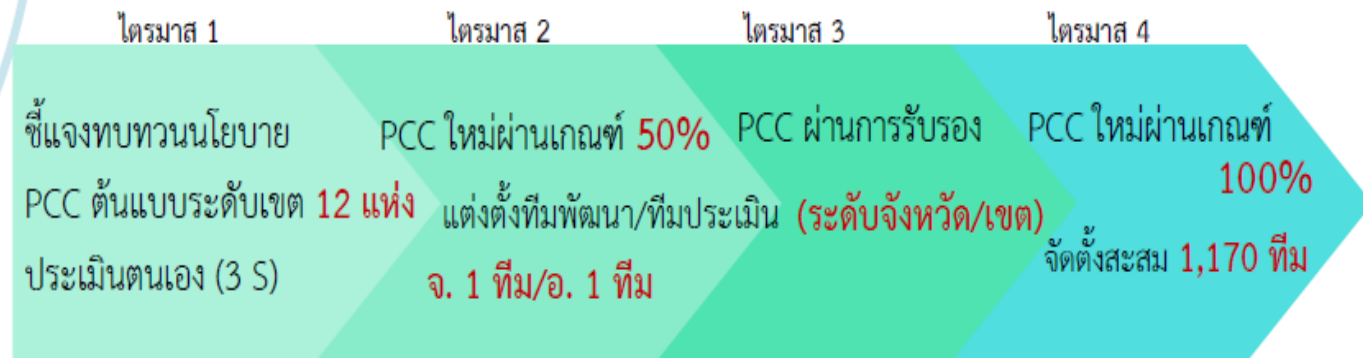
จำนวน 806 ทีม

KPI

จำนวน PCC ที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ ยอดสะสม 1,170 ทีม (จัดตั้งทีมใหม่ 364 ทีม)



Small Success



RDU & AMR

Service



มาตรการสำคัญ



RDU



PLEASE
4 โรคติดเชื้อ
3 กลุ่มเสี่ยง
(CKD ผศ. ตั้งครรภ์)

การกระจายยา
Antibiotic
Steroid
NSAIDs



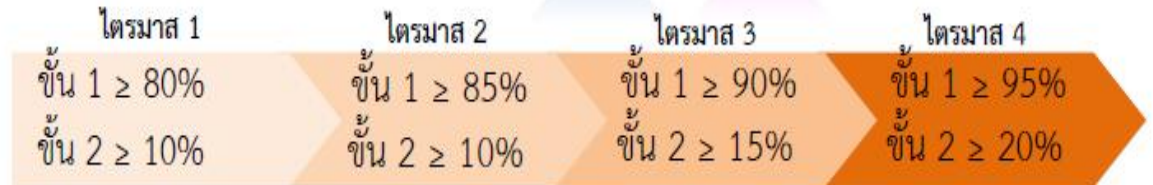
AMR



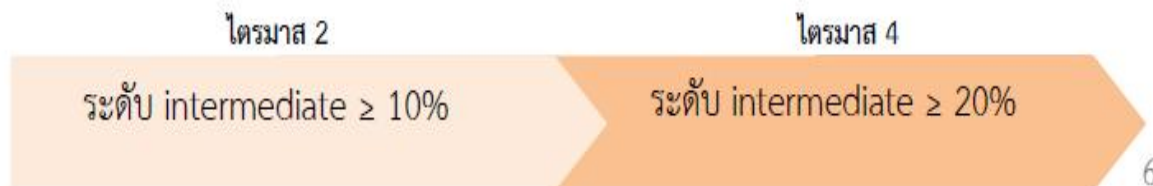
Small Success



RDU



AMR



Situation

ปี 2561

RDU ชั้น 1 95.3%
RDU ชั้น 2 9.5%
AMR 88.9%

KPI

ร้อยละ รพ.ที่ใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล

ร้อยละ รพ.ที่มีระบบ AMR

RDU ชั้น 1 ≥ 95%
RDU ชั้น 2 ≥ 20%
AMR ระดับ intermediate ≥ 20%

RDU

ผลการดำเนินงาน RDU : มาตรการดูแลการใช้ยาในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง



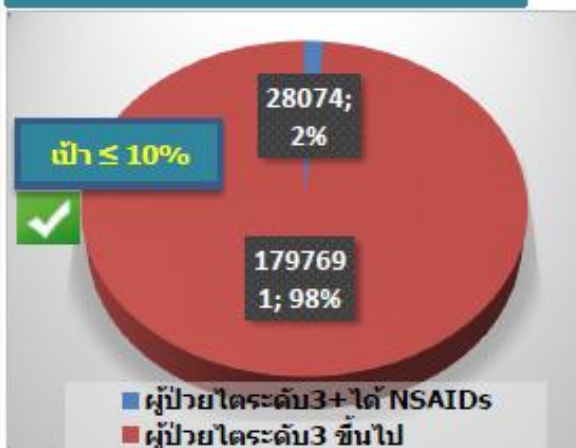
ผู้ป่วยสูงอายุ
 ควรเลี่ยง เช่น **Glibenclamide**
 เสี่ยงต่อ hypoglycemia รุนแรง
 เนื่องจาก half life ยาว



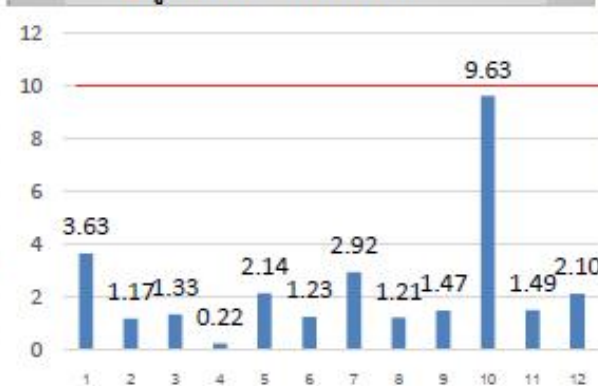
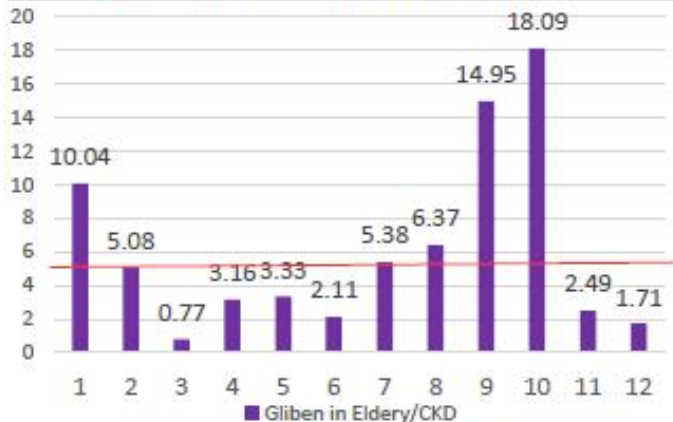
ผู้ป่วยโรคไต
 ควรเลี่ยง เช่น **NSAIDs**
 ทำให้การทำงานของไตลดลง บวม น้ำ



สตรีตั้งครรภ์
 ห้ามใช้ **warfarin/**
statins/ergots เสี่ยงต่อทารก
 พิการ / เสี่ยงต่อแท้ง



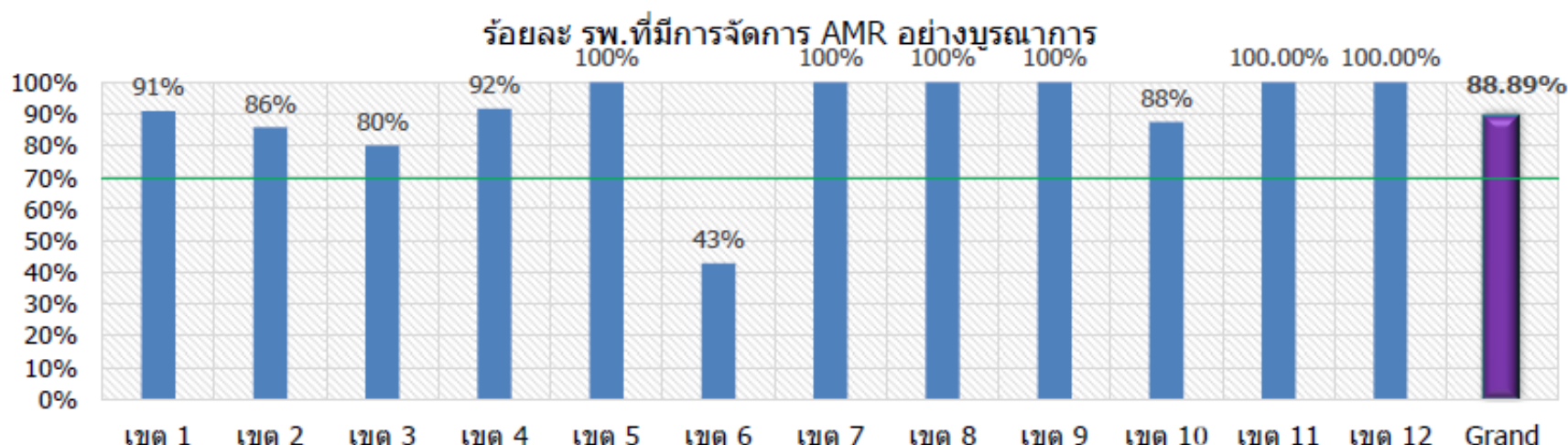
เขต	Hos. level	Risk in Pregnant
2	F2	1
4	F3	1
5	A	1
	S	2
6	F3	1
	A	1
7	F2	3
8	A	1
	S	2
12	S	1



AMR

ร้อยละ รพศ./รพท.ที่มีการจัดการเชื้อดื้อยา (AMR) อย่างบูรณาการ

เป้าหมาย ปี2561 (ให้มีการดำเนินงานขั้นพื้นฐาน)	ผลงาน จำนวน รพ. (ร้อยละ)	ประเมิน
≥ ร้อยละ 70	104 รพ. (88.89 %)	บรรลุเป้าหมาย



ประเด็น
พัฒนา
ปี 2562

1. การจัดทำ Antibioqram ให้ถูกต้องตามมาตรฐาน
2. การจัดการระบบยาเพื่อการควบคุมกำกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างมีประสิทธิภาพ (เน้นกลุ่ม broad-spectrum หรือสงวนสำหรับเชื้อดื้อยา)
3. การเฝ้าระวังการแพร่กระจายและการระบาดของเชื้อดื้อยา
4. การจัดการสารสนเทศเพื่อการวิเคราะห์สภาพปัญหา AMR ของโรงพยาบาล

เป้าหมาย และ กรอบการพัฒนา RDU - AMR Hospital 2560 - 2564

เป้าหมาย 2560 - 2564

- 1 ปริมาณการใช้ Antibiotic ลดลง 20%
- 2 การป่วยจากเชื้อดื้อยา ลดลง 50%
- 3 ลดค่าใช้จ่ายด้านยาที่ไม่เหมาะสม

3 กลยุทธ์ และ 7 มาตรการ

- | | | |
|---|---------------------------------|--|
| 1 | ต้นน้ำ
Drug Supply | ส่งเสริมให้มีแหล่งผลิต/จำหน่าย และ การนำเข้า/คัดเลือกยาที่มีคุณภาพ |
| 2 | กลางน้ำ
Prescribe & Dispense | ส่งเสริมการสั่ง ใช้อย่างสมเหตุสมผล |
| 3 | ปลายน้ำ
Drug Use | ส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุสมผล |

กิจกรรม ปี 2560 -2562

RDU ขั้นที่ 1 ปี 2560

พัฒนาระบบพื้นฐาน
ที่จำเป็นต่อการขับเคลื่อน RDU

ขั้นที่ 1

1. มีคณะกรรมการดำเนินงาน
2. มีระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้อง
3. มีมาตรการต้าน AMR
4. % ED = 75 - 90%
5. PTC ระดับ 3
6. รายการยาที่ควรตัดออก <= 1 รายการ
7. จัดทำคลังยา 13 กลุ่มยา
8. Ethics ระดับ 3
9. ร้อยละ 40 ของ รพ. สต. ใน คปสอ. ใช้ Antibiotic ใน RI และ AD น้อยกว่า 20%

RDU ขั้นที่ 2 ปี 2561- 2562

1. ลดการใช้ยาปฏิชีวนะ
โดยไม่จำเป็น

1. โรคทางเดินหายใจส่วนบน (RI)
2. โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (AD)
3. แผลสดอุบัติเหตุ (FTW)
4. คลอดปกติครบกำหนดคลอด (APL)

2. ดูแลการใช้ยาในผู้ป่วย
กลุ่มเสี่ยง

1. ผู้ป่วย NCD สูงอายุ
2. ผู้ป่วยโรคไต
3. สตรีตั้งครรภ์

Integrated AMR Management

Lab
Detection
& AMR Alert



- Warning AMR
- จัดทำ Antibiogram

Antimicrobial
Stewardship



ควบคุมการใช้ยา
Carbapenem,
Colistin, BLBI

Infection
Prevention
& Control



ลดติดเชื้อใน รพ.
เฝ้าระวังการ
แพร่กระจาย AMR

RDU

มาตรการสำคัญ ปี 2562

AMR

ร้อยละของรพ.ที่มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
ขั้นที่ 2 \geq ร้อยละ 20

ร้อยละของรพ.มีการจัดการ AMR
ระดับ intermediate \geq ร้อยละ 20

1. ลดการใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็น
ในโรงพยาบาล และ รพ.สต.



2. ดูแลการใช้ยาในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

- ผู้ป่วย DM ที่ สูงอายุ
- ผู้ป่วยโรคไต
- สตรีตั้งครรภ์



บูรณาการ การจัดการ AMR ในโรงพยาบาล



Lab Detection
& AMR Alert

Antimicrobial
Stewardship

Infection
Control



- Warning AMR
- จัดทำ
Antibiogram



ควบคุมการใช้ยา
Carbapenem,
Colistin, BLBI



- ลดการติดเชื้อ
ใน รพ.
- ฝ้าระวังการ
แพร่กระจาย AMR

เพิ่มความปลอดภัยด้านยา

หยุดสร้าง
เชื้อดื้อยา

ลดป่วยจาก
เชื้อดื้อยา

ลดค่าใช้จ่ายสุขภาพ

TB

Service



Situation

ปี 2561

Success rate 83.9%

ตายระหว่างรักษา 8.7%

ณ 17 กันยายน 2561

KPI

Success rate $\geq 85\%$

มาตรการสำคัญ



ลดตาย



ลด
ขาดยา



คุณภาพ
ระบบติดตาม

Small Success

ไตรมาส 1

ไตรมาส 2-3

ไตรมาส 4

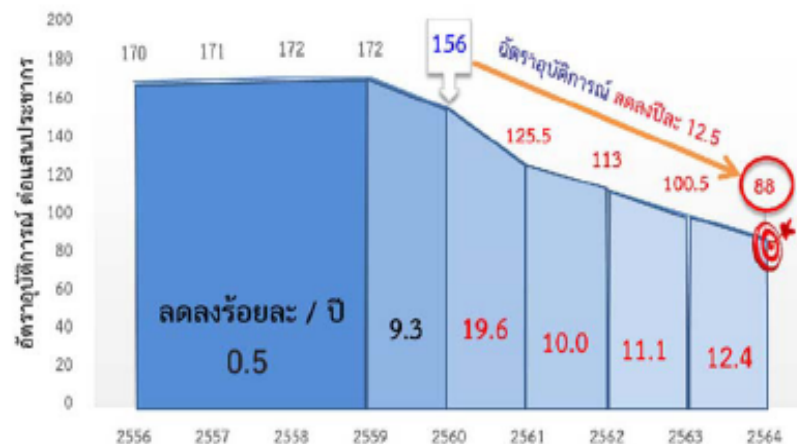
Situation analysis
/Planning

กำกับติดตาม
การดำเนินงาน

อัตราการเสียชีวิต $\leq 5\%$
ผู้ป่วยขาดยา 0%
ความครอบคลุม $\geq 82.5\%$

Success rate
 $\geq 85\%$

สถานการณ์วัณโรคของประเทศไทย



เป้าหมายและความท้าทาย



อุบัติการณ์วัณโรค

10 ต่อแสนประชากร
ปี 2578



ความครอบคลุมของการค้นพบ
และขั้นตอนการรักษา

≥ ร้อยละ 82.5
ปี 2562



อัตราความสำเร็จของการรักษา
ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

≥ ร้อยละ 85
ปี 2562

- ❖ ความครอบคลุมของการค้นพบและขั้นตอนการรักษาต่ำกว่าเป้าหมาย (ปี 2561 = ร้อยละ 71.6)
- ❖ อัตราความสำเร็จการรักษายังต่ำกว่าเป้าหมาย (ปี 2560 = ร้อยละ 82.64*)
- ❖ อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคสูง (ปี 2560 = ร้อยละ 8.11*)

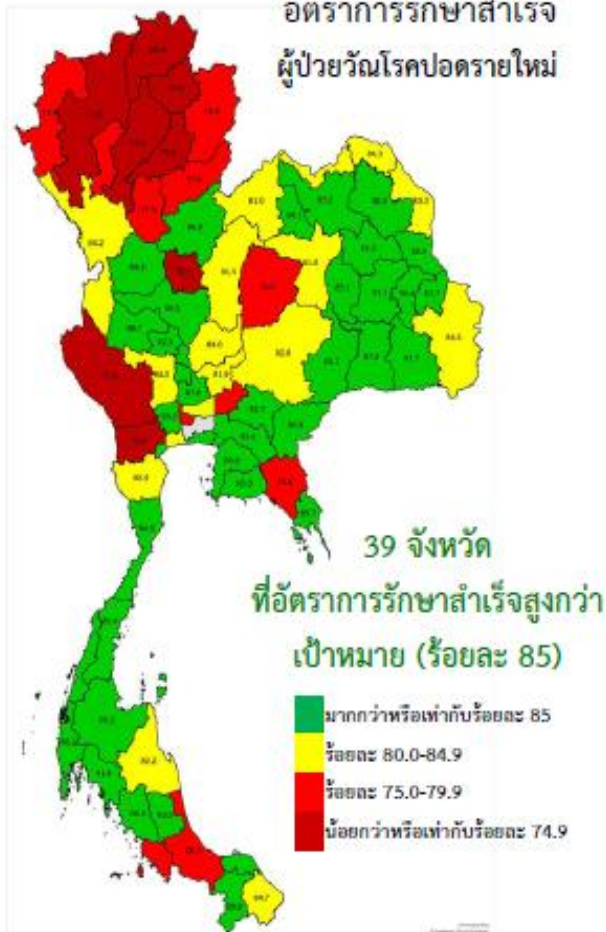
* ข้อมูล cohort 1-3/61 ณ วันที่ 17 กันยายน 2561 เวลา 08.30 น. ที่มา <http://www.tbcmthailand.net>

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดในปี 2561

การค้นพบและขึ้นทะเบียนรักษา



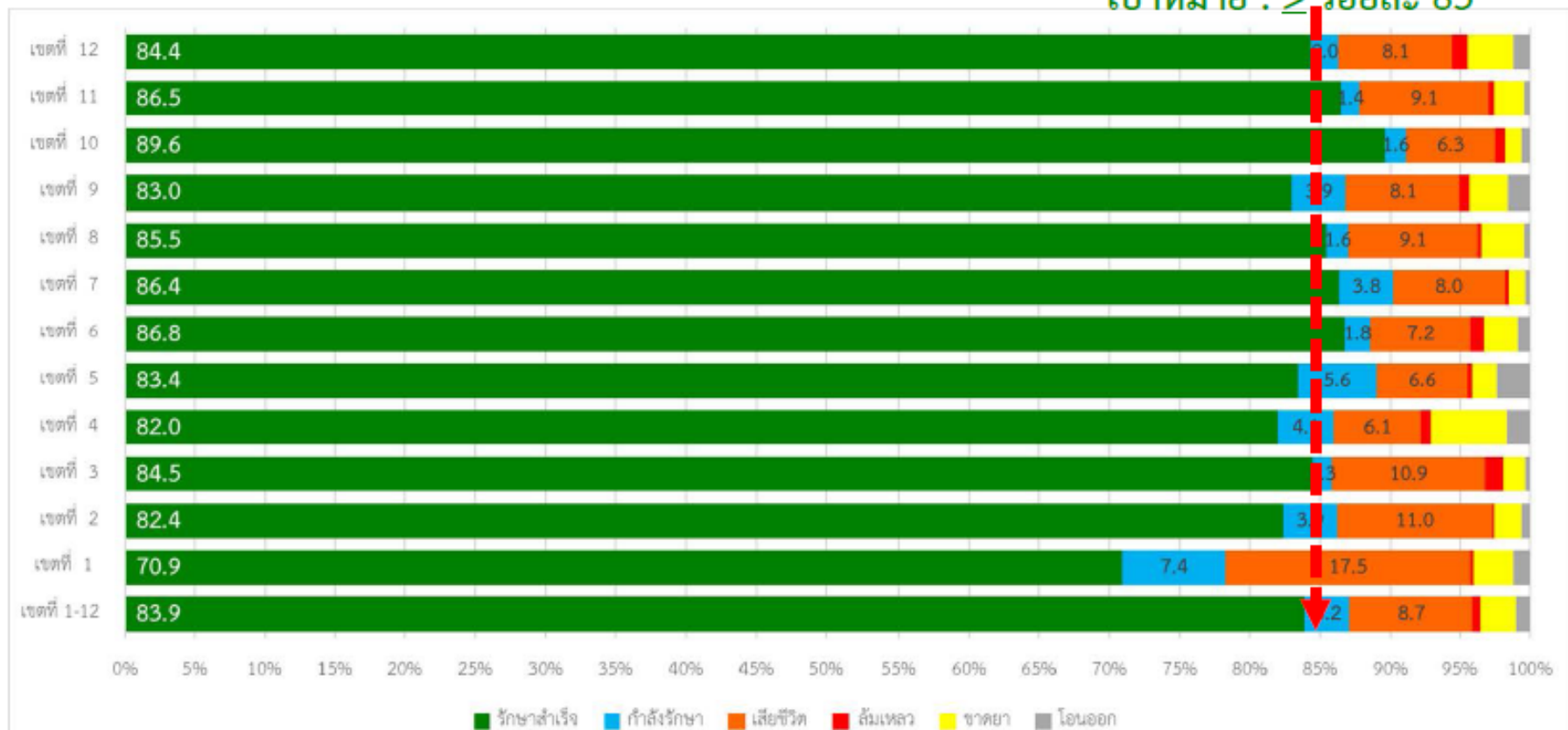
อัตราการรักษาสำเร็จ
ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่



อัตราเสียชีวิต
ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่



*เสียชีวิตที่ไม่เกี่ยวข้องกับโรคประมาณ ร้อยละ 5

เป้าหมาย : \geq ร้อยละ 85

ณ วันที่ 17 กันยายน 2561 เวลา 15.30 น.

- คัดกรองกลุ่มเสี่ยงให้ครอบคลุม
- ดูแลผู้ป่วยแบบมีพี่เลี้ยง (DOT)
- เผื่อระวังผู้ป่วยที่มีโรคร่วม
- ระบบ TBCM ให้หน่วยงานทุกระดับเข้าถึงและติดตามข้อมูลได้



มาตรการ เพื่อการบรรลุเป้าหมาย

- กลไก **case management team** กำกับติดตามรักษา
- ดูแลรักษาผู้ป่วยด้วย **DOT** ทุกราย
- ใช้โปรแกรม **TBCM** ในการกำกับติดตามและส่งต่อผู้ป่วย



- คัดกรองและตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีที่รวดเร็ว
- **Active case finding** ในโรงพยาบาล เน้นกลุ่มที่มีโรคร่วม ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ และติดเชื้อ HIV
- ตรวจสอบทดสอบความไวต่อยาทุกรายเพื่อค้นหา RR/MDR-TB
- ดูแลรักษาตามมาตรฐานของแนวทาง WHO

- คัดกรองเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยง :
Contact case, TB/HIV, HCW, Migrant, Prisoners, Uncontrolled DM
HbA1c > 7, Elderly with morbidity
- เร่งรัดการค้นพบและขึ้นทะเบียนในสถานพยาบาลในและนอกสังกัด สธ.
- พัฒนาคุณภาพและความครอบคลุมของการเอกซเรย์และตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- กลไก พรบ.โรคติดต่อ พ.ศ.2558 กำกับติดตามการขึ้นทะเบียน

Quick win

monitoring and supervision



3 เดือน

6 เดือน

9 เดือน

12 เดือน

จัดตั้งกลไกการกำกับ
การกี่ยวและติดตาม
รักษาอย่างต่อเนื่อง

ทุกจังหวัด
จัดประชุมชี้แจงแนวทาง
การจัดตั้ง case
management team

จังหวัดที่มีอัตรารักษาสำเร็จ
ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ *
ในปี 2561 \leq ร้อยละ 74.9
จัดตั้ง case management
team ทุกจังหวัด

จังหวัดที่มีอัตรารักษาสำเร็จ
ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ *
ในปี 2561 \leq ร้อยละ 84.9
จัดตั้ง case management
team ทุกจังหวัด

ทุกจังหวัด
จัดตั้ง case management
team ทุกจังหวัด

บริหารจัดการและ
ตรวจทดสอบความไว
ต่อยา (DST) เพื่อ
ค้นหา RR/MDR-TB

ร้อยละ 50 ของผู้ป่วย
Re-On-Pre ได้ตรวจ DST
ทุกเขตสุขภาพมีการตั้ง คกก.
ผช.วัณโรคคีย์าระดับเขต

ร้อยละ 60 ของผู้ป่วย
Re-On-Pre* ได้ตรวจ DST

ร้อยละ 70 ของผู้ป่วย
Re-On-Pre* ได้ตรวจ DST

\geq ร้อยละ 80 ของผู้ป่วย
Re-On-Pre* ได้ตรวจ DST

* Re-treatment, On-treatment, Pre-treatment

กำกับติดตามและ
ประเมินผลการรักษา
ด้วยระบบข้อมูล
TBCM online

ร้อยละ 20
ของ รพ.นอกสังกัด สธ.
บันทึกและรายงานข้อมูล
โปรแกรม TBCM

ร้อยละ 30
ของ รพ.นอกสังกัด สธ.
บันทึกและรายงานข้อมูล
โปรแกรม TBCM

ร้อยละ 40
ของ รพ.นอกสังกัด สธ.
บันทึกและรายงานข้อมูล
โปรแกรม TBCM

\geq ร้อยละ 50
ของ รพ.นอกสังกัด สธ.
บันทึกและรายงานข้อมูล
โปรแกรม TBCM

Mother & Child Health

PP&P



มาตรการสำคัญ



Situation

ปี 2561
การตายมารดาไทย 17.1 ต่อแสน
การเกิดมีชีพ
เด็ก 0-5ปี พัฒนาการสมวัย 95.97%
19 ก.ย. 61

KPI

อัตราการตายมารดาไทย ≤ 17 ต่อแสน
การเกิดมีชีพ
ระดับความสำเร็จของพัฒนาการ
เด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน



สร้างกระบวนการ
พัฒนา

มหัศจรรย์ 1,000วัน
Provincial Network
ฐานข้อมูลระดับชาติ

Small Success

ไตรมาส 1

ไตรมาส 2

ไตรมาส 3

ไตรมาส 4

ทำฐานข้อมูล

ส่งเสริมแม่และเด็ก

รพ.พัฒนาและประเมิน
ตามมาตรฐาน 80%

คัดกรอง 90%
พบเด็กล่าช้า 20%
ส่งต่อ 80%
TEDA4I 50%

อัตราการตายมารดาไทย < 17 ต่อแสน
การเกิดมีชีพ
ฝากครรภ์คุณภาพ 75%
คัดกรอง 90%
พบเด็กล่าช้า 20%
ส่งต่อ 80%
TEDA4I 60%



บูรณาการ
ความร่วมมือ

สื่อสารสาธารณะ
แลกเปลี่ยน Best practice
กำกับติดตามทุกระดับ



พัฒนาสุขภาพ
แม่และเด็ก

Prenatal Diagnosis
เลี้ยงลูกด้วยนมแม่
คัดกรอง/ติดตาม
เด็กพัฒนาการล่าช้า

Mother & Child Health



เปรียบเทียบอัตราการตายมารดา รายเขต ปี 2558 – 2561 ในช่วงเวลาเดียวกัน
ตุลาคม - มิถุนายน

ค่าเป้าหมายไม่เกิน 20 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย



	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	ภาพรวม
2558	32.7	34.2	33.8	11.3	10.7	10.0	21.4	28.4	16.6	35.4	15.6	42.8	24.2
2559	44.4	18.2	22.1	17.2	19.2	6.0	26.1	17.5	22.1	12.9	27.6	45.3	24.3
2560	42.9	23.1	37.0	29.8	5.1	15.9	11.2	16.4	3.1	9.6	32.2	34.4	20.5
2561	5.0	12.0	12.8	19.3	11.7	11.7	17.8	22.5	14.6	12.0	14.3	43.0	17.10

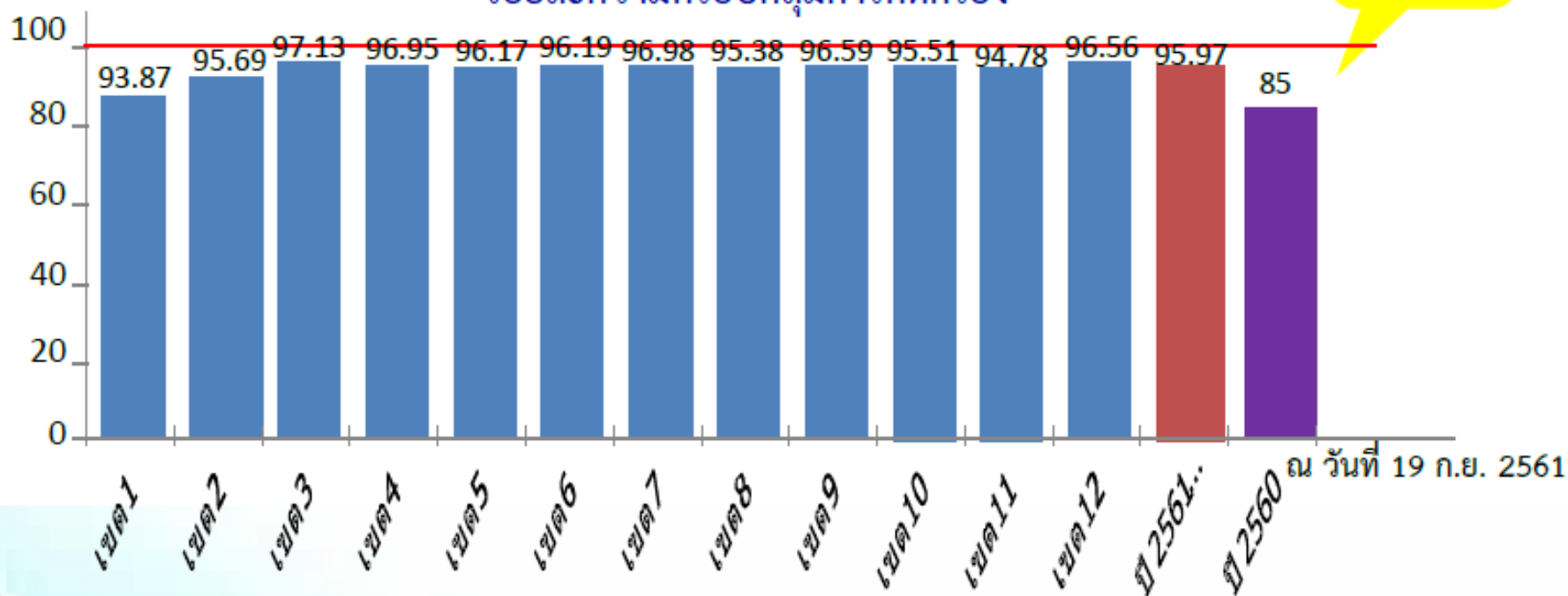
สาเหตุ : PPH & PIH ยังสูง

- เน้น ANC คุณภาพ
- เป็น KPI หลักของ รพ.ทุกระดับ
- พัฒนาระบบ PNC MCH ให้ครอบคลุม
- พัฒนาระบบรายงานแม่ตายให้เป็น National Data



เด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย

ต.ค. 60 - มิ.ย. 61 เด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน
ร้อยละความครอบคลุมการคัดกรอง



เป้าหมาย
ร้อยละ 90

- ประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาชาวบ้าน
- พัฒนาระบบและบริการให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่น

GREEN & CLEAN Hospital

PP&P

- กรมอ. วิทยาลัย สบส. คร.
- สสอป.
- กบรส.

กระทรวงสาธารณสุข
Ministry of Public Health



มาตรการสำคัญ

สร้างกระบวนการ
พัฒนา

- ประเมินตนเอง
- วางแผนปฏิบัติการ
- ดำเนินการตามแผน
- จัดทำฐานข้อมูล
- สุ่มประเมิน

บูรณาการ
ความร่วมมือ

พัฒนาระบบ
ให้ยั่งยืน

- วิเคราะห์การดำเนินงาน
- การแลกเปลี่ยนเรียนรู้
- เชื่อมโยงเครือข่าย

Small Success

Situation

ปี 2561

รพ.สังกัด ก.สร. ผ่านเกณฑ์

ระดับพื้นฐานขึ้นไป 99.9%

ระดับดีขึ้นไป 79.23%

ระดับดีมาก 37.4%

29 ส.ค. 61

KPI

รพ.ผ่านเกณฑ์ ระดับดีมากขึ้นไป

40% ,ระดับดีมากplus

อย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง



รพ.ผ่านเกณฑ์

GREEN&CLEAN

ไตรมาส 1

ประเมิน
Re-accreditation

ไตรมาส 2

ระดับพื้นฐานขึ้นไป 100%
ระดับดีขึ้นไป 80%

ไตรมาส 3

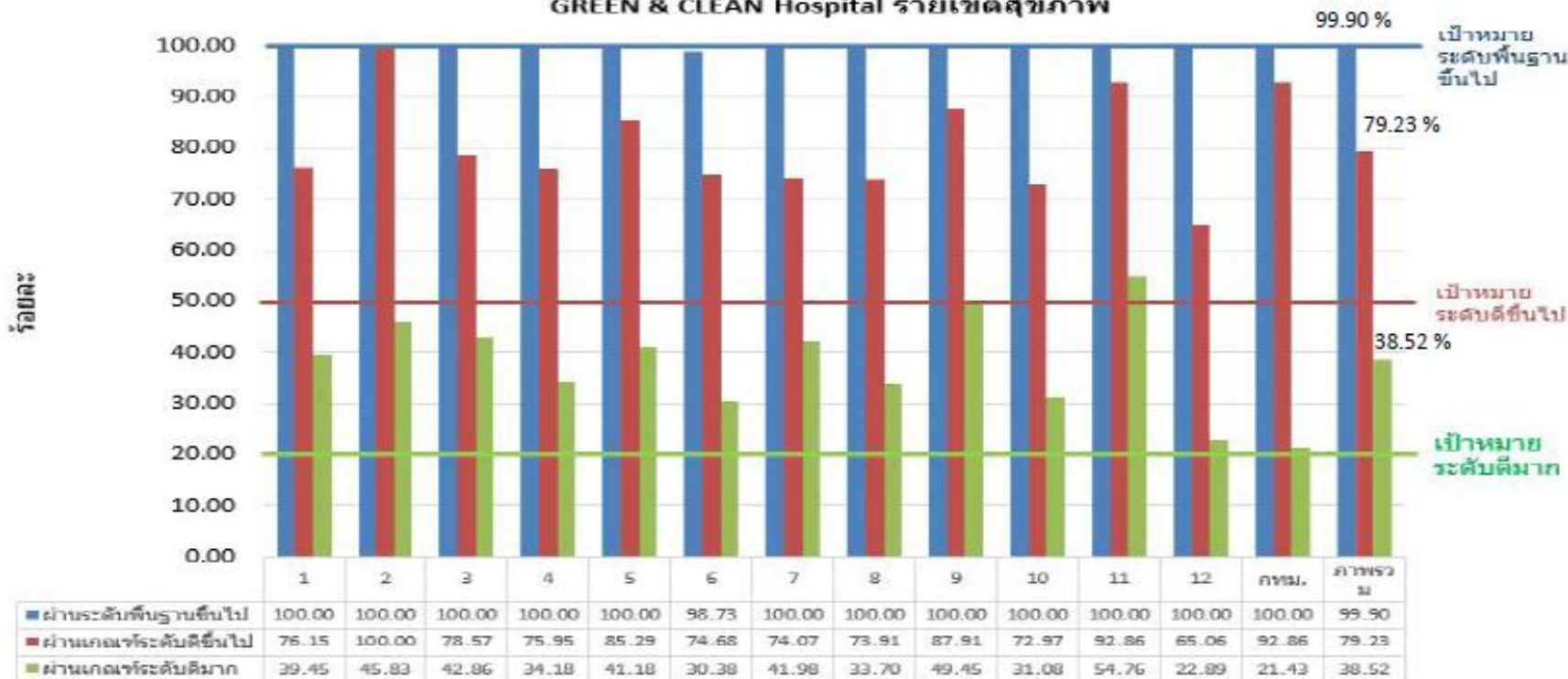
ระดับดีขึ้นไป
85%

ไตรมาส 4

ระดับดีมากขึ้นไป 40%
ระดับดีมากplus 1 แห่ง
จังหวัดละ



แผนภูมิแสดงร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital รายเขตสุขภาพ



ข้อมูล ณ 28 สิงหาคม 2561

- พัฒนา รพ.ระดับพื้นฐานให้ได้ 100%
- พัฒนายกระดับ รพ.เป็น ระดับดี และดีมาก
- รพ.ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากอย่างน้อย 1 แห่ง/จังหวัด
- พัฒนาการกำจัดขยะติดเชื้อ ระบบบำบัดน้ำเสีย ส้วม และอาหารปลอดภัย
- ควรมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาในพื้นที่

Fast Track



มาตรการสำคัญ

Service

Acute intermediate care



Standard Stroke Center Certification

เครือข่าย (Network)



รับรองมาตรฐาน (Standard Certification)

พัฒนาบุคลากร (Human Resource Development)

พัฒนามาตรฐาน (Standard Development)

ระบบข้อมูล (Information System)

Stroke alert

Stroke awareness

Stroke care map

Small Success

ไตรมาส 1

ไตรมาส 2



จัดอบรม (Training)

Stroke Basic course

Stroke Advance course, Management



จัดอบรม (Training)

ไตรมาส 1

ไตรมาส 2

%SU ≥ 35%, %DTN, ≥ 40%, %DTOR ≥ 50%

%SU ≥ 40%, %DTN, ≥ 50%, %DTOR ≥ 60%



อัตราการตาย (Mortality rate)

ไตรมาส 3-4

โรคหลอดเลือดสมองแตก < 25% ,หลอดเลือดสมอง < 7% ,หลอดเลือดสมองตีบ < 5%



ไตรมาส 1

Care map



ไตรมาส 2

ตรวจเยี่ยม SSCC



Stroke

Situation

อัตราการตายหลอดเลือดสมอง 8.2%

อัตราการตายหลอดเลือดสมองแตก 22.4%

ทุกจังหวัดมี Stroke fast track

KPI

Door to needle ≥ 50%

Door to operation room ≥ 60%

Fast Track



Service

Best practice Model

Handbook

มาตรการสำคัญ

Health
Workforce

พัฒนาความรู้
สู่ ปชช.

Service
Delivery

IT

SEPSIS Fast Track

SEPSIS Registry

Small Success



ไตรมาส 1-4



Situation

ผู้ป่วยเสียชีวิต 19,876/ 57,035 ราย
อัตราป่วยตายจากsepsis/
sepsis shock 34.9%

KPI

อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแส
เลือดชนิด community-
acquired sepsis < 30%

- ✓ อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis < 30%
- ✓ อัตราตายผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ 2-3) ภายใน 3 ชม. \geq 30%

Fast Track

Service



TRAUMA

Situation

RTI 18.4 ต่อแสนประชากร

KPI

อัตราการตายของผู้ป่วยฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชม. ใน รพ. A,S,M1 < 12%

มาตรการสำคัญ

ER คุณภาพ

ประเมิน ECS/TEA unit
ลดภาวะแออัด

พัฒนาบุคลากร

เพิ่ม EP

การป้องกัน

DHS-RTI
ระดับอำเภอ

บูรณาการ

IS/PHER/ITEMS/HIS

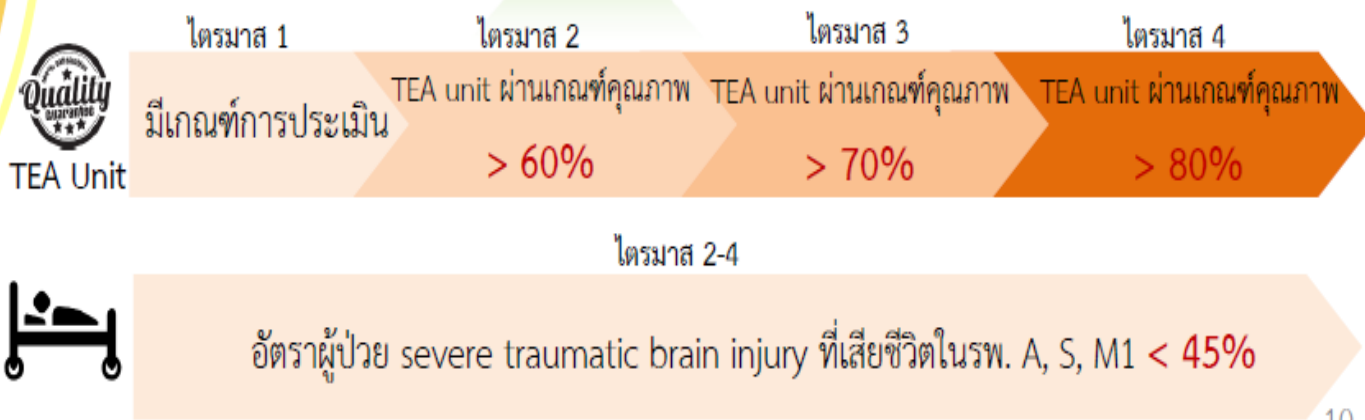
ระบบข้อมูล

การจัดการ

สาธารณสุข

Hospital Safety index
แผนสาธารณสุข

Small Success



เป้าหมาย: ลดอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน

3 สาเหตุสำคัญ



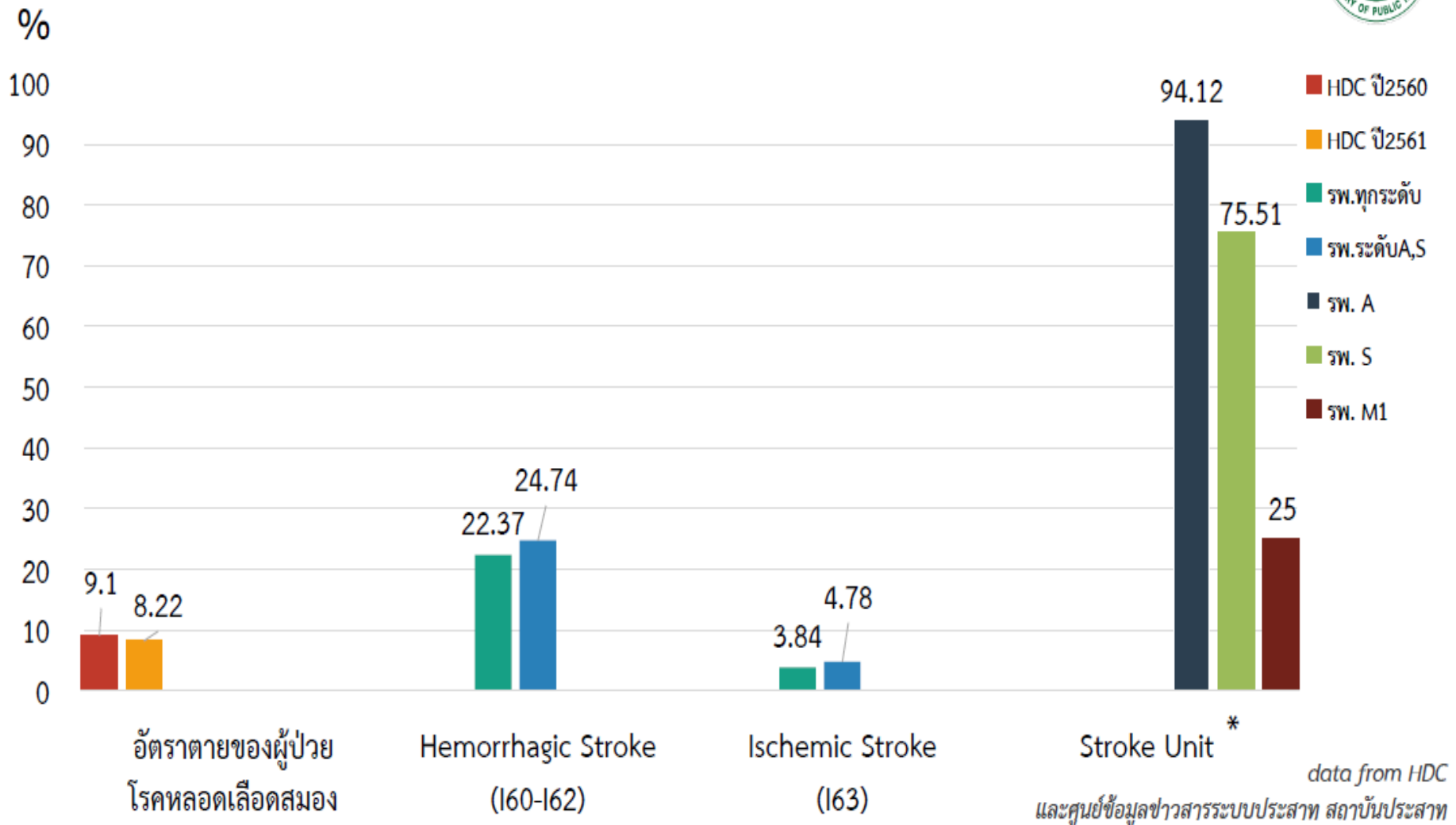
ปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วย (FAST TRACK) จาก 3 สาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญ ให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรักษาที่เหมาะสมได้ในเวลาที่เป็น Golden period



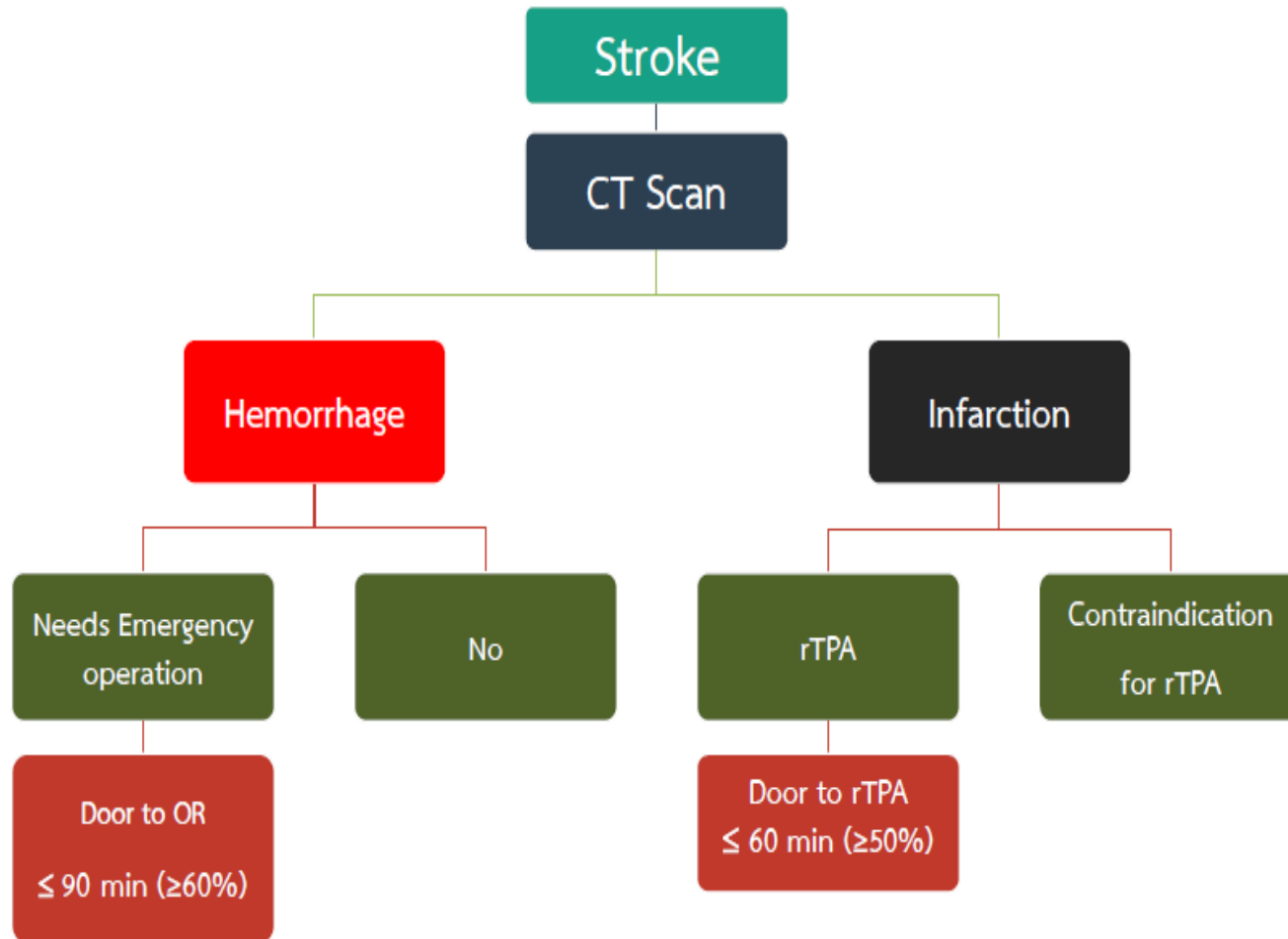
- <7 % อัตราตาย STROKE
- <30 % อัตราตาย SEPSIS
- <12 % อัตราตาย TRAUMA



Stroke



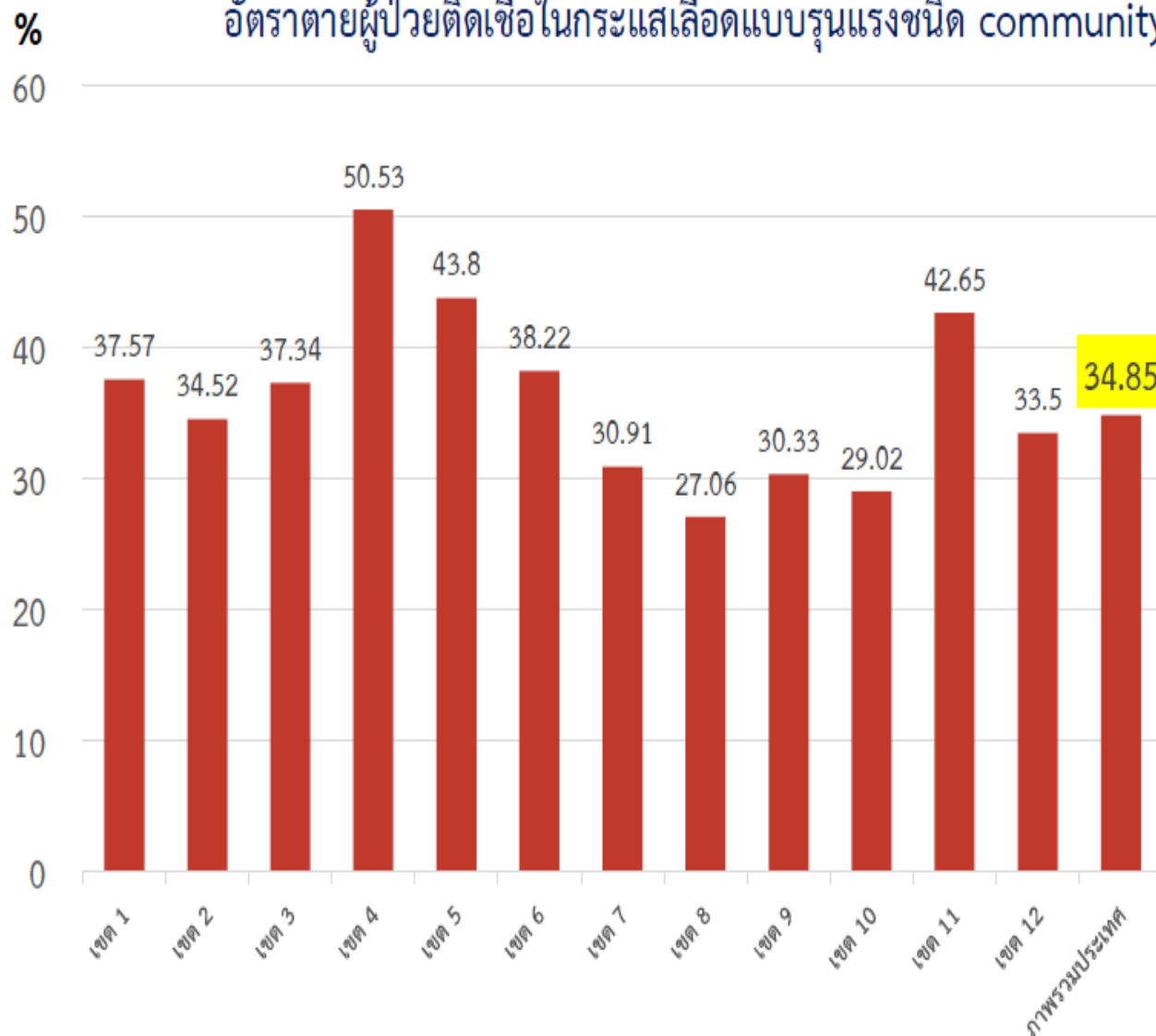
Stroke Fast Track : Work Flow





Sepsis

อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired < 30%



จำนวนผู้ป่วย Sepsis
เสียชีวิต 19,876/57,035 ราย

อัตราป่วยตายจาก
Sepsis/Septic shock = 34.85%

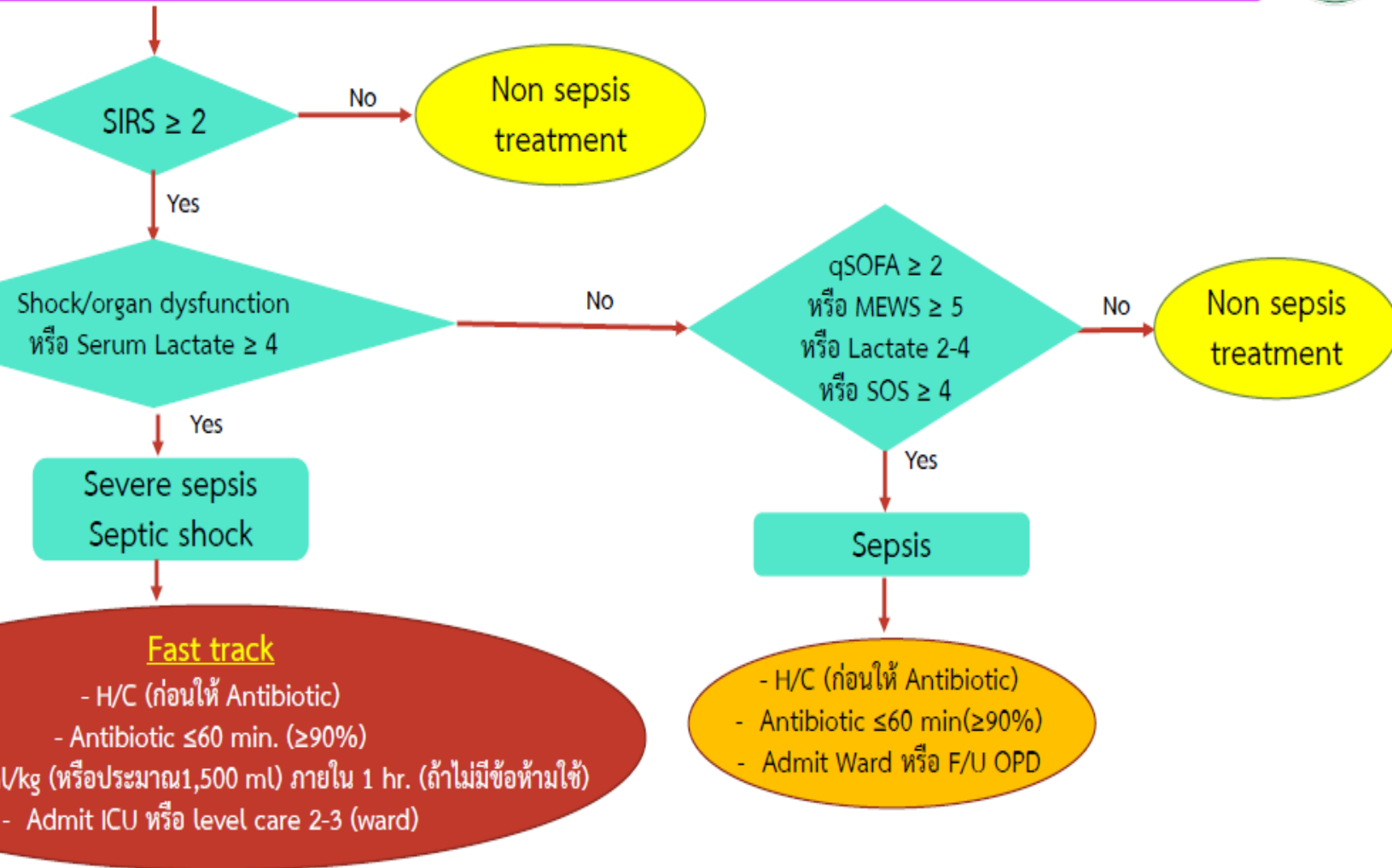
Data from HDC 3/8/61



Sepsis Fast Track : Work Flow

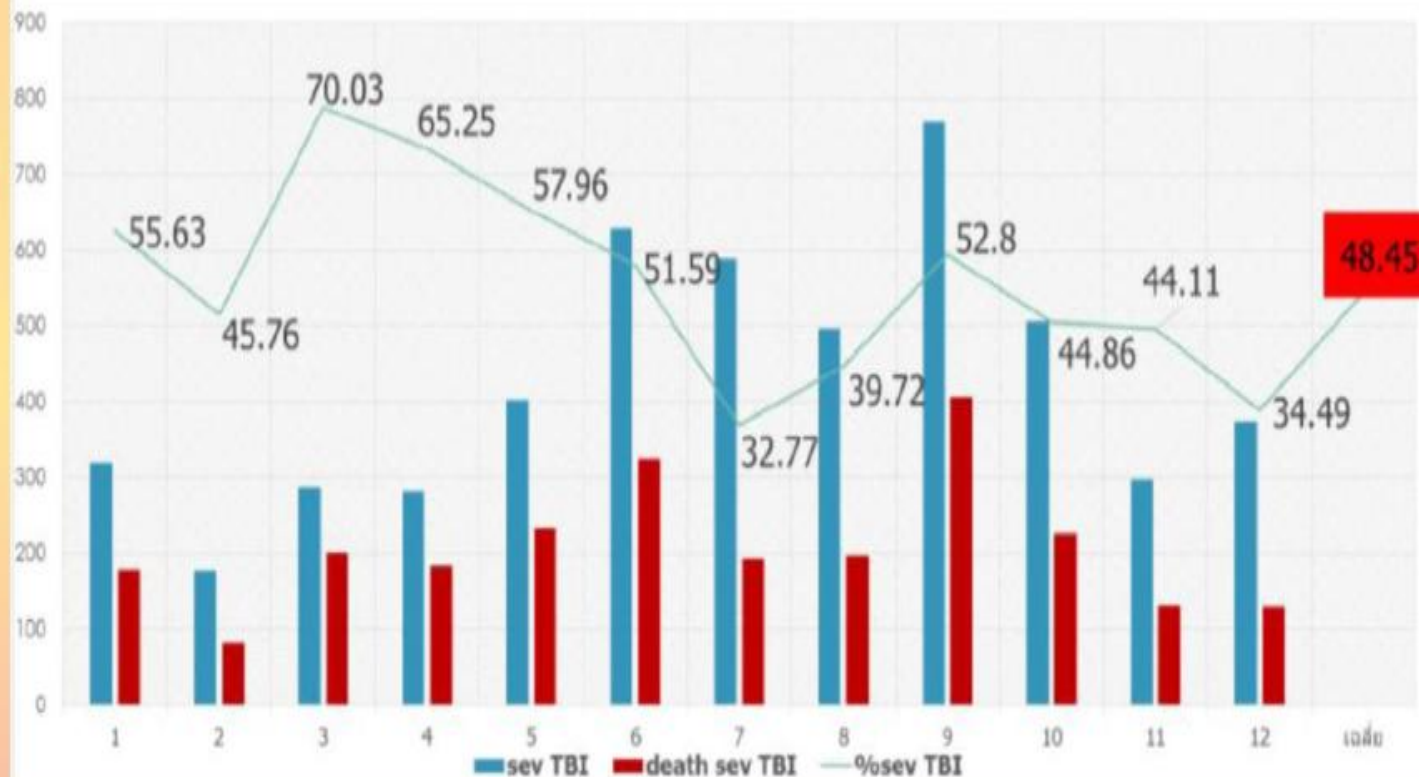


Suspected community acquired sepsis

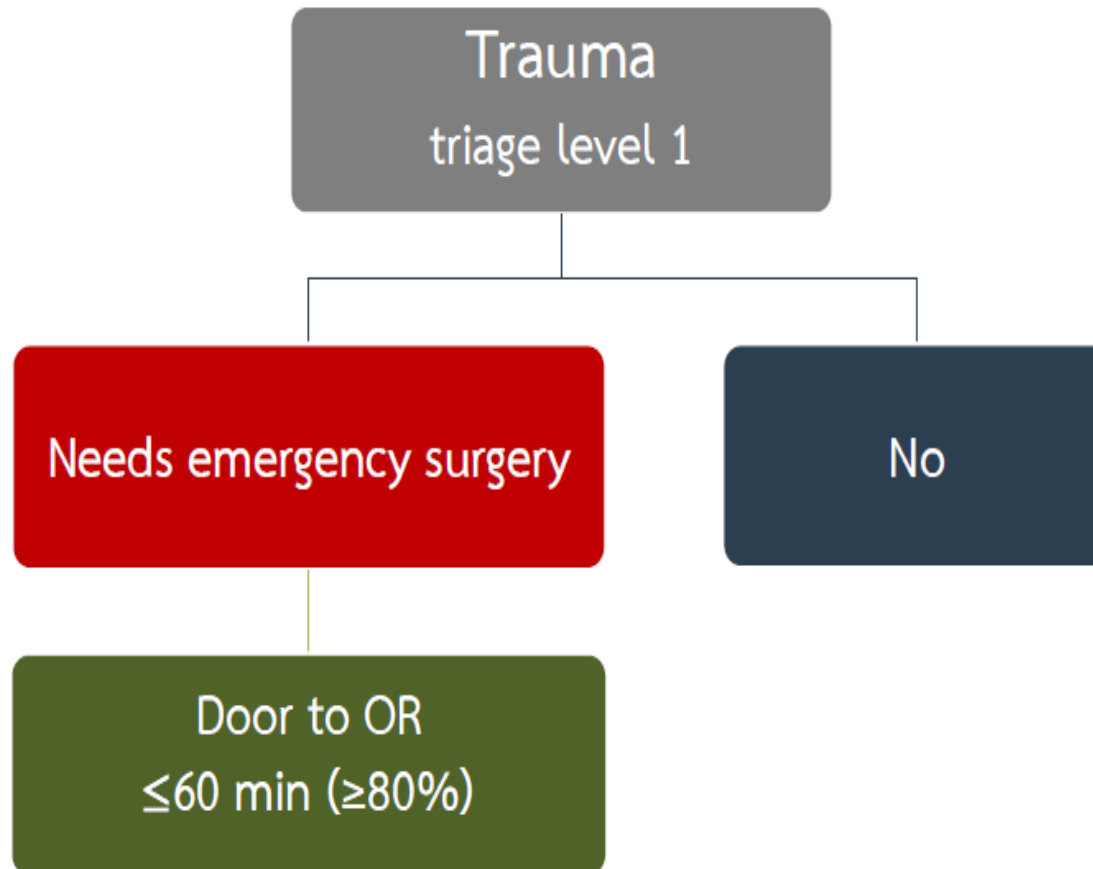


Trauma Fast Track

อัตราการเสียชีวิต
ของผู้ป่วย
Severe
Traumatic
Brain Injury
($<45\%$)

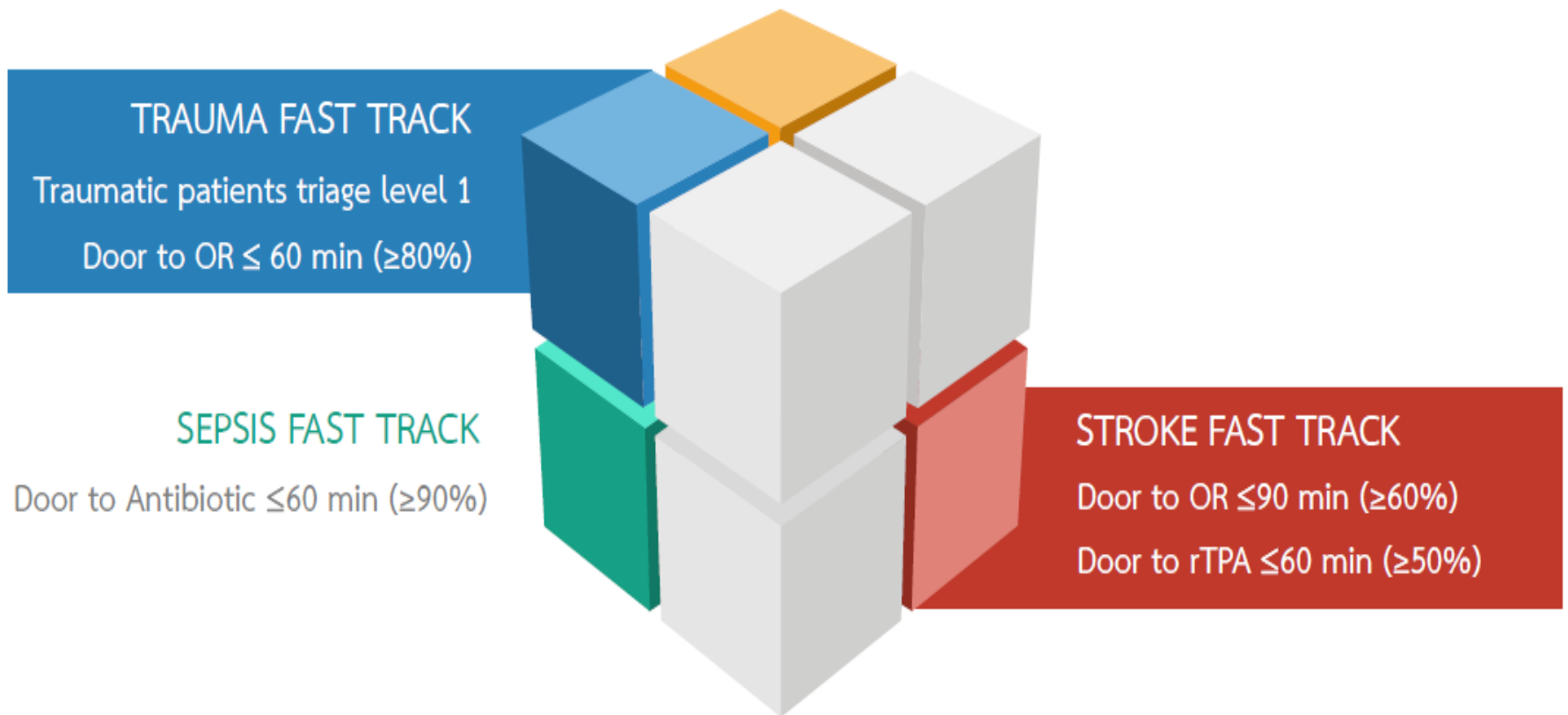


Trauma Fast Track : Work Flow



3 Fast Track : Key success factors

การกำหนดดัชนีชี้วัดความสำเร็จ



ยาเสพติด



Service

มาตรการสำคัญ



Small Success

ไตรมาส 1

ไตรมาส 4



บำบัดฟื้นฟู

แนวทางบำบัดฟื้นฟู CBTx

จังหวัดดำเนินการ CBTx 100%

ไตรมาส 2

ไตรมาส 3



กำกับมาตรฐาน

จังหวัดมีการกำกับมาตรฐานหน่วยบำบัด 70%

จังหวัดมีการกำกับมาตรฐานหน่วยบำบัด 100%

ไตรมาส 2

ไตรมาส 4



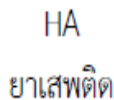
พัฒนากฎหมาย

พัฒนากฎหมายลำดับรองด้านบำบัดฟื้นฟู 40%

พัฒนากฎหมายลำดับรองด้านบำบัดฟื้นฟู 70%

ไตรมาส 2

ไตรมาส 3



ยาเสพติด

สถานพยาบาล/สถานฟื้นฟู ผ่านมาตรฐาน 75%

สถานพยาบาล/สถานฟื้นฟู ผ่านมาตรฐาน 80%

ไตรมาส 4

ผู้บำบัด

ยาเสพติด



Remission rate (ต่อเนื่อง 3 เดือน) 40%

Retention rate (ต่อเนื่อง 1 ปี) 20%

Situation



ปก.15-55 ปี ใช้ยา 1.4 ล้านคน
ทรัพยากรไม่เพียงพอ
ขาดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย
ขาดกลไกนำผู้เสกกลับสู่สังคม

KPI

Retention rate (ต่อเนื่อง 1 ปี) 20%
Remission rate (ต่อเนื่อง 3 เดือน) 40%



Addiction Reform



PP&P: Health Literacy In All Policy



Harm reduction



Community Based Treatment and Rehabilitation (CBTx) : การบำบัดรักษาโดยมีส่วนร่วมของชุมชน



ระดับความสำเร็จ

PA: ยาเสพติด



- 80% ของสถานพยาบาล/สถานฟื้นฟูทุกระบบ
คงสภาพการรับรองคุณภาพ HA ยาเสพติด

ไตรมาส 3

- มีแนวทางการดำเนินงาน CBTx

ไตรมาส 1

ไตรมาส 4

- 20% ของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตาม
เกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบและได้รับการ
ติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี
- 40% ของผู้ใช้ ผู้เสพยาที่บำบัดครบตามเกณฑ์
ที่กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสพยาต่อเนื่องหลัง
จำหน่ายจากการบำบัดรักษา 3 เดือน
- 100% จังหวัดมีการดำเนินการ CBTx

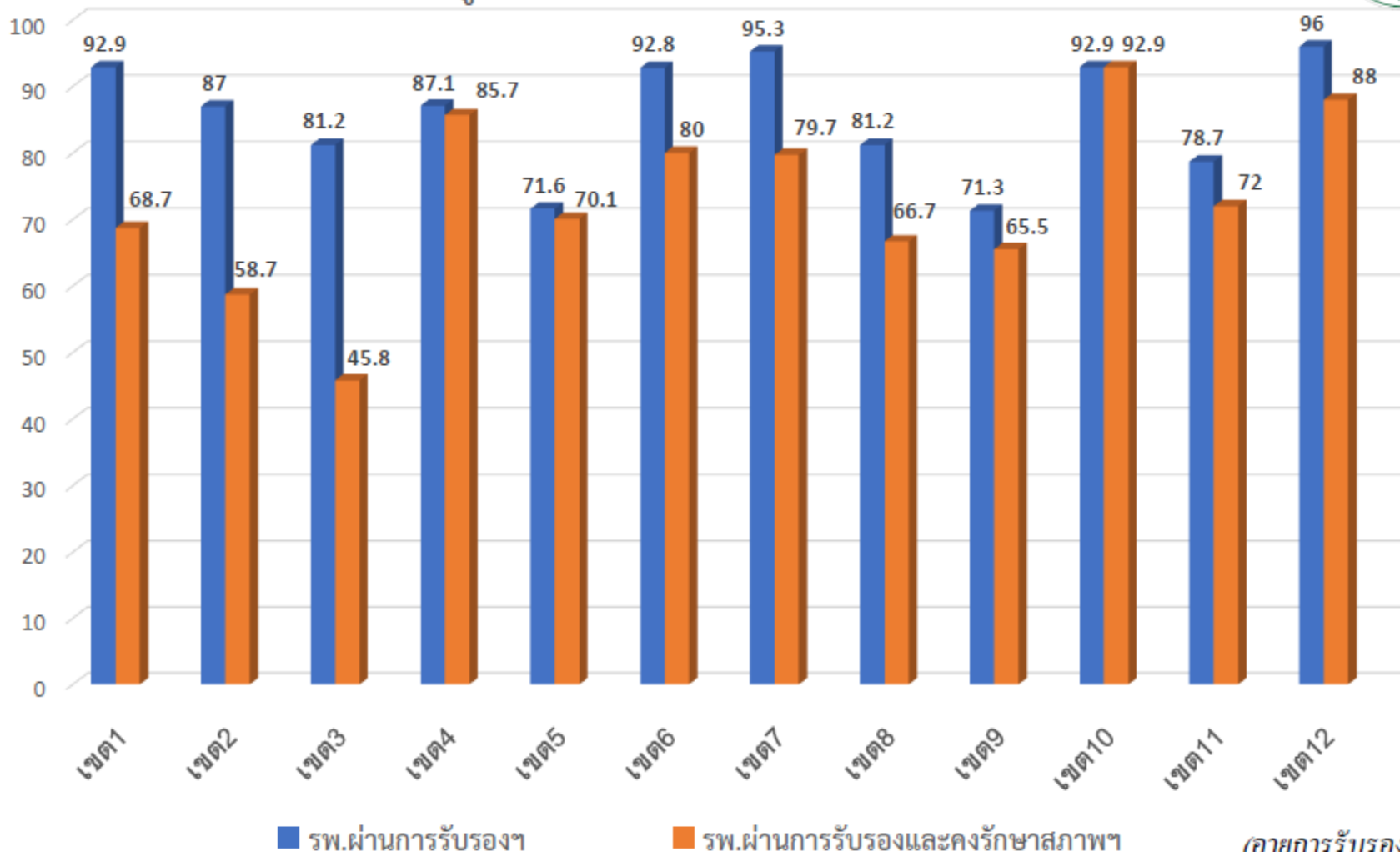
ไตรมาส 2

- 75% ของสถานพยาบาล/สถานฟื้นฟูทุกระบบ
คงสภาพการรับรองคุณภาพ HA ยาเสพติด
- 100% ของเขตสุขภาพมีการดำเนินการ CBTx





ร้อยละรพ.ที่ผ่านการรับรองฯ เปรียบเทียบกับ ร้อยละรพ.ผ่านการรับรองและคงรักษาสภาพอยู่จำแนกตามรายเขต ปี2561(ณ เดือน กค. 2561)



(อายุการรับรอง 3 ปี)



เป้าหมายการบำบัดผู้เสพยาเสพติด ปี 2562

เป้าหมายการบำบัดฟื้นฟู (225,550 ราย)



Quality Organization

Governance



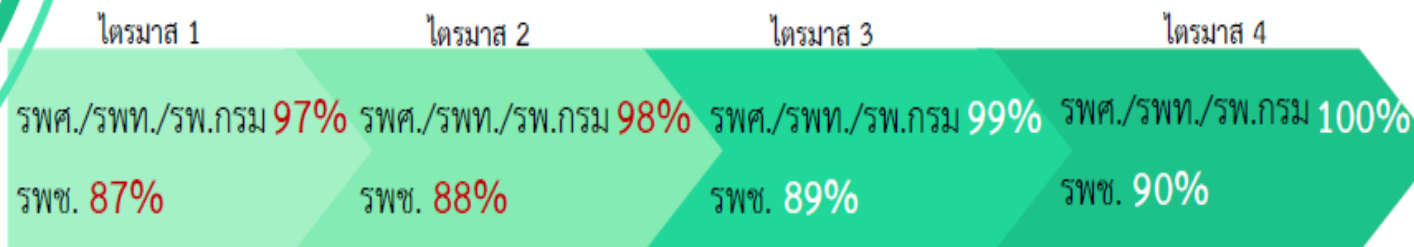
มาตรการสำคัญ



Small Success



ร้อยละของรพ.สังกัด ก.สธ.
มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3



Situation

รพ.สังกัด ก.สธ. ผ่าน HA ชั้น 3
รพศ./รพท./รพ.กรม: 99.4%
รพช.: 85.8%

KPI

ร้อยละของรพ.สังกัด ก.สธ.
มีคุณภาพมาตรฐานผ่าน
การรับรอง HA ชั้น 3
รพศ./รพท./รพ.กรม 100%
รพช 90%

Quality Organization

Governance



มาตรการสำคัญ



Small Success

สป.ส่วนกลาง
70%

ไตรมาส 1-4



สสจ. 70%
สสอ. 40%

ไตรมาส 1-4



PMQA

Situation

ส่วนกลาง ดำเนินการได้ 64.8%
สสจ. ดำเนินการได้ 94.7%
สสอ. ดำเนินการได้ 63.2%

KPI

ร้อยละความสำเร็จของส่วน-
ราชการดำเนินการ PMQA
ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

HRH Transformation

Governance



มาตรการสำคัญ

- IT (HROPS, GIS Health, NHWA)



- แผนบริหารตำแหน่งว่าง
- กระจายอำนาจให้เขตสุขภาพ
- สรรหาเชิงรุก

Small Success

Situation



HPI: 56.7%

Happinometer: 62.6%

มีบุคลากรสายวิชาชีพเพียงพอ 67.4%

KPI

- ร้อยละเขตสุขภาพมีการบริหารจัดการ

กำลังคนที่มีประสิทธิภาพ > 70%

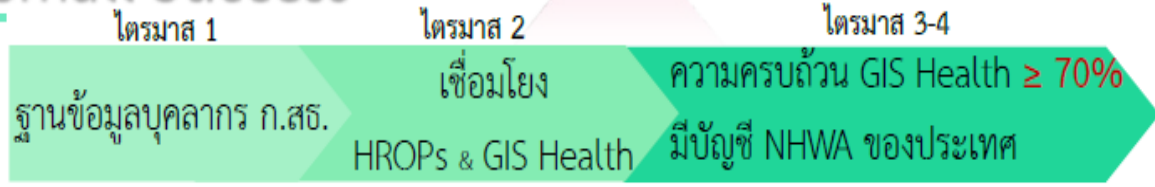
(มีข้อมูล แผนตามกรอบ FTE และมีบุคลากรเพียงพอ $\geq 71\%$)

- จำนวนองค์กรแห่งความสุข

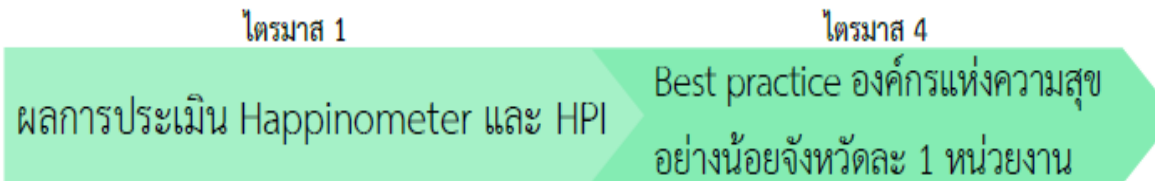
(จังหวัดละ 1 แห่ง)



IT



Happy MOPH



ไตรมาส 2

จำนวนตำแหน่งว่างทั้งหมดลดลงมากกว่าร้อยละ 65



มีการกระจายอำนาจให้เขตสุขภาพ

โดยมีการบริหารจัดการกำลังคนให้เหมาะสม

Digital Transformation

Governance



Digitize the Patients experience

- MOPH connect

Digitize services

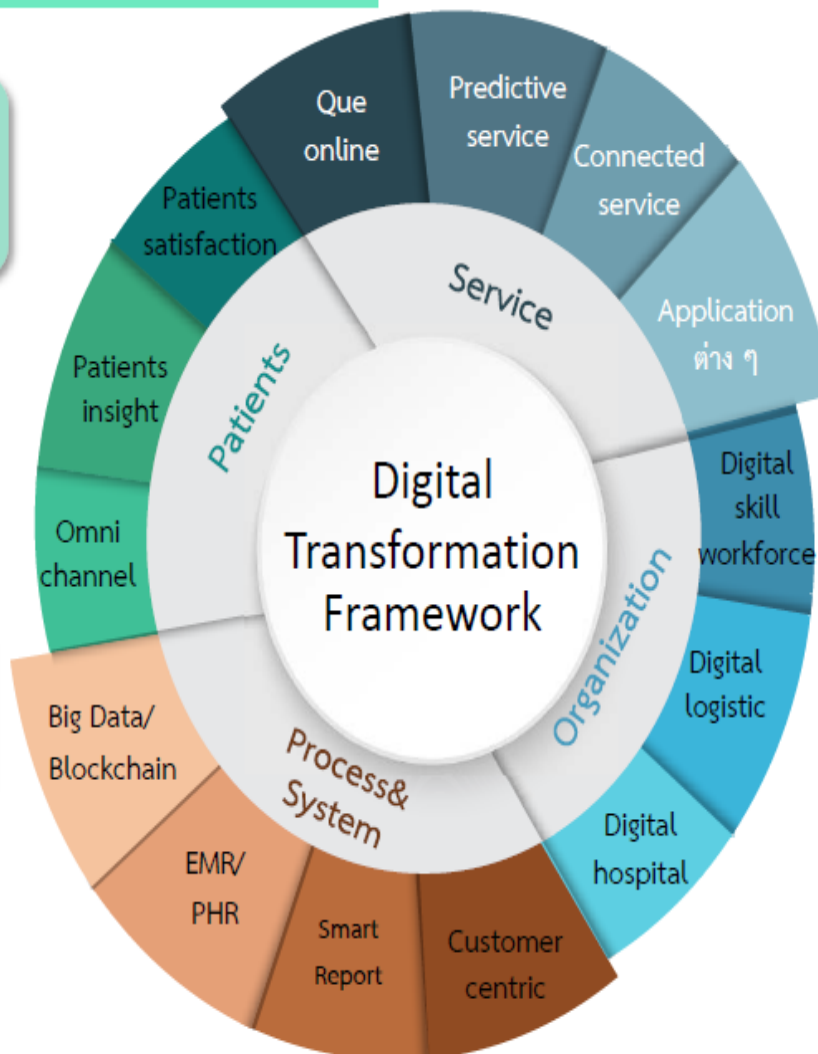
- Queue
- Application PCC
- Less paper

Digitize Operations

- Big data (ตา, ไต, หัวใจ)
- การเชื่อมโยงระบบ
- PHR (H4U)

Digitize the organization

- Digital Skill
- Smart Hospital



Digital Transformation Framework

Digital Transformation

Governance



มาตรการสำคัญ

● Smart Hospital
(Queue, Less paper)

Service

Data

● Big data
(ตา, ไต, หัวใจ)

Small Success

ไตรมาส 1

ไตรมาส 2 - 3

ไตรมาส 4



จัด Workshop Digital Transformation

พัฒนาระบบ service
Implement Digital Transformation
ที่มีการเชื่อมโยง

เขตสุขภาพมีการดำเนินการ
digital transformation
อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 จังหวัด

ไตรมาส 1 - 2

ไตรมาส 3 - 4



มี Application สำหรับ PCC

PCC ทุกแห่ง นำ Application
สำหรับ PCC ไปใช้

ไตรมาส 2

ไตรมาส 3

ไตรมาส 4



analysis big data และ
นำไปใช้อย่างน้อย 1 เรื่อง

analysis big data และ
นำไปใช้อย่างน้อย 2 เรื่อง

analysis big data และ
นำไปใช้อย่างน้อย 3 เรื่อง



KPI

- เขตสุขภาพมีการดำเนินการ digital transformation อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 จังหวัด
- มีการใช้ Application สำหรับ PCC ใน PCC ทุกแห่ง

Financial Management

Governance



มาตรการสำคัญ



Situation

หน่วยบริการที่ประสบภาวะ
วิกฤตทางการเงินระดับ 7 1.5%

KPI

ร้อยละของหน่วยบริการที่
ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน
ระดับ 7 $\leq 4\%$



Small Success

ร้อยละของหน่วยบริการ
ที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7
 $\leq 4\%$

ไตรมาส 1-4





มาตรการสำคัญ

- ศึกษาและจัดระบบ Primary Fund
- การสร้าง ปรับแก้ กฎ กติกา ที่จำเป็นในการบริหารเขต

- ระบบข้อมูลเพื่อการวางแผนและบริหารจัดการ
- สร้างนวัตกรรมการบริหารจัดการของเขต 1 Model



Small Success

Evaluation Research

KPI

ระดับความสำเร็จการบริหารจัดการเบื้องต้นของเขตสุขภาพ และนวัตกรรมการบริหารจัดการ



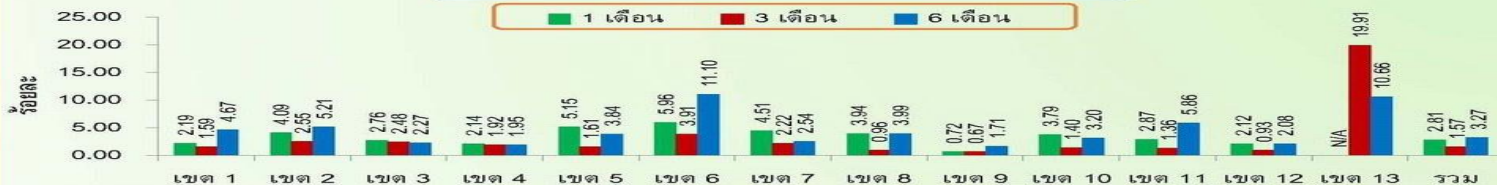
โครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน

สรุปข้อมูลการคัดกรองและบำบัดผู้ติดบุหรี่ ข้อมูล 43 แฟ้ม จาก HDC ณ 30 กันยายน 2561

อัตราประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการบำบัดบุหรี่



อัตราผู้ได้รับการบำบัดบุหรี่ที่เลิกบุหรี่ได้



จำนวนผู้ได้รับการบำบัดบุหรี่ และระยะเวลาที่เลิกบุหรี่ได้

เขต	ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป	ได้รับการบำบัด		ระยะเวลาที่เลิกบุหรี่ได้					
		บุหรี่		1 เดือน		3 เดือน		6 เดือน	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
○ เขตสุขภาพที่ 1	4,965,763	76,513	1.54	1,673	2.19	1,218	1.59	3,574	4.67
○ เขตสุขภาพที่ 2	2,917,773	21,599	0.74	884	4.09	550	2.55	1,126	5.21
○ เขตสุขภาพที่ 3	2,508,002	38,179	1.52	1,055	2.76	945	2.48	865	2.27
○ เขตสุขภาพที่ 4	4,437,711	16,062	0.36	344	2.14	309	1.92	313	1.95
○ เขตสุขภาพที่ 5	4,359,396	57,125	1.31	2,941	5.15	921	1.61	2,196	3.84
○ เขตสุขภาพที่ 6	4,913,397	17,704	0.36	1,056	5.96	692	3.91	1,965	11.10
○ เขตสุขภาพที่ 7	4,247,160	106,281	2.50	4,788	4.51	2,359	2.22	2,696	2.54
○ เขตสุขภาพที่ 8	4,553,503	67,628	1.49	2,664	3.94	649	0.96	2,697	3.99
○ เขตสุขภาพที่ 9	5,581,517	166,137	2.98	1,190	0.72	1,107	0.67	2,837	1.71
○ เขตสุขภาพที่ 10	3,794,866	62,622	1.65	2,375	3.79	878	1.40	2,007	3.20
○ เขตสุขภาพที่ 11	3,558,959	63,790	1.79	1,829	2.87	870	1.36	3,737	5.86
○ เขตสุขภาพที่ 12	3,827,994	158,941	4.15	3,369	2.12	1,485	0.93	3,300	2.08
○ เขตสุขภาพที่ 13	4,779,133	7,756	0.16	N/A	N/A	1,544	19.91	827	10.66
รวม	54,445,174	860,337	1.58	24,168	2.81	13,527	1.57	28,140	3.27

ที่มา : ข้อมูลประชากรจากทะเบียนราษฎร (พ.ศ. 2561), ข้อมูลการบำบัดและเลิกบุหรี่จากรายงานการคัดกรองและการบำบัดผู้ติดบุหรี่ (specialpp) ข้อมูล 43 แฟ้ม จาก HDC : <https://hdcservice.moph.go.th/>, ข้อมูลของเขตสุขภาพที่ 13 จากผู้ใช้บริการคลินิกฟ้าใส

โครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน

สรุปข้อมูลการคัดกรองและบำบัดผู้ติดบุหรี่ เขตสุขภาพที่ 6 ข้อมูล 43 แฟ้ม จาก HDC ณ 30 กันยายน 2561



จำนวนผู้เข้ารับการบำบัดบุหรี่ และระยะเวลาที่เลิกบุหรี่ได้

จังหวัด	ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป	เข้ารับการบำบัดบุหรี่		ระยะเวลาที่เลิกบุหรี่ได้					
		จำนวน	ร้อยละ	1 เดือน		3 เดือน		6 เดือน	
				จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
○ ฉะเชิงเทรา	581,172	7,394	1.27	671	9.07	388	5.25	1,443	19.52
○ ตราด	188,483	1,066	0.57	21	1.97	5	0.47	8	0.75
○ สระแก้ว	455,080	2,568	0.56	41	1.60	13	0.51	167	6.50
○ ปราจีนบุรี	400,689	1,652	0.41	15	0.91	110	6.66	79	4.78
○ ระยอง	566,054	2,150	0.38	67	3.12	62	2.88	115	5.35
○ ชลบุรี	1,206,700	2,266	0.19	154	6.80	26	1.15	151	6.66
○ จันทบุรี	442,086	423	0.10	8	1.89	87	20.57	1	0.24
○ สมุทรปราการ	1,073,133	185	0.02	79	42.70	1	0.54	1	0.54
เขตสุขภาพที่ 6	4,913,397	17,704	0.36	1,056	5.96	692	3.91	1,965	11.10
ประเทศไทย	54,445,174	860,337	1.58	24,168	2.81	13,527	1.57	28,140	3.27

ที่มา : ข้อมูลประชากรจากทะเบียนราษฎร (พ.ศ. 2561), ข้อมูลการบำบัดและเลิกบุหรี่จากรายงานการคัดกรองและการบำบัดผู้ติดบุหรี่ (specialpp) ข้อมูล 43 แฟ้ม จาก HDC : <https://hdcservice.moph.go.th/>

แนวทางการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ

๑.เพิ่มสมรรถนะการควบคุมยาสูบจังหวัด :

- ผู้รับผิดชอบ(Tobacco Champion) ทีม ATCU
- คกก.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด
- สมาพันธ์เครือข่ายแห่งชาติเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่

๒.ระบบข้อมูล : HDC Analyse & Feedback

๓.ระบบการคัดกรองและบำบัดคนสูบบุหรี่จากคลินิกต่างๆ ในรพ. : NCD DM HT HIV TB Asthma COPD ANC....

๔.อสม.ชวนเลิกบุหรี่

๕.การบังคับใช้กฎหมาย :พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๖๐ , ลดนักสูบหน้าใหม่ ,ป้องกันการได้รับควันบุหรี่มือสอง

แนวทางการตรวจราชการ ปีงบประมาณ 2562



กลไกขับเคลื่อน



- ◎ คกก. ขับเคลื่อนระบบตรวจราชการ
- ◎ คกก. กำหนดแผนและติดตามผลฯ (คกต.)
- ◎ คทง. กำกับติดตามข้อมูลฯ
- ◎ การประชุมผู้บริหาร: สตร./ สป./ TBM

ระบบการตรวจราชการ



จัดทำแผน
KPIs



เตรียมความ
พร้อม



ตรวจราชการ
ในพื้นที่



รายงาน &
สรุปผลตรวจ

แผนการตรวจราชการ ปี 62

1

การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค
และการจัดการสุขภาพ

ประธาน: นพ.ณรงค์ สายวงศ์ ผตร. เขต 7

เลขาฯ: นน. กลุ่มตรวจฯ เขต 7

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ประธาน: นพ.ธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์ ผตร. เขต 1

เลขาฯ: นน. กลุ่มตรวจฯ เขต 1

2

การพัฒนาระบบบริหารจัดการฯ

ประธาน: นพ.สุเทพ เพชรมาก ผตร.เขต 6

เลขาฯ: นน. กลุ่มตรวจฯ เขต 6

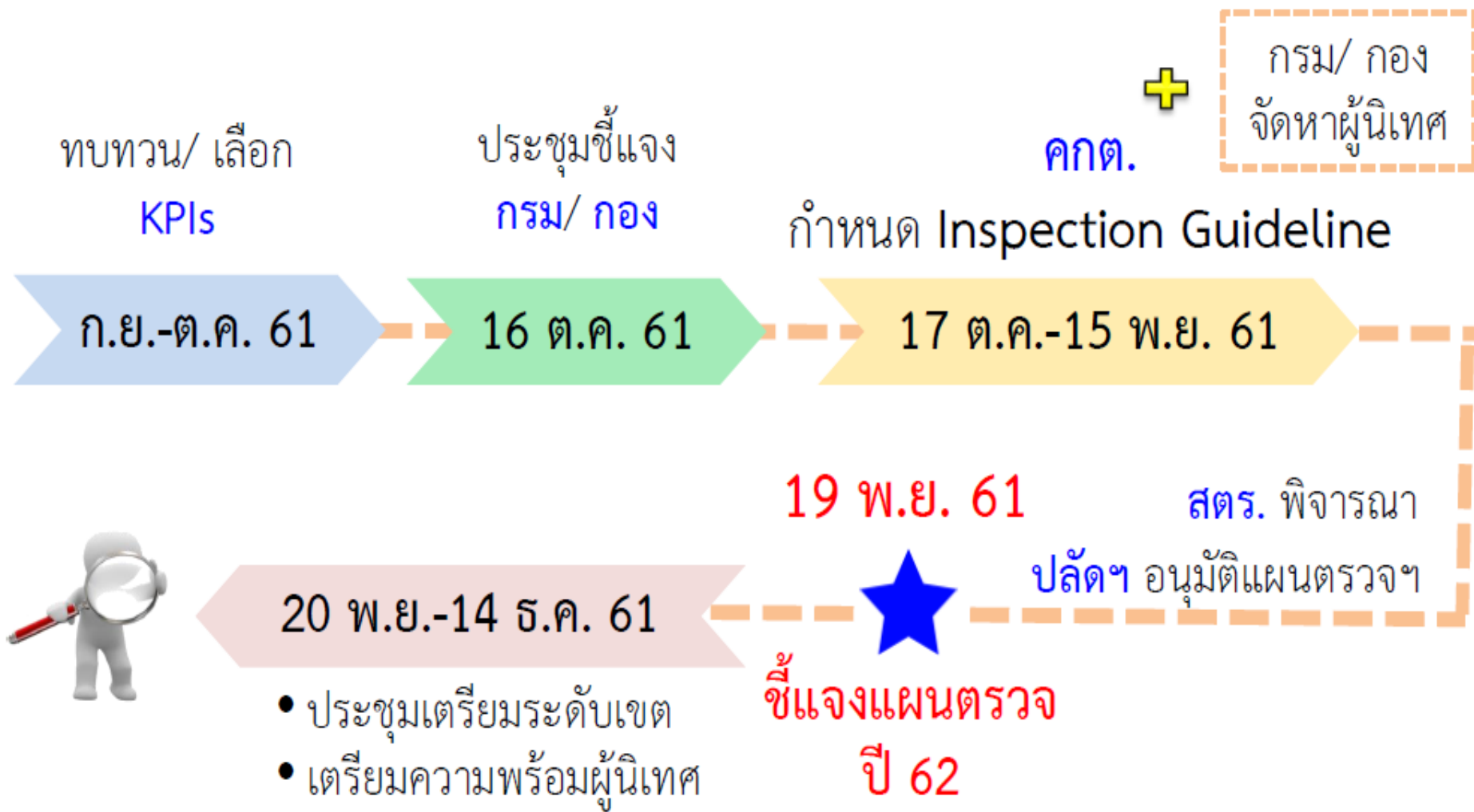
3

การตรวจราชการแบบบูรณาการ

ประธาน: นพ.บุญชัย วีระกาญจน์ นน.ผตร.

เลขาฯ: กลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ กตร.

4



Work Flow การจัดทำแผนการตรวจราชการ ปี 2562

คกต.



- มีแหล่งข้อมูล
- มีระบบข้อมูลฯ
- มีคนตรวจ/ นิเทศ

Outputs



- Inspection Guideline
- แบบรายงานฯ (กรณีต้องการระบบรายละเอียดเพิ่มเติมเฉพาะประเด็น)
- PPT ชี้แจงแผนฯ

(ส่งภายใน 15 พ.ย. 61)

ด้านระบบงาน



- **กองตรวจราชการ:** พัฒนาระบบตรวจราชการออนไลน์ (e-Inspection)
<http://bie.moph.go.th/e-insreport/>

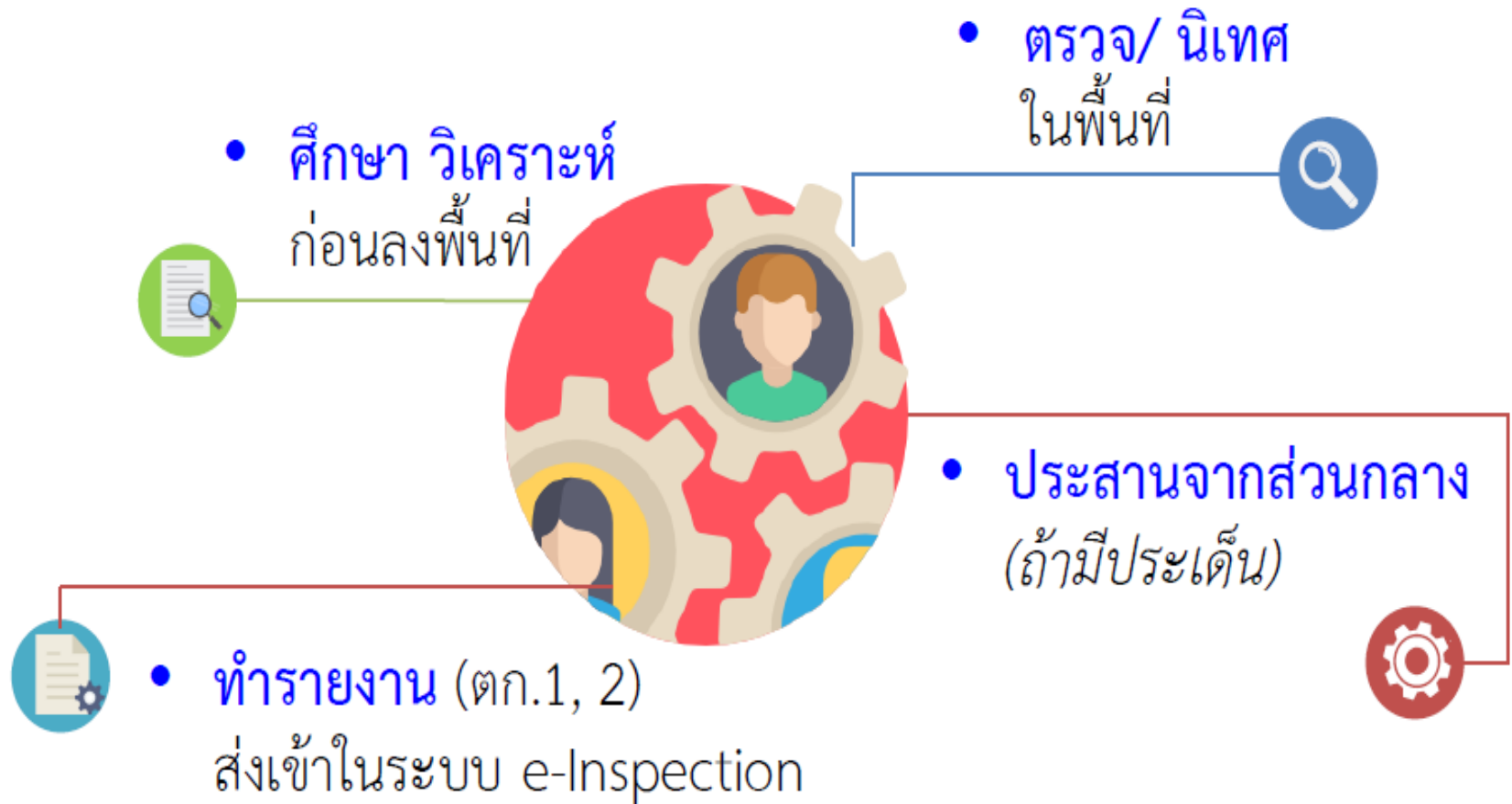
◎ Paperless

- **กรม/ กอง:** จัดทำ/ พัฒนาระบบข้อมูล + การกำกับติดตาม

◎ **ชี้เป้า** เพิ่มประสิทธิภาพ ประสิทธิผล



บทบาท ผู้ทำหน้าที่ตรวจ + นิเทศ



ปัญหา + ข้อสังเกต ที่พบจาก ปี 61

Q: กรมที่ไม่มี KPI ตรวจ ต้องจัดเตรียมผู้นิเทศ + ออกตรวจฯ ด้วยหรือไม่?

A: กรม พิจารณาลงตรวจนิเทศได้ ตามความจำเป็น

Q: กรณี ประเด็น/KPI ที่กำหนด ตก. เฉพาะเรื่อง

A: ให้นำหน่วยรับผิดชอบประเด็นนั้นชี้แจง ผู้นิเทศของตนทราบ

Q: ผู้นิเทศฯ ขอให้เป็นผู้นิเทศฯ จากส่วนกลาง?

A: กรม/ กอง ควรมีแผนในการ สร้าง + พัฒนาผู้นิเทศ

Q: บางประเด็นตรวจฯ ไม่มีผู้นิเทศจาก ส่วนกลาง?

A: การกำหนด KPI ตรวจฯ คกต. กำชับเรื่อง หน่วยงานรับผิดชอบหลัก และมีผู้นิเทศงาน

Q: ผู้นิเทศที่กรม กองแจ้ง รายชื่อ ไม่ทราบว่าตนเอง เป็นผู้นิเทศ?

A: กรม/ กองควรเตรียม ความพร้อมผู้นิเทศ

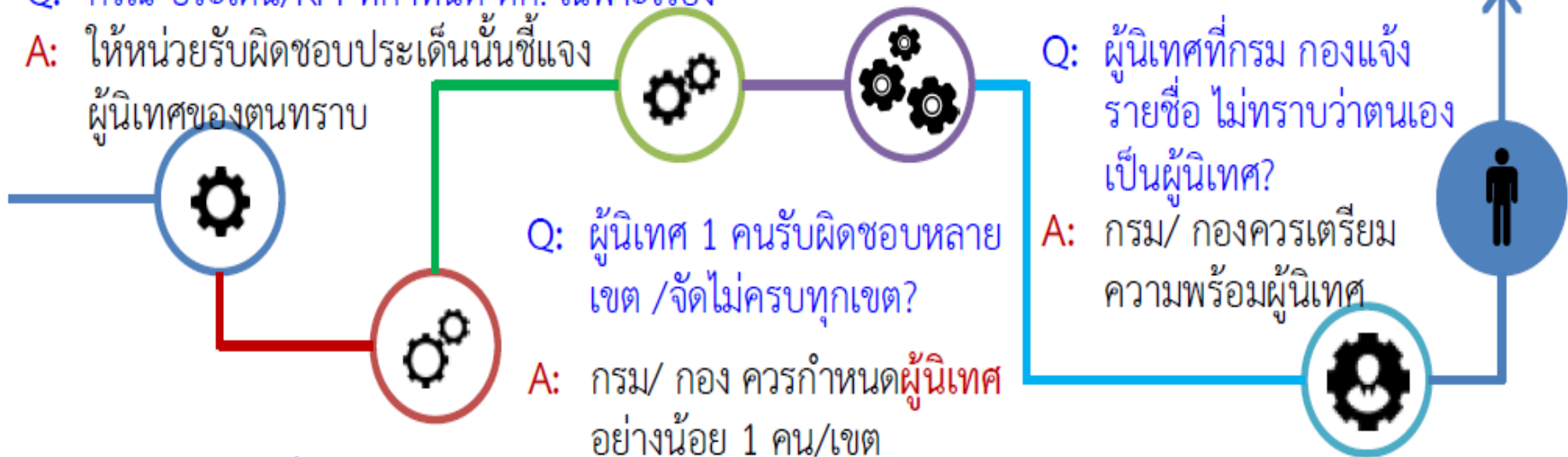
Q: ผู้นิเทศ 1 คนรับผิดชอบหลาย เขต / จัดไม่ครบทุกเขต?

A: กรม/ กอง ควรกำหนดผู้นิเทศ อย่างน้อย 1 คน/เขต

A: กรม/ กองหาผู้แทนทำหน้าที่/ ประสาน หน. กลุ่มเขต

Q: กรณีมีการเปลี่ยนผู้นิเทศระหว่างปี?

A: ต้องประสานไปที่กลุ่มตรวจฯ เขต



การตรวจราชการในพื้นที่ ปี 62

รอบที่ 1 ธ.ค. 61 – มี.ค. 62 (*Inspect Plan and Risk*)

- สอบทานความเสี่ยงตามหลักธรรมาภิบาล
- ติดตามความความก้าวหน้า ปัญหา อุปสรรค
- ให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

รอบที่ 2 พ.ค. – ส.ค. 62 (*Inspect Output/ Outcome Achievement*)

- ติดตามประเมินผลงานตามเป้าหมาย/ ประเด็นตรวจราชการ
- Best Practice และการถอดบทเรียน
- ปัญหาอุปสรรค
- ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย



การสรุปผลการตรวจราชการ

รอบที่ 1/2562



- 1) สรุปสถานการณ์
- 2) แสดงจุดรวมที่จะสะท้อนปัญหา/ ความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน
- 3) ข้อเสนอแนะต่อผู้บริหารระดับสูง + หน่วยงานในส่วนกลาง
- 4) ปัญหา + ข้อเสนอแนะ เพื่อการปรับปรุงเชิงกลไก และกระบวนการการตรวจราชการ

รอบที่ 2/2562



- 1) สรุปสถานการณ์
- 2) แสดงจุดรวมที่จะสะท้อนความก้าวหน้า/ ผลสัมฤทธิ์เชิงนโยบาย
- 3) วิเคราะห์ ปัญหาสำคัญร่วมของพื้นที่/ Best Practice/ บทเรียนจากความล้มเหลว
- 4) ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงพัฒนา เชิงนโยบาย กฎ ระเบียบ แนวปฏิบัติสำหรับการตรวจราชการในปีต่อไป

ปฏิทินงานตรวจราชการปี 2562



ต.ค.61	พ.ย.61	ธ.ค.61	ม.ค.62	ก.พ.62	มี.ค.62	เม.ย.62	พ.ค.62	มิ.ย.62	ก.ค.62	ส.ค.62	ก.ย.62
--------	--------	--------	--------	--------	---------	---------	--------	---------	--------	--------	--------



ข้อมูลรับการตรวจ	ข้อมูลรอบ 3 เดือน (ต.ค.-ธ.ค. 61)	ข้อมูลรอบ 6 เดือน (ต.ค.61-มี.ค.62)
ข้อมูลสรุปผลตรวจ	ข้อมูลรอบ 6 เดือน (ต.ค.61-มี.ค. 62)	ข้อมูลรอบ 9 เดือน (ต.ค.61-มิ.ย.62)

"Before you are a leader, success is all about growing yourself.

When you become a leader, success is all about growing others."

—Jack Welch





ขอบคุณครับ