



ผลการตรวจราชการกรมการแพทย์
ตัวชี้วัด Functional Based สาขาลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย
สาขาการดูแลระยะกลาง รอบที่ 1 ปีงบประมาณ พ.ศ.2565



โดยแพทย์หญิงจุไรรัตน์ บัวภิบาล
สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
วันที่ 17 พฤษภาคม 2565

ตัวชี้วัดปีงบประมาณ 2565	เกณฑ์เป้าหมาย	
	รอบ 6 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ 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>ที่ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจนกว่า Barthel index = 20</u> ตามเกณฑ์การบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (IPD-IMC protocol)
B	จำนวนผู้ป่วย Intermediate care* ภายในจังหวัดที่รอดชีวิต และมีคะแนน Barthel index <15 หรือคะแนน Barthel index ≥ 15 with multiple impairments <u>ที่เข้าสู่ระบบการดูแลระยะกลาง จนครบ 6 เดือน หรือ Barthel index = 20</u> (ผู้ป่วยที่สามารถประเมินผลลัพธ์การดูแลได้ หากไม่สามารถประเมินได้ให้ยกยอดไปประเมินรอบถัดไป)

*กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury รายใหม่ หรือกลับเป็นซ้ำภายในระยะเวลา 6 เดือน ทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัด
2. ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัดด้วยภาวะกระดูกสะโพกหักจากภัยอันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture)



สาขาการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care)

ตัวชี้วัด: ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care ได้รับการบริหาร
พื้นสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20
ก่อนครบ 6 เดือน (เป้าหมาย ร้อยละ 70)



เป้าหมาย

ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care ได้รับการบริหารพื้นสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน (เป้าหมายรอบ 6 เดือน ร้อยละ 70, รอบ 12 เดือน ร้อยละ 70)

มาตรการ

รอบที่ 1

1. เชื่อมโยงนโยบายระดับชาติลงสู่การปฏิบัติในระดับเขตสุขภาพและจังหวัด
2. ให้บริการ IMC ตาม Care protocol อย่างเป็นรูปธรรม
3. สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในวิชาชีพที่ขาดแคลน ระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ

รอบที่ 2

1. พัฒนาการให้บริการ IMC ให้ได้คุณภาพ ทั้งทางด้านโครงสร้าง ระบบบริการ และบุคลากร
2. บริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

แนวทางการตรวจ

รอบที่ 1

1. มีการประชุมคณะกรรมการ IMC SP เขตและจังหวัด เพื่อขับเคลื่อนงานให้บรรลุเป้าหมายระดับเขตสุขภาพ
 - 2.1 มีแผนการให้บริการผู้ป่วยเป็นรายบุคคลต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน หรือ Barthel index = 20
 - 2.2 มีระบบติดตามการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เช่น นัดมารับบริการแบบผู้ป่วยนอก การติดตามทางโทรศัพท์/Tele rehabilitation การติดตามเยี่ยมในชุมชน
 - 2.3 มีระบบปรึกษาทางไกลระหว่าง รพ.แม่ข่าย และ รพ.ลูกข่าย
 - 2.4 มีระบบส่งต่อและติดตามข้อมูล ผ่านระบบสารสนเทศที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลภายในจังหวัด
 - 2.5 พัฒนาระบบ Telemedicine
- 3.1 จัดอบรมระยะสั้นที่สามารถดำเนินการได้เองภายในจังหวัด/เขตสุขภาพ ได้แก่ พยาบาลพื้นฟูสภาพ 3-5 วัน กิจกรรมบำบัด แก่ไขการพูด การกลืน
- 3.2 ส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมจากส่วนกลาง เช่น หลักสูตรพยาบาลเฉพาะทาง 4เดือน (Stroke และ Rehab) หลักสูตรกายภาพบำบัดสำหรับผู้ป่วย IMC 4 เดือน

รอบที่ 2

- 1.1 จังหวัดมีการจัดท้าวสตรูกรักษ์ ยาและเวชภัณฑ์ อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการให้เพียงพอต่อการให้บริการ
- 1.2 เยี่ยมเสริมพลังในแต่ละเขตสุขภาพ
- 1.3 เขตสุขภาพดำเนินการขอสนับสนุนเงิน On-top IMC จากสำนักงานเขตสุขภาพ/สพสข.เขต
- 2.1 เสนอแผนการบริหารกรอบอัตรากำลังของเขตสุขภาพ ตามวิชาชีพที่ขาดแคลน

ผลลัพธ์ที่ต้องการ

รอบที่ 1

1. มีแผนการดำเนินงานระดับเขต/จังหวัด และมีการขับเคลื่อนงานตามแผน
2. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการและติดตามตามแผนการให้บริการผู้ป่วยเป็นรายบุคคลต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน หรือ Barthel index = 20
3. มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรตามแผนที่กำหนด

รอบที่ 2

จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการและติดตามต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน หรือ Barthel index = 20 ตามเกณฑ์การบริหารพื้นสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (IPD-IMC protocol) สำหรับรพ.ระดับ M และ F

Small Success

3
เดือน

Small Success

ร้อยละ 70

6
เดือน

Small Success

9
เดือน

Small Success

ร้อยละ 70

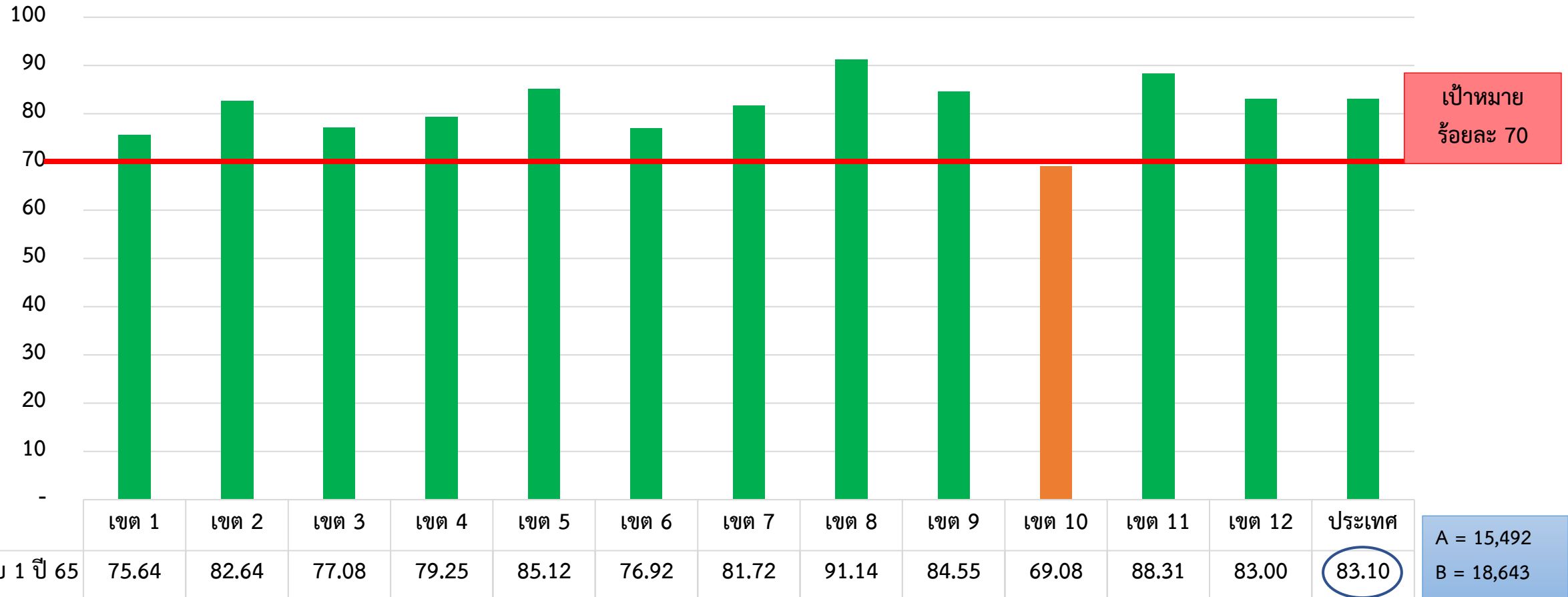
12
เดือน





สาขาการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care)

ตัวชี้วัด: ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care ได้รับการบริบาล
พื้นสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20
ก่อนครบ 6 เดือน (เป้าหมาย ร้อยละ 70)



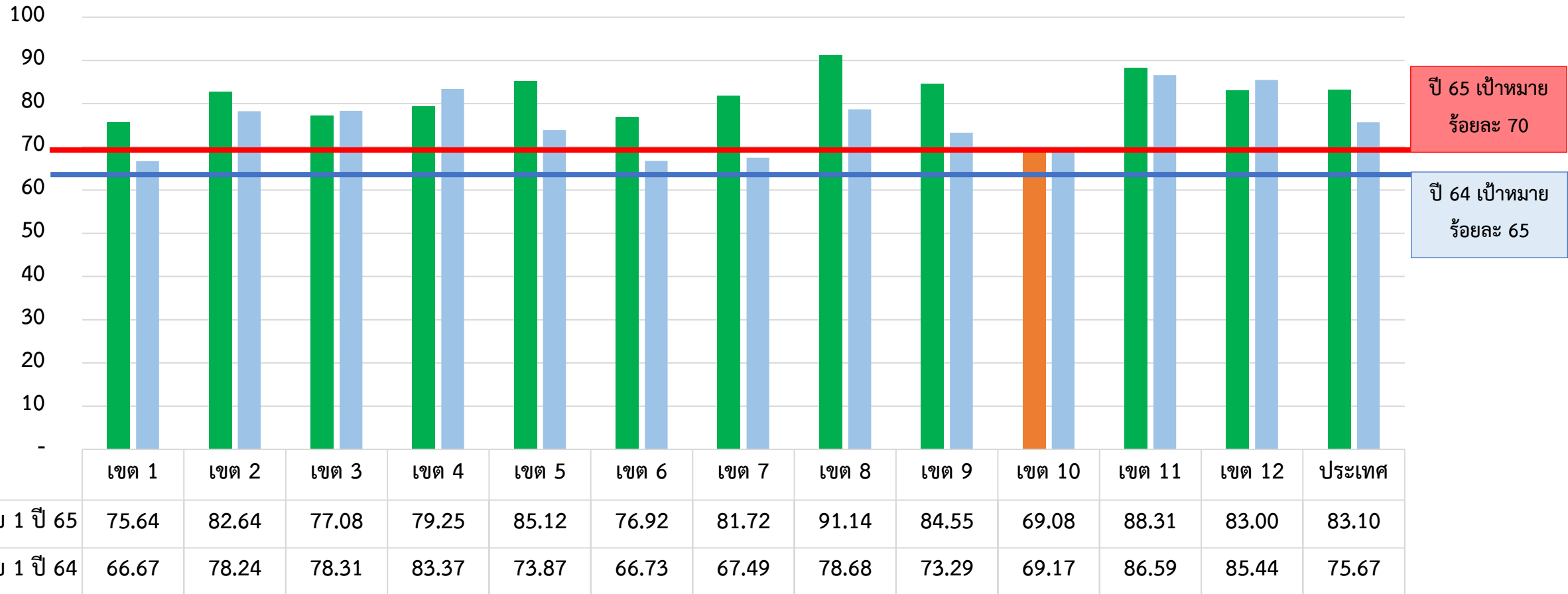
ที่มา: ผลการตรวจราชการรอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2565
และการรายงานผลของ Service Plan ในพื้นที่





สาขาการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care)

ตัวชี้วัด: ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care ได้รับการบริหาร
พื้นสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20
ก่อนครบ 6 เดือน



ที่มา : ปี 65 จากผลการตรวจราชการรอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2565 และการรายงานผลของ Service Plan ในพื้นที่
ปี 64 จากผลการตรวจราชการรอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2564 และ DMS Health KPI วันที่ 3 พฤษภาคม 2564





ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหาอุปสรรค

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

Service delivery

1. จากสถานการณ์ของโรค COVID-19 มีผลกระทบทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ส่งผลให้ขาดการกำกับติดตาม และ intensive program ขาดความต่อเนื่อง ดังนี้
 - 1.1 เจ้าหน้าที่ไม่สามารถติดตามเยี่ยมบ้าน และให้การฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องได้
 - 1.2 ผู้ป่วยไม่สามารถออกมารับบริการที่โรงพยาบาลได้
2. การส่งกลับผู้ป่วย (refer back) เพื่อรักษาต่อที่ รพช. มีจำนวนน้อย

- ควรมีการพัฒนาระบบ teleconsultation หรือ rehabilitation เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์โรค COVID-19
- ควรมีการพัฒนาระบบเชื่อมโยงข้อมูลของผู้ป่วยในการ refer back ไปรักษาต่อที่ รพช. ครอบคลุมทั้งเขตสุขภาพ หรือพิจารณาเพิ่ม node IMC ในแต่ละ รพช.
- พัฒนาระบบ refer back ให้ชัดเจนและปฏิบัติได้ พร้อมทั้งสนับสนุน Telemedicine

Health workforce

- ขาดแคลนบุคลากรเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เช่น แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกิจกรรมบำบัด นักกายอุปกรณ์ พยาบาลฟื้นฟู (4 เดือน) เป็นต้น

- เพิ่มพูนทักษะที่จำเป็นแก่ผู้ดูแลหรือญาติผู้ป่วยเฉพาะราย
- สนับสนุนการส่งอบรมพยาบาลฟื้นฟู และมีการจัดอบรมภายในจังหวัดหรือเขตสุขภาพ เพื่อพัฒนาศักยภาพของทีมนสหสาขาวิชาชีพในหลักสูตรที่เกี่ยวข้อง

Financing

ปีงบ 2565 สปสช. ไม่มีการจ่ายค่าบริการแบบ on top IMC

- ควรมีการสนับสนุนค่าบริการ IMC ให้ครอบคลุมและเท่าเทียมทั้ง 12 เขตสุขภาพ
- ตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้น และประสานงานกับ สปสช. เขตสุขภาพโดยตรง





ข้อชื่นชม

ที่มา: จากแบบรายงานตรวจราชการรอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2565

เขตสุขภาพ	ประเด็นที่ชื่นชม/ตัวอย่างที่ดี
เขตสุขภาพที่ 1	<ul style="list-style-type: none"> ✓ เชียงใหม่ - โปรแกรมการบันทึกการให้บริการและการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย (โปรแกรม CM-IMC) ✓ แพร์ - โปรแกรม PIMC ทั้ง 5 กลุ่มโรค ได้แก่ Hip fracture, Ischemic stroke, Hemorrhage stroke, SCI และ TBI เพื่อใช้ในการส่งต่อติดตามดูแลรักษาต่อเนื่องในแต่ละพื้นที่ ✓ ลำปาง - พัฒนาระบบจัดเก็บข้อมูล การรักษา และติดตามผล โดยโปรแกรม COC-link 2020 และเชื่อมข้อมูลกับโรงพยาบาลชุมชน และ Application ต่าง
เขตสุขภาพที่ 2	<ul style="list-style-type: none"> ✓ พิษณุโลก - พัฒนาการบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ครบถ้วนตามโปรแกรมบริการ (HosXP) ได้แก่ จำนวนครั้งของการฟื้นฟู และการประเมิน BI ในการจัดสรรงบประมาณคุณภาพการให้บริการ (Quality and Framework) ของ สปสช.
เขตสุขภาพที่ 6	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ให้คำแนะนำและติดตามการฟื้นฟู ด้วยระบบ Tele-rehabilitation ในผู้ป่วย IMC แบบผู้ป่วยนอก ✓ บูรณาการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย IMC ร่วมกับระบบการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of care: COC) และส่งต่อข้อมูลการติดตามเยี่ยมบ้านในโปรแกรม Thai COC โดยมีแพทย์แผนไทยร่วมเป็น Manager กับทีมสหวิชาชีพ IMC
เขตสุขภาพที่ 7	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ขอนแก่น มีภาคีเครือข่าย Stroke ที่สามารถดำเนินการค้นหาและติดตามผู้ป่วย IMC เชิงรุกในชุมชน ประสานงานและทำการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่อง และมีการใช้โปรแกรม Stroke@BI ในการส่งต่อและติดตามเยี่ยมผู้ป่วย acute, intermediate และ long term care ✓ ร้อยเอ็ด มีโปรแกรม Nemocare Roi-ET เป็นโปรแกรมส่งต่อและติดตามเยี่ยมผู้ป่วย IMC ที่เชื่อมโยงทั้งระบบ





ข้อชื่นชม

ที่มา: จากแบบรายงานตรวจราชการรอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2565

เขตสุขภาพ	ประเด็นที่ชื่นชม/ตัวอย่างที่ดี
เขตสุขภาพที่ 8	<ul style="list-style-type: none"> ✓ สกลนคร - มีโปรแกรม IMC SAKON NAKHON (google.com) สำหรับการใส่ส่งต่อและตอบกลับข้อมูลผู้ป่วย IMC ✓ หนองคาย - มี QR code for Home PT program สำหรับผู้ป่วยในการดูแลตัวเองที่บ้าน
เขตสุขภาพที่ 9	<ul style="list-style-type: none"> ✓ นครราชสีมา - มีการทำ MOU คลินิกกายภาพเอกซนกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อจัดบริการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย
เขตสุขภาพที่ 10	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ศรีสะเกษ - มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ ร่วมกับโรงพยาบาลศรีสะเกษเตรียมเปิดศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลต่อเนื่อง ตึกคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ
เขตสุขภาพที่ 11	<ul style="list-style-type: none"> ✓ มีการพัฒนาระบบพีเลียง (Node) ในการดูแลผู้ป่วยในเครือข่าย ✓ มีการใช้ทรัพยากรร่วมกันภายในจังหวัด ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู พยาบาลฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด ✓ มีการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในการจัดตั้ง Day care Center
เขตสุขภาพที่ 12	<ul style="list-style-type: none"> ✓ สงขลา - จัดตั้งธนาคารศูนย์สร้างสุข โดยเป็นศูนย์สาธิต/ ยืมอุปกรณ์ช่วยความพิการ ✓ สตูล - พัฒนาระบบ Community based IMC: ศูนย์ CBR ร่วมกับชุมชนและภาคประชาชน ✓ ยะลา - พัฒนา Application: Yala IMC กับโปรแกรม Home Health Care ✓ นราธิวาส - ส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงานทุติยภูมิ และปฐมภูมิอย่างเป็นระบบ รวมทั้งสามารถส่งต่อผู้ป่วยจาก IMC ไปสู่ LTC ได้อย่างมีประสิทธิภาพ



แนวทางการตรวจราชการ รอบที่ 2/2565



มาตรการ
ที่สำคัญ

- ❖ พัฒนาการให้บริการ IMC ให้ได้คุณภาพ ทั้งทางด้าน โครงสร้าง ระบบบริการ และบุคลากร
- ❖ บริหารจัดการกำลังคน ด้านสุขภาพ

มาตรการที่สำคัญ

แนวทางการ
ตรวจติดตาม

- จังหวัดมีการจัดหาวัสดุ ครุภัณฑ์ ยาและเวชภัณฑ์ อุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการให้เพียงพอ ต่อการให้บริการ
- เยี่ยมเสริมพลังในแต่ละเขตสุขภาพ
- เสนอแผนการบริหารกรอบ อัตรากำลังของเขตสุขภาพ ตามวิชาชีพที่ขาดแคลน

แนวทางการตรวจติดตาม

ผลลัพธ์
ที่ต้องการ

- ✓ จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย ที่ได้รับบริการและติดตาม ต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน หรือ Barthel index = 20 ตามเกณฑ์การบิบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบ ผู้ป่วยใน (IPD-IMC protocol สำหรับ รพ.M และ F)

เป้าหมายรอบ 12 เดือน:
ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70

ผลลัพธ์ที่ต้องการ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

01

Service delivery

- พัฒนาระบบบริการในรูปแบบ New Normal เพื่อรองรับสถานการณ์ COVID-19
- พัฒนาระบบดูแลและติดตามผู้ป่วย โดยใช้ Telemedicine/ Telerehabilitation
- มีระบบปรึกษาทางไกล (Teleconsultation) ระหว่าง รพ.แม่ข่ายและลูกข่าย
- พัฒนาเครือข่าย/เชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยในชุมชน เพื่อให้เกิดระบบการดูแลต่อเนื่อง

02

Health workforce

พื้นที่: วิเคราะห์ภาระงาน (FTE) จัดทำแผนเพิ่มอัตรากำลัง/แผนพัฒนาบุคลากรในวิชาชีพที่ขาดแคลน และดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้

ส่วนกลาง: เสนอรอบอัตรากำลังของวิชาชีพที่เกี่ยวข้องใน รพ. แต่ละระดับ เพื่อให้เพียงพอและเหมาะสมกับภาระงาน

03

Information system

พื้นที่: พัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อรองรับการส่งต่อและติดตามข้อมูลผู้ป่วย IMC ระหว่าง รพ.แม่ข่ายและลูกข่าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและติดตามต่อเนื่อง (พิจารณาตามความพร้อมของพื้นที่ เช่น โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นเอง Line, Google sheet เป็นต้น)

ส่วนกลาง: พัฒนาระบบสารสนเทศที่เป็นระบบเดียวกันทั่วประเทศ

04

Financing

ส่วนกลาง: ผลักดันข้อเสนอรูปแบบการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) ที่เหมาะสม



กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES



กรมการแพทย์
"ทำดีที่สุดเพื่อทุกชีวิต"



ทุกลมหายใจที่ได้คืบมา
มีค่ามากกว่าคำชื่นชม



ทำดีที่สุด เพื่อทุกชีวิต
(Do our best for all)

กรมการแพทย์



80 ปี กรมการแพทย์ ทำดีที่สุดเพื่อทุกชีวิต (Do our best for all)

DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

สรุปผลการตรวจราชการ Service Plan
สาขามะเร็ง (CANCER)
รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2565

เกณฑ์/เป้าหมายตัวชี้วัด สาขามะเร็ง ปีงบประมาณ 2563 - 2565

ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย			ผลการดำเนินงาน จากโปรแกรม Thai Cancer Based (TCB) รอบที่ 1/2565
		ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	
1	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย การผ่าตัด ภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์	≥ 70%	≥ 70%	≥ 75%	72.73 %
2	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย เคมีบำบัด ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	≥ 70%	≥ 70%	≥ 75%	72.91 %
3	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย รังสีรักษา ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%	64.08 %

*สามารถติดตามข้อมูลจากเว็บไซต์ TCB (<http://tcb.nci.go.th/>)

*ข้อมูลจาก TCB ดึงข้อมูล ณ วันที่ 1 เมษายน 2565



ระยะเวลารอคอยผ่าตัด

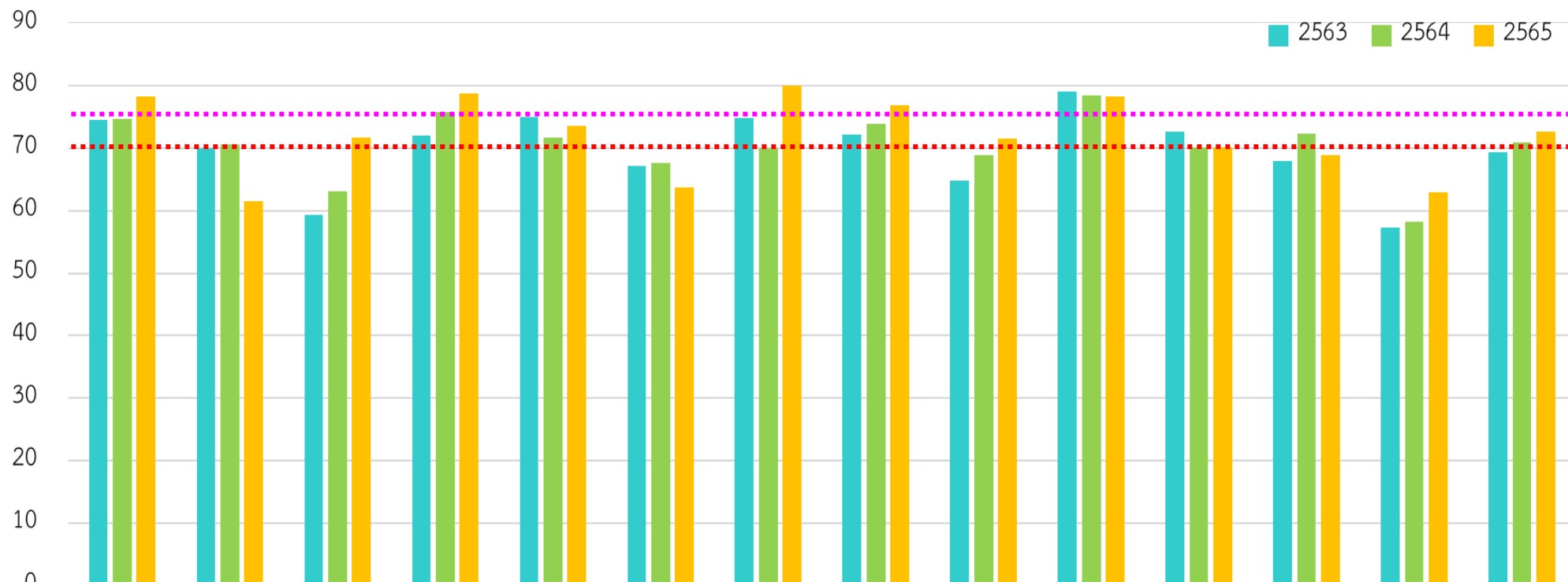
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์
ปีงบประมาณ 2565 แสดงผลการดำเนินงาน และ n (1 ต.ค.64 - 31 มี.ค.65)

ข้อมูล

ปี 2563 : 1 ต.ค. 63- 30 ก.ย. 64

ปี 2564 : 1 ต.ค. 63 - 30 ก.ย. 64

ปี 2565 : 1 ต.ค. 64 - 30 เม.ย. 65



เป้าหมาย ปี 65
≥ ร้อยละ 75

เป้าหมาย ปี 63-64
≥ ร้อยละ 70

สรุปผลการดำเนินงาน
- เขตสุขภาพที่ 3, 6, 9, 13
ต่ำกว่าเป้าหมาย

	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	เขต 13	รวม
2563	74.49	70.02	59.36	72.07	74.99	67.25	74.9	72.14	64.86	79.04	72.63	68	57.38	69.31
2564	74.63	70.65	63.14	75.86	71.79	67.62	70	73.94	68.89	78.42	70.09	72.33	58.18	70.98
2565	78.28	61.49	71.67	78.74	73.55	63.78	80.08	76.82	71.63	78.31	70.12	68.97	62.89	72.73



ระยะเวลารอคอยการให้ยาเคมีบำบัด

ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์
ปีงบประมาณ 2565 แสดงผลการดำเนินงาน และ n (1 ต.ค.64 - 31 มี.ค.65)

ข้อมูล

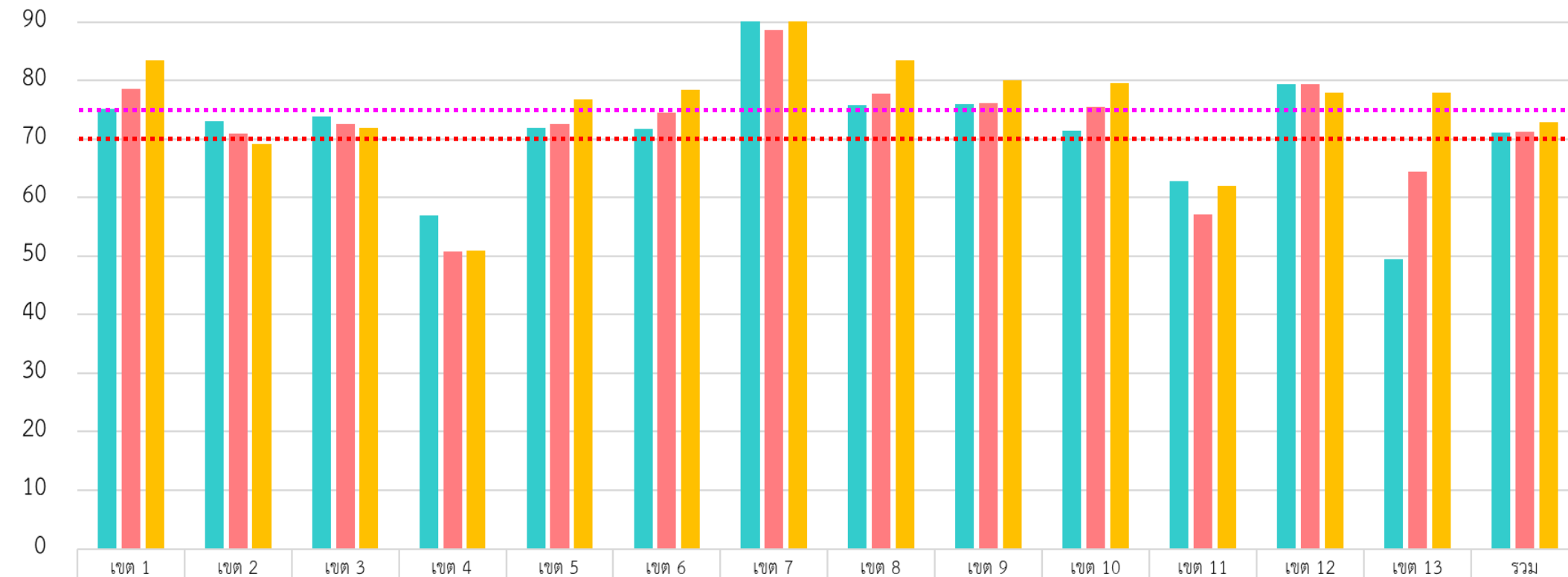
ปี 2563 : 1 ต.ค. 63- 30 ก.ย. 64

ปี 2564 : 1 ต.ค. 63 - 30 ก.ย. 64

ปี 2565 : 1 ต.ค. 64 - 30 เม.ย. 65



2563 2564 2565



เป้าหมาย ปี 65
≥ ร้อยละ 75

เป้าหมาย ปี 63-64
≥ ร้อยละ 70

สรุปผลการดำเนินงาน
-เขตสุขภาพที่ 4 และ 11
ต่ำกว่าเป้าหมาย

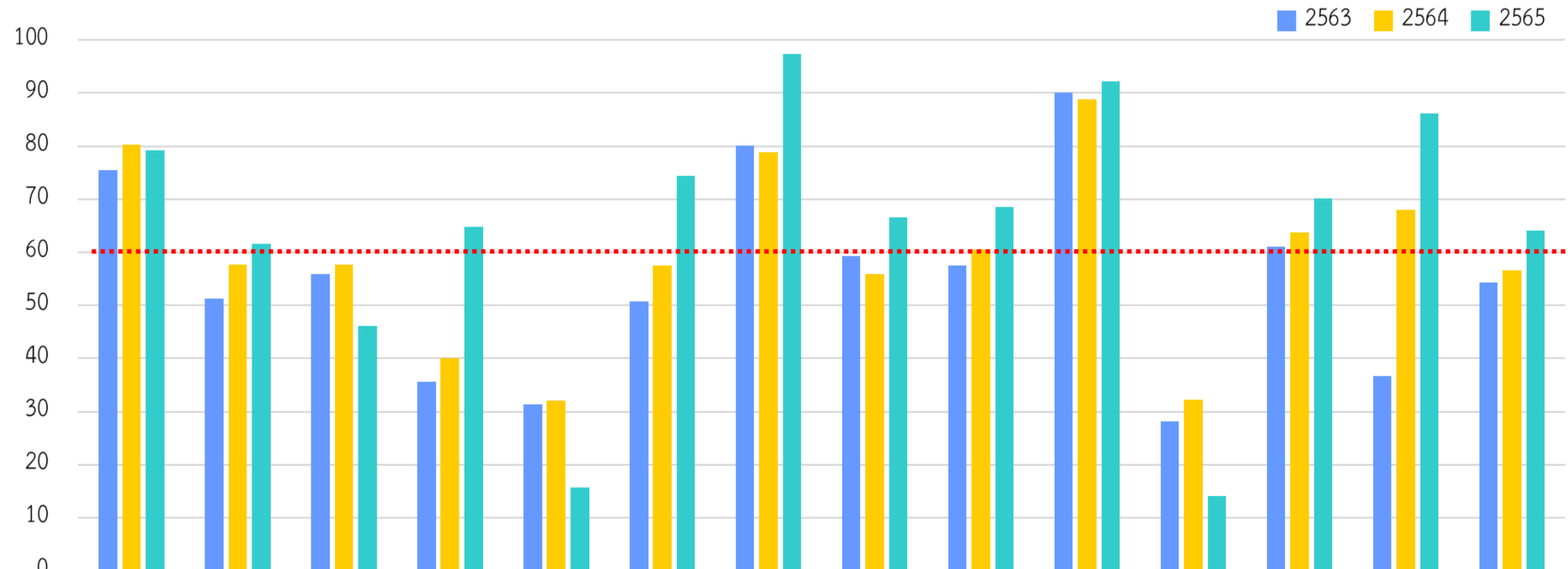


ระยะเวลารอคอยฉายแสง

ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์
ปีงบประมาณ 2565 แสดงผลการดำเนินงาน และ n (1 ต.ค.64 - 31 มี.ค.65)

ข้อมูล

- ปี 2563 : 1 ต.ค. 63- 30 ก.ย. 64
- ปี 2564 : 1 ต.ค. 63 - 30 ก.ย. 64
- ปี 2565 : 1 ต.ค. 64 - 30 เม.ย. 65



เป้าหมาย ปี 63-65
≥ ร้อยละ 60

สรุปผลการดำเนินงาน
- เขตสุขภาพที่ 3, 5, 11
ต่ำกว่าเป้าหมาย

เกณฑ์/เป้าหมายตัวชี้วัด สาขามะเร็ง ปีงบประมาณ 2563 - 2565

Cancer Anywhere : มะเร็งรักษาได้ทุกที่

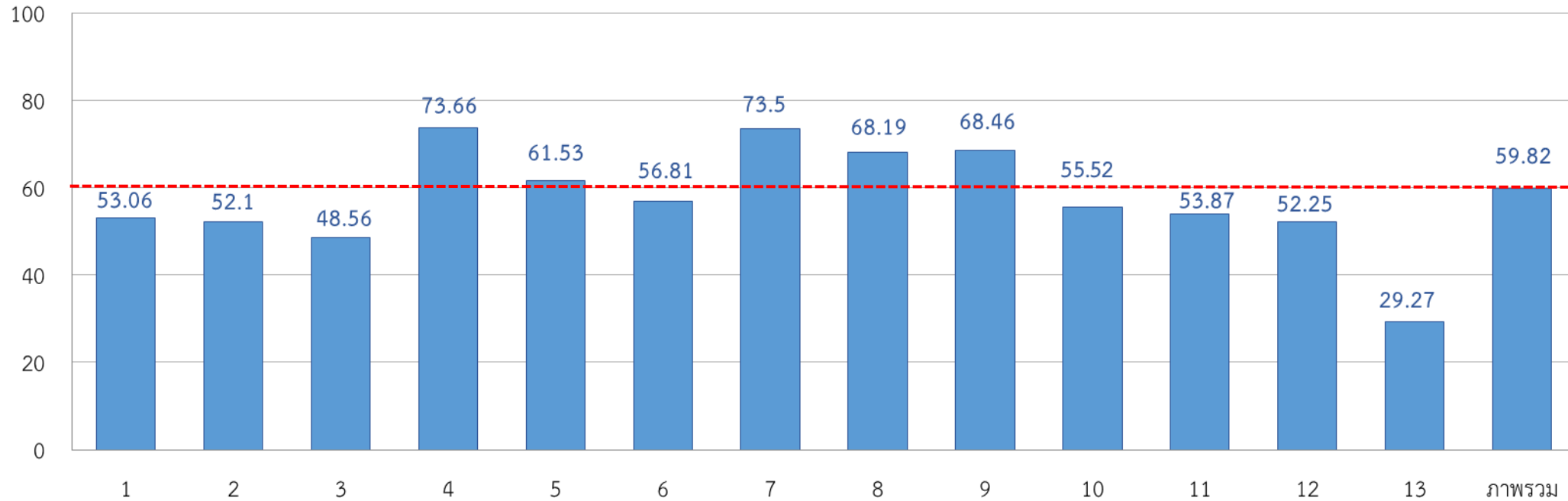
ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
		ปี 2565	จาก Cancer Anywhere รอบที่ 1/2565
1	โรงพยาบาลมีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งเข้าสู่ระบบ TCB Plus (ไม่มีการใช้ใบส่งตัว) ร้อยละ 60 เทียบกับจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่มีการเบิกจ่ายผ่านระบบ e-Claim	≥ 60 %	58.3 %
2	ทุกโรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยมะเร็งในกองทุนสปสช. มีผู้ประสานงานโรคมะเร็ง (Cancer Coordinator) ในการประสานส่งต่อผู้ป่วย	100 %	88.54 %
3	ผู้ป่วยโรคมะเร็งสามารถเข้าถึงบริการผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ภายใน 4, 6 และ 6 สัปดาห์ เป็นร้อยละ 75, 75 และ 60 ตามลำดับ	75, 75 และ 60 ตามลำดับ	69.15 % , 74.77 % และ 73.75 % ตามลำดับ

*สามารถติดตามข้อมูลจากเว็บไซต์ Cancer Anywhere (<http://canceranywhere.com/nhso>)

ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่มีการส่งต่อข้อมูลผ่านโปรแกรม TCB PLUS



จำแนกตามเขตบริการสุขภาพ (1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565)



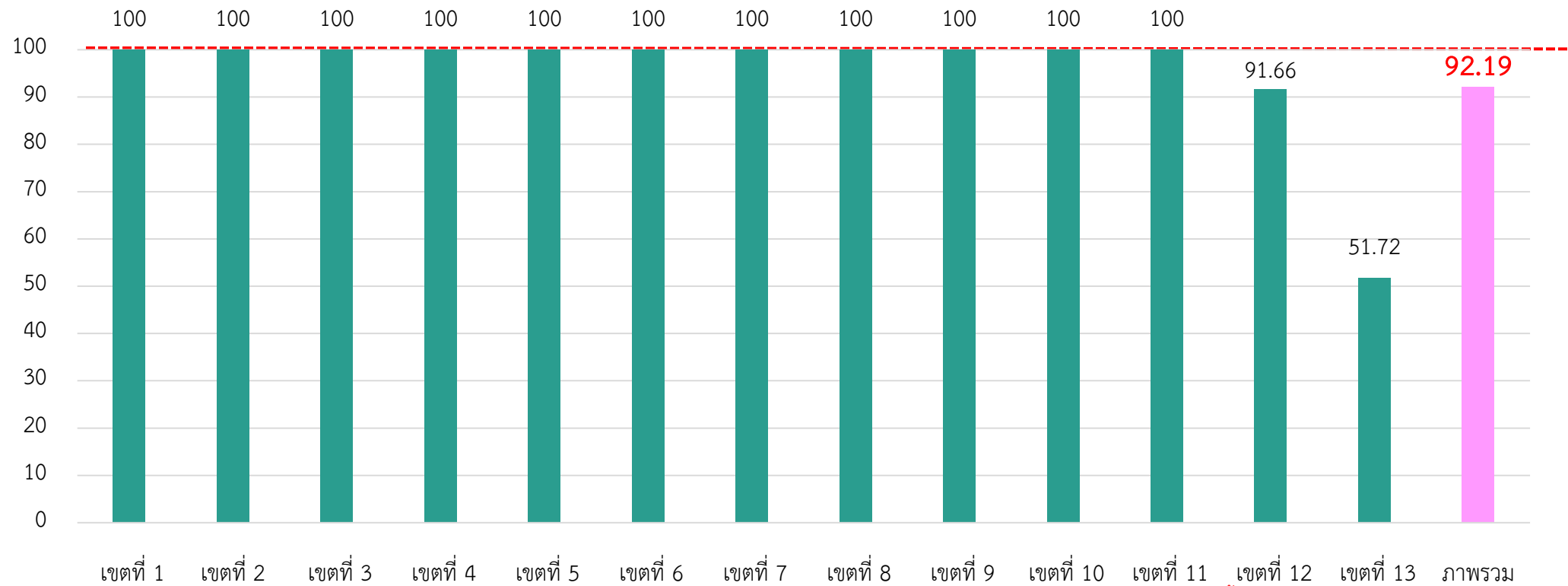
	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	เขต 13	ภาพรวม
จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ (จาก TCB Plus) ที่มีอยู่ใน e-Claim	2530	1305	859	3138	1905	2291	3347	2519	3855	1790	1686	1569	2737	30793
จำนวนผู้ป่วยรายใหม่จาก e-Claim	4768	2505	1769	4260	3096	4033	4554	3694	5631	3224	3130	3003	9350	51480

อัตราส่วนจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่มีการส่งต่อข้อมูลผ่านโปรแกรม TCB PLUS แยกตามเขตบริการต่อจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่มีการเบิกจ่ายผ่านระบบ e-Claim (เฉพาะโรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนกับสปสช.) ในช่วงเวลาที่กำหนด

ร้อยละของจำนวนหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มี Cancer Coordinator



ร้อยละหน่วยบริการที่มี Cancer coordinator



• อัตราส่วนของจำนวนหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนรักษาโรคมะเร็งในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มี Cancer Coordinator ต่อจำนวนหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนรักษาโรคมะเร็งในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทั้งหมด

	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	เขต 13	ภาพรวม
หน่วยบริการที่มี cancer coordinator	16	9	7	19	16	16	8	13	24	10	11	11	15	165
หน่วยบริการทั้งหมด	16	9	7	19	16	16	8	13	24	10	11	12	29	190

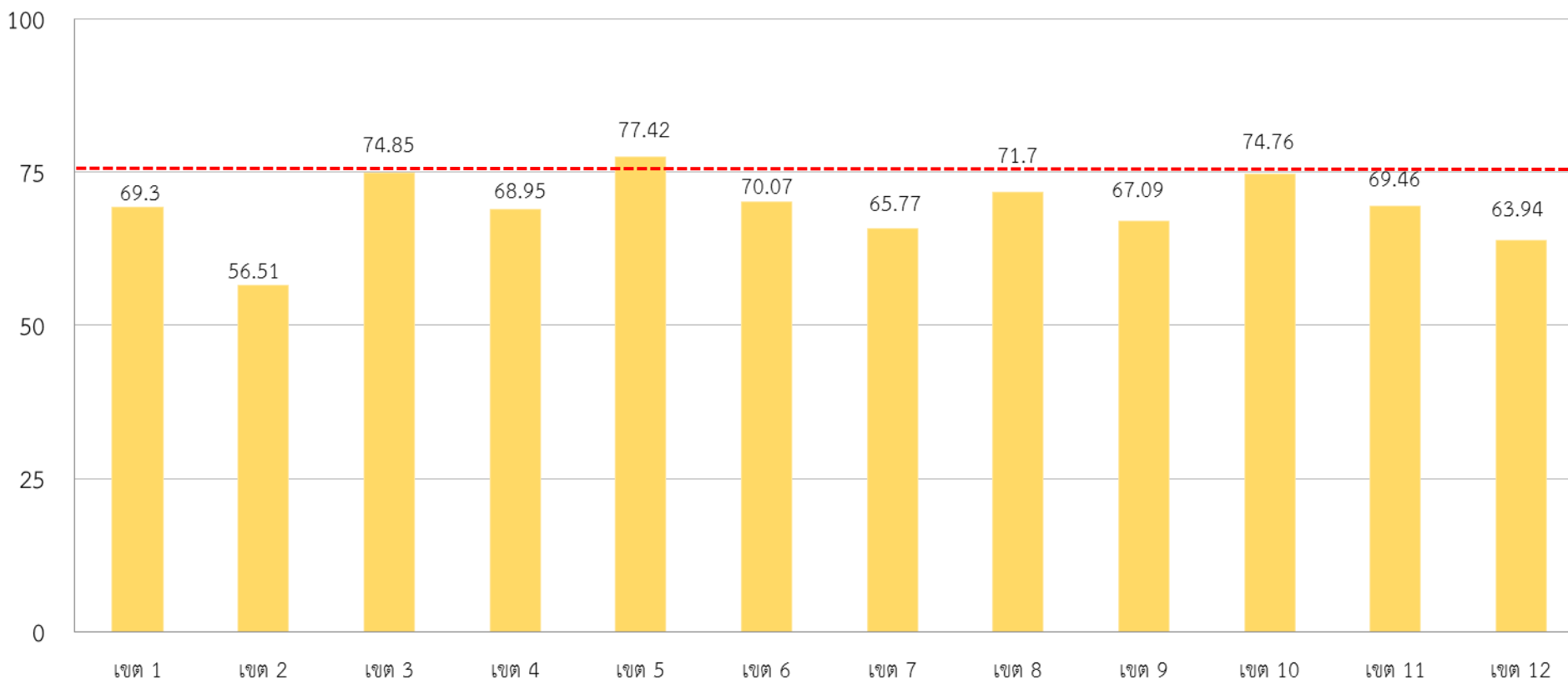


ระยะเวลารอคอยผ่าตัด

ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์
ปีงบประมาณ 2565 แสดงผลการดำเนินงาน และ n (1 ต.ค.64 – 31 มี.ค.65)



แสดงระยะเวลารอคอยผ่าตัดที่ผ่านเกณฑ์ภายในระยะเวลาที่กำหนด ข้อมูลจาก Cancer Anywhere



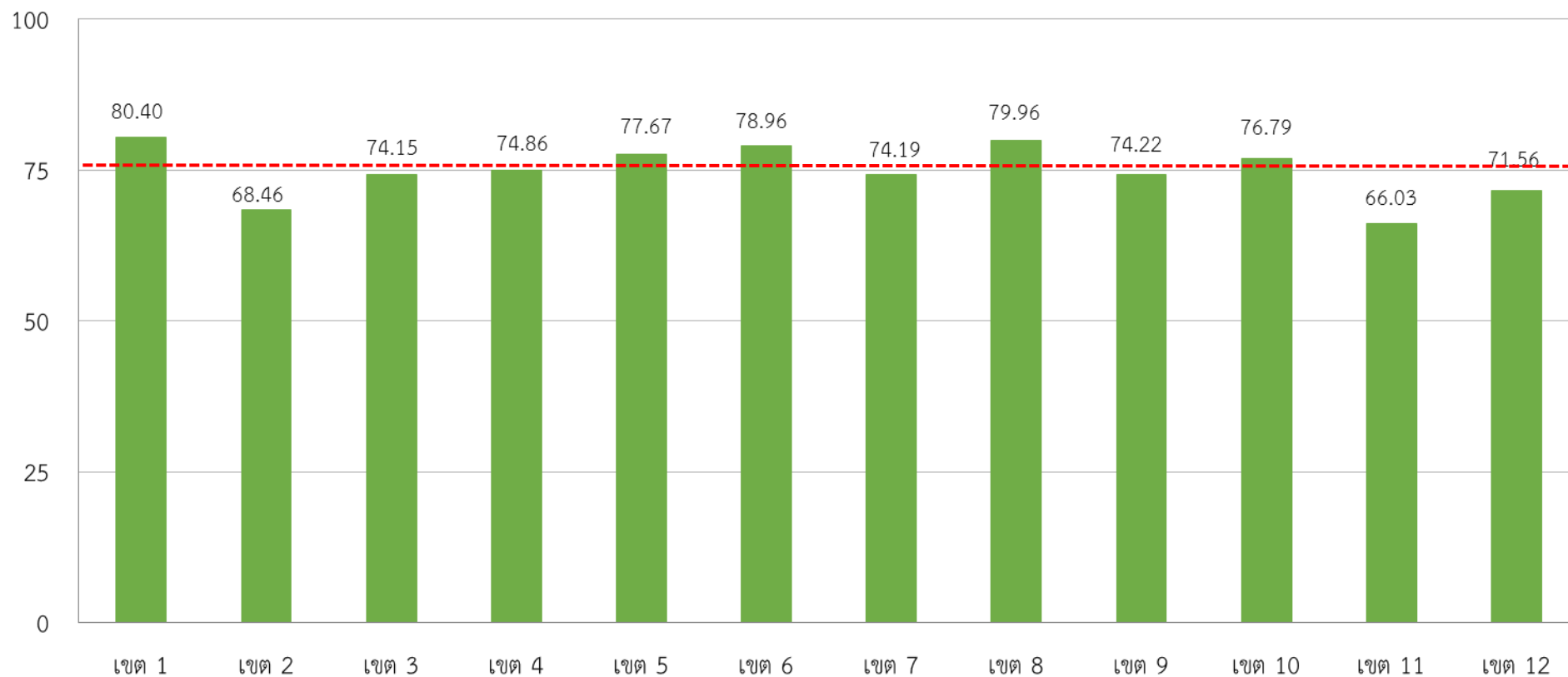
จำนวนผู้ป่วยแต่ละเขต		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Cancer Anywhere	A	1458	794	628	1008	1049	1065	1343	945	1411	921	687	704
	B	2104	1405	839	1462	1355	1520	2042	1318	2103	1232	989	1101

ระยะเวลารอคอยยาเคมี

ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์
ปีงบประมาณ 2565 แสดงผลการดำเนินงาน และ n (1 ต.ค.64 – 31 มี.ค.65)



แสดงระยะเวลารอคอยเคมีบำบัดที่ผ่านเกณฑ์ภายในระยะเวลาที่กำหนด ข้อมูลจาก Cancer Anywhere



จำนวนผู้ป่วยแต่ละเขต		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Cancer Anywhere	A	1075	369	307	783	661	912	871	774	829	559	447	531
	B	1337	539	414	1046	851	1155	1174	968	1117	728	677	742

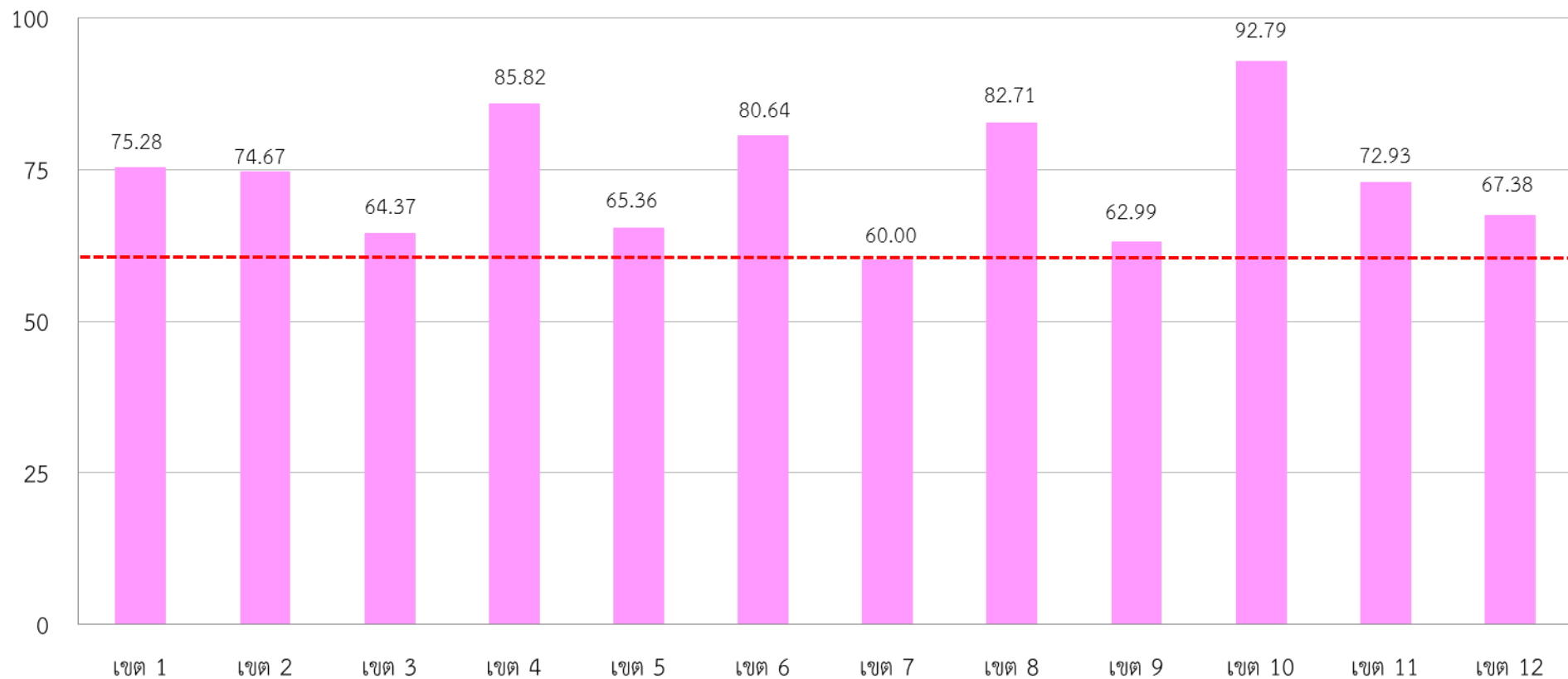


ระยะเวลารอคอยฉายแสง

ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์
ปีงบประมาณ 2565 แสดงผลการดำเนินงาน และ n (1 ต.ค.64 – 31 มี.ค.65)



แสดงระยะเวลารอคอยรังสีรักษาที่ผ่านเกณฑ์ภายในระยะเวลาที่กำหนด ข้อมูลจาก Cancer Anywhere



จำนวนผู้ป่วยแต่ละเขต		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Cancer Anywhere	A	664	168	159	950	183	629	396	593	383	515	361	285
	B	882	225	247	1107	280	780	660	717	608	555	495	423



ผลงานการคัดกรองมะเร็งใน 12 เขตสุขภาพ

ปีงบประมาณ 2563-2565 (1 ต.ค. 2564 – 31 มีนาคม 2565)



เขตสุขภาพ	ร้อยละการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (วิธี Pap smear + VIA + HPV DNA Test)			ร้อยละการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี FIT Test			ร้อยละการคัดกรองมะเร็งเต้านม (วิธี CBE + BSE)		
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
1	133.76	96.35	42.46	49.08	31.93	2.13	81.23	77.13	53.27
2	110.84	63.58	35.21	56.67	41.66	13.35	76.2	74.98	61.85
3	97.14	72.36	24.46	72.32	46.81	25.1	86.59	86.75	70.87
4	48.94	27.74	13.55	37.81	20.17	2.63	57.81	53.87	37.11
5	54.64	34.73	10.78	107.54	67.18	29.74	83.54	78.51	58.92
6	74.28	37.27	18.14	3.18	46.15	2.94	61.92	57.24	37.08
7	120.92	72.41	25.51	41.89	53.42	9.39	86.61	81.55	63.87
8	145.70	78.01	31.04	17.88	46.21	6.86	71.74	80.04	46.35
9	66.14	51.32	18.24	29.22	45.90	15.37	82	81.41	68.16
10	144.15	32.85	15.44	73.09	37.69	5.69	81.09	73.82	50.07
11	74.14	61.48	33.19	60.43	40.05	9.37	74.07	72.76	52.23
12	69.91	42.91	18.49	55.26	46.16	4.35	79.64	78.42	59.63
รวม	91.20	53.95	23.07	48.00	43.32	9.93	75.98	73.72	53.57

สรุปผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2563 – 2565

1. การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

มีจำนวน 6 เขตสุขภาพที่ผลงานไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย คือ เขตสุขภาพที่ 4, 5, 9, 11 และ 12

2. การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

ไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 12 เขตสุขภาพ

3. การคัดกรองมะเร็งเต้านม

มีจำนวน 3 เขตสุขภาพที่ผลงานไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย คือ เขตสุขภาพที่ 4, 6, และ 11

เกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด คือ ต้องคัดกรองมากกว่าร้อยละ 80 ของประชากรกลุ่มเป้าหมาย

ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา : Service Plan สาขามะเร็ง



ปัญหา/สาเหตุ	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา
<p>ระบบการส่งต่อ Cancer Anywhere การบันทึกข้อมูล บางโรงพยาบาล ไม่ได้เข้ารับการอบรมการบันทึกข้อมูล ทำให้เกิดความเข้าใจไม่ครบถ้วน</p>	<p>การใช้ระบบ cancer anywhere ร่วมกับนวัตกรรม Telemedicine และ e-refer เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการรักษาการลดคิวรอคอย และ seamless referral system ระหว่างจังหวัดในเขตสุขภาพ รวมถึงจัดตั้งศูนย์บัญชาการเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยในเขต และออกนอกเขตสุขภาพ</p>
<p>ระยะเวลาการรอคอยการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งด้วยวิธีการผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษา พบว่ายังมีหลายอำเภอที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➢ ปรับรูปแบบการคัดกรอง ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้นใน รพ.เครือข่าย เช่น การวินิจฉัยให้เร็ว และจัดลำดับความสำคัญของผู้ป่วยมะเร็งก่อน ➢ มาตรการการทบทวนผลการคัดกรองมะเร็งที่พบบ่อย การบูรณาการการคัดกรองให้ครอบคลุมในโรงพยาบาลทุกระดับ
<p>ด้านระบบการจัดเก็บข้อมูลสารสนเทศ ยังขาดความเชื่อมโยงข้อมูล ความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา และขาดผู้รับผิดชอบ</p>	<p>พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลที่ดีมีการอบรมการใช้โปรแกรม TCB ในโรงพยาบาล มีผู้รับผิดชอบชัดเจนและดำเนินการอย่างต่อเนื่อง</p>
<p>ขาดแคลนบุคลากรด้านการแพทย์ พยาบาล และสหวิชาชีพในสาขาที่เกี่ยวข้อง</p>	<p>การดูแลอัตรากำลังคน การส่งฝึกอบรมเฉพาะด้านตามแผนที่วางไว้ จัดให้มีกรอบความก้าวหน้า ในวิชาชีพสำหรับผู้ผ่านการอบรมและปฏิบัติงานตรงตามที่อบรม</p>

ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการในปีต่อไป

- ติดตามผลตามการดำเนินการตามตัวชี้วัด
- การดำเนินการตามนโยบาย Cancer Anywhere
- การขับเคลื่อนเชิงนโยบายให้มีการใช้โปรแกรม TCB, TCB Plus และ The One ทั้งประเทศ ให้ครอบคลุมทุกโรงพยาบาล
- การส่งเสริมให้มี Cancer Coordinator ในทุกโรงพยาบาล
- การเร่งรัดการดำเนินงานคัดกรองโรคมะเร็ง ในปีงบประมาณถัดไป

Thank You

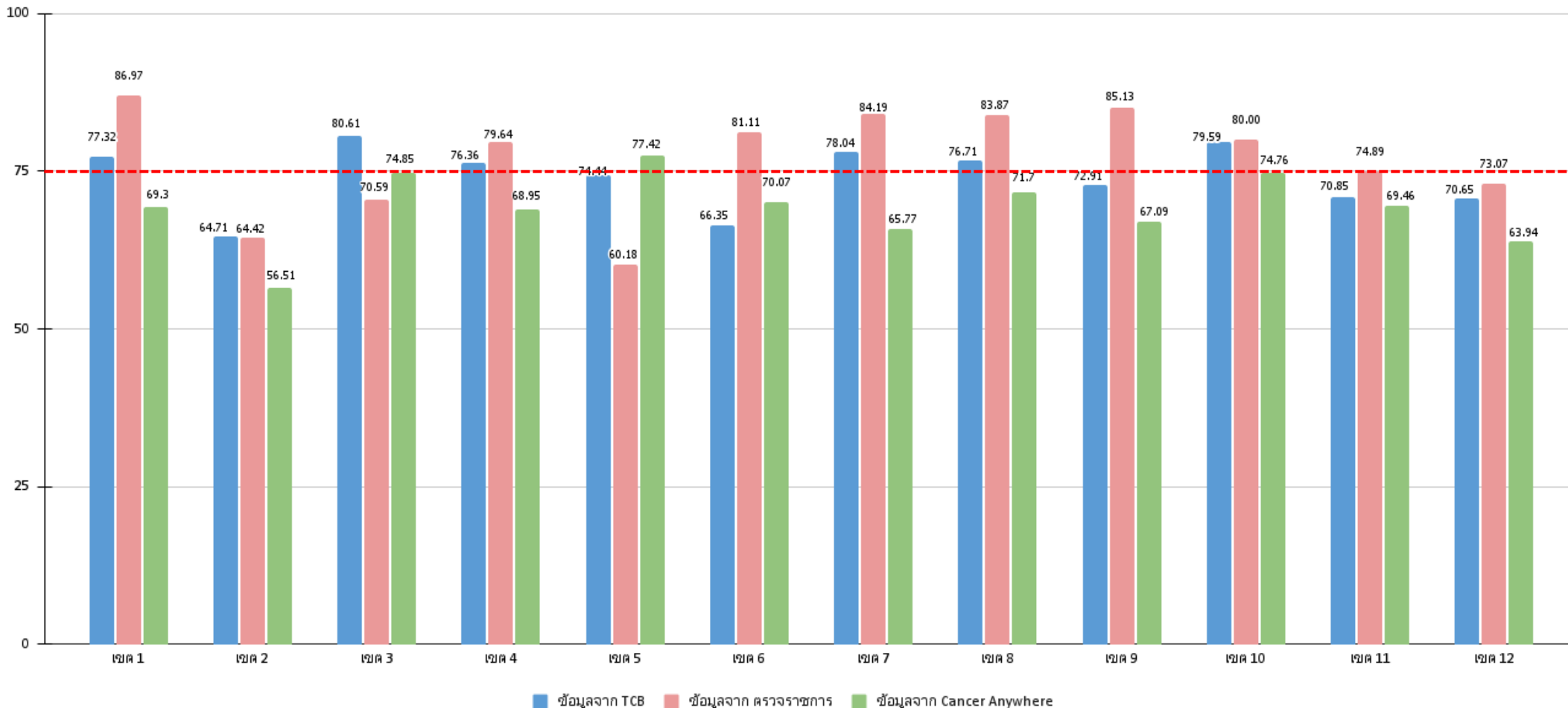


ระยะเวลารอคอยผ่าตัด

ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์
ปีงบประมาณ 2565 แสดงผลการดำเนินงาน และ n (1 ต.ค.64 – 1 มี.ค.65)



แสดงระยะเวลารอคอยผ่าตัดเปรียบเทียบข้อมูล TCB ข้อมูลตรวจราชการ และ ข้อมูล Cancer Anywhere

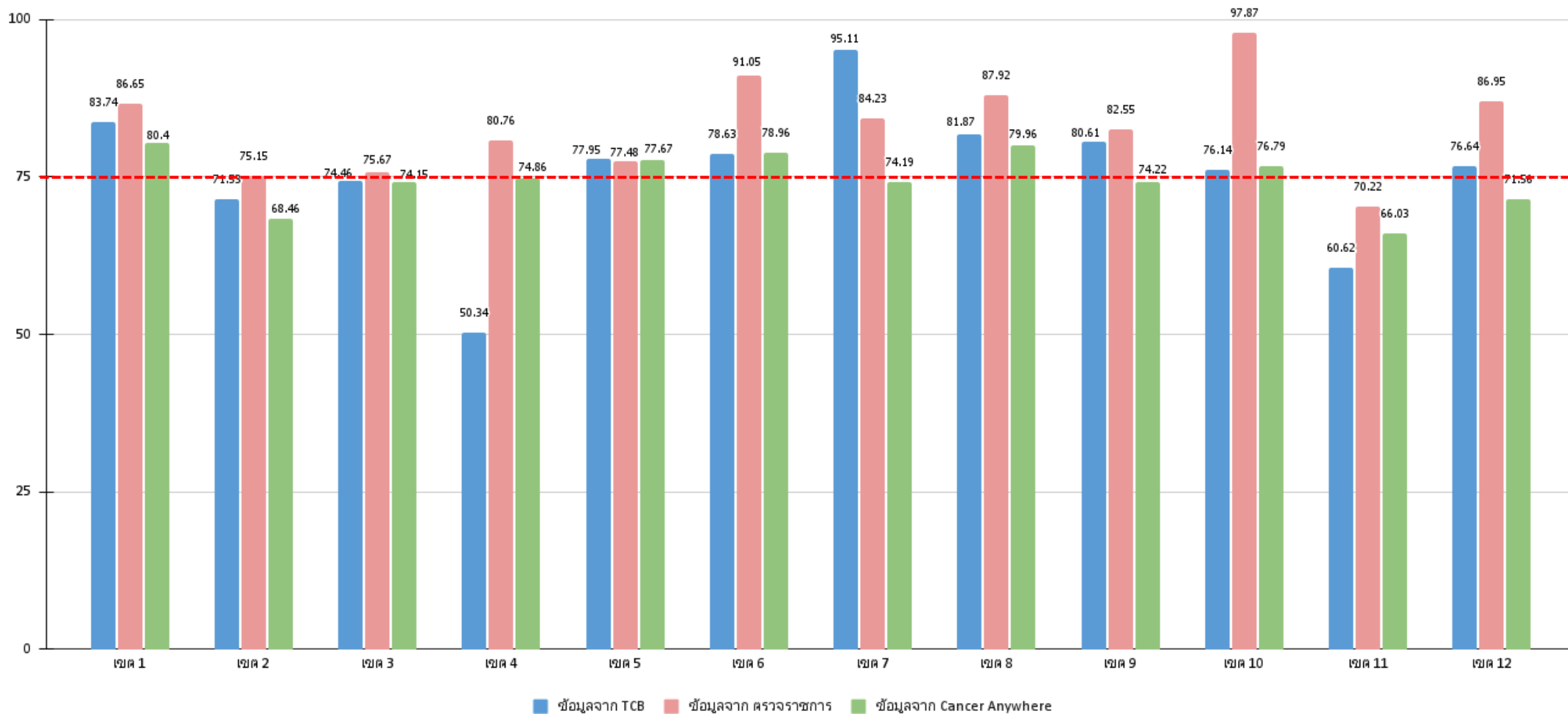


ระยะเวลารอคอยยาเคมี

ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์
ปีงบประมาณ 2565 แสดงผลการดำเนินงาน และ n (1 ต.ค.64 – 1 มี.ค.65)



แสดงระยะเวลารอคอยยาเคมีเปรียบเทียบข้อมูล TCB ข้อมูลตรวจราชการ และ ข้อมูล Cancer Anywhere



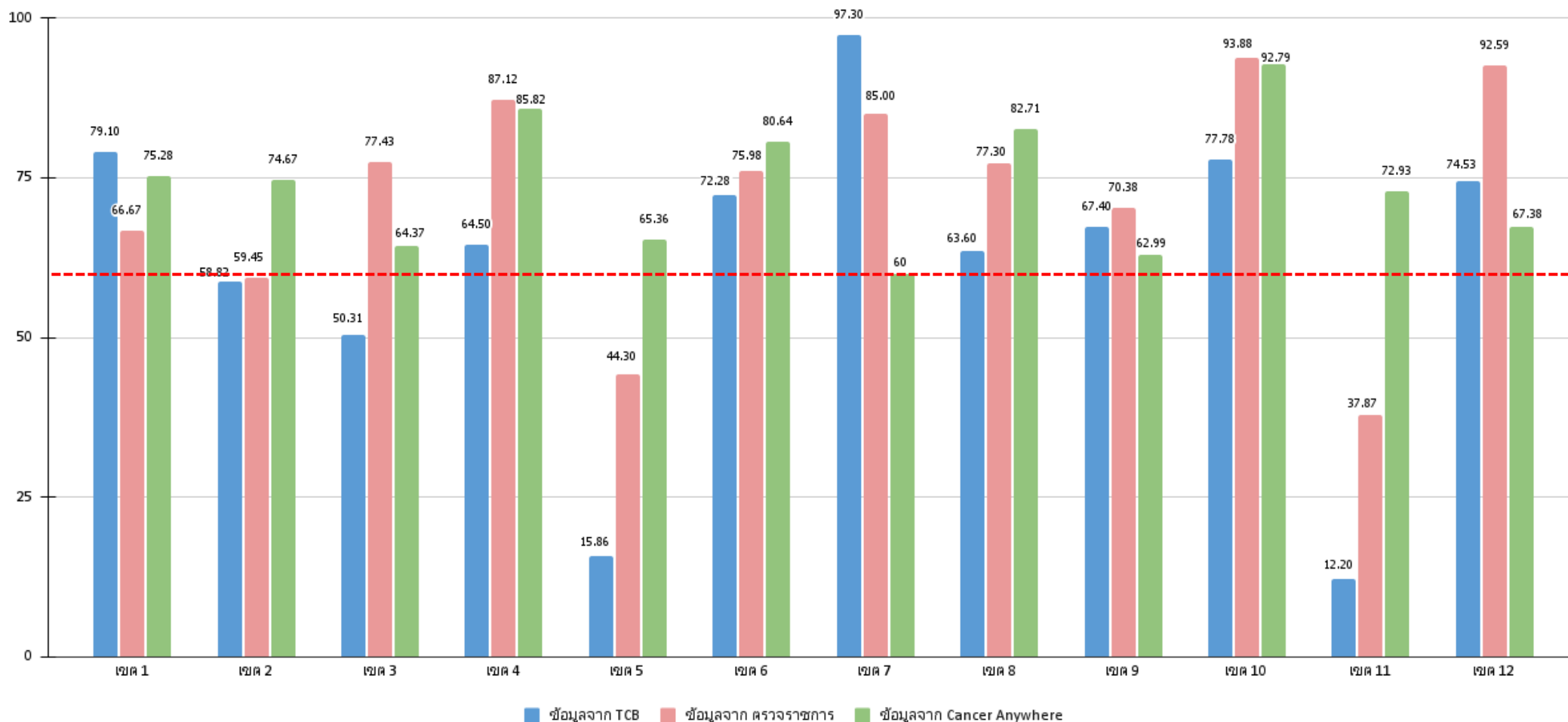


ระยะเวลารอดคอยฉายแสง

ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์
ปีงบประมาณ 2565 แสดงผลการดำเนินงาน และ n (1 ต.ค.64 - 1 มี.ค.65)



แสดงระยะเวลารอดคอยรังสีรักษาเปรียบเทียบข้อมูล TCB ข้อมูลตรวจราชการ และ ข้อมูล Cancer anywhere



เขตสุขภาพ	นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี
6	<p><u>จ.ฉะเชิงเทรา</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prognostic Impact of the Advanced Lung Cancer Inflammation Index (ALI) in Metastatic Non-Small Cell Lung Cancer Treated with First Line Chemotherapy (The Asian Pacific Journal of Cancer Prevention (Asian Pacific Journal of Cancer Prevention 2021) 2. Correlation Between Age and Prognostic Factors in Thai Breast Cancer Women : A Single Institute Analysis (Manuscript accepted in The Journal of Medical Association of Thailand 2021) <p><u>จ.จันทบุรี</u></p> <p>ดำเนินงานวิจัยเปิดศูนย์วิจัยทางคลินิก (Clinical Research Center) เพื่อเป็นองค์กรสนับสนุนการทำวิจัยทางคลินิกให้มีคุณภาพอย่างเต็มรูปแบบ ซึ่งในปัจจุบันศูนย์ความเป็นเลิศด้านมะเร็งมีงานวิจัยที่ทำอยู่ทั้งหมดจำนวน 4 trial ด้าน Genomic Lab เปิดห้องปฏิบัติการจีโนมิกส์แห่งแรกในเขตสุขภาพที่ 6 โดยให้บริการตรวจวิเคราะห์การกลายพันธุ์ของยีนส์ (Gene mutation) เพื่อรองรับการรักษาแบบ Precision medicine ในผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรค โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ปัจจุบันตรวจไปแล้วประมาณ 200 case</p> <p><u>จ.ตราด</u></p> <p>การสื่อสารผู้ป่วยด้วยระบบ Telemedicine เรื่องการแจ้งผลการตรวจคัดกรอง และการสื่อสารต่าง ๆ (Line ID : trat_cancer)</p>
7	<ol style="list-style-type: none"> 1. นวัตกรรมสวมหน้ากากตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเชิงรุกที่บ้าน จ.มหาสารคาม 2. โปรแกรม “FIT Test@Khon Kaen มะเร็งลำไส้ใหญ่” เป็นโปรแกรมการส่งต่อผู้ป่วยที่ตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยวิธี FIT Test ผล Positive ที่ต้องส่งต่อ Colonoscopy ที่โรงพยาบาลแม่ข่าย 3. การนำโครงการ CA Breast Fast Track นำมาพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 4. งานวิจัยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี วิจัยด้านรังสีรักษา วิจัยมะเร็งปอด วิจัยมะเร็งลำไส้ วิจัยเคมีบำบัดมะเร็งเต้านม วิจัยมะเร็งช่องปาก

เขตสุขภาพ	นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี
8	<ol style="list-style-type: none"> 1. ตำบลโพธิ์มากแข้ง อ.บึงโขงหลง จ.บึงกาฬ ชนะเลิศระดับประเทศตำบลต้นแบบจัดการสุขภาพการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับฯ 2. สกนนคร ส่งพยาบาลอบรมหลักสูตร Nurse Sonographer 7 คน, มีบ่อบำบัดใช้ได้ 19 แห่ง 3. นวัตกรรม“นักสืบพาข้าว” ต.คอกช้าง อ.สระใคร จ.หนองคาย
9	<ol style="list-style-type: none"> 1. พัฒนาระบบการส่งต่อในโรงพยาบาลระดับ M1, M2, S ผ่านระบบ cancer anywhere 2. มีระบบ Fast track Imaging 3. ใช้ระบบ Line consult นำร่องระบบ Tele consult เพื่อนัดวันผ่าตัด มีการรับยาทางไปรษณีย์เพื่อลดความแออัด 4. รพ.node สามารถให้ยาเคมีบำบัดได้ และรพ.NODE สามารถ CT ได้

รายงานที่ 7.2 ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่มีการส่งต่อข้อมูลผ่านโปรแกรม TCB PLUS (แยกตามโรงพยาบาลภายในเขตบริการ)



จังหวัด	โรงพยาบาล	จำนวนที่ศึยจริง(Dxเก่า และ Dxใหม่) รวม API และจาก TCB	จำนวนที่ศึย (Dxใหม่)	จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ (จาก TCB Plus)ที่มีอยู่ใน e-Claim	จำนวนผู้ป่วยรายใหม่จาก e- Claim	ร้อยละผู้ป่วยรายใหม่ (จาก TCB Plus)ที่มีอยู่ใน e- Claim เทียบกับจำนวนที่ส่ง e-Claim
กรุงเทพมหานคร	คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัย กทม.	0	0	167	701	23.82
กรุงเทพมหานคร	นวมินทร์โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่	0	0	4	26	15.38
กรุงเทพมหานคร	สถานพยาบาลศูนย์มะเร็งกรุงเทพ	1597	0	52	251	20.72
กรุงเทพมหานคร	สถาบันประสาทวิทยา	5	5	13	33	39.39
กรุงเทพมหานคร	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	1227	644	647	959	67.47
กรุงเทพมหานคร	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี	12	12	20	39	51.28
กรุงเทพมหานคร	โรงพยาบาลกลาง	1	1	43	247	17.41
กรุงเทพมหานคร	โรงพยาบาลกล้วยน้ำไท	0	0	4	22	18.18
กรุงเทพมหานคร	โรงพยาบาลจุฬารัตน์	103	103	77	200	38.50
กรุงเทพมหานคร	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย	0	0	200	1257	15.91
กรุงเทพมหานคร	โรงพยาบาลตากสิน	0	0	13	192	6.77
กรุงเทพมหานคร	โรงพยาบาลตำรวจ	0	0	2	26	7.69
กรุงเทพมหานคร	โรงพยาบาลทหารผ่านศึก	0	0	2	7	28.57
กรุงเทพมหานคร	โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็กสภวิทยาคารมะลิ	0	0	6	14	42.86
กรุงเทพมหานคร	โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี	0	0	78	279	27.96
กรุงเทพมหานคร	โรงพยาบาลบางมดโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่	0	0	7	26	26.92
กรุงเทพมหานคร	โรงพยาบาลประชาชนพัฒนา	0	0	3	17	17.65
กรุงเทพมหานคร	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	12	12	33	168	19.64
กรุงเทพมหานคร	โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช	89	89	115	296	38.85
กรุงเทพมหานคร	โรงพยาบาลมงกุฎวัฒนะ	123	123	130	235	55.32
กรุงเทพมหานคร	โรงพยาบาลราชวิถี	400	400	266	1344	19.79
กรุงเทพมหานคร	โรงพยาบาลรามารัตน์ มหาวิทยาลัยมหิดล	233	233	597	1819	32.82
กรุงเทพมหานคร	โรงพยาบาลวิชัยโสภณ	0	0	49	63	77.78
กรุงเทพมหานคร	โรงพยาบาลศิริราช	0	0	416	1658	25.09
กรุงเทพมหานคร	โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า	14	14	8	85	9.41
กรุงเทพมหานคร	โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์	1	1	27	181	14.92
กรุงเทพมหานคร	โรงพยาบาลเพชรเวช	0	0	18	112	16.07
กรุงเทพมหานคร	โรงพยาบาลเลิดสิน	396	179	75	100	75.00
กรุงเทพมหานคร	โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา	1	1	31	157	19.75
รวม	รวม	4214	1817	3103	10514	29.51

ข้อมูลตั้งแต่ 1 ต.ค. 64 - 25 เม.ย. 65 ถึงข้อมูล ณ 25 เม.ย. 65

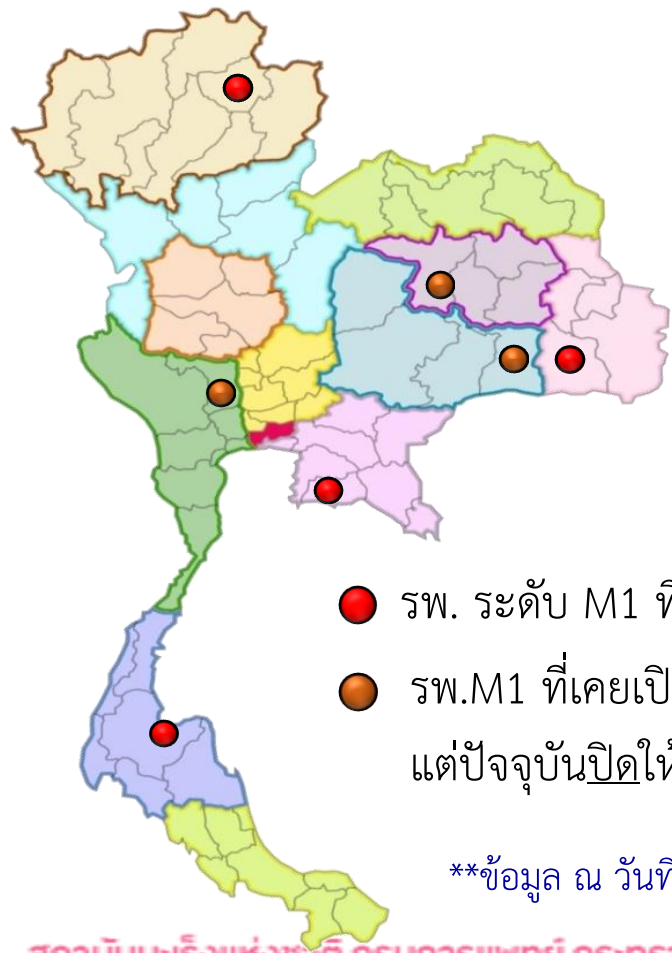
การเปิดบริการเคมีบำบัด

ระดับ A (34 แห่ง) = 100 %

ระดับ S (51 แห่ง) = 100%

ระดับ M1 (34 แห่ง) = 79.41%

(ยังไม่เปิด/ปิดบริการ รวม 7 รพ.)



**ข้อมูล ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2564

การบริการเคมีบำบัด



รพ. ระดับ M1 ทั้งหมด 34 แห่ง

ไม่สามารถให้ยาเคมีบำบัดได้ จำนวน 4 แห่ง

เขต 1	รพ. เชียงคำ: ขาดเภสัชกร และ ตู้สมยาเคมี
เขต 6	รพ. แกลง: ไม่มีตู้สมยาเคมี
เขต 8	รพ. กุมภวาปี: ขาดแพทย์ เภสัชกร พยาบาล วางแผนให้แม่ข่าย
เขต 11	รพ. เกาะสมุย: ขาดแพทย์ และ ตู้สมยาเคมี

รพ. ระดับ M1 ทั้งหมด 34 แห่ง

ปิดให้บริการ จำนวน 3 แห่ง

เขต 5	รพ.สมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 สุพรรณบุรี: คัลยแพทย์ลาออก
เขต 9	รพ.เทพรัตน์: สถานที่ไม่พร้อม
เขต 7	รพ.สิรินธร: รอขึ้นทะเบียนหน่วย ขาดเภสัชกร และ ตู้สมยาเคมี



ผลการตรวจราชการกรมการแพทย์

ตัวชี้วัด Functional Based ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

สาขาทารกแรกเกิด (Newborn)

รอบที่ 1 ปีงบประมาณ พ.ศ.2565



โดย ผศ.นพ.ศุภวัชร บุญกษิต์เดช
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี



สาขาทารกแรกเกิด

ตัวชี้วัดหลัก

1

อัตราการตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ 28 วัน ที่มารดาคลอดออกมา 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. มีการจัดอบรมหรือให้ทุนเข้าอบรมพยาบาลเฉพาะทางทารกแรกเกิด (NNP) ในทุกเขตสุขภาพ
3. วางแผนแก้ปัญหาตามสาเหตุที่พบในแต่ละเขตสุขภาพ

Small Success

6
เดือน

< 3.60 ต่อ 1,000
ทารกแรกเกิดมีชีพ

แนวทางการตรวจ

1. ทราบสาเหตุการเสียชีวิตของทารก และได้ข้อมูลทีวิเคราะห์ได้ในด้านจำนวนและร้อยละ
2. ระบุจำนวนทารกที่เสียชีวิตและคำนวณเป็นร้อยละของแต่ละสาเหตุ
3. จำนวน NNP ในทุกเขตสุขภาพเพิ่มขึ้น

Small Success

9
เดือน

< 3.60 ต่อ 1,000
ทารกแรกเกิดมีชีพ

ผลลัพธ์ที่ต้องการ

1. มีแผนป้องกันเพื่อลดการเสียชีวิตทารกตามสาเหตุที่พบในแต่ละเขต เช่น แนวทางป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และแนวทางดูแลรักษาภาวะ PPHN Asphyxia
2. มีการดำเนินการตามแผนป้องกันเพื่อลดการเสียชีวิตทารกตามสาเหตุที่พบในแต่ละเขต Tailor made
3. มี NNP อย่างน้อยแะละ 1 คน ทุกแะละ

Small Success

12
เดือน

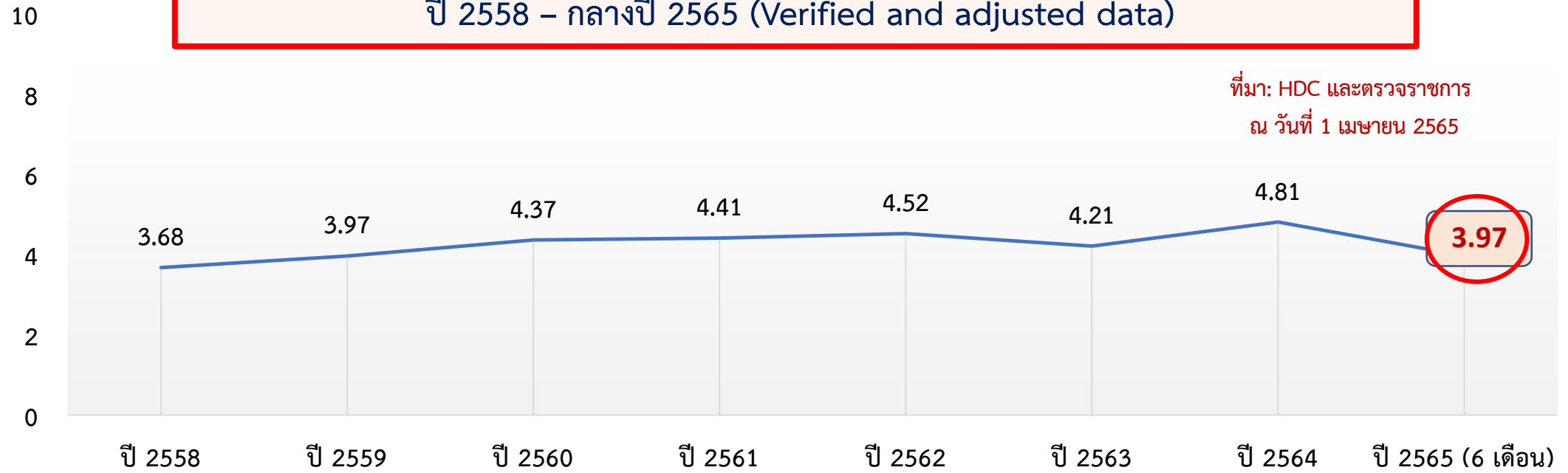
< 3.60 ต่อ 1,000
ทารกแรกเกิดมีชีพ



สาขาทารกแรกเกิด

อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ 28 วัน ที่มารดาคลอดออกมามีน้ำหนัก ≥ 500 กรัม
ปี 2558 – กลางปี 2565 (Verified and adjusted data)

อัตราตาย : 1000 การเกิดมีชีพ



	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565 (6 เดือน)
จำนวนทารกเสียชีวิต	1,548	1,931	2,135	1,979	1,850	1,747	1,747	625
จำนวนทารกเกิดมีชีพ	421,103	486,789	489,035	448,345	409,150	414,666	363,038	157,442

ปี 2558 ผ่านเกณฑ์

ปี 2559 - 2565 ไม่ผ่านเกณฑ์

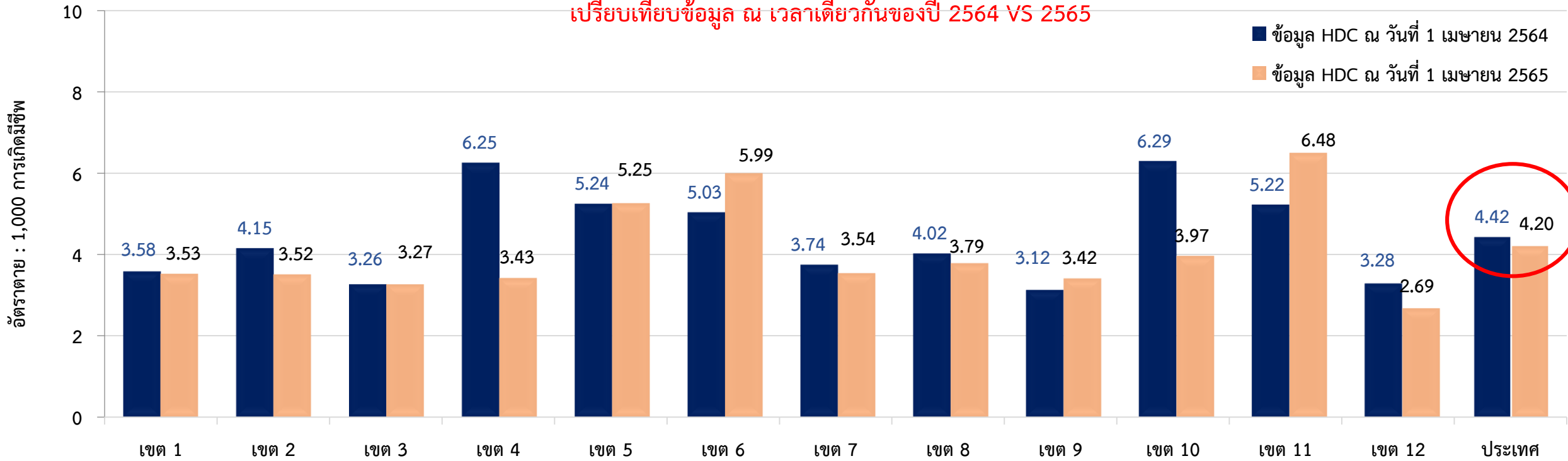




สาขาทารกแรกเกิด

เปรียบเทียบ อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ 28 วัน ที่รอดออกมา น้ำหนัก ≥ 500 กรัม ข้อมูลรอบ 6 เดือน
ปีงบประมาณ 2564 และปีงบประมาณ 2565 (เป้าหมาย $< 3.60 : 1,000$ ทารกเกิดมีชีพ)

เปรียบเทียบข้อมูล ณ เวลาเดียวกันของปี 2564 VS 2565

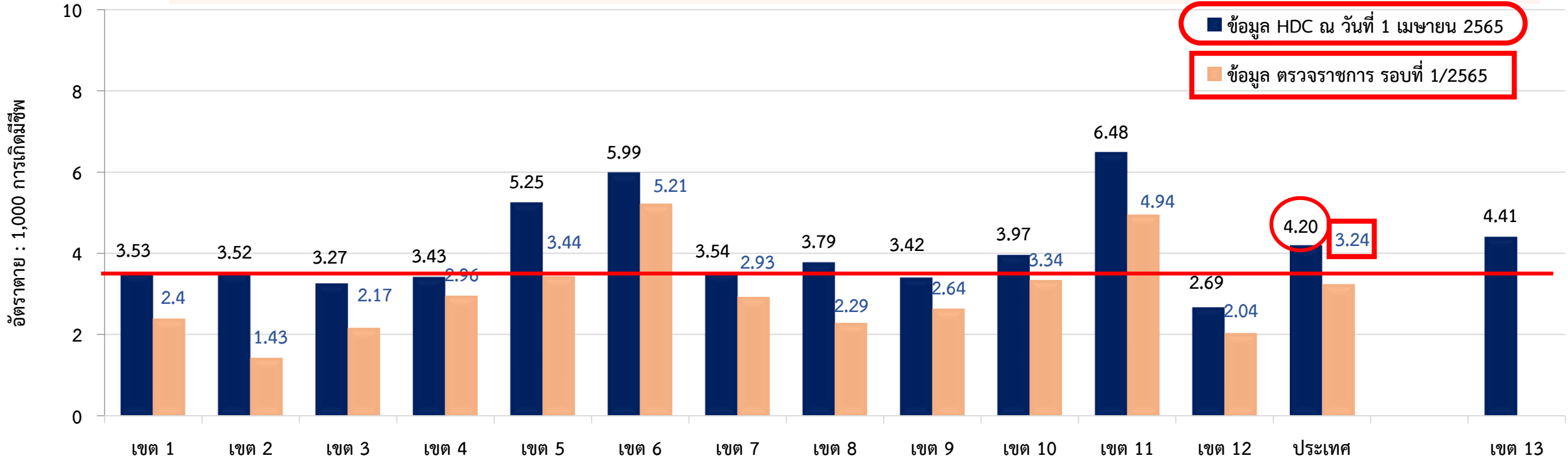


ปี 2564	53/14,811	38/9,146	18/5,521	76/12,151	87/16,601	93/18,487	39/10,435	50/12,429	46/14,759	51/8,109	73/13,974	62/18,894	686/155,317
ปี 2565	46/13,032	34/9,672	16/4,892	36/10,505	80/15,231	109/18,197	29/8,182	40/10,563	47/13,757	40/10,085	79/12,185	45/16,752	601/143,053



สาขาทารกแรกเกิด

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



HDC	46/13,032	34/9,672	16/4,892	36/10,505	80/15,231	109/18,197	29/8,182	40/10,563	47/13,757	40/10,085	79/12,185	45/16,752	601/143,053	152/27,708
ตรวจราชการ	26/10,812	12/10,812	8/3,687	38/12,824	35/10,186	73/14,006	45/15,348	25/10,940	37/14,028	26/7,788	87/17,620	14/6,871	388/119,674	

หมายเหตุ : เขต 9 เป็นข้อมูล 3 เดือน

เขต 2 ขาด จ.พิษณุโลก เขต 3 ขาด จ.นครสวรรค์ จ.อุทัยธานี ข้อมูลเขต 12 ขาด จ.ปัตตานี

ที่มาข้อมูล เขต 13

จำนวนทารกที่เสียชีวิต = HDC

จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ = สถิติการบริการด้านการทะเบียนราษฎร สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง

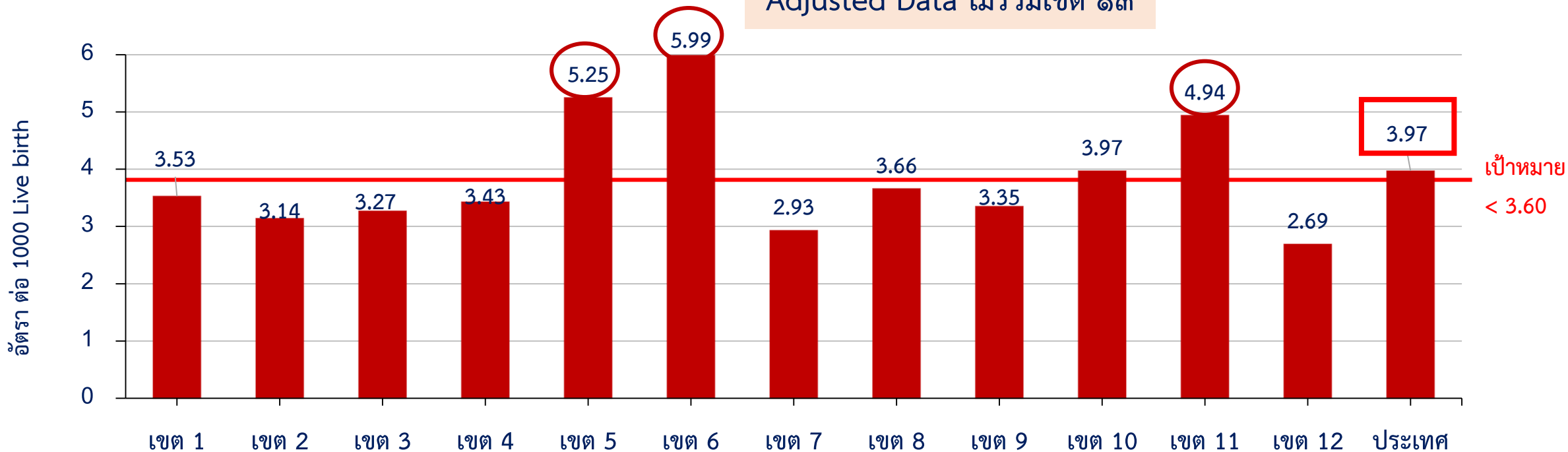




สาขาทารกแรกเกิด

ตัวชี้วัดหลัก: อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ 28 วัน ที่รอดออกม่าน้ำหนัก ≥ 500 กรัม (เป้าหมาย $< 3.60 : 1,000$ ทารกเกิดมีชีวิต)

Adjusted Data ไม่รวมเขต ๑๓



	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	ประเทศ
จำนวนทารกเสียชีวิต	46	34	16	36	80	109	45	40	47	40	87	152	625
จำนวนทารกเกิดมีชีวิต	13032	10812	4892	10505	15231	18197	15348	10940	14028	10085	17620	27708	157442

หมายเหตุ : เขต 9 เป็นข้อมูล 3 เดือน

เขต 2 ขาด จ.พิษณุโลก เขต 3 ขาด จ.นครสวรรค์ จ.อุทัยธานี ข้อมูลเขต 12 ขาด จ.ปัตตานี

ที่มาข้อมูล เขต 13

HDC และ สถิติการบริการด้านการทะเบียนราษฎร สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง



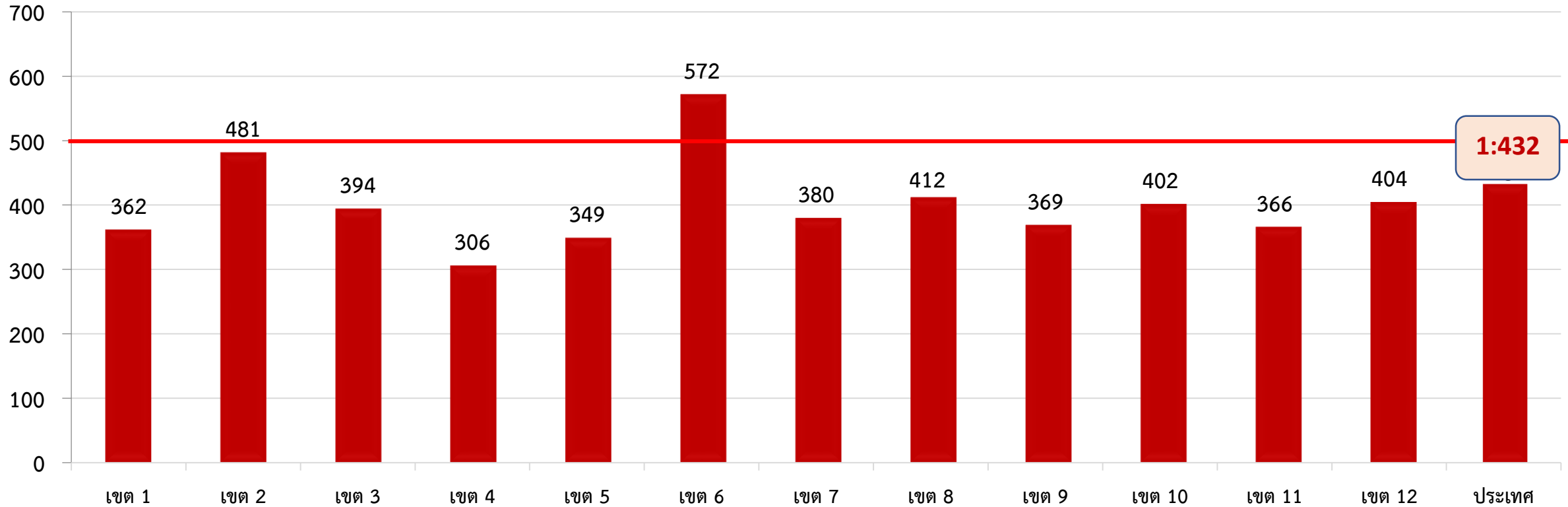


สาขาทารกแรกเกิด

เพิ่มเตียง NICU ให้ได้ตามเกณฑ์ (เป้าหมาย 1 : 500 ทารกเกิดมีชีพ)



ที่มา: การตรวจราชการรอบ 1/2565



เตียง NICU	99	21	36	94	124	77	68	75	101	62	94	76	927
LB เฉลี่ยปี 62-64	35,816	10,111	14,189	28,768	43,293	44,026	25,828	30,888	37,264	24,896	34,400	30,734	360,214

หมายเหตุ : เขต 2 ขาด จ.สุโขทัย จ.พิษณุโลก จ.เพชรบูรณ์

เขต 6 ขาด จ.ปราจีนบุรี จ.สระแก้ว

ข้อมูลเขต 12 ขาด จ.ปัตตานี จ.ยะลา



อัตราตายทารกแรกเกิด อายุ ≤ 28 วัน ที่รอดออกมา น้ำหนัก ≥ 500 กรัม
ปี 2558 – มีนาคม 2565

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	1,747	363,038	4.81
2565 (6 เดือน)	601	143,053	3.97 (ไม่รวมเขต 13)
2565 (6 เดือน)	777	185,150	4.19 (รวมเขต 13)



สาเหตุการตายของทารกแรกเกิดจาก 12 เขตสุขภาพ

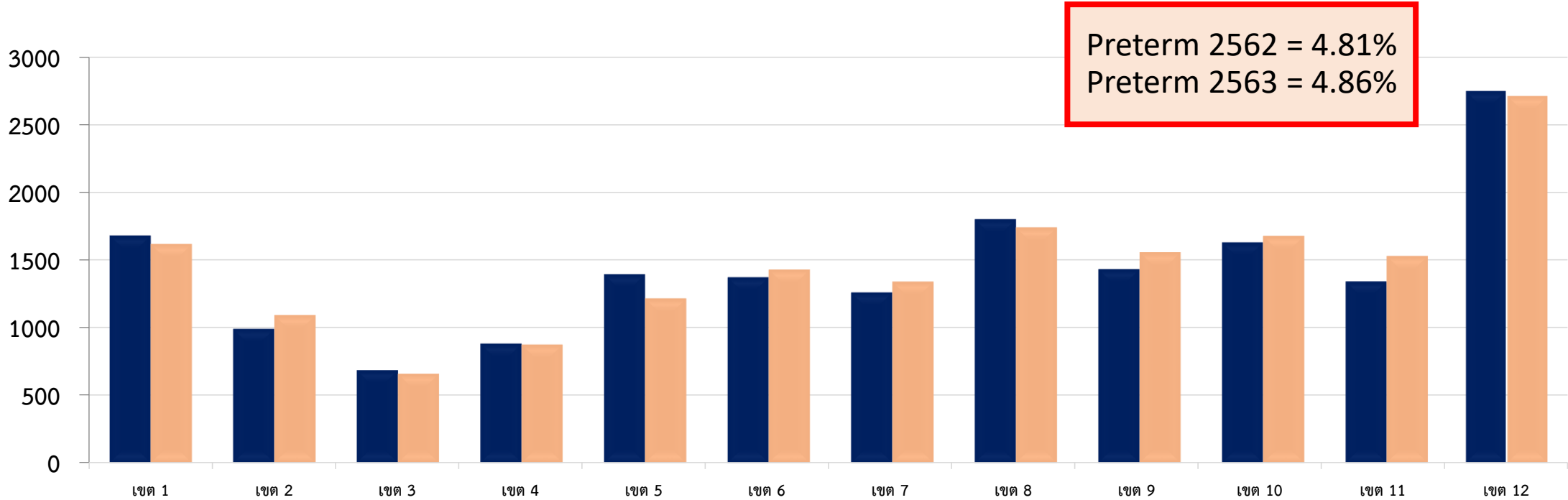
ปี 2561 - 2564

สาเหตุการตาย	ปี 2561 n = 2,147 (%)	ปี 2562 n = 1,803 (%)	ปี 2563 n = 1,747 (%)	ปี 2564 n = 1,747 (%)
1. Low birth weight and prematurity	1,112 (51.8)	919 (50.97)		Preterm
2. Congenital malformation & chromosome abnormality	180 (8.38)	173 (9.6)		Asphyxia PPHN
3. Birth asphyxia	179 (8.34)	135 (7.49)		Anomalies
4. Persistent pulmonary hypertension of newborn (PPHN)	89 (4.15)	97 (5.38)		Sepsis
5. Neonatal sepsis	80 (3.73)	54 (3.0)		Ch Anomalis

1	สาเหตุการตายทารกแรกเกิด 12 เขตสุขภาพ		
2			
3	เขตสุขภาพ	จังหวัด	สาเหตุการตาย
4	1	เชียงราย	ทารกน้ำหนักแรกเกิด <1,500 กรัม และภาวะความดันเลือดในปอดสูง
5	1	เชียงใหม่	ทารกเกิดก่อนกำหนด (ร้อยละ 57.7)
6	1	น่าน	ภาวะหายใจลำบากในทารกก่อนกำหนด และ ภาวะขาดออกซิเจนปรีกำเนิด
7	1	พะเยา	ทารกคลอดก่อนกำหนด และสัมพันธ์กับภาวะ Persistent pulmonary hypertension of newborn ในทารกแรกเกิด
8	1	แพร่	ทารกเกิดก่อนกำหนด
9	1	แม่ฮ่องสอน	ปัญหาการดูแลทารกวิกฤตในเบื้องต้น และการดูแลระหว่างส่งต่อเกิดภาวะแทรกซ้อน
10	1	ลำปาง	- Associated with preterm birth - Congenital anomalies - Neonatal sepsis
11	1	ลำพูน	ทารกคลอดก่อนกำหนด
12	2	ตาก	ทารกคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวน้อย (VLBW/ELBW), birth asphyxia, PPHN, ความพิการแต่กำเนิด (Congenital anomalies) และ neonatal sepsis
13	2	พิษณุโลก	Sepsis, Septic Shock, Preterm
14	2	เพชรบูรณ์	-
15	2	สุโขทัย	1. Term baby with Birth asphyxia, MAS with PPHN, Early neonatal sepsis 2. Term baby with severe birth asphyxia, anomaly, lung hypoplasia and hepatosplenomegaly 3. Preterm baby (25 wk) with ELBW (815 gm) with Birth asphyxia, severe RDS with air leak syndrome, Early neonatal sepsis 4. Preterm baby (26 wk) with VLBW (1200 gm), BBA, Birth Asphyxia, Severe RDS 5. Preterm baby (30 wk), (LBW 1750 gm), with severe RDS with neonatal sepsis
16	2	อุดรธานี	1) พบในทารกเกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักตัวน้อยมากเป็นสีก 2) ภาวะติดเชื้อจากมารดา 3) ในทารกแรกเกิดมีสาเหตุหลักจากความพิการกำเนิดซึ่งต้องได้รับการรักษาที่ซับซ้อน 4) การขาดออกซิเจนปรีกำเนิด 5) ภาวะคลอดก่อนกำหนด
17	3		-
18	4	นครนายก	MAS, Preterm และ Congenital Anomaly
19		นนทบุรี	sepsis ในทารกคลอดก่อนกำหนด โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ความผิดปกติแต่กำเนิด ภาวะความดันในปอดสูงในทารกแรกเกิด และระบบการส่งต่อ
20		ปทุมธานี	MAS, Preterm และ Congenital Anomaly
21		พระนครศรีอยุธยา	อัตราตายสูงทั้ง Term และ Preterm
22		สระบุรี	birth asphyxia, ความผิดปกติแต่กำเนิด, ภาวะความดันในปอดสูงในทารกแรกเกิด และ septic shock
23		สิงห์บุรี	-
24	5		-
25	6		การคลอดก่อนกำหนด
26	7		ทารกเกิดก่อนกำหนด, Sepsis
27	8		-
28	9		Neonatal Sepsis และ Persistent Pulmonary Hypertension of Newborn (PPHN)
29	10	มุกดาหาร	Preterm severe birth asphyxia
30	10	ยโสธร	การเกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักน้อย (prematurity and low-birthweight: LBW) และ ภาวะขาดออกซิเจน (asphyxia)
31	10	ศรีสะเกษ	ทารกคลอดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อย ภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอด ภาวะความดันหลอดเลือดในปอดสูง ภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิด
32	10	อำนาจเจริญ	severe RDS และ birth asphyxia
33	10	อุบลราชธานี	Birth defect, PPHN, Sepsis, Preterm
34	11	กระบี่	ภาวะคลอดก่อนกำหนด (Preterm Labor) ภาวะความดันเลือดในปอดสูง (PPHN) และภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis)
35	11	ชุมพร	Congenital heart disease, preterm Newborn with ARDS และ Newborn sepsis
36	11	นครศรีธรรมราช	ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ภาวะความดันเลือดในปอดสูง (PPHN) และ birth asphyxia
37	11	พังงา	Anomaly ระบบหัวใจ
38	11	ภูเก็ต	Sepsis, Congenital Anomalies, Shock Lung, PDA, และ Sudden Cardiac Arrest จาก Gut obstruction
39	11	ระนอง	ภาวะความดันเลือดในปอดสูงในทารกแรกเกิด Persistent pulmonary hypertension of the newborn (PPHN) ที่เกิดจาก Meconium aspiration syndrome
40	11	สุราษฎร์ธานี	ภาวะทารกคลอดก่อนกำหนด (Preterm Labor) ภาวะความดันเลือดในปอดสูง (PPHN) และ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด
41	12		-
42			
43			
44			



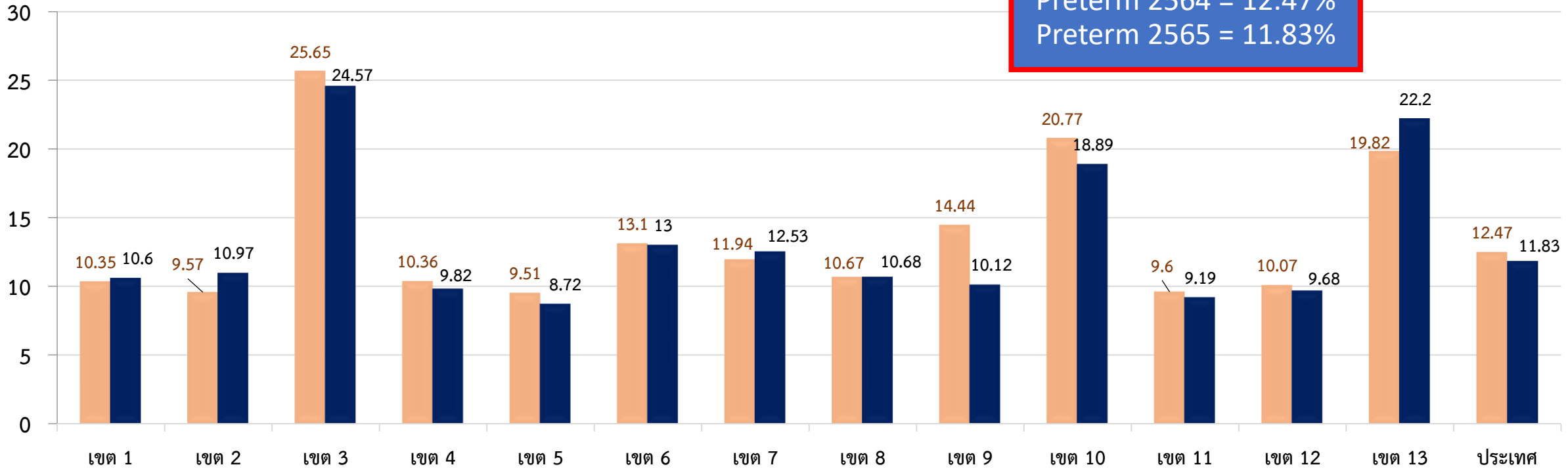
Preterm birth ปีงบประมาณ 2562 - 2563



	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	ประเทศ
Preterm 2562	1,677	987	682	879	1,390	1,369	1,257	1,797	1,429	1,625	1,338	2,744	17,174
Preterm 2563	1,617	1,093	659	875	1,216	1,429	1,340	1,739	1,555	1,677	1,528	2,709	17,437
	33,234	21,569	14,272	25,474	41,931	44,271	20,902	29,858	30,134	22,962	27,354	44,915	356,876
	32,236	20,901	12,921	26,781	39,892	45,524	23,312	27,387	32,032	22,069	31,709	43,457	358,221



ร้อยละการคลอดก่อนกำหนด ปีงบประมาณ 2564 - 2565



Preterm 2564 = 12.47%
Preterm 2565 = 11.83%

	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	เขต 13	ประเทศ
Preterm 2564	10.6	10.97	24.57	9.82	8.72	13	12.5	10.68	10.12	18.9	9.19	9.68	22.2	11.83
Preterm 2565	10.35	9.57	25.7	10.36	9.51	13.1	11.94	10.67	14.4	20.77	9.6	10.1	19.82	12.47

ที่มา : HDC กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มรายงานมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ณ 2 พฤษภาคม 2565





ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหาอุปสรรค	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา
ปัญหาการเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดจาก Preterm, PPHN และภาวะเสี่ยงจากครรภ์มารดา และมารดาติดเชื้อโควิดทำให้อัตราการเกิด Preterm birth สูงขึ้น	<ul style="list-style-type: none"> ➢ มีการรวบรวมข้อมูลสาเหตุการตายของทารก การคลอดก่อนกำหนด การมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เพื่อแก้ไขปัญหาและป้องกันการเกิดเหตุซ้ำ หามาตรการลด Preterm birth เช่นการใช้ Progesterone, ASA ➢ ทบทวนการดำเนินงานของ MCH Broad ทุกปี เพื่อลดปัญหา Preterm ➢ มีระบบบริหารจัดการแนวทางมาตรฐาน 3S 3 P ในการดูแลทารกที่เกิดจากมารดาโควิดเพื่อแก้ปัญหาการเกิด Preterm และ Asphyxia และ PPHN
อัตราการตายทารกแรกเกิดมีแนวโน้มลดลงแต่ร้อยละของทารกเกิดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้น รวมทั้งมารดาโควิดเป็นปัจจัยร่วมของ Preterm birth	<ul style="list-style-type: none"> ➢ จัดอบรมการกู้ชีพทารกแรกเกิด NCPR และ STABLE Programme ให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล ระดับ A, S ทุกปี ทั้งแผนกสูติกรรมและกุมารเวชกรรม ➢ พัฒนาให้โรงพยาบาลระดับ M1 สามารถให้บริการดูแลรักษาทารกภาวะกึ่งวิกฤต และรับ Referback ได้
ระบบ ANC คุณภาพยังไม่ครอบคลุม	<ul style="list-style-type: none"> ➢ มีการบูรณาการดำเนินงานร่วมกันระหว่างสาขาสูติกรรม และสาขาทารกแรกเกิดตามกระบวนการ 6 Value MCH Program ประสานงานกับ Service Plan สูติกรรม และกรมอนามัย และองค์กรที่เกี่ยวข้อง
ระบบ Refer Back ขาดแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน	<ul style="list-style-type: none"> ➢ มีการประชุมพัฒนาระบบ refer และสร้างเครือข่ายการประสานงานเพื่อการส่งต่อ ทั้งในระดับจังหวัดและระดับเขต ใช้การแพทย์วิถีใหม่ร่วมกับการใช้ Telemedicine เพื่อเพิ่มศักยภาพการดูแลทารกไปที่โรงพยาบาล เครือข่ายระดับ M1 เพื่อลดความแออัด

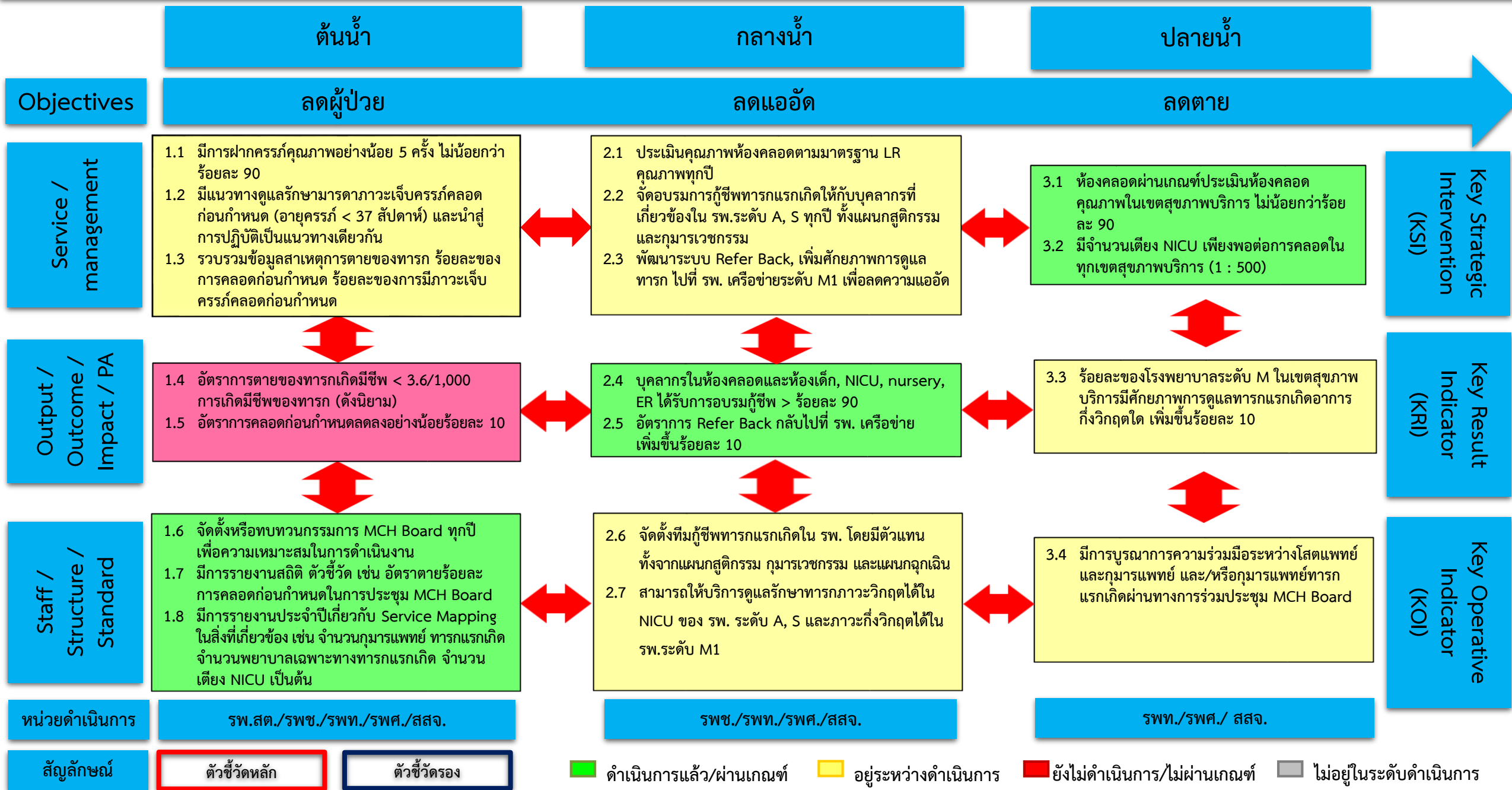


Action Plans and Future Direction

Objectives	มาตรการในการดำเนินการ
ลดป่วย	<ul style="list-style-type: none"> ➢ การลด preterm delivery : การให้การศึกษารณรงค์ให้มีการฝากครรภ์และจัดระบบการฝากครรภ์คุณภาพ เพิ่มมาตรการแนวทางการลดการคลอดก่อนกำหนดด้วยกลยุทธต่างๆ รวมทั้งการใช้ยา progesterone เพื่อลดภาวะคลอดก่อนกำหนด อาจพิจารณานำเสนอโครงการเพื่อผลักดันให้เป็นชุดสิทธิประโยชน์ Reimbursement และหรือชุดสิทธิประโยชน์ในภาวะกลุ่มโรคที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ และภาวะโรค กลุ่มโรค PPHN ความดันเลือดปอดสูง ได้ดำเนินการของบประมาณจาก สปสช ในการใช้แก๊สไนตริกออกไซด์เพื่อรักษาภาวะนี้ ได้ผ่านการพิจารณาจากกรรมการของ สปสช แล้วอยู่ในระหว่างดำเนินการ มีแผนจะนำเสนอชุดสิทธิประโยชน์หรือ Optimum reimbursement ของการดูแลรักษาทารก Preterm ทั้งในช่วงแรกเกิดและช่วงรอเลี้ยงโต ➢ ลด birth asphyxia ลดการติดเชื้อ : การฝากครรภ์คุณภาพ จัดอบรมห้องคลอดคุณภาพ การกู้ชีพทารกแรกเกิด NCPR การส่งต่อทารกให้มีความปลอดภัย (S T A B L E program) เน้นการอบรมเชิงปฏิบัติการทั้ง on Line และ on Site ➢ ลดความพิการแต่กำเนิด : การฝากครรภ์คุณภาพ การให้ folic acid แก่หญิงมีครรภ์ และการให้ความรู้แก่หญิงที่พร้อมจะมีบุตร
ลดตาย	<ul style="list-style-type: none"> ➢ ลดอัตราการตายของทารกแรกเกิด (Neonatal mortality rate) ด้วยการฟื้นฟูความรู้ ทักษะ เพิ่มศักยภาพในการดูแลทารกป่วยให้บุคลากรสถานพยาบาล ➢ วางระบบเครือข่ายการรับส่งต่อภายในเขตและส่งออกนอกเขต สนับสนุนให้มี intrauterine transfer ➢ มีระบบฐานข้อมูลและระบบปรึกษาทางไกล ช่วยเหลือเกื้อกูลกันภายในเขตและจังหวัดนอกเขตแต่เป็นจังหวัดรอยต่อ
ลดการรอคอย	<ul style="list-style-type: none"> ➢ จัดระบบการ refer และบริหารเตียงแบบ real-time ➢ เพิ่มจำนวนเตียง NICU และเตียง sick-newborn พร้อมครุภัณฑ์ให้แก่สถานพยาบาล ➢ จัดอบรมหลักสูตรเฉพาะทางเพื่อเพิ่มบุคลากรผู้เชี่ยวชาญ กุมารแพทย์ NNP พยาบาลวิชาชีพ และแพทย์สาขาอื่นตามความเหมาะสม ➢ จัดอบรมฟื้นฟูวิชาการในพื้นที่ เพิ่มขีดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้สถานพยาบาลโดยการ เพิ่มจำนวนทุนเรียนต่อ ทำให้มีจำนวนผู้ให้บริการเพิ่มมากขึ้น ➢ เพิ่ม reimbursement ให้แก่สถานพยาบาล



Matrix Scoring Inspection : สาขาทารกแรกเกิด (Newborn)





ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ปัญหาอุปสรรค	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
<ul style="list-style-type: none"> ปัญหาการเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดจาก Preterm, PPHN และภาวะเสี่ยงจากครรภ์มารดา ระบบ ANC คุณภาพยังไม่ครอบคลุม 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ มีข้อสั่งการเชิงนโยบายลงไปในระดับเขต จังหวัดและอำเภอ โดยประสานงานกับ Service Plan สหุติกรมให้เป็นเกณฑ์ตัวชี้วัดหลักระดับประเทศ ให้มีอัตราการคลอดทารกก่อนกำหนด(อายุครรภ์ < 37 สัปดาห์) ไม่เกินร้อยละ 5 ภายในระยะเวลา 3 ปี ➤ แต่งตั้งคณะทำงานวิเคราะห์ ศึกษา หาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มารดาคลอดก่อนกำหนดและออกมาตรการป้องกันให้เป็นรูปธรรม โดยร่วมมือกับองค์กรวิชาชีพ ชมรม สมาคมวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ➤ ตั้งเกณฑ์ตัวชี้วัดระดับเขตลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่พบว่ามีความสัมพันธ์ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด โดยมีงบประมาณสนับสนุน จัดเป็นโครงการเร่งด่วนพิเศษ ➤ รณรงค์ ทำ Campaign ให้มีการสื่อสารสู่สาธารณะให้มี Public Awareness ในเรื่องการฝากครรภ์คุณภาพ ลดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และอื่นๆ โดยประสานงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเช่น กรมอนามัย แผนกสหุติกรม โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ในพื้นที่ต่างๆ ➤ M & E : แต่งตั้งคณะทำงานติดตาม ประเมินผลการใช้มาตรการต่างๆเพื่อลดการคลอดก่อนกำหนดในระดับเขตและระดับประเทศ ติดตามแบบ On line On sites มีการรายงานผลการติดตามสัปดาห์ละในทุกรอบไตรมาส
<ul style="list-style-type: none"> อัตราการตายทารกแรกเกิดมีแนวโน้มลดลงแต่ร้อยละของทารกเกิดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้น รวมทั้งมารดาโควิดเป็นปัจจัยร่วมของ Preterm birth 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ จัดตั้งคณะกรรมการแม่และเด็กในการกำหนดแนวทางมาตรฐานในระดับชาติ ในการออกแนวปฏิบัติในการดูแลมารดาที่ติดเชื้อโควิดและทารกที่เกิดจากมารดาโควิดให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน
<ul style="list-style-type: none"> ขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทาง 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ กำหนดให้แพทย์และพยาบาลเฉพาะทางได้เป็นสาขาขาดแคลน เพิ่มค่าตอบแทนให้ได้ใกล้เคียงองค์กรอื่นๆ ➤ สนับสนุนโควตาการเข้ารับการศึกษาเป็นกรณีพิเศษ



Queen Sirikit National Institute of Child Health
www.childrenhospital.go.th



Thank You for Your Attention



www.childrenhospital.go.th



กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES



กรมการแพทย์
"ทำดีที่สุดเพื่อทุกชีวิต"



ทุกลมหายใจที่ได้คิดมา
มีค่ามากกว่าคำชื่นชม



ทำดีที่สุด เพื่อทุกชีวิต
(Do our best for all)





สรุปผลการตรวจราชการกรมการแพทย์
ตัวชี้วัด ประเด็นลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย
สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด (STEMI) รอบที่ 1 ปีงบประมาณ พ.ศ.2565



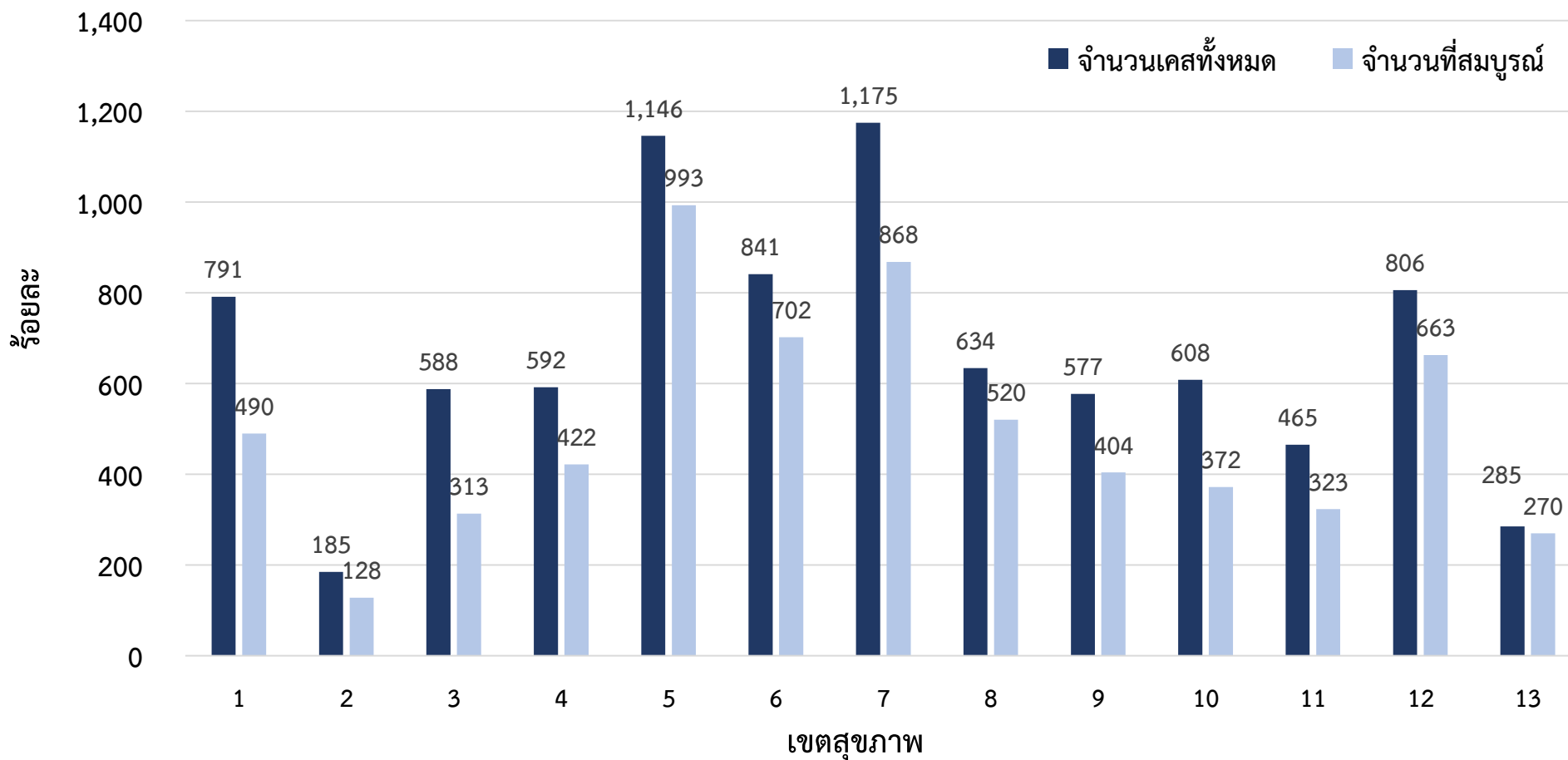
โดย แพทย์หญิงอรพรรณ อนุไพวรรณ
สถาบันโรคทรวงอก



สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด (STEMI)

จำนวนผู้ป่วย ACS ในแต่ละเขตสุขภาพ

- จำนวนข้อมูลทั้งหมด **8,693** ราย
- การบันทึกข้อมูลที่สมบูรณ์ **6,468** ราย (74.05%)



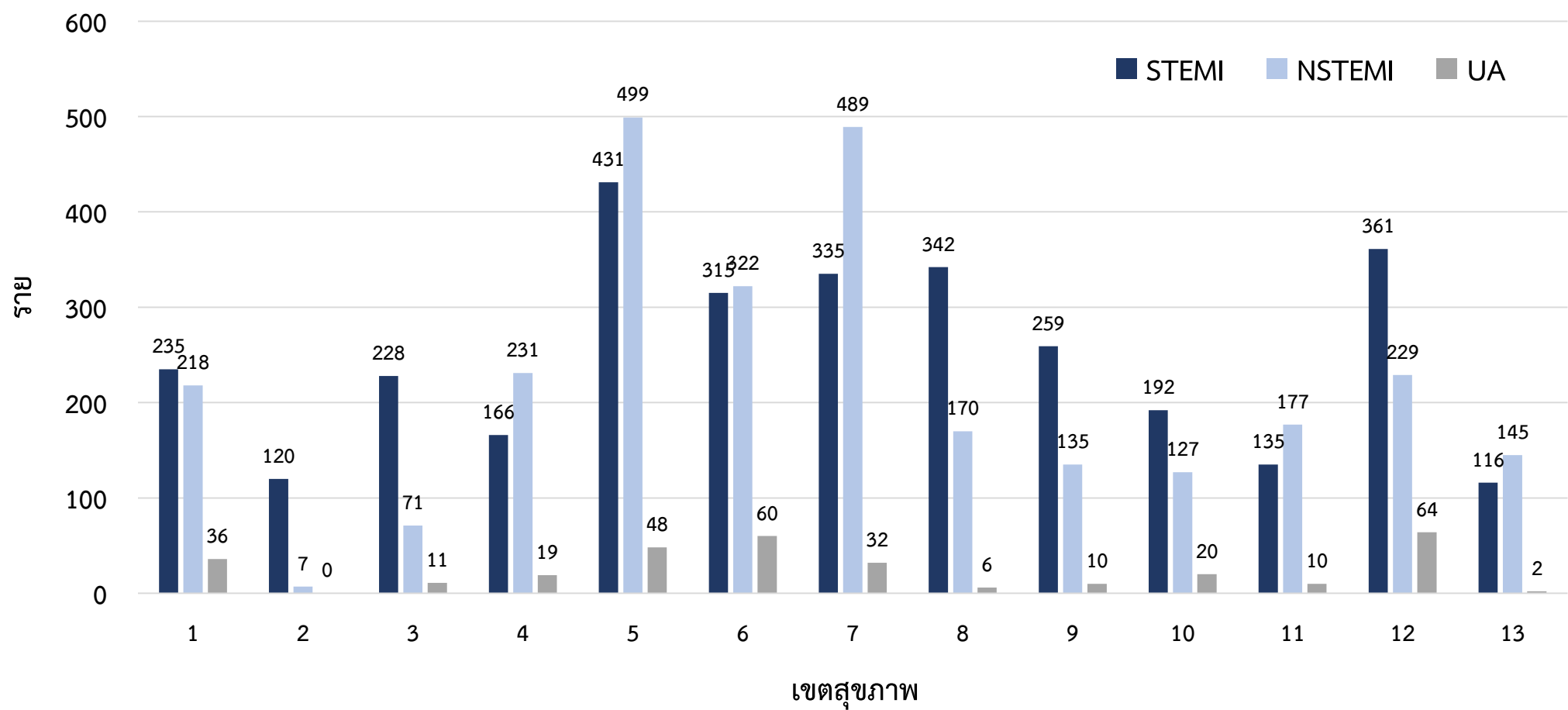
ที่มา: Thai ACS Registry ข้อมูล 1 ต.ค. 64 – 31 มี.ค. 65



สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด (STEMI)

ผู้ป่วย ACS จำแนกตามการวินิจฉัยเบื้องต้น

- STEMI 3,235
- NSTEMI 2,820
- U/A 318



ที่มา: Thai ACS Registry ข้อมูล 1 ต.ค. 64 – 31 มี.ค. 65





KPI STEMI



กรมการแพทย์
สถาบันโรคทรวงอก



เกณฑ์เป้าหมายปี 2565

โครงการพัฒนาระบบสุขภาพ สาขาโรคหัวใจปี 2565

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด ประจำปีงบประมาณ 2565

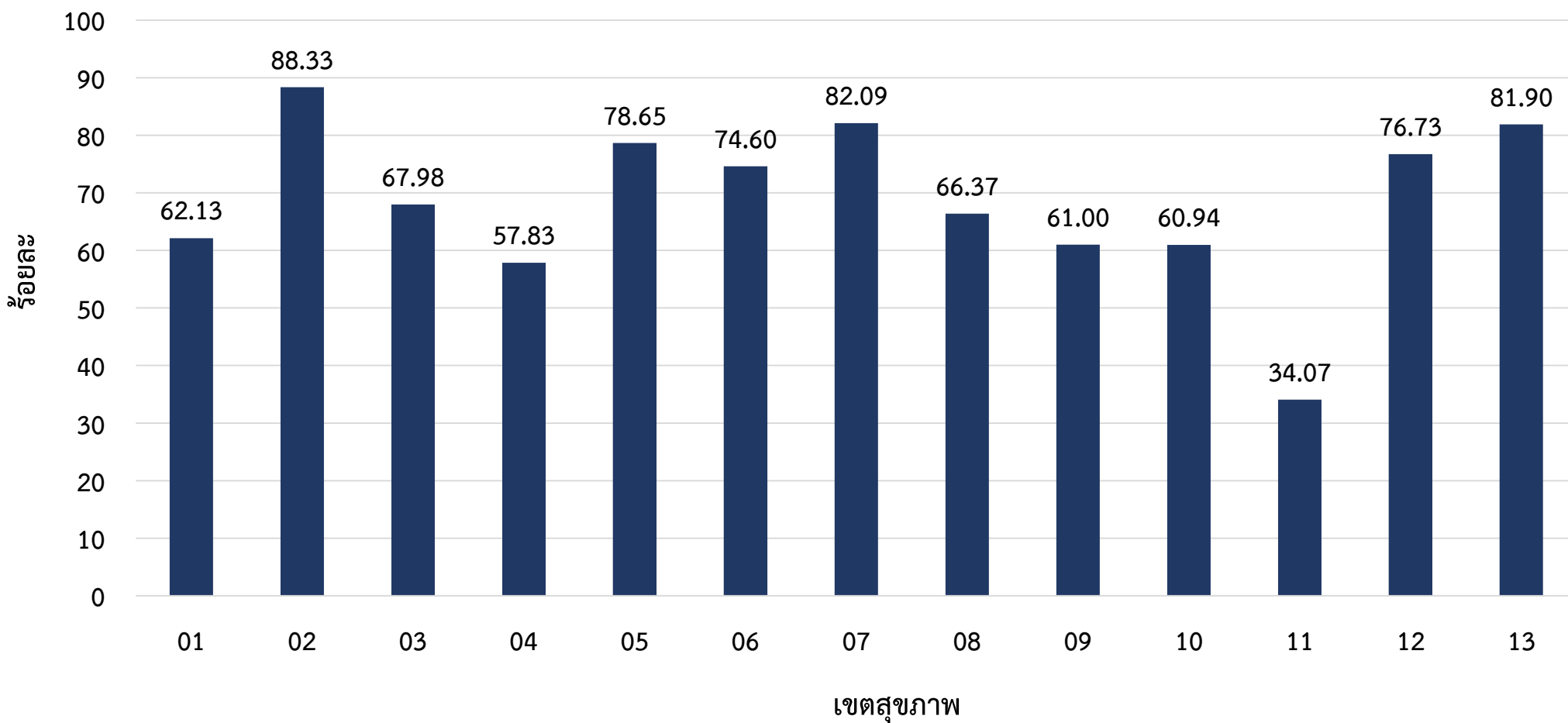
ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย
1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหัวใจ (ตัวชี้วัดหลัก)	< 8%
2. ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด (ตัวชี้วัดรอง)	
2.1 ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย	≥ 60%
2.2 ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย	≥ 60%



สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด (STEMI)

ร้อยละ Reperfusion ใน STEMI

ร้อยละ
Reperfusion
ใน STEMI **70.23**



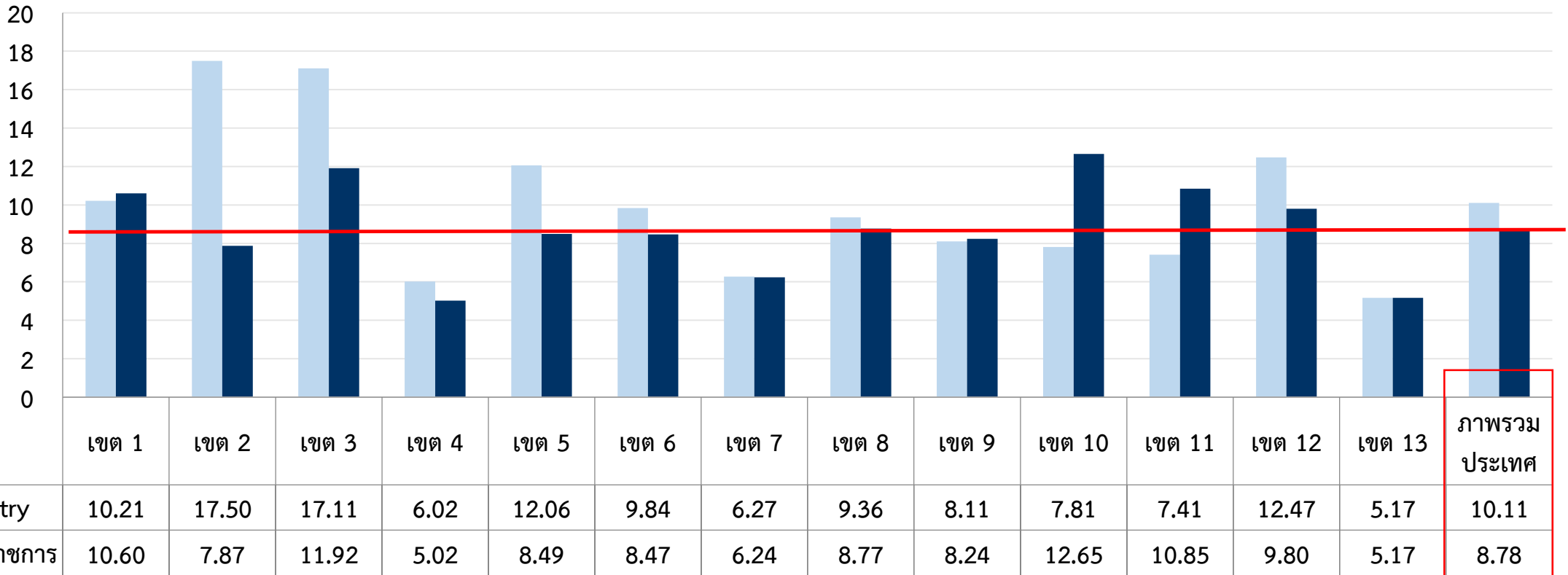
ที่มา: Thai ACS Registry ข้อมูล 1 ต.ค. 64 – 31 มี.ค. 65



สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด (STEMI)

ตัวชี้วัดหลัก: อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI

(เป้าหมาย < ร้อยละ 8) (ข้อมูล Thai ACS Registry เปรียบเทียบกับข้อมูลการตรวจราชการและนิเทศงานรอบที่ 1 ปีงบประมาณ พ.ศ.2565)



หมายเหตุ: เขต 4 ขาดลพบุรี

เขต 9 ข้อมูลสุรินทร์ บุรีรัมย์

เขต 10 ข้อมูลจากการตรวจราชการ รอบ 3 เดือน

เขต 12 ข้อมูลสงขลา ตรัง สตูล พัทลุง

ที่มา: Thai ACS Registry ณ วันที่ 1 เม.ย. 65 และการตรวจราชการและนิเทศงานรอบที่ 1 ปีงบประมาณ พ.ศ.2565

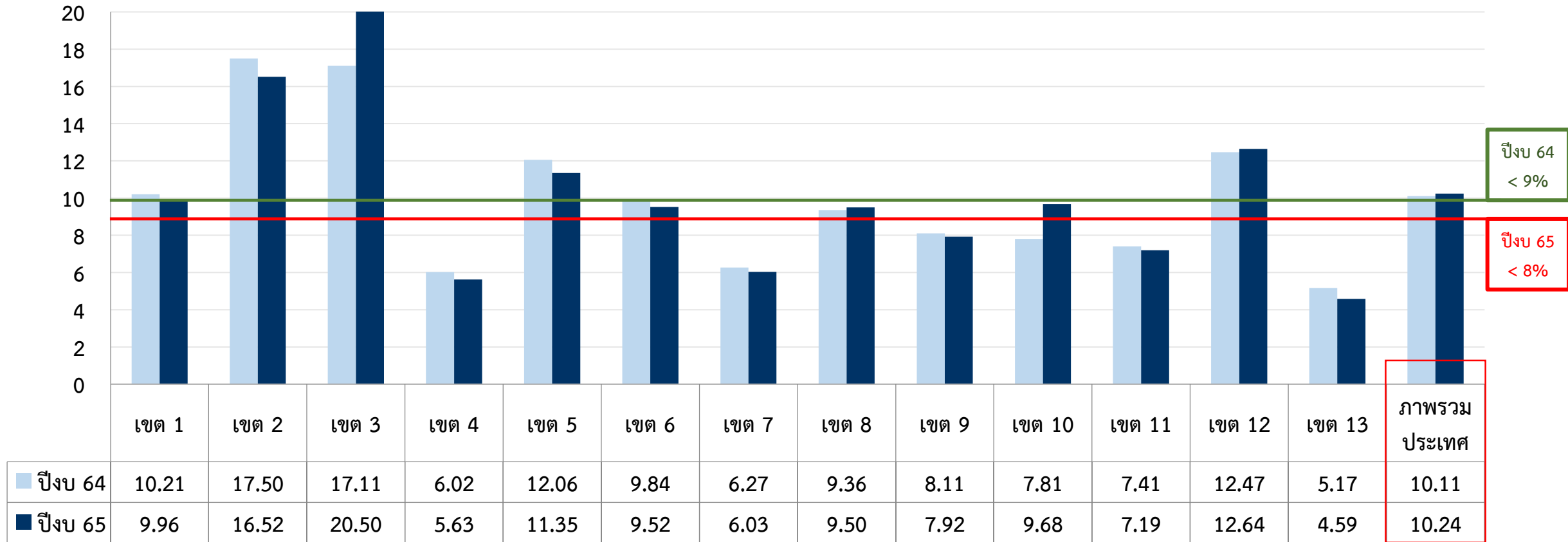




สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด (STEMI)

ตัวชี้วัดหลัก: อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI

เปรียบเทียบข้อมูล Thai ACS Registry รอบ 6 เดือน ปีงบประมาณ พ.ศ.2564 และ 2565

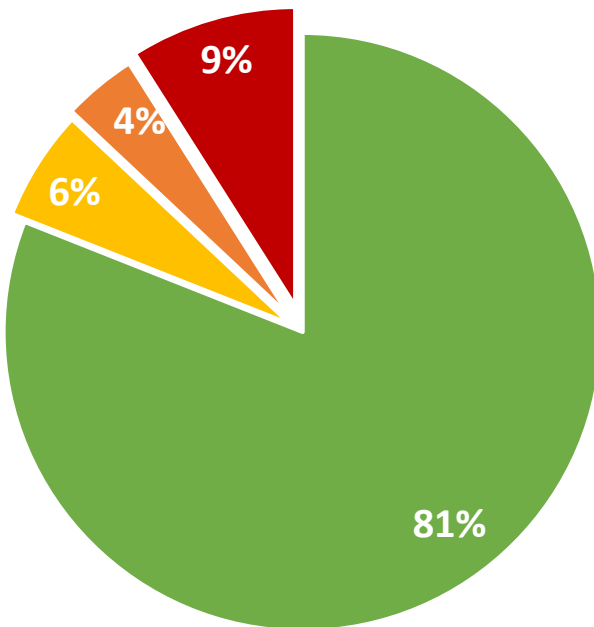


ที่มา: Thai ACS Registry ณ วันที่ 1 เม.ย. 64 และวันที่ 1 เม.ย. 65



Killip Class ในผู้ป่วย STEMI

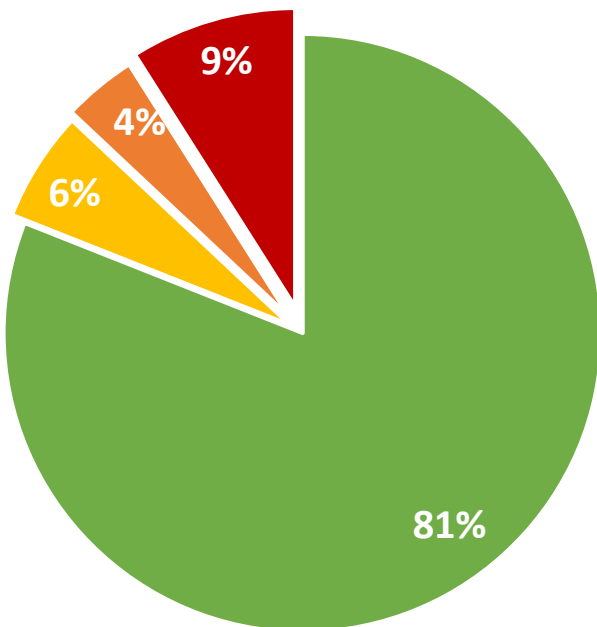
- Killip Class I
- Killip Class II
- Killip Class III
- Killip Class IV



Killip Class	Clinical Signs
Class I	No clinical heart failure
Class II	Rales or crackles in lungs, S3 gallop, elevated JVP
Class III	Pulmonary edema
Class IV	Cardiogenic shock, SBP < 90 mmHg, low cardiac output

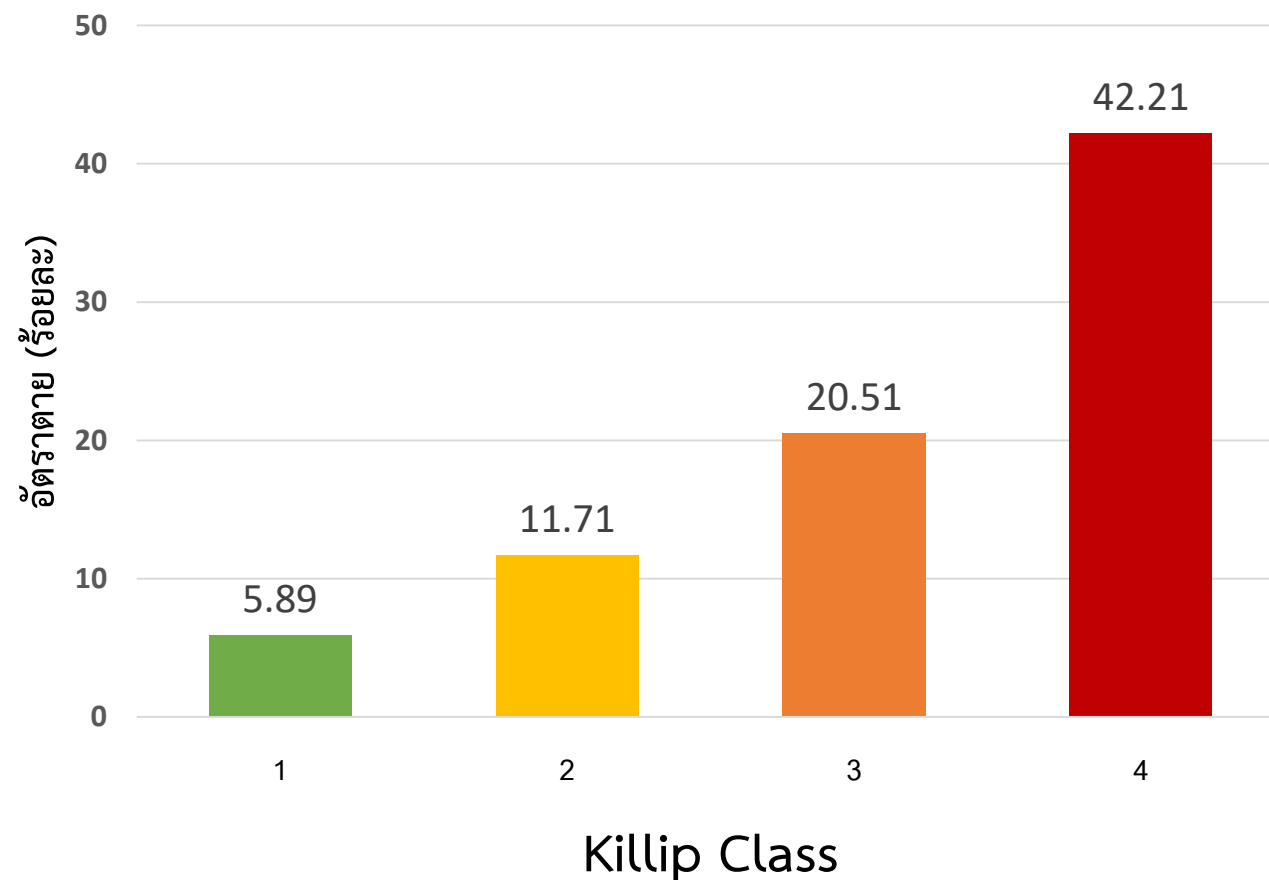
Killip Class ในผู้ป่วย STEMI

- Killip Class I
- Killip Class II
- Killip Class III
- Killip Class IV

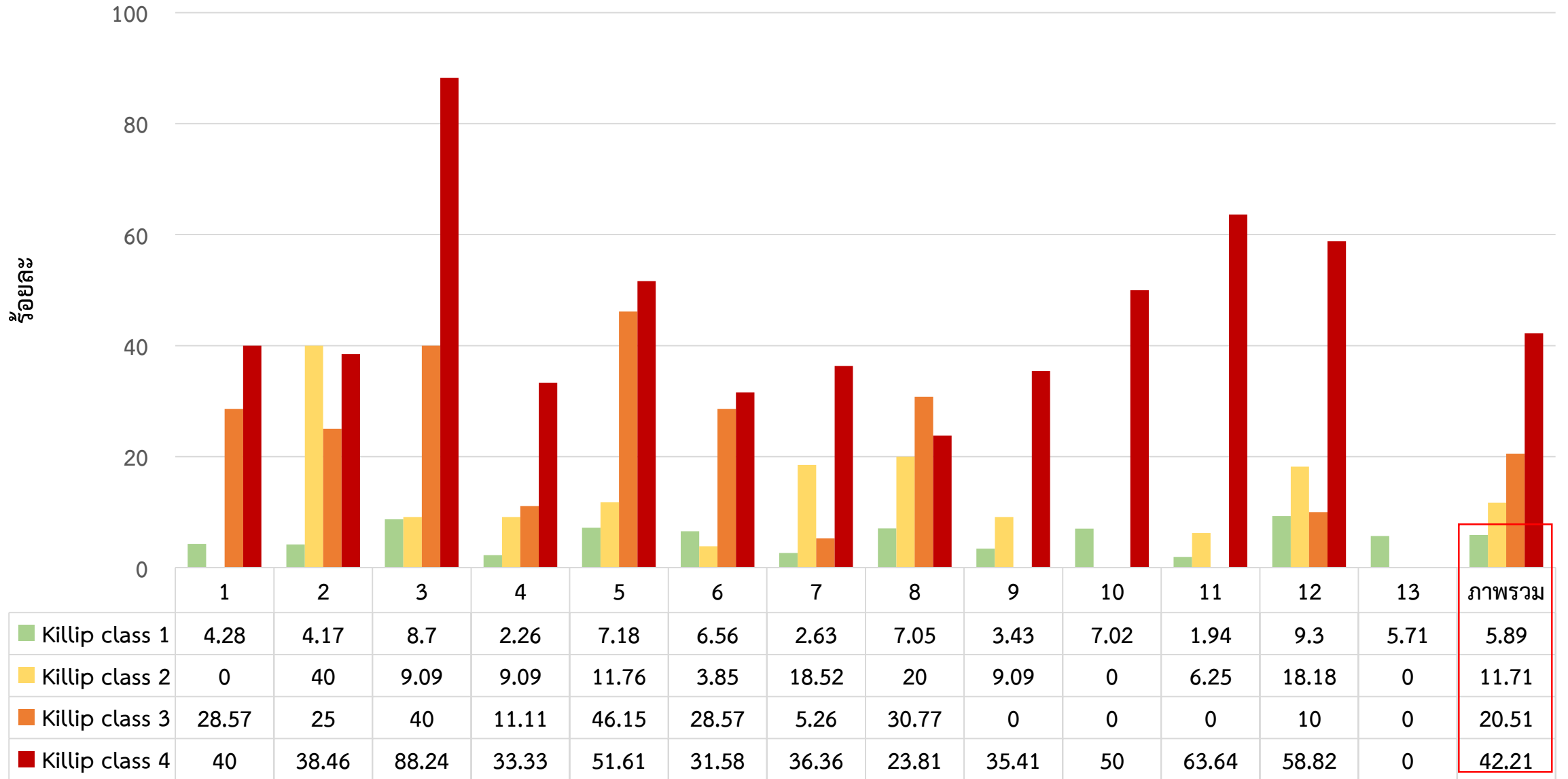


Killip Class	Clinical Signs
Class I	No clinical heart failure
Class II	Rales or crackles in lungs, S3 gallop, elevated JVP
Class III	Pulmonary edema
Class IV	Cardiogenic shock, SBP < 90 mmHg, low cardiac output

อัตราการตาย STEMI จำแนกตาม Killip Class



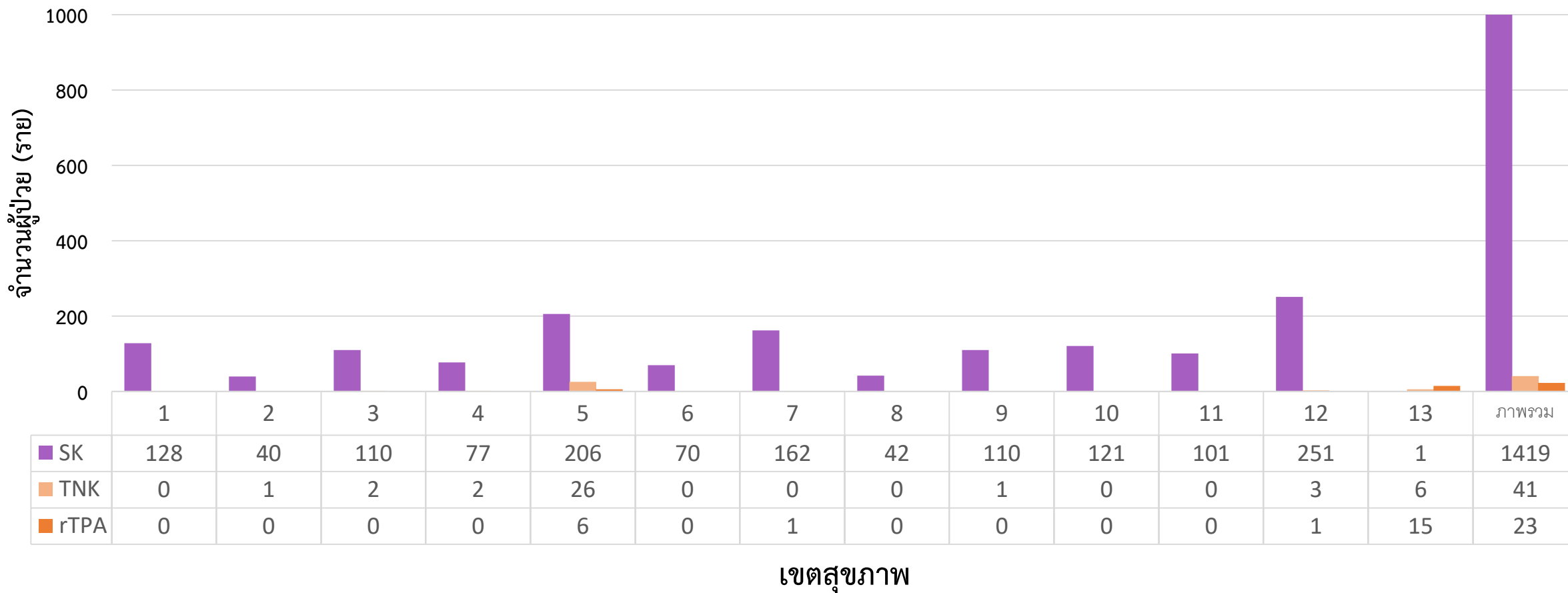
อัตราการตาย STEMI จำแนกตาม Killip Class



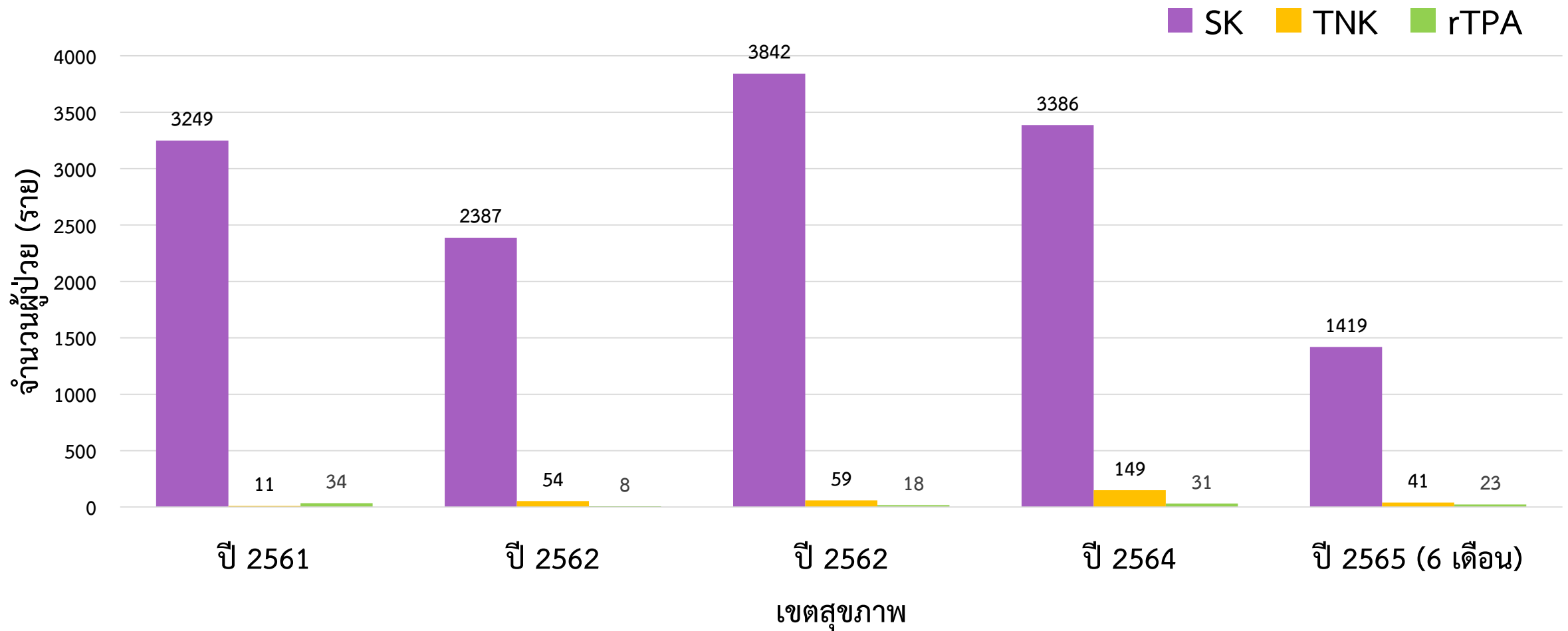
เขตสุขภาพ

Type of Fibrinolysis in STEMI

SK TNK rTPA

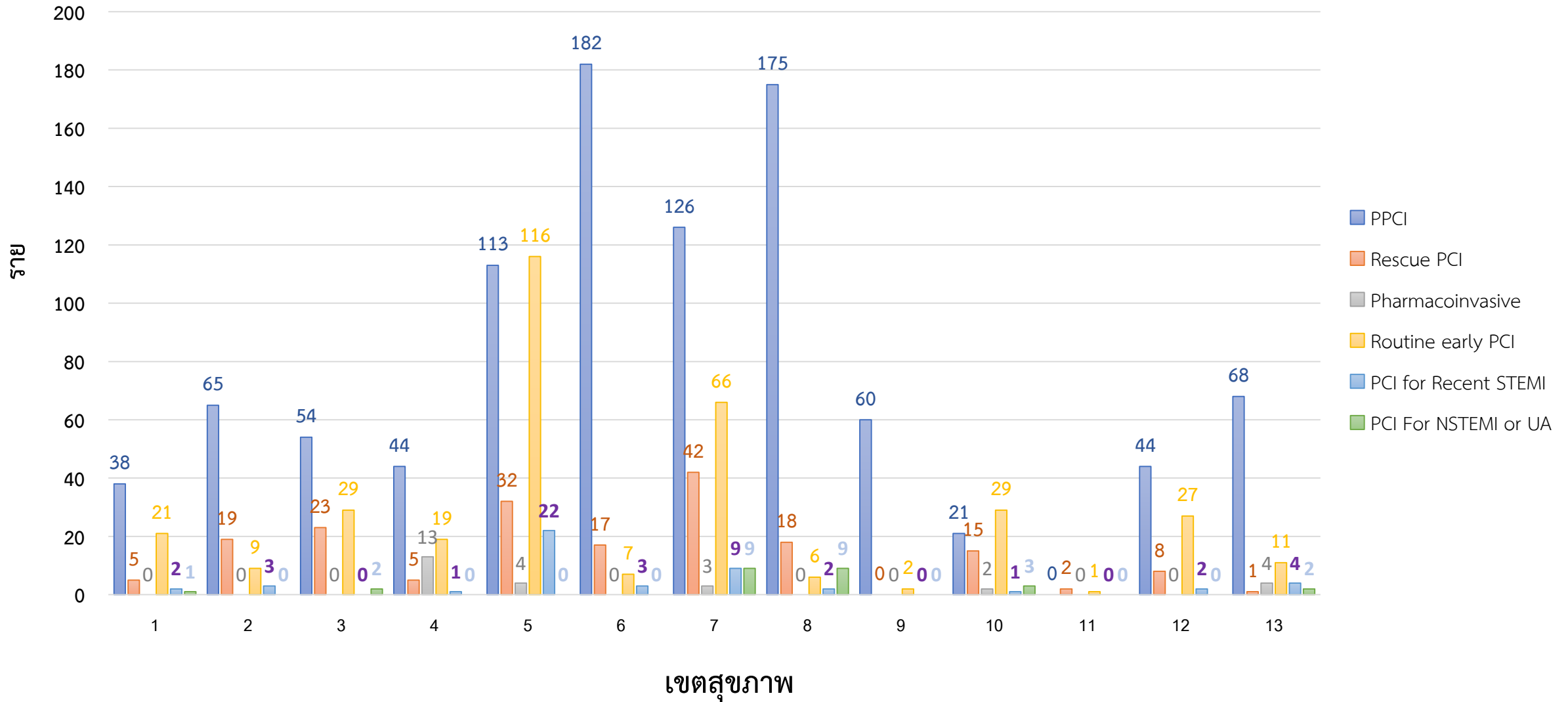


ข้อมูล Type of Fibrinolysis in STEMI

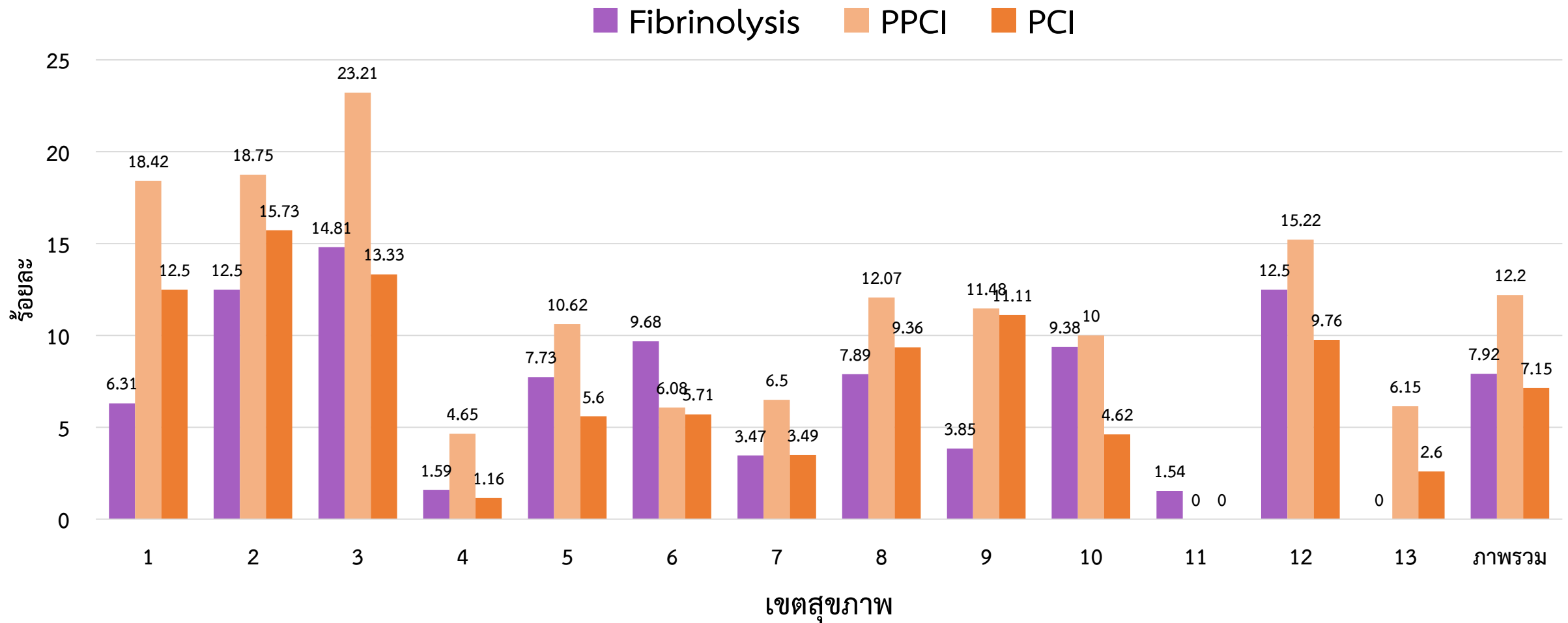


ข้อมูลจาก Thai ACS Registry

Type of PCI



เปรียบเทียบอัตราการตายระหว่างผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับ Fibrinolysis, PPCI และ PCI

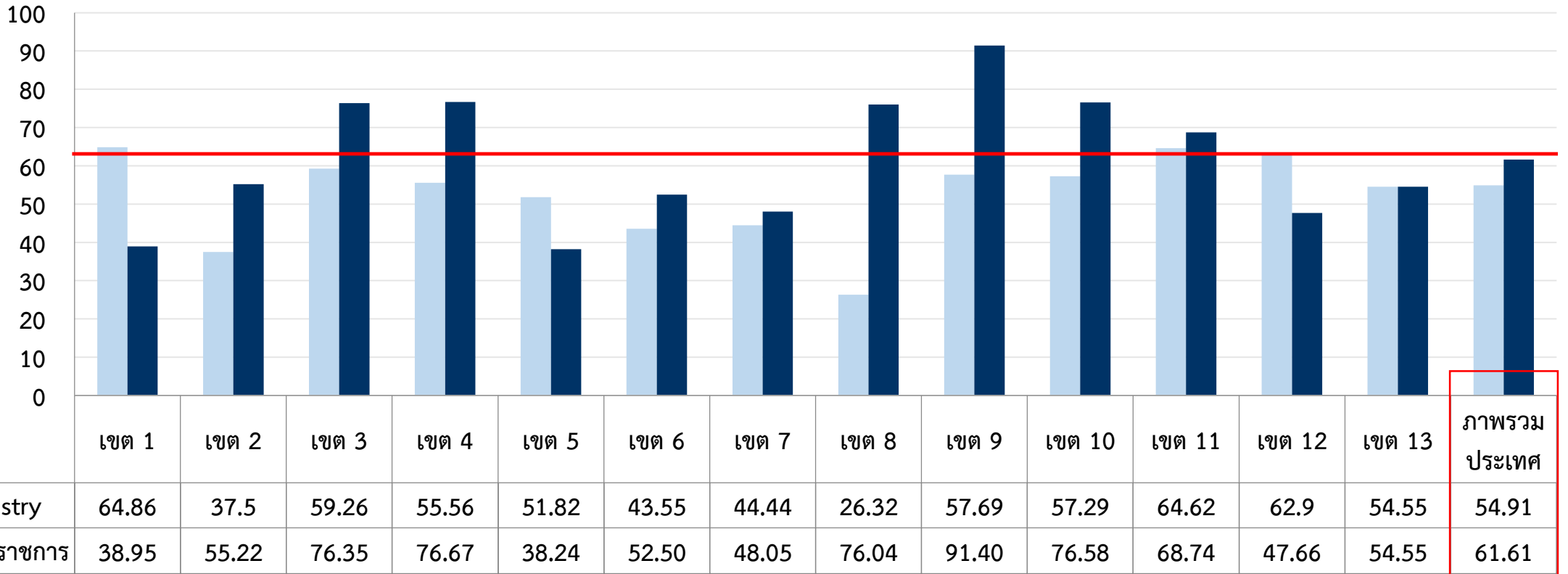




สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด (STEMI)

ตัวชี้วัดหลัก: ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด

(เป้าหมาย \geq ร้อยละ 60) (ข้อมูล Thai ACS Registry เปรียบเทียบกับข้อมูลการตรวจราชการและนิเทศงานรอบที่ 1 ปีงบประมาณ พ.ศ.2565)



หมายเหตุ: เขต 4 ขาดลพบุรี ออยุธยา

เขต 9 ข้อมูลสุรินทร์ บุรีรัมย์

เขต 10 ข้อมูลจากการตรวจราชการ รอบ 3 เดือน

เขต 12 ข้อมูลสงขลา ตรัง สตูล พัทลุง

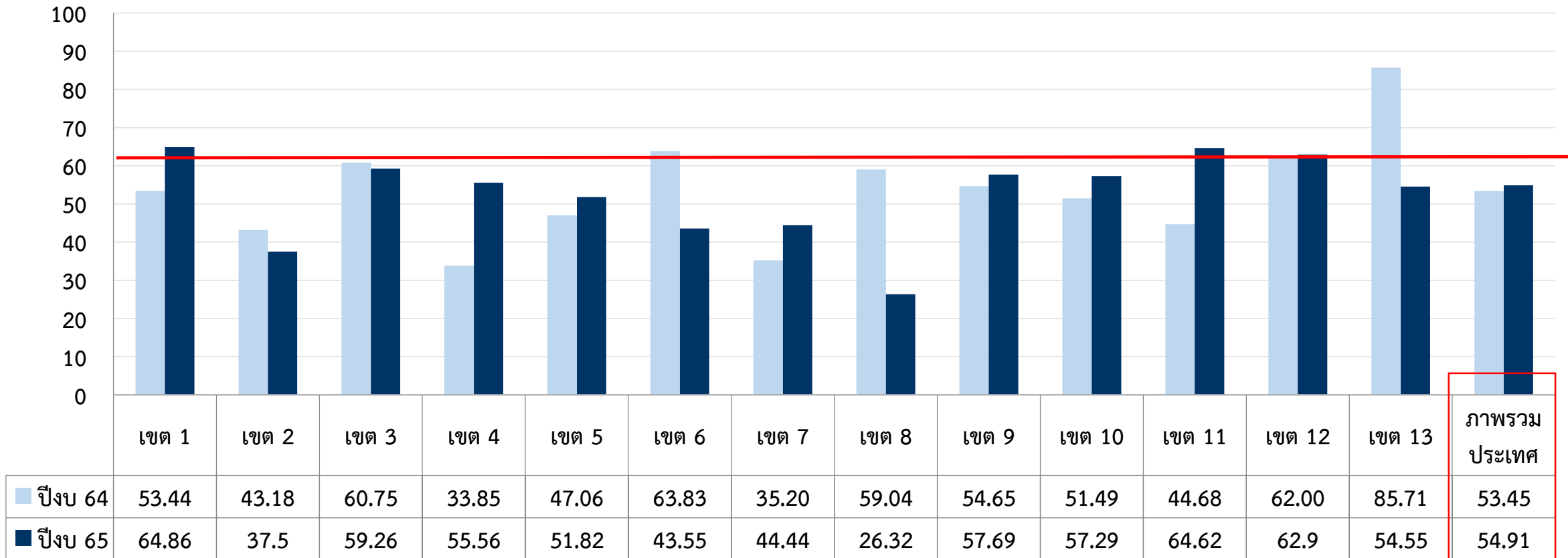
ที่มา: Thai ACS Registry ณ วันที่ 1 เม.ย. 65 และการตรวจราชการและนิเทศงานรอบที่ 1 ปีงบประมาณ พ.ศ.2565





สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด (STEMI)

ตัวชี้วัดหลัก: ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด
เปรียบเทียบข้อมูล Thai ACS Registry รอบ 6 เดือน ปีงบประมาณ พ.ศ.2564 และ 2565



ที่มา: Thai ACS Registry ณ วันที่ 1 เม.ย. 64 และวันที่ 1 เม.ย. 65

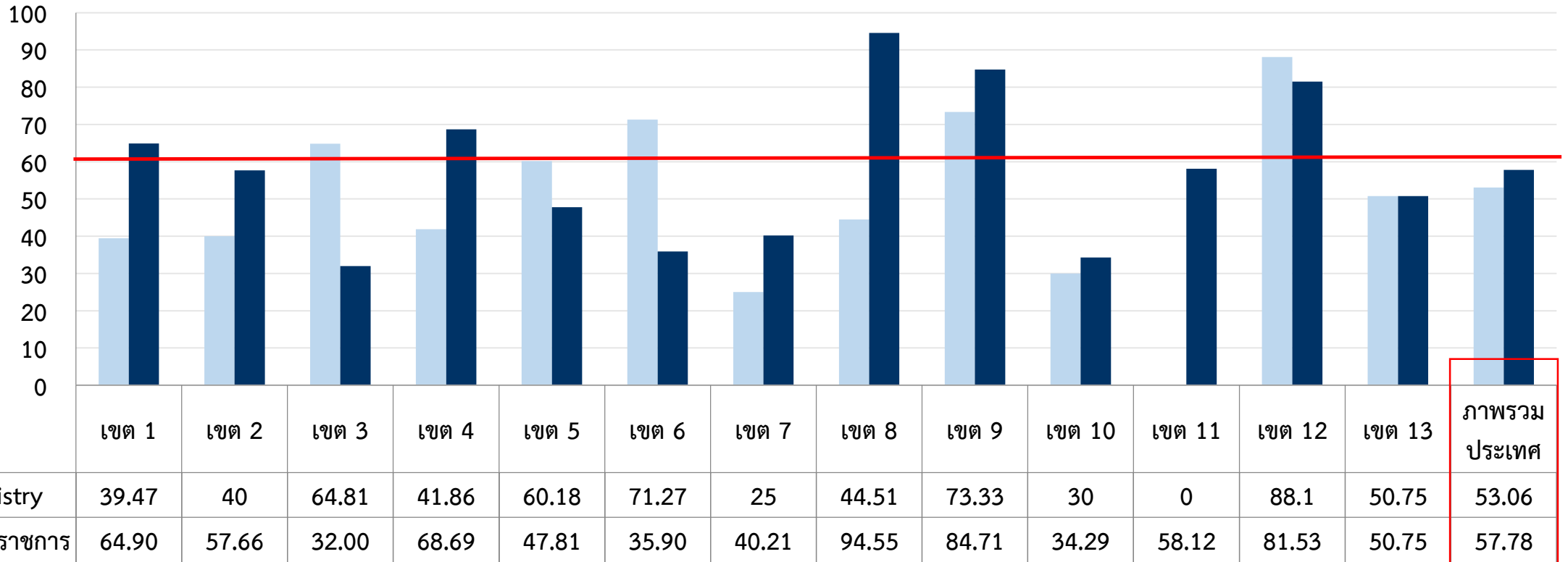




สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด (STEMI)

ตัวชี้วัดหลัก: ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด

(เป้าหมาย \geq ร้อยละ 60) (ข้อมูล Thai ACS Registry เปรียบเทียบกับข้อมูลการตรวจราชการและนิเทศงานรอบที่ 1 ปีงบประมาณ พ.ศ.2565)



หมายเหตุ: เขต 9 ข้อมูลสุรินทร์ บุรีรัมย์

เขต 4 ขาดลพบุรี อุดรฯ สระบุรี

เขต 10 ข้อมูลจากการตรวจราชการ รอบ 3 เดือน

เขต 3 ขาดกำแพงเพชร

เขต 7 ข้อมูลขอนแก่น ร้อยเอ็ด

เขต 12 ข้อมูลสงขลา ตรัง สตูล พัทลุง

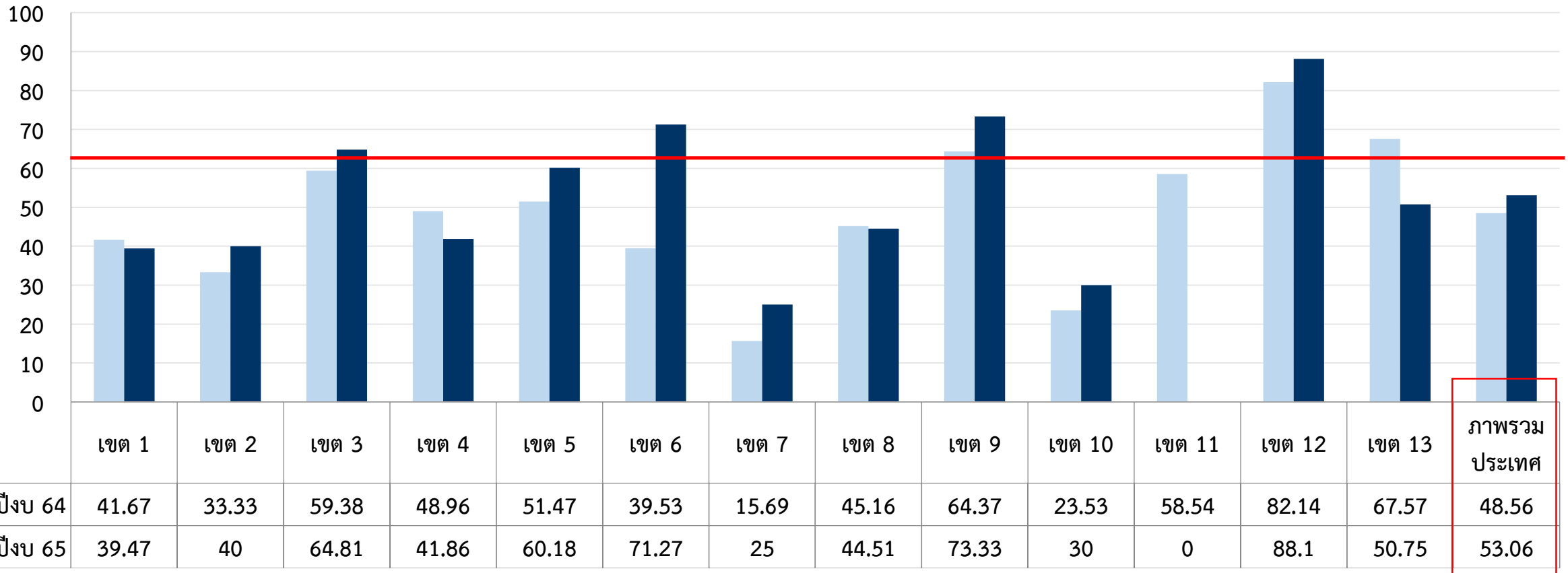
ที่มา: Thai ACS Registry ณ วันที่ 1 เม.ย. 65 และการตรวจราชการและนิเทศงานรอบที่ 1 ปีงบประมาณ พ.ศ.2565





สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด (STEMI)

ตัวชี้วัดหลัก: ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด
เปรียบเทียบข้อมูล Thai ACS Registry รอบ 6 เดือน ปีงบประมาณ พ.ศ.2564 และ 2565



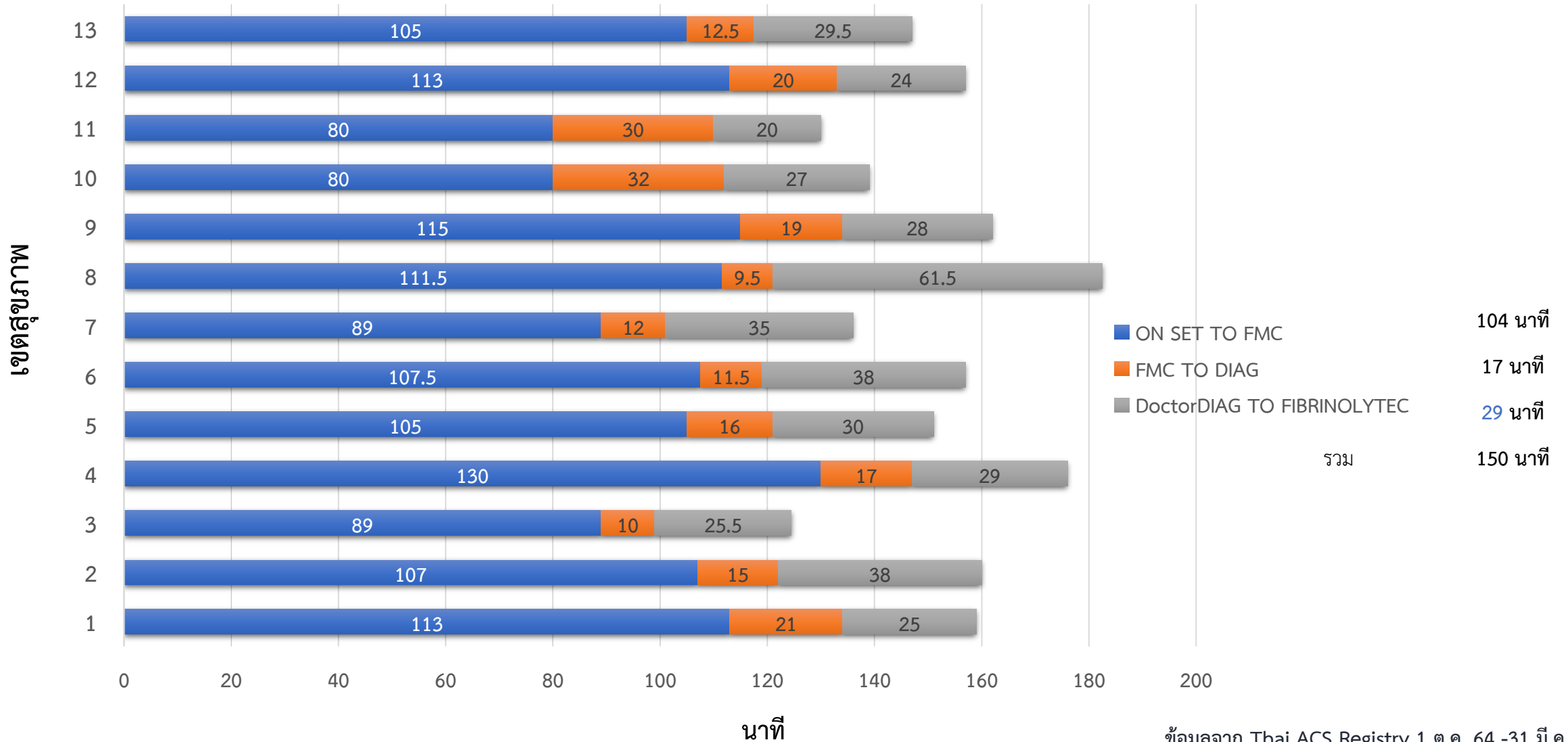
ที่มา: Thai ACS Registry ณ วันที่ 1 เม.ย. 64 และวันที่ 1 เม.ย. 65





STEMI total ischemic time: Fibrinolytic therapy

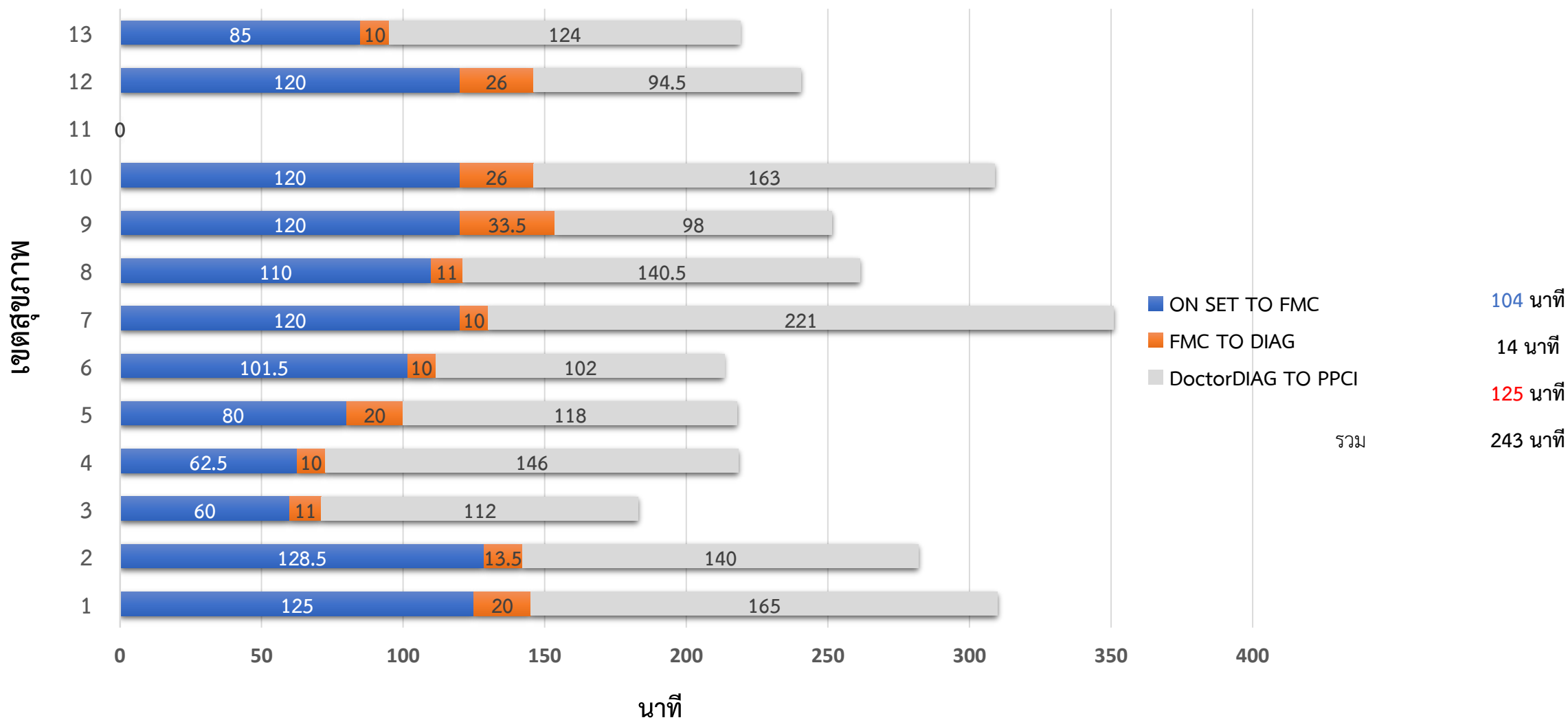
ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการถึงการได้รับยาละลายลิ่มเลือด (นาที)





STEMI total ischemic time: Primary PCI

ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการถึงการได้รับการทำ PPCI





1. สถานการณ์

- อัตราตายของผู้ป่วย STEMI 10.11% (ข้อมูล Thai ACS registry), 8.78% (ข้อมูลตก.)
- ร้อยละของการให้การรักษผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดยังไม่ได้ตามเป้าหมาย
- การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยและระบบบริการล่าช้า
- ผู้ป่วยที่อาการรุนแรง (Killip class 3-4) มีอัตราตายสูง
- การระบาดของ COVID-19 ส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึงการบริการของผู้ป่วยและระบบการบริการ

2. ผลการพัฒนา

- มีเครือข่ายระบบการส่งต่อผู้ป่วย STEMI fast tract และแนวทางการให้คำปรึกษา/รักษาผู้ป่วยในทุกเขตสุขภาพ
- มีศูนย์หัวใจ/cath lab ทุกเขตสุขภาพ
- รพ.ที่ไม่สามารถทำ PCI ได้ มีการให้ fibrinolysis มากขึ้น
- มีการให้ความรู้ประชาชน Self awareness, การเข้าถึงการบริการ
- มีการคัดกรองและควบคุมโรคกลุ่ม NCD ที่เป็นปัจจัยเสี่ยง CVD

มาตรการ 6 Building blocks

- 1.การจัดบริการสุขภาพ: มีระบบเครือข่าย STEMI fast track ที่มีประสิทธิภาพ (Refer,consult)
- 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



เขตสุขภาพ	การจัดบริการสุขภาพ (STEMI Fast Tract)	การจัดอัตรากำลังบุคลากร	ระบบสารสนเทศ	วัสดุครุภัณฑ์ทางการแพทย์	งบประมาณ	การอภิบาลระบบสุขภาพ
1	✓	ไม่เพียงพอ: แพทย์, พยาบาล, นักเทคโนโลยีหัวใจ	ข้อมูลพื้นที่		เพิ่มศักยภาพการบริการ: CCU, TNK, บุคลากร	patient self-awareness
2	✓		ข้อมูลพื้นที่/HDC	ICU/CCU, TNK	เพิ่มศักยภาพการบริการ: ICU/CCU, บุคลากร	คัดกรอง NCD, patient self-awareness
3	✓		ข้อมูลพื้นที่	Cath lab, TNK	เพิ่มศักยภาพการบริการ: Cath lab	
4	✓	ไม่เพียงพอ: แพทย์, พยาบาล, นักเทคโนโลยีหัวใจ	ข้อมูลพื้นที่	CCU/OR	เพิ่มศักยภาพการบริการ: CCU, บุคลากร	คัดกรอง NCD, STEMI Alert Campaign
5	✓	ไม่เพียงพอ: แพทย์, พยาบาล, นักเทคโนโลยีหัวใจ		Cath lab	เพิ่มศักยภาพการบริการ: Cath lab, OR, บุคลากร	
6	✓	ไม่เพียงพอ: บุคลากรติดเชื้อ COVID-19	ข้อมูลพื้นที่	Cath lab, TNK	เพิ่มศักยภาพการบริการ: Cath lab, TNK, บุคลากร	คัดกรอง NCD, patient self-awareness
7	✓	บูรณาการใช้ทรัพยากรร่วมกัน: สป./รร.แพทย์/เอกชน	Thai ACS Registry	TNK	เพิ่มศักยภาพการบริการ: TNK	คัดกรอง NCD, patient self-awareness
8	✓		ข้อมูลพื้นที่		เพิ่มศักยภาพการบริการ: บุคลากร	patient self-awareness
9	✓	ไม่เพียงพอ: แพทย์, พยาบาล	ข้อมูลพื้นที่, Thai ACS Registry	Cath lab, ECMO	เพิ่มศักยภาพการบริการ: Cath lab, บุคลากร	คัดกรอง/NCD clinic, patient self-awareness, STEMI Alert Campaign, BLS
10	✓	ไม่เพียงพอ: แพทย์, พยาบาล, นักกายภาพ, เภสัช	การจัดเก็บข้อมูลไม่เชื่อมโยงกัน : Thai ACS Registry/HDC	Defibrillator/paddle, infusion pump, ECG monitor	สนับสนุนจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์, อบรมวิชาการ	คัดกรอง NCD, STEMI Alert Campaign
11	✓	ไม่เพียงพอ: แพทย์, นักเทคโนโลยีหัวใจ	ข้อมูลพื้นที่, Thai ACS Registry	Cath lab, TNK	เพิ่มศักยภาพการบริการ: Cath lab, TNK, บุคลากร	คัดกรอง NCD, patient self-awareness
12	✓	ไม่เพียงพอ: แพทย์ (CVT)		OR	เพิ่มศักยภาพการบริการ: OR, บุคลากร	patient self-awareness

กรอบแนวทางการตรวจราชการ รอบที่ 2/2565

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

Secondary Care



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

Tertiary Care



มีการจัดเก็บข้อมูลที่สมบูรณ์ครบถ้วนและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล



1. สถานการณ์

- อัตราตายของผู้ป่วย STEMI 10.11% (ข้อมูล Thai ACS registry), 8.78% (ข้อมูลตท.)
- ร้อยละของการให้การรักษามะเร็ง STEMI ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดยังไม่ได้ตามเป้าหมาย
- การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยและระบบบริการล่าช้า
- ผู้ป่วยที่อาการรุนแรง (Killip class 3-4) มีอัตราตายสูง
- การระบาดของ COVID-19 ส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึงการบริการของผู้ป่วยและระบบการบริการ

2. ผลการพัฒนา

- มีเครือข่ายระบบการส่งต่อผู้ป่วย STEMI fast track และแนวทางการให้คำปรึกษา/รักษาผู้ป่วยในทุกเขตสุขภาพ
- มีศูนย์หัวใจ/cath lab ทุกเขตสุขภาพ
- รพ.ที่ไม่สามารถทำ PCI ได้ มีการให้ fibrinolysis มากขึ้น
- มีการให้ความรู้ประชาชน Self awareness, การเข้าถึงการบริการ
- มีการคัดกรองและควบคุมโรคกลุ่ม NCD ที่เป็นปัจจัยเสี่ยง CVD

มาตรการ 6 Building blocks

- 1.การจัดบริการสุขภาพ: มีระบบเครือข่าย STEMI fast track ที่มีประสิทธิภาพ (Refer,consult)
- 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. ร้อยละของการให้การรักษามะเร็ง STEMI ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด
 - 2.1 ผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย $\geq 60\%$
 - 2.2 ผู้ป่วย STEMI ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย $\geq 60\%$



ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหาอุปสรรค	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา
ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาล่าช้า (patient delay) เนื่องจากประชาชนไม่ทราบอาการสำคัญ การเข้าถึงระบบ EMS ยังไม่ครอบคลุม	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ประชาสัมพันธ์ ส่งเสริมการใช้บริการ 1669/ EMS ▪ เพิ่ม Health Literacy แก่ประชาชน โดยบูรณาการกับ 3 หมอ ในการเฝ้าระวังและรับรู้ early warning sign ▪ ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่อง STEMI Alert
พบผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงภาวะหัวใจและหลอดเลือด	<ul style="list-style-type: none"> ▪ กำหนดนโยบายเชิงรุกคัดกรองกลุ่มเสี่ยง และการควบคุมโรคใน NCD Clinic และเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคกลุ่ม Cardiovascular disease
<ul style="list-style-type: none"> ▪ สถานการณ์การระบาด COVID-19 มีผลกระทบกับระบบการให้บริการ (system delay) ▪ บุคลากรมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ทำให้อัตรากำลังไม่เพียงพอในการปฏิบัติงาน ▪ ปัญหาการจัดสรรอัตรากำลังไม่สอดคล้องกับภาระงาน 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ สนับสนุนด้านงบประมาณ และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เพียงพอกับภาระงาน ในการขับเคลื่อนนโยบายและการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ ▪ ปรับอัตรากำลังของทีมในศูนย์หัวใจ เพื่อให้ Cardiac Catheterization Lab ให้สามารถให้บริการ 24/7 ▪ ควรมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทีมสุขภาพ ในองค์ความรู้เรื่องการวินิจฉัย การรักษาเบื้องต้นและการส่งต่อผู้ป่วย ▪ สนับสนุนเชิงนโยบายให้พยาบาลในสถานบริการทุกระดับ มีโอกาสพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ (Nurse case manager) ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางโรคหัวใจและทรวงอก



ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหาอุปสรรค	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา
<p>บุคลากรขาดความมั่นใจในการวินิจฉัย ทักชีพและ การให้ยาละลายลิ่มเลือด ส่งผลทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาล่าช้า</p>	<ul style="list-style-type: none"> พัฒนาสมรรถนะบุคลากรในโรงพยาบาลทุกระดับ สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ เพิ่มพูนศักยภาพบุคลากร (แพทย์/ER) ในการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI, NSTEMI, และการทำ ACLS
<ul style="list-style-type: none"> ผู้ป่วยที่มีข้อห้ามในการให้ SK ไม่สามารถส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่ศักยภาพได้ ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อทำ PPCI 	<ul style="list-style-type: none"> พัฒนาระบบเครือข่าย STEMI Network และ Seamless refer ในการดูแลผู้ป่วยได้มีประสิทธิภาพ เพื่อลดระยะเวลาปรึกษาและการส่งต่อผู้ป่วย บูรณาการการรักษาและการใช้ทรัพยากรร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย STEMI, ความร่วมมือด้านวิชาการในการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร และการพัฒนางานวิจัย ระหว่างโรงพยาบาลสังกัดสป./มหาวิทยาลัย/เอกชน พัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลในเขตสุขภาพให้สามารถให้สามารถทำ PPCI ได้ 24/7 ในรพ.ที่มีความพร้อม ส่วนกลางสนับสนุนการเบิกจ่ายค่ายา Tenecteplase ที่ไม่สามารถเรียกเก็บจากสปสช. ทบทวนรายงานผู้ป่วยที่มีการเสียชีวิต และทำการบันทึกสาเหตุของการเสียชีวิต
<ul style="list-style-type: none"> มีความแตกต่างของแหล่งที่มาของข้อมูลผู้ป่วยในการสรุปผลตรวจราชการของแต่ละเขตสุขภาพ ข้อมูลไม่ครบถ้วนตามตัวชี้วัด 	<ul style="list-style-type: none"> การบันทึกข้อมูล การจัดทำรายงาน ควรพัฒนาเป็นแบบแผนเดียวกัน และสามารถใช้อ้างอิงเพื่อติดตามงานร่วมกันได้ มีนโยบายที่ชัดเจนและสนับสนุนให้มีการลงข้อมูลในโปรแกรม Thai ACS registry ให้ครอบคลุมทุกโรงพยาบาลในระดับเขตสุขภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นมาตรฐานเดียวกันในการติดตามตัวชี้วัดและประเมินมาตรฐานการรักษาผู้ป่วยได้



ขอบคุณค่ะ



กรมการแพทย์
สถาบันโรคทรวงอก



กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES



กรมการแพทย์
"ทำดีที่สุดเพื่อทุกชีวิต"



ทุกลมหายใจที่ได้คิดมา
มีค่ามากกว่าคำชื่นชม



ทำดีที่สุด เพื่อทุกชีวิต
(Do our best for all)





ผลการตรวจราชการกรมการแพทย์ ตัวชี้วัด Functional Based สาขาลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย สาขาอุบัติเหตุฉุกเฉิน (Trauma) รอบที่ 1 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565



โดย นายแพทย์เฉลิมพล ไชยรัตน์
รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ 2 โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
วันที่ 27 เมษายน 2565



สาขาอุบัติเหตุฉุกเฉิน

ตัวชี้วัด: อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) (เป้าหมาย < ร้อยละ 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

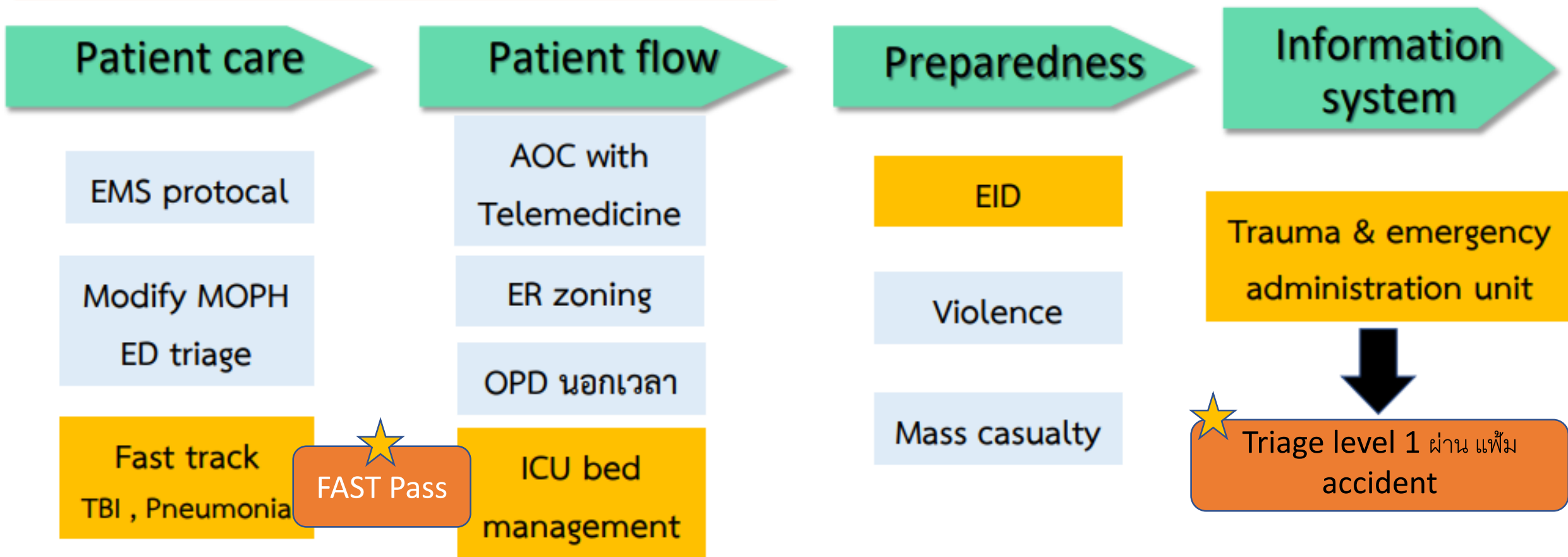
Small Success

น้อยกว่าร้อยละ 12



สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

มาตรการเร่งด่วน การตรวจราชการรอบ 2 ปี 2565



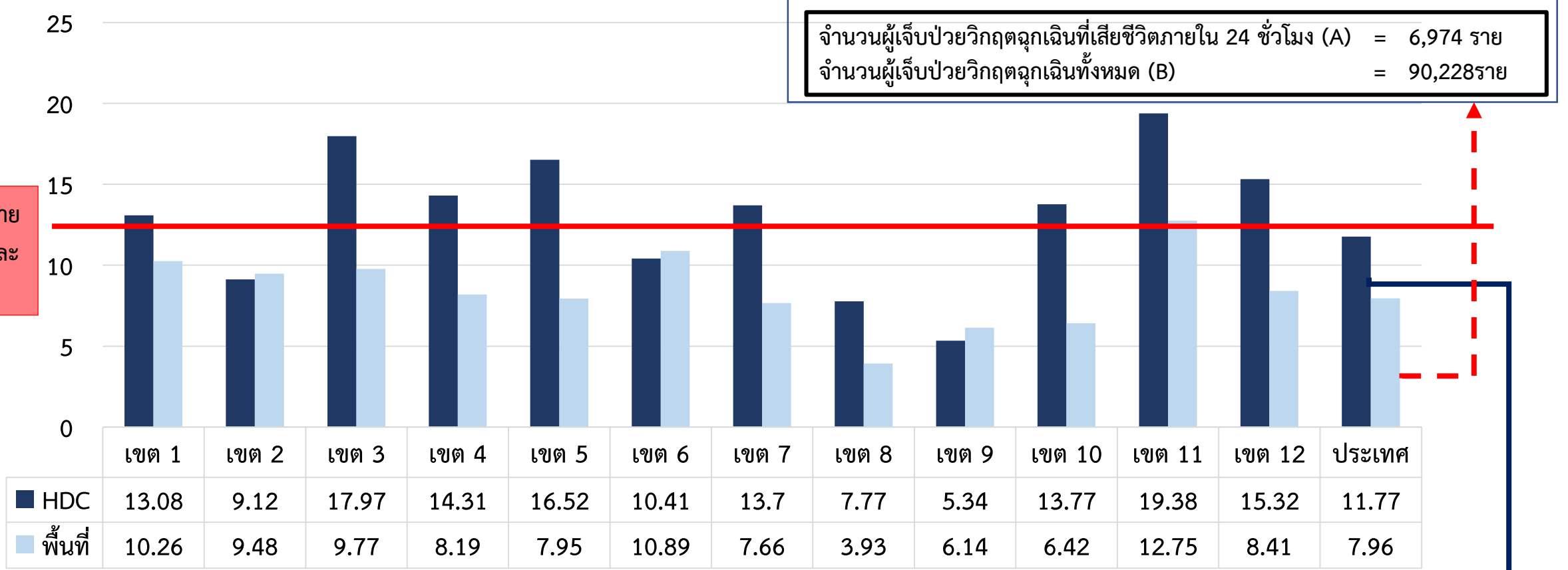


สาขาอุบัติเหตุฉุกเฉิน



ตัวชี้วัด: อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) (เป้าหมาย < ร้อยละ 12) (เปรียบเทียบข้อมูลไตรมาสที่ 2 จาก HDC และพื้นที่)

เป้าหมาย < ร้อยละ 12



จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง (A) = 6,974 ราย
 จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินทั้งหมด (B) = 90,228 ราย

จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง (A) = 2,621 ราย
 จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินทั้งหมด (B) = 22,264 ราย



ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหาอุปสรรค	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา
Fast track trauma / traumatic brain injury ขาดความเชื่อมโยงตั้งแต่ต้นน้ำ ถึงปลายน้ำ	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Protocol สำหรับ traumatic head injury with multiple trauma ➤ ทบทวนสาเหตุของการเสียชีวิตในผู้ป่วย trauma ➤ พัฒนา fast track trauma เชื่อมโยงตั้งแต่ รพช รพศ และในเขตสุขภาพ ➤ กำหนดตัวชี้วัดในเชิงกระบวนการในการดูแลผู้ป่วย Trauma
การเข้าถึงระบบบริการภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ 1669 ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none"> ➤ เพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึง การส่งต่อ และบริการการแพทย์ฉุกเฉินผ่านการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานปฐมภูมิและหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
ER/Trauma audit ขาดความต่อเนื่อง	<ul style="list-style-type: none"> ➤ บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพห้องฉุกเฉิน ซึ่งมีรองผู้อำนวยการแพทย์ เป็นประธาน ในการกำกับติดตาม
ข้อมูลผู้ป่วยฉุกเฉิน level 1 ไม่ได้ส่งผ่านแฟ้ม accident	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ประชุมทำความเข้าใจ/อบรมในการเก็บข้อมูลและตัวชี้วัด โรงพยาบาลระดับ A S M ➤ กำหนด job สำหรับผู้ดูแลข้อมูลตัวชี้วัดของห้องฉุกเฉิน



ข้อชื่นชม

Patient care

- ✓ มีการกำหนดกลุ่มโรคสำคัญในการทำ fast track เช่น pneumonia , UGIB , NSTEMI , จิตเวช
- ✓ มีการกำหนด fast pass protocol ในกลุ่มโรค เช่น pneumonia , sepsis ,Trauma ที่เชื่อมโยงกับ โรงพยาบาลชุมชน

Patient flow

- ✓ การเพิ่มห้องตรวจสำหรับโรคไม่ฉุกเฉินนอกเวลาราชการ
- ✓ การจัดการเตียง ICU โดยมีคณะกรรมการ bed management

Preparedness

- ✓ ER new normal ห้องฉุกเฉินทุกแห่ง ใน รพ A S M

Information system

- ✓ TEA unit มีการใช้ข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ และ นวัตกรรม ในห้องฉุกเฉิน เช่น mapping cardiac arrest , Application 270 Stroke Fast Tract Timer



แนวทางการตรวจราชการ รอบที่ 2/2565

ตัวชี้วัด: อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (เป้าหมาย < ร้อยละ 12)

1. ห้องฉุกเฉินมีการทบทวนการดูแลผู้ป่วย **ER audit ต่อเนื่อง** อย่างน้อย 1-2 ครั้งต่อเดือน
2. ห้องฉุกเฉินส่งข้อมูลรับบริการผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ทุกราย **ผ่านแฟ้ม accident** ในระบบข้อมูล 43 แฟ้ม
3. ห้องฉุกเฉินมีการ**ซ้อมแผนรองรับภาวะวิกฤติ** ในสถานการณ์ต่างๆ เช่น EID , mass casualty , Violence
4. ห้องฉุกเฉินผ่านการประเมิน TEA unit คุณภาพ **และสามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยห้องฉุกเฉินได้**
5. ห้องฉุกเฉินทุกแห่งมีระบบ **fast pass** ที่เชื่อมโยง อย่างไร้รอยต่อ อย่างน้อย 1 กลุ่มโรค (Sepsis , STEMI , STROKE , Trauma)
6. ห้องฉุกเฉินมีระบบ **Fast track** ในกลุ่มโรคสำคัญที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่
7. ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลศูนย์**กำกับติดตามและนิเทศงาน**ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชน



กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES



กรมการแพทย์
"ทำดีที่สุดเพื่อทุกชีวิต"



ทุกลมหายใจที่ได้คิดมา
มีค่ามากกว่าคำชื่นชม



ทำดีที่สุด เพื่อทุกชีวิต
(Do our best for all)

กรมการแพทย์



DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

80 ปี กรมการแพทย์ ทำดีที่สุดเพื่อทุกชีวิต (Do our best for all)