



สรุปผลการตรวจราชการกรมการแพทย์
ตัวชี้วัด Functional Based ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย
สาขาทารกแรกเกิด (Newborn)
รอบที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

โดย ผศ.นพ.ศุภวัชร บุญกษิต์เดช
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
วันที่ 13 กันยายน 2565



ตัวชี้วัดหลัก

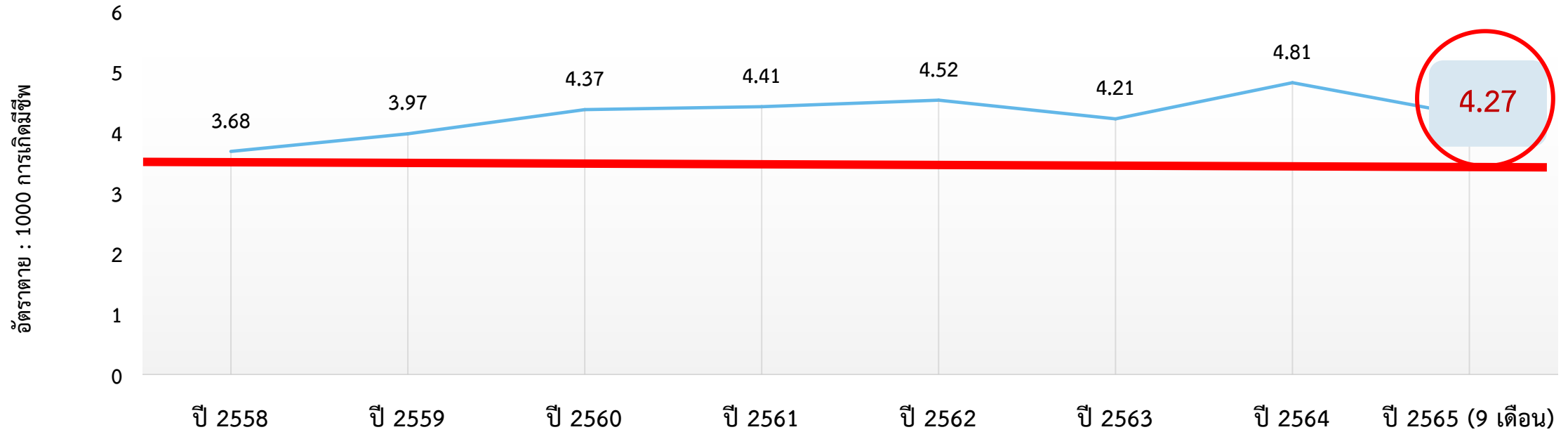
1

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

ตัวชี้วัดรอง

2

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



จำนวนทารกเสียชีวิต	1,548	1,931	2,135	1,979	1,850	1,747	1,747	973
จำนวนทารกเกิดมีชีพ	421,103	486,789	489,035	448,345	409,150	414,666	363,038	227,702

ปี 2558 ผ่านเกณฑ์



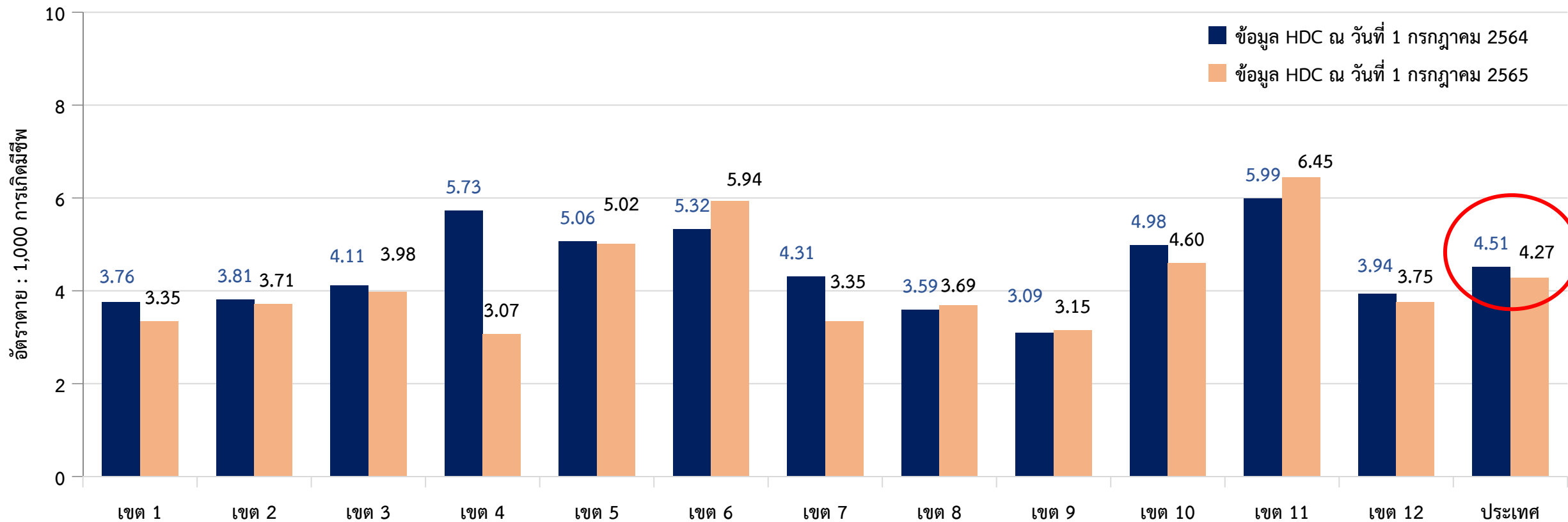
ปี 2559 - 2565 ไม่ผ่านเกณฑ์



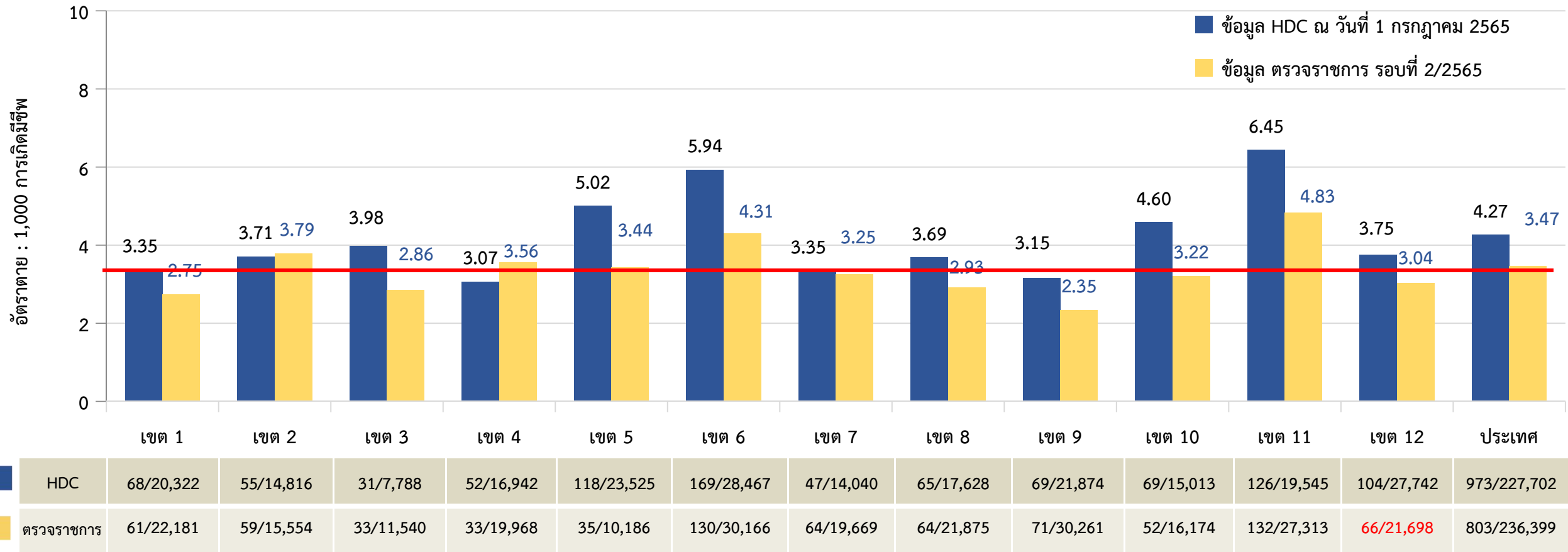
ที่มา: HDC ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2565

เปรียบเทียบ อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ 28 วัน ที่รอดออกมา น้ำหนัก ≥ 500 กรัม
ข้อมูลรอบ 9 เดือน ปีงบประมาณ 2564 และปีงบประมาณ 2565
เปรียบเทียบข้อมูล ณ เวลาเดียวกันของปี 2564 VS 2565

(เป้าหมาย < 3.60 : 1,000
ทารกเกิดมีชีวิต)

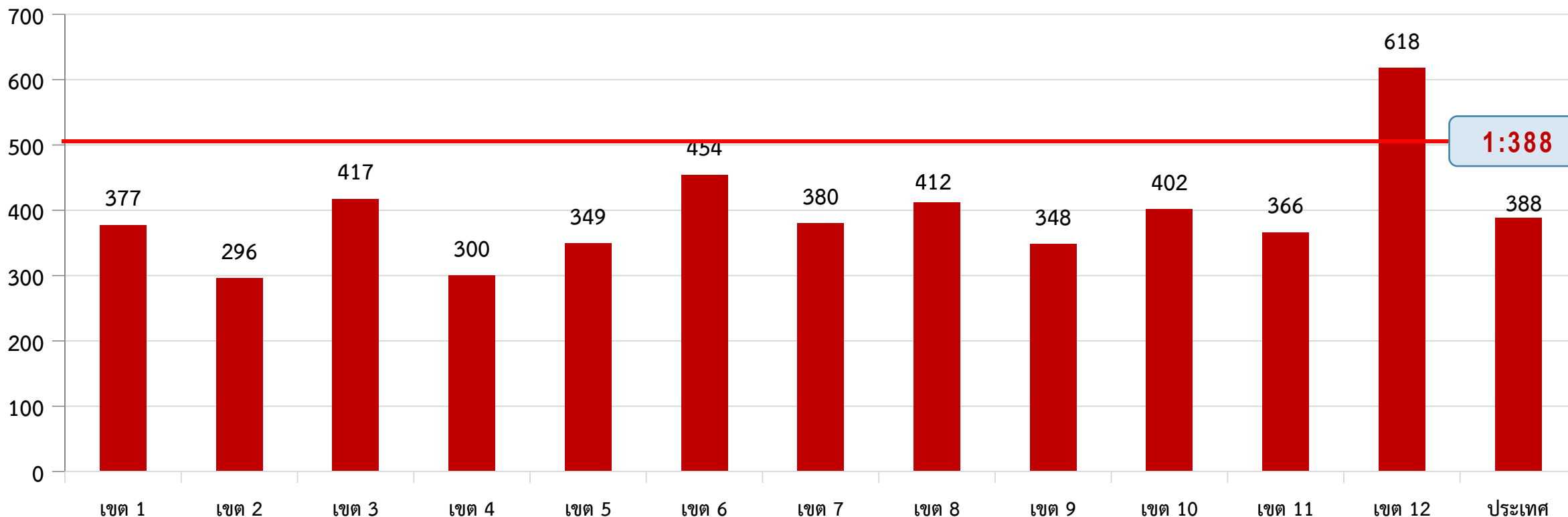


ปี	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	ประเทศ
ปี 2564	80/21,282	52/13,649	36/8,767	107/18,685	131/25,907	164/30,829	70/16,258	67/18,685	73/23,634	78/15,655	127/21,205	113/28,713	1098/243,269
ปี 2565	68/20,322	55/14,816	31/7,788	52/16,942	118/23,525	169/28,467	47/14,040	65/17,628	69/21,874	69/15,013	126/19,545	104/27,742	973/227,702



หมายเหตุ : ข้อมูลตรวจราชการ เขต 12 ขาด จ.ปัตตานี และจ.ยะลา

ที่มา: การตรวจราชการรอบ 2/2565

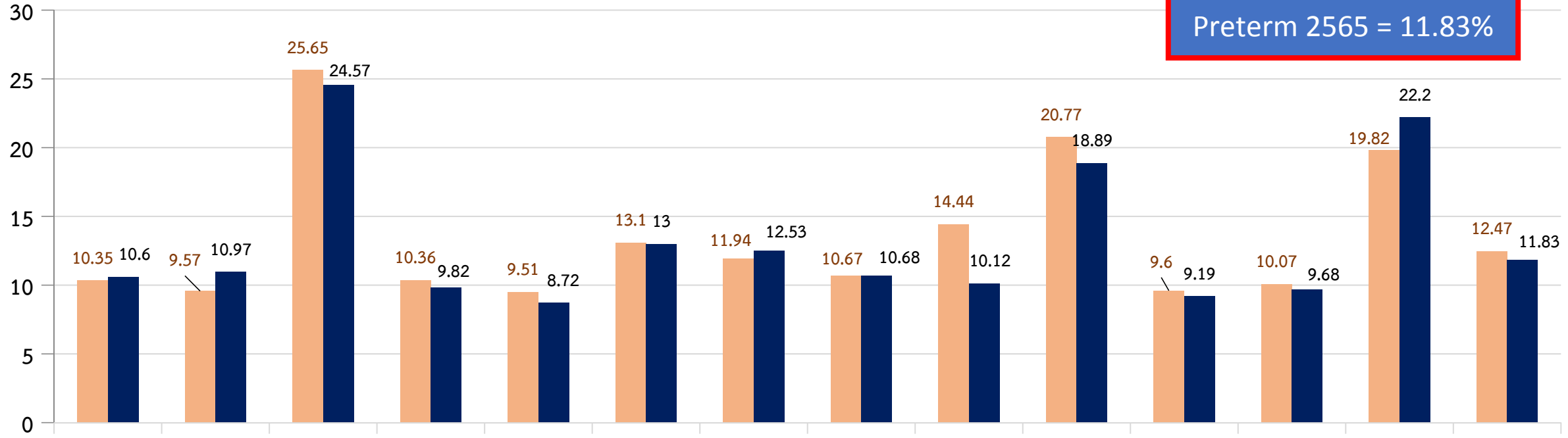


เตียง NICU	95	76	34	96	124	112	68	75	107	62	94	76	1,019
LB เฉลี่ยปี 62-64	35,816	22,489	14,188	28,768	43,293	50,843	25,829	30,888	37,263	24,895	34,401	46,943	395,618

ปี (2558-2564)	จำนวนทารกที่เสียชีวิต ≤ 28 วัน (A)	จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ (B)	อัตราการตาย : 1000 การเกิดมีชีพ (A/B × 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 (9 เดือน)	973	227,702	4.27 (ไม่รวมเขต 13)

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

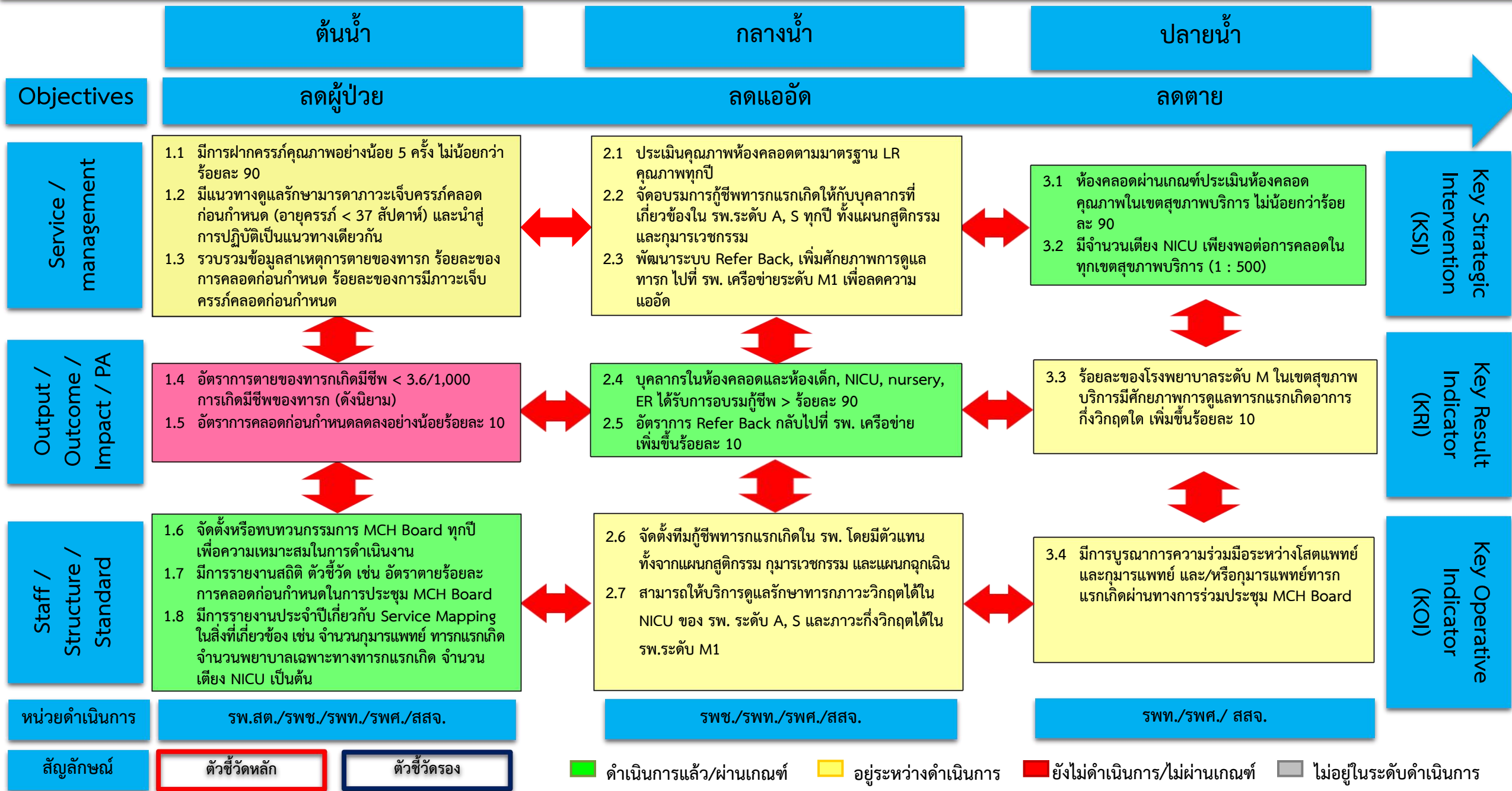
Preterm 2564 = 12.47%
Preterm 2565 = 11.83%



	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	10.35	9.57	25.65	10.36	9.51	13.1	11.94	10.67	14.44	20.77	9.6	10.07	19.82	12.47
Preterm 2565	10.6	10.97	24.57	9.82	8.72	13	12.53	10.68	10.12	18.89	9.19	9.68	22.2	11.83

ที่มา : HDC กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มรายงานมาตรฐาน อนามัยแม่และเด็ก ณ วันที่ 2 พฤษภาคม 2565

Matrix Scoring Inspection : สาขาทารกแรกเกิด (Newborn)





Objectives	มาตรการในการดำเนินการ
ลดป่วย	<ul style="list-style-type: none"> ➢ การลด preterm delivery : การให้การศึกษา อบรมเพื่อให้มีการฝากครรภ์และจัดระบบการฝากครรภ์คุณภาพ เพิ่มมาตรการแนวทางการลดการคลอดก่อนกำหนดด้วยกลยุทธ์ต่างๆ รวมทั้งการใช้ยา progesterone เพื่อลดภาวะคลอดก่อนกำหนด อาจพิจารณานำเสนอโครงการเพื่อผลักดันให้เป็นชุดสิทธิประโยชน์ Reimbursement และหรือชุดสิทธิประโยชน์ในภาวะกลุ่มโรคที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ และภาวะโรค กลุ่มโรค PPHN ความดันเลือดปอดสูง ได้ดำเนินการของบประมาณจาก สปสช. ในการใช้แก๊สไนตริกออกไซด์เพื่อรักษาภาวะนี้ ได้ผ่านการพิจารณาจากกรรมการของ สปสช. แล้วอยู่ในระหว่างดำเนินการ มีแผนจะนำเสนอชุดสิทธิประโยชน์หรือ Optimum reimbursement ของการดูแลรักษาทารก Preterm ทั้งในช่วงแรกเกิดและช่วงรอลีเตียงโต ➢ 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





ปัญหาอุปสรรค	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา
<p>ปัญหาการเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดจาก Preterm, PPHN และภาวะเสี่ยงจากครรภ์มารดา และมารดาติดเชื้อโควิดทำให้อัตราการเกิด Preterm birth สูงขึ้น</p>	<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 ในการดูแลทารกที่เกิดจากมารดาโควิดเพื่อแก้ปัญหการเกิด Preterm และ Asphyxia และ PPHN
<p>อัตราการตายทารกแรกเกิดมีแนวโน้มลดลงแต่ร้อยละของทารกเกิดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้น รวมทั้งมารดาโควิดเป็นปัจจัยร่วมของ Preterm birth</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➢ จัดอบรมการกู้ชีพทารกแรกเกิด NCPR และ STABLE Programme ให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล ระดับ A, S ทุกปี ทั้งแผนกสูติกรรมและกุมารเวชกรรม ➢ พัฒนาให้โรงพยาบาลระดับ M1 สามารถให้บริการดูแลรักษาทารกภาวะกึ่งวิกฤต และรับ Referback ได้
<p>ระบบ ANC คุณภาพยังไม่ครอบคลุม</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➢ มีการบูรณาการดำเนินงานร่วมกันระหว่างสาขาสูติกรรม และสาขาทารกแรกเกิดตามกระบวนการ 6 Value MCH Program ประสานงานกับ Service Plan สูติกรรม และกรมอนามัย และองค์กรที่เกี่ยวข้อง
<p>ระบบ Refer Back ขาดแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➢ มีการประชุมพัฒนาระบบ refer และสร้างเครือข่ายการประสานงานเพื่อการส่งต่อ ทั้งในระดับจังหวัดและระดับเขต ใช้การแพทย์วิถีใหม่ร่วมกับการใช้ Telemedicine เพื่อเพิ่มศักยภาพการดูแลทารกไปที่โรงพยาบาล เครือข่ายระดับ M1 เพื่อลดความแออัด



ปัญหาอุปสรรค	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา
<ul style="list-style-type: none"> ปัญหาการเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดจาก Preterm, PPHN และภาวะเสี่ยงจากครรภ์มารดา ระบบ ANC คุณภาพยังไม่ครอบคลุม 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ มีข้อสั่งการเชิงนโยบายลงไปในระดับเขต จังหวัดและอำเภอ โดยประสานงานกับ Service Plan สหุติกรรมให้เป็นเกณฑ์ตัวชี้วัดหลักระดับประเทศ 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 แผนกสหุติกรรม โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ในพื้นที่ต่างๆ ➤ M & E : แต่งตั้งคณะทำงานติดตาม ประเมินผลการใช้มาตรการต่างๆเพื่อลดการคลอดก่อนกำหนดในระดับเขต และระดับประเทศ ติดตามแบบ On line On sites มีการรายงานผลการติดตามสัปดาห์ละครั้งในทุกไตรมาส
<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





เขตสุขภาพที่ 1

1. จ.เชียงใหม่ : Neonatal emergency box เป็นกล่องที่ใช้บรรจุ ยา สาร น้ำ และอุปกรณ์ที่จำเป็นในการกู้ชีพ
2. จ.น่าน : โปรแกรมคำนวณและสั่งการรักษาให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ สามารถคำนวณ TPN จากสูตรที่มี ทำให้สะดวกต่อการใช้งานของแพทย์
ลดข้อผิดพลาดในการคำนวณ และเชื่อมต่อผ่าน google drive ทำให้แพทย์สามารถสั่ง TPN ที่เตียงคนไข้ได้ในขณะที่ round
3. จ.เชียงราย : Application การคัดกรองภาวะความผิดปกติของการตรวจคัดกรองการได้ยิน (OAE)
4. จ.พะเยา : หนังสือคู่มือการดูแลทารกแรกเกิดและป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการส่งต่อทารกแรกเกิดอย่างปลอดภัย สำหรับเขตสุขภาพที่ 1 ประจำปี 2564

เขตสุขภาพที่ 5

จ.สุพรรณบุรี

1. นวัตกรรม SNB Blood Transfusion monitoring แนวทางการติดตามสัญญาณชีพในทารกที่ได้รับเลือดเพื่อปฏิบัติในแนวทางเดียวกันตามมาตรฐาน ประเมินอาการได้อย่างรวดเร็ว
2. นวัตกรรม ถุงปลอดภัยสายไม่เลื่อนหลุด (Safety bag) : ป้องกัน ปัญหา tube, line เลื่อนหลุด



เขตสุขภาพที่ 6

จ.ตราด

หมวกลมหายใจ (Inspiration Hood) ใช้สำหรับตรึงอุปกรณ์การให้ออกซิเจนแรงดันบวก อย่างต่อเนื่องทางจมูกในทารกที่ใช้ non invasive ventilator แทนหมวกที่ต้องซื้อจากบริษัท (ราคาใบละ 1,000 บาท)

เขตสุขภาพที่ 9

1. จ.สุรินทร์
คลินิกเจ้าตัวน้อยติดตามดูแลทารกน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า 2,000 กรัม หลังจำหน่าย แบบ One stop service โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ
2. จ.ชัยภูมิ
 - Nest สำเร็จรูปใช้สำหรับเป็นเบาะรองที่นอนทารกคลอดก่อนกำหนด
 - หมวก Super cap ใช้สำหรับเป็นระบบปิดในผู้ป่วยที่ใส่ CPAP
 - กางเกง Minizumo ใช้แทนผ้าอ้อมในทารกคลอดก่อนกำหนดเพื่อวัดปริมาณปัสสาวะ
 - ผ้าคลุมเครื่องส่องไฟเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษาเด็กตัวเหลือง



เป้าหมาย

อัตราการตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ 28 วัน ที่รอดออกมา น้ำหนัก ≥ 500 กรัม $< 3.60 : 1,000$ ทารกแรกเกิดมีชีพ

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



กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES



กรมการแพทย์
“ทำดีที่สุดเพื่อทุกชีวิต”



ทุกลมหายใจที่ได้คืบมา
มีค่ามากกว่าคำชื่นชม



ทำดีที่สุด เพื่อทุกชีวิต
(Do our best for all)

