**แบบรายงานการตรวจราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 256๒**

แบบ ตก. 1

**คณะที่ ..........................................................**

**หัวข้อ.....................................................................**

**จังหวัด...................................เขตสุขภาพที่...................................รอบที่...................................**

**1. ประเด็นการตรวจราชการ**

1. การจัดตั้งและประเมินตามเกณฑ์คลินิกหมอครอบครัว (3S) จำนวนทีมสหวิชาชีพ การดำเนินงาน (Function) โอกาสพัฒนา/ปัญหา/อุปสรรค

2. การประเมินทีมคลินิกหมอครอบครัวที่ดำเนินการแล้วเพื่อพัฒนาให้เป็นคลินิกหมอครอบครัวเต็มรูปแบบจนสามารถเป็นตัวอย่างได้

3. กลไกการขับเคลื่อนเพื่อสนับสนุนให้เกิดการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว

- แผนการจัดตั้งศูนย์เรียนรู้ฯ ระดับความสำเร็จในการดำเนินงาน

- แผนการพัฒนาและยกระดับสถาบันผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

- แผนการพัฒนาสหวิชาชีพ

4. การประเมินตนเองของทีมคลินิกหมอครอบครัวในการพัฒนาบริการ ความรู้ความเข้าใจในเป้าหมายการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว การจัดบริการด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว หลักการมุ่งเน้นคุณค่า (Value-base health care) ในเป้าหมายการจัดบริการสุขภาพด้วย Triple Aims

**2. สถานการณ์**

การดำเนินการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) ปี 2559 – 256๑ จำนวนที่เปิด .............ทีม (ข้อมูลการขึ้นทะเบียน PCC) สามารถผ่านเกณฑ์มาตรฐานของคลินิกหมอครอบครัว โดยมีสถานการณ์การดำเนินงานตามแผนของกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ทีมคลินิกหมอครอบครัว | เปิดดำเนินการ ปี 2559 – 256๑ | | **ระบุข้อที่ไม่ผ่าน** |
| ลงทะเบียน | ผ่านเกณฑ์ |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

หมายเหตุ ใช้เกณฑ์การประเมินการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (3S)

**3. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ**

3.1 ผลการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว ปี 256๒

1. จำนวนคลินิกหมอครอบครัวทั้งหมด (ตามแผน ปี 256๒) ..............จำนวน

1.1 ทีมคลินิกหมอครอบครัวที่ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัวและเปิดดำเนินการแล้ว .............จำนวน (รอบันทึกในระบบลงทะเบียน) คิดเป็นร้อยละ..............ของแผนการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว ปี 25๖๒

1.2 ทีมคลินิกหมอครอบครัวซึ่งกำลังดำเนินการตามแผนการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวปี 256๒ (ระบุ วัน / เดือน / ที่เปิด)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ทีมคลินิกหมอครอบครัว | ผ่านเกณฑ์ | | | แผนการเปิด  ระบุวัน / เดือน /ปีที่เปิดดำเนินการ |
| Structure | Staff | System |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

หมายเหตุ ใช้เกณฑ์การประเมินการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (3S)

2. ผลการดำเนินงานประเมินการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว **ไม่ผ่าน**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **ชื่อทีมคลินิกหมอครอบครัว** | **แนวทางการพัฒนา** |
| ก | คลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการ ปี 2559 – 256๑ |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| ข | คลินิกหมอครอบครัวที่จะเปิดดำเนินการ ปี 256๒ |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม**

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์ | ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อ  หน่วยรับตรวจ | สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการ รับไปประสานหรือดำเนินการต่อ |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย**

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง** (ถ้ามี)

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

ผู้รายงาน.......................................................................................

ตำแหน่ง.........................................................................................

วัน/เดือน/ปี...................................................................................

โทร..................................... e-mail…………………………………………

|  |
| --- |
| **เกณฑ์การประเมินการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (3S)**  **STRUCTURE** ที่ตั้งคลินิกหมอครอบครัว 🞏 ในโรงพยาบาล 🞏 รพศ. 🞏 รพท. 🞏 รพช.  🞏 ใน รพ.สต. / สอน.🞏 อื่นๆ ………………………………….  **STAFF**  1. แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน ปฏิบัติงาน 3 วัน/สัปดาห์  2. พยาบาลวิชาชีพ 2 คน  3. นักวิชาการ/เจ้าพนักงานสาธารณสุข 2 คน  **SYSTEM**  4. มีพื้นที่รับผิดชอบ ดูแลประชาชน ประมาณ 10,000 คน +/- 2,000 คน และตามบริบทของพื้นที่  5. มีรูปแบบการจัดบริการด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว  6. ระบบให้คำปรึกษาเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้สะดวก โดยใช้เทคโนโลยี Application/LINE หรือ โทรศัพท์/ SMS  7. ระบบดูแลส่งต่อเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย หรือ หน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า  8. การจัดบริการส่งเสริมป้องกันควบคุมโรคในชุมชน  9. ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายในการจัดบริการ  10. ข้อมูลสถานะสุขภาพ กลุ่มวัย/รายครอบครัว/รายบุคคล |

แบบ ตก. 2

**แบบรายงานการตรวจราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 256๒**

**คณะที่..........................................................**

**หัวข้อ.....................................................................**

**เขตสุขภาพที่...................................รอบที่...................................**

**1. ประเด็นการตรวจราชการ**

1. การจัดตั้งและประเมินตามเกณฑ์คลินิกหมอครอบครัว (3S) จำนวนทีมสหวิชาชีพ การดำเนินงาน (Function) โอกาสพัฒนา/ปัญหา/อุปสรรค

2. การประเมินทีมคลินิกหมอครอบครัวที่ดำเนินการแล้วเพื่อพัฒนาให้เป็นคลินิกหมอครอบครัวเต็มรูปแบบจนสามารถเป็นตัวอย่างได้

3. กลไกการขับเคลื่อนเพื่อสนับสนุนให้เกิดการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว

- แผนการจัดตั้งศูนย์เรียนรู้ฯ ระดับความสำเร็จในการดำเนินงาน

- แผนการพัฒนาและยกระดับสถาบันผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

- แผนการพัฒนาสหวิชาชีพ

4. การประเมินตนเองของทีมคลินิกหมอครอบครัวในการพัฒนาบริการ ความรู้ความเข้าใจในเป้าหมายการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว การจัดบริการด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว หลักการมุ่งเน้นคุณค่า (Value-base health care) ในเป้าหมายการจัดบริการสุขภาพด้วย Triple Aims

**2. สถานการณ์**

การดำเนินการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) จำนวน.............ทีม สามารถผ่านเกณฑ์มาตรฐานของคลินิกหมอครอบครัว โดยมีสถานการณ์การดำเนินงานตามแผนของกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| จังหวัด | เปิดดำเนินการ  ปี 2559 - 2561 | | **ระบุข้อที่ไม่ผ่าน** |
| ลงทะเบียน | ผ่านเกณฑ์ |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

หมายเหตุ ใช้เกณฑ์การประเมินการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (3S)

**3. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ**

3.1 ผลการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว

1. จำนวนทีมคลินิกหมอครอบครัวทั้งหมดของเขตสุขภาพ (ตามแผน ปี 62) .............จำนวน

3.2 แผนการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว ปี 256๒

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| จังหวัด | แผนดำเนินการ ปี 256๒ **(ทีม)** | | | | **ระบุข้อที่ไม่ผ่าน** |
| แผน ปี 256๒ | ผ่านเกณฑ์ | ไม่ผ่าน | รอเปิด |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

หมายเหตุ ใช้เกณฑ์การประเมินการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (3S)

3.3 แบบสรุปปัญหา/อุปสรรค ในการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว

........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

3.4 จำนวนสถาบันผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในเขตสุขภาพ

ก. จำนวนสถาบันผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในเขตสุขภาพ

- ศูนย์แพทย์ศาสตร์ศึกษา จำนวน............แห่ง ศักยภาพการผลิต............ตำแหน่ง

- หลักสูตร Formal training จำนวน............แห่ง ศักยภาพการผลิต............ตำแหน่ง

- หลักสูตร In-service training จำนวน............แห่ง ศักยภาพการผลิต............ตำแหน่ง

- มีผู้เข้าอบรมในโครงการอบรมระยะสั้นด้านเวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว (Short course training) รวม............คน

- แพทย์เข้าเรียนแพทย์ประจำบ้านสาขาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ปี 2561 จำนวน............คน

3.5 การพัฒนาศูนย์เรียนรู้ และการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ ระดับความสำเร็จการดำเนินงานตามเกณฑ์ ดังนี้

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **เกณฑ์หลัก** | **ผลการประเมินศูนย์เรียนรู้ (คะแนน)** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **คณะกรรมการ** | มี | มี | มี | มี |
| **จุดปฏิบัติการและรูปแบบการบริหารจัดการ** |  |  |  |  |
| **กิจกรรม** |  |  |  |  |
| **ผลลัพธ์** |  |  |  |  |

**4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม**

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์ | ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อ หน่วยรับตรวจ | สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการ รับไปประสานหรือดำเนินการต่อ |
|  |  |  |
|  |  |  |

**6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย**

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง** (ถ้ามี)

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

ผู้รายงาน.......................................................................................

ตำแหน่ง.........................................................................................

วัน/เดือน/ปี...................................................................................

โทร..................................... e-mail…………………………………………

|  |
| --- |
| **เกณฑ์การประเมินการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (3S)**  **STRUCTURE** ที่ตั้งคลินิกหมอครอบครัว 🞏 ในโรงพยาบาล 🞏 รพศ. 🞏 รพท. 🞏 รพช.  🞏 ใน รพ.สต. / สอน.🞏 อื่นๆ ………………………………….  **STAFF**  1. แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน ปฏิบัติงาน 3 วัน/สัปดาห์  2. พยาบาลวิชาชีพ 2 คน  3. นักวิชาการ/เจ้าพนักงานสาธารณสุข 2 คน  **SYSTEM**  4. มีพื้นที่รับผิดชอบ ดูแลประชาชน ประมาณ 10,000 คน +/- 2,000 คน และตามบริบทของพื้นที่  5. มีรูปแบบการจัดบริการด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว  6. ระบบให้คำปรึกษาเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้สะดวก โดยใช้เทคโนโลยี Application/LINE หรือ โทรศัพท์/ SMS  7. ระบบดูแลส่งต่อเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย หรือ หน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า  8. การจัดบริการส่งเสริมป้องกันควบคุมโรคในชุมชน  9. ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายในการจัดบริการ  10. ข้อมูลสถานะสุขภาพ กลุ่มวัย/รายครอบครัว/รายบุคคล |

**แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562**

**แบบ ตก. 1**

**คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)**

**หัวข้อ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ**

**จังหวัด...............................เขตสุขภาพที่...............................ตรวจราชการวันที่...............................**

1. **ประเด็นการตรวจราชการ** 
   1. **อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล**
   2. **อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตา ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล**

**2. สถานการณ์ .......................................................................................................................................................................**

**3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (*ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น*)**

**3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ......................................................................................................................................................**

* 1. **อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (เป้าหมาย** ≥  **0.8 : 100)**
  2. **อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตา ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล**

**(เป้าหมาย** ≥  **1.3: 100)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **อำเภอ** | **จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย**  **(actual donor)**  **(A)** | **จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในรพ. ระดับ A,S ทุกสาเหตุ**  **ในปีงบประมาณ 2561**  **(B)** | **อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล**  **(A/B)x100** | **หมายเหตุ** |
| อำเภอ ... |  |  |  |  |
| อำเภอ ... |  |  |  |  |
| **ภาพรวมจังหวัด**  **(ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)** |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **อำเภอ** | **จำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตา**  **(A)** | **จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในรพ. ระดับ A,S ทุกสาเหตุ**  **ในปีงบประมาณ 2561**  **(B)** | **อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตาต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล**  **(A/B)x100** | **หมายเหตุ** |
| อำเภอ ... |  |  |  |  |
| อำเภอ ... |  |  |  |  |
| **ภาพรวมจังหวัด**  **(ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)** |  |  |  |  |

**3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ...........................................................................................................................................**

**(วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมจังหวัด)…………………………………………………………..…**

**4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม**

...........................................................................................................................................................................................................

**5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์** | **ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ** | **สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย**

..............................................................................................................................................................................................................

**7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)**

........................................................................................................................................................................................................

ผู้รายงาน...................................................... ตำแหน่ง...........................................

วัน/เดือน/ปี.......................................

โทร.....................e-mail.…….………….

**แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562**

**แบบ ตก. 2**

**คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)**

**หัวข้อ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ**

**เขตสุขภาพที่...............................ตรวจราชการวันที่...............................**

1. **ประเด็นการตรวจราชการ** 
   1. **อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล**
   2. **อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตา ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล**

**2. สถานการณ์ .......................................................................................................................................................................**

**3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (*ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น*)**

**3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ......................................................................................................................................................**

* 1. **อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (เป้าหมาย** ≥  **0.8 : 100)**
  2. **อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตา ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล**

**(เป้าหมาย** ≥  **1.3: 100)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **จังหวัด** | **จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย**  **(actual donor)**  **(A)** | **จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในรพ. ระดับ A,S ทุกสาเหตุ**  **ในปีงบประมาณ 2561**  **(B)** | **อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล**  **(A/B)x100** | **หมายเหตุ** |
| จังหวัด ... |  |  |  |  |
| จังหวัด ... |  |  |  |  |
| **ภาพรวมเขตสุขภาพ**  **(ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)** |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **จังหวัด** | **จำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตา**  **(A)** | **จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในรพ. ระดับ A,S ทุกสาเหตุ**  **ในปีงบประมาณ 2561**  **(B)** | **อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตาต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล**  **(A/B)x100** | **หมายเหตุ** |
| จังหวัด ... |  |  |  |  |
| จังหวัด ... |  |  |  |  |
| **ภาพรวมเขตสุขภาพ**  **(ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)** |  |  |  |  |

**3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ...........................................................................................................................................**

**(วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมจังหวัด)…………………………………………………………..…**

**4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม**

...........................................................................................................................................................................................................

**5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์** | **ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ** | **สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย**

..............................................................................................................................................................................................................

**7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)**

........................................................................................................................................................................................................

ผู้รายงาน...................................................... ตำแหน่ง...........................................

วัน/เดือน/ปี.......................................

โทร.....................e-mail.…….………….

**แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562**

**แบบ ตก. 1**

**คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)**

**หัวข้อ สาขาโรคไต**

**จังหวัด...............................เขตสุขภาพที่...............................ตรวจราชการวันที่...............................**

1. **ประเด็นการตรวจราชการ**

* ร้อยละของผู้ป่วยCKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m2/yr (เป้าหมาย: ≥66%)
* หน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านการประเมินคุณภาพจาก ตรต.
* ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง (เป้าหมาย: ≥80%)

**2. สถานการณ์**

**........................................................................................................................................................................**

**3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (*ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น*)**

**3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ**

**......................................................................................................................................................**

**(1) ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ e-GFR<4 ml/min/1.73m2/yr**

**(เป้าหมาย: ≥66%)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **อำเภอ** | **ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ e-GFR<4 ml/min/1.73m2/yr**  **(เป้าหมาย: ≥ 66% เมื่อสิ้นสุดปีงบฯ 2562)** | | | **หมายเหตุ** |
| **จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine และ มีผล eGFR ≥ 2 ค่า และมีค่าเฉลี่ย**  **การเปลี่ยนแปลง <4**  **(A)** | **จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine และมีผล**  **eGFR ≥ 2 ค่า**  **(B)** | **จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine และ มีผล eGFR ≥ 2 ค่าร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m2/yr ≥ 66%**  **(A/B)x100** |
| อำเภอ............... |  |  |  |  |
| อำเภอ............... |  |  |  |  |
| อำเภอ............... |  |  |  |  |
| **ภาพรวมจังหวัด**  **(ข้อมูล ณ วันรับตรวจ)** |  |  |  |  |

**(2) หน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านการประเมินคุณภาพจาก ตรต.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **อำเภอ** | **จำนวนหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านการประเมินคุณภาพจาก ตรต.**  **(A)** | **จำนวนหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด**  **(B)** | **ร้อยละหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านการประเมินคุณภาพจาก ตรต.**  **(A/B)x100** | **หมายเหตุ** |
| อำเภอ............... |  |  |  |  |
| อำเภอ............... |  |  |  |  |
| อำเภอ............... |  |  |  |  |
| **ภาพรวมจังหวัด**  **(ข้อมูล ณ วันรับตรวจ)** |  |  |  |  |

**(3) ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **อำเภอ** | **จำนวนผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังในเขตรับผิดชอบ**  **ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง**  **(A)** | **จำนวนผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังในเขตรับผิดชอบ**  **(B)** | **ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง**  **(A/B)x100** | **หมายเหตุ** |
| อำเภอ............... |  |  |  |  |
| อำเภอ............... |  |  |  |  |
| อำเภอ............... |  |  |  |  |
| **ภาพรวมจังหวัด**  **(ข้อมูล ณ วันรับตรวจ)** |  |  |  |  |

**3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ**

**...........................................................................................................................................**

**(วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมจังหวัด)…………………………………………………………..…**

**4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ**

**(Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม**

....................................................................................................................................................................................

**5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์** | **ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ** | **สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย**

....................................................................................................................................................................................

**7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)**

....................................................................................................................................................................................

ผู้รายงาน.............................................................

ตำแหน่ง......................................................................

วัน/เดือน/ปี.............................................................

โทร..................................... e-mail………………………

**แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562**

**แบบ ตก. 2**

**คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)**

**หัวข้อ สาขาโรคไต**

**เขตสุขภาพที่...............................ตรวจราชการวันที่...............................**

1. **ประเด็นการตรวจราชการ**

* ร้อยละของผู้ป่วยCKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m2/yr (เป้าหมาย: ≥66%)
* หน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านการประเมินคุณภาพจาก ตรต.
* ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง (เป้าหมาย: ≥80%)

**2. สถานการณ์**

**........................................................................................................................................................................**

**3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (*ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น*)**

**3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ**

**......................................................................................................................................................**

**(1) ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ e-GFR<4 ml/min/1.73m2/yr**

**(เป้าหมาย: ≥66%)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **จังหวัด** | **ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ e-GFR<4 ml/min/1.73m2/yr**  **(เป้าหมาย: ≥ 66% เมื่อสิ้นสุดปีงบฯ 2562)** | | | **หมายเหตุ** |
| **จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine และ มีผล eGFR ≥ 2 ค่า และมีค่าเฉลี่ย**  **การเปลี่ยนแปลง <4**  **(A)** | **จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine และมีผล**  **eGFR ≥ 2 ค่า**  **(B)** | **จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine และ มีผล eGFR ≥ 2 ค่าร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m2/yr ≥ 66%**  **(A/B)x100** |
| จังหวัด............... |  |  |  |  |
| จังหวัด............... |  |  |  |  |
| จังหวัด............... |  |  |  |  |
| **ภาพรวมเขตสุขภาพ**  **(ข้อมูล ณ วันรับตรวจ)** |  |  |  |  |

**(2) หน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านการประเมินคุณภาพจาก ตรต.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **จังหวัด** | **จำนวนหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านการประเมินคุณภาพจาก ตรต.**  **(A)** | **จำนวนหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด**  **(B)** | **ร้อยละหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านการประเมินคุณภาพจาก ตรต.**  **(A/B)x100** | **หมายเหตุ** |
| จังหวัด............... |  |  |  |  |
| จังหวัด............... |  |  |  |  |
| จังหวัด............... |  |  |  |  |
| **ภาพรวมเขตสุขภาพ**  **(ข้อมูล ณ วันรับตรวจ)** |  |  |  |  |

**(3) ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **จังหวัด** | **จำนวนผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังในเขตรับผิดชอบ**  **ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง**  **(A)** | **จำนวนผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังในเขตรับผิดชอบ**  **(B)** | **ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง**  **(A/B)x100** | **หมายเหตุ** |
| จังหวัด............... |  |  |  |  |
| จังหวัด............... |  |  |  |  |
| จังหวัด............... |  |  |  |  |
| **ภาพรวมเขตสุขภาพ**  **(ข้อมูล ณ วันรับตรวจ)** |  |  |  |  |

**3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ**

**...........................................................................................................................................**

**(วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมจังหวัด)…………………………………………………………..…**

**4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ**

**(Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม**

....................................................................................................................................................................................

**5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์** | **ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ** | **สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย**

....................................................................................................................................................................................

**7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)**

....................................................................................................................................................................................

ผู้รายงาน.............................................................

ตำแหน่ง......................................................................

วัน/เดือน/ปี.............................................................

โทร..................................... e-mail………………………

**แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562**

**แบบ ตก. 1**

**คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)**

**หัวข้อ สาขาการผ่าตัด One Day Surgery**

**จังหวัด**.................................**เขตสุขภาพที่**...................................**ตรวจราชการวันที่**...................................

**1. ประเด็นการตรวจราชการ**

ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery (เป้าหมาย : ร้อยละ 20)

**2. สถานการณ์**

....................................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................

**3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (*ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น*)**

**3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ :** ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery (เป้าหมาย : ร้อยละ 20)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **อำเภอ/จังหวัด** | **ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery**  **(เป้าหมาย : ร้อยละ 20)** | | | **หมายเหตุ** |
| **จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการผ่าตัด One Day Surgery**  **(A)** | **จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไขในการเข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery ด้วยโรคที่กำหนด**  **(Principle diagnosis)**  **(B)** | **ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery (A/B) x 100** |
| อำเภอ ................. |  |  |  |  |
| อำเภอ ................. |  |  |  |  |
| อำเภอ ................. |  |  |  |  |
| อำเภอ ................. |  |  |  |  |
| อำเภอ ................. |  |  |  |  |
| อำเภอ ................. |  |  |  |  |
| อำเภอ ................. |  |  |  |  |
| อำเภอ ................. |  |  |  |  |
| อำเภอ ................. |  |  |  |  |
| **ภาพรวมจังหวัด**  **(ข้อมูล ณ วันรับตรวจ)** |  |  |  |  |

**3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ (วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมจังหวัด)**

....................................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................

**4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ**

**(Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม**

....................................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................

**5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ปัญหา/ อุปสรรค/ ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์** | **ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ** | **สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการ**  **รับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ ต่อส่วนกลาง/ ต่อผู้บริหาร/ ต่อระเบียบ กฎหมาย**

....................................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................

**7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)**

....................................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................

ผู้รายงาน..................................................................................

ตำแหน่ง...................................................................................

วัน/ เดือน/ ปี...........................................................................

โทร : .................................. e-mail : ……………….………………

**แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562**

**แบบ ตก. 2**

**คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)**

**หัวข้อ สาขาการผ่าตัด One Day Surgery**

**จังหวัด**.................................**เขตสุขภาพที่**...................................**ตรวจราชการวันที่**...................................

**1. ประเด็นการตรวจราชการ**

ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery (เป้าหมาย : ร้อยละ 20)

**2. สถานการณ์**

....................................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................

**3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (*ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น*)**

**3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ :** ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery (เป้าหมาย : ร้อยละ 20)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **จังหวัด** | **ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery**  **(เป้าหมาย : ร้อยละ 20)** | | | **หมายเหตุ** |
| **จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการผ่าตัด One Day Surgery**  **(A)** | **จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไขในการเข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery ด้วยโรคที่กำหนด**  **(Principle diagnosis)**  **(B)** | **ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery (A/B) x 100** |
| จังหวัด ................. |  |  |  |  |
| จังหวัด ................. |  |  |  |  |
| จังหวัด ................. |  |  |  |  |
| จังหวัด ................. |  |  |  |  |
| จังหวัด ................. |  |  |  |  |
| จังหวัด ................. |  |  |  |  |
| จังหวัด ................. |  |  |  |  |
| จังหวัด ................. |  |  |  |  |
| จังหวัด ................. |  |  |  |  |
| **ภาพรวมเขต**  **(ข้อมูล ณ วันรับตรวจ)** |  |  |  |  |

**3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ (วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมจังหวัด)**

....................................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................

**4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ**

**(Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม**

....................................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................

**5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ปัญหา/ อุปสรรค/ ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์** | **ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ** | **สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการ**  **รับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ ต่อส่วนกลาง/ ต่อผู้บริหาร/ ต่อระเบียบ กฎหมาย**

....................................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................

**7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)**

....................................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................

ผู้รายงาน..................................................................................

ตำแหน่ง...................................................................................

วัน/ เดือน/ ปี...........................................................................

โทร : .................................. e-mail : ……………….………………

**แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562**

**แบบ ตก. 1**

**คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)**

**หัวข้อ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง : สาขาโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)**

**จังหวัด**.................................**เขตสุขภาพที่**...................................**ตรวจราชการวันที่**...................................

**1. ประเด็นการติดตามประเมินผล**

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** |
| 1.1 ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69) | < ร้อยละ 7 |
| 1.2 ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic : I60-I62) | < ร้อยละ 25 |
| 1.3 ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน (Ischemic : I63) | < ร้อยละ 5 |
| 1.4 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการ  ไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ  ภายใน 60 นาที (door to needle time) | ≥ ร้อยละ 50 |
| 1.5 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษา  ใน Stroke Unit | ≥ ร้อยละ 40 |
| 1.6 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมอง ภายใน 90 นาที  (door to operation room time) | ≥ ร้อยละ 60 |

**2. สถานการณ์**

....................................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................

**3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์**

**3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ**

(1) ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69) (เป้าหมาย : < ร้อยละ 7)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **อำเภอ/ จังหวัด** | **ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69)**  **(เป้าหมาย : < ร้อยละ 7)** | | | **หมายเหตุ** |
| **จำนวนครั้งของการจำหน่าย**  **สถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วย**  **(รหัส ICD-10 = I60-I69)**  **(A)** | **จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วย**  **ในช่วงเวลาเดียวกัน**  **(รหัส ICD-10 = I60-I69)**  **(B)** | **ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วย**  **โรคหลอดเลือดสมอง**  **(A/B) x 100** |
| อำเภอ ................. |  |  |  |  |
| อำเภอ ................. |  |  |  |  |
| อำเภอ ................. |  |  |  |  |
| อำเภอ ................. |  |  |  |  |
| อำเภอ ................. |  |  |  |  |
| **ภาพรวมจังหวัด**  **(ข้อมูล ณ วันรับตรวจ)** |  |  |  |  |

(2) ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic : I60-I62) (เป้าหมาย : < ร้อยละ 25)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **อำเภอ/จังหวัด** | **ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic : I60-I62)**  **(เป้าหมาย : < ร้อยละ 25)** | | | **หมายเหตุ** |
| **จำนวนครั้งของการจำหน่าย**  **สถานะตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกจากทุกหอผู้ป่วย**  **(รหัส ICD-10 = I60-I62)**  **(C)** | **จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกจากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน**  **(รหัส ICD-10 = I60-I62)**  **(D)** | **ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วย**  **โรคหลอดเลือดสมองแตก**  **(C/D) x 100** |
| อำเภอ ................. |  |  |  |  |
| อำเภอ ................. |  |  |  |  |
| อำเภอ ................. |  |  |  |  |
| อำเภอ ................. |  |  |  |  |
| อำเภอ ................. |  |  |  |  |
| **ภาพรวมจังหวัด**  **(ข้อมูล ณ วันรับตรวจ)** |  |  |  |  |

(3) ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน (Ischemic : I63) (เป้าหมาย : < ร้อยละ 5)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **อำเภอ/ จังหวัด** | **ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน (Ischemic : I63)**  **(เป้าหมาย : < ร้อยละ 5)** | | | **หมายเหตุ** |
| **จำนวนครั้งของการจำหน่าย**  **สถานะตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตันจากทุกหอผู้ป่วย**  **(รหัส ICD-10 = I63)**  **(E)** | **จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วย**  **โรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน**  **จากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (รหัส ICD-10 = I63)**  **(F)** | **ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน**  **(E/F) x 100** |
| อำเภอ ................. |  |  |  |  |
| อำเภอ ................. |  |  |  |  |
| อำเภอ ................. |  |  |  |  |
| อำเภอ ................. |  |  |  |  |
| อำเภอ ................. |  |  |  |  |
| **ภาพรวมจังหวัด**  **(ข้อมูล ณ วันรับตรวจ)** |  |  |  |  |

(4) ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time) (เป้าหมาย : ≥ ร้อยละ 50)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **อำเภอ/ จังหวัด** | **ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง**  **ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time)**  **(เป้าหมาย : ≥ ร้อยละ 50)** | | | **หมายเหตุ** |
| **จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตันระยะเฉียบพลันที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที นับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล (OPD/ER)**  **(รหัส ICD-10 = I63)**  **(G)** | **จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตันระยะเฉียบพลันที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในช่วงเวลาเดียวกัน**  **(รหัส ICD-10 = I63)**  **(H)** | **ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตันระยะเฉียบพลันที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที**  **(door to needle time)**  **(G/H) x 100** |
| อำเภอ ................. |  |  |  |  |
| อำเภอ ................. |  |  |  |  |
| **ภาพรวมจังหวัด**  **(ข้อมูล ณ วันรับตรวจ)** |  |  |  |  |

(5) ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit

(เป้าหมาย : ≥ ร้อยละ 40)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **อำเภอ/ จังหวัด** | **ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit (เป้าหมาย : ≥ ร้อยละ 40)** | | | **หมายเหตุ** |
| **จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**  **ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง**  **ได้รับการรักษาใน Stroke Unit**  **(รหัส ICD-10 = I60-I69)**  **(I)** | **จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง**  **ได้รับการรักษาในช่วงเวลาเดียวกัน**  **(รหัส ICD-10 = I60-I69)**  **(J)** | **ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง**  **ได้รับการรักษาใน Stroke Unit**  **(I/J) x 100** |
| อำเภอ ................. |  |  |  |  |
| อำเภอ ................. |  |  |  |  |
| อำเภอ ................. |  |  |  |  |
| อำเภอ ................. |  |  |  |  |
| อำเภอ ................. |  |  |  |  |
| **ภาพรวมจังหวัด**  **(ข้อมูล ณ วันรับตรวจ)** |  |  |  |  |

(6) ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมอง ภายใน 90 นาที (door to operation room time) (เป้าหมาย : ≥ ร้อยละ 60)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **อำเภอ/ จังหวัด** | **ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมอง ภายใน 90 นาที**  **(door to operation room time) (เป้าหมาย : ≥ ร้อยละ 60)** | | | **หมายเหตุ** |
| **จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มาที่ ER และได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที นับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลและนับเฉพาะผู้ป่วยที่มาที่ ER เท่านั้น**  **(รหัส ICD-10 = I60-I62)**  **(K)** | **จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มาที่ ER และได้รับการผ่าตัดสมองในช่วงเวลาเดียวกัน**  **(รหัส ICD-10 = I60-I62)**  **(L)** | **ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกได้รับการผ่าตัดสมอง ภายใน 90 นาที**  **(door to operation room time)**  **(K/L) x 100** |
| อำเภอ ................. |  |  |  |  |
| อำเภอ ................. |  |  |  |  |
| **ภาพรวมจังหวัด**  **(ข้อมูล ณ วันรับตรวจ)** |  |  |  |  |

**3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ (วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมเขตสุขภาพ)**

....................................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................

**4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ**

**(Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม**

....................................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................

**5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ปัญหา/ อุปสรรค/ ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์** | **ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ** | **สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการ**  **รับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ ต่อส่วนกลาง/ ต่อผู้บริหาร/ ต่อระเบียบ กฎหมาย**

....................................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................

**7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)**

....................................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................

ผู้รายงาน.......................................................................................

ตำแหน่ง........................................................................................

วัน/ เดือน/ ปี................................................................................

โทร : ...................................... e-mail : ………………….……….……

**แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562**

**แบบ ตก. 2**

**คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)**

**หัวข้อ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง : สาขาโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)**

**จังหวัด**.................................**เขตสุขภาพที่**...................................**ตรวจราชการวันที่**...................................

**1. ประเด็นการติดตามประเมินผล**

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** |
| 1.1 ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69) | < ร้อยละ 7 |
| 1.2 ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic : I60-I62) | < ร้อยละ 25 |
| 1.3 ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic : I63) | < ร้อยละ 5 |
| 1.4 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการ  ไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ  ภายใน 60 นาที(door to needle time) | ≥ ร้อยละ 50 |
| 1.5 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษา  ใน Stroke Unit | ≥ ร้อยละ 40 |
| 1.6 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที  (door to operation room time) | ≥ ร้อยละ 60 |

**2. สถานการณ์**

....................................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................

**3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์**

**3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ**

(1) ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69) (เป้าหมาย : < ร้อยละ 7)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **จังหวัด** | **ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69)**  **(เป้าหมาย :< ร้อยละ 7)** | | | **หมายเหตุ** |
| **จำนวนครั้งของการจำหน่าย**  **สถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วย**  **(รหัส ICD-10 =I60-I69)**  **(A)** | **จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วย**  **ในช่วงเวลาเดียวกัน**  **(รหัส ICD-10 =I60-I69)**  **(B)** | **ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วย**  **โรคหลอดเลือดสมอง**  **(A/B) x100** |
| จังหวัด ................. |  |  |  |  |
| จังหวัด ................. |  |  |  |  |
| จังหวัด ................. |  |  |  |  |
| จังหวัด ................. |  |  |  |  |
| จังหวัด ................. |  |  |  |  |
| **ภาพรวมเขต**  **(ข้อมูล ณ วันรับตรวจ)** |  |  |  |  |

(2) ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic : I60-I62) (เป้าหมาย : < ร้อยละ 25)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **จังหวัด** | **ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic : I60-I62)**  **(เป้าหมาย : < ร้อยละ 25)** | | | **หมายเหตุ** |
| **จำนวนครั้งของการจำหน่าย**  **สถานะตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกจากทุกหอผู้ป่วย**  **(รหัส ICD-10 = I60-I62)**  **(C)** | **จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกจากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน**  **(รหัส ICD-10 = I60-I62)**  **(D)** | **ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วย**  **โรคหลอดเลือดสมองแตก**  **(C/D) x 100** |
| จังหวัด ................. |  |  |  |  |
| จังหวัด ................. |  |  |  |  |
| จังหวัด ................. |  |  |  |  |
| จังหวัด ................. |  |  |  |  |
| จังหวัด ................. |  |  |  |  |
| **ภาพรวมเขต**  **(ข้อมูล ณ วันรับตรวจ)** |  |  |  |  |

(3) ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน (Ischemic : I63) (เป้าหมาย : < ร้อยละ 5)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **จังหวัด** | **ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน (Ischemic : I63)**  **(เป้าหมาย : < ร้อยละ 5)** | | | **หมายเหตุ** |
| **จำนวนครั้งของการจำหน่าย**  **สถานะตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันจากทุกหอผู้ป่วย**  **(รหัส ICD-10 = I63)**  **(E)** | **จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วย**  **โรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน**  **จากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (รหัส ICD-10 =I63)**  **(F)** | **ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน**  **(E/F) x100** |
| จังหวัด ................. |  |  |  |  |
| จังหวัด ................. |  |  |  |  |
| จังหวัด ................. |  |  |  |  |
| จังหวัด ................. |  |  |  |  |
| จังหวัด ................. |  |  |  |  |
| **ภาพรวมเขต**  **(ข้อมูล ณ วันรับตรวจ)** |  |  |  |  |

(4) ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time) (เป้าหมาย : ≥ ร้อยละ 50)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **จังหวัด** | **ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง**  **ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time)**  **(เป้าหมาย : ≥ ร้อยละ 50)** | | | **หมายเหตุ** |
| **จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลันที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาทีนับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล (OPD/ER)**  **(รหัส ICD-10 =I63)**  **(G)** | **จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลันที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในช่วงเวลาเดียวกัน**  **(รหัส ICD-10 =I63)**  **(H)** | **ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลันที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที**  **(door to needle time)**  **(G/H) x 100** |
| จังหวัด ................. |  |  |  |  |
| จังหวัด ................. |  |  |  |  |
| **ภาพรวมเขต**  **(ข้อมูล ณ วันรับตรวจ)** |  |  |  |  |

(5) ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit

(เป้าหมาย :≥ ร้อยละ 40)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **จังหวัด** | **ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit(เป้าหมาย : ≥ ร้อยละ 40)** | | | **หมายเหตุ** |
| **จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**  **ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง**  **ได้รับการรักษาใน Stroke Unit**  **(รหัส ICD-10 =I60-I69)**  **(I)** | **จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง**  **ได้รับการรักษาในช่วงเวลาเดียวกัน**  **(รหัส ICD-10 =I60-I69)**  **(J)** | **ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง**  **ได้รับการรักษาใน Stroke Unit**  **(I/J) x 100** |
| จังหวัด ................. |  |  |  |  |
| จังหวัด ................. |  |  |  |  |
| จังหวัด ................. |  |  |  |  |
| จังหวัด ................. |  |  |  |  |
| จังหวัด ................. |  |  |  |  |
| **ภาพรวมเขต**  **(ข้อมูล ณ วันรับตรวจ)** |  |  |  |  |

(6) ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (door to operation room time) (เป้าหมาย : ≥ ร้อยละ 60)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **จังหวัด** | **ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที**  **(door to operation room time) (เป้าหมาย : ≥ ร้อยละ 60)** | | | **หมายเหตุ** |
| **จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มาที่ ER และได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาทีนับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลและนับเฉพาะผู้ป่วยที่มาที่ ER เท่านั้น**  **(รหัส ICD-10 =I60-I62)**  **(K)** | **จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มาที่ ER และได้รับการผ่าตัดสมองในช่วงเวลาเดียวกัน**  **(รหัส ICD-10 =I60-I62)**  **(L)** | **ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที**  **(door to operation room time)**  **(K/L) x 100** |
| จังหวัด ................. |  |  |  |  |
| จังหวัด ................. |  |  |  |  |
| **ภาพรวมเขต**  **(ข้อมูล ณ วันรับตรวจ)** |  |  |  |  |

**3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ(วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมเขตสุขภาพ)**

....................................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................

**4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ**

**(Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม**

....................................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................

**5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์** | **ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ** | **สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการ**  **รับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ ต่อผู้บริหาร/ ต่อระเบียบ กฎหมาย**

....................................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................

**7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)**

....................................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................

ผู้รายงาน.......................................................................................

ตำแหน่ง........................................................................................

วัน/เดือน/ปี................................................................................

โทร: ...................................... e-mail : ………………….……….……

**แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562**

**แบบ ตก.1**

**คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)**

**หัวข้อ สาขาอายุรกรรม**

**จังหวัด................ เขตสุขภาพที่................. ตรวจราชการวันที่...........................................**

1. **ประเด็นการตรวจราชการ**

(1) อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired น้อยกว่าร้อยละ 30

(2) อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic ≥ ร้อยละ 90

(3) อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) ≥ ร้อยละ 90

(4) อัตราการได้รับ IV fluid 30 ml/kg ใน 1 ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) ≥ ร้อยละ 90

(5) อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ 2-3) ภายใน 3 ชม. ≥ ร้อยละ 30

(6) มีการจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในรพ.ประจำจังหวัด (ระดับ A และ S)

**2. สถานการณ์ ..............................................................................................................................................**

**3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (*ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น*)**

**3.1ข้อมูลเชิงปริมาณ**  **(1) อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired น้อยกว่าร้อยละ 30**

| **อำเภอ** | **รายการข้อมูล** | | | | | **หมายเหตุ** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต(dead) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative**  **(รหัส Z 51.5)**  **(A)** | **จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquiredที่ลง ICD10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 2**  **ดีขึ้น (B)** | **จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 3 ไม่ดีขึ้น**  **(C)** | **จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 3**  **ไม่ดีขึ้น palliative**  **(รหัส Z 51.5)**  **(D)** | **อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired**  **(A+C) / D × 100** |
| อำเภอ......... |  |  |  |  |  |  |
| อำเภอ......... |  |  |  |  |  |  |
| อำเภอ......... |  |  |  |  |  |  |
| **ภาพรวมจังหวัด**  **(ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)**  **(ระบุวันที่)** |  |  |  |  |  |  |

**(2) อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic ≥ ร้อยละ 90**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **อำเภอ** | **รายการข้อมูล** | | | **หมายเหตุ** |
| **จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้รับ การเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic**  **(A)** | **จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด**  **(B)** | **อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic**  **(A/B) × 100** |
| อำเภอ......... |  |  |  |  |
| อำเภอ......... |  |  |  |  |
| อำเภอ......... |  |  |  |  |
| **ภาพรวมจังหวัด**  **(ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)**  **(ระบุวันที่)** |  |  |  |  |

**(3) อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) ≥ ร้อยละ 90**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **อำเภอ** | **รายการข้อมูล** | | | **หมายเหตุ** |
| **จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม.**  **(A)** | **จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด (B)** | **อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม.**  **(A/B) × 100** |
| อำเภอ......... |  |  |  |  |
| อำเภอ......... |  |  |  |  |
| อำเภอ......... |  |  |  |  |
| **ภาพรวมจังหวัด**  **(ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)**  **(ระบุวันที่)** |  |  |  |  |

**(4) อัตราการได้รับ IV 30 ml/kg ใน 1 ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) ≥ ร้อยละ 90**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **อำเภอ** | **รายการข้อมูล** | | | **หมายเหตุ** |
| **จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับ IV fluid จำนวน 1.5 ลิตร ภายใน 1 ชม.**  **(A)** | **จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด**  **(B)** | **อัตราการได้รับ IV fluid 30 ml/kg ใน 1 ชม.แรก**  **(A/B) × 100** |
| อำเภอ......... |  |  |  |  |
| อำเภอ......... |  |  |  |  |
| อำเภอ......... |  |  |  |  |
| **ภาพรวมจังหวัด**  **(ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)**  **(ระบุวันที่)** |  |  |  |  |

(**5) อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลในไอซียู** **ภายใน 3 ชม. ≥ ร้อยละ 30**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **อำเภอ** | **รายการข้อมูล** | | | **หมายเหตุ** |
| **จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้เข้า ICU ภายใน 3 ชม.**  **(A)** | **จำนวน ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด**  **(B)** | **อัตราการรับผู้ป่วยเข้า ICU ภายใน 3 ชม.**  **(A/B) × 100** |
| อำเภอ......... |  |  |  |  |
| อำเภอ......... |  |  |  |  |
| อำเภอ......... |  |  |  |  |
| **ภาพรวมจังหวัด**  **(ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)**  **(ระบุวันที่)** |  |  |  |  |

**(6) มีการจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในรพ.ประจำจังหวัด (ระดับ A และ S)**

1. มีการจัดตั้งคณะกรรมการ คณะทำงาน โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลมีหนังสือแต่งตั้งชัดเจน

2. มีแนวทางการดำเนินการของ rapid response system ในรพ.โดยมีหนังสือคำสั่งแนวทาง โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล

3. เริ่มดำเนินการโดยมีทีม rapid response team เพื่อดูแลผู้ป่วยวิกฤตและผู้ป่วย sepsis โดยมีการนำเสนอผลงานในแต่ละเดือน มีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน

**วิธีประเมินการจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในรพ.ประจำจังหวัด (ระดับ A และ S)**

ยังไม่ได้ดำเนินการ = ยังไม่ได้ทำทุกข้อ

เริ่มดำเนินการ = มีข้อ 1

กำลังดำเนินการ = มีข้อ 1 และ ข้อ 2

ดำเนินการเรียบร้อย = มีครบทั้ง 3 ข้อ

..............................................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................

**4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม**

..............................................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................

**5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์** | **ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ** | **สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย**

..............................................................................................................................................................................................................

**7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง** (ถ้ามี)

..............................................................................................................................................................................................................

ผู้รายงาน.......................................................................................

ตำแหน่ง.........................................................................................

วัน/เดือน/ปี...................................................................................

โทร..................................... e-mail……………………………..……

**ตารางประกอบคำนิยาม**

**ตารางที่ 1 SIRS (systemic inflammatory response syndrome)**

Temperature > 38°C or < 36°C

Heart rate > 90 beats/min

Respiratory rate > 20 /min หรือ PaCO2 < 32 mm Hg

WBC > 12,000 /mm3, < 4000 /mm3, หรือมี band form >10 %

**ตารางที่ 2 tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction**

มีภาวะ hypotension

ค่า blood lactate level > 2 mmol/L (18 mg/dL)

Urine output < 0.5 mL/kg/hr เป็นระยะเวลามากกว่า 2 ชม.แม้ว่าจะได้สารน้ำอย่างเพียงพอ

Acute lung injury ที่มี Pao2/Fio2 < 250 โดยไม่มีภาวะ pneumonia เป็นสาเหตุ

Acute lung injury ที่มี Pao2/Fio2 < 200 โดยมีภาวะ pneumonia เป็นสาเหตุ

Creatinine > 2.0 mg/dL (176.8 μmol/L)

Bilirubin > 2 mg/dL (34.2 μmol/L)

Platelet count < 100,000 μL

Coagulopathy (international normalized ratio > 1.5 หรือ aPTT > 60 วินาที )

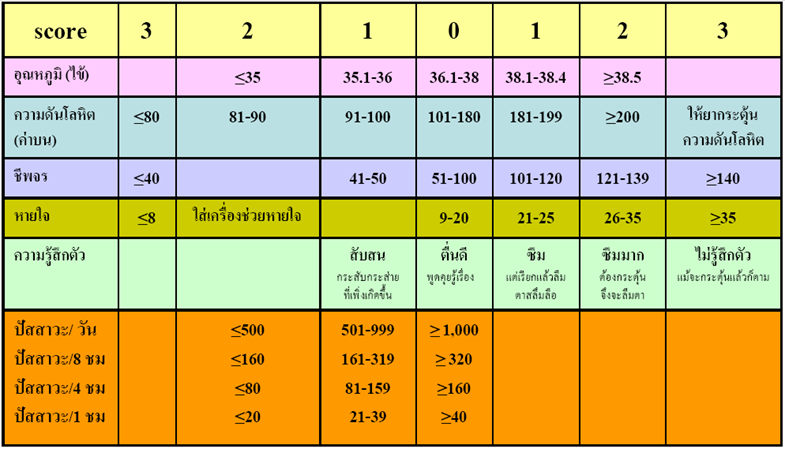
**ตารางที่ 3 qSOFA (quick SOFA) score ในการประเมิน ได้แก่**

1. Alteration in mental status (อาจใช้ Glasgow Coma Scale score น้อยกว่า 15 ก็ได้)

2. Systolic blood pressure ≤ 100 mm Hg

3. Respiratory rate ≥ 22/min

**ตารางที่ 4 SOS score (search out severity)**



**การแบ่งระดับการดูแลผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล**

**ระดับ 0 (Level 0)**

Patients whose needs can be met through normal ward care in an acute hospital

**ระดับ 1 (Level 1)**

Patients at risk of their condition deteriorating, or those recently relocated from higher levels of care, whose needs can be met on an acute ward with additional advice and support from the critical care team

**ระดับ 2 (Level 2)**

Patients requiring more detailed observation or intervention including support for a single failing organ system or post-operative care and those ‘stepping down’ from higher levels of care

**ระดับ 3 (Level 3)**

Patients requiring advanced respiratory support alone or basic respiratory support together with support of at least two organ systems. This level includes all complex patients requiring support for multi-organ failure

**ตารางที่ 5 Modified Early Warning Score (MEWS) for Clinical Deterioration**

| **Criteria** | **Point Value** |
| --- | --- |
| **Systolic BP (mmHg)** |  |
| ≤ 70 | +3 |
| 71-80 | +2 |
| 81-100 | +1 |
| 101-199 | 0 |
| ≥ 200 | +2 |
| **Heart rate (beats per minute)** |  |
| < 40 | +2 |
| 41-50 | +1 |
| 51-100 | 0 |
| 101-110 | +1 |
| 111-129 | +2 |
| ≥ 130 | +3 |
| **Respiratory rate (beats per minute)** |  |
| < 9 | +2 |
| 9-14 | 0 |
| 15-20 | +1 |
| 21-29 | +2 |
| ≥ 30 | +3 |
| **Temperature in** °C **(**°F**)** |  |
| < 35 (<95) | +2 |
| 35–38.4 (95–101.12) | 0 |
| ≥ 38.5°C (101.3) | +2 |

**Interpretation**

* A score ≥ 5 is statistically linked to increased likelihood of death or admission to an intensive care unit.
* For any single physiological parameter scored +3, consider higher level of care for patient.

**หมายเหตุ:**

1. นับเฉพาะผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิดcommunity-acquired

2. ไม่นับรวมผู้ป่วย palliative care (รหัส Z 51.5)

**นิยามการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดย่อย**

1. อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic หมายถึง การเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic

**สูตรคำนวณ =** จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้รับ การเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic

X 100

จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด

**หมายเหตุ** ในกรณีที่เดิมผู้ป่วยได้รับ Antibiotic อยู่โดยไม่ได้เจาะ H/C ต่อมาผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง แล้วมีการเจาะ H/C ร่วมกับปรับ Antibiotic ให้ถือว่า มีการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic

2. อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม.หมายถึง การได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม.หลังการวินิจฉัย โดยนับจากเวลาวินิจฉัยจนถึงเวลาที่บริหารยา (Diagnosis to needle time)

**สูตรคำนวณ =** จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม.

X 100

จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด

3. อัตราการได้รับ IV fluid 30 ml/kg ใน 1 ชม.แรก หมายถึง ผู้ป่วยได้รับ IV fluid จำนวน 1.5 ลิตร ภายใน 1 ชม. แรกหลังวินิจฉัย

**สูตรคำนวณ =** จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับIVfluidจำนวน 1.5 ลิตร ภายใน 1 ชม.

X 100

จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด

4. อัตราการรับผู้ป่วยเข้า ICU ภายใน 3 ชม. หมายถึง ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้รับการวินิจฉัยแล้ว admission เข้า ICU ภายใน 3 ชม. (sepsis fast track)

**สูตรคำนวณ =** จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้เข้า ICU ภายใน 3 ชม.

X 100

จำนวน ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ทั้งหมด

**หมายเหตุ:** วิธีการเก็บตัวชี้วัดย่อย ขึ้นอยู่กับกระบวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ของแต่ละโรงพยาบาลซึ่งอาจมีความแตกต่างกันของวิธีการได้มาของตัวเลข แต่ให้ยึดความถูกต้องตรงตามคำนิยามที่กำหนด

**แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562**

**แบบ ตก.2**

**คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)**

**หัวข้อ สาขาอายุรกรรม**

**เขตสุขภาพที่................. ตรวจราชการวันที่...........................................**

1. **ประเด็นการตรวจราชการ**

(1) อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired น้อยกว่าร้อยละ 30

(2) อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic ≥ ร้อยละ 90

(3) อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) ≥ ร้อยละ 90

(4) อัตราการได้รับ IV fluid 30 ml/kg ใน 1 ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) ≥ ร้อยละ 90

(5) อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ 2-3) ภายใน 3 ชม. ≥ ร้อยละ 30

(6) มีการจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในรพ.ประจำจังหวัด (ระดับ A และ S)

**2. สถานการณ์ ..............................................................................................................................................**

**3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (*ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น*)**

**3.1ข้อมูลเชิงปริมาณ**  **(1) อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired น้อยกว่าร้อยละ 30**

| **จังหวัด** | **รายการข้อมูล** | | | | | **หมายเหตุ** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต(dead) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative**  **(รหัส Z 51.5)**  **(A)** | **จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquiredที่ลง ICD10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 2**  **ดีขึ้น (B)** | **จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 3 ไม่ดีขึ้น**  **(C)** | **จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 3**  **ไม่ดีขึ้น palliative**  **(รหัส Z 51.5)**  **(D)** | **อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired**  **(A+C) / D × 100** |
| จังหวัด......... |  |  |  |  |  |  |
| จังหวัด......... |  |  |  |  |  |  |
| **ภาพรวมเขตสุขภาพ**  **(ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)**  **(ระบุวันที่)** |  |  |  |  |  |  |

**(2) อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic ≥ ร้อยละ 90**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **จังหวัด** | **รายการข้อมูล** | | | **หมายเหตุ** |
| **จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้รับ การเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic**  **(A)** | **จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด**  **(B)** | **อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic**  **(A/B) × 100** |
| จังหวัด......... |  |  |  |  |
| จังหวัด......... |  |  |  |  |
| จังหวัด......... |  |  |  |  |
| **ภาพรวมเขตสุขภาพ**  **(ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)**  **(ระบุวันที่)** |  |  |  |  |

**(3) อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) ≥ ร้อยละ 90**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **จังหวัด** | **รายการข้อมูล** | | | **หมายเหตุ** |
| **จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม.**  **(A)** | **จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด (B)** | **อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม.**  **(A/B) × 100** |
| จังหวัด......... |  |  |  |  |
| จังหวัด......... |  |  |  |  |
| จังหวัด......... |  |  |  |  |
| **ภาพรวมเขตสุขภาพ**  **(ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)**  **(ระบุวันที่)** |  |  |  |  |

**(4) อัตราการได้รับ IV 30 ml/kg ใน 1 ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) ≥ ร้อยละ 90**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **จังหวัด** | **รายการข้อมูล** | | | **หมายเหตุ** |
| **จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับ IV fluid จำนวน 1.5 ลิตร ภายใน 1 ชม.**  **(A)** | **จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด**  **(B)** | **อัตราการได้รับ IV fluid 30 ml/kg ใน 1 ชม.แรก**  **(A/B) × 100** |
| จังหวัด......... |  |  |  |  |
| จังหวัด......... |  |  |  |  |
| จังหวัด......... |  |  |  |  |
| **ภาพรวมเขตสุขภาพ**  **(ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)**  **(ระบุวันที่)** |  |  |  |  |

(**5) อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลในไอซียู** **ภายใน 3 ชม. ≥ ร้อยละ 30**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **จังหวัด** | **รายการข้อมูล** | | | **หมายเหตุ** |
| **จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้เข้า ICU ภายใน 3 ชม.**  **(A)** | **จำนวน ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด**  **(B)** | **อัตราการรับผู้ป่วยเข้า ICU ภายใน 3 ชม.**  **(A/B) × 100** |
| จังหวัด......... |  |  |  |  |
| จังหวัด......... |  |  |  |  |
| จังหวัด......... |  |  |  |  |
| **ภาพรวมเขตสุขภาพ**  **(ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)**  **(ระบุวันที่)** |  |  |  |  |

**(6) มีการจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในรพ.ประจำจังหวัด (ระดับ A และ S)**

1. มีการจัดตั้งคณะกรรมการ คณะทำงาน โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลมีหนังสือแต่งตั้งชัดเจน

2. มีแนวทางการดำเนินการของ rapid response system ในรพ.โดยมีหนังสือคำสั่งแนวทาง โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล

3. เริ่มดำเนินการโดยมีทีม rapid response team เพื่อดูแลผู้ป่วยวิกฤตและผู้ป่วย sepsis โดยมีการนำเสนอผลงานในแต่ละเดือน มีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน

**วิธีประเมินการจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในรพ.ประจำจังหวัด (ระดับ A และ S)**

ยังไม่ได้ดำเนินการ = ยังไม่ได้ทำทุกข้อ

เริ่มดำเนินการ = มีข้อ 1

กำลังดำเนินการ = มีข้อ 1 และ ข้อ 2

ดำเนินการเรียบร้อย = มีครบทั้ง 3 ข้อ

..............................................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................

**4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม**

..............................................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................

**5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์** | **ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ** | **สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย**

..............................................................................................................................................................................................................

**7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง** (ถ้ามี)

..............................................................................................................................................................................................................

ผู้รายงาน.......................................................................................

ตำแหน่ง.........................................................................................

วัน/เดือน/ปี...................................................................................

โทร..................................... e-mail……………………………..……

**ตารางประกอบคำนิยาม**

**ตารางที่ 1 SIRS (systemic inflammatory response syndrome)**

Temperature > 38°C or < 36°C

Heart rate > 90 beats/min

Respiratory rate > 20 /min หรือ PaCO2 < 32 mm Hg

WBC > 12,000 /mm3, < 4000 /mm3, หรือมี band form >10 %

**ตารางที่ 2 tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction**

มีภาวะ hypotension

ค่า blood lactate level > 2 mmol/L (18 mg/dL)

Urine output < 0.5 mL/kg/hr เป็นระยะเวลามากกว่า 2 ชม.แม้ว่าจะได้สารน้ำอย่างเพียงพอ

Acute lung injury ที่มี Pao2/Fio2 < 250 โดยไม่มีภาวะ pneumonia เป็นสาเหตุ

Acute lung injury ที่มี Pao2/Fio2 < 200 โดยมีภาวะ pneumonia เป็นสาเหตุ

Creatinine > 2.0 mg/dL (176.8 μmol/L)

Bilirubin > 2 mg/dL (34.2 μmol/L)

Platelet count < 100,000 μL

Coagulopathy (international normalized ratio > 1.5 หรือ aPTT > 60 วินาที )

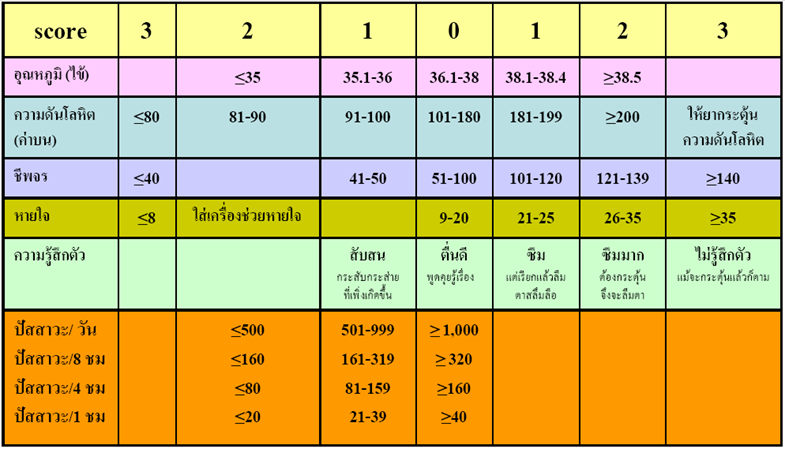
**ตารางที่ 3 qSOFA (quick SOFA) score ในการประเมิน ได้แก่**

1. Alteration in mental status (อาจใช้ Glasgow Coma Scale score น้อยกว่า 15 ก็ได้)

2. Systolic blood pressure ≤ 100 mm Hg

3. Respiratory rate ≥ 22/min

**ตารางที่ 4 SOS score (search out severity)**



**การแบ่งระดับการดูแลผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล**

**ระดับ 0 (Level 0)**

Patients whose needs can be met through normal ward care in an acute hospital

**ระดับ 1 (Level 1)**

Patients at risk of their condition deteriorating, or those recently relocated from higher levels of care, whose needs can be met on an acute ward with additional advice and support from the critical care team

**ระดับ 2 (Level 2)**

Patients requiring more detailed observation or intervention including support for a single failing organ system or post-operative care and those ‘stepping down’ from higher levels of care

**ระดับ 3 (Level 3)**

Patients requiring advanced respiratory support alone or basic respiratory support together with support of at least two organ systems. This level includes all complex patients requiring support for multi-organ failure

**ตารางที่ 5 Modified Early Warning Score (MEWS) for Clinical Deterioration**

| **Criteria** | **Point Value** |
| --- | --- |
| **Systolic BP (mmHg)** |  |
| ≤ 70 | +3 |
| 71-80 | +2 |
| 81-100 | +1 |
| 101-199 | 0 |
| ≥ 200 | +2 |
| **Heart rate (beats per minute)** |  |
| < 40 | +2 |
| 41-50 | +1 |
| 51-100 | 0 |
| 101-110 | +1 |
| 111-129 | +2 |
| ≥ 130 | +3 |
| **Respiratory rate (beats per minute)** |  |
| < 9 | +2 |
| 9-14 | 0 |
| 15-20 | +1 |
| 21-29 | +2 |
| ≥ 30 | +3 |
| **Temperature in** °C **(**°F**)** |  |
| < 35 (<95) | +2 |
| 35–38.4 (95–101.12) | 0 |
| ≥ 38.5°C (101.3) | +2 |

**Interpretation**

* A score ≥ 5 is statistically linked to increased likelihood of death or admission to an intensive care unit.
* For any single physiological parameter scored +3, consider higher level of care for patient.

**หมายเหตุ:**

1. นับเฉพาะผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิดcommunity-acquired

2. ไม่นับรวมผู้ป่วย palliative care (รหัส Z 51.5)

**นิยามการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดย่อย**

1. อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic หมายถึง การเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic

**สูตรคำนวณ =** จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้รับ การเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic

X 100

จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด

**หมายเหตุ** ในกรณีที่เดิมผู้ป่วยได้รับ Antibiotic อยู่โดยไม่ได้เจาะ H/C ต่อมาผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง แล้วมีการเจาะ H/C ร่วมกับปรับ Antibiotic ให้ถือว่า มีการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic

2. อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม.หมายถึง การได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม.หลังการวินิจฉัย โดยนับจากเวลาวินิจฉัยจนถึงเวลาที่บริหารยา (Diagnosis to needle time)

**สูตรคำนวณ =** จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม.

X 100

จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด

3. อัตราการได้รับ IV fluid 30 ml/kg ใน 1 ชม.แรก หมายถึง ผู้ป่วยได้รับ IV fluid จำนวน 1.5 ลิตร ภายใน 1 ชม. แรกหลังวินิจฉัย

**สูตรคำนวณ =** จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับIVfluidจำนวน 1.5 ลิตร ภายใน 1 ชม.

X 100

จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด

4. อัตราการรับผู้ป่วยเข้า ICU ภายใน 3 ชม. หมายถึง ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้รับการวินิจฉัยแล้ว admission เข้า ICU ภายใน 3 ชม. (sepsis fast track)

**สูตรคำนวณ =** จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้เข้า ICU ภายใน 3 ชม.

X 100

จำนวน ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ทั้งหมด

**หมายเหตุ:** วิธีการเก็บตัวชี้วัดย่อย ขึ้นอยู่กับกระบวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ของแต่ละโรงพยาบาลซึ่งอาจมีความแตกต่างกันของวิธีการได้มาของตัวเลข แต่ให้ยึดความถูกต้องตรงตามคำนิยามที่กำหนด

**แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562**

แบบ ตก. 1

**คณะที่ 2 Service excellence (บริการเป็นเลิศ)**

**โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหลอดเลือดหัวใจ**

**จังหวัด................ เขตสุขภาพที่................. ตรวจราชการวันที่...........................................**

**1. ประเด็นการตรวจราชการ**

(1)อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน 26 ต่อแสนประชากร

(2) ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (เป้าหมาย 50 %)

(3) ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล ≤10%

**2. สถานการณ์..............................................................................................................................................**

**3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (*ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น*)**

**3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ......................................................................................................................**

(1)อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน 26 ต่อแสนประชากร

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| จังหวัด | รายการข้อมูล | | |
| จำนวนประชากรที่ตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (รหัส ICD-10 = I20-I25) (A) | จำนวนประชากรกลางปีในช่วงเวลาเดียวกัน (B) | อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ  (A/B) x 100,000 |
| อำเภอ 1 |  |  |  |
| อำเภอ 2 |  |  |  |
| อำเภอ..... |  |  |  |
| ภาพรวมจังหวัด  (ข้อมูล ณ  วันที่รับตรวจ) |  |  |  |

(2) ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด(เป้าหมาย 50 %)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| จังหวัด | รายการข้อมูล | | |
|  | จำนวนครั้งการรักษาที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่โรงพยาบาล F2 หรือ F2 ขึ้นไป หรือ จำนวนครั้งที่สามารถส่งต่อไปที่โรงพยาบาลที่ทำ PCI ได้ให้ได้รับการทำ PCI ภายใน 120 นาทีนับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่สถานพยาบาลF2 หรือF2 ขึ้นไปที่ไม่สามารถทำ PCI ได้ หรือจำนวนครั้งการรักษาที่สามารถทำ PCI ภายใน 90 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่โรงพยาบาลที่สามารถทำ PCI ได้เอง (A) | จำนวนรพ.ระดับ F2 และ F2 ขึ้นไปทั้งหมดในเขตนั้น (B) | ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (A/B) x 100 |
| อำเภอ 1 |  |  |  |
| อำเภอ 2 |  |  |  |
| อำเภอ.. |  |  |  |
| ภาพรวมจังหวัด  (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ) |  |  |  |

(3) ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล ≤10%

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| จังหวัด | รายการข้อมูล | | |
| ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน (รหัส ICD-10 = I21-I21.3) ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล (A) | ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน (รหัส ICD-10 = I21-I21.3) ทั้งหมด (B) | ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล  (A/B) x 100 |
| อำเภอ 1 |  |  |  |
| อำเภอ 2 |  |  |  |
| อำเภอ..... |  |  |  |
| ภาพรวมจังหวัด  (ข้อมูล ณ  วันที่รับตรวจ) |  |  |  |

**3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ (วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมจังหวัด)**

…………………………………………………………..…...............................................................................................

.....................................................................................................................................................................

**4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม**

....................................................................................................................................................................................**5.** **ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์ | ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ | สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ |
|  |  |  |
|  |  |  |

**6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย**

....................................................................................................................................................................................

**7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง** (ถ้ามี)

....................................................................................................................................................................................

ผู้รายงาน..................................................................................

ตำแหน่ง..................................................................................

วัน/เดือน/ปี............................................................................

โทร....................................E-mail………………………………

**แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562**

แบบ ตก. 2

**คณะที่ 2 Service excellence (บริการเป็นเลิศ)**

**โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหลอดเลือดหัวใจ**

**เขตสุขภาพที่................. ตรวจราชการวันที่...........................................**

**1. ประเด็นการตรวจราชการ**

(1)อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน 26 ต่อแสนประชากร

(2) ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (เป้าหมาย 50 %)

(3) ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล ≤10%

**2. สถานการณ์..............................................................................................................................................**

**3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (*ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น*)**

**3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ......................................................................................................................**

(1)อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน 26 ต่อแสนประชากร

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| เขตสุขภาพ | รายการข้อมูล | | |
| จำนวนประชากรที่ตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (รหัส ICD-10 = I20-I25) (A) | จำนวนประชากรกลางปีในช่วงเวลาเดียวกัน (B) | อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ  (A/B) x 100,000 |
| จังหวัด 1 |  |  |  |
| จังหวัด 2 |  |  |  |
| จังหวัด..... |  |  |  |
| ภาพรวมเขต  (ข้อมูล ณ  วันที่รับตรวจ) |  |  |  |

(2) ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด(เป้าหมาย 50 %)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| เขตสุขภาพ | รายการข้อมูล | | |
|  | จำนวนครั้งการรักษาที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่โรงพยาบาล F2 หรือ F2 ขึ้นไป หรือ จำนวนครั้งที่สามารถส่งต่อไปที่โรงพยาบาลที่ทำ PCI ได้ให้ได้รับการทำ PCI ภายใน 120 นาทีนับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่สถานพยาบาลF2 หรือF2 ขึ้นไปที่ไม่สามารถทำ PCI ได้ หรือจำนวนครั้งการรักษาที่สามารถทำ PCI ภายใน 90 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่โรงพยาบาลที่สามารถทำ PCI ได้เอง (A) | จำนวนรพ.ระดับ F2 และ F2 ขึ้นไปทั้งหมดในเขตนั้น (B) | ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (A/B) x 100 |
| จังหวัด 1 |  |  |  |
| จังหวัด 2 |  |  |  |
| จังหวัด.. |  |  |  |
| ภาพรวมเขต  (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ) |  |  |  |

(3) ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล ≤10%

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| เขตสุขภาพ | รายการข้อมูล | | |
| ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน (รหัส ICD-10 = I21-I21.3) ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล (A) | ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน (รหัส ICD-10 = I21-I21.3) ทั้งหมด (B) | ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล  (A/B) x 100 |
| จังหวัด 1 |  |  |  |
| จังหวัด 2 |  |  |  |
| จังหวัด.. |  |  |  |
| ภาพรวมเขต  (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ) |  |  |  |

**3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ (วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมจังหวัด)**

…………………………………………………………..…...............................................................................................

.....................................................................................................................................................................

**4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม**

....................................................................................................................................................................................

**5.** **ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์ | ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ | สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ |
|  |  |  |
|  |  |  |

**6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย**

....................................................................................................................................................................................

**7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง** (ถ้ามี)

....................................................................................................................................................................................

ผู้รายงาน..................................................................................

ตำแหน่ง..................................................................................

วัน/เดือน/ปี............................................................................

โทร....................................E-mail………………………………