



สรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ

ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2564
เขตสุขภาพที่ 8



Agenda Based

01

ระบบสุขภาพ
ปฐมภูมิ

ประเด็นที่ 3 ระบบสุขภาพปฐมภูมิ



ตัวชี้วัดที่ 1 : ประชาชนคนไทย 25 ล้าน มีหมอประจำตัว 3 คน

มุ่งเน้น : บทบาทความรับผิดชอบของ 3 หมอ และผลงานเชิงประจักษ์

ผลการดำเนินงานใน 5 กลุ่มวัย และ บทบาท 3 หมอ

ผลงาน 5 กลุ่มวัย	บทบาท 3 หมอ ทุกจังหวัด ที่ทำงานเชื่อมประสานกัน			
	หมอคนที่ 1 อสม.หมอประจำบ้าน 1 คน รับผิดชอบ 8-15 หลังคาเรือน	หมอคนที่ 2 พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือบุคลากรระดับปฐมภูมิ 1 คน รับผิดชอบประชาชน 1,250 คน	หมอคนที่ 3 แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (FM)/แพทย์อื่นๆ(MD) หมอ 1 คน รับผิดชอบประชากร 10,000 คน	
	แม่และเด็ก (280,270 คน) ผลงาน : 27,436 คน	สื่อสาร ให้คำปรึกษาทุกครอบครัว ดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว เบื้องต้นได้(Health Coach) ประสาน และร่วมให้บริการสุขภาพต่อเนื่อง	จัดบริการสุขภาพด้านแรกที่เข้าถึงง่าย ผสมผสานร่วมกับหมอครอบครัว มุ่งเน้น ให้เกิด Self Management ให้กับ ประชาชน	ให้คำปรึกษา ดูแลรักษาสุขภาพแบบ ผสมผสานเป็นผู้นำ การจัดระบบบริการ สุขภาพที่ทำให้พอดีโรค พอดีคน (Personalized / Tailor Made)
	วัยเรียน (582,610 คน) ผลงาน : 56,487 คน	ร่วมประเมินสถานการณ์ความเสี่ยง ด้านสุขภาพของประชาชนและช่วยคิด ออกแบบจัดการมาตรการให้เหมาะสม	สื่อสารความรู้ เป็นผู้จัดการ ประสาน ติดตาม กำกับการดำเนินงาน เพื่อการ สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ในระดับ พื้นที่	ร่วมคิดในด้านวิชาการ ร่วมพัฒนา ศักยภาพหมอคนที่ 1 และ คนที่ 2
	วัยรุ่น (396,268 คน) ผลงาน : 64,436 คน	ออกแบบการจัดการด้านสังคมที่ เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ประสานการ พัฒนาร่วมกับหน่วยอื่นที่เกี่ยวข้อง	ประสานงาน ร่วมคิด ร่วมออกแบบ สนับสนุน อสม. และชุมชน กับภาคี เครือข่ายอื่นๆ	เชื่อมประสานและสนับสนุนการดูแล สุขภาพอย่างเป็นองค์รวมที่เชื่อมต่อกับ ชุมชน และสวัสดิการสังคม
	วัยทำงาน (3,118,526 คน) ผลงาน : 327,386 คน			
	ผู้สูงอายุ (830,053 คน) ผลงาน : 74,675 คน			



ติดตามบทบาท
หน้าที่ของ
ทีม 3 หมอ
เชื่อมประสาน
กับทีมตรวจ
ราชการคณะ 1
สุขภาพกลุ่มวัย
และสุขภาพจิต

ข้อมูล 3 หมอ และ ประชาชน ประจำ PCU/NPCU ตาม พสบ. ปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 จำนวน 128 แห่ง			
อสม.หมอประจำบ้าน	คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ	แพทย์ FM	ประชาชน
21,077 คน	1,358 คน	128 คน	1,276,414 คน

ประชาชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8
มีหมอประจำตัว 3 คน (ตาม พสบ.)
จำนวน 1,276,414 คน
คิดเป็น ร้อยละ 24.34

ประเด็นที่ 3 ระบบสุขภาพปฐมภูมิ



ตัวชี้วัดที่ 1 : ประชาชนคนไทย 25 ล้าน มีหมอประจำตัว 3 คน

มุ่งเน้น : บทบาทความรับผิดชอบของ 3 หมอ และผลงานเชิงประจักษ์

บทบาท 3 หมอ ในการจัดการสถานการณ์โควิด 19 ทุกจังหวัด

หมอคนที่ 1 อสม.หมอประจำบ้าน

- เคาะประตูบ้านแนะนำการปฏิบัติตัว DMHTTA และเฝ้าระวังครอบครัวที่มีสมาชิกในพื้นที่เสี่ยง รับดูแลต่อเนื่องเมื่อต้องกักตัวที่บ้าน/ชุมชน 14 วัน
- ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนมาฉีดวัคซีน และแนะนำกลุ่มเป้าหมายลงทะเบียนฉีดวัคซีน
- เฝ้าระวัง/คัดกรองและติดตามกลุ่มเสี่ยงที่เดินทางมาจากจังหวัดเสี่ยง
- ร่วมจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคโควิด 19 ในพื้นที่
- ติดตามเยี่ยมอาการหลังฉีดวัคซีนหรือผู้ได้รับผลข้างเคียงจากการรับวัคซีน ร่วมกับหมอคนที่ 2

หมอคนที่ 2 คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

- ออกปฏิบัติงานเชิงรุกในการเตรียมครอบครัวและชุมชนเรื่องการดูแลผู้ถูกกักตัว จัดเตรียมสถานที่ประเมินความเสี่ยง ตรวจหาเชื้อ ให้คำปรึกษาทุกช่องทาง เช่น โทรศัพท์ line ตลอด 24 ชั่วโมง
- ติดตามควบคุมการแพร่ระบาดของโรค, จัดทำทะเบียนข้อมูลกลุ่มเสี่ยง, ผู้ป่วย, ผู้สัมผัส ประเมินอาการผู้ป่วย, จัดสรรการเข้ารับวัคซีน
- ร่วมจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคโควิด 19 ติดตามผู้สัมผัสเสี่ยงสูงร่วมกับหมอคนที่ 1
- เฝ้าระวังผู้ป่วยที่ต้องสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (PUI)
- ติดตามอาการผู้ได้รับผลข้างเคียงจากการรับวัคซีน

หมอคนที่ 3 แพทย์ FM / MD

- แนะนำการเฝ้าระวัง สังเกตอาการ PUI แนวทางการส่งต่อ ตรวจคัดกรองหาเชื้อและส่งต่อรักษาโรงพยาบาล
- ร่วมดำเนินการเพื่อป้องกัน ควบคุมโรค และรักษาพยาบาล
- เฝ้าระวังผู้ป่วยที่ต้องสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 (PUI) ในสถานพยาบาล
- เยี่ยมติดตามผู้ป่วยที่บ้าน HQ 14 วัน หลังผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน ร่วมกับหมอคนที่ 1 และ หมอคนที่ 2
- ติดตามอาการผู้ได้รับผลข้างเคียงจากการรับวัคซีน ร่วมกับหมอคนที่ 1 และหมอคนที่ 2

สามารถ
บูรณาการ
บทบาท
หน้าที่ให้
สอดคล้อง
กับทีมตรวจ
ราชการ
คณะ
Covid-19
และ New
normal

การบูรณาการ 3 หมอ

หมี
อม.

หมี
สา'สุข

MD

หมี
อม.

หมี
สา'สุข

MD

ประเด็นที่ 3 ระบบสุขภาพปฐมภูมิ



ตัวชี้วัดที่ 2 : ร้อยละ 40 ของการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

มุ่งเน้น : ระบบบริการและผลงานที่เกิดขึ้นเมื่อมีการจัดตั้ง PCU/NPCU เชื่อมกับโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยมี 3 หมอ ครบสมบูรณ์

การ จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ(PCU)และเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ(NPCU) ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

แผน 10 ปี (ปี 2563 – 2572) ของจังหวัดในการจัดตั้ง PCU/NPCU

จังหวัด	จำนวนเป้าหมายการจัดตั้ง PCU/NPCU (แห่ง)										รวม ทั้งหมด
	ปี 2563		ปี 2564		ปี 2565		ปี 2566 - 2572		รวม		
	P	N	P	N	P	N	P	N	P	N	
อุดรธานี	26	5	7	8	15	31	24	31	72	75	147
สกลนคร	17	8	6	10	9	10	11	38	45	67	112
นครพนม	7	13	1	5	3	16	3	21	14	55	69
เลย	10	10	-	1	5	10	4	25	19	46	65
หนองคาย	9	6	2	5	5	5	10	13	26	29	55
หนองบัวลำภู	5	2	2	2	3	5	3	26	13	35	48
บึงกาฬ	3	1	-	2	-	4	10	3	13	10	23
เขตสุขภาพ ที่ 8	77	45	18	33	40	81	65	157	202	317	519

P หมายถึง PCU (หน่วยบริการปฐมภูมิ) N หมายถึง NPCU (เครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ)

การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ(PCU)และเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ(NPCU) ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 ปีงบประมาณ 2564

จังหวัด	เป้าหมาย ปี 2564	ขึ้นทะเบียนผ่านในครั้งที่ 1-2/2564	รอประกาศผลขึ้นทะเบียนครั้งที่ 3/2564 จาก สสป.
อุดรธานี	15 แห่ง	5 แห่ง	10 แห่ง
สกลนคร	16 แห่ง	-	3 แห่ง
นครพนม	6 แห่ง	-	1 แห่ง
เลย	1 แห่ง	1 แห่ง	1 แห่ง
หนองคาย	7 แห่ง	-	-
หนองบัวลำภู	4 แห่ง	-	-
บึงกาฬ	2 แห่ง	-	-
เขตสุขภาพที่ 8	51 แห่ง	6 แห่ง	15 แห่ง

เน้นหนัก

ในปีงบประมาณ 2564 เขตสุขภาพที่ 8 มีหน่วยบริการปฐมภูมิผ่านการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ(PCU)และเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (NPCU) ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพ ปฐมภูมิ พ.ศ.2562 จำนวน 128 แห่ง(สะสม ปี 2563 - 2564) คิดเป็นร้อยละ 24.66 ทั้งนี้ ในปีงบประมาณ 2564 สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ (สสป.) เปิดให้หน่วยบริการปฐมภูมิยื่นขอขึ้นทะเบียนตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 อีก 1 รอบ (ครั้งที่ 3/2564) ภายใน 30 สิงหาคม 2564

หากสามารถขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ(PCU)และเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ(NPCU) ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 ได้ตามข้อกำหนด จะส่งผลให้ตัวชี้วัด “จำนวนประชาชนที่มีรายชื่ออยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ” ผ่านเกณฑ์ด้วย

ประเด็นที่ 3 ระบบสุขภาพปฐมภูมิ



ตัวชี้วัดที่ 2 : ร้อยละ 40 ของการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

มุ่งเน้น : ระบบบริการและผลงานที่เกิดขึ้นเมื่อมีการจัดตั้ง PCU/NPCU เชื่อมกับโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยมี 3 หมอ ครบสมบูรณ์

ผลงานระบบ Green channel และ 5 ลด (ข้อมูลจาก PCU/NPCU ที่ผ่านการขึ้นทะเบียน ตาม พรบ. จำนวน 128 แห่ง)

ระบบ Green Channel เชื่อมกับ sw.แม่ข่าย

LAB และ X-Ray

- เกิดระบบตรวจการส่ง LAB เฉพาะที่จำเป็นและเกินศักยภาพ PCU/NPCU มายัง sw.แม่ข่าย มีการวางระบบการส่ง LAB ล่วงหน้า
- การส่งผู้ป่วยไป X-ray และส่งผลกลับมาเป็นภาพยังแพทย์ผู้ส่งตรวจ เพื่อลดเวลารอคอยและความแออัดของผู้รับบริการ และให้แพทย์ประจำของ PCU/NPCU ดูผลและสั่งการรักษาได้ก่อนส่งปรึกษา แพทย์เฉพาะทางหากจำเป็นต้องส่งต่อ

OPD และ Admit

- เกิดระบบมีใบส่งตัว และการประสานงานระหว่าง จนท. ใน PCU/NPCU และ sw.แม่ข่าย กรณีต้องส่งตรวจกับแพทย์เฉพาะทางหรือส่งตรวจพิเศษที่เกินศักยภาพของแพทย์ประจำและทีมสุขภาพของ PCU/NPCU แบบช่องทางด่วน และไม่ต้องไปเริ่มต้นกระบวนการ walk-in ใหม่
- สามารถ Admit ได้รวดเร็วตามระบบตรงตามข้อบ่งชี้ โดยมีแพทย์ประจำ PCU/NPCU ติดตาม การรักษาร่วมกับแพทย์เจ้าของไข้ใน sw. และติดตามดูแลต่อเนื่องโดย PCU/NPCU ต่อไปเมื่อ Discharge ออกจาก sw. ตามบทบาท 3 หมอของประชาชน

เภสัชฯ

- เกิดระบบการบริหารจัดการยา ส่งยาถึงบ้าน ให้คำปรึกษาเรื่องการใช้ยา แพทย์ผ่านทางระบบ line/โทรศัพท์ ของหมอทั้ง 3 คน และประชาชนที่รับผิดชอบ

ผลงาน 5 ลด

PCU/NPCU ในหลายจังหวัดยังไม่มีมีการวิเคราะห์เก็บผลงานความสำเร็จ ความคุ้มค่า ความเห็นประโยชน์จากประชาชน เจ้าหน้าที่ และชุมชน ได้อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งจะส่งผลต่อการขยายหน่วยบริการ ขอสันนิษฐานงบประมาณ ขอเพิ่มอัตราค่าจ้าง และความก้าวหน้าจากส่วนกลาง ด้วยไม่เห็นผลงานเชิงคุณภาพที่สามารถยืนยันถึงประโยชน์และผลงานที่แตกต่างจากการมีหน่วยบริการปฐมภูมิแบบเดิมเช่น PCU ใน sw. หรือ sw.สต. ที่กำกับบาทตามปกติ

เน้นหนัก

ดังนั้น จึงควรเน้นย้ำให้ PCU/NPCU ทุกแห่งที่ขึ้นทะเบียนตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 แล้ว และ sw.สต. ที่อยู่ในแผนขึ้นทะเบียนยกระดับต่อไปนั้น ศึกษาข้อมูล เก็บข้อมูลผลงาน และรายงานตามข้อเท็จจริง เพื่อการพัฒนาที่เป็นรูปธรรมและยั่งยืน ต่อไป

แนวทางการพัฒนาเขตสุขภาพที่ 8 ที่สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข



การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ตาม พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 และ หมอประจำตัว 3 คน

การกำหนดทิศทางระบบสุขภาพปฐมภูมิให้มีความชัดเจน

- เพิ่มศักยภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิทุกรูปแบบที่ขับเคลื่อนโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ (สหวิชาชีพใน sw. sw.สต และ อสม.) ให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่
- พัฒนาและสร้างกลไกเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ (สหวิชาชีพใน sw. sw.สต และ อสม.)
- พัฒนาระบบสารสนเทศ การวิจัย และนวัตกรรมระบบสุขภาพปฐมภูมิ
- พัฒนากลไกและกระบวนการสร้างหลักธรรมาภิบาลในการอภิบาลระบบสุขภาพปฐมภูมิ
- เสริมสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชนในการจัดการสุขภาพ

พื้นที่เขตเมือง

- เน้นการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิก่อนโรงพยาบาลเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิมากขึ้น โดยใช้พื้นที่ร่วมกับเทศบาล sw.สต. และสถานที่ของทางราชการ

พื้นที่เขตชนบท

- ใช้ที่ตั้งของ sw.สต. ที่อยู่ในสังกัดของ สร. และที่ถ่ายโอนภารกิจไปอยู่ในความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นพื้นที่ในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ และปรับปรุงระบบบริการในโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ขนาดเล็ก ให้มีการจัดบริการตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อให้ประชาชนมีหมอประจำตัวที่จะติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง

การพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จัดบริการตามบริบทพื้นที่ที่แตกต่างกัน ให้สามารถรองรับกับการแพร่ระบาดของโรคในอนาคตได้

ประเด็นที่ 3 ระบบสุขภาพปฐมภูมิ



ตัวชี้วัดที่ 3 : ร้อยละ 75 ของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาศูนย์สุขภาพชีวิตที่มีคุณภาพ

มุ่งเน้น : บทบาทหน้าที่และผลงานของ พชอ. ในการแก้ไขปัญหาสำคัญของพื้นที่และการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

สรุปประเด็นการพัฒนาศูนย์สุขภาพชีวิต 2 ประเด็น
เขตสุขภาพที่ 8

1

การแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทาง
การจราจร
(ร้อยละ 22.26)

2

การจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม
(ร้อยละ 16.96)

เขตสุขภาพที่ 8 :

- อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาศูนย์สุขภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ร้อยละ 100
- กลุ่มเปราะบางที่ระบุตามประเด็น พชอ. ทั้งหมด 1,411,573 คน (เป้าหมาย 10 ล้านคนทั้งประเทศ)

พชอ. กับ การพัฒนาระบบบริการ

- ▶ ร่วมเป็นคณะกรรมการพัฒนาหน่วยบริการในทุกๆ ระดับ
- ▶ ร่วมกำหนดเป้าหมายและทิศทางในการดำเนินงาน
- ▶ ร่วมบูรณาการและระดมทรัพยากร (คน เงิน ของ ข้อมูล และองค์ความรู้)
- ▶ ร่วมพัฒนาศูนย์สุขภาพหน่วยบริการและประเมินผลคุณภาพ
- ▶ ร่วมรับผิดชอบผลการพัฒนาระบบบริการ

ชื่นชม

บทบาท พชอ. ในการจัดการสถานการณ์โควิด 19

ด้านการแพทย์และสาธารณสุข

- ร่วมค้นหา และเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงแพร่เชื้อ
- ร่วมค้นหากลุ่มเสี่ยงแพร่เชื้อ (Case Finding)
- ร่วมเฝ้าระวัง ักกักกัน (Quarantine)
- ร่วมเตรียมความพร้อมด้านการแพทย์
- ร่วมวางแผนการบริหารจัดการวัคซีน

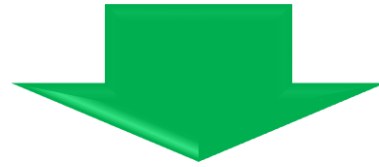
ด้านการสื่อสาร

- การสร้างการรับรู้ตามมาตรการ DMHTTA

ด้านสังคมและความมั่นคง

- การควบคุมเวลาปิด-เปิดสถานที่
- การควบคุมการจัดกิจกรรม
- มาตรการป้องกันโรคเข้มข้นในสถานที่/ กิจกรรม

แนวทางการพัฒนาเขตสุขภาพที่ 8 ที่สอดคล้องกับ นโยบายกระทรวงสาธารณสุข การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ



พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ได้กำหนดให้ส่งเสริมและพัฒนาการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชนในพื้นที่ในการส่งเสริมและพัฒนา รพ.สต. โดยการปรับรูปแบบการบริการสุขภาพปฐมภูมิให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อให้สามารถจัดบริการได้ตามคุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการ โดยใช้กลไกของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอทำงานร่วมกับภาคส่วนต่างๆ

มุ่งเน้น

ทุกจังหวัดควรค้นหาประเด็นสำคัญที่ส่งผลต่อ
Health Impact/ Health outcome เพื่อมาแก้ปัญหาของพื้นที่
และมาจากปัญหาของประชาชนที่แท้จริง





Functional Based

02

ลดแออัด ลดรอคอย
ลดป่วย ลดตาย

ประเด็น

STEMI

**Trauma/
RTI**

IMC

CA

ODS

MIS

เป้าหมาย

**ลดแออัด
ลดรอคอย
ER,OPD,IPD**

**เพิ่มประสิทธิภาพ
การเข้าถึงบริการ**

**ลดกระบวนการ
(Lean Process)**

**การส่งกลับผู้ป่วย
(Refer back)**

Impact

ลดแออัด

ลดรอคอย

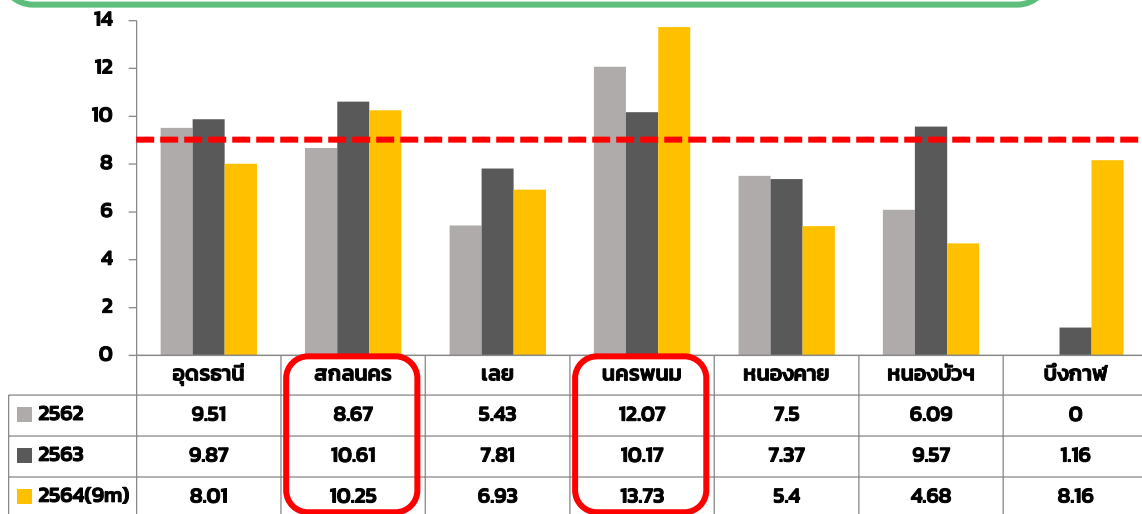
ลดค่าใช้จ่าย

ลดป่วย

ลดตาย

สาขา STEMI

อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตายเฉียบพลัน
ชนิด STEMI $\leq$ ร้อยละ 9
(ภาพรวมเขต 8 รอบ 9 เดือน ร้อยละ 8.42)

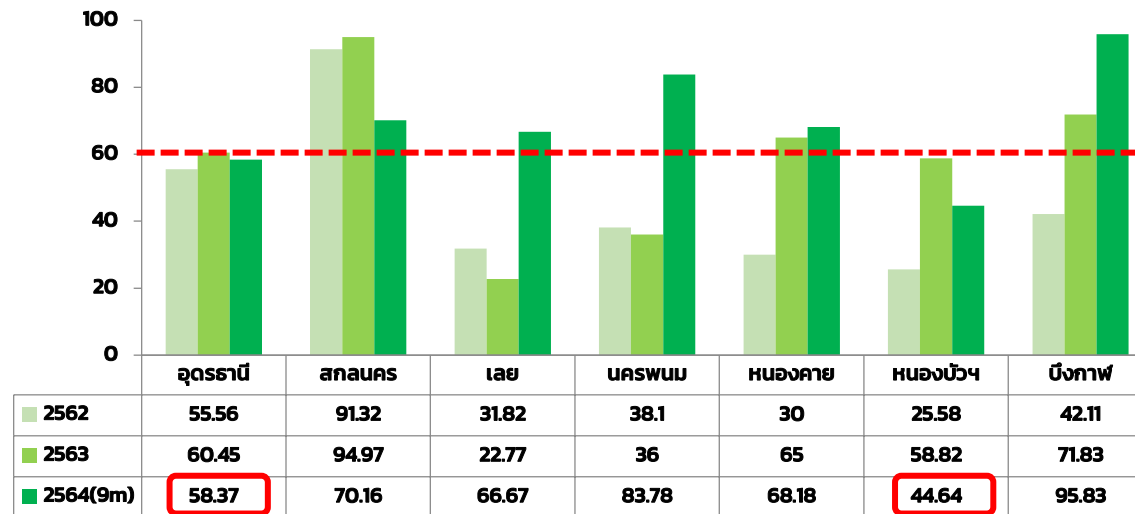


ที่มา : จากผู้รับผิดชอบงาน SP สาขา STEMI ในแต่ละจังหวัด

ข้อค้นพบ

- ผู้ป่วยไม่ทราบอาการแจ้งเตือน ทำให้เข้าถึงบริการล่าช้า
- Delay Diagnosis & Delay treatment
- การลงข้อมูล ในโปรแกรม Thai ACS registry ยังไม่เป็นปัจจุบัน

ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตาม
มาตรฐานเวลาที่กำหนด $\geq$ ร้อยละ 60
(ภาพรวมเขต 8 รอบ 9 เดือน ร้อยละ 64.59)



โอกาสพัฒนา

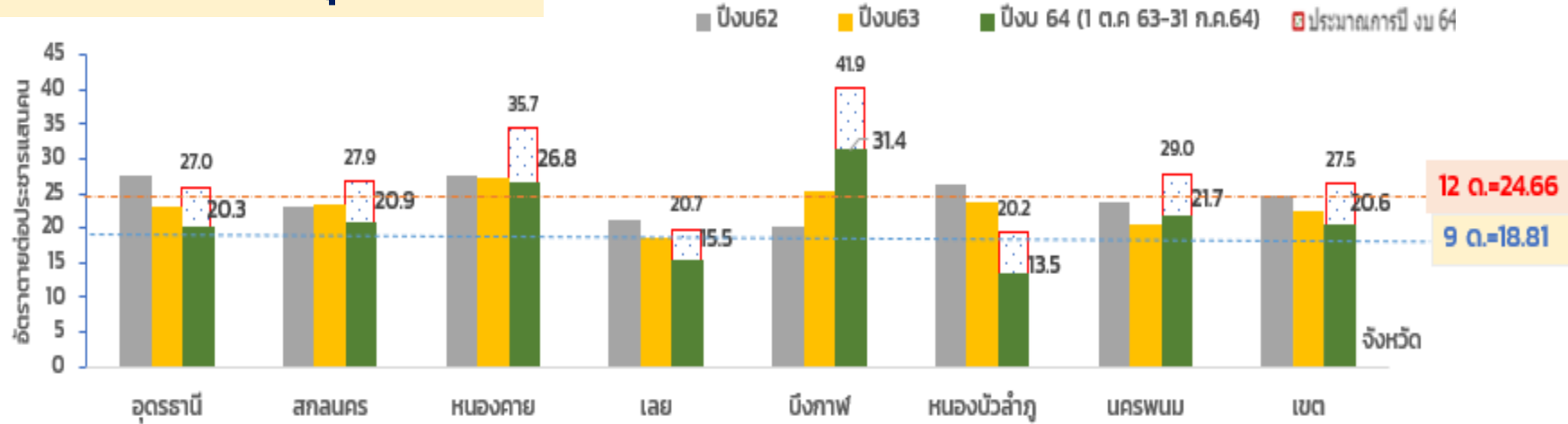
- เน้นการประชาสัมพันธ์เชิงรุก และบูรณาการการทำงานร่วมกับ 3S Fast Track
- Early detection & Early consult และ นกวน CPG guideline ให้ครอบคลุมทั้ง STEMI , Non-STEMI พร้อมสื่อสารใน sw.เครือข่ายทุกแห่ง
- สนับสนุนให้มีการลงข้อมูลใน Thai ACS registry เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน



ประเด็นโรค : การป้องกันการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนน(RTI)

สถานการณ์

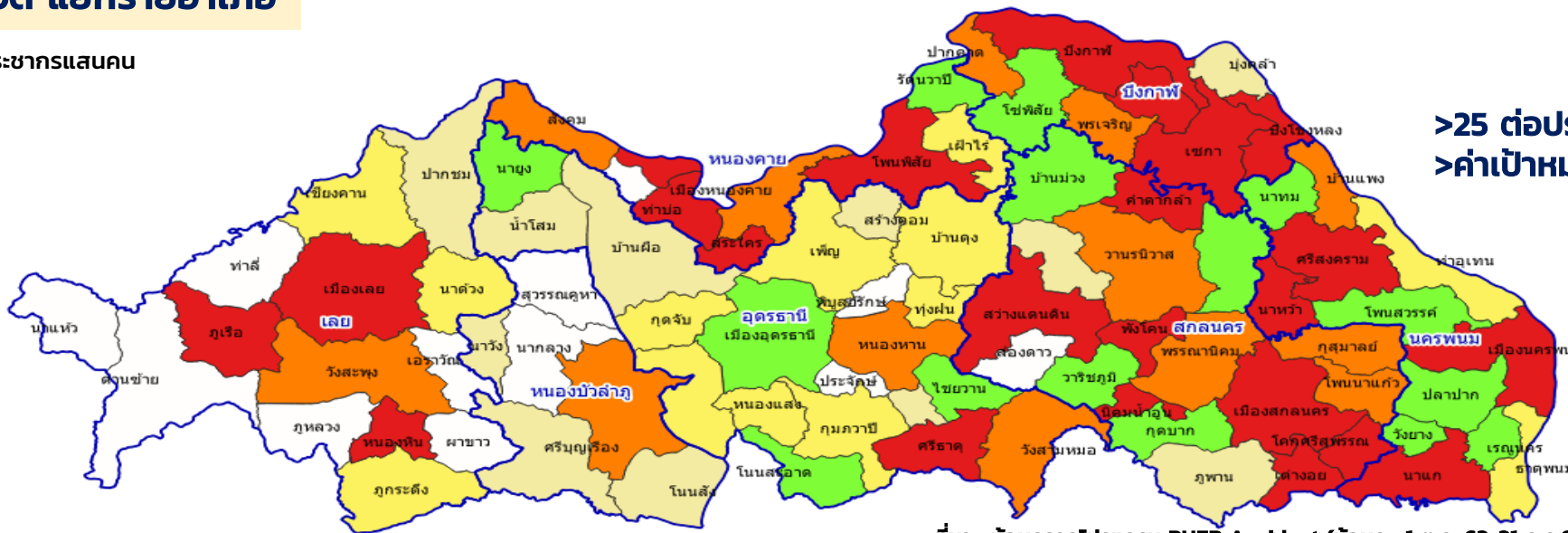
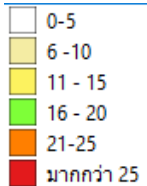
อัตราเสียชีวิต แยกรายจังหวัด เขตสุขภาพที่ 8



อัตราเสียชีวิต แยกรายอำเภอ

ที่มา : ข้อมูล 3 ฐาน สสจ. 7 จังหวัด

อัตราเสียชีวิตต่อประชากรแสนคน



>25 ต่อประชากรแสนคน = 24 อำเภอ
>ค่าเป้าหมาย เขต 9 เดือน = 38 อำเภอ

ที่มา : ข้อมูลจากโปรแกรม PHER Accident (ข้อมูล : 1 ต.ค. 63-31 ก.ค. 64)



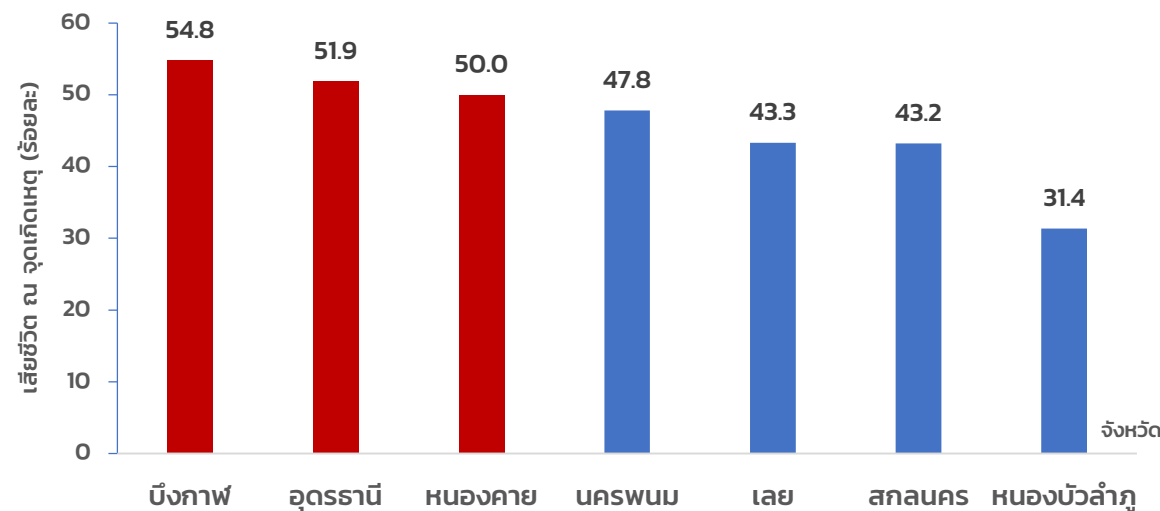
ประเด็นโรค : การป้องกันการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนน (RTI)

สถานการณ์

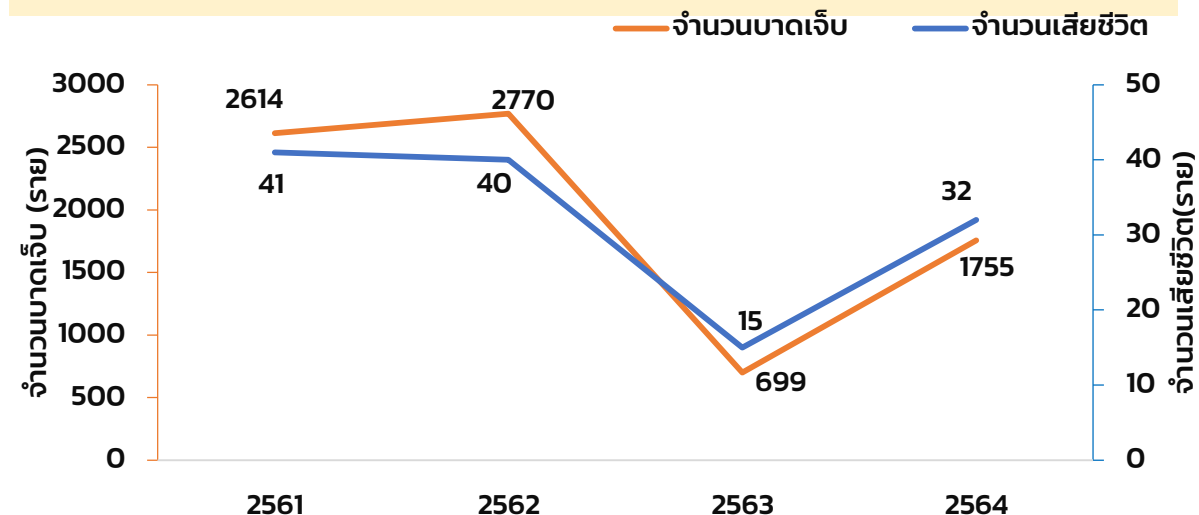
ปัจจัยเสี่ยง การเสียชีวิตและการบาดเจ็บ

ประเด็น	เสียชีวิต	บาดเจ็บ
เพศ	ชาย 80.2%	ชาย 63.6%
ช่วงอายุ	20-29 ปี (20.5%) , 50-59 ปี (17.3%)	10-19 ปี (28.1%) , 20-29 ปี (19.8%)
	1. บึงกาฬ 29.0%	1. หนองบัวลำภู 31.2%
	2. สกลนคร 26.6%	2. นครพนม 29.5%
	3. หนองคาย (50-59 ปี) (25.7%)	3. สกลนคร 29.2%
ไม่สวมหมวกนิรภัย	89.7 %	87.3%
	1. หนองคาย 93.8%	1. บึงกาฬ 92.2%
	2. หนองบัวลำภู 91.9%	2. เลย 92.1%
	3. สกลนคร 90.6%	3. หนองคาย 91.8%
ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย	74.0%	70.7%
	1. หนองบัวลำภู 87.5%	1. บึงกาฬ 78.6%
	2. อุตรดิตถ์ 84.2%	2. เลย 76.0%
	3. สกลนคร 78.4%	3. หนองบัวลำภู 74.0%
ดื่มแอลกอฮอล์	29.70%	25.01%
เวลาเกิดเหตุ	ช่วง 17.00-20.00 น. 31.8%	ช่วง 16.00-19.00 น. 30.3%
ถนนที่เกิดเหตุ	ถนนกรมทางหลวง 59.4%	ถนนกรมทางหลวง 61.5%
พาหนะ	จักรยานยนต์ 67.8%	จักรยานยนต์ 78.0%

เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ



จำนวนการบาดเจ็บและเสียชีวิต เทศกาลสงกรานต์ ปี 2561-2564



ประเด็นโรค : การป้องกันการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนน(RTI)

ข้อดี/จุดเด่น

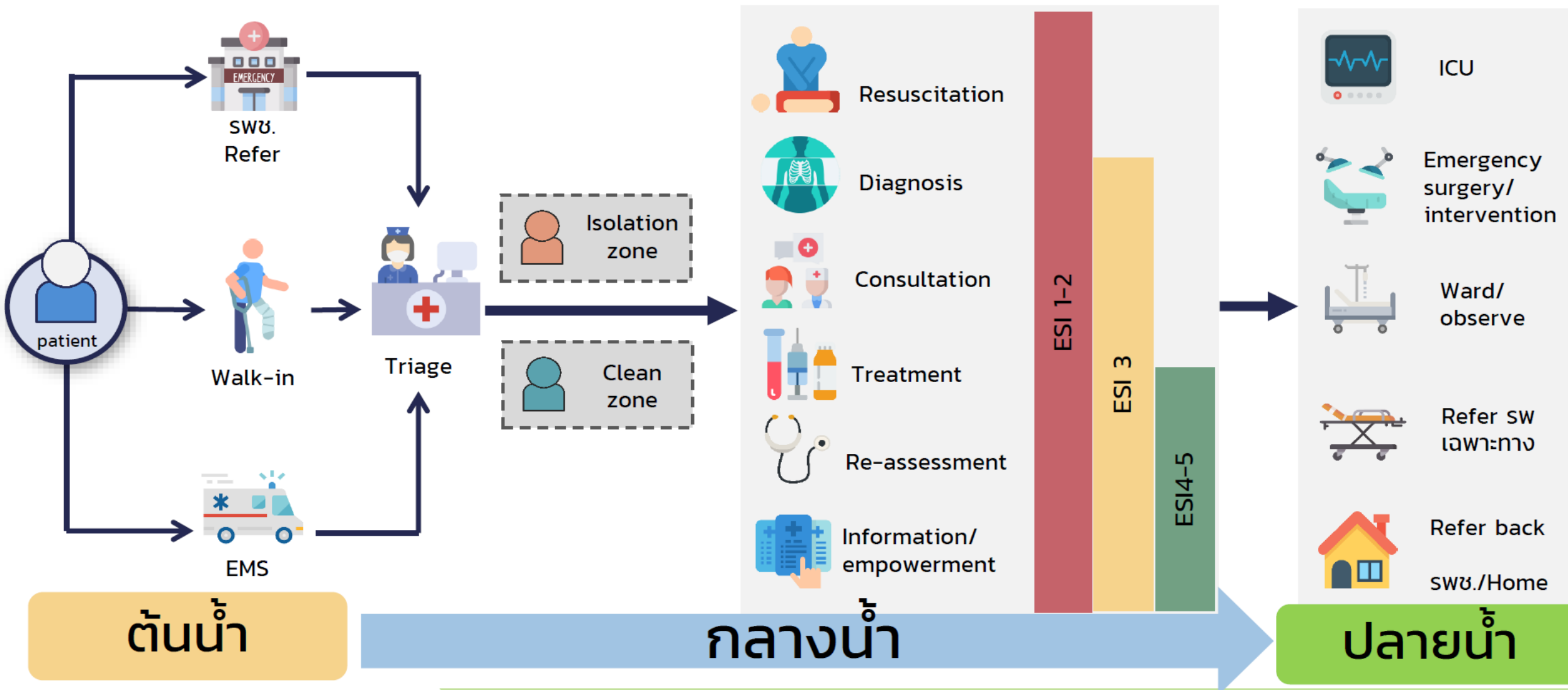
- ❖ มีการบูรณาการ การดำเนินงานร่วมกับเครือข่าย และขยายเครือข่ายไปยังหน่วยงานอื่นๆ เช่น วัฒนธรรมจังหวัด อุตสาหกรรมจังหวัด ศึกษาธิการ ฯ
- ❖ ขับเคลื่อนผ่านกลไก **พชอ. เป็นกลไกหลัก**

ข้อเสนอแนะ

- แก้ไขปัญหา**การบาดเจ็บในกลุ่มเด็กและเยาวชน และการเสียชีวิตในกลุ่มวัยทำงาน** เช่น หลักสูตร “ทักษะคิด การเอาชีวิตรอดภัยจากท้องถนน” “Your Network Model ” และขับเคลื่อนในสถานประกอบการ
- กำหนดแผนระยะสั้น ระยะยาว แก้ไขจุดเสี่ยงจนครบทุกจุด
- ประเมินผลลัพธ์ปรับมาตรการโดยวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา ในอำเภอที่เกินค่าเป้าหมาย

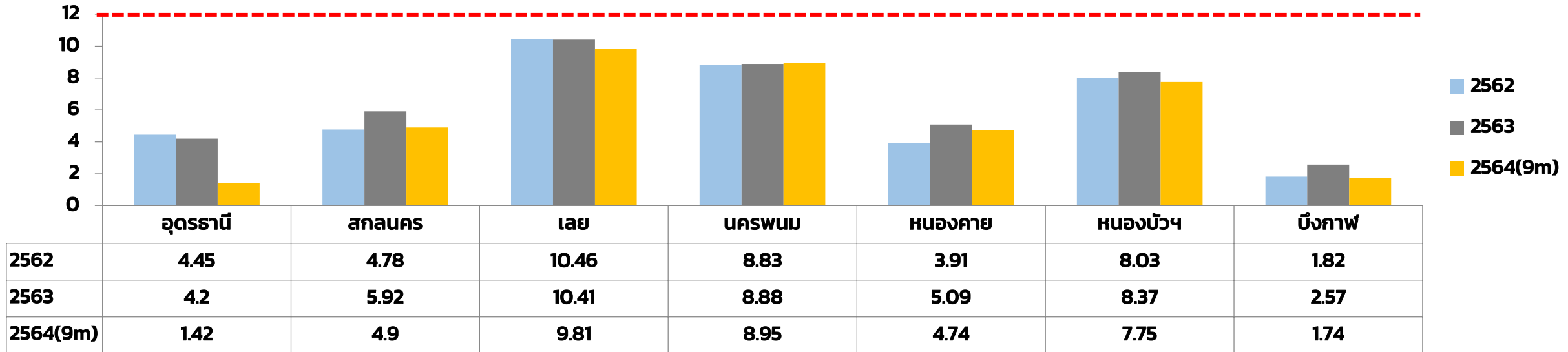
ข้อค้นพบ / มาตรการ

- ❖ **วิเคราะห์ข้อมูลจุดเสี่ยง/จุดอันตราย (Black spot) และติดตามผลการแก้ไขจุดเสี่ยงในเวที ศปถ.จังหวัด แต่ยังไม่ได้รับการแก้ไขครบทุกจุด**
- ❖ พัฒนาระบบ/ขับเคลื่อนงาน RTI
 - จ.นครพนม : **One page** รายงานการเสียชีวิตทุกราย ภายใน 4 ชั่วโมงหลังเกิดอุบัติเหตุ ระดับอำเภอ
 - จ.บึงกาฬ : **นวัตกรรม ถังพักน้ำยาง** ป้องกันน้ำยางพารารั่วไหลในรถบรรทุกยางทุกคัน **MOU กับสถานประกอบการ**
 - จ.เลย : **พัฒนา Google Map** ชี้เป้าจุดเกิดเหตุอำเภอเมือง พัฒนาต่อเนื่อง ปี 2565 **ให้ครบทุกอำเภอ**
 - จ.สกลนคร : จัดทำหลักสูตร**“ทักษะคิด พิชิตอุบัติเหตุทางถนน”** สำหรับนักเรียนทุกระดับและประชาชนทั่วไป
 - จ.หนองคาย : ขับเคลื่อนร่วมกับเครือข่าย **อบรมนักเรียนรุ่นใหม่มีใบขับขี่ 7 สถาบัน, จัดทำ MOU กับสถานประกอบการขนาดใหญ่**
 - จ.หนองบัวลำภู : เสริมสร้างกลไกความปลอดภัยทางถนนในระดับอำเภอ **สร้างความเข้มแข็งของทีม ศปถ.ทุกอำเภอ**
 - จ.อุดรธานี : **ระบบข้อมูลคุณภาพ ข้อมูลเชิงลึกผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บสาหัสทุกราย**
- ❖ อำเภอที่เกินค่าเป้าหมายรอบ 9 เดือน จำนวน 38 อำเภอ



สาขา Trauma

อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง
ใน sw. A, S, M1 ทั้ง Trauma & Non Trauma เป้าหมาย < ร้อยละ 12
(ภาพรวมเขต 8 รอบ 9 เดือน ร้อยละ 3.59)



ที่มา : จากผู้รับผิดชอบงาน SP สาขา Trauma ในแต่ละจังหวัด

ข้อค้นพบ

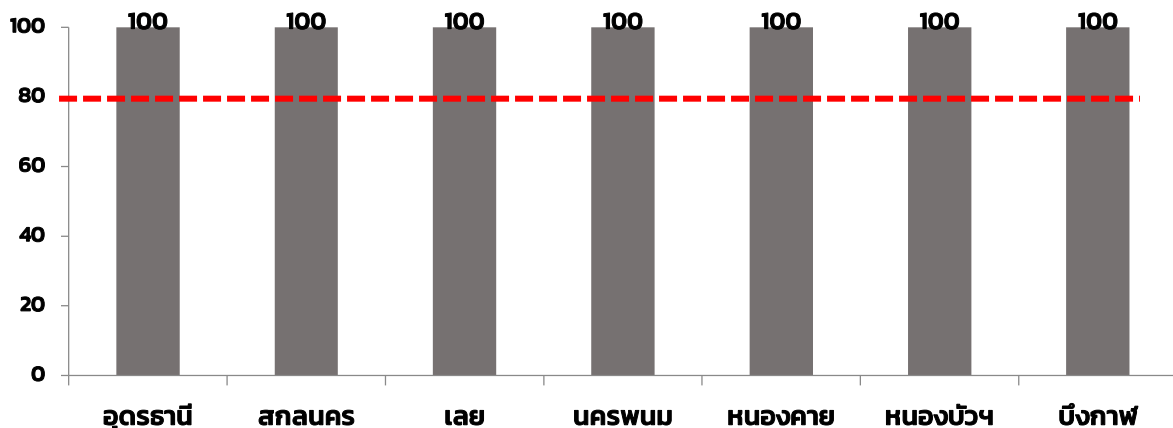
- ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่เป็นกลุ่ม Trauma มีอัตราตายที่สูง (Multiple trauma + HI)
- ER pass to OR ลำช้า
- ER Pass to Admit ลำช้า

โอกาสพัฒนา

- มาตรการลดการบาดเจ็บทางถนน (RTI) ต้องบูรณาการทุกภาคส่วน (ตำรวจ, สถานศึกษา, สถานประกอบการ) **ขับเคลื่อนผ่านกลไก พชอ. เป็นกลไกหลัก**
- หน่วยบริการต้อง **ปรับระบบ** เพื่อให้เกิด **lean process**
- ให้แพทย์ EP หรือแพทย์ที่รับ Consult รับผิดชอบจัดการ case ออกจาก ER ให้รวดเร็วมากขึ้น : Admit, D/C หรือ Refer out และ ควรมีการบริหารจัดการเตียงอย่างมีประสิทธิภาพ

สาขา Intermediate care

ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การรับบาลฟื้นฟู
สภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (Intermediate bed/ ward) > 80%
(ภาพรวมเขต 8 รอบ 9 เดือน ร้อยละ 100)



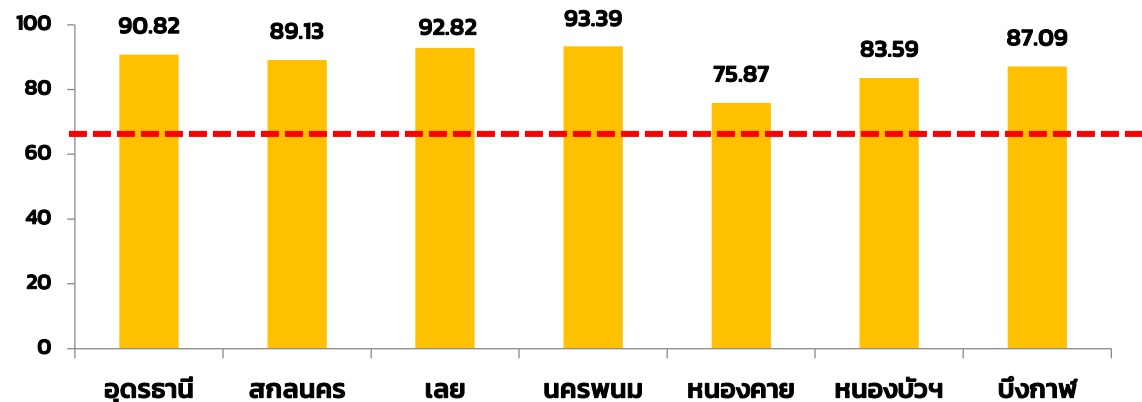
ที่มา : จากผู้รับผิดชอบงาน SP สาขา IMC ในแต่ละจังหวัด

ข้อค้นพบ

- ขาดบุคลากร เช่น แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักกายอุปกรณ์ พยาบาลเวชศาสตร์ฟื้นฟู นักอรรถบำบัด นักกิจกรรมบำบัด
- ขาดยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์
- ขาดความเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยระยะกลาง
- การ Refer back for IMC ไปยังโรงพยาบาลชุมชนยังไม่ทันในผู้ป่วยบางราย

ร้อยละผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index >15 with multiple impairments ได้รับการรับบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 > 65%

(ภาพรวมเขต 8 รอบ 9 เดือน ร้อยละ 89.76)

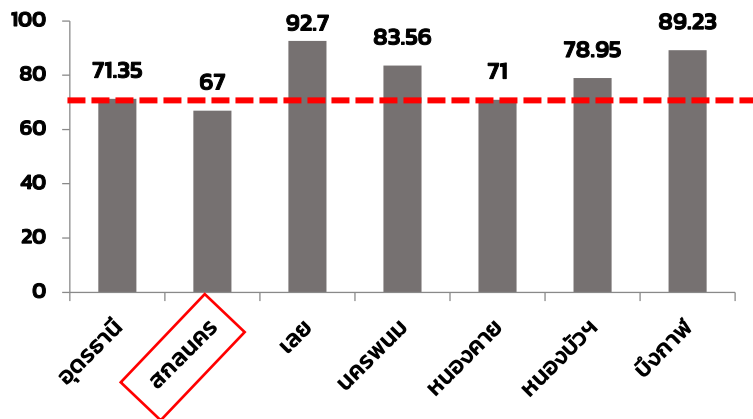


โอกาสพัฒนา

- สนับสนุนบุคลากรให้เพียงพอ
- สนับสนุนยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้เพียงพอ
- พัฒนาโปรแกรมการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยระยะกลางให้ข้อมูลเชื่อมโยงกันได้ และส่วนกลางพัฒนาโปรแกรมการบันทึกข้อมูลและการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย IMC สำหรับใช้งานระดับประเทศ
- Empowerment ผู้รับผิดชอบงานและผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน IMC

สาขา มะเร็ง

ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด
ภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ $\geq$ ร้อยละ 70
(ภาพรวมเขต 8 รอบ 9 เดือน ร้อยละ 77.21)

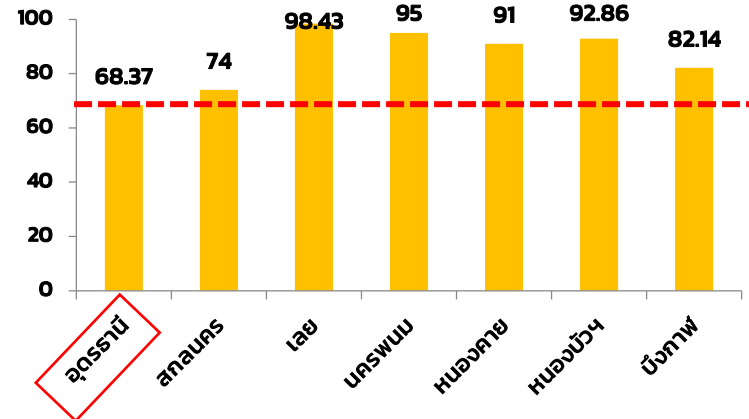


ที่มา : จากผู้รับผิดชอบงาน SP สาขา มะเร็ง ในแต่ละจังหวัด

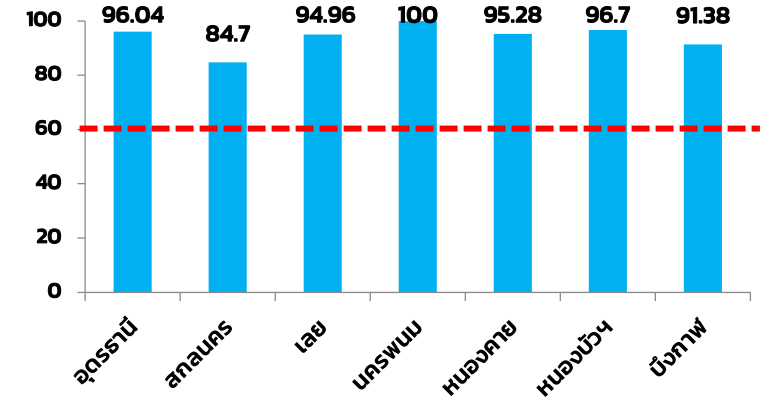
ข้อค้นพบ

- การคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองของประชาชนยังไม่ครอบคลุม และยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ส่งผลให้พบ **Early stage ค่อนข้างน้อย**
- เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้การคัดกรอง (มะเร็งลำไส้, มะเร็งปากมดลูก, มะเร็งเต้านม) ยังไม่ผ่านเกณฑ์

ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด
ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq$ ร้อยละ 70
(ภาพรวมเขต 8 รอบ 9 เดือน ร้อยละ 80.29)



ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา
ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq$ ร้อยละ 60
(ภาพรวมเขต 8 รอบ 9 เดือน ร้อยละ 92.48)

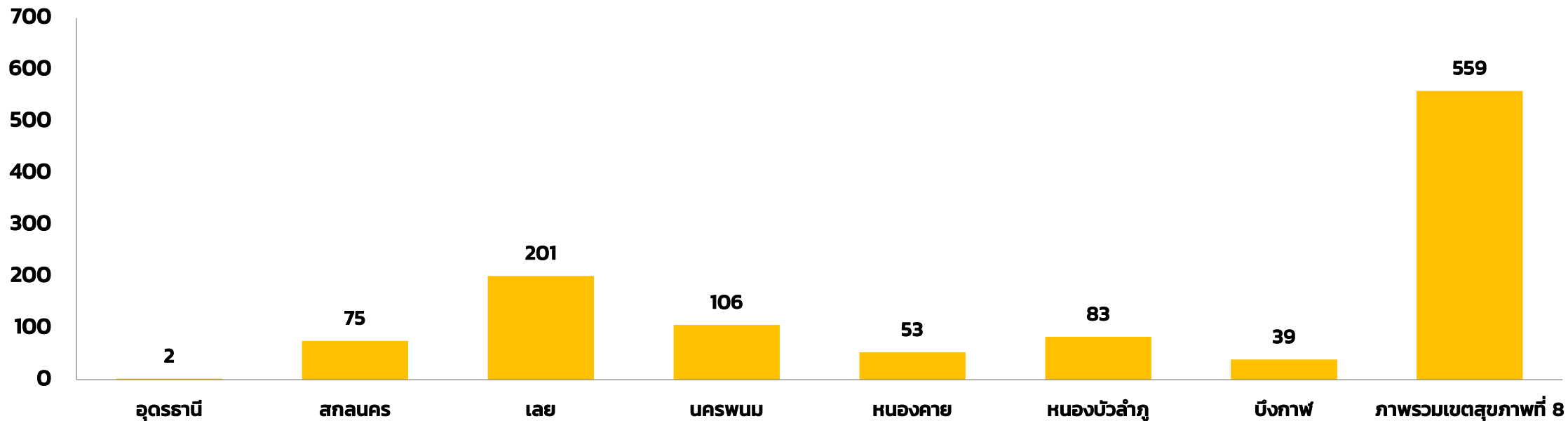


โอกาสพัฒนา

- เพิ่ม Health literacy & Practice ให้ครอบคลุมในสตรีกลุ่มเป้าหมาย
- เร่งรัดการคัดกรองโรคมะเร็งในป๊อบประมาณถัดไป

Cancer Anywhere

จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการตั้งแต่เดือน มกราคม – มิถุนายน 2564 ในเขตสุขภาพที่ 8



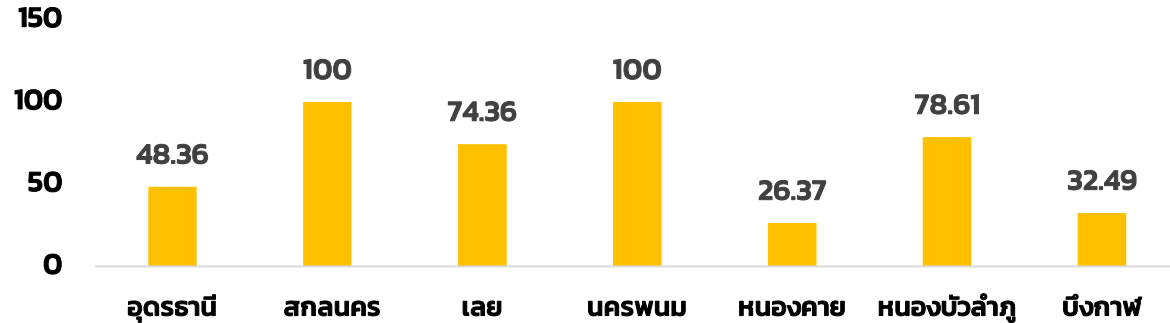
ข้อค้นพบ

- โปรแกรม TCB Plus ยังไม่สามารถดึงข้อมูลบางส่วนจากโปรแกรม TCB ได้ เช่น รูปผลตรวจชิ้นเนื้อ และไม่สามารถแสดงรายงานข้อมูลผู้ป่วย Refer in และ Refer out ได้
- การบันทึกข้อมูลโรคมะเร็งในโปรแกรม TCB Plus ยังไม่ครบถ้วนเป็นปัจจุบัน (ผู้รับผิดชอบงานขาดทักษะในการใช้โปรแกรม)
- รพ.อุดรธานี โปรแกรม TCB Plus ยังไม่เสถียรและคอมพิวเตอร์ยังไม่รองรับในการทำงาน

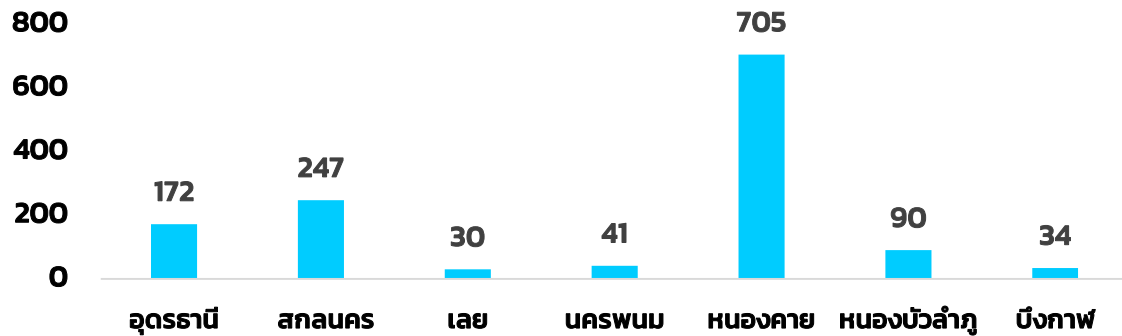
โอกาสพัฒนา

- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ พัฒนาโปรแกรมให้มีประสิทธิภาพในการทำงานเพิ่มขึ้น
- ควรมีการบริการจัดการข้อมูลให้ครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน
- ควรมีการ Update โปรแกรมให้เสถียรพร้อมใช้งาน
- จัดอบรมการใช้งานโปรแกรมให้กับผู้รับผิดชอบ

ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery $\geq 20\%$



จำนวนผู้ป่วยผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery)



- การ Re-admit ภายใน 1 เดือน (เป้าหมาย < ร้อยละ 5)
จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.07



- การบาดเจ็บ CBD injury หรือเกิด massive bleeding (เป้าหมาย < ร้อยละ 1)
จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.15



ข้อค้นพบ

- สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ทำให้ Case ถูกเลื่อนออกไป
- มีการสร้างแนวทางการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและการผ่าตัดแผลเล็กในสถานการณ์โควิด-19
- การติดตามหลังจาก D/C โดยใช้ Node ในพื้นที่เข้ามาดูแลและติดตามโดยใช้ IT เช่น ระบบ COC เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการรับบริการ

โอกาสพัฒนา

- การจัดตั้งศูนย์ One stop service การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ
- เพิ่มศักยภาพและสร้างแรงจูงใจให้แพทย์หลายสาขาให้มากขึ้น
- เน้นการประชาสัมพันธ์เชิงรุก ในพื้นที่ห่างไกล
- พัฒนาการจัดเก็บข้อมูลในกลุ่มโรค ODS โดยดึง IT เข้ามามีส่วนร่วม
- เพิ่มการจัดเตรียมเครื่องมือให้มีความทันสมัย และเพียงพอสามารถรองรับการผ่าตัดที่เพิ่มขึ้นในอนาคต

ผลการดำเนินงาน Service Plan เปรียบเทียบรายจังหวัด

SP	ผลการตรวจราชการ รอบที่ 2							เขต 8
	อุดรธานี	สกลนคร	เลย	นครพนม	หนองคาย	หนองบัว	บึงกาฬ	
สาขา STEMI								
• Dead rate (<9%)	8.01	10.25	6.93	13.73	5.4	4.68	8.16	8.42
• STEMI Treatment (≥ 60%)	58.37	70.16	66.67	83.78	68.18	44.64	95.83	64.59
สาขา Trauma								
• ESI1 dead (<12%)	1.42	4.9	9.81	8.95	4.74	7.75	1.74	3.59
สาขา IMC								
• IMC bed/ward (80%)	100	100	100	100	100	100	100	100
• F/U 6 เดือน (65%)	90.82	89.13	92.82	93.39	75.87	83.59	87.09	89.76
สาขามะเร็ง								
• ผ่าตัด (70%)	71.35	67	92.7	83.56	71	78.95	89.23	77.21
• เคมีบำบัด (70%)	68.37	74	98.43	95	91	92.86	82.14	80.29
• รังสีรักษา (60%)	96.04	84.7	94.96	100	95.28	96.7	91.38	92.48
สาขา ODS (>20%)	48.36	100	74.36	100	26.37	78.61	32.49	53.29
สาขา MIS								
• Re-admit (< 5%)	0.58	0	0	0	0	0	0	0.07
• CBD injury (< 1%)	0	0	0	0	0	2.22	0	0.15



Thank You

