



Service Excellence

นายแพทย์สิทธี เซาวันชื่น

ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์เขตสุขภาพที่ 8 กรมการแพทย์





ประเด็น Service Excellence

1 Service ลดป่วย

CKD Stage 5

SEPSIS

TB

4 Service เพิ่มการเข้าถึงบริการ

ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

2 Service ลดตาย

STROKE

STEMI

NEWBORN

HEARING

PALLIATIVE CARE

3 Service ลดรอยคอย

TRANSPLANT

CANCER

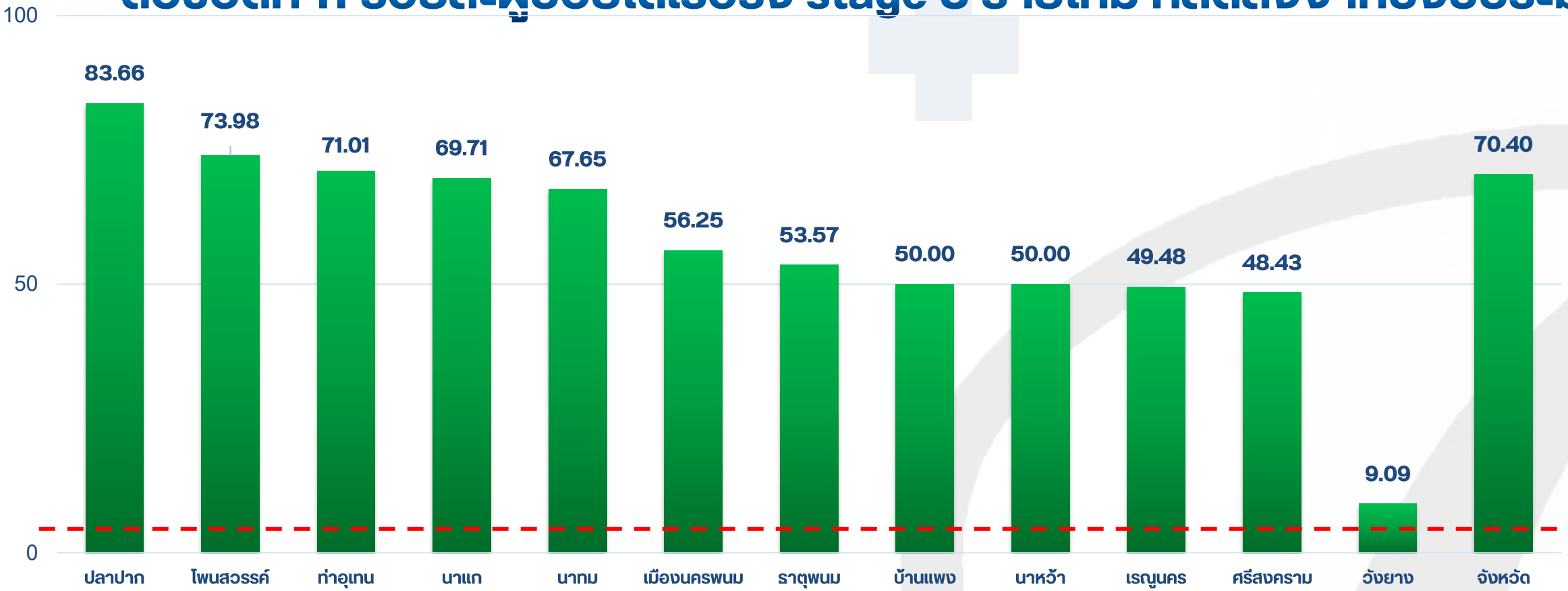
5 Service ระบบบริการสุขภาพจิต และยาเสพติด

SUICIDE

RETENTION RATE

ประเด็น Service Excellence (CKD)

ตัวชี้วัดที่ 11 ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 รายใหม่ ที่ลดลงจากปีงบประมาณก่อนหน้า เป้า > 5%



Score : 9.50

การแปลผล ผ่านเกณฑ์

การคำนวณคะแนนผลการประเมินตัวชี้วัด การตรวจราชการการคิดอัตราส่วน 70:30	คะแนน		ผลรวม
	เชิงปริมาณ (70%)	เชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์ (30%)	เชิงปริมาณ + เชิงคุณภาพ (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)
11. ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 รายใหม่ ที่ลดลงจากปีงบประมาณก่อนหน้า	7	2.50	9.50
	คะแนนเฉลี่ยตัวชี้วัด		9.50



Best Practice

- การค้นหาและคัดกรองไตในผู้ป่วย DM และ/หรือ HT จังหวัดนครพนม ได้เป็นอันดับ 1 ของเขตสุขภาพที่ 8 โครงการ 7.2 ล้านคนรู้ค่าเสี่ยงโรคไต



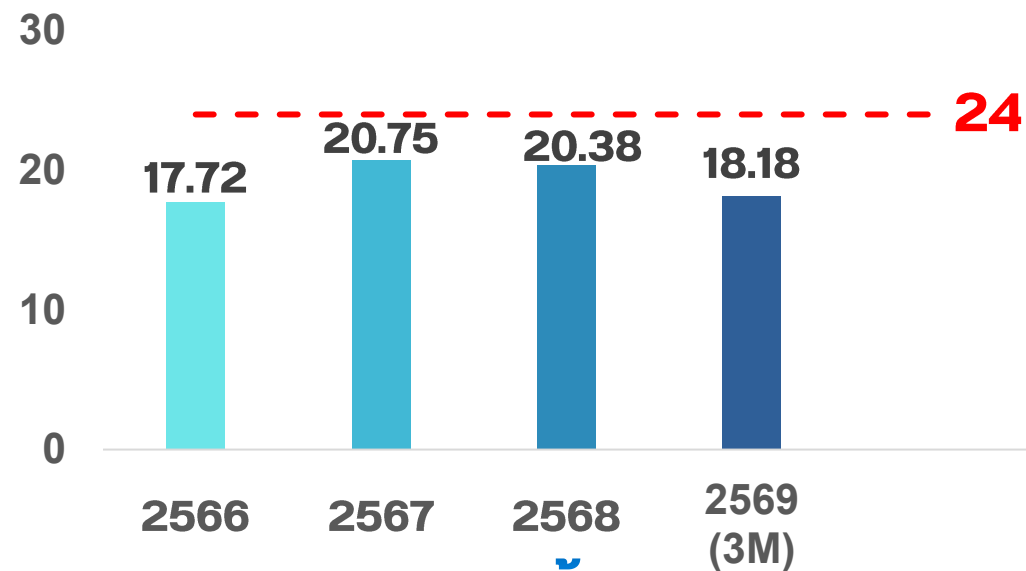
ข้อเสนอแนะ

- **การจัดบริการ (Service Delivery)**
เน้น CKD Clinic คุณภาพ และ SDM ตั้งแต่ CKD stage 4 ขึ้นไป
- **กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce)**
จัดให้มี CKD Manager/PD Nurse ที่ผ่านการอบรมอย่างน้อย 1 คน ในปี 69 เพิ่มอายุรแพทย์โรคไต และศัลยแพทย์หลอดเลือด เพิ่มทีมสหวิชาชีพในคลินิก 5 สาขา ในโรงพยาบาล Node
- **ยาและเวชภัณฑ์ (Drug & Equipment)**
เพิ่มการใช้ ACEI/ARB กรณีไม่มีข้อห้าม
- **ระบบข้อมูล (Information Technology)**
พัฒนาระบบ CKD Registry เพื่อนำมาวิเคราะห์และพัฒนา
- **การเงินการคลัง (Financial)**
ประสานท้องถิ่นในงบสนับสนุนเพื่อป้องกันโรคไต
- **ธรรมาภิบาล (Governance)**
คกก. SP สาขาไตจังหวัด ออกเยี่ยมเสริมพลัง CKD Clinic ในจังหวัดอย่างน้อยไตรมาสละ 1 ครั้ง
- **การมีส่วนร่วม (Participation)**
ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง

ประเด็น Service Excellence (SEPSIS)

อัตราป่วยตายด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ชนิด Community - acquired (เป้าหมาย < ร้อยละ 24)

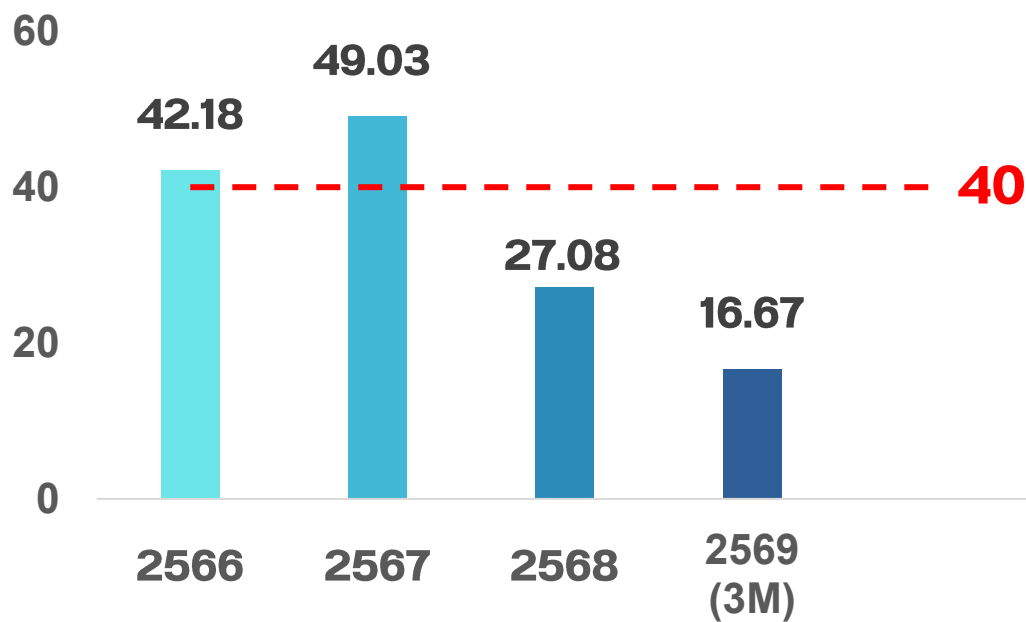
Score 9.10



การแปลผล ผ่านเกณฑ์

การคำนวณคะแนนผลการประเมินตัวชี้วัด การตรวจราชการการคิดอัตราส่วน 70:30	คะแนน		ผลรวม
	เชิงปริมาณ	เชิงคุณภาพ ด้านผลกระทบ (30%)	เชิงปริมาณ+เชิงคุณภาพ
1. อัตราป่วยตายด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ชนิด Community - acquired	7	2.10	9.10
2. อัตราป่วยตายด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ชนิด Hospital - acquired)	7	2.10	9.10
คะแนนเฉลี่ยตัวชี้วัด			9.10

อัตราป่วยตายด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ชนิด Hospital - acquired (เป้าหมาย < ร้อยละ 40)



- ### ข้อเสนอแนะ
- จัดทำระบบ/พัฒนาแนวทาง Rapid response team ในรพ.
 - พัฒนา Sepsis Alert Platform ขยายไปยัง Node และลูกข่าย
 - พัฒนาการใช้ CPG ระบบการคัดกรอง การส่งต่อ การConsult แนวทางการให้ยา และระบบฐานข้อมูล ให้ชัดเจน
 - พิจารณาทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายทุกราย เพื่อนำผลลัพธ์มาวางแผนป้องกันเชิงระบบ



อัตราป่วยด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ชนิด Community - acquired โรงพยาบาลทุกระดับ

- ผลการดำเนินงาน มีการเก็บข้อมูลครบถ้วน

Best Practice

- มีระบบการคัดกรอง Sepsis Alert Platform



ตัวชี้วัด : อัตราสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

Score : 7

เชิงปริมาณ 7 คะแนน

เชิงคุณภาพ 0 คะแนน

เชิงปริมาณ : อัตราสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

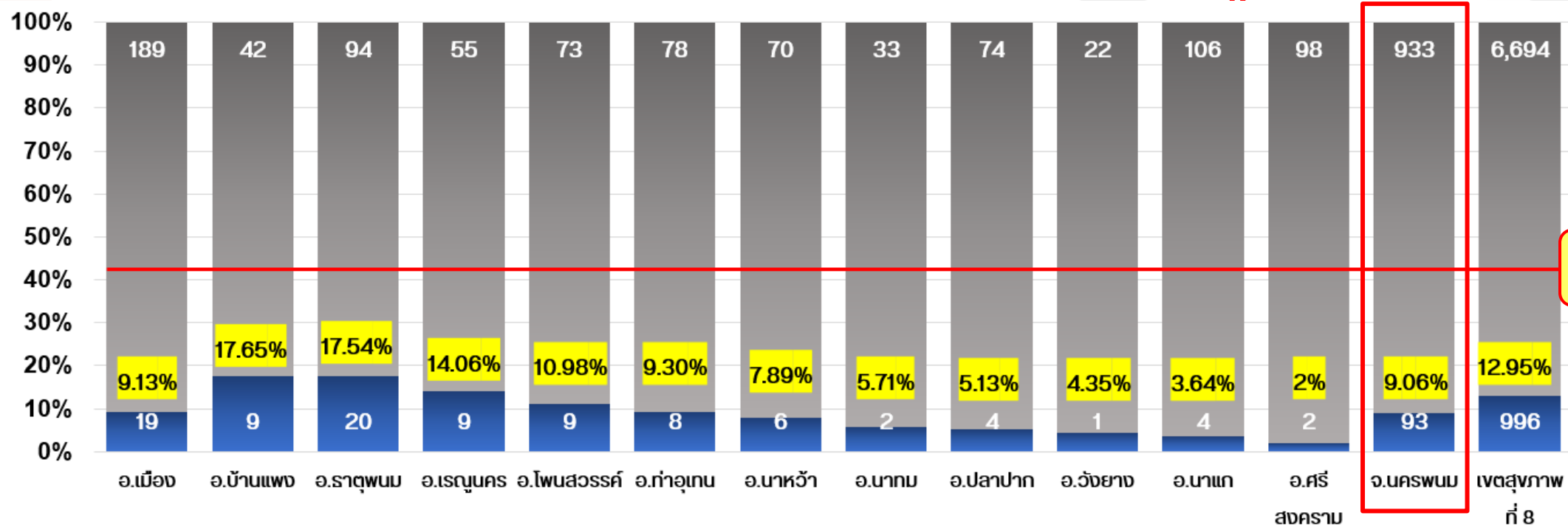
อัตราการทงาทยา \leq ร้อยละ 3

ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1/2569 จำนวน 82 ราย

- กำลังรักษา 82 ราย (100%)
- ไม่มีผู้ป่วยทงาทยา

เชิงคุณภาพ : อัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ

6 เดือน \geq ร้อยละ 42
 1,026 ราย



■ จำนวนผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรักษา ■ จำนวนผู้ป่วยที่ยังไม่รายงานหรือค้นไม่พบ

เชิงคุณภาพ : ผลการคัดกรองวัณโรคด้วย CXR ในประชากรกลุ่มเสี่ยงสูง

6 เดือน \geq ร้อยละ 50

เป้าหมายคัดกรองวัณโรค 55,888 ราย

ได้รับการ CXR 4,813 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.61

ข้อเสนอแนะ

- ▶▶ เพิ่มการตรวจวินิจฉัยวัณโรคด้วยวิธี Molecular เพื่อเพิ่มโอกาสการพบเชื้อ
- ▶▶ ให้จัดทำฐานข้อมูลที่ใช้ในการตรวจราชการให้เป็นปัจจุบัน เพื่อทราบสถานการณ์การคัดกรองและการขึ้นทะเบียนที่แท้จริง
- ▶▶ บันทึกข้อมูลในโปรแกรม NTIP ให้เป็นปัจจุบัน
- ▶▶ ติดตามผู้ต้องขังพื้นที่ที่ยังไม่ได้ CXR ให้มารับการคัดกรองวัณโรค

คะแนนเชิงปริมาณ (70%)		คะแนนเชิงคุณภาพ (30%)		
		การเข้าถึงบริการ	รักษาตามมาตรฐาน	ความครอบคลุมการรักษา
เกณฑ์	ผู้ต้องขังปล่อยตัว ได้รับการ CXR $\geq 35\%$	1. ผู้ต้องขังแรกเริ่มได้รับ CXR 1-7 วัน 2. ผู้ต้องขังรายเก่าได้รับ CXR $\geq 90\%$	มีห้องแยกกักวัณโรคตามนิยามที่กำหนด	ผู้ต้องขังนับตั้งแต่ได้รับการ CXR วินิจฉัย และรักษาวัณโรคใช้ระยะเวลา 1-7 วัน
ผลงาน	ผู้ต้องขังปล่อยตัว ได้รับการ CXR = 39.8%	1. ผู้ต้องขังแรกเริ่มได้รับ CXR 15-30 วัน 2. ผู้ต้องขังรายเก่าได้รับ CXR = 0%	มีห้องแยกกักผู้ป่วยวัณโรค ไม่ครบทุกแดน	ผู้ต้องขังนับตั้งแต่ได้รับการ CXR วินิจฉัย และรักษาวัณโรคใช้ระยะเวลา 21 - 30 วัน
คะแนน	10 คะแนน x 0.7 = 7 คะแนน	3 คะแนน / 5 = 0.6 คะแนน	3 คะแนน / 5 = 0.6 คะแนน	2 คะแนน / 5 = 0.4 คะแนน
รวม		8.6 คะแนน เต็ม 10 คะแนน		

ข้อค้นพบ

- การค้นกรองวัณโรคผู้ต้องขังแรกเริ่ม/รายเก่า **ยังไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด**
- ผู้ต้องขังแรกเริ่มได้รับ CXR ระยะเวลา 15-30 วัน
- ขั้นตอน CXR / อ่านฟิล์ม / ตรวจ Lab / วินิจฉัยวัณโรค และรักษาใช้ระยะเวลา 21 – 30 วัน
- ห้องแยกวัณโรค **มีไม่ครบทุกแดนในเรือนจำ**

โอกาสพัฒนา

- จัดหาเครื่อง Portable x ray ติดตั้งในเรือนจำ
- จัดระบบบริการ CXR / อ่านฟิล์ม / ตรวจ Lab / วินิจฉัยวัณโรค และรักษา ให้ได้ภายในระยะเวลา 7 วัน
- จัดหางบลงทุนร่วมกับเรือนจำจัดทำห้องแยกให้ครบทุกแดนในเรือนจำ



ประเด็น Service Excellence (STROKE)



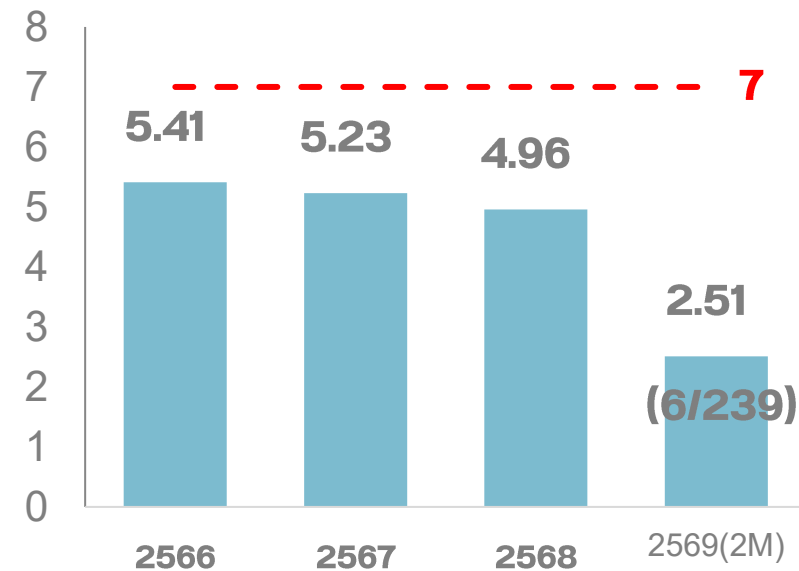
Score : 8.77

➢ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป้าหมาย < ร้อยละ 7

➢ ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60 - I64) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit เป้าหมาย \geq ร้อยละ 80

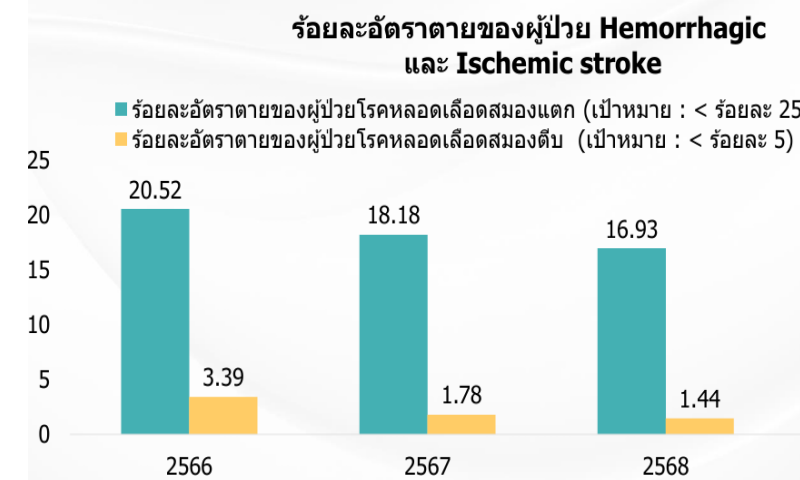
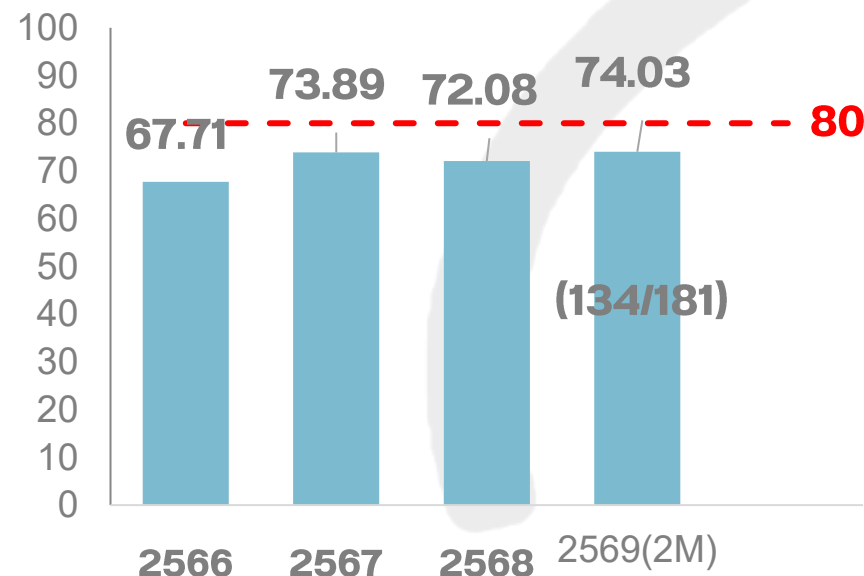
เชิงปริมาณ (70%) : 7 คะแนน

อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2566 - 2569 (2M) จ. นครพนม เป้า < ร้อยละ 7



เชิงปริมาณ (70%) : 4.9 คะแนน

ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60 - I64) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit



SW.นครพนม
 Neuro med 1 คน
 Neuro sur 1 คน, **จบปี 2573 1 คน**
 PM&R 3 คน
 พยาบาลหลักสูตร 4 เดือน 6 คน
 พยาบาลหลักสูตร 5 วั 5 คน
 พยาบาลหลักสูตรการฟื้นฟูสภาพ 4 เดือน 1 คน
 Stroke unit ขนาด 12 เตียง

SW.ราตุพนม
 อายุรแพทย์ 2 คน
 Neuro med **จบปี 2571 1 คน**
 PM&R 1 คน
 Plan เปิด Stroke unit ขนาด 4 เตียง (ประมาณ พ.ค.-มิ.ย. 2569)

ที่มา: เล่มรายงาน SW.นครพนม

การแปลผล ผ่านเกณฑ์

การคำนวณคะแนนผลการประเมินตัวชี้วัด การตรวจราชการการคิดอัตราส่วน 70:30	คะแนน			ผลรวม
	เชิงปริมาณ	เชิงคุณภาพด้าน ผลลัพธ์ (15%)	เชิงคุณภาพด้าน ผลกระทบ (15%)	เชิงปริมาณ+เชิงคุณภาพ
อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	7	1.41	1.41	9.82
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60 - I64) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit	4.9	1.41	1.41	7.72
คะแนนเฉลี่ยตัวชี้วัด				8.77

ข้อเสนอแนะ

- พัฒนาระบบการส่งต่อ เพื่อทำ EVT ภายในจังหวัด ที่ยั่งยืน
- SW.ราตุพนมเร่งรัดดำเนินการเปิด Stroke Unit ขนาด 8 เตียง
- SW.นครพนม พัฒนาการดูแลผู้ป่วย Hemorrhagic stroke ใน Stroke Unit แทนการให้บริการที่ Stroke corner ในหอผู้ป่วย คีลยกรรม เพื่อเพิ่มคุณภาพ ผลลัพธ์การรักษา และอัตราการครองเตียง
- SW.นครพนม จัดสรรอัตรากำลังพยาบาลให้เพียงพอตามมาตรฐานของ Stroke Unit เพื่อรองรับการประเมิน Reaccredit SSCC ปี 2569-2570



ประเด็น Service Excellence (STEMI)

การแปลผล ไม่ผ่านเกณฑ์

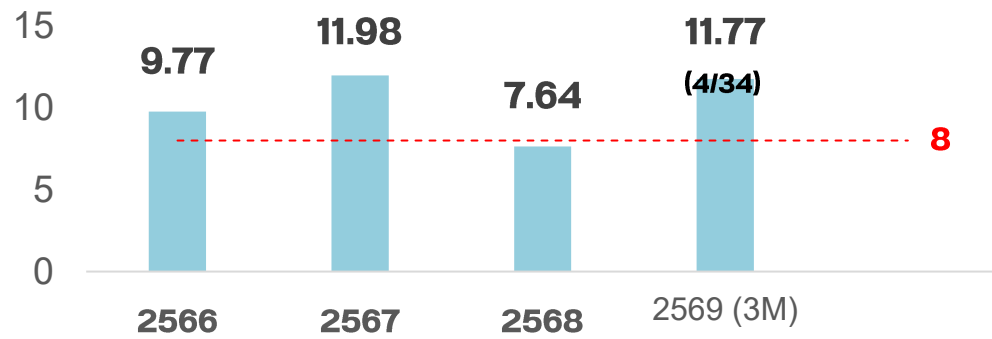
Score : 5.86



- อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI เป้าหมาย < ร้อยละ 8
- ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด เป้าหมาย \geq ร้อยละ 70
- อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ภายใน 30 วัน นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI เป้าหมาย < ร้อยละ 9

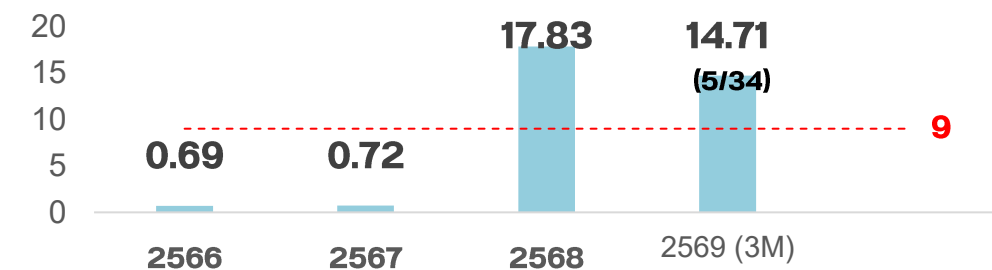
เชิงปริมาณ (70%) : 1.4 คะแนน

- อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI จ.นครพนม เป้า < ร้อยละ 8



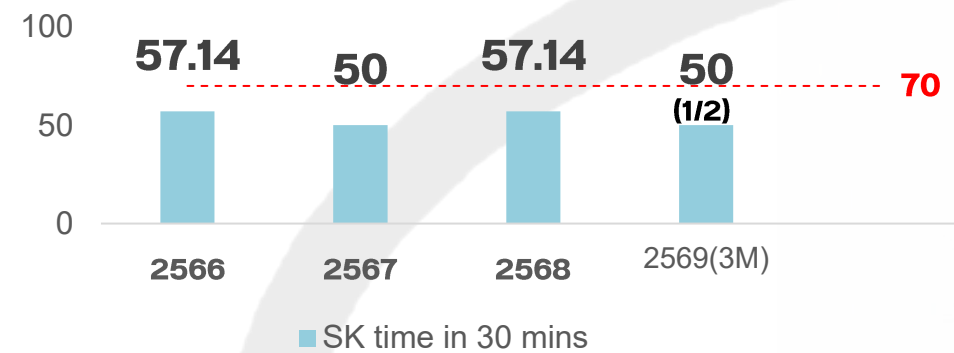
เชิงปริมาณ (70%) : 0.7 คะแนน

- อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ภายใน 30 วัน นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI จ.นครพนม เป้า < ร้อยละ 9

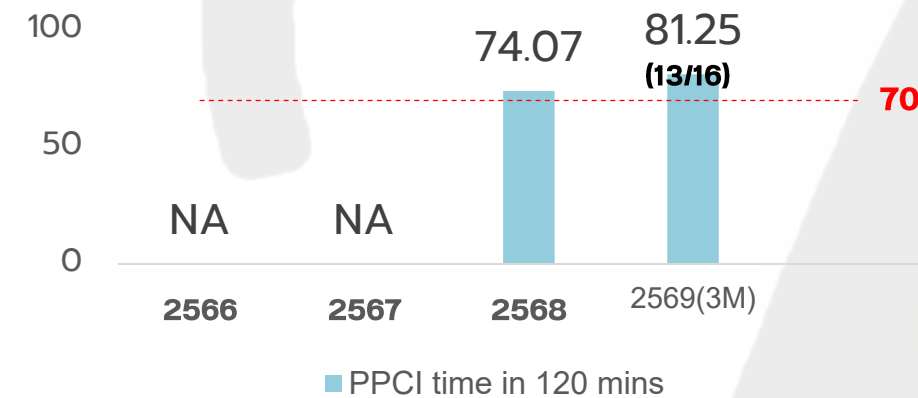


เชิงปริมาณ (70%) : 4.2 คะแนน

- ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด จ.นครพนม เป้า \geq ร้อยละ 70



เชิงปริมาณ (70%) : 7 คะแนน



PPCI : 2567-2569 จำนวน 43 ราย



ข้อเสนอแนะ

- จังหวัดนครพนมพิจารณาสร้าง Health literacy ในกลุ่มประชากรทั่วไปเพิ่มขึ้น ใน NCD Clinic
- ระบุโซนพื้นที่ให้บริการ PPCI ได้ 4-5 อำเภอ ที่ไม่จำเป็นต้องให้ SK ก่อน ส่วนรพ. ที่เหลือพิจารณาให้ Drip & ship model
- จัดตารางเวรแพทย์และทีมงานให้บริการ Cath lab ให้ชัดเจนเพื่อการบริหารจัดการโดยบูรณาการร่วมกับ Cath lab SW.สกลนคร
- มีการทบทวนเคส case death อย่างต่อเนื่องและอัปเดตข้อมูลผ่าน Google sheet

ตัวชี้วัดที่ 16 อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน

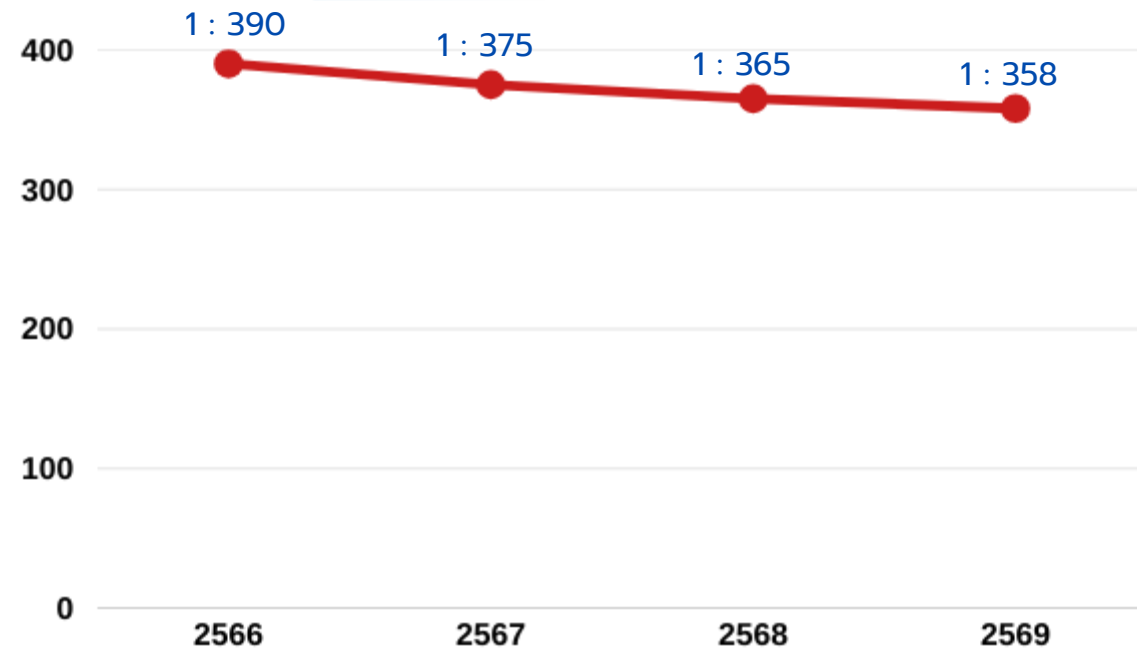
เป้าหมาย : ≤ 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีวิต

Score 9.08

ผลงาน 2.28 (2 ราย)

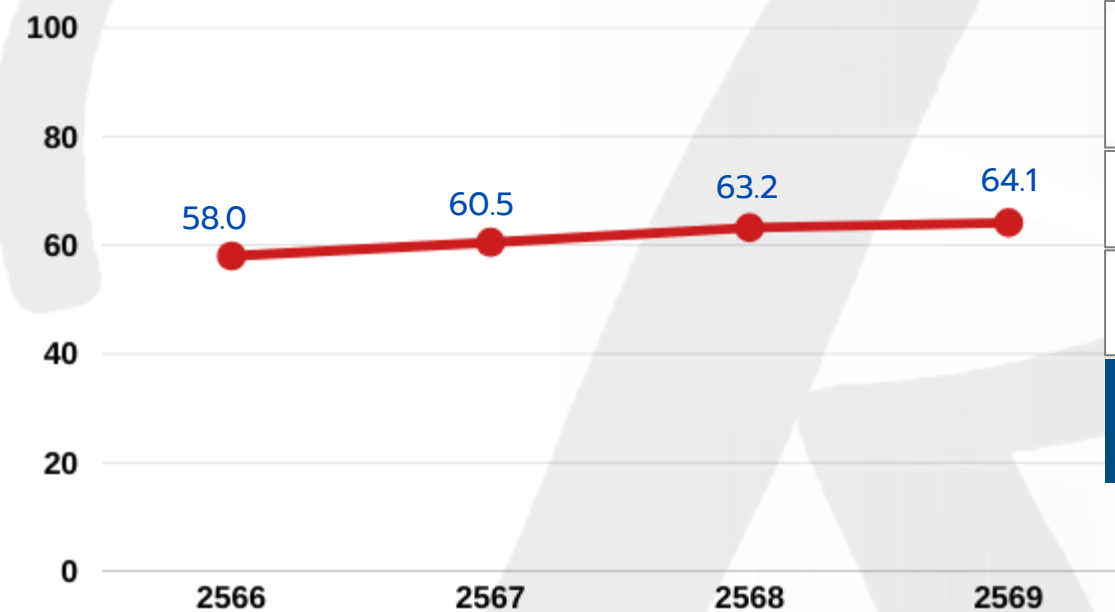
16.1 จำนวนเตียง NICU ในเขตสุขภาพ
เป้าหมาย $\leq 1 : 300$ ทารกแรกเกิดมีชีวิต

ผลงาน 1 : 358



16.2 ร้อยละของการใช้นมแม่ Exclusive breastfeeding
ในการก่อกำเนิดที่บ้าน
เป้าหมาย > ร้อยละ 65

ผลงาน ร้อยละ 64.1



การแปลผล ผ่านเกณฑ์

การคำนวณคะแนนผลประเมินตัวชี้วัด อัตราส่วน 70:30

ระดับคะแนนเชิงปริมาณ (70%)	7 คะแนน
ระดับคะแนนเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์ (30%)	2.08 คะแนน
รวมคะแนนเชิงปริมาณ+เชิงคุณภาพ (คะแนนเต็ม 10)	9.08 คะแนน

Best Practice

- รางวัลระดับประเทศ: นวัตกรรม NRD-2R-FAGS และ Weaning Protocol ลดระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ
- ระบบการสอนช่วยกู้ชีพทารกแรกเกิดครอบคลุมบุคลากร >90% ในจังหวัด

ข้อเสนอแนะ

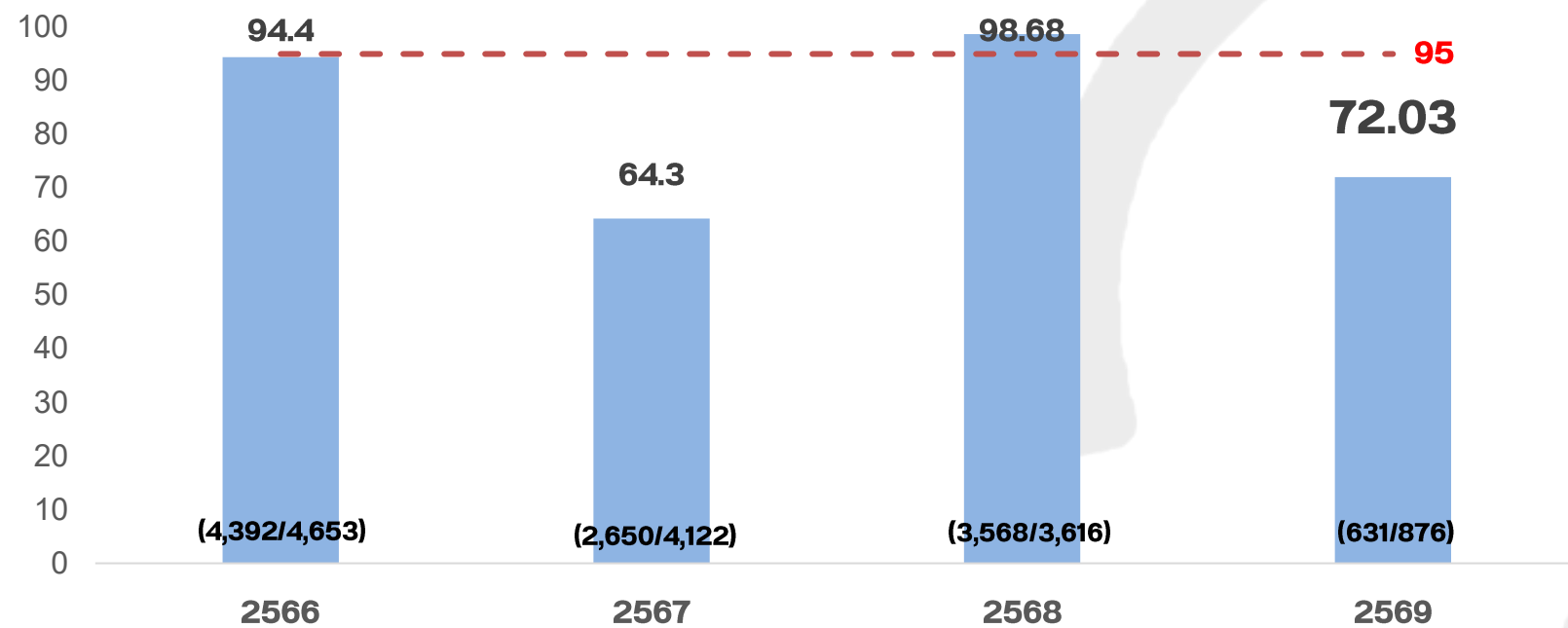
- พัฒนาโรงพยาบาลแม่ข่ายในการดูแลทารกแรกเกิด เพิ่มประสิทธิภาพการส่งกลับ (Refer Back) SWช. และลดความแออัดของเตียง NICU

Score 6.92

ตัวชี้วัดที่ 17 ร้อยละความครอบคลุมการคัดกรองได้ยินของการรกรกแรกเกิด

เป้าหมาย : \geq ร้อยละ 95

ผลงาน ร้อยละ 72.03



การแปลผล ไม่ผ่านเกณฑ์

การคำนวณคะแนนผลประเมินตัวชี้วัด อัตราส่วน 70:30	
ระดับคะแนนเชิงปริมาณ (70%)	4.09 คะแนน
ระดับคะแนนเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์ (15%)	1.04 คะแนน
ระดับคะแนนเชิงคุณภาพ ด้านผลกระทบ (15%)	0.99 คะแนน
รวมคะแนนเชิงปริมาณ+เชิงคุณภาพ (คะแนนเต็ม 10)	6.92 คะแนน

สว.ศรีสงคราม

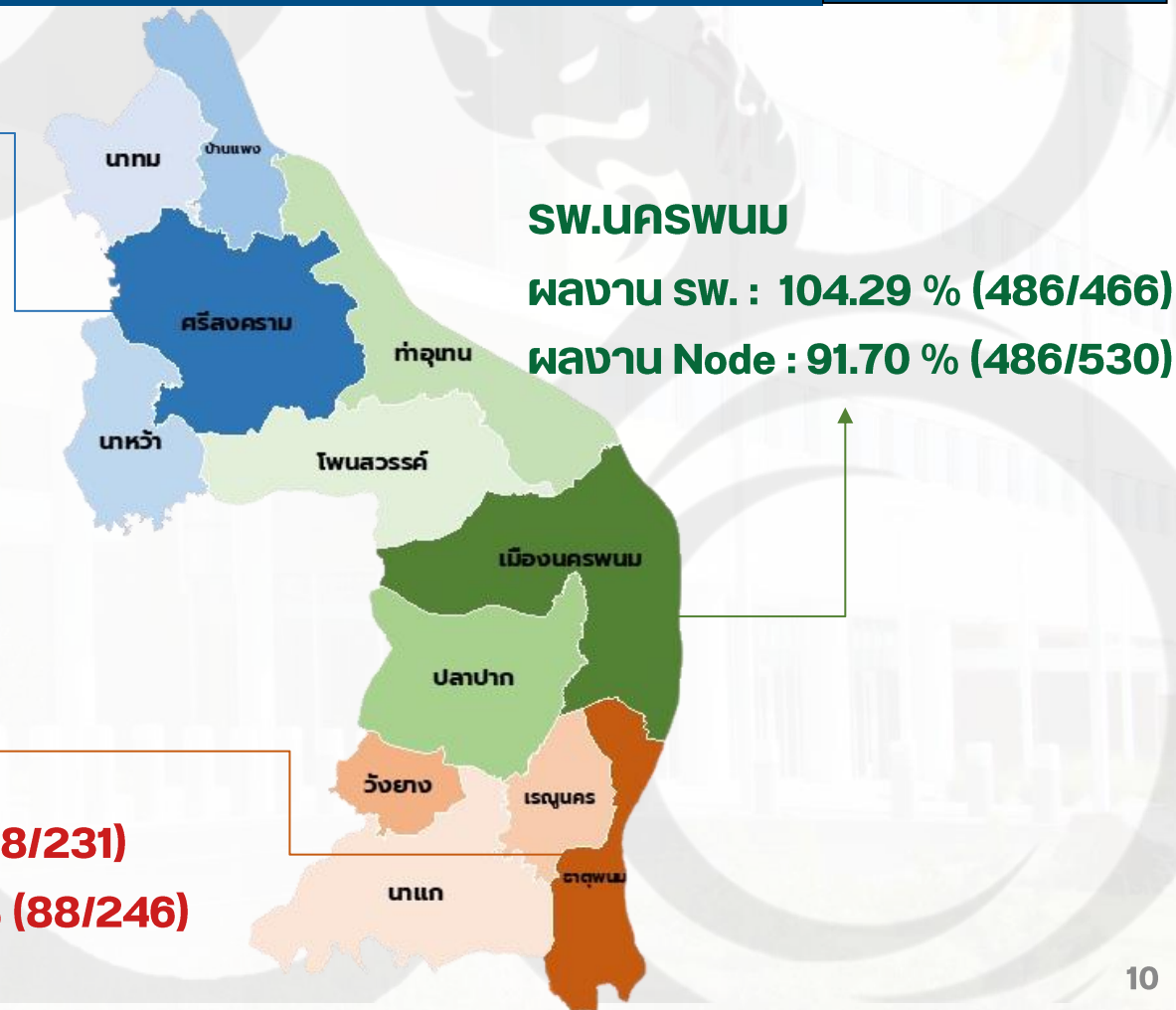
ผลงาน SW. : 100 % (57/57)
ผลงาน Node : 57 % (57/100)

สว.นครพนม

ผลงาน SW. : 104.29 % (486/466)
ผลงาน Node : 91.70 % (486/530)

สว.ราตุพนม

ผลงาน SW. 38.10 % (88/231)
ผลงาน Node : 35.77 % (88/246)



ข้อเสนอแนะ

- Ultimate Goal ของ Newborn hearing screening (NBHSC) คือ ต้องไม่มีเด็กเป็นใบ้จากสาเหตุหูหนวกที่ไม่ได้รับการตรวจคัดกรอง **เด็ก 2 ปี ต้องพูดได้** เป็นประโยค สื่อสารได้ / การฟื้นฟูการได้ยินต้องทำก่อนอายุ 5 ปีถึงได้ประโยชน์
- การบริการตรวจคัดกรอง NBHSC ทั้ง OAE/AABR การวินิจฉัย ABR/ASSR อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของกองทุน P&P และการใช้เครื่องช่วยฟัง - การฝังประสาทหูเทียม สามารถเบิกได้ในเด็กทุกคน
- พื้นที่วางแผนการหมุนเวียน Screening OAE เพื่อเพิ่มการคัดกรองทั้งจังหวัดในระยะเวลา 1-3-6 เดือน
- สนับสนุนเครื่อง OAE ให้ สว. ราตุพนม เพื่อยกระดับการคัดกรอง / ลงในแผน SP ENT ใน สว.ศรีสงคราม/สว.ราตุพนมให้แล้ว
- กำกับ ติดตาม การบันทึกข้อมูลตามฐานข้อมูล HDC ลงรหัส ICD 10 / ICD 9 ให้ถูกต้อง

ตัวชี้วัดที่ 18 ผู้ป่วยแบบประคับประคองได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

การแปลผล ผ่านเกณฑ์

- 18.1** ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทรัพยากรและระบบการดูแลผู้ป่วย palliative care ที่เหมาะสม **4.25**
เป้าหมาย ≥ 4
- 18.2** ร้อยละของผู้ป่วยผู้ใหญ่สามารถเข้าถึงบริการ palliative care (เมื่อเทียบกับค่าคาดการณ์) **100**
เป้าหมาย \geq ร้อยละ 80
- 18.3** ร้อยละของผู้ป่วยเด็กสามารถเข้าถึงบริการ palliative care (เมื่อเทียบกับค่าคาดการณ์) **19.03**
เป้าหมาย \geq ร้อยละ 50
- 18.4** ร้อยละของผู้ป่วย palliative care ได้รับการดูแลต่อเองที่บ้าน/ชุมชน **73.26**
เป้าหมาย \geq ร้อยละ 55
- 18.5** ร้อยละของผู้ป่วย palliative care ที่ได้รับการทำ family meeting และ Advance Care Plan **90.14**
เป้าหมาย \geq ร้อยละ 85
- 18.6** ร้อยละของผู้ป่วยประคับประคอง (palliative care) ที่ได้รับการดูแลตามแผนดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning; ACP) อย่างมีคุณภาพ โดยมีสถานที่เสียชีวิตเป็นไปตามความประสงค์ (Preferred Place of Death) **90.00**
เป้าหมาย \geq ร้อยละ 60
- 18.7** ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งระยะประคับประคอง ICD-10 รหัส C00-C96 หรือ D37-D48 ที่ได้รับการจัดการอาการปวด และ/หรือ อาการรบกวน โดยใช้ Opioid (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC ;workload) **34.55**
เป้าหมาย \geq ร้อยละ 55
- 18.8** ร้อยละของโรงพยาบาลที่ให้บริการ Home ward for active dying patient **100**
เป้าหมาย \geq ร้อยละ 80

การคำนวณคะแนนผลประเมินตัวชี้วัด อัตราส่วน 70:30		Score 7.64
ระดับคะแนนเชิงปริมาณ (70%)	5.16 คะแนน	
ระดับคะแนนเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์ (15%)	1.31 คะแนน	
ระดับคะแนนเชิงคุณภาพ ด้านผลกระทบ (15%)	1.61 คะแนน	
รวมคะแนนเชิงปริมาณ+เชิงคุณภาพ (คะแนนเต็ม 10)	7.64 คะแนน	

ข้อเสนอแนะ

- พัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วย Palliative ให้มีความครบถ้วน ครอบคลุม เชื่อมโยงกับการให้บริการจริง
- พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดำเนินงาน Palliative Care ให้มีความครอบคลุมทุกหน่วยบริการ
- เพิ่มการเข้าถึงบริการในกลุ่มผู้ป่วย Palliative Care ผ่านระบบ Tele-Med / Tele-Consult





ประเด็น Service Excellence

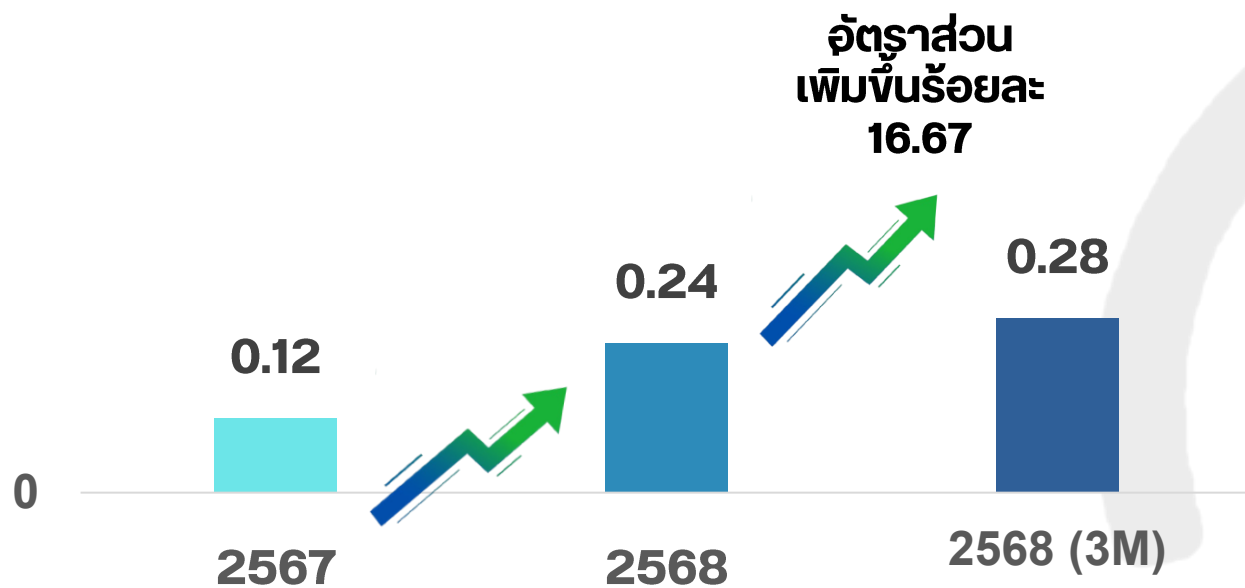


Score 7.87

อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะระสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล P+, P, A+, A จำนวน 134 โรงพยาบาล ไม่รวม A ยกระดับ)

(เป้าหมาย อัตราส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 จากอัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะระสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ของแต่ละเขตสุขภาพ)

1



โรงพยาบาล	Hospital death ปี 2568 (ราย)	KPI Actual organ donor : Hos.dead (1:100)	KPI Actual eye donor : Hos.dead (1.5:100)
อุดรธานี (A)	2,091	20	32
สกลนคร (A)	1,408	14	22
เลย (S)	1,146	12	18
นครพนม (S)	712	7	11
หนองคาย (S)	666	6	10
หนองบัวลำภู (S)	669	6	10
บึงกาฬ (S)	243	2	4
สวางคนาดิน (S)	337	3	5
กุมภวาปี (S)	217	2	3
ท่าบ่อ (M1)	221	2	3
วานรนิวาส (M1)	237	2	3
รวม	7,947	79	121

การแปลผล ผ่านเกณฑ์

การคำนวณคะแนนผลการประเมิน ตัวชี้วัด การตรวจราชการการคิด อัตราส่วน 70:30	คะแนน		ผลรวม
	เชิงปริมาณ	เชิงคุณภาพ ด้านผลกระทบ (30%)	เชิงปริมาณ+ เชิงคุณภาพ
1. อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะระสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล	7	0.87	7.87
คะแนนเฉลี่ยตัวชี้วัด			7.87

ข้อเสนอแนะ

- จัดตั้งศูนย์รับบริจาคอวัยวะและดวงตาทุกโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 8 ให้ครบ 88 แห่ง ตามแผนยกระดับการบริการโรงพยาบาล SAP (ภายในไตรมาสที่ 2)
- จัดตั้งเวรปฏิบัติการค้นหาผู้บริจาคอวัยวะและดวงตาเชิงรุกครอบคลุม 24 ชั่วโมง ทั้งเขตสุขภาพ : มอบหมายให้โรงพยาบาลศูนย์รับบริจาคอวัยวะทั้ง 11 แห่ง ที่มี TCN ผ่านการอบรมหลักสูตร 4 เดือน อยู่เวรแจ้งและรับบริจาคเชิงรุก เวต 8 "Tele-DNA R8" กับโรงพยาบาลในเครือข่าย (ภายในไตรมาสที่ 2)
- บูรณาการการทำงานร่วมกันของ TCN vs PCN/PCWN ในหอผู้ป่วยเป้าหมาย SICU, TRAUMA WARD
- บูรณาการงานรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะโดยใช้กลไก Service Plan และ OHOPOR Service Plan ไต, ตา และ Palliative (ภายในไตรมาสที่ 2)
- บูรณาการงานรับบริจาคอวัยวะและดวงตากับภาคีเครือข่าย (ภายในไตรมาสที่ 2)

ประเด็น Service Excellence (CANCER)

ตัวชี้วัดที่ 20 ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด

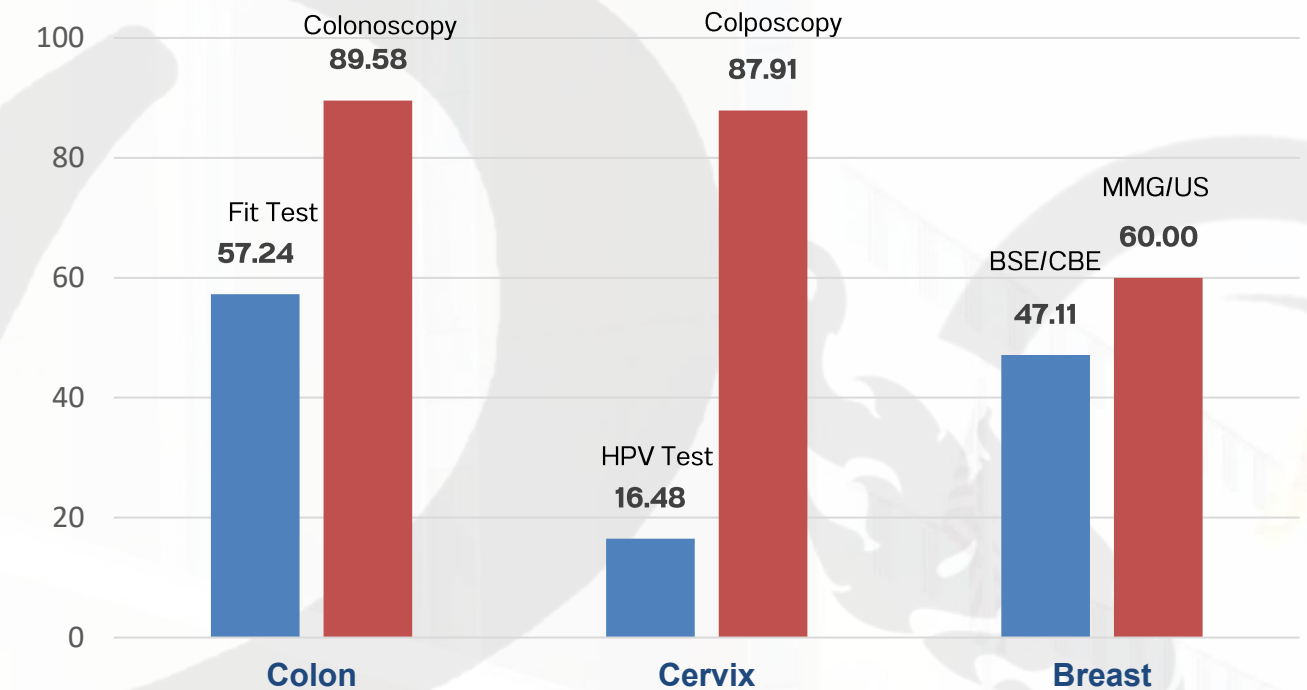
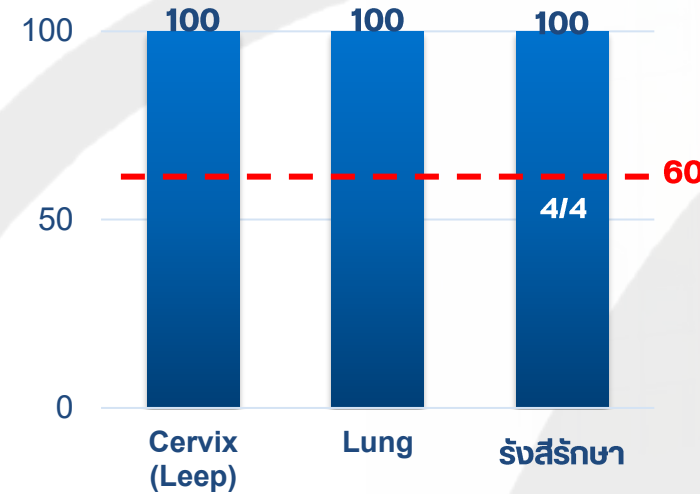
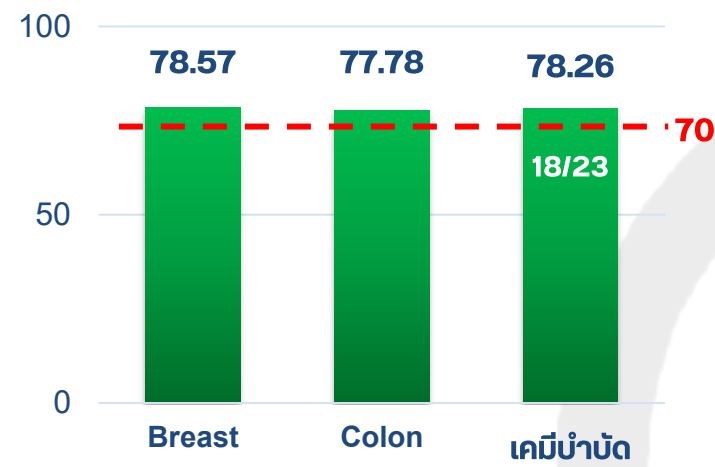
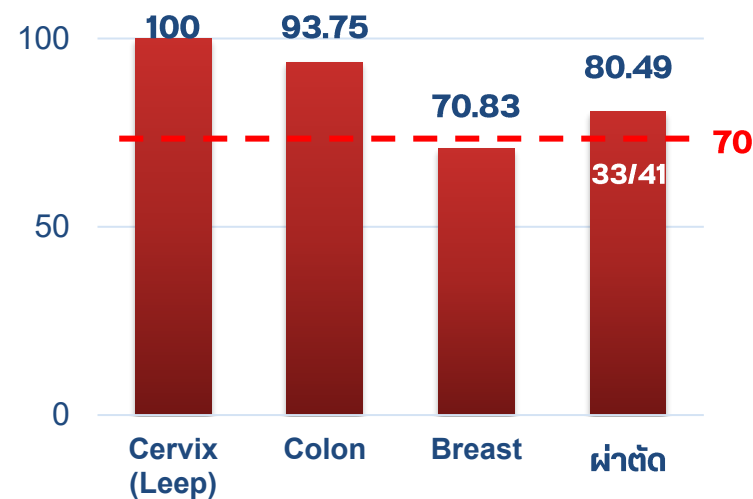
20.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ เป้า $\geq 70\%$

20.2 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ เป้า $\geq 70\%$

20.3 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ เป้า $\geq 60\%$ จังหวัดนครพนมยังไม่เปิดให้บริการรังสีรักษา

Fit Test

Score : 9.78



FIT - sw.นาคม sw.นาหว้า sw.นครพนม HPV - sw.นครพนม sw.ศรีสงคราม sw.นาแก Breast - sw.นาหว้า sw.บ้านแพง

การแปลผล... ผ่านเกณฑ์

Refer SKNH UDCH



การคำนวณคะแนนผลการประเมินตัวชี้วัด การตรวจราชการการคิดอัตราส่วน 70:30	คะแนน		ผลรวม
	เชิงปริมาณ (70%)	เชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์ (30%)	เชิงปริมาณ + เชิงคุณภาพ (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)
20.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์	7	2.85	9.85
20.2 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	7	2.70	9.70
20.3 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	NA	NA	NA
ร้อยละผู้ป่วยมะเร็งได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด			9.78



Best Practice

- มีพยาบาล CNC ในโรงพยาบาลทุกระดับ ติดตามข้อมูลและประสานงาน

ข้อเสนอแนะ

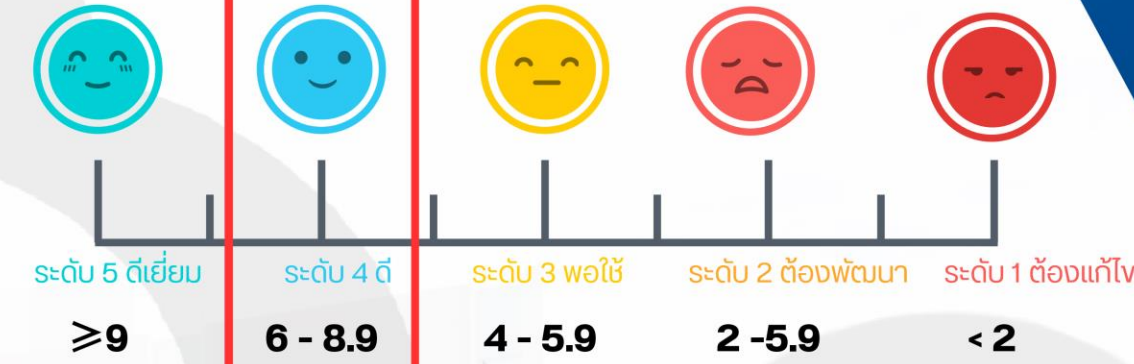
- จัดซื้อเครื่องผสมยาเคมี ในกรณีที่ sw.สกลนคร เปิดให้บริการหุ่นยนต์ผสมยาเคมี อาจพิจารณาลดต้นทุน Chemo-delivery
- ใช้ระบบ Electronic referral system นัดคิวฉายแสง ร่วมกับ sw.สกลนคร หรือ sw.มะเร็ิงอุดรธานี กรมการแพทย์ และขยายเครือข่ายด้านโรคมะเร็งอย่างต่อเนื่อง
- เปิดให้บริการ ERCP ที่ sw.ธาตุพนม - พิจารณาเพิ่มการทำ ODS&MIS ให้มากขึ้น
- TCB 2025 - มี Login สำหรับ sw. User ผู้บริหาร สสจ. ค้นข้อมูลได้

ประเด็น Service excellence

ชื่อตัวชี้วัด : ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

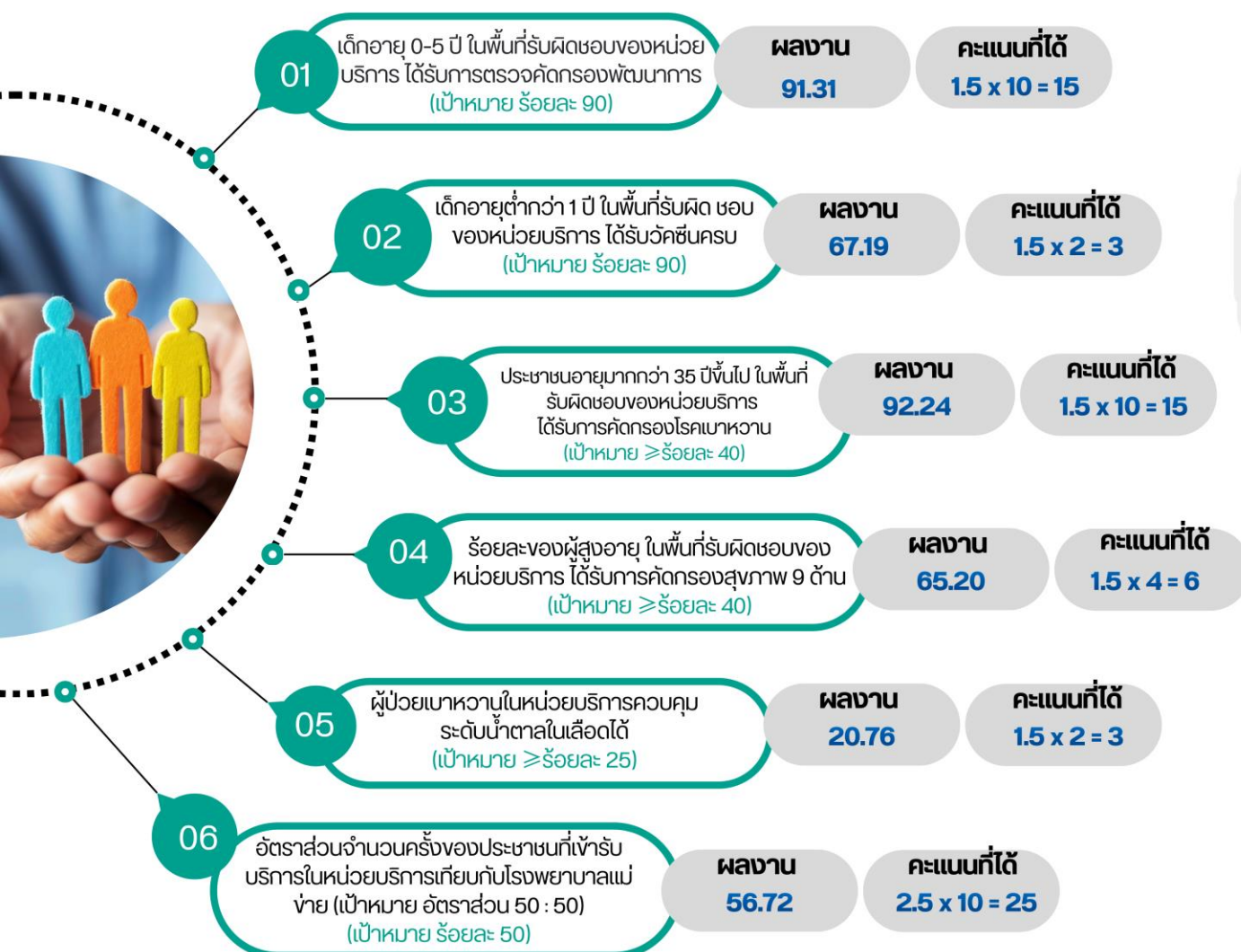


Score : 7.09

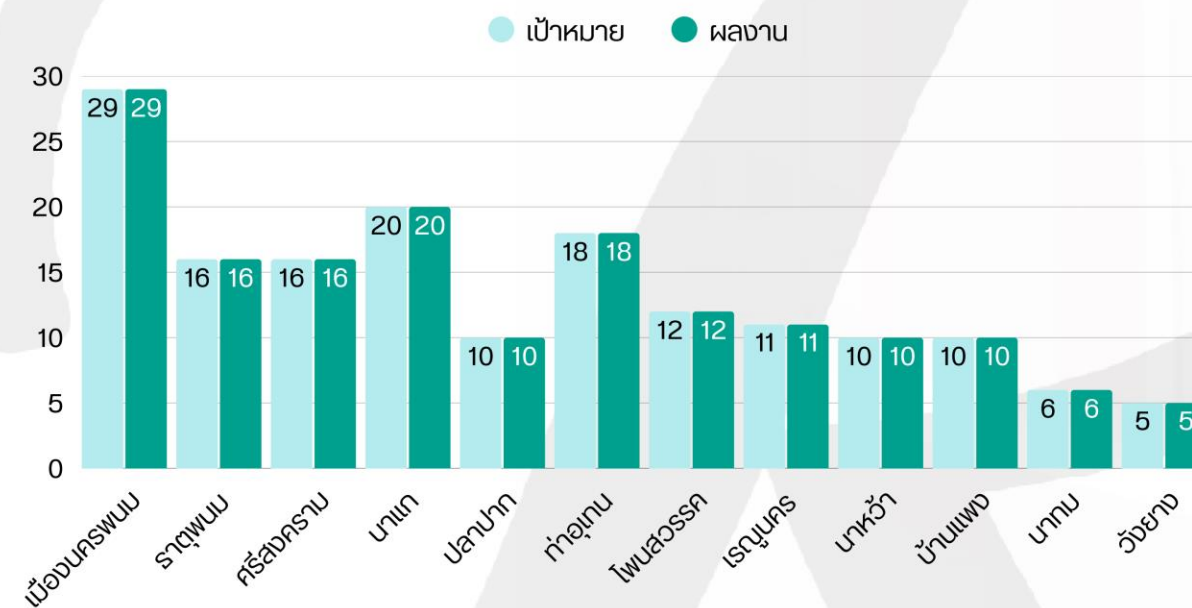


ข้อมูลเชิงปริมาณ ร้อยละ 70

ข้อมูลคุณภาพ ร้อยละ 30 : เป้าหมาย 6 เดือน ร้อยละ 85



ผลงาน : ผ่านการประเมิน โดย ค.ป.ค.ม. ทุกแห่ง 100%



ผลงาน ผ่านเกณฑ์ ระดับ 4 ดี Score = 2.40

คะแนนเชิงปริมาณ (70%) | คะแนนเชิงคุณภาพ (30%)

$(67 \times 0.7) / 10$
 Score = 4.69

$(80 \times 0.3) / 10$
 Score = 2.40

$4.69 + 2.40 = 7.09$
 (คะแนนเต็ม 10)

ผลงาน คะแนนรวม 67 คะแนน Score = 4.69

- ### โอกาสในการพัฒนา
- ระบบกำกับ ติดตามงานตามมาตรการอย่างต่อเนื่อง
 - พัฒนาศักยภาพบุคลากร เพื่อทบทวนมาตรฐานการปฏิบัติงานทุกปี เช่น CPG การบันทึกข้อมูล เป็นต้น
 - สนับสนุนให้ sw. และ sw.สต. จัดบริการปฐมภูมิ โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ในกลุ่ม Home Service เชื่อมโยงบริการหมอ 1-2-3 ให้มากขึ้น เช่น LTC และ NCDs เป็นต้น
 - สนับสนุนการแก้ไขปัญหในพื้นที่ ผ่านกลไกพชอ./ พชต./ ตำบลจัดการสุขภาพ/ กองทุนหลักประกันสุขภาพ
 - ยกระดับการเชื่อมโยงคุณภาพบริการในงานปฐมภูมิ เช่น งานวัคซีน และ NCDs



ประเด็น ระบบบริการสุขภาพเป็นเลิศ (Service Excellence)

ชื่อตัวชี้วัดที่ 22 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ เป้าหมาย ≤ 7.8 ต่อแสนประชากร

Score : 9.55

ตัวชี้วัดย่อย ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ เป้าหมาย \geq ร้อยละ 70



เชิงปริมาณ (70%) : **7 คะแนน**

เชิงคุณภาพด้านผลลัพธ์ (15%) : 1.05 เชิงคุณภาพด้านผลกระทบ (15%) : 1.5

ผลการประเมิน	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน
ผ่าน	อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ	≤ 5.0 ต่อแสนประชากร (รอบแรก)	1.27 ต่อแสนประชากร
ผ่าน	จำนวนฆ่าตัวตายสำเร็จลดลง	ร้อยละ 10	ร้อยละ 35.71
ผ่าน	ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ	\geq ร้อยละ 35 (รอบแรก)	ร้อยละ 59.72

ข้อมูล ณ วันที่ 12 ม.ค.69

ด้านการให้บริการสุขภาพ
ระดับ 4

ด้านกำลังคนให้บริการ
ระดับ 3

ด้านระบบงานและข้อมูล
ระดับ 5

ประสิทธิภาพของการรักษาและป้องกันการฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 97.68)
ระดับ 5

การแปลผล (ผ่านเกณฑ์)

การคำนวณคะแนนผลประเมินตัวชี้วัด อัตราส่วน 70:30

ระดับคะแนนเชิงปริมาณ (70%)	7 คะแนน
ระดับคะแนนเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์ (15%)	1.05 คะแนน
ระดับคะแนนเชิงคุณภาพ ด้านผลกระทบ (15%)	1.5 คะแนน
รวมคะแนนเชิงปริมาณ+เชิงคุณภาพ (คะแนนเต็ม 10)	9.55 คะแนน

ข้อชื่นชม

- การขับเคลื่อนประเด็นปัญหาการฆ่าตัวตาย ผ่านคณะอนุกรรมการสุขภาพจิตจังหวัด ตระหนักถึงสำคัญ
- มีระบบการติดตามผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง
- มีจุดแจ้งเหตุจาก นวัตกรรมชุมชน

ข้อค้นพบโอกาสพัฒนา

- ผู้พยายามฆ่าตัวตาย (HDC) การติดตาม หน่วยบริการลงรหัสไม่ถูกต้อง ข้อมูลซ้ำซ้อน
- ระบบการติดตามรายงาน Suicidal rescue ผ่าน Hopetaskforce
- มีแนวทางการติดตามกลุ่มเสี่ยงที่ชัดเจน

ข้อเสนอแนะ

- นำจุดแข็งของระบบเฝ้าระวังทีมที่จุดแจ้งเหตุ มาใช้ในการติดตามกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง
- วางแผนพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการติดตามกลุ่มเสี่ยง
- พัฒนาความรู้ และพัฒนาศักยภาพบุคลากรสุขภาพจิตและจิตเวช

Thank You



BACK UP



ประเด็น Service Excellence (STEMI)

การแปลผล ไม่ผ่านเกณฑ์

การคำนวณคะแนนผลการประเมินตัวชี้วัด การตรวจ ราชการการคิดอัตราส่วน 70:30	คะแนน			ผลรวม
	เชิง ปริมาณ	เชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์ (15%)	เชิงคุณภาพด้าน ผลกระทบ (15%)	เชิงปริมาณ+ เชิงคุณภาพ
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI	1.4	1.46	1.08	3.94
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI ภายใน 30 วัน นับจากผู้ป่วยได้รับการ วินิจฉัย STEMI	0.7	1.46	1.08	3.24
ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	4.2	1.46	1.08	6.74
ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	7	1.46	1.08	9.54
คะแนนเฉลี่ยตัวชี้วัด				5.86



ประเด็น Service Excellence : Retention Rate

Clinical Precision meets Executive Clarity




มาตรฐานอัตรากำลังตามความรุนแรง (Acuity-Based Staffing)



ประเด็น Service Excellence : Retention Rate

Clinical Precision meets Executive Clarity

การเทียบเคียงมาตรฐานสากล (International Benchmarking)

Country (ประเทศ)	Icon (สัญลักษณ์)	Standard (มาตรฐาน)	Detail (รายละเอียด)
Thailand (Proposal) (ไทย - ข้อเสนอ)		1:4 (Target) (1:4 - เป้าหมาย)	อิงเกณฑ์สภาการพยาบาลและบริบท ความรุนแรง SMI-V (Based on Nursing Council criteria and SMI-V acuity context)
USA (California Title 22 / ASAM) (สหรัฐฯ)		1:4 - 1:6 (Mandatory) (1:4 - 1:6 - บังคับใช้)	กฎหมายบังคับห้ามเกิน 1:6 ในจิตเวช และ 1:4 ใน ER/Trauma (Mandatory law: Max 1:6 in Psych, 1:4 in ER/Trauma)
UK (NICE Guidelines) (สหราชอาณาจักร)		Acuity Based (1:2 - 1:4) (ตามความรุนแรง)	ใช้ใน Psychiatric Intensive Care Unit (PICU) พร้อมระบบ 'Red Flag Events' (Used in PICU with 'Red Flag Events' system)

**บทสรุป: มาตรฐานของไทย (1:4)
สอดคล้องกับมาตรฐานความปลอดภัยระดับโลก**



ประเด็น Service Excellence : Retention Rate



HEALTH WORKFORCE งานจิตเวชยาเสพติด :
พยาบาล แพทย์ สหวิชาชีพอื่น นวค. นักจิต นักสังคม

อัตราส่วนบุคลากร

PN NA : PG ยาเสพติด/จิตเวชยาเสพติด

RN : เวชศาสตร์สารเสพติดสำหรับแพทย์ 3 วัน

MD : เวชศาสตร์ฉุกเฉินด้านยาและสารเสพติด 2 วัน

สหวิชาชีพ : หลักสูตรการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและ
สารเสพติดรูปแบบชุมชนบำบัด 10 วัน สำหรับสหวิชาชีพ

Acute/subacute RN PN NA 1:2-1:6

IMC RN 1:10 PN,NA 1:10

LTC RN ตามจำนวนของผู้รับการบำบัด 50 คน น้อยกว่า
อย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ มากกว่า อย่างน้อย 5 วัน วันละ
อย่างน้อย 2 ชั่วโมง สหวิชาชีพ อื่นๆ 1-2 คน