

สรุปผลการดำเนินงาน  
ประจำปี 2562

แผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลมวกเหล็กระยะ 5 ปี (2561-2565)  
(ปีงบประมาณ 2562)

**วิสัยทัศน์ (VISION)**

เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่มีความเชี่ยวชาญด้านบริการปฐมภูมิ

**พันธกิจ (MISSION)**

พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและเป็นมิตร โดยใช้แนวคิดด้านปฐมภูมิ

**คำนิยาม**

(ใช้ชุมชนเป็นฐาน , การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม , การดูแลต่อเนื่องและผสมผสาน , การทำงานเชิงรุก)

1. เน้นการดูแลแบบองค์รวม

2. เน้นการทำงานเชิงรุก

3. เน้นการผสมผสานงานส่งเสริม รักษาฟื้นฟู ควบคุมกระบวนการทำงานร่วมกับองค์กร และกลไกต่างๆ

**ในพื้นที่**

4. เน้นการดูแลต่อเนื่องตลอดชีวิต มากกว่าเน้นการรักษาเป็นครั้งๆ

5. ทำงานเชื่อมโยงหลายระดับทั้งระบบคน ครอบครัว ชุมชน

6. ทำงานเชื่อมโยงหลายมิติ

7. ทำงานเชื่อมโยงกับระบบการแพทย์หลายระดับ

8. ใช้ระบบการแพทย์ที่หลากหลายในชุมชน

9. เน้นการเสริมสร้างระบบบริการสุขภาพให้เข้มแข็ง และพึ่งตนเองได้

**บทบาท**

1. ส่งเสริมป้องกัน ให้ประชาชนสุขภาพดี

2. คัดกรองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยง

3. ดูแลผู้ป่วยไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน

4. ประคับประคองให้ตายอย่างสมศักดิ์ศรี Palliative Care

5. การรองรับภาวะฉุกเฉินในพื้นที่ห่างไกล

**ค่านิยมองค์กร (Core Value)**

โรงพยาบาลมวกเหล็กกำหนดค่านิยมองค์กรเพื่อให้บุคลากรทุกคนได้ยึดถือและปฏิบัติร่วมกันดังนี้

1. ทำงานเป็นทีมที่ดี

2. ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

3. เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้

**อัตลักษณ์**

1. ซื่อสัตย์ 2. มีวินัย 3. ใส่ใจบริการ

**ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ (Challenges)**

1. พัฒนาระบบบริการเชิงรุก

2. สร้างขวัญและกำลังใจให้บุคลากรในองค์กรมีความสุข

**ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issue)**

1. พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตร เข้าถึงง่ายและชุมชนมีส่วนร่วม

2. พัฒนาระบบสารสนเทศให้เอื้อต่อการจัดการระบบบริการสุขภาพ

3. พัฒนาบุคลากรให้ครอบคลุมด้านสมรรถนะ สุขภาพ ความปลอดภัยและความสุขในการทำงาน
4. พัฒนาระบบการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังและทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพ

### เป้าประสงค์ขององค์กร (Goals)

1. ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนและจัดการระบบบริการสุขภาพ
2. ประชาชนสุขภาพดี
3. ระบบสุขภาพมีคุณภาพประชาชนไว้วางใจ
4. ระบบสารสนเทศมีประสิทธิภาพ พร้อมใช้
5. บุคลากร(เก่ง) มีสมรรถนะที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน การพัฒนาคุณภาพ ใฝ่เรียนรู้ สร้างนวัตกรรม สร้างผลงานที่ดี
6. บุคลากร(ดี) มีการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย มีการเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ในทุกขั้นตอนของการดูแล
7. บุคลากร(รัก) มีความผูกพันต่อองค์กร
8. บุคลากรมี(สุขภาวะ) พฤติกรรมสุขภาพที่ดีและมีสภาวะสุขภาพดี
9. มีการบริหารความเสี่ยงด้านการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพ
10. มีระบบกำกับดูแลการจัดการทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ
11. ผู้นำทุกระดับมีสมรรถนะด้านการนำ การบริหารจัดการ การกำกับดูแล การปรับปรุงงาน (Managerial competency)

### เข็มมุ่งปี 2562

1. เน้นระบบบริการเชิงรุก
2. สร้างขวัญและกำลังใจให้บุคลากรในองค์กรมีความสุข

แผนปฏิบัติการ ประจำปี 2562

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัดกำกับเป้าประสงค์	ผลงาน	กลยุทธ์ปี 2562	โครงการ ปี 2562	ผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
1. พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตร เข้าถึงง่ายและชุมชนมีส่วนร่วม	<p><u>เป้าประสงค์ที่ 1</u></p> <p>ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนและจัดการระบบบริการสุขภาพ</p> <p><u>เป้าประสงค์ที่ 2</u></p> <p>ประชาชนสุขภาพดี</p> <p><u>เป้าประสงค์ที่ 3</u></p> <p>ระบบสุขภาพมีคุณภาพประชาชนไว้วางใจ</p>	<p>1.ระดับความสำเร็จของการมีส่วนร่วมของชุมชน</p> <p>2.ร้อยละการบรรลุตามค่าเป้าหมายของตัวชี้วัดตามสุขภาพ 5 กลุ่มวัย และ Service Plan</p> <p>3.ระดับความสำเร็จของระบบสุขภาพทั้ง 3 ระดับประกอบด้วย</p> <p>3.1 ระบบสุขภาพอำเภอ /DHS</p> <p>3.2 ระบบสุขภาพทุติยภูมิ F2/HA</p> <p>3.3ระบบสุขภาพปฐมภูมิ /PCC</p>	<p>ระดับ 3</p> <p>ร้อยละ75</p> <p>ระดับ 4</p> <p>RS2</p> <p>ระดับ 1</p>	<p>1. พัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ PCC</p> <p>2.พัฒนาการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมด้วยวิถีเวช-ศาสตร์ครอบครัว</p> <p>3.การทำงานเชิงรุก มุ่งป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะสุขภาพเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ</p> <p>4.เสริมสร้างระบบสุขภาพชุมชนให้เข้มแข็งและพึ่งตนเองได้</p> <p>5.พัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพ</p>	<p>1.โครงการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ</p> <p>2.โครงการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องด้วยวิถีเวชศาสตร์ครอบครัว</p> <p>3.โครงการเฝ้าระวังเพื่อยกระดับผลลัพธ์ทางคลินิกกลุ่มโรคสำคัญ</p> <p>4.โครงการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง</p> <p>5.โครงการการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย (patient safety 2019)</p>	<p>ขอย้ายโครงการ</p> <p>ตัวชี้วัดโครงการผ่าน</p> <p>ตัวชี้วัดโครงการ ผ่าน</p> <p>ตัวชี้วัดโครงการ ผ่าน</p>	<p>กลุ่มงานบริการปฐมภูมิ PCT ER</p>

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัดกำกับเป้าประสงค์	ผลงาน	กลยุทธ์ปี 2562	โครงการ	ผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
2.พัฒนาระบบสารสนเทศให้เอื้อต่อการจัดการระบบบริการสุขภาพ	<u>เป้าประสงค์ที่ 4</u> ระบบสารสนเทศมีประสิทธิภาพพร้อมใช้	4. ระดับความสำเร็จของการจัดการข้อมูลสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ 5. ระดับความสำเร็จของระบบคลังข้อมูลสุขภาพอำเภอ	ระดับ3  ระดับ3	1.พัฒนาความสมบูรณ์ของข้อมูลสุขภาพรายบุคคล 2.พัฒนาการเชื่อมโยงข้อมูลทุกระดับให้มีประสิทธิภาพ (การส่งต่อ ประวัติการรักษา) 3.พัฒนาระบบคลังข้อมูลเพื่อสนับสนุนการบริหารจัดการองค์กร	1.โครงการพัฒนาฐานข้อมูลประชากรในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลมวกเหล็ก 2.โครงการพัฒนาความสมบูรณ์ของข้อมูลสุขภาพ คปสอ. มวกเหล็กปี 62	ตัวชี้วัดโครงการ ผ่าน  ตัวชี้วัดโครงการ ผ่าน	ทีมสารสนเทศ
3.พัฒนาบุคลากรให้ครอบคลุมด้านสมรรถนะสุขภาพความปลอดภัยและมีความสุขในการทำงาน	<u>เป้าประสงค์ที่ 5</u> บุคลากร(เก่ง) มีสมรรถนะที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน การพัฒนาคุณภาพใฝ่เรียนรู้ สร้างนวัตกรรม สร้างผลงานที่ดี <u>เป้าประสงค์ที่ 6.</u> บุคลากร(ดี) มีการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย มีการเคารพในศักดิ์ศรี	1.ระดับความสำเร็จของบุคลากรมีสมรรถนะเชิงวิชาชีพผ่านเกณฑ์ 2.ร้อยละหน่วยงานมีผลงาน CQI นวัตกรรม R2R 3.ระดับความสำเร็จเรื่องการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย 4.ระดับความสำเร็จการดำเนินงานโรงพยาบาลคุณธรรม 5.ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน ไปใช้ 6.ร้อยละความพึงพอใจต่อ	ระดับ1 ร้อยละ60  ร้อยละ100 ระดับ2.5  ระดับ5  NA  ร้อยละ	1.ส่งเสริมและพัฒนาสมรรถนะบุคลากรรายบุคคล 2.ส่งเสริมและพัฒนาให้หน่วยงานมีผลงาน CQI นวัตกรรม R2R 3.ส่งเสริมพฤติกรรมบริการที่ดี 4.เสริมพลังให้บุคลากรมีเจตคติต่อการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย 5.ส่งเสริมให้เกิดความผาสุกในองค์กร 6.พัฒนาสิ่งแวดล้อมตามมาตรฐาน Green and clean hospital 7.ส่งเสริมให้เกิดต้นแบบด้าน	1.โครงการพัฒนาศักยภาพหัวหน้างาน (หลักสูตร การเจรจา สันติวิธี) 2.โครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อทำให้บริการที่ดี 3.โครงการพัฒนา R2R CQI นวัตกรรม โรงพยาบาลมวกเหล็ก 4.โครงการเชียร์ ชม แซร์ บุคคลต้นแบบ 5.โรงพยาบาลคุณธรรม 6.ธรรมะชำระจิตใจ	ตัวชี้วัดโครงการ ผ่าน  ตัวชี้วัดโครงการ ผ่าน  ตัวชี้วัดโครงการ ผ่าน  ตัวชี้วัดโครงการ ผ่าน  ตัวชี้วัดโครงการ ผ่าน	ทีม HRD

	<p>ของความเป็นมนุษย์ ในทุกขั้นตอนของการดูแล</p> <p><b>เป้าประสงค์ที่ 7.</b> บุคลากร(รัก) มีความผูกพันต่อองค์กร</p> <p><b>เป้าประสงค์ที่ 8.</b> บุคลากรมี(สุขภาพ)พฤติกรรมสุขภาพที่ดีและมีสภาวะสุขภาพดี</p>	<p>องค์กร</p> <p>7.ร้อยละบุคลากรมีสมรรถนะอยู่ในเกณฑ์ปกติ</p>	<p>77.75</p> <p>ร้อยละ</p> <p>33.09</p>	การดูแลสุขภาพ			
ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัดกำกับเป้าประสงค์		กลยุทธ์ปี 2562	โครงการ	ผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
4.พัฒนาระบบการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังและทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพ	<p><b>เป้าประสงค์ที่ 9</b> มีการบริหารความเสี่ยงด้านการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p><b>เป้าประสงค์ที่ 10.</b> มีระบบกำกับดูแลการ</p>	<p>1.ระดับความสำเร็จของการสอบทานและประเมินผล การควบคุมภายใน</p> <p>2.ระดับการวิกฤตทางด้านการเงิน</p> <p>3.ระดับความสำเร็จของความเพียงพอและพร้อมใช้อุปกรณ์เครื่องมือ</p> <p>4.ระดับความสำเร็จของทีม</p>	<p>ระดับ 3</p> <p>ระดับ 3</p> <p>ระดับ 3</p> <p>ระดับ 3</p>	<p>1.พัฒนาการบริหารการเงินการคลังและทรัพยากรให้เป็นระบบ โดยวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง</p> <p>2.ส่งเสริมและสนับสนุนการบริหารจัดการตามแผนงานโครงการ</p> <p>3.พัฒนาระบบการบำรุงรักษาเชิงป้องกันเครื่องมือทางการ</p>	<p>1.แผนพัฒนาระบบการเฝ้าระวังสถานการณ์การเงิน การคลังของโรงพยาบาล</p> <p>2.แผนพัฒนาระบบการจัดเก็บรายได้</p> <p>3.แผนพัฒนาระบบการควบคุมภายใน</p> <p>4.แผนพัฒนาระบบตรวจสอบภายในการปฏิบัติงานจัดซื้อจัดจ้าง งานพัสดุของ รพ.สต. ใน อ.</p>	<p>ตัวชี้วัดโครงการ ผ่าน</p> <p>ตัวชี้วัดโครงการ ผ่าน</p> <p>ตัวชี้วัดโครงการ ผ่าน</p>	<p>กลุ่มงานบริหารทั่วไป</p>

	<p>จัดการทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ</p> <p><b><u>เป้าประสงค์ที่</u></b></p> <p><b>11.</b> ผู้นำทุกระดับมีสมรรถนะด้านการนำ การบริหารจัดการ การกำกับดูแล การปรับปรุงงาน (Managerial competency)</p>	<p>นำด้านสมรรถนะการบริหารจัดการองค์กร</p>		<p>แพทย์ทั้งเครือข่าย</p> <p>4.ส่งเสริม พัฒนา สมรรถนะทีมนำ และสมรรถนะผู้นำ</p>	<p>มวกเหล็ก</p> <p>5.โครงการจัดทำแผนยุทธศาสตร์และควบคุม กำกับ แผนงาน/โครงการ ประจำปี2562</p> <p>6.แผนสอบเทียบเครื่องมือทางการแพทย์</p> <p>7.โครงการบำรุงรักษาและทบทวนการใช้เครื่องมือแพทย์ที่มีความเสี่ยงสูง</p> <p>8.แผนงานจัดตั้งศูนย์เครื่องมือแพทย์</p>	<p>ตัวชี้วัดโครงการ ผ่าน</p> <p>ตัวชี้วัดโครงการ ผ่าน</p> <p>ยังไม่ผ่าน ตชว.โครงการ</p>	

ผลการดำเนินงาน แผนงานโครงการ ประจำปี 2562

	จำนวนโครงการรวม	ดำเนินการ	ขอขยาย	ยกเลิก	ไม่ดำเนินการ
ตามยุทธศาสตร์	24	20 (83.33%)	1 (4.17%)	3 (12.50)	0
ทีมคร่อมสายงาน	45	38 (84.45%)	2 (4.44%)	5 (11.11%)	0
กลุ่มงาน	95	89 (93.68%)	2 (2.11%)	4 (4.21%)	0
<b>ภาพรวม</b>	<b>164</b>	<b>147 (89.63%)</b>	<b>5 (3.05%)</b>	<b>12 (7.32%)</b>	<b>0</b>

1. แผนงาน/โครงการตามยุทธศาสตร์

จำนวน 24 โครงการ

ดำเนินการ 20 โครงการ คิดเป็นร้อยละ 83.33

ยกเลิก 3 โครงการ คิดเป็นร้อยละ 12.50

ขอขยาย 1 โครงการ คิดเป็นร้อยละ 4.17

ไม่ได้ดำเนินการ 0 โครงการ

บรรลุตามตัวชี้วัดโครงการ จำนวน 19 โครงการ คิดเป็นร้อยละ 95

2. แผนงาน/โครงการทีมคร่อมสายงาน

จำนวน 45 โครงการ

ดำเนินการ 38 โครงการ คิดเป็นร้อยละ 84.45

ยกเลิก 5 โครงการ คิดเป็นร้อยละ 11.11

ขอขยาย 2 โครงการ คิดเป็นร้อยละ 4.44

ไม่ได้ดำเนินการ 0 โครงการ

บรรลุตามตัวชี้วัดโครงการ จำนวน 36 โครงการ คิดเป็นร้อยละ 94.74

3. แผนงาน/โครงการกลุ่มงาน

จำนวน 95 โครงการ

ดำเนินการ 90 โครงการ คิดเป็นร้อยละ 94.74

ยกเลิก 4 โครงการ คิดเป็นร้อยละ 4.21

ขอขยาย 1 โครงการ คิดเป็นร้อยละ 1.05

ไม่ได้ดำเนินการ 0 โครงการ

4. โครงการที่ขอขยาย ถึงเดือนธันวาคม 2562

1. โครงการวันภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย (จัดงานวันที่ 29 ต.ค.62)

2. โครงการเยี่ยมสำรวจเพื่อเฝ้าระวังหลังการรับรอง (Surveillance Survey) รพ.มวกเหล็ก จ.สระบุรี

3. โครงการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ประจำปี 2562

4. โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

5. โครงการ สร้างสุข ลดเสี่ยง เลี่ยงโรค



สรุปผล ตัวชี้วัด เป้าประสงค์ตามยุทธศาสตร์ ประจำปี 2562

ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ที่	เป้าหมาย 2562	ผลการ ดำเนินงาน	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผู้รับผิดชอบ
<b>ยุทธศาสตร์ที่ 1</b>					
1.ระดับความสำเร็จของการมีส่วนร่วมของชุมชน	ระดับ 3	ระดับ 3	/		กลุ่มงานบริการปฐมภูมิ
2.ร้อยละการบรรลุตามค่าเป้าหมายของตัวชี้วัดตามสุขภาพ 5 กลุ่มวัย และ Service Plan	ร้อยละ 75	ร้อยละ 75	/		
3.ระดับความสำเร็จของระบบสุขภาพ	ระดับ 3	ระดับ 4	/		
3.1 ระบบสุขภาพอำเภอ / DHS					
3.2 ระบบสุขภาพทุติยภูมิ F2 / HA	ระดับ 2	ระดับ 2	/		
3.3 ระบบสุขภาพปฐมภูมิ / PCC	ระดับ 2	ระดับ 1		/	
<b>ยุทธศาสตร์ที่ 2</b>					
1.ระดับความสำเร็จของการจัดการข้อมูล สารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ	ระดับ 3	ระดับ 3	/		ทีมสารสนเทศ
2. ระดับความสำเร็จของระบบคลังข้อมูลสุขภาพอำเภอ	ระดับ 3	ระดับ 3	/		
<b>ยุทธศาสตร์ที่ 3</b>					
1.ร้อยละบุคลากรที่มีสมรรถนะเชิงวิชาชีพผ่านเกณฑ์	ระดับ 3	ระดับ 1		/	ทีม HRD+HPH
2.ร้อยละหน่วยงานมีผลงาน CQI นวัตกรรม R2R	ร้อยละ 70	ร้อยละ 100	/		
3.ระดับความสำเร็จเรื่องการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย	ระดับ 3	ระดับ 2.5		/	
4.ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานโรงพยาบาลคุณธรรม	ระดับ 3	ระดับ 5	/		
5. ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน ไปใช้	ร้อยละ 70	NA	NA	NA	
6.ร้อยละความพึงพอใจต่อองค์กร	ร้อยละ 80	ร้อยละ 77.75		/	
7.ร้อยละบุคลากรมีผลการตรวจสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ปกติ	ร้อยละ 60	ร้อยละ 33.09		/	
<b>ยุทธศาสตร์ที่ 4</b>					
1.ระดับความสำเร็จของการสอบทานและประเมินผลการควบคุมภายใน	ระดับ 3	ระดับ 3	/		กลุ่มงานบริการทั่วไป
2.ระดับการวิกฤตทางด้านการเงิน	ระดับ 3	ระดับ 3	/		ทีมเครื่องมือแพทย์
3.ระดับความสำเร็จของความเพียงพอและพร้อมใช้อุปกรณ์เครื่องมือ	ระดับ 3	ระดับ 3	/		
4.ระดับความสำเร็จของทีมนำด้านสมรรถนะการบริหารจัดการองค์กร	ระดับ 3	ระดับ 3	/		
ผ่าน 12/ 18 คิดเป็นร้อยละ 66.67					

ผลลัพธ์ การดำเนินงาน 5 กลุ่มวัย (ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ที่ 2 ในยุทธศาสตร์ที่ 1)

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัดกำกับเป้าประสงค์	เป้าหมายปี 2562	2562 ครึ่งปี	2562 1 ปี	ผู้รับผิดชอบ
1. พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตร เข้าถึงง่ายและชุมชนมีส่วนร่วม	2. ประชาชนสุขภาพดี	2. ร้อยละการบรรลุตามค่าเป้าหมายของตัวชี้วัดตามสุขภาพ 5 กลุ่มวัย และ Service Plan				
		แม่และเด็ก				
		1. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี	< 42/1,000 คน	7.57	25.00	คุณผุสดี
		2. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	> ร้อยละ 80	98.37	97.81	คุณรุ่งทิพย์
		วัยเรียนและวัยรุ่น				
		3. ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน	> ร้อยละ 66	54.48	54.60	คุณรุ่งทิพย์
		4. ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)	> ร้อยละ 54	65.37	97.78	ทพญ.สิริพร
		วัยทำงาน				
		5. อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน	< 16/แสนพชก.	17.80 =10 ราย	19 ราย	คุณตะวัน
		6. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	< ร้อยละ 2.05	1.46	2.94	คุณวรัชยากร
		7. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ จากกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง	HT = < 2.4	1.98	1.11	คุณวรัชยากร
			HT=ได้วัดความดันที่บ้าน≥35	2.63	66.04	คุณวรัชยากร
		8. อัตราการควบคุมได้ของเบาหวาน , ความดันโลหิตสูง	DM ≥ 40	16.96	20.21	คุณวรัชยากร
			HT ≥ 50	25.67	31.05	
		9. อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (AMI) กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	< 5 ราย	0	0	คุณสุพัฒนา
		10. อัตราตายจากโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)	< ร้อยละ 7	0	0	
	วัยสูงอายุ					
	11. ร้อยละของผู้สูงอายุและคนพิการได้รับการดูแลและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น		98	98.50	คุณสินวน	
	service plan					
	12. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	> ร้อยละ 85	100	100	คุณวรัชยากร	
	13. จำนวนผู้ป่วย ACS เสียชีวิต (ราย)	0 ราย	0	0	คุณพัชรินทร์	
	14. จำนวนผู้ป่วย Stroke เสียชีวิตจากภาวะฉุกเฉิน (ราย)	0 ราย	0	0	คุณพัชรินทร์	
	15. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการคัดกรอง CVD risk ทุกราย	> ร้อยละ 85	94.42	65.14	คุณวรัชยากร	
	16. จำนวนอุบัติเหตุการณผู้ป่วย Mild Head Injury เสียชีวิต (ราย)	0 ราย	0	0	คุณพัชรินทร์	

ผลลัพธ์การดำเนินงาน ตัวชี้วัด PA กระทรวง 2562

Excellence	ประเด็น	ตัวชี้วัด PA กระทรวง 2562	ค่าเป้าหมาย	30 กย 62	แหล่งข้อมูล/ผู้รับผิดชอบ
PP & P	1. Mother & Child Health	1. อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีวิต		0	คุณผุสดี
		2. ระดับความสำเร็จของพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน			
		- ร้อยละ 90 ของเด็ก 0-5 ปีได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	> ร้อยละ 90	72.39	คุณรุ่งทิพย์ , คุณกมลวรรณ
		- ร้อยละ 20 ของเด็ก 0-5 ปีได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า	> ร้อยละ 20	6.19	คุณรุ่งทิพย์ , คุณกมลวรรณ
		- ร้อยละ 90 ของเด็ก 0-5 ปีที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม/ส่งต่อ	> ร้อยละ 90	96.46	คุณรุ่งทิพย์ , คุณกมลวรรณ
	- ร้อยละ 60 ของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I	> ร้อยละ 60	100	คุณรุ่งทิพย์ , คุณกมลวรรณ	
	2. GREEN & Clean Hospital	1. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 40			ระดับดีมาก
2. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก Plus อย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง					คุณวรรณภา , คุณพัชรินทร์

Service	3. RDU & AMR	1. ร้อยละของ รพ. ที่ใช้อย่างสมเหตุสมผล (รพช. แค่วันหรือ RDU ขั้นที่ 1 ≥ ร้อยละ 95			ผ่านระดับ 2	คุณวิฑูรย์ , คุณจริยา
		RDU ขั้นที่ 2 ≥ ร้อยละ 20			-	คุณวิฑูรย์ , คุณจริยา
		2. ร้อยละของ รพ.ที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR ระดับ Intermediate ≥ ร้อยละ 20)	-	-	-	คุณวิฑูรย์ , คุณจริยา
	4. TB	1.อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (เป้าหมาย ≥85)	≥ ร้อยละ 85	87.50 (14/16)	คุณวรัชยากร ,	
	5. Fast Track 5.1 Stroke	1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน(I63) < ร้อยละ5	< ร้อยละ 5	0	คุณพัชรินทร์ , คุณสุพัฒนา	
		2. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) < ร้อยละ 25	< ร้อยละ 25	0	คุณพัชรินทร์ , คุณสุพัฒนา	
		3. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) < ร้อยละ 7	< ร้อยละ 7	0	คุณพัชรินทร์ , คุณสุพัฒนา	
		4. ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชม. ได้รับการรักษาใน Stroke Unit (%SU) ≥40	≥ ร้อยละ 40	42% (23/54)	คุณพัชรินทร์ , คุณสุพัฒนา	
		5. ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน(I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชม.ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time) (%DTN) ≥50	≥ ร้อยละ 50	15% (2/13)	คุณพัชรินทร์ , คุณสุพัฒนา	
		6. ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัด สมองภายใน 90 นาที (door to operation room time) (%DTOR) ≥6	≥ ร้อยละ 6	NA	คุณพัชรินทร์ , คุณสุพัฒนา	
	5.2 Sepsis	1.อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงชนิด Community-acquired < ร้อยละ 30	< ร้อยละ 30	2.89% (2/69)	คุณสมใจ	
	5.3 Trauma	-				

Excellence	ประเด็น	ตัวชี้วัด PA กระทรวง 2562			แหล่งข้อมูล/ผู้รับผิดชอบ
Service (ต่อ)	6. ยาเสพติด	1. ร้อยละ 20 ของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบ และได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี (Retention rate)	> ร้อยละ 20	67.74 (21/31)	คุณชุติมา
		2. ร้อยละ 40 ของผู้ใช้/ผู้เสพ ที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบ หยุดเสพต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัด 3 เดือน (3 months Remission rate)	> ร้อยละ 40	100 (21/21)	คุณชุติมา

People	7. Human Resource for Health (HRH) Transformation	-			
		-			

Governance	8. Quality Organization				
	8.1 HA	1. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 (เป้าหมาย : รพศ./รพท./รพ.สังกัดกรม ร้อยละ 100 รพช. ร้อยละ 90)		Rs2	คุณรุ่งทิพย์
	8.2 PMQA	-			
	9. Finance Management	1. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 4		ระดับ 2	คุณวรรณภา
	10. Digital Transformation	1. มีการใช้ Application สำหรับ PCC ใน PCC ทุกแห่ง		ยังไม่เปิด PCC	คุณกาญจนา , คุณตะวัน
	11. เขตสุขภาพ	-			
	12. Primary Care	1. ร้อยละของ PCC ที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (สะสมร้อยละ 36)		ยังไม่มี PCC	คุณสินวน
		2. ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ดีดดาว (เป้าหมาย ระดับ 3 ดาว 100%, ระดับ 5 ดาว สะสมร้อยละ 60)		61.54	คุณสินวน
	3. ร้อยละ 60 ของอำเภอมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ	> ร้อยละ 60	100%	คุณสินวน	

ผลลัพธ์การดำเนินงานงาน QOF ประจำปี 2562

ลำดับ	ตัวชี้วัด QOF ปี 2562	เป้าหมาย(%)	ผลงาน 2562
1	อัตราการลดมีชีฟในหญิงอายุ 15-19 ปี (Stop teen mom)	< ร้อยละ 20	24.30
2	อัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุ < 20 ปี	< ร้อยละ 10	21.43
3	ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี 30-60 ปี ภายใน 5 ปี		
4	ร้อยละผู้ป่วย DM HT ที่ได้รับการคัดกรองโรคไตเรื้อรัง	> ร้อยละ 80	56.9
5	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก	< ร้อยละ 50	56.95
6	สัดส่วนการใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิต่อการใช้บริการที่โรงพยาบาล		
7	ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-74 ปี ที่ได้รับการคัดกรองเบาหวาน โดยการตรวจน้ำตาลในเลือด	> ร้อยละ 90	79.43
8	ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-74 ปี ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง	> ร้อยละ 90	79.16
9	ร้อยละของหญิงมีครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์	> ร้อยละ 60	42.20
10	ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี 30-60 ปี ภายใน 5 ปี	> ร้อยละ 80	28.25
11	ร้อยละประชาชนมีหมอใกล้บ้านใกล้ใจดูแล	-	NA
12	ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิผ่านเกณฑ์ขึ้นทะเบียน	-	61.54
13	ร้อยละการเข้ายาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอกโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute Diarrhea)	> ร้อยละ 40	16.3
14	ร้อยละการเข้ายาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอกโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ (Respiratory Infection)	< ร้อยละ 40	11.1
15	การลดลงของอัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (ACSC)	> ร้อยละ 6.58	20.04
16	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี (9 18 30 และ 42 เดือน) ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ	> ร้อยละ 80	62.52
17	ร้อยละของเด็ก 9,18,30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า(ตรวจครั้งแรก)	> ร้อยละ 20	2.52
18	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี (9,18,30 และ 42 เดือน)ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าจากการประเมินพัฒนาการด้วยเครื่องมือ DSPM ครั้งที่ 1 แล้วได้รับการติดตามมาประเมินพัฒนาการด้วยเครื่องมือ DSPM ครั้งที่ 2(ภายใน 30 วัน)	> ร้อยละ 60	53.13

ผลลัพธ์การดำเนินงาน 2 เข้มมุ่ง 3 นโยบาย สสจ. ปีงบประมาณ 2562

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2562		ผู้รับผิดชอบ
		2562	ครึ่งปี	1 ปี	
<b>เข้มมุ่งที่ 1 การฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ คนพิการที่ต้องได้รับการดูแลผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันแบบบูรณาการ</b>					
1	ร้อยละ 90 ของผู้สูงอายุและคนพิการที่ต้องได้รับการดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น	ผู้สูงอายุ > ร้อยละ 90	98	98.50	คุณสีนวน
		ผู้พิการ > ร้อยละ 90	87.50	90.90	คุณชญาณี
2	ร้อยละ 70 กลุ่มผู้ป่วยที่มีศักยภาพในการฟื้นฟูให้มีสมรรถนะดีขึ้น (Potential Group) มี Barthel ADL Index ดีขึ้น	ร้อยละ 70	93.75	92.58	คุณชญาณี
<b>เข้มมุ่งที่ 2 การดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน</b>					
1	ลดจำนวนผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนจากปี 2561 ร้อยละ 10	< ร้อยละ 10	เพิ่มขึ้น 14.73	เพิ่มขึ้น	คุณพัชรินทร์
2	ลดอัตราการตายอุบัติเหตุทางถนนลดลงจากค่ามัธยฐาน ร้อยละ 10	< ร้อยละ 10	เพิ่มขึ้น 75.80%	เพิ่มขึ้น	คุณพัชรินทร์
3	ร้อยละ 20 ของจุดเสี่ยงได้รับการแก้ไข		100 (5/5)	100(5/5)	คุณพรศักดิ์
4	อำเภอมีคณะกรรมการ/คณะทำงานเพื่อป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน (2562)		ระดับ5	ระดับ 5	คุณพรศักดิ์
5	อำเภอมีทีมสอบสวนสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุทางถนน (2562)		ระดับ5	ระดับ 5	คุณพรศักดิ์
6	อำเภอมีการแก้ไขปัญหาจุดเสี่ยงเพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางถนน (2562)		ระดับ5	ระดับ 5	คุณพรศักดิ์

ผลลัพธ์การดำเนินงาน ตัวชี้วัด งานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ปี 2562

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปี 2562	2562 ครึ่งปี	2562 1 ปี	ผู้รับผิดชอบ
1	ร้อยละ 90 ของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองเบาหวาน	> ร้อยละ 90	95.74	99.35	Case manager DM
2	ร้อยละ 90 ของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง	> ร้อยละ 90	94.71	99.32	Case manager HT
3	ร้อยละ 10 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากผู้สงสัยป่วย (ทำ Home BP)	< ร้อยละ 10	3.21	5.05	Case manager HT
4	อัตราการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีอายุ 30-70 ปี (ร้อยละ80)	> ร้อยละ 80	78.06	71.82	บริการปฐมภูมิฯ
5	อัตราการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปี (ร้อยละ 80)	> ร้อยละ 80	29.09	19.04	บริการปฐมภูมิฯ
6	สรุปการคัดกรองตาต่อกระจกประมวลผล Summary Report (ร้อยละ 75)	> ร้อยละ 75	93.35	80.99	บริการปฐมภูมิฯ, OPD
7	ร้อยละ 40 ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	> ร้อยละ 40	17.95	20.21	Case manager DM
8	ร้อยละ 50 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันได้ดี	> ร้อยละ 50	33.76	31.05	Case manager HT
9	ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยเบาหวาน ที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางตา	> ร้อยละ 60	56.54	76.38	Case manager DM
10	ร้อยละ 80 ของผู้ป่วย DM และหรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง	> ร้อยละ 80	55.68	65.14	Case manager DM,HT
11	การชะลอความเสื่อมของไตผู้ป่วย มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4ml/min/1.73 M2/yr (ร้อยละ66)	> ร้อยละ 66	47.62	45.54	CKD
12	ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยเบาหวาน ที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางเท้า	> ร้อยละ 60	60.2	75.32	Case manager DM,HT
13	ร้อยละ ของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	≥ ร้อยละ 85	94.23	95.77	Case manager DM,HT

ผ่าน 7/13 = ผ่านร้อยละ 53.85

ผลการดำเนินงาน  
ทีมक्रमสายงาน  
ประจำปี 2562



1. ทีมพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย (PCT) ปี 2562

รายการ	ผลการดำเนินงานทีม PCT
นโยบายของทีมฯ	1.วางระบบ และพัฒนาระบบและกระบวนการดูแลผู้ป่วยเชิงสหวิชาชีพอย่างมีคุณภาพและต่อเนื่องแบบองค์รวม 2.จัดทำมาตรฐานและแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและบริบทของชุมชน 3.ร่วมดำเนินการจัดการความเสี่ยงที่สำคัญ
เป้าหมายของทีมฯ	1.กลุ่มผู้ป่วยที่มีวิกฤตฉุกเฉินได้รับการรักษาทันที่ที่ปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน 2.กลุ่มผู้ป่วยทั่วไปมีอาการดีขึ้นหรือหายจากการเจ็บป่วย และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและมีทักษะในการดูแลตนเอง 3.ส่งเสริมศักยภาพผู้ป่วยครอบครัวและผู้ดูแลให้สามารถดูแลตนเองได้เหมาะสมตามวิถีชีวิต 4.สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย
ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด	1.ผู้ป่วย Stroke Fast track ได้รับการส่งต่อภายใน 30 นาที (ทำได้ 32.8 นาที)
	2.อุบัติการณ์การ Delay diagnosis
	3.อุบัติการณ์เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการส่งต่อ
	4.อุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดคน
	5.อุบัติการณ์การรายงานผลทางห้องปฏิบัติการผิดพลาด
	6.อัตราการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วย โรคเดิมภายใน 28 วันโดยไม่ได้วางแผน
	7.มีการทบทวนและปรับปรุง CPG ทุกปี
	8.อัตราการ D/C plan ตามกลุ่มโรคที่กำหนด
	9.อัตราการได้รับการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย
กิจกรรมที่ดำเนินการ	1.จัดทบทวนอุบัติการณ์
	2.ทบทวนเวชระเบียนทุก 3 เดือน
	3.จัดทำแนวทางปฏิบัติใหม่หรือย้าแนวทางปฏิบัติเดิม
	4.จัดประชุมทีมและสหวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย
	5.คืนข้อมูลการทบทวนอุบัติการณ์ให้กับทีม Risk management
	6.จัดประชุมทีม PCT ทุกวันพุธบ่าย (2 เดือน/ครั้ง)
	7.จัดกิจกรรมเพื่อปรับกระบวนการทัศน์และมโนทัศน์ของสมาชิกในทีมเพื่อพัฒนาศักยภาพสมาชิกในทีม
ปัญหา/อุปสรรค	1.ผู้เข้าร่วมประชุมไม่ถึง 50% เนื่องจากภาระงาน
	2.กำหนดการประชุมงานได้ไม่ตามเป้าหมาย
	3.การทบทวนหรือจัดทำแนวทางขาดมุมมองจากสหสาขาวิชาชีพ
ข้อเสนอแนะ	1.เข้าร่วมทีมประชุมกำหนดวันประชุม PCT ใหม่เป็นวันพุธบ่ายของทุกเดือน
	2.การสร้างมโนทัศน์ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันในทีมโดยทุกคนมีส่วนร่วม
	3.การส่งต่อข้อมูลระหว่างกันเพื่อให้ข้อมูลส่งต่อในทีมแนวราบ
สิ่งที่ต้องพัฒนาต่อ	1.กระบวนการปรับความเข้าใจกับสมาชิกในทีมPCT ทราบกรอบบทบาท หน้าที่
	2.พัฒนาความสามารถบุคลากรในทีม
	3.สร้างวัฒนธรรมของทีมในการมีส่วนร่วมทั้งความคิดเห็นและการลงมือปฏิบัติ

สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดทีม PCT

ตัวชี้วัดทีม PCT	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปี 2562	หมายเหตุ
1.ผู้ป่วย Stroke Fast track ได้รับการส่งต่อ	30 นาที	32.8 นาที	
2.อุบัติการณ์การ Delay diagnosis	ร้อยละ 0	N/A	ยังทบทวนอุบัติการณ์ไม่ครบ
3.อุบัติการณ์เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการส่งต่อ	ร้อยละ 0	0.25 (3/1220)	
4.อุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดคน	0 ครั้ง	4 ครั้ง	
5.อุบัติการณ์การรายงานผลทางห้องปฏิบัติการผิดพลาด	ร้อยละ 0	0	
6.อัตราการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วย โรคเดิมภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน	<ร้อยละ 1	0.69	(ต.ค.61-ส.ค.62)
7.มีการทบทวนและปรับปรุง CPG ทุกปี (ตามอุบัติการณ์)	ร้อยละ 100	N/A	ยังทบทวนอุบัติการณ์ไม่ครบ
8.อัตราการ D/C plan ตามกลุ่มโรคที่กำหนด	ร้อยละ 100	100	
9.อัตราการได้รับการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย(ในเขต)	ร้อยละ 50	76.56 (49/64)	

2. คณะกรรมการพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยง (RM) ปี 2562

รายการ	ผลการดำเนินงานทีม RM
นโยบายของทีมฯ	- โรงพยาบาลมวกเหล็กมีการดำเนินงานบริหารความเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อความปลอดภัยสูงสุดของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ ตามนโยบาย Muaklek P2P Safety Goal
เป้าหมายของทีมฯ	1. เพื่อให้ทุกหน่วยงานสามารถจัดระบบบริหารความเสี่ยงในหน่วยงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2. เพื่อสร้างหลักประกันแก่ผู้ป่วย ผู้รับบริการ และเจ้าหน้าที่ ว่าจะได้รับความปลอดภัยจากบริการสุขภาพของโรงพยาบาล 3. เพื่อลดความเสี่ยงและความเสียหายทุกรูปแบบที่จะเกิดขึ้นในโรงพยาบาล
ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด	1. ร้อยละรายงาน Near miss เทียบกับรายงานอุบัติการณ์ทั้งหมด > 20 % (คิดเป็นร้อยละ 4.49) 2. ร้อยละของอุบัติการณ์รุนแรงระดับ E-I เทียบกับรายงานอุบัติการณ์ทั้งหมด < 2%(คิดเป็นร้อยละ 42.44) 3. อัตราการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำระดับ E-I < 10% (คิดเป็นร้อยละ 0) 4. ร้อยละของอุบัติการณ์ระดับ E-I ได้รับการวิเคราะห์สาเหตุ (RCA) และแก้ไขอย่างเป็นระบบ 100 % (คิดเป็นร้อยละ 27.88)
กิจกรรมที่ดำเนินการ	1. ระยะที่ 1 สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย 1.1 กิจกรรมการประชุม พัฒนาความถูกต้องบันทึกข้อมูลเรียนรู้ RCA จำนวน 3 ครั้ง 1.2 กิจกรรมการประชุม คณะกรรมการ และสภา RM จำนวน 5 ครั้ง (พฤษภาคม – กันยายน 2562) 2. ระยะที่ 2 เฝ้าระวังความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล 2.1 กิจกรรมประชุมชี้แจง การจัดทำทะเบียนความเสี่ยงระดับโรงพยาบาลแก่ตัวแทนแต่ละหน่วยงาน 3. ระยะที่ 3 Risk Management KM
ปัญหา/อุปสรรค	1. คณะกรรมการความเสี่ยงมีภาระหน้าที่หลายอย่าง ทำให้มีข้อจำกัดเวลาประชุมปิดประเด็นความเสี่ยง 2. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมวกเหล็กยังขาดความตระหนักในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

	3. เจ้าหน้าที่บางท่านยังไม่ทราบวิธีการเข้าไปรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง
ข้อเสนอแนะ	1. การใช้เครื่องมือในการทำ RCA คิดว่าทุกคนยังไม่เข้าใจอย่างถ่องแท้ และยังไม่ครอบคลุมเจ้าหน้าที่ทุกคน 2. ระบบการรายงานผ่านโปรแกรม hrms on cloud ยังมีข้อจำกัดในการเรียกดูการรายงานอุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไขจากคณะกรรมการความเสี่ยง ที่ไม่สามารถดึงข้อมูลกลับมาดูได้ 3. ต้องการหาแนวทางป้องกันการเกิดความผิดพลาดในการให้การรักษาพยาบาลหรือให้บริการแก่ผู้รับบริการ
สิ่งที่ต้องพัฒนาต่อ	1. อยากให้ทีมสหวิชาชีพมาร่วมทำ RCA ให้มากขึ้น เพราะบางครั้งทำ RCA หาเจอแต่กึ่งกันไม่เจอรากของปัญหา หรือเจอรากของปัญหาแต่ไม่ถูกนำมาปฏิบัติ สื่อสาร 2. พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลอุบัติการณ์ที่มีการปิดประเด็นให้สามารถย้อนกลับมาดูได้ 3. อยากร่วมการจัดกิจกรรมการเรียนรู้การทำ RCA จัดเป็นเวทีใหญ่ มีการเข้าฐาน เหมือน IC work rally

### 3. คณะกรรมการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลมวกเหล็ก ปี 2562

รายการ	ผลการดำเนินงานทีม ENV
นโยบายของทีมฯ	1. พัฒนาระบบบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมภายในโรงพยาบาลตามมาตรฐานระบบวิศวกรรมความปลอดภัย 2. พัฒนาสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพและมีระบบการจัดการของเสียที่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ 3. พัฒนาระบบป้องกันอัคคีภัยและการจัดการภาวะฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพ 4. ระบบสาธารณสุขปลอดภัยมีความพอเพียง 5. พัฒนาระบบอาชีวอนามัยและความปลอดภัยจากการทำงานในโรงพยาบาล
เป้าหมายของทีมฯ	1. โครงสร้างทางกายภาพและสิ่งแวดล้อมมีความปลอดภัย 2. จัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการทำงานและการส่งเสริมสุขภาพ 3. เพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันระงับอัคคีภัยและการจัดการภาวะฉุกเฉิน 4. ระบบสาธารณสุขปลอดภัยพร้อมใช้ตลอดเวลา 5. งานอาชีวอนามัยผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับ 5
ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด	1. อุบัติการณ์การเกิดความเสียหายระดับ E ขึ้นไปจากโครงสร้างทางกายภาพและสิ่งแวดล้อม เป้าหมาย 0 ครั้ง (3 ครั้ง) 2. อุบัติการณ์ทรัพย์สินของผู้รับบริการ และผู้ให้บริการสูญหายและไม่ได้รับการสอบสวน เป้าหมาย 0 ครั้ง (0 ครั้ง) (เกิดอุบัติเหตุสูญหาย 2 ครั้ง 1. ร้านค้าโดนงัด 2. พนักงานเก็บแก๊สโดนงัด) 3. จำนวนครั้งที่ค่าน้ำเสียผ่านเกณฑ์มาตรฐาน เป้าหมาย 4/4 ครั้ง (3/3 ครั้ง) 4. จำนวนครั้งที่ค่า BOD ของน้ำที่ผ่านการบำบัดผ่านเกณฑ์มาตรฐาน เป้าหมาย 4/4 ครั้ง (3/3 ครั้ง) 5. กระบวนการเฝ้าระวังความปลอดภัยจากอัคคีภัย (ตรวจสอบถัง ซ่อมแผน ตรวจสอบสารเคมี) เป้าหมาย 100% (100 %) 6. อุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ของระบบสาธารณสุข (น้ำดื่ม น้ำใช้ ไฟฟ้า โทรศัพท์) ภายในเวลาที่ประกัน เป้าหมาย 0 ครั้ง (9 ครั้ง) ไฟดับ 1 ครั้ง , โทรศัพท์เสีย 1 ครั้ง , น้ำดื่มไม่ผ่านมาตรฐาน 7 ครั้ง (ผู้ป่วยหญิง 1 ครั้ง , ผู้ป่วยชาย 1 ครั้ง , โรงครัว 2 ครั้ง , แพทย์แผนไทย 2 ครั้ง , ซับปลาย 1 ครั้ง)
กิจกรรมที่ดำเนินการ	1. มีการจัดประชุมทีม 2 เดือนครั้ง และกิจกรรม ENV Round ทุก 6 เดือน โดยคณะกรรมการ ENV หรือร่วมกับทีมนำโรงพยาบาล 2. มีการตรวจประเมินจากกองวิศวกรรมการแพทย์ทุกปีละ 1 ครั้ง และรับการตรวจประเมินมาตรฐาน

	ระบบบริการสุขภาพ
	3. จัดระบบการรักษาความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินให้มีความมั่นใจ พร้อมทั้งมีการติดกล้องวงจรปิดในจุดที่มีความเสี่ยง
	4. ดำเนินงาน 5ส. และกิจกรรม Big Cleaning เป็นประจำอย่างต่อเนื่อง
	5. จัดทำแนวทางปฏิบัติในการจัดการขยะ
	6. มีการจัดการระบบบำบัดน้ำเสีย น้ำดื่ม-น้ำใช้ ให้มีประสิทธิภาพ
	7. จัดทำแผนรองรับภาวะฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้น เช่น แผนป้องกันน้ำท่วมและระงับอัคคีภัย เป็นต้น
	8. มีการประเมินความเสี่ยงตามแบบ RAH 01 และมีการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาลด้วยเครื่องมือวิทยาศาสตร์
	9. ดำเนินงานตามมาตรฐาน GREEN & CLEAN HOSPITAL และพัฒนาไปสู่มาตรฐาน GREEN & CLEAN HOSPITAL ระดับดีมาก
	10. จัดกิจกรรมวันอนุรักษ์ลำน้ำมวกเหล็กร่วมกับภาคีเครือข่าย และมีการเฝ้าระวังปัญหาน้ำเน่าเสียร่วมกับชุมชน
ปัญหา/อุปสรรค	1. คณะกรรมการที่เข้าร่วมประชุมมาประชุมกันน้อย อาจจะทำให้การให้บริการผู้ป่วยและคณะกรรมการบางท่านอยู่หลายทีม
	2. งานส่วนใหญ่ในทีมมักจะตกเป็นหน้าที่ของประธานกับเลขานุการที่ต้องรับผิดชอบ
ข้อเสนอแนะ	1. เมื่อมีการประชุมทีมอยากให้หน่วยงานส่งตัวแทนเข้าร่วมรับฟัง (ในกรณีคนที่เป็นคณะกรรมการไม่ว่าง) เพื่อที่จะได้รับทราบข้อมูล
สิ่งที่ต้องพัฒนาต่อ	1. การสร้างจิตสำนึกและการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะของคนในองค์กร
	2. การพัฒนาสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลให้น่าอยู่น่าทำงาน

#### 4. คณะกรรมการพัฒนาระบบควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC) ปี 2562

รายการ	ผลการดำเนินงานทีม IC
นโยบายของทีมฯ	1. เป็นโรงพยาบาลที่มีระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ มีมาตรฐาน เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อให้ได้มากที่สุด 2. ส่งเสริมให้บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจและทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล 3. ผู้รับบริการมีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติในเรื่องสุขอนามัย
เป้าหมายของทีมฯ	1. ลดอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลให้น้อยกว่าร้อยละ 1 2. ลดอัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะให้น้อยกว่าร้อยละ 5 3. บุคลากรทางการแพทย์ล้างมือถูกต้อง๗ขั้นตอนตามหลัก 5moment ร้อยละ 100 4. บุคลากรทางการแพทย์สวมอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลถูกต้องร้อยละ 100
ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด	1. อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลร้อยละ $(4\text{ราย}/7,109\text{วันนอน}\times 1,000) = 0.56$
	2. อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะร้อยละ $(1\text{ราย}/690\text{วันคาสายสวน}\times 1,000) = 1.45$
	3. อัตราการติดเชื้อที่ปอดร้อยละ $(3\text{ราย}/6,351\text{วันนอน}\times 1,000) = 0.47$

	4. การล้างมือถูกต้อง 7 ชั้นตอนร้อยละ 95.62 ตามหลัก 5 moment ร้อยละ 90.89
	5. การสวมอุปกรณ์ป้องกันถูกต้องร้อยละ 95
	6. การติดเชื้อมีรายงาน 0 ราย
	7. จำนวนบุคลากรถูกของมีคมที่มิดำ 4 ราย จากบุคลากรทั้งหมด 184 ราย (สารคัดหลั่งกระเด็นเข้าตา 3 ราย)
	8. การคัดแยกขยะติดเชื้อถูกต้องร้อยละ 97.47
กิจกรรม ที่ดำเนินการ	1.การจัดจัดอบรมวิชาการประจำปีอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
	2. การจัดกิจกรรมรณรงค์ตามฤดูกาลน้อยปีละ 1 ครั้ง
	3. ประชุมคณะกรรมการทีม 6 ครั้งต่อปี (ทุก 2เดือน)
	4. ประเมินการล้างมือ,การสวมอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลของบุคลากรทุก 6 เดือน
	5. IC round อย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง
	6. วิเคราะห์การติดเชื้อในโรงพยาบาลทุกเดือน
	7. จัดทำแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา
	8. จัดทำแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด
ปัญหา/อุปสรรค	1. กรรมการหลายท่านปฏิบัติงานมีเวรบาย-ดึก ทำให้การนัดประชุมหาเวลาตรงกันได้ยาก
	2. ความร่วมมือของสมาชิกมีแต่ยังมีไม่มากพอที่จะช่วยให้ทีมขับเคลื่อนไปได้
	3. งบประมาณในการจัดหาอุปกรณ์ที่ต้องใช้เพื่อป้องกันการติดเชื้อราคาสูง
	4. การเบิกอุปกรณ์ เช่น ม่านแก้ว ถังผ้ามีล้อเลื่อน ไปใช้เวลานานที่งานบริหารในการจัดหาของให้ ทำให้ไม่ได้ทำตามแผนงานที่วางไว้
ข้อเสนอแนะ	1. แก้ปัญหาเรื่องเวลานัดประชุมเป็นช่วงพักเที่ยง
	2. สร้างความตระหนักและความรับผิดชอบ รวมทั้งจัดตารางนัดประชุมทีมทั้งปีปฏิทินให้สมาชิกทราบวันนัดล่วงหน้า
	3. อยากให้มีการประสานงานที่ดีและมีความชัดเจนในการเบิกอุปกรณ์ตามแผนงาน
สิ่งที่ต้องพัฒนาต่อ	1. เน้นการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความตระหนักรู้ในการป้องกันการติดเชื้อ
	2. ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยี 5 G ให้มีการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ และแนวทางปฏิบัติงานด้าน IC ผ่าน Smart phone เช่น แนวทางปฏิบัติเรื่องอุบัติเหตุของมีคมที่มิดำ สามารถดาวน์โหลดดูได้

### 5. คณะกรรมการพัฒนาบุคลากร โรงพยาบาลมวกเหล็ก ประจำปี 2562

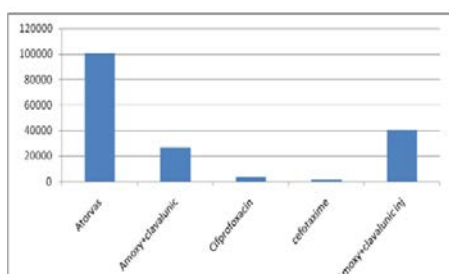
รายการ	ผลการดำเนินงานทีม HRD
นโยบายของทีมฯ	1.พัฒนาสมรรถนะบุคลากร 2.บุคลากรทำงานอย่างมีความสุข 3.บุคลากรมีความปลอดภัยในการทำงาน 4.บุคลากรได้รับการดูแลด้านสุขภาพ
เป้าหมายของทีมฯ	บุคลากรเก่ง ดี และมีความสุข
ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด	1.ทุกหน่วยงานมีการนำเสนอนวัตกรรม การพัฒนางาน
	2.ความพึงพอใจต่อกิจกรรมโครงการมากกว่าร้อยละ 80
	3.บุคลากรกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 66.1
	4.บุคลากรได้รับการพัฒนาสมรรถนะวิชาชีพตามเกณฑ์มากกว่าร้อยละ 60
	5.ร้อยละความผูกพันองค์กร 77.75

กิจกรรม ที่ดำเนินการ	1.โครงการพัฒนาระบบบริการที่เป็นเลิศ 2.โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ 3.โครงการพัฒนาศักยภาพในการจัดการความขัดแย้งด้วยสันติวิธี 4.โครงการพัฒนาศักยภาพแกนนำในการจัดการความขัดแย้งด้วยสันติวิธี 5.โครงการตรวจสอบสุขภาพประจำปี คปสอ.มวกเหล็ก 6.โครงการสร้างสุข ลดเสี่ยง เลี่ยงโรค 7.สรรหาบุคลากรเพิ่มในวิชาชีพที่ขาดแคลน 8.การเพิ่มค่าตอบแทนเวรนอกเวลาราชการให้กับบุคลากรสายวิชาชีพ 9.โครงการเชียร์ ชม แห่ เชิดชูคนดีศรีมวกเหล็ก
ปัญหา/อุปสรรค	1.อัตรากำลังไม่เพียงพอบุคลากรมีภาระงานมาก ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรม 2.บุคลากรกลุ่มเสี่ยงมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น
ข้อเสนอแนะ	1.การจัดกิจกรรมควรมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง 2.การสนับสนุนงบประมาณในการอบรม เพิ่มพูนทักษะ 3.การจัดหาอุปกรณ์สนับสนุนให้บุคลากรในการดูแลสุขภาพ
สิ่งที่ต้องพัฒนาต่อ	1.การติดตามและสนับสนุนกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง 2.การสนับสนุนด้านการวิจัย โดยผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ 3.การกระตุ้นและสนับสนุนให้เกิดนวัตกรรม

#### 6. คณะกรรมการพัฒนาระบบยา (PTC) ประจำปี 2562

รายการ	ผลการดำเนินงานทีม PTC																																
นโยบายของทีมฯ	1.กำหนดนโยบายของงานบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2.กำหนดกรอบบัญชีรายการของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3.ควบคุมกำกับ ติดตามระเบียบและมาตรการของงานบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4.กำหนดมาตรฐานความปลอดภัยด้านระบบยาของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล																																
เป้าหมายของทีมฯ	1.มีการบริหารเวชภัณฑ์และจัดทำบัญชียาที่มีประสิทธิภาพ 2.มีการกำหนดนโยบายและติดตามความปลอดภัยในการใช้ยา																																
ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด	1.ตัวชี้วัดด้านการบริหารเวชภัณฑ์ 2.ตัวชี้วัดด้านความปลอดภัยในการใช้ยา 2.1 การป้องกันการแพ้ยาซ้ำ = -ไม่มีผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำในปี 2562 2.2 ความคลาดคลาดในการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง = -ไม่พบความคลาดเคลื่อน																																
	3.การใช้ยาอย่างสมเหตุผล																																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>เป้าหมาย</th> <th>2557</th> <th>2558</th> <th>2559</th> <th>2560</th> <th>2561</th> <th>2562</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก</td> <td>20</td> <td>45.68</td> <td>41.58</td> <td>20.20</td> <td>16.23</td> <td>14.83</td> <td>13.02</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก</td> <td>20</td> <td>58.61</td> <td>54.10</td> <td>26.95</td> <td>22.88</td> <td>14.56</td> <td>8.67</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ</td> <td>40</td> <td>63.59</td> <td>60.00</td> <td>55.43</td> <td>56.60</td> <td>52.26</td> <td>40.35</td> </tr> </tbody> </table>		เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561	2562	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก	20	45.68	41.58	20.20	16.23	14.83	13.02	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก	20	58.61	54.10	26.95	22.88	14.56	8.67	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ	40	63.59	60.00	55.43	56.60	52.26	40.35
	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561	2562																										
ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก	20	45.68	41.58	20.20	16.23	14.83	13.02																										
ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก	20	58.61	54.10	26.95	22.88	14.56	8.67																										
ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ	40	63.59	60.00	55.43	56.60	52.26	40.35																										

4. การใช้ยาที่ต้องประเมินความเหมาะสม -มูลค่าการใช้ยาที่ต้องประเมินความเหมาะสม



Atorvastatin มีแนวโน้มการใช้เพิ่มอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรม	1.ประชุมคณะกรรมการPTC -ทบทวนบัญชียา -ทบทวนความปลอดภัยด้านยา
	2.ประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบยา
	1.มีการทบทวนและปรับปรุงระเบียบปฏิบัติด้านยา ดังนี้
	1.1 ปรับแนวทางการจัดการยาเดิมผู้ป่วย (Medreconciliation)
	12.. ปรับปรุงแนวทางการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง
	2.ประชุมส่งเสริมความรู้ด้านยาให้กับบุคลากรและผู้ป่วยในโรงพยาบาลมวกเหล็ก
	- case study การเลือกใช้ยาความดันในผู้ป่วยไตวาย
	-การป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาโดยใช้หลัก 6 R
	3.ประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด 1 ครั้ง ในเดือนกรกฎาคม
ปัญหา/อุปสรรค	1.จัดประชุมคณะกรรมการPTC ไม่ครบตามมาตรฐาน
ข้อเสนอแนะ	1.จัดประชุมให้ได้ตามมาตรฐาน 3 ครั้ง/ปี
	2.เพิ่มการทบทวนและติดตามความคลาดเคลื่อน
สิ่งที่ต้องพัฒนาต่อ	1.ติดตามและปรับปรุง RDU ในด้านต่างและในรพสต.
	2.ปรับปรุงและติดตามนโยบายด้านความปลอดภัยด้านยาต่อเนื่อง

ตัวชี้วัดเรื่องแผล

8	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในขนาดแผลสดจากอุบัติเหตุ	<= ร้อยละ 50	ตัวตั้ง	295	215	193	149	167	207	202	209	219	204	230	230
			ตัวหาร	512	480	551	478	506	478	481	462	462	476	483	456
			ร้อยละ	57.62	44.79	35.03	31.17	33	43.31	42	45.24	47.4	42.86	47.62	49.46

7. คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือแพทย์ (INS) ประจำปี 2562

รายการ	ผลการดำเนินงานทีม INS
นโยบายของทีมฯ	พอเพียง พร้อมใช้ ปลอดภัย ได้มาตรฐาน
เป้าหมายของทีมฯ	1. หน่วยงานที่มีเครื่องมือ Safe Life มีการบำรุงรักษา เครื่องมือให้มีความพร้อมใช้ ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะฉุกเฉิน 2. เครื่องมือทางการแพทย์มีความปลอดภัยในการ ให้บริการแก่ผู้ป่วย และบุคลากร 3. ดูแลบำรุงรักษาเครื่องมือและซ่อมแซมเครื่องมือให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน
ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด	1. เครื่องมือทางการแพทย์ได้รับการสอบเทียบอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 2. ไม่มีอุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ของเครื่องมือแพทย์ 3. ร้อยละ ๗๐ ของบุคลากรทางการแพทย์ได้รับการอบรมการบำรุงรักษาและทบทวนการใช้เครื่องมือแพทย์ที่มีความเสี่ยงสูง
กิจกรรมที่ดำเนินการ	1. มีการประชุมทีมเครื่องมือทุก 6 เดือน และทบทวนคำสั่งให้เป็นปัจจุบัน

	2. มีการสอบเทียบเครื่องมือแพทย์ ปีละ 1 ครั้ง
	3. มีการจัดอบรมทบทวนเรื่องการบำรุงรักษาและการใช้เครื่องมือแพทย์ความเสี่ยงสูงให้แก่บุคลากรผู้ใช้เครื่องมือแพทย์
	4. จัดทำการสำรวจความต้องการของทุกหน่วยงานปีละ 1 ครั้ง
	5. จัดทำแผนความต้องการเครื่องมือแพทย์
	6. ทุกหน่วยงานที่มีเครื่องมือบันทึกการตรวจสอบและบำรุงรักษาเครื่องมือ
	7. มีการสาธิตการใช้เครื่องมือเมื่อได้รับใหม่ โดยตัวแทนจากบริษัท
	8. มีการกำหนดประเภทเครื่องมือความเสี่ยงระดับ สูง กลาง ต่ำ
ปัญหา/อุปสรรค	1. ขาดแคลนบุคลากรที่มีความรู้ด้านการซ่อมเครื่องมือแพทย์ เมื่อเครื่องมือแพทย์เกิดขัดข้อง เจ้าหน้าที่ไม่สามารถแก้ไขเบื้องต้นได้ ต้องส่งซ่อมบริษัทภายนอก ทำให้เกิดความล่าช้าในการใช้เครื่องมือแพทย์
ข้อเสนอแนะ	1. เพิ่มความรู้และทักษะให้ช่าง รพ. เพื่อสามารถแก้ไข ซ่อมแซมเครื่องมือแพทย์เบื้องต้นได้
สิ่งที่ต้องพัฒนาต่อ	1. ทุกหน่วยงานต้องจัดทำเป็นประวัติเครื่องมือให้ครอบคลุมและเป็นปัจจุบัน
	2. จัดตั้งศูนย์สำรองเครื่องมือแพทย์
	3. จัดให้มีการสอบเทียบเครื่องมือแพทย์ให้ครอบคลุมทุก รพ.สต. ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ

### 8. คณะกรรมการพัฒนาสุขภาพบุคลากร (HPH) ประจำปี 2562

รายการ	ผลการดำเนินงานทีม HPH
นโยบายของทีมฯ	1.ดูแลสุขภาพบุคลากรทั้งด้านร่างกายและจิตใจ 2.ส่งเสริมให้บุคลากรมีสุขภาพที่ดี 3.บุคลากรมีความปลอดภัยในการทำงาน
เป้าหมายของทีมฯ	1.บุคลากรมีสุขภาพที่ดี ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ 2.บุคลากรที่เจ็บป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม
ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด	1.บุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพปีละ 1 ครั้ง 2.บุคลากรกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 66.1 ได้รับการดูแล ติดตามอย่างต่อเนื่อง 3.บุคลากรกลุ่มป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 100 บุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพ
กิจกรรมที่ดำเนินการ	1.โครงการตรวจสุขภาพประจำปี คปสอ.มวกเหล็ก 2.โครงการสร้างสุข ลดเสี่ยง เลี่ยงโรค
ปัญหา/อุปสรรค	1.อัตรากำลังไม่เพียงพอบุคลากรมีภาระงานมาก ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรม 2.บุคลากรกลุ่มเสี่ยงมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น
ข้อเสนอแนะ	1.การจัดกิจกรรมควรมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง 2.การสนับสนุนงบประมาณในการอบรม เพิ่มพูนทักษะ 3.การจัดหาอุปกรณ์สนับสนุนให้บุคลากรในการดูแลสุขภาพ
สิ่งที่ต้องพัฒนาต่อ	1.การติดตามและสนับสนุนกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง



	2.การสนับสนุนด้านการวิจัย โดยผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ

### 9. กระบวนการพัฒนาระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (IM) ปี 2562

รายการ	ผลการดำเนินงานทีม IM			
นโยบายของทีมฯ	๑.ความพร้อม ทั้ง Hardware Software ที่ปลอดภัยและพร้อมใช้ ๒.ระบบข้อมูลสารสนเทศที่พร้อมใช้ เชื่อมถือได้และทันเวลา ๓.การบันทึกเวชระเบียนที่มีคุณภาพได้มาตรฐานและพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย			
เป้าหมายของทีมฯ	๑.มีระบบสารสนเทศ มีประสิทธิภาพ ๒.มีระบบเชื่อมโยงและสังเคราะห์ข้อมูล ที่มีประสิทธิภาพ ๓.มีการบันทึกเวชระเบียนที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน และพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย			
ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด	ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
	๑	จำนวนครั้งการเกิดระบบ LAN ล่ม/ขัดข้อง	น้อยกว่า ๓ ครั้งต่อปี	๑
	๒	การสูญหายของข้อมูลในคอมพิวเตอร์	๐ ครั้ง	๑
	๓	อัตราการตอบสนองข้อมูลได้ทันเวลาเมื่อมีการร้องขอข้อมูล(ครั้ง/ทันเวลา)	ร้อยละ ๑๐๐	๖๐
	๔	อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน ผู้ป่วยใน	มากกว่าร้อยละ๘๐	๙๒.๑๑
	๕	อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน ผู้ป่วยนอก	มากกว่าร้อยละ๘๐	๗๘.๘๗
	๖	การสูญหายของเวชระเบียน	๐	๐
	๗	อัตราการไม่ลงวินิจฉัยในคอมพิวเตอร์	น้อยกว่าร้อยละ๕	๑.๕
	๘	จำนวนครั้งของการไม่ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติการรักษาความลับผู้ป่วย	๐ ครั้ง	๐
	๙	จำนวนผลงานวิชาการได้มีการเผยแพร่ผ่าน Website>๑๐ เรื่อง/ปี	ไม่น้อยกว่า ๑๐เรื่อง	๑๘ เรื่อง
กิจกรรมที่ดำเนินการ	๑.ทบทวนคุณภาพการบันทึกข้อมูลเวชระเบียน โปรแกรม HOSxP ให้กับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล พัฒนาการเรียกเก็บเงินชดเชยให้มีประสิทธิภาพและอบรม HOSxP_PCU ให้กับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. (๗-๙ สิงหาคม ๒๕๖๒)			
	๒. ทบทวนทักษะด้านการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยและการให้รหัส ICD๑๐ ให้แพทย์และผู้เกี่ยวข้องทราบแนวทาง (มิ.ย.๒๕๖๒)			
	๓. ทบทวนระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกันคอมพิวเตอร์ และการตรวจสอบความพร้อมใช้ของวัสดุอุปกรณ์คอมพิวเตอร์			
ปัญหา/อุปสรรค	๑. การบำรุงรักษาเชิงป้องกันระบบสารสนเทศอย่างต่อเนื่อง			
	๒. การบำรุงรักษาเชิงป้องกันระบบงานอื่นที่มีผลกระทบกับข้อมูลสารสนเทศโรงพยาบาลไม่ต่อเนื่อง			
	๓. การเชื่อมโยงระบบสารสนเทศโรงพยาบาลกับระบบงานอื่นๆยังไม่ครอบคลุม			
ข้อเสนอแนะ	๑. ควรพัฒนาความรู้ในการแก้ปัญหาเบื้องต้นด้านคอมพิวเตอร์ให้กับบุคลากรของโรงพยาบาล			
สิ่งที่ต้องพัฒนาต่อ	๑. พัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อสนับสนุนหน่วยงานอื่น เช่น ระบบบำรุงรักษาครุภัณฑ์ และอื่นๆ			
	๒. พัฒนาระบบการเชื่อมโยงฐานข้อมูลการให้บริการของโรงพยาบาลกับ รพ.สต.ในเครือข่าย			
	๓. พัฒนาระบบการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพรายบุคคลใน PCC อำเภอมหากเหล็ก			
	๔. พัฒนาระบบคิวออนไลน์ของโรงพยาบาล			

## สรุปผลการดำเนินงานคลินิกพิเศษ โรงพยาบาลมวกเหล็ก ประจำปี 2562

### 1.คลินิกเบาหวาน

รายละเอียด	ผลการดำเนินงานคลินิกเบาหวาน (แก้ไขข้อมูล ณ 24 ต.ค. 62)
1.จำนวนผู้รับบริการ ที่ยังรักษาอยู่	ทั้งหมด 1,847 ราย
	ในเขต 476 ราย นอกเขต 1,371 ราย
2.ผู้ป่วยรายใหม่ ปี 2562	ทั้งหมด 203 ราย ในเขต 49 ราย นอกเขต 154 ราย
3.ส่งต่อแม่ข่าย	จำนวน - ราย
4.จำหน่าย	ทั้งหมด 77 ราย ในเขต 63 นอกเขต 14 ราย
5.เสียชีวิต	ทั้งหมด 12 ราย ในเขต 3 นอกเขต 9 ราย
6.ส่ง รพ.สต.	จำนวน 56 ราย
7. ผู้ป่วยขาดนัด	จำนวน 8 ราย
8. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด	1.ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ( hdc) คปสอ. ร้อยละ 18.98 และ รพ.ร้อยละ 20.21
	2.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางตา( hdc) คปสอ. ร้อยละ 70.30 และ รพ.ร้อยละ76.38
	3.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางเท้า( hdc) คปสอ.ร้อยละ 71.26 และ รพ.ร้อยละ75.32
9. กิจกรรมที่ดำเนินการ	1.จัดตั้งชมรมเบาหวานอีกครั้ง
	2.ติดตามการคีย์ข้อมูลNCD
	3.ขาดการติดตามงานที่เข้มงวด
	4.ทบทวนการทำงานของแต่ละตำแหน่งในคลินิก
	5.ติดตามการดูแลผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัด
	6.จัดระบบการให้บริการที่ครอบคลุมใหม่
10. ข้อเสนอแนะ/ปัญหาอุปสรรค	1.การติดตามงานตามตัวชี้วัด
	2.การประสานงานของสหสาขาวิชาชีพที่ลดลง
11. สิ่งที่ต้องพัฒนาต่อ	1.ปรับเปลี่ยนพยาบาลผู้ดูแลคลินิกเบาหวาน
	2.ควบคุมกำกับการทำงานทุกสัปดาห์และติดตามตัวชี้วัดทุกไตรมาส
	3.เพิ่มศักยภาพองค์ความรู้ ทักษะทีมผู้ดูแล





4. คลินิกวัณโรค (TB)

รายละเอียด	ผลการดำเนินงาน คลินิกวัณโรค (TB)
1.จำนวนผู้รับบริการ	รวมทั้งหมด 31 ราย *ขึ้นทะเบียนไตรมาส1/627 ราย (PA5ราย ) (กลับเป็นซ้ำ1ราย*ต่างชาติ1ราย * ขึ้นทะเบียนไตรมาส2/62 4ราย *ขึ้นทะเบียนไตรมาส3/62 8ราย * ขึ้นทะเบียนไตรมาส4/62 8ราย(กลับเป็นซ้ำ1 ต่างชาติ1 ราย) * รับโอนเข้า 4ราย(ในปอด2นอกปอด2)
2. ผู้ป่วยรายใหม่	จำนวน 28 ราย (thai 26 ต่างชาติ2)
3. ส่งต่อแม่ข่าย	จำนวน 1 ราย ( เปลี่ยนวินิจฉัย MDR TB )
4. จำหน่าย	จำนวน 14 ราย ( cure 13 case / complete 1 case/กำลังรักษา 15 ราย)
5. เสียชีวิต	จำนวน 0 ราย
6. ส่ง รพ.สต.	จำนวน 0 ราย
7. ผู้ป่วยขาดนัด	จำนวน 2 ราย (สิทธิ์ประกันสังคม ปกส.มีB24 ร่วม)
8. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด	1.SUCCESS RATE pa1/62 ร้อยละ100(5/5) ภาพรวมปี62 ร้อยละ87.50 (14/16) 2.cover RATE ร้อยละ100 ( 1/1) ภาพรวมปี62ร้อยละ 66.67 ( 2/3 รอผล 1 ยังไม่ส่งตรวจ1 ราย)
	3ค้นหาผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียน 76 ราย(MDR TB คัดกรอง89 ราย สปสช. ชดเชย56 ราย)
9. กิจกรรมที่ดำเนินการ	1.การส่งต่อเครือข่าย รพสต. เมื่อมีผู้ป่วยเกิดขึ้นในพื้นที่เพื่อเยี่ยมติดตาม 2.การสอบสวนโรค ป้องกันการระบาดในพื้นที่ค้นพบผู้ป่วย 3.การกำกับกำกับการรับประทานยาโดย จนท./ อสม./ ญาติ 4.การค้นหาผู้สัมผัสร่วมบ้าน/ใกล้ชิด 5.การสร้างโลกด์กลุ่มเพื่อติดตามผู้ป่วยที่มีแนวโน้มจะขาดนัด/ขาดนัด 6.การให้ความรู้เรื่องโรคสำหรับประชาชนทั่วไป
10. ข้อเสนอแนะ/ปัญหาอุปสรรค	1.ถิ่นที่อยู่ผู้ป่วยอยู่ห่างไกลจาก รพ.ผู้ป่วยต้องเดินทางลำบาก 2.การเตรียมสิ่งส่งตรวจด้วยคุณภาพ ( ค่าแนะนำและส่งมอบอุปกรณ์เก็บเสมหะไม่ครบถ้วน)
11. สิ่งที่ต้องพัฒนาต่อ	1.พัฒนาองค์ความรู้ /ทักษะ เรื่องโรคให้กับจนท.พยาบาลผู้ให้บริการทุกจุดบริการ 2.เสริมทักษะเรื่องการเตรียมสิ่งส่งตรวจที่เฉพาะเจาะจงในวัณโรค

5. คลินิก ASTHMA./COPD

รายละเอียด	ผลการดำเนินงานคลินิก ASTHMA./COPD
1.จำนวนผู้รับบริการ	ASTHMA รวมทั้งหมด 68 ราย * .ในเขต42ราย *นอกเขต26ราย COPD รวมทั้งหมด 47 ราย * ในเขต 24 ราย*นอกเขต23ราย
2.ผู้ป่วยรายใหม่	จำนวน 6 ราย
3.ส่งต่อแม่ข่าย	จำนวน 0 ราย
4.จำหน่าย	Asthma จำนวน 3ราย (เปลี่ยนวินิจัย1 )
5.เสียชีวิต	COPDจำนวน 3 ราย
6.ส่ง รพ.สต.	จำนวน 12 ราย
7. ผู้ป่วยขาดนัด	Asthma จำนวน 6 ราย COPD จำนวน 1 ราย
8. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.ความครบถ้วนของการส่งข้อมูลในสปสข ร้อยละ 94.12</li> <li>2.ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามGINA GUIDLINE ร้อยละ 86.75</li> <li>3.ผู้ป่วยre-admit ร้อยละ 2.02</li> <li>4.ผู้ป่วยCOPD ได้รับการฟื้นฟูสภาพปอดในรอบปี 1 ครั้ง</li> <li>5.ผู้ป่วยมีทักษะเรื่องการใช้ยาสูดพ่นถูกต้องมากกว่าร้อยละ 90</li> </ol>
9. ข้อเสนอแนะ/ปัญหาอุปสรรค	1.การเดินทางเข้ามาใช้บริการในคลินิก ในรพ.ระยะทางไกล
10. สิ่งที่ต้องพัฒนาต่อ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.ฟื้นฟูทักษะ องค์ความรู้สำหรับจนท.ผู้ให้บริการในคลินิกONE STOP</li> <li>2.ฟื้นฟูทักษะ องค์ความรู้สำหรับ จนท.ผู้ให้บริการในคลินิกของ รพสต.</li> <li>3.วางแผนส่งกลับดูแลต่อเนื่องที่รพสต.ใกล้บ้าน</li> </ol>

## 6. คลินิก..สุขภาพใจ

รายละเอียด	ผลการดำเนินงานคลินิก..สุขภาพใจ
1. จำนวนผู้รับบริการ	ในเขต 272 ราย นอกเขต 8 ราย รวมทั้งหมด 280 ราย (จากทะเบียนคลินิกพิเศษ HOSxP)
2. ผู้ป่วยรายใหม่	จำนวน 14 ราย (แพทย์วินิจฉัยโรคครั้งแรกภายในปีงบประมาณ 2562)
3. ส่งต่อแม่ข่าย	จำนวน 5 ราย ( 1 รายส่งต่อ รพ.พระปกเกล้า จ.จันทบุรี )
4. จำหน่าย	จำนวน 29 ราย (ออกจากพื้นที่)
5. เสียชีวิต	จำนวน 7 ราย (ยอดตายสะสม ตั้งแต่ปี 2556-ปัจจุบัน)
6. ส่ง รพ.สต.	จำนวน 37 ราย ( ส่งกลับ 2556=18, 2557=2, 2559=4, 2560=3, 2561=8, 2562=2 คน)
7. ผู้ป่วยขาดนัด	จำนวน 10 ราย + ไม่ทราบ/ไม่มีข้อมูล 3 คน
8. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด	1.ร้อยละ 55 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ...NA... (HDC สธ. 71.72) 2.ร้อยละ 65 ผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าถึงบริการ ....NA... (HDC สธ 76.52.) 3.ร้อยละ 9 ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการ ....NA... (HDC สธ. 24.37) 4.ร้อยละ 11 ผู้ป่วยโรคออทิสติกเข้าถึงบริการ ....NA... (HDC สธ. 87.19) 5.อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ≤ 6.3 ต่อแสนประชากร 4/45,126 =8.86 ต่อแสนฯ (กรมสุขภาพจิต: จ.สระบุรี 5.49 ต่อแสนฯ) 7.ร้อยละ 80 ผู้พยายามฆ่าตัวตาย ได้รับการติดตามช่วยเหลือตามมาตรฐาน (95.12) 6.ร้อยละ100ผู้ป่วยจิตเวช(F20-F29)ที่เสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการติดตามฯ (100)
9. กิจกรรมที่ดำเนินการ	1. การพัฒนาบริการOne Stop Service คลินิกสุขภาพใจ ให้บริการเดือนละ 1 ครั้ง 2. ระบบเฝ้าระวัง SMI-V ในชุมชน / ระบบข้อมูลออนไลน์ Care-Transition 3. ระบบ Refer back เพื่อการเข้าถึงยา/รับยาใกล้บ้าน 4. การพัฒนาระบบยาจิตเวช (เพิ่มรายการยาจิตเวชในบัญชียาเป็น.....รายการ) 5. ฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชอำเภออมวกเหล็ก 6. ยกระดับงานบริการจิตเวชเด็กและวัยรุ่น เช่น การค้นหา ส่งต่อเด็กสมาธิสั้น ออทิสติก กระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I
10. ข้อเสนอแนะ/ปัญหาอุปสรรค	1.เพิ่มจำนวนครั้งบริการคลินิกสุขภาพใจ 2 ครั้ง/เดือน ลดWorkload&ระยะเวลาารอคอย 2.แยกกลุ่มรายใหม่ (ซักประวัตินาน) ผู้ป่วยยุ่งยากซับซ้อนที่จำเป็นต้องดูแลด้านจิตสังคมออกจากผู้ป่วยกลุ่มอาการคงที่ หรือ กลุ่มญาติรับยาแทนเพื่อลดระยะเวลาารอคอย 3.การพัฒนาบบข้อมูลHDCให้สามารถรายงานตัวชี้วัดระดับหน่วยบริการได้ 4.นโยบายห้ามส่งต่อนอกเครือข่าย ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินเข้าถึงบริการได้ยากขึ้น
11. สิ่งที่ต้องพัฒนาต่อ	1.ระบบพี่เลี้ยง/การให้คำปรึกษางานสุขภาพจิตและจิตเวช แก่ รพ.สต.เครือข่าย 2.การเฝ้าระวังความปลอดภัยจากการใช้ยาจิตเวชในชุมชน 3.การเฝ้าระวังอาการกำเริบ (ยา ญาติ สารเสพติด)

ตัวชี้วัด

ที่ไม่ผ่านค่าเป้าหมาย



ตัวชี้วัดที่ยังไม่ผ่านค่าเป้าหมาย ประจำปี 2562

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ผู้รับผิดชอบ
<b>ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ ปี 2562</b>			
<b>ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตร เข้าถึงง่ายและชุมชนมีส่วนร่วม</b>			
1.ระดับความสำเร็จของระบบสุขภาพ - ระบบสุขภาพปฐมภูมิ / PCC	ระดับ 2	ระดับ 1	กลุ่มงานบริการปฐมภูมิฯ องค์กรแพทย์
<b>ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาบุคลากรให้ครอบคลุมด้านสมรรถนะ สุขภาพ ความปลอดภัยและความสุขในการทำงาน</b>			
1. ระดับความสำเร็จบุคลากรที่มีสมรรถนะเชิงวิชาชีพผ่านเกณฑ์	ระดับ 3	ระดับ 1	HRD คุณชมภูนุช
2. ระดับความสำเร็จเรื่องการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย	ระดับ 3	ระดับ 2.5	คุณรุ่งทิพย์
3. ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน ไปใช้	ร้อยละ 80	NA	HRD คุณชมภูนุช
4. ร้อยละความพึงพอใจต่อองค์กร	ร้อยละ 80	ร้อยละ 77.75	HRD คุณชมภูนุช
5. ร้อยละบุคลากรมีผลการตรวจสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ปกติ	ร้อยละ 60	ร้อยละ 33.09	HPH คุณชมภูนุช
<b>ยุทธศาสตร์ที่ 4. พัฒนาระบบการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังและทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพ</b>			
1. ระดับความสำเร็จของทีมนำด้านสมรรถนะการบริหารจัดการองค์กร	ระดับ 3	NA	HRD คุณชมภูนุช
<b>ตัวชี้วัด 5 กลุ่มวัยและ Service Plan</b>			
1. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี	< ร้อยละ 20	25.00	คุณผุสดี/คุณรุ่งทิพย์
2. ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน	ร้อยละ 66	54.60	คุณรุ่งทิพย์
3. อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน	< 16/แสน ปชก.	19 ราย	คุณพัชรินทร์/คุณตะวัน
<b>ตัวชี้วัด PA</b>			
1. แม่และเด็ก			
1. ร้อยละ 90 ของเด็ก 0-5 ปีได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	> ร้อยละ 90	72.39	คุณรุ่งทิพย์ , คุณกมลวรรณ
2. ร้อยละ 20 ของเด็ก 0-5 ปีได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า	> ร้อยละ 20	6.19	คุณรุ่งทิพย์ , คุณกมลวรรณ
2. Fast Track			

1. ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน(163) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชม.ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time) (%DTN) $\geq 50$	$\geq$ ร้อยละ 50	15% (2/13)	คุณพัชรินทร์ , คุณสุพัฒนา
<b>ตัวชี้วัด NCD 2562</b>			
1.อัตราการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีอายุ 30-70 ปี (ร้อยละ80)	ร้อยละ 80	71.82	กลุ่มงานบริการปฐมภูมิ
2.อัตราการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปี (ร้อยละ 80)	ร้อยละ 80	19.04	กลุ่มงานบริการปฐมภูมิ
3.ร้อยละ 40 ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	ร้อยละ 40	20.21	Case manager NCD
4.ร้อยละ 50 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันได้ดี	ร้อยละ 50	31.05	Case manager NCD
5.ร้อยละ 80 ของผู้ป่วย DM และหรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง	ร้อยละ 80	65.14	Case manager NCD
6.การชะลอความเสื่อมของไตผู้ป่วย มีอัตราการลดลงของ eGFR $< 4\text{ml}/\text{min}/1.73\text{ M}2/\text{yr}$ (ร้อยละ66)	ร้อยละ 66	45.54	Case manager NCD
<b>ตัวชี้วัด 2 เข้มมุ่ง 3 นโยบาย สสจ.ปี 2562</b>			
เข้มมุ่งที่ 2 การดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน			
1. ลดจำนวนผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนจากปี 2561 ร้อยละ 10	$<$ ร้อยละ 10	เพิ่มขึ้น	คุณพัชรินทร์/คุณตะวัน
2. ลดอัตราการตายอุบัติเหตุทางถนนลดจากค่ามัธยฐาน ร้อยละ 10	$<$ ร้อยละ 10	เพิ่มขึ้น	คุณพัชรินทร์/คุณตะวัน

แผนปฏิบัติการราชการ โรงพยาบาลมวกเหล็ก 5 ปี (2561 - 2565)

ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issue)	เป้าประสงค์ (Goals)	ตัวชี้วัด (Key Performance Indicator)	กลยุทธ์	หน่วยวัด/ ค่าเป้าหมาย	ข้อมูล พื้นฐาน	ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด					ผู้รับ ผิดชอบ
						61	62	63	64	65	
1. พัฒนาระบบ บริการสุขภาพที่ เป็นมิตร เข้าถึง ง่ายและชุมชนมี ส่วนร่วม	<b>เป้าประสงค์ที่ 1</b> ประชาชนและชุมชนมีส่วน ร่วมในการวางแผนและ จัดการระบบบริการ สุขภาพ <b>เป้าประสงค์ที่ 2</b> ประชาชนสุขภาพดี <b>เป้าประสงค์ที่ 3</b> ระบบ สุขภาพมีคุณภาพ ประชาชนไว้วางใจ	1.ระดับความสำเร็จของการมี ส่วนร่วมของชุมชน 2.ร้อยละการบรรลุตามค่า เป้าหมายของตัวชี้วัดตาม สุขภาพ 5 กลุ่มวัย และ Service Plan 3.ระดับความสำเร็จของระบบ สุขภาพทั้ง 3ระดับประกอบด้วย 3.1 ระบบสุขภาพอำเภอ /DHS 3.2ระบบสุขภาพทุติยภูมิ F2/HA 3.3ระบบสุขภาพปฐมภูมิ /PCC	1. พัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ PCC 2.พัฒนาการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ด้วยวิถีเวช-ศาสตร์ครอบครัว 3.การทำงานเชิงรุก มุ่งป้องกันและ แก้ไขปัญหาภาวะสุขภาพเสริมสร้าง ความรู้ด้านสุขภาพ 4.เสริมสร้างระบบสุขภาพชุมชนให้ เข้มแข็งและพึ่งตนเองได้ 5.พัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพ			3	3	4	4	5	
						70	75	80	85	90	
						3	3	4	4	5	
						RS2	RS2	RS2	RS2	RS2	
						1	2	3	4	5	
2.พัฒนาระบบ สารสนเทศให้เอื้อ ต่อการจัดการ ระบบบริการ สุขภาพ	<b>เป้าประสงค์ที่ 4</b> ระบบ สารสนเทศมีประสิทธิภาพ พร้อมใช้	4. ระดับความสำเร็จของการ จัดการข้อมูล สารสนเทศที่มี ประสิทธิภาพ 5.ระดับความสำเร็จของระบบ คลังข้อมูลสุขภาพอำเภอ	1.พัฒนาความสมบูรณ์ของข้อมูล สุขภาพรายบุคคล 2.พัฒนาการเชื่อมโยงข้อมูลทุกระดับ ให้มีประสิทธิภาพ (การส่งต่อ ประวัติ การรักษา) 3.พัฒนาระบบคลังข้อมูลเพื่อสนับสนุน การบริหารจัดการองค์กร	กลุ่มงาน ประกัน		3	3	4	4	5	
						3	3	4	4	5	

ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issue)	เป้าประสงค์ (Goals)	ตัวชี้วัด (Key Performance Indicator)	กลยุทธ์	หน่วยวัด/ ค่าเป้าหมาย	ข้อมูล พื้นฐาน	ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด					ผู้รับ ผิดชอบ
						61	62	63	64	65	
3.พัฒนาบุคลากร ให้ครอบคลุมด้าน สมรรถนะ สุขภาพ ความ ปลอดภัยและ ความสุขในการ ทำงาน	<b>เป้าประสงค์ที่ 5</b> บุคลากร (เก่ง) มีสมรรถนะที่จำเป็น ในการปฏิบัติงาน การ พัฒนาคุณภาพ ใฝ่เรียนรู้ สร้างนวัตกรรม สร้าง ผลงานที่ดี <b>เป้าประสงค์ที่ 6</b> .บุคลากร (ดี) มีการคุ้มครองสิทธิ ผู้ป่วย มีการเคารพใน ศักดิ์ศรีของความเป็น มนุษย์ ในทุกขั้นตอนของ การดูแล <b>เป้าประสงค์ที่ 7</b> .บุคลากร (รัก) มีความผูกพันต่อ องค์กร <b>เป้าประสงค์ที่ 8</b> .บุคลากร มี(สุขภาพ)พฤติกรรม สุขภาพที่ดีและมีสภาวะ สุขภาพดี	1.ระดับความสำเร็จของ บุคลากรมีสมรรถนะเชิงวิชาชีพ ผ่านเกณฑ์ 2.ร้อยละหน่วยงานมีผลงาน CQI นวัตกรรม R2R 3.ระดับความสำเร็จเรื่องการ พิทักษ์สิทธิผู้ป่วย 4.ระดับความสำเร็จการ ดำเนินงานโรงพยาบาล คุณธรรม 5.ร้อยละของหน่วยงานที่มีการ นำดัชนีความสุขของคนทำงาน ไปใช้ 6.ร้อยละความพึงพอใจต่อ องค์กร 7.ร้อยละบุคลากรที่มีภาวะ สุขภาพอยู่ในเกณฑ์ปกติ	1.ส่งเสริมและพัฒนาสมรรถนะ บุคลากรรายบุคคล 2.ส่งเสริมและพัฒนาให้หน่วยงานมี ผลงาน CQI นวัตกรรม R2R 3.ส่งเสริมพฤติกรรมบริการที่ดี 4.เสริมพลังให้บุคลากรมีเจตคติต่อการ พิทักษ์สิทธิผู้ป่วย 5.ส่งเสริมให้เกิดความผาสุกในองค์กร 6.พัฒนาสิ่งแวดล้อมตามมาตรฐาน Green and clean hospital 7.ส่งเสริมให้เกิดต้นแบบด้านการดูแล สุขภาพ			3	3	4	4	5	
						60	70	80	90	100	
						3	3	4	4	5	
						3	3	4	4	5	
						60	70	80	90	100	
						75	80	85	90	100	
						50	60	70	80	90	

ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issue)	เป้าประสงค์ (Goals)	ตัวชี้วัด (Key Performance Indicator)	กลยุทธ์	หน่วยวัด/ ค่าเป้าหมาย	ข้อมูล พื้นฐาน	ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด					ผู้รับผิดชอบ
						61	62	63	64	65	
4.พัฒนาระบบ การบริหารจัดการ ด้านการเงินการ คลังและ ทรัพยากรให้มี ประสิทธิภาพ	<b>เป้าประสงค์ที่ 9</b> มีการ บริหารความเสี่ยงด้าน การเงินการคลังอย่างมี ประสิทธิภาพ <b>เป้าประสงค์ที่ 10.</b> มี ระบบกำกับดูแลการ จัดการทรัพยากรที่มี ประสิทธิภาพ <b>เป้าประสงค์ที่ 11.</b> ผู้นำ ทุกระดับมีสมรรถนะด้าน การนำ การบริหารจัดการ การกำกับดูแล การ ปรับปรุงงาน (Managerial competency)	1.ระดับความสำเร็จของการ สอบทานและประเมินผลการ ควบคุมภายใน 2.ระดับการวิกฤตทางด้าน การเงิน 3.ระดับความสำเร็จของความ เพียงพอและพร้อมใช้ของ เครื่องมือทางการแพทย์ 4.ระดับความสำเร็จของทีมนำ ด้านสมรรถนะการบริหาร จัดการองค์กร	1.พัฒนาการบริหารการเงินการคลัง และทรัพยากรให้เป็นระบบ โดย วิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง 2.ส่งเสริมและสนับสนุนการบริหาร จัดการตามแผนงานโครงการ 3.พัฒนาระบบการบำรุงรักษาเชิง ป้องกันเครื่องมือทางการแพทย์ทั้ง เครือข่าย 4.ส่งเสริม พัฒนา สมรรถนะทีมนำ และสมรรถนะผู้นำ			3	3	4	4	5	
						3	3	4	4	5	
						3	3	4	4	5	
						3	3	4	4	5	



			13	5		12	6								
		ร้อยละการผ่านค่าเป้าหมาย	72.22	27.78		66.67	33.33								

### ภาพแสดงบันไดการบรรลุวิสัยทัศน์

