Functional Based : ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

Service Plan สุพรรณบุรี

Service Plan : สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

กระทรวงสาธารณสุข
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

Service plan สาขาอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ปีงบประมาณ 2564

ตัวชี้วัด	ชื่อตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย			
		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ตัวชี้วัดหลัก	อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1		≤ ร้อยละ 12		≤ ร้อยละ 12
ตัวชี้วัดรอง	1. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากการบาดเจ็บที่มีค่า Ps มากกว่า 0.5 ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1		< ร้อยละ 4		< ร้อยละ 4
	2. อัตราตายของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (Mortality rate Severe traumatic brain injury) (GCS≤8) ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1		< ร้อยละ 30		< ร้อยละ 30
	3.อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ (ไม่ต่ำกว่า 25 คะแนน)		>ร้อยละ 80		>ร้อยละ 80

Matrix Scoring Inspection : ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย : สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน : ปีงบประมาณ 2564

	ต้นน้ำ	กลางน้ำ	ปลายน้ำ
Objectives	เพิ่มคุณภาพชีวิต / ส่งเสริมการจัดบริการ	ลดแออัด	ลดเสียชีวิต/ลดพิการ
Service / management	สื่อสารประชาชน เพื่อลดผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน และผู้ป่วยฉุกเฉินมาด้วยระบบ EMS ผ่าน 1669 เพิ่มการเข้าถึง Stroke , Sepsis , STEMI alert/awareness มี EMS PROTOCAL การดูแลผู้ป่วยนอก รพ.	ระบบ Fast track กลุ่มโรคสำคัญที่ไร้รอยต่อ (stroke, trauma ,TBI, STEMI, NSTEMI, UGIB ,Pneumonia) การ refer ผ่านระบบ AOC/e- refer	One ER One Province / Region การส่งต่ออย่างไร้รอยต่อ Tele-consult specialist ICU Bed management (ผป. วิกฤติ ได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤติ)
Output / Outcome / Impact / PA	ผู้ป่วยเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน > 26% รพ ระดับ F2 ขึ้นไป ผ่านเกณฑ์ ECS คุณภาพ > 80%	TEA unit ใน รพ. A, S, M1 ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ (ไม่ต่ำกว่า 25 คะแนน) ผ่านเกณฑ์ประเมิน ER คุณภาพ ใน รพ. A ผู้ป่วย Level 4-5 (non-trauma) ลดลง > 5%	อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย level 1 ใน 24 ชั่วโมง < 12 % อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ (Ps > 0.5) < 4% อัตราเสียชีวิต severe TBI < 30%
Staff / Structure / Standard	จัดระบบการส่งต่อที่มีมาตรฐาน บริการที่มีมาตรฐานตาม ER service delivery บุคลากรห้องฉุกเฉินผ่านการอบรมการกู้ชีพขั้นสูงและมีการซ้อมทีม ระบบ 3 หมอ เชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วย ข้อมูลผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน ผ่านแฟ้ม ACCIDENT	ห้องฉุกเฉินมีการทบทวน ผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน 24 ชม พร้อมวางมาตรการป้องกัน OPD นอกเวลา สำหรับ LEVEL 4-5 (non trauma) แพทย์ EP ประจำห้องฉุกเฉิน ข้อมูลผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน ผ่านแฟ้ม ACCIDENT Trauma and Emergency administration unit	คณะกรรมการห้องฉุกเฉินคุณภาพ ระดับ รพ. แผนการเพิ่มแพทย์ specialist แต่ละสาขา ข้อมูลผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน ผ่านแฟ้ม ACCIDENT TEA unit วิเคราะห์ข้อมูล/เสนอนโยบายป้องกันได้
หน่วยดำเนินการ	ชุมชน / รพ.สต. / รพช. / รพท. / รพศ. / สสจ.		

Key Strategic Intervention (KSI)

Key Result Indicator (KRI)

Key Operative Indicator (KOI)

สัญลักษณ์: ตัวชี้วัดหลัก | ตัวชี้วัดรอง

ดำเนินการแล้ว/ผ่านเกณฑ์ | อยู่ระหว่างดำเนินการ | ยังไม่ดำเนินการ/ไม่ผ่านเกณฑ์ | ไม่อยู่ในระดับดำเนินกา

Service Plan : สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

เป้าหมาย

อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) เป้าหมาย <ร้อยละ 12

ผลการดำเนินงาน 1 ตุลาคม 63 – 31 ธันวาคม 63

ลำดับ	รพ.	ระดับ	1.Trauma			2.Non-Trauma			รวม 1+2 (ราย)	รวม เสียชีวิต (ราย)	ร้อยละ
			Triage level 1	เสียชีวิต (ราย)	ร้อยละ	Triage level 1	เสียชีวิต (ราย)	ร้อยละ			
1.	รพศ.	A	84	9	10.71	576	35	6.07	660	44	6.67
2.	รพท.	M1	31	5	16.13	203	21	10.34	234	26	11.11
รวม			115	14	12.17	779	56	7.19	894	70	7.83

Service Plan : สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

Injury Surveillance (IS) พบว่าผู้บาดเจ็บที่มีโอกาส

รอดชีวิต แต่เสียชีวิต (PS > 0.5) ร้อยละ 1.34 (12/ 889)

(ผ่านเกณฑ์น้อยกว่าร้อยละ 4) จากการทบทวนทั้ง 12 ราย (ร้อยละ 100)

พบว่ามีการเสียชีวิตที่มีแนวโน้มป้องกันได้จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 41.67)

ส่วนใหญ่เป็นผู้บาดเจ็บร่วมหลายระบบ (Multiple Injury)

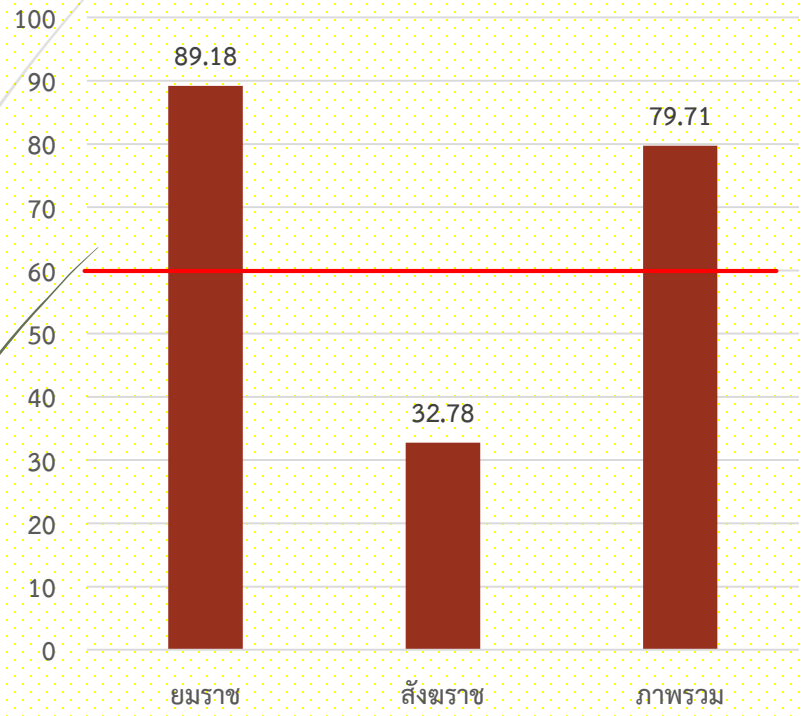
มีอายุระหว่าง 50-84 ปี อายุเฉลี่ย 70.6 ปี นอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 16 วันนอน

และมีภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะปอดบวม ที่ทำให้เสียชีวิต

ปี 2564 ทาง SP Trauma ร่วมกับ PCT ศัลยกรรมพัฒนาระบบการดูแลโดยได้จัดตั้ง Activate Trauma Team และจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย Severe Multiple Trauma

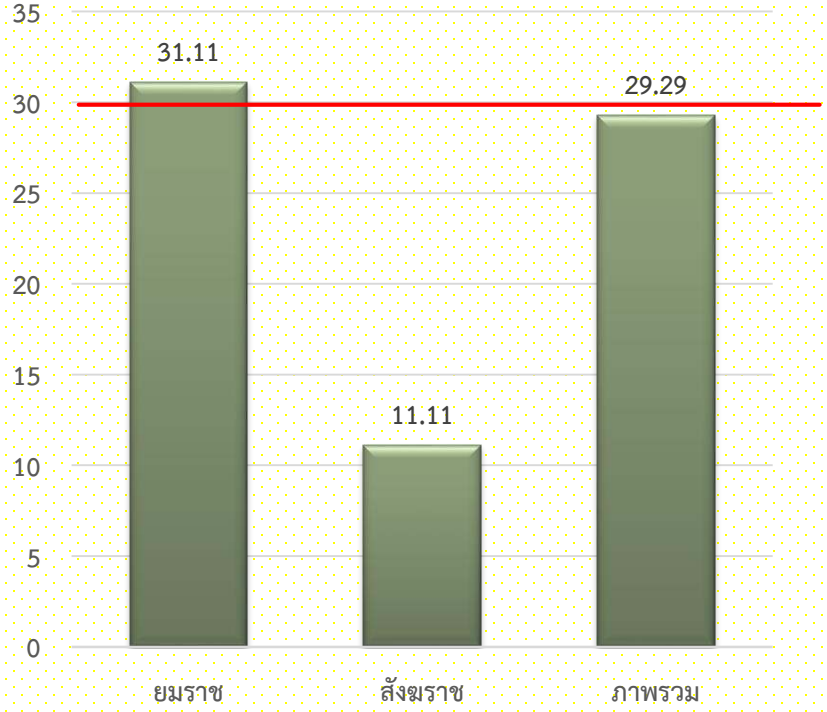
Service Plan : สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

อัตราของผู้ป่วย Triage Level 1 และ 2 ที่อยู่ในห้องฉุกเฉินน้อยกว่า 2 ชั่วโมง (ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60)



รพ. สมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 แพทย์ตรวจห้องฉุกเฉินต้อง resuscitate และ investigation ก่อนวินิจฉัย แล้ว consult Admit หรือ Refer

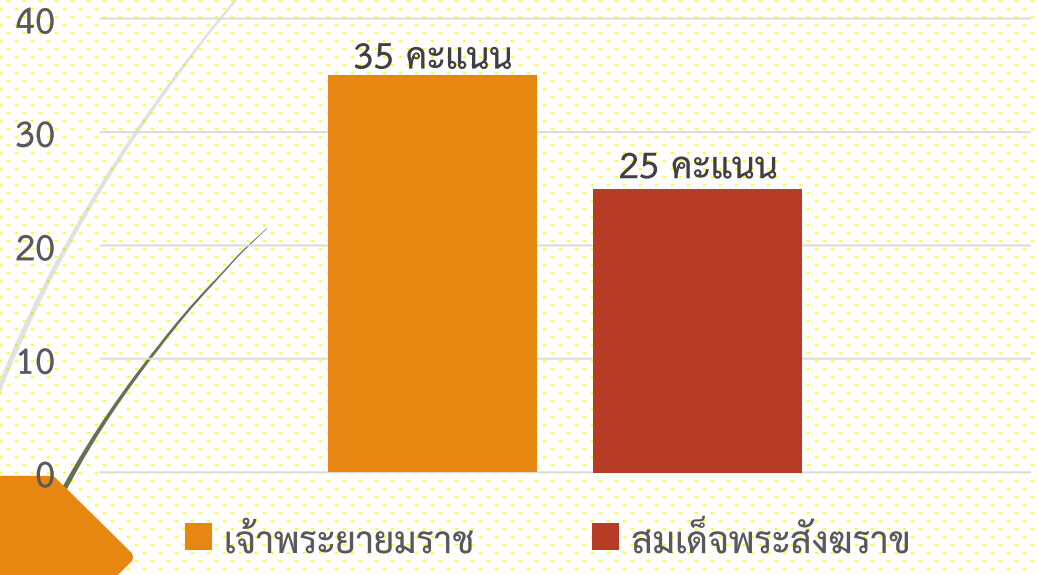
อัตราตายผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (mortality rate of severe traumatic brain injury) GCS ≤ 8 ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ไม่เกินร้อยละ 30



โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช ไม่ผ่านเกณฑ์เท่ากับร้อยละ 31.11 เนื่องจากผู้บาดเจ็บส่วนใหญ่ได้รับการบาดเจ็บทางสมองอย่างรุนแรง และเป็น Case ที่ Refer จากโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 72 /90 ราย

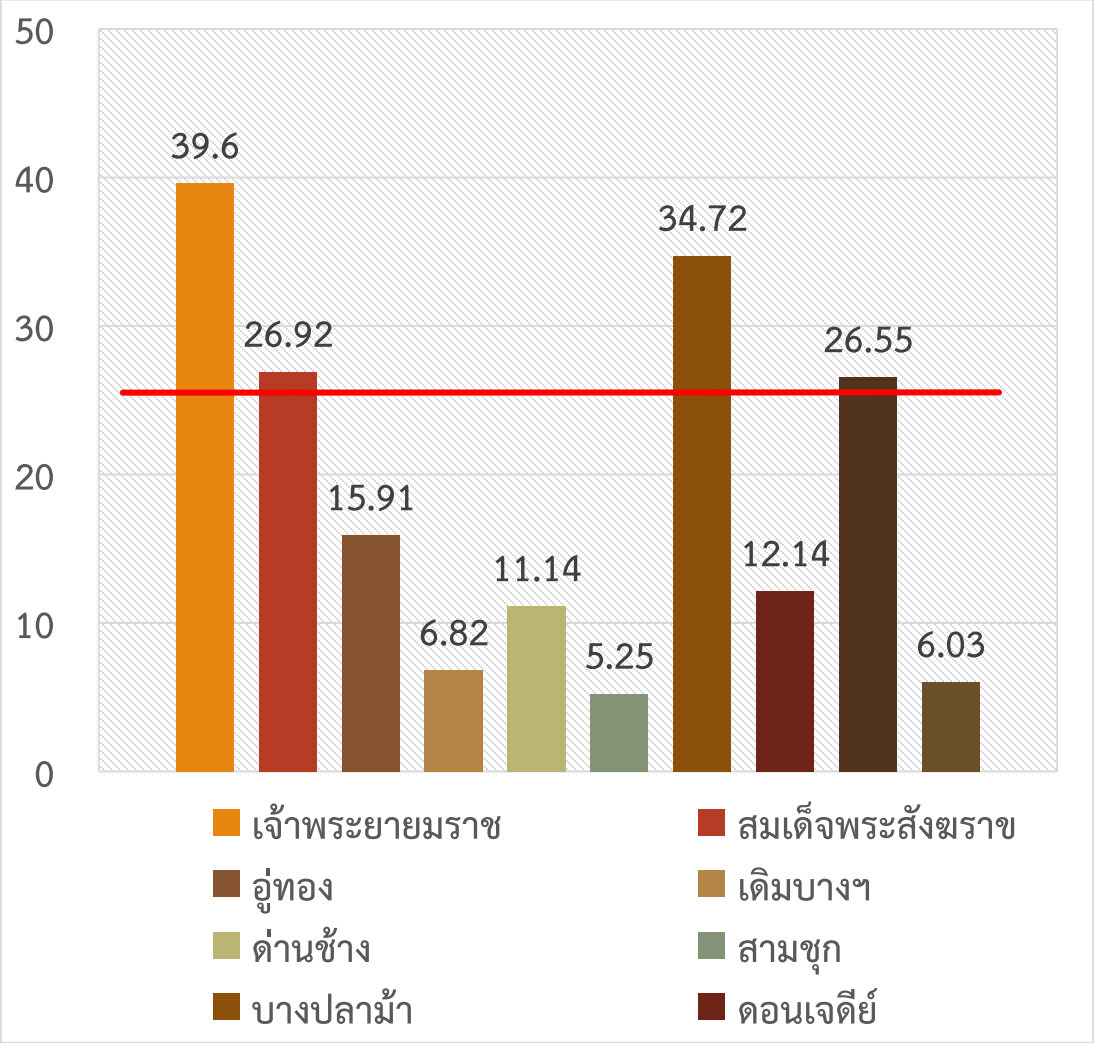
Service Plan : สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

อัตราของ TEA unit โรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ (ไม่ต่ำกว่า 25 คะแนน) เกณฑ์ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 80



จากตาราง อัตราของ TEA Unit ในโรงพยาบาลระดับ A , S , M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ เท่ากับ ร้อยละ 100 โดยโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช (A) ผ่านเกณฑ์ ระดับดีเยี่ยม (35/40) และโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 (M1) ผ่านเกณฑ์ระดับมาตรฐาน (25/40)

ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 20.81) เกณฑ์ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 26



Service Plan : สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

จากตารางการประเมิน ECS คุณภาพปี 2564 มิติที่ 2 มี 12 องค์ประกอบ พบองค์ประกอบที่ไม่ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 60) ได้แก่ องค์ประกอบที่ 9 ระบบบริหารจัดการ (ร้อยละ 20) และองค์ประกอบที่ 12 การศึกษาและวิจัย(ร้อยละ 50)

Service Plan : สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ผลงานเด่น/นวัตกรรม/ตัวอย่างที่สามารถเป็นแบบอย่าง

จังหวัดสุพรรณบุรี มีแผนปฏิบัติการ การให้บริการ
รูปแบบใหม่ (NEW NORMAL MEDICAL CARE)
เพื่อรองรับการระบาดของโรค COVID 19
ที่เชื่อมโยงเครือข่ายภายในจังหวัด
และมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ
หลายระบบ (Severe Multiple Trauma)

Service Plan : สาขาโรคหัวใจ STEMI

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ตั้งแต่ 6 เดือน
1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหัวใจ ตัวชี้วัดหลัก	< 9%
2. ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด ตัวชี้วัดรอง	
2.1 ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย	≥ 60%
2.2 ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย	≥ 60%

สถาบันโรคทรวงอก
Central Chest Institute Of Thailand
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
Department of Medical Services (DMS
Ministry of public health (MOPH)

Matrix Scoring Inspection : ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย : สาขาหัวใจ (STEMI) : ปีงบประมาณ 2564

	ต้นน้ำ	กลางน้ำ	ปลายน้ำ
Objectives	ลดผู้ป่วย (Health Literacy)	ลดแออัด	ลดการเสียชีวิต
Service / management	มีการคัดกรองและให้ความรู้ในการควบคุมปัจจัยเสี่ยง CAD ให้ความรู้อาการโรคกลุ่ม ACS และการเข้าถึงการรักษาอย่างรวดเร็ว จัดการอบรม BLS/การใช้ AED ให้แก่ประชาชนในชุมชน	มีระบบ STEMI fast tract พัฒนาระบบ Tele-consultation มีระบบให้คำปรึกษาและรับส่งต่อผู้ป่วย (24/7) มีระบบส่งต่อ STEMI fast tract ที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย	มีระบบรับส่งต่อ STEMI fast tract มีระบบให้คำปรึกษาและรับส่งต่อผู้ป่วย (24/7) พัฒนาระบบเพื่อลดระยะการรอคอยการรักษา CABG, CAG, PCI
Output / Outcome / Impact / PA	มีการคัดกรอง CVD Risk ในกลุ่มเสี่ยง มีการควบคุมปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มผู้ป่วย NCD และผู้ป่วยที่เคยเป็นแล้ว	ผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ภายใน 30 นาที หลัง Dx (> 60%) เพิ่มหน่วยบริการที่มีความพร้อมในการให้ยาละลายลิ่มเลือด	อัตราตายของผู้ป่วย STEMI (< 9%) ผู้ป่วย STEMI ได้รับการทำ PPCI ภายใน 120 นาที หลัง Dx (> 60%)
Staff / Structure / Standard	NCD clinic คุณภาพ ติดตามการรักษาผู้ป่วย ใน NCD clinic อบรมพัฒนาศักยภาพ อสม./รพ.สต. มีความรู้เรื่องกลุ่มอาการเจ็บหน้าอก ระบบ 3 หมอ เชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วย	พัฒนาเครือข่าย STEMI พัฒนาระบบการส่งต่อแบบไร้รอยต่อ "โรคหัวใจรักษาทุกที่" อบรมบุคลากร: ความรู้ในการดูแลรักษาผู้ป่วย ACS และ ACLS Ambulance และอุปกรณ์ช่วยชีวิตพร้อม มีการลงข้อมูลในระบบ HDC โดยเป็นข้อมูลที่สอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจริง มีการลงข้อมูลใน Thai ACS registry	พัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย: ส่งบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่ออบรมเพิ่มเติม มีทีมและ Nurse case manager ในการดูแลผู้ป่วย ACS มีการลงข้อมูลในระบบ HDC โดยเป็นข้อมูลที่สอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจริง มีการลงข้อมูลใน Thai ACS registry
หน่วยดำเนินการ	ชุมชน/รพ.สต./รพช./สสจ.	รพ.สต./รพช./รพท. ที่ไม่มี Cath. Lab/สสจ.	รพท./รพศ. ที่มี Cath. Lab / สสจ.

Key Strategic Intervention (KSI)

Key Result Indicator (KRI)

Key Operative Indicator (KOI)

สัญลักษณ์: ตัวชี้วัดหลัก | ตัวชี้วัดรอง

ดำเนินการแล้ว/ผ่านเกณฑ์ | อยู่ระหว่างดำเนินการ | ยังไม่ดำเนินการ/ไม่ผ่านเกณฑ์ | ไม่อยู่ในระดับดำเนินการ

Service Plan : สาขาโรคหัวใจ STEMI

เป้าหมาย

1. ลดอัตราตายผู้ป่วย STEMI < ร้อยละ 9
2. เพิ่มประสิทธิภาพการรักษาผู้ป่วย STEMI ให้ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด ≥ ร้อยละ 60

สถานการณ์

1. บริการที่มี : ระบบ Fast track 100% ใน รพ. เครือข่าย

สถิติบริการ	2562	2563	2564
CVT (เปิดบริการ สค.62)	102	139	22
Cath lab (เปิดบริการ ตค.62)	0	153	66

2. แนวโน้มการรักษา (ข้อมูล ณ 1 ตค.-31 ธค. 2563)

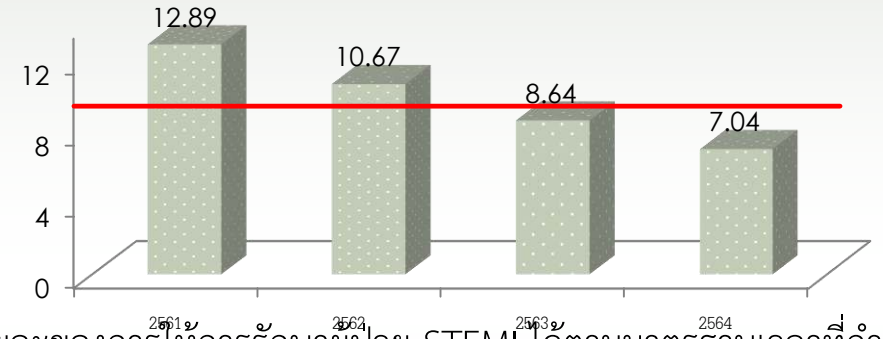
- อัตราตายของผู้ป่วย STEMI ร้อยละ 7.04 (5/71)
- ภาพรวมการรักษาผู้ป่วยตามมาตรฐาน ร้อยละ 8.20 (5/61)

3. ปัญหา :

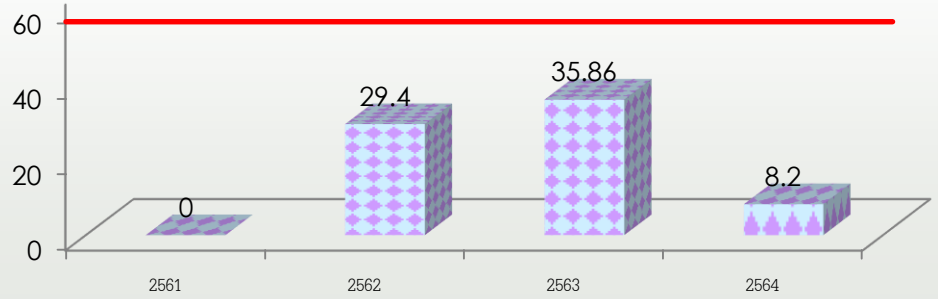
- การเข้าถึงบริการในระยะก่อนเข้ารับการรักษา
- การตัดสินใจในกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยที่ไม่สามารถตัดสินใจในการเปิดหลอดเลือดหัวใจได้ทันตามมาตรฐานเวลา (SK&PPCI)

ผลการดำเนินงาน

1. อัตราตายผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล ≤ 9% **(ผ่าน)**



2. ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (เป้าหมายร้อยละ 60) **(ไม่ผ่าน)**



แผนการดำเนินงาน

1. โครงการ รักษ์หัวใจ ฝากไว้ 1669 ระยะต่อเนื่อง (pre-hos)
2. แผนพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย STEMI (มาตรฐานเวลา)

Service Plan : สาขาทารกแรกเกิด

ตัวชี้วัด	ชื่อตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย			
		3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
ตัวชี้วัดหลัก	อัตราการตายทารกลดลงตามเกณฑ์ (ทารกที่เกิดมีชีพน้ำหนัก > 500 กรัม มีชีวิตจนถึง 28 วัน) < 3.6 : 1000 ทารกเกิดมีชีพ	-	< 3.6 : 1000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 3.6 : 1000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 3.6 : 1000 ทารกแรกเกิดมีชีพ
ตัวชี้วัดรอง	อัตราส่วนของเตียง NICU < 1 : 500 ของยอดการคลอด	-	< 1 : 500	< 1 : 500	< 1 : 500

ANC คุณภาพ เพื่อลดผู้ป่วย

คุณภาพห้องคลอด / การคลอด

คุณภาพ NICU ลดการเสียชีวิต

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
Queen Sirikit National Institute of Child Health
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
Department of Medical Services (DMS),
Ministry of public health (MOPH)

Matrix Scoring Inspection : ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย :สาขาทารกแรกเกิด (Newborn) : ปีงบประมาณ 2564

	ต้นน้ำ	กลางน้ำ	ปลายน้ำ
Objectives	การลดผู้ป่วย	ลดตาย	ลดตาย ลดแออัด
Service / management	1.1 มีการฝากครรภ์คุณภาพ อย่างน้อย 5 ครั้งไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 1.2 มีแนวทางดูแลรักษามารดาภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด(อายุครรภ์ < 37 สัปดาห์) และนำสู่การปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน 1.3 รวบรวมข้อมูลสาเหตุการตายของทารก ร้อยละของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ร้อยละของการคลอดก่อนกำหนด	2.1 จัดอบรมทีมห้องคลอดและหอผู้ป่วยหลังคลอด การกู้ชีพทารกแรกเกิดให้กับบุคลากรใน รพ.ระดับ A, S ทุกปี 2.2 มีระบบ Refer เคสมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนไปที่รพ.เครือข่ายศักยภาพสูงกว่าเพื่อลดการตายของทารก	3.1 มีจำนวนเตียง NICU เพียงพอในทุกเขตสุขภาพบริการ (1 : 500) 3.2 มีระบบ Refer Back ทารกที่อาการคงที่เบท รพ.เครือข่าย ระดับรองลงมา เพื่อลดความแออัด
Output / Outcome / Impact / PA	1.4 อัตราการคลอดก่อนกำหนดลดลง	2.3 บุคลากรในห้องคลอดและหอผู้ป่วยหลังคลอด ได้รับการอบรมกู้ชีพ 2.4 อัตราการตายทารกลดลงตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ (Small success)	3.3 อัตราการตายทารกลดลงตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ (Small success) 3.4 อัตราส่วนของเตียง NICU < 1 : 500 ของยอดการคลอด
Staff / Structure / Standard	1.6 จัดตั้งหรือทบทวนกรรมการ MCH Board ทุกปี เพื่อความเหมาะสมในการดำเนินงาน 1.7 มีการรายงานสถิติ ตัวชี้วัด เช่น อัตราตายร้อยละการคลอดก่อนกำหนดในการประชุม MCH Board 1.8 มีการรายงานการสำรวจประจำปี เกี่ยวกับ Service Mapping ได้แก่ จำนวน สูติแพทย์ กุมารแพทย์ ทารกแรกเกิด จำนวนพยาบาลเฉพาะทางทารกแรกเกิด จำนวนเตียง NICU เป็นต้น	2.5 ประเมินคุณภาพห้องคลอดผ่านตามมาตรฐานกรมอนามัยทุกปี 2.6 ทีมกู้ชีพทารกแรกเกิดในห้องคลอดและแผนกฉุกเฉิน	3.4.1 อัตราส่วนเตียงต่อยอดคลอดเหมาะสม (< 1:500) 3.4.2 จำนวนแพทย์ on call และพยาบาลขึ้นเวร NICU และ Sick newborn ward ต่อเวรเหมาะสม 3.4.3 มีแนวทางและเครือข่ายรับ ส่งต่อในและนอกเขตชัดเจน 3.4.4 มีแผนสนับสนุนบุคลากรอบรมหลักสูตรเฉพาะทางชัดเจนและต่อเนื่อง
หน่วยดำเนินการ	รพ.สต./รพช./รพท./รพศ./สสจ.	รพช./รพท./รพศ./สสจ.	รพท./รพศ./สสจ.

Key Strategic Intervention (KSI)

Key Result Indicator (KRI)

Key Operative Indicator (KOI)

สัญลักษณ์: ตัวชี้วัดหลัก | ตัวชี้วัดรอง

ดำเนินการแล้ว/ผ่านเกณฑ์ | อยู่ระหว่างดำเนินการ | ยังไม่ดำเนินการ/ไม่ผ่านเกณฑ์ | ไม่อยู่ในระดับดำเนินการ

Service Plan : สาขาทารกแรกเกิด

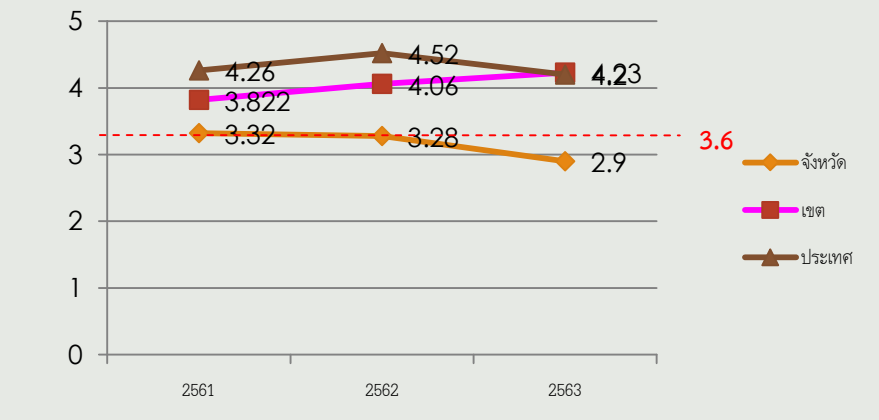
เป้าหมาย/เป้าประสงค์

1. ลดอัตราตายทารกแรกเกิด ‹ 28 วันที่รอดออกมาน้ำหนัก ≥ 500 กรัม เป้าหมาย ‹ 3.6:1,000 เกิดมีชีพ
2. เพิ่มจำนวนเตียง NICU ให้ได้ตามเกณฑ์ เป้าหมาย ‹ 1:500 เกิดมีชีพ

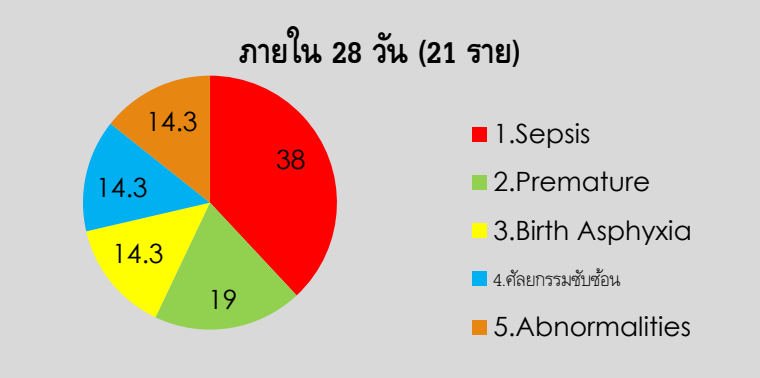
สถานการณ์

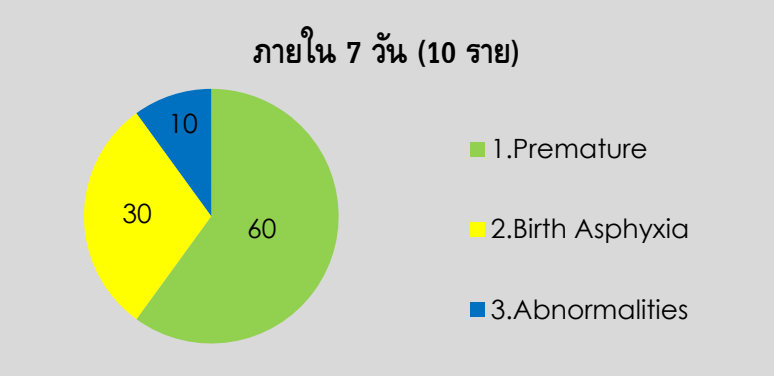
ปีงบประมาณ 2563 จังหวัดสุพรรณบุรี มีการเกิดมีชีพ จำนวน 6,548 ราย เสียชีวิต จำนวน 21 ราย คิดเป็น 2.90:1,000 เกิดมีชีพ

อัตราการตายย้อนหลัง 3 ปี (61-63)



สาเหตุการตาย ปี 2563





ปัจจุบัน มีเตียง NICU จำนวน 13 เตียง แบ่งเป็น รพ.เจ้าพระยายมราช จำนวน 8 เตียง รพ.สมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 จำนวน 5 เตียง คิดเป็นสัดส่วน 1:533 ซึ่งยังไม่เพียงพอตามเกณฑ์มาตรฐาน

Service Plan : สาขาทารกแรกเกิด

แผนการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564

1. เพิ่มเตียง NICU รพ.สมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 จำนวน 2 เตียงใน ปี พ.ศ.2565
2. จัดอบรม NCPR ทุกปี
3. ส่งอบรมพยาบาลเฉพาะทางวิกฤติทารก

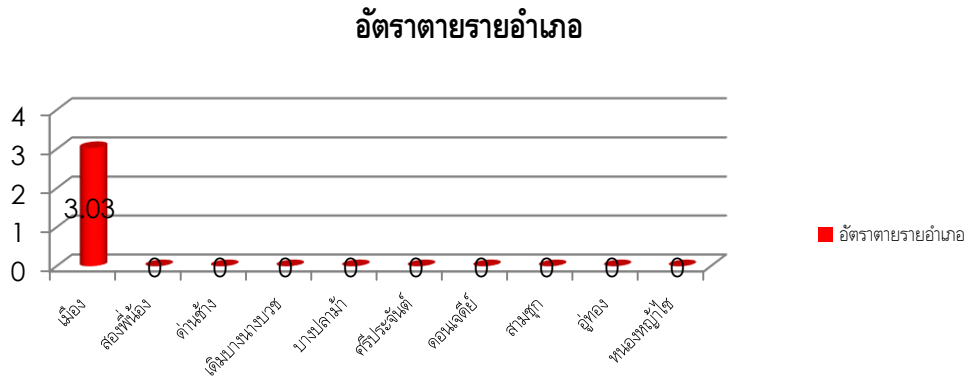
ผลการดำเนินงานไตรมาสที่ 1 ปี 2564 (1 ต.ค.-31 ธ.ค.63)

1. อัตราตายทารกแรกเกิด ‹ 28 วัน ที่รอดออกมาน้ำหนัก ≥ 500 กรัม เป้าหมาย ‹ 3.6:1,000 เกิดมีชีพ

อัตราตายทารกแรกเกิดจังหวัดสุพรรณบุรี

ผลงาน 1.21:1,000 LB

ไม่เกินเกณฑ์



2. การจัดอบรม NCPR เลื่อนจัดไปเป็นไตรมาสที่ 3 เนื่องจากติดสถานการณ์ Covid-19
3. ส่งอบรมพยาบาลเฉพาะทางเลื่อนไปจัดอบรมในปี 2565 เนื่องจากติดสถานการณ์ Covid-19

Service Plan : สาขามะเร็ง

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย **การผ่าตัด** ภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์	≥ 70%
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย **เคมีบำบัด** ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	≥ 70%
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย **รังสีรักษา** ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	≥ 60%

ลดป่วย / สร้าง Health Literacy

Early Detection

Early Treatment

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
National Cancer Institute
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
Department of Medical Services (DMS)
Ministry of public health (MOPH)

Matrix Scoring Inspection : ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย : สาขามะเร็ง : ปีงบประมาณ 2564

	ต้นน้ำ	กลางน้ำ	ปลายน้ำ
Objectives	ลดป่วย / สร้าง Health Literacy	Early Detection	Early Treatment
Service / management	จัดกิจกรรมให้ความรู้แก่ประชาชน และ อสม. เกี่ยวกับโรคมะเร็ง 5 ชนิด ได้แก่ มะเร็งปากมดลูก เต้านม ลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ปอด และตับ จัดกิจกรรมให้ความรู้แก่ อสม.เกี่ยวกับการคัดกรองโรคมะเร็ง 3 ชนิด ได้แก่ มะเร็งปากมดลูก เต้านม ลำไส้ใหญ่และไส้ตรง 1 อสม. ช่วย 1 คนเลิกยาสูบ และเลิกดื่มสุรา/Clinic เลิกบุหรี่ สุรา	จัดบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง ปากมดลูก เต้านม ลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเชิงรุก เชิงรับ แนวทางในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งมาตรฐาน พัฒนาระบบการบริการตรวจเพิ่มเติม หลังการตรวจคัดกรอง	Guideline/Protocol ในการรักษาโรคมะเร็ง การพัฒนาระบบ Referral Cancer Center Tumor Teleconference เพื่อลด Refer out ศูนย์มะเร็งหรือหน่วยงานที่รับผิดชอบในการรักษาโรคมะเร็ง เช่น หน่วยเคมีบำบัด / ห้องฉายแสง
Output / Outcome / Impact / PA	ประชาชนและกลุ่มเป้าหมาย ได้รับความรู้ และร่วมกิจกรรม แผนงานกิจกรรมการให้ Health Literacy ในพื้นที่รับผิดชอบ	สตรีอายุ 30-60 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ≥80% สตรีอายุ 30-70 ปี ตรวจเต้านมด้วยตนเอง ≥80% ประชาชนอายุ 50-70 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ≥ 80%	ผู้ป่วยได้รับการรักษา ด้วยการผ่าตัดภายใน 4 wk (≥70%) ผู้ป่วยได้รับการรักษา ด้วยเคมีบำบัดภายใน 6 wk (≥70%) ผู้ป่วยได้รับการรักษา ด้วยรังสีรักษาภายใน 6 wk (≥60%)
Staff / Structure / Standard	พัฒนา เพิ่มประสิทธิภาพความรู้ อสม.ในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งทุกปี สื่อการสอนความรู้ในการป้องกันโรคมะเร็ง การคัดกรองมะเร็ง แนวทางการป้องกัน คัดกรอง ควบคุมโรคมะเร็ง ระบบ 3 หมอ เชื่อมโยงการตรวจด้วยตนเอง-จนท.	พัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ให้มีความรู้ในการตรวจคัดกรองที่มีประสิทธิภาพ พัฒนาระบบบริการด้านการคัดกรองโรคมะเร็งให้มีประสิทธิภาพ	มีฐานข้อมูลสารสนเทศด้านโรคมะเร็ง พัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาลผู้ประสานงานด้านโรคมะเร็ง ให้มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง Palliative care Clinic
หน่วยดำเนินการ	ชุมชน/รพ.สต./รพช./รพท./รพศ./สสจ.	รพ.สต./รพช./รพท./รพศ./สสจ.	รพท./รพศ./สสจ.

Key Strategic Intervention (KSI)

Key Result Indicator (KRI)

Key Operative Indicator (KOI)

สัญลักษณ์: ตัวชี้วัดหลัก | ตัวชี้วัดรอง

ดำเนินการแล้ว/ผ่านเกณฑ์ | อยู่ระหว่างดำเนินการ | ยังไม่ดำเนินการ/ไม่ผ่านเกณฑ์ | ไม่อยู่ในระดับดำเนินการ

Service Plan : สาขาโรคมะเร็ง

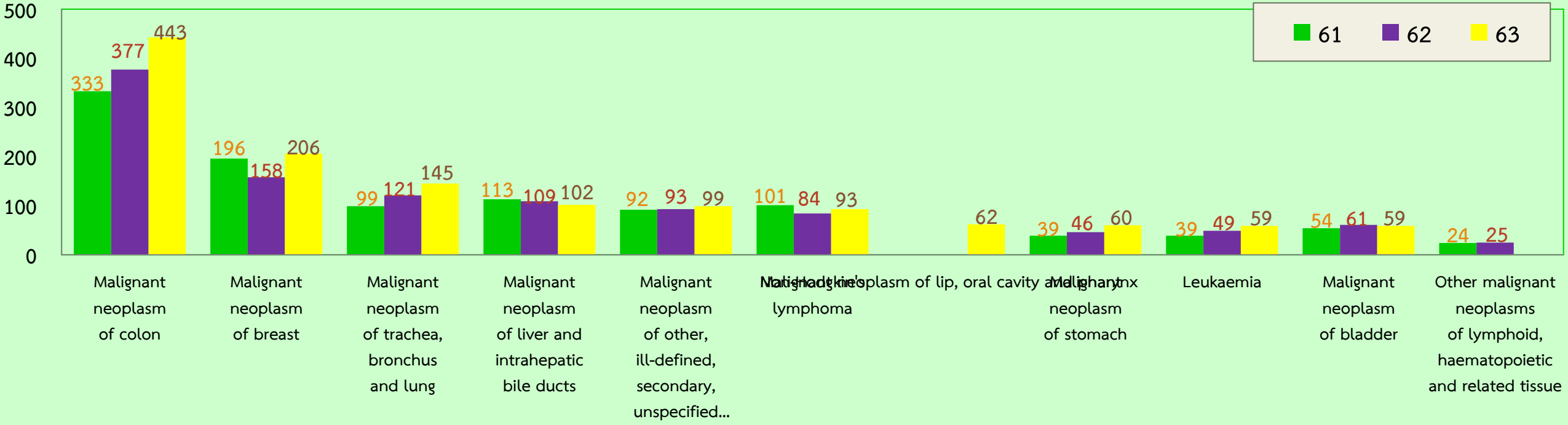
เป้าหมาย/เป้าประสงค์

01 ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

02 นโยบาย CANCER ANYWHERE (โรคมะเร็งรักษาที่ไหนก็ได้)

สถานการณ์

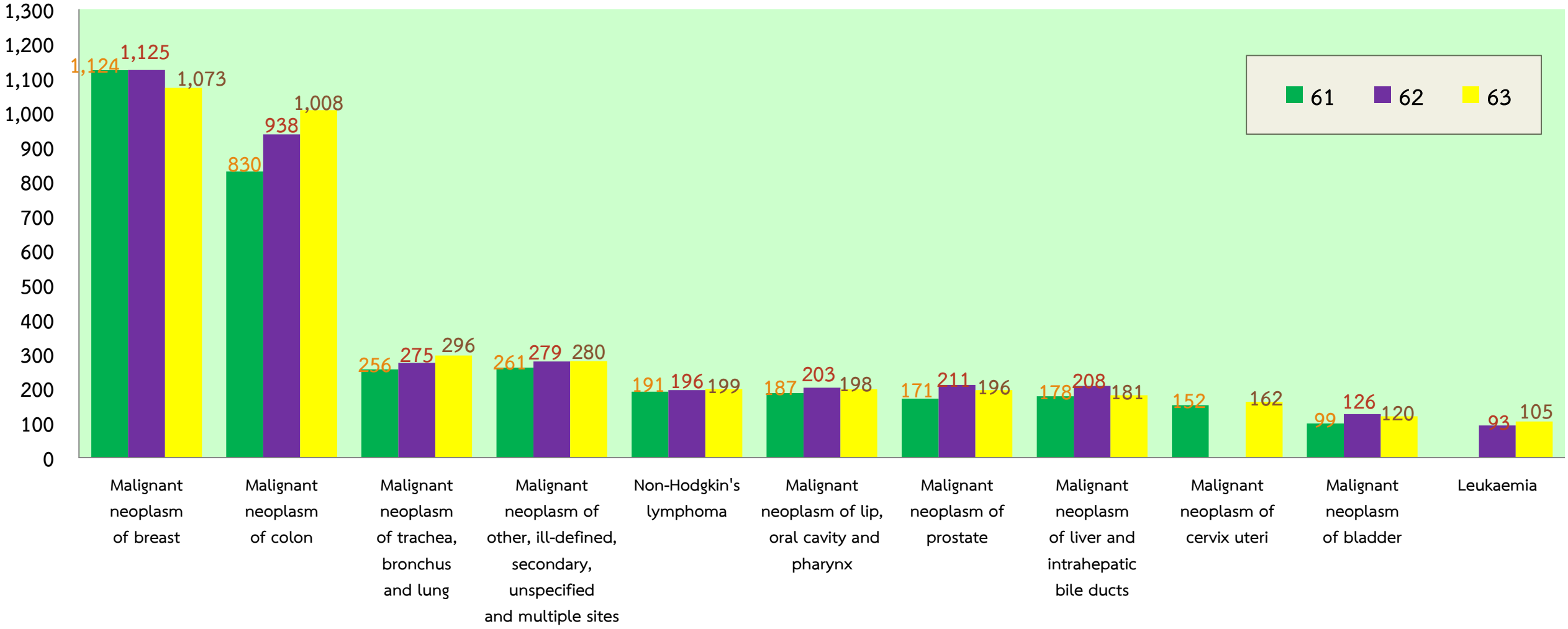
10 อันดับผู้ป่วยใน โรคมะเร็ง ปี 2561-2563



Service Plan : สาขาโรคมะเร็ง

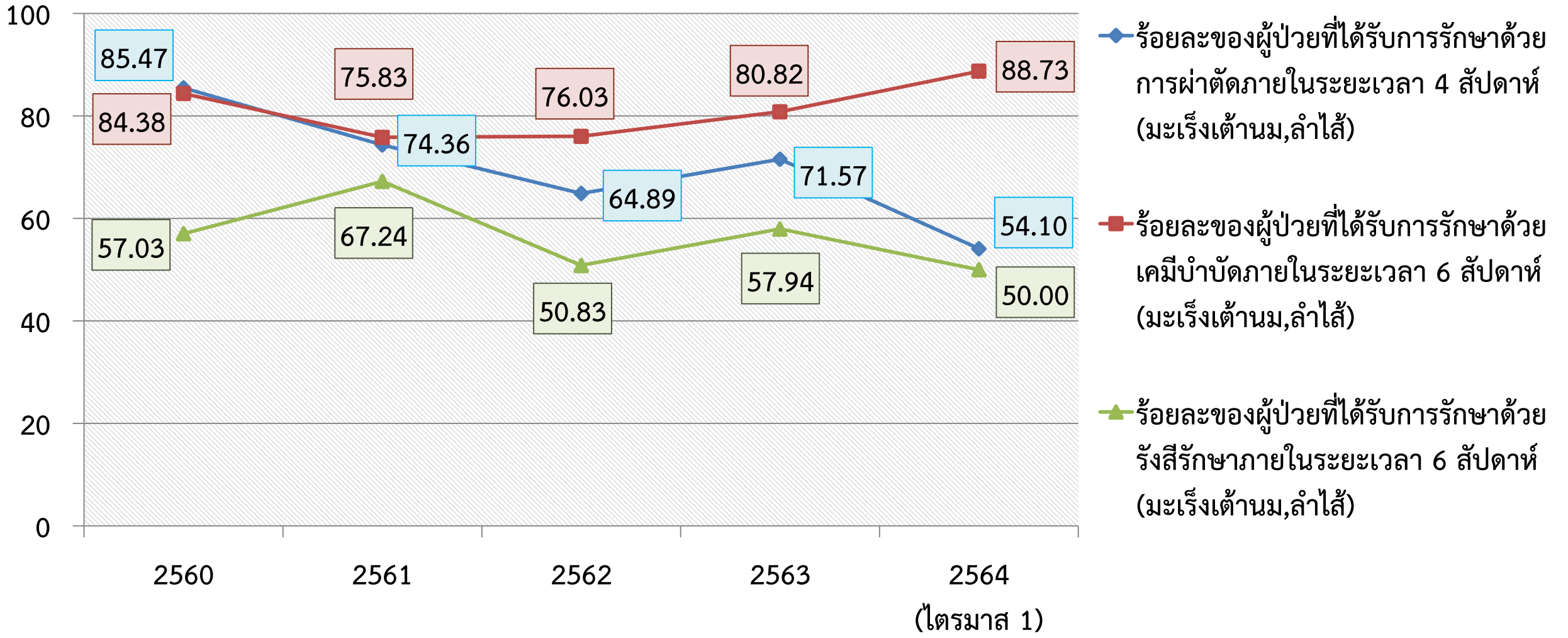
สถานการณ์

10 อันดับผู้ป่วยนอก โรคมะเร็ง ปี 2561-2563



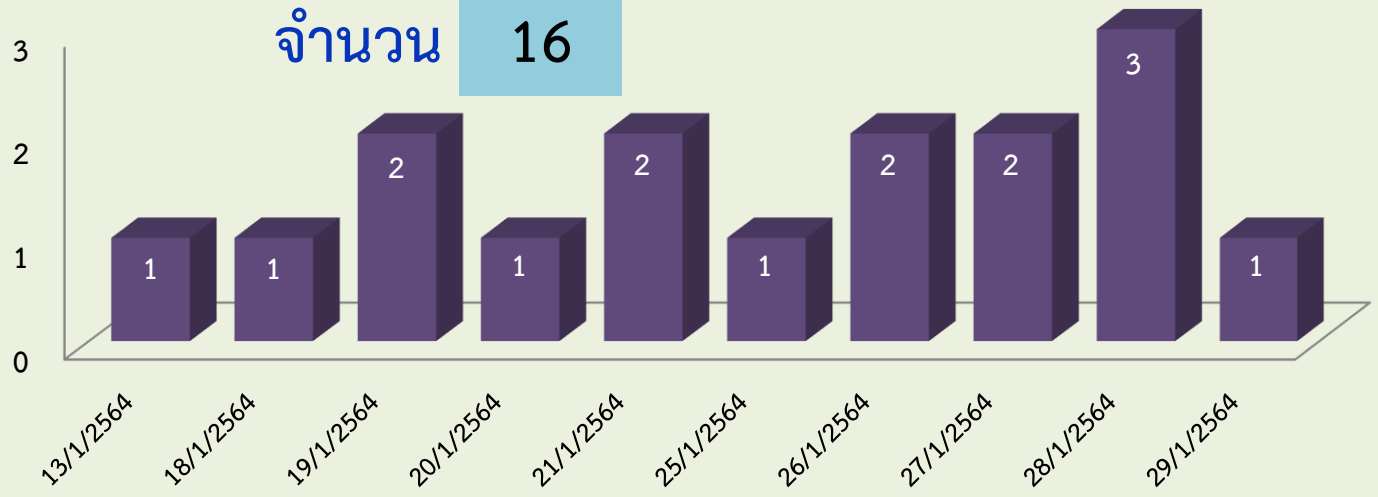
Service Plan : สาขาโรคมะเร็ง

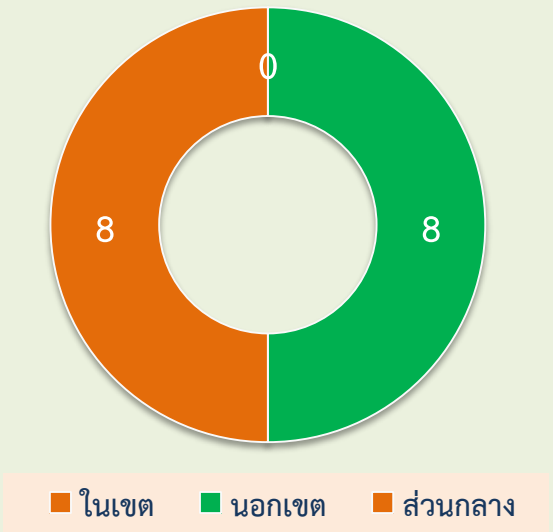
ผลการดำเนินงาน

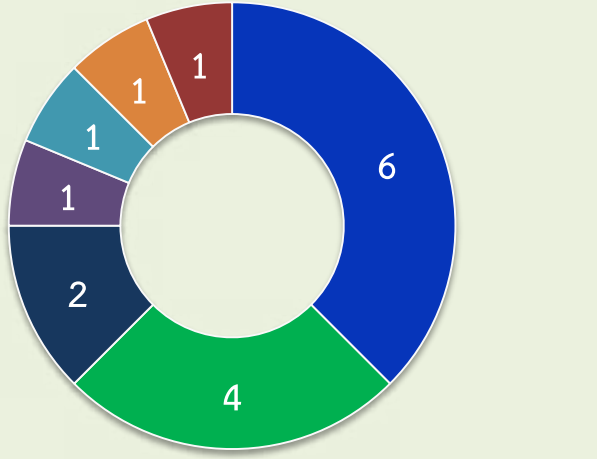


“ทะเบียนรายงาน มะเร็งรักษาทุกที่”
โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช

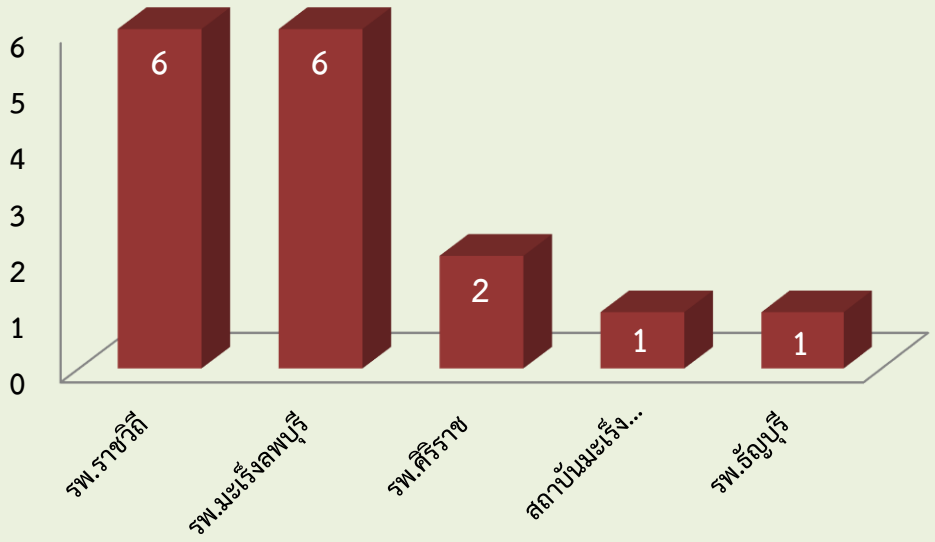
จำนวน 16







- C73 ➢ CA Thyroid
- C53 ➢ CA Cervix
- C10 ➢ CA Oropharynx
- C02 ➢ CA Tongue
- C24 ➢ CA Parts of biliary tract
- C09 ➢ CA Tonsil
- C32 ➢ CA Larynx



Service Plan : สาขาโรคมะเร็ง

แผนการดำเนินงาน

01 โครงการพัฒนาห้องผ่าตัดให้ได้พอเพียงครอบคลุมและมีมาตรฐาน

จัดเตรียม ครุภัณฑ์, เครื่องมือ, บุคลากร

(ปี 2563 = เตียง,โคมไฟผ่าตัด,เครื่องจี้ (งบเขต) / ปี 2564 = 1 ห้อง)

02 โครงการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคมะเร็ง/โรคเลือดและผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด ให้ครอบคลุมและมีมาตรฐาน

1. แผนการย้ายห้องตรวจ Onco, Hemato ไปที่บริเวณ ชั้น 3 อาคารโรคหัวใจ
2. จัดตั้งหน่วย Day Care ให้เป็นจุดบริการแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จบริเวณ ชั้น 3 อาคารโรคหัวใจ
3. แผนขอเครื่องมืออุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยให้ยาเคมีบำบัด (งบเขต)
   - Infusion Pump = 6 ตัว
   - BP Monitor = 6 ตัว

บุคลากร

1. พัฒนา บุคลากร อบรม พยาบาลเฉพาะทางโรคมะเร็ง (4 เดือน)
   ★ปี 2564 : ส่งอบรม 1 คน (เดิมมี 4 คน)
2. พยาบาลผู้ประสานงานโรคมะเร็ง (Nurse Coordinator)
   ★ปี 2564 : ส่งอบรม 1 คน (เดิมมี 1 คน)
3. อบรมเภสัชกรเทคนิคการผสมยาเคมีบำบัด
   ★ปี 2564 : กำลังอบรม 2 คน
   ★ปี 2565 : แผนส่งอบรม 1 คน (เดิมมี 1 คน)

03 โครงการพัฒนา Colonoscopy unit ให้ได้พอเพียงครอบคลุมและมีมาตรฐาน

1. จัดหา Colonoscopy unit
2. โครงการ Colonoscopy นอกเวลาราชการ
3. อบรมพยาบาลเฉพาะทางส่องกล้องทางเดินอาหาร

Service Plan : สาขา Intermadiate Care

ตัวชี้วัด	ชื่อตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย	
		รอบ 6 เดือน	รอบ 12 เดือน
ตัวชี้วัดหลัก	1. ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (Intermediate bed/ward)	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80
ตัวชี้วัดรอง	2. ร้อยละของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ให้การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางแบบ Intermediate ward ในโรงพยาบาลระดับ M และ F	ร้อยละ 20	ร้อยละ 40
	3. ร้อยละของผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel Index <15 หรือคะแนน Barthel Index >15 with multiple impairments ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง และติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel Index = 20	-	ร้อยละ 65

เข้าถึงบริการ IMC

คุณภาพบริการ IMC

เพิ่มคุณภาพชีวิต / ลดความพิการ

สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute (SNMRI)
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
Department of Medical Services (DMS), Ministry of public health (MOPH

Matrix Scoring Inspection : ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย : สาขา IMC : ปีงบประมาณ 2564

	ต้นน้ำ	กลางน้ำ	ปลายน้ำ	
Objectives	การเข้าถึงบริการ IMC	คุณภาพการบริการ IMC	เพิ่มคุณภาพชีวิต / ลดความพิการ	
Service / management	กำหนด รพ. ที่ให้บริการ IMC bed/ward ในจังหวัด มีเครือข่ายให้บริการ IMC ในจังหวัด พัฒนาระบบ Refer Back ภายในจังหวัด	ให้บริการ IMC bed/ward ตาม Care protocol ติดตามคุณภาพระบบการดูแลผู้ป่วย IMC : OPD/IPD/ Home visit	มีการบูรณาการทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับ Long term care และ SP อื่น มีการให้บริการ IMC bed/ward ที่มีคุณภาพ	Key Strategic Intervention (KSI)
Output / Outcome / Impact / PA	มีการให้บริการ IMC bed/ward ใน รพ. ตามที่กำหนด ร้อยละของการ Refer back ใน รพ. IMC Bed / ward (ร้อยละ 50)	ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ที่บริการฟื้นฟูสภาพระยะกลาง แบบผู้ป่วยใน (ร้อยละ 80) ร้อยละของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ให้การบริบาลฟื้น สภาพระยะกลางแบบ Intermediate ward ใน รพ. ระดับ M และ F (ร้อยละ 40)	ร้อยละ ผู้ป่วยที่มีอัตรารอดชีวิต และมีคะแนน Barthel index<15 จนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 (ร้อยละ 65) ร้อยละของผู้ป่วยที่มีคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้น	Key Result Indicator (KRI)
Staff / Structure / Standard	คณะกรรมการ SP IMC ระดับจังหวัด/เขต มีแผนขับเคลื่อน IMC ระดับจังหวัด/เขต กำหนด IMC manager ระดับจังหวัด คกก. SP IMC ติดตาม การดำเนินงาน ระบบ Refer Back ภายในจังหวัด	กำหนดให้มีพยาบาลฟื้นฟู 4 เดือน ใน รพ. ที่เปิดให้บริการ IMC ward อบรมทีมสหสาขาวิชาชีพ (พยาบาลฟื้นฟู 4 เดือน และ 5 วัน, basic OT, ST, PT) พัฒนาระบบส่งต่อ ระบบข้อมูล ผ่านระบบสารสนเทศภายในจังหวัด	เชื่องโยงบริการด้วย 3 หมอ มีการเชื่องโยงการดูแลต่อเนื่อง ร่วมกับชุมชน เยี่ยมเสริมพลัง รพ.เครือข่ายในจังหวัด	Key Operative Indicator (KOI)
หน่วยดำเนินการ	รพช. / รพท. / รพศ. / สสจ. / เขตฯ	รพช. / รพท. / รพศ. / สสจ. / เขตฯ	ชุมชน / รพ.สต. / รพช. / รพท. / รพศ. / สสจ. / เขตฯ	

สัญลักษณ์: ตัวชี้วัดหลัก | ตัวชี้วัดรอง

ดำเนินการแล้ว/ผ่านเกณฑ์ | อยู่ระหว่างดำเนินการ | ยังไม่ดำเนินการ/ไม่ผ่านเกณฑ์ | ไม่อยู่ในระดับดำเนินการ

Intermediate Care

ตัวชี้วัดหลัก :ร้อยละของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ให้การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางแบบIntermediate ward โรงพยาบาลระดับ M และ F ≥ ร้อยละ 40 (จังหวัดสุพรรณบุรี เป้าหมาย 1 แห่ง)

ตัวชี้วัดรอง : ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิต และมีคะแนน Barthel index < 15 รวมทั้งคะแนน Barthel index >15 with multiple impairment ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง และติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 (เกณฑ์ ร้อยละ 65)

ปัญหา

- อัตรากำลังนักกายภาพบำบัดยังไม่เพียงพอ ตาม กรอบ FTE และภาระงาน IMC
- พยาบาลฟื้นฟู (5 วัน) ระดับ รพช. ขาด 4 แห่ง ได้แก่ อู่ทอง สามชุก ศรีประจันต์ และ บางปลาม้า

โอกาสพัฒนา

- พัฒนา รพ.สามชุก ให้เป็น Intermediate ward
- พัฒนา รพช.ทุกแห่งผ่านเกณฑ์มาตรฐาน Intermediate ward/bed
- ปรับปรุงการจัดเก็บข้อมูล IMC ผ่าน one drive

ผลการดำเนินงาน (ไตรมาส 1)

- โรงพยาบาลระดับ M และ F ให้การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน(intermediate bed) ร้อยละ 100 (9 / 9)
- ผู้ป่วยที่ได้รับการบริบาลฟื้นฟู ดูแลครบตามเกณฑ์ ผลงาน ร้อยละ 86 (43 /50 ราย) และหลังการบริบาลฟื้นฟู มี Barthel index ดีขึ้น ร้อยละ 80 (40/50 ราย)

ข้อเสนอแนะ

- สนับสนุนพัฒนาบุคลากรพยาบาลฟื้นฟู (5 วัน) ระดับ รพช.ให้ครบทุกแห่ง
- ภาพจังหวัด ขาด 4 แห่ง : อู่ทอง สามชุก ศรีประจันต์และ บางปลาม้า

Thank You