



กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES



แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข (Inspection Guideline)

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

ตัวชี้วัด ประเด็นลดแออัด ลดรอยคอขวด ลดป่วย ลดตาย
สาขาหัวใจและหลอดเลือด (STEMI)

แพทย์หญิงอรพรรณ อนุไพวรรณ
สถาบันโรคทรวงอก





ศูนย์หัวใจ: Cath Lab (ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข)

เชียงราย ลำปาง เชียงใหม่ น่าน

พิษณุโลก อุตรดิตถ์

สวรรคค์ประชารักษ์

สระบุรี พระนั่งเกล้า
สถาบันโรคทรวงอก

นครปฐม หัวหิน สมุทรสาคร
เจ้าพระยายมราช ราชบุรี

นครศรีธรรมราช
วชิระภูเก็ต สุราษฎร์ธานี

อุดรธานี สกลนคร

ขอนแก่น ร้อยเอ็ด

สรรพสิทธิประสงค์ ศรีสะเกษ

สุรินทร์ บุรีรัมย์
มหาสารคามราชสีมา

ชลบุรี บางพลี พระปกเกล้าจันทบุรี
(ระยอง สมุทรปราการ)

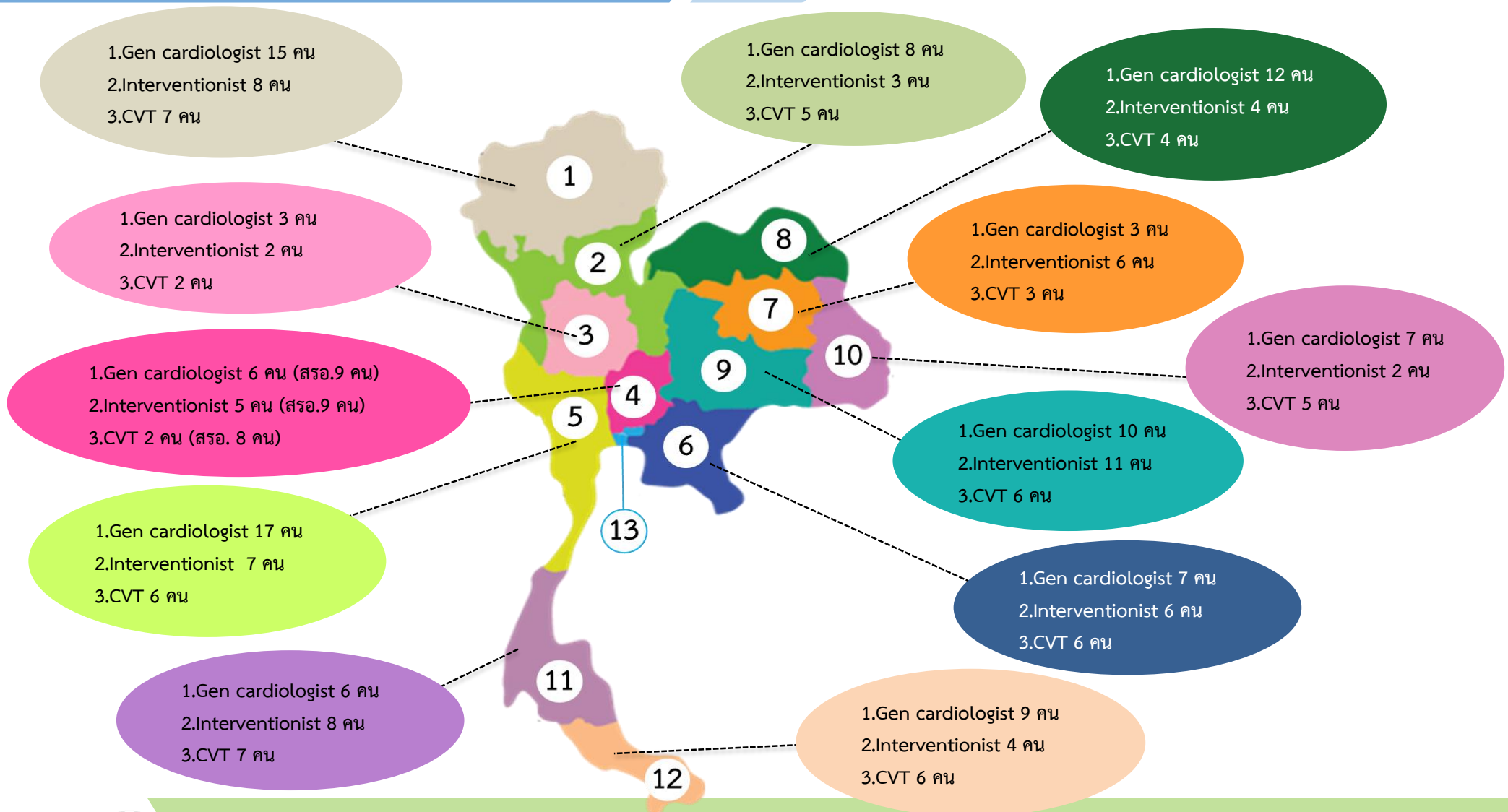
ตรัง หาดใหญ่ ยะลา พัทลุง



ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

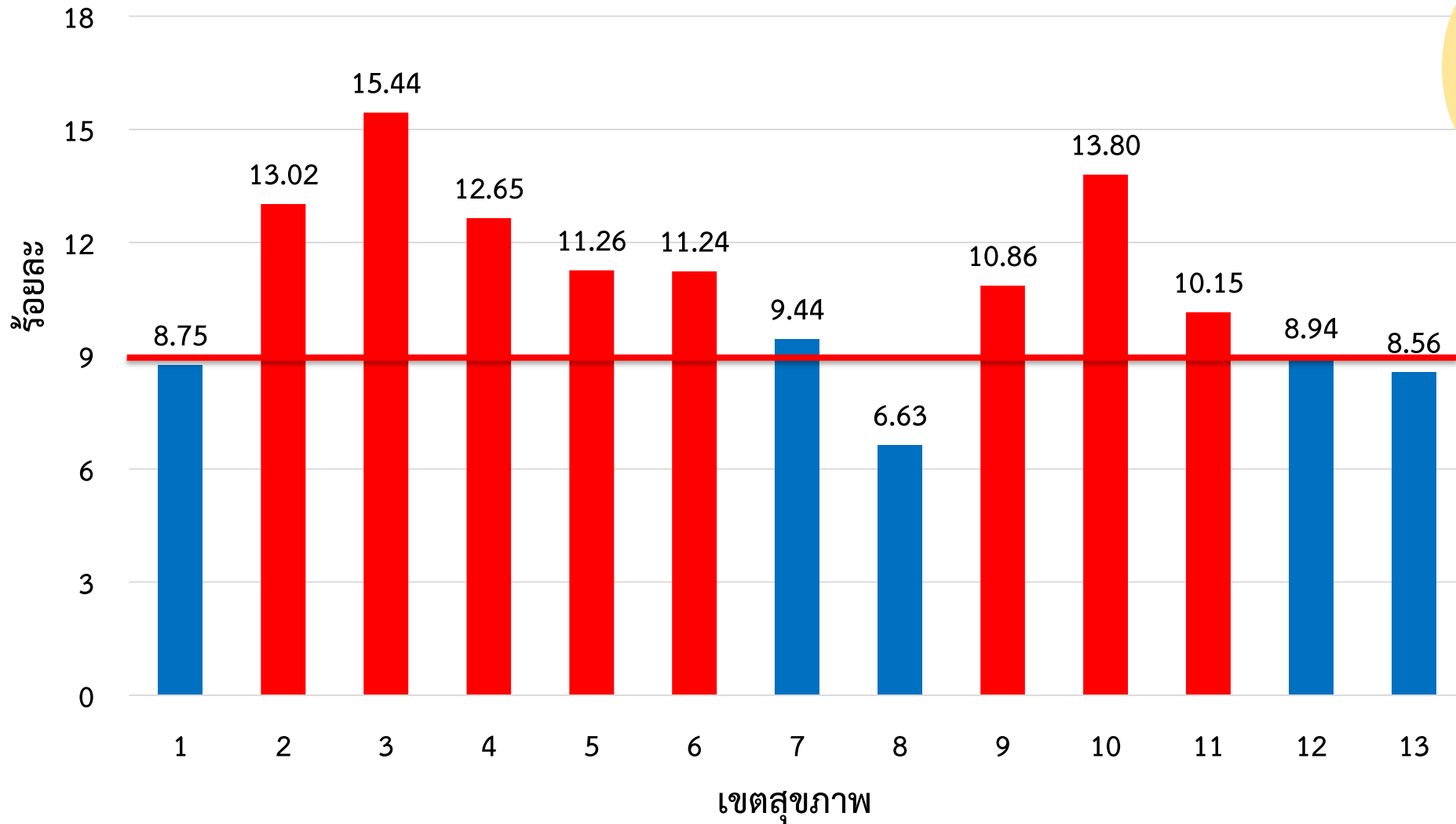


จำนวน General cardiologist, Interventionist, CVT ของเขตสุขภาพที่ 1 - 12





อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI



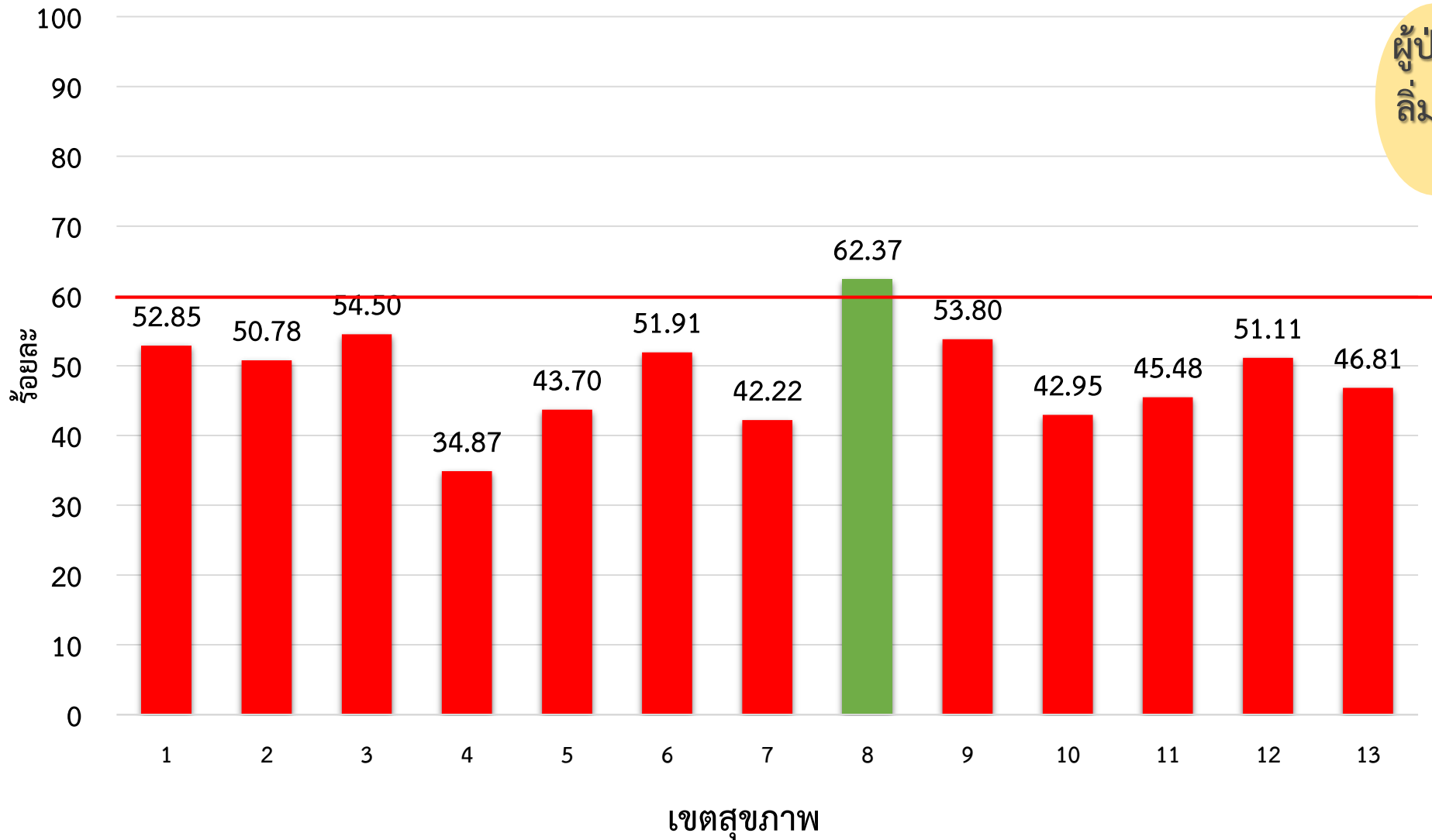
อัตราการตายของผู้ป่วย

STEMI **10.60**





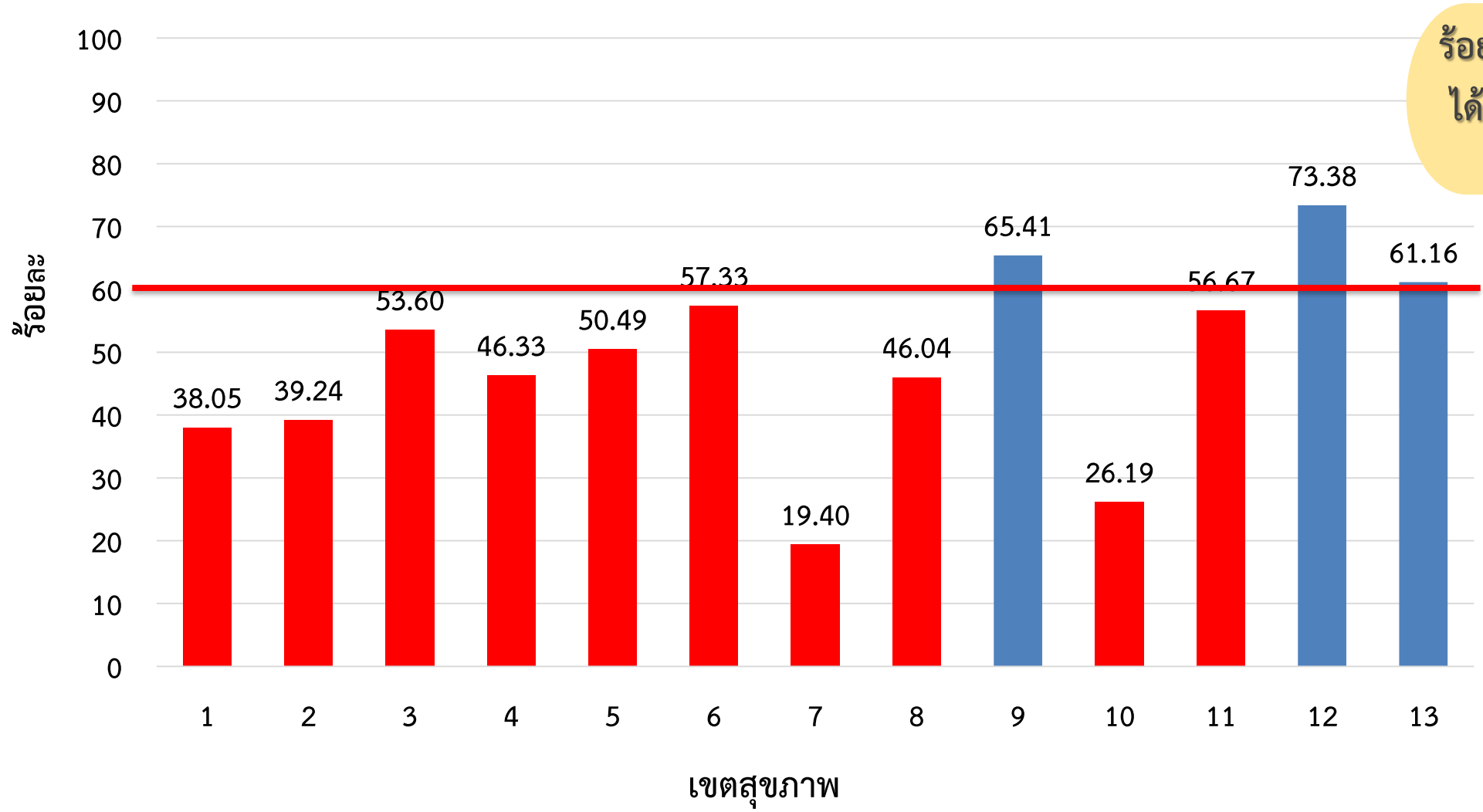
ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายในเวลาที่กำหนด



ผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายในเวลาที่กำหนด ร้อยละ 47.76



ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ PPCI ภายในเวลาที่กำหนด



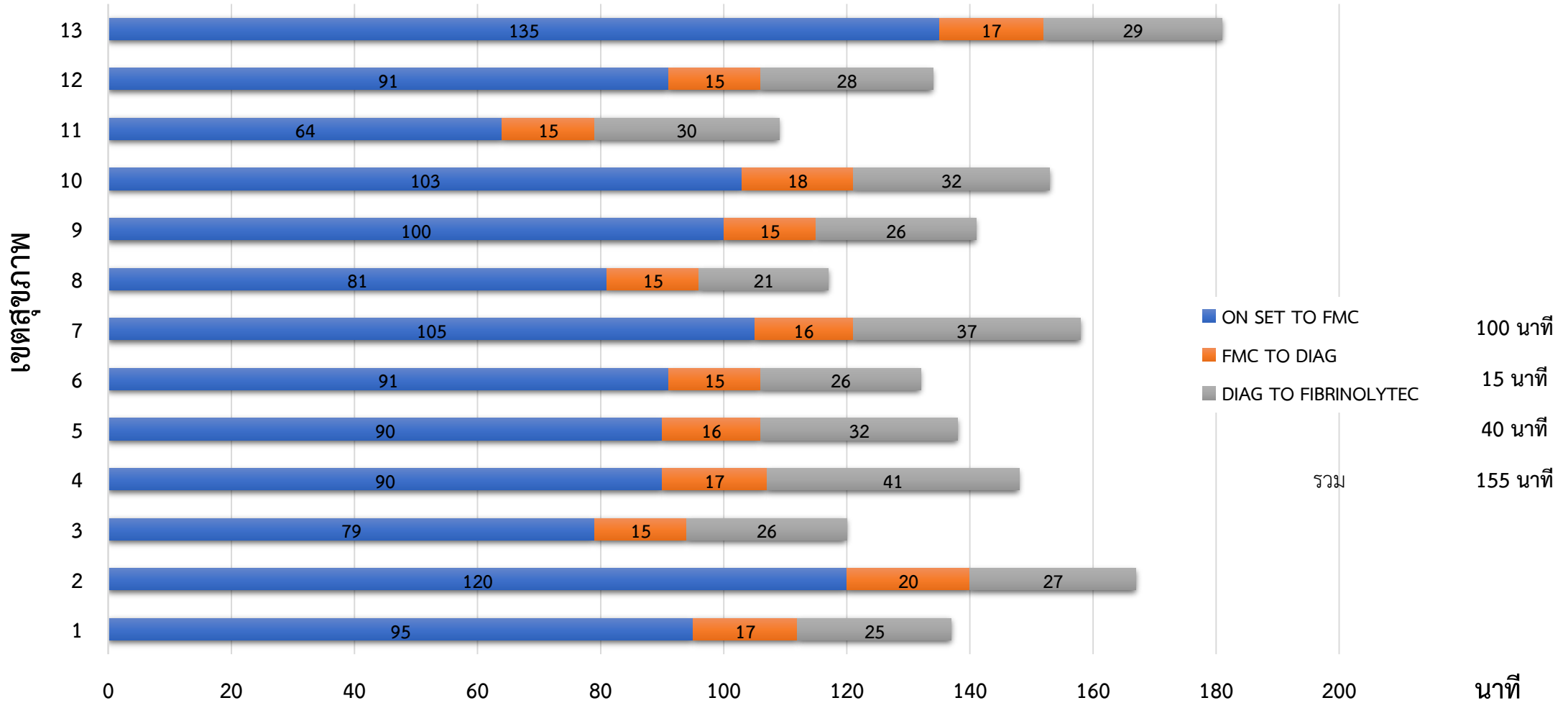
ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ PPCI ภายในเวลาที่กำหนด **48.84**





STEMI total ischemic time: Fibrinolytic therapy

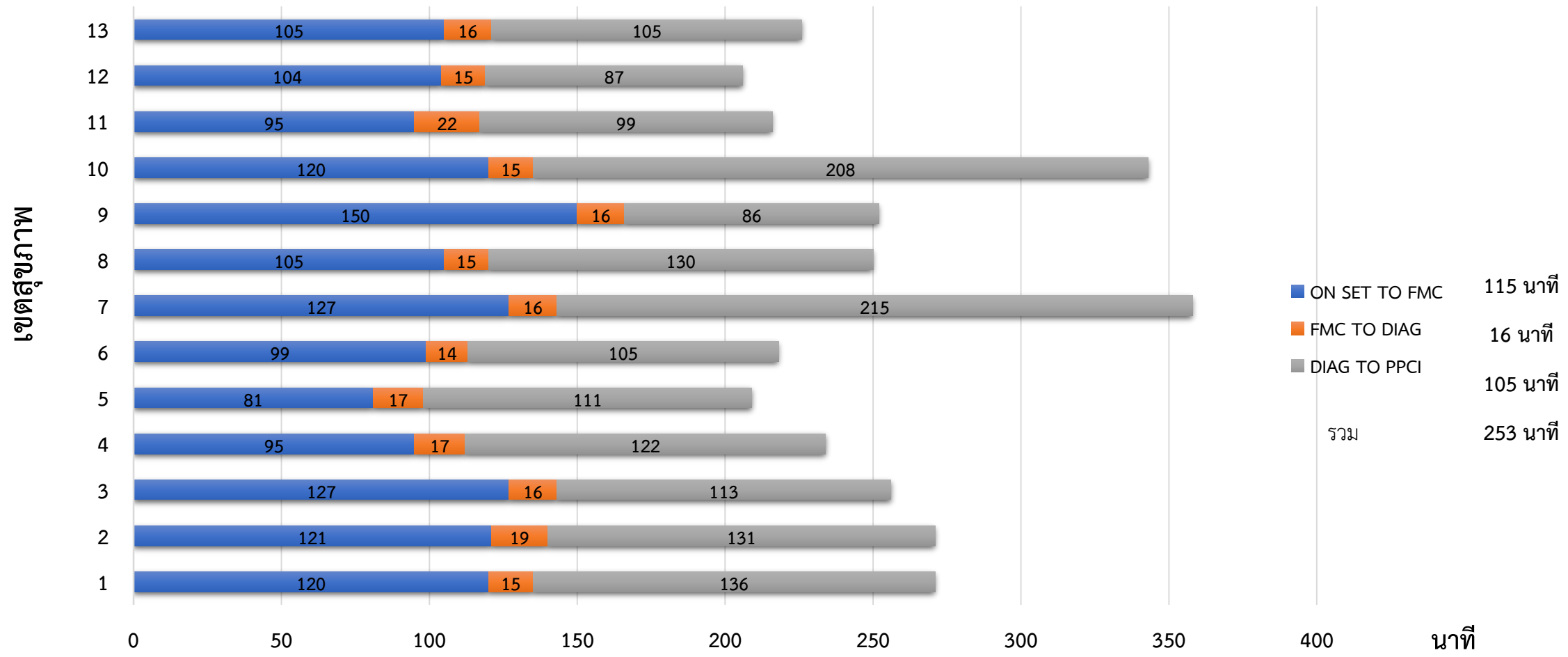
ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการถึงการได้รับยาละลายลิ่มเลือด





STEMI total ischemic time: Primary PCI

ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการถึงการได้รับการทำ PPCI





สรุปผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาระบบสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ

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



1. สถานการณ์

เนื่องจากการระบาดของ COVID-19 ส่งผลกระทบต่อการเข้าถึงการบริการของผู้ป่วยและระบบให้การรักษาผู้ป่วย

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

2. ผลการพัฒนา

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

มาตรการ 6 Building blocks

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

3. เป้าหมายบริการ

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

4. เป้าหมายผลลัพธ์ปี 2565

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

กรอบแนวทางการตรวจราชการ STEMI

Patient



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

Primary Care



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

- พัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย: ส่งบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่ออบรมเพิ่มเติม (Cardiologist, intervention, พยาบาล และนักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก)
- ลดระยะการรอคอยในการให้การรักษา: CABG, CAG, PCI

- ในรายที่เป็นโรคแล้วให้มีการควบคุมปัจจัยเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่ต้องการ

Secondary Care



Tertiary Care



มีการจัดเก็บข้อมูลที่สมบูรณ์ครบถ้วนและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล



สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด

ตัวชี้วัด

1

อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (< ร้อยละ 8)

2

ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด

2.1

ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย (\geq ร้อยละ 60)

2.2

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



สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด

ตัวชี้วัด: ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐาน เวลาที่กำหนด (\geq ร้อยละ 60)

เป้าหมาย

ผู้ป่วย STEMI เข้าถึงบริการและได้รับการรักษาตามมาตรฐานได้ และรวดเร็วในระบบเครือข่าย แต่ละเขตสุขภาพ

มาตรการ

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

แนวทางการตรวจ

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

ผลลัพธ์ที่ต้องการ

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

3

เดือน

Small Success

\geq ร้อยละ 60

6

เดือน

Small Success

\geq ร้อยละ 60

9

เดือน

Small Success

\geq ร้อยละ 60

12

เดือน

Small Success

\geq ร้อยละ 60





กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

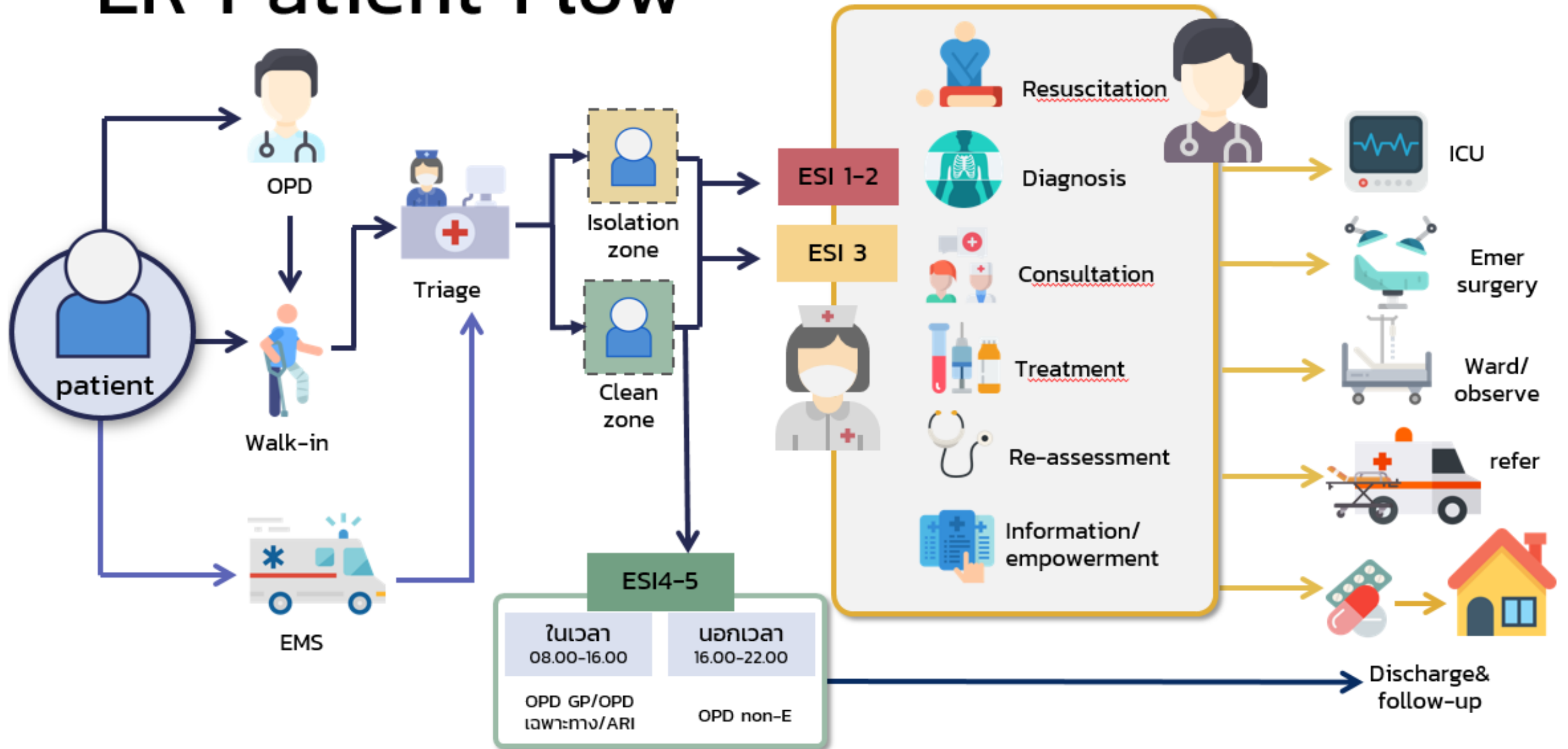


แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
(Inspection Guideline)
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565
ตัวชี้วัด ประเด็นลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย
สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

นายแพทย์เฉลิมพล ไชยรัตน์
โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี



ER Patient Flow



ER framework

Purpose

Redesign Process : Structure-Staff-System

Performance



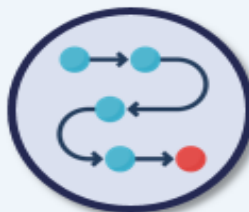
ER
Safety

Level 1 death
rate in 24 hrs.



Patient Care

- Triage
- Diagnosis
- Reassessment
- Communication
- Disposition



Patient Flow



Preparedness
plan

- Fast track Stroke
- Fast track STEMI
- Fast track SEPSIS
- Fast track Trauma

- ER Crowding
- ER waiting time

- ER Violence
- BCP for EID

- Door to rt-PA
- Door to PCI
- Door to ATB
- Door to OR

- จำนวนการครองเตียง/วัน
- ER target time

- อุบัติการณ์ความรุนแรง
- จำนวนเจ้าหน้าที่โดนกักตัว

Trauma & Emergency administration Unit





สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

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

เป้าหมาย

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

มาตรการ

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

แนวทางการตรวจ

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

ผลลัพธ์ที่ต้องการ

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

3

เดือน

Small Success

6

เดือน

Small Success

น้อยกว่าร้อยละ 12

9

เดือน

Small Success

12

เดือน

Small Success

น้อยกว่าร้อยละ 12

สูตรการคำนวณตัวชี้วัด

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

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

A

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

B

= จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) ทั้งหมด



กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

ขอบคุณครับ





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

สาขาโรคมะเร็ง

ัด

ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายใน
ระยะเวลาที่กำหนด

1

ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน
ระยะเวลา 4 สัปดาห์ (\geq ร้อยละ 75)

2

ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด
ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ (\geq ร้อยละ 75)

3

ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา
ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ (\geq ร้อยละ 60)

แพทย์

MEDICAL SERVICES



ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

สาขาโรคมะเร็ง

ตัวชี้วัด: ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด

เป้าหมาย

ผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับ

การรักษาด้วยการผ่าตัด

ระยะเวลา 4 สัปดาห์

ผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับ

การรักษาด้วยเคมีบำบัด

ระยะเวลา 6 สัปดาห์

ผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับ

การรักษาด้วยรังสีรักษา

ระยะเวลา 6 สัปดาห์

3

เดือน

Success

เคมีบำบัด \geq ร้อยละ 75

รังสีรักษา \geq ร้อยละ 60

มาตรการ

ด้านผ่าตัด

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

ด้านเคมีบำบัด

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

ด้านรังสีรักษา

1. การบันทึกวันเริ่มฉายรังสีใน TCB เพื่อเชื่อมต่อข้อมูลกลับไปยังพื้นที่
2. การบรรจุและธำรงรักษาแพทย์ นักฟิสิกส์การแพทย์ และนักรังสี การแพทย์ ให้พร้อมต่อการบริการ
3. พัฒนาระบบการส่งต่อเพื่อลดระยะเวลาการรอคอย

6

เดือน

Small Success

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

แนวทางการตรวจ

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

9

เดือน

Small Success

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

ผลลัพธ์ที่ต้องการ

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

Small Success

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

แพทย์

MEDICAL SERVICES



ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

การคำนวณตัวชี้วัด

วัด: ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด

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

จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดและได้รับการผ่าตัดรักษา ≤ 4 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด

จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยเคมีบำบัดและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ≤ 6 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด

จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยรังสีรักษาและได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ≤ 6 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด

$B(S)$ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อรักษามะเร็งทั้ง
รายงาน

$B(C)$ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งทั้ง
รายงาน

$B(R)$ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาเพื่อรักษามะเร็งทั้ง
รายงาน

นียมตัวชี้วัด Service Plan สาขาโรคมะเร็ง ปี 2561 - 2565



download

2. Click ที่เมนู : “ทะเบียนมะเร็งระดับประชากร”

ข่าวเก่า

หนังสือ Annual report จากโรงพยาบาลต่างๆ

โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ปี 2562

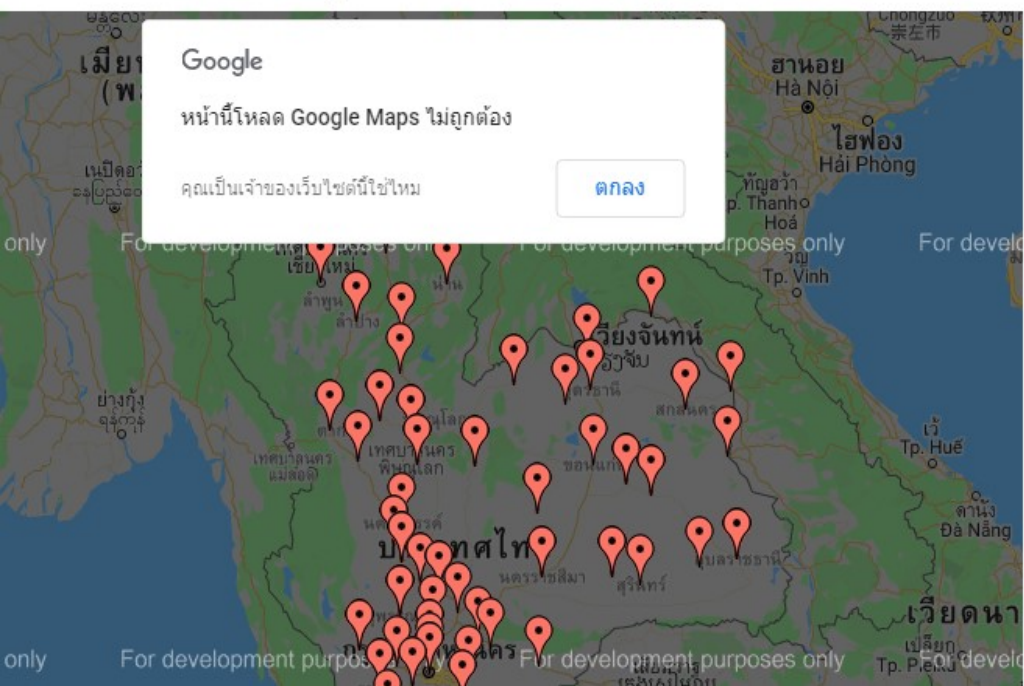


ปี: 2563 ค้นหา

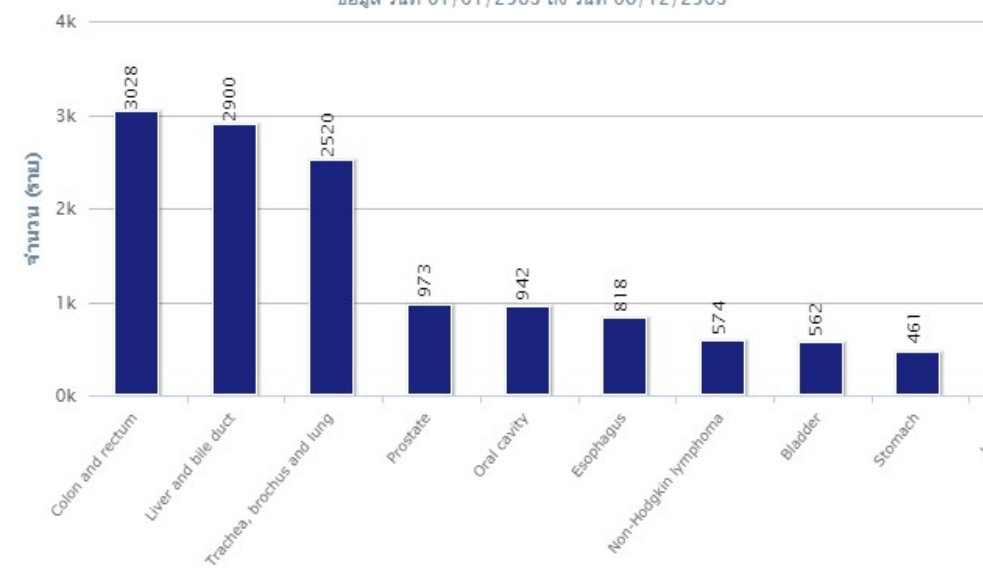
3. เลือก : “รายงานตัวชี้วัดและรายงาน 10 อันดับแรกแยกตามเขตบริการ”

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

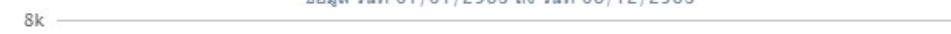
โรงพยาบาลและจังหวัดที่ส่งข้อมูล



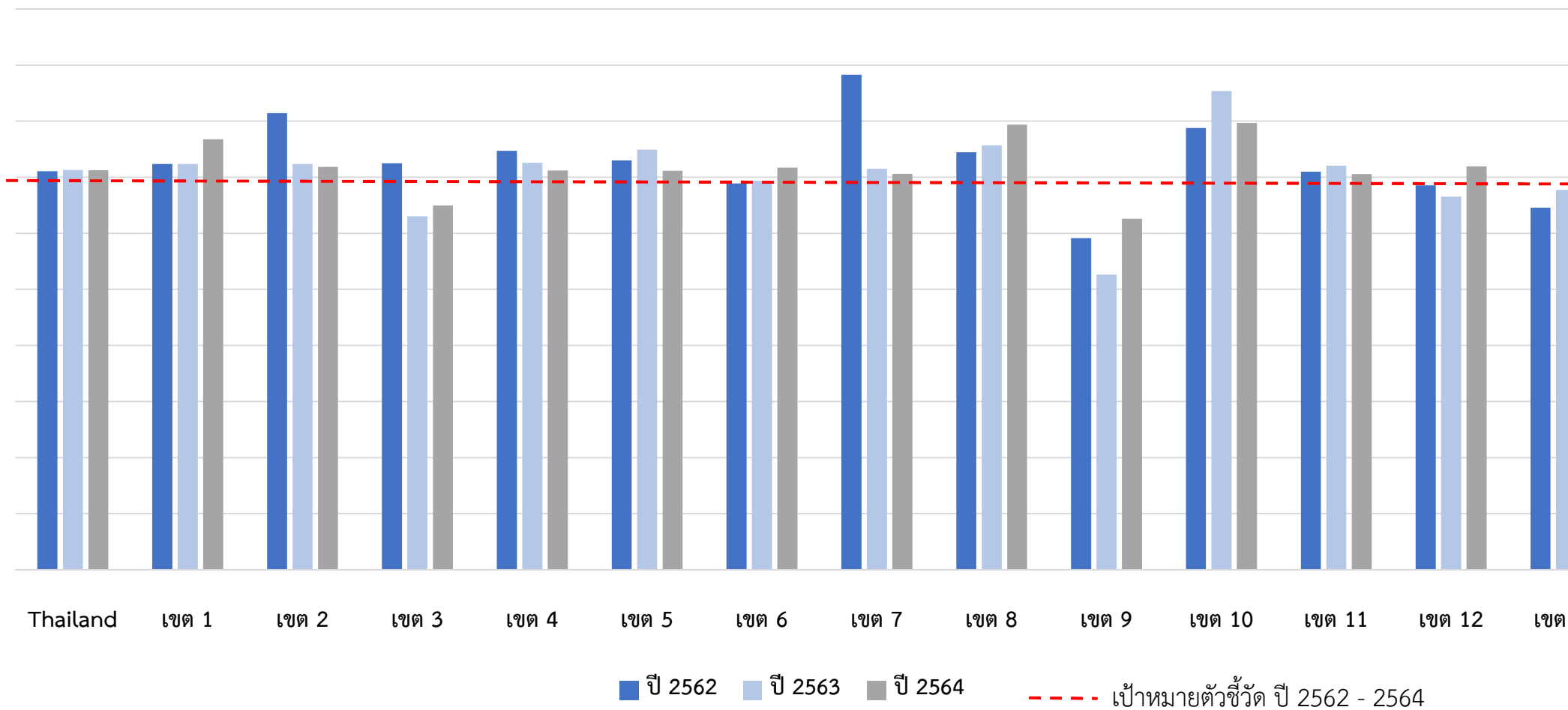
โรคมะเร็ง 10 อันดับแรกในเพศชาย จากทั้งหมด 17483 ราย
 ข้อมูล วันที่ 01/01/2563 ถึง วันที่ 06/12/2563



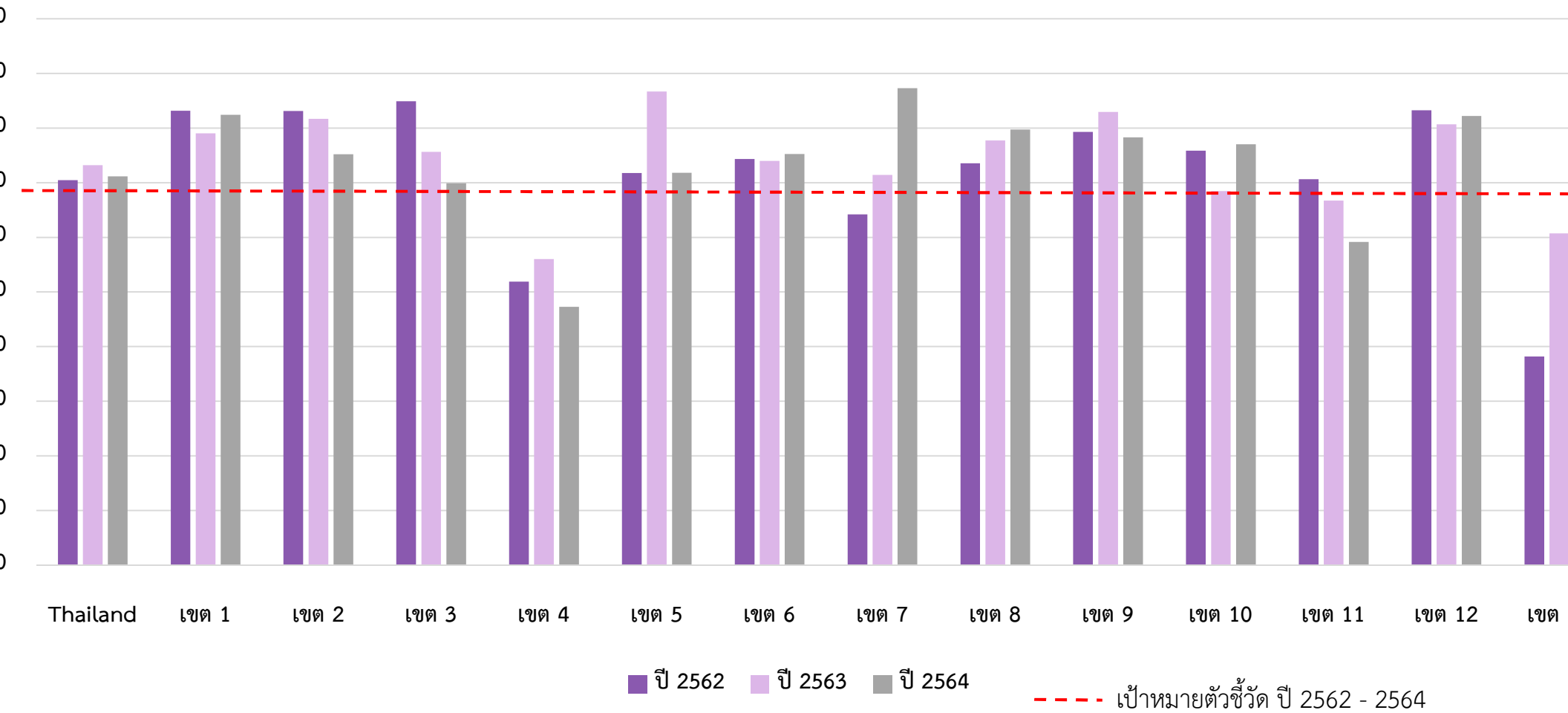
โรคมะเร็ง 10 อันดับแรกในเพศหญิง จากทั้งหมด 20644 ราย
 ข้อมูล วันที่ 01/01/2563 ถึง วันที่ 06/12/2563



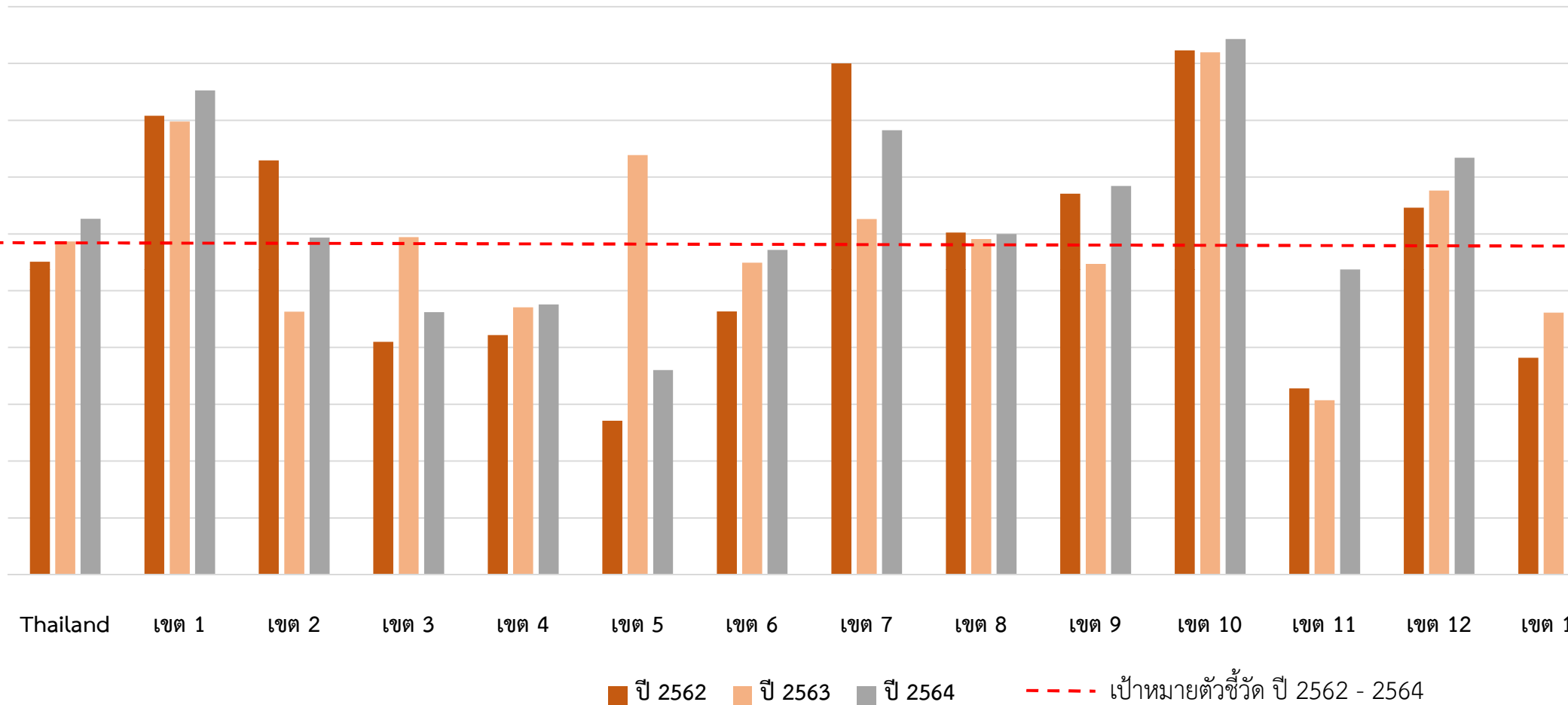
ระยะเวลารอคอยผ่าตัด
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์
ปีงบประมาณ 2562 - 2564



ระยะเวลารอคอยยาเคมี
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์
ปีงบประมาณ 2562 - 2564



ระยะเวลารอคอยฉายแสง
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์
ปีงบประมาณ 2562 - 2564



ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ จากการดำเนินงานที่ผ่านมา : Service Plan สาขามะเร็ง

ปัญหา/สาเหตุ	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา
<p>Service Delivery : Surgery/Chemotherapy</p> <p>ผลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด มีเขตสุขภาพที่ยังไม่ผ่านตามเป้าหมาย (70%) และบุคลากร M1 ยังเปิดให้บริการเคมีบำบัดไม่ครบ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - วิเคราะห์ปัญหาในเขตสุขภาพที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ลงรายละเอียดในรายจังหวัด ดูความเพียงพอของทรัพยากร หรือปัญหาอุปสรรคอื่นๆ - วิเคราะห์ปัญหาการให้บริการยาเคมีบำบัดใน M1 ด้านทรัพยากร คุณภาพและความปลอดภัยในการให้บริการ - สนับสนุนวิชาการแก่บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน - จัดบริการช่องทางพิเศษด้วยการ Sharing Resource เช่น ห้องผ่าตัด
<p>การบูรณาการในการแก้ปัญหาภายในเครือข่าย</p>	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาระบบการส่งต่อ Cancer Anywhere ให้มีประสิทธิภาพและครอบคลุมทุกโรงพยาบาล มีศูนย์ประสานงานและมีข้อมูล Refer Back - สามารถตรวจสอบข้อมูลตัวชี้วัดได้ทาง http://canceranywhere.com/nhso
<p>การจัดการเก็บข้อมูลสารสนเทศมะเร็ง</p> <p>ความเชื่อมโยง ความถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา และขาดผู้รับผิดชอบ</p> <p>บุคลากรด้านมะเร็ง</p> <p>จะมีการอบรม Cancer Nurse Coordinator โรงพยาบาลระดับ A S M1 100% แล้ว</p> <p>ได้มีการอบรม Hospital Cancer Coordinator Cancer Anywhere 13 เขต</p> <p>จำนวน 344 คน แต่ผู้ที่ได้รับการอบรม ยังไม่ใช่ผู้รับผิดชอบการลงข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยโดยเฉพาะ ทำให้ขาดการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง ขาดการกำกับติดตามการดำเนินงาน)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - สนับสนุนให้มี Cancer Coordinator ให้เพียงพอครอบคลุม เพื่อให้ข้อมูลมีความสมบูรณ์ รวมถึงการใช้โปรแกรม TCB Plus/The One เพื่อเพิ่มโอกาสการรักษามีคุณภาพ - ติดตามการลงข้อมูลสารสนเทศด้านโรคมะเร็งให้ครอบคลุมทุกโรงพยาบาล มีการเชื่อมโยงข้อมูลในระดับจังหวัด - การจัดทำฐานข้อมูลทะเบียนมะเร็งให้มีเจ้าหน้าที่หลักเป็นผู้รับผิดชอบ พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการลงข้อมูล และมีการกำกับติดตามการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง



กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

ขอบคุณค่ะ





กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES



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

กรมการแพทย์



DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน



สาขาทารกแรกเกิด

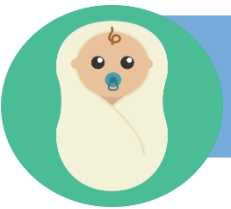
ตัวชี้วัดหลัก

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

ตัวชี้วัดรอง

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





สาขาทารกแรกเกิด

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

เป้าหมาย

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

Small Success

3
เดือน

< 3.60 ต่อ 1,000
ทารกแรกเกิดมีชีพ

มาตรการ

1. สำรวจสาเหตุการเสียชีวิต 5 อันดับแรกของทารก
2. จัดอบรมหรือให้ทุนเข้าอบรม NNP ในทุกเขตสุขภาพ

Small Success

6
เดือน

< 3.60 ต่อ 1,000
ทารกแรกเกิดมีชีพ

แนวทางการตรวจ

1. ทราบสาเหตุการเสียชีวิตของทารก
2. ระบุจำนวนทารกที่เสียชีวิตและคำนวณเป็นร้อยละของแต่ละสาเหตุ
3. จำนวน NNP ในทุกเขตสุขภาพเพิ่มขึ้น

Small Success

9
เดือน

< 3.60 ต่อ 1,000
ทารกแรกเกิดมีชีพ

ผลลัพธ์ที่ต้องการ

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

Small Success

12
เดือน

< 3.60 ต่อ 1,000
ทารกแรกเกิดมีชีพ

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

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

ที่มา : ตก. 2564 & HDC ตุลาคม 2564

สูตรการคำนวณตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด: อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ 28 วัน ที่รอดออกมาน้ำหนัก ≥ 500 กรัม

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

A

= จำนวนทารกที่เสียชีวิต ≤ 28 วัน

B

= จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ

สูตรการคำนวณตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด: เพิ่มเตียง NICU ให้ได้ตามเกณฑ์ (เตียง NICU ภาพรวมเขต)

B/A

A

= จำนวนเตียง NICU ในภาพรวมของเขต

B

= จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ

ประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ 1			
< 3.60 : 1,000 ทารกเกิดมีชีพ	<ul style="list-style-type: none"> - สำรองสาเหตุการเสียชีวิต 5 อันดับแรกของทารก - จัดอบรมหรือให้ทุนเข้าอบรม NNP ในทุกเขตสุขภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> - ทราบสาเหตุการเสียชีวิตของทารก ระบุจำนวนและร้อยละของแต่ละสาเหตุ - จำนวน NNP ในทุกเขตสุขภาพเพิ่มขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> - มีแผนป้องกันเพื่อลดการเสียชีวิตทารกตามสาเหตุที่พบในแต่ละเขต เช่น แนวทางป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และแนวทางการป้องกันและดูแลรักษาภาวะPPHN - มี NNP อย่างน้อยแวนละ 1 คน ทุกแวน

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ 2

<p>< <u>3.60</u> : 1,000 ทารกเกิดมีชีพ</p>	<ul style="list-style-type: none">- สำรวจสาเหตุการเสียชีวิต 5 อันดับแรกของทารก- จัดอบรมหรือให้ทุนเข้าอบรม NNP ในทุกเขตสุขภาพ	<ul style="list-style-type: none">- ทราบสาเหตุการเสียชีวิตของทารก ระบุจำนวนและร้อยละของแต่ละสาเหตุ และระบุแนวทางการป้องกันและดูแลแก้ไข- จำนวน NNP ในทุกเขตสุขภาพเพิ่มขึ้น	<ul style="list-style-type: none">- มีการดำเนินงานตามแผนป้องกันเพื่อลดการเสียชีวิตทารกตามสาเหตุที่พบในแต่ละเขต และแสดงผลการดำเนินงาน- มี NNP อย่างน้อยแวนละ 1 คน ทุกแวน
---	---	--	--



กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

ขอบคุณครับ

ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

กรมการแพทย์

DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES



ทารกแรกเกิด Born to Covid infected mothers

(1/4/64 -28/8/64) for 5 months in Thailand

- รับทารกเกิดจากมารดา **Covid 2878** ราย
- ทารกติดเชื้อ **Covid 141** ราย (4.9 %)
- **Across the world infection rate 1-3%**
- (**Postnatal infection > Vertical**)
 - **Preterm ราย(.....)**
 - เสียชีวิต 29 ราย (1.007%)
 - หญิงตั้งครรภ์ได้รับวัคซีน 9.7 %

Perinatal COVID-19 National Registry, USA



- 4285 mothers; 63 (1.5%) positive babies
- 3316 Asymptomatic mothers;
42 (1.3%) positive babies
- 946 Symptomatic mothers;
20 (2.1%) positive babies
- 25.4% had signs of COVID-19

Covid in NBQSNICH



ตั้งแต่เดือน เม.ย. การระบาดระลอกใหม่ NBQSNICH
รับและดูแลเคสแม่ Covid, PUI ที่คลอดจากราชวิถีและรับรีเฟอร์
ยอดรวมประมาณ 90 เคส

- เดือน เม.ย. 4 เคส (คลอด 353 เคส)
- เดือน พ.ค. 8 เคส (คลอด 382 เคส)
- เดือน มิ.ย. 26+2 เคส (คลอด 376 เคส)
- เดือน ก.ค. 50+3 เคส (คลอด 335 เคส)
- เดือน ส.ค. 3+1 เคส (คลอด ... เคส)

Transfer Modified AIIR ส10 24 case (LOS 3-4 days)

Neonatal Covid 8 cases (LOS 5-10 days)

สรุปรับทารก **97** ราย
ต้องย้ายมา รพ เด็ก **24** ราย(**24.7 %**)
Preterm 18 ราย(**18.5%**)
เสียชีวิต **2** ราย(**2.06%**)



กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

ขอบคุณครับ

ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

กรมการแพทย์

DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES





สรุปสาเหตุการตายของทารกที่เกิดจาก 12 เขตสุขภาพ

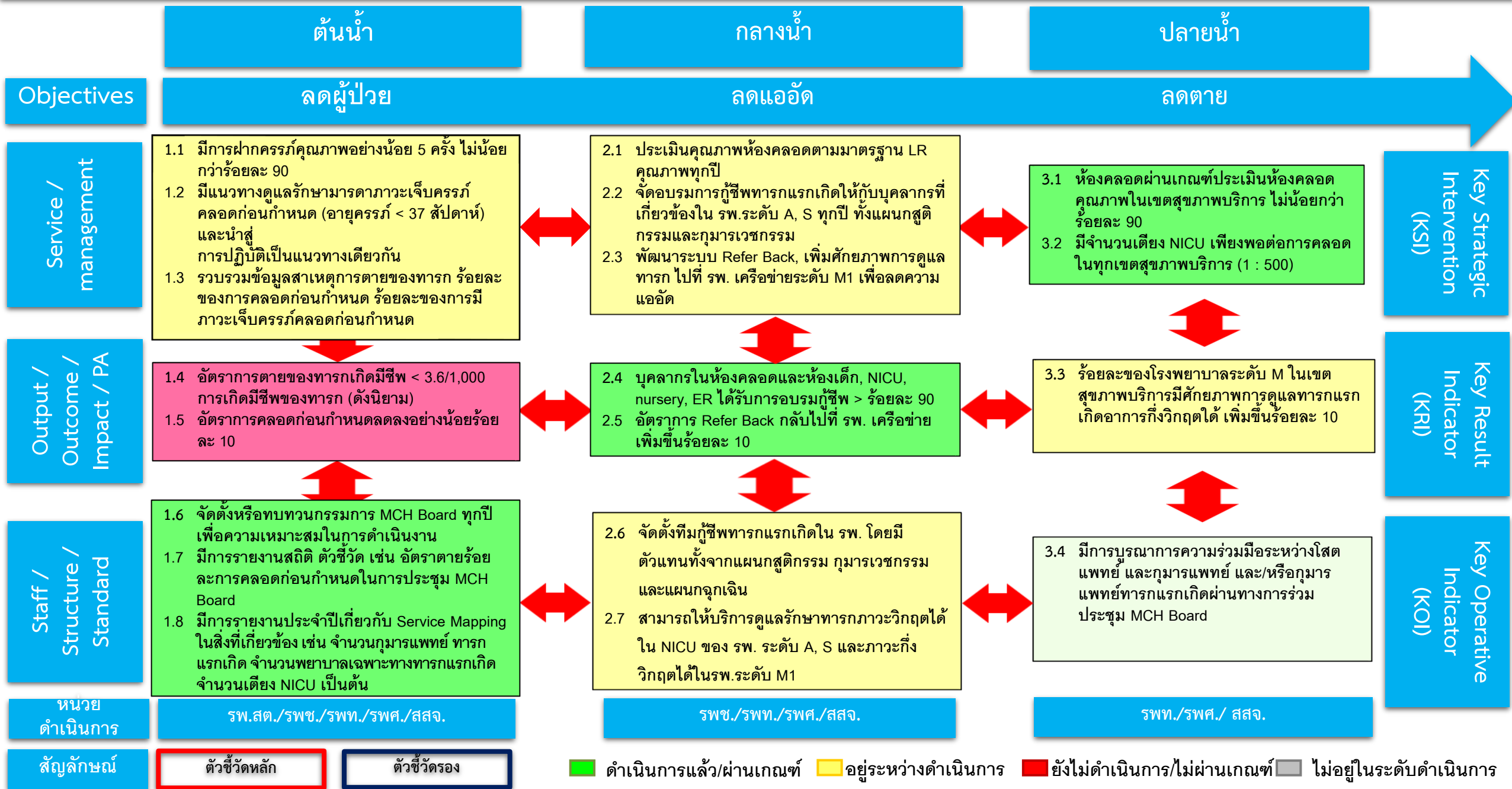
ปี 2561 - 2564



สาเหตุการตาย	ปี 2561 n = 2,147 (%)	ปี 2562 n = 1,803 (%)	ปี 2563 n = (%)	ปี 2564 n = (%)
1. Low birth weight and prematurity	1,112 (51.8)	919 (50.97)	Preterm	Preterm
2. Congenital malformation & chromosome abnormality	180 (8.38)	173 (9.6)	PPHN Asphyxia	Asphyxia PPHN
3. Birth asphyxia	179 (8.34)	135 (7.49)	Anomalies	Anomalies
4. Persistent pulmonary hypertension of newborn	89 (4.15)	97 (5.38)	Sepsis	Sepsis
5. Neonatal sepsis	80 (3.73)	54 (3.0)	Ch Anomalis	Ch Anomalis



Matrix Scoring Inspection : สาขาทารกแรกเกิด (Newborn)





ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ

เขตสุขภาพ	ปัญหาอุปสรรค	แผน/ กิจกรรมการแก้ไขปัญหา ข้อเสนอแนะ
1	<ul style="list-style-type: none"> ➢ ปัญหาการเสียชีวิตจาก Preterm ➢ ยังมีทารกภาวะวิกฤต ➢ การพัฒนา รพ Nodes Refer back ขาดครุภัณฑ์ 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ เพิ่มประสิทธิภาพการส่งต่อสร้างแนวทางให้ชัดเจน โดยจัดกิจกรรมวิชาการสัญจร พัฒนาศักยภาพของบุคลากร สนับสนุนงบประมาณ ➢ ร่วมทำงานสูติกรรมและมีการประชุมเครือข่ายร่วมพัฒนาการส่งต่อ
2	<ul style="list-style-type: none"> ➢ ปัญหาการเสียชีวิตส่วนใหญ่จาก Preterm, ELBW Asphyxia, Sepsis ➢ ปัญหาการคลอดที่บ้าน BBA ของจังหวัดตากราว 10% ➢ การส่งต่อมีข้อจำกัดด้านระยะทาง และทักษะการดูแล 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ มีการเริ่มระบบบริหารจัดการแนวทางการให้บริการ Progesterone เพื่อป้องกัน Preterm ควรเร่งรณรงค์ ➢ พัฒนา การดูแลมารดาและทารกเสริมทักษะในการดูแลทารกแรกเกิดและทบทวนมาตรฐานการกู้ชีพทารกแรกเกิดลด Asphyxia ➢ การพัฒนา รพ Nodes Refer back โดยมีการเตรียมความพร้อมบุคลากรคุณภาพ ➢ พัฒนาระบบ refer out and back และการประสานงานเพื่อการส่งต่อ ➢ ร่วมทำงานสูติกรรมและมีการประชุมเครือข่ายร่วมพัฒนาการส่งต่อ ทั้งในระดับ จังหวัดและระหว่างเขต
3	<ul style="list-style-type: none"> ➢ ปัญหาการเสียชีวิตส่วนใหญ่จากสาเหตุ PPHN LBW ➢ อัตรากำลังพยาบาลไม่เพียงพอ 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ พัฒนาระบบการดูแลทารกแรกเกิดร่วมกับแผนกสูติกรรมเพื่อหาแนวทางป้องกันการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ➢ จัดกิจกรรมวิชาการสัญจร PPHN พัฒนาศักยภาพของบุคลากร สนับสนุนงบประมาณ ครุภัณฑ์ เช่น inhaled Nitric Oxide and Iloprost IV and NB ➢ ขอเพิ่มอัตรากำลังและตำแหน่งเพื่อให้มี good and proper Career path



ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ



เขตสุขภาพ	ปัญหาอุปสรรค	แผน/ กิจกรรมการแก้ไขปัญหา
4	<ul style="list-style-type: none"> ➤ อัตราการเสียชีวิตสูงสาเหตุที่พบบ่อยได้แก่ MAS, Preterm และ congenital abnormally 	
5	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ปัญหาการเสียชีวิตส่วนใหญ่จาก Preterm, Asphyxia, Sepsis ➤ สมุทรสาคร Asphyxia มากขึ้น ➤ เตียง NICU ไม่พอ ที่กาญจนบุรี สุพรรณบุรี บุคกลางเฉพาะทางไม่เพียงพอ เช่น แพทย์ พยาบาล 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ เริ่มมีการใช้ progesterone vaginal suppository มากขึ้นควรรณรงค์ต่อ ➤ ควรจัดอบรมสำหรับแพทย์และพยาบาลโดยเฉพาะ NCPR และทางเขตมีการเน้น Good ANC อยู่แล้ว ➤ ทบทวนการบริหารจัดการเตียง NICU ในจังหวัดที่มีอยู่เพียงพอ เพื่อวางมาตรการการรับส่งต่อและ refer back ที่เหมาะสม และสนับสนุนให้มีตัวแทน focal point ในเขตเพื่อการจัดสรรเตียง NICU ในจังหวัดและควรจัดอบรมสำหรับแพทย์และพยาบาลที่เกี่ยวข้องในเขตเพื่อลดปัญหาของการ refer in ของ รพช.
6	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ปัญหาการเสียชีวิตส่วนใหญ่จาก Preterm, PPHN, Sepsis ➤ ขาดบุคลากร เช่น กุมารแพทย์ทารกแรกเกิด และพยาบาลเฉพาะทาง 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ จัดหาบุคลากรศึกษาต่อด้านทารกแรกเกิดวิกฤติ ➤ เพิ่มประสิทธิภาพการส่งต่อทารกแรกเกิดภายในเขต มี Best Practice หลายอย่างอยู่แล้ว ➤ ขอกการสนับสนุน ครุภัณฑ์ iNO, งบCovid BCP และ ตำแหน่งบุคลากรที่ขาดแคลน
7	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ปัญหาการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุ Sepsis, Asphyxia and PPHN ➤ การ Reimbursement ที่ไม่เหมาะสมในเคสหนัก PPHN, iNO use 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ สร้างความเข้มแข็งให้กับ Node ในการดูแลรักษาเบื้องต้น (มีเพิ่มที่ อบรมมหาสารคาม) อบรม STABLE ให้กับ Nodes ➤ สนับสนุนและผลักดันชุดสิทธิประโยชน์ PPHN, Preterm ➤ การลดบุคลากรการโยกย้ายและลาออกของพยาบาลและแพทย์(เช่น ร้อยเอ็ด)ขอให้ทำต่อ



ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ (ต่อ)

เขตสุขภาพ	ปัญหาอุปสรรค	แผน/ กิจกรรมการแก้ไขปัญหา
8	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ปัญหาการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุ Extremely preterm, moderate to late preterm, Neonatal sepsis, ภาวะ RDS 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ บางพื้นที่มีการใช้ทรัพยากร และครุภัณฑ์แชร์ร่วมกัน เช่น ตู้อบ ➤ สร้างความร่วมมือระบบการส่งต่อและการดูแลต่อเนื่อง ให้เป็นตัวอย่างกับ รพ อื่นๆ ให้ทำต่อ ➤ มีการทำ BCP for Covid patients ให้รณรงค์และเป็นแบบอย่างกับ รพ อื่นๆ ด้วย ➤ จัดทำรายการครุภัณฑ์ที่ต้องการการสนับสนุนเร่งด่วนเพราะ NICU ยังไม่พอ
9	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ปัญหาการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุ Preterm, Neonatal sepsis, ภาวะ PPHN(โคราช ทำได้ดีเป็น Best Practice PPHN Cooling and ROP) ➤ จำนวนเตียง NICU ไม่เพียงพอใน จ.สุรินทร์ ➤ ปัญหา PDA มีการสนับสนุน Out source ในการผ่าตัด 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ลดอัตรา Preterm ดัชนีการประชุมหาแนวทางร่วมกับแผนกสูติกรรมด้วยการใช้ ยา progesterone เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ➤ ปรับปรุงโครงสร้างหอผู้ป่วยที่มีความแออัด (โคราช) ➤ สนับสนุน งบประมาณ ครุภัณฑ์ในการเพิ่มจำนวนเตียง NICU ไม่เพียงพอใน จ. สุรินทร์ รพ ปราสาท ➤ ขอเพิ่มอัตรากำลังและตำแหน่งเพื่อให้มี good and proper Career path



เขตสุขภาพ	ปัญหาอุปสรรค	แผน/ กิจกรรมการแก้ไขปัญหา
10	<ul style="list-style-type: none"> ➤ อัตราการตาย PT, VLBW ยังอยู่ในเกณฑ์สูง ➤ Sepsis and Asphyxia ➤ การครองเตียง NICU สูง ➤ แนวทางการส่งต่อจาก รพช. การส่งข้อมูลไม่ Updated 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ พัฒนาระบบฐานข้อมูลและประสานกับ SP สูติกรรมและอยากให้ปรับระบบนิเทศ ➤ สนับสนุนการทบทวนเคส, ANC การคลอด ในกลุ่มที่มีปัญหาการดูแลในทีมสูติและเด็ก ➤ จัดอบรมความรู้สำหรับแพทย์และพยาบาลเฉพาะทางการดูแลทารก โดยเฉพาะ NCPR ➤ มีการให้ Progesterone เพิ่มขึ้นและ ประสานงาน MCH Broad เพื่อลดปัญหา Preterm ให้ทำต่อเนื่องและติดตามกำกับเพื่อให้การสนับสนุน ➤ ปรับค่า RW ของงานทารกแรกเกิด
11	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุ Preterm PPHN and Sepsis ➤ และภาวะเสี่ยงจากครรภ์มารดา รวมทั้งปัญหา ANC ยังไม่ผ่านเกณฑ์ ระบบการส่งต่อระหว่างเครือข่ายไม่ครอบคลุม ➤ เตียง NICU ไม่พอ ปรับปรุงโครงสร้าง ➤ ขาดพยาบาลเฉพาะทางและแพทย์ด้านโรคหัวใจเด็ก 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ สนับสนุนการให้ Progesterone เพิ่มขึ้นและ ประสานงาน MCH Broad เพื่อลดปัญหา Preterm ให้ทำต่อเนื่องและติดตามกำกับเพื่อให้การสนับสนุน ➤ ทบทวนหาสาเหตุและแนวทางแก้ไขเคสที่มีปัญหาร่วมกันระหว่างกุมารแพทย์ทารกสูติกรรม และพยาบาลทารกแรกเกิดทุกราย โดยการผลักดันการดำเนินงานของ MCH Board ในระดับจังหวัด อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ เข้มมีทำ RCA ทุกราย ➤ จัดทำรายการครุภัณฑ์ งบประมาณ ที่ต้องการการสนับสนุนเร่งด่วนเพราะ NICU ยังไม่พอ ➤ พัฒนาศักยภาพบุคลากรระหว่างรอบปรับ Structure and ครุภัณฑ์ ➤ พัฒนาระบบ Consult ระหว่าง รพ และเขต โดยเฉพาะทารกโรคหัวใจ ➤ พัฒนาระบบฐานข้อมูล Google form ให้ทำต่อเนื่องเป็นแบบอย่างที่ดี คอยติดตามกำกับ
12	<ul style="list-style-type: none"> ➤ สาเหตุการตาย Preterm/ LBW, Anomalies, PPHN ➤ การใช้สารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์ ➤ ขาดพยาบาลเฉพาะทางและแพทย์ด้านทารกและศัลยกรรมเด็ก ➤ การคัดกรอง CCHD ไม่ครอบคลุมขาดอุปกรณ์ 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ อบรมฟื้นฟูความรู้แพทย์พยาบาลทารกแรกเกิดเรื่อง iNO Cooling รพ หาดใหญ่เป็นศูนย์กลาง ➤ ประสานงาน MCH Broad สูติกรรมเพื่อลดปัญหา Preterm and Drug abuse ให้ทำต่อเนื่องและติดตามกำกับเพื่อให้การสนับสนุนให้มี ANC คุณภาพ ➤ เพิ่มศักยภาพ จัดหาครุภัณฑ์ อุปกรณ์ที่จำเป็นในการคัดกรอง CCHD และดูแลทารกป่วยเช่น Transport Ventilators

Action Plans and Future Direction

Objectives	มาตรการในการดำเนินการ
ลดป่วย	<ol style="list-style-type: none"> 1. การลด preterm delivery : การรณรงค์ให้มีการฝากครรภ์คุณภาพและจัดระบบการฝากครรภ์คุณภาพ ดำเนินมาตรการแนวทางการลดการคลอดก่อนกำหนดด้วยกลยุทธ์ต่างๆให้มีความต่อเนื่อง รวมทั้งการใช้ยา progesterone เพื่อลดภาวะคลอดก่อนกำหนด อาจพิจารณานำเสนอโครงการเพื่อผลักดันให้เป็นชุดสิทธิประโยชน์ในปี 2566, PPHN ในปี 2565 อยู่ระหว่างกานำเสนอผ่าน SP Newborn 2. ลด birth asphyxia ลดการติดเชื้อ Sepsis; Early Warning Signs: การฝากครรภ์คุณภาพ รพ ราชวิถีจัดอบรมห้องคลอดคุณภาพ on Line และ on Site 3. สถาบันเด็กฯจะจัดอบรม การกู้ชีพทารกแรกเกิด NCPR new Guidelines การส่งต่อทารกให้มีความปลอดภัย(S T A B L E program) การใช้นมแม่ในทารกป่วย เน้นการอบรมเชิงปฏิบัติการทั้ง on Line และ on Site 4. ลดความพิการแต่กำเนิด : การฝากครรภ์คุณภาพ แก่หญิงมีครรภ์ รร พ่อแม่ และการให้ความรู้แก่หญิงที่พร้อมจะมีบุตร Teenagers, Drug abuses, Family planning กำกับติดตาม การส่งข้อมูลคุณภาพ, ANC คุณภาพ %การป้องกันการคลอดPT การอบรมต่างๆ
ลดตาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. ลดอัตราตายของทารกแรกเกิด (Neonatal mortality rate) ด้วยการฟื้นฟูความรู้ ทักษะ เพิ่มศักยภาพในการดูแลทารกป่วยให้บุคลากร 2. วางระบบเครือข่ายการรับส่งต่อภายในเขตและส่งออกนอกเขต สนับสนุนให้มี intruterine transfer 3. มีระบบฐานข้อมูลและระบบปรึกษาทางไกล ช่วยเหลือเกื้อกูลกันภายในเขตและจังหวัดนอกเขตแต่เป็นจังหวัดรอยต่อ 4. เริ่มดำเนินการ BCP และวางแนวทางดูแลทารกที่เกิดจากมารดาติดเชื้อ Covid-19
ลดการรอคอย	<ol style="list-style-type: none"> 1. จัดระบบการ refer in and refer back .ให้ชัดเจนและบริหารเตียงแบบ real-time 2. เพิ่มจำนวนเตียง NICU, Structure adjust และเตียง sick-newborn พร้อมครุภัณฑ์ให้แก่สถานพยาบาลที่ขาด 3. จัดอบรมหลักสูตรเฉพาะทางเพื่อเพิ่มบุคลากรผู้เชี่ยวชาญ กุมารแพทย์ NNP พยาบาลวิชาชีพ และแพทย์สาขาอื่นตามความเหมาะสม 4. จัดอบรมฟื้นฟูวิชาการในพื้นที่ เพิ่มขีดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้สถานพยาบาล โดยการ เพิ่มจำนวนทุนเรียนต่อ ทำให้มีจำนวนผู้ให้บริการเพิ่มมากขึ้น 5. เพิ่ม reimbursement, revise RW ให้แก่สถานพยาบาล

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- การดำเนินการให้ผ่านตัวชี้วัดเน้นการประสานงานผ่าน **Service Plan Newborn** ทั่วประเทศ ติดตามข้อมูลคุณภาพต่อเนื่องในทุกประเด็น เพื่อนำมาวิเคราะห์แก้ปัญหาได้ตรงประเด็น
- รณรงค์ให้มีการฝากครรภ์คุณภาพและจัดระบบการฝากครรภ์คุณภาพให้ทั่วถึง เน้นการลดการคลอดก่อนกำหนด ควรมีการประสานงานกับ ราชวิทยาลัยสูตินรีเวชศาสตร์และ **Service Plan** สูติกรรม เพื่อลดต้นน้ำของจำนวนทารกเกิดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวน้อย ที่เป็นสาเหตุส่วนใหญ่ของการตายของทารก
- นำเสนอโครงการเพื่อผลักดันให้เป็นชุดสิทธิประโยชน์ของการรักษา **PPHN** (ซึ่งเป็นสาเหตุถัดมาของการเสียชีวิตทารก) โดย **Inhaled Nitric Oxide** ในปี **2565 - 2566**
- เตรียมการตั้งรับทารกที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อโควิดที่มีความยุ่งยากซับซ้อนและมีการเกิดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้น **3S : Structures, Staffs and Service System & Supplies**
- แก้ไขความไม่เพียงพอของอัตรากำลังของบุคลากรและเตียง **NICU** ในบางเขตผ่านข้อมูล **Service Mapping**
- เพิ่ม **reimbursement, revise RW** ให้แก่สถานพยาบาลให้ใกล้เคียงตามความเป็นจริง



กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

ขอบคุณครับ

ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

กรมการแพทย์

DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES



ประเด็นการตรวจราชการ สาขาการดูแลระยะกลาง Intermediate care; IMC Service plan ปีงบประมาณ 2565

สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute (SNMRI)

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

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

www.snmri.go.th

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

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

สูตรคำนวณตัวชี้วัด

$(A/B) \times 100$

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

*กลุ่มเป้าหมาย

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

ประเด็นตรวจราชการ IMC ปีงบประมาณ 2565

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



กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

ขอบคุณค่ะ



ผลการตรวจราชการและนิเทศงาน กระทรวงสาธารณสุข ปี 2564

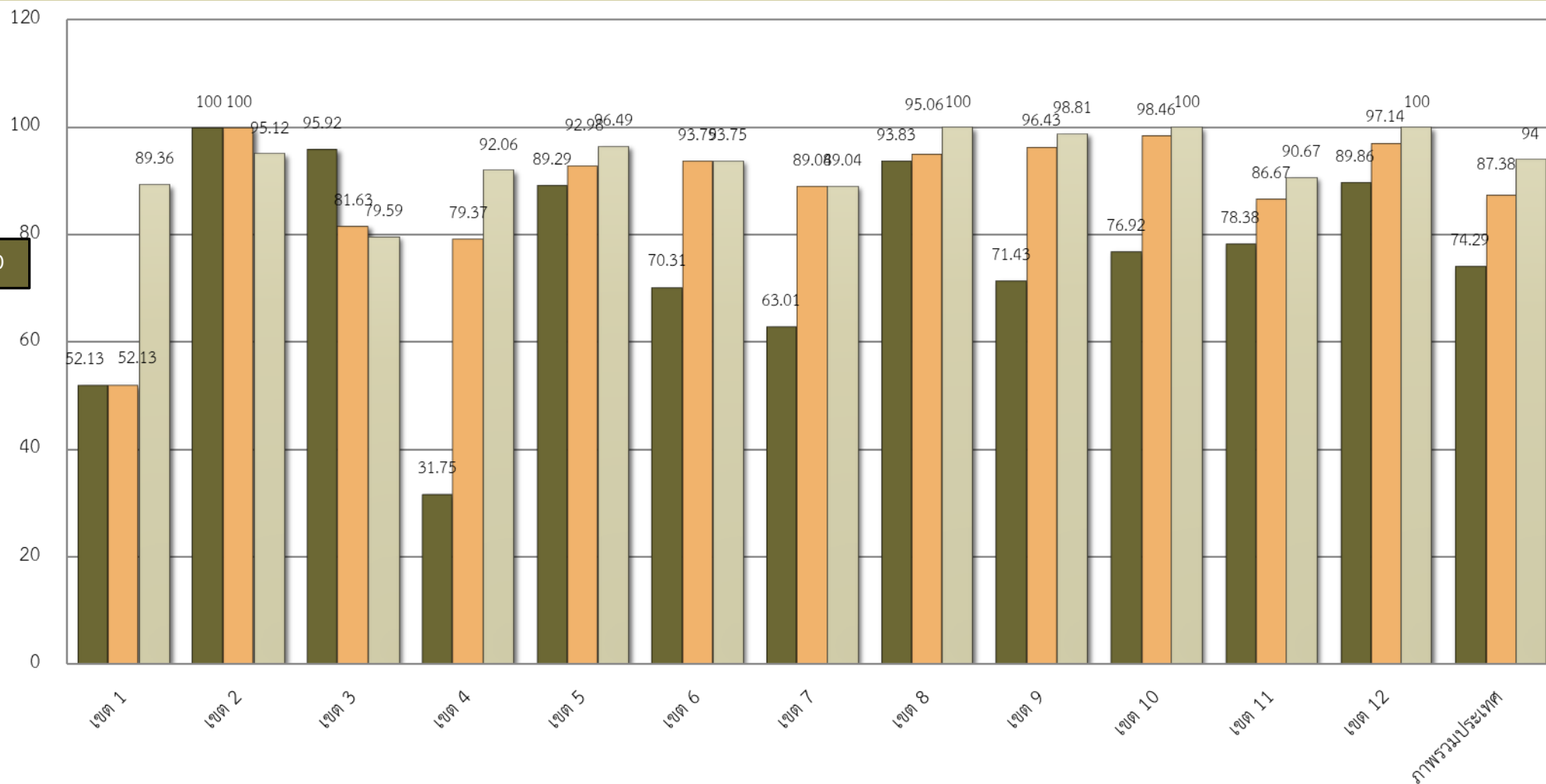
สาขาการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care)

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

เป้าหมายปีงบประมาณ 2564: ร้อยละ 80

เป้าหมายปีงบประมาณ 2563: ร้อยละ 75

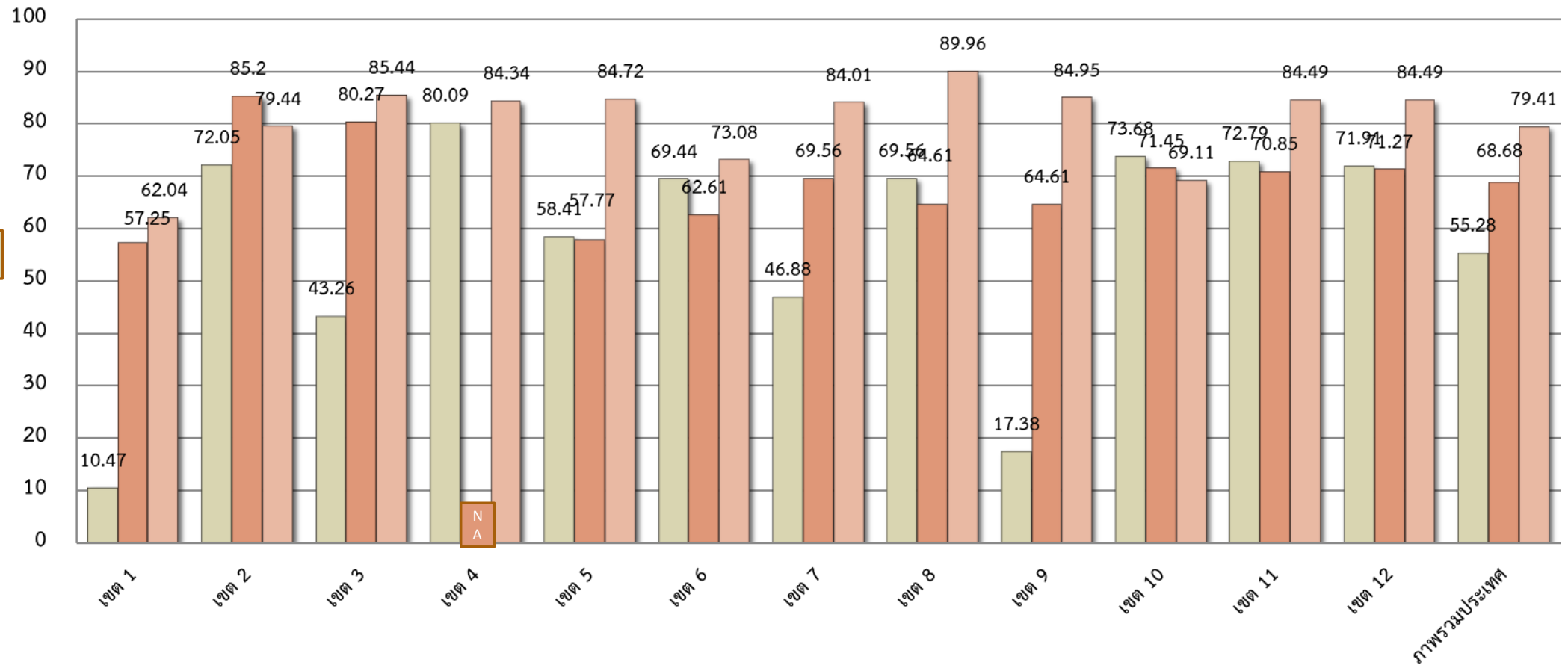
เป้าหมายปีงบประมาณ 2562: ร้อยละ 50



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



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



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

ปัญหาและอุปสรรค

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



ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ด้านระบบบริการ

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

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

ด้านงบประมาณ: ควรมีการกำหนด เงิน on top IMC ให้ครอบคลุมและเท่าเทียมทั้ง 12 เขตสุขภาพ

นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี

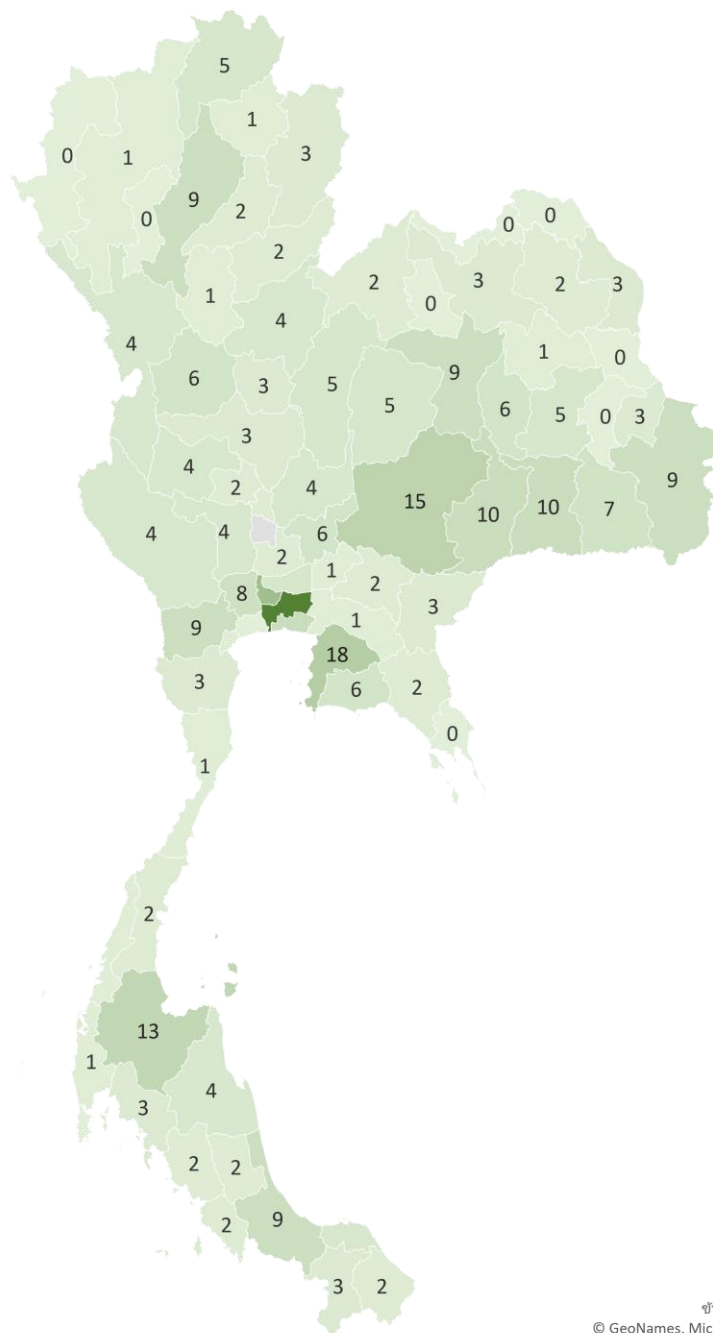
- เขต 6, 7, 9, 11 การเชื่อมโยงสู่ชุมชน
 - เปิดบริการ Day care ที่องค์การบริการส่วนตำบลเพื่อให้บริการผู้ป่วย Intermediate Care เชื่อมต่อ Long Term Care ต่อเนื่องจากโรงพยาบาล โดยองค์กรปกครองท้องถิ่นเป็นเจ้าภาพ
- เขต 6 พัฒนาสื่อให้ความรู้: พัฒนา QR Code คู่มือการทำกายภาพบำบัดเพื่อให้ผู้ดูแลทบทวนการทำกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัด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

จำนวนบุคลากรด้าน IMC จำแนกตามวิชาชีพ (สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)

จากฐานข้อมูลกองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

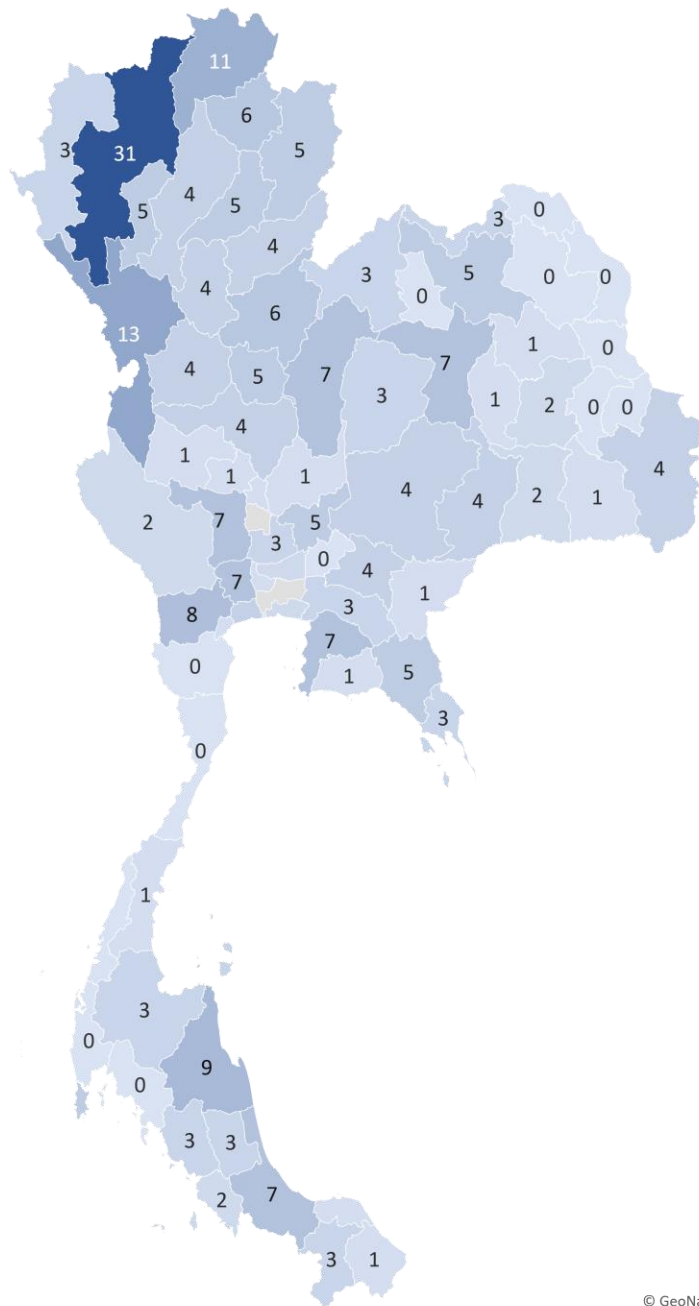
ณ วันที่ 1 พฤษภาคม 2564

พยาบาลพื้นฟูสภาพ 4 เดือน



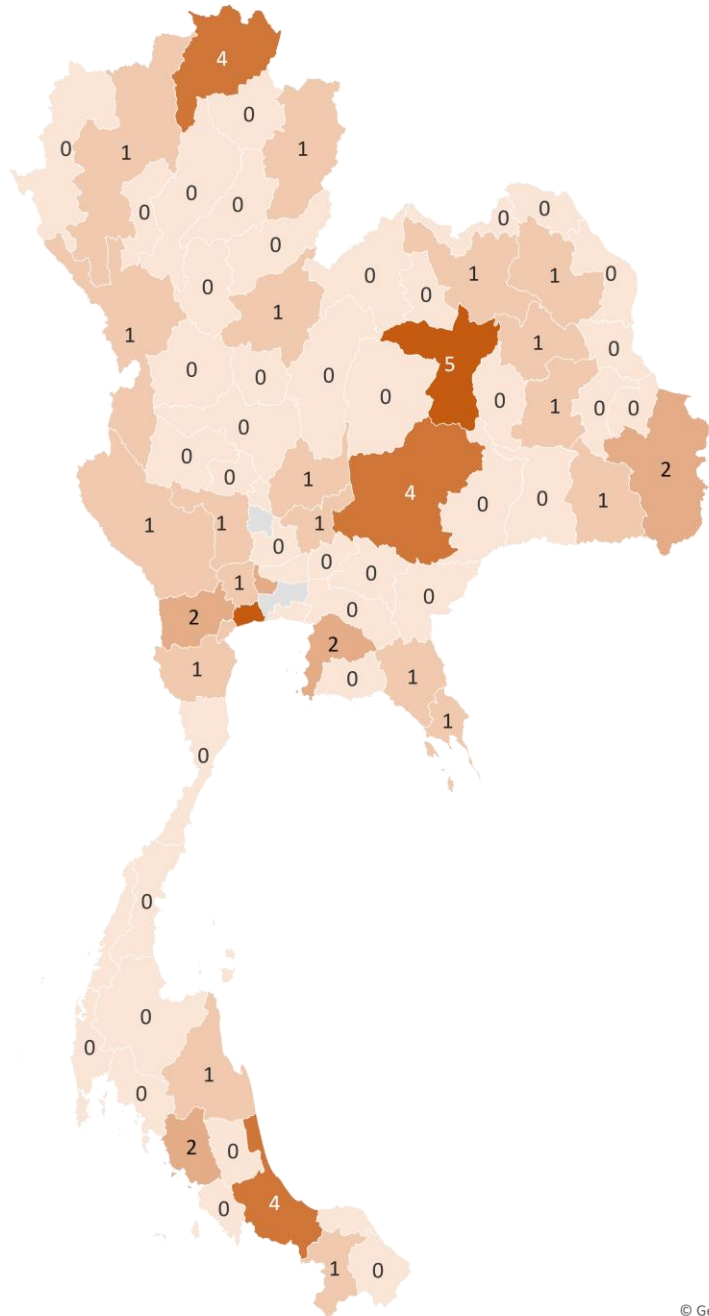
เขตสุขภาพ	จำนวน (คน)
1	21
2	16
3	18
4	46
5	30
6	42
7	21
8	10
9	40
10	19
11	24
12	24
รวม	369

นักกิจกรรมบำบัด



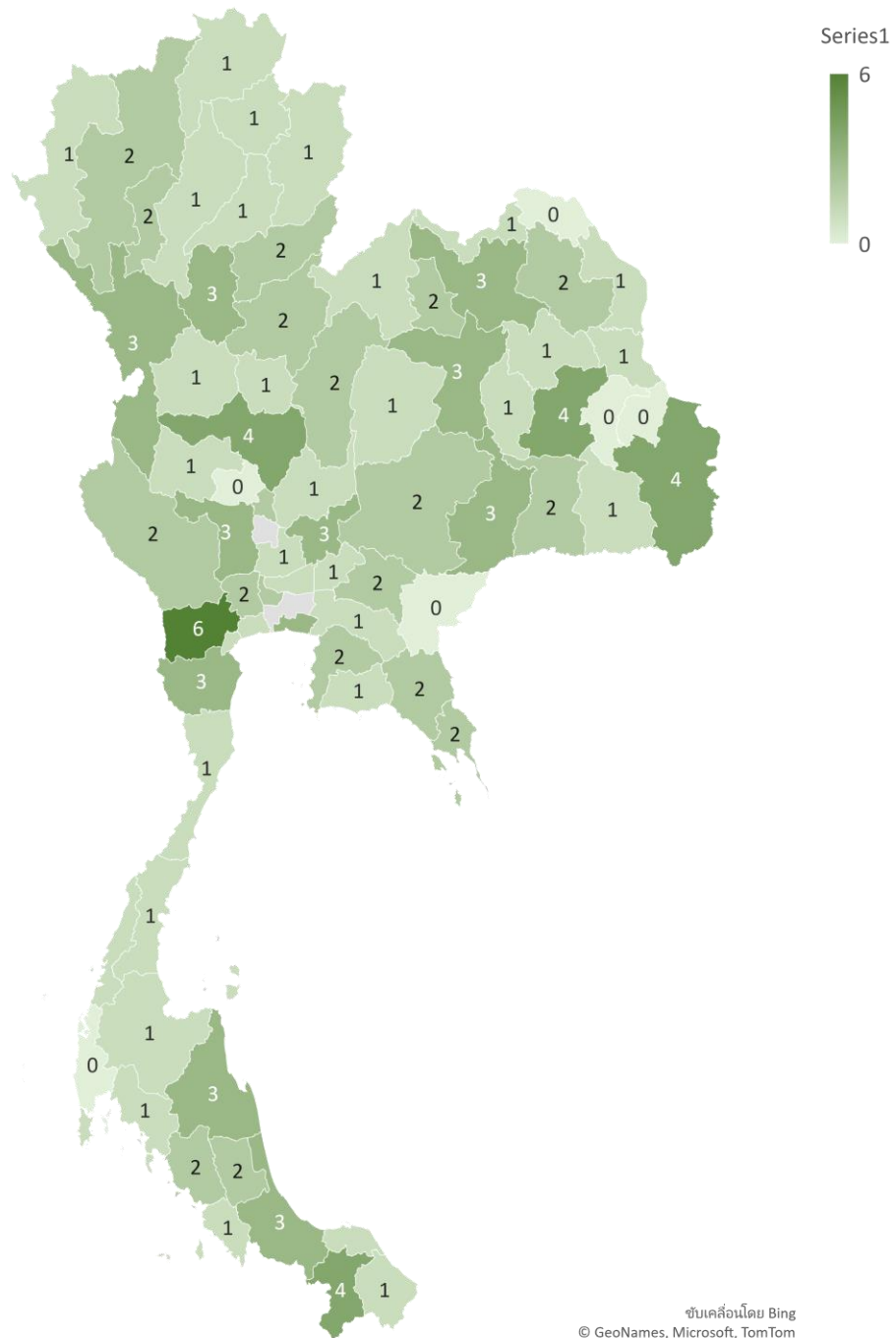
เขตสุขภาพ	จำนวน (คน)
1	70
2	34
3	15
4	13
5	29
6	26
7	11
8	11
9	13
10	5
11	18
12	20
รวม	265

นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย



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

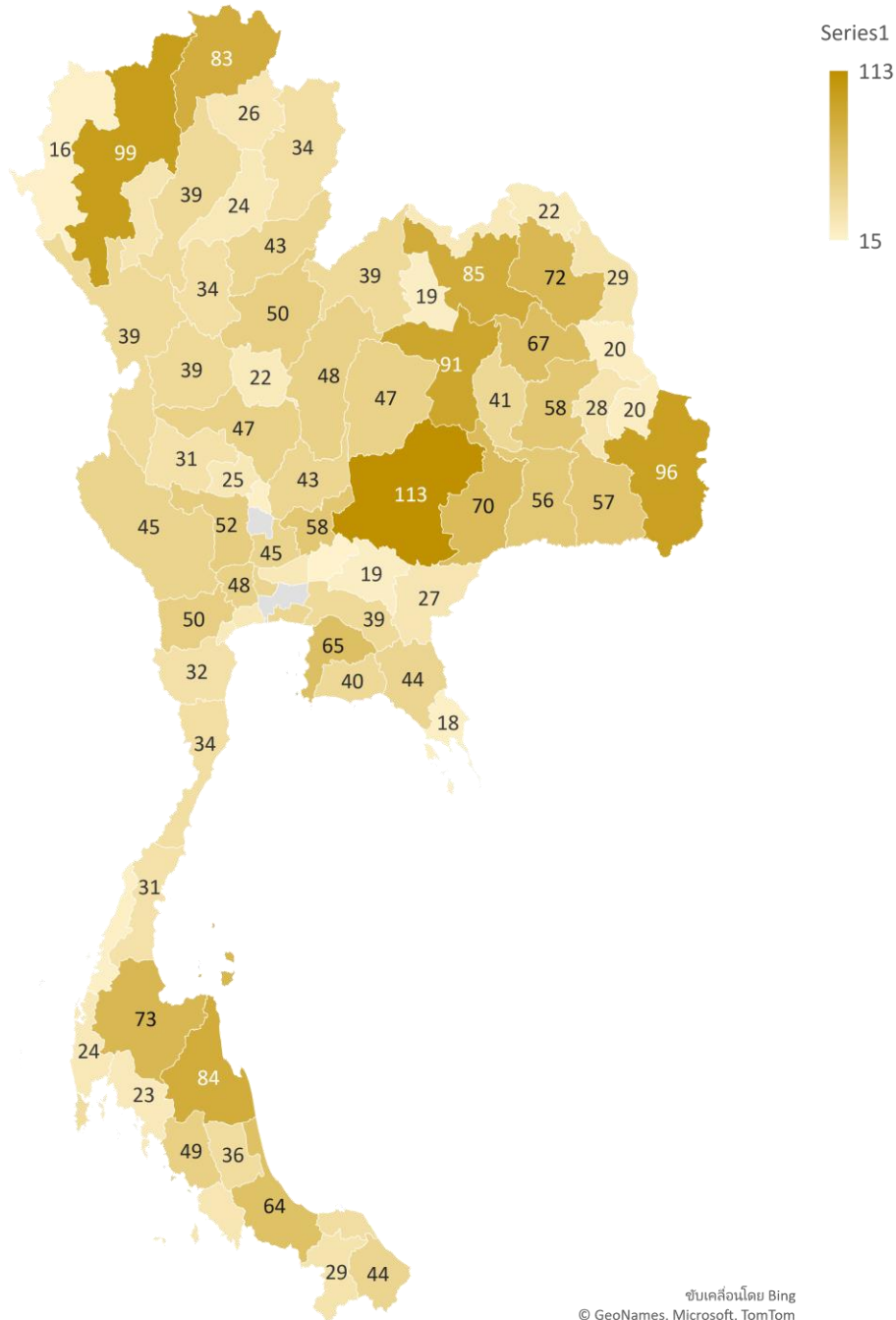
นักกายอุปกรณ์/ช่างกายอุปกรณ์



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

ที่มา: กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ณ 1 พ.ค. 2564

นักรายภาพบำบัด



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

ที่มา: กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ณ 1 พ.ค. 2564