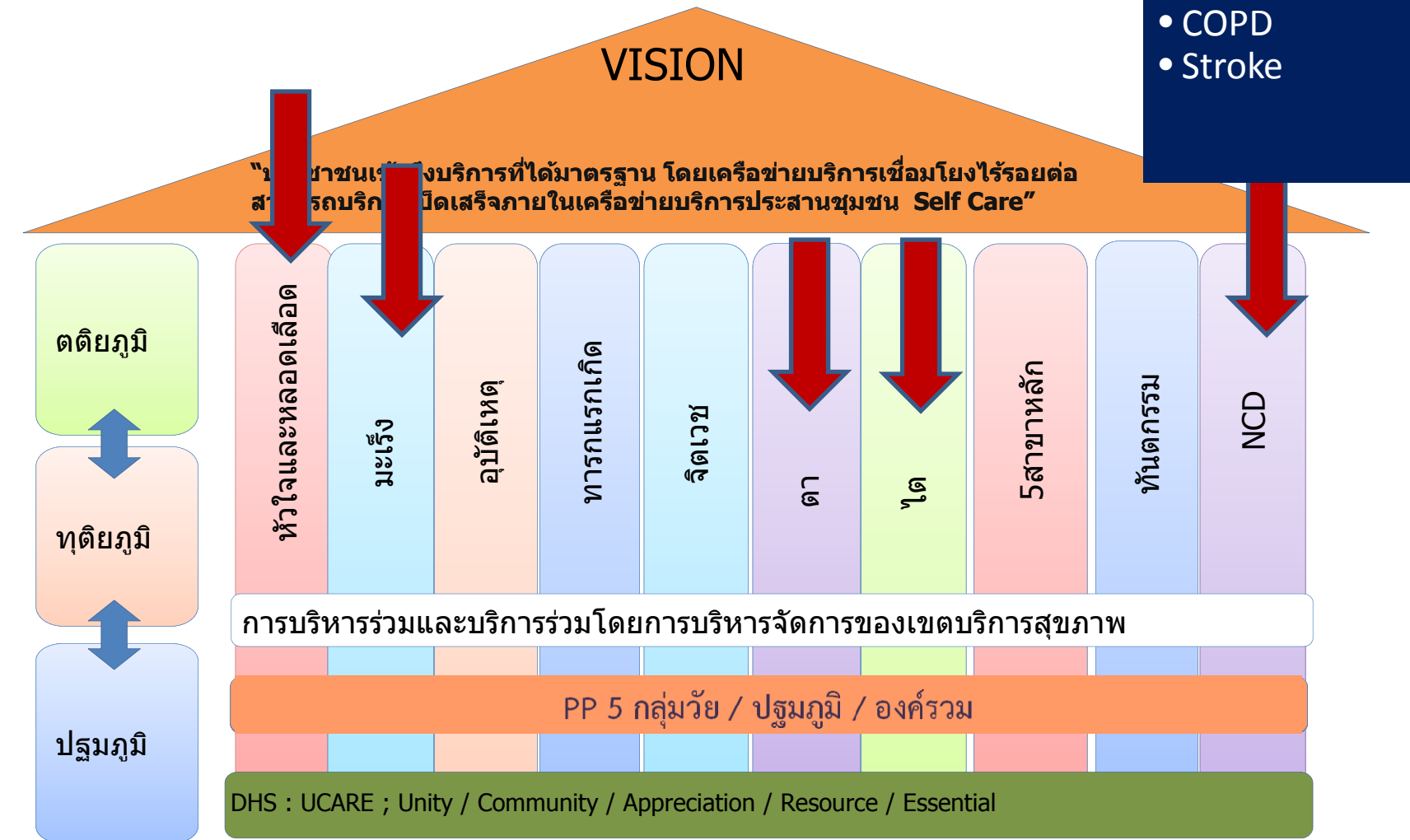


การพัฒนาที่ต้องเร่งรัดดำเนินการ 2558
การบูรณาการดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
(Service Plan : NCD, ตา, ไต, หัวใจ, Stroke)

นพ.สมเกียรติ โภธิสัตว์
กรมการแพทย์

SERVICE PLAN และ DHS

- DM/HT
- COPD
- Stroke



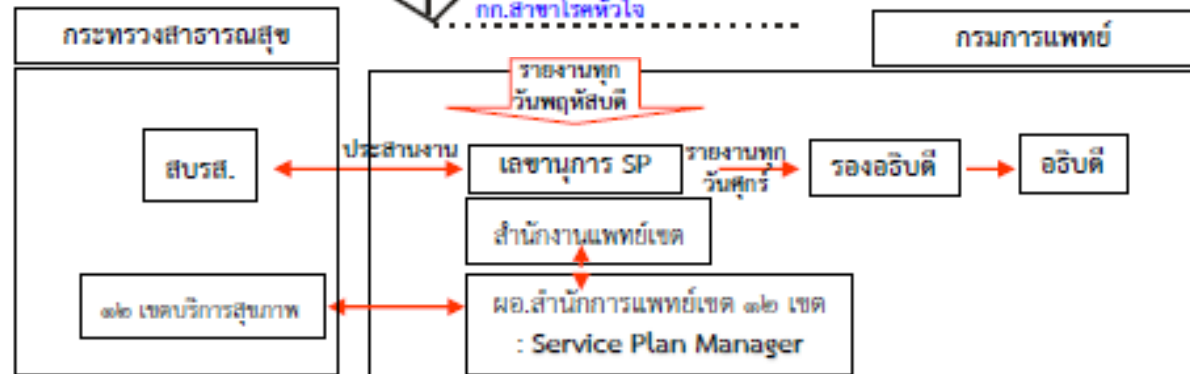
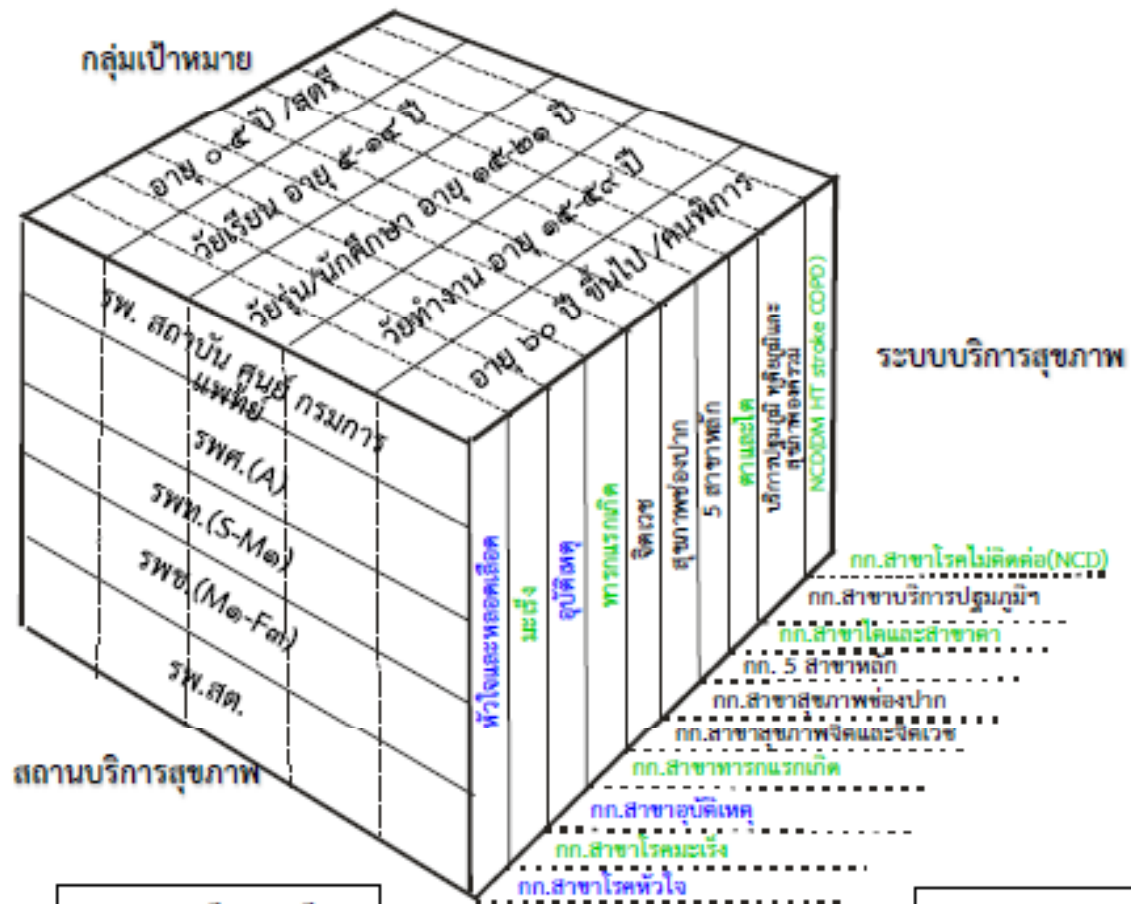
Service Plan Cube

ระบาดวิทยา
 *ปัจจัยเสี่ยง
 *ความชุก
 *อัตราการตาย
 *อัตราการตายปรับตามอายุ

Burden of diseases
 *YLL
 *YLD
 *DALY

Economic Burden
 *Direct cost
 *Indirect cost
 *Intangible cost

คุณภาพบริการ
 *การเข้าถึงบริการ
 *การปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติ
 *ราคาค่ารักษา
 *ตัวชี้วัดอื่นๆ

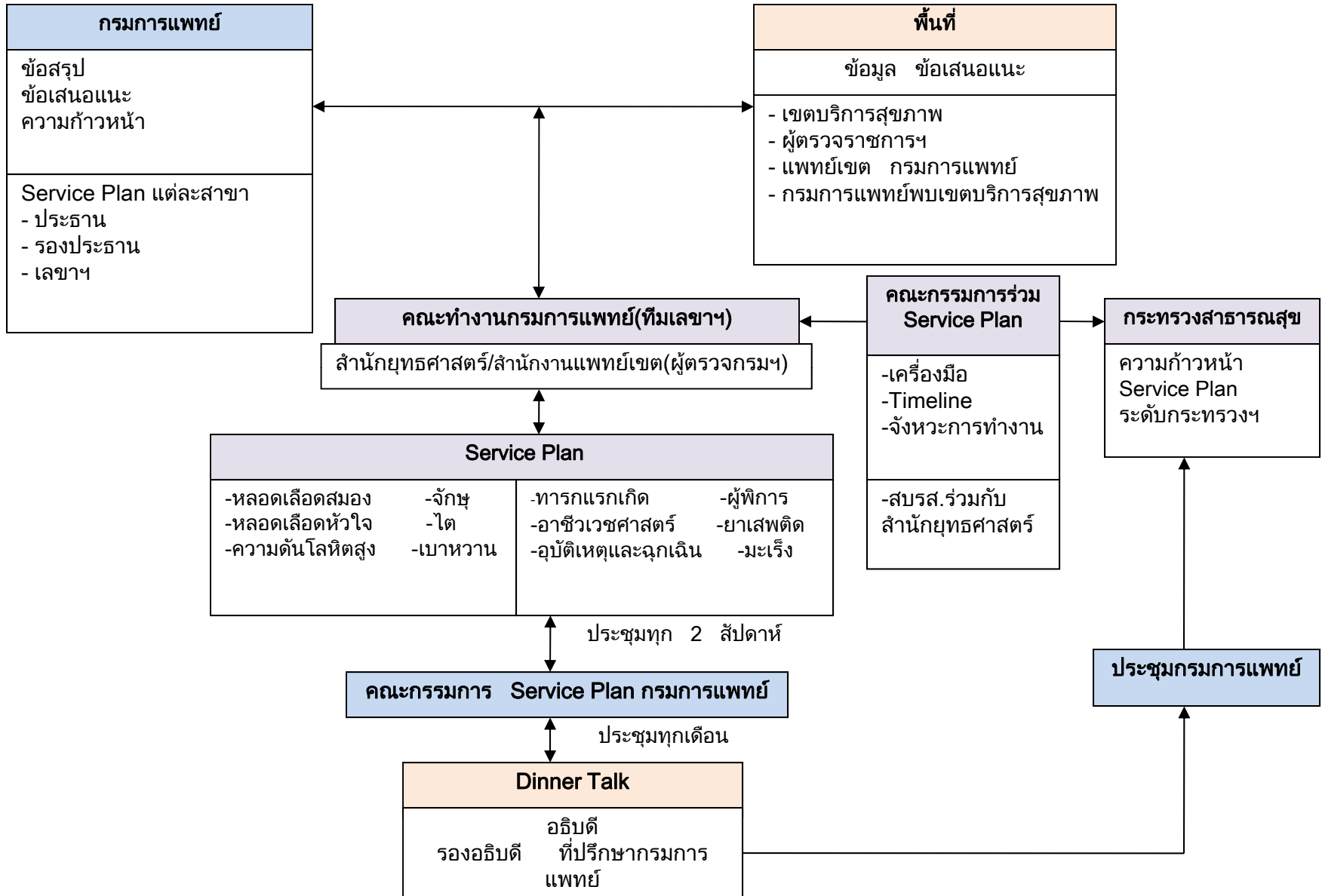


สีน้ำเงิน, เขียว : กรมการแพทย์เป็นเจ้าภาพหลัก

กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักยุทธศาสตร์

ดัดแปลงมาจาก Health Care Cube ของ นพ.ปานเนตร ปางพุฒิพงษ์

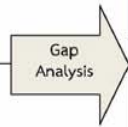
กลไกการติดตามประเมินผลแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ของกรมการแพทย์



ภาพรวม National Committee
Service Plan สาขา ...

Background

Current Condition



เป้าหมายผลลัพธ์	
เป้าหมาย	ผลสำเร็จเป้าหมาย



เป้าหมายบริการ	สถานการณ์ปัจจุบันของเขตบริการ	บทบาทกรรมการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง	การสนับสนุนจากกรรมการแพทย์	Gap Analysis		ข้อเสนอแนะ + เหตุผลประกอบ	
				กรรมการแพทย์	เขตบริการสุขภาพ	เขตบริการสุขภาพ	เชิงนโยบาย



ข้อเสนอแนะ

Verify ข้อมูลโดยผู้เชี่ยวชาญ

ระบบบริการ	DMS	R	A	S	Me	Me	Fi	Fi	Fi
- Service Delivery									
- Health Workforce									
- Information									
- Medical Products, Vaccines & Technologies									
- Financing									
- Leadership / Governance									

Priority & Phasing

Options Intervention
๑ ...
๒ ...
๓ ...

Plan
Action Plan
- แแผนเงินงบประมาณ
- แแผนเงินนอกงบประมาณ

Implementation
- Service Plan
- Integration
- Project Based
- Specific Issue

Man Power						
Item	วท.	A	B	C	D	E
แพทย์ ๑. ๒.						
Equipments / Facilities						
Item	วท.	A	B	C	D	E
พยาบาล ๑. ๒.						
Training						
Item	วท.	A	B	C	D	E
อื่น ๆ ๑. ๒.						
แพทย์ ๑. ๒.						
พยาบาล ๑. ๒.						
อื่น ๆ ๑. ๒.						

M&E	
DMS	MOPH
Monitoring - Service Plan - Project Based - Specific Issue Evaluation	Monitoring - Integration - Specific Issue Evaluation

กลุ่มงานติดตามและประเมินผล สำนักยุทธศาสตร์ กรรมการแพทย์
วันที่ สิงหาคม ๒๕๕๗

ภาพรวม Service Plan NCD: (DM/HT)

สภาพปัญหา

- มากกว่าร้อยละ 50 ของผป. DMHT ยังควบคุมโรคไม่ได้ดีตามเกณฑ์
- การเข้าถึงคัดกรองภาวะแทรกซ้อนยังไม่ครอบคลุมตามเกณฑ์(ตาและเท้า)

- ### ทิศทางการพัฒนา ปี 2558
- บูรณาการการป้องกัน ควบคุม และจัดการโรคทั้งกลุ่มโรคเมแทบอลิค และภาวะแทรกซ้อน
 - คลินิก NCD ประเมินผ่านเกณฑ์คุณภาพ ระดับ รพช. เป้าหมาย ร้อยละ 70(ปี 2558) ร้อยละ 100 (ปี 2559)
 - เร่งรัดการประเมิน CVD risk ในผู้ป่วย DM HT ให้ครอบคลุม เพื่อสนับสนุนการจัดบริการลดเสี่ยง

	เป้าหมายบริการ	เป้าหมายผลลัพธ์
D M H T	* จังหวัดและอำเภอ บริหารจัดการระบบโดย NCD board และ NCD system manager *NCD clinic ผ่านเกณฑ์คุณภาพ (รพศ. รพท.ทุกแห่ง และเป็นพีเลี้ยงแก่รพช. / รพช.> 30%) *เน้นการจัดการตนเองเพื่อผลลัพธ์การดูแลรักษาที่ดี	•ผป.DMที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีตามเกณฑ์ $\geq 40\%$ •ผป.DM ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน (ตา ไต เท้า) $\geq 60\%$ •ผป. HTที่ควบคุมระดับ BPได้ดีตามเกณฑ์ $\geq 50\%$ •ผป. HT ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน (ไต) $\geq 60\%$ •ผป.DM HT ได้รับการประเมิน CVD risk $\geq 60\%$

มาตรการ	DMHT	สถานการณ์	บทบาทกรมการแพทย์	การสนับสนุนจากกรมการแพทย์
• การคัดกรองรายใหม่และภาวะแทรกซ้อน โดยบูรณาการสาขาที่เกี่ยวข้อง(ตา ไต เท้า CVD)		การเข้าถึง, คัดกรองภาวะแทรกซ้อน ยังไม่ครอบคลุมตามเกณฑ์	เจ้าภาพ service plan ที่เกี่ยวข้อง	กิจกรรมตาม service plan
- พัฒนาผลลัพธ์การดูแลรักษาที่ดี โดยเน้น การจัดการตนเอง		ควบคุมไม่ได้ดีตามเกณฑ์	ร่วมพัฒนา	พัฒนาบุคลากร
- NCD clinic คุณภาพ ในรพ.ทุกระดับและลงถึงระดับปฐมภูมิ		กำลังขยายตัว	ร่วมพัฒนา	ร่วมพัฒนาแนวทาง
• Integrated chronic care model (iCCM)		ไม่มีโครงสร้างในการปฏิบัติงานชัดเจน	ร่วมพัฒนา	คู่มือ Guidelines
• NCD System Manager / Disease coordinator ทั้งระดับจังหวัด อำเภอ		ยังมีปริมาณและคุณภาพ จำกัด	ร่วมพัฒนา	พัฒนาบุคลากร

M&E

ระดับกระทรวง

- อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ

ระดับเขต

- ร้อยละของผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาล/ความดันโลหิตได้ดี
- อัตราป่วยรายใหม่จากโรค DM/HT
- ความชุกของภาวะอ้วน

ระดับจังหวัด

- ร้อยละของ รพศ. รพท. รพช. ผ่านการประเมินคลินิก NCD คุณภาพ
- ร้อยละของผู้ที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) และมีความเสี่ยงสูงมาก ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้นและ/หรือได้รับยาในการรักษา
- ความชุกของภาวะอ้วน
- อัตราผู้ป่วยDM/HTที่ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน(ตา ไต เท้า) ประจำปี

สาขาตา

ประเด็น

1. องค์การอนามัยโลก (WHO) กำหนดเป้าหมาย Vision 2020: the Right to Sight เพื่อขจัดภาวะตาบอดและสายตาลี้นกลาง จากสาเหตุที่หลีกเลี่ยงได้ ภายในปี พศ. 2563
2. การขับเคลื่อนนโยบายขจัดภาวะตาบอดและสายตาลี้นกลาง มีองค์ประกอบ 3 อย่างคือ: การลดจำนวนผู้ป่วยตกค้าง (clear backlog) การสร้างเสริมระบบสุขภาพตาที่เข้มแข็ง (strengthen eye health system) การสร้างเสริมและป้องกัน (eye health promotion and prevention)
3. การดำเนินโครงการแก้ไขปัญหตาบอดจากต้อกระจกมีแนวทางดังนี้ :
 - 1ผลักดันนโยบายผ่านเขตบริการสุขภาพ
 - 2ประสานความร่วมมือทั้งภายในและภายนอก กสธ.
 - 3เน้นการคัดกรองสายตาในชุมชน
 - 4ปรับระบบการเงินการคลังให้มุ่งเน้นต้อกระจกชนิดบอด
 - 5พัฒนาระบบ Management, Monitor & Evaluation (MM&E) เช่น www.vision2020thailand.org
 - 6จัดตั้งศูนย์ประสานงานโครงการ (สปรส. & รพ เมตตาฯ)
4. หัวใจของการดำเนินนโยบาย คือข้อมูลจากการสำรวจอัตราความชุกตาบอด และโรคตาที่เป็นปัญหาสาธารณสุข ที่ผ่านการทำ National Eye Survey ชาติความสม่ำเสมอ ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายชาติความต่อเนื่อง การประยุกต์ใช้ Rapid Assessment of Avoidable Blindness (RAAB) มาเสริม โดยให้แต่ละเขตเป็นผู้ดำเนินงาน อาจช่วยปรับปรุงจุดอ่อนนี้

ข้อเสนอแนะ

1. กำหนดเป้าหมายผ่าตัด 60,000 Blinding Cataract ภายในสิ้นปี 2558 มีการแยกการคัดกรองจากการผ่าตัด มีระบบ Visa Fast Tract for Blinding Cataract (ภายใน 30 วัน) ถ้าคิวผ่าตัดนานมาก มีศูนย์ประสานงาน ให้หน่วยงานอื่นๆและเอกชนมาช่วยผ่า โดยให้มีสัดส่วนของการผ่าตัด Blinding Cataract เพิ่มจาก 20% เป็นอย่างน้อย 50% ตามแนวคิด "Low Vision Cataract เป็นหน้าที่ Blinding Cataract เป็นนโยบาย"
2. บริหารจัดการอัตรากำลัง และการกระจายตัวของจักษุแพทย์ ในแต่ละเขต อย่างสมดุลเหมาะสม
3. พัฒนาขีดความสามารถของแต่ละเขต ในการสำรวจ RAAB
4. พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศแบบบูรณาการด้านจักษุวิทยา

สาขาไต

สภาพปัญหา

1. มาตรฐานการให้บริการ HD โดยเฉพาะศูนย์ outsource ในรพ.รัฐ (มีศูนย์ HD ในรพ.ระดับ A 33 แห่ง S 35 แห่ง M1 18 แห่ง)
2. การเข้าถึงบริการ Dialysis ได้ยากในบางพื้นที่

ประเด็น

1. การจัดตั้ง CKD clinic ในรพ.ระดับ A, S และ M1 100% และ ใน F 80%
2. การเปลี่ยนวิธีการตรวจ Serum Cr เป็น enzymatic method เพื่อสนับสนุน KPI ที่ใช้พัฒนา CKD clinic ตัวหลักคืออัตราการลดลง ของ eGFR
3. การขาดบุคลากร PD nurse, Vascular access surgeon, นักโภชนาการ/นักกำหนดอาหาร
4. ระบบฐานข้อมูลโรคไตเรื้อรัง CKD ให้สามารถดึง KPI ออกจากฐานข้อมูล 43 แฟ้ม ให้สามารถนำข้อมูล CKD จาก 43 แฟ้มมาวิเคราะห์และรายงานผลในการตรวจราชการ รอบที่ 2 ได้ทุกเขต
5. มีผู้บริจาคอวัยวะ 300 ราย และปลูกถ่ายไตทั่วประเทศ 600 รายในช่วงโครงการปลูกถ่ายไตเป็นพระราชกุศล 60 พรรษา สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

ข้อเสนอแนะ

1. กำหนดให้มีการแจ้งจำนวนศูนย์ HD ในรพ.รัฐปีละครั้ง และนำข้อมูลไปเปรียบเทียบกับฐานข้อมูลการตรวจรับรองของตรด. เพื่อให้กองทุนแยกรหัสการเบิกของศูนย์ HD ใน รพ.เดียวกัน
2. ส่งเสริมการขยายบริการ Peritoneal dialysis ไม่เน้นการขยายบริการ HD

สาขาหัวใจ

ประเด็น

1. STEMI ได้รับการรักษา (PPCI or ยาละลายลิ่มเลือด) มากกว่าร้อยละ 70
2. มีศูนย์โรคหัวใจ (ระดับ 1) เขตละ 1 แห่ง (มี Cath Lab + ผ่าตัดหัวใจ ครบทุกเขตบริการ (ยังขาดเขต 3 และประเด็นการเปิดบริการ 24 ชม.และมาตรฐานสากล Cath Lab)
3. มีการให้บริการตรวจรักษาโรคหัวใจใน รพท. อย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง (ศูนย์โรคหัวใจระดับ 3) มี Cardiologist มี Echocardiogram (อยู่ระหว่างสำรวจ)
4. รพช. ระดับ F2 ขึ้นไป สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ (ปี 57 ให้ที่รพช.ได้ 57% 276 แห่ง จาก 460 แห่ง, สำหรับ รพ. F1 ที่มีความพร้อม ควรให้ยาได้ด้วย)
5. มีการจัดตั้ง Warfarin clinic ครบทุกแห่งในโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 โดยสหวิชาชีพ
6. มีการจัดตั้ง Heart failure clinic ในโรงพยาบาลระดับ S ขึ้นไป (ประเด็น Echocardiogram และ แพทย์อายุรศาสตร์โรคหัวใจ)
7. แนวทางในการใช้บริการภาคเอกชน และข้อบ่งชี้ในการทำ PCI (กรณี Enthusiastic PCI)
8. ความเหมาะสมของยาละลายลิ่มเลือด SK or TNK และการบริหารจัดการจัดซื้อยาละลายลิ่มเลือด
9. Definition การส่งต่อนอกเขต ส่ง รร.แพทย์ ส่งรพ.เอกชน ส่งรพ.ที่มี MOU
10. ACS registry มีหลายระบบ (รง.501, 43 แฟ้ม, 10000 ดวงใจ, ทะเบียนราษฎร์) และปัญหาความน่าเชื่อถือ

ข้อเสนอแนะ

1. Key Success Factors
 - 1) Public Awareness และ Public Alert
 - 2) STEMI fast track ควรมีข้อมูล onset to therapy, door to therapy, door in door out (DIDO), transportation map และการข้อมการส่งต่อ
 - 3) ระบบ EMS ไปทำ Coronary angiogram, PCI, ผ่าตัด Coronary bypass หรือให้ยาละลายลิ่มเลือด
2. การวางแผนอัตรากำลังของ CMT, Interventionist, Cardiologist, วิทยุแพทย์&Team รวมทั้งการรักษาทีมไว้ในระบบ
3. สนับสนุน Cardiac Network Forum และการฝึกอบรมการให้ยาละลายลิ่มเลือด
4. การลดการส่งต่อไปรพ.เอกชน

สาขา NCD (Stroke)

สภาพปัญหา

1. อัตราตายของของโรคหลอดเลือดสมองสูงเป็นลำดับต้นๆ (ประมาณร้อยละ 10 ของการเสียชีวิตทั้งหมด) และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น (ปี 51 = 20.8/แสนปชก. ปี 55 = 31.7/แสนปชก.)
2. Public Awareness และ Public Alert

ประเด็น

1. การพัฒนาระดับ A, S ให้มี Stroke Unit ทุกแห่ง (รพ.ที่มี Stroke unit ระดับ A 24/33 แห่ง เขต 9 แห่ง ระดับ S 17/48 แห่ง) เขต 31 แห่ง
2. การจัดให้มี Stroke fast tract และบูรณาการกับ EMS ของหน่วยบริการ
3. อัตรากำลังและการกระจายตัวของประสาทแพทย์และศัลยแพทย์ผ่าตัดสมอง ที่เหมาะสม
4. มาตรฐาน Stroke Unit

หมายเหตุ หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง สถานที่เฉพาะภายในโรงพยาบาลที่ใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะแรก เพื่อที่จะสามารถติดตามสัญญาณชีพ และเฝ้าสังเกตอาการทางระบบประสาทได้อย่างใกล้ชิด ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ จำนวนเตียงไม่น้อยกว่า 4 เตียง มีบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้เชี่ยวชาญทางหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล ทีมสหวิชาชีพอื่น ๆ เช่น นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด ฯลฯ มีแผนการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง ครุภัณฑ์สำหรับหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่นอนลม Infusion pump/syringe pump เครื่อง defibrillation เครื่องวัดน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว EKG monitor Pulse oxymetry

ข้อเสนอแนะ

1. Mr. Fastman 1669 สำหรับ Public awareness and Public alert
2. ควรมี ประสาทแพทย์อย่างน้อย 2 คนในรพ.ระดับ A และ S
3. ให้รพ. ระดับ M1 ทำ MOU กับรพ.ระดับ A และ S ในระบบ Stroke
4. บูรณาการ Post Stroke Care

สวัสดี