



คณะที่ 2

การพัฒนาระบบ บริการสุขภาพ

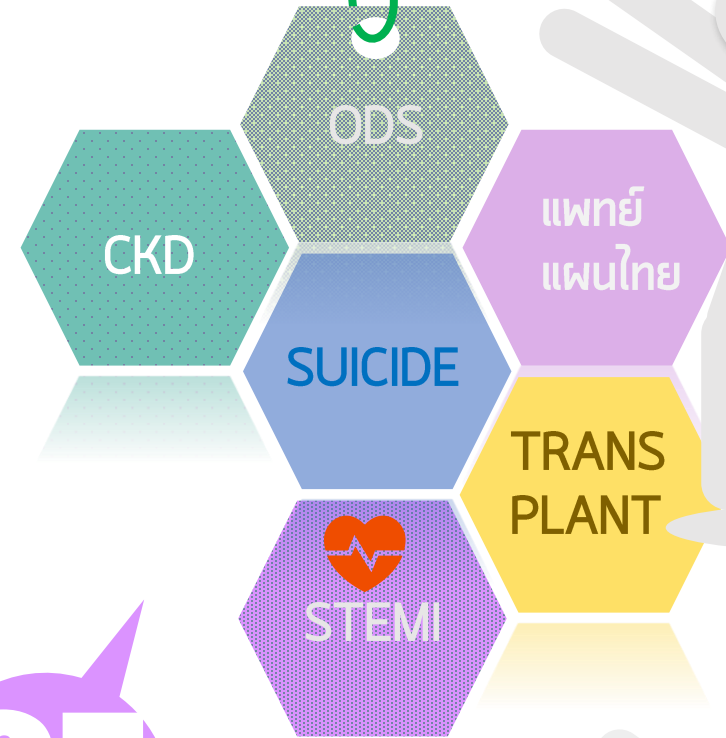
ปี 2562

นพ.ธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์
ผู้ตรวจราชการเขตสุขภาพที่ 1
ประธานคณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามประเมินผลฯ คณะที่ 2

PA ปักธง

PA พมร.

SELECTED



05

04

07

Our Team

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในคณะที่ 2



กรมการแพทย์

กรมสุขภาพจิต

กรมแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

กรมควบคุมโรค

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์



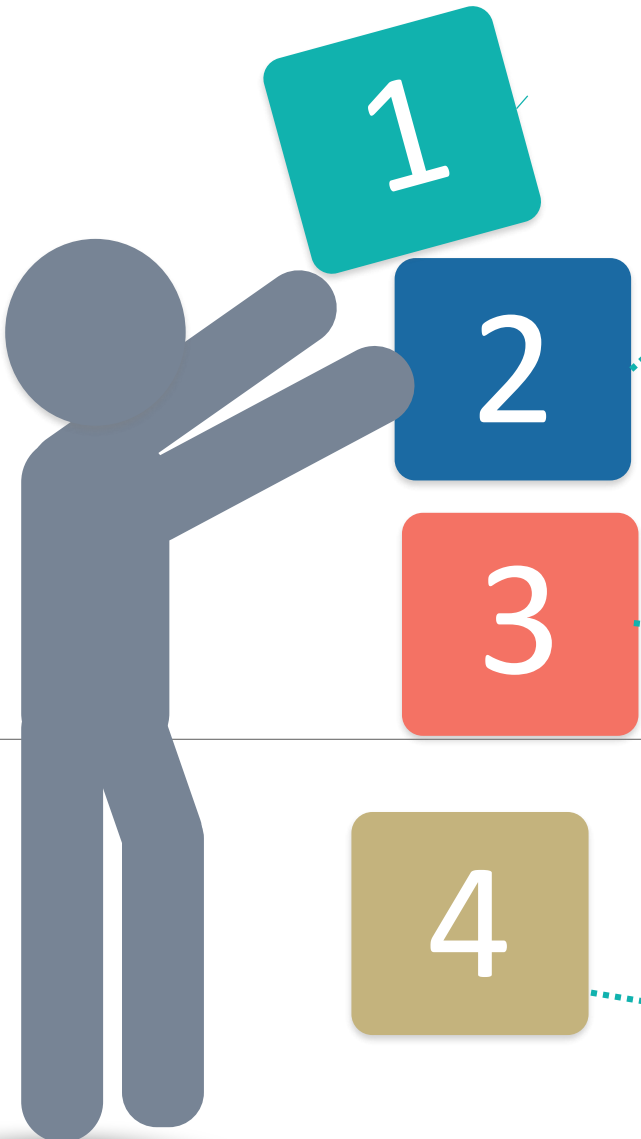
ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด
กระทรวงสาธารณสุข

สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ

กองบริหารการสาธารณสุข

กองตรวจราชการ

สำนักตรวจราชการกระทรวง



สถานการณ์

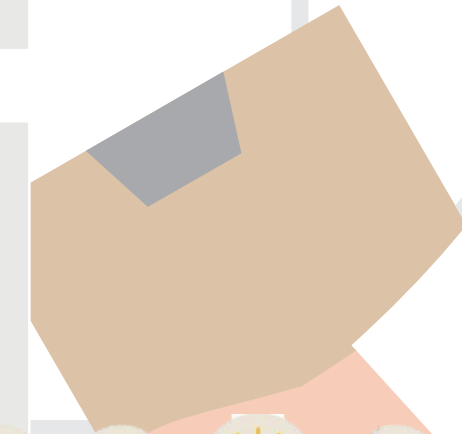
1. มีคำสั่งแต่งตั้ง คกก.พชอ. จำนวน 878 อำเภอ (100%)
2. มีการประชุมคัดเลือกประเด็นอย่างน้อย 2 ประเด็น ทุกอำเภอ
3. การประเมินตนเองเฉพาะด้านสุขภาพ(UCCARE) ฝ่าเกณฑ์เฉลี่ยที่ระดับ3 =445อำเภอ

ประเด็นการตรวจราชการ

1. การประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต
2. ประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย 2 ประเด็น
3. มีแผนการพัฒนาคุณภาพชีวิต
4. มีผลการประเมินตนเองและผู้เกี่ยวข้องระดับจังหวัด ตามแนวทางUCCARE

มาตรการสำคัญ

- กลไกสนับสนุนระดับจังหวัดและเขตสุขภาพ ในการขับเคลื่อนที่เชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ
- พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออย่างมีส่วนร่วมและเสริมสร้างศักยภาพ พชอ.

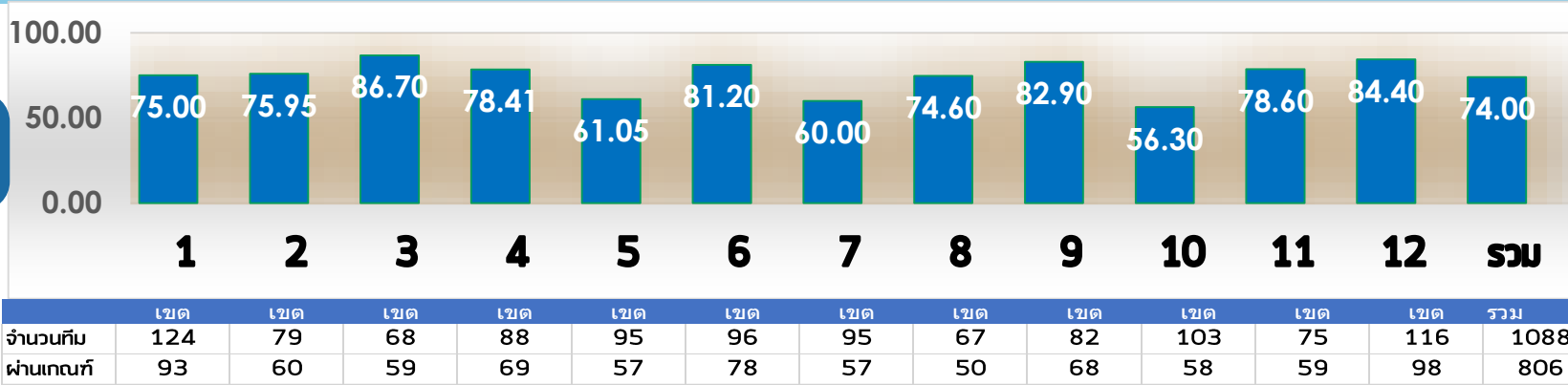




สถานการณ์

ปี 2562

เขต	เป้า
1	46
2	58
3	27
4	24
5	44
6	25
7	30
8	25
9	37
10	37
11	21
12	38
รวม	412



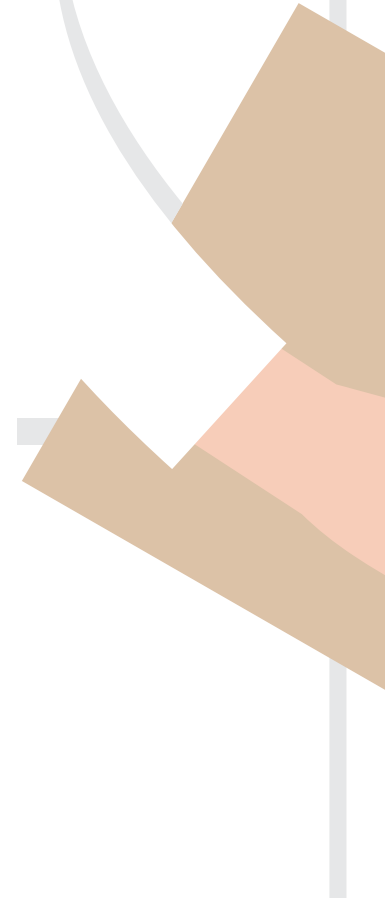
ประเด็นการตรวจราชการ

- ความสำเร็จในการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว
- ผลการประเมินการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (3S)
- กลไกการขับเคลื่อนเพื่อสนับสนุนให้เกิดการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว
- การประเมินตนเองของทีมคลินิกหมอครอบครัว

มาตรการ

- พัฒนารูปแบบการให้บริการ ระบบบริหารจัดการกำลังคน
- การพัฒนาศักยภาพของทีมสหวิชาชีพอาศัยการดำเนินการของศูนย์เรียนรู้
- เวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้





สถานการณ์

ในปี พ.ศ.2560-2561 มีรพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว (สะสม) 5,089 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 51.90 (เดิมการประเมินต้องผ่านระดับ 5 ดาว)

ประเด็นการตรวจราชการ

การพัฒนาคุณภาพให้ได้ตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพติดดาว ที่กำหนด คือ 5ดาว 5 ดี ประกอบด้วย 5) บริหารดี 2) ประสานงานดี 3) ทัศนคติมีส่วนร่วม 3) บุคลากรดี 4) บริการดี และ 5) ประชาชนมีสุขภาพดี

มาตรการดำเนินการ

- แต่งตั้งทีม พี่เลี้ยง และทีมประเมินระดับจังหวัด 1 ทีม 1 อำเภอ
- ครู ข ทุกเขตสุขภาพได้รับการอบรม พัฒนารพ.สต. ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ทุกแห่ง ประเมินตนเองและพัฒนา อย่างน้อยระดับ 3 ดาว
- พัฒนารพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์ 3-4 ดาว ให้ได้ระดับ 5 ดาว



AMR

สถานการณ์ ปี 2561

ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) และร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ (RDU1 ≥ 95% RDU2 ≥ 20% AMR ชั้น Intermediate ≥ 20%)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	จน.
RDU1	83.9	91.6	100	93.2	98.5	95.9	100	98.8	98.8	98.5	100	100	96.38
RDU2	10.3	4.17	11.1	9.46	10.14	8.1	7.7	11.3	5.6	18.3	22.8	17.9	11.62
AMR Basic	91	86	80	92	100	43	100	100	100	88	100	100	88.89

ประเด็นการตรวจราชการ

รพ.ที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล: RDU ชั้นที่ 1 และ 2



1. โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ตามกฎแฉ PLEASE
2. รพ.สต.ส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ

ประเด็นการตรวจราชการ

โรงพยาบาลที่มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ



1. พัฒนากลไกการจัดการเชื้อดื้อยาอย่างบูรณาการ
2. พัฒนาระบบการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ
3. พัฒนาระบบการควบคุม กำกับ ดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ
4. พัฒนาระบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
5. พัฒนาการจัดการสารสนเทศเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาและการพัฒนาระบบของโรงพยาบาล

S



TB

อัตราการสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ \geq ร้อยละ 85

สถานการณ์

1. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ในปี 2558-2561 มีผลสำเร็จของการรักษา ร้อยละ 82.8 84.2, 84.4 และ 85 ตามลำดับ และมี อัตราการเสียชีวิตระหว่างการรักษา ร้อยละ 8.5, 8.9 ,8.7และ8.7 ตามลำดับ
2. **สาเหตุไม่บรรลุเป้าหมาย** เสียชีวิตระหว่างการรักษา ขาดนัดรับยา ไม่มีการติดตามประเมินผลการรักษา

ประเด็นการตรวจราชการ

อัตราการสำเร็จการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ (TB Treatment Success) ในปีงบประมาณ พ.ศ.2562 (ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85

มาตรการดำเนินการ

มาตรการที่ 1 ลดการเสียชีวิต

- คัดกรองกลุ่มเสี่ยงวัณโรคและตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีการที่รวดเร็ว ดูแลรักษาตามมาตรฐานของแนวทาง WHO
- **Active case finding** ในโรงพยาบาล เน้นกลุ่มที่มีโรคร่วม ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำและ HIV
- บริหารจัดการและตรวจทดสอบความไวต่อยา (DST) เพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา

มาตรการที่ 2 ลดการขาดยา : ใช้กลไก **case management team** และดูแลผู้ป่วยด้วย **DOT** ทุกวัน

มาตรการที่ 3 พัฒนาระบบการส่งต่อและติดตามการรักษา

- เร่งรัดการค้นหาและขึ้นทะเบียนของ รพ.ในและนอกสังกัด สธ.(รัฐและเอกชน)
- ใช้กลไก พรบ.โรคติดต่อ พ.ศ.2558 กำกับติดตามการขึ้นทะเบียน
- กำกับ ติดตาม ส่งต่อและประเมินผลการรักษาใช้ระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคใน TBCM online

TB

LB



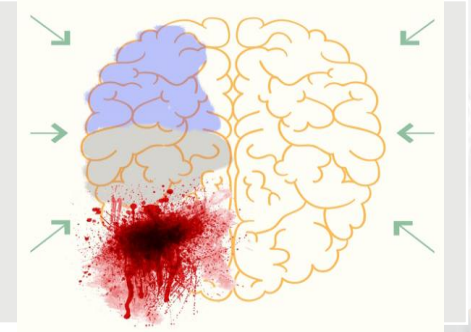
ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69) น้อยกว่า ร้อยละ 7

1

สถานการณ์

จากข้อมูลผลการตรวจราชการปี 2561

- อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 8.22 ไม่ผ่านเกณฑ์
- อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก 22.37 ผ่านเกณฑ์
- อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ 3.84 ผ่านเกณฑ์



2

ประเด็นการตรวจราชการ

- แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง
- Stroke Unit และ Stroke fast track
- การรักษา Ischemic และ Hemorrhagic stroke ใน Stroke Unit/ ICU

3

มาตรการที่สำคัญ

- จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง ,ปชส.Stroke Alert, Stroke Awareness สู่สาธารณชน
- ประชาสัมพันธ์ sw. ระดับ A, S ทุกแห่งต้องมี Stroke Unit และ Stroke fast track เพื่อให้ย้ายสายลมเลือด และStroke Unit ใน sw.ระดับ M
- ให้การรักษา Ischemic และ Hemorrhagic stroke ใน Stroke Unit/ ICU
- จัดให้มีเครือข่ายบริการทั้ง Acute และ Intermediate care และแนวทางการรับส่ง ใน-นอกเขตสุขภาพ
- สนับสนุนการศึกษาฝึกอบรม และการจัดการความรู้ ให้แก่แพทย์ แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ในสังกัด
- กำกับรายงานตัวชี้วัดมาตรฐานด้านโรคหลอดเลือดสมองของสถานพยาบาลทุกระดับ

4





ลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในรพ. **น้อยกว่าร้อยละ 30**



สถานการณ์

- อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในประเทศไทยในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.2560 ร้อยละ 32.03
- ปี 2561 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ร้อยละ 34.85 ซึ่งยังสูงกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ 30)



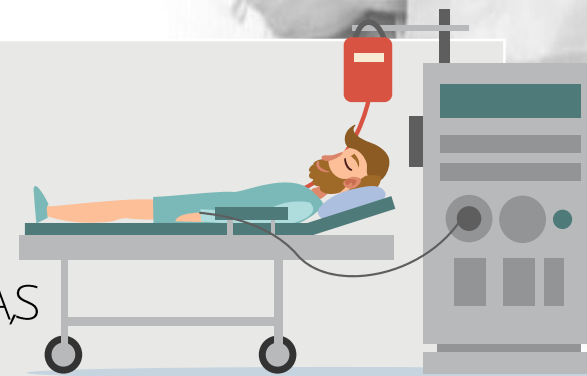
ประเด็นการตรวจราชการ

- ปีงบประมาณ 2562 จะมุ่งเน้นที่กลุ่ม community-acquired sepsis เพื่อพัฒนาให้มีระบบข้อมูลพื้นฐานให้เหมือนกันทั้งประเทศ แล้วจึงขยายไปยัง hospital-acquired sepsis ในปีถัดไป
- อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis



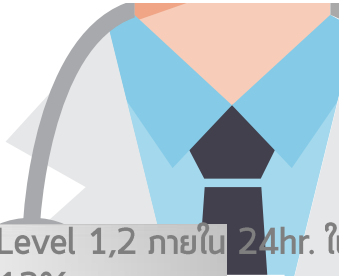
มาตรการที่สำคัญ

- มีทีมสหสาขาวิชาชีพของรพ.แต่ละระดับ
- มี sepsis case manager ในแต่ละรพ. (แพทย์/พยาบาลอย่างน้อย 1 คน)
- สร้างระบบ Sepsis fast track ในจังหวัด
- สร้างระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในรพ. A,S
- รายงานผลจากฐานข้อมูล HDC หรือฐานข้อมูลของแต่ละรพ.



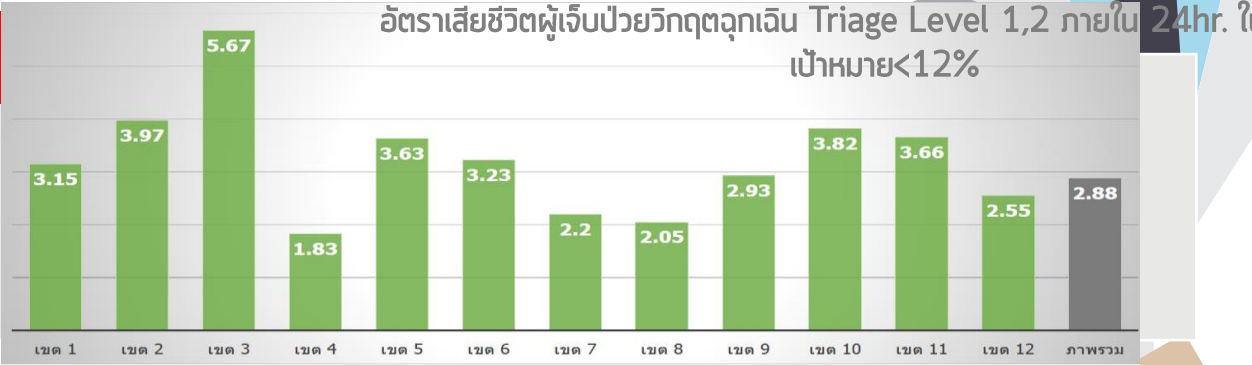


KPI : อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1)ภายใน 24 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (≤ 12)



สถานการณ์

สรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงานปี 2561 ผลงานภาพรวม ร้อยละ 2.88



TRAUMA

ประเด็นการตรวจราชการ

-อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมงในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1(ทั้งที่ ER และ Admit) ตรวจสอบติดตามจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) หรือฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

มาตรการที่สำคัญ

- ลดอัตราการเสียชีวิตของโรคที่เกิดจากอุบัติเหตุที่สำคัญและมีความรุนแรง
- เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดระยะเวลาการเข้าถึงบริการ definite care
- เพิ่มประสิทธิภาพและมาตรฐานของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน





1

ผู้ติด ยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบและได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate) เกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 20

2

สถานการณ์

- เป้าหมายการบำบัดรักษาปี 2562 จำนวน 219,275 ราย ระบบสมัครใจ 136,725 ราย ระบบบังคับบำบัด 56,550 ราย ระบบต้องโทษ 26,000 ราย
- ยาเสพติดที่มีการแพร่ระบาดมากที่สุดคือ ยาบ้า/ยาไอซ์ กัญชา พืชกระท่อม และ เฮโรอีน
- ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่สมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษา และขาดการดูแลช่วยเหลือต่อเนื่อง

อย่าไขว่คว้าหาความสุข
จากคนอื่นเลย!



3

ประเด็นการตรวจราชการ

1. ผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดได้รับการบำบัดฟื้นฟู และติดตามดูแลช่วยเหลือต่อเนื่องในมิติสุขภาพแบบครบวงจรไร้รอยต่อ (Seamless Comprehensive health care) ตามหลักสิทธิมนุษยชน
2. พื้นที่มีการ ดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ยั่งยืน และบูรณาการ ตามบริบทและสถานการณ์ของแต่ละพื้นที่

4

มาตรการที่สำคัญ

1. จัดทำแผนปฏิบัติการและการสนับสนุนของผู้บริหารที่ครอบคลุม ด้านการป้องกัน, การบำบัดรักษา และการส่งต่อ , การบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง(CBTx) , การพัฒนาบุคลากร , Harm reduction, และการกำกับดูแลประสานความร่วมมือกับหน่วยงานนอก สร.
2. ทุกจังหวัดมีการดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง(CBTx)
3. สถานพยาบาล/สถานฟื้นฟู พัฒนาและได้การรับรองคุณภาพ(HA ยาเสพติด)



อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 6.3 ต่อแสนประชากร

SUICIDE

สถานการณ์

1. ประชากรกลุ่มเสี่ยง (ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จิตเภท ตัดสุรา สมาธิสั้น) พบว่า แนวโน้มอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเริ่มลดลงในปี 2560 = 6.03
2. รายเขตสุขภาพ พบว่า ยังมีบางเขต ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ในเขต 1, 11, 2, 3, และ 6 ตามลำดับ

ประเด็นการตรวจราชการ

1. การให้บริการจิตเวชเร่งด่วน (acute care) ในโรงพยาบาลระดับ A - M2 ทุกแห่ง
2. ระบบการจัดบริการจิตเวชที่ได้มาตรฐาน ในโรงพยาบาลทุกระดับ
3. พัฒนาการเข้าถึงบริการในผู้พยายามฆ่าตัวตายและผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
5. บูรณาการโปรแกรมเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย

มาตรการที่สำคัญ

1. บริการจิตเวชเร่งด่วน (Acute care) ในโรงพยาบาล สป ระดับ A - M2 ทุกแห่ง
2. ระบบการจัดบริการจิตเวชได้มาตรฐาน ในโรงพยาบาลสังกัด สป ทุกระดับ
3. พัฒนาการเข้าถึงบริการในผู้พยายามฆ่าตัวตายและผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และดูแลต่อเนื่องให้อาการ อยู่ในระยะสงบ
4. บูรณาการการใช้โปรแกรมเฝ้าระวังและป้องกันการ ฆ่าตัวตาย (3s+) เชื่อมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มุ่งเน้นพื้นที่ที่มีปัญหาอัตราการฆ่าตัวตายสูง



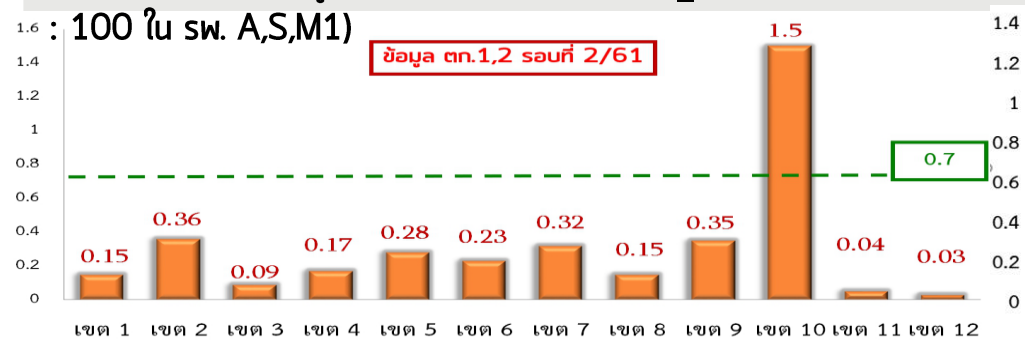
1

▪ อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาค อวัยวะ จากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในรพ. $\geq 0.8 : 100$ ผู้ป่วยเสียชีวิตในรพ. A,S.

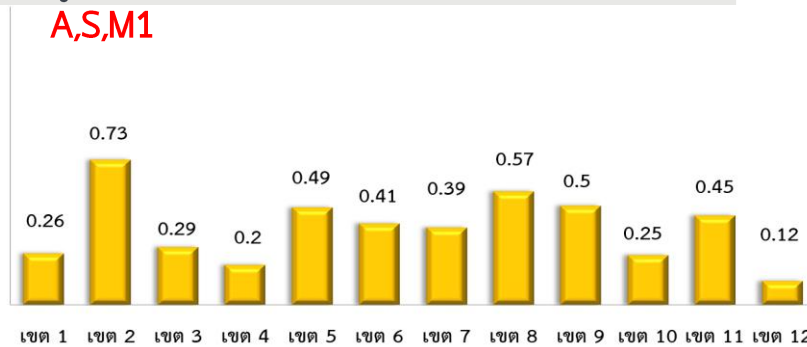
▪ อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาค ดวงตา ต่อผู้ป่วยเสียชีวิตในรพ. $\geq 1.3 : 100$ ผู้ป่วยเสียชีวิตในรพ. A,S

2

อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาค อวัยวะ จากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในรพ. (เป้าหมาย ≥ 0.7



อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาค ดวงตา ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในรพ. (เป้าหมาย $1.2 : 100$ ใน รพ.



3

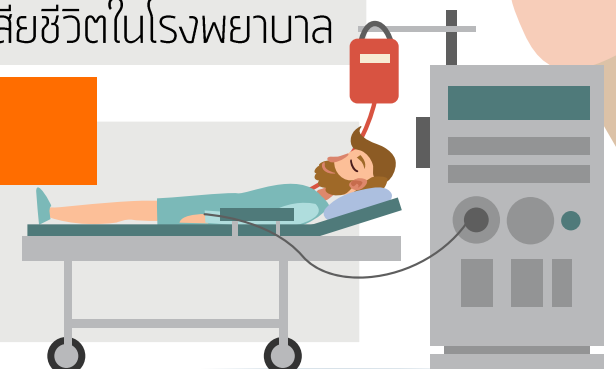
ประเด็นการตรวจราชการ

- อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาค อวัยวะ จากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล
- อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาค ดวงตา ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล

4

มาตรการที่สำคัญ

- การจัดตั้งคณะกรรมการระดับโรงพยาบาล
- การอบรมบุคลากร

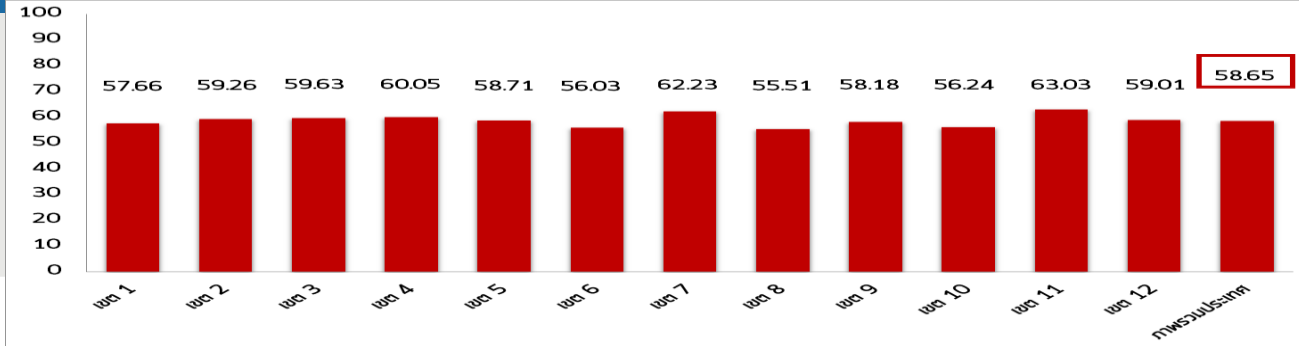


ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73 m²/yr (66%)

CKD

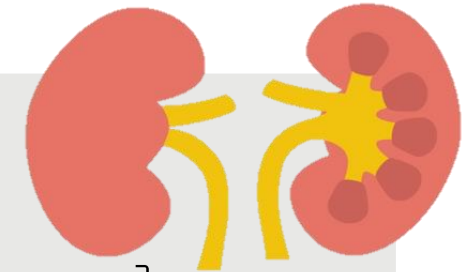
สถานการณ์

ข้อมูลผลงานปี
2561 ร้อยละ
58.65



ประเด็นการตรวจราชการ

1. การคัดกรองโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง
2. การควบคุมมาตรฐานการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
3. การจัดการ palliative care สำหรับผู้ป่วย ESRD ที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต



มาตรการที่สำคัญ

- การขยายรูปแบบบริการ CKD clinic ให้ครอบคลุม รพ.ในระดับ F3 ขึ้นไป
- การประเมิน CKD clinic คุณภาพ
- การตรวจติดตาม eGFR ของผู้ป่วย CKD Stage 3 ควรตรวจอย่างน้อยทุก 6 เดือน และในผู้ป่วย CKD Stage 4 ควรตรวจอย่างน้อยทุก 4 เดือน

ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery ร้อยละ: 20

ODS

สถานการณ์

ข้อมูลผลงานปี
2561 ร้อยละ
36.34



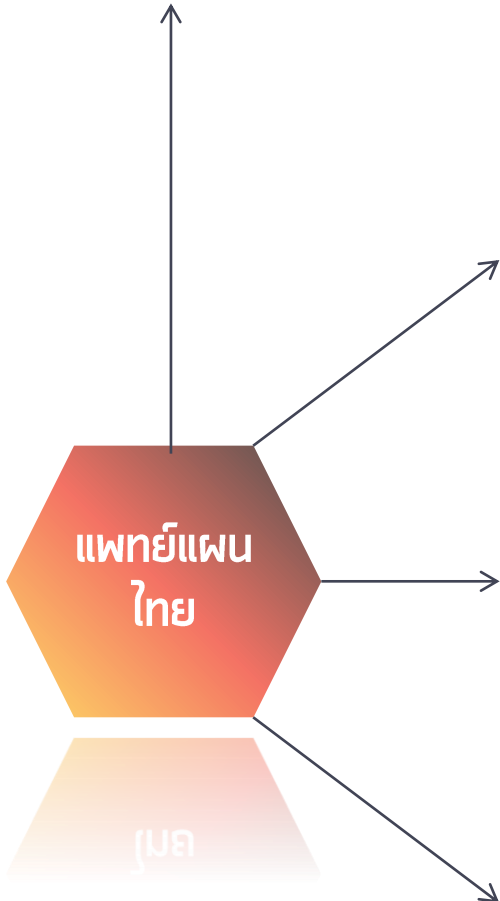
ประเด็นการตรวจราชการ

- โรงพยาบาลทุกระดับที่มีความพร้อมและสมัครใจสามารถดำเนินการได้เพิ่ม
- โรงพยาบาลทุกระดับ สามารถดำเนินการ ODS ได้อย่างน้อย จังหวัดละ 1 แห่ง
- โรงพยาบาลให้บริการผ่าตัด ODS เป็นแบบ One Stop Service

มาตรการที่สำคัญ

- จัดตั้งหน่วยให้บริการเพิ่มตามแนวทางคู่มือของกรมการแพทย์
- เก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์

KPI : ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก **ร้อยละ 18.5**



สถานการณ์

- ผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ปี 2561 ร้อยละ 15.10
- > ร้อยละ 18.5 : เขต 8 และ 12

ประเด็นการตรวจราชการ

1. มีการจ่ายยาสมุนไพรในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น
2. แนวทางการสนับสนุนยาสมุนไพรที่ผลิตโดยรพ.ที่ผ่านมาตรฐาน GMP ให้กับรพ. ในระดับจังหวัดและเขตสุขภาพ
- 3.คุณภาพการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ตามบริบทของหน่วยบริการและเกณฑ์มาตรฐาน

มาตรการสำคัญ

- ส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันในหน่วยบริการทุกระดับ
- เขตสุขภาพสนับสนุนงบประมาณให้รพ.ที่ผ่านมาตรฐาน GMP การผลิตยาสมุนไพรเพื่อผลิตยาสับสุนรพ. ในระดับจังหวัดและเขตสุขภาพได้อย่างเพียงพอ
- หน่วยบริการ ระดับ รพศ./รพท. และรพช. เข้าร่วมโครงการการพัฒนาคุณภาพงานแพทย์แผนไทย (Thai Traditional Medicine Hospital Accreditation Guidelines)



KPI : อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่เกิน 26 /แสน ปชก.

สถานการณ์

ข้อมูลจากการสรุปผลการตรวจราชการปี 2561

	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	รวม
ปี 60 (9 ค.)	22.41	18.94	23.55	28.94	24.22	21.4	14.66	13.22	13.54	14.03	25.98	21.39	19.91
ปี 61 (9ค.)	23.72	21.17	22.07	29.66	25.56	23.62	15	13.5	16.08	15.86	23.77	22.62	20.92

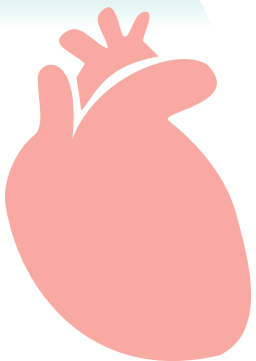
ประเด็นการตรวจราชการ

- อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
- จำนวนผู้ป่วย STEMI เข้าถึงบริการในทุกเขตชุมชนมีการเพิ่มศักยภาพของโรงพยาบาลระดับ F2 และ F2 ขึ้นไป

มาตรการที่สำคัญ

1. ให้การรักษาผู้ป่วยที่เป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างรวดเร็ว โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดและหรือการทำบอลลูน
2. ลดระยะเวลาการรอทำบอลลูน หรือการผ่าตัด By pass ในผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง
3. มีข้อมูลของสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วย จากเวชระเบียนของผู้ป่วย และจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์

Stemi





1



ผู้นิเทศงาน จากไหน?

หน่วยงานเจ้าของ KPI จัดให้มีผู้นิเทศงานทุก KPI ในคณะที่ 2

2



การเตรียมความพร้อมผู้นิเทศงาน ใครเตรียม?

หน่วยงานเจ้าของ KPI ชี้แจงทำความเข้าใจในรายละเอียด ประเด็นตัวชี้วัด แนวทางการนิเทศ การวิเคราะห์ข้อมูล ฯลฯ ให้แก่ผู้นิเทศงานของตนเอง

3



การรายงานผลการตรวจราชการและนิเทศงาน ทำอะไร?

- ผู้รับผิดชอบ KPI จัดทำรายละเอียดแบบรายงาน ตก.1 ตก.2
- ผู้นิเทศงานเป็นผู้บันทึกรายงานผลการตรวจราชการ ตก.1 ตก.2

**T H A N K
Y O U**

