|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)** |
| **แผนงานที่** | **7. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและระบบการส่งต่อ** |
| **โครงการที่** | **29. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ** |
| **ระดับการแสดงผล** | **เขตสุขภาพ และประเทศ** |
| **ชื่อตัวชี้วัด** | **50. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน**  **50.1 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง**  **ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) น้อยกว่าร้อยละ 12**  **(Trauma<12%, Non-trauma<12%)** |
| **ตัวชี้วัดประกอบ** | **~~เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดระยะเวลาการเข้าถึงบริการ definite care~~**  **~~1 อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด~~**  **~~ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที~~**  **~~ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80~~**  ลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ  1 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากการบาดเจ็บที่มีค่า Ps มากกว่า 0.5 ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (เป้าหมาย < ร้อยละ 4) |
| **~~2 อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน <2 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60~~**  **ลดอัตราการเสียชีวิตของโรคที่เกิดจากอุบัติเหตุที่สำคัญและมีความรุนแรง**  **2 อัตราตายผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (mortality rate of severe traumatic brain injury) (GCS ≤ 8) ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ~~ไม่เกินร้อยละ 30~~** (เป้าหมาย  < ร้อยละ 30)  **~~เพิ่มประสิทธิภาพและมาตรฐานของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน~~**  **~~4 อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ (ไม่ต่ำกว่า 20 คะแนน) ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80~~**  การพัฒนาข้อมูลและระบบสารสนเทศห้องฉุกเฉิน  3 อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ (ไม่ต่ำกว่า 25 คะแนน) (เป้าหมาย > ร้อยละ 80) |
| **คำนิยาม** | **ECS : Emergency Care System (ระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ)** หมายถึง ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยสุขภาพประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (EMS) การดูแลในห้องฉุกเฉิน (ER) การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล (Referral System) การจัดการสาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Disaster)  **แนวคิดการจัดบริการ ECS** คือ การพัฒนา **“ห่วงโซ่คุณภาพ (Chain of Quality)”** ได้แก่ EMS คุณภาพ, ER คุณภาพ, Refer คุณภาพ และ Disaster คุณภาพ เพื่อสร้าง **“ห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต (Chain of Survival)”** ของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน โดยมีเป้าประสงค์ 1) เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน 2) ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพที่ป้องกันได้ (Preventable Death) จากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน 3) ระบบ ECS ที่มีคุณภาพและมาตรฐาน  **การพัฒนา ECS ในปี 2561-2565 จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ “ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน”** หมายถึง ผู้มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉินและได้รับการคัดแยกเป็น Triage Level 1  **“การเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง”** หมายถึง นับจากเวลาที่ผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉินถึงเวลาที่เสียชีวิต (Door to Death) ภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งรวมถึงการเสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน  **“ผู้ป่วย severe traumatic brain injury”** หมายถึง ผู้ป่วยที่มี GCS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน ~~ซึ่งอาจมีมาตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลหรือแย่ลงในภายหลังก็ได้~~ จากการประเมิน ณ ห้องฉุกเฉิน  “ค่าโอกาสรอดชีวิต (Ps)” หมายถึง การพิจารณาข้อมูลของผู้ได้รับบาดเจ็บทุกรายจากสาเหตุภายนอก (V01-Y36) ที่มารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล โดยอาศัยวิธีของ TRISS Methodology โดยใช้ค่า Probability of Survival (PS) ซึ่งคำนวนจากตัวแปรสำคัญ คือ Glasgow coma score (GCS) ความดันโลหิตค่าซิสโตลิก (Systolic BP) อัตราการหายใจ อายุของผู้บาดเจ็บ กลไกของการบาดเจ็บ ตำแหน่งที่มีการบาดเจ็บ (Body region) และระดับความรุนแรง (Abbreviated injury scale) และแยกผู้บาดเจ็บออกเป็น 3 กลุ่ม คือ  คา Ps น้อยกว่า 0.25 เป็นกลุ่มที่ไม่สามารถป้องกันการเสียชีวิตได้  (non preventable death)  คา Ps 0.25 ถึง 0.50 เป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มป้องกันการเสียชีวิตได้ (potentially preventable death)  คา Ps มากกว่า 0.50 เป็นกลุ่มที่ป้องกันการเสียชีวิตได้ (preventable death) |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** : **ตัวชีวัดหลัก**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **ตัวชี้วัด** | **ปีงบประมาณ 64** | **ปีงบประมาณ 65** | **ปีงบประมาณ 66** | | 50.1 | < ร้อยละ 12 | - | - | | |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** : **ตัวชี้วัดประกอบ**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **ตัวชี้วัด** | **ปีงบประมาณ 64** | **ปีงบประมาณ 65** | **ปีงบประมาณ 66** | | 1 | ~~≥ ร้อยละ 80~~  < ร้อยละ 4 | - | - | | ~~2~~ | ~~≥ ร้อยละ 60~~ | - | - | | ~~3~~ 2 | ~~≤ ร้อยละ 30~~  < ร้อยละ 30 | - | - | | ~~4~~ 3 | ~~≥ ร้อยละ 80~~  > ร้อยละ 80 | - | - | | |
| **วัตถุประสงค์** | 1. เพื่อพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน อย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยพิบัติ  2. ในปี 2561-2565 จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ คือ การจัดบริการและพัฒนาคุณภาพการรักษาเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้รับบริการที่เท่าเทียม ทั่วถึง ทันเวลา ปลอดภัยและประทับใจ |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | 1. ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข  1.1 ผู้เจ็บป่วยเสียชีวิตจากแฟ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION เชื่อมโยงด้วย รหัสบัตรประชาชน  1.2 ระยะเวลาจากแฟ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION  1.3. ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) จากแฟ้ม ACCIDENT  2. การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 12 |
| **แหล่งข้อมูล** | 1. มาตรฐาน 43 แฟ้มกระทรวงสาธารณสุข  2. การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 12 |
| **รายการข้อมูล 1.1** | A1 = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) ที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง |
| **รายการข้อมูล 1.2** | B1 = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) ทั้งหมด |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด 50.1** | (A1/B1) × 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | รายไตรมาส |
| **เกณฑ์การประเมิน :** ตัวชี้วัด 50.1 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง  ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit)  **ปี 2564 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | - | < 12% | - | < 12% | | |
| **รายการข้อมูล 2.1** | A2 = จำนวนผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที |
| **รายการข้อมูล 2.2** | B2 = จำนวนผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 และได้รับการผ่าตัดทั้งหมด |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัดประกอบ 1** | (A2/B2) × 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | รายไตรมาส |
| **เกณฑ์การประเมิน :** ตัวชี้วัดประกอบ 1 ~~อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด~~  ~~ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที~~ อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากการบาดเจ็บที่มีค่า Ps มากกว่า 0.5 ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1  **ปี 2564 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | - | ~~≥ ร้อยละ 80~~  < ร้อยละ 4 | ~~-~~ | ~~≥ ร้อยละ 80~~  < ร้อยละ 4 | | |
| **รายการข้อมูล 3.1** | ~~A3 = จำนวนผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉินมีข้อบ่งชี้ได้ admit ภายใน 2 ชม.~~  A3 = จำนวนผู้ป่วย severe traumatic brain injury (GCS ≤ 8) ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 |
| **รายการข้อมูล 3.2** | ~~B3 = จำนวนผู้ป่วย triage level 1, 2 ที่มีข้อบ่งชี้ให้ admit ทั้งหมด~~  B3= จำนวนผู้ป่วย severe traumatic brain injury (GCS ≤ 8) ทั้งหมดในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัดประกอบ 2** | (A3/B3) × 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | รายไตรมาส |
| **เกณฑ์การประเมิน :** ตัวชี้วัดประกอบ 2 ~~อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน < 2 ชม. ในโรงพยาบาล ระดับ A, S, M1~~ อัตราตายของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (Mortality rate Severe traumatic brain injury) (GCS≤8) ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1  **ปี 2564 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | ~~-~~ | ~~≥ ร้อยละ 60~~  < ร้อยละ 30 | ~~-~~ | ~~≥ ร้อยละ 60~~  < ร้อยละ 30 | | |
| **รายการข้อมูล ~~4.1~~ 3.1** | ~~A4 = จำนวนผู้ป่วย severe traumatic brain injury (GCS ≤ 8) ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1~~  A3= จำนวน TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ (ไม่ต่ำกว่า 25 คะแนน) |
| **รายการข้อมูล ~~4.2~~ 3.2** | ~~B4 = จำนวนผู้ป่วย severe traumatic brain injury ทั้งหมดในโรงพยาบาล ระดับ A, S, M1~~  B3= จำนวน TEA unit ที่ประเมินคุณภาพทั้งหมดในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัดประกอบ 3** | ~~(A4/B4) × 100~~  (A3/B3) × 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | รายไตรมาส |
| **เกณฑ์การประเมิน :** ตัวชี้วัดประกอบ 3 ~~อัตราตายผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (mortality rate of severe traumatic brain injury) (GCS ≤ 8) ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1~~ อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ (ไม่ต่ำกว่า 25 คะแนน)  **ปี 2564 :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | ~~-~~ | ~~≤ ร้อยละ 30~~  > ร้อยละ 80 | ~~-~~ | ~~≤ ร้อยละ 30~~  > ร้อยละ 80 | | |
| ~~รายการข้อมูล 5.1~~ | ~~A5 = จำนวน TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ (ไม่ต่ำกว่า 20 คะแนน)~~ |
| ~~รายการข้อมูล 5.2~~ | ~~B5 = จำนวน TEA unit ที่ประมินคุณภาพทั้งหมดในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1~~ |
| ~~สูตรคำนวณตัวชี้วัดประกอบ 4~~ | ~~(A5/B5) × 100~~ |
| ~~ระยะเวลาประเมินผล~~ | ~~รายไตรมาส~~ |
| ~~เกณฑ์การประเมิน : ตัวชี้วัดประกอบ 4 อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ (ไม่ต่ำกว่า 20 คะแนน)~~  ~~ปี 2564 :~~   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | ~~รอบ 3 เดือน~~ | ~~รอบ 6 เดือน~~ | ~~รอบ 9 เดือน~~ | ~~รอบ 12 เดือน~~ | | ~~-~~ | ~~≥ ร้อยละ 80~~ | ~~-~~ | ~~≥ ร้อยละ 80~~ | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | **ขั้นตอนที่ 1** โรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปมีคณะกรรมการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลและ TEA Unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ขึ้นไปเพื่อทำหน้าที่  **ขั้นตอนที่ 2 เขตสุขภาพ /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด**  2.2 เปรียบเทียบเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ตามระดับโรงพยาบาล/จังหวัด  2.3 สนับสนุนงบประมาณ ครุภัณฑ์ การฝึกอบรม  **ขั้นตอนที่ 3 ส่วนกลาง**  3.1 จัดทำสถิติบริการห้องฉุกเฉินแยกตามระดับการคัดแยกตามระดับโรงพยาบาล/เขต  3.2 เปรียบเทียบเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ตามระดับโรงพยาบาล/เขต  3.3 วิเคราะห์ในระดับนโยบาย เช่น สนับสนุน คน การอบรม งบประมาณ เครื่องมือ |
| **เอกสารสนับสนุน :** | http://www.who.int/bulletin/volumes/91/5/12-112664/en/  คู่มือความปลอดภัยผู้ป่วย (National Patient Safety Goal) SIMPLE |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Baseline data** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ.** | | | | **2561** | **2562** | **2563** | | - | ร้อยละ | - | ~~11.50~~  11.67 | ~~11.12~~  11.02 | | หมายเหตุ – เฉพาะตัวชี้วัดหลัก | | | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1. นพ.เฉลิมพล ไชยรัตน์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2517 4270 โทรศัพท์มือถือ : 08 4120 4255  โทรสาร : 0 2517 4262 E-mail : chalermponchairat@gmail.com  โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรมการแพทย์  2. พญ.ณธิดา สุเมธโชติเมธา นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 23548108 - 37 โทรศัพท์มือถือ : 06 2561 9925  โทรสาร : 0 2354 8146 E-mail : drnathida@gmail.com  โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์  3. นพ.เกษมสุข โยธาสมุทร นายแพทย์ชำนาญการ  โทรศัพท์มือถือ : 083-8033310 E-mail : k.yothasamutr@gmail.com  โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์ |
| **หน่วยงานประมวลผล**  **และจัดทำข้อมูล**  **(ระดับส่วนกลาง)** | 1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  2. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358 - 59 โทรสาร : 0 2965 9851  E-mail : supervision.dms@gmail.com |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงาน**  **ผลการดำเนินงาน** | 1. นพ.เฉลิมพล ไชยรัตน์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2517 4270 โทรศัพท์มือถือ : 08 4120 4255  โทรสาร : 0 2517 4262 E-mail : chalermponchairat@gmail.com  โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรมการแพทย์  2. พญ.ณธิดา สุเมธโชติเมธา นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 23548108 - 37 โทรศัพท์มือถือ : 06 2561 9925  โทรสาร : 0 2354 8146 E-mail : drnathida@gmail.com  โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์  3. นพ.เกษมสุข โยธาสมุทร นายแพทย์ชำนาญการ  โทรศัพท์มือถือ : 083-8033310 E-mail : k.yothasamutr@gmail.com  โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์  4. นายปวิช อภิปาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6350 โทรศัพท์มือถือ : 09 8546 3564  โทรสาร : 0 2591 8279 E-mail: eva634752@gmail.com  กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์ |