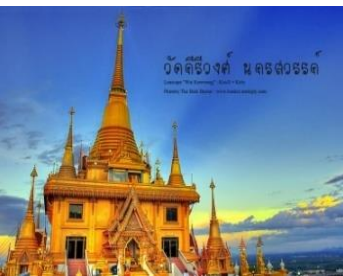




สรุปการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ
รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2561 เขตสุขภาพที่ 3
ยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ



โดย นพ.สุรชัย แก้วhirัญ
22 - 24 สิงหาคม 2561







ตัวชี้วัดสำคัญในการตรวจราชการ และกำกับติดตามในปีงบประมาณ 2561

ประเด็น		ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์	PA ปลัด	PA ผตร.	ตรก.	Monit or
1.การพัฒนาระบบ ปฐมภูมิ	1 	ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิด ดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
2.การพัฒนา ประเด็นนโยบายที่ สำคัญ	2 	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด รายใหม่	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	3 	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	4 	จำนวนเมืองสมุนไพร		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	



ตัวชี้วัดสำคัญในการตรวจราชการ และกำกับติดตามในปีงบประมาณ 2561

ประเด็น		ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์	PA ปลัด	PA ผตร.	ตรรก.	Moni tor
3.การพัฒนา ระบบบริการ	5 	1.ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) 2.ร้อยละของโรงพยาบาลมีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	6 	อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง ในระดับ F2 ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	7 	ร้อยละโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด(Fibrinolytic drug)ในผู้ป่วย STEMI ได้			<input checked="" type="checkbox"/>	
	8 	อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ			<input checked="" type="checkbox"/>	

ตัวชี้วัดสำคัญในการตรวจราชการ และกำกับติดตามในปีงบประมาณ 2561

ประเด็น		ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์	PA ผตร.	ตรก.	Monit or
3.การพัฒนา ระบบบริการ (ต่อ)	9 	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษา และหยุดเสพต่อเนื่อง (remission)		<input checked="" type="checkbox"/>	
	10 	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง		<input checked="" type="checkbox"/>	
	11 	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจาก ผู้ป่วยสมองตายต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตใน โรงพยาบาล		<input checked="" type="checkbox"/>	
	12 	ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับการบริการการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก		<input checked="" type="checkbox"/>	
	13 	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง		<input checked="" type="checkbox"/>	
	14 	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 mL/min/1.73m ² /yr		<input checked="" type="checkbox"/>	

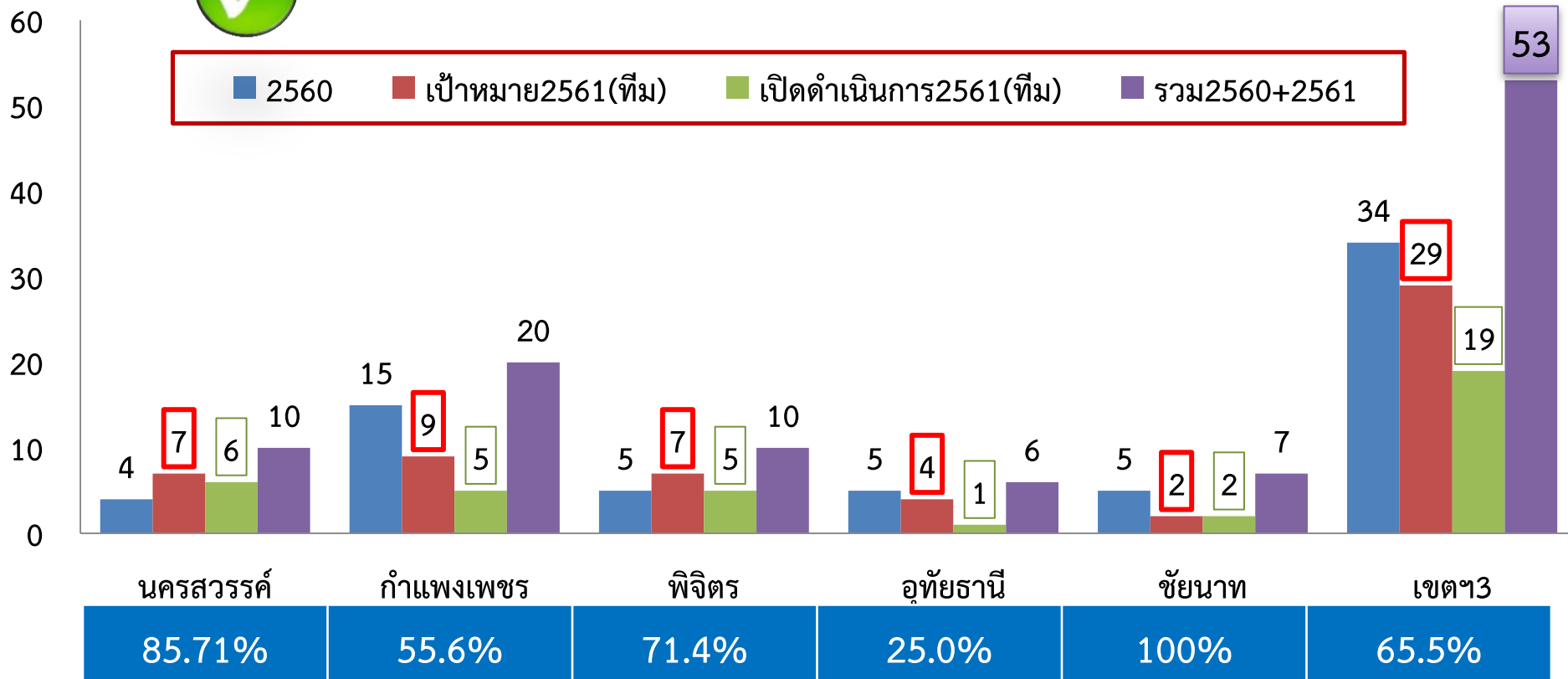
ตัวชี้วัดสำคัญในการตรวจราชการ และกำกับติดตามในปีงบประมาณ 2561

ประเด็น	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์	ตรรก.	Monitor
4.KPI Monitor	15 	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้	<input checked="" type="checkbox"/>
	16 	ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน	<input checked="" type="checkbox"/>

	จำนวน	ผ่าน
PA ปลัด+PA ผตร+ตรรก.	2	1
PA ผตร.	4	2
ตรรก.	8	5
Monitor	2	1
รวม	16	9 (56.25%)

ตัวชี้วัดที่ 25 : ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)

PCC



Best Practice

- ระบบเชื่อมโยง PCC กับ รพ.กำแพงเพชร(ระบบนัดหมายผู้ป่วย, ช่องทางด่วน สำหรับผู้ที่ถูกส่งต่อจากคลินิกหมอครอบครัว)
- การจัดอัตรากำลังบุคลากรรับผิดชอบ ประชาชนประมาณ 2,500 คน ต่อพยาบาลและนักวิชาการสาธารณสุข

Service Delivery

workforces

Information system

Access to Essential medicine

Finance

Governance

Plus

ปัญหาอุปสรรคที่พบ / Key Risk

1. ความยั่งยืนของการจัดบริการที่ครอบคลุมทุกมิติ
2. ขาดทีมสหวิชาชีพตามเกณฑ์และได้รับการพัฒนาศักยภาพในการจัดบริการ
3. ระบบการจัดบริการ ยังขาดความครอบคลุมบริการทุกมิติ และความเชื่อมโยงระบบบริการที่มีประสิทธิภาพและคุณภาพ เช่นด้านระบบบริการ,ระบบข้อมูล,ระบบส่งต่อ,ระบบ บัญชี (Virtual Account)

แนวทางการแก้ไข

1. ควรเลือกพื้นที่ที่มีความพร้อมในการเปิดคลินิกหมอครอบครัว
2. การจัดสรรแพทย์ บุคลากรสหวิชาชีพ และการสร้างแรงจูงใจ สร้างความยั่งยืน
3. การดำเนินการคลินิกหมอครอบครัวในปี 2562 จะติดตามเชิงผลลัพธ์ และคุณภาพของกระบวนการดำเนินงาน ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การนำไปใช้พัฒนาการจัดบริการ และผลที่ประชาชนได้รับ

Service Delivery

workforces

Information
system

Access to
Essential
medicine

Finance

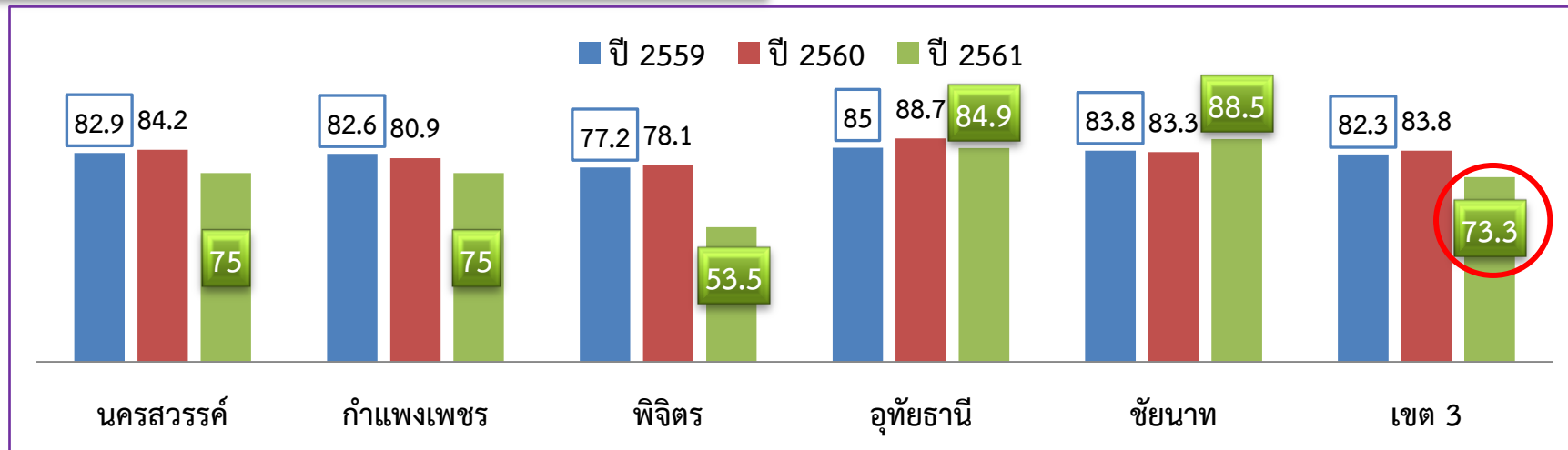
Governance

Plus

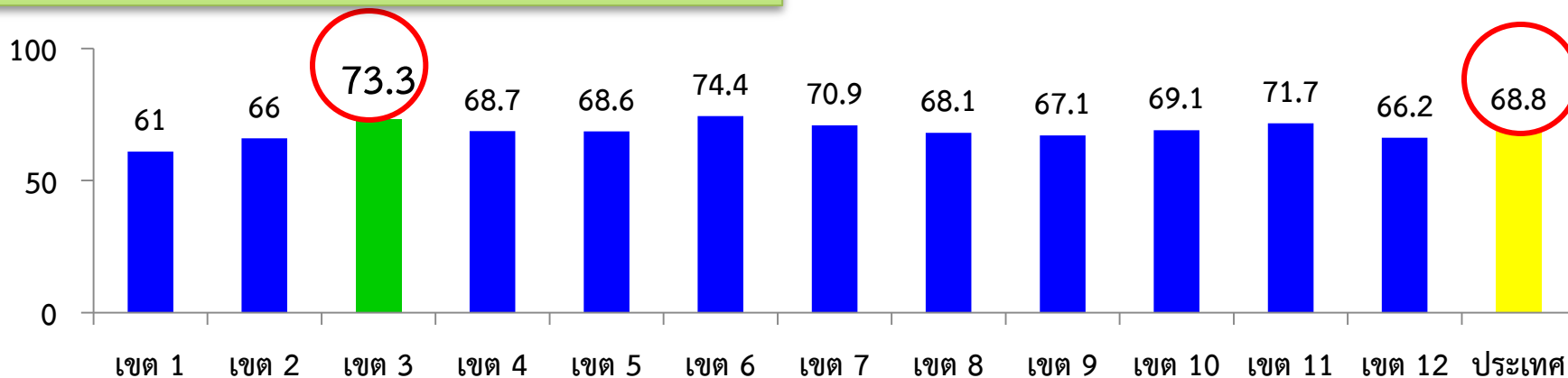


ผลการดำเนินงานคัดกรองค้นหาวัณโรคในภาพเขตคิดเป็นร้อยละ 96.18 (TBCM Online ณ วันที่ 9 สิงหาคม 2561)

ผลงานเปรียบเทียบ แยกรายจังหวัด ย้อนหลัง 3 ปี



ผลงานเปรียบเทียบแยกรายเขต ภาพรวมประเทศ



Best Practice : อุทัยธานีและชัยนาท มีอัตราความสำเร็จในการรักษาสูง
มีระบบการส่งต่อและติดตามผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่ได้ดีโดยอัตราการขาดยาเป็นศูนย์

ปัญหาอุปสรรคที่พบ / Key Risk

- 1.พบผู้ป่วยน้อย (Detection Rate ต่ำ)
- 2.การกำกับติดตามกินยาไม่เข้มข้นและไม่ต่อเนื่อง
- 3.เสียชีวิตสูงในกลุ่มผู้สูงอายุ (ค้นพบและรับการรักษาช้า)

แนวทางการแก้ไข ปี 2562

- 1.เร่งคัดกรองวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง และในกลุ่มที่พบวัณโรคได้บ่อยในแต่ละพื้นที่
- 2.สร้างระบบการติดตามการรักษา
- 3.สร้างแนวทางการดูแล/เฝ้าระวังการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรคที่มีโอกาสเสียชีวิตสูงในระหว่างรักษาวัณโรค

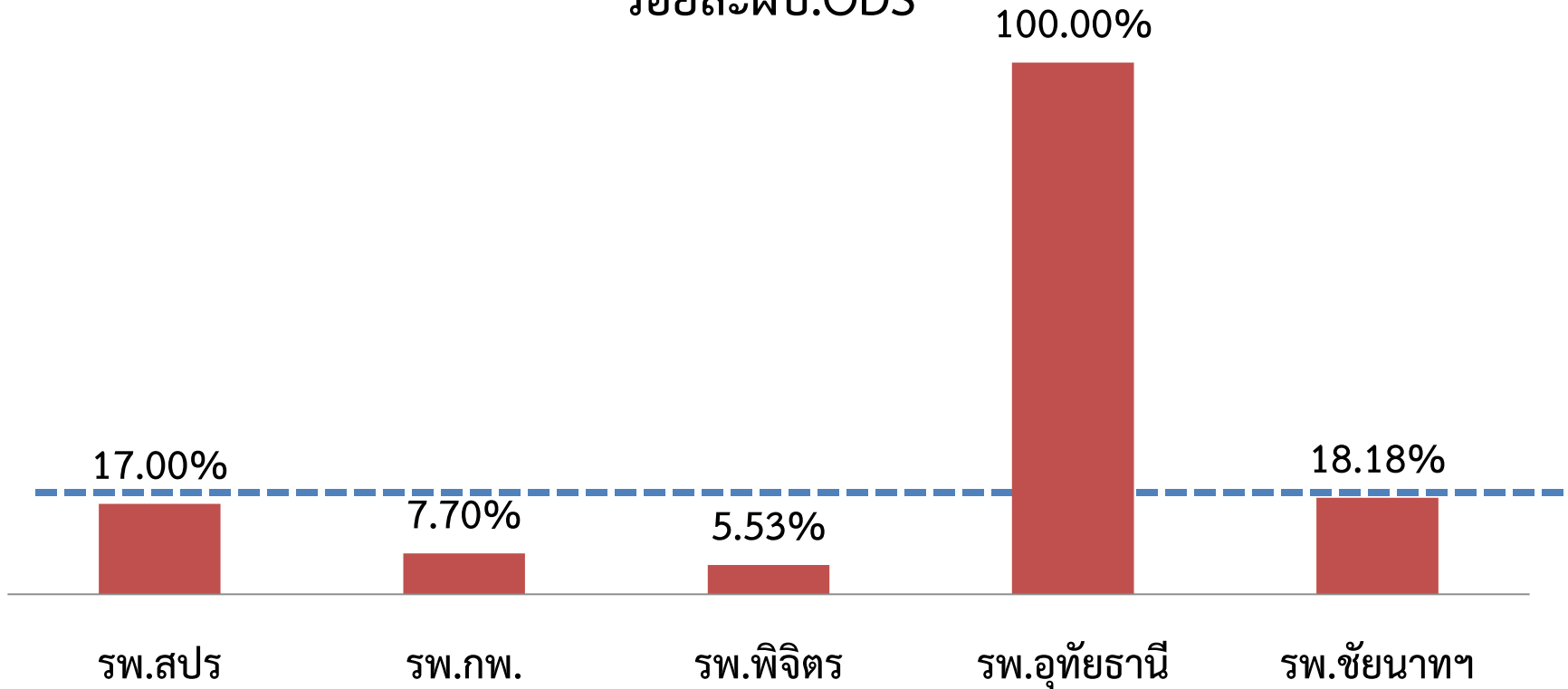
ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery > ร้อยละ 15

ODS



5 รพศ./รพท. ผ่านการประเมินจากกรมการแพทย์แล้ว

ร้อยละผป.ODS



One Day Surgery (ODS) ตามหลักเกณฑ์การพิจารณาโรค จำนวน 12 โรค

1. Inguinal hernia , Femoral hernia
2. Hydrocele
3. Hemorrhoid
4. Vaginal bleeding
5. Esophagogastric varices
6. Esophageal stricture
7. Esophagogastric cancer with obstruction
8. Colorectal polyp
9. Common bile duct stone
10. Pancreatic duct stone
11. Bile duct stricture
12. Pancreatic duct stricture

Key Risk Factor:

1. อัตรากำลังคนไม่เพียงพอ/บุคลากรมีประสบการณ์น้อย /จำนวนห้องผ่าตัดไม่เพียงพอกับความต้องการ
2. ผู้รับบริการยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการ ODS
3. ความเข้าใจเรื่องขั้นตอนการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ให้บริการผู้ป่วยบางส่วนยังไม่เข้าใจตรงกัน
4. ขาดการเข้าใจเกี่ยวกับเบิกค่าใช้จ่ายในโครงการ ODS

FAIL



Best Practice : มีความพร้อมในการทำ ODS ได้แก่ นครสวรรค์

มีการรักษาแบบ One Day Surgery มาก่อนโครงการ ได้แก่ กำแพงเพชร

ข้อเสนอแนะต่อหน่วยบริการ:

1. เน้นเรื่องความปลอดภัยผู้ป่วยเป็นหลัก
2. เร่งทำความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ให้บริการและประเมินในหน่วยบริการแต่ละหน่วย
3. จัดเตรียมความพร้อมของทีม ODSและพัฒนาศักยภาพของบุคลากร และวิธีการ ขั้นตอนการผ่าตัด
4. จัดเก็บข้อมูลและประเมินตัวชี้วัดพร้อมทั้งสรุปผลดำเนินการ
5. พัฒนาการผ่าตัด Minimal Invasive Surgery



ข้อเสนอแนะต่อผู้บริหารระดับสูงและหน่วยงานส่วนกลาง
ส่งทีมประเมินจากส่วนกลาง เพื่อสร้างความมั่นใจต่อโครงการ ODS

Service
Delivery

workforces

Information
system

Access to
Essential
medicine

Finance

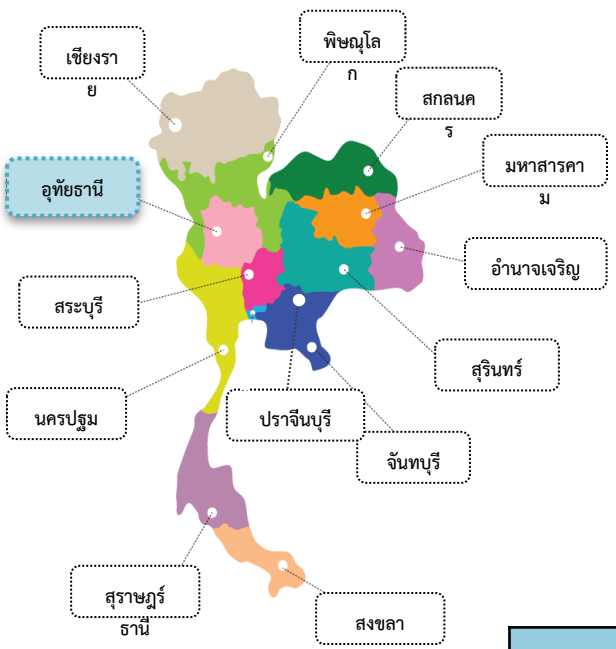
Governance

Plus

KPI 53: จำนวนเมืองสมุนไพร



จังหวัดอุทัยธานี เป็น 1 ใน 9 จังหวัดส่วนขยาย ในการดำเนินงานเมืองสมุนไพรของเขตสุขภาพที่ 3



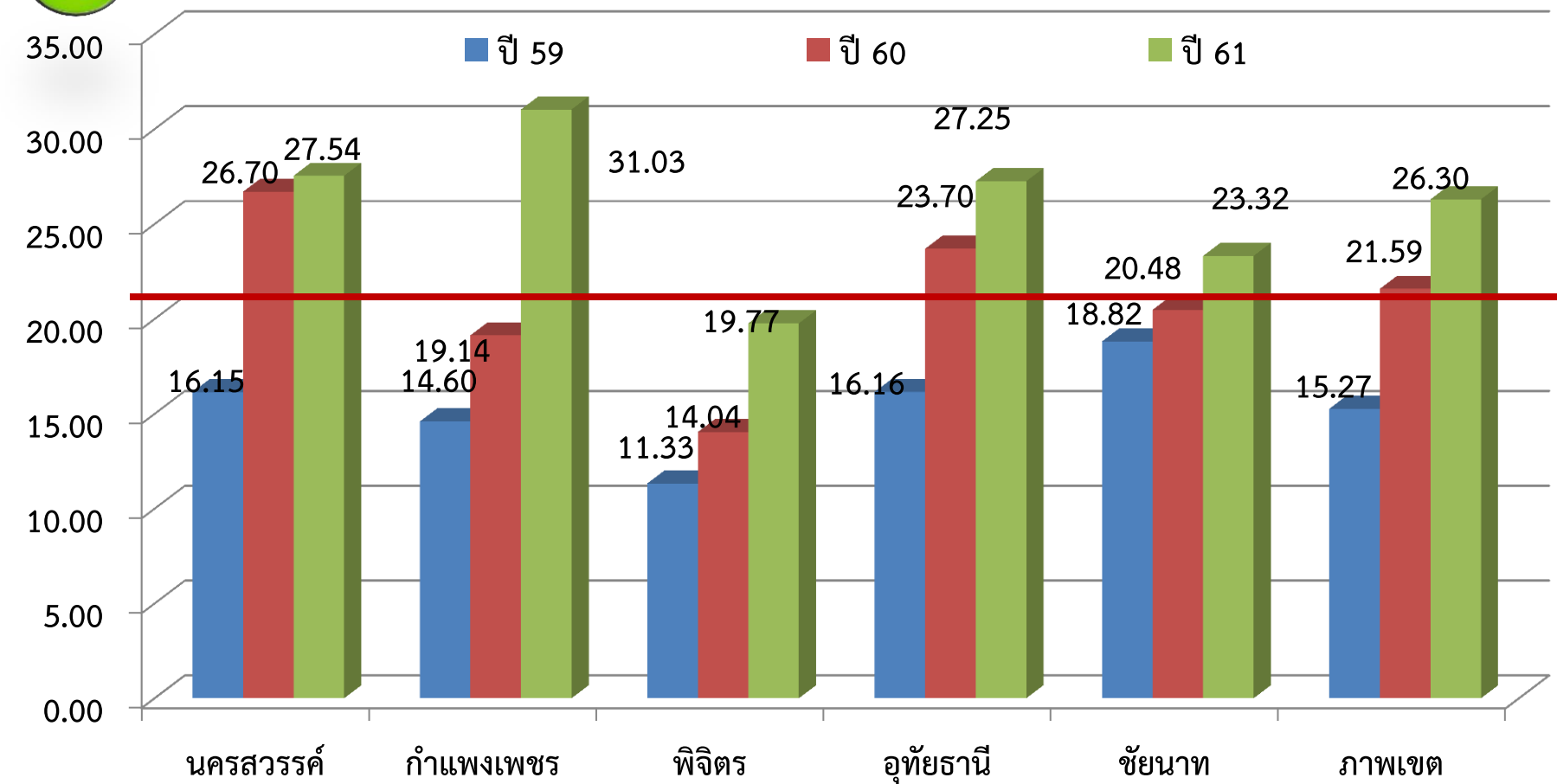
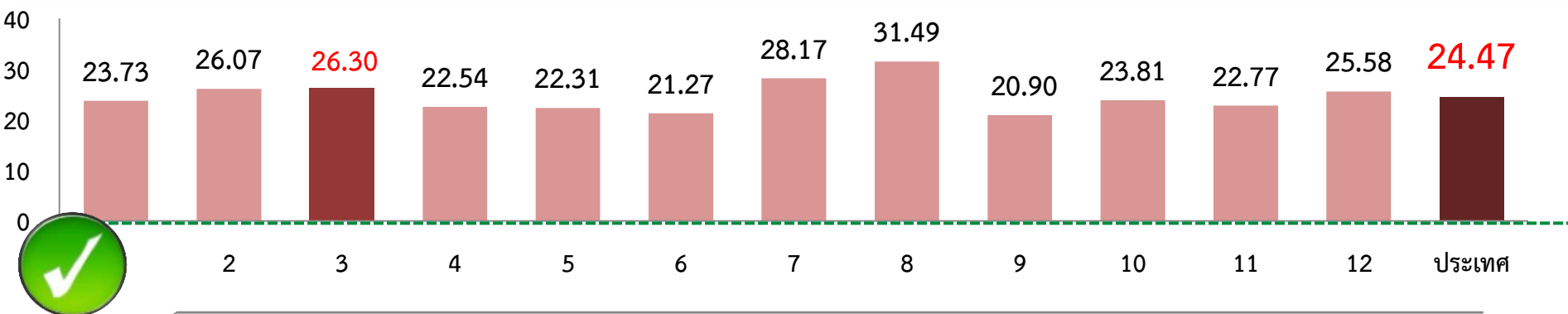
ไตรมาสที่	small success	เป้าหมาย	ผลงาน
I	มีกลุ่มแกนนำด้านสมุนไพร อย่างน้อย 1 กลุ่ม	1 กลุ่ม	
II	มีฐานข้อมูลวัตถุดิบ	data จังหวัด	
	มีแผนธุรกิจ (business Plan)	plan จังหวัด	
III	มีการจัดตั้ง Shop/Outlet	1 แห่ง	
	มีข้อมูลความต้องการวัตถุดิบ (Demand & Supply Matching)	data จังหวัด	

หมายเหตุ : พื้นที่ดำเนินการแล้ว อยู่ระหว่างดำเนินการ

ที่มา : เอกสารหลักฐานประกอบ
การรายงานผลการดำเนินงานฯ
รายจังหวัด ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2561

ปัญหา/ข้อจำกัด	แนวทางการแก้ไข ปี 2562
1. ขาดกลไกการรวบรวมข้อมูลและการ รายงานผล	1. สร้างเครื่องมือและติดตามการสรุปและ รายงานผลของพื้นที่มายังส่วนกลาง
2. ขาดการบูรณาการร่วมกันในเขตสุขภาพ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	2. ติดตามแผนการบูรณาการระดับเขตสุขภาพ
3. ขาดความเข้าใจในขั้นตอนการขอ งบประมาณ	3. ร่วมดำเนินการและติดตามการจัดสรร งบประมาณทั้งมิติ ต้นทาง กลางทาง และ ปลายทาง

KPI33 : ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (เป้าหมาย 20)



คณะที่ 2 พัฒนาระบบบริการ (Service Plan) : สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

KPI : ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (เป้าหมาย 20)

ปัญหาอุปสรรค / Key Risk	แนวทางการแก้ไข ปี 2562
<ol style="list-style-type: none"> ขาดแคลนบุคลากรทั้งแพทย์แผนไทยและผู้ช่วยแพทย์แผนไทย ขาดข้อมูลวิชาการสนับสนุนการจัดบริการ รายการยาสมุนไพรมีจำนวนจำกัด ขาดความเข้าใจในการจัดซื้อยาสมุนไพรระหว่างหน่วยบริการตามระเบียบพัสดุ 	<ol style="list-style-type: none"> สนับสนุนการจัดบริการให้ครอบคลุมในหน่วยบริการทุกระดับ รวบรวมข้อมูลการรักษาโรคต่อโดยวิธีการบ่งต่อด้วยหนามหวาย วิเคราะห์ความต้องการยาและสนับสนุนการจัดซื้อยาในระดับเครือข่ายบริการ จังหวัดและภาพเขตสุขภาพ

Innovation/ Best Practices

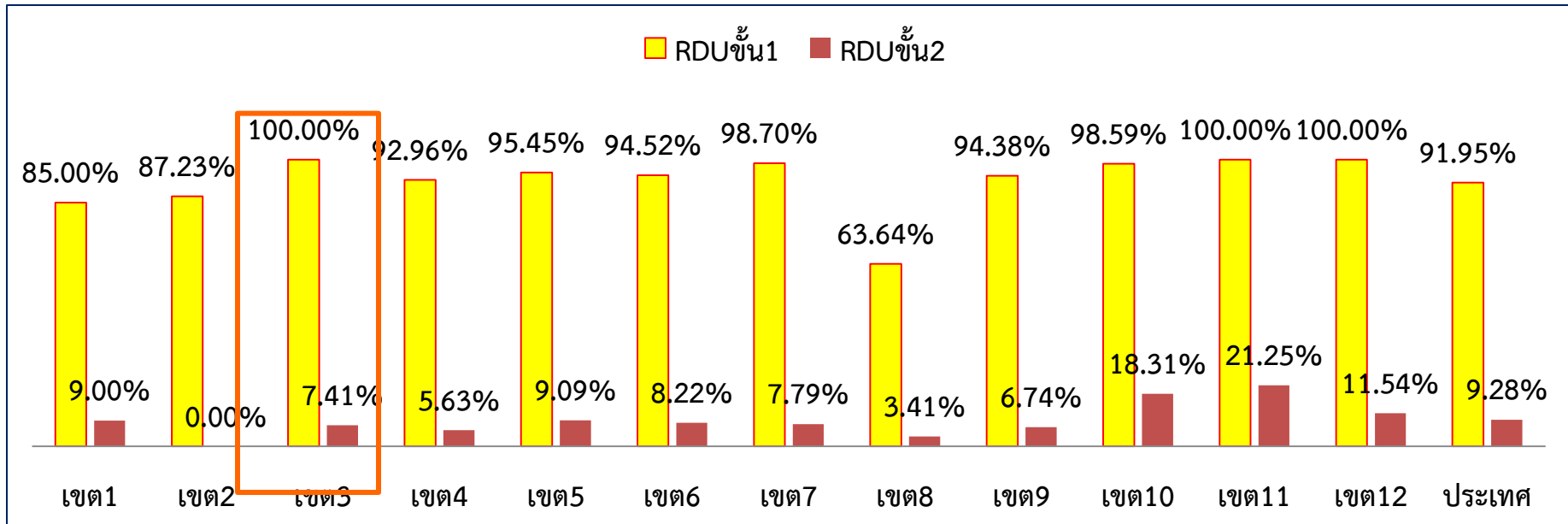
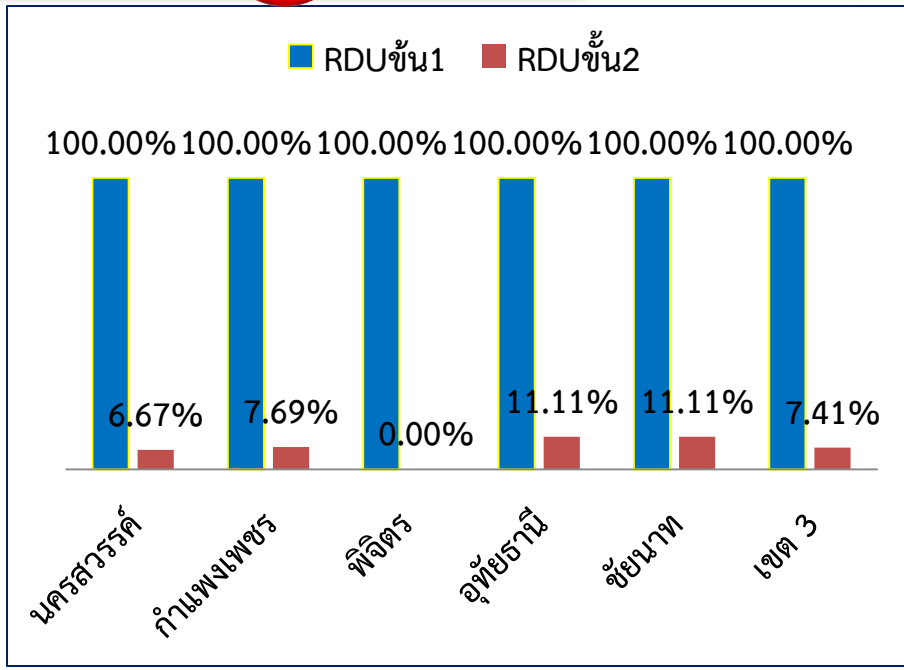
- นำภูมิปัญญาฯ การบ่งต่อด้วยหนามหวายมาใช้ในหน่วยบริการทั้งระดับ รพช. และ รพ.สต.
- ต้นแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมด้วยการแพทย์แผนไทย รพ.สต.ปากอ่าง จ.กำแพงเพชร
- ศูนย์ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและอนุรักษ์ภูมิปัญญา (รร.ผู้สูงอายุเทศบาลช่องลม จ.กำแพงเพชร)

Service Delivery	workforces	Information system	Access to Essential medicine	Finance	Governance	Plus
-------------------------	-------------------	---------------------------	-------------------------------------	----------------	-------------------	-------------

KPI 29.1 : ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล



ตชว.	เป้าหมาย 2561	เป้าหมาย ไตรมาส 3	ผลงาน	ผลการ ประเมิน
RDU ชั้น 1	80% (44)	80% (44)	100% (54)	บรรลุ เป้าหมาย
RDU ชั้น 2	20% (11)	15% (9)	7.4% (4)	ไม่บรรลุ เป้าหมาย



KPI 29.1 : ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล

ปัจจัยความสำเร็จ/ผลงานเด่น

ปัจจัยความสำเร็จ

- ความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพ และความเข้มแข็งของทีมนำในการนิเทศติดตามการดำเนินงาน
- การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่ออ้างอิงเรื่องการใช้อย่างสมเหตุผล

ผลงานเด่น

- การสร้างความตระหนักรู้ โดยบูรณาการเรื่องการใช้อย่างสมเหตุผล กับการส่งเสริมการैयाปลอดภัย ในชุมชน อ.หนองบัว จ.นครสวรรค์
- สร้างความเข้าใจเรื่อง RDU ในร้านยา จ.ชัยนาท

ปัญหา/ข้อจำกัด

- ความเข้าใจแนวทางการดำเนินงาน RDU ของบุคลากรทางการแพทย์
- ความคาดหวัง และการเรียกหาของผู้ป่วย ที่มารพ./รพ.สต.
- บุคลากรทางการแพทย์ไม่มั่นใจในการสั่งใช้ ยาสมุนไพรทดแทน

ข้อเสนอแนะ

- มีการทำความเข้าใจกับบุคลากรทางการแพทย์ถึงการดำเนินงานตามแนวทาง RDU อย่างสม่ำเสมอ และมีการติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
- ส่วนกลางมีการจัดทำสื่อให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับการใช้อย่างสมเหตุผล
- ส่วนกลางควรมีแนวทางการใช้ยาสมุนไพรสนับสนุนแก่สถานพยาบาล

สถานการณ์ / ผลงาน เปรียบเทียบแยกรายเขต ภาพรวมประเทศ

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	ภาพรวมเขตสุขภาพ (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)
1	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR) เกณฑ์ตัวชี้วัด : ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70	เป้าหมาย (จำนวน รพศ./รพท.ทั้งหมด)	5
		ผลงาน จำนวน รพ. ผ่าน	5
		ร้อยละ	97

ผลงานเปรียบเทียบ แยกแยะรายจังหวัด

จังหวัด	จำนวน รพศ./รพท. ทั้งหมด	จำนวน รพศ./รพท. ที่ผ่านในกิจกรรม						ร้อยละ
		กิจกรรม 1 คกก.	กิจกรรม 2 LAB	กิจกรรม 3 ยา	กิจกรรม 4 IC	กิจกรรม 5 วิเคราะห์	ผ่านทั้ง 5 กิจกรรม	
นครสวรรค์	1	1	1	1	1	0.75	1	95
กำแพงเพชร	1	1	1	1	1	1	1	100
พิจิตร	1	1	1	1	1	1	1	100
อุทัยธานี	1	1	1	1	1	1	1	100
ชัยนาท	1	1	1	0.75	1	0.75	1	90
รวม เขต 3	5	5	5	4.75	5	4.5	5	97

ปัญหาอุปสรรคที่พบ / Key Risk

แนวทางการแก้ไข ปี 2562

สถานที่คับแคบ และอุปกรณ์ไม่เพียงพอ ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการควบคุมการติดเชื้อดื้อยาารายใหม่

ห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาควรพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สามารถธำรงรักษามาตรฐานการปฏิบัติงาน ให้สอดคล้องกับสากล โดยเฉพาะการรายงานความไวของเชื้อดื้อยา ตามมาตรฐาน CLSI

การไม่ให้ความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนการใช้ยาอย่างเหมาะสมตามแนวทางที่ได้กำหนด

ควรเพิ่มการใช้ข้อมูลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการประกอบการปรับเปลี่ยนยาอย่างเหมาะสม

การไม่ใช้ข้อมูลจากการประเมินความเหมาะสมการใช้ยาต้านจุลชีพ เพื่อประกอบการรักษา

ควรมีเภสัชกรประจำหอผู้ป่วยเพื่อช่วยในการตัดสินใจ/พิจารณาการใช้ยาอย่างเหมาะสม

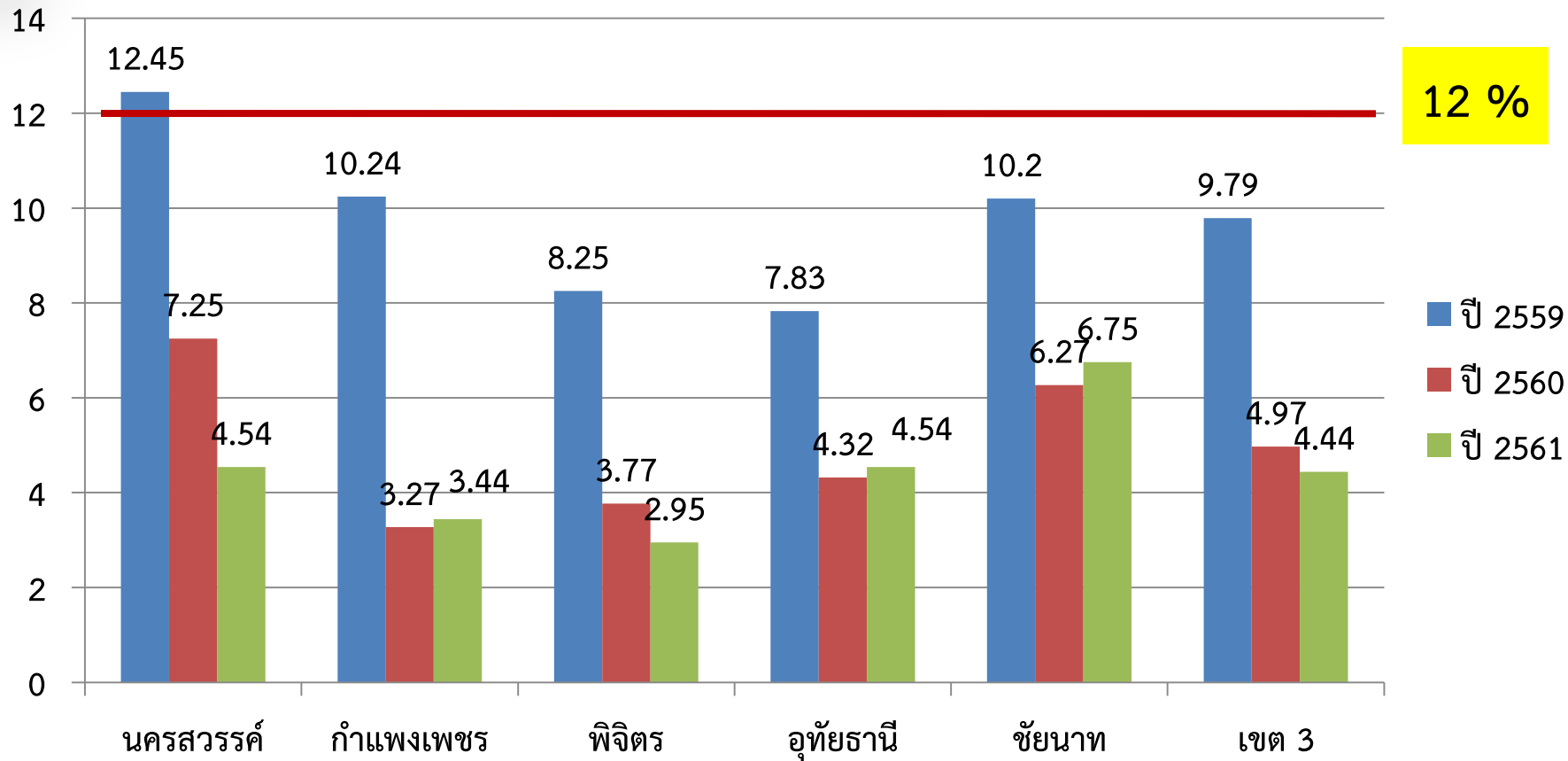
ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกส่วนงานยังไม่ให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามแนวทางอย่างเคร่งครัด

ควรบูรณาการข้อมูลสถานการณ์ของแต่ละกิจกรรม เพื่อนำมาสู่มาตรการที่เหมาะสมของโรงพยาบาล

ควรมีการประชุมคณะกรรมการ/คณะทำงานอย่างสม่ำเสมอ เพื่อติดตาม ประเมินผล และวางแผนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และควรส่งเสริมให้มีกิจกรรมทางวิชาการ

ห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาควรพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สามารถธำรงรักษามาตรฐานการปฏิบัติงาน ให้สอดคล้องกับสากล โดยเฉพาะการรายงานความไวของเชื้อดื้อยา ตามมาตรฐาน CLSI

KPI50 : อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง
 ในโรงพยาบาล F2 ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit) < 12 %



Best Practice : การบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางโรคหัวใจลดการเสียชีวิตได้มาก

KPI50 : อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง
ในโรงพยาบาล F2 ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit) < 12 %

ปัญหาอุปสรรคที่พบ / Key Risk

ผู้ป่วยฉุกเฉินที่เสียชีวิตที่ ใน 24 ชม.มากที่สุดคือ จาก sepsis Hemorrhagic stroke และ traumatic brain injury ยังไม่ลดลง จากปัญหา เข้าถึงบริการช้า ห้องฉุกเฉินรพช.ขาดความรู้ และเครื่องมือ ระบบส่งต่อที่ล่าช้า การดูแล intensive care ไม่เพียงพอ

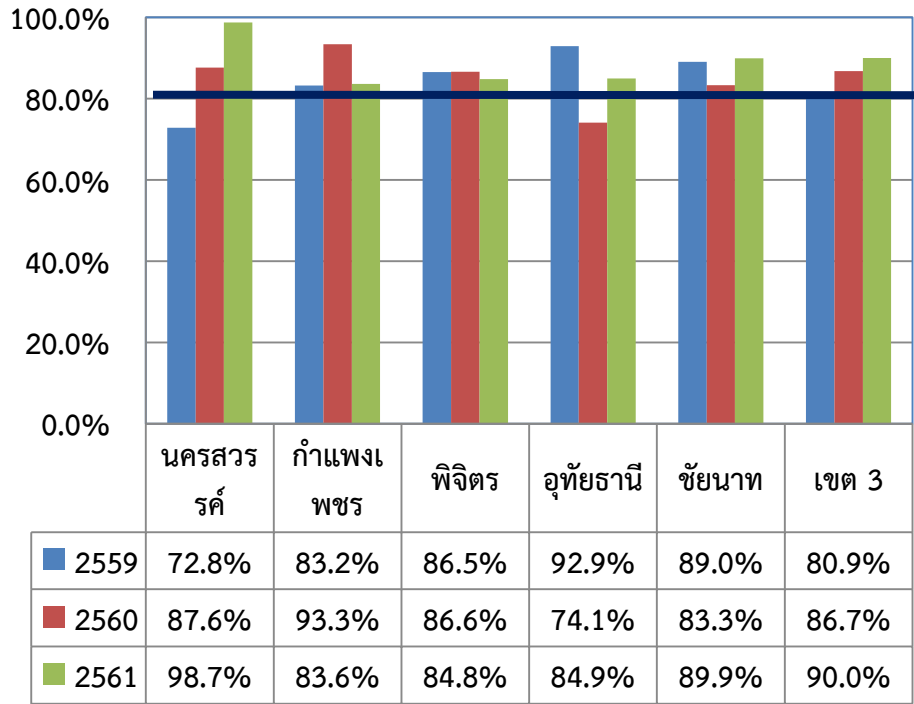
แนวทางการแก้ไข ปี 2562

- เน้นย้ำพัฒนาแนวทางจัดการโรคที่เสียชีวิตสูง ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
- ระบบส่งต่อในโรคที่สำคัญให้มีคุณภาพและรวดเร็วมากขึ้น
- พัฒนาบุคลากรด้าน อุบัติเหตุและฉุกเฉินร่วมกับ การดูแลภาวะวิกฤติให้เพียงพอ

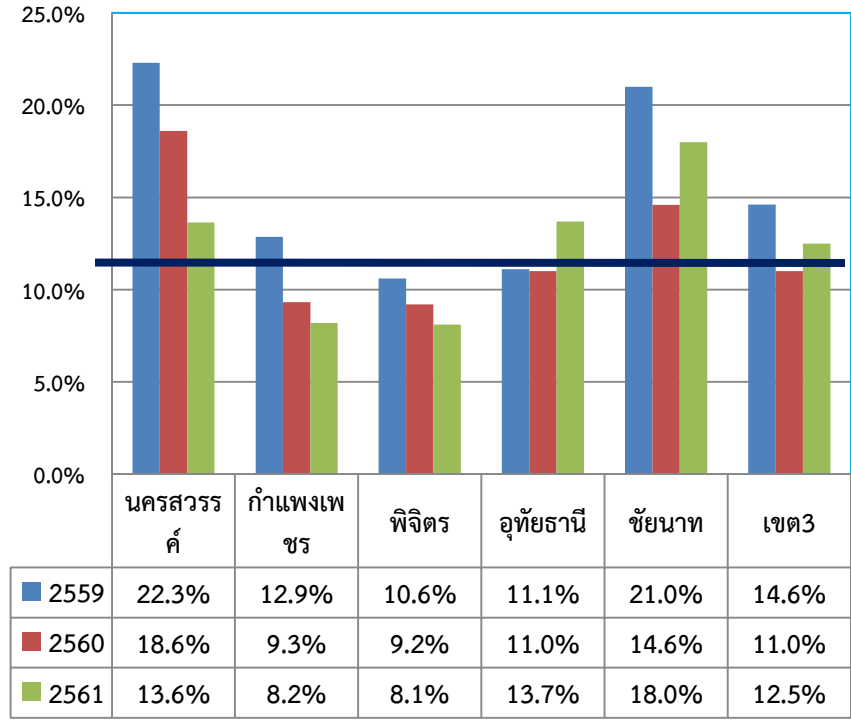


โรงพยาบาล F2 ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้”จริง”ครบ100%

PPCI+SK



STEMI Death



อัตราการเปิดหลอดเลือดSK+PPCI ดี > 80 %



อัตราตายSTEMI ยังสูงกว่าเกณฑ์ 10% เล็กน้อย

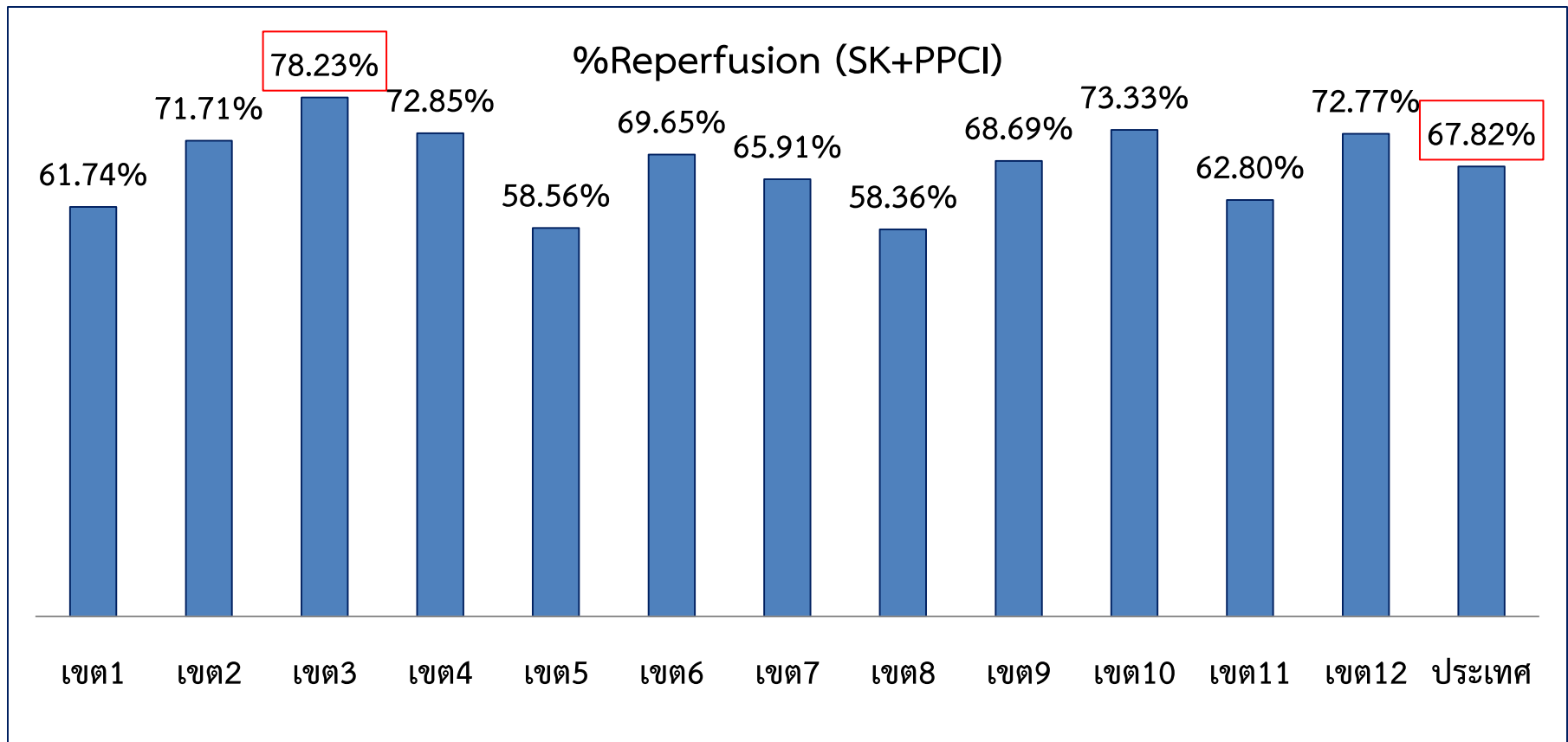
อัตราการเปิดหลอดเลือดในผู้ป่วย STEMI (Reperfusion rate)



อัตราเฉลี่ย

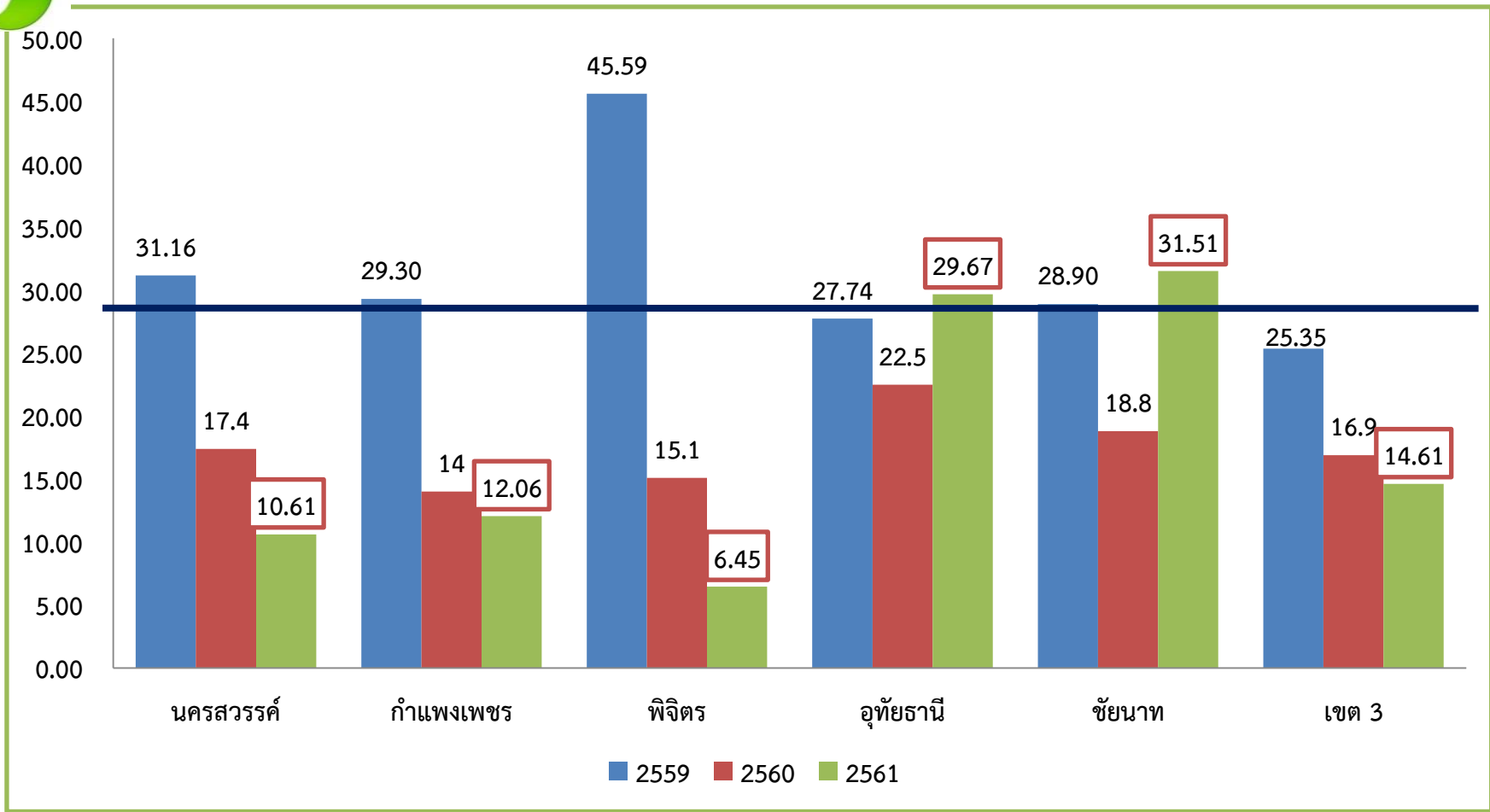
เขต 3 ร้อยละ 78.23

ทั้งประเทศ ร้อยละ 67.82



ตัวชี้วัดที่ 39 : อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ เป้าหมาย < 28 ต่อแสนปชก.

หัวใจ



Service Delivery

workforces

Information system

Access to Essential medicine

Finance

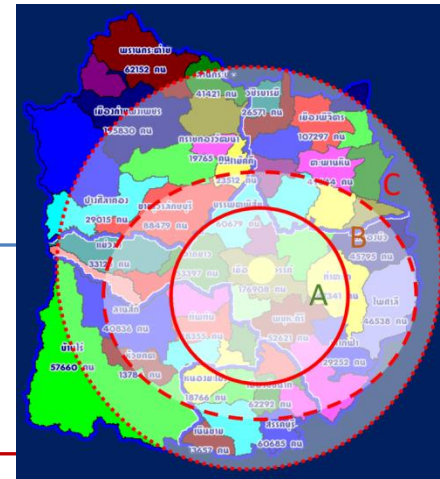
Govern.

Plus

ข้อชื่นชม / Best Practice :

- Care Process: 1. Quality Reperfusion : Pharmaco-Invasive Treatment (PPCI in 24 hr.)
2. Spoke and Hub for PPCI (ระยะเวลาส่งต่อไม่เกิน 1 ชม)
3. Multidisciplinary Team (Cardiomed + EP + CVT +Rehab+++)
4. การออกนิเทศงานรพช.

- R2R ได้รางวัลชนะเลิศระดับกระทรวงหลายรางวัล



ปัญหา

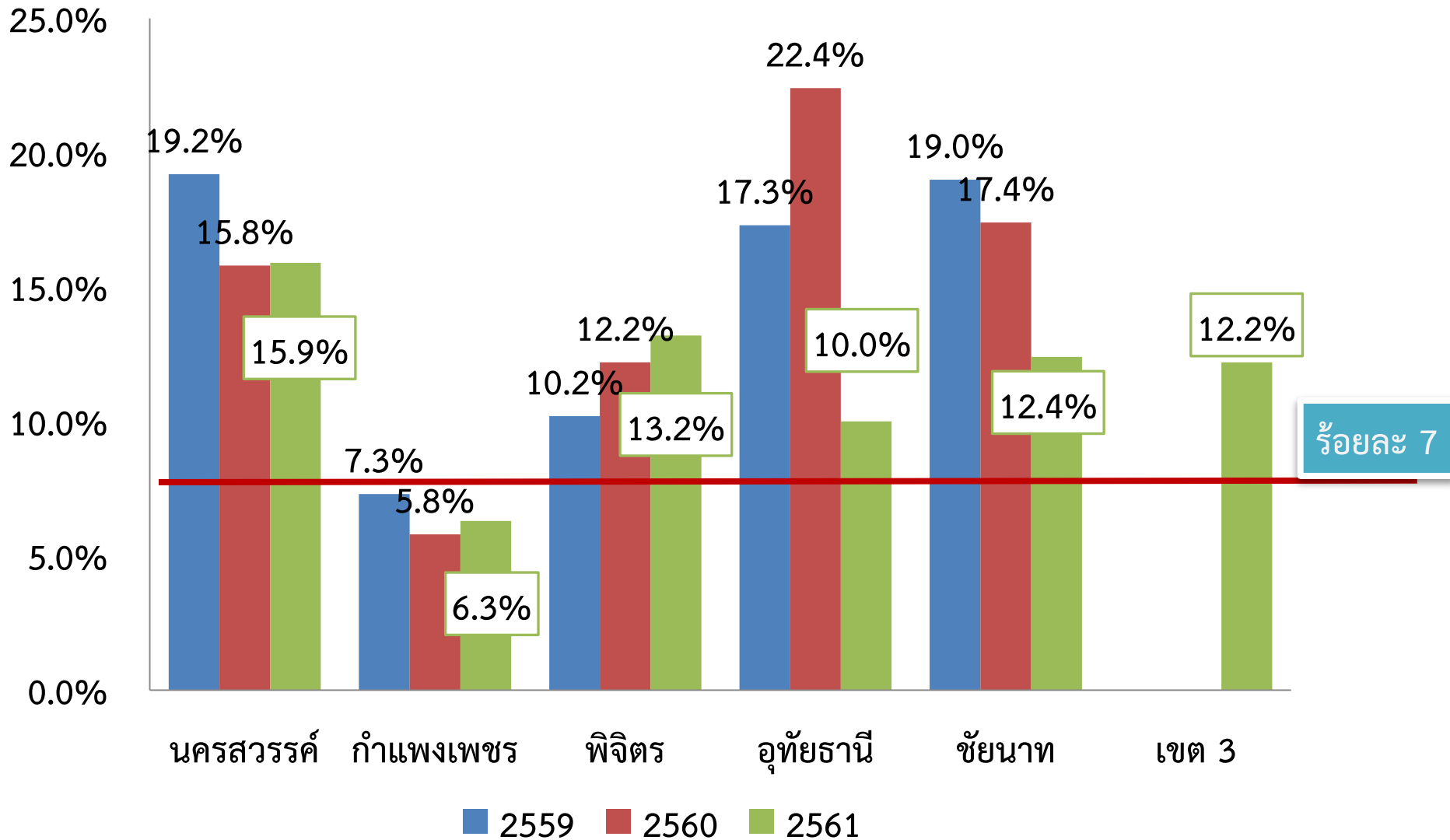
สถานที่ และเครื่องมือที่จำเป็นในการขยายระบบงาน (อยู่ในแผนพัฒนารพ.สปร.2อยู่แล้ว)

ข้อเสนอแนะในการพัฒนา

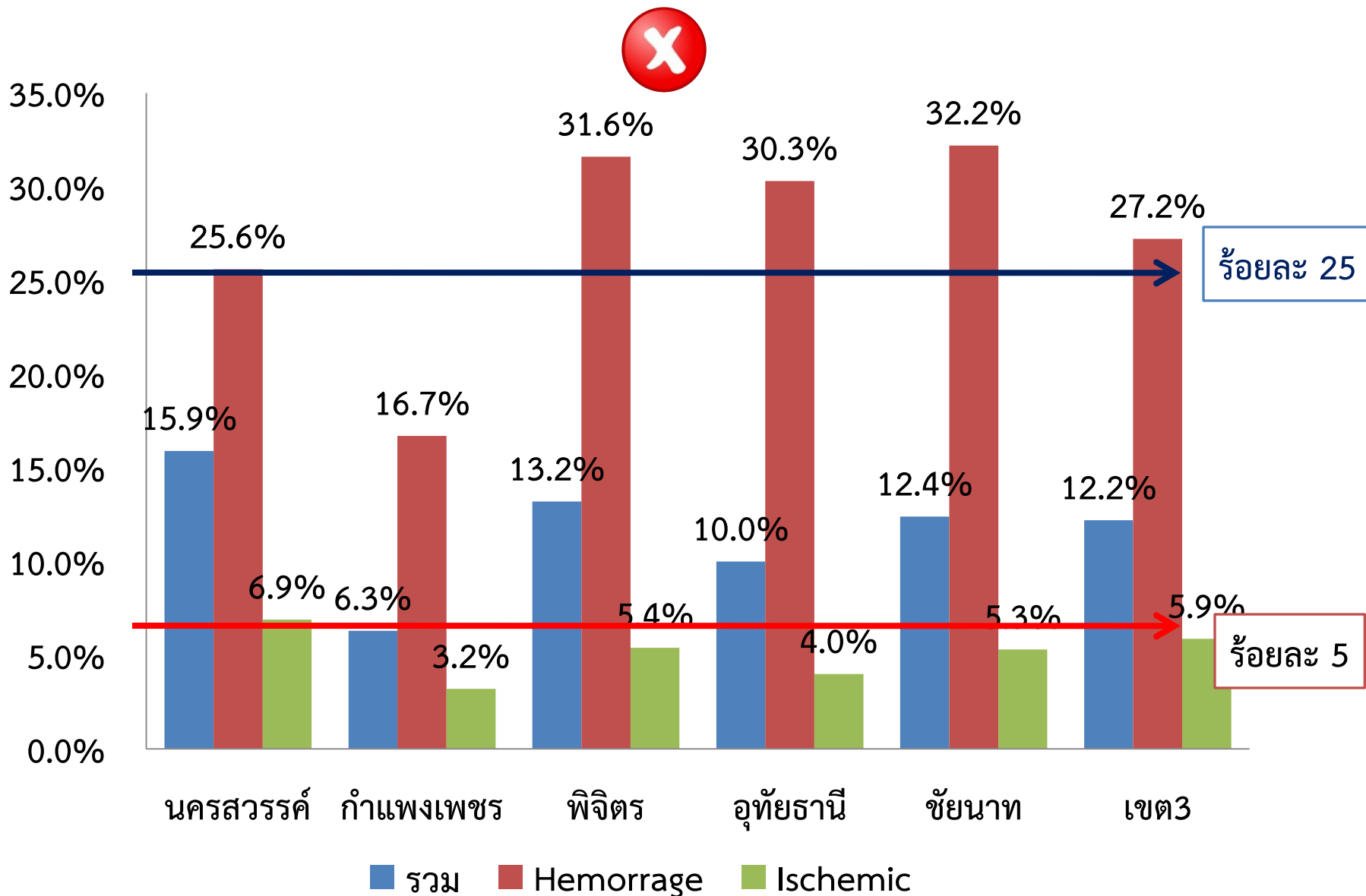
- การสร้างระบบส่งต่อ และ การออกนิเทศงาน กับรพช.ลูกข่าย อีก 4 จังหวัด

ตัวชี้วัดที่ 28 : ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ≤ ร้อยละ 7

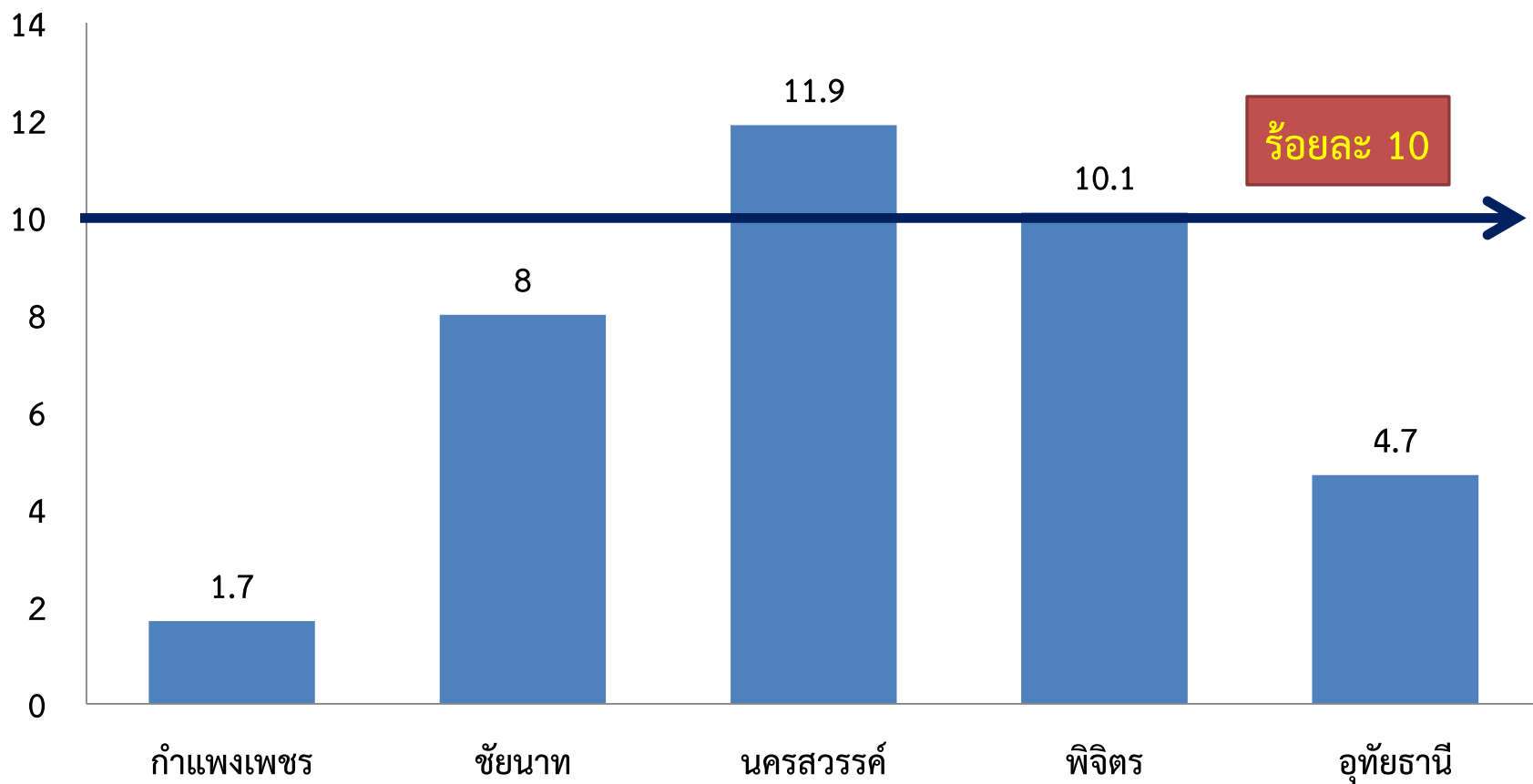
Stroke



อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ≤ ร้อยละ 7 (แตก < ร้อยละ 25 , ตีบ < ร้อยละ 5)



อัตราการเข้าถึง rt-PA มากกว่าร้อยละ 10



**Service
Delivery**

workforces

**Information
system**

**Access to
Essential
medicine**

Finance

Govern.

Plus

ตัวชี้วัดที่ 28: ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ≤ ร้อยละ 7

Key Risk Factor:

1. อัตราตายของผู้ป่วย ICH ยังสูง การเข้าถึง rt-PA ดีขึ้นแต่ต่ำกว่าเป้าหมาย
2. กิจกรรมส่งเสริมและป้องกัน ยังขาดการต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง NCD
3. มีการใช้บริการ EMS (1669) ยังน้อย
4. Stroke unit ยังไม่ครบทุกจังหวัด (สปร.8 พิจิตร4 ชัยนาท2 อุทัย4 กำแพงเพชรcorner8)
5. ยังขาด Neuro med พยาบาลเฉพาะทาง

FAIL

Best Practice :

1. จัดโครงการ awareness ข้อมูลเชิงรุกและเป็นวิทยากรทุกภาคส่วน โครงการ network stroke โดยมี call center
2. มีการ lean วิเคราะห์ขั้นตอนการรักษา ทำให้ผู้ป่วยได้ rt-PA เพิ่มขึ้น (สปร. ชัยนาท)
3. IMC → มีการกระจาย Stroke Rehabilitation ออกจากรพ.จังหวัด



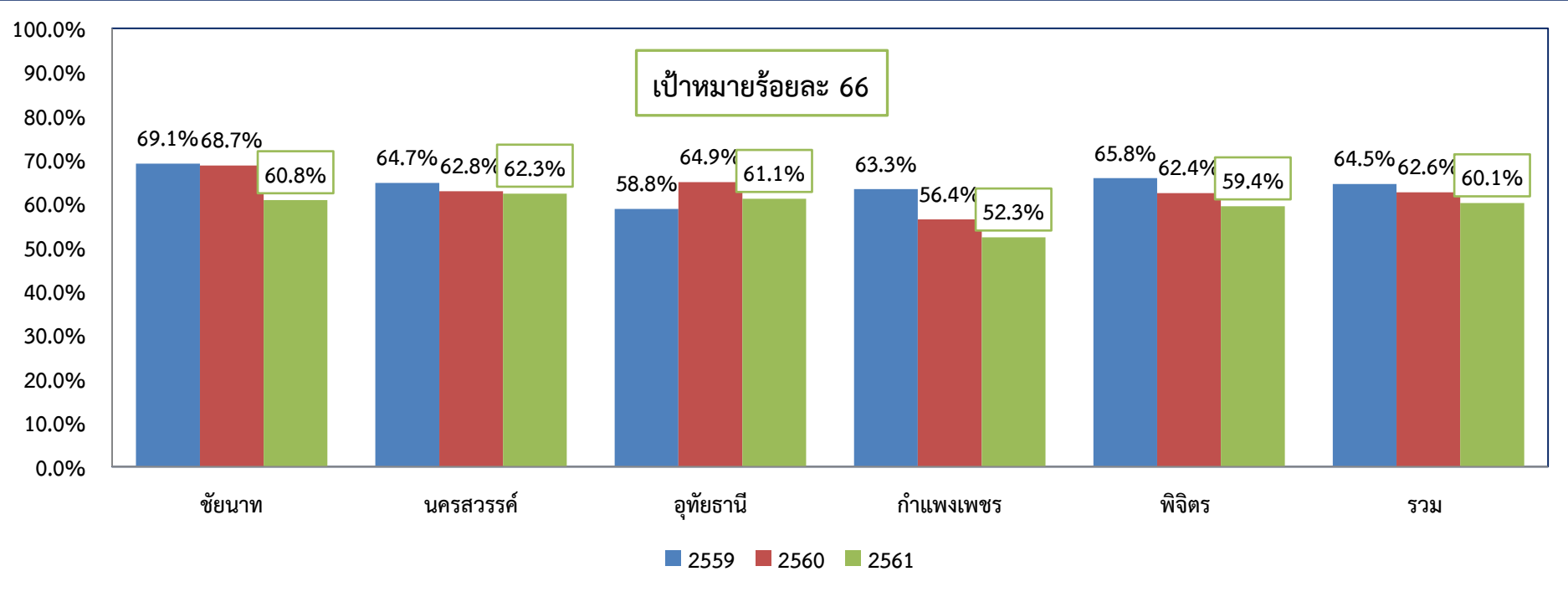
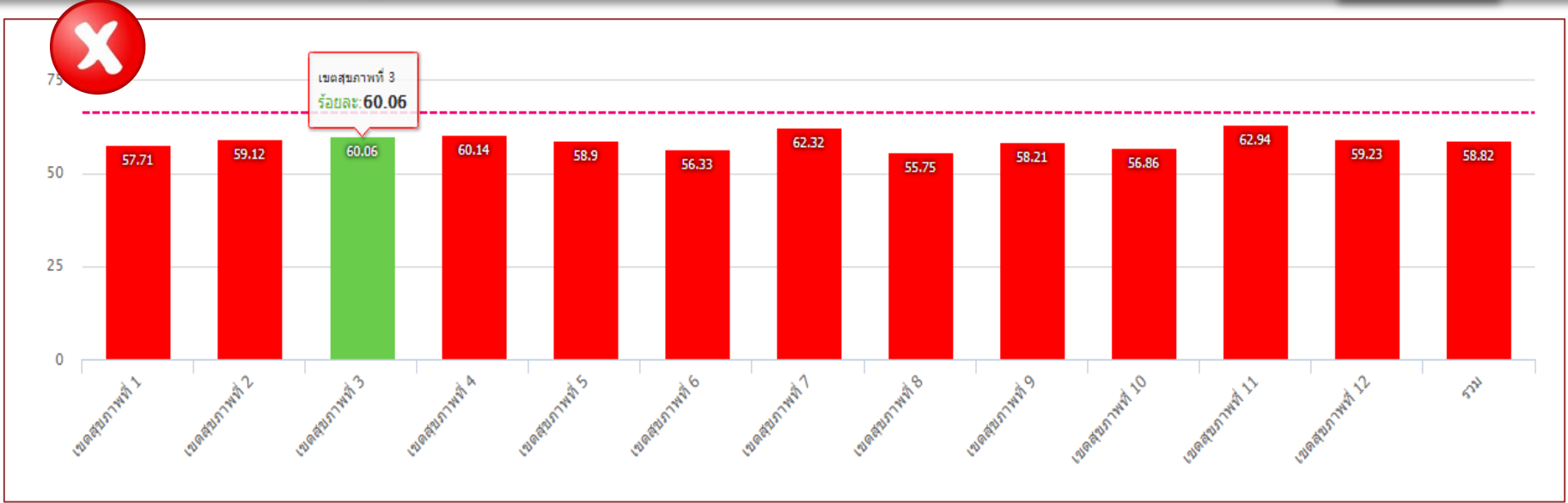
ข้อเสนอแนะต่อหน่วยบริการ:

1. ควร lean วิเคราะห์ขั้นตอนการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรับ rt-PA ได้มากขึ้น
2. เร่งประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้เชิงรุก โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง ค้นหากลุ่มเสี่ยง และการเข้าถึงระบบ EMS



ข้อเสนอแนะต่อผู้บริหารระดับสูงและหน่วยงานส่วนกลาง
จัดทำสื่อในการประชาสัมพันธ์ ในทุกระดับ

ตัวชี้วัดที่ 43 : ร้อยละของผู้ป่วยCKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR <4 mL/min/1.73m²/yr >66%



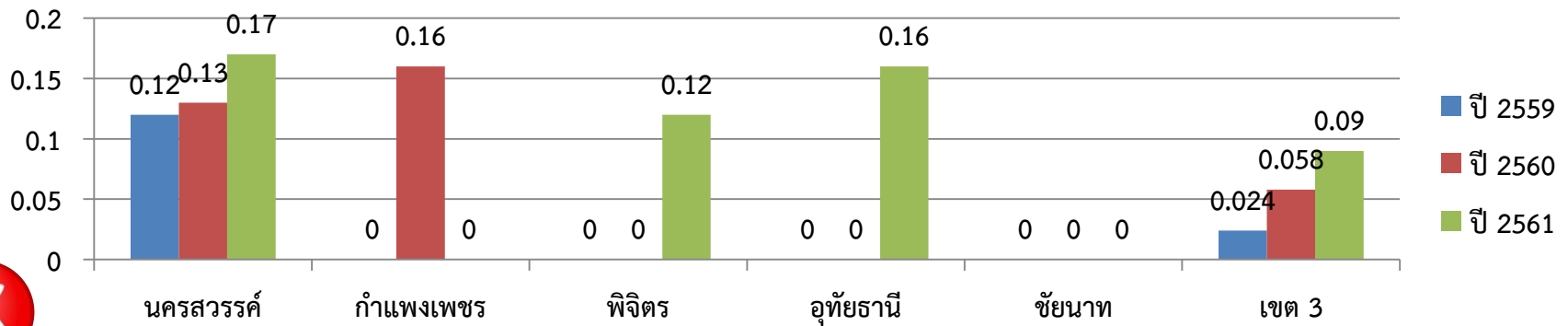
ปัญหาอุปสรรคที่พบ/Key Risk

- ขาดสหสาขาโดยเฉพาะ นักกำหนดอาหาร นักกายภาพบำบัด
- ขาดการจัดการกับฐานข้อมูลในการคัดกรอง CKD และการนำไปใช้ประโยชน์
- การประเมิน CKD Clinic คุณภาพ ไม่ผ่านเกณฑ์
- ขาด Vascular Surgeon และแพทย์วางสายล้างไตทางช่องท้อง

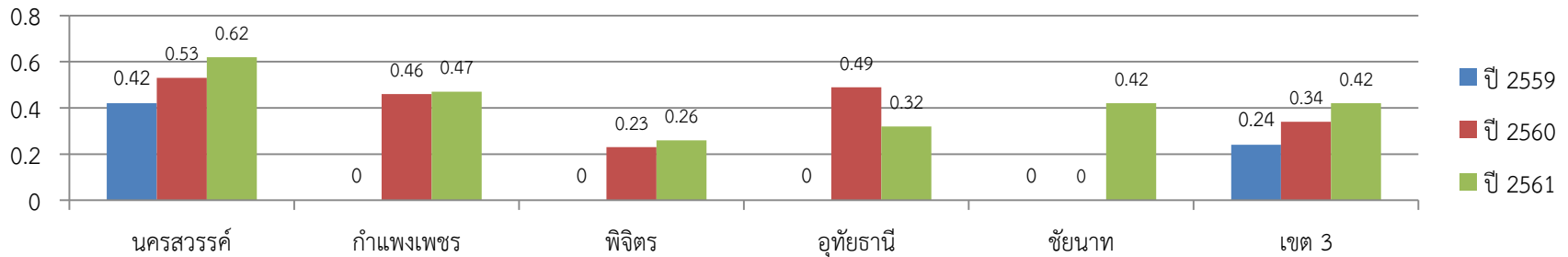
แนวทางการแก้ไข ปี 2562

- จัดหาอัตรากำลังของบุคลากรในระดับอำเภอให้ครบทุกสาขาวิชาชีพ เช่น นักกำหนดอาหาร นักกายภาพบำบัด
- พัฒนาระบบในการลงข้อมูลให้ครบถ้วน เพื่อเชื่อมโยงไปสู่ HDC
- พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยโรคไต
- พัฒนาศักยภาพเครือข่ายผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไต
- สร้างความตระหนัก เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยรณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชนในชุมชน ในการป้องกันไม่ให้เกิดโรคไตเรื้อรัง
- ประสานแพทย์ CVT ในเขตช่วยเรื่องการสร้าง/ซ่อม vascular access

จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากภาวะสมองตายเป้าหมาย-ปี2561 Actual brain death organ donor 1:100hospital death



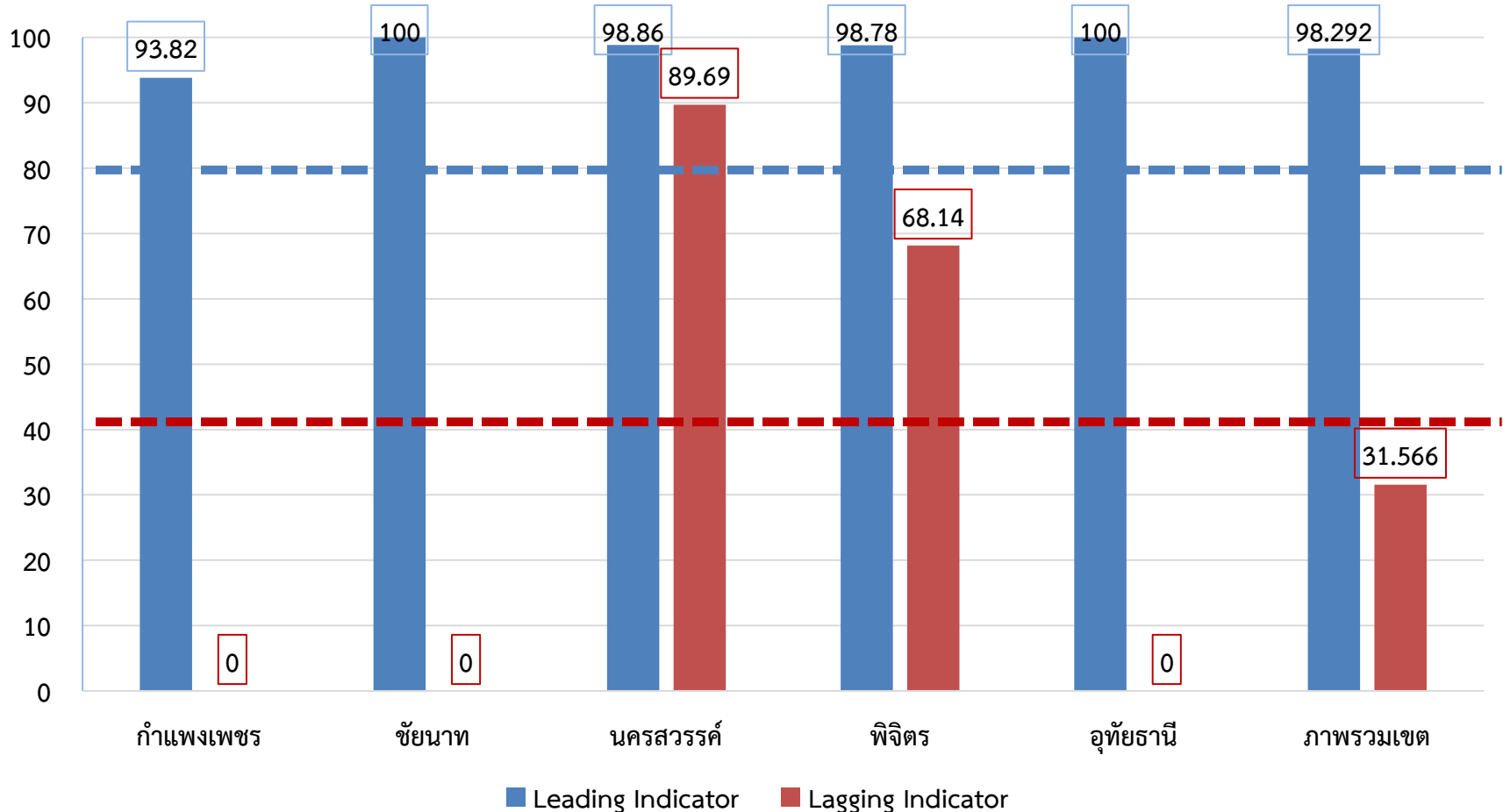
จำนวนผู้บริจาคดวงตาจากผู้เสียชีวิตในโรงพยาบาล เป้าหมายปี2561 Actual corneal donor 1.2:100 hospital death



ปัญหาอุปสรรคที่พบ / Key Risk	แนวทางการแก้ไข ปี 2562
<ul style="list-style-type: none"> มีการขอบริจาคอวัยวะน้อยในโรงพยาบาลระดับ S (มีจำนวนการขออน้อยมาก) ปัญหาการดูแล donor (ICU/ยา) 	<ul style="list-style-type: none"> เพิ่มและพัฒนาบุคลากรในการขอรับบริจาคอวัยวะใน รพ.ระดับ S หาแนวทางการขอรับบริจาคอวัยวะในกลุ่มเฉพาะ ให้รวดเร็วและได้ผลมากยิ่งขึ้น (แพทย์นิวโรจะช่วยได้มาก)

Best Practice : สปร มีการขอรับบริจาคอวัยวะกลุ่มเป้าหมายจำนวนมาก(๕๓ราย) และสามารถทำ corneal transplant ได้ (10 ราย)

ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษาตาม
เกณฑ์กำหนดร้อยละ 92



Leading Indicator : เป้าหมาย ร้อยละ 90

Lagging Indicator : เป้าหมาย ร้อยละ 50

หมายเหตุ : กำแพงเพชร ชัยนาท และ อุทัยธานี ยังไม่ได้เก็บข้อมูล Lagging Indicator

ตัวชี้วัดที่ 46 : ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง3เดือนหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษาทุกระบบ
(3 months remission rate)

Key Risk Factor:

1. การค้นหาผู้ป่วยโดยแยกกลุ่มผู้ป่วยยังไม่ชัดเจน เช่น บังคับบำบัดและสมัครใจ
2. การเฝ้าระวังและติดตามผู้ป่วยเพื่อประเมินผลสัมฤทธิ์ในการรักษายังไม่เพียงพอ
3. เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับตัวชี้วัดของการประเมิน ได้แก่ Leading และLagging indicator

FAIL



Best Practice :

- 1.จังหวัดกำแพงเพชรได้รับรางวัลจังหวัดดีเด่นด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขายาเสพติด ปี 2560 ในการประชุมยาเสพติดแห่งชาติครั้งที่ 18
- 2.จังหวัดนครสวรรค์และจังหวัดพิจิตรจัดทำโครงการ To be number one



ข้อเสนอแนะต่อหน่วยบริการ:

1. ให้ทบทวนการเก็บตัวชี้วัด
2. เพิ่มการค้นหาผู้ป่วยโดยแยกกลุ่มผู้ป่วยให้ชัดเจน



ข้อเสนอแนะต่อผู้บริหารระดับสูงและหน่วยงานส่วนกลาง

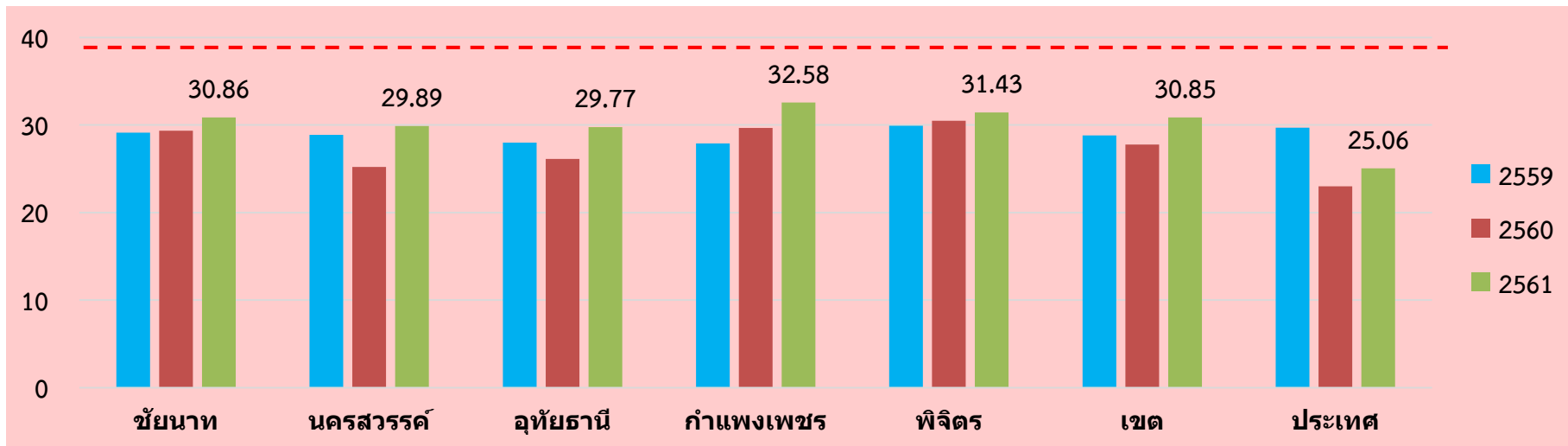
ส่งเสริมวิชาการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยติดยาเสพติด



ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้

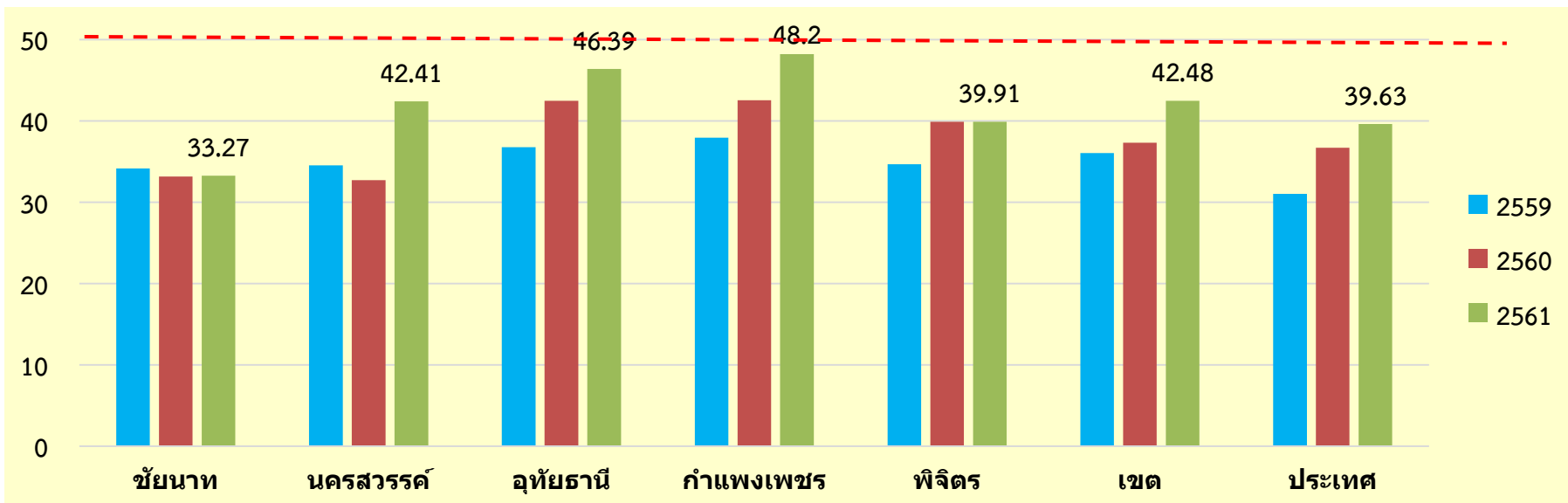
40%

NCD



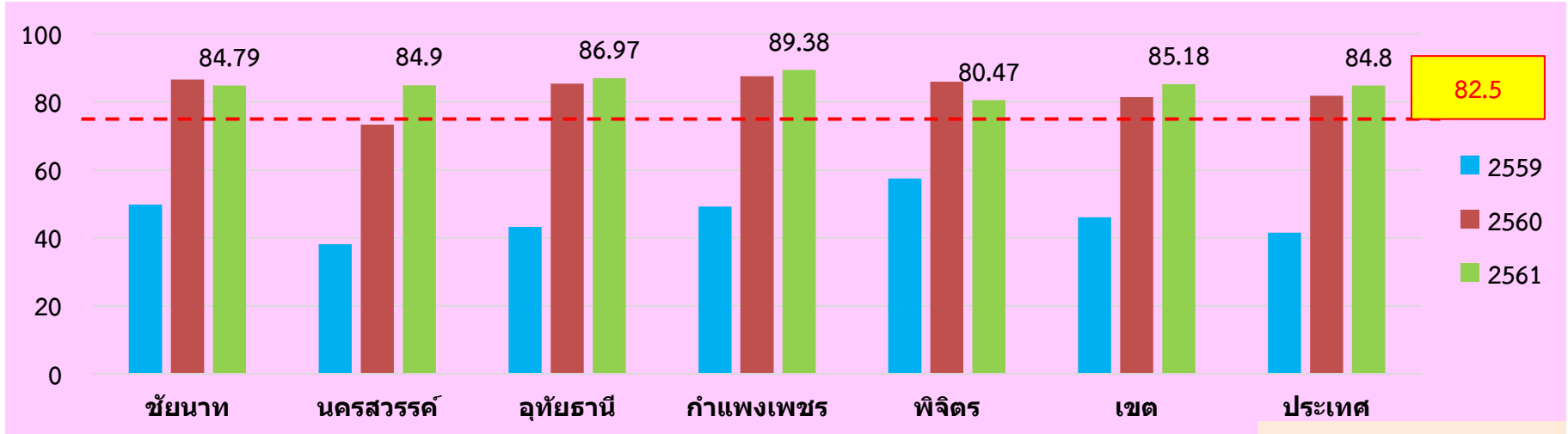
ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้

50%



ที่มา : HDC 1 ส.ค. 2561

ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน ได้รับการประเมิน CVD Risk > 82.5 %



ที่มา :HDC 1 ส.ค. 2561

ปัญหาอุปสรรคที่พบ / Key Risk	แนวทางการแก้ไข ปี 2562
ความถูกต้องของระบบฐานข้อมูลผู้ป่วย	ควรมีการตรวจสอบปัญหาเรื่องฐานข้อมูลผู้ป่วยที่แท้จริง เพื่อการ จัดบริการการดูแล รักษาที่เหมาะสม
งบประมาณในการตรวจ HbA1C ไม่ เพียงพอในบางพื้นที่ ทำให้ไม่สามารถ ดำเนินการได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน	ควรมีการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้ป่วย Stroke ว่ามีความสอดคล้องกับ ผลการคัดกรอง CVD Risk หรือไม่ เพื่อนำมาใช้ในการวางแผน แก้ไขปัญหา รวมทั้งการสื่อสารความเสี่ยงอย่างเหมาะสมกับ ระดับความเสี่ยง
	ควรมีการนำข้อมูลจากการคัดกรอง CVD Risk มาวิเคราะห์และ ทำ Mapping เพื่อใช้ในการวางแผนแก้ไข เมื่อเกิดผู้ป่วย Stroke

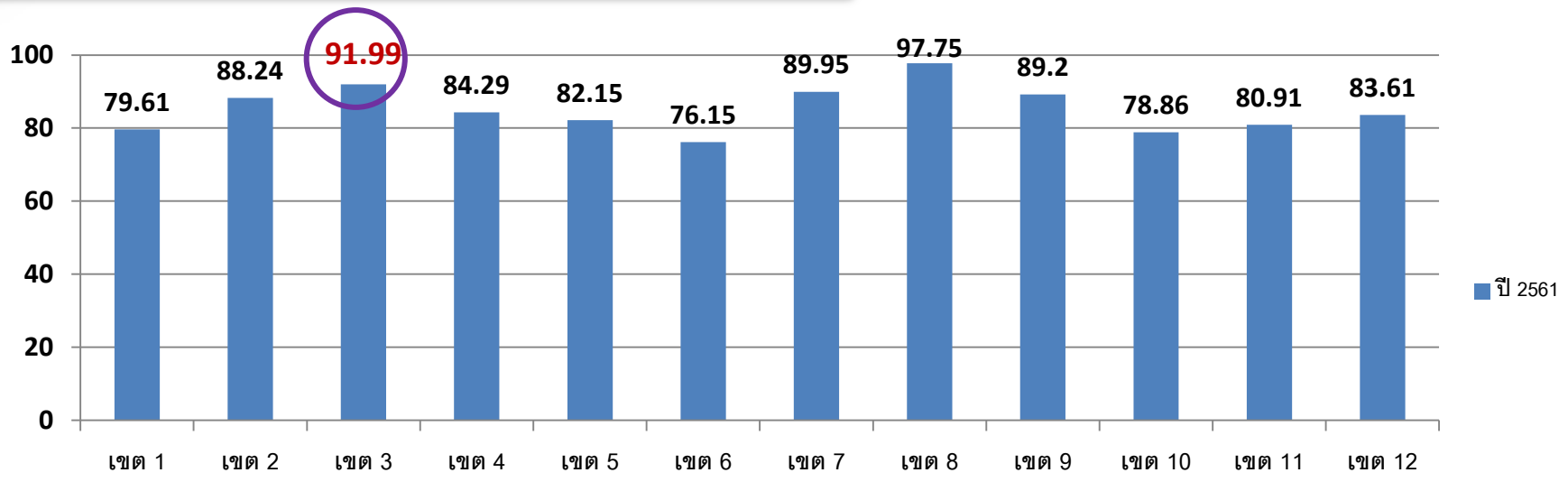
Best Practice :

- พัฒนาระบบการทำงาน โดยใช้ ยุทธศาสตร์การพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพโรคเบาหวาน (PNC)/โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ชีวพันธ์ Model (จังหวัดนครสวรรค์)
- พัฒนาระบบการทำงาน โดยใช้ ๕๕๕ DM/HT Chainat Model
- การดูแลผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงโดยแบ่งตามระดับความรุนแรง (เขียว เหลือง ส้ม แดง) จ.พิจิตร

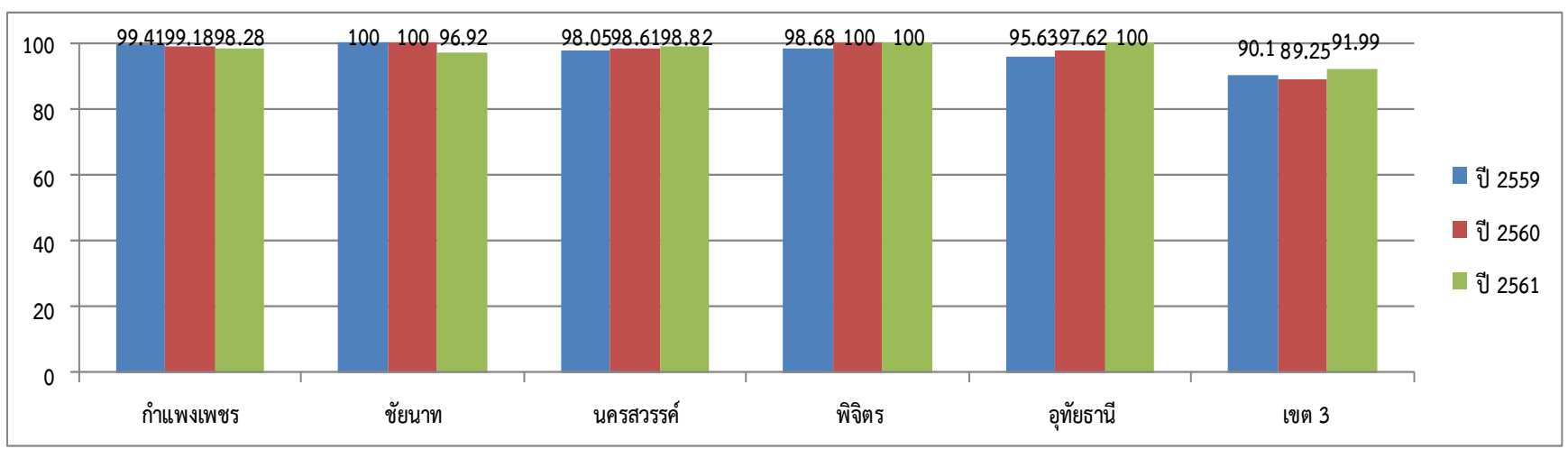


ตัวชี้วัดที่ 44 : ร้อยละผู้ป่วยBlinding Cataract ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน เป้าหมาย 85

สถานการณ์ / ผลงาน เปรียบเทียบแยกรายเขต ภาพรวมประเทศ

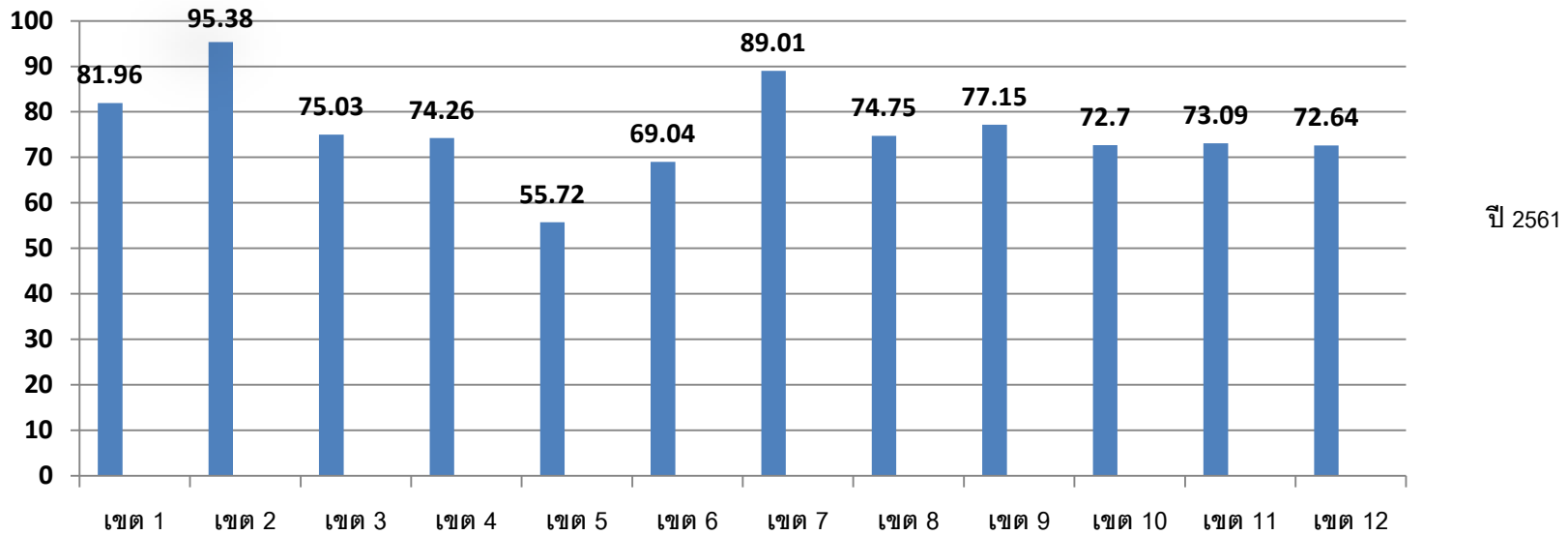


ผลงานเปรียบเทียบ แยกรายจังหวัด ย้อนหลัง 3 ปี

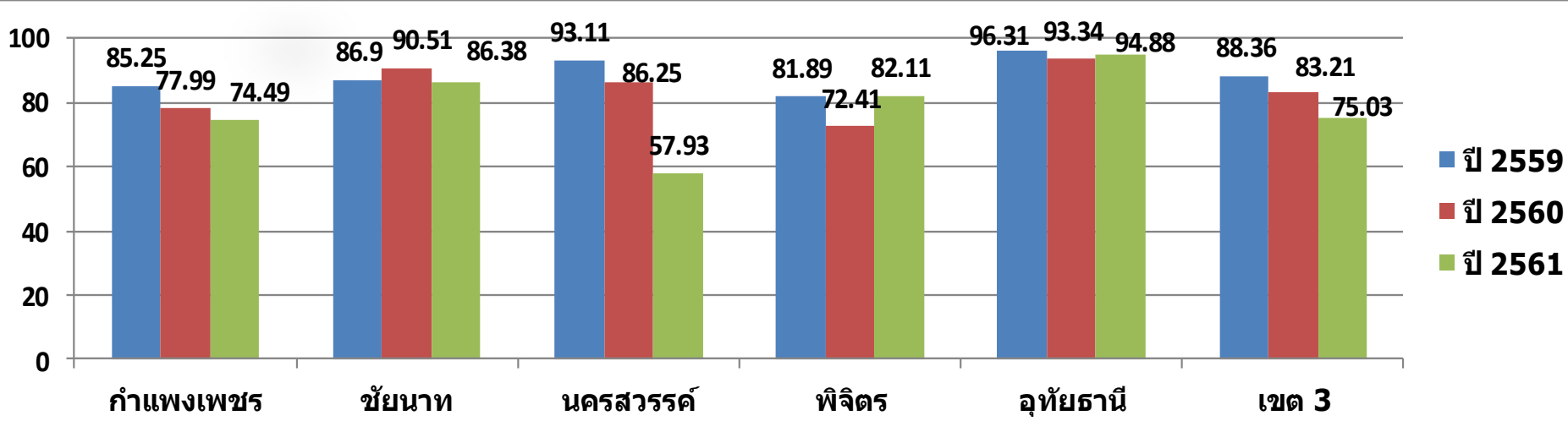




สถานการณ์ / ผลงาน เปรียบเทียบแยกรายเขต ภาพรวมประเทศ 2561



ผลงานเปรียบเทียบ แยกรายจังหวัด ย้อนหลัง 3 ปี



ปัญหาอุปสรรคที่พบ / Key Risk


- ฐานข้อมูล vision2020 ยังไม่ครอบคลุมฐานประชากรจริง
- การเข้าถึงบริการของประชากร

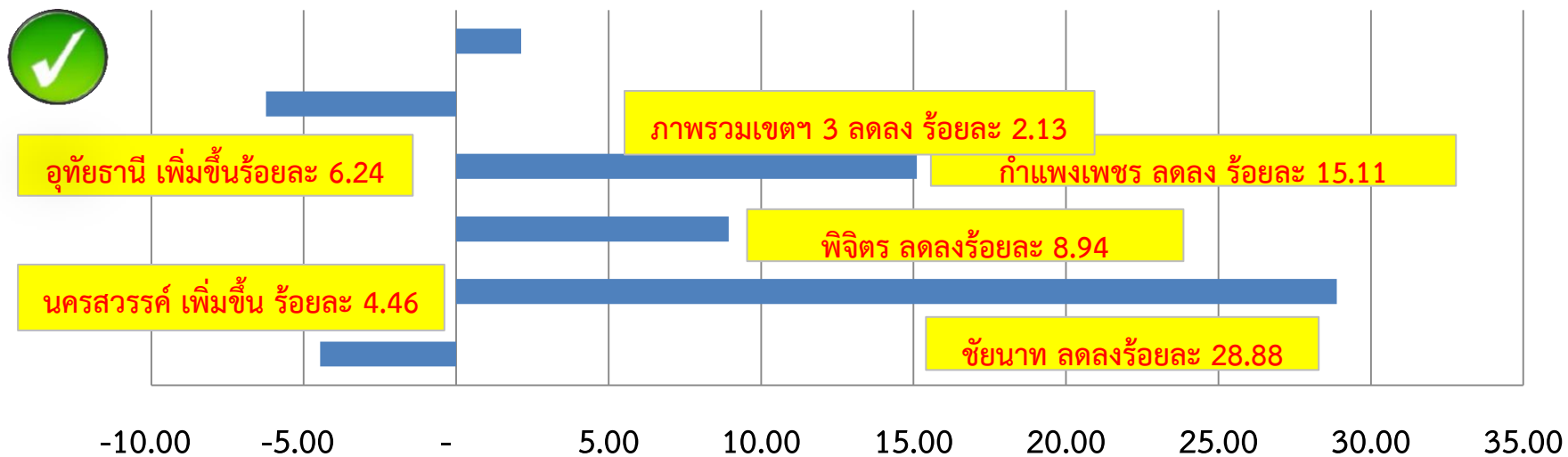
แนวทางการแก้ไข ปี 2562

- เพิ่มการคัดกรองให้ครอบคลุมและลงข้อมูลอย่างเป็นระบบ
- พัฒนาระบบสารสนเทศ ให้สะดวกต่อการลงข้อมูลลดภาระงาน
- Retina center เพิ่มที่ รพ.กำแพงเพชร
- Glaucoma clinic รพ.สวรรค์ประชารักษ์

Best Practice

- Fast Track Blinding Cataract
- โครงการผ่าตัดต้อกระจก โดยมูลนิธิต่างๆ

 Service Delivery	workforces	Information system	Access to Essential medicine	Finance	Governance	Plus
--	-------------------	---------------------------	-------------------------------------	----------------	-------------------	-------------



	นครสวรรค์	ชัยนาท	พิจิตร	กำแพงเพชร	อุทัยธานี	เขตสุขภาพที่ 3
■ ร้อยละ	-4.46	28.88	8.94	15.11	-6.24	2.13

ปัญหาอุปสรรคที่พบ / Key Risk	แนวทางการแก้ไข ปี 2562
1. โรงพยาบาลแม่ข่ายยังมีศักยภาพไม่เพียงพอที่จะรองรับการส่งต่อทั้ง 4 สาขา 2. แพทย์เฉพาะทางบางสาขามีจำนวนน้อย 3. ระบบโปรแกรม Thai Refer ยังมีปัญหาในการรับ-ส่งข้อมูล และ Server ไม่เสถียร	1. ส่งเสริมและสนับสนุนแม่ข่าย ให้มีศักยภาพเพียงพอในการรองรับการส่งต่อ และมีระบบการประสานส่งต่อที่ดี 2. เพิ่มขีดความสามารถโรงพยาบาลประจำจังหวัด ในการรักษาผู้ป่วย 3. ส่วนกลางควรจัดทำคู่มือ/แนวทางการบันทึกข้อมูลระบบส่งต่อ

Best Practice :

1. มีการจัดตั้งศูนย์ประสานการส่งต่อ (ศสต.) ระดับจังหวัดและระดับเขต
2. มีคณะกรรมการพัฒนาเครือข่ายระบบการส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัด
3. มีเทคโนโลยีสารสนเทศในการส่งต่อผู้ป่วย มีเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญ ให้คำปรึกษา

ประเด็นสำคัญที่จะนำไปพัฒนาระบบบริการ

	ประเด็นตัวชี้วัด	Objective Key Results 2562
1	Primary Care Cluster	-ระบบบริการ Fam Med / P&P Outcomes -Green channel / ระบบส่งต่อ-ส่งกลับ
2	TB	-Case Finding -Care and Treatment process
3	One Day Surgery	-Safety -Team
4	จำนวนเมืองสมุนไพร	-Partnership and Advocacy
5	RDU	-การสื่อสาร / ความร่วมมือ -การบริหารจัดการโดยใช้ข้อมูล
6	ECS	-Triage ,Fast Track Referral System and TEA -2P safety

ประเด็นสำคัญที่จะนำไปพัฒนาระบบบริการ

	ประเด็นตัวชี้วัด	Objective Key Results 2562
7	ACS	-self Awareness/HL -Seamless Network -Quality Reperfusion and PPCI
8	Chronic Heart Disease	-SP NCD Integration / Second P&P -PCI / Open Heart Surgery(Equipment/Staff)
9	ยาเสพติด	-Partnership and Law
10	Stroke	-self Awareness/HL -Seamless Network -SP NCD Integration / Second P&P
11	Transplantation	-Potential Case / Family meeting
12	TAM	-Governance -Staff

ประเด็นสำคัญที่จะนำไปพัฒนาระบบบริการ

	ประเด็นตัวชี้วัด	Objective Key Results 2562 By.....
13	CKD	-SP NCD/P&P + HL
14	NCD (DM-HT Controled)	-SP NCD/ P&P+ HL
15	Blinding Cataract	-Case Finding -Staff and Governance
16	การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพ	-Staff -Resource Sharing

T H A N K

Y O U