

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569
(Inspection Guideline)

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

ข้อชี้วัด: ผู้ป่วยแบบประคับประคองได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต (ประกอบด้วย
ตัวชี้วัด 9 ตัวชี้วัด)

ตัวชี้วัดย่อย:

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนถ่วงน้ำหนักของความพร้อมด้านทรัพยากรและระบบการดูแลผู้ป่วย Palliative Care ของโรงพยาบาลในจังหวัด (มิติที่ 1)
2. ร้อยละของผู้ป่วยผู้ใหญ่สามารถเข้าถึงบริการ Palliative Care (เมื่อเทียบกับค่าคาดการณ์); Accessibility (มิติที่ 2)
3. ร้อยละของผู้ป่วยเด็กสามารถเข้าถึงบริการ Palliative Care (เมื่อเทียบกับค่าคาดการณ์); Accessibility (มิติที่ 2)
4. ร้อยละของผู้ป่วย Palliative Care ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน/ชุมชน (มิติที่ 3)
5. ร้อยละของผู้ป่วย Palliative Care ที่ได้รับการทำ Family Meeting และ Advance Care Planning (มิติที่ 4)
6. อัตราประชากรที่จัดทำ Living Will (ต่อประชากร 1,000 คน) (มิติที่ 4)
7. ร้อยละของผู้ป่วยประคับประคอง (Palliative Care) ที่ได้รับการดูแลตามแผนดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning; ACP) อย่างมีคุณภาพ โดยมีสถานที่เสียชีวิตเป็นไปตามความประสงค์ (Preferred Place of Death) (มิติที่ 4)
8. ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งระยะประคับประคอง ICD-10 รหัส C00-C96 หรือ D37-D48 ที่ได้รับการจัดการอาการปวด และ/หรือ อาการรบกวน โดยใช้ Opioid (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC; Workload) (มิติที่ 5)
9. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ให้บริการ Home ward for active dying patient (มิติที่ 6)

คำนิยาม:

ผู้ป่วยแบบประคับประคอง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีโรคที่คุกคามชีวิตหรือเข้าสู่ระยะท้าย ตามเกณฑ์การวินิจฉัย การเข้าสู่ระยะประคับประคอง และให้รหัส ICD 10-Z51.5

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างมีคุณภาพ หมายถึง การจัดบริการสำหรับผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตระยะท้ายที่ดี ได้รับการดูแลแบบองค์รวม ตั้งแต่ระยะ เริ่มต้นของการเจ็บป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต ได้รับการดูแลสุขภาวะระยะท้ายตามความประสงค์ และเสียชีวิต อย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ซึ่งเป็นสิทธิของประชาชน ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12

โรงพยาบาลดำเนินการ โดยจัดบริการด้านการดูแลประคับประคองครอบคลุมมิติคุณภาพด้านต่างๆ ดังนี้

1. **มิติที่ 1:** หน่วยบริการมีทรัพยากรที่เหมาะสม ได้แก่ 1) โครงสร้างศูนย์ดูแลประคับประคองในโรงพยาบาล ระดับต่างๆ 2) มีโครงสร้างหน่วยงานของบุคลากร ได้แก่ กลุ่มงานทางการแพทย์ เช่น กลุ่มงานเวชศาสตร์ ประคับประคอง และ งานด้านการพยาบาล เช่น งานพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เพื่อประสิทธิภาพ ในการให้บริการ (รพศ./รพท.) 3) มีบุคลากรสหวิชาชีพที่มีศักยภาพและจำนวนเพียงพอ 4) มีเวชภัณฑ์ทั้งยา และเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา รวมถึงอุปกรณ์ที่จำเป็นอย่างพอเพียงสำหรับการจัดบริการ 5) มีหอผู้ป่วย ประคับประคอง เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาล (รพศ./ รพท.) หรือมี Palliative Care Bed ใน รพช.

คำแนะนำการจัดสรรอัตรากำลังของบุคลากร มีดังนี้

ระดับหน่วยบริการ	วิชาชีพ	จำนวนคนอย่างน้อย	ลักษณะตำแหน่ง
รพ. ระดับ P+, P, A+, A	แพทย์	3-4 คน หรือ 1 คนต่อ 200 เตียงผู้ป่วย	FTE
	พยาบาล	3-4 คน หรือ 1 คนต่อ 200 เตียงผู้ป่วย	Full-time
	เภสัชกร	1-2 คน	Part-time
	นักสังคมสงเคราะห์	1 คน	Part-time
	สหวิชาชีพอื่นๆ ได้แก่ นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย นักโภชนาการ นักกิจกรรมบำบัด ฯลฯ ตามความเหมาะสม		
รพ. ระดับ S+, S	แพทย์	1 คน	Part-time
	พยาบาล	1 คน	Full-time/Part-time
	เภสัชกร	1 คน	Part-time
	สหวิชาชีพอื่นๆ ได้แก่ นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย นักกิจกรรมบำบัด ฯลฯ ตามความเหมาะสม		

หมายเหตุ: ทั้งนี้ ตามบริบทของภาระงานของหน่วยบริการ (ที่มา: มาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง: Quality Standards for Palliative Care. ศูนย์การุณรักษ์ 2564. <https://www.karunruk.org/quality-standard/>)

จัดให้มี หอผู้ป่วยระดับประคอง ตามบริบทของโรงพยาบาล (รพศ./ รพท.) โดยมีบุคลากรตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยในที่ผ่านการอบรมด้านการดูแลระดับประคอง และออกแบบโดยการคำนึงถึง ความสงบสุขของผู้ป่วยและครอบครัว และมีการแบ่งส่วนของหอผู้ป่วย ประกอบด้วย

- 1) การดูแลผู้ป่วย Palliative Care ที่ไม่ต้องการใส่ท่อช่วยหายใจ และเตรียมการกลับไปดูแลต่อที่บ้านโดยญาติ และนักบริบาล (Caregiver/ non-med) และทีมระดับประคองของโรงพยาบาล
 - 2) การดูแลผู้ป่วย Palliative Care ที่ไม่ต้องการใส่ท่อช่วยหายใจ รวมถึงการรับผู้ที่เข้าสู่ระยะท้ายจากบ้าน โดยผู้ป่วยมีแผนการดูแลล่วงหน้าไว้ว่าขอเสียชีวิตที่โรงพยาบาล ญาติไม่สามารถจัดการอาการ ซึ่งนำส่งห้องฉุกเฉินหรือแผนกผู้ป่วยนอก
 - 3) การดูแลผู้ป่วยที่รับส่งต่อจากหอผู้ป่วยหนัก (ICU) หรือหอผู้ป่วยอื่นๆ โดยผู้ป่วย/ ครอบครัวเข้าใจ การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรคแล้วเลือกลด Aggressive Treatment แต่ยังไม่ถอดท่อช่วยหายใจ โดยให้บริการ Withdrawal Of Treatment ได้
2. มิติที่ 2: หน่วยบริการมีระบบบริการด้านการดูแลระดับประคอง โดยมีระบบการรับปรึกษา การวินิจฉัย (ให้รหัส ICD 10-Z51.5) การประเมิน การวางแผนดูแลล่วงหน้า การดูแลแบบองค์รวม การดูแลระยะใกล้ เสียชีวิต และการดูแลหลังการสูญเสียสำหรับครอบครัว โดยทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม มีบริการที่ครอบคลุม Palliative Care Need ของประชาชน
3. มิติที่ 3: มีการเชื่อมประสานบริการ มีการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้รับการดูแลอย่างเหมาะสม และมีการส่งต่อการดูแลสู่บ้าน/ ชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลระยะท้ายตามความประสงค์ เมื่อหน่วยบริการจัดบริการผู้ป่วยแบบระดับประคองระยะท้ายต่อเนื่องที่บ้านหรือชุมชน (Palliative Home Care) ทำการบันทึกรหัส การเยี่ยมบ้าน (1AXXX) ในเวชระเบียน (HIS) ส่งเข้า HDC ในแฟ้ม Community Service (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC เกณฑ์ร้อยละ 50) โดยให้การจัดการอาการที่ซับซ้อน ทั้งด้าน กาย ใจ สังคม จิตวิญญาณ โดย ดูแล end of life care ในกรณีมีความประสงค์จะเสียชีวิตที่บ้านหรือชุมชน โดยมีการดูแลร่วมกับระหว่าง ทีมระดับประคองของโรงพยาบาล (Advanced Medical Care) และทีมปฐมภูมิ (Basic Medical Care)
4. มิติที่ 4: มีการจัดทำแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) อย่างมีคุณภาพ คือ มีการทำ Advance Care Planning (ACP) เป็นลายลักษณ์อักษรด้วยกระบวนการ Family Meeting ตามมาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย และ/หรือ มีการใช้แนวทางการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข เรื่อง หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต (มาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550) รวมทั้งบันทึกไว้ในเวชระเบียน บันทึกรหัส ICD-10 Z71.8 และส่งข้อมูลเข้า HDC รวมทั้งส่งต่อข้อมูลแผนการดูแลไปยังจุดบริการต่างๆ (อาจรวมถึงการร่วมเป็นเครือข่ายระบบ e-living will) เพื่อให้ผู้ป่วยระดับประคองระยะท้ายทุกกลุ่มวัย ทั้งกรณีผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยที่รับการดูแลที่บ้าน/ ชุมชน ได้รับการดูแลตามความประสงค์ของผู้ป่วยตามบริบทที่สามารถจัดการบริการได้ จนถึงวาระสุดท้ายตามแผนการดูแลล่วงหน้า โดยมีอัตราการมีสถานที่เสียชีวิตเป็นไปตามความประสงค์ (Preferred Place of Death; POD) คือ การที่ผู้ป่วยเสียชีวิตในสถานที่ที่ได้รับบุคลความประสงค์ไว้ในแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP) หรือ Living Will ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60

5. มติที่ 5: จัดให้มีรายการยา Opioid ตลอดจนยาจำเป็นอื่นๆ ตามที่กำหนดในคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก/กระทรวงสาธารณสุข ในบัญชียาของโรงพยาบาล และมีการจัดการอาการปวด และ/หรือ อาการรบกวน โดยเฉพาะการใช้ Opioid ในผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งระยะประคับประคอง ICD-10 รหัส C00-C96 หรือ D37-D48 และภาวะโรคอื่นๆ โดยสามารถให้การดูแลจัดการอาการไม่สุขสบายด้วย Opioid ในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่บ้านหรือชุมชนได้
6. มติที่ 6: มีการดูแลผู้ป่วยในระยะใกล้เสียชีวิต ทั้งในกรณีผู้ป่วยใน และผู้ป่วยดูแลต่อเนื่องที่บ้านหรือชุมชน รวมทั้งการจัดบริการ Homeward for active dying patients
7. มติที่ 7: มีระบบการดูแลภาวะโศกเศร้าจากการสูญเสีย (Bereavement Care) สำหรับครอบครัวของผู้ป่วยที่เสียชีวิต
8. มติที่ 8: มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง มีกระบวนการทบทวนผลการดำเนินงานและวางแผนพัฒนางานอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงสนับสนุนให้เกิดผลงานพัฒนาคุณภาพและงานวิจัย เพื่อพัฒนางานและสร้างองค์ความรู้ด้านการดูแลประคับประคอง

ตารางที่ 1 ค่าเป้าหมาย:

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
1. ค่าเฉลี่ยคะแนนถ่วงน้ำหนักของความพร้อมด้านทรัพยากรและระบบการดูแลผู้ป่วย Palliative Care ของโรงพยาบาลในจังหวัด (ระดับ 1-5) (มิติที่ 1)	N/A	N/A	4	4
2. ร้อยละของผู้ป่วยผู้ใหญ่สามารถเข้าถึงบริการ Palliative Care (เมื่อเทียบกับค่าคาดการณ์); Accessibility (มิติที่ 2)	N/A	N/A	80	90
3. ร้อยละของผู้ป่วยเด็กสามารถเข้าถึงบริการ Palliative Care (เมื่อเทียบกับค่าคาดการณ์); Accessibility (มิติที่ 2)	N/A	N/A	50	60
4. ร้อยละของผู้ป่วย Palliative Care ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน/ชุมชน (มิติที่ 3)	50	50	50	60
5. ร้อยละของผู้ป่วย Palliative Care ที่ได้รับการทำ family meeting และ Advance Care Planning (มิติที่ 4)	60	86	85	90
6. อัตราประชากรที่จัดทำ Living Will (ต่อประชากร 1,000 คน (มิติที่ 4)	N/A	N/A	15	15
7. ร้อยละของผู้ป่วยประคับประคอง (Palliative Care) ที่ได้รับการดูแลตามแผนดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning; ACP) อย่างมีคุณภาพ โดยมีสถานที่เสียชีวิตเป็นไปตามความประสงค์ (Preferred Place of Death) (มิติที่ 4)	N/A	N/A	60	70
8. ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งระยะประคับประคอง ICD-10 รหัส C00-C96 หรือ D37-D48 ที่ได้รับการจัดการอาการปวด และ/หรือ อาการรบกวน โดยใช้ Opioid (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC) (มิติที่ 5)	N/A	50	55	60
9. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ให้บริการ Home ward for active dying patient (มิติที่ 6)	N/A	70	80	80

- วัตถุประสงค์:**
1. เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการแบบประคับประคอง
 2. เพื่อให้ผู้ป่วยแบบประคับประคองได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ตั้งแต่โรงพยาบาลเชื่อมโยงถึงชุมชน จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต
 3. เพื่อให้การจัดบริการด้านการดูแลประคับประคองมีความยั่งยืน เพื่อระบบสุขภาพยั่งยืน

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย: ผู้ป่วยแบบประคับประคอง/ ระยะท้าย (ICD10-Z51.5)

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดนี้: กรมการแพทย์ และกองบริหารการสาธารณสุข

รูปแบบการจัดเก็บข้อมูล: (เลือกได้ 1 รูปแบบ)

- ☐ HDC
 ☐ ฐานข้อมูลกรม/ กอง/ หน่วยงาน
☒ ข้อมูลจากการตรวจราชการ
 ☐ อื่น ระบุ.....

ระยะเวลาการเก็บรวบรวมและตัดข้อมูล:

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

สูตรคำนวณตัวชี้วัดเชิงปริมาณ:

ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล 1 (A)	รายการข้อมูล 2 (B)	สูตรคำนวณ
1. ค่าเฉลี่ยคะแนนถ่วงน้ำหนักของความพร้อมด้านทรัพยากรและระบบการดูแลผู้ป่วย Palliative Care ของโรงพยาบาลในจังหวัด (มิติที่ 1) รายงานจากพื้นที่ (เป้าหมายระดับ 3)	ผลรวมของผลคูณของ “ระดับทรัพยากรและระบบ (A1)” คูณกับ “คะแนนถ่วงน้ำหนัก (A2)” ของแต่ละโรงพยาบาล	ผลรวมคะแนนถ่วงน้ำหนักของโรงพยาบาลทั้งจังหวัด (SUM: A2)	A/B (รายละเอียด ในข้อมูล ประกอบ ข้อที่ 2)
2. ร้อยละของผู้ป่วยผู้ใหญ่สามารถเข้าถึงบริการ Palliative Care (เมื่อเทียบกับค่าคาดการณ์); Accessibility (มิติที่ 2) รายงานจากพื้นที่ (เป้าหมายร้อยละ 80)	จำนวนผู้ป่วย Palliative Care ผู้ใหญ่ อายุ ≥15 ปี (Z51.5) ที่เข้าสู่บริการ (HDC)	ค่าคาดการณ์จำนวนผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ต้องการบริการ Palliative Care (PC need; ตามข้อมูล WHO) คัดจากข้อมูลประชากรปี พ.ศ. 2567	(A/B) × 100
3. ร้อยละของผู้ป่วยเด็กสามารถเข้าถึงบริการ Palliative Care (เมื่อเทียบกับค่าคาดการณ์); Accessibility (มิติที่ 2) (เป้าหมายร้อยละ 50)	จำนวนผู้ป่วย Palliative Care เด็ก อายุ 0-14 ปี (Z51.5) ที่เข้าสู่บริการ (HDC)	ค่าคาดการณ์จำนวนผู้ป่วยเด็กที่ต้องการบริการ Palliative Care (Ped PC need; ตามข้อมูล WHO) คัดจากข้อมูลประชากรปี พ.ศ. 2567	(A/B) × 100
4. ร้อยละของผู้ป่วย Palliative Care ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน/ชุมชน (มิติที่ 3) (เป้าหมายร้อยละ 50) HDC; รายเขตพื้นที่ ตัดรายซ้ำ	จำนวนผู้ป่วย Palliative Care (Z51.5) ที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน รหัสการเยี่ยมบ้าน (1AXXX) ใน Community Service (HDC)	จำนวนผู้ป่วย Palliative Care (Z51.5) ที่เข้าสู่บริการ (HDC)	(A/B) × 100
5. ร้อยละของผู้ป่วย Palliative Care ที่ได้รับการทำ family meeting และ Advance Care Planning (เป้าหมายร้อยละ 85) HDC (มิติที่ 4)	จำนวนผู้ป่วย PC (Z51.5) ที่ได้รับการจัดทำ FM หรือ ACP (Z71.8)	จำนวนผู้ป่วย Palliative Care (Z51.5) ที่เข้าสู่บริการ	(A/B) × 100
6. อัตราประชากรที่จัดทำ Living Will (ต่อประชากร 1,000 คน (มิติที่ 4) (เป้าหมาย 15:1,000 ประชากร) (แหล่งข้อมูล: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ)	จำนวนประชากรที่มีอายุมากกว่า 18 ปี บริบูรณ์ ที่ได้จัดทำ Living Will เป็นลายลักษณ์อักษร	จำนวนประชากรของประเทศไทย ที่มีอายุมากกว่า 18 ปี บริบูรณ์	(A/B) × 1000
7. ร้อยละของผู้ป่วยระดับประคอง (Palliative Care) ที่ได้รับการดูแลตามแผนดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning; ACP) อย่างมีคุณภาพ โดยมีสถานที่เสียชีวิตเป็นไปตามความประสงค์ (Preferred Place of Death; POD) (มิติที่ 4) รายงานจากพื้นที่ (เป้าหมายร้อยละ 60)	จำนวนผู้ป่วยระดับประคอง (Z51.5) ที่ได้รับการจัดทำ ACP (Z71.8) และ เสียชีวิตในปั๊บบรรเทา และมียุทธศาสตร์ (Preferred Place of Death)	จำนวนผู้ป่วยระดับประคอง (Z51.5) ที่ได้รับการจัดทำ ACP (Z71.8) และ เสียชีวิตในปั๊บบรรเทา	(A/B) × 100
8. ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งระยะ ประคับประคอง ICD-10 รหัส C00-C96 หรือ D37-D48 ที่ได้รับการจัดการอาการปวด และ/หรือ อาการรบกวน โดยใช้ Opioid (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC; Workload) (มิติที่ 5) (เป้าหมายร้อยละ 55)	จำนวนผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งระยะ ประคับประคอง ICD-10 รหัส C00-C96 หรือ D37-D48, + Z51.5 ที่ได้รับการจัดการอาการปวด และ/หรือ อาการรบกวน โดยใช้ Opioid (HDC)	จำนวนผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งระยะ ประคับประคอง ICD-10 รหัส C00-C96 หรือ D37-D48, + Z51.5 ที่เข้าสู่บริการ	(A/B) × 100
9. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ให้บริการ Home ward for active dying patient (มิติที่ 6) รายงานจากพื้นที่ (เป้าหมายร้อยละ 80)	จำนวนโรงพยาบาลที่ให้บริการ Home ward for active dying patient	จำนวนโรงพยาบาลในสังกัดทั้งหมด (903)	(A/B) × 100

ข้อมูลประกอบการคำนวณตัวชี้วัดเชิงปริมาณ

1. โรงพยาบาลที่มีทรัพยากรและระบบการดูแลผู้ป่วย Palliative Care ที่เหมาะสม

	ระดับที่ 1	ระดับที่ 2	ระดับที่ 3	ระดับที่ 4	ระดับที่ 5
โรงพยาบาล มีทรัพยากรและ ระบบการดูแล ผู้ป่วย Palliative Care ที่เหมาะสม (รายละเอียด ในมิติคุณภาพที่ 1)	โรงพยาบาลมีโครงสร้าง การทำงาน Palliative Care ชัดเจน มีการ มอบหมายผู้รับผิดชอบ งาน (ทั้งแพทย์และ พยาบาล) ที่เกี่ยวข้อง ชัดเจนเป็นลายลักษณ์ อักษร และมีการ ปฏิบัติงานตามโครงสร้าง จริง (รายละเอียดในมิติ คุณภาพที่ 1)	ระดับที่ 1 ร่วมกับ มีหอผู้ป่วย แบบประคับประคอง แยกเป็น สัดส่วนชัดเจน (รพศ./ รพท.) หรือมี Palliative Care Bed (รพช.) และมี facility สำหรับ การทำกิจกรรมต่างๆ ครบถ้วน โดย มีจำนวนเตียงเพียงพอ เหมาะสม (ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 1 ของจำนวนเตียงของ โรงพยาบาล)	ระดับที่ 2 ร่วมกับ โรงพยาบาล มีทรัพยากรที่สำคัญ จำเป็นสำหรับการ ดูแลผู้ป่วยใน โรงพยาบาล และการ ดูแลผู้ป่วยที่บ้านและ ชุมชน ครบถ้วน เพียงพอ	ระดับที่ 3 ร่วมกับ มีบุคลากรทั้ง แพทย์ (Palliative Care Physician) และพยาบาล (Palliative Care Nurse; PCN) ที่เหมาะสมกับระดับ บริการตามคำแนะนำการ จัดสรรอัตรากำลังของ WHO ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย จริง อย่างเพียงพอ	ระดับที่ 4 ร่วมกับ มีเภสัชกรที่มีความรู้ พื้นฐานด้านการ จัดการผู้ป่วย Palliative Care และ มีพยาบาลที่มีความรู้ พื้นฐานด้านการดูแล ผู้ป่วย Palliative Care ครบทุก Ward (PCWN)

2. การคำนวณ “ค่าเฉลี่ยคะแนนถ่วงน้ำหนักของความพร้อมด้านทรัพยากรและระบบการดูแลผู้ป่วย Palliative Care ของโรงพยาบาลในจังหวัด (X)” คำนวณจาก ผลรวมของผลคูณของ “ระดับทรัพยากรและระบบ (A1)” คูณกับ “คะแนนถ่วงน้ำหนัก (A2)” ของแต่ละโรงพยาบาล หาค่าด้วย “ผลรวมคะแนนถ่วงน้ำหนักของโรงพยาบาลทั้งจังหวัด” (SUM A2) (รพศ./รพท. คะแนนถ่วงน้ำหนัก = 5, รพช. คะแนนถ่วงน้ำหนัก = 1)

$$X = \frac{\sum [A1 \times A2] \text{ ของทุกโรงพยาบาล}}{\sum [A2] \text{ ของทุกโรงพยาบาล}}$$

เช่น ในจังหวัดสุภาพดี มี รพศ. 1 แห่ง รพท. 1 แห่ง และ รพช. 10 แห่ง แต่ละแห่งมีระดับความพร้อมด้านทรัพยากรและระบบงาน ดังตาราง

โรงพยาบาล	ระดับทรัพยากร (A1)	คะแนนถ่วงน้ำหนัก (A2)	A1 x A2
รพศ. ก	1	5	5
รพท. ข	2	5	10
รพช. ค	3	1	3
รพช. ง	3	1	3
รพช. จ	4	1	4
รพช. ฉ	4	1	4
รพช. ช	5	1	5
รพช. ซ	3	1	3
รพช. ฅ	3	1	3
รพช. ฎ	4	1	4

โรงพยาบาล	ระดับทรัพยากร (A1)	คะแนนถ่วงน้ำหนัก (A2)	A1 x A2
รวม		18	44
ค่าเฉลี่ยคะแนนถ่วงน้ำหนัก = 44/18			2.44

3. คำนวณจำนวนประชากรที่ต้องการ Palliative Care (ข้อมูลจากการคำนวณตามข้อเสนอแนะของ WHO; Global Atlas of Palliative Care, 2nd ed. 2020)

ข้อมูล ประชากร กรมอนามัย ปี 2567	จำนวน ประชากรที่ รับผิดชอบ	รวม PC need ทุกกลุ่ม วัย	จำนวน ประชากร ที่รับผิดชอบ: Ped 0-14 ปี	PC need Pediatric (103: ประชากร 100,000)	จำนวน ประชากร ที่รับผิดชอบ: Adult 15-59 ปี	PC need Adult (723: ประชากร 100,000)	จำนวน ประชากร ที่รับผิดชอบ: Elderly ≥ 60 ปี	PC need Elderly (723: ประชากร 100,000)
เขตสุขภาพที่ 1	5,468,437	34,964	735,480	758	3,337,565	24,131	1,393,619	10,076
เขตสุขภาพที่ 2	3,346,374	21,143	490,563	505	2,107,071	15,234	747,405	5,404
เขตสุขภาพที่ 3	2,857,501	18,225	392,707	404	1,783,001	12,891	681,793	4,929
เขตสุขภาพที่ 4	5,404,947	34,479	741,729	764	3,506,648	25,353	1,156,570	8,362
เขตสุขภาพที่ 5	5,140,661	32,602	736,239	758	3,291,013	23,794	1,113,409	8,050
เขตสุขภาพที่ 6	6,251,483	39,117	980,779	1,010	4,131,657	29,872	1,139,047	8,235
เขตสุขภาพที่ 7	4,928,248	31,409	681,056	701	3,222,528	23,299	1,024,664	7,408
เขตสุขภาพที่ 8	5,437,934	34,226	821,067	846	3,603,916	26,056	1,012,951	7,324
เขตสุขภาพที่ 9	6,635,499	41,843	988,931	1,019	4,298,743	31,080	1,347,825	9,745
เขตสุขภาพที่ 10	4,536,065	28,509	691,488	712	2,989,269	21,612	855,308	6,184
เขตสุขภาพที่ 11	4,430,678	27,441	740,748	763	2,861,271	20,687	828,659	5,991
เขตสุขภาพที่ 12	4,992,654	29,941	992,838	1,023	3,167,880	22,904	831,936	6,015
เขตสุขภาพที่ 13	5,317,391	34,453	643,886	663	3,422,202	24,743	1,251,303	9,047
รวม	64,747,872	408,352	9,637,511	9,927	41,722,764	301,656	13,384,489	96,770

ตัวชี้วัดนี้สามารถวัดเชิงคุณภาพได้แบบใด โปรดเลือก (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☒ 1) เชิงคุณภาพ (ด้านผลลัพธ์)
- | | |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1. การให้บริการสุขภาพ | <input checked="" type="checkbox"/> 2. กำลังคนที่ให้บริการ |
| <input checked="" type="checkbox"/> 3. ระบบงานและการจัดการข้อมูล | <input checked="" type="checkbox"/> 4. การเข้าถึงยาช่วยชีวิตและอุปกรณ์ฉุกเฉิน |
| <input type="checkbox"/> 5. การเงินการคลังด้านการให้บริการ | <input checked="" type="checkbox"/> 6. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลระบบสุขภาพ |

หมายเหตุ: ขอให้จัดทำเกณฑ์การประเมินผลเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์ (Outcome) ตามกรอบแนวคิด

6 Building Blocks ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ตามตารางที่ 4

- ☒ 2) เชิงคุณภาพ (ด้านผลกระทบ)
- | | |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1. การเข้าถึงบริการ | <input checked="" type="checkbox"/> 2. ความครอบคลุมการรักษา |
| <input type="checkbox"/> 3. การรักษาตามมาตรฐานคุณภาพบริการ | <input type="checkbox"/> 4. ประสิทธิภาพของการรักษา |
| <input type="checkbox"/> 5. ความปลอดภัยของผู้ป่วยและข้อมูล | |

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

- ☒ 3) เชิงคุณภาพ อื่นๆ (ด้านการดำเนินงานของเครือข่าย Service Plan)

หมายเหตุ : ขอให้จัดทำเกณฑ์การประเมินผลเชิงคุณภาพ ด้านการดำเนินงานของเครือข่าย Service Plan ตามตารางที่ 8

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

- 1) Structure: หน่วยบริการจัดให้มีทรัพยากรและระบบการดูแลผู้ป่วย Palliative Care ที่เหมาะสม ได้แก่ โครงสร้างศูนย์ประคับประคอง โครงสร้างหน่วยงานบุคลากร อัตรากำลัง หอผู้ป่วย และอุปกรณ์จำเป็น
- 2) Accessibility: เพิ่มการเข้าถึงบริการด้านการดูแลประคับประคอง
- 3) Quality of service:

หน่วยบริการมีระบบบริการด้านการดูแลประคับประคองที่เป็นมาตรฐาน มีคุณภาพ ครอบคลุมบริการทุกกลุ่มผู้ป่วย ตั้งแต่โรงพยาบาลจนถึงบ้านและชุมชน จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต มีระบบการจัดทำแผนดูแลล่วงหน้า (ACP) และให้การดูแลตามแผนดูแลล่วงหน้าอย่างมีคุณภาพ โดยมีสถานที่เสียชีวิตเป็นไปตามความประสงค์ (Preferred Place of Death) จัดให้มีรายการยา Opioid ตลอดจนยาจำเป็นอื่นๆ ตามที่กำหนดในคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก/กระทรวงสาธารณสุข ในบัญชียาของโรงพยาบาล และมีการจัดการอาการปวด และ/หรือ อาการรบกวนในผู้ป่วยประคับประคองอย่างเหมาะสม มีการดูแลผู้ป่วยในระยะใกล้เสียชีวิต ทั้งในกรณีผู้ป่วยใน และผู้ป่วยดูแลต่อเนื่องที่บ้านหรือชุมชน รวมทั้งการจัดบริการ Homeward for active dying patients

ตารางที่ 2 เกณฑ์การประเมินผลเชิงปริมาณ:

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงานเปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย	
	รอบ 6 เดือน	รอบ 10 เดือน
1. ค่าเฉลี่ยคะแนนถ่วงน้ำหนักของความพร้อมด้านทรัพยากรและระบบการดูแลผู้ป่วย Palliative Care ของโรงพยาบาลในจังหวัด (มิติที่ 1) รายงานจากพื้นที่ (เป้าหมายระดับ 3)	3	3
2. ร้อยละของผู้ป่วยผู้ใหญ่สามารถเข้าถึงบริการ Palliative Care (เมื่อเทียบกับค่าคาดการณ์); Accessibility (มิติที่ 2) รายงานจากพื้นที่ (เป้าหมายร้อยละ 80)	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80
3. ร้อยละของผู้ป่วยเด็กสามารถเข้าถึงบริการ Palliative Care (เมื่อเทียบกับค่าคาดการณ์); Accessibility (มิติที่ 2) (เป้าหมายร้อยละ 50)	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50
4. ร้อยละของผู้ป่วย Palliative Care ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน/ชุมชน (มิติที่ 3) (เป้าหมายร้อยละ 55) HDC; รายละเอียดพื้นที่ที่ติดรายซ้ำ	ร้อยละ 55	ร้อยละ 55
5. ร้อยละของผู้ป่วย palliative care ที่ได้รับการทำ family meeting และ Advance Care Planning (เป้าหมายร้อยละ 85) HDC (มิติที่ 4)	85	85
6. อัตราประชากรที่จัดทำ Living Will (ต่อประชากร 1,000 คน (มิติที่ 4) (เป้าหมาย 15:1,000 ประชากร) (แหล่งข้อมูล: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ)	15	15
7. ร้อยละของผู้ป่วยระยะประคับประคอง (Palliative Care) ที่ได้รับการดูแลตามแผนดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning; ACP) อย่างมีคุณภาพ โดยมีสถานที่เสียชีวิตเป็นไปตามความประสงค์ (Preferred Place of Death) (มิติที่ 4) รายงานจากพื้นที่ (เป้าหมายร้อยละ 60)	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60
8. ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งระยะประคับประคอง ICD-10 รหัส C00-C96 หรือ D37-D48 ที่ได้รับการจัดการอาการปวด และ/หรือ อาการรบกวน โดยใช้ Opioid (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC; Workload) (มิติที่ 5) (เป้าหมายร้อยละ 55)	ร้อยละ 50	ร้อยละ 55
9. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ให้บริการ Home ward for active dying patient (มิติที่ 6) รายงานจากพื้นที่ (เป้าหมายร้อยละ 80)	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80

วิธีการประเมินผล: เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย

เอกสาร/หลักฐานสนับสนุน: ฐานข้อมูล HDC และ รายงานจากเขตสุขภาพ จากการตรวจราชการ

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

ประเด็นตรวจราชการ	ระดับคะแนน									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. ค่าเฉลี่ยคะแนนถ่วงน้ำหนักของความพร้อมด้านทรัพยากรและระบบการดูแลผู้ป่วย Palliative Care ของโรงพยาบาลในจังหวัด (มิติที่ 1) (ค่าเป้าหมาย 3)	< 2.5	2.51-2.76	2.76-3.0	3.01-3.25	3.26-3.5	3.51-3.75	3.76-4.00	4.01-4.25	4.26-4.5	> 4.5
2. ร้อยละของผู้ป่วยผู้ใหญ่สามารถเข้าถึงบริการ Palliative Care (เมื่อเทียบกับค่าคาดการณ์); Accessibility (มิติที่ 2) (เป้าหมายร้อยละ 80)	≤ ร้อยละ 55	ร้อยละ 55-60	ร้อยละ 61-65	ร้อยละ 66-70	ร้อยละ 71-75	ร้อยละ 76-80	ร้อยละ 81-85	ร้อยละ 86-90	ร้อยละ 91-95	> ร้อยละ 95

ประเด็นตรวจราชการ	ระดับคะแนน									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. ร้อยละของผู้ป่วยเด็กสามารถเข้าถึงบริการ Palliative Care (เมื่อเทียบกับค่าคาดการณ์); Accessibility (มิติที่ 2) (เป้าหมายร้อยละ 50)	≤ ร้อยละ 30	ร้อยละ 31-35	ร้อยละ 36-40	ร้อยละ 41-45	ร้อยละ 46-50	ร้อยละ 51-55	ร้อยละ 56-60	ร้อยละ 61-65	ร้อยละ 66-70	> ร้อยละ 70
4. ร้อยละของผู้ป่วย Palliative Care ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน/ชุมชน (มิติที่ 3) (เป้าหมายร้อยละ 55)	≤ ร้อยละ 30	ร้อยละ 31-35	ร้อยละ 36-40	ร้อยละ 41-45	ร้อยละ 46-50	ร้อยละ 51-55	ร้อยละ 56-60	ร้อยละ 61-65	ร้อยละ 66-70	> ร้อยละ 70
5. ร้อยละของผู้ป่วย palliative care ที่ได้รับการทำ family meeting และ Advance Care Planning (เป้าหมายร้อยละ 85) HDC (มิติที่ 4)	≤ ร้อยละ 55	ร้อยละ 55-60	ร้อยละ 61-65	ร้อยละ 66-70	ร้อยละ 71-75	ร้อยละ 76-80	ร้อยละ 81-85	ร้อยละ 86-90	ร้อยละ 91-95	> ร้อยละ 95
6. อัตราประชากรที่จัดทำ Living Will (ต่อประชากร 1,000 คน (มิติที่ 4) (เป้าหมาย 15:1,000 ประชากร) (แหล่งข้อมูล: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ)	≤ 4.00	4.01-6.00	6.01-8.00	8.01-10.00	10.01-12.00	12.01-14.00	14.01-16.00	16.01-18.00	18.01-20.00	>20
7. ร้อยละของผู้ป่วยประคับประคอง (Palliative Care) ที่ได้รับการดูแลตามแผนดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning; ACP) อย่างมีคุณภาพ โดยมีสถานที่เสียชีวิตเป็นไปตามความประสงค์ (Preferred Place of Death) (มิติที่ 4) (เป้าหมายร้อยละ 60)	≤ ร้อยละ 40	ร้อยละ 41-45	ร้อยละ 46-50	ร้อยละ 51-55	ร้อยละ 56-60	ร้อยละ 61-65	ร้อยละ 66-70	ร้อยละ 71-75	ร้อยละ 76-80	> ร้อยละ 80
8. ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งระยะประคับประคอง ICD-10 รหัส C00-C96 หรือ D37-D48 ที่ได้รับการจัดการอาการปวด และ/หรือ อาการรบกวนโดยใช้ Opioid (มิติที่ 5) (เป้าหมายร้อยละ 55)	≤ ร้อยละ 25	ร้อยละ 26-30	ร้อยละ 31-35	ร้อยละ 36-40	ร้อยละ 41-45	ร้อยละ 46-50	ร้อยละ 51-55	ร้อยละ 56-60	ร้อยละ 61-65	> ร้อยละ 65
9. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ให้บริการ Home ward for active dying patient (มิติที่ 6) (เป้าหมายร้อยละ 80)	≤ ร้อยละ 60	ร้อยละ 61-65	ร้อยละ 66-70	ร้อยละ 71-75	ร้อยละ 76-80	ร้อยละ 81-85	ร้อยละ 86-90	ร้อยละ 91-95	ร้อยละ 96-99	ร้อยละ 100

หมายเหตุ : เกณฑ์การให้คะแนนเชิงปริมาณ คะแนนเต็ม 100 (คะแนนจาก 9 ตัวชี้วัด)

$$\text{คะแนนเชิงปริมาณ (เต็ม 100 คะแนน)} = (\text{คะแนนรวมทั้งหมด} / 90) \times 100$$

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

Building Block	หัวข้อการประเมิน (นำมาจากมาตรการหลัก)	เกณฑ์คุณภาพระดับ 1 0 – 40 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพระดับ 2 41 – 55 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพระดับ 3 56 – 70 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพระดับ 4 71- 85 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพระดับ 5 86 – 100 คะแนน	เอกสารหรือหลักฐานที่ใช้ประเมิน
การให้บริการสุขภาพ	มีระบบบริการ Palliative Care ในโรงพยาบาลที่มีคุณภาพ และให้การดูแลสถานที่เสียชีวิตตามความประสงค์ (Preferred Place Of Death)	มีระบบบริการ Palliative Care ในโรงพยาบาล แบบ IPD หรือ OPD เพียงอย่างเดียวหนึ่ง และไม่สามารถดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	มีระบบบริการ Palliative Care ในโรงพยาบาล ทั้งแบบ IPD และ OPD แต่ไม่สามารถดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	มีระบบบริการ Palliative Care ในโรงพยาบาล (IPD+OPD) ให้การดูแลผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลได้ แต่ไม่มีบริการดูแลระยะท้ายที่บ้าน	มีระบบบริการ Palliative Care ในโรงพยาบาล (IPD+OPD) ให้การดูแลผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลได้ และมีบริการดูแลการเสียชีวิตที่บ้าน	มีระบบบริการ Palliative Care ในโรงพยาบาลที่มีคุณภาพ และมีบริการดูแลการเสียชีวิตที่บ้าน และให้การดูแล Bereavement Care แก่ครอบครัว	รายงานจากโรงพยาบาล
กำลังคนที่ให้บริการ	จัดให้มีบุคลากร ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และ สหวิชาชีพ ที่ผ่านการอบรมด้านการดูแล ประคับประคองตามคำแนะนำ	มีแพทย์ และ พยาบาลปฏิบัติงาน แต่ไม่ผ่านการอบรมด้านการดูแล ประคับประคอง	มีแพทย์ หรือ พยาบาล ที่ผ่านการอบรมระยะสั้น ด้านการดูแล ประคับประคอง	มีแพทย์ และ พยาบาล ที่ผ่านการอบรมระยะสั้น ด้านการดูแล ประคับประคอง	มีแพทย์ หรือ พยาบาล ที่ผ่านการอบรมระยะ กลาง/ระยะยาว ด้านการดูแล ประคับประคอง	มีแพทย์ และ พยาบาล ที่ผ่านการอบรมระยะ กลาง/ระยะยาว ด้านการดูแลประคับประคอง	รายงานจากโรงพยาบาล
ระบบงาน และการจัดการข้อมูล	มีระบบการจัดทำ ACP/ Living Will และมีการบันทึกในเวชระเบียน รวมถึงการร่วมกับการเป็นเครือข่ายระบบ e living will	ไม่มีระบบการจัดทำ ACP หรือ มีระบบการจัดทำ ACP แต่ไม่มีการบันทึกในเวชระเบียน	มีระบบการจัดทำ ACP/ Living Will และมีการบันทึกในเวชระเบียน และมีอัตราการทำ ACP ในผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง < ร้อยละ 70	มีระบบการจัดทำ ACP/ Living Will และมีการบันทึกในเวชระเบียน และมีอัตราการทำ ACP ในผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง < ร้อยละ 80	มีระบบการจัดทำ ACP/ Living Will และมีการบันทึกในเวชระเบียน และมีอัตราการทำ ACP ในผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง ≥ ร้อยละ 80 แต่ยังไม่ได้ร่วมเป็นเครือข่ายระบบ e-living will	มีระบบการจัดทำ ACP/ Living Will และมีการบันทึกในเวชระเบียน และมีอัตราการทำ ACP ในผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง ≥ ร้อยละ 80 และ ร่วมเป็นเครือข่ายระบบ e-living will	รายงานจากโรงพยาบาล
ระบบพัฒนาคุณภาพและงานวิจัย	มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง, สนับสนุนให้เกิดผลงานพัฒนาคุณภาพและ	มีกระบวนการ ทบทวนผลการดำเนินงานและ	ระดับที่ 1 +รวมถึงสนับสนุนให้เกิด	ระดับที่ 2 +รวมถึงสนับสนุนให้เกิดผลงานพัฒนา	ระดับที่ 3 + มีผลงานวิจัย หรืองานพัฒนาคุณภาพ	ระดับที่ 4 + มีผลงานวิจัย หรืองาน	รายงานจากโรงพยาบาล

Building Block	หัวข้อการประเมิน (นำมาจากมาตรการหลัก)	เกณฑ์คุณภาพระดับ 1 0 – 40 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพระดับ 2 41 – 55 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพระดับ 3 56 – 70 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพระดับ 4 71- 85 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพระดับ 5 86 – 100 คะแนน	เอกสารหรือหลักฐานที่ใช้ประเมิน
	งานวิจัยเพื่อพัฒนางานและสร้างองค์ความรู้ด้านการดูแลประคับประคอง	วางแผนพัฒนางานอย่างสม่ำเสมอ	ผลงานพัฒนาคุณภาพ	คุณภาพ และงานวิจัย	นำเสนอในระดับประเทศ	พัฒนาคุณภาพ นำเสนอในระดับนานาชาติ	
การเข้าถึงยาและเทคโนโลยี	จัดให้มีรายการยา Opioid ตลอดจนยาจำเป็นอื่นๆ ตามที่กำหนดในคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก/กระทรวงสาธารณสุข ในบัญชียาของโรงพยาบาล และมีการจัดการอาการปวด และ/หรือ อาการรบกวนในผู้ป่วย ประคับประคองอย่างเหมาะสม	มีรายการยา opioids ไม่ครบตามคำแนะนำ โดยไม่มี Morphine ในโรงพยาบาล ทั้งชนิดฉีดและชนิดรับประทาน	มีรายการยา opioids ไม่ครบตามคำแนะนำ โดยมี Morphine ชนิดฉีด หรือชนิดรับประทาน เพียงอย่างใดอย่างหนึ่ง	มีรายการยา opioids ไม่ครบตามคำแนะนำ โดยมี Morphine ชนิดฉีด และชนิดรับประทาน โดยมีเฉพาะ sustained release หรือ immediate release เพียงอย่างใดอย่างหนึ่ง	มีรายการยา opioids ครบตามคำแนะนำ โดยมี Morphine ชนิดฉีด และชนิดรับประทาน โดยมี sustained release และ immediate release แต่ไม่สามารถให้การดูแลด้วย Opioid ที่บ้านหรือชุมชนได้ (Subcutaneous Infusion/Injection)	มีรายการยา opioid และยาจำเป็นตามคำแนะนำ และสามารถให้การดูแลจัดการอาการไม่สุขสบายด้วย Opioid ในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่บ้านหรือชุมชนได้ (Subcutaneous Infusion/Injection)	รายงานจากโรงพยาบาล
การเงิน การคลัง ด้านการให้บริการ	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
ภาวะผู้นำ และธรรมาภิบาลระบบสุขภาพ	หน่วยบริการจัดให้มีทรัพยากรและระบบการดูแลผู้ป่วย Palliative Care ที่เหมาะสม ได้แก่โครงสร้างศูนย์ ประคับประคอง หน่วยงาน บุคลากร หอผู้ป่วย และอุปกรณ์จำเป็น	โรงพยาบาลมีโครงสร้างการทำงาน Palliative Care ชัดเจน มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบงาน (ทั้งแพทย์และพยาบาล) ที่เกี่ยวข้องชัดเจน เป็นลายลักษณ์อักษร	ระดับที่ 1 <u>ร่วมกับ</u> มีหอผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง แยกเป็นสัดส่วนชัดเจน (รพศ./รพท.) หรือมี Palliative Care Bed (รพช.) และมี facility สำหรับการทำกิจกรรมต่างๆ ครบถ้วน โดยมี	ระดับมี 2 <u>ร่วมกับ</u> โรงพยาบาล มีทรัพยากรที่สำคัญ จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยใน โรงพยาบาล และการดูแลผู้ป่วย ที่บ้านและชุมชน ครบถ้วน เพียงพอ	ระดับมี 3 <u>ร่วมกับ</u> มีบุคลากรทั้ง แพทย์ (Palliative Care Physician) และ พยาบาล (Palliative Care Nurse; PCN) ที่เหมาะสมกับระดับ บริการ ตามคำแนะนำ การจัดสรรอัตรากำลังของ WHO ทำหน้าที่	ระดับมี 4 <u>ร่วมกับ</u> มีเภสัชกรที่มีความรู้ พื้นฐานด้านการจัดการ ผู้ป่วย Palliative Care และ มีพยาบาลที่มีความรู้พื้นฐานด้านการดูแลผู้ป่วย Palliative Care ครอบคลุม Ward (PCWN)	รายงานจากโรงพยาบาล

Building Block	หัวข้อการประเมิน (นำมาจากมาตรการหลัก)	เกณฑ์คุณภาพระดับ 1 0 – 40 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพระดับ 2 41 – 55 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพระดับ 3 56 – 70 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 4 71- 85 คะแนน	เกณฑ์คุณภาพ ระดับ 5 86 – 100 คะแนน	เอกสารหรือ หลักฐาน ที่ใช้ประเมิน
		และมีการปฏิบัติงานตามโครงสร้างจริง (รายละเอียดในมิติคุณภาพที่ 1)	จำนวนเตียงเพียงพอเหมาะสม (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 1 ของจำนวนเตียงของโรงพยาบาล)		ดูแลผู้ป่วยจริงอย่างเพียงพอ		

เกณฑ์การให้คะแนนเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์

หลักการให้คะแนนเชิงคุณภาพ

- 1) คะแนนรวม 100 คะแนนต่อหนึ่งตัวชี้วัด
 - ใช้คะแนนเต็ม 100 คะแนนในการประเมินรวมทุกด้าน
- 2) คะแนนเต็มของแต่ละ Building Block = 100 คะแนน
 - ให้รวมคะแนนทุกหัวข้อในส่วนนั้นให้เท่ากับ 100 คะแนน
- 3) คำนวณคะแนนเฉลี่ยรวมของทุกด้านที่เกี่ยวข้อง
 - (คะแนนรวมทุกด้าน) ÷ 7 = คะแนน

ตารางที่ 5 การแปลผลระดับคุณภาพและระดับคะแนนการพัฒนา (5 ระดับ)

ระดับคุณภาพ	ช่วงคะแนน	การแปลผลเชิงคุณภาพ	ระดับการพัฒนา
ระดับ 5 = ดีเยี่ยม (Excellent)	86 – 100	ระบบบริการสุขภาพดีเยี่ยม เป็นแบบอย่างที่ดี ปรับปรุงต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ	ยั่งยืนและ เป็นต้นแบบ
ระดับ 4 = ดี (Good)	71 – 85	ระบบบริการสุขภาพมีความมั่นคง ครอบคลุม และมีการพัฒนาต่อเนื่อง	พัฒนาอย่างมั่นคง
ระดับ 3 = พอใช้ (Fair)	56 – 70	ระบบบริการสุขภาพดำเนินการได้ตามมาตรฐานพื้นฐาน มีบางส่วนต้องปรับปรุง	กำลังพัฒนา
ระดับ 2 = ต้องพัฒนา (Developing)	41 – 55	ระบบบริการสุขภาพไม่มั่นคง ต้องเร่งปรับปรุงในหลายองค์ประกอบ	ต้องการการสนับสนุน
ระดับ 1 = ต้องเร่งแก้ไข (Critical)	ต่ำกว่าหรือ เท่ากับ 40	ระบบบริการสุขภาพมีจุดอ่อนสำคัญ ต้องดำเนินการแก้ไขเร่งด่วน	ต้องการฟื้นฟูระบบ

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
การเข้าถึง บริการ	มีความครอบคลุมการเข้าถึงบริการในผู้ป่วยทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็กสามารถเข้าถึงบริการได้ มากกว่าร้อยละ 50 (เมื่อเทียบกับค่าคาดการณ์)	ไม่มีบริการสำหรับผู้ป่วยเด็ก	ผู้ป่วยเด็กสามารถเข้าถึงบริการได้ < ร้อยละ 30	ผู้ป่วยเด็กสามารถเข้าถึงบริการได้ ร้อยละ 31-50	ผู้ป่วยเด็กสามารถเข้าถึงบริการได้ ร้อยละ 51-70	ผู้ป่วยเด็กสามารถเข้าถึงบริการได้ > ร้อยละ 70	ข้อมูลจาก HDC เทียบกับค่าคาดการณ์
ความ ครอบคลุม การรักษา	สามารถให้บริการดูแลต่อเนื่อง วาระสุดท้ายที่บ้าน/ชุมชนได้ (Palliative Home Care, Homeward for dying patients, ศูนย์อุปกรณ์สำหรับดูแลต่อเนื่อง, เครือข่ายสนับสนุนการดูแลในชุมชน)	ไม่มีระบบการดูแลวาระสุดท้ายที่บ้าน/ชุมชน	มีระบบการดูแลวาระสุดท้าย เป็น Palliative Home Care แต่ไม่มีศูนย์บริหารจัดการอุปกรณ์เพื่อดูแลต่อเนื่อง และ ไม่มีบริการ Homeward for active dying	มีระบบการดูแลวาระสุดท้าย เป็น Palliative Home Care มีศูนย์บริหารจัดการอุปกรณ์เพื่อดูแลต่อเนื่อง แต่ไม่มีบริการ Homeward for active dying	มีระบบการดูแลวาระสุดท้าย เป็น Palliative Home Care มีศูนย์บริหารจัดการอุปกรณ์เพื่อดูแลต่อเนื่อง และมีบริการ Homeward for active dying	มีระบบการดูแลวาระสุดท้าย เป็น Palliative Home Care มีศูนย์บริหารจัดการอุปกรณ์เพื่อดูแลต่อเนื่อง และมีบริการ Homeward for active dying และมีเครือข่ายสนับสนุนการดูแลในชุมชน	รายงานจากโรงพยาบาล

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
การรักษา ตามมาตรฐาน คุณภาพบริการ	-	-	-	-	-	-	-
ประสิทธิภาพ ของการรักษา	-	-	-	-	-	-	-
ความปลอดภัย ของผู้ป่วย และข้อมูล	-	-	-	-	-	-	-

เกณฑ์การประเมินผลกระทบ/ผลสำเร็จเชิงยุทธศาสตร์

หลักการให้คะแนน

1) คะแนนรวม 100 คะแนนต่อหนึ่งตัวชี้วัด

- หากตัวชี้วัดเชื่อมโยงกับ Result มากกว่า 1 ด้าน (เช่น 3 ด้าน) ให้ใช้คะแนนเต็ม 100 คะแนนในการประเมินรวมทุกด้านนั้น
- คำนวณคะแนนเฉลี่ยรวม (คะแนนรวมทุกด้าน) ÷ 2 = 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
- ส่งผลกระทบบวกต่อระบบสุขภาพและประชาชนหรือไม่

ตารางที่ 7 การแปลผลคะแนนเพื่อสะท้อนระดับคุณภาพและระดับคะแนนของผลกระทบ

ระดับคุณภาพ	ช่วงคะแนน	ความหมายโดยสรุป
ระดับ 5 = ดีเยี่ยม (Excellent)	86 – 100	ผลลัพธ์โดดเด่น สร้างผลกระทบเชิงบวกต่อประชาชนและระบบบริการสาธารณสุขอย่างยั่งยืน
ระดับ 4 = ดี (Good)	71 – 85	ผลลัพธ์บรรลุเป้าหมายชัดเจน สร้างผลกระทบเชิงบวกต่อประชาชน แต่ควรพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง
ระดับ 3 = พอใช้ (Fair)	56 – 70	ผลลัพธ์อยู่ในระดับมาตรฐาน มีระบบบริการสุขภาพบางส่วนต้องปรับปรุง
ระดับ 2 = ต้องพัฒนา (Developing)	41 – 55	ผลลัพธ์ยังไม่บรรลุเป้าหมาย ต้องปรับกลยุทธ์หรือระบบสนับสนุน
ระดับ 1 = ต้องเร่งแก้ไข (Critical)	ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 40	ผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย หรือเกิดผลกระทบในทางลบต่อประชาชนและระบบบริการสุขภาพ ต้องแก้ไขเร่งด่วน

ตารางที่ 8 เกณฑ์การประเมินผล ด้านการดำเนินงานของเครือข่าย Service Plan

การดำเนินงาน ของเครือข่าย Service Plan	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
การเสริมพลัง เครือข่าย service plan ระดับเขตและ จังหวัด	คณะกรรมการ Service Plan ระดับเขต จัดให้มีการ การเยี่ยมเสริมพลังการ ทำงาน (Empowerment) แก่ทีมในโรงพยาบาลต่างๆ ในเขตพื้นที่	เยี่ยมเสริมพลัง โรงพยาบาลในเขต พื้นที่ ได้ < ร้อยละ 5 ของจำนวน โรงพยาบาล	เยี่ยมเสริมพลัง โรงพยาบาลในเขต พื้นที่ ได้ร้อยละ 5-9 ของจำนวน โรงพยาบาล	เยี่ยมเสริมพลัง โรงพยาบาลในเขต พื้นที่ ได้ร้อยละ 10-14 ของจำนวน โรงพยาบาล	เยี่ยมเสริมพลัง โรงพยาบาลในเขต พื้นที่ ได้ร้อยละ 15-19 ของจำนวน โรงพยาบาล	เยี่ยมเสริมพลัง โรงพยาบาลในเขต พื้นที่ ได้ ≥ ร้อยละ 20 ของจำนวน โรงพยาบาล	รายงานจาก พื้นที่

เกณฑ์การประเมินผล ด้านการเสริมพลังเครือข่าย service plan ระดับเขตและจังหวัด

- 1) คะแนนรวม 100 คะแนนต่อหนึ่งตัวชี้วัด
- 2) คะแนนเต็มของแต่ละ Building Block = 100 คะแนน

ตารางที่ 9 การแปลผลคะแนนเพื่อสะท้อนระดับคุณภาพและระดับคะแนนของผลกระทบ

ระดับคุณภาพ	ช่วงคะแนน	ความหมายโดยสรุป
ระดับ 5 = ดีเยี่ยม (Excellent)	86 – 100	ผลลัพธ์โดดเด่น มีการดำเนินงานของ Service Plan ระดับเขตและจังหวัดอย่างดีเยี่ยม มีเครือข่ายที่เข้มแข็ง
ระดับ 4 = ดี (Good)	71 – 85	ผลลัพธ์ดี มีการดำเนินงานของ Service Plan ระดับเขตและจังหวัดอย่างดี มีเครือข่ายที่ดี
ระดับ 3 = พอใช้ (Fair)	56 – 70	ผลลัพธ์อยู่ในระดับมาตรฐาน สามารถพัฒนาระดับความเข้มแข็งของเครือข่ายเพิ่มขึ้น
ระดับ 2 = ต้องพัฒนา (Developing)	41 – 55	ผลลัพธ์ยังไม่บรรลุเป้าหมาย ต้องการการสนับสนุนการดำเนินงานระดับเครือข่ายเขตสุขภาพ

ระดับคุณภาพ	ช่วงคะแนน	ความหมายโดยสรุป
ระดับ 1 = ต้องเร่งแก้ไข (Critical)	ต่ำกว่าหรือ เท่ากับ 40	ผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ต้องการการสร้างเสริมเครือข่ายการดำเนินงานด้าน Service Plan

หลักการคิดสัดส่วนผลสัมฤทธิ์ของการประเมินตัวชี้วัดการตรวจราชการ คิดอัตราส่วน 70 : 30

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

ตารางที่ 10 การคำนวณคะแนนผลการประเมินตัวชี้วัดการตรวจราชการ คิดอัตราส่วน 70 : 30

ระดับคะแนนเชิงปริมาณ (70%)	ระดับคะแนนเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์ (15%)	ระดับคะแนนเชิงคุณภาพ ด้านผลกระทบ (10%)	ระดับคะแนนเชิงคุณภาพ ด้านการดำเนินงานเครือข่าย SP (5%)
$(\text{คะแนนที่ได้} \div 10) \times 0.7 =$ Score	$(\text{คะแนนที่ได้} \div 10) \times 0.15 =$ Score	$(\text{คะแนนที่ได้} \div 10) \times 0.10 =$ Score	$(\text{คะแนนที่ได้} \div 10) \times 0.05 =$ 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: กรมการแพทย์

หน่วยงานที่รับผิดชอบร่วม: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และกองบริหารการสาธารณสุข

ตารางที่ 11 ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
แพทย์หญิงเดือนเพ็ญ ห่อรัตนเรือง	นายแพทย์เชี่ยวชาญ สถาบันสุขภาพเด็ก แห่งชาติมหาราชินี	โทรศัพท์มือถือ: 08 9422 3466 E-mail: noiduenpen@yahoo.com	ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด
แพทย์หญิงชลศณีย์ ช่างมณี	นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏ นครศรีธรรมราช	โทรศัพท์มือถือ: 08 1861 3078 E-mail: chonsanee@gmail.com	
แพทย์หญิงศุภมาส อำพล	นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลประสาท เชียงใหม่	โทรศัพท์มือถือ: 08 8954 6524 E-mail: bobonarak@hotmail.com	
กลุ่มงานสนับสนุน การพัฒนา เขตสุขภาพ	สำนักนิติเวชระบบ การแพทย์ กรรมการแพทย์	โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2590 6357 โทรสาร: 02 965 9851 E-mail: Medicalsupervision.dms@gmail.com	

ตารางที่ 12 ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
แพทย์หญิงเดือนเพ็ญ ห่อรัตนเรือง	นายแพทย์เชี่ยวชาญ สถาบันสุขภาพเด็ก แห่งชาติมหาราชินี	โทรศัพท์มือถือ: 08 9422 3466 E-mail: noiduenpen@yahoo.com	
แพทย์หญิงชลศณีย์ ช่างมณี	นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย นครราชสีมา	โทรศัพท์มือถือ: 08 1861 3078 E-mail: chonsanee@gmail.com	
แพทย์หญิงศุภมาส อำพล	นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลประสาท เชียงใหม่	โทรศัพท์มือถือ: 08 8954 6524 E-mail: bobonarak@hotmail.com	
	กองยุทธศาสตร์และ แผนงาน กรมการแพทย์		

หมายเหตุ สามารถเพิ่มเติมรายละเอียดอื่นๆที่สำคัญและจำเป็นได้ตามดุลยพินิจของคกก.กำหนดประเด็นแต่ละประเด็น