



ประชุมเชิงปฏิบัติการขับเคลื่อนงานนโยบาย กระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2568

วันที่ 6 มกราคม 2568

ณ ห้องประชุม ศูนย์ประชุมมณฑาทิพย์ ฮอลล์ จังหวัดอุดรธานี

นายแพทย์สิทธิ เขาวนชื่น

ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์เขตสุขภาพที่ 8



ประเด็นการตรวจราชการกรมการแพทย์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

7
KPI

+

2
KPI

ประเด็นที่ 4 คนไทยห่างไกลโรคและภัยสุขภาพ (7 KPI)



Stroke



STEMI



CKD



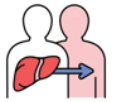
Newborn



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

อัตราตายโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งตามเขตสุขภาพ (เป้าหมาย < ร้อยละ 7)



ปัจจุบันภาพรวมทั้งประเทศ ร้อยละ 7.14



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

อัตราการทารกแรกเกิดอายุ ≤ 28 วัน ที่รอดออกมาน้ำหนัก ≥ 500 กรัม

ปีงบประมาณ 2566 – 2567 (9 เดือน) เขตสุขภาพที่ 1-12

เป้าหมายน้อยกว่า 3.6 ต่อพัน



เขตสุขภาพ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	ประเทศ
ปี 2566	108/39,670	96/27,730	58/16,929	110/37,981	186/39,998	260/64,014	89/29,164	115/36,194	139/43,854	110/31,023	195/38,858	211/55,247	1,677/460,662*
ปี 2567 (9 เดือน)	83/21,660	47/14,162	33/8,296	81/17,324	102/24,180	143/31,539	54/15,089	54/16,687	72/21,531	55/14,418	117/20,935	167/29,941	1,008/235,762**

ที่มา: *จำนวนการเกิดจากสถิติทะเบียนราษฎร 9 ม.ค. 67

**HDC ประมวลผล 16 ก.ค. 67



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 นอกจากนี้ยังพบว่าแนวโน้มของเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การรักษามีประสิทธิภาพลดลง นอกจากนี้ยังพบว่าการติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลให้อวัยวะต่าง ๆ ทำงานผิดปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา ได้แก่ ภาวะช็อก, ไตวาย การทำงานอวัยวะต่าง ๆ ล้มเหลว และเสียชีวิตในที่สุด

การตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบที่ 1 และ 2

มาตรการที่ดำเนินงานหลัก	แนวทางการตรวจ กำกับ 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 = จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปยังชีวิตที่บ้าน (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 = จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปยังชีวิตที่บ้าน (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 = จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปยังชีวิตที่บ้าน (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 = จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปยังชีวิตที่บ้าน (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 = $(A1/B1) \times 100$

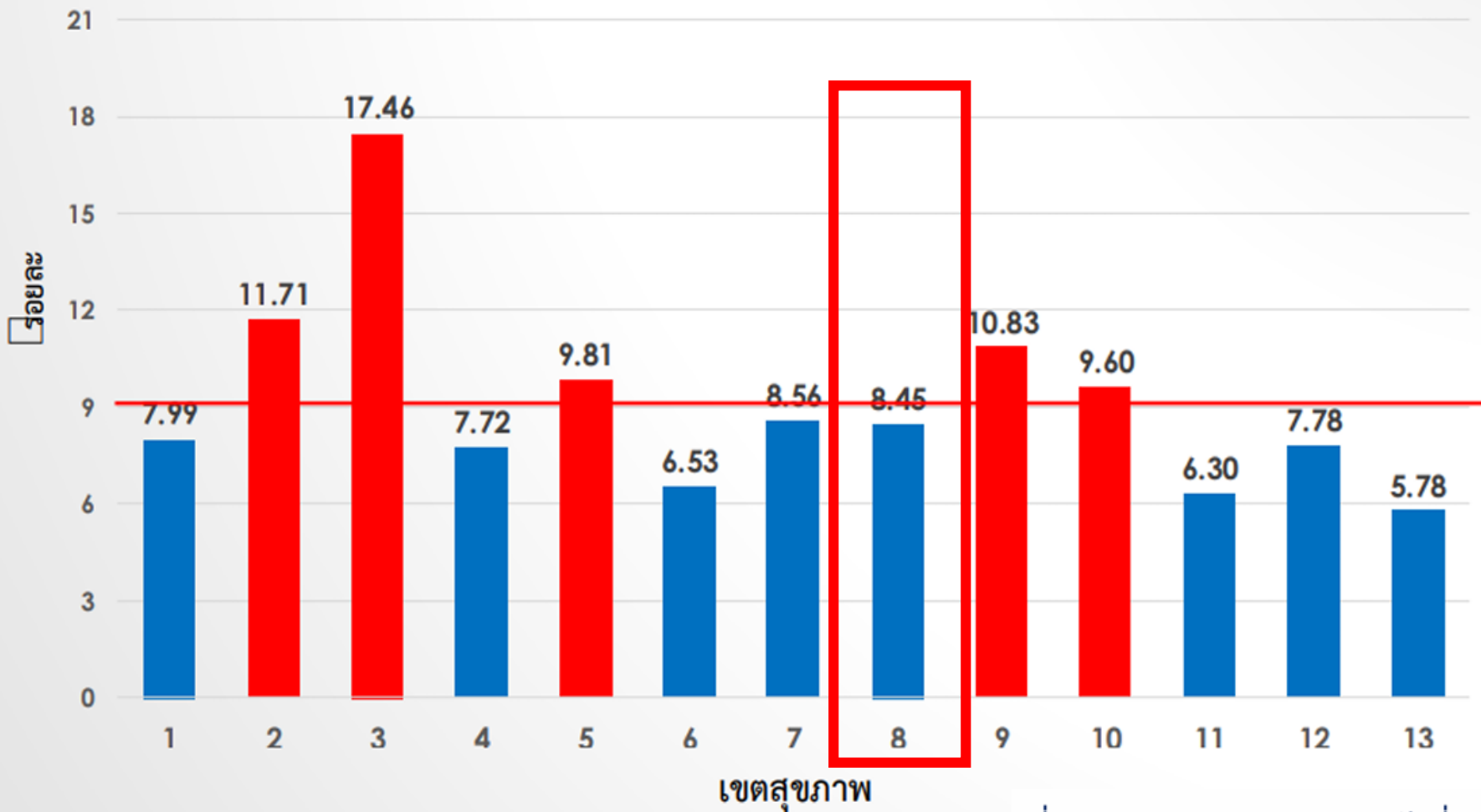
- A1 = จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD10 - WHO - I21.0 - I21.3 ที่เสียชีวิตภายใน 30 วัน นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI
- B1 = จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD10 - WHO - I21.0 - I21.3 ที่รับไว้รักษาในรพ.ทั้งหมด



อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI

ร้อยละของ
ผู้ป่วย STEMI ที่
เสียชีวิต ในรพ.

9.07

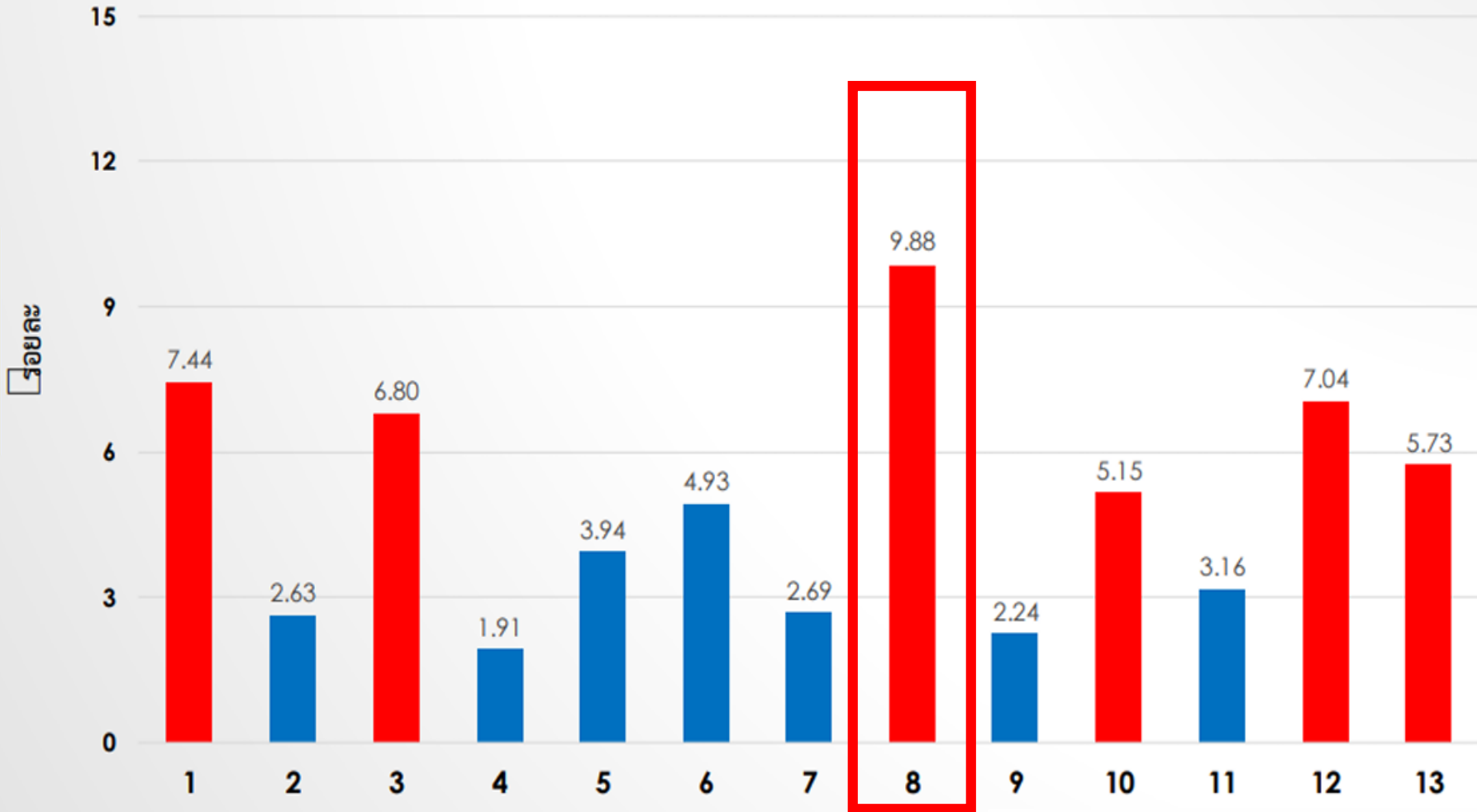


ที่มา: Thai ACS Registry ณ วันที่ 30 กันยายน 2567



ร้อยละผู้ป่วย NSTEMI เสียชีวิตในโรงพยาบาล

ร้อยละ
NSTEMI
เสียชีวิตใน รพ.
5.80%



ที่มา: Thai ACS Registry ณ วันที่ 30 กันยายน 2567



ประเด็นที่ 4 คนไทยห่างไกลโรคและภัยสุขภาพ

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



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

• คำนิยามตัวชี้วัด

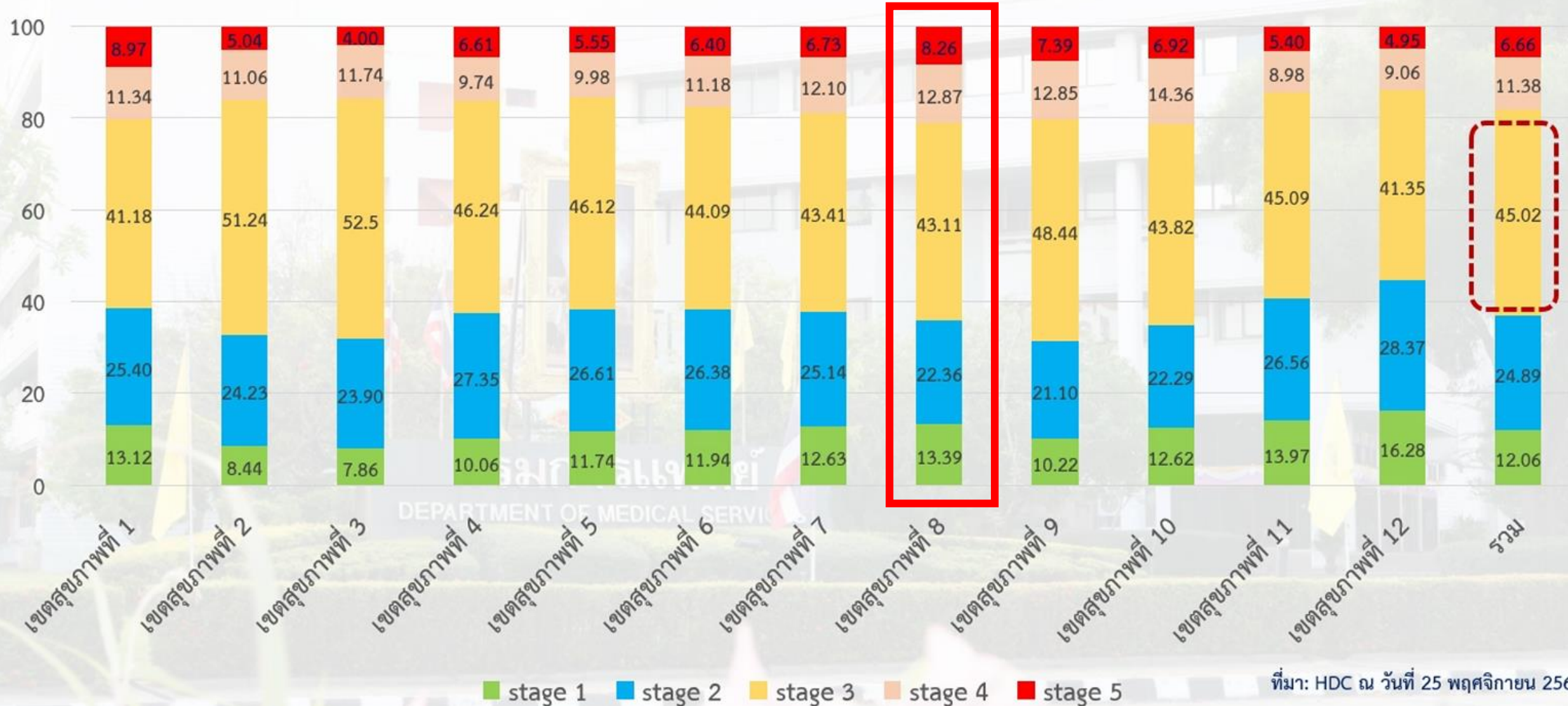
- ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 5 หมายถึง ผู้ที่มีอัตราการกรองของไต หรือ eGFR (estimated glomerular filtration rate) น้อยกว่า 15 มล./ นาทีต่อ 1.73 ตรม. ที่ได้จากการคำนวณจากค่า serum creatinine ของผู้ป่วย ตามสมการ CKD-EPI ที่ไม่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal 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

ร้อยละของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1 - 5 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567



จากข้อมูลในระบบ HDC พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.02

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 อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้เสียชีวิต
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 ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองตายครบถ้วนตามกระบวนการที่แพทยศากำหนด 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 = จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้บริจาคสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก (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
ผลปีงบประมาณ 67	0.20	0.21	0.20	0.27	0.26	0.40	0.80
เกณฑ์ปีงบประมาณ 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
ผลปีงบประมาณ 67	1.55	0.50	0.25	0.04	0.09	0.14	0.32
เกณฑ์ปีงบประมาณ 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

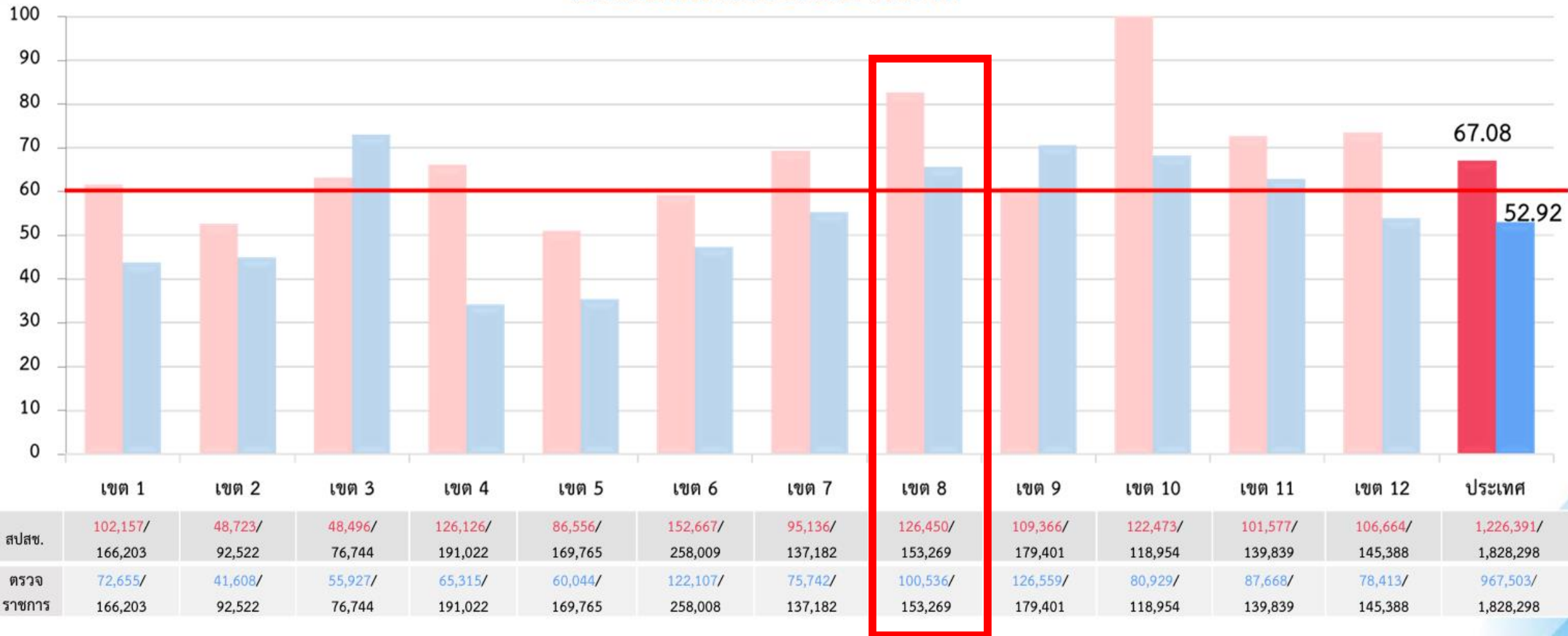
Small success

รอบ 12 เดือน : ≥ ร้อยละ 50

ผลงานการดำเนินงานปีงบประมาณ 2567

1 ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

(Small success รอบ 12 เดือน $\geq$ ร้อยละ 60)



(ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรอง / เป้าหมายรายปี)

*(ข้อมูลตรวจราชการ)

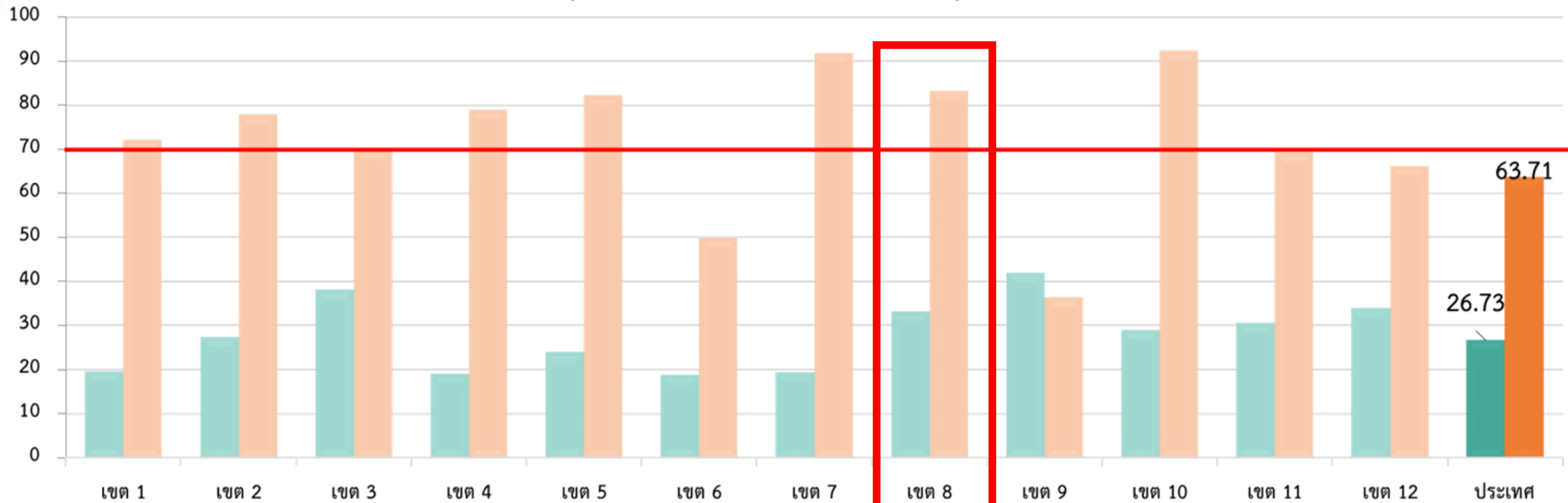
ข้อมูลเขตสุขภาพที่ 12 ขาด จ.ปัตตานี

ที่มา: ข้อมูลการคัดกรองด้วยวิธี Pap smear, VIA และ HPV DNA Test จาก สปสข. ณ วันที่ 30 กันยายน 2567

ที่มา: ข้อมูลการตรวจราชการและนิเทศงาน รอบ 2/2567

2 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่งกล้อง Colposcopy

(Small success รอบ 12 เดือน $\geq$ ร้อยละ 70)



63.71

26.73

สปสข.	540/2,747	298/1,087	509/1,341	752/3,941	513/2,149	750/4,005	419/2,168	822/2,489	1,143/2,732	678/2,353	886/2,902	719/2,126	8,029/30,040
ตรวจ ราชการ	1,470/2,041	910/1,171	1,284/1,837	1,144/1,454	1,130/1,376	1,491/2,990	1,304/1,422	1,767/2,127	2,800/7,151	1,901/2,060	1,802/2,601	1,067/1,616	18,070/28,365

*(ข้อมูลตรวจราชการ)

ข้อมูลเขตสุขภาพที่ 12 ขาด จ.ปัตตานี

(ผู้ที่มีผลการคัดกรองผิดปกติได้รับการส่งกล้อง / ผู้ที่มีผลการคัดกรองผิดปกติทั้งหมด)

■ ที่มา: ข้อมูลการคัดกรองด้วยวิธี Pap smear, VIA และ HPV DNA Test จาก สปสข. ณ วันที่ 30 กันยายน 2567

■ ที่มา: ข้อมูลการตรวจราชการและนิเทศงาน รอบ 2/2567

ผลงานการดำเนินงานปีงบประมาณ 2567

3 ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

(Small success รอบ 12 เดือน $\geq$ ร้อยละ 50)



*(ข้อมูลตรวจราชการ)

ข้อมูลเขตสุขภาพที่ 12 ขาด จ.ปัตตานี, จ.ยะลา

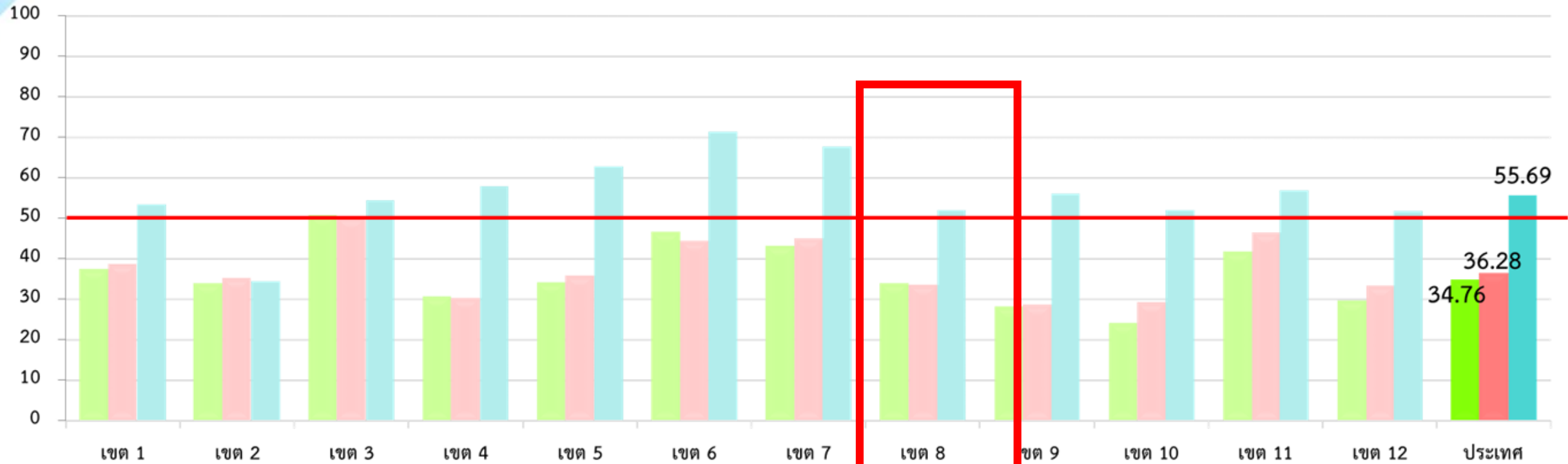
(ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรอง / เป้าหมายรายปี)

■ ที่มา: ข้อมูล HDC ณ วันที่ 30 กันยายน 2567

■ ที่มา: ข้อมูลการตรวจราชการและนิเทศงาน รอบ 2/2567

ผลงานการดำเนินงานปีงบประมาณ 2567

4 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy (Small success รอบ 12 เดือน $\geq$ ร้อยละ 50)



*(ข้อมูลตรวจราชการ)
ข้อมูลเขตสุขภาพที่ 12 ขาด จ.ปัตตานี

(ผู้ที่มีผลการคัดกรองผิดปกติได้รับการส่องกล้อง / ผู้ที่มีผลการคัดกรองผิดปกติทั้งหมด)

■ ที่มา: ข้อมูล HDC ณ วันที่ 30 กันยายน 2567
■ ที่มา: ข้อมูล HDC + ODS + NHSO e-claim (ตัดความซ้ำซ้อนแล้ว)
■ ที่มา: ข้อมูลการตรวจราชการและนิเทศงาน รอบ 2/2567



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 = $(A/B) \times 100$

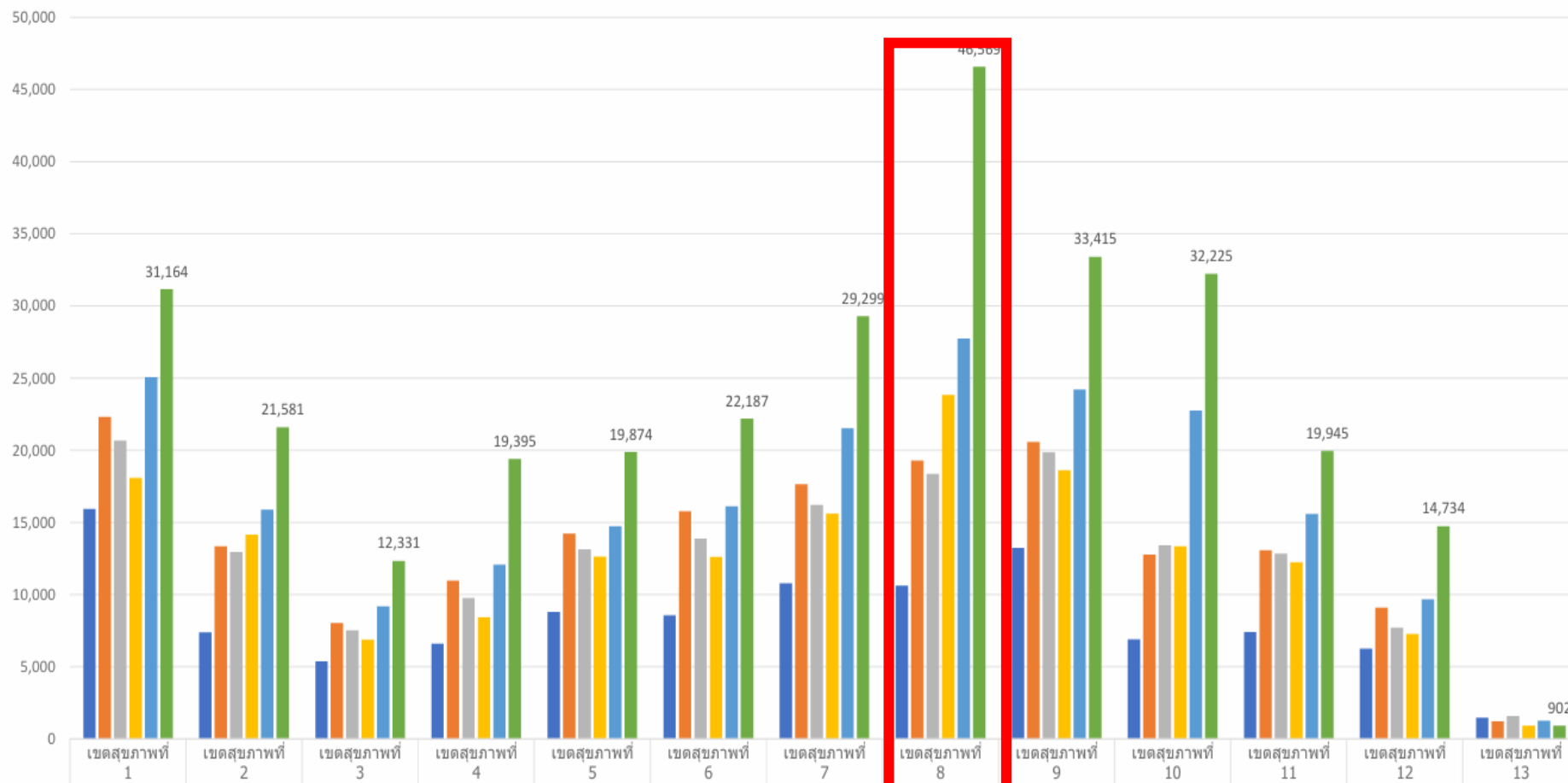
- A = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรคที่กำหนด ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) และ ได้รับการจัดทำ Advance Care Planning ตั้งข้อมูลจากฐานข้อมูลการวินิจฉัยโรคของโรงพยาบาล ตาม ICD 10 รหัส Z71.8 เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ ไม่นับรายครั้ง/ซ้ำ
- B = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรคที่กำหนด ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) ตั้งข้อมูลจากฐานข้อมูลการวินิจฉัยโรคของโรงพยาบาล 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

จำนวนผู้ป่วยเข้าสู่บริการ palliative care (แยกรายเขต)

เพิ่มขึ้น
ทุกเขต
สุขภาพ



เขตสุขภาพที่	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
จำนวนผู้ป่วยเข้าสู่บริการ palliative care ปีงบประมาณ 2562	15,926	7,375	5,369	6,600	8,778	8,566	10,770	10,623	13,217	6,898	7,415	6,253	1,466
จำนวนผู้ป่วยเข้าสู่บริการ palliative care ปีงบประมาณ 2563	22,309	13,338	8,026	10,975	14,227	15,778	17,640	19,284	20,576	12,768	13,071	9,089	1,202
จำนวนผู้ป่วยเข้าสู่บริการ palliative care ปีงบประมาณ 2564	20,649	12,934	7,516	9,772	13,129	13,878	16,218	18,359	19,859	13,406	12,830	7,694	1,581
จำนวนผู้ป่วยเข้าสู่บริการ palliative care ปีงบประมาณ 2565	18,080	14,160	6,877	8,427	12,618	12,609	15,609	23,823	18,601	13,343	12,235	7,270	914
จำนวนผู้ป่วยเข้าสู่บริการ palliative care ปีงบประมาณ 2566	25,056	15,881	9,186	12,076	14,737	16,129	21,526	27,736	24,204	22,733	15,580	9,672	1,254
จำนวนผู้ป่วยเข้าสู่บริการ palliative care ปีงบประมาณ 2567	31,164	21,581	12,331	19,395	19,874	22,187	29,299	46,569	33,415	32,225	19,945	14,734	902

■ จำนวนผู้ป่วยเข้าสู่บริการ palliative care ปีงบประมาณ 2562
■ จำนวนผู้ป่วยเข้าสู่บริการ palliative care ปีงบประมาณ 2565

■ จำนวนผู้ป่วยเข้าสู่บริการ palliative care ปีงบประมาณ 2563
■ จำนวนผู้ป่วยเข้าสู่บริการ palliative care ปีงบประมาณ 2566

■ จำนวนผู้ป่วยเข้าสู่บริการ palliative care ปีงบประมาณ 2564
■ จำนวนผู้ป่วยเข้าสู่บริการ palliative care ปีงบประมาณ 2567

ข้อมูลเขต
13 มี
ข้อจำกัด
เรื่องการ
เชื่อมโยง
ข้อมูล



สำนักการแพทย์เขตสุขภาพที่ ๘

DMS Regional Health 8th



ประเด็นที่ 6 จัดระบบบริการสุขภาพเพื่อกลุ่มเปราะบางและพื้นที่พิเศษ

ตัวชี้วัดที่ 25 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านความคิดความจำและการเคลื่อนไหวร่างกาย ได้รับการดูแลรักษา

25.1 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านความคิดความจำได้รับการดูแลรักษา
(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 อำเภอมือเมือง จังหวัดอุดรธานี

โทรศัพท์ 042 110345

