

รายงานการประชุมโครงการบริหารจัดการ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

เขตสุขภาพที่ ๓ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

เรื่อง การพัฒนาระบบข้อมูลของงาน Service Plan ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

วันพุธที่ ๒๙ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๓ เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๖.๓๐ น.

ณ ห้องประชุมสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๓ ชั้น ๒ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๓

ผู้มาประชุม

- |                                |  |
|--------------------------------|--|
| ๑. นพ. วิริยะ เอี้ยวประเสริฐ   | ที่ปรึกษาสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๓                  |
| ๒. นางลักขณา รัตนศรีทอง        | ที่ปรึกษาสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๓                  |
| ๓. นางน้อมจิต จันทน์น้อย       | รองหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล รพ.อุทัยธานี            |
| ๔. นางสาวรัตนภรณ์ ศิริจันทร์   | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.อุทัยธานี          |
| ๕. นายเกรียงไกรยุทธ คำมีผล     | เภสัชกรชำนาญการ รพ.ชัยนาทเรนทร                   |
| ๖. นางนงศ์นุช มีเสถียร         | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.สวรรคภ์ประชารักษ์       |
| ๗. นางสาวแววดาว ศรีสิทธิ์      | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.สวรรคภ์ประชารักษ์       |
| ๘. นางฐิติชยา ไทยพาท           | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สนง.เขตสุขภาพที่ ๓   |
| ๙. นายเกษมภรณ์ พรธาดาวิทย์     | นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ สนง.เขตสุขภาพที่ ๓ |
| ๑๐. นางสาวสัณณีย์ ทินวงศ์      | นักวิชาการสาธารณสุข สนง.เขตสุขภาพที่ ๓           |
| ๑๑. นางสาวสุภักดิ์ กลิ่นจันทร์ | นักวิชาการสาธารณสุข สนง.เขตสุขภาพที่ ๓           |
| ๑๒. นางสาวสุพัตรา เพื่อกนวล    | นักวิชาการสาธารณสุข สนง.เขตสุขภาพที่ ๓           |

ผู้ไม่มาประชุม เนื่องจากติดราชการ

- |                            |  |
|----------------------------|--|
| ๑. นพ. ปริญญา นากปทุมบุตร  | นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร              |
| ๒. พญ. ณิชกร ประกอบ        | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชัยนาทเรนทร                |
| ๓. นพ. สุรชัย โชคครรชิตไชย | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุทัยธานี                  |
| ๔. นพ. ถนอม จิวสีบพงษ์     | นายแพทย์เชี่ยวชาญ รพ.สวรรคภ์ประชารักษ์         |
| ๕. นางมลวิภา กาศสมบูรณ์    | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สสจ.กำแพงเพชร |
| ๖. นางปิยฤดี ฉายแสงมงคล    | เภสัชกรชำนาญการพิเศษ สสจ.นครสวรรค์             |
| ๗. พญ. สุนีย์ ณีชนะนนท์    | นายแพทย์ชำนาญการ รพ.สวรรคภ์ประชารักษ์          |

ผู้เข้าร่วมประชุม

- |                            |                                    |
|----------------------------|------------------------------------|
| ๑. นพ. คณินันท์ เศรษฐไพศาล | นายแพทย์ชำนาญการ รพ.อุทัยธานี      |
| ๒. นางสาวรศกณดา วิมลมุข    | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.อุทัยธานี |
| ๓. นางสาวยุวณัฐ บุญอาจ     | แพทย์แผนไทย สสจ.นครสวรรค์          |

เริ่มประชุมเวลา ๐๙.๐๐ น.

นพ.วิริยะ เอี้ยวประเสริฐ เป็นประธานในการประชุม

**ระเบียบวาระที่ ๑** เรื่องที่ประธานแจ้งที่ประชุมทราบ

๑.๑ วัตถุประสงค์ของการจัดประชุม

- เพื่อพัฒนาระบบข้อมูลของ Service Plan เขตสุขภาพที่ ๓
- เพื่อรวบรวมตัวชี้วัดของ Service Plan ทั้ง ๒๒ สาขา

**มติที่ประชุม** รับทราบ

**ระเบียบวาระที่ ๒** รับรองรายงานการประชุม

ไม่มี

**มติที่ประชุม** รับทราบ

**ระเบียบวาระที่ ๓** เรื่องสืบเนื่อง

ไม่มี

**มติที่ประชุม** รับทราบ

**ระเบียบวาระที่ ๔** เรื่องเสนอเพื่อทราบ

๔.๑ การพัฒนาระบบข้อมูล Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD)

Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD) ได้นำร่องพัฒนาข้อมูลเพื่อนำเสนอผ่านหน้าเว็บไซต์ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๓ โดยมีตัวชี้วัดหลัก ๑๑ ตัว ซึ่งแหล่งข้อมูลมาจาก HDC ทั้งหมด การนำเสนอข้อมูล จะแสดงข้อมูลสถานการณ์ภาพรวมเขต ย้อนหลัง ๓ ปี และข้อมูลปี ๒๕๖๓ เป็นข้อมูลรายจังหวัด

**มติที่ประชุม** รับทราบ

**ระเบียบวาระที่ ๕** เรื่องเสนอเพื่อพิจารณา

๕.๑ การพัฒนาระบบข้อมูล Service Plan สาขาโรคมะเร็ง/การแพทย์แผนไทย/Intermediate Care/Palliative Care/RDU/ปฐมภูมิ

สาขาโรคมะเร็ง

๑. ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด ข้อมูลจากการรายงานของเลขาฯ พร้อมไฟล์ ทุก ๓ เดือน

๑.๑ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์ เป้าหมายมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๗๐ ข้อมูลจากการรายงานของเลขาฯ พร้อมไฟล์ ทุก ๓ เดือน

๑.๒ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ เป้าหมายมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๗๐ ข้อมูลจากการรายงานของเลขาฯ พร้อมไฟล์ ทุก ๓ เดือน

๑.๓ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ เป้าหมายมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๖๐ ข้อมูลจากการรายงานของเลขาฯ พร้อมไฟล์ ทุก ๓ เดือน

๒. อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ เป้าหมาย ไม่เกิน ๒๓.๕ ต่อแสนประชากร รายงานข้อมูลเป็น ๒ ส่วน

/คือ ๑.ข้อมูล...

คือ ๑. ข้อมูลจาก HDC ทุกเดือน ๒. ข้อมูลจากการรายงานของเลขาฯ ทุก ๓ เดือน และให้เพิ่มเติมอัตราตาย มะเร็ง ๕ โรคร โดยการทำหน้าต่างหน้าเว็บไซต์หรือ

๓. อัตราตายจากมะเร็งปอด เป้าหมาย ไม่เกิน ๑๙.๙ ต่อแสนประชากร รายงานข้อมูลเป็น ๒ ส่วน คือ ๑. ข้อมูลจาก HDC ทุกเดือน ๒. ข้อมูลจากการรายงานของเลขาฯ ทุก ๓ เดือน

#### สาขาแพทย์แผนไทย

๑. ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์ การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เป้าหมาย ร้อยละ ๑๙.๕ รายงานข้อมูลเป็น ๒ ส่วน คือ ๑. ข้อมูล จาก HDC ทุกเดือน ๒. ข้อมูลจากการรายงานของเลขาฯ ทุก ๓ เดือน รอยืนยันกับเลขาฯ อีกครั้ง

๒. ผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน [นับรวมแผนจีน (U78x - U79x) แต่ไม่นับรวม U77x] เป้าหมายร้อยละ ๑๘.๕ รายงานข้อมูลเป็น ๒ ส่วน คือ ๑. ข้อมูลจาก HDC ทุกเดือน ๒. ข้อมูลจากการรายงานของเลขาฯ ทุก ๓ เดือน

#### สาขาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative Care)

๑. ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วย ประคับประคองอย่างมีคุณภาพ เป้าหมาย ร้อยละ ๔๐ รายงานข้อมูลจาก HDC ทุกเดือน

๒. โรงพยาบาลมีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ข้อมูลจากการรายงานของเลขาฯ ทุก ๓ เดือน

#### สาขาการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care)

๑. ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาล พื้นสภาระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward) เป้าหมาย ร้อยละ 50 ข้อมูลจากการรายงานของเลขาฯ ทุก ๖ เดือน

๒. ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index < ๑๕ รวมทั้งคะแนน Barthel index > ๑๕ with multiple impairment ได้รับการบริบาล พื้นสภาระยะกลางและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index = ๒๐ เป้าหมาย ร้อยละ ๖๐ ข้อมูล จากการรายงานของเลขาฯ ทุก ๓ เดือน

#### สาขา RDU

๑. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้อย่างสมเหตุผล (RDU)

๑.๑ RDU ชั้น ๒ เป้าหมาย ร้อยละ ๕๐ ข้อมูลจากการรายงานของเลขาฯ ทุก ๓ เดือน โดยการ คีย์ข้อมูลผ่านตัวชี้วัด PA ข้อมูลจะลิงค์กัน

๑.๒ RDU ชั้น ๓ เป้าหมาย ร้อยละ ๒๐ ข้อมูลจากการรายงานของเลขาฯ ทุก ๓ เดือน โดยการ คีย์ข้อมูลผ่านตัวชี้วัด PA ข้อมูลจะลิงค์กัน

๒. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR) เป้าหมาย มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๗๐

๒.๑ โรงพยาบาลที่มีการจัดการ AMR ระดับ Intermediate เป้าหมาย รพ.ระดับ A,S,M1 ทุกแห่งมีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ ระดับ Intermediate ข้อมูลจากการรายงานของเลขาฯ ทุก ๓ เดือน โดยการ คีย์ข้อมูลผ่านตัวชี้วัด PA ข้อมูลจะลิงค์กัน

๒.๒ อัตราการติดเชื้อยาในกระแสเลือด เป้าหมาย ลดลงร้อยละ 7.5 จากปี 61 ข้อมูลจากการรายงานของ เลขาฯ ทุก ๓ เดือน โดยการ คีย์ข้อมูลผ่านตัวชี้วัด PA ข้อมูลจะลิงค์กัน

หมายเหตุ : ให้เลขาฯ ทำ Summary สรุปปี ๒๕๖๒ เป็นไฟล์ PDF ทั้ง ๒ ตัวชี้วัด

### สาขาอายุรกรรม

๑. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community – acquired เป้าหมาย น้อยกว่าร้อยละ ๒๘ รายงานข้อมูลจาก HDC ทุกเดือน

๒. อัตราการเจาะ H/C ก่อนได้รับ Antibiotic เป้าหมาย มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๙๐ ข้อมูลจากการรายงานของเลขาฯ ทุก ๓ เดือน

๓. อัตราการได้รับ IV ๓๐ ml/kg ใน ๑ ชม.(กรณีไม่มีข้อห้าม) เป้าหมาย มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๙๐ ข้อมูลจากการรายงานของเลขาฯ ทุก ๓ เดือน

๔. อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม. เป้าหมาย มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๙๐ ข้อมูลจากการรายงานของเลขาฯ ทุก ๓ เดือน

๕. อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤตภายใน ๓ ชม. หลังวินิจฉัย เป้าหมาย มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๓๐ ข้อมูลจากการรายงานของเลขาฯ ทุก ๓ เดือน

### สาขาปฐมภูมิ (รอยืนยันตัวชี้วัดจากเลขาฯ)

๑. ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ เป้าหมาย ร้อยละ ๒๕ (๑,๖๒๕ หน่วย)(เป้าหมายสะสม)ดำเนินการในปี ๖๒ จำนวน ๑,๑๗๙ หน่วย (๑๘.๑๔%)

๒. ร้อยละของประชาชนในอำเภอที่เป็นที่ตั้งของ รพศ./รพท. มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิดูแลด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว เป้าหมาย ร้อยละ ๔๐

๓. ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี เป้าหมาย ร้อยละ ๗๐

๓.๑ ร้อยละ อสม. กลุ่มเป้าหมายมีศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน

๓.๒ ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน

๔. จำนวน อสม. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน เป้าหมาย ๘๐,๐๐๐ คน

๕. ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)

๖. ร้อยละของ รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว เป้าหมาย ร้อยละ ๗๕

๗. ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.)ที่มีคุณภาพ เป้าหมาย ร้อยละ ๗๐

### มิติที่ประชุม รับทราบ

#### ระเบียบวาระที่ ๒ เรื่องอื่นๆ (ถ้ามี)

ไม่มี

### มิติที่ประชุม รับทราบ

เลิกประชุมเวลา ๑๖.๓๐ น.

ผู้รายงาน : นางสาวสัจฉิณี ทินวงศ์ นักวิชาการสาธารณสุข

นางสาวสุภัค กลิ่นจันทร์ นักวิชาการสาธารณสุข

นางสาวสุพัตรา เผือกนวล นักวิชาการสาธารณสุข

ผู้ตรวจรายงาน : นางฐิติชยา ไทยพาท นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ