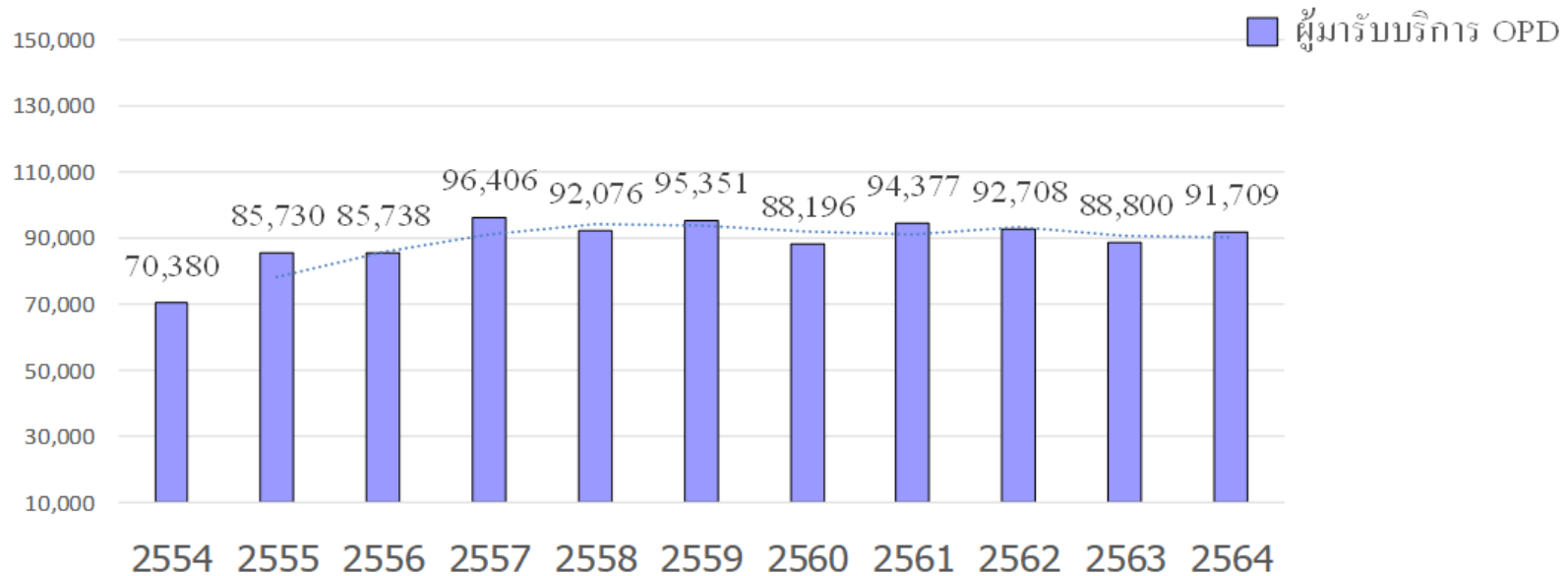


สรุปผลการดำเนินงานปี 2564  
โรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน

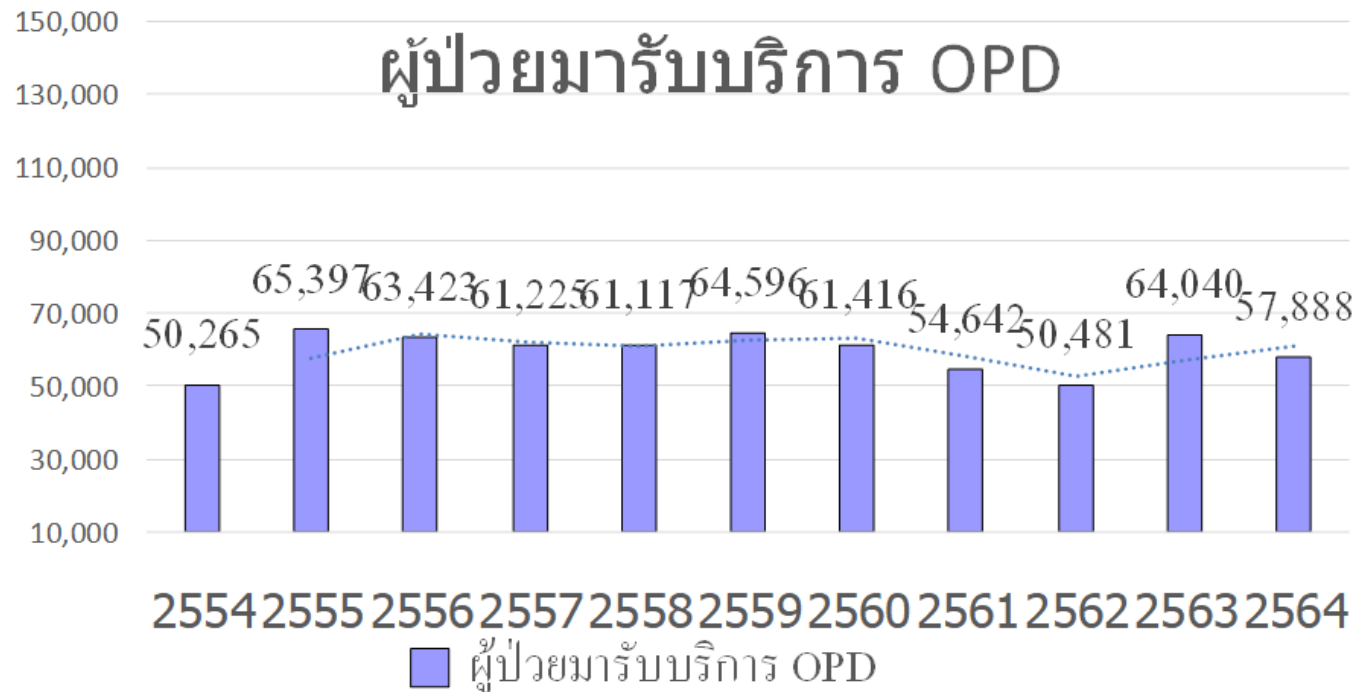
# จำนวนผู้มารับบริการ ปี 2554 -2564

## ผู้มารับบริการ OPD



จำนวนผู้มารับบริการ เฉลี่ย 241 ครั้ง/วัน

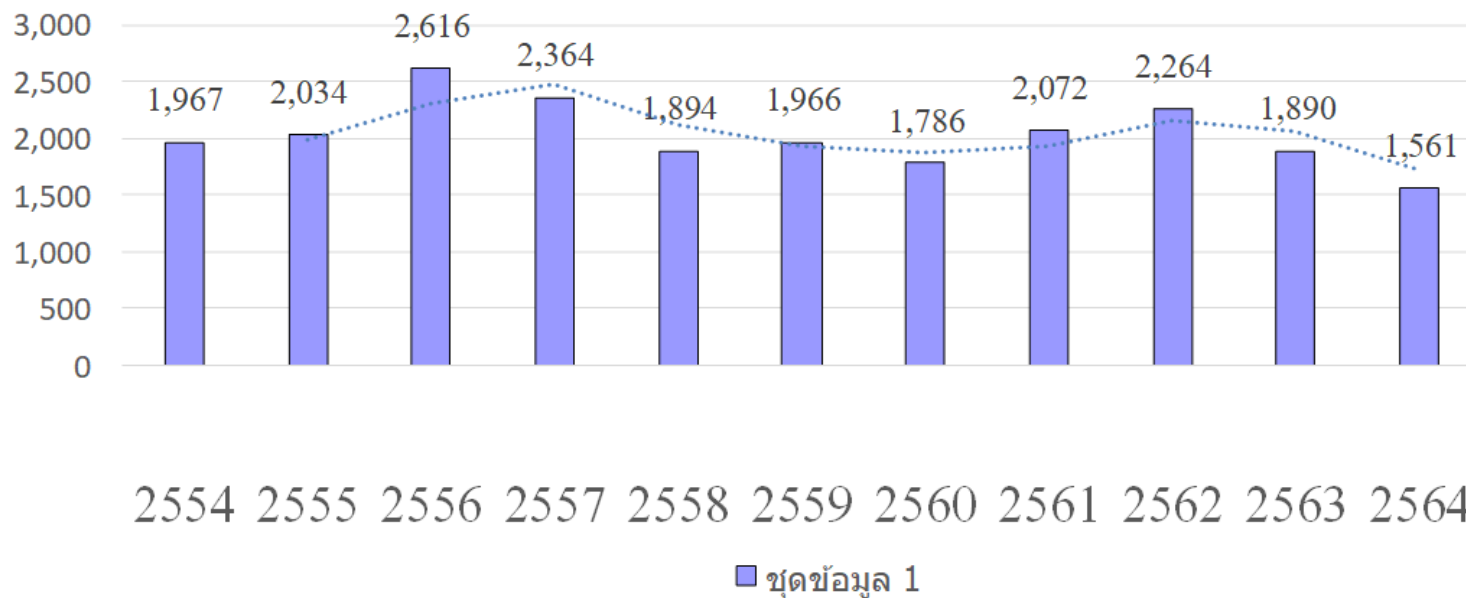
# จำนวนผู้ป่วย OPD ปี 2554 -2564



จำนวนผู้มารับบริการ เฉลี่ย 167 คน/วัน

# จำนวนผู้ป่วยในปี 2552 -2564

จำนวนผู้ป่วยในปี 2552-2559



ผู้ป่วยในเฉลี่ย 12 คน/วัน

# สถิติ 5 อันดับโรคผู้ป่วยนอก ปี 2558 - 2564

No.	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
1	โรคความดันโลหิตสูง	โรคความดันโลหิตสูง	โรคความดันโลหิตสูง	โรคเบาหวาน	โรคความดันโลหิตสูง	ความดันโลหิตสูง	ความดันโลหิตสูง
2	โรคเบาหวาน	โรคเบาหวาน	โรคเบาหวาน	โรคความดันโลหิตสูง	โรคเบาหวาน	โรคเบาหวาน	โรคเบาหวาน
3	โรคอาหารไม่ย่อย	ปวดกล้ามเนื้อ	โรคอาหารไม่ย่อย	ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน	ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน	เหงือกอักเสบ	เหงือกอักเสบ
4	โรคคออักเสบ	โรคคออักเสบ	ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน	โรคอาหารไม่ย่อย	โรคอาหารไม่ย่อย	โรคอาหารไม่ย่อย	โรคอาหารไม่ย่อย
5	โรคติดเชื้อทางเดินหายใจ	โรคติดเชื้อทางเดินหายใจ	โรคคออักเสบ	โรคคออักเสบ	ความผิดปกติทางจิตจากการเสพสารกระตุ้น	ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน	กระดูกสันหลังอักเสบเรื้อรัง

# สถิติ 5 อันดับโรคผู้ป่วยใน ปี 2558 - 2564

No.	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
1	โรคกระเพาะอาหาร และลำไส้ อักเสบ	ติดเชื้อทางเดิน ปัสสาวะ	โรคกระเพาะ อาหารและ ลำไส้อักเสบ	โรคกระเพาะอาหาร และลำไส้ อักเสบ	โรคกระเพาะอาหาร และลำไส้อักเสบ	ติดเชื้อทางเดิน ปัสสาวะ	ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ
2	โรคอาหารไม่ย่อย	โรคกระเพาะอาหาร และลำไส้ อักเสบ	ติดเชื้อทางเดิน ปัสสาวะ	ติดเชื้อทางเดิน ปัสสาวะ	ปอดบวม	โรคกระเพาะอาหาร และลำไส้อักเสบ	โรคกระเพาะอาหาร และลำไส้อักเสบ
3	ติดเชื้อทางเดิน ปัสสาวะ	โรคไขเลือดออก	โรคโลหิตจาง	ปอดบวม	ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ	ปอดบวม	ไตวายเรื้อรัง stage 5
4	ปอดบวม	ปอดบวม	โรคอาหารไม่ย่อย	โรคปอดอุดกั้น เรื้อรัง	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	ไตวายเรื้อรัง	เลือดออกในกระเพาะ อาหาร
5	โรคความดันโลหิตสูง	โรคโลหิตจาง	ปอดบวม	โรคโลหิตจาง	โรคอาหารไม่ย่อย	เลือดออกใน กระเพาะอาหาร	โรคโลหิตจาง

# สาเหตุการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน

ลำดับ	โรคปี 58	โรคปี 59	โรคปี 60	โรคปี 61	โรคปี 62	โรคปี 63	โรคปี 64
1	COPD 14 ครั้ง	COPD 17 ครั้ง	COPD 15 ครั้ง	COPD 10 ครั้ง	COPD 20 ครั้ง	thalassemia 11 ครั้ง	thalassemia 22 ครั้ง
2	โลหิตจาง 11 ครั้ง	CRF 7 ครั้ง	thalassemia 14 ครั้ง	CRF 8 ครั้ง	Pneumonia 18 ครั้ง	ติดเชื้อในทางเดิน ปัสสาวะ 8 ครั้ง	CRF 12 ครั้ง
3	Bronchus/ lung 10 ครั้ง	DM 4 ครั้ง	CHF 13 ครั้ง	thalassemia 6 ครั้ง	thalassemia 9 ครั้ง	ไตวายเรื้อรัง 8 ครั้ง	เลือดออกในกระเพาะ อาหารและลำไส้ 8 ครั้ง
4	Hypokalaemia 7 ครั้ง	CA brain 2 ครั้ง	CA Lung 8 ครั้ง	Diarrhea 4 ครั้ง	CA Lung 9 ครั้ง	COPD 7 ครั้ง	โลหิตจางจากไข กระดูกฝ่อ 7 ครั้ง
5	Diarrhea 4 ครั้ง DMwith hypo 4 ครั้ง	Hypokalemia 1 ครั้ง	CRF 7 ครั้ง	มะเร็งปอด 4 ครั้ง	Chronic osteomyelitis 9 ครั้ง	Pneumonia 6 ครั้ง	เนื้องอกร้ายของ หลอดลมหรือ ปอด 6 ครั้ง

# สาเหตุการกลับมารักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง

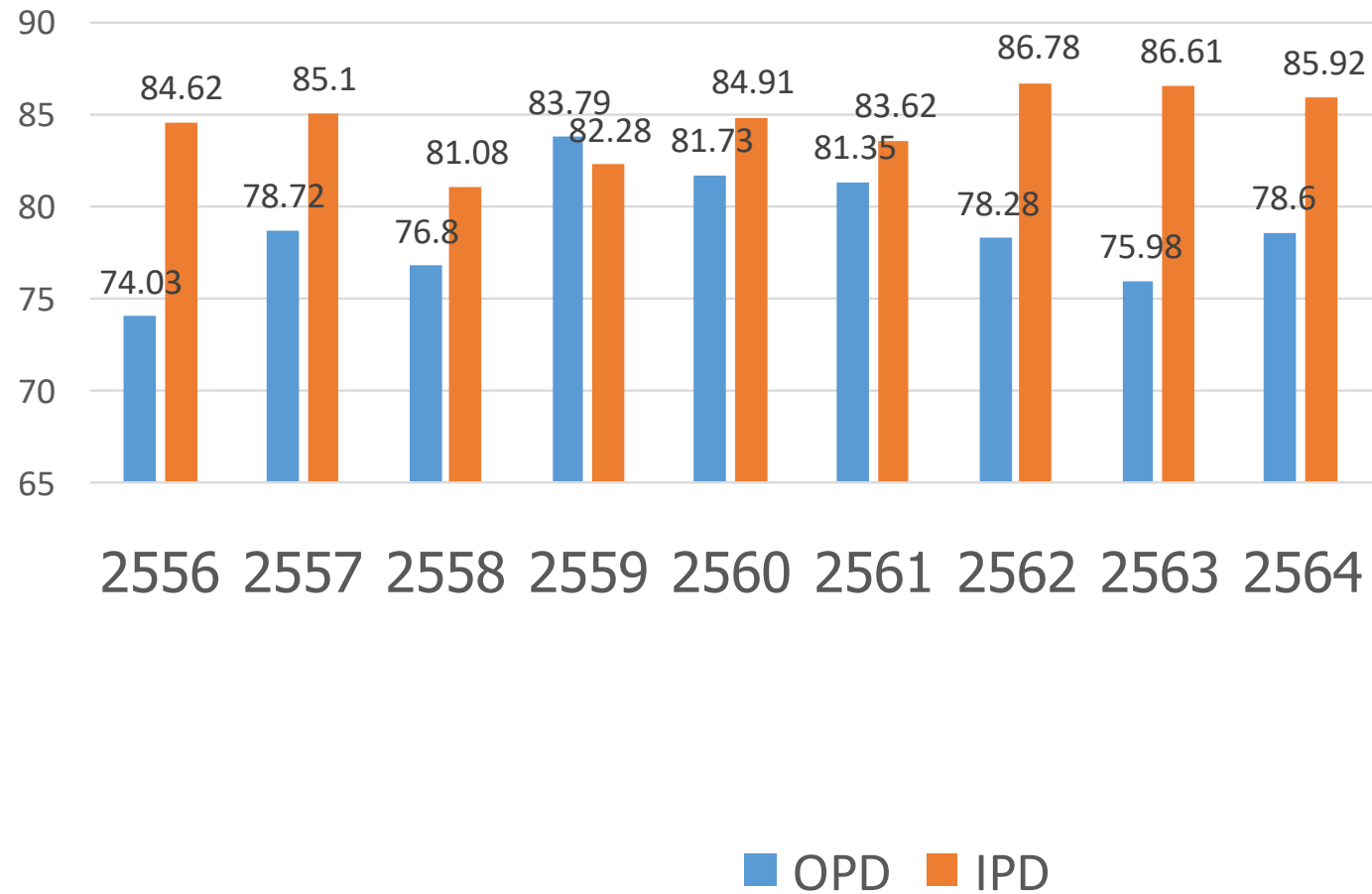
ลำดับ	โรคปี 58	โรคปี 59	โรคปี 60	โรคปี 61	โรคปี 62	โรคปี 63	โรคปี 64
1	Spondylosis 277 ครั้ง	myalgia 390 ครั้ง	myalgia 379 ครั้ง	Spondylosis 289 ครั้ง	Spondylosis 384 ครั้ง	Spondylosis 367 ครั้ง	Spondylosis 402 ครั้ง
2	myalgia 189 ครั้ง	Viral infection 241 ครั้ง	Spondylosis 275 ครั้ง	myalgia 188 ครั้ง	myalgia 258 ครั้ง	Adhesive capsulitis 94 ครั้ง	Myalgia 181ครั้ง
3	ความดัน 111 ครั้ง	Spondylosis 222 ครั้ง	Dyspepsia 252 ครั้ง	Muscle stain 122 ครั้ง	Muscle stain 137 ครั้ง	myalgia 73ครั้ง	Shoulder lesions 118 ครั้ง
4	Dyspepsia 97ครั้ง	กล้ามเนื้อผิดปกติ 128 ครั้ง	Viral infection 147 ครั้ง	Other joint disorders 89 ครั้ง	เบาหวาน 118 ครั้ง	Viral infection 61 ครั้ง	Muscle stain 109 ครั้ง
5	Viral infection 91 ครั้ง	pharyngitis 112 ครั้ง	Bronchitis 138 ครั้ง	Acute bronchitis 37ครั้ง	Shoulder lesion 97 ครั้ง	Spinal stenosis 60 ครั้ง	Other joint disorders 81 ครั้ง



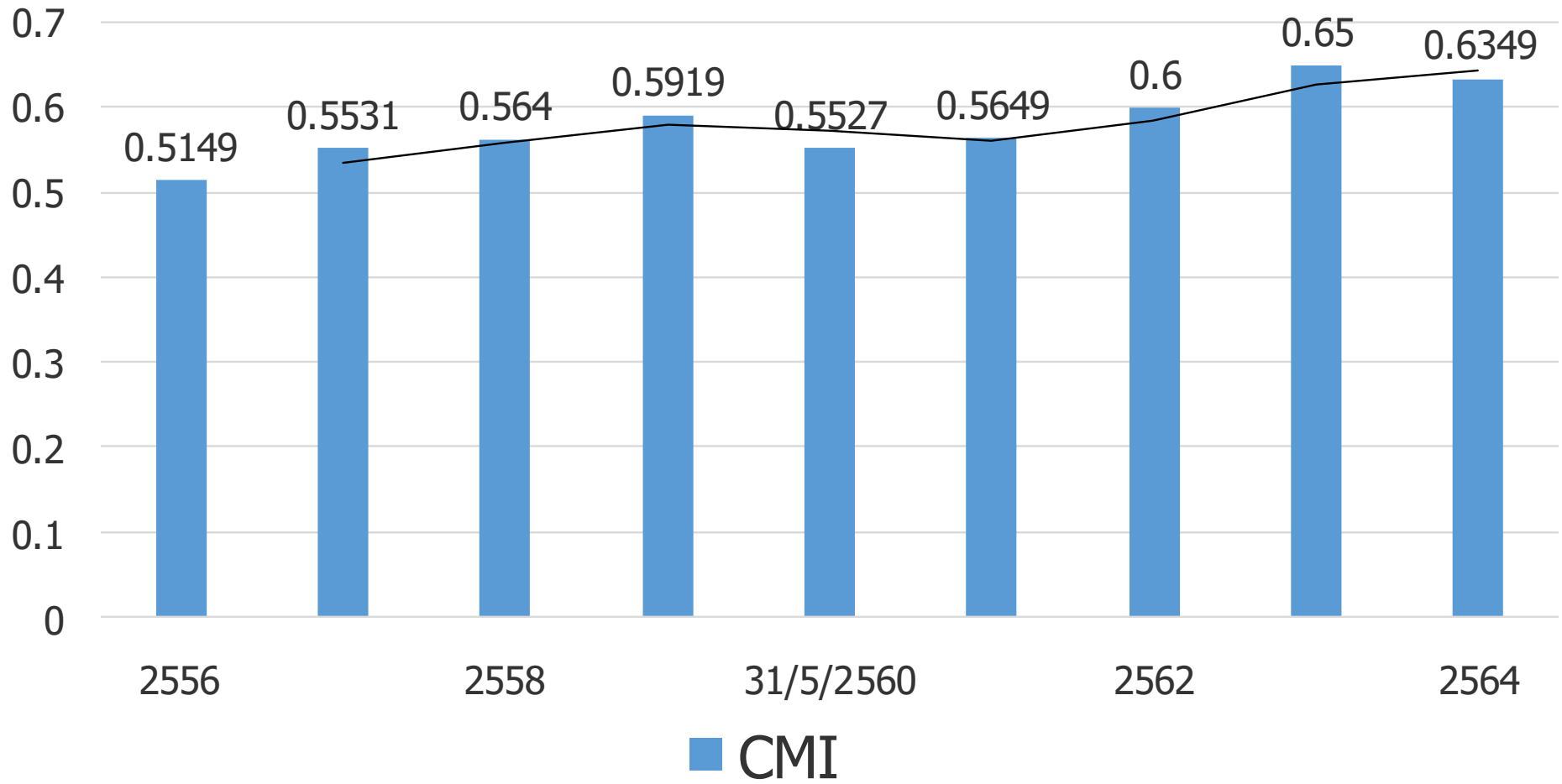
# โรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง 5 อันดับแรก

ลำดับ	โรคปี 64	ค่าใช้จ่ายต่อครั้ง(บาท)
1	ปอดบวมที่เกิดจากเชื้อ ซูโดโมแนส	45,641
2	แผลกดทับระยะที่ 4	42,094
3	ปอดบวมทั้งกลีบ	41,081
4	ปอดบวมทั้งกลีบ	41,044
5	ปอดบวมทั้งกลีบ	32,705

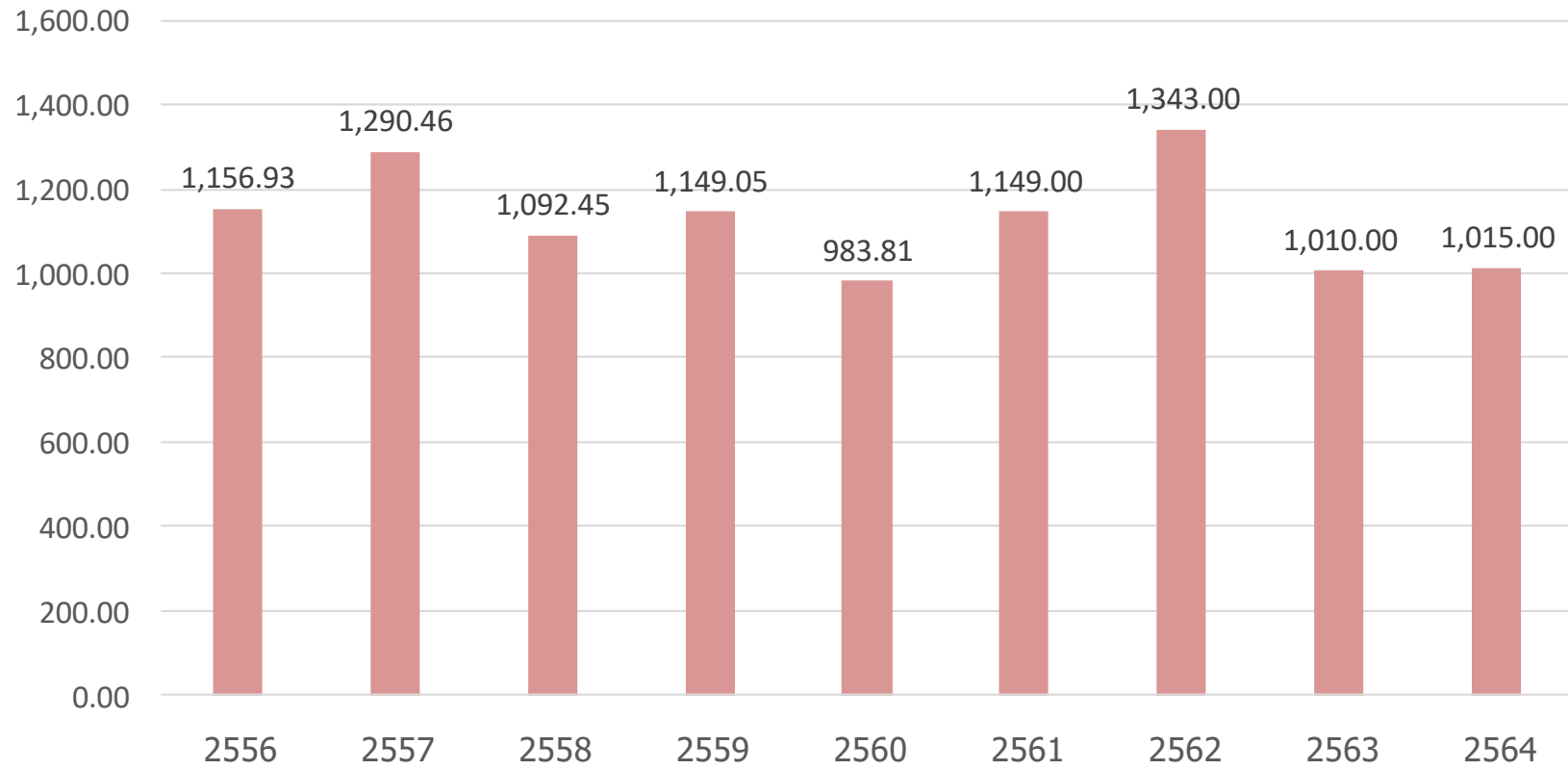
## สรุปความสมบูรณ์เวชระเบียน (Audit)



# CMI



# Adjrw



■ Adjrw

## อัตราครองเตียง



■ อัตราครองเตียง

แผนยุทธศาสตร์ที่ 1 (PCT)  
พัฒนาระบบบริการ

จำนวนตัวชี้วัดทั้งหมด...58...ตัว

ผ่าน 43 ตัว (74.14) ไม่ผ่านตัว 15 ตัว

# ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่าน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	หน่วยงานรับผิดชอบ
<b>80 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยในมิติการเข้าถึง</b>						
ผู้ป่วย COPD ได้รับการตรวจ pulmonary function tests	>70	50	49.79	51.22	29.25	กายภาพ
<b>81 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยในมิติการดูแลต่อเนื่อง</b>						
อัตราการขาดยาตั้งแต่ 2 เดือนขึ้นไป	<1	1.47	0.50	0.67	1.54	OPD
อัตราการขาดยาตั้งแต่ 2 เดือนขึ้นไปในผู้ป่วย DM	<1	0.95	0.31	0.34	1.04	OPD
อัตราการขาดยาตั้งแต่ 2 เดือนขึ้นไปในผู้ป่วย HT	<1	0.01	0.03	0.32	1.34	OPD
<b>82 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยในมิติความเหมาะสมในการดูแล(ต่อ)</b>						
ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานได้รับการคัดกรองความเสี่ยง 1 ครั้ง/ปี		96.50	79.31	76.05	76.34	OPD
ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการคัดกรองความเสี่ยง 1 ครั้ง/ปี		90.10	91.25	89.97	78.38	OPD
<b>83 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยในมิติประสิทธิผลในการดูแล</b>						
ร้อยละผู้ป่วย DM ที่ FBS<124	>80%	65.4	73.76	64	57.31	OPD
<b>84 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยในมิติประสิทธิภาพในการดูแล(ต่อ)</b>						
อัตราผู้ป่วย sepsis ได้รับยา ABO ภายใน 1 hr.	100	98.81	98.61	47.89	53.68	ER
Door to refer ในโรค MI < 30 min	50%	10.53	0.00%	0.00%	0%(89.7m)	ER
อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย HT (Stroke/ CKD)		0.48/40.51	0.36/30.77	0.17/30.28	0.78/13.45	OPD

# ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่าน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	หน่วยงานรับผิดชอบ
<b>85 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยในมิติความปลอดภัยในการดูแล</b>						
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ(ต่อแสนประชากร)	≤6.3ต่อแสนปชก.	5.6 (1ราย)	11.34 (2ราย)	0.6 (1ราย)	22.50 4	OPD
<b>87 ผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ [IV-1(2)]</b>						
ร้อยละของผู้ป่วยคิดเตียงที่เปลี่ยนเป็นคิดบ้าน	>5%	6.7 1/20	4.55 2/18	5.9 1/22	0.07 1/17	บปอ
ร้อยละของผู้ป่วย stroke ที่สามารถดูแลตนเองได้	>80%	74.5 (73/98)	85.7 (72/84)	74.5 (73/98)	78.90 86/109	กายภาพ
<b>89 ผลลัพธ์ของ PSG:I (การป้องกันการติดเชื้อ, ระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ)</b>						
อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล/ 1000วันนอนรพ.	0	0	0.17	0.54	0.48	IC
<b>91 ผลลัพธ์ของ PSG:P (กระบวนการวินิจฉัยและการดูแล)</b>						
อัตราการ Delay/miss diagnosis	0	4.16	2,99	7.04	16.07	ER



# จุดเน้น ปี2565

- การออกแบบระบบการดูแลผู้ป่วยแบบ **New Normal** ให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ มี **HL**
- โรงเรียนเบาหวานวิทยาลัย
- พัฒนาระบบ **IC**

## แผนยุทธศาสตร์ที่ 2 (PCT)

แผนพัฒนาระบบเฝ้าระวังและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน โรคและภัยพิบัติ

ประเด็นคุณภาพ : รวดเร็ว ถูกต้อง ทันเวลา

# ตัวชี้วัดผ่าน

ตัวชี้วัดที่ผ่าน	ผ่านธรรมดา	ภาคภูมิใจ/นวัตกรรม
1. อัตราการรายงานความทันเวลาของการเกิดสถานการณ์	/	
2. มีการซ้อมแผนประจำปีของโรงพยาบาลบ้านธิปีละครั้ง	/	ซ้อมรับCOVID19
3. อุบัติการณ์การรายงานความไม่พร้อมของทีมงานในการรับสถานการณ์	/	
4. จำนวนครั้งของการรายงานความไม่พร้อมใช้ของอุปกรณ์ป้องกัน	/	
5. จำนวนครั้งของการรายงานการเกิดภาวะระบาดที่ไม่สามารถควบคุมได้	/	
6. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบ้านธิเข้าร่วมการอบรมฟื้นฟูการเตรียมความพร้อมรับโรคและภัยพิบัติต่างๆ	/	

## สรุปผลงานเด่น

- ผลงานเด่น การจัดการเหตุการณ์ การรับรายงาน การควบคุมสถานการณ์ COVID 19 โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

## จุดเน้นปี 64 ของแผนและการบ้าน สรพ.

- ทบทวนแนวทางการเฝ้าระวังและควบคุมการระบาด ที่มีติดตามประเมินประสิทธิภาพของระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน สอบสวน และควบคุมโรคได้อย่างต่อเนื่อง
- เน้นการสื่อสารข้อมูลให้กับหน่วยงาน/วิชาชีพต่างๆในโรงพยาบาลให้มากขึ้น ครอบคลุมภัยสุขภาพทั้งโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ โรคที่เกิดจากภัยต่างๆ ตามบริบทให้มากขึ้น

# แผน.3.....PTC.....

## ระบบยา

จำนวนตัวชี้วัดทั้งหมด....33...ตัว

ผ่าน.....26.....ตัว (79%) ไม่ผ่านตัว.....7.....ตัว (21%)



# ตัวชี้วัดที่ผ่านตามเป้าหมาย

ตัวชี้วัดที่ผ่าน	ผ่าน	ผลการดำเนินงาน
<b>ด้านการวางแผนและบริหารจัดการโดยกรรมการ PTC ผ่านทุกตัว</b>		
-การประชุม	/	มีการประชุมตามเกณฑ์
- สัดส่วนรายการ ED/NED	/	ผลงาน 97/3 (ตามเกณฑ์ 80/20)
- การดำเนินงานตามเกณฑ์จริยธรรมการจัดซื้อและส่งเสริมการขาย	/	ผ่านตามเกณฑ์ในระดับ 3
<b>การจัดเก็บ และการสำรองยา</b>		
- อัตราการสำรองยา	/	อัตราการสำรองยาเฉลี่ย 1.45 เดือน
- จำนวนครั้งยา Life saving drug ขาดคลัง	/	

# ความปลอดภัยด้านยา

<b>การเกิด Medication error</b>		60	61	62	63	64	
<b>OPD</b>							
อัตรา Prescribing error ต่อ 1000 ใบสั่งยา	<0.4	0.38	0.19	0.29	0.24	0.29	
อัตรา Dispensing error ต่อ 1000 ใบสั่งยา	0	0.02	0.03	0.07	0.03	0.10	
อัตรา Admin error ต่อ 1000 ใบสั่งยา	0	0	0.02	0.00	0.00	0.00	
<b>IPD</b>							
อัตรา Prescribing error ต่อ 1000 วันนอน	<0.5	0.6	0.33	0.49	0.40	0.38	
อัตรา Dispensing error ต่อ 1000 วันนอน	0	0.4	0.66	0.66	0.55	0.59	
อัตรา Admin error ต่อ 1000 วันนอน	0	0.4	0.99	0.61	0.50	0.60	
<b>จำนวนครั้งของการแพ้ยาซ้ำ</b>	0	1	0	1.00	0.00	0.00	
<b>ME จากยา HAD ระดับ E ขึ้นไป</b>							
- การเก็บข้อมูล ADR	0	0	0	0	0	0	

# ตัวชี้วัดที่ผ่าน

ตัวชี้วัดที่ผ่าน	ผ่าน	ผลการดำเนินงาน
<b>ด้านความปลอดภัยด้านยา</b>		
-การเก็บข้อมูลจาก ME จากกระบวนการ Medication reconciliation	/	
- การติดตาม Drug interaction และการสั่งใช้ยาที่เกิด fatal drug interaction	/	มีการตั้งรายงานและสรุปคู่ยาที่เกิด drug interaction
- รายงาน RDU ทุกเดือน	/	RDU ผ่านตามเกณฑ์การใช้ยาสมเหตุผลในโรงพยาบาล ระดับ 3
-การดำเนินงาน RDU ตามหลักการ PLEASE	/	



## สรุปผลงานเด่น/นวัตกรรม

- บัญชีรายการยาที่มีการทบทวน และพิจารณานำเข้าเพื่อให้เพียงพอ และพร้อมใช้สำหรับผู้รับบริการ สามารถรองรับผู้ป่วยที่รับการส่งต่อจากจังหวัดตามนโยบาย service plan กลุ่มผู้ป่วย palliative care และกลุ่มที่ต้องดูแลต่อเนื่องในระดับโรงพยาบาลชุมชน เช่น pioglitazone, doxazocin, hydralazine, gabapentin, clindamycin inj, nocardipine inj, ceftaxidime inj, fentanyl patch, น้ำมันกัญชา , คุชโลยาสน์, แก้มแก้ม
- คณะกรรมการ PTC ได้วางนโยบาย การบริหารจัดการระบบยาในภาวะวิกฤตสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 โดยการคัดเลือก จัดหา การสำรอง กระจายยา ให้เพียงพอ พร้อมใช้ทั้งรายการยาทั่วไป ยาโรคเรื้อรัง ยาที่มีความเสี่ยงสูง โดยมีเภสัชกรเป็นหนึ่งในคณะกรรมการ EOC ระดับอำเภอ
- คณะกรรมการ PTC ได้วางนโยบาย แนวปฏิบัติในการบริหาร จัดการวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 อย่างมีประสิทธิภาพ ในด้านการจัดสรร การสำรอง การจัดเก็บตามระบบ cold-chain การกระจาย และการฉีดวัคซีนให้เป็นไปตามมาตรฐานและความปลอดภัย

- การปรับปรุงรายการยาและลดการสำรองในหน่วยงานต่าง ๆ ให้มีความเหมาะสมเพิ่มขึ้นเช่น ยกเลิกการสำรองยา kcl inj ที่ห้องฉุกเฉิน จ่ายยาให้ตึกผู้ป่วยในเฉพาะรายสำหรับผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นให้เพียงพอ เช่น hyoscin inj, para inj
- การบริหารจัดการอุปกรณ์ป้องกัน PPE, disp mask, ชุดตรวจ ATK ในช่วงสถานการณ์ การแพร่ระบาดของโรค COVID 19 ให้แก่ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการผู้ป่วยได้เพียงพอและต่อเนื่อง
- พัฒนารูปแบบการกระจายยาผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อลดความแออัดในสถานการณ์ การแพร่ระบาดของโรค COVID 19 ร่วมกับคณะกรรมการPCT และคณะกรรมการประสานงานระดับอำเภอ (คปสอ.)
- การติดตามความคลาดเคลื่อนทางยาในคณะกรรมการ PTC
- การนำข้อมูลผลการติดเชื้อมาใช้ในการพิจารณาเพิ่มรายการยาให้มีความเหมาะสมในการรักษาตามบริบท ได้แก่ ceftazidime injection
- พัฒนาระบบการดักจับและติดตามข้อมูล drug interaction

# ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่าน

ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่าน	GAP	จะทำอะไรต่อ
Medication error : OPD		
- Dispensing error	LASA, ขาดการตรวจสอบซ้ำ, ความเร่งรีบ	จัดการคู่มือ LASA Double check
		มาตรฐานการจ่ายยา
Medication error : IPD		
- Dispensing error	LASA, ขาดการตรวจสอบซ้ำ, ความเร่งรีบ	จัดทำสัญลักษณ์ยา LASA , HAD
		Double check
- Administration error	ขาดการตรวจสอบซ้ำ, ความเร่งรีบ	ตรวจสอบซ้ำก่อนการเตรียมยา และการบริหารยา, double check
ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่าน	GAP	จะทำอะไรต่อ

## Medication Reconciliation

การทบทวนบทบาทและ  
รวบรวมการดำเนินงาน MR ผู้ปฏิบัติ

- ขาดการสื่อสารเชื่อมโยงสู่  
ผู้ปฏิบัติ

- เพิ่มการประชุมระหว่าง  
หน่วยงานและอบรมMR

### การจัดการและสำรองยา

อัตราการสำรองยาคงคลัง

-การสำรองยาช่วงสถานการณ์โควิดและ  
การได้รับบริจาคเวชภัณฑ์

- ตรวจสอบและปรับปรุง  
ปริมาณการสั่งซื้อให้  
เหมาะสมตามสถานการณ์
- จัดหาสำรองและทดแทน  
กรณีขาดจากบริษัท
- แจ้งคณะกรรมการ PTC

## จุดเน้น ปี2565 ของแผน

- การวิเคราะห์และใช้ประโยชน์จากข้อมูล Medication error ในการปรับปรุงระบบยา เน้นในกระบวนการที่พบความคลาดเคลื่อนสำคัญ (dispensing และ administration) เพิ่มเชิงรุกในการค้นหา prescribing error จาก trigger ที่กำหนด
- ติดตามการดำเนินงานใน 2P safety ที่รับผิดชอบ ( HADs และการแพ้ยาซ้ำ)
- การควบคุมการบริหารเวชภัณฑ์ยา : อัตราคงคลังไม่เกิน 2 เดือน และไม่มีผู้ป่วยไม่ได้รับยาต่อเนื่องจากปัญหาขาดคลัง
- RDU ผ่านการตามเกณฑ์การประเมินในชั้นที่ 3 และเพิ่มการดำเนินงานในชุมชน การสร้างเสริมสุขภาพ

# การบ้าน สรพ.

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนา	เป้าหมาย
1. การทบทวนรายการยาสำรองที่หอผู้ป่วย และ ER	<ul style="list-style-type: none"><li>- การทบทวนและปรับลดรายการยาสำรองในหน่วยงาน ER และ IPD</li><li>- ปรับระบบการจ่ายยาผู้ป่วยใน prn ให้มีเพียงพอกับการบริหารยาแบบ daily dose</li></ul>	ลดรายการยาสำรองที่หน่วย ER และ IPD ให้มีเฉพาะรายการและจำนวนยาที่จำเป็น
2. การติดตามการจ่ายยาสมุนไพรโดยแพทย์แผนไทย และการจัดการในผู้ป่วยที่เกิด drug interaction	<ul style="list-style-type: none"><li>- การทบทวนรายการยาที่สามารถสั่งจ่ายโดยแพทย์แผนไทย</li><li>- ติดตามและทบทวนการใช้โดยผู้ชำนาญกว่า</li><li>- ปรับปรุงคู่มือ Drug-Herb</li></ul>	มีการวางระบบการสั่งจ่ายยาโดยแพทย์แผนไทยที่เหมาะสม
3. การนำข้อมูล ME ร่วมกับ NSO มาวางแนวทางการจัดการ ฝัาระวังความคลาดเคลื่อนทางยา	<ul style="list-style-type: none"><li>- พัฒนาการค้นหาและวางแนวทางรวบรวม ME ในเชิงรุก</li><li>- ประสาน NSO ในการจัดการ administration error</li></ul>	Medication error ได้ตามเป้าหมาย โดยเฉพาะ dispensing error และ administration error

## แผน4 พัฒนาระบบสร้างเสริมสุขภาพและอาชีวอนามัย

จำนวนตัวชี้วัดทั้งหมด 24 ตัว

ผ่าน20 ตัว ไม่ผ่านตัว 4 ตัว

## ตัวชี้วัดที่ผ่าน

ตัวชี้วัดที่ผ่าน	ผ่านธรรมดา	ภาคภูมิใจ/นวัตกรรม
ผ่านเกณฑ์มาตรฐานสุขศึกษา		/ ผ่านระดับคุณภาพ
ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน green+clean		/ ระดับดีมาก plus
ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน MCH PNC	/	
ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน PCC	/	
ร้อยละการคัดกรองความเสี่ยงโรคเรื้อรัง	/ (95.33%)	
กลุ่มเสี่ยงรับทราบและได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	/(76.58%)	
ระดับความสุขของเจ้าหน้าที่	/ (60%)	



ตัวชี้วัดที่ผ่าน	ผ่านธรรมดา	ภาคภูมิใจ/นวัตกรรม
ระดับความเครียดของเจ้าหน้าที่	ไม่ผ่าน	
อัตราการได้รับการตรวจสุขภาพ จนท	ไม่ผ่าน 99.12%	
อัตรากลุ่มเสี่ยง จนท ได้รับการอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	(18/26) 69.23	
โรงเรียนผ่านเกณฑ์ระดับเพชร	ไม่ผ่าน	
อัตราการฝากครรภ์ครั้งแรก < 12 สัปดาห์	79.66%	
อัตราการเข้าถึง VCT	12%	
อัตรากลุ่มเสี่ยงได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่	8.65%	
อัตราการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่	1.4%	

ตัวชี้วัดที่ผ่าน	ผ่านธรรมดา	ภาคภูมิใจ/นวัตกรรม
อัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่	/ 5.88%	
อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน	/ 58.19%	
อัตราผู้ป่วยติดเตียงได้รับการดูแล	/ 100%	
อัตราผู้พิการในชุมชนได้รับการดูแลสุขภาพ	/ 100%	
ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาและหยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน	/ 89%	
ร้อยละร้านค้า ร้านอาหารผ่านเกณฑ์	/	

ตัวชี้วัดที่ผ่าน	ผ่านธรรมดา	ภาคภูมิใจ/นวัตกรรม
อัตราป่วยด้วยไข้เลือดออกลดลงจากค่า มัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง	83.33%	
อัตรากลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกและเต้านม	82%	

## สรุปผลงานเด่น/นวัตกรรม

- ชุมชน ลดเค็ม ระดับภาค
- หมู่บ้าน อยู่เย็นเป็นสุข ระดับ ประเทศ

# ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่าน

ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่าน	GAP	จะทำอะไรต่อ
ระดับความเครียดของเจ้าหน้าที่		กิจกรรมส่งเสริม ความสุขให้แก่เจ้าหน้าที่
อัตราการได้รับการตรวจสอบสุขภาพ จนท	ขาด 2 คน คือ แพทย์	
โรงเรียนผ่านเกณฑ์ระดับเพชร		สร้างแรงจูงใจ ให้กับโรงเรียน
อัตรากลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูก และเต้านม		เชิงรุก โหมบายลงไปในพื้นที่

## จุดเน้นปี 2565 ของแผน

- เน้น การเข้าค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงแบบเต็มรูปแบบ
- เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ สำหรับเจ้าหน้าที่

## แผน 6

# บริหารและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์

จำนวนตัวชี้วัดทั้งหมด 14 ตัว

ผ่าน 9 ตัว (64.20 %)

ไม่ผ่านตัว 5 ตัว

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2560	2561	2562	2563	2564
ร้อยละหน่วยงานจัดบุคลากรตาม FTE (sum FTE 17 อาชีพ)	100%ขั้นต่ำ	NA	NA	NA	71.83%	47.05 %
ร้อยละการสูญเสียบุคลากร (การย้าย, ลาออก, เกษียณ, เลียชีวิต) 64=ย้าย2ลาออก4ลาศึกษา2เกษียณ1	< 10 %	7.26%	6.84%	14.91%	9.65%	=7.83%
		-9	-8	-17	-11/114	-9 / 115
ร้อยละการสูญเสียบุคลากรด้านสุขภาพ 5กลุ่ม	Loss Rate <3	NA	5.05%	15.58%	13.70%	6.85%
			(5/84คน ) กลุ่ม 1=4 กลุ่ม 4=1	(12/77คน )กลุ่ม 1=7 กลุ่ม3 =1กลุ่ม 4=2	(10/73คน)กลุ่ม1=7 กลุ่ม4=3	(5/73คน)กลุ่ม1=3 กลุ่ม2 =1 กลุ่ม3 =1
Retention rate	88 %	NA	94.95%	87.01%	84.93%	93.15
			79/84คน	65/77 คน	62/73คน	68/73คน
ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด	>80%	89.02	85.71	81.12	69.86	78.08%
ร้อยละผ่านการประเมิน core competency / ค่านิยม 4 ตัว	>80%	100	100	100	100	100
ร้อยละผ่านการประเมินความรู้ทักษะ functional competency	>80%	NA	NA	NA	***	ฝากครรภ์ /ประเมิน คลอด / แผลฝีเย็บ
จำนวนข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการ	0 เรื่อง / คน	0	0	0	3 เรื่อง / 2 คน	1/1คน
ร้อยละของบุคลากรที่ป่วยจากการทำงาน	0	0	0	0	0	0.00%
จำนวนบุคลากรบาดเจ็บจากการทำงาน	0	1พื้น	2พื้น/ข้าง	RN ER 1 ของมีคม	2(RN ipd 1 /แผน ไทย1)	0
จำนวนบุคลากร BMI risk / High Risk	ลดลง	23 / 5	44 / 6	38 /9 (51.46%)	38/9 (45.63%)	31/ 5( 31.30%)
ร้อยละผลประมวล องค์กรสุขภาวะ (HPI)	>60%	76.6	86.4	81.33	77.78	77.78
ร้อยละHappy work life index (HWLI)	>60%	64.55	65.17	62.22	65.18	NA
ร้อยละความสุขโดยรวม Happy 9	>60%	66.34	76.56	64.95	86.4	NA



# ตัวชี้วัดที่ผ่าน

ตัวชี้วัดที่ผ่าน	ผ่านธรรมดา	ภาคภูมิใจ/นวัตกรรม
ร้อยละการสูญเสียบุคลากรด้านสุขภาพ 5กลุ่ม 15.58% 13.70% 6.85%	/	ในรอบ3 ปี ลดการลาออกวิชาชีัพพยาบาล
Retention rate 93.15%	/	สร้างคุณค่าในตนเอง
ร้อยละของบุคลากรที่ป่วยจากการทำงาน	/	
จำนวนบุคลากรบาดเจ็บจากการทำงาน	/	
จำนวนบุคลากร BMI risk / High Risk 51.46% 45.63% 31.30%	/	สร้างบุคคลต้นแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมBMI man

# ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่าน

ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่าน	GAP	จะทำอะไรต่อ
ร้อยละหน่วยงานจัดบุคลากรตาม FTE ขั้นต่ำ (sum FTE 17 อาชีพ)	47.05 % ( 80 % ) ที่ขาด แพทย์ /พยาบาล / นวก สธ / กายภาพ /แผนไทย /นักรังสี /เวชกิจ ฉฉ /เวชสถิติ	ทำแผนต้องการบุคลากร 5 ปี วิเคราะห์ตามภาระงาน
ร้อยละการสูญเสียบุคลากรด้านสุขภาพ 5กลุ่ม	6.85 ( Loss Rate <3 )	จัดทำแผนองค์กรสร้างสุข และจัด อัตรากำลังเพียงพอต่อการบริการ
ร้อยละผ่านการประเมินความรู้ทักษะ functional competency	ปี 64 ฝากครรภ์ /ประเมินตลอด / ผลผี เย็บ	กำหนดfunctional competency ของ 17 อาชีพ
จำนวนข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการ	1 เรื่อง / 1 คน ( 0 )	นิเทศติดตามประเมินผลงาน
จำนวนบุคลากร BMI risk / High Risk	31.30 %	รณรงค์สร้างบุคคลต้นแบบในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลด BMI

## จุดเน้นปี 65 ของแผน HRD

- จัดหาบุคลากรตาม FTE ขั้นต่ำ 80% (sum FTE 17 อาชีพ) ต้องการบรรจุ พว 4 นวก 2 เวชระเบียน 1 เวชกิจ 1 นักรังสี 1
- ออกแบบ การประเมินความรู้ทักษะ functional competency ของ 17 อาชีพ เพิ่มจากการกำหนดแบบประเมินความรู้ตาม 10 โรคสำคัญของ รพ.
- พัฒนา ใช้งบ 787,240.00 บาท พยาบาลเฉพาะทางทดแทนพยาบาลที่ใกล้เกษียณได้แก่ จิตเวช OPD/ palliative IPD / เวชปฏิบัติทั่วไป ER / วิสัญญีพยาบาล
- จัดกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับสุขภาพบุคลากรแต่ละกลุ่ม ตามแนว 3 อ 2 ส ของ กลุ่มเสี่ยง / กลุ่มป่วย ที่งาน HPH กำหนดในการแก้ปัญหาปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รายบุคคล ลดโรค NCD

# การบ้าน สรพ.

1. ควรทบทวนแผนพัฒนาบุคลากรให้เกิดความชัดเจน

2. กำหนดความรู้ที่จำเป็นสอดคล้องไปกับความสำคัญของโรงพยาบาล และความเสี่ยงในการดูแลผู้ป่วย  
วางแผนทางดักจับความรู้ มาสร้าง knowledge asset

3. ควรส่งเสริมให้ทีม HR นำผลลัพธ์การตรวจสอบสุขภาพของบุคลากรเฉพาะกลุ่ม ( ป่วย / เสี่ยง ) มา  
วิเคราะห์และออกแบบการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับแต่ละกลุ่ม วางแนวทาง

## แผน7 บริหารการเงินการคลังและพัสดุ (RP)

จำนวนตัวชี้วัดทั้งหมด...11...ตัว

ผ่าน.....9.....ตัว ไม่ผ่านตัว.....2.....ตัว

## ตัวชี้วัดที่ผ่าน

ตัวชี้วัดที่ผ่าน	ผ่านธรรมดา	ภาคภูมิใจ/นวัตกรรม
ระดับวิกฤติทางการเงิน(ไตรมาส)	/	
Quick Ratio	/	
Current Ratio	/	
Cash Ratio	/	
ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง 7 Plus Efficiency Score	/	

ตัวชี้วัดที่ผ่าน	ผ่านธรรมดา	ภาคภูมิใจ/นวัตกรรม
รายได้สูงกว่า/ต่ำกว่าค่าใช้จ่ายสุทธิNI+Depreciation	/	
วัสดุคงคลังอยู่ในระยะเวลาที่กำหนด	/	
จัดหาครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้าง ตามแผนที่ได้รับอนุมัติจากจังหวัดและเขต	/	
หนี้ค้างชำระลดลงเมื่อเทียบกับปี 2563	/	

## สรุปผลงานเด่น/นวัตกรรม

- รายได้เพิ่มขึ้นถึงแม้ยังไม่ถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ แต่ก็ทำให้ความสามารถบริหารจัดการการเงินการคลังได้ดี  
ไม่มีข้อร้องเรียน
- การจัดหาวัสดุเพียงพอเหมาะสม
- การบริหารหนี้ค้างชำระได้ระดับหนึ่ง



## ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่าน

ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่าน	GAP	จะทำอะไรต่อ
<p>-ค่าใช้จ่ายหมวดเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา /วัสดุ การแพทย์ /วัสดุวิทยาศาสตร์ /วัสดุทั่วไป เพิ่มขึ้นจากแผน</p>	<p>-การจัดซื้อเพิ่มจากแผนเนื่องจากเกิดการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019</p>	<p>-พิจารณาแผนการจัดซื้อจัดจ้างโดยคกก. -กำหนดแผนปีต่อไปให้สมดุล</p>
<p>-การเบิกจ่ายวัสดุนอกแผนเพิ่มมากขึ้น</p>	<p>-จากสถานการณ์โรคระบาดโควิดมีการจัดซื้อวัสดุนอกแผน เพื่อสนับสนุนให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น -ได้รับบริจาคจากที่มีวัสดุประสงค์ในการจัดซื้อวัสดุนอกแผน</p>	<p>-จัดเรียงลำดับความสำคัญในการจัดหาจัดซื้อ -จัดซื้อในจำนวนที่เหมาะสมและตามความจำเป็นของแต่ละรอบ -เพิ่มวัสดุอุปกรณ์ที่ต้องการรับบริจาคในแผนการจัดซื้อ</p>

# จุดเน้นปี2565 ของแผน

## การบริหารเพิ่มประสิทธิภาพ

### 1. ระบบการบริหารแผนการเงิน

- ทบทวนปรับปรุงแผนรายได้ และลดค่าใช้จ่ายเพื่อให้มี รายได้ > ค่าใช้จ่าย
- การวางระบบกำกับ ติดตามในเกณฑ์ = ไม่เกิน 5%

### 2. ระบบบัญชีและการเงิน

- จุดเน้น หนี้สิน เงินสดและแหล่งที่มาของเงิน ต้องถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน

### 3. ระบบจัดเก็บรายได้และการบริการ

- จุดเน้น ศูนย์จัดเก็บรายได้ : เรียกเก็บรายได้เพิ่มเติม
- เพิ่มแหล่งรายได้ : บริหารจัดการการให้บริการพิเศษ

### 4. ระบบควบคุมรายจ่าย

- ควบคุมต้นทุนอยู่ในค่ากลาง
- จัดทำ Flow ระบบงานพัสดุ กำหนดระยะเวลาในแต่ละขั้นตอน

### 5. ระบบบริหารพัสดุ

- จัดทำแผนบริหารเจ้าหนี้
- มีระบบควบคุมคลังย่อยทุกคลัง
- อัตราคงคลังไม่เกิน 1.5 เดือน

# แผน8 การบริหารความเสี่ยง RM 2564

## สรุปภาพรวม

จำนวนตัวชี้วัดทั้งหมด...10.....ตัว

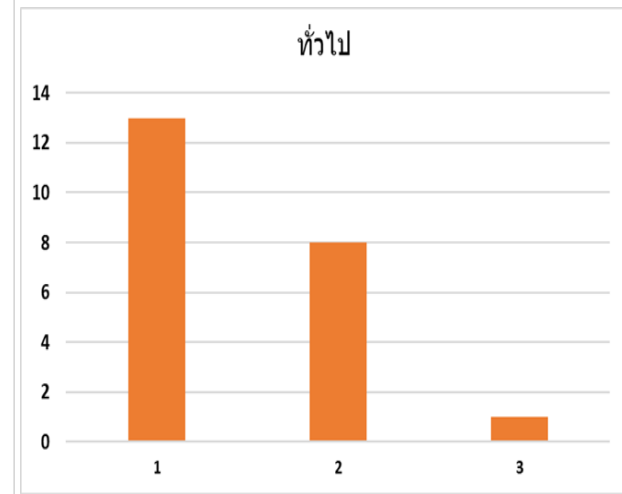
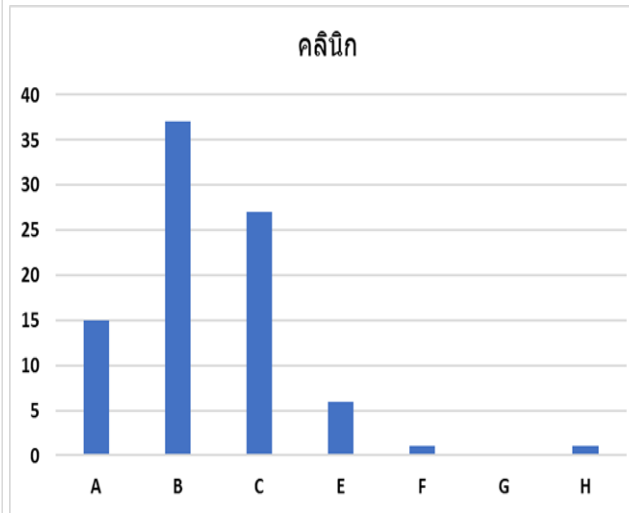
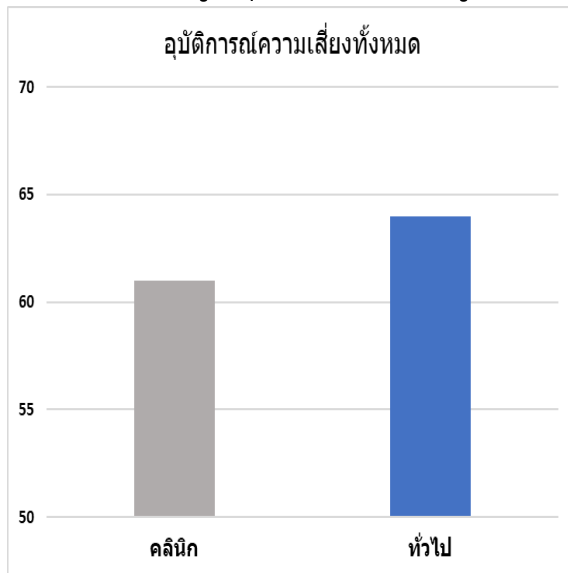
ผ่าน...8.....ตัว ไม่ผ่าน.....2..ตัว

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2560	2561	2562	2563	2564
จำนวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ได้รับรายงาน	เพิ่มขึ้น	307	209	148	165	194
ร้อยละการรายงานอุบัติการณ์ทางคลินิก A,B และทั่วไปใน ระดับ 1,2	เพิ่มขึ้น	72.38	76.42	81.60	82.01	85.57
จำนวนครั้งอุบัติการณ์ในระดับ E ขึ้นไป และความเสี่ยงทั่วไป ในระดับ 4	ลดลง	13	14	11	13	6
ร้อยละอุบัติการณ์ทางคลินิกในระดับ E ขึ้นไปและความเสี่ยง ทั่วไปในระดับ 4 ได้รับการทำ RCA เสร็จสิ้นภายใน 2 สัปดาห์	80%	NA	NA	NA	61.53% (8/13)	66.67% (4/6)
ร้อยละ Risk Owner ที่มีการทบทวนติดตามการดำเนินงาน ใน Risk Register ได้ตามระยะเวลาที่กำหนด	70%	NA	NA	NA	NA	64.28%
ร้อยละการเกิดอุบัติการณ์ระดับ G-I ที่ได้รับการแก้ไขอย่างเป็นระบบ	>80	NA	NA	NA	100	100
ร้อยละของการประเมินระดับความปลอดภัยในภาพรวมอยู่ ระดับดีเยี่ยมและดีมาก	>56	NA	NA	NA	56.76	58.60
ร้อยละการกำหนด RM man และ risk owner	100%	NA	NA	NA	NA	100
มีโปรแกรมการบริหารความเสี่ยงและสามารถกำหนดให้มีการรายงานตามระยะเวลาที่กำหนด	มี	NA	NA	NA	NA	มี
มีทะเบียนการจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาล	มี	NA	NA	NA	NA	มี

# ผลการพัฒนา

## การรายงานอุบัติการณ์

- พัฒนาโปรแกรมการรายงานความเสี่ยงใหม่
- จัดตั้งทีม RM MAN ประจำหน่วยงาน
- รายงาน ผ่านทางกลุ่ม LINE
- ส่งข้อมูลอุบัติการณ์เข้าสู่ความเสี่ยงกลาง NRLS ของ สรพ.

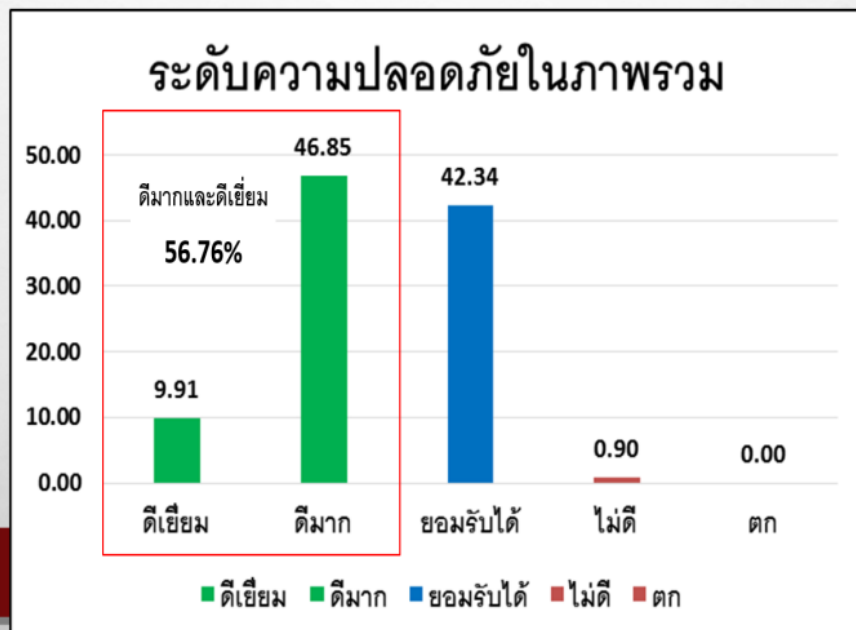


# อุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับรุนแรง E,F,H

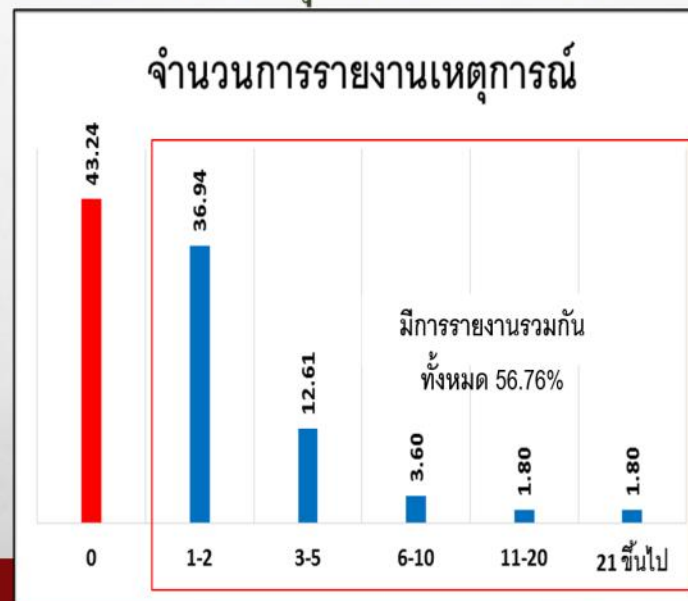
	เหตุการณ์	ระดับความรุนแรง	ด้าน	ประเด็นการพัฒนาและปรับปรุง
1	CASE SVT ให้ยา adenosine แพทย์ไม่ได้ลงมาดู case	E	clinic	- การดูแลผู้ป่วยเสี่ยงสูง เช่น หลิงตั้งครรภ์
2	คลอดบนรถ refer ขณะส่งต่อ	E	clinic	ระบบ refer - ความพร้อมของ คนและเครื่องมือ
3	แผลฝีเย็บแยก	E	clinic	การประเมินผู้ป่วย q SOFA
4	Delay treatment	E	clinic	แนวทางการรับผู้ป่วย การสื่อสารและแจ้งการเข้ารับบริการ ในช่วง สถานการณ์ COVID-19
6	ปฏิเสธการให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินทั่วไปขณะรับผู้ป่วยโควิด-19 ( ร้องเรียนทางweb site )	E	clinic	ความรู้และทักษะ - การประเมินผู้คลอด แนวทางการบริหารยา HAD - การคัดกรองและคัดแยกในเคสที่ under triage
7	หลิงตั้งครรภ์ซักที่ห้องรอคลอด	F	clinic	- ENV สภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย
8	delay treatment	H	Clinic	
9	ผู้ป่วยเกิดอุบัติเหตุได้รับบาดเจ็บในโรงพยาบาล	E	Non clinic	

# ผลการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัย

ความคิดเห็นต่อระดับความปลอดภัยโดยภาพรวม



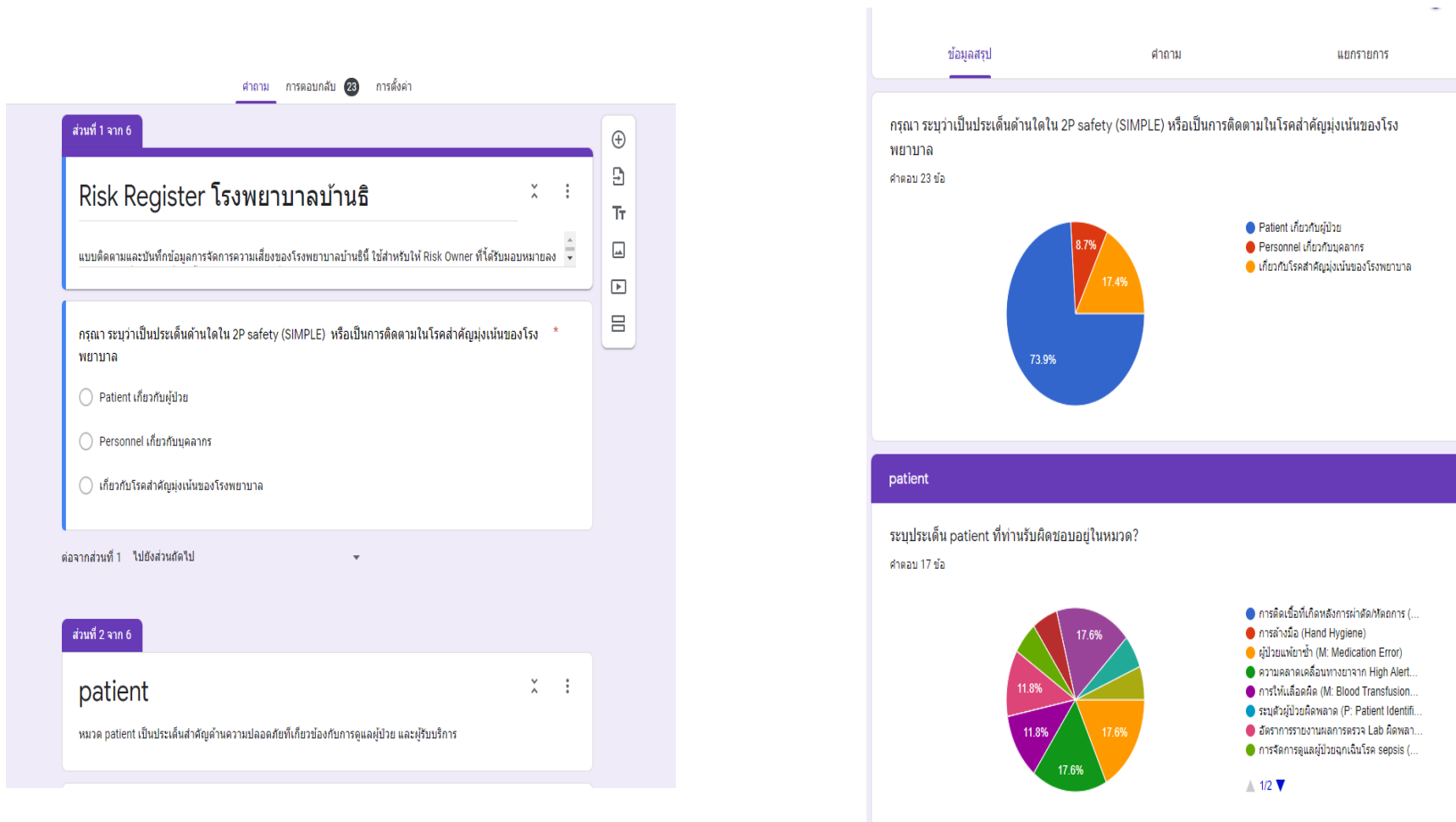
ความคิดเห็นต่อการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง



# ผลการพัฒนา

## ทะเบียนความเสี่ยง RISK REGISTER

- จัดทำ RISK REGISTER – 2P SAFETY
- กำหนด RISK OWNER ตามทะเบียนในการส่งข้อมูลและติดตามปรับปรุง





# ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่าน

ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่าน	GAP	จะทำอะไรต่อ
ระบบการรายงานและการค้นหาความเสี่ยงยังน้อย ไม่ครบ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ขาดความสม่ำเสมอและต่อเนื่องของแต่ละหน่วยงาน</li> <li>- การรายงานความเสี่ยงยังขาดการให้ความสำคัญ และยังไม่ครบทุกหน่วยงาน</li> <li>- ขาดการนิเทศ และติดตามจากทีมที่ชัดเจน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• นิเทศติดตามงานความเสี่ยงทุกหน่วยงาน</li> <li>• ส่งเสริมทุกหน่วยงานมีวัฒนธรรมความปลอดภัยโดยการค้นหาความเสี่ยงและมีการรายงานอุบัติการณ์สม่ำเสมอ</li> <li>• พัฒนา RM man</li> </ul>
การจัดการเมื่อเกิดอุบัติการณ์และแก้ไขตามเวลาที่กำหนด	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ความล่าช้าไม่ทันเวลา</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• พัฒนาศักยภาพในทีมบริหารความเสี่ยงด้าน ความรู้ความเข้าใจ บทบาทหน้าที่การประสานงานใน นอกหน่วยงานให้เกิดการยอมรับและเข้าใจลดข้อขัดแย้ง ในและนอกหน่วยงาน</li> </ul>
Risk Register	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ขาดความต่อเนื่อง</li> <li>- ขาดการกำกับติดตาม และสรุปผลการดำเนินงานที่ชัดเจน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• กำหนด Risk owner ตามทะเบียนและวันส่งข้อมูลและติดตามปรับปรุง</li> <li>• เลขา RM ติดตามข้อมูลการรายงาน</li> <li>• สรุปผลการทบทวนตามทะเบียนความเสี่ยงในรอบที่กำหนด</li> </ul>

## จุดเน้นปี 65 ของแผน

Risk register (2P safety) และมาตรฐานสำคัญจำเป็น

การรายงานความเสี่ยง

การจัดการเมื่อเกิดอุบัติเหตุ

การพัฒนาบุคลากรตามความเสี่ยง (ร่วมกับ HRD)

พัฒนาทีม RM

# แผนยุทธศาสตร์ที่ 9 (EQM)

## แผนพัฒนาเครื่องมือ

จำนวนตัวชี้วัดทั้งหมด 5 ตัว

ผ่าน 5 ตัว ไม่ผ่านตัว 0 ตัว

# ตัวชี้วัดที่ผ่าน

ตัวชี้วัดที่ผ่าน	ผ่านธรรมดา	ภาคภูมิใจ/นวัตกรรม
1 .ทุกฝ่ายทุกจุดงานมีกรรมการเครื่องมือ และมีบัญชีครุภัณฑ์ เป็นลายลักษณ์อักษร และเป็นปัจจุบัน	/	
2. คัดเลือกครุภัณฑ์ตรงตาม SPEC	/	
3. เครื่องมือไม่พร้อมใช้งาน	/	
4. เครื่องมือความเสี่ยงสูงได้รับการ Calibration ปี ละ 1 ครั้ง	/	
5. ฝ่ายมีแผนการบำรุงรักษาเชิงป้องกัน	/	

# สรุปผลงานเด่น/นวัตกรรม

- จัดทำโปรแกรมประวัติ ครุภัณฑ์ ให้เป็นปัจจุบัน
- ทุกหน่วยงานมีโปรแกรมพัสดุ สามารถแจ้งเตือนใน link งานซ่อมบำรุง เป็นปัจจุบัน
- ทะเบียนเครื่องมือแพทย์ทุกเครื่องมือทั้งองค์กรพร้อมทั้งมีการแบ่งกลุ่มตามความเสี่ยงและจัดทำ Flow การรับครุภัณฑ์เข้าทะเบียนประวัติ การบำรุงรักษา การส่งซ่อมครุภัณฑ์
  - เครื่องมือที่มีความสำคัญได้รับการ Calibration ครบ100%
  - ติดตามผล Calibration ที่มีความคลาดเคลื่อนมาปรับใช้งานให้ได้มาตรฐาน

## จุดเน้นปี2565 ของแผน

1. เครื่องมือทางการแพทย์ได้รับการสอบเทียบ และมีผลตามมาตรฐาน 100%
2. แผนการบำรุงรักษาเครื่องมือได้รับการบำรุงรักษาแบบพื้นฐานของหน่วยงาน
3. แผนการติดตามเครื่องมือพร้อมใช้งาน และเพียงพอเหมาะสมครบทุกหน่วยงาน

# การบ้าน สพร.

## ระบบบริหารเครื่องมือ

- ทบทวนแผนบริหารเครื่องมือ :

1. จัดทำแผนบริหารเครื่องมือทุกประเภท โดยการวางแผนจัดซื้อเครื่องมือแพทย์ใหม่และทดแทนโดยเน้นเครื่องมือแพทย์กลุ่มความเสี่ยงสูง
2. มีแผนการบำรุงรักษาและสอบเทียบเครื่องมือแพทย์ทั้งหมดทั้งองค์กรและมีการตรวจสอบเป็นประจำ
3. ติดตามผลการสอบเทียบเครื่องมือและบริหารจัดการเครื่องมือให้เพียงพอและเหมาะสมกับหน่วยงานที่ใช้
4. พัฒนาการใช้ข้อมูลเพื่อการวางแผนในการลงทุน เครื่องมือแพทย์ตามเป้าหมายเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด

## แผนยุทธศาสตร์ที่ 10 (IMT)

### 10 พัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศและเวชระเบียน

จำนวนตัวชี้วัดทั้งหมด 13 ตัว

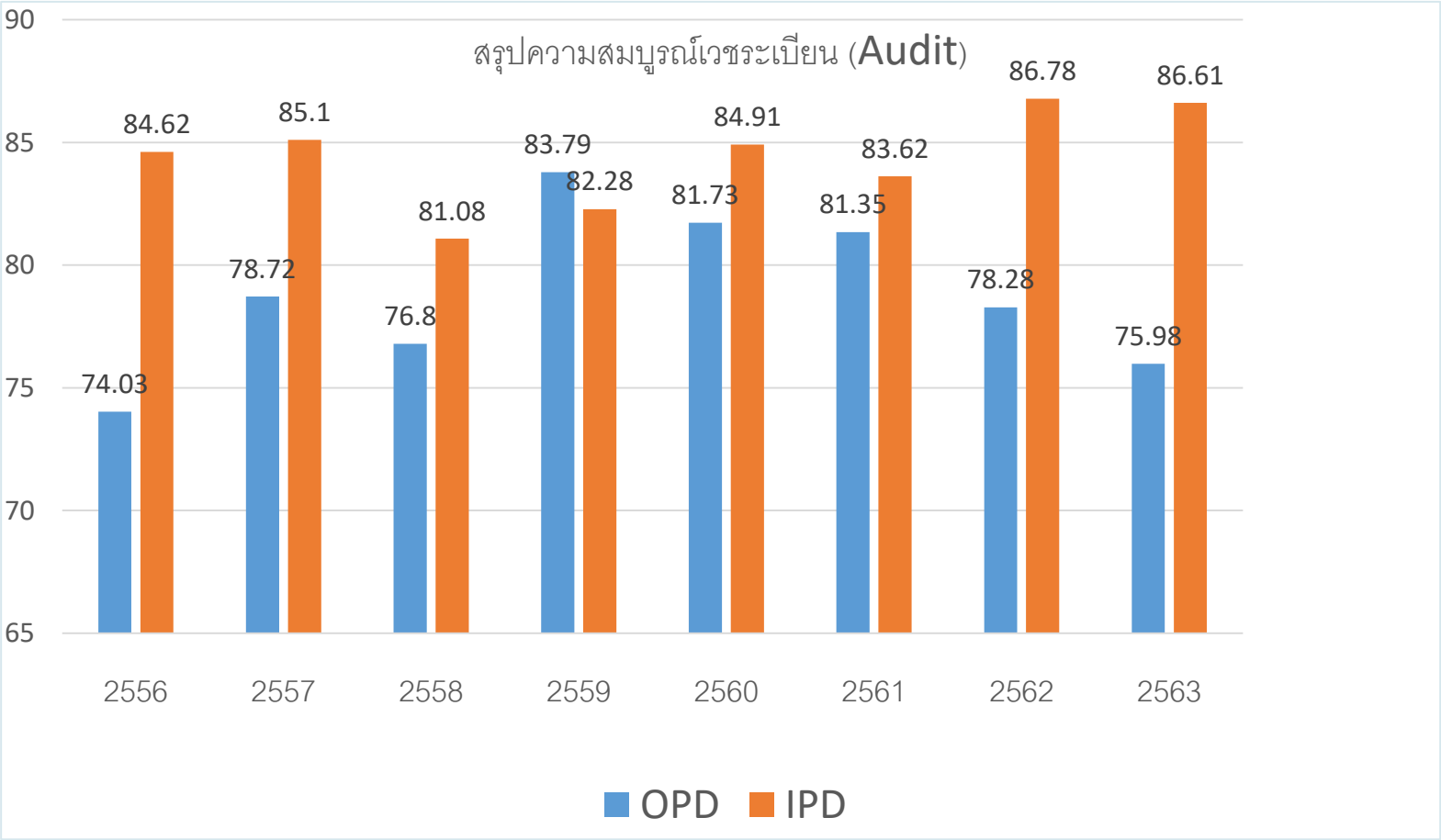
ผ่าน 10 ตัว(76.9) ไม่ผ่านตัว 3 ตัว

# ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่าน

ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่าน	GAP	จะทำอะไรต่อ
<ol style="list-style-type: none"><li>1. อัตราการนำสารสนเทศที่จัดเก็บไปใช้ในการบริหาร พัฒนางานและวางแผนดำเนินการ</li><li>2. มีรายงานความก้าวหน้า ปัญหา อุปสรรค การทำงานทุก 6 เดือน</li><li>3. ความชะงักของระบบ</li></ol>	ส่วนใหญ่เป็นข้อมูลนอกแผนตามรอบที่มีการเยี่ยมจากหน่วยงานภายนอก เช่น ผู้ตรวจทีมA ทีมนิเทศติดตามอื่นระบบสำรองข้อมูลยังไม่เสถียร	สำรวจความต้องการข้อมูลใหม่ มีการสรุปติดตามทุก 6 เดือนตามแผน ปรับปรุงระบบสำรองข้อมูล/พัฒนาเจ้าหน้าที่ผู้ควบคุมระบบ



# ความสมบูรณ์เวชระเบียน (Audit) ผู้ป่วยใน



## การบ้าน สรพ.

- ควรสนับสนุนให้ทีมนำข้อมูลที่มีอยู่มาวิเคราะห์ เพื่อให้ได้สารสนเทศที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนา
- ทีมทุกระดับเรียนรู้และกำหนดเครื่องชี้วัดให้สอดคล้องกับเป้าหมายการดำเนินการ กำหนดค่านิยมของการวัด รวมถึงวิธีการเก็บข้อมูลเพื่อให้เครื่องชี้วัดมีความน่าเชื่อถือ และสะท้อนประสิทธิภาพ/ประสิทธิผลของการดำเนินการอย่างแท้จริง
- ทีมควรใช้ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบในการกระตุ้นให้เกิดการพัฒนามากขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วย

## จุดเน้นปี2565

- ข้อมูล ตัวชี้วัดถูกต้อง ทันเวลา ที่เพื่อให้สามารถนำไปใช้ประโยชน์
- การพัฒนาระบบ Paper less ในการดูแลผู้ป่วย

## ปัญหา

- ประเด็นคุณภาพตัวชี้วัดที่มำนำ ทีมกลาง มีความเชื่อมโยงกัน แต่ พอดูในแผน จะมีเฉพาะตัวชี้วัด กระบวนการ ขาดหายประเด็นคุณภาพไป ทำให้การเชื่อมโยงตัวชี้วัดจากที่มำนำสู่ทีมกลางสู่แผนขาดช่วง ประเมินยาก (ในหน่วยงานยังไม่ได้ตามดู)

## แผนยุทธศาสตร์ที่ 11 (QST)

จำนวนตัวชี้วัดทั้งหมด 8 ตัว

ผ่าน 7 ตัว(87.5) ไม่ผ่านตัว 1 ตัว

# ตัวชี้วัดที่ผ่าน

ตัวชี้วัดที่ผ่าน	ผ่านธรรมดา	ภาคภูมิใจ/นวัตกรรม
ทุกหน่วยงาน/กรรมการมีการประเมินตนเองและสรุปผลการดำเนินงาน 1 ครั้ง/ปี	/	
ทุกหน่วยงาน/กรรมการมีคู่มือ/แนวทางการปฏิบัติงานที่จำเป็น	/	
ร้อยละผลประมวล องค์การสุขภาวะ (HPI)	/	
ร้อยละแผนการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด	/	

ตัวชี้วัดที่ผ่าน	ผ่านธรรมดา	ภาคภูมิใจ/นวัตกรรม
ทุกหน่วยงาน/กรรมการมีการติดตาม วิเคราะห์ และ ประเมินข้อมูลเครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงานของตนเอง	/	
ทุกหน่วยงานมีการแก้ไขปัญหาจุดงาน/ CQI อย่างน้อย 1 เรื่อง	/	
ทุกหน่วยงานมีการติดตามตัวชี้วัดที่มุ่งเน้นขององค์กรใน งานตนเอง/ช่วยเหลือการพัฒนาคุณภาพ	/	
หน่วยงานผ่านการประเมินมาตรฐานจากองค์กรภายนอก ตามที่องค์กรภายนอกเข้าประเมิน	/	

# ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่าน

ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่าน	GAP	จะทำอะไรต่อ
ทุกหน่วยงาน/กรรมการได้รับการเยี่ยมสำรวจ เพื่อติดตามความก้าวหน้า ชี้แนะการทำงาน และให้กำลังใจอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี	เยี่ยมครบทุกกรรมการเหลือหน่วยงาน และ การกำกับติดตามยังไม่ชัดเจน	ปรับโครงสร้างทีมใหม่ กำหนดเวลาในการดำเนินงาน

## การบ้าน สรพ.

ข้อเสนอแนะ	แผนพัฒนา
ควรนำแนวคิด 3P (purpose process performance) มาเรียนรู้และใช้ ประโยชน์ในการกำหนดเป้าหมายกระบวนการทำงานและติดตามผลลัพธ์ นำไปสู่การค้นหาโอกาสพัฒนาเมื่อผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	- นำแนวคิด 3P มากำหนดการ เรียนรู้ในทีมนำทุกระดับและทุก หน่วยงาน

# ร้อยละของการผ่านเกณฑ์ตามแผนยุทธศาสตร์=54.55

ลำดับ	แผน	ทั้งหมด	ผ่าน	คิดเป็น	
1	PCT	58	43	74.14	Chronic/MI/IC
2	PHER	6	6	100	
3	PTC	33	26	78.79	Dispensing Error(OPD/IPD) // Admin error
4	HPH	24	20	83.33	จนท. เครียด // สุขภาพ
5	ENV				
6	HRD	14	9	64.20	FTE/การสูญเสีย/ความเครียด/สุขภาพ/ประเมินทักษะ ความรู้
7	RP	11	9	81.82	ค่าใช้จ่ายเกินแผน//การสำรองเวชภัณฑ์
8	RM	10	8	80.00	ความทันเวลา RCA // Risk Owner
9	EQM	5	5	100	
10	IM	13	10	76.92	ความทันเวลา ถูกต้องของข้อมูล // ระบบสำรองข้อมูล
11	QST	8	7	87.50	IS ป้อยๆ





แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
เรื่อง ขออนุญาตนำแผนปฏิบัติการประจำปี๒๕๖๔ ของโรงพยาบาลบ้านธิ  
เผยแพร่บนเว็บไซต์ของโรงพยาบาล  
สำหรับหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ชื่อหน่วยงาน: โรงพยาบาลบ้านธิ

วัน/เดือน/ปี ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔

หัวข้อ: ขออนุญาตนำแผนปฏิบัติการประจำปี๒๕๖๔ ของโรงพยาบาลบ้านธิ เผยแพร่บนเว็บไซต์ของ  
โรงพยาบาล

รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ)

- แผนปฏิบัติการประจำปี ๒๕๖๔ ของโรงพยาบาลบ้านธิ
- ผลการดำเนินงานแผนปฏิบัติการประจำปี๒๕๖๔

เว็บไซต์โรงพยาบาล : <http://www.banthihospital.org>

หมายเหตุ:.....

ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล



(นางอรทัย ดวงอินทร์)

ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ

วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔

ผู้อนุมัติรับรอง



(นางสมสกุล เกียรติอนันต์)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านธิ

วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔

ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่



(นายจตุรงค์ สุริยไต้)

ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์

วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔

คำอธิบายแบบการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หัวข้อ	คำอธิบาย
หน่วยงาน	หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้จัดทำและเผยแพร่ข้อมูล
วัน/เดือน/ปี	วันเดือนปีที่ขออนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่
หัวข้อ	กำหนดหัวข้อที่จะนำขึ้นเผยแพร่โดยให้มีความสำคัญที่มาจากเนื้อหาที่มีความยาวไม่เกิน 2 บรรทัด
รายละเอียดข้อมูล	เลือกใช้คำอธิบาย/คำบรรยายที่มีความกระชับใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายและสะกดคำให้ถูกต้องตามอักขระวิธีเหมาะสมกับลักษณะรูปแบบข้อมูลแต่ละชนิด
Link ภายนอก	ให้ระบุ Link ที่อ้างอิงหรือนำมาใช้ในการเผยแพร่
หมายเหตุ	ข้อเสนอแนะ/ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม
ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล (ผู้รายงาน)	ระบุลงลายมือชื่อหรือชื่อของผู้รับผิดชอบที่ได้มอบหมายจากหัวหน้ากลุ่ม/ฝ่าย/งาน
ผู้อนุมัติรับรอง	ระบุลงลายมือชื่อของหัวหน้ากลุ่ม/ฝ่าย/งานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่ (Web Master)	ระบุลงลายมือชื่อผู้ทำการ Upload ข้อมูลที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้ากลุ่ม/ฝ่าย/งานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข