**ตอนที่ IV ผลการดำเนินการ**

**IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ**

| **80 ผลการดูแลผู้ป่วยโดยรวม (การเสียชีวิต การส่งต่อ การกลับมารักษาหรือการนอน รพ.ซ้ำ) ที่สะท้อนคุณภาพการดูแลรักษา** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2560** | **2561** | **2562** | **2563** | **2564 (ต.ค. 63-ก.พ. 64)** |
| 1.จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต | | | | | | |
| จำนวนการเสียชีวิตในโรงพยาบาลทุกประเภท(ราย) | 0 | 7 | 23 | 23 | 15 | 9 |
| -จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลที่ ER(ราย) | 0 | 1 | 4 | 9 | 3 | 4 |
| -จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลที่ IPD(ราย) | 0 | 6 | 19 | 14 | 12 | 5 |
| 2. ผู้ป่วยที่Refer | | | | | | |
| -จำนวนผู้ป่วย Refer ที่ ER (ราย) | 0 | 289 | 301 | 354 | 372 | 153 |
| -จำนวนผู้ป่วย Refer ที่ IPD (ราย) | 0 | 72 | 115 | 184 | 152 | 58 |
| 3.การกลับมารักษาซ้ำ | | | | | | |
| อัตราผู้ป่วย ER Re-visit ภายใน 48 ชม. ด้วยโรคเดิม | < 2% | 4.6 | 10 | 4.4 | 1.43 | 0.38 |
| อัตราการ Re-admission ด้วยโรคเดิม ใน 28 วัน | < 5% | 2 | 1.9 | 4.4 | 5.6 | 58 |
| **81 ผลด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ** | | | | | | |
| อุบัติการณ์การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน* (under triage หรือ over triage) ทั้งหมด/ ระดับ E ขึ้นไป* | 0 | NA | 0 | 1 | 1 | 3 |
| อุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไป* | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| อัตราผู้ป่วย Sepsis ที่ได้รับการวินิจฉัย ภายใน 1 ชั่วโมง นับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล | 100% | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| อัตราผู้ป่วย severe HI มาด้วย EMS | ≥60 % | 100 | 0 | 100 | 100 | 100 |
| อัตราของ case วิกฤติฉุกเฉิน (สีแดงและสีชมพู) เข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน | >26% | 9.25 | 10.55 | 11.58 | 13.09 | 10.70 |
| อัตราผู้ป่วย Stroke ที่สามารถเข้าสู่ Fast track | >80% | 50.0 | 57.14 | 73.08 | 58.82 | 50.0 |
| อัตราการส่งต่อผู้ป่วย stroke fast track ภายใน 30 นาที | >80% | 60.56 | 62.5 | 26.32 | 70 | 71.43 |
| อัตราการตอบสนองผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินภายใน 4 นาที ที่เกิดในโรงพยาบาล | 100% | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| อัตราการตอบสนองผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินภายใน 4 นาที ที่เกิดในโรงพยาบาล | 100% | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| **82 ผลด้านความต่อเนื่องในการดูแล** | | | | | | |
| ร้อยละการ Re-admission ใน 28 วัน ผู้ป่วย COPD with AE | < 10% | 3.8 | 3.3 | 11.42 | 15.58 | 4.40 |
| อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะHypoglycemia | < 5 % | 12.41 | 9.84 | 7.73 | 12.33 | 0.95 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| COMA ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน | | | | | | |
| อัตราผู้ป่วย Stroke ภายหลังได้รับการฟื้นฟู มีคะแนน Barthel index = 80 | >80% | 86 | 73 | 75 | 70 | 44.55 |
| อัตราผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย | >80% | 69.8 | 86.9 | 83.53 | 97.6 | 82 |
| **83 ผลด้านกระบวนการและผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญ** | | | | | | |
| อัตราผู้ป่วย STF refer ภายใน 30 นาที | >80% | 60.56 | 62.5 | 26.32 | 70 | 71.43 |
| อัตราผู้ป่วย Sepsis ที่มีภาวะ Severe sepsis/septic shock | <5% | 3.42 | 5.9 | 2.88 | 5.23 | 28.57 |
| อุบัติการณ์เกิด Rupture appendicitis/peritonitis | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะ HbA1C <7% | >40% | 31.85 | 30.78 | 39.72 | 36.83 | 35.46 |
| อัตรารักษาสำเร็จผู้ป่วยวัณโรค | >90 | 75.06 | 79.1 | 88.9 | 88.23 | 90 |
| อัตราการเสียชีวิตจาก Pneumonia โดยไม่ได้คาดหมาย | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| อัตราการเกิด Respiratory Failure ในผู้ป่วย Pneumonia | <10% | 12.90 | 4.90 | 14.42 | 3.28 | 8.40 |
| **84 ผลด้านการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย** | | | | | | |
| อุบัติการณ์เครื่องมือความเสี่ยงสูงไม่พร้อมใช้งาน | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 2 |
| อัตราการถ่ายภาพรังสีซ้ำ | < 3 % | 3.75 | 1.24 | 0.41 | 0.14 | 0.12 |
| **85 ผลด้านความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด (S)** | | | | | | |
| อุบัติการณ์การเกิดการติดเชื้อหลังผ่าฟันคุด | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| อุบัติการณ์การใส่ ICD ผิดคน/ผิดข้าง | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **86 ผลด้านความปลอดภัยในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (I)** | | | | | | |
| อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่ สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ (CAUTI) | 2 : 1,000 วันที่ On Catheter | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| อัตราการติดเชื้อบริเวณการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ | 1 : 1,000 วันนอน | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 |
| อุบัติการณ์เจ้าหน้าที่ติดเชื้อจากการทำงาน | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| อุบัติการณ์ถูกของมีคมทิ่มตำ/สัมผัสสารคัดหลั่ง | 2 ครั้ง/ปี | 0 | 3 | 5 | 2 | 1 |
| **87 ผลระบบบริหารจัดการด้านยา และด้านความปลอดภัยในการใช้ยา/เลือด (M)** | | | | | | |
| อัตราdispensing error ผู้ป่วยนอก | ≤ 5ต่อพันใบสั่งยา | 0.18 | 0.72 | 0.83 | 1.0 | 0.07 |
| อัตราadmin error ผู้ป่วยใน | ≤ 5ต่อพันวันนอน | 0.79 | 4.43 | 9.37 | 6.85 | 0.47 |
| อุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำ | 0 ราย | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| อัตราของผู้ป่วย IPD ได้รับยาเดิมที่ควรได้รับ( Medication Reconciliation) | ≥ 80 % | NA | 92.30 | 98.97 | 99.66 | 98.36 |
| ผลการดำเนินงาน Hospital RDU | ผ่านขั้น 3 | 1 | 1 | 3 | 3 | 3 |
| อุบัติการณ์จากการให้เลือดผิดหมู่ ผิดคน | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **88 ผลด้านความปลอดภัยในกระบวนการดูแลผู้ป่วย (P)** | | | | | | |
| อุบัติการณ์ Misdiagnosis or delay diagnosis จนเกิดความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป* | 0 | 0 | 0 | 1 | 5 | 0 |
| อุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดทั้งหมด | 0 | 1 | 4 | 5 | 4 | 2 |
| จำนวนอุบัติการณ์ผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม | 0 | 0 | 0 | 2 | 6 | 3 |
| **89ผลด้านความปลอดภัยในการใช้ line/tube/catheter และตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับห้องปฏิบัติการ (L)** | | | | | | |
| อุบัติการณ์การรายงานผลค่า LAB วิกฤติคลาดเคลื่อน | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **90 ผลด้านความปลอดภัยในการดูแลภาวะฉุกเฉิน (E)** | | | | | | |
| อุบัติการณ์การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน* (under triage หรือ over triage) ทั้งหมด/ ระดับ E ขึ้นไป* | 0 | NA | 0 | 1 | 1 | 3 |
| อุบัติการณ์การคลอดฉุกเฉินที่ไม่ปลอดภัย ระดับ E ขึ้นไป | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| อุบัติการณ์เครื่องมือช่วยเหลือฉุกเฉินไม่พร้อมใช้ | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 2 |
| **91 ผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพของผู้รับบริการ** | | | | | | |
| อัตราหญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอดครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ | ≥60 % | 39.44 | 56.25 | 67.11 | 78.26 | 79.17 |
| เด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย | > 85% | 89.49 | 92.29 | 98.21 | 95.08 | 90.87 |
| เด็กวัยเรียน 6-14 ปี สูงดีสมส่วน | > 66% | 59.46 | 68.92 | 73.80 | 66.67 | 70.68 |
| อัตราการตั้งครรภ์ในหญิงอายุ 15-19ปี /มารดาอายุ15-19 ปี | <42:1000 ปชก.หญิง 15-19ปี | 32.00 | 9.41 | 31.41 | 25.32 | 2.43 |
| อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง | < 10% | 2.59 | 1.68 | 8.97 | 3.03 | 8.09 |
| ร้อยละ Healthy Aging | >80% | NA | 83.4 | 85.44 | 88.12 | 91.66 |
| อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่บ้าน | < 5% | 4.7 | 6.5 | 6.3 | 4.70 | 8.5 |
| **92 ผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน** | | | | | | |
| มีชุมชนเข้มแข็งด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (Active Community) ทุกตำบล/สถานบริการ | 1 แห่ง/ปี | NA | 2 | 4 | 6 | 6 |
| จำนวนหมู่บ้านต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรม | 1 หมู่บ้าน/ปี | 4 | 5 | 6 | 7 | 7 |

**IV-2 ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น (มิติคนเป็นศูนย์กลาง)**

| **93 ผลด้านความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจ/ความผูกพัน ของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2560** | **2561** | **2562** | **2563** | **2564 (ต.ค.63-ก.พ.64)** |
| จำนวนข้อร้องเรียนการรับบริการ | ลดลง | 6 | 38 | 35 | 22 | 9 |
| ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก | ≥ 85% | 90 | 86.60 | 90 | 90 | 85.60 |
| ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยใน | ≥ 85% | 85.90 | 81.8 | 85.67 | 85.90 | 87.24 |
| ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการในชุมชน | ≥ 85% | NA | 80.6 | 84.36 | 85.42 | 86 |

**IV-3 ผลด้านกำลังคน**

| 94 ผลด้านกำลังคน (IV-3) | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | 2560 | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 (ต.ค.63-ก.พ.64) |
| ร้อยละความพึงพอใจของบุคลากร | 80% | NA | 68.24 | 70.12 | 82.65 | 83.23 |
| ค่าคะแนนเฉลี่ยช่วงการประเมินดัชนีความสุขระดับ Happy (กระทรวงสาธารณสุข) | 60 | NA | 73.07 | 58.54 | 68.52 | 77.48 |
| บุคลากรผ่านการประเมินสมรรถนะหลัก (core competency) | ≥ 80% | NA | 85.44 | 86.17 | 87.52 | 88.46 |
| บุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี | 100% | 90.50 | 91.78 | 90.05 | 98.80 | NA |

**IV-4 ผลด้านการนำ**

| 95 ผลด้านการนำ (IV-4) บริหารเติมตัวเลข+วิเคราะห์ | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | 2560 | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 (ต.ค.63-ก.พ.64) |
| ร้อยละของหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA | ≥ 85% | 90.11 | 94.45 | 96.38 | 96.15 | 100 |
| ผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินการตามแผน | 70% | 64.8 | 87.50 | 95 | 86.44 | 40 |
| จำนวนข้อร้องเรียนการให้บริการ (การชดใช้ม.41) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| การประเมินผลการปฏิบัติงาน(Ranking) | >80% | 79.54 | 73.27 | 77.94 | 92.5 | NA |

**IV-5 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ**

| 96 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ เช่น IM, BCM, Supply chain , RM, ENV | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | 2560 | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 (ต.ค.63-ก.พ.64) |
| ร้อยละของอุบัติการณ์E-Iที่ได้รับการแก้ไขเชิงระบบ | 100% | 78.57 | 80.85 | 82.69 | 75.00 | 75.00 |
| สถิติการเกิดปัญหาระบบล่มของระบบให้บริการคนไข้ HIMPRO เกิน 1 ชั่วโมง | <1 ครั้ง | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| สถิติการเกิดปัญหาระบบล่มของระบบเครือข่ายไม่สามารถใช้งานได้เกิน 1ชั่วโมง | <2 ครั้ง | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 |
| ส่งข้อมูล 43 แฟ้มเข้าระบบ HDC ทันเวลา | >95% | 98% | 98% | 98% | 98% | 98% |
| อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก | ≥85 | 81.75 | 81.42 | 95.08 | 96.66 | 96.66 |
| อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน | ≥85 | 79.30 | 84.70 | 87.90 | 88.93 | 88.93 |
| ประสิทธิภาพการทำปราศจากเชื้อของอุปกรณ์ทางการแพทย์ | 100% | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| ผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำเสียผ่านเกณฑ์มาตรฐานทุกค่าพารามิเตอร์ | ผ่านทุกค่าพารามิ | N/A | ไม่ผ่าน | ไม่ผ่าน | ผ่าน | ผ่าน |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | เตอร์ | | | | | |
| อุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ของระบบสาธารณูปโภค | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 |

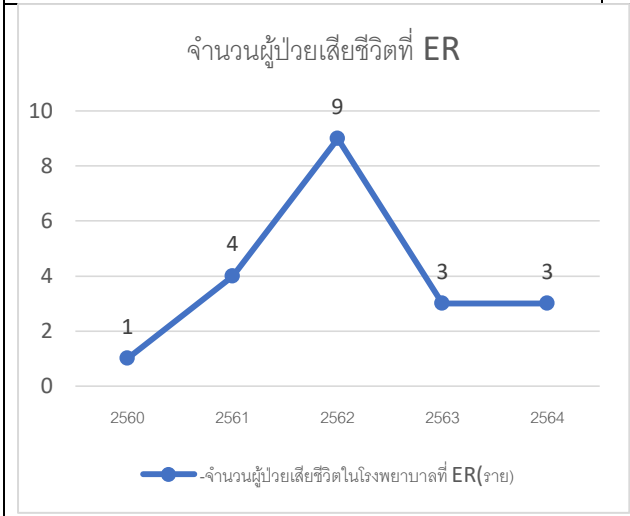
**IV-6 ผลด้านการเงิน**

**97 ผลลัพธ์ด้านการเงิน (IV-6)**

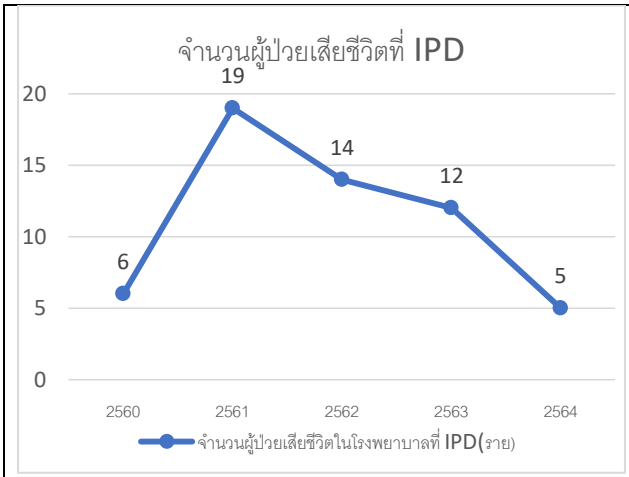
| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | 2560 | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 (ต.ค.63-ก.พ.64) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน(current ratio) | ≥1.5 | NA | 3.16 | 3.70 | 4.13 | 3.44 |
| อัตราส่วนสินทรัพย์คล่องตัว (Quick ratio) | ≥1.5 | NA | 3.05 | 3.55 | 3.92 | 3.31 |
| อัตราสัดส่วนเงินสดต่อการชำระหนี้(Cash Ratio) | ≥0.8 | NA | 2.89 | 3.26 | 3.69 | 3.08 |

**80 ผลการดูแลผู้ป่วยโดยรวม (การเสียชีวิต การส่งต่อ การกลับมารักษาหรือการนอน รพ.ซ้ำ) ที่สะท้อนคุณภาพการดูแลรักษา**

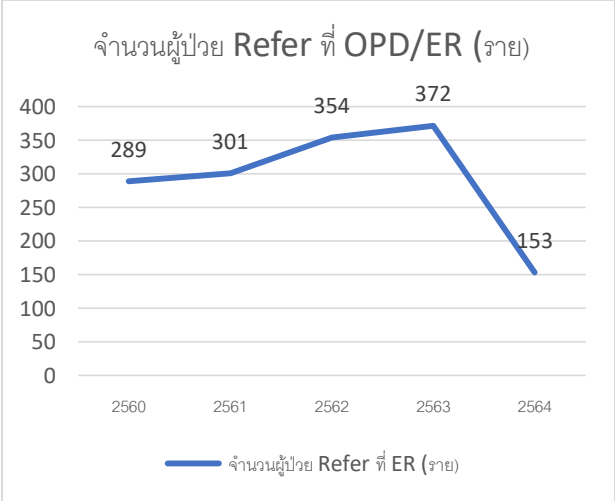
| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | 2560 | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 (ต.ค.63-ก.พ.64) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1.จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต | | | | | | |
| จำนวนการเสียชีวิตในโรงพยาบาลทุกประเภท(ราย) | 0 | 7 | 23 | 23 | 15 | 9 |
| -จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลที่ ER(ราย) | 0 | 1 | 4 | 9 | 3 | 4 |
| -จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลที่ IPD(ราย) | 0 | 6 | 19 | 14 | 12 | 5 |
| 2. ผู้ป่วยที่Refer | | | | | | |
| - จำนวนผู้ป่วย Refer ที่ OPD/ER (ราย) | 0 | 289 | 301 | 354 | 372 | 153 |
| - จำนวนผู้ป่วย Refer ที่ IPD (ราย) | 0 | 72 | 115 | 184 | 152 | 58 |
| 3.การกลับมารักษาซ้ำ | | | | | | |
| อัตราผู้ป่วย ER Re-visit ภายใน 48 ชม. ด้วยโรคเดิม | < 2% | 4.6 | 10 | 4.4 | 1.43 | 0.38 |
| อัตราการ Re-admission ด้วยโรคเดิม ใน 28 วัน | < 5% | 2 | 1.9 | 4.4 | 5.6 | 7.8 |



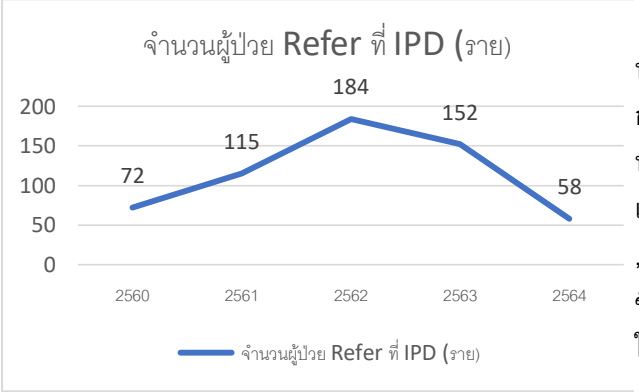

จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี โดยโรคที่เสียชีวิต ได้แก่ หัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ผู้ป่วยจมน้ำเสียชีวิต แนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลศิลาลาดได้พัฒนาระบบ EMS ระบบการส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการให้ความรู้ประชาสัมพันธ์ผ่านเครือข่ายสุขภาพ เช่น รพ.สต. ผู้นำชุมชน ทำให้ยอดผู้ป่วยเสียชีวิตลดลงในปี 2563-2564



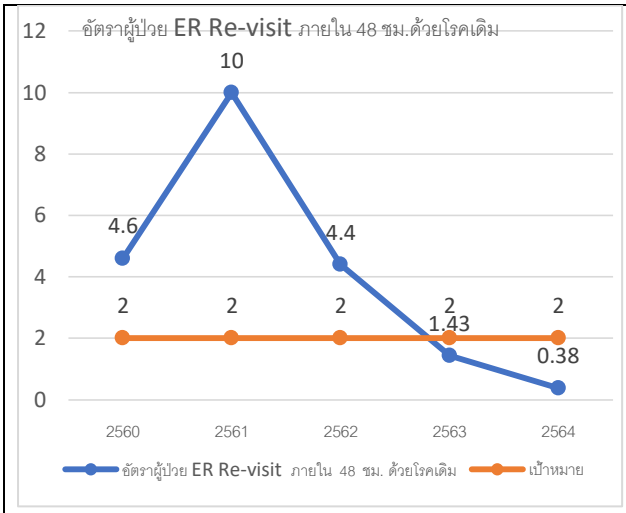

ที่ IPD ผู้ป่วยเสียชีวิตมีเป็นผู้ป่วย CA , Palliative care , ESRD ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่เข้าโครงการ Palliative care และเสียชีวิตแบบ Good dead แต่มีแนวโน้มลดลงเนื่องจากผู้ป่วยและญาติบางรายต้องการใช้ชีวิตในวาระสุดท้ายอยู่ที่บ้าน ทีมCOC ร่วมกับ ทีม , Palliative care ได้มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่อยู่ที่รพ.และติดตามเยี่ยมต่อเนื่องที่บ้านมีการประเมินภาวะจิตใจของผู้สูญเสียและความพึงพอใจในการให้บริการผู้ป่วยวาระสุดท้าย



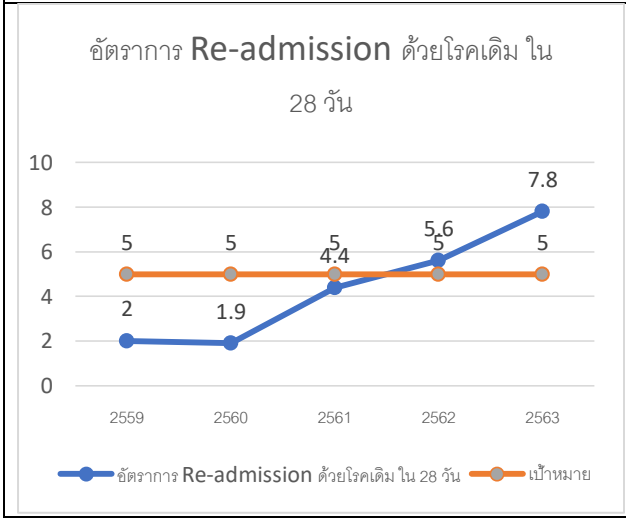

จำนวนผู้ป่วย REFER ที่ OPD/ER (ราย) เพิ่มมากขึ้นตั้งแต่ปี 2560-2563 เนื่องจากมีผู้ป่วยมารับบริการมากขึ้น และมีการค้นหาผู้ป่วยในเชิงรุกเพิ่มมากขึ้น โดยพบว่าโรคส่วนใหญ่ที่ REFER คือ RENAL STONE , STROKE, และ GALL STONE ซึ่งจำเป็นต้อง REFER เพื่อให้ได้รับการรักษากับแพทย์เฉพาะทางในโรคนั้นๆ




จำนวนผู้ป่วยrefer ที่IPD มีแนวโน้มลดลง เนื่องจากมีการพัฒนาระบบการดูแลการเฝ้าระวังโดยใช้ early warning sign มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่สามารถป้องกันการเกิดอาการทรุดลง มีการปรึกษาแพทย์เฉพาะทางในรพ.ระดับจังหวัด ในแนวทางการดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยที่REFER ส่วนใหญ่ คือ ESRD ,CHF,STROKEให้การดูแลตามแนวทางตามศักยภาพของรพ.แล้ว ซึ่งจำเป็นต้อง REFER เพื่อให้ได้รับการรักษากับแพทย์เฉพาะทางในโรคนั้นๆ




จำนวนผู้ป่วย RE-VISIT มีแนวโน้มสูงขึ้นจากปี 2560-2561 จึงได้ทบทวนระบบ พบว่าโรคที่ RE-VISIT มากที่สุด 3 อันดับได้แก่ ACUTE BRONCHITIS ,ABDOMINAL PAIN,และ AGE ส่วนใหญ่ไม่ได้มีแนวทางประเมินซ้ำก่อนจำหน่าย จึงจัดทำแนวทางการวางแผนจำหน่ายและติดตามดำเนินงาน ทำให้จำนวนผู้ป่วย RE-VISIT ลดลง ในปี 2562-2564 ตามลำดับ

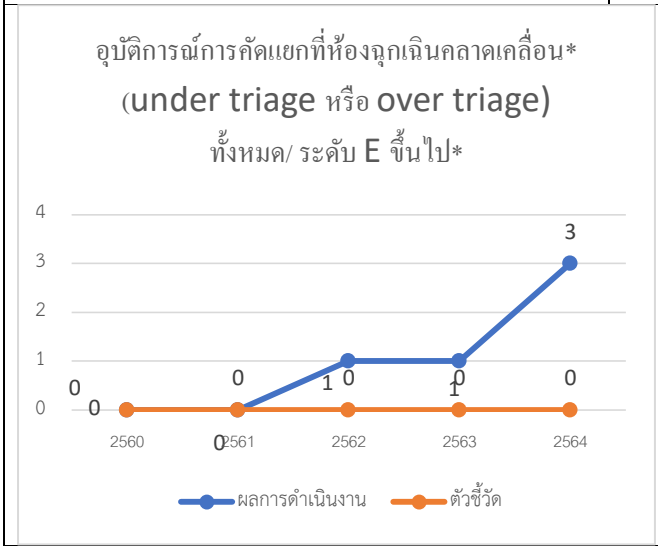



ในปี2564 พบผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิมลดลง เนื่องจากมีการพัฒนาการวางแผนจำหน่ายโดยใช้หลัก D-METHOD และการให้ข้อมูลเสริมพลัง ส่วนโรคที่ยังกลับมารักษาซ้ำ ได้แก่ CHF ,ESRD,COPD จากการทบทวนยังวางแผนการจำหน่ายและวางแผนการดูแลรักษายังไม่ครอบคลุม รวมทั้งผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุญาติต้องการรักษาแบบประคับประคอง จึงได้มีการเพิ่มการวางแผนเฉพาะโรคเพิ่ม

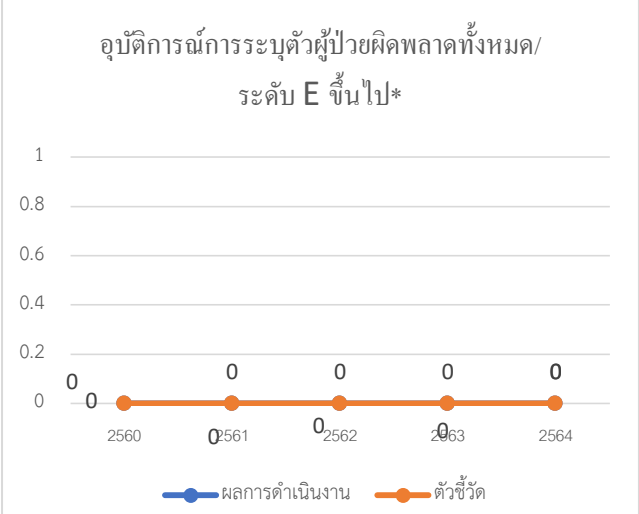
**81 ผลด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ**

| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | 2560 | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 (ต.ค.63-ก.พ.64) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| อุบัติการณ์การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน* (under triage หรือ over triage) ทั้งหมด/ ระดับ E ขึ้นไป* | 0 | NA | 0 | 1 | 1 | 3 |
| อุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไป* | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| อัตราผู้ป่วย Sepsis ที่ได้รับการวินิจฉัย ภายใน 1 ชั่วโมง นับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล | 100% | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| อัตราผู้ป่วย severe HI มาด้วย EMS | >60% | 100 | 0 | 100 | 100 | 100 |
| อัตราผู้ป่วย STEMI ที่เข้าสู่ระบบ fast track | 80% | NA | 0 | 0 | 100 | 100 |
| อัตราของ case วิกฤติฉุกเฉิน (สีแดงและสีชมพู) เข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน | >26% | 9.25 | 10.55 | 11.58 | 13.09 | 10.70 |
| อัตราผู้ป่วย stroke ที่เข้าสู่ระบบ fast track | >80% | 50.0 | 57.14 | 73.08 | 58.82 | 50.0 |
| อัตราการส่งต่อผู้ป่วย stroke fast track ภายใน 30 นาที | >80% | 60.56 | 62.5 | 26.32 | 70 | 71.43 |

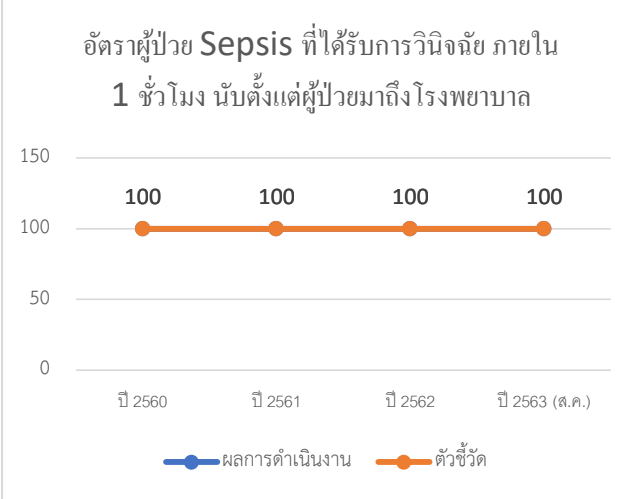
| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| อัตราการตอบสนองผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินภายใน 4 นาที ที่เกิดในโรงพยาบาล | 100% | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |



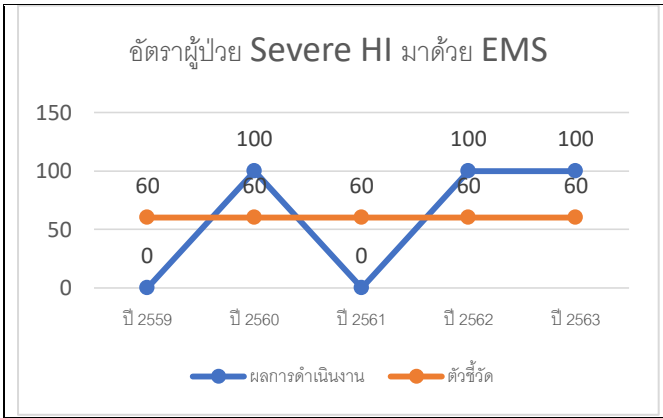
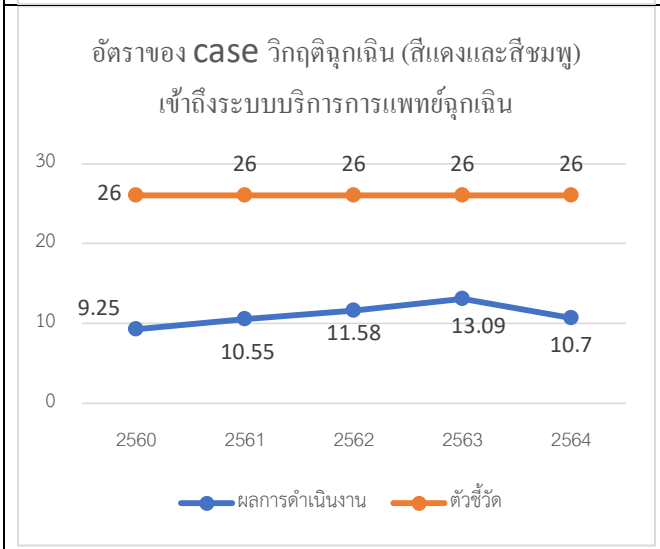

อุบัติการณ์การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน* (under triage หรือ over triage) ทั้งหมด/ ระดับ E ขึ้นไป* มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น มีจำนวน 3 ครั้งแบ่งเป็นผู้ป่วย trauma และผู้ป่วย abdominal pain ที่มีภาวะฉุกเฉินทางจิตใจ ทีมสหวิชาชีพได้ทบทวนและ RCA จึงกำหนดแนวทางการคัดแยกผู้ป่วย trauma และให้เพิ่มสมรรถนะของพยาบาลห้องฉุกเฉินให้ประเมินผู้ป่วยตาม MOPH ED triage

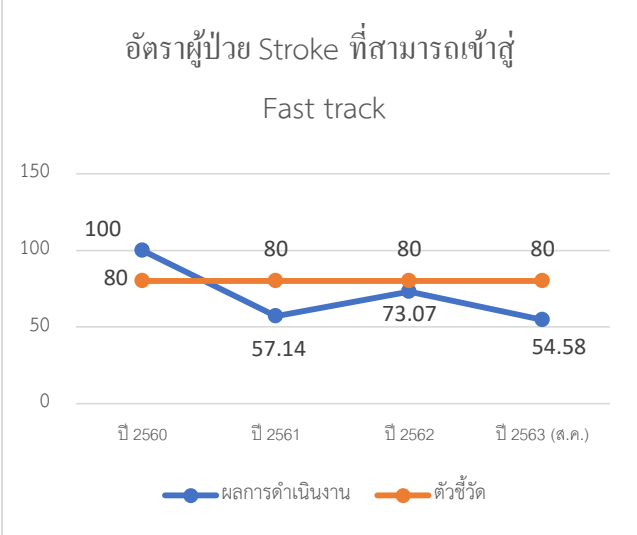



ในการระบุตัวผิดพลาดปี 2560-2563 มีแนวโน้มลดลง โดยส่วนมากเป็นการระบุ HN และที่อยู่ผิด เนื่องจากไม่ได้ตรวจสอบจากบัตรประชาชนหรือมีการยืนยันอย่างน้อย 2 ช่องทาง/การทวนสอบ โดยมีอุบัติการณ์สำคัญระดับ D 2 ครั้ง ได้แก่ ส่งตรวจเลือดผิดคน 1 ครั้ง และให้ยาผิดคน ผิดเตียง 1 ครั้ง แต่ไม่มีอุบัติการณ์ในระดับ E ขึ้นไป ทั้งนี้เนื่องจากได้จัดทำแนวปฏิบัติเรื่องการระบุตัวผู้ป่วยโดยให้ใช้อย่างน้อย 2 ตัวบ่งชี้ในการระบุตัวผู้ป่วยก่อนให้การบริการและก่อนทำหัตการทุกครั้ง และนำสู่การปฏิบัติอย่างเคร่งครัดทุกจุดบริการ

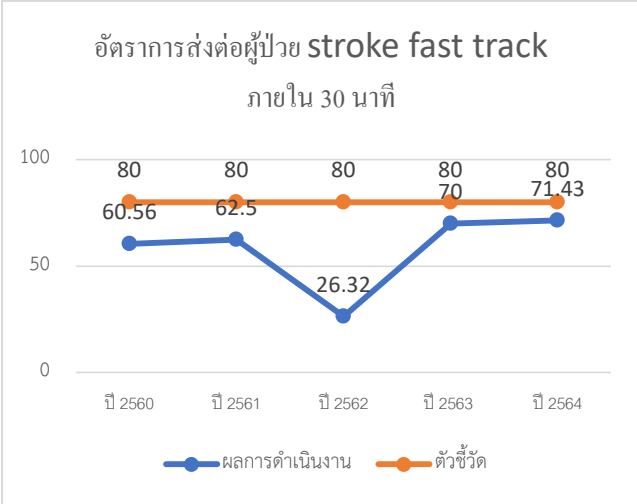



อัตราผู้ป่วย Sepsis ที่ได้รับการวินิจฉัย ภายใน 1 ชั่วโมง นับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล ได้ 100 % เนื่องจากมีการใช้แบบประเมิน qSOFA ในการประเมินแรกรับทั้ง ER/OPD/IPD ทำให้สามารถค้นหาผู้ป่วยได้รวดเร็วขึ้น

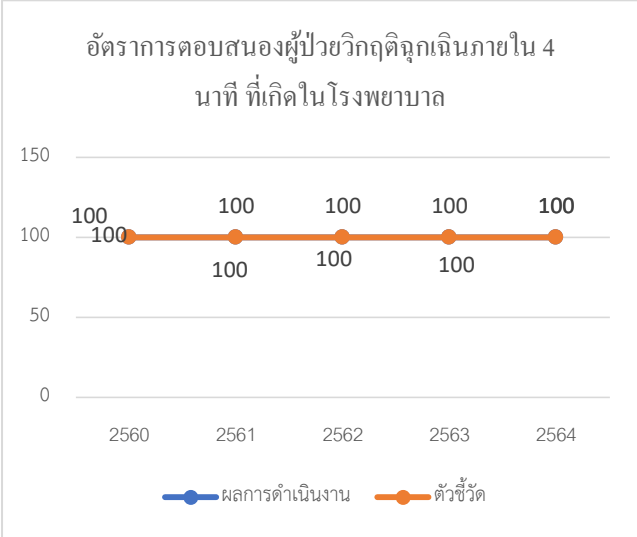
| | |
|---|---|
|  | อัตราผู้ป่วย SEVERE HI ที่เข้าถึงบริการด้วย EMS สามารถเข้าถึงได้ทุกราย คิดเป็น ร้อยละ 100 เนื่องจากมีการพัฒนาระบบ โดย จนท.เข้าอบรมเพิ่มพูนทักษะ จัดอบรม FR และประเมินสมรรถนะทุกปี |
| | อัตราผู้ป่วย STEMI ที่เข้าสู่ระบบ fast track ในปี 2563-2564 บรรลุตามเป้าหมาย 100% เนื่องจากผู้ป่วยมาโรงพยาบาลรวดเร็วและพยาบาลมีการคัดกรองตั้งแต่ด่านแรก ทำให้ผู้ป่วยได้รับการทำ EKG ภายใน 5 นาที โดยมีการออกแบบระบบแพทย์ที่ consult cardio โรงพยาบาลศรีสะเกษ ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบfast track ได้อย่างรวดเร็ว |
|  | อัตราของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน(สีแดงและสีชมพู) เข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี 2561-2564 แต่ยังไม่บรรลุตามเป้าหมาย จึงได้เพิ่มการประชาสัมพันธ์เชิงรุกโดยเริ่มต้นในผู้ป่วยคลินิกพิเศษของโรงพยาบาล ซึ่งทีมห้องฉุกเฉินได้จัดกิจกรรมประชาสัมพันธ์ระบบการแพทย์ฉุกเฉินทั้งในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล เน้นในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อเพิ่มความตระหนักของผู้ป่วยและญาติให้เห็นถึงความสำคัญในการเรียกใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยก่อนนำส่งโรงพยาบาล คาดการณ์ว่าอัตราของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน(สีแดงและสีชมพู) เข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จะมีแนวโน้มสูงขึ้นกว่าเดิม |




อัตราผู้ป่วย STROKE ที่สามารถเข้าสู่ FAST TRACK มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย จากการทบทวนพบว่าผู้ป่วยที่เข้าสู่ FAST TRACK ไม่ทันเวลา เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีคนพามา ไม่ทราบวิธีการขอความช่วยเหลือ จึงพัฒนาแนวทางให้มี อสค.,อสม.ประจำบ้านประชาสัมพันธ์อาการแสดงของโรค STROKE ให้มาทันทีเมื่อมีอาการแสดง คาดว่าใน 2564 อัตราผู้ป่วย STROKE ที่สามารถเข้าสู่ FAST TRACK มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น




อัตราการส่งต่อผู้ป่วย stroke fast track ภายใน 30 นาที ในปี 2564มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากทีมพยาบาลมีการใช้แบบประเมินผู้ป่วย stroke fast track และแพทย์สามารถมาประเมินผู้ป่วยได้เร็วขึ้นส่งผลให้การส่งต่อผู้ป่วยได้ทันเวลาภายใน 30 นาที เพิ่มมากขึ้น

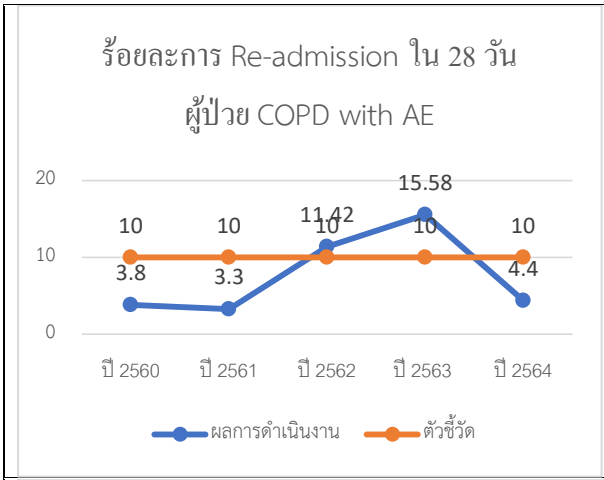



อัตราการตอบสนองผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินภายใน 4 นาที ที่เกิดในโรงพยาบาล ทีมห้องฉุกเฉินสามารถตอบสนองได้ทันที เนื่องจากทีมพยาบาลสามารถประเมินผู้ป่วยที่วิกฤติฉุกเฉินในโรงพยาบาลได้รวดเร็วจากการเพิ่มสมรรถนะของพยาบาลและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลให้สามารถประเมินผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินและให้การทำ CPR ได้อย่างถูกต้องในทุกๆปี

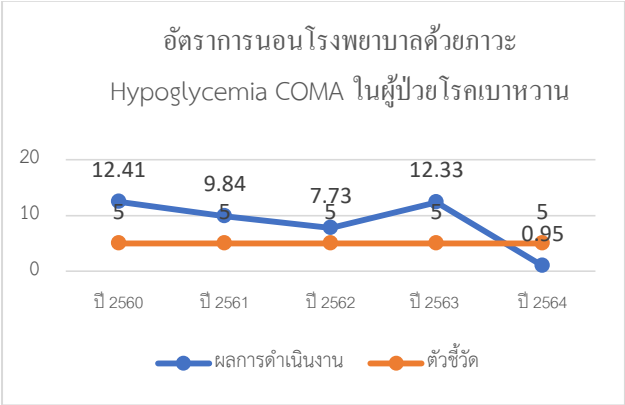
**82 ผลด้านความต่อเนื่องในการดูแล**

| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | 2560 | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 (ต.ค.63-ก.พ.64) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ร้อยละการ Re-admission ใน 28 วัน ผู้ป่วย COPD with | < 10% | 3.8 | 3.3 | 11.42 | 15.58 | 4.40 |

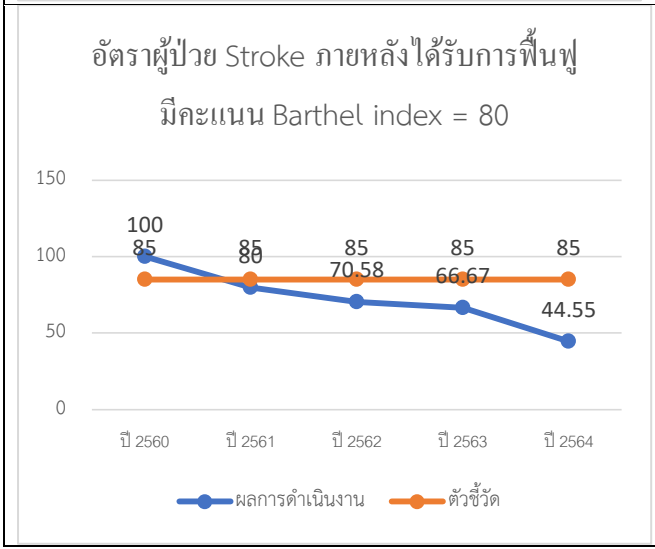
| AE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะHypoglycemia COMA ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน | < 5 % | 12.41 | 9.84 | 7.73 | 12.33 | 0.95 |
| อัตราผู้ป่วย Stroke ภายหลังได้รับการฟื้นฟู มีคะแนน Barthel index = 80 | >80% | 86 | 73 | 75 | 70 | 44.55 |
| อัตราผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย | >80% | 69.8 | 86.9 | 83.53 | 97.6 | 82 |



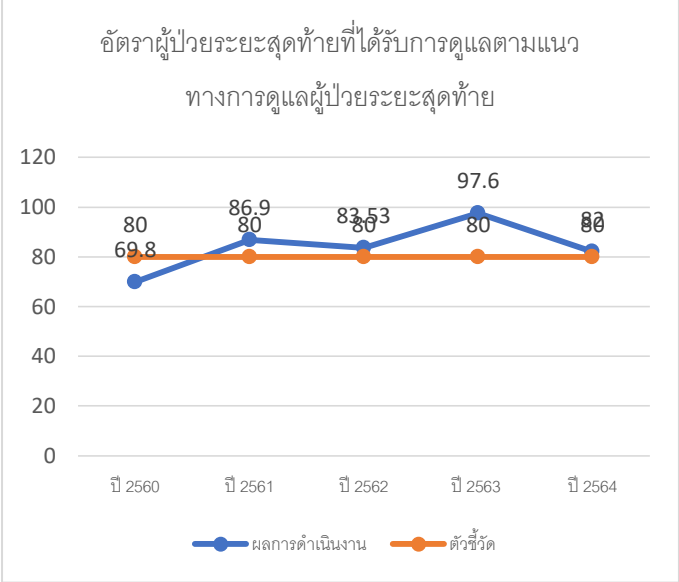

ปี2564มีอัตราการ Re-admit ของผู้ป่วย COPD with AE ลดลงเนื่องจากได้มีการวางแผนการดูแลและจำหน่ายในผู้ป่วยกลุ่มนี้เฉพาะมากขึ้น มีการประเมินและการสอนพ่นยาโดยเภสัชกรทุกราย มีการให้คำแนะนำในการฟื้นฟูสมรรถนะปอดโดยนักกายภาพ




ในปี2564 พบว่าอัตราการผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดภาวะ Hypoglycemia coma มีแนวโน้มลดลง เนื่องจากมีการเพิ่มการเข้าถึงผู้ป่วยโดยการสุขศึกษาเฉพาะราย มีการส่งต่อทีมCOC ในการดูแลต่อเนื่องในรายที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี รวมถึงเมื่อผู้ป่วยต้องนอนรับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลมีการวางแผนจำหน่ายเฉพาะรายโดยทีมสหวิชาชีพ โดยใช้หลักD-METHOD



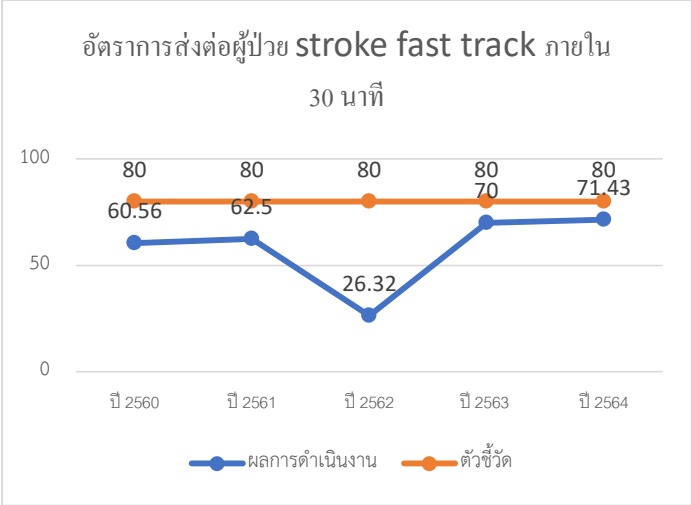

อัตราผู้ป่วย STROKE ที่ภายหลังได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายมีคะแนน BATHEL INDEX= 80 แนวโน้มลดลง เนื่องจากอัตราผู้ป่วย STROKE มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และผู้ป่วยไม่มีคนพามารับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง จึงมีแผนพัฒนาแนวทางและศักยภาพของ อสม. CG เพื่อร่วมดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายผู้ป่วย STROKE ให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ คาดว่าใน 2564 อัตราผู้ป่วย STROKE ที่ที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีคะแนน BATHEL INDEX=80 จะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น



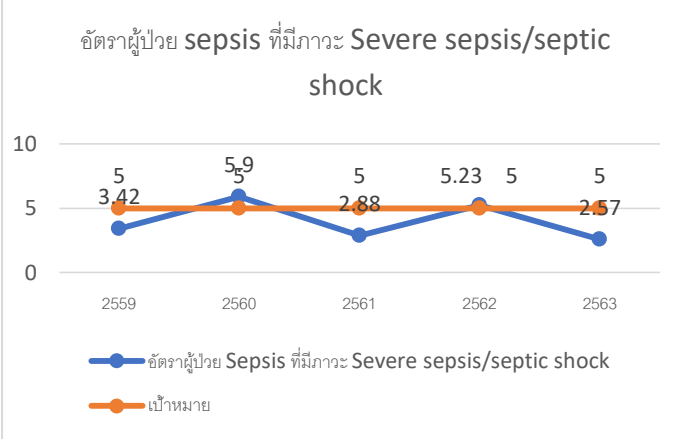

อัตราผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการเยี่ยม/การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากทีมดูแลผู้ป่วยระยะท้าย มี Flow การดูแลที่ชัดเจน เมื่อมีผู้ป่วยระยะท้ายเข้ามารักษาจะมีการจัดแยก ZONE สงบ อนุญาตให้ประกอบพิธีทางศาสนาตามความต้องการ รวมถึงติดตามเยี่ยมในชุมชน หรือส่งต่อข้อมูลการติดตามเยี่ยมให้เครือข่ายในพื้นที่ อีกทั้งมีศูนย์การดูแลต่อเนื่อง สนับสนุนยืมอุปกรณ์ช่วยเหลือเต็มที่เพื่อให้ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถผ่านเหตุการณ์วิกฤตได้อย่างสงบ

**83 ผลด้านกระบวนการและผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญ**

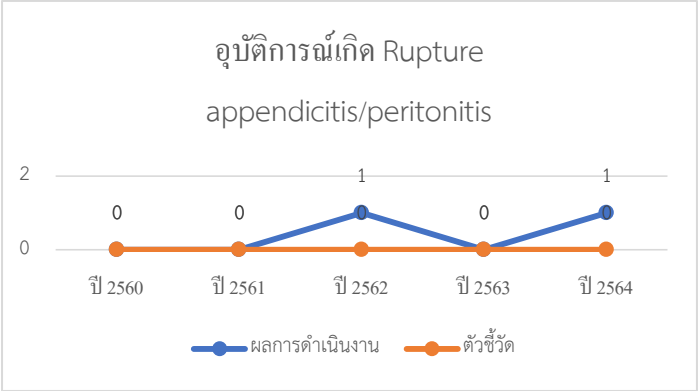
| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | 2560 | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 (ต.ค.63-ก.พ.64) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| อัตราผู้ป่วย STF refer ภายใน 30 นาที | >80% | 60.56 | 62.5 | 26.32 | 70 | 71.43 |
| อัตราผู้ป่วย Sepsis ที่มีภาวะ Severe sepsis/septic shock | <5% | 3.42 | 5.9 | 2.88 | 5.23 | 2.57 |
| อุบัติการณ์เกิด Rupture appendicitis/peritonitis | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะ HbA1C <7% | >40% | 31.85 | 30.78 | 39.72 | 36.83 | 35.46 |
| อัตรารักษาสำเร็จผู้ป่วยวัณโรค | >90 | 75.06 | 79.1 | 88.9 | 88.23 | 90.0 |
| อัตราการเกิด Respiratory Failure ในผู้ป่วย Pneumonia | <10% | 12.90 | 4.90 | 14.42 | 3.28 | 8.40 |



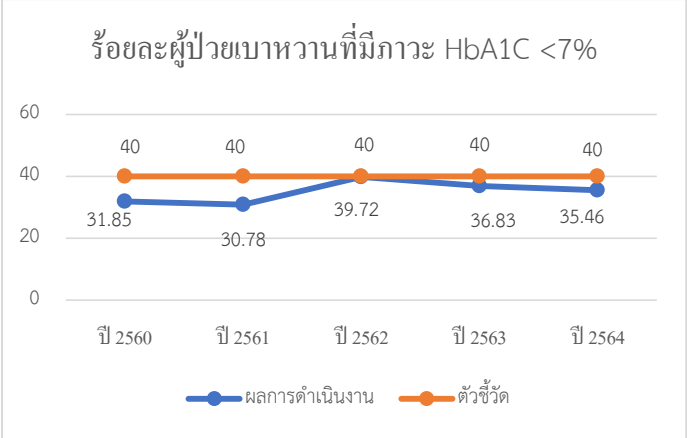

ในปี 2562 อัตราการส่งต่อผู้ป่วย stroke fast track ภายใน 30 นาที ลดลง เนื่องมาจากพยาบาลใช้เวลาในการประเมินและรายงานแพทย์ช้าเกินไป และแพทย์มาตรวจผู้ป่วยล่าช้า ภายหลังการทบทวน RCA จึงได้พัฒนากระบวนการโดยให้พยาบาลประเมินอาการและรายงานแพทย์ทางโทรศัพท์ทันที สำหรับกระบวนการดูแลก่อนส่งต่อ ทีมได้จัดทำ check list เพื่อให้ทีมดูแลผู้ป่วยได้รวดเร็ว/ถูกต้อง/ครบถ้วน มีการประกันเวลาที่แพทย์จะต้องมาตรวจภายใน 10 นาที ซึ่งทีมสามารถประเมินและดูแลผู้ป่วยได้เร็วขึ้น ส่งผลให้การส่งต่อผู้ป่วยได้ทันเวลาภายใน 30 นาที มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี 2563-2564



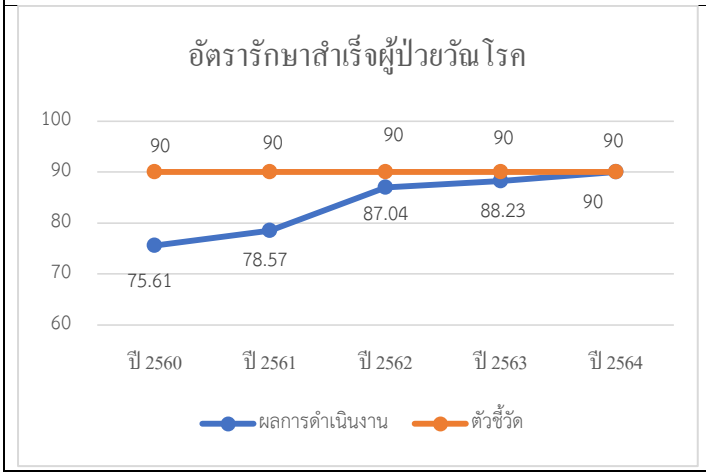

อัตราผู้ป่วย SEPSIS ที่มีภาวะ SEVERE SEPSIS/SEPTIC SHOCK เพิ่มขึ้นในมี 2563 จากการทบทวนพบว่าบุคลากรไม่ได้ปฏิบัติตาม CPG จึงได้ 1) จัดทำระบบ “ออนซอน SEPSIS” โดยให้มีการประเมิน QSOFA SCORE และ SOS SCORE ในผู้ป่วยที่สงสัย SEPSIS ทุกราย 2)พัฒนา CPG SEPSIS และ STANDING ORDER ในปี 2564 พบแนวโน้มอัตราผู้ป่วย SEPSIS ที่มีภาวะ SEVERE SEPSIS/SEPTIC SHOCK ลดลง



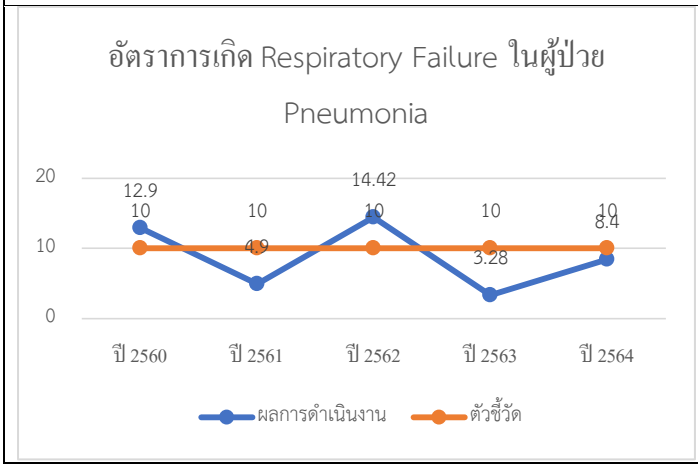

ในปี 2562 พบอุบัติการณ์เกิด RUPTURE APPENDICITIS/PERITONITIS จำนวน 1 ราย จากนั้นได้นำมาทบทวน RCA จึงได้มีการนำ AVORADO SCALE มาใช้ประเมินในผู้ป่วยที่ปวดท้องในตำแหน่งที่สงสัย ทำให้เกิดการวินิจฉัยและส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและปลอดภัย สำหรับในปี 2564 พบอุบัติการณ์เกิด RUPTURE APPENDICITIS จำนวน 1 ครั้ง จากการทบทวนพบว่าเกิดจากผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลช้า จึงได้มีประสานงานชุมชนให้มีการประชาสัมพันธ์เรื่องอาการและอาการแสดงของภาวะไส้ติ่งอักเสบ เพื่อป้องกันมิให้เกิดอุบัติการณ์ RUPTURE APPENDICITIS หรือ PERITONITIS อีก




ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะ HbA1C <7% มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ลดลงในปี 2564 แต่ยังไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนด จึงปรับวิธีการให้ข้อมูลที่เดิมมีการให้สุขศึกษาเป็นกลุ่มใหญ่ พัฒนาเป็นการให้ข้อมูลเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยสีแดง แบบทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งในเรื่องความรู้ อาการ การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด แต่ยังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ จึงวางแผนพัฒนาให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลมากขึ้น คาดว่าในช่วงปลายปี 2564 แนวโน้มผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะ HbA1C <7% จะเพิ่มขึ้น

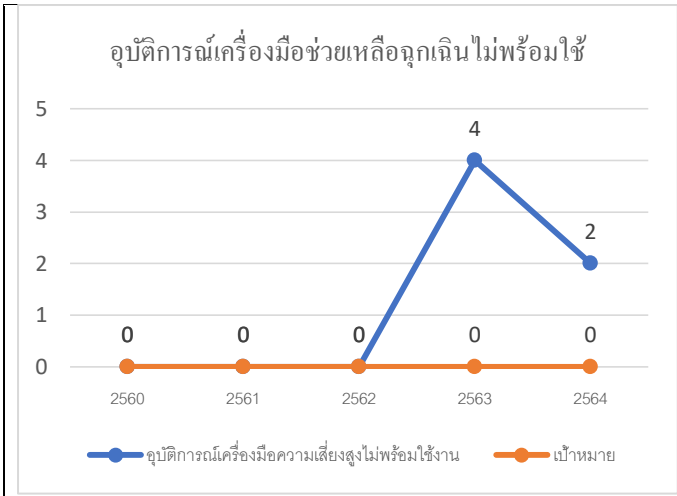


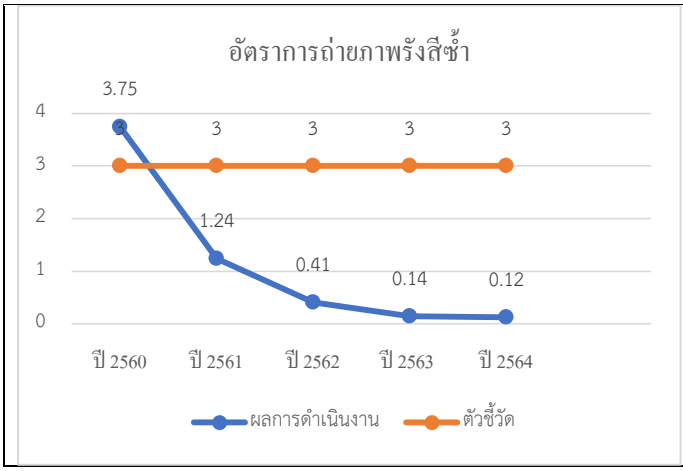

จากกราฟจะแสดงให้เห็นว่า ตั้งแต่ปี 2560-2564 เราจะมีอัตราการรักษาสำเร็จที่เพิ่มขึ้นทุกปี เนื่องจากทีมจะมีการทบทวน และทวนสอบในกลุ่มผู้เสียชีวิต ซึ่งทีมจะสอบสวนโรคหาสาเหตุการเสียชีวิต ทำให้ได้ข้อมูลว่าสิ่งสำคัญ ที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตคือ 1.การตรวจจับล่าช้า คนไข้มีอาการหนักถึงได้มาโรงพยาบาลและตรวจพบเป็นวัณโรค ทางทีมจึงเล็งเห็นความสำคัญโดยการใช้ X-ray Mobile ในกลุ่มเสี่ยง 5 กลุ่มดังนี้ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สัมผัสร่วมบ้าน ผู้ป่วย HIV บุคลากรสาธารณสุข

| | |
|---|---|
| | ตามคำกล่าวที่ว่า รู้เร็ว รักษาหาย" เพื่อยุติวัณโรค ทำให้มีอัตราการรักษาสำเร็จที่เพิ่มขึ้นและผ่านตามเกณฑ์ KPI ของจังหวัดร่วมด้วย |
|  | ในปี 2560-2564 ยังพบอัตราการเกิด RESPIRATORY FAILURE ในผู้ป่วยPNEUMONIA ส่วนใหญ่เกิดจากภาวะ ASPIRATE ,HYPOXIA,SEPSIS จึงทำให้ทีมPCTได้กำหนดเป็นโรคสำคัญที่ต้องมีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยต่อไปเพื่อให้เกิดความปลอดภัย |

**84 ผลด้านการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย**

| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | 2560 | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 (ต.ค.63-ก.พ.64) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| อุบัติการณ์เครื่องมือความเสี่ยงสูงไม่พร้อมใช้งาน | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 2 |
| อัตราการถ่ายภาพรังสีซ้ำ | < 3 % | 3.75 | 1.24 | 0.41 | 0.14 | 0.12 |

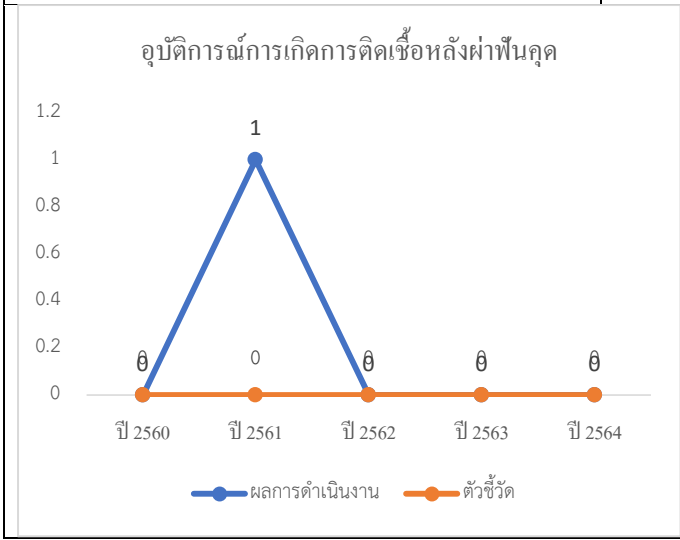
| | |
|---|---|
|  | อุบัติการณ์เครื่องมือฉุกเฉินไม่พร้อมใช้ในปี 2563 พบว่ามีอุบัติการณ์เกิดขึ้น 4 ครั้ง เช่น ขณะใส่ TUBE RESOVIOR BAG แตกที่ IPD ทำให้ต้องมายืมที่ ER ทีมจึงได้จัดซื้อทดแทนให้เพียงพอ ภายหลังดำเนินการยังไม่เกิดอุบัติการณ์เพิ่ม สำหรับอุบัติการณ์ในปี 2564 จำนวน 2 ครั้งเกิดจากการไม่ตรวจเช็คความพร้อมใช้ ทีมจึงกำหนดให้มีการตรวจเช็คเครื่องมือช่วยชีวิตทุกเวร 100 % และได้มีการจัดทำแนวทางการบริหารเครื่องมือช่วยชีวิตเมื่อเกิดเหตุการณ์ความไม่พร้อมใช้ฉุกเฉินขึ้น ทำให้ผู้ปฏิบัติงานรู้หน้าที่ของตนเมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉิน อีกทั้งยังได้จัดทำโครงการอบรมให้ความรู้เจ้าหน้าที่ในการใช้เครื่องมือฉุกเฉินช่วยชีวิต ทำให้เจ้าหน้าที่มีความชำนาญในการใช้เครื่องมือเพิ่มมากขึ้น ซึ่งคาดว่าจะไม่เกิดอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอีก |



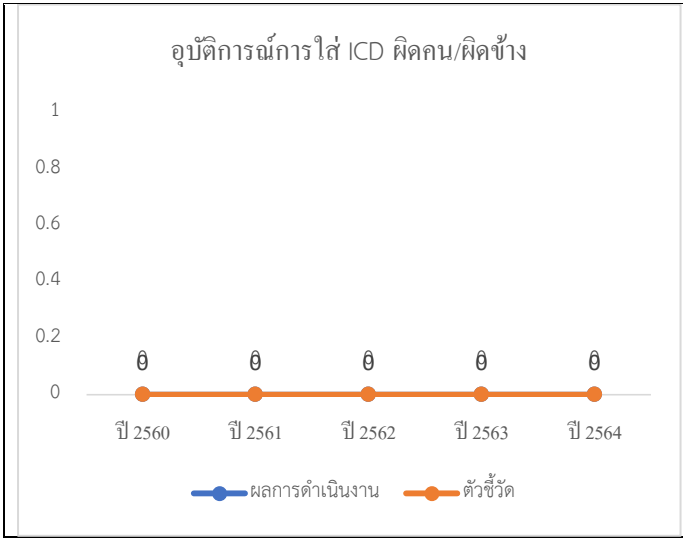

ในปี 2561 พบว่าสาเหตุที่ต้องถ่ายภาพรังสีซ้ำ เนื่องจากผู้ป่วยลืมถอดเครื่องประดับ และผู้ป่วยที่ได้รับการถ่ายภาพซ้ำคือผู้ป่วยเด็กที่ดิ้นขณะรับการถ่ายภาพรังสี จึงมีการทดทวนและให้เจ้าหน้าที่ X-ray ปฏิบัติดังนี้ 1) มีการตรวจสอบเครื่องประดับบริเวณที่จะถ่ายภาพรังสี 2) กรณีผู้ป่วยเด็กให้ญาติช่วยจัดท่าเด็ก รวมถึงมีการจัดทำแนวทางและขั้นตอนการถ่ายภาพรังสี และฝึกอบรมความรู้เจ้าหน้าที่ผู้ช่วย x-ray โดยนักรังสีเทคนิค พบว่าในปี 2563-2564 อัตราการถ่ายภาพรังสีซ้ำลดลง

**85. ผลด้านความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด (S)**

| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | 2560 | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 (ต.ค. 63-ก.พ. 64) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| อุบัติการณ์การเกิดการติดเชื้อหลังผ่าฟันคุด | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| อุบัติการณ์การใส่ ICD ผิดคน/ผิดข้าง | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |



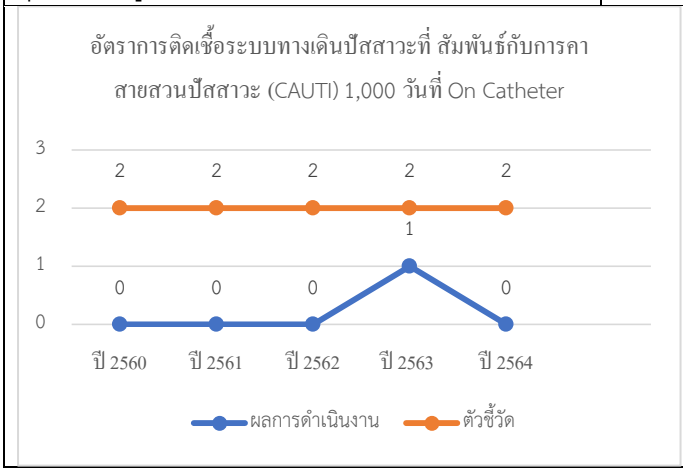

ในปี2561พบผู้ป่วยติดเชื้อหลังผ่าฟันคุด1 ราย หลังจากนั้นทางฝ่ายทันตกรรมจึงได้นำเคสดังกล่าวมาทบทวนและปรับปรุงการทำงานตั้งแต่ขั้นตอนการซักประวัติผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการติดเชื้อ การทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อและหลัก aseptic technique ของบุคลากร และมีการปฏิบัติตามแนวทางดังกล่าวอย่างเคร่งครัดทำให้ยังไม่พบอุบัติการณ์ซ้ำในเรื่องของการติดเชื้อหลังผ่าฟันคุด



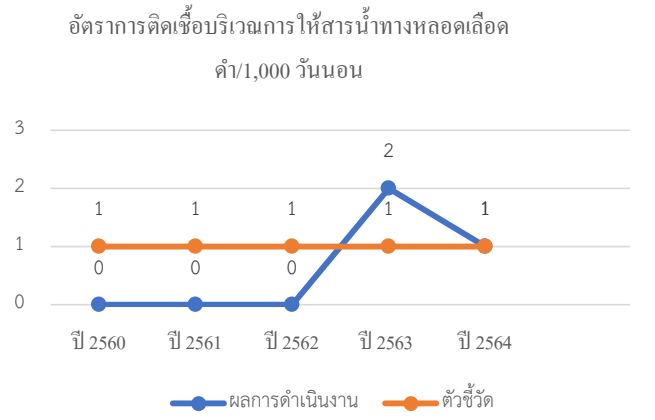
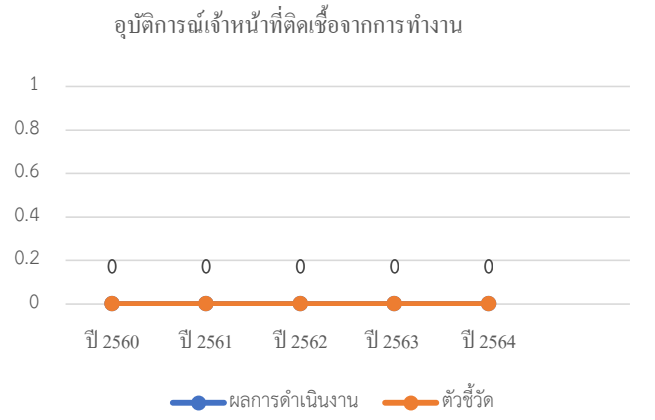
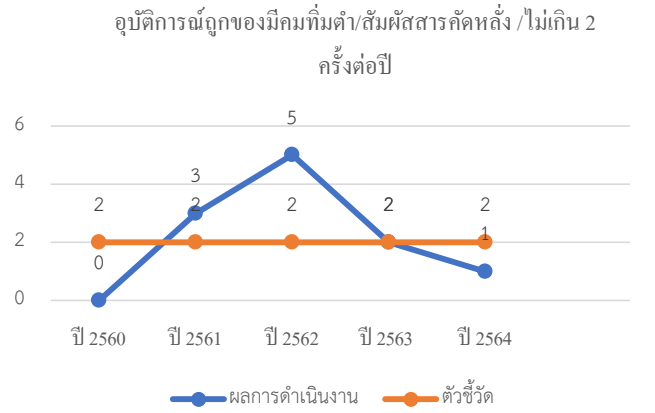

ตั้งแต่ 2560-2564ไม่พบอุบัติการณ์การใส่ ICD ผิดคน/ผิดข้างเนื่องจากทีมปฏิบัติตามแนวทางการระบุตัวผู้ป่วยและปฏิบัติตามแนวทางการใส่ ICD

**86 ผลด้านความปลอดภัยในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (I)**

| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | 2560 | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 (ต.ค.63-ก.พ.64) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่ สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ (CAUTI) | 2 : 1,000 วันที่ On Catheter | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| อัตราการติดเชื้อบริเวณการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ | 1 : 1,000 วันนอน | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 |
| อุบัติการณ์เจ้าหน้าที่ติดเชื้อจากการทำงาน | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| อุบัติการณ์ถูกของมีคมทิ่มตำ/สัมผัสสารคัดหลั่ง | 2 ครั้ง/ปี | 0 | 3 | 5 | 2 | 1 |



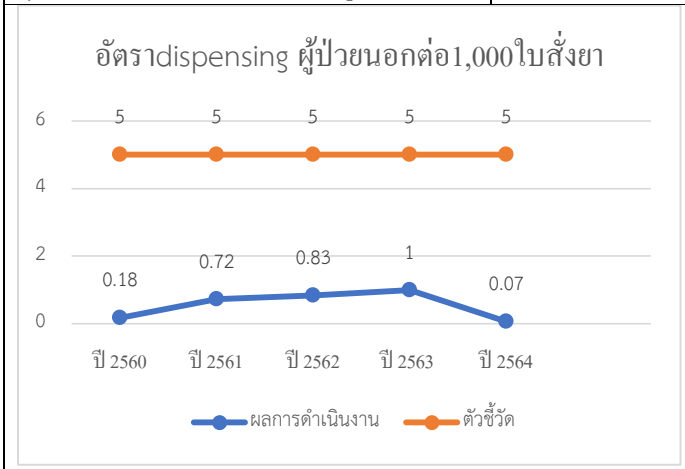

พบอุบัติการณ์ติดเชื้อ 1 ราย จากการทบทวนพบว่าการเฝ้าระวังการติดเชื้อยังไม่ครอบคลุมในเรื่องการติดตามนิเทศพบเจ้าหน้าที่ปฏิบัติไม่เหมือนกันในการใส่สายสวนปัสสาวะ จึงได้ดำเนินการแก้ไข โดยจัดทำใบ checklist การปฏิบัติขณะใส่สายสวนปัสสาวะให้กับผู้นิเทศและหัวหน้างาน และการให้ความรู้แก่ญาติในการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ

| | |
|---|---|
|  | จำนวน 2 ราย ระดับ 2 1 ราย จากการทบทวน เป็นผู้ป่วยนอนนานและน้ำหนักเกิน ระดับ 4 1 ราย จากการทบทวนพบว่าเกิดจากการให้ยา high alert drug (LEVOPHED) ในกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งมีภาวะบวม และผิวบาง จึงได้ดำเนินการแก้ไข ในสหวิชาชีพ โดยให้เภสัชกรแจ้งยาที่มีกรด ด่างสูง ให้แก่พยาบาลทราบ และให้ความรู้แก่ญาติและผู้ป่วยในการสังเกตอาการผิดปกติ ที่ต้องแจ้งเจ้าหน้าที่ทันที |
|  | โรงพยาบาลศิลาลาด จะมีการตรวจสุขภาพประจำปีบุคลกรทุกคน อย่างน้อยปีละ 1 ครั้งตามสายงาน สำหรับบุคลากรใหม่ก่อนรับเข้าทำงาน จะได้รับการตรวจสุขภาพเบื้องต้นทุกคน และงานจากการเก็บข้อมูล ในปี 2560-2564 ยังไม่พบอุบัติการณ์การติดเชื้อจากการทำงานในโรงพยาบาล |
|  | อัตราการเกิดอุบัติการณ์ ถูกเข็มทิ่มตำ สัมผัสสารคัดหลั่ง ในปี 2560 – 2564 จากการทบทวน พบว่าเจ้าหน้าที่ไม่ปฏิบัติตามแนวทาง one hand technique มีการแก้ไขโดยการมีการนิเทศติดตามและสุ่มประเมิน ทำให้อุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานลดลง |

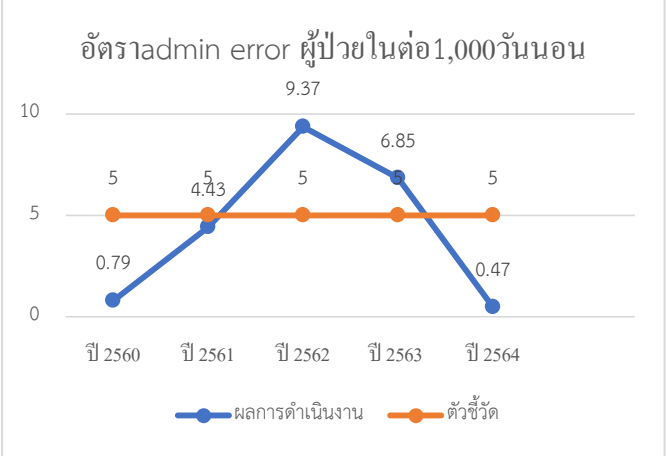
**87 ผลระบบบริหารจัดการด้านยา และด้านความปลอดภัยในการใช้ยา/เลือด (M)**

| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | 2560 | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 (ต.ค.63-ก.พ.64) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| อัตรา dispensing ผู้ป่วยนอก | ≤ 5ต่อพันใบสั่งยา | 0.18 | 0.72 | 0.83 | 1.0 | 0.07 |
| อัตราadmin error ผู้ป่วยใน | ≤ 5ต่อพันวันนอน | 0.79 | 4.43 | 9.37 | 6.85 | 0.47 |
| อุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำ | 0 ราย | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ร้อยละของผู้ป่วยที่ทำ Med. Reconcile | ≥ 80 % | NA | 92.30 | 98.97 | 99.66 | 98.36 |
| ผลการดำเนินงาน Hospital RDU | ผ่านขั้น 3 | 1 | 1 | 3 | 3 | 3 |

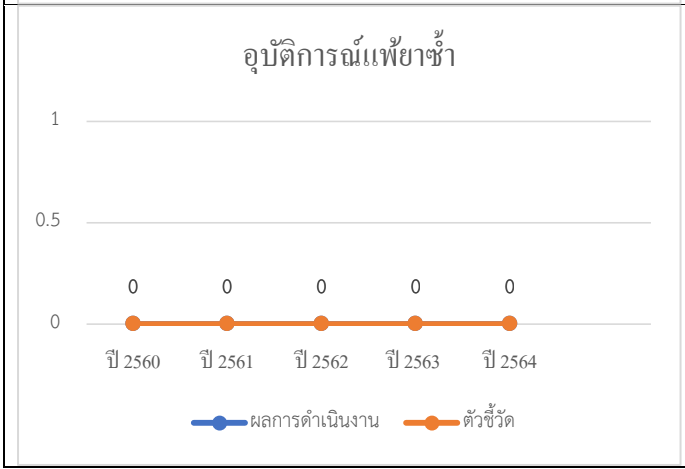
| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| อุบัติการณ์จากการให้เลือดผิดหมู่ ผิดคน | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |



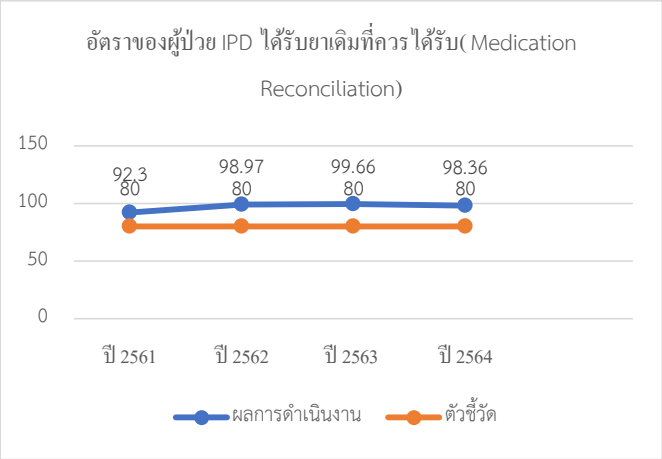
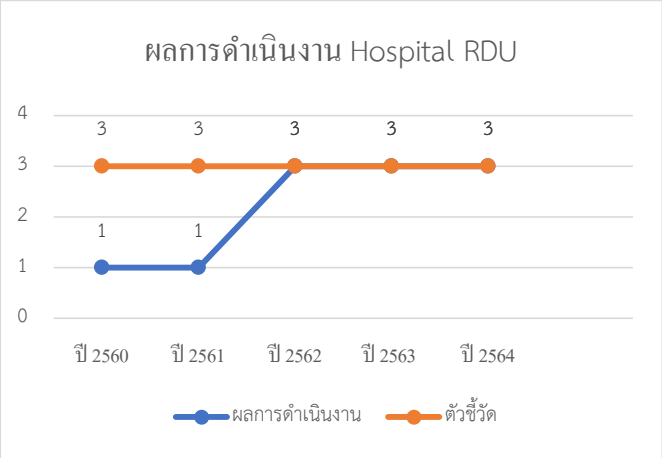

อัตรา Dispensing error OPD ปีงบประมาณ 2560-2563 ไม่เกินเป้าหมาย < 5 /1000 ใบสั่งยา แต่มีแนวโน้มสูงขึ้น จากการทบทวนพบว่า 3 อันดับที่มีการจ่ายยาผิดพลาด ได้แก่ 1.จ่ายาผิดชนิด จ่าย Perphenazine 8 mg แทน TRAZODONE 50 mg เนื่องจาก แผงยาคล้ายกัน 2. จ่ายยาผู้ป่วยไม่ควรได้รับ โดยจ่าย Ibuprofen ในผู้ป่วย CKD 4 ซึ่งจ่ายยาแทนหลังห้องยาปิด และ 3.จ่ายยาผิดความ warfarin 5 mg แทน 3 mg 1 ครั้ง และจ่าย ASA81 mg แทนASA 300 mg จึงมีประชุมทบทวนแนวทางปฏิบัติในการดำเนินงานในคณะกรรมการ PTC พบว่าปีงบประมาณ 2564( ตค.63-กพ.64) Dispensing error OPD ลดลง

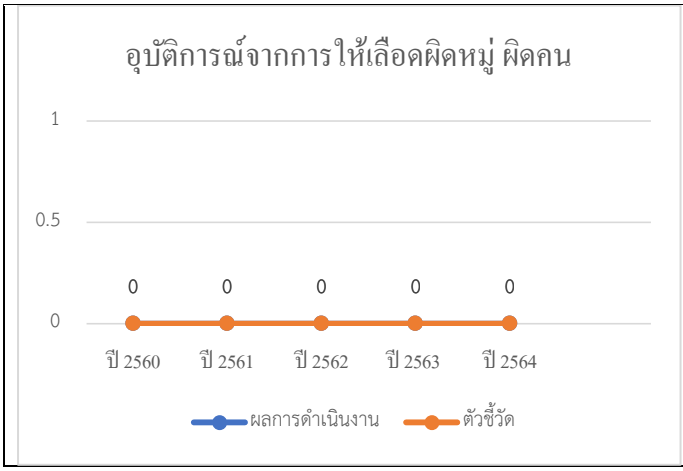



ปีงบประมาณ 2562-2563 พบ administration 9. 3 7 และ6.85 ตามลำดับซึ่งสูงกว่าเป้าหมาย< 5 /1000 วันนอน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกรบริหารยาผิดเวลา ให้ยาไม่ครบรายการ และพบอุบัติการณ์ฉีดยา Tramadol inj.ผิดคน 1 ครั้งความรุนแรงระดับ D ให้ยาพาเซตามอล ผิดคน 2 ครั้งจึงประชุมทบทวนอุบัติการณ์และปรับระบบการบริหารยา และการระบุตัวผู้ป่วยก่อนการบริหารยา พบว่าปีงบประมาณ 2564(ตค.63-กพ.64) administration IPD ลดลง




คณะกรรมการ PTC กำหนดแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพ้ยาซ้ำในโรงพยาบาล พบว่าปีงบประมาณ 2560-2564(ตค.63-กพ.64) ไม่พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ

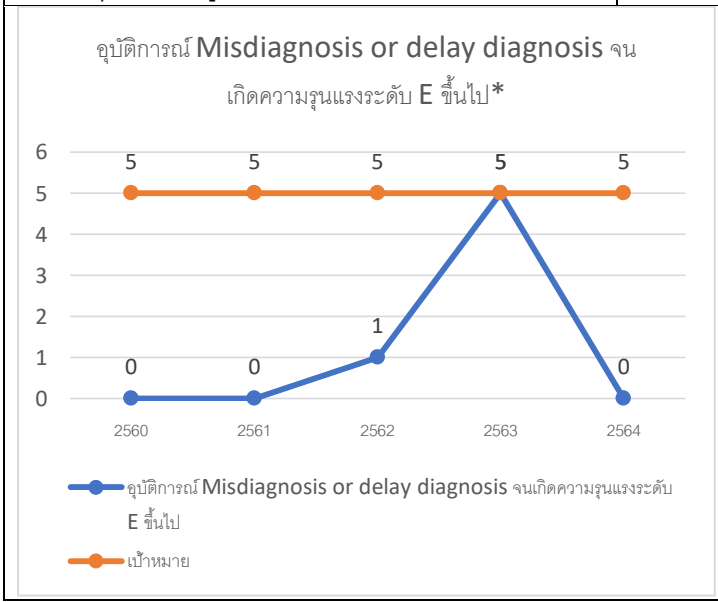
| | |
|---|---|
|  | คณะกรรมการ PCT กำหนดนโยบายการประสานความสอดคล้องทางยา(Medication Reconciliation :MR) เพื่อให้บรรลุเป้าหมายผู้ป่วย admit ต้องได้รับยาเดิมที่สมควรได้รับ> ร้อยละ 80 ทีมจึงได้ประชุมกำหนดแนวทางปฏิบัติและบทบาทผู้เกี่ยวข้องทุกขั้นตอนทั้งของกรบวนการ Medication reconciliation โดย แพทย์เป็นผู้ประเมินรายการใช้ยาเดิมของผู้ป่วยและบันทึกรายการยาใน Doctor order sheet เภสัชกรบันทึกรายการยาเดิมผู้ป่วยลงในแบบฟอร์ม MR กรณีที่แพทย์ยังไม่มีคำสั่งใช้รายการยาเดิมเภสัชกรจะต้องConsult แพทย์ทุกราย และประสานพยาบาล IPD ตามยาเดิมจากผู้ป่วยและญาติผลการดำเนินงานพบว่า ปีงบประมาณ 2561 มีการดำเนินงานร้อยละ 92.30 ปีงบประมาณ 2562มีการดำเนินงานร้อยละ 98.97 ปีงบประมาณ 2563 มีการดำเนินงานร้อยละ99.66 และ ตค.63-กพ.64 มีการดำเนินงานร้อยละ 98.36 แต่ยังพบอุบัติการณ์ไม่ได้ดำเนินการในผู้ป่วยที่มา admit เวรบ่าย-ดึก และ D/C ในวันถัดไป 2 ราย โดยทีมได้ประชุมทบทวนและปรับกระบวนการทำงานโดยให้พยาบาลห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินทำ Medication reconciliation โดยบันทึกยาเดิมผู้ป่วยที่ admit เวรบ่าย-ดึกทุกรายและส่งต่อข้อมูลให้เภสัชกรทวนสอบความถูกต้องของรายการยาและเปรียบเทียบยาที่ผู้ป่วยได้รับใหม่กับรายการยาที่ผู้ป่วยเคยได้ในเวรเช้า หลังปรับกระบวนการมีการทำ Medication reconciliationในผู้ป่วยที่ admit เวรบ่าย-ดึก ครอบคลุมเพิ่มมากขึ้น |
|  | โรงพยาบาลศิลาลาด เริ่มดำเนินงาน Hospital RDU ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 พบว่าในปีงบประมาณ 2560-2561 ผ่านRDU ขั้น 1 จึงมีการพัฒนากระบวนการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยศึกษารายละเอียดตัวชี้วัดแต่ละตัว รณรงค์ให้ความรู้บุคลากร พัฒนาระบบสารสนเทศในการสั่งใช้ยา การติดตามตัวชี้วัดและสะท้อนข้อมูลการสั่งใช้ยาแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้โรงพยาบาลศิลาลาดผ่านRDU ขั้น 3 ในปีงบประมาณ2562-2564(ตค.63-กพ.64) |




ปี 2560 -2564 ไม่พบอุบัติการณ์จากการให้เลือดผิดหมู่ผิดคน เนื่องจากมีแนวทางปฏิบัติการให้เลือดอย่างปลอดภัย โดยมีการตรวจสอบหมู่เลือดซ้ำก่อนให้เลือดผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยรายใหม่ที่ยังไม่มีประวัติรับเลือด และมีการทวนสอบก่อนให้เลือดโดยเจ้าหน้าที่ 2 คน และปฏิบัติตามมาตรฐานทางการให้เลือดอย่างเคร่งครัด จึงยังไม่พบอุบัติการณ์การให้เลือดผิดหมู่ผิดคน

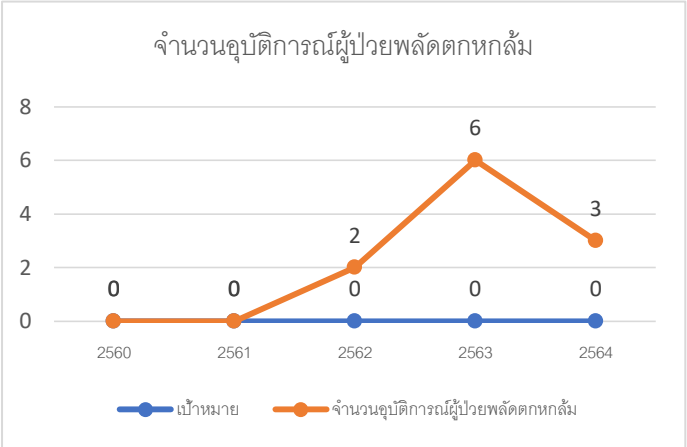
**88 ผลด้านความปลอดภัยในกระบวนการดูแลผู้ป่วย (P)**

| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | 2560 | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 (ต.ค.63-ก.พ.64) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| อุบัติการณ์ Misdiagnosis or delay diagnosis จนเกิดความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป* | 0 | 0 | 0 | 1 | 5 | 0 |
| อุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดทั้งหมด | 0 | 1 | 4 | 5 | 4 | 2 |
| จำนวนอุบัติการณ์ผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม | 0 | 0 | 0 | 2 | 6 | 3 |




อุบัติการณ์ Misdiagnosis or delay diagnosis จนเกิดความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป ในปี 2563 มีจำนวน 5 ครั้ง ในผู้ป่วย APPENDICITIS จำนวน 3 ครั้ง ,STROKE จำนวน 1 ครั้งและ TRAUMA จำนวน 1 ครั้ง ทีม PCT จึงได้ทบทวนและทำ RCA ได้แนวทางการประเมินและการวินิจฉัยโรคในกลุ่มดังกล่าว มีช่องทางการ consult แพทย์เฉพาะทางโรงพยาบาลศรีสะเกษ และมีการพัฒนาศักยภาพทีมในการดูแลผู้ป่วยเช่นส่งแพทย์ /พยาบาลเข้าร่วมประชุมแนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่จัดขึ้นโดยโรงพยาบาลศรีสะเกษเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ในปี 2564 ยังไม่พบอุบัติการณ์ Misdiagnosis or delay diagnosis จนเกิดความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป

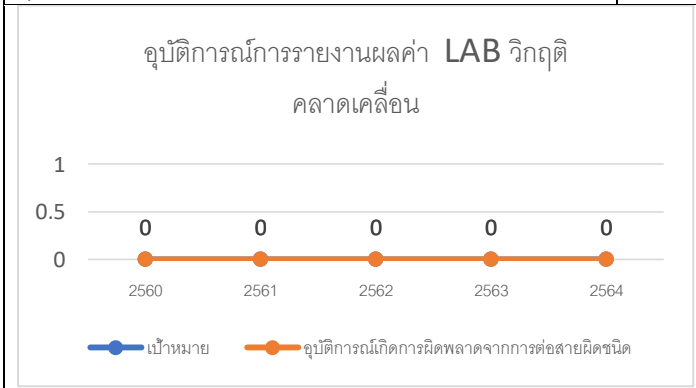
ในการระบุตัวผิดพลาดปี 2560-2563 มีแนวโน้มลดลง โดยส่วนมากเป็นการระบุ HN และที่อยู่ผิด เนื่องจากไม่ได้ตรวจสอบจากบัตรประชาชนหรือมีการยืนยันอย่างน้อย 2 ช่องทาง/การทวนสอบ โดยมีอุบัติการณ์สำคัญระดับ D 2 ครั้ง ได้แก่ ส่งตรวจเลือดผิดคน 1 ครั้ง และให้ยาผิดคนผิดเตียง 1 ครั้ง แต่ไม่มีอุบัติการณ์ในระดับ E ขึ้นไป ทั้งนี้เนื่องจากได้จัดทำแนวปฏิบัติเรื่องการระบุตัวผู้ป่วย โดยให้ใช้อย่างน้อย 2 ตัวบ่งชี้ในการระบุตัวผู้ป่วยก่อนให้การบริการและก่อนทำหัตการทุกครั้ง และนำสู่การปฏิบัติอย่างเคร่งครัดทุกจุดบริการ




ในปี2563 พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยพลัดตกหกล้มสูงมากขึ้น ส่วนใหญ่เกิดที่ตึกผู้ป่วยใน ทางหน่วยงานจึงมีการจัดทำ CQIในหน่วยงานขึ้น เพื่อลดอุบัติการณ์และให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย ในปี2564 ยังพบอุบัติการณ์ผู้ป่วยพลัดตกหกล้มแต่แนวโน้มลดลง ทีมได้มีการทบทวนอุบัติการณ์ทุกครั้งและพัฒนาการดูแลต่อไป

**89ผลด้านความปลอดภัยในการใช้ line/tube/catheter และตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับห้องปฏิบัติการ (L)**

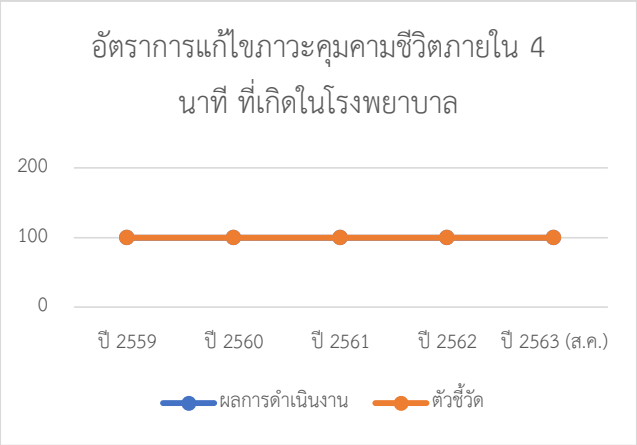
| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | 2560 | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 (ต.ค.63-ก.พ.64) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| อุบัติการณ์การรายงานผลค่า LAB วิกฤติคลาดเคลื่อน | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |



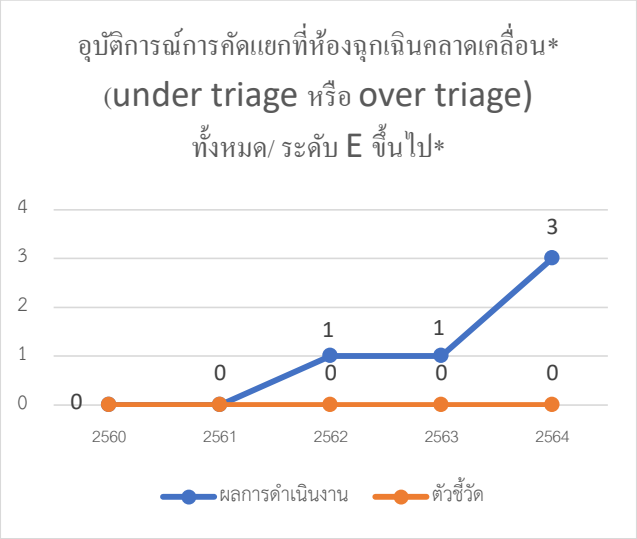

ที่ผ่านมาไม่เคยพบอุติการณ์เนื่องจากมีแนวทางการรายงานค่าวิกฤติ และมีห้องปฏิบัติการมีระบบแจ้งเตือนค่าวิกฤตในโปรแกรม LIS ก่อนการรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ไปยัง HIMPRO จึงยังไม่พบอุบัติการณ์ดังกล่าว

**90 ผลด้านความปลอดภัยในการดูแลภาวะฉุกเฉิน (E)**

| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | 2560 | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 (ต.ค.63-ก.พ.64) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| อุบัติการณ์การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน* (under triage หรือ over triage) ทั้งหมด/ ระดับ E ขึ้นไป* | 0 | NA | 0 | 1 | 1 | 3 |
| อุบัติการณ์การคลอดฉุกเฉินที่ไม่ปลอดภัย ระดับ E ขึ้นไป | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| อุบัติการณ์เครื่องมือช่วยเหลือฉุกเฉินไม่พร้อมใช้ | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 2 |




ในปี 2559-2563 อัตราการแก้ไขภาวะคุมคามชีวิตภายใน 4 นาที ที่เกิดในโรงพยาบาลทำได้ 100% โดยจากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการแก้ไขภาวะคุกคามชีวิตตั้งแต่ปี 2559-2563 เกิดขึ้นที่แผนกงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชและตึกผู้ป่วยใน โดยได้รับการดูแลและช่วยชีวิตจากเจ้าหน้าที่ที่ได้ผ่านการอบรมในเรื่องการประเมินและการช่วยเหลือผู้ป่วย อีกทั้ง เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลที่ได้ผ่านการฝึกปฏิบัติการทำ CPR ทุกคนสามารถช่วยชีวิตจากการทำ CPR ได้ทันทีเมื่อพบผู้ป่วยหมดสติและไม่มีชีพจร



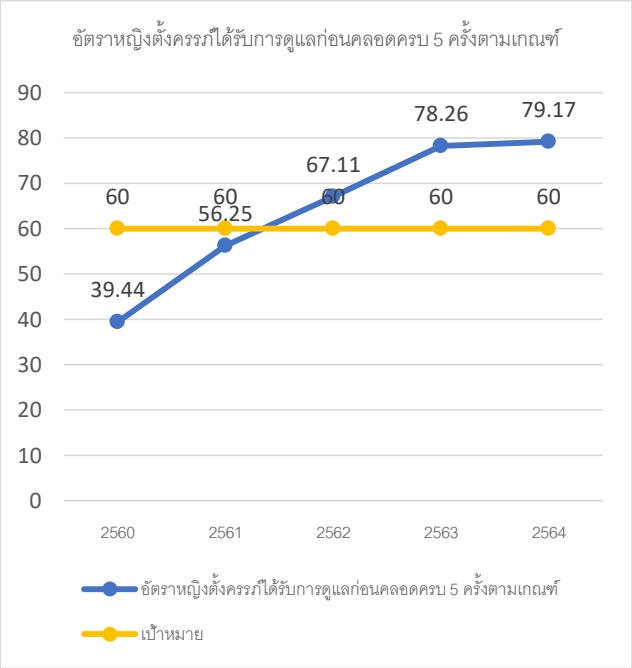

อุบัติการณ์การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน (under triage หรือ over triage) ทั้งหมด/ ระดับ E ขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น มีจำนวน 3 ครั้งแบ่งเป็นผู้ป่วย trauma และผู้ป่วยเหนื่อยหอบ ทีมสหวิชาชีพได้ทบทวน RCA จึงได้กำหนดแนวทางการคัดแยกผู้ป่วย trauma ,เหนื่อยหอบ และเพิ่มสมรรถนะของพยาบาลห้องฉุกเฉินทุกคนให้สามารถประเมินโดยใช้ MOPH ED triage ซึ่งคาดว่าแนวโน้มอุบัติการณ์การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน (under triage หรือ over triage) ทั้งหมด/ ระดับ E ขึ้นไป จะลดลง

อุบัติการณ์การคลอดฉุกเฉินที่ไม่ปลอดภัย ระดับ E ขึ้นไป ที่พบในห้องฉุกเฉินในปี 2563-2564 มีจำนวนปีละ 1 ครั้ง ผลจากการทบทวนพบว่าการคลอดในห้องฉุกเฉินถือเป็นความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสำหรับหญิงคลอดและทารกแรกเกิด โดยอุบัติการณ์การคลอดทั้ง 2 ครั้ง เกิดขึ้นนอกเวลาราชการ ซึ่งเจ้าหน้าที่ขึ้นปฏิบัติงานที่ห้องฉุกเฉินเพียง 3 คน ซึ่งเจ้าหน้าที่ยังขาดทักษะและประสบการณ์ในการช่วยทำคลอดจึงทำให้กระบวนการดูแลหญิงผู้คลอดและทารกแรกคลอดพบว่าดูแลไม่เหมาะสม ภายหลังการทบทวน ทีมจึงได้วางระบบการประสานข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ในคลินิก ANC เพื่อให้ห้องฉุกเฉินได้เตรียมรองรับกรณีการคลอดฉุกเฉิน และการขอความช่วยเหลือหน่วยงาน OPD และ IPD (กรณีมีหญิงตั้งครรภ์มาคลอดที่ห้องฉุกเฉิน) พร้อมทั้งได้ส่งพยาบาลห้องฉุกเฉินอบรมสูติศาสตร์ฉุกเฉินที่จัดโดยศูนย์อนามัยที่ 10 เพื่อเพิ่มสมรรถนะในการดูแลหญิงคลอดและเพื่อนำมาถ่ายทอดให้กับพยาบาลในหน่วยงาน นอกจากนี้ทีม PCT ยังได้จัดทำแนวทางการช่วยคลอดกรณีฉุกเฉินและการดูแลหลังคลอดก่อนส่งต่อ เพื่อประกันคุณภาพการคลอดฉุกเฉินที่เกิดในห้องฉุกเฉินอีกด้วย โดยคาดการณ์ว่าอุบัติการณ์การคลอดที่ไม่ปลอดภัยระดับ E ขึ้นไปจะไม่เกิดขึ้นอีก

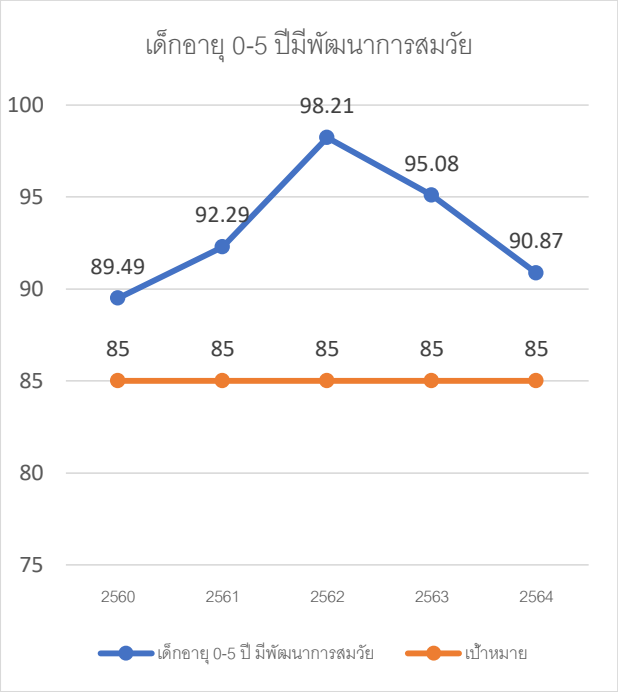
**91 ผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพของผู้รับบริการ**

| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | 2560 | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 (ต.ค.63-ก.พ. 64) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| อัตราหญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอดครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ | ≥60 % | 39.44 | 56.25 | 67.11 | 78.26 | 79.17 |
| เด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย | > 85% | 89.49 | 92.29 | 98.21 | 95.08 | 90.87 |
| เด็กวัยเรียน 6-14 ปี สูงดีสมส่วน | > 66% | 59.46 | 68.92 | 73.80 | 66.67 | 70.68 |
| อัตราการตั้งครรภ์ในหญิงอายุ 15-19ปี /มารดาอายุ15-19ปี | <42:1000 ปชก. หญิง 15-19ปี | 32.00 | 9.41 | 31.41 | 25.32 | 2.43 |
| อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง | < 10% | 2.59 | 1.68 | 8.97 | 3.03 | 8.09 |
| ร้อยละ Healthy Aging | >80% | NA | 83.4 | 85.44 | 88.12 | 91.66 |

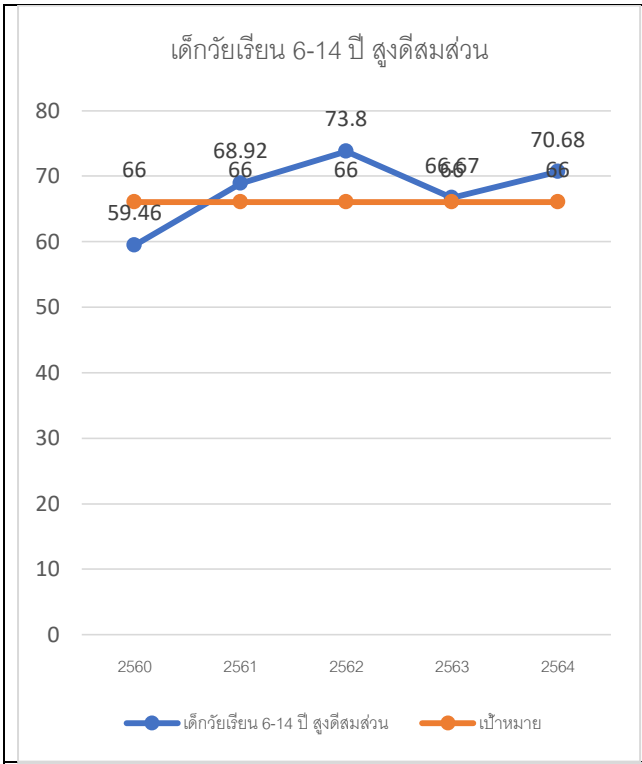
| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่บ้าน | < 5% | 4.7 | 6.5 | 6.3 | 4.70 | 8.5 |



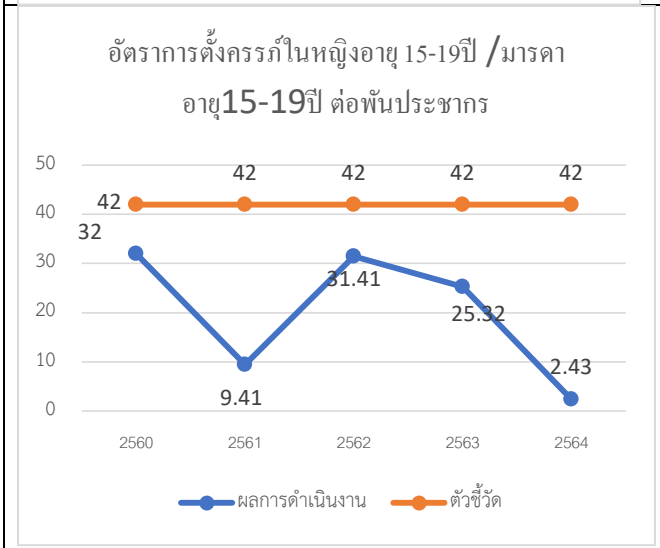

อัตราหญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอดครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ ยังต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดคือ โดยพบเพียงร้อยละ 39.44,56.25 ในปี 2560,และ 2561 ซึ่งส่วนหนึ่งเนื่องจากหญิงตั้งครรภ์บางส่วนทำงานที่ต่างจังหวัด ไปรับการฝากครรภ์ไม่ต่อเนื่องและบางส่วนเป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ยังไม่พร้อม ทำให้เข้ารับการฝากครรภ์ไม่ได้ตามเกณฑ์ จากปัญหาดังกล่าว MCH Board ได้นำปัญหาเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งและดำเนินการภายใต้ พชอ.บูรณาการร่วมกับเครือข่ายและมีการนิเทศ /เยี่ยมเสริมพลังจากทีมอย่างต่อเนื่องส่งผลให้อัตราหญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอดครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ ในปี 2562 , 2563 และ 2564 ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด คือร้อยละ 67.11,78.26 และ79.17 ตามลำดับ



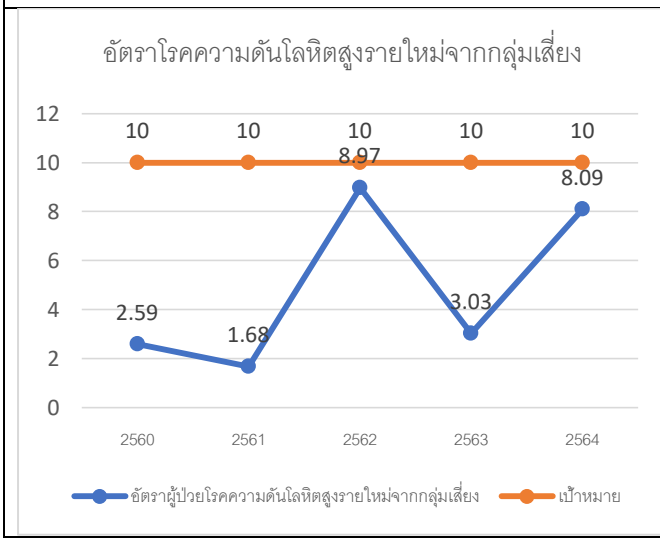

ในกลุ่มเด็ก 0-5 ปี ปีงบประมาณ 2560 - 2564 พบเด็กได้รับการคัดกรองและมีพัฒนาการสมวัยผ่านเกณฑ์คือมากกว่าร้อยละ 85 แต่ยังพบว่าเด็กบางส่วนพบพัฒนาการไม่สมวัยในกลุ่มเด็กที่มีปัญหาตั้งแต่แรกเกิด หรือเด็กที่ผู้ปกครองไม่ได้ดูแลใกล้ชิด ได้มีการดำเนินการเพื่อพัฒนางานพัฒนาระบบการบริหารจัดการควบคุมกำกับ พัฒนาระบบบริการและการส่งต่อ ส่งเสริมและพัฒนาการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยเชิงรุกโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ส่งผลให้เด็ก ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM ) อันส่งผลให้การตรวจคัดกรองพัฒนาการ ผ่านครบ 5 ด้านในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการและประเมินซ้ำ ภายใน 30 วัน(สมวัยครั้งที่ 2 ) ผลการประเมินพัฒนาการสมวัยผ่านตามเป้าหมาย



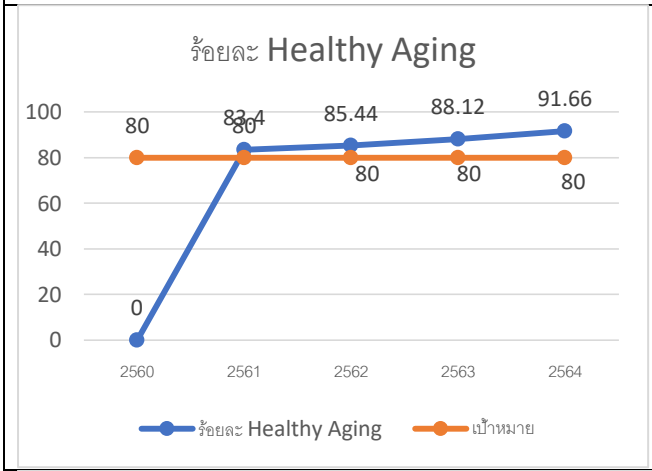
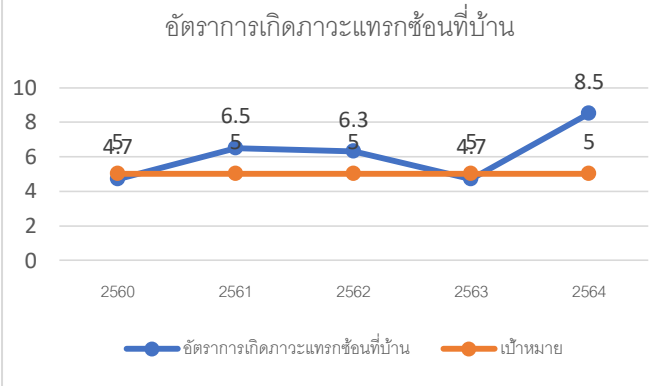

เด็กวัยเรียน 6-14 ปี สูงดีสมส่วนต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดในปี 2560 คือร้อยละ 59.46 จึงได้จัดทำแผนงานโครงการในการแก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการในนักเรียนร่วมกับโรงเรียนทั้ง 3 แห่งในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล ประกอบด้วย โรงเรียนระดับประถมศึกษา 3 แห่งและมัธยมศึกษา 1 แห่ง โดยเน้นการพัฒนาทักษะสุขภาพ และการดูแลสุขภาพ ในเด็กวัยเรียน และจัดกิจกรรมกลุ่มสำหรับนักเรียนเพื่อแก้ปัญหาภาวะโภชนาการ โดยเน้นหลัก 3 อ 2 ส กิจกรรมการออกกำลังกายและส่งเสริมกิจกรรมกีฬาร่วมกับเครือข่ายระดับอำเภอ มีกิจกรรมจัดกิจกรรมแข่งขันกีฬานักเรียนระหว่างโซนและติดตามเด็กนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน ผลการดำเนินการพบเด็กวัยเรียน 6-14 ปี สูงดีสมส่วนผ่านเกณฑ์ที่กำหนดในปี 2561 -2564 คือร้อยละ 68.92,73.80, 66.67และ 70.68




การตั้งครรภ์ในหญิงอายุ 15-19ปี /มารดาคลอดอายุ15-19ปี อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดคือน้อยกว่า 34:1000 ปชก.หญิง 15-19 ปี แต่ชุมชนก็ยังเห็นเป็นปัญหาในกลุ่มวัยรุ่น คือปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมการตั้งครรภ์อยู่ในวัยเรียน จึงได้จัดทำแผนงานโครงการในการแก้ปัญหาวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อม โดยเน้นการพัฒนาทักษะสุขภาพ ในกลุ่มวัยรุ่นและการชี้ประเด็นนโยบายสาธารณะ ได้มีการดำเนินกิจกรรม คือในชุมชนได้ดำเนินการรณรงค์ให้ความรู้ในการมีบุตรเมื่อพร้อมแก่ประชาชน ค้นหากลุ่มเสี่ยงตั้งครรภ์ไม่พร้อมร่วมกับ อสม.ในหมู่บ้านโดยออกแบบรายงานให้ อสม. ในแต่ละหมู่บ้านรายงานให้ทางโรงพยาบาลศิลาลาดทราบทันทีเมื่อพบกลุ่มเสี่ยงตั้งครรภ์ไม่พร้อม และนำกลุ่มเสี่ยงเข้าคลินิกให้คำปรึกษาที่โรงพยาบาลศิลาลาด เพื่อให้คำปรึกษาและคุมกำเนิดโดยการฝังยาคุมกำเนิด



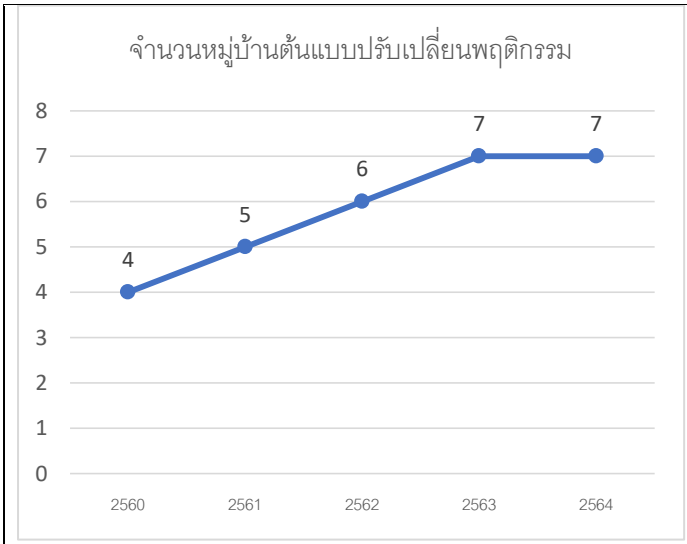

ปัญหาในกลุ่มวัยทำงาน คือปัญหาโรค NCDs โดยเฉพาะเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งเกิดจากพันธุกรรมและพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม จึงได้จัดทำแผนงานโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อห่างไกลโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร่วมกับองค์การบริหารบริหารส่วนตำบลกุงในการจัดกิจกรรมการคัดกรอง และกิจกรรมการดูแลสุขภาพทั้งในกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันหิตสูง โดยเน้นการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล การส่งเสริมการเรียนรู้ และการสร้างเครือข่าย โดยกลุ่มปกติและกลุ่มเสี่ยงรณรงค์กิจกรรมออกกำลังกายเต้นแอโรบิก และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมในคลินิก DPAC โรงพยาบาลศิลา

| | |
|---|---|
| | ลาด ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงความดันที่กลายเป็นผู้ป่วยความดันรายใหม่ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด |
|  | อำเภอศิลาลาดมีสัดส่วนของประชากรวัยผู้สูงอายุมีแนวโน้มมากขึ้น ทำให้อำเภอศิลาลาดเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การดำเนินการ เกิดการบูรณาการร่วมกันภายใต้การดำเนินงานของพชอ. และเครือข่ายอปท. มีการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ มีกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ และกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพ ทำให้พบว่า ร้อยละ Healthy Aging ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดคือมากกว่าร้อยละ 80 ตั้งแต่ปี 2561 ถึงปี 2564 |
|  | การให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพแบบเชิงรุกแบบสหสาขาวิชาชีพในการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาล สู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการกำหนดข้อบ่งชี้ในการเยี่ยมติดตามผู้ป่วย โดยมีระบบการวางแผนตั้งแต่ผู้ป่วยแรกรับ เชื่อมโยงข้อมูลถึงชุมชนทุกพื้นที่ แต่ยังพบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่บ้านสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งพบว่าภาวะแทรกซ้อนที่พบส่วนหนึ่งพบในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการดูแลและฟื้นฟูสภาพ เช่นผู้ป่วยติดเตียง หรือผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตที่ ซึ่งทางทีมก็ได้ถือเป็นโอกาสในการพัฒนาต่อไป |

**92 ผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน**

| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | 2560 | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 (ต.ค.63-ก.พ.64) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| มีชุมชนเข้มแข็งด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (Active Community) ทุกตำบล/สถานบริการ | 1 แห่ง/ปี | NA | 2 | 4 | 6 | 6 |

| | |
|---|---|
| | การพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชน เพื่อให้เกิดกิจกรรมการพัฒนาชุมชนเข้มแข็งด้านสิ่งแวดล้อม (ACTIVE COMMUNITY) โดยอาศัยหลักการชุมชนเข้มแข็งด้วยกระบวนการงานสาธารณสุขมูลฐาน ๓ก (กรรมการ/กำลังคน กองทุน กิจกรรม) และ ๑ข (ข้อมูล) และ ๓ส (สร้างความร่วมมือ สื่อสาร สู่การพัฒนาที่ยั่งยืน) โดยการดำเนินงาน การพัฒนาชุมชนเข้มแข็งด้านสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดความร่วมมือของประชาชนและภาคีเครือข่าย ในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องมีชุมชนเข้มแข็งด้านสิ่งแวดล้อม (ACTIVE COMMUNITY) ทุกตำบล |

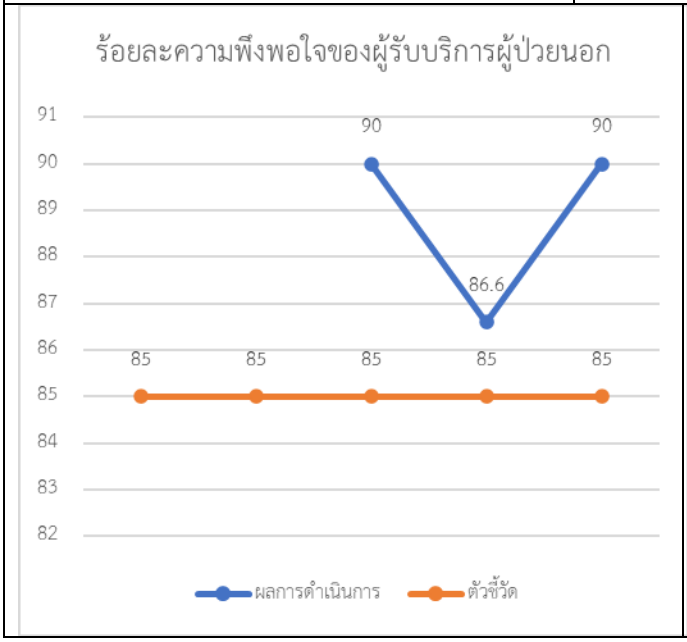



โรงพยาบาลศิลาลาดโดยงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ได้มี การพัฒนาให้ประชาชนและชุมชนสามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้ โดยยึดหลักการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและจัดปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีให้แก่ประชาชน ด้วยการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชนภายใต้ทรัพยากรในชุมชนที่มีอยู่ และได้ทำแผนงานโครงการชุมชนต้นแบบปรับพฤติกรรมเปลี่ยนชีวิตพิชิตโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ตามวิถีชุมชน ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง ได้จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเดิมเพิ่มพฤติกรรมใหม่ ห่างไกลโรคเรื้อรัง โดยด้านความรู้ มีการอบรมให้ความรู้ ด้านทักษะเช่น 1.การสาธิตอาหารเพื่อสุขภาพ 2.ให้คำปรึกษาเพื่อการปรับพฤติกรรมเสี่ยง และส่งเสริม สนับสนุนให้มีชุมชนต้นแบบด้านการส่งเสริมสุขภาพต่อเนื่องเพิ่มขึ้นทุกปี

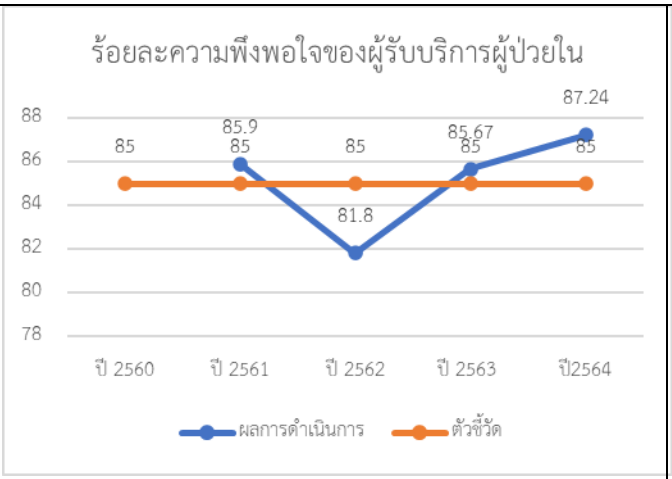
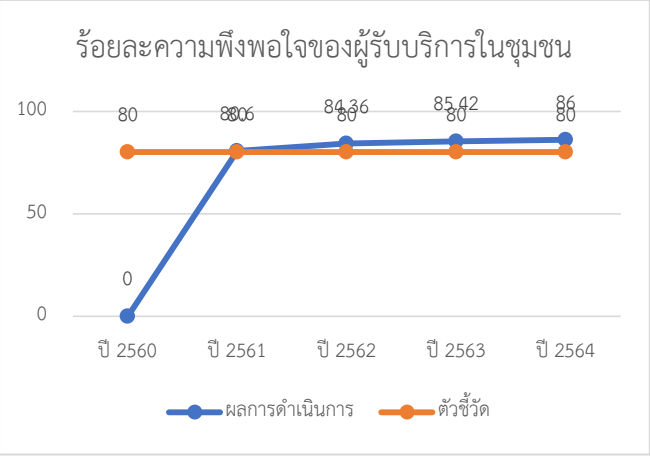
**IV-2 ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น (มิติคนเป็นศูนย์กลาง)**

**93 ผลด้านความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจ/ความผูกพัน ของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย**

| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | 2560 | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 (ต.ค.63-ก.พ.64) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก | ≥ 85% | 90 | 86.60 | 90 | 90 | 82.18 |
| ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยใน | ≥ 85% | 85.90 | 81.8 | 85.67 | 85.90 | 87.24 |
| ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการในชุมชน | ≥ 85% | NA | 80.6 | 84.36 | 85.42 | 86 |



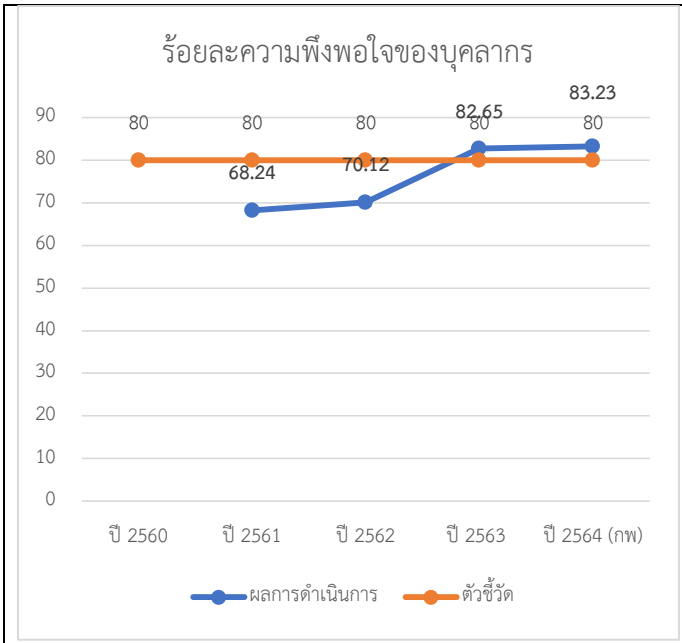

ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นในปี 2562 และลดลงในปี 2564 เนื่องจากเป็นข้อมูลในช่วงต้นปี ซึ่งมีการปรับเปลี่ยนจุดบริการให้เอื้อต่อการจัดบริการในช่วง COVID ทำให้ผู้ป่วยต้องเดินไกลมากขึ้น และจากการวิเคราะห์แบบสอบถามความพึงพอใจพบว่ามีประเด็นเรื่องความสะอาดของห้องน้ำและสิ่งแวดล้อม และการรอคอยนาน จึงพัฒนาระบบงานและเกิด CQI เรื่องการพัฒนาระบบบริการเพื่อเพิ่มความพึงพอใจในการบริการผู้ป่วยนอก คาดว่าในปี ผลรวมความพึงพอใจในปี 2564 จะเพิ่มขึ้น

| | |
|---|---|
|  | กราฟแสดงร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2561 – 2564 จะเห็นได้ว่าในปี 2561 ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยใน อยู่ที่ 85.93 ซึ่งถือว่าเกินเกณฑ์ที่ตั้งไว้ แต่ในปีงบประมาณที่ 2562 ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยในอยู่ที่ 81.80 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ทำให้มีการค้นหาสาเหตุของปัญหา และพบว่าเกิดจากการแจกแบบสอบถามจำนวนน้อย ทำให้ค่าเฉลี่ยของแบบสอบถามลดลงและข้อเสนอแนะส่วนใหญ่เป็นเรื่องความสะอาดสถานที่จึงได้มีการจัดทำCQIเพื่อเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการและปรับเปลี่ยนให้ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย ได้ช่วยพยาบาลในการแจกจ่ายแบบสอบถามให้ผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยในของปีงบประมาณ 2563 จึงอยู่ที่ 85.67 และร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยในของปีงบประมาณ 2564 เท่ากับ 87.24 ซึ่งเกินเกณฑ์ที่กำหนดไว้ แสดงถึงผู้รับบริการมีความพึงพอใจในงานบริการของตึกผู้ป่วยในเพิ่มมากขึ้น |
|  | ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการในชุมชน,มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีการประชาสัมพันธ์ช่องทางการเข้าถึงการบริการ เน้น อสม.เป็นผู้ประสานเชื่อมโยงระหว่างผู้ป่วยและโรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความพึงพอใจ |

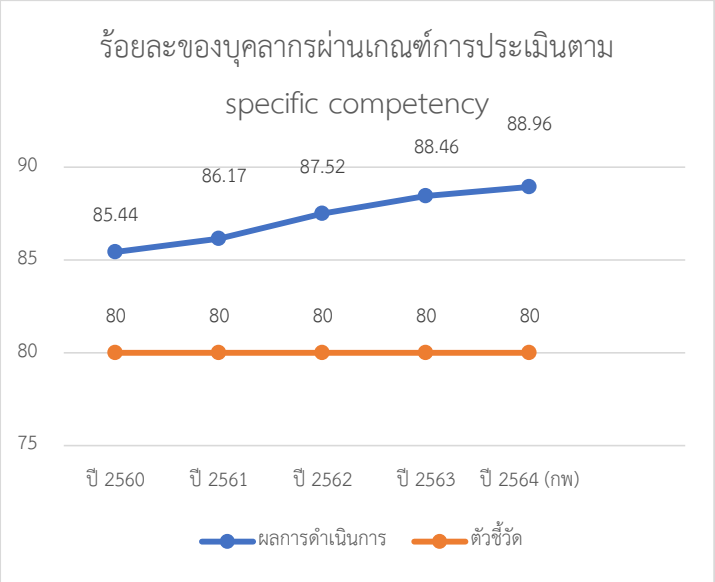
**IV-3 ผลด้านกำลังคน**

| 94 ผลด้านกำลังคน (IV-3) | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2560** | **2561** | **2562** | **2563** | **2564 (ต.ค. 63-ก.พ. 64)** |
| ร้อยละความพึงพอใจของบุคลากร | 80% | NA | 68.24 | 70.12 | 82.65 | 83.23 |
| ความผูกพันต่อองค์กร | >85% | NA | 66.64 | 79.43 | 86.24 | 87.32 |
| อัตราคงอยู่ของบุคลากร | >95 | 89.16 | 96.81 | 97.85 | 98.06 | 100 |
| การเพิ่มสมรรถนะของบุคลากร | >85 | 92.21 | 93.75 | 95.70 | 90.29 | 90.29 |
| ร้อยละของบุคลากรผ่านเกณฑ์การประเมินตาม specific competency | >80 | 85.44 | 86.17 | 87.52 | 88.46 | 88.96 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| บุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี | 100% | 90.50 | 91.78 | 90.05 | 98.80 | NA |
| ค่าคะแนนเฉลี่ยช่วงการประเมินดัชนีความสุขระดับ Happy (กระทรวงสาธารณสุข) | 60 | NA | 73.07 | 58.54 | 68.52 | 77.48 |
| การประเมินสมรรถนะสำหรับผู้บริหาร | ≥85 | 79 | 80 | 83 | 84 | 85 |

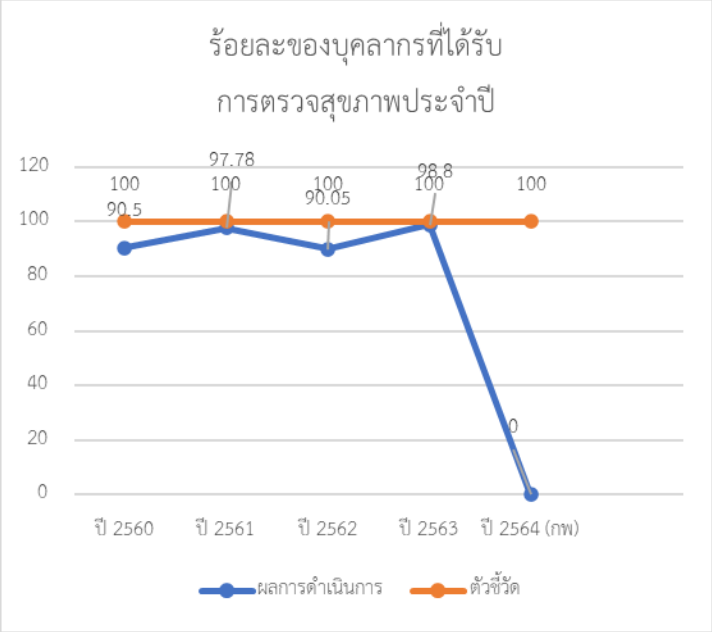



ร้อยละความพึงพอใจของบุคลากรมีแนวโน้มสูงขึ้น แต่ยังไม่ถึงเป้าหมาย เพื่อให้บุคลากรมีความผูกพันต่อองค์กร ผู้บริหารได้จัดระบบงานและปรับปรุงกิจกรรมสำหรับบุคลากรทุกคน ได้แก่ 1.การมอบหมายหน้าที่และภาระงานที่ถูกต้องตรงตามตำแหน่ง อย่างเหมาะสม 2.การให้ค่าตอบแทนและพิทักษ์ผลประโยชน์ที่ควรจะได้รับตามสิทธิของบุคลากรอย่างเป็นธรรม 3. การให้โอกาสบุคลากรทุกคนได้มีการพัฒนาตนเองตามความเหมาะสมทุกวิชาชีพ 4.การเยียวยาและช่วยเหลือเมื่อบุคลากรได้รับผลกระทบจากการไม่ได้รับผลประโยชน์หรือสิทธิต่างๆที่ควรได้รับ 5.การร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในงานและการพบปะทีเป็นกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ 6.การให้โอกาสและมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานหรือรับผิดชอบงานทีเป็นเป้าหมายสำคัญของโรงพยาบาล 7.การจัดหาสวัสดิการและสร้างสัมพันธ์ที่ดี 8.การชื่นชมและให้กำลังใจ ในการปฏิบัติงาน และรับฟังข้อเสนอแนะของบุคคลากรเพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนการในทุกปี

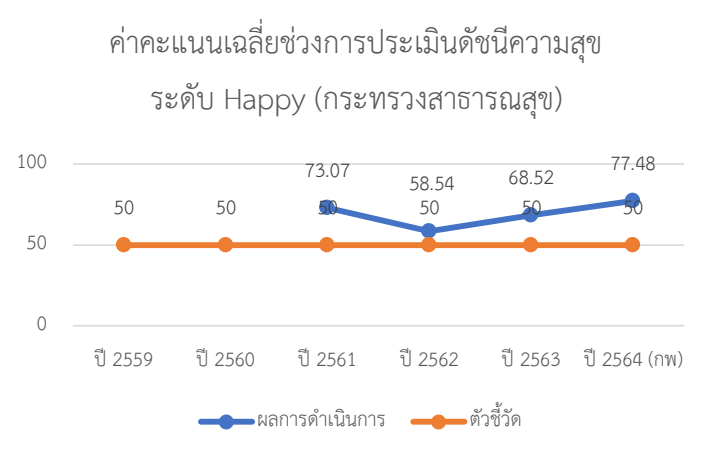



การประเมินสมรรถนะหลัก ก่อนปี 2562 ใช้ (core competency) ตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข โดยยึดหลัก MOPH จากนั้นได้มีการทบทวนในการใช้ (core competency)ของโรงพยาบาลเองโดยใช้ค่านิยมองค์กร (H-SILA)

H Humanized health care =การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ S Safety = การดูแลผู้ป่วยด้วยความปลอดภัย I Integrate = บูรณาการ L Learning = องค์กรแห่งการเรียนรู้ A Achievement = มุ่งผลสัมฤทธิ์ และมีการประเมินผลทุกๆ 6 เดือน ส่งผลให้ปี 2561เจ้าหน้าที่ทุกคนสามารถผ่าน (core competency)ของโรงพยาบาลได้ ที่ 85.44 ปี 2561 86.17,87.52,88.46 และปี 2564 88.96




โรงพยาบาลมีการตรวจสุขภาพบุคลากรทุกปีตามกลุ่มอายุและตามความเสี่ยง พบว่ามีแนวโน้มในการเข้ารับการตรวจสุขภาพเพิ่มขึ้นแต่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย เนื่องจากมีเจ้าหน้าที่บางท่านยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพเบื้องต้น และระบบการตรวจสุขภาพบุคลากรยังไม่มีแนวทางและผู้รับผิดชอบหลักที่ชัดเจน แผนการพัฒนาคือจัดทำแนวทางการตรวจสุขภาพบุคลากรและกระตุ้นให้เกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพในบุคลากรและในปี 2564 มีแผนการตรวจสุขภาพเจ้าหน้าที่ในช่วงเดือน กค.-สค. 2564

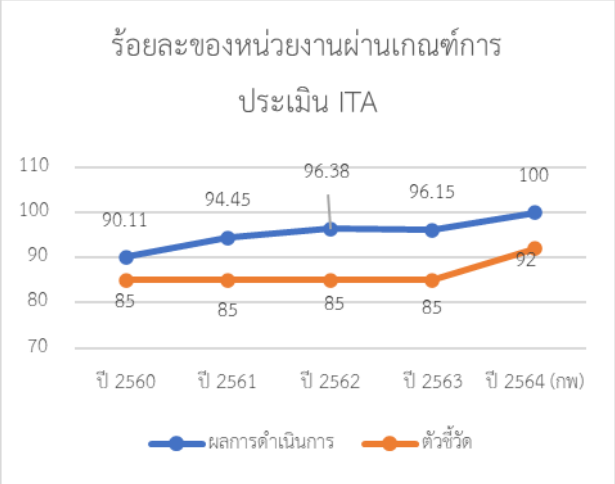
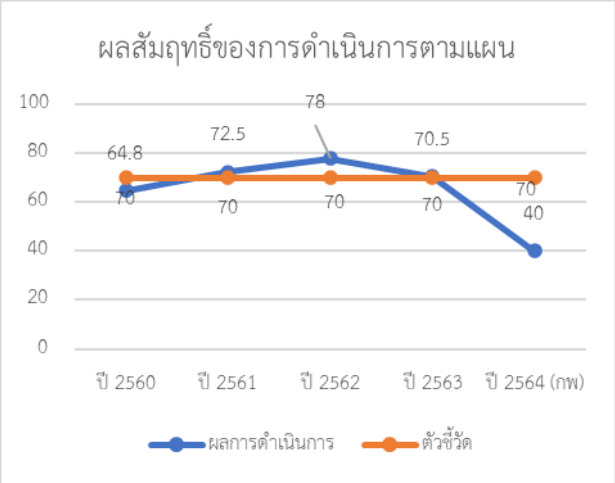
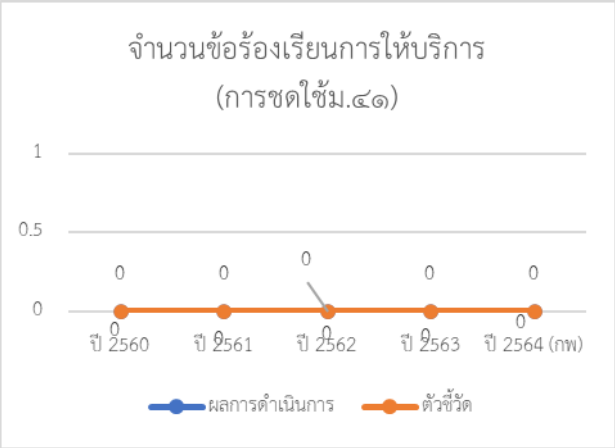
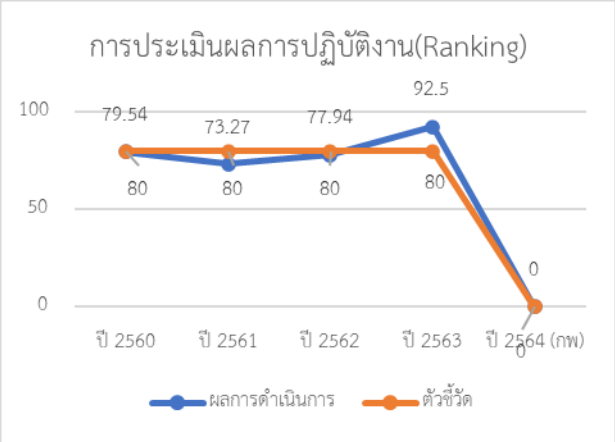



ค่าคะแนนเฉลี่ยช่วงการประเมินดัชนีความสุขระดับ Happy (กระทรวงสาธารณสุข) จากการวิเคราะห์พบว่าบุคลากรในองค์กรอยู่ในระดับมีความสุขดี สะท้อนให้เห็นว่าองค์กรต้องร่วมมือเพื่อสร้างเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรในโรงพยาบาลมีความสุขอย่างจริงจัง โดยมีเป้าหมายร่วมกันคือ ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

## IV-4 ผลด้านการนำ

**95 ผลด้านการนำ**

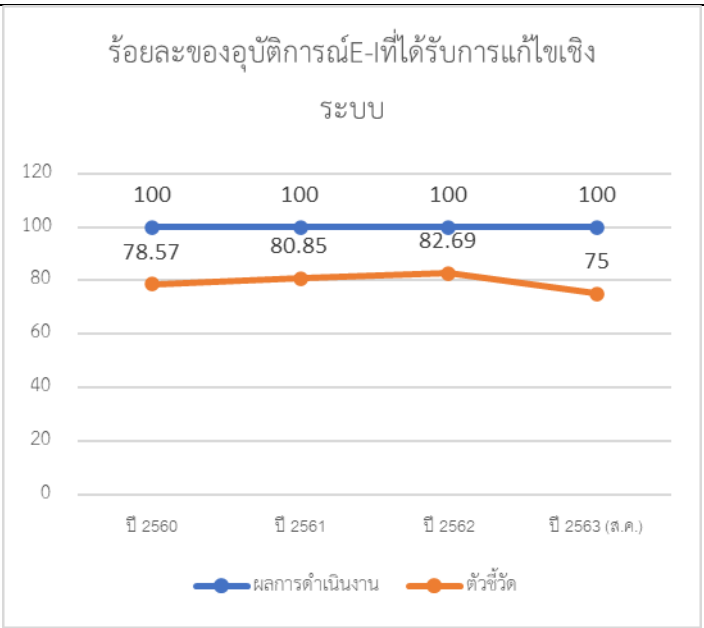
| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | 2560 | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 (ต.ค.63-ก.พ.64) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ร้อยละของหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA | ≥ 85% | 90.11 | 94.45 | 96.38 | 96.15 | 100 |
| ผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินการตามแผน | 70% | 64.8 | 72.50 | 78 | 70.50 | 40 |
| จำนวนข้อร้องเรียนการให้บริการ (การชดใช้ม.41) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| การประเมินผลการปฏิบัติงาน(Ranking) | >80% | 79.54 | 73.27 | 77.94 | 92.5 | NA |

| | |
|---|---|
|  | **ร้อยละของหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA**<br><br>ผลการประเมินคุณภาพและความโปร่งใสในการดำเนินงานของโรงพยาบาลศิลาลาด มีการแบ่งการประเมินออกเป็นรายไตรมาส รวมทั้งหมด 4 ไตรมาส โดยภาพรวมไตรมาสที่ 1 โรงพยาบาลศิลาลาดได้คะแนนเท่ากับร้อยละ 100 ซึ่งอยู่ในระดับดีมากและในไตรมาสที่ 2 มีการส่งแบบประเมินเรียบร้อยแล้วอยู่ในระหว่างการตรวจแบบประเมิน โดยมีการปฏิบัติตามกฎหมาย ความรับผิดชอบต่อสาธารณะและการดำเนินงานอย่างมีจริยธรรม โดยมีระบบ ITA และพัฒนาองค์กรให้เป็นโรงพยาบาลคุณค่า คุณภาพ คุณธรรม |
|  | ทางโรงพยาบาลศิลาลาดมีการติดตามการดำเนินงานทุกเดือนผ่านที่ประชุมกรรมการบริหาร ทำให้ผลการดำเนินงานที่ผ่านมามีแนวโน้มที่สูงขึ้น แต่ในปี 2563 มีสถานการณ์โควิดเข้ามา ทำให้บางแผนงานไม่สามารถดำเนินการได้ ด้วยมุ่งเน้นให้บริการป้องกันโควิดตามนโยบาย จึงยกแผนงานไปดำเนินการใน 2564 ซึ่งคาดว่าจะดำเนินการตามแผนได้ตามเป้าหมายที่กำหนด |
|  | ในการดำเนินงานของโรงพยาบาลศิลาลาดที่ผ่านมาเน้นผู้บริการเป็นศูนย์กลาง ให้บริการแบบพี่น้องในชุมชน ทำให้ไม่มีข้อร้องเรียนการบริการที่ต้องชดใช้ตามม.41 |
|  | จากการประเมินผลการปฏิบัติงาน (Ranking) 4 ปีที่ผ่านมาไม่ผ่านเกณฑ์ประเมินตามเป้าหมาย เนื่องจากไม่มีผู้รับผิดชอบหลักในการติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและไม่ได้วิเคราะห์หาสาเหตุที่ทำให้ไม่ผ่านอย่างเป็นระบบ แต่ในปี 2563 มีการทบทวนและกำหนดให้หัวหน้างานติดตามทุกเดือนและผู้บริหารมีการกำกับทุก 3 เดือน ส่งผลให้การดำเนินงานเป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น สามารถผ่านเกณฑ์ประเมินตามเป้าหมายในปี 2563 คือ ร้อยละ 92.50 และในปี 2564 มีการแบ่งการประเมินออกเป็น 2 รอบ ซึ่งโรงพยาบาลศิลาลาดได้รับการเข้าเยี่ยมตรวจประเมินผลและกำกับติดตามเรียบร้อยแล้ว ผลการประเมินอยู่ |

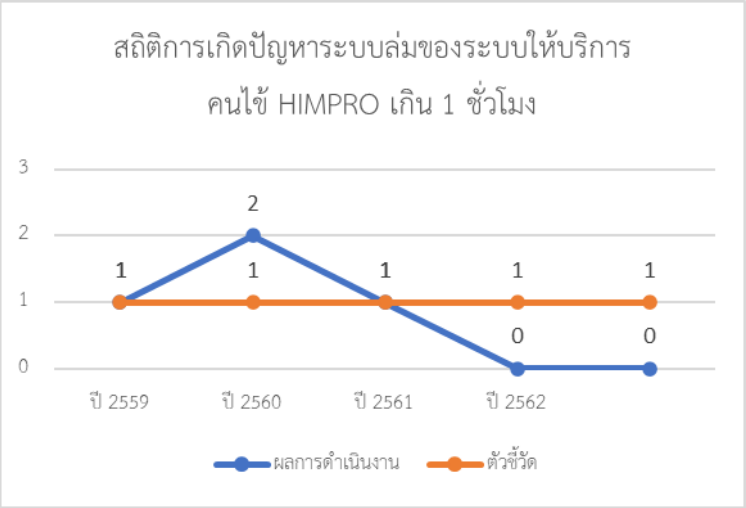
| | |
|---|---|
| | ระหว่างการประเมินการให้คะแนน เนื่องจากโรงพยาบาลศิลาลาดรอการเข้าเยี่ยมตรวจประเมิน กำกับติดตามและจัดลำดับคะแนนในรอบที่ 2 |

**IV-5 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ**

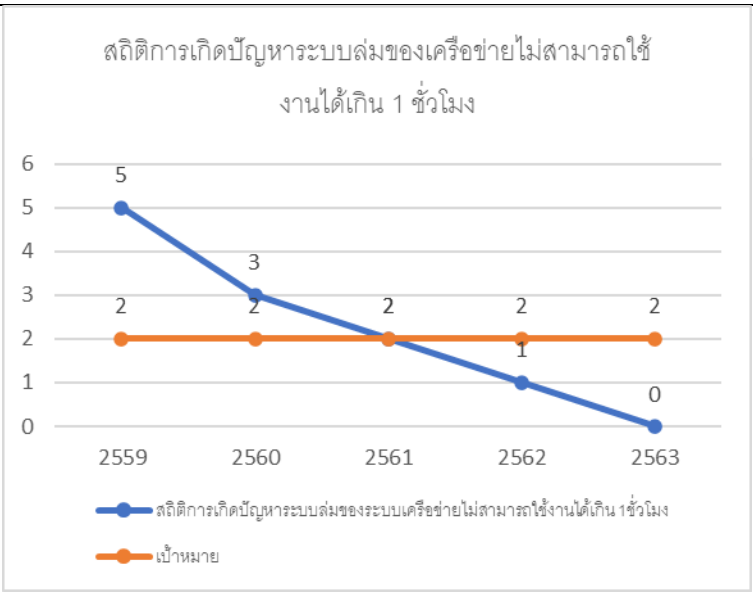
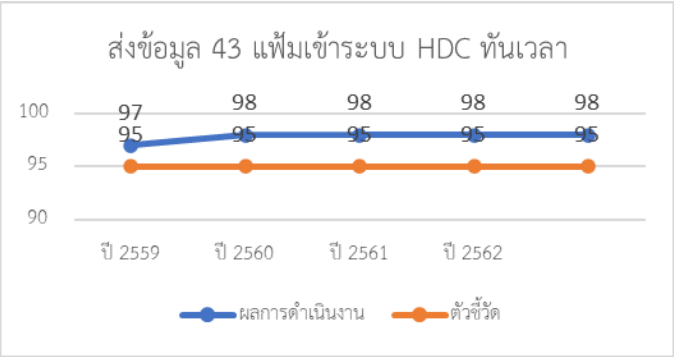
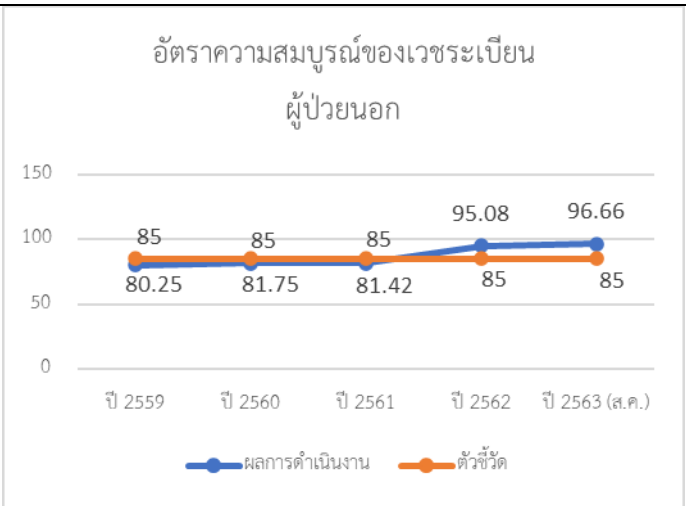
| 96 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ เช่น IM, BCM, Supply chain , RM, ENV | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **2560** | **2561** | **2562** | **2563** | **2564 (ต.ค.63-ก.พ.64)** |
| ร้อยละของอุบัติการณ์E-Iที่ได้รับการแก้ไขเชิงระบบ | 100% | 78.57 | 80.85 | 82.69 | 75.00 | 75.00 |
| สถิติการเกิดปัญหาระบบล่มของระบบให้บริการคนไข้ HIMPRO เกิน 1 ชั่วโมง | <1 ครั้ง | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| สถิติการเกิดปัญหาระบบล่มของระบบเครือข่ายไม่สามารถใช้งานได้เกิน 1ชั่วโมง | <2 ครั้ง | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 |
| ส่งข้อมูล 43 แฟ้มเข้าระบบ HDC ทันเวลา | >95% | 98% | 98% | 98% | 98% | 98% |
| อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก | ≥85 | 81.75 | 81.42 | 95.08 | 96.66 | 96.66 |
| อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน | ≥85 | 79.30 | 84.70 | 87.90 | 88.93 | 88.93 |
| ประสิทธิภาพการทำปราศจากเชื้อของอุปกรณ์ทางการแพทย์ | 100% | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| ผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำเสียผ่านเกณฑ์มาตรฐานทุกค่าพารามิเตอร์ | ผ่านทุกค่าพารามิเตอร์ | N/A | ไม่ผ่าน | ไม่ผ่าน | ผ่าน | ผ่าน |
| อุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ของระบบสาธารณูปโภค | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 |

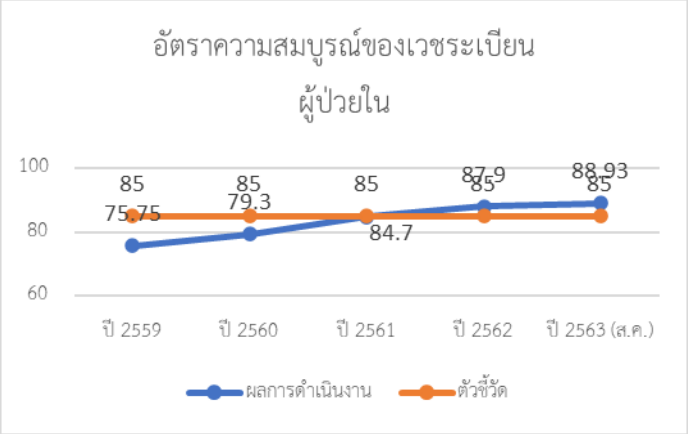
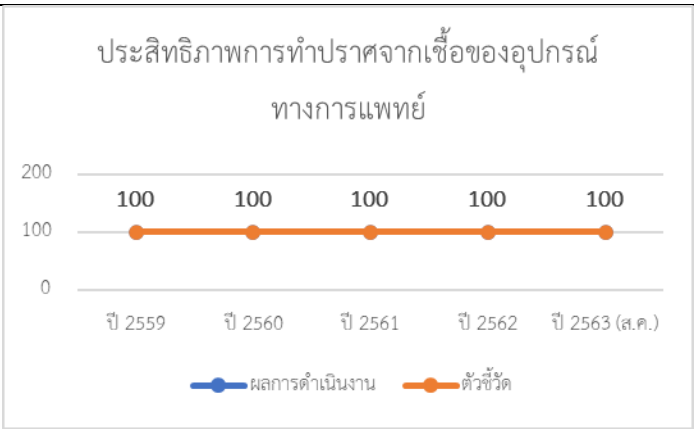


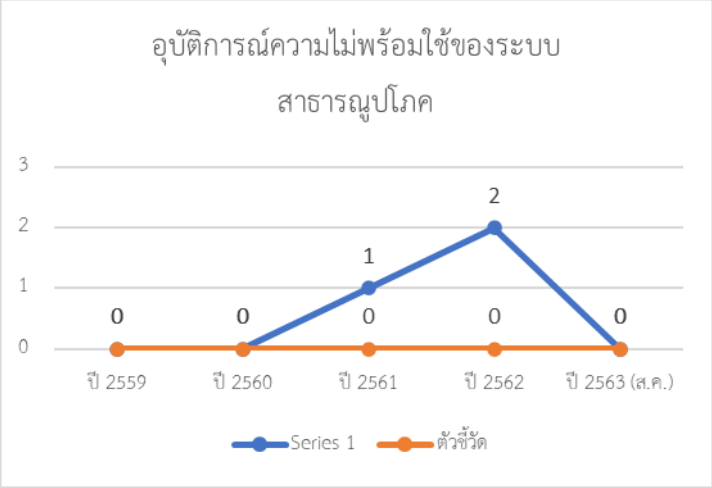

ร้อยละของอุบัติการณ์ E-I ที่ได้รับการแก้ไขเชิงระบบมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีการทบทวนแก้ไขมากขึ้นแต่ยังไม่ถึงเป้าหมายเนื่องจากขาดการติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2563 พบอุบัติการณ์ระดับ E 10 ราย ซึ่งโรคสูงสุด 3 อันดับ ได้แก่ STROKE PNEUMONIA และ TRAUMA ส่วนอุบัติการณ์ ระดับ H พบ 1 อุบัติการณ์จาก HEAD INJURY และระดับ I พบ 2 อุบัติการณ์จาก PNEUMONIA และ TENSION PNEUMOHEMOTHORAX RT. WITH PNEUMOTHORAX, PELVIC FRACTURE HEAMORRAGIC SHOCK โดยส่วนมากเกิดนอกเวลาราชการ จึงมีการทบทวนและจัดทำ CPG ในกลุ่มผู้ป่วย TRAUMA PNEUMONIA STROKE STEMEI SEPSIS มาใช้ มีเกณฑ์การรายงานและตามแพทย์มาประเมินตรวจรักษาด้วยตนเองนอกเวลา และมีผู้รับผิดชอบรายโรคติดตามประเมินผลสม่ำเสมอโดยคาดว่าร้อยละของอุบัติการณ์ ระดับ E-Iที่ ได้รับการแก้ไขเชิงระบบจะสามารถเป็นไปตามเป้าหมายในปี 2564




สถิติการเกิดปัญหาระบบล่มของระบบให้บริการคนไข้ HIMPRO เกิน 1 ชั่วโมง ปีงบประมาณ 2559-2563 มีการเกิดขึ้นเมื่อปี 2559–2561 ที่ผ่านมาจึงได้มีการวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น ได้ข้อสรุปว่าเกิดจากระบบไฟฟ้าและการทำงานล่าช้าของ SERVER ให้บริการจึงมีการทบทวนแนวทางปฏิบัติและได้แก้ปัญหา 3 ส่วนดังนี้
1.สั่งเครื่องสำรองไฟฟ้าตามมาตรฐาน ICT กำหนดเพื่อรองรับการเกิดปัญหาอันเนื่องมากจากระบบไฟฟ้า ดับกระชาก ซึ่งส่งผลให้ SERVER เสียหายในปีที่ผ่านมา 2. สั่งซื้อ SERVER ใหม่ที่รวดเร็วและทันสมัยตามมาตรฐาน ICT กำหนด
3.เพิ่มระบบ BACKUP ข้อมูลอีก 1 เครื่องเพื่อเป็นการประกันความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นกับระบบและสามารถนำเข้าดังกล่าวเข้าทำงานแทนที่ SERVER หลักได้ทันทีหากเกิดปัญหาเครื่องขัดข้องไม่สามารถให้บริการได้

| | |
|---|---|
|  | ปีงบประมาณ 2559-2560 พบปัญหาการล่มของระบบเครือข่ายโรงพยาบาลเนื่องมาจากอุปกรณ์กระจายสัญญานทำงานขัดข้องเพราะได้รับผลกระทบจากฟ้าผ่าบริเวรใกล้ๆในระยะ 200 เมตร จึงได้มีการแก้ปัญหาเร่งด่วนโดยการเปลี่ยนอุปกรณ์กระจายสัญญานและวางระบบกระจายสัญญานใหม่ในหลายจุดทำให้แนวโน้มในการเกิดปัญหาการล่มของระบบลดลง หลังจากนั้นปี 2561 มีการล่มของระบบเกิดขึ้น 2 ครั้งซึ่งครั้งนี้ปัญหาเกิดระบบไฟฟ้าขัดข้องจากนอกหน่วยงานและมี ISP เพียง 1 โหนดให้บริการเมื่อขัดข้องการสื่อสารจึงถูกตัดขาดจากภายนอก จึงมีการทบทวนแนวทางปฏิบัติและได้แก้ปัญหา 2 ส่วนดังนี้<br>1. เพิ่ม ISP TOT อีก 1 เส้นที่เป็นคนละโหนดจากเดิมมีเพียง ISP CAT เพื่อให้เพียงพอต่อการใช้งานที่เพิ่มขึ้น<br>2. ทำ LOAD BALANCE เพื่อให้สามารถสลับการทำงานโดยอัตโนมัติเมื่อ ISP เส้นใดเกิดขัดข้องอีกเส้นจะทำงานแทนโดยอัตโนมัติ |
|  | การส่งข้อมูล 43 แฟ้มเข้าระบบ HDC ทันเวลาในปีงบประมาณ 2559-2563 สูงกว่าเป้าหมายโดยมีการกำหนดแนวทางปฏิบัติคือส่งข้อมูลสัปดาห์ละสองครั้งในวันจันทร์และวันศุกร์ อีกทั้งมีการกำหนดการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลเชิงลึกเป็นรายแฟ้มก่อนทำการส่งข้อมูลเข้าระบบ เพื่อความถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์และคุณภาพที่สูงขึ้นของข้อมูลสารสนเทศในโรงพยาบาลศิลาลาด |
|  | คะแนนความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในปีงบประมาณ 2559 เท่ากับ ร้อยละ 80.25 ปีงบประมาณ 2560 เท่ากับ ร้อยละ 81.75 ปีงบประมาณ 2561 เท่ากับ ร้อยละ 81.42 ปีงบประมาณ 2562 เท่ากับ ร้อยละ 95.08 และปีงบประมาณ 2563 เท่ากับ ร้อยละ 96.66 จากการสรุปผลการตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกพบว่ามีความสมบูรณ์เพิ่มขึ้น เพราะจากการทบทวนเวชระเบียนทำให้รับทราบถึงปัญหาในการบันทึกในส่วนของใบซักประวัติ ตรวจร่างกายของแพทย์ และการบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยยังไม่ครบสมบูรณ์ และได้ดำเนินการแก้ไขจุดอ่อน มีการกำกับติดตาม และมีการสรุปผลการดำเนินงานให้ผู้เกี่ยวข้องทราบอย่างต่อเนื่อง จึงส่งผลให้คะแนนความสมบูรณ์ผ่านตามเกณฑ์ชี้วัดของงานที่ตั้งไว้ |

| | |
|---|---|
|  | คะแนนความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2559 เท่ากับ ร้อยละ 75.75 ปีงบประมาณ 2560 เท่ากับ ร้อยละ 79.30 ปีงบประมาณ 2561 เท่ากับ ร้อยละ 84.70 ปีงบประมาณ 2562 เท่ากับ ร้อยละ 87.90 และปีงบประมาณ 2563 เท่ากับ ร้อยละ 88.93 จากการสรุปผลการตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน พบว่ามีความสมบูรณ์เพิ่มขึ้นตามลำดับ เพราะจากการทบทวนเวชระเบียนทำให้รับทราบถึงปัญหาในการบันทึก ในส่วนของใบซักประวัติ |
|  | ประสิทธิภาพการทำปราศจากเชื้อของอุปกรณ์ทางการแพทย์ แนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากเดิมในแต่ละหน่วยงานทำความสะอาดเครื่องมือเอง จึงได้พัฒนาระบบ CENTRAL SUPPLY ให้สามารถควบคุมประสิทธิภาพการทำปราศจากเชื้อของอุปกรณ์ทางการแพทย์ได้ |
| ผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำเสียผ่านเกณฑ์มาตรฐานทุกค่าพารามิเตอร์ | จากปัญหาคุณภาพน้ำเสียที่พบเมื่อ พ.ศ. 2561 และ พ.ศ.2562 ทำให้คุณภาพน้ำเสียไม่ผ่าน 1 พารามิเตอร์ คือปริมาณโคลิฟอร์มแบคทีเรีย เกิน 5000 MPN INDEX/100 ML. เนื่องจากกระบวนการฆ่าเชื้อโรคที่ขาดประสิทธิภาพ ทีมนำจึงได้ร่วมปรึกษาหารือเพื่อหาแนวทางในการแก้ปัญหา โดยเดินสำรวจ พัฒนาปรับปรุงระบบฆ่าเชื้อเพื่อแก้ปัญหาโคลิฟอร์ม ติดตั้งเครื่องเติมคลอรีน เมื่อระบบบำบัดน้ำเสียเริ่มเสถียรจึงได้ส่งตรวจคุณภาพน้ำเสียและได้รับรายงายผลตรวจคุณภาพน้ำเสียผ่านทุกพารามิเตอร์เมื่อ 1 มิถุนายน 2563 และมีการส่งตรวจคุณภาพน้ำเสีย 3 เดือนต่อครั้งเพื่อรักษามาตรฐานตามที่กำหนด |

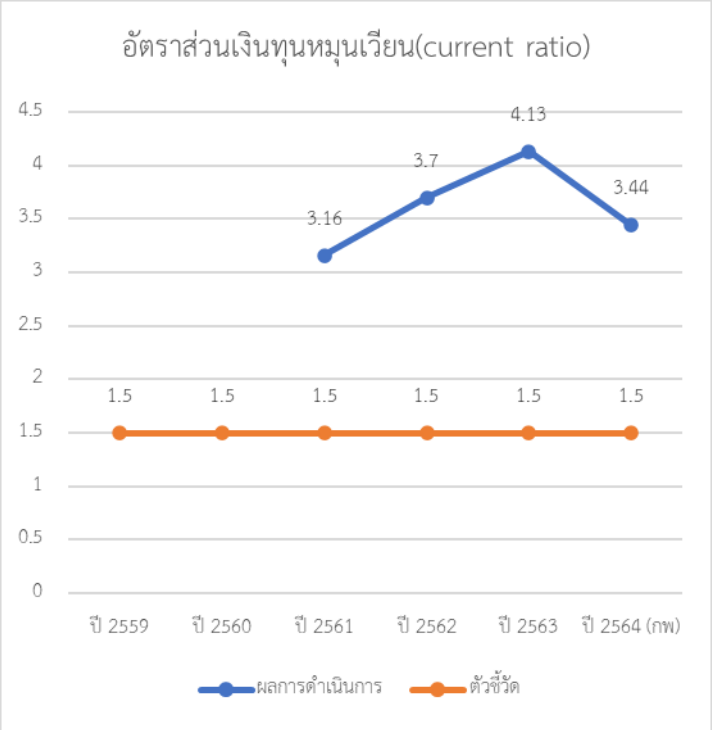



ในกรณีไฟฟ้าดับไม่ว่าจะเป็นนอกและในเวลาราชการ ปี พ.ศ.2561 พบอุบัติการณ์ไฟฟ้าดับ 1 ครั้ง ปีพ.ศ.2562 ไฟฟ้าดับ 2 ครั้ง สาเหตุจากฝนฟ้าคะนองไฟฟ้าแรงสูงขาดพร้อมกับเครื่องปั่นไฟไม่ทำงานอัตโนมัติ การปรับปรุงที่เกิดขึ้น แก้ไขเครื่องปั่นไฟให้ทำงานอัตโนมัติโดยช่างผู้เชี่ยวชาญเช็ตระบบและดูแลทั้งระบบ เช่น แบตเตอรี่ น้ำมันสำรอง หากเกิดเหตุการณ์เครื่องปั่นไฟไม่ทำงานอัติโนมัติภายใน 15 วินาทีมีเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบทำการเปิดระบบแบบ manual เพื่อจ่ายกระแสไฟฟ้าให้ใช้ได้ตามปกติ

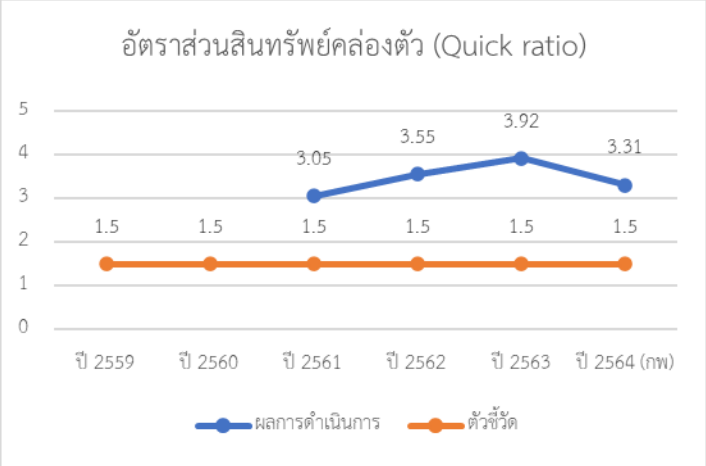
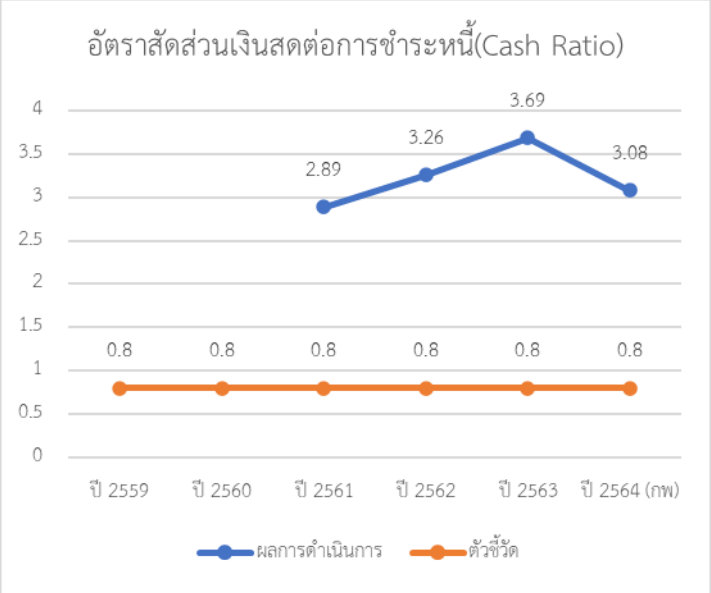
**IV-6 ผลด้านการเงิน**

**97 ผลลัพธ์ด้านการเงิน (IV-6)**

| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | 2560 | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 (ต.ค. 63-ก.พ. 64) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน(current ratio) | ≥1.5 | NA | 3.16 | 3.70 | 4.13 | 3.44 |
| อัตราส่วนสินทรัพย์คล่องตัว (Quick ratio) | ≥1.5 | NA | 3.05 | 3.55 | 3.92 | 3.31 |
| อัตราสัดส่วนเงินสดต่อการชำระหนี้(Cash Ratio) | ≥0.8 | NA | 2.89 | 3.26 | 3.69 | 3.08 |




ประสิทธิภาพการบริหารการเงินเมื่อสิ้นปีงบประมาณสามารถทำได้ในระดับดี ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับปกติ ทั้งนี้เกิดจากวัฒนธรรมการใช้เงินที่เน้นการใช้ตามแผนการตรวจสอบข้อมูลผลงานที่เป็นแหล่งรายได้หลักของ รพ. ให้มีความถูกต้อง ครบถ้วนและส่งรายงานให้ทันตามกำหนด มีการประชุมวิเคราะห์สาเหตุและหาทางแก้ไขเบื้องต้นเมื่อเกิดปัญหารายได้น้อยกว่ารายจ่ายในเดือนนั้นๆ โดยพบมีค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรที่สูงและต้นทุนยาที่สูงขึ้น เนื่องจากปริมาณของผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้นทำให้ภาระงานเพิ่มมากขึ้น และมีค่าใช้จ่ายมากขึ้นในเรื่องยาสมาธิสั้นที่ไม่ได้บรรจุไว้ในแผนทำให้ต้นทุนยาสูงขึ้น แม้การบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง พัสดุ มีประสิทธิภาพมากขึ้นแต่ยังคงต้องเฝ้าระวังปัญหา โดยกำหนดตัวชี้วัดเพิ่มจากเดิม เพื่อป้องกันและแก้ไขอุบัติการณ์ตลอดจนความเสี่ยงต่างๆ ซึ่งจะได้ติดตามผลอีกครั้งในปี 2564 ซึ่งจากผลการดำเนินงานที่ผ่านมาตั้งแต่ปี 2561-2564 มีอัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน อยู่ที่ 3.16 3.70 4.13 และ 3.44 ตามลำดับ ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้คือมากกว่า 1.5

| | |
|---|---|
|  | รพ.มีการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังได้อย่างมีประสิทธิภาพตามเป้าหมายที่วางไว้ ส่งผลให้อัตราส่วนสินทรัพย์คล่องตัว ความสามารถในการชำระหนี้สินดีขึ้นเรื่อยๆ จากปี 2561 – 2564 มีอัตราส่วน เป็น 3.05 3.55 3.92 และ 3.31 ตามลำดับ ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้คือ มากกว่า 1 |
|  | อัตราส่วนเงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสดต่อหนี้สินที่ต้องชำระ ปี 2561-2563 ผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัด ทั้ง 3 ปี เนื่องจากโรงพยาบาลศิลาลาด มีการดำเนินงานด้านการจัดเก็บรายได้ที่ มีคุณภาพตามเกณฑ์ มีการบันทึก/เรียกเก็บค่าชดเชย/ส่งข้อมูลค่าบริการทางการแพทย์ทุกประเภท ครบถ้วนถูกต้อง ทันเวลาจาก รวมถึงดำเนินกิจกรรมประชาสัมพันธ์การให้บริการประชาชนทั้งเชิงรับและออกบริการเชิงรุกเพื่อให้ได้มาซึ่งรายได้ของหน่วยงานในสิทธิผู้ป่วยเบิกจ่ายตรง ประกันสังคม และสิทธิ อปท.ทำให้มีรายได้ หรือ สินทรัพย์มากขึ้น รวมถึงใช้มาตรการลดรายจ่ายต่าง ๆเช่น มาตรการประหยัดการใช้ไฟฟ้าและน้ำมันเชื้อเพลิง,มาตรการประหยัดวัสดุทั่วไปและใช้วัสดุที่มีอย่างเกิดปะโยชน์สูงสุด,การจัดซื้อจัดหายา/วัสดุการแพทย์/วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ตามแผนการจัดซื้อ,การดำเนินการจัดซื้อร่วมระดับจังหวัด/ระดับเขต ได้ราคาที่ต่ำลง ทำให้หนี้สินหรือเจ้าหนี้น้อยลง รวมถึงกระบวนการติดตามลูกหนี้ที่มีการควบคุมกำกับอย่างต่อเนื่องทำให้ยอดคงค้างลูกหนี้ของหน่วยงานไม่สูงมาก มีแผนการชำระหนี้ให้แก่เจ้าหนี้ตามระยะเวลาที่กำหนด ไม่มีหนี้ค้างมาก และการคงคลังของวัสดุต่างๆที่เป็นไปตามเกณฑ์ทุกประเภท ไม่คงคลังสูงกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้ จากสิ่งต่างๆที่ดำเนินการทำให้ค่า Cash เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้คือไม่ต่ำกว่า 0.8 |