

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	7. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
ระดับการแสดงผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	37. อัตราตายของผู้ป่วยฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชม. ในโรงพยาบาล A, S, M1
ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 1	<p>เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดระยะเวลาการเข้าถึงบริการ definite care</p> <p>1.1 อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80</p> <p>1.2 อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน <2 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60</p>
ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 2	<p>ลดอัตราการเสียชีวิตของโรคที่เกิดจากอุบัติเหตุที่สำคัญและมีความรุนแรง</p> <p>2.1 อัตราตายของผู้ป่วย PS score >0.75 ในโรงพยาบาลทุกระดับ และได้รับการทำ root cause analysis ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 100</p> <p>2.2 อัตราตายผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (mortality rate of severe traumatic brain injury) (รหัส ICD S 06.1 – S 06.9)</p>
ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 3	<p>เพิ่มประสิทธิภาพและมาตรฐานของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน</p> <p>3.1 อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80</p> <p>3.2 อัตราของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80</p>
คำนิยาม	<p>ECS : Emergency Care System (ระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ) หมายถึง ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ และป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยสุขภาพ ประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (EMS) การดูแลในห้องฉุกเฉิน (ER) การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล (Referral System) การจัดการสาธารณสุขด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Disaster)</p> <p>แนวคิดการจัดการบริการ 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</p> <p>การพัฒนา ECS ในปี 2561-2565 จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ</p>

“ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน” หมายถึง ผู้มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉินและได้รับการคัดแยกเป็น Triage Level 1

“การเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง” หมายถึง นับจากเวลาที่ผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉินถึงเวลาที่เสียชีวิต (Door to Death) ภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งรวมถึงการเสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน

“การบาดเจ็บต่อเนื้อสมอง (Severe traumatic brain injury) TBI” หมายถึง การเปลี่ยนแปลงของหน้าที่การทำงานของสมอง หรือเกิดพยาธิสภาพของสมองจากแรงกระทำภายนอก ทั้งนี้ไม่รวมบาดแผลบริเวณใบหน้า กระดูกใบหน้าแตก หรือบาดเจ็บภายนอกอื่นๆ

เกณฑ์เป้าหมาย

อัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ที่ Admit จากห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 น้อยกว่าร้อยละ 12 *โรงพยาบาลชลบุรีร้อยละ 14.7, โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรร้อยละ 12.8

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 12		

เกณฑ์เป้าหมาย ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 1

1.1 อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 80	-	-

1.2 อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน <2 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 60	-	-

เกณฑ์เป้าหมาย ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 2

2.1 อัตราตายของผู้ป่วย PS score >0.75 ในโรงพยาบาลทุกระดับ และได้รับการทำ root cause analysis ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 100

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 100	-	-

2.2 อัตราตายผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (mortality rate of severe traumatic brain injury) (รหัส ICD S 06.1 – S 06.9) ไม่เกินร้อยละ 45

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 45	-	-

	<p>“ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน” หมายถึง ผู้มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉินและได้รับการคัดแยกเป็น Triage Level 1</p> <p>“การเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง” หมายถึง นับจากเวลาที่ผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉินถึงเวลาที่เสียชีวิต (Door to Death) ภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งรวมถึงการเสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน</p> <p>“การบาดเจ็บต่อเนื้อสมอง (Severe traumatic brain injury) TBI” หมายถึง การเปลี่ยนแปลงของหน้าที่การทำงานของสมอง หรือเกิดพยาธิสภาพของสมองจากแรงกระทำภายนอก ทั้งนี้ไม่รวมบาดแผลบริเวณใบหน้า กระดูกใบหน้าแตก หรือบาดเจ็บภายนอกอื่นๆ</p>
--	---

เกณฑ์เป้าหมาย

อัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ที่ Admit จากห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 น้อยกว่าร้อยละ 12 *โรงพยาบาลชลบุรีร้อยละ 14.7, โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรร้อยละ 12.8

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 12		

เกณฑ์เป้าหมาย ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 1

1.1 อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 80	-	-

1.2 อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน <2 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 60	-	-

เกณฑ์เป้าหมาย ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 2

2.1 อัตราตายของผู้ป่วย PS score >0.75 ในโรงพยาบาลทุกระดับ และได้รับการทำ root cause analysis ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 100

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 100	-	-

2.2 อัตราตายผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (mortality rate of severe traumatic brain injury) (รหัส ICD S 06.1 – S 06.9) ไม่เกินร้อยละ 45

ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 45	-	-

รายการข้อมูล ตัวชี้วัดตรง

ตัวชี้วัดตรง ตัวที่ 1.1	ตัวชี้วัดตรง ตัว ที่ 1.2	ตัวชี้วัดตรง ตัวที่ 2.1	ตัวชี้วัดตรง ตัวที่ 2.2	ตัวชี้วัดตรง ตัวที่ 3.1	ตัวชี้วัดตรง ตัวที่ 3.2
A = จำนวนผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาล ระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที	A = จำนวนผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉินที่ admit ภายใน 2 ชม.	A = จำนวนผู้ป่วย PS score >0.75 ที่เสียชีวิต และได้รับการทำ RCA ในโรงพยาบาลทุกระดับ	A = จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตจากบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง {(ICD S 06.1 – S 06.9) และใส่ท่อช่วยหายใจ (ICD 9 procedure 96.0, 96.04, 96.05) การใช้เครื่องช่วยหายใจ (ICD 9 procedure 96.7) หรืออยู่ในภาวะโคม่า (ICD 10: R 40.243)}	A = จำนวน TEA unit ในโรงพยาบาล ระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ ประเมินคุณภาพ	A = จำนวนโรงพยาบาล ระดับ F2 ขึ้นไป ที่ผ่านเกณฑ์ ประเมิน ECS คุณภาพ
B =จำนวนผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาล ระดับ A, S, M1 และได้รับการผ่าตัดทั้งหมด	B = จำนวนผู้ป่วย triage level 1, 2 ที่ admit ทั้งหมด	B = จำนวนผู้ป่วย PS score >0.75 ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลทุกระดับ	B = จำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมองทั้งหมด (ICD S 06.1 – S 06.9) และใส่ท่อช่วยหายใจ (ICD 9 procedure 96.0, 96.04, 96.05) หรือการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ICD 9 procedure 96.7) หรืออยู่ในภาวะโคม่า (ICD 10: R 40.243)	B = จำนวน TEA unit ทั้งหมดในโรงพยาบาล ระดับ A, S, M1	B = จำนวนโรงพยาบาล ระดับ F2 ขึ้นไป ที่ผ่านเกณฑ์ ประเมิน ECS คุณภาพทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด		(A/B) X 100			
ระยะเวลาประเมินผล		ไตรมาส 4			

เกณฑ์เป้าหมาย ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 3		
3.1 อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80		
ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 80	-	-
3.2 อัตราของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80		
ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 80	-	-
วัตถุประสงค์	<p>เพื่อพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน อย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยพิบัติ</p> <p>ในปี 2561-2565 จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ คือ การจัดบริการและพัฒนาคุณภาพการรักษาเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้รับบริการที่เท่าเทียม ทั้งถึง ้นเวลา ปลอดภัยและประทับใจ</p>	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับ A, S, M1	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 1, 2, 3 (1.1,1.2, 2.1, 2.2, 3.1, 3.2)	โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับ A, S, M1, F2 ขึ้นไป	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	HDC 1. ผู้เจ็บป่วยเสียชีวิตจากแฟ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION เชื่อมโยงด้วยรหัสบัตรประชาชน 2. ระยะเวลาจากแฟ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION 3. ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินจากแฟ้ม ACCIDENT	
แหล่งข้อมูล	มาตรฐาน 43 แฟ้มกระทรวงสาธารณสุข	
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง	
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินทั้งหมด	

รายการข้อมูล ตัวชี้วัดรอง

ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 1.1	ตัวชี้วัดรอง ตัว ที่ 1.2	ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 2.1	ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 2.2	ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 3.1	ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 3.2
A = จำนวนผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาล ระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที	A = จำนวนผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉินที่ admit ภายใน 2 ชม.	A = จำนวนผู้ป่วย PS score >0.75 ที่เสียชีวิต และได้รับการทำ RCA ในโรงพยาบาลทุก ระดับ	A = จำนวนผู้ป่วย เสียชีวิตจาก บาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง {(ICD S 06.1 – S 06.9) และใส่ท่อช่วยหายใจ (ICD 9 procedure 96.0, 96.04, 96.05) การใช้เครื่องช่วยหายใจ (ICD 9 procedure 96.7) หรืออยู่ในภาวะโคม่า (ICD 10: R 40.243)}	A = จำนวน TEA unit ในโรงพยาบาล ระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ ประเมินคุณภาพ	A = จำนวน โรงพยาบาล ระดับ F2 ขึ้นไป ที่ผ่านเกณฑ์ ประเมิน ECS คุณภาพ
B =จำนวนผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาล ระดับ A, S, M1 และได้รับการผ่าตัดทั้งหมด	B = จำนวนผู้ป่วย triage level 1, 2 ที่ admit ทั้งหมด	B = จำนวนผู้ป่วย PS score >0.75 ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลทุก ระดับ	B = จำนวนผู้ป่วย บาดเจ็บรุนแรงต่อสมองทั้งหมด (ICD S 06.1 – S 06.9) และใส่ท่อช่วยหายใจ (ICD 9 procedure 96.0, 96.04, 96.05) หรือการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ICD 9 procedure 96.7) หรืออยู่ในภาวะโคม่า (ICD 10: R 40.243)	B = จำนวน TEA unit ทั้งหมดในโรงพยาบาล ระดับ A, S, M1	B = จำนวน โรงพยาบาล ระดับ F2 ขึ้นไป ที่ผ่านเกณฑ์ ประเมิน ECS คุณภาพทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด		(A/B) X 100			
ระยะเวลาประเมินผล		ไตรมาส 4			

เกณฑ์การประเมิน : อัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ที่ Admit จากห้องฉุกเฉินใน
โรงพยาบาลระดับ A, S, M1 น้อยกว่าร้อยละ 12
ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	อัตราการเสียชีวิตของผู้ เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาล ระดับ A, S, M1 < 15%	-	อัตราการเสียชีวิตของผู้ เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาล ระดับ A, S, M1 < 12%

เกณฑ์การประเมิน ตัวชี้วัดรองตัวที่ 1 :

1.1 อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้อง
ผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อ บ่งชี้ในการผ่าตัด ใน โรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ ภายใน 60 นาที ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 60	อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อ บ่งชี้ในการผ่าตัด ใน โรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ ภายใน 60 นาที ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 70	อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อ บ่งชี้ในการผ่าตัด ใน โรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ ภายใน 60 นาที ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 80

เกณฑ์การประเมิน ตัวชี้วัดรองตัวที่ 2 :

1.2 อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน <2 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 60

2.1 อัตราตายของผู้ป่วย PS score >0.75 ในโรงพยาบาลทุกระดับ และได้รับการทำ root cause analysis ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 100

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	อัตราตายของผู้ป่วย PS score >0.75 ใน โรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้น ไป ได้รับการทำ root cause analysis ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 100	-	อัตราตายของผู้ป่วย PS score >0.75 ใน โรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้น ไป ได้รับการทำ root cause analysis ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 100

2.2 อัตราตายผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (mortality rate of severe traumatic brain injury) (รหัส ICD S 06.1 – S 06.9) ไม่เกินร้อยละ 45

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ไม่เกิน 45 %	ไม่เกิน 45 %	ไม่เกิน 45 %	ไม่เกิน 45 %

เกณฑ์การประเมิน ตัวชี้วัดรองตัวที่ 3 :

3.1 อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 10

3.2 อัตราของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป ที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 80

วิธีการประเมินผล :

ขั้นตอนที่ 1 โรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป มีคณะกรรมการพัฒนาระบบรักษาพยาบาล
 ฉุกเฉินของโรงพยาบาล และ ในโรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไป มี TEA Unit เพื่อทำหน้าที่
 จัดทำสถิติบริการห้องฉุกเฉินแยกตามระดับการคัดแยก
 รวบรวมข้อมูลการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉินภายใน 24
 ชั่วโมง
 วิเคราะห์โรคและสาเหตุการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน
 Audit เพื่อค้นหาโอกาสการพัฒนา และจัดทำข้อเสนอแนะ
 วางแผนการพัฒนาโดยจัดลำดับความสำคัญ
 นำแผนไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม
 ติดตามและประเมินผลทุก 1-3 เดือน *
 ขั้นตอนที่ 2 เขตสุขภาพ /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
 จัดทำสถิติบริการห้องฉุกเฉินแยกตามระดับการคัดแยกตามระดับโรงพยาบาล
 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	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	data		2559	2560	2561
		ร้อยละ	N/A	N/A	11.89
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	1. น.พ.ชาติชาย คล้ายสุบรรณ		นายแพทย์ชำนาญการ		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037-211297		โทรศัพท์มือถือ : 086-1414769		
	โทรสาร : 037-211297		E-mail : beera024@gmail.com		
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี					
2. น.พ.รัฐพงษ์ บุรีวงษ์		นายแพทย์ชำนาญการ			
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 035-211888 ต่อ 2103		โทรศัพท์มือถือ : 086-5694886			
โทรสาร : 035-242182		E-mail : rattapong.b@gmail.com			
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา					
3. พ.ญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ		หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์			
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906286		โทรศัพท์มือถือ : 081-8424148			
โทรสาร : 02-5918276		E-mail : mertthailand@gmail.com			
กรมการแพทย์					
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. น.พ.ชาติชาย คล้ายสุบรรณ		โทรศัพท์มือถือ : 086-1414769		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน :		E-mail : beera024@gmail.com		
	โทรสาร : 037-211297				
	โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี				
2. นายสโรช จินดาวนิษฐ์		นักวิชาการสาธารณสุข			
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901664		โทรศัพท์มือถือ : 081-0745599			
โทรสาร : 02-5901853		Email: maxjung_woo@hotmail.com			
กองสาธารณสุขฉุกเฉิน					
3. นางสาวปาริฉัตร หมื่นจี้		นักวิชาการสาธารณสุข			
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901664		โทรศัพท์มือถือ : 095-4845829			
โทรสาร : 02-5901853		E-mail : m.b.parichat@gmail.com			
กองสาธารณสุขฉุกเฉิน					
4. นางสาวพิมลมาส คุ่มชุ่ม		นักวิชาการสาธารณสุข			
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901664		โทรศัพท์มือถือ : 085-2878945			
โทรสาร : 02-5901853		E-mail : pepimolmas11@gmail.com			
กองสาธารณสุขฉุกเฉิน					

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)											
แผนที่	7. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ											
โครงการที่	28. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ											
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ											
ชื่อตัวชี้วัด	47. ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน											
คำนิยาม	<p>ประชากร หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตทุกคนในประเทศไทย</p> <p>การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การที่ประชากรที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงสถานพยาบาลโดยการส่งการของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ</p> <p>ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิตซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันที เพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือดหรือระบบประสาทแล้วผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูงหรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไวซึ่งไม่รวมผู้ป่วยส่งต่อ (Refer)</p> <p>ชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน หมายถึง ชุดปฏิบัติการที่ออกปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้ขึ้นทะเบียนในระบบการแพทย์ฉุกเฉินตามที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> <th>ปีงบประมาณ 65</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 24</td> <td>ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 24</td> <td>ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 24</td> <td>ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 24</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 24	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 24	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 24	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 24
ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65									
ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 24	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 24	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 24	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 24									
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชน 2. เพื่อให้ประชาชนเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ 											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนทุกคนในประเทศไทย											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. จากการบันทึกข้อมูลผลการออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของแต่ละจังหวัดในโปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS) 2. จากการบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ A, S และ M1) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 											
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS)											
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)											
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit)											

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2563:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน		
ร้อยละ 26	ร้อยละ 26	ร้อยละ 26	ร้อยละ 26		
ปี 2564:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน		
ร้อยละ 28	ร้อยละ 28	ร้อยละ 28	ร้อยละ 28		
ปี 2565:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน		
ร้อยละ 30	ร้อยละ 30	ร้อยละ 30	ร้อยละ 30		
วิธีการประเมินผล :	การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมายที่กำหนด ทุกไตรมาส				
เอกสารสนับสนุน :	1. รายงานข้อมูลการให้บริการในระบบ ITEMS 2. รายงานการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินจากโรงพยาบาลระดับ A , S และ M1 ภาครัฐ ทุกแห่ง				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2560	2561	2562
					ข้อมูล ณ มิถุนายน
	จำนวน ผู้ป่วยสีแดง ที่มา ด้วย EMS	ครั้ง	98,732	106,739	36,696
จำนวน ผู้ป่วยทั้งหมดที่ ห้องฉุกเฉิน ER visit	ครั้ง	521,422	384,173	147,045	
ร้อยละ	ร้อยละ	18.94	27.78	24.95	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางสาวกมลทิพย์ แซ่เล่า โทรศัพท์ที่ทำงาน : 028721600 โทรสาร : 02-8721603		ผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์ โทรศัพท์มือถือ : 0890361669 E-mail : kamolthip.s@niems.go.th		

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)			
แผนที่	7. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ			
โครงการที่	28. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ			
ระดับการวัดผล	จังหวัด			
ชื่อตัวชี้วัด	48. ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ			
คำนิยาม	<p>ห้องฉุกเฉินคุณภาพ หมายถึง ห้องฉุกเฉินที่มีมาตรฐาน ให้การรักษาพยาบาลผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน อย่างทันเวลา ปลอดภัยและประทับใจ โดยเน้นใน 3 มิติ คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. พัฒนาระบบบริการที่มีมาตรฐาน <ol style="list-style-type: none"> 1.1. เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน <ol style="list-style-type: none"> 1.1.1. จัดบริการห้องฉุกเฉินตามเกณฑ์ ER Service Delivery 1.1.2. กำหนดให้ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการ Admit อยู่ในห้องฉุกเฉินไม่เกิน 2-4 ชั่วโมง (ER Target Time 2-4 ชั่วโมง) 1.2. เพิ่มทางเลือกให้ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน <ol style="list-style-type: none"> 1.2.1. จัดบริการ OPD นอกเวลาราชการ 2. พัฒนาระบบสนับสนุนที่มีมาตรฐาน <ol style="list-style-type: none"> 2.1. พัฒนาอาคารสถานที่ <ol style="list-style-type: none"> 2.1.1. จัดให้มี Double door with access control 2.1.2. จัดให้มีห้องรอตรวจ (Waiting area/room) 2.1.3. จัดให้มีห้องแยกโรค (Isolation room) 2.2. พัฒนาระบบสารสนเทศ <ol style="list-style-type: none"> 2.2.1. มีสารสนเทศที่แสดงคิวและสถานะรวมถึงขั้นตอนการรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย (Patient Tracking) 2.2.2. เชื่อมโยงข้อมูลด้านการแพทย์ฉุกเฉิน โดยการพัฒนา ระบบ Telemedicine และ Ambulance Operation Center (AOC) 2.2.3. ส่งข้อมูลผู้รับบริการห้องฉุกเฉินทุกราย ผ่านแฟ้ม "ACCIDENT" ในระบบข้อมูล 43 แฟ้ม 3. การพัฒนาและธำรงรักษากำลังคน <ol style="list-style-type: none"> 3.1. วางแผนกำลังคนแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (EP) พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน (ENP) และนักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ (Paramedic) 			
เกณฑ์เป้าหมาย				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	-	-	ร้อยละ 80	ร้อยละ 100

วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพิ่มการเข้าถึงการบริการ ER คุณภาพของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน 2. ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน 3. พัฒนาห้องฉุกเฉินที่มีมาตรฐาน 4. บุคลากรมีความปลอดภัย 				
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 34 แห่ง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบรายงาน/แบบประเมิน				
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลศูนย์				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาล ระดับ A ที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ER คุณภาพ				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาล ระดับ A ทั้งหมด ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินติดตาม ในไตรมาส 4				
เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2563 :					
	ประเภท	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	โรงพยาบาลศูนย์ (A) 34 แห่ง ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ				ร้อยละ 80
ปี 2564 :					
	ประเภท	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	โรงพยาบาลศูนย์ (A) 34 แห่ง ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ				ร้อยละ 100
วิธีการประเมินผล :	<p>ขั้นตอนที่ 1. โรงพยาบาลศูนย์(A) มีคณะกรรมการพัฒนาห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลเพื่อทำหน้าที่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 ประเมิน ER คุณภาพ ตามแบบฟอร์มการประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล (Hospital Based Emergency Care System) ไม่น้อยกว่าปีละ 1 ครั้ง มาวิเคราะห์ผลตอบค่าตัวชี้วัด 1.2 นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล มาสรุปเป็นข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ (out put) นำไปสู่การพัฒนา ER คุณภาพ 1.3 นำข้อมูลจากข้อ 1.1 - 1.2 มาวิเคราะห์เชิงปริมาณและคุณภาพ เพื่อนำเสนอผลการดำเนินงานต่อผู้บริหารของโรงพยาบาล และ สสจ. เพื่อนำไปประมวลผลในภาพรวมของจังหวัด นำเสนอข้อมูลต่อหน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล 				

	<p>2 ขั้นตอนที่ 2 เขตสุขภาพ /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>2.1 นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล ขึ้นไปมาเปรียบเทียบในระดับจังหวัด/เขต</p> <p>2.2 นำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ (out put) นำไปสู่การพัฒนา ER คุณภาพระดับจังหวัด /เขต</p> <p>ขั้นตอนที่ 3 ส่วนกลาง</p> <p>3.1 นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล มา เปรียบเทียบในระดับเขต และวางแผนสนับสนุนการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ</p>				
เอกสารสนับสนุน :	แบบประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล (Hospital Based Emergency Care System) ในองค์ประกอบห้องฉุกเฉิน				
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2560	2561	2562
	NA	ร้อยละ	NA	NA	NA
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>กองบริหารการสาธารณสุข</p> <p>1. นายแพทย์ธีรพงศ์ ตุนาค ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1755 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-590-0802 E-mail : -</p> <p>2. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1643 โทรศัพท์มือถือ : 089-829-625 โทรสาร : 02-590-1631 E-mail : kavalinc@hotmail.com</p> <p>3. นายแพทย์ชาติชาย คล้ายสุบรรณ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โทรศัพท์ที่ทำงาน โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail :</p> <p>4. นางณัฐธินา รังสินธุ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1637 โทรศัพท์มือถือ : 087-6828-809 โทรสาร : 02-590-1631 E-mail : nuttina24@gmail.com</p>				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองบริหารการสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	<p>กองบริหารการสาธารณสุข</p> <p>1. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1643 โทรศัพท์มือถือ : 089-829-625</p>				

	โทรสาร : 02-590-1631	E-mail : kavalinc@hotmail.com
2. นางณัฐธิมา รังสินธุ์		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1637		โทรศัพท์มือถือ : 087-6828-809
โทรสาร : 02-590-1631		E-mail : nuttina24@gmail.com

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)											
แผนที่	7. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ											
โครงการที่	28. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ											
ระดับการวัดผล	จังหวัด											
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	49. จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ 4 และ 5 (Non trauma) ลดลง											
คำนิยาม	<p>การคัดแยกผู้ป่วย</p> <p>ระดับ 1 (สีแดง) คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามที่จะทำให้เสียชีวิต ต้องช่วยเหลือนทันที (resuscitation)</p> <p>ระดับ 2 (สีชมพู) คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงที่ต้องให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน (emergency)</p> <p>ระดับ 3 (สีเหลือง) คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเร่งด่วนที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตและอวัยวะ (urgent)</p> <p>ระดับ 4 (สีเขียว) คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเร่งด่วนทั่วไป (less - urgent)</p> <p>ระดับ 5 (สีขาว) คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยไม่ฉุกเฉิน (non - urgent)</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>ร้อยละ 5</td> <td>ร้อยละ 10</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	-	-	ร้อยละ 5	ร้อยละ 10
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
-	-	ร้อยละ 5	ร้อยละ 10									
วัตถุประสงค์	เพื่อลดความแออัดห้องฉุกเฉิน											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 34 แห่ง											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบรายงาน/แบบประเมิน											
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลศูนย์											
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ 4 และ 5 (Non trauma) ปีงบประมาณ 2562											
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ 4 และ 5 (Non trauma) ปีงบประมาณ 2563											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A-B) \times 100/A$											
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินติดตาม ไตรมาส 2, 3, 4											

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2563 :

ประเภท	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินใน ห้องฉุกเฉินระดับ 4 และ 5 (Non trauma) ลดลงจาก เดิม		ร้อยละ 3	ร้อยละ 4	ร้อยละ 5

ปี 2564 :

ประเภท	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินใน ห้องฉุกเฉินระดับ 4 และ 5 (Non trauma) ลดลงจาก เดิม				ร้อยละ 10

วิธีการประเมินผล :

โรงพยาบาลศูนย์

1. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการห้องฉุกเฉินคุณภาพระดับระดับโรงพยาบาล
2. มีการเปิดคลินิกนอกเวลาราชการ
3. มีการเปิดคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ(SMC)

เอกสารสนับสนุน :

-

รายละเอียดข้อมูล
พื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2560	2561	2562
NA	ร้อยละ	NA	NA	NA

ผู้ให้ข้อมูลทาง

วิชาการ /

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

กองบริหารการสาธารณสุข

1. นายแพทย์ธีรพงศ์ ตุนาค
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1755
โทรสาร : 02-590-0802

2. นางเกวลิน ชื่นเจริญสุข
สาธารณสุข
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1643
โทรสาร : 02-590-1631

3. นายแพทย์ชาติชาย คล้ายสุบรรณ
โทรศัพท์ที่ทำงาน
โทรสาร : 037-211-243

ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข

โทรศัพท์มือถือ : -

E-mail : -

รองผู้อำนวยการกองบริหารการ

โทรศัพท์มือถือ : 089-829-625

E-mail : kavalinc@hotmail.com

โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

โทรศัพท์มือถือ : 086-141-4769

E-mail : beera024@gmail.com

	4. นางณัฐริษา ริงสินธุ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1637 โทรสาร : 02-590-1631	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 087-6828-809 E-mail : nuttina24@gmail.com
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองบริหารการสาธารณสุข	
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	กองบริหารการสาธารณสุข 1. นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1643 โทรสาร : 02-590-1631 2. นางณัฐริษา ริงสินธุ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 590-1637 โทรสาร : 02-590-1631	รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 089-829-625 E-mail : kavalinc@hotmail.com นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 087-6828-809 E-mail : nuttina24@gmail.com