SAR 2020

ตอนที่ 4

โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

เมษายน พ.ศ. 2561

ตอนที่ IV ผลการดำเนินการ

IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ

(1.1) ตัวชี้วัดสำคัญด้านการดูแลผู้ป่วย

80 ผลการดูแลผู้ป่วยโดยรวม (การเสียชีวิต การส่งต่อ การกลับมารักษาหรือการนอน รพ.ซ้ำ) ที่สะท้อนคุณภาพการดูแลรักษา							
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน (ปีงบประมาณ)					
		2558	2559	2560	2561	2562	2563
จำนวนการเสียชีวิตในโรงพยาบาลทุกประเภท		1,886	1,862	1,386	2,068	2,007	2,055
จำนวนการเสียชีวิตที่ห้องอุบัติเหตุ		227	260	162	115	108	100
จำนวนการเสียชีวิตหลังผ่าตัด 24 ชม.	<0.02%	0.01%	0.002%	0.007%	0.028%	0	0.041%
MMR (per 100,000 live birth)	<18:100,000	0	0	0	0	0	0
perinatal mortality rate (per 1,000 LB)	≤7:1,000 Live birth	8.68	10.5	8.07	NA	1.69	3.06
อุบัติการณ์ผู้ป่วยทรุดลงจากการ Refer IN หรือ Refer INล่าช้า หรือได้รับการดูแลก่อน Refer ไม่ถูกต้อง	≤ 10 ครั้ง	-	4	1	0	0	1

81 ผลด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Access & entry)							
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน (ปีงบประมาณ)					
		2558	2559	2560	2561	2562	2563
อัตราการเปิดหลอดเลือดในผู้ป่วย Acute STEMI	>80%	-	-	77	81.5	85.4	91.3
อัตราการเปิดหลอดเลือดในผู้ป่วย High risk NSTEMI	>50%	-	61.7	66.4	77.6	63.02	53.1
อัตราผู้ป่วย Ischemic Stroke ที่ได้รับ Thrombolytic Agents ภายใน 60 นาทีเมื่อมาถึงโรงพยาบาล	≥60%	7.14	46.55	41.37	16.98	13.73	52.94
อัตราผู้ป่วย PDR ได้รับ Laser ภายใน 30 วัน	80%	NA	NA	100%	100%	100%	100%
ผู้ป่วย VA ดีขึ้นกว่า 2 แถวหลังการเปลี่ยนถ่ายกระจกตา (cornea transplant) ที่ 6 เดือน	80%	NA	NA	NA	92.8	90.0	100%
การปลูกถ่ายกระจกตา		เริ่มปี 2561			12 ราย	18 ราย	6 ราย
อัตราผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาซ่อมแซมปากแหว่งตามช่วงอายุไม่เกิน 6 เดือน					100%	100%	100%
อัตราผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาซ่อมแซมเพดานโหว่ตามช่วงอายุไม่เกิน 18 เดือน					100%	100%	100%
ระยะเวลารอคอยที่ OPD	<120 นาที	104	126	103	136	77	110

82 ผลด้านความต่อเนื่องในการดูแล (Continuity)								
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน (ปีงบประมาณ)						
		2558	2559	2560	2561	2562	2563
ผลการดำเนินงานดูแลต่อเนื่อง(COC)จากโปรแกรม SMART COC							
1.อัตราการตอบกลับ		เริ่มในปี 2562				4095 99.2%	3945 88.1%
2.อัตราการเยี่ยมใน 14 วัน	80%	เริ่มในปี 2562				2332 56.5%	2387 53.3%
3.อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน (UTI,ปอดติดเชื้อ,Bed sore, ข้อติด,ซึมเศร้า)	≤ 5%	เริ่มในปี 2562				3 0.087%	3 0.047%
4.อัตราการส่งข้อมูลผู้ป่วยระดับ 3-4ถึงปลายทางใน 5 วัน	100%	เริ่มในปี 2562				492 100%	439 100%
5.ความพึงพอใจของผู้รับบริการในชุมชน	80%					NA	88 %

83. <u>ผลด้านกระบวนการและผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญ</u>
(สะท้อนมิติคุณภาพ appropriateness และeffectiveness)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน (ปีงบประมาณ)					
		2558	2559	2560	2561	2562	2563
อัตราตายจาก ACS	<9%	8.2	6.5	7.7	7.7	14.1	7.4
อัตราตายจาก NSTEMI	<10%	6.3	5.0	6.9	8.85	6.9	4.2
อัตราตายในผู้ป่วย Severe sepsis	≤ 30%	36.06	-	30.9	39.3	39.3	27.6
อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย stroke	≤7%	21.67	20.43	19.38	22.09	19.3	24.95
อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Ischemic stroke	≤5%	NA	NA	NA	10	9.36	11.67
อัตราการตายปริกำเนิด (อายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์)> 7 วัน	ไม่เกิน 4 : 1,000 ทารกคลอด	7.9	9.8	5.2	7.87	5.41	2.3
อัตราการตายของทารกแรกเกิด (ทั้งหมด)	ไม่เกิน 6 : 1,000 ทารกเกิดมีชีพ	11.2	12.9	7.6	3.78	6.78	3.10
ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนัก < 2,500 กรัม	ไม่เกินร้อยละ 7	9.9	10.2	12	13	9.23	10.78
อัตราตายของทารกแรกเกิดน้ำหนัก <1000 gm 1001 – 1499gm 1500 – 2499 gm >2500 gm ทุกน้ำหนัก (รวม)	 <50% <10% <2% <2% <8%	 7.31 14.28 1.95 0.89 0.24	 25 11.11 0.63 0.72 0.37	 6.32 2.17 3.27 0.07 0.68	 88.88 6.12 1.01 0.71 1.48	 23.07 16.13 1.23 0.22 0.18	 33.33 18.52 15.06 0.22 0.47
อัตราของผู้เสียชีวิตผู้ป่วย Head Injury	< 10%	14.6	15.55	NC	18.73	18.04	13.75
อัตราผู้ป่วย Fast Track TRAUMA เสียชีวิต	< 10%	เริ่มปี 2561			7.14%	7.22%	9.57%
อัตราการติดเชื้อในข้อสะโพกหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกภายใน 1 ปี -Hip -Knee	 0.5% 0.5%	 0 0	 0 0	 0 0	 0 0	 0 0	 0 0
อัตราการติดเชื้อในข้อสะโพกหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกภายใน 90 วัน -Hip -Knee	 2% 3%	 0 0	 0 0	 0 0	 0 0	 0 0	 0 0

83. ผลด้านกระบวนการและผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญ (สะท้อนมิติคุณภาพ appropriateness และeffectiveness)							
ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน (ปีงบประมาณ)						
	เป้าหมาย	2558	2559	2560	2561	2562	2563
อัตราจอประสาทตาหลุดลอกซ้ำใน 6 เดือนหลังผ่าตัด Rhegmatogenous retinal detachment	< 3%	NA	NA	2.67	1.54	2.2	2.95
อัตราการเปลี่ยนแปลงของสายตาโดยสายตาคงที่มากกว่า 3 เดือนหลังจากฉีดยารักษา Aged related macular degeneration	80 %	NA	NA	NA	NA	NA	85 %
ระดับสายตาดีขึ้นจากก่อนผ่าตัดมากกว่าหรือเท่ากับ 2 แถวในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา (Penetrating Keratoplasty)	80	NA	NA	NA	NA	NA	85%
ร้อยละของทารกคลอดก่อนกำหนดได้รับการตรวจประสาทตามเกณฑ์ของวิทยาลัยจักษุ	90	97.14	95.70	93.07	97.14	98.83	98.63

84. ผลด้านการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย (Effective)							
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน (ปีงบประมาณ)					
		2558	2559	2560	2561	2562	2563
น้ำหนักสัมพัทธ์ตามระบบ DRG (Case Mixed Index)	>1.6	1.49	1.57	1.54	1.57	1.68	1.75
จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยต่อราย (Length of stay)	ลดลงจาก ปี 2559 ≥ 10%	5.62	5.75	6.23	5.73	3.21	6.48

(1.2) ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัย

1.2.1 ด้านความปลอดภัย (ตามมิติคุณภาพที่นำเสนอใน CLT Profile& CQS)

85. ผลด้านความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย (Safe)				
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน (ปีงบประมาณ)		
		2561	2562	2563
ผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ที่ส่งผลกระทบกับผู้ป่วยความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป		B=12 D=1	B=14	B=8

86. ผลด้านความปลอดภัยในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (IC)							
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน (ปีงบประมาณ)					
		2558	2559	2560	2561	2562	2563
อัตราการติดเชื้อในรพ. (health car associated							
infections) ต่อ 1,000 วันนอน*	< 4:1000	4.45	4.46	3.83	3.39	3.78	3.74
อัตราการติดเชื้อ VAP/1,000 Vent. Days*	<8:1000	5.21	5.02	5.0	4.28	4.61	4.88
อัตราการติดเชื้อ CAUTI/1,000 Cath. Days*	<5:1000	3.03	4.86	4.78	3.59	4.48	3.92
อัตราการติดเชื้อ CLABSI/1,000 Cath. Days*	<1:1000	1.73	2.97	1.36	0.66	1.17	2.44

87.ผลระบบบริหารจัดการด้านยา และด้านความปลอดภัยในการใช้ยา/เลือด (M)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน (ปีงบประมาณ)					
		2558	2559	2560	2561	2562	2563
1. Prescribing Error							
- OPD	≤ 0.1%	NA		0.28	0.22	0.39	0.09
- IPD	≤ 0.5 ต่อ 1,000 วันนอน			3.04	2.36	1.53	2.08
2. Dispensing Error							
- OPD	≤0.01%	NA		0.016	0.010	0.004	0.009
- IPD	≤0.5ต่อ 1,000 วันนอน			0.35	0.50	0.25	0.18
3. Administration Error							
- OPD	≤0.01%	NA		0	0.0012	0	0
- IPD	≤2ต่อ 1,000 วันนอน			1.68	0.93	0.51	0.55
4. จำนวนการให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด		0	0	0	1	0	1

88.ผลด้านความปลอดภัยในกระบวนการดูแลผู้ป่วย (P)							
	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน (ปีงบประมาณ)					
		2558	2559	2560	2561	2562	2563
อุบัติการณ์การวินิจฉัยคลาดเคลื่อน (diagnostic error)	ลดลง10%	NA	NA	NA	6 เรื่อง	-66% 2 เรื่อง	+30% 3 เรื่อง

88. ผลด้านความปลอดภัยในกระบวนการดูแลผู้ป่วย (P)				
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน (ปีงบประมาณ)		
		2561	2562	2563
ร้อยละของการเกิดการระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด				
ส่งใบ lab ผิดคน		0	B=1	B=2
ชื่อ-สกุลหรือเลขที่ผู้ป่วยบนสิ่งส่งตรวจไม่มี ไม่ถูกต้อง		0	0	C=1
เจาะเลือดผิดคน		B=2 C=19 D=1	C=4	C=9
X-Ray ออกใบนัดผิดคน /ลงผล x-ray ผิดคน		B=4 C=1	0	B=1
ไม่ติดป้ายข้อมือให้ผู้ป่วยก่อนนอนโรงพยาบาล / ส่งต่อแผนกอื่น		B=1 C=6	B=4	B=33
ลงทะเบียนผู้ป่วยผิดคน		B=3	0	0
ซักประวัติผู้ป่วยผิดคน		B=11	0	0
การระบุเพศทารกแรกเกิดไม่ถูกต้อง /ระบุชื่อทารกผิดคน		C=2	B=1	0
ส่งผู้ป่วยผิดคน		0	B=1	0

89.ผลด้านความปลอดภัยในการใช้ line/tube/catheter และตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับห้องปฏิบัติการ (L)							
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน (ปีงบประมาณ)					
		2558	2559	2560	2561	2562	2563
ความเสี่ยงที่เกิดจากการส่งตรวจ Patho		8 คน	4 คน	6 คน	5 คน	4 คน	3 คน

90 ผลด้านความปลอดภัยในการดูแลภาวะฉุกเฉิน (E)			
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน (ปีงบประมาณ)	
		2562	2563
อัตราการคัดกรองผู้ป่วย Under Triage	<10%	8.31 %	8.41 %
Over Triage	<15%	11.96 %	11.28 %
ระยะเวลาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงได้รับการคัดกรอง	≤ 30 นาที	100 %	100 %

91 ผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพของผู้รับบริการ (Health promotion)				
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน (ปีงบประมาณ)		
		2561	2562	2563
1.ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ ฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์< 12 สัปดาห์	60%	58.82% (10/17)	77.27% (17/22)	95.23% (21/20)
2.อัตราการคลอดมีชีพในมารดา อายุ 15-19 ปี	< 40 : 1000คน	17.12:1000 (5/292)	20.54:1000 (6/292)	17.60 % (5/284)
3.ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์น้อยกว่า ๑๒ สัปดาห์	60%	เริ่มในปี 2563		95.23% (21/20)

(2) ตัวชี้วัดสำคัญด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

92 ผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน				
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน (ปีงบประมาณ)		
		2561	2562	2563
1.ผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ ได้รับการคัดกรอง/ประเมินภาวะสุขภาพครบถ้วนตามเกณฑ์	75 %	เริ่มปี 2563		87.39
2.ตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์	60%	เริ่มปี 2563		100%
3.เด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน (6-14 ปี)	≥66%	56.24% (1968/3499)	57.27% (1622/2832)	62.02% (2042/3294)
4.ใของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ51	51%	97.92%	98.12%	85.07% (285/335)
5.ความสำเร็จของพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์	85	71%	72%	96.86 %

IV-2 ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น (มิติคนเป็นศูนย์กลาง)

93 ผลด้านความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจ/ความผูกพัน ของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (People-centered)							
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน (ปีงบประมาณ)					
		2558	2559	2560	2561	2562	2563
อัตราความพึงพอใจผู้ป่วยใน	>80%	77.71	80.82	81.88	80.03	76.5	80.59

IV-3 ผลด้านกำลังคน

94 ผลด้านความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจ/ความผูกพัน ของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (People-centered) (ด้าน IC)							
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน (ปีงบประมาณ)					
		2558	2559	2560	2561	2562	2563
บุคลากรติดเชื้อจากการทำงาน (TB)	0 คน	1	3	1	4	3	3
อัตราการเกิดอุบัติการณ์ของมีคมสัมผัสสารคัดหลั่ง	<2.5%	3.37	2.95	4.04	3.32	5.56	4.92

ตอนที่ IV ผลการดำเนินงานขององค์กร

95. ผลด้านการนำองค์กร						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563 (ต.ค.62-มี.ค. 63)
การบรรลุผลตามกลยุทธ์องค์กร						
อัตราตัวชี้วัดที่บรรลุเป้าหมาย	80%	29.03 (9/31)	29.03(9/31) 34.48(20/58)	35.48 (11/31) 47.06 (24/51)	38.71 (12/31) 49.02 (25/51)	รอข้อมูล
อัตราความสำเร็จตาม Action Plan	≥80%	68.56	58.53	68.38	67.77	44.69
อัตราศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะโรค ผ่านเกณฑ์คุณภาพที่กำหนด	100%	61.41	71.57	68.65	62.49	71.81
อัตราความพึงพอใจระบบการสื่อสารภายใน	≥ 70%	77.60	62	68	74	อยู่ระหว่างการวิเคราะห์ข้อมูล

IV-5 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ

96 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำ งานสำคัญ เช่น IM, BCM, Supply chain, RM, ENV				
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน (ปีงบประมาณ)		
		ปี 2561 (ตค.60-มิย. 61)	ปี 2562	2563 (ตค.62-มิย. 63)
ระบบ RM				
การรายงานอุบัติการณ์		10,050	15,004	10,275
การเกิดอุบัติการณ์ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น				
1.การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ	0 ครั้ง	B=12 D=1	B=14	B=8
2.การติดเชื้อที่สำคัญตามบริบทขององค์กร				
- VAP	<8:1000Vent. Days	4.28	4.61	4.88
- CAUTI	<5:1000Cath. Days	3.59	4.48	3.92
- CLABSI	<1:1000Cath. Days	0.66	1.17	2.44
3.บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่				
- TB	0 คน	4	3	3
- COVID-19	0 คน	0	0	0
4.การเกิด M.E.และADE				
ความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยา (Prescribing error)		1381 ครั้ง	1902 ครั้ง	575 ครั้ง
ความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยา (Dispensing error)		7531ครั้ง	11736ครั้ง	8172ครั้ง
Administration Error		318 ครั้ง	168 ครั้ง	101 ครั้ง
5.การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด	0 ครั้ง	C=5 D=1	B=1	B=3

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน (ปีงบประมาณ)		
		ปี 2561 (ตค.60-มิย. 61)	ปี 2562	2563 (ตค.62-มิย. 63)
6.การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด	0 ครั้ง	B=20 C=10 D=3 (การระบุเพศทารกแรกเกิดไม่ถูกต้องระดับ D=2)	B=1	B=8 C=9 D=2 E=2
7.ข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค	0 ราย	B=2 I=1	H=1	E=4
8.การรายงานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ / พยาธิวิทยาผิดพลาด	0 ครั้ง	B=1	0	A=1 D=1
9.การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน -อัตราการ Over Triage	<10%	NA	11.96	12.99
- อัตราการ Under Triage	<15%	NA	8.31	8.82

96 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำ งานสำคัญ เช่น IM, BCM, Supply chain, RM, ENV							
ตัวชี้วัด	**เป้าหมาย**	**ผลการดำเนินงาน (ปีงบประมาณ)**					
		2558	**2559**	**2560**	**2561**	**2562**	**2563**
ระบบ IM							
1.ร้อยละการตอบสนองข้อมูล-สารสนเทศ ทันต่อความ	100 %	94	95	96	95	96	95
2.จำนวนครั้ง ที่ไม่สามารถตอบสนองข้อมูล-สารสนเทศได้ตามคำขอ	0 ครั้ง	2	2	4	4	4	5 Refer-infect word trip
3.จำนวนครั้ง ระบบ HIS ขัดข้อง เกิน 1 ช.ม.ขึ้นไป	0 ครั้ง	NA	NA	0	0	0	1
4.จำนวนครั้ง ระบบ EMR ขัดข้อง เกิน 1 ช.ม.ขึ้นไป	0 ครั้ง	ยังไม่มีระบบ EMR					0 เริ่ม 3 ก.พ. 63
7.ร้อยละความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน-ผู้ป่วยใน	≥80%	76.62	70.57	79.73	ไม่ได้ทำ	77.25	รอข้อมูล
6.ร้อยละให้และบันทึกรหัสโรค/หัตถการ ผู้ป่วยนอก-ใน ภายในวันที่ 30 ของเดือนถัดไป	100 %	91.83	88.94	89.75	87.55	91.41	91.24
8.จำนวนเวชระเบียนสูญหาย (ไม่ได้รับคืนตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป)	0 ฉบับ	23	25	7	6	8	4
9.อุบัติการณ์การเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยโดยผู้ไม่มีสิทธิ์	0 ครั้ง	0	0	0	0	0	0
5.ร้อยละการส่งแฟ้มข้อมูลมาตรฐาน (43 แฟ้ม) ภายในวันที่ 30 ของเดือนถัดไป	100 %	100	100	100	100	100	100

IV-5 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ

<table>
<tr><td colspan="8">96.ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำ งานสำคัญ เช่น IM, BCM, Supply chain, RM, ENV</td></tr>
<tr><th rowspan="2">ตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">เป้าหมาย</th><th colspan="6">ผลการดำเนินงาน (ปีงบประมาณ)</th></tr>
<tr><th>2558</th><th>2559</th><th>2560</th><th>2561</th><th>2562</th><th>2563</th></tr>
<tr><td colspan="8">- <u>HRD</u></td></tr>
<tr><td colspan="8">ความผูกพัน และความพึงพอใจ</td></tr>
<tr><td>- ปัจจัยความพึงพอใจ</td><td colspan="2" rowspan="3">ไม่มีการสำรวจ</td><td rowspan="3">วิเคราะห์ผลไม่ได้เนื่องจากจำนวนผู้ตอบแบบสำรวจน้อยกว่ากำหนด</td><td colspan="3" rowspan="3">ไม่มีการสำรวจ</td><td>3.28 คะแนน</td></tr>
<tr><td>- ปัจจัยความผูกพัน</td><td>3.31 คะแนน</td></tr>
<tr><td>- ระดับความผูกพัน</td><td>3.38 คะแนน</td></tr>
<tr><td>อัตราหน่วยงานที่จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรโดยมีการเชื่อมโยงกับ
- การพัฒนางาน</td><td>80%</td><td colspan="3" rowspan="3">เริ่มปี 2561</td><td>95.23</td><td>100</td><td>100</td></tr>
<tr><td>- แผนยุทธศาสตร์/Service plan</td><td></td><td>57.14</td><td>23.8</td><td>47.22</td></tr>
<tr><td>- ปัญหาในการดำเนินงาน/ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์</td><td></td><td>47.61</td><td>19.04</td><td>16.67</td></tr>
</table>

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน (ปีงบประมาณ)					
		2558	2559	2560	2561	2562	2563
- **ENV**							
ความปลอดภัยและสวัสดิภาพ							
จำนวนครั้งที่ทรัพย์สินสูญหายมีหลักฐาน	0 ครั้ง	0	0	0	0	1	0
อุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุจากการก่อสร้างอาคาร	0 ครั้ง	1	0	0	0	0	0
จำนวนข้อร้องเรียนด้านสิ่งแวดล้อม	≤ 60 ครั้ง/ปี	23	25	22	28	31	27
วัสดุของเสียอันตราย							
จำนวนครั้งที่สารเคมีตก/หก/รั่วไหล	0ครั้ง	0	0	1	0	0	0
การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน							
อัตราการฝึกซ้อมแผนรองรับภาวะฉุกเฉิน1 ครั้ง/ปี	100%	100%	100%	100%	0	0	100%
ความปลอดภัยจากอัคคีภัย							
จำนวนครั้งการซ้อมแผนอัคคีภัย 1ครั้ง/ปี	1 ครั้ง	1	1	1	0	0	1
จำนวนครั้งการเกิดเพลิงไหม้	0 ครั้ง	0	0	0	0	1	0
เครื่องมือแพทย์							
ร้อยละของเครื่องมือที่ได้รับการสอบเทียบ	>80 %	80%	82%	81%	84%	85%	89%
จำนวนอุบัติการณ์เครื่องมือไม่พอใช้	>8< 5 ครั้ง/ปี	0	0	0	0	0	0

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน (ปีงบประมาณ)					
		2558	2559	2560	2561	2562	2563
ร้อยละของเจ้าหน้าที่ผู้ใช้งานได้รับความรู้การใช้และบำรุงรักษาเครื่องมือ	0 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%
ระบบสาธารณูปโภค							
จำนวนครั้งที่เครื่องกำเนิดไฟฟ้าไม่ทำงาน	0 ครั้ง	0	0	0	0	0	0
อุบัติการณ์สาธารณูปโภคไม่ทำงานหรือไม่เพียงพอ	0 ครั้ง	2	1	2	1	2	3
สิ่งแวดล้อมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ							
จัดกิจกรรมรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม							
ผลการตรวจสอบน้ำทิ้งผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ค่า BOD≤ 20 mg/l	100%	100%	100%	100%	100%	10%	100%

IV-6 ผลด้านการเงิน

97ผลด้านการเงิน (IV-6)					
ตัวชี้วัด	นิยาม	ผลการดำเนินงาน (ปีงบประมาณ)			
		2560	2561	2562	2563
Current Ratio	สินทรัพย์หมุนเวียน/หนี้สินหมุนเวียน	0.88	1.19	1.16	0.96
Quick Ratio	สินทรัพย์สภาพคล่อง/หนี้สินหมุนเวียน	0.77	1.05	1.01	0.88
Cash Ratio	เงินสด+เงินฝากธนาคาร/หนี้สินหมุนเวียน	0.29			
Fixed Asset Turnover	รายได้จากการดำเนินงาน/สินทรัพย์ถาวร	1.44	1.34	1.51	1.62
Average collection period for account receivables	ยอดลูกหนี้สุทธิ/รายได้สุทธิ				
- สิทธิ UC		45.37	122.71	125.50	110.84
- สิทธิ เบิกจ่ายตรง		31.38	55.74	52.13	52.52
-ประกันสังคม		39.58	15.94	31.14	11.29
Net Profit Margin	กำไรสุทธิ/รายได้จากการดำเนินงาน x 100	2.06	18.21	2.05	-2.30
Return on Asset	กำไรสุทธิ/สินทรัพย์รวม x 100	2.06	16.19	2.04	-2.29

ตอนที่ IV ผลการดำเนินการ

IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ

(1.1) ตัวชี้วัดสำคัญด้านการดูแลผู้ป่วย

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

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน (ปีงบประมาณ)					
		2558	2559	2560	2561	2562	2563
จำนวนการเสียชีวิตในโรงพยาบาลทุกประเภท		1,886	1,862	1,386	2,068	2,007	2,055
จำนวนการเสียชีวิตที่ห้องอุบัติเหตุ		227	260	162	115	108	100
จำนวนการเสียชีวิตหลังผ่าตัด 24 ชม.	<0.02%	0.01%	0.002%	0.007%	0.028%	0	0.041%
MMR (per 100,000 live birth)	<18:100,000	0	0	0	0	0	0
perinatal mortality rate (per 1,000 LB)	≤7:1,000 Live birth	8.68	10.5	8.07	7.87	1.69	3.06
อุบัติการณ์ผู้ป่วยทรุดลงจากการ Refer IN หรือ Refer INล่าช้า หรือได้รับการดูแลก่อน Refer ไม่ถูกต้อง	≤ 10 ครั้ง	-	4	1	0	0	1

การเสียชีวิตในโรงพยาบาลทุกประเภท

จากการทบทวนสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วย Pneumonia พบว่ามาด้วย community-acquired pneumonia สาเหตุการเสียชีวิตเกิดจาก

1. ผู้ป่วยมีโรคร่วม หรือ comorbidity ผู้ป่วยกลุ่มเหล่านี้มีความเสี่ยงที่จะทรุดลงหรือเสียชีวิตสูง
2. การให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม สำหรับผู้ป่วย Pneumonia
3. ผู้ป่วยขย้อน/ดึงET tube

จึงมีการจัดทำดังนี้

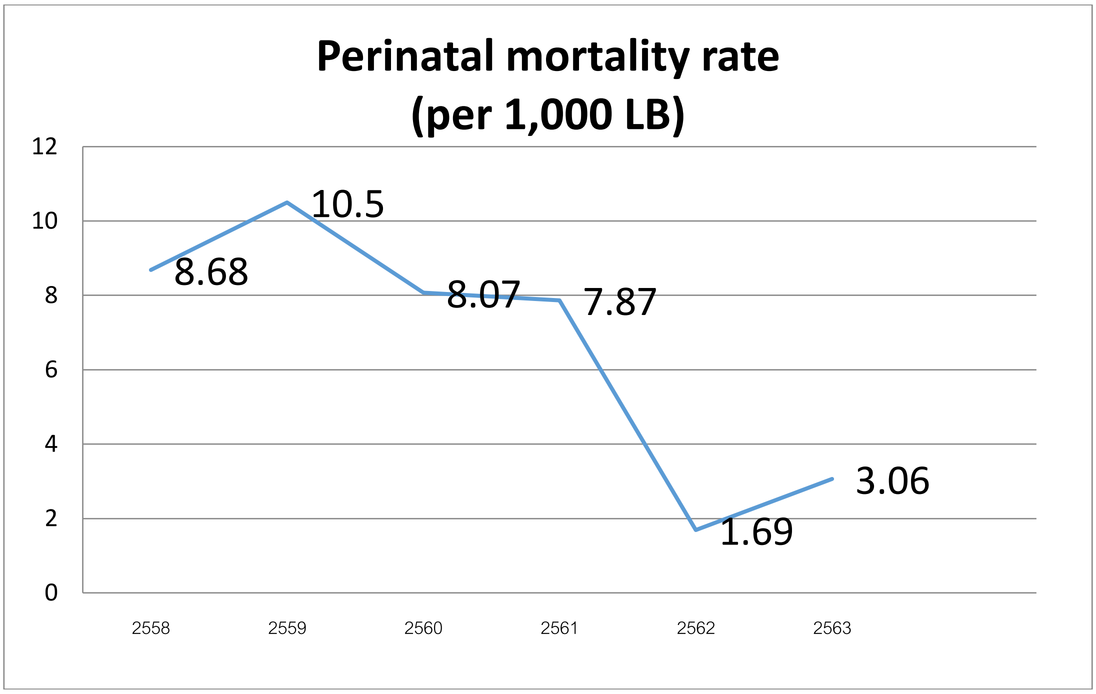
1. CPG Pneumonia
2. แนวทางการเข้ารักษาตัวในICU
3. แนวทางการหย่าและถอดท่อช่วยหายใจ ฟ
4. เชื่อมโยงเครือข่ายในเขตนนทบุรีใช้ CPG และส่งต่อเรื่องrefer

ผู้ป่วย Nontraumatic intracerebral hemorrhage มีแนวโน้มเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ พบว่า เสียชีวิตจากตัวโรค เป็นส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงหรือ Large infarction ได้รับการผ่าตัดน้อย ประสานกับแพทย์ Neurosurgeon หาแนวทางการรักษาร่วมกันหลังการทบทวนได้ปรับปรุงแนวทางในการดูแลรักษา Acute cerebral infarction ใหม่ และ แนวทางในการรับผู้ป่วยของ Stroke Unit

Maternal Mortality Rate (MM)

ไม่พบมารดาเสียชีวิตในปี 2558-2563 และดีกว่า ค่าเฉลี่ยของโรงพยาบาลในโครงการ THIP

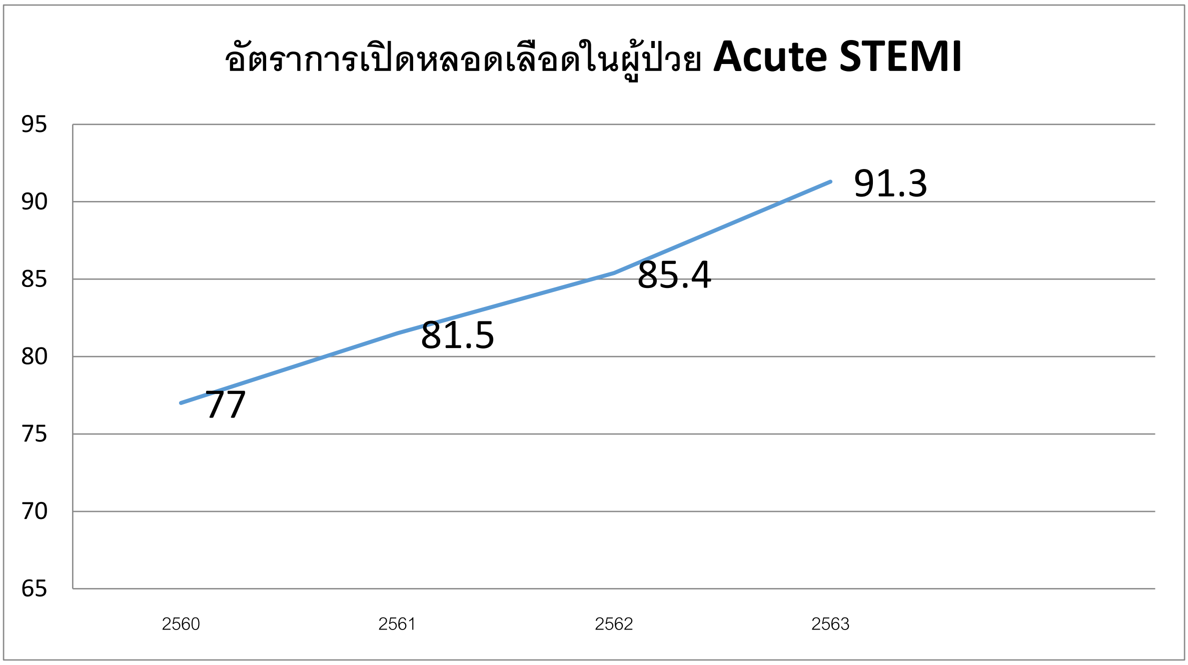
Perinatal Mortality Rate



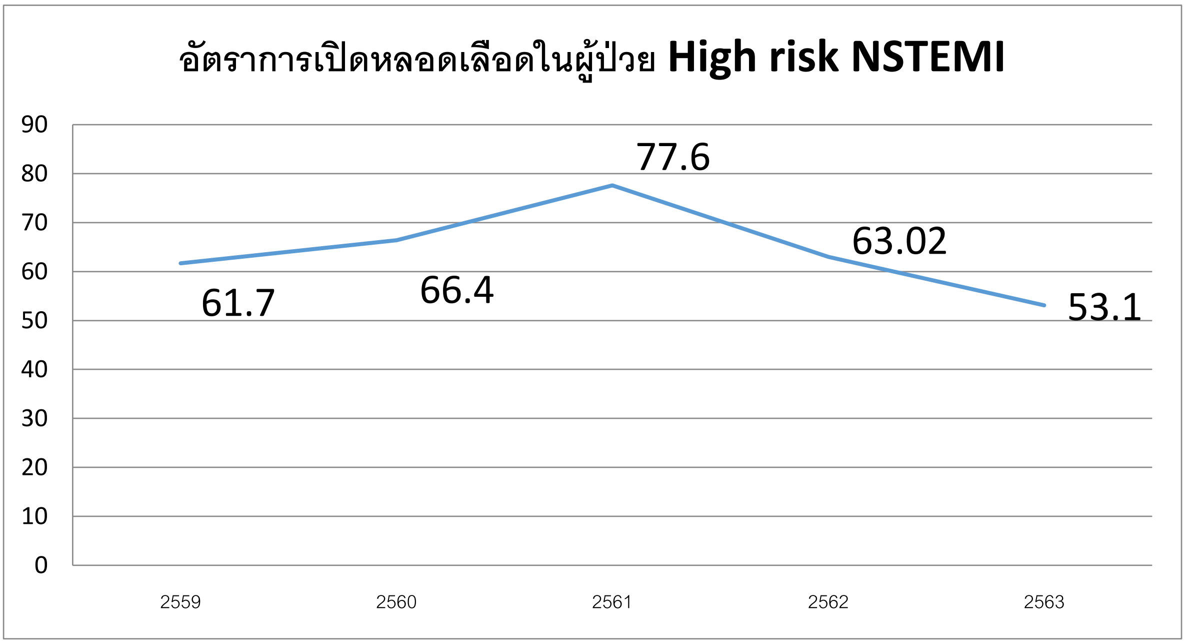
อัตราการเสียชีวิตในทารกมีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ปี 2560 ซึ่งเดิมสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากทารก มีความพิการแต่กำเนิด และเนื่องจากมีการคัดกรองความผิดปกติของทารกในครรภ์มากขึ้น จากสูติแพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์มารดา และทารกด้วยการเจาะสายสะดือ เจาะน้ำคร่ำ และการคัดกรองดาวน์ซินโดรมด้วยการเจาะเลือดมารดา ทำให้ปัจจัยด้านความผิดปกติของทารกได้ถูกค้นหาและจัดการในระยะฝากครรภ์ รวมทั้งมีแนวทางการดูแลทารกในระยะฝากครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ร่วมกับกุมารแพทย์ทั้งในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า และในเครือข่ายจังหวัดนนทบุรี (MCH Board) ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตในทารกลดลง

81 ผลด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Access & entry)								
ตัวชี้วัด	**เป้าหมาย**	**ผลการดำเนินงาน (ปีงบประมาณ)**					
		2558	**2559**	**2560**	**2561**	**2562**	**2563**
อัตราการเปิดหลอดเลือดในผู้ป่วย Acute STEMI	>80%	-	-	77	81.5	85.4	91.3
อัตราการเปิดหลอดเลือดในผู้ป่วย High risk NSTEMI	>50%	-	61.7	66.4	77.6	63.02	53.1
อัตราผู้ป่วย Ischemic Stroke ที่ได้รับ Thrombolytic Agents ภายใน 60 นาทีเมื่อมาถึงโรงพยาบาล	≥60%	7.14	46.55	41.37	16.98	13.73	52.94
อัตราผู้ป่วย PDR ได้รับ Laser ภายใน 30 วัน	80 %	NA	NA	100%	100%	100%	100%
การเปลี่ยนถ่ายกระจกตา (cornea transplant) ที่ 6 เดือน	80%	NA			92.8	90.0	100%
การปลูกถ่ายกระจกตา		เริ่มปี 2561			12 ราย	18 ราย	6 ราย
อัตราผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาซ่อมแซมปากแหว่งตามช่วงอายุไม่เกิน 6 เดือน					**100%**	**100%**	**100%**
อัตราผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาซ่อมแซมเพดานโหว่ตามช่วงอายุไม่เกิน 18 เดือน					**100%**	**100%**	**100%**
ระยะเวลารอคอยที่ OPD	<120 นาที	104	126	103	136	77	110

อัตราการเปิดหลอดเลือดในผู้ป่วย Acute STEMI



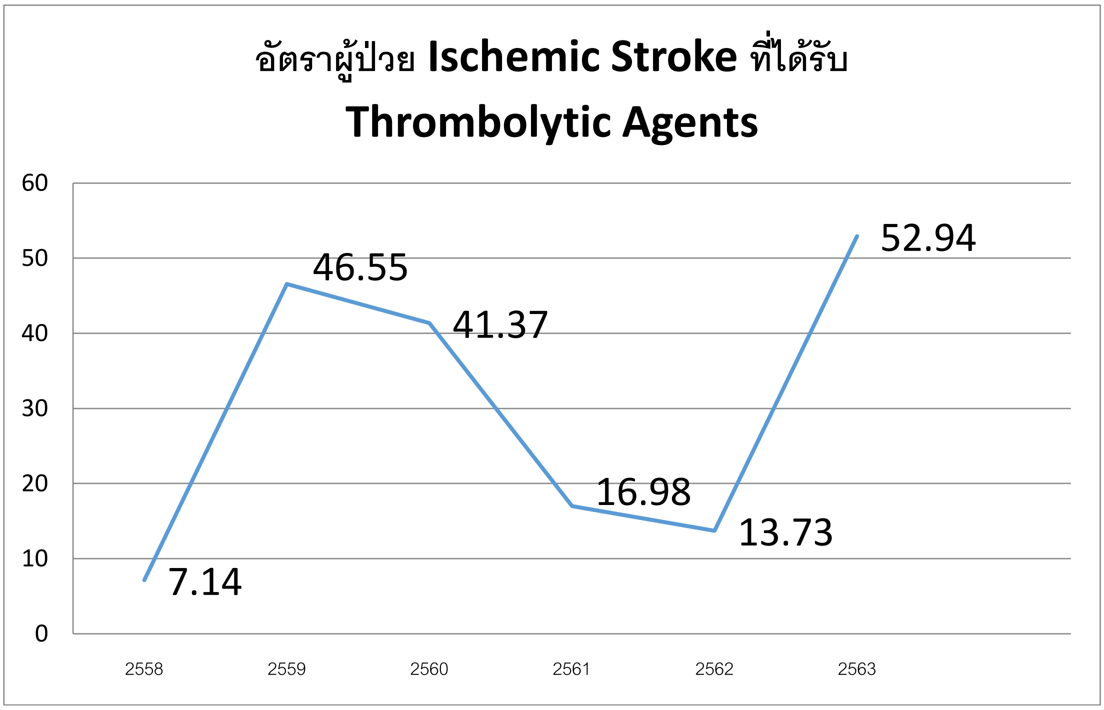
อัตราการเปิดหลอดเลือดในผู้ป่วย High risk NSTEMI



จัดทำแนวทางส่งต่อผู้ป่วย Acute STEMI/NSTEMI high risk group ให้ได้รับการเปิดหลอดเลือดด้วยยาละลายลิ่มเลือด (SK=streptokinase) ภายใน 30 นาที หรือ การทำ PCI ภายใน 90 นาทีหรือ การทำ PCI ดังนั้น กรณีผู้ป่วยโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ประสานแพทย์หัวใจในเวลา และนอกเวลาให้ยาละลายลิ่มเลือดทันทีภายใน 30 นาทีกรณีเครือข่ายให้ติดต่อโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า/ สถาบันทรวงอก และโรงพยาบาลเอกชน เพื่อส่งต่อภายใน 30 นาที กรณีติดต่อไม่มีที่ไหนรับเครือข่ายสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดแล้ว ส่งต่อมาที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าทันที

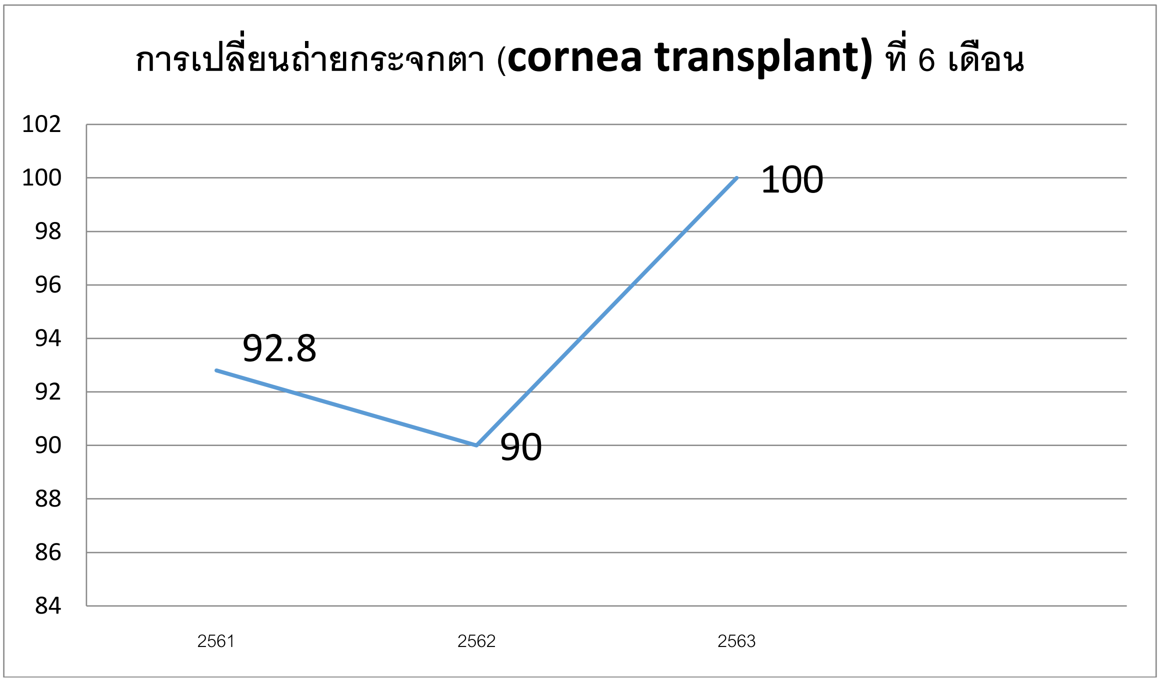
จัดการประชุมใน PCT อายุรกรรมหาแนวทางร่วมกันโดยได้ปรับเตียงสำรองไว้รองรับผู้ป่วยAcute STEMI ที่ได้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีทั้งของ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าและเครือข่ายผู้ป่วย NSTEMI high risk group ให้ได้รับการเปิดหลอดเลือดด้วยการทำPCI ภายใน 90 นาทีทำเช่นเดียวกับ ผู้ป่วยAcute STEMI กรณี ส่งต่อไม่ได้ให้ผู้ป่วยได้รับยา Enoxaparin 5 daysแล้วส่งต่อมาโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าเพื่อทำ Echocardiography ประเมินพิจารณาทำการสวนหัวใจให้เร็วขึ้นมีการปรับแนวทางการดูแลผู้รักษาป่วย/การส่งต่อผู้ป่วยในเครือข่าย Service plan ผลลัพธ์อัตราตายผู้ป่วย Acute STEMI/NSTEMI ลดลง และ อัตราการเปิดหลอดเลือดสูงขึ้น

อัตราผู้ป่วย Ischemic Stroke ที่ได้รับ Thrombolytic Agents ภายใน 60 นาทีเมื่อ มาถึงโรงพยาบาล



สาเหตุการให้ยา rtPA ที่ต่ำเนื่องจากการเข้าถึงบริการที่จำเป็น และบริการเร่งด่วนระบบ Fast track ที่ OPD, ER, ระบบ Refer มีการประสานงานที่ล่าช้าจึงมีการปรับปรุงแนวทางในการดูแลรักษา Acute cerebral infarctionใหม่ (CPG/ service plan) ลดปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงยาของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ และได้ชี้แจงผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด การเปลี่ยนแปลงแนวทางการรับเคส stroke fast trackแนวทางย้ายผู้ป่วยออกจาก stroke unit ในกรณีเตียง stroke เต็มและต้องรับผู้ป่วย stroke รายใหม่ส่งผลให้ ผู้อัตราป่วยได้รับยา rtPA สูงขึ้น

การเปลี่ยนถ่ายกระจกตา (cornea transplant) ที่ 6 เดือน



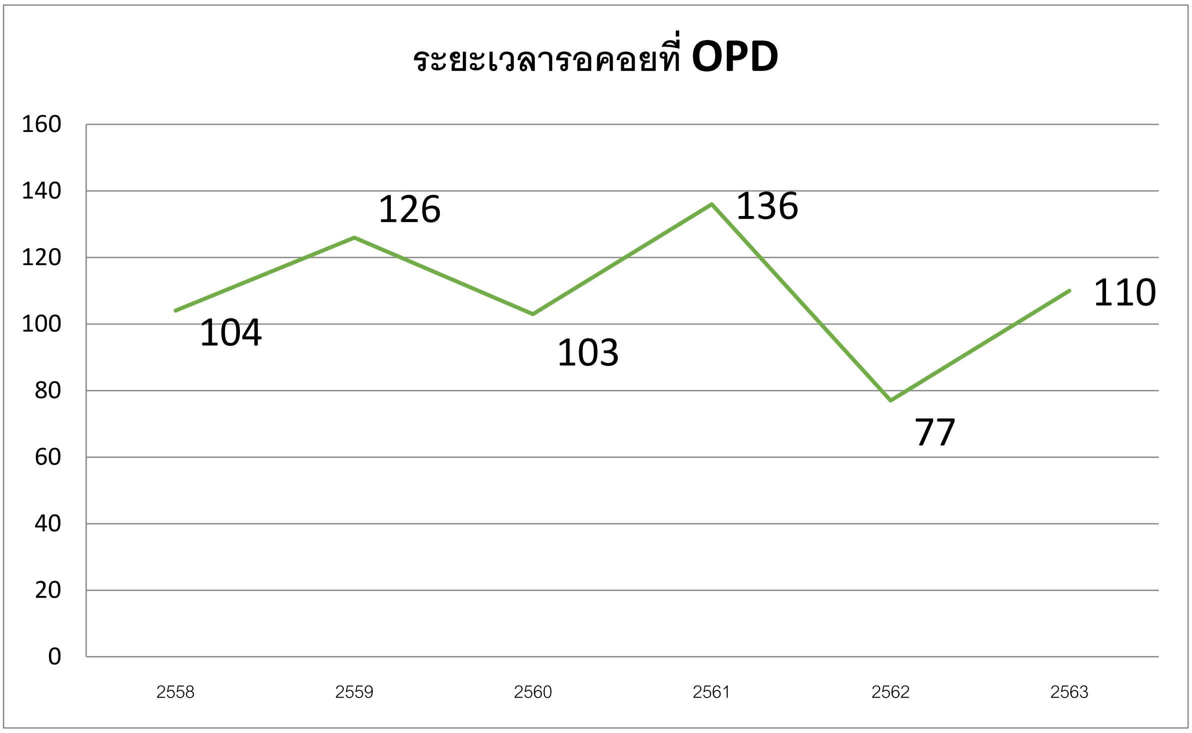
ศูนย์เชี่ยวชาญทางด้านจักษุ ได้พัฒนาการเปลี่ยนและปลูกถ่ายกระจกตา เพื่อเพิ่มอัตราการเข้าถึงการผ่าตัดที่เกี่ยวกับกระจกตา ซึ่งได้รับความร่วมมือจากสภากาชาดไทย ให้โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าเป็นที่รับบริจาคอวัยวะและสามารถทำการปลูกถ่ายดวงตาได้เอง เพื่อเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการให้กับประชาชน

ได้ทบทวนการรักษาคนไข้ที่มีปัญหากระจกตาเป็นฝ้าที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดผู้ป่วยทั้งหมด 49 ราย และมีแนวทางการเตรียมตาจากสภากาชาดไทย เพื่อลดปัญหาการจัดเก็บตา และการเลื่อนผ่าตัด

อัตราผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาซ่อมแซมปากแหว่งตามช่วงอายุไม่เกิน 6 เดือน และอัตราผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาซ่อมแซมเพดานโหว่ตามช่วงอายุไม่เกิน 18 เดือน

ศูนย์เชี่ยวชาญปากแหว่ง เพดานโหว่ เป็นความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพ ระหว่างทีมกุมารเวชกรรม ทีมศัลยกรรมตกแต่ง และทีมทันตกรรม โดยมุ่งหวังแก้ไขความผิดปกติของใบหน้าและการกลืน เพิ่มการเข้าถึงการบริการ ลดการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า เริ่มให้บริการตั้งแต่ปี 2561

ระยะเวลารอคอยที่ OPD (คลินิกทั่วไป คลินิกโรคเฉพาะทาง)



การพัฒนาการให้บริการโดยการลดระยะเวลารอคอย โดย

1. ลดเวลารอรับยา โดย
   - ส่งผู้ป่วยผู้ป่วยที่มีอาการไม่เปลี่ยนแปลงกลับไปรักษาในโรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้านและพัฒนาระบบการเยี่ยมบ้าน
   - โครงการรับยาทางไปรษณีย์
   - โครงการรับยาที่ร้านยาใกล้บ้าน
   - เปิดห้องยานอกเพิ่ม 1 ห้อง ที่อาคารสำเภาทองสำหรับผู้ป่วยห้องตรวจอายุรกรรม

2. มีบริการเจาะเลือดล่วงหน้าในวันเสาร์-อาทิตย์ เปิดบริการเจาะเลือดนอกโรงพยาบาลที่ สี่มุมเมือง นอกโรงพยาบาล

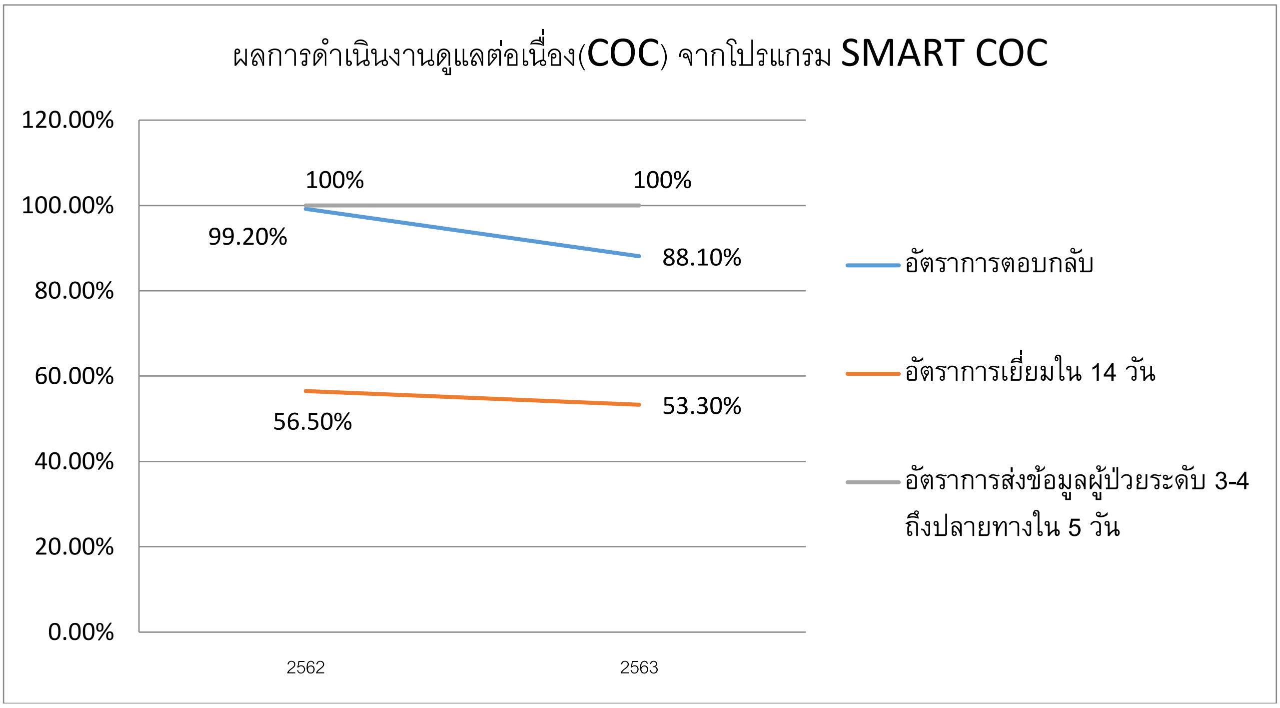
3. การเตรียมความพร้อมก่อนนัดนอนโรงพยาบาลเพื่อผ่าตัด

4. ระบบนัดเหลื่อมเวลาในบางห้องตรวจ เช่น ห้องตรวจตา และมีแผนขยายผลในห้องตรวจอื่นๆ

5. เปิดบริการคลินิกนอกเวลา โรคทั่วไป คลินิกอายุรกรรม สูติกรรม ทางเดินปัสสาวะ

ส่งผลให้ระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยลดลง

82 ผลด้านความต่อเนื่องในการดูแล (Continuity)							
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน (ปีงบประมาณ)					
		2558	2559	2560	2561	2562	2563
ผลการดำเนินงานดูแลต่อเนื่อง(COC)จากโปรแกรม SMART COC							
1.อัตราการตอบกลับ		เริ่มในปี 2562				4095 99.2%	3945 88.1%
2.อัตราการเยี่ยมใน 14 วัน	80%	เริ่มในปี 2562				2332 56.5%	2387 53.3%
3.อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน (UTI,ปอดติดเชื้อ,Bedsore, ข้อติด,ซึมเศร้า)	≤ 5%	เริ่มในปี 2562				3 0.087%	3 0.047%
4.อัตราการส่งข้อมูลผู้ป่วยระดับ 3-4 ถึงปลายทางใน 5 วัน	100%	เริ่มในปี 2562				492 100%	439 100%
5.ความพึงพอใจของผู้รับบริการในชุมชน	80%						88 %



เพื่อให้การดูแลต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพได้ดำเนินการดังนี้

1. มีการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโดยกรรมการ PCT ร่วมกำหนดโดยมีการกำหนดกลุ่มโรคทีสำคัญ และแบ่งการดูแลตามระดับความรุนแรงของแต่ละ โรค 3 ระดับ
2. มีการทำงานโดยทีมงานในกลุ่มงานและการทำงานร่วมทีมสหวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนากร นักกายภาพบำบัด ทันตาภิบาล นักสังคมสงเคราะห์
3. มีการประสานข้อมูลระหว่างหน่วย IPD/OPD กับหน่วยปฐมภูมิ
4. พัฒนาระบบดูแลต่อเนื่อง (COC) มี 3 ขั้นตอน (จัดประชุมคณะกรรมการ COC)
   - 4.1 ขั้นตอน Discharge plan
   - 4.2 ขั้นตอน COC ส่งต่อข้อมูล
   - 4.3 ขั้นตอน เยี่ยมบ้าน
5. จัดอบรมฟื้นฟูการใช้โปรแกรม Smart COC ทั้งในหน่วย/นอกหน่วยงาน
   - 5.1 กลุ่มการพยาบาล IPD/OPD ฯลฯ
   - 5.2 คลินิกมิตรไมตรี ทั้ง จ.นนทบุรี
6. มีการติดตามข้อมูลการส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่อง (ตัวชี้วัด) จากรายงาน Smart COC

จากการติดตามผลการดำเนินงานพบว่าเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง มีการเยี่ยมติดตามตามระดับความรุนแรงของเคส แต่มีเจ้าหน้าที่ บางส่วนไม่ได้เยี่ยมตามที่กำหนดทำให้เกิดปัญหาการดูแลผู้ป่วยจึงได้วางแผนที่กำหนดแนวทางเยี่ยมเป็น CPG และเพิ่มผู้ดูแลในหน่วยบริการตาม Service Plan

ในช่วง New normal มีการดูแลถึงบ้านโดยชุมชน ดังนี้

1. ส่งยาโรคเรื้อรังโดย อสม.
2. เยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์
3. รักษาโรคและให้คำปรึกษาด้วยระบบ telemedicineผ่านโปรแกรม Skype

83. ผลด้านกระบวนการและผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญ

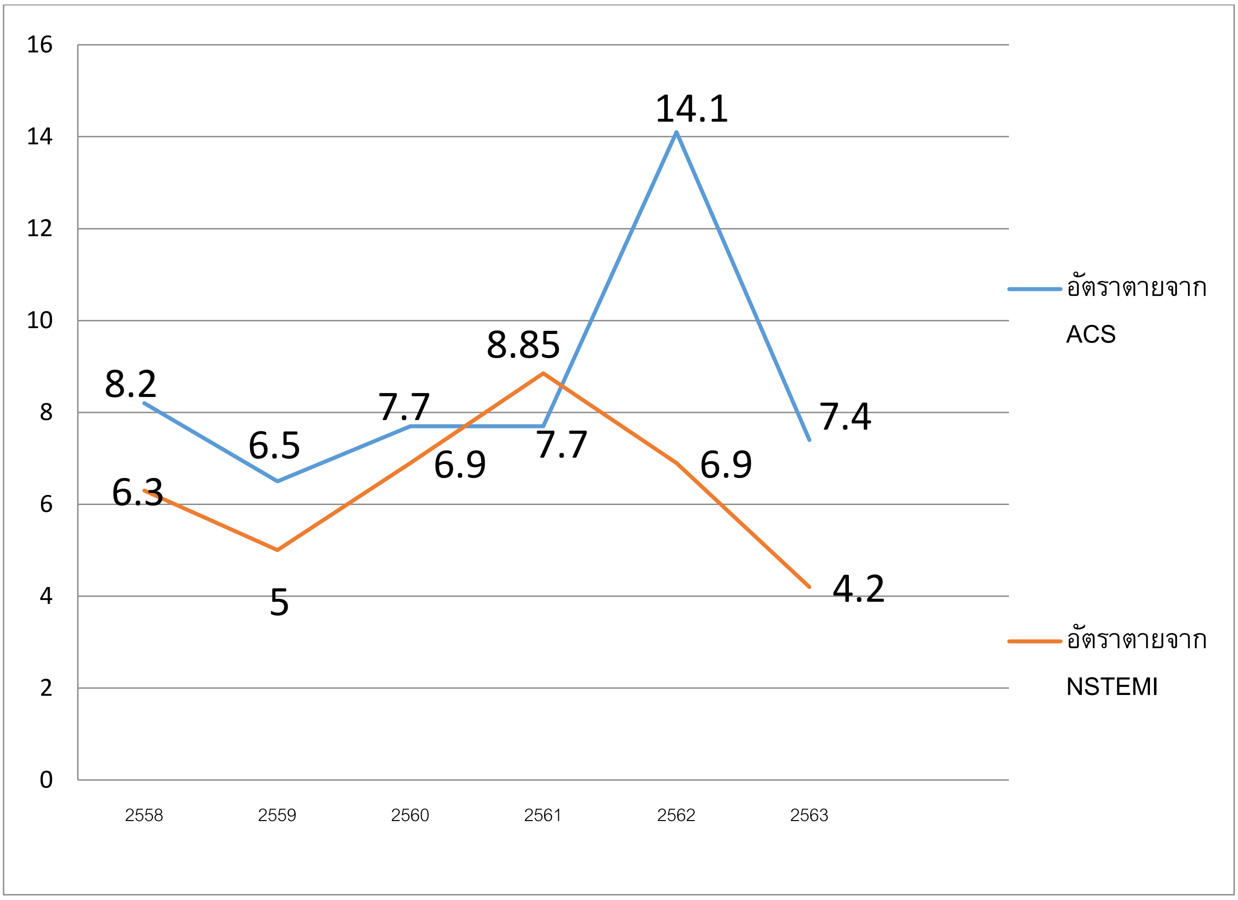
(สะท้อนมิติคุณภาพ appropriateness และeffectiveness)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน (ปีงบประมาณ)					
		2558	2559	2560	2561	2562	2563
อัตราตายจาก ACS	<9%	8.2	6.5	7.7	7.7	14.1	7.4
อัตราตายจาก NSTEMI	<10%	6.3	5.0	6.9	8.85	6.9	4.2
อัตราตายในผู้ป่วย Severe sepsis	≤ 30%	36.06	-	30.9	39.3	39.3	27.6
อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย stroke	≤7%	21.67	20.43	19.38	22.09	19.3	24.95
อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Ischemic stroke	≤5%				10	9.36	11.67
อัตราการตายปริกำเนิด (อายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์)> 7 วัน	ไม่เกิน 4 : 1,000 ทารกคลอด	7.9	9.8	5.2	7.87	5.41	2.3
อัตราการตายของทารกแรกเกิด (ทั้งหมด)	ไม่เกิน 6 : 1,000 ทารกเกิดมีชีพ	11.2	12.9	7.6	3.78	6.78	3.10
ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนัก < 2,500 กรัม	ไม่เกินร้อยละ 7	9.9	10.2	12	13	9.23	10.78
อัตราตายของทารกแรกเกิดน้ำหนัก <1000 gm 1001 – 1499gm 1500 – 2499 gm >2500 gm ทุกน้ำหนัก (รวม)	<50% <10% <2% <2% <8%	7.31 14.28 1.95 0.89 0.24	25 11.11 0.63 0.72 0.37	6.32 2.17 3.27 0.07 0.68	88.88 6.12 1.01 0.71 1.48	23.07 16.13 1.23 0.22 0.18	33.33 18.52 15.06 0.22 0.47
อัตราของผู้เสียชีวิตผู้ป่วย Head Injury	< 10%	14.6	15.55	NC	18.73	18.04	13.75
อัตราผู้ป่วย Fast Track TRAUMA **เสียชีวิต**	< 10%	NA	NA	NA	NA	NA	9.57%
อัตราการติดเชื้อในข้อสะโพกหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกภายใน 1 ปี -Hip -Knee	0.5% 0.5%	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
อัตราการติดเชื้อในข้อสะโพกหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกภายใน 90 วัน -Hip -Knee	2% 3%	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0

83. ผลด้านกระบวนการและผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญ
(สะท้อนมิติคุณภาพ appropriateness และeffectiveness)

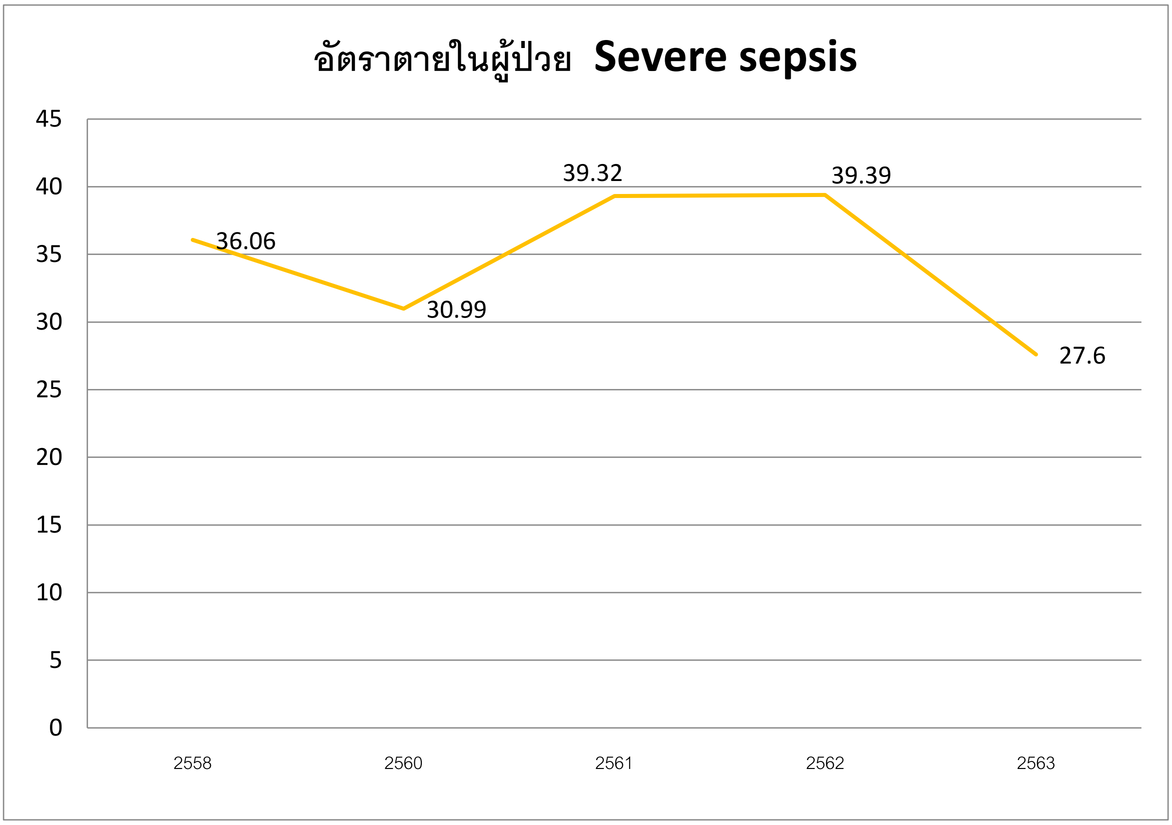
ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน (ปีงบประมาณ)						
	เป้าหมาย	2558	2559	2560	2561	2562	2563
อัตราจอประสาทตาหลุดลอกซ้ำใน 6 เดือนหลังผ่าตัด Hematogenous retinal detachment	< 3%			2.67	1.54	2.2	2.95
อัตราการเปลี่ยนแปลงของสายตาโดยสายตาคงที่มากกว่า 3 เดือนหลังจากฉีดยารักษา Aged related macular degeneration	80 %	NA	NA	NA	NA	NA	85 %
ระดับสายตาดีขึ้นจากก่อนผ่าตัดมากกว่าหรือเท่ากับ 2 แถวในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา (Penetrating Keratoplasty)	80	NA	NA	NA	NA	NA	85
ร้อยละของทารกคลอดก่อนกำหนดได้รับการตรวจประสาทตามเกณฑ์ของวิทยาลัยจักษุ	90	97.14	95.70	93.07	97.14	98.83	98.63

อัตราตายจาก ACS และอัตราตายจาก NSTEMI



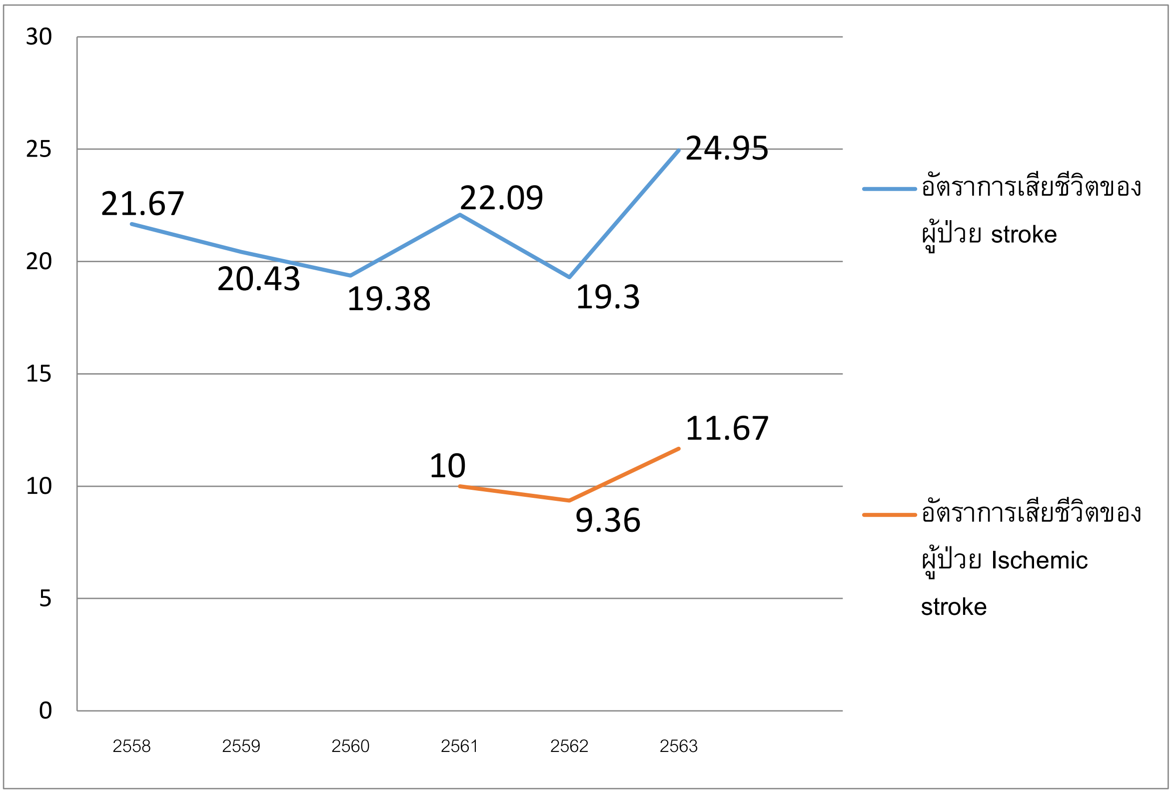
จากการทบทวนพบว่าผู้ป่วย Acute STEMI/NSTEMI high risk group ได้รับการเปิดหลอดเลือดด้วยยาละลายลิ่มเลือด (SK=streptokinase) ภายใน 30 นาที หรือ การทำ PCI ภายใน 90 นาที ได้น้อยมากโดยเฉพาะนอกเวลาราชการด้วย ข้อจำกัดของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าไม่สามารถเปิดห้องสวนหัวใจได้ 24 ชั่วโมง (ขาดทีม) และ ในเวลาราชการมีห้องสวนหัวใจเพียงแค่ 1 ห้อง และ แพทย์สวนหัวใจ เพียงแค่ 1 คน ทำให้เพิ่มความเสี่ยงให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ได้ทำการประชุมร่วมกับ สสจ. และเครือข่าย เพื่อหาแนวทางการแก้ปัญหาร่วมกัน ได้โรงพยาบาลที่ช่วยรองรับด้วยการทำความร่วมมือกับโรงพยาบาลทรวงอกและโรงพยาบาลเอกชนที่มีศักยภาพในการรักษา จัดทำแนวทางร่วมกันในเครือข่าย Service plan ส่งผลให้อัตราตายผู้ป่วย Acute STEMI/NSTEMI ลดลง

อัตราตายในผู้ป่วย Severe sepsis



จากการทบทวนตัวชี้วัดพบว่าการเก็บข้อมูลเวชระเบียนมีการสรุปสาเหตุการตายแพทย์ไม่ได้สรุปว่า เคสที่ตายจากภาวะ sever sepsis/septic shock นั้นบางรายญาติให้รักษาแบบ Palliative care ไม่ประสงค์ให้มี aggressive management ไม่เป็นไปตามวิธีการเก็บข้อมูลตัวชี้วัด service plan sepsis ของเขตและประเทศ ทำให้ไม่ใช่อัตราการตายที่แท้จริงที่เกิดจากกระบวนการดูแลรักษา แนวทางแก้ไข ได้ดำเนินการประชุมชี้แจงแพทย์และให้ความรู้เรื่องการสรุปสาเหตุการตายของ แพทย์อายุรกรรม แพทย์เพิ่มพูนทักษาทางอายุรกรรม (Intern fixed med, Intern1) เพิ่มการสรุปผู้ป่วยภาวะ sever sepsis/septic shock ที่ Palliative care ในเวชระ เบียนร่วมด้วย ผลลัพธ์แนวโน้มอัตราตาย sever sepsis/septic shock ลดลง

อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Stroke และอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Ischemic stroke

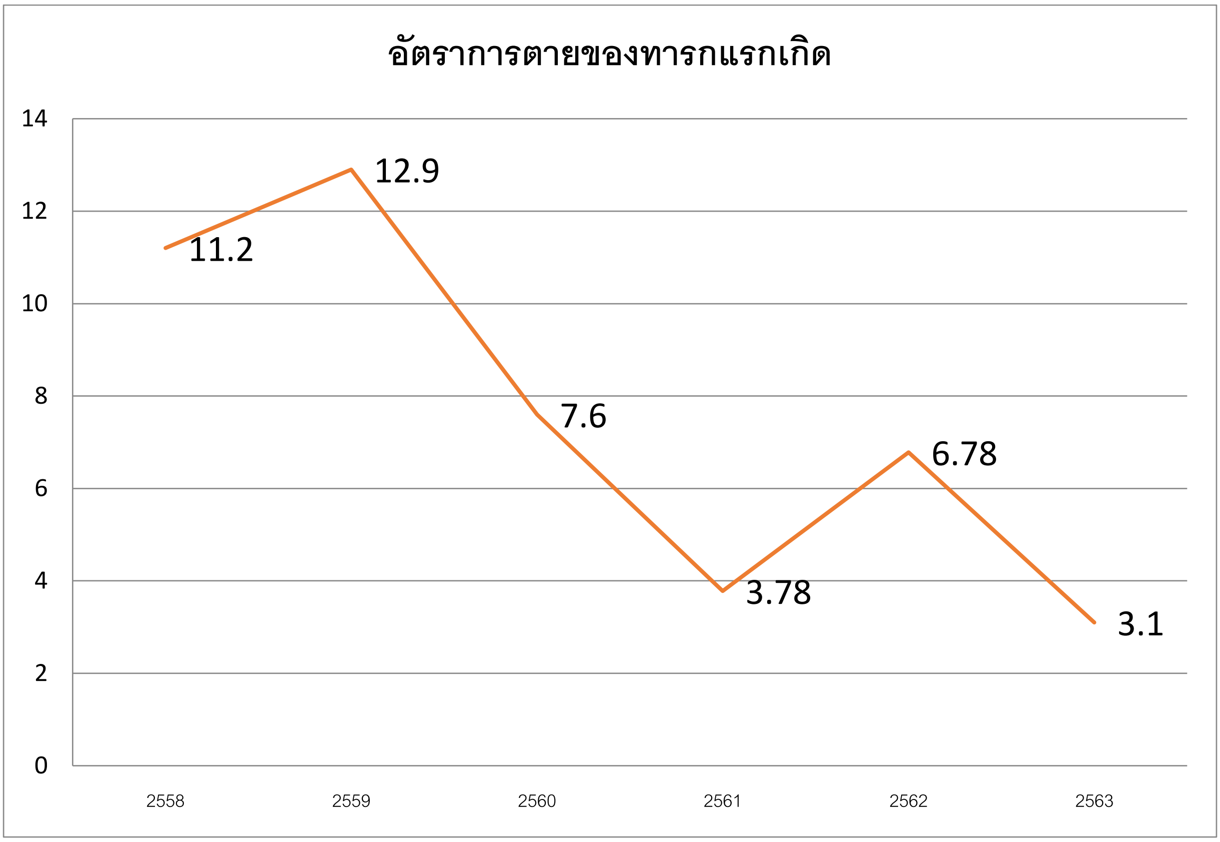


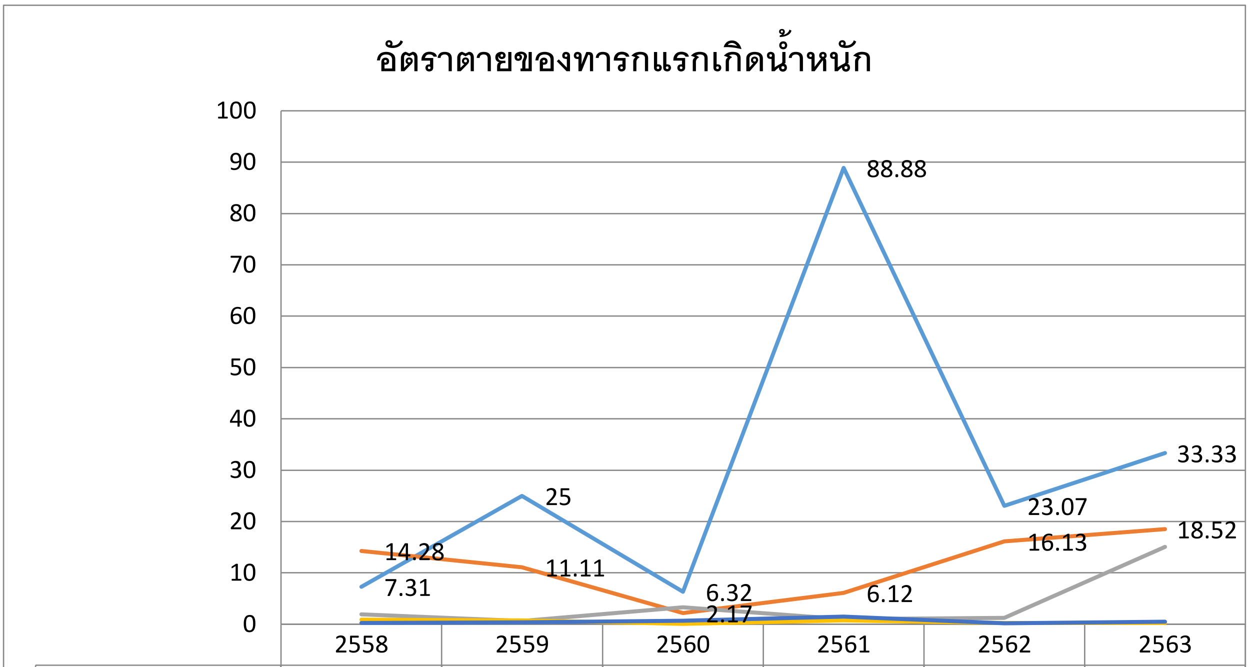
มีแนวโน้มเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ พบว่า เสียชีวิตจากตัวโรคเป็นส่วนใหญ่ ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงหรือ Large infarction ได้รับการผ่าตัดน้อย ประสานกับแพทย์ Neuro surgeon หาแนวทางการรักษาร่วมกัน หลังการทบทวนได้ปรับปรุงแนวทางในการดูแลรักษา Acute cerebral infarction ใหม่ และแนวทางในการรับผู้ป่วยของ Stroke Unit

จากการทบทวนผู้ป่วยเสียชีวิตด้วย Cerebral Infarction พบผู้ป่วยมีโรคร่วม ดังนี้ HT 74% DM 47% DLP 32% old CVA 26% CKD 21% AF 37% CAD 16% CHF 10% โดยพบ Embolic stroke 37% เป็น large MCA infarction ทั้งหมด Thrombotic stroke 63% สาเหตุการตายในกลุ่มผู้ป่วย non-large infarction (7/19) เสียชีวิตจาก HAP, UTI ที่เหลือเสียชีวิตจากการติดเชื้อ คือ VAP

สาเหตุการตายในกลุ่มผู้ป่วย Large infarction (MCA) พบ 58% สาเหตุการตาย คือ brain swelling and edema **พบ** AF 55%, thrombosis 45% ไม่ได้รับ rTPA 91% สาเหตุที่ไม่ให้ rTPA คือ onset เกิน (มาช้า),เป็นรุนแรง แนวทางการพัฒนา1.ควบคุมโรคประจำตัว 2.พัฒนาการเข้าถึง rTPA 3.เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการให้ rTPA

อัตราตายของทารกแรกเกิด



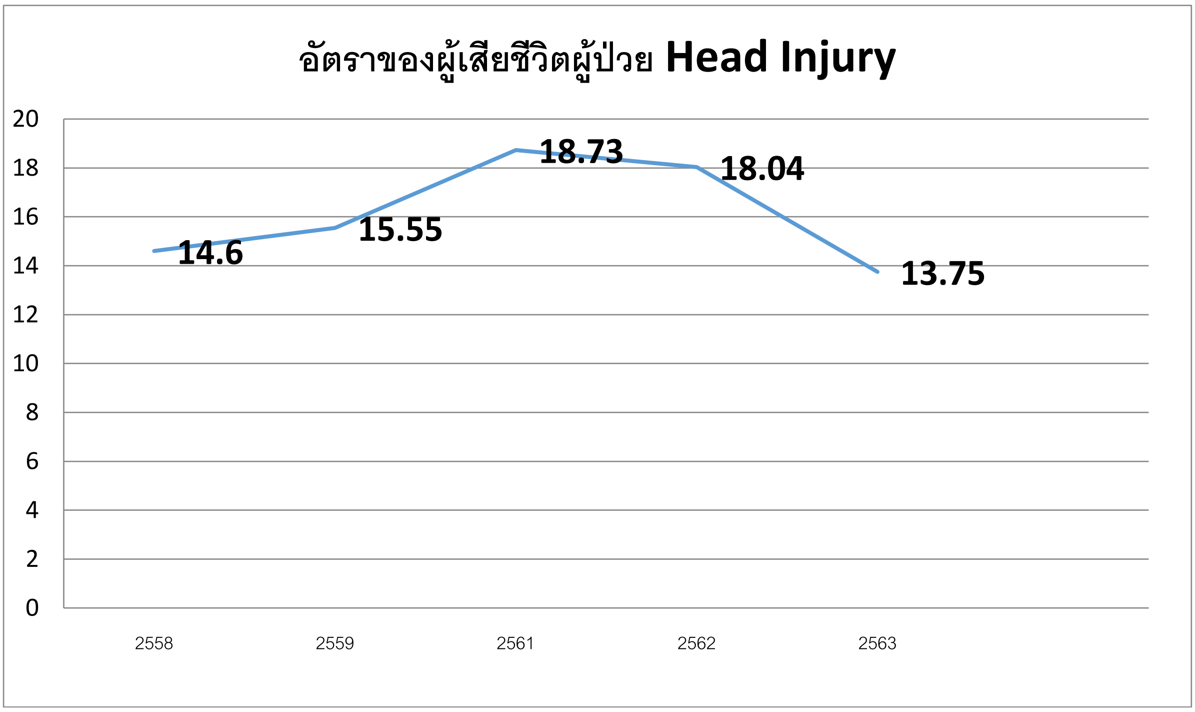


	2558	2559	2560	2561	2562	2563
<1000 gm	7.31	25	6.32	88.88	23.07	33.33
1001 – 1499 gm	14.28	11.11	2.17	6.12	16.13	18.52
1500 – 2499 gm	1.95	0.63	3.27	1.01	1.23	15.06
>2500 gm	0.89	0.72	0.07	0.71	0.22	0.22
ทุกน้ำหนัก(รวม)	0.24	0.37	0.68	1.48	0.18	0.47

จากการทบทวนทารกแรกเกิดเสียชีวิต

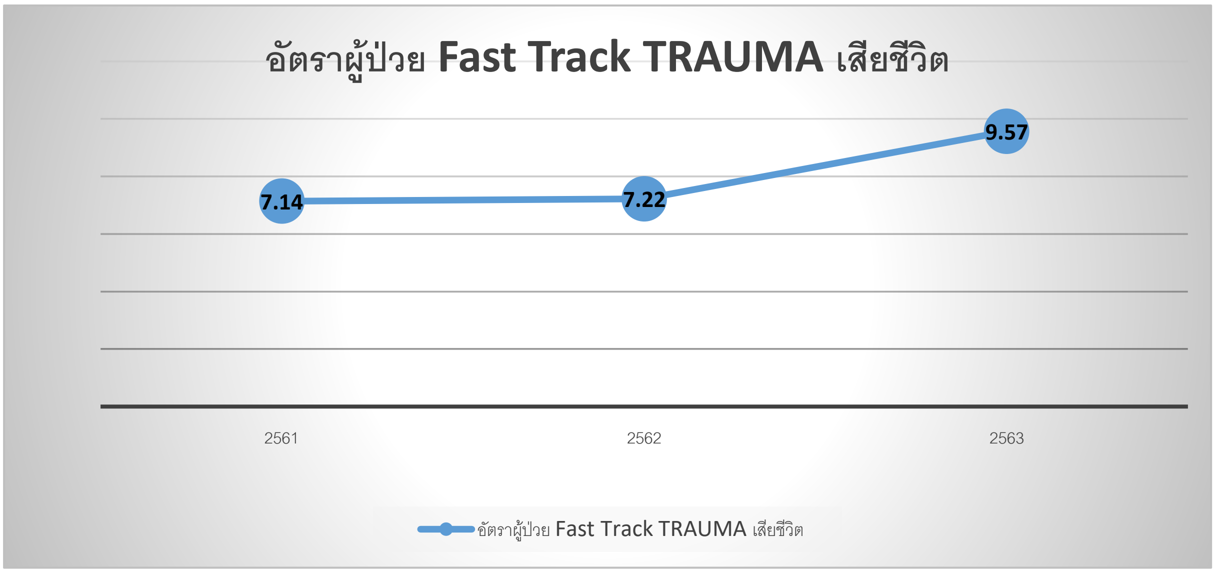
จำนวน 20 ราย โรคที่พบได้แก่ sepsis 6 ราย (2 Preterm ELBW,2 Preterm VBW,2 term) Single Ventricle and common atrium, HPLS 2 ราย PPHN 5 ราย MAS and severe BA 2 ราย severe BA 1 ราย congenital anomaly 4 ราย เชื้อที่พบคือ:A.BOM: Acinetobacter baumannii ,Pseudomonas aeruginosa, Klebsiella pneumoniae, Group B streptococcus ปัจจัยด้านมารดาเป็นมารดาวัยรุ่น 7 ราย, no ANC 4 ราย , late ANC 8 ราย , มารดาอายุมากกว่า 35 ปี 5 ราย, BBA 2 ราย

สาเหตุการเสียชีวิตที่พบมากยังคงมากที่สุดคือ sepsis (Acinetobacter baumannii, Pseudomonas aeruginosa, Klebsiella pneumoniae, Group B streptococcus) ปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อ ได้แก่ ทารกคลอดก่อนกำหนด มีประวัติน้ำเดินก่อนคลอดนาน มารดามีการติดเชื้อในถุงน้ำคร่ำและรก มารดาติดเชื้อบริเวณช่องคลอดหรือในปัสสาวะ ใช้เครื่องช่วยหายใจ ใส่สายสวนเข้าหลอดเลือด การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และสตรีตั้งครรภ์อายุ 35 ปีขึ้นไป การฝากครรภ์และการดูแลขณะตั้งครรภ์ แผนลดอัตราตาย ลดภาวะแทรกซ้อน โดยกำหนด 4 ประเด็นหลัก 1) ลดทารกแรกเกิดก่อนกำหนดหรือทารกเกิดที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัมทุกอายุครรภ์ 2) ค้นหาทารกแรกเกิดที่มีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหรือทารกมีความพิการแต่กำเนิดด้านอื่นโดยเฉพาะที่ต้องการรักษาด้านศัลยกรรม 3) ลดภาวะพร่องออกซิเจนในทารกแรกเกิด 4) จัดระบบการรับและส่งต่อทารกแรกเกิดระหว่างสถานบริการให้ได้มาตรฐาน



อัตราผู้ป่วย Fast Track TRAUMA เสียชีวิต

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน (ปีงบประมาณ)					
		2558	2559	2560	2561	2562	2563
อัตราผู้ป่วย Fast Track TRAUMA เสียชีวิต	< 10%	เริ่มพัฒนาปี 2561			7.14%	7.22%	9.57%



ผู้ป่วยในปีงบ 2563 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ทิศทางสัดส่วนผู้ป่วยอุบัติเหตุระดับรุนแรงมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย กระบวนการดูแลอันได้แก่ การที่แพทย์ผ่าตัดมาประเมินภายในหนึ่งชั่วโมง การทำCTภายใน45นาทีและการได้เลือดภายใน30นาที มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น ขณะที่การผ่าตัดภายในหนึ่งชั่วโมงมีแนวโน้มลดลงซึ่งอุปสรรคหนึ่งคือระยะทางห้องฉุกเฉินและห้องผ่าตัดมีระยะทางที่ห่างมากขึ้นเป็นหนึ่งในปัจจัยที่ทำให้มีระยะเวลาล่าช้าเพิ่มขึ้นได้ ดังนั้นปัจจัยที่จะลดภาวะแทรกซ้อนจากระยะทางจากห้องฉุกเฉินและห้องผ่าตัดมีระยะทางที่ห่างมากขึ้นคือการresuscitationและการทำหัตถการเบื้องต้นที่รวดเร็วและปลอดภัย

อัตราการติดเชื้อในข้อสะโพกหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกภายใน 1 ปี และอัตราการติดเชื้อในข้อสะโพกหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกภายใน 90 วัน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน (ปีงบประมาณ)					
		2558	2559	2560	2561	2562	2563
อัตราการติดเชื้อในข้อสะโพกหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกภายใน 1 ปี -Hip -Knee	0.5% 0.5%	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
อัตราการติดเชื้อในข้อสะโพกหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกภายใน 90 วัน -Hip -Knee	2% 3%	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0

การดูแลผู้ป่วยผ่าตัด TKA: Total Knee Arthroplasty และTHA: Total Hip Arthroplasty มีการติดตามการให้ Antibiotic ก่อนการผ่าตัดภายใน 1 ชั่วโมงและการปฏิบัติตาม CPG อย่างใกล้ชิด ส่งผลให้ไม่พบการติดเชื้อหลังผ่าตัดภายใน 90 วัน และอัตราการติดเชื้อหลังการผ่าตัดภายใน 1 ปี อยู่ในค่าเฉลี่ยโรงพยาบาลในโครงการ THIP ตลอดในปี 2557-2563 การจัดการความปวดและปรึกษากายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสภาพทุกรายทำให้ ROM ข้อสะโพก >60องศา , ROM ข้อเข่า>90 องศา ณ วันจำหน่ายทุกราย

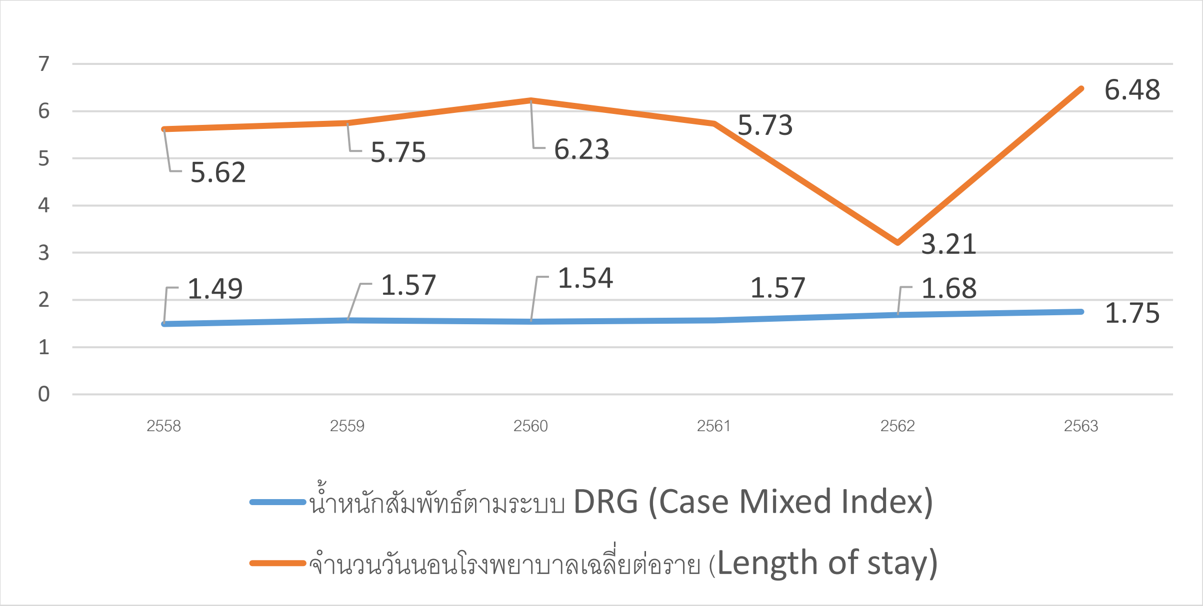
อัตราการเปลี่ยนแปลงของสายตาโดยสายตาคงที่มากกว่า 3 เดือนหลังจากฉีดยารักษา Aged related macular degeneration

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน (ปีงบประมาณ)					
		2558	2559	2560	2561	2562	2563
อัตราการเปลี่ยนแปลงของสายตาโดยสายตาคงที่มากกว่า 3 เดือนหลังจากฉีดยารักษา Aged related macular degeneration	80 %	NA					85 %

ศูนย์เชี่ยนชาญจักษุโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าได้พัฒนาการรักษาด้านจอประสาทตา ในกลุ่มผู้ป่วย Aged related macular degeneration กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานขึ้นตา และกลุ่มทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีภาวะ ROP

ปัจจุบันการรักษาภาวะจุดรับภาพรัดเสื่อมในผู้สู.อายุคือการใช้ยาฉีดเข้าวุ้นลูกตาซึ่งเป็นสารต้านการงอกของเส้นเลือดใหม่ หน่วยเรตินาได้ให้การรักษาผู้ป่วยเฉลี่ยเดือนละ 80-400 รายค่าใช้จ่ายในการฉีดยาประมาน 4000 บาทต่อคน และค่ายามีราคาแพง กลุ่มงานจักษุจึงได้เก็บข้อมูลเพื่อพัฒนาการรักษาภาวะนี้

84. ผลด้านการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย (Effective)



(1.2) ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัย

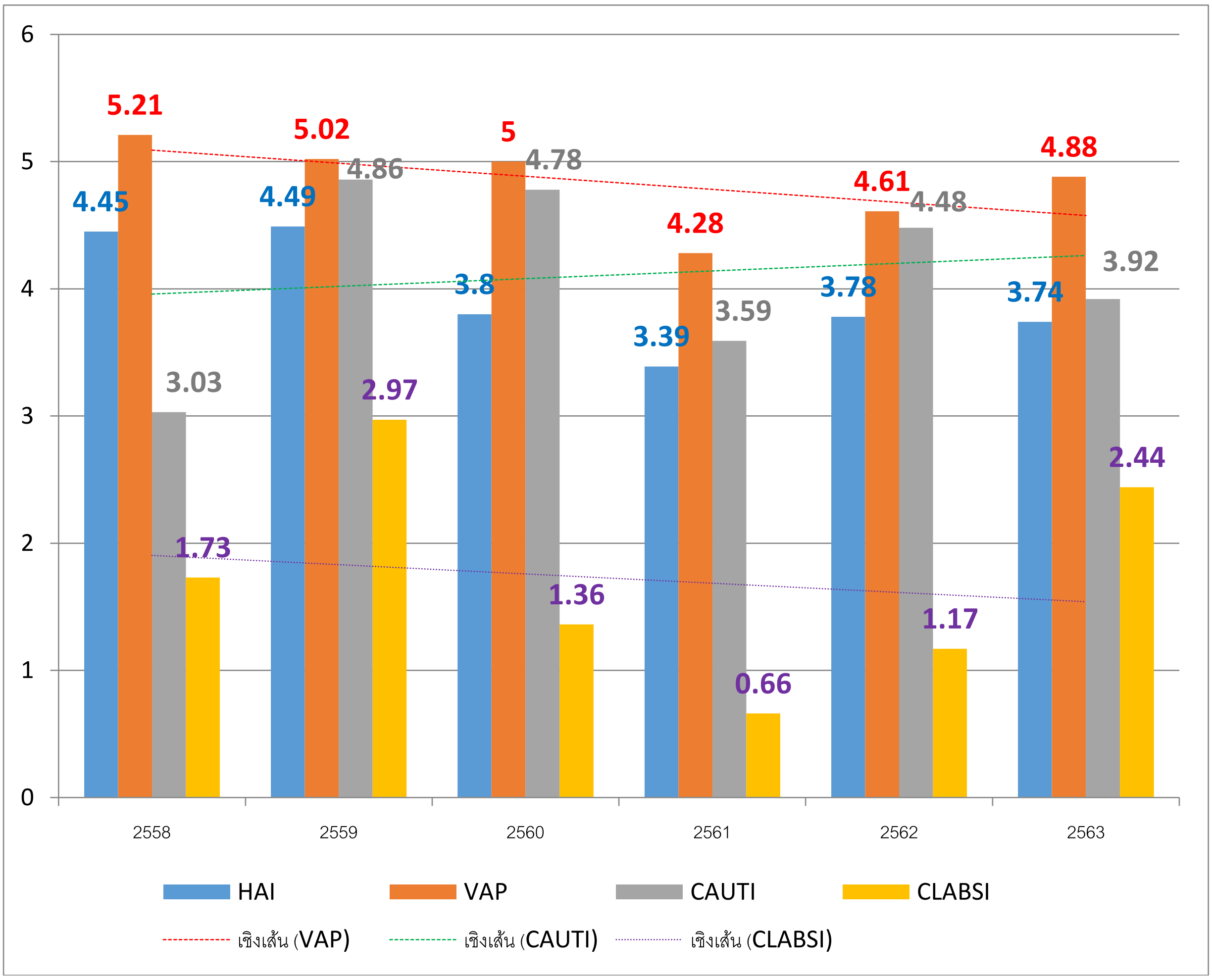
1.2.1 ด้านความปลอดภัย (ตามมิติคุณภาพที่นำเสนอใน CLT Profile& CQS)

85 ผลด้านความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด (S)				
ตัวชี้วัด	**เป้าหมาย**	**ผลการดำเนินงาน (ปีงบประมาณ)**		
		2561	**2562**	**2563**
ผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ที่ส่งผลกระทบกับผู้ป่วยความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป		B=12 D=1	B=14	B=8

พบการผ่าตัดผิดคนระดับ D 1 ครั้ง คือ รู้ว่าผ่าตัดผิดคน เมื่อดมยาแล้ว แต่ยังไม่ลงมีด จึง observe การหายใจ พบว่าผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติ ได้เพิ่มระบบการตรวจสอบแบบในทุกขั้นตอนของกระบวนการผ่าตัด ส่งผลให้ พบว่าระดับความรุนแรงของการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่งลดลงเหลือ ระดับ B จำนวน 14 ครั้งในปี 2562 และระดับ B จำนวน 8 ครั้งในปี 2563ระดับ B จำนวน 14 ครั้งในปี 2562

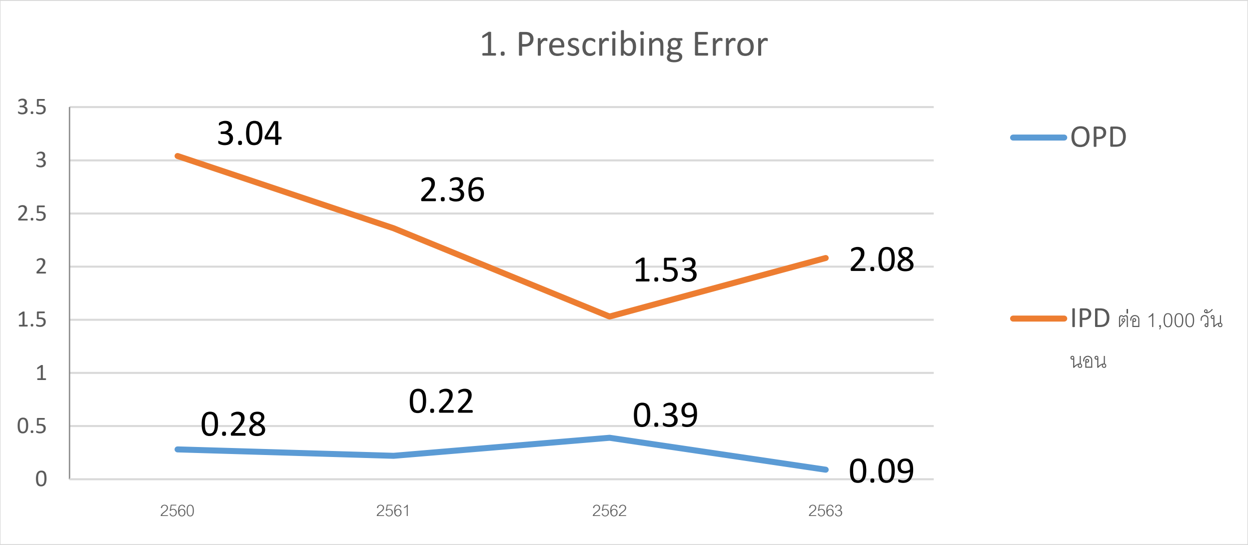
86. ผลด้านความปลอดภัยในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (IC)							
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน (ปีงบประมาณ)					
		2558	2559	2560	2561	2562	2563
อัตราการติดเชื้อในรพ. (health car associated							
infections) ต่อ 1,000 วันนอน*	< 4:1000	4.45	4.46	3.83	3.39	3.78	3.74
อัตราการติดเชื้อ VAP/1,000 Vent. Days*	<8:1000	5.21	5.02	5.0	4.28	4.61	4.88
อัตราการติดเชื้อ CAUTI/1,000 Cath. Days*	<5:1000	3.03	4.86	4.78	3.59	4.48	3.92
อัตราการติดเชื้อ CLABSI/1,000 Cath. Days*	<1:1000	1.73	2.97	1.36	0.66	1.17	2.44

แผนภูมิที่ 1 แสดงอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล ปี 2558-2563 (มิ.ย.63)



จากข้อมูลกราฟที่ 1 แสดงอัตราการติดเชื้อปี 2558-2563 อัตราการเกิด HAI ภาพรวมเกินเกณฑ์อยู่ในปี 2558-2559 = 4.45, 4.49: 1000 วันนอน ตามลำดับหลังจากนั้นในปี 2560-2563 ไม่เกินเกณฑ์ (4: 1000 วันนอน) อัตราการเกิด VAP เกณฑ์ตั้งไว้ < 8: 1000 Vent. Day ภาพรวมพบว่าไม่เกินเกณฑ์ อัตราการเกิด CAUTI แนวโน้มสูงขึ้นจากปี 2558-2560 = 4.03,4.86 และ 4.78 : 1000 F/C Day ปี 2561 ส่วนใหญ่ปัญหาอยู่มราศัลยกรรมกระดูกจึงทำกิจกรรมรณรงค์ลดการเกิด CAUTI โดยให้ทำรณเท Urine ทำ I/O ผลคืออัตราการติดเชื้อ CAUTI ลดลงเหลือ 3.59 : 1000 F/C Day ในปี 2560-2563 แนวโน้มสูงขึ้นอีก อัตราการเกิด CLABSI เกณฑ์ < 1:1000 CVC Day พบว่าแนวโน้มลดลง ยกเว้นปี 2563 ที่อัตราการเกิด CLABSI สูงขึ้น =2.44:1000 CVC Day เนื่องจากมีการใส่เป็นเวลานาน

87. ผลระบบบริหารจัดการด้านยาและด้านความปลอดภัยในการใช้ยา/เลือด (M)



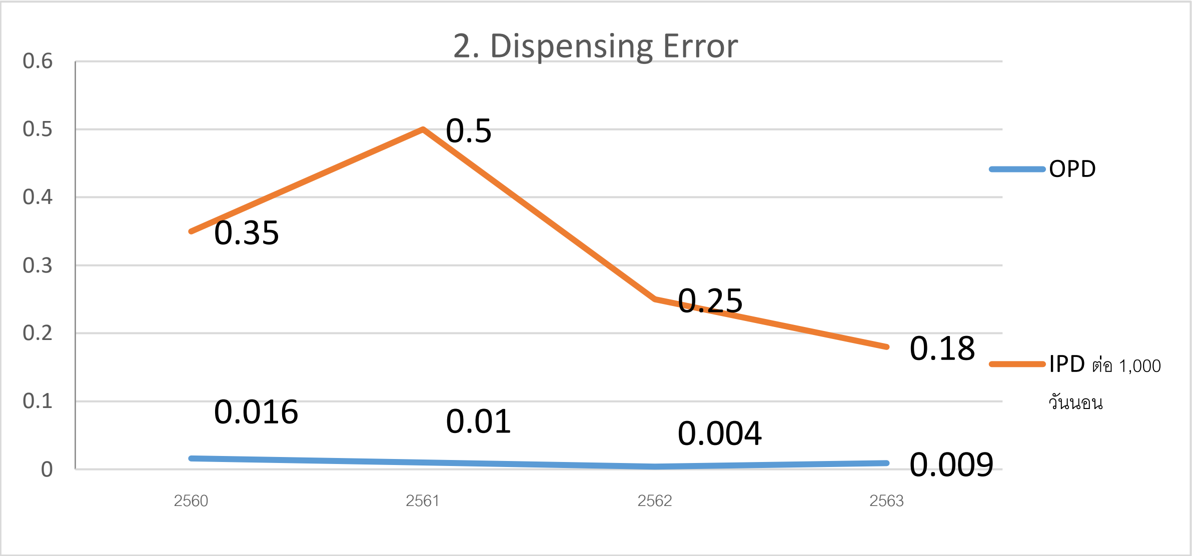
ความคลาดเคลื่อนทางยา

คณะกรรมการความปลอดภัยด้านยามีการรายงานข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยากลับไปยังคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) และผู้เกี่ยวข้อง เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ตระหนักและวางแนวทางป้องกัน กรณีที่เหตุการณ์รุนแรงตั้งแต่ระดับ E ขึ้นไปหรือ sentinel event กำหนดให้ผู้เกี่ยวข้องร่วมกันดำเนินการหาสาเหตุราก (Root Cause Analysis : RCA) และวางแนวทางป้องกัน

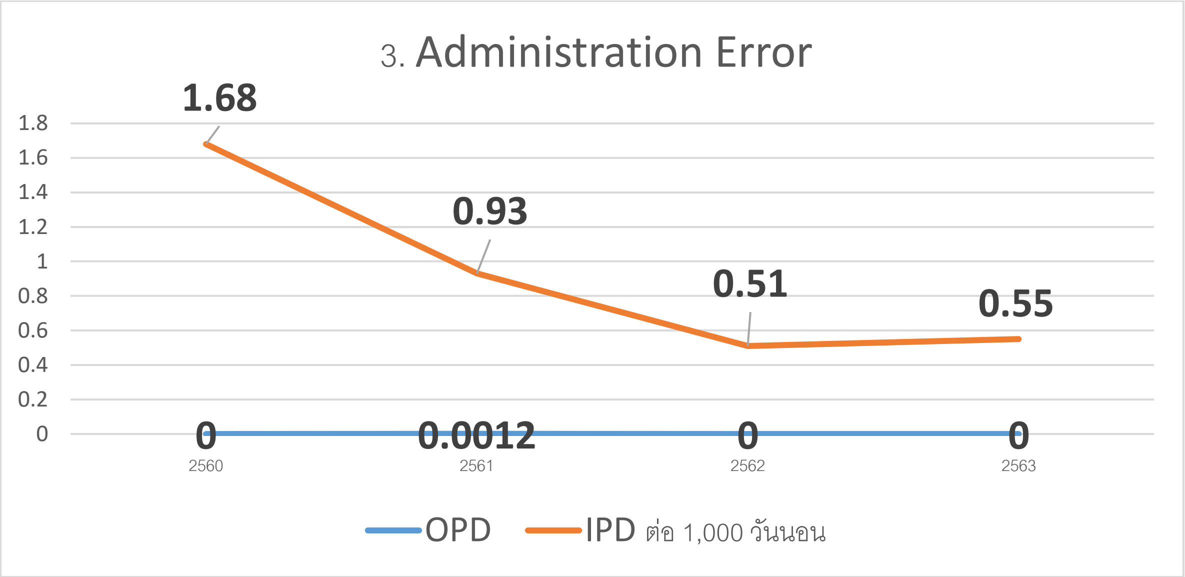
จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าอัตราความคลาดเคลื่อนยายังคงสูงเกินเป้าหมาย แต่รายงานความคลาดเคลื่อนส่วนใหญ่มีความรุนแรงในระดับ B ร้อยละ 97.13ความคลาดเคลื่อนจากการสั่งยาพบมากที่สุด รองลงมาคือความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยา และความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยา ตามลำดับ โดยในปีงบประมาณ 2563 พบรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาระดับตั้งแต่ระดับ E ขึ้นไป จำนวน 5 เหตุการณ์ (Prescribing error 3 เหตุการณ์, Dispensing error 2 เหตุการณ์) ซึ่งได้มีการทำ RCA และแก้ไขเชิงระบบแล้ว

Prescribing error : ความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาของผู้ป่วยนอกมีแนวโน้มลดลง เนื่องจากคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) กำหนดนโยบายให้แพทย์สั่งยาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ซึ่งได้รับความร่วมมือจากแพทย์ประมาณร้อยละ 70 ส่งผลให้ลดปัญหาเรื่องลายมือแพทย์ไม่ชัดเจน สั่งยาไม่ครบรายการ ซึ่งเป็นความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาที่พบ มากในปีงบประมาณที่ผ่านมา ส่วนความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาในผู้ป่วยในมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ส่วนใหญ่เกิดจากการสั่งยาไม่ครบรายการในการทำ Medication Reconciliation คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) จึงแจ้งทางคณะกรรมการ PCTที่เกี่ยวข้องและองค์กรแพทย์รับทราบ ซึ่งแพทยืให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามระบบ Medication Reconciliationเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 77.14 เป็นร้อยละ 87 นอกจากนั้นยังมีการกำหนดแนวทางป้องกันการสั่ง

ยาผิดคน มีระบบ double check double sign ต้องมีการยืนยันตัวผู้ป่วยทุกครั้งทั้งชื่อและนามสกุล, แจ้งระบบการป้องกันการแพ้ยาซ้ำผ่านองค์กรแพทย์ เพื่อให้แพทย์ทุกท่านรับทราบการเข้าถึงข้อมูลประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วย



Dispensing error : ระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ B ร้อยละ 99.66 ประเภทของความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยาที่พบมาก คือ ระบุวิธีใช้ผิด ผิดจำนวน และผิดขนาด/ความแรง/ความเข้มข้นในผู้ป่วยนอก และการจ่ายยาผิดชนิด ผิดรูปแบบในผู้ป่วยใน โดยกลุ่มงานเภสัชกรรม วิเคราะห์ความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนก่อนการจ่ายยาและขั้นตอนการจ่ายยาประจำเดือนภายในหน่วยงาน แจ้งเจ้าหน้าที่และเภสัชกรรับทราบ และกระตุ้นการปรับระบบงานเพื่อลดความคลาดเคลื่อนดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง, ปรับเปลี่ยนฉลากยาที่มีชื่อพ้องมองคล้าย (LASA), โครงการ Drug Address วางระบบให้มีการใช้รหัสยา หรือบ้านเลขที่ยา มา label บนตู้ยา และฉลากสติ๊กเกอร์ยา, ปรับระบบการจัดยาให้มีเจ้าหน้าที่จัดยาประจำตู้ยา ส่งผลให้ลดระยะเวลาในการจัดยาและเพิ่มความถูกต้องในการจัดยา, ปรับปรุงระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ให้สามารถเข้าถึงข้อมูลที่จำเป็นของผู้ป่วยเพื่อพัฒนาระบบคัดกรองใบสั่งยาและการตรวจสอบรายการยาของงานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน



Administration error : จำนวนรายงานความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยามีจำนวนน้อย ส่วนใหญ่มีความรุนแรงระดับ C ร้อยละ 77.23 ในปีงบประมาณที่ผ่านมาไม่พบการรายงาน Administration Error ในผู้ป่วยนอกสำหรับความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยาของผู้ป่วยใน พบรายงานการบริหารสารน้ำผิดอัตราเร็วมากที่สุด คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) จึงแจ้งกลุ่มการพยาบาลขอความร่วมมือพยาบาลในการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา เพื่อสามารถสรุปวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาเชิงระบบได้มากขึ้น โดยที่ผ่านมามีปัญหาทางระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการลงข้อมูลความคลาดเคลื่อนผ่านระบบ HRMS on cloundซึ่งอยู่ระหว่างดำเนินการแก้ไข อย่างไรก็ตาม คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) ร่วมกับกลุ่มการพยาบาล กำหนดนโยบายเพื่อลดความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยา ได้แก่ double check ก่อนบริหารยาทุกครั้ง โดยเฉพาะยาที่มีความเสี่ยงสูง, ทบทวนคำสั่งแพทย์กับใบ MAR อย่างสม่ำเสมอ, ลงบันทึกการบริหารยาให้เป็น real time การติดตามอาการของผู้ป่วยหลังบริหารยาและบันทึกอาการสำคัญในแบบบันทึกทางการพยาบาล, แจ้งระบบการป้องกันการแพ้ยาซ้ำผ่านกลุ่มการพยาบาล เพื่อให้พยาบาลทุกท่าน

<u>การแพ้ยาซ้ำ</u>

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบ 60	ปีงบ 61	ปีงบ 62	ปีงบ 63
1. จำนวนเหตุการณ์การแพ้ยาซ้ำจากยาตัวเดียวกัน	0	0	0	0	2 **(Ceftriaxone, Tramadol)**
2. จำนวนเหตุการณ์การแพ้ยาซ้ำจากยากลุ่มเดียวกัน	0	0	0	0	1 **(Eperisone-Tolperisone)**
3. จำนวนเหตุการณ์การแพ้ยาซ้ำจากยาข้ามกลุ่มกัน	0	0	0	0	0

<u>ระบบป้องกันการแพ้ยาซ้ำ</u>

คณะกรรมการยาได้นำข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา มาวิเคราะห์พัฒนาระบบเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเกิดการแพ้ยาซ้ำ ดังนี้

- มีการประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาโดยทีมสหวิชาชีพ และติดตามกำกับการปฏิบัติตามระบบติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา พัฒนาระบบการแจ้งเตือนผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาในส่วนต่าง ๆเพื่อสร้างการรับทราบและความระมัดระวังของทุกวิชาชีพในการป้องกันการแพ้ยาซ้ำ เช่น Chart เหล็กที่มีข้อความ **ผู้ป่วยแพ้ยา** ใส่ประวัติการรักษาผู้ป่วย พร้อมระบุชื่อยาที่แพ้หน้า Chart เพื่อแจ้งแพทย์ทราบ, ป้ายข้อมือสีแดง, สติ๊กเกอร์ชื่อ-นามสกุล HN ผู้ป่วยระบุ "มีประวัติแพ้ยา", ปรับเอกสารเวชระเบียนและใบสั่งยาในส่วนประวัติแพ้ยาของผู้ป่วย ให้มีขนาดและความหนาของตัวอักษรชัดเจน และอยู่ในตำแหน่งที่สังเกตได้ง่าย เพื่อให้แพทย์สังเกตเห็นประวัติแพ้ยาได้อย่างชัดเจน, ปรับปรุงระบบ IT ให้สามารถแจ้งเตือนการแพ้ยาในกลุ่มเดียวกันและข้ามกลุ่มกันได้ กรณีพบการแจ้งเตือนการแพ้ยาที่ไม่รุนแรง และแพทย์ยืนยันการสั่งใช้ยา กำหนดให้ใส่รหัสแพทย์หรือเภสัชกรเพื่อทำการบันทึกข้อมูลยาเท่านั้น เจ้าหน้าที่ไม่สามารถทำการยืนยันข้อมูลในส่วนนี้ได้ กรณีพบการแจ้งเตือนการแพ้ยาที่รุนแรง กำหนดให้ระบบคอมพิวเตอร์ lock ข้อมูล ผู้ใช้งานระบบคอมพิวเตอร์ทุกระดับไม่สามารถบันทึกข้อมูลการสั่งยาที่แพ้ได้

- หอผู้ป่วยรวมถึงหน่วยงานต่าง ๆ (ที่ไม่ใช่คลังยาและห้องจ่ายยา) ยกเลิกการสำรองยากลุ่ม Cephalosporins, Penicillinsและ Quinolones เนื่องจากข้อมูลผู้ป่วยของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าแพ้ยา 3 กลุ่มนี้มากที่สุด และเพื่อให้มีการตรวจสอบระหว่างวิชาชีพก่อนบริหารยาให้แก่ผู้ป่วย

<u>การใช้ยาอย่างสมเหตุผล(Rational Drug Use; RDU)</u>

ปีงบประมาณ 2563 รพ.พระนั่งเกล้าผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 1 แต่ยังไม่ผ่าน RDU ขั้นที่ 2 ในตัวชี้วัดร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอกและร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน เมื่อพิจารณาข้อมูลปีงบประมาณ 2563 เทียบกับปีงบประมาณที่ผ่านมา พบว่ามีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคดังกล่าวลดลงแต่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ทางคณะกรรมการการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของรพ.จึงได้สรุปข้อมูลอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะแยกตามกลุ่มแพทย์ตามตัวชี้วัดดังกล่าวแก่คณะกรรมการที่เกี่ยวข้องและองค์กรแพทย์ เพื่อติดตามกำกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอย่างต่อเนื่อง นอกนี้ยังมีการติดตามและประเมินการใช้ยา (Drug Use Evaluation : DUE) Imipenem/cilastatin, Meropenem, Ertapenem, Colistin พบว่ามีการสั่งใช้ยาตามเกณฑ์มากกว่าร้อยละ 80 %

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน (ปีงบประมาณ)					
		2558	2559	2560	2561	2562	2563
1.จำนวนการให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด		0	0	0	1	0	1

จากการทบทวนพบว่า

1. ความเสี่ยงที่เกิดจากการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดผิดคน ผิดหมู่ ชื่อผู้ป่วย หมู่เลือดเดียวกัน เก็บไว้ในช่องเก็บเลือดก่อนจ่ายในที่เดียวกัน ไม่ได้ตรวจเช็คนามสกุลและ HN ก่อนจ่ายเลือดผิดคนไปยังหอผู้ป่วย
2. เช็คประวัติจาก computer ผิดให้เลือดผิดหมู่เลือด O แก่ผู้ป่วยหมู่เลือดอื่นใด ซึ่งสามารถให้ได้แต่ไม่ตรงกับผู้ป่วย

88. ผลด้านความปลอดภัยในกระบวนการดูแลผู้ป่วย (P)

	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน (ปีงบประมาณ)					
		2558	2559	2560	2561	2562	2563
อุบัติการณ์การวินิจฉัยคลาดเคลื่อน (diagnostic error)*	ลดลง10%	NA	NA	NA	6 เรื่อง	-66% (2 เรื่อง)	+30% 3 เรื่อง

ปี 2561 พบการวินิจฉัยผิดพลาด ระดับ C จำนวน 4 ราย และ ระดับ D จำนวน 2 ราย เป็นการวินิจฉัยผิดพลาดระหว่างแผนกสูติ-นรีเวชกรรม และศัลยกรรม (Appendicitis) จึงมีแนวทางการดูแลและปรึกษาระหว่างแผนกตั้งแต่ก่อนผ่าตัดและระหว่างผ่าตัด มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การอัลตราซาวน์ช่องท้อง การทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เพื่อช่วยในการตรวจวินิจฉัย ส่งผลให้อัตราการวินิจฉัยผิดพลาดลดลงในปี 2562 และ 2563

ปี 2563 พบการวินิจฉัยผิดพลาด จำนวน 4 ราย เป็นโรคทางอายุรกรรม 2 ราย และเป็นโรคทางศัลยกรรมและสูติกรรม 2 ราย และเป็นวินิจฉัยล่าช้า จำนวน 1 ราย

88. ผลด้านความปลอดภัยในกระบวนการดูแลผู้ป่วย (P)				
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน (ปีงบประมาณ)		
		2561	2562	2563
ร้อยละของการเกิดการระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด				
ส่งใบ lab ผิดคน		0	B=1	B=2
ชื่อ-สกุลหรือเลขที่ผู้ป่วยบนสิ่งส่งตรวจไม่มี ไม่ถูกต้อง		0	0	C=1
เจาะเลือดผิดคน		B=2 C=19 D=1	C=4	C=9
X-Ray ออกใบนัดผิดคน /ลงผล x-ray ผิดคน		B=4 C=1	0	B=1
ไม่ติดป้ายข้อมือให้ผู้ป่วยก่อนนอนโรงพยาบาล /ส่งต่อแผนกอื่น		B=1 C=6	B=4	B=33
ลงทะเบียนผู้ป่วยผิดคน		B=3	0	0
ซักประวัติผู้ป่วยผิดคน		B=11	0	0
การระบุเพศทารกแรกเกิดไม่ถูกต้อง /ระบุชื่อทารกผิดคน		C=2	B=1	0
ส่งผู้ป่วยผิดคน		0	B=1	0

การป้องกันอุบัติการณ์การระบุตัวผิด เป็นสิ่งที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าให้ความสำคัญ อุบัติกาณ์ระบุตัวผิดที่พบบ่อยคือการไม่ติดป้ายข้อมือ ได้กำหนดให้มีการระบุตัวในขั้นตอนการให้บริการต่าง ๆ ทำให้มีการดักจับได้เร็วขึ้น

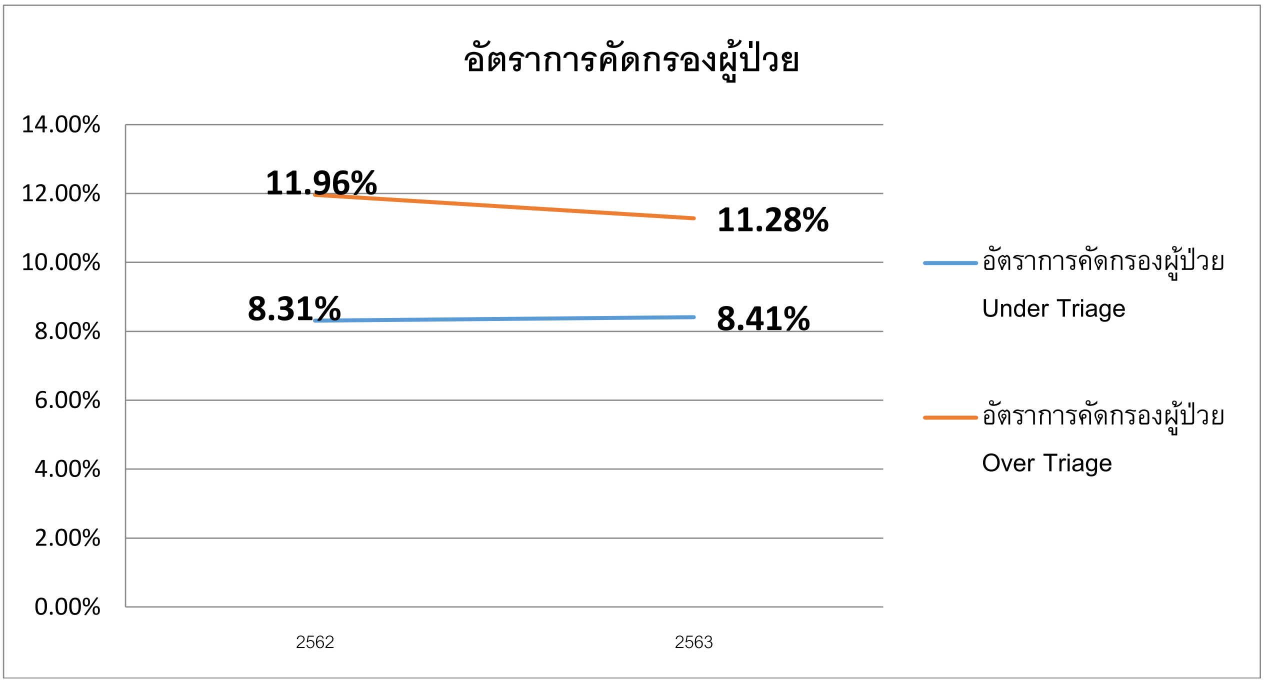
ในปี 2561 มีอุบัติการณ์ระบุเพศทารกแรกเกิดไม่ถูกต้อง ได้มีการทบทวนระบบการระบุตัวทารกและให้เพิ่มการ cross check ระหว่างทีม และระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้คลอด เพิ่มตำแหน่งการผูกป้ายข้อมือเป็น 2 ตำแหน่ง คือผูกป้ายข้อมือและข้อเท้า ส่งผลให้ระดับความรุนแรงการระบุตัวทารกผิด จากระดับ C จำนวน 1 ครั้ง ในปี 2561 เหลือเป็นระดับ B จำนวน 1 ครั้ง ในปี 2562 และมีอุบัติการณ์เป็น 0 ในปี 2563

89. ผลด้านความปลอดภัยในการใช้ line/tube/catheter และตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับห้องปฏิบัติการ (L)							
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน (ปีงบประมาณ)					
		2558	2559	2560	2561	2562	2563
ความเสี่ยงที่เกิดจากการส่งตรวจ Patho		8 คน	4 คน	6 คน	5 คน	4 คน	3 คน

ความเสี่ยงที่เกิดจากการส่งตรวจ Patho

1. เขียนตำแหน่งอวัยวะผิด เช่น ทำข้างซ้ายแต่เขียนเป็นข้างขวา
2. ไม่เขียนประวัติการส่งตรวจ
3. รายละเอียดใบส่งตรวจกับหน้าถุงส่งตรวจไม่ตรงกัน เช่น ทีใบระบุ **Rt upper eyelid** แต่ระบุ **Rt lover eyelid**
4. รายละเอียดในการส่งตรวจกับระบบทาง computer ไม่ตรงกันเช่นใบไม่มีส่งตรวจย้อมพิเศษแต่ใน computer มี key ส่งตรววจ
5. มีการ key ส่งตรวจทาง computer แต่ไม่มีการส่งตรวจจริง เช็คจากสมุดรับงาน
6. ส่งตรวจชิ้นเน้อไม่ระบุตำแหน่ง
7. ส่งตรวจ cyto ไม่ระบุตำแหน่ง
8. ไม่พบชิ้นเนื้อในภาชนะที่ส่งตรวจ
9. รายละเอียดในใบส่งตรวจ ไม่ตรงกับสิ่งส่งตรวจที่ส่งไป เช่น ส่งตรวจ Uterus With both adenexa แต่ไม่พบ Rt tube
10. Formarine หกออกมาโดนป้ายชื่อ ทำให้ไม่สามารถระบุตัวผู้ป่วยได้

90 ผลด้านความปลอดภัยในการดูแลภาวะฉุกเฉิน (E)			
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน (ปีงบประมาณ)	
		2562	2563
อัตราการคัดกรองผู้ป่วย Under Triage	<10%	8.31 %	8.41 %
Over Triage	<15%	11.96 %	11.28 %
ระยะเวลาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงได้รับการคัดกรอง	≤ 30 นาที	100 %	100 %



จากการประเมินการคัดกรองประเภทผู้ป่วยอธิบายได้ว่า ผลการคัดกรองต่ำกว่าเกณฑ์ (under triage) และสูงกว่าเกณฑ์ (over triage) ของพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในการคัดกรอง ณ จุดคัดกรอง ของหน่วยงานผู้ป่วยฉุกเฉินอาจเกิดได้หลายปัจจัยดังนี้

1. ประสบการณ์และความสามารถในการทำนายเหตุการณ์ล่วงหน้าของพยาบาลคัดกรองที่มีความแตกต่างกัน
2. ความรู้และความแม่นยำของพยาบาลในการใช้เกณฑ์การจัดแบ่งระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วย
3. ผู้ป่วยบางรายต้องการได้รับการตอบสนองจากแพทย์ในการตรวจรักษาทันทีที่มาถึงโรงพยาบาลซึ่งอาจเป็นปัจจัยส่งผลให้การคัดกรองผู้ป่วยสูงกว่าเกณฑ์
4. พยาบาลไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์ในการคัดกรอง บางครั้งใช้ความรู้สึกในการตัดสินใจแบ่งระดับการคัดกรอง
5. พยาบาลมีความเข้าใจไม่ถ่องแท้ในการคัดกรอง
6. กิจกรรมที่แพทย์สั่งทำหัตถการบางครั้งมากเกินการทำนายของพยาบาล

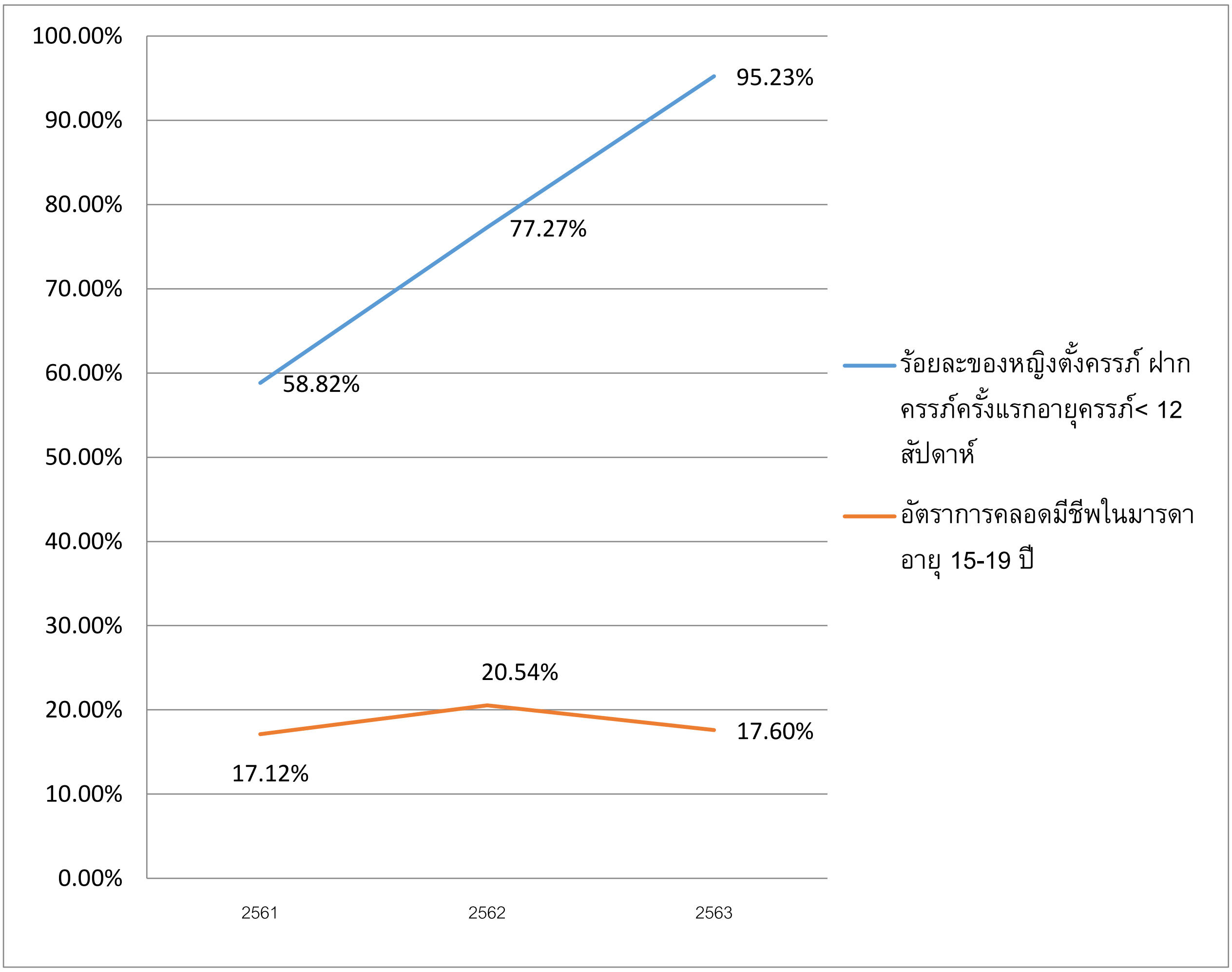
แนวทางในการแก้ปัญหา

1.จัดอบรมให้แก่พยาบาล โดยแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน

2.ประเมินผลการปฏิบัติงานโดยหัวหน้าเวร หัวหน้างาน และแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน

(2) ตัวชี้วัดสำคัญด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

91. ผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพของผู้รับบริการ (Health promotion)				
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน (ปีงบประมาณ)		
		2561	2562	2563
1.ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ ฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์< 12 สัปดาห์	60%	58.82% (10/17)	77.27% (17/22)	๙๕.๒๓% (๒๑/๒0)
2.อัตราการคลอดมีชีพในมารดา อายุ 15-19 ปี	<๔0 : 1000คน	17.12:1000 (5/292)	20.54:1000 (6/292)	๑๗.๖0 % (๕/๒๘๔)
3.ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์น้อยกว่า ๑๒สัปดาห์	60%	เริ่มในปี 2563		๙๕.๒๓% (๒๑/๒0)



การฝากครรภ์ครั้งแรก

1. กลไกการบริหารของ MCH Board ระดับจังหวัดที่เข้มแข็ง ทีมคณะกรรมMCH Board ระดับจังหวัดลงเยี่ยมเสริมพลังการทำงานของโรงพยาบาลระดับ รพช. อย่างต่อเนื่อง

2. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการประชาสัมพันธ์เรื่องการมาฝากครรภ์ไว ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข “ฝากท้องทุกที่ฟรีทุกสิทธิ์”

3. การทำงานเชิงรุก โดยให้ความรู้ในกลุ่มนักเรียนวัยรุ่นในโรงเรียน และในชุมชน โดยมี อสม. พ่อ-แม่อาสา

ช่วยแนะนำและให้ความรู้แก่วัยรุ่น ทำให้ได้รับบริการตามเกณฑ์ การเข้าถึงบริการการดูแลก่อนคลอด การได้รับยาวิตามินไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ และการได้รับความรู้เรื่องโภชนาการจะส่งผลต่อสุขภาพของมารดาและทารกให้มีสุขภาพที่แข็งแรง

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

อัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19ปี ยังสูงเกินเกณฑ์ เนื่องจากสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป พบว่ากลุ่มที่ตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่ไม่พร้อมเป็นเด็กวัยเรียนในระบบการศึกษาโรงพยาบาลพระนั่งเกล้ามีโรงเรียนในเขตรับผิดชอบจำนวน 4 โรงเรียน จึงได้พัฒนาเป็นโรงเรียนต้นแบบ 1 อำเภอ 1 โรงเรียน ที่ ร.ร. อนุราชประสิทธิ์ อ.เมือง จ.นนทบุรี โดยดำเนินการต่อไปนี้

1. บูรณาการทุกภาคส่วน เชิญชวนเป็นเครือข่ายและมีแกนนำวัยรุ่นเฝ้าระวังป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมในวัยรุ่น โดยจัดอบรมความรู้เชิงปฏิบัติการ เรื่องเพศไม่นำไปสู่การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมและการป้องกันไม่กลับมาท้องซ้ำ

2. มีมุมเพื่อนใจวัยรุ่น 1 แห่ง/ 1 โรงเรียน

3. มารดาวัยรุ่นได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อสนับสนุนช่วยเหลือ เช่นต้องไปทำงาน เรียนต่อ กศน. พบอุปสรรคในการเลี้ยงดูแลเด็กโดยไม่มีที่ปรึกษา

4. เจ้าหน้าที่ รพสต. รวมทั้งภาคีเครือข่าย พ่อ อาสา แม่ อาสา ชี้ชวนจูงใจแม่วัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงเข้าใจและรับบริคุมกำเนิดกึ่งถาวร โดยการสอดยาคุมกำเนิด ฟรี ในแม่อายุต่ำกว่า 20 ปี

5. มีไลน์กลุ่ม แม่และเด็กระดับอำเภอ และ ไลน์กลุ่ม พ่ออาสา และ แม่อาสา

92. ผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน				
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน (ปีงบประมาณ)		
		2561	2562	2563
1.ผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ ได้รับการคัดกรอง/ประเมินภาวะสุขภาพครบถ้วนตามเกณฑ์	75 %	เริ่มปี 2563		87.39
2.ตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์	60%	เริ่มปี 2563		100%
3.เด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน (6-14 ปี)	≥66%	56.24% (1968/3499)	57.27% (1622/2832)	62.02% (2042/3294)
4.ใของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ51	51%	97.92%	98.12%	85.07% (285/335)
5.ความสำเร็จของพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์	85	71%	72%	96.86 % (895/914)

การจัดบริการสำหรับชุมชน

กลุ่มปกติ : สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

กลุ่มเสี่ยง : ป้องกันไม่ให้เป็นโรค ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

กลุ่มป่วย : รักษาพยาบาล ฟื้นฟูสุขภาพ ดูแลต่อเนื่อง ไม่ให้โรคลุกลามเกิดภาวะแทรกซ้อน และกลุ่มผู้ป่วย Palliative

โดยมีกลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มวัยชัดเจน เช่น แม่และเด็ก วัยเรียน วัยทำงาน วัยผู้สูงอายุ

การพัฒนาสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ

งานผู้สูงอายุ

การคัดกรองผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบ หมู่ 1-5 ตำบลบางกระสอ

ปีงบประมาณ	จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด	จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง			รวม	ร้อยละ
		ติดสังคม (ADL 12-20)	ติดบ้าน (ADL 5-11)	ติดเตียง (ADL 0-4)		
2562	3,218	2,099	107	7	2,213	68.77
2563 ตค.62-มิย.63	3,402	2,381	10	16	2,407	70.75
2563 ตค.62-สค.63	3,401	2,916	40	16	2,972	87.39

มีระบบการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว LTC ครบองค์ประกอบ 7 ข้อ

1. มีระบบการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพและมีข้อมูลผู้สูงอายุที่จำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว

2. มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ

3. มีผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) จำนวน 2 คน, ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 18 คน

4. มีบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ (home Health Care) จากสถานบริการสู่ชุมชนโดยบุคลากร สาธารณสุขและทีมสหสาขาวิชาชีพ และมีการส่งต่อข้อมูลโดยระบบ Smart COC, ไลน์กลุ่ม HHC และการส่งต่อเมื่อเกินขีดศักยภาพ

5. มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับชุมชนโดยงานทันตกรรมจากโรงพยาบาล

6. มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง โดยท้องถิ่นชุมชนมีส่วนร่วมและมีแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care Plan) โดยมีแผนปฏิบัติงานและปรับปรุงตามสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ

7. มีคณะกรรมการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

<u>ผลการดำเนินงาน</u>

ปี 2562ได้รับการเยี่ยมบ้าน 22 คนคิดเป็นร้อยละ100

ปี 2563ได้รับการเยี่ยมบ้าน 33 คนคิดเป็นร้อยละ100 เสียชีวิต 12 รายย้ายนอกพื้นที่ ๒ คนคงเหลือผู้ป่วยระยะท้าย 19 คนคงเหลือผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ๒๓ ราย

การพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยเรียนวัยเรียน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ต.ค.62-มิ.ย.63
3.ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี พัฒนาสมวัย	ร้อยละ 80	หมู่ 1-5 ต.บางกระสอ 894รายคิดเป็นร้อยละ91.05 (814/894)ราย
<u>ตัวชี้วัดย่อย</u> 3.1ร้อยละของเด็กอายุ 9,18,30,42 ด.ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการเด็ก	ร้อยละ 90	94.48(120/127)ราย
3.2ร้อยละของเด็กอายุ 9,18,30,42 ด. ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบพัฒนาการล่าช้า (ตรวจครั้งแรก)	ร้อยละ 20	12.59(16/127)ราย

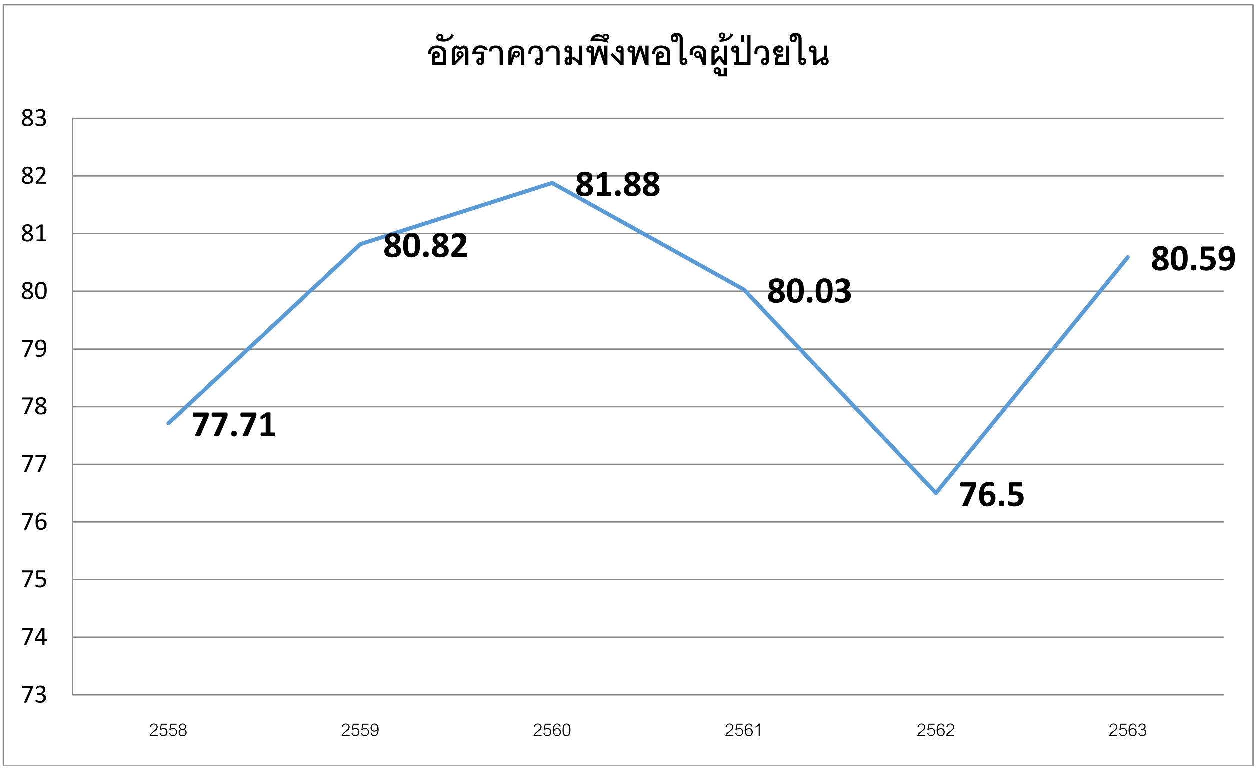
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ต.ค.60-มิ.ย.61
<u>ตัวชี้วัดย่อย</u> 3.3ร้อยละของเด็กอายุ9,18,30,42 ด. ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบพัฒนาการล่าช้า (ตรวจครั้งแรก)และได้รับการติดตามภายใน 30 วัน	ร้อยละ 100	94.73(18/19)ราย

1.มีกระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในชุมชน ประกอบด้วย ผู้ปกครอง ครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์เด็กเล็ก และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยเฝ้าระวังและตรวจพัฒนาการเด็ก สนับสนุนให้คำปรึกษาแนะนำด้านวิชาการ เฝ้าระวังสถานการณ์ ครู ผู้ปกครอง และผู้ดูแลเด็กมีส่วนร่วมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

2.มีการติดตามประเมินพัฒนาการซ้ำในกรณีที่สงสัยพัฒนาการล่าช้า

IV-2 ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น (มิติคนเป็นศูนย์กลาง)

93 ผลด้านความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจ/ความผูกพัน ของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (People-centered)							
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน (ปีงบประมาณ)					
		2558	2559	2560	2561	2562	2563
อัตราความพึงพอใจผู้ป่วยใน	>80%	77.71	80.82	81.88	80.03	76.5	80.59



Smart service

จากการวิเคราะห์การสำรวจความพึงพอใจ ปี 2558 - 2563 พบว่าประเด็นการตรวจรักษาของแพทย์ การให้บริการของบุคลาการทางการพยาบาล มีระดับคะแนนความพึงพอใจ อยู่ในระดับมากกว่า 80% อาทิ การดูแล ให้ความช่วยเหลือ การตอบสนองอย่างรวดเร็วเมื่อผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การให้ข้อมูล/คำแนะนำต่าง ๆ ตลอดจนกิริยามารยาทในการแสดงต่อผู้ป่วย เป็นไปในทางที่ดีโดยส่วนรวม

- นอกจากนี้การมีช่องทางเข้าถึงบริการที่สะดวก รวดเร็วมากขึ้น โดยจัดระบบการคัดกรอง 5 ระดับในการจำแนกประเภทผู้ป่วยที่มารับบริการได้อย่างเหมาะสมตามโรค อาการ อาการแสดง อาทิ ช่องทางด่วน , ระบบ Fast track ต่าง ๆ (Stroke, STEMI, TB ฯ) คลินิกเฉพาะสาขา, คลินิกนอกเวลาราชการ และคลินิกพิเศษแพทย์ผู้เชี่ยวชายนอกเวลาราชการ เป็นต้น

โอกาสพัฒนา

คะแนนความพึงพอใจของผู้มารับบริการ ปี 2562 ลดต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่วางไว้ งานผู้ป่วยนอกได้นำข้อมูลการตอบคำถามของผู้รับบริการที่ประเมินความพึงพอใจมาวิเคราะห์ ทบทวน พบว่าห้องตรวจที่มีผู้ป่วยมารับบริการมาก เจ้าหน้าที่มีภาระงานมาก มีคะแนนความพึงพอใจน้อยกว่า 80% เช่น ห้องตรวจอายุรกรรม ห้องตรวจศัลยกรรม ห้องตรวจจักษุ พบข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการ ระบบการให้บริการที่ล่าช้า รอนาน และการสื่อสารกับผู้รับบริการ แต่พบว่ามีแนวโน้มลดลง ปี 2560 จำนวน 24 ครั้ง ปี 2561 จำนวน 21 ครั้ง ปี 2562 จำนวน 12 ครั้ง และปี 2563 จำนวน 10 ครั้ง

มีการบริหารจัดการโดย

- การจัดระบบงาน ควบคุม กำกับ และสนับสนุนให้มีการปฏิบัติงานตามมาตรฐานอย่างถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสม ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ให้บริการอย่างเอื้ออาทร เป็นมิตร

- บริหารจัดการอัตรากำลังให้เหมาะสมกับภาระงาน อาทิ การหมุนเวียนบุคลากรช่วยเหลือกันภายในหน่วยงาน การจ้างบุคลากรที่เกษียณอายุราชการเป็นลูกจ้างรายคาบทดแทนอัตรากำลังที่ขาดแคลน

- สนับสนุน ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้ ทั้งในด้านของพฤติกรรมบริการ และความรู้เฉพาะสาขาเพื่อนำมาปฏิบัติงานได้เหมาะสม

-มีจิตอาสาช่วยเหลือในหน่วยงานที่มีภาระงานมาก เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วย

-การสร้างขวัญและกำลังใจให้กับบุคลากรเช่นการกล่าวชื่นชม การจัดกิจกรรมเนื่องในวันสำคัญต่างๆ และส่งเสริมการเข้าประชุม/ร่วมกิจกรรมตามวาระที่สำคัญ

-นำข้อมูลความเสี่ยงมาทบทวน เพื่อกำหนดแนวทางการปฏิบัติให้เหมาะสม

-เปิดบริการคลินิกนอกเวลา คลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ เพื่อเป็นช่องทางเลือกเพื่อลดความแออัด และลดความเครียดให้กับบุคลากร ได้แก่ คลินิกอายุรกรรม อายุรกรรมโรคข้อ อายุรกรรมต่อมไร้ท่อศัลยกรรมหลอดเลือด ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะศัลยกรรมกระดูกและข้อ คลินิกฝากครรภ์ ตา หู คอ จมูกคลินิกผิวหนัง เป็นต้น

<u>Smart Look</u>

จากการวิเคราะห์ พบว่าความสะดวกสบายทั่วไป และความสะอาดของห้องส้วม ได้คะแนนค่อนข้างต่ำ

จึงได้มีการทบทวน และปรับปรุง โดยการเปลี่ยนห้องส้วมจากแบบนั่งยองเป็นแบบชักโครกแทน ทำให้กลิ่นที่ไม่พึงประสงค์ลดลง และมีการกำกับติดตาม จัดตารางการทำความสะอาดทุก 2 ชั่วโมงและจัดหาอุปกรณ์อำนวยความสะดวกภายในห้องส้วม ได้แก่กระดาษชำระ สบู่ล้างมือให้พร้อมใช้ มีการปรับเปลี่ยนเก้าอี้ใหม่ สีสันสดใส เพื่อให้ดูสะอาด สวยงามให้บริการผู้ป่วยนอกจากนี้มีการเพิ่มพื้นที่สีเขียวเพื่อเป็นมุมพักผ่อน โดยการทำสวนหย่อม ปลูกต้นไม้เพิ่ม เพื่อให้ผ่อนคลายการทำ 5 ส. เป็นกิจวัตรประจำวันและทุกวันศุกร์

Smart IT

เนื่องจากระยะเวลารอคอยนาน และเกี่ยวเนื่องกับการรอเวชระเบียน เช่น ผู้ป่วยนัดไม่มีเวชระเบียนที่หน้างาน ครบถ้วน 100% โรงพยาบาลจึงได้มีการพัฒนาดังนี้

- ใช้ระบบ EMR (Electronic medical record) เกี่ยวกับงานเวชระเบียน การคีย์ยาผ่านระบบ SSB ใช้ระบบการสแกน ทำให้ได้รับความสะดวก รวดเร็วมากขึ้นลดระยะเวลารอคอย และการติดตามเวชระเบียน

-ระบบพยาธิวิทยาคลินิกสามารถดูผลทางคอมพิวเตอร์ณ จุดบริการ

- ระบบการนัดหมายเหลื่อมเวลา

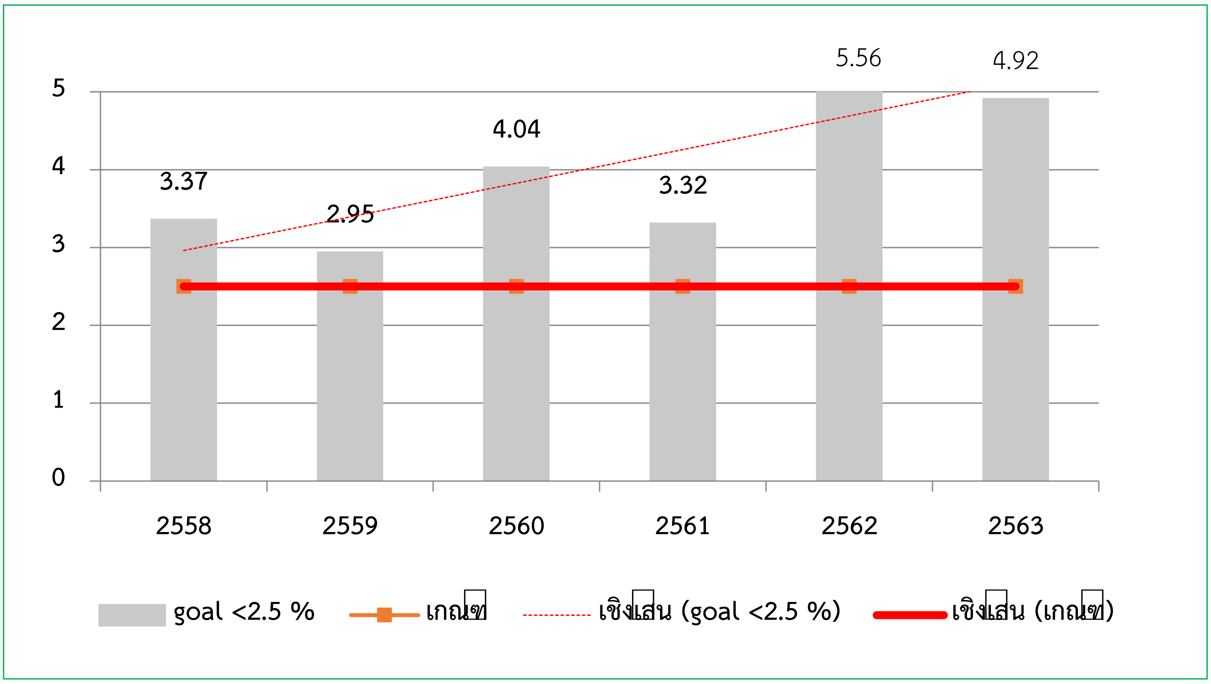
IV-3 ผลด้านกำลังคน

94 ผลด้านความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจ/ความผูกพัน ของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (People-centered)

(ด้าน IC)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน (ปีงบประมาณ)					
		2558	2559	2560	2561	2562	2563
บุคลากรติดเชื้อจากการทำงาน (TB)	0 คน	1	3	1	4	3	3
อัตราการเกิดอุบัติการณ์ของมีคมสัมผัสสารคัดหลั่ง	<2.5%	3.37	2.95	4.04	3.32	5.56	4.92

แผนภูมิที่ 2 แสดงอัตราการเกิดอุบัติการณ์จากของมีคมหรือสัมผัสสารคัดหลั่ง ปี 2558-2563 (มิ.ย.63)



จากแผนภูมิที่ 2 วิเคราะห์อัตราการเกิดอุบัติการณ์จากของมีคมหรือสัมผัสสารคัดหลั่งพบว่าแนวโน้มสูงขึ้นโดยเฉพาะในปี 2562–2563 พบว่าส่วนใหญ่ที่เกิดอุบัติการณ์เป็นพยาบาลจบใหม่ไม่เกิน 3 ปี และกลุ่มนักศึกษาแพทย์/แพทย์ Intern ในกลุ่มพยาบาลจบใหม่อุบัติการณ์ที่เกิดเป็นเรื่องการสวมปลอกเข็ม ได้ประสานกลับสถาบันการสอน ให้ยกเลิกการสอนวิธี one hand technique เพราะสวมปลอกเข็มทุกราย แนะนำให้ใช้ Sharp container เพื่อปลดเข็มในกลุ่มนักศึกษาแพทย์/แพทย์ Intern ส่วนใหญ่เกิดจากเข็มตำขณะทำหัตถการและสารคัดหลั่งกระเด็นเข้าตาข้อเสนอคือให้ป้องกันตนเองใส่ PPE ขณะทำหัตถการกรณีสารคัดหลั่งกระเด็น และเหตุเกิดจากเข็มเย็บแผลตำกับการฉีดยาชาให้ใช้ความระมัดระวังอย่าใช้นิ้วรองกันบาดแผลขณะที่เย็บแผล

กรณีการเจ็บป่วยจากการปฏิบัติงานพบว่า เจ้าหน้าที่ติดเชื้อจากการทำงานโรคติดเชื้อที่พบบ่อยคือวัณโรค ข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี ดังนี้

ปี 2558 พบ 1 ครั้ง เป็นพนักงานเวรห้องผ่าตัด

ปี 2559 พบ 3 ครั้ง เป็นพยาบาล 2 คน (OPD Surg, SubICU) ผู้ช่วยพยาบาล 1 คน(อายุรกรรมชาย)

ปี 2560 พบ 1 ครั้ง เป็นเจ้าหน้าที่หน่วยจ่ายกลาง (ภูมิต่ำเป็น SLE)

ปี 2561 พบ 4 ครั้ง เป็นแพทย์ 1 คน พยาบาลวิสัญญี 1 คน (ภูมิต่ำ) พนักงานผู้ช่วยเหลือ 2 คน พบจากการตรวจสุขภาพทั้งหมด 4 คน

ปี 2562 พบ 3 ครั้ง เป็นพนักงานเปล 1 คน พยาบาล 2 คน (LR, RCUM พบจากการตรวจสุขภาพ)

ปี 2563 พบ 3 ครั้ง เป็นจนท.ห้องสมุด 1 คน (ป่วย) พยาบาลห้องผ่าตัด 1 คน (พบจากการตรวจสุขภาพ) พยาบาล OPD จิตเวช 1 คน (ป่วย)

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าในปี 2558-2560 รพ.พระนั่งเกล้าไม่มีสถานที่ในการตรวจวัณโรคที่แยกออกมาจาก OPD ทั่วไป ในปี 2561คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล ได้รายงาน ปัญหาให้ผู้อำนวยการทราบและมีการจัดสรรพื้นที่ตึกเจ้าทับชั้น1เป็นคลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ และเปิดใช้จนถึงปี 2562 ต่อมาเดือนมีนาคม 2563 มีการระบาดโรคโควิด19 มีการปรับเปลี่ยนสถานที่ตึกเจ้าทับชั้น 1 เป็น ICU ห้องแยกโรคความดันลบ 6 ยูนิต และทำให้คลินิกวัณโรคปิดไปในช่วงระบาดโควิด ต่อมาเปิดให้ บริการอีกครั้งโดยใช้สถานที่หน้าตึกแพทย์แผนไทย ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ คณะกรรมการ ICC ได้ปรึกษาผู้อำนวยการให้ใช้พื้นที่ตึกเจ้าทับที่ปรับระบบเป็นห้องแยกความดันลบได้ ระหว่างที่รอการปรับ ปรุงพื้นที่ชั้น 1 อาคารเจ้าทับ บริเวณห้องเคมีบำบัดให้เป็นคลินิกโรคระบบทางเดินหายใจต่อไป

การพบว่าป่วยเป็นวัณโรคส่วนใหญ่ไม่มีอาการ แต่พบว่าทราบผลจากการตรวจสุขภาพประจำปีและไม่ตรวจสุขภาพด้วยการ X-Ray ปอด ก่อนเข้าทำงาน สิ่งที่แก้ไขประสานกรรมการ HRD ให้ดำเนินการตรวจสุขภาพผู้เข้าบรรจุทำงานใหม่ได้แก่ CXR ,ตรวจหาภูมิ Hepatitis B คณะกรรมการ ICC จะช่วยเรื่องการให้ภูมิคุ้มกันโรคเช่น วัคซีนไข้หวัดใหญ่ประจำปี วัคซีน Hepatitis B (ประสานอาชีวเวชกรรม)

ตอนที่ IV ผลการดำเนินงานขององค์กร

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563 (ต.ค.62-มี.ค. 63)
การบรรลุผลตามกลยุทธ์องค์กร						
อัตราตัวชี้วัดที่บรรลุเป้าหมาย	80%	29.03 (9/31)	29.03(9/31) 34.48(20/58)	35.48 (11/31) 47.06 (24/51)	38.71 (12/31) 49.02 (25/51)	
อัตราความสำเร็จตาม Action Plan	>80%	68.56	58.53	68.38	67.77	44.69
อัตราศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะโรค ผ่านเกณฑ์คุณภาพที่กำหนด	100%	61.41	71.57	68.65	62.49	71.81
อัตราความพึงพอใจระบบการสื่อสารภายใน	> 70%	77.60	62	68	74	อยู่ระหว่างการวิเคราะห์ข้อมูล

(1) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับการบรรลุผลตามกลยุทธ์และแผนปฏิบัติ

การขององค์กรประเมินตัวชี้วัดระดับองค์กรที่ตอบสนองกลยุทธ์

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563 (ต.ค.62-มี.ค. 63)
การพัฒนาศักยภาพการรักษาพยาบาล	1. อัตราศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะโรคผ่านเกณฑ์ คุณภาพ (ศักยภาพ) ที่กำหนด	100%	61.41	71.57	68.65	62.49	71.81
เพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมกำกับการนำยุทธศาสตร์สู่การการพัฒนาคุณภาพ HA อย่างต่อเนื่อง	2.อัตราความสำเร็จตามตัวชี้วัด (KPI)	>60%	29.03 (9/31)	29.03(9/31) 34.48(20/58)	35.48 (11/31) 47.06 (24/51)	38.71 (12/31) 49.02 (25/51)	
	3. อัตราความสำเร็จตาม Action Plan	>80%	68.56%	58.53	68.38	67.77	44.69
การพัฒนามาตรฐานการเรียนการสอนและการวิจัยทางการศึกษา	4. โรงพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพ HA	ผ่านการประเมิน	- ผ่านการ Reaccreditation 1 19 พ.ค. 2558 – 18 พ.ค.2561 - รับ Surveillance Survey 2 27 ก.พ. 2560				
	5. ศูนย์แพทยศาสตร์ศึกษาผ่านเกณฑ์การประเมินตนเอง (safe assessment report) โดย กสพท.	ผ่านการประเมิน	ผ่านการประเมิน	ผ่านการประเมิน	ผ่านการประเมิน	ผ่านการประเมิน	ผ่านการประเมิน
	. เป็นสถาบันฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาออร์โธปิดิกส์	ผ่านการประเมิน	ผ่านการประเมิน	ผ่านการประเมิน	ผ่านการประเมิน	ผ่านการประเมิน	ผ่านการประเมิน

(2) องค์กรแสดงให้เห็นผลของพฤติกรรมที่มีจริยธรรม ความเชื่อมั่นในผู้นำระดับสูงและการกำกับดูแลกิจการ

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563 (ต.ค.62-มี.ค. 63)
พัฒนาระบบธรรมาภิบาล และคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ	1. หน่วยงานมีความก้าวหน้าในการดำเนินการพัฒนาโรงพยาบาลคุณธรรม/หน่วยงานคุณธรรม	เพิ่มจากเดิมอย่างน้อย 1 ระดับ	เดิมระดับ 3 พัฒนาขึ้นเป็นระดับ 5	ได้รับรางวัลหน่วยงานคุณธรรมระดับจังหวัด	ระดับ 5	ระดับ 5	ระดับ 5
	2. หน่วยงานสังกัดปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีระบบการควบคุมภายในการบริหารความเสี่ยงและตรวจสอบภายใน	>80%	-	85.54%	85.54%	81.57	66.36

(3) องค์กรแสดงให้เห็นผลของความรับผิดชอบทางการเงิน (fiscal accountability) ทั้งภายในและภายนอก

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563 (ต.ค.62-มี.ค.63)
เพิ่มรายรับในงานบริการผู้ป่วย	1. อัตราการเพิ่มรายรับจากการให้บริการ	เพิ่มขึ้น ≥5%					
	- UC		เพิ่มขึ้น 16.82% (497,511,045.91)	เพิ่มขึ้น 26.60% (552,033,507.17)	เพิ่มขึ้น 28.33%	ลดลง 5.15%	ลดลง 1.33%
	- ประกันสังคม		พิ่มขึ้น 16.35% (191,349,010.50)	ลดลง 10.66% (118,642,285.10)	เพิ่มขึ้น 91.06%	เพิ่มขึ้น 2.41%	เพิ่มขึ้น 25.14%
	- เงินบำรุง		เพิ่มขึ้น 16.82% (606,076,947.45)	เพิ่มขึ้น 2.07 (659,468,919.06)	ลดลง 12.93%	ลดลง 4.40%	เพิ่มขึ้น 13.26%
เพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร ยา และเวชภัณฑ์มิใช่ยา	2. มูลค่าการใช้ยา เวชภัณฑ์มิใช่ยา และวัสดุวิทยาศาสตร์ลดลง	ลดลง ≥10%					
	- มูลค่าการใช้ยา		ลดลง 13.50% (447,429,899.48)	ลดลง5.27% (428,798,276.40)	ลดลง5.27% (13,553,421)	เพิ่มขึ้น 10.09%	เพิ่มขึ้น 17.59%
	- มูลค่าการใช้เวชภัณฑ์มิใช่ยา		เพิ่มขึ้น 33.58% (114,208,736.80)	เพิ่มขึ้น 31.01% (166,332,382.69)	ลดลง-33.44% (155,073.08)	เพิ่มขึ้น 101.50%	เพิ่มขึ้น 7.38%
	- มูลค่าการใช้วัสดุวิทยาศาสตร์		เพิ่มขึ้น 1.76% (45,878,015.20)	เพิ่มขึ้น 4.59% (45,229,131.86)	เพิ่มขึ้น 12% (13,553,421)	เพิ่มขึ้น 24.53%	เพิ่มขึ้น 3.72%

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563 (ต.ค.62-มี.ค. 63)
	3.ค่าใช้จ่ายต่อ RW ตามระบบ DRG	ลดลง ≥10%					
	- กรมบัญชีกลาง		ลดลง 6.32% (17,005.74)	เพิ่มขึ้น 17.17% (19,909.80)	17,574.6		
	- ประกันสังคม		เพิ่มขึ้น 24.96% (14,711.66	ลดลง 0.57% (15,241.18)	15,256.56		
	- UC		เพิ่มขึ้น 3.33% (12,915.66)	เพิ่มขึ้น 7.47% (14,331.05)	14,255.98		

(4) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับการประเมินองค์กร การปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบ

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563 (ต.ค.62-มี.ค. 63)
การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม	1. ผ่านการประเมินรับรองมาตรฐานจัดการมูลฝอยติดเชื้อจากกรมอนามัย	ผ่านการประเมิน		- ผ่านการประเมิน			
	2. โรงพยาบาลมีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย	มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย (0.31/กก./เตียง/วัน)	1.24 กก./เตียง/วัน (เตียง 595)	1.25 กก./เตียง/วัน (เตียง 595)			

(5) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับการสนับสนุนความร่วมมือและความรับผิดชอบต่อชุมชน

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563 (ต.ค.62-มี.ค.63)
สร้างความเข้มแข็งในชุมชนในการดุแลโรคเรื้อรัง พัฒนาการแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย	1. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกอายุ <12 สัปดาห์	≥ 60%	50.20%	55.70%	59.80%	59.40%	57%
	- รพ.		44.25%	57.44%	66.67%	78.57%	57%
	- พื้นที่รับผิดชอบ ม.1-5		52.94%	45.45%	59.80%	59.40%	64.89%
	2. อัตราการคลอดมีชีพในมารดาอายุ 15-19 ปี	ไม่เกิน 42:1,000					
	- รพ.		34.19:1,000	14.01:1,000	0.71: 1,000		
	- พื้นที่รับผิดชอบ ม.1-5		14.52:1,000	18.48:1,000	10.64 : 1,000	10.64:1000	12.55:1000
	3. ร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	ไม่น้อยกว่า 80%					
	- รพ.		96.68%	91.28%	92.69%		
	- พื้นที่รับผิดชอบ ม.1-5		97.57%	95.33%	97.92%	90%	100%
	4. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันได้ดี (<140/90)	≥ 50%					
	- รพ.				17.88	18.54	19.23
	- พื้นที่รับผิดชอบ ม.1-5		70.09%	57.90%	67.78	18.47	16.40

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563 (ต.ค.62-มี.ค.63)
	5. ร้อยละของตำบลที่มีระบบการเสริมสร้างสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว	Long Term Care ในชุมชนผ่านเกณฑ์	- ตำบลบางกระสอได้เป็นตำบล LTC ได้ระดับดี 1 แห่ง - ชุมชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล 5 ชุมชนผ่านเกณฑ์ 100%			100%	100%
การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสิ่งแวดล้อม	6. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN HOSPITAL	1)ร้อยละ 20 ผ่านระดับดีมาก 2) รพ.ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก อย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง	-	90.36%	ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก		

เกณฑ์คุณภาพตามมาตรฐานศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

ลำดับ	เกณฑ์คุณภาพ	เป้าหมาย	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563 (ต.ค.62-มี.ค.63)
1.	Under Triage	< 10%	2.21	3.45	3.40	8.99	8.01
2.	Over Triage	< 15%	1.27	5.77	4.03	11.26	9344
3.	ผู้ป่วย Trauma ได้รับการประเมิน Trauma screening	$\geq$ 80%	63.9	90.13	89.30	73.35	74.38
4.	ผู้ป่วย Trauma Ps $\geq$0.75 ได้รับการทบทวน	100%	93.33	72.73	90.9	100	100
5.	ผู้ป่วยฉุกเฉิน GCS < 8 ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ	100%	99.87	100	96.39	100	100
6.	อัตราการกลับมาตรวจซ้ำด้วยโรคเดิมภายใน 24 ชั่วโมง	< 10%	0.1	0.27	0.10	0.01	0.29
7.	แพทย์เฉพาะสาขาสั่งการรักษาผู้ป่วยวิกฤตภายใน 15 นาที หลังจาก consult	80%	100	92.16	94.90	100	100
8.	การทำ CPR ถูกต้องตามมาตรฐาน	100%	94.15	100	100	100	100
9.	ผู้ป่วยเข้าข่ายสงสัย ACS ได้รับการทำ EKG และแปลผลภายใน 10 นาที	100%	100	98.41	82.60	91.24	81.31
10.	ผู้ป่วยเข้าข่ายสงสัย Stroke fast track ได้รับการทำ CT-brain และแปลผลภายใน 1 ชั่วโมง	100%	100	100	100	100	95.45
11.	ผู้ป่วยวิกฤต (แดง) ที่ ER สามารถขึ้นหอผู้ป่วยภายใน 2 ชั่วโมง	80%	71.56	60.67	28.70	46.06	51.52
12.	ผู้ป่วยฉุกเฉิน (ชมพู) ที่ ER สามารถขึ้นหอผู้ป่วยภายใน 4 ชั่วโมง	80%	87.28	85.04	81.67	83.99	79.66

เกณฑ์คุณภาพมาตรฐานศูนย์ทารกแรกคลอด

ลำดับ	เกณฑ์คุณภาพ	เป้าหมาย	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563 (ต.ค.62-มี.ค.63)
1.	อัตราการตายปริกำเนิด (อายุครรภ์ตั้งแต่ 22 สัปดาห์) > 7 วัน	ไม่เกิน 4 : 1,000 การเกิดทั้งหมด	4.65	0.27	0.86	0	1.36
2.	อัตราการตายปริกำเนิด (อายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์)> 7 วัน	ไม่เกิน 4 : 1,000 ทารกคลอด	2.54	3.06	2.58	0.86	3.42
3.	อัตราการตายของทารกแรกเกิด (ทั้งหมด)	ไม่เกิน 6 : 1,000 ทารกเกิดมีชีพ	8.27	6.12	5.45	4.22	8.88
4.	ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม	ไม่เกินร้อยละ 7	11.14	12.60	12.81	11.6	11.80
5.	อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของทารกแรกเกิดน้ำหนัก ต่ำกว่า 1,000 กรัม ภายใน 28 วัน	น้อยกว่าร้อยละ 50	27.77	33.33	62.50	25	66.66
6.	อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของทารกแรกเกิดน้ำหนัก 1,000 – 1,499 กรัม ภายใน 28 วัน	น้อยกว่าร้อยละ 10	11.11	2.04	4.44	16.12	30.77
7.	อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของแรกเกิดน้ำหนัก 1,500 – 2,499 กรัม ภายใน 28 วัน	น้อยกว่าร้อยละ 2	0.54	1.81	0.51	1.47	0

เกณฑ์คุณภาพตามมาตรฐานศูนย์โรคกระดูกและข้อ

ลำดับ	เกณฑ์คุณภาพ	เป้าหมาย	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563 (ต.ค.62-มี.ค.63)
Musculoskeletal disease Hip							
1.	ร้อยละของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกได้รับ prophylactic antibiotic	100%	100	100	100	100	100
2.	อัตราการติดเชื้อในข้อสะโพกหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกภายใน 1 ปี	0.5%	0	0	0	0	0
3.	อัตราการติดเชื้อในข้อสะโพกหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกภายใน 90 วัน	2%	0	0	0	0	0
Knee							
1.	ร้อยละของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าได้รับ prophylactic antibiotic	100%	100	100	100	100	100
2.	อัตราการติดเชื้อในข้อเข่าหลังการผ่าตัดเปลี่ยน ข้อเข่าภายใน 1 ปี	0.5%	-	0	0	0	0
3.	อัตราการติดเชื้อในข้อเข่าหลังการผ่าตัดเปลี่ยน ข้อเข่าภายใน 90 วัน	3%	0	0	0	0	0

เกณฑ์คุณภาพมาตรฐานศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ สาขาสุขภาพช่องปากด้านการรักษาผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่

ลำดับ	เกณฑ์คุณภาพ	เป้าหมาย	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563 (ต.ค.62-มี.ค.63)
1.	ทารกที่เป็น Cleft Palate ได้รับการใส่เครื่องมือObtulater	100%	NA	NA	100%	100%	100%
2.	ทารกที่เป็น Urilateral Cleft Lip/Palate ได้รับการใส่เครื่องมือ NAM I	100%	NA	NA	25%	25%	25%
3.	ทารกที่เป็น Bilateral Cleft ได้รับการใส่เครื่องมือ NAM II	100%	NA	NA	100%	100%	100%
4.	ทารกที่ได้รับการผ่าตัดเย็บริมฝีปากได้รับการใส่เครื่องมือ NAM III	100%	NA	NA	100%	100%	100%

เกณฑ์คุณภาพมาตรฐานศูนย์จักษุ

ลำดับ	เกณฑ์คุณภาพ	เป้าหมาย	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563 (ต.ค.62-มี.ค.63)
โรคต้อกระจก							
1.	อัตราความพึงพอใจของใช้บริการ	> 80%	81.92	84.50	85.4	85.6	82
2.	VA ดีขึ้นกว่าเดิม > 2 แถว หรือ > 6/18	> 80%	87.95	95.95	95.5	92	85
3.	อัตราผู้ป่วย Severe Low Vision Cataract ได้รับการผ่าตัดภายใน 90 วัน	> 80%	87.95	95.95	92.92	96.09	93
4.	อัตราผู้ป่วย Blinding Cataract ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน	> 80%	80.05	94.86	93.10	91.79	90.8
กลุ่มโรคต้อหิน							
1.	อัตราการได้รับการยิง Laser peripheral Iridotomyในกลุ่มผู้ป่วยมุมตาแคบที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดต้อหินเฉียบพลัน (High risk PACS , PAC , AACG)	100%	94.5	100	100	96.5	100
2.	อัตราการได้รับการรักษาภายใน 30 นาที ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นต้อหินเฉียบพลัน	100%	100	100	100	100	100
3.	อัตราการผ่าตัด Trabeculectomy สามารถลดความดันลูกตาลง อย่างน้อย 30% จากเดิม โดยไม่ต้องใช้ยาภายใน 6 เดือน	> 80%	92.5	92.5	92	89	95
กลุ่มโรคจอประสาทตา							
1.	อัตราผู้ป่วย Proliferative diabetic retinopathy ได้รับการ Laser ภายใน 30 วัน	100%	100	100	100	100	100
2.	อัตราจอประสาทตาหลุดลอกซ้ำใน 6 เดือนหลังผ่าตัด Rhegmatogenous retinal detachment	< 20%	2.67	0.28	1.26	2.2	2.95
3.	ปลูกถ่ายกระจกตา				31 ราย	10	6ราย

หมายเหตุ **Severe Low Vision Cataract** หมายถึง ต้อกระจกที่มีสายตา presenting VA แย่กว่า 6/60 ถึง 3/60 (5/60, 4/60, 3/60)

Blinding Cataractหมายถึง ต้อกระจกที่มีสายตาpresenting VA แย่กว่า 3/60 (2/60, 1/60, CF, HM, PJ, PL)

เกณฑ์คุณภาพตามมาตรฐานศูนย์โรคหัวใจ

ลำดับ	เกณฑ์คุณภาพ	เป้าหมาย	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	เป้าหมาย	ปี 2562	ปี 2563 (ต.ค.62-มี.ค.63)
1.	อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย STEMI ที่ Admit และไม่ได้ Admit ในโรงพยาบาล	<10%	10 (13/130)	8.8 (12/136)	7.7 (17/219)	<9%	14.1 (33/233)	6.6 (16/240)
2.	อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย STEMI ที่ Admit	<10%	11.3 (13/115)	10.5 (12/114)	7.5 (14/185)	<9%	14.5 (27/185)	6.03 (7/116)
3.	อัตราการเปิดหลอดเลือดผู้ป่วย STEMI ทั้งหมด ที่ Admit และไม่ได้ Admit ในโรงพยาบาล	>75%	94.7 (109/115)	92.6 (126/136)	81.2 (178/219)	>80%	85.4 (199/233)	91.2 (219/240
4.	อัตราการเปิดหลอดเลือดผู้ป่วย STEMI ที่ Admit โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า	> 50%	81.7 (94/115)	77.1 (88/114)	61.6 (114/185)	>50%	62.1 (120/193)	73.2 (85/116)
5.	Door to balloon ในผู้ป่วย Acute STEMIภายใน 90 นาทีหรือ 120 นาที	>50%	40 (8/20)	25 (5/20)	25.5 (12/47)	>50%	42.6 (29/68)	58.9 (23/39)

6.	Door to needle ในผู้ป่วย Acute STEMIภายใน 30 นาที	>50%	75 (6/8)	66.6 (2/3)	21 (4/19)	>50%	21.8 (7/32)	23.8 (5/21)
7.	อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย NSTEMI ที่ Admit ในโรงพยาบาล	<10%	5.1 (19/376)	6.9 (29/417)	11.3 (50/441)	<10%	6.9 (42/604)	5.1 (23/448)
8.	อัตราการทำ CAG ในผู้ป่วย ACS	>50%	61.7 (232/376)	66.4 (277/417)	77.5 (317/503)	>50%	63.0 (317/503)	58.03 (260/448
9.	อัตราการทำ PCI ในผู้ป่วย ACS	> 80%	84 (63/75)	78.1 (75/96)	78.6 (114/145)	> 80%	66.4 (115/173)	40.1 (195/486
10.	อัตราการรับผู้ป่วย ACS จากเขตบริการสุขภาพที่ 4	<25%	NA	NA	NA	<25%	NA	NA

โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

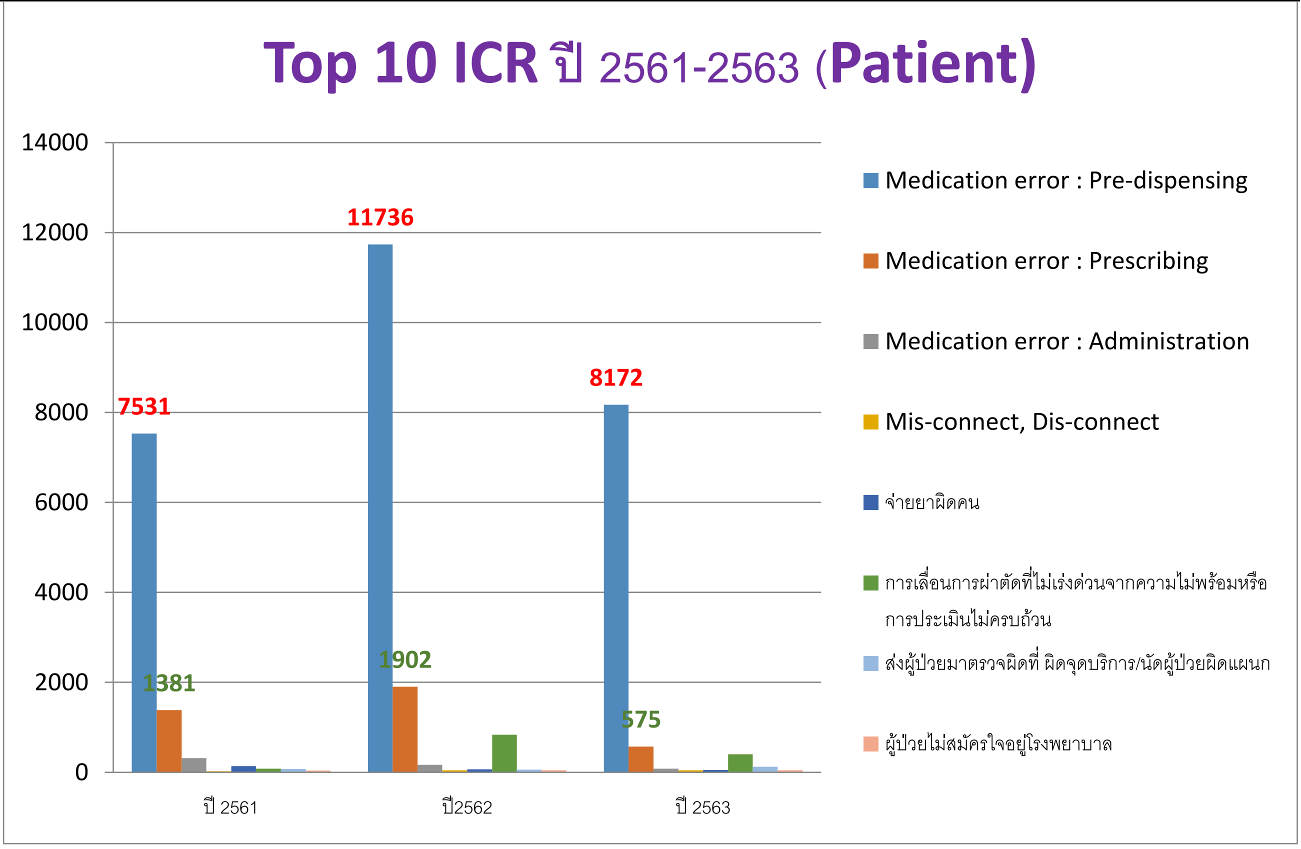
เกณฑ์คุณภาพมาตรฐานศูนย์โรคหัวใจและหลอดเลือด ทั้งจังหวัด

ลำดับ	เกณฑ์คุณภาพ	เป้าหมาย	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	เป้าหมาย	ปี 2562	ปี 2563 (ต.ค.62-มี.ค.63)
11.	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Heart Failure ในโรงพยาบาล ที่อยู่ใน HF Clinic	<10%	1.2	0.9	0	<10%	0	2.0 (1/50)
12	จำนวนผู้ป่วยทำหัตถการแก้ไขภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ - การจี้ไฟฟ้าหัวใจ - DDDR - VVIR - AICD - CRTP CRTD						 46 40 5 8 2 12	 15 37 4 3 0 13
13	การรองรับผู้ป่วยจากเขตสุขภาพที่ 4		33	39	43		59	66
14.	อัตราการทำ EKG ภายใน 10 นาที ผู้ป่วย STEMI ทั้งหมด ที่ Admit และไม่ได้ Admit ในโรงพยาบาล	>80%	84.7 (110/130)	81.4 (107/131)	81.9 (179/217	>80%	80.2 (187/233)	81.7 (202/247

IV-5 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ

96 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำ งานสำคัญ เช่น IM, BCM, Supply chain, RM, ENV				
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน (ปีงบประมาณ)		
		ปี 2561 (ตค.60-มิย. 61)	ปี 2562	2563 (ตค.62-มิย. 63)
ระบบ RM				
การรายงานอุบัติการณ์		10,050	15,004	10,275
การเกิดอุบัติการณ์ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น				
1.การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ	0 ครั้ง	C=3 D=1	0 ครั้ง	B=1 C=1 D=1 E=1
2.การติดเชื้อที่สำคัญตามบริบทขององค์กร				
- VAP	<8:1000Vent. Days	4.28	4.61	4.88
- CAUTI	<5:1000Cath. Days	3.59	4.48	3.92
- CLABSI	<1:1000Cath. Days	0.66	1.17	2.44
3.บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่				
- TB	0 คน	4	3	3
- COVID-19	0 คน	0	0	0
4.การเกิด M.E.และADE				
ความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยา (Prescribing error)		1381 ครั้ง	1902 ครั้ง	575 ครั้ง
ความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยา (Dispensing error)		7531ครั้ง	11736ครั้ง	8172ครั้ง
Administration Eror		318 ครั้ง	168 ครั้ง	101 ครั้ง
5.การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด	0 ครั้ง	C=5 D=1	B=1	B=3

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน (ปีงบประมาณ)		
		ปี 2561 (ตค.60-มิย. 61)	ปี 2562	2563 (ตค.62-มิย. 63)
6.การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด	0 ครั้ง	B=20 C=10 D=3 (การระบุเพศทารกแรกเกิดไม่ถูกต้องระดับ D=2)	B=1	B=8 C=9 D=2 E=2
7.ข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค	0 ราย	B=2 I=1	H=1	E=4
8.การรายงานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ / พยาธิวิทยาผิดพลาด	0 ครั้ง	B=1	0	A=1 D=1
9.การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน -อัตราการ Over Triage	<10%	NA	11.96	12.99
- อัตราการ Under Triage	<15%	NA	8.31	8.82



ในปี 2561 โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ยังมีการรายงานอุบัติการณ์น้อย เนื่องจากภาระงานมาก และบุคลากรบางส่วนยังไม่เข้าใจระบบบริหารความเสี่ยง ซึ่งได้มีการเริ่มใช้ระบบการรายงานทาง HRMS on Cloud แต่บุคลากรยังไม่ใช้

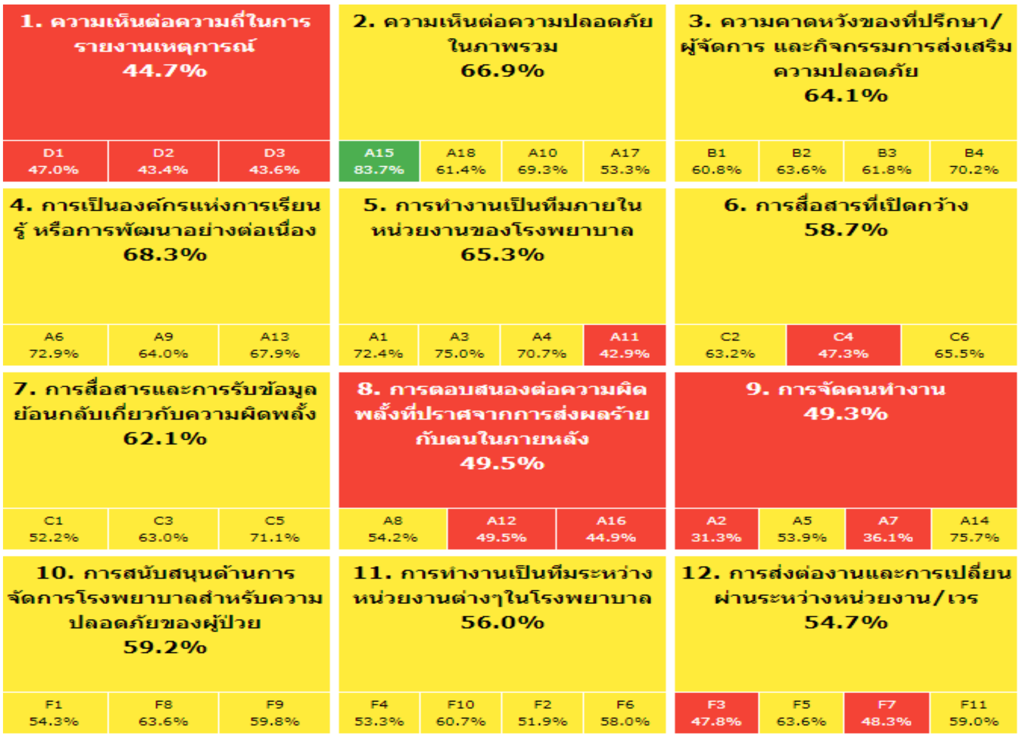
ในปี 2562 คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล ได้จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ การรายงานทาง HRMS on Cloudและจัดทำคู่มือระบบบริหารความเสี่ยง โดยกำหนดให้บุคลากรในโรงพยาบาลรายงานอุบัติการณ์ได้ทั้งทาง Paper และ HRMS on Cloud ทำให้มีแนวโน้มการรายงานอุบัติการณ์เพิ่มขึ้น จากการติดตามการรายงานทาง HRMS on Cloud ยังพบว่ามีปัญหาทางด้าน IT คือไม่มีสัญญาณโทรศัพท์ในหลายพื้นที่และเครื่องคอมพิวเตอร์ไม่เพียงพอ ทำให้เป็นอุปสรรคในการรายงานทาง HRMS on Cloud

ในปี 2563 โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าเริ่มนำมาตรฐานสำคัญจำเป็นมาสู่การปฏิบัติ โดยกำหนดให้มีการทำแนวทางปฏิบัติ และทำ RCA อุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไป ซึ่งในปี 2562 คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงได้ขับเคลื่อนการทำ RCA ในอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไป โดยคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงจะเข้าร่วมทบทวนในเหตุการณ์ที่มีความเชื่อมโยงหลายระบบงาน หลายวิชาชีพ ส่งผลให้มีการทำ RCA ครอบคลุมอุบัติการณ์ระดับ E มากขึ้น

ในเดือนตุลาคม 2563 คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงได้กำหนดให้ทีมนำที่เกี่ยวข้องนำมาตรฐานสำคัญจำเป็นทั้ง 9 ข้อมาทำ Risk register เพื่อควบคุมป้องกันความเสี่ยงดังกล่าว

ในปี 2563 มีอุบัติการณ์ Under Triage ระดับ I ใน OPD (ARI clinic) จากการทำ RCA พบว่าบุคลากรขาด competency การประเมินผู้ป่วยโรคเสี่ยงสูง และไม่ทราบว่าโรงพยาบาลมีระบบการขอความช่วยเหลือกรณีผู้ป่วยในพื้นที่ OPD ทรุดลง จึงได้มีการปรับระบบบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ARI clinic และได้ดำเนินการทบทวนแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยทรุดลงนอกพื้นที่หอผู้ป่วย (แนวทางปฏิบัติ Code999**)** โดยครอบคลุมทุกพื้นที่ของโรงพยาบาล และจัดประชุมเชิงปฏิบัติการการนำแนวทางปฏิบัติ การนำCode 999 สู่การปฏิบัติ ในพื้นที่ๆมีอุบัติการณ์ผู้ป่วยทรุดลง ได้แก่ เอ็กซเรย์ ห้องตรวจอายุรกรรม จุดพักคอย หลังจากปรับระบบ ยังไม่พบอุบัติการณ์ Under Triage ระดับ I ใน OPD (พบอุบัติการณ์ Under Triage ระดับ E ใน OPD 1 ครั้ง)

ในปี 2563 โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าทำการสำรวจ Safety culture



สรุปการวิเคราะห์ HSCS

1. ต้องปรับปรุงการรายงานเหตุการณ์ ระดับ A-E
2. ต้องปรับปรุงการตอบสนองต่อความผิดพลั้งที่ปราศจากการส่งผลร้ายกับตนในภายหลัง
3. ต้องปรับปรุงการสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลั้ง
4. การสนับสนุนด้านการจัดการโรงพยาบาลสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย การสนับสนุนด้านการจัดการโรงพยาบาลสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย

แผนพัฒนาเพื่อยกระดับ safety culture

1.การออกนโยบายสนับสนุนการรายงานความเสี่ยง No Blame, No Shame

2.ส่งเสริมการรายงาน ICR

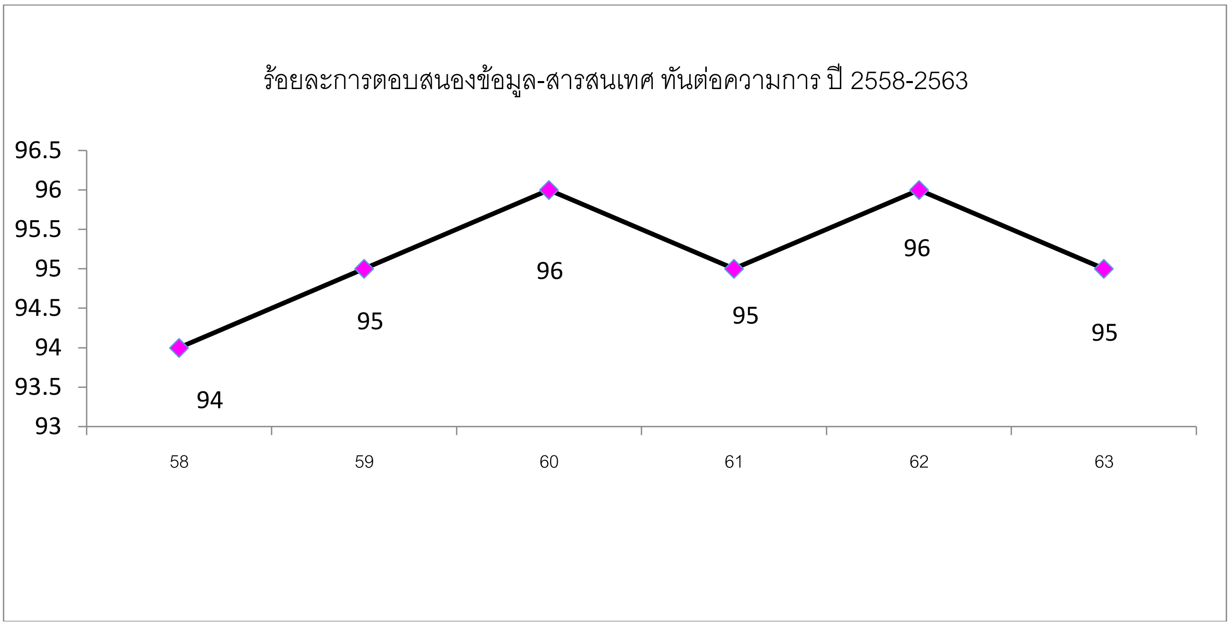
3.สนับสนุนด้าน IT ให้รายงานทาง HRMS ได้สะดวก

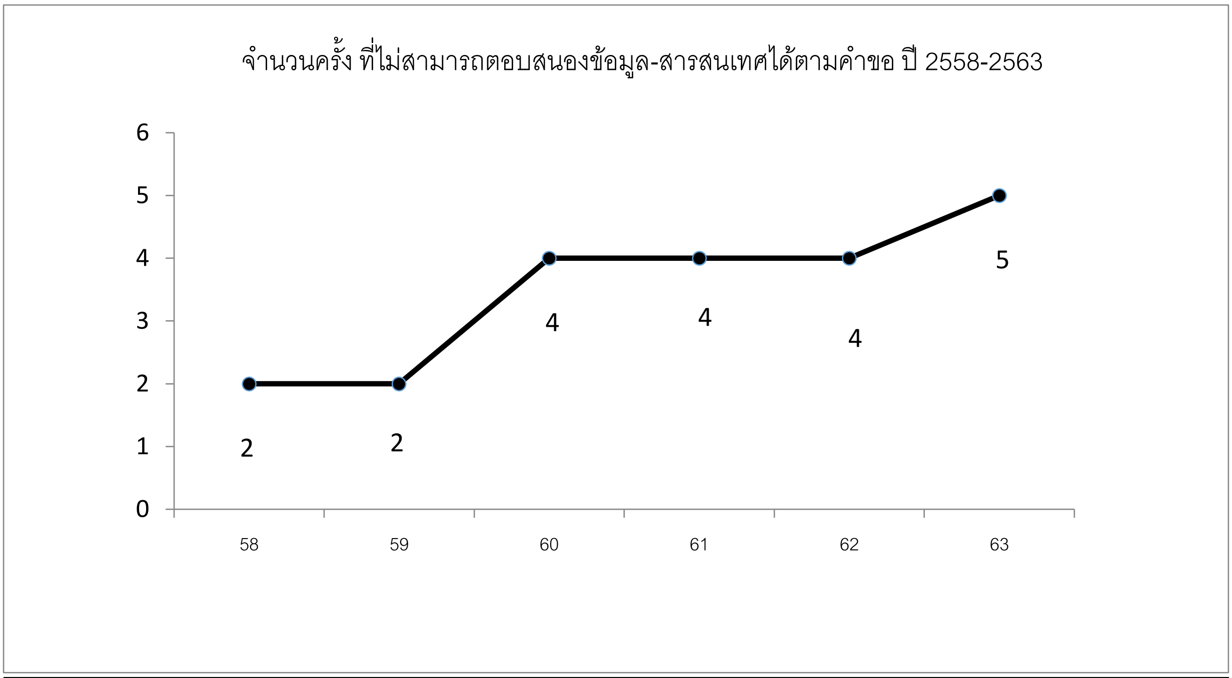
4.สนับสนุนให้หัวหน้างานอ่านรายงานICR และสื่อสารหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมแก้ไข

5.การอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง ระบบบริหารความเสี่ยง

(ระบบ IM)

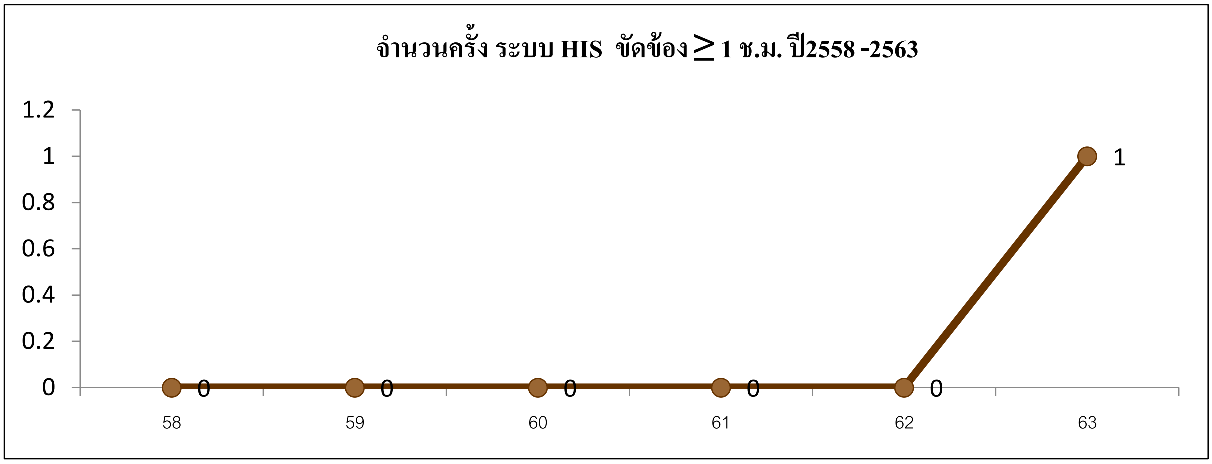
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน (ปีงบประมาณ)					
		2558	2559	2560	2561	2562	2563
1.ร้อยละการตอบสนองข้อมูล-สารสนเทศ ทันต่อความ	100 %	94	95	96	95	96	95
2.จำนวนครั้ง ที่ไม่สามารถตอบสนองข้อมูล-สารสนเทศได้ตามคำขอ	0 ครั้ง	2	2	4	4	4	5 Refer-infect word trip
3.จำนวนครั้ง ระบบ HIS ขัดข้อง เกิน 1 ช.ม.ขึ้นไป	0 ครั้ง	NA	NA	0	0	0	1
4.จำนวนครั้ง ระบบ EMR ขัดข้อง เกิน 1 ช.ม.ขึ้นไป	0 ครั้ง	0 เริ่ม 3 ก.พ.63					
7.ร้อยละความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน-ผู้ป่วยใน	≥80%	76.62	70.57	79.73	ไม่ได้ทำ	77.25	รอข้อมูล
6.ร้อยละให้และบันทึกรหัสโรค/หัตถการผู้ป่วยนอก-ในภายในวันที่ 30 ของเดือนถัดไป	100 %	91.83	88.94	89.75	87.55	91.41	91.24
8.จำนวนเวชระเบียนสูญหาย (ไม่ได้รับคืนตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป)	0 ฉบับ	23	25	7	6	8	4
9.อุบัติการณ์การเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยโดยผู้ไม่มีสิทธิ์	0 ครั้ง	0	0	0	0	0	0
10.ร้อยละการส่งแฟ้มข้อมูลมาตรฐาน (43 แฟ้ม)ภายในวันที่ 30 ของเดือนถัดไป	100 %	100	100	100	100	100	100





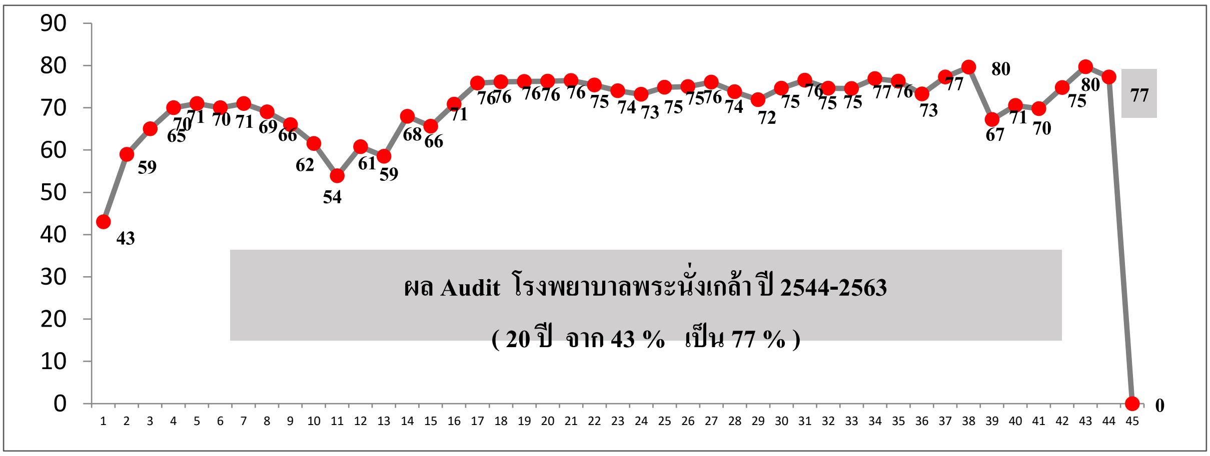
<u>สรุปสิ่งที่ควรพัฒนาในการบริการข้อมูล-สารสนเทศ</u>

การบริการข้อมูล-สารเทศ ยังไม่ทันต่อความต้องการและบางส่วนยังไม่ได้ตามคำขอของผู้ใช้ เนื่องจากผู้ใช้สารสนเทศต้องการข้อมูลความที่หลากหลาย หลายเงื่อนไข และพร้อมจะนำไปใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์อย่างรวดเร็ว รวมทั้งผู้ให้บริการข้อมูล-สารสนเทศมีจำนวนน้อย ดังกล่าวส่งผลให้คณะกรรมการจัดการ-สารสนเทศ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จึงได้วางแผน ที่จะสร้างระบบคลังข้อมูล (BI = Business Intelligence) เพื่อเป็นโปรแกรมที่จะใช้ช่วยวิเคราะห์/ สรุปผลข้อมูล เพื่อให้ผู้ใช้สามารถค้นหาข้อมูล-สารสนเทศจากระบบ ได้อย่างสะดวก รวดเร็ว และเพื่อให้สามารถนำสารสนเทศไปใช้ในการบริหารจัดการ ดูแลผู้ป่วย พัฒนาระบบ หรือเพื่อการศึกษาวิจัย อย่างทันและตรงกับความต้องการ ซึ่งคาดว่าจะแล้วเสร็จในปี 2564



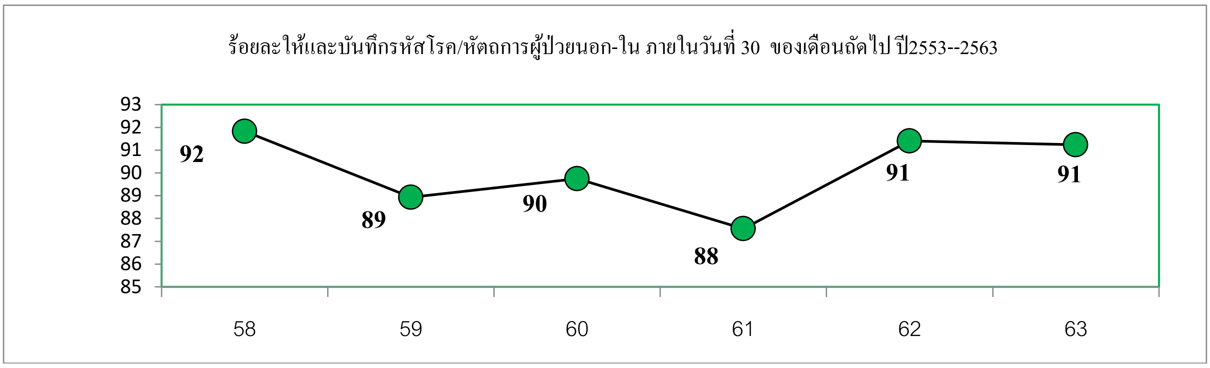
สาเหตุของปัญหาที่ทำให้ระบบขัดข้องนานกว่า 1 ชม.เกิดจากความผิดพลาดในการทำงานคัดลอกฐานข้อมูลไปยังเครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่ายสำรอง จึงทำให้ระบบการทำงานขัดข้อง แนวทางการป้องกันปัญหาในอนาคต เนื่องจากในปัจจุบันโรงพยาบาลมีแผนการเปลี่ยนระบบคอมพิวเตอร์แม่ข่ายใหม่ให้มีศักยภาพรองรับการใช้งานระบบ HIS ที่เพิ่มขึ้นในอนาคต โรงพยาบาลจึงมีแผนการนำระบบ Virtualized สำหรับคอมพิวเตอร์แม่ข่าย และระบบสำรองข้อมูลแบบ Real time มาใช้งานเพื่อป้องกันปัญหาและลดระยะเวลาการกู้คืนระบบหากเกิดปัญหาซ้ำ นอกจากนี้ยังมีแผนการเพิ่มคอมพิวเตอร์แม่ข่ายสำรองเพื่อใช้ทดสอบโปรแกรมต่าง ๆ ก่อนจะติดตั้งใช้งานจริง เพื่อป้องกันปัญหาความผิดพลาดของโปรแกรมที่จะส่งผลทำให้ระบบหลักล่มได้

ร้อยละความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ปี 2544-2563



<u>สรุปสิ่งที่ควรพัฒนาในการบันทึกเวชระเบียน</u>

ร้อยละความสมบูรณ์ของการบันทึก Progress note มีคะแนนน้อยที่สุด ตามด้วย Informed consent ซึ่งประธานคณะทำงานตรวจสอบเวชระเบียนได้ป้อนกลับผลการตรวจสอบให้แต่ละ PCT รวมทั้งหารือเพื่อหาแนวทางพัฒนาร่วมกัน (Progress note ส่วนมากไม่บันทึกวันเดือนปีและเวลา, ไม่ลงนามในใบคำสั่งการ-รักษาส่วนInformed consentส่วนมากขาดข้อมูลในการแจ้งข้อดี-เสียแก่ผู้ป่วยและญาติ ทำให้อาจจะเกิดความไม่-เข้าใจ อาจจะเกิดความเสี่ยงได้



ส่งที่ยังต้องพัฒนาเพื่อให้การให้-บันทึกรหัสโรค-หัตถการ ได้ภายในเวลาที่กำหนด คือ

1.ปรับระบบรายงาน Chart ยังไม่ได้รับคืน-โดยดึงข้อมูลผู้ป่วยจำหน่ายเมื่อ Ward ทำDischargeเพื่อให้เป็น

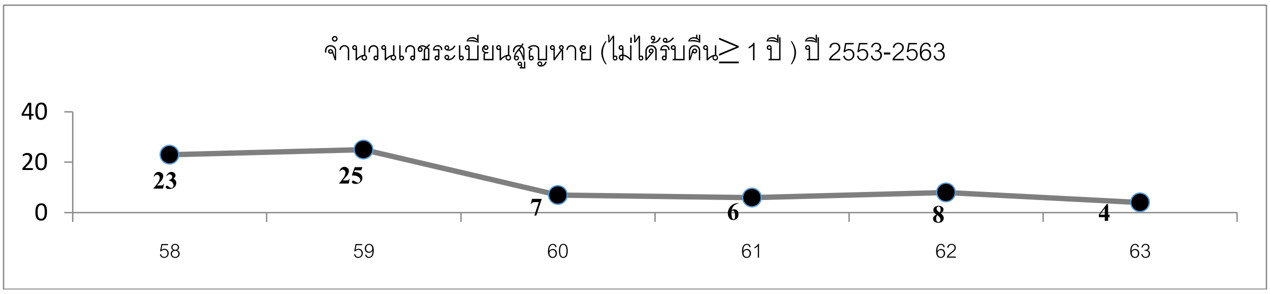
เครื่องมือในการติดตาม Chart ให้ครบตามจำนวนจำหน่าย

2.ประสาน Ward 2.1 ต้องจัดระบบการรับ-ส่ง Chart อย่างเข้มงวด

2.2 ป้อนกลับเมื่อมีการแบ่ง Chart ในกรณีนอนนาน

3.ส่งทีม Audit อบรมประจำปี สนับสนุนให้เป็น Auditor ของเขต ทั้งทีมแพทย์และเจ้าพนักงานเวชสถิติ

4.จัดอบรมเจ้าหน้าที่ภายในโรงพยาบาล ในเรื่องการบันทึกเวชระเบียน ทุกปี



มาตรการป้องกันเวชระเบียนสูญหาย

1.ปรับระบบรายงาน Chart ยังไม่ได้รับคืน-โดยดึงข้อมูลผู้ป่วยจำหน่ายเมื่อ Ward ทำDischarge เพื่อให้เป็น

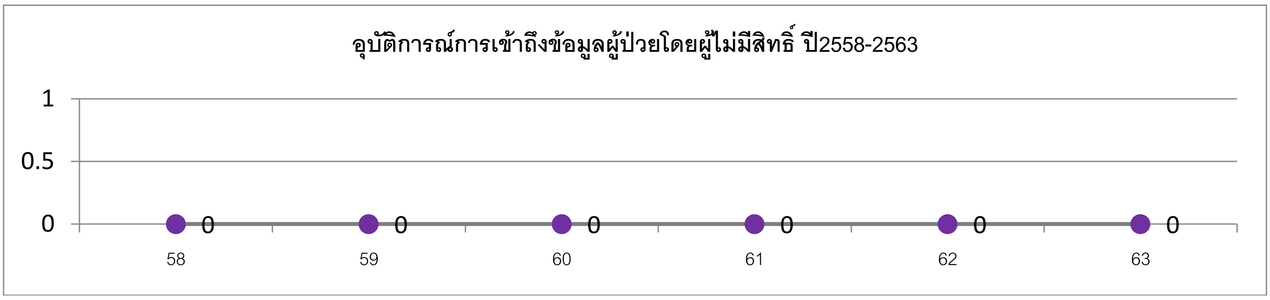
เครื่องมือในการติดตาม Chart ให้ครบตามจำนวนจำหน่าย

2.ประสาน Ward

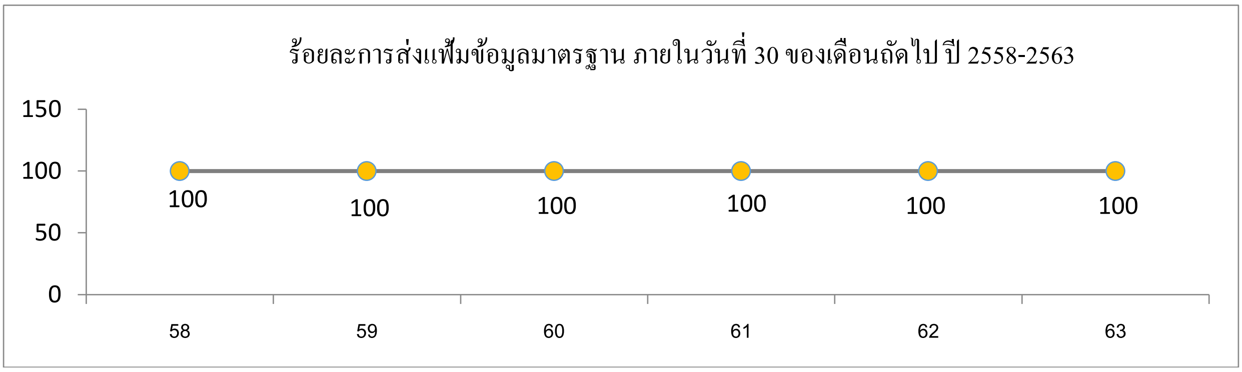
2.1 ต้องจัดระบบการรับ-ส่ง Chart อย่างเข้มงวด

2.2 ป้อนกลับเมื่อมีการแบ่ง Chart ในกรณีนอนนาน

3.จัดทำรายงานเวชระเบียนสูญหาย ,Messageในโปรแกรม และเฝ้าระวังการกลับคืน



<u>เวชระเบียน คือข้อมูลข่าวสาร ส่วนบุคคลตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540</u> ซึ่งโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ต้องจัดระบบความลับ-ปลอดภัยในข้อมูลในเวชระเบียน โดยจัดระบบการให้บริการข้อมูลส่วนบุคคล , กำหนดชั้นความลับในการเข้าถึงเวชระเบียนทั้งในรูปเอกสารและอิเล็กทรอนิกส์ ,รวมทั้งให้ความรู้-เข้าใจ สร้างจิตสำนักแก่เจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้อง



<u>การพัฒนาแฟ้มข้อมูลมาตรฐาน (43 แฟ้ม)</u>

1.ส่งเสริมให้ผู้ใช้บันทึกข้อมูลในระบบ และเห็นประโยชน์ของการบันทึก

2.ศูนย์คอมพิวเตอร์ ป้อนกลับผู้รับผิดชอบ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์และกระตุ้นให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

3.ติดตาม- แก้ไขประสานผู้เกี่ยวข้อง ของแฟ้มมาตรฐานใน HDC

<table>
<tr><th rowspan="2">ตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">เป้าหมาย</th><th colspan="6">ผลการดำเนินงาน (ปีงบประมาณ)</th></tr>
<tr><th>2558</th><th>2559</th><th>2560</th><th>2561</th><th>2562</th><th>2563</th></tr>
<tr><td colspan="8">- <u>HRD</u></td></tr>
<tr><td>ความผูกพัน และความพึงพอใจ</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>- ปัจจัยความพึงพอใจ</td><td colspan="2" rowspan="3">ไม่มีการสำรวจ</td><td rowspan="3">วิเคราะห์ผลไม่ได้เนื่องจากจำนวนผู้ตอบแบบสำรวจน้อยกว่ากำหนด</td><td colspan="3" rowspan="3">ไม่มีการสำรวจ</td><td>3.28 คะแนน</td></tr>
<tr><td>- ปัจจัยความผูกพัน</td><td>3.31 คะแนน</td></tr>
<tr><td>- ระดับความผูกพัน</td><td>3.38 คะแนน</td></tr>
<tr><td>อัตราหน่วยงานที่จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรโดยมีการเชื่อมโยงกับ
- การพัฒนางาน</td><td>80%</td><td colspan="3" rowspan="3">เริ่มปี 2561</td><td>95.23</td><td>100</td><td>100</td></tr>
<tr><td>- แผนยุทธศาสตร์/Service plan</td><td></td><td>57.14</td><td>23.8</td><td>47.22</td></tr>
<tr><td>- ปัญหาในการดำเนินงาน/ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์</td><td></td><td>47.61</td><td>19.04</td><td>16.67</td></tr>
</table>

โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าได้ส่งเสริมการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรโดยเชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์/Service plan และผลการดำเนินงานของหน่วยงาน ตัวชี้วัด หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยหรือรุนแรงแต่พบว่าแผนพัฒนาบุคลากรที่เชื่อมโยงกับปัญหาในการดำเนินงาน/ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ มีแนวโน้มลดลง ซึ่งเป็นความท้าทายของคณะกรรมการพัฒนาทรัพยากรบุคคล ในการพัฒนาด้านดังกล่าว

ในปี 2563 โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าได้ดำเนินการสำรวจระดับความผูกพันองค์กร โดยมีบุคลากรเข้าร่วมตอบแบบสอบถามทั้งหมด 1,198 คน คิดเป็น 71.73 % ของบุคลากรทั้งหมด ผลการสำรวจมีดังนี้

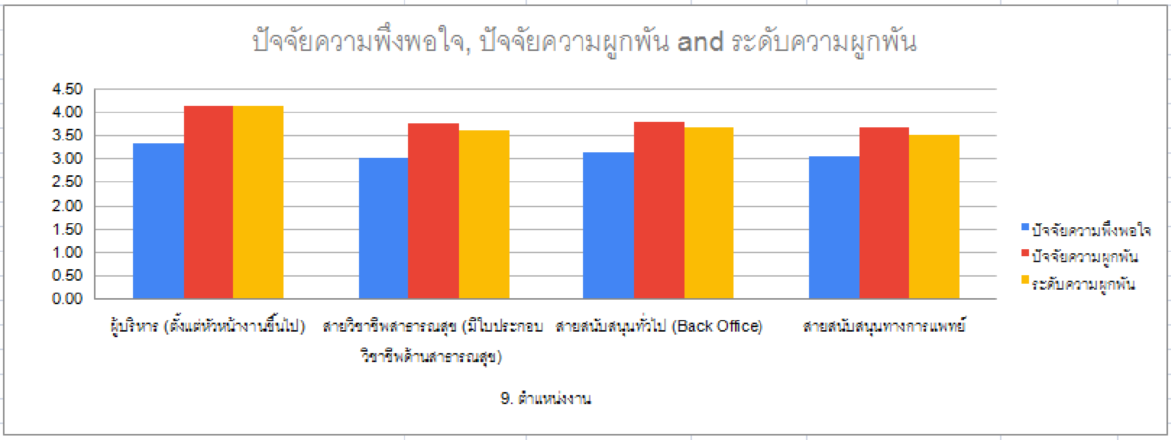
1.ผลการสำรวจในภาพรวม

- ปัจจัยความพึงพอใจ3.28 คะแนน
- ปัจจัยความผูกพัน3.31 คะแนน
- ระดับความผูกพัน3.38 คะแนน

(การดำเนินงาน ต้องปรับปรุงทั้ง 3 ด้าน)

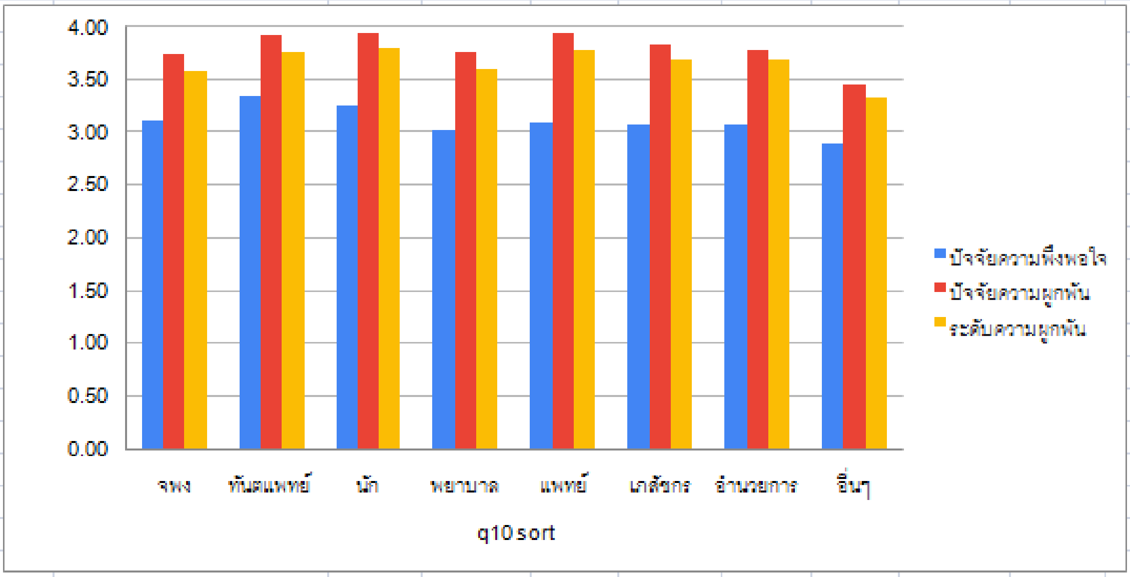
2. ผลการสำรวจแยกตามการปฏิบัติงาน

9. ตำแหน่งงาน	หัวหน้างานขึ้นไป)	(มีใบประกอบวิชาชีพ	ทั่วไป (Back	สายสนับสนุนทางการแพทย์
ปัจจัยความพึงพอใจ	3.34	3.02	3.16	3.06
ปัจจัยความผูกพัน	4.12	3.77	3.79	3.67
ระดับความผูกพัน	4.13	3.60	3.66	3.50



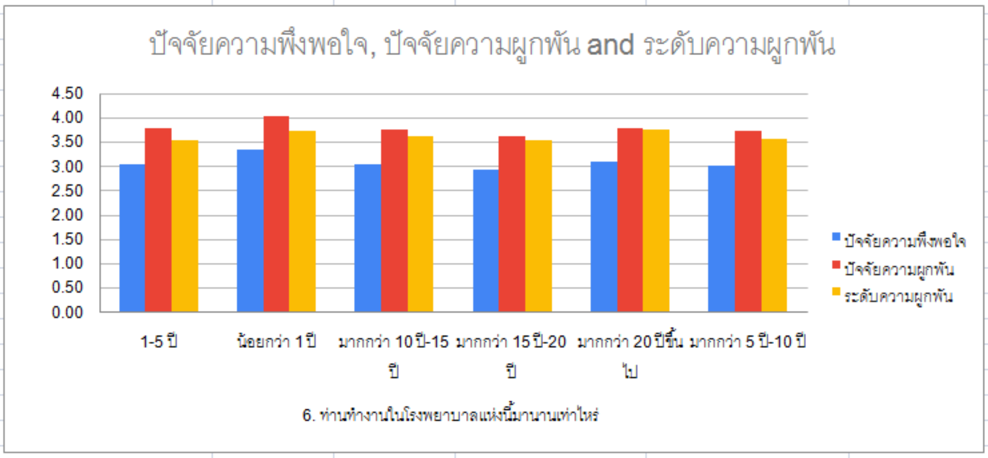
3.ผลการสำรวจแยกตามวิชาชีพ

q10 sort	จพง	ทันตแพทย์	นัก	พยาบาล	แพทย์	เภสัชกร	อำนวยการ	อื่นๆ
ปัจจัยความพึงพอใจ	3.12	3.34	3.25	3.02	3.09	3.08	3.08	2.90
ปัจจัยความผูกพัน	3.75	3.92	3.95	3.76	3.94	3.83	3.78	3.46
ระดับความผูกพัน	3.58	3.77	3.80	3.61	3.79	3.69	3.69	3.34



4.ผลการสำรวจแยกตามอายุงาน

เท่าไหร่	1-5 ปี	น้อยกว่า 1 ปี	มากกว่า 10 ปี-15 ปี	มากกว่า 15 ปี-20 ปี	มากกว่า 20 ปีขึ้นไป	มากกว่า 5 ปี-10 ปี
ปัจจัยความพึงพอใจ	3.06	3.35	3.06	2.94	3.10	3.02
ปัจจัยความผูกพัน	3.78	4.03	3.76	3.62	3.79	3.74
ระดับความผูกพัน	3.55	3.74	3.63	3.54	3.76	3.57



อยู่ระหว่างการนำผลการวิเคราะห์ความต้องการมาจัดทำแผนการตอบสนอง เพื่อยกระดับความผูกพัน ความพึงพอใจ

II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:ปลอดภัย ประสิทธิภาพ เรียนรู้ เยียวยา

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2558	2559	2560	2561	2562	2563
ความปลอดภัยและสวัสดิภาพ							
-จำนวนครั้งที่ทรัพย์สินสูญหายมีหลักฐาน	0ครั้ง	0	0	0	0	1	0
-อุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุจากการก่อสร้าง อาคาร	0ครั้ง	1	0	0	0	0	0
-จำนวนข้อร้องเรียนด้านสิ่งแวดล้อม	≤ 60ครั้ง/ปี	23	25	22	28	31	27
วัสดุของเสียอันตราย							
-จำนวนครั้งที่สารเคมีตก/หก/รั่วไหล	0ครั้ง	0	0	1	0	0	0
การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน							
-อัตราการฝึกซ้อมแผนรองรับภาวะฉุกเฉิน 1ครั้งต่อปี	100%	100%	100%	100%	0	0	100%
ความปลอดภัยจากอัคคีภัย							
-จำนวนครั้งการซ้อมแผนอัคคีภัย 1ครั้งต่อปี	1 ครั้ง	1	1	1	0	0	1
-จำนวนครั้งการเกิดเพลิงไหม้	0 ครั้ง	0	0	0	0	1	0
เครื่องมือแพทย์							
-ร้อยละของเครื่องมือที่ได้รับการสอบเทียบ	>80 %	80%	82%	81%	84%	85%	89%
-จำนวนอุบัติการณ์เครื่องมือไม่พอใช้	< 5 ครั้ง/ปี	0	0	0	0	0	0
-ร้อยละของเจ้าหน้าที่ผู้ใช้งานได้รับความรู้การใช้และบำรุงรักษาเครื่องมือ	>80 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%

II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:ปลอดภัย ประสิทธิภาพ เรียนรู้ เยียวยา							
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	**เป้าหมาย**	**2558**	**2559**	**2560**	**2561**	**2562**	**2563**
<u>ระบบสาธารณูปโภค</u> -จำนวนครั้งที่เครื่องกำเนิดไฟฟ้าไม่ทำงาน -อุบัติการณ์สาธารณูปโภคไม่ทำงานหรือไม่เพียงพอ	0 ครั้ง 0 ครั้ง	0 2	0 1	0 2	0 1	0 2	0 3
<u>สิ่งแวดล้อมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ</u> -จัดกิจกรรมรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
<u>การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม</u> -ผลการตรวจสอบน้ำทิ้งผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ค่า BOD $\leq$ 20 mg/l	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

- **สรุปผลจากการซ้อมแผนระงับอัคคีภัยภายในอาคาร 20-21 สิงหาคม 2563**

<u>สถานที่จำลองการเกิดเพลิงไหม้/หอผู้ป่วย ชั้น 14 อาคารศูนย์การแพทย์ 18 ชั้น</u> เป็นหอผู้ป่วยหนัก การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหนักมีความเสี่ยงเมื่อเกิดเพลิงไหม้

<u>แผนดับเพลิงขั้นต้น</u> อุปกรณ์ดับเพลิงขั้นต้นเพียงพอ สัญญาณแจ้งเตือนทำงานไม่ปกติ ควรมีถังดับเพลิงหน่วยงานละ 2 ถัง เป็นอย่างน้อย

<u>การสื่อสาร</u> อุปกรณ์สื่อสารไม่เพียงพอ และขาดความชำนาญในการใช้งานอุปกรณ์สื่อสารมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ที่มี

ความชำนาญในการใช้เป็นผู้สื่อสารแทนโดยรับคำสั่งจาก Commander จัดหาอุปกรณ์สื่อสารให้เพียงพอพร้อมใช้เมื่อเกิดเหตุ

<u>หน่วยดับเพลิงเฉพาะกิจ/ทีมวารีบำบัด</u>ทีมวารีบำบัดขาดทักษะการดับเพลิงที่ถูกต้อง ควรมีการฝึกทักษะเฉพาะด้านและเป็นทีมประจำโดยผ่านการอบรมเป็นระยะเพื่อเพิ่มทักษะความรู้ความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงานเมื่อเกิดเหตุการณ์จริง

<u>การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย</u>ไม่ได้ทำข้อตกลงการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และเส้นทางการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ควรจัดทำแผนการอพยพและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่เป็นภาพรวม และแผนเฉพาะอาคาร

<u>เครื่องมือแพทย์</u>

ผลการประเมินความเพียงพอและแผนการจัดหา

โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าได้มีการสำรวจและจัดทำฐานข้อมูลเครื่องมือแพทย์ในโรงพยาบาล

 จำแนกประเภทเครื่องมือตามระดับความเสี่ยงสูง กลาง และต่ำ อ้างอิงจากมาตรฐาน ECRI จำนวนเครื่องมือทั้งหมด 3,954 เครื่อง

ในประเภทเสี่ยงระดับสูงและกลางมีความจำเป็นต้องทำการสอบเทียบจำนวน 1,310 (สูง) 1,786 (กลาง) เครื่อง สามารถทำการสอบเทียบได้เฉลี่ยปีละ 89% เป็นการดำเนินงานโดยบริษัท N Health

 มีการจัดการประกันคุณภาพงานซ่อมแล้วเสร็จภายในเวลา 4,5 วัน และ 6 วัน กรณีจำเป็นต้องซ่อมด่วนบริษัทภายนอกจะมาซ่อมภายใน 24 ชั่วโมง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระบบบริหารเครื่องมือ

จากการประเมินความเพียงพอเครื่องมือแพทย์ พบว่าเครื่องช่วยหายใจ Infusion pump Syringe pump ไม่เพียงพอ จึงได้มอบหมาย

<u>ศูนย์บริภัณฑ์</u>บริหารจัดการหมุนเวียนเครื่องมือให้พอใช้ และมีแผนจัดซื้อเพิ่มในปี 2564 นอกจากนี้ยังมีแผนจัดซื้อ ตามการพัฒนาสู่ศูนย์เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ การบริหารจัดการเพื่อให้มีเครื่องมือที่จำเป็นพร้อมใช้ มีผู้รับช่วงรับผิดชอบดูแล บำรุงรักษาเครื่องมือแพทย์ ให้พร้อมใช้โดยเริ่มใน Infusion pump และ Ventilator

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระบบบริหารเครื่องมือ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการส่งซ่อม และความพร้อมใช้ของเครื่องมือในปี 2563 พบว่า

1. ความผิดพลาดของผู้ใช้งาน เช่น ทำตกหล่น กระแทก อุปกรณ์หาย
2. เครื่องมืออายุการใช้งานมานาน
3. ซ่อมซ้ำเนื่องจากอาการเดิม
4. ระยะเวลาการใช้งานเครื่องติดต่อกันเป็นเวลานาน
5. เครื่อง/อะไหล่หมดสภาพการใช้งาน

<u>ระบบแก๊สทางการแพทย์</u>

- มีถังเก็บออกซิเจนเหลวขนาดบรรจุ 20,000,000 ลิตร (สำรองได้ 15 วัน)
- มีเครื่องผลิตอากาศอัดทางการแพทย์ 10 เครื่อง
- มีเครื่องผลิตสุญญากาศทางการแพทย์ 13 เครื่อง

☐ ระบบแก๊สทางการแพทย์อยู่ในสภาพที่พอเพียงต่อการใช้งาน มีแผนการตรวจสอบระบบปริมาณแก๊สทุกวันตอนเช้าและสั่งเติมก่อนที่ปริมาณแก๊สจะต่ำกว่าระดับที่ 100

☐แผนรองรับทางระบบแก๊สทางการแพทย์ เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน หรือเกิดอัคคีภัย

1. มีป้ายแจ้งลำดับขั้นตอน เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินหรือเกิดอัคคีภัย
2. กรณีเกิดอัคคีภัยให้ปิดวาล์ว บริเวณโซนวาล์ว/Gas Alarm ปิดโซนวาล์วบริเวณท่อเมนส่งแก๊ส

☐ หมายเลขโทรศัพท์เมื่อเกิดเหตุ สัญญาณเตือนระบบแก๊สทางการแพทย์ หรือระดับออกซิเจนต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน กรณีเกิดสัญญาณเตือนให้แจ้งช่างผู้รับผิดชอบอุปกรณ์ เบอร์โทรภายในและเบอร์โทรมือถือได้ตลอด24 ชม.

☐ การตรวจสอบในระบบก๊าซทางการแพทย์มีการตรวจเช็คตามมาตรฐานเป็นรายวัน รายสัปดาห์ รายเดือนและรายปี

ออกซิเจนหมด ลินเด้ 1384

<u>ระบบสาธารณูปโภค</u>

<u>ระบบประปา</u>

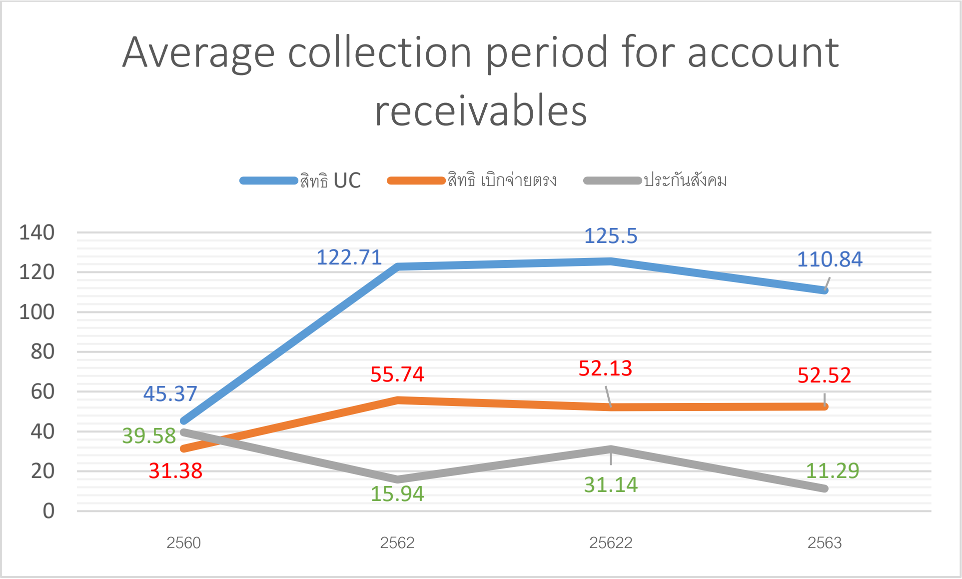
☐ ความต้องการ ระบบประปาใสสะอาด ปลอดภัย ดื่มกินได้ ตามมาตรฐานการประปา มีการตรวจสอบคุณภาพน้ำ วัดค่าความขุ่น ค่าคลอรีน เชื้อปนเปื้อน ปลอดภัย มีประสิทธิภาพสูง และพร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา มีปั๊มน้ำ 13 อาคาร จำนวน 13 ตัว

☐ **ระบบสำรอง** เครื่องกรอง RO 350 ลิตร /ชม.

IV-6 ผลด้านการเงิน

97.ผลด้านการเงิน

97ผลด้านการเงิน (IV-6)					
ตัวชี้วัด	นิยาม	ผลการดำเนินงาน (ปีงบประมาณ)			
		2560	2561	2562	2563
Current Ratio	สินทรัพย์หมุนเวียน/หนี้สินหมุนเวียน	0.88	1.19	1.16	0.96
Quick Ratio	สินทรัพย์สภาพคล่อง/หนี้สินหมุนเวียน	0.77	1.05	1.01	0.88
Cash Ratio	เงินสด+เงินฝากธนาคาร/หนี้สินหมุนเวียน	0.29			
Fixed Asset Turnover	รายได้จากการดำเนินงาน/สินทรัพย์ถาวร	1.44	1.34	1.51	1.62
Average collection period for account receivables	ยอดลูกหนี้สุทธิ/รายได้สุทธิ				
- สิทธิ UC		45.37	122.71	125.50	110.84
- สิทธิ เบิกจ่ายตรง		31.38	55.74	52.13	52.52
-ประกันสังคม		39.58	15.94	31.14	11.29
Net Profit Margin	กำไรสุทธิ/รายได้จากการดำเนินงาน x 100	2.06	18.21	2.05	-2.30
Return on Asset	กำไรสุทธิ/สินทรัพย์รวม x 100	2.06	16.19	2.04	-2.29



1. เนื่องจากสถานการณ์ช่วงการแพร่ระบาดโควิด มีผู้ป่วยมารับบริการรักษาลดลงเนื่องจากมีการงดตรวจบางแผนกใน รพ.เพื่อ ลดการแออัดในโรงพยาบาลทำให้รายได้ รพ.ลดลง ประกอบกับค่าใช้จ่ายที่มีเพิ่มมากขึ้นทำให้โรงพยาบาลประสบปัญหาขาดทุนในปี 2563

2. โรงพยาบาลมีค่าใช้จ่ายเร่งด่วนเพิ่มขึ้นเพื่อใช้ในการจัดสถานที่และวัสดุอุปกรณ์ในการจัดการจุดคัดกรองผู้มารับบริการในโรงพยาบาลและเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ในการป้องกันการตรวจรักษาผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในโรงพยาบาล

3. ส่วนสินทรัพย์หมุนเวียนของโรงพยาบาลแม้จะเห็นว่ามีเงินฝากเพิ่มมาก แต่เงินส่วนใหญ่เป็นเงินรับบริจาคที่มีวัตถุประสงค์ของผู้บริจาค ไม่สามารถจะนำมาใช้กับภาระค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทั่วไปของโรงพยาบาลได้

4. ส่วนของหนี้สินหมุนเวียนโรงพยาบาลมีเจ้าหนี้การค้าเพิ่มขึ้นจากปีก่อนๆ มากเนื่องจากในปีนี้ทุกหน่วยงานที่จัดซื้อสามารถส่งเจ้าหนี้ให้ระบบ บัญชีรับรู้ได้เร็ว รวมถึงเป็นเจ้าหนี้ค้างจากปีเก่า ทำให้ในปีนี้มีหนี้สินหมุนเวียนจำนวนมาก ทำให้สภาพคล่องทางการเงินของโรงพยาบาลลดลง

5. ส่วนของลูกหนี้ UC ที่มีระยะเวลาการเรียกเก็บหนี้ใช้เวลานาน เนื่องจากลูกหนี้ UC โรงพยาบาลชุมชนบางโรงพยาบาล ไม่ชำระหนี้ของปีเก่า ๆ แต่จะทยอยชำระแต่หนี้ที่เกิดขึ้นใหม่ ทำให้ระยะเวลาเฉลี่ยในการเก็บลูกหนี้ใช้เวลานาน