SARตอนที่4 เพิ่มตัวชี้วัดผลการดำเนินการขององค์กรทั้ง 6 ด้าน

ตอนที่ IV ผลการดำเนินการ

IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ

(1) ตัวชี้วัดสำคัญด้านการดูแลผู้ป่วย

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

ข้อมูล/ตัวชีวัด	เป้าหมาย	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566	ปี 2567
อัตราผู้ป่วย unexpected dead ลดลง	5%	NA	NA	NA	12	50
อัตราการเสียชีวิตจาก STEMI	≤10%	11.11	6.67	11.11	0	16.67
อัตราผู้ป่วย Stroke ที่เข้าระบบ FAST tractได้รับการส่งต่อภายใน30นาที	80%	77.65	81.72	80.89	89.85	85.88
อัตราผู้ป่วยที่เกิด stroke non fast tract ขณะ Admit ที่โรงพยาบาล	0	0	0.09	0.14	0.16	0.11
อัตราผู้ป่วยรับกลับจากโรงพยาบาลแม่ข่ายมีอาการไม่คงที่	0	NA	NA	NA	3.17	0
อัตราผู้ป่วย unplanned refer ลดลง	≥5	NA	NA	NA	31.5	37.93
อัตราการกลับเข้ารักษาด้วยโรคเดิมที่ PCTกำหนดภายใน28วัน	<2%	0.08	0.06	0.37	0.85	0.64
อัตราการป่วยด้วย Sepsis ลดลงจากปีก่อนหน้า	5%	-63.9	10.04	42.7	-26.27	12.23
อัตราการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning)ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ	40%	0	0	15	76.67	87.82

จากการทบทวนพบว่า จำนวนผู้ป่วย unexpected dead มีแนวโน้มลดลงเนื่องจาก มีการปรับปรุง early warning signs จึงมีการ re-assessment , เกณฑ์การ Admit/Refer ที่ชัดเจนมากขึ้น การปรับปรุงและทบทวน CPG รวมทั้งการคุยการวางแผนล่วงหน้า/ ความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ทำให้ผู้ป่วย unexpected dead น้อยลง แผนพัฒนา คือ ควบคุมกำกับตามแนวทางปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

ปี 2564-2567 อัตราการเสียชีวิตจาก STEMI มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และ จากการทบทวนเคส ใน 2รายของปี 2567 เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะภาวะแทรกซ้อนที่ได้ให้ยาSK ระหว่าง Refer คนไข้มีภาวะ Cardiac arrest / Cardiogenic shock แผนพัฒนา คือ ทบทวนความรู้เรื่องโรค STEMI การTriage แนวทางการรักษาและการดูแลระหว่างส่งต่อ รวมทั้งฟื้นฟูการอบรม STEMI ให้กับพยาบาลที่เกี่ยวข้องให้มีความแม่นยำ ในทุกหน่วยงานให้มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยตาม แนวทาง Service plan STEMI ทำให้ในปี 2568 มีแนวโน้มลดลง

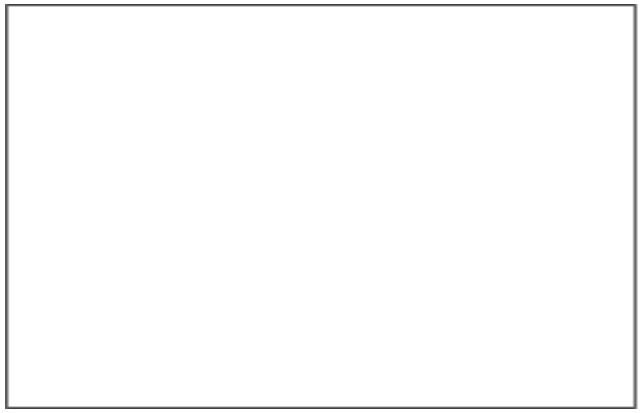
ปี2563-2566 ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ได้มีการปรับลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นต่อการวินิจฉัยรักษา (CXR)จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและปี2566-2567 มีแนวโน้มลดลงพบว่าผู้ป่วยมีอาการหนักต้องใส่ท่อช่วยหายใจ การให้ประวัติonset ไม่แน่ชัดทำให้เวลาในการวินิจฉัยล่าช้า ทำให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อมีแนวโน้มลดลง

ปี2564-2566พบผู้ป่วยเกิด stroke non fast tract มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากการทบทวนพบว่าญาติไม่ทราบอาการ ไม่มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยเฉพาะ stroke ในผู้ป่วยใน ไม่มีการประเมิน

ในปี 2566 พบว่ามีผู้ป่วยรับกลับมีอาการทรุดลง ไม่คงที่ จากการทบทวนพบว่าเกิดจากการที่ไม่มีการประเมินอาการผู้ป่วยก่อนรับกลับ และไม่มีแนวทางการรับผู้ป่วย ในปี 2567 ได้มีการจัดตั้งผู้รับผิดชอบเรื่อง Refer ของโรงพยาบาล และได้จัดทำแนวทางปฏิบัติรับ-ส่งผู้ป่วย จึงพบว่าไม่มีผู้ป่วยรับกลับอาการทรุดลง แผนพัฒนา คือ ควบคุมกำกับการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติรับ-ส่งผู้ป่วย

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

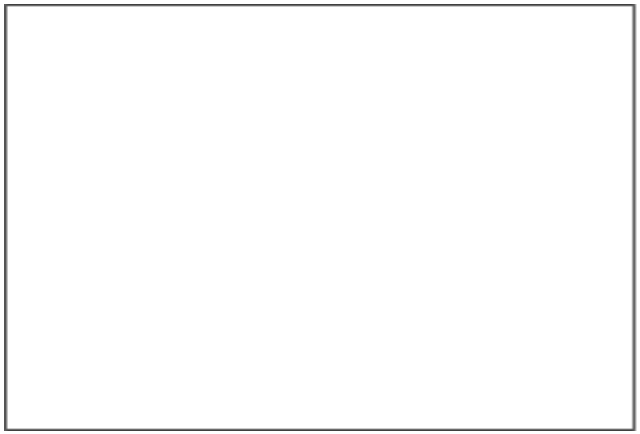
ในปี 2565-2566 มีจำนวนผู้ป่วย sepsis เพิ่มขึ้น จากการทบทวนพบว่าเกิดในผู้ป่วยกลุ่มติดเตียง เกิดจากระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยไม่ตรงตามปัญหาของผู้ป่วย และขาดการประสานส่งต่อข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องให้กับชุมชนในปี 2566-2567 จึงได้มีการจัดทำDischarge plan กลุ่มผู้ป่วยติดเตียง และได้จัดอบรมความรู้ qSOFA ให้กับบุคลากรพยาบาล/อสม.เพื่อ



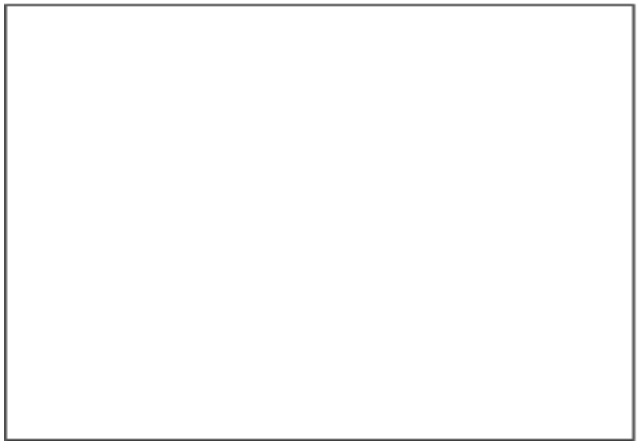
จากกราฟปี 2563-2566 กระบวนการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง มีปัญหาได้รับการดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning)ไม่ครบถ้วน เนื่องจากยังไม่มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง ในปี 2566-2567 ได้มีการจัดตั้ง clinic palliative และได้จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง จึงทำให้มีแนวโน้มที่เพิ่มมากขึ้น

84 <u>ผลลัพธ์ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ [IV-1, III-1]</u>

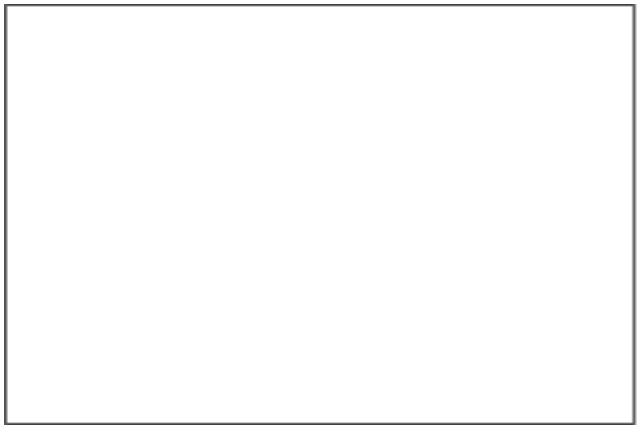
ข้อมูล/ตัวชีวัด	เป้าหมาย	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
Onset to door ในผู้ป่วยโรค Stroke	≥50%	43.14	39.55	38.03	30.39	27.07
Onset to door ในผู้ป่วยโรค STEMI	100%	89.47	100	93.75	100	100
อัตราผู้ป่วยฉุกเฉินมารพ. ด้วยบริการ1669	≥20%	14.55	33.53	11.02	32.47	21.46
อัตราการเกิด severe sepsis/ septic shock ลดลง จากปีก่อนหน้า	5%	5	0	0	2	-37.17%



ปี 2563-2567 Onset to door ในผู้ป่วยโรค Stroke มีแนวโน้มลดลง จากการทบทวนพบว่าป่วยส่วนใหญ่เป็นขาดความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนของโรคและขาดผู้ดูแล ผู้ป่วยสูงอายุอยู่บ้านคนเดียว แผนพัฒนาคือ 1) เชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วย NCD ที่ได้รับการวินิจฉัย Stroke กับงาน NCD clinic เพื่อวางแผนการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, 2) ขยายเครือข่ายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยอปท/รพ.สต มีส่วนร่วม



ปี 2563-2564 Onset to door ในผู้ป่วยโรค STEMI มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีการรณรงค์ให้ความรู้เรื่องโรคและอาการเตือน Alert alarm sign ในประชาชนทั่วไปและเพิ่มช่องทางการให้ความรู้โดยการจัดบอร์ดให้ความรู้และให้สุขศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มี CVD risk สูง มีการประเมินกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยที่มี CVD risk สูงต้องเฝ้าระวังเรื่องโรคที่มีภาวะแทรกซ้อน ให้ความรู้ ส่งต่อข้อมูลให้ NCD และ ปฐมภูมิ ให้มีการคัดกรองและ เฝ้าระวัง และปี 2564-2565 พบผู้ป่วย Triage ผิดพลาด ทำให้เข้าถึงบริการล่าช้า และปี 2566-2567 ได้ดำเนินการจัดอบรมให้ความรู้ในกลุ่มผู้นำชุมชนและอสม.ในเรื่องโรคที่เป็นปัญหาทางยุทธศาสตร์ ทำให้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น



ปี2563-2564 อัตราผู้ป่วยฉุกเฉินมารพ. ด้วยบริการ1669.มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีการประชาสัมพันธ์เบอร์ 1669 ผู้ป่วยและในชุมชน จัดทำป้ายและได้รับความร่วมมือจากท้องถิ่นในการขยายการบริการแต่ในปี 2565 พบแนวโน้มลดลง เนื่องจากความไม่พร้อมให้บริการของเครือข่ายในระดับตำบลลดลง ปี2565-2566 ได้เน้นการประชาสัมพันธ์เบอร์ 1669 เพิ่มมากขึ้นแต่ก็ยังทำไม่ได้ทั่วถึงครอบคลุมทุกพื้นที่และเครือข่ายของชุมชน อบต.ยังไม่มีกำลังคน ความพร้อมในการให้บริการจึงทำให้ปี2566--2567มีแนวโน้มลดลง

จากการทบทวนในปี 2566 จากการทบทวนพบว่ายังไม่มีเกณฑ์การ Admit ผู้ป่วย sepsis ที่ชัดเจน และการบวนการยังไม่เป็นไปตามแนวทางคือ ไม่มี early warning signs เพื่อเฝ้าระวัง ไม่ได้ Re-assessment ตามแนวทางCPG จึงส่งผลทำให้ผู้ป่วย เกิดภาวะ shock จนกระทั่งได้รับการส่งต่อ

85 <u>ผลลัพธ์ด้านความต่อเนื่องในการดูแล [IV-1, III-5, 6]</u>

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
อัตราของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีอัตราการ eGFR<5 ml/min/1.73 m2 /yr	>67%	68.33	63.08	58.07	75.15	76.29
อัตราผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) ได้รับการดูแลและฟื้นฟูสภาพ	≥60%	92.86	90.91	84.62	84.21	82.54
อัตราการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรค	≤5	0	2.78	0	0	3.92
หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ 5 ครั้งตามเกณฑ์	≥75%	82.86	81.50	81.62	79.9	70.13
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	≤3.5/แสนประชากร	5.24	1.14	6.24	3.28	6.68

ปี2564-2565ขาดความต่อเนื่องในกระบวนการเสริมพลังในผู้ป่วยและญาติโดยทีมสหวิชาชีพทำให้ผลลัพธ์ มีแนวโน้มลดลง จึงพัฒนาปรับเปลี่ยนกระบวนการดูแล โดย Case manager เข้ามาดูแลเฉพาะราย ส่งผลให้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามเป้าหมาย ปี 2567 ในคลินิกบริการขาดการทำกิจกรรมให้ความรู้ในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ทำให้ไม่สามารถความคุมโรคประจำตัวเบาหวานและความดันได้ ผู้ป่วยส่วนมากเป็นผู้สูงอายุ และขาด

ปี 25645-2565 มีแนวโน้มลดลง เนื่องจากการไม่ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยและญาติปฏิเสธการดูแลรักษาแบบ IMC ได้ดำเนินการทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกันกับสหวิชาชีพและสร้างความความรู้ความเข้าใจให้แก่ญาติในการเข้ารับการดูแลฟื้นฟูตามโปรแกรม ปี 2566 -2568 มีแนวโน้มคงที่ จากการทบทวนพบว่าขณะเข้ารับการดูแลรักษา ญาติผู้ดูแลไม่สะดวกในการเข้ารับการดูแลฟื้นฟูได้ครบตามโปรแกรม

ปี 2561-2562 มีผู้ป่วยวัณโรคปฏิเสธการรักษาจึงทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยา ได้มีการปรับปรุงโดยการสร้างความตระหนัก การให้คำแนะนำและความรู้เกี่ยวกับการรักษา จึงทำให้ ปี 2563 ผู้ป่วยได้รับยาครบทุกราย ปี 2564 ขาดยาเพิ่มขึ้นจากการทบทวนพบว่าเป็นผู้ป่วยมีภูมิลำเนาอยู่ที่อื่นแล้วเข้ามาพักอาศัยอยู่กับญาติ จากนั้นไม่สามารถติดตามมารับยาได้ต่อเนื่อง ในปี 2565-2566 ได้มีระบบการติดตามและใช้เครือข่ายในการติดตามผู้ป่วย ทำให้ไม่มีผู้ป่วยขาดยาแผนการพัฒนา และในปี 2567 พบผู้ป่วยขาดยา 2 ราย 1 รายย้ายที่อยู่ อีก 1 รายปฏิเสธการกินยา ประสานเครือข่ายเพื่อติดตามผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษา การค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่บูรณาการกับงานรังสีวิทยานำระบบการอ่านผล CXR ใช้ระบบ AI กรองค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่

ปี 2562 -2565 มีแนวโน้มฝากครรภ์คุณภาพเพิ่มขึ้นเนื่องจากการปรับกระบวนการทำงานโดยเปิดช่องทางรับฝากครรภ์ทุกวันในเวลาราชการและเปิดฝากครรภ์ครั้งแรกที่ รพ.สต. มีโครงการ อสม.บัดดี้ ในการแนะนำเกี่ยวกับการฝากครรภ์ ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับฝากครรภ์คุณภาพ 5 ครั้งตามเกณฑ์เพิ่มขึ้น และในปี 2566 และปี 2567 มีแนวโน้มลดลง จากการทบทวนพบว่า หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ล่าช้า และหญิงตั้งครรภ์ผิดนัดแผนพัฒนา พัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์โดย 1.การเปิดช่องทางการติดต่อโดยตั้ง Line group หญิงตั้งครรภ์ เพื่อการติดตามและสอบถามปัญหาในหญิงตั้งครรภ์ 2.จัดกลุ่ม อสม.บัดดี้ ออกสำรวจและติดตามกลุ่มหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ให้มาฝากครรภ์

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น2567คิดเป็น 6.68 ต่อแสนประชากร (จำนวน4 คน)เพศชาย มากกว่า เพศหญิง สภาพคู่ สมรส มากกว่าโสด อาชีพเกษตรกรรม กลุ่มวัยพบเป็นวัยทำงาน 20-59 ปี Common rick factor ปี 67 ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคกายเรื้อรัง และ พบวิกฤตในชีวิต คือ ภาวะของโรค แย่ลงส่งผลต่อการดำเนินชีวิต และการประกอบอาชีพ ประชุมคณะระบบบริการสุขภาพจิตในระดับจังหวัด ได้ดำเนินการโดย ประชากรที่อำเภอหนองบัวได้รับบริการดูแลช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสมตามแนวทาง 7 กิจกรรม 1.ประเมินกลุ่มเสี่ยงที่เกี่ยวข้องทั้งภายในภายนอกหน่วยงานเพื่อได้รับการช่วยเหลือและส่งต่อหน่วยบริการสาธารณสุข.ได้ทันที 2.ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยทันท่วงที 3.ได้รับการสอบสวนโรคเพื่อค้นหาและรวบรวมข้อมูลปัจจัยกระตุ้นปัจจัยเสี่ยงปัจจัยปกป้องและด่านกั้นรวมทั้งประเมินการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในครอบครัวและชุมชน 4.ได้รับการช่วยเหลือขจัดและหรือบรรเทาปัจจัยกระตุ้นและปัจจัยเสี่ยง 5.ได้รับการส่งเสริมปัจจัยปกป้องและด่านกั้นการเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์หรือสารพิษที่ใช้การฆ่าตัวตาย 6. ญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิดได้รับการเสริมสร้างความรู้ทักษะการสังเกตสัญญาณเตือนและมีช่องทางการติดต่อที่สะดวกกับเจ้าหน้าที่[illegible] on line ของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอหนองบัว) 7.ได้รับการเฝ้าระวังอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

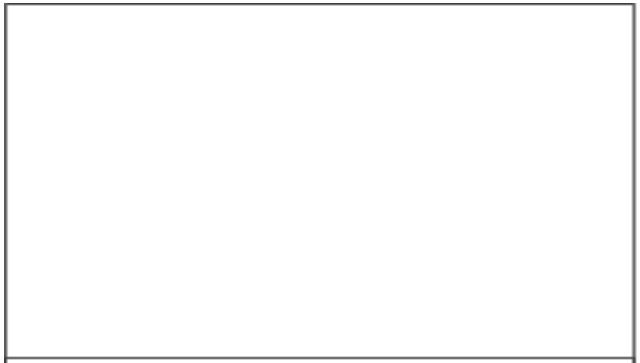
86 <u>ผลลัพธ์ด้านกระบวนการและผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญ [IV-1, III-2, 3, 4]</u>** (สะท้อนมิติคุณภาพ appropriateness และeffectiveness)

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
ร้อยละผู้ป่วยSTEMIที่ได้รับยาSK ภายใน 30นาที	≥ 60%	73.33	50	54.55	71.43	75
อัตราการได้รับantibiotic ภายใน 1 ชม. (นับจากเวลาได้รับการวินิจฉัย)	100%	100	100	100	88.76	98.07
ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	≥ 40 %	46.36	47.49	42.50	23.07	50.84
ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	≥ 60%	58.93	70.48	68.01	60.68	62.58

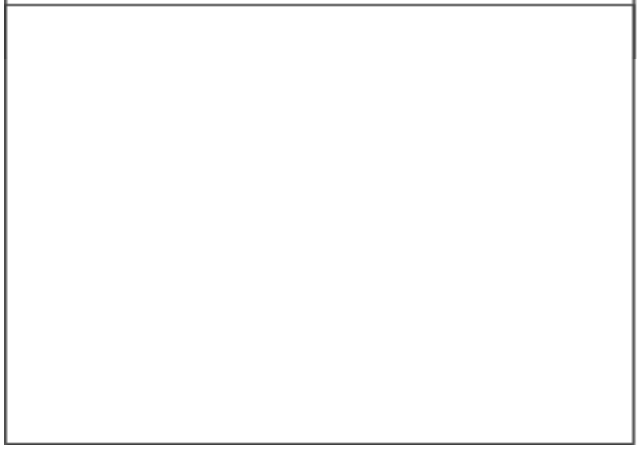
อัตราผลสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคใหม่ Success rate	≥ 85%	85.71	82.76	92.86	93.75	80.39
อัตราการเกิดตกเลือดหลังคลอด	< 5%	11.11	3.36	3.48	0.87	2.1



ปี2563-2567 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากปัญหาก่อนหน้านี้ คือความล่าช้าในขั้นตอนของการวินิจฉัย(consult staff) ส่งผลให้ผู้ป่วยSTEMIที่ได้รับยาSK ทันเวลามีแนวโน้มลดลง และในปี 2566-2567 ได้ประชุมแนวทางปฏิบัติกับ service plan ของจังหวัด ได้มีแนวทางปฏิบัติการให้ยาSK + แนวทางการ consult แพทย์เฉพาะทางที่ชัดเจน จึงทำให้เกิดการวินิจฉัยและให้ยาได้รวดเร็วขึ้น



ปี 2563-2565 อัตราการได้รับ antibiotic ภายใน 1 ชม.(นับจากเวลาได้รับการวินิจฉัย) เป็นไปตามเป้าหมาย โดยการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยคือเริ่มมีการปรับการให้ antibiotic จากห้องฉุกเฉินทุกราย ปี2567 อัตราการได้รับantibiotic ภายใน 1 ชม. ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย จากการทบทวนพบว่าเกิดที่ห้องฉุกเฉิน มีผู้ป่วยวิกฤติจำนวนมาก จึงทำให้เกิดความล่าช้าในการได้รับยา แผนพัฒนาต่อเนื่องคือ ควบคุมกำกับให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดของ CPG SEPSIS



จากกราฟปี 2564-2566มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและในปีงบ 2565 ผลลัพธ์อยู่ในเกณฑ์ควบคุมได้ และมีแนวโน้มลดลงเนื่องจากสถานการณ์ Covid 19 ซึ่งมีการขาดนัดขาดยา ในปี2566 ผลลัพธ์ลดลงจากการทบทวน 1) ผู้ป่วยไม่ตระหนักในการดูแลตนเองทั้งในเรื่องการควบคุมอาหาร การรับประทานยา และการออกกำลังกาย 2) ดำเนินการทำกิจกรรมเสริมพลังในการจัดการตนเองไม่ต่อเนื่อง 3) ผู้ป่วยผิดนัด ซึ่งมีทั้งผิดนัดขาดยาและไม่ขาดยา จึงเน้นพัฒนาระบบการเสริมพลังผู้ป่วย โดยให้ความรู้ผ่านสื่อการสอน การให้คำแนะนำเฉพาะราย การติดตาม SMBG และติดตามการขาดนัด ทำให้ผลลัพธ์ในปี2567 -2568 ดีขึ้น

จากกราฟปี 2564 - 2565 ผลการดำเนินงานผ่านตามเกณฑ์ แต่ในปี 2566-2567 มีแนวโน้มลดลง จากการวิเคราะห์พบว่าเนื่องจาก 1) ผู้ป่วยมาตรวจไม่ได้รับประทานยาในวันที่มารับบริการ 2) การบันทึกข้อมูลผิดพลาด ไม่ได้บันทึกความดันซ้ำ 3) ผู้ป่วยไม่ตระหนักในการดูแลตนเองทั้งในเรื่องการควบคุมอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการสูบบุหรี่ 4) ดำเนินการทำกิจกรรมเสริมพลังในการจัดการตนเองไม่ต่อเนื่อง 5) ผู้ป่วยผิดนัด ซึ่งมีทั้งผิดนัดขาดยาและไม่ขาดยา แผนพัฒนา พัฒนาระบบบริการการให้คำแนะนำรับประทานยาก่อนมาระบบบริการการลงบันทึกข้อมูลของเจ้าหน้าที่ การเสริมพลังผู้ป่วยและญาติ การติดตาม Home BP และติดตามการขาดนัด

การดูแลผู้ป่วยวัณโรคมีคณะทำงานระดับอำเภอ เป็นเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคร่วมกัน มีการกำหนดแนวทางในการรักษาและแนวทางในการปฏิบัติงานในรูปแบบคณะกรรมการ ผู้ป่วยวัณโรคทุกคนที่ได้รับการกินยาโดยได้รับการดูแลแบบให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (**PCC**) โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแล มีการให้คำแนะนำในเรื่อง ผลข้างเคียง และตลอดจนติดตามการกินยาจนครบ

ปี 2564 - 2566 พบอัตราการตกเลือดหลังคลอดมีแนวโน้มลดลง แต่ในปี 2567 มีอัตราเพิ่มขึ้น แต่ผ่านเกณฑ์ พบว่า สาเหตุเกิดจากรกค้างในหญิงตั้งครรภ์หลัง จึงได้ทบทวนวิธีปฏิบัติ และแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ตาม **CPG** แผนพัฒนา จัดทำแนวทางคัดกรองและป้องกันภาวะเสี่ยงตกเลือดหลังคลอดตั้งแต่ฝากครรภ์

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

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566	ปี2567
ต้นทุนบริการผู้ป่วยนอก Unit cost OPD	≤Mean+1 SD	366.01/ 820.77	426.98/ 820.77	545.91/ 820.27	589.86/ 820.27	724.10/ 998.15
ต้นทุนบริการผู้ป่วยใน Unit cost IPD	≤Mean+1 SD	102371.13/ 19399.25	43576.47/ 19399.25	33320.16/ 19399.25	30146.24/ 19399.25	25672.14/ 19388.86

ต้นทุนบริการผู้ป่วยนอก มีแนวโน้มที่ดีขึ้น เมื่อเทียบกับค่า Mean+1SD และเปรียบเทียบกับรพช.ในระดับ F2 ในจังหวัดเดียวกัน พบว่า อยู่ในลำดับที่ 2 ที่มีต้นทุนบริการผู้ป่วยนอก (ครั้ง) ไม่เกินค่ามาตรฐาน

ต้นทุนบริการผู้ป่วยใน มีแนวโน้มลดลง เมื่อเทียบกับปี 64-66 แต่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ เนื่องจากสูงเกินค่า Mean+1SD และเปรียบเทียบกับรพช.ในระดับ F2 ในจังหวัดเดียวกัน พบว่า ต้นทุนบริการผู้ป่วยใน ต่อ Adj.RW มีค่าสูงที่สุด และในปี 67 ค่า CMI มีแนวโน้มดีขึ้น อยู่ที่ 0.73 ซึ่งมากกว่าค่าเฉลี่ย คือ 0.6

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

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566	ปี2567

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 การระงับความรู้สึกส่วนใหญ่เป็นแบบการบริหารยาชาเฉพาะที่ ไม่มีการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปที่ทำให้ผู้ป่วยหลับ การผ่าตัดแต่ละครั้งผู้ป่วยยังคงรู้สึกตัว สามารถตอบคำถามได้ตลอดการผ่าตัด อุบัติการณ์การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการทั้งหมด/ระดับความ รุนแรงระดับ E ขึ้นไป ปี 2563-2567อุบัติการณ์เป็น 0 ตลอด 5 ปี เนื่องจาก มีแนวทางปฏิบัติการป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิด หัตถการ บุคลากรมีการปฏิบัติตามแนวทาง มีการทบทวนอย่างสม่ำเสมอ

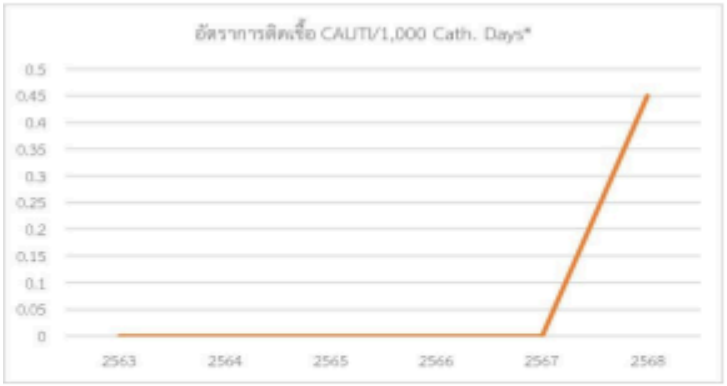
89 <u>ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (I) [IV-1, II-4]</u>*

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566	ปี2567
อัตราการติดเชื้อ VAP/1,000 Vent. Days*	≤1	0	0	0	0	0
อัตราการติดเชื้อ CAUTI/1,000 Cath. Days*	≤1	0	0	0	0	**0.45**
อัตราการเกิดปอดอักเสบ(HAP Rate/1,000 วันนอน)	≤1	0.06	1.78	0.028	0	0
จำนวนอุบัติการณ์เจ้าหน้าที่ติดเชื้อจากการทำงาน*	0	0	0	0	0	1
อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (HealthCare-associated infections) ต่อ 1,000 วันนอน	0	0	0	0	0	0.21
อัตราการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล	<5	NA	NA	NA	NA	0.058

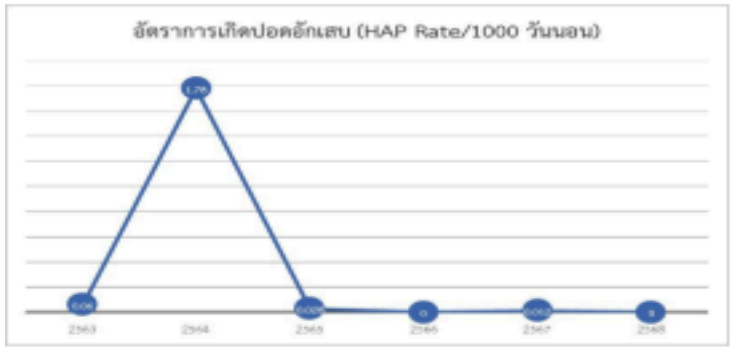
* ตัวอย่างผลด้านความปลอดภัยตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น ตอบตามบริบทองค์กร



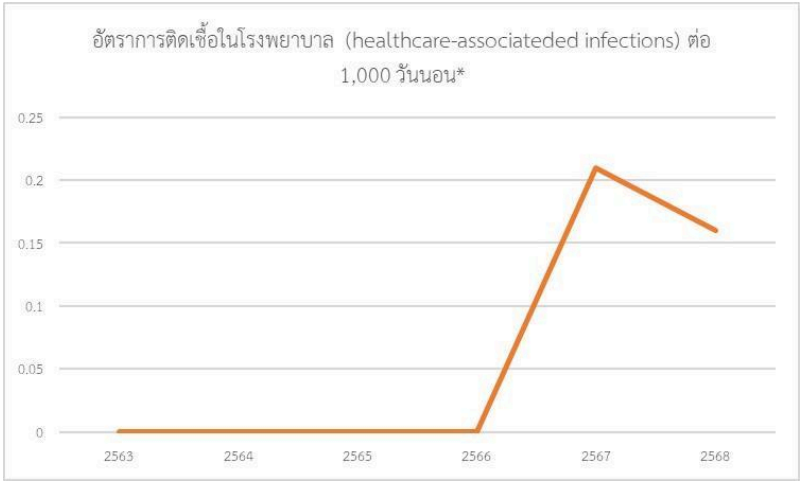
อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator Associated Pneumonia: *VAP*) ตั้งแต่ปี 2563 ได้ลดลงเหลือ 0 ติดต่อกัน 5 ปี เนื่องจากอัตราการใช้เครื่องช่วยหายใจมีจำนวนลดลง และเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลประจำหอผู้ป่วยได้นำระเบียบปฏิบัติที่: SP-IC-008 เรื่อง: การป้องกัน VAP ควบคู่กับวิธีปฏิบัติที่: WI-IC-006 เรื่อง : วิธีปฏิบัติเพื่อการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างสำหรับดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจทุกราย จากการประเมินวิธีการดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจของพยาบาลประจำหอผู้ป่วย โดย 90% สามารถบอกกระบวนการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง และมีอัตราการล้างมือ 7 ขั้นตอน และ 5 moments ได้ถูกต้องครบถ้วน >80% เหตุผลดังกล่าว จึงเป็นผลให้ไม่เกิด VAP 5 ปีติดต่อกันจนถึงปัจจุบัน



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 แต่ในปีที่ผ่านมา พบแนวโน้มการติดเชื้อ CAUTI เพิ่มขึ้น จึงดำเนินการจัดกิจกรรม IC round เพื่อตามรอย พบว่ากระบวนการทำความสะอาดรอบรูเปิดท่อปัสสาวะและบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยสบู่และน้ำสะอาดไม่เป็นไปตามข้อกำหนด จึงได้ให้ความรู้ในหอผู้ป่วย เน้นการนำ CAUTI bundle มาใช้ และวางแผนปรับปรุงแบบฟอร์มการดูแลสายสวนปัสสาวะ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ และเน้นให้แพทย์เจ้าของไข้ เห็นความสำคัญในข้อบ่งชี้ในการถอดสายสวนปัสสาวะ



จากการดำเนินงานเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IPC) ปี พ.ศ.2563-2565 พบ พบการติดเชื้อที่เป็นปัญหาสำคัญ คือ HAP คิดเป็น 0.06, 1.78 และ 0.028 ราย/1,000 วันนอนตามลำดับ มีแนวโน้มลดลง เนื่องจากมีการนำ HAP bundle มาปรับใช้ ควบคู่กับการเฝ้าระวังการติดเชื้อจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย, ICWN และ ICN ทั้งยังมีกิจกรรมรณรงค์วันล้างมือประจำปี กิจกรรม IC round ซึ่งเป็นการเพิ่มความตระหนักแก่บุคลากรให้ปฏิบัติตาม Standard precautions และป้องกันการติดเชื้อได้ แต่ในปี 2567 มีอัตราการเกิด HAP 0.012 ราย/1000 วันนอน ซึ่งวิเคราะห์แล้วเป็นเคสที่ยังรักษาให้ยา ATB ไม่ครบ และเสียงปอดยังไม่ Clear แต่คนไข้ประสงค์กลับบ้านก่อน แพทย์นัดติดตามอาการ แต่ผู้ป่วยทรุดลงมาโรงพยาบาล ใส่ ETT และถูกวินิจฉัยเป็น HAP ตามเกณฑ์ ทางคณะกรรมการ IC กระตุ้นการใช้มาตรการ HAP bundle ในหน่วยงาน และมีการพัฒนาแบบฟอร์มการเฝ้าระวังปอดอักเสบติดเชื้อในโรงพยาบาลรายเคส พร้อมทั้งประเมิน ADL score ในการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสม กรณีคะแนน Barthel score ≤ 11 คะแนน จะมีการใส่ที่นอนลม เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ดูแลพลิกตะแคงตัว จัดหัวสูงเพื่อป้องกัน Aspirated Pneumonia เป็นต้น จากผลการพัฒนาดังกล่าว ทำให้ไม่เกิด HAP ในปีปัจจุบัน



จำนวนอุบัติการณ์เจ้าหน้าที่ติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน พบในปี 2567 อยู่ที่ 1 ราย คิดเป็น 0.42% เป็นการติดเชื้อ Chicken pox จากการสอบสวนบุคลากรรายนี้ให้ประวัติ 1 wk PTA contact คนไข้อีสุกอีใส ที่ห้อง ER 14 วันก่อนมีอาการ อาศัยอยู่บ้านพัก รพ. และปฏิบัติงานใน รพ. เท่านั้น ไม่ได้กลับบ้าน หรือท่องเที่ยวที่ใด วันที่ contact ได้ทำการเซ็ดตัว 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 ผลจากการดำเนินงานดังกล่าวทำให้ยังไม่พบการติดเชื้อในบุคลากรจากการทำงานในปีถัดมา

จากการเฝ้าระวังแบบ Target Surveillance ในปี 2563-2568 พบอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (HAI) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากเดิมเป็นการติดเชื้อจากชุมชน ที่ถูกแก้ไขโดยคณะกรรมการ IC ร่วมกับ PCT จัดทำระเบียบปฏิบัติที่: SP-IC-011 เรื่อง: การวางแผนการจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยที่ใส่เครื่องมือทางการแพทย์กลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องก่อนการจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อลดปัญหาแทรกซ้อน และอัตราการติดเชื้อจากการใส่เครื่องมือทางการแพทย์กลับบ้าน เช่น CAUTI, VAP, Phlebitis เป็นต้น ผลลัพธ์ออกมายังไม่พบอัตราการติดเชื้อจากชุมชนในการเฝ้าระวังดังกล่าว แต่พบการติดเชื้อในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น จากการติดเชื้อ CAUTI และ MDROs จากการวิเคราะห์ เป็นกลุ่มคนไข้ bed ridden ที่เข้า-ออกโรงพยาบาลประจำจากโรคเรื้อรัง, care giver ขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วย และกลุ่มผู้ป่วยที่มีหัตถการสอดใส่อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ทุกครั้งที่มาโรงพยาบาล ดังนั้นทางคณะกรรมการ IC จึงได้มีการลงเยี่ยมหอผู้ป่วยจากกิจกรรม IC round เพื่อส่งเสริมความตระหนักในการดูแลผู้ป่วย ติดตามกระบวนการ และตามรอยวิธีปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย พบว่ากระบวนการดูแลผู้ป่วยที่สอดใส่อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ยังไม่ครบถ้วน ทำความสะอาดรอบรูเปิดท่อปัสสาวะและบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยสบู่และน้ำสะอาด เพียงวันละ 1 ครั้ง เนื่องจากในแบบฟอร์มการดูแลไม่มีข้อบังคับในการดูแลทำความสะอาดอวัยวะฯ ทางคณะกรรมการ IC จึงวางแผนปรับปรุงแบบฟอร์มการดูแลสายสวนปัสสาวะให้สะดวก สื่อสารง่าย และนำไปใช้ประโยชน์ได้เพิ่มขึ้น เพื่อลดอัตราการติดเชื้อ CAUTI และลดอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล

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

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566	ปี2567
ร้อยละ Medication error with harms (level E up)*	0	1	0	0	0	0
ร้อยละ Medication error with harms (level E up) ที่ได้รับการทบทวนแก้ไข (ทำ RCA)*	ร้อยละ 100	1	0	2	0	0
zอัตรา Prescribing error: OPD (ต่อ 1000 ใบสั่งยา) / IPD (ต่อ 1000 /วันนอน)*	< 20 ครั้ง / < 20ครั้ง	0.20 / 0.12	0.75 / 0.92	0.77 / 2.21	6.69 / 2.66	4.45 / 1.43
อัตรา Transcribing error: OPD (ต่อ 1000 ใบสั่ง ยา) / IPD (ต่อ 1000 /วันนอน)*	< 20 ครั้ง / < 20ครั้ง	0 / 1.35	0 / 4.13	0 / 8.58	0 / 5.57	0 / 2.50
อัตรา Pre-dispensing error: OPD (ต่อ 1000 ใบสั่งยา) / IPD (ต่อ 1000 /วันนอน)*	< 20 ครั้ง / < 20ครั้ง	8.91 / 8.19	11.89/15.38	7.60/30.68	17.34/31.24	15.40/35.77
อัตรา Dispensing: OPD (ต่อ 1000 ใบสั่งยา) / IPD (ต่อ 1000 /วันนอน)*	< 20 ครั้ง / < 20ครั้ง	0.14 / 9.42	0.26 / 6.48	0.12 / 4.42	0.47 / 1.92	0.39 / 1.92
อัตรา Administration: OPD (ต่อ 1000 ใบสั่งยา) / IPD (ต่อ 1000 /วันนอน)*	< 5 ครั้ง / < 5 ครั้ง	0 / 0.25	0 / 0.40	0.01 / 0.91	0.04 / 0.67	0.05 / 0.81

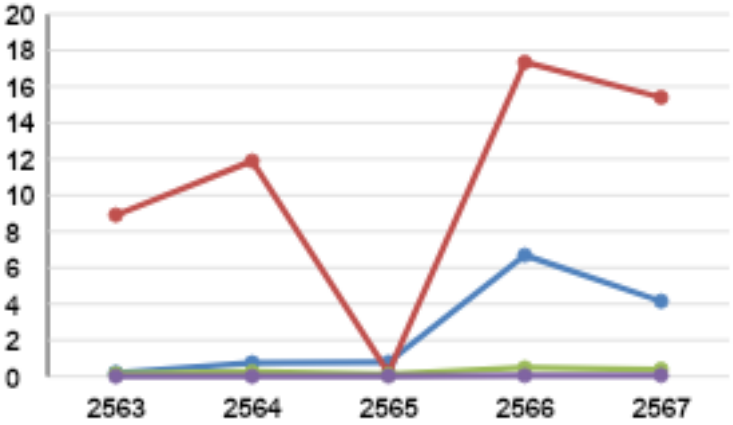
ร้อยละอุบัติการณ์การให้เลือด ผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด ระดับ E ขั้นไป/ทั้งหมด*	<1.0%	0/1.36	0/0.73	0/0.37	0/0.22	0/0.2
ร้อยละอุบัติการณ์การให้เลือด ผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด ที่ส่งผลกระทบกับผู้ป่วย ความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป ที่ได้รับการทบทวนแก้ไข (ทำ RCA)*	100	100	100	100	100	100

เพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยา ทีมได้นำข้อมูลที่ได้รับรายงานเพิ่มขึ้น (ผลลัพธ์จากการกระตุ้นให้เกิดวัฒนธรรมการรายงาน และการปรับเปลี่ยนแนวทางการบันทึกข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาจากบันทึกด้วยมือเป็นบันทึกลงในระบบออนไลน์ ตั้งแต่ปี 2566) มาวิเคราะห์หาปัจจัยสาเหตุการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ทำให้เกิดการทบทวนระบบการติดตามการปฏิบัติตามนโยบายความปลอดภัยด้านยา และพัฒนาแนวทางการทำงานในคลินิกต่างๆทั้งด้านยา และร่วมกับสหวิชาชีพ ได้แก่ การทบทวนการปฏิบัติตามแนวทางป้องกัน Intensive ADR ให้ครอบคลุมในทุกกลุ่มยาที่กำหนดไว้ และครอบคลุมทั้งการเริ่มยาใหม่จากแผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก พัฒนาแนวทางการป้องกัน Preventable ADR โดยการเฝ้าระวังคู่ยา Drug Interaction ที่มีความสำคัญทางคลินิกเพิ่มเติมจาก Fatal DI การติดตาม CBC ในผู้ป่วยที่ได้รับ Clozapine แนวทางการสั่งใช้ยาที่ต้องปรับขนาดในผู้ป่วยโรคไต ทบทวนและกระตุ้นการปฏิบัติตามแนวทางในการดูแล

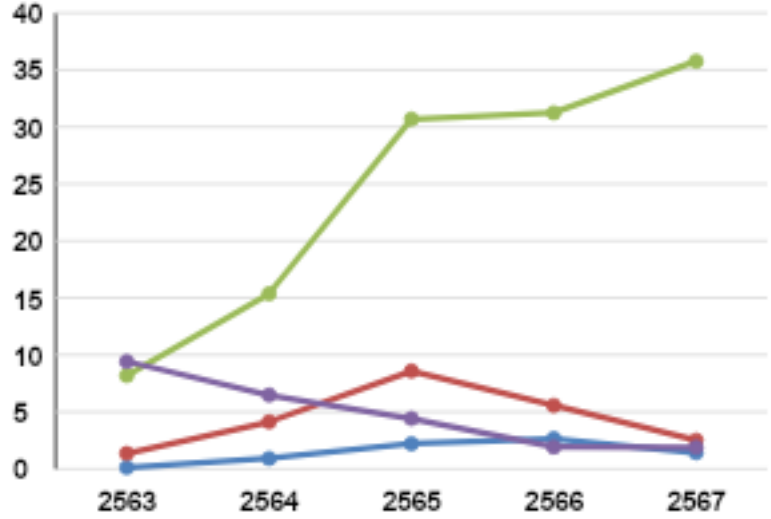
ผู้ป่วยวัณโรคและขยายผลการดูแลผู้ป่วยให้ทั่วถึงไปยังเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน เพิ่มความปลอดภัยในการรักษาผู้ป่วยลดความเสี่ยงการใช้ยาซ้ำซ้อน การใช้ยาที่แพทย์ให้หยุดรับประทาน ด้วยการทำ Medication reconciliation ให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกราย ค้นหาปัญหาจากการใช้ยาเชิงรุกด้วย trigger tool ร่วมกับสหวิชาชีพ เช่น ผู้ป่วย warfarin ที่มี INR ไม่เข้า Goal , ผู้ป่วยวัณโรคที่ผิดนัดหรือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ผู้ป่วย COPD/Asthma ที่มีอาการกำเริบ และพัฒนาแนวทางการป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาจาก LASA Drug โดยสรุปรายการยา LASA ที่เกิดความคลาดเคลื่อนบ่อยครั้งแจ้งให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเฝ้าระวังในการจัด จ่าย และบริหารยา ผลลัพธ์คือความคลาดเคลื่อนทางยามีแนวโน้มลดลง ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ยกเว้นกระบวนการ Pre-dispensing error ของผู้ป่วยใน ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นหน้าที่ของทีมที่จะต้องเก็บข้อมูลและวิเคราะห์หาปัจจัยสาเหตุและหา แนวทางแก้ไขป้องกันต่อไป

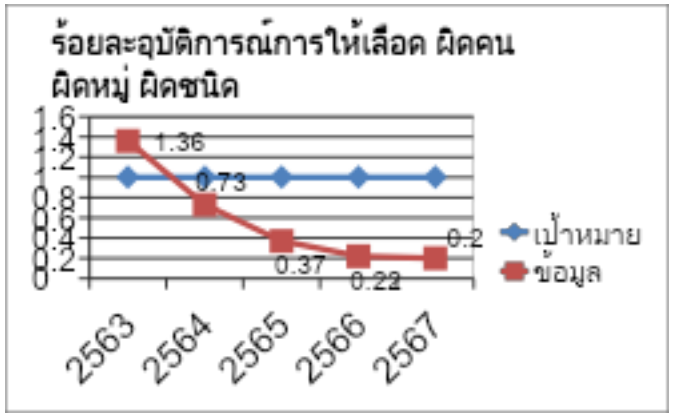
นอกจากการป้องกันความเสี่ยงทางคลินิกแล้ว ระบบยายังมีการดำเนินการป้องกันความเสี่ยงทางด้านกายภาพจากการซ้อมแผนรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ แผนอุทกภัย แผนอัคคีภัย แผนวัคลูกโซ่ความเย็น เพื่อให้การเก็บรักษายาเป็นไปตามมาตรฐาน คงคุณภาพ ที่ดี ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากการใช้ยา

อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาผู้ป่วยนอก/1,000 ใบสั่งยา



อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาผู้ป่วยใน / 1,000 วันนอน





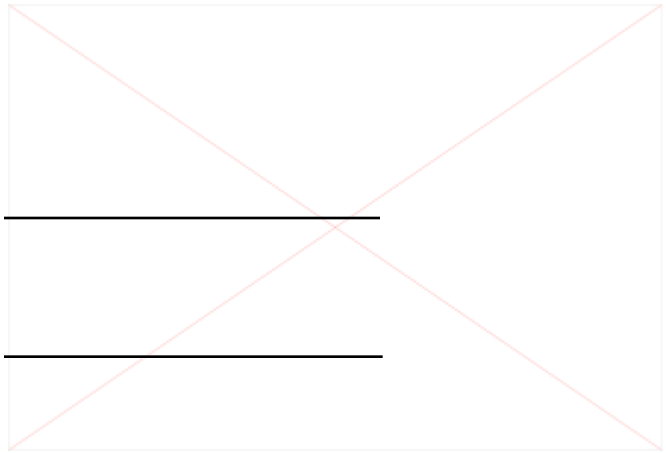
ร้อยละอุบัติการณ์การให้เลือด ผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด ระดับ **E** ขึ้นไป/ทั้งหมด* ในระยะเวลา **5** ปีที่ผ่านมาไม่พบอุบัติการณ์ จากการดำเนินงานตาม แนวทางการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการรับโลหิตและส่วนประกอบโลหิต ที่กำหนดไว้มีประสิทธิภาพดี โดยแนวทางดังกล่าวได้แบ่งเป็น **2** ส่วนหลักคือ **1.**การตรวจทดสอบทางห้องปฏิบัติการ และ **2.**การให้และเฝ้าระวังการให้โลหิต (หน่วยงานที่ให้โลหิต) แต่ยังพบการเกิดปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์จากการรับเลือดบ้างซึ่งไม่มีความ รุนแรงและอยู่ไม่เกินเกณฑ์ค่าที่กำหนด

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

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566	ปี2567
ร้อยละอุบัติการณ์การวินิจฉัยคลาดเคลื่อน (diagnosis error) ที่มีความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป/ทั้งหมด*	0	0	0	7	7	3
ร้อยละอุบัติการณ์การวินิจฉัยคลาดเคลื่อน (diagnosis error) ที่มีความรุนแรงระดับ E ขึ้นไปที่ได้รับการทบทวนแก้ไข (ทำ RCA)*	100	NA	NA	100	100	100
ร้อยละอุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไป/ทั้งหมด*	0	0/11	0/9	1/25	0/10	0
ร้อยละอุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไปที่ได้รับการทบทวนแก้ไข (ทำ RCA)*	100	100	100	100	100	0

* ตัวอย่างผลด้านความปลอดภัยตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น ตอบตามบริบทองค์กร

ปี 22566-2567 พบอุบัติการณ์การวินิจฉัยคลาดเคลื่อน (diagnosis error) ที่มีความรุนแรงระดับ E ขึ้นไปมีแนวโน้มลดลง เนื่องจากการวินิจฉัยล่าช้าในผู้ป่วยกลุ่มโรค Sepsis จนทำให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลง ได้มีการทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วย Sepsis และอบรมเจ้าหน้าที่ แต่ยังพบอุบัติการณ์การวินิจฉัยล่าและและการไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด แผนพัฒนา คือปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย CPG เป็นรายโรคเช่น sepsis stroke MI ตาม service plan และอบรมฟื้นฟูความรู้ให้กับพยาบาลและสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง



ปี 2562-2564 ไม่พบอุบัติการณ์การวินิจฉัยคลาดเคลื่อน (diagnosis error) ที่มีความรุนแรงระดับ E ขึ้น ในปี 2565 และ 2566 จึงได้ทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยทุกรายและได้ดำเนินปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพ

ปี 2562-2564 ไม่พบอุบัติการณ์การวินิจฉัยคลาดเคลื่อน (diagnosis error) ที่มีความรุนแรงระดับ E ขึ้น ในปี 2565 และ 2566 จึงได้ทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยทุกรายและได้ดำเนินปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพ

ปี 2565 พบอุบัติการณ์ 1 รายจากการทบทวนเกิดจากการสื่อสารที่ผิดพลาด จึงได้ทบทวนแนวทางการระบุตัวผู้ป่วย จึงทำให้ในปี 2566-2667 ไม่พบอุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไป

ปี 2563-2567 ได้มีการทบทวนอุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไปทุกครั้งที่เกิดอุบัติการณ์และได้ปรับปรุงแนวทางการระบุตัวผู้ป่วย

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

ข้อมูล/ตัวชีวัด	เป้าหมาย	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566	ปี2567
จำนวนอุบัติการณ์การตรวจวิเคราะห์และรายงานผลตรวจวิเคราะห์ทางพยาธิและการตรวจวินิจฉัยอื่น คลาดเคลื่อน (เช่น ล่าช้า, ผิดสิ่งส่งตรวจ,ผิดวิธีการ,ผลคลาดเคลื่อน) ทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไป ทั้งหมด*	<5 (ครั้ง/ปี) /0	6/0	16/0	7/0	14/0	11/0
จำนวนอุบัติการณ์การตรวจวิเคราะห์และรายงานผลตรวจวิเคราะห์ทางพยาธิและการตรวจวินิจฉัยอื่น คลาดเคลื่อน (เช่น ล่าช้า/ ผิดสิ่งส่งตรวจ/ ผิดวิธีการ/ผลคลาดเคลื่อน) ทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไปที่ได้รับการทบทวนแก้ไข (ทำ RCA)*	0 ครั้ง	0	0	0	0	0

* ตัวอย่างผลด้านความปลอดภัยตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น ตอบตามบริบทองค์กร

ปี **2563-2567** ได้มีการทบทวนอุบัติการณ์ การรายงานผลตรวจวิเคราะห์ผิดพลาด พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้น และมากที่สุดในปี **2564** ซึ่งเป็นช่วงที่มีการระบาดของ **Covid** ปริมาณงานที่เพิ่มขึ้น ร่วมกับจำนวนบุคลากรที่ลดลง เนื่องจากบุคลากรทางห้องปฏิบัติการบางส่วนต้องออกไปเก็บตัวอย่าง **Covid** ที่หน้าตู้ ทำให้เกิดข้อผิดพลาดในการรายงานผลการตรวจวิเคราะห์เพิ่มขึ้น และในปี **2565** สถานการณ์การระบาดลดลง การจัดการอัตรากำลังกลับสู่ภาวะปกติ ทำให้อุบัติการณ์ดังกล่าวลดลง จากการทบทวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น พบว่า ส่วนมากเกิดจากการรายงานผลตรวจแบบระบบ

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

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566	ปี2567
อุบัติการณ์การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน* (under triage หรือ over triage) ระดับ E ขึ้นไป /ทั้งหมด	0	0/17	0/7	5/139	24/185	0
อุบัติการณ์การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน* (under triage หรือ over triage)ระดับ E ขึ้นไป /ทั้งหมดที่ได้รับการทบทวนแก้ไข (ทำ RCA)*	100	NA	NA	40	100	100
อัตราการตอบสนองต่อการช่วยเหลือภายใน 4 นาที	100	99.28	98.81	100	100	100

ปี 2565-2566 พบอุบัติการณ์การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อนระดับ E ขึ้นไปเพิ่มขึ้นจากการทบทวนพบว่าเจ้าหน้าที่แยกระดับความฉุกเฉินไม่ถูกต้องและมีความหลากหลายของวิธีการเก็บ

ในปี 2566-2567 ไม่พบอุบัติการณ์การคัดแยกที่ห้องฉุกฉิน คลาดเคลื่อนระดับ E ขึ้นไปจึงได้มีแผนพัฒนาจึงได้ทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยทุกรายและได้พัฒนาระเบียบปฏิบัติการคัดแยก Triage และอบรม Triage แก่เจ้าหน้าที่ทุกหน่วยงานดำเนินปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพ

อัตราการตอบสนองต่อการช่วยเหลือภายใน 4 นาที ได้มีการพัฒนาโดยการจัดให้มีระบบการขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานฉุกเฉิน มีการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการทำ CPR ทุกปี การเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์รถ Emergency และเวชภัณฑ์ต่างๆ และ มีระบบแพทย์ second call จึงทำให้ปี 2562-2566 อัตราการตอบสนองต่อการช่วยเหลือภายใน 4 นาทีมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

(2) ตัวชี้วัดสำคัญด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

94 ผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพของผู้รับบริการ [IV-1 (2)]

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
ร้อยละผู้ป่วยHIVที่มีViral load<50 copies/ml ที่12เดือนหลังเริ่มยาต้านไวรัส	≥ 95%	87.78	93.08	89.16	92	90.78
อัตราการขาดยาในผู้ป่วยTB	≤ 5	0	2.78	0	0	3.92
เด็กแรกเกิด – 5 ปี พัฒนาการสมวัย	≥ 85%	95.92	97.62	94.96	95	88.8

ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากผู้ที่มีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์เกือบสูง(กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง)	ร้อยละ	5.42	8	5.01	6.21	7.63
ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง	≥ 2.5%	13.04	4.44	-19.20	9.26	-30.03
ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากลุ่ม Pre-DM (ภาวะก่อนเบาหวาน)ปีที่ผ่านมา เขต รพ.	≤1.71	2.86	2.75	3.31	4.08	2.59
ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง	≥ 5%	3.92	32.65	-35.21	-12.74	9.09

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

ปี 2561-2562 มีผู้ป่วยวัณโรคปฏิเสธการรักษาจึงทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยา ได้มีการปรับปรุงโดยการสร้างความตระหนัก การให้คำแนะนำและความรู้เกี่ยวกับการรักษา จึงทำให้ ปี 2563 ผู้ป่วยได้รับยาครบทุกราย ปี 2564 ขาดยาเพิ่มขึ้นจากการทบทวนพบว่าเป็น

จากการทบทวนพบว่าปี2562-2566 มีแนวโน้มพัฒนาการสมวัยลดลงจากการวิเคราะห์พบว่า ผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจในการใช้คู่มือประเมินส่งเสริมพัฒนาการไม่เพียงพอ ส่งผลให้เด็กไม่ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการตามวัย จึงมีการปรับปรุงแนวทางโดยเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ผู้ดูแลที่บ้านและส่งเสริมการใช้คู่มือ DSPM/DAIM ในWCC และศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในปี 2567 พบพัฒนาการสมวัย ร้อยละ88.8 พบว่าการคัดกรองน้อยลง และบางรายไม่สามารถติดตามซ้ำ ติดตามข้อมูลพบว่ามีการบันทึกข้อมูลไม่ตรงช่วงเวลา แก้ไขโดยคืนข้อมูลผ่าน MCH Board เพื่อทบทวนบันหาร่วมกันในภาพ

ปี2564-2566 มีกลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเนื่องจากกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยังไม่ต่อเนื่อง
ปี 2566-2567 มีแนวโน้มลดลง จากการดำเนินการมีพัฒนาศักยภาพ อสมให้มีความรู้เรื่องอาหารเพื่อนำความรู้ไปแนะนำแก่ประชาชนในพื้นที่เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร กลุ่มสงสัยป่วยDM เจ้าหน้าที่มีการให้ความรู้เป็นรายบุคคลเรื่องอาหารที่รับประทานทำให้ป่วยเป็นโรคเบาหวานเจาะเลือดซ้ำ เข้าเกณฑ์ได้รับการส่งต่อให้พบแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัยและเข้าสู่กระบวนการรักษา

95 <u>ผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน [II-8, II-9]</u>

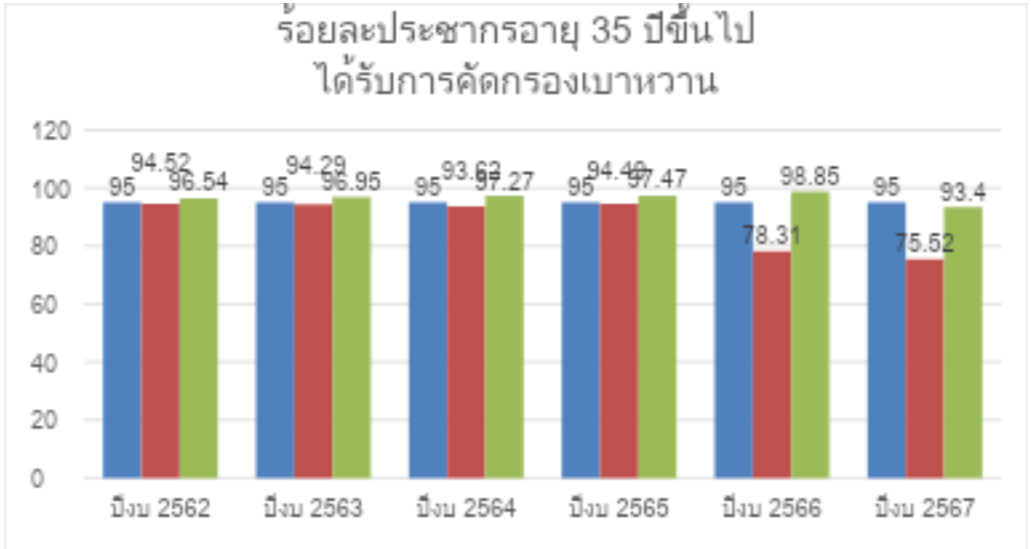
ข้อมูล/ตัวชีวัด	เป้าหมาย	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
ประชากรอายุ 50 -70 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง	≥ 10%	NA	5.94	11.57	11.36	11.8
สตรีกลุ่มเป้าหมายอายุ30 - 60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผลงานสะสม เริ่มปีงบ 2563 -2568	≥ 60%	41.44	45.49	50.27	31.57	51.77
สตรีกลุ่มเป้าหมายอายุ 30 – 70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองเต้านม	≥ 80%	84.58	83.95	93.24	72.05	79.8
ร้อยละของประชากรอายุ35ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยความดันโลหิตสูง (CUP)	≥95	93.43	91.68	94.04	78.49	73.85
ร้อยละของประชากรอายุ35ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยความดันโลหิตสูง (เขต รพ.)	≥95	96.01	96.10	95.98	98.85	94.29
ร้อยละของประชากรอายุ35ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยเบาหวาน (CUP)	≥95	94.29	93.62	94.49	78.31	75.52
ร้อยละของประชากรอายุ35ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยเบาหวาน (เขต รพ)	≥95	96.95	97.27	97.47	98.85	93.4

จากการทบทวน มีระบบการให้บริการของงานมะเร็งของจังหวัด Service plan สาขามะเร็ง จังหวัดนครสวรรค์การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเพราะมีการคัดกรองการตรวจด้วยชุดตรวจ FIT Test ทำให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบริการมากขึ้น แนวทางพัฒนา ต้องใช้กลไก 3 หมอ ในการค้นหากลุ่มเป้าหมายเชิงรุก เพิ่มช่องทางประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่เพื่อสะดวกในการประสานงาน ผลงานคัดกรองสูงขึ้นเพราะมีการปรับระบบส่งต่อ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์(แม่ข่าย) เพิ่มช่องทางในการนัดคิว กรณีตรวจพบผลบวก

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

การคัดกรองมะเร็งเต้านม จากการทบทวนพบยอดคัดกรองลดลง เพราะกลุ่มเป้าหมายไม่มาตรวจตามนัด มีแนวทางในการพัฒนา จัดประชุมทำความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่ และใช้กลไกล อสม.เคาะประตูบ้าน กระตุ้นให้สตรีกลุ่มเป้าหมายตรวจเต้านมด้วยตนเอง กรณีผิดปกติใช้กลไก 3 หมอในการส่งต่อ อสม.มีการติดตามค้นหากลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ความรับผิดชอบ ให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น

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



การคัดกรองประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยเบาหวาน มีแนวโน้มได้รับการคัดกรองความครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมายสูงขึ้น ปรับกระบวนการในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาล โดยมีการคืนข้อมูลสู่ชุมชน และสร้างภาคีเครือข่าย เช่น ผู้นำหมู่บ้าน อสม.ที่เข้มแข็ง อบรม อสม.ในการคัดกรองผู้ป่วย อบรม อสม.เชี่ยวชาญ ในการเจาะ DTX ในหมู่บ้านตนเอง ทำให้มีผลลัพธ์ในการคัดกรองได้ตามเป้าหมาย โดยชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพคนในชุมชน

IV-2 ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น (มิติคนเป็นศูนย์กลาง)

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

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566	ปี 2567
ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก	90	94.05	93.15	92.13	95.98	93.52
ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยใน	90	96.95	95.94	95.94	96.62	97.78
ร้อยละความพึงพอใจการบริการเชิงรุกในชุมชน	90	98.32	93.12	96.15	95.00	96

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)

ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์การประเมินที่ระดับมากกว่าร้อยละ 90 ส่วนปัญหา ข้อเสนอแนะ หรือข้อร้องเรียนอันดับ1 ยังคงเป็นเรื่องพฤติกรรมการบริการของเจ้าหน้าที่ ทางทีมได้ให้ความสำคัญ และพยายามแก้ปัญหาดังกล่าว โดยการจัดอมรมพฤติกรรมการบริการอย่างสม่ำเสมอ โดยวิทยากรภายในและภายนอก รวมทั้งออกมาตรการต่างๆเพื่อสนับสนุนการแก้ปัญหาดังกล่าว ในผู้ป่วยนอกร้อยละความพึงพอใจลดลง เนื่องจากระยะเวลารอคอยที่นานขึ้น เนื่องจากมีการนัดเวลาเดียวกัน และจำนวนบุคลากรค่อนข้างน้อยจึงได้

IV-3 ผลด้านบุคลากร

97 ผลลัพธ์ด้านกำลังคน [IV-3, I-5] *

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566	ปี 2567
ร้อยละอุบัติการณ์ของบุคลากรที่ติดเชื้อจากการทำงาน*	0	0	0	0	0	1
ร้อยละอุบัติการณ์ของบุคลากรที่ติดเชื้อจากการทำงานที่ได้รับการทบทวนแก้ไข (ทำ RCA)*	100	N/A	N/A	NA	NA	1
อัตราความผูกพันต่อองค์กร	>60 %	69.97	71.89	65.21	65.21	79.60

* ตัวอย่างผลด้านความปลอดภัยตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น ตอบตามบริบทองค์กร

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

ปี 2567 ทีมนำให้ความสำคัญของบุคลากรโดยนำผลการประเมินตนเองในด้านความผูกพันขององค์กร ปี25265-2566มาวางแผนกับทีมบริหารทรัพยากรบุคคล เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของบุคลากร มีการดำเนินการจัดประชุมผู้บริหารพบบุคลากรเพื่อสื่อสาร และรับฟัง

IV-4 ผลด้านการนำ

98 <u>ผลลัพธ์ด้านการนำ [IV-4, I-I, I-2]</u>

ข้อมูล/ตัวชีวัด	เป้าหมาย	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566	ปี2567
ผลสำเร็จของตัวชีวัดระดับองค์การ (R = 15 KPIs) บรรลุผลเฉลี่ยรวมผ่านเกณฑ์	100 %	NA	NA	41.67	46.67	33.33
การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการ ดำเนินงานของหน่วยงานของภาครัฐ (ITA)	90 % หรือผ่านระดับ A	96.15	100	95.85	95.45	93.18
ระบบการควบคุมภายใน 5 มิติ (EIA)	ผ่านทุกมิติ ค่าเฉลี่ย ≥90 %	63.75	82.35	77.61	97.30	93.81

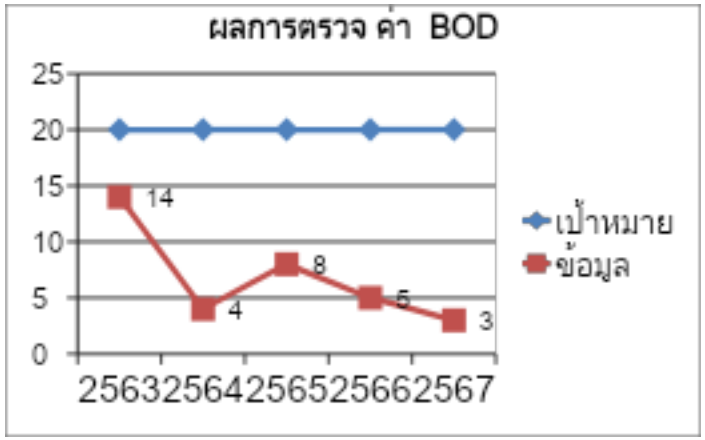
พบว่ายุทธศาสตร์ที่2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพแบบองค์รวม ในด้านการลดอัตราการตายด้วยโรคยุทธศาสตร์ได้มีแนวโน้มที่ดีขึ้น และการเข้าถึงบริการฟื้นฟู/มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่ด้านการควบคุมและป้องกันโรคยังไม่ผ่านเกณฑ์ ยุทธศาสตร์ที่3 ด้านระบบบริการให้มีความปลอดภัยฯ สามารถดำเนินงานได้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด

IV-5 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ

99 <u>ผลลัพธ์ด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ เช่น IM, BCM, Supply chain,RM, ENV [IV-5, II]</u>

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566	ปี2567
จำนวนข้อร้องเรียนการให้บริการ(การชดใช้ม.41)	0	0	0	2	2	1
จำนวนการซ้อมอัคคีภัย	1 ครั้ง/ปี	0	0	1	1	1
ผลการตรวจประเมิน โครงสร้างและความปลอดภัยของอาคาร	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
ผลการตรวจค่า BOD	≤20มก./ล	6.25	14	4	8	5
จำนวนอุบัติการณ์การวินิจฉัยคลาดเคลื่อน (diagnosis error) ที่มีความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป/ทั้งหมด*	ลดลง	0	0	7	7	3
ร้อยละอุบัติการณ์การวินิจฉัยคลาดเคลื่อน (diagnosis error) ที่มีความรุนแรงระดับ E	100	NA	NA	100	100	100

ขึ้นไปที่ได้รับการทบทวนแก้ไข (ทำ RCA)*						
ความเสี่ยงระดับE-F มีการทบทวนภายใน 14วัน	>80%	NA	NA	62.5	59.7	55.56
อัตราการรายงานเหตุการณ์ Clinical risk ระดับnear missจากการรายงานทั้งหมด	>25 %	71.5	94.48	88.31	79.07	77.74
ข้อร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการของบุคลากร กลุ่มงานการพยาบาล	0	3	4	3	4	1
จำนวนอุบัติการณ์การเกิดระบบเครือข่ายสารสนเทศของโรงพยาบาลล่ม	0	0	0	0	0	0
อุบัติการณ์การสูญหายของข้อมูลสารสนเทศของโรงพยาบาล	0	0	0	0	0	0



ผลของการดำเนินงานเพื่อการพิทักษ์สิ่งแวดล้อมของระบบบำบัดน้ำเสีย เมื่อพิจารณาจากค่า BOD ซึ่งเป็นค่าที่บ่งบอกคุณภาพของระบบบำบัดน้ำเสียที่สำคัญ พบว่าในปี **2564** มีผลการตรวจค่า BOD เท่ากับ 14 มก./ล. โดยถือว่ายังมีค่าอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน แต่เนื่องด้วยในปี 2565 ได้มีการดำเนินการสูบลอกตะกอนในบ่อบำบัดน้ำเสียที่ยังไม่เคยดำเนินการมาตั้งแต่มีการเดินระบบ และถอดบทเรียนปรับกระบวนการดำเนินงานให้มีการตรวจวัดคุณภาพเบื้องต้นเป็นประจำทุกวัน ทั้งนี้เพื่อต้องการพัฒนาและดูแลบำรุงรักษาระบบบำบัดเสียให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และไม่ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะเห็นได้จากค่า BOD ในปี 2565 2566 และ 2567 ซึ่งมีแนวโน้มที่ดีขึ้น

ปี 22566-2567 พบอุบัติการณ์การวินิจฉัยคลาดเคลื่อน (diagnosis error) ที่มีความรุนแรงระดับ E ขึ้นไปมีแนวโน้มลดลง เนื่องจากการวินิจฉัยล่าช้าในผู้ป่วยกลุ่มโรค Sepsis จนทำให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลง ได้มีการทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วย Sepsis และอบรมเจ้าหน้าที่ แต่ยังพบอุบัติการณ์การวินิจฉัยล่าและและการไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด แผนพัฒนา คือปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย CPG เป็นรายโรคเช่น sepsis stroke MI ตาม service plan และอบรมฟื้นฟูความรู้ให้กับพยาบาลและสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

ปี 2562-2564 ไม่พบอุบัติการณ์การวินิจฉัยคลาดเคลื่อน (diagnosis error) ที่มีความรุนแรงระดับ E ขึ้น ในปี 2565 และ 2566 จึงได้ทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยทุกรายและได้ดำเนินปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพ

จากกราฟ Case ความเสี่ยงระดับ E-F ได้รับการทบทวนทุก Case แต่ไม่ทัน ภายใน 14 วัน ไม่มีการประสานส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงาน ไม่มีการกำกับติดตาม แผนพัฒนามอบหมายหน้าที่ให้มีผู้รับผิดชอบกำกับติดตาม พัฒนาอบรมบุคลากรเพื่อให้เป็นผุ้นำทีมทบทวนความเสี่ยง

อัตราการรายงานเหตุการณ์ Clinical risk ระดับnear missจากการรายงานทั้งหมด มีการปรับระบบการรายงานความเสี่ยงเป็นระบบ HRMS ซึ่งมีขั้นตอนในการลงข้อมูลหลายขั้นตอน และยังไม่ชำนาญใช้งาน การใช้งานยุ่งยาก ทำให้มีการรายงานความเสี่ยงลดลง จึงจัดทำแผนพัฒนาอบรมฟื้นฟูการใช้โปรแกรมให้มีประสิทธิภาพ และกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติตระหนักถึงความสำคัญของการค้นหาความเสี่ยงระดับnear miss

จากปี 2563 – 2566 มีอุบัติการณ์การร้องเรียนในเรื่องของพฤติกรรมบริการเรื่องการของการสื่อสาร กับผู้รับบริการไม่เหมาะสม ในปี 2565-2567 ได้มีการจัดกิจกรรมอบรมพัฒนาพฤติกรรมบริการในภาพรวมทั้งในและนอกโรงพยาบาลและกลุ่มการพยาบาลได้มีการประชุมประจำเดือนได้เน้นย้ำในเรื่องพฤติกรรมบริการ จึงทำให้อุบัติการณ์ลดลง แผนพัฒนา คือ ยังมีการจัดกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลาการด้านการสร้างเสริมทัศนคติเชิงบวกในทุกปี

ปี 2563 มีปัญหาระบบล่มจากการที่ระบบไฟฟ้าภายในอาคารขัดข้อง ไม่สามารถจ่ายไฟได้ เครื่องสำรองไฟไม่เพียงพอต่อการใช้งานและไม่มีแผนป้องกันการเกิดระบบไฟฟ้าขัดข้อง ในปี 2564 จึงได้ทำการจัดทำแผนป้องกันและจัดหาอุปกรณ์เครื่องสำรองไฟที่มีประสิทธิภาพ และจัดหาอุปกรณ์ต่อพ่วง และทดสอบการใช้งานอยู่สม่ำเสมอ จึงทำให้ ตั้งแต่ ปี 2564 – ปัจจุบัน ยังไม่พบอุบัติการณ์ระบบเครือข่ายสารสนเทศล่ม

จากการทบทวน พบว่า ปี 2563 มีปัญหาระบบล่ม ที่เกิดจากระบบไฟฟ้าภายในอาคารขัดข้อง แต่ไม่ได้มีการสูญหายของข้อมูล มีขั้นตอนในการสำรองข้อมูล ตลอดเวลา 3 ชุดข้อมูล 2 Media 1 offline (หากตัว offline อยู่ระหว่าการ Back up จะถือว่า online อยู่ในขณะนั้น)

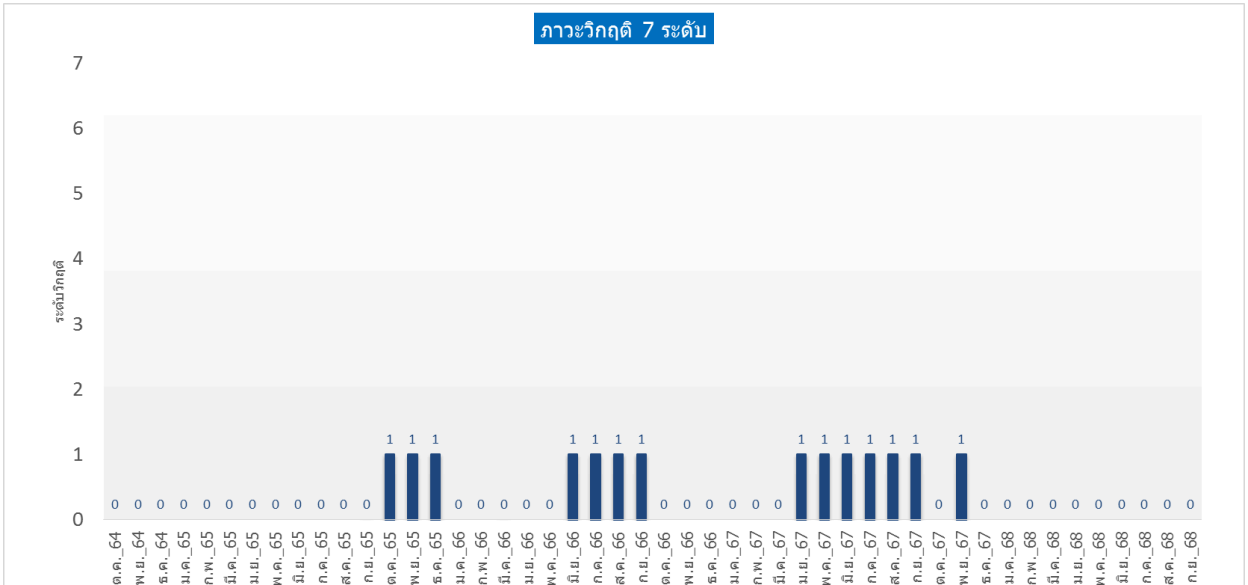
- Backup แบบ Replicate ข้อมูลแบบ Realtime
- Backup ฐานข้อมูล บน Computer Pc Admin ทุกวันเวลา 20.00 น.
- Backup ฐานข้อมูลลงบน Extranal Harddisk
- Backup ฐานข้อมูลด้วยระบบ Nas Synology 5.Backup ฐานข้อมูลบนระบบ One Box On Cloud

IV-6 ผลด้านการเงิน

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

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566	ปี2567
แสดงความมั่นคงทางการเงิน (NI) (หน่วย: 1,000บ.)	>0	-428.88	70,250.75	35,027.29	-23,168.51	-8,283.08
อัตราส่วนทุนหมุนเวียน (Current Ratio)	>1.5	1.48	1.76	4.15	2.62	1.97
อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว(Quick Ratio)	>1.0	1.32	1.61	3.9	2.39	1.77

อัตราส่วนเงินสดต่อหนี้สินหมุนเวียน(Cash Ratio)	>0.8	0.94	0.74	2.46	1.96	1.45

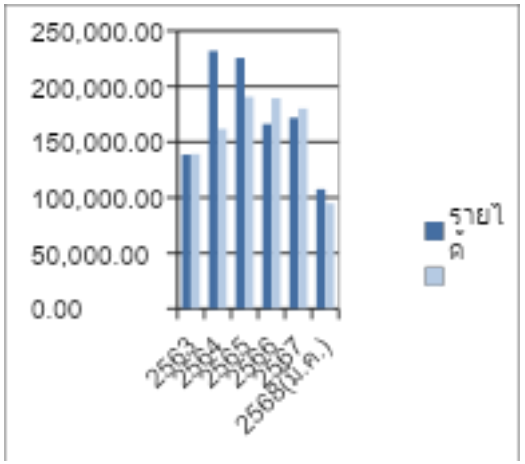


ระดับวิกฤติทางการเงินโรงพยาบาลหนองบัวปีงบประมาณ 2563-2567 (ต.ค.2562-ก.ย.2567)จากแนวโน้มของตัวชี้วัดที่สำคัญดังกล่าวจะเห็นว่าปี 2563-2567 อัตราส่วนความมั่นคงทางการเงินและสภาพคล่องทางการเงิน จากตารางแสดงให้เห็นข้อมูลจากอดีตถึงปัจจุบันอยู่ในเกณฑ์ที่ดีและมีแนวโน้มที่ดีขึ้น แม้ว่าในต้นปี 2565-2566 จะอยู่ในเกณฑ์ที่วิกฤต เนื่องมาจากได้รับเงินจัดสรรล่าช้า หลังจากนั้นในปี 2567 ตั้งแต่ไตรมาส 3 ได้เกิดวิกฤต 1 อีกครั้ง เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานที่เพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตามระดับวิกฤตลดลงมาอย่างต่อเนื่อง วิกฤตอยู่ในระดับ 0 เนื่องจากมีรายได้เพิ่มขึ้นจากการดำเนินงานและรายได้จากการบริจาค ขณะที่ค่าใช้จ่าย fixed cost คงที่ แต่ปัจจัยภายนอกและภายในของโรงพยาบาลเอง ยังมีความเสี่ยงในระบบที่จะต้องเฝ้าระวัง เนื่องจาก โรงพยาบาลหนองบัวเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง มีพื้นที่ให้บริการที่เป็นเขตรอยต่อจังหวัดอีก 2 จังหวัด ภาระในการให้บริการของโรงพยาบาลจึงมากตามไปด้วย การบริหารสภาวะการเงินของโรงพยาบาลซึ่งเป็นองค์การภาครัฐที่มีข้อกำหนดและจำกัด จำเป็นจะต้องเพิ่มงบดุลการเงิน เพื่อให้รายรับของโรงพยาบาล สามารถรองรับกับรายจ่ายต่าง ๆ ได้อย่างพอเพียง การจัดระบบให้มีประสิทธิภาพจะสามารถลดรายจ่ายและเพิ่มรายได้ให้แก่โรงพยาบาลได้นั้นได้แต่งตั้งคณะกรรมการเฝ้าระวังสถานะการเงินของโรงพยาบาล (CFO) ,คณะกรรมการตรวจสอบและควบคุมภายใน และคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียนเพื่อการเรียกเก็บ โดยผู้บริหารระดับสูงจึงมอบหมายภารกิจที่สำคัญคือการพัฒนากระบวนการเพิ่มรายได้และลดรายจ่ายของโรงพยาบาลซึ่งผลการดำเนินงานใน ซึ่งในปีงบประมาณ 2568 นี้ จะเห็นว่าสภาพคล่องทางการเงินของโรงพยาบาลดีขึ้น ไตรมาสที่ผ่านมาพบว่าสามารถจัดเก็บรายได้เพิ่มพอสมควรและยังไม่สามารถลดรายจ่ายได้ตามเป้าหมาย ยังคงต้องติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องตลอดไป

1.ข้อมูลแสดงตามบัญชีเกณฑ์คงค้าง

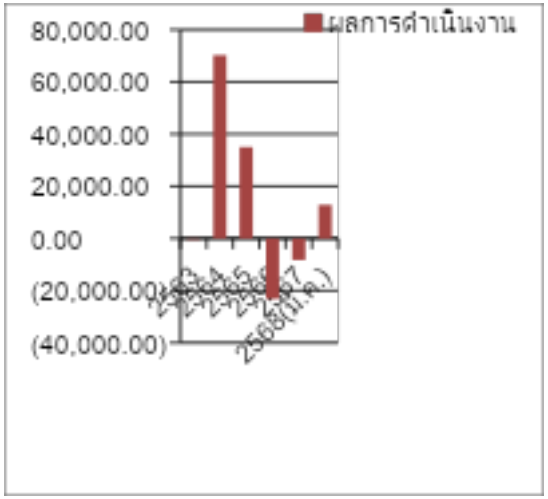
ผลการดำเนินงาน (หน่วย : 1,000 บาท)	วิเคราะห์แนวโน้ม

ปีงบประมาณ	รายได้	ค่าใช้จ่าย
2563	138,638.08	139,066.96
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(มี.ค.)	107,492.91	94,625.03



แสดงผลกำไร/ขาดทุนตามบัญชี เกณฑ์คงค้าง	ผลการวิเคราะห์/แนวโน้ม

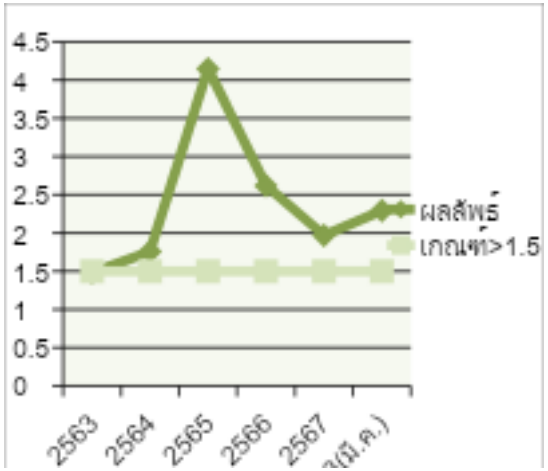
ปีงบประมาณ	กำไร/ขาดทุน
2563	-428.88
2564	70,250.75
2565	35,027.29
2566	-23,168.51
2567	-8,283.08
2568(มี.ค.)	12,867.88



2.อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน (Current Ratio) **เกณฑ์** > 1.5

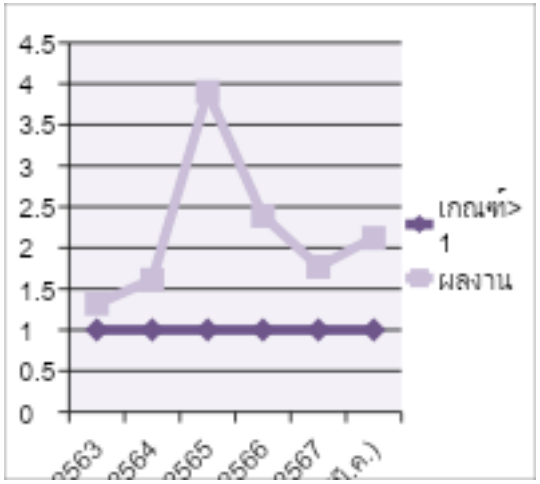
ผลการดำเนินงาน	ผลการวิเคราะห์/แนวโน้ม

ปีงบประมาณ	ผลลัพธ์
2563	1.48
2564	1.76
2565	4.15
2566	2.62
2567	1.97
2568(มี.ค.)	2.29



3.อัตราสินทรัพย์คล่องตัว (Quick Ratio) เกณฑ์ > 1.0	
ผลการดำเนินงาน	**ผลการวิเคราะห์/แนวโน้ม**

ปีงบประมาณ	ผลลัพธ์
2563	1.32
2564	1.61
2565	3.9
2566	2.39
2567	1.77
2568(มี.ค.)	2.12



4.การหมุนเวียนของสินทรัพย์บริการเฉลี่ย (Cash Ratio) **เกณฑ์** > 0.8

ผลการดำเนินงาน	ผลการวิเคราะห์/แนวโน้ม

ปีงบประมาณ	ผลลัพธ์
2563	0.94
2564	0.74
2565	2.46
2566	1.96
2567	1.45
2568(มี.ค.)	1.73

