

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒
(Inspection Guideline)

คณะที่ ..๒.. : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Excellence)

หัวข้อ แผนงานการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ตัวชี้วัด : (ตัวชี้วัดภายใต้หัวข้อ) โครงการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

คำนิยาม การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ หมายถึง การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๑ ตามองค์ประกอบ UCCARE ในประเด็นที่พื้นที่กำหนดในการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อ หรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ โดยการประเมินตนเองและการประเมินระดับจังหวัด

อำเภอ หมายถึง เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็นผู้นำในการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่างๆในการดูแลประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่จำนวน ๘๗๘ แห่ง

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ทุกอำเภอ (878 อำเภอ)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล การรายงาน

แหล่งข้อมูล สำนักงานเขตสุขภาพ / สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด /สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/
โรงพยาบาล

รายการข้อมูล 1 A = จำนวนอำเภอที่ผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิต

รายการข้อมูล 2 B = จำนวนอำเภอ 878 แห่ง

สูตรคำนวณตัวชี้วัด $(A/B) \times 100$

ระยะเวลาประเมินผล ไตรมาส 3 และ 4

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๑			
มีการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างน้อย ๒ ประเด็นครบทุกอำเภอ	กลไกสนับสนุนระดับจังหวัดและเขตสุขภาพ ในการขับเคลื่อนที่เชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมี	๑.มีนโยบายสนับสนุนการขับเคลื่อนพชอ.ของผู้ตรวจราชการและนพ.สสจ. ๒.มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนา	๑.มีการกำหนดประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย ๒ ประเด็น ๒.มีคณะทำงานในการ

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	คุณภาพ	<p>คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๑</p> <p>๓.จัดประชุมแบบมีส่วนร่วมเพื่อวิเคราะห์ปัญหา/ประเด็นพัฒนา นำมาคัดเลือกประเด็นที่สำคัญเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามบริบทในพื้นที่</p>	<p>ขับเคลื่อนประเด็นที่กำหนด หรือมีการบริหารจัดการทรัพยากรของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิต</p>
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๒			
<p>๑.มีแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ครบทุกอำเภอ</p> <p>๒.มีผลการประเมินตนเองและผู้เยี่ยมระดับจังหวัด/เขต ครบทุกอำเภอ</p>	<p>การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออย่างมีส่วนร่วม</p>	<p>๑.จัดประชุมแบบมีส่วนร่วมเพื่อวิเคราะห์ปัญหา/ประเด็นพัฒนา เพื่อการขับเคลื่อนบูรณาการการทำงานร่วมกันเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต</p> <p>๒.จัดทำแผนดำเนินการพัฒนา/แก้ไขปัญหาสำคัญตามบริบทในพื้นที่ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย ๒ เรื่อง</p> <p>๓ ดำเนินการตามแผนดำเนินงานพัฒนา/แก้ไข ปัญหาสำคัญตามบริบทในพื้นที่ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต</p> <p>๔ สรุบบทเรียนผลการดำเนินงานพัฒนา/แก้ไข ปัญหาสำคัญตามบริบทในพื้นที่ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต</p>	<p>มีการประเมินประเด็นปัญหาการพัฒนาคุณภาพชีวิต ตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ โดยการประเมินตนเองและผู้เยี่ยมระดับจังหวัด และเขต ร้อยละ ๖๐</p>
	เสริมสร้างศักยภาพ พขอ.	๑ ดำเนินการบริหารจัดการ	

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	อย่างมั่นคงและยั่งยืน	<p>การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอแบบบูรณาการและมี ส่วนร่วมของทุกภาคส่วน</p> <p>๒. ประเมินผลการดำเนินงานการพัฒนา/แก้ไข ปัญหาสำคัญตามบริบทในพื้นที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต</p> <p>๓. สรุปผลการดำเนินงาน/แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ชื่นชม และเสริมพลัง</p> <p>๔. สนับสนุนและส่งเสริมให้ การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ภายในอำเภอเดียวกันเป็น บทบาทสำคัญเพื่อให้ กลายเป็นส่วนหนึ่งของ วัฒนธรรมท้องถิ่น</p>	

Small Success

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
มีการประชุม คัดเลือก ประเด็นที่สำคัญตามบริบท ในพื้นที่ที่เกี่ยวกับการ พัฒนาคุณภาพชีวิตมา ดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไข ปัญหาอย่างน้อย ๒ ประเด็น	<p>-มีคณะทำงาน วางแผน กำหนดแนวทางในการ ขับเคลื่อนประเด็นการ พัฒนาคุณภาพชีวิตตามที่ พื้นที่กำหนด</p> <p>-มีการบริหารจัดการ ทรัพยากรของทุกภาคส่วน ที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อน ประเด็นการพัฒนาคุณภาพ ชีวิต</p>	มีการเยี่ยมเสริมพลังและ ประเมินผลการดำเนินการ พัฒนาคุณภาพชีวิต ตาม แนวทาง UCCARE โดยการ ประเมินตนเองและผู้เยี่ยม ระดับจังหวัดและเขต	อำเภอมีการดำเนินการและ ผ่านเกณฑ์การประเมิน คุณภาพการพัฒนาคุณภาพ ชีวิต ร้อยละ ๖๐

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : กรม สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนัก/กอง สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นพ.ยงยศ ธรรมวุฒิ	ผู้อำนวยการ สำนักสนับสนุนระบบ สุขภาพปฐมภูมิ	Tel: ๐๒ ๕๙๐ ๑๒๓๘ Mobile: ๐๙๓๖๓๖๕๕๕๙ e-mail: yyt๒๕๐๘@gmail.com	พชอ.
นพ.สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ	ผู้อำนวยการ สำนักบริหารยุทธศาสตร์ สุขภาพตติวิชีวิตไทย	Tel: ๐๒ ๕๙๐ ๑๒๓๘ Mobile: ๐๘๑ ๙๒๓ ๐๕๓๖ e-mail: swiriyao๔@yahoo.com	พชอ.
นพ.ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร	รองผู้อำนวยการ สำนักสนับสนุนระบบ สุขภาพปฐมภูมิ	Tel: ๐๒ ๕๙๐ ๑๒๓๘ Mobile: ๐๘๑ ๙๒๓ ๐๕๓๖ e-mail: peed.pr@hotmail.com	พชอ.

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นพ.ยงยศ ธรรมวุฒิ	ผู้อำนวยการ สำนักสนับสนุนระบบ สุขภาพปฐมภูมิ	Tel: ๐๒ ๕๙๐ ๑๒๓๘ Mobile: ๐๙๓๖๓๖๕๕๕๙ e-mail: yyt๒๕๐๘@gmail.com	พชอ.
นพ.ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร	รองผู้อำนวยการ สำนักสนับสนุนระบบ สุขภาพปฐมภูมิ	Tel: ๐๒ ๕๙๐ ๑๒๓๘ Mobile: ๐๘๑ ๙๒๓ ๐๕๓๖ e-mail: peed.pr@hotmail.com	พชอ.
นางเอี่ยมพร จันทร์ทอง	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ สำนักบริหารยุทธศาสตร์ สุขภาพตติวิชีวิตไทย	Tel: ๐๒ ๕๙๐ ๑๒๓๘ Mobile: ๐๘๑ ๑๓๑ ๖๘๐๐ e-mail: auam๒๗๐๒@gmail.com	พชอ.

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒

(Inspection Guideline)

คณะที่ ๒ : การพัฒนาระบบบริการ

หัวข้อ การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ

ตัวชี้วัด ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster) จากจำนวน ๑,๑๗๐ ทีม

คำนิยาม คลินิกหมอครอบครัว คือ ระบบบริการที่ประชาชนมีทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและสหสาขาวิชาชีพร่วมกันดูแล ให้บริการแบบเวชศาสตร์ครอบครัว คือดูแลแต่แรกแบบองค์รวม เบ็ดเสร็จต่อเนื่อง ทั้งเชิงรับและเชิงรุก บริการทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี เพื่อประชาชนมีสุขภาพที่ดี บนหลักการสร้างนำซ่อม เพิ่มคุณภาพบริการ และใช้งบประมาณอย่างคุ้มค่าประหยัดเพื่อความยั่งยืนของระบบสุขภาพ

ในปี ๒๕๕๙ กระทรวงสาธารณสุขเริ่มนโยบายพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ โดยใช้รูปแบบของคลินิกหมอครอบครัวซึ่งเป็นการต่อยอดจากนโยบายทีมหมอครอบครัว และมีร่างยุทธศาสตร์การพัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๙) ตั้งเป้าหมายเครือข่ายคลินิกหมอครอบครัวให้ครอบคลุมหน่วยบริการปฐมภูมิทั่วทั้งประเทศ ภายใน ๑๐ ปีข้างหน้า โดยให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้บริการในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ๖,๕๐๐ คน

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ มาตรา ๒๕๘ หมวด ๗ ได้กำหนดว่า ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสมและได้จัดให้มีแผนปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิขึ้น โดยเนื้อหาของแผนปฏิรูปฯฉบับดังกล่าว ได้กำหนดให้ใช้คลินิกหมอครอบครัวเป็นรูปแบบหลัก (Main Platform) ในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิเพื่อบรรลุเป้าหมาย หลักการสำคัญ คือ การนำจุดแข็งของระบบสุขภาพปฐมภูมิที่มีอยู่เดิมเป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาและเพิ่มสมรรถนะให้กับบริการปฐมภูมิที่ใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัวซึ่งมุ่งเน้นให้ดูแลประชาชนเป็นศูนย์กลางให้เกิดประสิทธิผล รวมถึงบูรณาการระบบบริการในระดับต่าง ๆ ไปพร้อมกับสร้างกลไกการบริหารจัดการให้เป็นระบบสนับสนุนและเอื้อให้เข้ากับการดูแล “คน” มากกว่าดูแลตาม “งาน” ทำให้ประชาชนรู้เท่าทันสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพจนสามารถดูแลตนเองได้ดีโดยมีแนวทางในการปรับรูปแบบบริการที่มุ่งเน้นคุณค่า (Value based intervention) เพิ่มเทคโนโลยีเข้ามาเพิ่มประสิทธิภาพและลดภาระงานลง ทำให้การบริหารจัดการทรัพยากรเป็นไปอย่างสมเหตุสมผล โดยกำหนดเป้าหมายเป็นเป้าหมายระยะยาวของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งมีที่มาจากกรอบแนวคิดเป้าหมายหลัก หรือ Triple Aim ของสถาบันพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพ (Institute for Healthcare Improvement : IHI) คือ ระบบการดูแลสุขภาพอันจะได้ผลลัพธ์ที่ยั่งยืนต้องมีการพัฒนาใน ๓ วัตถุประสงค์ ได้แก่

๑. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย ทั้งคุณภาพและความพึงพอใจ (Improving patient care)
๒. เพื่อสุขภาพที่ดีขึ้นของประชาชน (Improving the health of populations)
๓. เพื่อค่าใช้จ่ายที่ลดลง (Reducing cost)

การดำเนินการในปีงบประมาณ ๒๕๖๒

ให้มีการดำเนินการจัดตั้งคลินิกหอบหืดอย่างต่อเนื่อง โดยมีการตั้งเป้าหมาย ๒ ด้าน คือ การจัดให้มีคลินิกหอบหืด ซึ่งจะมีการพัฒนาใน ๒ ด้าน คือเชิงปริมาณเป็นการจัดตั้งคลินิกหอบหืด และเชิงคุณภาพ คือการจัดให้มีคลินิกหอบหืดต้นแบบในทุกเขตบริการสุขภาพ ทั้งนี้การจัดตั้งคลินิกหอบหืดใหม่ในเชิงปริมาณนั้นได้อาศัยการคำนวณเป้าหมายจากจำนวนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่จบการศึกษาและจำนวนแพทย์ที่ได้ผ่านการอบรมระยะสั้นด้านเวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับปฏิบัติงานในคลินิกหอบหืดในระยะ ๒ ปีงบประมาณที่ผ่านมาและยังไม่ได้เปิดดำเนินการคลินิกหอบหืดซึ่งจะได้ชี้แจงรายละเอียดต่อไป อีกประเด็นสำคัญที่จะเป็นส่วนเติมเต็มการพัฒนาคลินิกหอบหืดคุณภาพ คือการพัฒนาศักยภาพของทีมนิสิตวิชาชีพอาศัยการดำเนินการของศูนย์เรียนรู้ที่ได้จัดตั้งอย่างเป็นทางการในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ มีการดำเนินการได้ครบทุกเขตบริการสุขภาพทั้ง ๑๓ เขตเรียบร้อยแล้ว และในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ นี้จะได้พัฒนาศักยภาพของศูนย์เรียนรู้อย่างต่อเนื่องต่อไป

ประเด็นการตรวจราชการ

๑. การจัดตั้งและประเมินตามเกณฑ์คลินิกหอบหืด (๓S) จำนวนทีมนิสิตวิชาชีพ การดำเนินงาน (Function) โอกาสพัฒนา/ปัญหา/อุปสรรค
๒. การประเมินทีมนิสิตวิชาชีพที่ดำเนินการแล้วเพื่อพัฒนาให้เป็นคลินิกหอบหืดเต็มรูปแบบจนสามารถเป็นตัวอย่างได้
๓. กลไกการขับเคลื่อนเพื่อสนับสนุนให้เกิดการจัดตั้งคลินิกหอบหืด
 - แผนการจัดตั้งศูนย์เรียนรู้ ระดับความสำเร็จในการดำเนินงาน
 - แผนการพัฒนาและยกระดับสถาบันผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว
 - แผนการพัฒนานิเทศศาสตร์
๔. การประเมินตนเองของทีมนิสิตวิชาชีพในการพัฒนาบริการ ความรู้ความเข้าใจในเป้าหมายการจัดตั้งคลินิกหอบหืด การจัดบริการด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว หลักการมุ่งเน้นคุณค่า (Value-base health care) ในเป้าหมายการจัดบริการสุขภาพด้วย Triple Aims

เป้าหมายคลินิกหอบหืดระดับเขตสุขภาพ

สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ พิจารณาจากเป้าหมายการจัดสรรพื้นที่ที่เปิดดำเนินการคลินิกหอบหืดจากข้อมูลแพทย์ที่ผ่านการอบรมระยะสั้นและแพทย์ที่จบการศึกษา ปี ๒๕๖๑ ตามประกาศราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

เขตสุขภาพ	แพทย์จบใหม่ยังไม่เปิด PCC	แพทย์สอบ อว./วว.	รวมจำนวนแพทย์	กระจายเป้าหมาย
๑	๔๖	๓๑	๗๗	๔๖
๒	๘๒	๑๔	๙๖	๕๘
๓	๓๖	๙	๔๕	๒๗
๔	๓๓	๗	๔๐	๒๔
๕	๖๒	๑๑	๗๓	๔๔
๖	๓๖	๖	๔๒	๒๕

เขต สุขภาพ	แพทย์จบใหม่ยังไม่ เปิด PCC	แพทย์สอบ อว./รพ.	รวมจำนวนแพทย์	กระจายเป้าหมาย
๗	๔๐	๑๐	๕๐	๓๐
๘	๓๔	๗	๔๑	๒๕
๙	๔๗	๑๕	๖๒	๓๗
๑๐	๔๓	๑๙	๖๒	๓๗
๑๑	๒๘	๗	๓๕	๒๑
๑๒	๔๗	๑๗	๖๔	๓๘
รวม	๕๓๔	๑๕๓	๖๘๗	๔๑๒

(เขตสุขภาพ พิจารณาจัดสรรเป้าหมายรายจังหวัดตามแต่ละพื้นที่)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดให้บริการตามเกณฑ์ (A/B) x ๑๐๐

รายการข้อมูล ๑ A = จำนวนทีมของคลินิกหมอครอบครัวที่ รพศ./รพท./รพช./รพ.สต. ดำเนินการให้บริการการแพทย์ปฐมภูมิ (ยอดสะสมที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ๓S ของปีที่ประเมิน)

รายการข้อมูล ๒ B = จำนวนทีมบริการการแพทย์ปฐมภูมิเป้าหมายตามแผนการจัดตั้งรายปี (ประจำปี ๒๕๖๒ จำนวนรวม ๑,๑๗๐ ทีม)

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น : การจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๑.			
๑.จำนวนคลินิก หมอครอบครัว ที่เปิด ดำเนินการ	- พัฒนารูปแบบการ จัดบริการ - เวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ - พัฒนาระบบบริหารจัดการ กำลังคน	- พัฒนาพื้นที่ต้นแบบ - การจัดบริการที่ สอดคล้องกับหลักเวช ศาสตร์ครอบครัว และ เกณฑ์มาตรฐานการจัดตั้ง - มีแผนการผลิตแพทย์ อบรมระยะสั้น - มีแผนการพัฒนา ศักยภาพสหวิชาชีพ	- พื้นที่ต้นแบบ PCC ระดับเขต ๑๒ แห่ง - PCC ที่ลงทะเบียน ปี ๒๕๖๑ มีการ ประเมินตนเอง (๓S) - มีการศึกษาดูงานและการแลกเปลี่ยน เรียนรู้พื้นที่ PCC ต้นแบบ - PCC ผ่านการประเมินรับรอง ของ จังหวัด/เขตสุขภาพ
เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๒.			
๒.กลไกการ บริหารจัดการ เพื่อขับเคลื่อน ระบบการจัดตั้ง และดำเนินการ คลินิกหมอ	- เกิดการบริหารจัดการ อย่างมีประสิทธิภาพ - มีการพัฒนาระบบ สนับสนุน	- ติดตามการบริหาร จัดการครุภัณฑ์ PCC - ติดตามแผนและแนว ทางการใช้ งบสนับสนุน สปสช. - การจัดบริการที่	- PCC ขยายผลพื้นที่ต้นแบบเพิ่ม ๑ แห่ง/เขตสุขภาพ - PCC ทั้งระดับเขตสุขภาพและระดับ จังหวัด มีแผนการจัดตั้งและการบริหาร จัดการอย่างเป็นระบบแบบมุ่งเน้น ผลลัพธ์

<p>ครอบครัว ได้ อย่างมี ประสิทธิภาพใน ระดับเขต บริการและ ระดับจังหวัด</p>		<p>สอดคล้องกับหลักเวช ศาสตร์ครอบครัว และ เกณฑ์มาตรฐานการจัดตั้ง</p>	<p>- มีแผนการใช้งบประมาณและงบจัดสรร สปสช. (ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติม สำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มี แพทย์ประจำครอบครัว) อย่างมี ประสิทธิภาพ - มีคลินิกหมอครอบครัว (ผ่านเกณฑ์ ๓S) ๑,๑๗๐ ทีม (สะสม) - ประชาชนรู้จักทีมหมอครอบครัว ๕๐%</p>
---	--	---	---

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น : การพัฒนาศูนย์เรียนรู้ และการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ ระดับ
ความสำเร็จการดำเนินงานตามเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์หลัก	ขั้นการประเมิน(คะแนน)			
	1	2	3	4
คณะกรรมการ	มี	มี	มี	มี
<p>จุดปฏิบัติการ และรูปแบบการ บริหารจัดการ</p>	<p>-มีจุดปฏิบัติการ -มีฐานข้อมูลการ ลงทะเบียนคลินิก หมอครอบครัวใน เขต -มีแผนปฏิบัติการ</p>	<p>-มีจุดปฏิบัติการ -มีฐานข้อมูลการ ลงทะเบียนคลินิก หมอครอบครัวใน เขต -มีการรับ งบประมาณจาก แหล่งต่างๆ</p>	<p>-มีจุดปฏิบัติการ -มีฐานข้อมูลการ ลงทะเบียนคลินิก หมอครอบครัวใน เขต -มีข้อมูลคุณภาพ การดำเนินงานของ คลินิกหมอบ ครัวของเขต -มีแผนปฏิบัติการ -มีการรับ งบประมาณจาก แหล่งต่างๆ</p>	<p>-มีจุดปฏิบัติการ -มีฐานข้อมูลการ ลงทะเบียนคลินิก หมอครอบครัวในเขต -มีข้อมูลคุณภาพการ ดำเนินงานของคลินิก หมอบ ครัวของ เขต -มีแผนปฏิบัติการ -มีการรับงบประมาณ จากแหล่งต่างๆ</p>
กิจกรรม	มีกิจกรรมหลักอย่าง	มีกิจกรรมหลักอย่าง	มีกิจกรรมหลักครบ	มีกิจกรรมหลักครบ

	น้อย 3 ใน 5 ประเภท	น้อย 4 ใน 5 ประเภท	ทั้ง 5 ประเภท	ทั้ง 5 ประเภท
ผลลัพธ์	-มีเครือข่ายที่ ประกอบด้วยสห วิชาชีพครบทุกสาขา	-มีเครือข่ายที่ ประกอบด้วยสห วิชาชีพครบทุกสาขา -มีการสนับสนุนการ ขยายหรือพัฒนา คุณภาพพื้นที่ ต้นแบบ	-มีเครือข่ายที่ ประกอบด้วยสห วิชาชีพครบทุก สาขา -มีการสนับสนุนให้ เกิดการขยายหรือ การพัฒนาคุณภาพ พื้นที่ต้นแบบ - สามารถ ขับเคลื่อนเครือข่าย ให้เกิดผลงานทาง วิชาการ	-มีเครือข่ายที่ ประกอบด้วยสห วิชาชีพครบทุกสาขา -มีการสนับสนุนการ ขยายพื้นที่ต้นแบบ - สามารถขับเคลื่อน เครือข่าย ให้เกิดผล งานทางวิชาการหรือ มีผลงานร่วมกับภาคี เครือข่ายนอก กระทรวงสาธารณสุข

Small Success

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
	PCC ที่เปิดดำเนินการ ใหม่ ๕๐%		PCC ที่เปิดดำเนินการใหม่ ๑๐๐% (มีเป้าหมายสะสม ๑,๑๗๐ ทีม)

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ e-mail address	ประเด็นที่ รับผิดชอบ
นพ.โกเมนทร์ ทิวทอง	รองผู้อำนวยการ สำนักสนับสนุน ระบบสุขภาพปฐมภูมิ	๐๒-๕๙๐๑๕๓๘ Planpcc@gmail.com	
พญ.ดวงดาว ศรียากุล	นายแพทย์ชำนาญการ	๐๘๑-๕๓๓๒๗๒๔ Duangdao๑๗๐@gmail.com	
ดร.ชัยณรงค์ สังข์จำง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	๐๙๘-๙๔๑๑๘๙๔ Chainarong_s@yahoo.com	

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒

(Inspection Guideline)

คณะที่ ๒: Primary Care

หัวข้อ การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ตัวชี้วัด: ร้อยละของ รพ.สต.ติดดาว ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว

คำนิยาม

๑. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หมายถึง หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ทั้งที่อยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยไม่หมายรวมถึง ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) และหน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาล (PCU)

๒. การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. หมายถึง การพัฒนาคุณภาพให้ได้ตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่กำหนด คือ ๕ ดาว ๕ ดี ประกอบด้วย ๑) บริหารดี ๒) ประสานงานดีภาคีมีส่วนร่วม ๓) บุคลากรดี ๔) บริการดี และ ๕) ประชาชนมีสุขภาพดี มีเกณฑ์ประเมิน ดังนี้

หมวด ๑ การนำองค์กรและการจัดการดี

หมวด ๒ การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมายชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

หมวด ๓ การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล

หมวด ๔ การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

หมวด ๕ ผลลัพธ์

โดยมีการแปลผลระดับดาว ดังนี้

ร้อยละ ๖๐.๐๐-๖๙.๙๙ เท่ากับ ๓ ดาว

ร้อยละ ๗๐.๐๐-๗๙.๙๙ เท่ากับ ๔ ดาว

ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป เท่ากับ ๕ ดาว

๓. การรับรองผล จังหวัดและเขตร่วมพัฒนาและรับรองผล รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)

ร้อยละของ รพ.สต.ที่ผ่านการประเมิน รพ.สต.ติดดาว อย่างน้อย ๓ ดาว = $(A+B+C)/D \times 100$

เมื่อ A = จำนวน รพ.สต. ระดับ ๕ ดาว (สะสม)

B = จำนวน รพ.สต. ระดับ ๔ ดาว (สะสม)

C = จำนวน รพ.สต. ระดับ ๓ ดาว (สะสม)

D = จำนวน รพ.สต. ทั้งหมด ๙,๘๖๓ แห่ง

ร้อยละของ รพ.สต.ที่ผ่านการประเมิน รพ.สต.ติดดาว ระดับ ๕ ดาว = $A/D \times 100$

เมื่อ A = จำนวน รพ.สต. ระดับ ๕ ดาว (สะสม)

D = จำนวน รพ.สต. ทั้งหมด ๙,๘๖๓ แห่ง

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้นรอบที่ ๑			
๑) ทุกอำเภอแต่งตั้งทีม พี่เลี้ยง และทีม ประเมินระดับจังหวัด ๑ ทีม ๑ อำเภอ	๑) มีคำสั่งแต่งตั้งทีม พี่เลี้ยง และการให้ คำแนะนำและ สนับสนุนทรัพยากร ของทีมพี่เลี้ยง	๑) จำนวนอำเภอที่มีทีม พี่เลี้ยงตัวเข้มเพื่อ เตรียมรับการ ประเมิน	๑) ทุกอำเภอมีทีมพี่เลี้ยง ให้คำแนะนำและ สนับสนุนทรัพยากร ในส่วนที่ขาด เพื่อ รองรับการประเมิน
๒) ทุกเขตมีการอบรม ครู ข อย่างน้อย เขตละ ๑ ครั้ง	๒) ครู ข ทุกเขตสุขภาพ ได้รับการอบรม	๒) จำนวนเขตที่จัด อบรมพัฒนา ศักยภาพ ครู ข ระดับเขต	๒) ทุกเขตสุขภาพมีครู ข ในการสนับสนุนการ การประเมินตาม เกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้นรอบที่ ๒			
๑) รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ระดับ ๓ ดาว ร้อยละ ๑๐๐	๑) พัฒนา รพ.สต.ที่ยัง ไม่ผ่านเกณฑ์ ประเมินตนเองให้มี คุณภาพ อย่างน้อย ระดับ ๓ ดาว	๑) ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การ พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ระดับ ๓ ดาว	๑) รพ.สต.มีการพัฒนา ผ่านเกณฑ์การพัฒนา คุณภาพ รพ.สต.ติด ดาว ระดับ ๓ ดาว ร้อยละ ๑๐๐
๒) รพ.สต.ผ่านเกณฑ์การ พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ระดับ ๕ ดาว สะสม ร้อยละ ๖๐	๒) พัฒนา รพ.สต. ที่ ผ่านเกณฑ์คุณภาพ ระดับ ๓-๔ ดาว เป็น ระดับ ๕ ดาว	๒) ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์พัฒนา คุณภาพ รพ.สต. ติดตาม ระดับ ๕ ดาว (สะสม)	๒) รพ.สต.มีการพัฒนา ผ่านเกณฑ์การพัฒนา คุณภาพ รพ.สต. ติดตาม ระดับ ๕ ดาว สะสม ร้อยละ ๖๐

Small Success

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑) ประชุมชี้แจงนโยบาย (Kickoff) ระดับประเทศ	๑) อบรมครู ข ทุกเขต อย่างน้อย เขตละ ๑ ครั้ง	๑) ทุก รพ.สต. มีทีม พี่เลี้ยงคอยให้ คำแนะนำและ สนับสนุนทรัพยากร ในส่วนที่ขาดแคลน เพื่อรับการประเมิน	๑) รพ.สต. ร้อยละ ๑๐๐ ได้รับการประเมิน รพ.สต. ตีตดาว ใน ระดับอำเภอ จังหวัด และเขต
๒) ประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาทีม ประเมินระดับเขต (ครู ก)	๒) แต่งตั้งทีมพี่เลี้ยง/ทีม ประเมินระดับจังหวัด ๑ ทีม ๑ อำเภอ	๒) รพ.สต. ร้อยละ ๑๐๐ (ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์) มีการประเมินตนเอง และพัฒนา	๒) รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์ การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตีตดาว ระดับ ๓ ดาว ร้อยละ ๑๐๐
๓) มีคู่มือแนวทางการ พัฒนาคุณภาพเกณฑ์ รพ.สต. ตีตดาว ปี ๒๕๖๒	๓) ทีมพี่เลี้ยงตัวเข้มทุก รพ.สต. เพื่อเตรียมรับ การประเมิน	๓) รพ.สต. ร้อยละ ๘๐ ได้รับการประเมิน รพ.สต. ตีตดาว ใน ระดับอำเภอ จังหวัด และเขต	๓) รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์ การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตีตดาว ระดับ ๕ ดาว ร้อยละ ๖๐ (สะสม)

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ email address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
น.ส. อัญญา โสภณ	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ	annsopon@gmail.com	รพ.สต. ตีตดาว

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ email address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
พญ.ณภัทร สิทธิศักดิ์	นายแพทย์ชำนาญการ พิเศษ	Mobile. ๐๘๙-๗๑๑-๐๔๒๑ nim.sittisak@hotmail.co.th	สรุปผลการดำเนินงาน ระดับประเทศ
น.ส.อัญชญา โสภณ	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ	Tel. ๐๒-๕๕๐-๑๑๒๑ Mobile. ๐๙๘-๙๒๓-๖๖๔๙ annsopon@gmail.com	สรุปผลการดำเนินงาน ระดับประเทศ

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.2562 (Inspection Guideline)

อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

1.การวิเคราะห์สถานการณ์

องค์การอนามัยโลกได้จัดกลุ่มประเทศที่มีภาระวัณโรคสูง (High Burden Country Lists) เป็น 3 กลุ่มได้แก่ 1) กลุ่มที่มีจำนวนและอัตราผู้ป่วยวัณโรคสูง (TB) 2) กลุ่มที่มีจำนวนและอัตราวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีสูง (TB/HIV) และ 3) กลุ่มที่มีจำนวนและอัตราผู้ป่วยวัณโรคที่ื้อยาหลายขนานสูง (MDR-TB) ซึ่งประเทศไทย เป็น 1 ใน 14 ประเทศ ที่มีปัญหาวัณโรคสูงทั้ง 3 กลุ่มดังกล่าวมา โดยปีพ.ศ.2559 องค์การอนามัยโลกได้กำหนด ยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (The End TB Strategy) มีเป้าหมายลดอุบัติการณ์วัณโรค (Incidence) ให้ต่ำกว่า 10 ต่อแสน ประชากรโลกภายในปี พ.ศ. 2578 (2035)

กระทรวงสาธารณสุขได้เห็นชอบแผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ พ.ศ. 2560 - 2564 เพื่อ เป็นกรอบการดำเนินงานโดยมีมาตรการหลักในการจะบรรลุเป้าหมายการลดอุบัติการณ์ดังกล่าวข้างต้น จำเป็นต้อง (1) เร่งรัดการค้นหา วินิจฉัย และรายงานให้มีความครอบคลุมการรักษา (Treatment Coverage) ร้อยละ 90 ของ จำนวนผู้ป่วยที่คาดประมาณจากอุบัติการณ์ (2) เร่งรัดการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยในประชากร กลุ่มเปราะบางและกลุ่มเสี่ยงวัณโรค เช่น ผู้สัมผัส ผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ต้องขัง แรงงานข้ามชาติให้ ครอบคลุมร้อยละ 90 (3) ดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ตรวจพบทุกรายด้วยแนวทางการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient center care) ให้มีอัตราความสำเร็จการรักษาไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90 ด้วยผลการดำเนินงานที่บรรลุเป้าหมาย ทั้ง 3 ที่สำคัญนี้ จะส่งผลให้อุบัติการณ์วัณโรคลดลงอย่างรวดเร็วสู่เป้าหมายยุติวัณโรคได้

ประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ประมาณ 108,000 ราย หรือคิดเป็น 156 ต่อประชากร แสนคน (WHO, Global TB Report 2018) การจะบรรลุเป้าหมายยุติวัณโรคนั้น ประเทศไทยต้องมีอัตราการ ลดอุบัติการณ์เฉลี่ยร้อยละ 12.5 ต่อปี ในขณะที่ปัจจุบันระยะ 15 ปีที่ผ่านมา มีอัตราการลดลงของอุบัติการณ์เพียงร้อยละ 2.7 ต่อปี จากผลการดำเนินงานวัณโรคที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายสำคัญ เช่น ปีงบประมาณ 2560 มีผู้ป่วย วัณโรคขึ้นทะเบียนรักษา 68,146 ราย คิดเป็นอัตราความครอบคลุมการรักษา (Treatment Coverage) เพียงร้อยละ 74

จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น การดำเนินงานวัณโรคของไทย พบปัญหาทั้งการวินิจฉัยและ ตรวจพบผู้ป่วยเพียงร้อยละ 74 ของจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่คาดประมาณ อีกทั้งผลการรักษา ยังต้องเพิ่มความสำเร็จการรักษาให้สูงขึ้น ดังนั้นแผนงานควบคุมวัณโรคจึงกำหนดแนวทางการควบคุมโรคโดยมุ่งเน้น “ค้นให้พบ จบด้วยหาย พัฒนาระบบและเครือข่าย นโยบายมุ่งมั่น สร้างสรรค์นวัตกรรม” ทั้งผู้ป่วยวัณโรคที่ไวต่อ ยา (Drug Susceptible TB:DS-TB) และผู้ป่วยวัณโรคที่ื้อยา(Drug Resistant-TB:DR-TB) รวมทั้ง การดำเนินงาน ผสมผสานวัณโรคและเอ็ดส์เป็นสำคัญ

2.ประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น

อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ (TB Treatment Success) ในปีงบประมาณ พ.ศ.2562 มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85

3.เป้าหมาย/ผลลัพธ์ที่ต้องการ

- อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ (TB Treatment Success) ในปีงบประมาณ พ.ศ.2562 ในภาพของประเทศและพื้นที่ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85
- ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 82.5 ของค่าคาดประมาณจำนวนผู้ป่วยวัณโรค (156/แสนประชากร)

4.มาตรการดำเนินงานที่สำคัญ

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ และความสำเร็จของการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคสะท้อนคุณภาพของระบบบริการสาธารณสุข และการควบคุมวัณโรคโดย ตัดวงจรการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค และป้องกันเชื้อวัณโรคคือ ยา ซึ่งปัจจุบันอัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคของประเทศไทยต่ำ เพียงร้อยละ 80 ซึ่งไม่สูงพอที่จะลดปัญหาวัณโรคที่เป้าหมายร้อยละ 90 เนื่องจากปัจจัยสำคัญ 3 ประการ คือ (1) ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตระหว่างการรักษาสูง (2) การขาดนัดรับยาอย่างต่อเนื่อง และ (3) ไม่มีการติดตามประเมินผลการรักษา จึงนำมาสู่การกำหนด 3 ยุทธศาสตร์ในการเร่งรัดอัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ ในปีงบประมาณ พ.ศ.2562 ภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 2 บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

มาตรการที่ 1 ลดเสียชีวิต

ประกอบด้วย มาตรการ 5 ด้าน คือ

1. เร่งรัดการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยด้วยวิธีการที่รวดเร็วและขึ้นทะเบียนรักษาทุกราย
2. ส่งตรวจเพาะเชื้อและทดสอบความไวทุกรายเพื่อค้นหา MDR/RR-TB
3. พัฒนาคุณภาพและประเมินมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคในสถานพยาบาลให้ได้มาตรฐาน
4. เฝ้าระวัง ดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
5. พัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการทางด้านวัณโรค

กิจกรรมหลักที่สำคัญดังนี้

1. เร่งค้นหาและคัดกรอง ในกลุ่มประชากรเสี่ยงตามมาตรฐานแผนงานวัณโรค
2. คัดกรองและการตรวจวินิจฉัยที่รวดเร็วและขึ้นทะเบียนรักษาทุกราย
3. ส่งตรวจทดสอบความไวทุกรายเพื่อค้นหา MDR/RR-TB
4. รักษาผู้ป่วยวัณโรคและวัณโรคดื้อยาทุกรายด้วยสูตรยาที่มีประสิทธิภาพ และเฝ้าระวัง ดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
5. พัฒนาคุณภาพและประเมินมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคในสถานพยาบาลให้ได้มาตรฐาน
6. ดูแลรักษาโรคร่วมและอาการข้างเคียงจากการใช้ยา
7. พัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการทางด้านวัณโรค

มาตรการที่ 2 ลดการขาดยา

ประกอบด้วย มาตรการ 4 ด้าน คือ

- 1.ดูแลรักษาโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient Centered Care) ดูแลผู้ป่วยแบบมีที่เลี้ยง (DOT)
- 2.สร้างกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชน
- 3.ใช้กลไก พชพ.และกลไกในระดับพื้นที่ในการดูแลและติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายหน่วยงานบางส่วนที่เกี่ยวข้องในพื้นที่
- 4.การช่วยเหลือทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ

กิจกรรมหลักที่สำคัญดังนี้

1. จัดตั้ง case management team ในโรงพยาบาล เพื่อดูแลผู้ป่วยทุกรายด้วยทีมสหวิชาชีพโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและสนับสนุนการรักษา (Patient Centered Care) ด้วยการ DOT กระบวนการให้การปรึกษา การส่งเสริมด้านโภชนาการ การช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจและสังคม
2. ใช้กลไก พชพ.และกลไกในระดับพื้นที่ในการดูแลและติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายหน่วยงานบางส่วนที่เกี่ยวข้องในพื้นที่

มาตรการที่ 3 พัฒนาคุณภาพและระบบการกำกับติดตามดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค

ประกอบด้วย มาตรการ 3 ด้าน คือ

1. กำกับ ติดตาม และประเมินผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (Monitoring and evaluation) ใช้ระบบข้อมูลที่มีคุณภาพในการกำกับติดตามผู้ป่วยวัณโรค
2. พัฒนาเครือข่าย ระบบข้อมูลในการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคเพื่อการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง
- 3.ใช้กลไกของ พรบ.โรคติดต่อ พ.ศ.2558 ในการกำกับการขึ้นทะเบียนและติดตามการรักษาวัณโรค

กิจกรรมหลักที่สำคัญดังนี้

1. ใช้เทคโนโลยีและระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์รายบุคคล เพื่อติดตามและประเมินผลการรักษาทุกราย
2. พัฒนาศูนย์การส่งต่อผู้ป่วยและรายงานผลการรักษา
3. ใช้กลไกของ พรบ.โรคติดต่อ พ.ศ.2558 ในการกำกับการขึ้นทะเบียนและติดตามการรักษาวัณโรค
4. พัฒนาระบบเครือข่ายทางห้องปฏิบัติการ
5. พัฒนาบุคลากรเครือข่าย
6. ขับเคลื่อนและติดตามการประเมินผลโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

5.นิยาม

5.1 ความสำเร็จการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ

5.1.1 รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการ ยืนยันเมื่อเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา และในเดือนสุดท้ายของการรักษา

5.1.2 รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้มีผลตรวจเสมหะอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา เป็นลบรวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ

5.2 ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรค น้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

5.2.1 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผล ตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ culture หรือวิธี Molecular หรือ วิธีการอื่นๆที่องค์การอนามัยโลกรับรอง

5.2.2 ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B -) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผล ตรวจเสมหะ เป็นลบ แต่ทำการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอ็กซเรย์รังสีทรวงอก หรือมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณ โรค

5.3. ความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) หมายถึง อัตราการค้นพบและขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ใน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2561–30 กันยายน พ.ศ. 2562) โดยเทียบกับค่าคาดประมาณของ ประชากร (156/แสนประชากร)

6. สูตรการคำนวณ :

6.1 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม พ.ศ. 2561) คำนวณจาก

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

A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม พ.ศ. 2561) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษา ในวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2562

B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม พ.ศ. 2561)

6.2. ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2561 - 30 กันยายน พ.ศ. 2562) คำนวณจาก

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

A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ค้นพบและขึ้น ทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2561–30 กันยายน พ.ศ. 2562)

B = จำนวนคาดประมาณการผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2561–30 กันยายน พ.ศ. 2562) คิดจาก อัตรา 156 ต่อประชากรแสนคน

7 กลุ่มเป้าหมาย

7.1.การประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน

7.2.การประเมินร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2562 (1 ตุลาคม 2561–30 กันยายน 2562) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน

8 หน่วยงานที่ดำเนินการ ประกอบด้วย

8.1 สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค รับผิดชอบดำเนินงานตามแผนงานควบคุมโรคของประเทศ

8.2 สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1-12 และ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 รับผิดชอบแผนงานควบคุมวัณโรคระดับเขต (Regional Program)

9 ระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค หมายถึง โปรแกรมบริหารจัดการรายผู้ป่วยวัณโรค (โปรแกรม TBCM online) หรือระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านระบบออนไลน์ หรือ ระบบรายงานผู้ป่วยที่ทางกรมควบคุมโรคกำหนด

ตารางที่ 1 มาตรการและแนวทาง กิจกรรมสำคัญในการดำเนินงาน

มาตรการ	แนวทาง/กิจกรรมหลัก	หน่วยงานที่ร่วมดำเนินการ
มาตรการที่ 1 ลดการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค	<ul style="list-style-type: none"> ■ พัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคในสถานพยาบาลให้ได้มาตรฐาน ■ พัฒนาและประเมินมาตรฐานการรักษาผู้ป่วยวัณโรคของสถานพยาบาล ■ เฝ้าระวังและดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ■ พัฒนาศักยภาพแพทย์ทางด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค 	<ul style="list-style-type: none"> ■ กรมการแพทย์ ■ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ■ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
	<ul style="list-style-type: none"> ■ คัดกรองกลุ่มเสี่ยงวัณโรคและตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีการ Molecular ■ ส่งตรวจทดสอบความไวทุกรายเพื่อค้นหา MDR/RR-TB ■ พัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการทางด้านวัณโรค 	<ul style="list-style-type: none"> ■ กรมควบคุมโรค ■ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ■ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
มาตรการที่ 2 ลดการขาดยาในผู้ป่วยวัณโรค	<ul style="list-style-type: none"> ■ ดูแลรักษาโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient Centered Care) ดูแลผู้ป่วยแบบมีพี่เลี้ยง (DOT) และสร้างกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชน ■ ใช้กลไก พชพ.และกลไกในระดับพื้นที่ในการดูแลและติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายหน่วยงานในส่วนที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ 	<ul style="list-style-type: none"> ■ กรมการแพทย์ ■ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ■ กรมควบคุมโรค ■ กองบริหารการสาธารณสุข
มาตรการที่ 3 พัฒนาระบบการส่งต่อและติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรคทุกราย	<ul style="list-style-type: none"> ■ กำกับ ติดตาม และประเมินผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (Monitoring and evaluation) ใช้ระบบข้อมูลที่มีคุณภาพในการกำกับติดตามผู้ป่วยวัณโรค ■ พัฒนาเครือข่าย ระบบข้อมูลในการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคเพื่อการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ■ สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ ระบบบริการสุขภาพและคุณภาพของสถานพยาบาลในการให้บริการ ดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค 	<ul style="list-style-type: none"> ■ กรมการแพทย์ ■ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ■ กรมควบคุมโรค ■ กองบริหารการสาธารณสุข

ตารางที่ 2 มาตรการเร่งรัดผลสำเร็จของตัวชี้วัด (Quick win)

มาตรการเร่งรัดผลสำเร็จของ ตัวชี้วัด PA (Quick win)	การประเมินสำเร็จในแต่ละช่วงเวลา			
	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
บริหารจัดการและตรวจ ทดสอบความไวต่อยา (DST) เพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (MDR/RR-TB)	ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยเสี่ยงสูงที่จะ เป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนานได้ ตรวจทดสอบความไวต่อยา (DST)*	ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยเสี่ยงสูงที่จะ เป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนานได้ ตรวจทดสอบความไวต่อยา (DST)*	ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยเสี่ยงสูงที่จะ เป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนานได้ ตรวจทดสอบความไวต่อยา (DST)*	≥ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยเสี่ยงสูงที่ จะเป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนานได้ ตรวจทดสอบความไวต่อยา (DST)*
	ทุกเขตสุขภาพมีการตั้ง คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญวัณโรค ดื้อยาระดับเขต			
จัดตั้งกลไกการกำกับกรณียา และติดตามรักษาอย่างต่อเนื่อง	มีการจัดประชุมชี้แจงแนวทาง การจัดตั้ง case management team ในทุกจังหวัด	จัดตั้ง case management team ในโรงพยาบาลของจังหวัด ที่มีอัตราการรักษาสำเร็จผู้ป่วยวัณโรค ปอดรายใหม่ ในปี พ.ศ. 2561 ≤ ร้อยละ 74.9	จัดตั้ง case management team ในโรงพยาบาลของจังหวัด ที่มีอัตราการรักษาสำเร็จผู้ป่วยวัณโรค ปอดรายใหม่ ในปี พ.ศ. 2561 ≤ ร้อยละ 84.9	จัดตั้ง case management team ในโรงพยาบาลครบทุกจังหวัด
กำกับติดตามและประเมิน ผลการรักษาด้วยระบบข้อมูล TBCM online	ร้อยละ 20 ของ โรงพยาบาลนอก สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รัฐ และเอกชน) บันทึกและรายงาน ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคในโปรแกรม TBCM online	ร้อยละ 30 ของ โรงพยาบาลนอก สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รัฐ และเอกชน) บันทึกและรายงาน ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคในโปรแกรม TBCM online	ร้อยละ 40 ของ โรงพยาบาลนอก สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รัฐ และเอกชน) บันทึกและรายงาน ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคในโปรแกรม TBCM online	≥ร้อยละ 50 ของ โรงพยาบาล นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รัฐและเอกชน) บันทึกและ รายงานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคใน โปรแกรม TBCM online

หมายเหตุ * กลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงสูงที่จะเป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (อ้างอิงจากแนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2561) ซึ่งได้แก่

(1) ผู้ป่วยเก่าที่เคยรักษาวัณโรคมาก่อน (previously treated patients) ได้แก่

- (1.1) ผู้ป่วยที่ล้มเหลวต่อการรักษาด้วยสูตรยารักษาซ้ำหรือสูตรยาผู้ป่วยใหม่ (1.2) ผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ (1.3) ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำหลังขาดยา
(1.4) ผู้ป่วยอื่นๆ ที่เคยรักษามาแล้วแต่ไม่ทราบผลการรักษาชัดเจน

10.แนวทางการตรวจติดตาม

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
<p>ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ (TB Treatment Success) ในปีงบประมาณ พ.ศ.2562 มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85</p>			
<p>อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ (TB Treatment Success) ในปีงบประมาณ พ.ศ.2562 มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85</p>	<p>1. Situation analysis : วิเคราะห์สถานการณ์ ขนาดและความรุนแรงของปัญหา กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มเป้าหมาย พื้นที่เป้าหมายช่องว่างและปัญหาอุปสรรคที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต ขาดยาและการติดตามผลการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค</p> <p>2. Planning จัดทำแผนงาน/แผนปฏิบัติการเพื่อลดการเสียชีวิต การขาดยา และพัฒนาคุณภาพและระบบการกำกับติดตามดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค</p> <p>โดยแบ่งตาม</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ระดับอำเภอ : สสอ. และ รพช./รพท/รพศ ▪ ระดับจังหวัด : สสจ. ▪ ระดับเขต : เขตสุขภาพ และ สคร. 	<p>การตรวจติดตามมาตรการดำเนินงานตามจาก</p> <p>1.เอกสารรายงานผลการวิเคราะห์สถานการณ์ ขนาดปัญหา กลุ่มเสี่ยง/พื้นที่กลุ่มเป้าหมายและช่องว่างการดำเนินงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ สถานการณ์ผู้ป่วยวัณโรค M/XDR TB, TB/HIV , Treatment coverage ขนาดปัญหา กลุ่มเสี่ยง/พื้นที่กลุ่มเป้าหมาย ▪ ผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ปี 2560 – 2561 ▪ ทาสเหตุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ขาดยา โอนออก และประเมนผลไม่ได้ <p>2. แผนงาน/แผนปฏิบัติการที่ประกอบด้วย มาตรการแนวทางแก้ไข ปรับปรุง พัฒนา เพื่อลดการเสียชีวิต การขาดยา และพัฒนาคุณภาพและระบบการกำกับติดตามดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคของ</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ระดับอำเภอ : สสอ. และ รพช./รพท/รพศ ▪ ระดับจังหวัด : สสจ. ▪ ระดับเขต : เขตสุขภาพ และ สคร. 	<p>1. รายงานผลการวิเคราะห์สถานการณ์ ขนาดปัญหา กลุ่มเสี่ยง/พื้นที่กลุ่มเป้าหมายและช่องว่างการดำเนินงาน</p> <p>2. แผนงาน/แผนปฏิบัติการที่ประกอบด้วย มาตรการ แนวทางแก้ไข ปรับปรุง พัฒนา เพื่อลดการเสียชีวิต การขาดยา และพัฒนาคุณภาพและระบบการกำกับติดตามดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค ของ</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ระดับอำเภอ : สสอ. และ รพช./รพท/รพศ ▪ ระดับจังหวัด : สสจ. ▪ ระดับเขต : เขตสุขภาพ และ สคร.

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	<p>Monitoring</p> <p>กำกับและติดตามการดำเนินงานตามแผนงานเพื่อลดการเสียชีวิต การขาดยา และพัฒนาระบบการส่งต่อของพื้นที่เป้าหมาย</p>	<p>การตรวจติดตามมาตรการดำเนินงานตามจากเอกสาร และการสัมภาษณ์ให้ข้อมูลของผู้รับผิดชอบในเรื่องของ</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ ผลการดำเนินงานตามแผนงาน/แผนปฏิบัติการที่ประกอบด้วย มาตรการ แนวทางแก้ไข ปรับปรุงพัฒนา เพื่อลดการเสียชีวิต การขาดยา และพัฒนาคุณภาพและระบบการกำกับติดตามดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค ของพื้นที่เป้าหมาย ■ ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดของมาตรการแผนงาน/แผนปฏิบัติ เพื่อการลดการเสียชีวิต การขาดยา และพัฒนาคุณภาพและระบบการกำกับติดตามดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค <p>หน่วยงานที่รวบรวมผลการดำเนินงานแต่ละระดับ</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ระดับอำเภอ : สสอ. และ รพช./รพท/รพศ ○ ระดับจังหวัด : สสจ. ○ ระดับเขต : เขตสุขภาพ และ สคร. 	<p>รายงานผล</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ ผลการดำเนินงานตามมาตรการ แนวทาง แผนงานแก้ไข ปรับปรุงพัฒนาที่กำหนดขึ้น เพื่อลดการตาย การขาดยาและพัฒนาระบบการส่งต่อของพื้นที่เป้าหมาย ■ ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดของ มาตรการแผนงาน/แผนปฏิบัติ เพื่อการลดการเสียชีวิต การขาดยา และพัฒนาคุณภาพและระบบการกำกับติดตามดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคของพื้นที่เป้าหมาย
<p>อัตราการสำเร็จการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ (TB Treatment Success) ในปีงบประมาณ พ.ศ.2562 มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ</p>	<p>Evaluation</p> <p>ประเมินผล</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85 	<p>การตรวจติดตามมาตรการดำเนินงานตามจากเอกสาร และการสัมภาษณ์ให้ข้อมูลของผู้รับผิดชอบในเรื่อง</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85 ■ ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดของมาตรการแผนงาน/ 	<ul style="list-style-type: none"> ■ อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85 ■ ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
85	<ul style="list-style-type: none"> ■ ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 82.5 	<p>แผนปฏิบัติ เพื่อการเสียชีวิต การขาดยา และพัฒนาคุณภาพและระบบการกำกับติดตามดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคของพื้นที่เป้าหมาย</p> <p>หน่วยงานที่รวบรวมผลการดำเนินงานแต่ละระดับ</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ระดับอำเภอ : สสอ. และ รพช./รพท/รพศ ○ ระดับจังหวัด : สสจ. ○ ระดับเขต : เขตสุขภาพ และ สคร. 	Treatment Coverage) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 82.5

11.Template ตัวชี้วัด

หมวด	การบริการที่เป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	แผนงานที่ 6 : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคติดต่อ
ลักษณะ	
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	อัตราสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่
คำนิยาม	<p>1 ความสำเร็จการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ</p> <p>1.1 รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการยืนยันเมื่อเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษาและในเดือนสุดท้ายของการรักษา</p> <p>1.2 รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้มีผลตรวจเสมหะอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา เป็นลบรวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ</p> <p>2 ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ</p> <p>2.1 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ culture หรือวิธี Molecular หรือ วิธีการอื่นๆ ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง</p> <p>2.2 ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B -) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะ เป็นลบ แต่ทำการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอกซเรย์รังสีทรวงอก หรือมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค</p> <p>3 กลุ่มเป้าหมาย</p> <p>3.1.การประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน</p> <p>3.2.การประเมินร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2562 (1 ตุลาคม 2561–30 กันยายน 2562) ที่เป็นผู้ป่วยไทย</p>

	<p>ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน</p> <p>4 หน่วยงานที่ดำเนินการ ประกอบด้วย</p> <p>4.1 สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค รับผิดชอบดำเนินงานตามแผนงานควบคุมโรคของประเทศ</p> <p>4.2 สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1-12 และ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 รับผิดชอบแผนงานควบคุมวัณโรคระดับเขต (Regional Program)</p> <p>5 ระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค หมายถึง โปรแกรมบริหารจัดการรายผู้ป่วยวัณโรค (โปรแกรม TBCM online) หรือ ระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านระบบออนไลน์ หรือ ระบบรายงานผู้ป่วยที่ทางกรมควบคุมโรคกำหนด</p>								
<p>เกณฑ์เป้าหมาย : อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่</p> <table border="1" data-bbox="343 801 1332 920"> <thead> <tr> <th data-bbox="343 801 590 869">ปีงบประมาณ 61</th> <th data-bbox="590 801 837 869">ปีงบประมาณ 62</th> <th data-bbox="837 801 1085 869">ปีงบประมาณ 63</th> <th data-bbox="1085 801 1332 869">ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="343 869 590 920">85</td> <td data-bbox="590 869 837 920">85</td> <td data-bbox="837 869 1085 920">85</td> <td data-bbox="1085 869 1332 920">85</td> </tr> </tbody> </table>		ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	85	85	85	85
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64						
85	85	85	85						
<p>วัตถุประสงค์</p>	<p>1. เพื่อให้ผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในด้านการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาหายรักษาครบ</p> <p>2. เพื่อพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพในการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคของสถานบริการสาธารณสุข</p>								
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐ ทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข <u>ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน</u></p>								
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<p>บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ผ่านโปรแกรมบริหารจัดการรายผู้ป่วยวัณโรค (โปรแกรม TBCM online) หรือ ระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านระบบออนไลน์ หรือ ระบบรายงานผู้ป่วยที่ทางกรมควบคุมโรคกำหนด</p>								
<p>แหล่งข้อมูล</p>	<p>โปรแกรมบริหารจัดการรายผู้ป่วยวัณโรค (โปรแกรม TBCM online) หรือ ระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านระบบออนไลน์ หรือ ระบบรายงานผู้ป่วยที่ทางกรมควบคุมโรคกำหนด</p>								
<p>1. สูตรคำนวณตัวชี้วัด</p>	<p>อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561) คำนวณจาก</p> $\text{สูตรคำนวณ} = (A/B) \times 100$ <p>A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561) โดยมีผลการรักษาหาย</p>								

	(รวมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษาวันที่ 30 กันยายน 2562 B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของ ปีงบประมาณ 2562 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2561 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับ รักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษาวันที่ 30 กันยายน 2562
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561)
2. สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2562 (1 ตุลาคม 2561–30 กันยายน 2562) คำนวณจาก $\text{สูตรคำนวณ} = (A/B) \times 100$ A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ ค้นพบและขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2562 (1 ตุลาคม 2561–30 กันยายน 2562) B = จำนวนคาดการณ์การผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2562 (1 ตุลาคม 2561–30 กันยายน 2562) คิดจากอัตรา 156 ต่อประชากรแสนคน
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ค้นพบ และขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2562 (1 ตุลาคม 2561–30 กันยายน 2562)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนคาดการณ์การผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2562 (1 ตุลาคม 2561–30 กันยายน 2562) คิดจากอัตรา 156 ต่อประชากรแสนคน หมายเหตุ ข้อมูลประชากรอ้างอิงจากฐานข้อมูล HDC
ระยะเวลาประเมินผล	<ul style="list-style-type: none"> ■ ระยะเวลาประเมินผลในไตรมาสที่ 4 ■ ครบรอบรายงานและประเมินผล วันที่ 30 กันยายน 2562 ■ ติดตามความก้าวหน้าของผลการดำเนินงานตามมาตรการ ทุกไตรมาส
เงื่อนไขการคำนวณ	1. การประเมินผลสำเร็จของการรักษาวัณโรค ไม่นับรวม <ul style="list-style-type: none"> ■ ผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดรายใหม่ ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของ ปีงบประมาณ 2562 (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม 2561) ■ ผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ที่เป็นผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ

	<p>(Bacteriologically confirmed: B+) ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B -) และผู้ป่วยวัณโรคนอกปอด ที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม 2561)</p> <p>2. กรณีที่แพทย์มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัย หรือ พบว่าเป็น Rifampicin resistant Tuberculosis (RR-TB), Multidrug resistant tuberculosis (MDR-TB) หรือ Extensively drug resistant tuberculosis (XDR-TB) ก่อนสิ้นเดือนที่ 5 จะไม่ถูกนำมานับรวมอยู่ในตัวหาร “B” เพื่อคิดคำนวณอัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรค</p> <p>3. พื้นที่เป้าหมายที่มีการประเมินผลสำเร็จการรักษาวัณโรค คือ พื้นที่เขตสุขภาพที่ 1-12 ยกเว้นในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 13 หรือกรุงเทพมหานคร เนื่องจากกรุงเทพมหานครเป็นพื้นที่ที่มีบริบทของหน่วยงานสถานพยาบาลที่มีความหลากหลาย มีความจำเพาะ ซึ่งรับผิดชอบดำเนินการโดยสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองและเขตสุขภาพที่ 13 ภายใต้แผนงานวัณโรคและแผนงานป้องกันควบคุมวัณโรคในเขตเมืองใหญ่</p>
--	--

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2561-2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ร้อยละ 85

หมายเหตุ :

ครบรอบรายงานและประเมินผลการรักษาวันที่ 30 กันยายน 2562 เพื่อนำผลการรักษา (Outcome) ไปรายงานเป็นผลลัพธ์ของตัวชี้วัด ภายในวันที่ 30 กันยายน 2562

วิธีการประเมินผล :	<p>ใช้อัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561) แยกเป็นระดับจังหวัด และเขตสุขภาพ</p> <p>แนวทางการประเมินผล</p> <p>1 ระดับประเทศ โดยกรมควบคุมโรค (สำนักวัณโรค) ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561) ในภาพรวมของประเทศ</p> <p>2 ระดับเขตสุขภาพ/สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562(เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561) ในระดับพื้นที่</p> <p>3 ระดับจังหวัด ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน</p>
---------------------------	--

<p>และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279 โทรสาร : 0 2212 5935 E-mail : swillwan@yahoo.com กรมควบคุมโรค สำนักงานวัณโรค</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน</p>	<p>นายอรรถกร จันทร์มาทอง หัวหน้ากลุ่มพัฒนาองค์กรและจัดการความรู้ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279 ต่อ 1211 โทรศัพท์มือถือ : 09 6982 4196 โทรสาร : 0 2212 5935 E-mail : auttagorn@gmail.com กรมควบคุมโรค สำนักงานวัณโรค</p>

12.กำหนด Small success รายไตรมาส

	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
กิจกรรม สำคัญใน พื้นที่	<p>1. Situation analysis : วิเคราะห์ สถานการณ์ ขนาดและความรุนแรง ของปัญหา กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มเป้าหมาย พื้นที่เป้าหมายช่องว่างและปัญหา อุปสรรคที่ส่งผลต่อการเสียชีวิต ขาด ยาและการติดตามผลการรักษาของ ผู้ป่วยวัณโรค ²</p> <p>2. Planning จัดทำแผนงานเพื่อลด การเสียชีวิต การขาดยา และพัฒนา ระบบการส่งต่อและติดตาม ผลการรักษา</p>	<p>Monitoring</p> <p>กำกับและติดตามการดำเนินงานตาม แผนงานเพื่อลดการเสียชีวิต การขาด ยาและพัฒนาระบบการส่งต่อของพื้นที่ เป้าหมาย</p>	<p>Monitoring</p> <p>กำกับและติดตามการดำเนินงานตาม แผนงานเพื่อลดการเสียชีวิต การขาด ยาและพัฒนาระบบการส่งต่อของพื้นที่ เป้าหมาย</p>	<p>Evaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรค ปอดรายใหม่ ในปีงบประมาณ พ.ศ.2562 ในภาพของประเทศและ พื้นที่ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85 ■ ร้อยละความครอบคลุมการรักษา ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็น ช้ำ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 82.5 ของค่าคาดประมาณจำนวนผู้ป่วย วัณโรค (156/แสนประชากร)
การ ประเมินผล กิจกรรม สำคัญ	<p>1. รายงานผลการวิเคราะห์ สถานการณ์ ขนาดปัญหาความเสี่ยง/ พื้นที่กลุ่มเป้าหมายและช่องว่างการ ดำเนินงาน</p> <p>2. แผนงาน/แผนปฏิบัติการที่ ประกอบด้วย มาตรการ แนวทางแก้ไข ปรับปรุง พัฒนา เพื่อลดการเสียชีวิต การขาดยา และพัฒนาระบบการส่งต่อ</p>	<p>รายงานผลกำกับและติดตามการ ดำเนินงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ ผลการดำเนินงานตามแผนงาน/ แผนปฏิบัติการที่ประกอบด้วย มาตรการ แนวทางแก้ไข ปรับปรุง พัฒนา เพื่อลดการเสียชีวิต การขาด ยา และพัฒนาระบบการส่งต่อและ ติดตามผลการรักษา ของพื้นที่ 	<p>รายงานผลกำกับและติดตามการ ดำเนินงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ ผลการดำเนินงานตามแผนงาน/ แผนปฏิบัติการที่ประกอบด้วย มาตรการ แนวทางแก้ไข ปรับปรุง พัฒนา เพื่อลดการเสียชีวิต การขาด ยา และพัฒนาระบบการส่งต่อและ ติดตามผลการรักษา ของพื้นที่ 	<ul style="list-style-type: none"> ■ อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ปอดรายใหม่¹ มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85 ■ ร้อยละความครอบคลุมการรักษา ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็น ช้ำ (TB Treatment Coverage) ใน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 มากกว่า

	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	และติดตามผลการรักษา	เป้าหมาย <ul style="list-style-type: none"> ■ ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดของมาตรการแผนงาน/แผนปฏิบัติ เพื่อการลดการตาย การขาดยา และพัฒนาระบบการส่งต่อของพื้นที่เป้าหมาย 	เป้าหมาย <ul style="list-style-type: none"> ■ ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดของมาตรการแผนงาน/แผนปฏิบัติ เพื่อการลดการตาย การขาดยา และพัฒนาระบบการส่งต่อของพื้นที่เป้าหมาย 	หรือเท่ากับร้อยละ 82.5 ของค่าคาดประมาณจำนวนผู้ป่วยวัณโรค (156/แสนประชากร) <ul style="list-style-type: none"> ■ ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดของมาตรการแผนงาน/แผนปฏิบัติ เพื่อการลดการตาย การขาดยา และพัฒนาระบบการส่งต่อของพื้นที่เป้าหมาย
เป้าหมายการกำกับติดตาม	ทุกจังหวัด มีรายงานผลการวิเคราะห์สถานการณ์ และ แผนงาน/แผนปฏิบัติการ	<ul style="list-style-type: none"> ■ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ของจังหวัดดำเนินงานตามแผนงาน/แผนปฏิบัติการ ■ ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ■ อัตราการเสียชีวิต ■ อัตราการขาดยา ■ อัตราไอออนออกของผู้ป่วยวัณโรค 	<ul style="list-style-type: none"> ■ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ของจังหวัดดำเนินงานตามแผนงาน/แผนปฏิบัติการ ■ ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ■ อัตราการเสียชีวิต ■ อัตราการขาดยา ■ อัตราไอออนออกของผู้ป่วยวัณโรค 	<ul style="list-style-type: none"> ■ อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85 ■ ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 82.5
หน่วยงานที่ดำเนินการและรวบรวมข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> ■ ระดับอำเภอ : สสอ. และ รพช./รพท/รพศ วิเคราะห์ข้อมูลในพื้นที่ ■ ระดับจังหวัด : สสจ วิเคราะห์รายอำเภอ ■ ระดับเขตสุขภาพ : สคร./เขต 	<ul style="list-style-type: none"> ■ ระดับอำเภอ : สสอ. / รพช./รพท/รพศ ■ ระดับจังหวัด : สสจ ■ ระดับเขตสุขภาพ : สคร./เขตสุขภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> ■ ระดับอำเภอ : สสอ. / รพช./รพท/รพศ ■ ระดับจังหวัด : สสจ ■ ระดับเขตสุขภาพ : สคร./เขตสุขภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> ■ ระดับอำเภอ : สสอ. / รพช./รพท/รพศ ■ ระดับจังหวัด : สสจ ■ ระดับเขตสุขภาพ : สคร./เขตสุขภาพ

	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	<p>สุขภาพ วิเคราะห์รายจังหวัด</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ระดับประเทศ : สำนักวัณโรค <p>วิเคราะห์รายเขตสุขภาพ/สคร.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ระดับประเทศ : สำนักวัณโรค 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ระดับประเทศ : สำนักวัณโรค 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ระดับประเทศ : สำนักวัณโรค
แหล่งข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค อิเลคทรอนิกสรายบุคคล ▪ ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคในระดับพื้นที่ของ สสอ. / รพช./รพท/รพศ / สสจ./สคร./สำนักวัณโรค 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค อิเลคทรอนิกสรายบุคคล ▪ เอกสารผลการดำเนินงานมาตรการแผนงาน/แผนปฏิบัติ เพื่อการลดการตาย การขาดยา และพัฒนาระบบการส่งต่อของพื้นที่เป้าหมายของ สสอ. / รพช./รพท/รพศ / สสจ./สคร./สำนักวัณโรค 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค อิเลคทรอนิกสรายบุคคล ▪ เอกสารผลการดำเนินงานมาตรการแผนงาน/แผนปฏิบัติ เพื่อการลดการตาย การขาดยา และพัฒนาระบบการส่งต่อของพื้นที่เป้าหมายของ สสอ. / รพช./รพท/รพศ / สสจ./สคร./สำนักวัณโรค 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค อิเลคทรอนิกสรายบุคคล ▪ เอกสารผลการดำเนินงานมาตรการแผนงาน/แผนปฏิบัติ เพื่อการลดการตาย การขาดยา และพัฒนาระบบการส่งต่อของพื้นที่เป้าหมายของ สสอ. / รพช./รพท/รพศ / สสจ./สคร./สำนักวัณโรค
หลักฐานการรายงานผล	<ul style="list-style-type: none"> ▪ รายงานผลการวิเคราะห์สถานการณ์วัณโรค แผนงาน/แผนปฏิบัติการ ▪ รายงานความก้าวหน้ารายไตรมาสของการดำเนินงานแผนงานควบคุมวัณโรค <p>(ดังตัวอย่างไฟล์แบบรายงานแนบท้าย)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ รายงานผลการดำเนินงานมาตรการแผนงาน/แผนปฏิบัติ เพื่อการลดการตาย การขาดยา และพัฒนาระบบการส่งต่อของพื้นที่เป้าหมาย ▪ รายงานความก้าวหน้ารายไตรมาสของการดำเนินงานแผนงานควบคุมวัณโรค <p>(ดังตัวอย่างไฟล์แบบรายงานแนบท้าย)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ รายงานผลการดำเนินงานมาตรการแผนงาน/แผนปฏิบัติ เพื่อการลดการตาย การขาดยา และพัฒนาระบบการส่งต่อของพื้นที่เป้าหมาย ▪ รายงานความก้าวหน้ารายไตรมาสของการดำเนินงานแผนงานควบคุมวัณโรค <p>(ดังตัวอย่างไฟล์แบบรายงานแนบท้าย)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ รายงานผลการดำเนินงานมาตรการแผนงาน/แผนปฏิบัติ เพื่อการลดการตาย การขาดยา และพัฒนาระบบการส่งต่อของพื้นที่เป้าหมาย ▪ รายงานความก้าวหน้ารายไตรมาสของการดำเนินงานแผนงานควบคุมวัณโรค <p>(ดังตัวอย่างไฟล์แบบรายงานแนบท้าย)</p>

หมายเหตุ

1. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษาไม่เกินวันที่ 30 กันยายน 2562 เพื่อนำผลการรักษา (Outcome) ไปรายงานผลลัพท์ในสิ้นเดือนกันยายน 2562
2. พื้นที่เป้าหมาย: ระดับจังหวัดวิเคราะห์รายอำเภอ ระดับเขตสุขภาพ/สคร.วิเคราะห์รายจังหวัด ระดับประเทศวิเคราะห์รายเขตสุขภาพ/สคร.

13.ผู้กำกับตัวชี้วัดและผู้ประสานงานด้านการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลการตรวจราชการ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรมควบคุมโรค สำนักวัณโรค

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็น/ส่วนที่รับผิดชอบ
แพทย์หญิงผลิน กมลวัฒน์	ผู้อำนวยการสำนักวัณโรค	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-2122279 โทรสาร : 02-2125935 Email: phalin1@hotmail.com โทรศัพท์มือถือ : 084 6056710	ผู้กำกับตัวชี้วัดระดับกรม
นายอรรถกร จันทร์มาทอง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มพัฒนาองค์กรและจัดการความรู้ สำนักวัณโรค	โทรศัพท์ : 02 212 2279 ต่อ 1211 โทรสาร : 02-2125935 Email: auttagorn@gmail.com โทรศัพท์มือถือ 0969824196	ผู้ประสานงานตัวชี้วัด
นางสาววิลาวรรณ สมทรง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มเฝ้าระวังและพัฒนาข้อมูลวัณโรค	โทรศัพท์ : 02 212 2279 โทรสาร : 02-2125935 Email: swillwan@yahoo.com โทรศัพท์มือถือ	ผู้ประสานงานด้านการรวบรวมข้อมูล และตรวจสอบคุณภาพข้อมูล

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

(Inspection Guideline)

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ Service Excellence

หัวข้อ: การพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) และการจัดการการติดเชื้อด้านจุลชีพอ่างบูรณาการ (AMR)

ตัวชี้วัดที่ ๕ ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) และร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ

๕.๑ ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)

คำนิยาม:

การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) หมายถึง การใช้ยาโดยมีข้อบ่งชี้ เป็นยาที่มีคุณภาพมีประสิทธิภาพจริง สนับสนุนด้วยหลักฐานที่เชื่อถือได้ ให้ประโยชน์ทางคลินิกเหนือกว่าความเสี่ยงจากการใช้ยาอย่างชัดเจน มีราคาเหมาะสม คุ่มค่าทางหลักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ใช้ยาในขนาดที่พอเหมาะกับผู้ป่วยในแต่ละกรณี ด้วยวิธีการให้ยาและความถี่ในการให้ยาที่ถูกต้อง ตามหลักเกณฑ์เภสัชวิทยา ด้วยระยะเวลาที่เหมาะสม ผู้ป่วยให้การยอมรับและสามารถใชยาดังกล่าวได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

การประเมินการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) เป็นการประเมินโรงพยาบาล/เครือข่ายบริการสุขภาพ ระดับอำเภอ ซึ่งประกอบด้วย การประเมิน RDU Hospital และ RDU PCU

- RDU Hospital หมายถึง การประเมินการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาลแม่ข่าย (รพศ./รพท./รพช.)
- RDU PCU หมายถึง การประเมินการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของหน่วยบริการปฐมภูมิลูกข่าย (รพ.สต.และหน่วยบริการปฐมภูมิที่เรียกชื่ออื่น)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด

- รายการข้อมูล ๑: A๑ = จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่าน RDU ชั้นที่ ๑
- รายการข้อมูล ๒: A๒ = จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่าน RDU ชั้นที่ ๒
- รายการข้อมูล ๓: B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด

สูตรการคำนวณ

ร้อยละโรงพยาบาลที่ผ่าน RDU ชั้น ๑ = $(A๑/B) \times ๑๐๐$

ร้อยละโรงพยาบาลที่ผ่าน RDU ชั้น ๒ = $(A๒/B) \times ๑๐๐$

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการ ดำเนินการ	แนวทางการตรวจติดตาม		ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๑ และ ๒				
รพ.ที่ใช้จ่าย อย่างสม เหตุผล: RDU ชั้นที่ ๑ และ ๒	๑. โรงพยาบาล ส่งเสริมการใช้จ่าย อย่างสมเหตุผล ตามกฎหมาย PLEASE ๒. รพ.สต. ส่งเสริมการใช้จ่าย ปฏิชีวนะอย่าง รับผิดชอบ	RDU ชั้น ๑ หมายถึงการดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้		โรงพยาบาล มีการ ดำเนินการส่งเสริม การใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล ทั้งโรงพยาบาล และ หน่วยบริการระดับปฐม ภูมิ ตามเป้าหมาย RDU ชั้นที่ ๑ \geq ร้อยละ ๙๕ RDU ชั้นที่ ๒ \geq ร้อยละ ๒๐
		RDU Hospital	RDU PCU	
		๑. ตัวชี้วัดที่ ๑ ร้อยละรายการยาที่สั่งใช้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ดังนี้ รพ.ระดับ A \geq ๗๕%, S \geq ๘๐%, M๑-M๒ \geq ๘๕%, F๑-F๓ \geq ๙๐% ๒. ตัวชี้วัดที่ ๒ มีกิจกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงาน RDU โดยคณะกรรมการ PTC อย่าง ต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓) ๓. ตัวชี้วัดที่ ๓ จัดทำฉลากยามาตรฐาน ที่มีชื่อยาภาษาไทย และคำเตือนในยา ๑๓ กลุ่ม (ผ่าน เกณฑ์ระดับ ๓) ๔. ตัวชี้วัดที่ ๔ มีรายการยาที่ควรตัดออกจากบัญชียาโรงพยาบาล ที่ยังคงอยู่ไม่เกิน ๑ รายการ จากรายการยาที่กำหนด ๘ รายการ (ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓) ๕. ตัวชี้วัดที่ ๕ มีการดำเนินงานส่งเสริมจริยธรรมการจัดซื้อ และส่งเสริมการขายยา (ผ่านเกณฑ์ ระดับ ๓)	รพ.สต.ในอำเภอ \geq ๔๐% ผ่านเกณฑ์เป้าหมายการ ใช้จ่ายปฏิชีวนะทั้ง ๒ กลุ่ม โรค คือ โรคติดเชื้อทางเดิน หายใจส่วนบน และโรค อุจจาระร่วงเฉียบพลัน	
		RDU ชั้น ๒ หมายถึงการดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้		
		RDU Hospital	RDU PCU	
		๑. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด จำนวน ๕ ตัวชี้วัดตาม RDU ชั้นที่ ๑ ๒. อัตราการใช้จ่ายปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผล สดอุบัติเหตุ และสตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอดทางช่องคลอด ไม่เกินค่าเฉลี่ยของประเทศทั้ง ๔ ตัวชี้วัด เกณฑ์ตัวชี้วัดปี ๒๕๖๒ มีรายละเอียดดังนี้ a. กลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก รพศ./รพท. \leq ๓๐% และ รพช. \leq ๒๐% b. กลุ่มโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก \leq ๒๐% c. กลุ่มโรคบาดแผลสดจากอุบัติเหตุในผู้ป่วยนอก และฉุกลิ้น \leq ๕๐% d. หญิงคลอดปกติทางช่องคลอด \leq ๑๕% ๓. การใช้จ่าย NSAIDs ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ ๓ ขึ้นไป \leq ๑๐%	รพ.สต.ในอำเภอ \geq ๖๐% ผ่านเกณฑ์เป้าหมายการ ใช้จ่ายปฏิชีวนะทั้ง ๒ กลุ่ม โรค คือ โรคติดเชื้อทางเดิน หายใจส่วนบน และโรค อุจจาระร่วงเฉียบพลัน	

เป้าหมาย	มาตรการ ดำเนินการ	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๑ และ ๒			
		๔. การใช้ยา glibenclamide ในผู้ป่วยสูงอายุ หรือไตทำงานบกพร่อง (eGFR < ๖๐ml/min/๑.๗๓m ^๒) ≤ ๕% ๕. การไม่ใช้ยาที่ห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ warfarin*, statins, ergots (* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve)	

Small Success

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
RDU ชั้นที่ ๑ ≥ ร้อยละ ๘๐ RDU ชั้นที่ ๒ ≥ ร้อยละ ๑๐	RDU ชั้นที่ ๑ ≥ ร้อยละ ๘๕ RDU ชั้นที่ ๒ ≥ ร้อยละ ๑๐	RDU ชั้นที่ ๑ ≥ ร้อยละ ๙๐ RDU ชั้นที่ ๒ ≥ ร้อยละ ๑๕	RDU ชั้นที่ ๑ ≥ ร้อยละ ๙๕ RDU ชั้นที่ ๒ ≥ ร้อยละ ๒๐

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

๑. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำนักยา และกองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น

๒. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองบริหารการสาธารณสุข

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	โทรศัพท์/email	ประเด็นรับผิดชอบ
๑. ภญ.ไพเราะ บุญญะฤทธิ์	เภสัชกรชำนาญการ กองบริหารการสาธารณสุข	๐๒ ๕๙๐ ๑๖๒๘ praecu@gmail.com	RDU
๒. ภญ.นุชรินทร์ โตมาข	เภสัชกรชำนาญการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	๐๒ ๕๙๐ ๗๑๕๕ nuchy๔๐๘@gmail.com	RDU
๓. ภญ.สรียา เวชวิฐาน	เภสัชกรชำนาญการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	๐๒ ๕๙๐ ๗๓๙๒ swech@fda.moph.go.th	RDU
๔. ภญ.นภาพรณ ฎิริปัญญวานิช	เภสัชกรชำนาญการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	๐๒ ๕๙๐ ๗๑๕๕ pharmui๓๐@gmail.com	RDU
๕. ภญ.คริสติน่า ลีสุรพลานนท์	เภสัชกรปฏิบัติการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	๐๒ ๕๙๐ ๗๓๙๕ christina.lee@fda.moph.go.th	RDU

ผู้รับผิดชอบรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	โทรศัพท์/email	ประเด็นรับผิดชอบ
๑. ภญ.ไพเราะ บุญญะฤทธิ์	เภสัชกรชำนาญการ กองบริหารการสาธารณสุข	๐๒ ๕๙๐ ๑๖๒๘ praecu@gmail.com	AMR
๒. ภญ.สรียา เวชวิฐาน	เภสัชกรชำนาญการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	๐๒ ๕๙๐ ๗๓๙๒ swech@fda.moph.go.th	RDU
๓. ภญ.คริสติน่า ลีสุรพลานนท์	เภสัชกรปฏิบัติการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	๐๒ ๕๙๐ ๗๓๙๕ christina.lee@fda.moph.go.th	RDU

๕.๒ ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ

คำนิยาม:

๑. AMR : เชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial resistance)

๒. ระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ (Integrated AMR Management System) เป็นการดำเนินงาน ๕ กิจกรรมสำคัญ ได้แก่ (๑) กลไกการจัดการเชื้อดื้อยาอย่างบูรณาการ (๒) การเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ (๓) การควบคุม กำกับ ดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ (๔) การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (๕) การวิเคราะห์/สังเคราะห์ข้อมูลอย่างบูรณาการ

๓. ข้อมูลที่ใช้ในการตรวจราชการ จากการประเมินตนเอง (self assessment) ผ่านระบบรายงานกองบริหารการสาธารณสุข ปีละ ๒ ครั้ง โดยมีคะแนนเต็ม ๕๐๐ คะแนน

๔. การแปลผล จะแบ่งเป็น ๔ ระดับ ดังนี้

ระดับ	การแปลผลการประเมิน	คะแนนเต็ม ๕๐๐ คะแนน
ระดับ ๑	มีการดำเนินการได้ไม่เพียงพอ (Inadequate)	๐ - ๑๕๐ คะแนน
ระดับ ๒	มีการดำเนินการพื้นฐาน (basic)	≥ ๑๕๐ - ๒๕๐ คะแนน และข้อบังคับ Basic > ๐ คะแนน
ระดับ ๓	มีการดำเนินการปานกลาง (Intermediate)	≥ ๒๕๐ - ๓๕๐ คะแนน และข้อบังคับ Intermediate > ๐ คะแนน
ระดับ ๔	มีการดำเนินการขั้นสูง (Advance)	≥ ๓๕๐ - ๕๐๐ คะแนน

สูตรคำนวณตัวชี้วัด

A = จำนวนโรงพยาบาลที่มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ ระดับ Intermediate

B = จำนวนโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ทั้งหมด

สูตรการคำนวณ :

ร้อยละโรงพยาบาลที่มีการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ ระดับ Intermediate	$(A/B) \times ๑๐๐$
--	----------------------

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินการ	แนวทางการตรวจติดตาม		ผลลัพธ์ที่ต้องการ
<p>โรงพยาบาลที่มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ</p>	<p>(๑) พัฒนากลไกการจัดการเชื้อดื้อยาอย่างบูรณาการ</p>	<p>รายละเอียดการประเมิน ๕ กิจกรรมสำคัญ</p>	<p>จำนวน รพ.ที่มีระบบการจัดการ AMR</p>	
	<p>หมายเหตุ * เป็นข้อบังคับขั้น basic สามารถ download แบบประเมินตนเอง ได้ทาง https://goo.gl/qtJLuv</p>		<p>คะแนน</p>	
	<p>(๒) พัฒนาระบบการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ</p>	<p>๑ กลไกการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ (Governance mechanism on AMR) (๑๐๐ คะแนน)</p> <p>(๑) คณะกรรมการที่มีบทบาทด้านการจัดการ AMR *</p> <p>(๒) มีการประชุมอย่างสม่ำเสมอ *</p> <p>(๓) เป้าหมายการจัดการ AMR ที่ชัดเจน *</p> <p>(๔) แผนการขับเคลื่อนมาตรการ AMR *</p> <p>(๕) การกำกับติดตามข้อมูล วิเคราะห์ และสรุปผลความก้าวหน้าในการดำเนินงาน</p> <p>(๖) โรงพยาบาลให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ อุปกรณ์เครื่องมือและบุคลากร เพื่อการแก้ไขปัญหา</p> <p>(๗) มีการจัดการ AMR อย่างบูรณาการในระดับเขต เพื่อให้ระบบมีความเข้มแข็งและยั่งยืน</p>	<p>อย่างบูรณาการระดับ Intermediate ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐</p> <p>๕</p> <p>๑๐</p> <p>๑๐</p> <p>๑๐</p> <p>๒๐</p> <p>๒๐</p> <p>๒๕</p>	
<p>(๓) พัฒนาระบบการควบคุม กำกับ ดูแล การใช้ยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial stewardship)</p>	<p>๒ การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ (๑๐๐ คะแนน)</p> <p>(๑) การตรวจ identify เชื้อแบคทีเรียตามมาตรฐาน *</p> <p>(๒) การเลือกชนิดของยาในการทดสอบความไวของเชื้อตามมาตรฐาน*</p> <p>(๓) ระบบ Lab Alert *</p> <p>(๔) ระบบการเฝ้าระวังพิเศษในเชื้อดื้อยาสำคัญสอดคล้องกับการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาระดับประเทศ</p> <p>(๕) การจัดทำ Antibigram ตามมาตรฐานอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง</p> <p>(๖) การรายงานการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ</p> <p>(๗) ระบบบันทึกผลห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาแบบอิเล็กทรอนิกส์</p> <p>(๘) มีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง เช่น CQI, R2R</p> <p>(๙) รพ.ระดับ A,S มีการรายงานเชื่อมโยงกับระดับประเทศ (NARST)</p> <p>(๑๐) การประสานความร่วมมือในการขับเคลื่อนร่วมกับเขตสุขภาพ ศูนย์วิทยาศาสตร์ฯ สคร.เขต</p> <p>๓ การควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล (๑๐๐ คะแนน)</p> <p>(๑) การวางระบบการคัดเลือก กระจาย และควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล และในเครือข่าย *</p> <p>(๒) การขับเคลื่อนและกำกับติดตามมาตรการลดการใช้ยาในโรค/ภาวะ ได้แก่ RI, AD, FTW, APL *</p>	<p>๑๐</p> <p>๕</p> <p>๑๐</p> <p>๑๐</p> <p>๑๐</p> <p>๑๐</p> <p>๑๐</p> <p>๑๐</p> <p>๑๐</p> <p>๑๐</p> <p>๕</p> <p>๑๐</p> <p>๕</p> <p>๕</p>		

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินการ	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	<p>(๔) พัฒนาระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IPC)</p> <p>(๕) พัฒนาการจัดการสารสนเทศเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และการพัฒนาระบบของโรงพยาบาล</p>	<p>(๓) การติดตามปริมาณและมูลค่าการใช้ยาต้านจุลชีพ *</p> <p>(๔) การกำหนดแนวทางการรักษา/ข้อแนะนำในการเลือกใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่พบบ่อย และกำกับให้มีการปฏิบัติตามแนวทาง *</p> <p>(๕) การติดตามและประเมินการใช้ยาปฏิชีวนะที่มีฤทธิ์กว้างหรือสงวนสำหรับเชื้อดื้อยา *</p> <p>(๖) มาตรการพร้อมแนวปฏิบัติในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม</p> <p>(๗) <u>การสอนและฝึกอบรมทักษะ</u></p> <p>(๘) ระบบคอมพิวเตอร์ที่สนับสนุนการตัดสินใจเลือกใช้อย่างเหมาะสม</p> <p>(๙) มีการประเมินผลที่สอดคล้องตามมาตรการที่ใช้ รวมทั้งสรุปการดำเนินงานและสะท้อนกลับ</p> <p>๔ การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน ร.พ. (๑๐๐ คะแนน)</p> <p>(๑) จำนวนพยาบาล ICN ที่เพียงพอ *</p> <p>(๒) การประชุมคณะกรรมการ ICC อย่างสม่ำเสมอ *</p> <p>(๓) โรงพยาบาลมีโครงสร้างพื้นฐานเอื้อต่อการจัดการ AMR *</p> <p>(๔) IPC guideline *</p> <p>(๕) ระบบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา</p> <p>(๖) การจัดการเมื่อเกิดการระบาด (Outbreak)</p> <p>(๗) การร่วมคิดโดยผู้ปฏิบัติที่ทำงานหน้างาน และมีการประเมินและปรับปรุงแนวปฏิบัติ</p> <p>(๘) การสอนและฝึกอบรมทักษะ</p> <p>(๙) มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล (HAI Surveillance)</p> <p>(๑๐) การติดตามสถานการณ์การพบเชื้อดื้อยา ทั้ง colonization และ infection</p> <p>(๑๑) มีการกำกับติดตาม วิเคราะห์ และสรุปผลความก้าวหน้าในการดำเนินงาน IPC</p> <p>๕ การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และระบบจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และนำไปสู่มาตรการของโรงพยาบาลในการแก้ปัญหา AMR อย่างบูรณาการ (๑๐๐ คะแนน)</p> <p>(๑) การวิเคราะห์และสรุปสถานการณ์ปัญหาเชื้อดื้อยาของโรงพยาบาล</p> <p>(๒) การวิเคราะห์และการจัดการระบบของโรงพยาบาลในการดำเนินงานเกี่ยวกับเชื้อดื้อยา</p> <p>(๓) การตอบสนองต่อการระบาดของเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล</p> <p>(๔) การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>๕</p> <p>๑๕</p> <p>๓๐</p> <p>๑๕</p> <p>๑๐</p> <p>๑๐</p> <p>๕</p> <p>๕</p> <p>๕</p> <p>๑๐</p> <p>๑๐</p> <p>๑๐</p> <p>๑๐</p> <p>๑๐</p> <p>๑๐</p> <p>๑๐</p> <p>๑๐</p> <p>๑๐</p> <p>๕๐</p> <p>๓๐</p> <p>๑๐</p> <p>๑๐</p>

Small Success

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
	AMR ^{ขั้น} Intermediate ≥ ๑๐ %		AMR ^{ขั้น} Intermediate ≥ ๒๐ %

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

หน่วยงานหลัก: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองบริหารการสาธารณสุข

หน่วยงานร่วม: กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สำนักวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข

กรมควบคุมโรค (สำนักโรคระบาด และสถาบันบำราศนราดูร)

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำนักยา

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	โทรศัพท์/email	ประเด็นรับผิดชอบ
น.ส.ไพเราะ บุญญะฤทธิ	เภสัชกรชำนาญการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองบริหารการสาธารณสุข	โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๖๒๘ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๒-๓๙๕๓๒๘๘๙ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๖๔๑ praecu@gmail.com	การควบคุม กำกับ ดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ
ดร.วันทนา ปวีณกิตติพร	นักวิทยาศาสตร์การแพทย์เชี่ยวชาญ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข	โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๕๑๐๐๐๐ ต่อ ๕๙๓๐๒ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๗-๗๐๕๙๕๕๔๑ โทรสาร : ๐๒-๕๕๑๑๔๘๖ wantana.p@dmsc.mail.go.th	การเฝ้าระวัง เชื้อดื้อยาทาง ห้องปฏิบัติการ
นางวารารณ์ เทียนทอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถาบันบำราศนราดูร	โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๓๖๕๒ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๓๔๖๕๘๘๐ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๓๔๔๓ varaporn.thientong๒@gmail.com	การเฝ้าระวัง ป้องกันและ ควบคุมการติดเชื้อใน โรงพยาบาล

ผู้รับผิดชอบรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	โทรศัพท์/email	ประเด็นรับผิดชอบ
๒. ภญ.ไพเราะ บุญญะฤทธิ	เภสัชกรชำนาญการ กองบริหารการสาธารณสุข	๐๒ ๕๙๐ ๑๖๒๘ praecu@gmail.com	AMR
๓. ดร.วันทนา ปวีณกิตติพร	นักวิทยาศาสตร์การแพทย์เชี่ยวชาญ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข	๐๒-๕๕๑๐๐๐๐ ต่อ ๕๙๓๐๒ wantana.p@dmsc.mail.go.th	AMR

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒

(Inspection Guideline)

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ตัวชี้วัด ยาเสพติด

- ชื่อตัวชี้วัด: ๑. ร้อยละ 20 ของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบ และได้รับการติดตามต่อเนื่อง 1 ปี (Retention rate)
๒. ร้อยละ 40 ของผู้ใช้ ผู้เสพที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสพต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัด 3 เดือน (3 months Remission rate)

- คำนิยาม: ๑. ผู้ติดยาเสพติด (ประเมินตามแบบคัดกรอง บคก.กสธ.v2 มีคะแนนประเมิน 27 ขึ้นไป จำแนกเป็นผู้ติด(Dependence) ทุกระบบที่เข้ารับการบำบัดรักษาได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี หลังจำหน่าย
๒. ผู้ใช้ (ประเมินตามแบบคัดกรอง บคก.กสธ.v2 มีคะแนนประเมิน 2-3 จำแนกเป็นผู้ใช้(User) และผู้เสพยาเสพติด (คะแนนประเมิน 4-26 จำแนกเป็นผู้เสพ (Abuse) ทุกระบบที่เข้ารับการบำบัดรักษาและหยุดเสพต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัด 3 เดือน

สูตรการคำนวณตัวชี้วัด:

๑. $(A/B) \times 100$

A = จำนวนผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาทุกระบบที่ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี หลังจำหน่าย

B = จำนวนผู้ติดยาเสพติดทุกระบบที่ได้รับการบำบัดรักษาและจำหน่ายทั้งหมด

๒. $(A/B) \times 100$

A = จำนวนผู้ใช้ และผู้เสพยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนด แล้วหยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่าย

B = จำนวนผู้ใช้ และผู้เสพยาเสพติดที่ได้รับการจำหน่ายทั้งหมด

หมายเหตุ ใช้ข้อมูลที่รวบรวมจากการรายงานข้อมูลการบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศ (บสต.) และวิเคราะห์ข้อมูลจากการติดตามต่อเนื่องเป็นรายบุคคล ตามห้วงเวลาที่กำหนด

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบที่ ๑			
1. ผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดได้รับการบำบัดฟื้นฟู และติดตามดูแลช่วยเหลือต่อเนื่องในมิติสุขภาพ แบบครบวงจรไร้รอยต่อ (Seamless comprehensive	- การแต่งตั้งคณะกรรมการด้านการบำบัดฯ ระดับจังหวัดที่ครอบคลุมภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง โดยมีบทบาทหน้าที่ครอบคลุมการบำบัดในชุมชน การบำบัดฟื้นฟูทุกระบบ รวมทั้งการลดอันตรายจากยาเสพติด - การแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (สาขายาเสพติด) ระดับจังหวัด	- เอกสารคำสั่ง คณะกรรมการด้านการบำบัดฯ ระดับจังหวัดที่ครอบคลุมภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง - หลักฐานกระบวนการจัดทำแผนการดำเนินงานด้านการบำบัดฟื้นฟู ระดับจังหวัด และระดับเขต	- มีโครงสร้าง หรือ คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการด้านการบำบัดฯ ระดับจังหวัด และเขตสุขภาพที่ครอบคลุมภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ที่มีบทบาทหน้าที่ครอบคลุมการบำบัดฟื้นฟูทุกระบบและลดอันตรายจากยา

<p>health care) ตามหลักสิทธิมนุษยชน</p> <p>2. ประชาชนได้รับการสร้างภูมิคุ้มกันและป้องกันภัยจากยาเสพติด</p>	<ul style="list-style-type: none"> - นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด สนับสนุนการดำเนินงานยาเสพติด - การจัดทำแผนบูรณาการดำเนินงานด้านการบำบัดฟื้นฟูฯ ระดับจังหวัด ที่ครอบคลุมแผนงานด้านการบำบัดรักษาทุกระบบ การลดอันตรายจากยาเสพติด การบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) แผนการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล และแผนการพัฒนาบุคลากร - มีการกำหนดมาตรฐานและระบบบริการ และการรับส่งต่อผู้ป่วยอย่างครบวงจร ภายในจังหวัดและเขตสุขภาพ <ul style="list-style-type: none"> ● การป้องกัน การคัดกรอง และให้การช่วยเหลือเบื้องต้นใน รพ.สต. และส่งต่อเพื่อรับการบำบัดรักษา ● การจัดการผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ● การเปิดบริการผู้ป่วยในสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติยาเสพติดและระยะบำบัดด้วยยาในรพ.ระดับ A/S และ M1 ● จัดระบบบริการการฟื้นฟูระยะยาวแบบผู้ป่วยใน สำหรับกลุ่มยุ่งยากซับซ้อน ร่วมกับสถานฟื้นฟูนอกกระทรวงสาธารณสุข <ul style="list-style-type: none"> ● ผลักดันการติดตามต่อเนื่องและการฟื้นฟูสภาพทางสังคม โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มรุนแรง เรื้อรัง และกลุ่มป่วยยาเสพติดและจิตเวช -บูรณาการความร่วมมือ กำกับดูแลมาตรฐาน และสนับสนุนการดำเนินงานร่วมกับสถานพยาบาล สถานฟื้นฟู และหน่วยงานต่าง ๆ ในพื้นที่ 	<p>สุขภาพ แบบบูรณาการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - รูปแบบ/วิธีการ การสนับสนุน (คน เงิน ของ) ของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่) - เอกสารแผนบูรณาการดำเนินงานด้านการบำบัดฟื้นฟูฯ ระดับจังหวัด ระดับเขตสุขภาพ - รายงานการประชุมที่ระบุการมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง - มีแนวทาง/แผนการดำเนินงานการระบบบริการการรับส่งต่อผู้ป่วยยาเสพติดทุกระบบโดยเฉพาะ กลุ่มที่มีภาวะวิกฤติฉุกเฉินทางยาเสพติด กลุ่มที่มีโรคร่วม/โรคแทรกซ้อนทางจิต กลุ่มยุ่งยากซับซ้อน - เอกสารคำสั่ง คณะกรรมการด้านการบำบัดฯ ระดับจังหวัดระดับเขตสุขภาพ ที่ครอบคลุมภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง - หลักฐานกระบวนการจัดทำแผนการดำเนินงานด้านการบำบัดฟื้นฟูฯ ระดับจังหวัด และระดับเขตสุขภาพ แบบบูรณาการ - รายงานการประชุมที่ระบุการมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง 	<p>เสถียร รวมทั้งการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล และการพัฒนาบุคลากร</p> <ul style="list-style-type: none"> -มีแผนบูรณาการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูฯ ระดับจังหวัด ระดับเขตสุขภาพที่ครอบคลุมบทบาทภารกิจ และมี การสนับสนุนงบประมาณ บุคลากร อย่างเพียงพอ - ผู้ป่วยยาเสพติดในพื้นที่จังหวัดและเขตสุขภาพ ได้เข้าถึงบริการ การป้องกัน บำบัดรักษาฟื้นฟู อย่างมีคุณภาพครบวงจร ไร้รอยต่อ โดยเฉพาะในกลุ่มยุ่งยากซับซ้อน กลุ่มติดยาเสพติดเรื้อรัง กลุ่มใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) -เกิดระบบการดูแลโดย การมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx) ตั้งแต่การค้นหา คัดกรอง บำบัดรักษา และการติดตามดูแลช่วยเหลือต่อเนื่อง และการฟื้นฟูสภาพทางสังคม
--	--	--	---

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบที่ ๒			
พื้นที่ที่มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ยั่งยืน และบูรณาการตามบริบทและสถานการณ์ของแต่ละพื้นที่	<p>-วิเคราะห์สรุปผลการดำเนินงาน และปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไข ตลอดจนการเสนอแนะในเชิงนโยบายในระดับพื้นที่ และระดับนโยบายในส่วนกลาง</p> <p>-สรุปแผนและผลการดำเนินงานครอบคลุมประเด็นด้าน</p> <ul style="list-style-type: none"> ● การบำบัดรักษาฟื้นฟูอย่างครบวงจร ไร้รอยต่อ ● การลดอันตรายจากยาเสพติด(Harm reduction) ● การพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ● การพัฒนาศักยภาพบุคลากร ● การดำเนินงาน CBTx ● การประสานความร่วมมือ <p>การกำกับดูแล สนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยงานภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคม</p>	รายงานสรุปผลการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะเพื่อการกำหนดแผนการดำเนินงานในพื้นที่ รวมทั้งข้อเสนอเชิงนโยบายในระดับจังหวัด ระดับเขตสุขภาพ และระดับประเทศ	มีระบบการดำเนินงานด้านจัดระบบบริการ การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร รวมทั้งการประสานความร่วมมือและการกำกับดูแล สนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยงานภาคีเครือข่ายในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน และมีการพัฒนาและปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานสม่ำเสมอ

Small Success			
๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
<p>-มีแนวทางการดำเนินงานการบำบัด บำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx)</p> <p>-มี Application ส่งเสริม ป้องกัน และเพิ่มการเข้าถึงการบำบัดฟื้นฟู</p> <p>-ร้อยละ 50 ของศูนย์ปรับเปลี่ยนฯ ศูนย์ฟื้นฟู เรือนจำ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข (การประเมินตนเอง)</p>	<p>- ร้อยละ 40 พัฒนากฎหมาย ลำดับรองด้านการบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด</p> <p>- ร้อยละ 70 จังหวัดมีการ กำกับดูแลมาตรฐาน หน่วยบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด (ประเมินภายนอก)</p> <p>- ร้อยละ 75 ของสถานพยาบาล/สถานฟื้นฟูผ่านการรับรองคุณภาพ (HA ยาเสพติด)</p> <p>- มีฐานข้อมูลด้านบำบัด(บสต.) ที่เป็นมิตรกับผู้ใช้ สามารถวิเคราะห์และใช้ประโยชน์ได้</p>	<p>- ร้อยละ 80 ของสถานพยาบาล/สถานฟื้นฟูผ่านการรับรองคุณภาพ (HA ยาเสพติด)</p> <p>- ร้อยละ 100 จังหวัดมีการ กำกับดูแลและมาตรฐานหน่วยบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด (ประเมินภายนอก)</p>	<p>- ร้อยละ 20 ของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบของ แต่ละระบบ และได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1ปี</p> <p>- ร้อยละ 40 ของผู้ใช้ ผู้เสพที่บำบัดครบตามเกณฑ์ ที่กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสพต่อเนื่อง หลังจำหน่ายจากการบำบัด 3 เดือน</p> <p>- ร้อยละ 70 พัฒนา กฎหมายลำดับรองด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด</p>

			- ร้อยละ 100 ของ จังหวัดมีการดำเนินงาน บำบัดฟื้นฟูโดยใช้ชุมชน เป็นศูนย์กลาง (CBTx)
--	--	--	---

หน่วยงานที่รับผิดชอบหลัก : กรมการแพทย์ โดยสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ภูมิภาค กรมสุขภาพจิต ศอ.ปส.สธ. และ กบรส.

หน่วยงานบูรณาการ: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมอนามัย

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ E mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นพ.อังกร ภัทรการ	-นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ -สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยา เสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์	086-3316106	ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ
นพ.บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์	-ผู้อำนวยการ -กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต	089-1403884	
นางอัจฉรา วิไลสกุลยง	-นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ -กองบริหารการสาธารณสุข	02-5901799	ผู้ประมวลผลและจัดทำ รายงานข้อมูลจากระบบ รายงาน บสต. (ระดับ ส่วนกลาง)
นางอุบล ศรีประเสริฐ	-นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ -ศูนย์อำนวยการป้องกันและ ปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข	02-590 2422	
นางระเบียบ โตแก้ว	-พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ -สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยา เสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์	092-8979299	ผู้สรุป และจัดทำรายงาน ผลการดำเนินงาน
นางสุกัญญา เตชะโชควิวัฒน์	-นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ -ศูนย์อำนวยการป้องกันและ ปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข	02-590 2422	

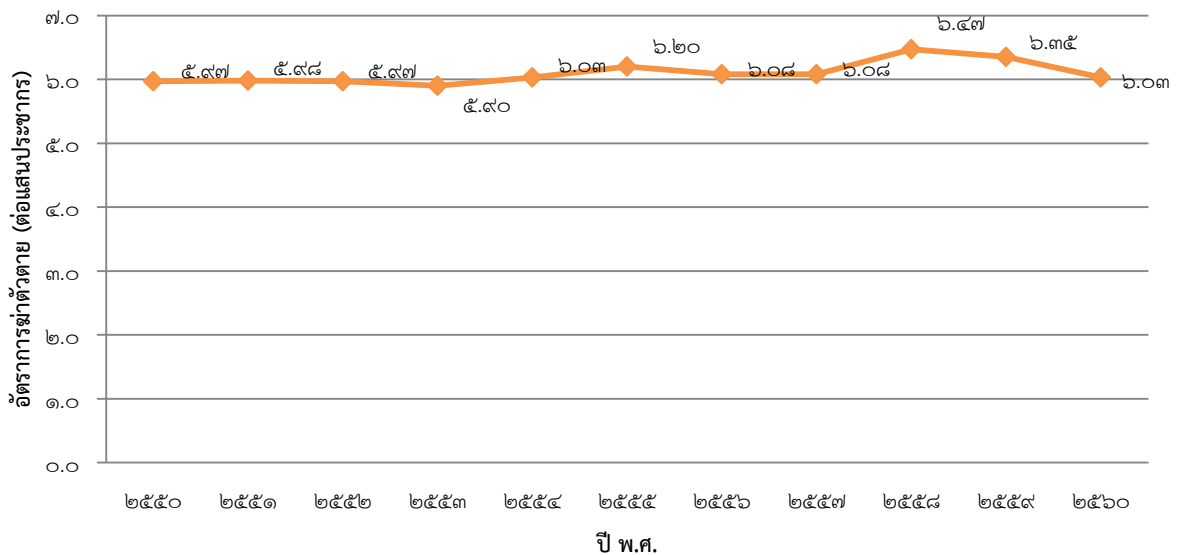
แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ (Inspection Guideline)

คณะที่ ๒ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

หัวข้อ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาสุขภาพจิต และจิตเวช
ตัวชี้วัด : ๑๒) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ

สถานการณ์

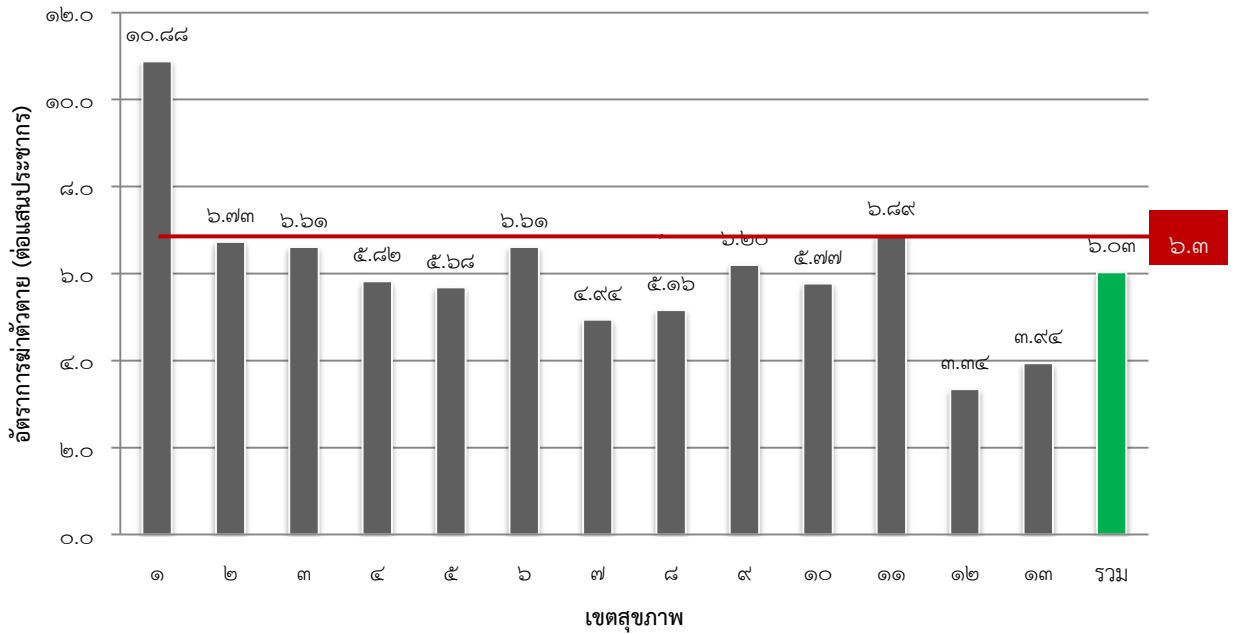
แนวโน้มการฆ่าตัวตายสำเร็จของประเทศไทย มีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นและลดลงตามสถานการณ์และภาวะต่างๆ ที่หลากหลาย แต่ที่สำคัญคือ ภาวะเศรษฐกิจของประเทศ ภาวะวิกฤตที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต และภัยธรรมชาติต่างๆ (ชินทร์ ลิ้มสนธิกุล, ๒๕๕๒) จะเห็นได้ว่า ภายหลังจากปี พ.ศ. ๒๕๕๓ - ๒๕๕๘ อัตราการฆ่าตัวตายเริ่มมีแนวโน้มขยับสูงขึ้นจาก ๕.๙๐ ต่อประชากรแสนคน เป็น ๖.๔๗ ต่อประชากรแสนคน เมื่อเริ่มมีระบบเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จ และพัฒนาระบบการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ในประชากรกลุ่มเสี่ยง (ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จิตเภท สุรา และสมาธิสั้น) พบว่า แนวโน้มการฆ่าตัวตายสำเร็จเริ่มลดลงในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ เป็น ๖.๓๕ ต่อประชากรแสนคน และ ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ เป็น ๖.๐๓ ต่อประชากรแสนคน ดังภาพที่ ๑



ภาพที่ ๑ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๕๐ - ๒๕๖๐

ที่มา : ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ <http://www.suicidethai.com>

เมื่อจำแนกรายเขตสุขภาพพบว่า เขตสุขภาพที่ ๑ มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงสุด คิดเป็น ๑๐.๘๘ ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ เขตสุขภาพที่ ๑๑, ๒, ๓ และ ๖ คิดเป็น ๖.๘๙, ๖.๗๓ และ ๖.๖๑ ตามลำดับ ดังภาพที่ ๒



ภาพที่ ๒ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ จำแนกรายเขตสุขภาพ

ที่มา : ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ <http://www.suicidethai.com>

ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการฆ่าตัวตายสำเร็จนั้น ก่อให้เกิดภาวะวิกฤติทางสุขภาพจิตแก่ผู้ใกล้ชิด รวมถึงการสูญเสียแก่ประเทศในเชิงเศรษฐกิจ จากการสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และค่าใช้จ่ายทางตรงและทางอ้อม ในการดูแลเฝ้าระวังภาวะทางสุขภาพจิต รวมทั้งการเยียวยาจิตใจแก่ผู้ใกล้ชิด องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) พบว่าในระยะเวลา ๔๕ ปี ผ่านมา มีอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๖๐ จึงมีการคาดการณ์ไว้ว่าปี ๒๕๖๓ ทั่วโลกจะมีผู้ฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้นเป็น ๑.๕๓ ล้านคน และมีผู้พยายามฆ่าตัวตายอีกประมาณ ๑๐ - ๒๐ เท่าของผู้ฆ่าตัวตาย นั่นคือจะมีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ๑ คน ทุก ๒๐ วินาที และพยายามฆ่าตัวตาย ๑ คน ทุก ๑ - ๒ วินาที (มาโนช หล่อตระกูล, ๒๕๕๓) และตั้งเป้าหมายไว้ว่า ภายใน ๕ ปี ร้อยละ ๑๐ ของจำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตาย สำเร็จจะลดลง เทียบกับจำนวนเดิม จึงได้จัดลำดับประเทศไทยอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระดับปานกลาง ซึ่งต้องมีข้อเสนอเชิงมาตรการ คือ การสร้างและบูรณาการนโยบายระดับชาติที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันปัญหาฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การเสริมสร้างทักษะชีวิตและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย โดยชุมชนมีส่วนร่วม และพัฒนาระบบช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงให้ได้รับการคัดกรอง ประเมินระดับความเสี่ยง การช่วยเหลือเบื้องต้น และการติดตามเฝ้าระวังการทำร้ายตัวเองซ้ำ จะสามารถช่วยลดอัตราการฆ่าตัวตายได้เป็นผลดี

คำนิยาม

การฆ่าตัวตาย หมายถึง การกระทำของบุคคลในการปลิดชีวิตตนเองโดยสมัครและเจตนาที่จะตายจริง เพื่อให้หลุดพ้นจากการบีบคั้น หรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งอาจจะกระทำอย่างตรงไปตรงมา หรือกระทำโดยอ้อมด้วยวิธีการต่าง ๆ จนกระทั่งทำได้สำเร็จ

โปรแกรมเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย (๓ส+) หมายถึง โปรแกรมสำหรับบุคคลทั่วไป เพื่อใช้ในการสังเกต ประเมินตนเอง หรือ บุคคลใกล้ชิด ถึงสัญญาณเตือนการทำร้ายตนเอง (early warning sign) ด้านความคิดและพฤติกรรมเบื้องต้นที่นำไปสู่พฤติกรรมฆ่าตัวตาย รวมถึงการมีเทคนิคเบื้องต้นของการดูแลช่วยเหลือและนำเข้าสู่ระบบบริการ สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิ จะมีเครื่องมือเพื่อการประเมินและเฝ้าระวังสัญญาณเตือน รวมถึงเทคนิคการจัดการเบื้องต้นตามหลักการ ๓ส+ เพื่อให้บุคคลที่มีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมได้รับการดูแลเบื้องต้น จนลดระดับความรุนแรงของความคิดฆ่าตัวตายและการทำพฤติกรรมฆ่าตัวตาย และรู้วิธีการส่งต่อเมื่อไม่ดีขึ้น

โปรแกรม PST (Problem Solving Therapy) หมายถึง โปรแกรมการบำบัดทางทางความคิด ที่ช่วยให้ผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง ได้ทำความเข้าใจกับลักษณะของปัญหาและวิธีการแก้ปัญหา ในมุมมองใหม่ รวมทั้งการช่วยให้เกิดการค้นหาวิธีการแก้ปัญหาให้หลากหลายมากขึ้น และช่วยให้ผู้รับบริการ เลือกรูปแบบการแก้ปัญหาโดยการใช้เหตุผลที่เหมาะสมกับปัญหาความต้องการที่แท้จริง โดยผู้บำบัดคือ บุคลากรด้านสุขภาพที่ผ่านการให้คำปรึกษา หรือบุคลากรด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ใช้ระยะเวลาไม่มาก เหมาะสมกับระบบบริการสุขภาพ ในระดับ รพช. รพท. รพศ.

สูตรคำนวณตัวชี้วัด

จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ	X ๑๐๐,๐๐๐
จำนวนประชากรกลางปี ๒๕๖๒	

แหล่งข้อมูล : อ้างอิงจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

๑. การให้บริการจิตเวชเร่งด่วน (acute care) ในโรงพยาบาลระดับ A – M๒ ทุกแห่ง
๒. ระบบการจัดบริการจิตเวชที่ได้มาตรฐาน ในโรงพยาบาลทุกระดับ
๓. พัฒนาการเข้าถึงบริการในผู้พยายามฆ่าตัวตายและผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และดูแลต่อเนื่องให้อาการอยู่ในระยะสงบ ได้แก่ โรคติดสุรา โรคซึมเศร้า และโรคสมาธิสั้น
๔. บูรณาการโปรแกรมเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย (๓ส+) เชื่อมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มุ่งเน้นพื้นที่ที่มีปัญหาอัตราการฆ่าตัวตายสูง

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
<p>ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๑,๒,๓,๔ : การให้บริการจิตเวชเร่งด่วน (acute care) ในโรงพยาบาลระดับ A – M๒ ทุกแห่ง ระบบการจัดบริการจิตเวชที่ได้มาตรฐาน ในโรงพยาบาลทุกระดับ พัฒนาการเข้าถึงบริการในผู้พยายามฆ่าตัวตายและผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และดูแลต่อเนื่องให้อาการอยู่ในระยะสงบ ได้แก่ โรคติดสุรา โรคซึมเศร้า และโรคสมาธิสั้น บูรณาการระบบการป้องกันการฆ่าตัวตายที่เชื่อมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ให้รู้ถึงสัญญาณเตือนของการฆ่าตัวตายและการช่วยเหลือเบื้องต้นผู้เสี่ยงและผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตาย</p>			
<p>อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน ๖.๓ ต่อประชากรแสนคน</p>	<p>รอบที่ ๑ ๑. บริการจิตเวชเร่งด่วน (acute care) ในโรงพยาบาลระดับ A – M๒ ทุกแห่ง ๒. ระบบการจัดบริการจิตเวชที่ได้มาตรฐานในโรงพยาบาลทุกระดับ</p> <p>รอบที่ ๒ ๑. พัฒนาการเข้าถึงบริการในผู้พยายามฆ่าตัวตายและผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และดูแลต่อเนื่องให้อาการอยู่ในระยะสงบ ๒. บูรณาการโปรแกรมเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย (๓ส+) เชื่อมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มุ่งเน้นพื้นที่ที่มีปัญหาอัตราการฆ่าตัวตายสูง</p>	<p>รอบที่ ๑ ๑. ฝังไหลและทะเบียนการดูแลผู้ป่วยจิตเวช/ ยาเสพติด ในระบบบริการเร่งด่วนในหน่วยบริการ ๒. การประเมินตนเองและแผนการพัฒนาระบบบริการจิตเวชให้มีระดับสูงขึ้น ๓. มีการใช้โปรแกรม ๓ส+ ในการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายระดับเขตสุขภาพ โดยบูรณาการกับกลไกท้องถิ่น</p> <p>รอบที่ ๒ ๑. ฝังไหลและทะเบียนการดูแลผู้ป่วยจิตเวช/ ยาเสพติด ในระบบบริการเร่งด่วนในหน่วยบริการ ๒. การประเมินตนเองและแผนการพัฒนาระบบบริการจิตเวชให้มีระดับสูงขึ้น ๓. มีการใช้โปรแกรม ๓ส+ ในการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายระดับเขตสุขภาพ โดยบูรณาการกับกลไกท้องถิ่น ๔. มีการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ด้วยโปรแกรม PST (Problem Solving Therapy) ในหน่วยบริการสาธารณสุข ๕. ระบบการติดตาม</p>	<p>๓ เดือน : หน่วยบริการในเขตสุขภาพมีบริการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้พยายามฆ่าตัวตายและมีการบันทึกข้อมูลในโครงสร้าง มาตรฐานข้อมูลสุขภาพ (๔๓ แฟ้ม)</p> <p>๓,๙ เดือน : หน่วยบริการระดับ A – M๑ มีบริการจิตเวช ที่มีมาตรฐานในระดับ ๑</p> <p>๓,๙ เดือน : หน่วยบริการระดับ M๒ – F๓ มีบริการจิตเวชที่มีมาตรฐานในระดับ ๑</p> <p>๖ เดือน : เขตสุขภาพมีกิจกรรมและการใช้โปรแกรม ๓ส+ สำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยง (กลุ่มที่มีปัญหาครอบครัว และเศรษฐกิจ) ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายเกิน ๖.๓ ต่อแสนประชากร</p> <p>๙ เดือน : หน่วยบริการระดับ A – M๒ มีระบบบริการ จิตเวชเร่งด่วนตามบริบท และ</p>

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
		ต่อเนื่อง	สอดคล้องกับแนวทางการจัดบริการ acute care ๙ เดือน : เขตสุขภาพมีกิจกรรมและการใช้โปรแกรม ๓๙+ สำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยง(กลุ่มที่มีปัญหาครอบครัว และเศรษฐกิจในพื้นที่เสี่ยง ต่อกรฆ่าตัวตาย ๑๒ เดือน : - ผู้ป่วยโรคมะเร็งได้รับการดูแลตามมาตรฐานจากหน่วยบริการต่อเนื่องอย่างน้อย ๖ เดือน - ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี (๓๖๕ วัน) - ผู้ป่วยโรคติดเชื้อเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา - ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น จากปีที่ผ่านมา

ตัวชี้วัดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (แบบรายละเอียดตัวชี้วัด (Template)

Small Success

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
<p>- หน่วยบริการระดับ A - M๑ มีบริการจิตเวชที่มีมาตรฐานในระดับ ๑</p> <p>- หน่วยบริการระดับ M๒ - F๓ มีบริการจิตเวชที่มีมาตรฐานในระดับ ๑</p> <p>- หน่วยบริการในเขตสุขภาพมีบริการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้พยายามฆ่าตัวตายและมีการบันทึกข้อมูลในโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลสุขภาพ (๔๓ แฟ้ม)</p>	<p>เขตสุขภาพมีกิจกรรมและการใช้โปรแกรม ๓ส+ สำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยง (กลุ่มที่มีปัญหาครอบครัวและเศรษฐกิจ) ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายเกิน ๖.๓ ต่อแสนประชากร</p>	<p>- หน่วยบริการระดับ A - M๒ มีระบบบริการจิตเวชเร่งด่วนตามบริบทและสอดคล้องกับแนวทางการจัดบริการ acute care</p> <p>- หน่วยบริการระดับ A - M๑ มีบริการจิตเวชที่มีมาตรฐานในระดับ ๑</p> <p>- หน่วยบริการระดับ M๒ - F๓ มีบริการจิตเวชที่มีมาตรฐานในระดับ ๑</p> <p>- เขตสุขภาพมีกิจกรรมและการใช้โปรแกรม ๓ส+ สำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยง (กลุ่มที่มีปัญหาครอบครัวและเศรษฐกิจ)ในพื้นที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย</p>	<p>ประชากรกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการสุขภาพจิต และได้รับการดูแลที่เหมาะสม</p> <p>- ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการดูแลตามมาตรฐานจากหน่วยบริการต่อเนื่องอย่างน้อย ๖ เดือน</p> <p>- ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี (๓๖๕ วัน)</p> <p>- ผู้ป่วยโรคติดสุราเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา</p> <p>- ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา</p>

แหล่งข้อมูล

ตัวชี้วัด (หลัก/ย่อย)	ระบบ	ที่อยู่/URL
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน ๖.๓ ต่อประชากรแสนคน	ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งชาติ	https://www.suicidethai.com/web_suicide/
- ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการดูแลตามมาตรฐานจากหน่วยบริการ	ศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า	https://www.thaidepression.com
- ผู้ป่วยโรคติดสุราเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	ศูนย์ป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์	http://thai.alcohol.in.th/database_report.php
- ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	ระบบ Health data center	https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php
- ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี (๓๖๕ วัน)	ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งชาติ	https://www.suicidethai.com/web_suicide/

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : กรมสุขภาพจิต กองยุทธศาสตร์และแผนงาน ,กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต และโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ผู้รับผิดชอบ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นพ.ณัฐกร จำปาทอง	ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชชนครินทร์/ โรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชชนครินทร์	Tel. ๐-๔๓๒๐-๙๙๙๙ Mobile. ๐๘-๑๘๐๕-๒๔๒๐ e-mail : n_jumpathong@hotmail.com	อัตราการฆ่าตัวตาย สำเร็จ
นพ.บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์	ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ กองบริหารระบบ บริการสุขภาพจิต /กองบริหารระบบ บริการสุขภาพจิต	Tel. ๐-๒๕๙๐-๘๒๐๗ Mobile. ๐๘-๙๖๖๖-๗๕๕๓ e-mail : burinsura@hotmail.com	อัตราการฆ่าตัวตาย สำเร็จ

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒
(Inspection Guideline)

คณะที่ ๒ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

หัวข้อ: สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ

๑. เพิ่มจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย

ตัวชี้วัด : อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (เป้าหมาย มากกว่า ๐.๘ ต่อ ๑๐๐ ในโรงพยาบาล A, S)

๒. เพิ่มจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตาจากผู้ป่วยเสียชีวิต

ตัวชี้วัด : อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตา ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (เป้าหมาย มากกว่า ๑.๓ ต่อ ๑๐๐ ในโรงพยาบาล A, S)

คำนิยาม

- ผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual brain death donor) หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองตายครบถ้วนตามกระบวนการที่แพทยสภากำหนดและญาติลงนามยินยอมบริจาคอวัยวะลงในแบบฟอร์มของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาด และได้มีการลงมือผ่าตัดนำอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งออกเพื่อการนำไปปลูกถ่าย
- จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในรพ.จากทุกสาเหตุ ใน ๑ ปีงบประมาณก่อนการรายงานผลตัวชี้วัด (เช่นรายงานตัวชี้วัดปี ๒๕๖๒ ให้ใช้จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี ๒๕๖๑ เป็นตัวหาร)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)

๑. อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล

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

- A หมายถึง จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual donor)
- B หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในรพ. จากทุกสาเหตุ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑

๒. อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตาจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล

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

- A หมายถึง จำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตา
- B หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในรพ. จากทุกสาเหตุ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๑			
■ อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ	■ การจัดตั้งคณะกรรมการระดับ รพ. ■ การอบรมบุคลากร	■ สำนักงานเขตสุขภาพ ■ กรรมการ service plan ระดับเขตและกระทรวง	■ อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ

<p>จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตใน รพ.</p> <ul style="list-style-type: none"> อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตา ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตใน รพ. 		<p>สาธารณสุข</p> <ul style="list-style-type: none"> ฐานข้อมูลของแต่ละรพ. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยนำเสนอข้อมูล ๖ เดือน ในภาพรวมของจังหวัดหรือภาพรวมของเขตสุขภาพ 	<p>จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตใน รพ. รอบ ๖ เดือนในปี ๖๒ $\geq 0.4 : 100$</p> <ul style="list-style-type: none"> อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตา ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตใน รพ. $\geq 0.3:100$
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๒			
<ul style="list-style-type: none"> อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตใน รพ. อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตาต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตใน รพ. 	<ul style="list-style-type: none"> การจัดตั้งคณะกรรมการระดับ รพ. การอบรมบุคลากร 	<ul style="list-style-type: none"> สำนักงานเขตสุขภาพ กรรมการ service plan ระดับเขตและกระทรวงสาธารณสุข ฐานข้อมูลของแต่ละรพ. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยนำเสนอข้อมูล ๑๒ เดือน ในภาพรวมของจังหวัดหรือภาพรวมของเขตสุขภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตใน รพ. ปี ๖๒ $\geq 0.8:100$ และเพิ่มขึ้นถึง ๑ : ๑๐๐ ในปี ๖๔ ตามลำดับ อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตา ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตใน รพ. $\geq 0.3:100$

Small Success

- อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตใน รพ.

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๐.๒ : ๑๐๐	๐.๔ : ๑๐๐	๐.๖ : ๑๐๐	๐.๘ : ๑๐๐

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
<ul style="list-style-type: none"> จัดทำคู่มือศูนย์ปลูกถ่ายไต กระทรวงสาธารณสุข จัดทำแผนพัฒนาระบบข้อมูลการรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะและกระจกตากระทรวงสาธารณสุข จัดทำแนวทางค่าตอบแทนบุคลากร อบรม regional harvesting team 	<ul style="list-style-type: none"> อบรมหลักสูตรพยาบาล TC ๔ เดือน อบรม cornea transplant team 	<ul style="list-style-type: none"> มอบคู่มือศูนย์ปลูกถ่ายไต กระทรวงสาธารณสุขให้ รพ.เป้าหมาย อบรมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาเครือข่ายบริการรับบริจาคอวัยวะ ๔ ภาค (ปี ละ ๒ ภาค) 	<ul style="list-style-type: none"> ประชุมสรุปผลงานประจำปี มอบรางวัลแก่เขต และรพ. ที่มีผลงานดีเด่น

แหล่งข้อมูล

ตัวชี้วัด (หลัก/ ย่อย)	ระบบ	ที่อยู่/ URL
๑. อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในรพ.	<ul style="list-style-type: none"> ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย : จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual donor) กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข: จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับ A และ S ทั่วประเทศในปีงบประมาณ 2561 ฐานข้อมูลของแต่ละรพ. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 	<ul style="list-style-type: none"> http://www.organdonate.in.th/ http://bps.moph.go.th/new_bps/
๒. อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตา ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในรพ.		

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรมการแพทย์

มาตรการดำเนินงาน

- จัดตั้งระบบ regional retrieval team เพื่อผ่าตัดนำอวัยวะ (ไต) ออกจากผู้บริจาคอวัยวะ
ตัวชี้วัด : (ตัวชี้วัดภายใต้หัวข้อ) จัดตั้งระบบ regional retrieval team เพื่อผ่าตัดนำอวัยวะ (ไต) ออกจากผู้บริจาคอวัยวะ (เป้าหมาย ๑ ทีม ต่อเขตสุขภาพ)
- จัดตั้ง Transplant Center เพื่อผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะ (ไต)
ตัวชี้วัด : (ตัวชี้วัดภายใต้หัวข้อ) จัดตั้ง Transplant Center เพื่อผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะ (ไต) (เป้าหมาย ๑ ทีม ต่อเขตสุขภาพ)

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น			
๑. จัดตั้งระบบ regional retrieval team เพื่อผ่าตัดนำอวัยวะ (ไต) ออกจากผู้บริจาคอวัยวะ			
๑ ทีม ต่อเขตสุขภาพ	<ul style="list-style-type: none"> การจัดตั้งทีม การจัด workshop ในส่วนกลาง การวางระบบบริหารจัดการเวร การสนับสนุนเรื่องการขนส่ง ค่าตอบแทน และแนวทางการจัดสรรอวัยวะ 	<ul style="list-style-type: none"> สำนักงานเขตสุขภาพ กรรมการ service plan ระดับเขตและกระทรวงสาธารณสุข 	มีจำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากภาวะสมองตายเพิ่มขึ้น และอวัยวะบริจาคมีคุณภาพมากขึ้น และพึงพาทีมผ่าตัดจากส่วนกลางน้อยลง
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น			
๒. จัดตั้ง Transplant Center เพื่อผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะ (ไต)			
๑ ทีม ต่อเขตสุขภาพ	<ul style="list-style-type: none"> การจัดตั้งคณะกรรมการระดับรพ. การอบรมบุคลากร 	<ul style="list-style-type: none"> สำนักงานเขตสุขภาพ กรรมการ service plan ระดับเขตและกระทรวง 	ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ระยะสุดท้ายเข้าถึงบริการปลูกถ่ายไตได้

	■ การจัดหาครุภัณฑ์ และสถานที่	สาธารณสุข	มากขึ้น
--	-------------------------------	-----------	---------

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
แพทย์หญิงกรทิพย์ ผลโภาค	ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ สำนัก/กอง รพ.ราชวิถี	Tel. ๐๒-๓๕๔๘๑๐๘ ต่อ ๕๕๑๔ Mobile ๐๙๕-๔๐๙๑๖๑๙ e-mail korntip_p@rajavithi.go.th	

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
แพทย์หญิงกรทิพย์ ผลโภาค	ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ สำนัก/กอง รพ.ราชวิถี	Tel. ๐๒-๓๕๔๘๑๐๘ ต่อ ๕๕๑๔ Mobile ๐๙๕-๔๐๙๑๖๑๙ e-mail korntip_p@rajavithi.go.th	

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒
(Inspection Guideline)

คณะที่ ๒ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

หัวข้อ Service plan สาขาไต

ตัวชี้วัด :

- ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 4 \text{ ml/min/1.73m}^2/\text{yr}$
- ร้อยละของผู้ป่วย DM และ HT ที่ได้รับการคัดกรองโรคไตเรื้อรัง

คำนิยาม

- CKD = ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
- eGFR = estimated glomerular filtration rate (อัตราการกรองของไตที่ได้จากการคำนวณจากค่า serum creatinine ของผู้ป่วยตามสมการ CKD-EPI)

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

- ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage ๓-๔ ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล และได้รับการตรวจ creatinine และมีผล $eGFR \geq 2$ ค่าในปีงบประมาณ สำหรับการตรวจติดตาม eGFR ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage ๓ ควรตรวจอย่างน้อยทุก ๖ เดือน และในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage ๔ ควรตรวจอย่างน้อยทุก ๔ เดือน
- ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage ๓-๔ หมายถึง ผู้ป่วยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ที่มีรหัสโรคเป็น
 ๑. N๑๘๓-๑๘๔ หรือ
 ๒. N๑๘๙, E๑๐๒, E๑๑๒, E๑๒๒, E๑๓๒, E๑๔๒, I๑๒, I๑๓, I๑๕๑, N๑๘๓, N๑๒, N๑๓, N๑๔, N๑๕, N๑๖, N๑๗, N๑๘, N๑๑, N๑๓, N๑๔, N๒๐, N๒๑, N๒๒, N๒๓ ที่มี eGFR น้อยกว่า ๖๐ แต่ มากกว่าหรือเท่ากับ ๑๕

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 4 \text{ ml/min/1.73m}^2/\text{yr}$

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

- A หมายถึง จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage ๓-๔ ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine และมีผล $eGFR \geq 2$ ค่า และมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง < 4
- B หมายถึง จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage ๓-๔ ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine และมีผล $eGFR \geq 2$ ค่า

ประเด็นการตรวจติดตาม

๑. ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง

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

- A หมายถึง จำนวนผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง

- B หมายถึง จำนวนผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังในเขตรับผิดชอบ

๒. ร้อยละหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านการประเมินคุณภาพจาก ตรต.

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

- A หมายถึง จำนวนหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านการประเมินคุณภาพจาก ตรต.
- B หมายถึง จำนวนหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๔ ml/min/๑.๗๓m^๒/yr

เป้าหมาย	มาตรการที่สำคัญในปี ๒๕๖๒	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น			
อย่างน้อยร้อยละ ๖๖ ของผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๔ ml/min/๑.๗๓m ^๒ /yr	การขยายบริการ CKD clinic ให้ครอบคลุม รพ.ในระดับ F๓ ขึ้นไป	ผ่านสำนักงานเขต/สสจ/การประชุม SP กระทรวง สธ.	ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีอัตราความเสี่ยงของไตต่ำลง
	การประเมิน CKD clinic คุณภาพ	การทำ self assessment และทำการประเมินแบบไขว้จังหวัดในเขตเดียวกัน	

ประเด็นการตรวจติดตาม

เป้าหมาย	มาตรการที่สำคัญในปี ๒๕๖๒	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจติดตาม ๑. การคัดกรองโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง			
ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการคัดกรองโรคไตได้มากกว่า ๘๐%	ทำการคัดกรองผู้ป่วยใน NCD clinic (DM : คัดกรองด้วย eFGR + urine protein, HT : คัดกรองด้วย eGFR อย่างเดียว)	การรายงานผลในระบบ HDC	ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังได้รับการคัดกรองโรคไตในระยะเริ่มแรกได้ <ul style="list-style-type: none"> ■ ≥ ๔๐% ในไตรมาสที่ ๒ ■ ≥ ๘๐% ในไตรมาสที่ ๔
ประเด็นการตรวจติดตาม ๒. การควบคุมมาตรฐานการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม			
หน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมใน รพ. สังกัดกระทรวง สธ. ผ่านการประเมินคุณภาพจาก ตรต.	การกำกับดูแลการดำเนินงานให้เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติสำหรับการดำเนินการบริการศูนย์ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลในสังกัด	โดยสำนักงาน สสจ. สปสช.เขต และ ตรต. จาก ส่วนกลาง	หน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมใน รพ. สังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีมาตรฐานการให้บริการตาม

ร้อยละ ๑๐๐	กระทรวงสาธารณสุข ๒๕๖๑ โดย รพ. และ สำนักงานสสจ.		มาตรฐาน ตรต.
ประเด็นการตรวจติดตาม ๓. การจัดการบริการ palliative care สำหรับผู้ป่วย ESRD ที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต			
มีการจัดบริการ palliative care โดยบูรณาการไปกับ CKD clinic ร่วมกับทีม palliative care ของ รพ. อย่างน้อยจังหวัดละ ๓ รพ.	<ul style="list-style-type: none"> ■ แต่ละจังหวัดส่งบุคลากรที่เกี่ยวข้องมาเข้าร่วมอบรมที่ส่วนกลาง (กทม.) ■ แต่ละจังหวัดคัดเลือก รพ. นำร่องอย่างน้อย ๓ รพ. เพื่อดำเนินการ 	โดยสำนักงาน สสจ.	ผู้ป่วย ESRD ที่ไม่เหมาะสมกับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตได้รับการดูแลแบบ palliative care และสามารถลดการบำบัดทดแทนไตที่ไม่จำเป็นลง

Small Success

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
<ul style="list-style-type: none"> - ประกาศแนวทางการประเมิน CKD clinic คุณภาพ และ ส่วนกลางชี้แจงวิธีการประเมิน - ประกาศแนวทางการปฏิบัติสำหรับการดำเนินการบริการศูนย์ฟอกเลือดด้วย เครื่องไตเทียมในรพ. ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ๒๕๖๑ - คัดเลือกรพ. นำร่องการให้บริการ palliative care for ESRD - การส่งบุคลากรที่เกี่ยวข้องมาอบรม palliative care for ESRD ในส่วนกลาง 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการคัดกรองโรคไตได้มากกว่า ๔๐% - มีการประเมิน CKD clinic คุณภาพด้วยการทำ self assessment 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการขยายบริการ CKD clinic ให้ครอบคลุม รพ. ในระดับ F๓ ขึ้นไปครบ ๑๐๐% - มีการประเมิน CKD clinic คุณภาพด้วยการประเมินแบบไขว้จังหวัด และอย่างน้อย ๕๐% ของ CKD clinic ในรพ. ระดับ M๒, F๑-๒ ผ่านการประเมิน CKD clinic คุณภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการคัดกรองโรคไตได้มากกว่า ๘๐% - อย่างน้อยร้อยละ ๖๖ ของผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๔ ml/min/๑.๗๓m^๒/yr - หน่วยบริการฟอกเลือดด้วย เครื่องไตเทียมใน รพ. สังกัดกระทรวงสธ. ผ่านการประเมินคุณภาพจาก ตรต. ร้อยละ ๑๐๐ - การจัดการบริการ palliative care โดยบูรณาการไปกับ CKD clinic ร่วมกับทีม palliative care ของ รพ. อย่างน้อยจังหวัดละ ๓ รพ.

ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๔ ml/min/๑.๗๓m^๒/yr

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
-	๖๖%	๖๖%	๖๖%

แหล่งข้อมูล

ตัวชี้วัด (หลัก/ ย่อย)	ระบบ	ที่อยู่/ URL
๑. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตรา การลดลงของ eGFR < ๔ ml/min/๑.๗๓ m ^๒ /yr	HDC	https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php
๒. ร้อยละของผู้ป่วย DM และ HT ที่ได้รับการคัดกรองโรคไตเรื้อรัง		
๓. ร้อยละหน่วยบริการฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านการ ประเมินคุณภาพจาก ตรต.	ฐานข้อมูลของแต่ละ โรงพยาบาล	

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรมการแพทย์

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นายแพทย์เจริญ เกียรติวัชรชัย	ตำแหน่ง นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สำนัก/กอง รพ.หาดใหญ่	โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๙-๖๗๓๐๙๑๕ E-mail : kcharoen๐๐๗@hotmail.com	ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ประสานงานตัวชี้วัด

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
แพทย์หญิงวรางคณา พิชัยวงศ์	ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สำนัก/กอง รพ.ราชวิถี	โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๖๔๖๙๔๖๙ E-mail : wpichaiw@hotmail.com	รายงานผลการดำเนินงาน

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2562

(Inspection Guideline)

คณะที่ 2 : Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)

หัวข้อ โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ : สาขาการผ่าตัด One Day Surgery

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery

คำนิยาม : การผ่าตัดวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) หมายถึง การรับผู้ป่วยเข้ามาเพื่อรับการรักษา ทำหัตถการ หรือผ่าตัดที่ได้มีการเตรียมการไว้ล่วงหน้า และสามารถให้กลับบ้านในวันเดียวกัน กับวันที่รับไว้ทำหัตถการ หรือผ่าตัดอยู่ในโรงพยาบาลตั้งแต่ 2 ชั่วโมง ถึงเวลาจำหน่ายออก ไม่เกิน 24 ชั่วโมง ตามรายการหัตถการแนบท้ายการรักษากการผ่าตัดวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) (ICD-9-CM Procedures) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ) :

ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery = (A/B) X 100 โดยที่

A = จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการผ่าตัด One Day Surgery

B = จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไขในการเข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery ด้วยโรคที่กำหนด (Principle diagnosis)

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการที่สำคัญในปี 2562	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ 1			
ร้อยละ 20	จัดตั้งหน่วยให้บริการเพิ่ม ตามแนวทางคู่มือของ กรมการแพทย์	ประเมินรูปแบบการ ให้บริการมีมาตรฐานตาม แนวทางการดำเนินงานและ ข้อเสนอแนะด้านความปลอดภัย กรมการแพทย์	มีหน่วยงานที่ให้บริการ ในโรงพยาบาลทุก ระดับที่มีความพร้อม และสมัครใจ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ 2			
ร้อยละ 20	เก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับ บริการ One Day Surgery	ร้อยละ 20

Small Success

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
โรงพยาบาลทุกระดับที่มีความพร้อมในเขตสุขภาพ เข้าใจแนวทางการ	โรงพยาบาลทุกระดับที่มีความพร้อมและสมัครใจ สามารถดำเนินการได้เพิ่ม	- โรงพยาบาลทุกระดับ สามารถดำเนินการ ODS ได้อย่างน้อย	โรงพยาบาลให้บริการ ผ่าตัด ODS เป็นแบบ One Stop Service

ดำเนินงาน ODS อย่าง เป็นระบบสามารถ วางแผนและพัฒนาการ ให้บริการอย่างเหมาะสม ตามบริบท	อย่างน้อย 1 แห่ง ต่อเขตสุขภาพ	จังหวัดละ 1 แห่ง - โรงพยาบาลให้บริการ ผ่าตัด ODS เป็นแบบ One Stop Service อย่างน้อยเขตละ 1 แห่ง	อย่างน้อย เขตละ 1-2 แห่ง
---	----------------------------------	---	-----------------------------

แหล่งข้อมูล

ตัวชี้วัด (หลัก/ ย่อย)	ระบบ	ที่อยู่/ URL
ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery	One Day Surgery System	

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : กรมการแพทย์

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/ หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ email address	ประเด็นที่ รับผิดชอบ
นพ.กิตติวัฒน์ มะโน จันทร์	ตำแหน่ง : ผู้อำนวยการสำนัก การแพทย์เขตสุขภาพที่ 2 กรมการแพทย์	Tel : 0 2517 4270-9 ต่อ 7678-9 Mobile : 082 649 4884 e-mail : kityimpan@gmail.com	ให้ข้อมูลทาง วิชาการ รวบรวม จากเขตสุขภาพ และประมวลผล การดำเนินการ
นพ.ทวีชัย วิชญ์โยธิน	ตำแหน่ง : นายแพทย์ เชี่ยวชาญรพ.มหาราช นครราชสีมา	Tel : 0 4423 5000 Mobile : 081 967 4148 e-mail : taweechai1@hotmail.com	
นพ.วิบูลย์ ภัณฑปติกรณ์	ตำแหน่ง : นายแพทย์ เชี่ยวชาญ รพ.พหลพลพยุหเสนา	Tel : 0 3458 7800 Mobile : 081 941 7746 e-mail : wibunphantha@yahoo.com	

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/ หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ e-mail address	ประเด็นที่ รับผิดชอบ
นพ.กิตติวัฒน์ มะโนจันทร์	ตำแหน่ง : ผู้อำนวยการสำนัก	Tel : 0 2517 4270-9	วิเคราะห์ปัญหา

	การแพทย์เขตสุขภาพที่ 2 กรมการแพทย์	ต่อ 7678-9 Mobile : 082 649 4884 e-mail : kityimpan@gmail.com	อุปสรรค และ ข้อเสนอแนะ
นางจุฬารักษ์ สิงห์กลางพล	ตำแหน่ง : หัวหน้ากลุ่มงาน พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์	Tel : 0 2590 6329 โทรสาร : 0 2965 9851 e-mail : sp.dms57@gmail.com	สรุปผลการ ดำเนินการ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ

หมายเหตุ สามารถเพิ่มเติมรายละเอียดอื่นๆที่สำคัญและจำเป็นได้ตามดุลยพินิจของ คกต. แต่ละคณะ

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒
(Inspection Guideline)

คณะที่ ๒ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

หัวข้อ : สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (เป้าหมาย ๑๘.๕)

คำนิยาม

๑. ผู้ป่วยนอก หมายถึง ประชาชนที่มารับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพแบบไม่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยผู้ประกอบการวิชาชีพที่เกี่ยวข้องที่ได้มาตรฐาน

๒. การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ เช่น

- การรักษาด้วยยาสมุนไพร
- การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ
- การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ
- การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ
- การพอกยาสมุนไพรเพื่อการรักษา
- การบำบัดมือเกลือ
- การทำหัตถการอื่นๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผนไทย หรือการบริการอื่นๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง

๓. การบริการด้านแพทย์ทางเลือก หมายถึง การบริการรักษาพยาบาลนอกเหนือจากการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แผนไทย เช่น การฝังเข็ม การแพทย์ทางเลือกอื่นๆ หรือการบริการอื่นๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง

๔. สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

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

A = จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่มารับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

B = จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่มารับบริการทั้งหมดของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบที่ ๑ และ ๒			
เกิดการขับเคลื่อน พัฒนา และสามารถแก้ปัญหา ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระดับ จังหวัดและเขตสุขภาพ	๑. สนับสนุนให้มีการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน ในหน่วยบริการทุกระดับ ๒. รพ.ที่ผ่านมาตรฐาน GMP การผลิตยาสมุนไพรสามารถผลิตยาสนับสนุน รพ. ในเขตได้อย่างเพียงพอ ๓. หน่วยบริการเข้าร่วมโครงการพัฒนาคุณภาพงานแพทย์แผนไทย (Hospital Accreditation : TTM HA)	๑. มีการจ่ายยาสมุนไพรในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น ๒. ยาสมุนไพรที่ผลิตโดยรพ. ที่ผ่านมาตรฐาน GMP มีใช้อย่างเพียงพอ ๓. คุณภาพการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการสาธารณสุข	๑. สหวิชาชีพมีความเข้าใจ และร่วมจ่ายยาสมุนไพร First Line Drug และยาที่เทียบเคียงยาแผนปัจจุบันเพิ่มขึ้น ๒. ประชาชนเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยที่มีคุณภาพเพิ่มขึ้น

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/E-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
ดร.ชญ.อัญชลี จุฑะพุทธิ	ผู้อำนวยการกองวิชาการ และแผนงาน	Tel : 0-2591-4409 Mobile : 085-485-6900 E-mail : anchaleeuan@gmail.com	
นพ.ขวัญชัย วิศิษฐานนท์	ผู้อำนวยการสถาบัน การแพทย์แผนไทย	Tel : 0-2149-5647 Mobile : 084-439-1505 E-mail : khwancha@health.moph.go.th	
นายสมศักดิ์ กริษฐ์	หัวหน้ากลุ่มงานสนับสนุน เขตสุขภาพ กองวิชาการและแผนงาน	Tel : 0-2149-5653 Mobile : 081-684-6683 E-mail : augus_organ@hotmail.com	
นางศรีจรรยา โชติ๊ก	หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์ และแผนงาน กองวิชาการและแผนงาน	Tel : 0-2965-9490 Mobile : 099-245-9791 E-mail : kungfu55@gmail.com	

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/E-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
น.ส.ศุสชา จันทร์ประเสริฐ	แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ กลุ่มงานยุทธศาสตร์และ แผนงาน กองวิชาการและ แผนงาน	Tel : 0-2965-9490 Mobile : 064-323-5939 E-mail : ppin1987@gmail.com	
น.ส.สุดารัตน์ เกตโล	นักวิชาการสาธารณสุข ปฏิบัติการ กลุ่มงาน สนับสนุนเขตสุขภาพ กองวิชาการและแผนงาน	Tel : 083-339-2252 Mobile : 02-149-5653 E-mail : sudarat.osta@gmail.com	

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2562

(Inspection Guideline)

คณะที่ 2 : Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)

หัวข้อ โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โรคติดต่อไม่เรื้อรัง : สาขาโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

ตัวชี้วัด :

ตัวชี้วัดหลัก

1. ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69)

ตัวชี้วัดรอง

1. ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62)
2. ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน (I63)
3. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time)
4. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit
5. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (door to operation room time)

คำนิยาม

1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69)

- 1.1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69)
- 1.2 การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69)
- 1.3 การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69)

2. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke : I60-I62)

- 2.1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke : I60-I62)
- 2.2 การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke : I60-I62)

2.3 การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke : I60-I62)

3. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน (Ischemic Stroke : I63)

3.1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน (Ischemic Stroke : I63)

3.2 การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน (Ischemic Stroke : I63)

3.3 การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน (Ischemic Stroke : I63)

4. การรักษาใน Stroke Unit : ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit

หออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก

- 1.สถานที่เฉพาะไม่น้อยกว่า 4 เตียง
2. ทีมสหวิชาชีพ ที่มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง
3. มีแผนการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (Care map) และแผนการให้ความรู้ที่จัดเตรียมไว้แล้ว โดยผ่านการประชุมของทีมสหวิชาชีพของสถานพยาบาลนั้นๆ

5. ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม : ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time) นับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล (OPD/ ER)

6. ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม : ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการวินิจฉัยว่าต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดสมอง และได้รับการผ่าตัดภายใน 90 นาที นับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึง ER (door to operation room time)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)

1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69)

A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69) จากทุกหอผู้ป่วย

B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน
(Stroke : I60-I69)

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

2. อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic : I60-I62)

A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke : I60 - I62) จากทุกหอผู้ป่วย

B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกจากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน
(Hemorrhagic Stroke : I60-I62)

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

3. อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน (Ischemic Stroke : I63)

A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน (Ischemic Stroke : I63) จากทุกหอผู้ป่วย

B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน จากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (Ischemic Stroke : I63)

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

4. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit

A = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit

B = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาในช่วงเวลาเดียวกัน

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

5. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดภายใน 60 นาที (door to needle time)

A = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาทีนับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล (OPD/ ER)

B = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในช่วงเวลาเดียวกัน

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

6. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (door to operation room time)

A = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ที่มาที่ ER และได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที นับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึง ER

B = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ที่มาที่ ER และได้รับการผ่าตัดสมองในช่วงเวลาเดียวกัน

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

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการที่สำคัญในปี 2562	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ 1 และ รอบ 2			
ตัวชี้วัดหลัก 1. ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69)	1. จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองระดับเขตสุขภาพ 2. ประชาสัมพันธ์ Stroke Alert, Stroke Awareness สู่สาธารณชน	6 เดือน และ 12 เดือน	ตัวชี้วัดหลัก 1. น้อยกว่าร้อยละ 7
ตัวชี้วัดรอง 1. ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62)	3. รพ. ระดับ A, S ทุกแห่งต้องมี Stroke Unit และ Stroke fast track เพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ 4. จัดให้มี Stroke Unit ใน รพ.ระดับ M ที่มี		ตัวชี้วัดรอง 1. น้อยกว่าร้อยละ 25
2. ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน (I63)	5. ให้การรักษาทั้ง Ischemic stroke และ Hemorrhagic stroke ใน Stroke Unit/ ICU		2. น้อยกว่าร้อยละ 5

<p>3. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน ระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที</p>	<p>6. จัดให้มีเครือข่ายบริการ ทั้ง Acute และ Intermediate care</p> <p>7. จัดทำแนวทางในการรับส่งต่อผู้ป่วยทั้งภายในเขตและนอกเขตบริการที่รับผิดชอบให้ชัดเจน</p> <p>8. สนับสนุนการศึกษาฝึกอบรม และการจัดการความรู้ ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้แก่แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ในสังกัด</p>		<p>3. มากกว่าหรือเท่ากับ 50</p>
<p>4. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit</p>	<p>9. กำกับรายงานตัวชี้วัดมาตรฐานด้านโรคหลอดเลือดสมองของสถานพยาบาลทุกระดับในพื้นที่ที่รับผิดชอบ</p>		<p>4. มากกว่าหรือเท่ากับ 40</p>
<p>5. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมอง ภายใน 90 นาที (door to operation room time)</p>			<p>5. มากกว่าหรือเท่ากับ 60</p>

Small Success

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
<p>1. สื่อสารนโยบายด้านโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p>2. จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง</p>	<p>1. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit (%SU) \geq 35%</p> <p>2. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือด</p>	<p>1. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit (%SU) \geq 40%</p> <p>2. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือด</p>	<p>1. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit (%SU) \geq 40%</p> <p>2. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือด</p>

	<p>เลือดสมองตีบ/ อุดตัน ระยะเฉียบพลัน (I63) ที่ มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยา ละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time) (%DTN) \geq 50%</p> <p>3. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมอง ภายใน 90 นาที (door to operation room time) (%DTOR) \geq 60%</p>	<p>ระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มี อาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยา ละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time) (%DTN) \geq 50%</p> <p>3. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมอง ภายใน 90 นาที (door to operation room time) (%DTOR) \geq 60%</p>	<p>ระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มี อาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยา ละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time) (%DTN) \geq 50%</p> <p>3. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมอง ภายใน 90 นาที (door to operation room time) (%DTOR) \geq 60%</p>
--	---	---	---

แหล่งข้อมูล

ตัวชี้วัด (หลัก/ ย่อย)	ระบบ	ที่อยู่/ URL
1. ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด	HDC	

สมอง (Stroke : I60-I69)		
2. ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic : I60-I62)		
3. ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน (Ischemic : I63)		
4. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time)	รายงานผลการตรวจราชการ (ตก.1, 2) ปีงบประมาณ 2562 รอบ 1, 2	
5. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit		
6. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมอง ภายใน 90 นาที (door to operation room time)		

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/ หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
1. นพ.สุชาติ หาญไชย พิบูลย์กุล	ตำแหน่ง : นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ สถาบันประสาทวิทยา	Tel : 0 2306 9899 ต่อ 2408 Mobile : 081 843 4502 e-mail : suchathanc@yahoo.com	โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง : สาขา โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)
2. นางจุฑาภรณ์ บุญธง	ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ สถาบันประสาทวิทยา	Tel : 0 2306 9899 ต่อ 1138 Mobile : 087 114 9480 e-mail : j.bunthong@gmail.com	โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง : สาขา โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/ หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
1. นางจุฑาภรณ์ บุญธง	ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ สถาบันประสาทวิทยา	Tel : 0 2306 9899 ต่อ 1138 Mobile : 087 114 9480 e-mail : j.bunthong@gmail.com	โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง : สาขา โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

หมายเหตุ สามารถเพิ่มเติมรายละเอียดอื่นๆที่สำคัญและจำเป็นได้ตามดุลยพินิจของ คกต. แต่ละคณะ

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒

(Inspection Guideline)

คณะที่ ๒ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

หัวข้อ สาขาอายุรกรรม (Sepsis)

ตัวชี้วัด: อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired

คำนิยาม

๑. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ severe sepsis หรือ septic shock

๑.๑ ผู้ป่วย severe sepsis หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ ๒ ข้อขึ้นไป (ตารางที่ ๑) ที่เกิดภาวะ tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction (ตารางที่ ๒) โดยที่อาจจะมีหรือไม่มีภาวะ hypotension ก็ได้

๑.๒ ผู้ป่วย septic shock หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ ๒ ข้อขึ้นไป (ตารางที่ ๑) ที่มี hypotension ต้องใช้ vasopressors ในการ maintain MAP \geq ๖๕ mm Hg และมีค่า serum lactate level $>$ ๒ mmol/L (๑๘ mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม

๒. Community-acquired sepsis หมายถึง การติดเชื้อมาจากที่บ้านหรือที่ชุมชน โดยต้องไม่อยู่ในกลุ่ม hospital-acquired sepsis

อัตราตายจากติดเชื้อในกระแสเลือด แบ่งเป็น ๒ กลุ่ม

๑. อัตราตายจาก community-acquired sepsis
๒. อัตราตายจาก hospital-acquired sepsis

๓. กลุ่มเป้าหมาย ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ จะมุ่งเน้นที่กลุ่ม community-acquired sepsis เพื่อพัฒนาให้มีระบบข้อมูลพื้นฐานให้เหมือนกันทั่วประเทศ แล้วจึงขยายไปยัง hospital-acquired sepsis ในปีถัดไป

๔. การคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง การคัดกรองผู้ป่วยทั่วไปที่อาจเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงต่อไป ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ (sepsis screening tools) qSOFA ตั้งแต่ ๒ ข้อขึ้นไป (ตารางที่ ๓) modified early warning score SOS score (search out severity) ตั้งแต่ ๔ ข้อขึ้นไป (ตารางที่ ๔) ซึ่งเกณฑ์การคัดกรองไม่สามารถใช้แทนเกณฑ์ในการวินิจฉัยได้

๕. ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล หมายถึง ข้อมูลจาก ICD ๑๐ และ/หรือฐานข้อมูลอื่นๆ ของแต่ละโรงพยาบาล ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง เป็นภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญพบว่าอัตราอุบัติการณ์มีแนวโน้มสูงขึ้นและอัตราเสียชีวิตสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ที่รับยากดภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้ยังพบว่าแนวโน้มของเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การรักษาผู้ป่วยไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร นอกจากนี้ยังพบว่าการติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลให้อวัยวะต่างๆ ทำงานผิดปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาได้แก่ ภาวะช็อก, ไตวาย, การทำงานอวัยวะต่างๆ ล้มเหลว และเสียชีวิตในที่สุด

สถานการณ์

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ ๑ ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลของประเทศไทย และอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จากข้อมูลของกระทรวง

สาธารณสุขร่วมกับหน่วยงานสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า ประเทศไทย มีผู้ป่วย Sepsis ประมาณ ๑๗๕,๐๐๐ ราย/ต่อปี และมีผู้ป่วย Sepsis เสียชีวิต ประมาณ ๔๕,๐๐๐ ราย/ต่อปี ซึ่งเมื่อคิดแล้วพบว่า มีผู้ป่วย sepsis ๑ ราย เกิดขึ้นทุกๆ ๓ นาที และมีผู้ป่วย sepsis เสียชีวิต ๕ รายทุก ๑ ชั่วโมง ซึ่งนับว่าเป็น ความสูญเสียอย่างมากมาย

แม้ว่าปัจจุบันความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการเกิดโรคเพิ่มขึ้น มีความก้าวหน้าในการรักษาโรคติดเชื้อ คือ มียาต้านจุลชีพที่ดีขึ้น มีความก้าวหน้าในเทคโนโลยีด้านการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตได้ดีขึ้น แต่อัตราตายของผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดยังคงสูง โดยอัตราตายของผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดยังคงสูง โดยอัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในประเทศไทยในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๐ คิดเป็นร้อยละ ๓๒.๐๓ สำหรับในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired คิดเป็นร้อยละ ๓๔.๘๕ ซึ่งยังสูงกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ ๓๐)

กลยุทธ์และแนวทางในการปฏิบัติการเพื่อทำให้การดูแลผู้ป่วยที่เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดประสบความสำเร็จ ประกอบด้วย

๑. การสร้างทีมงานคอยประสานงานและติดตามตัวชี้วัดในโรงพยาบาลทุกแห่ง โดยในแต่ละโรงพยาบาลควรมี ทีมสหวิชาชีพร่วมกันดูแลผู้ป่วยที่เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และต้องมีผู้รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis case manager) ซึ่งประกอบด้วยแพทย์และพยาบาลอย่างน้อย ๑ คน
๒. เน้นการค้นหาผู้ป่วยได้รวดเร็ว (early detection) โดยใช้เครื่องมือในการช่วยคัดกรองการติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อช่วยค้นหาผู้ป่วยได้รวดเร็วและวินิจฉัยได้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น โดยในประเทศไทยก็มีการใช้ qSOFA score, SOS score หรือ Early warning score ช่วยในการคัดกรอง
๓. จัดทำแนวทางการดูแลรักษาเบื้องต้น (early resuscitation) โดยทำเป็นรูปแบบมาตรฐาน checklist เน้น การปฏิบัติงานให้ครบ (sepsis bundles)
๔. จัดทำแนวทางการการส่งต่อที่ชัดเจนเพื่อทำให้เกิดการสื่อสารและดูแลอย่างต่อเนื่อง
๕. สร้างช่องทางด่วนช่วยให้ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงได้รับการดูแลอย่างทันท่วงทีและสามารถ เข้ารับการดูแลในหอผู้ป่วยหนักไอซียูได้อย่างรวดเร็ว (Sepsis Fast Track) ในกรณีที่เตียงใน ICU ว่างและสามารถรับผู้ป่วยได้
๖. มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างแพทย์ พยาบาล ในทุกโรงพยาบาล เพื่อรับทราบปัญหาที่เกิดขึ้นและ สร้างแนวทางการพัฒนางานต่อไปให้สำเร็จมากยิ่งขึ้น

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired

$$\text{สูตรคำนวณ} = (A+C) / D \times ๑๐๐$$

- A = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต (dead) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD ๑๐ รหัส R ๖๕.๑ และ R๕๗.๒ ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z ๕๑.๕)
- B = จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD ๑๐ รหัส R ๖๕.๑ และ R๕๗.๒ ใน

Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z ๕๑.๕) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = ๒ ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = ๒ ดีขึ้น

- C = จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD ๑๐ รหัส R ๖๕.๑ และ R๕๗.๒ ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z ๕๑.๕) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = ๒ ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = ๓ ไม่ดีขึ้น
- D = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ทั้งหมดที่ลง ICD ๑๐ รหัส R ๖๕.๑ และ R๕๗.๒ ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z ๕๑.๕)

ประเด็นการตรวจติดตาม

๑. อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic หมายถึง การเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic

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

- A = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้รับ การเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic
- B = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด

หมายเหตุ ในกรณีที่เดิมผู้ป่วยได้รับ Antibiotic อยู่โดยไม่ได้เจาะ H/C ต่อมาผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง แล้วมีการเจาะ H/C ร่วมกับปรับ Antibiotic ให้ถือว่า มีการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic

๒. อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม. หมายถึง การได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม. หลังการวินิจฉัย โดยนับจากเวลาวินิจฉัยจนถึงเวลาที่บริหารยา (Diagnosis to needle time)

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

- A = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม.
- B = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด

๓. อัตราการได้รับ IV fluid ๓๐ ml/kg ใน ๑ ชม.แรก หมายถึง ผู้ป่วยได้รับ IV fluid จำนวน ๑.๕ ลิตร ภายใน ๑ ชม. แรกหลังวินิจฉัย

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

- A = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับ IV fluid จำนวน ๑.๕ ลิตร ภายใน ๑ ชม.
- B = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด

๔. อัตราการรับผู้ป่วยเข้า ICU ภายใน ๓ ชม. หมายถึง ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้รับการวินิจฉัยแล้ว admission เข้า ICU ภายใน ๓ ชม. (sepsis fast track)

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

- A = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้เข้า ICU ภายใน ๓ ชม.

- B = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด

หมายเหตุ: วิธีการเก็บตัวชี้วัดย่อย ขึ้นอยู่กับกระบวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ของแต่ละโรงพยาบาลซึ่งอาจมีความแตกต่างกันของวิธีการได้มาของตัวเลข แต่ให้ยึดความถูกต้องตรงตามคำนิยามที่กำหนด

ประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น: อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด โดยผ่านประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น ดังนี้

เป้าหมาย	มาตรการที่สำคัญในปี ๒๕๖๒	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบที่ ๑			
อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ ๓๐	๑. มีคณะทำงาน sepsis เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลแต่ละระดับ ๒. มีผู้รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis case manager) ในแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยแพทย์และพยาบาลอย่างน้อย ๑ คนเพื่อติดตามตัวชี้วัดและแจ้งผลให้คณะทำงานรับทราบในไตรมาสที่ ๒ ๓. สร้างระบบ Sepsis fast track ในจังหวัด เพื่อให้ผู้ป่วย sepsis แบบรุนแรงได้เข้าไอซียูภายใน ๓ ชม. มากกว่าร้อยละ ๓๐ ๔. สร้างระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในรพ.ประจำจังหวัด (ระดับ S และ A) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย sepsis ๕. รายงานผลจากฐานข้อมูล HDC หรือฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลโดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด และภาพรวมของเขตสุขภาพให้คณะทำงานรับทราบในไตรมาสที่ ๒	ตรวจติดตามอัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกระดับจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) หรือฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับนำเสนอตัวชี้วัดย่อยเพื่อให้เห็นกระบวนการทำงาน ในส่วนของ process โดยนำเสนอข้อมูล ๖ เดือนในภาพรวมของจังหวัดหรือภาพรวมของเขตสุขภาพ (โดยการตรวจราชการกรณีปกติ)	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis ในไตรมาสที่ ๒ ปี ๒๕๖๒ น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ และลดลงถึงน้อยกว่าร้อยละ ๒๔ ในปี ๒๕๖๔ ตามลำดับ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบที่ ๒			
อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ ๓๐	๑. มีคณะทำงาน sepsis เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลแต่ละระดับ ๒. มีผู้รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis case manager) ในแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย	ตรวจติดตามอัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกระดับจากฐานข้อมูล Health Data	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis ในไตรมาสที่ ๔ ปี ๒๕๖๒ น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ และลดลงถึงน้อยกว่าร้อยละ ๒๔ ในปี ๒๕๖๔ ตามลำดับ

	<p>แพทย์และพยาบาลอย่างน้อย ๑ คนเพื่อติดตามตัวชี้วัดและแจ้งผลให้คณะทำงานรับทราบในไตรมาสที่ ๔</p> <p>๓. สร้างระบบ Sepsis fast track ในจังหวัด เพื่อให้ผู้ป่วย sepsis แบบรุนแรงได้เข้าไอซียูภายใน ๓ ชม. มากกว่าร้อยละ ๓๐</p> <p>๔. สร้างระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในรพ.ประจำจังหวัด (ระดับ S และ A) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย sepsis</p> <p>๕. รายงานผลจากฐานข้อมูล HDC หรือฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลโดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด และภาพรวมของเขตสุขภาพให้คณะทำงานรับทราบในไตรมาสที่ ๔</p>	<p>Center (HDC) หรือฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับนำเสนอตัวชี้วัดย่อยเพื่อให้เห็นกระบวนการทำงานในส่วนของ process โดยนำเสนอข้อมูล ๑๒ เดือนในภาพรวมของจังหวัด หรือภาพรวมของเขตสุขภาพ (โดยการตรวจราชการกรณีปกติ)</p>	
--	--	---	--

ประเด็นการตรวจติดตาม

เป้าหมาย	มาตรการที่สำคัญในปี ๒๕๖๒	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจติดตาม รอบที่ ๑			
<ul style="list-style-type: none"> อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐ และร้อยละของอัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม. (นับจากจุดคัดกรองจนถึงเวลาได้รับ Antibiotic) อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐ อัตราการได้รับ IV ๓๐ ml/kg ใน ๑ ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐ อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลในไอซียู ภายใน ๓ ชม. ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ มีการจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในรพ.ประจำจังหวัด (ระดับ 	<ol style="list-style-type: none"> ๑. การสร้างทีมประสานงานและติดตามตัวชี้วัดในโรงพยาบาลทุกแห่ง ๒. เน้นการค้นหาผู้ป่วยได้รวดเร็ว (early detection) โดยใช้เครื่องมือในการช่วยคัดกรองการติดเชื้อในกระแสเลือด ได้แก่ qSOFA score, SOS score หรือ Early warning score ๓. จัดทำแนวทางการดูแลรักษาเบื้องต้น (early resuscitation) โดยทำเป็นรูปแบบมาตรฐาน checklist เน้นการปฏิบัติงานให้ครบ (sepsis bundles) โดยเฉพาะที่ห้องฉุกเฉินของทุกโรงพยาบาลในจังหวัด ๔. จัดทำแนวทางการส่งต่อภายในจังหวัดที่ชัดเจนเพื่อทำให้เกิดการสื่อสารและดูแลอย่างต่อเนื่อง ๕. มีการเตรียมจัดยา Antibiotic IV พื้นฐานตามแนวทางการดูแลติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ได้แก่ Ceftriazone เป็นต้นและ 	<p>ตรวจติดตามตัวชี้วัดจากฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลหรือโปรแกรม SepNet หรือด้วยวิธีการเก็บข้อมูลแบบอื่นๆ โดยนำเสนอข้อมูล ๖ เดือนในภาพรวมของจังหวัด และภาพรวมของเขตสุขภาพ (โดยการตรวจราชการกรณีปกติ)</p>	<p>ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด ตามลำดับ</p>

A และ S)	<p>มีการเตรียมจัดขวด Hemoculture ไว้ที่ห้องฉุกเฉินของทุกโรงพยาบาลในจังหวัด</p> <p>๖.สร้างช่องทางด่วนช่วยให้ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงได้รับการดูแลอย่างทันที่และสามารถเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักไอซียูได้อย่างรวดเร็ว (Sepsis Fast Track) ในกรณีที่เตียงในไอซียูว่างและสามารถรับผู้ป่วยได้</p>		
----------	--	--	--

ประเด็นการตรวจติดตาม รอบที่ ๒

<ul style="list-style-type: none"> อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐ และร้อยละของอัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม. (นับจากจุดคัดกรองจนถึงเวลาได้รับ Antibiotic) อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐ อัตราการได้รับ IV ๓๐ ml/kg ใน ๑ ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐ อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลในไอซียู ภายใน ๓ ชม. ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ มีการจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในรพ.ประจำจังหวัด (ระดับ A และ S) 	<p>๑.การสร้างทีมประสานงานและติดตามตัวชี้วัดในโรงพยาบาลทุกแห่ง</p> <p>๒.เน้นการค้นหาผู้ป่วยได้รวดเร็ว (early detection) โดยใช้เครื่องมือในการช่วยคัดกรองการติดเชื้อในกระแสเลือด ได้แก่ qSOFA score, SOS score หรือ Early warning score</p> <p>๓. จัดทำแนวทางการดูแลรักษาเบื้องต้น (early resuscitation) โดยทำเป็นรูปแบบมาตรฐาน checklist เน้นการปฏิบัติงานให้ครบ (sepsis bundles) โดยเฉพาะที่ห้องฉุกเฉินของทุกโรงพยาบาลในจังหวัด</p> <p>๔. จัดทำแนวทางการส่งต่อภายในจังหวัดที่ชัดเจนเพื่อทำให้เกิดการสื่อสารและดูแลอย่างต่อเนื่อง</p> <p>๕. มีการเตรียมจัดยา Antibiotic IV พื้นฐานตามแนวทางการดูแลติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ได้แก่ Ceftriazone เป็นต้นและมีการเตรียมจัดขวด Hemoculture ไว้ที่ห้องฉุกเฉินของทุกโรงพยาบาลในจังหวัด</p> <p>๖.สร้างช่องทางด่วนช่วยให้ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงได้รับการดูแลอย่างทันที่และสามารถเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักไอซียูได้อย่างรวดเร็ว (Sepsis Fast Track) ในกรณีที่เตียงในไอซียูว่างและสามารถรับผู้ป่วยได้</p>	<p>ตรวจติดตามตัวชี้วัดจากฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลหรือโปรแกรม SepNet หรือด้วยวิธีการเก็บข้อมูลแบบอื่นๆ โดยนำเสนอข้อมูล ๑๒ เดือนในภาพรวมของจังหวัด และภาพรวมของเขตสุขภาพ (โดยการตรวจราชการกรณีปกติ)</p>	<p>ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด ตามลำดับ</p>
---	---	---	--

Small Success

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น			
อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ ๓๐	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ ๓๐	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ ๓๐	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ ๓๐

ประเด็นการตรวจติดตาม			
อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐ และร้อยละของอัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม. (นับจากจุดคัดกรองจนถึงเวลาได้รับ Antibiotic)	อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐ และร้อยละของอัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม. (นับจากจุดคัดกรองจนถึงเวลาได้รับ Antibiotic)	อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐ และร้อยละของอัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม. (นับจากจุดคัดกรองจนถึงเวลาได้รับ Antibiotic)	อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐ และร้อยละของอัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม. (นับจากจุดคัดกรองจนถึงเวลาได้รับ Antibiotic)
อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐	อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐	อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐	อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐
อัตราการได้รับ IV ๓๐ ml/kg ใน ๑ ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐	อัตราการได้รับ IV ๓๐ ml/kg ใน ๑ ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐	อัตราการได้รับ IV ๓๐ ml/kg ใน ๑ ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐	อัตราการได้รับ IV ๓๐ ml/kg ใน ๑ ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐
อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลในไอซียู ภายใน ๓ ชม. ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐	อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลในไอซียู ภายใน ๓ ชม. ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐	อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลในไอซียู ภายใน ๓ ชม. ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐	อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลในไอซียู ภายใน ๓ ชม. ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐
		มีการจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในรพ.ประจำจังหวัด (ระดับ A และ S)	มีการจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในรพ.ประจำจังหวัด (ระดับ A และ S)

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรมการแพทย์
แหล่งข้อมูล

ตัวชี้วัด (หลัก/ ย่อย)	ระบบ	ที่อยู่/ URL
๑. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis	HDC หรือฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาล โดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด และภาพรวมของเขตสุขภาพ	https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php
๒. อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐ และร้อยละของอัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม	ฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลหรือโปรแกรม SepNet โดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัดและภาพรวมของเขตสุขภาพ	
๓. อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic		
๔. อัตราการได้รับ IV ๓๐ ml/kg ใน ๑ ชม.แรก		
๕. อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลในไอซียู ภายใน ๓ ชม. ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐		
๖. มีการจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในรพ.ประจำจังหวัด (ระดับ A และ S)		

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นายแพทย์พนธ์ อินทลาภพร	ตำแหน่ง นายแพทย์เชี่ยวชาญ หน่วยงาน โรงพยาบาลราชวิถี	โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๖๑๒๕๘๙๑ E-mail: drpojin@yahoo.com	สรุปผลการดำเนินการ วิเคราะห์ ปัญหาอุปสรรค และ ข้อเสนอแนะ
นพ.รัฐภูมิ ชามพูนท	ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ หน่วยงาน สำนักงานสาธารณสุข จ.พิษณุโลก	โทรศัพท์มือถือ: ๐๘๑- ๕๙๖๘๕๓๕ E-mail: mr.sepsis@yahoo.com	สรุปผลการดำเนินการ วิเคราะห์ ปัญหาอุปสรรค และ ข้อเสนอแนะ
นพ.นิพนธ์ เฉลิมพันธ์ชัย	ตำแหน่ง นายแพทย์เชี่ยวชาญ หน่วยงาน โรงพยาบาลลำปาง	โทรศัพท์มือถือ: ๐๘๘-๒๕๑๘๐๓๖ E-mail: crisis๒๗@gmailcom	สรุปผลการดำเนินการ วิเคราะห์ ปัญหาอุปสรรค และ ข้อเสนอแนะ

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นายแพทย์พนธ์ อินทลาภพร	ตำแหน่ง นายแพทย์เชี่ยวชาญ หน่วยงาน โรงพยาบาลราชวิถี	โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๖๑๒๕๘๙๑ E-mail: drpojin@yahoo.com	สรุปผลการดำเนินการ วิเคราะห์ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ
นพ.รัฐภูมิ ชามพูนท	ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ หน่วยงาน สำนักงานสาธารณสุข จ.พิษณุโลก	โทรศัพท์มือถือ: ๐๘๑- ๕๙๖๘๕๓๕ E-mail: mr.sepsis@yahoo.com	สรุปผลการดำเนินการ วิเคราะห์ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ
นพ.นิพนธ์ เฉลิมพันธ์ชัย	ตำแหน่ง นายแพทย์เชี่ยวชาญ หน่วยงาน โรงพยาบาลลำปาง	โทรศัพท์มือถือ: ๐๘๘-๒๕๑๘๐๓๖ E-mail: crisis๒๗@gmailcom	สรุปผลการดำเนินการ วิเคราะห์ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ

หมายเหตุ สามารถเพิ่มเติมรายละเอียดอื่น ๆ ที่สำคัญและจำเป็นได้ตามดุลยพินิจของ คคต. แต่ละคน

ตารางประกอบคำนิยาม

ตารางที่ ๑ SIRS (systemic inflammatory response syndrome)

Temperature > ๓๘°C or < ๓๖°C

Heart rate > ๙๐ beats/min

Respiratory rate > ๒๐ /min หรือ PaCO_๒ < ๓๒ mm Hg

WBC > ๑๒,๐๐๐ /mm^๓, < ๔๐๐๐ /mm^๓, หรือมี band form > ๑๐ %

ตารางที่ ๒ tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction

มีภาวะ hypotension

ค่า blood lactate level > ๒ mmol/L (๑๘ mg/dL)

Urine output < ๐.๕ mL/kg/hr เป็นระยะเวลามากกว่า ๒ ชม.แม้ว่าจะได้สารน้ำอย่างเพียงพอ

Acute lung injury ที่มี Pao_๒/Fio_๒ < ๒๕๐ โดยไม่มีภาวะ pneumonia เป็นสาเหตุ

Acute lung injury ที่มี Pao_๒/Fio_๒ < ๒๐๐ โดยมีภาวะ pneumonia เป็นสาเหตุ

Creatinine > ๒.๐ mg/dL (๑๗๖.๘ μmol/L)

Bilirubin > ๒ mg/dL (๓๔.๒ μmol/L)

Platelet count < ๑๐๐,๐๐๐ μL

Coagulopathy (international normalized ratio > ๑.๕ หรือ aPTT > ๖๐ วินาที)

ตารางที่ ๓ qSOFA (quick SOFA) score ในการประเมิน ได้แก่

๑. Alteration in mental status (อาจใช้ Glasgow Coma Scale score น้อยกว่า ๑๕ ก็ได้)
๒. Systolic blood pressure \leq ๑๐๐ mm Hg
๓. Respiratory rate \geq ๒๒/min

ตารางที่ ๔ SOS score (search out severity)

score	3	2	1	0	1	2	3
อุณหภูมิ (ไข้)		≤ 35	35.1-36	36.1-38	38.1-38.4	≥ 38.5	
ความดันโลหิต (ก่าบน)	≤ 80	81-90	91-100	101-180	181-199	≥ 200	ให้ยากระตุ้นความดันโลหิต
ซีพอร์	≤ 40		41-50	51-100	101-120	121-139	≥ 140
หายใจ	≤ 8	ใส่เครื่องช่วยหายใจ		9-20	21-25	26-35	≥ 35
ความรู้สึกตัว			สับสน กระสับกระส่าย ที่เพิ่งเกิดขึ้น	ตื่นดี พูดคุยเรื่อง บุคคลผู้เรื่อง	ซึม แต่เรียกแล้วลืม คำสั่งเดิมถือ	ซึ่มมาก ต้องกระตุ้น จึงจะตื่นคา	ไม่รู้สึกตัว แม้จะกระตุ้นแล้วก็ตาม
ปัสสาวะ/ วัน		≤ 500	501-999	$\geq 1,000$			
ปัสสาวะ/8 ชม		≤ 160	161-319	≥ 320			
ปัสสาวะ/4 ชม		≤ 80	81-159	≥ 160			
ปัสสาวะ/1 ชม		≤ 20	21-39	≥ 40			

หมายเหตุ:

๑. นับเฉพาะผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired
๒. ไม่นับรวมผู้ป่วย palliative care (รหัส Z ๕๑.๕)

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒
(Inspection Guideline)

คณะที่ ๒ : Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)
การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

หัวข้อ โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดหัวใจ

ตัวชี้วัด : ๑. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน ๒๖ ต่อแสนประชากร
ตัวชี้วัด (ติดตาม)

๒. ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด
(เป้าหมาย ๕๐ %)

๓. ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล $\leq ๑๐\%$

คำนิยาม

อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง จำนวนผู้ป่วยตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (รหัส ICD-๑๐ =I๒๐-I๒๕) ทุกกลุ่มอายุต่อประชากรแสนคนในช่วงปีนั้น ในปี ๒๕๕๗ ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ๕๘,๖๘๑ คน หรือเฉลี่ยชั่วโมงละ ๗ คน คิดเป็นอัตราตายของโรคหัวใจและหลอดเลือด เท่ากับ ๙๐.๓๔ ต่อแสนประชากร จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน ๑๘,๐๗๙ คน หรือ เฉลี่ยชั่วโมงละ ๒ คน คิดเป็นอัตราป่วยตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ เท่ากับ ๒๗.๘๓ ต่อแสนประชากร

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก (ST Elevated Myocardial Infarction) ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตสูง การให้การวินิจฉัยและรักษาภายในระยะเวลาที่รวดเร็วและเหมาะสมโดยวิธีการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) และหรือ การขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous coronary intervention หรือ PCI) จะช่วยลดอัตราการตายของผู้ป่วย

รพ.ในระดับ F๒ หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง มีขนาดเตียง ๓๐ -๙๐ เตียง มีแพทย์เวชปฏิบัติ หรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว รวม ๒-๕ คน ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง มีบริการผู้ป่วยใน มีห้องผ่าตัด มีห้องคลอด รองรับผู้ป่วยและผู้ป่วยในของแต่ละอำเภอ สนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอ

Fibrinolytic drug หมายถึง ยาละลายหรือสลายลิ่มเลือด เช่น Streptokinase, Tenecteplase เป็นต้น

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)

๑. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน ๒๖ ต่อแสนประชากร

$$(A/B) \times ๑๐๐,๐๐๐$$

A = จำนวนประชากรที่ป่วยตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (รหัส ICD-๑๐ =I๒๐-I๒๕)

B = จำนวนประชากรกลางปีในช่วงเวลาเดียวกัน

๒. ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (เป้าหมาย ๕๐ %)

$$(A/B) \times ๑๐๐$$

A = จำนวนครั้งการรักษาที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน ๓๐ นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่โรงพยาบาล F๒ หรือ F๒ ขึ้นไป หรือ จำนวนครั้งที่สามารถส่งต่อไปที่โรงพยาบาลที่ทำ PCI ได้ให้ได้รับการทำ PCI ภายใน ๑๒๐ นาทีนับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่สถานพยาบาล F๒ หรือ F๒ ขึ้นไปที่ไม่สามารถทำ PCI ได้ หรือจำนวนครั้งการรักษาที่สามารถทำ PCI ภายใน ๙๐ นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่โรงพยาบาลที่สามารถทำ PCI ได้เอง

B = จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงสถานพยาบาล F๒ หรือ F๒ ขึ้นไป

๓. ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล $\leq 10\%$

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

A = จำนวนผู้ป่วยรหัส ICD๑๐ -WHO - I๒๑.๐-I๒๑.๓ ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลทั้งหมด

B=จำนวนผู้ป่วยรหัส ICD๑๐ -WHO - I๒๑.๐-I๒๑.๓ ที่รับไว้รักษาที่โรงพยาบาลทั้งหมด

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๑. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน ๒๖ ต่อแสนประชากร			
ลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ	๑. มีการคัดกรองผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดตามโปรแกรม	-มีหรือไม่ -จำนวนเท่าไร	-มี -ยอดจำนวน
	๒. ให้การรักษาผู้ป่วยที่เป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างรวดเร็วโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดและหรือการทำบอลลูน	-จำนวน -ร้อยละ	มากกว่าร้อยละ ๘๐
	๓. ผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรังให้รักษาโดยการทำบอลลูนหรือการผ่าตัด Bypass โดยลดเวลาระยะเวลารอคอยการทำ	-จำนวน -ระยะเวลารอคอย (วัน สัปดาห์ต่อเดือนปี)	ไม่เกิน ๓ เดือน
	๔. ในรายที่เป็นโรคแล้วให้มีการควบคุมปัจจัยเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่ต้องการ	✓	✓
	๕. ให้การศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติเรื่องการควบคุมปัจจัยเสี่ยงการดูแลตนเองและการเข้าถึงบริการทั้งในภาวะฉุกเฉินและปกติ	มีสื่อวีดิทัศน์	มี
	๖. มีข้อมูลของการเสียชีวิตของผู้ป่วยโดยดูสาเหตุการตายจากเวชระเบียนของผู้ป่วยและจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์	-จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ -จำนวนประชากรกลางปี	ไม่เกิน ๒๖/แสนประชากร
ประเด็นการตรวจราชการที่ติดตาม ๒. ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (เป้าหมาย ๕๐ %)			
ผู้ป่วย STEMI เข้าถึงบริการในทุกเขตชุมชนมีการเพิ่มศักยภาพของโรงพยาบาลระดับ F๒ และ F๒ ขึ้นไป	๑. มีแนวทางในการให้ยาละลายลิ่มเลือดโดยมีระบบการให้คำปรึกษาและระบบรับส่งต่อผู้ป่วยตลอด ๒๔ ชั่วโมงทุกวัน(๒๔/๗) โดย	มี CPG ระบบการให้คำปรึกษาและระบบรับส่งต่อผู้ป่วย	มี CPG และนำไปใช้จริงและมีแนวทางการรับส่งต่อที่ชัดเจน

	อายุรแพทย์หรืออายุรแพทย์โรคหัวใจ		
	๒. มีระบบการบริหารยาละลายลิ่มเลือดโดยต้องมีพร้อมสามารถให้ยาได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมงทุกวันและมีระบบหมุนเวียนยาระหว่างโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชน(๒๔/๗)	จำนวน Stock ยา	จำนวน Stock ยา
	๓. มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดได้จริงโดยมีจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับยามากกว่าร้อยละ๕๐ในกรณีผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลภายใน๑๒ชั่วโมงหลังมีอาการ	-จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยา -ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับยา	-จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยา -ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับยา
	๔. มีความพร้อมของหน่วยงานและทีมงานมีอุปกรณ์เครื่องช่วยชีวิตมีรถพยาบาลพร้อมส่งในกรณีฉุกเฉินตลอด ๒๔ ชั่วโมงเช่นกัน(๒๔/๗)	-จำนวนบุคลากรที่ได้รับการอบรม BLS & ACLS -รถพยาบาลที่มีความพร้อม	-บุคลากรที่ต้องไปส่งผู้ป่วยโดยรถพยาบาลต้องผ่านการอบรม BLS & ACLS -รถพยาบาลที่มีความพร้อมด้านอุปกรณ์
	๕. เพิ่มหน่วยบริการหรือการรักษาโดยวิธีให้ยาละลายลิ่มเลือดและหรือการขยายหลอดเลือด	มีการลงข้อมูลจำนวนหน่วยบริการและผู้ป่วยที่ให้ยาละลายลิ่มเลือดและหรือการขยายหลอดเลือดในแบบ case record formของ Thai ACS Registry	- มีการลงข้อมูลในแบบ case record formของ Thai ACS Registry - ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดและหรือการขยายหลอดเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ ๘๐%
	๖. ปรับระบบการส่งต่อและแนวทางการรับผู้ป่วยเพื่อให้สามารถให้บริการผู้ป่วยได้ในเวลาที่รวดเร็วและเหมาะสม (ภายใน ๓-๑๒ชม.หลังมีอาการ) ทั้งโดยวิธีให้ยาละลายลิ่มเลือดและการขยายหลอดเลือด	มีการลงข้อมูลในแบบ case record formของ Thai ACS Registry - Time from diagnosis to needle time - Time from diagnosis to PCI wire pass time	-มีการลงข้อมูลในแบบ case record formของ Thai ACS Registry -มีข้อมูล - % Time from diagnosis to needle time < ๓๐ นาที - % Time from diagnosis to needle time PCI wire pass time < ๑๒๐ นาที

ประเด็นการตรวจราชการที่ติดตาม ๓. ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล (≤๑๐)			
๑. เพิ่มหน่วยบริการหรือการรักษาโดยวิธีให้ยาละลายลิ่มเลือดและหรือการขยายหลอดเลือด	มีข้อมูลจำนวนหน่วยบริการและผู้ป่วยที่ให้ยาละลายลิ่มเลือดและหรือการขยายหลอดเลือด	ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดและหรือการขยายหลอดเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ ๘๐%	ต้องมี
๒. ปรับระบบการส่งต่อและแนวทางการรับผู้ป่วยเพื่อให้สามารถให้บริการผู้ป่วยได้ในเวลาที่รวดเร็วและเหมาะสม (ภายใน ๓-๑๒ ชม. หลังมีอาการ) ทั้งโดยวิธีให้ยาละลายลิ่มเลือดและการขยายหลอดเลือด	มีข้อมูล - Door to needle time - Door to balloon time	มีข้อมูล - %Door to needle time < ๓๐ นาที - %Door to balloon time < ๓๐ นาที	ควรมี
๓. มีข้อมูลผู้ป่วยเสียชีวิตในรพ.	-ลดอัตราเสียชีวิตในรพ. น้อยกว่า ๑๐ %	มีข้อมูลที่ผู้ป่วยเสียชีวิตในรพ. โดยมี -Stock ยา -มีระบบบริหารยา	

Small Success ตรวจราชการ

๑. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน ๒๖ ต่อแสนประชากร

มาตรการ	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑. มีการคัดกรองผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดตามโปรแกรม	✓	✓	✓	✓
๒. ให้การรักษาผู้ป่วยที่เป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างรวดเร็วโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดและหรือการทำบอลลูน	✓	✓	✓	✓
๓. ผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรังให้รักษาโดยการทำบอลลูนหรือการผ่าตัด By pass โดยลดเวลาระยะเวลารอคอยการทำ	✓	✓	✓	✓
๔. ในรายที่เป็นโรคแล้วให้มีการควบคุมปัจจัยเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่ต้องการ	✓	✓	✓	✓
๕. ให้การศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติเรื่องการควบคุมปัจจัยเสี่ยงการดูแลตนเองและการเข้าถึงบริการทั้งในภาวะฉุกเฉินและปกติ	✓	✓	✓	✓
๖. มีข้อมูลของการเสียชีวิตของผู้ป่วยโดยดูสาเหตุการตายจากเวชระเบียนของผู้ป่วยและจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร	✓	✓	✓	✓
	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
	-	-	-	๒๖

Small Success ติดตาม

๒. ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (เป้าหมาย ๕๐ %)

มาตรการ	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑. มีแนวทางในการให้ยาละลายลิ่มเลือดโดยมีระบบการให้คำปรึกษาและระบบรับส่งต่อผู้ป่วยตลอด ๒๔ ชั่วโมงทุกวัน(๒๔/๗)โดยอายุรแพทย์หรืออายุรแพทย์โรคหัวใจ	✓	✓	✓	✓
๒. มีระบบการบริหารยาละลายลิ่มเลือดโดยต้องมีพร้อมสามารถให้ยาได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมงทุกวันและมีระบบหมุนเวียนยาระหว่างโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชน(๒๔/๗)	✓	✓	✓	✓
๓. มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดได้จริงโดยมีจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับยามากกว่าร้อยละ๕๐ในกรณีที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลภายใน๑๒ชั่วโมงหลังมีอาการ	✓	✓	✓	✓
๔. มีความพร้อมของหน่วยงานและทีมงานมีอุปกรณ์เครื่องช่วยชีวิตมีรถพยาบาลพร้อมส่งในกรณีฉุกเฉินตลอด ๒๔ ชั่วโมงเช่นกัน(๒๔/๗)	✓	✓	✓	✓
๕. เพิ่มหน่วยบริการหรือการรักษาโดยวิธีให้ยาละลายลิ่มเลือดและหรือการขยายหลอดเลือด	✓	✓	✓	✓
๖. ปรับระบบการส่งต่อและแนวทางการรับผู้ป่วยเพื่อให้สามารถให้บริการผู้ป่วยได้ในเวลาที่รวดเร็วและเหมาะสม (ภายใน ๓-๑๒ ชม.หลังมีอาการ) ทั้งโดยวิธีให้ยาละลายลิ่มเลือดและการขยายหลอดเลือด	✓	✓	✓	✓

วิธีการคำนวณร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด

โดยใช้ข้อมูลของโรงพยาบาลที่ลงไว้ใน Case record form ของ Thai ACS registry

	จำนวนผู้ป่วย STEMI	จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มี T๒-T๑ ≤ ๓๐ min.	จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มี T๓-T๑	จำนวนผู้ป่วย STEMI ได้รับการรักษาตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด %	เป้าหมาย
			รพ.ทำ PCI ไม่ได้ ≤ ๑๒๐ min		
			รพ.ทำ PCI ได้ ≤ ๙๐ min		
โรงพยาบาลที่ทำ PCI ไม่ได้	Total (N)	N๑	N๒	$N๑+N๒/๑๐๐$	๕๐%
โรงพยาบาลที่ทำ PCI ได้	Total (N)	N๑	N๒	$N๑+N๒/๑๐๐$	๕๐%

T๑ คือเวลาที่ให้การวินิจฉัย STEMI

T๒ คือเวลาที่เริ่มให้ยาละลายลิ่มเลือด

T๓ คือเวลาที่ใส่ PCI wire ได้สำเร็จ

เป้าหมายร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๕๐	๕๐	๕๐	๕๐

๓. ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล (≤ 10)

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑๐	๑๐	๑๐	๑๐

แหล่งข้อมูล

ตัวชี้วัด (หลัก/ ย่อย)	ระบบ	ที่อยู่/ URL
๑. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน ๒๖ ต่อแสนประชากร	จากการตรวจราชการและข้อมูล Thai Acute Coronary syndrome registry ที่ลงทะเบียนมาจากโรงพยาบาลในทุกเครือข่าย เขตบริการสุขภาพในกระทรวงสาธารณสุข	Thai ACS Registry (http://www.ncvdt.org/)
๒. ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (เป้าหมาย ๕๐ %)	ข้อมูลจากเวชระเบียนและข้อมูลที่ตั้งในโปรแกรม Thai ACS Registry แยกตามเขตสุขภาพ รวบรวมโดยกรมการแพทย์ และนำเสนอสำนักนโยบายยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (HDC)	HDC https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรมการแพทย์

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address
นพ.เกรียงไกรเฮงรัมย์	ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานอายุรศาสตร์หัวใจ สถาบันโรคทรวงอกกรมการแพทย์	Tel. ๐๒-๕๕๑-๙๙๙๙ ต่อ ๓๐๙๒๐ Mobile : ๐๘๑-๓๔๘-๔๒๓๖ e-mail : Kk_hm๒๐๐๐@yahoo.com
กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์	สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์	Tel. ๐๒-๕๕๐-๖๓๕๘ Mobile e-mail :supervision.dms@gmail.com

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address
กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์	สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์	Tel. ๐๒-๕๕๐-๖๓๕๘ Mobile e-mail :supervision.dms@gmail.com

หมายเหตุ สามารถเพิ่มเติมรายละเอียดอื่นๆที่สำคัญและจำเป็นได้ตามดุลยพินิจของ คกต. แต่ละคณะ

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒

(Inspection Guideline)

คณะที่ ๒ : Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)

หัวข้อ การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ

ตัวชี้วัด : อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, Mo (ทั้งที่ ER และ Admit) น้อยกว่าร้อยละ ๑๒

คำนิยาม

ECS : Emergency Care System (ระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ) หมายถึง ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยสุขภาพประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (EMS) การดูแลในห้องฉุกเฉิน (ER) การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล (Referral System) การจัดการสาธารณสุขภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Disaster)

แนวคิดการจัดบริการ ECS คือ การพัฒนา “ห่วงโซ่คุณภาพ (Chain of Quality)” ได้แก่ EMS คุณภาพ, ER คุณภาพ, Refer คุณภาพ และ Disaster คุณภาพ เพื่อสร้าง “ห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต (Chain of Survival)” ของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน โดยมีเป้าประสงค์ ๑) เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ๒) ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพที่ป้องกันได้ (Preventable Death) จากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ๓) ระบบ ECS ที่มีคุณภาพและมาตรฐาน

การพัฒนา ECS ในปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๕ จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ

“ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน” หมายถึง ผู้มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉินและได้รับการคัดแยกเป็น *Triage Level ๑* **“การเสียชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมง”** หมายถึง นับจากเวลาที่ผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉินถึงเวลาที่เสียชีวิต (Door to Death) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ซึ่งรวมถึงการเสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน

การบาดเจ็บต่อเนื้อสมอง (Severe traumatic brain injury) หมายถึง การที่มีประวัติข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ ได้แก่ การที่มี ประวัติศีรษะถูกกระทบ หรือ มีบาดแผลบริเวณหนังศีรษะ และ มีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้สติแม้เพียงช่วงเวลาหนึ่ง ทั้งนี้ไม่รวมบาดแผลบริเวณใบหน้า กระดูกใบหน้าแตก สิ่งแปลกปลอมเข้าในรูจมูกหรือหู หรือเลือดกำเดาไหลซึ่ง The Demographics and Clinical Assessment Working Group ของ International and Interagency Initiative toward Common Data Elements for Research on Traumatic Brain Injury and Psychological Health ได้ให้คำนิยามไว้ดังนี้ “TBI คือ การเปลี่ยนแปลงของหน้าที่การทำงานของสมอง หรือเกิดพยาธิสภาพของสมองจากแรงกระทำภายนอก”

การค้นรหัส ICD ๑๐ ของ การบาดเจ็บรุนแรงต่อเนื้อสมอง ไม่มีรหัสโรคโดยตรง การสืบค้นข้อมูล ทำโดยใช้รหัสโรคของอุบัติเหตุชนิดต่างๆ ต่อเนื้อสมอง (S ๐๖.๐ – S ๐๖.๙) โดยตัดกลุ่ม S ๐๖.๐ อันหมายถึง cerebral concussion ที่เป็นการกระทบชนิดไม่รุนแรงออก ร่วมกับรหัสการใส่ท่อช่วยหายใจ (ICD ๙ procedure ๙๖.๐, ๙๖.๐๔, ๙๖.๐๕) หรืออยู่ในภาวะโคม่า (ICD ๑๐: R ๔๐.๒๔๓)

การค้นข้อมูลในแบบนี้ อาจมีผู้ป่วยบาดเจ็บต่อเนื้อสมองที่ไม่รุนแรง แต่ถูกใส่ท่อช่วยหายใจด้วยสาเหตุอื่นๆ มาปนได้ แต่น่าจะไม่น่ามากนัก ข้อมูลที่ดี ควรมาจากการเก็บข้อมูลผ่าน Traumatic brain injury registry ที่อาจเกิดขึ้นในเวลาต่อไป

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)

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

<p>ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (ทั้งที่ ER และ Admit) ไม่เกินร้อยละ ๑๒ (Trauma<๑๒%, Non-Trauma<๑๒%)</p> <p>A = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่เสียชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมง</p> <p>B = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินทั้งหมด</p>
<p>ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ ๑.๑ อัตราของผู้ป่วย trauma triage level ๑ และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน ๖๐ นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐</p> <p>A = จำนวนผู้ป่วย trauma triage level ๑ และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน ๖๐ นาที</p> <p>B = จำนวนผู้ป่วย trauma triage level ๑ และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ และได้รับการผ่าตัดทั้งหมด</p>
<p>ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ ๑.๒ อัตราของผู้ป่วย triage level ๑, ๒ อยู่ในห้องฉุกเฉิน < ๒ ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐</p> <p>A = จำนวนผู้ป่วย triage level ๑, ๒ อยู่ในห้องฉุกเฉินที่ admit ภายใน ๒ ชม.</p> <p>B = จำนวนผู้ป่วย triage level ๑, ๒ ที่ admit ทั้งหมด</p>
<p>ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ ๒.๑ ร้อยละของผู้ป่วย PS score >๐.๗๕ ในโรงพยาบาลทุกระดับ ได้รับการทำ root cause analysis ร้อยละ ๑๐๐</p> <p>A = จำนวนผู้ป่วย PS score >๐.๗๕ ที่เสียชีวิต และได้รับการทำ RCA ในโรงพยาบาลทุกระดับ</p> <p>B = จำนวนผู้ป่วย PS score >๐.๗๕ ที่เสียชีวิต ในโรงพยาบาลทุกระดับ</p>
<p>ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ ๒.๒ อัตราของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (Mortality rate of severe traumatic brain injury) (รหัส ICD S ๐๖.๑ – S ๐๖.๙) ไม่เกินร้อยละ ๔๕</p> <p>A = จำนวนผู้ป่วย severe traumatic brain injury (ICD S๐๖.๑-S ๐๖.๙) และใส่ท่อหายใจ (ICD ๙ procedure ๙๖.๐, ๙๖.๐๔, ๙๖.๐๕) การใช้เครื่องช่วยหายใจ (ICD ๙ procedure ๙๖.๗) หรืออยู่ในภาวะโคม่า (ICD ๑๐: R ๔๐.๒๔๓)</p> <p>B = จำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองทั้งหมด ICD S๐๖.๑-S ๐๖.๙ และใส่ท่อหายใจ (ICD ๙ procedure ๙๖.๐, ๙๖.๐๔, ๙๖.๐๕) การใช้เครื่องช่วยหายใจ (ICD ๙ procedure ๙๖.๗) หรืออยู่ในภาวะโคม่า (ICD ๑๐: R ๔๐.๒๔๓)</p>
<p>ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ ๓.๑ อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐</p> <p>A = จำนวน TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ</p> <p>B = จำนวน TEA unit ทั้งหมดในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑</p>
<p>ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ ๓.๒ อัตราของโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐</p> <p>A = จำนวนโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ</p> <p>B = จำนวนโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพทั้งหมด</p>

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (ทั้งที่ ER และ Admit)

เป้าหมาย	มาตรการที่สำคัญในปี ๒๕๖๒	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (ทั้งที่ ER และ Admit)	<ul style="list-style-type: none"> - เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดระยะเวลาการเข้าถึงบริการ definite care - ลดอัตราการเสียชีวิตของโรคที่เกิดจากอุบัติเหตุที่สำคัญและมีความรุนแรง - เพิ่มประสิทธิภาพและมาตรฐานของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 	ตรวจติดตามจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) หรือ ฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดย นำเสนอข้อมูล ๖ เดือน ๙ เดือน และ ๑๒ เดือน ในภาพรวมของ จังหวัดหรือภาพรวมของเขตสุขภาพ (โดยการตรวจราชการกรณีปกติ)	ไม่เกินร้อยละ ๑๒ (Trauma<๑๒%, Non-Trauma<๑๒%)

ประเด็นการตรวจติดตาม

เป้าหมาย	มาตรการที่สำคัญในปี ๒๕๖๒	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจติดตาม ๑. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดระยะเวลาการเข้าถึงบริการ definite care			
๑.๑ อัตราของผู้ป่วย trauma triage level ๑ และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน ๖๐ นาที	<ul style="list-style-type: none"> - ชี้นำ/ฝึกอบรมการประเมิน ECS คุณภาพ และ TEA unit - ปรับเกณฑ์ ECS คุณภาพให้สูงขึ้น - สร้างเครื่องมือประเมิน TEA unit (outcome based) - ประสานงาน/สนับสนุน/ร่วมจัดการฝึกอบรม - กำหนดเป็นนโยบายของเขตสุขภาพ - มาตรการลดภาวะห้องฉุกเฉินแออัด - ดำเนินการตามแนวปฏิบัติ ER Safety (๒P Safety) - ER Quality Improvement (Audit) - ผลักดันกระบวนการผ่าน TEA unit 	ตรวจติดตามจาก ฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) หรือ ฐานข้อมูลของแต่ละ โรงพยาบาลสังกัด กระทรวงสาธารณสุข โดย นำเสนอข้อมูล ๖ เดือน ๙ เดือน และ ๑๒ เดือน ใน ภาพรวมของจังหวัดหรือ ภาพรวมของเขตสุขภาพ (โดยการตรวจราชการ กรณีปกติ)	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐
๑.๒ อัตราของผู้ป่วย triage level ๑, ๒ อยู่ใน ห้องฉุกเฉิน <๒ ชม. ใน โรงพยาบาลระดับ A, S, M๑	<ul style="list-style-type: none"> - ประสานงาน/สนับสนุน/ร่วมจัดการฝึกอบรม - กำหนดเป็นนโยบายของเขตสุขภาพ - มาตรการลดภาวะห้องฉุกเฉินแออัด - ดำเนินการตามแนวปฏิบัติ ER Safety (๒P Safety) - ER Quality Improvement (Audit) - ผลักดันกระบวนการผ่าน TEA unit 	ตรวจติดตามจาก ฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) หรือ ฐานข้อมูลของแต่ละ โรงพยาบาลสังกัด กระทรวงสาธารณสุข โดย นำเสนอข้อมูล ๖ เดือน ๙ เดือน และ ๑๒ เดือน ใน ภาพรวมของจังหวัดหรือ ภาพรวมของเขตสุขภาพ (โดยการตรวจราชการ กรณีปกติ)	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐
ประเด็นการตรวจติดตาม ๒. ลดอัตราการเสียชีวิตของโรคที่เกิดจากอุบัติเหตุที่สำคัญและมีความรุนแรง			
๒.๑ ร้อยละของผู้ป่วย PS score >๐.๗๕ ใน โรงพยาบาลทุกระดับ ได้รับการทำ root cause analysis	<ul style="list-style-type: none"> - ชี้นำ/ฝึกอบรมการประเมิน ECS คุณภาพ, TEA unit - ปรับเกณฑ์ ECS คุณภาพให้สูงขึ้น - สร้างเครื่องมือประเมิน TEA unit (outcome based) 	ตรวจติดตามจาก ฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) หรือ ฐานข้อมูลของแต่ละ โรงพยาบาลสังกัด กระทรวงสาธารณสุข โดย นำเสนอข้อมูล ๖ เดือน ๙ เดือน และ ๑๒ เดือน ใน ภาพรวมของจังหวัดหรือ ภาพรวมของเขตสุขภาพ (โดยการตรวจราชการ กรณีปกติ)	ร้อยละ ๑๐๐
๒.๒ อัตราของผู้ป่วย บาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (Mortality rate of severe traumatic brain injury) (รหัส ICD S ๐๖.๑ – S ๐๖.๙)	<ul style="list-style-type: none"> - ประสานงาน/สนับสนุน/ร่วมจัดการฝึกอบรม - กำหนดเป็นนโยบายของเขตสุขภาพ - มาตรการลดภาวะห้องฉุกเฉินแออัด - ดำเนินการตามแนวปฏิบัติ ER Safety (๒P Safety) - ER Quality Improvement (Audit) - ผลักดันกระบวนการผ่าน TEA unit 	ตรวจติดตามจาก ฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) หรือ ฐานข้อมูลของแต่ละ โรงพยาบาลสังกัด กระทรวงสาธารณสุข โดย นำเสนอข้อมูล ๖ เดือน ๙ เดือน และ ๑๒ เดือน ใน ภาพรวมของจังหวัดหรือ ภาพรวมของเขตสุขภาพ (โดยการตรวจราชการ กรณีปกติ)	ไม่เกินร้อยละ ๔๕

เป้าหมาย	มาตรการที่สำคัญในปี ๒๕๖๒	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจติดตาม ๓. การพัฒนาข้อมูลและระบบสารสนเทศห้องฉุกเฉิน			
๓.๑ อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ	<ul style="list-style-type: none"> - บูรณาการ IS/PHER/ITEMS/HIS - ยึดการใช้ข้อมูลเพิ่ม ACCIDENT - แนวทางการจัดทำรายงานตัวชี้วัด - ประสาน HDC เพื่อปรับปรุงระบบข้อมูล 	ตรวจติดตามจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) หรือฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยนำเสนอข้อมูล ๖ เดือน ๙ เดือน และ ๑๒ เดือน ในภาพรวมของจังหวัดหรือภาพรวมของเขตสุขภาพ (โดยการตรวจราชการกรณีปกติ)	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐
๓.๒ อัตราของโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป ที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ	<ul style="list-style-type: none"> - จัดทีมนิเทศ data management ลงพื้นที่ - บูรณาการข้อมูลในระดับเขต/ จังหวัด โดยใช้เพิ่ม ACCIDENT เป็นหลัก - มีการวิเคราะห์และใช้ข้อมูลเพื่อการพัฒนาในระดับเขต - TEA unit มีการวิเคราะห์และใช้ข้อมูลเพื่อการพัฒนา - ส่งออกข้อมูลเพิ่ม ACCIDENT ให้ได้ครบถ้วน - ถูกต้อง ทันเวลา 		ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐

Small Success

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (ทั้งที่ ER และ Admit) ไม่เกินร้อยละ ๑๒ (Trauma<๑๒%, Non-Trauma<๑๒%)			
๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
-	อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ < ๑๕%	อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ < ๑๕%	อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ < ๑๒%

ประเด็นการตรวจติดตาม

๑.๑ อัตราของผู้ป่วย trauma triage level ๑ และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน ๖๐ นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐			
๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
-	อัตราของผู้ป่วย trauma triage level ๑ และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ใน โรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ สามารถ เข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน ๖๐ นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐	อัตราของผู้ป่วย trauma triage level ๑ และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน ๖๐ นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๗๐	อัตราของผู้ป่วย trauma triage level ๑ และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน ๖๐ นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐
๑.๒ อัตราของผู้ป่วย triage level ๑, ๒ อยู่ในห้องฉุกเฉิน <๒ ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐			
๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
-	-	-	ร้อยละ ๖๐

๒.๑ ร้อยละของผู้ป่วย PS score > ๐.๗๕ ในโรงพยาบาลทุกระดับ ได้รับการทำ root cause analysis ร้อยละ ๑๐๐			
๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
-	ร้อยละของผู้ป่วย PS score>๐.๗๕ ในโรงพยาบาล ระดับ F๒ ขึ้นไป ได้รับการทำ root cause analysis ร้อยละ ๑๐๐	-	ร้อยละของผู้ป่วย PS score>๐.๗๕ ในโรงพยาบาล ระดับ F๒ ขึ้นไป ได้รับการทำ root cause analysis ร้อยละ ๑๐๐
๒.๒ อัตราตายผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (mortality rate of severe traumatic brain injury) (รหัส ICD S ๐๖.๑ - S ๐๖.๙) ไม่เกินร้อยละ ๔๕			
๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
ไม่เกินร้อยละ ๔๕	ไม่เกินร้อยละ ๔๕	ไม่เกินร้อยละ ๔๕	ไม่เกินร้อยละ ๔๕
๓.๑ อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐			
๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
-	-	-	ร้อยละ ๑๐
๓.๒ อัตราของโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป ที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐			
๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
			ร้อยละ ๘๐

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรมการแพทย์

แหล่งข้อมูล

ตัวชี้วัด	ระบบ	ที่อยู่ URL
ตัวชี้วัดหลัก อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วย วิกฤตฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (ทั้งที่ ER และ Admit) ตัวชี้วัดรอง: ๑. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดระยะเวลาการเข้าถึงบริการ definite care (๑.๑ และ ๑.๒) ๒. ลดอัตราการเสียชีวิตของโรคที่เกิดจากอุบัติเหตุที่สำคัญและมีความรุนแรง (๒.๑ และ ๒.๒) ๓. การพัฒนาข้อมูลและระบบสารสนเทศห้องฉุกเฉิน (๓.๑ และ ๓.๒)	๑. ฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) ๒. ฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php

ผู้ประสานงานตัวชีวิต

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่ รับผิดชอบ
นพ.ชาติชาย คล้ายสุบรรณ	ตำแหน่ง : นายแพทย์ ชำนาญการ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัย ภูเบศร จ.ปราจีนบุรี	Mobile : ๐๘๖-๑๔๑๔๗๖๙ e-mail : beera๐๒๔@gmail.com	ให้ ข้อมูล ทาง วิชาการ รวบรวม จากเขตสุขภาพ และประมวลผล การดำเนินการ
นายสโรช จินดาวณิชย์	ตำแหน่ง : นักวิชาการ สาธารณสุข กองสาธารณสุขฉุกเฉิน	Tel. : ๐๒-๕๙๐๑๖๖๔ Mobile : ๐๘๑-๐๗๔๕๕๕๙๙ e-mail : maxjung_woo@hotmail.com	
นางสาวปาริฉัตร หมั่นจี้	ตำแหน่ง : นักวิชาการ สาธารณสุข กองสาธารณสุขฉุกเฉิน	Tel. : ๐๒-๕๙๐๑๖๖๔ Mobile : ๐๙๕-๔๘๔๕๘๒๙ e-mail : m.b.parichat@gmail.com	
นางสาวพิมลมาส คุ่มชุ่ม	ตำแหน่ง : นักวิชาการ สาธารณสุข กองสาธารณสุขฉุกเฉิน	Tel. : ๐๒-๕๙๐๑๖๖๔ Mobile : ๐๘๕-๒๘๗๘๙๔๕ e-mail : pepimolmas๑๑@gmail.com	
นายอัครเดช เป็งจันทา	ตำแหน่ง : นักวิชาการ สาธารณสุข กองสาธารณสุขฉุกเฉิน	Tel. : ๐๒-๕๙๐๑๖๖๔ Mobile : ๐๙๓-๓๙๒๓๗๐๒ e-mail : akaradhp@gmail.com	

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่ รับผิดชอบ
นพ.ธีรชัย ยงชัยตระกูล	ตำแหน่ง : ผู้อำนวยการ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์	Tel. : ๐ ๒๕๙๑ ๘๒๔๖ Mobile : ๐๘๑-๘๔๒๙๓๘๔ e-mail : teerachai.y@gmail.com	สรุปผลการดำเนินการ วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และ ข้อเสนอแนะ
นพ.เกษมสุข โยธาสุมทร	กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการ แพทย์	Tel. : ๑๔๑๕ ต่อ ๒๔๑๓ Mobile : ๐๘๓-๘๐๓๓๓๑๐ e-mail : k.yothasamutr@gmail.com	
นพ.ชาติชาย คล้ายสุบรรณ	ตำแหน่ง : นายแพทย์ ชำนาญการ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัย ภูเบศร จ.ปราจีนบุรี	Mobile : ๐๘๖-๑๔๑๔๗๖๙ e-mail : beera๐๒๔@gmail.com	

หมายเหตุ สามารถเพิ่มเติมรายละเอียดอื่นๆที่สำคัญและจำเป็นได้ตามดุลยพินิจของ คกต. แต่ละคณะ