

ข้อมูลทั่วไป



รับผิดชอบ 2 ตำบล 36 หมู่บ้าน
ตำบลบ้านธิ 20 หมู่บ้าน
ตำบลห้วยยาบ 16 หมู่บ้าน

ประชากรที่รับผิดชอบ

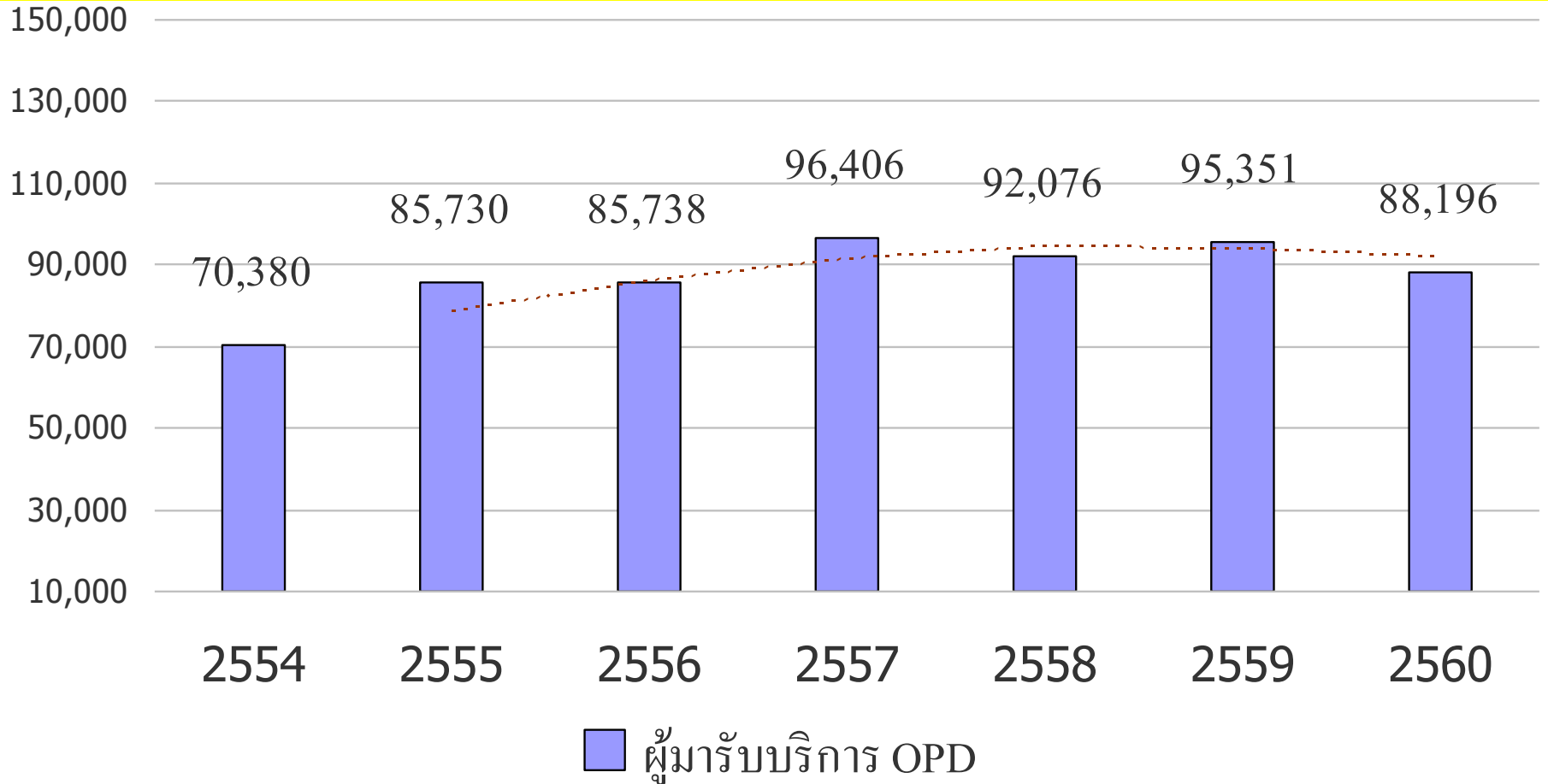
ชาย 8,661 คน

หญิง 9,289 คน

รวม 17,950 คน

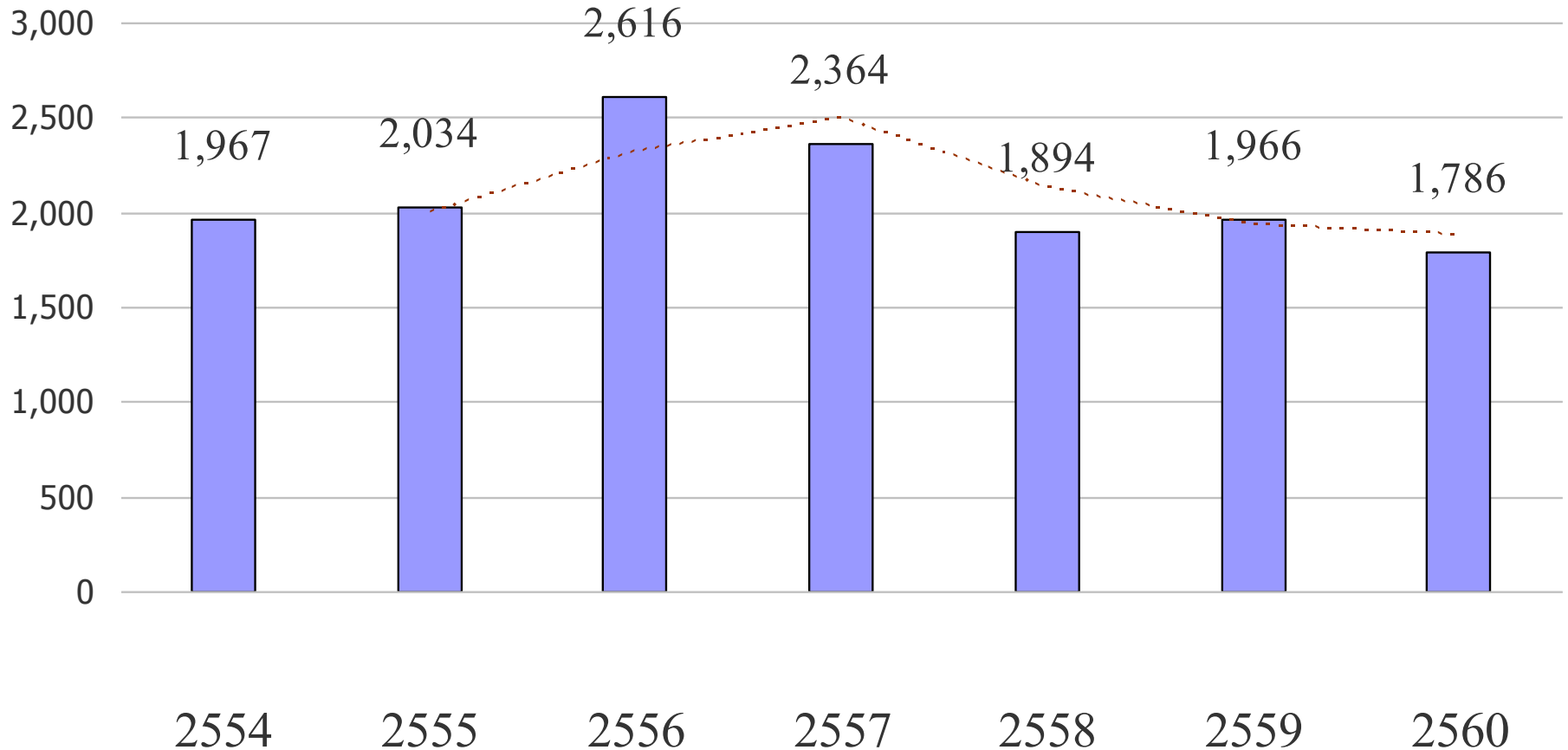


จำนวนมารับการ OPD ปี 2554 -2561



จำนวนผู้มารับบริการ เฉลี่ย 241 ครั้ง/วัน

จำนวนผู้ป่วยในปี 2554 -2561



■ ชุดข้อมูล

ผู้ป่วยเฉลี่ย 11 คน/วัน

สถิติ 5 อันดับโรคผู้ป่วยนอก ปี 2558 - 2561

No.	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561
1	โรคความดันโลหิตสูง	โรคความดันโลหิตสูง	โรคความดันโลหิตสูง	โรคความดันโลหิตสูง
2	โรคเบาหวาน	โรคเบาหวาน	โรคเบาหวาน	โรคเบาหวาน
3	โรคอาหารไม่ย่อย	ปวดกล้ามเนื้อ	โรคอาหารไม่ย่อย	ติดเชื้อทางเดินหายใจ ส่วนบน
4	โรคคออักเสบ	โรคคออักเสบ	ติดเชื้อทางเดินหายใจ ส่วนบน	โรคอาหารไม่ย่อย
5	โรคติดเชื้อทางเดิน หายใจ	โรคติดเชื้อทางเดิน หายใจ	โรคคออักเสบ	โรคปวดกล้ามเนื้อ

สถิติ 5 อันดับโรคผู้ป่วยใน ปี 2558 - 2561

No.	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561
1	โรคกระเพาะอาหาร และลำไส้อักเสบ	ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ	โรคกระเพาะอาหาร และลำไส้อักเสบ	โรคกระเพาะอาหาร และลำไส้อักเสบ
2	โรคอาหารไม่ย่อย	โรคกระเพาะอาหารและ ลำไส้อักเสบ	ติดเชื้อทางเดิน ปัสสาวะ	ติดเชื้อทางเดิน ปัสสาวะ
3	ติดเชื้อทางเดิน ปัสสาวะ	โรคไข้เลือดออก	โรคโลหิตจาง	โรคโลหิตจาง
4	ปอดบวม	ปอดบวม	โรคอาหารไม่ย่อย	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
5	โรคความดันโลหิตสูง	โรคโลหิตจาง	ปอดบวม	โรคหลอดเลือดสมอง เฉียบพลัน

สาเหตุการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน

ลำดับ	โรคปี 58	โรคปี 59	โรคปี 60	โรคปี 61
1	COPD 14 ครั้ง	COPD 17 ครั้ง	COPD 15 ครั้ง	
2	โลหิตจาง 11 ครั้ง	CRF 7 ครั้ง	thalassemia 14 ครั้ง	
3	Bronchus/ lung 10 ครั้ง	DM 4 ครั้ง	CHF 13 ครั้ง	
4	Hypokalaemia 7 ครั้ง	CA brain 2 ครั้ง	CA Lung 8 ครั้ง	
5	Diarrhea 4 ครั้ง DMwith hypo 4 ครั้ง	Hypokalemia 1 ครั้ง	CRF 7 ครั้ง	

สาเหตุการกลับมารักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง ที่ ER

ลำดับ	โรคปี 58	โรคปี 59	โรคปี 60	โรคปี 61
1	Spondylosis 277 ครั้ง	myalgia 390 ครั้ง	myalgia 379 ครั้ง	Spondylosis 360 ครั้ง
2	myalgia 189 ครั้ง	Viral infection 241 ครั้ง	Spondylosis 275 ครั้ง	ปวดกล้ามเนื้อ 351 ครั้ง
3	ความดัน 111 ครั้ง	Spondylosis 222 ครั้ง	Dyspepsia 252 ครั้ง	โรคกระดูกสันหลัง 209 ครั้ง
4	Dyspepsia 97 ครั้ง	กล้ามเนื้อฝืดปกติ 128 ครั้ง	Viral infection 147 ครั้ง	กล้ามเนื้อเคล็ด 195 ครั้ง
5	Viral infection 91 ครั้ง	pharyngitis 112 ครั้ง	Bronchitis 138 ครั้ง	ความฝืดปกติของข้อ 126 ครั้ง

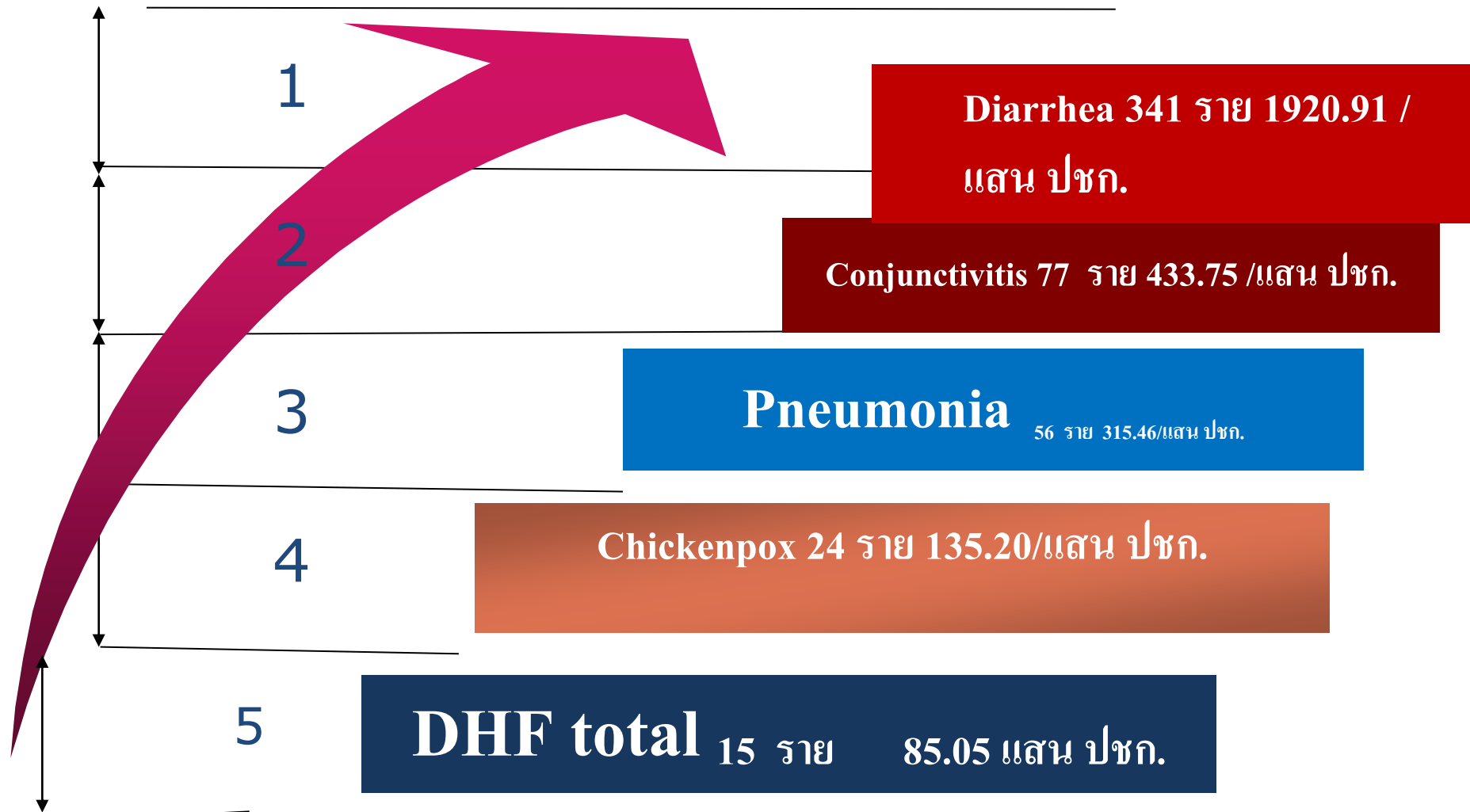
โรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง 5 อันดับแรก

ลำดับ	โรคปี 61	ค่าใช้จ่ายต่อครั้ง(บาท)
1	เนื้องอกร้ายของตัวมดลูก	66,067
2	หัวใจล้มเหลวแบบมีน้ำคั่ง	42,417
3	Bullous erythema multiforme	34,599
4	DM FOOT	31,901
5	เนื้องอกร้ายของปากมดลูก	31,369

โรคที่นอนนาน 5 อันดับแรก

ลำดับ	โรคปี 61	จำนวนวันนอน
1	หัวใจล้มเหลวแบบมีน้ำคั่ง	27
2	กล้ามเนื้ออักเสบติดเชื้อ	20
3	เบาหวานที่เท้า	18
4	เนื้อสมองตายเพราะขาดเลือด	15
5	เบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินร่วมกับ โคมา	14

โรคติดต่อที่ต้องรายงาน 5 อันดับแรก



สรุปโรคที่เป็นปัญหาของพื้นที่และเป็นจุดเน้นของโรงพยาบาลบ้านธิ ปี 2560

ลำดับ	โรค/ปัญหา
1	DM
2	HT
3	COPD
4	DEPRESSION
5	TB
6	MI
7	PPH
8	DHF
9	CKD
10	STROKE

สรุปผลการ

ดำเนินงาน

โรงพยาบาลบ้านธิ

วิสัยทัศน์

โรงพยาบาลบ้านธิจะเป็นโรงพยาบาลคุณภาพที่มีความเป็นเลิศด้านการสร้างเสริมสุขภาพ
บริการแพทย์ทางเล็ก และดูแลสุขภาพระยะยาว ภายในปี 2563

พันธกิจ (MISSION)

M1 ให้บริการสุขภาพแบบองค์รวมและการดูแลระยะยาว

M2 พัฒนาระบบบริการแพทย์ทางเล็ก

M3 พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีคุณภาพ

M4 บริหารจัดการการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ

M5 พัฒนาระบบสารสนเทศและการสื่อสารอย่างมีคุณภาพ

M6 พัฒนาเครือข่ายในชุมชนเพื่อการดูแลสุขภาพที่ยั่งยืน

ค่านิยมหลัก (Core Value) ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง พฤติกรรมบริการดี ทำงานเป็นทีม พัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ความสามารถหลัก(Core Competency)

1 การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม คือ

1.1. ร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ

1.2. ระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน

1.3. ส่งเสริมป้องกัน รักษา ฟื้นฟู

2 การทำงานกับชุมชนและเครือข่าย

พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ปลอดภัย ต่อเนื่อง

พัฒนาเครือข่ายในการสร้างเสริมสุขภาพประชาชนที่มีคุณภาพ

พัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากร อย่างมีประสิทธิภาพ

G1 ประชาชนมีสุขภาพ(องค์รวม)

G2 ผู้รับบริการพึงพอใจ

G3 ระบบบริการมีคุณภาพ ปลอดภัย ต่อเนื่อง

G4 มีระบบบริการสร้างเสริมสุขภาพต่อเนื่องภายใน
เครือข่ายที่มีคุณภาพ

G5 ระบบสนับสนุนบริการ ระบบการจัดการที่มีประสิทธิภาพและมีธรรมาภิบาล

G6 บุคลากรมีสมรรถนะเพียงพอต่อการให้บริการ

G7 ระบบสารสนเทศมีคุณภาพเพื่อต่อการตัดสินใจทางการบริหาร

s1 แผนพัฒนาระบบบริการ*****

s2 แผนเฝ้าระวังและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน โรคและภัยพิบัติต่างๆ

s3 แผนพัฒนาระบบเภสัชกรรมบำบัด

s8 แผนพัฒนาระบบสร้างเสริมสุขภาพและอาชีวอนามัย
*****พัฒนาเครือข่ายในการสร้างเสริมสุขภาพประชาชน
ที่มีคุณภาพ

s4 แผนบริหารพัฒนาบุคลากร

s5 แผนพัฒนาสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยพัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากร อย่างมีประสิทธิภาพ

s6 แผนพัฒนาระบบบริหารทรัพยากร *****

s7 แผนพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยง*****

s9 แผนพัฒนาเครื่องมือ

s10 แผนพัฒนาเทคโนโลยีและสารสนเทศ

s11 แผนพัฒนาเครือข่ายและกำกับมาตรฐานในองค์กร

ยุทธศาสตร์ที่ 1

พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ปลอดภัย ต่อเนื่อง

- เป้าหมาย
1. ประชาชนมีสุขภาวะ(องค์รวม)
 2. ผู้รับบริการพึงพอใจ
 3. ระบบบริการมีคุณภาพ ปลอดภัย ต่อเนื่อง

แผนที่ 1 แผนพัฒนาระบบบริการ*****

- 2 แผนเฝ้าระวังและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน โรคและภัยพิบัติต่างๆ
- 3 แผนพัฒนาระบบเภสัชกรรมบำบัด

ยุทธศาสตร์ที่ 2

พัฒนาเครือข่ายในการสร้างเสริมสุขภาพประชาชนที่มีคุณภาพ

เป้าหมาย 4 มีระบบบริการสร้างเสริมสุขภาพต่อเนื่องภายในเครือข่ายที่มีคุณภาพ

แผนก 8 แผนพัฒนาระบบสร้างเสริมสุขภาพและอาชีวอนามัย *****

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาระบบบริหารจัดการ ทรัพยากร อย่างมีประสิทธิภาพ

เป้าหมาย 5 ระบบสนับสนุนบริการ ระบบการจัดการที่มีประสิทธิภาพและมีธรรมาภิบาล
6 บุคลากรมีสมรรถนะเพียงพอต่อการให้บริการ
7 ระบบสารสนเทศมีคุณภาพเอื้อต่อการตัดสินใจทางการบริหาร

แผนที่ 4 แผนบริหารพัฒนาบุคลากร

- 5 แผนพัฒนาสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย
- 6 แผนพัฒนาระบบบริหารทรัพยากร *****
- 7 แผนพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยง*****
- 9 แผนพัฒนาเครื่องมือ
- 10 แผนพัฒนาเทคโนโลยีและสารสนเทศ
- 11 แผนพัฒนาเครือข่ายและกำกับมาตรฐานในองค์กร

แผนยุทธศาสตร์ที่ 1

แผนพัฒนาระบบบริการ



PCT



Purpost: ผู้ป่วยได้รับบริการที่ปลอดภัย

ต่อเนื่อง ประทับใจ เชื่อมโยงสู่ชุมชน องค์กรร่วม

ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561
Onset to door ในผู้ป่วย โรค MI (3hr.)	100%	NA	70.97	85.71	50	57.90 /18
Onset to door ในผู้ป่วย โรค stroke (3hr.)	> 80%	29.41	4.17	7.98	11.90	8.35
อัตราการเข้าถึงบริการ ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	55%	42.6	45.9	69.5	86.6	92.93
ร้อยละของ ER re-visit ภายใน 48 ชม. หลัง จำหน่าย	<2	0.52	0.006	0.63	0.66	0.43
ร้อยละของผู้ป่วย มี re-	<3	1.96	1.81	1.06	1.56	0.84

ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561
TB Treatment Success rate (%)	85%	70	80	88.89	85.7	100
ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	45	51.04	52.74	45.9	44.3	46.56
ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	70	72.81 (913/1254)	72.50 (941/1298)	73.06 (952/1303)	77.59 (1084/1397)	76.82 (1117/1454)
ร้อยละของผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73 m ² /yr	>80%	73.61 (756/1027)	74.45 (778/1045)	79.72 (731/91)	79.85 (626/758)	79.77 (548/687๓)
อัตราผู้ป่วย STEMI ได้รับยา SK ใน 30 นาที	100%	NA	NA	NA	100(2ราย)	100(2ราย)

ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561
จำนวนการเสียชีวิตในโรงพยาบาลทุกประเภท	ลดลง	7	4	10	8	9
อัตราการเสียชีวิตจาก MI	0	0	1	0	0	1
อัตราการเสียชีวิตจาก stroke	0	0	0	0	0	0
อัตราการเสียชีวิตจาก sepsis	0	0	0	3	0	3
ร้อยละการตกเลือดหลังคลอด	< 5%	2.04(1คน)	0	2(1ราย)	2.04(1ราย)	1.72(1ราย)
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ(ต่อแสนประชากร)	≤6.3ต่อแสน ปชก.	5.6(1ราย)	0ราย	28.7(5ราย)	17.2(3ราย)	5.6(1ราย)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561
ร้อยละความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยนอก	> 80%	83.92	87.09	80.00	84.74	82.93
ร้อยละความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยใน	> 80%	83.40	85.04	83.00	84.71	85.69
ร้อยละความพึงพอใจโดยรวมของชุมชน	> 80%	83	82.95	87.20	87	89.30

แผนยุทธศาสตร์ที่ 2

แผนพัฒนาระบบเฝ้าระวังและตอบโต้
ภาวะฉุกเฉิน โรคและภัยพิบัติต่างๆ



PHEM



ตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน โรคและภัยพิบัติต่างๆ
อย่างมีประสิทธิภาพ

ดู 2-8 ว่าโรคอะไรที่เราเฝ้าระวังที่เป็น
ปัญหาของพื้นที่ SRRT// MCAT//
mini -MERT // EOC// อัคริภัย
//1669

TB DM HT DHF Dairr

ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561
1.อุบัติการณ์การรายงานความไม่พร้อมของทีมงานในการรับสถานการณ์	0	0	0	0	0	0
2.จำนวนครั้งของการรายงานการเกิดภาวะขาดที่ไม่สามารถควบคุมได้	0	0	0	0	0	0
3.จำนวนครั้งของการรายงานความไม่พร้อมใช้ของอุปกรณ์ป้องกัน	0	0	0	0	0	0
4.อัตราการรายงานความทันเวลาของการเกิดสถานการณ์	100%	100%	100%	100%	100%	100%

แผนยุทธศาสตร์ที่ 3

แผนพัฒนาระบบเภสัชกรรมบำบัด



PTC



เป้าหมาย

บริหารจัดการด้านยาและ
เวชภัณฑ์โดยทีมสหวิชาชีพ ทั้งใน
ระบบบริการและต่อเนื่องสู่ชุมชน ให้
พอเพียง ปลอดภัย ได้คุณภาพ

ผลการดำเนินงาน (PSG : SIMPLE)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561
OPD						
M: อัตรา Prescribing error ต่อ 1000 ใบสั่งยา	< 0.4	1.4	1.1	0.43	0.42	0.38
M: อัตรา Dispensing error ต่อ 1000 ใบสั่งยา	0	0.01	0.01	0.13	0.03	0.02
M: อัตรา Admin error ต่อ 1000 ใบสั่งยา	0	0	0.01	0	0.01	0
IPD						
M: อัตรา Prescribing error ต่อ 1000 วันนอน	< 0.5	0.18	0.14	0.58	1.35	0.60
M: อัตรา Dispensing error ต่อ 1000 วันนอน	0	2.0	1.7	1.55	1.13	0.40

ยุทธศาสตร์ที่ 2

พัฒนาเครือข่ายในการสร้างเสริมสุขภาพประชาชนที่มีคุณภาพ

เป้าหมาย 4 มีระบบบริการสร้างเสริมสุขภาพต่อเนื่องภายในเครือข่ายที่มีคุณภาพ

แผนก 8 แผนพัฒนาระบบสร้างเสริมสุขภาพและอาชีวอนามัย *****

แผนยุทธศาสตร์ที่ 8

แผนพัฒนาระบบสร้างเสริมสุขภาพ
และอาชีวอนามัย



HPH & OCC



เป้าหมาย

ให้บริการด้านการสร้างเสริม ป้องกัน
รักษา และฟื้นฟูสุขภาพแก่ประชาชนใน
เขตอำเภอบ้านธิ ร่วมกับภาคีเครือข่ายใน
ชุมชนเพื่อมุ่งให้สุขภาพประชาชนอำเภอ
บ้านธิมีสุขภาพดี

ผลการดำเนินงาน กลุ่มบุคลากร

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561
ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการตรวจร่างกายประจำปี	อุทิศณ์	92.7%	95.2%	96.7%	96.8%	100%
อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่****	เพ็ชรินทร์	6 คน	-	1 คน	2 คน	1 คน
อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่****	เพ็ชรินทร์	1 คน	-	-	-	1 คน
ร้อยละของบุคลากรที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่	นิสา	1%	5.0%	1.8%	0.9%	0%
ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่	อชรา	na	na	100%	100%	100%
ร้อยละของบุคลากรที่มีการออกกำลังกายที่เหมาะสม	เพ็ชรินทร์	na	na	na	28 (45/125)	32.2 (43/115)
ร้อยละของบุคลากรที่มีภาวะอ้วนลงพุง	ณัฐธิดา	3.4%	3.2%	3.9%	4.1%	5.2%
ระดับความเครียดมากถึงรุนแรง	นิสา	8.8%	8%	2.8%	7.9%	8.9%
ระดับความสุขในระดับคนปกติ-มากกว่า	นิสา	86.7%	89%	87.2%	89.2%	82.4%

ผลการดำเนินงาน กลุ่มผู้รับบริการ (ผู้ป่วยและญาติ)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561
ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ****	45	51.04	52.74	45.9	44.3	46.56
ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ****	70	72.81 (913/1254)	72.50 (941/1298)	73.06 (952/1303)	77.59 (1084/1397)	76.82 (1117/1454)
ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital	ระดับ พื้นฐาน	พื้นฐาน	พื้นฐาน	พื้นฐาน	พื้นฐาน	ดี

ผลการดำเนินงาน กลุ่มชุมชน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561
ร้อยละผลการตรวจคุณภาพน้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัดได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
ร้อยละของผู้ป่วยติดบ้านที่สามารถดูแลตัวเองและติดเตียงได้รับการดูแลจากผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสม ****	87%	89	90	92.2	95.6	96.6
ร้อยละของผู้ป่วยติดเตียงที่เปลี่ยนเป็นติดบ้าน/ติดสังคม ****	>5%	5 (1/20)	11.1 (2/18)	4.55 (1/22)	5.9 (1/17)	6.7 (2/15)
ร้อยละของผู้ป่วยstrokeที่สามารถดูแลตนเองได้ ****	>50%	90.5 (38/42)	75 (30/40)	69.2 (33/39)	62.5 (25/40)	73.7 (28/38)
ร้อยละของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงตามเกณฑ์	>80%	100	100	100	100	100
อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ของผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 2-4	<5%	0.5	0.5	1.2	1.6	0.9
ร้อยละของประชากรที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น	>90%	91	91.1	92.5	94.4	95.4
ร้อยละของประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมาย ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านม	80%	83.5	87	85	88	83
ร้อยละของประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมาย ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	20%/ปี	28	11.4	13	20.3	18.1

ผลการดำเนินงาน กลุ่มชุมชน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561
อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ****	<5%	7.8 59/757	7.2 64/889	14.2 142/1000	6.55 69/1053	5.18 44/849
อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่***	< 10 : พัน ปก.	8.50 149/1754 0	7.07 124/1754 0	7.64 135/17680	6.23 112/1795 0	4.9 88/17950
ร้อยละของอำเภอที่มี District Health System (DHS คุณภาพ	100%	na	100	100	100	100
อัตราความพึงพอใจของการให้บริการในชุมชน	>80%	83	82.9	87.2	87	85.1
ร้อยละของหมู่บ้านที่เป็นชุมชนต้นแบบ	ปีละ 3 หมู่บ้าน	5	3	4	4	2
ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก	87%	na	na	na	48	8
ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	>80%	82.1	75.6	82	81.6	80.2
ร้อยละของประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่	>80 %	na	na	100	99	95

ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561
อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่						
- อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ในกลุ่มเจ้าหน้าที่		1 คน	-	-	-	1 คน
- อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ในประชาชน		59	64	142	69	44
อัตราผู้ป่วยโรคความดันรายใหม่						
- อัตราผู้ป่วยโรคความดันรายใหม่ในกลุ่มเจ้าหน้าที่		6 คน	-	1 คน	2 คน	1 คน
- อัตราผู้ป่วยโรคความดันรายใหม่ในประชาชน		140	104	117	110	
ร้อยละของผู้ป่วยติดบ้านที่สามารถดูแลตัวเองและติดเตียงได้รับการดูแลจากผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสม	87%	89	90	92.2	95.6	96.6
ร้อยละผู้ป่วยติดเตียงที่เปลี่ยนเป็นติดบ้าน/ติดสังคม	>5%	5 (1/20)	11.1 (2/18)	4.55 (1/22)	5.9 (1/17)	6.7 (2/15)
Self care ผู้ป่วย stroke	>50%	90.5	75	69.2	62.5	73.7

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาระบบบริหารจัดการ ทรัพยากร อย่างมีประสิทธิภาพ

เป้าหมาย 5 ระบบสนับสนุนบริการ ระบบการจัดการที่มีประสิทธิภาพและมีธรรมาภิบาล
6 บุคลากรมีสมรรถนะเพียงพอต่อการให้บริการ
7 ระบบสารสนเทศมีคุณภาพเอื้อต่อการตัดสินใจทางการบริหาร

แผนที่ 4 แผนบริหารพัฒนาบุคลากร

- 5 แผนพัฒนาสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย
- 6 แผนพัฒนาระบบบริหารทรัพยากร *****
- 7 แผนพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยง*****
- 9 แผนพัฒนาเครื่องมือ
- 10 แผนพัฒนาเทคโนโลยีและสารสนเทศ
- 11 แผนพัฒนาเครือข่ายและกำกับมาตรฐานในองค์กร

แผนที่ 4 แผนบริหารและพัฒนาบุคลากร

Purpost: บุคลากรในโรงพยาบาลบ้านธิ มีความรู้
ปลอดภัย เป็นคนดี มีความสุข

ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561
ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด	>80%	78.79	87.09	79.92	89.02	85.71
บุคลากรมีการสร้างผลงานวิชาการ นำเสนอ นวัตกรรม งานวิจัย	1 เรื่อง / ปี	6	4	5	5	4
จำนวนการเกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติงานจากการพร่องความรู้ทักษะของบุคลากรระดับ D ได้แก่ burns BA แผลฝีเย็บแยก phlebitis ผิดคน bl-gr	0	1	0	4	4	9
ร้อยละของบุคลากรที่ป่วยจากการทำงาน ****	0	0	0	0	0	0
จำนวนบุคลากรบาดเจ็บจากการทำงาน****	0	0	1naipd	1พัน	1พัน	2พัน/ช่าง
จำนวนบุคลากร BMI risk / High Risk	ลดลง	NA	NA	NA	23 / 5	44 / 6
ร้อยละความพึงพอใจผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อบริการโรงพยาบาล	>80%	76.94	76.94	81.90	93.43	82.70
จำนวนข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการ	เรื่อง / คน	1/3	0	0	0	0

ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561
ร้อยละพึงพอใจ พฤติกรรมบริการ 20 ข้อ	>80%	81.47	67.41	71.57	76.92	76.82
ร้อยละผลประมวล องค์การสุขภาวะ (HPI)****	>60%	NA	NA	NA	76.60	86.40
ร้อยละHappy work life index (HWL) ****	>60%	NA	NA	NA	64.55	65.17
ร้อยละความสุขโดยรวม Happy 9	>60%	NA	NA	NA	66.34	76.56
ความผูกพันของบุคลากร	>80%	NA	NA	NA	68.31 (รวม)	78.51 (RN)
ความพึงพอใจในงาน ชำนาญกำลังใจ 14 ข้อ	>80%	84.75	83.52	81.87	80.25	NE
ร้อยละการสูญเสียบุคลากร **** (การย้าย, ลาออก, เกษียณ, เสียชีวิต)	< 5 % / คน	0.81% (1)	4.09% (5)	2.42% (3)	7.26% (9)	6.84 % (8)
จำนวนการลาออกของพยาบาลวิชาชีพ	ลดลง	0	0	0	0	2
จำนวนการลาออกของบุคลากรอื่น ๆ	ลดลง	0	3	1	3	6

แผนที่ 5 แผนพัฒนาสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย

Purpost :

ผู้รับและผู้ให้บริการ มีความปลอดภัยในชีวิต
และทรัพย์สิน สิ่งแวดล้อมสะอาด ปลอดภัย ไร้มลพิษ มีชีวิตชีวา

เน้น แก่สทางการแพทย์เพียงพอ พร้อมใช้

ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561
• ผลการตรวจประเมิน ทุกหน่วยงาน 5 ส.	80%	92	92	92	88	88
• มีการซ่อมแผนอุบัติเหตุและอัคคีภัย	1 ครั้ง/ปี	1	1	1	1	
• อัตราการตรวจคุณภาพน้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัดได้มาตรฐาน****	100%	100	100	100	100	100
• การประเมินการคัดแยกขยะได้ถูกต้อง	80%	76	70	70	70	70
ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital*****	ระดับ พื้น ฐาน	NA	NA	พื้นฐาน	พื้นฐาน	ดี

แผนที่ 6 แผนบริหารจัดการทรัพยากร

Purpost :

สถานะการเงินการคลังอยู่ในระดับดีองค์กร
สามารถดำเนินงานได้อย่างราบรื่น
มีพัสดุสนับสนุนบริการอย่างเพียงพอ

ผลการดำเนินงาน***

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561
อัตราส่วน เงินทุน หมุนเวียน (current ratio)	≥ 1.5	3.01	2.91	1.47	0.90	0.97
อัตราส่วน สินทรัพย์ คล่องตัว (quick ratio)	≥ 1	2.8	2.68	1.3	0.77	0.80

แผนยุทธศาสตร์ที่ 7

แผนพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยง



RM



Purpose

เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม และจัดการความ
เสี่ยง เพื่อให้เกิดความปลอดภัยครอบคลุมทั้ง
ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และสิ่งแวดล้อมใน
โรงพยาบาล

ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561
ร้อยละอุบัติการณ์ที่ได้รับรายงาน	เพิ่มขึ้น>10%	12.96%	12.54%	20.55%	32.56%	21.39%
จำนวนครั้งของการรายงานอุบัติการณ์Near miss คลินิก/ทั่วไป	เพิ่มขึ้น>10%	10.2%	11%	20.96%	34.19%	23.55%
จำนวนครั้งของการเกิดอุบัติการณ์ G-I	0	0	0	5 ตาย (sepsis4 Alc1)	0	7 ตาย
ร้อยละอุบัติการณ์ระดับG-Iที่ได้รับการแก้ไขอย่างเป็นระบบ	100%	100%	100%	100%	100%	100%
จำนวนการเกิดอุบัติการณ์ตามการดำเนินงาน PSG 8 ด้าน****	0	96	90	144	255	156

ผลการดำเนินงานตาม PSG : SIMPLE

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561
I: อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (per 1,000 bedday)	0	0	0	0	0.24	0
I: อัตราการติดเชื้อ CAUTI (per 1,000 cath day)	0	0	0	0	0	0
P: Delay/miss diagnosis ใน sepsis	0	NA	NA	NA	NA	3 11.1%
P: อัตราการรายงานค่าวิกฤติในเวลาที่กำหนด	100	90.2	93.87	89.56	86.15	99.4 167/168
L: จำนวนครั้งการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ Tube line	0	NA	NA	NA	2(เจาะ ปอดผิด ข้าง,บวม แดงIV)	0
E: Door to refer ในโรค MI ภายใน 30 นาที	100	NA	48.39 15/31	28.57 2/7	16.67 SK 2 คน (3/18)	10.52 SK /23

แผนยุทธศาสตร์ที่ 9

แผนพัฒนาเครื่องมือ



EQM



เป้าหมาย



จัดหาเครื่องมือ 3 ประเภท ให้ได้ตาม

- ความจำเป็นของผู้ใช้ มี (**Specification**)

คุณภาพ มีความเพียงพอ

- เครื่องมือพร้อมใช้งาน



- เพียงพอ = ต้องการให้ทีมนำกำหนดขั้นต่ำของเครื่องมือ
- เครื่องมือแพทย์ เสียงสูง กลาง ต่ำ มี? มีที่ไหน
- พร้อมใช้ = สุ่ม อุบัติการณ์ **Calibration**
- คุณภาพ
- ประเมินประสิทธิภาพของระบบ ต้องไปดูหน้างานว่าได้ **100%**
0% ตามไปดูหน้างาน

ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561
2.คัดเลือกครุภัณฑ์ตรงตาม SPEC	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3.เครื่องมือไม่เพียงพอให้บริการขั้นต่ำ	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง
4.เครื่องมือไม่พร้อมใช้งาน	0 ครั้ง	2 ครั้ง	1 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง
5.เครื่องมือความเที่ยงสูงได้รับการ Calibration ปี ละ 1 ครั้ง	100%	0%	100%	100%	100%	0%
6.ฝ่ายมีแผนการบำรุงรักษาเชิงป้องกัน	100%	100%	100%	100%	100%	100%

แผนยุทธศาสตร์ที่ 10

แผนพัฒนาเทคโนโลยีและ

สารสนเทศ



IT & IM





5CFWAVE.COM

เป้าหมาย

- 1.อุปกรณ์ด้าน IT เพียงพอ พร้อมใช้
- 2.เวชระเบียนถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา พิกัดภัยสิทธิ
- 3.ข้อมูลสารสนเทศ ถูกต้อง ครบถ้วน สามารถนำไปใช้ประโยชน์อย่างแท้จริง

ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561
อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน ผู้ป่วยนอก	80%	78.72	76.8	83.79	81.73	81.35
อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน ผู้ป่วยใน	80%	85.1	81.08	82.2	84.91	83.62
อุบัติการณ์การหยุดชะงักของระบบ คอมพิวเตอร์ของ รพ. (ระบบ LAN)	0%	3	3	0	0	0
ความทันเวลาของความสามารถในการ กู้คืนระบบคอมพิวเตอร์ภายใน 10 นาที	100%	100	100	ไม่มี อุบัติการณ์	ไม่มี อุบัติการณ์	ไม่มี อุบัติการณ์
สำรวจความต้องการใช้ข้อมูล						
อัตราความพึงพอใจของผู้ใช้ข้อมูล สารสนเทศ(บริหาร บริการ วิชาการ)	80%	75	80	75	75	80
จำนวนผลงานวิชาการ /CQI / นวัตกรรม / งานวิจัย ที่นำเสนอ ระดับอำเภอขึ้นไป	1 เรื่อง / ปี	6	4	5	5	4

แผนที่ 11 แผนพัฒนาเครือข่ายและกำกับมาตรฐานในองค์กร

Purpost: ส่งเสริมการทำงานเป็นทีม
ประสานงาน เชื่อมโยงอย่างบูรณาการ
สนับสนุนการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561
สนับสนุนการทำงานให้ เข้าใจเยี่ยม/อบรม						
จำนวน CQI ที่เกิดจาก อุบัติการณ์ระดับ E/KPI HPI	0	0	5	5	0	6
บรรลุวิสัยทัศน์	บรรลุ	บรรลุ	บรรลุ	ปรับวิสัยทัศน์ ใหม่	เลิศ สส. (องค์กร อสม.) LTC(จิตอาสา Palliative care COC)	เลิศ สส. (สูงอายุ CKD องค์กร อสม.) LTC(จิตอาสา Palliative care COC)
ผ่านการรับรองจากองค์กร ภายนอก		- LA - อำเภอควบคุมโรค เข้มแข็ง	- HA - LA - NCD Clinic	- LA - NCD Clinic	- LA - สุขศึกษา - อำเภอควบคุมโรค เข้มแข็ง - NCD Clinic plush	-NCD & CKD Clinic plush

ขอให้โชคดี

UN.Ritji...

กับทุกวินาที

UN.Ritji...

ของชีวิต

สวัสดิ์ค่ะ

