



กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES



แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
(Inspection Guideline)
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565
ตัวชี้วัด ประเด็นลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย
สาขาหัวใจและหลอดเลือด (STEMI)

แพทย์หญิงอรวรรณ อนุไพวรรณ
สถาบันโรคทรวงอก





ศูนย์หัวใจ: Cath Lab (ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข)

เชียงราย ลำปาง เชียงใหม่ น่าน

พิษณุโลก อุตรดิตถ์

สวรรคค์ประชารักษ์

สระบุรี พระนั่งเกล้า
สถาบันโรคทรวงอก

นครปฐม หัวหิน สมุทรสาคร
เจ้าพระยายมราช ราชบุรี

นครศรีธรรมราช
วชิระภูเก็ต สุราษฎร์ธานี

อุดรธานี สกลนคร

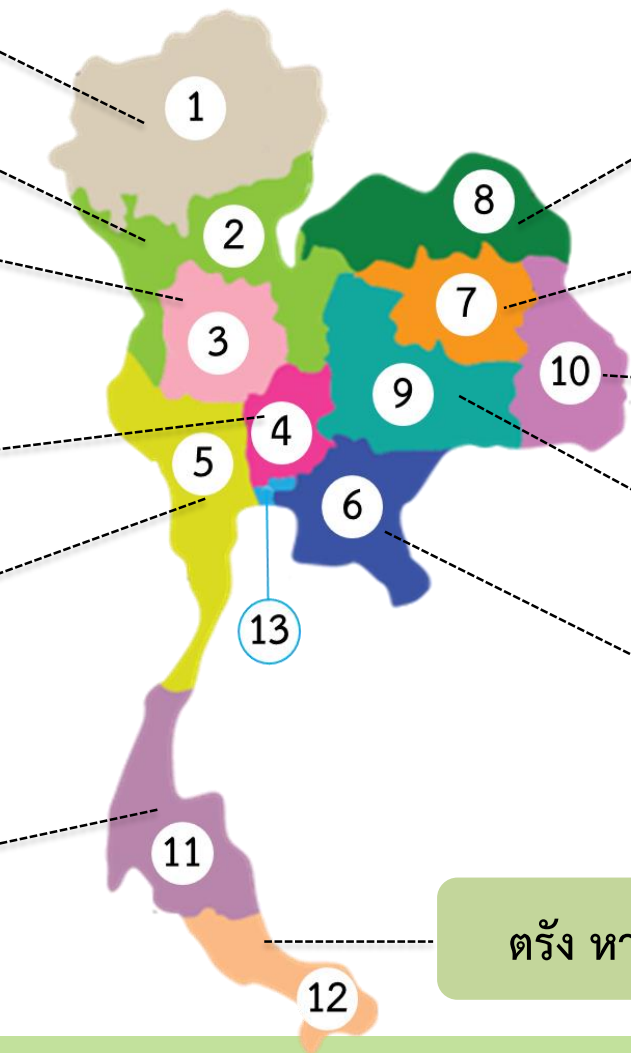
ขอนแก่น ร้อยเอ็ด

สรรพสิทธิประสงค์ ศรีสะเกษ

สุรินทร์ บุรีรัมย์
มหาสารนครราชสีมา

ชลบุรี บางพลี พระปกเกล้าจันทบุรี
(ระยอง สมุทรปราการ)

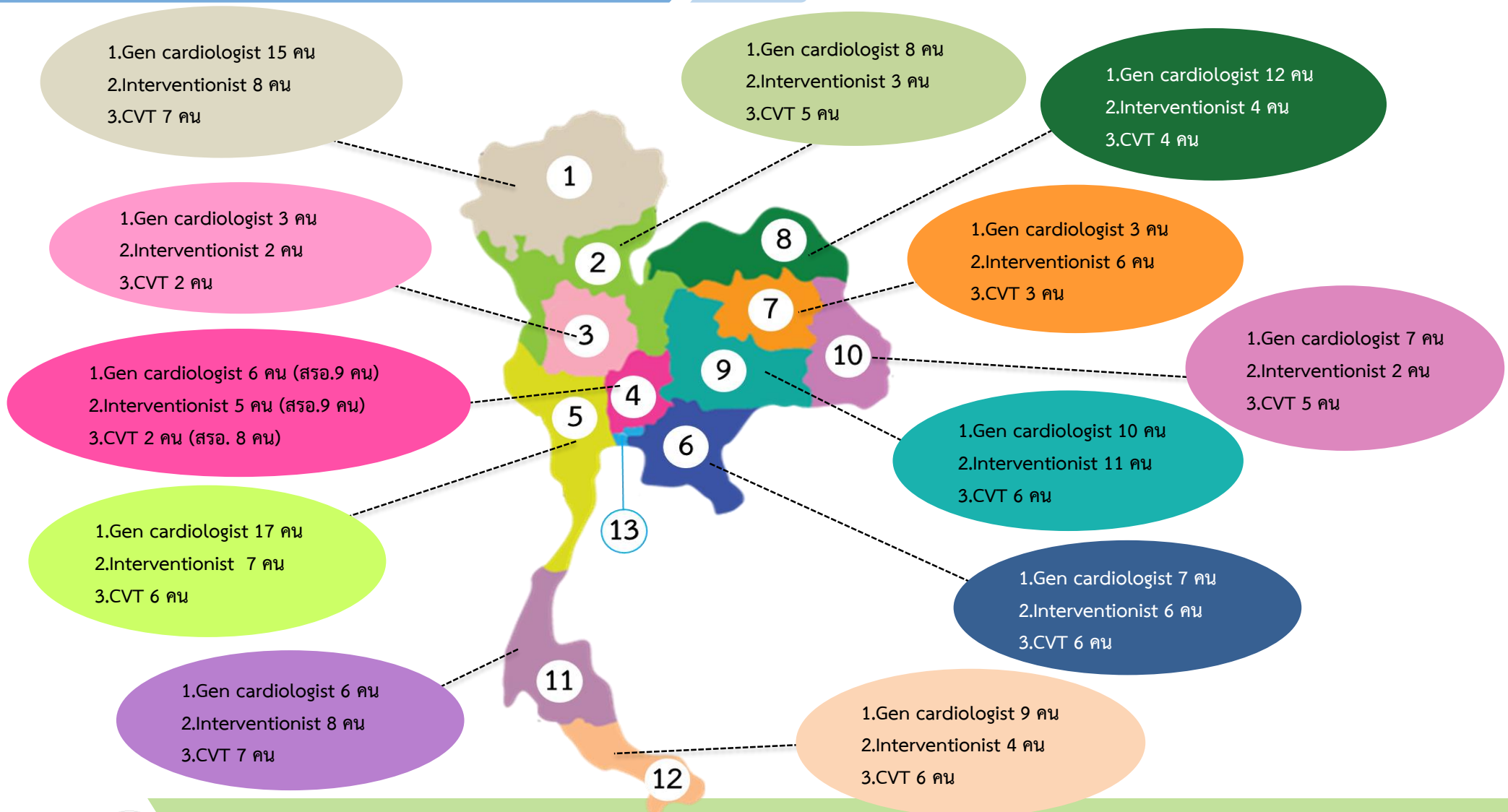
ตรัง หาดใหญ่ ยะลา พัทลุง



ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

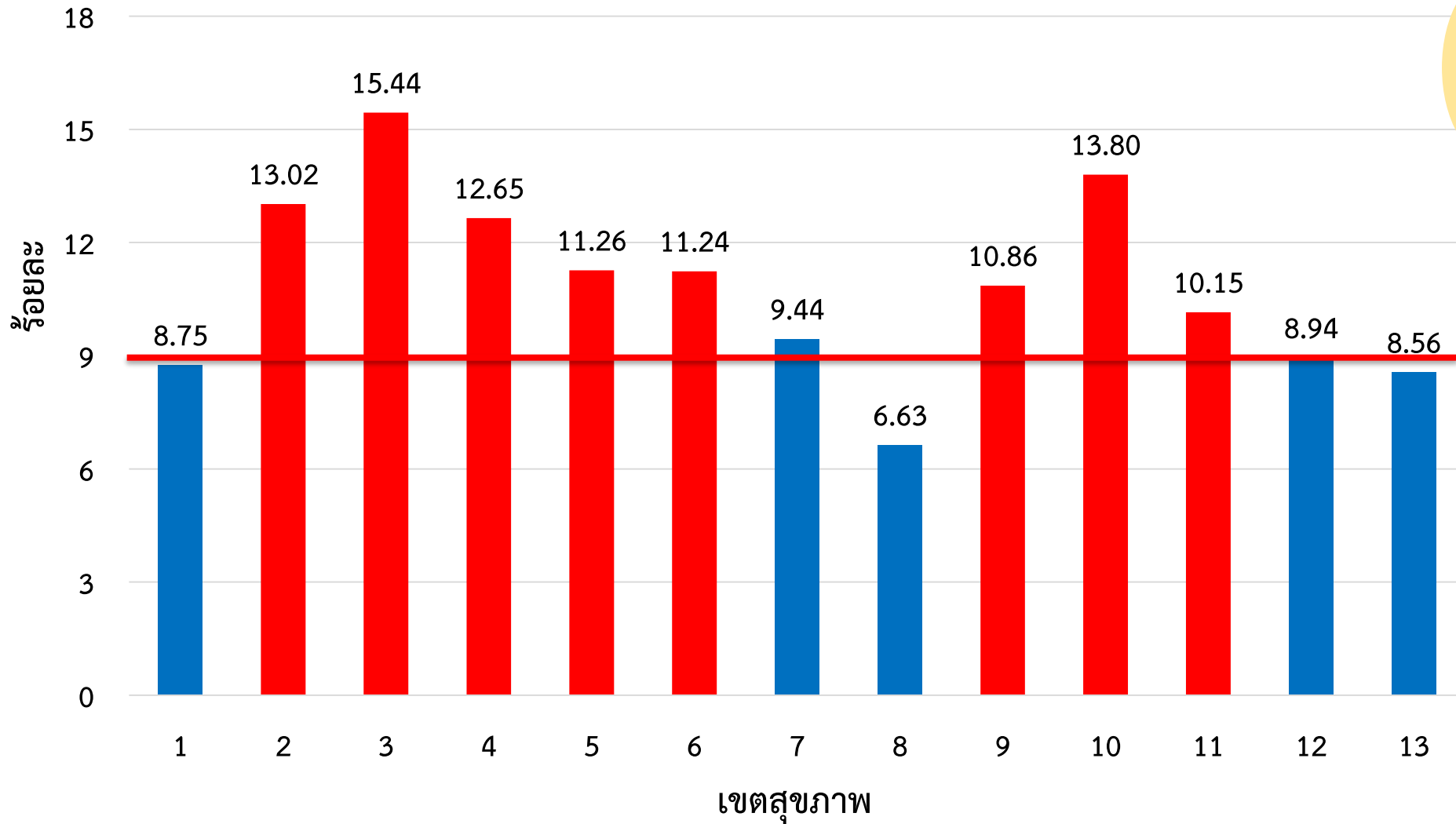


จำนวน General cardiologist, Interventionist, CVT ของเขตสุขภาพที่ 1 - 12





อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI

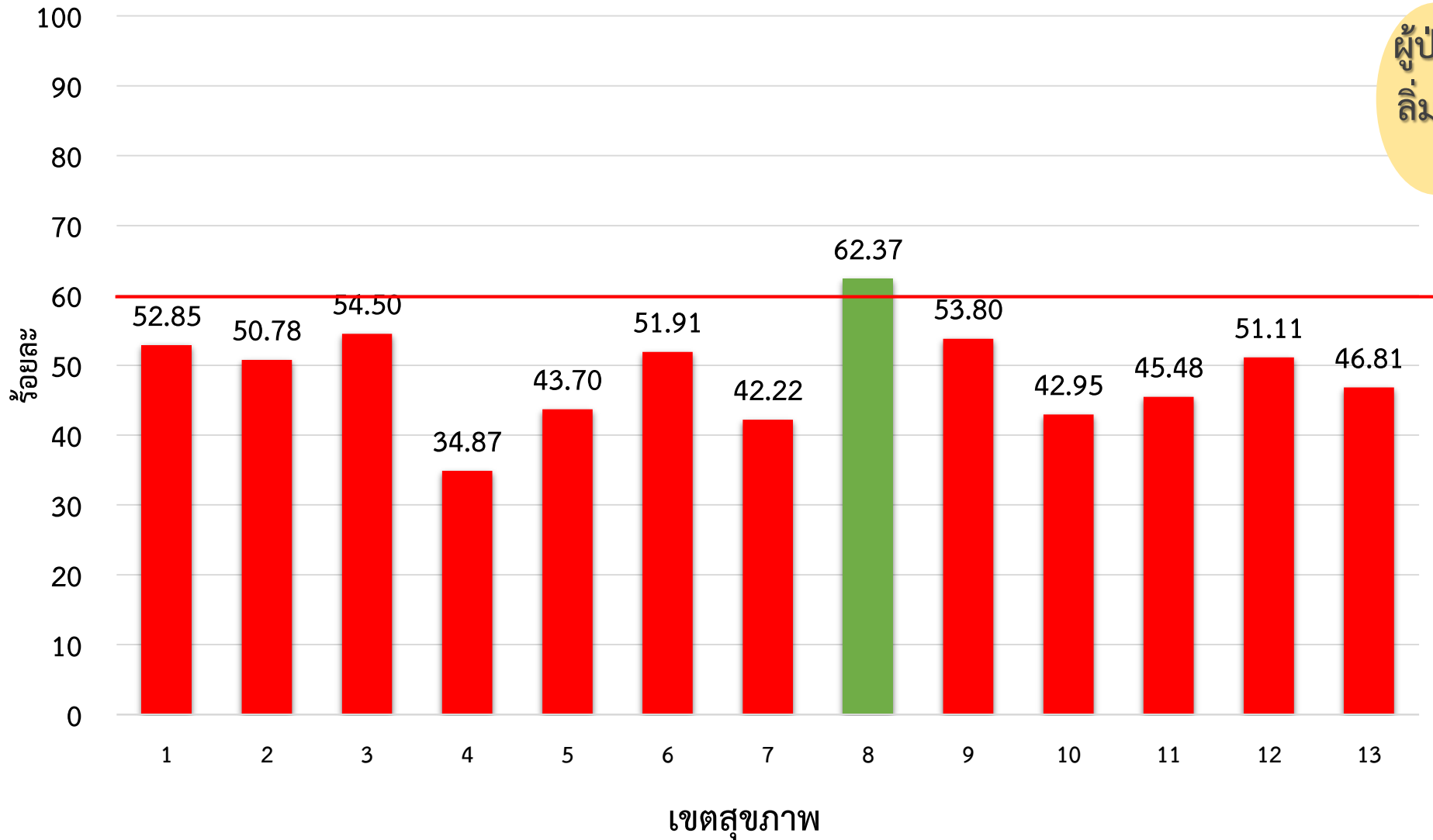


อัตราการตายของผู้ป่วย
STEMI **10.60**





ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายในเวลาที่กำหนด

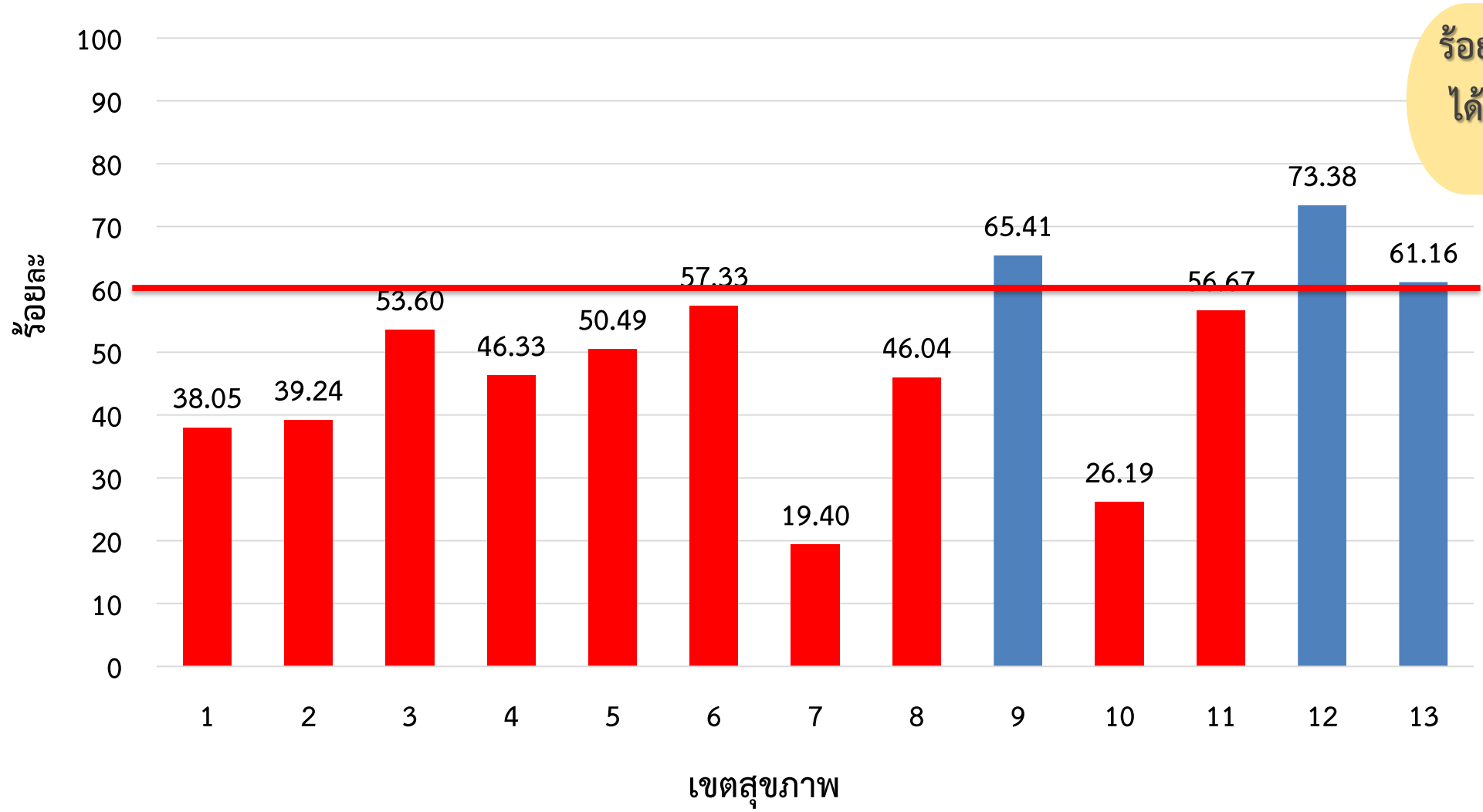


ผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายในเวลาที่กำหนด ร้อยละ 47.76





ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ PPCI ภายในเวลาที่กำหนด



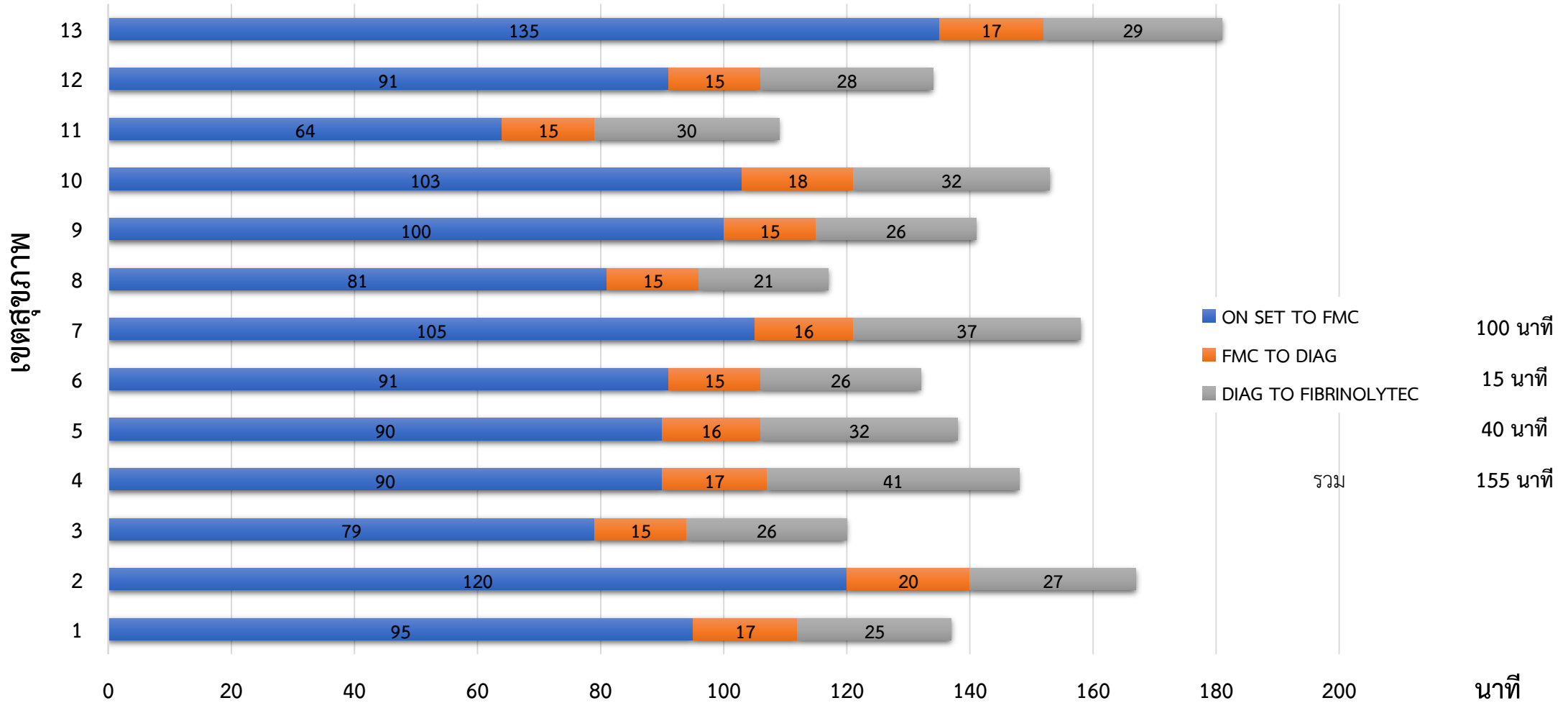
ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ PPCI ภายในเวลาที่กำหนด **48.84**





STEMI total ischemic time: Fibrinolytic therapy

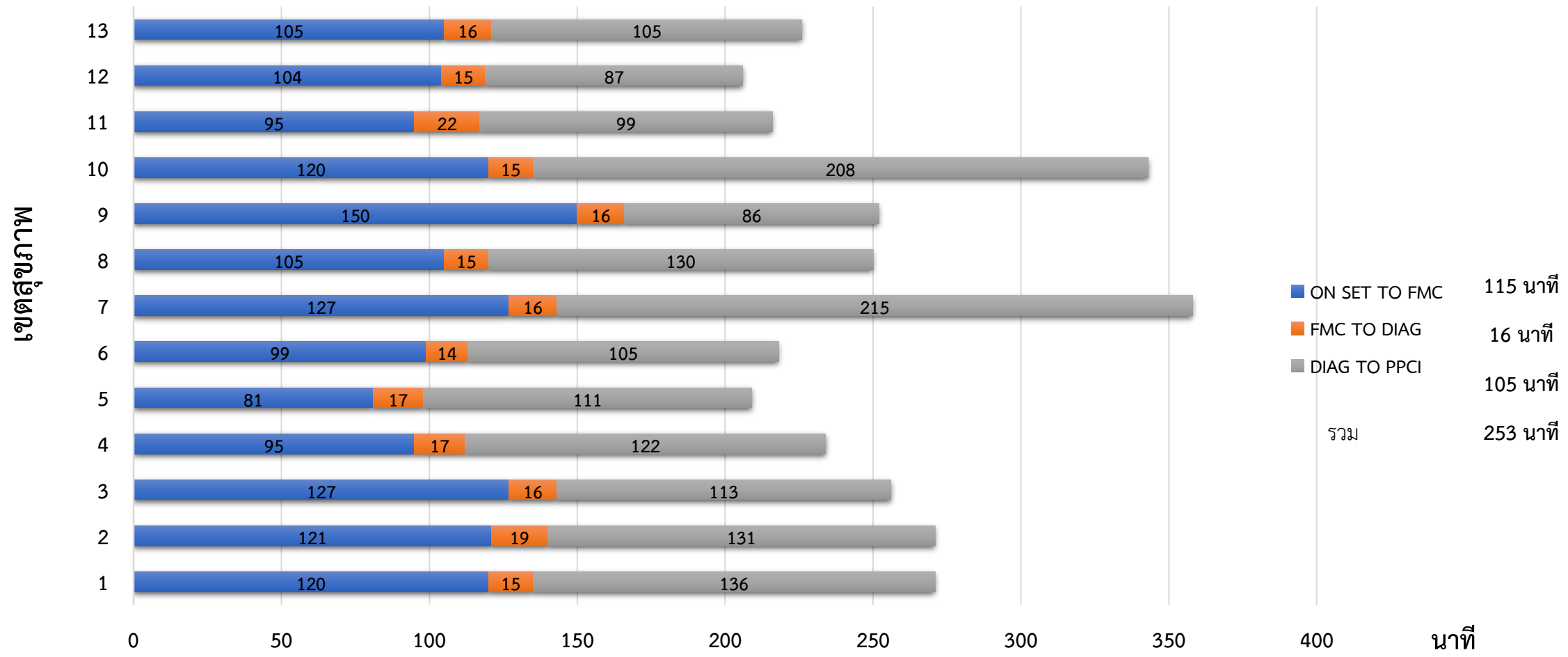
ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการถึงการได้รับยาละลายลิ่มเลือด





STEMI total ischemic time: Primary PCI

ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการถึงการได้รับการทำ PPCI





สรุปผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาระบบสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงานปี 64	
	ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
ตัวชี้วัด		
1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (ตัวชี้วัดหลัก)	< 9 %	10.60%
2. ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด (ตัวชี้วัดรอง)		
2.1 ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย	≥ 60 %	47.76 %
2.2 ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย	≥ 60 %	48.84 %



1. สถานการณ์

เนื่องจากการระบาดของ COVID-19 ส่งผลกระทบต่อการเข้าถึงการบริการของผู้ป่วยและระบบให้การรักษาผู้ป่วย

- อัตราตายของผู้ป่วย STEMI 10.6 % (ข้อมูลจาก Thai ACS registry)
- ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดยังไม่ได้ตามเป้าหมาย
- การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยและระบบบริการล่าช้า

2. ผลการพัฒนา

- มีเครือข่ายระบบการส่งต่อผู้ป่วย STEMI fast track และแนวทางการให้คำปรึกษา/รักษาผู้ป่วยในทุกเขตสุขภาพ
- มีศูนย์หัวใจ/cath lab ทุกเขตสุขภาพ
- รพ.ที่ไม่สามารถทำ PCI ได้ มีการให้ fibrinolysis มากขึ้น

มาตรการ 6 Building blocks

- 1.การจัดบริการสุขภาพ: มีระบบเครือข่าย STEMI fast track ที่มีประสิทธิภาพ
- 2.การจัดอัตรากำลังบุคลากรให้เหมาะสมกับภาระงาน: cardiologists ,interventionist ,CVT, nurses,, pharmacists, Technician และอื่นๆ
- 3.ระบบสารสนเทศ: มีระบบการจัดเก็บข้อมูลและรายงานเป็นระบบเดียวกันทั่วประเทศ สนับสนุนให้มีการลงข้อมูลใน Thai ACS Registry
- 4.วัสดุครุภัณฑ์ทางการแพทย์: echo , cath lab ,OR , CCU, อุปกรณ์ทางการแพทย์ และยา Fibrinolysis (SK/TNK)
- 5.จัดหางบประมาณ: ในการจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อพัฒนามาตรฐานการรักษาและสนับสนุนการอบรมทางวิชาการให้บุคลากร
- 6.การอภิบาลระบบสุขภาพ: บุคลากรทางสาธารณสุข ค่าตอบแทน ความก้าวหน้าในวิชาชีพ, การเข้าถึงบริการของประชาชนโดย EMS/1669

3. เป้าหมายบริการ

- ระบบ fast track STEMI และให้คำปรึกษาในเครือข่ายเขตสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและการให้บริการแบบไร้รอยต่อ
- มีศูนย์หัวใจที่มี Cath lab อย่างน้อย 1 แห่งในแต่ละเขตสุขภาพสามารถให้บริการ 24/7
- มีการคัดกรองและควบคุมโรคกลุ่ม NCD ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงโรค CVD
- การให้ความรู้ผู้ป่วยในด้านของ early warning sign และการวิธีการเข้าถึงการบริการ (EMS/1669)

4. เป้าหมายผลลัพธ์ปี 2565

1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI < 8%
2. ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด
 - 2.1 ผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย $\geq 60\%$
 - 2.2 ผู้ป่วย STEMI ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย $\geq 60\%$

กรอบแนวทางการตรวจราชการ STEMI

Patient



- มีการคัดกรองผู้ป่วย: ที่มีปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มของ NCD และควบคุมปัจจัยเสี่ยงตามมาตรฐานการรักษา
- ให้ความรู้ผู้ป่วย: ในการควบคุมปัจจัยเสี่ยง, patient awareness ทราบถึงอาการโรคหัวใจและวิธีเข้าถึงการบริการ
- ให้ความรู้ BLS และการใช้ AED

Primary Care



- มีระบบ STEMI Fast Tract และ CPG ในการรักษาผู้ป่วย STEMI (Fibrinolysis/PPCI)
- มีระบบการให้คำปรึกษาและระบบรับส่งต่อผู้ป่วย (24/7)
- เพิ่มหน่วยบริการที่มีความพร้อมในการรักษาโดยวิธีให้ยาละลายลิ่มเลือด
- มีความพร้อมในระบบการส่งต่อผู้ป่วย: Ambulance และอุปกรณ์การช่วยชีวิต, ความพร้อมของบุคลากรในการส่งต่อผู้ป่วย, จัดเวรบุคลากรเพื่อพร้อมในการส่งต่อผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง, สามารถทำ ACLS ได้

- พัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย: ส่งบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่ออบรมเพิ่มเติม (Cardiologist, intervention, พยาบาล และนักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก)

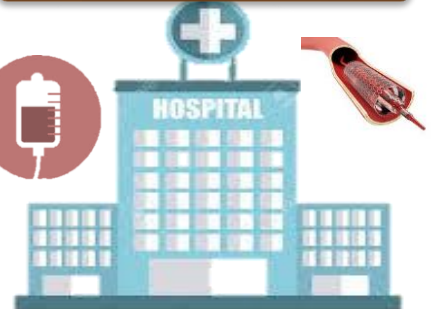
- ลดระยะการรอคอยในการให้การรักษา: CABG, CAG, PCI

- ในรายที่เป็นโรคแล้วให้มีการควบคุมปัจจัยเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่ต้องการ

Secondary Care



Tertiary Care



มีการจัดเก็บข้อมูลที่สมบูรณ์ครบถ้วนและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล



สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด

ตัวชี้วัด

1

อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (< ร้อยละ 8)

2

ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด

2.1

ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย (\geq ร้อยละ 60)

2.2

ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย (\geq ร้อยละ 60)



สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด

ตัวชี้วัด: ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (\geq ร้อยละ 60)

เป้าหมาย

ผู้ป่วย STEMI เข้าถึงบริการและได้รับการรักษาตามมาตรฐานได้ และรวดเร็วในระบบเครือข่ายแต่ละเขตสุขภาพ

มาตรการ

1. มีแนวทางในการให้ยาละลายลิ่มเลือดโดยมีระบบการให้คำปรึกษาและระบบรับส่งต่อผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน (24/7) โดยอายุรแพทย์หรืออายุรแพทย์โรคหัวใจ
2. มีระบบการบริหารยาละลายลิ่มเลือดโดยสามารถให้ยาได้ตลอด 24 ชั่วโมงและมีระบบหมุนเวียนยาระหว่างรพศ.และรพช.
3. มีความพร้อมของหน่วยงาน รถพยาบาลบุคลากร และมีอุปกรณ์เครื่องช่วยชีวิต เพื่อพร้อมส่งต่อผู้ป่วยในกรณีฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง
4. มีหน่วยบริการที่มีความพร้อมเพียงพอในการรักษาโดยวิธีให้ยาละลายลิ่มเลือดและหรือการขยายหลอดเลือด
5. มีระบบการส่งต่อและแนวทางการรับผู้ป่วยเพื่อให้สามารถให้บริการผู้ป่วยได้ในเวลาที่รวดเร็วและเหมาะสม ทั้งโดยวิธีให้ยาละลายลิ่มเลือดและการขยายหลอดเลือด
6. มีข้อมูลการให้การรักษานผู้ป่วย STEMI เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์และรายงานผล

แนวทางการตรวจ

1. มี CPG ระบบการให้คำปรึกษาและระบบรับส่งต่อผู้ป่วย
2. จำนวน Stock ยาหรือระบบการหมุนเวียนการใช้ยาในเขตสุขภาพ
3. บุคลากรที่ต้องไปส่งผู้ป่วยโดยรถพยาบาลต้องผ่านการอบรม BLS & ACLS, มีรถพยาบาลและการจัดเวรบุคลากรเพื่อพร้อมในการส่งต่อผู้ป่วยตลอด 24 ชม.
4. มีบุคลากรที่ได้รับการอบรมและสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดและหรือการขยายหลอดเลือดได้
5. มีระบบการส่งต่อผู้ป่วย STEMI Fast Tract ทุกโรงพยาบาลในเขตสุขภาพและเหมาะสมกับบริบทในแต่ละพื้นที่
6. มีการเก็บข้อมูลจำนวนหน่วยบริการและผู้ป่วยที่ให้ยาละลายลิ่มเลือด / การขยายหลอดเลือดหรือการลงข้อมูลใน Thai ACS Registry

ผลลัพธ์ที่ต้องการ

1. มี CPG และมีแนวทางการรับส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ
2. มียาพร้อมและมีกรให้ยาได้จริง
3. มีความพร้อมในการส่งต่อผู้ป่วยในกรณีฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง
4. มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดและหรือการขยายหลอดเลือดได้ตามมาตรฐาน
5. มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ
6. มีการรายงานข้อมูลผลการได้รับการรักษาในเวลาที่กำหนดที่ครบถ้วนและถูกต้อง ได้แก่ ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที หลังได้รับการวินิจฉัย \geq 60 หรือ ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย \geq 60

3
เดือน

Small Success

\geq ร้อยละ 60

6
เดือน

Small Success

\geq ร้อยละ 60

9
เดือน

Small Success

\geq ร้อยละ 60

12
เดือน

Small Success

\geq ร้อยละ 60



กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

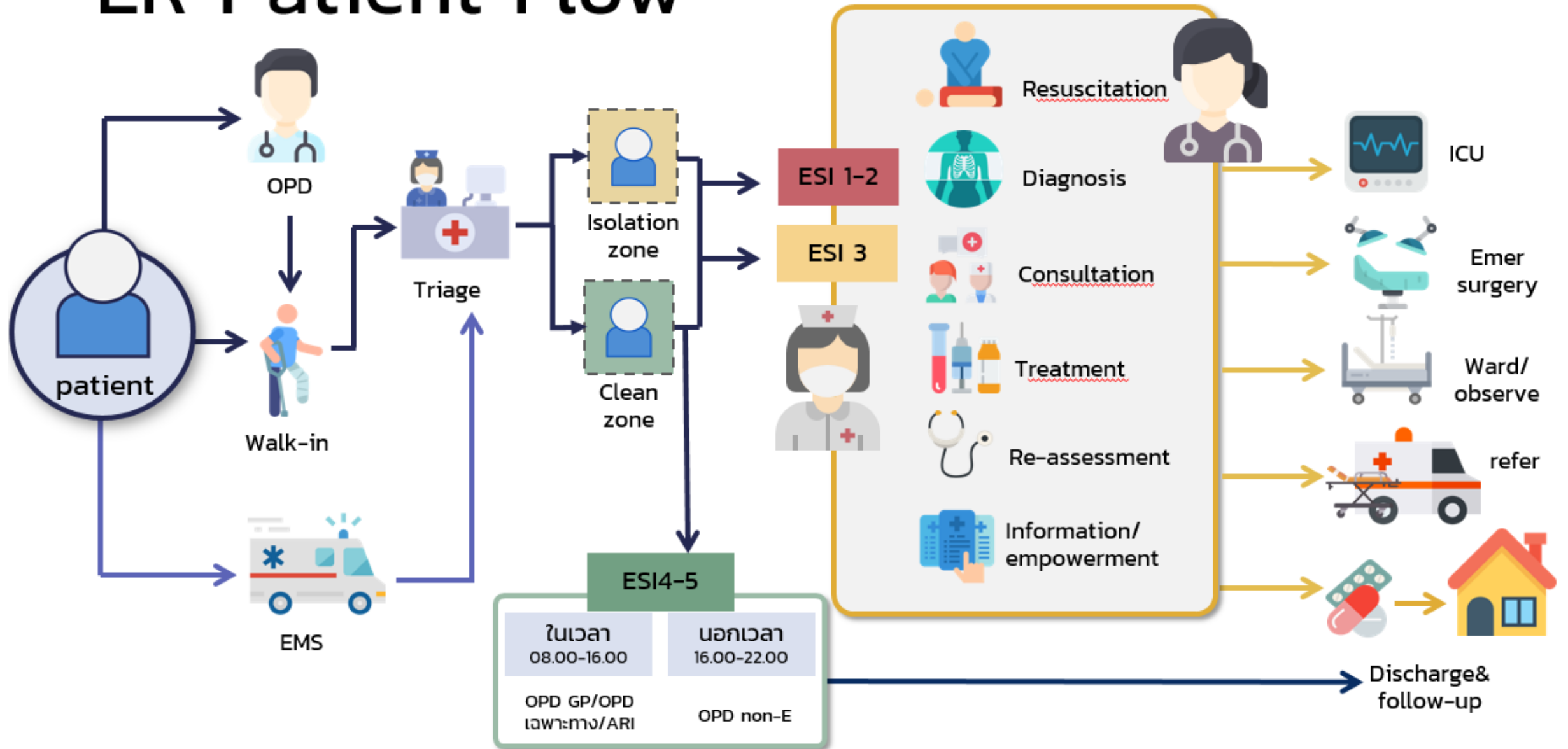


แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
(Inspection Guideline)
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565
ตัวชี้วัด ประเด็นลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย
สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

นายแพทย์เฉลิมพล ไชยรัตน์
โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี



ER Patient Flow



ER framework

Purpose

Redesign Process : Structure-Staff-System

Performance



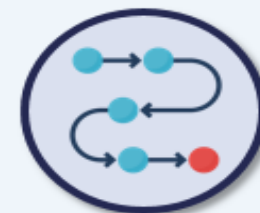
ER
Safety

Level 1 death
rate in 24 hrs.



Patient Care

- Triage
- Diagnosis
- Reassessment
- Communication
- Disposition



Patient Flow



Preparedness
plan

Fast track Stroke

Fast track STEMI

Fast track SEPSIS

Fast track Trauma

ER Crowding

ER waiting time

ER Violence

BCP for EID

Door to rt-PA

Door to PCI

Door to ATB

Door to OR

จำนวนการครองเตียง/วัน

ER target time

อุบัติการณ์ความรุนแรง

จำนวนเจ้าหน้าที่โดนกักตัว

Trauma & Emergency administration Unit





สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ตัวชี้วัด: อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit)
(เป้าหมาย < ร้อยละ 12) (Trauma < 12%, Non-trauma < 12%)

เป้าหมาย

อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit)

มาตรการ

1. เพิ่มประสิทธิภาพและลดระยะเวลาการเข้าถึง definite care ผ่านระบบ Fast track กลุ่มโรคสำคัญ เช่น STEMI, Stroke, Severe sepsis/septic shock, Trauma และกลุ่มโรคสำคัญอื่นๆ โดยเชื่อมโยงโรงพยาบาลทุกระดับผ่านระบบการส่งต่อและการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างไร้รอยต่อ
2. ลดความแออัด ลดระยะเวลารอคอยในห้องฉุกเฉิน
3. แผนรองรับภาวะวิกฤติในสถานการณ์ต่างๆ
4. พัฒนาระบบฐานข้อมูลห้องฉุกเฉิน

แนวทางการตรวจ

ตรวจติดตามจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) หรือฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยนำเสนอข้อมูล 6 เดือน 9 เดือน และ 12 เดือน ในภาพรวมของจังหวัดหรือภาพรวมของเขตสุขภาพ (โดยการตรวจราชการกรณีปกติ)

ผลลัพธ์ที่ต้องการ

น้อยกว่าร้อยละ 12 (Trauma < 12%, Non-trauma < 12%)

3

เดือน

Small Success

6

เดือน

Small Success

น้อยกว่าร้อยละ 12

9

เดือน

Small Success

12

เดือน

Small Success

น้อยกว่าร้อยละ 12

สูตรการคำนวณตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด: อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมงในโรงพยาบาล ระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit)

$$(A/B) \times 100$$

A

= จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) ที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง

B

= จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) ทั้งหมด



กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

ขอบคุณครับ





แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
(Inspection Guideline)
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565
ตัวชี้วัด ประเด็นลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย

สาขาโรคมะเร็ง

ัด

ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายใน
ระยะเวลาที่กำหนด

1

ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน
ระยะเวลา 4 สัปดาห์ (\geq ร้อยละ 75)

2

ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด
ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ (\geq ร้อยละ 75)

3

ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา
ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ (\geq ร้อยละ 60)

แพทย์

MEDICAL SERVICES



ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

สาขาโรคมะเร็ง

ตัวชี้วัด: ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด

เป้าหมาย

ผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับ

การรักษาด้วยการผ่าตัด

เวลา 4 สัปดาห์

ผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับ

การรักษาด้วยเคมีบำบัด

เวลา 6 สัปดาห์

ผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับ

การรักษาด้วยรังสีรักษา

เวลา 6 สัปดาห์

3

เดือน

Success

เคมีบำบัด \geq ร้อยละ 75

รังสีรักษา \geq ร้อยละ 60

มาตรการ

ด้านผ่าตัด

1. บริหารจัดการห้องผ่าตัดเพื่อรองรับผู้ป่วยโรคมะเร็งร่วมกับโรคอื่นๆ อย่างเหมาะสม
2. บริหารจัดการให้ได้การวินิจฉัยหลังตัดชิ้นเนื้อเร็วที่สุด
3. การบันทึกวันเริ่มผ่าตัดใน TCB เพื่อเชื่อมต่อข้อมูลกลับไปยังพื้นที่

ด้านเคมีบำบัด

1. เปิดบริการเคมีบำบัดมะเร็งเต้านมและมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ใน M1
2. การพัฒนาศักยภาพและธำรงรักษา ศัลยแพทย์ อายุรแพทย์ พยาบาล ในการให้ยาเคมีบำบัด
3. พัฒนาระบบการส่งต่อเพื่อลดระยะเวลาการรอคอย

ด้านรังสีรักษา

1. การบันทึกวันเริ่มฉายรังสีใน TCB เพื่อเชื่อมต่อข้อมูลกลับไปยังพื้นที่
2. การบรรจุและธำรงรักษาแพทย์ นักฟิสิกส์การแพทย์ และนักรังสีการแพทย์ ให้พร้อมต่อการบริการ
3. พัฒนาระบบการส่งต่อเพื่อลดระยะเวลาการรอคอย

6

เดือน

Small Success

- ผ่าตัด/เคมีบำบัด \geq ร้อยละ 75
- รังสีรักษา \geq ร้อยละ 60

แนวทางการตรวจ

1. ตรวจสอบติดตามคิวการผ่าตัดมะเร็ง 5 โรคมะเร็ง (โดยการตรวจราชการกรณีปกติ)
2. ตรวจสอบติดตามคิวการให้ยาเคมีบำบัด มะเร็ง 5 โรคมะเร็ง (โดยการตรวจราชการกรณีปกติ)
3. ตรวจสอบติดตามคิวการฉายรังสี มะเร็ง 5 โรคมะเร็ง (โดยการตรวจราชการกรณีปกติ)

9

เดือน

Small Success

- ผ่าตัด/เคมีบำบัด \geq ร้อยละ 75
- รังสีรักษา \geq ร้อยละ 60

ผลลัพธ์ที่ต้องการ

1. การผ่าตัด ปี 2564 \geq ร้อยละ 75 และเพิ่มขึ้นถึง ร้อยละ 75 ตามลำดับ
2. การให้เคมีบำบัด ปี 2564 และเพิ่มขึ้นถึง ร้อยละ 75 ตามลำดับ
3. การให้รังสีรักษา ปี 2564 ในปี 2565 ตามลำดับ

Small Success

- ผ่าตัด/เคมีบำบัด \geq ร้อยละ 75
- รังสีรักษา \geq ร้อยละ 60

แพทย์

MEDICAL SERVICES



ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

การคำนวณตัวชี้วัด

วัด: ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด

1. $(A(s)/ B(s)) \times 100$
2. $(A(c)/ B(c)) \times 100$
3. $(A(R)/ B(R)) \times 100$

จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดและได้รับการผ่าตัดรักษา ≤ 4 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด

$B(S)$ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อรักษามะเร็งทั้ง
รายงาน

จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยเคมีบำบัดและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ≤ 6 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด

$B(C)$ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งทั้ง
รายงาน

จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยรังสีรักษาและได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ≤ 6 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด

$B(R)$ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาเพื่อรักษามะเร็งทั้ง
รายงาน

1. เข้า Website : <http://tcb.nci.go.th/>

- หน้าหลัก
- ทะเบียนมะเร็งระดับประชากร**
- ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล

ข่าวประชาสัมพันธ์ ปี 2561

นียมตัวชี้วัด Service Plan สาขาโรคมะเร็ง ปี 2561 - 2565



download

2. Click ที่เมนู : “ทะเบียนมะเร็งระดับประชากร”

ข่าวเก่า

หนังสือ Annual report จากโรงพยาบาลต่างๆ

โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ปี 2562

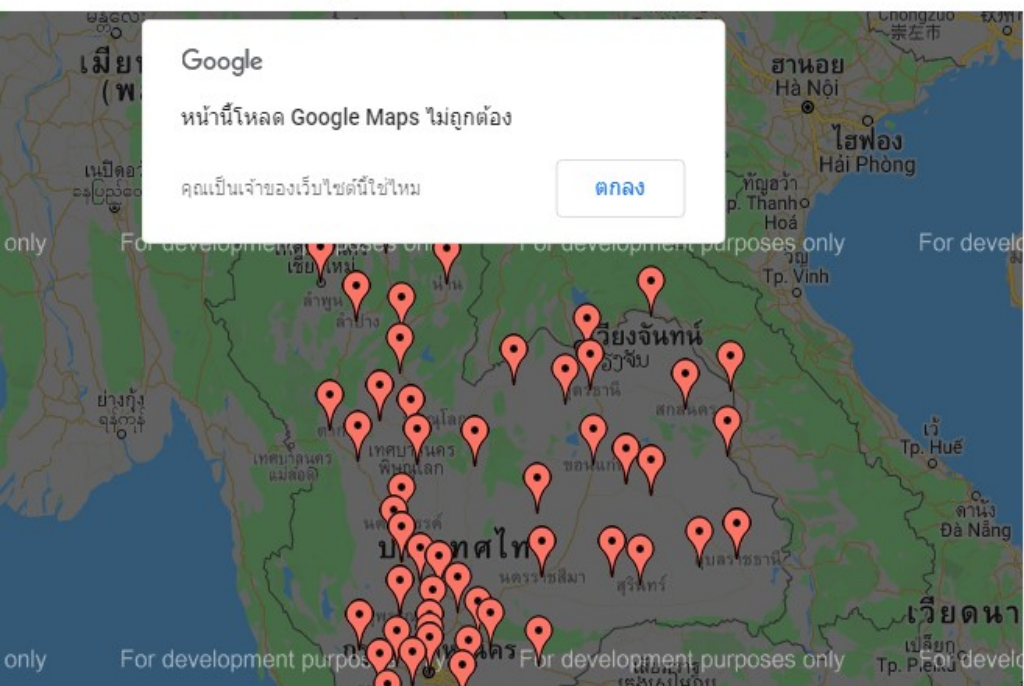


ปี: 2563 ค้นหา

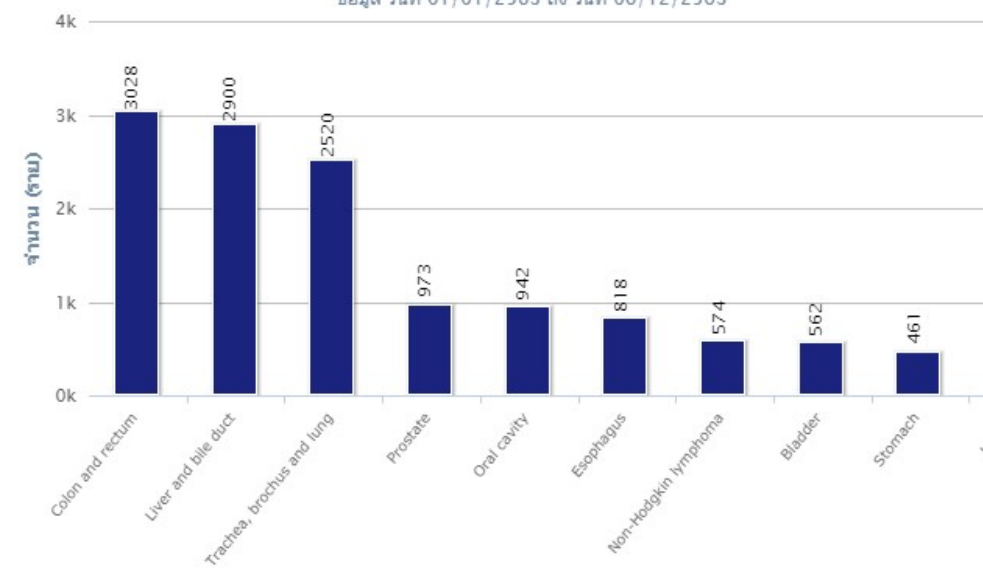
3. เลือก : “รายงานตัวชี้วัดและรายงาน 10 อันดับแรกแยกตามเขตบริการ”

ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่มีอยู่ในฐานข้อมูล ผ่านการตรวจสอบความซ้ำ และมี วันวินิจฉัยตั้งแต่วันที่ 01/01/2563 ถึง วันที่ 06/12/2563 จำนวน 38127
 โรงพยาบาลที่ส่งข้อมูลมา 158 โรงพยาบาล ใน 66 จังหวัด ข้อมูล ณ. วันที่ 07/12/2563

โรงพยาบาลและจังหวัดที่ส่งข้อมูล



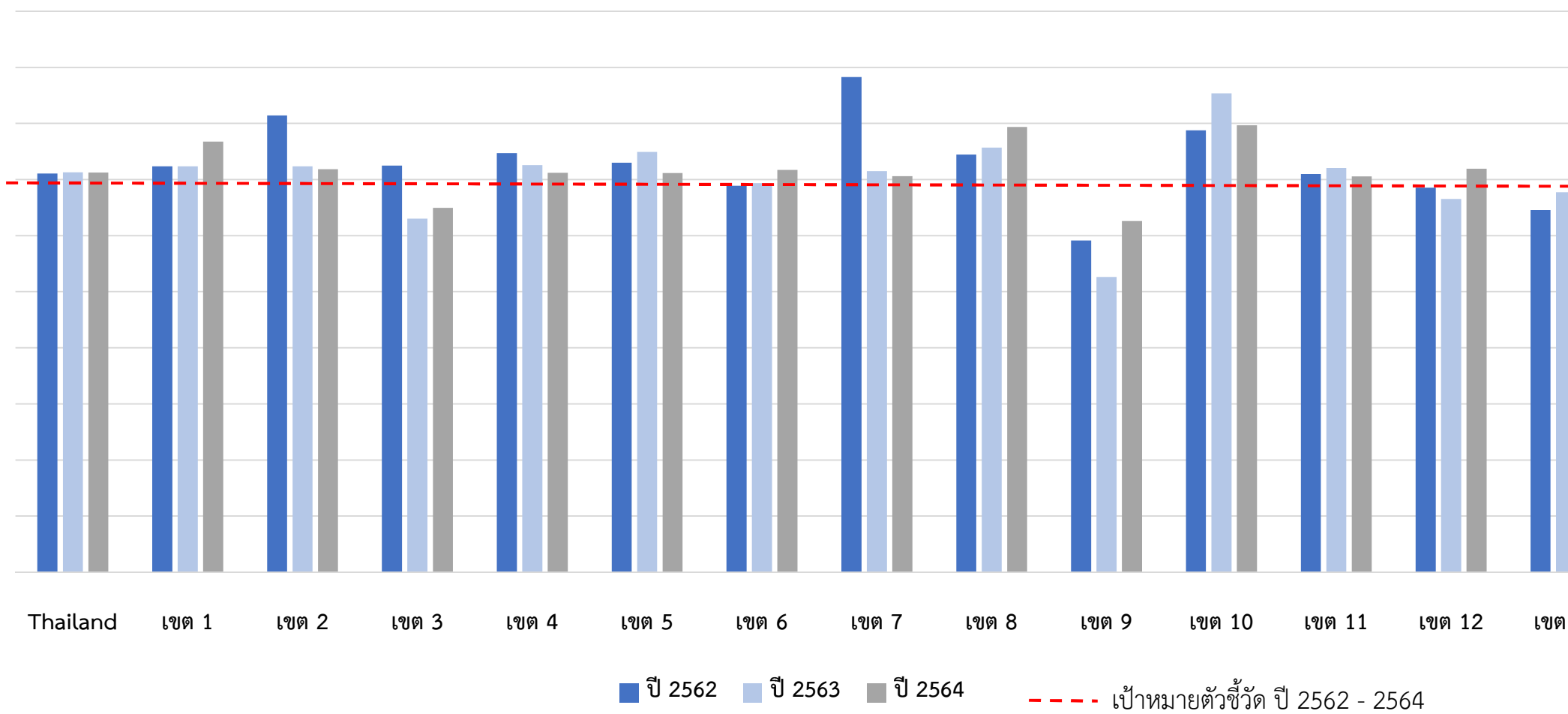
โรคมะเร็ง 10 อันดับแรกในเพศชาย จากทั้งหมด 17483 ราย
 ข้อมูล วันที่ 01/01/2563 ถึง วันที่ 06/12/2563



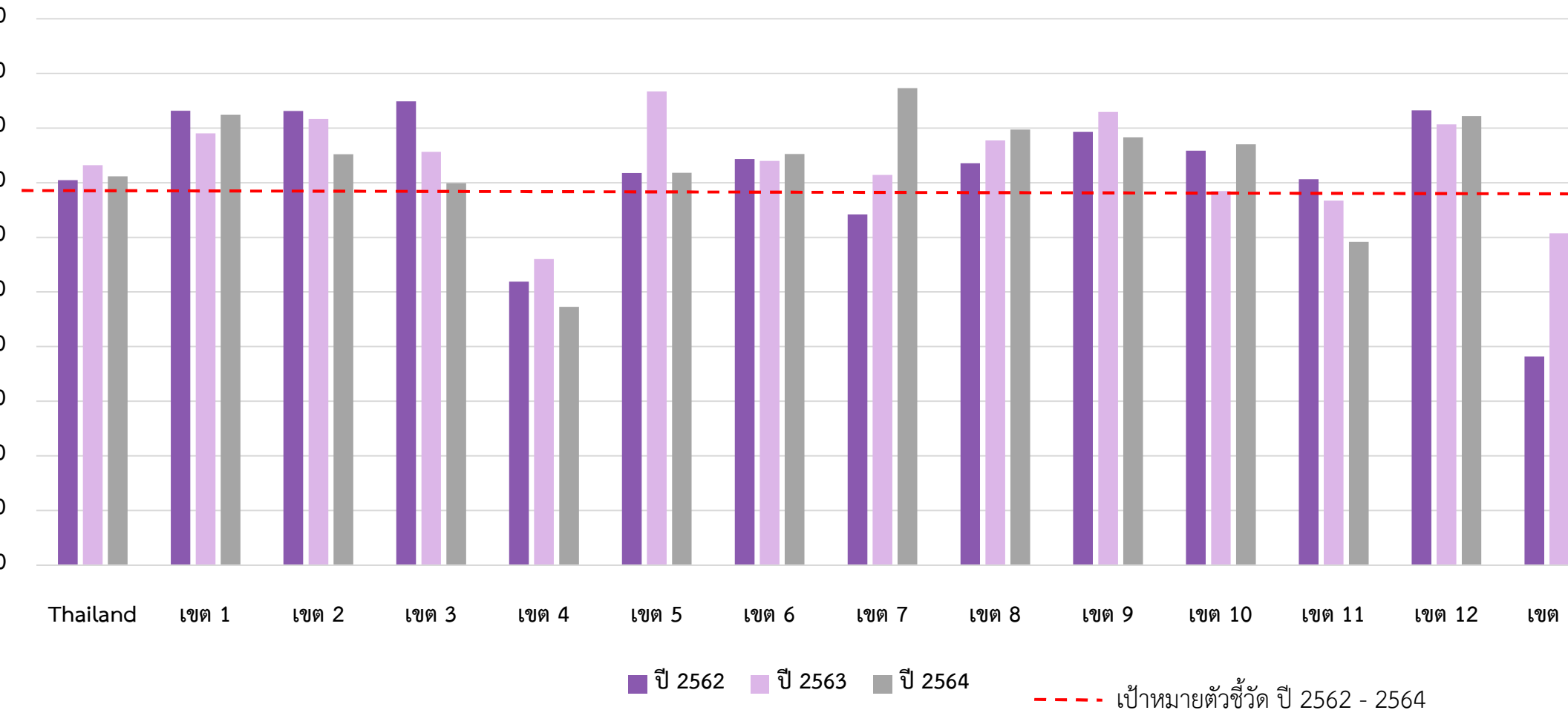
โรคมะเร็ง 10 อันดับแรกในเพศหญิง จากทั้งหมด 20644 ราย
 ข้อมูล วันที่ 01/01/2563 ถึง วันที่ 06/12/2563

8k

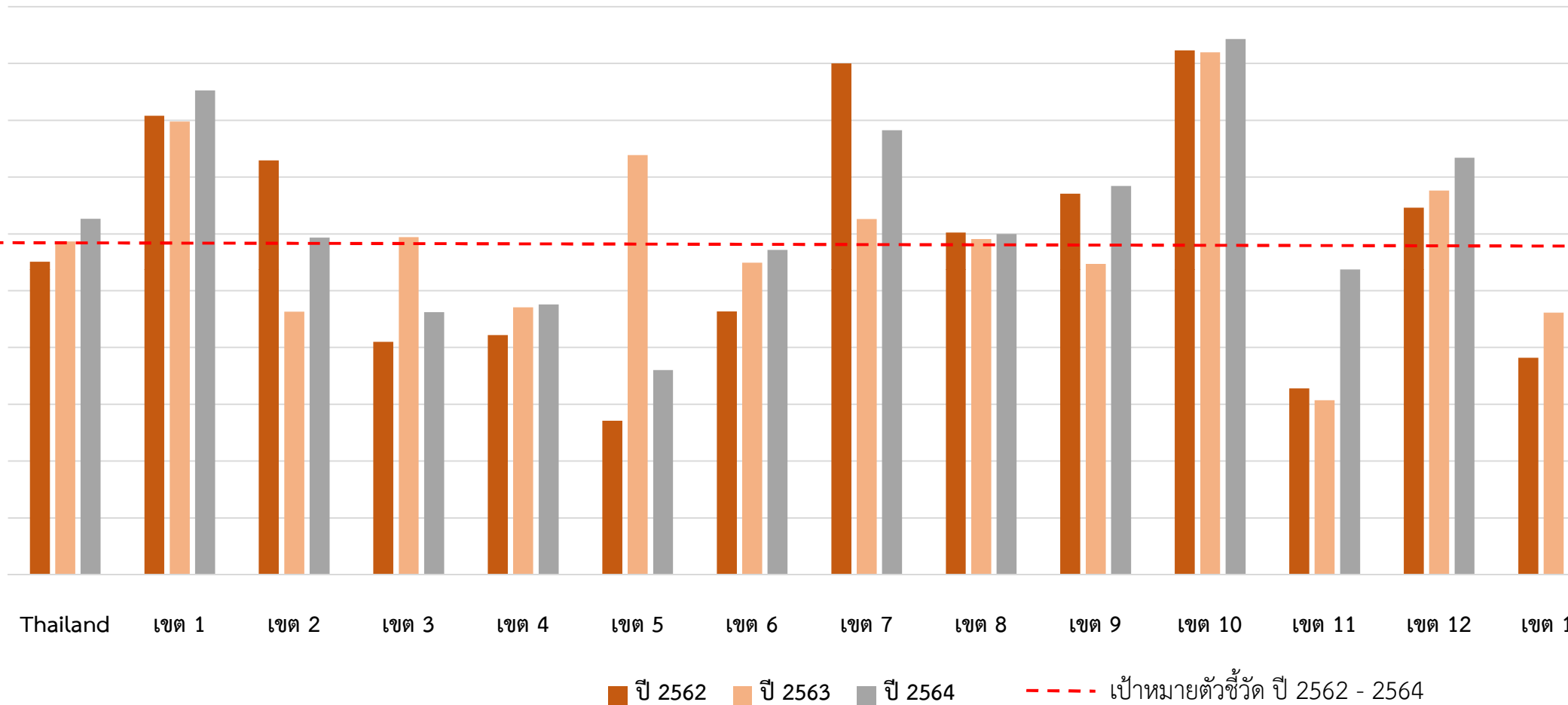
ระยะเวลารอคอยผ่าตัด
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์
ปีงบประมาณ 2562 - 2564



ระยะเวลาโรคคอตีบ
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์
ปีงบประมาณ 2562 - 2564



ระยะเวลารอคอยฉายแสง
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์
ปีงบประมาณ 2562 - 2564





กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

ขอบคุณค่ะ





กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES



แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
(Inspection Guideline)
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565
ตัวชี้วัด ประเด็นลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย
สาขาทารกแรกเกิด

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ศุภวัชร บุญกษิตีเดช
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี





สาขาทารกแรกเกิด

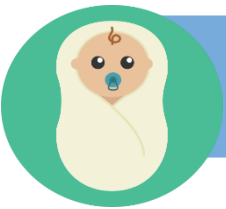
ตัวชี้วัดหลัก

1 อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ 28 วัน ที่รอดออกมา น้ำหนัก ≥ 500 กรัม
(เป้าหมาย $< 3.60 : 1,000$ ทารกเกิดมีชีพ)

ตัวชี้วัดรอง

2 เพิ่มเตียง NICU ให้ได้ตามเกณฑ์ (เตียง NICU ภาพรวมเขต)
(เป้าหมาย $1 : 500$ ทารกเกิดมีชีพ)





สาขาทารกแรกเกิด

ตัวชี้วัด: อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ 28 วัน ที่รอดออกมา น้ำหนัก ≥ 500 กรัม
(เป้าหมาย $< 3.60 : 1,000$ ทารกเกิดมีชีพ)

เป้าหมาย

อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ 28 วัน ที่รอดออกมา น้ำหนัก ≥ 500 กรัม $< 3.60 : 1,000$ ทารกเกิดมีชีพ

Small Success

3
เดือน

< 3.60 ต่อ 1,000
ทารกแรกเกิดมีชีพ

มาตรการ

1. สำรวจสาเหตุการเสียชีวิต 5 อันดับแรกของทารก
2. จัดอบรมหรือให้ทุนเข้าอบรม NNP ในทุกเขตสุขภาพ

Small Success

6
เดือน

< 3.60 ต่อ 1,000
ทารกแรกเกิดมีชีพ

แนวทางการตรวจ

1. ทราบสาเหตุการเสียชีวิตของทารก
2. ระบุจำนวนทารกที่เสียชีวิตและคำนวณเป็นร้อยละของแต่ละสาเหตุ
3. จำนวน NNP ในทุกเขตสุขภาพเพิ่มขึ้น

Small Success

9
เดือน

< 3.60 ต่อ 1,000
ทารกแรกเกิดมีชีพ

ผลลัพธ์ที่ต้องการ

1. มีแผนป้องกันเพื่อลดการเสียชีวิตทารกตามสาเหตุที่พบในแต่ละเขต เช่น แนวทางป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และแนวทางการป้องกันและดูแลรักษาภาวะPPHN
2. มี NNP อย่างน้อยแะละ 1 คน ทุกแะ
3. มีแผนป้องกันเพื่อลดการเสียชีวิตทารกตามสาเหตุที่พบในแต่ละเขต
4. มี NNP อย่างน้อยแะละ 1 คน ทุกแะ

Small Success

12
เดือน

< 3.60 ต่อ 1,000
ทารกแรกเกิดมีชีพ



สาขาทารกแรกเกิด

อัตราตายทารกแรกเกิด อายุ ≤ 28 วัน ที่รอดออกมาน้ำหนัก ≥ 500 กรัม
ปี 2558 – กรกฎาคม 2564

ปี (2558-2564)	จำนวนทารกที่เสียชีวิต ≤ 28 วัน (A)	จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ (B)	อัตราตาย : 1000 การเกิดมีชีพ (A/B \times 1000)
2558	1,548	421,103	3.68
2559	1,931	486,789	3.97
2560	2,135	489,035	4.37
2561	1,979	448,345	4.41
2562	1,850	409,150	4.52
2563	1,747	414,664	4.21
2564	Awaiting	Awaiting	4.71

ที่มา : ตก. 2564 & HDC ตุลาคม 2564



สูตรการคำนวณตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด: อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ 28 วัน ที่รอดออกมา น้ำหนัก ≥ 500 กรัม

$$(A/B) \times 1,000$$

A

= จำนวนทารกที่เสียชีวิต ≤ 28 วัน

B

= จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ

สูตรการคำนวณตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด: เพิ่มเตียง NICU ให้ได้ตามเกณฑ์ (เตียง NICU ภาพรวมเขต)

B/A

A

= จำนวนเตียง NICU ในภาพรวมของเขต

B

= จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ



ประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ 1

เป้าหมาย

< 3.60 : 1,000

ทารกเกิดมีชีพ

แนวทางการตรวจติดตาม

- ทราบสาเหตุการเสียชีวิตของทารก ระบุจำนวนและร้อยละของแต่ละสาเหตุ
- จำนวน NNP ในทุกเขต สุขภาพเพิ่มขึ้น

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่

- สํารวจสาเหตุการเสียชีวิต 5 อันดับแรกของทารก
- จัดอบรมหรือให้ทุนเข้าอบรม NNP ในทุกเขต สุขภาพ

ผลลัพธ์ที่ต้องการ

- มีแผนป้องกันเพื่อลดการเสียชีวิตทารกตามสาเหตุที่พบในแต่ละเขต เช่น แนวทางป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และแนวทางการป้องกันและดูแลรักษาภาวะPPHN
- มี NNP อย่างน้อยแวนละ 1 คน ทุกแวน



ประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ 2

เป้าหมาย

< 3.60 : 1,000

ทารกเกิดมีชีพ

แนวทางการตรวจติดตาม

- สำรวจสาเหตุการเสียชีวิต 5 อันดับแรกของทารก
- จัดอบรมหรือให้ทุนเข้าอบรม NNP ในทุกเขตสุขภาพ

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่

- ทราบสาเหตุการเสียชีวิตของทารก ระบุจำนวนและร้อยละของแต่ละสาเหตุและระบุแนวทางการป้องกันและดูแลแก้ไข
- จำนวน NNP ในทุกเขตสุขภาพเพิ่มขึ้น

ผลลัพธ์ที่ต้องการ

- มีการดำเนินงานตามแผนป้องกันเพื่อลดการเสียชีวิตทารกตามสาเหตุที่พบในแต่ละเขตและแสดงผลการดำเนินงาน
- มี NNP อย่างน้อยแะละ 1 คน ทุกแะ



กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

ขอบคุณครับ



ประเด็นการตรวจราชการ สาขาการดูแลระยะกลาง Intermediate care; IMC Service plan ปีงบประมาณ 2565

สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute (SNMRI)

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

Department of Medical Services (DMS), Ministry of public health (MOPH)

www.snmri.go.th

ตัวชี้วัด	ชื่อตัวชี้วัด ปีงบประมาณ 2565	เกณฑ์เป้าหมาย	
		รอบ 6 เดือน	รอบ 12 เดือน
ตัวชี้วัดหลัก	ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพ และติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70

*ผู้ป่วย Intermediate care หมายถึง ผู้ป่วยกลุ่มโรค Stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury และ Fracture Hip (Fragility fracture) ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index ≥ 15 with multiple impairments ตามเกณฑ์การบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (IPD-IMC protocol) สำหรับโรงพยาบาลระดับ M และ F

สูตรคำนวณตัวชี้วัด

$$(A/B) \times 100$$

A	จำนวนผู้ป่วย Intermediate care* <u>ที่ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพ</u> <u>ระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจนกว่า Barthel index</u> <u>= 20</u> ตามเกณฑ์การบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (IPD-IMC protocol)
B	จำนวนผู้ป่วย Intermediate care* ภายในจังหวัดที่รอดชีวิตและ มีคะแนน Barthel index <15 หรือคะแนน Barthel index ≥ 15 with multiple impairments <u>ที่เข้าสู่ระบบการดูแลระยะกลาง</u> <u>(IMC)</u>

*กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury รายใหม่ หรือ กลับเป็นซ้ำภายในระยะเวลา 6 เดือน ทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน จังหวัด
2. ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน จังหวัดด้วยภาวะกระดูกสะโพกหักจากภัยอันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture)

ประเด็นตรวจราชการ IMC ปีงบประมาณ 2565

- ✓ ประชุมคณะกรรมการ IMC SP เขตและจังหวัด เพื่อขับเคลื่อนงานให้บรรลุเป้าหมายระดับเขต
- ✓ มีระบบติดตามการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เช่น นัดมารับบริการแบบผู้ป่วยนอก การติดตามทางโทรศัพท์/Tele rehabilitation การติดตามเยี่ยมในชุมชน เป็นต้น
- ✓ มีระบบปรึกษาทางไกล (Tele Consult) ระหว่าง รพ.แม่ข่าย และ รพ.ลูกข่าย
- ✓ สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในวิชาชีพที่ขาดแคลน ระดับจังหวัด/เขต สุขภาพ
- ✓ ประธานคณะกรรมการ SP หรือผู้รับผิดชอบ เสนอระบบ On-top หรือการจ่ายสนับสนุนบริการ IPD IMC จากส่วนกลาง



กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

ขอบคุณค่ะ

ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

กรมการแพทย์

DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES



ผลการตรวจราชการและนิเทศงาน กระทรวงสาธารณสุข ปี 2564

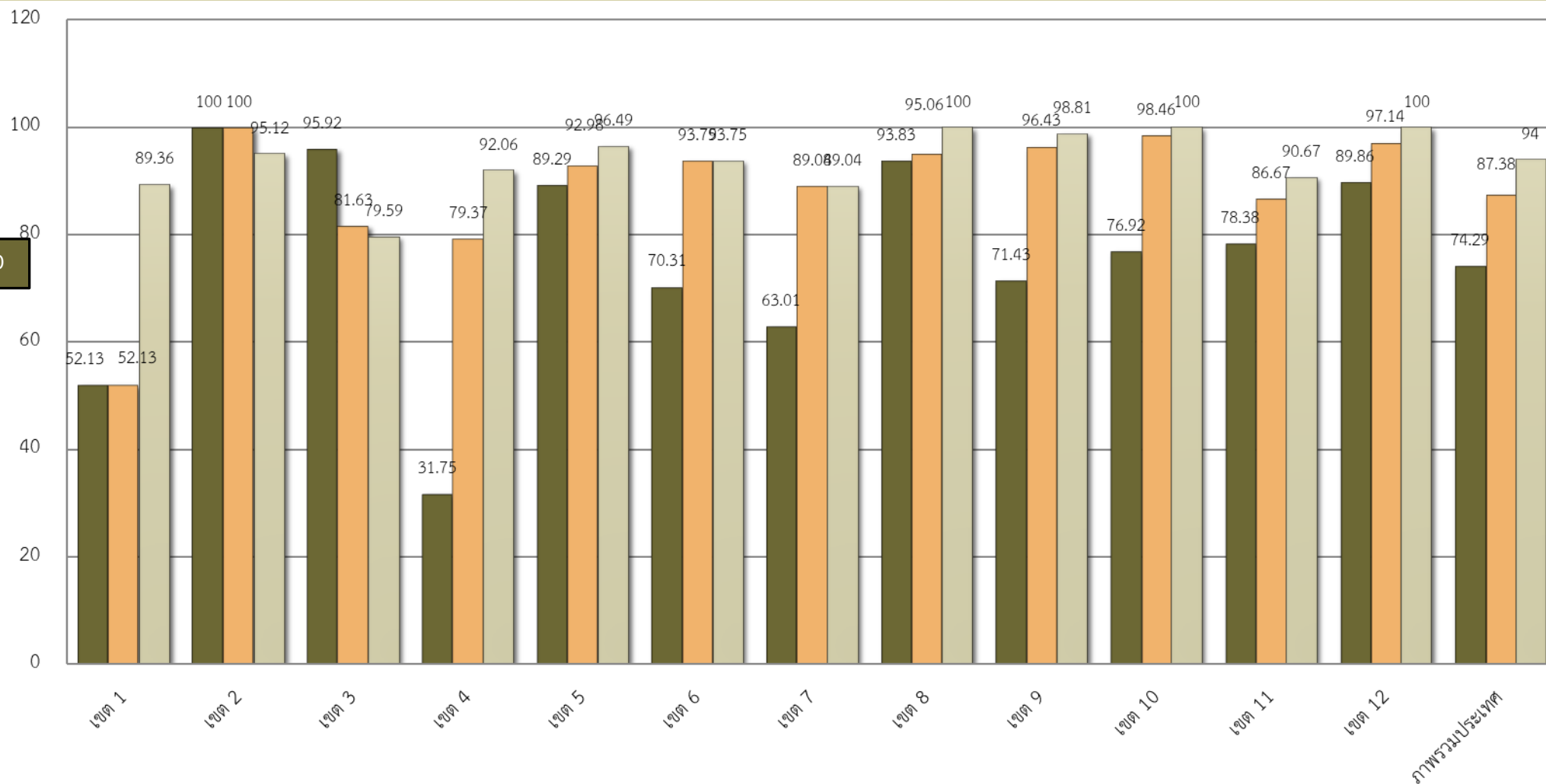
สาขาการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care)

ตัวชี้วัดหลัก: ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริการพื้นสภาระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (Intermediate bed/ward)

เป้าหมายปีงบประมาณ 2564: ร้อยละ 80

เป้าหมายปีงบประมาณ 2563: ร้อยละ 75

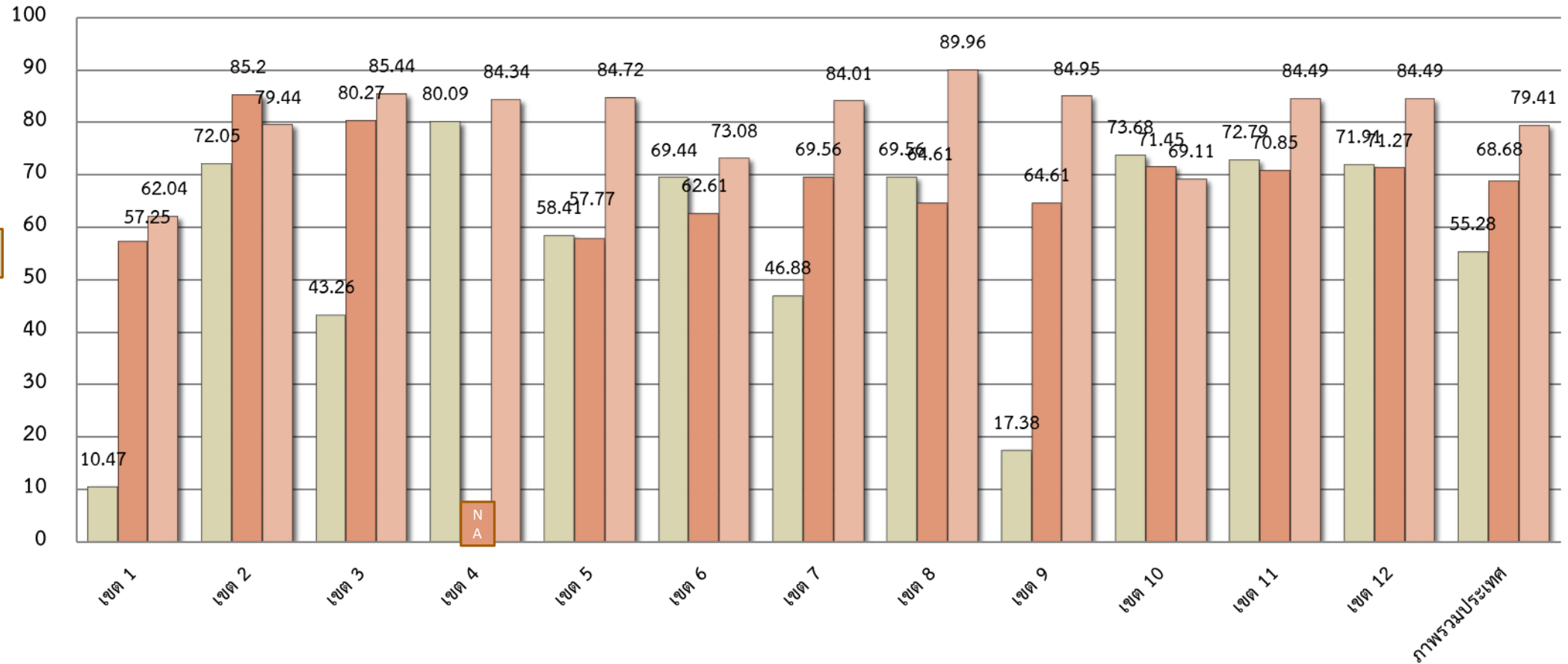
เป้าหมายปีงบประมาณ 2562: ร้อยละ 50



ที่มา: การรายงานของพื้นที่และการนิเทศงาน รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2562-2564, สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์



ตัวชี้วัดย่อย: ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิต และมีคะแนน Barthel index < 15 รวมทั้งคะแนน Barthel index ≥ 15 with multiple impairment ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง และติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20



ที่มา: การรายงานของพื้นที่และการนิเทศงาน รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2562-2564, สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์



ปัญหาและอุปสรรค

- **ระบบบริการ** : จากสถานการณ์โควิด-19 มีผลกระทบต่อบริการ ทั้งรพ.ระดับ M และ F ในเขตสีแดงเข้มและแดง ลดบริการลงเนื่องจาก เปิดเป็น cohort ward และรพ.สนาม ในเขตอื่นๆ เปลี่ยนรูปแบบบริการเป็น telemedicine ลดการบริการในรูปแบบ intensive rehab มีผลกระทบต่อ Quality of care
- **งบประมาณ** : เงินสนับสนุนการให้บริการ on top IMC จาก DRG ที่ให้ รพ.ระดับ A/S ต้นทาง และ M/F ปลายทางให้บริการ
- **การพัฒนาบุคลากร** : งบประมาณสนับสนุนจากเขตในการส่งบุคลากรอบรมหลักสูตรพยาบาลฟื้นฟู 4 เดือน
- **เชิงนโยบาย** : ในบางเขตยังไม่มีกำหนดคน โยบายที่ชัดเจนระดับจังหวัดเพื่อขยายบริการ IMC ward



ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ด้านระบบบริการ

- ควรมีการกำหนดรูปแบบบริการ IMC bed/ ward ภายในจังหวัด/ เขตให้ชัดเจน รวมทั้งแนวทางและระบบข้อมูลในการส่งต่อ(refer back) เพื่อเชื่อมโยงเครือข่ายในการให้บริการ รวมทั้ง การเชื่อมโยงกับ Service plan สาขาอื่น ๆ
- ควรจัดให้มีระบบการปรึกษาทางไกลโดย รพ.ระดับ A/S เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลให้กับ รพ.ลูกข่าย ระดับ M/F
- จัดระบบการดูแล IMC ที่เชื่อมโยงกับบริการ 3 หมอ

ด้านการพัฒนาบุคลากร: ควรมีการจัดอบรมภายในจังหวัด/เขต เพื่อพัฒนาศักยภาพของทีมนสหสาขาวิชาชีพ ในหลักสูตรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ หลักสูตรพยาบาลฟื้นฟู กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด ฝึกพูด เป็นต้น

ด้านงบประมาณ: ควรมีการกำหนด เงิน on top IMC ให้ครอบคลุมและเท่าเทียมทั้ง 12 เขตสุขภาพ

นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี

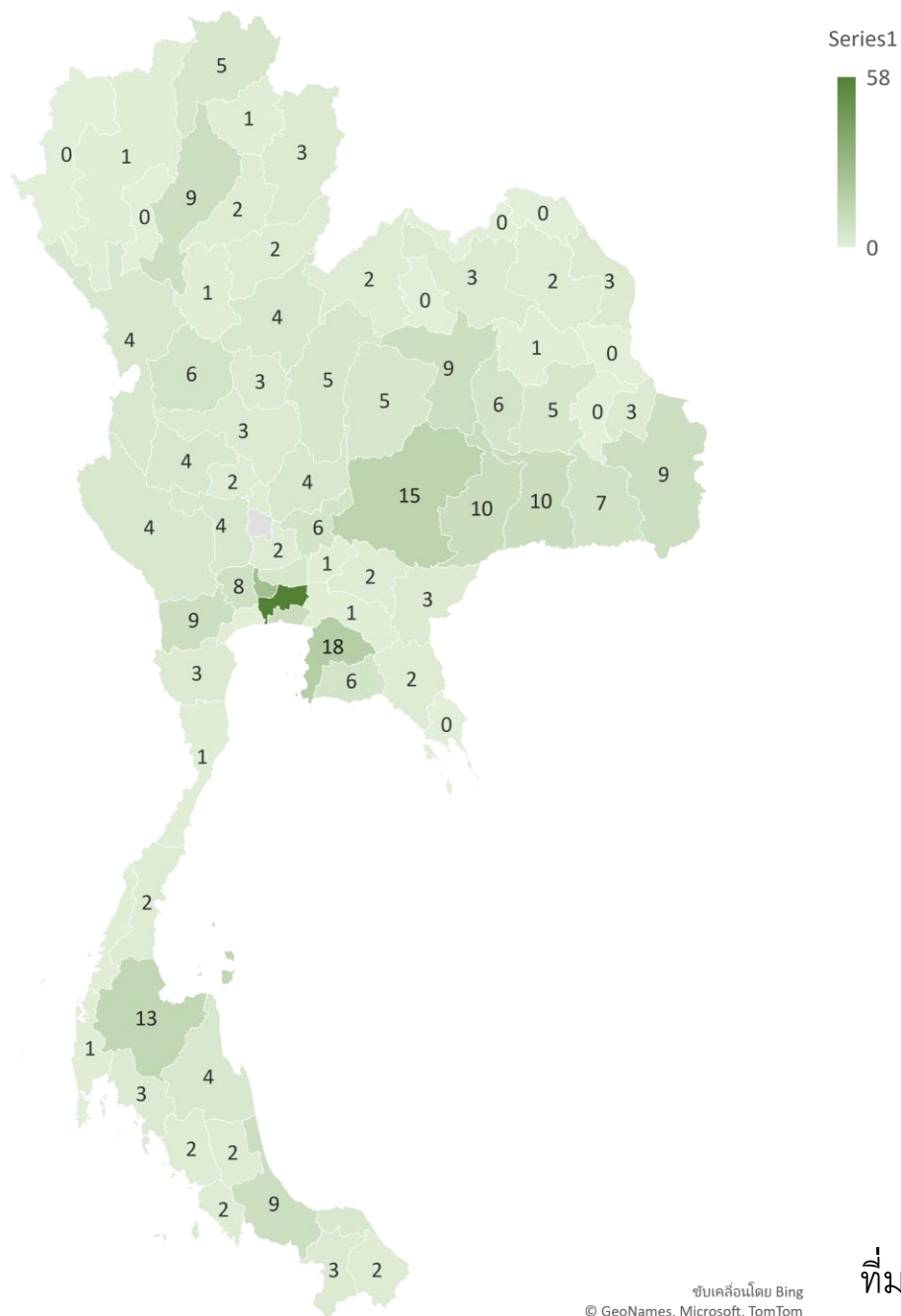
- เขต 6, 7, 9, 11 การเชื่อมโยงสู่ชุมชน
 - เปิดบริการ Day care ที่องค์การบริการส่วนตำบลเพื่อให้บริการผู้ป่วย Intermediate Care เชื่อมต่อ Long Term Care ต่อเนื่องจากโรงพยาบาล โดยองค์กรปกครองท้องถิ่นเป็นเจ้าภาพ
- เขต 6 พัฒนาสื่อให้ความรู้: พัฒนา QR Code คู่มือการทำกายภาพบำบัดเพื่อให้ผู้ดูแลทบทวนการทำกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัด ให้แก่ผู้ป่วยส่งผ่านช่องทางไลน์ ในสถานการณ์การระบาดโควิด-19
- เขต 4 ,7, 8, 10 : มีระบบเชื่อมต่อสู่ Service plan อื่น : Fracture around hip, Stroke, COPD, Chronic heart dz
- หลายเขตมีการพัฒนาระบบบริการ IMC ด้วย telemedicine ทำให้เกิด knowledge sharing ระหว่าง รพ. A/S และ M/F
- เขต 9 : พัฒนาระบบบริการ new normal rehab

จำนวนบุคลากรด้าน IMC จำแนกตามวิชาชีพ (สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)

จากฐานข้อมูลกองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ณ วันที่ 1 พฤษภาคม 2564

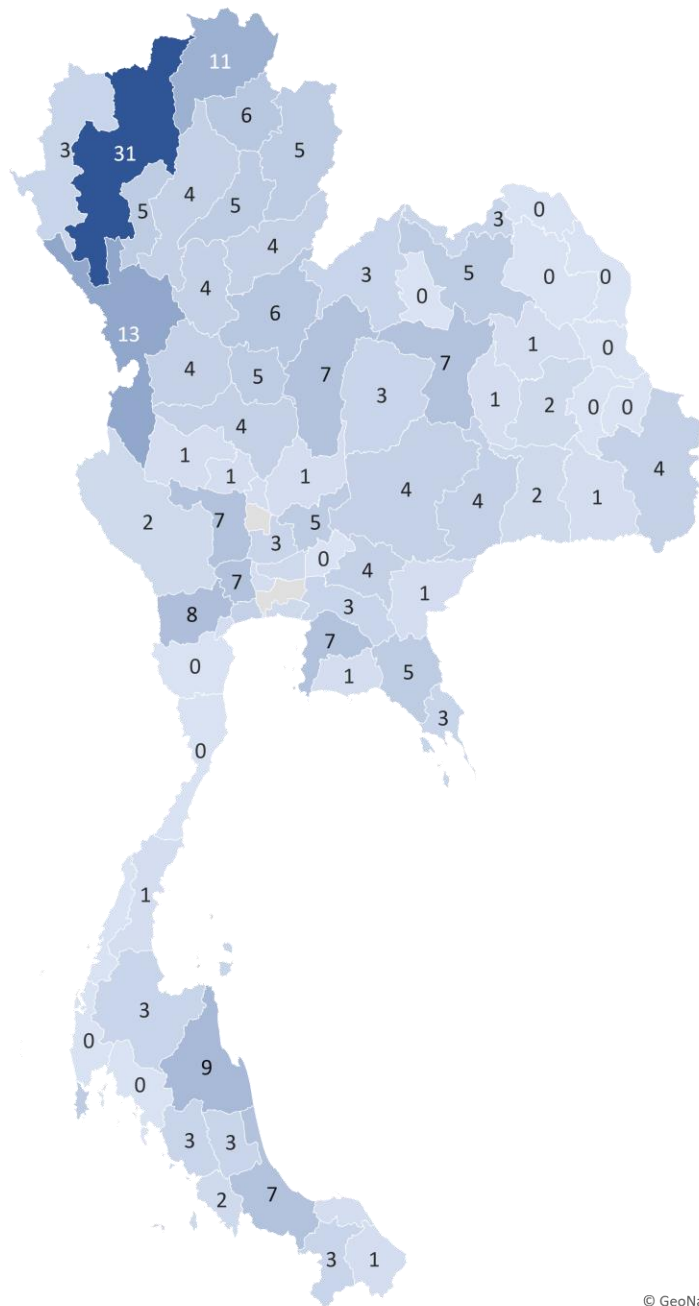
พยาบาลพื้นฟูสภาพ 4 เดือน



เขตสุขภาพ	จำนวน (คน)
1	21
2	16
3	18
4	46
5	30
6	42
7	21
8	10
9	40
10	19
11	24
12	24
รวม	369

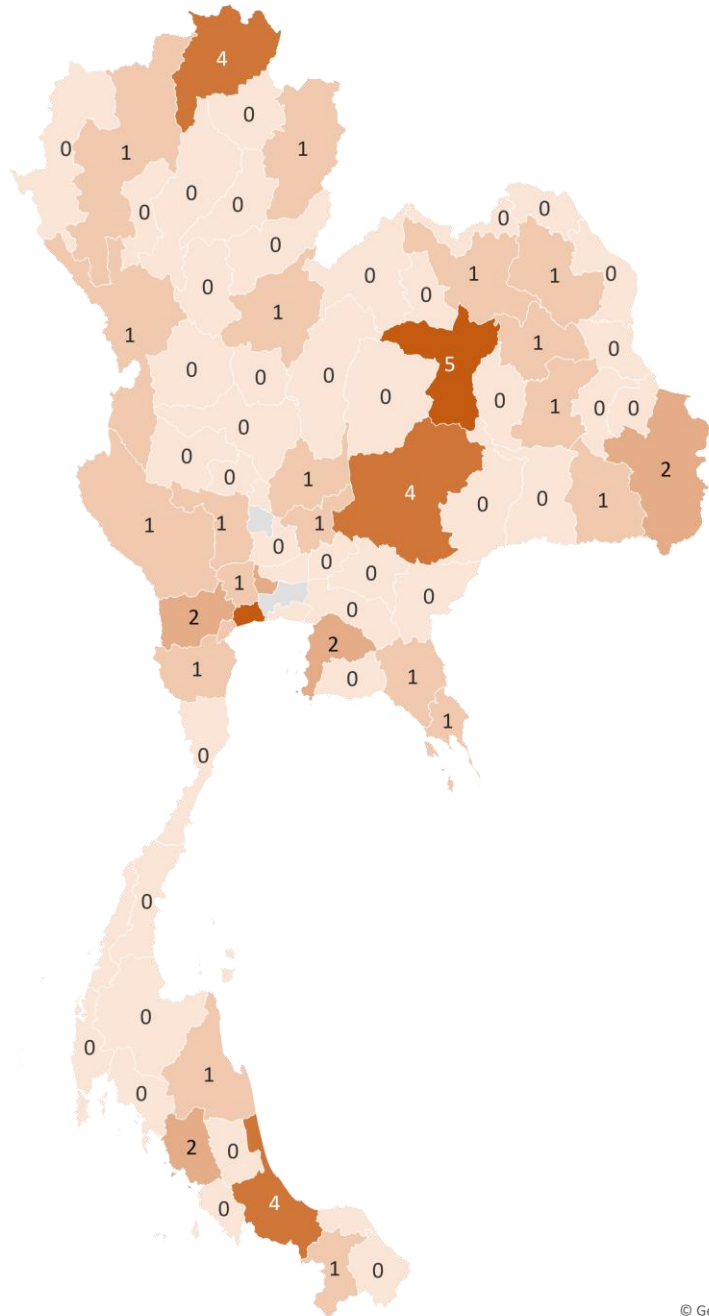
ที่มา: กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ณ 1 พ.ค. 2564

นักกิจกรรมบำบัด



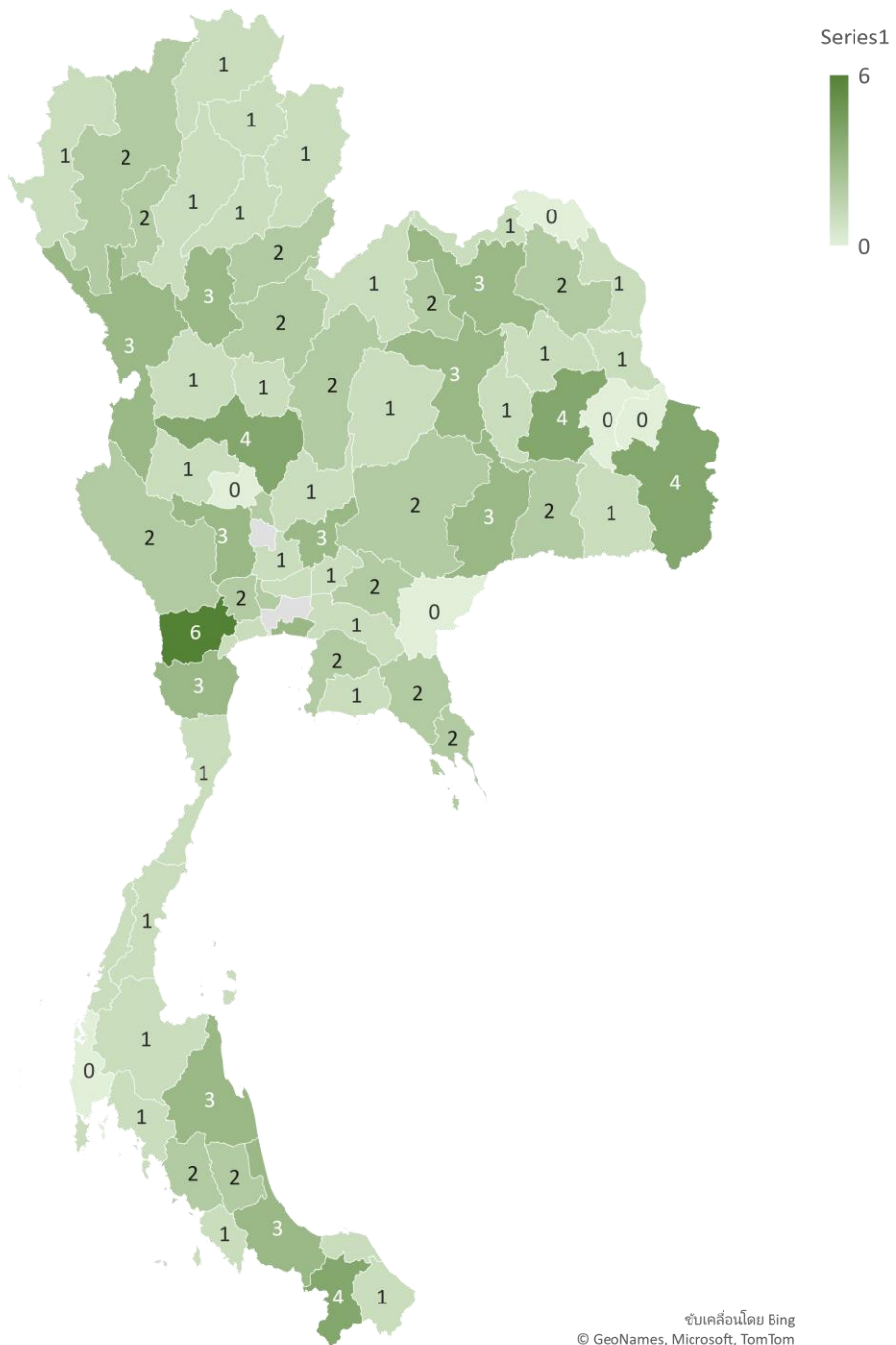
เขตสุขภาพ	จำนวน (คน)
1	70
2	34
3	15
4	13
5	29
6	26
7	11
8	11
9	13
10	5
11	18
12	20
รวม	265

นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย



เขตสุขภาพ	จำนวน (คน)
1	6
2	2
3	0
4	4
5	12
6	4
7	7
8	2
9	4
10	3
11	1
12	7
รวม	52

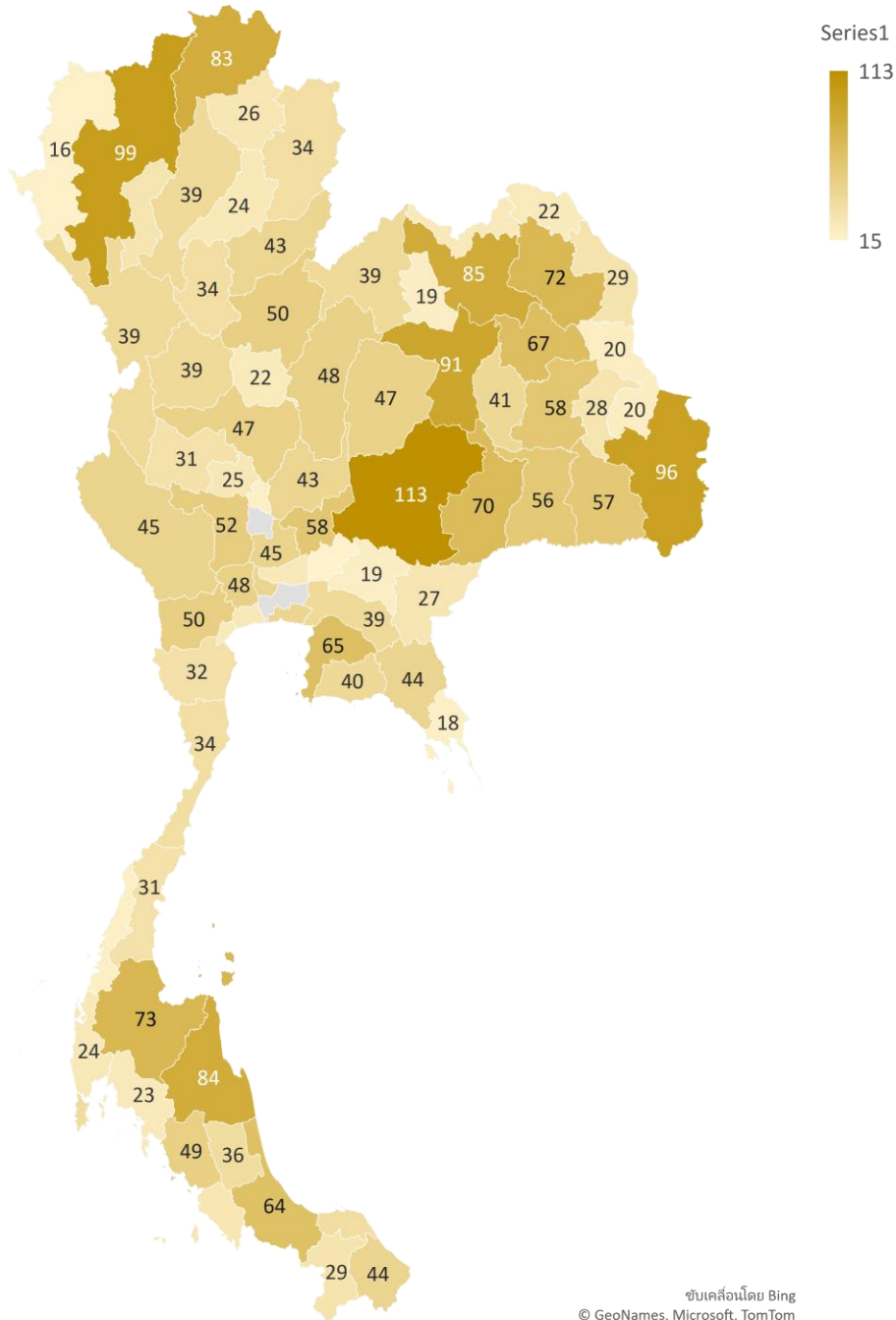
นักกายอุปกรณ์/ช่างกายอุปกรณ์



เขตสุขภาพ	นักกายอุปกรณ์ (คน)	ช่างกายอุปกรณ์ (คน)	รวมทั้งหมด (คน)
1	0	10	10
2	1	11	12
3	1	6	7
4	2	10	12
5	6	14	20
6	3	10	13
7	2	7	9
8	2	8	10
9	3	5	8
10	2	4	6
11	3	5	8
12	3	11	14
รวม	28	101	129

ที่มา: กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ณ 1 พ.ค. 2564

นักรายภาพบำบัด



เขตสุขภาพ	จำนวน (คน)
1	349
2	214
3	164
4	267
5	307
6	295
7	257
8	289
9	286
10	221
11	289
12	283
รวม	3,221

ที่มา: กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ณ 1 พ.ค. 2564