

# ประเด็นที่ ๕

## ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

- Service plan สาขาหัวใจและหลอดเลือด
- Service plan สาขาอุบัติเหตุ
- Service plan สาขามะเร็ง
- Service plan สาขาทารกแรกเกิด
- Intermediate care

จัดทำโดย คณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการ

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕  
(Inspection Guideline)

ประเด็น ๕ ลดแออัด ลดรอย ลดป่วย ลดตาย

หัวข้อ สาขาโรคหัวใจ

- ตัวชี้วัด : ๑. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (< ร้อยละ ๘)  
๒. ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (≥ ร้อยละ ๖๐)  
๒.๑ ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (≥ ร้อยละ ๖๐)  
๒.๒ ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (≥ ร้อยละ ๖๐)

คำนิยาม

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก (ST-Elevated Myocardial Infarction)

อัตราตายในผู้ป่วย STEMI

๑.ผู้ป่วย STEMI หมายถึง ผู้ป่วย STEMI ที่เป็นผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยมาตรวจที่แผนกฉุกเฉินและมีการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นที่มีศักยภาพสูงกว่า (โดยนับการเจ็บป่วยในครั้งนั้นเป็น ๑ visit)

๒.การตายของผู้ป่วย STEMI หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด หมายถึง

๑. ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน ๓๐ นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล หรือ

๒. ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน ๑๒๐ นาทีนับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)

๑. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (< ร้อยละ ๘)

$$\text{สูตรคำนวณ} = (A/B) \times 100$$

- A = จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD๑๐ - WHO - I๒๑.๐ - I๒๑.๓ ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลทั้งหมด
- B = จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD๑๐ - WHO - I๒๑.๐ - I๒๑.๓ ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด

๒. ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (≥ ร้อยละ ๖๐)

$$\text{สูตรคำนวณ} = (A/B) \times 100$$

- A = จำนวนครั้งการรักษาที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน ๓๐ นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล
- B = จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงโรงพยาบาลและได้รับยาละลายลิ่มเลือดทั้งหมด

๓. ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (≥ ร้อยละ ๖๐)

$$\text{สูตรคำนวณ} = (C/D) \times 100$$

- C = จำนวนครั้งที่สามารถส่งต่อไปที่โรงพยาบาลที่ทำ PCI ได้ ให้ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน ๑๒๐ นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล
- D = จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงโรงพยาบาลและได้รับการทำ Primary PCI ทั้งหมด

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
<b>๑. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (&lt; ร้อยละ ๘)</b>			
ลดอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	๑. ให้การรักษาผู้ป่วยที่เป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างรวดเร็วโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดและหรือการทำบอลลูน (Reperfusion rate)	- จำนวนผู้ป่วยที่เป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทั้งหมดและผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา	มากกว่าร้อยละ ๘๐
	๒. มีระบบการส่งต่อผู้ป่วย STEMI fast ที่ชัดเจนและปฏิบัติได้จริงทุกโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ	มี	มี
	๓. ผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรังให้รักษาโดยการทำบอลลูนหรือการผ่าตัด CABG โดยลดเวลาระยะเวลารอคอย	- จำนวนผู้ป่วย - ระยะเวลารอคอย	ระยะเวลารอคอยไม่ควรเกิน ๓ เดือน
	๔. มีการคัดกรองผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดตามโปรแกรม	- มีหรือไม่ - จำนวนเท่าไร	มีการคัดกรอง และจำนวนผู้ป่วย
	๕. ในรายที่เป็นโรคแล้วมีแนวทางการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคกลุ่ม NCD เพื่อให้อยู่ในระดับที่ต้องการตามมาตรฐาน	มี	มี
	๖. ให้การศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติเรื่องการควบคุมปัจจัยเสี่ยงการดูแลตนเอง, ทราบถึงอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและการเข้าถึงบริการทั้งในภาวะฉุกเฉินและปกติ	มีสื่อหรือเอกสารการให้ความรู้กับประชาชน	มี
	๗. มีข้อมูลการผลการรักษาผู้ป่วย STEMI เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์และรายงานผลอัตราตายของผู้ป่วย STEMI	มีการเก็บข้อมูลหรือลงข้อมูลของการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ใน ระบบ Thai ACS Registry	- มีข้อมูลที่ครบถ้วนและถูกต้อง - เป้าหมายอัตราตายผู้ป่วย STEMI < ร้อยละ ๘
<b>๒. ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (≥ ร้อยละ ๖๐)</b>			
๒.๑ ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (≥ ร้อยละ ๖๐)			
๒.๒ ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (≥ ร้อยละ ๖๐)			
ผู้ป่วย STEMI	๑. มีแนวทางในการให้ยาละลายลิ่มเลือด	มี CPG ระบบการให้	มี CPG และมี

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
เข้าถึงบริการและได้รับการรักษาตามมาตรฐานได้ และรวดเร็วในระบบเครือข่ายแต่ละเขตสุขภาพ	โดยมีระบบการให้คำปรึกษาและระบบรับส่งต่อผู้ป่วยตลอด ๒๔ ชั่วโมงทุกวัน (๒๔/๗) โดยอายุรแพทย์หรืออายุรแพทย์โรคหัวใจ	คำปรึกษาและระบบรับส่งต่อผู้ป่วย	แนวทางการรับส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ
	๒. มีระบบการบริหารยาละลายลิ่มเลือดโดยสามารถให้ยาได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมงและมีระบบหมุนเวียนยาระหว่างโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชน	จำนวน Stock ยา หรือระบบการหมุนเวียนการใช้ยาในเขตสุขภาพ	มียาพร้อมและมีการให้ยาได้จริง
	๓. มีความพร้อมของหน่วยงาน รถพยาบาล บุคลากร และมีอุปกรณ์เครื่องช่วยชีวิต เพื่อพร้อมส่งต่อผู้ป่วยในกรณีฉุกเฉินตลอด ๒๔ ชั่วโมง	- บุคลากรที่ต้องไปส่งผู้ป่วยโดยรถพยาบาลต้องผ่านการอบรม BLS & ACLS - มีรถพยาบาลและการจัดเวรบุคลากรเพื่อพร้อมในการส่งต่อผู้ป่วยตลอด ๒๔ ชั่วโมง	มีความพร้อมในการส่งต่อผู้ป่วยในกรณีฉุกเฉินตลอด ๒๔ ชั่วโมง
	๔. มีหน่วยบริการที่มีความพร้อมเพียงพอในการรักษาโดยวิธีให้ยาละลายลิ่มเลือดและการขยายหลอดเลือด	มีบุคลากรที่ได้รับการอบรมและสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดและการขยายหลอดเลือดได้	มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดและหรือการขยายหลอดเลือดได้ตามมาตรฐาน
	๕. มีระบบการส่งต่อและแนวทางการรับผู้ป่วยเพื่อให้สามารถให้บริการผู้ป่วยได้ในเวลาที่รวดเร็วและเหมาะสม ทั้งโดยวิธีให้ยาละลายลิ่มเลือดและการขยายหลอดเลือด	มีระบบการส่งต่อผู้ป่วย STEMI Fast Tract ทุกโรงพยาบาลในเขตสุขภาพและเหมาะสมกับบริบทในแต่ละพื้นที่	มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ
	๖. มีข้อมูลการให้การรักษาก่อน STEMI เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์และรายงานผล	มีการเก็บข้อมูลจำนวนหน่วยบริการและผู้ป่วยที่ให้ยาละลายลิ่มเลือด / การขยายหลอดเลือด หรือการลงข้อมูลใน Thai ACS Registry	มีการรายงานข้อมูลผลการได้รับการรักษาในเวลาที่กำหนดที่ครบถ้วน และถูกต้องได้แก่ - ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน ๓๐ นาที

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
			หลังได้รับการวินิจฉัย $\geq 60$ หรือ - ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาที หลังได้รับการวินิจฉัย $\geq 60$

### Small Success

๑. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (< ร้อยละ ๘)

มาตรการ	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑. มีการคัดกรองผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดตามโปรแกรม	✓	✓	✓	✓
๒. มีให้การรักษาผู้ป่วยที่เป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างรวดเร็วโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดและหรือการทำบอลลูน	✓	✓	✓	✓
๓. ผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรังให้รักษาโดยการทำการบอลลูนหรือการผ่าตัด Coronary artery bypass surgery (CABG) โดยลดเวลาระยะเวลารอคอย	✓	✓	✓	✓
๔. ในรายที่เป็นโรคแล้วให้มีการควบคุมปัจจัยเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่ต้องการตามแนวทางของโรคกลุ่ม NCD	✓	✓	✓	✓
๕. ให้การศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติเรื่องการควบคุมปัจจัยเสี่ยงการดูแลตนเองและการเข้าถึงบริการทั้งในภาวะฉุกเฉินและปกติ	✓	✓	✓	✓
๖. มีข้อมูลของการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ใน Thai ACS Registry	✓	✓	✓	✓
	<b>๓ เดือน</b>	<b>๖ เดือน</b>	<b>๙ เดือน</b>	<b>๑๒ เดือน</b>
	< ร้อยละ ๘	< ร้อยละ ๘	< ร้อยละ ๘	< ร้อยละ ๘

๒. ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด ( $\geq$  ร้อยละ ๖๐)

๒.๑ ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด ( $\geq$  ร้อยละ ๖๐)

๒.๒ ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด ( $\geq$  ร้อยละ ๖๐)

มาตรการ	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑. มีแนวทางในการให้ยาละลายลิ่มเลือดโดยมีระบบการให้คำปรึกษาและระบบรับส่งต่อผู้ป่วยตลอด ๒๔ ชั่วโมงทุกวัน (๒๔/๗) โดยอายุรแพทย์หรืออายุรแพทย์โรคหัวใจ	✓	✓	✓	✓
๒. มีระบบการบริหารยาละลายลิ่มเลือดโดยต้องมีพร้อมสามารถให้ยาได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมงทุกวันและมีระบบหมุนเวียนยาระหว่างโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชน	✓	✓	✓	✓
๓. มีความพร้อมของหน่วยงานและทีมงานมีอุปกรณ์เครื่องช่วยชีวิตมีรถพยาบาลพร้อมส่งในกรณีฉุกเฉินตลอด ๒๔ ชั่วโมง	✓	✓	✓	✓
๔. มีหน่วยบริการที่เพียงพอต่อการให้การรักษาโดยวิธีให้ยาละลายลิ่มเลือดและหรือการขยายหลอดเลือด	✓	✓	✓	✓
๖. ปรับระบบการส่งต่อและแนวทางการรับผู้ป่วยเพื่อให้สามารถให้บริการผู้ป่วยได้ในเวลาที่รวดเร็วและเหมาะสม ทั้งโดยวิธีให้ยาละลายลิ่มเลือดและการขยายหลอดเลือด	✓	✓	✓	✓

ตัวชี้วัด	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	≥ ร้อยละ ๖๐	≥ ร้อยละ ๖๐	≥ ร้อยละ ๖๐	≥ ร้อยละ ๖๐
ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	≥ ร้อยละ ๖๐	≥ ร้อยละ ๖๐	≥ ร้อยละ ๖๐	≥ ร้อยละ ๖๐

#### แหล่งข้อมูล

ตัวชี้วัด	ระบบ	ที่อยู่ URL
- อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI - ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	เว็บไซต์ เพื่อการเก็บข้อมูล ผู้ป่วย Acute Coronary Syndrome (ACS) หรือโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในประเทศไทย (Thai ACS registry)	<a href="http://www.ncvdt.org/Default.aspx">http://www.ncvdt.org/Default.aspx</a>

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรมการแพทย์

**ผู้ประสานงานตัวชี้วัด**

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /E-mail address
แพทย์หญิงอรวรรณ อนุไพวรรณ	ตำแหน่งนายแพทย์ชำนาญการ พิเศษ กลุ่มงานอายุรศาสตร์หัวใจ สถาบัน โรคทรวงอก กรมการแพทย์	โทรศัพท์: ๐๒-๕๙๑-๙๙๓๒ โทรศัพท์มือถือ: ๐๘๑-๘๔๕-๙๓๙๕ E-mail: dr.orawan.tuk@gmail.com
กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ และโครงการพิเศษ	สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์	โทรศัพท์: ๐๒-๕๙๐-๖๓๕๙ E-mail: supervision.dms@gmail.com

**ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน**

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ / E-mail address
กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ และโครงการพิเศษ	สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์	โทรศัพท์: ๐๒-๕๙๐-๖๓๕๙ E-mail: supervision.dms@gmail.com

## แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข (Inspection Guideline)

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕

ประเด็น : ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

หัวข้อ การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ (Trauma)

ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดหลัก

อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (ทั้งที่ ER และ Admit) (เป้าหมาย < ร้อยละ ๑๒) (Trauma<๑๒%, Non-trauma<๑๒%)

คำนิยาม

- ECS: Emergency Care System (ระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ)** หมายถึง ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพที่อาจเกิดขึ้นทั้งในภาวะปกติ และภาวะภัยสุขภาพ ประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (EMS) การดูแลในห้องฉุกเฉิน (ER) การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล (Referral System) การจัดการสาธารณสุขด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Disaster)
- แนวคิดการจัดบริการ ECS** คือ การพัฒนา “ห่วงโซ่คุณภาพ (Chain of Quality)” ได้แก่ EMS คุณภาพ, ER คุณภาพ, Refer คุณภาพ และ Disaster คุณภาพ เพื่อสร้าง “ห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต (Chain of Survival)” ของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน โดยมีเป้าประสงค์ ๑) เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ๒) ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพที่ป้องกันได้ (Preventable Death) จากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ๓) ระบบ ECS ที่มีคุณภาพและมาตรฐาน
- การพัฒนา ECS ในปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๕** จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ
  - “ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน” หมายถึง ผู้มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉินและได้รับการคัดแยกเป็น Triage Level ๑
  - “การเสียชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมง” หมายถึง นับจากเวลาที่ผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉินถึงเวลาที่เสียชีวิต (Door to Death) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ซึ่งรวมถึงการเสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน
  - “ผู้ป่วย severe traumatic brain injury” หมายถึง ผู้ป่วยที่มี GCS น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๘ คะแนนจากการประเมิน ณ ห้องฉุกเฉิน

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)

อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (ทั้งที่ ER และ Admit) น้อยกว่าร้อยละ ๑๒ (Trauma<๑๒%, Non-trauma<๑๒%)

สูตรคำนวณ = (A/B) X ๑๐๐

- A = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) ที่เสียชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมง
- B = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) ทั้งหมด



ประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาล ระดับ A, S, M๑ (ทั้งที่ ER และ Admit)	<p>๑.เพิ่มประสิทธิภาพและลดระยะเวลาการเข้าถึง definite care ผ่านระบบ Fast track กลุ่มโรคสำคัญ เช่น STEMI , Stroke , Severe sepsis/septic shock, Trauma และกลุ่มโรคสำคัญอื่นๆ โดยเชื่อมโยงโรงพยาบาลทุกระดับผ่านระบบการส่งต่อและการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างไร้รอยต่อ</p> <p>๒.ลดความแออัด ลดระยะเวลา รอคอยในห้องฉุกเฉิน</p> <p>๓.แผนรองรับภาวะวิกฤติในสถานการณ์ต่างๆ</p> <p>๔.พัฒนาระบบฐานข้อมูลห้องฉุกเฉิน</p>	ตรวจติดตามจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) หรือฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยนำเสนอข้อมูล ๖ เดือน ๙ เดือน และ ๑๒ เดือน ในภาพรวมของจังหวัดหรือภาพรวมของเขตสุขภาพ (โดยการตรวจราชการกรณีปกติ)	น้อยกว่าร้อยละ ๑๒ (Trauma<๑๒%, Non-trauma<๑๒%)

Small Success

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	น้อยกว่าร้อยละ ๑๒	-	น้อยกว่าร้อยละ ๑๒

แหล่งข้อมูล

ตัวชี้วัดหลัก/ย่อย	ระบบ	ที่อยู่/ URL
อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (ทั้งที่ ER และ Admit)	<p>๑. Health Data Center (HDC)</p> <p>๒. ฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p>	<a href="https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php">https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php</a>

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรมการแพทย์

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ E-mail address	ประเด็นที่ รับผิดชอบ
นายแพทย์เฉลิมพล ไชยรัตน์	ตำแหน่ง: นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรมการแพทย์	โทรศัพท์: ๐ ๒๕๑๗ ๔๒๗๐ โทรศัพท์มือถือ: ๐๘ ๔๑๒๐ ๔๒๕๕ E-mail: chalermpnchairat@gmail.com	ให้ข้อมูลทางวิชาการ รวบรวมจากเขต สุขภาพ และ ประมวลผลการ ดำเนินการ
นายแพทย์เกษมสุข โยธาสุมทร	ตำแหน่ง: นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์	โทรศัพท์มือถือ: ๐๘ ๓๘๐๓ ๓๓๑๐ E-mail: k.yothasamutr@gmail.com	ให้ข้อมูลทางวิชาการ รวบรวมจากเขต สุขภาพ และ ประมวลผลการ ดำเนินการ
แพทย์หญิงณิธิดา สุเมธโชติเมธา	ตำแหน่ง: นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์	โทรศัพท์: ๐ ๒๓๕๔ ๘๑๐๘ - ๓๗ โทรศัพท์มือถือ: ๐๖ ๒๕๖๑ ๙๙๒๕ E-mail: drnathida@gmail.com	ให้ข้อมูลทางวิชาการ รวบรวมจากเขต สุขภาพ และ ประมวลผลการ ดำเนินการ
นายแพทย์สมประสงค์ ทองมีสี	ตำแหน่ง: โรงพยาบาลชลบุรี	โทรศัพท์: ๐ ๓๘๙๓ ๑๐๐๐ โทรศัพท์มือถือ: ๐๘ ๐๔๓๔ ๑๑๔๓ E-mail: somprasong.tms๒๕๑๔@gmail.com	ให้ข้อมูลทางวิชาการ รวบรวมจากเขต สุขภาพ และ ประมวลผลการ ดำเนินการ

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ E-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นายแพทย์เฉลิมพล ไชยรัตน์	ตำแหน่ง: นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรมการแพทย์	โทรศัพท์: ๐ ๒๕๑๗ ๔๒๗๐ โทรศัพท์มือถือ: ๐๘ ๔๑๒๐ ๔๒๕๕ E-mail: chalermpnchairat@gmail.com	สรุปผลการดำเนินการ วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ
นายแพทย์เกษมสุข โยธาสุมทร	ตำแหน่ง: นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์	โทรศัพท์มือถือ: ๐๘ ๓๘๐๓ ๓๓๑๐ E-mail: k.yothasamutr@gmail.com	สรุปผลการดำเนินการ วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ
แพทย์หญิงณิธิดา สุเมธโชติเมธา	ตำแหน่ง: นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์	โทรศัพท์: ๐ ๒๓๕๔ ๘๑๐๘ - ๓๗ โทรศัพท์มือถือ: ๐๖ ๒๕๖๑ ๙๙๒๕ E-mail: drnathida@gmail.com	สรุปผลการดำเนินการ วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ E-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นายแพทย์สมประสงค์ ทองมีสี	ตำแหน่ง: โรงพยาบาลชลบุรี	โทรศัพท์: ๐ ๓๘๙๓ ๑๐๐๐ โทรศัพท์มือถือ: ๐๘ ๐๔๓๔ ๑๑๔๓ E-mail:somprasong.tms๒๕๑๔@ gmail.com	สรุปผลการดำเนินการ วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕  
(Inspection Guideline)

ประเด็น : ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

หัวข้อ สาขาโรคมะเร็ง

ตัวชี้วัด : ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด

คำนิยาม:

๑) มะเร็ง ๕ อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี (C๒๒,C๒๔) มะเร็งหลอดคอ หลอดลมใหญ่ และปอด (C๓๓-C๓๕) มะเร็งเต้านม (C๕๐) มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (C๑๘-C๒๑) และมะเร็งปากมดลูก (C๕๓)

๒) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัดหมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน ๔ สัปดาห์ (๒๘ วัน) โดยนับจาก

-วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ใช้นิยามวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษา) นับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา

-วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา, เคมีบำบัด) โดยนับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา

-ในกรณีที่ไม่มี การตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มีการรักษาด้วยวิธีอื่น ให้นับตั้งแต่วันที่ทำการตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา เช่น วันทำ CT, MRI, Ultrasound, X-ray โดยนับจากครั้งที่น่าผลมาตัดสินใจให้การรักษาเป็นต้น

-กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่โดยแยกรายงาน จังหวัดหรืออำเภอที่ส่งต่อเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อ

๓) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยเคมีบำบัดภายใน ๖ สัปดาห์ (๔๒ วัน) โดยนับจาก

-วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ใช้นิยามการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษา) นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก

-วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา, ผ่าตัด) นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด)

-กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่โดยแยกรายงาน จังหวัดหรืออำเภอที่ส่งต่อเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อ

๔) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยรังสีรักษา หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยรังสีรักษาภายใน ๖ สัปดาห์ (๔๒ วัน) โดยนับจาก

-วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ใช้นิยามการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษา) นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา

-วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น เคมีบำบัด, ผ่าตัด) นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด)

-ในกรณีที่ไม่มี การตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มีการรักษาด้วยวิธีอื่นและผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่นให้ใช้หลักการเดียวกับข้อ ๒.ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด

หมายเหตุ การรายงานตัวชี้วัดผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ ๕ โรครวมกรณี Metastatic (Unknown primary)

**ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น:** ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด

- ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี (C๒๒,C๒๔) มะเร็งหลอดคอ หลอดลมใหญ่และปอด (C๓๓-C๓๔) มะเร็งเต้านม (C๕๐) มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (C๑๘-C๒๑) และมะเร็งปากมดลูก (C๕๓)
๑. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์  $\geq$  ร้อยละ ๗๕
  ๒. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์  $\geq$  ร้อยละ ๗๕
  ๓. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์  $\geq$  ร้อยละ ๖๐

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
<b>ประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๑ ด้านการผ่าตัด</b>			
ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรกได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์	<ol style="list-style-type: none"> <li>๑. บริหารจัดการห้องผ่าตัดเพื่อรองรับผู้ป่วยโรคมะเร็งร่วมกับโรคอื่นๆอย่างเหมาะสม</li> <li>๒. บริหารจัดการให้ได้การวินิจฉัยหลังตัดชิ้นเนื้อเร็วที่สุด</li> <li>๓. การบันทึกวันเริ่มผ่าตัดใน TCB เพื่อเชื่อมต่อข้อมูลกลับไปยังพื้นที่</li> </ol>	ตรวจติดตามคิวการผ่าตัด มะเร็ง ๕ โรคร (โดยการตรวจราชการกรณีปกติ)	ปี ๒๕๖๔ $\geq$ ร้อยละ ๗๐ และเพิ่มขึ้นถึง ร้อยละ ๗๕ ในปี ๒๕๖๕ ตามลำดับ
<b>ประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๒ ด้านเคมีบำบัด</b>			
ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรกได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์	<ol style="list-style-type: none"> <li>๑. เปิดบริการเคมีบำบัดมะเร็งเต้านมและมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ใน M๑</li> <li>๒. การพัฒนาศักยภาพและอำนวยการรักษา ศัลยแพทย์ อายุรแพทย์ พยาบาลในการให้ยาเคมีบำบัด</li> <li>๓. พัฒนาระบบการส่งต่อเพื่อลดระยะเวลาการรอคอย</li> <li>๔. การบันทึกวันเริ่มให้เคมีบำบัดใน TCB เพื่อเชื่อมต่อข้อมูลกลับไปยังพื้นที่</li> </ol>	ตรวจติดตามคิวการให้ยาเคมีบำบัด มะเร็ง ๕ โรคร (โดยการตรวจราชการกรณีปกติ)	ปี ๒๕๖๔ $\geq$ ร้อยละ ๗๐ และเพิ่มขึ้นถึง ร้อยละ ๗๕ ในปี ๒๕๖๕ ตามลำดับ

ประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๓ ด้านรังสีรักษา			
ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรกได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์	๑. การบันทึกวันเริ่มฉายรังสีใน TCB เพื่อเชื่อมต่อข้อมูลกลับไปยังพื้นที่ ๒. การบรรจุและอ้างรักษาแพทย์ นักฟิสิกส์การแพทย์ และนักรังสีการแพทย์ ให้พร้อมต่อการบริการ ๓. พัฒนาระบบการส่งต่อเพื่อลดระยะเวลาการรอคอย	ตรวจติดตามคิวการฉายรังสี มะเร็ง ๕ โรคมะเร็ง (โดยการตรวจราชการกรณีปกติ)	ปี ๒๕๖๔ ≥ ร้อยละ ๖๐

### Small Success

ปี ๒๕๖๕	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์	≥ ร้อยละ ๗๕	≥ ร้อยละ ๗๕	≥ ร้อยละ ๗๕	≥ ร้อยละ ๗๕
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์	≥ ร้อยละ ๗๕	≥ ร้อยละ ๗๕	≥ ร้อยละ ๗๕	≥ ร้อยละ ๗๕
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์	≥ ร้อยละ ๖๐	≥ ร้อยละ ๖๐	≥ ร้อยละ ๖๐	≥ ร้อยละ ๖๐

### แหล่งข้อมูล

ตัวชี้วัด	ระบบ	ที่อยู่/URL
๑. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์ ๒. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ๓. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์	๑ จาก Hospital Based Cancer Registry ( Thai Cancer Based หรือ ระบบ Cancer Informatics ของโรงพยาบาล ) ๒ หน่วยบริการศัลยกรรม ห้องผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษาสามารถบันทึกข้อมูลส่วนที่เกี่ยวข้องผ่าน TCB ได้ ควบคู่กับงานทะเบียนมะเร็ง	<a href="http://tcb.nci.go.th/">http://tcb.nci.go.th/</a>

### ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/E-mail address
นายแพทย์สกันต์ บุณนาค	ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ	โทรศัพท์ : ๐๒ ๒๐๒ ๖๘๐๐
นางสาวศุภิษา แสงกระจ่าง	รองผู้อำนวยการด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ	โทรศัพท์ : ๐๒ ๒๐๒ ๖๘๐๐ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘ ๙๖๖๑ ๐๔๕๑ E-mail : <a href="mailto:suleesa@yahoo.com">suleesa@yahoo.com</a>

### ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/E-mail address
นายแพทย์สกันต์ บุณนาค	ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ	โทรศัพท์ : ๐๒ ๒๐๒ ๖๘๐๐
นางสาวศุภีพร แสงกระจ่าง	รองผู้อำนวยการด้านการพัฒนา ระบบสุขภาพ	โทรศัพท์ : ๐๒ ๒๐๒ ๖๘๐๐ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘ ๙๖๖๑ ๐๔๕๑ E-mail : suleesa@yahoo.com

**แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕**  
(Inspection Guideline)

**ประเด็น : ลดแออัด ลดรอย คอย ลดป่วย ลดตาย**

**หัวข้อ :** ๓๐บาท รักษาทุกที่ ให้ผู้ป่วยมะเร็งรักษาได้ทุกที่ (Cancer Anywhere : มะเร็งรักษาได้ทุกที่)

**คำนิยาม:** ผู้ป่วยมะเร็งทุกรายในสิทธิ์ประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถเข้ารับบริการการรักษาที่โรงพยาบาลไหนก็ได้ที่พร้อมโดยไม่ต้องมีหนังสือรับรองสิทธิ์จากโรงพยาบาลต้นสังกัด นับตั้งแต่ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งจนสิ้นสุดการรักษา หรือ เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง

**ประเด็นตรวจราชการที่ต้อง ผลักดัน :** Cancer Anywhere : มะเร็งรักษาได้ทุกที่

ปี ๒๕๖๕	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
- ร้อยละของเขตบริการสุขภาพได้รับการทบทวน (Refresh) เกี่ยวกับการดำเนินงาน - ร้อยละของเขตบริการสุขภาพที่มีผู้ประสานงาน Cancer Coordinator ในหน่วยบริการที่มีการรักษาโรคมะเร็งครบภายในเขตฯ	๓เขต  ร้อยละ๑๐๐	๖เขต  ร้อยละ๑๐๐	๙เขต  ร้อยละ๑๐๐	๑๓เขต  ร้อยละ๑๐๐
- มีระบบรายงานบน website เพื่อให้เขตสุขภาพ ใช้ในการติดตามกำกับการทำงาน		มี	มี	มี
- ร้อยละการส่งข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ เข้าในระบบ TCB Plus มากกว่า ๖๐% - ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์ - ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ - ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์	≥ ร้อยละ๓๐  ≥ ร้อยละ ๗๕  ≥ ร้อยละ ๗๕  ≥ ร้อยละ ๖๐	≥ ร้อยละ๔๐  ≥ ร้อยละ ๗๕  ≥ ร้อยละ ๗๕  ≥ ร้อยละ ๖๐	≥ ร้อยละ๕๐  ≥ ร้อยละ ๗๕  ≥ ร้อยละ ๗๕  ≥ ร้อยละ ๖๐	≥ ร้อยละ๖๐  ≥ ร้อยละ ๗๕  ≥ ร้อยละ ๗๕  ≥ ร้อยละ ๖๐

**แหล่งข้อมูล**

ตัวชี้วัด	ระบบ	ที่อยู่/URL
- ร้อยละของเขตบริการสุขภาพได้รับการทบทวน (Refresh) เกี่ยวกับการดำเนินงาน - ร้อยละของเขตบริการสุขภาพที่มีผู้ประสานงาน Cancer Coordinator ในหน่วยบริการที่มีการรักษาโรคมะเร็ง	- รายชื่อ โรงพยาบาลที่ส่งผู้เกี่ยวข้องเข้าร่วมทบทวนการดำเนินงาน Cancer Anywhere (ทั้งจัดอบรมจากส่วนกลางหรืออบรมภายในเขต) - ทำเนียบรายชื่อประสานงาน Cancer Coordinator	<a href="https://canceranywhere.com/nhso">https://canceranywhere.com/nhso</a>  <a href="https://canceranywhere.com/nhso">https://canceranywhere.com/nhso</a>



ตัวชี้วัด	ระบบ	ที่อยู่/URL
<p>ครบภายในเขตฯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีระบบรายงานบน website เพื่อให้เขตสุขภาพ ใช้ในการติดตามกำกับกำกับการดำเนินงาน</li> <li>- ร้อยละการส่งข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ เข้าในระบบ TCB Plus มากกว่า ๖๐%</li> <li>- ร้อยละการเข้าถึงการรักษาโรคมะเร็งภายในระยะเวลาที่กำหนด (ผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์, เคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์, รังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ระบบรายงานตัวชี้วัด Cancer Anywhere</li> <li>- ระบบรายงานตัวชี้วัด Cancer Anywhere</li> <li>- ระบบรายงานตัวชี้วัด Cancer Anywhere</li> </ul>	<p><a href="https://canceranywhere.com/nhso">https://canceranywhere.com/nhso</a></p>

#### ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/E-mail address
นายแพทย์สกันต์ บุณนาค	ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ	โทรศัพท์ : ๐๒ ๒๐๒ ๖๘๐๐
นายแพทย์ศุภกร พิทักษ์การกุล		โทรศัพท์ : ๐๒ ๒๐๒ ๖๘๐๐ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๓๐๙๑๙๕๕๑ E-mail : supakorn_dr@hotmail.com

#### ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/E-mail address
นายแพทย์สกันต์ บุณนาค	ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ	โทรศัพท์ : ๐๒ ๒๐๒ ๖๘๐๐
นายแพทย์ศุภกร พิทักษ์การกุล		โทรศัพท์ : ๐๒ ๒๐๒ ๖๘๐๐ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๓๐๙๑๙๕๕๑ E-mail : supakorn_dr@hotmail.com

## แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข (Inspection Guideline)

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕

ประเด็นที่ ๕ : ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

### หัวข้อ สาขาทารกแรกเกิด (Newborn)

ตัวชี้วัดหลัก อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ  $\leq 28$  วัน ที่รอดออกมามีน้ำหนัก  $\geq 500$  กรัม  
(เป้าหมาย  $< 3.60 : 1,000$  ทารกเกิดมีชีพ)

### คำนิยาม

ทารกแรกเกิด หมายถึง ทารกที่รอดออกมามีน้ำหนัก  $\geq 500$  กรัม มีชีวิตจนถึง 28 วัน ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./ รพท./ รพช./ รพ.สต.)

### สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)

อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ  $\leq 28$  วัน ที่รอดออกมามีน้ำหนัก  $\geq 500$  กรัม

$$\text{สูตรคำนวณ} = (A/B) \times 1,000$$

- A = จำนวนทารกที่เสียชีวิต  $\leq 28$  วัน
- B = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ

### ประเด็นการตรวจติดตาม

เพิ่มเติม NICU ให้ได้ตามเกณฑ์ (เตียง NICU ภาพรวมเขต) (เป้าหมาย ๑ : ๕๐๐ ทารกเกิดมีชีพ)

$$\text{สูตรคำนวณ} = B/A$$

- A = จำนวนเตียง NICU ในภาพรวมของเขต
- B = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ

### ประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
<b>ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๑</b>			
$< 3.60 : 1,000$ ทารกเกิดมีชีพ	<ul style="list-style-type: none"><li>- สำรวจสาเหตุการเสียชีวิต ๕ อันดับแรกของทารก</li><li>- จัดอบรมหรือให้ทุนเข้าอบรม NNP ในทุกเขตสุขภาพ</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- ทราบสาเหตุการเสียชีวิตของทารก ระบุจำนวนและร้อยละของแต่ละสาเหตุ</li><li>- จำนวน NNP ในทุกเขตสุขภาพเพิ่มขึ้น</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- มีแผนป้องกันเพื่อลดการเสียชีวิตทารกตามสาเหตุที่พบในแต่ละเขต เช่น แนวทางป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และแนวทางการป้องกันและดูแลรักษาภาวะPPHN</li></ul>

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
			- มี NNP อย่างน้อยแหวละ ๑ คน ทุกแหว
<b>ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๒</b>			
< ๓.๖๐ : ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ	- สํารวจสาเหตุการเสียชีวิต ๕ อันดับแรกของทารก - จัดอบรมหรือให้ทุนเข้า อบรม NNP ในทุกเขต สุขภาพ	- ทราบสาเหตุการเสียชีวิต ของทารก ระบุจำนวนและ ร้อยละของแต่ละสาเหตุ และระบุแนวทางการ ป้องกันและดูแลแก้ไข  - จำนวน NNP ในทุกเขต สุขภาพเพิ่มขึ้น	- มีการดำเนินงานตามแผน ป้องกันเพื่อลดการเสียชีวิต ทารกตามสาเหตุที่พบในแต่ ละเขตและแสดงผลการ ดำเนินงาน  - มี NNP อย่างน้อยแหวละ ๑ คน ทุกแหว

### Small Success

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
< ๓.๖๐ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกแรกเกิดมีชีพ	< ๓.๖๐ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกแรกเกิดมีชีพ	< ๓.๖๐ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกแรกเกิดมีชีพ	< ๓.๖๐ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกแรกเกิดมีชีพ

### แหล่งข้อมูล

ตัวชี้วัดหลัก/ ย่อย	ระบบ	ที่อยู่/ URL
อัตราการตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ ๒๘ วัน ที่ รอดออกมาหน้าหนัก ≥ ๕๐๐ กรัม	HDC	<a href="https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php">https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php</a>

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรมการแพทย์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

### ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/ หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ E-mail address	ประเด็นที่ รับผิดชอบ
พญ.จิรวรรณ อารยะพงษ์	ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชลบุรี	โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๓๘ ๙๓๓ ๐๐๐ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑ ๒๗๑ ๑๐๗๒	ให้ข้อมูลทาง วิชาการ
นพ.อดิศักดิ์ ภัตตาดั้ง	ผู้อำนวยการสถาบัน สุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชินี กรมการ แพทย์	โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๒๓๕๔ ๘๙๒๘ โทรสาร : ๐ ๒๓๕๔ ๘๙๔๓๙	รวบรวมจาก เขตสุขภาพและ ประมวลผลการ ดำเนินการ
ผศ.พิเศษ นพ.ศุภวัชร	นายแพทย์ชำนาญการ	โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐ ๒๓๕๔ ๘๙๒๘	

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/ หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ E-mail address	ประเด็นที่ รับผิดชอบ
บุญกษิตีเดช	พิเศษ สถาบันสุขภาพเด็ก แห่งชาติ -มหาราชินี	โทรศัพท์มือถือ: ๐๘๙ ๘๙๐ ๕๙๑๙ E-mail: suppawat_yoo@ hotmail.com	

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/ หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ E-mail address	ประเด็นที่ รับผิดชอบ
พญ.จิรวรรณ อารยะพงษ์	ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชลบุรี	โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๓๘ ๙๓๑ ๐๐๐ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑ ๒๗๑ ๑๐๗๒	วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และ ข้อเสนอแนะ
นพ.อดิศักดิ์ ภัตตาดำรง	ผู้อำนวยการสถาบัน สุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชินี กรมการ แพทย์	โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๒๓๕๔ ๘๙๒๘ โทรสาร : ๐ ๒๓๕๔ ๘๙๔๓๙	
ผศ.พิเศษ นพ.ศุภวัชร บุญกษิตีเดช	นายแพทย์ชำนาญการ พิเศษ สถาบันสุขภาพเด็ก แห่งชาติ -มหาราชินี	โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐ ๒๓๕๔ ๘๙๒๘ โทรศัพท์มือถือ: ๐๘๙ ๘๙๐ ๕๙๑๙ E-mail: suppawat_yoo@ hotmail.com	
นายปวิช อภิบาลกุล	นักวิเคราะห์นโยบาย และ แผนปฏิบัติการ กองยุทธศาสตร์และ แผนงาน กรมการ แพทย์	โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐ ๒๕๙๐ ๖๓๕๐ โทรศัพท์มือถือ: ๐๙๘ ๕๔๖ ๓๕๖๔ E-mail: eva๖๓๔๗๕๒@gmail.com	สรุปผลการ ดำเนินการ ปัญหาอุปสรรค
กลุ่มงานนิเทศระบบ การแพทย์	สำนักนิเทศระบบ การแพทย์ กรมการ แพทย์	โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐ ๒๕๙ ๐๖๓๕๘ - ๕๙ โทรสาร: ๐ ๒๙๖ ๕๙๘๕๑ E-mail: supervision.dms@gmail.com	

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕  
(Inspection Guideline)

ประเด็น : ลดแอ็ด ลดรอย ลดป่วย ลดตาย

หัวข้อ สาขาการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate Care: IMC)

ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดหลัก : ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care\* ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index = ๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน (เป้าหมาย ร้อยละ ๗๐)

คำนิยาม

การบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate care; IMC) หมายถึง การบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ ๖ เดือนตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยมีการให้บริการผู้ป่วยระยะกลางใน รพ.ทุกระดับ (A, S: เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย M, F: โรงพยาบาลลูกข่ายและให้บริการ intermediate bed/ward)

\*ผู้ป่วย Intermediate care หมายถึง ผู้ป่วยกลุ่มโรค Stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury และ Fracture Hip (Fragility fracture) ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index < ๑๕ รวมทั้งคะแนน Barthel index ≥ ๑๕ with multiple impairments ตามเกณฑ์การบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (IPD-IMC protocol) สำหรับโรงพยาบาลระดับ M และ F

Intermediate ward คือ การให้บริการ Intensive IPD rehabilitation program หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อยวันละ ๓ ชั่วโมง และอย่างน้อย ๕ วันต่อสัปดาห์ หรือ อย่างน้อย ๑๕ ชั่วโมง/สัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง nursing care) โดยมีรายละเอียดการให้บริการ Intermediate ward ตามภาคผนวก ๑

Intermediate bed คือ การให้บริการ Less Intensive IPD rehab program หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูโดยเฉลี่ยอย่างน้อย วันละ ๑ ชั่วโมงอย่างน้อย ๓ ครั้งต่อสัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง nursing care)

การพยาบาลฟื้นฟูสภาพ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ใช้กระบวนการหรือกิจกรรมที่มุ่งหวังให้ผู้ป่วยคนพิการ สามารถฟื้นคืนสภาพให้เร็วที่สุด ยอมรับและปรับตัวกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ โดยกระบวนการหรือกิจกรรมต่าง ๆ นั้น ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย คนพิการ ญาติ ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วย คนพิการ สามารถดำรงชีวิตอิสระในสังคมได้ตามศักยภาพ รวมถึงการพิทักษ์สิทธิอันพึงได้ให้กับผู้ป่วย คนพิการ

หมายเหตุ

๑. โรงพยาบาลระดับ A และ S ควรมีบทบาทเป็นผู้คัดกรอง ส่งต่อ และติดตามข้อมูลผู้ป่วย รวมทั้งการสนับสนุนทางด้านวิชาการและการรับปรึกษา

๒. การให้บริการ intermediate ward ได้ในโรงพยาบาลทุกระดับที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขขึ้นกับความพร้อมและบริบทของพื้นที่ในแต่ละจังหวัดและเขตสุขภาพ

คำย่อ	คำเต็ม	คำอธิบาย
BI	Barthel ADL index	แบบประเมินสมรรถนะความสามารถทำกิจวัตรประจำวันบาร์เทล ที่มีคะแนนเต็มเท่ากับ ๒๐
IMC	Intermediate care	การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง
IPD	In-patient department	หอผู้ป่วยในที่รับผู้ป่วยเข้านอนในโรงพยาบาลเพื่อการบำบัดรักษา
Stroke	Cerebrovascular accident	การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ICD๑๐ ต่อไปนี้ I๖๐ - I๖๔
TBI	Traumatic brain injury	การวินิจฉัยบาดเจ็บสมองที่เกิดจากภยันตราย ได้แก่ ICD๑๐ ต่อไปนี้ S๐๖๑ - S๐๖๙
SCI	Spinal cord injury	การวินิจฉัยบาดเจ็บไขสันหลังจากภยันตราย (traumatic) ได้แก่ ICD๑๐ ต่อไปนี้ S๑๔.๐ - S๑๔.๑, S๒๔.๐ - S๒๔.๑, S๓๔.๐ - S๓๔.๑, S๓๔.๓
-	Fracture Hip (Fragility fracture)	การวินิจฉัยภาวะกระดูกสะโพกหักจากภยันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture) ได้แก่ ICD๑๐ ต่อไปนี้ S๗๒.๐ - S๗๒.๒
	Multiple Impairments	ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องตั้งแต่ ๒ ระบบขึ้นไป ได้แก่ swallowing problem, communication problem, mobility problem, cognitive and perception problem, bowel and bladder problem
A	โรงพยาบาลศูนย์	ตามคำนิยามของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้
S	โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่	ตามคำนิยามของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้
M๑	โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก	ตามคำนิยามของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้
M๒	โรงพยาบาลชุมชนเพื่อรับส่งต่อผู้ป่วย	รพช. ขนาด ๑๒๐ เตียงขึ้นไป
F๑	โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่	รพช. ขนาด ๖๐-๑๒๐ เตียง
F๒	โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง	รพช. ขนาด ๓๐-๕๐ เตียง
F๓	โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก	รพช. ขนาด ๑๐ เตียง

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)

ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care\* ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index = ๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน (เป้าหมาย มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๗๐) (ตัวชี้วัดระดับจังหวัด)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด = (A/B) x ๑๐๐

A = จำนวนผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury และ Fracture Hip (Fragility fracture) ทุกอายุ ภายในจังหวัดที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index < ๑๕ หรือคะแนน Barthel index ≥ ๑๕ with multiple impairments ที่ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจนกว่า Barthel index = ๒๐ ตามเกณฑ์การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (IPD-IMC protocol) สำหรับโรงพยาบาลระดับ M และ F

ภาคผนวก ๑ เกณฑ์การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบ IPD (IPD-IMC protocol) สำหรับ รพ.ระดับ M และ F  
 ภาคผนวก ๒ IPD care protocol ที่ประกอบด้วย ๑) Problem list & plan, ๒) Standing doctor order sheet, ๓) Team meeting report และ ๔) Activities protocol)

B = จำนวนผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury รายใหม่ หรือกลับเป็นซ้ำ ภายในระยะเวลา ๖ เดือน และ Fracture Hip (Fragility fracture) ทุกราย ที่เข้าสู่ระบบการดูแลระยะกลาง อย่างต่อเนื่องจนครบ ๖ เดือน หรือจนกว่า Barthel index = ๒๐

หมายเหตุ: กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่

๑. ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury รายใหม่ หรือกลับเป็นซ้ำทั้งหมด ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัด

๒. ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ ๕๐ ปีขึ้นไป ทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัดด้วยภาวะ กระดูกสะโพกหักจากถื่นทรานซิชันไม่รุนแรง (Fragility fracture)

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการที่สำคัญ ในปี ๒๕๖๔	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
<b>ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๑</b>			
ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index = ๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน (เป้าหมายรอบ ๖ เดือน ร้อยละ ๗๐)	๑. เชื่อมโยงนโยบาย ระดับชาติลงสู่การปฏิบัติ ในระดับเขตสุขภาพและ จังหวัด  ๒. ให้บริการ IMC ตาม Care protocol อย่างเป็น รูปธรรม	๑.๑ มีการประชุมคณะกรรมการ IMC SP เขตและจังหวัด เพื่อขับเคลื่อนงาน ให้บรรลุเป้าหมายระดับเขตสุขภาพ  ๒.๑ มีแผนการให้บริการผู้ป่วยเป็น รายบุคคลต่อเนื่องจนครบ ๖ เดือน หรือ Barthel index = ๒๐ ๒.๒ มีระบบติดตามการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เช่น นัดมารับบริการแบบผู้ป่วย นอก การติดตามทางโทรศัพท์/Tele rehabilitation การติดตามเยี่ยมใน ชุมชน เป็นต้น ๒.๓ มีระบบปรึกษาทางไกล (Tele Consult) ระหว่าง รพ.แม่ข่าย และ รพ. ลูกข่าย ๒.๔ มีระบบส่งต่อและติดตามข้อมูล ผ่านระบบสารสนเทศที่สามารถเชื่อมโยง ข้อมูลภายในจังหวัด ๒.๕ พัฒนาระบบ Telemedicine ๓.๑ จัดอบรมระยะสั้นที่สามารถ ดำเนินการได้เองภายในจังหวัด/เขต	๑. มีแผนการ ดำเนินงานระดับเขต/ จังหวัด และมีการ ขับเคลื่อนงานตาม แผน ๒. จำนวนผู้ป่วยที่ ได้รับบริการและ ติดตาม ตามแผนการ ให้บริการผู้ป่วยเป็น รายบุคคลต่อเนื่องจน ครบ ๖ เดือน หรือ Barthel index = ๒๐

เป้าหมาย	มาตรการที่สำคัญ ในปี ๒๕๖๔	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	๓. สนับสนุนการพัฒนา ศักยภาพบุคลากรใน วิชาชีพที่ขาดแคลน ระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ	สุขภาพ ได้แก่ พยาบาลฟื้นฟูสภาพ ๓-๕ วัน กิจกรรมบำบัด แก่ไขการพูด การกลืน เป็นต้น ๓.๒ ส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมจาก ส่วนกลาง เช่น หลักสูตรพยาบาลเฉพาะ ทาง ๔ เดือน (Stroke และ Rehab) หลักสูตรกายภาพบำบัดสำหรับผู้ป่วย IMC ๔ เดือน เป็นต้น	๓. มีการพัฒนา ศักยภาพบุคลากรตาม แผนที่กำหนด

เป้าหมาย	มาตรการที่สำคัญ ในปี ๒๕๖๔	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
<b>ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๒</b>			
ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพ และติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index = ๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน (เป้าหมายรอบ ๑๒ เดือน ร้อยละ ๗๐)	๑. พัฒนาการให้บริการ IMC ให้ได้คุณภาพ ทั้ง ทางด้านโครงสร้าง ระบบ บริการ และบุคลากร  ๒. บริหารจัดการกำลังคน ด้านสุขภาพ	๑.๑ จังหวัดมีการจัดท้าวสดครุภัณฑ์ ยาและเวชภัณฑ์ อุปกรณ์เครื่องช่วย ความพิการให้เพียงพอต่อการ ให้บริการ ๑.๒ เยี่ยมเสริมพลังในแต่ละเขต สุขภาพ ๑.๓ เขตสุขภาพดำเนินการขอ สนับสนุนเงิน On-top IMC จาก สำนักงานเขตสุขภาพ/สปสช.เขต ๒.๑ เสนอแผนการบริหารกรอบ อัตรากำลังของเขตสุขภาพ ตาม วิชาชีพที่ขาดแคลน	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับ บริการและติดตาม ต่อเนื่องจนครบ ๖ เดือน หรือ Barthel index = ๒๐ ตามเกณฑ์การบริบาล ฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบ ผู้ป่วยใน (IPD-IMC protocol) สำหรับ โรงพยาบาลระดับ M และ F

\*\*\* หมายเหตุ การดูแลต่อผู้ป่วยต่อเนื่องจาก IMC สู่ Long term care พิจารณาจาก Barthel index เป็นสำคัญ ถ้าคะแนน Barthel index  $\geq$  ๑๒-๑๙ ควรติดตามต่อเนื่องโดยทีมฟื้นฟูฯ ถ้าคะแนน Barthel index  $\leq$  ๑๑ ควรพิจารณาดูแลต่อเนื่อง Long term care



## Small Success

### ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการปรับสภาพฟื้นสภาพและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index = ๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน			
๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
-	ร้อยละ ๗๐	-	ร้อยละ ๗๐

### แหล่งข้อมูล

ตัวชี้วัดหลัก	ระบบ	ที่อยู่/ URL
ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care * ได้รับการปรับสภาพฟื้นสภาพและติดตามจนครบ ๖ เดือนหรือจน Barthel index = ๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน	ข้อมูลจากการตรวจราชการรอบที่ ๑ และ ๒ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	-

### ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งหน่วยงาน /	หมายเลขโทรศัพท์/ E-mail address	ประเด็นที่ รับผิดชอบ
นายแพทย์ศุภศิลาภิ จำปานาค	ตำแหน่ง: นายแพทย์เชี่ยวชาญ หน่วยงาน :โรงพยาบาลสระบุรี	โทรศัพท์มือถือ :๐๘๔๖๔๙ ๖๗๐๒ E-mail: sjampanak@gmail.com	ให้ข้อมูลทาง วิชาการ รวบรวมจาก เขตสุขภาพ และ ประมวลผล การดำเนินการ
นายแพทย์ประสิทธิ์ชัย มังจิตร	ตำแหน่ง: นายแพทย์เชี่ยวชาญ หน่วยงาน :โรงพยาบาลแก่งคอย จังหวัด สระบุรี	โทรศัพท์มือถือ :๐๘๐๕๓๖ ๑๙๒๓ E-mail: Peed.pr@gmail.com	
แพทย์หญิงวิชนี ธงทอง	ตำแหน่ง: นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ หน่วยงาน :สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟู สมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ	โทรศัพท์มือถือ :๐๘๔๕๙๗ ๖๕๒๙ E-mail: vichyrehab@gmail.com	
แพทย์หญิงดวงจิตร์ สมิทธิธรรเศรษฐ์	ตำแหน่ง: นายแพทย์ชำนาญการ หน่วยงาน :สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟู สมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ	โทรศัพท์มือถือ :๐๘ ๙๔๑๒ ๙๖๐๙ E-mail: tumpotharam@gmail.com	
นางสาวณิรัตน์ หัวหนองหาร	ตำแหน่ง: นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ หน่วยงาน :สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟู สมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ	โทรศัพท์มือถือ :๐๘ ๗๖๗๗ ๖๙๑๙ E-mail: aom.maneerut@gmail.com	

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งหน่วยงาน /	หมายเลขโทรศัพท์/ E-mail address	ประเด็นที่ รับผิดชอบ
แพทย์หญิงวิชนี ธงทอง	ตำแหน่ง: นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ หน่วยงาน :สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟู สมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ	โทรศัพท์มือถือ :๐๘ ๖๕๒๙ ๔๕๙๗ E-mail: vichyrehab@gmail.com	สรุปผลการ ดำเนินการ วิเคราะห์ปัญหา
นางสาวมนีรัตน์ หัวหนองหาร	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ หน่วยงาน :สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟู สมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ	โทรศัพท์มือถือ :๐๘ ๗๖๗๗ ๖๙๑๙ E-mail: aom.maneerut@gmail.com	อุปสรรคและ ข้อเสนอแนะ