

แผนการขับเคลื่อน CSO ปี 2560

นพ.คุณากร วงศ์ทิมารัตน์
เลขาธิการ CSO เขตสุขภาพที่ 6

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 6

ประเด็นยุทธศาสตร์
เพื่อการพัฒนาสู่ความ

P&P Excellence

Service Excellence

People Excellence

Governance Excellence

เป็นเลิศ

Customer

Perspectives

ผู้รับผิดชอบ

(COO&CSO&CIPO)

กลยุทธ์ด้านกลุ่ม
วัยในเขตสุขภาพ
ที่ 6

กลุ่มวัยแม่และเด็ก
-ANC
- Neonatal
Excellent

กลุ่มวัยเรียน
- สายตา
- ทันตกรรม
โรงเรียน

กลุ่มวัยรุ่น
-Teenage
-ยาเสพติด

กลุ่มวัยทำงาน
- RTI
- NCD/CKD/CA
- OCC Healy

กลุ่มผู้สูงอายุและผู้พิการ
- NCD
- Palliative Care
(Heart, Stroke, STEMI, CA)

Internal

Process Perspectives

ผู้รับผิดชอบ

(CSO)

กลยุทธ์ด้านการพัฒนาระบบ
บริการสุขภาพเขต 6

1. กลยุทธ์เพื่อการพัฒนาความร่วมมือ
MOU ใน 5 สาขาหลัก

2. กลยุทธ์เพื่อการพัฒนาคุณภาพ
ระบบงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและการส่งต่อ
เขต 6

3. กลยุทธ์เพื่อการพัฒนา
เพิ่มประสิทธิภาพ
ในการกำกับ/
ประเมินติดตาม SP
ใน 22 สาขา SP
ของเขต 6

7. กลยุทธ์เพื่อพัฒนา
ระบบการแพทย์ปฐม
ภูมิ คลินิกหมอ
ครอบครัวและเครือข่าย
ระบบสุขภาพระดับ
อำเภอ (DHS)

6. กลยุทธ์เพื่อเพิ่ม
ประสิทธิภาพระบบ
บริหารจัดการภายใต้
ภาวะสถานการณ์ฉุกเฉิน
และอุบัติการณ์โรค
ระบาดใหม่

5. กลยุทธ์เพื่อพัฒนาระบบบริหาร
จัดการความเสี่ยงและความปลอดภัย
ทางด้านคลินิกของสถานพยาบาล
ระดับ P3 ขึ้นไปของเขต 6
- SMART RM
- Report System

4. กลยุทธ์เพื่อพัฒนาการ
เพิ่มประสิทธิภาพในการ
รองรับกระบวนการคุณภาพ
ของสถานพยาบาลในเขต 6
(HA&รพสต.ติดดาว)

Financial Perspectives

ผู้รับผิดชอบ

(CFO/COO)

กลยุทธ์การเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมกำกับค่าใช้จ่ายของ
รพ. วิภคิต 5 ขึ้นไป

กลยุทธ์การทบทวนการส่งต่อออกนอกเขตในกลุ่มโรค 5
อันดับแรก

Learning and Growth

ผู้รับผิดชอบ

(CHRO/CIO)

1. กลยุทธ์ด้านการบริหารและพัฒนา
ทรัพยากรบุคคลเพื่อตอบสนองนโยบาย SP

2. กลยุทธ์ด้านการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อการ
วางแผนระบบบริการและทรัพยากรสุขภาพสนับสนุน

3. กลยุทธ์เพื่อส่งเสริมระบบงานวิจัยและ
ผลิตบุคลากรทางการแพทย์ของเขต 6

1. Core Value ; MoPH

2. มิตินวัตกรรม ; ACEQHS

กลไกขับเคลื่อนให้สู่ความสำเร็จ (Driving Forces)

โครงสร้างการบริหารงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และจัดการทรัพยากรงบประมาณ (CSO)

ที่ปรึกษา

1. นายธเรศ รัชชัยวิวงศ์
ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ 6
2. นายอภิชาติ รอดสม
สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ 6

นายชุตติเดช ตาบ-องครักษ์
ประธาน

นายสวรรค์ ขวัญใจ
พานิช

- ยุทธศาสตร์ความร่วมมือ (MOU โรงเรียนแพทย์)
- บริหารจัดการทรัพยากรงบประมาณ
- การพัฒนาระบบส่งต่อ
- สาขาทารกแรกเกิด

นายเกศดา จันทร
สว่าง

- สาขามะเร็ง
- สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ
- สาขาเวชกรรมฟื้นฟู
- การจัดซื้อยา

นายนำพล แดน
พิพัฒน์

- สาขาหัวใจ
- สาขาปฐมภูมิ
- สาขาแพทย์แผนไทย
- สาขาอาชีพเวชศาสตร์
- สาขาทันตกรรม

นายสมชาย แก้วเขียว

- 5 สาขาหลัก (สูติ, ศัลย์, Med, กุมาร, ออร์โธ)
- สาขาทารกแรกเกิด
- สาขาไต
- สาขาจิตเวชและยาเสพติด

นายวินัย บรรจงการ

- สาขา Trauma
- สาขา Stroke
- สาขา NCD
- สาขาจักษุ
- การจัดซื้อวัสดุวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์และเวชภัณฑ์ไม่ใช้ยา

การบริหารงานพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ (Service plan)

นายชุตติเดช ตาบ-องครักษ์
ประธานคณะกรรมการ



การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ Focal point เขตสุขภาพที่ 6 ปี 60

❖ Excellent center

1

2

3

7

4

5

6

7

1

2

3

4

5

6

สาขาอายุรกรรม

❖ สาขาหัวใจ
❖ สาขาทารกแรกเกิด
❖ สาขาอุบัติเหตุ
สาขาศัลยกรรม
❖ สาขามะเร็ง
❖ สาขาการปลูกถ่ายอวัยวะ

สาขาศัลยกรรมกระดูก
สาขาอชีวเวชศาสตร์ฯ

สาขาหลอดเลือดสมอง
สาขาทันตกรรม
สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

สาขาจิตเวช
สาขาปฐมภูมิ
❖ สาขาทารกแรกเกิด

สาขา NCD
สาขาจักษุ

สาธารณสุขชายแดน
สาธารณสุขทางทะเล

PA ปี 2560 กระทรวงสาธารณสุข

แผนงานที่ 5
การพัฒนาระบบ
การแพทย์ปฐมภูมิ

12. ร้อยละของพื้นที่ที่มีคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster)

แผนงานที่ 6
การพัฒนาระบบ
บริการสุขภาพ

13. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
14. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
15. ลดระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก
16. อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ
17. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ
18. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73m²/yr
19. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)
20. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้อย่างสมเหตุสมผล

Service
Excellence

แผนงานที่ 7 ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
ครบวงจรและระบบการส่งต่อ

21. ร้อยละของโรงพยาบาล F2 ขึ้นไป
ที่มีระบบ ECS คุณภาพ

แผนงานที่ 8
การพัฒนาคุณภาพหน่วยงาน
บริการด้านสุขภาพ

22. ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA)
23. ร้อยละของ รพ.สต. ในแต่ละอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพ

แผนงานที่ 9 การพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ
- พัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศ
- Premium OPD (ระยอง)

แผนงานที่ 10 ประเทศไทย 4.0
- Herb products & Herb city

PA ปี 2560 ระดับเขต

Service Excellence

1. ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัว(Primary Care Cluster) ที่เปิดดำเนินการในพื้นที่
2. ร้อยละของอำเภอที่มี District Health System (DHS) คุณภาพ

แผนงานที่ 5
การพัฒนาระบบ
การแพทย์ปฐมภูมิ

แผนงานที่ 6
การพัฒนาระบบ
บริการสุขภาพ

1. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานแลโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้
2. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล
3. ร้อยละของการส่งต่อผู้ป่วยออกนอกเขตสุขภาพน้อยลง
4. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง
5. ลดระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก
6. ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิจัดบริการสุขภาพช่องปาก
7. จำนวนการปลูกถ่ายไตสำเร็จ

1. ร้อยละของโรงพยาบาล F2 ขึ้นไป ที่มีระบบ ECS คุณภาพ
2. ร้อยละของ ER คุณภาพในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป
3. ร้อยละ EMS คุณภาพในโรงพยาบาลทุกระดับ

แผนงานที่ 7 ระบบบริการ
การแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและ
ระบบการส่งต่อ

แผนงานที่ 8
การพัฒนาคุณภาพหน่วยงาน
บริการด้านสุขภาพ

1. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐาน ผ่านการรับรอง HA ชั้น 3
2. ร้อยละของ รพ.สต. ในแต่ละอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพ

แผนงานที่ 9 การพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ
- พัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศ
- Premium OPD (ระยอง)

แผนงานที่ 10 ประเทศไทย 4.0
- Herb products & Herb city

แนวทางการพัฒนาและติดตามกำกับ

Service plan ปี 2560

เป้าหมายร่วม

- Safety
- Quality
- ลดป่วย ลดตาย
ลดแทรกซ้อน
ลดแออัด ลดส่ง
ต่อ ไร้รอยต่อ

กลยุทธ์การพัฒนา

AERA

FOCUS

A : Accessibility

C : Coverage

E : Efficiency

Q : Quality

H : Humanize

จดเน้น CSO เขตสุขภาพที่ 6 ปี 60

M&E และ Area focus ใน Service plan สาขาที่เป็นปัญหา เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตาม PA

1

การพัฒนาคุณภาพห้อง ER และระบบส่งต่อ

2

พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ SP แต่ละสาขาให้สอดคล้องกับข้อมูลกลาง

3

1

300,000-

**แผนขับเคลื่อน
Service plan ปี 2560**



1

- ประชุมคณะกรรมการ CSO ระดับเขต เดือนละ 1 ครั้ง

2

- ประชุม CSO จังหวัด และประธาน Service plan ทุกสาขา ไตรมาสละ 1 ครั้ง

3

- จัดทำโครงการตรวจเยี่ยมพื้นที่เป้าหมาย Area focus

4

- ดำเนินตามโครงการขับเคลื่อนที่ได้รับมอบหมาย

2

300,000-

แผนงานขับเคลื่อน
ยุทธศาสตร์ศูนย์ความเป็นเลิศ
5 Excellence 8 เรื่อง

1. จัดระบบช่องทาง Tract พิเศษใน
กลุ่มโรคที่เกินศักยภาพ

2. จัดเวทีกำกับติดตามความก้าวหน้า
ตามMOU ทุก 3 เดือน

3. พัฒนาศักยภาพบุคลากร (Training ,
coaching, คีक्षाแลกเปลี่ยน)

1. อัตราการตายในโรคที่สำคัญตาม MOU ลดลง
2. อัตราการรอดอยู่ในโรคที่สำคัญตาม MOU ลดลง
3. การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง



**แผนการดำเนินงาน
ความร่วมมือ
กับ รร.แพทย์ 8
เรื่อง**

1. พัฒนาระบบส่งต่อ

2. พัฒนาศูนย์หัวใจ

3. พัฒนาศูนย์อุบัติเหตุ

4. พัฒนาศูนย์มะเร็ง

5. พัฒนาศูนย์ทารกแรกเกิด

6. พัฒนาศูนย์ปลูกถ่ายอวัยวะ

7. พัฒนาระบบการฝึกอบรมและการเรียน การสอน

8. พัฒนางานวิจัย

วิธีการประเมินผลส่งต่อนอกเขต

สรุปและรายงานผลการส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัด/เขต ตามแบบบันทึกข้อมูล การส่งต่อผู้ป่วยนอกนอกเขตสุขภาพ

มีการติดตามผลและวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน การส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัด/เขตเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาในเครือข่าย

มีการจัดทำเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญและจัดทำระบบการส่งต่อ สาขาที่มีการส่งต่อผู้ป่วยจำนวนมาก และเป็นปัญหาของจังหวัด/เขต ที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan เพื่อแก้ไขปัญหาการส่งต่อ

มีการจัดทำระบบข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยสาขาที่เป็นปัญหา เพื่อใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลและแก้ไขปัญหา

ศูนย์ประสานการส่งต่อ(ศสต.) ระดับจังหวัด/เขต มีการทำบทบาทหน้าที่ในการประสานงาน รับส่งต่อผู้ป่วยตามแนวทางพัฒนาระบบส่งต่อ

ขั้นตอนที่ 5

ขั้นตอนที่ 4

ขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 2

ขั้นตอนที่ 1

การพัฒนาระบบส่งต่อ

ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
ไม่ปฏิเสธ Case โดยเฉพาะ
Emergency case

ปฏิบัติตามขั้นตอน
หรือระบบที่วางไว้
อย่างเข้มแข็ง

**ข้อเสนอ
จริยธรรมในการ
ไม่ปฏิเสธการส่ง
ต่อผู้ป่วย**

คำนึงถึงตัว
ผู้ป่วยมากกว่า
สิทธิการรักษา
สัญชาติ ศาสนา

มีการแลกเปลี่ยน
เรียนรู้ นิเทศงาน
ระหว่างโรงพยาบาล

ให้บริการดูแลรักษาและ
ส่งต่อแบบกัลยาณมิตร
เอาใจเขามาใส่ใจเรา



ข้อเสนอรูปแบบแม่ข่ายการส่งต่อระดับเขต

- มีศูนย์การส่งต่อระดับเขต ที่มีบทบาทชัดเจนและสามารถแก้ไขปัญหาให้เครือข่ายได้
- ไม่ปฏิเสธการรับ Case จากปัญหาเตียงเต็ม ต้องมีการบริหารจัดการปัญหา
- กรณีเกินศักยภาพการส่งต่อภายในเขต ให้โรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นศูนย์กลางประสานการส่งต่อออกนอกเขต
- การส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่ายภายในเขต (รพ.ชลบุรี และรพ.พระปกเกล้า) ให้แบ่งตามระยะทางการเดินทาง
- มีแนวทาง (guideline) การส่งต่อผู้ป่วยที่ชัดเจน ใช้ guideline ตัดสินว่าจะรับผู้ป่วยหรือไม่
- มีระบบการบริหารจัดการเตียงและทรัพยากร อย่างเหมาะสม

แนวทางการบริหารจัดการข้อมูล และ KPI ที่สะท้อนคุณภาพและความสำเร็จระบบส่งต่อของเขต

- ลดอัตราการปฏิเสธการส่งต่อภายในจังหวัดและภายในเขต
- ลดอัตราการส่งต่อกนอกเขต 50%
- อุบัติเหตุระหว่างการส่งต่อ 0%
- อัตราการส่งต่อสำเร็จ
- อัตราการตายภายใน 24 ชม.หลังadmit ในcase refer
- ประเมินความพึงพอใจของโรงพยาบาลต้นทางและปลายทาง
- ร้อยละการตอบกลับผ่านโปรแกรม Thai Refer
- ร้อยละของการใช้โปรแกรม Thai Refer และยกเลิกใช้ใบ refer 3 ลี
- ควรมีการติดตามประเมินผล ความเสี่ยง ทุกไตรมาส

Quick win ปี 2560

ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง

เกณฑ์เป้าหมาย

ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ลดลง ร้อยละ 10	ลดลง ร้อยละ 10	ลดลง ร้อยละ 10	ลดลง ร้อยละ 10	ลดลง ร้อยละ 10

ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
ขั้นตอน 1 - 3	ขั้นตอน 1 - 5	ขั้นตอน 1 - 5	ลดลงร้อยละ 10

แผนงานที่ 5
การพัฒนาระบบ
การแพทย์ปฐมภูมิ

PA12. ร้อยละของพื้นที่ที่มีคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster)

กลยุทธ์

พัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ คลินิกหมอครอบครัวและเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS)

แผนงานปี 60

1. จัดตั้ง PCC ตามเป้าหมายที่ขึ้นทะเบียน ครบทุกจังหวัด
2. จัดเตรียม FCT ให้ครบทุกองค์ประกอบ
3. ฝึกอบรมทีมบุคลากรหมอครอบครัว
4. ติดตามประเมินผล
5. คัดเลือกทีมหมอครอบครัวดีเด่นและแลกเปลี่ยนเรียนรู้

สถานการณ์

จังหวัด	จำนวนทีมPCC
ฉะเชิงเทรา	6
ปราจีนบุรี	4
สระแก้ว	2
สมุทรปราการ	14
จันทบุรี	7
ชลบุรี	12
ตราด	3
ระยอง	4

ที่มา : ขึ้นทะเบียนPCC สนย.13/10/59




ปี	เป้าหมาย
60	90%
61	95%
62	100%
63	100%
64	100%
65	100%

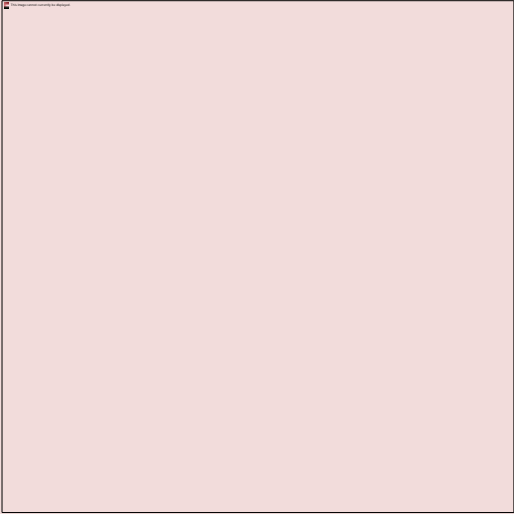
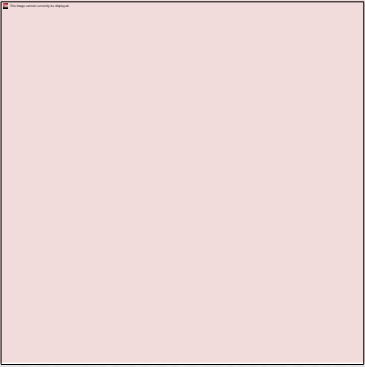
Primary Care Cluster : เกณฑ์จัดตั้ง

	Major criteria เกณฑ์ที่จำเป็นต้องมีครบเพื่อจัดตั้งทีม	Minor criteria เกณฑ์ที่ต้องมีภายใน 2 ปี โดยมีแผนพัฒนา ชัดเจน
<p>Staff</p>	<p>ประชากร 8,000 – 12,000 ต่อ ทีม</p> <ul style="list-style-type: none"> - แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือ ผ่านการอบรมระยะสั้นราชวิทยาลัย 1 คน : ทีม - พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเวชปฏิบัติ 1 : 2,500 (4 คน) อย่างน้อย 50 % - นักวิชาการ/เจ้าพนักงานสาธารณสุข 1 : 2,500 (4 คน) อย่างน้อย 50 % - ต้องมีแผนการสรรหาที่ชัดเจนให้ได้ครบถ้วนใน 2 ปี <p style="text-align: center;">Full Time : ทำงานเต็มเวลา รับผิดชอบเต็มเวลา</p> <p style="text-align: center;">Team</p> <p style="text-align: center;">**กรณี รพสต. : คงส่วนเดิม เติมส่วนขาด**</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ทันตแพทย์ 1 : 30,000 - เภสัชกร 1 : 30,000 - ทันตภิบาล 1 : 10,000 - เจ้าพนักงานเภสัชกรรม 1 : 10,000 - แพทย์แผนไทย 1 : 10,000 - กายภาพบำบัด 1 : 30,000 - สหวิชาชีพอื่น ต้องมีแผนการสรรหาให้ได้ครบถ้วนภายใน 2 ปี <p style="text-align: center;">Cluster</p>

Primary Care Cluster : เกณฑ์จัดตั้ง

	Major criteria เกณฑ์ที่จำเป็นต้องมีครบเพื่อจัดตั้งทีม	Minor criteria เกณฑ์ที่ต้องมีภายใน 2 ปี โดยมีแผนพัฒนาชัดเจน
System	<p><u>ระบบบริการ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Service Package รายกลุ่มวัย - Line group - Continuity care เช่นการเยี่ยมบ้าน <p><u>ระบบส่งต่อ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Green Channel - Refer Back <p><u>ระบบบัญชี</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Virtual Account <p><u>ระบบข้อมูล</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - โปรแกรมระบบบริการเชื่อมกับแม่ข่าย - ระบบรายงานประจำเดือน / ไตรมาส <p><u>ระบบบริหารจัดการ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - มีผู้จัดการทีม / ผู้จัดการ Cluster - ผู้จัดการระดับอำเภอ / ระดับจังหวัด 	<p><u>ระบบบริการ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดระบบบริการร่วมกับชุมชน <p>“ดูแลสุขภาพคน ไม่ใช่โรค”</p> <p><u>ระบบส่งต่อ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ambulance - Lab Investigation <p><u>ระบบบัญชี</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Planfin แผนเงินบำรุง <p><u>ระบบข้อมูล</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - การทำงานผ่าน Tablet , Smart phone 

Primary Care Cluster : เกณฑ์จัดตั้ง

	Major criteria เกณฑ์ที่จำเป็นต้องมีครบเพื่อจัดตั้งทีม	Minor criteria เกณฑ์ที่ต้องมีภายใน 2 ปี โดยมีแผนพัฒนา ชัดเจน
Structure	<p>อาคารสำนักงานที่เข้าถึงบริการได้ง่ายและ ครอบคลุม (ใช้ปรับปรุงจากสถานที่เดิมเป็นหลัก)</p> 	<p><u>ครุภัณฑ์</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Unit ทันตกรรม 1-3 / Cluster- EKG 1 / Cluster- U/S / Cluster- Pickup Truck 1 / Cluster- Ambulance 1 / Cluster- MC 1 / Team- Tablet / Smart phone- Computer 

Quick win ปี 2560

ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)

พื้นที่ที่มีคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) หมายถึง จำนวน ทีม ที่ดำเนินการให้บริการการแพทย์ปฐมภูมิในรูปแบบ คลินิกหมอครอบครัว สำหรับปีงบประมาณ 60 เป้าหมาย รพศ./รพท. 3 ทีม (1 cluster) รพช. 1 ทีมต่อจังหวัด

ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
14.50 %	36 %	57 %	78 %	100%


ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
มีแผนเตรียมความพร้อม Staff System Structure และ Function Function : ให้ความสำคัญกับกระบวนการและการพัฒนาในช่วงแรก - เน้น 3P : Purpose , Process , Performance	50 % (.....26..ทีม)	80 % (..42.ทีม)	100 % (...52 ทีม)

Quick win ปี 2560

ร้อยละของอำเภอที่มี District Health System (DHS) คุณภาพ

ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
การประเมินตนเองโดยใช้ แนวทางการพัฒนา DHS- PCA	มีแผนการดำเนินงานที่เชื่อมโยง ระบบบริการปฐมภูมิและบูรณา การร่วมกับการพัฒนาระบบ บริการ (Service Plan) และ บูรณาการ 5 กลุ่มวัย	มีระบบบริหารจัดการ/กลไก แก้ไขปัญหาสุขภาพโดยการมี ส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและมี โครงสร้างทีมหมอครบครัน	อำเภอผ่านเกณฑ์ DHS คุณภาพ ร้อยละ 95

PA13. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

- 
1. อัตราตายในผู้ป่วยที่ได้รับยา rt-PA ที่มีอาการใน 4.5 ชั่วโมง น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 %
 2. อัตราตายของผู้ป่วยที่มีอาการภายใน 7 วัน น้อยกว่า 6%
 3. การเข้าถึงบริการ Stroke Fast Track (SFT) (4.5 ชั่วโมง) และการได้รับยา rt-PA เพิ่มขึ้นร้อยละ 5 ต่อปี
 4. การใช้ Thai refer ในการเชื่อมโยงข้อมูลทั้งเขตบริการ (ชลบุรีนำร่อง) ภายในปี 2560
 5. เพิ่ม Node การให้ยา rt-PA ในโรงพยาบาลระดับ S, M1 ปี 2560
 6. เพิ่มการจัดตั้ง Stroke Unit ในโรงพยาบาลระดับ S 100% ระดับ M1 50 %

1. Workshop กำหนดแนวการจัดบริการ STROKE คุณภาพ

- กระตุ้นโรงพยาบาลระดับ A,S ให้มีศักยภาพในการให้ยา rt-PA ได้โดยอายุรแพทย์ระบบประสาทในเครือข่ายที่ได้รับการเชื่อมโยงอย่างเป็นระบบ

- ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย Ischemic Stroke ช่วง Acute phase ได้รับการดูแล ใน Stroke Unit

- ให้โรงพยาบาล ระดับ A,S,M1-2 เปิดบริการ Stroke Unit (เพิ่ม รพ.ละ 4 เตียง) โดยจัดสรร

คน, เงิน, โดยให้โรงพยาบาลชลบุรี เป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษา

- โรงพยาบาล ระดับ A,S,M2 กำหนด CPG การให้ยาในโรงพยาบาล

2. จัดทีมพี่เลี้ยงโดยโรงพยาบาลแม่ข่ายลงนิเทศและเป็นพี่เลี้ยงให้โรงพยาบาลระดับ S,M2

3. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และค้นหา Best Practice ใน Stroke Unit เพื่อลดอัตราตายจากภาวะแทรกซ้อนและการจัดบริการ Best Practice ในชุมชน

Quick win ปี 2560

อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

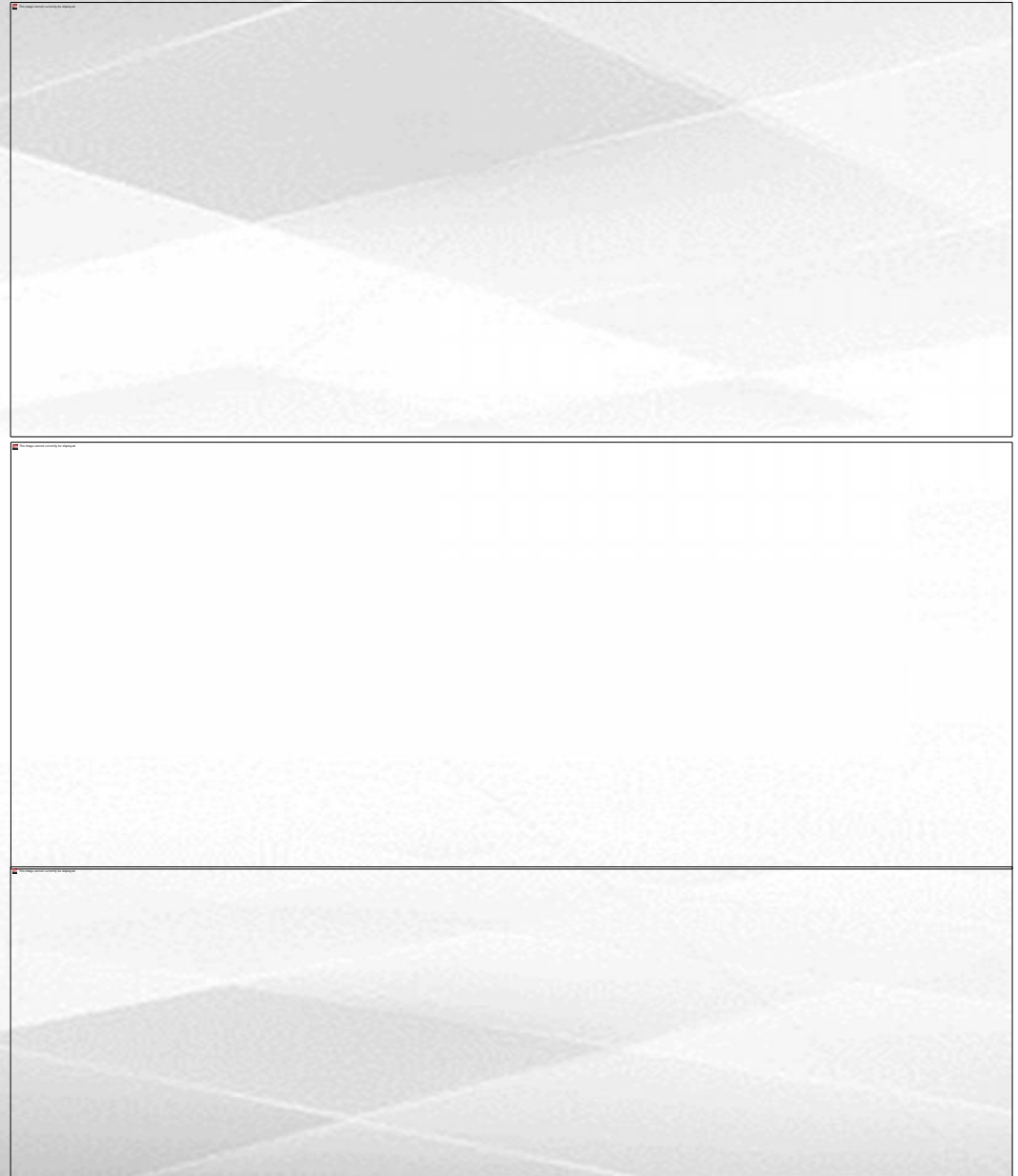
เกณฑ์เป้าหมาย

ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
น้อยกว่า ร้อยละ 7	น้อยกว่า ร้อยละ 7	น้อยกว่า ร้อยละ 7	น้อยกว่า ร้อยละ 7

สถานการณ์โรคหัวใจ

ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้รับยาละลายลิ่มเลือดและ/หรือขยายหลอดเลือดหัวใจ (PPCI) 86.64

ร้อยละโรงพยาบาลในระดับ F2 สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้ ร้อยละ 100



แผนสาขาหัวใจ

เรื่อง	เริ่มในเดือน	พื้นที่/หมายเหตุ
1.ด้านการจัดบริการ		
1.1.จัดตั้ง Warfarin Clinic ครบ 100% และทำ Registry	ธันวาคม 2559	รพ.F2 ขึ้นไปจำนวน 24 แห่ง (24/67)
1.2.เปลี่ยนยา SK เป็นยา TNK แทน	มกราคม 2560	รพ.ระดับ A
1.3.จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย Non STEMI ให้ผู้ป่วยได้รับการสวนหัวใจขณะอยู่ในโรงพยาบาล ตามระดับความรุนแรงของโรค NSTEMI	ธันวาคม 2559 มีนาคม 2560	รพ.ระดับ A ชลบุรีและจันทบุรี รพศ./รพท. 6 แห่ง
1.4.สนับสนุนให้มี Heart Failure Clinic โดยให้มี nurse manager และศึกษาดูงาน Heart Failure Clinic (ดำเนินการแล้ว 5 แห่ง รพ.พระปกเกล้าฯ, ระยอง, พุทธโสธร, สมุทรปราการ, สระแก้ว)	มีนาคม 2560	ระดับโรงพยาบาลจังหวัด 3 แห่ง
1.5.เปิดห้องสวนหัวใจที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร และหาแนวร่วมการผ่าตัดหัวใจของโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์และโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา	ธันวาคม 2559	โรงพยาบาลพระปกเกล้าให้สามารถผ่าตัดหัวใจได้มากขึ้น เปิด 24 ชั่วโมง
1.6.จัดทำแนวทางการสวนหัวใจในผู้ป่วย Elective case ทั้งภาครัฐและเอกชน	ธันวาคม 2559	รพ.ระดับ A ชลบุรีและจันทบุรี

แผนสาขาหัวใจ

เรื่อง	เริ่มในเดือน	พื้นที่/หมายเหตุ
2.ด้านพัฒนาบุคลากร		
2.1.อบรมเภสัชกร และเจ้าหน้าที่ต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับ Warfarin Clinic และให้ทุกโรงพยาบาลลงข้อมูลในโปรแกรม registry	มีนาคม 2560	ชลบุรี, จันทบุรี
2.2.อบรม STEMI และ Warfarin Clinic (registry) ในระดับ Advance และถ่ายทอดเป็นนโยบายที่ต้องลงข้อมูล	มีนาคม 2560	ชลบุรี, จันทบุรี

ความร่วมมือ
กับสปสช.เขต 6
ระยองผ่านมติ
จากคณะ5x5
ดำเนินการ
ต่อเนื่องปี 2560

1. Coding audit การรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน ร่วมกับสปสช. เขต ๖ ระยอง
2. จัดทำแนวทางการสวนหัวใจในผู้ป่วย Elective case ทั้งภาครัฐและเอกชน กรณี Percutaneous Coronary Intervention : PCI ประจำปี 2560 สำหรับ Elective case ต้องมีใบส่งต่อ (Refer) หรือผ่านความเห็นชอบในการส่งต่อ จากหน่วยบริการแม่ข่ายหรือหน่วยบริการระดับจังหวัดทุกราย หากไม่พบใบส่งต่อ (Refer)สปสช. เขต ๖ ระยอง ขอปฏิเสธการจ่ายชดเชยสำหรับบริการรายนั้น
- 3.กำหนดให้มีการ Pre-audit บริการการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวนทุกราย

Quick win ปี 2560

- ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI
- อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ

เกณฑ์เป้าหมาย

โรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI

ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
-	80	-	100

เกณฑ์เป้าหมาย

อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจลดลงร้อยละ 10 ในระยะ 5 ปี

ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10

แผนงานที่ 6
การพัฒนาระบบ
บริการสุขภาพ

PA20. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล

สถานการณ์



ข้อมูลในปีงบประมาณ 2559 รพ.ชลบุรี และรพ.
พระปกเกล้า จันทบุรีพบเชื้อดื้อยา MDR 5 ชนิด/ปี
การจัดซื้อยาร่วมเขตต่ำกว่าเป้าหมาย

แผนงานเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการใช้ยา
และเวชภัณฑ์ เขตสุขภาพที่ 6

KPI

1. สัดส่วนการจัดซื้อร่วมของยาและเวชภัณฑ์ฯ ต่อการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ฯ เดี่ยวไม่น้อยกว่าร้อยละ 0.25
2. การใช้ยาอย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 6
 - 2.1 โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 6 เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล(RDU) ร้อยละ 100
 - 2.2 โรงพยาบาลระดับ 5 ขึ้นไปมีการดำเนินการAMR (การป่วยจากเชื้อดื้อยาลดลง)

แผนงานที่ 6
การพัฒนาระบบ
บริการสุขภาพ

PA20. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามผล PA

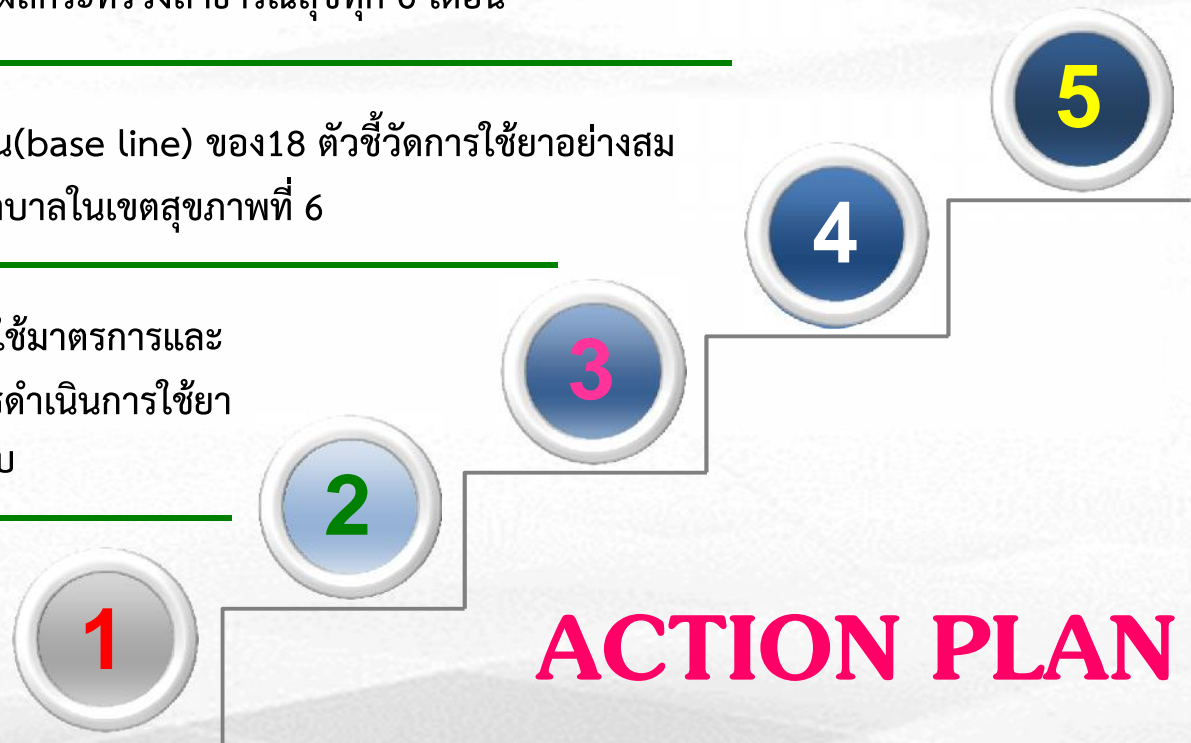
จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 6
ที่มีการใช้ยา Antibiotic ต้นแบบ (Smart used) ดีเด่นในปี 2560

โครงการกำกับติดตามผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการใช้ยาอย่างสม
เหตุผลกระทรวงสาธารณสุขทุก 6 เดือน

จัดทำข้อมูลพื้นฐาน (base line) ของ 18 ตัวชี้วัดการใช้ยาอย่างสม
เหตุผลของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 6

ประชุมและกำกับติดตามการใช้มาตรการและ
เร่งรัดให้หน่วยบริการในมีการดำเนินการใช้ยา
อย่างสมเหตุผลในรพ.ทุกระดับ

จัดตั้งคณะกรรมการและกำหนด
การประชุมวาระ RDU Hospital
ระดับเขต



แผนงานที่ 6
การพัฒนาระบบ
บริการสุขภาพ

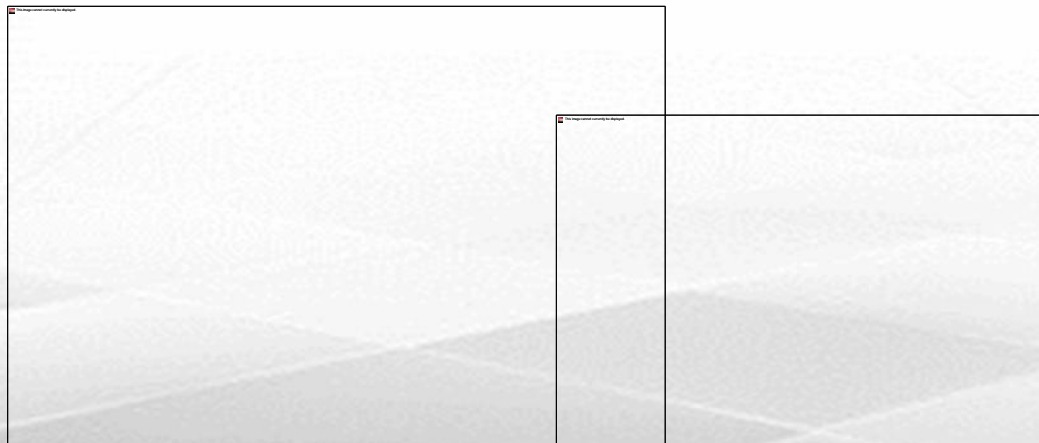
PA20. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล

KPI	เป้าหมาย	2560	2561	2562	2563	2564	2565
1.สัดส่วนการจัดซื้อพร้อมของยาและเวชภัณฑ์ต่อการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ฯเดียว	ไม่น้อยกว่า 0.25	0.25	0.25	0.25	0.30	0.30	0.30
2.การใช้ยาอย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 6							
2.1 โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 6 เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล(RDU)	ร้อยละ 100	100	100	100	100	100	100
2.2 โรงพยาบาลระดับ 5 ขึ้นไปมีการดำเนินการAMR	RDU ชั้นที่ 3	ชั้นที่ 2 ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30	ชั้นที่ 2 ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60	ชั้นที่ 2 ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80	ชั้นที่ 3 ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 10	ชั้นที่ 3 ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30	ชั้นที่ 3 ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60
2.3 ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล(ทุกหน่วยบริการ)	RDU ชั้นที่ 3		ชั้นที่ 2 ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30	ชั้นที่ 2 ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60	ชั้นที่ 2 ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80	ชั้นที่ 3 ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 10	ชั้นที่ 3 ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30
รพ.สต.ต้นแบบเพิ่มขึ้น		10%					

Quick win ปี 2560

ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล

ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
มีนโยบายและแผนการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนตามแนวทาง	มีกิจกรรมส่งเสริม RDU-AMR	มีรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด	ประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาล และสรุปร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล ชั้นที่ 1 (เป้าหมายร้อยละ 80)



สาขามะเร็ง

PA15. ลดระยะเวลาการรอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5
อันดับแรก

PA16. อัตราตายจากโรคมะเร็งดับ

โครงการคัดกรอง CCA ที่ จ.สระแก้ว

- ลดระยะเวลาการรอคอย
- 1. ระยะเวลาการรอคอยการฉายรังสี (6 wk)
 - การ refer ออกนอกเขตเพื่อการฉายรังสี
 - เพิ่มประสิทธิภาพการฉายรังสี โดยเพิ่มศูนย์การฉายรังสี ณ รพ.พระปกเกล้าฯ และ เพิ่มเครื่องฉายรังสี ณ รพ.มะเร็งชลบุรี
 - การวางแผนการนัดด้วยรังสีล่วงหน้าด้วย fax refer, Thai refer กับรพ.ลูกข่าย
- 2. ระยะเวลาการรอคอยการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายใน 6 wk
 - พัฒนา รพ.ขนาด M1 ในเขต 6 ให้สามารถให้ยาเคมีบำบัดได้
 - รพ.ขนาด S,A สามารถรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ตามมาตรฐาน
 - มีหอผู้ป่วยสำหรับให้ยาเคมีบำบัด 1 แห่ง. (รพ.มะเร็งชลบุรี)
 - มี Day Care Chemotherapy Unit 4 แห่ง (รพ.ชลบุรี, ระยอง, พุทธโสธร, พระปกเกล้า จันทบุรี)

สถานการณ์โรคมะเร็ง

Quick win ปี 2560 ด้านการผ่าตัด

ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
กำหนดแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างเขต 6 กับ รพ.จุฬาลงกรณ์เป็นรายโรค เน้นโรคที่มีระยะเวลารอคอยผ่าตัดนาน เกินมาตรฐาน และโรคที่การผ่าตัดมีความซับซ้อน	ดำเนินการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการผ่าตัดใน... <ol style="list-style-type: none">1. มะเร็งนรีเวช2. มะเร็งระบบสมอง3. มะเร็งตับใน จ.สมุทรปราการ และ จ.ฉะเชิงเทรา		

แผนการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	วิเคราะห์
ระยะเวลารอคอยเคมีบำบัด ไม่เกิน 6 สัปดาห์	ร้อยละ 80	ร้อยละ 81.83	<ol style="list-style-type: none"> ก่อนหน้านี้ เขต 6 มีปัญหาเรื่องระยะเวลารอคอยเคมีบำบัดไม่ผ่านเกณฑ์ จึงมีการพัฒนาศักยภาพให้ รพ.ระดับ S ทุกแห่งต้องให้เคมีบำบัดได้ พัฒนาศักยภาพ รพ.ระดับ M1 สามารถให้ยาเคมีบำบัดได้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสะดวกสบายในการเดินทาง

แผนงาน

ปี 60	ปี 61	ปี 62	ปี 63	ปี 64
1. รพ.ระดับ S สามารถเตรียมยาเคมีบำบัด และให้ยาเคมีบำบัดได้ครบทุกแห่ง		1. มีแผนเปิดให้เคมีบำบัดที่ รพ. เฉลิมพระ-เกียรติฯ จ.ระยอง		
2. มีแผนเปิดให้เคมีบำบัดที่ รพ. ระดับ M1 ได้แก่ รพ.บางพลี จ.สมุทรปราการ, รพ.แก่ง จ.ระยอง และรพ.อรัญประเทศ จ.ปราจีนบุรี				
3. พัฒนาระบบ Refer ผู้ป่วยกับ รพ.จุฬาลงกรณ์ สำหรับโรงพยาบาลชายขอบพระนคร เช่น จ.สมุทรปราการ และ จ.ฉะเชิงเทราบางส่วน				

Quick win ปี 2560 ด้านเคมีบำบัด

โรงพยาบาล	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
สมุทรปราการ (A)	สามารถให้ยาเคมีบำบัดและเตรียมยาเคมีบำบัดได้	มี Day care Chemotherapy		
ตราด (S)	สามารถให้ยาเคมีบำบัดและเตรียมยาเคมีบำบัดได้			
บางละมุง (S)	เริ่มให้ยาเคมีบำบัดได้ (รับยาเคมีบำบัดจาก รพ.ชลบุรี)			
บางพลี (M1)		เริ่มให้ยาเคมีบำบัดได้ (รับยาเคมีบำบัดจาก รพ.สมุทรปราการ)		
แกลง (M1)		เริ่มให้ยาเคมีบำบัดได้ (รับยาเคมีบำบัดจาก รพ.พระปกเกล้า หรือ รพ.ระยอง)		
อรัญประเทศ (M1)				เริ่มให้ยาเคมีบำบัดได้ (รับยาเคมีบำบัดจาก รพ.พระปกเกล้า)

แผนการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	วิเคราะห์
ระยะเวลารอคอย รังสีรักษาไม่เกิน 6 สัปดาห์	ร้อยละ 80	ร้อยละ 39.80	ปัจจุบันการรักษาด้วยการฉายรังสี ทำได้ที่รพ.มะเร็งชลบุรีแห่งเดียว เขต 6 ในขณะที่ผู้ป่วยมีจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ เกินกว่าศักยภาพในเขตจะรองรับได้ แต่มีการแบ่งความเร่งด่วนในการให้บริการผู้ป่วยออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ รวมฉุกเฉิน + ทัวไป 1620 ราย ทัวไป 1,340 ราย คิดเป็นร้อยละ 82.72, ฉุกเฉิน 280 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.28 ซึ่งจะได้รับการฉายแสงภายใน 1 วัน <u>ทุกราย</u>

แผนงาน

ปี 60	ปี 61	ปี 62	ปี 63	ปี 64
1. เพิ่มศักยภาพเครื่องฉายรังสี ที่ รพ.มะเร็งชลบุรี	เดือนพฤษภาคม อาคารรังสีรักษา รพ.พระปกเกล้า จันทบุรี สร้างเสร็จ และเตรียมความพร้อมด้านครุภัณฑ์	เปิดบริการรังสีรักษาที่ รพ.พระปกเกล้า จันทบุรี (คาดว่าเปิดบริการได้ ไตรมาส 3)		
2. ขยายเวลาการให้บริการผู้ป่วยของหน่วยรังสีรักษา รพ.มะเร็งชลบุรี				
3. เตรียมความพร้อมบุคลากร แพทย์รังสีรักษา, นักรังสี, นักฟิสิกส์ รพ.พระปกเกล้า				
4. พัฒนาระบบ Refer ผู้ป่วยกับ รพ.จุฬาลงกรณ์				

Quick win ปี 2560 ด้านรังสีรักษา

ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
	เตรียมความพร้อมบุคลากร แพทย์รังสีรักษา, นักรังสี, นักฟิสิกส์ ของ รพ. พระปกเกล้า		
	มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยกับ รพ. จุฬาลงกรณ์		

แผนการดำเนินงาน

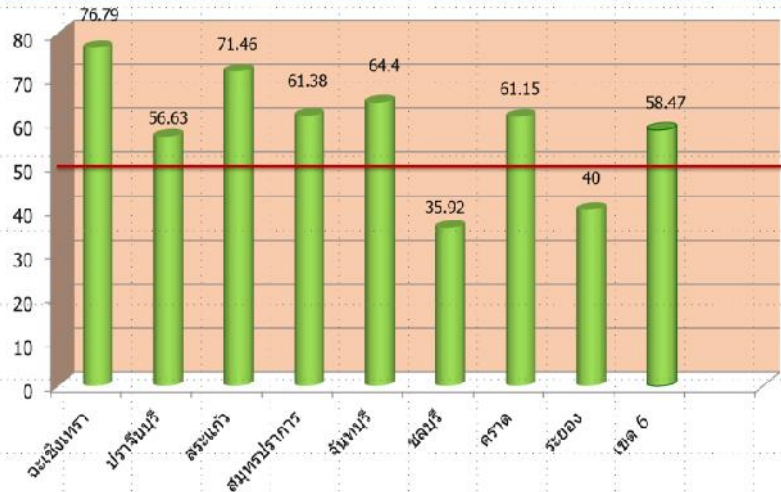
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	วิเคราะห์
อัตราการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษานอกเขตลดลง	ลดลง ร้อยละ 50 จากปีก่อนหน้า	เพิ่มขึ้น 54.11	<p>1. ระยะเวลารอคอยการผ่าตัดในเขตนานเกิน 4 สัปดาห์ เนื่องจากบุคลากรไม่เพียงพอ เช่น แพทย์มะเร็งรังสีเวช, แพทย์ศัลยกรรม รวมถึงการผ่าตัดที่มีความซับซ้อน เช่น Brain Tumor, Soft Tissue, Sarcoma, Liver cancer, Radical Surgery บางอย่าง</p> <p>2. การรักษาที่ต้องใช้เทคโนโลยีที่ซับซ้อน หรือเกินศักยภาพที่มีในเขตบริการ เช่น การรักษา CA Thyroid ซึ่งยังไม่มีบริการในเขต</p>

แผนงาน

ปี 60	ปี 61	ปี 62	ปี 63	ปี 64
1. พัฒนาระบบ Refer ผู้ป่วยกับ รพ. จุฬาลงกรณ์		1. เพิ่มจำนวนบุคลากร เช่นแพทย์เฉพาะทางมะเร็งรังสีเวช , แพทย์ศัลยกรรมประสาท และสมอง เป็นต้น		
2. เพิ่มขีดความสามารถการให้บริการรังสีรักษาที่ รพ.มะเร็งชลบุรี				
3. เพิ่มบริการ การให้ I131 ในผู้ป่วย CA Thyroid ที่ รพ.มะเร็งชลบุรี				

PA17. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ

ผู้ป่วยโรคจิตเข้าถึงบริการ (55 %)



ที่มา : จากรายงาน / ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศจังหวัด

Action Plan

- 1) วางระบบการวินิจฉัย โดยอบรมแพทย์ใช้ทุนปีที่ ๑ ชั้นปี ๒ และแพทย์ใช้ทุนปีอื่นๆ ในการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า
- 2) เพิ่มการเฝ้าระวังการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยงในชุมชน คลินิกโรคเรื้อรัง คลินิกแม่และเด็ก ครอบคลุม 100% ของคลินิก
- 3) เพิ่มการเข้าถึงบริการ พัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพ และอสม.เชี่ยวชาญสุขภาพจิตในการคัดกรองซึมเศร้าเบื้องต้นทั้งภาครัฐและรัฐนอกสังกัด
- 4) จัดระบบการให้คำปรึกษาและระบบส่งต่อของจิตแพทย์ Node ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่
- 5) ติดตามความครบถ้วนระบบการบันทึกรายงาน รายงานการเฝ้าระวังและสอบสวนการตายเพื่อประเมินความเสี่ยงและวางแนวทางการแก้ไข
- 6) พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าแบบชุมชนบำบัด

แผนงานที่ 6
การพัฒนาระบบ
บริการสุขภาพ

PA18. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73m²/yr

PA19. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)

Action Plan

1

ประชุม กำกับ ติดตาม ประสิทธิภาพ ให้เป็นตามผลลัพธ์

ค้นหา Best practices รพ.สต./
สถานบริการต้นแบบคัดกรอง

2

3

ควบคุม กำกับติดตาม ประเมินผล

แผนงานเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแล
รักษากลุ่มโรค NCD ที่เป็นเป้าหมาย



กลยุทธ์

1. เพิ่มประสิทธิภาพการคัดกรองกลุ่มโรค NCD (DM, HT, CKD)
2. เพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมโรค NCD กลุ่มเป้าหมายให้มีค่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ

สถานการณ์ NCD

สถานการณ์ปัญหา

- การที่ผู้ป่วย DM HT ไม่สามารถควบคุม น้ำตาล/ความดันโลหิตได้ดีย่อมส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตา ไต เท้า หลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้น
- ข้อมูลปี 2558 พบว่าในคลินิกบริการผู้ป่วย DM HT สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้อย่างเหมาะสมร้อยละ 38.2 และ 60.9 (MedResNet) ตามลำดับ
- ข้อมูลภาพจังหวัดและเขต (area based จาก ระบบ HDC) สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้เพียงร้อยละ 20-30 เท่านั้น
- ผู้ป่วย DM HT ส่วนหนึ่งไม่เข้าถึงบริการ/ ขาดนัด ไม่รับประทานยาสม่ำเสมอ ไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง
- การบันทึกข้อมูลไม่ถูกต้อง ครบถ้วน

**บูรณาการงาน NCD
ร่วมกับงาน CKD**

ร้อยละผู้ป่วย DM/HT ที่ควบคุมระดับน้ำตาล/ความดันโลหิตได้ดี บ้างประมาณ 2559



ที่มา : รายงาน ดก.HDC 19082559 ของเขตสุขภาพที่ 1-12

1. การคัดกรอง NCD/การควบคุมโรคให้ปกติ พบว่าไม่ได้ตามเป้าหมาย
2. CKD clinic (ข้อตกลง 10 มิ.ย.59)
 - งานคัดกรอง CKD : บูรณาการกับงาน NCD /Family care team
: ทีมรักษไต งานรักษไตพร้อมกับงาน HT DM
 - CKD clinic : เปิดครบถึง รพ.ระดับ F2
: Enzymatic Method Cover 90%
 - ผลการคัดกรอง : การรายงานข้อมูลใน HDC พบว่าไม่ตรงกับการปฏิบัติจริง Defect อยู่ที่ระบบการดึงข้อมูล/รายงาน

Quick win ปี 2560

ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้

เกณฑ์เป้าหมาย

ร้อยละของผู้ป่วยที่สามารถควบคุมได้

ปีงบประมาณ	เบาหวาน	ความดันโลหิตสูง
2560	เพิ่มขึ้นอย่างน้อย5% จากปี 2559 หรือ มากกว่า 40%	เพิ่มขึ้นอย่างน้อย5% จากปี 2559 หรือ มากกว่า 50%

ไตรมาส 1		ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
เบาหวาน	-	-	-	เพิ่มขึ้น 5% จากปี 2559
ความดันโลหิตสูง	-	-	-	เพิ่มขึ้น 5% จากปี 2559

แผนงานที่ 7

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
ครบวงจรและระบบการส่งต่อ

PA21. ร้อยละของโรงพยาบาล F2 ขึ้นไป ที่มีระบบ ECS คุณภาพ
อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บ(Trauma)
ร้อยละของโรงพยาบาล F2 ขึ้นไป ที่มีระบบ EMS คุณภาพ

แผนงานพัฒนาระบบบริการ
การแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและ
ระบบการส่งต่อ

Action plan



1. ประชุมสื่อสารพันธะสัญญาจริยธรรม
การรับส่งต่อสู่การปฏิบัติ

2. Work shop การใช้โปรแกรมThai
refer ในรพ.ทุกระดับและรพ.สต.

3. โครงการตรวจเยี่ยมประเมินผลศูนย์ส่ง
ต่อคุณภาพ และ ER คุณภาพ

4. ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ
ระบบการส่งต่อระดับเขต

5. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผู้ปฏิบัติงานศูนย์
ส่งต่อและ ER ระดับเขตทุกปี

กลยุทธ์

พัฒนาคุณภาพระบบงาน
อุบัติเหตุฉุกเฉินและ
การส่งต่อเขต 6

Quick win ปี 2560

เกณฑ์เป้าหมาย

- จังหวัดที่มีการสำรวจ และทราบเป้าหมายในการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน(Emergency Care System) ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยพิบัติ โดยมีโรงพยาบาลเป็นฐาน มากกว่า ร้อยละ 70 ในช่วงระยะเวลา 3 ปี และ พัฒนาด้านอื่นๆ ต่อไป ตามแผนภาพพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน
- จำนวนโรงพยาบาลที่ได้ดำเนินการประเมินตนเอง เพื่อทราบถึงข้อเด่น และ ข้อด้อยของตนเอง ที่ต้องการพัฒนา ตามลำดับความเร่งด่วน ใช้วิธีเปรียบเทียบข้อมูลของตนเองในเขตสุขภาพ จากปี 2559 เทียบกับ ปี 2560
- มีการกำหนดข้อตกลงร่วมเกี่ยวกับเกณฑ์EMSคุณภาพใน รพ.

- ร้อยละของโรงพยาบาล F2 ขึ้นไป ที่มีระบบ ECS
คุณภาพ
- ร้อยละของ ER คุณภาพในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป
- ร้อยละ EMS คุณภาพใน รพ. ทุกระดับ

KPI	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
53. ร้อยละของโรงพยาบาล F2 ขึ้นไป ที่มีระบบ ECS คุณภาพ				ร้อยละ 70
54. ร้อยละของ ER คุณภาพในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป	-	-	-	ร้อยละ 75
55. ร้อยละ EMS คุณภาพใน รพ. ทุกระดับ				สำรวจข้อมูล EMS คุณภาพ

แผนงานที่ 8
การพัฒนาคุณภาพหน่วยงาน
บริการด้านสุขภาพ

- 22. ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA)
- 23. ร้อยละของ รพ.สต. ในแต่ละอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพ ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบการรายงานความเสี่ยง SMART RM

แผนงานการพัฒนาระบบ
คุณภาพของหน่วยงานบริการ
ด้านสุขภาพเขตสุขภาพที่ 6

Action Plan

- 1.การจัด ทีมพี่เลี้ยงเพื่อพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลQLN (Quality Learning Network) ในระดับเขต (2ทีม)
 2. ประชุมชี้แจงเกณฑ์ในการประเมิน รพ.สต.ติดตามในการประชุมเขตสุขภาพ
 3. กำกับติดตามการพัฒนาระบบคุณภาพของโรงพยาบาล/ รพ.สต.ทั้งในระดับจังหวัด และระดับเขต
- ออกเยี่ยมหน่วยบริการกำกับติดตามการดำเนินการระบบรายงานความเสี่ยงโดยการใช้ Smart RM 5 โครงการKM Sharing การพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลที่ได้รับรองHA

KPI	เป้าหมาย	60	61	62	63	64	65....
ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA)	โรงพยาบาลระดับ M1 ลงมา ในเขตสุขภาพที่6ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) เพิ่มขึ้น ร้อยละ 20	เพิ่มขึ้น จากปี 2559 ร้อยละ 20	เพิ่มขึ้น จากปี 2560 ร้อยละ 20	เพิ่มขึ้น จากปี 2561 ร้อยละ 20	เพิ่มขึ้น จากปี 2562 ร้อยละ 20	โรงพยาบาล ทุกระดับ ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล	โรงพยาบาล ทุกระดับ ผ่านการรับรองคุณภาพและ ดำรงระดับ

แผนงานที่ 8
การพัฒนาคุณภาพหน่วยงาน
บริการด้านสุขภาพ

PA22. ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA)
PA23. ร้อยละของ รพ.สต. ในแต่ละอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว
24.ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ A,S,M1ที่มีระบบการรายงานความเสี่ยงโดยSMART RM

แผนงานการพัฒนาระบบ
คุณภาพของหน่วยงานบริการ
ด้านสุขภาพเขตสุขภาพที่ 6

Action Plan

- 1 จัดทีมพี่เลี้ยงเพื่อส่งเสริมและให้คำแนะนำการพัฒนาคุณภาพรพ.สต
- 2 ประชุมถ่ายทอดแนวทางและหลักเกณฑ์ในการพัฒนาและประเมินรพ.สต.ติดดาวในการประชุมเขตสุขภาพ
- 3 จัดตั้ง คกก.และออกประเมินรพ.สต.ติดดาว
- 4 จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ Key success รพ.สต.ติดดาว

KPI	เป้าหมาย	60	61	62	63	64	65....
ร้อยละของ รพ.สต. ในแต่ละอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว	ร้อยละของ รพ.สต. ในแต่ละอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว เพิ่มขึ้น	20%	40%	60%	80%	100%	100%

สถานการณ์ SMART RM

โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีโปรแกรมการรายงานความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้นเองผ่านระบบ Intranet อยู่แล้ว
 และมีการรายงานความเสี่ยงตามระดับความเสี่ยง โดย Case ที่มีความเสี่ยงสูงจะใช้การรายงานผ่านโทรศัพท์ หรือ
 โปรแกรม Line เป็นหลัก

การสำรวจความต้องการใช้โปรแกรม IOR

กรณีไม่มีโปรแกรมจะมีการดำเนินการดังนี้

- รายงานทาง Paper
- โปรแกรม Excel
- โปรแกรม HOSxp
- SPSS



แผ่นงาน Microsoft Excel



	ความสนใจใช้โปรแกรม IOR				ปัจจุบันมีโปรแกรมใช้หรือไม่			
	สนใจ	ไม่สนใจ	ไม่แน่ใจ	ไม่มีข้อมูล	ใช้แล้ว	มี	ไม่มี	ไม่มีข้อมูล
A	2	2	0	2	2	5	1	0
S	1	2	0	0	0	2	1	0
M	1	3	0	6	0	7	2	1
F	10	7	1	36	0	8	29	17

แผนงานที่ 8
การพัฒนาคุณภาพหน่วยงาน
บริการด้านสุขภาพ

- 22. ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA)
- 23. ร้อยละของ รพ.สต. ในแต่ละอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว
- 24. ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ A,S,M1 ที่มีระบบการรายงานความเสี่ยงโดย SMART RM

แผนงานการพัฒนาระบบคุณภาพ
ของหน่วยงานบริการด้านสุขภาพ
เขตสุขภาพที่ 6



KPI	เป้าหมาย	60	61	62	63	64	65....
ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ A,S,M1ที่มีระบบการรายงานความเสี่ยงโดย SMART RM	มีการรายงานความเสี่ยงโดยใช้ระบบ Smart RM เพิ่มขึ้น	80%	90%	100%	100%	100%	100%

แผนงานที่ 8
การพัฒนาคุณภาพหน่วยงาน
บริการด้านสุขภาพ

ร้อยละของข้อมูลตามPA Service Excellence ที่มีคุณภาพ

แผนงานบูรณาการระบบการ
บริหารจัดการข้อมูลรองรับ
Service Excellence

สถานการณ์

ฐานข้อมูลระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 6 และระบบ
ฐานข้อมูลกลาง (HDC) ยังมีความไม่ถูกต้องและไม่ตรงกัน ในการที่จะ
นำมาใช้เพื่อเปรียบเทียบหรือวิเคราะห์สถานการณ์ในหลายประเด็น ซึ่งพบ
เป็นปัญหาในการตรวจราชการในปีที่ ผ่าน ๆ มา โดยมีการเก็บตัวชี้วัดโดยใช้
คำนิยามที่ไม่ตรงกัน และ ฐานข้อมูลที่มีก็ยังไม่เป็นปัจจุบัน

แผนปฏิบัติการ

1. จัดประชุมชี้แจงการเก็บตัวชี้วัดในระดับเขตสุขภาพรวมถึง ทำความเข้าใจในนิยามของตัวชี้วัดนั้น ๆ โดยร่วมกับ CIO
2. Workshopการบริหารจัดการศูนย์ข้อมูลระดับเขตสุขภาพ และรูปแบบการรายงานตัวชี้วัดสำหรับผู้บริหารเขตสุขภาพ (Dash board)
3. การกำกับติดตามการบริหารจัดการข้อมูล รวมถึงคุณภาพของข้อมูลในการรายงานตัวชี้วัดในการประชุมเขตสุขภาพ

KPI	เป้าหมาย	60	61	62	63	64	65....
1. ข้อมูลตามPA Service Excellence ที่มีคุณภาพ	95	70	75	80	85	90	95....



สถานการณ์สาขาการรับบริจาค และปลูกถ่ายอวัยวะ



จำนวนการทำ Kidney transplantation
Corneal transplantation
จำนวนการจัดการ retrieve organ
ในเขตสุขภาพที่ 6 ดำเนินการได้ดีกว่าเป้าหมาย

โครงการเด่นปี 60
“โครงการรวมพลังเขตสุขภาพที่ 6 สร้างความดี บริจาค
โลหิตและอวัยวะ เพื่อถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาท
สมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช ดำเนินการทุก
3 เดือน”



Quick win ปี 2560

จำนวนการปลูกถ่ายไตสำเร็จ

เกณฑ์เป้าหมาย



≥ 10 ต่อปีในปีงบประมาณ 2560



ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
25% ของเกณฑ์ เป้าหมาย	50% ของเกณฑ์ เป้าหมาย	75% ของเกณฑ์ เป้าหมาย	100% ของเกณฑ์ เป้าหมาย

แผนสาขา Trauma

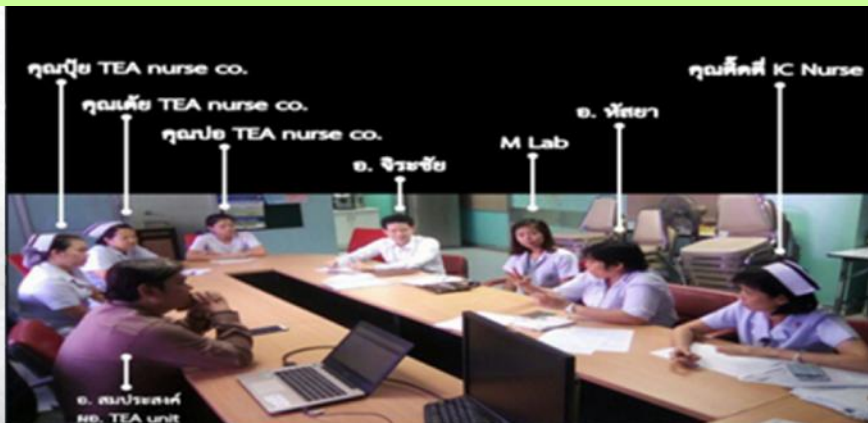
TEA unit มีกิจกรรมหลัก

1. Database Management. (ผู้ป่วยฉุกเฉินของทุกกลุ่มงาน, ตั้งแต่ก่อนถึงรพ., ใน ER, in hospital, discharge, HHC)
2. ผลักดัน Quality Process. (ตามกระบวนการ AHA) ดังนี้
 - 2.1 ECA(Emergency Case Audit)
 - 2.2 QR(Quality Round)
 - 2.3 RRPS(Rapid Response Problem Solving conference)
 - 2.4 KM
 - 2.5 AAR(After Action Review)

เป้าหมายร่วม
คือ: ECS คุณภาพ
(safety&quality)

Action plan

กิจกรรมขับเคลื่อน trauma และ emergency
ภายในร.พ ผ่านกลไก--TEA unit โดยอาศัย HA quality process

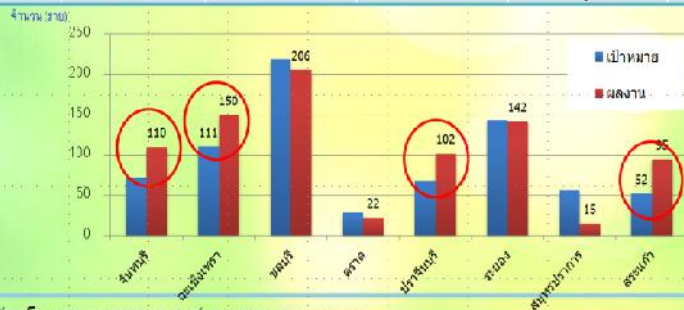


- 3 เดือน--out of hospital quality process
(HHC: emergency case)
- 6 เดือน -- TEA unit database sharing
- 9 เดือน -- Interhospital emergency case audit
(TEA unit data driven)
- 12 เดือน--ECS process improvement
(Quality process: TEA unit model)

อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลดลงอย่างน้อยร้อยละ 21 เมื่อเทียบกับค่ามัธยฐานปี(53-55)

การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ **ไตรมาส 1+2 ปี 2559** เมื่อเทียบกับค่าเป้าหมายปี 59 ลดลง 21% ในช่วงเวลาเดียวกัน

จังหวัด	Median ปี53-55 ไตรมาส1+2 (ราย) (A)	เป้าหมาย ปี 59 ไตรมาส1+2 (ราย) (B)	ผลงานปี 59 ไตรมาส1+2 (ราย) (C)	มาก น้อยกว่า เป้าหมายปี59(ราย) (=C-B)	ลด/เพิ่มเมื่อเทียบกับ median ปี 53-55(%) (C-A)*100/A
จันทบุรี	92	73	110	37	19.57
ฉะเชิงเทรา	140	111	150	39	7.14
ชลบุรี	278	220	206	-14	-25.90
ตราด	37	29	22	-7	-40.54
ปราจีนบุรี	86	68	102	34	18.60
ระยอง	183	145	142	-3	-22.40
ส.ป.	200	200	223	23	11.5
สระแก้ว	66	52	95	43	43.94
รวม	954	754	842	7	-11.74



ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

สรุปผลการดำเนินการตามมาตรการกระทรวงสาธารณสุข

3. มาตรการการรักษา (Service plan สาขาทrauma)

1. มี Trauma fast track ในระดับจังหวัด
2. มีระบบส่งต่อแบบไร้รอยต่อเชื่อมโยงเข้าถึงกันได้ภายในจังหวัด เขต และประเทศ ผ่านโปรแกรม Thai-Refer
3. Pre hospital care ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนต้องได้รับการนำส่งผ่านศูนย์สั่งการ โทร 1669 เพิ่มขึ้น อย่างน้อย ร้อยละ 50
4. มีการทบทวนและพัฒนาต่อยอดบริการสุขภาพผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เช่น trauma audit ผู้บาดเจ็บ Ps มากกว่า 0.75

โดยการดำเนินการ - กำหนดแผนและกิจกรรมภายใต้คณะกรรมการ Service Plan สาขาทrauma



ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด trauma

ตัวชี้วัด	จังหวัด							
	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	สมุทรปราการ	ฉะเชิงเทรา	ปราจีนบุรี	สระแก้ว
1. มีระบบTrauma Fast track (Door ER to Door OR ใน 60 นาที)	มี	มี 40.74	มี 87.5	มี 37.5	มี	มี 28.6	มี	มี
2. ผู้บาดเจ็บที่มีข้อบ่งชี้ในการส่งจากรพ.สามารถส่งต่อได้ภายใน 1 ชม. (Door ER to Refer ปี 59)	-NA	NA	73.6	41.02	NA	NA	100	75
3. อัตราการเสียชีวิต ผู้ป่วยในจากการบาดเจ็บ ที่มี PS Score > หรือเท่ากับ ๐.๗๕ ไม่เกิน 1	0.96	2.14	0.44	0.267	0.28	0.8	0.33	0.31
4. อัตราการเข้าถึงห้องผ่าตัดสมองฉุกเฉินได้ภายใน ๒ ชม. ตั้งแต่มีข้อบ่งชี้รับจากได้ผลCT to Door OR	42.2 %	58.93	55.93	0	0	NA	NA	91.54
5. ทบทวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตที่มีค่า PS Score >หรือเท่ากับ ๐.๗๕	100	100	100	50	100%	100%	100%	47.57

แผนงานที่ 6
การพัฒนาระบบ
บริการสุขภาพ

(29) อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บ(Trauma)

สถานการณ์สาขา Trauma

ศูนย์ Vascular มีแห่งเดียวคือ รพ.ชลบุรี
- 40-75 % เกิดที่ Extremities
- Golden hour = 6 hr.



จุฬา ฯ และ รพ.ชลบุรี ร่วมกัน
ทำ fellowship training

แบ่ง Vascular injury เป็น 2
Zone รพ.ชลบุรี และ รพ.จุฬา ฯ



ทำ guideline และระบบ refer ผู้ป่วย
“ Vascular trauma Fast tract ”

แผนสาขา Newborn

การใช้เตียงจากภาคเอกชน



การส่งต่อผู้ป่วยตามยุทธศาสตร์ความร่วมมือกับ
โรงเรียนแพทย์ กรณีหัวใจและ ROP

Quick win ปี 2560

อัตราตายทารกแรกเกิด

เกณฑ์เป้าหมาย

ลดอัตราตายของทารกแรกเกิดอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วันให้น้อยกว่า 5 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีวิต

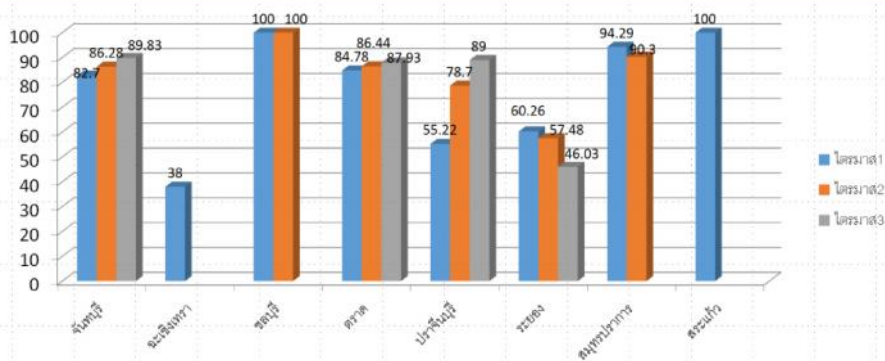
ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ
60	61	62	63	64
4	3.6	3.2	2.8	2.5

ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
-	4.5	-	4.0

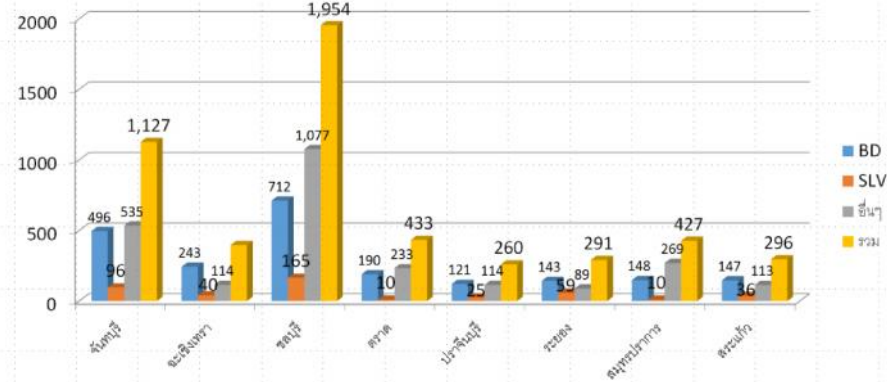
สถานการณ์สาขาทา



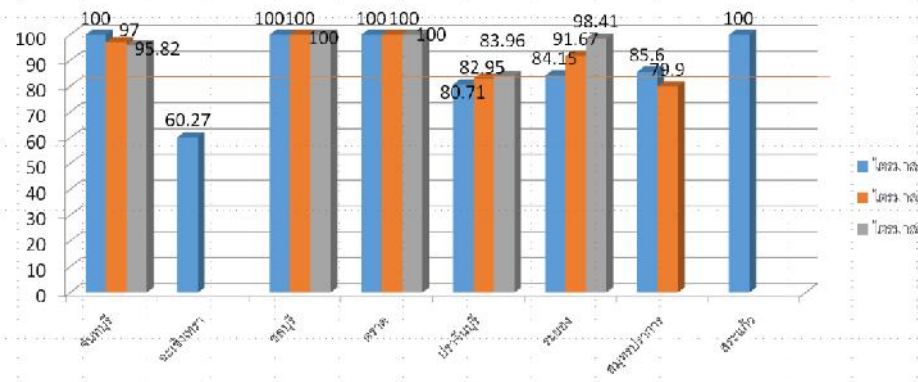
ต้อกระจกชนิดบอด(**Blinding Cataract**)ได้รับการ
ทำผ่าตัดภายใน 30 วัน = **80%** (เปอร์เซ็นต์)



ผลงานการผ่าตัด Cataract เขต 6 (จาก vision2020)



ผู้ป่วยต้อกระจกชนิดสายตาเลือนราง(**Low vision Cataract**)ได้รับ
การผ่าตัดภายใน 90 วัน = **80 %**

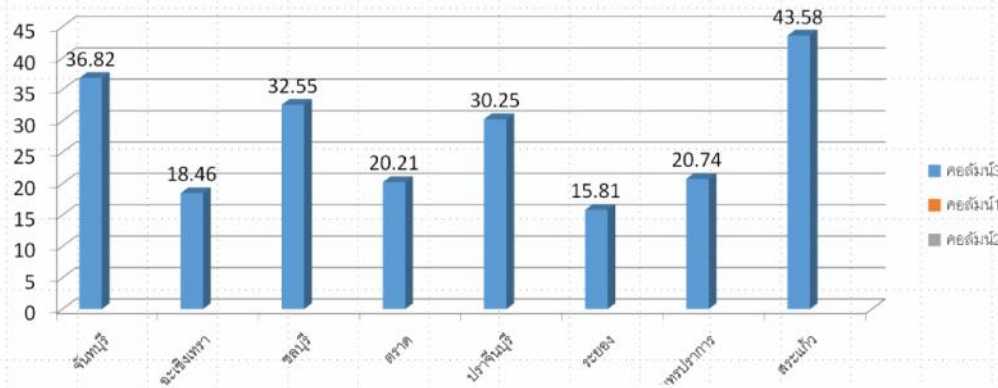


สถานการณ์สาขาทา

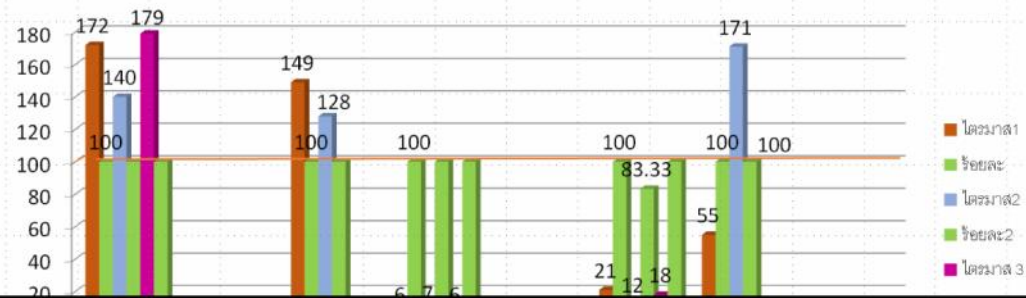


ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการคัดกรองเบาหวานเข้าจอตา 60 %

ข้อมูลจาก HDC วันที่ 25 กย59



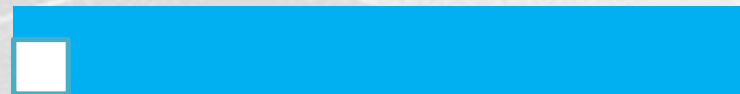
ทารกแรกเกิดที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดROP ได้รับการตรวจจอตา 100 %



สถานการณ์ปัญหา

แผนปฏิบัติการ

แผน สาขา จักษุ



- ผู้ป่วย Blinding cataract ได้รับการผ่าตัด ภายใน 30 วัน บางจังหวัดยังไม่ได้ตามเกณฑ์
- ผู้ป่วย Low vision cataract ได้รับการผ่าตัด ภายใน 90วัน บางจังหวัดยังไม่ได้ตามเกณฑ์
- การผ่าตัดโดยทีมผ่าตัดนอกพื้นที่ มักเป็น ผู้ป่วยกลุ่ม non-blinding cataract
- การกำหนดนิยามระยะเวลาการรอคอยผ่าตัด มีความแตกต่างกัน
- ข้อมูลการผ่าตัด cataract ที่ได้รับมีความ แตกต่างกัน

- เน้นย้ำนโยบายตามตัวชี้วัดของกระทรวง สาธารณสุข
- ประสานงานการค้นหาเชิงรุก
- บริหารจัดการตารางการผ่าตัด
- ประชุมปรึกษาหารือเรื่องการกำหนดนิยาม ตัวชี้วัดให้มีความชัดเจน
- ประชุมปรึกษาหารือเรื่องการรายงานข้อมูล

สาขา	KPI	เป้าหมาย	60	61	62	63	64	65.....
จักษุ	ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อ กระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัด ภายใน 30 วัน	ร้อยละ 80	80%	80%	80%	80%	80%	80%

แผนสาขาทันตกรรม



เพิ่มคุณภาพบริการสุขภาพช่องปาก

รพ.สต./ศสม. จัดบริการสุขภาพช่องปากคุณภาพ ร้อยละ 55

- มีทันตบุคลากรให้บริการอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 วัน
- ดำเนินงาน 5 กลุ่มวัย 14 กิจกรรม
- จัดบริการสุขภาพช่องปากที่ครอบคลุมประชากรร้อยละ 20

เพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 30

พัฒนาบริการทันตกรรมเฉพาะทาง และศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง สาขาสุขภาพช่องปาก

พัฒนาศูนย์เชี่ยวชาญสาขาสุขภาพช่องปากอย่างน้อยเขตละ 1 แห่ง

➤ โรงพยาบาลชลบุรี

➤ ศูนย์เชี่ยวชาญด้านมะเร็งช่องปาก และ cleft ระดับ 1

➤ โรงพยาบาลพุทธโสธร

➤ ศูนย์เชี่ยวชาญด้าน cleft ระดับ 2



สถานการณ์สาขาทันตกรรม



ร้อยละรพ.สต./ศสม. มีทันตบุคลากรให้บริการอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 วัน



ร้อยละรพ.สต./ศสม. ดำเนินงาน 5 กลุ่มวัย 14 กิจกรรม



ร้อยละรพ.สต./ศสม. จัดบริการสุขภาพช่องปากที่ครอบคลุมประชากรร้อยละ 20



อัตราการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากที่ครอบคลุมประชากรร้อยละ 30



แผน Area focus ปี 60

โรคหัวใจ

ออกตรวจเยี่ยมศูนย์โรคหัวใจ
ระบบFast tract
ระบบการส่งต่อ

Truama

ออกตรวจเยี่ยมห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน(ER)
ระบบFast tract
ระบบการส่งต่อ

โรคมะเร็ง

ออกตรวจเยี่ยมศูนย์โรคมะเร็ง
รพ.เป้าหมายที่ต้องพัฒนาการให้เคมีบำบัด

แผน Area focus ปี 60

สาขาไต

ออกตรวจเยี่ยม CKD Clinic
ศูนย์ไตเทียม
ระบบบริหารจัดการข้อมูลและการส่งต่อ
การเตรียมความพร้อมการสื่อสาร Transplant ไต

ทารกแรก เกิด

ออกตรวจเยี่ยม
การบริหารจัดการห้องคลอดคุณภาพ
NICU และระบบการส่งต่อ



Thank You!

