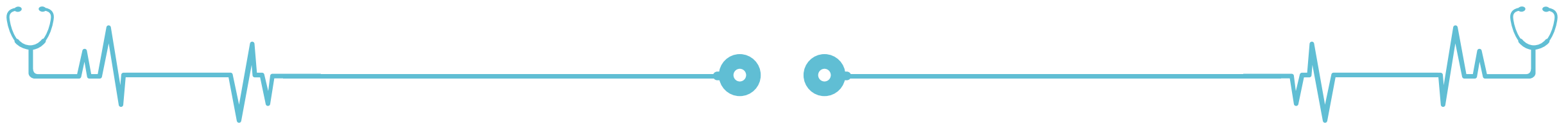
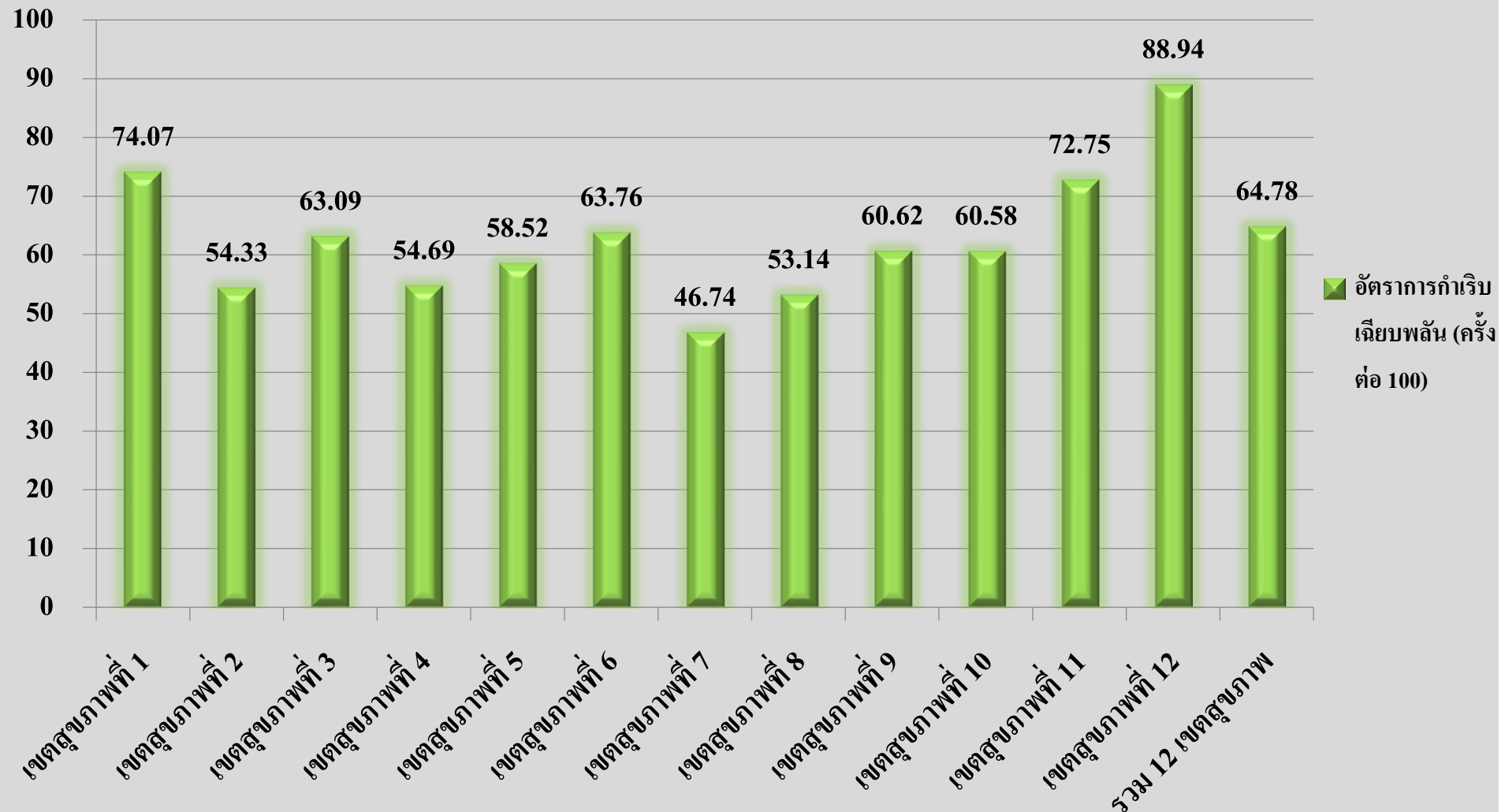


COPD



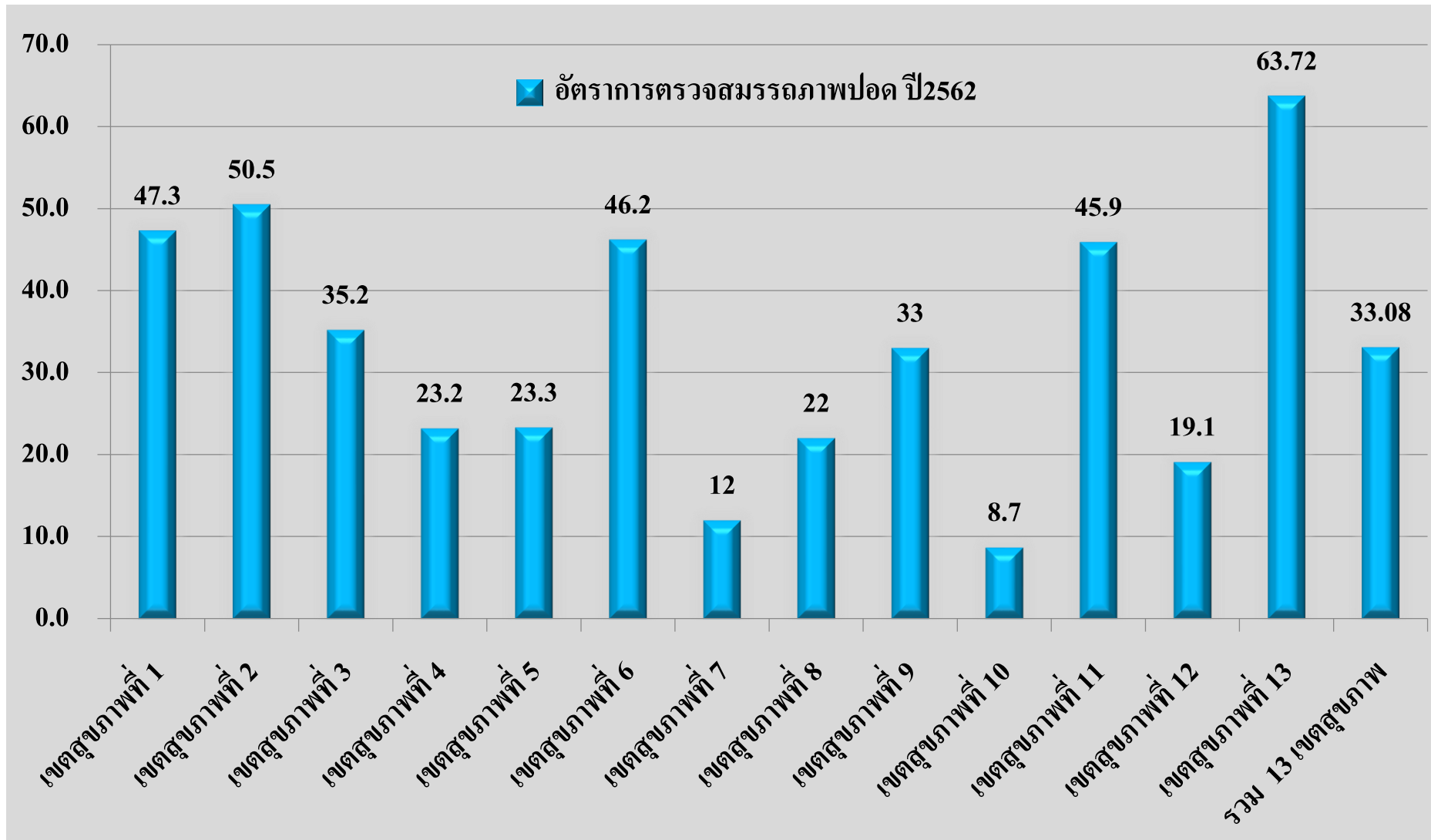
ตัวชี้วัดที่ 1 : อัตราการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
ปี 2562 (ครั้งต่อ 100 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง)



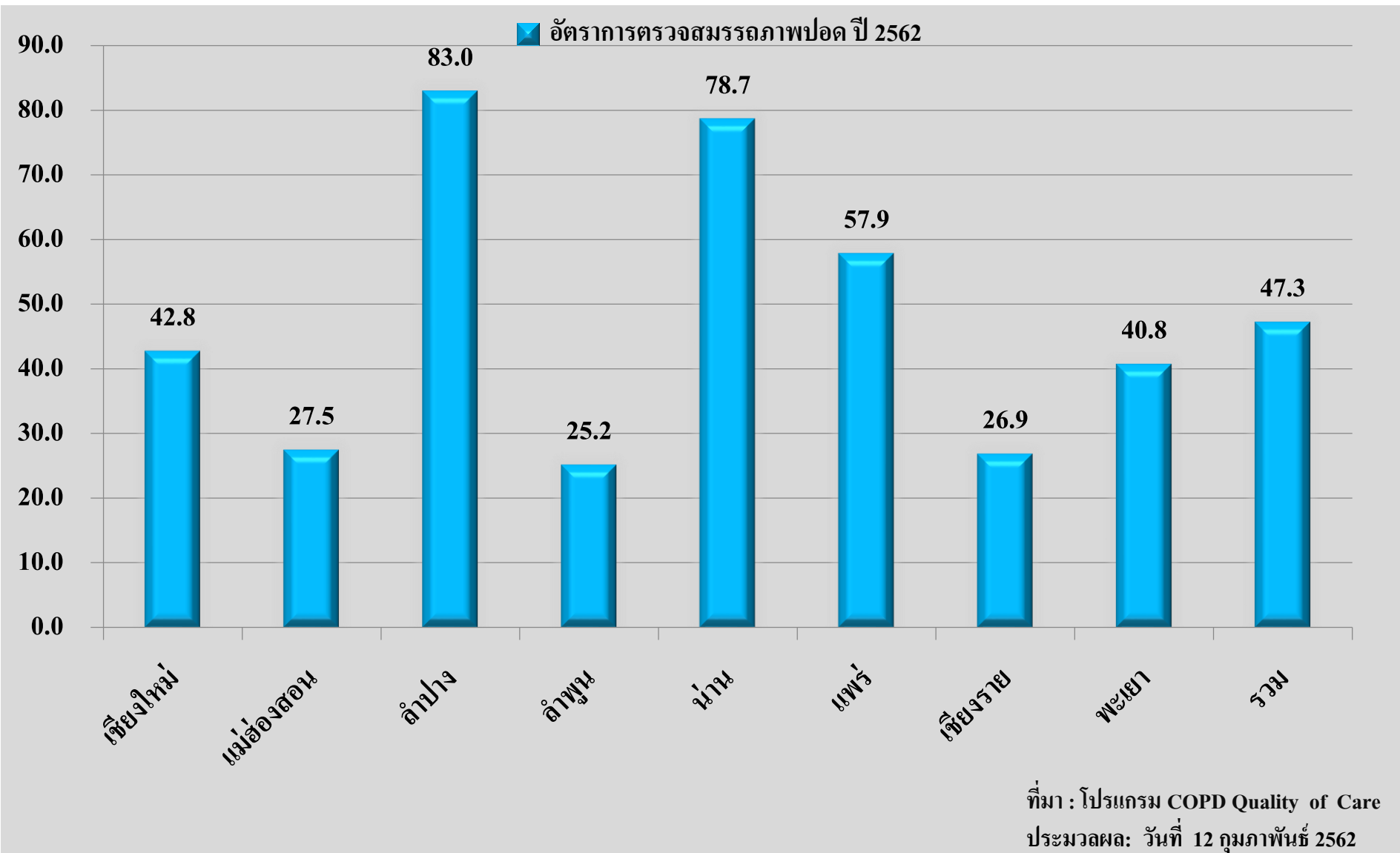
ที่มา : ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ปี 2561
ประมวลผล: วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2562

อัตราการตรวจสมรรถภาพปอด

ปีงบประมาณ 2562

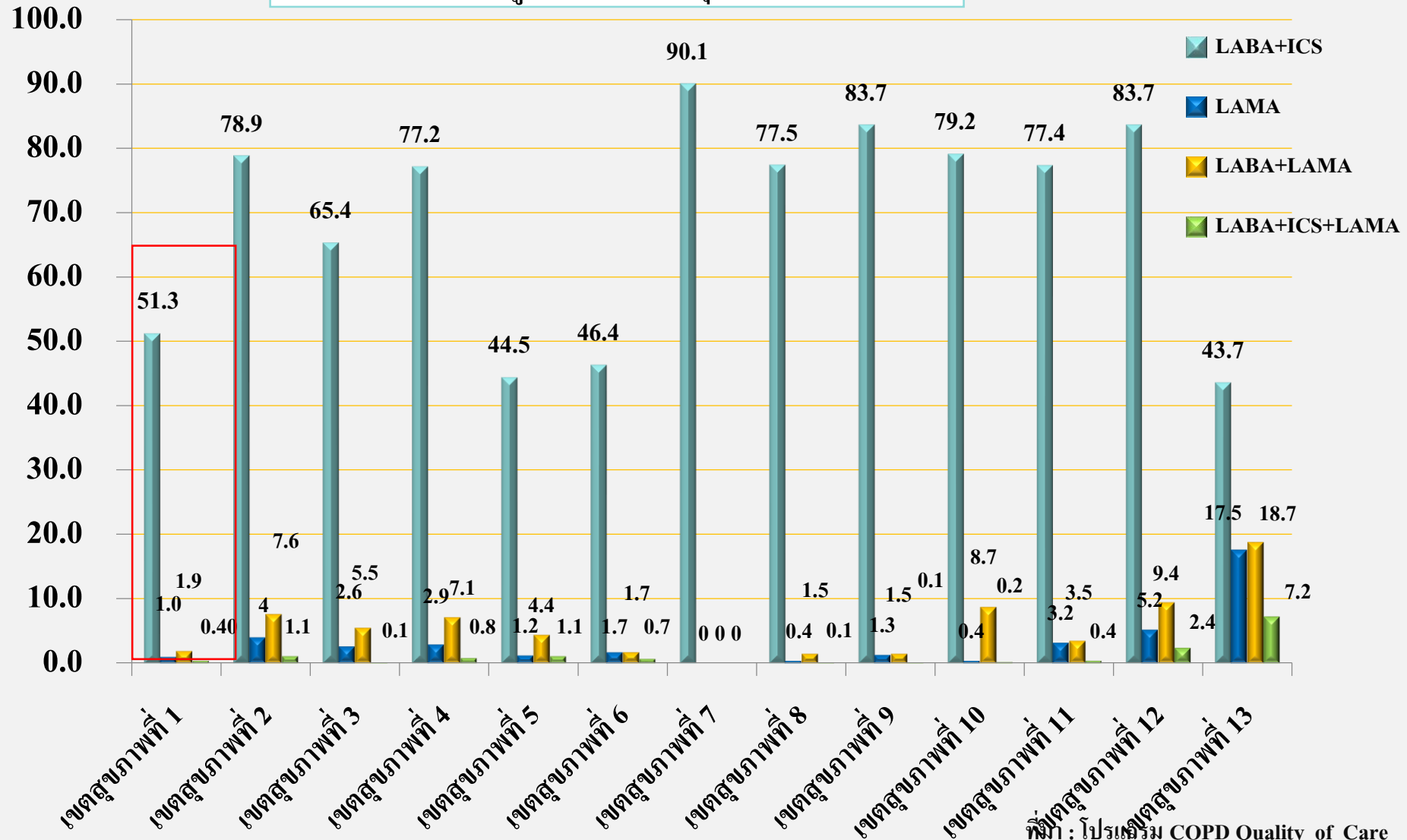


อัตราการตรวจสมรรถภาพปอด
ปีงบประมาณ 2562 เขตสุขภาพที่ 1
รายจังหวัด



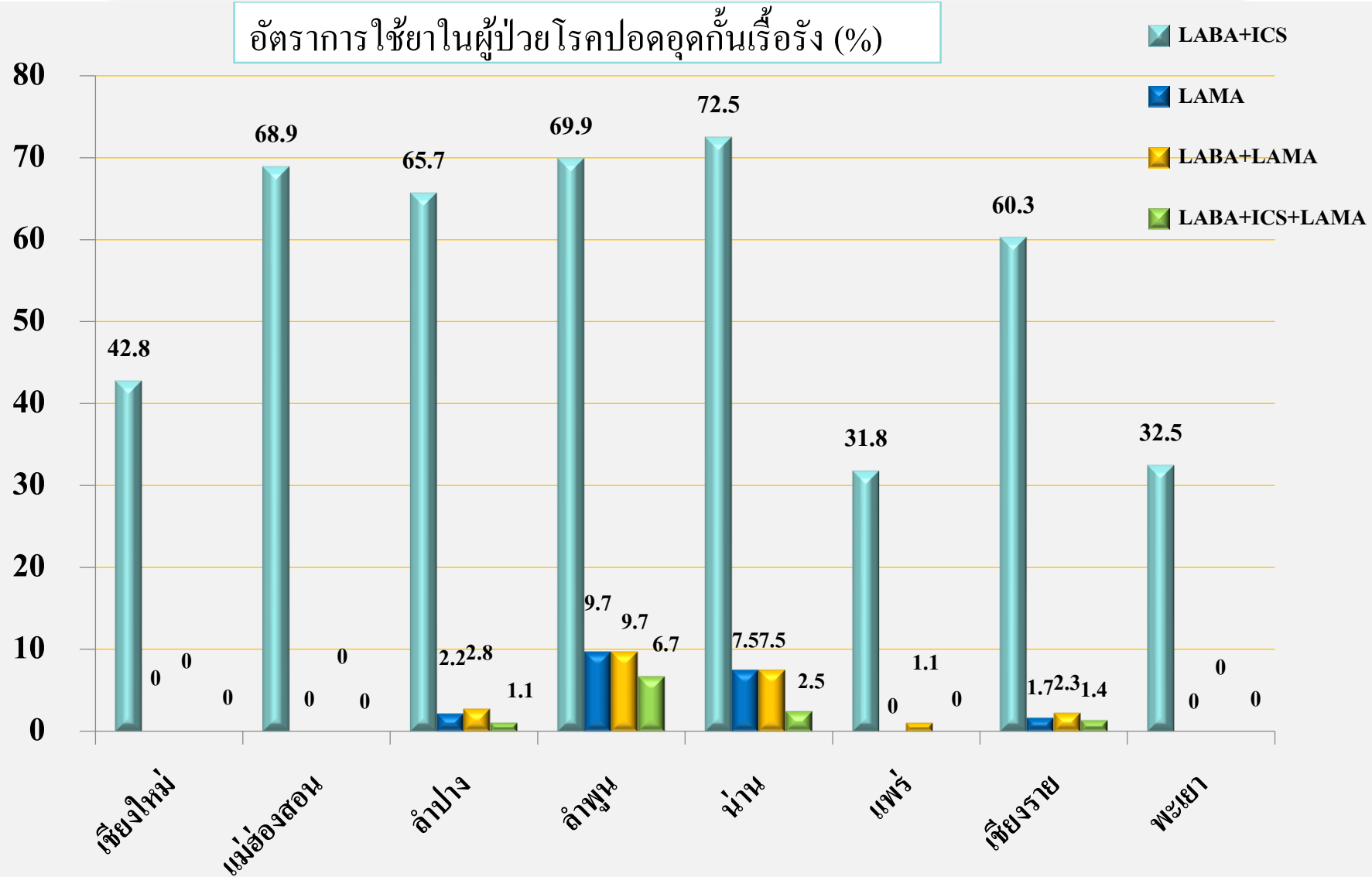
ข้อมูลการใช้ยาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปี 2562

อัตราการใช้ยาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (%)



ที่มา : โปรแกรม COPD Quality of Care
ประมวลผล: วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2562

ข้อมูลการใช้ยาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปี 2562 รายจังหวัด

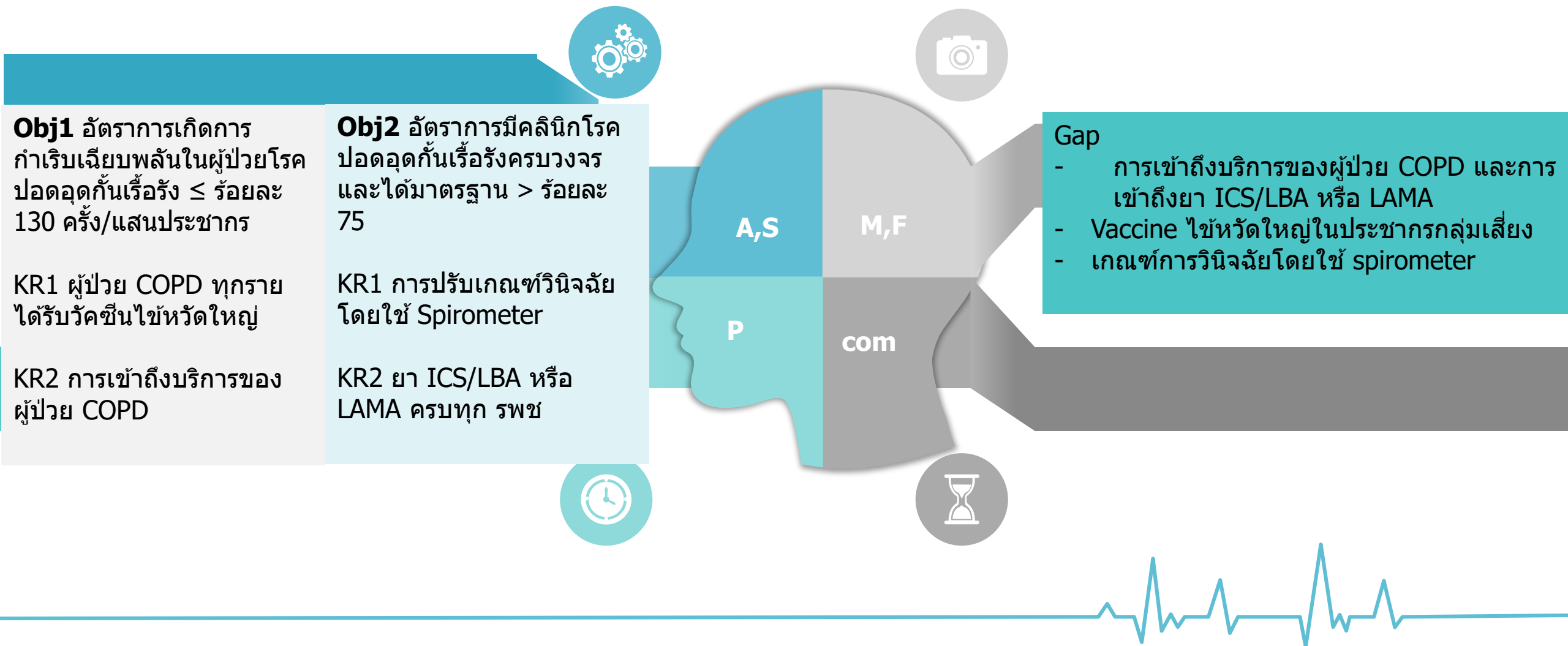


ที่มา : โปรแกรม COPD Quality of Care
ประมวลผล: วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2562

COPD : อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

KR1 อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง $\leq$ ร้อยละ 130 ครั้ง/แสนประชากร

KR2. อัตราการมีคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครบวงจรและได้มาตรฐาน $>$ ร้อยละ 75



แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ (Inspection Guideline)

ประเด็นที่ : ลดแออัด ลดรอคอย

ประเด็น/หัวข้อ การพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ

ตัวชี้วัด

๑. ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ

๒. จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ ๔ และ ๕ (Non trauma) ลดลง

คำนิยาม ห้องฉุกเฉินคุณภาพ หมายถึง ห้องฉุกเฉินที่มีมาตรฐาน ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน อย่างทันเวลา ปลอดภัยและประทับใจ โดยเน้นใน ๓ มิติ คือ

๑. พัฒนาระบบบริการที่มีมาตรฐาน ได้แก่ ๑) การจัดการบริการตามแนวทาง ER service delivery ๒) ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการ Admit อยู่ในห้องฉุกเฉิน ไม่เกิน ๒ ชั่วโมง (ER target time ๒ ชั่วโมง) ๓) เพิ่มทางเลือกให้ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน

๒. พัฒนาระบบสนับสนุนที่มีมาตรฐาน ได้แก่ ๑) การจัดให้มีโครงสร้างและพื้นที่ห้องฉุกเฉินให้มีมาตรฐาน เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร ๒) พัฒนาระบบสารสนเทศ

๓. พัฒนาและธำรงรักษากำลังคน วางแผนกำลังคนแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (EP) พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน (ENP) และนักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ (Paramedic)

สถานการณ์/ปัญหา (ภาพประเทศ)

๑. จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการห้องฉุกเฉิน ๓๕ ล้านครั้ง/ปี และมากกว่า ๖๐% เป็นผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน

๒. ขาดบุคลากรผู้เชี่ยวชาญทั้งแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (EP) พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน (ENP) และนักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ (Paramedic)

๓. ขาดระบบข้อมูลห้องฉุกเฉินที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

มาตรการ/แนวทาง ของกรมที่เกี่ยวข้อง

แนวทางการดำเนินงานและการสนับสนุนของกรมที่เกี่ยวข้อง (โครงการ, ทรัพยากร, องค์ความรู้, ผู้เชี่ยวชาญ, การอบรม)

หน่วยงานที่รับผิดชอบ	แนวทางการดำเนินงาน	ระยะเวลาดำเนินการ (ทำเมื่อไร /เวลาเท่าไร)
<u>กองบริหารการสาธารณสุข สป.</u>	๑. พัฒนาระบบบริการ ๑.๑ จัดบริการตามแนวทาง ER service delivery - มีระบบ Fasttrack อย่างน้อย ๔ กลุ่มโรค คือ STEMI , Stroke, Sepsis, Trauma - มีการวางแผนการพัฒนาการบริการตามแนวทาง ER Service delivery ๑.๒ ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการ Admit อยู่ในห้องฉุกเฉิน ไม่เกิน ๒ ชั่วโมง (ER target time ๒ ชั่วโมง) - มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนา ER คุณภาพ - จัดให้มีระบบสนับสนุนการวินิจฉัยโรค เช่น Lab, X-ray , Ultrasound ที่เข้าถึงได้อย่างรวดเร็ว และมีข้อตกลงร่วมกันกับแผนกที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดระยะเวลาการรายงานผล - จัดให้มีระบบปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ	เริ่มดำเนินการ ๑ ต.ค. ๖๒

หน่วยงานที่รับผิดชอบ	แนวทางการดำเนินงาน	ระยะเวลาดำเนินการ (ทำเมื่อไร /เวลาเท่าไร)
	- ให้แพทย์เวรห้องฉุกเฉินสามารถ Admit ผู้ป่วยได้โดยตรงตามเกณฑ์หรือข้อตกลงร่วมในโรงพยาบาล - ให้มีระบบบริหารจัดการเตียงในระดับรพ. แก้ปัญหาเตียงเต็ม - มีการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการ admit ที่อยู่ ER มากกว่า ๒ ชั่วโมง ๑.๓ เพิ่มทางเลือกให้ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน - ให้มีการจัดระบบคัดแยก (Triage) โดยใช้เกณฑ์ MOPH ED Triage - มีการแยก Zone บริการผู้ป่วยฉุกเฉิน กับผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน เช่น OPD นอกเวลาราชการ, Urgent Clinic เป็นต้น ๒. พัฒนาระบบสนับสนุน ๒.๑ ให้มีการจัดโครงสร้างและพื้นที่ห้องฉุกเฉินให้มีมาตรฐาน เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร - Double door with access control (กรณีที่ไม่สามารถทำเป็น Double door with access control ได้ให้จัดทำเป็น access control) • ประตู ๒ ชั้น โดยชั้นในมีระบบ Access control • มีเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยตลอด ๒๔ ชั่วโมง • มีกล้องวงจรปิด • มีมาตรการป้องกันและรักษาความปลอดภัยตามข้อสั่งการของกระทรวงสาธารณสุข - ห้องรอตรวจ/พื้นที่รอตรวจ (Waiting room/area) • มีห้องรอตรวจ/พื้นที่รอตรวจที่แยกจากพื้นที่รอตรวจส่วนอื่นของโรงพยาบาลอย่างชัดเจน • มีป้าย/สัญลักษณ์ที่แสดงระดับการคัดแยกและขั้นตอนการรักษาในห้องฉุกเฉิน • มีระบบคิว ระบบแสดงสถานะการรักษา - ห้องแยกโรค (Isolation room) • มีห้องแยกโรคที่มีระบบ Negative pressure สำหรับผู้ป่วยที่มีโอกาสกระจายเชื้อทางอากาศ (Airborne Transmission) • ห้องแยกโรคควรอยู่ด้านหน้าหรือบริเวณ Triage เพื่อให้ทำการรักษาได้ทันที และแยกจากผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๒.๒ พัฒนาระบบสารสนเทศ - มีระบบ Ambulance Operation Center (AOC) ซึ่งควรประกอบด้วย • ระบบสารสนเทศบริหารจัดการรถพยาบาลใน	

หน่วยงานที่รับผิดชอบ	แนวทางการดำเนินงาน	ระยะเวลาดำเนินการ (ทำเมื่อไร /เวลาเท่าไร)
	เครือข่าย, GPS และระบบการแจ้งเตือนเมื่อรถพยาบาลมีความเร็วเกินกำหนด • ระบบติดตามสัญญาณชีพผู้ป่วยในรถพยาบาล - ให้มีการส่งข้อมูลผู้รับบริการห้องฉุกเฉินทุกราย ผ่านแฟ้ม “ACCIDENT” ในระบบข้อมูล ๔๓ แฟ้ม - มี TEA Unit ที่มีมาตรฐานตามเกณฑ์ ๓. พัฒนาและธำรงรักษากำลังคน - มีการวางแผนกำลังคนของแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินและนักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ - มีการพัฒนาบุคลากรตามมาตรฐาน ER Service Delivery - มีการวางแผน ซ้อมแผนและมาตรการเพื่อป้องกันความรุนแรงที่อาจจะเกิดกับบุคลากร	

Small Success

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑. แต่งตั้งคณะกรรมการห้องฉุกเฉินคุณภาพระดับเขตสุขภาพ ระดับจังหวัด และระดับโรงพยาบาล ๒. วางแผนการพัฒนาตามเกณฑ์ ER คุณภาพ รวมทั้งจัดระบบบริหารจัดการผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉิน และระบบบริหารจัดการ ER target time ๒-hr target	๑. จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉิน ระดับ ๔ และ ๕ (Non trauma) ลดลงจากเดิมร้อยละ ๕ ๒. ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการ admit อยู่ในห้องฉุกเฉินไม่เกิน ๒ ชม. > ร้อยละ ๓๐ ๓. เครือข่ายห้องฉุกเฉินในระดับจังหวัดมีการจัดบริการตามเกณฑ์ ER คุณภาพ ๔. พัฒนาระบบ Teleconsultation ร้อยละ ๓๐	๑. จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ ๔ และ ๕ ลดลงจากเดิมร้อยละ ๗ ๒. ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการ admit อยู่ในห้องฉุกเฉินไม่เกิน ๒ ชม. > ร้อยละ ๔๐ ๓. พัฒนาระบบ Teleconsultation ร้อยละ ๔๐ ๔. พัฒนาระบบ AOC ๖ เขตสุขภาพ	๑. รพศ. ๓๔ แห่ง ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ ร้อยละ ๘๐ ๒. จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉิน ระดับ ๔ และ ๕ (Non trauma) ลดลงร้อยละ ๑๐ ๔. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการ admit อยู่ในห้องฉุกเฉินไม่เกิน ๒ ชม. (๒ - hr target) > ร้อยละ ๕๐ ๕. พัฒนาระบบ Teleconsultation ร้อยละ ๕๐ ๖. พัฒนาระบบ AOC ให้ครบทุกเขตสุขภาพ อย่างน้อยเขตสุขภาพ ละ ๑ แห่ง

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองบริหารการสาธารณสุข

ผู้ประสานงานประเด็น/ตัวชี้วัด (ผู้ประสานหลัก)

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นางเกวณีน ชื่นเจริญสุข	รองผู้อำนวยการกองบริหาร การสาธารณสุข	Tel. ๐๒-๕๙๐-๑๖๔๓ Mobile ๐๘๙-๘๙๒๖๒๕๔ e-mail : kavalinc@hotmail.com	ห้องฉุกเฉินคุณภาพ
นพ.ชาติชาย คล้ายสุบรรณ	รองผู้อำนวยการฝ่าย การแพทย์ โรงพยาบาล เจ้าพระยาอภัยภูเบศร	Mobile ๐๘๖-๑๔๑๔๗๖๙ e-mail : beera๐๒๔@gmail.com	ห้องฉุกเฉินคุณภาพ
นางณัฏฐิณา รังสินธุ์	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ กองบริหารการสาธารณสุข	Tel. ๐๒-๕๙๐-๑๖๓๗ Mobile ๐๘๗-๖๘๒๘๘๐๙ e-mail : nuttinab๒๔@gmail.com	ห้องฉุกเฉินคุณภาพ

เป็นผู้รวบรวมรายงาน ๑๒ เขต (ทั้งประเทศ) ๑ กรม

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นางณัฏฐิณา รังสินธุ์	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ กองบริหารการสาธารณสุข	Tel. ๐๒-๕๙๐-๑๖๓๗ Mobile ๐๘๗-๖๘๒๘๘๐๙ e-mail : nuttinab๒๔@gmail.com	ห้องฉุกเฉินคุณภาพ

เอกสารแนบ

โรงพยาบาลนาร่อง จำนวน ๒๑ แห่ง

เขตสุขภาพที่ ๑ รพ.เชียงใหม่ประชานุเคราะห์ และ รพ.ลำปาง

เขตสุขภาพที่ ๒ รพ.พุทธชินราช

เขตสุขภาพที่ ๓ รพ.สวรรค์ประชารักษ์

เขตสุขภาพที่ ๔ รพ.พระนครศรีอยุธยา รพ.สระบุรี และ รพ.ปทุมธานี (ระดับ S โรงพยาบาลจตุรทิศ)

เขตสุขภาพที่ ๕ รพ.นครปฐม

เขตสุขภาพที่ ๖ รพ.ชลบุรี และ รพ.ระยอง

เขตสุขภาพที่ ๗ รพ.ขอนแก่น

เขตสุขภาพที่ ๘ รพ.อุดรธานี

เขตสุขภาพที่ ๙ รพ.มหาวิทยาลัยราชภัฏ และรพ.บุรีรัมย์

เขตสุขภาพที่ ๑๐ รพ.สรรพสิทธิประสงค์

เขตสุขภาพที่ ๑๑ รพ.วชิระภูเก็ต และรพ.สุราษฎร์ธานี

เขตสุขภาพที่ ๑๒ รพ.หาดใหญ่

โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ จำนวน ๓ แห่ง ได้แก่ รพ.ราชวิถี รพ.เลิดสิน และ รพ.นพรัตนราชธานี

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2563

ประเด็นที่ 2 : ลดแออัด ลดรอคอย

หัวข้อ โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ และการผ่าตัดแผลเล็ก
One Day Surgery and Minimal invasive surgery

หลักการและเหตุผล ความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาล ส่งผลต่อผู้ป่วยในการเข้าถึงบริการ รวมถึงประสิทธิภาพในการดูแลรักษาของโรงพยาบาล ที่ส่งผลกระทบต่อผลการรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล ระบบการให้บริการที่สามารถลดวันนอนสำหรับผู้ป่วยในได้โดยใช้เทคนิคการดูแลรักษา ร่วมกับใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ ด้านเวชภัณฑ์และเครื่องมือที่ทันสมัย รวมถึงการสื่อสาร และความร่วมมือของทีมการรักษา กับครอบครัวผู้ป่วย ในการร่วมกันดูแล เพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการ ลดภาระค่าใช้จ่ายทั้งภาคประชาชนและภาครัฐ

วัตถุประสงค์ ใช้ระบบบริการการผ่าตัดวันเดียวกลับ และการผ่าตัดแผลเล็ก ได้อย่างมีประสิทธิภาพในการลดความแออัดของผู้ป่วยใน ในกลุ่มโรคที่ดำเนินงาน

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery

คำนิยาม : การผ่าตัดวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) หมายถึง การรับผู้ป่วยเข้ามาเพื่อรับการรักษา ทำหัตถการ หรือผ่าตัดที่ได้มีการเตรียมการไว้ล่วงหน้า และสามารถให้กลับบ้านในวันเดียวกันกับวันที่รับไว้ทำหัตถการ หรือผ่าตัดอยู่ในโรงพยาบาลตั้งแต่ 2 ชั่วโมง ถึงเวลาจำหน่ายออกไม่เกิน 24 ชั่วโมง ตามรายการหัตถการแนบท้ายการรักษากการผ่าตัดวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) (ICD-9-CM Procedures) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด : $(A/B) \times 100$ โดยที่

A = จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการผ่าตัด One Day Surgery

B = จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไขในการเข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery ด้วยโรคที่กำหนด (Principle diagnosis)

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ 1			
ร้อยละ 20	จัดตั้งหน่วยให้บริการเพิ่มเติม แนวทางคู่มือของ กรมการแพทย์	ประเมินรูปแบบการ ให้บริการมีมาตรฐานตาม แนวทางการดำเนินงานและ ข้อเสนอแนะด้านความ ปลอดภัย กรมการแพทย์	มีหน่วยงานที่ให้บริการ ในโรงพยาบาลทุก ระดับที่มีความพร้อม และสมัครใจ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ 2			
ร้อยละ 40	เก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับ บริการ One Day Surgery	ร้อยละ 60

Small Success

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
โรงพยาบาลทุกระดับที่มีความพร้อมในเขตสุขภาพเข้าใจแนวทางการดำเนินงาน ODS ตาม	โรงพยาบาลทุกระดับที่มีความพร้อมและสมัครใจ	โรงพยาบาลทุกระดับสามารถดำเนินการ ODS ได้อย่างน้อย	โรงพยาบาลให้บริการผ่าตัด ODS เป็นแบบ One Stop service

โรคและเหตุการณ์ที่เพิ่มในปี 2563 ได้อย่างเป็นระบบ สามารถ วางแผนและพัฒนาการให้บริการ อย่างเหมาะสมตามบริบท	สามารถดำเนินการได้เพิ่ม อย่างน้อย 1 แห่ง ต่อเขตสุขภาพ	จังหวัดละ 1 แห่ง	อย่างน้อย เขตละ 1-2 แห่ง
---	---	------------------	-----------------------------

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : กรมการแพทย์

ผู้ประสานงานประเด็น/ตัวชี้วัด (ผู้ประสานหลัก) (ประสานงานและรวบรวมรายงาน 12 เขตสุขภาพ จัดทำ
Executive Summary และ Slide Presentation เพื่อสรุปผลตรวจราชการ)

เขต สุขภาพที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	เบอร์ติดต่อ/ E-mail
1	นายแพทย์อภิศักดิ์ วิทยานุกุลลักษณ์	ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์เขต สุขภาพที่ 1 กรมการแพทย์	มือถือ: 08 9757 0560 โทรศัพท์: 0 5329 8082 โทรสาร: 0 5337 2732 E-mail: drapisak@hotmail.com
2	นายแพทย์ถาวรรัฐ เรือนโรจน์รุ่ง	ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์เขต สุขภาพที่ 2 กรมการแพทย์	มือถือ: 08 1888 5664 โทรศัพท์: 0 5433 5262 ต่อ 181 E-mail: rtawarat@hotmail.com
3	แพทย์หญิงสุรรัฐยา ศิริอาชากุล	ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์เขต สุขภาพที่ 3 กรมการแพทย์	มือถือ: 081 6113010 โทรศัพท์: 0 3642 2515 โทรสาร: 0 3642 1679 E-mail: catsurattaya@hotmail.com
4	ร้อยโทนายแพทย์ปิยะวัชร เลิศสมบุรณ์	ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์เขต สุขภาพที่ 4 กรมการแพทย์	มือถือ: 08 1911 6823 โทรศัพท์: 0 2547 0999 ต่อ 30054 โทรสาร: 0 2547 0935 E-mail: piyawat_le@hotmail.com
5	นายแพทย์ปิยวัฒน์ เลาวหุตานนท์	ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์เขต สุขภาพที่ 5 กรมการแพทย์	มือถือ: 06 1413 3268 โทรศัพท์: 0 2202 6800 โทรสาร: 0 2354 7027 E-mail: medical124@hotmail.com
6	นายแพทย์เขตต์ ศรีประทักษ์	ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์เขต สุขภาพที่ 6 กรมการแพทย์	มือถือ: 08 1766 3224 โทรศัพท์: 0 2547 0999 ต่อ 30870 โทรสาร: 0 2547 0935 E-mail: Milisriprutr@gmail.com
7	แพทย์หญิงนัยนา ณีชนะนันท์	ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์เขต สุขภาพที่ 7 กรมการแพทย์	มือถือ: 08 1629 3005 E-mail: nongbhu@yahoo.com
8	แพทย์หญิงน้ำทิพย์ หมั่นพลศรี	ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์เขต สุขภาพที่ 8 กรมการแพทย์	มือถือ: 08 1380 1674 โทรศัพท์: 0 4220 7375-80 โทรสาร: 0 4220 7384 E-mail: namtip.radio@gmail.com

9	ว่าที่ร้อยตำรวจโทหญิงนา ศิริวิวัฒนากุล	ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์เขต สุขภาพที่ 9 กรมการแพทย์	มือถือ: 08 1687 4178 โทรศัพท์: 0 2354 8108 ต่อ 5500, 5504 โทรสาร: 0 2354 8108 ต่อ 5505 E-mail: napa_s1@hotmail.com
10	นายแพทย์เฉลิมพล ไชยรัตน์	ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์เขต สุขภาพที่ 10 กรมการแพทย์	มือถือ: 08 4120 4255 โทรศัพท์: 0 2517 4270 โทรสาร: 0 2517 4262 E-mail: chalermpoonchairat@gmail.com
11	แพทย์หญิงฟ้าใส รักดีกมล	ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์เขต สุขภาพที่ 11 กรมการแพทย์	มือถือ: 08 8244 9090 โทรศัพท์: 0 7727 7555 ต่อ 1308 โทรสาร: 0 7727 7556 E-mail: Nice_sky@hotmail.com
12	แพทย์หญิงวายุพา วงศ์วิกรม	ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์เขต สุขภาพที่ 12 กรมการแพทย์	มือถือ: 08 8826 5544 โทรศัพท์: 0 2590 6245 โทรสาร: 0 2965 9844 E-mail: wongwayupa@gmail.com
13	นายแพทย์ทวีชัย วิษณุโยธิน	นายแพทย์เชี่ยวชาญ รพ.มหาราช นครราชสีมา	มือถือ: 08 1967 4148 โทรศัพท์: 0 4423 5000 E-mail: taweetchai1@hotmail.com
14	นายแพทย์วิบูลย์ ภัณฑาภิรักษ์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ รพ.พหลพล พยุหเสนา	มือถือ: 08 1941 7746 โทรศัพท์: 0 3458 7800 E-mail: wibunphantha@yahoo.com

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/e-mail address	ประเด็นที่ รับผิดชอบ
นพ.กิตติวัฒน์ มะโนจันทร์	ตำแหน่ง : ผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบ การแพทย์ กรมการแพทย์	Tel : 0 2517 4270-9 ต่อ 7678-9 Mobile : 082 649 4884 e-mail : kityimpan@gmail.com	วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และ ข้อเสนอแนะ
นางจุฬารักษ์ สิงห์กลางพล	ตำแหน่ง : หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาระบบ บริการสุขภาพ สำนักนิเทศระบบการแพทย์กรมการ แพทย์	Tel : 0 2590 6329 โทรสาร : 0 2965 9851 e-mail : sp.dms57@gmail.com	สรุปผลการ ดำเนินการ ปัญหา อุปสรรค และ ข้อเสนอแนะ
นายปวิช อภิบาลกุล	ตำแหน่ง : นักวิเคราะห์นโยบายและ แผนปฏิบัติการ สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการ แพทย์	Tel : 0 2590 6347 Mobile : 08 5959 4499 โทรสาร : 0 2591 8279 E-mail : eva634752@gmail.com	ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน

รายการหัตถการแบบหัตถการรักษารักษาการผ่าตัดวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) (ICD-9-CM Procedures) ของ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ดังนี้

ลำดับ	กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหัตถการ (ICD-9-CM 2010)
-------	----------	--

1	Inguinal hernia	ICD10 – ICD9 : 53.00 Unilateral repair of inguinal hernia, not otherwise specified 53.01 Other and open repair of direct inguinal hernia 53.02 Other and open repair of indirect inguinal hernia 53.03 Other and open repair of direct inguinal hernia with graft or prosthesis 53.04 Other and open repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis 53.05 Repair of inguinal hernia with graft or prosthesis, not otherwise Specified 53.10 Bilateral repair of inguinal hernia, not otherwise specified 53.11 Other and open bilateral repair of direct inguinal hernia 53.12 Other and open bilateral repair of indirect inguinal hernia 53.13 Other and open bilateral repair of inguinal hernia, one direct and one indirect 53.14 Other and open bilateral repair of direct inguinal hernia with graft or prosthesis 53.15 Other and open bilateral repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis 53.16 Other and open bilateral repair of inguinal hernia, one direct and one indirect, with graft or prosthesis 53.17 Bilateral inguinal hernia repair with graft or prosthesis, not otherwise specified 53.21 Unilateral repair of femoral hernia with graft or prosthesis 53.29 Other unilateral femoral herniorrhaphy 53.31 Bilateral repair of femoral hernia with graft or prosthesis 53.39 Other bilateral femoral herniorrhaphy
2	Hydrocele	ICD10 – ICD9 : 61.2 Excision of hydrocele (of tunica vaginalis)
3	Hemorrhoid	ICD10 – ICD9 : 49.44 Destruction of hemorrhoids by cryotherapy 49.45 Ligation of hemorrhoids 49.46 Excision of hemorrhoids 49.49 Other procedures on hemorrhoids
4	Vaginal bleeding	ICD10 – ICD9 : 68.16 Closed biopsy of uterus 68.21 Division of endometrial synechiae 68.22 Incision or excision of congenital septum of uterus 68.23 Endometrial ablation 68.29 Other excision or destruction of lesion of uterus
5	Esophagogastric varices (Esophageal varices, Gastric varices)	ICD10 : I85.0 Oesophageal varices with bleeding I85.9 Oesophageal varices without bleeding I86.4 Gastric varices I98.2* Oesophageal varices without bleeding in diseases classified elsewhere I98.3* Oesophageal varices with bleeding in diseases classified elsewhere ICD9 :

		42.33 Endoscopic excision or destruction of lesion or tissue of Esophagus 43.41 Endoscopic excision or destruction of lesion or tissue of stomach 44.43 Endoscopic control of gastric or duodenal bleeding
6	Esophageal-Gastric Stricture	ICD10 – ICD9 : 42.92 Dilation of esophagus 44.22 Endoscopic dilation of pylorus
7	Esophagogastric cancer with obstruction (Esophageal cancer, gastric cancer)	ICD10 : C15 Malignant neoplasm of oesophagus C16 Malignant neoplasm of stomach ICD9 : 42.33 Endoscopic excision or destruction of lesion or tissue of Esophagus 42.81 Insertion of permanent tube into esophagus
8	Colorectal polyp (colonic, rectal polyp)	ICD 10 : D12.6 Colon, unspecified Polyposis (hereditary) of colon K62.0 Anal polyp K62.1 Rectal polyp K63.5 Polyp of colon ICD9 : 45.42 Endoscopic polypectomy of large intestine 45.43 Endoscopic destruction of other lesion or tissue of large intestine
9	Common bile duct Stone (Bile duct stone)	ICD10 : K80.0 Calculus of gallbdr w ac cholecystitis K80.1 Calculus of gallbdr w oth cholecystitis K80.2 Calculus of gallbdr w/o cholecystitis K80.3 Calculus of bile duct w cholangitis K80.4 Calculus of bile duct w cholecystitis K80.5 Calculus of bile duct w/o cholangitis or cholecystitis ICD9 : 51.85 Endoscopic sphincterotomy and papillotomy 51.86 Endoscopic insertion of nasobiliary drainage tube 51.87 Endoscopic insertion of stent (tube) into bile duct 51.88 Endoscopic removal of stone(s) from biliary tract
10	Pancreatic duct stone	ICD10 : K86.8 Other specified diseases of pancreas : Calculus ICD9 : 51.85 Endoscopic sphincterotomy and papillotomy 52.93 Endoscopic insertion of stent (tube) into pancreatic duct 52.94 Endoscopic removal of stone(s) from pancreatic duct
11	Bile duct stricture	ICD10 : C22.1 Intrahepatic bile duct carcinoma : Cholangiocarcinoma C23 Malignant neoplasm of gallbladder C24 Malignant neoplasm of other and unspecified parts of biliary tract C25 Malignant neoplasm of pancreas K82.0 Obstruction of gallbladder: Stricture of cystic duct or gallbladder without calculus

		K82.8 Other specified diseases of gallbladder: Adhesions of cystic duct or gallbladder without calculus K83.1 Obstruction of bile duct: Stricture of without bile duct calculus K83.8 Other specified diseases of biliary tract: Adhesions of bile duct K91.8 Other postprocedural disorders of digestive system, not elsewhere classified: postoperative bile duct (common), (hepatic) stricture ICD9 : 51.85 Endoscopic sphincterotomy and papillotomy 51.86 Endoscopic insertion of nasobiliary drainage tube 51.87 Endoscopic insertion of stent (tube) into bile duct
12	Pancreatic duct stricture	ICD10 : C25 Malignant neoplasm of pancreas K86.0 Alcohol-induced chronic pancreatitis K86.1 Other chronic pancreatitis K91.8 Other postprocedural disorders of digestive system, not elsewhere classified: postoperative bile duct (common), (hepatic) stricture ICD9 : 52.93 Endoscopic insertion of stent (tube) into pancreatic duct 52.97 Endoscopic insertion of nasopancreatic drainage tube 52.98 Endoscopic dilation of pancreatic duct
13	Foreign body of upper GI. tract	ICD10 : T18.1 Foreign body in oesophagus T18.2 Foreign body in stomach ICD9 : 98.02 Removal of intraluminal foreign body from esophagus without incision 98.03 Removal of intraluminal foreign body from stomach and small intestine without incision
14	Pterygium Excision	ICD10 : H11.0 Pterygium ICD9 : 11.31 Transposition of pterygium 11.32 Excision of pterygium with corneal graft 11.39 Other excision of pterygium + 10.44 Other free graft to conjunctiva
15	Female sterilization	ICD10 : Z30.2 Sterilization ICD9 : 66.29 Other bilateral endoscopic destruction or occlusion of fallopian tubes 66.31 Other bilateral ligation and crushing of fallopian tubes 66.32 Other bilateral ligation and division of fallopian tubes Pomeroy operation 66.39 Other bilateral destruction or occlusion of fallopian tubes Female sterilization operation NOS
16	Percutaneous fracture fixation	ICD10 : S42.1 Fracture of scapula S42.2 Fracture of upper end of humerus S42.3 Fracture of shaft of humerus S42.4 Fracture of lower end of humerus S42.7 Multiple fractures of clavicle, scapula and humerus S42.8 Fracture of other parts of shoulder and upper arm S42.9 Fracture of shoulder girdle, part unspecified

		S52.0 Fracture of upper end of ulna S52.1 Fracture of upper end of radius S52.2 Fracture of shaft of ulna S52.3 Fracture of shaft of radius S52.4 Fracture of shafts of both ulna and radius S52.5 Fracture of lower end of radius S52.6 Fracture of lower end of both ulna and radius S52.7 Multiple fractures of forearm S52.8 Fracture of other parts of forearm S52.9 Fracture of forearm, part unspecified S62.0 Fracture of navicular [scaphoid] bone of hand S62.1 Fracture of other carpal bone(s) S62.4 Multiple fractures of metacarpal bones S62.7 Multiple fractures of fingers S82.0 Fracture of patella S82.1 Fracture of upper end of tibia S82.2 Fracture of shaft of tibia S82.3 Fracture of lower end of tibia S82.4 Fracture of fibula alone S82.5 Fracture of medial malleolus S82.6 Fracture of lateral malleolus S82.7 Multiple fractures of lower leg S82.8 Fractures of other parts of lower leg S82.9 Fracture of lower leg, part unspecified S92.0 Fracture of calcaneus S92.1 Fracture of talus Astragalus S92.2 Fracture of other tarsal bone(s) S92.7 Multiple fractures of foot ICD9 : 78.1 Application of external fixator device
17	Fistula in ano	ICD10 : K60.3 Anal fistula ICD9 : 49.11 Anal fistulotomy 49.12 Anal fistulectomy
18	Perirectal, Perianal abscess	ICD10 : K61.0 Anal abscess K61.1 Rectal abscess K61.2 Anorectal abscess K61.3 Ischiorectal abscess K61.4 Intraspincteric abscess ICD9 : 49.01 Incision of perianal abscess 49.02 Other incision of perianal tissue
19	Breast abscess	ICD10 : N61 Inflammatory disorders of breast O91.1 Abscess of breast associated with childbirth ICD9 : 85.0 Mastotomy
20	Vesicle stone	ICD10 :

		N21.0 Calculus in bladder ICD9 : 57.0 Transurethral clearance of bladder
21	Ureteric stone	ICD10 : N20.1 Calculus of ureter ICD9 : 56.0 Transurethral removal of obstruction from ureter and renal pelvis
22	Urethral stone	ICD10 : N21.1 Calculus in urethra ICD9 : 58.0 Urethrotomy 58.1 Urethral meatotomy
23	Urethral stricture	ICD10 : N35.0 Post-traumatic urethral stricture N35.1 Postinfective urethral stricture, not elsewhere classified N35.8 Other urethral stricture N35.9 Urethral stricture, unspecified ICD9 : 58.5 Release of urethral stricture
24	Anal fissure	ICD10 : K60.0 Acute anal fissure K60.1 Chronic anal fissure K60.2 Anal fissure, unspecified ICD9 : 49.51 Left lateral anal sphincterotomy 49.52 Posterior anal sphincterotomy 49.59 Other anal sphincterotomy
25	Orchidectomy	ICD10 : C61 MALIGNANT NEOPLASM OF PROSTATE D292 BENIGN NEOPLASM OF TESTIS N40 HYPERPLASIA OF PROSTATE N44 TORSION OF TESTIS N450 ORCHITIS, EPIDIDYMITIS AND EPIDIDYMO-ORCHITIS WITH ABSCESS N459 ORCHITIS, EPIDIDYMITIS AND EPIDIDYMO-ORCHITIS WITHOUT ABSCESS N500 ATROPHY OF TESTIS N501 VASCULAR DISORDERS OF MALE GENITAL ORGANS N508 OTHER SPECIFIED DISORDERS OF MALE GENITAL ORGANS N509 DISORDER OF MALE GENITAL ORGANS, UNSPECIFIED Q531 UNDESCENDED TESTICLE, UNILATERAL Q532 UNDESCENDED TESTICLE, BILATERAL Q552 OTHER CONGENITAL MALFORMATIONS OF TESTIS AND SCROTUM ICD9 : 62.3 Unilateral Orchidectomy 62.41 Bilateral orchidectomy NOS 62.42 Removal of solitary testis
26	Hysteroscopy	ICD10 :

		D07.0 Carcinoma in situ of other and unspecified genital organs: Endometrium D250 SUBMUCOUS LEIOMYOMA OF UTERUS D252 SUBSEROUSAL LEIOMYOMA OF UTERUS D26* Other benign neoplasms of uterus D39.0 Neoplasm of uncertain or unknown behavior of female genital organs : Uterus N710 ACUTE INFLAMMATORY DISEASE OF UTERUS N80.0 Endometriosis of uterus N801 ENDOMETRIOSIS OF OVARY N80.9 Endometriosis, unspecified N84* Polyp of female genital tract N85* Other noninflammatory disorders of uterus, except cervix N91-N98 Noninflammatory disorders of female genital tract ICD9 : 68.12 Hysteroscopy
27	Amputation finger	ICD10 : C436 MALIGNANT MELANOMA OF UPPER LIMB, INCLUDING SHOULDER E10.5/7 Diabetes Mellitus With peripheral circulatory complications/ With multiple complications Insulin-dependent diabetes mellitus With peripheral circulatory complications E11.5/7 Non-insulin-dependent diabetes mellitus With peripheral circulatory complications E12.5/7 Malnutrition-related diabetes mellitus With peripheral circulatory complications E13.5/7 Other specified diabetes mellitus With peripheral circulatory complications E14.5/7 Unspecified diabetes mellitus M8644 CHRONIC OSTEOMYELITIS WITH DRAINING SINUS: CARPUS/FINGER/METACARPUS M72.6 Necrotizing fasciitis R02 GANGRENE, NOT ELSEWHERE CLASSIFIED S611 OPEN WOUND OF FINGER(S) WITH DAMAGE TO NAIL S6261 FRACTURE OF OTHER FINGER: OPEN S6271 MULTIPLE FRACTURES OF FINGERS: OPEN S6281 FRACTURE OF OTHER AND UNSPECIFIED PARTS OF WRIST AND HAND: OPEN S680 TRAUMATIC AMPUTATION OF THUMB (COMPLETExpARTIAL) S681 TRAUMATIC AMPUTATION OF OTHER SINGLE FINGER (COMPLETExpARTIAL) S682 TRAUMATIC AMPUTATION OF TWO OR MORE FINGERS ALONE (COMPLETExpARTIAL) T233 BURN OF THIRD DEGREE OF WRIST AND HAND T793 POST-TRAUMATIC WOUND INFECTION, NOT ELSEWHERE CLASSIFIED T846 INFECTION AND INFLAMMATORY REACTION DUE TO INTERNAL FIXATION DEVICE [ANY SITE] ICD9 : 84.01 Amputation finger

28	Wide excision breast mass	ICD10 : C50* Malignant neoplasm of breast D05* Carcinoma in situ of breast D48.6 Phyllodes tumor ICD9 : 85.21 Wide excision breast mass
29	Simple mastectomy	ICD10 : C50* Malignant neoplasm of breast D05* Carcinoma in situ of breast D24 Benign neoplasm of breast N601 DIFFUSE CYSTIC MASTOPATHY N603 FIBROSCLEROSIS OF BREAST N62 HYPERTROPHY OF BREAST Q831 ACCESSORY BREAST ICD9 : 85.41 simple mastectomy
30	Breast conservative surgery	ICD10 : C50* Malignant neoplasm of breast D05* Carcinoma in situ of breast ICD9 : 85.21 Breast conservative surgery 85.22 Resection of quadrant of breast 85.23 Subtotal mastectomy
31	Tongue tie release	ICD10 : Q381 ANKYLOGLOSSIA ICD9 : 25.91 Tongue tie release 25.92 Lingual frenectomy 27.91 Labial frenectomy

รายการโรคและหัตถการการบริการผ่าตัดแบบทำลายเนื้อเยื่อน้อย (Minimally Invasive Surgery : MIS)

ลำดับ	กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือ รหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)
1	Symptomatic gallstone / cholecystitis	อยู่ระหว่างการประกาศรายละเอียดจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
2	Laparoscopic Colectomy	
3	Laparoscopic Hysterectomy	
4	Video Assisted Thoracotomy Surgery: VATS	



ลดแออัด /ลดรอคอย : ลดที่คนอยู่มาก OPD IPD / ลดการรอคอย การผ่าตัด
 ลดความแออัด : ประชากร 40% มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว
 สถานการณ์ ปี 62 : มีหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 1,180 หน่วย
 ครอบคลุมประชากร 12.79 ล้านคน

แนวทางการดำเนินงาน

ประเด็น	มาตรการ
เปิดหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ของจังหวัดเพื่อดูแลประชาชน 40 % ของประชาชนในเขตที่รับผิดชอบ	-สสจ. กำหนดเป้าหมาย 40 % (30 พย.62) -สสจ.ยืนยันคลินิกหมอครอบครัวเดิม (1,180)เพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ภายใน 6 มค. 63 -จังหวัด จัดทำแผนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ 10 ปี (พ.ศ.2563-2572) ส่ง 13 ธค. 62 -จังหวัด ปรับแก้ยุทธศาสตร์ ตาม 3S (มค. 63) -จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพศ./รพท./รพช.) หรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.ร่วมกับรพ.สต.) โดยจัดบริการตามขอบเขตบริการสุขภาพปฐมภูมิ ด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว -จังหวัดส่งแพทย์ตามเป้าหมาย 40% ไปทำงานปฐมภูมิ โดยให้ร่วมกับคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ (ทีมหมอครอบครัว) วิเคราะห์กลุ่มประชากรและวางแผนการดูแลสุขภาพประชาชนที่รับผิดชอบ (ทำงานได้ก่อนโดยยังไม่ต้องอบรมระยะสั้น) -จังหวัดส่งแพทย์ในพื้นที่เป้าหมาย 40 % ที่ยังไม่มี วว. อว. เวชศาสตร์ครอบครัว หรือ Short course เข้ารับการอบรม หลักสูตร Basic course of Family Medicine for Primary Care Doctor ภายใน ไตรมาส 2 - หน่วยบริการประเมินตนเอง สสจ.ตรวจสอบและรับรองข้อมูล เพื่อลงทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ในระบบลงทะเบียนของ สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ
พัฒนาศักยภาพแพทย์อื่น ตามประกาศให้แพทย์อื่นสามารถดำเนินการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ตาม พรบ.	-สสป.อบรม ครู ก.(2-3 ธค.62) -สสป. ชี้เป้าหมายตามที่ จังหวัด แจ้งพื้นที่เป้าหมาย 40 % แจ้ง ผตร. ภายใน ธค.62 -สสป.จัดทำตัวอย่างโครงการ/การคิดค่าใช้จ่าย ภายใน ธค.62 -แพทย์อื่น/แพทย์ต่ออายุราชการในปี 64 (เป็นแพทย์ที่ไม่ได้เป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทั้ง อว./วว./อบรมระยะสั้น) เข้ารับการอบรม

ประเด็น	มาตรการ
	หลักสูตร Basic course of Family Medicine for Primary Care Doctor -เขตสุขภาพร่วมกับศูนย์เรียนรู้ จัดทำโครงการอบรม โครงการอบรม Basic course of Family Medicine for Primary Care Doctor (2 วัน/2 ครั้ง) เพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ -เขตสุขภาพ ดำเนินการจัดอบรม ภายใน ไตรมาสที่ 2 -เขตสุขภาพรายงานผลการพัฒนาศักยภาพแพทย์ (หลังอบรมภายใน 1 เดือน)
การทำงานร่วมกับ พชอ.	-จังหวัดประสาน พชอ.แต่ละอำเภอ จัดทำแผนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ 10 ปี ตามมาตรา 30 แห่ง พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 (ธค.62)

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ร้อยละ 20	ร้อยละ 30	ร้อยละ 40

ระบบรายงาน : สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ

- รายงานการพัฒนาศักยภาพแพทย์
- ระบบลงทะเบียน ของ สสป.

ความหมาย

“ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ” หมายถึง จำนวนประชาชนอยู่ในพื้นที่ที่เปิดดำเนินการของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการดูแลประชาชนตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว

“แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว” หมายความว่า แพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตร เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว หรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวจากหลักสูตรที่แพทยสภารับรองหรือปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ความเห็นชอบ

“แพทย์อื่น” หมายความว่า แพทย์สาขาอื่นที่มีใช้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แต่ได้ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัว

“คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ” หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งปฏิบัติงานร่วมกันกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และให้หมายความรวมถึงผู้ซึ่งผ่านการฝึกอบรมด้านสุขภาพปฐมภูมิเพื่อเป็นผู้สนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าว

“หน่วยบริการปฐมภูมิ” หมายความว่า หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติ (ลักษณะของหน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการที่จะขึ้นทะเบียน)

“เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ” หมายความว่า หน่วยบริการที่รวมตัวกันและขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (ประเภทที่ ๑) เพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติ

“การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ” ดังต่อไปนี้

๑. ลักษณะของหน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการที่จะขึ้นทะเบียน มีลักษณะดังนี้

(๑) มีอาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม ที่เอื้ออำนวยต่อการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามความเหมาะสมกับจำนวนผู้รับบริการ

(๒) สถานที่ตั้งหน่วยบริการอยู่ในพื้นที่ที่สะดวกต่อการเข้ารับบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้รับบริการในเขตพื้นที่ของหน่วยบริการนั้น

(๓) บุคลากรมีจำนวนเพียงพอและมีศักยภาพที่สามารถให้บริการสุขภาพปฐมภูมิได้อย่างน้อย ดังต่อไปนี้

(ก) ดูแลสุขภาพในลักษณะองค์รวม ตั้งแต่แรก ต่อเนื่อง และผสมผสาน

(ข) ดูแลสุขภาพเชิงรับในหน่วยบริการและเชิงรุกในชุมชน

(ค) บริการด้านข้อมูลสุขภาพและการให้คำปรึกษาแก่ประชาชน

(ง) บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในระดับบุคคลและครอบครัว โดยการให้บริการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ

(จ) ส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองและครอบครัว

(ฉ) ส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชน

(๔) มีเวลาทำการไม่น้อยกว่าแปดชั่วโมงต่อวันเป็นเวลาห้าวันทำการต่อสัปดาห์ โดยหากมีการให้บริการนอกเวลาทำการ ต้องจัดให้มีการแจ้งให้ผู้รับบริการในเขตพื้นที่ทราบเป็นการทั่วไป

(๕) มีระบบสารสนเทศที่เหมาะสมมีประสิทธิภาพในการจัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และข้อมูลด้านสุขภาพตามประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิที่ออกตามมาตรา ๒๐ วรรคสอง และมาตรา ๒๑

(๖) มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว* อย่างน้อยหนึ่งคน และคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างน้อยหนึ่งคณะ ซึ่งประกอบด้วย ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลหรือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ จำนวนสองคนขึ้นไป และผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน จำนวนสองคนขึ้นไป

๒. การกำหนดให้แพทย์อื่นทำหน้าที่ดูแลผู้รับบริการแทนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

“แพทย์อื่น” หมายความว่า แพทย์สาขาอื่นที่มีใช้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แต่ได้ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัว

(๑) การกำหนดให้แพทย์ที่จะปฏิบัติหน้าที่เป็นแพทย์อื่น ต้องเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรมและต้องผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัว จากหลักสูตรที่แพทยสภารับรองหรือปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ความเห็นชอบ

(๒) หน่วยบริการที่จะขึ้นทะเบียนเพื่อเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิไม่มีหรือมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ไม่เพียงพอกับจำนวนผู้รับบริการ ให้หน่วยบริการดังกล่าวจัดให้มี

แพทย์อื่นทำหน้าที่ดูแลผู้รับบริการแทนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวได้ ทั้งนี้ให้หน่วยบริการ แจ้งรายชื่อ ข้อมูล และเอกสารหรือหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับแพทย์อื่นตามแบบที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด

(๓) ให้แพทย์อื่นตาม (๒) มีหน้าที่ดูแลผู้รับบริการ ซึ่งมีรายชื่อในเขตพื้นที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ รวมทั้งการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพปฐมภูมิ

(๔) หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ต้องจัดให้มีทะเบียนประวัติแพทย์อื่น ซึ่งปฏิบัติหน้าที่ ณ หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมินั้น รวมทั้งจัดทำรายชื่อแพทย์อื่นและปิดประกาศไว้อย่างเปิดเผย ณ หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิดังกล่าว และให้นำส่งทะเบียนประวัติแพทย์อื่นไปยังสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นข้อมูลด้วย

(๕) กรณีที่แพทย์อื่นปฏิบัติหน้าที่ ณ หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ พ้นจากหน้าที่ไม่ว่าจะด้วยเหตุใดก็ตาม ให้หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ แจ้งรายชื่อแพทย์อื่นและเหตุผลที่พ้นจากหน้าที่ไปยังสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขโดยเร็ว

(๖) ให้แพทย์ที่ผ่านการอบรมจากโครงการอบรมระยะสั้น “เวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว” โดยความร่วมมือระหว่างสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย เป็นแพทย์อื่นตามประกาศนี้

๓. การพิจารณาว่าเป็นประเภทหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

เงื่อนไข หน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการ ที่จะขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ต้องมีคุณสมบัติครบตาม ข้อ ๑ และ ข้อ ๒ และมีจำนวนประชากรที่รับผิดชอบระหว่างจำนวน ๘,๐๐๐ – ๑๒,๐๐๐ คน หรือตามจำนวนที่เหมาะสมกับสภาพพื้นที่ของหน่วยบริการ นั้น

(๑) **หน่วยบริการปฐมภูมิ** คือ หน่วยบริการเพียงหน่วยเดียวมีคุณสมบัติครบตามเงื่อนไขทุกข้อ

(๒) **เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ** คือ หน่วยบริการหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ อย่างน้อยสองหน่วยรวมตัวกัน แบ่งเป็น ๒ ประเภท ดังต่อไปนี้

ประเภทที่ ๑ คือ หน่วยบริการอย่างน้อยสองหน่วยบริการรวมกันเพื่อให้มีคุณสมบัติครบตามเงื่อนไขทุกข้อ

“หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ” ต้องผ่านเกณฑ์ 3 S ประกอบด้วย

Staff	- แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน รับผิดชอบประชากรเต็มเวลา (เวลาปฏิบัติงานในพื้นที่เพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิให้เป็นไปตามบริบทของพื้นที่ ขึ้นกับการวางแผนการดูแลร่วมกันของทีม ตามขอบเขตบริการสุขภาพปฐมภูมิ ด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว) - พยาบาลวิชาชีพ 2 คน เป็นอย่างน้อย - นักวิชาการ/เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 2 คน เป็นอย่างน้อย
System	- มีพื้นที่รับผิดชอบดูแลประชาชน ประมาณ 10,000 คน +/- 2,000 คน ขึ้นกับบริบทของพื้นที่ - มีรูปแบบการจัดบริการด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว - มีระบบให้คำปรึกษาเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้สะดวกโดยใช้เทคโนโลยี - ระบบดูแลส่งต่อเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย หรือหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า - การจัดการบริการส่งเสริมป้องกันควบคุมโรคในชุมชน - ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายในการจัดบริการ - ข้อมูลสถานะสุขภาพ กลุ่มวัย/รายครอบครัว/รายบุคคล

Structure - มีอาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม ที่เอื้ออำนวยต่อการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามความเหมาะสม
กับจำนวนผู้รับบริการ
- สถานที่ตั้งหน่วยบริการอยู่ในพื้นที่ที่สะดวกต่อการเข้ารับบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้รับบริการใน
เขตพื้นที่ของหน่วยบริการนั้น

“ขอบเขตบริการสุขภาพปฐมภูมิ ด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว”

- (๑) การดูแลสุขภาพในลักษณะองค์รวม ตั้งแต่แรก ต่อเนื่อง และผสมผสาน
- (๒) การบริการด้านข้อมูลสุขภาพและการให้คำปรึกษาแก่ประชาชน
- (๓) การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในระดับบุคคลและครอบครัว โดยการให้บริการการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพเชิงรับและเชิงรุกในพื้นที่
- (๔) การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองและครอบครัว
- (๕) การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพรวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชน

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563
(Inspection Guideline)

ประเด็น: ลดแออัด ลดรอคอย

หัวข้อ : สาขาโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

ประเด็น/หัวข้อ: ลดแออัด ลดรอคอย สาขาโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

คำนิยาม

1. ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69)
 - 1.1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69)
 - 1.2 การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69)
 - 1.3 การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69)
2. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke: I60-I62)
 - 2.1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke: I60-I62)
 - 2.2 การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke: I60-I62)
 - 2.3 การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke: I60-I62)
3. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน (Ischemic Stroke: I63)
 - 3.1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน (Ischemic Stroke: I63)
 - 3.2 การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน (Ischemic Stroke: I63)
 - 3.3 การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน (Ischemic Stroke: I63)
4. ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม: ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time) ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมนับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล (OPD/ ER)
5. การรักษาใน Stroke Unit: ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit

หออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก

 1. สถานที่เฉพาะไม่น้อยกว่า 4 เตียง
 2. ทีมสหวิชาชีพ ที่มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง
 3. มีแผนการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (Care map) และแผนการให้ความรู้ที่จัดเตรียมไว้แล้ว โดยผ่านการประชุมของทีมสหวิชาชีพของสถานพยาบาลนั้นๆ

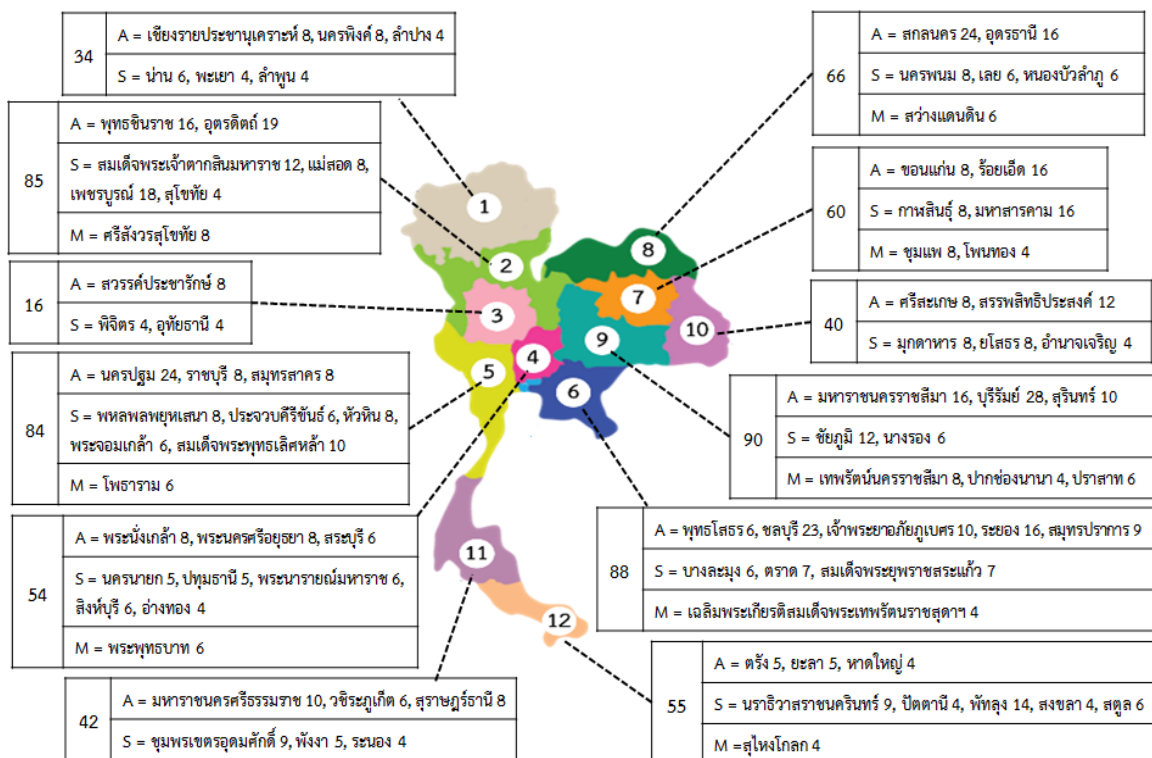
สถานการณ์/ปัญหา (ภาพประเทศ)

ปีงบประมาณ 2562 พบว่า มีการจัดตั้งหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) จำนวน 714 เตียง โดยแบ่งออกเป็น โรงพยาบาลระดับ A จำนวน 32/34 แห่ง อยู่ระหว่างดำเนินการ 2 แห่ง ได้แก่ ⁽¹⁾ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร และ ⁽²⁾ โรงพยาบาลพระปกเกล้า โรงพยาบาลระดับ S จำนวน 40/49 แห่ง ยังไม่ได้จัดตั้ง 9 แห่ง ได้แก่ ⁽¹⁾ โรงพยาบาลแพร่ ⁽²⁾ โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ ⁽³⁾ โรงพยาบาลกำแพงเพชร ⁽⁴⁾ โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ⁽⁵⁾ โรงพยาบาลบ้านโป่ง ⁽⁶⁾ โรงพยาบาลบึงกาฬ ⁽⁷⁾ โรงพยาบาลหนองคาย ⁽⁸⁾ โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ์ และ ⁽⁹⁾ โรงพยาบาลกระบี่ และโรงพยาบาลระดับ M จำนวน 11 แห่ง (ดังภาพที่ 1)

โรงพยาบาลที่ผ่านการรับรอง Stroke Unit จากสถาบันประสาทวิทยา ตั้งแต่ปี 2554 – 2562 จำนวนทั้งหมด 99 แห่ง โดยแบ่งออกเป็น โรงพยาบาลระดับ A จำนวน 31 แห่ง โรงพยาบาลระดับ S จำนวน 35 แห่ง โรงพยาบาลระดับ M จำนวน 9 แห่ง และอื่นๆ (กรมการแพทย์ กรุงเทพมหานครทบวงมหาวิทยาลัย และเอกชน) จำนวน 24 แห่ง และโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินคุณภาพประกาศนียบัตรศูนย์โรคหลอดเลือดสมองมาตรฐาน (Standard Stroke Center Certify: SSCC) ตั้งแต่ปี 2558 – 2562 จำนวนทั้งหมด 34 แห่ง โดยผ่านเกณฑ์การประเมิน 10 เขตสุขภาพ ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12 และ 13 ยังไม่รับการประเมิน 3 เขตสุขภาพ ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 2, 3 และ 11 (ดังภาพที่ 2)

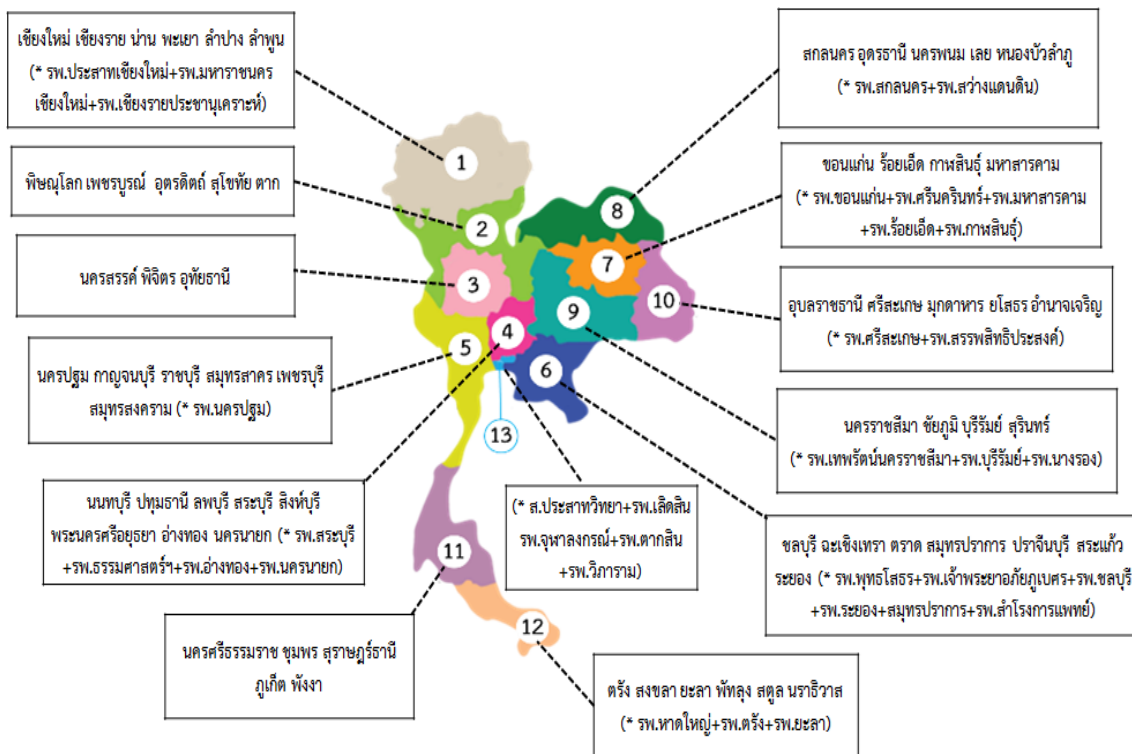
ผลการดำเนินงานร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke I60-I69) ในปีงบประมาณ 2560 – 2562 (ไตรมาสที่ 4) ข้อมูล HDC ณ วันที่ 20 กันยายน 2562 พบว่า อัตราตายโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มลดลง จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วย 12,080 ครั้ง (ร้อยละ 8.45), 12,556 ครั้ง (ร้อยละ 8.20) และ 11,516 ครั้ง (ร้อยละ 7.89) ตามลำดับ โดยมีเขตสุขภาพที่สามารถลดอัตราการตายได้อย่างต่อเนื่อง 3 เขตสุขภาพ ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 1 (ร้อยละ 7.24, 6.95 และ 6.87), เขตสุขภาพที่ 2 (ร้อยละ 11.34, 11.01 และ 9.53) และเขตสุขภาพที่ 7 (ร้อยละ 4.51, 3.77 และ 3.71) (ดังภาพที่ 3)

ภาพที่ 1 จำนวนเตียง Stroke Unit 714 เตียง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M



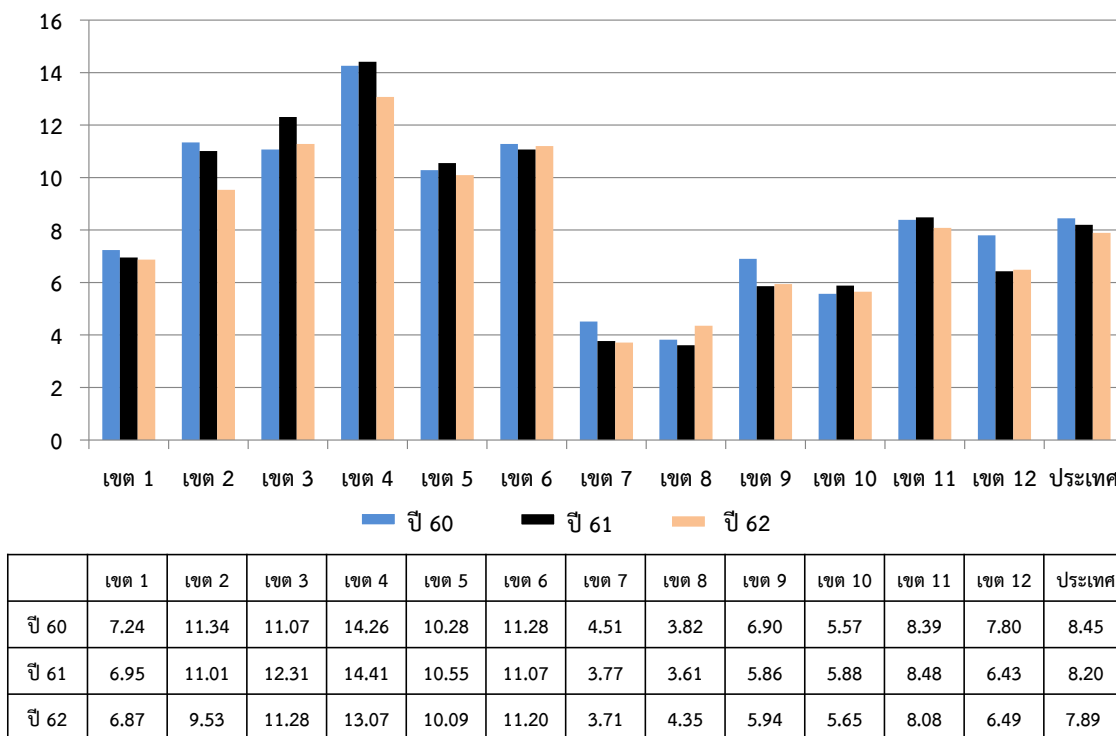
ที่มา: ศูนย์ข้อมูลข่าวสารระบบประสาท สถาบันประสาทวิทยา ณ วันที่ 4 กันยายน 2562

ภาพที่ 2 โรงพยาบาลที่ผ่านการรับรอง Stroke Unit และ
โรงพยาบาลที่ผ่านการประเมิน Standard Stroke Center Certify: SSCC (*)



ที่มา: ศูนย์ข้อมูลข่าวสารระบบประสาท สถาบันประสาทวิทยา ณ วันที่ 5 สิงหาคม 2562

ภาพที่ 3 ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke I60-I69)
ปีงบประมาณ 2560 – 2562



ที่มา: HDC ณ วันที่ 20 กันยายน 2562

มาตรการ/แนวทาง ของกรมที่เกี่ยวข้อง

แนวทางการดำเนินงานและการสนับสนุนของกรมที่เกี่ยวข้อง (โครงการ, ทรัพยากร, องค์ความรู้, ผู้เชี่ยวชาญ, การอบรม)

หน่วยงานที่รับผิดชอบ	มาตรการ/แนวทางการดำเนินงาน	ระยะเวลาดำเนินการ
กรมการแพทย์ Fast track สาขาโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)	1. จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง 2. พัฒนาเครือข่ายในเขตสุขภาพให้เข้มแข็ง 3. ประชาสัมพันธ์ Stroke Alert, Stroke Awareness สู่สาธารณชน 4. โรงพยาบาลระดับ A, S ทุกแห่ง ต้องมี Stroke Unit และ Stroke fast track เพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือด 5. จัดให้มี Stroke Unit ในโรงพยาบาลระดับ M ที่มีความพร้อม 6. เพิ่ม Stroke Unit และจำนวนเตียงให้เพียงพอ 7. ให้การรักษา Ischemic Stroke และ Hemorrhagic Stroke ใน Stroke Unit/ ICU 8. จัดให้มีเครือข่ายวิชาการและบริการ ทั้ง Acute และ Intermediate Care 9. จัดทำแนวทางในการรับส่งต่อผู้ป่วย ทั้งภายในเขตสุขภาพ และนอกเขตบริการที่รับผิดชอบให้ชัดเจน 10. สนับสนุนการศึกษาฝึกอบรม และการจัดการความรู้ ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้แก่ แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ในสังกัด 11. กำกับรายงานตัวชี้วัดมาตรฐานด้านโรคหลอดเลือดสมองของสถานพยาบาลทุกระดับในพื้นที่ที่รับผิดชอบ 12. เพิ่ม Certified Stroke Unit/ Certified SSCC (Standard Stroke Center Certification)	6 เดือน และ 12 เดือน

Small Success

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. สื่อสารนโยบายด้านโรคหลอดเลือดสมอง 2. เพิ่มจำนวนเครือข่ายวิชาการโรคหลอดเลือดสมอง สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ 3. จัดอบรม Stroke nurse: Basic course 4. จัดอบรมบันทึกข้อมูลตัวชี้วัดคุณภาพโรคหลอดเลือดสมอง	1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke: I60-I62) < ร้อยละ 25 2. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน (Ischemic Stroke: I63) < ร้อยละ 5 3. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด	1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke: I60-I62) < ร้อยละ 25 2. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน (Ischemic Stroke: I63) < ร้อยละ 5 3. จัดอบรม Stroke nurse: Manager course	1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke: I60-I62) < ร้อยละ 25 2. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน (Ischemic Stroke: I63) < ร้อยละ 5 3. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time) ≥ ร้อยละ 60

	ทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time) $\geq$ ร้อยละ 60 4. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit $\geq$ ร้อยละ 45 5. จัดอบรม Stroke nurse: Advance course		4. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit $\geq$ ร้อยละ 50 5. มีการรับรองคุณภาพ ศูนย์โรคหลอดเลือดสมองมาตรฐาน (Standard Stroke Center Certification: SSCC) อย่างน้อย เขตละ 1 แห่ง
--	---	--	--

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรมการแพทย์ สถาบันประสาทวิทยา

ผู้ประสานงานประเด็น/ตัวชี้วัด (ผู้ประสานหลัก) (ประสานงานและรวบรวมรายงาน 12 เขตสุขภาพ จัดทำ Executive Summary และ Slide Presentation เพื่อสรุปผลตรวจราชการ)

เขตสุขภาพที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	เบอร์ติดต่อ/ E-mail
1	นายแพทย์อภิศักดิ์ วิทยานุกุลลักษณ์	ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์ เขตสุขภาพที่ 1 กรมการแพทย์	มือถือ: 08 9757 0560 โทรศัพท์: 0 5329 8082 โทรสาร: 0 5337 2732 E-mail: drapisak@hotmail.com
2	นายแพทย์ถาวรรัฐ เรือนโรจน์รุ่ง	ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์ เขตสุขภาพที่ 2 กรมการแพทย์	มือถือ: 08 1888 5664 โทรศัพท์: 0 5433 5262 ต่อ 181 E-mail: rtawarat@hotmail.com
3	แพทย์หญิงสุรฎา ศิริอาชากุล	ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์ เขตสุขภาพที่ 3 กรมการแพทย์	มือถือ: 081 6113010 โทรศัพท์: 0 3642 2515 โทรสาร: 0 3642 1679 E-mail: catsurattaya@hotmail.com
4	ร้อยโทนายแพทย์ปิยะวัชร เลิศสมบุรณ์	ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์ เขตสุขภาพที่ 4 กรมการแพทย์	มือถือ: 08 1911 6823 โทรศัพท์: 0 2547 0999 ต่อ 30054 โทรสาร: 0 2547 0935 E-mail: piyawat_le@hotmail.com
5	นายแพทย์ปิยวัฒน์ เลาวหุตานนท์	ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์ เขตสุขภาพที่ 5 กรมการแพทย์	มือถือ: 06 1413 3268 โทรศัพท์: 0 2202 6800 โทรสาร: 0 2354 7027 E-mail: medical124@hotmail.com
6	นายแพทย์เขตต์ ศรีประทีภ	ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์ เขตสุขภาพที่ 6 กรมการแพทย์	มือถือ: 08 1766 3224 โทรศัพท์: 0 2547 0999 ต่อ 30870 โทรสาร: 0 2547 0935 E-mail: Milirsiprutrk@gmail.com

7	แพทย์หญิงนัยนา ณีชนะนันท์	ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์ เขตสุขภาพที่ 7 กรมการแพทย์	มือถือ: 08 1629 3005 E-mail: nongbhu@yahoo.com
8	แพทย์หญิงน้ำทิพย์ หมั่นพลศรี	ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์ เขตสุขภาพที่ 8 กรมการแพทย์	มือถือ: 08 1380 1674 โทรศัพท์: 0 4220 7375-80 โทรสาร: 0 4220 7384 E-mail: namtip.radio@gmail.com
9	ว่าที่ร้อยตำรวจโทหญิงนภา ศิริวิวัฒนากุล	ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์ เขตสุขภาพที่ 9 กรมการแพทย์	มือถือ: 08 1687 4178 โทรศัพท์: 0 2354 8108 ต่อ 5500, 5504 โทรสาร: 0 2354 8108 ต่อ 5505 E-mail: napa_s1@hotmail.com
10	นายแพทย์เฉลิมพล ไชยรัตน์	ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์ เขตสุขภาพที่ 10 กรมการแพทย์	มือถือ: 08 4120 4255 โทรศัพท์: 0 2517 4270 โทรสาร: 0 2517 4262 E-mail: chalermpoonchairat@gmail.com
11	แพทย์หญิงฟ้าใส รักติกมล	ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์ เขตสุขภาพที่ 11 กรมการแพทย์	มือถือ: 08 8244 9090 โทรศัพท์: 0 7727 7555 ต่อ 1308 โทรสาร: 0 7727 7556 E-mail: Nice_sky@hotmail.com
12	แพทย์หญิงวายุพา วงศ์วิกรม	ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์ เขตสุขภาพที่ 12 กรมการแพทย์	มือถือ: 08 8826 5544 โทรศัพท์: 0 2590 6245 โทรสาร: 0 2965 9844 E-mail: wongwayupa@gmail.com

ผู้ประสานงานร่วม

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /E-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นายแพทย์สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ สถาบันประสาทวิทยา	โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2306 9899 ต่อ 2408 โทรศัพท์มือถือ: 08 1843 4502 E-mail: suchathanc@yahoo.com	โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง: สาขา โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)
นางจุฑาภรณ์ บุญธง	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ สถาบันประสาทวิทยา	โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2306 9899 ต่อ 1138 โทรศัพท์มือถือ: 087 114 9480 E-mail: j.bunthong@gmail.com	โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง: สาขา โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

ประเด็น/หัวข้อ โรงพยาบาลที่มีระบบบริการรับยาที่ร้านยา

คำนิยาม

บริการรับยาที่ร้านยา หมายถึง การจัดบริการทางเลือกให้ผู้ป่วยของโรงพยาบาลสามารถรับยาตามใบสั่งแพทย์ได้ที่ร้านยาใกล้บ้าน โดยโรงพยาบาลสามารถดำเนินการได้ใน 3 รูปแบบ ดังนี้

- รูปแบบที่ 1 โรงพยาบาลเป็นผู้จัดซื้อ ตรวจรับ เบิกจ่าย และจัดยาสำหรับผู้ป่วยรายบุคคลและส่งยาไปที่ร้านยาเพื่อจ่ายให้กับผู้ป่วย
- รูปแบบที่ 2 โรงพยาบาลนำยาไปสำรองไว้ที่ร้านยา และเภสัชกรร้านยาเป็นผู้จัดยา/จ่ายยาให้ผู้ป่วยรายบุคคลตามใบสั่งแพทย์
- รูปแบบที่ 3 ร้านยาเป็นผู้จัดซื้อยาและสำรองยา รวมทั้งจัดยา/จ่ายยาให้ผู้ป่วยรายบุคคลตามใบสั่งแพทย์

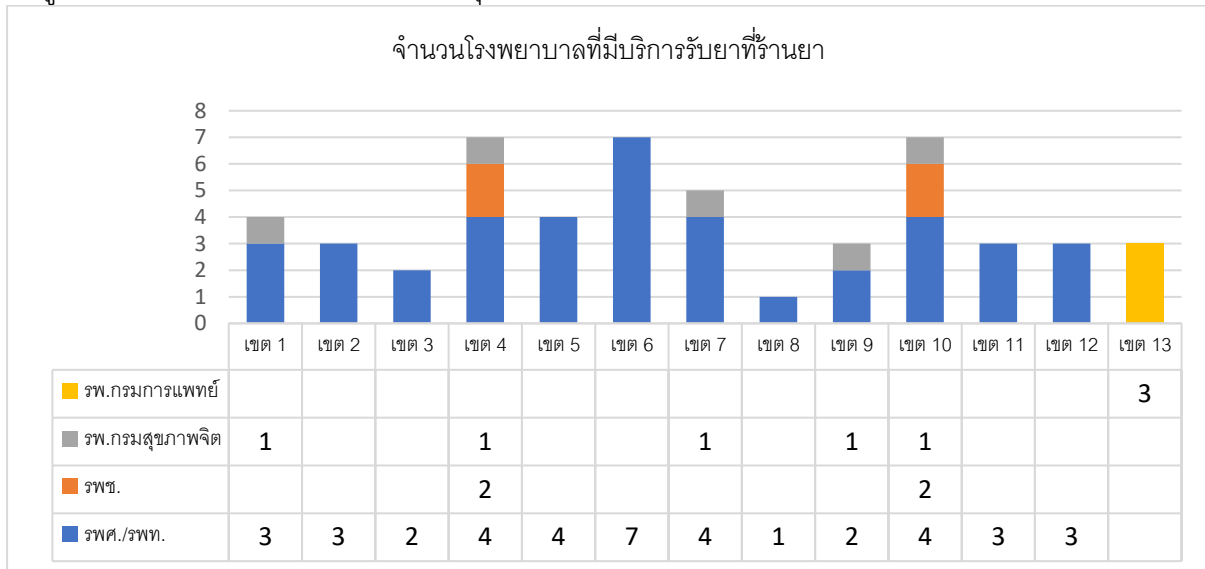
ร้านยา หมายถึง ร้านยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557 และมีคุณสมบัติครบถ้วนตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2561

สถานการณ์/ปัญหา (ภาพประเทศ)

ณ วันที่ 9 ธันวาคม 2562

เข้าร่วมโครงการ	จำนวนโรงพยาบาลที่มีระบบบริการรับยาที่ร้านยา (แห่ง)
โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป	40
โรงพยาบาลชุมชน	4
โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต	5
โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์	3
โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย	2
รวม	54 แห่ง

ข้อมูลโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีบริการรับยาที่ร้านยา



โรงพยาบาลส่วนใหญ่ ดำเนินการในรูปแบบที่ ๑ คือ โรงพยาบาลเป็นผู้จัดซื้อ ตรวจรับ เบิกจ่าย และจัดยาสำหรับผู้ป่วยรายบุคคลและส่งยาไปที่ร้านยาเพื่อจ่ายให้กับผู้ป่วย และที่ดำเนินการในรูปแบบที่ ๒ ได้แก่ โรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลพุทธโสธร และรพ.อุทุมพรพิสัย จ.ศรีสะเกษ

มาตรการ/แนวทาง ของกรมที่เกี่ยวข้อง

แนวทางการดำเนินงานและการสนับสนุนของกรมที่เกี่ยวข้อง (โครงการ, ทรัพยากร, องค์ความรู้, ผู้เชี่ยวชาญ, การอบรม)

หน่วยงานที่รับผิดชอบ	แนวทางการดำเนินงาน “ระบบรับยาที่ร้านยา”	ระยะเวลาดำเนินการ (ทำเมื่อไร / เวลาเท่าไร)
๑. กองบริหารการสาธารณสุข สป. - ER คุณภาพ ระบบการรับยาที่ร้านยา - Smart Hospital	รพ.จัดระบบบริการรับยาที่ร้านยา โดยสามารถดำเนินการได้ใน ๓ รูปแบบ ดังนี้ รูปแบบที่ ๑ โรงพยาบาลเป็นผู้จัดซื้อ ตรวจรับ เบิกจ่าย และจัดยาสำหรับผู้ป่วยรายบุคคลและส่งยาไปที่ร้านยาเพื่อจ่ายให้กับผู้ป่วย รูปแบบที่ ๒ โรงพยาบาลนำยาไปสำรองไว้ที่ร้านยา และเภสัชกรร้านยา	เริ่มดำเนินการ ๑ ต.ค. ๖๒

	เป็นผู้จัดยา/จ่ายยาให้ผู้ป่วยรายบุคคลตามใบสั่งแพทย์ รูปแบบที่ ๓ ร้านยาเป็นผู้จัดซื้อยาและสำรองยา รวมทั้งจัดยา/จ่ายยาให้ผู้ป่วยรายบุคคลตามใบสั่งแพทย์	
--	--	--

เกณฑ์การประเมิน ปีงบประมาณ 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
20 แห่ง	30 แห่ง	40 แห่ง	50 แห่ง

กลุ่มเป้าหมาย: รพศ./รพท./รพช. รพ.กรมสุขภาพจิต รพ.กรมการแพทย์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรม..... สำนัก/กอง.....

ผู้ประสานงานประเด็น/ตัวชี้วัด (ผู้ประสานหลัก)

เป็นผู้รวบรวมรายงาน ๑๒ เขต (ทั้งประเทศ) ๑ กรม

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
ภญ.วรรณิดา ศรีสุพรรณ	ตำแหน่งเภสัชกรชำนาญการพิเศษ กองบริหารการสาธารณสุข	Tel. ๐๒ ๕๙๐ ๑๖๒๘ Mobile ๐๘๙ ๑๐๔ ๑๒๖๓ e-mail : naddavo@gmail.com	

ภาคผนวก
สถานการณ์รับยาที่ร้านยา

สถานการณ์/ปัญหา (ภาพประเทศ)

ณ วันที่ 9 ธันวาคม 2562

เข้าร่วมโครงการ	จำนวนโรงพยาบาล (แห่ง)
โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป	40
โรงพยาบาลชุมชน	4
โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต	5
โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์	3
โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย	2
รวม	54 แห่ง

ข้อมูลรายเขตสุขภาพ

เขต	รพศ./รพท.	รพช.	รพ.กรมสุขภาพจิต	รพ.กรมการแพทย์	UHosNet	จำนวนผู้ป่วย (visits)
เขต 1	3		1			542
เขต 2	3					49
เขต 3	2					68
เขต 4	4	2	1			100
เขต 5	4					24
เขต 6	7					354
เขต 7	4		1		1	165
เขต 8	1					5
เขต 9	2		1			35
เขต 10	4	2	1			16
เขต 11	3					108
เขต 12	3				1	14
เขต 13				3		7
รวม	40	4	5	3	2	1,487

ข้อมูลรายจังหวัด

เขต	จังหวัด	โรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการ	จำนวนร้านยา (แห่ง)	จำนวนผู้ป่วย (visits)
1	เชียงราย	รพ.เชียงรายประชานุเคราะห์	14	191
	เชียงใหม่	รพ.สวนปรุง	4	11
		รพ.นครพิงค์	16	
	ลำพูน	รพ. ลำพูน	15	340
2	อุดรดิตถ์	รพ.อุดรดิตถ์	15	
	พิษณุโลก	รพ.พุทธชินราช	17	49
	เพชรบูรณ์	รพ.เพชรบูรณ์	2	
3	นครสวรรค์	รพ.สวรรค์ประชารักษ์	23	60
	อุทัยธานี	รพ.อุทัยธานี	4	8
4	สระบุรี	รพ.สระบุรี	15	71
		รพ.พระพุทธบาท	4	
		รพ.บ้านหมอ	2	
		รพ.เสาไห้	1	
	นนทบุรี	รพ.พระนั่งเกล้า	20	29
		รพ.ศรีธัญญา	35	
	ปทุมธานี	รพ.ปทุมธานี	18	
	สมุทรสงคราม	รพ.สมเด็จพระพุทธเลิศหล้า	4	2

เขต	จังหวัด	โรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการ	จำนวนรายนยา (แห่ง)	จำนวนผู้ป่วย (visits)
	ราชบุรี	รพ.ราชบุรี	2	0
	เพชรบุรี	รพ.พระจอมเกล้า	13	0
	กาญจนบุรี	รพ.พหลพลพยุหเสนา	7	22
6	จันทบุรี	รพ.พระปกเกล้า	7	38
	ชลบุรี	รพ.ชลบุรี	15	198
	ระยอง	รพ.ระยอง	15	43
	ฉะเชิงเทรา	รพ.พุทธโสธร	5	28
	สมุทรปราการ	รพ.สมุทรปราการ	7	47
		รพ.บางพลี	3	
	ตราด	รพ.ตราด	3	0
7	กาฬสินธุ์	รพ.กาฬสินธุ์	7	4
	ขอนแก่น	รพ.ขอนแก่น	50	101
		รพ.จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	12	
	มหาสารคาม	รพ.มหาสารคาม	7	31
		รพ.สุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ ม.มหาสารคาม	2	
	ร้อยเอ็ด	รพ.ร้อยเอ็ด	11	29
8	อุดรธานี	รพ.อุดรธานี	5	5
9	นครราชสีมา	รพ.จิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์	10	35
		รพ.มหาราชนครราชสีมา	16	
	ชัยภูมิ	รพ.ชัยภูมิ	15	0
10	อุบลราชธานี	รพ.สรรพสิทธิประสงค์	10	2
		รพ. วารินชำราบ	8	
		รพ.พระศรีมหาโพธิ์	6	
	ศรีสะเกษ	รพ.ศรีสะเกษ	6	14
		รพ.อุทุมพรพิสัย	2	
		รพ.ขุนหาญ	1	
	มุกดาหาร	รพ.มุกดาหาร	6	0
11	นครศรีธรรมราช	รพ.มหาราชนครศรีธรรมราช	13	1
	ภูเก็ต	รพ.วชิระภูเก็ต	31	22
	สุราษฎร์ธานี	รพ.สุราษฎร์ธานี	8	85
12	สงขลา	รพ.หาดใหญ่	13	12
		รพ.สงขลานครินทร์ ม.อ.	1	
	ตรัง	รพ.ตรัง	11	0
	นราธิวาส	รพ.สุไหงโก-ลก	2	2
13	กรุงเทพฯ	รพ.ราชวิถี	3	7
		รพ.นพรัตนราชธานี	3	
		รพ.เลิดสิน	3	
	38 จังหวัด	54 รพ.	548 รายนยา	1,487 visits

* ข้อมูล ณ วันที่ 9 ธันวาคม 2562

2020

ลดแออัด

ลดรอคอย

นพ.อภิศักดิ์ วิทยานุกูลลักษณ์

ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์เขตสุขภาพที่ 1 กรมการแพทย์



กรอบการนำเสนอ



ประเด็นทั้งหมดที่เกี่ยวข้อง

- Primary level
- Secondary & Tertiary level
- Supportive system

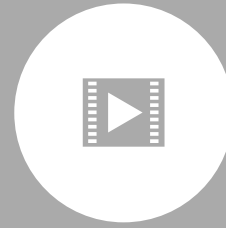
ระดับกระทรวง/
cluster กระทรวง



Objectives & results

ข้อเสนอ

cluster เขต/กรมวิชาการ



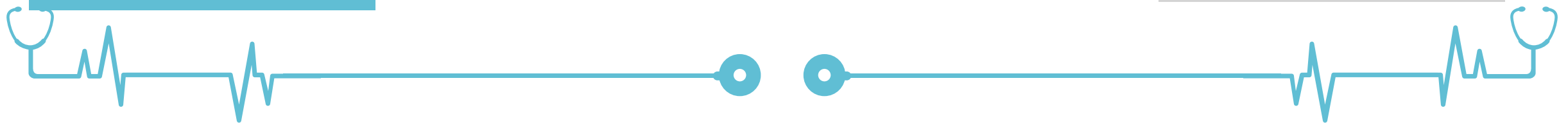
Cascade/allocate

cluster เขต/กรมวิชาการ
ระดับจังหวัด



Comittment/
monitoring

\$1,211,000





Ultimate goal : ประชาชนในเขตสุขภาพที่1 ได้รับการบริการสุขภาพที่ เท่าเทียม ทั่วถึง ทันเวลา เหมาะสม

Goal : ลดแออัด ลดการรอคอย – painpoint → overcrowding , lack of participation ,limited resources, unsustainable

process

- ❖ Set the goal conjoint & challenging
- ❖ set the result (MoPH KPIs vs. regional consensus PIs→ balancing)
- ❖ How to / cascade the best possible obj&result to all level
- ❖ Monitoring evaluation
- ❖ Quik plan modification (time framed ,re-evaluation)

Performance measurement : pre-post intervention



Primary level

- Primary care system
 - ❖ PCC-สสป
 - ❖ PCC-สุขภาพจิต
- การพัฒนา อสม. เป็น อสม. หมอประจำบ้าน

สช,สสป,สบส,กรมจิต



Acute

- ER คุณภาพ
- Fast track
 - ❖ Stroke
 - ❖ Trauma
 - ❖ STEMI
 - ❖ sepsis

กบรส,กรมแพทย์



subacute

- IMC
- ODS

กรมการแพทย์

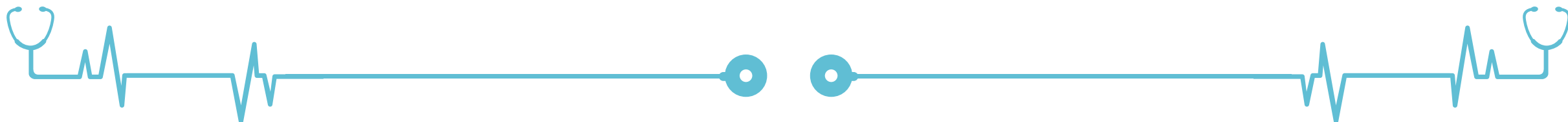


Supporting system

- Smart hospital
- รับยาที่ร้านขายยา
 - ❖ รับยากบรส
 - ❖ รับยากรมสุขภาพจิต
- Referral system mx by fact (RW,CMI)

กบรส,ศูนย์เทค,อย.

Technologies assisted in all, Lean, systematic perspective management, integrate to all , 2P safety



KR1 : ER target time < 2 hr. 80

KR2 : TEA unit ใน ER รพท/รพศ 100%

KR3 :Fast pass จาก รพช. มาที่ รพท/รพศ > 50%

Obj1: ER target time < 2 hr. 80

-มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนา ER คุณภาพ →100%

-ER Service delivery Fast track อย่างน้อย 4 กลุ่มโรค คือ STEMI , Stroke, Sepsis, Trauma →100%

KR1-มีระบบสนับสนุนการวินิจฉัยโรค เช่น Lab, X-ray , Ultrasound เพื่อประกันเวลาการรายงานผล →80%

KR2-มีระบบปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ →80% (24 hr)

KR3-แพทย์เวรห้องฉุกเฉินสามารถ Admit ผู้ป่วยได้โดยตรงตามเกณฑ์หรือข้อตกลงร่วมในโรงพยาบาล →80%

KR4-มีระบบบริหารจัดการเตียงในระดับรพ. แก้ปัญหาเตียงเต็ม →80%

KR5- มีRCAผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการ admit ที่อยู่ ER มากกว่า 2 ชั่วโมง →100%

Obj2 : TEA unit ใน ER รพท/รพศ 100%

KR1 ประเมินTEA unit →100%

KR2 พัฒนาระบบ Teleconsultation →80%

KR3 พัฒนาระบบ AOC →100%

KR4 Dispatch centerปฏิบัติตามแนวทางในเวลาที่กำหนด →100%

Obj3 : Fast pass จาก รพช. มาที่ รพท/รพศ > 50%

KR1 เครื่องข่ายห้องฉุกเฉินในระดับจังหวัดมีการจัดบริการตามเกณฑ์ ER คุณภาพ →80%

KR2 พัฒนาระบบ Teleconsultation →80%

KR3 พัฒนาระบบ AOC →100%

KR4 Dispatch center→ปฏิบัติตามแนวทางในเวลาที่กำหนด →100%

ตัวชี้วัด : กระทรวง

ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ

จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ 4 และ 5 (Non trauma) ลดลง



มาตรการเห็น

1.พัฒนาระบบบริการที่มีมาตรฐาน

- การจัดบริการตามแนวทาง ER service delivery
- ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการ Admit อยู่ในห้องฉุกเฉิน ไม่เกิน 2 ชั่วโมง (ER target time 2 ชั่วโมง)
- เพิ่มทางเลือกให้ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน

2.พัฒนาระบบสนับสนุนที่มีมาตรฐาน

- การจัดให้มีโครงสร้างและพื้นที่ห้องฉุกเฉินให้มีมาตรฐาน เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร
- พัฒนาระบบสารสนเทศ

3.พัฒนาและธำรงรักษากำลังคน วางแผนกำลังคน EP, ENP, Paramedic

รพช Obj : Fast pass จาก รพช. มาที่ รพท/รพศ > 50%

KR1 เครื่องข่ายห้องฉุกเฉินในระดับจังหวัดมีการจัดบริการตามเกณฑ์ ER คุณภาพ →80%

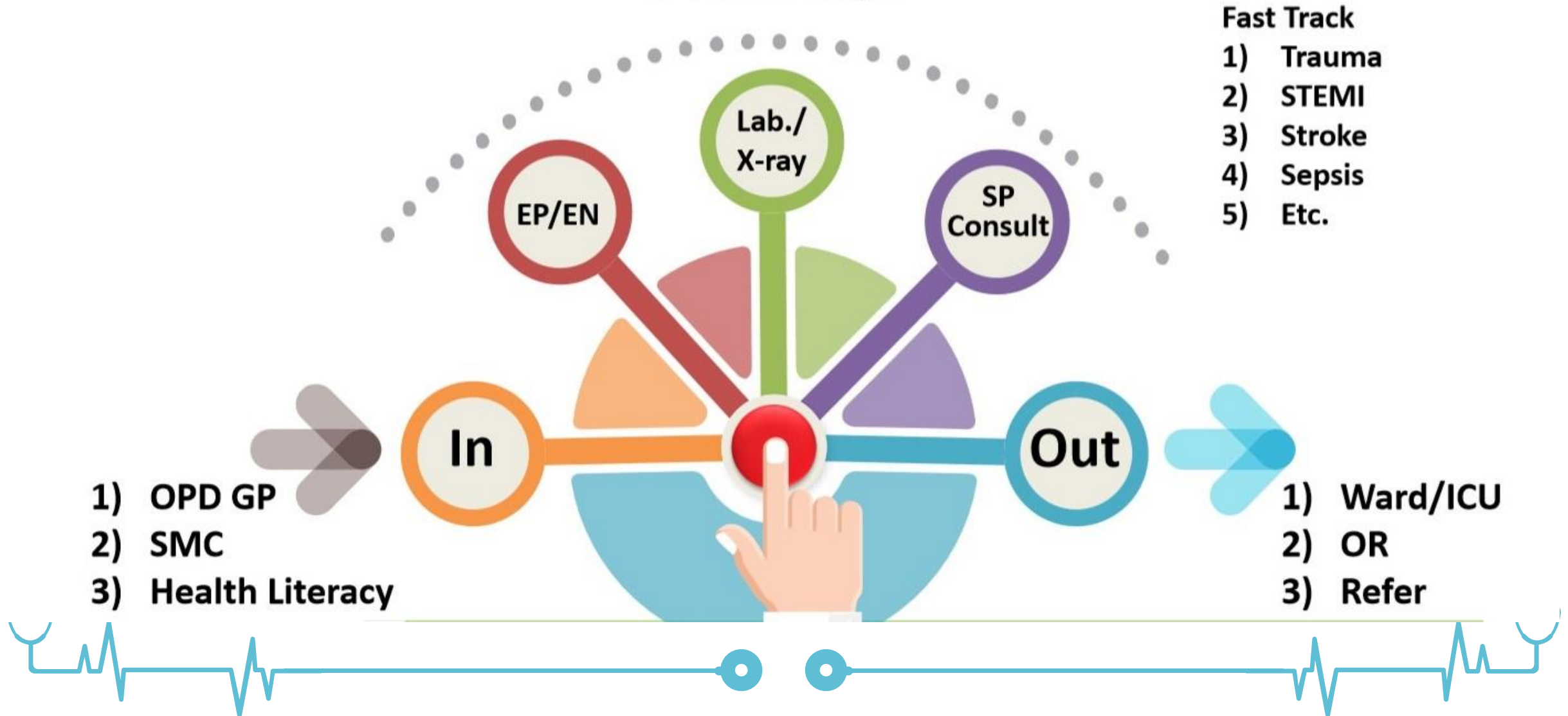
KR2 ใช้ระบบ teleconsult

KR3 ใช้ระบบ AOC

KR4 พัฒนาการดูแลกลุ่มเสี่ยง(NCDs,elderly)

Lean in ER Process

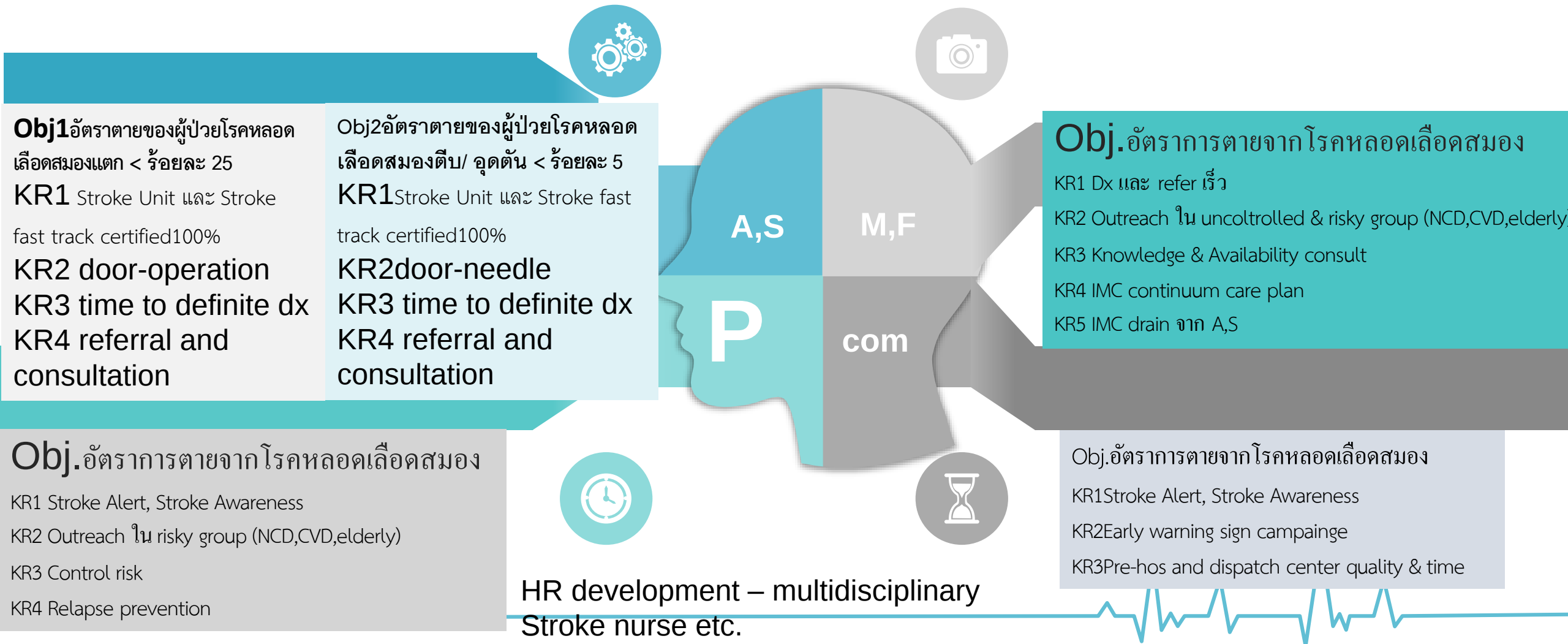
2-4 hours target



Stroke Obj : อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมอง 7%

KR1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke: I60-I62) < ร้อยละ 25

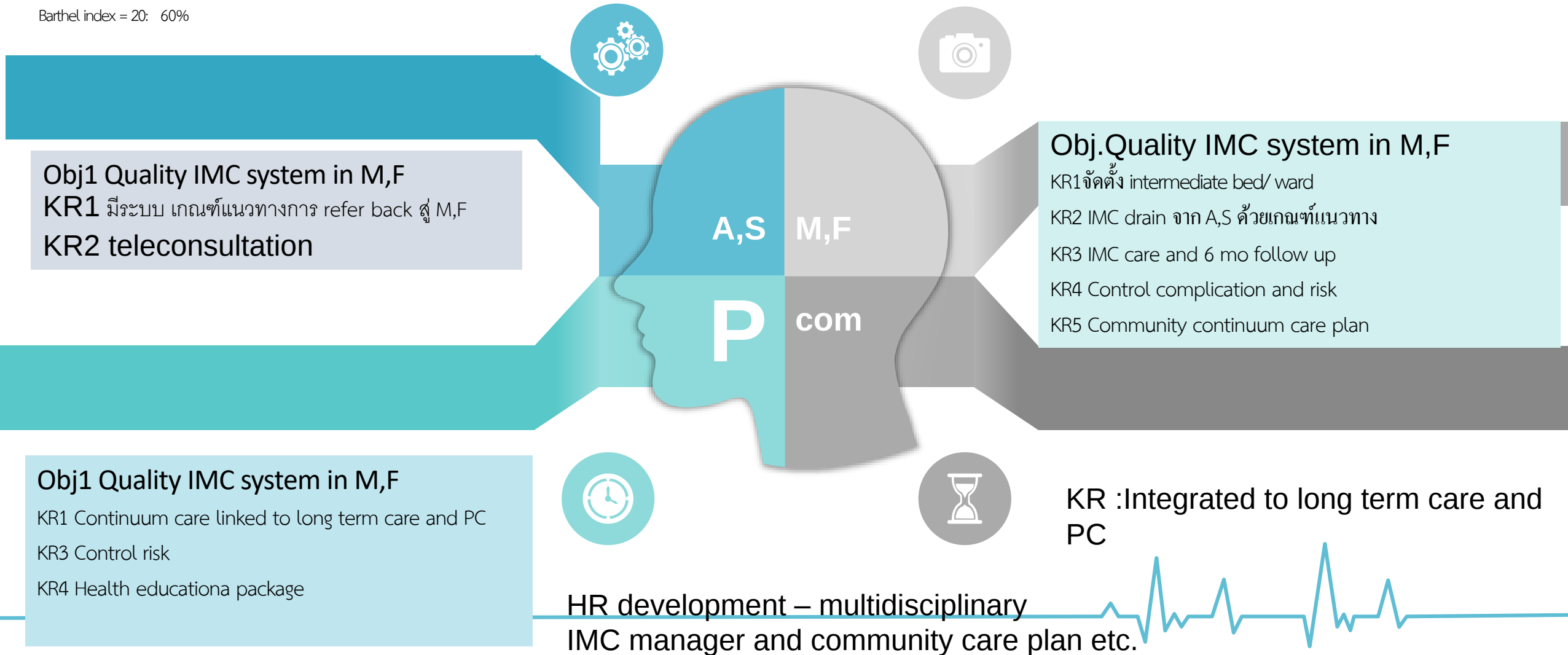
KR2 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน (Ischemic Stroke: I63) < ร้อยละ 5



IMC Obj : Quality IMC system in M,F

KR1 โรงพยาบาลพยาบาล M และ F มี intermediate bed/ ward: 75%

KR2. ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index < 15 รวมทั้งคะแนน Barthel index ≥ 15 with multiple impairments ได้รับการปรับสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20: 60%



Obj1 Quality IMC system in M,F

KR1 มีระบบ เกณฑ์แนวทางการ refer back สู่ M,F

KR2 teleconsultation

Obj.Quality IMC system in M,F

KR1 จัดตั้ง intermediate bed/ ward

KR2 IMC drain จาก A,S ด้วยเกณฑ์แนวทาง

KR3 IMC care and 6 mo follow up

KR4 Control complication and risk

KR5 Community continuum care plan

Obj1 Quality IMC system in M,F

KR1 Continuum care linked to long term care and PC

KR3 Control risk

KR4 Health educationa package

KR :Integrated to long term care and PC

HR development – multidisciplinary
IMC manager and community care plan etc.

One day surgery

goal. ใช้ระบบบริการการผ่าตัดวันเดียวกลับ และการผ่าตัดแผลเล็ก ได้อย่างมีประสิทธิภาพในการลดความแออัดของผู้ป่วยใน ในกลุ่มโรคที่ดำเนินงาน

obj ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery 60%



Gap : surgeon , attitude , service

concept

โรงพยาบาลทุกระดับที่มีความพร้อมใน
เขตสุขภาพเข้าใจแนวทางการ
ดำเนินงาน ODS ตาม
โรคและหัตถการที่เพิ่มในปี 2563 ได้
อย่างเป็นระบบ สามารถวางแผนและ
พัฒนาการให้บริการอย่างเหมาะสมตาม
บริบท

รพ

- Staff attitude 2P safety
KR1-safety selected criteria
- Service
KR2-good compliance to follow up and after care
- Patient attitude, trust
KR3- รพ.ทุกระดับสร้างความมั่นใจ
แก่กลุ่มเป้าหมาย success story





Thank You

Insert the Sub Title of Your Presentation



ประเด็น/หัวข้อ ลดแออัด ลดรอคอย

คำนิยาม Smart Hospital หมายถึง โรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อสนับสนุนการจัดบริการภายในโรงพยาบาล ลดขั้นตอนการปฏิบัติ และเพื่อความสะดวกรวดเร็วในการรับบริการที่มีคุณภาพดี มีความปลอดภัย และทันสมัยอย่างเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม

1) Smart Place/Infrastructure

โรงพยาบาลมีการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน GREEN&CLEAN Hospital ของกรมอนามัย และจัดตกแต่งสถานที่ให้สวยงาม มีความทันสมัย (Digital Look) ช่วยเพิ่มความสะดวกรวดเร็วในการรับบริการ

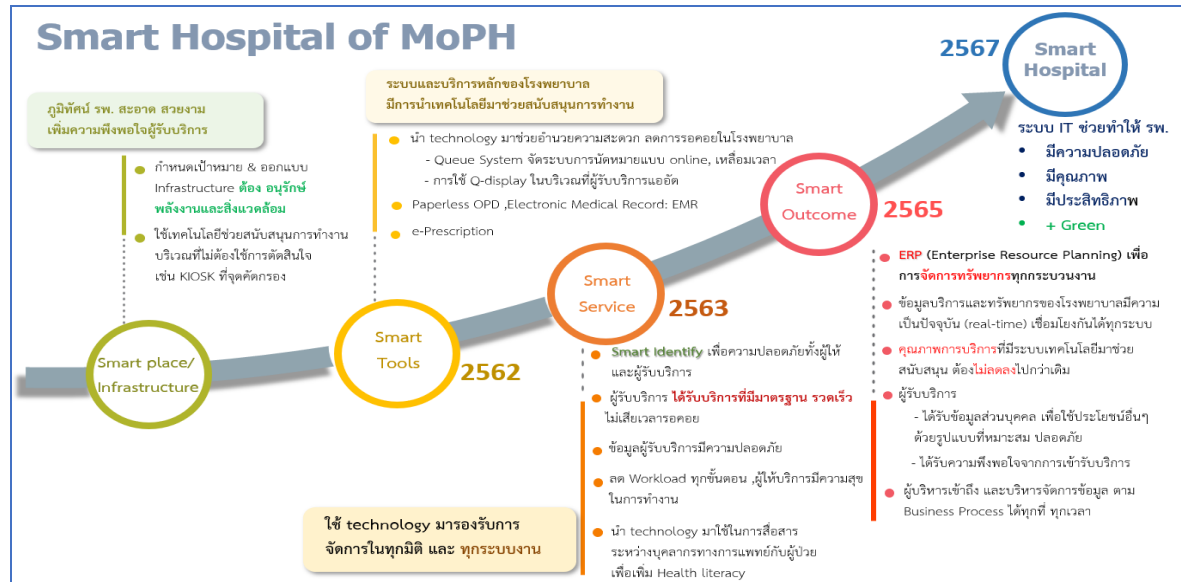
2) Smart Tools

โรงพยาบาลมีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ และการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ให้มีความถูกต้องแม่นยำ สะดวกรวดเร็ว ลดความเสี่ยงความผิดพลาดต่างๆ ลดระยะเวลา เพิ่มความปลอดภัย และเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ อาทิ เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์อัตโนมัติ ระบบบริหารจัดการคิว รูปแบบดิจิทัล รูปแบบออนไลน์

3) Smart Services

โรงพยาบาลมีการบริหารจัดการกระบวนการที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการพัฒนาองค์กรตามแผนพัฒนารัฐบาลดิจิทัลของประเทศไทย และ พระราชบัญญัติการบริหารงานและการให้บริการภาครัฐผ่านระบบดิจิทัล พ.ศ. 2562 เช่น การยกเลิกการเรียกรับสำเนาบัตรประชาชนและเอกสารอื่นที่ออกโดยราชการจากผู้รับบริการ การจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic Medical Records) การใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ การลดระยะเวลารอคอยรับบริการ การมีบริการนัดหมายแบบเหลื่อมเวลา หรือมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการ ได้รับบริการตรงเวลาหรือแตกต่างเล็กน้อยอย่างเหมาะสม เป็นต้น

มาตรการ/แนวทาง ที่เป็นกรอบการดำเนินงาน



เกณฑ์การประเมินผล:

On Digital Process	
Smart Hospital	5.4 Safety : มี Proactive Risk Management ที่ดีในทุกมิติ 5.3 Quality : มีการให้บริการอย่างมีคุณภาพในทุกมิติ 5.2 Efficiency : มีประสิทธิภาพในการจัดการ , มี Unit Cost ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ที่สามารถเปรียบเทียบกับหน่วยงานอื่นได้ 5.1 Green : มีการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม และอนุรักษ์พลังงาน อย่างยั่งยืน
Smart Outcome	4.4 Outcome : มีระยะเวลาการรอคอยที่เหมาะสม ,มีการบริหารจัดการ Unit Cost ให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม 4.3 Output: มีข้อมูล Unit Cost ในแต่ละแผนก 4.2 BPM : มีระบบ ERP ที่เชื่อมโยงทุก Core Business Process แบบอัตโนมัติ 4.1 BPM : มีการบริหารจัดการ Core Business Process
Smart Services	3.5 BPM : มีบริการนัดหมายแบบเห็นหน้าหรือมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการ ได้รับการตรงเวลาหรือแตกต่างเล็กน้อยอย่างเหมาะสม 3.4 BPM : มีข้อมูลระยะเวลาการรอคอยรับบริการ อย่างน้อย 1 จุด บริการ OPD 3.3 BPM : มีการใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (OPD ทุกห้องตรวจ) 3.2 BPM : มีการจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic Medical Records) 3.1 BPM : ยกเลิกการเรียกเก็บสำเนาบัตรประชาชนและเอกสารอื่นที่ออกโดยราชการ จากผู้รับบริการ
Smart Tools	2.3 Devices: มีการเชื่อมข้อมูลของเครื่องมือแพทย์(Vital Sign) อย่างน้อย 1 อุปกรณ์ เข้าสู่ HIS อัตโนมัติ 2.2 Queue: มีช่องทางออนไลน์ หรือ ช่องทางแจ้งเตือนคิวรับบริการ อย่างน้อย 1 จุด เช่น คิวพบแพทย์ 2.1 Queue: มีหน้าจอแสดงลำดับคิว ในจุดที่เหมาะสม เพื่อลดความแออัดบริเวณจุดบริการ และหน้าจอห้องตรวจ
Smart Place	1.1 ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โรงพยาบาล Green and Clean & Digital Look
*** BPM: Business Process Management : การบริหารจัดการกระบวนการที่มีประสิทธิภาพ ***	

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 กำหนดเกณฑ์การประเมินหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital มีการดำเนินงาน ดังนี้

1) Smart Place

1.1 ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โรงพยาบาล Green and Clean & Digital Look

2) Smart Tools (อย่างน้อย 2 ข้อ ไม่เรียงลำดับ)

2.1 Queue: มีหน้าจอแสดงลำดับคิว ในจุดที่เหมาะสม เพื่อลดความแออัดบริเวณจุดบริการ และหน้าจอห้องตรวจ

2.2 Queue: มีช่องทางออนไลน์ หรือ ช่องทางแจ้งเตือนคิวรับบริการ อย่างน้อย 1 จุด เช่น คิวพบแพทย์

2.3 Devices: มีการเชื่อมข้อมูลของเครื่องมือแพทย์ (Vital Sign) อย่างน้อย 1 อุปกรณ์ เข้าสู่ HIS อัตโนมัติ

3) Smart Services (อย่างน้อย 4 ข้อ ไม่เรียงลำดับ)

3.1 BPM : ยกเลิกการเรียกรับสำเนาบัตรประชาชนและเอกสารอื่นที่ออกโดยราชการ จากผู้รับบริการ

3.2 BPM : มีการจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic Medical Records)

3.3 BPM : มีการใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (OPD ทุกห้องตรวจ)

3.4 BPM : มีข้อมูลระยะเวลาการออกยารับบริการ อย่างน้อย 1 จุด บริการ OPD

3.5 BPM : มีบริการนัดหมายแบบเหลื่อมเวลา หรือมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการ ได้รับการตรงเวลาหรือแตกต่างเล็กน้อยอย่างเหมาะสม

หน่วยงานที่รับผิดชอบ:

๕.๑ ผู้ประสานงานประเด็น/ตัวชี้วัด (ผู้ประสานหลัก)

นางอรสา เข้มปัญญา

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญพิเศษ

โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒๕๙๐๑๕๔๒-๓

โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๓๕๗๙๒๕๖๕

E-mail : aoybdeeo@gmail.com

กองบริหารการสาธารณสุข สป.สธ.

๕.๒ ผู้ประสานงานร่วม

๑. เรื่องช่องทางแจ้งเตือนคิวออนไลน์ (กรณีใช้ Q&U ผ่าน H&U)

นางกนกวรรณ มาป้อง

นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการพิเศษ

โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒๕๙๐๒๐๘๕ ต่อ ๔๑๔ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๗๑๐๑๕๗๐๘

โทรสาร : ๐๒๕๙๐๑๒๑๕

E-mail : ict-moph@health.moph.go.th

ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ.

๒. เรื่องยกเลิกการเรียกรับสำเนาบัตรประชาชนและเอกสารอื่นที่ออกโดยราชการ (กรณีใช้โปรแกรม Smart Health ID)

นางสินินาฏ พรัดมะลิ

นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ

โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒๕๙๐๒๑๘๕ ต่อ ๓๑๔ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๙๖๘๓๔๗๓๗

โทรสาร : ๐๒๕๙๐๑๒๑๕

E-mail : ict-moph@health.moph.go.th

ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ.

๓. กระบวนการขับเคลื่อนและภาพรวมการประเมินผล

นางอรสา เข้มปัญญา

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ

โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒๕๙๐๑๕๔๒-๓

โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๓๕๗๙๒๕๖๕

E-mail : aoybdeeo@gmail.com

กองบริหารการสาธารณสุข สป.สธ.