

วันที่ 4 - 6 กันยายน 2562
ณ โรงแรมน้ำทองน่าน จ.น่าน



สรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ

ระดับกระทรวง

เขตสุขภาพที่.....3.....รอบที่.....2.....

คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ผู้นำเสนอ

ผศ.พิเศษ นพ.ธนินทร์ เวชชาภินันท์

นพ.พรเพชร นันทวุฒิพันธ์

นพ.ไพฑูรย์ อ่อนเกตุ

การจัดระดับสถานบริการสุขภาพจังหวัด

กำแพงเพชร

* ระดับ S	จำนวน	1	แห่ง
* ระดับ M2	จำนวน	1	แห่ง
* ระดับ F1	จำนวน	1	แห่ง
* ระดับ F2	จำนวน	7	แห่ง
* ระดับ F3	จำนวน	2	แห่ง



พิจิตร

* ระดับ S	จำนวน	1	แห่ง
* ระดับ M2	จำนวน	2	แห่ง
* ระดับ F2	จำนวน	6	แห่ง
* ระดับ F3	จำนวน	3	แห่ง

อุทัยธานี

* ระดับ S	จำนวน	1	แห่ง
* ระดับ F1	จำนวน	1	แห่ง
* ระดับ F2	จำนวน	5	แห่ง
* ระดับ F3	จำนวน	1	แห่ง

นครสวรรค์

* ระดับ A	จำนวน	1	แห่ง
* ระดับ M2	จำนวน	3	แห่ง
* ระดับ F1	จำนวน	2	แห่ง
* ระดับ F2	จำนวน	7	แห่ง
* ระดับ F3	จำนวน	1	แห่ง

ชัยนาท

* ระดับ S	จำนวน	1	แห่ง
* ระดับ F2	จำนวน	5	แห่ง
* ระดับ F3	จำนวน	2	แห่ง

จำนวนประชากร เขตสุขภาพที่ 3 (2,991,924 คน)

กำแพงเพชร
727,149

พิจิตร
541,004

อุทัยธานี
329,433

นครสวรรค์
1,065,334

ชัยนาท
329,004



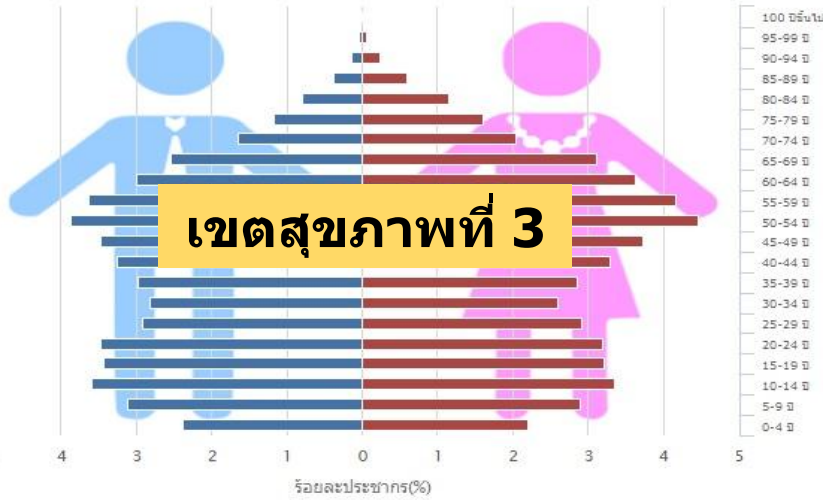
ประเมินประชากร

นครสวรรค์
1,065,334

อายุขัยเฉลี่ย
รวม = 68.55
ช = 64.23
ญ = 73.35

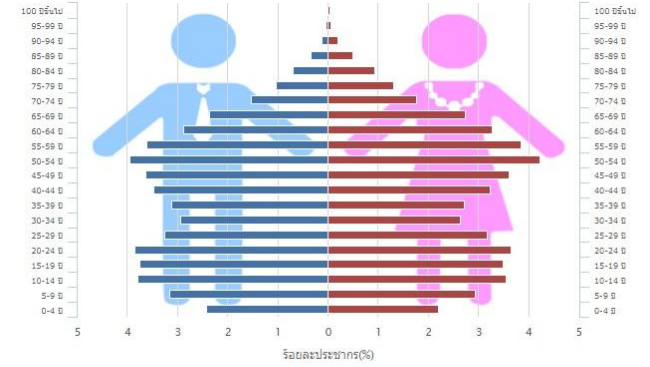


อายุขัยเฉลี่ยรวมเขต 3
รวม = 69.62
ช = 65.39
ญ = 74.29



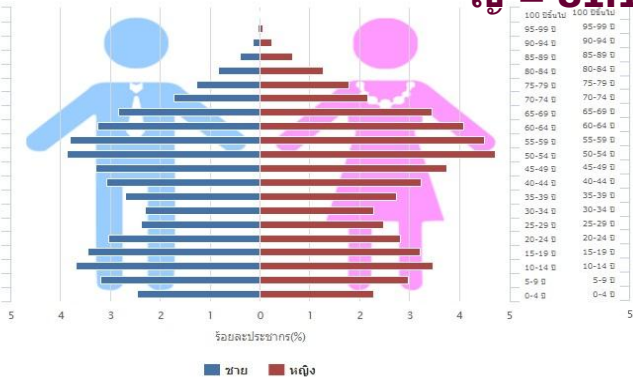
กำแพงเพชร
727,149

อายุขัยเฉลี่ย
รวม = 77.79
ช = 77.40
ญ = 81.90



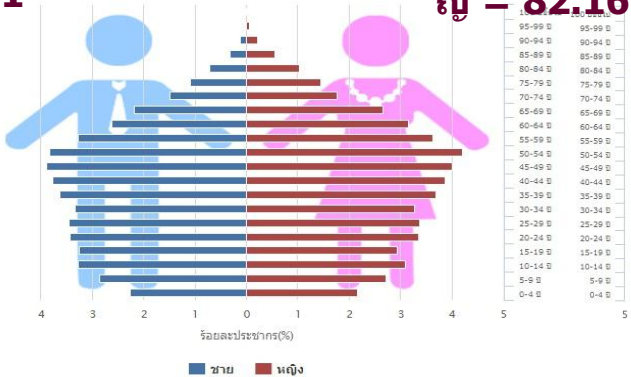
พิจิตร
541,004

อายุขัยเฉลี่ย
รวม = 76.75
ช = 75.28
ญ = 81.11



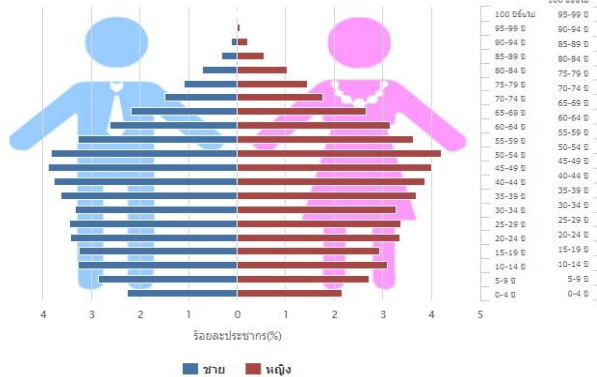
อุทัยธานี
329,433

อายุขัยเฉลี่ย
รวม = 78.55
ช = 74.99
ญ = 82.16



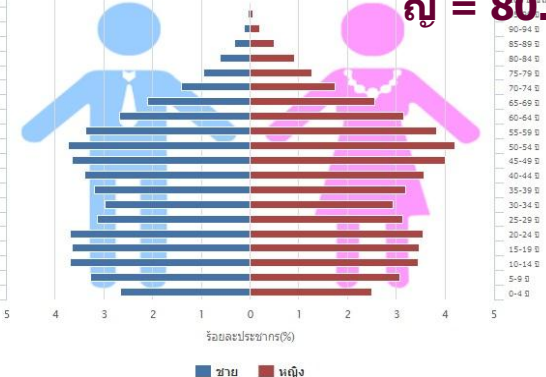
ชัยนาท
329,004

อายุขัยเฉลี่ย
รวม = 75.93
ช = 71.67
ญ = 80.29



ประเทศไทย
66.37 ล้านคน

อายุขัยเฉลี่ย
รวม = 75.30
ช = 73.0
ญ = 80.1





ประเด็นที่เป็นปัญหาของพื้นที่



สรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงาน ปีงบประมาณ 2562 คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

4

Key Steps



Awareness

Health Literacy

Transfer

EMS / ER

Triage

Screening

Fast track

Care map / Protocol

External Process

Internal Process

Golden Period



ที่มา : HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ ส.ค. 2562

Screening

คัดกรอง DM/HT
ในประชากร อายุ > 35 ปี
ปี 2562
1,033,059/846,984

ประเมิน CVD Risk
ปี 2561 → 85.90
ปี 2562 → 89.04

สบบหรี (เป้าหมาย)
155,940 ราย

เข้าบำบัด 96.92 %

Control

ปี 2562

นครสวรรค์, กำแพงเพชร
DM 32.63 % (40)

กำแพงเพชร, นครสวรรค์
HT 46.46 % (50)

พิจิตร, ชัยนาท
เล็บบหรี 9.89 %

จำนวนผู้ป่วย

STROKE

Ischemic
- ปี 2561 ↑ 4,278
- ปี 2562 ↑ 4,375

Hemorrhagic
- ปี 2561 ↓ 2,527
- ปี 2562 ↓ 2,297

STEMI
- ปี 2561 ↑ 488
- ปี 2562 ↑ 535

CKD
- ปี 2561 ↑ 25,368
- ปี 2562 ↑ 26,565

อัตราตาย

STROKE 11.55 %

Ischemic
- ปี 2561 ↓ 6.13 %
- ปี 2562 ↓ 6.08 %

Hemorrhagic
- ปี 2561 ↓ 27.34 %
- ปี 2562 ↓ 26.95 %

STEMI
- ปี 2561 ↑ 12.67 %
- ปี 2562 ↑ 13.22 %

CKD
- ปี 2561 ↓ 62.88 %
- ปี 2562 ↓ 59.62 %

สรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงาน ปีงบประมาณ 2562 คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

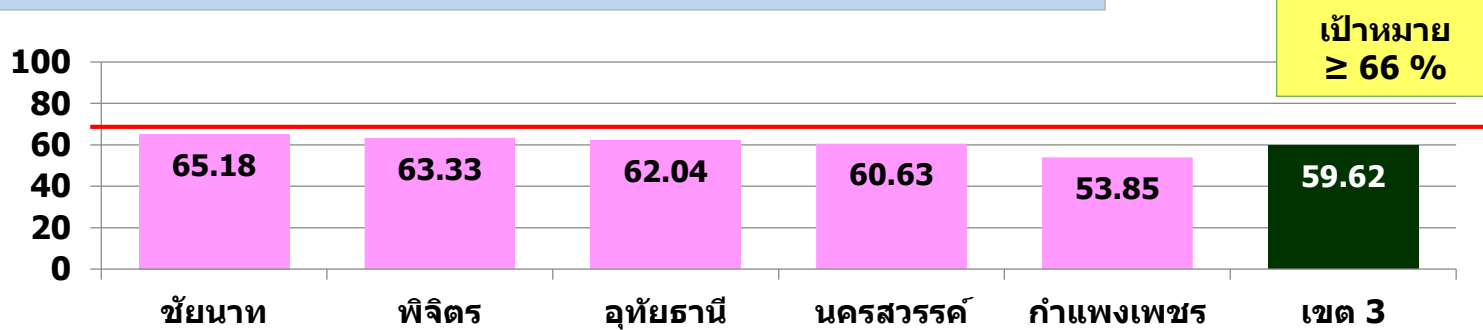
สาขาโรคไต (CKD)



ที่มา : HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ ก.ค. 2562

ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73m²/y (เป้าหมาย ≥ 66 %)

ผลงานเปรียบเทียบ แยกรายจังหวัด ปี 2562 (10 เดือน)



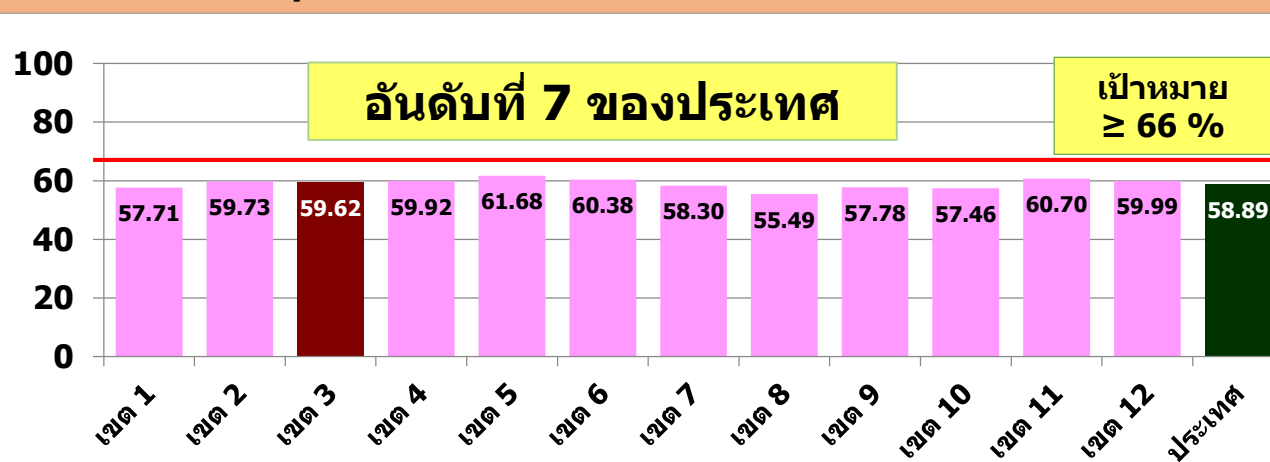
สถานการณ์ :

1. อัตราการลดลงของ eGFR ในผู้ป่วย CKD ยังต่ำกว่าเกณฑ์
2. การควบคุม NCD ยังต่ำกว่าเกณฑ์

Key Success :

1. Available vascular access team & refer ได้ในบางจังหวัด
2. รพ.แม่ข่ายให้ความช่วยเหลือ รพช. ที่ขาดนักโภชนาการ, พัฒนาศูนย์การดำเนินงานที่ทดแทน

สถานการณ์ / ผลงาน เปรียบเทียบแยกแยะเขต ภาพรวมประเทศ



ข้อค้นพบ	ข้อเสนอแนะ
• NCD ยังควบคุมได้ไม่ดี	• Fam med เข้าร่วมกับ PCC โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง
• ขาดนักโภชนาการใน รพช.	• ขอจัดสรรอัตรากำลัง
• ประชาชนยังใช้ยาสมุนไพรตามสื่อและความเชื่อ (ถั่งเช่า, หนานเจาเหว่ย)	• ประชาสัมพันธ์ผลข้างเคียง โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง
• ยังมีการสั่งใช้ยา NSAIDS ในรพ. หลังมีระบบ warning แล้ว	• ปรับระบบมาตรการสั่งจ่ายยา (อย่างเคร่งครัด) • ใช้กายภาพบำบัด ยาแก้ปวดกลุ่มอื่นทดแทน

สรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงาน ปีงบประมาณ 2562 คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

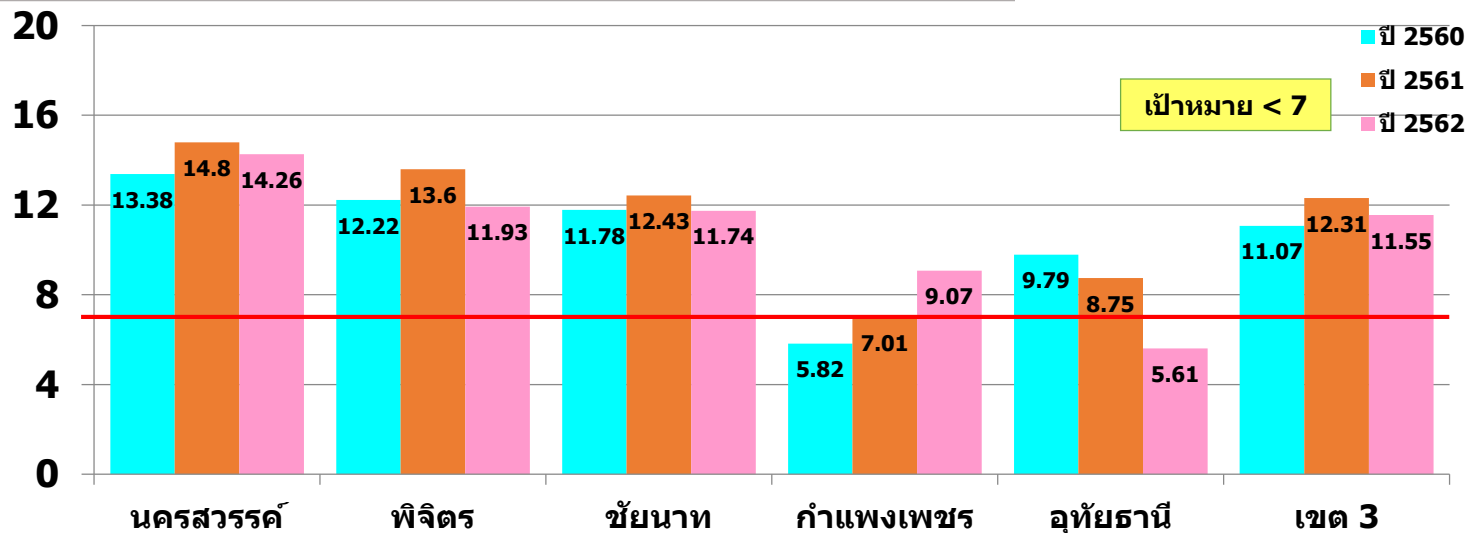
สาขาโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

ที่มา : HDC กระทรวงสาธารณสุข 12 ส.ค. 2562



KPI หลัก : ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69) (เป้าหมาย < 7)

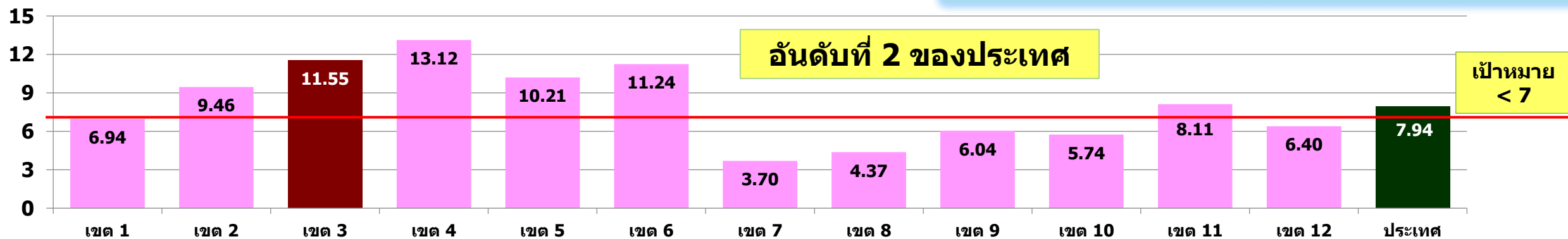
ผลงานเปรียบเทียบ แยกรายจังหวัด ปี 2560 - 2562



สถานการณ์ :

1. จำนวนผู้ป่วย stroke ยังเป็นปัญหาสำคัญในเขตสุขภาพที่ 3
2. อัตราตายของผู้ป่วย Stroke เกินเป้าหมายร้อยละ 80 ของทั้งหมด
3. อัตราการตายโรคหลอดเลือดสมองแบบแตกมากกว่าตีบ/อุดตัน
4. มีระบบ stroke fast track และตั้ง stroke unit
5. จัดตั้ง Stroke Rehabilitation ใน รพ.บางแห่ง
6. จังหวัดที่ขาด Neuro surgeon ได้แก่ ชัยนาท, กำแพงเพชร

สถานการณ์ / ผลงาน เปรียบเทียบแยกเขต ภาพรวมประเทศ



สรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงาน ปีงบประมาณ 2562 คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

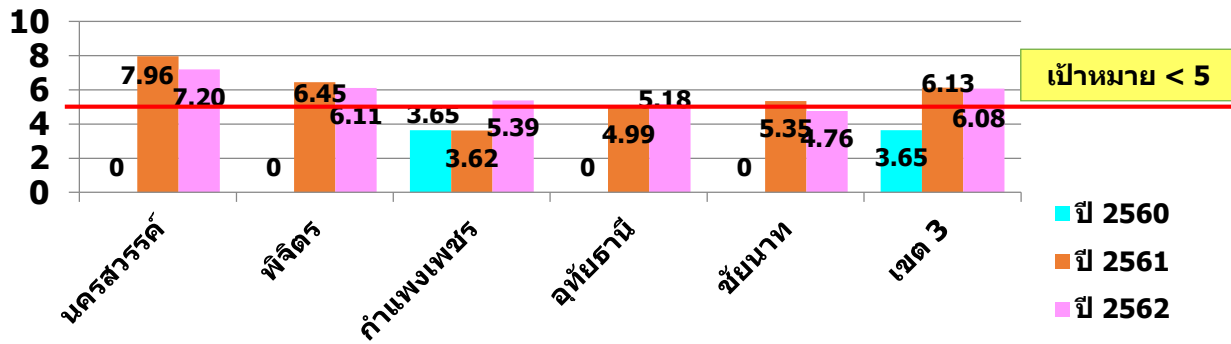
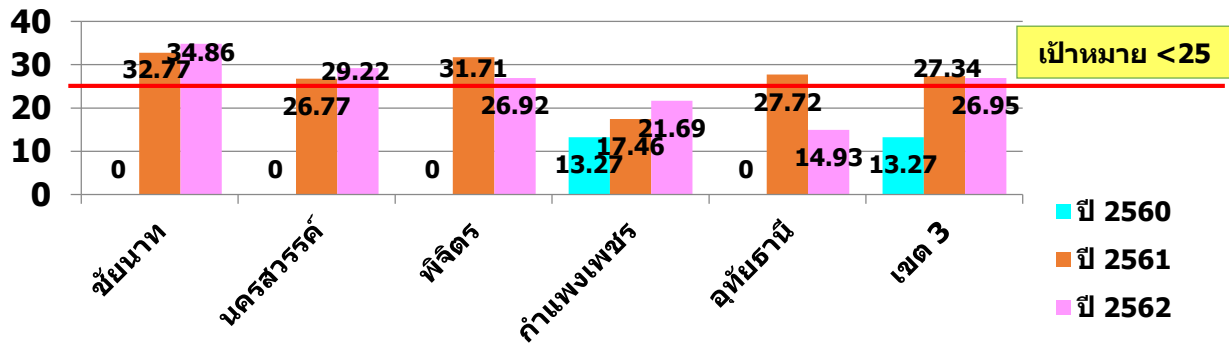
KPI ร่อง

ที่มา : HDC 12 ส.ค. 2562

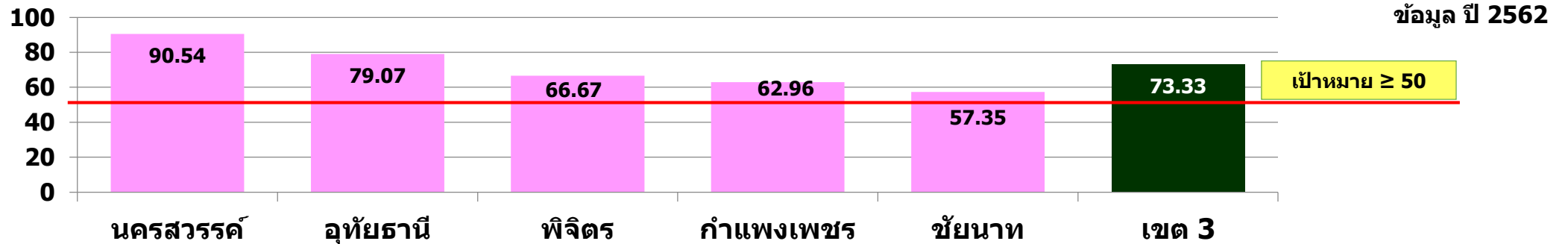
ที่มา : HDC 12 ส.ค. 2562

KPI ร่อง : ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic: I60-I62)

KPI ร่อง : ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63)

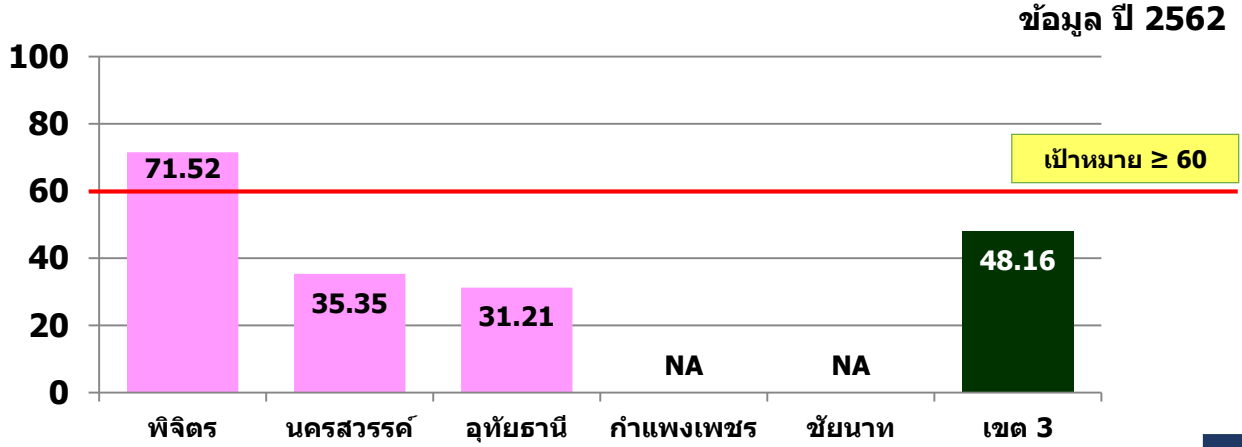


KPI ร่อง : ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time)

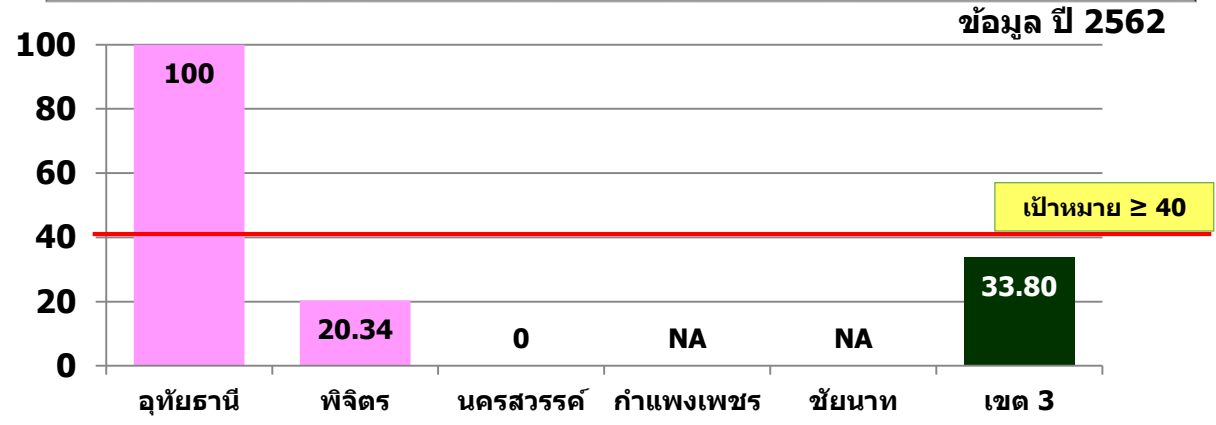


KPI ร่อง

KPI ร่อง : ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (door to operation room time)



KPI ร่อง : ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit



- Key Success :**
1. เริ่มมีการจัดตั้ง IMC มาตรฐาน
 2. สามารถให้ยา rtPA ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันได้ทันภายใน 45 - 60 นาทีในอัตราที่สูง
 3. ตระหนักถึง Stroke alert และ Awareness
 4. ระบบ Stroke Fast Track Network ร่วมกับ รพช.
 5. Refer โดยทำ Pre-Hospital และสื่อสารข้อมูลผ่าน Line Group 24 ชม.

ข้อค้นพบ	ข้อเสนอแนะ
• NCD ยังควบคุมได้ไม่ดี	• ทำงานเชิงรุกและหาแนวทาง Control ร่วมกับ PCC, อสม. etc.)
• ขาด Neuro surgeon (ชัยนาท กำแพงเพชร)	• สรรหา Neuro surgeon
• ขาด PM NCD (พิฉัตร)	• สรรหา PM NCD
• ภาวะแทรกซ้อนจากการให้ rt.-PA โดยเฉพาะเส้นเลือดแตก	• ด้านเทคนิค (เครื่องมือประเมิน ICP monitoring/CT ที่ละเอียด ชัดเจนขึ้น • เจาะ lab : electrolyte โดยเฉพาะ Na ⁺ ใน impending brain herniation
• ประชาชนไม่ตระหนักถึงความรุนแรงของโรค	• ส่งเสริม Health Literacy ให้กับชุมชน
• ผู้ป่วยใช้บริการ EMS น้อย	• ประชาสัมพันธ์การเข้าถึงระบบ EMS • โครงการดำเนินติดตามผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

90% ของ สโตรค ป้องกันได้



ฉลาดรู้จัก
สโตรค



เชิญมา
สแกน

ที่มา : โรงพยาบาลศิริราช

สาขาโรคหัวใจ (Stemi)

ที่มา : ข้อมูลจังหวัด ณ ก.ค. 2562

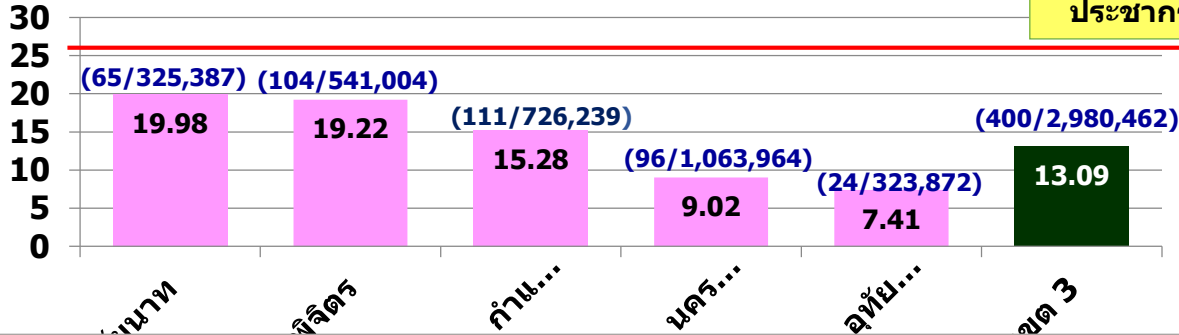


- สถานการณ์ :**
1. พัฒนาการดูแลผู้ป่วยอย่างชัดเจนและเป็นระบบเชิงประจักษ์ ทำให้อัตราการเสียชีวิตใน รพ. ลดลง
 2. จำนวนผู้ป่วยยังเพิ่มขึ้นทุก ๆ ปี

อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (เป้าหมาย < 26/100,000 ประชากร)

ผลงานเปรียบเทียบ แยกรายจังหวัด ปี 2562 (10 เดือน)

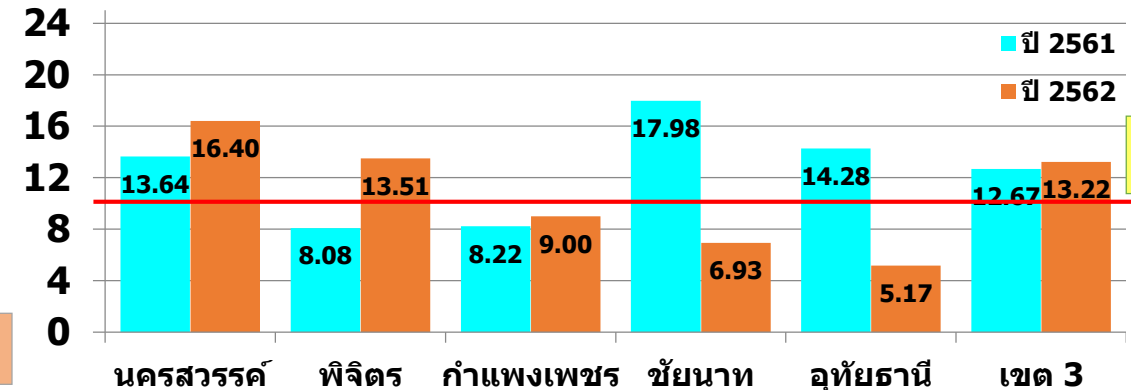
เป้าหมาย 26 : 1 แสน ประชากร



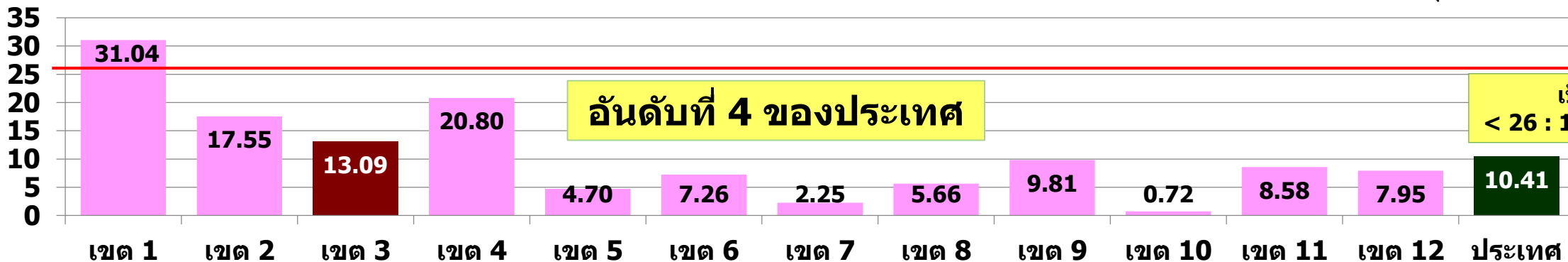
ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล (เป้าหมาย ≤ ร้อยละ 10)

ผลงานเปรียบเทียบ แยกรายจังหวัด ปี 2561 - 2562 (10 เดือน)

เป้าหมาย ≤ 10



สถานการณ์ / ผลงาน เปรียบเทียบแยกเขต ภาพรวมประเทศ



อันดับที่ 4 ของประเทศ

เป้าหมาย < 26 : 1 แสน ประชากร



Key Success :

1. CVD Risk Screenings in NCD Clinic
2. รพ. F2 ขึ้นไป สามารถให้ยา SK 100%
3. Referral STEMI Consultant (LINE, Med.)
4. Referral STEMI Hub เพื่อทำ PPCI เข้มแข็ง

ข้อค้นพบ	ข้อเสนอแนะ
<ul style="list-style-type: none">• NCD ยังควบคุมได้ไม่ดี	<ul style="list-style-type: none">• ทำงานเชิงรุกและหาแนวทาง Control ร่วมกับ PCC , อสม. etc.) , Motivation Interview
<ul style="list-style-type: none">• ให้ Fibrinolytic Drug ช้า (delayed Dx, ระบบให้คำปรึกษาล่าช้าใน รพช.)	<ul style="list-style-type: none">• อบรมวิชาการแก่เจ้าหน้าที่• ทบทวนแนวทางการส่งต่อ
<ul style="list-style-type: none">• ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลช้า , อาการหนัก	<ul style="list-style-type: none">• ให้ความรู้ ประชาสัมพันธ์โรคและอาการเบื้องต้นของโรคหัวใจแก่ประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง
<ul style="list-style-type: none">• ผู้ใช้ระบบ EMS ยังไม่มาก	<ul style="list-style-type: none">• ประชาสัมพันธ์ระบบ EMS

สรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงาน ปีงบประมาณ 2562 คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ



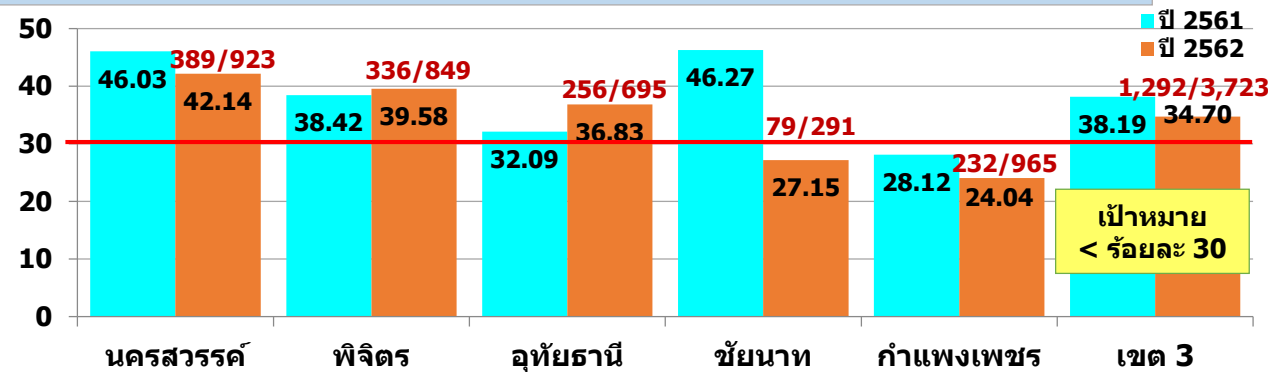
ที่มา : ข้อมูลจังหวัด ณ ก.ค. 2562

สาขา Sepsis

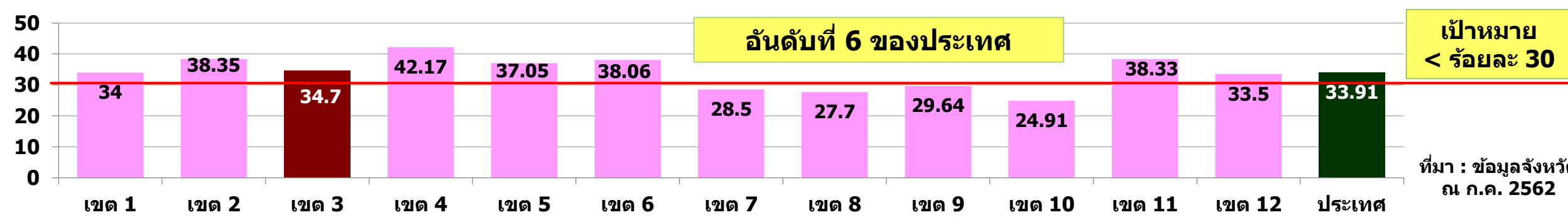
- สถานการณ์ :**
- อัตราการเสียชีวิตด้วย Sepsis ในเขตสุขภาพที่ 3 ยังไม่ผ่านเกณฑ์ แต่ลดลงเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา
 - ตัวชี้วัดรองในจังหวัดที่มีอัตราการเสียชีวิตสูง ยังไม่ผ่านเกณฑ์
 - ICU ไม่เพียงพอสำหรับรองรับผู้ป่วย Sepsis

KPI หลัก : อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired (< ร้อยละ 30)

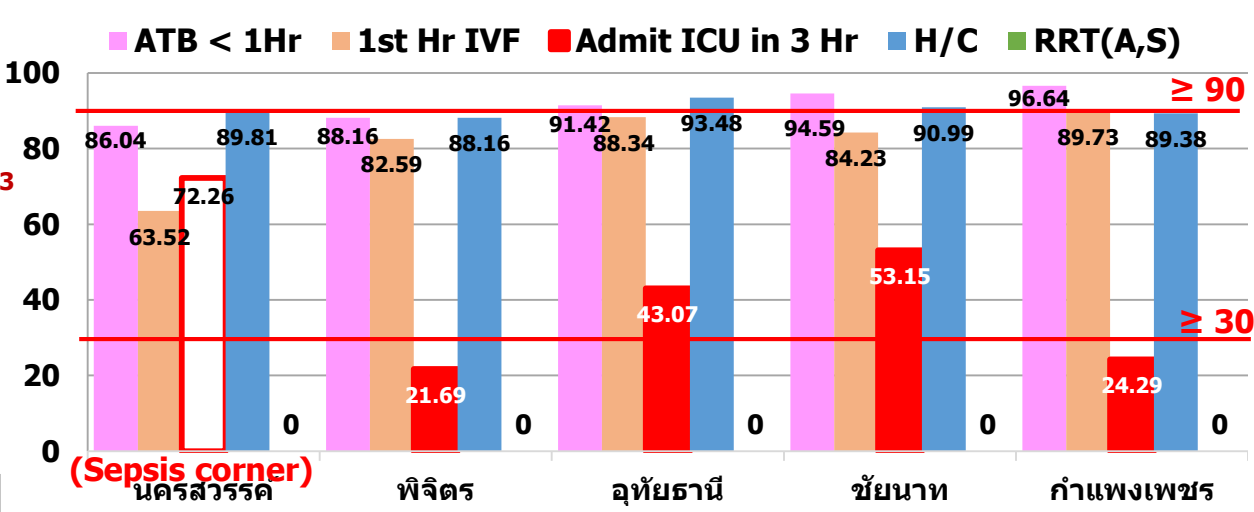
ผลงานเปรียบเทียบ แยกรายจังหวัด ปี 2561 - 2562 (10 เดือน)



สถานการณ์ / ผลงาน เปรียบเทียบแยกเขต ภาพรวมประเทศ



KPI รอง



ที่มา : ข้อมูลจังหวัด ณ ก.ค. 2562

Key Success :

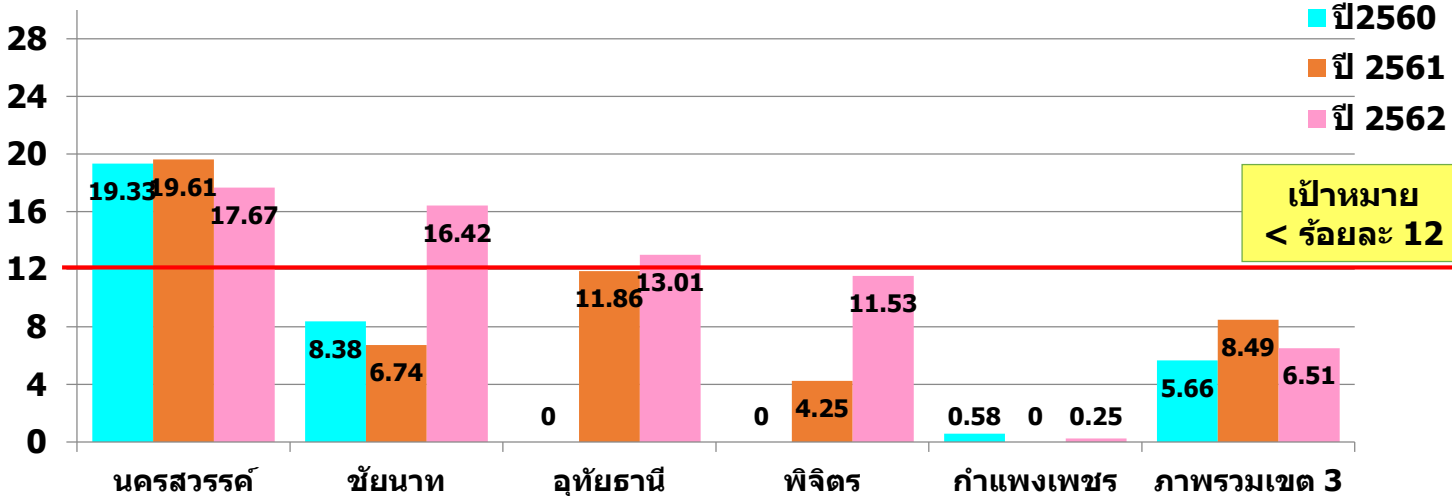
1. พัฒนา Care map Fast Track Sepsis
2. พัฒนา Sepsis Corner
3. พัฒนาการให้สำรน้ำของ รพช. ด้วย U/S ก่อนส่งต่อมา รพท.
4. พัฒนาความรู้แพทย์ Intern, Nurse manager

ข้อค้นพบ	ข้อเสนอแนะ
<ul style="list-style-type: none"> • บุคลากรไม่เพียงพอ/ลาออก 	<ul style="list-style-type: none"> • หาพยาบาลจากหน่วยอื่นมาเพื่อหมุนเวียน • เพิ่มแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน
<ul style="list-style-type: none"> • ผู้ป่วยภาวะฟุ้งฟิงมา รพ.ล่าช้า 	<ul style="list-style-type: none"> • ให้ความรู้แก่กับ Care Giver
<ul style="list-style-type: none"> • การวินิจฉัย Sepsis ล่าช้า, Sepsis protocol ยังไม่ครอบคลุมทุกแผนก 	<ul style="list-style-type: none"> • ใช้ qSOFA Score และ SOS Score • จัดอบรมความรู้แก่เจ้าหน้าที่ต่างแผนก • ปฏิบัติตาม Sepsis Protocol อย่างเคร่งครัด
<ul style="list-style-type: none"> • การลงวินิจฉัยโรคยังไม่ถูกต้อง, ยังรวมอยู่ใน Palliative Care 	<ul style="list-style-type: none"> • ทบทวนการลงข้อมูลผู้ป่วย (Intern)
<ul style="list-style-type: none"> • ฐานข้อมูล Sepsis online ไม่สมบูรณ์, ขาดโปรแกรมเมอร์ 	<ul style="list-style-type: none"> • พัฒนาโปรแกรมเมอร์เพื่อให้ระบบครบวงจร เป็นระบบข้อมูลเดียวกัน

สาขา TRAUMA

อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมงในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) (เป้าหมาย < ร้อยละ 12)

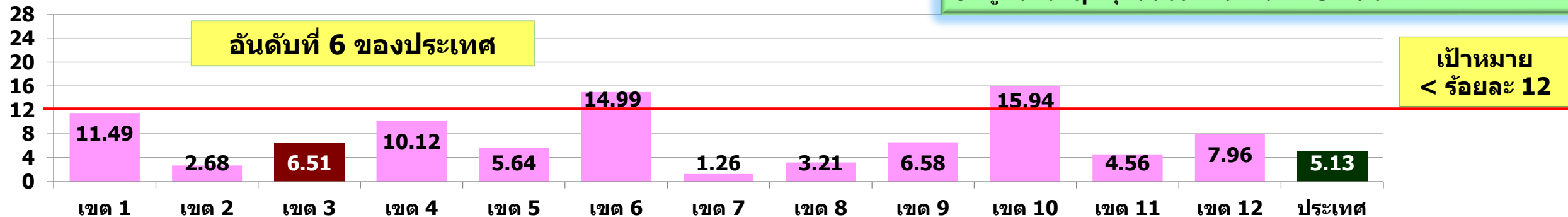
ผลงานเปรียบเทียบ แยกรายจังหวัด ปี 2560 - 2562



สถานการณ์ :

1. การเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยในภาพรวมมีแนวโน้มลดลง
2. อัตราผู้ป่วย Trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดสามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ ใ้เวลา > 60 นาที เกือบทุกจังหวัด
3. อัตราผู้ป่วย Triage level 1,2 ที่อยู่ในห้อง ER < 2 ชม. ผ่านเกณฑ์และสูงกว่าเกณฑ์ทุกจังหวัด
4. การเสียชีวิตในผู้ป่วย PS score > 0.75 มีการทำ RCA เกือบทุกจังหวัด
5. ขาดความร่วมมือจากเครือข่าย และ อปท. ในระบบดูแลผู้ป่วยก่อนถึง รพ. (EMS)
6. ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินใช้บริการ EMS ยังน้อย

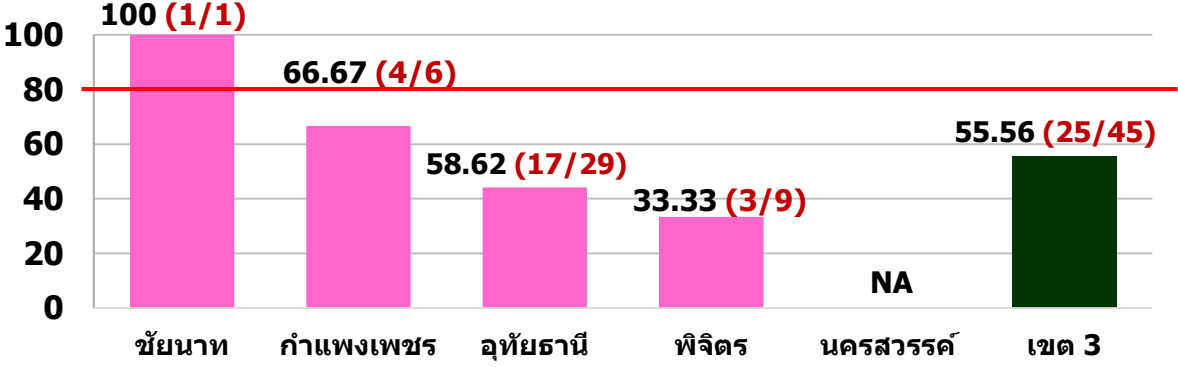
สถานการณ์ / ผลงาน เปรียบเทียบแยกชายเขต ภาพรวมประเทศ



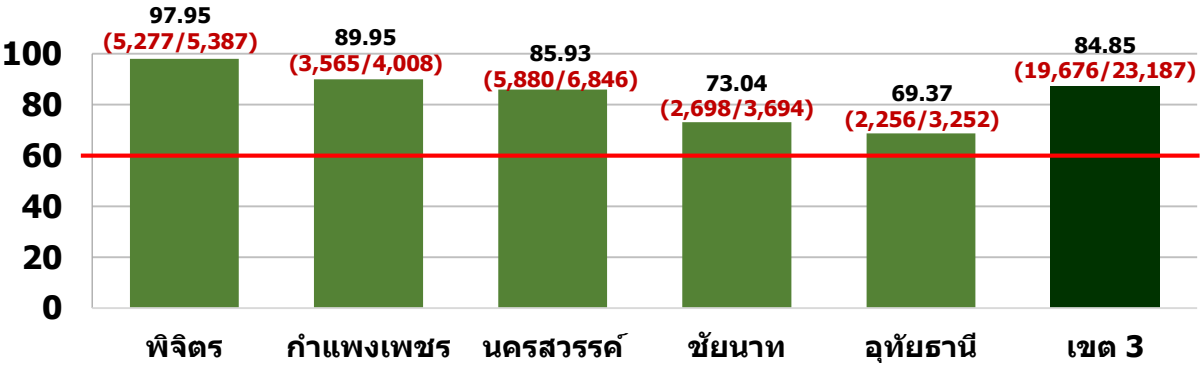
KPI รอง

1. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดระยะเวลาการเข้าถึงบริการ definite care

อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที > ร้อยละ 80

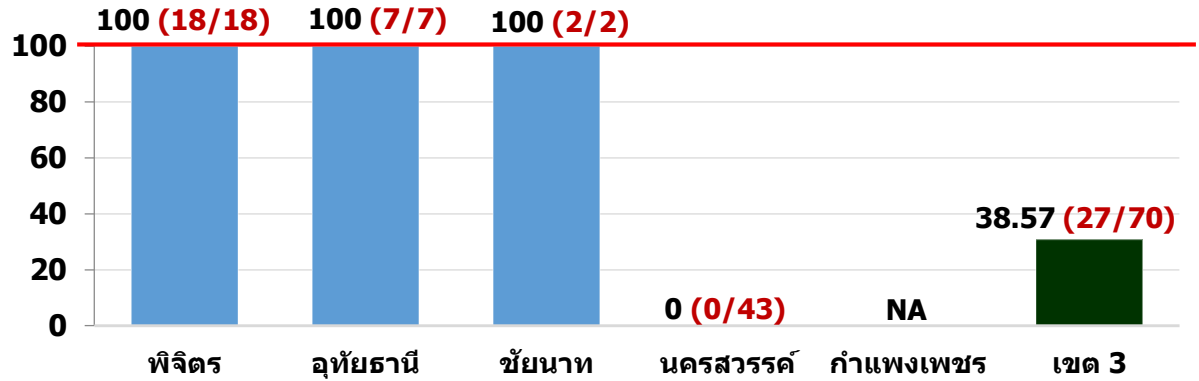


อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน < 2 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 > ร้อยละ 60

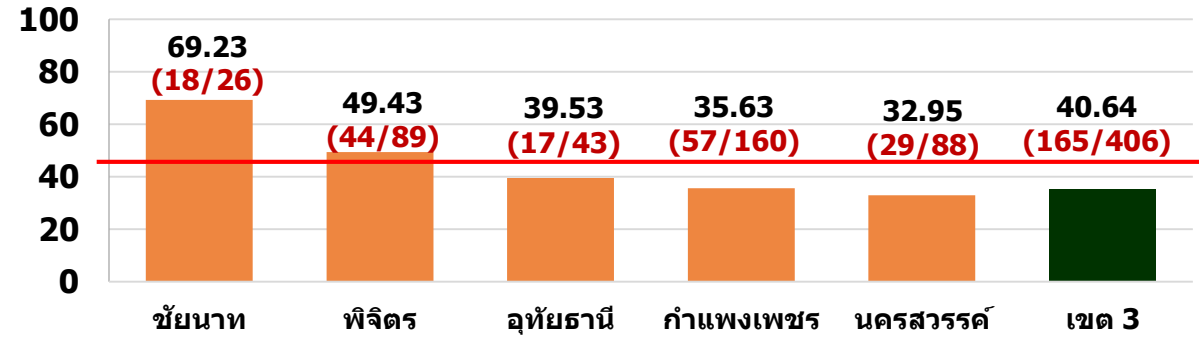


2. ลดอัตราการเสียชีวิตของโรคที่เกิดจากอุบัติเหตุที่สำคัญและมีความรุนแรง

ร้อยละของผู้ป่วย PS score >0.75 ในโรงพยาบาลทุกระดับ ได้ทำ Root cause analysis ร้อยละ 100



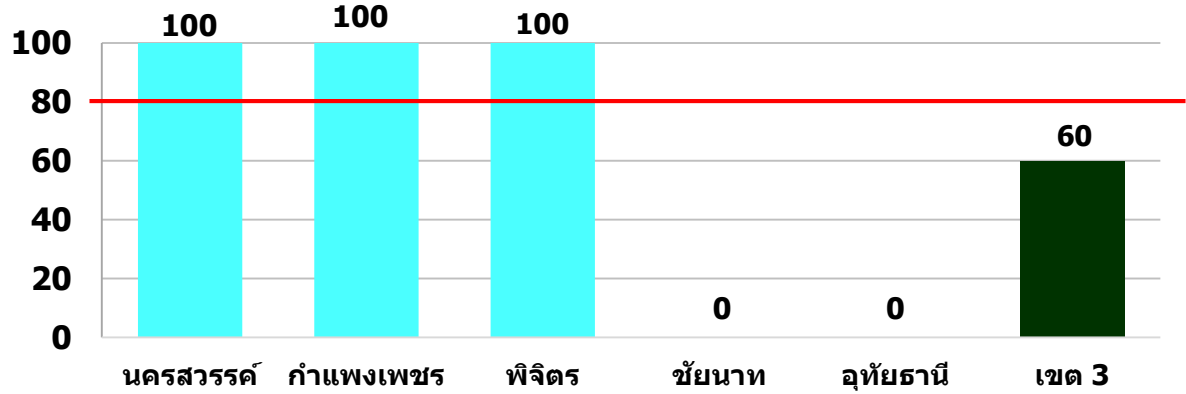
อัตราของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (Mortality rate of severe traumatic brain injury) < ร้อยละ 45



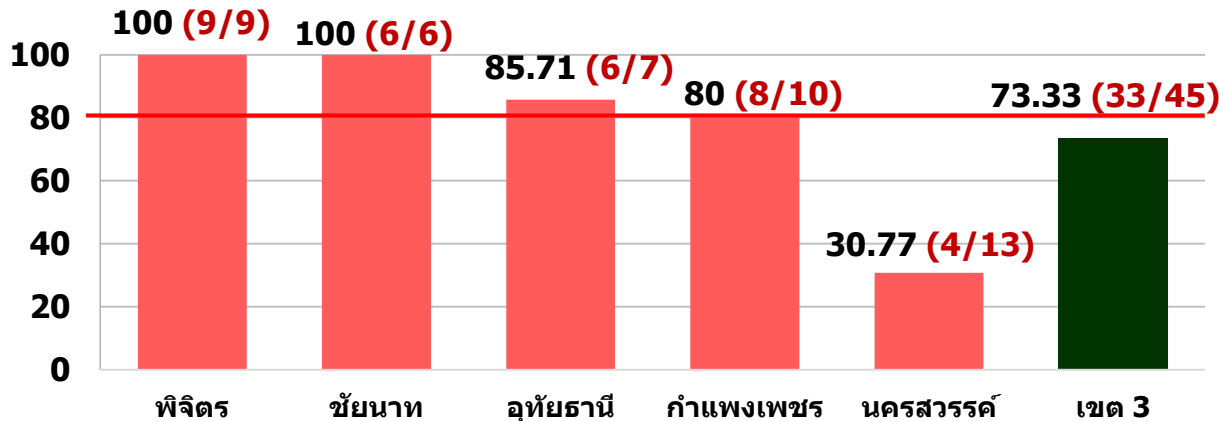
KPI ร่อง

3. การพัฒนาข้อมูลและระบบสารสนเทศห้องฉุกเฉิน

อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ > ร้อยละ 80



ร้อยละทีม ECS คุณภาพใน รพ.ระดับ F2 ขึ้นไป > ร้อยละ 80



จำนวนแพทย์ EP

- นครสวรรค์** • 5 ท่าน
- พิจิตร** • 3 ท่าน
- ชัยนาท** • 3 ท่าน
- กำแพงเพชร** • 2 ท่าน
- อุทัยธานี** • 2 ท่าน

Key Success :



1. ผู้บริหารเล็งเห็นความสำคัญ
2. จัดตั้ง คกก.ร่วมกันพัฒนาระบบส่งต่อ 4 Fast track หลัก และเริ่ม ทำ TBI ในระดับเขต
3. แพทย์ EP มีครบทุกจังหวัด
4. การพัฒนาโปรแกรมการส่งต่อผู้ป่วยเอง โดยใช้ส่งต่อผู้ป่วยในเขตสุขภาพที่ 3 ชื่อ "ทรีรีเฟอร์" (3 refer) สามารถปรับเปลี่ยนข้อมูลตามที่ใช้ต้องการได้ โปรแกรมเชื่อมต่อกับระบบส่งต่อของส่วนกลาง กระทรวงสาธารณสุข

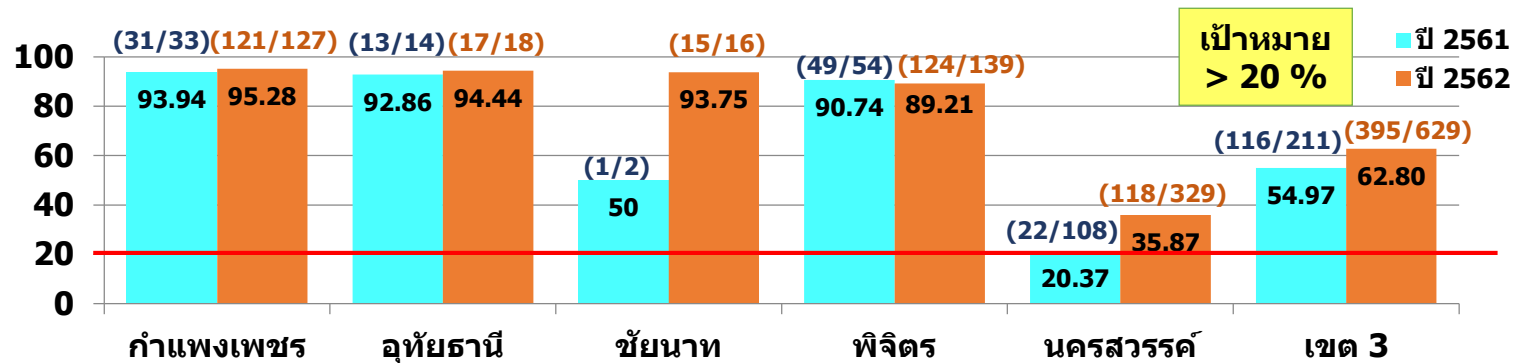
ข้อค้นพบ	ข้อเสนอแนะ
<ul style="list-style-type: none">• อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมองสูง	<ul style="list-style-type: none">• รณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเคร่งครัดต่อกฎระเบียบจราจร• สรรหาศัลยแพทย์ประสาทในจังหวัดที่ขาด (ชัยนาท, กำแพงเพชร)• ทบทวนระบบ Fast Track
<ul style="list-style-type: none">• อัตราของผู้ป่วย Trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดสามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาทีที่ยังสูงกว่าเป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none">• ควรมีแพทย์ศัลยกรรมร่วมตัดสินใจกับ EP
<ul style="list-style-type: none">• ทำ RCA ในผู้ป่วย PS score > 0.75 ยังต่ำกว่าเกณฑ์	<ul style="list-style-type: none">• จัดทำ RCA ในผู้ป่วยทุก Case ที่ PS score > 0.75• ทบทวนระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วย
<ul style="list-style-type: none">• ใช้ระบบบริการ EMS น้อย	<ul style="list-style-type: none">• ประชาสัมพันธ์เชิงรุกถึงประชาชนในพื้นที่ชุมชน• พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยและ Fast Track
<ul style="list-style-type: none">• TEA Unit ยังไม่ผ่านเกณฑ์ครบทุกจังหวัด/ไม่มีสถานที่ที่ชัดเจน	<ul style="list-style-type: none">• ผู้บริหารให้ความสำคัญและสนับสนุนพัฒนา TEA Unit
<ul style="list-style-type: none">• ขาดความร่วมมือจากเครือข่าย และ อปท. ในระบบการดูแลผู้ป่วยก่อนถึง รพ. (EMS)	<ul style="list-style-type: none">• ผู้บริหารระดับจังหวัดร่วมมือกันหาแนวทางแก้ไขเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินกับ อปท.
<ul style="list-style-type: none">• ระบบการลงบันทึกข้อมูลเข้าระบบHDC ล่าช้า	<ul style="list-style-type: none">• พัฒนาระบบและปรับปรุงการบันทึกข้อมูล

สรุปผลตรวจราชการและนิเทศงาน ปีงบประมาณ 2562 คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ



ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ODS (เป้าหมาย > ร้อยละ 20)

ผลงานเปรียบเทียบ แยกรายจังหวัด ปี 2561 - 2562 (10 เดือน)



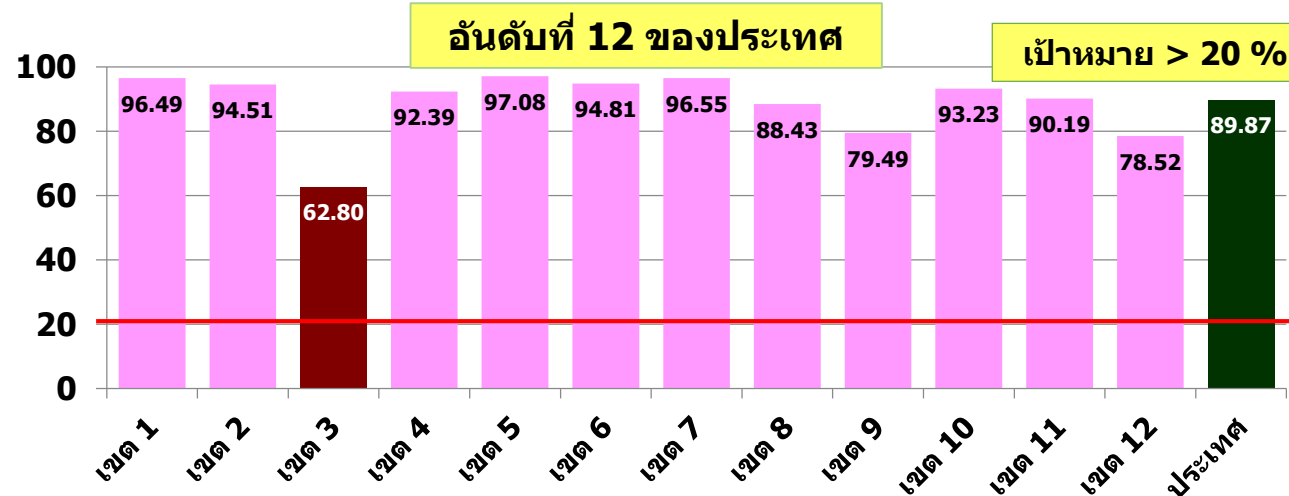
สถานการณ์ :

1. จำนวนผู้ป่วยและชนิด ODS ยังน้อย
2. ยังไม่มีระบบ one stop service ของ ODS ที่ชัดเจน
3. โครงการ ODS ส่วนใหญ่ยังมีเฉพาะสาขาศัลยกรรม

Key Success :

1. ทีมแพทย์ผ่าตัดและสหสาขาวิชาชีพให้ความร่วมมือ (พิจิตร, กำแพงเพชร)
2. มี ODS Nurse Manager

สถานการณ์ / ผลงาน เปรียบเทียบแยกชายเขต ภาพรวมประเทศ



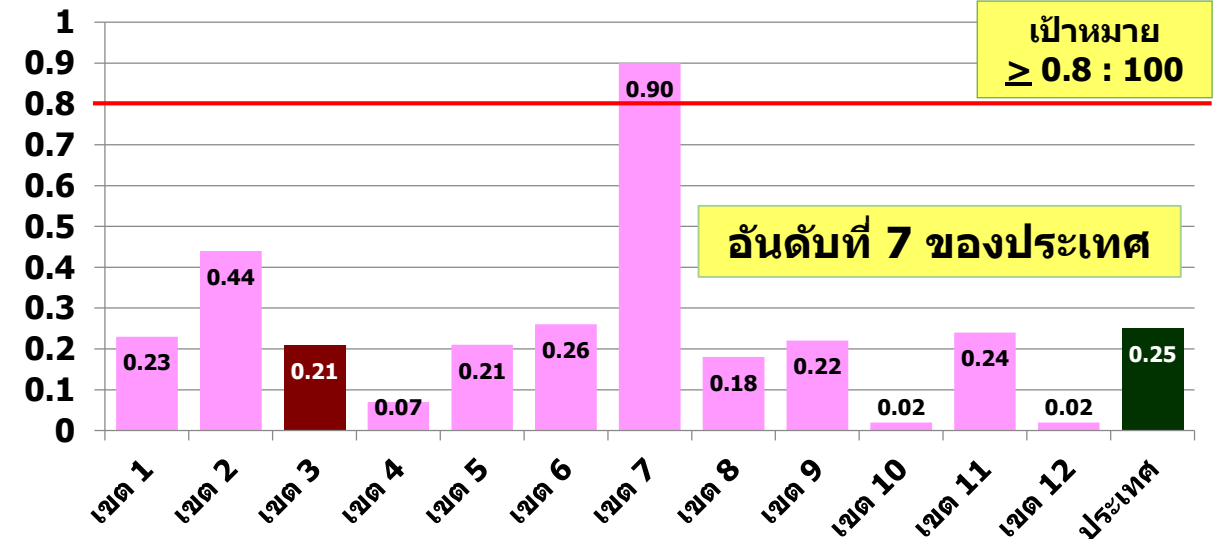
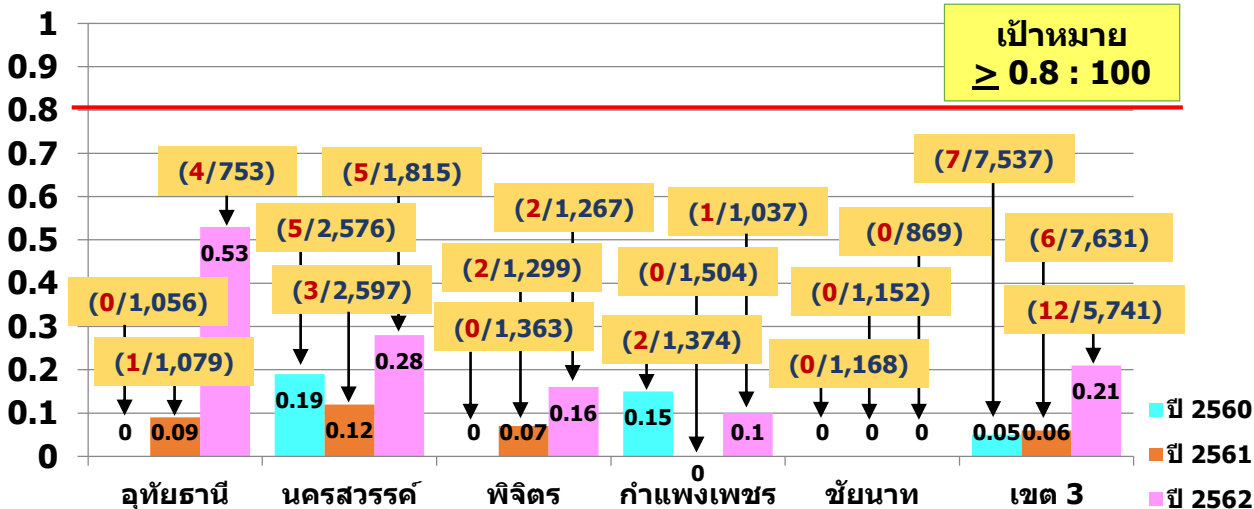
ข้อค้นพบ	ข้อเสนอแนะ
<ul style="list-style-type: none"> • ชนิดของการผ่าตัดและจำนวนเคสที่ทำได้ยังน้อย 	<ul style="list-style-type: none"> • ทบทวนชนิดโรคและชนิด ODS ร่วมกับแพทย์สาขาอื่น • หาผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ ODS เพิ่มขึ้น
<ul style="list-style-type: none"> • ยังไม่มี One Stop Service 	<ul style="list-style-type: none"> • จัดระบบการให้บริการ • แผนกคدماتสามารถดูภาพรวมได้
<ul style="list-style-type: none"> • การเชื่อมต่อโปรแกรม ODS กับโปรแกรมอื่น ๆ 	<ul style="list-style-type: none"> • พัฒนาโปรแกรมให้สามารถเชื่อมต่อได้
<ul style="list-style-type: none"> • ขาดความร่วมมือในการทำ ODS 	<ul style="list-style-type: none"> • ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติทำความเข้าใจโครงการ ODS • พิจารณา Competency

- สถานการณ์ :**
1. อัตราผู้บริจาคเมื่อเทียบกับจำนวนผู้เสียชีวิตในแต่ละปีนั้น ถือว่า ยังน้อยมาก
 2. ขาดอัตรากำลังและตัวแทนการประสานงานชุมชน
 3. ขาดความพร้อมด้านยา อุปกรณ์ เครื่องมือ การส่งตรวจวินิจฉัย
 4. ประชาชนและญาติผู้ป่วยยังคงมีทัศนคติ/ความเชื่อที่ไม่ดีต่อการบริจาคอวัยวะ

อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (เป้าหมาย $\geq 0.8 : 100$)

ผลงานเปรียบเทียบ แยกรายจังหวัด ปี 2560 - 2562 (10 เดือน)

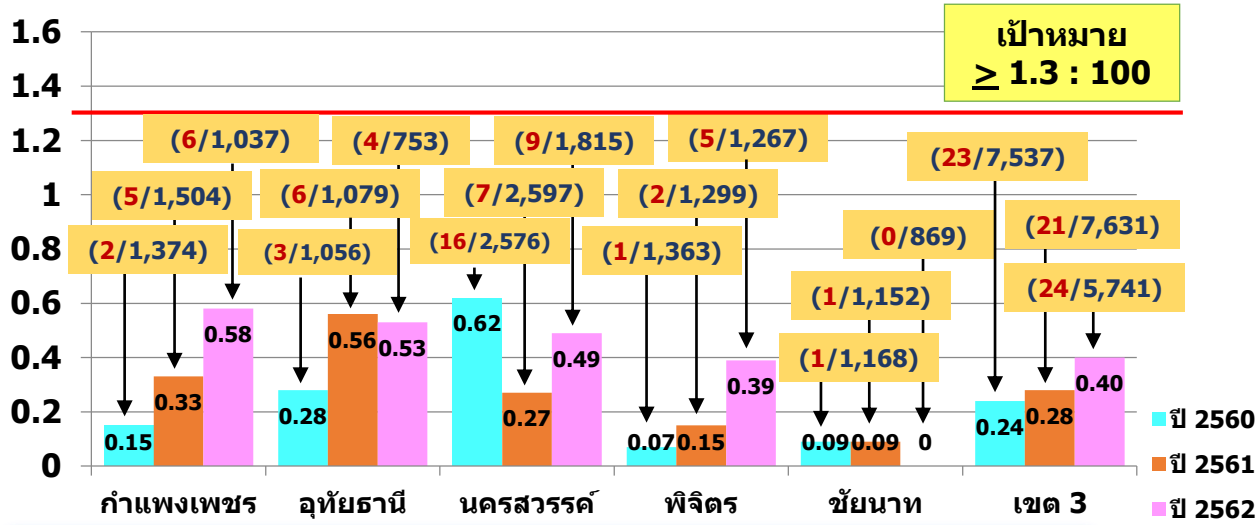
สถานการณ์ / ผลงาน เปรียบเทียบแยกชายเขต ภาพรวมประเทศ



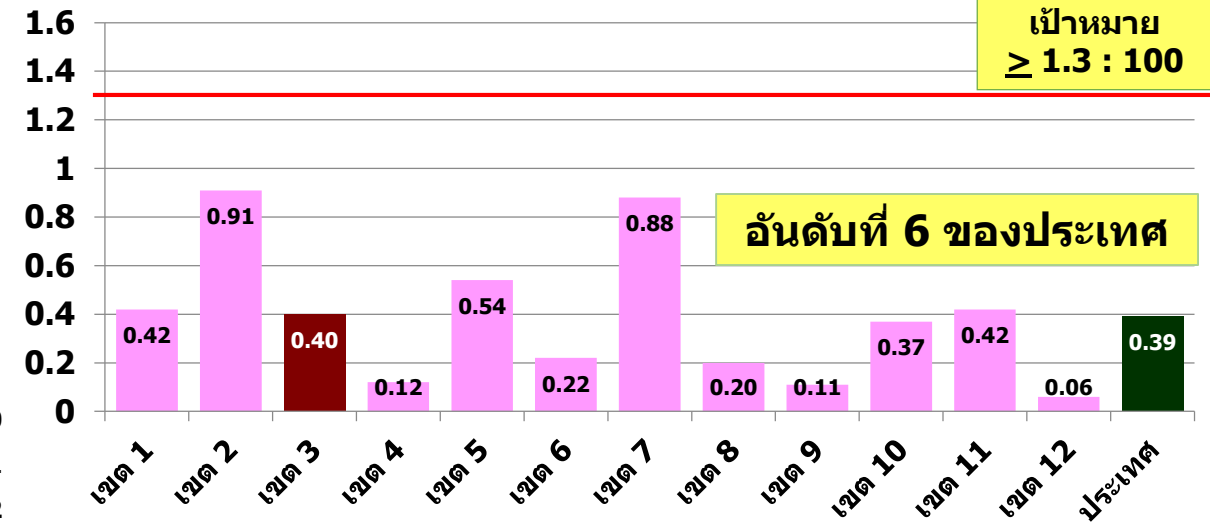


อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตาต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (เป้าหมาย $\geq 1.3 : 100$)

ผลงานเปรียบเทียบ แยกรายจังหวัด ปี 2560 - 2562 (10 เดือน)



สถานการณ์ / ผลงาน เปรียบเทียบแยกชายเขต ภาพรวมประเทศ



Key Success :

การจัดระบบการรายงาน case potential donor และการจัดตัวแทนพยาบาล Donor ในแต่ละหอผู้ป่วย (พิจิตร , นครสวรรค์)

ข้อค้นพบ

- ทศนคติ/ความเชื่อ
- ขาดกำลังคนปฏิบัติงานเชิงรุกในการดูแล potential donor

ข้อเสนอแนะ

- เปลี่ยนทัศนคติของญาติผู้ป่วยในการบริจาค
- กิจกรรมรณรงค์ประชาสัมพันธ์ เชิดชูเกียรติผู้บริจาค
- แพทย์เจ้าของไข้มีบทบาทในการโน้มน้าวญาติผู้ป่วย
- มีบุคคลต้นแบบ
- อบรมพระภิกษุที่ศรัทธาและประชาสัมพันธ์เชิงรุก
- สนับสนุนอบรมพยาบาลเพื่อมาปฏิบัติงาน Full Time

สรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงาน ปีงบประมาณ 2562 คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ



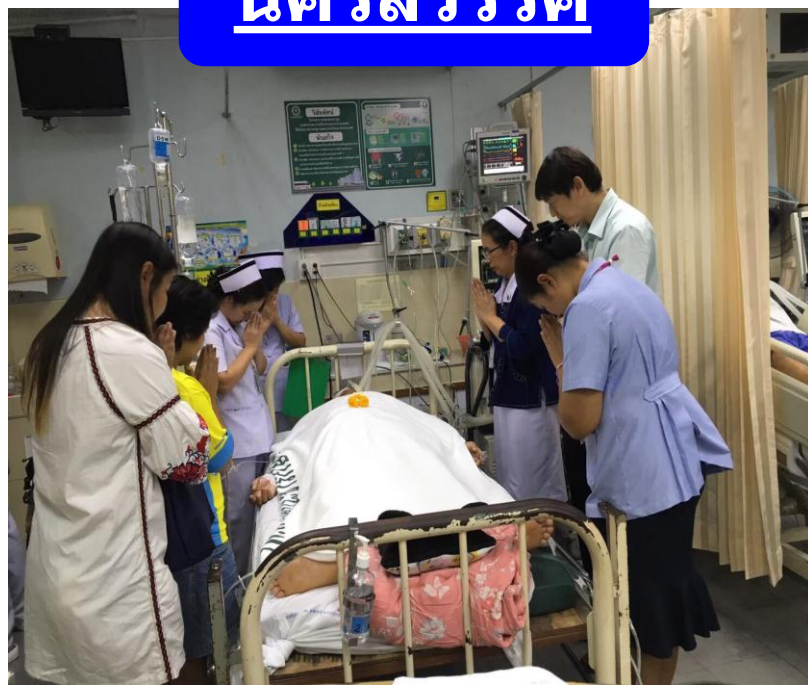
อุทัยธานี



นครสวรรค์



กำแพงเพชร

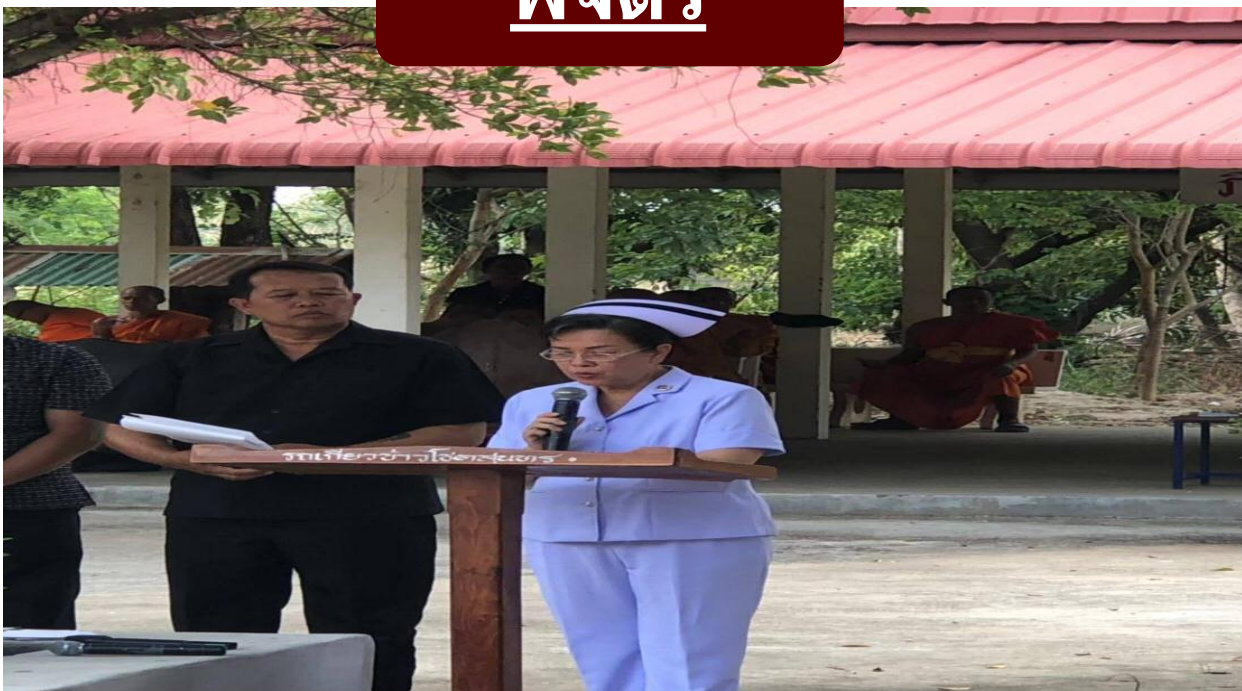




พิจิตร



ชัยนาท



สถานการณ์ :

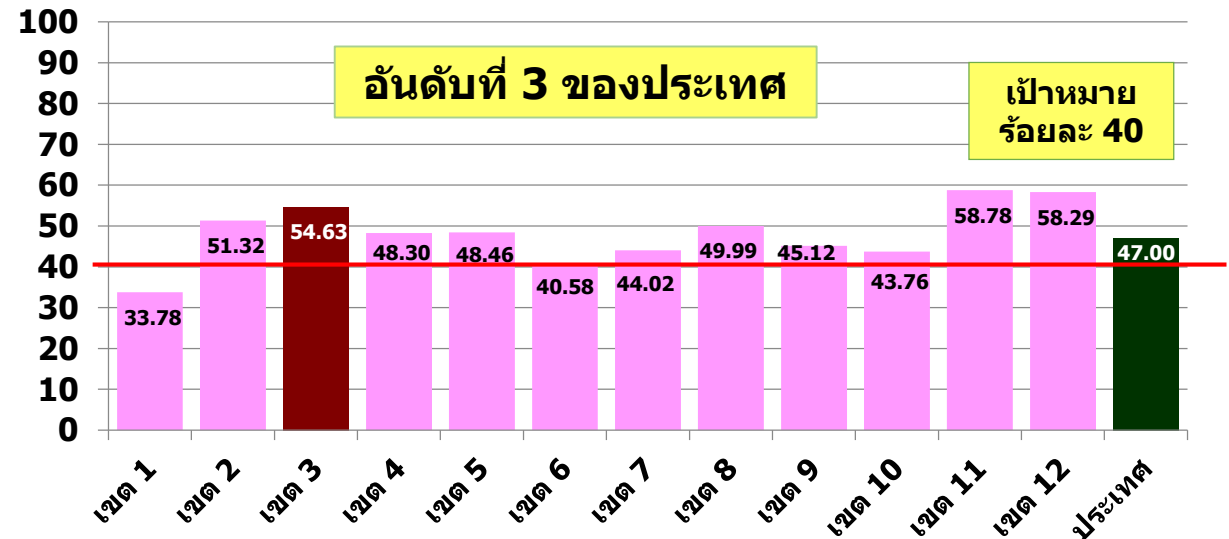
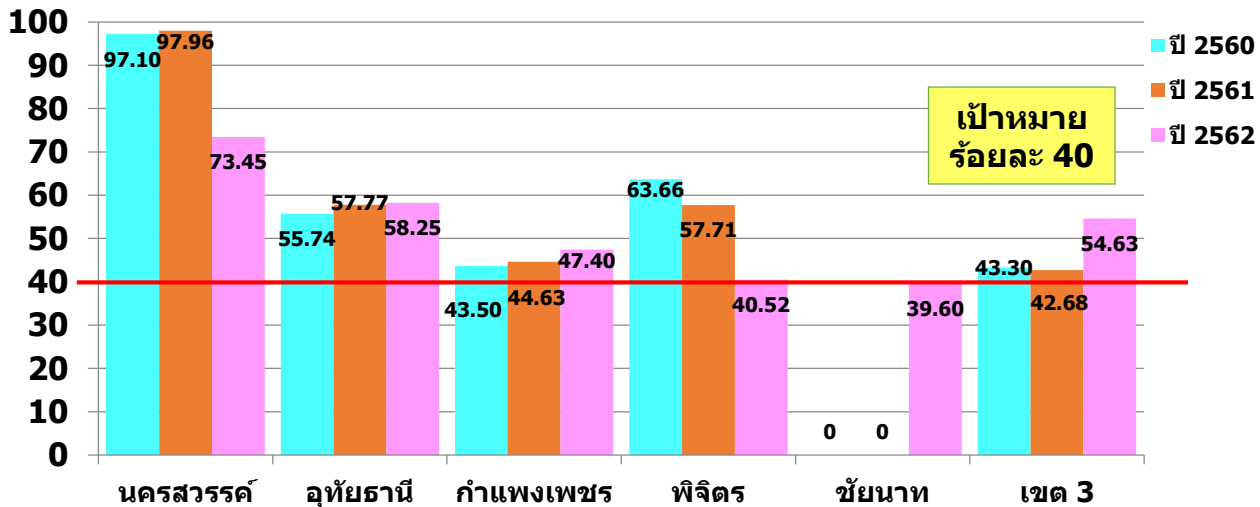
1. ปัญหายาเสพติดของเขต 3 ทั้ง 5 จังหวัด อยู่อันดับสุดท้าย เมื่อเทียบกับทั้ง 12 เขตทั่วประเทศ
2. จังหวัดที่มีผู้ป่วยเข้ารับรักษามากที่สุดคือ นครสวรรค์ รองลงมาคือ กำแพงเพชร และ พิจิตร
3. HA ยาเสพติดในสถาน รพ.ทั้งหมด 50 แห่ง ได้ผ่านการรับรองคุณภาพยาเสพติด 44 แห่ง (ร้อยละ 88) ยังคงสถานะ 32 แห่ง (72.73) และขาดอายุการรับรอง 12 แห่ง (27.27)
4. จัดตั้ง Harm Reduction Unit ที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดทุกแห่ง ประชุมชี้แจงผู้รับผิดชอบลงข้อมูลชุด 43 แห่ง และพัฒนาความรู้ในการปฏิบัติงานการบำบัดผู้ติดยาเสพติด
5. ดำเนินการร่วมกับ ศอ.ปสจ. / ศอ.ปสอ.โดยมีการดำเนินการทุกอำเภอ

ร้อยละผู้ใช้ ผู้เสพที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบ หยุดเสพต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัด 3 เดือน (Remission rate) เป้าหมาย ร้อยละ 40

ข้อมูล : ระบบ บสต.
ณ 14 ส.ค. 2562

ผลงานเปรียบเทียบ แยกรายจังหวัด ปี 2560 - 2562 (14 ส.ค.)

สถานการณ์ / ผลงาน เปรียบเทียบแยกเขต ภาพรวมประเทศ



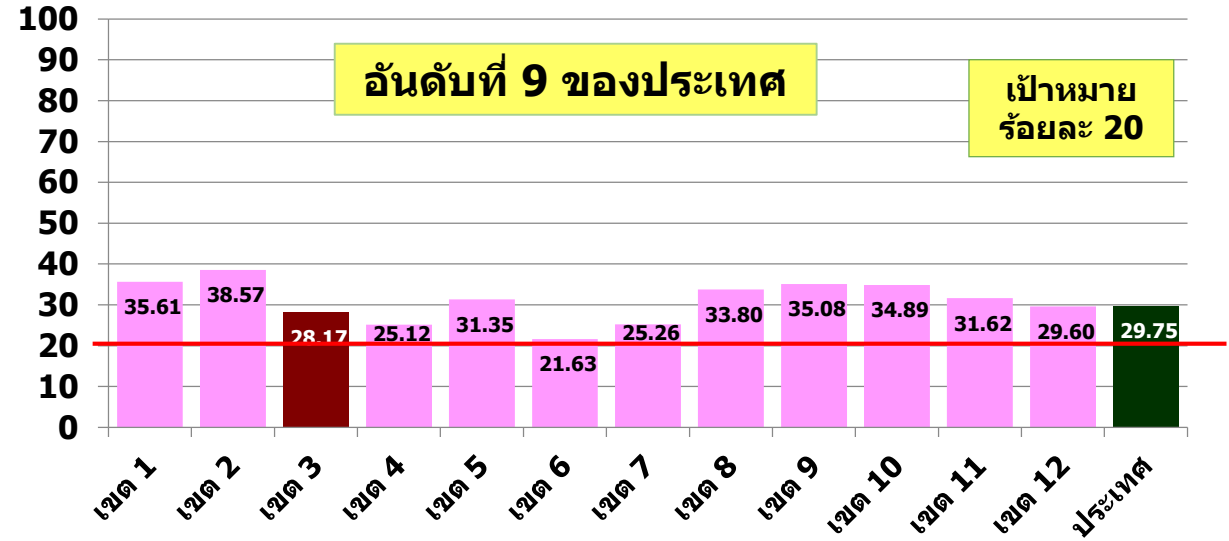
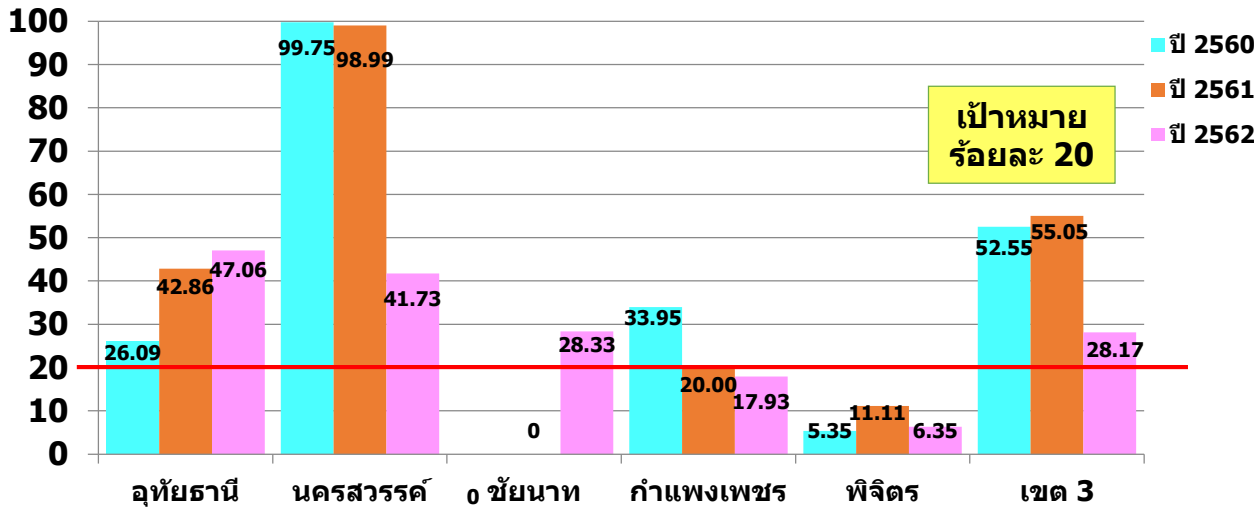
ร้อยละผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบและได้รับการติดตามต่อเนื่อง 1 ปี (Retention rate) (เป้าหมาย ร้อยละ 20)

ข้อมูล : ระบบ บสด.
ณ 14 ส.ค. 2562



ผลงานเปรียบเทียบ แยกรายจังหวัด ปี 2560 - 2562 (14 ส.ค.)

สถานการณ์ / ผลงาน เปรียบเทียบแยกชายเขต ภาพรวมประเทศ



ข้อค้นพบ

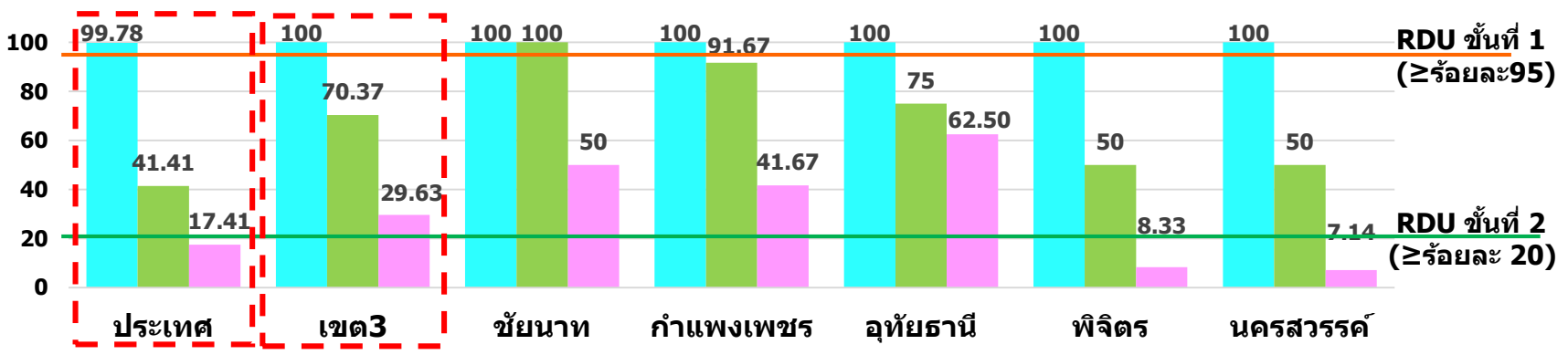
- ผู้ป่วยยาเสพติดระบบสมัครใจเข้าสู่กระบวนการ < เป้าหมาย
- ในระหว่างและภายหลังบำบัดมีอัตราขาดนัดสูงและ < เป้าหมาย
- บำบัดครบตามเกณฑ์แล้ว แต่กลับไปเสพซ้ำ
- ระบบ บสด. ยังไม่เสถียร และการลงข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน
- การบำบัดรักษาแบบ CBTx ยังไม่บูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงาน

ข้อเสนอแนะ

- ประชุมชี้แจงและกำหนดเป้าหมาย ผลลัพธ์ แนวทางปฏิบัติ แบบบูรณาการร่วมกันทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- ประสานคณะกรรมการพัฒนาระบบ บสด. อย่างต่อเนื่อง
- สรรหา จนท. ที่ดูแลและประสานงานเรื่องยาเสพติดโดยตรง
- สร้างแนวทางดำเนินงาน CBTx ร่วมกันระหว่างฝ่ายปกครอง สาธารณสุข และฝ่ายปราบปราม

สรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงาน ปีงบประมาณ 2562 คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

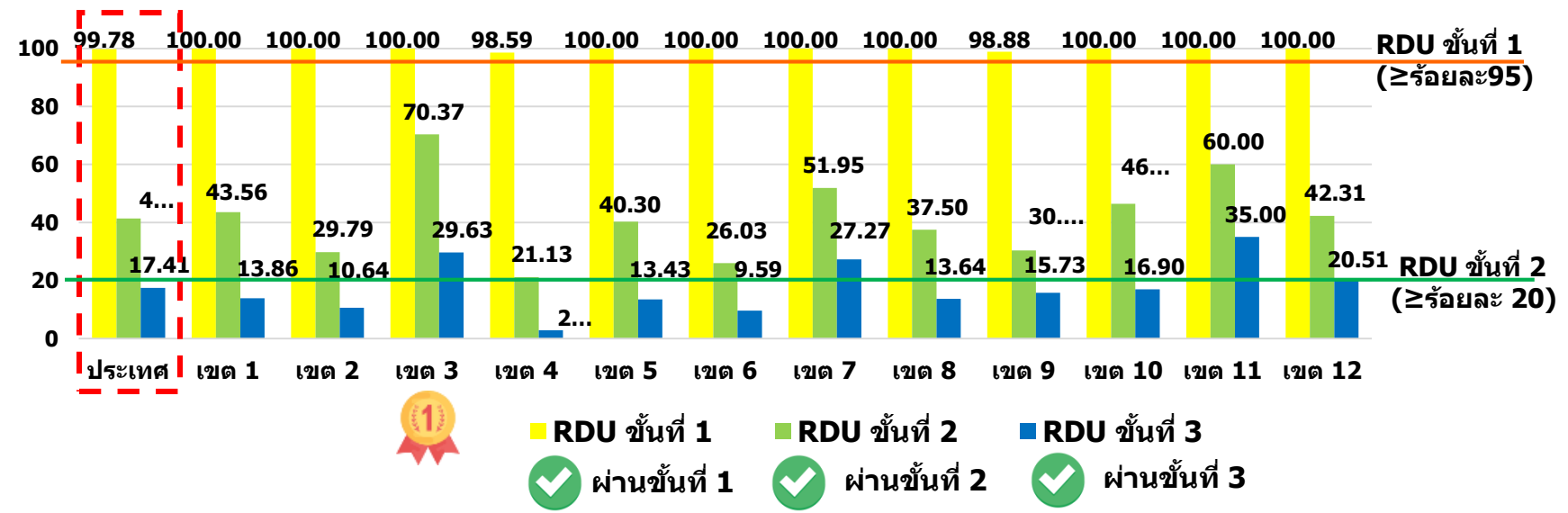
ผลงานเปรียบเทียบ แยกรายจังหวัด



Key Success :
ผู้บริหารระดับสูงให้ความสำคัญและมอบนโยบาย มีการกำกับติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

Best practice/ ข้อชื่นชม :
ชัยนาท มีต้นแบบดำเนินงาน RDU (รพ.เนินขาม) กำแพงเพชร จัดการคนไข้ 4 กลุ่มโรคอย่างมีคุณภาพ อุทัยธานี มีเครือข่ายชุมชนในการเฝ้าระวังการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม นครสวรรค์ วิเคราะห์หาสถานการณ์และหาแนวทาง พัฒนาและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน พิจิตร รพ. ดงเจริญ ใช้ยาปฏิชีวนะอย่างมีประสิทธิภาพ

สถานการณ์ / ผลงาน เปรียบเทียบภาพรวมประเทศ



ข้อค้นพบ

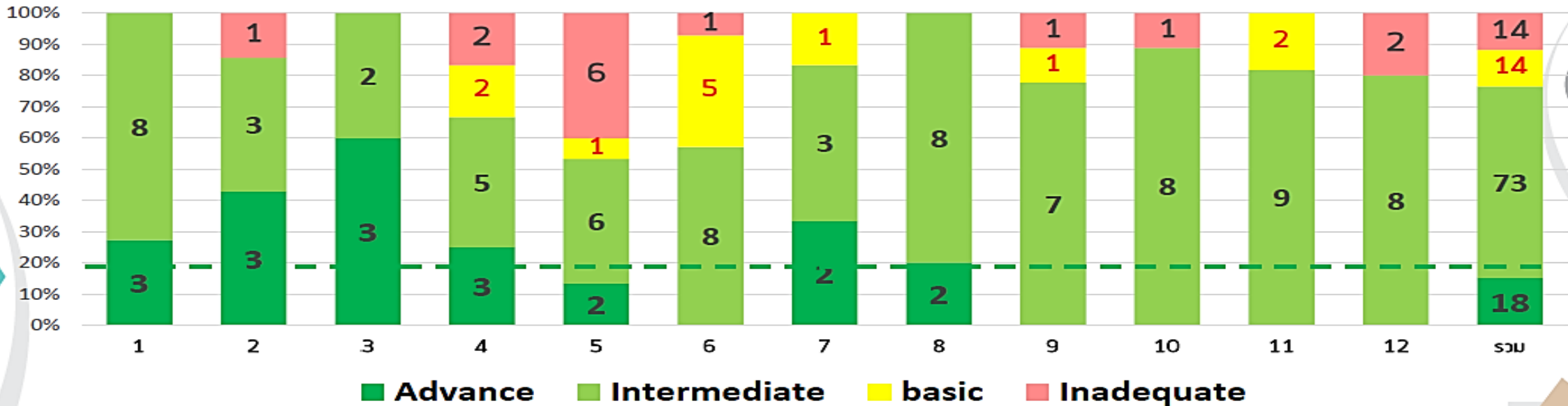
- ความไม่มั่นใจและทัศนคติของแพทย์ ผู้สั่งใช้ยาเกี่ยวกับการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะ
- ข้อมูลในระบบ HDC ไม่ตรงกับข้อมูลจากการประมวลผลของ รพ.

แนวทางการแก้ไข

- ราชวิทยาลัยควรจัดทำแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะใน 4 กลุ่มโรค
- ผลักดันให้ระบบ HDC มีความสามารถในการประมวลข้อมูลได้มีประสิทธิภาพ

ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR) (เป้าหมาย : ระดับ Intermediate ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20)

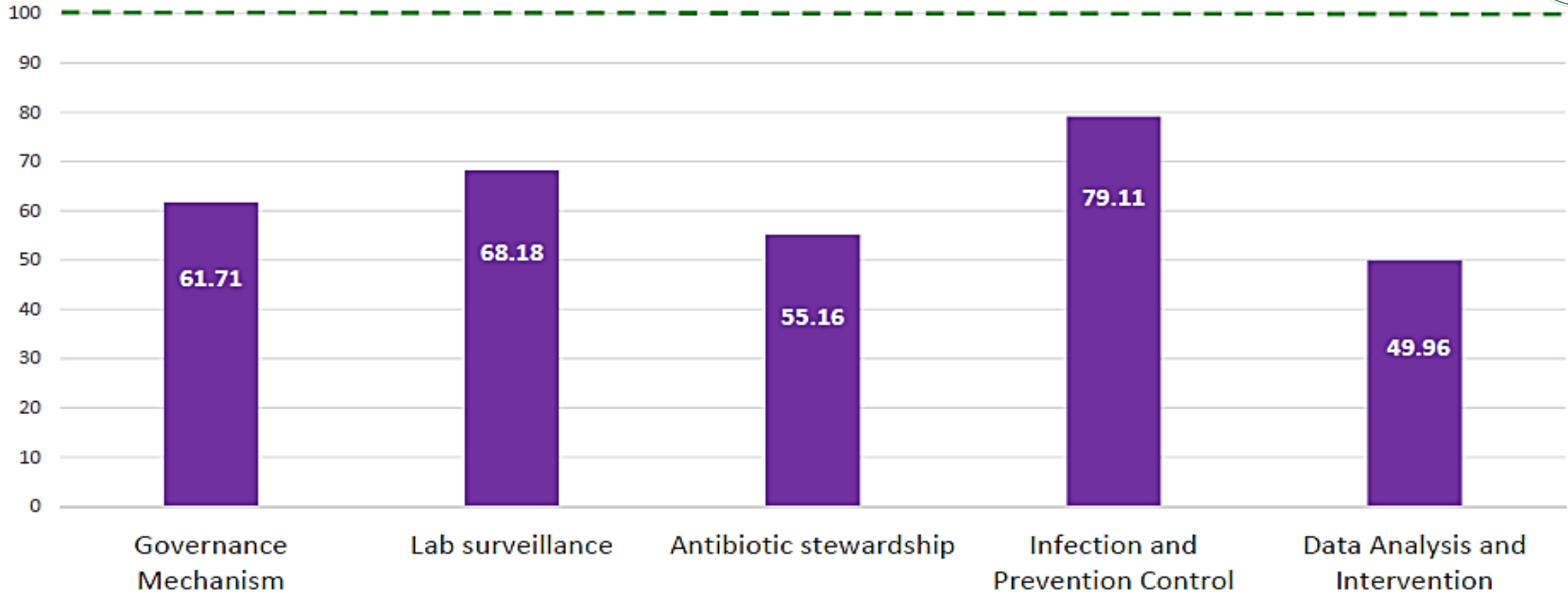
จำนวนรพ.(A,S,M1) แยกตามระดับการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ



เขต	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	ประเทศ
ร้อยละ	100.00	85.71	100.00	66.67	53.33	57.14	83.33	100.00	77.78	88.89	81.82	80.00	78.15
พหุ Intermediate	11	6	5	8	8	8	5	10	7	8	9	8	91
รพ.ทั้งหมด	11	7	5	12	15	14	6	10	9	9	11	10	119



ผลการประเมินการจัดการ AMR ในโรงพยาบาล (ค่าเฉลี่ยของประเทศไทย)



ดำเนินการได้ดี	ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (79.11 คะแนน)
ควรพัฒนา	การวิเคราะห์ข้อมูลสภาพปัญหาเชื้อดื้อยาและกำหนดมาตรการที่เหมาะสมของโรงพยาบาล (49.96 คะแนน) การควบคุมกำกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะยาที่ต้องสงวนไว้สำหรับเชื้อดื้อยา (55.16 คะแนน)

สรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงาน ปีงบประมาณ 2562 คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ผลการดำเนินงาน AMR รายจังหวัด แยกรายหมวด



จังหวัด	หมวด 1 กลไกการ จัดการ	หมวด 2 การเฝ้าระวัง ห้องปฏิบัติการ	หมวด 3 การกำกับ การใช้ยา	หมวด 4 ป้องกันและควบคุม การติดเชื้อ (IC)	หมวด 5 การวิเคราะห์สถานการณ์ และแก้ปัญหา	รวม คะแนน
ชัยนาท	50	63	54	85	60	312
กำแพงเพชร	55	77	58	85	60	335
อุทัยธานี	62	70	60	80	50	322
นครสวรรค์	52	65	62	85	60	324
พิจิตร	87	62	58	85	70	362
เฉลี่ยรายหมวด	61	67	58	84	60	

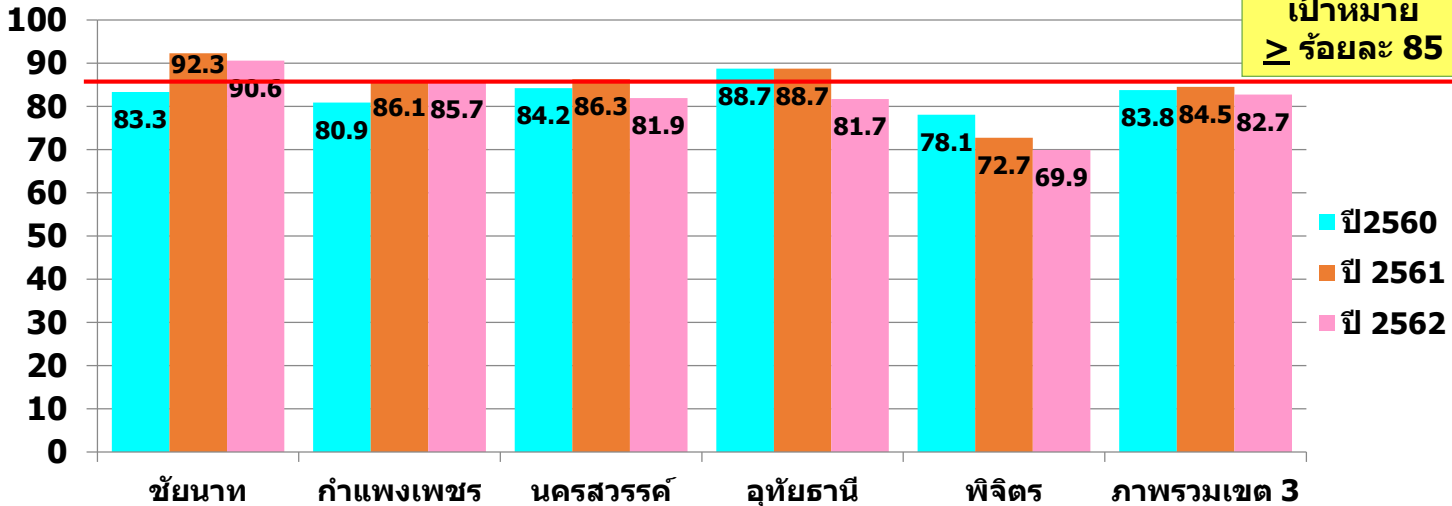
ข้อค้นพบ	ข้อเสนอแนะ
<ul style="list-style-type: none"> ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลด้วยระบบ IT ที่มีประสิทธิภาพ ขาดเครื่องมืออัตโนมัติในการทดสอบความไวของเชื้อต่อยา 	<ul style="list-style-type: none"> ควรใช้กรอบการทำงาน Integrated AMR Management (IAM) เป็นแนวทางในการดำเนินงาน ให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ ประเทศไทย พ.ศ. 2560 - 2564 ควรสนับสนุนด้าน IT เพื่อช่วยในการสื่อสารสถานการณ์ดื้อยาภายในโรงพยาบาลให้ มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และสนับสนุนให้ระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล (hosxp) มีการเชื่อมโยงกับระบบผลเพาะเชื้อต่อความไวของยาปฏิชีวนะ ควรพัฒนาระบบรายงานความไวของเชื้อต่อระดับยา (MIC)

สรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงาน ปีงบประมาณ 2562 คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

สาขาวัณโรค

อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (เป้าหมาย ≥ 85)

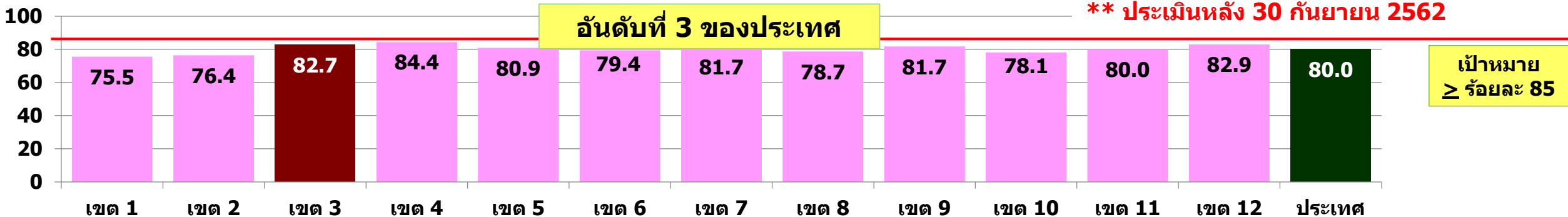
ผลงานเปรียบเทียบ แยกรายจังหวัด ปี 2560 - 2562 (11 เดือน)



สถานการณ์ :

1. ค้นพบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำได้เพียง **2,748 ราย** จากเป้าหมาย 4,673 ราย คิดเป็น TB Treatment Coverage = **58.80%**
2. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ขึ้นทะเบียนรักษาไตรมาสที่ 1(PA) **529 ราย**
3. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (PA) ที่รักษาสำเร็จ **421 ราย (ร้อยละ 82.7)**
4. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (PA) กำลังรักษา **36 ราย (ร้อยละ 7.1)**
5. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (PA) เสียชีวิตแล้ว **40 ราย (ร้อยละ 7.9)**

สถานการณ์ / ผลงาน เปรียบเทียบแยกชายเขต ภาพรวมประเทศ

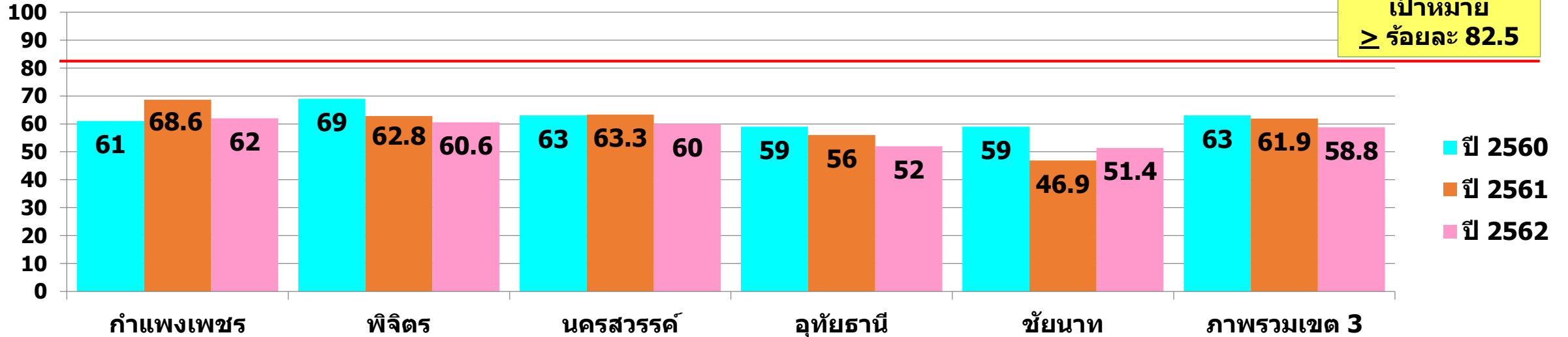


สรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงาน ปีงบประมาณ 2562 คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

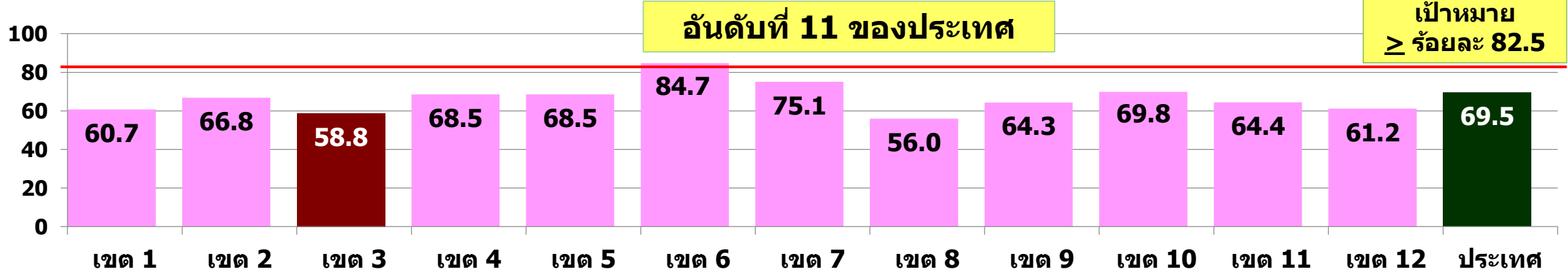


ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (เป้าหมาย ≥ 82.5)

ผลงานเปรียบเทียบ แยกรายจังหวัด ปี 2560 - 2562 (11 เดือน)



สถานการณ์ / ผลงาน เปรียบเทียบแยกเขต ภาพรวมประเทศ

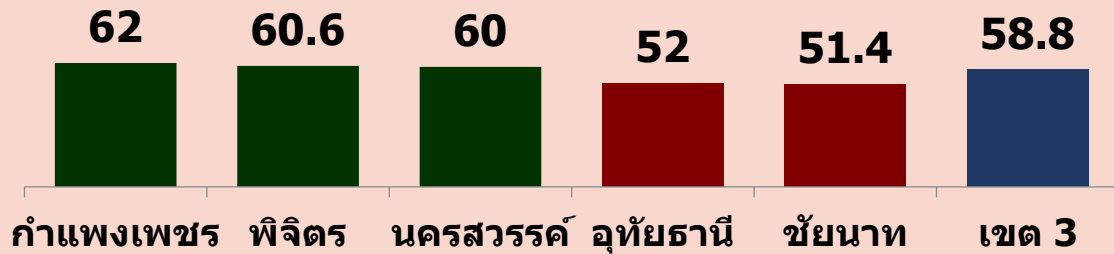


Key Success :

ระบบการส่งต่อและติดตามผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่ได้ดี (อัตราการขาดยาเป็นศูนย์) และอัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคมีแนวโน้มสูง (ชัยนาท , อุทัยธานี และกำแพงเพชร)

ข้อค้นพบ

- ความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ต่ำกว่าเป้าหมาย ปี 2562 = 82.5 % ผลงานปี 62 = 58.8 % (ณ 2 ก.ย. 2562)



- เสียชีวิตสูงในผู้ป่วยวัณโรคที่เป็นกลุ่มสูงอายุ
- ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับวัณโรคในระดับชุมชนยังน้อย

ข้อเสนอแนะ

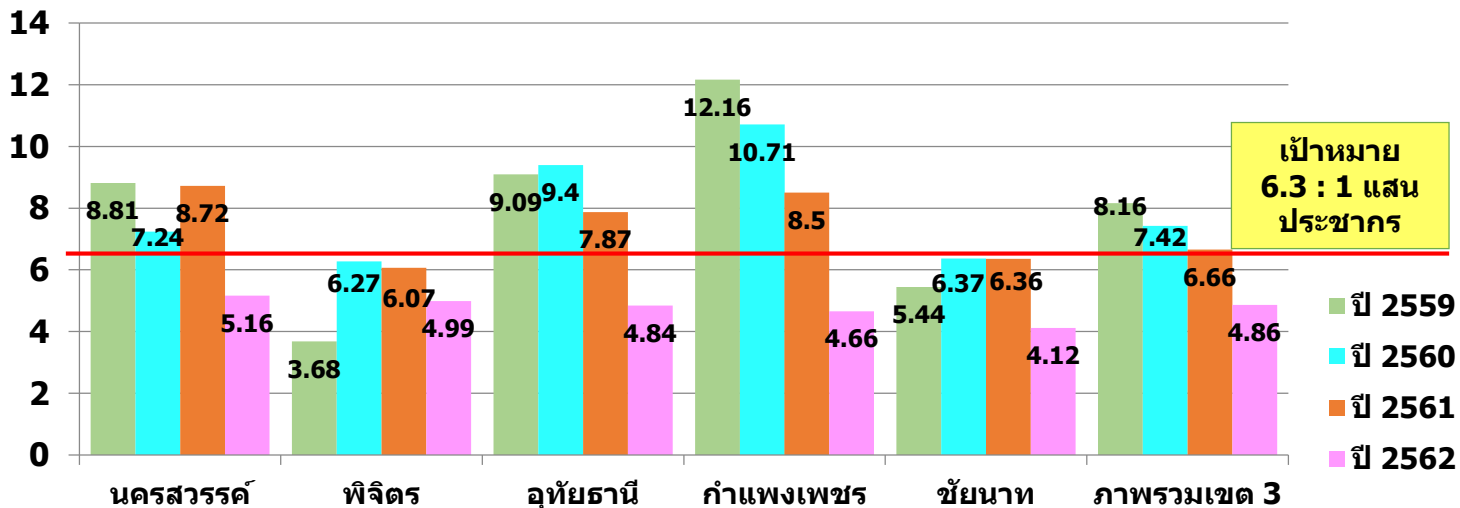
- เร่งรัดค้นหาผู้ป่วยวัณโรคให้มากขึ้นโดยเพิ่มการคัดกรองผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านและกลุ่มสูงอายุให้เข้ารับรักษาที่เร็ว ลดการเสียชีวิต โดยเฉพาะพื้นที่ที่ยังครอบคลุมการรักษา (TB Treatment Coverage) ต่ำมากได้แก่ **อุทัยธานี และ ชัยนาท**
- วิเคราะห์ผู้ป่วยวัณโรค Case Walk in ที่ขึ้นทะเบียนรักษาเพื่อประโยชน์ในการกำหนดกลุ่มเสี่ยงในการค้นหา คัดกรองผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่เพิ่มขึ้น
- เฝ้าระวังการเสียชีวิตในกลุ่มสูงอายุและเน้นดูแลรายที่เสี่ยงเสียชีวิตสูง โดยสหสาขาวิชาชีพ (Case Management Team) ในพื้นที่
- เพิ่มความครอบคลุมในการสื่อสารความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรคในชุมชน

สาขาสุขาภพจิตและจิตเวช



อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 6.3 ต่อแสนประชากร

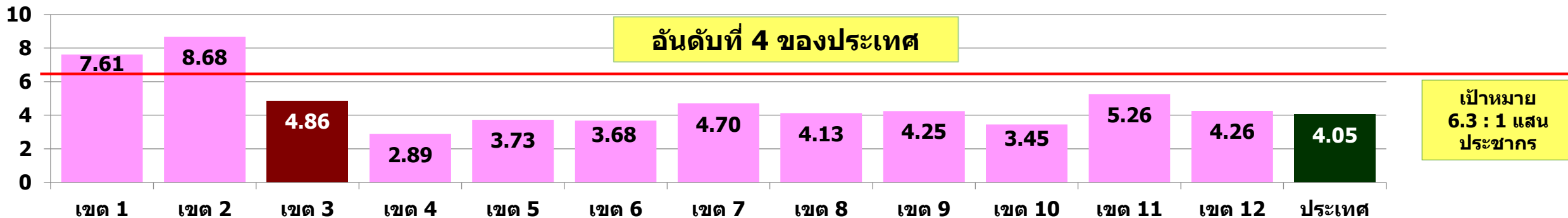
ผลงานเปรียบเทียบ แยกรายจังหวัด ปี 2559 - 2562 (10 เดือน)



สถานการณ์ :

1. นครสวรรค์ 55 คน (5.16 ต่อแสนประชากร)
2. พิจิตร 27 คน (4.99 ต่อแสนประชากร)
3. อุทัยธานี 16 คน (4.84 ต่อแสนประชากร)
4. กำแพงเพชร 34 คน (4.66 ต่อแสนประชากร)
5. ชัยนาท 13 คน (4.12 ต่อแสนประชากร)
6. ภาพรวมของเขตสุขภาพที่ 3 = 145 คน (4.86 ต่อแสนประชากร)

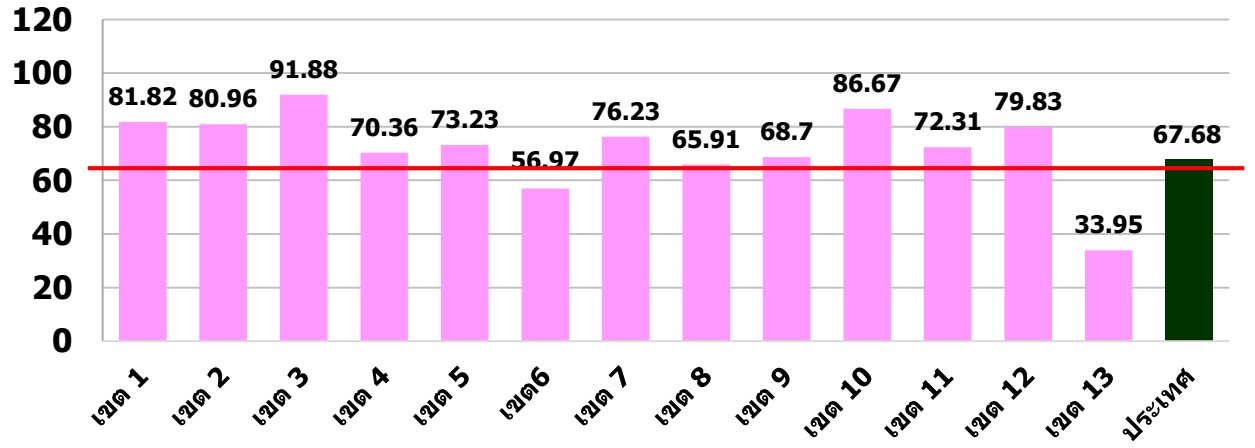
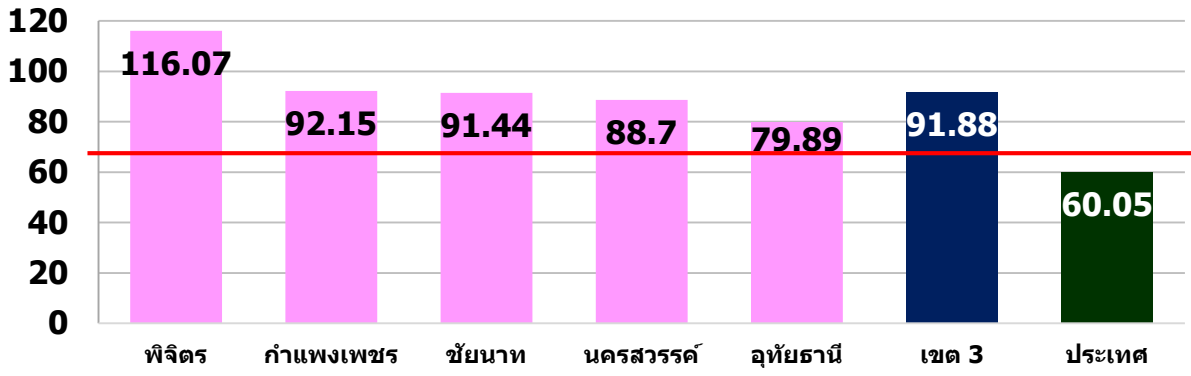
สถานการณ์ / ผลงาน เปรียบเทียบแยกเขต ภาพรวมประเทศ



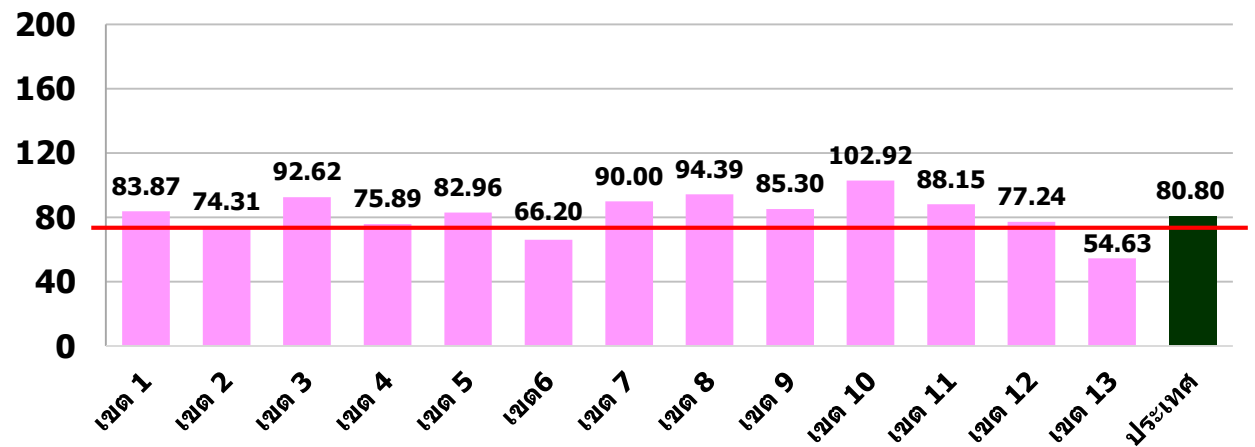
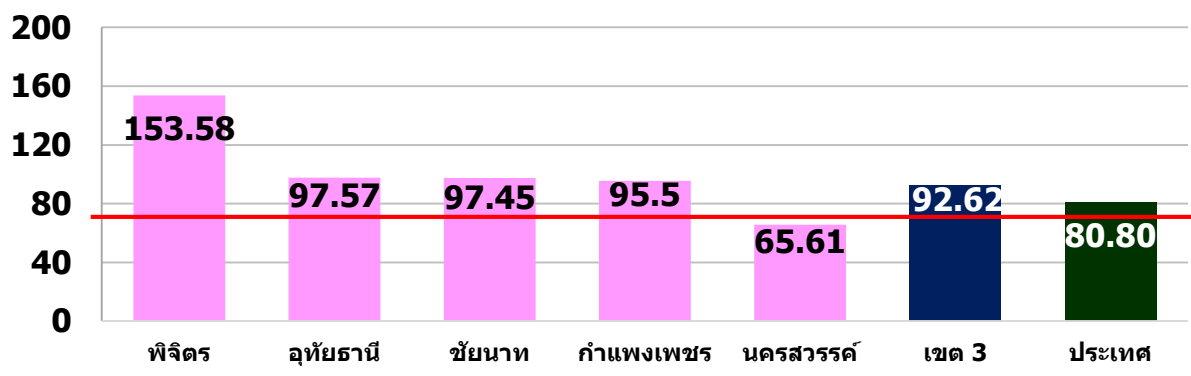
สรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงาน ปีงบประมาณ 2562 คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

KPI ร่อง

1. ร้อยละของโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 65 ปี 2562 (ถึง ก.ค. 2562)

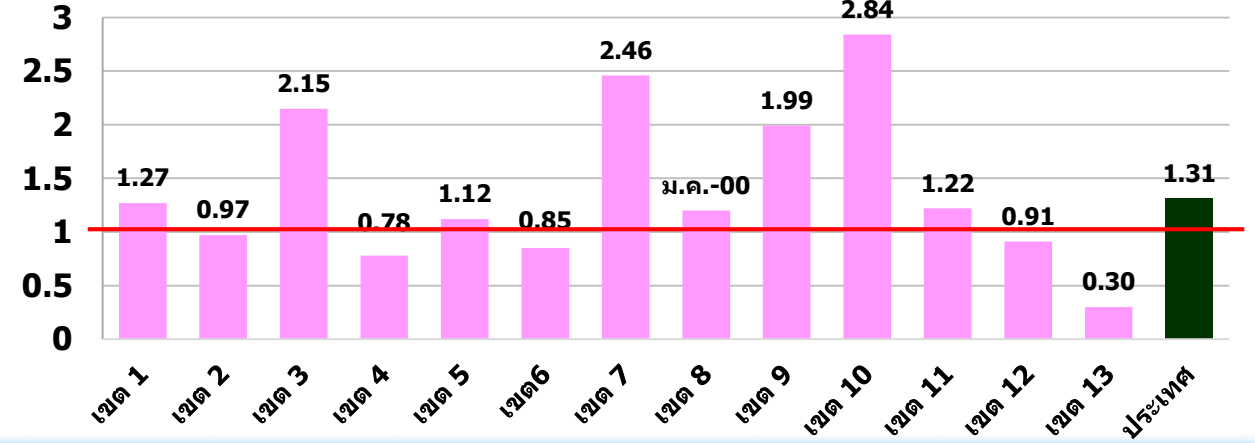
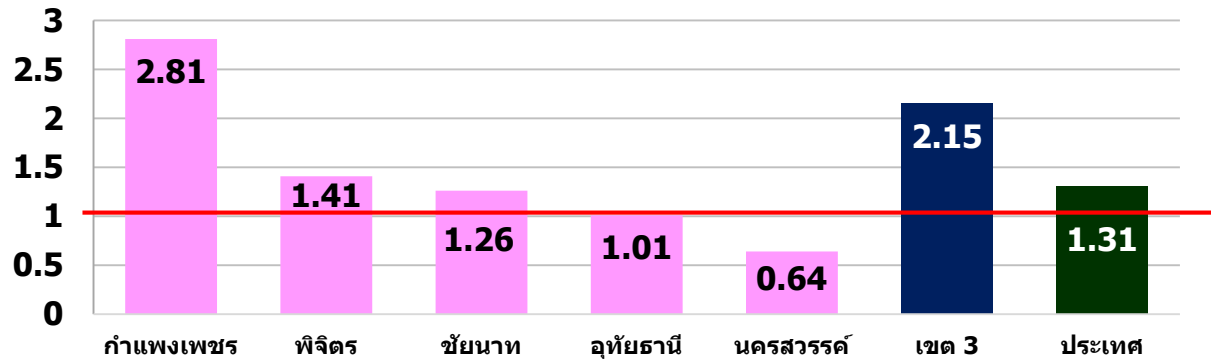


2. ร้อยละของโรคจิตเภทเข้าถึงบริการ ร้อยละ 75 ปี 2562 (ถึง ก.ค. 2562)



KPI ร่อง

3. ร้อยละของผู้ป่วยโรคติดเชื้อเข้าสู่บริการสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น ร้อยละ 1 ปี 2562 (ถึง ก.ค. 2562)



Key Success :

- มีการบูรณาการระบบคัดกรองและการประเมินในกลุ่มเสี่ยง
- มีระบบการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยทางจิตเวชที่เชื่อมโยงกัน

ข้อค้นพบ	ข้อเสนอแนะ
<ul style="list-style-type: none"> • ปัญหาการฆ่าตัวตาย มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น มีความซับซ้อน เกี่ยวกับปัจจัยหลายด้าน • กลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ไม่เข้าสู่ระบบสาธารณสุข • ไม่มีการส่งสัญญาณเตือนมาก่อน 	<ul style="list-style-type: none"> • ส่งเสริมการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนทั้งในและนอกระบบบริการสาธารณสุข • เน้นบริการเชิงรุก ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ เข้าใจการเฝ้าระวังและการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยง • สร้างความเข้มแข็งทางจิตใจในประชาชน ให้มีความยืดหยุ่น สามารถปรับตัวได้เมื่อเผชิญกับความเครียดและสถานการณ์ที่กดดัน สามารถหาทางออกที่เหมาะสมและเป็นประโยชน์เมื่อเผชิญกับปัญหาหรือภาวะวิกฤติในชีวิต

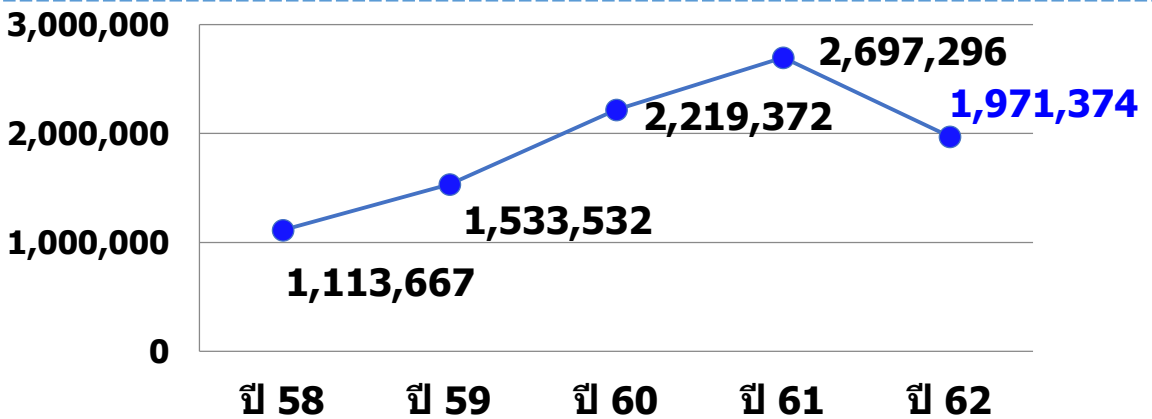
สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน



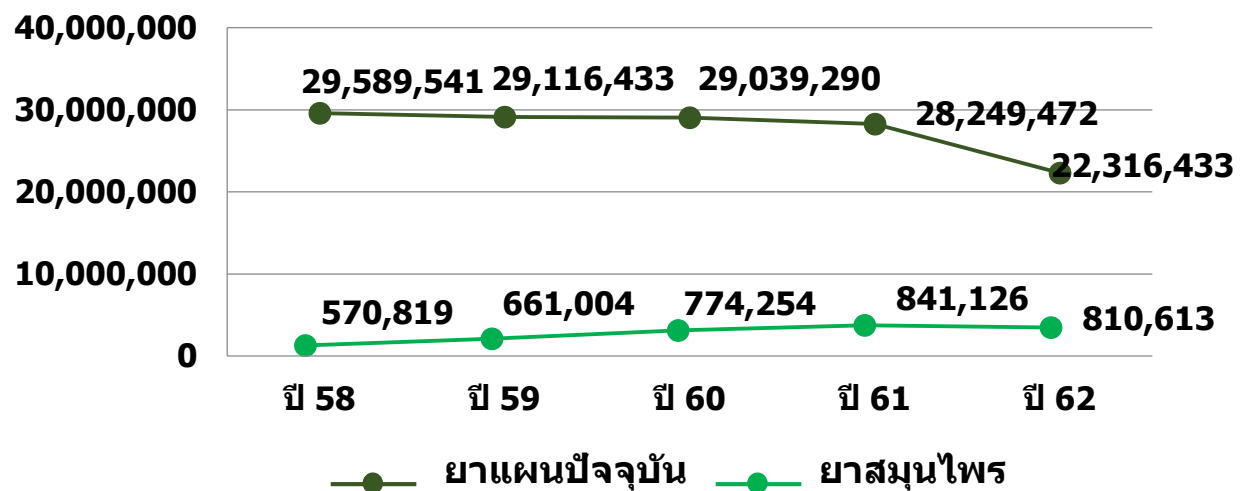
สถานการณ์ในภาพรวม

ข้อมูลจากระบบรายงาน Health Data Center (HDC) ณ วันที่ 16 สิงหาคม 2562

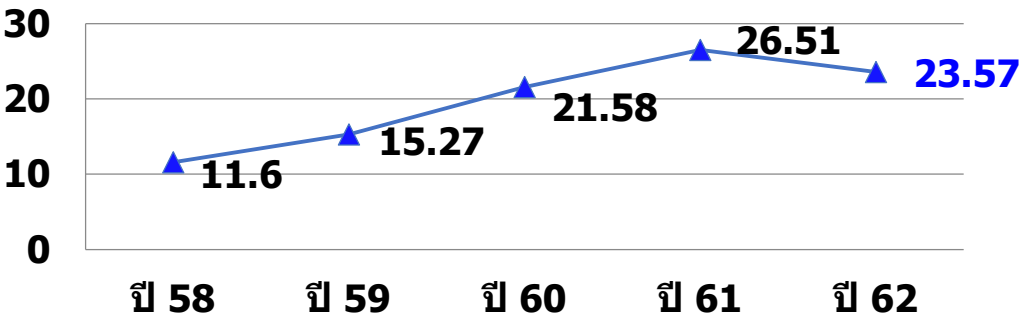
จำนวนครั้งผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการการแพทย์แผนไทยฯ ปี 2558 - 2562



เปรียบเทียบจำนวน (รายการ) การสั่งจ่ายยาแผนปัจจุบัน และยาสมุนไพร (OPD) ปี 2558 - 2562



ร้อยละผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการการแพทย์แผนไทยฯ ปี 2558 - 2562



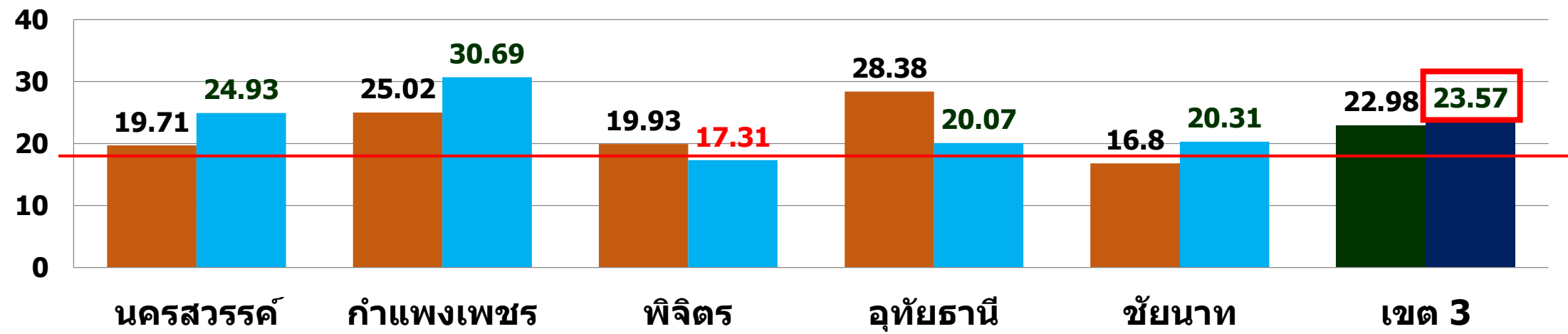
- ผู้รับบริการในหน่วยบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง
- มีการจ่ายยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น
- มีแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้น แต่ไม่ครอบคลุม รพช.
- มีการบูรณาการร่วมกับหน่วยงานและ เพิ่มขึ้น

สรุปผลตรวจราชการและนิเทศงาน ปีงบประมาณ 2562 คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

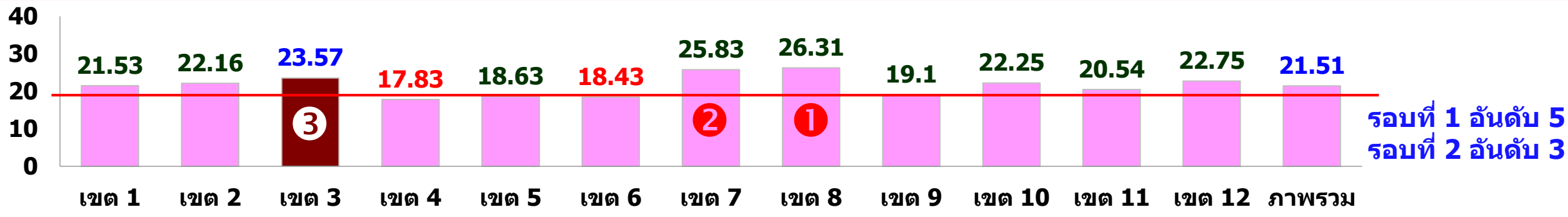


ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรคและฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (เป้าหมาย ≥ 18.5)

เปรียบเทียบผลงานจากการตรวจราชการ รอบที่ 1 และ รอบที่ 2



สถานการณ์/เปรียบเทียบผลงานแยกรายเขตสุขภาพและภาพรวมประเทศ ปี 2562






กรมการแพทย์แผนไทยฯ และศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศฯ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร่วมปรับปรุงระบบข้อมูลให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น ส่งผลให้ผลงาน รอบที่ 1 และ 2 ต่างกัน

สรุปผลตรวจราชการและนิเทศงาน ปีงบประมาณ 2562 คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

Key Success :



- ➔  ผู้บริหาร/หัวหน้างานสนับสนุนการจัดบริการและการพัฒนาศักยภาพแพทย์แผนไทย
- ➔  การบูรณาการงานแพทย์แผนไทยร่วมกับสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยทั้ง IPD OPD และชุมชน
- ➔  การติดตามและตรวจสอบระบบข้อมูลอย่างต่อเนื่อง

ข้อค้นพบ	ข้อเสนอแนะ
<ul style="list-style-type: none">• บุคลากรแพทย์แผนไทยมีไม่ครอบคลุมในหน่วยบริการระดับโรงพยาบาลชุมชน	<ul style="list-style-type: none">• กำหนดกรอบอัตรากำลังและจัดสรรตำแหน่งข้าราชการแก่แพทย์แผนไทยในระดับโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง
<ul style="list-style-type: none">• ขาดการเชื่อมโยงระหว่างจังหวัดและหน่วยบริการระดับ รพช. และ รพ.สต.	<ul style="list-style-type: none">• ทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 3 ร่วมบูรณาการในการแลกเปลี่ยนและพัฒนางานในระดับเขตสุขภาพ
<ul style="list-style-type: none">• ขาดการเชื่อมโยง/บูรณาการงานในระดับเขตสุขภาพ	<ul style="list-style-type: none">• สนับสนุนงบประมาณเพื่อผลิตและกระจายยาสมุนไพรแก่โรงพยาบาลที่ผลิตยาตามมาตรฐาน GMP ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 3



สาขาปฐมภูมิ

**ตัวชี้วัด: ร้อยละของอำเภอที่มีการพัฒนา
คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มี
คุณภาพ ร้อยละ 60**



ปี 2562

- ✓ **1. ดำเนินการพัฒนาทั้ง 54 อำเภอ**
- ✓ **2. มีคำสั่งคณะกรรมการฯ และประชุมเพื่อกำหนดประเด็นพัฒนา**
- ✓ **3. กำหนดประเด็นพัฒนาอย่างน้อย 2 ประเด็นครบทุกอำเภอ**
- ✓ **4. กำหนดแผนการพัฒนา และการบริหารจัดการโดยการมีส่วนร่วม
ของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง**

Key Success :

1. มีระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีรองรับ , นโยบายชัดเจน
2. มีต้นทุนเดิมของการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ
3. ติดตามความก้าวหน้าและผลดำเนินงานทั้งระดับจังหวัดและเขต
4. มีกระบวนการสร้างเครือข่ายเพื่อขับเคลื่อนการสร้างคุณภาพชีวิตที่ชัดเจนของคกก.พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

Key Risk :

1. บางพื้นที่ข้อจำกัดด้านการบริหารจัดการที่เป็นเอกภาพ
2. ขาดการบูรณาการงานที่เกี่ยวข้องลงไปปฏิบัติในพื้นที่
3. ประเด็นปัญหาส่วนใหญ่ยังเป็นงานด้านสาธารณสุข ในขณะที่เดียวกันบางพื้นที่มีการสั่งการประเด็นมาจากผู้ว่าราชการฯ

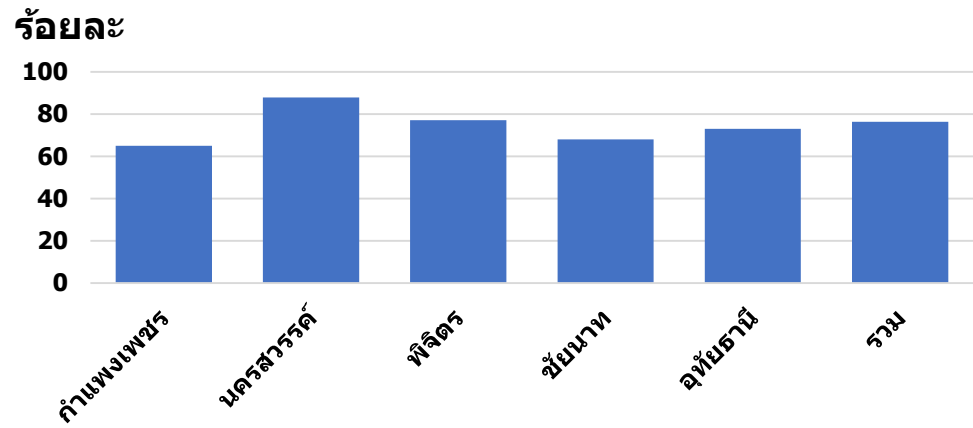
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ผ่านเกณฑ์ รพ.สต. 5 ดาว

KPI รพ.สต. ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคคุณภาพ ระดับ 5 ดาว ร้อยละ 60
รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ ระดับ 3 ดาว ร้อยละ 100



จังหวัด	จำนวน รพ.สต. ทั้งหมด	เป้าหมาย ร้อยละ 60	ผ่านเกณฑ์ 5 ดาว	ร้อยละ
กำแพงเพชร	120	72	118	98.33
นครสวรรค์	189	113	162	85.71
พิจิตร	109	65	84	77.10
ชัยนาท	72	43	72	100
อุทัยธานี	89	53	65	73.0
รวม	579	375	501	86.53

ระดับผลการประเมินตนเองตามเกณฑ์
รพ.สต.ติดดาว ปี 2561 แยกรายจังหวัด



- 1** ปรับแผนการจัดตั้ง PCC ปี 2562
- 2** สนับสนุนให้แพทย์ใช้ทุนปี 2 เข้าอบรมเวชศาสตร์ครอบครัว (ระยะสั้น) เพื่อกลับไปปฏิบัติงาน PCC ในโรงพยาบาลชุมชน
- 3** กระทรวงสาธารณสุข จัดอบรมระยะสั้นสำหรับแพทย์หลักสูตร "เวชศาสตร์ครอบครัว สำหรับแพทย์ปฏิบัติงานงานคลินิกหมอครอบครัว" รุ่นที่ 12 สำหรับเขตสุขภาพที่ 3 ที่จังหวัดพิษณุโลก เพื่อรองรับและอำนวยความสะดวกแก่แพทย์

สรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงาน ปีงบประมาณ 2562 คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ตัวชี้วัด : คลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (เป้าหมายสะสม) ร้อยละ 18



การเปิดดำเนินการคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) เขตสุขภาพที่ 3

- จำนวนคลินิกหมอครอบครัวทั้งหมด 276 ทีม เปิดสะสม จำนวน 105 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 38.04 ของแผน 10 ปี

จังหวัด	จำนวน PCC ทั้งหมด	เปิดสะสม	ร้อยละ
กำแพงเพชร	65	36	55.38
นครสวรรค์	101	23	22.77
พิจิตร	50	14	28.00
ชัยนาท	29	16	55.17
อุทัยธานี	30	10	33.33
รวม	275	99	36.00

- * **หมายเหตุ 1.** แพทย์ส่วนหนึ่งอยู่ระหว่างฝึกอบรมระยะสั้นรุ่น 12 - 13 จะเสร็จฝึกอบรมเดือนต.ค. 2562 (ตัวเลขจำนวนทีมที่มีคุณสมบัติครบ ขอตรวจสอบกับการลงทะเบียนล่าสุดของ สสป.)
- 2.** จังหวัดนครสวรรค์จะเปิดเพิ่มอีก 9 ทีม ภายในเดือนตุลาคม 2562

Key Success :

นโยบายและการสนับสนุนที่ชัดเจนจากผู้บริหารทุกระดับ

Key Risk :

ความยั่งยืนในการใช้แพทย์อบรมระยะสั้น

Best Practice :

- กำแพงเพชรเปิดให้บริการเต็มพื้นที่ 3 CUP 2 อำเภอ
- กระจายบุคลากรครบตามเกณฑ์การจัดตั้ง PCC ในกำแพงเพชรและชัยนาท
- สร้างแรงจูงใจเชิงบวกให้กับแพทย์ใช้ทุนของนครสวรรค์
- เปิดให้บริการคลินิกหมอครอบครัวในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมชน, F3

ข้อเสนอแนะ :

- พัฒนาแหล่งฝึกในเขตและภายในแต่ละจังหวัด ภายใต้การดำเนินงานของศูนย์เรียนรู้ เขต 3
- สนับสนุนแรงจูงใจทั้งแพทย์และทีมในการทำงาน คลินิกหมอครอบครัวเพื่อความยั่งยืน

สรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงาน ปีงบประมาณ 2562 คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ



ขอบคุณครับ