

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2567  
(Inspection Guideline)

ประเด็นที่ 4 : การขับเคลื่อนงานสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7

หัวข้อ 4.5 Service Plan

4.5.3 สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

**ตัวชี้วัด:**

1. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) น้อยกว่า ร้อยละ 10 (แยก Trauma และ Non-trauma)
2. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บต่อสมอง (M1-M5) ในโรงพยาบาลระดับ A, S น้อยกว่าร้อยละ 25 (ค่า M ใน GCS)
3. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ (ISS >15) ในโรงพยาบาลระดับ A, S น้อยกว่าร้อยละ 15
4. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Burn ที่มีพื้นที่แผลไหม้ (Body Surface Area: BSA > 20%) ในโรงพยาบาลระดับ A, S น้อยกว่าร้อยละ 15
5. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยอุบัติเหตุบนท้องถนน น้อยกว่า 12 ราย ต่อ แสนประชากร (แผนแม่บทความมลดภัยทางถนน 2565-2570)

**คำนิยาม**

1. Emergency Care System (ECS) หรือ ระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ หมายถึง ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้บาดเจ็บฉุกเฉินได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และภาวะภัยสุขภาพประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (EMS) การดูแลในห้องฉุกเฉิน (ER) การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล (Referral System) การจัดการสาธารณสุขภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข (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) เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน

(2) ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพที่ป้องกันได้ (Preventable Death) จากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน

(3) ระบบ ECS ที่มีคุณภาพและมาตรฐาน

2. การเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง หมายถึง นับจากเวลาที่ผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉินถึงเวลาที่เสียชีวิต (Door to Death) ภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งรวมถึงการเสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน (ไม่นับรวมผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ หรือ CPR ก่อนถึงโรงพยาบาล) การเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงจะสะท้อนถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในช่วงแรกๆ

ของการเกิดอุบัติเหตุ (acute trauma) ซึ่งรวมถึงการดูแลก่อนถึงโรงพยาบาล การดูแลที่ห้องฉุกเฉินและการดูแลที่หอผู้ป่วย

3. ผู้ป่วยบาดเจ็บต่อสมองที่มีค่า (M1-M5) หมายถึง ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มีค่า M (Motor) ใน GCS อยู่ระหว่าง M1 ถึง M5 จากการประเมินตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล
4. ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ คือ ผู้ป่วยบาดเจ็บที่มีค่าความรุนแรง จากการคำนวณค่า Injury Severity Score (ISS) มากกว่า 15
5. ผู้ป่วย Burn คือผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากไฟไหม้ น้ำร้อนลวก สารเคมี หรือความร้อนอื่น ๆ ที่มีระดับความลึกของแผลมากกว่าหรือเท่ากับระดับ 2 (second degree burn) และมีพื้นที่แผลไหม้มากกว่าร้อยละ 20 ของพื้นที่ผิวหนังร่างกาย

### ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
<b>ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ 1</b>			
1. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) น้อยกว่าร้อยละ 10	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.เพิ่มประสิทธิภาพและลดระยะเวลาการเข้าถึง definite care ผ่านระบบ EMS activation Tele-consult การ monitoring ระหว่างส่งต่อ Trauma Fast Track และ Trauma activation team โดยเชื่อมโยงโรงพยาบาลทุกระดับผ่านระบบส่งต่อและการเข้าถึงระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินอย่างรวดเร็ว</li> <li>2.ลดความแออัด ลดระยะเวลารอคอยในห้องฉุกเฉิน</li> <li>3.แผนรองรับภาวะวิกฤตในสถานการณ์ต่าง ๆ</li> <li>4.พัฒนาระบบฐานข้อมูลห้องฉุกเฉิน Injury Surveillance (IS), PHER Plus</li> <li>5.พัฒนางาน ER คุณภาพ (ECS)</li> </ol>	ตรวจติดตามจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) หรือฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (IS online/ PHER Plus) โดยนำเสนอข้อมูล 6 เดือน , 9 เดือน และ 12 เดือน ในภาพรวมของจังหวัดหรือภาพรวมของเขตสุขภาพ (โดยการตรวจราชการกรณีปกติ)	น้อยกว่าร้อยละ 10 (Trauma น้อยกว่าร้อยละ 10 , Non-Trauma น้อยกว่าร้อยละ 10)
2. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บหลาย	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. พัฒนาศักยภาพและสมรรถนะในการดูแล</li> </ol>	ตรวจติดตามจากฐานข้อมูล IS online,	น้อยกว่าร้อยละ 15

ระบบ (ISS >15) ในโรงพยาบาลระดับ A, S น้อยกว่าร้อยละ 15	<p>ผู้บาดเจ็บ และการเข้าถึง ICU ในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ</p> <p>2. พัฒนาระบบ Trauma Fast Track (Abdominal / Chest Injury) และ Severe Head injury Fast Track (SHIFT)</p> <p>3. พัฒนางาน trauma audit และ CQI</p>	PHER plus และ HIS ของสถานพยาบาล	
<b>ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ 2</b>			
เป้าหมาย	มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
1. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) น้อยกว่าร้อยละ 10	<p>1.เพิ่มประสิทธิภาพและลดระยะเวลาการเข้าถึง definite care ผ่านระบบ EMS activation Tele-consult การ monitoring ระหว่างส่งต่อ Trauma Fast Track และ Trauma activation team โดยเชื่อมโยงโรงพยาบาลทุกระดับผ่านระบบส่งต่อและการเข้าถึงระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินอย่างรวดเร็วต่อไป</p> <p>2.ลดความแออัด ลดระยะเวลารอคอยในห้องฉุกเฉิน</p> <p>3.แผนรองรับภาวะวิกฤตในสถานการณ์ต่าง ๆ</p> <p>4.พัฒนาระบบฐานข้อมูลห้องฉุกเฉิน Injury Surveillance (IS), PHER Plus</p> <p>5.พัฒนางาน ER คุณภาพ (ECS)</p>	ตรวจติดตามจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) หรือฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (IS online/ PHER Plus) โดยนำเสนอข้อมูล 6 เดือน , 9 เดือน และ 12 เดือน ในภาพรวมของจังหวัดหรือภาพรวมของเขตสุขภาพ (โดยการตรวจราชการกรณีปกติ)	น้อยกว่าร้อยละ 10 (Trauma น้อยกว่าร้อยละ 10 , Non-Trauma น้อยกว่าร้อยละ 10)
2. อัตราการเสียชีวิตของผู้บาดเจ็บหลายระบบ (ISS >15) ในโรงพยาบาลระดับ A, S	1. พัฒนาศักยภาพและสมรรถนะในการดูแลผู้บาดเจ็บ และการเข้าถึง ICU ในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บ	ตรวจติดตามจากฐานข้อมูล IS online และ HIS ของสถานพยาบาล	น้อยกว่าร้อยละ 15

<p>น้อยกว่าร้อยละ 15</p>	<p>หลายระบบ</p> <p>2. พัฒนาระบบ Trauma Fast Track (Abdominal / Chest Injury) และ Severe Head injury Fast Track (SHIFT)</p> <p>3. พัฒนางาน trauma audit และ CQI</p>		
<p>3. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บต่อสมอง (M1-M5) ในโรงพยาบาลระดับ A, S น้อยกว่าร้อยละ 25 (ค่า M ใน GCS)</p>	<p>1. พัฒนาศักยภาพและสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง และการเข้าถึง ICU (ICU Neuro โดยเฉพาะในช่วงหลังผ่าตัดบาดเจ็บสมอง</p> <p>2. พัฒนาระบบ Severe Head injury Fast Track (SHIFT) ---การเข้าถึง CT scan / การเข้าถึงผ่าตัดในกรณีไม่มีข้อบ่งชี้</p> <p>3. พัฒนางาน trauma audit และ CQI</p> <p>4. พัฒนางานบูรณาการร่วมกับงาน IMC</p>	<p>ตรวจติดตามจากฐานข้อมูล IS online และ HIS ของสถานพยาบาล</p>	<p>โรงพยาบาลระดับ A, S น้อยกว่าร้อยละ 25</p>
<p>4. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Burn ที่มีพื้นที่แผลไหม้ (Body Surface Area: BSA &gt; 20%) ในโรงพยาบาลระดับ A, S น้อยกว่าร้อยละ 15</p>	<p>1. จัดตั้ง Burn unit ใน รพ. ระดับ A รวมถึงพัฒนาศักยภาพและสมรรถนะทีมดูแลผู้ป่วยแผลไหม้ ใน รพ. ระดับ A, S</p> <p>2. พัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยแผลไหม้ที่มี BSA &gt; 20% ในเขตสุขภาพที่ 7</p>	<p>ตรวจติดตามจากฐานข้อมูล IS online, HIS ของสถานพยาบาล และ Burn unit</p>	<p>จำนวนผู้ป่วย Burn ที่มี BSA มากกว่าร้อยละ 20 ได้รับการรักษาใน Burn Unit มากกว่าร้อยละ 80 และอัตราการเสียชีวิต น้อยกว่าร้อยละ 15</p>
<p>5. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยอุบัติเหตุบนท้องถนน น้อยกว่า 12 ราย ต่อ แสนประชากร (แผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน 2565-2570)</p>	<p>1. พัฒนาและเชื่อมโยงฐานข้อมูลผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตบนท้องถนน</p> <p>2. รายงานการเสียชีวิตของผู้บาดเจ็บในสถานพยาบาล และทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง</p> <p>3. พัฒนางานสอบสวนอุบัติเหตุในภาพจังหวัดโดย</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ตรวจติดตามจากฐานข้อมูลการเสียชีวิต 3 ฐาน (PHER plus)</li> <li>● ฐานข้อมูลงานสอบสวนอุบัติเหตุของ สคร.</li> </ul>	<p>น้อยกว่า 12 ราย ต่อแสนประชากร (แผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน 2565-2570)</p>

	มีแพทย์เวชศาสตร์ การจราจร (traffic medicine) หรือเวชกรรม สังคม มีส่วนร่วม เน้นการ แก้ไขจุดเสี่ยงและปรับ พฤติกรรมผู้ขับขี่		
--	--	--	--

### Small Success

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1.จังหวัดมีแผนพัฒนา one province one ECS มากกว่าร้อยละ 100 (เน้น ระบบ Telemedicine/ Tele-Consult และ monitoring) 2. พัฒนาระบบและแนว ทางการส่งต่อภายใน จังหวัด 3. พัฒนางาน Trauma audit งานวิชาการ Trauma 4. พัฒนางานข้อมูล PHER Plus / TEA unit	1.จังหวัดมีแผนพัฒนา one province one ECS มากกว่าร้อยละ 100 (เน้น ระบบ Telemedicine/ Tele-Consult และ monitoring) 2. พัฒนาระบบและแนว ทางการส่งต่อภายใน จังหวัด 3. พัฒนางาน Trauma audit งานวิชาการ Trauma 4. พัฒนางานข้อมูล PHER Plus / TEA unit 5. ER คุณภาพ รพ. M2 มากกว่าร้อยละ 80 6. Smart ER (อยู่ใน ระหว่างคิดเกณฑ์ประเมิน) รพ. A, S, M1 มากกว่าร้อยละ 80	1. พัฒนางาน Trauma audit งานวิชาการ Trauma 2. พัฒนางานข้อมูล PHER Plus / TEA unit 3. ER คุณภาพ รพ. M2 มากกว่าร้อยละ 80 4. Smart ER (อยู่ใน ระหว่างคิดเกณฑ์ ประเมิน) รพ. A, S, M1 มากกว่าร้อยละ 80 5. Burn unit ใน รพ. ระดับ A และมี ICU สำหรับผู้ป่วย burn ใน รพ.ระดับ S 6. ICU neurosurgery ใน รพ.ระดับ A	1.อัตราการเสียชีวิต ของผู้ป่วย (Triage level1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาล ระดับ A,S,M1 น้อย กว่าร้อยละ 10 2.อัตราการเสียชีวิต ของผู้ป่วยบาดเจ็บต่อ สมอง M1 – M5 น้อย กว่าร้อยละ 25 3. อัตราการเสียชีวิต ของผู้ป่วย ที่มีค่า ISS score มากกว่า 15 น้อยกว่าร้อยละ 15 4. จำนวนผู้ป่วย Burn unit (BSA มากกว่า ร้อยละ 20) ได้รับการ รักษาใน Burn unit มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 และ เสียชีวิตน้อยกว่าร้อย ละ 15

### สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)

- อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) =  $(A/B) \times 100$   
 A = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้งที่ ER และ Admit) ที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง  
 B = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง Trauma และ Non-Trauma) ทั้งหมด
- อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บต่อสมอง (M1-M5) =  $(C/D) \times 100$   
 C = จำนวนผู้เจ็บป่วยบาดเจ็บต่อสมอง (M1-M5) ที่เสียชีวิตทั้งที่ ER และ Admit  
 D = จำนวนผู้เจ็บป่วยบาดเจ็บต่อสมอง (M1-M5) ทั้งหมด

3. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ (ISS >15) = (E/F) x 100

E = จำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ (ISS >15) ที่เสียชีวิตทั้งที่ ER และ Admit

F = จำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ (ISS >15) ทั้งหมด

4. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Burn ที่มีพื้นที่แผลไหม้ (Body Surface Area: BSA > 20%) = (G/H) x 100

G = จำนวนผู้ป่วย Burn ที่มีพื้นที่แผลไหม้ (Body Surface Area: BSA > 20%) ที่เสียชีวิตทั้งที่ ER และ Admit

H = จำนวนผู้ป่วย Burn ที่มีพื้นที่แผลไหม้ (Body Surface Area: BSA > 20%) ทั้งหมด

### ผู้ประสานงานตัวชีวิต

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นางสุภาพรรณ ตันท์สุระ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.ขอนแก่น	Tel.086-2280444	ประสานงานตัวชีวิต
นางรัตนา ยวงคำมา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.กาฬสินธุ์	Tel.081-71701016	ประสานงานตัวชีวิต
นางปรมาภรณ์ คลังพระศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.สรวงคาม	Tel.088-55298585	ประสานงานตัวชีวิต
นส.เนาวรัตน์ ชันธิราช	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.ร้อยเอ็ด	Tel.081-9643001	ประสานงานตัวชีวิต

### ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นพ.ธวัชชัย อิ่มพูล	นายแพทย์ชำนาญการ รพ.ขอนแก่น	Tel.095-1935471 tawatchaiimpool@gmail.com	รายงานผลการดำเนินงาน

หมายเหตุ สามารถเพิ่มเติมรายละเอียดอื่นๆ ที่สำคัญและจำเป็นได้ตามดุลยพินิจของ กกก.กำหนด  
ประเด็นแต่ละประเด็น