

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569
(Inspection Guideline)

- ยุทธศาสตร์ ☐ PP & P Excellence ☒ Service Excellence
☐ People Excellence ☐ Governance Excellence
☐ Health-Related Economy Excellence

ข้อตัวชี้วัด: อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และการให้การรักษามาตรฐานตามเวลาที่กำหนด

1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (< ร้อยละ 8)
2. ร้อยละของการให้การรักษามารวม STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (\geq ร้อยละ 70)
 - 2.1 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (\geq ร้อยละ 70) หรือ
 - 2.2 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (\geq ร้อยละ 70)
3. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ภายใน 30 วัน นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (< ร้อยละ 9)

คำนิยาม:

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก (ST - Elevated Myocardial Infarction)

อัตราตายในผู้ป่วย STEMI

1. ผู้ป่วย STEMI หมายถึง ผู้ป่วย STEMI ที่เป็นผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยมาตรวจที่แผนกฉุกเฉินและมีการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นที่มีศักยภาพสูงกว่า (โดยนับการเจ็บป่วยในครั้งนั้นเป็น 1 visit)

2. การตายของผู้ป่วย STEMI หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI

การรักษามารวม STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด หมายถึง

1. ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล หรือ

2. ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล

อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ภายใน 30 วัน นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI

1. อัตราตายในผู้ป่วย STEMI ภายใน 30 วัน (30 - Day Mortality) หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ภายใน 30 วัน นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI

2. ผู้ป่วย STEMI หมายถึง ผู้ป่วย STEMI ที่เป็นผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยมาตรวจที่แผนกฉุกเฉินและมีการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นที่มีศักยภาพสูงกว่า (โดยนับการเจ็บป่วยในครั้งนั้นเป็น 1 visit)

ตารางที่ 1 ค่าเป้าหมาย:

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2570
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	< ร้อยละ 9	< ร้อยละ 9	< ร้อยละ 8	< ร้อยละ 8
ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 70
ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 70
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ภายใน 30 วัน นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI	-	< ร้อยละ 10	< ร้อยละ 9	< ร้อยละ 9

วัตถุประสงค์: 1. เพื่อลดอัตราการตายจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI
2. เพื่อประเมินมาตรฐานการรักษาผู้ป่วย STEMI

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย: ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ได้แก่

- ผู้ป่วยใน รหัส ICD10 - WHO I21.0 - I21.3 ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล
- ผู้ป่วยใน รหัส ICD10 - WHO I21.0 - I21.3 ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดนี้: โรงพยาบาลทุกระดับ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่ง, เขตสุขภาพที่ 1 - 13 และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

รูปแบบการจัดเก็บข้อมูล: (เลือกได้ 1 รูปแบบ)

☐ HDC

☒ ฐานข้อมูลกรม/ กอง/ หน่วยงาน

เว็บไซต์เพื่อการเก็บข้อมูลผู้ป่วย Acute Coronary Syndrome (ACS) หรือโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในประเทศไทย (Thai ACS Registry)
<http://www.ncvdt.org/Default.aspx>

☒ ข้อมูลจากการตรวจราชการ

☐ อื่น ระบุ.....

ระยะเวลาการเก็บรวบรวมและตัดข้อมูล:

- ข้อมูลการตรวจราชการระดับจังหวัด ใช้ข้อมูล ณ ปัจจุบันก่อนลงพื้นที่ตรวจราชการ
- สรุปตรวจราชการรอบที่ 1 (ตุลาคม 2568 - มีนาคม 2569): ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2569
- สรุปตรวจราชการรอบที่ 2 (ตุลาคม 2568 - กรกฎาคม 2569): ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2569

สูตรคำนวณตัวชี้วัดเชิงปริมาณ:

1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (< ร้อยละ 8)

$$\text{สูตรคำนวณ} = (A/B) \times 100$$

- A = จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD10 - WHO - I21.0 - I21.3 ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลทั้งหมด
- B = จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD10 - WHO - I21.0 - I21.3 ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด

2. ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (\geq ร้อยละ 70)

2.1 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (\geq ร้อยละ 70)

$$\text{สูตรคำนวณ} = (A/B) \times 100$$

- A = จำนวนครั้งที่การรักษาส่งต่อให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล
- B = จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงโรงพยาบาลและได้รับยาละลายลิ่มเลือดทั้งหมด

2.2 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (\geq ร้อยละ 70)

$$\text{สูตรคำนวณ} = (C/D) \times 100$$

- C = จำนวนครั้งที่สามารถส่งต่อไปที่โรงพยาบาลที่ทำ PCI ได้ ให้ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล
- D = จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงโรงพยาบาลและได้รับการทำ Primary PCI ทั้งหมด

3. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ภายใน 30 วัน นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (< ร้อยละ 9)

$$\text{สูตรคำนวณ} = (A1/B1) \times 100$$

- A1 = จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD10 - WHO - I21.0 - I21.3 ที่เสียชีวิตภายใน 30 วัน นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI
- B1 = จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD10 - WHO - I21.0 - I21.3 ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด

ตัวชี้วัดนี้สามารถวัดเชิงคุณภาพได้แบบใด โปรดเลือก (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

✓ 1) เชิงคุณภาพ (ด้านผลลัพธ์)

- ✓ 1. การให้บริการสุขภาพ
- ✓ 2. กำลังคนที่ให้บริการ
- ✓ 3. ระบบงานและการจัดการข้อมูล
- ✓ 4. การเข้าถึงยาช่วยชีวิตและอุปกรณ์ฉุกเฉิน
- ✓ 5. การเงินการคลังด้านการให้บริการ
- ✓ 6. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลระบบสุขภาพ

หมายเหตุ: ขอให้จัดทำเกณฑ์การประเมินผลเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์ (Outcome) ตามกรอบแนวคิด 6 Building Blocks ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ตามตารางที่ 4

✓ 2) เชิงคุณภาพ (ด้านผลกระทบ)

- | | |
|--|------------------------------------|
| ✓ 1. การเข้าถึงบริการ | ✓ 2. ความครอบคลุมการรักษา |
| ✓ 3. การรักษาตามมาตรฐานคุณภาพบริการ | ✓ 4. การเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน |
| ✓ 5. ความปลอดภัยของผู้ป่วยและจัดเก็บข้อมูล | |

หมายเหตุ: ขอให้จัดทำเกณฑ์การประเมินผลเชิงคุณภาพ ด้านผลกระทบ (Impact) ตามองค์การอนามัยโลก (WHO) ตามตารางที่ 6

มาตรการหลัก/กระบวนการที่สำคัญ (เฉพาะมาตรการหลัก (3 - 5 ข้อ) ไม่ควรนำกิจกรรมมาใส่)

- 1) มีระบบการส่งต่อ STEMI Fast Track และระบบการให้คำปรึกษา 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์ (24/7) ที่มีประสิทธิภาพ
- 2) โรงพยาบาลทุกระดับมีระบบบริหารยาละลายลิ่มเลือด และมีความพร้อมสามารถให้ยา Fibrinolysis ได้
- 3) มีห้องสวนหัวใจอย่างน้อย 1 แห่ง/ เขตสุขภาพ สามารถทำ PPCI ได้ 24/7
- 4) มีระบบการจัดเก็บข้อมูล ติดตามการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และข้อมูลจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด หรือการขยายหลอดเลือด รวมถึงผลการรักษาและภาวะแทรกซ้อนในระบบ Thai ACS Registry

ตารางที่ 2 เกณฑ์การประเมินผลเชิงปริมาณ:

วิธีการประเมินผล: เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย

1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงานเปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย	
	รอบ 6 เดือน	รอบ 10 เดือน
อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	< ร้อยละ 8	< ร้อยละ 8
ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 70
ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 70
อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ภายใน 30 วัน นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI	< ร้อยละ 9	< ร้อยละ 9

เอกสาร/หลักฐานสนับสนุน:

1. Thai ACS Registry (<http://www.ncvdt.org>)
2. Thai Acute Coronary Syndrome Guideline 2020
3. BYRNE, Robert A., *et al.* 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes: Developed by the task force on the management of acute coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*, 2023, ehad 191.

ตารางที่ 3 เกณฑ์การให้คะแนนเชิงปริมาณในแต่ละระดับ (ข้อมูล ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2569) ดังนี้

ระดับคะแนน	อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ภายใน 30 วัน นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI
10	อัตราตายผู้ป่วย STEMI < ร้อยละ 8	≥ ร้อยละ 70		อัตราตายผู้ป่วย STEMI ภายใน 30 วัน

ระดับ คะแนน	อัตราการตายของผู้ป่วยโรค กล้ามเนื้อหัวใจตาย เฉียบพลันชนิด STEMI	ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยา ละลายลิ่มเลือดได้ ตามมาตรฐาน เวลาที่กำหนด	ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการ ทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐาน เวลาที่กำหนด	อัตราการตายของผู้ป่วยโรค กล้ามเนื้อหัวใจตาย เฉียบพลันชนิด STEMI ภายใน 30 วัน นับจาก ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI
				< ร้อยละ 9
9	ร้อยละ 8 - 8.49	ร้อยละ 65 - 69.99		ร้อยละ 9 - 9.49
8	ร้อยละ 8.50 - 8.99	ร้อยละ 60 - 64.99		ร้อยละ 9.50 - 9.99
7	ร้อยละ 9 - 9.49	ร้อยละ 55 - 59.99		ร้อยละ 10 - 10.49
6	ร้อยละ 9.50 - 9.99	ร้อยละ 50 - 54.99		ร้อยละ 10.50 - 10.99
5	ร้อยละ 10 - 10.49	ร้อยละ 45 - 49.99		ร้อยละ 11 - 11.49
4	ร้อยละ 10.50 - 10.99	ร้อยละ 40 - 44.99		ร้อยละ 11.50 - 11.99
3	ร้อยละ 11 - 11.49	ร้อยละ 35 - 39.99		ร้อยละ 12 - 12.49
2	ร้อยละ 11.50 - 11.99	ร้อยละ 30 - 34.99		ร้อยละ 12.50 - 12.99
1	≥ ร้อยละ 12	≤ ร้อยละ 29.99		≥ ร้อยละ 13

หมายเหตุ: เกณฑ์การให้คะแนนเชิงปริมาณหน่วยงานที่รับผิดชอบตัวชี้วัดเป็นผู้ออกแบบเกณฑ์ผลการดำเนินงาน
แต่ละระดับ โดยระบุเกณฑ์คะแนน 1 - 10 เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย

ตารางที่ 4 เกณฑ์การประเมินผลเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์ (Outcome) ตามกรอบแนวคิด 6 Building Blocks ขององค์การอนามัยโลก (WHO)

Building Block	หัวข้อการประเมิน (นำมาจาก มาตรการหลัก)	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 1 0 - 40 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 2 41 - 55 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 3 56 - 70 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 4 71 - 85 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 5 86 - 100 คะแนน	เอกสารหรือ หลักฐาน ที่ใช้ประเมิน
☑ การให้บริการ สุขภาพ	- มีระบบการส่งต่อผู้ป่วย STEMI Fast Track ทุกโรงพยาบาลในเขตสุขภาพและแนวทางการรับผู้ป่วยเพื่อให้สามารถให้บริการผู้ป่วยได้ ในเวลาที่รวดเร็ว และเหมาะสม	ยังไม่มีระบบการส่งต่อผู้ป่วย STEMI Fast Track ในเขตสุขภาพ	มีระบบการส่งต่อผู้ป่วย STEMI Fast Track ในโรงพยาบาลหลักที่กำหนดไว้ในเขตสุขภาพแต่ยังไม่เชื่อมโยงในเครือข่าย	- มีระบบการส่งต่อผู้ป่วย STEMI Fast Track ในโรงพยาบาลหลักที่กำหนดไว้ในเขตสุขภาพ และมีการเชื่อมโยงในเครือข่าย - มีรายงานการรับส่งต่อผู้ป่วย	- มีระบบการส่งต่อผู้ป่วย STEMI Fast Track ในโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ และมีการเชื่อมโยงในเครือข่ายที่สามารถปฏิบัติได้จริง - มีรายงานการรับส่งต่อผู้ป่วย - มีการติดตามผล และทบทวนรายการ	- มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยทุกโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่สามารถปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีแบบไร้รอยต่อและเหมาะสมกับบริบทในแต่ละพื้นที่ - มีรายงานการรับส่งต่อผู้ป่วย - มีการอบรมภายในเครือข่าย	- รายงานการรับส่งต่อผู้ป่วย - ข้อมูล สถิติรับส่งต่อ ติดตามผู้ป่วย
	- มีแนวทางในการให้ยาละลายลิ่มเลือด โดยมีระบบการให้คำปรึกษาและระบบรับส่งต่อผู้ป่วยทุกวันตลอด 24 ชั่วโมง (24/7)	ยังไม่มี CPG ระบบการให้คำปรึกษาและแนวทางระบบรับส่งต่อผู้ป่วย	มี CPG ระบบการให้คำปรึกษา แต่ยังไม่มีความชัดเจนในการรับส่งต่อผู้ป่วย	มี CPG ระบบการให้คำปรึกษา และมีแนวทางระบบรับส่งต่อผู้ป่วยที่นำไปใช้เฉพาะในเวลาราชการ	มี CPG ระบบการให้คำปรึกษา และมีระบบรับส่งต่อผู้ป่วยที่นำไปใช้ทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการ แต่ยังไม่ครอบคลุม 24 ชั่วโมง 7 วัน	มี CPG ระบบการให้คำปรึกษา และมีแนวทางระบบรับส่งต่อที่นำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุม ทุกวันตลอด 24 ชั่วโมง (24/7)	- CPG การให้ยาละลายลิ่มเลือด - แนวทางการรับส่งต่อผู้ป่วย

Building Block	หัวข้อการประเมิน (นำมาจาก มาตรการหลัก)	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 1 0 - 40 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 2 41 - 55 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 3 56 - 70 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 4 71 - 85 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 5 86 - 100 คะแนน	เอกสารหรือ หลักฐาน ที่ใช้ประเมิน
	โดยอายุรแพทย์ หรืออายุรแพทย์ โรคหัวใจ						
	- ผู้ป่วยที่มีภาวะ กล้ามเนื้อหัวใจตาย เฉียบพลันได้รับการ รักษาโดยการเปิด หลอดเลือดด้วย Fibrinolysis หรือ Primary PCI ได้ ตามมาตรฐาน	Reperfusion Rate < ร้อยละ 50	Reperfusion Rate ≥ ร้อยละ 50	Reperfusion Rate ≥ ร้อยละ 60	Reperfusion Rate ≥ ร้อยละ 70	Reperfusion Rate ≥ ร้อยละ 80	รายงานข้อมูลอัตรา ผู้ป่วยที่เป็นโรค กล้ามเนื้อหัวใจตาย เฉียบพลัน ได้รับการ รักษาโดยการเปิด หลอดเลือด (Reperfusion Rate)
	- ล ด ร ะ ย ะ เ ว ล า รอกอยผู้ป่วยภาวะ หัวใจขาดเลือดเรื้อรัง ให้รักษาโดยการทำ บอลลูนหรือการ ผ่าตัด Coronary Artery Bypass Surgery (CABG)	ระยะเวลารอกอย ≥ 6 เดือน	ระยะเวลารอกอย ≥ 5 เดือน	ระยะเวลารอกอย ≥ 4 เดือน	ระยะเวลารอกอย ≤ 3 เดือน	ระยะเวลารอกอย ≤ 2 เดือน	รายงานข้อมูล - จำนวนผู้ป่วย - ระยะเวลารอกอย
	- มีระบบการคัดกรอง ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยง	ร้อยละของผู้ป่วย เบาหวาน ความดัน	ร้อยละของผู้ป่วย เบาหวาน ความดัน	ร้อยละของผู้ป่วย เบาหวาน ความดัน	ร้อยละของผู้ป่วย เบาหวาน ความดัน	ร้อยละของผู้ป่วย เบาหวาน ความดัน	ข้อมูลร้อยละของ ผู้ป่วยเบาหวาน

Building Block	หัวข้อการประเมิน (นำมาจาก มาตรการหลัก)	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 1 0 - 40 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 2 41 - 55 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 3 56 - 70 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 4 71 - 85 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 5 86 - 100 คะแนน	เอกสารหรือ หลักฐาน ที่ใช้ประเมิน
	ต่อโรคหัวใจและ หลอดเลือด	โลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน ได้รับการประเมิน โอกาสเสี่ยงต่อการ เกิดโรคหัวใจและ หลอดเลือด (Thai CV risk score \leq ร้อยละ 20	โลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน ได้รับการประเมิน โอกาสเสี่ยงต่อการ เกิดโรคหัวใจและ หลอดเลือด (Thai CV risk score) \geq ร้อยละ 30	โลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน ได้รับการประเมิน โอกาสเสี่ยงต่อการ เกิดโรคหัวใจและ หลอดเลือด (Thai CV risk score) \geq ร้อยละ 40	โลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน ได้รับการประเมิน โอกาสเสี่ยงต่อการ เกิดโรคหัวใจและ หลอดเลือด (Thai CV risk score) \geq ร้อยละ 50	โลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน ได้รับการประเมิน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด โรคหัวใจและหลอด เลือด (Thai CV risk score) \geq ร้อยละ 60	ความดันโลหิตสูงที่ ขึ้นทะเบียนได้รับการ ประเมินโอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดโรคหัวใจ และ หลอดเลือด (Thai CV Risk score)
<input checked="" type="checkbox"/> กำลังคนที่ ให้บริการ	<ul style="list-style-type: none"> - มีความพร้อมของ หน่วยงานรพพยาบาล บุคลากร และมี อุปกรณ์เครื่องช่วย ชีวิต เพื่อพร้อมส่ง ต่อผู้ป่วยในกรณี ฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง - มีบุคลากรที่ได้รับ การอบรมและ สามารถให้ ยา Fibrinolysis หรือ ส่ง ต่อเพื่อทำ Primary PCI ได้ 	<ul style="list-style-type: none"> - บุคลากรทาง การแพทย์ที่ดูแล ผู้ป่วยในการส่งต่อ โดยรพพยาบาลยัง ไม่ได้รับการอบรม BLS และ/หรือ ACLS - ไม่มีบุคลากรที่ได้รับ การอบรมและ สามารถให้ ยา Fibrinolysis หรือ Primary PCI ได้ 	<ul style="list-style-type: none"> - บุคลากรทาง การแพทย์ที่ดูแล ผู้ป่วยในการส่งต่อ โดยรพพยาบาลผ่าน การอบรม BLS และ/หรือ ACLS \leq ร้อยละ 50 ของ จำนวนบุคลากรที่ เกี่ยวข้อง - มีบุคลากรที่ได้รับ การอบรมและ สามารถให้ ยา Fibrinolysis หรือ Primary PCI 	<ul style="list-style-type: none"> - บุคลากรทาง การแพทย์ที่ดูแล ผู้ป่วยในการส่งต่อ โดยรพพยาบาลผ่าน การอบรม BLS และ/หรือ ACLS \geq ร้อยละ 60 ของ จำนวนบุคลากรที่ เกี่ยวข้อง - มีรพพยาบาลและ การจัดเวรบุคลากร พร้อมในการส่งต่อ ผู้ป่วย 	<ul style="list-style-type: none"> - บุคลากรทาง การแพทย์ที่ดูแล ผู้ป่วยในการส่งต่อ โดยรพพยาบาลผ่าน การอบรม BLS และ/หรือ ACLS \geq ร้อยละ 70 ของ จำนวนบุคลากรที่ เกี่ยวข้อง - มีรพพยาบาลและ การจัดเวรบุคลากร พร้อมในการส่งต่อ ผู้ป่วย แต่ไม่ครบ 24 ชั่วโมง 	<ul style="list-style-type: none"> - บุคลากรทาง การแพทย์ที่ดูแล ผู้ป่วยในการส่งต่อ โดยรพพยาบาลต้องผ่าน การอบรม BLS และ/หรือ ACLS \geq ร้อยละ 80 ของจำนวน บุคลากรที่เกี่ยวข้อง - มีรพพยาบาลและการ จัดเวรบุคลากรพร้อม ในการส่งต่อผู้ป่วย ตลอด 24 ชั่วโมง - มีบุคลากรที่ได้รับการ อบรมและสามารถให้ 	<ul style="list-style-type: none"> - ข้อมูลร้อยละของ บุคลากรที่ผ่าน การอบรม - รายงานผลการ ดำเนินงาน

Building Block	หัวข้อการประเมิน (นำมาจาก มาตรการหลัก)	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 1 0 - 40 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 2 41 - 55 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 3 56 - 70 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 4 71 - 85 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 5 86 - 100 คะแนน	เอกสารหรือ หลักฐาน ที่ใช้ประเมิน
			< ร้อยละ 50 ของ จำนวนบุคลากรที่เกี่ยวข้อง	- มีบุคลากรที่ได้รับ การอบรมและ สามารถให้ ยา Fibrinolysis หรือ ท Primary PCI \geq ร้อยละ 60 ของ จำนวนบุคลากรที่เกี่ยวข้อง	- มีบุคลากรที่ได้รับ การอบรมและ สามารถให้ ยา Fibrinolysis หรือ Primary PCI \geq ร้อยละ 70 ของ จำนวนบุคลากรที่เกี่ยวข้อง	ยา Fibrinolysis หรือ Primary PCI \geq ร้อยละ 80 ของ จำนวนบุคลากรที่เกี่ยวข้อง	
<input checked="" type="checkbox"/> ระบบงาน และการ จัดการ ข้อมูล	ความถูกต้องและ ครบถ้วนของข้อมูล การเสียชีวิตของผู้ป่วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เฉียบพลันชนิด STEMI และข้อมูลการให้การ รักษาผู้ป่วย STEMI ใน Thai ACS Registry	- ไม่มีการลงข้อมูลใน ระบบ Thai ACS Registry - ข้อมูลยังขาดความ ถูกต้องและไม่มีการ นำข้อมูลมาวิเคราะห์ หรือรายงานผล	- มีข้อมูลในระบบ Thai ACS Registry บางส่วน - ข้อมูลยังไม่ถูกต้อง หรือรายงานล่าช้า ไม่สามารถวิเคราะห์ ผลได้	มี ข้อมูลในระบบ Thai ACS Registry บางส่วน \geq ร้อยละ 50	มีข้อมูลในระบบ Thai ACS Registry ครบที่ สามารถนำมาใช้ในการ วิเคราะห์ได้ \geq ร้อยละ 60	- มีการรายงานข้อมูล การเสียชีวิตของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด หัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI และ ข้อมูลการให้การ รักษาผู้ป่วย STEMI ใน Thai ACS Registry ครบ \geq ร้อยละ 70 - มีการรายงานข้อมูล ผลการได้รับการ รักษาในเวลาที	มีการรายงานข้อมูล ผลการได้รับการ รักษาในเวลาที กำหนดที่ครบถ้วน และถูกต้อง ได้แก่ 1) อัตราตายผู้ป่วย STEMI 2) อัตราตายผู้ป่วย STEMI ภายใน 30 วัน นับจากผู้ป่วยได้รับ การวินิจฉัย STEMI 3) ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับยา

Building Block	หัวข้อการประเมิน (นำมาจาก มาตรการหลัก)	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 1 0 - 40 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 2 41 - 55 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 3 56 - 70 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 4 71 - 85 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 5 86 - 100 คะแนน	เอกสารหรือ หลักฐาน ที่ใช้ประเมิน
						กำหนดที่ครบถ้วน และถูกต้อง เพื่อนำ ข้อมูลมาวิเคราะห์ และรายงานผล เพื่อนำไปใช้ในการ วางแผนและพัฒนา ต่อไปได้	ละลายลิ้มเลือด ภายใน 30 นาที หลังได้รับการ วินิจฉัย 4) ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับการ ทำ Primary PCI ภายใน 120 นาที หลังได้รับการ วินิจฉัย
<input checked="" type="checkbox"/> การเข้าถึง ยาและ เทคโนโลยี	- มีระบบการบริหาร ยาละลายลิ้มเลือด โดยต้องมีพร้อม สามารถให้ยาได้ ตลอด 24 ชั่วโมง ทุกวันและมีระบบ หมุนเวียน ยา ระหว่างโรงพยาบาล ศูนย์และโรงพยาบาล ชุมชน	ยาละลายลิ้มเลือด ไม่เพียงพอ	มียาละลายลิ้มเลือด พร้อม แต่ไม่มีการให้ ยาได้จริง	มียาละลายลิ้มเลือด พร้อมและมีการให้ ยาได้จริง แต่ไม่ สามารถให้ได้ตลอด 24 ชั่วโมงและ ไม่ครบ 7 วัน	มี ยาพ ร้อม และ มีการให้ยาได้จริง ตลอด 24 ชั่วโมง แต่ไม่ครบ 7 วัน	มี ยาพ ร้อม และ มีการให้ยาได้จริง ตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน	รายงานจำนวน Stock ยา หรือ ระบบการหมุนเวียน การให้ยาในเขต สุขภาพ

Building Block	หัวข้อการประเมิน (นำมาจาก มาตรการหลัก)	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 1 0 - 40 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 2 41 - 55 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 3 56 - 70 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 4 71 - 85 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 5 86 - 100 คะแนน	เอกสารหรือ หลักฐาน ที่ใช้ประเมิน
	- หน่วยบริการที่มีความพร้อมในการให้รักษาโดยการเปิดหลอดเลือดด้วย Fibrinolysis หรือ Primary PCI	หน่วยบริการยังไม่มี ความพร้อมในการให้ รักษาโดยการเปิด หลอดเลือดด้วย Fibrinolysis หรือ Primary PCI	หน่วยบริการมีความ พร้อมในการให้ รักษาโดยการเปิด หลอดเลือดด้วย Fibrinolysis หรือ Primary PCI บางส่วน แต่ไม่ เพียงพอต่อการรับ ผู้ป่วยฉุกเฉิน	หน่วยบริการมี ความสามารถในการ ให้รักษาโดยการ เปิดหลอดเลือดด้วย Fibrinolysis หรือ Primary PCI ระดับพื้นฐาน	- หน่วยบริการมี ความสามารถในการ ให้รักษาโดยการ เปิดหลอดเลือดด้วย Fibrinolysis หรือ Primary PCI ได้ตามมาตรฐาน - มีห้องสวนหัวใจ อย่างน้อย 1 แห่ง/ เขตสุขภาพ แต่ยังไม่สามารถทำ PPCI ได้ 24/7	- หน่วยบริการมี ความสามารถในการ ให้รักษาโดยการ เปิดหลอดเลือดด้วย Fibrinolysis หรือ Primary PCI ได้ตามมาตรฐาน - มีห้องสวนหัวใจ อย่างน้อย 1 แห่ง/ เขตสุขภาพ สามารถทำ PPCI ได้ 24/7	
<input checked="" type="checkbox"/> การเงิน การคลัง	ระบบสนับสนุนการ เบิกค่าใช้จ่าย	ส่งเบิกงบประมาณ ค่าซ้ำ	ส่งเบิกงบประมาณ ทันเวลา	- ส่งเบิกงบประมาณ ทันเวลา - มีการทบทวน ระบบเบิกจ่าย	- ส่งเบิกงบประมาณ ทันเวลา - มีการทบทวน ระบบเบิกจ่าย - มีการตรวจสอบ	- ส่งเบิกงบประมาณ ทันเวลา - มีการทบทวนระบบ เบิกจ่าย - มีการตรวจสอบ - มีการวางแผนการ เบิกจ่ายงบประมาณ	แผนการเบิกจ่าย งบประมาณ

Building Block	หัวข้อการประเมิน (นำมาจาก มาตรการหลัก)	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 1 0 - 40 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 2 41 - 55 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 3 56 - 70 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 4 71 - 85 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 5 86 - 100 คะแนน	เอกสารหรือ หลักฐาน ที่ใช้ประเมิน
☑ ภาวะผู้นำ และธรรมาภิบาลระบบ สุขภาพ	การวางแผนพัฒนา ระบบการปฏิบัติงาน	ไม่มีการวางแผนพัฒนา ระบบการปฏิบัติงาน ภายในจังหวัด	มีการวางแผนพัฒนา ระบบการปฏิบัติงาน ภายในจังหวัด	- มีการวางแผนพัฒนา ระบบการปฏิบัติงาน ภายในจังหวัด - มีการนิเทศติดตาม เพื่อแก้ไขปัญหา	- มีการวางแผนพัฒนา ระบบการปฏิบัติงาน ภายในจังหวัด - มีการนิเทศ ติดตาม เพื่อแก้ไขปัญหา - มีการประชุมวางแผน พัฒนาร่วมกับ เครือข่ายภายใน จังหวัด/ เขตสุขภาพ	- มีการวางแผนพัฒนา ระบบการปฏิบัติงาน ภายในจังหวัด - มีการนิเทศติดตาม เพื่อแก้ไขปัญหา - มีการประชุมวางแผน พัฒนาร่วมกับ เครือข่ายภายใน จังหวัด/ เขตสุขภาพ - มีการติดตามผลการ ดำเนินงาน รอบ 6 เดือน/ 12 เดือน	

ตารางที่ 5 การแปลผลระดับคุณภาพและระดับคะแนนการพัฒนา (5 ระดับ)

ระดับคุณภาพ	ช่วงคะแนน	การแปลผลเชิงคุณภาพ	ระดับการพัฒนา
ระดับ 1 = ต้องเร่งแก้ไข (Critical)	0 - 40	ระบบบริการสุขภาพยังขาดความเชื่อมโยงกันในเครือข่าย	ต้องการฟื้นฟูระบบ
ระดับ 2 = ต้องพัฒนา (Developing)	41 - 55	ระบบบริการสุขภาพมีการดำเนินการตามมาตรการบางส่วน แต่ยังไม่ครอบคลุมเครือข่าย	ต้องการการสนับสนุน
ระดับ 3 = พอใช้ (Fair)	56 - 70	ระบบบริการสุขภาพดำเนินการได้ตามมาตรฐานพื้นฐาน มีบางส่วนต้องปรับปรุง	กำลังพัฒนา

ระดับคุณภาพ	ช่วงคะแนน	การแปลผลเชิงคุณภาพ	ระดับการพัฒนา
ระดับ 4 = ดี (Good)	71 - 85	ระบบบริการสุขภาพมีคุณภาพมาตรฐาน มีการบูรณาการร่วมกันกับเครือข่ายภายในจังหวัด/เขตสุขภาพ สามารถใช้ข้อมูลจากระบบ Thai ACS Registry เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์และรายงานผล	พัฒนาอย่างมั่นคง
ระดับ 5 = ดีเยี่ยม (Excellent)	86 - 100	ระบบบริการสุขภาพมีประสิทธิภาพและมาตรฐาน มีการบูรณาการร่วมกันกับเครือข่ายทุกภาคส่วนภายในเขตสุขภาพ สามารถใช้ข้อมูลจากระบบ Thai ACS Registry เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์และรายงานผลเพื่อนำไปใช้ในการวางแผนและพัฒนาต่อไปได้	ยั่งยืนและเป็นต้นแบบ

เกณฑ์การให้คะแนนเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์

หลักการให้คะแนนเชิงคุณภาพ

1) คะแนนรวม 100 คะแนนต่อหนึ่งตัวชี้วัด

- หากตัวชี้วัดเชื่อมโยงกับหลาย Building Block (เช่น 6 ด้าน) ให้ใช้คะแนนเต็ม 100 คะแนนในการประเมินรวมทุกด้านนั้น

2) คะแนนเต็มของแต่ละ Building Block = 100 คะแนน

- หากในแต่ละด้านมีหลายหัวข้อการประเมิน ให้รวมคะแนนทุกหัวข้อในส่วนนั้นให้เท่ากับ 100 คะแนน

3) คำนวณคะแนนเฉลี่ยรวมของทุกด้านที่เกี่ยวข้อง

- เช่น $(68 + 40 + 60 + 85 + 45 + 90) \div 6 = 64.7$ คะแนน
- เช่น $(72 + 65 + 58) \div 3 = 65$

ตารางที่ 6 เกณฑ์การประเมินผล ด้านผลกระทบ/ ผลสำเร็จเชิงยุทธศาสตร์ ตามองค์การอนามัยโลก (WHO)

ผลกระทบ	หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 1 0 - 40 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 2 41 - 55 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 3 56 - 70 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 4 71 - 85 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 5 86 - 100 คะแนน	เอกสารหรือ หลักฐาน ที่ใช้ประเมิน
<input checked="" type="checkbox"/> การเข้าถึง บริการ	ใช้เกณฑ์การ ประเมินผลเชิง คุณภาพ ด้าน ผลลัพธ์ (Outcome)						
<input checked="" type="checkbox"/> ความครอบคลุม การรักษา	ใช้เกณฑ์การ ประเมินผลเชิง คุณภาพ ด้าน ผลลัพธ์ (Outcome)						
<input checked="" type="checkbox"/> การรักษาตาม มาตรฐาน คุณภาพบริการ	ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยา ละลายลิ่มเลือดได้ ตามมาตรฐานเวลาที่ กำหนด	< ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 70	มีการรายงาน ข้อมูลผลการ ได้รับการรักษา ในเวลาที่กำหนด อย่างครบถ้วน และถูกต้อง ได้แก่ 1) ร้อยละของ ผู้ป่วย STEMI
	ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการ ทำ Primary PCI ได้	< ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 70	

ผลกระทบ	หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 1 0 - 40 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 2 41 - 55 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 3 56 - 70 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 4 71 - 85 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 5 86 - 100 คะแนน	เอกสารหรือ หลักฐาน ที่ใช้ประเมิน
	ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด						ได้ ร ับ ย า ละ ลาย ลี ม เลื อ ด กาย ใน 30 นาทื หลัง ได้ ร ับ ก าร วื นิจ ฉัย 2) ร ้อย ละ ของ ผู้ ป่วย STEMI ได้ ร ับ ก าร ทำ Primary PCI ภายใน 120 นาทื หลัง ได้ ร ับ ก าร วื นิจ ฉัย
☑ ประสิทธิภาพของการรักษา	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	≥ ร้อยละ 11	< ร้อยละ 10	< ร้อยละ 9	< ร้อยละ 8	< ร้อยละ 7	การรายงานข้อมูลอัตราการตายที่ครบถ้วนและถูกต้อง ได้แก่
	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ภายใน 30 วัน	≥ ร้อยละ 12	< ร้อยละ 11	< ร้อยละ 10	< ร้อยละ 9	< ร้อยละ 8	1) อัตราตายผู้ป่วย STEMI

ผลกระทบ	หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 1 0 - 40 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 2 41 - 55 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 3 56 - 70 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 4 71 - 85 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 5 86 - 100 คะแนน	เอกสารหรือ หลักฐาน ที่ใช้ประเมิน
	นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI						2) อัตราตายผู้ป่วย STEMI ภายใน 30 วัน นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI
<input type="checkbox"/> ความปลอดภัย ของผู้ป่วยและ ข้อมูล							

ตารางที่ 7 การแปลผลคะแนนเพื่อสะท้อนระดับคุณภาพและระดับคะแนนของผลกระทบ

ระดับคุณภาพ	ช่วงคะแนน	ความหมายโดยสรุป
ระดับ 5 = ดีเยี่ยม (Excellent)	86 - 100	<p>ผลลัพธ์โดดเด่น สร้างผลกระทบเชิงบวกต่อประชาชนและระบบบริการสุขภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> - อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI < ร้อยละ 7 - อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ภายใน 30 วัน นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI < ร้อยละ 8 - ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด \geq ร้อยละ 70 - ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด \geq ร้อยละ 70
ระดับ 4 = ดี (Good)	71 - 85	<p>ผลลัพธ์บรรลุเป้าหมายชัดเจน สร้างผลกระทบเชิงบวกต่อประชาชน แต่ควรพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง</p>

ระดับคุณภาพ	ช่วงคะแนน	ความหมายโดยสรุป
		<ul style="list-style-type: none"> - อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI < ร้อยละ 8 - อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ภายใน 30 วัน นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI < ร้อยละ 9 - ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด \geq ร้อยละ 60 - ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด \geq ร้อยละ 60
ระดับ 3 = พอใช้ (Fair)	56 - 70	<p>ผลลัพธ์อยู่ในระดับมาตรฐาน มีระบบบริการสุขภาพบางส่วนต้องปรับปรุง</p> <ul style="list-style-type: none"> - อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI < ร้อยละ 9 - อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ภายใน 30 วัน นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI < ร้อยละ 10 - ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด \geq ร้อยละ 60 - ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด \geq ร้อยละ 60
ระดับ 2 = ต้องพัฒนา (Developing)	41 - 55	<p>ผลลัพธ์ยังไม่บรรลุเป้าหมาย ต้องปรับกลยุทธ์หรือระบบสนับสนุน</p> <ul style="list-style-type: none"> - อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI < ร้อยละ 10 - อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ภายใน 30 วัน นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI < ร้อยละ 11 - ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด \geq ร้อยละ 50 - ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด \geq ร้อยละ 50
ระดับ 1 = ต้องเร่งแก้ไข (Critical)	ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 40	<p>ผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย หรือเกิดผลกระทบในทางลบต่อประชาชนและระบบบริการสุขภาพ ต้องแก้ไขเร่งด่วน</p> <ul style="list-style-type: none"> - อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI \geq ร้อยละ 11 - อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ภายใน 30 วัน นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI \geq ร้อยละ 12

ระดับคุณภาพ	ช่วงคะแนน	ความหมายโดยสรุป
		<ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด < ร้อยละ 40 - ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด < ร้อยละ 40

เกณฑ์การประเมินผลกระทบ/ผลสำเร็จเชิงยุทธศาสตร์

หลักการให้คะแนน

1) คะแนนรวม 100 คะแนนต่อหนึ่งตัวชี้วัด

- หากตัวชี้วัดเชื่อมโยงกับ Result มากกว่า 1 ด้าน (เช่น 3 ด้าน) ให้ใช้คะแนนเต็ม 100 คะแนนในการประเมินรวมทุกด้านนั้น
- คำนวณคะแนนเฉลี่ยรวม เช่น $(75+85+69) \div 3 = 76.33$ คะแนน
เช่น $(68+85+75+55+64.6) \div 3 = 69.5$ คะแนน ใช้คะแนนเฉลี่ยดังกล่าวเป็นคะแนนรวมของ Result

2) พิจารณาจากผลลัพธ์เชิงประจักษ์ (Evidence of Result)

- ใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ เช่น สถิติ ผลสำรวจ ข้อมูลคุณภาพบริการ และผลการเปลี่ยนแปลงต่อประชาชน
- เน้นการสะท้อนผลลัพธ์ (Results-based) มากกว่ากระบวนการดำเนินงาน

3) พิจารณาจากผลลัพธ์เชิงประจักษ์ (Evidence of Result)

- ใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ เช่น สถิติ ผลสำรวจ ข้อมูลคุณภาพบริการ และผลการเปลี่ยนแปลงต่อประชาชน
- มีแนวโน้มการพัฒนาอย่างต่อเนื่องหรือไม่
- ส่งผลกระทบเชิงบวกต่อระบบสุขภาพและประชาชนหรือไม่

หลักการคิดสัดส่วนผลสัมฤทธิ์ของการประเมินตัวชี้วัดการตรวจราชการ คิดอัตราส่วน 70 : 30

- สัดส่วน 70 คือ ผลสัมฤทธิ์เชิงปริมาณ
- สัดส่วน 30 คือ ผลสัมฤทธิ์เชิงคุณภาพ (Outcome หรือ Impact)

ตารางที่ 8 การคำนวณคะแนนผลการประเมินตัวชี้วัดการตรวจราชการ คิดอัตราส่วน 70 : 30

ระดับคะแนนเชิงปริมาณ (70%)	ระดับคะแนนเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์ (15%)	ระดับคะแนนเชิงคุณภาพ ด้านผลกระทบ (15%)
ระดับคะแนนที่ได้ $\times 0.7 = \text{Score}$	$(\text{คะแนนที่ได้} \div 10) \times 0.15$ $= \text{Score}$	$(\text{คะแนนที่ได้} \div 10) \times 0.15$ $= \text{Score}$
Score เชิงปริมาณ + Score เชิงคุณภาพ = (คะแนนเต็ม 10)		

- หมายเหตุ : 1. หากตัวชี้วัดประเมินเชิงคุณภาพด้านผลลัพธ์ ให้ใส่คะแนนตามช่องที่กำหนดและคำนวณ Score
2. หากตัวชี้วัดประเมินเชิงคุณภาพด้านผลกระทบ ให้ใส่คะแนนตามช่องที่กำหนดและคำนวณ Score
3. หากตัวชี้วัดประเมินได้เพียงด้านเดียว(ด้านผลลัพธ์หรือด้านผลกระทบ) ให้คิดสัดส่วนเชิงคุณภาพด้านเดียวเท่ากับ 30% เช่น $(\text{คะแนนที่ได้} \div 10) \times 0.3 = \text{Score}$

หน่วยงานที่รับผิดชอบหลัก: สถาบันโรคทรวอก กรมการแพทย์

ตารางที่ 9 ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ / E-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
แพทย์หญิงกมล รัตน์ ทองปลั่ง	นายแพทย์เชี่ยวชาญ สถาบันโรคทรวอก กรมการแพทย์	โทรศัพท์: 0 2591 9972 โทรศัพท์มือถือ: 09 6469 5914 E-mail: kamonrat.mam18@gmail.com	- ให้ข้อมูลทางวิชาการ - สรุปผลการดำเนินการ วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ
กลุ่มงานสนับสนุน การพัฒนา เขตสุขภาพ	สำนักนิเทศระบบ การแพทย์ กรมการแพทย์	โทรศัพท์: 0 2590 6357 E-mail: Medicalsupervision.dms@gmail.com	สรุปผลการดำเนินการ ปัญหา อุปสรรค

ตารางที่ 10 ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ / E-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
แพทย์หญิงกมล รัตน์ ทองปลั่ง	นายแพทย์เชี่ยวชาญ สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์	โทรศัพท์: 0 2591 9972 โทรศัพท์มือถือ: 09 6469 5914 E-mail: kamonrat.mam18@gmail.com	- ให้ข้อมูลทางวิชาการ - สรุปผลการดำเนินการ วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ
กลุ่มงานสนับสนุน การพัฒนา เขตสุขภาพ	สำนัก นิเทศระบบ การแพทย์ กรมการแพทย์	โทรศัพท์: 0 2590 6357 E-mail: Medicalsupervision.dms@gmail.com	สรุปผลการดำเนินการ ปัญหา อุปสรรค

หมายเหตุ สามารถเพิ่มเติมรายละเอียดอื่นๆ ที่สำคัญและจำเป็นได้ตามดุลยพินิจของ คกก.กำหนดประเด็นแต่ละประเด็น