



# คณะที่ 2

## การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service excellence)

สรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ  
เขตสุขภาพที่ 4 รอบที่ 2/2561

กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต  
กรมแพทย์แผนไทย กรมอนามัย กรมวิทยาศาสตร์ กบรส. อย.

## 2.1 การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

1. ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่  
(Primary Care Cluster)

## 2.3 การพัฒนาระบบบริการ

: Health  
Outcome

5. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
6. อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ
7. อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในรพ.ระดับ F2 ขึ้นไป

: Service  
Outcome

8. ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
9. ร้อยละของผู้ป่วย **CKD** ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m2/yr
10. อัตราส่วนจำนวนผู้ยินยอม**บริจาคอวัยวะ**จากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในรพ.
11. ร้อยละของผู้ป่วย**ยาเสพติด**ที่ได้รับการบำบัดรักษาและหยุดเสพต่อเนื่อง(remission)
12. ร้อยละของ รพ. ที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (**RDU**)
13. ร้อยละการ**ส่งต่อ**ผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง
14. ร้อยละ รพ.F2 ขึ้นไปสามารถให้**ยาละลายลิ่มเลือด** (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้

## 2.2 การพัฒนาประเด็นนโยบายสำคัญ

2. ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ **One Day Surgery**
3. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วย**วัณโรคปอด**รายใหม่
4. จำนวน**เมืองสมุนไพร**

\* **Smart Intermediate Care**



PCC 88 แห่ง  
 สอน. 12 แห่ง  
 รพ.สต. 785 แห่ง



พท. 18,393.89 ตร.กม.



2,538,633 คน

ปชก. 5,275,641 คน



2,737,008 คน

จำนวน	รพ.	เตียง
A	3	2,225
S	5	2,229
M1	4	2,225
M2	6	1,209
F1	3	2,360
F2	38	
F3	12	

Total 9,039 เตียง



Doctor  
1,515



Dent.  
464



Phar  
668



Nurse  
8,020

# การพัฒนาประเด็นนโยบายสำคัญ

**TB**

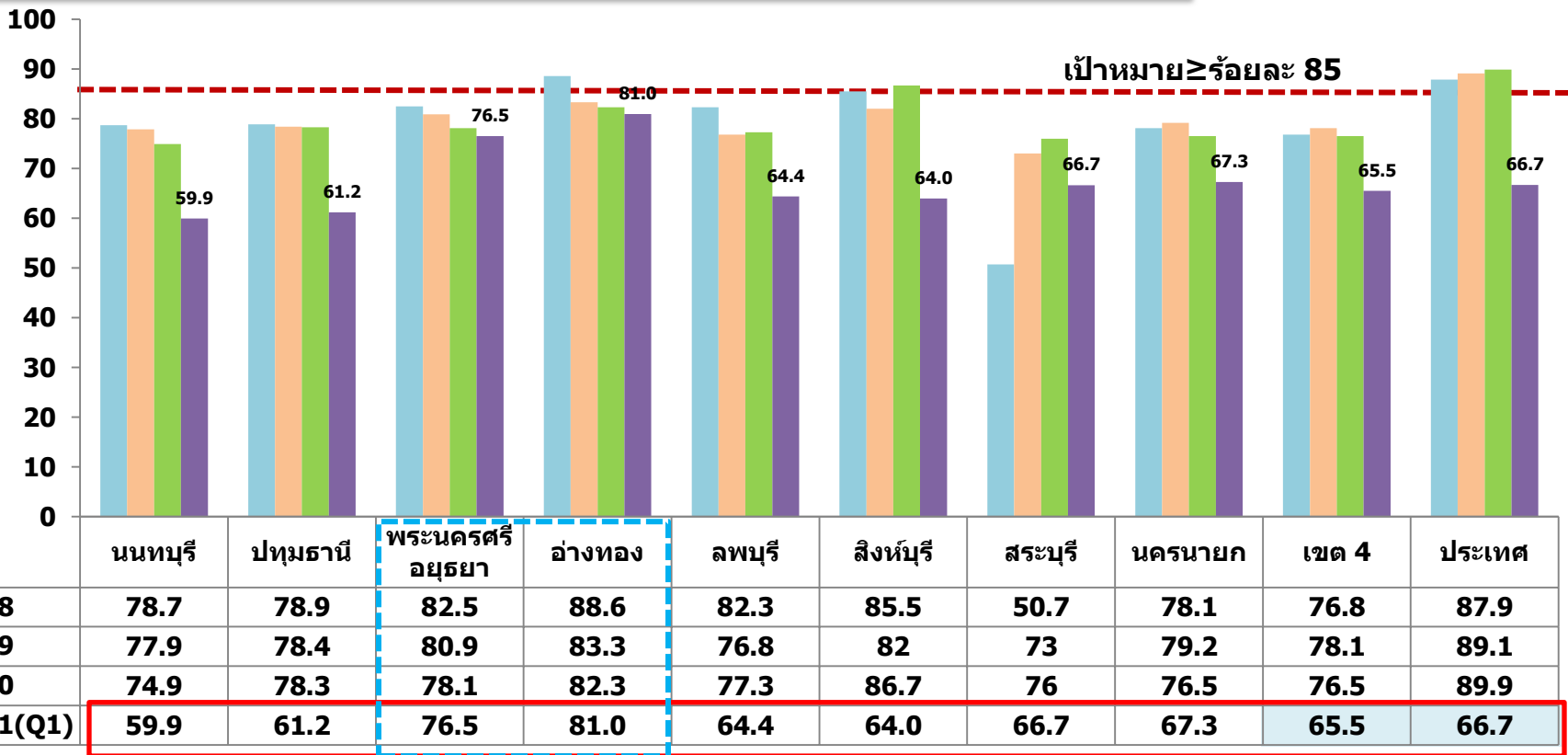
**Smart Intermediate Care**

**One Day Surgery**

**เมืองสมุทรไพร**



# อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยโรคปอดร้ายใหม่ ปีงบประมาณ 2558-2560 และไตรมาส 1/2561



ที่มา : TBCM online (ณ วันที่ 23 กรกฎาคม 2561)

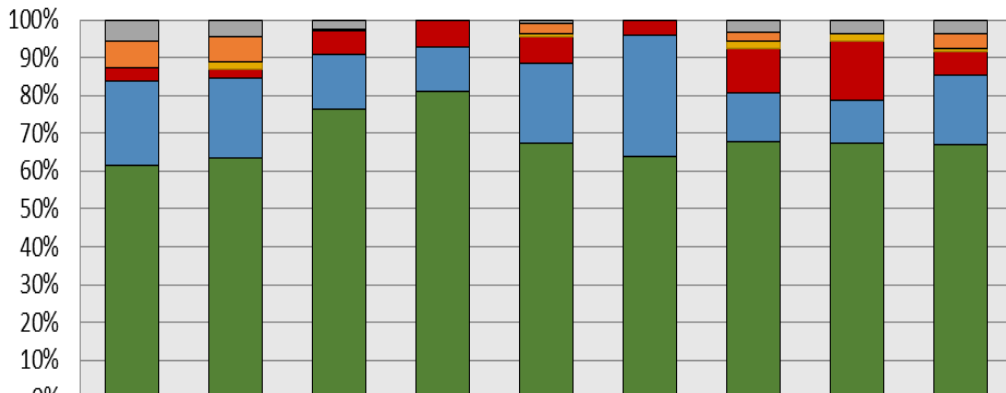


# อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยโรคปอดร้ายใหม่เป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ 85

เป้าหมายผู้ขึ้นทะเบียนรักษา  
ไตรมาส 1/2561 = 1,081 ราย



ผลงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 (919 ราย)



	นนทบุรี	ปทุมธานี	พระนครศรีอยุธยา	อ่างทอง	ลพบุรี	สิงห์บุรี	สระบุรี	นครนายก	เขต
■ โอนออก	5.6	4.4	2.4	0.0	0.8	0.0	3.2	3.8	3.5
■ ขาดยา	7.0	6.8	0.6	0.0	3.0	0.0	2.6	0.0	4.1
■ ล้มเหลว	0.0	1.9	0.0	0.0	0.8	0.0	1.9	1.9	0.8
■ เสียชีวิต	3.6	2.4	6.0	7.1	6.8	4.0	11.5	15.4	6.0
■ กำลังรักษา	22.2	20.9	14.5	11.9	21.2	32.0	12.8	11.5	18.6
■ รักษาสำเร็จ	61.6	63.6	76.5	81.0	67.4	64.0	67.9	67.3	67.0

ผู้ป่วยไตรมาส 1/2561: 1,081 ราย

- รักษาสำเร็จ 724 ราย (67.0%)
- กำลังรักษา 201 ราย (18.6%)
- เสียชีวิต 65 ราย (6.0%)
- ล้มเหลว 9 ราย (0.8%)
- ขาดยา 44 ราย (4.1%)
- โอนออก 38 ราย (3.5%)

85.6



เน้น Monitor รายบุคคล อย่างใกล้ชิด : กำลังรักษา/โอนออก **คาดว่า** น่าจะผ่านเกณฑ์

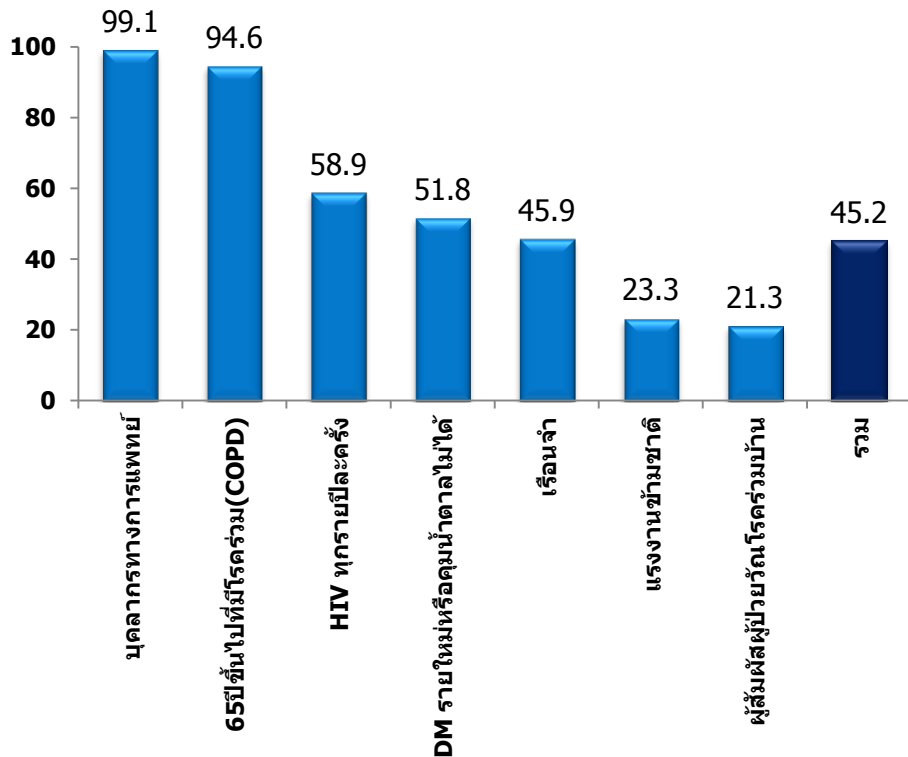
ปี 2561 พบวัณโรคดื้อยา รวม 94 ราย และมีแนวโน้มสูงขึ้น

# ผลการดำเนินงานคัดกรองเชิงรุก 7 กลุ่มเสี่ยง

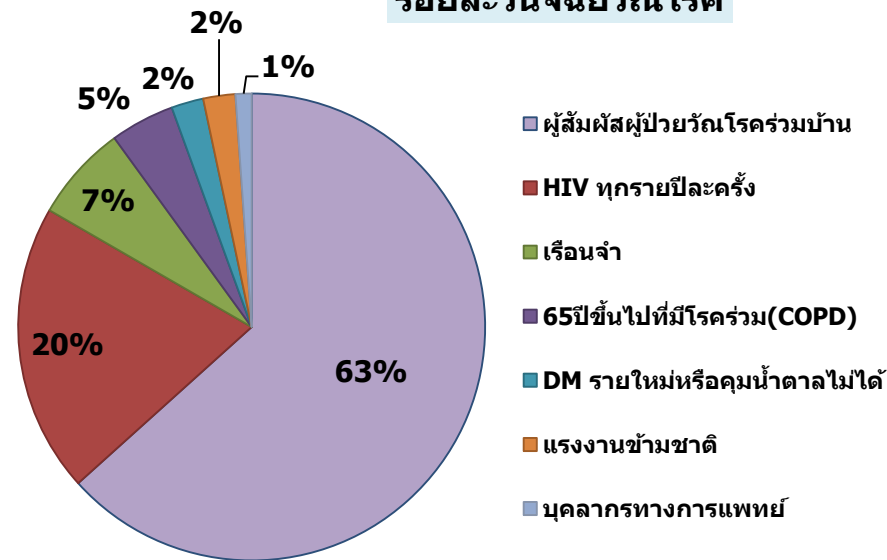


- เป้าหมาย 382,210 ราย
- คัดกรอง 172,949 ราย (45.2%)
- วินิจฉัยวัณโรค 698 ราย (0.4%)

## ร้อยละการคัดกรอง



## ร้อยละวินิจฉัยวัณโรค



ที่มา : TBCM online (ข้อมูล Dashboard ณ วันที่ 19 กรกฎาคม 2561)



## ผลการคัดกรองโรคในกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย เขตสุขภาพที่ 4 ปี 2561

กลุ่มเสี่ยง	เป้าหมาย	คัดกรอง	ร้อยละการคัดกรอง	พบโรค	ร้อยละ
ผู้สัมผัสผู้ป่วยโรครวมบ้าน	9,495	2,024	21.3	116	5.7
HIV ทุกรายปีละครึ่ง	12,894	7,589	58.9	133	1.8
DM รายใหม่หรือคุมน้ำตาลไม่ได้	112,181	58,064	51.8	144	0.2
เรื้อนจำ	38,582	17,714	45.9	103	0.6
แรงงานข้ามชาติ	155,971	36,375	23.3	71	0.2
65ปีขึ้นไปที่มีโรครวม(COPD)	32,021	30,298	94.6	110	0.4
บุคลากรทางการแพทย์	21,066	20,885	99.1	21	0.1
รวม	382,210	172,949	45.2	698	0.4

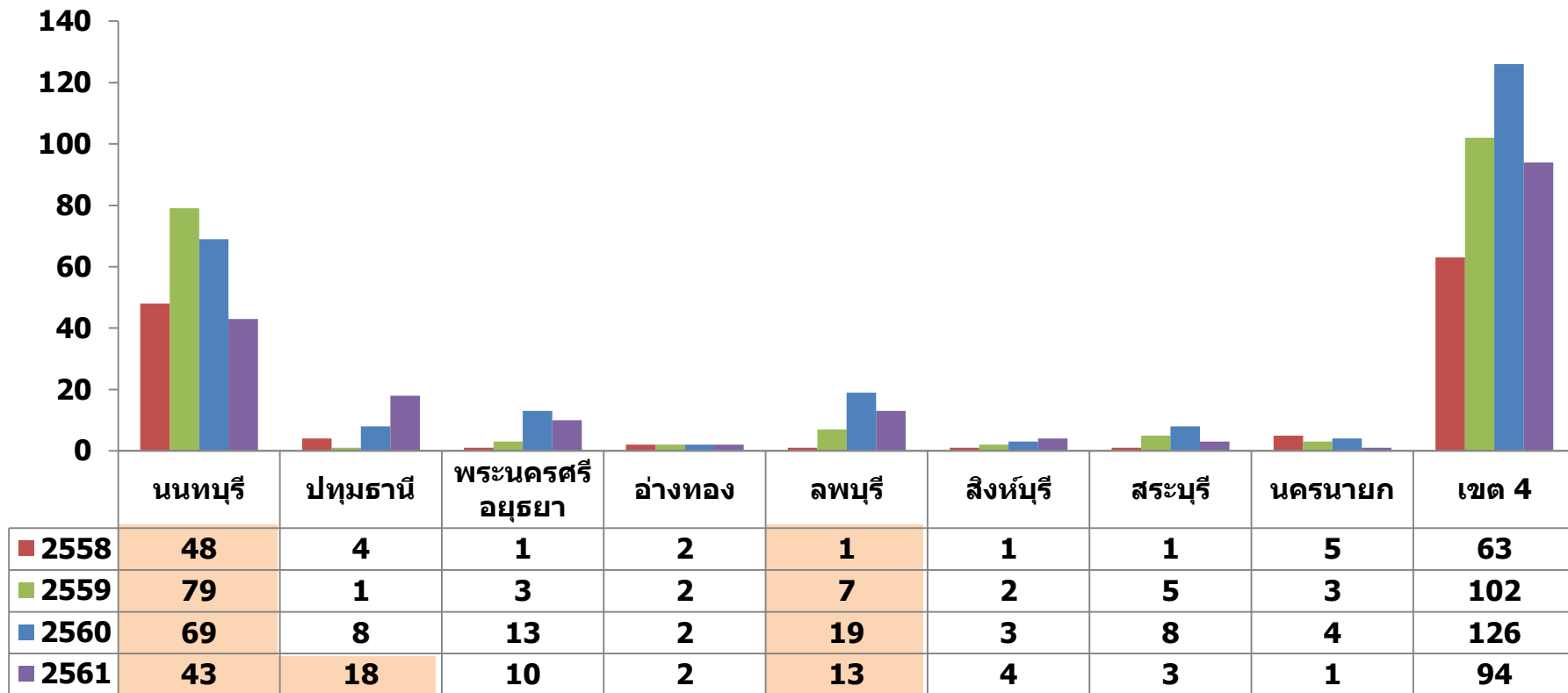
ที่มา : TBCM online (ข้อมูล Dashboard ณ วันที่ 19 กรกฎาคม 2561)

หมายเหตุ: ผลงานการคัดกรองบางส่วนอยู่ระหว่างการบันทึกข้อมูล





# จำนวนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (RR, MDR และ XDR) เขตสุขภาพที่ 4 ปีงบประมาณ 2558-2561



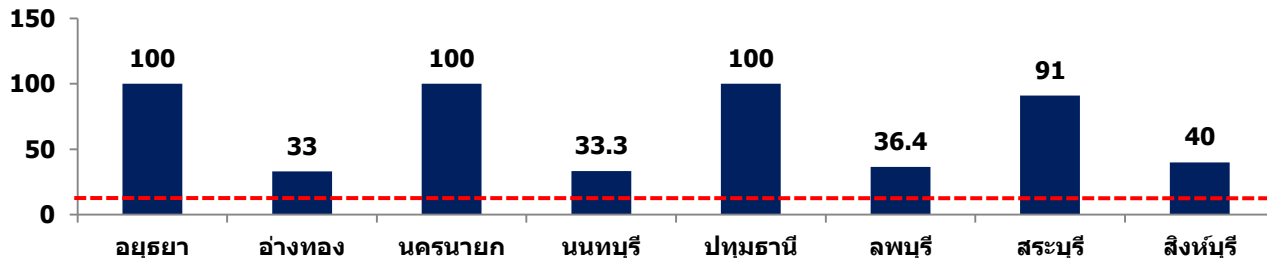
ที่มา : national tbc Thailand.net ณ 23 กรกฎาคม 2561



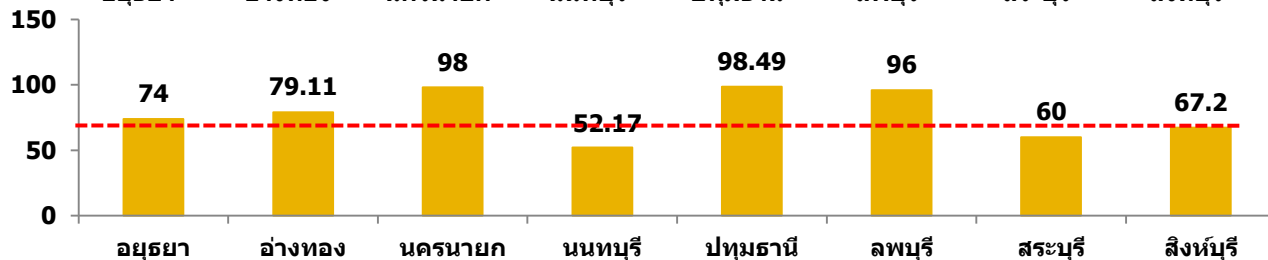
เป้าหมาย PA : ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและ BI <75 ได้รับการฟื้นฟูและติดตามจนครบ 6 เดือนแรก 70%

## “เข้าถึงบริการ ลดพิการ ลดภาวะแทรกซ้อน “เปลี่ยนภาวะ เป็นพลังของสังคม”

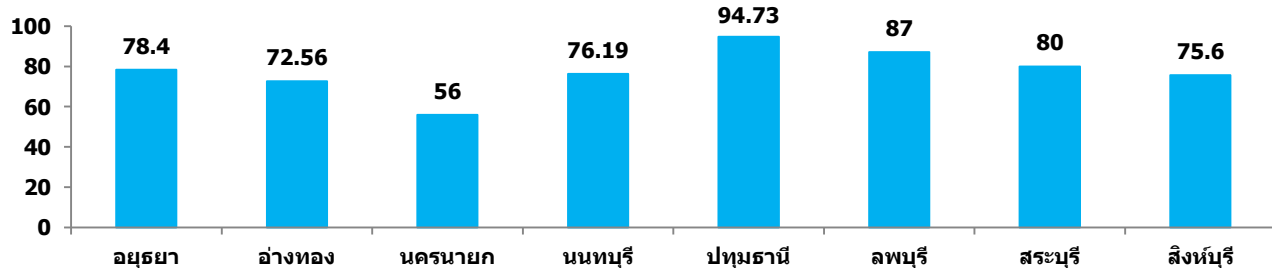
ร้อยละของสถานพยาบาล ระดับ M และ F ที่ให้บริการดูแลระยะกลาง (เป้าหมาย : ≥ ร้อยละ 10)



ร้อยละผู้ป่วยเป้าหมาย ได้รับการติดตามและฟื้นฟู ใน 6 เดือนแรก (เป้าหมาย : ร้อยละ 70)



ร้อยละผู้ป่วยที่มี Barthel Index เพิ่มขึ้น



ประเด็น	ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงพัฒนาเชิงนโยบายหรือแนวปฏิบัติ	ความต้องการการสนับสนุนในการขับเคลื่อนงาน
คน (Man)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ควรมีการกำหนดกรอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องและจำนวนตามขนาดโรงพยาบาล</li> <li>• เน้นจัดสรรกำลังคนให้เหมาะสมเพื่อเพิ่มศักยภาพการดำเนินงานในโรงพยาบาลที่เป็น Intermediate ward</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ควรมีนักกิจกรรมบำบัด และ นักแก้ไขการพูดให้ครบทุกจังหวัด</li> <li>• รพช.ควรมีนักกายภาพบำบัดอย่างน้อยแห่งละ 2 คน</li> <li>• ควรมีนักกิจกรรมบำบัดในโรงพยาบาลที่เป็น Intermediate ward</li> <li>• สนับสนุนการอบรมระยะสั้น เช่น การฝึกพูด การประเมินและฝึกกลืน</li> </ul>
เงิน (Money)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ควรพัฒนาระบบการจ่ายเงินที่เหมาะสมกับลักษณะการให้บริการ intermediate care โดยคำนึงถึงการเพิ่มคุณภาพชีวิต การลดภาวะแทรกซ้อน บนพื้นฐานของความคุ้มค่าทางด้านเศรษฐศาสตร์</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ในระยะสั้นควรมีการจัดสรรเงิน Ontop ที่เหมาะสมให้กับโรงพยาบาลที่ให้บริการ intermediate care ควบคู่กับการพัฒนาคุณภาพในการให้บริการ เช่น การให้การดูแลตาม IPD care protocol และการมีจำนวนวันนอนเหมาะสม</li> </ul>
ของ (Material)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ควรมีแนวทางการสนับสนุนด้านการพัฒนาสภาพแวดล้อม ยา และวัสดุทางการแพทย์ ให้เป็นไปตามมาตรฐานของโรงพยาบาลที่ดำเนินงาน intermediate bed/ward</li> <li>• จัดทำคู่มือแนวทางการดำเนินงาน service plan intermediate care/ care protocol</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• สสจ.เพิ่มยาลดเกร็ง baclofen เข้าในบัญชียาสำหรับรพช.</li> <li>• สนับสนุนให้โรงพยาบาลที่ดำเนินงาน intermediate bed/ward สามารถจ่าย shoulder sling, plastic AFO, gait aids และ wheelchair ได้</li> </ul>



# One Day Surgery

**“ลดแออัด ลดระยะเวลารอคอยการผ่าตัด ลดภาระค่าใช้จ่ายในการนอน รพ.”**

**เป้าหมาย :**

- 1. ร้อยละ 15 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery**
- 2. โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป อย่างน้อย 1 แห่งต่อเขตสุขภาพสามารถดำเนินการ One Day Surgery ได้**



**รอนนัฎีรอบ 1  
เสนา  
อุยธยา  
พระพุทบาท**

**รอนนัฎีรอบ 2  
ปทุมธานี  
นครนายก  
อ่างทอง  
ชลประทาน  
บางบัวทอง**

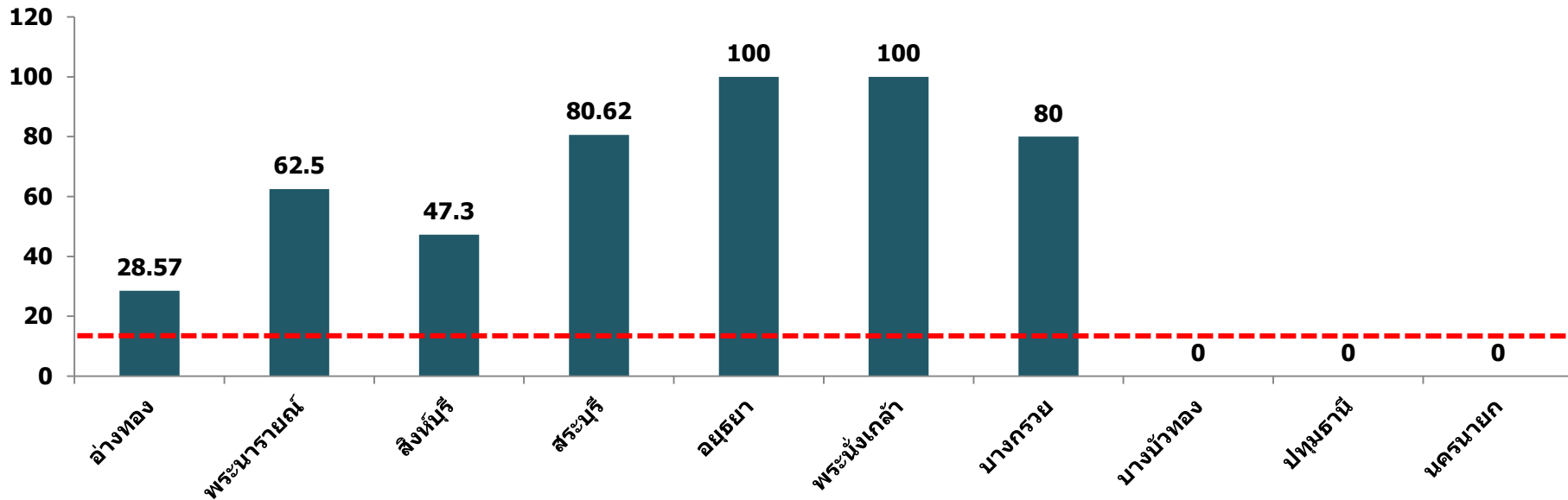
**สิงห์บุรี, สระบุรี,  
พระนั่งเกล้า, บางกรวย,  
พระนารายณ์มหาราช**

**สถานพยาบาลที่ผ่านการประเมิน  
โดยคณะกรรมการ ODS**





# เป้าหมาย : ร้อยละ 15 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery



	อ่างทอง	พระนารายณ์	สิงห์บุรี	สระบุรี	อุดรธานี	พระนั่งเกล้า	บางกรวย	บางบัวทอง	ปทุมธานี	นครนายก
เป้าหมาย	7	8	74	160	145	8	8	-	-	-
ผลงาน	2	5	30	129	145	8	6	-	-	-

# ตารางแสดงการเปรียบเทียบ การรับชดเชย OPD case & ODS รพ.พระนารายณ์มหาราช

โรค	ค่าใช้จ่ายจริง(บาท)	สิทธิ	รับชดเชย (บาท)			หมายเหตุ
			OPD	ODS จ่ายตาม Adj.RW X 1 วัน		
				ในเขต 4	นอกเขต 4	
Hernia	5,825.00	UC พนร.	อยู่ในเหมาจ่ายรายหัว	1.1193 x Global budget แต่ละเดือนภายในเขต	1.1193x9,600=10,742.40	Mesh graft 3,500 UC เบิกไม่ได้
		ไม่ใช่ UC พนร.	700			
		เบิกข้าราชการ	5,825.00	1.1193x10,055=11,254.56		
		เบิก อปท.	5,825.00	1.1193x10,056=11,255.68		
		ปกส.พนร.	อยู่ในค่าหัว			
Colonoscopy and Polypectomy	5,382.50	UC พนร.	อยู่ในเหมาจ่ายรายหัว	0.8902x Global budget แต่ละเดือนภายในเขต	0.8902x9,600=8,545.92	CA Sigmoid Colon Adj.RW =0.8902
		ไม่ใช่ UC พนร.	700			
		UC พนร.	อยู่ในเหมาจ่ายรายหัว	0.941 x Global budget แต่ละเดือนภายในเขต	0.941x9,600=9,033.60	
		ไม่ใช่ UC พนร.	700			
		เบิกข้าราชการ	5,382.50	0.8902x10,055=8,950.96		CA Sigmoid Colon Adj.RW =0.8902
		เบิก อปท.	5,382.50	0.8902x10,056=8,951.85		
		เบิกข้าราชการ	5,382.50	0.941x10,055=9,461.75		Hemorrhoid Adj.RW = 0.941
		เบิก อปท.	5,382.50	0.941x10,056=9,462.69		
		ปกส.พนร.	อยู่ในค่าหัว			

\* ค่า Adj.RW จะผันแปรไปตามโรคหลัก และโรคร่วม

## ปัญหาอุปสรรค

1. ปัญหาการติดตามผู้ป่วยภายหลังการทำผ่าตัด
2. ปัญหาสถานที่และอุปกรณ์
3. ปัญหาความพร้อมของแพทย์ผู้ทำการผ่าตัด
4. ค่าใช้จ่ายสูง ในกรณีที่ใช้ Material ที่ไม่สามารถเบิกได้

## ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การแก้ไขเรื่องการเบิกจ่ายเงินของแต่ละสิทธิการรักษา







# จำนวนเมืองสมุนไพร อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 จังหวัด "สระบุรี เมืองสมุนไพร"

เมืองสระบุรี เป็นเมืองสมุนไพรครบวงจร ได้มาตรฐาน เพื่อการพึ่งตนเองด้านสุขภาพและส่งเสริมเศรษฐกิจอย่างยั่งยืน

ยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างความเข้มแข็ง การบริหาร เพื่อขับเคลื่อนอย่างยั่งยืน

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาคุณภาพวัตถุดิบสมุนไพร ยกระดับค่าผลผลิต

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ขยายช่องทางการใช้ประโยชน์ เพิ่มมูลค่าและการตลาด

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ส่งเสริมการใช้สมุนไพร

ไตรมาส	รายละเอียด	ดำเนินการแล้ว	อยู่ระหว่างดำเนินงาน
ไตรมาส 1	1. มีกลุ่มแกนนำด้านสมุนไพรอย่างน้อย 1 กลุ่ม	✓	
ไตรมาส 2	1. มีฐานข้อมูลผู้ปลูก/ผู้จำหน่าย/พื้นที่ปลูก/แปรรูป/ปริมาณวัตถุดิบสมุนไพรที่ได้มาตรฐานของจังหวัด	✓	
	2. บุคลากรผู้เชี่ยวชาญของด้านบริหารจัดการสมุนไพรได้รับการอบรมด้านแผนธุรกิจ(Business Plan)	✓	
ไตรมาส 3	1. จัดตั้ง Shop/Outlet อย่างน้อย 1 แห่ง	✓	
	2. มีข้อมูลความต้องการวัตถุดิบสมุนไพร/ผลิตภัณฑ์สมุนไพร ของจังหวัดเมืองสมุนไพร	✓	
ไตรมาส 4	1. มีโรงงานแปรรูปและผลิตภัณฑ์สมุนไพรเตรียมการเข้าสู่มาตรฐาน GMP อย่างน้อย 1 แห่ง	✓ ผ่านเกณฑ์	
	2. ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้มาตรฐานร้อยละ 20	✓ ผ่านเกณฑ์	
	3. มูลค่าการจ่ายยาสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุข เพิ่มขึ้นร้อยละ 15	✓ ผ่านเกณฑ์	
	4. มูลค่าการตลาดของผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพิ่มขึ้น ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10		✓
	5. มียาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันใช้ในสถานบริการภาครัฐอย่างน้อย 5 รายการและมีฐานข้อมูลสมุนไพร		✓
	6. แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว/บุคลากรทางการแพทย์ได้รับการอบรม	✓	

รายการยา สมุนไพร	ภาพรวมเขต สุขภาพที่ 4	มูลค่าการใช้จริงจากโรงผลิต		
		รพ.นครนายก	รพ.เสนาไห้	รพ.หนอง โดน
ฟ้าทะลาย โจร	6 ล้านบาท	1.5 แสนบาท	1 แสนบาท	1.74 แสนบาท
ขมิ้นชัน	8 ล้านบาท	2 แสนบาท	4 แสนบาท	3 แสนบาท
มะขามแขก	5 ล้านบาท	5 หมื่นบาท	1 แสนบาท	1 แสน
ไพล	10 ล้านบาท	2 แสนบาท	5 หมื่นบาท	3 แสนบาท
มะระขี้นก	2 ล้านบาท	1 แสนบาท	5 หมื่นบาท	3 หมื่นบาท
กระชายดำ	5 แสนบาท	2.5 แสนบาท	-	8 หมื่นบาท
เพชรสังฆาต	5 แสนบาท	2 หมื่นบาท	5 หมื่นบาท	7 หมื่นบาท

#### แนวทางการดำเนินงาน

1. บริหารจัดการยาสมุนไพรในภาพเขตสุขภาพที่ 4
2. การโอนขายมิล
3. การจัดซื้อยาร่วมสมุนไพรภายในเขตสุขภาพที่ 4
4. ผลักดันการใช้ยาสมุนไพร ทดแทนการใช้ยาแผนปัจจุบัน



# การพัฒนาระบบบริการ Health Outcome

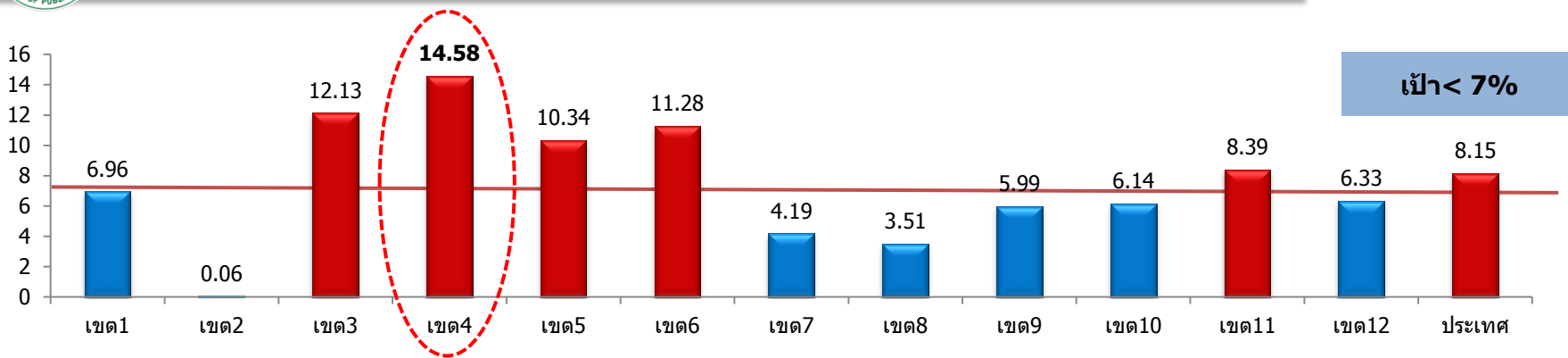
## Stroke

โรคหลอดเลือดหัวใจ

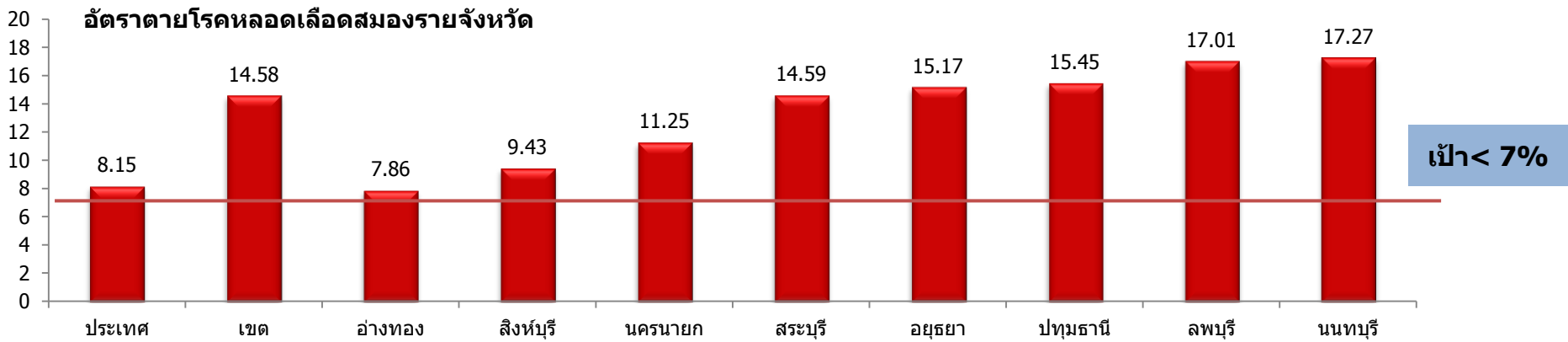
เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง



# อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง $\leq$ ร้อยละ 7

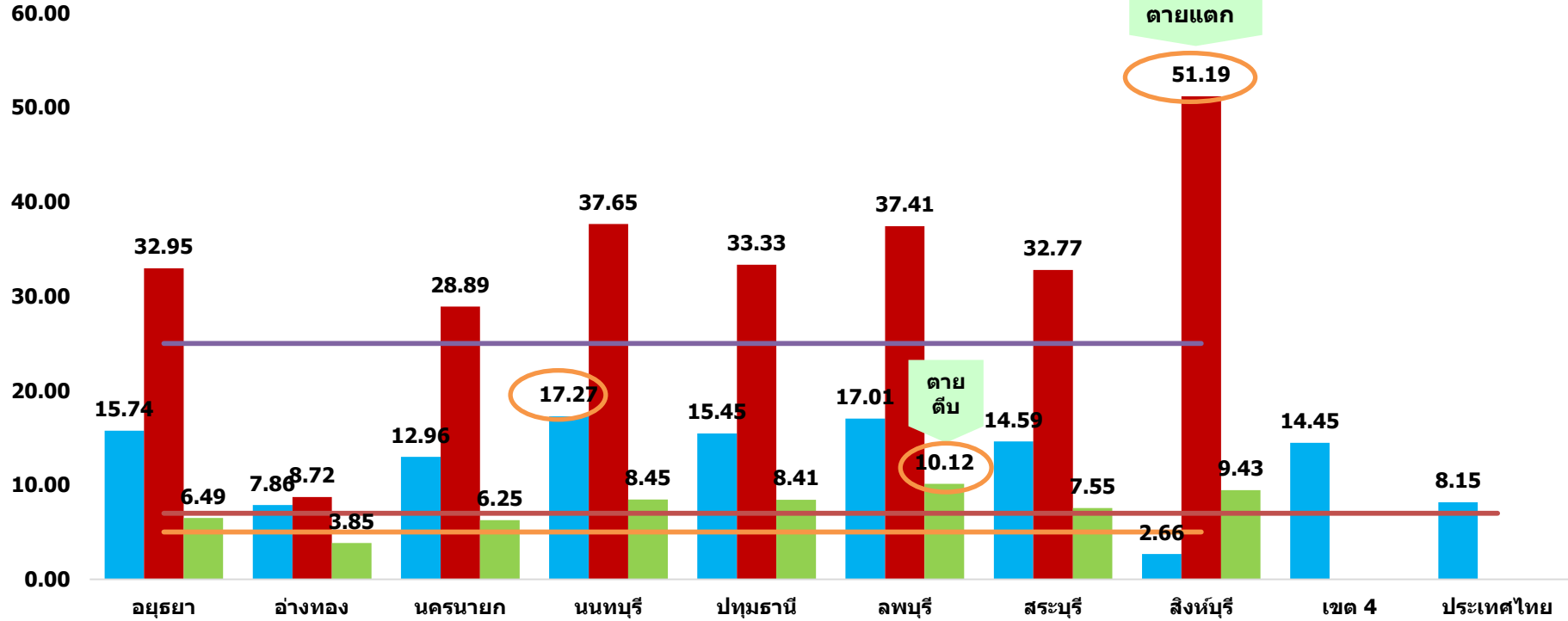


ที่มา HDC 2 ส.ค.61





# อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

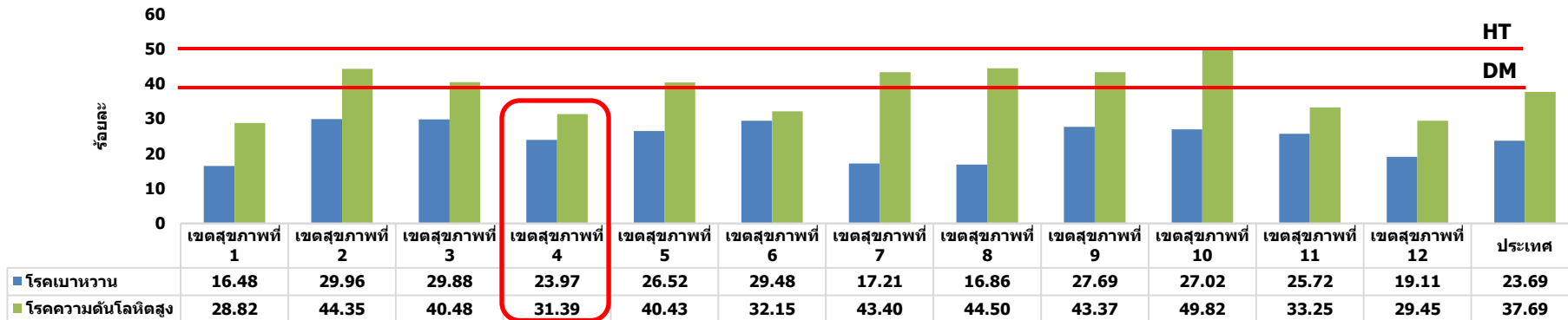


- อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) < 7
- อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) < 25
- อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63) < 5



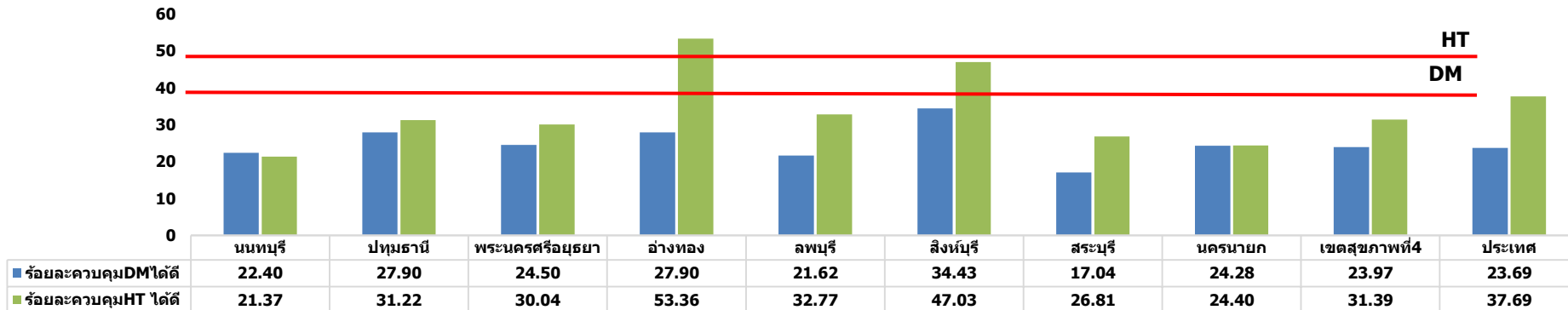
# ร้อยละของผู้ป่วย DM/HT ที่ควบคุมได้ (DM ≥ ร้อยละ 40 , HT ≥ ร้อยละ 50 )

ร้อยละผู้ป่วย DM/HT ที่ควบคุมได้ รายเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ 2561



ที่มา : HDC 30 มิ.ย. 61

ร้อยละผู้ป่วย DM/HT ที่ควบคุมได้ดี รายจังหวัด เขตสุขภาพที่ 4 ปีงบประมาณ 2561



## In-Hospital

### Pre-Hospital

- ให้ความรู้ Warning sign Stroke (FAST) เพิ่ม stroke alert & stroke awareness
- ลดพฤติกรรมเสี่ยง จัดการส่งเสริมสุขภาพชุมชน ให้ความรู้ 3อ. 2ส.
- Stroke FAST track

- เพิ่มเตียงStroke unit
- เพิ่มอัตรากำลังพยาบาล 1:4
- ปรับระบบ consults วินิจฉัย
- เพิ่มศักยภาพบุคลากรสามารถให้ rtPA ได้

### Post-Hospital

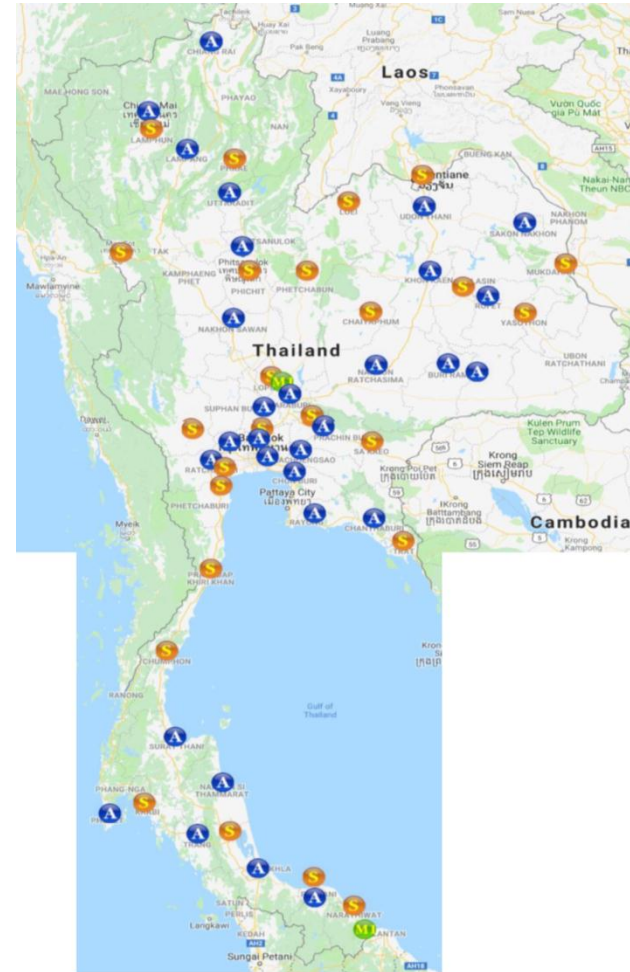
- เชื่อมโยงกับ Smart Intermediate Care
- HHC
- การ Refer back
- การดูแลต่อเนื่องและฟื้นฟูสภาพ

### ปัญหา

1. การรณรงค์เรื่องของ Stroke Alert และ Stroke Awareness
2. การขาดสถานที่ และอุปกรณ์ในการจัดตั้ง Stroke Unit
3. การขาดอัตรากำลังทั้งแพทย์เฉพาะสาขา และพยาบาล

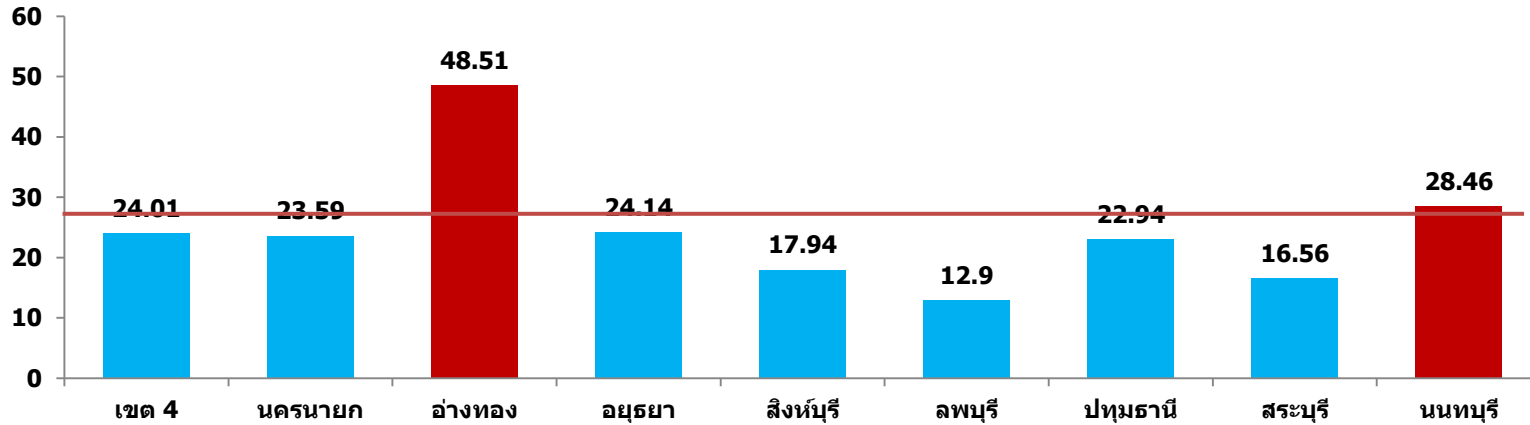
### ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. การสร้างสื่อสาธารณะในการประชาสัมพันธ์ เช่น Socia media
2. การเพิ่มงบประมาณในการขยายอาคารและสถานที่ การจัดซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์
3. การขยายกรอบอัตรากำลังเพื่อให้สอดคล้องกับภาระงาน





# อัตราตายโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน 27 ต่อแสนประชากร



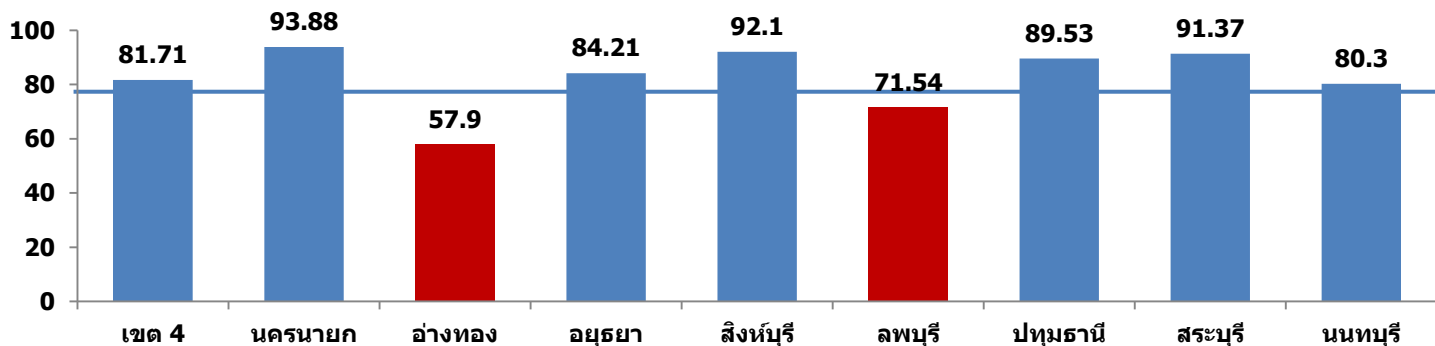
ข้อมูล HDC ณ วันที่ 2 ส.ค.61

## ปัญหา อุปสรรค

- 1.ขาดอายุรแพทย์โรคหัวใจ ใน จ.นครนายก(มศว.) สิงห์บุรี (พระนั่งเกล้า) อ่างทอง(เอกชน)
- 2.ไม่สามารถทำ PCI 24 ชม. (สระบุรี,พระนั่งเกล้า)
- 3.โรงพยาบาลแม่ข่ายไม่สามารถรับผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนได้
- 4.สังคมผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น มีพฤติกรรมเสี่ยง และไม่ทราบสัญญาณอันตรายจากโรคหัวใจ

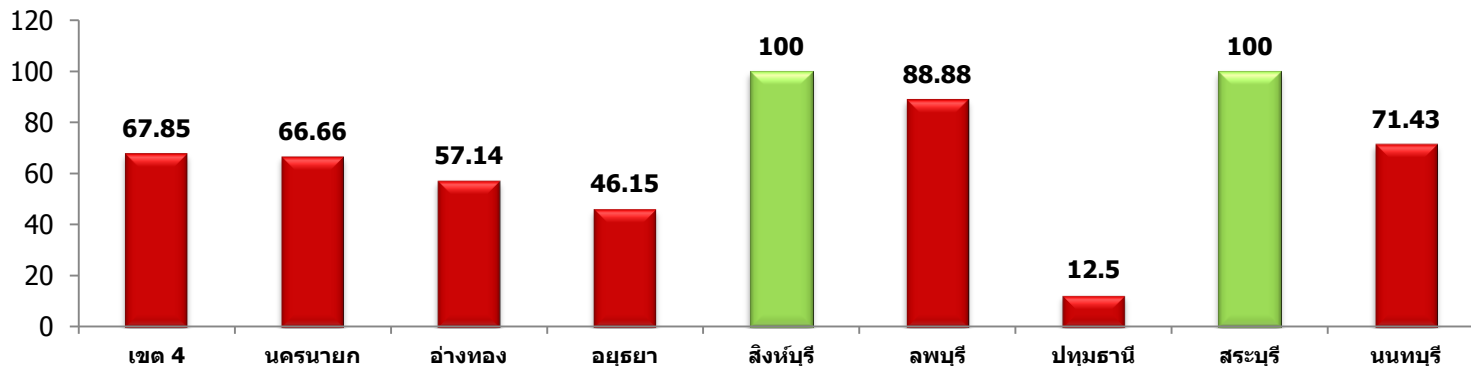


## ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ได้รับการSK/PPCI $\geq$ ร้อยละ 80



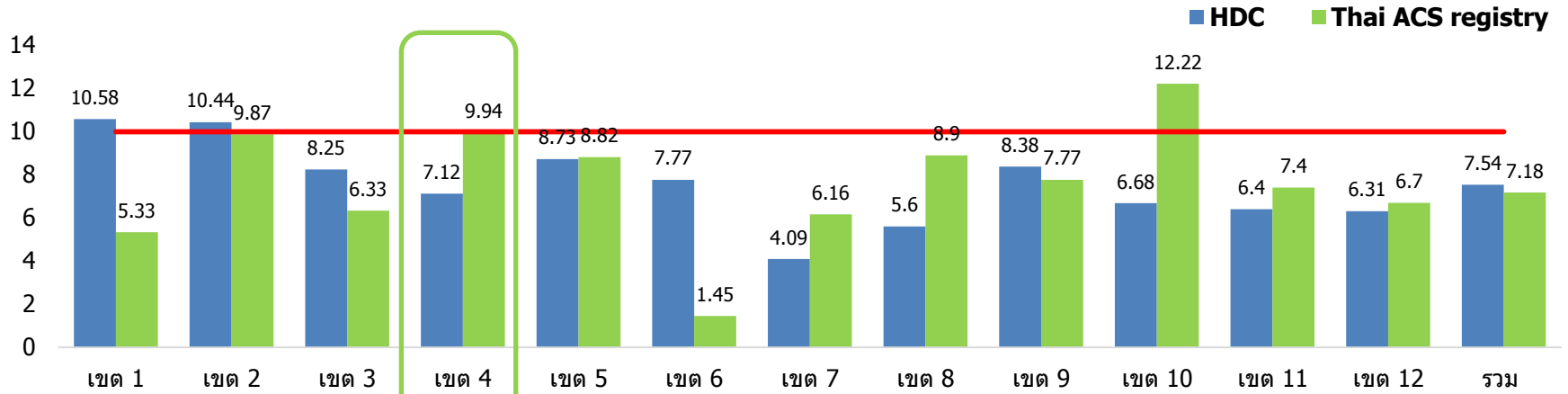
ข้อมูล HDC ณ วันที่ 2 ส.ค.61

## ร้อยละรพ.F2 ขึ้นไปมีการให้ยาละลายลิ่มเลือด(Fibrinolytic drug)ใน ผู้ป่วย STEMI 100%

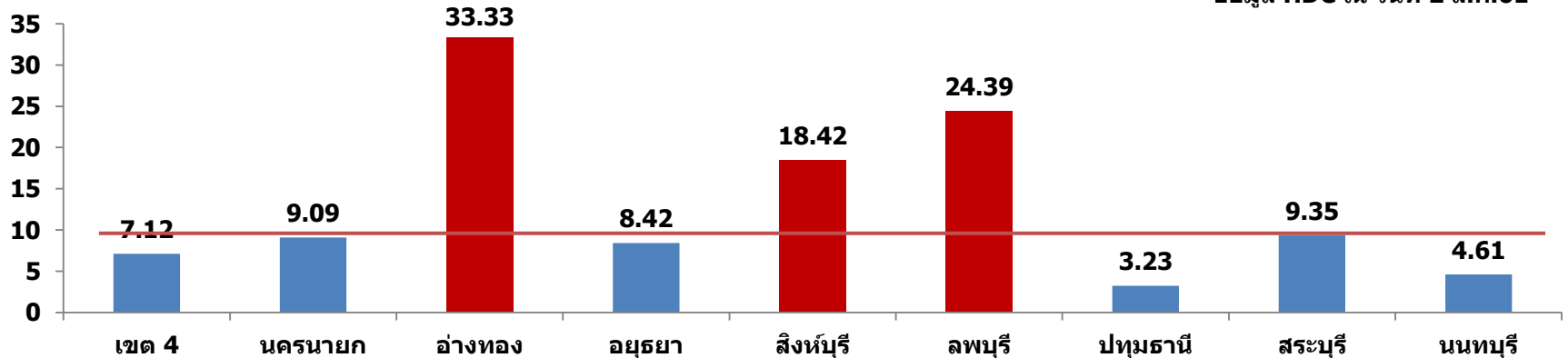




# ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเสียชีวิตในโรงพยาบาล ≤ ร้อยละ 10

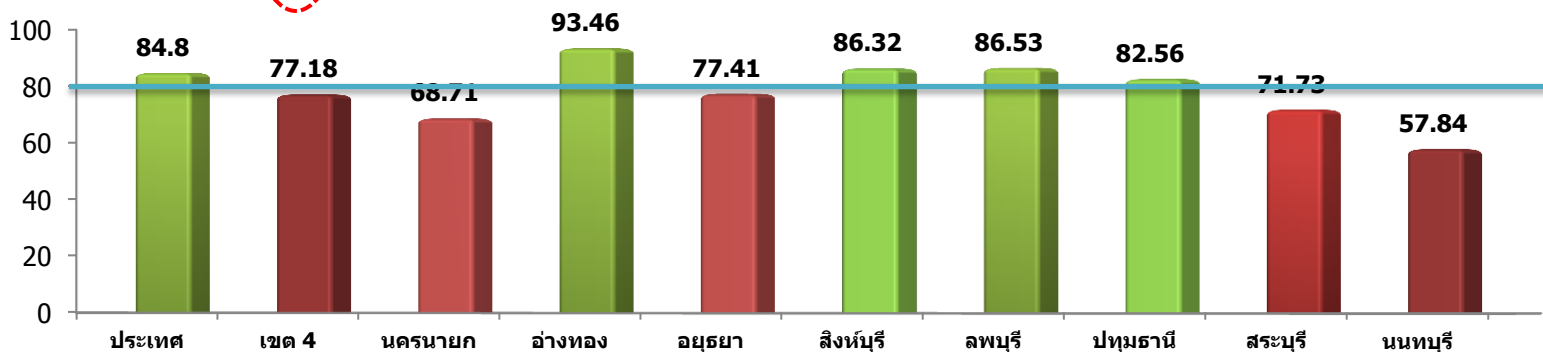
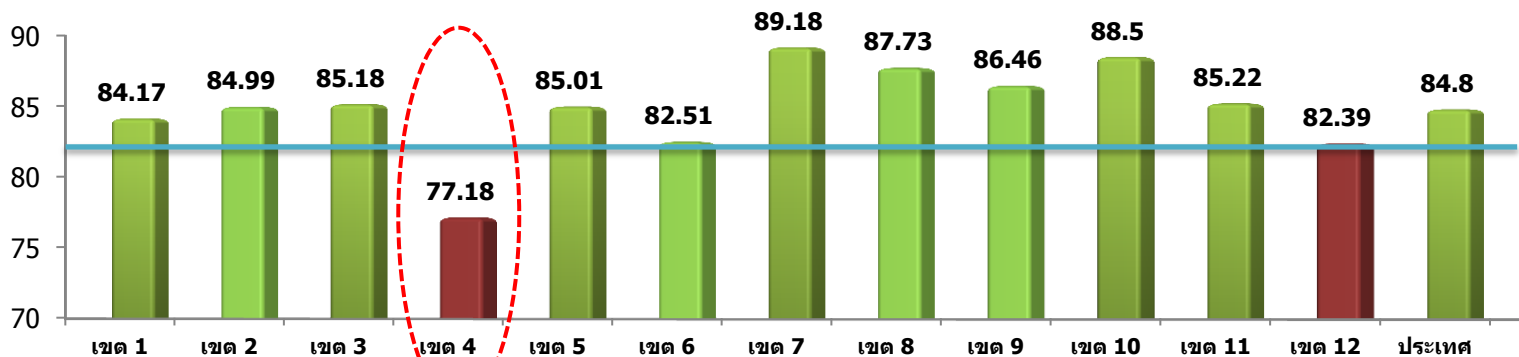


ข้อมูล HDC ณ วันที่ 2 ส.ค.61



# อัตราผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงได้รับการประเมิน ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจ และหลอดเลือด (CVD Risk)

เกณฑ์ > 82.5



## ปัญหา

1. ระบบการส่งต่อของโรงพยาบาลชุมชน  
มายังโรงพยาบาลที่มีความสามารถในการทำ PCI

2. การขาดอัตรากำลังทั้งแพทย์เฉพาะสาขา  
และพยาบาล

3. ระยะการเข้ารับบริการช้าของผู้ป่วย

## ข้อเสนอแนะ

การสร้างสื่อสาธารณะในการประชาสัมพันธ์ เช่น  
Social media

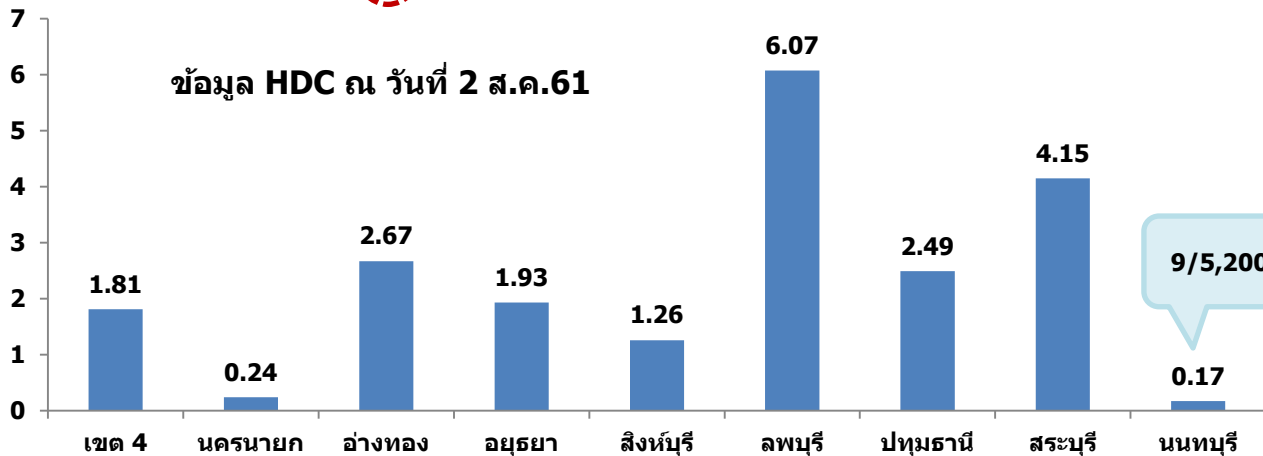
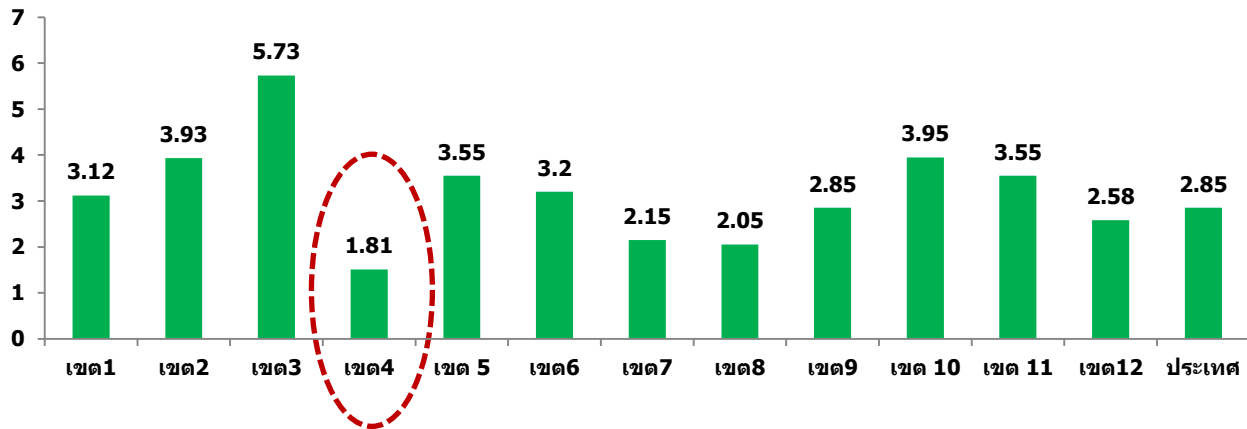
1. การขยายกรอบอัตรากำลังเพื่อให้สอดคล้อง  
กับภาระงาน
2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย  
กลุ่มโรคหัวใจ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลเฉพาะทาง  
โรคหัวใจและหลอดเลือด การอบรมระยะสั้นแก่  
บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจ

การส่งเสริมให้โรงพยาบาลมีการลงข้อมูล Thai  
ACS registry เพื่อนำมาวิเคราะห์กระบวนการดูแล  
ผู้ป่วย

สนับสนุนงบประมาณในการจัดซื้ออุปกรณ์ วัสดุ  
ครุภัณฑ์ที่จำเป็นให้เพียงพอ เช่น AED Temporary  
transvenous pacemaker, Echocardiogram



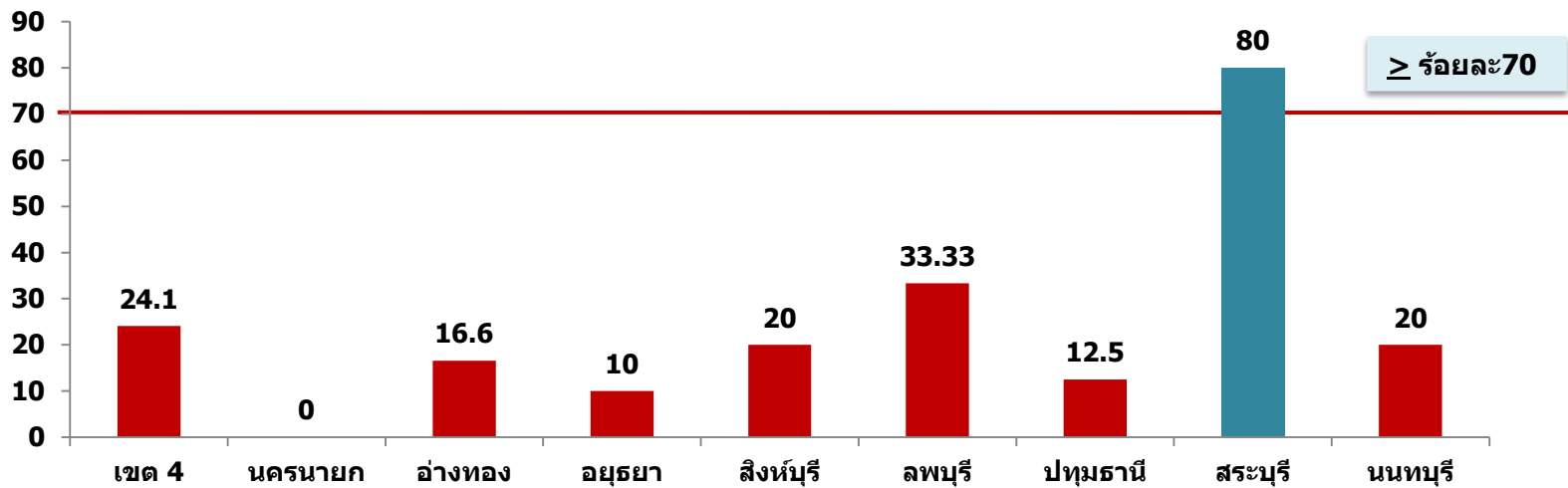
# อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในรพ.ระดับ F2 ขึ้นไป (ทั้ง ER และ Admit) < 12%



Service Plan	รวมทั้งปีงบประมาณ		
	B	A	ร้อยละ
สิงห์บุรี : S	123	11	8.94
สิงห์บุรี : M1	130	1	0.77
สิงห์บุรี : F2	1,100	5	0.45
สิงห์บุรี : F3	0	0	0.00
สระบุรี : A	0	0	0.00
สระบุรี : M1	92	12	13.04
สระบุรี : F2	2,511	96	3.82
สระบุรี : F3	0	0	0.00
นครนายก : S	4,371	1	0.02
นครนายก : F2	119	10	8.40
นครนายก : F3	0	0	0.00
รวม	23,779	430	1.81



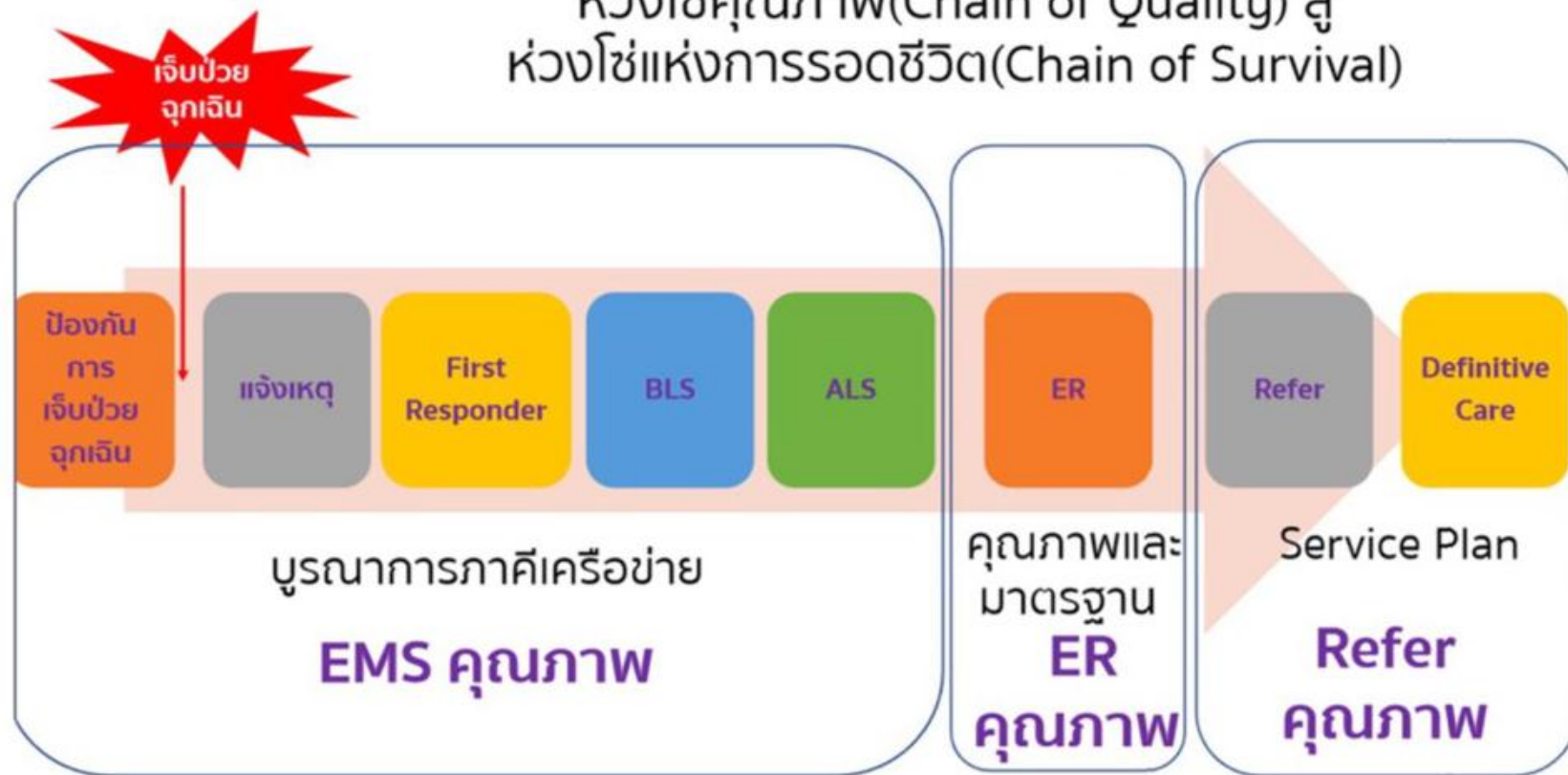
# ร้อยละ F2ขึ้นไปผ่านเกณฑ์ ECS คุณภาพ (60% ปี 61)



## ปัญหา/อุปสรรค

- ขาดการดำเนินการ ECS คุณภาพ ที่ต่อเนื่อง
- ระบบการจัดเก็บข้อมูลผ่าน Is online ขาดการประมวลผลและวิเคราะห์ปัญหาเพื่อการพัฒนา
- การเข้าถึงบริการ ผู้ป่วยบาดเจ็บวิกฤต ที่มาด้วยระบบ EMS ยังมีน้อย

# ห่วงโซ่คุณภาพ(Chain of Quality) สู่ ห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต(Chain of Survival)



# ER คุณภาพ : BETTER SAFER

ER คุณภาพ หมายถึง ห้องฉุกเฉินที่มีมาตรฐาน ให้การรักษาพยาบาล ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตอย่าง ทันเวลา ปลอดภัย ประทับใจ



## ลักษณะห้องฉุกเฉิน

- วิกฤต (Save Lives)
- ทันเวลา (Time)
- ซับซ้อน (Quantity-Diversity-Dynamic)

## สถานการณ์ปัจจุบัน : High Demand, Inadequate Capacity



## ER คุณภาพ คืออย่างไร

- ลดอัตราการเสียชีวิตที่ป้องกันได้ 20-30%
- เจ้าหน้าที่ มีความสุข
- ประชาชน เชื่อมมั่น

Save 932 millions years of life-lost<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Disease Control Priorities Project3(DCP3)

## ทำอย่างไรให้มี ER คุณภาพ

### 1. ลด ER Crowding

- UCEP
- Health Literacy
- เพิ่มทางเลือกให้ผู้ป่วยกลุ่มไม่ฉุกเฉิน (OPD นอกเวลา , PCC, Premium Clinic)
- 2-4 ชั่วโมง(2-4 HourTarget) ผู้ป่วยกลุ่มวิกฤตฉุกเฉินอยู่ในห้องฉุกเฉินไม่เกิน 2-4 ชั่วโมง (ขึ้นอยู่กับนโยบายรพ.)

### 2. 5s Model



### 3. พัฒนาและธำรงรักษาบุคลากร

จำนวน (คน) : 100000 ประชากร



บันได 4 ขั้นสู่ ER คุณภาพ

KPI: อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง < 12%







# สรุปการขับเคลื่อนและติดตามกำกับ

## การบริหาร



- UCEP / TEA Unit
- ER Service Delivery & Quality ER Implementation
- HRP & D
- การลดผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินที่มาใช้บริการห้องฉุกเฉิน
- ความปลอดภัยบุคลากร (Workplace Violence, Ambulance Safety, Infection Control)
- เครื่องมือแพทย์ที่จำเป็นตามมาตรฐาน
- การปรับปรุงอาคารสถานที่

## การบริการ



- MOPH ED Triage
- ระบบ Fast tract
- Resuscitation
- ระบบ Consult แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
- 2-4 Hours Target

## วิชาการ



- การเรียนการสอนแพทย์เพิ่มพูนทักษะ
- EP Training (กรณีที่เป็นศูนย์แพทย์ฯ)

## ผลลัพธ์



- อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยระดับ 1 และ 2 ภายใน 24 ชั่วโมง
- จำนวนผู้ป่วยมาใช้บริการแยกตามระดับการคัดแยก/ปี
- จำนวนผู้ป่วย Trauma, Non-Trauma
- ร้อยละผู้ป่วยฉุกเฉินที่มาโดย EMS
- ร้อยละผู้ป่วยระดับ 1 และ 2 ที่ได้รับการ Admit ภายใน 2-4 ชั่วโมง



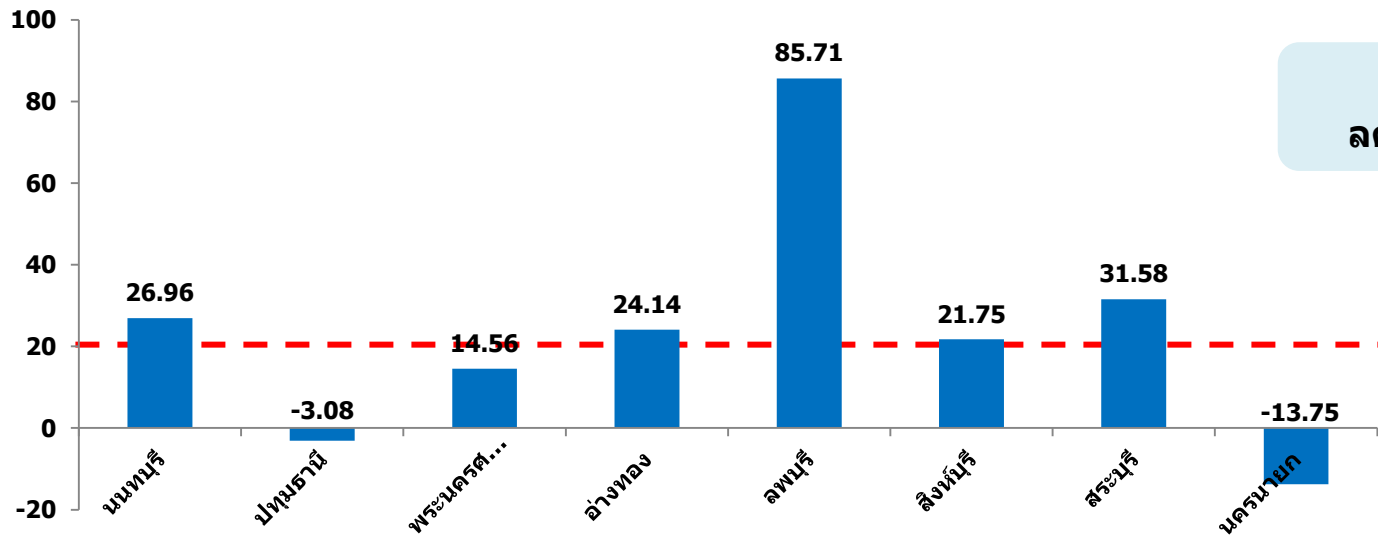
# การพัฒนาระบบบริการ Service Outcome

**Refer**

**RDU /CKD/แพทย์แผนไทย/บริจาคอวัยวะ/ยาเสพติด**



# ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง เกณฑ์ลดลง ร้อยละ 20



**ผลประเมิน**  
ลดลง ร้อยละ 24.25

ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 1 สิงหาคม 2561

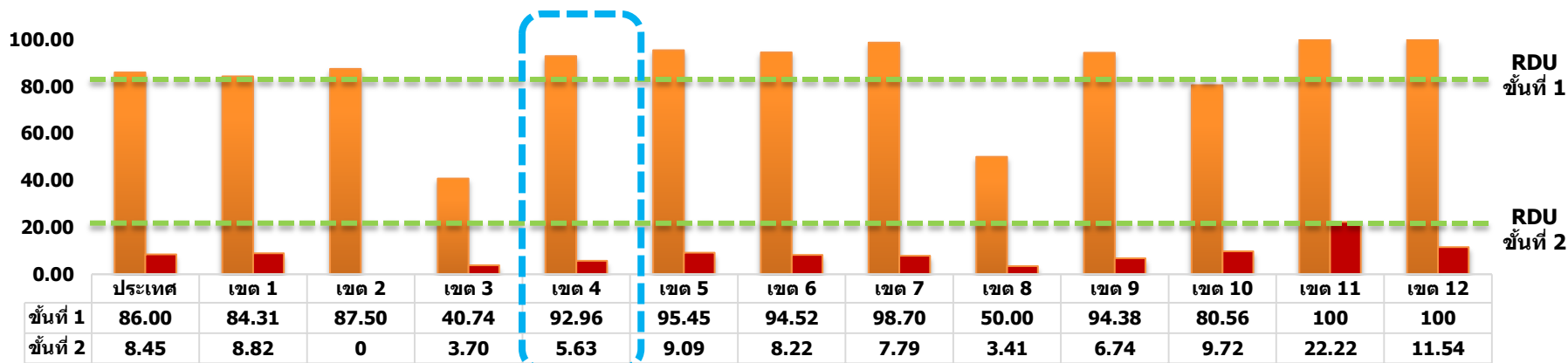
สาขา	รพ.ส่งต่อ	สาเหตุ
1. หัวใจ	รามธิบดี พระมงกุฎ ศิริราช ราชวิถี	ขาด cardiologist
2. มะเร็ง	จุฬา ภูมิพล ราชวิถี	ขาด Gynae Oncologist
3. บาดเจ็บและฉุกเฉิน	ราชวิถี รามธิบดี ศิริราช	Neuro Sx Vascular Sx ไม่เพียงพอ
4. ทารกแรกเกิด	สถาบันเด็ก จุฬา	ศัลยกรรมเด็กไม่เพียงพอ

**Vascular Sx**  
ปัจจุบัน พระนั่งเกล้า 1 คน  
ธรรมศาสตร์ 4 คน  
ปี 62 สระบุรี 1 คน  
อุทัย 1 คน

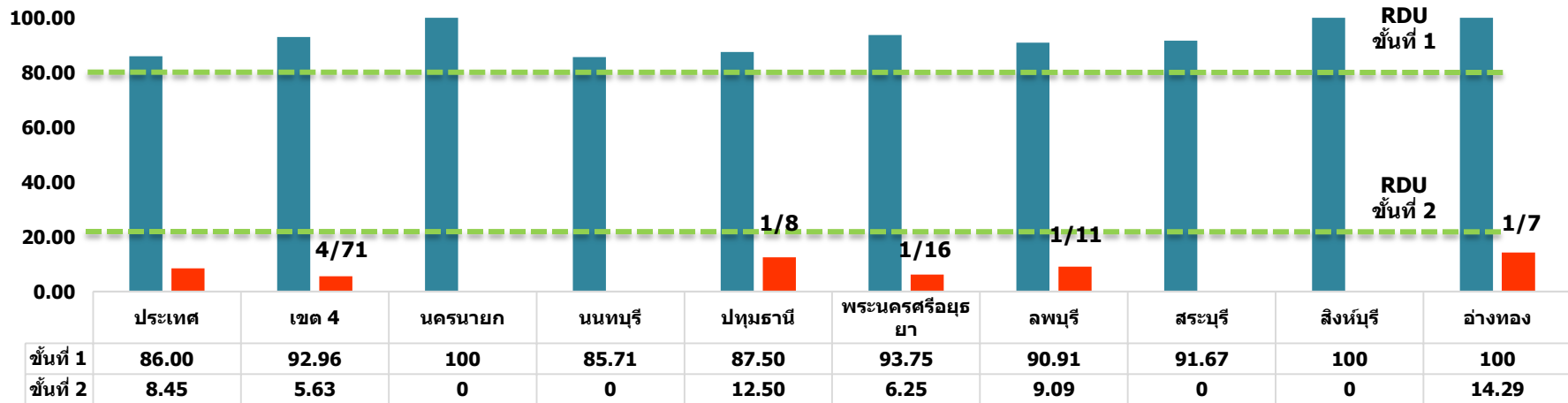


# ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)

เป้าหมาย RDU ชั้น1 > 80%  
RDU ชั้น2 > 20%



ข้อมูล ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2561

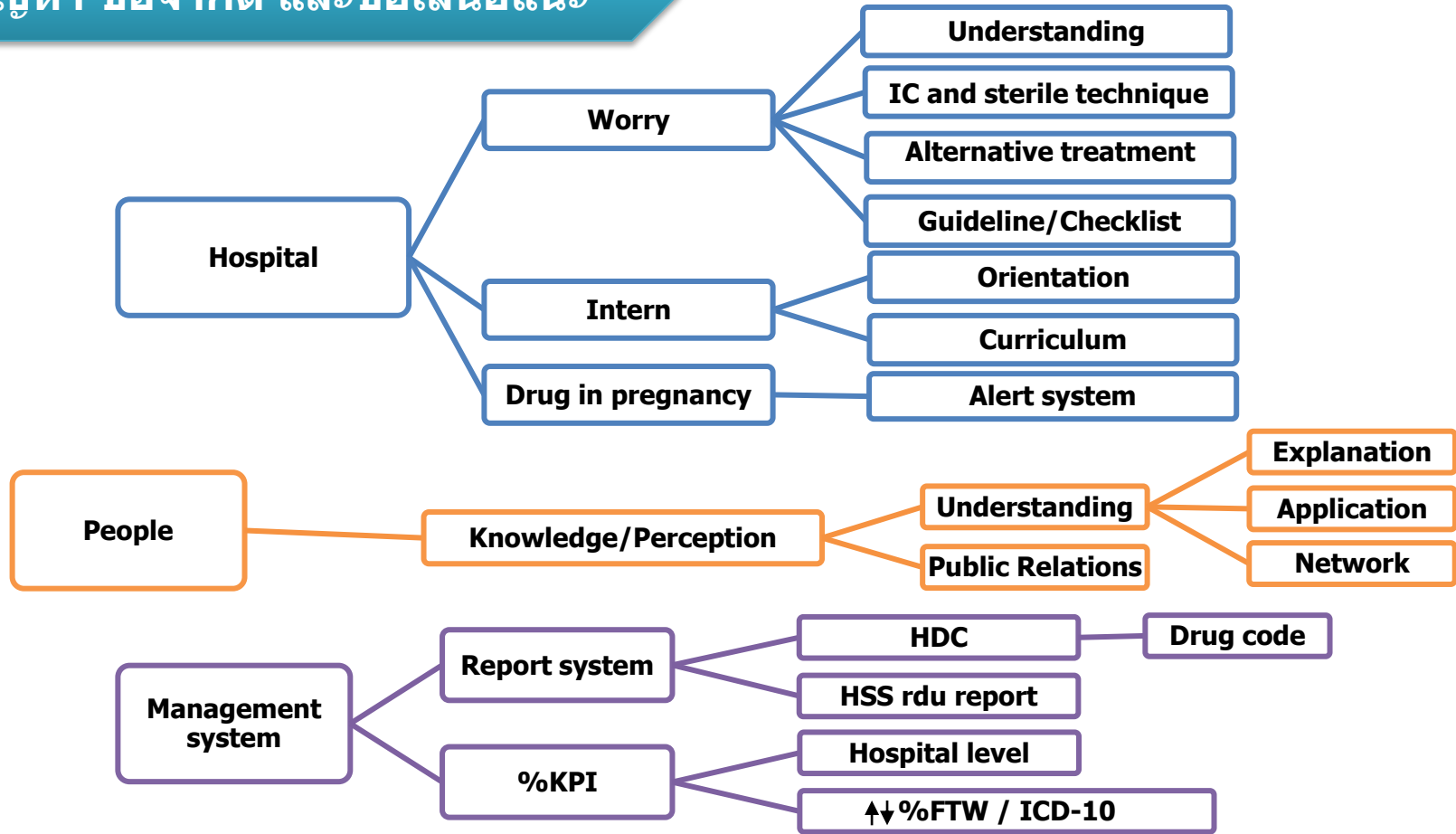




## ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)

จังหวัด	จำนวน รพ. (แห่ง)	จำนวน รพ. ผ่าน RDU ชั้นที่ 1 (แห่ง/ร้อยละ)	รายชื่อ รพ. ที่ยังไม่ผ่าน RDU ชั้นที่ 1	จำนวน รพ. ผ่าน RDU ชั้นที่ 2 (แห่ง/ร้อยละ)	รายชื่อ รพ. ที่ผ่าน RDU ชั้นที่ 2	จำนวน รพ. ที่ต้องผ่าน	รพ. ที่คาดว่าจะผ่าน
นครนายก	4	4/100				1	1. นครนายก 2. บ้านนา
นนทบุรี	7	6/85.71	ปากเกร็ด ED:NED (รอปรับขนาด รพ.)			2	1. บางกรวย 2. ไทรน้อย
ปทุมธานี	8	7/87.50	ประชาธิปัตย์ ED:NED	1/12.50	ลำลูกกา	2	1. ธัญบุรี
พระนครศรีอยุธยา	16	15/93.75	อุทัย RUA	1/6.25	บางปะหัน	4	1. พระนครศรีอยุธยา 2. ท่าเรือ 3. บางไทร 4. บ้านแพรก
ลพบุรี	11	10/90.91	ชัยบาดาล RUA	1/9.09	สระโบสถ์	3	1. พัฒนาการคอม 2. ท่าเรือ 3. ลำสนธิ
สระบุรี	12	11/91.67	หนองโดน RUA			3	1. พระพุทธบาท 2. ดอนพุด 3. เสาไห้ 4. มวกเหล็ก
สิงห์บุรี	6	6/100				2	1. สิงห์บุรี 2. อินทร์บุรี
อ่างทอง	7	7/100		1/14.29	โพธิ์ทอง	2	1. ป่าโมก
รวม	71	66/92.96	5/7.04	4/5.63			

# ปัญหา ข้อจำกัด และข้อเสนอแนะ

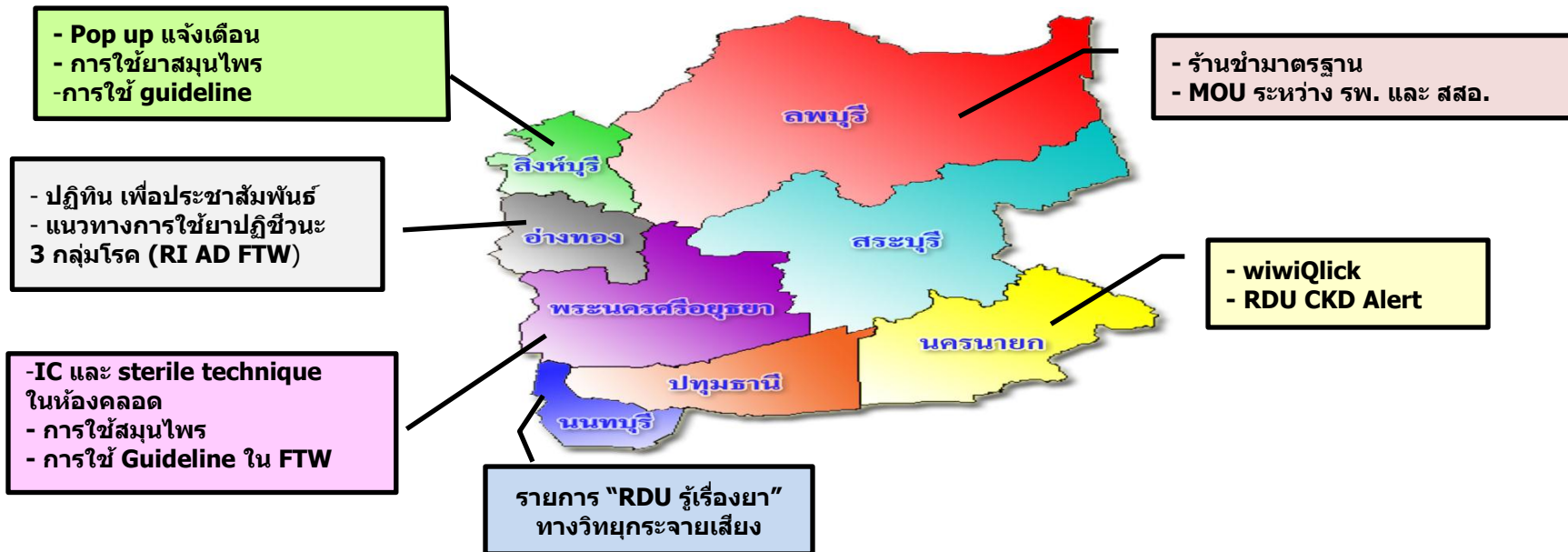


# ผลงานเด่น

## ระดับเขต

Best practice 10ปี Antibiotic Smart Use ไม่ให้ ไม่ทิ้ง ติดตาม  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ต.หลังเขา อ.มากเหล็ก จ.สระบุรี  
ในงาน Service Plan Sharing 16-17 ส.ค. 61

## ระดับจังหวัด

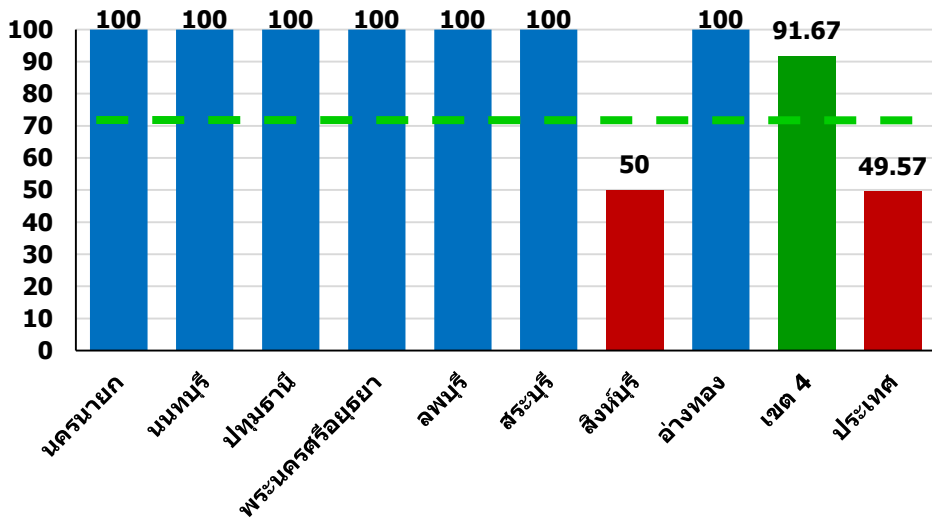




# ร้อยละ รพ.ที่มีการจัดการเชื้อดื้อยา (AMR) อย่างบูรณาการ

เป้าหมาย	ผลงาน	จำนวนรพ. (ร้อยละ)
ร้อยละ 70	รพ.ที่มีการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ (A,S,M1 = 12 รพ.)	11 รพ. (91.67%)

## สถานการณ์ ร้อยละรพ.ที่มีการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ



### ปัญหา/ข้อจำกัด

- บุคลากรขาดความเข้าใจ เรื่องการจัดการเชิงบูรณาการของปัญหาเชื้อดื้อยา
- ทัศนคติของผู้รับบริการเรื่องการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะที่ไม่ถูกต้อง

### ข้อเสนอแนะ

- ควรมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสร้างเครือข่าย AMR ระดับเขต
- พัฒนาขีดความสามารถบุคลากรด้านโรคติดเชื้อ และการจัดการ AMR

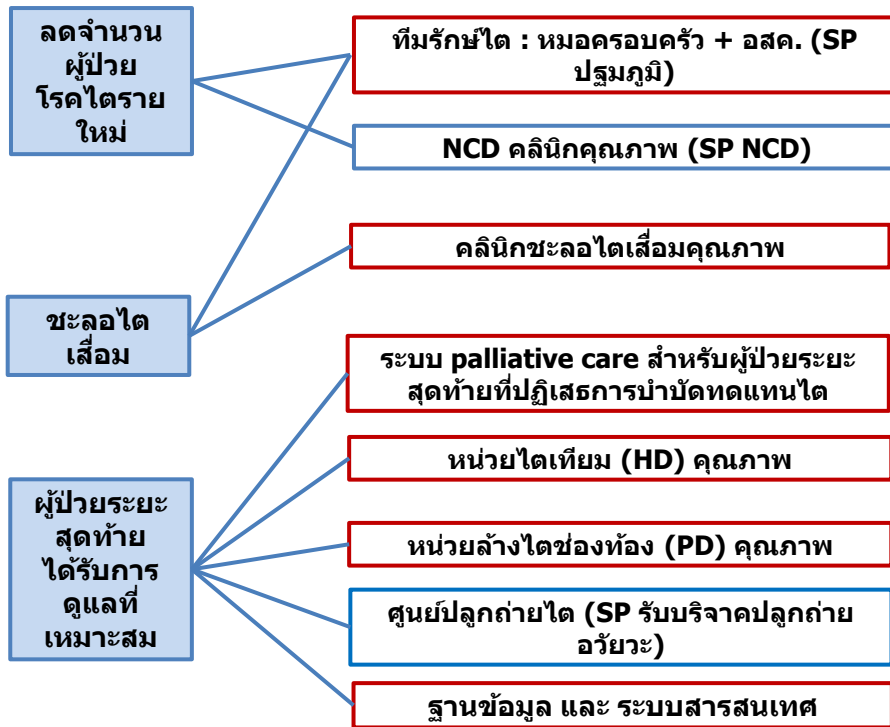
### ปัจจัยความสำเร็จ/ผลงานเด่น

มีคณะกรรมการ/ทีมนำในการขับเคลื่อน AMRทุกโรงพยาบาล



# Service Plan สาขาไต

## วัตถุประสงค์



## ผลการดำเนินงานด้านโรคไตของเขต 4

ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรอง CKD (เป้าหมาย  $\geq 80\%$ )

	2560	2561 (ถึง มิ.ย.)
ประเทศ	46.3%	58.02%
เขต 4	48.2%	50.03%

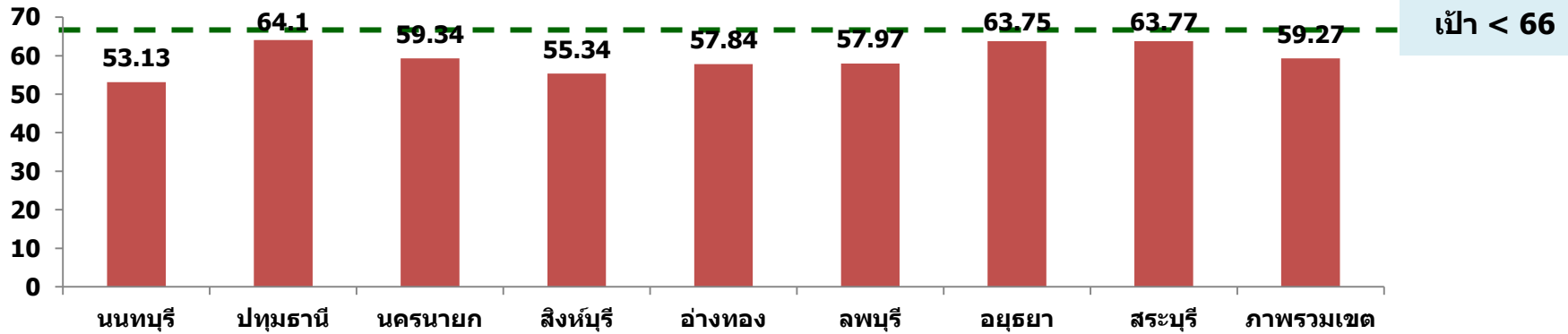
ร้อยละของผู้ป่วยที่มีอัตราการลดลงของ eGFR  $< 4$  ml/min/1.73 m<sup>2</sup>/yr (เป้าหมายปี 61=  $\geq 66\%$ )

	2560	2561 (มิ.ย)
ประเทศ	63.0%	58.63%
เขต 4	63.3%	59.27%

ที่มา: HDC ณ วันที่ 2 สิงหาคม 2561



# ร้อยละของผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของ e-GFR <math>< 4 \text{ ml/min/1.73m}^2/\text{yr}</math> ลดลงร้อยละ 66



หน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมให้บริการมาตรฐาน ครบ. ทุกแห่ง 100%

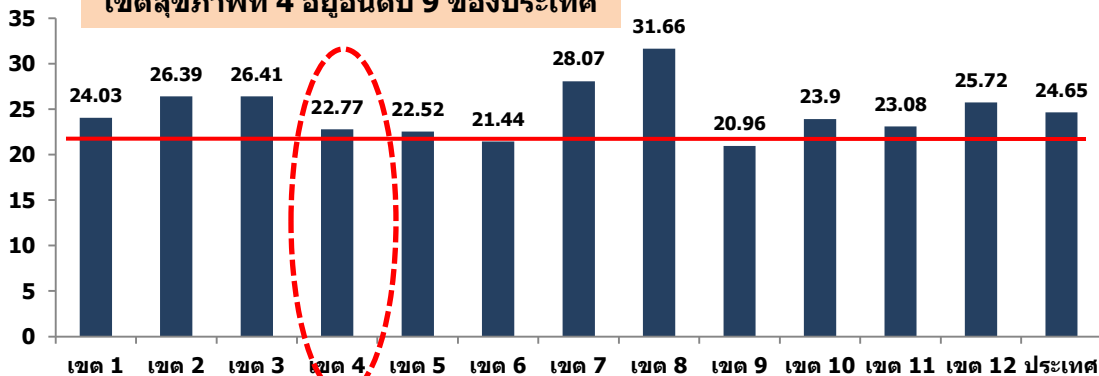
## Key Success

1. ลดเสี่ยงไตวายเรื้อรังเริ่มจาก NCD Clinic
2. ตั้ง "คลินิกชะลอไตเสื่อม" ในผู้ป่วยเบาหวานมากกว่าผู้ป่วยธรรมดา 6 เท่า
3. ดูแลร่วมกับชุมชน



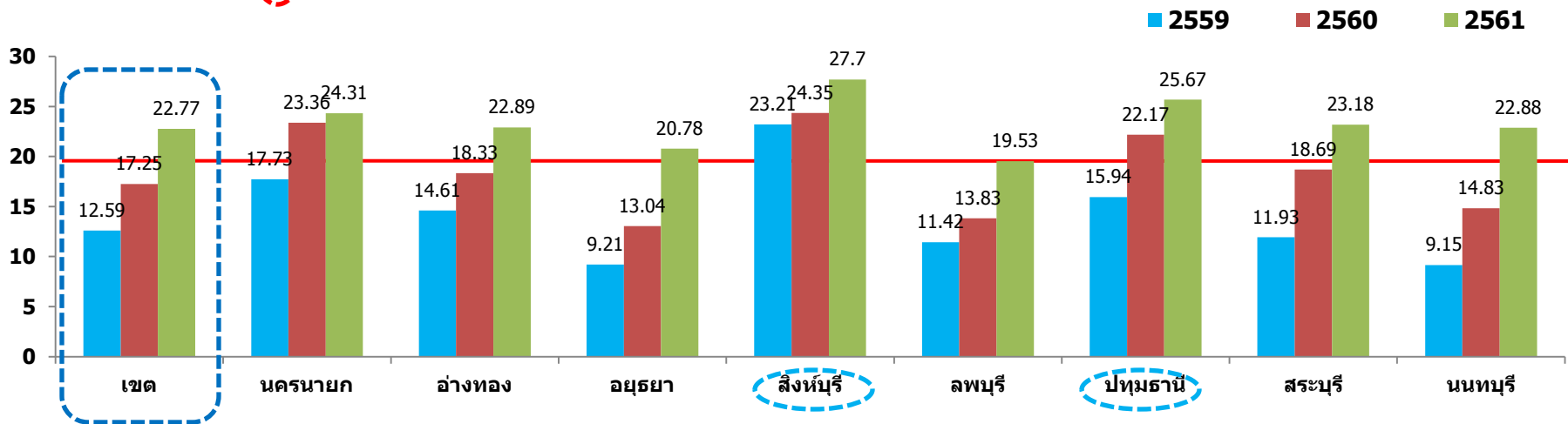
# ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก เป้า >20%

เขตสุขภาพที่ 4 อยู่อันดับ 9 ของประเทศ



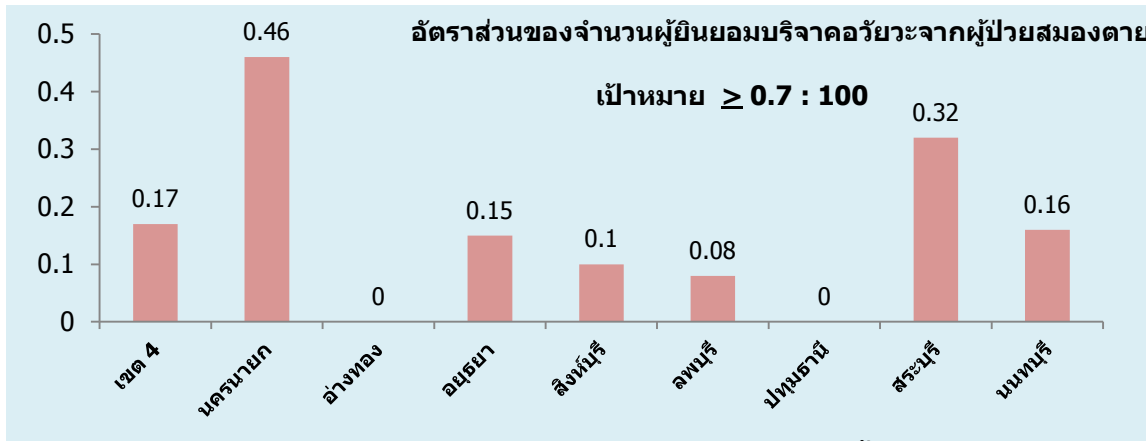
## ปัญหาและแนวทางแก้ไข

1. ตำแหน่ง ชรก. แพทย์แผนไทยขาดแคลน
2. บันทึก HDC ปรับปรุงโปรแกรมให้ใช้ง่าย
3. ยาสมุนไพรมีใช้น้อย แนะนำให้ รพ.แม่ข่าย ทบทวนกรอบรายการยา

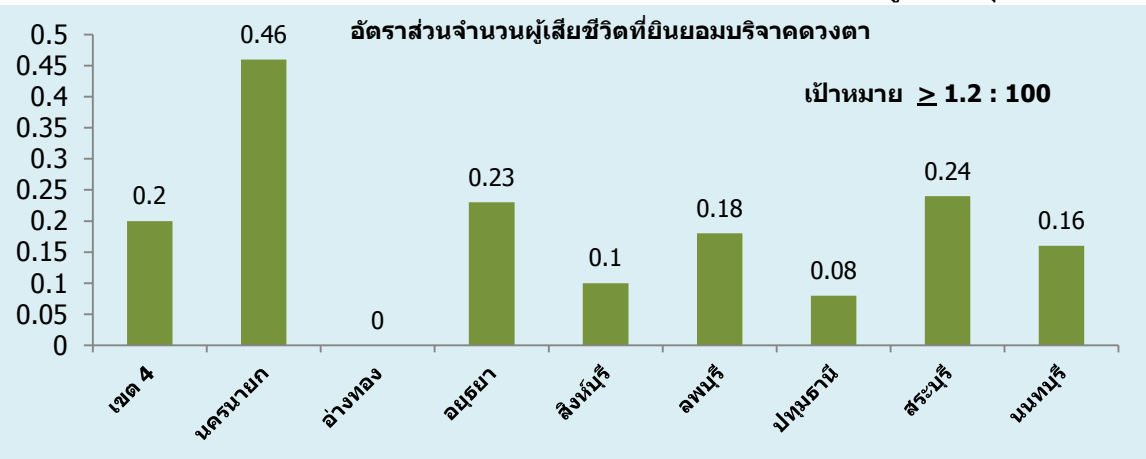




# อัตราส่วนจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตใน รพ.



ข้อมูล ณ มิถุนายน 2561



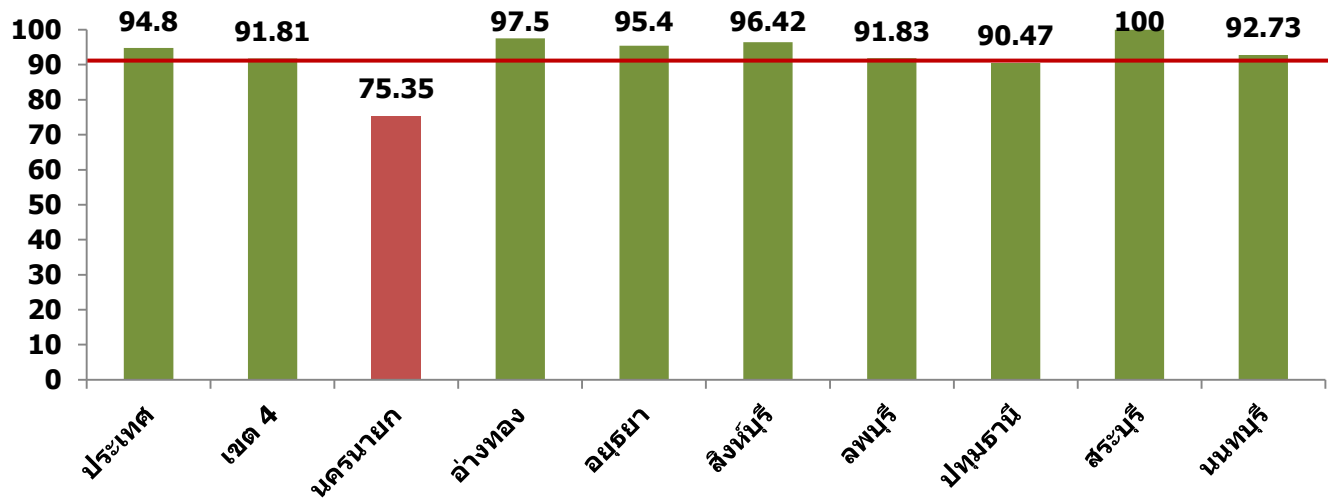
## ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ

1. ความรู้ความเข้าใจในการบริจาคอวัยวะของประชาชนยังมีความเชื่อที่ผิดๆ อยู่
2. เจ้าหน้าที่ขาดประสบการณ์ในการเจรจาขอ
3. Potential Donor ได้รับการ Resuscitation ไม่ทันเวลา
4. เจ้าหน้าที่ทั้งแพทย์ พยาบาล มีอัตรากำลังที่ไม่เพียงพอ



# ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาและหยุดเสพต่อเนื่อง

เป้าหมายร้อยละ 90



ข้อมูล มิถุนายน 2561

สถานพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพ (HA ยาเสพติด) เขต 4 ได้ **อันดับ 3** ของประเทศ

จังหวัด/ผลงาน	นนทบุรี	ปทุมธานี	นครนายก	สิงห์บุรี	อ่างทอง	ลพบุรี	อยุธยา	สระบุรี	รวม
เป้าหมาย	7	8	4	6	7	11	16	12	71
ผลงาน	6	8	4	5	6	3	16	12	60
ร้อยละ	85.71	100	100	83.33	85.71	27.27	100	100	84.5



# ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาและหยุดเสพต่อเนื่อง

## สถานการณ์

1. มีการแพร่ระบาดของยาเสพติดเป็นทั้งจุดพักยา ทางลำเลียงยาเสพติดจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือก่อนเข้าสู่ กทม.
2. การระบาดของกัญชา ขาดชุดตรวจหาสารเสพติด ขาดการบูรณาการกับ หน่วยงานอื่นเช่น โรงเรียน
3. ผู้ป่วยยาเสพติดมีภาวะแทรกซ้อนทางจิตเวชเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆในพื้นที่
4. มีมาตรการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด (Harm reduction)

## ปัญหา

1. ความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ในการตรวจและรักษาผู้ป่วย
2. ผู้เข้าบำบัดส่วนใหญ่เป็น มาจากต่างจังหวัด ทำให้การติดตามดำเนินการได้ยาก
3. ขาดทีมบูรณาการจากหน่วยงานราชการอื่นๆ
4. ข้อกฎหมายในเรื่อง ความลับผู้ป่วย ทำให้เกิดความสงสัยว่า การดำเนินงานในระดับใดที่ถือว่าเปิดเผยหรือไม่เปิดเผยความลับ รวมทั้ง บุคลากรใครบ้างที่เข้าข่ายตามกฎหมายว่าสามารถรู้ข้อมูลผู้ป่วยได้ อย่างชัดเจน

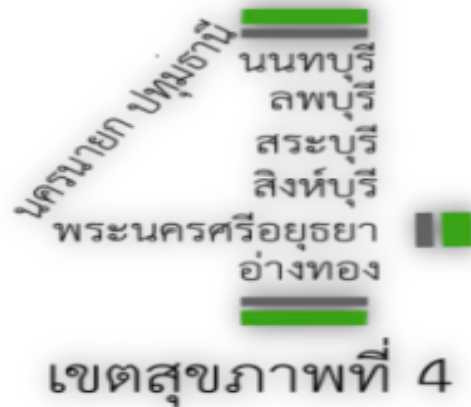


# สรุปตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน
		เขต
ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery	15%	71.28
อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยโรคปอดร้ายใหม่	>85	67.0
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	<7	★ 14.58
อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ<27ต่อแสนประชากร	<27	24.01
อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit)	<12	★ 1.81
ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	20%	22.77
ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m <sup>2</sup> /yr	66	59.27
อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล	>0.7/100	0.17
ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษา และหยุดเสพต่อเนื่อง (remission)	90	91.81
ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้อย่างสมเหตุผล (RDU)	ขั้นที่ 1 (80) ขั้นที่ 2 (20)	92.96 5.63
ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง	10	24.25
ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้	100	67.85



# ขอบคุณ



ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข  
ระบบสุขภาพยั่งยืน