



ประชุมชี้แจงตัวชี้วัดตรวจราชการ และนิเทศงานกรณีปกติ เขตสุขภาพที่ 8 รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

วันที่ 20 ธันวาคม 2567

ณ ห้องประชุมรวงผึ้ง ชั้น 5 สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8

นายแพทย์สิทธิ เชาวนัส

รักษาการผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ 8



สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8

DMS Regional Health 8th

ประเด็นการตรวจราชการกรมการแพทย์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

7
KPI

+

2
KPI

ประเด็นที่ 4 คนไทยห่างไกลโรคและภัยสุขภาพ (7 KPI)



Stroke



STEMI



CKD



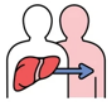
Newborn



Cancer



Sepsis



Transplant

ประเด็นที่ 6 จัดระบบบริการสุขภาพเพื่อ
กลุ่มเปราะบางและพื้นที่พิเศษ (2 KPI)



Palliative Care



Elderly



ประเด็นที่ 4 คนไทยห่างไกลโรคและภัยสุขภาพ

ตัวชี้วัดที่ 13 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69)

13.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69)

(เป้าหมาย < ร้อยละ 7)

13.2 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I64) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง

ได้รับการรักษาใน Stroke Unit (เป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ 80)



ตัวชี้วัด สาขารักษาโรคหลอดเลือดสมอง

1

อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล (I60-I69)
(เป้าหมาย < ร้อยละ 7)

2

ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I64) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง
ได้รับการรักษาใน Stroke Unit (เป้าหมาย > ร้อยละ 80)





Stroke



KPI

สาขาโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

รายละเอียดสูตรคำนวณ

1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60 - I69) (เป้าหมาย < ร้อยละ 7)

สูตรคำนวณ = (A/B) x 100

- A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69) จากทุกหอผู้ป่วย
- B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (Stroke: I60-I69)

2. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60 - I64) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit (เป้าหมาย ≥ ร้อยละ 80)

สูตรคำนวณ = (A/B) x 100

- A = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I64) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit
- B = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I64) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาในช่วงเวลาเดียวกัน

STROKE UNIT

ประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก

1. สถานที่เฉพาะไม่น้อยกว่า 4 เตียง
2. ทีมสหวิชาชีพที่มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง
3. มีแผนการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (Care maps) และแผนการให้ความรู้ที่จัดเตรียมไว้แล้ว
โดยผ่านการประชุมของทีมสหวิชาชีพของสถานพยาบาลนั้น ๆ

$$\text{จำนวนเตียงSU} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วย (I60-I69) ต่อปี} \times \text{จำนวนวันนอนเฉลี่ย}}{365}$$



ประเด็นมุ่งเน้นในการพัฒนาระบบบริการโรคหลอดเลือดสมอง

เป้าหมาย

- ลดอัตราการตาย
- ลดพิการ

1

- เพิ่มการเข้าถึงระบบบริการ **Stroke Fast Track** ในโรงพยาบาลทุกระดับ
- ประชาสัมพันธ์ stroke awareness, stroke alert โดยใช้ **BEFAST**
 - กระจาย MSU ในพื้นที่จำเป็น
 - ยกกระดับโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายให้สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้

2

- พัฒนาการจัดระบบบริการ **Stroke Unit** ให้ได้มาตรฐานและเพียงพอ
- Admit case ICH, IS ใน stroke unit
 - จำนวนพยาบาลได้มาตรฐาน อัตราส่วนพยาบาลไม่เกิน 1:4
 - มีจำนวนเตียงเพียงพอ

3

- เพิ่มศักยภาพ พัฒนาระบบ และสร้างเครือข่ายการส่งต่อไว้ร่อยต่อ **Mechanical Thrombectomy**
- เปิดบริการ อย่างน้อย 24/5



ประเด็นที่ 4 คนไทยห่างไกลโรคและภัยสุขภาพ

ตัวชี้วัดที่ 15 อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน

15.1 อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน

(เป้าหมาย ≤ 3.6 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีวิต)

15.2 จำนวนเตียง NICU ในเขตสุขภาพ

(เป้าหมาย ≤ 1 ต่อ 300 ทารกแรกเกิดมีชีวิต)





สาขาการรกแรกเกิด (Newborn)

ตัวชี้วัดหลัก

อัตราตายการรกแรกเกิดอายุ ≤ 28 วัน

คำนิยาม

การรกแรกเกิด หมายถึง การรกที่รอดออกมาน้ำหนัก ≥ 500 กรัม มีชีวิตจนถึง 28 วัน ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป/ โรงพยาบาลชุมชน/ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล)

เป้าหมาย:

≤ 3.60 ต่อ 1,000 การรกแรกเกิดมีชีพ

สูตรคำนวณ = $(A/B) \times 1,000$

A = จำนวนการรกที่เสียชีวิต ≤ 28 วัน

B = จำนวนการรกแรกเกิดมีชีพ (โดยนำยอดจำนวนจากฐานข้อมูลสูงสุดมาคำนวณ)

ตัวชี้วัดรอง

จำนวนเตียง NICU ในเขตสุขภาพ

คำนิยาม

เตียง NICU หมายถึง ครุภัณฑ์การแพทย์ตามเกณฑ์มาตรฐานของสถานพยาบาลแต่ละระดับ รวมถึงจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน

เป้าหมาย:

จำนวนเตียง NICU ในเขตสุขภาพ $\leq 1: 300$ การรกเกิดมีชีพ

สูตรคำนวณ = B/A

A = จำนวนเตียง NICU

B = จำนวนการรกแรกเกิดมีชีพเฉลี่ยของปีงบประมาณ พ.ศ. 2565-2567



ประเด็นที่ 4 คนไทยห่างไกลโรคและภัยสุขภาพ

ตัวชี้วัดที่ 16 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired
(เป้าหมาย < ร้อยละ 24)



สาขาอายุรกรรม (Sepsis)

อัตราการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community - acquired (เป้าหมาย < ร้อยละ 24)

คำนิยามตัวชี้วัด

1. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ Severe Sepsis หรือ septic shock
 - 1.1 ผู้ป่วย severe Sepsis หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับ มี SIRS ที่เกิดภาวะ tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction โดยที่อาจจะมีหรือไม่มีภาวะ hypotension ก็ได้
 - 1.2 ผู้ป่วย septic shock หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ที่มี hypotension ต้องใช้ vasopressors ในการ maintain MAP ≥ 65 mm Hg และมีค่า serum lactate level > 2 mmol/L (18 mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม
2. ชนิดของ Sepsis
 - 1) Community - acquired Sepsis หมายถึง การติดเชื้อมาจากที่บ้านหรือที่ชุมชน โดยต้องไม่อยู่ในกลุ่ม Hospital - acquired Sepsis
 - 2) Hospital - acquired Sepsis หมายถึง การติดเชื้อที่เกิดจากภายในสถานพยาบาลหรือหลังจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 48 ชั่วโมง อัตราตายจากติดเชื้อในกระแสเลือด แบ่งเป็น 2 กลุ่ม
 - 1) อัตราตายจาก Community - acquired Sepsis
 - 2) อัตราตายจาก Hospital - acquired Sepsis
3. กลุ่มเป้าหมาย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 จะมุ่งเน้นที่กลุ่ม Community - acquired Sepsis เพื่อพัฒนาให้มีระบบข้อมูลพื้นฐานให้เหมือนกันทั้งประเทศ และเริ่มทดลองเก็บข้อมูล Hospital - acquired Sepsis ในสถานพยาบาลในระดับ P หรือ P+ (ตามการแบ่งระดับศักยภาพแบบ SAP) ในแต่ละเขตสุขภาพ
4. การคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง การคัดกรองผู้ป่วยทั่วไปที่อาจจะมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงต่อไป
5. ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล หมายถึง ข้อมูลจาก ICD 10 และ / หรือฐานข้อมูลอื่น ๆ ของแต่ละโรงพยาบาล

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเป็นภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญพบว่าอัตราอุบัติการณ์มีแนวโน้มสูงขึ้นและอัตราเสียชีวิตสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ที่รับยาทดภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้ยังพบว่าแนวโน้มของการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การรักษามีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มสูงขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าการติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลให้อวัยวะต่าง ๆ ทำงานผิดปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา ได้แก่ ภาวะช็อก, ไตวาย การทำงานอวัยวะต่าง ๆ ล้มเหลว และเสียชีวิตในที่สุด

การตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบที่ 1 และ 2

มาตรการที่ดำเนินงานหลัก	แนวทางการตรวจกำกับ ติดตาม	ผลผลิต/ผลลัพธ์ที่ได้
1. มีคณะทำงาน Sepsis เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลแต่ละระดับ 2. มีผู้รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis Case Manager) ในแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ และพยาบาลอย่างน้อย 1 คน เพื่อดูแลตัวชี้วัดและแจ้งผลให้คณะทำงานรับทราบในไตรมาสที่ 2 และไตรมาสที่ 4 3. สร้างระบบ Sepsis Fast Track ในจังหวัด เพื่อให้ผู้ป่วย Sepsis แบบรุนแรงได้เข้า ICU ภายใน 3 ชั่วโมง มากกว่าร้อยละ 30 4. สร้างระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในโรงพยาบาลประจำจังหวัด (ระดับ A และ สำหรับการจัดการระดับศักยภาพรพ. แบบ F2 - A และ ตั้งแต่ระดับ A จนถึง P+ สำหรับการจัดการระดับศักยภาพรพ. แบบ SAP) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย Sepsis 5. รายงานผลจากฐานข้อมูล HDC หรือฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลโดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด และภาพรวมของเขตสุขภาพให้คณะทำงานรับทราบในไตรมาสที่ 2 และไตรมาสที่ 4	1. ตรวจติดตามอัตราการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community - acquired Sepsis ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลทุกระดับจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) หรือฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลส่งถึงกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับนำเสนอตัวชี้วัดย่อยเพื่อให้เห็นกระบวนการทำงาน ในส่วนของ process โดยนำเสนอข้อมูล 6 เดือน และ 12 เดือน ในภาพรวมของจังหวัดหรือภาพรวมของเขตสุขภาพ (โดยการตรวจราชการกรณีปกติ) 2. สังเกตการณ์ ทดลองเก็บข้อมูล Hospital - acquired Sepsis ในโรงพยาบาลระดับ P หรือ P+ อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 โรงพยาบาล	1. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community - acquired Sepsis ในไตรมาสที่ 2 และไตรมาสที่ 4 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 น้อยกว่าร้อยละ 24 2. อัตราการเสียชีวิต ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Hospital - acquired น้อยกว่า ร้อยละ 40

รายละเอียดสูตรคำนวณ

อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community - acquired (เป้าหมาย < ร้อยละ 24)

สูตรคำนวณ = $(A+C) / D \times 100$

- A = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต (Dead) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community - acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย Palliative (รหัส Z 51.5)
- B = จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (Against advice) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community - acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (Complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย Palliative (รหัส Z 51.5) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 2 ดีขึ้น
- C = จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (Against advice) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community - acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (Complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย Palliative (รหัส Z 51.5) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 3 ไม่ดีขึ้น
- D = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community - acquired ทั้งหมด ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย Palliative (รหัส Z 51.5)

อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Hospital - acquired (เป้าหมาย < ร้อยละ 40)

สูตรคำนวณ = $(A+C) / D \times 100$

- A = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต (Dead) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Hospital - acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R 57.2 ใน Post Admission Comorbidity (Complication) ไม่นับรวมภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community - acquired (ที่ลงรหัสใน Principal Diagnosis และ Comorbidity) และไม่นับรวมผู้ป่วย Palliative (รหัส Z 51.5)
- B = จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (Against advice) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Hospital - acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R 57.2 ใน Post Admission Comorbidity (Complication) ไม่นับรวมภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community - acquired (ที่ลงรหัสใน Principal Diagnosis และ Comorbidity) และไม่นับรวมผู้ป่วย Palliative (รหัส Z 51.5) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 (ปฏิเสธการรักษา), และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 2 ดีขึ้น
- C = จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (Against advice) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Hospital - acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R 57.2 ใน Post Admission Comorbidity (Complication) ไม่นับรวมภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community - acquired (ที่ลงรหัสใน Principal Diagnosis และ Comorbidity) และไม่นับรวมผู้ป่วย Palliative (รหัส Z 51.5) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 (ปฏิเสธการรักษา), และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 3 ไม่ดีขึ้น
- D = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Hospital - acquired ทั้งหมด ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R 57.2 ใน Post Admission Comorbidity (Complication) ไม่นับรวมภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community - acquired (ที่ลงรหัสใน Principal Diagnosis และ Comorbidity) และไม่นับรวมผู้ป่วย Palliative (รหัส Z 51.5)



ประเด็นที่ 4 คนไทยห่างไกลโรคและภัยสุขภาพ

ตัวชี้วัดที่ 17 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI

17.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (เป้าหมาย < ร้อยละ 9)

17.2 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ภายใน 30 วัน

นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (เป้าหมาย < ร้อยละ 10)

17.3 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด
(เป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ 70)

17.4 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด
(เป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ 70)





สาขาโรคหัวใจ

ตัวชี้วัดหลัก

1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI

(เป้าหมาย < ร้อยละ 9)

ตัวชี้วัดรอง

2. ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด

(เป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ 70)

2.1 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด

(เป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ 70)

2.2 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด

(เป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ 70)

NEW

3. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ภายใน 30 วัน
นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI

(เป้าหมาย < ร้อยละ 10)



สูตรการคำนวณตัวชี้วัดหลัก

อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI = $(A1/B1) \times 100$

- A1 = จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD10 - WHO - I21.0 - I21.3 ที่เสียชีวิตในรพ.ทั้งหมด
- B1 = จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD10 - WHO - I21.0 - I21.3 ที่รับไว้รักษาในรพ.ทั้งหมด

สูตรการคำนวณตัวชี้วัดรอง

NEW

อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ภายใน 30 วัน นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย

STEMI = $(A1/B1) \times 100$

- A1 = จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD10 - WHO - I21.0 - I21.3 ที่เสียชีวิตภายใน 30 วัน นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI
- B1 = จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD10 - WHO - I21.0 - I21.3 ที่รับไว้รักษาในรพ.ทั้งหมด



สูตรการคำนวณตัวชี้วัดรอง

ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด = $(A/B) \times 100$

- A = จำนวนครั้งการรักษาที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับ การวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงรพ.
- B = จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึง รพ. และได้รับยาละลายลิ่มเลือดทั้งหมด

ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด = $(C/D) \times 100$

- C = จำนวนครั้งที่สามารถส่งต่อไปที่โรงพยาบาลที่ทำ PCI ได้ ให้ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับ การวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงรพ.
- D = จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงรพ.และได้รับการทำ Primary PCI ทั้งหมด

NEW

3. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ภายใน 30 วัน นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI เป้าหมาย (< ร้อยละ 10)



คำนิยาม

1. อัตราตายในผู้ป่วย STEMI ภายใน 30 วัน (30 - Day Mortality) หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ภายใน 30 วัน
2. ผู้ป่วย STEMI หมายถึง ผู้ป่วย STEMI ที่เป็นผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยมาตรวจที่แผนกฉุกเฉินและมีการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นที่มีศักยภาพสูงกว่า (โดยนับการเจ็บป่วยในครั้งนั้นเป็น 1 visit)

แนวทางการตรวจ กำกับ ติดตาม

1. มีกระบวนการในการให้ความรู้กับบุคลากรสำหรับการรายงานข้อมูลในระบบ Thai ACS Registry
2. มีการเก็บข้อมูลของการเสียชีวิตของผู้ป่วย STEMI ในระบบ Thai ACS Registry

สูตรการคำนวณตัวชี้วัด

อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ภายใน 30 วัน นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI = $(A1/B1) \times 100$

- A1 = จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD10 - WHO - I21.0 - I21.3 ที่เสียชีวิตภายใน 30 วัน นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI
- B1 = จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD10 - WHO - I21.0 - I21.3 ที่รับไว้รักษาในรพ.ทั้งหมด



ประเด็นที่ 4 คนไทยห่างไกลโรคและภัยสุขภาพ

ตัวชี้วัดที่ 18 ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 รายใหม่ ลดลงจากปีงบประมาณก่อนหน้า
(เป้าหมาย > ร้อยละ 10)



ตัวชี้วัด ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 รายใหม่ **ลดลง** จากปีงบประมาณก่อนหน้า (เป้าหมาย > ร้อยละ 10)

• คำนิยามตัวชี้วัด

- ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 5 หมายถึง ผู้ที่มีอัตราการกรองของไต หรือ eGFR (estimated glomerular filtration rate) น้อยกว่า 15 มล./ นาทีต่อ 1.73 ตรม. ที่ได้จากการคำนวณจากค่า serum creatinine ของผู้ป่วย ตามสมการ CKD-EPI ที่ไม่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis) ผู้ป่วยภาวะไตวายเฉียบพลัน (Acute Kidney Injury) และไม่อยู่ระหว่างการนอนโรงพยาบาล
- ผู้ป่วยรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 5 ที่มีเงื่อนไข ดังนี้
 1. เมื่อมากกว่าหรือเท่ากับ 3 เดือนก่อนหน้า ผู้ป่วย eGFR อยู่ระหว่าง 16 - 20 มล./ นาทีต่อ 1.73 ตรม. หรือ
 2. เมื่อมากกว่า 3 เดือนก่อนหน้า ผู้ป่วย eGFR อยู่ระหว่าง 60 - 21 มล./ นาทีต่อ 1.73 ตรม. และติดตามต่ออีก 3 เดือนต่อไป ค่า eGFR ยังคงน้อยกว่า 15 หรือ
 3. หากไม่มีข้อมูลผลตรวจเลือดเดิม ให้ยืนยันรายดังกล่าวอีกครั้ง ในระยะเวลามากกว่าหรือเท่ากับ 3 เดือนถัดไป

รายละเอียดสูตรคำนวณ

$$\text{ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 5 รายใหม่ ที่ลดลงจากปีงบประมาณก่อนหน้า} = \frac{B - A \times 100}{B}$$

- A = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 รายใหม่ ของปีงบประมาณปัจจุบัน
- B = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 รายใหม่ ของปีงบประมาณก่อนหน้า

การตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบที่ 1 และ 2

มาตรการที่ดำเนินงานหลัก	แนวทางการตรวจ กำกับ ติดตาม	ผลผลิต/ผลลัพธ์ที่ได้
1. รณรงค์ให้ความรู้ประชาชน ตระหนักรู้เรื่องโรคและการคัดกรองโรคไตในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงโดยเพิ่มการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน และ อาสาสมัครสาธารณสุข 2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในคลินิกชะลอไตเสื่อม 3. มีฐานข้อมูลโรคไตเรื้อรัง เพื่อการเชื่อมโยงในระดับโรงพยาบาล 4. สนับสนุนการใช้นวัตกรรม เพื่อกระตุ้นการตระหนักรู้เรื่องโรคไต เช่น การสื่อสารแพทย์ทางไกล	1. ติดตามผ่านสำนักงานเขตสุขภาพ/ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ การประชุม Service Plan กระทรวงสาธารณสุข 2. มีกระบวนการในการให้ความรู้กับประชาชนและอาสาสมัครสาธารณสุข 3. มีการจัดอบรมการพัฒนาหลักสูตรเฉพาะโรคไตเรื้อรังด้านต่างๆ สนับสนุนแนวทางการให้ข้อมูลการบำบัดทดแทนไตร่วมกัน (shared decision making) เป็นต้น 4. มีการเก็บข้อมูลหรือลงข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 รายใหม่ ลดลงมากกว่า ร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับปีงบประมาณก่อนหน้า ในระบบ Health Data Center (HDC) 5. ติดตามข้อมูลผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR น้อยกว่า 5 ml/min/1.73 m²/yr > 66% จากระบบ Health Data Center (HDC) 6. การทำ self assessment และทำการประเมินแบบไขว้จังหวัดในเขตสุขภาพเดียวกัน	รอบที่ 1 ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR น้อยกว่า 5 ml/min/1.73 m²/yr > 66% รอบที่ 2 1. ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR น้อยกว่า 5 ml/min/1.73 m²/yr > 66% 2. จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 รายใหม่ ลดลง > ร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับปีงบประมาณก่อนหน้า 3. คลินิกชะลอไตเสื่อมคุณภาพ (CKD Clinic) ได้รับการประเมิน > 80%



ประเด็นที่ 4 คนไทยห่างไกลโรคและภัยสุขภาพ

ตัวชี้วัดที่ 19 อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาควัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้เสียชีวิต
ใน รพ. A, S, M1 (เป้าหมาย อัตราส่วนเพิ่มขึ้น ร้อยละ 10)



แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (Inspection Guideline)

ประเด็นที่ 4 คนไทยห่างไกลโรคและภัยสุขภาพ



สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ (Transplant)

ตัวชี้วัด

อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S, M1)

(เป้าหมาย: อัตราส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 จากอัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ของแต่ละเขตสุขภาพ)

คำนิยาม

1. ผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก (Actual Brain - Dead Organ Donor) หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองตายครบถ้วนตามกระบวนการที่แพทยสมาคมกำหนด และญาติลงนามยินยอมบริจาคอวัยวะลงในแบบฟอร์มของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย และได้มีการลงมือผ่าตัดนำอวัยวะใดอวัยวะหนึ่ง จากร่างผู้บริจาคอวัยวะ
2. จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลจากทุกสาเหตุ ใน 1 ปีงบประมาณก่อนการรายงานผลตัวชี้วัด (เช่น รายงานตัวชี้วัดปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ให้ใช้จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เป็นตัวหาร

สูตรการคำนวณตัวชี้วัด

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

- A = จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก (Actual Brain - Dead Organ Donor) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568
- B = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลจากทุกสาเหตุ (Hospital Death) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

ตัวชี้วัดนำ (Lead Indicator): อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S, M1) (**เป้าหมาย** อัตราส่วน**เพิ่มขึ้นร้อยละ 10** จากอัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ของแต่ละเขตสุขภาพ)

เขตสุขภาพที่	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7
ผลปีงบ 67	0.20	0.21	0.20	0.27	0.26	0.40	0.80
เกณฑ์ปีงบ 68	≥ 0.22	≥ 0.23	≥ 0.22	≥ 0.29	≥ 0.29	≥ 0.44	≥ 0.89
เขตสุขภาพที่	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	เขต 13	ประเทศ
ผลปีงบ 67	1.55	0.50	0.25	0.04	0.09	0.14	0.32
เกณฑ์ปีงบ 68	≥ 1.71	≥ 0.55	≥ 0.28	≥ 0.05	≥ 0.09	≥ 0.16	≥ 0.35



ประเด็นที่ 4 คนไทยห่างไกลโรคและภัยสุขภาพ

ตัวชี้วัดที่ 20 ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็ง

20.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (สะสม 5 ปี) (เป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ 25)

20.2 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy (เป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ 50)

20.3 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (เป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ 50)

20.4 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy (เป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ 50)





ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (สะสม 5 ปี)

≥ ร้อยละ 25

Small success

รอบ 6 เดือน : ≥ ร้อยละ 15
รอบ 9 เดือน : ≥ ร้อยละ 20
รอบ 12 เดือน : ≥ ร้อยละ 25



ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy

≥ ร้อยละ 50

Small success

รอบ 12 เดือน : ≥ ร้อยละ 50



ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

≥ ร้อยละ 50

Small success

รอบ 6 เดือน : ≥ ร้อยละ 30
รอบ 9 เดือน : ≥ ร้อยละ 40
รอบ 12 เดือน : ≥ ร้อยละ 50



ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy

≥ ร้อยละ 50

Small success

รอบ 12 เดือน : ≥ ร้อยละ 50



ประเด็นที่ 6 จัดระบบบริการสุขภาพเพื่อกลุ่มเปราะบางและพื้นที่พิเศษ

ตัวชี้วัดที่ 23 ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Plan) ในผู้ป่วย
ประคับประคองอย่างมีคุณภาพ
(เป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ 75)





สาขาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care)

ร้อยละการให้จัดทำแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning)

ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ (เป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ 75)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด ร้อยละการจัดทำแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ

สูตรคำนวณ = $(A/B) \times 100$

- A = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรคที่กำหนด ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) และ ได้รับการจัดทำ Advance Care Planning ดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลการวินิจฉัยโรคของโรงพยาบาล ตาม ICD 10 รหัส Z71.8 เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ ไม่นับรายครั้ง/ซ้ำ
- B = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรคที่กำหนด ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) ดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลการวินิจฉัยโรคของโรงพยาบาล ตาม ICD 10 ที่กำหนดตาม service plan ที่เกี่ยวข้อง คือ ICD-10 C00-C96, D37-D48, I60-I69, F03, N18.5, J44, I50, K72, K70.4, K71.7, B20-B24(ยกเว้น B23.0, B23.1), R54 และผู้ป่วยอายุ 0-14 ปี (ที่วินิจฉัย Z515 ร่วมด้วย) เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ ไม่นับรายครั้ง/ซ้ำ

Small
Success

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
$\geq$ ร้อยละ 70	$\geq$ ร้อยละ 70	$\geq$ ร้อยละ 75	$\geq$ ร้อยละ 75



ประเด็นที่ 6 จัดระบบบริการสุขภาพเพื่อกลุ่มเปราะบางและพื้นที่พิเศษ

ตัวชี้วัดที่ 25 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านความวิตกกังวลและด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ได้รับการดูแลรักษา

25.1 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านความวิตกกังวลได้รับการดูแลรักษา
(เป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ 40)

25.1 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านการเคลื่อนไหวร่างกายได้รับการดูแลรักษา
(เป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ 40)



ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านความคิดความจำ และด้านการเคลื่อนไหวร่างกายได้รับการดูแลรักษา

1. ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านความคิดความจำ ได้รับการดูแลรักษาไม่น้อยกว่าร้อยละ 40
2. ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ได้รับการดูแลรักษาไม่น้อยกว่าร้อยละ 40

คำนิยามตัวชี้วัด

1. **ผู้สูงอายุ** หมายถึง ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งชายและหญิง
2. **การประเมินด้านความคิดความจำ** หมายถึง กระบวนการในการวินิจฉัยปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติในด้านความคิดความจำ (Cognitive decline) ตามแบบประเมินผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ โดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งในระดับปฐมภูมิคือ หมอประจำตัวคนที่ 2 และคนที่ 3
3. **การประเมินด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย** หมายถึง กระบวนการในการวินิจฉัยปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติในด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย (Limited mobility) ตามแบบประเมินผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ โดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งในระดับปฐมภูมิคือ หมอประจำตัวคนที่ 2 และคนที่ 3
4. **การดูแลรักษา** ผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติ (Cognitive decline) หรือการเคลื่อนไหวร่างกาย (Limited mobility) ได้รับการประเมินซ้ำ วินิจฉัย และรักษา หรือฟื้นฟู หรือติดตามสุขภาพ และการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติในด้านความคิดความจำ และด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย เชื่อมโยงถึงระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ เชื่อมโยงถึงสถานพยาบาล ทั้งทุติยภูมิ และตติยภูมิ
5. **การเชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพ** หมายถึง การส่งต่อตั้งแต่หน่วยบริการปฐมภูมิในชุมชน เชื่อมโยงไปสู่การดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุหรือหน่วยบริการอื่น ๆ ในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ เพื่อลดความสูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ความพิการ ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ รวมถึงค่าใช้จ่าย โดยไม่ส่งกระทบต่อการดูแลผู้ป่วยเพื่อสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น

สูตรคำนวณตัวชี้วัด

รายการข้อมูล 1

ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านความคิดความจำ ได้รับการดูแลรักษา

$$\frac{A \times 100}{B}$$

A = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านความคิดความจำ ได้รับการดูแลรักษา

B = จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองทั้งหมดที่มีความเสี่ยงด้านความคิดความจำ ปี พ.ศ. 2567

รายการข้อมูล 2

ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ได้รับการดูแลรักษา

$$\frac{A \times 100}{B}$$

A = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ได้รับการดูแลรักษา

B = จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองทั้งหมดที่มีความเสี่ยงด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ปี พ.ศ. 2567

รหัสที่เกี่ยวข้อง

รายการข้อมูล 1

ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านความคิดความจำ ได้รับการดูแลรักษา

A

ด้านความคิดความจำ		
รหัส ICD-10-TM	ภาวะสมองเสื่อม	
รหัสเพิ่ม	1A004	เยี่ยมผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม
COMMUNITY SERVICE		

B

รหัสบริการส่งเสริมป้องกันเฉพาะ (Special PP)	1B1221	การตรวจคัดกรองสมรรถภาพสมอง (ภาวะสมองเสื่อม) โดยแบบ AMT ในผู้สูงอายุ พบว่าผิดปกติ ให้คำแนะนำและรักษา
	1B1223	การตรวจคัดกรองสมรรถภาพสมอง (ภาวะสมองเสื่อม) โดยแบบ AMT ในผู้สูงอายุ พบว่าผิดปกติและส่งไปรักษาต่อ

รายการข้อมูล 2

ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ได้รับการดูแลรักษา

ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย		
รหัส ICD-10-TM	ภาวะหกล้ม (W00-W19)	
รหัสเพิ่ม	1J27	ให้ความรู้และจัดกิจกรรมออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการหกล้ม
COMMUNITY SERVICE		

รหัสบริการส่งเสริมป้องกันเฉพาะ (Special PP)	1B1201	การตรวจคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงหกล้มและมีภาวะถดถอยด้านการเคลื่อนไหว พบว่ามีความเสี่ยง ได้จัดทำ Care Plan และให้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ
	1B1202	การตรวจคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงหกล้มและมีภาวะถดถอยด้านการเคลื่อนไหว พบว่ามีความเสี่ยงส่งรักษาต่อ
	1B1203	การตรวจคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงหกล้มและมีภาวะถดถอยด้านการเคลื่อนไหว พบว่ามีความเสี่ยง ได้จัดทำ Care Plan
	1B1209	การตรวจคัดกรองผู้สูงอายุที่เสี่ยงภาวะเสี่ยงหกล้มและมีภาวะถดถอยด้านการเคลื่อนไหวไม่ระบุรายละเอียด

หน่วยงานที่รับผิดชอบหลัก

กรมการแพทย์ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

รูปแบบการจัดเก็บข้อมูล

- ☒ HDC
- ☒ ข้อมูลจากการตรวจราชการ
- ☒ DMS Care Tool



สำนักงานแพทย์เขตสุขภาพที่ 8 กรมการแพทย์

ชั้น 6 อาคารผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

36 หมู่ 1 ตำบลหนองไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

โทรศัพท์ 042 110345

