

SARตอนที่4 เพิ่มตัวชี้วัดผลการดำเนินการขององค์กรทั้ง 6 ด้าน

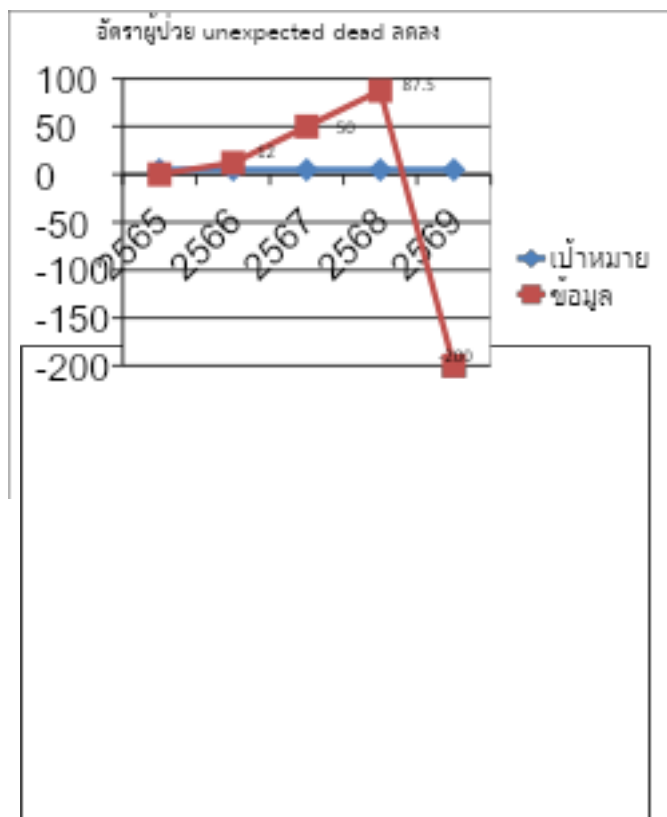
ตอนที่ IV ผลการดำเนินการ

IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ

(1) ตัวชี้วัดสำคัญด้านการดูแลผู้ป่วย

83 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโดยรวม [IV-1, III] ** (การเสียชีวิต การส่งต่อ การกลับมารักษาหรือการนอนรพ.ซ้ำ) ที่สะท้อนคุณภาพการดูแลรักษา

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2565	ปี2566	ปี2567	ปี2568	ปี 2569
อัตราผู้ป่วย unexpected dead ลดลง	5%	NA	12	50	87.5	-200
อัตราการเสียชีวิตจาก STEMI	≤10%	11.11	0	16.67	13.33	0
อัตราผู้ป่วย Stroke ที่เข้าระบบ FAST tract ได้รับการส่งต่อภายใน30นาที	80%	80.89	89.85	85.88	92.55	92.85
อัตราผู้ป่วยที่เกิด stroke non fast tract ขณะ Admit ที่โรงพยาบาล	0	0.14	0.16	0.11	0.08	0.74
อัตราผู้ป่วยรับกลับจากโรงพยาบาลแม่ข่ายมีอาการไม่คงที่	0	NA	3.17	0	0.78	0
อัตราผู้ป่วย unplanned refer ลดลง	≥5	NA	31.5	37.93	27.78	64.10
อัตราการกลับเข้ารักษาด้วยโรคเดิมที่ PCTกำหนด ภายใน28วัน	<2%	0.37	0.85	0.64	0.92	1.78
อัตราการป่วยด้วย Sepsis ลดลงจากปีก่อนหน้า	5%	42.7	-26.27	12.23	-0.49	33.33
อัตราการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning)ในผู้ป่วย ประคับประคองอย่างมีคุณภาพ	40%	15	76.67	87.82	94.98	94.55



จากการทบทวนพบว่า จำนวนผู้ป่วย unexpected dead มีแนวโน้มลดลงเนื่องจาก มีการปรับปรุง early warning signs จึงมีการ re-assessment , เกณฑ์การ Admit/Refer ที่ชัดเจนมากขึ้น การปรับปรุงและทบทวน CPG รวมทั้งการคุยการวางแผนล่วงหน้า/ ความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ทำให้ผู้ป่วย unexpected dead น้อยลง โดยในปี 2569 พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากการทบทวนพบว่าเกิดจากการไม่ปฏิบัติตามแนวทาง

ปี 2566-2567 อัตราการเสียชีวิตจาก STEMI มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และ จากการทบทวนเคส ปี 2567 พบผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนที่ได้ให้ยาSK ระหว่าง Refer คนไข้มีภาวะ Cardiac arrest / Cardiogenic shock แผนพัฒนา คือ ทบทวนความรู้เรื่องโรค STEMI การTriage แนวทางการรักษาและการดูแลระหว่างส่งต่อ รวมทั้งฟื้นฟูการอบรม STEMI ให้กับพยาบาลที่เกี่ยวข้องให้มีความแม่นยำ ในทุกหน่วยงานให้มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยตาม แนวทาง Service plan STEMI การให้ความรู้แก่ประชาชนในอาการที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล จึงทำให้ในปี 2568-2569 มีแนวโน้มลดลง

ปี2565 การพัฒนาการส่งต่ออยู่ในระดับค่าเป้าหมาย และได้มีการทบทวนปัญหาจนนำไปสู่การปรับลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น ทำให้แนวโน้มการส่งต่อใน 30 นาทีเริ่มสูงขึ้น แต่ในปี 2566-2567 มีแนวโน้มลดลงเนื่องจาก ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเมื่ออาการหนักต้องใส่ท่อช่วยหายใจ การให้ประวัติ onset ไม่แน่ชัดทำให้เวลาในการวินิจฉัยล่าช้า ทีม PCT ร่วมกับทีม service plan stroke ได้ทบทวนการดูแลผู้ป่วย ยังพบปัญหาคล้ายเดิม คือผู้ป่วยไม่มีผู้ดูแลขณะเกิดอาการ ไม่ทราบ onset แน่ชัด การเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน จึงได้ดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลและประสานข้อมูลระหว่างทีม EMS และER การซักประวัติให้ได้ on set แน่ชัด เพื่อเข้าระบบFAST tract และส่งต่อรวดเร็ว จึงทำให้ในปี 2568-2569 ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อภายใน 30 นาทีมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น

จากการทบทวนการเกิด stroke ในขณะ admit และไม่ทัน fast track ในปี 2565-2566 พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง การดูแลผู้ป่วยไม่มีการประเมิน motor power ในผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดี ทำให้ญาติและพยาบาลไม่ทราบอาการเปลี่ยนแปลง ส่วนเคสอื่นก็จะเป็นกรณีหลังจากตื่นนอนแล้วมีอาการ ซึ่ง onset ก็จะไม่ทัน FAST Track จึงได้พัฒนาแนวทางการประเมินอาการในผู้ป่วยสูงอายุที่ admit รวมถึงการให้ความรู้เรื่องอาการ stroke

จากความแออัดในรพ.แม่ข่าย ในปี 2566 ได้มีการส่งกลับผู้ป่วยมารักษาต่อที่รพช. และพบผู้ป่วยทรุดลงและต้องส่งกลับ ทำให้รพช. ต้องใช้ทรัพยากรในการส่งต่อผู้ป่วย รวมทั้งผู้ป่วยเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัย จากการทบทวนพบว่าไม่มีแนวทางการประเมินผู้ป่วยก่อนรับกลับ ขณะรับกลับ จึงได้มีการพัฒนาแนวทางการรับผู้ป่วยกลับ ทำให้ในปี 2567 ไม่พบผู้ป่วยรับกลับที่มีอาการทรุดลงต้องส่งกลับ ในปี 2568 พบผู้ป่วยรับกลับอาการไม่คงที่ จากการทบทวนพบว่าพยาบาลได้ปฏิบัติตามแนวทางการประเมิน และยืนยันกับรพ.แม่ข่ายแล้ว แต่ติดข้อจำกัดในการรับผู้ป่วย ทำให้ระหว่างเดินทางกลับ ผู้ป่วยเหนื่อย ต้องส่งกลับ และส่งความเสี่ยงลงระบบ Hrms เพื่อให้รพ.แม่ข่ายรับทราบปัญหา ทำให้ในปี 2569 ยังไม่พบผู้ป่วยทรุดลงขณะรับกลับ

จากการทบทวนพบว่า จำนวนผู้ป่วย unplanned refer มีแนวโน้มลดลงเนื่องจาก มีการปรับปรุง early warning signs จึงมีการ re-assessment , เกณฑ์การ Admit/Refer ทำให้ผู้ป่วยทรุดลงส่งต่อน้อยลง แผนพัฒนา คือ ควบคุมกำกับตามแนวทางปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

จากการทบทวนพบว่าจำนวนผู้ป่วย sepsis เพิ่มขึ้นส่วนมากเกิดในผู้ป่วยกลุ่มติดเชื้อ ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยไม่ตรงตามปัญหาของผู้ป่วย และขาดการประสานส่งต่อข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องให้กับชุมชนในปี 2566-2567 จึงได้มีการจัดทำ Discharge plan กลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อ และได้จัดอบรมความรู้ qSOFA ให้กลับรพสต/อสม เพื่อ early diagnosis ได้เร็วขึ้น

จากกราฟปี 2564-2566 กระบวนการดูแลผู้ป่วยระดับประคองมีปัญหาได้รับการดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning) ไม่ครบถ้วน เนื่องจากยังไม่มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะระดับประคอง ในปี 2566-2567 ได้มีการจัดตั้ง clinic palliative และได้จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง จึงทำให้ในปี 2568-2569 มีแนวโน้มที่เพิ่มมากขึ้น

84 ผลลัพธ์ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ [IV-1, III-1]

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569
Onset to door ในผู้ป่วยโรค Stroke	≥50%	38.03	30.39	27.07	28.31	41.17
Onset to door ในผู้ป่วยโรค STEMI	100%	93.75	100	100	100	100
อัตราผู้ป่วยฉุกเฉินมารพ. ด้วยบริการ1669	≥20%	11.02	32.47	21.46	35.21	8.55
อัตราการเกิด severe sepsis/ septic shock ลดลง จากปีก่อนหน้า	5%	0	2	-37.1 7%	0.21	55.55

ปี 2564-2566 Onset to door ในผู้ป่วยโรค Stroke ลดลงต่อเนื่อง จากการทบทวนพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นขาดความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนของโรคและขาดผู้ดูแล ผู้ป่วยสูงอายุอยู่บ้านคนเดียว ได้มีการพัฒนาโดย1) เชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วย NCD ที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อวางแผนการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 2) ขยายเครือข่ายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยอปท/รพ.สต มีส่วนร่วม ในปี 2567 แนวโน้มเริ่มดีขึ้น จึงได้พัฒนากระบวนการเข้าถึง1669โดยเพิ่มศักยภาพรถ ALS พัฒนาระบบการดูแลและประสานข้อมูลระหว่างทีม EMS และER การซักประวัติให้ได้ onset แน่นนอน ให้ความรู้เรื่องอาการผ่าน social ในชุมชน ผลการดำเนินงานปี2568-2569 เริ่มมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ปี 2564-2565 Onset to door ในผู้ป่วยโรค STEMI มีแนวโน้มลดลง พบว่ามีการTriage ผิดพลาด ทำให้เข้าถึงบริการล่าช้า จึงได้มีการอบรมบุคลากรเรื่องการ triage มีการปรับแนวทางกรณีผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้กับ STEMI ให้ได้ทำ EKG 12 leads ทันที และ ทรนรงค์ให้ความรู้เรื่องโรคและอาการเตือน Alert alarm sign ในประชาชนทั่วไป กลุ่มผู้นำชุมชนและอสม.และเพิ่มช่องทางการให้ความรู้โดยการจัดบอร์ดให้ความรู้และให้สุขศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มี CVD risk สูง มีการประเมินกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยที่มี CVD risk สูงต้องเฝ้าระวังเรื่องโรคที่มีภาวะแทรกซ้อน ให้ความรู้ ส่งต่อข้อมูลให้ NCD และ ปฐมภูมิให้มีการคัดกรองและ เฝ้าระวัง ต่อไปจึงพบว่าในปี 2566-2569 มีแนวโน้มที่ดีขึ้น

จากปัญหาในปี 2567 การทบทวนพบว่าเครือข่ายการ1669ของอปท.มีข้อจำกัดเรื่องการออกรับผู้ป่วยนอกพื้นที่รับผิดชอบ ทำให้การบริการไม่เพียงพอ ลำช้า ผู้ป่วยและญาติไม่รอ ปี 2568 ได้พัฒนาการเข้าถึงบริการโดยเพิ่มรพพยาบาล 1 คำนในกรณีมีเหตุฉุกเฉิน รวมถึงการประชาสัมพันธ์ 1669 อย่างต่อเนื่อง ทำให้ปี 2568 มีผู้ป่วยใช้บริการ 1669 เพิ่มขึ้น ในปี 2569 พบว่า อัตราผู้ป่วยฉุกเฉิน level 1,2 เข้าถึง 1669 ลดลง เนื่องจาก จำนวนผู้ป่วย level 2 ที่มาโรงพยาบาลเองเพิ่มขึ้น

จากการทบทวนในปี 2566 จากการทบทวนพบว่ายังไม่มีเกณฑ์การ Admit ผู้ป่วย sepsis ที่ชัดเจน และการบวนการยังไม่เป็นไปตามแนวทางคือ ไม่มี early warning signs เพื่อเฝ้าระวัง ไม่ได้ Re-assessment ตามแนวทางCPG จึงส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะ shock จนกระทั่งได้รับการส่งต่อ จึงได้มีการจัดทำปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วย SEPSIS /Standing order /CPG nurse/ทบทวน early warning sign เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็วและเป็นไปตามมาตรฐาน ทำให้ปี 2568 -2569พบว่า อัตราการเกิด Septic shock ลดลง

85 ผลลัพธ์ด้านความต่อเนื่องในการดูแล [IV-1, III-5, 6]

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569
อัตราของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีอัตราการ eGFR<5 ml/min/1.73 m2 /yr	>67%	58.07	75.15	76.29	79.64	73.20
ร้อยละผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) ได้รับการบริบาล ฟื้นฟูสภาพมากกว่า/เท่ากับ 6 ครั้งใน 6 เดือน	≥60%	37.5	51.02	53.62	73.91	23.07

อัตราการขาดยาของผู้ป่วยโรค	≤5	0	0	3.92	1.62	0
หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ 5 ครั้งตามเกณฑ์	≥75%	81.62	79.9	70.13	57.94	56.82
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	≤3.5/แสนประชากร	6.24	3.28	6.68	3.29	1.54



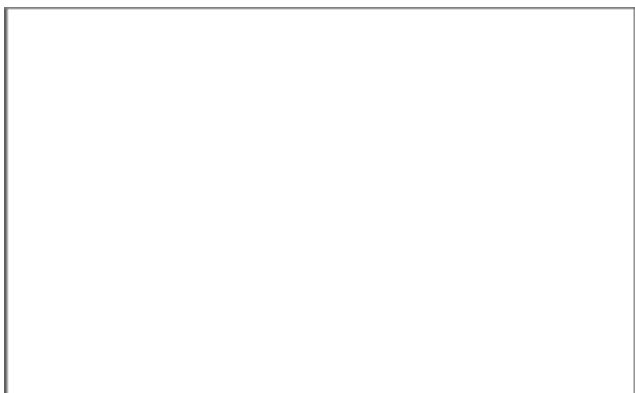
ปี 2565 ขาดความต่อเนื่องในกระบวนการเสริมพลังในผู้ป่วยและญาติโดยทีมสหวิชาชีพทำให้ผลลัพธ์ ไม่ผ่านเกณฑ์ จึงพัฒนาปรับเปลี่ยนกระบวนการดูแล โดย Case manager เข้ามาดูแลปัญหาทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล ส่งผลให้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามเป้าหมายในปี 2566 และในปี 2567 คลินิกบริการขาดการทำกิจกรรมให้ความรู้ในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ทำให้ไม่สามารถควบคุมโรคประจำตัวเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้ ผู้ป่วยส่วนมากเป็นผู้สูงอายุ และขาดระบบการติดตามตรวจ LAB ซ้ำ ได้พัฒนากระบวนการเสริมพลังผู้ป่วยและญาติโดยทีมสหวิชาชีพ ในผู้สูงอายุให้มีญาติอยู่ด้วยทุกครั้ง ติดตามประเมินค่า eGFR ตามระยะของโรค ส่งผลให้ผลลัพธ์ในปี 2568 เพิ่มขึ้นและปี 2569 ผ่านเกณฑ์



ปี 2565-2567 ผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) ที่ได้รับการดูแลและฟื้นฟูสภาพ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นแต่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย จากการทบทวนพบว่าทีมที่ดูแลมีความเข้าใจแนวทางการดูแลฟื้นฟูที่ไม่ถูกต้อง จัดลำดับความเร่งด่วนในการฟื้นฟูไม่เหมาะสม จึงได้ดำเนินการจัดประชุมทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพ ปรับปรุงกระบวนการติดตามเยี่ยม ส่งผลให้ในปี 2568 ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น



ในปี 2564 พบว่ามีอัตราการขาดยาเพิ่มขึ้นจากการทบทวนพบว่าผู้ป่วยมีภูมิสำเนาอยู่ที่อื่นแล้วเข้ามาพักอาศัยอยู่กับญาติ จากนั้นไม่สามารถติดตามมารับยาได้ต่อเนื่อง ในปี 2565-2566 ได้มีระบบการติดตามและใช้เครือข่ายในการติดตามผู้ป่วย ทำให้ไม่มีผู้



ปี 2564 -2565 มีแนวโน้มฝากครรภ์คุณภาพเพิ่มขึ้นเนื่องจากการปรับกระบวนการทำงานโดยเปิดช่องทางรับฝากครรภ์ทุกวันในเวลาราชการและเปิดฝากครรภ์ครั้งแรกที่ รพ.สต. มีโครงการ อสม.บัตติในการแนะนำเกี่ยวกับการฝากครรภ์ ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับฝากครรภ์คุณภาพ 5 ครั้งตามเกณฑ์เพิ่มขึ้น และในปี 2566 - 2569 มีแนวโน้มลดลง จากการทบทวนพบว่า หลังดำเนินการเชิงรุก หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ มีความรู้ความเข้าใจและเห็นความสำคัญ ของการฝากครรภ์ตามเกณฑ์ อย่างไรก็ตาม ยังมีส่วนน้อยที่ขาดความพร้อมเนื่องจากปัจจัยด้านอายุ วุฒิภาวะ ปัจจัยภายนอก และฐานะทางเศรษฐกิจ ส่งผลให้แนวโน้มการบรรลุเป้าหมายการฝากครรภ์คุณภาพ 5 ครั้งตามเกณฑ์ ปี 2569 มีแนวโน้มลดลง แผนพัฒนา คือ พัฒนาระบบติดตามรายบุคคล ช่องทางการติดต่อขอข้อมูลต่างๆ เพื่ออัปเดต การฝากครรภ์และช่วยเหลือตามความต้องการของหญิงตั้งครรภ์แต่ละราย



อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี2567คิดเป็น 6.68 ต่อแสนประชากร (จำนวน4 คน)เพศชาย มากกว่า เพศหญิง สภพคู่ สมรส มากกว่า โสด อาชีพเกษตรกรรม กลุ่มวัยพบเป็นวัยทำงาน 20-59 ปี Common risk factor ปี 67 ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคกายเรื้อรัง และ พบวิกฤตในชีวิต คือภาวะของโรค แผลลงส่งผลต่อการดำเนินชีวิต และการประกอบอาชีพ ประชมคณะระบบบริการสุขภาพจิตในระดับจังหวัด ได้

**86 ผลลัพธ์ด้านกระบวนการและผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญ [IV-1, III-2, 3, 4] ** (สะท้อนมิติ
คุณภาพ appropriateness และeffectiveness)**

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569
ร้อยละผู้ป่วยSTEMIที่ได้รับยาSK ภายใน 30นาที	≥ 60%	54.55	71.43	75	90	100
อัตราการได้รับantibiotic ภายใน 1 ชม. (นับจาก เวลาได้รับการวินิจฉัย)	100%	100	98.73	97	98.62	97.05
ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	≥ 45 %	42.50	27.07	50.84	58.49	41.51
ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับ ความดันโลหิตได้ดี	≥ 65%	68.01	60.68	62.58	63.37	53.62

อัตราผลสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคใหม่ Success rate	≥ 85%	92.86	93.75	80.39	72.73	ช่วง การ ติดตาม การรักษา
อัตราการเกิดตกเลือดหลังคลอด	< 5%	3.48	0.87	2.1	4.7	0

ปี2564-2568 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากปัญหาก่อนหน้านี้ คือความล่าช้าในขั้นตอนของการวินิจฉัย(consult staff) ส่งผลให้ผู้ป่วยSTEMIที่ได้รับยาSK ทันเวลามีแนวโน้มลดลง และในปี 2566-2567 ได้ประชุมแนวทางปฏิบัติกับ service plan ของจังหวัด ได้มีแนวทางปฏิบัติการให้ยาSK + แนวทางการ consult แพทย์เฉพาะทางที่ชัดเจน จึงทำให้เกิดการวินิจฉัยและให้ยาได้รวดเร็วขึ้น ทำให้ในปี 2568-2569 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ปี 2564-2565 อัตราการได้รับ antibiotic ภายใน 1 ชม.(นับจากเวลาได้รับการวินิจฉัย) เป็นไปตามเป้าหมาย โดยการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยคือเริ่มมีการปรับการให้ antibiotic จากห้องฉุกเฉินทุกราย ปี2566- 2569 อัตราการได้รับantibiotic ภายใน 1 ชม. ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย จากการทบทวนพบว่าเกิดที่ห้องฉุกเฉินเนื่องจากมีผู้ป่วยวิกฤติจำนวนมาก จึงทำให้เกิดความล่าช้าในการได้รับยา แผนพัฒนาต่อเนื่องคือ ควบคุมกำกับให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดของ CPG SEPSIS

ปี 2565-2566 ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเกณฑ์ มีแนวโน้มลดลง เนื่องจากสถานการณ์ Covid 19 ทำให้ผลลัพธ์ลดลง จากการทบทวน 1) ผู้ป่วยไม่ตระหนักในการดูแลตนเองทั้งในเรื่องการควบคุมอาหาร การรับประทานยา และการออกกำลังกาย 2) ดำเนินการทำกิจกรรมเสริมพลังในการจัดการตนเองไม่ต่อเนื่อง 3) ผู้ป่วยผัดนัด ซึ่งมีทั้งผัดนัดขาดยาและไม่ขาดยา จึงเน้นพัฒนาระบบการเสริมพลังผู้ป่วย โดยให้ความรู้ผ่านสื่อการสอน การให้คำแนะนำเฉพาะราย การติดตาม SMBG มีการติดตามการขาดนัด มีการเฝ้าผู้ป่วยไปยัง NPCUและรพ.สต. อย่างเหมาะสม และมีการจัดบริการคลินิก DM remission เพื่อให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลของตนเองได้ มีแนวโน้มดีขึ้น



ปี 2565 - 2567 ผลการดำเนินงานมีแนวโน้มลดลง จากการวิเคราะห์พบว่าเนื่องจาก 1) ผู้ป่วยมาตรวจไม่ได้รับประทานยาในวันที่มารับบริการ 2) ปังจัยจากผู้ป่วย เช่น อดนอน 3) การบันทึกข้อมูลผิดพลาด ไม่ได้บันทึกความดันซ้ำ 3) ผู้ป่วยไม่ตระหนักในการดูแลตนเองทั้งในเรื่องอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการสูบบุหรี่ 4) ดำเนินการทำกิจกรรมเสริมพลังในการจัดการตนเองไม่ต่อเนื่อง 5) ผู้ป่วยผัดขี้ตาและไม่ขาคยา แผนพัฒนา พัฒนาระบบบริการการให้คำแนะนำรับประทานยาก่อนมารับบริการเน้นย้ำทุกครั้งที่คลินิกบริการ การลงบันทึกข้อมูลของเจ้าหน้าที่ การเสริมพลังผู้ป่วยและญาติ การให้ความรู้โดยทีมสหวิชาชีพ การติดตาม Home BP และติดตามการขาดนัด ผลลัพธ์ในปี 2568 มีแนวโน้มดีขึ้นแต่ยังไม่ฝ่าเกณฑ์ ปี 2569 มีแนวโน้มลดลงจึงเน้นย้ำการรับประทานยาของผู้มารับบริการ และเน้นย้ำการบันทึกข้อมูลความดันโลหิตหลังการวัดซ้ำ และการปรับเวลานัดผู้ป่วยที่ไม่มีการเจาะเลือด ติดตามประเมินผลทุก 3 เดือน



จากการทบทวนพบว่า มีปัญหาคนไข้ขาดนัดในช่วงการรักษาเข้าเดือนที่ 6 จำนวน 1 ราย ประสานพื้นที่พบว่าคนไข้ไม่ได้อยู่ในพื้นที่ คนไข้แจ้งที่อยู่ไว้ไม่ตรงกับสถานที่อยู่จริง ปัญหาการเสียชีวิตในระหว่างการรักษาจำนวน 10 ราย จากการทบทวนเคสที่เสียชีวิตพบว่า เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ เสียชีวิตในช่วงเริ่มยาจนถึงระยะ 2 เดือนแรก จำนวน 9 ราย มีเสียชีวิตในช่วงระยะ 4 เดือน จำนวน 1 ราย แผนพัฒนา 1. ส่งคืนข้อมูลผู้ป่วยรายใหม่ให้กับเครือข่ายในพื้นที่ทราบผู้ป่วยที่ต้องติดตามการรักษาในช่วง 2 แรก จนรักษาครบ 2. ให้ความรู้แก่คนไข้และญาติทราบถึงแนวทางการรักษา วัณโรคติดตามการรักษาพร้อมขอเบอร์โทรทุกครั้งที่มาใช้บริการ



ปี 2564 - 2566 พบอัตราการตกเลือดหลังคลอดมีแนวโน้มลดลง แต่ในปี 2567-2568 มีอัตราเพิ่มขึ้น แต่ผ่านเกณฑ์ ซึ่งพบว่า สาเหตุเกิดจากรกค้างในหญิงตั้งครรภ์หลัง จึงได้ทบทวนวิธีปฏิบัติ และแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ตาม CPG แผนพัฒนา จัดทำแนวทางคัดกรองและป้องกันภาวะเสี่ยงตกเลือด หลังคลอดตั้งแต่ฝากครรภ์จากแผนพัฒนาเรื่องการจัดทำ แนวทางพบว่า การคัดกรองและป้องกันภาวะเสี่ยงตกเลือดหลัง คลอดตั้งแต่การฝากครรภ์ ทำให้ภาวะตกเลือดหลังคลอดในปี 2569 เป็นศูนย์

87 ผลลัพธ์ด้านการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย [IV-1, III-2, 3, 4]

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2565	ปี2566	ปี2567	ปี 2568	ปี 2569
------------------	----------	--------	--------	--------	---------	---------

						(ด.ค.-ธ. ค.68)
ต้นทุนบริการผู้ป่วยนอก Unit cost OPD	≤Mean+1 SD	545.91/ 820.27	589.86/ 820.27	724.10/ 998.15	791.14/1 ,066.43	622.77/1 049.72
ต้นทุนบริการผู้ป่วยในUnit cost IPD	≤Mean+1 SD	33,320.16 / 19,399.25	30,146.2 4/ 19,399.2 5	25,672.1 4/ 19,388.8 6	22,293.5 1/ 19,275.4 6	23,990.5 3/ 18,055.9 3
ค่า CMI	≤Mean+1 SD	0.70	0.75	0.75	0.85	0.94
LOS	-	15,386	16,904	21,021	21,893	6,593



ต้นทุนบริการผู้ป่วยนอกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงปี 2563–2568 จาก 366.01 บาท เป็น 791.14 บาทต่อครั้งบริการ และในปี 2569 (ไตรมาส 1) เท่ากับ 622.77 บาทต่อครั้งบริการ ซึ่งยังคง อยู่ต่ำกว่าค่าเกณฑ์ Mean+1SD ของเครือข่ายบริการสุขภาพ เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์เครือข่าย (Mean+1SD ประมาณ 820–1,049 บาท) พบว่าโรงพยาบาลยังสามารถควบคุมต้นทุนได้ อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แม้ว่าค่าต้นทุนจะอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน แต่พบแนวโน้ม เพิ่มขึ้นต่อเนื่องทุกปี ซึ่งอาจสะท้อนการเพิ่มขึ้นของต้นทุนยาและเวชภัณฑ์ การเพิ่มขึ้นของการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการวินิจฉัย ภาระโรคเรื้อรังในประชากรเพิ่มขึ้น โอกาสพัฒนา การใช้ Rational Drug Use , การพัฒนาระบบ Telemedicine / Fast track clinic ,การควบคุมต้นทุนเวชภัณฑ์ อย่างไรก็ตามค่าใช้จ่ายต้นทุนบริการผู้ป่วยนอกยังคง อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานของเครือข่ายบริการสุขภาพ แสดงถึงการควบคุมต้นทุนที่มีประสิทธิภาพในระดับที่เหมาะสม



ต้นทุนผู้ป่วยในมีแนวโน้ม ลดลงอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2565–2568 จาก 33,320 บาท เหลือ 22,293 บาท และในปี 2569 เท่ากับ 23,990 บาท แนวโน้มการลดลงของต้นทุนสะท้อนถึง

1. การพัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากร 2. การปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ

3. การใช้แนวทางการรักษาตาม Clinical Practice Guideline

โดยค่าเฉลี่ยเครือข่ายอยู่ประมาณ 18,000–19,000 บาท ต่อ admission แม้ว่าต้นทุนจะยังสูงกว่าค่าเฉลี่ยบางปี แต่มี แนวโน้มลดลงอย่างชัดเจน แสดงถึงการบริหารจัดการทรัพยากรที่ดีขึ้นแม้ว่าต้นทุนจะลดลง แต่ยังคง สูงกว่าค่าเฉลี่ยเครือข่ายเล็กน้อย ซึ่งอาจเกิดจากสัดส่วนผู้ป่วยโรค ซับซ้อนเพิ่มขึ้นผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคร่วมหลายโรคการใช้ทรัพยากร ทางการแพทย์เพิ่มขึ้น



ค่า CMI มีแนวโน้ม เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

0.67 (2563–2564) 0.70 (2565) 0.75 (2566–2567) 0.85 (2568) 0.94 (2569)

การวิเคราะห์ : การเพิ่มขึ้นของ CMI สะท้อนว่า

โรงพยาบาลมีการดูแลผู้ป่วยที่มี ความซับซ้อนของโรคมมากขึ้น การบันทึกเวชระเบียนและการ Coding มี ความครบถ้วนและถูกต้องมากขึ้น

การพัฒนาศักยภาพของtimสหสาขาวิชาชีพ

ซึ่งผลลัพธ์ดังกล่าวแสดงถึง คุณภาพการจัดการข้อมูลและการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่ซับซ้อนมากขึ้น



จำนวนวันนอนรวมเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี 2566 เป็นต้นมา
จาก 15,386 วัน → 21,893 วัน

การวิเคราะห์

แนวโน้มการเพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับจำนวนผู้ป่วยในเพิ่มขึ้น จำนวนผู้ป่วยสูงอายุเพิ่มขึ้น และโรคมีความซับซ้อนมากขึ้น (สอดคล้องกับ CMI) ซึ่งอาจทำให้เกิดมีระยะเวลานอนโรงพยาบาลนานขึ้น การใช้เตียงสูงขึ้น

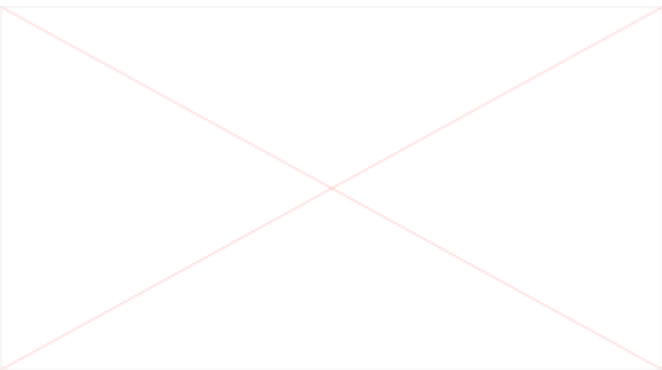
โอกาสพัฒนา :

- 1.การพัฒนา Discharge Planning
- 2.การส่งต่อดูแลต่อเนื่องในชุมชน
- 3.การพัฒนาระบบ Intermediate care

88 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด (S) [IV-1, III-4.3 ก, ข]*

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2565	ปี2566	ปี2567	ปี2568	ปี2569
ร้อยละอุบัติการณ์ผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ที่ส่งผล กระทบกับผู้ป่วยความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป/ทั้งหมด*	0	0	0	0	0	0

* ตัวอย่างผลด้านความปลอดภัยตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น ตอบตามบริบทองค์กร

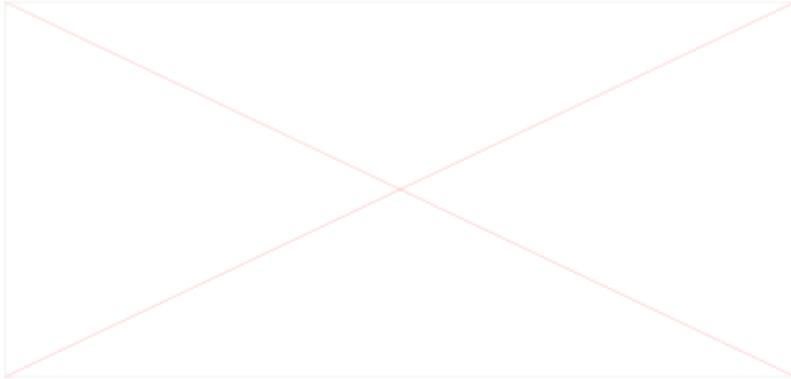


เนื่องจากโรงพยาบาลไม่มีแพทย์เฉพาะทางด้านศัลยกรรม ให้บริการเฉพาะ Minor operation เช่น Excision I&D Debridement การระงับความรู้สึกส่วนใหญ่เป็นแบบการบริหารยาเฉพาะที่ ไม่มีการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปที่ทำให้ผู้ป่วยหลับ การผ่าตัดแต่ละครั้งผู้ป่วยยังคงรู้สึกตัว สามารถตอบคำถามได้ตลอดการผ่าตัด อับัติการณ์การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ ทั้งหมด/ระดับความ รุนแรงระดับ E ขึ้นไป ปี 2564-2569 อับัติการณ์เป็น 0 ตลอด 5 ปี เนื่องจาก มีแนวทางปฏิบัติการป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิด หัตถการ บุคลากรมีการ

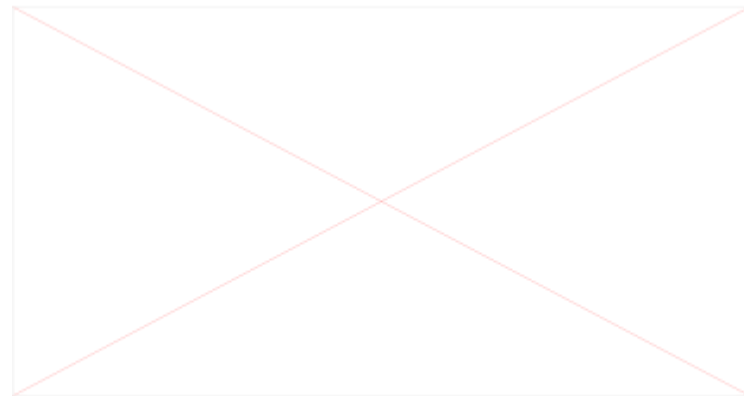
89 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (I) [IV-1, II-4]*

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2565	ปี2566	ปี2567	ปี2568	ปี2569
อัตราการติดเชื้อ VAP/1,000 Vent. Days*	≤1	0	0	0	0	0
อัตราการติดเชื้อ CAUTI/1,000 Cath. Days*	≤1	0	0	0.45	0.54	0.5
อัตราการเกิดปอดอักเสบ(HAP Rate/1,000 วันนอน)	≤1	0.028	0	0	0.13	0.24
อัตราเจ้าหน้าที่ติดเชื้อจากการทำงาน*	0	0.87	0	0.42	0	0
อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (HealthCare-associated infections) ต่อ 1,000 วันนอน	0	0	0	0.21	0.28	0.36
อัตราการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล	<5	NA	NA	0.058	22	0.48

* ตัวอย่างผลด้านความปลอดภัยตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น ตอบตามบริบทองค์กร

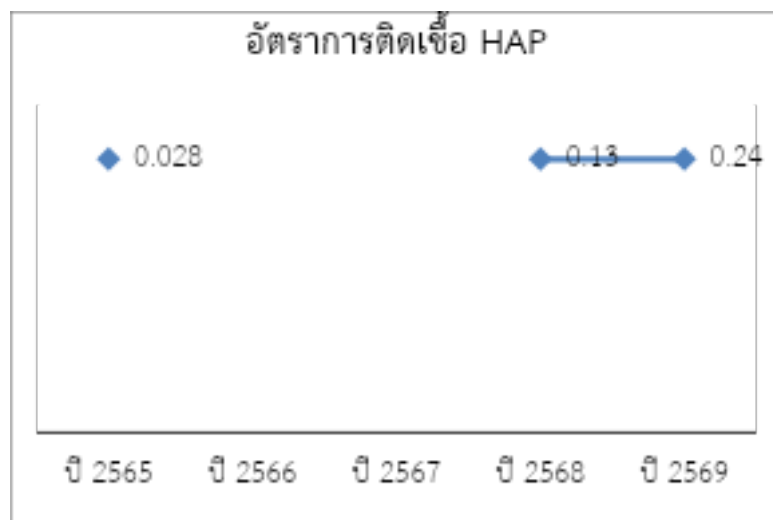


อธิบาย อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator Associated Pneumonia: VAP) ตั้งแต่ปี 2565 ได้ 0 ติดต่อกัน 5 ปี เนื่องจากอัตราการใช้เครื่องช่วยหายใจมีจำนวนลดลง และเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลประจำหอผู้ป่วยได้นำระเบียบปฏิบัติที่: SP-IC-008 เรื่อง: การป้องกัน VAP ควบคู่กับวิธีปฏิบัติที่: WI-IC-006 เรื่อง : วิธีปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างสำหรับดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจทุกราย จากการประเมินวิธีการดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจของพยาบาลประจำหอผู้ป่วย โดย 90% สามารถออกกระบวนการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง และมีอัตราการล้างมือ 7 ขั้นตอน และ 5 moments ได้ถูกต้องครบถ้วน 85% เหตุผลดังกล่าวจึงเป็นผลให้ไม่เกิด VAP 5 ปีติดต่อกันจนถึงปัจจุบัน



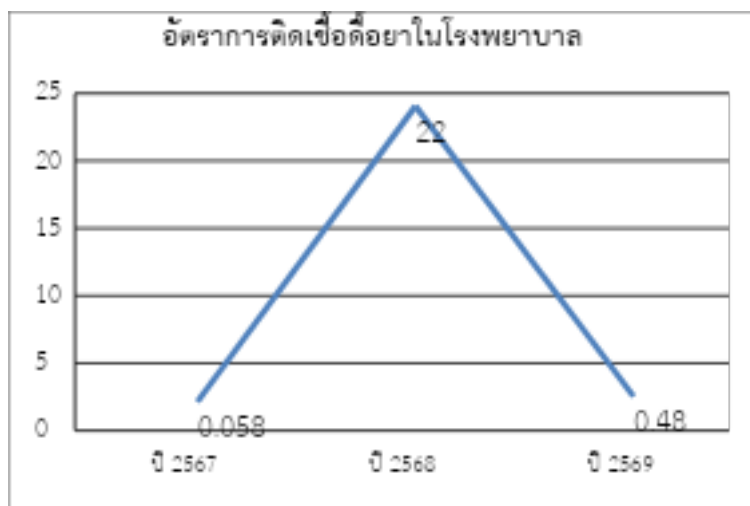
อธิบาย อัตราการติดเชื้อ CAUTI เป็น 0 ในปี 2563-2566 เนื่องจากมีระบบการเฝ้าระวังดูแลผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะ โดยนำระเบียบปฏิบัติที่: SP-IC-007 เรื่อง: การป้องกัน CAUTI มาใช้ และมีการฟื้นฟูความรู้ตามแนวปฏิบัติให้เจ้าหน้าที่ได้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติอย่างเคร่งครัด กิจกรรมรณรงค์วันล้างมือประจำปี กิจกรรม IC round ซึ่งเป็นการเพิ่มความตระหนักแก่บุคลากรให้ปฏิบัติตาม Standard precautions และป้องกันการติดเชื้อได้ แต่ใน 3 ปีที่ผ่านมา พบแนวโน้มการติดเชื้อ CAUTI เพิ่มขึ้น จึงดำเนินการจัดกิจกรรม IC round เพื่อตามรอย พบว่ากระบวนการทำความสะอาดรอบรูเปิดท่อปัสสาวะและบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยสบู่และน้ำสะอาดไม่เป็นไปตามข้อกำหนด จึงได้ให้ความรู้ในหอผู้ป่วย เน้นการนำ CAUTI bundle มาใช้ และวางแผนปรับปรุงแบบฟอร์มการดูแลสายสวนปัสสาวะ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ และเน้นให้แพทย์เข้าขอไข้ เห็นความสำคัญในข้อบ่งชี้ในการถอดสายสวนฯ

อธิบาย : จากการดำเนินงานเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IPC) ปี พ.ศ.2563-2565 พบ พบการติดเชื้อที่เป็นปัญหาสำคัญ คือ HAP คิดเป็น 0.06, 1.78 และ 0.028 ราย/1,000 วันนอนตามลำดับ มีแนวโน้มลดลงเนื่องจากมีการนำ HAP bundle มาปรับใช้ ควบคู่กับการเฝ้าระวังการ



อธิบาย : จำนวนอุบัติการณ์เจ้าหน้าที่ติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน พบในปี 2567 อยู่ที่ 1 ราย คิดเป็น 0.42% เป็นการติดเชื้อ Chicken pox จากการสอบสวนบุคลากรรายนี้ให้ประวัติ 1 wk PTA contact คนไข้สுகฮิไลที่ห้อง ER 14 วันก่อนมีอาการ อาศัยอยู่บ้านพัก รพ. และปฏิบัติงานใน รพ. เท่านั้น ไม่ได้กลับบ้าน หรือท่องเที่ยวที่ใด วันที่ contact ได้ทำการเช็ดตัว และช่วยทำหัตถการเด็กเล็กที่ป่วยอีสุกอีใส หลังการวินิจฉัย ได้แยกกักตัวทันที ให้ Isolation 7 วันจนตุ่มน้ำแห้งดี หลังการพบการติดเชื้อได้ทบทวนแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย Airborne precautions เน้นการสวมใส่ PPE ;Universal precautions ในการดูแลผู้ป่วยทุกราย และจัดอบรมทบทวนแนวทางปฏิบัติต่างๆ แก่เจ้าหน้าที่ รพ.ทุกคน และย้ำเตือนการล้างมือและวางแนวทาง IC& ENV round ทุก 6-12 เดือน ผลจากการดำเนินงานดังกล่าวทำให้ยังไม่พบการติดเชื้อในบุคลากรจากการทำงานในปัจจุบัน

อธิบาย จากการเฝ้าระวังแบบ Target Surveillance ในปี 2563-2569 พบอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (HAI) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากเดิมเป็นการติดเชื้อจากชุมชน ที่ถูกแก้ไขโดยคณะกรรมการ IC ร่วมกับ PCT จัดทำระเบียบปฏิบัติที่: SP-IC-011 เรื่อง: การวางแผนการจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยที่ใส่เครื่องมือทางการแพทย์กลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องก่อนการจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อลดอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล และแจ้งขอความร่วมมือจากผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน



90 ผลลัพธ์ระบบบริหารจัดการด้านยา และด้านความปลอดภัยในการใช้ยา/เลือด (M) [IV-1, II-6, II-7.4]*

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2565	ปี2566	ปี2567	ปี2568	ปี2569
ร้อยละ Medication error with harms (level E up)*	0	0	0	0	0.11	0

ร้อยละ Medication error with harms (level E up) ที่ได้รับการทบทวนแก้ไข (ทำ RCA)*	ร้อยละ 100	0	0	0	100	100
อัตรา Prescribing error: OPD (ต่อ 1000 ใบสั่งยา) / IPD (ต่อ 1000 /วันนอน)*	< 20 ครั้ง / < 20ครั้ง	0.77/2.21	6.69/2.66	4.45/1.43	3.55/1.23	2.23/0.19
อัตรา Transcribing error: OPD (ต่อ 1000 ใบสั่ง ยา) / IPD (ต่อ 1000 /วันนอน)*	< 20 ครั้ง / < 20ครั้ง	0/8.58	0/5.57	0/2.50	0/1.71	0/1.54
อัตรา Pre-dispensing error: OPD (ต่อ 1000 ใบสั่งยา) / IPD (ต่อ 1000 /วันนอน)*	< 20 ครั้ง / < 20ครั้ง	7.60/30.68	17.34/31.24	15.40/35.77	17.52/45.40	9.04/41.26
อัตรา Dispensing: OPD (ต่อ 1000 ใบสั่งยา) / IPD (ต่อ 1000 /วันนอน)*	< 20 ครั้ง / < 20ครั้ง	0.12/4.42	0.47/1.92	0.39/1.92	0.28/1.28	0.19/1.06
อัตรา Administration: OPD (ต่อ 1000 ใบสั่งยา) / IPD (ต่อ 1000 /วันนอน)*	< 5 ครั้ง / < 5 ครั้ง	0/0.40	0.01/0.91	0.39/1.92	0/0.41	0/0.46
อัตราการเกิดปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์จากการให้เลือด	<1.0%	0.22	0.20	0.9	0	0.3
ร้อยละอุบัติการณ์การให้เลือด ผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป /ทั้งหมด*	0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0

อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาผู้ป่วยนอก



อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาผู้ป่วยใน



เพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยา ทีมได้นำข้อมูลที่ได้รับรายงานเพิ่มขึ้น (ผลลัพธ์จากการกระตุ้นให้เกิดวัฒนธรรมการรายงาน และการปรับเปลี่ยนแนวทางการบันทึกข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาจากบันทึกด้วยมือเป็นบันทึกลงในระบบออนไลน์ ตั้งแต่ปี 2566) มาวิเคราะห์หาปัจจัยสาเหตุการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ทำให้เกิดการทบทวนระบบการติดตามการปฏิบัติตามนโยบายความปลอดภัยด้านยา และพัฒนาแนวทางการทำงานในคลินิกต่างๆทั้งด้านยา และร่วมกับสหวิชาชีพ ได้แก่ การทบทวนการปฏิบัติตามแนวทางป้องกัน Intensive ADR ให้ครอบคลุมในทุกกลุ่มยาที่กำหนดไว้ และครอบคลุม ทั้งการเริ่มยาใหม่จากแผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก พัฒนาแนวทางการป้องกัน Preventable ADR โดยการเฝ้าระวังคู่ยา Drug Interaction ที่มีความสำคัญทางคลินิกเพิ่มเติมจาก Fatal DI การติดตาม CBC ในผู้ป่วยที่ได้รับ Clozapine, Lithium และ sodium valproate การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา แนวทางการสั่งใช้ยาที่ต้องปรับขนาดในผู้ป่วยโรคไต ทบทวนและกระตุ้นการปฏิบัติตามแนวทางในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคและขยายผลการดูแลผู้ป่วยให้ทั่วถึงไปยังเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน เพิ่มการเฝ้าระวังความปลอดภัยของผู้ป่วยจากผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปลอมปนสาร สเตียรอยด์ เพิ่มความปลอดภัยในการรักษาผู้ป่วยลดความเสี่ยงการใช้ยาซ้ำซ้อน การใช้ยาที่แพทย์ให้หยุดรับประทาน ด้วยการทำ Medication reconciliation ให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกราย ค้นหาปัญหาจากการใช้ยาเชิงรุกด้วยการพัฒนาระบบ ADR จากการใช้ยาของผู้ป่วยนอนรักษาตัวในรพ. ด้วย trigger tool ร่วมกับสหวิชาชีพ เช่น ผู้ป่วย warfarin ที่มี INR ไม่เข้า Goal , ผู้ป่วยวัณโรคที่ผิดนัดหรือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ผู้ป่วย COPD/Asthma ที่มีอาการกำเริบ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีค่า Serum Creatinine เพิ่มขึ้น และพัฒนาแนวทางการป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาจาก LASA Drug

โดยสรุปรายการยา LASA ที่เกิดความคลาดเคลื่อนบ่อยครั้ง เช่น Enalapril 5 mg กับ Enalapril 20 mg, Hydralazine 25 mg กับ Hydralazine 50 mg และ Paracetamol 325 mg กับ Paracetamol 500



ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ไม่พบอุบัติการณ์การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่หรือผิดชนิด โรงพยาบาลมีระเบียบปฏิบัติในการจัดเก็บ การให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด กระบวนการขอเลือด การเตรียมและจ่ายเลือด โดยปฏิบัติตามมาตรฐานงานธนาคารเลือดและการบริการโลหิตสภาวิชาชีพไทยปี 2567 และมีการปรับปรุงกระบวนการใช้โลหิต กำหนดให้มีการตรวจหมู่โลหิตซ้ำกรณีไม่มีข้อมูลประวัติหมู่เลือดมาก่อนเพื่อให้มั่นใจว่าตัวอย่างที่เจาะครั้งแรกที่ใช้ในการเตรียมโลหิตให้ผู้ป่วยนั้นไม่ผิดคน แต่ยังพบการเกิดปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์จากการรับเลือดบ้างซึ่งไม่มีความรุนแรงและอยู่ไม่เกินเกณฑ์ค่าที่กำหนด ผู้ให้บริการทางการแพทย์ยังคงระมัดระวังและปฏิบัติตามขั้นตอนอย่างเคร่งครัดเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย หากเกิดปฏิกิริยาขึ้น แพทย์จะหยุดการให้เลือดทันทีและให้การรักษาตามอาการ

91 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในกระบวนการดูแลผู้ป่วย (P) [IV-1, III]*

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2565	ปี2566	ปี2567	ปี2568	ปี2569
ร้อยละอุบัติการณ์การวินิจฉัยคลาดเคลื่อน (diagnosis error) ที่มีความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป/ทั้งหมด*	0	7	7	3	2/4	2
ร้อยละอุบัติการณ์การวินิจฉัยคลาดเคลื่อน (diagnosis error) ที่มีความรุนแรงระดับ E ขึ้นไปที่ได้รับการทบทวนแก้ไข (ทำ RCA)*	100	100	100	100	100	100
ร้อยละอุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด ทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไป/ทั้งหมด*	0	1/25	0/5	0/3	0/3	0

ร้อยละอุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไปที่ได้รับการทบทวนแก้ไข (ทำ RCA)*	100	100	100	100	100	100
---	-----	-----	-----	-----	-----	-----

* ตัวอย่างผลด้านความปลอดภัยตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น ตอบตามบริบทองค์กร



ปี 2566-2568 พบอุบัติการณ์การวินิจฉัยคลาดเคลื่อน (diagnosis error) ที่มีความรุนแรงระดับ E ขึ้นไปมีแนวโน้มลดลง จากการทบทวนพบว่าวินิจฉัยล่าช้าในผู้ป่วยกลุ่มโรค Sepsis จนทำให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลง และนอกจากนั้นจะพบในผู้ป่วย revisit ซึ่งเป็น Case miss diagnosis fracture (จากการอ่าน film) ดังนั้นจึงได้มีการทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วย Sepsis และอบรมเจ้าหน้าที่ และพบแต่ยังพบอุบัติการณ์การวินิจฉัยล่าช้าและการไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด และมีระบบ consult แพทย์เฉพาะทางในการช่วย confirm Film แผนพัฒนา คือปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย CPG เป็นรายโรคเช่น sepsis stroke MI ตาม service plan และอบรมฟื้นฟูความรู้ให้กับพยาบาลและสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง



อุบัติการณ์การวินิจฉัยคลาดเคลื่อน (diagnosis error) ที่มีความรุนแรงระดับ E ขึ้น ซึ่งเป็น Trigger point ในการช่วยปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้น จึงได้มีการทบทวนอุบัติการณ์อย่างต่อเนื่อง และได้ดำเนินผลการทบทวนมาปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วย ร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพ



เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในการระบุตัวผู้ป่วย (Patient Identification) ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของความปลอดภัย โดยตั้งเป้าหมายให้อัตราอุบัติการณ์ระดับที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย (ระดับ E ขึ้นไป) เป็น 0 ราย อย่างต่อเนื่อง จากอุบัติการณ์ 1 รายที่เกิดขึ้นในปี 2565 ทีมได้ทบทวนหาสาเหตุรากเหง้าพบว่าเกิดจาก "การสื่อสารที่คลาดเคลื่อน" ได้ดำเนินการ ทบทวนและปรับปรุงแนวทางปฏิบัติตามมาตรฐานการระบุตัวผู้ป่วยใหม่ ให้มีความรัดกุมและสื่อสารเข้าใจง่ายยิ่งขึ้นและ มีการกำกับติดตามความร่วมมือในการปฏิบัติตามแนวทางใหม่อย่างต่อเนื่องในทุกหน่วยงาน ภายหลังการปรับปรุงระบบงาน พบว่าในปี 2566 จนถึงปัจจุบัน (ปี 2569) ไม่พบอุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดระดับ E ขึ้น เพื่อสร้างมาตรฐานความปลอดภัยสูงสุดในการระบุตัวผู้ป่วย (Patient Identification) โดยมุ่งเน้นการจัดการความเสี่ยงเชิงระบบเพื่อป้องกันอุบัติการณ์ระดับที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย (ระดับ E ขึ้นไป) ให้เป็นศูนย์ (Zero Harm) อย่างยั่งยืนได้มีการทบทวนเมื่อเกิดอุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด (ทั้งภาพรวมและระดับ E ขึ้นไป) ทีมจะดำเนินการทบทวนหาสาเหตุรากเหง้า (RCA) ทุกกรณีโดยไม่มีข้อยกเว้นจากบทเรียนอุบัติการณ์ระดับ E ในปี 2565 ที่พบสาเหตุจากการสื่อสารผิดพลาด ทีมได้ดำเนินการปรับปรุง "แนวทางการระบุตัวผู้ป่วย" ให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งองค์กรมีการถ่ายทอดแนวทางปฏิบัติที่ปรับปรุงใหม่สู่พนักงาน และติดตามประสิทธิผลของการนำไปใช้อย่างใกล้ชิดเพื่อปิดช่องว่างความเสี่ยงเชิงระบบความสำเร็จนี้เกิดจากการมีระบบการทบทวนที่เข้มแข็ง (Total Case Review) และการปรับปรุงแนวปฏิบัติให้สอดคล้องกับพนักงาน ทำให้สามารถควบคุมความเสี่ยงสำคัญได้อย่างมีประสิทธิภาพตามเป้าหมายที่กำหนด

92 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการใช้ line/tube/catheter และตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับห้องปฏิบัติการ (L) [IV-1, II-7.2]*

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2565	ปี2566	ปี2567	ปี2568	ปี2569
------------------	----------	--------	--------	--------	--------	--------

จำนวนอุบัติการณ์การตรวจวิเคราะห์และ รายงานผลตรวจวิเคราะห์ทางพยาธิและการ ตรวจวินิจฉัยอื่น คลาดเคลื่อน (เช่น ลำซ้ำ, ผิดสิ่งส่งตรวจ, ผิดวิธีการ, ผลคลาดเคลื่อน) ทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไป ทั้งหมด*	<5 (ครั้ง/ปี) /0	7/0	14/0	11/0	9/0	2/0
จำนวนอุบัติการณ์การตรวจวิเคราะห์และ รายงานผลตรวจวิเคราะห์ทางพยาธิและการ ตรวจวินิจฉัยอื่น คลาดเคลื่อน (เช่น ลำซ้ำ/ ผิดสิ่งส่งตรวจ/ ผิดวิธีการ/ผลคลาดเคลื่อน) ทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไปที่ได้รับการทบทวน แก้ไข (ทำ RCA)*	0 ครั้ง	0	0	0	0	0

* ตัวอย่างผลด้านความปลอดภัยตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น ตอบตามบริบทองค์กร



จากการติดตามตัวชี้วัดปี 2565-2569 การรายงานผลตรวจวิเคราะห์ผิดพลาด พบว่ามีแนวโน้มลดลงและได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ยังไม่พบอุบัติการณ์รุนแรงระดับ E ขึ้นไป ในปี 2566 มีจำนวนอุบัติการณ์สูงสุด โดยสาเหตุหลักอยู่ในขั้นตอน Pre-analytical และ Analytical หน่วยงานได้มีการทบทวนแนวทางการปฏิบัติ อบรมบุคลากรและเพิ่มกระบวนการตรวจสอบก่อนการรายงานผลโดยนักเทคนิคการแพทย์ ก่อนปล่อยผลขั้นสุดท้ายสู่ระบบ HIS โรงพยาบาลเพื่อลดความผิดพลาดพบว่ามีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องในปี 2567-2569 แผนการพัฒนา ผลการตรวจวิเคราะห์ที่ส่งตรวจภายนอกโรงพยาบาล จะ scan เข้าสู่ระบบ HIS โดยไม่มีการคัดลอกผล และการรายงานผล Negative / Positive ใช้การพิมพ์ ไม่ตั้งค่าเป็น Dropdown-menu

93 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการดูแลภาวะฉุกเฉิน (E) [IV-1, III-1ค(4) III-4.2 (5)]*

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2565	ปี2566	ปี2567	ปี2568	ปี2569
อุบัติการณ์การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉิน คลาดเคลื่อน* (under triage หรือ over triage) ระดับ E ขึ้นไป /ทั้งหมด	0	5/139	24/185	0/2	0/115	0/31
อุบัติการณ์การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉิน คลาดเคลื่อน* (under triage หรือ over triage)ระดับ E ขึ้นไป /ทั้งหมดที่ได้รับการทบทวนแก้ไข (ทำ RCA)*	100	40	100	100	100	100
อัตราการตอบสนองต่อการช่วยเหลือภายใน 4 นาที	100	100	100	100	100	100



จากการเก็บข้อมูลเรื่องการคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อนระดับ E ขึ้นไป พบว่า ช่วงปี 2565-2566 มีจำนวนเพิ่มขึ้น มาจากการที่เจ้าหน้าที่มีการคัดแยกระดับความฉุกเฉินยังไม่ถูกต้องและมีความหลากหลายของวิธีการเก็บข้อมูล ดังนั้นจึงจัดทำระเบียบปฏิบัติการคัดแยก Triage, พัฒนาการคัดแยก Triage และจัดอบรม Triage แก่เจ้าหน้าที่ทุกหน่วยงานที่มีผู้ป่วยมารับบริการ จึงทำให้ช่วงหลังมีอุบัติการณ์การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อนระดับ E ขึ้นไปลดลง จากการเก็บข้อมูล ในช่วงปีแรกๆ ยังไม่พบอุบัติการณ์เรื่องการคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อนระดับ E ขึ้นไป ช่วงปีหลังๆ เริ่มมีการคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นจึงได้มีแผนพัฒนา จัดทำ การทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วย และได้พัฒนาระเบียบปฏิบัติการคัดแยก Triage และอบรม Triage แก่เจ้าหน้าที่ทุกหน่วยงาน



อัตราการตอบสนองต่อการช่วยเหลือภายใน 4 นาที ได้มีการพัฒนาโดยการจัดให้มีระบบการขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานฉุกเฉิน มีการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการทำ CPR รวมถึงความพร้อมใช้ของอุปกรณ์บนรถ Emergency และเวชภัณฑ์ต่างๆที่ได้เตรียมพร้อมไว้ ทำให้อัตราการตอบสนองในการช่วยเหลือภายใน 4 นาที ในแต่ละปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จนเป็น 100%

(2) ตัวชี้วัดสำคัญด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

94 ผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพของผู้รับบริการ [IV-1 (2)]

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569
------------------	----------	------------	------------	------------	------------	------------

ร้อยละผู้ป่วยHIVที่มีViral load<50 copies/ml ที่12เดือนหลังเริ่มยาต้านไวรัส	≥ 95%	89.16	92	90.78	100	100
อัตราการขาดยาในผู้ป่วยTB	≤ 5	0	0	3.92	1.61	0
เด็กแรกเกิด – 5 ปี พัฒนาการสมวัย	≥ 85%	94.96	95	88.8	88.89	13.60
ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากผู้ที่มีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์เกือบสูง(กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง)	ร้อยละ	5.01	6.21	7.63	7.2	4.43
ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง	≥ 2.5%	-19.2 0	9.26	-30.0 3	-0.46	42.84
ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่ม Pre-DM (ภาวะก่อนเบาหวาน)ปีที่ผ่านมา เขต รพ.	≤1.71	3.31	4.08	2.59	4.21	2.9
ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง	≥ 5%	-35.2 1	-12.7 4	9.09	7.95	41.47



ร้อยละผู้ป่วยHIVที่มีViral load<50 copies/ml ที่12 เดือนหลังเริ่มยาต้านไวรัส ยังไม่บรรลุเป้าหมาย จากการทบทวนพบว่าผู้ป่วยดื้อยาต้านไวรัส คนไข้ที่มีโรคร่วมเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ดื้อยาต้านไวรัสซ้ำทุกปี จากการให้คำปรึกษาพบว่ากินยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ ผู้การติดตามคนไข้จากโปรแกรม NAP พบว่าคนไข้ที่ขาดนัดการกินยามากมากกว่า 6 เดือน มารพ.ด้วยอาการโรคติดเชื้อฉวยโอกาส แนวทางการพัฒนาจัดกิจกรรมให้คำปรึกษาจากพยาบาลประจำคลินิกวันที่คนไข้มารับบริการ แจ้งผลการตรวจเลือดประจำปีให้ผู้ป่วยทราบผลการตรวจเลือดตนเอง ส่งต่อข้อมูลให้กับเภสัชกรรับทราบรายที่ผลเลือดมีการดื้อยาต้าน ให้คำปรึกษาปัญหาในการกินยา สร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการกินยา ส่งต่อข้อมูลให้พี่เลี้ยงแกนนำของผู้ติดเชื้อของอำเภอเพื่อทำโครงการติดตามเยี่ยมบ้านในกลุ่มเป้าหมายที่ดื้อยา ให้คำปรึกษาจากเภสัชกรรายกลุ่มและรายบุคคล ตกลงบริการในการมารับยาร่วมกันกับคนไข้ ถ้าผลเลือดตรวจประจำปีไม่ดีย่อมารับยา กินยาสม่ำเสมอ มีการจ่ายยาถึง 3-4เดือน สร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยา



ในปี 2564 พบว่ามีอัตราการขาดยาเพิ่มขึ้นจากการทบทวนพบว่าเป็นผู้ป่วยมีภูมิสำเนาอยู่ที่อื่นแล้วเข้ามาพักอาศัยอยู่กับญาติ จากนั้นไม่สามารถติดตามมารับยาได้ต่อเนื่อง ในปี 2565-2566 ได้มีระบบการติดตามและใช้เครือข่ายในการติดตามผู้ป่วย ทำให้ไม่มีผู้ป่วยขาดยาแผนการพัฒนา และในปี 2567 พบผู้ป่วยขาดยา 2 ราย 1 รายย้ายที่อยู่ อีก 1 รายปฏิเสธการกินยา ปี 2568 พบผู้ป่วยขาดยา 1 รายอยู่ในช่วงของการรักษาเดือนที่ 6 ประสานเครือข่ายเพื่อติดตามผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาแต่ผู้ป่วยไม่ได้อยู่ในพื้นที่ติดตามไม่ได้ ดังนั้นในคลินิกวัณโรคจะมีการให้ข้อมูลผู้ป่วยรายใหม่และญาติที่พามารับการรักษาในคลินิกว่าจะต้องรักษาขั้นต่ำ 6 เดือน หากขาดนัดจะมีการติดตามการรักษา ขอเบอร์ที่ติดต่อได้ทุกครั้งที่มารับบริการ ประสานทีมเครือข่ายช่วยกันติดตามถ้าเลยเวลา 9 โมงเช้าของวันที่ให้บริการ ถ้าผัดวันคลินิกให้ตามมารับบริการในวันถัดไป โดยการดูแลผู้ป่วยวัณโรคซับซ้อนเคลื่อนการดำเนินงานมีคณะทำงานระดับอำเภอเป็นเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค



จากการทบทวนพบว่าปี2562-2566 มีแนวโน้มพัฒนาการสมวัยลดลงจากการวิเคราะห์พบว่า ผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจในการใช้คู่มือประเมินส่งเสริมพัฒนาการไม่เพียงพอ ส่งผลให้เด็กไม่ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการตามวัย จึงมีการปรับปรุงแนวทางโดยเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ผู้ดูแลที่บ้านและส่งเสริมการใช้คู่มือ DSPM/DAIM ในWCC และศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในปี 2567 พบพัฒนาการสมวัย ร้อยละ88.8 พบว่าการคัดกรองน้อยลง และบางรายไม่สามารถติดตามซ้ำ ติดตามข้อมูลพบที่มีการบันทึกข้อมูลไม่ตรงช่วงเวลา แก้ไขโดยคืนข้อมูลผ่าน MCH Board เพื่อทบทวนปัญหาร่วมกันในภาพเครือข่าย ปี2568 มีการตรวจคัดกรองและส่งต่อส่งสัยล่าช้าเข้าคลินิกกระตุ้นพัฒนาการของโรงพยาบาลหนองบัว ปี 2569 กำลังดำเนินการ



จากการทบทวนพบว่าปี2564-2568 กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มลดลงเนื่องจากมีการปรับแนวทางในการคัดกรองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ให้ข้อมูลคืนกลับชุมชน และส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เน้นสร้าง HL 3อ 2ส ในกลุ่มกลุ่มเสี่ยง เพิ่มกิจกรรมสร้างสุขภาพในชุมชนในสถานสุขภาพ ผลลัพธ์คือกลุ่มเสี่ยงไม่
เป็นกลุ่มผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูง จึงทำให้ในปี 2569 กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง
มีแนวโน้มลดลง



ปี2565-2566 มีกลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเนื่องจากกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยังไม่
ต่อเนื่อง ปี 2566-2567 มีแนวโน้มลดลง จากการดำเนินการมีพัฒนาศักยภาพ อสมให้มีความรู้เรื่อง
อาหารเพื่อนำความรู้ไปแนะนำแก่ประชาชนในพื้นที่เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการ
รับประทานอาหาร กลุ่มสงสัยป่วยDM เจ้าหน้าที่มีการให้ความรู้เป็นรายบุคคลเรื่องอาหารที่
รับประทานทำให้ป่วยเป็นโรคเบาหวานเจาะเลือดซ้ำ เข้าเกณฑ์ได้รับการส่งต่อให้พบแพทย์เพื่อรับ
การวินิจฉัยและเข้าสู่กระบวนการรักษา ปี 2568 มีผลการคัดกรองเบาหวานในกลุ่มเป้าหมายเพิ่มขึ้น
พบว่ามีกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและมีการติดตามกลุ่มเสี่ยงเบาหวานได้เข้ารับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มขึ้น

95 ผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน [II-8, II-9]

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569
ประชากรอายุ 50 -70 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง	≥ 10%	11.57	11.36	11.8	12.77	5.33
สตรีกลุ่มเป้าหมายอายุ 30 - 60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผลงานสะสม เริ่มปีงบประมาณ 2563 -2568	≥ 60%	50.27	31.57	51.77	48.14	กำลังดำเนินการ
สตรีกลุ่มเป้าหมายอายุ 30 – 70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองเต้านม	≥ 80%	93.24	72.05	79.8	80.67	94.69
ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยความดันโลหิตสูง (CUP)	≥ 95	94.04	78.49	73.85	77.86	69.89
ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยความดันโลหิตสูง (เขต รพ.)	≥ 95	95.98	98.85	94.29	98.85	97.78
ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยเบาหวาน (CUP)	≥ 95	94.49	78.31	75.52	77.71	69.33
ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยเบาหวาน (เขต รพ)	≥ 95	97.47	98.85	93.4	98.63	95.31



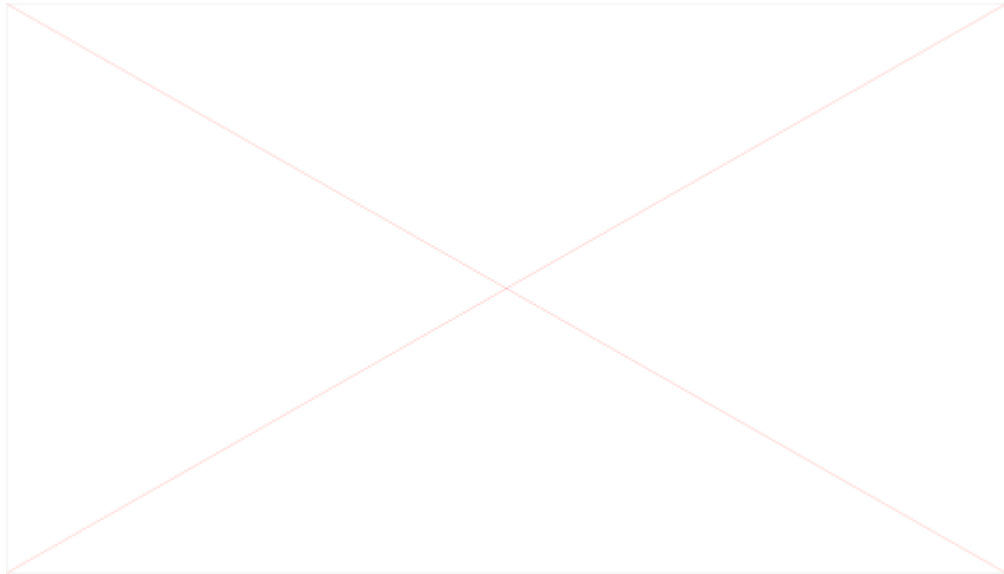
งานคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ใช้การขับเคลื่อนการดำเนินงานมะเร็งของจังหวัด Service plan สาขามะเร็ง จังหวัดนครสวรรค์ การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเพราะมีการคัดกรองการตรวจด้วยชุดตรวจ FIT Test ทำให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบริการมากขึ้น แนวทางพัฒนา ต้องใช้กลไก 3 หมอ ในการค้นหากลุ่มเป้าหมายเชิงรุก เพิ่มช่องทางประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่ เพื่อสะดวกในการประสานงาน ผลงานคัดกรอง



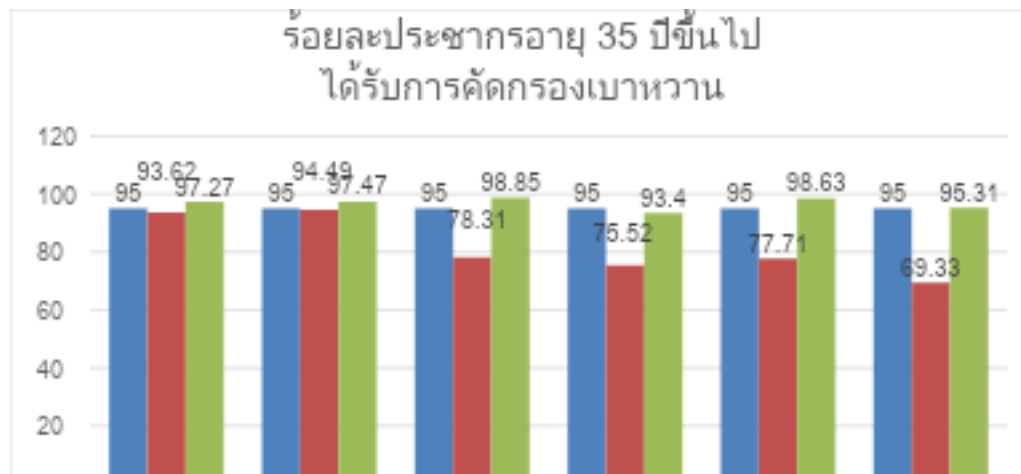
การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย เพราะกลุ่มเป้าหมายไม่มาตรวจตามนัด มีแนวทางในการพัฒนา จัดประชุมทำความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่ และใช้กลไก 3 หมอเพื่อเพิ่มการกระตุ้นติดตามกลุ่มเป้าหมายให้มารับบริการตรวจคัดกรอง เพิ่มช่องทางการให้บริการตรวจในสถานบริการ (เพิ่มวันบริการตรวจ) การตรวจแบบ HPV DNA test ส่งผลให้มีการตรวจมากขึ้น ปี 2569 กำลังดำเนินงาน



การคัดกรองมะเร็งเต้านม จากการทบทวนพบยอดคัดกรองลดลง เพราะกลุ่มเป้าหมายไม่มาตรวจตามนัด มีแนวทางในการพัฒนา จัดประชุมทำความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่ และใช้กลไก 3 หมอ.เคาะประตูบ้าน กระตุ้นให้สตรีกลุ่มเป้าหมายตรวจเต้านมด้วยตนเอง กรณีผิดปกติใช้กลไก 3 หมอในการส่งต่อ อสม.มีการติดตามค้นหากลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ความรับผิดชอบ ให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายมาก



การคัดกรองประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มได้รับการคัดกรองความครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมายสูงขึ้น ปรับกระบวนการในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาล โดยมีการคืนข้อมูลสู่ชุมชน และสร้างภาคีเครือข่าย เช่น ผู้นำหมู่บ้าน อสม.ที่เข้มแข็ง อบรรม อสม.ในการคัดกรองผู้ป่วยในหมู่บ้านตนเอง ทำให้มีผลลัพธ์ในการคัดกรองได้ตามเป้าหมาย โดยชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพคนในชุมชน



การคัดกรองประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยเบาหวาน มีแนวโน้มได้รับการคัดกรองความครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมายสูงขึ้น ปรับกระบวนการในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาล โดยมีการคืนข้อมูลสู่ชุมชน และสร้างภาคีเครือข่าย เช่น ผู้นำหมู่บ้าน อสม.ที่เข้มแข็ง อบรรม อสม.ในการคัดกรองผู้ป่วย อบรรม อสม.เชี่ยวชาญ ในการเจาะ DTX ในหมู่บ้านตนเอง ทำให้มีผลลัพธ์ในการคัดกรองได้

IV-2 ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น (มิติคคนเป็นศูนย์กลาง)

96 ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจ/ความผูกพัน ของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย [IV-2, I-3]

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2565	ปี2566	ปี2567	ปี2568	ปี 2569
ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก	90	92.13	95.98	93.52	92.08	97.45
ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยใน	90	95.94	96.62	97.78	97.36	91.5
ร้อยละความพึงพอใจการบริการเชิงรุกในชุมชน	90	96.15	95.00	96	98.22	94.12

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)

ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ การประเมินที่ระดับมากกว่าร้อยละ 90 ส่วนปัญหา ข้อเสนอแนะ หรือข้อร้องเรียนอันดับ1 ยังคงเป็นเรื่อง พฤติกรรมการบริการของเจ้าหน้าที่ ทางทีมได้ให้ความสำคัญ และพยายามแก้ปัญหาดังกล่าว โดยการจัดอบรม พฤติกรรมการบริการอย่างสม่ำเสมอ โดยวิทยากรภายใน และภายนอก รวมทั้งออกมาตรการต่างๆเพื่อสนับสนุนการ แก้ปัญหาดังกล่าว ในผู้ป่วยนอกร้อยละความพึงพอใจลด

IV-3 ผลด้านบุคลากร

97 ผลลัพธ์ด้านกำลังคน [IV-3, I-5] *

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2565	ปี2566	ปี2567	ปี2568	ปี 2569
ร้อยละอุบัติการณ์ของบุคลากรที่ติดเชื้อจากการทำงาน*	0	0.87	0	0.42	0	0
ร้อยละอุบัติการณ์ของบุคลากรที่ติดเชื้อจากการทำงานที่ได้รับการทบทวนแก้ไข (ทำ RCA)*	100	NA	NA	100	100	100
อัตราความผูกพันต่อองค์กร	>60 %	65.21	65.21	79.60	81.33	75.44

* ตัวอย่างผลด้านความปลอดภัยตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น ตอบตามบริบทองค์กร



อธิบาย : จำนวนอุบัติการณ์เจ้าหน้าที่ติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน พบในปี 2567 อยู่ที่ 1 ราย คิดเป็น 0.42% เป็นการติดเชื้อ Chicken pox จากการสอบสวนบุคลากรรายนี้ให้ประวัติ 1 wk PTA contact คนไข้ อีสุกอีใสที่ห้อง ER 14 วันก่อนมีอาการ อาศัยอยู่บ้านพัก รพ. และปฏิบัติงานใน รพ. เท่านั้น ไม่ได้กลับบ้าน หรือท่องเที่ยวที่ใด วันที่ contact ได้ทำการเช็ดตัว และช่วยทำหัตถการเด็กเล็กที่ป่วยอีสุกอีใส หลังการวินิจฉัย ได้แยกกักตัวทันที ให้ Isolation 7 วันจนตุ่มน้ำแห้งดี หลังการพบการติดเชื้อได้ทบทวนแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย Airborne precautions เน้นการสวมใส่ PPE ;Universal precautions ในการดูแลผู้ป่วยทุกราย และจัดอบรมทวนแนวทางปฏิบัติต่างๆ แก่เจ้าหน้าที่ รพ. ทุกคน และย้ำเตือนการล้างมือ และวางแนวทาง IC& ENV round ทุก 6-12 เดือน ผลจากการดำเนินงานดังกล่าวทำให้ยังไม่พบการติดเชื้อใน

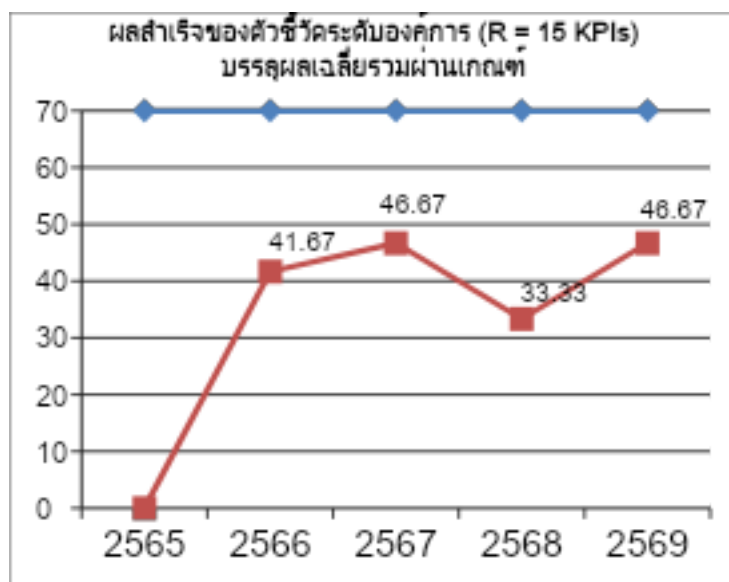


อัตราความผูกพันต่อองค์กรมีแนวโน้มสูงขึ้นปี้องค์กรมีการประเมินความพึงพอใจของบุคลากรปีละ 1 ครั้งเพื่อเพิ่มความพึงพอใจและความผูกพันต่อองค์กร ได้ดำเนินการโดย 1. จัดประชุมระหว่างผู้บริหารกับบุคลากรในโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่เปิดกว้าง การรับฟังความคิดเห็นที่แตกต่าง หลากหลาย และสนับสนุนให้บุคลากรมีส่วนร่วมใน การตัดสินใจกำหนดแนวทางการบริหารที่มีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล ทำให้บุคลากรมีขวัญ กำลังใจ และผูกพันกับโรงพยาบาล 2. ส่งเสริมให้บุคลากรมีส่วนร่วมในงานสำคัญต่าง ๆ 3. มีการปรับปรุงซ่อมแซมบ้านพักของบุคลากร 4. หน่วยงานมีการทำกิจกรรมร่วมกัน โดยมีการจัดโครงการองค์กรแห่งความสุข เช่น กิจกรรมสังสรรค์ กิจกรรมส่งเสริมคุณธรรม จริยธรรมขององค์กร 5. จัดให้สิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการทำงาน 6. จัดกิจกรรมสัมมนาทั้งภายในและภายนอกองค์กร เพื่อสร้างบรรยากาศที่ดีในการทำงาน

IV-4 ผลด้านการนำ

98 ผลลัพธ์ด้านการนำ [IV-4, I-I, I-2]

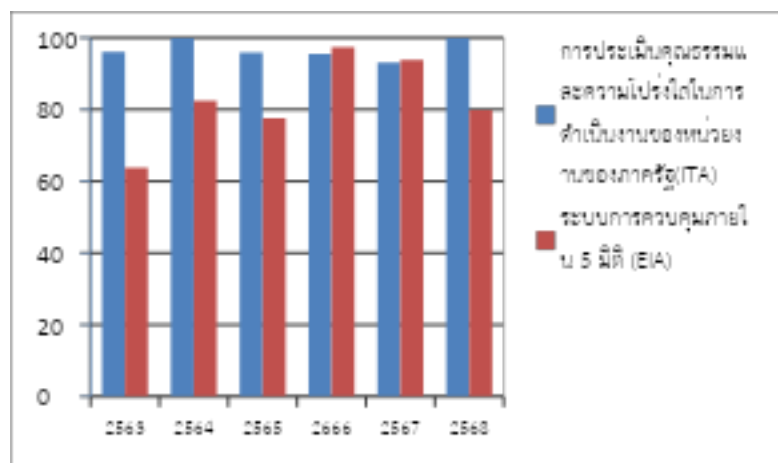
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2565	ปี2566	ปี2567	ปี2568	ปี2569
ผลสำเร็จของตัวชี้วัดระดับองค์กร (R = 15 KPIs) บรรลุผลเฉลี่ยรวมผ่านเกณฑ์	$\geq 70\%$	41.67	46.67	33.33	46.67	ระหว่างดำเนินการ
การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานของภาครัฐ (ITA)	90 % หรือผ่านระดับ A	95.85	95.45	93.18	100	ระหว่างดำเนินการ
ระบบการควบคุมภายใน 5 มิติ (EIA)	ผ่านทุกมิติ ค่าเฉลี่ย $\geq 90\%$	77.61	97.30	93.81	79.87	ระหว่างดำเนินการ



โรงพยาบาลกำหนดตัวชี้วัดระดับองค์กรจำนวน 15 ตัวชี้วัด โดยมีเป้าหมายให้ตัวชี้วัดบรรลุเกณฑ์ร้อยละ 100 ผลการดำเนินงานย้อนหลังพบว่า ในปี 2565-2568 มีตัวชี้วัดที่บรรลุเกณฑ์ร้อยละ 41.67, 46.67, 33.33 และ 46.67 ตามลำดับ ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดเมื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนด (100%) พบช่องว่าง (Gap) ค่อนข้างมาก โดยมีความเป็นไปได้จากปัจจัย เช่น ตัวชี้วัดบางตัวมีเป้าหมายสูงหรือไม่สอดคล้องกับบริบทหน่วยงาน, ระบบติดตามและรายงานผลยังไม่ต่อเนื่อง, การถ่ายทอด KPI ไปยังระดับหน่วยงานยังไม่ครอบคลุม, การวิเคราะห์สาเหตุของตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์ยังไม่เป็นระบบ

โอกาสพัฒนา :

โรงพยาบาลได้กำหนดแนวทางพัฒนา ได้แก่ 1.ทบทวนตัวชี้วัดระดับองค์กรให้ สอดคล้องกับยุทธศาสตร์และบริบทองค์กร 2.พัฒนาระบบ Dashboard KPI สำหรับติดตามผล 3.ถ่ายทอด KPI สู่ระดับหน่วยงาน 4.จัดประชุม Performance Review 5. ใช้แนวทาง PDCA ในการปรับปรุงตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์ อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลได้ดำเนินการพัฒนาระบบบริหารจัดการตัวชี้วัดอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นการปรับปรุงกระบวนการติดตาม วิเคราะห์ และขับเคลื่อนตัวชี้วัดให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์องค์กร เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานและสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างยั่งยืน



การดำเนินงานขององค์กรในด้านการนำ ช่วงปี 2563-2568 พบว่า องค์กรมีความโปร่งใสและระบบควบคุมภายในที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่ผลสำเร็จของตัวชี้วัดระดับองค์กรยังไม่สม่ำเสมอ สาเหตุส่วนหนึ่งมาจากเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานยังขาดความรู้ความเข้าใจในกฎ ระเบียบ ข้อบังคับ หนังสือเวียนต่างๆ ไม่ชัดเจน และภาระงานที่มีจำนวนมาก เพื่อให้การดำเนินงานขององค์กรเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง ผู้บริหารได้สนับสนุนให้บุคลากรศึกษาอบรมเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจ การกำกับติดตามการปฏิบัติงาน และตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูล การจัดทำคู่มือการควบคุมภายในมิติด้านที่ยังมีความเสี่ยง

IV-5 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ

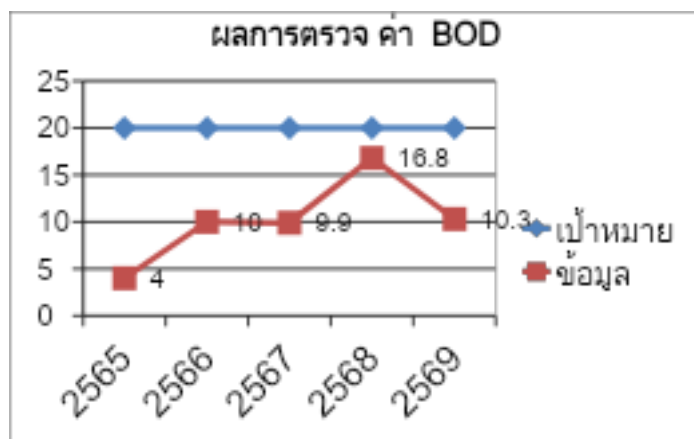
99 ผลลัพธ์ด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ เช่น IM, BCM, Supply chain,RM, ENV [IV-5, III]

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2565	ปี2566	ปี2567	ปี2568	ปี2569
จำนวนข้อร้องเรียนการให้บริการ(การขาดใช้ม.41)	0	2	2	1	2	0
จำนวนการซ่อมอัคคีภัย	1 ครั้ง/ปี	1	1	1	1	รอ ดำเนินการ

ผลการตรวจประเมิน โครงสร้างและความปลอดภัยของอาคาร	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	รอดำเนินการ
ผลการตรวจค่า BOD	≤20มก./ล	4	10	9.9	16.8	10.3
จำนวนอุบัติการณ์การวินิจฉัยคลาดเคลื่อน (diagnosis error) ที่มีความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป/ทั้งหมด*	ลดลง	7	7	3	2/4	2
ร้อยละอุบัติการณ์การวินิจฉัยคลาดเคลื่อน (diagnosis error) ที่มีความรุนแรงระดับ E ขึ้นไปที่ได้รับการทบทวนแก้ไข (ทำ RCA)*	100	100	100	100	100	100
ความเสี่ยงระดับE-F มีการทบทวนภายใน 14วัน	>80%	62.5	59.7	55.56	33.34	42.5
อัตราการรายงานเหตุการณ์ Clinical risk ระดับnear missจากการรายงานทั้งหมด	>25 %	88.31	79.07	77.74	90.97	91.5
ข้อร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการของบุคลากร กลุ่มงานการพยาบาล	0	3	4	2	1	0
จำนวนอุบัติการณ์การเกิดระบบเครือข่ายสารสนเทศของโรงพยาบาล	0	0	0	0	0	0
อุบัติการณ์การสูญหายของข้อมูลสารสนเทศของโรงพยาบาล	0	0	0	0	0	0

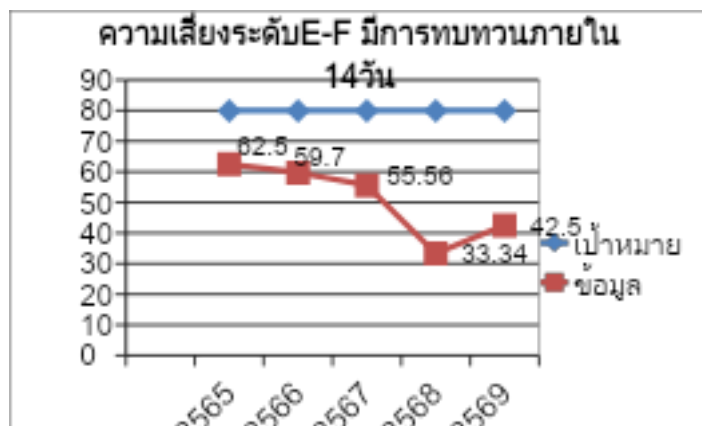
จากการดำเนินงานระบบบำบัดน้ำเสีย จัดให้มีการดูแลระบบและตรวจวัดคุณภาพเบื้องต้น ติดตามค่าเป็นประจำ ความคุมการทำงานของระบบให้มีค่าอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน พบผลการตรวจวัดคุณภาพน้ำเสีย ดังนี้

ปี 2567 ผลครั้งที่ 1/2567 (ธ.ค.66) ค่า BOD = 28 มก/ล. ซึ่งเกินค่ามาตรฐาน มีการตามรอย พบว่าเครื่องเติมอากาศเสียและพื้นที่บริเวณข้างบ่อมีต้นไม้สูง ทำให้หมูลนกดตกลงในบ่อ 1 จึงขอคำแนะนำจาก ศบส.3 ให้ข้อเสนอแนะให้ขุดลอกตะกอนทั้งบ่อ 1 และ บ่อ 2 ปรับปรุงคุณภาพบ่อและน้ำใหม่ และมีการส่งตรวจน้ำหลังขุดลอกตะกอน, ครั้งที่ 2/2567 (ม.ค.67) ค่า



ปี 2566-2569 พบอุบัติการณ์การวินิจฉัยคลาดเคลื่อน (diagnosis error) ที่มีความรุนแรงระดับ E ขึ้นไปมีแนวโน้มลดลง จากการทบทวนพบว่าวินิจฉัยล่าช้าในผู้ป่วยกลุ่มโรค Sepsis จนทำให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลง และนอกจากนั้นจะพบในผู้ป่วย revisit ซึ่งเป็น Case miss diagnosis fracture (จากการอ่าน film) ดังนั้นจึงได้มีการทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วย Sepsis และอบรมเจ้าหน้าที่ และพบแต่ยังพบอุบัติการณ์การวินิจฉัยล่าช้าและการไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด และมีระบบ consult แพทย์เฉพาะทางในการช่วย confirm Film แผนพัฒนา คือปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย CPG เป็นรายโรคเช่น sepsis stroke MI ตาม service plan และอบรมฟื้นฟูความรู้ให้กับพยาบาลและสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

อุบัติการณ์การวินิจฉัยคลาดเคลื่อน (diagnosis error) ที่มีความรุนแรงระดับ E ขึ้น ซึ่งเป็น Trigger point ในการช่วยปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้น จึงได้มีการทบทวนอุบัติการณ์อย่างละเอียด



การดำเนินงานด้านการบริหารจัดการความเสี่ยงในปี 2568 มุ่งเน้นการยกระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยผ่านกระบวนการวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้า (Root Cause Analysis: RCA) ในอุบัติการณ์ระดับ E-F ให้มีประสิทธิภาพและทันทั่วถึง เพื่อนำไปสู่การกำหนดมาตรการป้องกันเชิงระบบและลดโอกาสการเกิดซ้ำอย่างยั่งยืน แม้ผลการดำเนินงานจะพบว่าอุบัติการณ์ได้รับการทบทวนครบทุกกรณี (100%) แต่ยังมีข้อจำกัดสำคัญด้านระยะเวลาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ 14 วัน ซึ่งมีสาเหตุหลักมาจากการขาดกลไกประสานงานที่ไร้รอยต่อระหว่างหน่วยงาน บุคลากรยังขาดความชำนาญในการใช้เครื่องมือวิเคราะห์เพื่อค้นหาสาเหตุที่แท้จริง รวมถึงระบบการนิเทศกำกับติดตามยังขาดความต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามเกณฑ์มาตรฐาน องค์กรจึงกำหนดแผนพัฒนาเชิงรุกโดยมุ่งเน้นการเพิ่มศักยภาพบุคลากรให้เป็นผู้นำทีมทบทวนความเสี่ยง (RCA Leader) ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบติดตาม (Monitoring System) โดยมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบหลักกำกับดูแลความก้าวหน้าตามกรอบเวลาที่กำหนด พร้อมทั้งยกระดับการบริหารจัดการโดยกำหนดให้นำเสนอผลการทบทวนและแนวทางแก้ไขต่อทีมนำคุณภาพ เพื่อรับการสนับสนุนเชิงนโยบายและติดตามประสิทธิผลของมาตรการป้องกันอย่างเป็นระบบต่อไป

การดำเนินงานบริหารจัดการความเสี่ยงด้านคลินิก (Clinical Risk) มุ่งเน้นเป้าหมายในการสร้างระบบดักจับความเสี่ยงเชิงรุก โดยเฉพาะการค้นหาเหตุการณ์เกือบพลาด (Near Miss) เพื่อนำมาวิเคราะห์และวางมาตรการป้องกันก่อนที่จะเกิดอันตรายจริงต่อผู้ป่วย อย่างไรก็ตามในปี 2566 พบว่าอัตราการรายงาน Near Miss มีแนวโน้มลดลง ซึ่งมีสาเหตุหลักจากการเปลี่ยนผ่านสู่ระบบการ



จากปี2564–2568มีอุบัติการณ์การร้องเรียนในเรื่องของ
พฤติกรรมบริการเรื่องการของการสื่อสารกับผู้รับบริการไม่
เหมาะสม ทีมนำองค์กรให้ความสำคัญเรื่องพฤติกรรมบริการ ในปี
2567-2569ได้มีการจัดกิจกรรมอบรมพัฒนาพฤติกรรมบริการ
เพื่อให้เจ้าหน้าที่มีพฤติกรรมบริการที่ดี สนับสนุนให้บุคลากรใน
หน่วยงานต่างๆเข้ารับการ อบรมหลักสูตร Care D Plus / ESB ทีม
นำเน้นย้ำทุกหน่วยงานเรื่องพฤติกรรมบริการ เพื่อสร้างความ
ตระหนักให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับปฏิบัติ ไม่ให้เกิดข้อร้องเรียนเรื่อง
พฤติกรรมบริการ ส่งเจ้าหน้าที่อบรมเรื่องพฤติกรรมบริการให้กับ
เจ้าหน้าที่ทุกระดับทุกปี



ในปี 2564 จึงได้ทำการจัดทำแผนป้องกันและจัดหาอุปกรณ์เครื่องสำอางไฟฟ้าที่มีประสิทธิภาพ และ
จัดหาอุปกรณ์ต่อพ่วง และทดสอบการใช้งานอยู่สม่ำเสมอ จึงทำให้ ตั้งแต่ ปี 2564 – ปัจจุบัน ยังไม่
พบข้อร้องเรียนเกี่ยวกับเรื่องความปลอดภัย



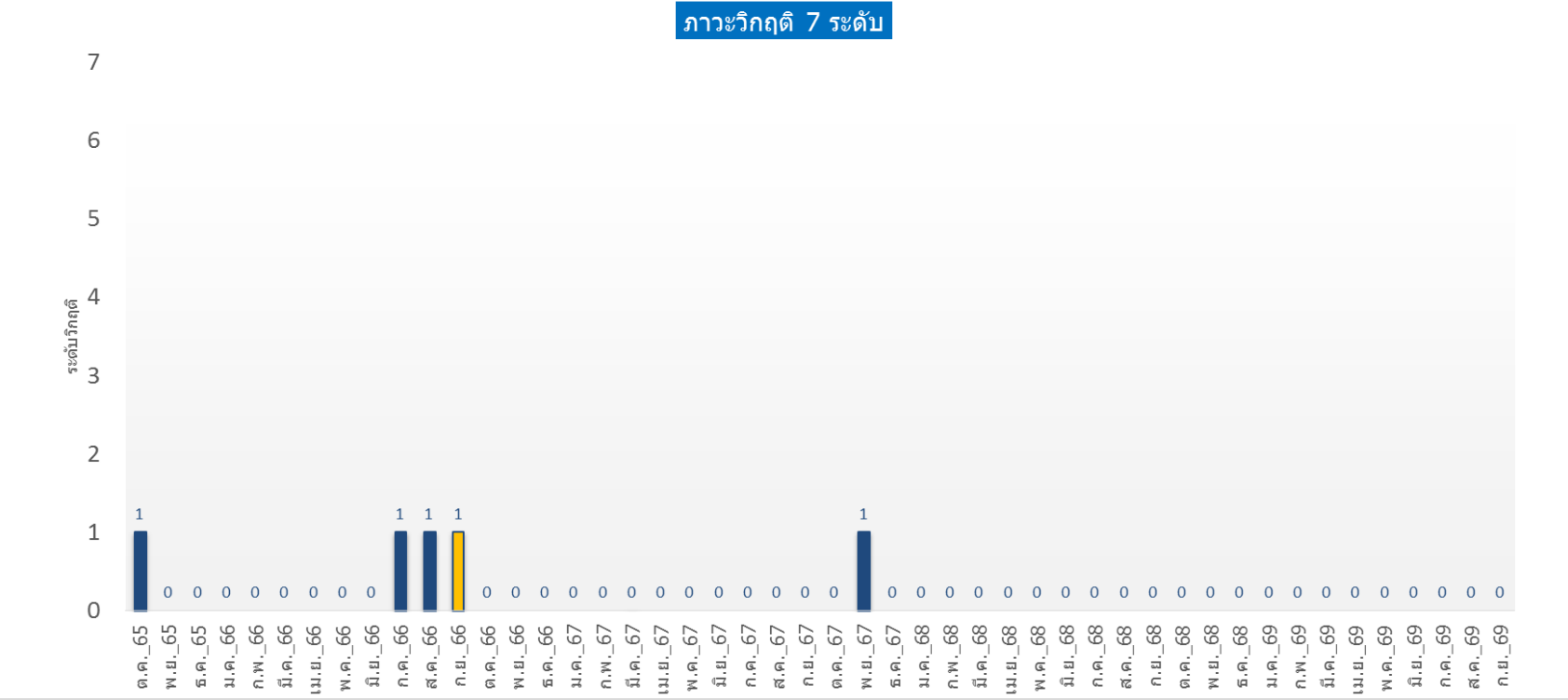
จากการทบทวน พบว่า ปี 2563 มีปัญหาระบบล่ม ปีล่าสุดที่เกิดจากระบบไฟฟ้าภายในอาคารขัดข้อง แต่ไม่ได้มีการสูญหายของข้อมูล หลังจากนั้นจนถึงปัจจุบัน จึงได้กำหนดให้มีการสำรองข้อมูล ตลอดเวลา 3 ชุดข้อมูล 2 Media 1 offline (หากตัว offline อยู่ระหว่างการ Back up จะถือว่า online อยู่ในขณะนั้น)

- Backup แบบ Replicate ข้อมูลแบบ Realtime
- Backup ฐานข้อมูล บน Computer Pc Admin ทุกวันเวลา 20.00 น.
- Backup ฐานข้อมูลลงบน Extranal Harddisk
- Backup ฐานข้อมูลด้วยระบบ Nas Synolog
- Backup ฐานข้อมูลบนระบบ One Box On Cloud

IV-6 ผลด้านการเงิน

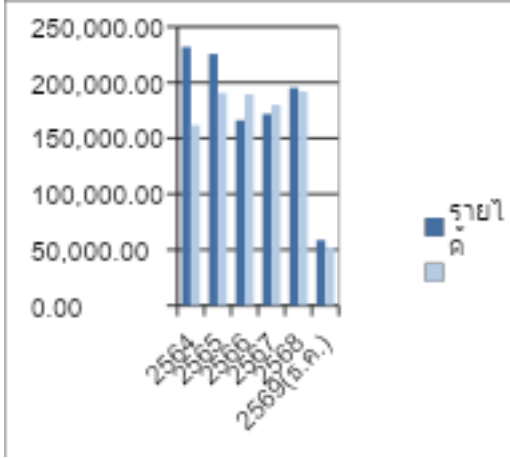
100 ผลลัพธ์ด้านการเงิน [IV-6, I-2.2ก(3)]

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2565	ปี2566	ปี2567	ปี2568	ปี2569
แสดงความมั่นคงทางการเงิน (NI) (หน่วย: 1,000บ.)	>0	35,027.29	-23,168.51	-8,283.08	8,858.61	6,391.75
อัตราส่วนทุนหมุนเวียน (Current Ratio)	>1.5	4.15	2.62	1.97	2.1	2.01
อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว(Quick Ratio)	>1.0	3.9	2.39	1.77	1.95	1.89
อัตราส่วนเงินสดต่อหนี้สินหมุนเวียน(Cash Ratio)						5

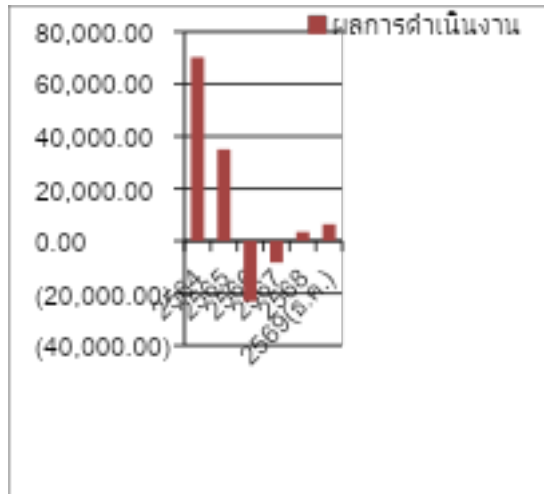


ระดับวิกฤติทางการเงินโรงพยาบาลหนองบัวปีงบประมาณ 2566-2569 (ต.ค.2565-ธ.ค.2569)จาก แนวโน้มของตัวชี้วัดที่สำคัญดังกล่าวจะเห็นว่าปี 2566-2569 (ไตรมาส1) อัตราส่วนความมั่นคงทางการเงินและสภาพคล่องทางการเงิน จากตารางแสดงให้เห็นข้อมูลจากอดีตถึงปัจจุบันอยู่ในเกณฑ์ที่ดีและมีแนวโน้มที่ดีขึ้น แม้ว่าในช่วงกลางปี 2566 จะอยู่ในเกณฑ์ที่วิกฤตเนื่องมาจากได้รับเงินจัดสรรล่าช้า หลังจากนั้นในปี 2567 ตั้งแต่ไตรมาส 3 ได้เกิดวิกฤต 1 อีกครั้ง เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานที่เพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตามระดับวิกฤตลดลงอย่างต่อเนื่อง วิกฤตอยู่ในระดับ 0 เนื่องจากมีรายได้เพิ่มขึ้นจากการดำเนินงานและรายได้จากการบริจาค ขณะที่ค่าใช้จ่าย fixed cost คงที่ แต่ปัจจุบันภายนอกและภายในของโรงพยาบาลเอง ยังมีความเสี่ยงในระบบที่จะต้องเฝ้าระวัง เนื่องจาก โรงพยาบาลหนองบัวเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง มีพื้นที่ให้บริการที่

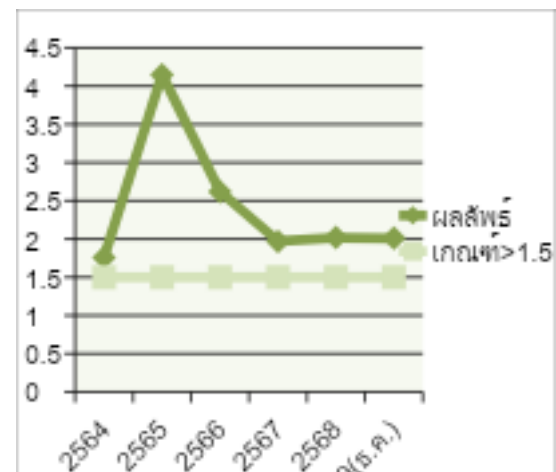
1.ข้อมูลแสดงตามบัญชีเกณฑ์คงค้าง

ผลการดำเนินงาน (หน่วย : 1,000 บาท)			วิเคราะห์แนวโน้ม
ปีงบประมาณ	รายได้	ค่าใช้จ่าย	
2564	231,943.61	161,692.86	
2565	225,647.31	190,620.02	
2566	166,142.59	189,311.10	
2567	171,798.26	180,081.34	
2568	195,416.51	191,963.30	

2569 (ธ.ค.69)	58,649.76	52,258.02
---------------	-----------	-----------

แสดงผลกำไร/ขาดทุนตามบัญชีเกณฑ์คงค้าง		ผลการวิเคราะห์/แนวโน้ม														
<table><tr><th>ปีงบประมาณ</th><th>กำไร/ขาดทุน</th></tr><tr><td>2564</td><td>70,250.75</td></tr><tr><td>2565</td><td>35,027.29</td></tr><tr><td>2566</td><td>-23,168.51</td></tr><tr><td>2567</td><td>-8,283.08</td></tr><tr><td>2568</td><td>3,453.21</td></tr><tr><td>2569(ธ.ค.)</td><td>6,391.74</td></tr></table>		ปีงบประมาณ	กำไร/ขาดทุน	2564	70,250.75	2565	35,027.29	2566	-23,168.51	2567	-8,283.08	2568	3,453.21	2569(ธ.ค.)	6,391.74	
ปีงบประมาณ	กำไร/ขาดทุน															
2564	70,250.75															
2565	35,027.29															
2566	-23,168.51															
2567	-8,283.08															
2568	3,453.21															
2569(ธ.ค.)	6,391.74															
2.อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน (Current Ratio) เกณฑ์ > 1.5																
ผลการดำเนินงาน		ผลการวิเคราะห์/แนวโน้ม														

ปีงบประมาณ	ผลลัพธ์
2564	1.76
2565	4.15
2566	2.62
2567	1.97
2568	2.02
2569 (ธ.ค.)	2.01



3.อัตราสินทรัพย์คล่องตัว (Quick Ratio) เกณฑ์ > 1.0

ผลการดำเนินงาน	ผลการวิเคราะห์/แนวโน้ม
----------------	------------------------

