



สรุปผลการดำเนินงาน ด้านสาธารณสุข

ประจำปีงบประมาณ 2568

โรงพยาบาลพพร
อำเภอพพร จังหวัดตาก



<https://www.pphos.go.th/>

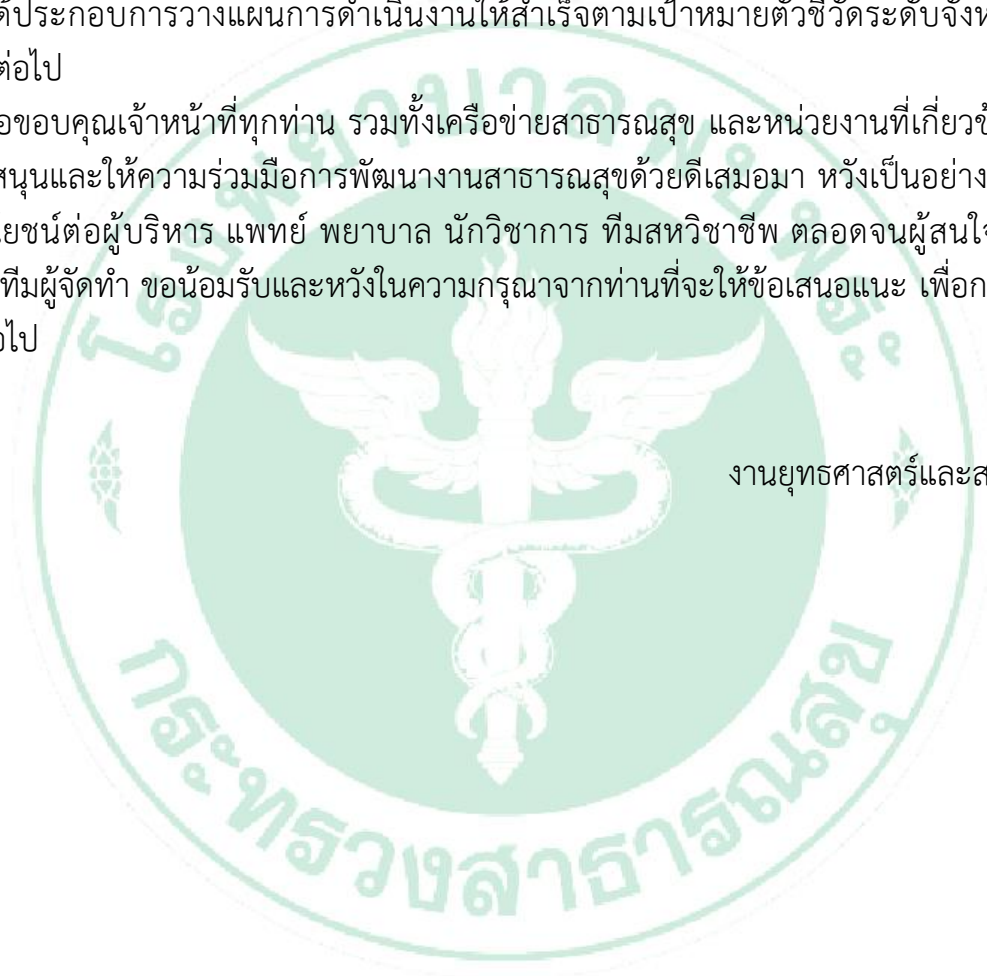


บทนำ

เอกสารสรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุข รูปผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2568 ฉบับนี้ งานยุทธศาสตร์และสารสนเทศฯ ได้จัดทำขึ้นเพื่อนำเสนอข้อมูล กิจกรรมการดำเนินงาน และผลการดำเนินงานสาธารณสุข ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2567 - กันยายน 2568 เพื่อใช้ประกอบการนิเทศ ควบคุม กำกับ ติดตามงานสาธารณสุข ภายในโรงพยาบาลพระและเพื่อใช้ข้อมูลที่ได้ประกอบการวางแผนการดำเนินงานให้สำเร็จตามเป้าหมายตัวชี้วัดระดับจังหวัดในปีงบประมาณต่อไป

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ทุกท่าน รวมทั้งเครือข่ายสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ที่ได้ให้การสนับสนุนและให้ความร่วมมือการพัฒนางานสาธารณสุขด้วยดีเสมอมา หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงจะเป็นประโยชน์ต่อผู้บริหาร แพทย์ พยาบาล นักวิชาการ ทีมสหวิชาชีพ ตลอดจนผู้สนใจ ในส่วนที่บกพร่อง ทีมผู้จัดทำ ขอน้อมรับและหวังในความกรุณาจากท่านที่จะให้ข้อเสนอแนะ เพื่อการปรับปรุงให้ดีขึ้นต่อไป

งานยุทธศาสตร์และสารสนเทศฯ



สารบัญ

เรื่อง	หน้า
ข้อมูลทั่วไปของอำเภอบพพระ	1
ข้อมูลพื้นฐานโรงพยาบาลบพพระ	7
แผนยุทธศาสตร์ (strategic) และ กลยุทธ์ (Strategy) ในการพัฒนาคุณภาพ	11
โครงสร้างอัตรากำลัง	12
นโยบายสำคัญ ประจำปีงบประมาณ 2568	17
จุดเน้น/เข้มมุ่ง (ปีงบประมาณ 2565 - 2569)	19
ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของโรงพยาบาลบพพระ (5 ปีย้อนหลัง)	27
แผนปฏิบัติการงานสาธารณสุขโรงพยาบาลบพพระ (Action Plan) ประจำปีงบประมาณ 2568	34
ข้อมูลประชากร	38
รายงานผลการดำเนินงานรายกลุ่มงาน/ฝ่ายงาน	42
- กลุ่มงานบริหารฯ	42
- กลุ่มงานหลักประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศฯ	62
- กลุ่มงานสุขภาพดิจิทัล	89
- กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาและระบบงานบริหารความเสี่ยง	95
- ฝ่ายงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก	111
- ฝ่ายงานการพยาบาลผู้ป่วยในชาย	136
- ฝ่ายงานการพยาบาลผู้ป่วยในหญิง	144
- ฝ่ายงานการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก	167
- ฝ่ายงานการพยาบาลห้องคลอด	174
- ฝ่ายงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช	182
- ฝ่ายงานการพยาบาลห้องผ่าตัดและวิสัญญี	224
- ฝ่ายงานควบคุมการติดเชื้อและจ่ายกลาง / ซักฟอก	244
- กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค	251
- ฝ่ายงานรังสีวินิจฉัย	264
- กลุ่มงานโภชนศาสตร์	269
- กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมฯ	273
- กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด	302
- กลุ่มงานทันตกรรม	306
- กลุ่มงานแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลบพพระ	310
- กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู	315
- ฝ่ายงานสุขาภิบาลและควบคุมป้องกันโรคติดต่อ	326

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง	หน้า
- ฝ่ายงานสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยในรพ.	331
ผลการดำเนินงานในภาพรวม	336
- สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดต่างๆ	337
- ภาพกิจกรรมการดำเนินงานต่างๆ	359
(ร่าง) แผนปฏิบัติการงานสาธารณสุขโรงพยาบาลพระ (Action Plan) ประจำปีงบประมาณ 2569	370



ข้อมูลทั่วไปของอำเภอพบพระ

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 ประวัติความเป็นมา

เขตพื้นที่อำเภอพบพระ เดิมอยู่ในเขตการปกครองของตำบลช่องแคบ อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก คำว่า "พบพระ" มีคำบอกเล่าของ นายสุน จันทรสุ อดีตผู้ใหญ่บ้านคนที่สอง ของบ้านเพอะพะ ว่าเมื่อตนอายุได้ 12 ปี ได้อพยพมาพร้อมกับบิดาจากบ้านแม่ตาว อำเภอแม่สอด ได้มาตั้งบ้านเรือนพร้อมญาติรวม 4 หลังคา ซึ่งในสมัยก่อนท้องที่นี้มีความอุดมสมบูรณ์มาก มีป่าไม้มากมาย และมีบริเวณแห่งหนึ่งใกล้ที่ตั้งของโรงพยาบาลพบพระปัจจุบัน มีลักษณะพื้นที่เป็นดงป่าหวาย ดงเตย และดงแหม มีน้ำไหลมาจากน้ำออกรู ท่วมขังบริเวณนี้เฉอะแฉะ จึงเรียกบริเวณนี้ว่า "เพอะพะ" ซึ่งเป็นภาษาพื้นเมืองภาคเหนือ แปลว่าบริเวณที่มีน้ำขังเป็นแอ่งเป็นโคลนตมไปทั่ว เมื่อตั้งบ้านเรือนมาได้ 3 ปี ทางราชการจึงประกาศ เป็นหมู่บ้านขึ้น เรียกชื่อหมู่บ้านว่า "บ้านเพอะพะ" ตามลักษณะพื้นที่แห่งนี้ ต่อมาได้มีการเสนอแยกตำบลออกจากตำบลช่องแคบ ให้ชื่อตำบลใหม่ว่า "ตำบลพบพระ" เพื่อให้สอดคล้องกับคำเดิมและให้ได้ความหมายเป็นสิริมงคล

เนื่องจากอำเภอแม่สอด มีพื้นที่กว้างขวาง มีอุปสรรคต่อการปกครองดูแลราษฎรที่อยู่ในพื้นที่ที่ห่างไกล โดยเฉพาะพื้นที่ตำบลช่องแคบ และตำบลพบพระ มีผู้ก่อการร้ายคอมมิวนิสต์แทรกซึม ดังนั้น พ.ศ. 2513 จึงแยกตำบลคีรีราษฎร์ เป็นอีกตำบลหนึ่ง รวมเป็น 3 ตำบล และขอเสนอตั้งกิ่งอำเภอใหม่ซึ่งเรียกชื่อกิ่งอำเภอใหม่ว่า "กิ่งอำเภอพบพระ" ซึ่งกระทรวงมหาดไทยได้ประกาศจัดตั้งเป็นกิ่งอำเภอ เมื่อวันที่ 1 เมษายน 2520 ต่อมาได้มีพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งเป็น "อำเภอ" เมื่อวันที่ 30 กรกฎาคม พ.ศ. 2530 โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 104 ตอนที่ 156 ลงวันที่ 12 สิงหาคม 2530 และมีผลตั้งแต่วันที่ 13 สิงหาคม 2530 เป็นต้นมา

โรงพยาบาลพบพระเริ่มเปิดให้บริการครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ.2528 โดยมีอาคารผู้ป่วย 10 เตียง 1 หลัง โดยมี นายแพทย์ไพรินทร์ กิตติสาเรศ เป็นผู้อำนวยการคนแรก และได้ยกระดับเป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ F1 ขนาด 75 เตียง ในปี พ.ศ. 2561 ปัจจุบันมีนายแพทย์ศักดิ์บัญชา สมชัยมงคล เป็นผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพบพระ ตั้งอยู่ ณ บ้านเลขที่ 245 ม.2 ต.พบพระ อ.พบพระ จ.ตาก 63160 เบอร์โทรศัพท์ 055-569023, 055-569211





1.2 ที่ตั้งและอาณาเขต

ที่ตั้งและอาณาเขต อำเภอบพพระตั้งอยู่ทางทิศตะวันตกเฉียงใต้ของจังหวัดตาก ห่างจากจังหวัดตาก เป็นระยะทาง 135 กม. มีอาณาเขตติดต่อดังนี้

- ทิศเหนือ ติดต่อกับ อำเภแม่สอด จังหวัดตาก
- ทิศใต้ ติดต่อกับ อำเภอุ้มผาง จังหวัดตาก และประเทศเมียนมาร์
- ทิศตะวันออก ติดต่อกับ อำเภเมืองตาก , อำเภวังเจ้า, จังหวัดกำแพงเพชร
- ทิศตะวันตก ติดต่อกับ ประเทศเมียนมาร์ (ระยะทางยาวประมาณ 70 กิโลเมตร)



1.3 สภาพภูมิประเทศ

ลักษณะภูมิประเทศแบ่งเป็น 3 เขตดังนี้

1.3.1 เขตเนินเขาทางทิศตะวันตกและตอนใต้ ความสูงตั้งแต่ 350-550 เมตรเหนือระดับน้ำทะเล เป็นต้นกำเนิดของลำห้วยน้ำที่สำคัญ เช่น ห้วยแม่โกนเกน ห้วยพบพระ ห้วยบ้านช่องแคบ ห้วยวาลี และแม่น้ำเมย มีต้นกำเนิดจากพม่าซึ่งแม่น้ำเมยจะไหลลงสู่พื้นที่ห้วยแม่กาลาที่บ้านมอเกอร์ไทย เป็นแม่น้ำไหลกั้นพรมแดนไทย-พม่าขึ้นไปทางเหนือถึงอำเภอแม่สอด

1.3.2 เขตที่ราบสูงตอนกลาง ความสูงตั้งแต่ 450-750 เมตรเหนือระดับน้ำทะเล มีลักษณะเป็นที่ราบสูงมียอดดอย ที่สำคัญ คือ ดอยกะยือสะโจ ยอดเขาเปาโล (ต้นน้ำผากระเจ็ด) มีความราบจากตะวันตกไปตะวันออกไม่สูงชันไม่ลาดเว้าทำให้สังเกตเป็นที่ราบสูงได้ชัดเจน

1.3.3 เขตเทือกเขาสูงทางทิศตะวันออกเป็นเทือกเขาสูงครอบคลุมเขตตำบลคีรีราษฎร์ มีทิวเขาติดต่อเป็นแนวต่อระหว่างเทือกเขาถนนธงชัย กับเทือกเขาตะนาวศรี มีดอยสูงที่สุดคือดอยหลวง (สูง 1,175 เมตร เหนือระดับน้ำทะเล) เป็นต้นกำเนิดของห้วยอุ่มเปี่ยม ห้วยน้ำเย็น ดอยผาเกียะ ต้นกำเนิดของห้วยนกล และ ห้วยช่องแคบ และ ที่ราบสูงปากคาเป็นต้นกำเนิดของห้วยวาลี

1.4 ประชากรและพื้นที่

อำเภอพบพระ มีพื้นที่ประมาณ 1,075 ตารางกิโลเมตร มีประชากรจากการสำรวจประมาณ 67,037 คน มีประชากรตามทะเบียนราษฎร 89,407 คน ความหนาแน่นของประชากร เท่ากับ 57.64 คน ต่อตารางกิโลเมตร จากลักษณะที่ตั้งซึ่งอยู่แนวชายแดนไทย-พม่า ประชาชนในพื้นที่ประกอบด้วยชาวเขาหลายเผ่าพันธุ์คือเผ่า ม้ง กระเหรี่ยง มูเซอ อีเก้อ ลีซอ ไทยใหญ่ เย้า จีนฮ่อ และมีชาวไทยพื้นราบได้แก่ ชาวไทยที่ย้ายถิ่นมาจากจังหวัดต่างๆ ในภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคกลาง

1.5 การปกครอง

อำเภอพบพระ แบ่งการปกครองออกเป็น 5 ตำบล 55 หมู่บ้าน ประกอบด้วยเทศบาล 1 แห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบล 5 แห่ง ได้แก่

1. เทศบาลตำบลพบพระ ครอบคลุมพื้นที่ตำบลพบพระ จำนวน 4 หมู่บ้าน
2. องค์การบริหารส่วนตำบลพบพระ ครอบคลุมพื้นที่ตำบลพบพระ จำนวน 5 หมู่บ้าน
3. องค์การบริหารส่วนตำบลช่องแคบ ครอบคลุมพื้นที่ตำบลช่องแคบ จำนวน 15 หมู่บ้าน
4. องค์การบริหารส่วนตำบลวาลี ครอบคลุมพื้นที่ตำบลวาลี จำนวน 7 หมู่บ้าน
5. องค์การบริหารส่วนตำบลรวมไทยพัฒนา ครอบคลุมพื้นที่ตำบลรวมไทยพัฒนา จำนวน 11 หมู่บ้าน
6. องค์การบริหารส่วนตำบลคีรีราษฎร์ ครอบคลุมพื้นที่ตำบลคีรีราษฎร์ จำนวน 13 หมู่บ้าน

1.6 สถานศึกษาและโรงเรียน

อำเภอพบพระ มีโรงเรียน จำนวน 57 แห่ง ประกอบด้วย

- โรงเรียนอนุบาล จำนวน 1 แห่ง
- โรงเรียนประถมศึกษา จำนวน 8 แห่ง
- โรงเรียนประถมศึกษาขยายโอกาส จำนวน 17 แห่ง
- โรงเรียนประถมศึกษาสาขา จำนวน 2 แห่ง
- โรงเรียนมัธยมศึกษา จำนวน 1 แห่ง
- ศูนย์การเรียนแม่ฟ้าหลวง (กศน.) จำนวน 2 แห่ง
- ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 26 แห่ง
- โรงเรียนเอกชน จำนวน 2 แห่ง

นอกจากนี้ยังมีศูนย์การเรียนรู้อื่นต่างด้าว (Migrant school) กระจายอยู่ในพื้นที่ตำบลช่องแคบและตำบลคีรีราชบุรี จำนวน 12 แห่ง

1.7 ด้านศาสนาและศาสนสถาน

อำเภอพบพระ มีศาสนสถาน จำนวน 63 แห่ง ประกอบด้วย

- วัด จำนวน 13 แห่ง
- สำนักสงฆ์ จำนวน 18 แห่ง
- โบสถ์คริสต์ จำนวน 32 แห่ง

1.8 สถานที่ท่องเที่ยว

อุทยานแห่งชาติน้ำตกพาเจริญ มีพื้นที่ครอบคลุมอยู่ในตำบลช่องแคบ ตำบลพบพระ ตำบลคีรีราชบุรี อำเภอพบพระ และตำบลด่านแม่ละเมา ตำบลพะวอ ตำบลพระธาตุผาแดง ตำบลแม่กุ ตำบลแม่ตาว ตำบลมหาวัน อำเภอแม่สอด เป็นน้ำตกหินปูนเกิดจากห้วยน้ำนัก มีน้ำตลอดปี มีถึง 97 ชั้น มีพื้นที่ 534,375 ไร่ พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นภูเขาสูงสลับซับซ้อน มีความสูงจากระดับน้ำทะเล 1,765 เมตร สภาพทั่วไปส่วนใหญ่เป็นป่าเบญจพรรณ และป่าเขาสน สภาพป่าบริเวณน้ำตก อากาศเย็นสบายห่างจากทางหลวงจังหวัดหมายเลข 1090 เพียง 700 เมตร ได้รับการประกาศเป็นอุทยานแห่งชาติเมื่อวันที่ 8 พฤศจิกายน พ.ศ. 2537

น้ำตกนางครวญ ตั้งอยู่ที่ หมู่ที่ 1 ตำบลพบพระ เดิมชื่อ น้ำตกเพอะพะ ต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็น น้ำตกพบพระ และเปลี่ยนมาเป็นชื่อ น้ำตกนางครวญ เป็นน้ำตกขนาดกลางไหลลดหลั่นลงไปเป็นชั้นเล็กๆ ท่ามกลางป่าร่มรื่น มีต้นน้ำมาจากลำคลองริมท้องนาข้างทาง และทางการได้ตัดถนนผ่านตัวน้ำตกจึงแลดูเป็นน้ำตกเล็กๆ การเดินทาง ใช้เส้นทางหลวงสาย 1090 พอถึงบริเวณกิโลเมตรที่ 31-32 อยู่ทางขวามือข้ามประตูทางเข้าอำเภอพบพระ บริเวณกิโลเมตรที่ 12 ใช้ทางหลวงหมายเลข 1206 ก่อนถึงอำเภอพบพระประมาณ 1 กิโลเมตร

น้ำตกป่าห้วย ไปตามทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 1090 สายแม่สอด-อุ้มผาง บริเวณหลักกิโลเมตรที่ 43 แยกซ้ายไปตามถนนเข้าหมู่บ้านประมาณ 16 กิโลเมตร ทางคดเคี้ยว การชมน้ำตกต้องเดินจากชั้นล่างของน้ำตก ฝากระแส่น้ำขึ้นไปชมน้ำตกชั้นบนแล้วเดินต่อไปอีกประมาณ 30 เมตร จะพบปล่องภูเขาแก้วกว้างประมาณ 10 เมตร มีน้ำไหลลงสู่ปล่องแล้วหายไปบริเวณใต้ภูเขา น้ำตกป่าห้วยเกิดจากลำห้วยป่าห้วยมีน้ำไหลตลอดปี บริเวณโดยรอบมีไม้ห้วยเป็นจำนวนมากจึงเป็นที่มาของชื่อน้ำตก การเดินทาง ใช้ทางหลวงหมายเลข 1090 สายพบพระ-อุ้มผาง เลี้ยวซ้ายก่อนถึงกิโลเมตรที่ 42 เข้าไปประมาณ 20 กิโลเมตร

บ่อน้ำร้อนห้วยน้ำนัก ตั้งอยู่หมู่ที่ 4 บ้านห้วยน้ำนัก ตำบลพบพระ อำเภอพบพระ จังหวัดตาก ห่างจากจังหวัดตากประมาณ 130 กิโลเมตร เป็นบ่อน้ำร้อนธรรมชาติขนาดใหญ่ เส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 4 เมตร ลึก 2 เมตร อุณหภูมิวัดได้ 60 องศาเซลเซียส เป็นบ่อน้ำร้อนที่มีความใสบริสุทธิ์ปราศจากกำมะถัน จึงใช้อุปโภคบริโภคได้ บริเวณขอบบ่อโดยรอบมีต้นไม้ต้นหญ้าเขียวชะอุ่ม มีสถานที่บริการอาบน้ำแร่ ศาลานั่งพัก ห้องน้ำ และเป็นแหล่งผลิตน้ำแร่มองค์เฟลอ แยกจากตัวอำเภอพบพระ จังหวัดตากไป 7 กิโลเมตร เลี้ยวซ้ายทางหน้าโรงเรียนห้วยน้ำนัก ไปตามถนนประมาณ 1 กม.

ม่อนหมอกตะวันออก ไม่ได้มีประวัติศาสตร์ยาวนาน แต่เป็นสถานที่ท่องเที่ยวที่เกิดขึ้นจากพื้นที่เกษตรกรรมเดิมของชาวม้งในอำเภอพบพระ จังหวัดตาก เดิมเป็นที่ราบเชิงเขาที่ชาวเขาเผ่าม้งใช้ทำเกษตร ต่อมาได้พัฒนาเป็นที่พักและแหล่งท่องเที่ยวสำหรับนักท่องเที่ยวที่ต้องการสัมผัสธรรมชาติ ชมทะเลหมอก ที่ตั้งบ้านป่าห้วย อำเภอพบพระ จังหวัดตาก ความเป็นมาเดิมเป็นพื้นที่เกษตรกรรมของชาวเขาเผ่าม้ง ปัจจุบันได้พัฒนาเป็นแหล่งท่องเที่ยวที่มีที่พัก ร้านอาหาร และร้านค้า ลักษณะเด่นมีอากาศเย็นสบายตลอดทั้งปีเป็นจุดชมทะเลหมอกที่สวยงาม โดยเฉพาะในช่วงปลายฝนต้นหนาว (ตุลาคม-พฤศจิกายน) สามารถเที่ยวได้ตลอดทั้งปี แต่ทะเลหมอกจะหนาแน่นที่สุดในช่วงฤดูปลายฝนต้นหนาว การเดินทาง ใช้ถนนหมายเลข 1090 จากตัวแม่สอด มุ่งหน้าสู่อำเภอพบพระ ขับเลยอช.น้ำตกพาเจริญ มาไม่ไกล ซ้ายมือ จะมีป้าย น้ำตกป่าห้วย ขับเข้ามาตามถนน ระยะทาง 13 กิโลเมตร ถนนคอนกรีตตลอดทางจนถึง จุดกางเต็นท์ม่อนหมอกตะวันออก รถทุกชนิดสามารถขึ้นมาได้

ไร้เตรยววรรณ เป็นแหล่งท่องเที่ยวใน อ.แม่สอด จ.ตาก สร้างโดย นายวิชัยและนางขวัญเรือน เตรยววรรณ ผู้บริหาร "เตรยววรรณกรุ๊ป" โดยเริ่มแรกเป็นธุรกิจค้าขายแดนที่ดำเนินมาอย่างยาวนาน ต่อมาได้ใช้พื้นที่สร้างร้านค้าสุดหรูในสไตล์ผสมผสานระหว่างไทยโบราณและยุโรปตะวันตก เพื่อเปิดเป็นธุรกิจใหม่ที่ท้าทายสามารถบริหารจัดการได้ ประวัติและที่มาธุรกิจเดิม เตรยววรรณกรุ๊ปเป็นธุรกิจการค้าขายแดนไทย-เมียนมา แรงบันดาลใจ เจ้าของมีความชื่นชอบในการสะสมของเก่า ของโบราณ และของหายากมานานหลายสิบปี จึงต้องการเปิดพื้นที่ให้คนทั่วไปได้ชม การสร้างสรรค์: สร้างไร้เตรยววรรณขึ้นบนยอดดอย โดยใช้เงินลงทุนกว่า 30 ล้านบาท เพื่อสร้างร้านค้าที่ตกแต่งด้วยของสะสมโบราณ หายาก รวมถึงของจากยุโรป (เช่น โคมไฟตุรกี) และของจากไทย/เมียนมา จุดประสงค์นอกจากจะเป็นธุรกิจร้านค้าแล้ว ยังต้องการสร้างเป็นสถานที่ท่องเที่ยวพักผ่อนหย่อนใจ และถ่ายรูป โดยมีจุดชมวิวที่สวยงาม และมีมุมจำลองเมืองโบราณ การเปิดให้บริการ เปิดอย่างเป็นทางการในช่วงปลายปี 2560 การพัฒนาปัจจุบันมีการพัฒนาเพิ่มเติมให้เป็นแหล่งท่องเที่ยวที่มีทั้งร้านอาหาร ร้านค้า ขนม ของหวาน และนิทรรศการของสะสมต่างๆ เช่น หุ่นจำลองไดโนเสาร์ และของมีค่าโบราณ

บ้านเพาะช่าง บ้านเพาะช่างมีช่างทั้งหมดจำนวน 5 เชือก ของนายอดิศร พรไพสณฑ์ 3 เชือก และของญาติ ๆ 2 เชือก ซึ่งช่างทั้งหมดเป็นช่างแสนรู้ ที่เคยผ่านการฝึกมาแล้วส่งเสริมให้เป็นแหล่งท่องเที่ยวการท่องเที่ยวยางเอกราช ช่างไทยและธรรมชาติดินแดนบ้านยะพอ ต.วาลี๋ แบนยั้งยืน ไม่อยากให้ช่างไปเร่ล่อน ในที่ต่างๆ และขอเชิญชวนทุกท่านมาเป็นกำลังใจให้ “บ้านเพาะช่าง”บ้านยะพอ ต.วาลี๋ อ.พบพระ จ.ตาก ณ บ้านเพาะช่าง หมู่บ้านยะพอ ต.วาลี๋ อ.พบพระ จ.ตาก การมาเยือนที่นี่ครั้งนี้ เราตั้งใจอย่างมาก ที่จะเผยแพร่ให้ทุกคนได้เห็นช่างและคน คือ ครอบครัวเดียวกัน ในสมัยนี้ที่พ่อแม่อยากให้ลูกได้เห็นช่าง แน่ใจว่าสิ่งแรกที่พวกเขาคิดถึง คือ สวนสัตว์ หรือปางช้างใหญ่ๆ แต่เราจะพาทุกคนเข้าไปในหมู่บ้านที่ผู้คนเลี้ยงช้างกันมากกว่า 100 ปี ตามวิถีความ และศาสตร์เฉพาะของการเลี้ยงช้างตามวิถีชาวกะเหรี่ยง รับรองว่าเราได้ใกล้ชิดช้างแบบหาที่ไหนไม่ได้แล้ว จะขอเล่าประวัติเกี่ยวกับที่นี่ซักหน่อย ว่าทำไมช่างเหล่านี้ ถึงได้อยู่ในบ้านเกิดของมัน ไม่ได้ไปอยู่ตามปางช้างที่เป็นแหล่งท่องเที่ยวใหญ่ๆ เรื่องมันมีอยู่ว่า.. “ช่าง” เหล่านี้แต่เดิมเคยออกทำงานหนักชกลากไม้อยู่ในป่าเพื่อนบ้าน (ประเทศเมียนมาร์) แต่ตอนหลังเมื่อเกิดสงครามตามรอยตะเข็บชายแดน ก็เลิกราเพราะเสี่ยงต่อการเหยียบกับระเบิดที่กองกำลังฝั่งตรงข้ามฝังวางกันไว้ กอปรกับทางรัฐบาลมีนโยบายไม่ให้นำช่างหากินเร่ร่อน ช่างและความ เลยต้องตกงานไปโดยปริยาย ชาวบ้าน จึงนำช่างกลับมาเลี้ยงกันในหมู่บ้านเนื่องจากยังมีแหล่งอาหารและแหล่ง น้ำตามธรรมชาติ แต่ยังมีช่างบางเชือกออกไปทำงานตามปางช้าง ตามแหล่งท่องเที่ยวขนาดใหญ่ เมื่อเกิดเหตุการณ์ ไม่คาดฝันเกิดขึ้นในปี พ.ศ.2559 ช่างพลายหนุ่มที่ไปทำงานที่ปางช้างขนาดใหญ่ทางภาคใต้ได้จากพวกเขาไปอย่าง ไม่มีวันกลับ เพราะอาการป่วยจากการทำงานหนัก ชาวบ้านจึงนำช่างที่เหลือของพวกเขากลับมาบ้านเกิด และไม่ อยากให้ช่างไปทำงานต่างพื้นที่อีกเลย พวกเขาจึงริเริ่มโครงการ ท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์ กับกิจกรรม เรียนรู้ วิถีช่าง วิถีความ และการใช้ชีวิตร่วมกัน ระหว่างคนและช่าง

คำขวัญอำเภอพบพระ

เมืองสนสองใบ ศิวีไลซ์น้ำตก พืชผลดกการเกษตร
งามเนตรป่อน้ำร้อน นำพักผ่อนอากาศดี มากมีชาวเขา

ข้อมูลพื้นฐานโรงพยาบาลพบพระ

พื้นที่รับผิดชอบ

โรงพยาบาลพบพระ รับผิดชอบ 1 ตำบล 9 หมู่บ้าน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพบพระ รับผิดชอบ 4 ตำบล 46 หมู่บ้าน มีสถานบริการสาธารณสุขซึ่งกระจายอยู่ในเขตอำเภอพบพระ จำนวน 16 แห่ง โดยแยกเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพพระดัดตำบล 11 แห่ง สถานบริการสาธารณสุขชุมชน 4 แห่ง

โรงพยาบาลพบพระเริ่มเปิดให้บริการครั้งแรกเมื่อวันที่ 27 พ.ย. 2528 โดยมีอาคารผู้ป่วย 10 เตียง 1 หลัง โดยมี นายแพทย์ไพรินทร์ กิตติสาเรศ เป็นผู้อำนวยการคนแรก ในปีงบประมาณ 2541 โรงพยาบาลพบพระ ได้มีการปรับขนาด เป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง และ ในปีงบประมาณ 2561 โรงพยาบาลพบพระ ได้มีการปรับขนาด เป็นโรงพยาบาลระดับ F1 ขนาด 85 เตียง และปัจจุบันได้มีการปรับขนาด เป็นโรงพยาบาลระดับ M2 ขนาด 100 เตียง นายแพทย์ศักดิ์บัญชา สมชัยมงคล เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลพบพระ

ข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข

สถานบริการสาธารณสุข

- สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ
 - สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 1 แห่ง
 - โรงพยาบาล ขนาด 100 เตียง 1 แห่ง
 - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 11 แห่ง
 - สถานบริการสาธารณสุขชุมชน 4 แห่ง
 - หน่วยควบคุมโรคติดต่อฯโดยแมลง 1 แห่ง
- สถานบริการสาธารณสุขเอกชน
 - คลินิกเอกชน 14 แห่ง
 - ร้านขายยาแผนปัจจุบัน 9 แห่ง
 - SMRU 1 แห่ง

ข้อกำหนดด้านสุขภาพและความปลอดภัย (Health & safety requirement):

Patient safety, personnel safety, community responsibility

ข้อมูลด้านวัสดุ เวชภัณฑ์ (Supplies):

มีวัสดุและเวชภัณฑ์เพียงพอ มีการจัดซื้อตามแผน

ข้อมูลด้านอาคารสถานที่ (Facilities):

1.อาคารผู้ป่วยนอกประกอบด้วย ชั้นล่าง ได้แก่ ห้อง X-RAY ,OPD,ห้องบัตร, ห้องจ่ายยา ,ห้องผ่าตัด,ห้องการเงิน ชั้นบน ได้แก่ ห้องผู้อำนวยการ ,ห้องถ่ายเอกสาร,ฝ่ายบริหาร,ห้องประชุมชั้น 2

2. อาคารผู้ป่วยนอกเฉพาะทาง ชั้นล่าง ได้แก่ งานเทคนิคการแพทย์และห้องตรวจโรคเฉพาะทาง ชั้นบน ได้แก่ งานคุณภาพและวิชาการ,ห้องหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลและห้องพักแพทย์

3. อาคารอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
4. อาคารผู้ป่วยในชาย
5. อาคารผู้ป่วยในเด็ก
6. ห้องกายภาพบำบัด, ฝ่ายทันตกรรม , งานICT,ห้องเวชระเบียน
7. อาคารส่งเสริมแพทย์แผนไทย, งานจิตเวช,งานสุขาภิบาล
8. ตึกคลอดและหลังคลอด
9. โรงครัว
10. อาคารsupply
11. อาคารซักฟอก
12. ห้องนำผู้พิการ
13. ลานจอดรถและสวนหย่อม
14. บ่อบำบัดน้ำเสียและอาคารเก็บขยะ
15. กลุ่มงานประกันสุขภาพยุทธศาสตร์และสารสนเทศฯ
16. ตึกผู้ป่วยในหญิง 2 ชั้น ขนาด 30 เตียง (ชั้น 2 ยังไม่ได้เปิดใช้งาน)

ข้อมูลด้านเครื่องมือและเทคโนโลยี (Equipment & technology):

1. เทคโนโลยีสารสนเทศ:
 - 1.1 Hardware: server ,computer และอุปกรณ์ต่อพ่วง
 - 1.2 Software: Hos OS,E-claim,NHSO,CCMS,Google Werkspach,Hos office,Pacs
 - 1.3 ระบบnetworkและInternet
2. อุปกรณ์สื่อสาร: วิทยุสื่อสาร โทรศัพท์ภายใน ภายนอก โทรสาร
3. กล้องวงจรปิด จำนวน 72 ตัว
4. อุปกรณ์สำคัญทางการแพทย์
 - 4.1 Defibrillator จำนวน 14 เครื่อง
 - 4.2 Ventilator จำนวน 9 เครื่อง
 - 4.3 Patient monitor จำนวน 22 เครื่อง
 - 4.4 Anesthesia machine จำนวน 3 เครื่อง
 - 4.5 Infusion pump จำนวน 75 เครื่อง
 - 4.6 Syringe pump จำนวน 6 เครื่อง
 - 4.7 Infant incubator จำนวน 4 เครื่อง
 - 4.8 Radiant warmers (infant) จำนวน 5 เครื่อง
 - 4.9 Electrosurgical unit จำนวน 4 เครื่อง
 - 4.10 เครื่อง X-ray จำนวน 4 เครื่อง
 - 4.11 เครื่อง EKG จำนวน 7 เครื่อง

ข้อมูลด้านความร่วมมือในด้านการศึกษา (Education Affiliation)

เป็นสถานพยาบาลเพื่อการเรียนรู้ทางวิชาชีพสุขภาพโดยให้การสนับสนุนการฝึกประสบการณ์และการเรียนรู้ภาคปฏิบัติของนักศึกษาในสาขาวิชาต่าง ๆ ทั้งจากสถาบันการศึกษาภายในและนอกพื้นที่

ข้อมูลด้านปัญหาสุขภาพที่สำคัญ (Key Health Problems)

- โรคเรื้อรัง ได้แก่ DM / HT / COPD / TB
- โรคฉุนเฉียวกลุ่ม trauma ได้แก่ Blunt abdominal Injury, head injury
- โรคฉุนเฉียวกลุ่ม Non-trauma ได้แก่ ACS, Stroke , Sepsis • กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก ได้แก่ การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร การตกเลือดหลังคลอด ภาวะbirth asphyxia อัตราส่วนการตายมารดา อัตราส่วนทารกเสียชีวิต อัตราการเสียชีวิตในเด็ก 0 – 5 ปี ด้วยโรคปอดบวม
- โรคระบาดวิทยา ได้แก่ โรคไข้เลือดออก มาลาเรีย ปัญหาสุขภาพที่เป็นโอกาสพัฒนา
- โรคเบาหวาน , HT, COPD , ACS,จมน้ำในเด็ก, โรคที่มีข้อจำกัดในการให้บริการ / ต้องส่งต่อ
- ACS , Stroke , Blunt abdominal Injury ,sepsis,ระบบกระดูกและข้อ คุณภาพและความปลอดภัยโดยมุ่งเน้นกลุ่มผู้ป่วยโรค DM,HT,STROKE,STEMI,SEPSIS, COPD , Head injury , birth asphyxia, PPH, pneumonia

ปัญหาสุขภาพที่เป็นโอกาสพัฒนา:

- Malaria TB โรคเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, ACS

โรคที่มีข้อจำกัดในการให้บริการ/ต้องส่งต่อ:

- ACS, Stroke, Blunt abdominal Injury, sepsis, ระบบกระดูกและข้อ คุณภาพและความปลอดภัยโดยมุ่งเน้นกลุ่มผู้ป่วยโรค DM ,HT, STROKE, STEMI, SEPSIS, COPD, Acute appendicitis, Head injury, birth asphyxia, PPH, pneumonia

สาขาการให้บริการเฉพาะทางที่สำคัญ (Key Service Specialties)

ศัลยกรรม, สูติรีแพทย์, ออร์โธปิดิกส์, วิสัญญีแพทย์, รังสีแพทย์

คุณลักษณะของบริการสุขภาพ (Health Service Offering)

1. เพิ่มบริการส่งเสริมสุขภาพทางเลือก เช่น แพทย์แผนไทย
2. เพิ่มความครอบคลุมในด้านการรักษาและการส่งเสริมสุขภาพ เช่น วัคซีนทางเลือกในทุกกลุ่มอายุ

ข้อมูลด้านระบบบริหารงานคุณภาพ (Quality Management System)

มีการใช้ 3P-PDSA ในการบริหารงานคุณภาพในหน่วยงานให้บรรลุเป้าหมายและติดตามและกำกับงานทั้งในระบบการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ระบบรายงานอุบัติการณ์ และการทำ RCA ตามเกณฑ์ของโรงพยาบาล

วิสัยทัศน์ (Vision)

“โรงพยาบาลชุมชนชายแดนที่ให้บริการรักษาพยาบาลที่ได้มาตรฐาน ด้วยระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ ภาครัฐีเครือข่ายมีส่วนร่วม มุ่งมั่นพัฒนาสู่องค์กรแห่งความสุข”

พันธกิจ (Mission)

1. พัฒนาระบบบริการสุขภาพทั้ง 4 มิติ (ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสุขภาพ) อย่างมีมาตรฐานตอบสนองยุคสังคมวิถีใหม่ เพื่อให้เกิดความปลอดภัย
2. พัฒนาระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ
3. ส่งเสริมและสนับสนุนภาคีเครือข่ายให้มีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ
4. ส่งเสริมองค์กรสร้างสุข เพื่อสุขภาพที่ยั่งยืน

ค่านิยม (values)

TOP

T : Teamwork ทำงานเป็นทีม

O : Originality มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์สิ่งใหม่

P : People Centered Approach ให้บริการโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

เป้าประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการบริการที่ได้มาตรฐาน ถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัยและพึงพอใจ
2. บุคลากรมีสมรรถนะตามมาตรฐานหน้าที่ที่ปฏิบัติ ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์อย่างมีความสุข
3. ประชาชนทุกกลุ่มวัยได้รับการสร้างเสริมสุขภาพและมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญของพื้นที่
4. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐานระบบข้อมูลสารสนเทศ และเชื่อมโยงเครือข่ายทุกระดับ
5. การบริหารจัดการระบบสิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัย การป้องกันการติดเชื้อมีคุณภาพตามมาตรฐานและปลอดภัย
6. มีโครงสร้างพื้นฐานรองรับระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับยุคสังคมวิถีใหม่ (New Normal)
7. ภาคีเครือข่ายชุมชนมีความรอบรู้ ในพฤติกรรมสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพในปัจจุบันและมีความเข้มแข็งในการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ
8. มีระบบบริหารที่มีธรรมาภิบาลส่งเสริมให้เกิดองค์กรแห่งความสุข
9. มีการสร้างนวัตกรรมใหม่หรือนำมาใช้ในการบริหารและให้บริการแก่ผู้ป่วย
10. มีการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลที่มีมาตรฐานและผ่านเกณฑ์ควบคุมภายใน
11. ระบบบริหารจัดการความเสี่ยงมีคุณภาพตามมาตรฐาน

แผนยุทธศาสตร์ (strategic) และ กลยุทธ์ (Strategy) ในการพัฒนาคุณภาพ

โรงพยาบาลพระปิ่นบประมาณ 2565 – 2569

ยุทธศาสตร์ที่ 1 เพิ่มศักยภาพการส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค ทุกกลุ่มวัยสุขภาพผลิตภัณฑ์สุขภาพและสิ่งแวดล้อม (P&P Excellence)

กลยุทธ์

1. จัดทำแผนยุทธศาสตร์ให้สอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่และรองรับเขตเศรษฐกิจพิเศษ
2. ส่งเสริมให้เครือข่ายสุขภาพและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพทุกกลุ่มวัยและการแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพและการเข้าบริการที่มีคุณภาพ (Service Excellence)

กลยุทธ์

3. พัฒนาศักยภาพการให้บริการตอบสนองยุคสังคมนวัตกรรม
4. พัฒนาช่องทางการสื่อสารความเสี่ยงที่ครอบคลุม และ การเผยแพร่ความรู้ที่ถูกต้อง

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนากำลังคนและภาคีเครือข่ายอย่างมีประสิทธิภาพ (People Excellence)

กลยุทธ์

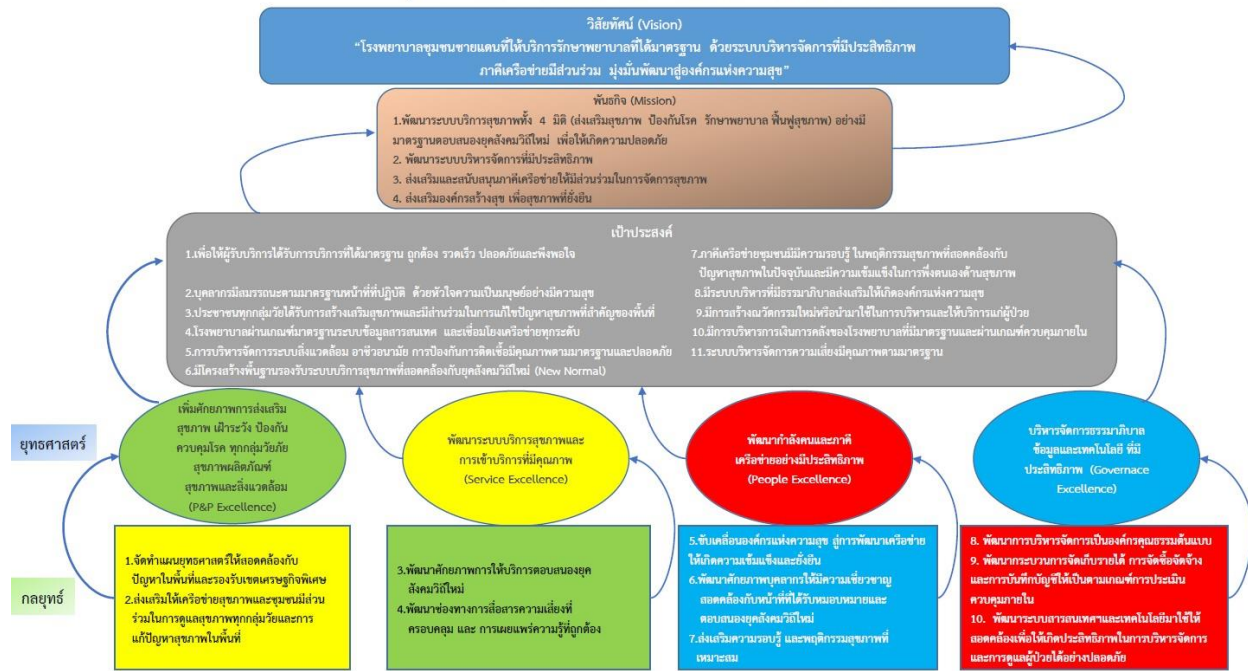
5. ขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข ส่งเสริมพัฒนาเครือข่ายให้เกิดความเข้มแข็งและยั่งยืน
6. พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญสอดคล้องกับหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายและตอบสนองยุคสังคมนวัตกรรม
7. ส่งเสริมความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

ยุทธศาสตร์ที่ 4 บริหารจัดการธรรมาภิบาล ข้อมูลและเทคโนโลยี ที่มีประสิทธิภาพ (Governance Excellence)

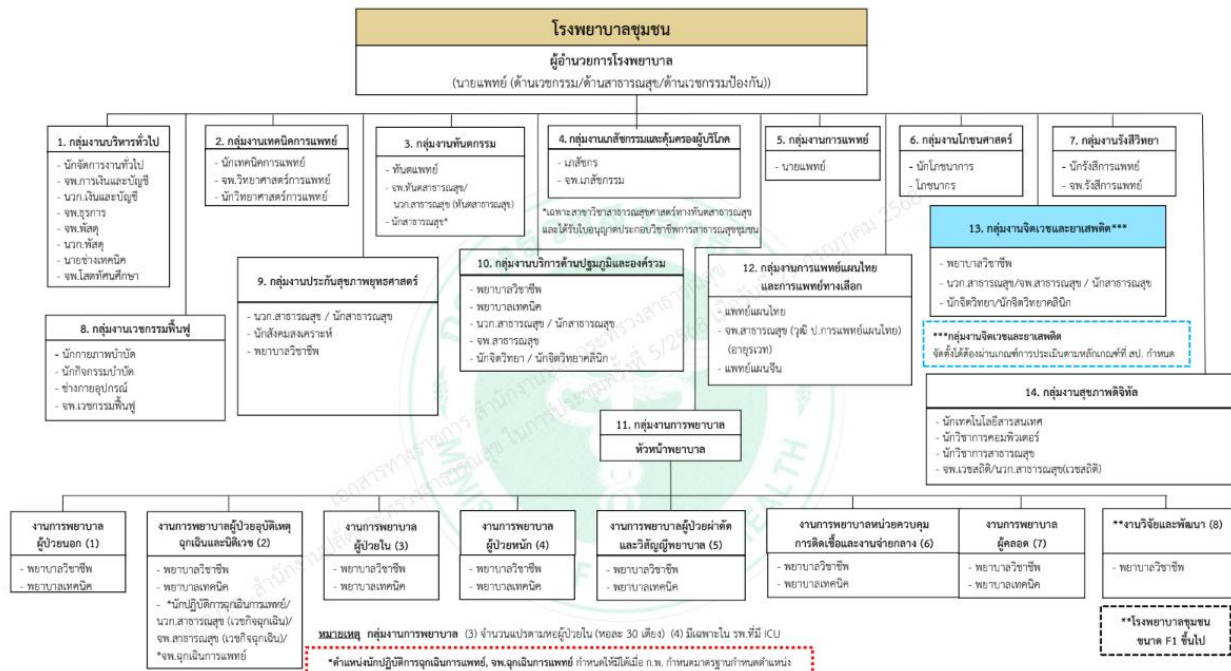
กลยุทธ์

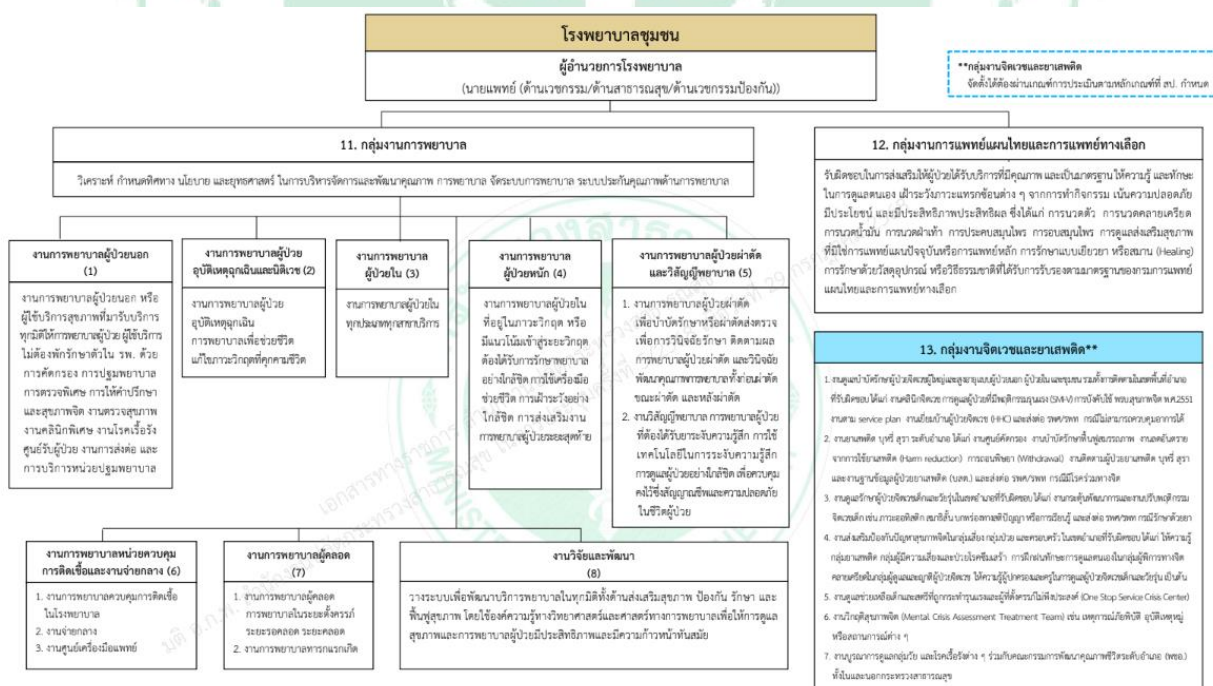
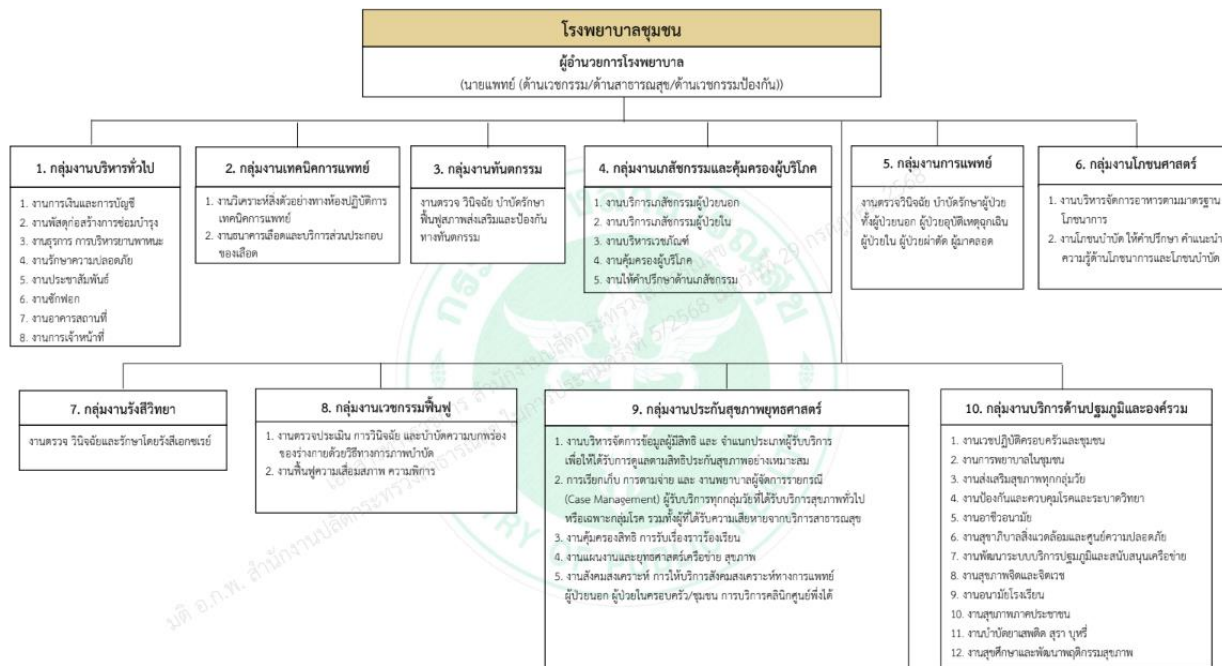
8. พัฒนาการบริหารจัดการเป็นองค์กรคุณธรรมต้นแบบ
9. พัฒนาระบบการจัดการเก็บรายได้ การจัดซื้อจัดจ้างและการบันทึกบัญชีให้เป็นตามเกณฑ์การประเมินควบคุมภายใน
10. พัฒนาระบบสารสนเทศและเทคโนโลยีมาใช้ให้สอดคล้องเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการบริหารจัดการและการดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย

ยุทธศาสตร์โรงพยาบาลพระ พะยะ 5 ปี ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2565 - 2569



โครงสร้างอัตรากำลัง





โรงพยาบาลชุมชน
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (นายแพทย์ (ด้านเวชกรรม/ด้านสาธารณสุข/ด้านเวชกรรมป้องกัน))
14.กลุ่มงานสุขภาพดิจิทัล
<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาระบบเทคโนโลยีเพื่อรองรับนโยบายสุขภาพดิจิทัล แพทย์ทำไกลเชื่อมโยงระบบการเบิกจ่ายกองทุน - พัฒนาระบบบริการสุขภาพดิจิทัล เช่น การแพทย์ทางไกล ระบบการส่งต่อ ระบบการส่งยา ระบบสุขภาพประชาชน - ทำแผน/จัดทำวิสัยทัศน์/แผนปฏิบัติการระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ การเชื่อมต่อ และความปลอดภัยไซเบอร์ - พัฒนาระบบตามมาตรฐานเทคโนโลยีสารสนเทศ - บริการระบบเวชระเบียนและงานสถิติ - บริการรหัสทางการแพทย์และเวชสถิติ - วิเคราะห์และจัดการข้อมูลด้านกรรการโรงพยาบาล - ส่งข้อมูล รายงานและจัดทำรายงานข้อมูลสุขภาพ - พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ - พัฒนาระบบการรายงานข้อมูลสุขภาพดิจิทัลสำหรับผู้บริหารและเผยแพร่ข้อมูลสถิติ - อบรมกักบาทข้อมูล และมาตรฐาน PDPA

อัตรากำลัง

สาขา	จำนวน (คน)
แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป	8
แพทย์เฉพาะทาง	8
-อายุรแพทย์	1
-ศัลยแพทย์	1
-สูตินรีแพทย์	2
-กุมารแพทย์	0
-ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์	1
-จักษุแพทย์	0
-โสตศอนาสิกแพทย์	0
-วิสัญญีแพทย์	1
-รังสีแพทย์	1
-พยาธิแพทย์	0
-แพทย์นิติเวช	0

สาขา	จำนวน (คน)
-แพทยเวชศาสตร์ฟื้นฟู	0
-แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว	1
-แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	0
ทันตแพทย์	6
-ทันตแพทย์ทั่วไป	3
-ทันตแพทย์สาขาเอนโดdont	1
-ทันตแพทย์สาขาทันตกรรมประดิษฐ์	2
-ทันตแพทย์สาขาจัดฟัน	0
-ทันตแพทย์สาขาศัลยกรรมช่องปาก	0
เภสัชกร	7
พยาบาลวิชาชีพ	96
พยาบาลเฉพาะทาง	27
-วิสัญญีพยาบาล	6
-พยาบาลเวชปฏิบัติ	4
-พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ	2
-พยาบาลไตเทียม	0
-พยาบาลผู้ป่วยวิกฤต	4
-พยาบาลจิตเวช	1
-พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน	5
-พยาบาลการผดุงครรภ์	2
-พยาบาลศัลยกรรมกระดูก	1
-พยาบาลเวชปฏิบัติตา	2
พยาบาลเทคนิค/อนุปริญา	0
ผู้ช่วยพยาบาล	1
นักกายภาพบำบัด/กิจกรรมบำบัด	4

สาขา	จำนวน (คน)
นักเทคนิคการแพทย์/วิทยาศาสตร์การแพทย์	8
นักรังสีเทคนิค	1
นักสังคมสงเคราะห์	1
นักสุขศึกษา	0
นักกำหนดอาหาร/นักโภชนาการ/โภชนากร	2
นักวิชาการสาธารณสุข	10
แพทย์แผนไทย	2
แพทย์แผนไทยประยุกต์	0
เจ้าหน้าที่อื่นๆ	187



นโยบายสำคัญ ประจำปีงบประมาณ 2568

นโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2568

“ยกระดับสาธารณสุขไทย สุขภาพแข็งแรงทุกวัย เศรษฐกิจไทยมั่นคง”

1. ยกระดับ 30 บาทรักษาทุกที่
เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ

- เชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ ในระบบบริการระดับ โดยคำนึงถึงความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูลสุขภาพ
- พัฒนาระบบ Telemedicine / AI ทางการแพทย์ และการใช้ เทคโนโลยีสุขภาพ (Health Tech)
- ขยายเครือข่ายบริการระดับปฐมภูมิ Health Station ระบบปฐมภูมิดิจิทัล ให้กับสมัย ครอบครัว
- พัฒนา sw.รัฐ ให้สวยงาม ทันสมัย มีระบบบริการที่ดี

ชาว สธ. น้อมนำการพัฒนา
งานสาธารณสุขตามแนวพระราชดำริ
โครงการเฉลิมพระเกียรติ
ของพระบรมวงศานุวงศ์ทุกพระองค์
เป็นภารกิจอันสำคัญยิ่ง

7. บริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุข

- สนับสนุนการมีส่วนร่วมในการลงทุนพัฒนาการสาธารณสุข นโยบาย 50 เติล 50 sw. เพิ่มการจ้างบริการสุขภาพ
- พัฒนากฎหมาย / ระบบสนับสนุน การบริหารจัดการ sw. และการจัดซื้อจัดจ้าง
- บริหารจัดการกองทุน / งบประมาณ อย่างมีประสิทธิภาพ
- เพิ่มการผลิตแพทย์ และบุคลากรด้านสาธารณสุข สร้างเสริมคุณภาพชีวิต เจ้าหน้าที่สังกัด พ.ร.บ. ก.ส. ส่งเสริม sw. สัตย์ขอ ปรับปรุงให้เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม

2. เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต และบำบัดยาเสพติด

- พัฒนาและสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบบริการ การให้คำปรึกษา โดยนักจิตบำบัด
- ยกระดับการบำบัดรักษา มีอิทธิพลทางจิต และกับชุมชนออนไลน์ ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยหลังบำบัด
- คุ้มครองสุขภาพจิตและบำบัดยาเสพติด ส่งเสริมปรับปรุงโครงสร้างระดับพื้นที่

4. สร้างความเข้มแข็งเครือข่ายสุขภาพ ภาคประชาชน

- พัฒนากฎหมายสนับสนุนเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน เช่น พ.ร.บ. อสม.
- เพิ่มศักยภาพ อสม. เพื่อส่งเสริมงานสุขภาพเชิงรุกในชุมชน
- ส่งเสริมสิทธิด้านสุขภาพ ของประชาชนทุกกลุ่ม

6. เพิ่มศักยภาพเศรษฐกิจสุขภาพสู่ Medical & Wellness Hub

- ส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความปลอดภัยทุกมิติ
- ยกระดับภูมิปัญญาไทย ส่งเสริมการใช้แพทย์แผนไทย และสมุนไพรเพื่อการแพทย์ ในระบบบริการสุขภาพ
- เพิ่มโอกาสการเติบโตธุรกิจการแพทย์และสุขภาพ ปรับปรุงกฎระเบียบ สดชื่นตอนการอนุมัติ / อนุญาต
- ส่งเสริมการต่อยอดงานวิจัย การถ่ายทอดเทคโนโลยี นวัตกรรมสุขภาพและเทคโนโลยีชีวภาพทางการแพทย์

3. คนไทยห่างไกลโรค และภัยสุขภาพ

- ส่งเสริมสุขภาพทุกมิติ เพื่อลดโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ (NCDs)
- ผลักดันแนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิตและสุขภาพองค์รวมสู่การปฏิบัติ
- ปรับปรุงกฎหมายและมาตรการให้เอื้อต่อการควบคุม ดูแล ส่งเสริมสุขภาพ เช่น พ.ร.บ. NCDs การป้องกันผู้สูบบุหรี่หรือไฟฟ้า
- สนับสนุนแนวคิด สุขภาพดี สิทธิประโยชน์เพิ่ม
- สานต่อ วัคซีน HPV / วัคซีนป้องกันมะเร็ง / มะเร็งกระเพาะ
- ผลักดันแนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว เชื่อมโยงสุขภาพคน สัตว์ สิ่งแวดล้อม

5. จัดระบบบริการสุขภาพ เพื่อกลุ่มเปราะบาง และพื้นที่พิเศษ

- ยกระดับ สถานชิวาภิบาล ภูมิชีวภิบาล
- เพิ่มศักยภาพระบบบริการสุขภาพและหน่วยบริการ พื้นที่ชายแดน
- ส่งเสริมการผลิตและจ้างงานผู้ดูแลสุขภาพในชุมชน (Caregiver)

นโยบายนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตาก ปีงบประมาณ 2568

ยึดนโยบายเป้าหมาย
กระทรวงสาธารณสุข

- ยกระดับการสาธารณสุขไทย สุขภาพแข็งแรงทุกวัย เศรษฐกิจสุขภาพไทยมั่นคง

ให้ความสำคัญกับนโยบายของกระทรวง
สาธารณสุข

- นโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
- นโยบายปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- นโยบายผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขต 2

ยึดหลักทรรมาภิบาล 10 ข้อ และรวดเร็ว
ทันเวลา

นพ. พิทักษ์พงษ์ จันท์แดง
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตาก

แผนงาน/โครงการ และตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568





กระทรวงสาธารณสุข
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

ตัวชี้วัด

การประเมินการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (PA) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (6 เป้าหมาย 20 ตัวชี้วัด) น้ำหนักร้อยละ 100

1. ส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัย (6 ตัวชี้วัด) น้ำหนักร้อยละ 30

- ภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์
- การคัดกรองพัฒนาการเด็ก
- เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการติดตาม
- ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะถดถอย 9 ด้าน
- ผู้สูงอายุได้รับการดูแลตาม Care plan
- การเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากทุกกลุ่มวัย

2. การเข้าถึงบริการสุขภาพจิต และบำบัดยาเสพติด (2 ตัวชี้วัด) น้ำหนักร้อยละ 10

- Retention rate (ยาเสพติด)
- Suicide

3. การควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (5 ตัวชี้วัด) น้ำหนักร้อยละ 30

- การควบคุมโรคติดต่อโดยแมลง (DHF/ Malaria)
- การคัดกรอง TB
- การลดโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ (Control DM/ HT)
- การนับคาร์บ ในกลุ่ม อสม. และ ปชช.
- PM 2.5

4. พัฒนาระบบปฐมภูมิ (1 ตัวชี้วัด) น้ำหนักร้อยละ 5

- การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ

5. เศรษฐกิจสุขภาพ (1 ตัวชี้วัด) น้ำหนักร้อยละ 5

- สัดส่วนการใช้ยาสมุนไพร

6. การบริหารจัดการ (5 ตัวชี้วัด) น้ำหนักร้อยละ 20

- การเบิกจ่าย กปท.
- การตรวจสอบสินทรัพย์-พัสดุ
- Total Performance Score
- ITA
- ผลงานวิชาการ

จุดเน้น/เข็มมุ่ง (ปีงบประมาณ 2565 - 2569)

พัฒนาศักยภาพการให้บริการตอบสนองยุคสังคมวิถีใหม่โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ(Patient Safety culture) 3 P

ตารางที่ 9 ยุทธศาสตร์ที่ 1 เพิ่มศักยภาพการส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค ทุกกลุ่มวัย ภัยสุขภาพผลิตภัณฑ์สุขภาพและสิ่งแวดล้อม (P&P Excellence)

กลยุทธ์	เป้าหมาย	โครงการ/กิจกรรม	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย				
				2565	2566	2567	2568	2569
1. จัดทำแผนยุทธศาสตร์ให้สอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่และรองรับเขตเศรษฐกิจพิเศษ	1.เพื่อให้มีแผนงานที่นำไปปฏิบัติได้จริงและมุ่งเป้าตงามวิสัยทัศน์ใน 5ปี	โครงการจัดทำแผนกลยุทธ์ (Strategic Planning)มุ่งสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนของโรงพยาบาลพบพระ อำเภอพบพระ จังหวัดตาก	1.ร้อยละตัวชี้วัด กระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์	80	80	80	80	80
			2.ร้อยละของแผนงาน/โครงการที่บรรลุผลตามกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ	80	80	80	80	80
			3.ร้อยละของการนำแผนกลยุทธ์สู่การปฏิบัติในหน่วยงาน	80	80	80	80	80
			4.อัตราการตาย	<15:แสน	<15:แสน	<15:แสน	<15:แสน	<15:แสน
2. ส่งเสริมให้เครือข่ายสุขภาพและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพทุกกลุ่มวัยและการแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่	1.เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรคและคุ้มครองผู้บริโภคโดยการพัฒนาศักยภาพ		5.ร้อยละของเด็ก 0- 5ปีที่มีพัฒนาการสมวัย	<80	<80	<80	<80	<80
			6.เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน	62	62	62	62	62
			7.เด็กอายุ 0-5 ปีมีภาวะเตี้ย	<10	<10	<10	<10	<10
			8.ร้อยละของการตั้งครรภ์ ฆ่าในหญิงอายุ 15-19 ปี	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5
			เครือข่ายสุขภาพ	ปชก	ปชก	ปชก	นปชก	ปชก
			เด็กอายุ 0-5 ปี	<80	<80	<80	<80	<80
			เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน	62	62	62	62	62
			เด็กอายุ 0-5 ปีมีภาวะเตี้ย	<10	<10	<10	<10	<10

ตารางที่ 10 ยุทธศาสตร์ที่ 1 เพิ่มศักยภาพการส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค ทุกกลุ่มวัย ภัยสุขภาพผลิตภัณฑ์สุขภาพและสิ่งแวดล้อม (P&P Excellence)(ต่อ)

กลยุทธ์	เป้าหมาย	โครงการ/กิจกรรม	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย				
				2565	2566	2567	2568	2569
กลุ่มเป้าหมาย และสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย 2.เพื่อร่วมพลังขับเคลื่อน ร่วมกับท้องถิ่น ในการรณรงค์ ป้องกัน แก้ไข ปัญหาในทุก กลุ่มวัย		9.ร้อยละผู้ป่วย HT รายใหม่ ลดลง 10.ร้อยละผู้ป่วย DM รายใหม่ ลดลง 12.ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี 13.ร้อยละตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน 14.ร้อยละของอัตราความสำเร็จ การรักษาวินโรคทุกประเภท 15.อัตราป่วยโรคไข้เลือดออก 16.ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ ได้รับบริการตรวจวินิจฉัยรักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์ การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือก	>2.5	>2.5	>2.5	>2.5	>2.5	
			> 5	> 5	> 5	> 5	> 5	
			40	40	40	40	40	
			100	100	100	100	100	
			90	90	90	90	90	
			<50:แสน นชก.	< 50: แสน	< 50:แสน ชก.	< 50: แสน	< 50: แสน	
20.2	ชก. 20.2	20.2	ชก. 20.2	ชก. 20.2				

ตารางที่ 11 ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพและการให้บริการที่มีคุณภาพ (Service Excellence)

กลยุทธ์	เป้าหมาย	โครงการ/กิจกรรม	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย				
				2565	2566	2567	2568	2569
3. พัฒนาศักยภาพการให้บริการตอบสนองยุคสังคมนวัตกรรม	1. มีการจัดให้บริการดูแลผู้ป่วยใน 5 สาขาหลัก	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ	1. อัตราตายทารกแรกเกิด อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน < 3.5 :1000 ทารกเกิดมีชีพ	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5
			2. ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมอง	<7	<7	<7	<7	<7
4. พัฒนาช่องทางการสื่อสารความเสี่ยงที่ครอบคลุม และการเผยแพร่ความรู้ที่ถูกต้อง	กรรมอายุกรรม ศัลยกรรม กุมารเวชกรรมและศัลยกรรมกระดูก ได้มาตรฐาน ถูกต้อง รวดเร็วปลอดภัย และพึงพอใจ	กรรมอายุกรรม ศัลยกรรม กุมารเวชกรรมและศัลยกรรมกระดูก ได้มาตรฐาน ถูกต้อง รวดเร็วปลอดภัย และพึงพอใจ	3. ร้อยละอัตราตายผู้ป่วย Sepsis	<30	<30	<30	<30	<30
			4. อัตราตายโรคหัวใจขาดเลือด < 27: แขนงปวก	<27	<27	<27	<27	<27
			5. จำนวนการเสียชีวิตจาก Severe Head Injury (ในโรงพยาบาลและหลังส่งต่อ) เท่ากับ 0	0	0	0	0	0
			6. ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด $\geq 60\%$	≥ 60	≥ 60	≥ 60	≥ 60	≥ 60
			7. อัตราการ Revisit ที่ ER ภายใน 48 ชั่วโมง < 2 %	<2	<2	<2	<2	<2
			8. อัตราการ Readmit ในผู้ป่วย COPD ภายใน 28 วัน < 30%	<30	<30	<30	<30	<30
			9. อัตราการติดเชื้อ ในโรงพยาบาล < 0.5/พัน วันนอน	<0.5	<0.5	<0.5	<0.5	<0.5
2. ลดอัตราการเสียชีวิตในโรคที่เป็น								

ตารางที่ 12 ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพและการเข้าบริการที่มีคุณภาพ (Service Excellence) (ต่อ)

กลยุทธ์	เป้าหมาย	โครงการ/กิจกรรม	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย					
				2565	2566	2567	2568	2569	
ปัญหาของ โรงพยาบาล 3.มีการพัฒนาการ ให้บริการที่มีความ เสี่ยงสูง 4.มีการจัดสถานที่ สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อ การให้บริการที่ ปลอดภัยทั้งผู้รับ บริการและเจ้าหน้าที่			10.อุบัติการณ์การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉิน คลาดเคลื่อน* (under triage หรือ over triage) ทั้งหมด/ ระดับ E ขึ้นไป*						
			under triage < 5%	<5	<5	<5	<5	<5	
			over triage < 15 %	<15	<15	<15	<15	<15	
			11.อุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด ทั้งหมด เท่ากับ 0	0	0	0	0	0	
			12.ระยะเวลาในการรับบริการที่ OPD < 90 นาที	<90	<90	<90	<90	<90	
			13.อัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนใน ทารกแรกเกิด < 25:1000 การเกิดมีชีพ	<25	<25	<25	<25	<25	
			14.อัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด < 5%	<5	<5	<5	<5	<5	
			15.จำนวนผู้ป่วยปลัดตกหลังคลอด/ตกเตียง	0	0	0	0	0	
			16.อัตราการเกิดปัญหาและภาวะแทรกซ้อน ขณะให้บริการระดับความรู้สึก < 10%	<10	<10	<10	<10	<10	
			17.อัตราการเกิดปัญหาและภาวะแทรกซ้อน หลังให้บริการระดับความรู้สึกในห้องพักฟื้น < 10%	<10	<10	<10	<10	<10	
			18.อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ บริการวิสัญญีภายใน 48 ชั่วโมง < 10%	<10	<10	<10	<10	<10	

ตารางที่ 13 ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพและการให้บริการที่มีคุณภาพ (Service Excellence) (ต่อ)

กลยุทธ์	เป้าหมาย	โครงการ/กิจกรรม	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย				
				2565	2566	2567	2568	2569
			19.อุบัติการณ์การผ่าตัดผิดคน ผิดข้างผิดตำแหน่งผิดหัตถการทั้งหมด/ระดับความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป เท่ากับ 0	0	0	0	0	0
			20.อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด - clean wound – clean < 2%	< 2	< 2	< 2	< 2	< 2
			21.อัตราการงด-เลื่อนผ่าตัด < 3%	< 3	< 3	< 3	< 3	< 3
			22.ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆด้วย strong opioid ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพและได้รับการเยี่ยมบ้าน > 40%	> 40	> 40	> 40	> 40	> 40
			23.ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนน BI เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 คะแนน ≥ 60%	≥ 60	≥ 60	≥ 60	≥ 60	≥ 60
			24.ร้อยละของผู้ป่วย IMC ได้รับการฟื้นฟูและติดตามต่อเนื่อง 6 เดือน มีค่า BI เพิ่มขึ้น ≥ 70%	≥ 70	≥ 70	≥ 70	≥ 70	≥ 70
			25.ร้อยละของผู้ป่วยที่รับส่งต่อจากหน่วยงานอื่น ได้รับการดูแลต่อเนื่อง ร้อยละ 90	90	90	90	90	90
			26.ร้อยละของการตอบกลับข้อมูลคืนหน่วยงาน ร้อยละ 80	80	80	80	80	90

ตารางที่ 14 ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพและการให้บริการที่มีคุณภาพ (Service Excellence) (ต่อ)

กลยุทธ์	เป้าหมาย	โครงการ/กิจกรรม	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย				
				2565	2566	2567	2568	2569
			27.ร้อยละของผู้ป่วยที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 65%	<65	<65	<65	<65	<65
			28.อัตราการเกิดอุบัติเหตุจากของมีคมและถูกสารคัดหลั่งกระเด็นเข้าสู่ร่างกายจากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ < 1%	<1	<1	<1	<1	<1
			29.เจ้าหน้าที่ติดเชื้อโควิด-19 หรือไวรัสโรคจากการปฏิบัติหน้าที่ < 2%	<2	<2	<2	<2	<2
			30.ผลการวัดปริมาณรังสีบุคคล(ไมโครซีเวิร์ต/เดือน) < 4000	<4000	<400	<400	<400	<4000
			31.ผลการตรวจวัดคุณภาพมาตรฐาน ความปลอดภัยของเครื่องเอ็กซเรย์ และห้องเอ็กซเรย์ผ่านการรับรอง	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
			32.อุบัติการณ์การตรวจวิเคราะห์และรายงานผล ตรวจวิเคราะห์ Lab คลาดเคลื่อน เท่ากับ 0	0	0	0	0	0
			33. มีการสำรองเลือด ใช้ในผู้ป่วยฉุกเฉิน และผ่าตัด 100 %	100	100	100	100	100
			34.ความทันเวลาของการขอใช้เลือดฉุกเฉิน 100%	100	100	100	100	100
			35.ความพึงพอใจของผู้บริการโรงพยาบาลพบพระ > 80%	85	85	85	85	85
			36.อัตราการส่งรักษาต่อในผู้ป่วย 5 สาขาหลักไปโรงพยาบาลแม่ข่ายลดลง $\geq 15\%$	≥ 15	≥ 15	≥ 15	≥ 15	≥ 15

ตารางที่ 15 ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนากำลังคนและภาคีเครือข่ายอย่างมีประสิทธิภาพ (People Excellence)

กลยุทธ์	เป้าหมาย	โครงการ/กิจกรรม	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย				
				2565	2566	2567	2568	2569
5.ขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข สู่การพัฒนาเครือข่ายให้เกิดความเข้มแข็งและยั่งยืน	1.ภาคีเครือข่ายชุมชนมีความรอบรู้ในพฤติกรรมสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพในปัจจุบันและมี	1.ร้อยละการจัดตั้งเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ PCCU > 16%		-	16	50	65	100
		2.ติดตามเฝ้าระวังผู้ป่วยโรค covid-19 ให้ปฏิบัติตามมาตรการการกักตัว เท่ากับ 100 %		100	100	100	100	100
		3.มีเครือข่ายการแพทย์ฉุกเฉินครอบคลุมทุกอปท. 100%		100	100	100	100	100
6.พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญ สอดคล้องกับหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายและตอบสนองยุคสังคมวิถีใหม่	ความเข้มแข็งในการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ	4.จัดซ้อมแผนอค์กภัยในโรงพยาบาล อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง		100	100	100	100	100
		5.เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมีการพัฒนาศักยภาพตรงตามแผนพัฒนากำลังคน > 80%		80	80	80	80	80
		6.อัตราการคงอยู่ของบุคลากรในหน่วยงานบริการ > 95%		95	95	95	95	95
		7.ความพึงพอใจในบรรยากาศการทำงานทุกด้านของบุคลากรในโรงพยาบาล > 70 %		70	70	70	70	70
7. ส่งเสริมความรอบรู้ และพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม	ส่งเสริมให้เกิดองค์กรแห่งความสุข	8.ร้อยละของหน่วยงานที่มี การนำดัชนีความสุขของ คนทำงาน(Happynometer ไปใช้)		80	80	80	80	80

ตารางที่ 16 ยุทธศาสตร์ที่ 4 บริหารจัดการธรรมาภิบาลข้อมูลและเทคโนโลยีที่มีประสิทธิภาพ (Governance Excellence)

กลยุทธ์	เป้าหมาย	โครงการ/ กิจกรรม	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย				
				2565	2566	2567	2568	2569
8. พัฒนาการบริหาร จัดการเป็นองค์กร คุณธรรมต้นแบบ	1.โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ มาตรฐานระบบ ข้อมูล	1.ร้อยละของความสมบูรณ์ของ การบันทึกทางเวชระเบียน ผู้ป่วยใน >80%	80	80	80	80	80	
9.พัฒนากระบวนการ จัดเก็บรายได้ การจัดซื้อ จัดจ้างและการบันทึก บัญชีให้เป็นตามเกณฑ์ การประเมินควบคุม ภายใน	2.มีระบบ บริหารที่มีธรร มาภิบาล	2. โรงพยาบาลผ่านการ รับรอง คุณภาพตาม มาตรฐาน ITA 3.วิกฤตทางการเงิน 7 ระดับ ของโรงพยาบาลพบพระ < ระดับ 4	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	
10. พัฒนาระบบ สารสนเทศฯและ เทคโนโลยีมาใช้ให้ สอดคล้องเพื่อให้เกิด ประสิทธิภาพในการ บริหารจัดการและการ ดูแลผู้ป่วยได้อย่าง ปลอดภัย	3.มีการบริหาร การเงินการคลัง ของโรงพยาบาล ที่มีมาตรฐาน และผ่านเกณฑ์ ควบคุมภายใน	4. จำนวนครั้งของการหยุด ให้บริการระบบ Hospital- OS<2ครั้งต่อปี	<ระ ดับ4	<ระดับ4	<ระดับ4	<ระดับ4	<ระดับ4	
	4.ระบบบริหาร จัดการความ เสี่ยงมีคุณภาพ ตามมาตรฐาน	5.อัตราความครอบคลุมของการ พัฒนาระบบจัดเก็บข้อมูล 43 เพิ่ม > 95%	<2ค ั้งต่อ ปี	<2ครั้งต่อปี	<2ครั้งต่อปี	<2ครั้ง ต่อปี	<2ครั้ง ต่อปี	
		6.ทำตามมาตรฐาน HAIT >80%	95	95	95	95	95	
			80	80	80	80	80	
			80					

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของโรงพยาบาลพบพระ (5 ปีย้อนหลัง)

ยุทธศาสตร์ที่ 1 เพิ่มศักยภาพการส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคทุกกลุ่มวัยภัยสุขภาพผลิตภัณฑ์สุขภาพและสิ่งแวดล้อม (P&P Excellence)							
ตัวชี้วัดที่	ข้อมูล	เป้าหมาย	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	หมายเหตุ
1	อัตราการตาย	(ไม่ เกิน 15 ต่อการ เกิดมีชีพแสนคน)	0	0	0	0	
2	ร้อยละของเด็ก 0- 5ปีที่มีพัฒนาการสมวัย	> 80%	94.63	94.84	96.62	94.59	
3	ผู้ป่วย HT รายใหม่ ลดลง	ลดลง >ร้อยละ 2.5	N/A	4.5	3.03	15.63	
4	ผู้ป่วย DM รายใหม่ ลดลง	ลดลง>ร้อยละ 5	N/A	3.25	7.14	68.33	
5	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับ น้ำตาลได้ดี	40%	27.59	36.5	37.5	51.73	
6	ร้อยละของผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองสุขภาพ 9 ด้าน	< 80%	100	89.31	96.12	93.71	
7	อัตราความสำเร็จการรักษาโรคทุกประเภท	90%	N/A	86.25	69.23	75	
8	อัตราป่วยตายด้วยโรคฉับโรค	≤ 5%	N/A	N/A	15.38	12.5	
9	อัตราป่วยโรคไข้เลือดออก	< 50:แสนปชก.	N/A	0	12.04	27.15	
10	ร้อยละการดำเนินงานตามมาตรการ 1-3-7	80%	N/A	N/A	100	98/99/54	
11	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้ง แรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์	> ร้อยละ 70	83.98	93.24	88.76	90.16	
12	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ คุณภาพ 5 ครั้งตามเกณฑ์	75%	81.05	80.82	80.9	82.27	
13	อัตราการเกิดฟันแท้ในเด็ก 12 ปี	50%	34.62	43.81	67.14	49.04	

ตัวชี้วัดที่	ข้อมูล	เป้าหมาย	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	หมายเหตุ
ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพและการให้บริการที่มีคุณภาพ (Service Excellence)							
1	อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน	< 3.5 :1000 ทารก เกิดมีชีวิต	0	1 (เด็กมีความ พิการทาง สมองไขสัน หลัง)	0	0	
2	อัตราการตายของผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมอง	< 7%	0.2	0	0	4.17	
3	อัตราการตายผู้ป่วย Sepsis	<30%	15.55%	11.11%	13.63%	15%	
4	อัตราการตายโรคหัวใจขาดเลือด	<27:แสนปชก	0	0	0:แสนปชก	1.66	
5	จำนวนการเสียชีวิตจาก Severe Head Injury (ในโรงพยาบาลและหลังส่งต่อ 24 ชม.) เทียบกับ 0	0%	N/A	2 คน (Multiple trauma)	0	0.31	
6	ร้อยละของการให้การรักษานผู้ป่วย STEMI ได้ตาม มาตรฐานเวลาที่กำหนด	≥ 60%	60.00%	100.00%	72.22%	68.75%	
7	อัตราการ Revisit ที่ ER ภายใน 48 ชั่วโมง	< 2 %	0.28%	0.58%	0.30%	0.32%	
8	อัตราการ Readmit ในผู้ป่วย COPD ภายใน 28 วัน	< 30%	N/A	0.65	26.28	22.03	
9	อัตราการติดเชื้ ในโรงพยาบาล	< 0.5/พัน วันนอน	N/A	0	0.6	0.87	
10	อุบัติการณ์การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาตเคลื่อน* (under triage หรือ over triage) ทั้งหมด/ ระดับ E ขึ้นไป* under triage < 5% over triage	< 15 %	N/A	ถูกต้อง 99.52 Under 0.4 Over 0.08	Over 0.06% under 0.25% ระดับ E ขึ้น ไป 0%	over 0.12% under 0.29%	

ตัวชี้วัดที่	ข้อมูล	เป้าหมาย	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	หมายเหตุ
11	อุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดทั้งหมด เท่ากับ 0	0%	0	1คน	0	3	
12	ระยะเวลาในการรับบริการที่ OPD	< 90 นาที	94	74	55	53 นาที	
13	อัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด	< 25:1000 การเกิดมีชีพ	N/A	25.97	13.39	45.16	
14	อัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด	< 5%	N/A	1.73	1.32	2.66	
15	อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้บริการ วัสดุอุปกรณ์ภายใน 48 ชั่วโมง	< 10%	0.41	0.24	0.14	0	
16	อุบัติการณ์การผ่าตัดผิดคน ผิดข้างผิด ตำแหน่ง ผิดหัตถการทั้งหมด/ระดับความรุนแรง ระดับ E ขึ้นไป เท่ากับ 0	0%	0	0	0	0.196	
17	อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด - clean wound - clean	< 2%	N/A	0.63	0.68	0	
18	อัตราการงด-เลื่อนผ่าตัด	< 3%	3.59	3.05	4.71	4.14	
19	ร้อยละของผู้ป่วย IMC ได้รับการฟื้นฟูและติดตามต่อเนื่อง 6 เดือน มีค่า BI เพิ่มขึ้น	≥ 70%	8684.00%	82.86%	85.71%	59.09% (ยังไม่ครบ 6 เดือน)	
20	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR	<5 ml/min/1.73m ² /yr	66.26	61.34	67.08	93.65	

ตัวชี้วัดที่	ข้อมูล	เป้าหมาย	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	หมายเหตุ
21	อัตราการเกิดอุบัติเหตุจากของมีคมและถูกสารคัดหลั่งกระเด็นเข้าสู่ร่างกายจากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่	< 1%	0	0	2.25	4.29	
22	เจ้าหน้าที่ติดเชื้อวัณโรคจากการปฏิบัติหน้าที่	< 2%	0	1	0	0	
23	ผลการตรวจวัดคุณภาพ มาตรฐาน ความปลอดภัยของเครื่องเอ็กซเรย์ และห้องเอ็กซเรย์ผ่านการรับรอง	ผ่านการรับรอง	ผ่านการรับรอง	ผ่านการรับรอง	ผ่านการรับรอง	ผ่านการรับรอง	
24	อุบัติการณ์การตรวจวิเคราะห์และรายงานผลตรวจวิเคราะห์ Lab คลาดเคลื่อน เท่ากับ 0	< 1 %	0.35	0.25	0.27	0.38	
25	จำนวนอุบัติการณ์การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด ระดับ E Up	0%	0%	0%	1%	0	
26	ความพึงพอใจของผู้บริการโรงพยาบาลพพระ (ผู้ป่วยนอก)	> 80%	78.80%	79.40%	83.00%	88.37	
27	อัตราการส่งรักษาต่อในผู้ป่วย 5 สาขาหลักไปโรงพยาบาลแม่ข่ายลดลง	≥ 15%	N/A	12.77%	19.02%	10.6	
28	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery	>15 %	45.61	83	15.55	14.9	
29	จำนวน Medication error with harms (level E up)* (ครั้ง)	0	0	0	0	0	
30	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	≤ ร้อยละ 8 ต่อแสนประชากร	4.47	8.72	6.35	1.06	

ตัวชี้วัดที่	ข้อมูล	เป้าหมาย	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	หมายเหตุ
31	ร้อยละของผู้ถูกกระทำความรุนแรง (OSCC) ได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานบริการที่กำหนด	≥ 80%	100%	100%	100%	100	
32	ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (community base)	3%	N/A	8	16.42	16.26	
33	ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	35%	N/A	72.04	44.32	36.6	
ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนากำลังคนและภาคีเครือข่ายอย่างมีประสิทธิภาพ (People Excellence)							
1	ร้อยละการจัดตั้งเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ PCCU	>50%	N/A	50	66.67	100	
2	มีเครือข่ายการแพทย์ฉุกเฉินครอบคลุมทุกอปท.	100%	100.00%	100.00%	83.33%	83.33	
3	จัดซ้อมแผนอค์คีภัยร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	1ครั้งต่อปี		0	0	1 ครั้ง	
4	เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมีการพัฒนาศักยภาพตรงตามแผนพัฒนากำลังคน (แยกสาขา)	> 80%	72%	90%	80%	83.57	

ตัวชี้วัดที่	ข้อมูล	เป้าหมาย	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	หมายเหตุ
5	อัตราการคงอยู่ของบุคลากรในหน่วยงานบริการ	> 95%	N/A	90	98.16	95.56	
6	ความพึงพอใจในบรรยากาศการทำงานทุกด้านของบุคลากรในโรงพยาบาล 0	> 70 %	N/A	70	75.39	75.87	
7	ร้อยละของหน่วยงานที่มี การนำดัชนีความสุขของ คนทำงาน(Happynometer ไปใช้)	80%	N/A	86	80.42	81.28	
8	มีการอบรมเครื่องช่วยการ CPR และ ACLS	1ครั้ง/ปี	1ครั้ง	2ครั้ง	1ครั้ง	0	
9	มีการอบรมเครื่องช่วยการ Care Giver	1ครั้ง/ปี	1ครั้ง	1ครั้ง	1ครั้ง	0	
ยุทธศาสตร์ที่ 4 บริหารจัดการ ธรรมาภิบาล ข้อมูลและเทคโนโลยี ที่มีประสิทธิภาพ (Governance Excellence)							
1	ร้อยละของความสมบูรณ์ของการบันทึกทางเวชระเบียนผู้ป่วยใน CMI	>80%	N/A	86%	88%	100%	
2	ความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน (MRA)	>80%	N/A	N/A	N/A	N/A	
3	โรงพยาบาลผ่านการ รับรองคุณภาพตามมาตรฐาน ITA	80%	96%	100%	100%	100%	
4	วิกฤตทางการเงิน 7 ระดับของโรงพยาบาลพบพระ	< ระดับ 4	3	0	1	2	
5	จำนวนครั้งของการหยุดให้บริการระบบ Hospital-OS	< 2 ครั้งต่อปี	0	0	0	0	
6	อัตราความครอบคลุมของการพัฒนาระบบจัดเก็บข้อมูล 43 แฟ้ม	> 95%	77%	81%	95%	98	
7	ทำตามมาตรฐาน HAIT	>80%	40%	60%	85%	95	

ตัวชี้วัดที่	ข้อมูล	เป้าหมาย	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	หมายเหตุ
8	ร้อยละตัวชี้วัด กระทรวงสาธารณสุข PA สสจ. ตาก ผ่านเกณฑ์ประเมิน	80%	70%	N/A	90%	90	
9	ร้อยละของแผนงาน/โครงการที่บรรลุผลตามกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ	80%	68%	92%	82%	90.38%	
10	ร้อยละของการนำแผนกลยุทธ์สู่การปฏิบัติในหน่วยงาน	80%	78%	90%	90%	98%	
11	ผ่านเกณฑ์การประเมินตามนโยบาย EMS (Environment, Modernization and Smart Service)	The Best	The must	The must	The Best	The Best	
12	อัตราข้อร้องเรียนได้รับการแก้ไข	100%	100%	100%	100%	90%	
13	ร้อยละการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาล (ทุกสิทธิการรักษา)	100%	N/A	N/A	N/A		



แผนปฏิบัติการงานสาธารณสุขโรงพยาบาลพระ (Action Plan) ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘							
อำเภอพบพระ จังหวัดตาก							
ลำดับ	ชื่อแผนงาน/โครงการ	เงินบำรุง	PP Basic	กองทุน	อื่นๆ	ผู้รับผิดชอบ	รหัส
ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เพิ่มศักยภาพการส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคทุกกลุ่มวัยภัยสุขภาพผลิตภัณฑ์สุขภาพและสิ่งแวดล้อม (P&P Excellence)							
๑	แผนการส่งเสริมทันตสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ อำเภอพบพระ ปี ๒๕๖๘		๓๐,๐๐๐			ทันตกรรม	
๒	แผนการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กปฐมวัย ๐-๒ปี ตำบลพบพระ ปี๒๕๖๘		๖,๐๐๐			ทันตกรรม	
๓	แผนการจัดการบริการสุขภาพช่องปากกลุ่มเด็กปฐมวัยในสถานพัฒนาเด็กเล็ก ตำบลพบพระ ปี๒๕๖๘		๖,๐๐๐			ทันตกรรม	
๔	แผนการจัดการบริการสุขภาพช่องปากกลุ่มเด็กอนุบาล ตำบลพบพระ ปี ๒๕๖๘		๑๕,๕๔๐			ทันตกรรม	
๕	แผนการจัดการบริการสุขภาพช่องปากเชิงรุกในเด็กกลุ่มวัยประถมศึกษา ตำบลพบพระ ปี ๒๕๖๘		๓๕,๐๐๐			ทันตกรรม	
๖	แผนการจัดการบริการทันตกรรมเชิงรุกโรงเรียนcavity free ต.พบพระ ปี๒๕๖๘		๕๐๐๐			ทันตกรรม	
๗	แผนการฟันสะอาด เหงือกแข็งแรง ปี๒๕๖๘		๑๕,๐๐๐			ทันตกรรม	
๘	แผนการจัดการบริการสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ผู้พิการติดบ้านติดเตียง ผู้ป่วยระยะกลาง(IMC) ปี๒๕๖๘		๑๕,๐๐๐			ทันตกรรม	
๙	แผนงานอาหารปลอดภัย	ไม่ใช้งบประมาณ				โภชนาการ	
๑๐	แผนงานโรงพยาบาลคึกคักน้อย อร่อย ๓ ดี	ไม่ใช้งบประมาณ				โภชนาการ	
๑๑	แผนงานหวานน้อย อร่อย สั่งได้	ไม่ใช้งบประมาณ				โภชนาการ	
๑๒	โครงการส่งเสริมทักษะวัยใส รู้ไว้ปลอดภัย ตำบลพบพระ อำเภอพบพระ จังหวัด ตากปีงบประมาณ ๒๕๖๘			๖,๗๐๐		ส่งเสริมสุขภาพ	
๑๓	โครงการควบคุมโรคหนองพยาธิในพื้นที่พระราชดำริ ตำบลพบพระ อำเภอพบพระ จังหวัดตาก			๒๐,๐๐๐		สุขาภิบาล	

ลำดับ	ชื่อแผนงาน/โครงการ	เงินบำรุง	PP Basic	กองทุน	อื่นๆ	ผู้รับผิดชอบ	รหัส
๑๔	แผนงานตรวจหาไข้หวัดใหญ่และแบคทีเรียอีโคไลในน้ำทิ้งและกากตะกอนที่ผ่านระบบกำจัดสิ่งปฏิกูลแล้ว ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	๓,๕๐๐				สุขาภิบาล	
๑๕	แผนงานควบคุมโรคไข้เลือดออกในอำเภอพบพระ ปี ๒๕๖๘					สุขาภิบาล	
๑๖	โครงการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตและปัญหาการฆ่าตัวตายในประชาชน		๑๐,๕๐๐			สุขภาพจิต	
๑๗	แผนงานตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากรโรงพยาบาลพบพระ ๒๕๖๘	ไม่ใช้งบประมาณ				วิจัยและพัฒนา	
๑๘	แผนงานประชุมและติดตามผู้ป่วย CKD ต่อเนื่องโดยอายุรแพทย์ด้านโรคไต	๓,๖๐๐				OPD	
รวม		๗,๑๐๐	๑๓๘,๐๔๐	๒๖,๗๐๐	๐	๑๗๑,๘๔๐	
ยุทธศาสตร์ที่ ๒ พัฒนาระบบบริการสุขภาพและการให้บริการที่มีคุณภาพ (Service Excellence)							
๑๙	แผนงานพัฒนาการจัดบริการสุขภาพช่องปากในหน่วยปฐมภูมิ ปี๒๕๖๘	๖,๕๐๐				ทันตกรรม	
๒๐	แผนงานพัฒนาการจัดบริการสุขภาพช่องปากบ้านอ้อมเปี้ยม ปี๒๕๖๘	๑๑,๕๒๐				ทันตกรรม	
๒๑	แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลัน Intermediate care : IMC	๒๗,๓๐๐				เวชกรรมฟื้นฟู	
๒๒	แผนการตรวจเยี่ยมมาตรฐานกายภาพบำบัด "รพช.ต้นแบบ ปี ๒๕๖๘" เขตบริการสุขภาพที่ ๒	๓,๒๕๐				เวชกรรมฟื้นฟู	
๒๓	แผนการประเมินมาตรฐานห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย จากกระทรวงสาธารณสุข	๑๕,๐๐๐				X-ray	
๒๔	แผนการให้บริการดูแลมารดาหลังคลอด โดยแพทย์แผนไทย รพ.พบพระ		๕,๐๐๐			แพทย์แผนไทย	
๒๕	แผนการให้บริการคลินิกข้อเข่าเสื่อม ในหน่วยบริการแพทย์แผนไทย		๕,๐๐๐			แพทย์แผนไทย	
๒๖	แผนการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	๙,๐๐๐				วิจัยและพัฒนา	
๒๗	แผนการประชุมแลกเปลี่ยนงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในสถานประกอบการพื้นที่อำเภอพบพระ ๒๕๖๘	๑๐,๔๐๐				วิจัยและพัฒนา	
๒๘	แผนการประชุมมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพ เขตที่ ๒	๕,๒๐๐				วิจัยและพัฒนา	
๒๙	แผนการประชุมมาตรฐาน GREEN and Clean Hospital	๕,๒๐๐				วิจัยและพัฒนา	

ลำดับ	ชื่อแผนงาน/โครงการ	เงินบำรุง	PP Basic	กองทุน	อื่นๆ	ผู้รับผิดชอบ	รหัส
๓๐	แผนการประชุมมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรม สิ่งแวดล้อม สำหรับโรงพยาบาล จากศคร.	๓,๒๕๐				วิจัยและพัฒนา	
๓๑	แผนงานสำรวจโรงพยาบาลตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพ เขตที่ ๒	๓,๐๐๐				วิจัยและพัฒนา	
๓๒	แผนงานนิเทศงาน NCD Clinic Plus	๖,๕๐๐				OPD	
รวม		๑๐๖,๑๒๐	๑๐,๐๐๐	๐	๐	๑๑๖,๑๒๐	
ยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนากำลังคนและภาคีเครือข่ายอย่างมีประสิทธิภาพ (People Excellence)							
๓๓	แผนงาน ประชุมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ	๑๕,๖๐๐				งานประกันฯ	
๓๔	โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ "พัฒนาระบบสารสนเทศในโรงพยาบาล ตามมาตรฐานคุณภาพ HAIT"	๑๗,๓๐๐				IT	
๓๕	โครงการพัฒนาศักยภาพทันตบุคลากรในการจัดบริการสุขภาพช่องปาก ในหน่วยปฐมภูมิ ปี๒๕๖๘	๙,๐๐๐				ทันตกรรม	
๓๖	แผนการประชุมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและสถาน บริการสาธารณสุขชุมชน อำเภอพบพระ	๗,๘๐๐				เภสัชกรรม	
๓๗	แผนงานพัฒนาระบบเครือข่ายงานกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแล ต่อเนื่องที่บ้าน(Home Health Care) อำเภอพบพระ	๑๕,๖๐๐				ส่งเสริมสุขภาพ ฯ	
๓๘	แผนการประชุมการดำเนินงานสาธารณสุขชายแดน(EPI) ปี๒๕๖๘	๒๘,๘๐๐				สุขภาพ	
๓๙	แผนงานประชุมคณะกรรมการกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล (NSO)รพ.พบพระ ปี๒๕๖๘	๑๐,๔๐๐				กลุ่มการ พยาบาล	
๔๐	โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง Continuous Quality Improvement ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	๓๘,๒๐๐				วิจัยและพัฒนา	
๔๑	แผนการประชุมแลกเปลี่ยนการพัฒนาคุณภาพในฝ่ายงานของ โรงพยาบาลพบพระ	๔๑,๖๐๐				วิจัยและพัฒนา	
๔๒	แผนการประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลพบพระ ประจำปี ๒๕๖๘	๙,๐๐๐				วิจัยและพัฒนา	
๔๓	แผนการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	๙,๐๐๐				วิจัยและพัฒนา	

ลำดับ	ชื่อแผนงาน/โครงการ	เงินบำรุง	PP Basic	กองทุน	อื่นๆ	ผู้รับผิดชอบ	รหัส
๔๔	แผนการประชุมคณะกรรมการบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย โรงพยาบาลพบพระ ประจำปี ๒๕๖๘	๓,๐๐๐				วิจัยและพัฒนา	
๔๕	แผนการประชุม ๕ ส.ในโรงพยาบาลพบพระ ปี ๒๕๖๘	๔,๐๐๐				วิจัยและพัฒนา	
๔๖	แผนประชุมการควบคุมป้องกันการติดเชื้อและการกำจัดขยะติดเชื้อใน โรงพยาบาลพบพระและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอ พบพระ	๖,๕๐๐				วิจัยและพัฒนา	
๔๗	แผนการประชุมคณะกรรมการ NCD อำเภอพบพระ	๗,๘๐๐				OPD	
๔๘	แผนการประชุมทบทวนการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินและความเสี่ยง ในการปฏิบัติงาน	๒๗,๓๐๐				ER	
๔๙	แผนการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการทางคลินิก (PCT)	๓,๐๐๐				OR	
๕๐	แผนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การส่งเสริมเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เครือข่าย งานอนามัยแม่และเด็ก อำเภอพบพระ	๕,๒๐๐				LR	
๕๑	แผนการประชุมคณะกรรมการงานอนามัยแม่และเด็กทุกสถานบริการใน อำเภอพบพระ	๓๑,๒๐๐				LR	
๕๒	แผนการประชุมคณะกรรมการเครือข่ายงานอนามัยแม่และเด็ก	๑๗,๕๐๐				LR	
รวม		๓๐๗,๘๐๐	๐	๐	๐	๓๐๗,๘๐๐	
ยุทธศาสตร์ที่ ๔ บริหารจัดการ ธรรมาภิบาล ข้อมูลและเทคโนโลยี ที่มีประสิทธิภาพ (Governance Excellence)							
๕๓	แผนการประชุมคณะกรรมการการเงินการคลัง (CFO)	๑๕,๖๐๐				งานประกันฯ	
๕๔	แผนพัฒนาการตรวจสอบเวชระเบียน MRA	๑๐,๔๐๐				งานประกันฯ	
๕๕	แผนการประชุมคณะกรรมการบริหารจัดการเครื่องมือทางการแพทย์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	๓,๐๐๐				วิจัยและพัฒนา	
๕๖	แผนการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลเครื่องมือแพทย์ที่มีความเสี่ยง สูงในบุคลากรโรงพยาบาลพบพระ	๑๐,๔๐๐				วิจัยและพัฒนา	
๕๗	โครงการซ่อมแผนอค์คีย์	๕๑,๙๐๐				วิจัยและพัฒนา	
รวม		๙๑,๓๐๐	๐	๐	๐	๙๑,๓๐๐	

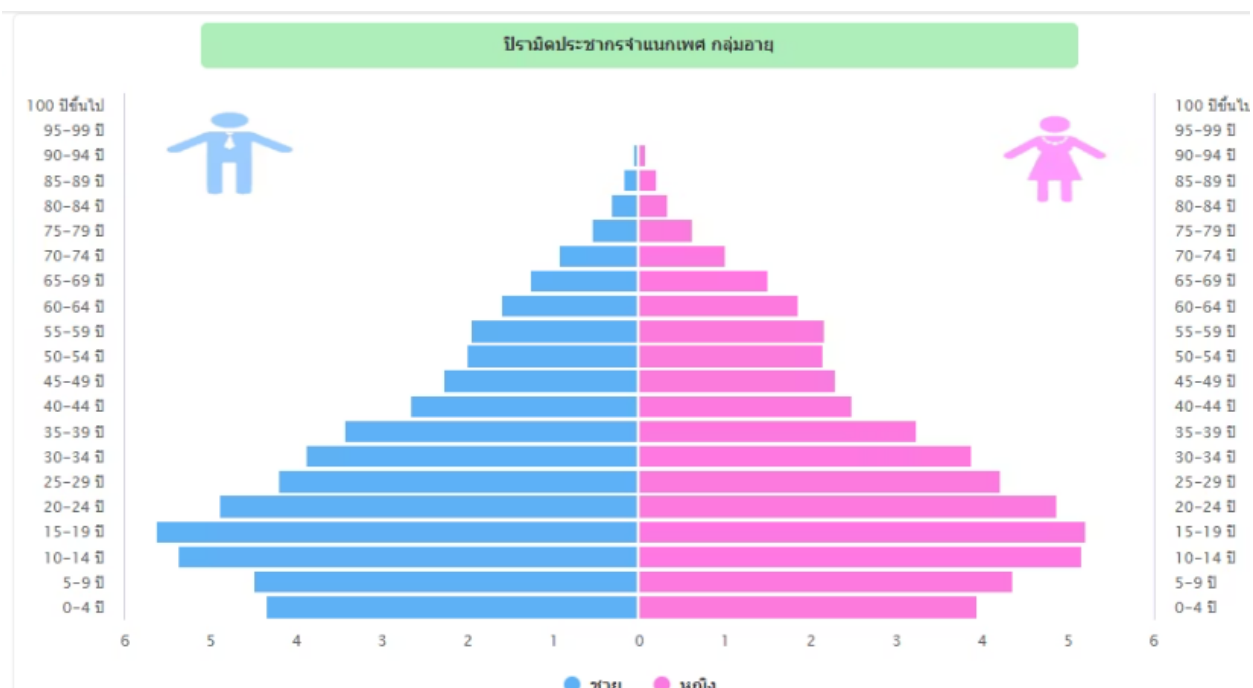
ข้อมูลประชากร

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนประชากรอำเภอพบพระ จำแนกตาม เพศและกลุ่มอายุ ปี 2568

ช่วงอายุ	ชาย	หญิง	รวม
0-4 ปี	3,099	2,878	5,977
5-9 ปี	3,139	3,070	6,209
10-14 ปี	3,376	3,274	6,650
15-19 ปี	3,328	3,100	6,428
20-24 ปี	3,031	3,081	6,112
25-29 ปี	2,193	2,228	4,421
30-34 ปี	2,044	1,923	3,967
35-39 ปี	1,521	1,414	2,935
40-44 ปี	1,251	1,220	2,471
45-49 ปี	1,057	1,146	2,203
50-54 ปี	1,098	1,163	2,261
55-59 ปี	877	1,033	1,910
60-64 ปี	783	893	1,676
65-69 ปี	589	607	1,196
70-74 ปี	391	434	825
75-79 ปี	208	244	452
80-84 ปี	142	165	307
85-89 ปี	65	92	157
90-94 ปี	18	33	51
95-99 ปี	8	9	17
100 ปีขึ้นไป	0	2	2
รวม	27,161	28,009	55,170

ที่มา : <https://hdcservice.moph.go.th/> วันที่ประมวลผล :: 30 มกราคม 2568

ภาพที่ 2 พีรามิดแสดงโครงสร้างประชากรแยกตามกลุ่มอายุและเพศ ปี 2568



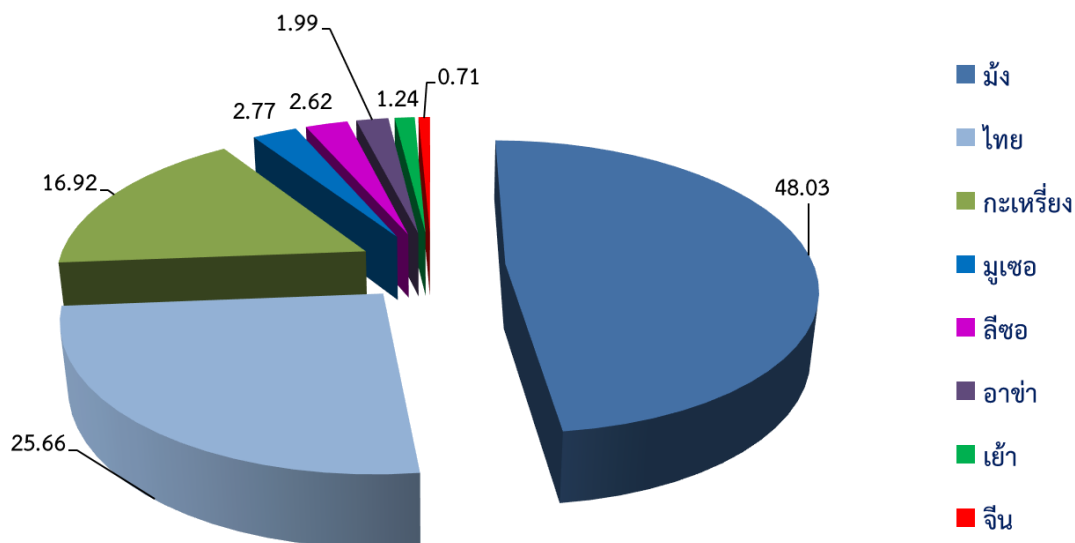
ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลจำนวนประชากรอำเภอพบพระ แยกตามกลุ่ม/เผ่า ปี 2568

ลำดับที่	กลุ่ม/เผ่า	จำนวน	ร้อยละ
1.	ไทย	15,140	24.8
2.	ม้ง	25,438	48.7
3.	กะเหรี่ยง	7,493	18.57
4.	มูเซอ	1,559	2.51
5.	อีก้อ	732	1.2
6.	ลีซอ	1,406	2.39
7.	เย้า	724	0.81
8.	จีน	467	0.54
รวม		55,170	100.00

ที่มา : ประชากรกลางปี ณ 1 กรกฎาคม 2568 (จากการสำรวจคนไทยที่มี ทร.14 และคนไทยที่ไม่มี ทร.14)

จากตารางที่ 2 พบว่า อำเภอพบพระมีประชากรชาวเขาเผ่าม้งมากที่สุด ร้อยละ 50.74 รองลงมาคือ ชาวไทยพื้นราบ ร้อยละ 29.28 และชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง ร้อยละ 12.14 ตามลำดับ

ภาพที่ 3 รูปชนเผ่าต่างๆ ในอำเภอพบพระ

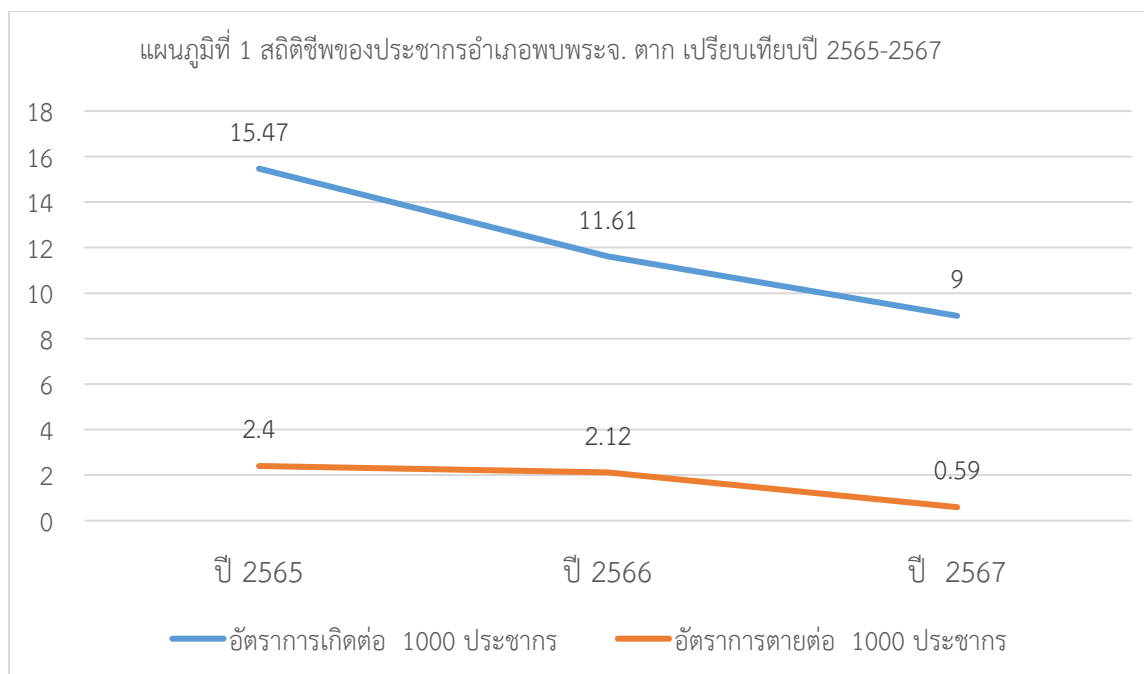


ข้อมูลสถิติชีพ

ตารางที่ 4 แสดงสถิติชีพของประชากรอำเภอพบพระ จ. ตาก เปรียบเทียบปี 2565-2567

ลำดับ	รายการ	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	
				จำนวน	อัตรา
1	ประชากรกลางปี (คน)	60,144	60,382	61,959	
2	อัตรากเกิด ต่อ 1,000 ประชากร	15.47	11.61	557	9.0
3	อัตรารตาย ต่อ 1,000 ประชากร	2.4	2.12	187	3.01
4	อัตราเพิ่มตามธรรมชาติ ต่อ 100 ประชากร	1.29	0.95	-	0.59
5	อัตราทารกตาย ต่อเกิดมีชีพ 1,000 คน	0.00	2.09	3	4.13
6	อัตราส่วนมารดาตาย ต่อการคลอด 100,000 คน	0	0	0	0.00

ที่มา : <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMenu/newStat/stat/สถิติการบริการด้านการทะเบียนราษฎร> Official statistics registration systems



ที่มา : <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMenu/newStat/stat/สถิติการบริการด้านการทะเบียนราษฎร> Official statistics registration systems

ความครอบคลุมด้านหลักประกันสุขภาพของประชากรในอำเภอพบพระ จังหวัดตาก

ประชากรในเขตอำเภอพบพระ มีความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 99.79 ของประชากรทั้งหมดโดยแยกเป็น สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UC) คิดเป็นร้อยละ 63.96 สิทธิองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น(อปท.) ร้อยละ 22.67 สิทธิประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวและคนต่างด้าว ร้อยละ 10.52 สิทธิเบิกจ่ายตรงข้าราชการ ร้อยละ 0.64 สิทธิว่าง ร้อยละ 0.64 และมีบุคคลที่มีปัญหาสถานะทางทะเบียนราษฎร จำนวน 18,392 คน ขึ้นทะเบียนสิทธิเป็นสิทธิบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ (ท99)

แผนภูมิที่ 2 แสดงความครอบคลุมด้านหลักประกันสุขภาพของประชากรในอำเภอพบพระ จังหวัดตาก



ที่มา: งานหลักประกันสุขภาพโรงพยาบาลพบพระ
วันที่ประมวลผล :: 1 มีนาคม 2568

รายงานผลการดำเนินงานรายกลุ่มงาน/ฝ่ายงาน

กลุ่มงานบริหารฯ (งานบุคคลฯ / งานพัสดุ / การเงิน / ยานพาหนะ / ซ่อมบำรุง)

ฝ่ายงานบุคคลฯ

บริบท/บทบาทหน้าที่

หน่วยงานการเจ้าหน้าที่ หรือฝ่ายทรัพยากรบุคคล เป็นหน่วยงานสนับสนุนเชิงกลยุทธ์ (Strategic Business Partner) ที่มีภารกิจสำคัญในการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาลทั้งหมด ซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญในการขับเคลื่อนบริการสุขภาพสู่ความเป็นเลิศ เราเชื่อว่าบุคลากรที่มีคุณภาพ มีความสุข และได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง คือปัจจัยหลักที่นำไปสู่การดูแลผู้ป่วยที่ดีที่สุด ดังนั้น ภารกิจของเราจึงครอบคลุมตั้งแต่การวางแผนอัตรากำลัง การสรรหาบุคลากรที่มีความสามารถ การพัฒนาศักยภาพ ไปจนถึงการดูแลรักษาสัมพันธ์ภาพที่ดีและสร้างแรงจูงใจในการทำงาน เพื่อให้โรงพยาบาลบรรลุวิสัยทัศน์และพันธกิจที่ตั้งไว้

- ประเด็นคุณภาพ / เป้าหมายมุ่งเน้น

1. **ความถูกต้องของข้อมูล (Data Accuracy):** ข้อมูลประวัติ, เงินเดือน, วันลา, และการประเมินผล ต้องถูกต้อง 100%
2. **การรักษาความลับ (Confidentiality):** ข้อมูลส่วนตัวของบุคลากรต้องถูกเก็บรักษาเป็นความลับสูงสุด
3. **ความรวดเร็วในการบริการ (Service Timeliness):** การตอบสนองต่อคำขอและการดำเนินการต่างๆ ต้องเป็นไปตามกรอบเวลาที่กำหนด
4. **ความเป็นธรรมและความโปร่งใส (Fairness & Transparency):** การบังคับใช้กฎระเบียบและนโยบายต้องมีความเสมอภาคและสามารถตรวจสอบได้

- ความเสี่ยงสำคัญ

จากการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2568 ที่ผ่านมา ยังไม่พบการรายงานความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับงานทรัพยากรบุคคลโดยตรง ดังนั้น งานทรัพยากรบุคคลจึงได้มีการกำหนดความเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังไว้ 3 ข้อดังนี้

1. **ความเสี่ยงด้านกฎหมาย (Legal Risk):** การปฏิบัติไม่สอดคล้องกับกฎหมายแรงงานอาจนำไปสู่การฟ้องร้อง
2. **ความเสี่ยงด้านข้อมูล (Data Risk):** ข้อมูลบุคลากรรั่วไหล อาจสร้างความเสียหายต่อบุคคลและองค์กร
3. **อัตราการลาออกสูง (High Turnover Risk):** หากไม่สามารถรักษาบุคลากรไว้ได้ จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพบริการและการดูแลผู้ป่วย

- โอกาสพัฒนา

1. โครงการพัฒนาระบบการลาออนไลน์ (e-Leave System): เพื่อลดขั้นตอนการใช้กระดาษและเพิ่มความรวดเร็วในการอนุมัติ (ระยะสั้น)

2. ทบทวนและปรับปรุงคู่มือบุคลากร (Employee Handbook): ปรับปรุงข้อมูลนโยบายและสวัสดิการให้เป็นปัจจุบันและสื่อสารให้เข้าใจง่าย (ระยะสั้น)

3. โครงการสำรวจความผูกพันของบุคลากร (Employee Engagement Survey): จัดทำการสำรวจเป็นประจำทุกปี เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์และวางแผนปรับปรุงสภาพแวดล้อมการทำงาน (ระยะกลาง)

4. เสนอแผนการจัดการระบบ HRIS ฉบับสมบูรณ์: เพื่อบูรณาการข้อมูลด้าน HR ทั้งหมดไว้ในที่เดียว และสนับสนุนการตัดสินใจเชิงกลยุทธ์ของผู้บริหาร (ระยะยาว)

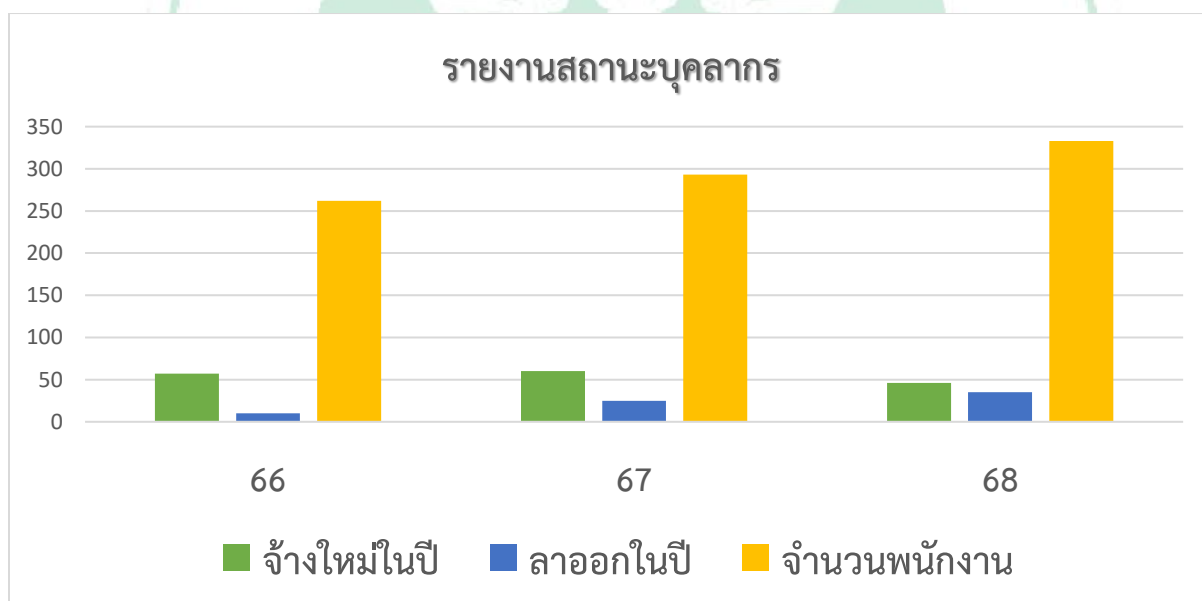
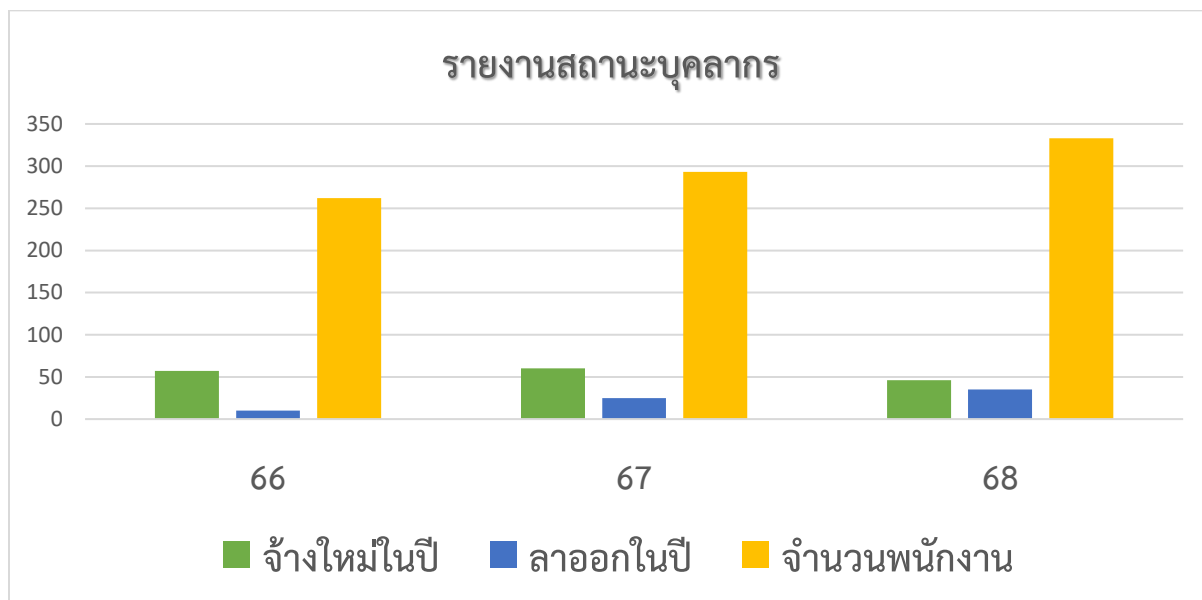
ผลงานและรางวัลที่ภาคภูมิใจ

- ตัวชี้วัด (KPI) และผลลัพธ์ของการดำเนินการ

● ข้อมูลเชิงปริมาณ

มิติคุณภาพ	ตัวชี้วัด (Indicator)	เป้าหมาย (Target)	2566	2567	2568
ประสิทธิภาพ	ระยะเวลาเฉลี่ยในการสรรหาบุคลากร (Time to Fill)	< 30 วัน	25	25	25
การรักษาบุคลากร	อัตราการคงอยู่ของบุคลากรในหน่วยงานบริการ(Turnover Rate)	> 95% ต่อปี	NA	NA	95.56
ความถูกต้อง	อัตราความผิดพลาดในการจ่ายเงินเดือน (Payroll Error Rate)	0%	0	0	0
การพัฒนา	ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามแผนรายบุคคล	> 80%	NA	NA	83.57
ความพึงพอใจ	ร้อยละของหน่วยงานที่มี การนำดัชนีความสุขของ คนทำงาน (Happynometer)	≥ 80 %	80.17	80.30	81.28

● ข้อมูลเชิงคุณภาพ



ฝ่ายงานพัสดุ

วิสัยทัศน์

มุ่งมั่นสู่ความเป็นเลิศในงานจัดหาพัสดุและบริหารสินทรัพย์ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของโรงพยาบาลพบพระให้เป็นไปอย่างราบรื่น มีประสิทธิภาพ โปร่งใส และตรวจสอบได้

พันธกิจ

จัดหาพัสดุและบริการที่มีคุณภาพ: ดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างพัสดุและบริการที่มีคุณภาพ ตรงตามความต้องการใช้งาน ในราคาที่เหมาะสมและทันต่อเวลา

บริหารจัดการพัสดุอย่างเป็นระบบ: ควบคุมดูแลการเบิกจ่าย การจัดเก็บ และการบำรุงรักษาพัสดุให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

ดำเนินการตามระเบียบข้อบังคับ: ปฏิบัติงานตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 และระเบียบที่เกี่ยวข้องอย่างเคร่งครัด

พัฒนาและปรับปรุงกระบวนการ: มุ่งมั่นพัฒนากระบวนการทำงานด้านพัสดุให้มีความทันสมัยและตอบสนองต่อความต้องการของหน่วยงานต่างๆ ได้อย่างรวดเร็ว

ขอบเขตการให้บริการ

ลำดับ	การให้บริการ	ขอบเขตการให้บริการ
1	งานจัดซื้อจัดจ้าง	<ul style="list-style-type: none"> - ดำเนินการจัดซื้อ/จัดจ้างพัสดุ ครุภัณฑ์ ที่ดิน สิ่งก่อสร้าง และบริการต่างๆ ตามความต้องการของหน่วยงาน - จัดทำแผนการจัดซื้อจัดจ้างประจำปี - จัดทำเอกสารประกวดราคา สอบราคา และวิธีคัดเลือก - ดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ (e-GP)
2	งานบริหารสัญญา	<ul style="list-style-type: none"> - จัดทำและบริหารจัดการสัญญาซื้อขาย/สัญญาจ้าง - ตรวจสอบและควบคุมการปฏิบัติตามสัญญาของคู่ค้า - ดำเนินการเกี่ยวกับการต่ออายุสัญญาและการสิ้นสุดสัญญา
3	งานบริหารคลังวัสดุ	<ul style="list-style-type: none"> - ควบคุมการเบิก-จ่ายพัสดुकงคลัง - จัดเก็บและบำรุงรักษาพัสดุให้มีสภาพพร้อมใช้งาน - ตรวจสอบและนับจำนวนพัสดुकงคลังประจำปี
4	งานทะเบียนและจำหน่ายพัสดุ	<ul style="list-style-type: none"> - จัดทำทะเบียนคุมทรัพย์สินขององค์กร - ดำเนินการจำหน่ายพัสดุที่ชำรุด เสื่อมสภาพ หรือหมดความจำเป็นในการใช้งาน
5	งานให้คำปรึกษาและสนับสนุน	<ul style="list-style-type: none"> - ให้คำปรึกษาและแนะนำเกี่ยวกับระเบียบฯและขั้นตอนการจัดซื้อจัดจ้าง - สนับสนุนข้อมูลด้านพัสดุแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ผู้รับบริการและความต้องการที่สำคัญ

<p>ผู้รับบริการ</p> <p>ผู้บริหาร</p>	<p>ความต้องการของผู้รับบริการที่สำคัญ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การดำเนินงานด้านพัสดุเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับนโยบาย - มีข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการบริหารงบประมาณและสินทรัพย์
<p>ผู้ร่วมงาน</p> <p>ภายในหน่วยงาน</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ได้รับพัสดุและบริการที่ถูกต้อง ครบถ้วน และทันต่อความต้องการใช้งาน - กระบวนการจัดซื้อจัดจ้างมีความโปร่งใสและตรวจสอบได้ - ได้รับคำแนะนำและข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับระเบียบฯ พัก
<p>ผู้ร่วมงาน</p> <p>ภายนอกหน่วยงาน</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ได้รับข้อมูลข่าวสารการจัดซื้อจัดจ้างที่ชัดเจนและเป็นธรรม - กระบวนการคัดเลือกมีความโปร่งใสและยุติธรรม - ได้รับการชำระเงินตรงตามกำหนดเวลา

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

ความถูกต้อง: การจัดหาพัสดุได้ตรงตามคุณลักษณะเฉพาะ (Specification) ที่หน่วยงานต้องการ

ความรวดเร็ว: การส่งมอบพัสดุและบริการได้ทันตามกำหนดเวลา

ความโปร่งใส: กระบวนการจัดซื้อจัดจ้างสามารถตรวจสอบได้ในทุกขั้นตอน

ความคุ้มค่า: การจัดหาพัสดุและบริการที่มีคุณภาพในราคาที่เหมาะสม

การปฏิบัติตามระเบียบ: การดำเนินงานทุกขั้นตอนเป็นไปตามกฎหมายและระเบียบฯ ข้อบังคับ

กระบวนการที่สำคัญ

กระบวนการสำคัญ	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ	ตัวชี้วัดที่สำคัญ
1. การจัดหา	เพื่อให้การจัดหาโปร่งใส ถูกต้องตามระเบียบฯ พัก จัดทำเอกสารจัดซื้อจัดจ้างในระบบ e-GP ครบถ้วน	<ul style="list-style-type: none"> - ข้อร้องเรียน - ข้อทักท้วงจากการตรวจสอบภายใน - จำนวนเอกสารที่ยังไม่ได้จัดทำในระบบ e-GP
2. การเก็บรักษา	เพื่อให้เจ้าหน้าที่ได้รับพัสดุที่เพียงพอและมีสภาพพัสดุให้พร้อมใช้งาน	<ul style="list-style-type: none"> - จำนวนพัสดุที่หมดอายุในคลังมีได้ไม่เกิน 2 รายการต่อคลัง
3. ควบคุม	เพื่อทราบจำนวนการรับ – จ่าย พัก และมูลค่าของพัสดุดังกล่าว	<ul style="list-style-type: none"> - จำนวนครั้งที่รายงานพัสดุดังกล่าวได้ตามเวลาที่กำหนด
4. เบิกจ่าย	เพื่อให้เจ้าหน้าที่ได้รับพัสดุใช้ตามที่ต้องการและทันเวลา	<ul style="list-style-type: none"> - จำนวนครั้งที่ได้รับพัสดุล่าช้า
5. จำหน่าย	เพื่อจำหน่ายครุภัณฑ์ที่ชำรุด เสื่อมสภาพ	<ul style="list-style-type: none"> - จำนวนครั้งที่ดำเนินการจำหน่ายพัสดุตามระเบียบฯ

ปริมาณทรัพยากรและปริมาณงาน**ปริมาณทรัพยากร**

งานพัสดุมีเจ้าหน้าที่ ทั้งหมด 7 คน

- ชำราชการ จำนวน 2 คน
- พนักงานกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 3 คน
- จ้างเหมาบริการ จำนวน 2 คน

อุปกรณ์ในการปฏิบัติงาน คือ เครื่องคอมพิวเตอร์ 7 เครื่อง

ปริมาณงาน

กิจกรรม	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568
จัดหาพัสดุโดยวิธี วิธีประกาศเชิญชวน			
- วิธีตลาดอิเล็กทรอนิกส์	-	-	-
- วิธีประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์	-	-	-
- จัดจ้างก่อสร้าง (โครงการ)	1	1	1
- จัดซื้อครุภัณฑ์ (โครงการ)	5	4	4
- วิธีสอบราคา	-	-	-
วิธีคัดเลือก	-	-	-
วิธีเฉพาะเจาะจง (โครงการ)	2,936	3,341	3,302
การเก็บรักษา			
- ดูแลรักษาสภาพพัสดุให้พร้อมใช้งานในแต่ละคลังด้วย 5ส. (เดือนละ 1 ครั้ง)	12	12	12
การควบคุม			
- กำหนดผู้รับผิดชอบด้านพัสดุประจำฝ่าย	1	1	1
- ทบทวนกระบวนการดำเนินงานพัสดุ	1	1	1
- ตรวจสอบขั้นตอนการจัดซื้อและรายงานคลัง (เดือนละ 1 ครั้ง)	12	12	12
- ตรวจสอบพัสดุประจำปี	1	1	1
การจำหน่าย	-	-	1

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

เครื่องชี้วัดทั่วไป	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568
- จำนวนครั้งของข้อร้องเรียนในเรื่อง ความไม่ โปร่งใส	- ไม่เกิน 1 %	0	0	0
- ข้อทักท้วงจากการตรวจสอบภายใน	- ไม่เกิน 5 %	0	0	0
- จำนวนเอกสารที่รับทั้งหมดและไม่ได้ จัดทำเบิกจ่าย ในระบบ e-GP	- ไม่ 10 % ของ จำนวนที่รับ ทั้งหมด	0	0	0
- จำนวนพัสดุที่หมดอายุในคลัง	- ไม่เกิน 2 รายการ	0	0	0
- จำนวนครั้งที่รายงานพัสดुकงคลังได้ ตามเวลาที่กำหนดไม่เกินวันที่ 5 ของเดือน	12 ครั้ง	12	12	12
- จำนวนครั้งที่ได้รับพัสดุล่าช้า (ตามรอบการเบิก-จ่ายพัสดุทุก สัปดาห์)	0	0	0	0
- จำนวนครั้งที่ดำเนินการจำหน่าย พัสดุตามระเบียบฯ	1 ครั้ง/ปี	0	0	1

ความเสี่ยงที่สำคัญ

1. ไม่มีแผนการจัดซื้อจัดจ้าง/จัดซื้อไม่ตรงแผน
2. ส่งใบเบิกพัสดุล่าช้า
3. จัดซื้อจัดจ้าง ผิดวิธี/ ผิดหมวด
4. จัดซื้อจัดจ้าง ไม่เป็นไปตามขั้นตอน
5. พัสดุไม่ได้มาตรฐาน
6. ผู้ขาย/ผู้รับจ้าง ส่งมอบพัสดุล่าช้า
7. มีการเบิกพัสดุเร่งด่วน
8. พัสดุในคลังหมดอายุ
9. ทะเบียนพัสดุครุภัณฑ์ไม่เป็นปัจจุบัน
10. ครุภัณฑ์ไม่มีรหัสครุภัณฑ์กำกับ
11. ระบบ EGP ช้า

กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพของงานพัสดุ

การพัฒนาคุณภาพที่ดำเนินการแล้ว

- การจัดวางระบบการจัดซื้อ/จ้างเพื่อให้ถูกต้องตรงตามระเบียบฯพัสดุและตรวจสอบได้ง่าย
- การบริหารคลังพัสดุด้วย 5ส.

การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

- การพัฒนาระบบการเบิก-จ่ายและทะเบียนคุมพัสดุและครุภัณฑ์ โดยการนำระบบโปรแกรม HOS

Offices ระบบโรงพยาบาล

แผนการพัฒนาต่อเนืองปี 2569

- พัฒนาระบบการเบิก-จ่าย ด้วยโปรแกรม HOS Offices ระบบโรงพยาบาล
- พัฒนาระบบการลงทะเบียนครุภัณฑ์และการคำนวณค่าเสื่อมด้วยโปรแกรม HOS Offices ระบบโรงพยาบาล
- การพัฒนาการจำหน่ายพัสดุที่ชำรุดให้ต่อเนื่อง

ข้อมูลการจัดซื้อจัดจ้าง (บาท)

งบประมาณ	ปีงบประมาณ 2566		ปีงบประมาณ 2567		ปีงบประมาณ 2568	
	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	งบประมาณที่ใช้จริง	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	งบประมาณที่ใช้จริง	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	งบประมาณที่ใช้จริง
งบลงทุน		-	-	-	2,083,400.00	1,892,000.00
งบค่าเสื่อม	3,410,000.00	3,386,041.07	5,920,000.00	5,619,075.01	5,753,000.00	5,109,918.00
เงินบำรุง โรงพยาบาลพบพระ	89,887,134.5 2	101,107,354.5 0	60,191,743.7 8	71,756,704.1 8	63,792,074.4 5	63,718,342.4 0
รวมทั้งหมด	93,297,134.5 2	104,493,395.5 7	66,111,743.7 8	77,375,779.1 9	69,545,074.4 5	68,828,260.4 0

ผลการตรวจสอบภายใน

รายการ	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568
แบบประเมินเพิ่มประสิทธิภาพการเงินการคลัง (มิติด้านบริหารพัสดุ)	90.48	92.86	100

หมายเหตุ : เกณฑ์การประเมินต้องได้คะแนนร้อยละ 90 ขึ้นไป **ถ้าต่ำกว่าร้อยละ 90 ต้องทำแผนพัฒนาองค์กร**

คะแนน	ระดับ
90 – 100	ดีมาก
80 - 89	ดี
70 - 79	พอใช้
ต่ำกว่า 70	ปรับปรุง

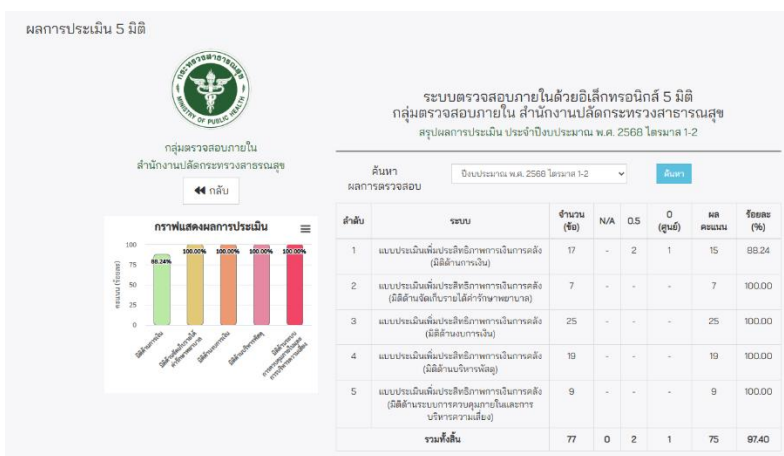
ปีงบประมาณ 2566



ปีงบประมาณ 2567



ปีงบประมาณ 2568



ฝ่ายงานการเงินและบัญชี

บริบท/บทบาทหน้าที่

ก. หน้าที่และเป้าหมาย

ให้บริการด้านการเงินและบัญชี แก่ผู้รับบริการทั้งลูกค้าภายในและภายนอกอย่าง ถูกต้อง
ทันเวลาตรวจสอบได้ และพึงพอใจ

ข. ขอบเขตการให้บริการ งานการเงิน

ให้บริการรับเงิน – จ่ายเงินของโรงพยาบาลทุกประเภทในเวลาราชการ

งานบัญชี

จัดทำบัญชีการรับเงิน – จ่ายเงินของโรงพยาบาลทุกประเภท และจัดทำรายงานเสนอ
คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามรอบระยะเวลาที่กำหนด

ประเด็นคุณภาพ / เป้าหมายมุ่งเน้น

1. ให้บริการรับเงิน – จ่ายเงินอย่าง **ครบถูกต้องและทันเวลา**
2. จัดทำบัญชีและรายงานทางการเงินให้ **ถูกต้อง ทันเวลา** เพื่อประโยชน์ในการนำไปใช้ในทางการบริหาร
และวางนโยบายในการพัฒนาโรงพยาบาล และสามารถตรวจสอบได้
3. ผู้รับบริการ **พึงพอใจ**

ความเสี่ยงสำคัญ

1. ได้รับใบเสร็จหักล้างหลักฐานการจ่ายล่าช้า
2. เขียนเช็คสั่งจ่ายผิด (จ่ายในนามร้านค้าแก้ไขเป็นจ่ายชื่อบุคคล)
3. เขียนเช็คสั่งจ่ายซ้ำ (หลักฐานตั้งเบิกซ้ำ)
4. บันทึกบัญชีไม่ถูกต้อง
5. ปิดบัญชีไม่ทันภายในวัน
6. จัดส่งหลักฐาน(โครงการ)ไม่ถูกต้อง

โอกาสพัฒนา

- กำหนดแนวทางปฏิบัติในการนำส่งเงิน
- กำหนดแนวทางการบันทึกทางการบัญชีและการจัดส่งข้อมูลรายงาน
- กำหนดแนวทางการจัดเก็บเอกสารทางการเงิน
- กำหนดแนวทางการจัดเก็บรายได้
- การพิมพ์สั่งจ่ายเช็คด้วยระบบคอมพิวเตอร์
- แนวทางในการติดตามหลักฐานการจ่าย
- การคุมทะเบียนหนี้สินด้วยระบบคอมพิวเตอร์

ผลงานและรางวัลที่ภาคภูมิใจ

-

ตัวชี้วัด (KPI) และผลลัพธ์ของการดำเนินการ

● ข้อมูลเชิงปริมาณ

เครื่องชี้วัดทั่วไป	เป้าหมาย	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568
<u>ด้านความถูกต้อง</u>				
1. ร้อยละของการรับเงินถูกต้อง	100 %	100	100	100
2. ร้อยละของการเบิกจ่ายเงินถูกต้อง	100%	98	98	99
3. ร้อยละของการทำบัญชีถูกต้อง	100%	96	98	100
<u>ด้านความทันเวลา</u>				
4. ระยะเวลาการจ่ายเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแม่พบพระไม่เกิน วันที่ 15 ของทุกเดือน	100%	100	100	100
5. ระยะเวลาการจัดส่งรายงานด้านการเงินไม่เกินวันที่ 20 ของทุกเดือน	100%	100	100	100
6. ระยะเวลาการจัดทำบัญชีให้เป็นปัจจุบัน	100%	100	100	10

ฝ่ายงานหมวดยานพาหนะ

บริบท/บทบาทหน้าที่

หน้าที่และเป้าหมายเป็นหน่วยงานที่ให้บริการด้านยานพาหนะขนส่ง เพื่อให้ผู้รับบริการถึงที่หมาย ปลายทางอย่างปลอดภัย ทันเวลาและประทับใจ

หน้าที่หลักของหมวดยานพาหนะบริหารจัดการรถราชการ จัดตารางใช้รถ (เวรขับรถ, ตารางเดินทางไปราชการ)

จัดคนขับรถให้เหมาะสมกับภารกิจดูแลทะเบียนรถและเอกสารประจำรถให้ถูกต้องตามกฎหมายบำรุงรักษาและตรวจสอบความพร้อมตรวจเช็คสภาพรถก่อน-หลังใช้งานซ่อมบำรุงตามรอบเวลาตรวจสอบความปลอดภัย เช่น น้ำมัน เครื่องยนต์ ไฟสัญญาณ ฯลฯควบคุมการใช้น้ำมันและงบประมาณบันทึกการใช้น้ำมันเชื้อเพลิงควบคุมค่าใช้จ่ายให้เป็นไปตามระเบียบราชการ จัดทำรายงานสรุปการใช้น้ำมันประจำเดือน/ปี สนับสนุนภารกิจโรงพยาบาล รับ-ส่งผู้ป่วยส่งต่อ รับ-ส่งเจ้าหน้าที่ในกิจกรรม/การประชุม/การอบรม สนับสนุนการออกหน่วยบริการสุขภาพในชุมชน ดูแลความปลอดภัยและระเบียบวินัย กำหนดแนวทางการใช้รถราชการ อบรมพนักงานขับรถเรื่องความปลอดภัยและมารยาทในการขับขี่

จัดทำรายงานอุบัติเหตุหากเกิดเหตุไม่คาดคิด มีจำนวนรถใช้งานทั้งหมด ...21..... คัน ได้แก่

- รถพยาบาลฉุกเฉิน (Ambulance)	จำนวน 6	คัน
- รถตู้ (Van)	จำนวน 4	คัน
- รถยนต์นั่งส่วนบุคคล ไม่เกิน 7 ที่นั่ง	จำนวน 1	คัน
- รถกระบะ 4 ประตู	จำนวน 7	คัน
- รถจักรยานยนต์	จำนวน 2	คัน
- รถกอล์ฟไฟฟ้า	จำนวน 1	คัน

บริการรับ-ส่งบุคลากร (Personnel Transportation Services):

1. รับผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน (EMS)
2. ส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ (Refer)
3. การเดินทางไปราชการนอกสถานที่ เช่น การประชุม, อบรม, สัมมนา, ศึกษาดูงาน ทั้งในและต่างจังหวัด
4. การปฏิบัติงานในพื้นที่ การออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ พอ.สว., การส่งทีมปฏิบัติงานในชุมชน (เช่น ทีมเยี่ยมบ้าน, ทีมสอบสวนโรค)
5. การรับ-ส่งกรณีเร่งด่วน: การเดินทางเพื่อปฏิบัติภารกิจเร่งด่วนตามที่ได้รับมอบหมายจากผู้บริหาร
6. การไปจัดหาวัสดุ ครุภัณฑ์ การไปรับของด่วน เช่น ยืมยาค่วน ส่งแลปด่วน รับเลือด

การบริหารจัดการและบำรุงรักษายานพาหนะ (Fleet Management and Maintenance):

1. การบำรุงรักษาเชิงป้องกัน (Preventive Maintenance): จัดทำแผนตรวจเช็คสภาพรถตามระยะทางหรือระยะเวลาที่กำหนด (เช่น เช็คน้ำมันเครื่อง, ระบบเบรก, ยาง, แอร์)
2. การบำรุงรักษาเชิงแก้ไข (Corrective Maintenance): จัดซ่อมยานพาหนะเมื่อเกิดการชำรุดหรือขัดข้อง
3. การจัดการความสะอาด: ดูแลความสะอาดทั้งภายนอกและภายในยานพาหนะให้พร้อมบริการเสมอ
4. การบริหารจัดการเชื้อเพลิง: ควบคุมการเบิกจ่ายและเติมน้ำมันเชื้อเพลิงอย่างเป็นระบบ
5. การจัดการเอกสาร: ดูแลการต่อทะเบียน, ประกันภัยภาคบังคับ (พ.ร.บ.) และประกันภัยภาคสมัครใจ

ประเด็นคุณภาพ

บริการที่ปลอดภัย : ให้บริการยานพาหนะที่ปลอดภัย กับผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่

ความทันเวลา : นำพาผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ ไปถึงที่หมายปลายทางได้ทันเวลา

ความพึงพอใจ : บริการด้วยการประทับใจ เพื่อให้เกิดความพึงพอใจของผู้รับบริการ

เป้าหมายมุ่งเน้น

งานยานพาหนะมีจุดเน้นในการปฏิบัติงาน คือ พนักงานขับรถทุกคนจะต้องมีความพร้อมในการปฏิบัติงาน เพื่อการปฏิบัติงานรับ-ส่ง ผู้โดยสารมีความปลอดภัย ทันเวลา และต้องมีการพัฒนาพฤติกรรมบริการอยู่เสมอๆ พนักงานขับรถทุกคนต้องผ่านการฝึกอบรมพนักงานขับรถพยาบาลทุกคน

ความเสี่ยงที่สำคัญ

ความเสี่ยง	แนวทางการป้องกัน
1. รถเสียระหว่างทาง	<ul style="list-style-type: none"> - ตรวจเช็ครักษาดูแลยานพาหนะเช็คประจำวันและก่อนออกปฏิบัติงาน - ตรวจเช็คและบำรุงรักษาสภาพเครื่องยนต์ทุกครั้งหลังการใช้งานของยานพาหนะ
2. การเกิดอุบัติเหตุระหว่างทาง	<ul style="list-style-type: none"> - พนักงานขับรถปฏิบัติตามกฎจราจร - พนักงานขับรถเตรียมพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ - เตรียมความพร้อมและตรวจสภาพยานพาหนะก่อนออกเดินทางทุกครั้ง
3. ยานพาหนะไม่ได้รับการดูแลบำรุงรักษา	<ul style="list-style-type: none"> - จัดทำคู่มือการบำรุงรักษาเป็นหมวดหมู่ - จัดระบบตรวจสอบสมุดเช็ครถประจำวัน

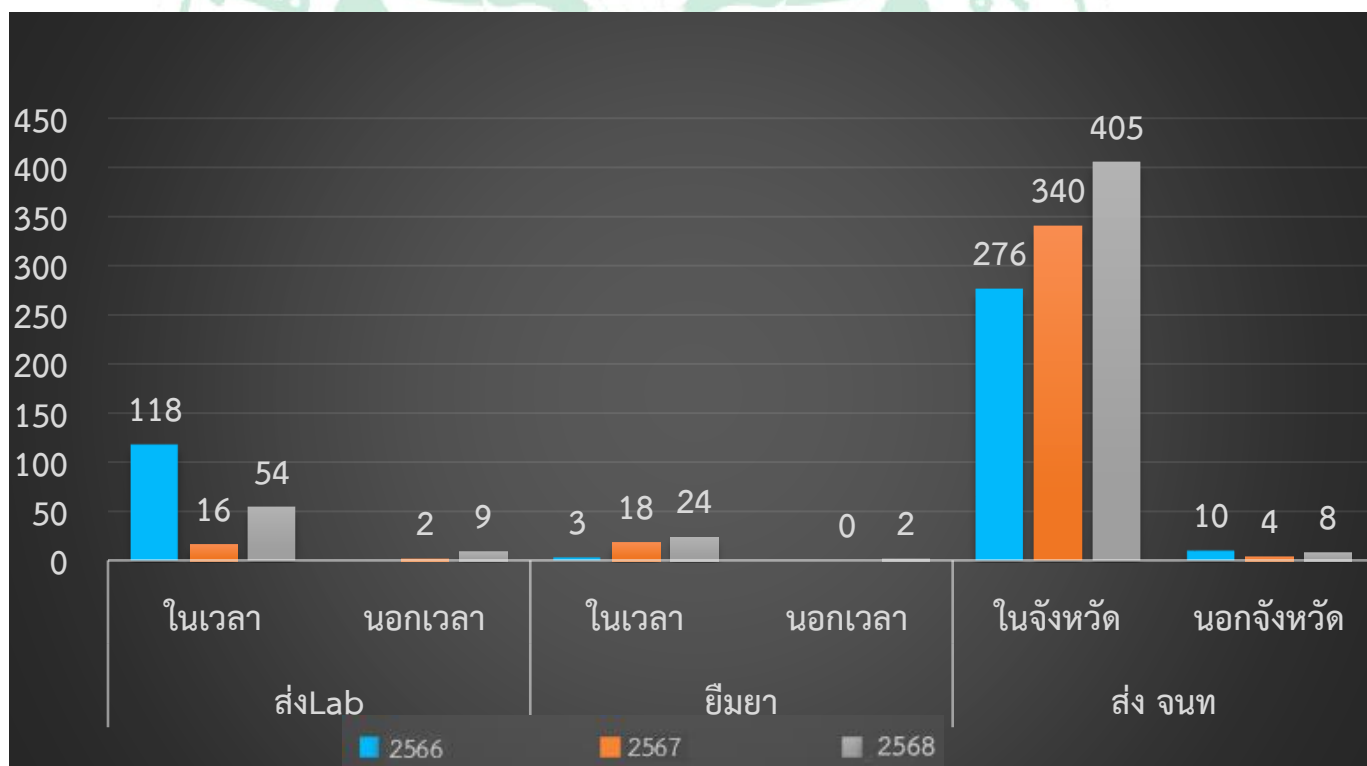
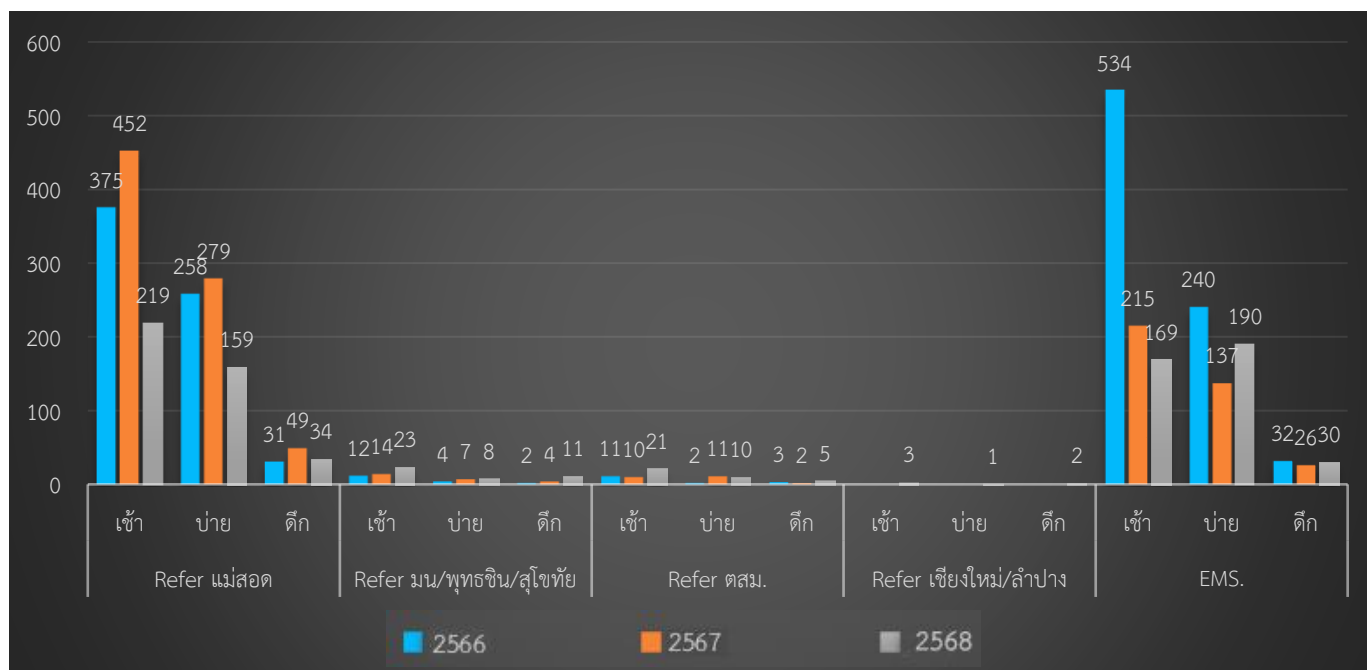
ความเสี่ยง	แนวทางการป้องกัน
4. พนักงานขับรถยนต์รถเป่าการตรวจวัดแอลกอฮอล์มีค่าแอลกอฮอล์มากกว่า1มก.ขึ้นไป	- พนักงานขับรถยนต์อยู่เวรReferต้องมีค่าแอลกอฮอล์เป็น 0 เท่านั้น - พนักงานขับรถยนต์มีRefer - EMS ทุกครั้งต้องทำการเป่าแอลกอฮอล์
5. จัดรถไม่ตรงเวลาและล่าช้า	- ทำโปรแกรมตารางขอรถเพิ่มเติมเพื่อให้ พชร. ให้เห็นตารางการขอรถล่วงหน้า

ความเสี่ยงสำคัญ จุดเน้นในการพัฒนา

งานยานพาหนะเป็นงานบริการสนับสนุนในให้บริการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยตามความเห็นของแพทย์ในกรณีที่ต้องส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อ ณ.โรงพยาบาลต่างๆ หรือกรณีรับผู้ป่วยมารักษาที่โรงพยาบาลแม่พบพระรวมทั้งให้บริการรับ - ส่งเจ้าหน้าที่ในการไปประชุม สัมมนา ออกหน่วยรับบริจาคโลหิต ออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ต่างๆ งานที่ทำทนายสำหรับงานยานพาหนะคือ ผู้ปฏิบัติจะต้องมีความพร้อมอยู่ตลอดเวลาในการปฏิบัติงาน เพื่อความปลอดภัยของผู้โดยสาร ซึ่งพนักงานขับรถยนต์จะต้องมีความอดทน เสียสละในภารกิจส่วนตัวเป็นบางครั้ง เพื่อให้งานราชการสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ตัวชี้วัด (KPI) และผลลัพธ์ของการดำเนินการ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2565	2566	2567	2568
อัตราที่ยานพาหนะถึงที่นัดหมายตรงเวลา	100%	100%	100%	100%	100%
จำนวนการเกิดอุบัติเหตุขณะเดินทาง	ไม่เกิน 0 ครั้ง	1	0	0	0
จำนวนการเกิดรถเสียระหว่างทาง	ไม่เกิน 0 ครั้ง	0	0	0	0
ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ	> 80%	90%	90%	90%	90%
จำนวนใบร้องเรียน / จำนวนที่ได้รับการแก้ไข	ไม่เกิน 0 เรื่อง	3	13	10	0



ข้อมูลเชิงคุณภาพ

1. ขับรถตามกฎหมาย และ ปฏิบัติตามกฎหมายข้อบังคับ ไม่เกิน 90 กิโลเมตรต่อชั่วโมง
2. ประหยัดพลังงานเชื้อเพลิง(เส้นทางเดียวกันไปด้วยกัน)
3. ส่งเสริมให้พนักงานขับรถยนต์รู้จักใช้เวลาว่าง ในการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

1. การสื่อสารไม่ชัดเจน
2. รถไม่เพียงพอต่อการใช้งาน

แผนการพัฒนางานปี 2569

1. การจัดทำระบบขอใช้รถและการดูแลรักษารถออนไลน์
2. ทำระบบแจ้งเตือนการขอใช้รถให้พัฒนาให้ดีขึ้น

ฝ่ายงานซ่อมบำรุง

บริบท/บทบาทหน้าที่

งานซ่อมบำรุงของโรงพยาบาล มีบทบาทสำคัญในการดูแล บำรุงรักษา และบริหารจัดการระบบวิศวกรรม อาคาร ระบบสาธารณูปโภคพื้นฐาน และเครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ ให้มีความพร้อมใช้งานอยู่เสมอ ทั้งในภาวะปกติ และภาวะฉุกเฉิน เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของทุกหน่วยบริการในโรงพยาบาลให้สามารถปฏิบัติการกิจได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ภารกิจของงานซ่อมบำรุงครอบคลุมตั้งแต่การตรวจสอบและซ่อมแซมระบบไฟฟ้า ประปา ปรับอากาศ ระบบก๊าซทางการแพทย์ ระบบบำบัดน้ำเสีย รวมถึงการดูแลสภาพแวดล้อมทางกายภาพของอาคารสถานที่ ให้มีความปลอดภัย สะดวกต่อการใช้งาน และสอดคล้องตามมาตรฐานด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยในโรงพยาบาล

การดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพของหน่วยซ่อมบำรุงส่งผลโดยตรงต่อ ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร (Patient and Personnel Safety) รวมถึง ความต่อเนื่องของการให้บริการ (Business Continuity) เนื่องจากความพร้อมของระบบสาธารณูปโภคและเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์เป็นปัจจัยพื้นฐานที่ทำให้หน่วยบริการทางคลินิกสามารถให้บริการได้อย่างปลอดภัยและต่อเนื่อง

วิสัยทัศน์ (Vision)

"เป็นหน่วยงานสนับสนุนที่เป็นเลิศด้านการซ่อมบำรุง มุ่งสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและมั่นคง พร้อมธำรงรักษาทรัพย์สินของโรงพยาบาลให้มีอายุการใช้งานที่ยาวนานและคุ้มค่าที่สุด"

พันธกิจ (Mission)

1. ดูแลรักษาระบบสาธารณูปโภคและอาคารสถานที่ให้มีความพร้อมใช้งานและปลอดภัยตลอด 24 ชั่วโมง
2. ให้บริการซ่อมบำรุงเครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ อย่างรวดเร็วและได้มาตรฐาน
3. พัฒนาระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกัน (Preventive Maintenance) เพื่อลดอัตราการชำรุดและยืดอายุการใช้งานของทรัพย์สิน
4. สนับสนุนการดำเนินงานของทุกหน่วยงานอย่างเต็มศักยภาพด้วยความปลอดภัยและใส่ใจในคุณภาพ

ขอบเขตการให้บริการ (Scope of Services)

1. งานระบบวิศวกรรมอาคาร (Building Engineering Systems)

- ระบบไฟฟ้า: ติดตั้ง, บำรุงรักษา, และซ่อมแซมระบบไฟฟ้ากำลัง, แสงสว่าง, ระบบไฟฟ้าสำรอง (Generator) และระบบแจ้งเหตุเพลิงไหม้ (Fire Alarm)
- ระบบประปาและสุขาภิบาล: ติดตั้ง, บำรุงรักษา, และซ่อมแซมระบบน้ำดี, ระบบระบายน้ำเสีย, และอุปกรณ์ในห้องน้ำ
- ระบบสื่อสาร: ติดตั้ง, บำรุงรักษา, และซ่อมแซมระบบโทรศัพท์ภายในและสายสัญญาณต่างๆ

2. งานอาคารและกายภาพ (Building and Physical Environment)

- บำรุงรักษาและซ่อมแซมโครงสร้างอาคาร, หลังคา, ฝ้าเพดาน, ผนัง, พื้น, ประตู, หน้าต่าง, และงานสี
- ดูแลและซ่อมแซมภูมิทัศน์และสภาพแวดล้อมโดยรอบโรงพยาบาล

3. งานครุภัณฑ์และอุปกรณ์ (Equipment and Supplies)

- ครุภัณฑ์การแพทย์: บำรุงรักษาและซ่อมแซมเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์พื้นฐานตามศักยภาพ
- ครุภัณฑ์สนับสนุนบริการ: บำรุงรักษาและซ่อมแซมอุปกรณ์สำนักงาน, เครื่องปรับอากาศ, ระบบลิฟต์, และอุปกรณ์ในหน่วยงานสนับสนุนต่างๆ เช่น แผนกซักฟอก, แผนกโภชนาการ

4. งานผลิตและดัดแปลง (Fabrication and Modification)

- ผลิต, ติดตั้ง, หรือดัดแปลงชั้นวางของ, ตู้, ป้าย, หรืออุปกรณ์อื่นๆ ตามที่หน่วยงานต่างๆ ร้องขอเพื่อสนับสนุนการทำงาน

ประเด็นคุณภาพ / เป้าหมายมุ่งเน้น

1. ความปลอดภัย (Safety): เป็นหัวใจสำคัญที่สุด การทำงานทุกอย่างต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย, บุคลากร, และตัวผู้ปฏิบัติงานเองเป็นอันดับแรก
2. การตอบสนองที่รวดเร็ว (Responsiveness): ความสามารถในการเข้าถึงและแก้ไขปัญหาได้อย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในพื้นที่บริการผู้ป่วยวิกฤตและห้องฉุกเฉิน
3. ความพร้อมใช้งาน (Availability/Uptime): การลดระยะเวลาที่เครื่องมือหรือระบบต่างๆ ไม่สามารถใช้งานได้ (Downtime) ให้น้อยที่สุด ผ่านการซ่อมที่รวดเร็วและการบำรุงรักษาเชิงป้องกันที่มีประสิทธิภาพ
4. คุณภาพและมาตรฐานของงาน (Workmanship Quality): งานซ่อมหรือติดตั้งต้องมีความแข็งแรง ทนทาน เรียบร้อย และเป็นไปตามหลักวิชาการ เพื่อป้องกันปัญหาเกิดซ้ำ

ความเสี่ยงสำคัญ

- ความเสี่ยงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Risk): ความล้มเหลวของระบบหรืออุปกรณ์สำคัญ เช่น ระบบไฟฟ้าสำรอง, เครื่องดูดเสมหะ, ระบบไปป์ไลน์ ซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต
- ความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัย (Occupational Health Risk): อันตรายต่อผู้ปฏิบัติงาน เช่น ไฟฟ้าดูด, การตกจากที่สูง, การสัมผัสสารเคมี
- ความเสี่ยงด้านการปฏิบัติการ (Operational Risk): ระบบหลักล้ม (เช่น น้ำไม่ไหล, ไฟดับทั้งอาคาร) ทำให้โรงพยาบาลต้องหยุดให้บริการ

- ความเสี่ยงด้านการไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย (Compliance Risk): การไม่ผ่านการตรวจสอบอาคารหรือมาตรฐานความปลอดภัยต่างๆ
จากการดำเนินงานในปีงบประมาณ 1/09/2567-30/09/2568 ที่ผ่านมาโดยตรงกับไฟฟ้าและทั่วไป(ดูจากที่ลงความเสี่ยงในระบบ Hosoffice)

ความเสี่ยงระดับ A เกิดขึ้น 1 ครั้ง
ความเสี่ยงระดับ B เกิดขึ้น 10 ครั้ง
ความเสี่ยงระดับ C เกิดขึ้น 3 ครั้ง
ความเสี่ยงระดับ D เกิดขึ้น 2 ครั้ง

หมายเหตุ แก๊ซไฟฟ้าตก บ่อย โทรการไฟฟ้าปรับแรงดัน ให้ช่างไปดำเนินแก้ไขตามที่ได้รับบริการโทรแจ้ง
โอกาสพัฒนา

1. พัฒนาระบบแจ้งซ่อมและติดตามงาน: จัดทำระบบแจ้งซ่อมออนไลน์เบื้องต้น (เช่น Google Forms) เพื่อให้ผู้ใช้บริการสามารถแจ้งและติดตามสถานะงานได้สะดวกขึ้น ลดการใช้กระดาษและข้อมูลตกหล่น (ระยะสั้น)
2. ทบทวนแผนและ Checklist การทำ PM: ทบทวนแผนการบำรุงรักษาเชิงป้องกันของอุปกรณ์และระบบที่มีความเสี่ยงสูง (High-Risk Items) ให้มีความถี่และครอบคลุมเหมาะสมยิ่งขึ้น (ระยะสั้น)
3. เสนอโครงการนำร่อง CMMS: ศึกษาและนำเสนอโครงการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการบริหารจัดการงานซ่อมบำรุง (CMMS) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการข้อมูล, การวางแผน PM, และการบริหารจัดการอะไหล่ (ระยะกลาง)
4. จัดทำแผนพัฒนาทักษะบุคลากร (Training Roadmap): สำรวจและวางแผนการฝึกอบรมที่จำเป็นสำหรับทีมช่าง เช่น การซ่อมเครื่องมือแพทย์เบื้องต้น, การจัดการความปลอดภัยในงานซ่อมบำรุง, หรือเทคโนโลยีอาคารสมัยใหม่ (ระยะกลาง)
5. จัดทำแผนจัดการพลังงานในโรงพยาบาล: รวบรวมข้อมูลการใช้พลังงานและเสนอโครงการเพื่อการอนุรักษ์พลังงานอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อลดต้นทุนในองค์กรในระยะยาว (ระยะยาว)

ผลงานและรางวัลที่ภาคภูมิใจ

-

ตัวชี้วัด (KPI) และผลลัพธ์ของการดำเนินการ

● ข้อมูลเชิงปริมาณ

มิติคุณภาพ	ตัวชี้วัด (Indicator)	เป้าหมาย (Target)	66	67	68
การตอบสนอง	ระยะเวลาตอบสนองเฉลี่ย (ใบแจ้งซ่อมเร่งด่วน)	≤ 15 นาที	120	120	120
ประสิทธิภาพ	ร้อยละของงานซ่อมที่แล้วเสร็จตามใบแจ้งซ่อม	> 90%	30.50	53.82	38.33

การป้องกัน	ร้อยละของการทำบำรุงรักษาเชิงป้องกัน (PM) สำเร็จตามแผน	> 95%	0	0	0
ความปลอดภัย	จำนวนอุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของระบบอาคาร/ไฟฟ้า	< 1 เรื่อง/เดือน	0.1	0.5	0.1
ความพึงพอใจ	คะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อคุณภาพงานซ่อม	≥ 80 %	NA	NA	NA

● ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ปริมาณการแจ้งซ่อมในระบบ (ครั้ง)

ซ่อมทั่วไป	66	67	68	69
แจ้งซ่อม	577	851	968	115
ซ่อมเสร็จ	176	458	371	20
ร้อยละของการซ่อมเสร็จ	30.50	53.82	38.33	17.39

ซ่อมเครื่องมือแพทย์	66	67	68	69
แจ้งซ่อม	168	228	272	23
ซ่อมเสร็จ	168	226	219	14
ร้อยละของการซ่อมเสร็จ	100.00	99.12	80.51	60.87

ในส่วนของการแจ้งซ่อมทั่วไป เมื่อเทียบสัดส่วนระหว่างปริมาณการแจ้งซ่อมกับรายการที่ซ่อมเสร็จแล้ว (ใช้ข้อมูลการแจ้งซ่อมในระบบคอมพิวเตอร์) ร้อยละความสำเร็จยังต่ำกว่ามาตรฐานมาก ผลมาจากการที่ทีมช่างเข้าไปแก้ไข ซ่อมแซม ตามใบแจ้งซ่อมแล้วไม่ได้กลับมาลงข้อมูลการซ่อมและกดปิดงานซ่อม ซึ่งต่างจากงานซ่อมเครื่องมือแพทย์ที่มีการปิดงานซ่อมทุกครั้งเมื่อซ่อมเสร็จ จากการวิเคราะห์ปัญหาพบว่าบางครั้งทีมช่างซ่อมงานที่ 1 เสร็จแล้วไปซ่อมงานที่ 2 ต่อทำให้ไม่ได้เข้ามาที่ฝ่ายซ่อมบำรุงเพื่อปิดงานในระบบคอมพิวเตอร์ และผู้แจ้งก็ไม่ได้กลับเข้าไปประเมินผลงานซ่อมให้ช่างในระบบคอมพิวเตอร์เช่นกัน ดังนั้นการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นนี้จะใช้การประเมินงานซ่อม ผ่าน QR Code ที่ช่างทุกคนต้องพกติดตัว หลังจากแก้ไขงานตามใบแจ้งซ่อมเสร็จ ให้เจ้าหน้าที่ในฝ่ายนั้นประเมินผลงานซ่อมในทันที

กลุ่มงานหลักประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศฯ

ฝ่ายงานประกันสุขภาพฯ

การจัดเก็บรายได้ค้ำรักษาพยาบาล สิทธิหลักประกันสุขภาพ

บริบท/บทบาทหน้าที่

กลุ่มงานประกันสุขภาพ มีหน้าที่ให้บริการตรวจสอบสิทธิการรักษาของผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ประสานงาน เชื่อมโยงการใช้สิทธิรักษาพยาบาลในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสิทธิประกันสังคม ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาลนครนายก จัดเตรียมเอกสารประกอบการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากต้นสังกัด และงานทบทวนข้อมูลทางการใช้ทรัพยากรและสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ โดยยึดมั่นในหลักการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน ให้ผู้ป่วยทุกคนได้เข้าถึงสิทธิประกันสุขภาพ ตลอดจนได้รับสิทธิประโยชน์สูงสุดตามผู้ป่วย อันพึงจะได้รับอย่างเท่าเทียมกัน

ประเด็นคุณภาพ / เป้าหมายมุ่งเน้น

กลุ่มงานประกันสุขภาพ มีความมุ่งมั่นปรับปรุงและพัฒนาระบบงานบริการอย่างต่อเนื่อง มีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาช่วยเสริม เพื่อให้เกิดความรวดเร็ว ถูกต้อง และสะดวกสบายต่อผู้มารับบริการสูงสุด และมีการจัดเก็บค่าบริการทางการแพทย์ที่ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา

ความเสี่ยงสำคัญ

1. การแสดงตนยืนยันก่อนการเข้ารับบริการ (Authen)
2. การแสดงตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการเข้ารับบริการ (ปิดสิทธิ)
3. บันทึกข้อมูลบริการไม่ครบถ้วน

โอกาสพัฒนา

1. เรียกเก็บทันเวลา ถูกต้อง และครบถ้วน ตามเกณฑ์ที่กำหนด

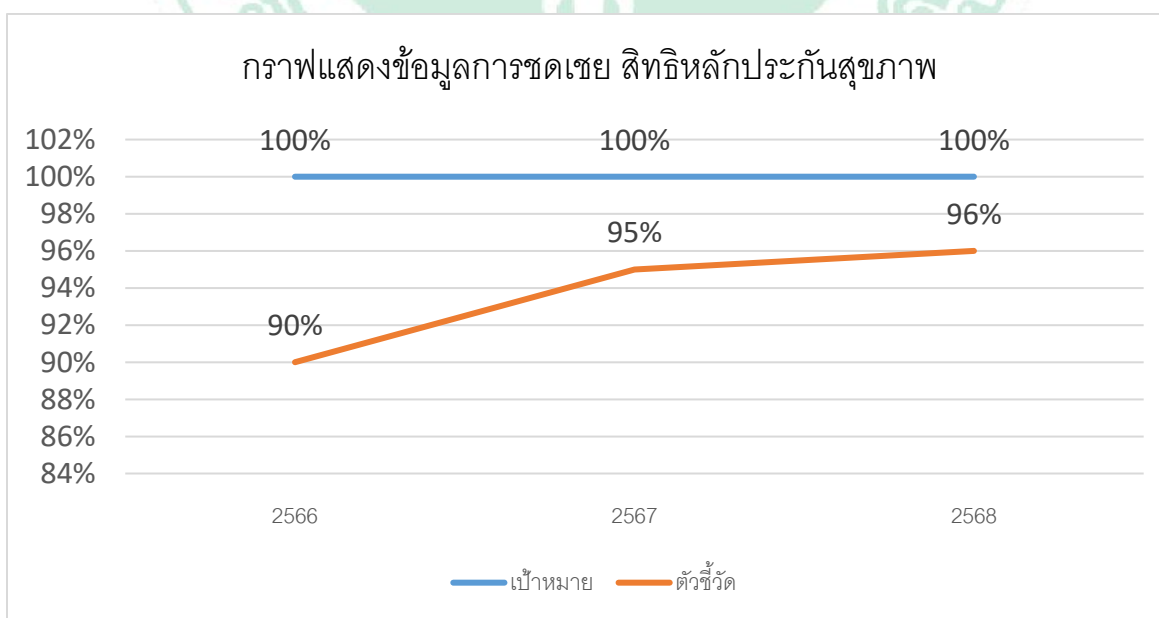
ผลงานและรางวัลที่ภาคภูมิใจ

1. เรียกเก็บทันเวลา ถูกต้อง และครบถ้วน ตามเกณฑ์ที่กำหนด

ตัวชี้วัด (KPI) และผลลัพธ์ของการดำเนินการ



● ข้อมูลเชิงคุณภาพ



การจัดเก็บรายได้ค่ารักษาพยาบาลสิทธิเบิกจ่ายตรง และสิทธิประกันสุขภาพต่างตัว

บริบท (Context)

ให้บริการขึ้นทะเบียนหลักประกันสุขภาพ การตรวจสอบสิทธิการรักษาพยาบาลแก่ผู้มารับบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพ และส่งข้อมูลเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลบริการทางการแพทย์ ด้วยข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา

ขอบเขตการให้บริการ (Scope of Service)

สิทธิเบิกได้กรมบัญชีกลาง

- ให้บริการข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิเบิกได้
- เรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลบริการทางการแพทย์
- จัดทำรายงานลูกหนี้รายวัน รายตัว รายเดือน ส่งงานบัญชี
- ติดตามค่ารักษาพยาบาล ตัดยอดลูกหนี้ตามรายการใบเสร็จรับเงิน

สิทธิเบิกได้ส่วนท้องถิ่น

- ให้บริการข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิเบิกได้
- เรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลบริการทางการแพทย์
- จัดทำรายงานลูกหนี้รายวัน รายตัว รายเดือน ส่งงานบัญชี
- ติดตามค่ารักษาพยาบาล ตัดยอดลูกหนี้ตามรายการใบเสร็จรับเงิน

สิทธิเบิกต้นสังกัด

- ให้บริการข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิ
- รวบรวมเอกสารตั้งเบิกค่ารักษาพยาบาลบริการทางการแพทย์
- เรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลบริการทางการแพทย์
- จัดทำรายงานลูกหนี้รายวัน รายตัว รายเดือน ส่งงานบัญชี
- ติดตามค่ารักษาพยาบาล ตัดยอดลูกหนี้ตามรายการใบเสร็จรับเงิน

สิทธิประกันสุขภาพต่างด้าว

- ให้บริการข้อมูลเกี่ยวกับบัตรประกันสุขภาพต่างด้าว
- ขึ้นทะเบียนบัตรประกันสุขภาพต่างด้าว ประสานงานการขึ้นทะเบียนบัตรประกัน
- รวบรวมเอกสารการเบิกค่ารักษาพยาบาลบริการทางการแพทย์
- จัดทำรายงานลูกหนี้รายวัน รายตัว รายเดือน ส่งงานบัญชี
- ติดตามค่ารักษาพยาบาล ตัดยอดลูกหนี้ตามรายการใบเสร็จรับเงิน

ประเด็นคุณภาพ

ตั้งเบิกค่ารักษาพยาบาลบริการทางการแพทย์แต่ละสิทธิได้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา จัดทำลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลบริการทางการแพทย์ได้ถูกต้อง ส่งงานบัญชีทันเวลา

เป้าหมายมุ่งเน้น

- ผู้รับบริการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

- ผู้รับบริการได้รับคำแนะนำในการใช้สิทธิบัตรตามสิทธิประโยชน์ของบัตรได้อย่างถูกต้อง
- ผู้รับบริการได้ใช้สิทธิประโยชน์ตามสิทธิบัตรที่มีอย่างถูกต้อง

ความเสี่ยงที่สำคัญ

- การให้สิทธิการรักษาจากหน่วยงานต่างๆ ผิดพลาดทำให้ไม่ได้เบิกค่ารักษาพยาบาลและตั้งลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลทางบัญชีผิด

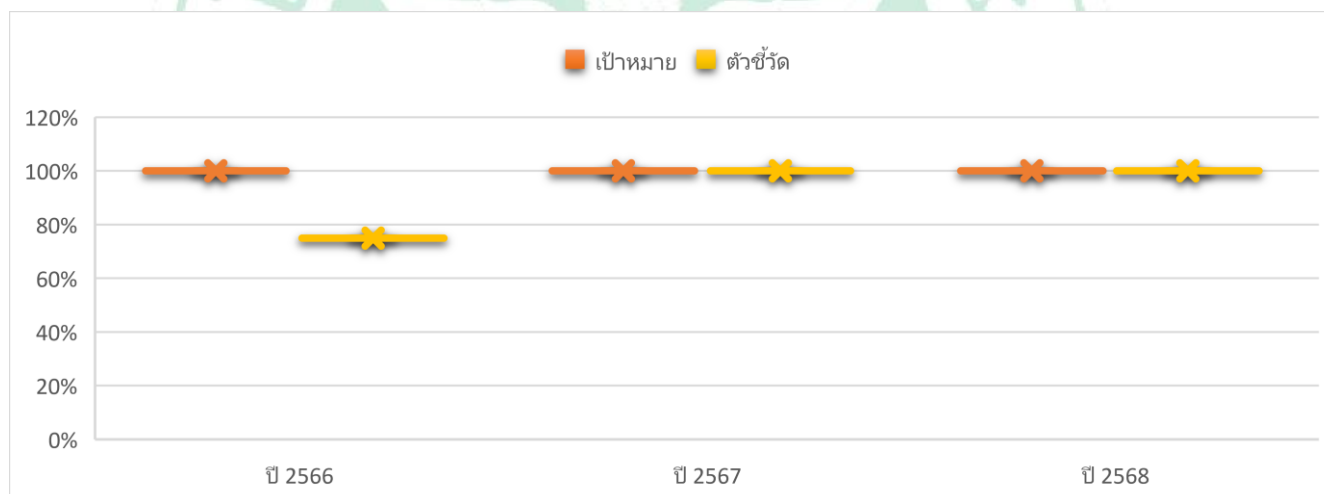
- รายการตรวจรักษาในระบบ HOS ไม่ถูกต้อง ครบถ้วน
- ไม่พบเลข Approve Code ของผู้เข้ารับบริการ

ตัวชี้วัด (KPI) และผลลัพธ์ของการดำเนินการ

1. ความทันเวลาการส่งข้อมูลผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน
2. ความทันเวลาการส่งข้อมูลผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน
3. คุณภาพการส่งข้อมูล (ดิต C) ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผ่านโปรแกรม E- Claim
4. ประสิทธิภาพการเงินการคลัง 5 มิติ (มิติด้านจัดเก็บรายได้ค่ารักษาพยาบาล)

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

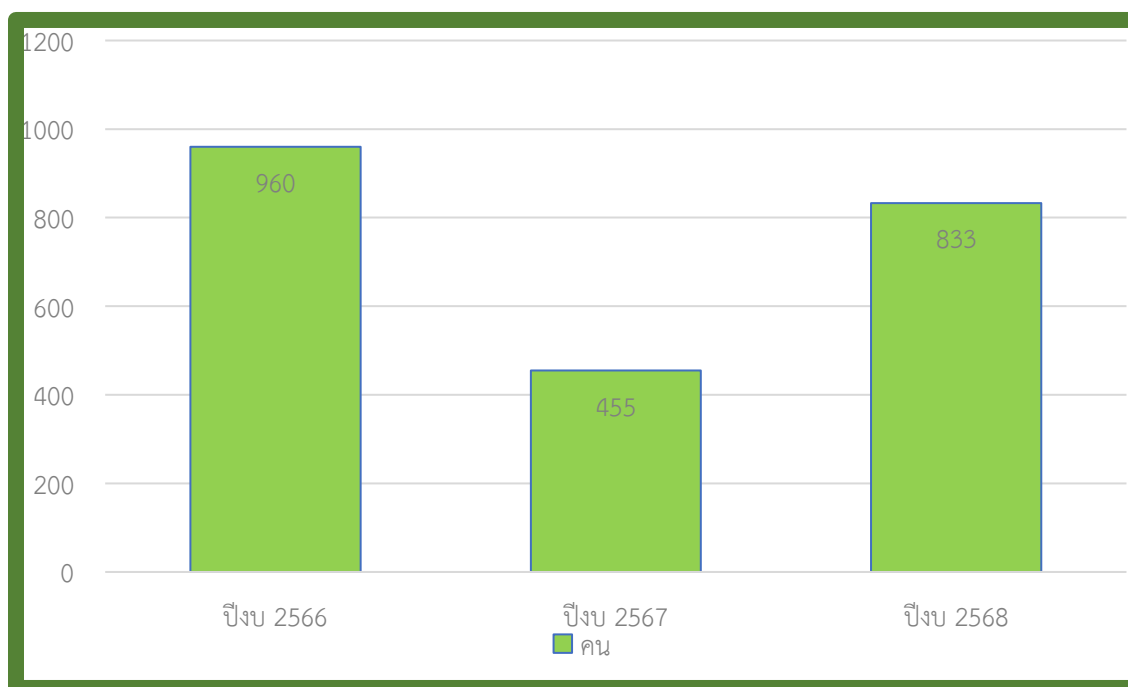
กราฟแสดงประสิทธิภาพการเงินการคลัง 5 มิติ (มิติด้านจัดเก็บรายได้ค่ารักษาพยาบาล) 3 ปีย้อนหลัง



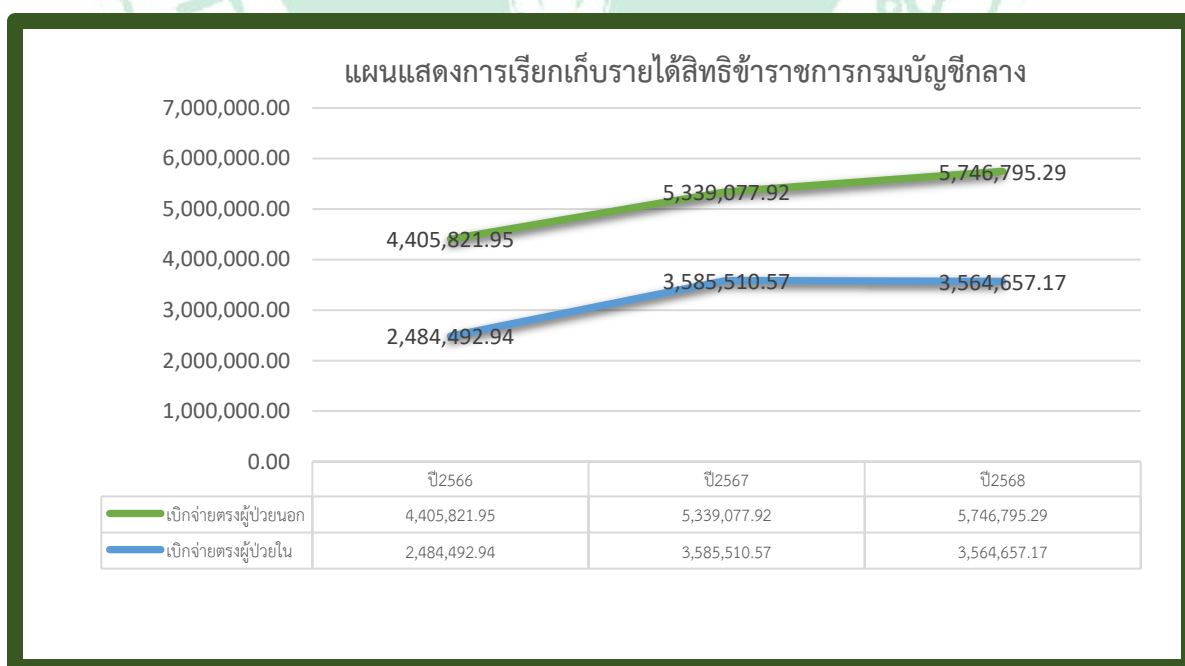
ผลการประเมินด้านจัดเก็บรายได้ เป้าหมาย100% ปี2566 ผลประเมิน 75% ปี2567 และ 2568 ผลประเมิน 100%

ข้อมูลเชิงปริมาณ

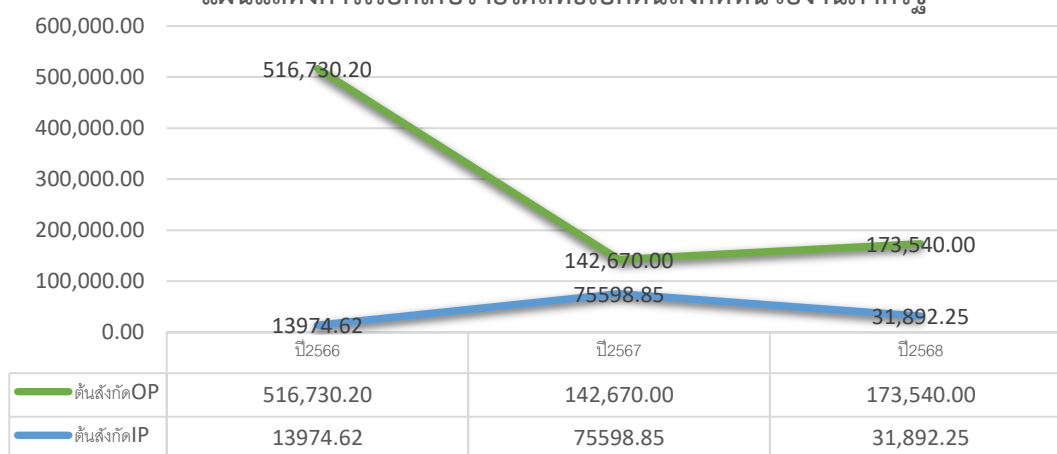
แผนภูมิแสดงการขึ้นทะเบียนบัตรประกันสุขภาพต่างด้าว ย้อนหลัง 3 ปี



แผนภูมิแสดงการเรียกเก็บรายได้แต่ละสิทธิ ย้อนหลัง 3 ปี

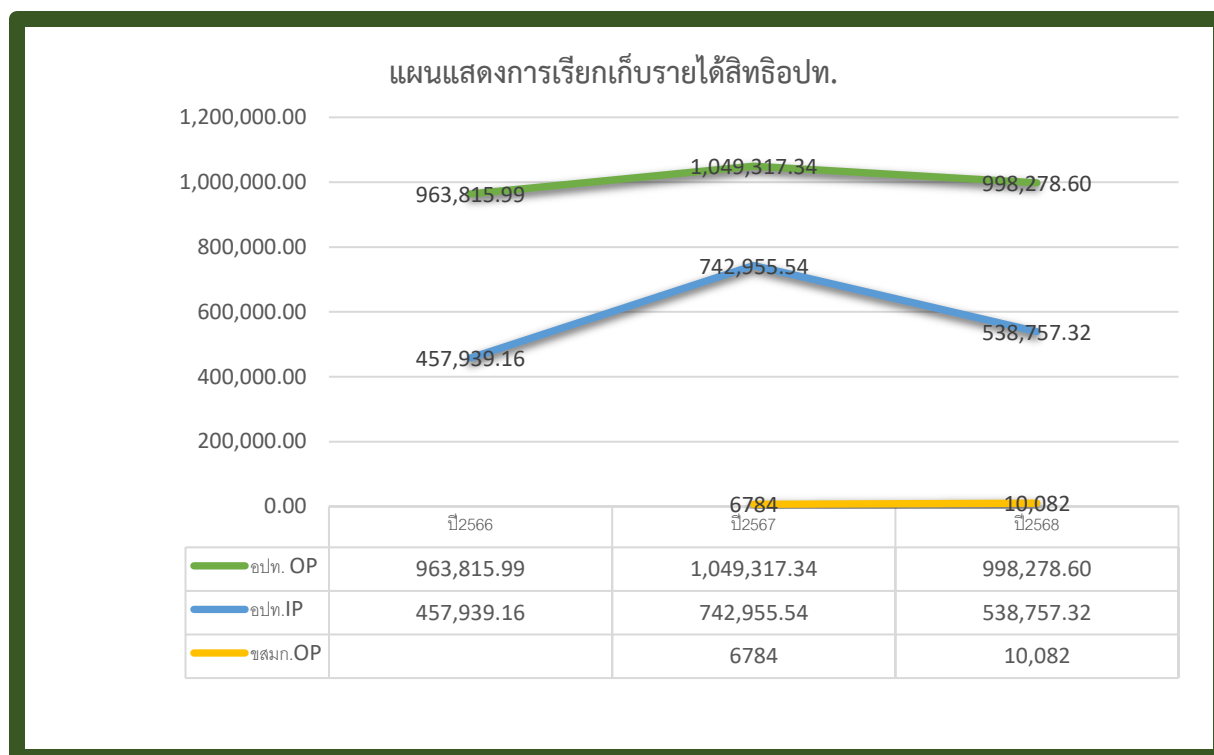


แผนแสดงการเรียกเก็บรายได้สิทธิเบิกต้นสังกัดหน่วยงานภาครัฐ



แผนแสดงการเรียกเก็บรายได้สิทธิแรงงานต่างด้าว





โอกาสพัฒนา

- เรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลบริการทางการแพทย์ ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา

ผลงานและรางวัลที่ภาคภูมิใจ

- ผลการประเมินด้านจัดเก็บรายได้ เป้าหมาย100% ผลประเมิน 100%

การจัดเก็บรายได้ค่ารักษาพยาบาลสิทธิประกันสังคม

บริบท/บทบาทหน้าที่

- 1.ประสานงานกับรพ.แม่ข่าย ส่งเคสตั้งเบิกกรณี ประกันสังคมนอกเครือข่าย Admit (ตั้งเบิก 72 ชม.แรก/เกิน 72 ชม.)
- 2.ทำเบิกลูกหนี้ทุกสิ้นเดือนของสิทธิประกันสังคมทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในโปรแกรม CCMS
- 3.ทำเบิกลูกหนี้ประกันสังคมกองทุนทดแทนส่งไปยังสำนักงานประกันสังคม
- 4.จัดทำเอกสารส่งเบิกของประกันสังคมทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ก่อนวันที่ 15 ของเดือน ส่งให้กับ รพ.แม่ข่ายและสำนักงานประกันสังคม
- 5.ทำการตัดลูกหนี้ที่รพ.แม่ข่ายและสำนักงานประกันสังคมจัดสรรเงินมา (ตัดไตรมาสละครั้งใน โปรแกรม CCMS)

ประเด็นคุณภาพ / เป้าหมายมุ่งเน้น

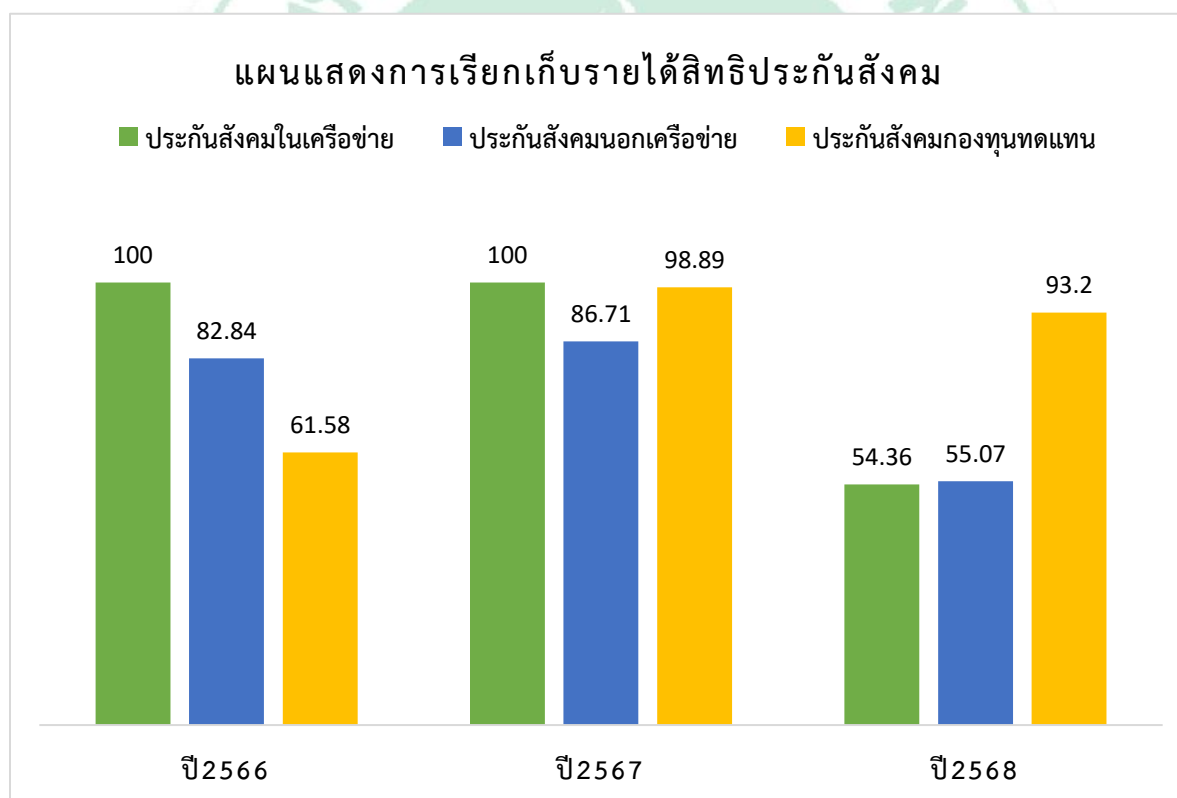
เพื่อจัดเก็บรายได้ค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยสิทธิประกันสังคมได้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา

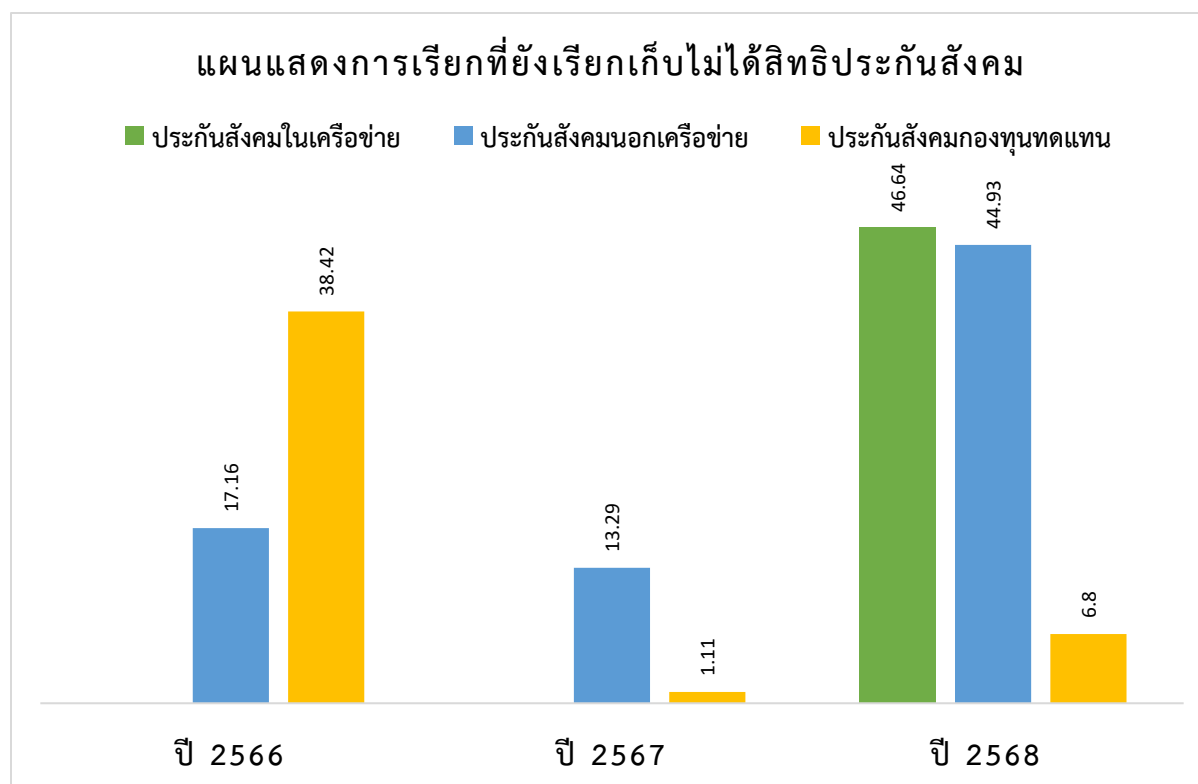
ความเสี่ยงสำคัญ

1. ส่งเบิกยอดไม่ตรงกับบัญชีเพราะมีการปรับปรุงค่าใช้จ่าย
2. เอกสารเรียกเก็บถูกปฏิเสธการรักษาเพราะไม่เข้าหลักเกณฑ์ของสำนักงานประกันสังคม
3. รายงานในโปรแกรมเรียกเก็บไม่ตรงกับStatementที่ได้รับเงิน

ตัวชี้วัด (KPI) และผลลัพธ์ของการดำเนินการ

- ข้อมูลเชิงปริมาณ (ให้แสดงเป็นตาราง หรือ กราฟที่ชัดเจน)





จำนวนค่ารักษาที่เกิดขึ้นจริงและค่ารักษาที่เรียกเก็บ

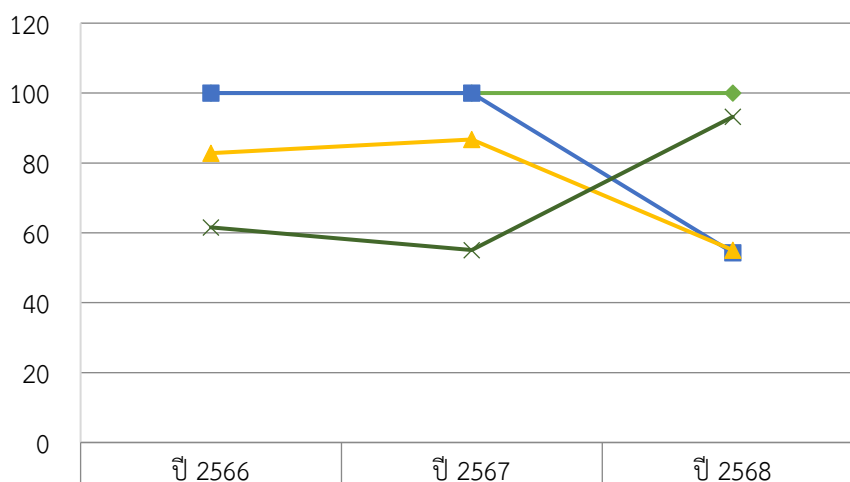
OP+IP	ค่ารักษาของสิทธิประกันสังคม โรงพยาบาลพบพระ จ.ตาก						
	ค่ารักษาพยาบาลสิทธิประกันสังคม			จำนวนเงินที่รับชำระ			
	จำนวน ครั้ง IP	ค่า รักษาพยาบาลที่ เกิดขึ้นจริง	ค่ารักษาพยาบาลที่ เรียกเก็บ	ปกส.ใน เครือข่าย	ปกส.นอก เครือข่าย	ปกส.กองทุนทดแทน	รอเรียกเก็บ
2566	3758	3,677,482.04	2,447,882.24	1,470,209.88	706,571.25	271,101.11	0
2567	3768	3,508,328.88	2,690,569.51	1,898,148.58	618,288.23	174,132.70	29,016.50
2568	3859	4,772,056.12	1,849,528.91	1,539,257.41	236,258.50	74,013.00	2,217,425.04

OP	ค่ารักษาของสิทธิประกันสังคม โรงพยาบาลพระ จ.ตาก							
	ค่ารักษาพยาบาลสิทธิประกันสังคม			จำนวนเงินที่รับชำระ				
	จำนวน ครั้ง OP	ค่า รักษาพยาบาลที่ เกิดขึ้นจริง	ค่ารักษาพยาบาลที่ เรียกเก็บ	ปกส.ใน เครือข่ายOP	ปกส.นอก เครือข่าย OP	กองทุน ทดแทน ทุพพลภาพOP	กองทุนทดแทน อันตราย	รอเรียกเก็บ
2566	3585	1,769,094.33	974,807.52	823,189.27	36,578.75	26,975.50	88,064.00	-
2567	3624	1,951,431.02	1,272,773.44	1,110,266.69	23,847.25	102,872.00	35,787.50	-
2568	3683	1,884,327.44	993,531.48	915,010.48	4,508.00	5,498.00	68,515.00	567,851.51

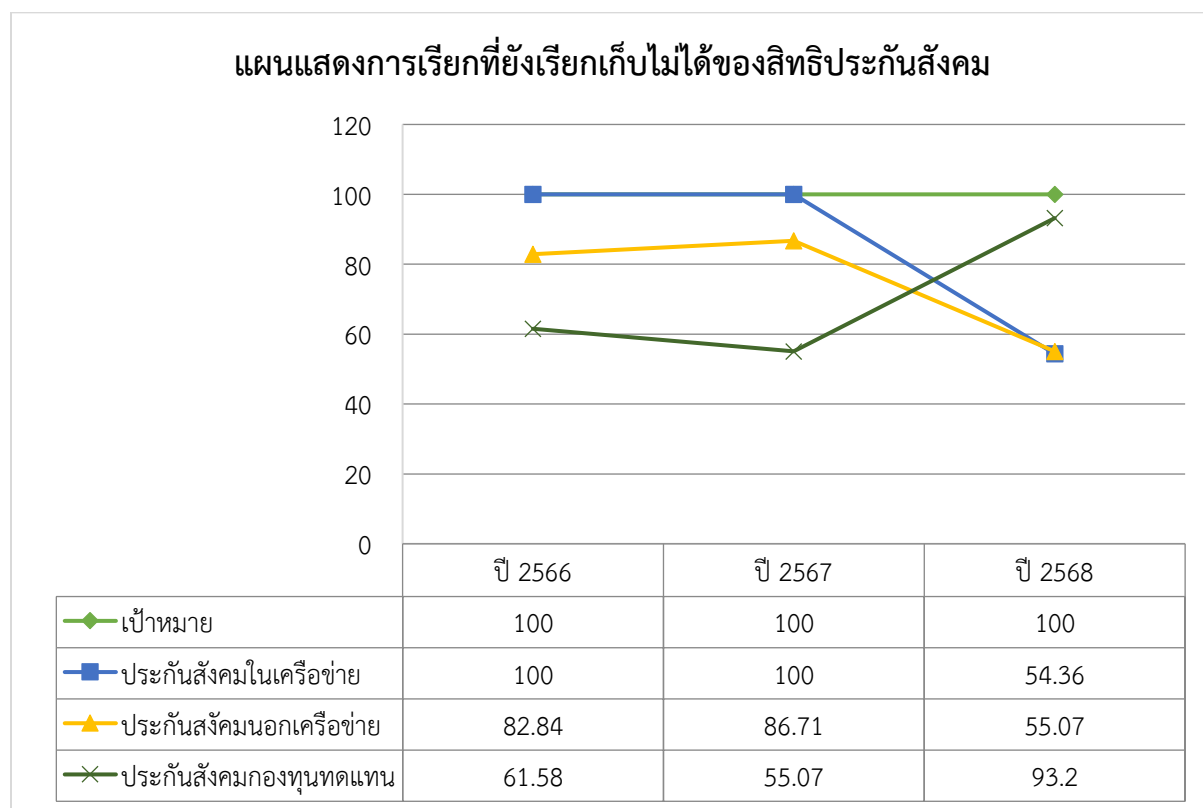
IP	ค่ารักษาของสิทธิประกันสังคม โรงพยาบาลพระ จ.ตาก							
	ค่ารักษาพยาบาลสิทธิประกันสังคม			จำนวนเงินที่รับชำระ				
	จำนวน ครั้ง IP	ค่า รักษาพยาบาลที่ เกิดขึ้นจริง	ค่ารักษาพยาบาลที่ เรียกเก็บ	ปกส.ใน เครือข่าย IP	ปกส.นอก เครือข่าย IP	ทุพพลภาพIP	ปฏิเสธการรักษา	รอเรียกเก็บ
2566	173	1,908,387.71	1,473,074.72	647,020.61	669,992.50	156,061.61	32,376.00	-
2567	144	1,556,897.86	1,417,796.07	787,881.89	594,440.98	35,473.20	-	29,016.50
2568	176	2,887,728.68	855,997.43	624,246.93	231,750.50	-	-	1,649,573.53

● ข้อมูลเชิงคุณภาพ

แผนแสดงการเรียกเก็บรายได้สิทธิประกันสังคม



◆ เป้าหมาย	100	100	100
■ ประกันสังคมในเครือข่าย	100	100	54.36
▲ ประกันสังคมนอกเครือข่าย	82.84	86.71	55.07
× ประกันสังคมกองทุนทดแทน	61.58	55.07	93.2



โอกาสพัฒนา

- เรียกเก็บรายได้โดยที่ไม่มีการปรับปรุงบัญชีย้อนหลัง
- เรียกเก็บถูกต้องตามเกณฑ์ที่กำหนด

ผลงานและรางวัลที่ภาคภูมิใจ

- เรียกเก็บรายได้ครบ100%
- จัดเก็บรายได้ครบตามจำนวนผู้ป่วยรักษาไม่มีตกหล่น
- จัดทำเอกสารเรียกเก็บส่งได้ถูกต้องและทันเวลาตามที่กำหนด

การจัดเก็บรายได้ค่ารักษาพยาบาล สิทธิ บุคคลผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ

บริบท/บทบาทหน้าที่

1. ขึ้นทะเบียนสิทธิบุคคลผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ
2. นำเข้ารายงานลูกหนี้ทุกวันของสิทธิบุคคลผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในโปรแกรม CCMS
3. นำเข้า 16 แพ้ม ผ่าน Financial Data Hub (FDH) และส่งเบิกค่ารักษาพยาบาลสิทธิบุคคลผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิในผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
4. ติดตามการจ่ายเงินตาม REP ทาง Financial Data Hub (FDH)
5. ทำการตัดบัญชีลูกหนี้ในโปรแกรม CCMS

ประเด็นคุณภาพ / เป้าหมายมุ่งเน้น

1. เพื่อจัดเก็บรายได้ค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยสิทธิบุคคลผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ ได้ถูกต้อง ครบถ้วนทันเวลา
 1. ดำเนินการขึ้นทะเบียนสิทธิบุคคลผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ ที่เข้าเกณฑ์ในการขึ้นทะเบียนให้ได้มากที่สุด

ความเสี่ยงสำคัญ

1. สิทธิการรักษาไม่ถูกต้องและไม่เป็นปัจจุบัน

โอกาสพัฒนา

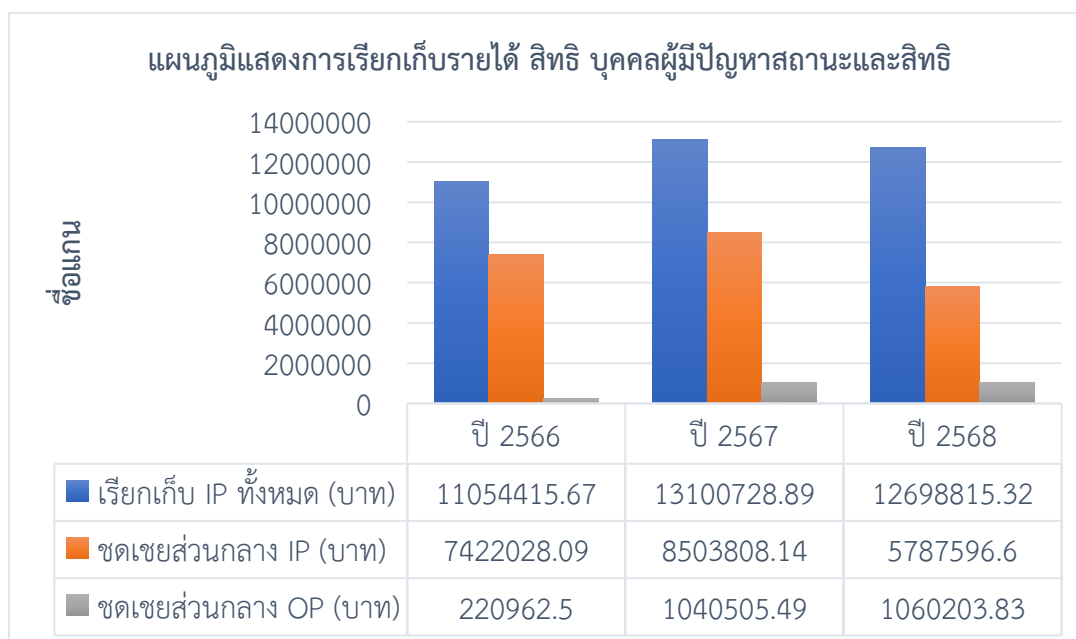
1. เรียกเก็บทันเวลา ถูกต้อง และครบถ้วน ตามเกณฑ์ที่กำหนด

ผลงานและรางวัลที่ภาคภูมิใจ

- เรียกเก็บทันเวลา ถูกต้อง และครบถ้วน ตามเกณฑ์ที่กำหนด

ตัวชี้วัด (KPI) และผลลัพธ์ของการดำเนินการ

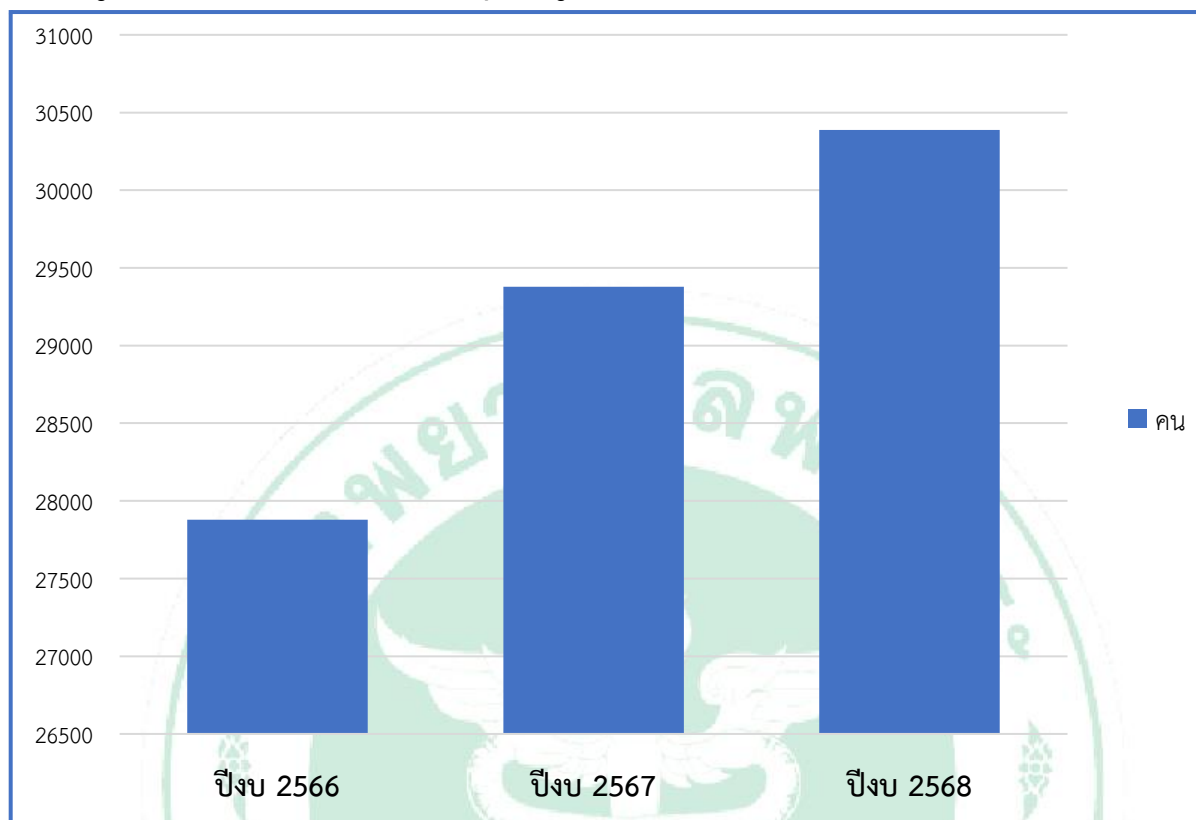
● ข้อมูลเชิงปริมาณ



● ข้อมูลเชิงคุณภาพ



แผนภูมิแสดง การขึ้นทะเบียนสิทธิบุคคลผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ ย้อนหลัง 3 ปี



การจัดเก็บรายได้ค่ารักษาพยาบาล สิทธิพรบ.ผู้ประสบภัยจากรถ

บริษัท/บทบาทหน้าที่

1. แนะนำและตรวจสอบเอกสาร
2. จัดทำรายงานลูกหนี้ สิทธิ พรบ.ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในโปรแกรม CCMS
3. คีย์รับแจ้งเหตุ ในโปรแกรม rvp-eclaim.com ระบบสินไหมอัตโนมัติ
4. รอรายงาน Media clearing แจ้งโรงพยาบาลและรับรายงานการแจ้งโอน รายงาน Media clearing จากบริษัทประกันฯ
5. รับเงินโอนจากบริษัทประกันและตรวจสอบการรับโอนเงินค่ารักษาพยาบาล
6. ทำการตัดบัญชีลูกหนี้รายตัว ตามทะเบียนคุมลูกหนี้ ในโปรแกรม CCMS

ประเด็นคุณภาพ / เป้าหมายมุ่งเน้น

1. เพื่อจัดเก็บรายได้ค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยสิทธิ พรบ. ได้ถูกต้อง ครบถ้วน
2. รับเรื่องเอกสาร พรบ. เพื่อไม่ให้ผู้รับบริการต้องได้สำรองเงินจ่าย
2. เพื่อให้ผู้รับบริการรับทราบว่ากรณีรถไม่มี พรบ. จะต้องชำระเงินเองในส่วนของค่ารักษาพยาบาล

ความเสี่ยงสำคัญ

1. ผู้รับบริการไม่มาติดต่อยื่นเอกสาร พรบ.
2. ผู้รับบริการไม่ได้ต่อ พรบ. หรือ พรบ.ขาด ทำให้ไม่สามารถใช้สิทธิการรักษาได้
3. มีการสวมทะเบียนรถ เพื่อใช้สิทธิการรักษา พรบ.

โอกาสพัฒนา

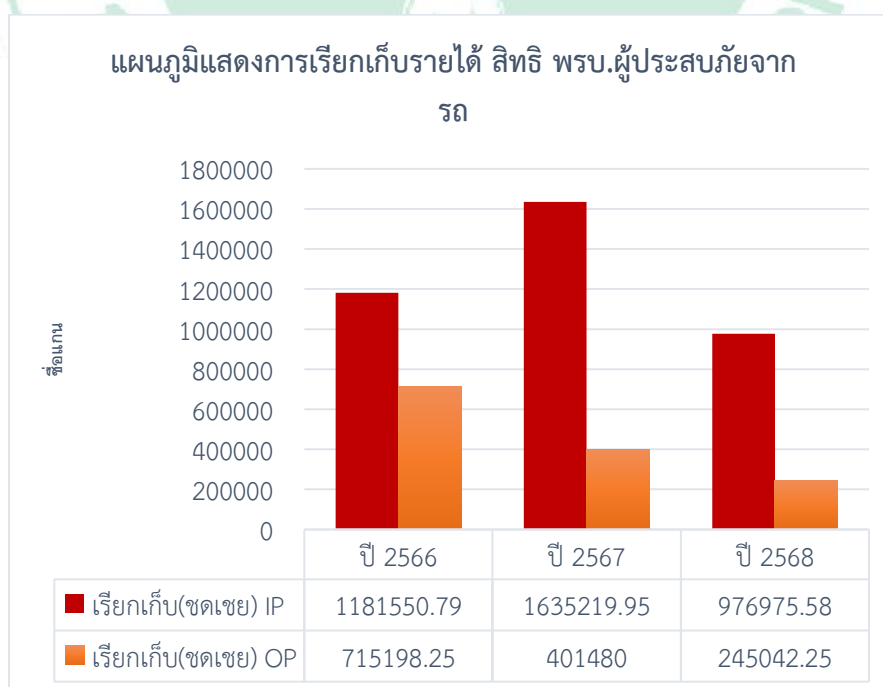
1. เรียกเก็บได้ทันเวลา ถูกต้อง และครบถ้วน ตามเกณฑ์ที่กำหนด

ผลงานและรางวัลที่ภาคภูมิใจ

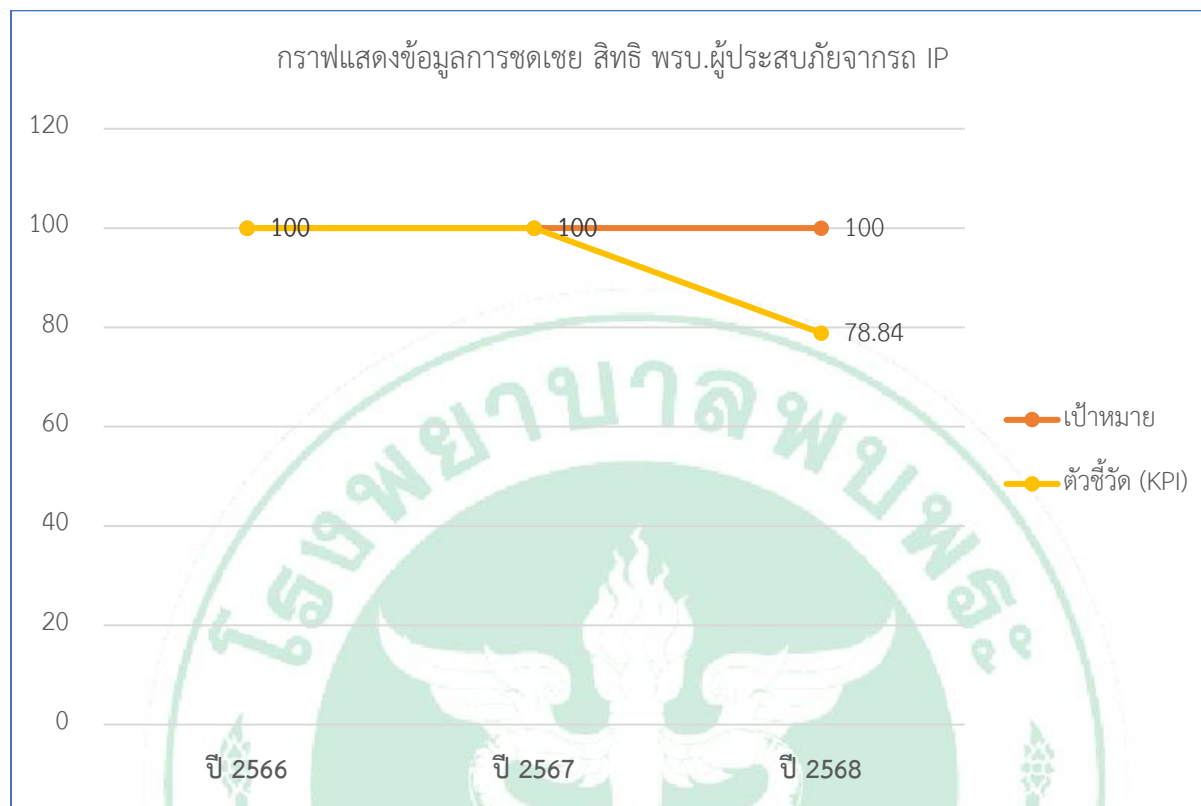
1. เรียกเก็บได้ทันเวลา ถูกต้อง และครบถ้วน ตามเกณฑ์ที่กำหนด

- ตัวชี้วัด (KPI) และผลลัพธ์ของการดำเนินการ

- ข้อมูลเชิงปริมาณ (ให้แสดงเป็นตาราง หรือ กราฟที่ชัดเจน)



● ข้อมูลเชิงคุณภาพ



การจัดเก็บรายได้สิทธิชำระเงินเอง

บริบท / บทบาทหน้าที่

1. จัดทำเอกสารสรุป/ส่งเบิกค่ารักษาพยาบาลประจำเดือน ส่งองค์กรเอกชน เช่น MFUND , SMRU ,ICRC และ KDHW หรือองค์กรที่ประสานที่จะช่วยค่ารักษาพยาบาล
2. รายงานยอดผู้ป่วยสิทธิชำระเงินเอง ทั้งเรียกเก็บได้ / เรียกเก็บไม่ได้ / รายงานยอดอนุเคราะห์ค่ารักษาพยาบาล (อน.)
3. ประสานงานองค์กรเอกชนที่ให้การช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล
4. ทำตัดลูกหนี้
5. จัดทำเอกสารส่งผู้ป่วยกรณีค้างชำระ (ทั้งหมด 3 ครั้ง/คน)
6. แจ้งยอดหนี้ให้ผู้ป่วยรับทราบเพื่อดำเนินการชำระค่ารักษาพยาบาล
7. จัดทำใบอนุเคราะห์ค่ารักษาพยาบาล ผู้ป่วยนอก / ผู้ป่วยใน และผู้ป่วยที่ตรวจสารเสพติด

ประเด็นคุณภาพ / เป้าหมายมุ่งเน้น

1. เพื่อให้ผู้ป่วยที่ไม่มีสิทธิ มีสิทธิที่จะซื้อประกันสุขภาพต่างด้าว (ของโรงพยาบาลพบพระ) และซื้อประกันสุขภาพของ MFUND

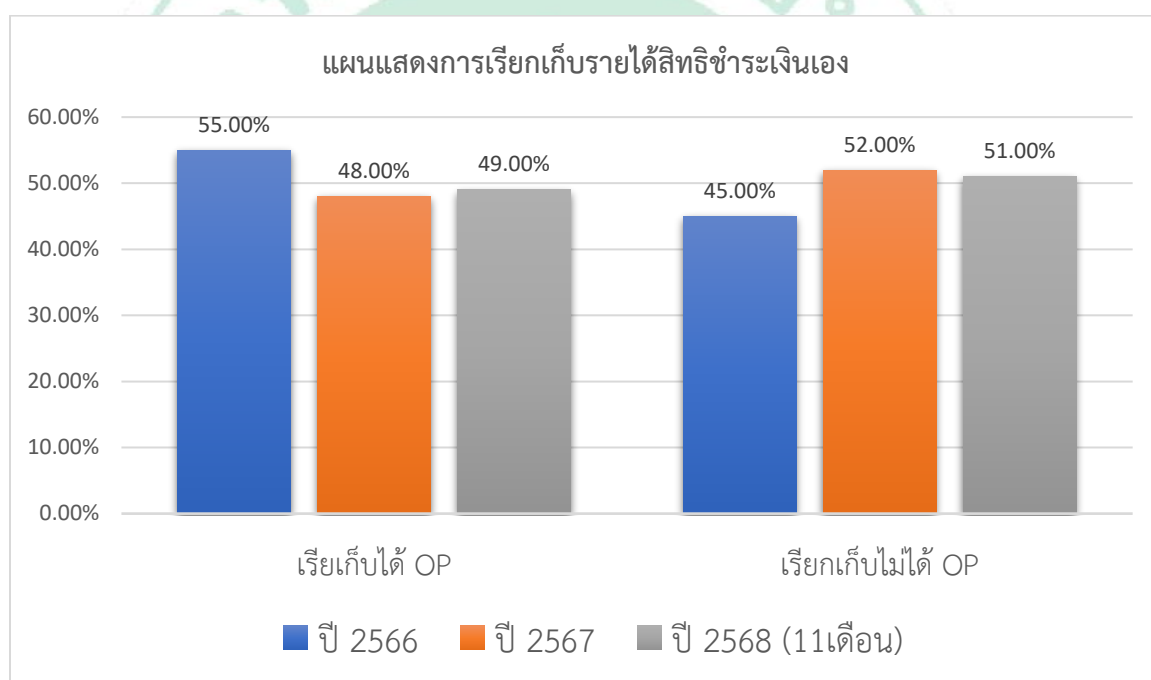
2. เพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบว่ากรณีไม่มีสิทธิประจำตัวจะต้องชำระเงินเองในส่วนของค่ารักษาพยาบาล

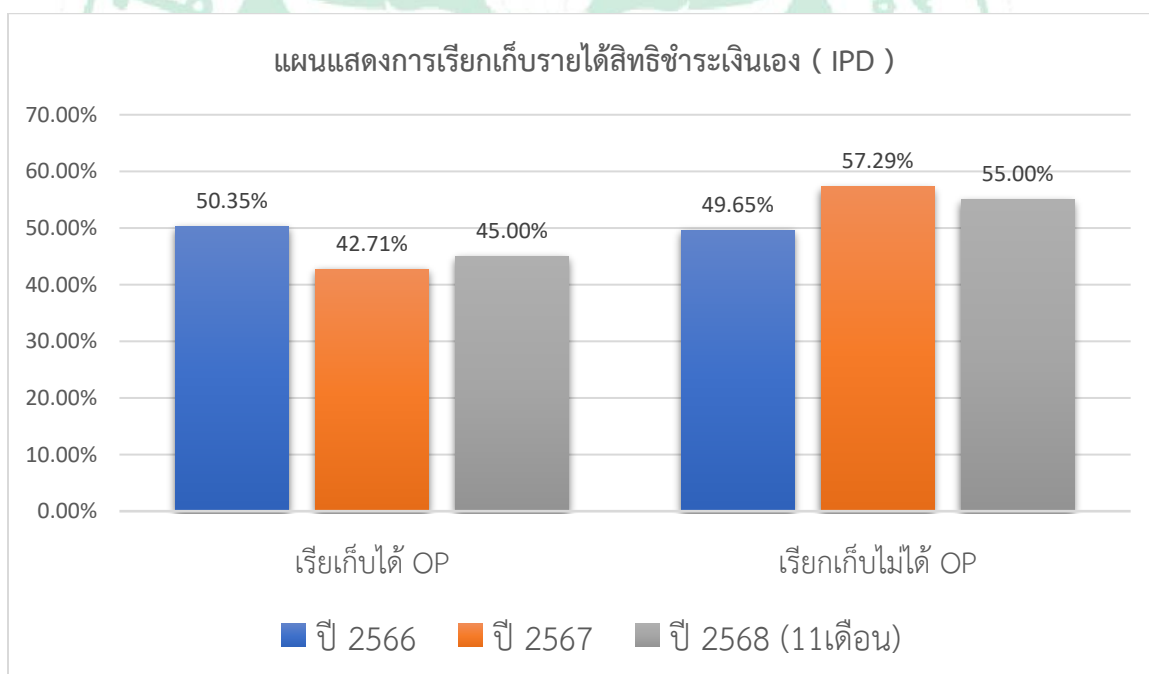
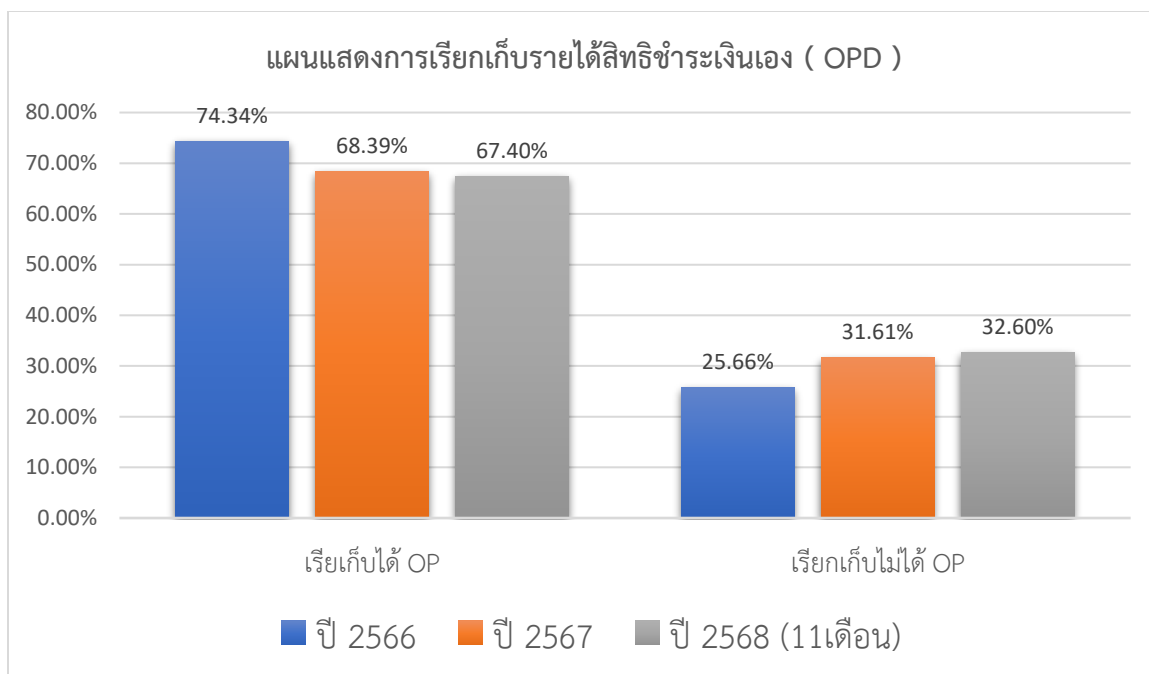
ความเสี่ยงสำคัญ

1. ผู้ป่วย 98% ไม่กลับมาชำระค่ารักษาพยาบาลเก่าในส่วนที่ค้างจ่าย
2. มีการแก้ไขข้อมูลยอดค่ารักษาพยาบาล (แก้ไขค่ารักษาพยาบาลย้อนหลัง) กรณีที่เป็นคนไข้ที่องค์กรให้ความช่วยเหลือและเรียกเก็บไปแล้ว มีการแก้ไขย้อนหลังซึ่งทำให้ขาดรายได้ที่โรงพยาบาลจะได้รับในส่วนนี้แต่ไม่สามารถเรียกเก็บเพิ่มเติมได้
3. กรณีดึงรายงานลูกหนี้ ข้อมูลดั้งซ้ำ ค่ารักษาไม่ตรงกับยอดที่เหลือ

ตัวชี้วัด (KPI) และผลลัพธ์ของกาดำเนินการ

➤ ข้อมูลเชิงปริมาณ



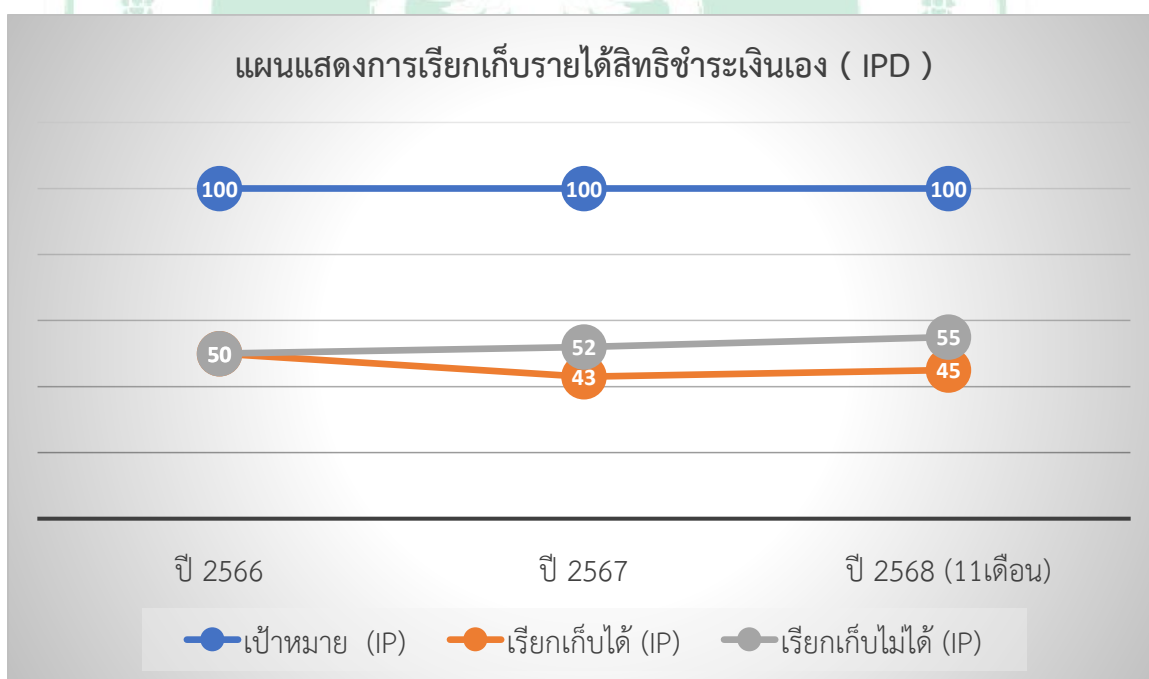
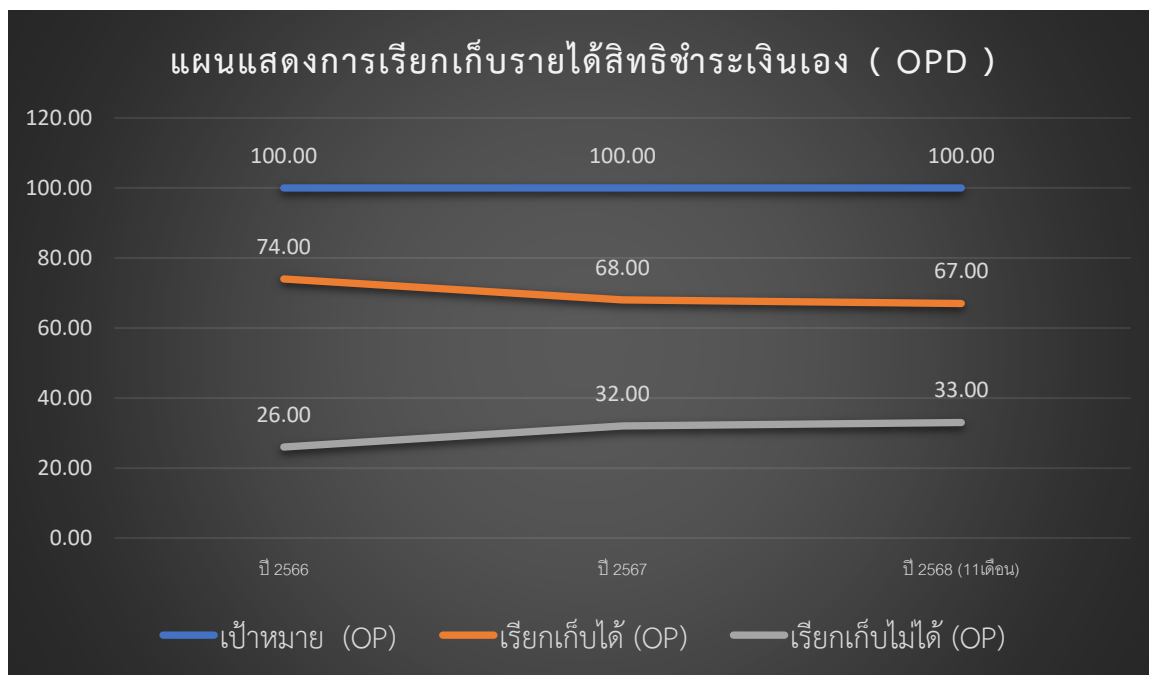


OP+IP	คำรักษาพยาบาล ต่างด้าวไร้สิทธิใด โรงพยาบาลพบพระ จ.ตาก OP								
	คำรักษาพยาบาล ต่างด้าวไร้สิทธิใด			จำนวนเงินที่ชำระ					
	จำนวนครั้ง OP+IP	คำรักษาพยาบาล ที่เรียกเก็บ	คนใช้ชำระเงินเอง	NGOตามจ่าย	M Fund	เบิกต้นสังกัด อื่น กองทุน /	อนุเคราะห์	เรียกเก็บไม่ได้	
2566	11,528	23,369,279	5,076,270	3,412,785	4,293,724	0	10,586,501	10,586,500	
2567	9,945	25,577,211	5,404,034	3,526,425	3,316,861	0	13,329,891	13,329,891	
2568 (11เดือน)	11,878	42,836,387	7,875,027	8,313,044	4,755,394	0	21,892,922	21,892,922	

OP	คำรักษาพยาบาล ต่างด้าวไร้สิทธิใด โรงพยาบาลพบพระ จ.ตาก OP								
	คำรักษาพยาบาล ต่างด้าวไร้สิทธิใด				จำนวนเงินที่ชำระ				
	จำนวนครั้ง OP	ค่า รักษาพยาบาลที่ เกิดขึ้นจริง	ค่า รักษาพยาบาลที่ เรียกเก็บ	คนใช้ชำระเงินเอง	NGOตามจ่าย	M Fund	เบิกต้นสังกัด อื่น กองทุน / พรบ.	อนุเคราะห์	เรียกเก็บไม่ได้
2566	10,312	6,349,142	6,349,142	3,413,144	340,051	460,058	0	2,135,889	2,135,889
2567	8,607	5,153,370	5,153,370	2,739,185	269,692	515,432	0	1,629,061	1,629,061
2568 (11เดือน)	10,288	7,428,782	7,428,782	3,946,163	575,693	484,687	0	2,422,239	2,422,239

IP	คำรักษาพยาบาล ต่างด้าวไร้สิทธิใด โรงพยาบาลพบพระ จ.ตาก IP									
	คำรักษาพยาบาล ต่างด้าวไร้สิทธิใด				จำนวนเงินที่ชำระ					
	จำนวนครั้ง IP	จำนวนวันนอน	SumAdjRW	คำรักษาพยาบาล ที่เรียกเก็บ	คนใช้ชำระเงินเอง	NGOตามจ่าย	M Fund	เบิกต้นสังกัด อื่น กองทุน / พรบ.	อนุเคราะห์	เรียกเก็บไม่ได้
2566	1,216	6,282	3,732	17,020,138	1,663,126	3,072,734	3,833,666	0	8,450,612	8,450,612
2567	1,338	3,899	3,139	20,423,841	2,664,849	3,256,733	2,801,429	0	11,700,830	11,700,830
2568 (11เดือน)	1,590	6,360	2,291	35,407,605	3,928,864	7,737,351	4,270,707	0	19,470,683	19,470,683

ข้อมูลเชิงคุณภาพ



โอกาสพัฒนา

1. เรียกเก็บลูกหนี้ได้ครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กำหนด
2. สามารถตามลูกหนี้ได้ครบถ้วน

ผลงานและรางวัลที่ภาคภูมิใจ

1. ประสานงานกับองค์กร NGO ได้อย่างราบรื่นและไม่มีอุปสรรคในการดำเนินงาน
2. สามารถจัดทำเอกสารเรียกเก็บได้ตรงเวลาและครบถ้วน

ผลการประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score ไตรมาส 4 ปี 2568



โรงพยาบาล	ผลการประเมินประสิทธิภาพ																			12Grade			
	1. ด้านการบริหาร		2. การบริหารสินทรัพย์หมุนเวียน (3 คะแนน)				3. ด้านการบริหารจัดการ (5 คะแนน)					4. ความสามารถในการทำกำไร (3 คะแนน)			5. วัสดุภาพคล่องทางการเงิน (2 คะแนน)		Total Performance Score						
	PlanFin	PlanFin	Average Payment Period ≤ 90 วัน หรือ ≤ 180 วัน	Average Collection Period สิทธิ UC ≤ 60 วัน	Average Collection Period CSMB ≤ 60 วัน	Inventory Management ≤ 60 วัน ยกเว้น รพ. พื้นที่เกาะ ≤ 90 วัน	2 คะแนน			3 คะแนน		Operating Margin	Return On Asset	EBITDA	Net Working Capital	Cash Ratio							
รพ.สมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช	1	1	1	0.5	0.5	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	9	C	
รพ.แม่สอด	0	0	1	0.5	0.5	1	1	0	0.5	0.5	0.5	0.5	1	1	0	1	0	1	1	1	1	11	B
รพ.บ้านตาก	1	1	1	0.5	0.5	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	12	A
รพ.สามเงา	1	1	0	0.5	0.5	1	1	1	0	0	0	0.5	1	0	0	1	1	0	0	0	0	9	C
รพ.แม่ระมาด	1	1	0	0.5	0.5	1	1	1	0.5	0.5	0	0.5	1	1	0	1	0	0	0	0	0	9	C
รพ.ท่าสองยาง	1	1	0	0.5	0	1	0	1	0	0	0	0.5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	6	F
รพ.พบพระ	0	1	1	0.5	0.5	1	1	0	0.5	0.5	0	0.5	1	1	1	1	0	1	1	1	0	12	A
รพ.อุ้มผาง	0	0	0	0.5	0	1	0	1	0.5	0.5	0.5	0.5	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4.5	F
รพ.วังเจ้า	1	0	1	0.5	0	1	0	1	0.5	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	12	A

เกณฑ์ประสิทธิภาพ จาก กศภ.

แหล่งที่มา // (moph.go.th) วันที่ 11 พฤศจิกายน 2568

สถานการณ์การเงินการคลัง หน่วยบริการ ณ เดือน ตุลาคม 2568



หน่วยบริการ	จำนวนเตียง	จำนวนประชากร UC	CR (> 1.5)	QR (> 1)	Cash (> 0.8)	NWC	NI	Liquid Index	Status Index	Survive Index	Risk Scoring	EBITDA	เงินบำรุงคงเหลือ	หนี้สินและการผูกพัน	เงินบำรุงคงเหลือ (หักหนี้แล้ว)
รพ.ตลิ่งชัน	364	74,089	1.53	1.26	0.72	136,358,843.63	48,619,549.77	1	0	0	1	59,358,096.75	185,546,537.65	-257,718,712.35	-72,172,174.70
รพ.แม่สอด	420	80,162	4.42	4.09	2.18	433,515,594.27	9,081,352.56	0	0	0	0	24,227,843.71	276,212,696.17	-149,374,192.3	149,374,192.28
รพ.บ้านตาก	60	32,021	1.98	1.81	0.93	17,365,847.45	8,921,528.26	0	0	0	0	9,939,473.55	16,422,643.59	-17,757,700.61	-1,335,057.02
รพ.สามเงา	30	23,358	0.90	0.84	0.58	-2,471,398.16	1,687,410.24	3	1	0	4	2,325,289.99	13,840,011.56	-23,915,086.15	-10,075,074.59
รพ.แม่ระมาด	120	40,208	1.13	1.04	0.70	7,395,714.34	13,039,307.75	2	0	0	2	15,753,186.72	38,460,537.80	-55,637,100.42	-17,176,562.62
รพ.ท่าสองยาง	100	63,286	1.35	1.22	0.96	19,835,203.97	22,286,343.71	1	0	0	1	25,713,419.38	54,907,320.79	-57,296,943.18	-2,389,622.39
รพ.พบพระ	100	50,540	2.44	2.20	0.89	70,163,398.02	17,769,476.43	0	0	0	0	20,213,426.75	43,308,920.97	-48,905,517.36	-5,596,596.39
รพ.อุ้มผาง	83	27,939	1.29	1.09	0.50	10,754,741.59	11,401,637.35	2	0	0	2	14,567,151.45	18,628,917.24	-37,494,476.65	-18,865,559.41
รพ.วังเจ้า	30	25,765	3.34	3.09	2.03	24,472,903.74	8,633,333.06	0	0	0	0	9,824,863.10	21,165,388.04	-11,034,158.50	10,131,229.54

ที่มา : ระดับวิกฤตทางการเงิน ด่วนไหลตจาก <http://info.moph.go.th>, กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ ณ วันที่ 11 พฤศจิกายน 2568 เวลา 10.20 น.

ฝ่ายงานเวชระเบียน

บริบท

จัดทำเวชระเบียนและให้บริการเกี่ยวกับเวชระเบียนของผู้รับบริการที่มาตรวจรักษาภายในโรงพยาบาลทั้งผู้ป่วยนอก (OPD Card) และผู้ป่วยใน (Chart) ตลอดจนการจัดเก็บ ซ่อมแซม นำออก รวบรวม และการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์

บทบาทหน้าที่

1. จัดทำประวัติเวชระเบียนของผู้รับบริการ
2. ตรวจสอบสิทธิการรักษาเบื้องต้น
3. ลงบันทึกประวัติข้อมูลผู้ป่วยทั่วไปลงในโปรแกรม hospital OS
4. ส่งผู้มารับบริการตามแผนกต่างๆ
5. ค้นหา, จัดเก็บ, ให้ยืม CHART IPD ให้กับทุกหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล
6. ให้รหัสโรค ICD 10 , ICD 9 TM
7. ระบบจัดเก็บ EKG

ประเด็นคุณภาพ

1. ให้บริการเวชระเบียนที่ถูกต้อง ครบถ้วน รวดเร็วไม่สูญหาย
2. ให้รหัสโรคและรหัสเหตุการณ์ที่ได้มาตรฐานอย่างถูกต้อง ครบถ้วน
3. การรักษาความลับของผู้ป่วย
4. มีระบบการยืมและคืนเวชระเบียนผู้ป่วยผู้ป่วยใน
5. พฤติกรรมบริการที่ดีของเจ้าหน้าที่ เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง
6. จัดทำรายงาน และข้อมูลสารสนเทศทางการแพทย์ได้ถูกต้อง ครบถ้วน เชื่อถือได้
7. จัดส่งรายงานทันตามกำหนดเวลา

เป้าหมายมุ่งเน้น

1. งานเวชระเบียนสามารถบริการงานผู้ป่วยนอกได้ตลอด 24 ชั่วโมง
2. ผู้มารับบริการมีความพึงพอใจโดยไม่มีข้อร้องเรียนเกี่ยวกับงานบริการและพฤติกรรมบริการ
3. ข้อมูลถูกต้อง ทันสมัยและสามารถรายงานได้ตามเวลาที่กำหนด ตลอดจนมีการตรวจสอบโดยคณะทำงานเวชระเบียนตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนได้
4. มีสถานที่รองรับการเก็บประวัติผู้มารับบริการเพียงพอตามนโยบายของผู้บริหารในการจัดเก็บ

ความเสี่ยงสำคัญ 5 อันดับแรก

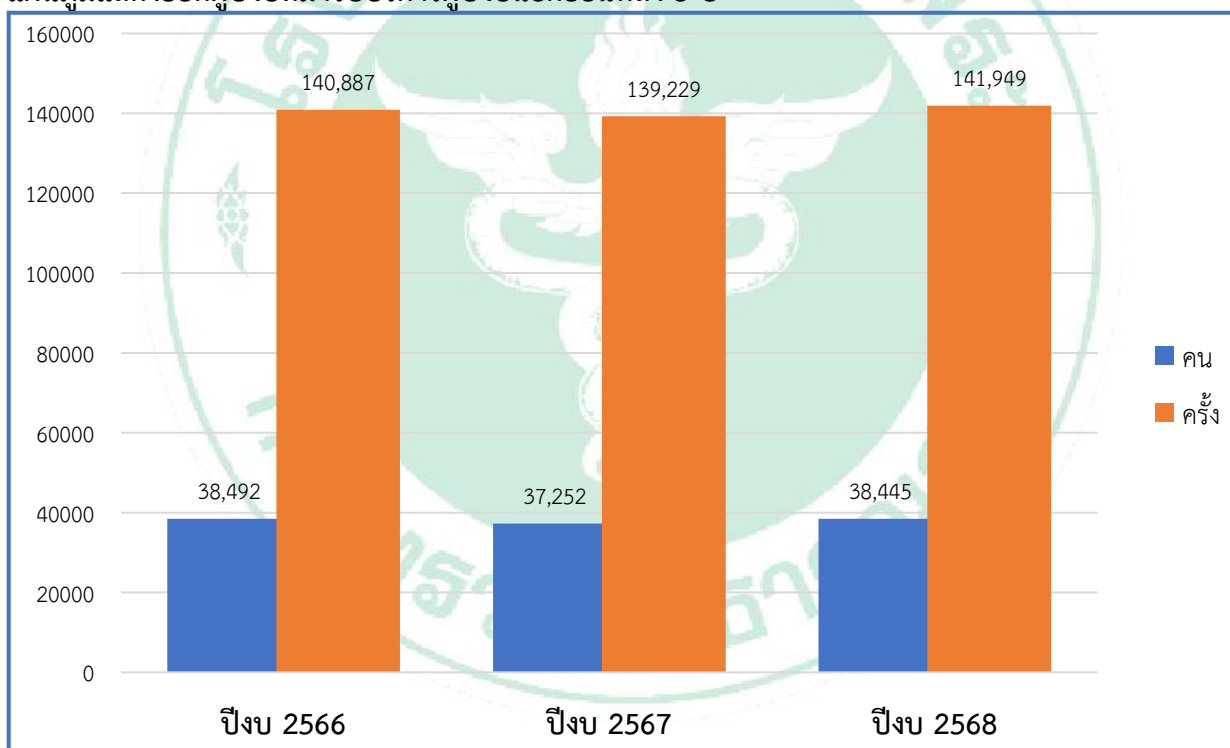
1. การบันทึกข้อมูลเวชระเบียนไม่ครบถ้วน
2. การระบุตัวตนผู้ป่วยผิดพลาด การใช้ชื่อผู้ป่วย(ตัวเอง)เป็นญาติใน Hos หรือส่งการรับบริการของผู้มารับบริการผิดคน
3. ส่งสิทธิการรักษาผู้รับบริการไม่ถูกต้อง

ตัวชี้วัด (KPI) และผลลัพธ์ของการดำเนินการ

เครื่องชี้วัดหลัก	เป้าหมาย	ปี2566	ปี2567	ปี2568
1. อัตราลงทะเบียนรับเวชระเบียนผู้ป่วยใน	100%	NA	100%	100%
2. ระยะเวลาการรอคอยการจัดทำเวชระเบียน	< 5 นาที	3	3	3
3. จำนวนการสูญหายของเวชระเบียนผู้ป่วยใน	0	0	0	0
4. ร้อยละระดับความพึงพอใจของผู้มารับบริการ	> 80%	NA	90%	NA
5. ร้อยละระดับความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ในรพ. ที่มารับบริการ	>80%	NA	90%	NA

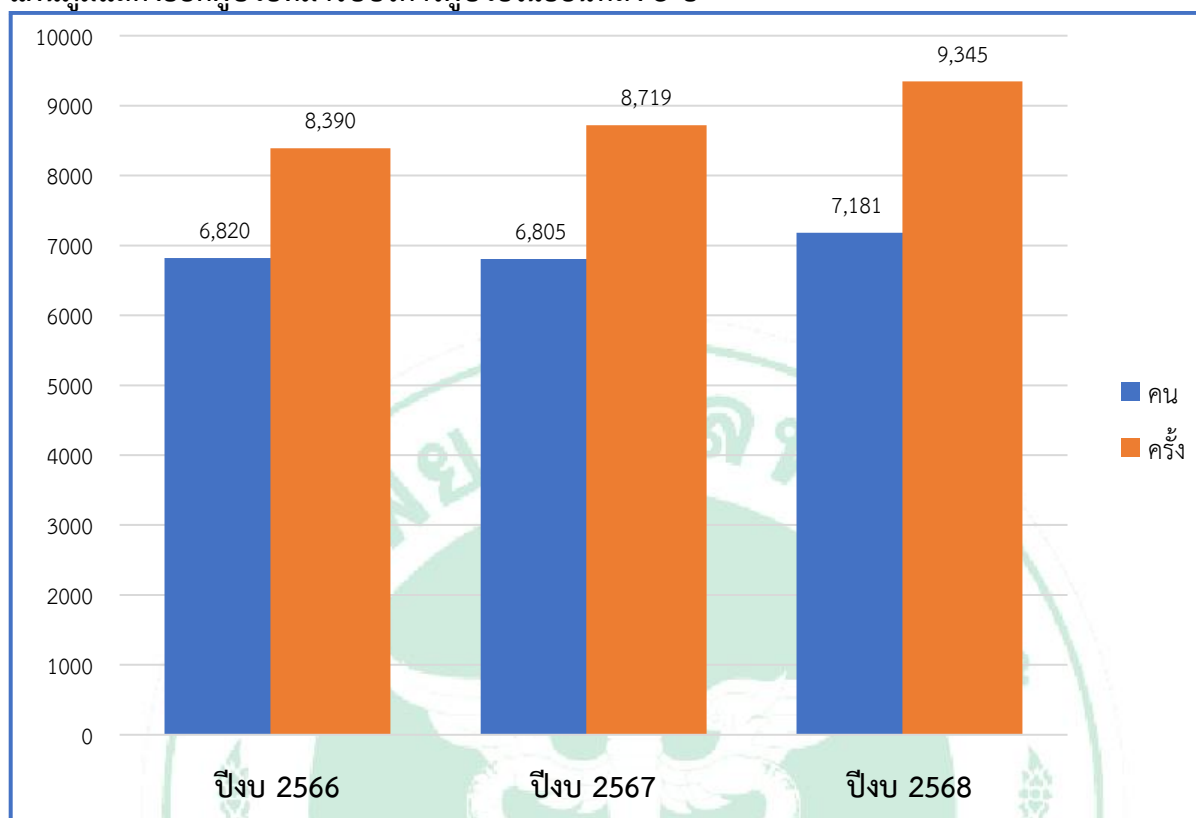
● ข้อมูลเชิงปริมาณ

แผนภูมิแสดงยอดผู้ป่วยที่มารับบริการผู้ป่วยนอกย้อนหลัง 3 ปี



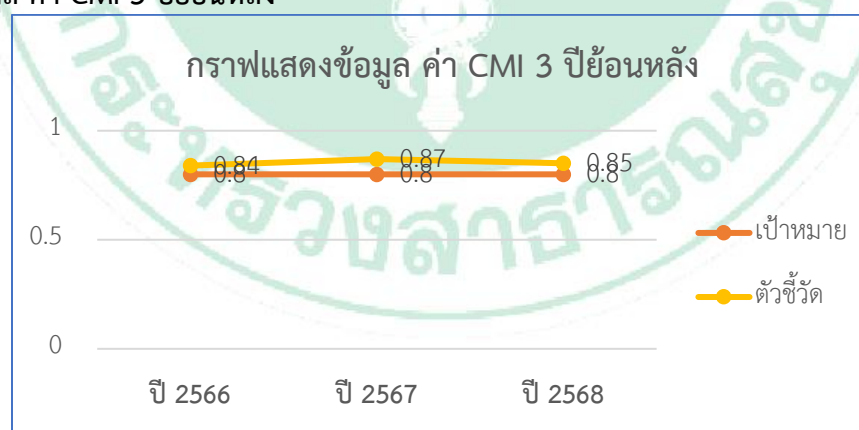
ยอดผู้มารับบริการโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าในปีงบประมาณ 2568 จำนวน 38,445 คน
141,949 ครั้ง เฉลี่ยยอดผู้มารับบริการวันละ 388 ราย/วัน

แผนภูมิแสดงยอดผู้ป่วยที่มารับบริการผู้ป่วยในย้อนหลัง 3 ปี



● ข้อมูลเชิงคุณภาพ

กราฟแสดงข้อมูล ค่า CMI 3 ปีย้อนหลัง



ค่า CMI ของโรงพยาบาลพพระ 3 ปีย้อนหลัง มีค่าสูงกว่าค่าเป้าหมาย CMI > 0.8 ทุกปี และสร้างรายได้ให้กับโรงพยาบาลพพระเพิ่มขึ้น

ผลการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยในสิทธิหลักประกันสุขภาพ(IP-UC) ปีงบประมาณ 2568

1.เวชระเบียนที่ถูกตรวจสอบ รอบที่ 1 จำนวน 287 ฉบับ

- พบความผิดพลาด 43 ฉบับ
- อุทธรณ์ 24 Chart
- Adj.RW ที่เพิ่มขึ้นหลังตรวจ 14 Chart
- ค่า Adj. RW ลดลงหลังตรวจ 33 Chart

การเปลี่ยนแปลงค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ในภาพรวม

- ค่า Adj. RW รวมก่อนการตรวจสอบเวชระเบียน	224.4334			
- ค่า Adj. RW รวมหลังการตรวจสอบเวชระเบียน	211.4485			
- ค่า Adj. RW หลังการตรวจสอบเวชระเบียนเพิ่มขึ้น	14	ราย	4.3847	RW
- ค่า Adj. RW หลังการตรวจสอบเวชระเบียนลดลง	33	ราย	16.8035	RW
- ค่า Adj. RW ผลรวมการเปลี่ยนแปลงหลังการตรวจสอบเวชระเบียน	-12.9849			

2.เวชระเบียนที่ถูกตรวจสอบ รอบที่ 2 จำนวน 32 ฉบับ

- พบความผิดพลาด 4 ฉบับ
- อุทธรณ์ 3 Chart
- ค่า Adj. RW ลดลงหลังตรวจ 4 Chart

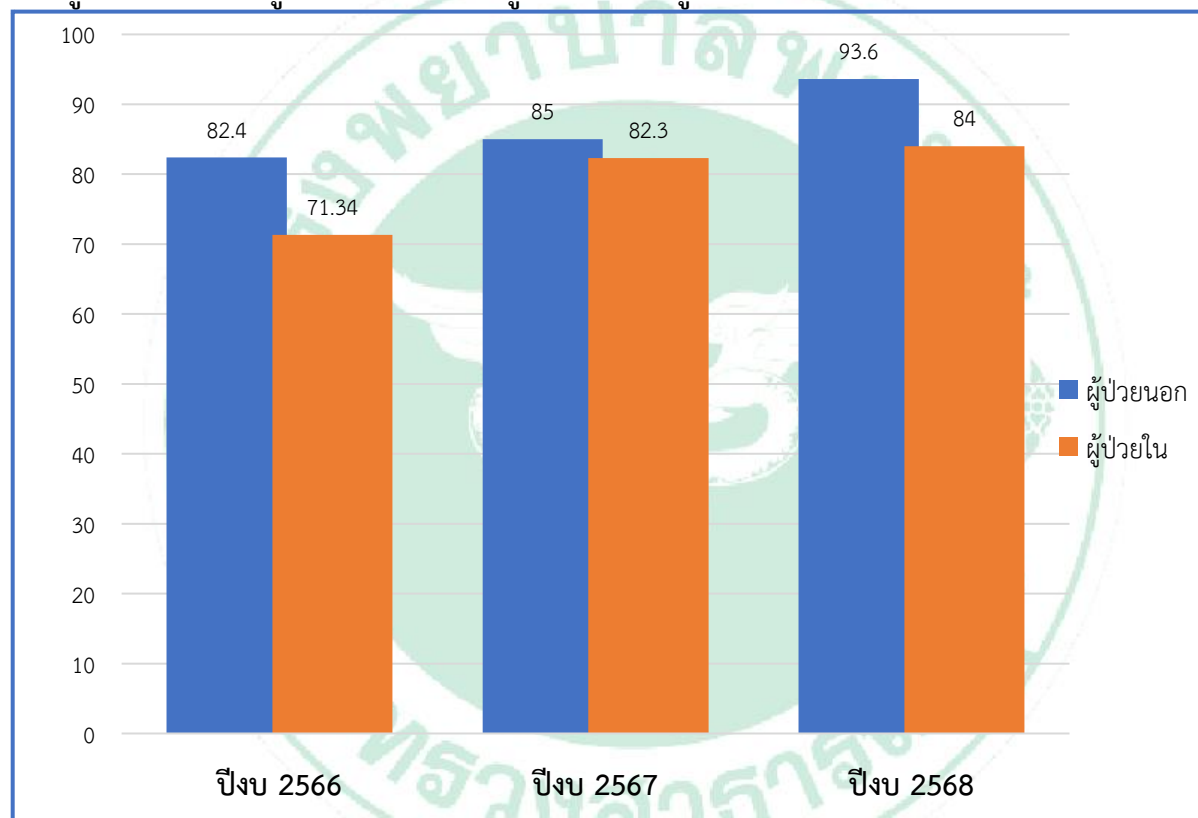
การเปลี่ยนแปลงค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ในภาพรวม

- ค่า Adj. RW รวมก่อนการตรวจสอบเวชระเบียน	29.7486			
- ค่า Adj. RW รวมหลังการตรวจสอบเวชระเบียน	25.5313			
- ค่า Adj. RW หลังการตรวจสอบเวชระเบียนเพิ่มขึ้น	0	ราย	0.0000	RW
- ค่า Adj. RW หลังการตรวจสอบเวชระเบียนลดลง	4	ราย	4.2173	RW
- ค่า Adj. RW ผลรวมการเปลี่ยนแปลงหลังการตรวจสอบเวชระเบียน	-4.2173			

ความผิดพลาดที่มีผลต่อค่า Adj.RW

1. ไม่พบการบันทึกของแพทย์ที่มีการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหรือภาวะ หรือการบันทึกที่ทำห้ผลการนั้นๆ
2. ถูกเปลี่ยนการวินิจฉัย จากการวินิจฉัยของแพทย์ที่วินิจฉัยลงตอนแรกถูกเปลี่ยนการวินิจฉัยเป็นอีกโรค เนื่องจากไม่เข้าตามเกณฑ์หรือตามกฎการวินิจฉัยโรค
3. ถูกตัดการวินิจฉัยของโรคหรือห้ผลการออก เนื่องจากไม่พบการบันทึกของแพทย์หรือไม่เข้าตามเกณฑ์หรือตามกฎการวินิจฉัยโรค
4. ได้มีการเพิ่มการวินิจฉัยของโรคที่มีการรักษาและแพทย์บันทึกข้อมูลไว้ในเวชระเบียน

แผนภูมิแสดงความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในย้อนหลัง 3 ปี



อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในมีแนวโน้มที่ดีขึ้น แต่พบว่ายังมีส่วนขาดในเรื่องของการบันทึกข้อมูลติดต่อของญาติ ที่อยู่ หรือเบอร์โทร และข้อมูลการแพ้ยา การบันทึก CC/ PI เช่น ประวัติการรักษาที่ผ่านมา การเจ็บป่วยในอดีต/ การเจ็บป่วยในครอบครัวในกรณีที่เป็นโรคเรื้อรัง ประวัติการใช้สารเสพติด การบันทึกห้ผลการ และ/หรือค่าใช้จ่ายในคอมพิวเตอร์ไม่ครบ การรายงานผลการตรวจพิเศษ หรือห้ผลการที่ทำผลตรวจร่างกายดู เคาะ คลำ ฟัง ที่สอดคล้องกับการซักประวัติ และการวินิจฉัยโรค และการบันทึกความก้าวหน้าของการรักษาของแพทย์ คำแนะนำเกี่ยวกับโรค/ การสังเกตอาการ ซึ่งต้องมีการทบทวนเน้นย้ำการปฏิบัติตามข้อตกลงต่อไป

โอกาสพัฒนา

1. จัดทำข้อมูลในเวชระเบียนของผู้ป่วยถูกต้อง สมบูรณ์และเป็นปัจจุบัน โดยมีการอบรมผู้ปฏิบัติงานลงข้อมูลให้ถูกต้องและครบถ้วนสมบูรณ์
2. การตรวจสอบข้อมูลก่อนการทำเวชระเบียนผู้ป่วยใหม่ เพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อน
3. การตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยในหน้าข้อมูล โปรแกรม Hospital-OS ครบถ้วนถูกต้องและเป็นปัจจุบัน กรณีผู้รับบริการที่มีประวัติเดิม การเช็คสิทธิผู้ป่วยในหน้าโปรแกรม Hospital-OS เพื่อให้เป็นปัจจุบัน
4. การปรับปรุงแบบบันทึกประวัติทางการแพทย์หรือ Visit slip ให้ตรงตามมาตรฐานสามารถดูข้อมูลได้สะดวกและง่ายต่อการนำไปใช้ข้อมูลและการตรวจสอบเวชระเบียน

ผลงานและรางวัลที่ภาคภูมิใจ

ค่า CMI ของโรงพยาบาลพพระ มีค่าสูงกว่าค่าเป้าหมาย CMI >0.8 ในช่วง 3 ปีซ้อนหลัง



กลุ่มงานสุขภาพดิจิทัล

บริบท

การบริหารจัดการ สนับสนุน และพัฒนาระบบสารสนเทศ (เช่น ระบบ HIS) เพื่อสนับสนุนการทำงานของโรงพยาบาลทุกด้าน ทั้งงานบริการผู้ป่วย งานบริหาร งานวิจัย และงานพัฒนาคุณภาพ โดยเน้นที่การดูแลระบบให้พร้อมใช้งานตลอด 24 ชั่วโมง การรักษาความปลอดภัยและความเป็นส่วนตัวของข้อมูล การให้บริการที่ถูกต้อง รวดเร็ว และการนำข้อมูลไปใช้ประกอบการตัดสินใจเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยและบริหารองค์กร ให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชนชายแดน

ประเด็นคุณภาพ / เป้าหมายมุ่งเน้น

1. การบริหารจัดการโครงสร้างพื้นฐานด้านไอที (IT Infrastructure Management)
 - 1.1 ดูแลคอมพิวเตอร์ อุปกรณ์ฮาร์ดแวร์ และระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ให้มีความเสถียร ปลอดภัย และพร้อมใช้งาน
 - 1.2 รับผิดชอบด้านความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์ (Cyber Security) ของข้อมูลผู้ป่วยและระบบ HIS ของโรงพยาบาล
2. การพัฒนาระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (Hospital Information Systems - HIS)
 - 2.1 ดูแลระบบหลักต่างๆ เช่น ระบบบันทึกข้อมูลการรับบริการ (HIS) ระบบบริหารจัดการโรงพยาบาล (Hos-Office) ระบบห้องปฏิบัติการ (LIS) ระบบภาพทางการแพทย์ (PACS)
 - 2.2 ให้คำปรึกษาและร่วมออกแบบรายงาน หรือแก้ไขปัญหาการใช้งานระบบงานต่างๆ แก่บุคลากรในโรงพยาบาล
3. การนำนวัตกรรมดิจิทัลมาใช้ในการบริการ (Digital Innovation in Services)
 - 3.1 พัฒนาระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) และการติดตามสุขภาพผ่านแอปพลิเคชัน เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยและลดปัญหาการเดินทาง
 - 3.2 พัฒนาระบบไร้กระดาษ (Paperless) เช่น IPD/OPD paperless เพื่อลดการใช้กระดาษและเพิ่มความรวดเร็วในการเข้าถึงข้อมูล
 - 3.3 ใช้ระบบ Barcode หรือ QR code ในการยืนยันตัวตนผู้ป่วยก่อนบริหารยาหรือทำหัตถการ
4. การสนับสนุนและพัฒนาบุคลากร (Support and Development)
 - 4.1 ให้คำปรึกษาและช่วยเหลือด้านสารสนเทศแก่บุคลากรทุกคน
 - 4.2 จัดอบรมและพัฒนาทักษะด้านดิจิทัล (Digital Literacy/Skills) ให้แก่พยาบาล แพทย์ และเจ้าหน้าที่อื่นๆ

ตัวชี้วัด (KPI) และผลลัพธ์ของการดำเนินการ

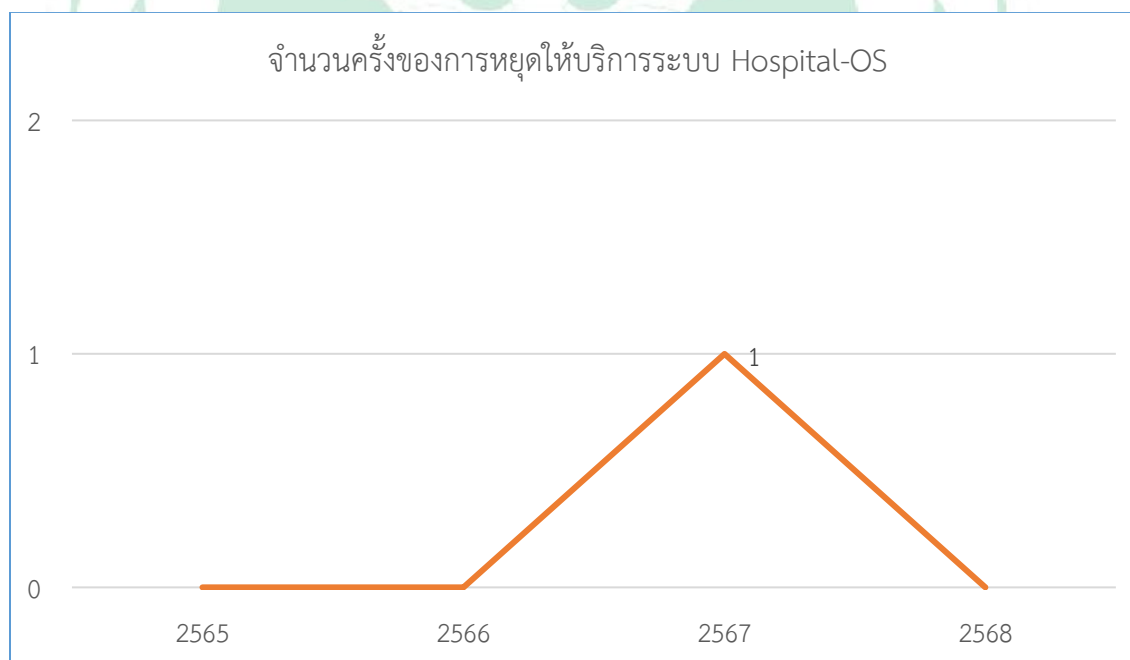
ตารางที่ 1 ตัวชี้วัด (KPI) และผลลัพธ์ของการดำเนินการ ของกลุ่มงานสุขภาพดิจิทัล

ลำดับ	ตัวชี้วัด (KPI)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน			
			2565	2566	2567	2568
1	จำนวนครั้งของการหยุดให้บริการระบบ Hospital-OS	< 2 ครั้งต่อปี	0	0	1	0
2	อัตราความครอบคลุมของการพัฒนาระบบจัดเก็บข้อมูล 43 แฟ้ม	> 95%	77%	81%	90%	95%
3	อัตราการทำงานตามมาตรฐาน HAIT	> 80%	40%	60%	76%	85%

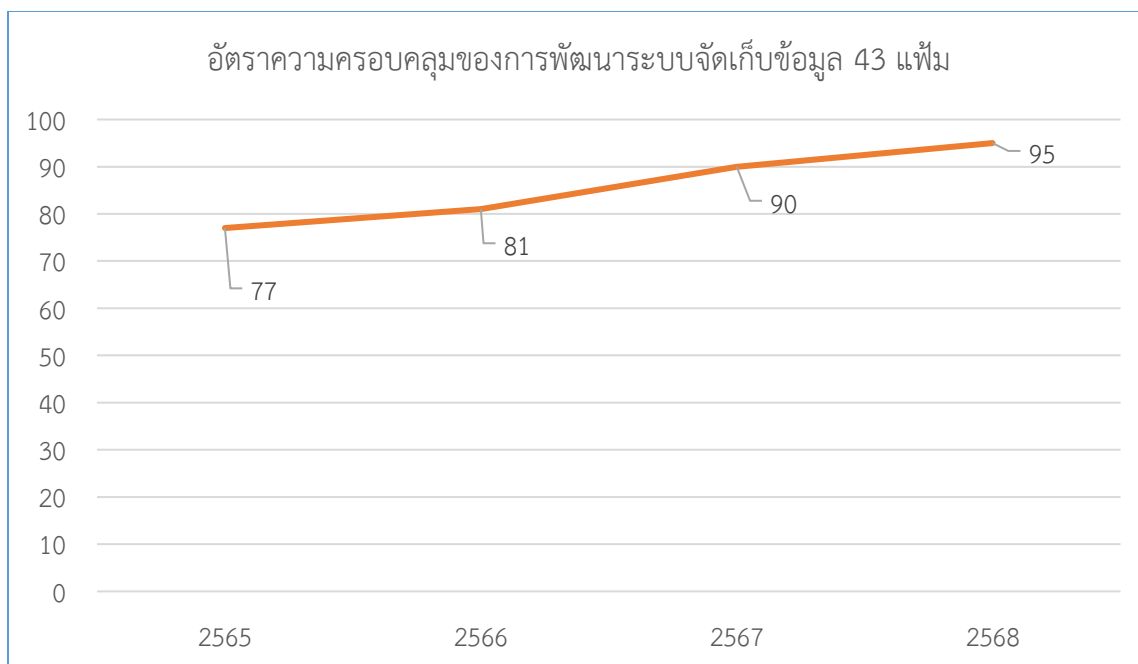
หมายเหตุ อัตราการทำงานตามมาตรฐาน HAIT กระทรวงฯ เริ่มประกาศเป็น KPI ปีงบประมาณ 2567 ข้อมูลได้มาจากการประเมินตัวเองด้านสารสนเทศย้อนหลังตามบริบทความพร้อมของโรงพยาบาล

แผนและผลการดำเนินงานในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา

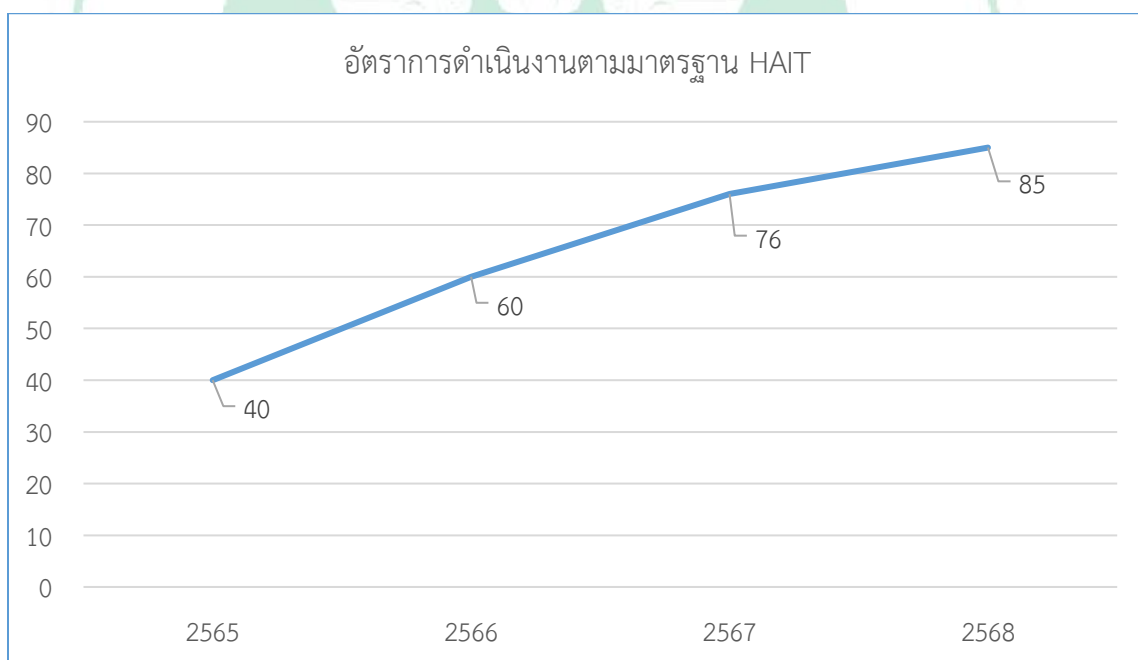
- ข้อมูลเชิงปริมาณ



รูปที่ 1 แผนภูมิแสดงจำนวนครั้งของการหยุดให้บริการระบบ Hospital-OS



รูปที่ 2 แผนภูมิแสดงอัตราความครอบคลุมของการพัฒนาระบบจัดเก็บข้อมูล 43 แห่ง



รูปที่ 3 แผนภูมิแสดงอัตราการดำเนินงานตามมาตรฐาน HAIT

ความเสี่ยงสำคัญ

1. ความเสี่ยงด้านความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ (Cybersecurity Risks)

- การโจมตีด้วยมัลแวร์เรียกค่าไถ่ (Ransomware Attacks) แยกเกอร์เข้ารหัสข้อมูลผู้ป่วยและระบบทั้งหมด ทำให้โรงพยาบาลไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลเพื่อรักษาผู้ป่วยได้ และมักเรียกค่าไถ่จำนวนมหาศาล ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อชีวิตผู้ป่วยได้
- การละเมิดข้อมูล (Data Breaches) และการรั่วไหลของข้อมูลส่วนบุคคล (Data Privacy): ข้อมูลสุขภาพเป็นข้อมูลที่ละเอียดอ่อนและมีมูลค่าสูง ทำให้โรงพยาบาลตกเป็นเป้าหมายหลักของการโจรกรรมข้อมูลส่วนตัว (Personal Data) และประวัติการรักษา ซึ่งนำไปสู่การฟ้องร้อง ความเสียหายต่อชื่อเสียง และการไม่เชื่อมั่นจากประชาชน
- การโจมตีแบบฟิชชิ่ง (Phishing Attacks): เป็นวิธีการหลอกล่อให้บุคลากรทางการแพทย์เปิดเผยข้อมูลหรือคลิกลิงก์อันตราย ซึ่งเป็นช่องทางหลักที่ทำให้มัลแวร์เข้าสู่ระบบโรงพยาบาล

2. ความเสี่ยงด้านการดำเนินงานและระบบล้ม (Operational & System Failure Risks)

- ระบบล้มหรือหยุดชะงัก (System Downtime): การที่ระบบสารสนเทศหลัก เช่น ระบบ HIS และ ระบบห้องปฏิบัติการ (LIS) ล่ม อาจทำให้การวินิจฉัยและการรักษาล่าช้าหรือหยุดชะงัก ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยตรง
- การพึ่งพาระบบเก่า (Legacy Systems): โรงพยาบาลหลายแห่งยังคงใช้ระบบสารสนเทศเก่าที่ไม่สามารถทำงานร่วมกับเทคโนโลยีใหม่ๆ ได้ (Interoperability Issues) ทำให้เกิดข้อมูลแยกส่วน (Data Silos) การทำงานไม่มีประสิทธิภาพ และมีความเสี่ยงที่จะเกิดข้อผิดพลาดในการรับส่งข้อมูล
- ข้อผิดพลาดจากมนุษย์ (Human Error): การที่บุคลากรใช้งานระบบผิดพลาดโดยไม่ได้ตั้งใจ เช่น การสำรองข้อมูลผิดพลาด การใช้รหัสผ่านที่คาดเดาได้ง่าย หรือการทำอุปกรณ์พกพาที่มีข้อมูลสำคัญสูญหาย ล้วนเป็นความเสี่ยงที่เกิดขึ้นได้

3. ความเสี่ยงด้านการปฏิบัติตามกฎระเบียบ (Regulatory and Compliance Risks)

- การไม่ปฏิบัติตาม พ.ร.บ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA) และกฎหมายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง: หน่วยงานดิจิทัลต้องมั่นใจว่าการจัดเก็บ ประมวลผล และใช้งานข้อมูลผู้ป่วยเป็นไปตามกรอบกฎหมายอย่างเคร่งครัด หากไม่ปฏิบัติตามอาจมีโทษปรับและบทลงโทษทางกฎหมายอื่นๆ
- ขาดมาตรฐานที่ชัดเจน: การนำเทคโนโลยีดิจิทัลใหม่ๆ มาใช้โดยไม่มีมาตรฐานการกำกับดูแลที่เพียงพอ เช่น การใช้ AI ในการวินิจฉัยโรค อาจมีความเสี่ยงเรื่องความโปร่งใสและความรับผิดชอบหากเกิดข้อผิดพลาด

4. ความเสี่ยงด้านบุคลากรและการยอมรับ (Personnel and Adoption Risks)

- การขาดแคลนผู้เชี่ยวชาญด้านไอทีและไซเบอร์ซีเคียวริตี้: การสรรหาและรักษาบุคลากรไอทีที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านในโรงพยาบาลเป็นเรื่องยากและมีค่าใช้จ่ายสูง
- การต่อต้านการเปลี่ยนแปลงจากผู้ใช้งาน (Resistance to Change): บุคลากรทางการแพทย์อาจไม่คุ้นเคยหรือไม่ยอมรับระบบใหม่ ทำให้การใช้งานไม่เต็มประสิทธิภาพ หรือต้องใช้เวลาในการเรียนรู้ระบบใหม่ๆ เพิ่มภาระงานในช่วงแรก

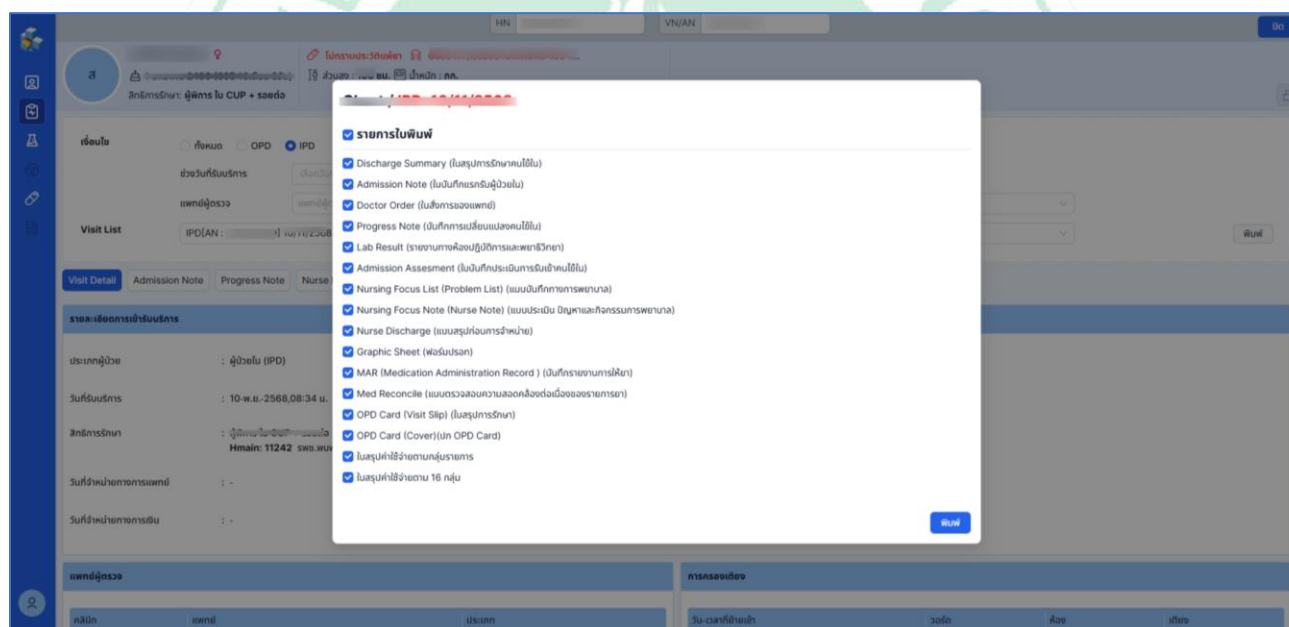
- ช่องว่างทางดิจิทัล (Digital Exclusion): การนำเทคโนโลยีมาใช้โดยไม่คำนึงถึงผู้ป่วยบางกลุ่ม เช่น ผู้สูงอายุ หรือผู้ที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงเทคโนโลยี อาจทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการรับบริการสุขภาพ

โอกาสพัฒนา

พัฒนาระบบ Hospital IPD Paperless เต็มรูปแบบ

- พัฒนาในส่วนที่เป็นความต้องการเพิ่มเติม เช่น ส่วนแสดงผลจากฟอร์มปรอท ส่วนติดต่อกับผู้ใช้งาน (UX/UI) วิธีการแนบไฟล์เพิ่มเข้าในระบบ ส่วนของการบันทึกข้อมูลการผ่าตัด (OR Paperless) เป็นต้น เพื่อลดการทำงานซ้ำซ้อน ลดความผิดพลาด ลดการใช้ทรัพยากรสิ้นเปลือง สามารถบันทึกข้อมูลการให้บริการได้ครบถ้วน และเป็นประโยชน์ต่อกระบวนการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนในขั้นต่อไป

ตัวอย่างเรียกดูรายการใบพิมพ์ เอกสารชุดผู้ป่วยใน



รูปที่ 4 เมนูเรียกดูใบพิมพ์ต่าง ๆ ในระบบ Hospital IPD

การดำเนินงานตามมาตรฐาน HAIT เพื่อพัฒนางานสารสนเทศให้มีประสิทธิภาพ

- พัฒนางานสารสนเทศให้มีประสิทธิภาพโดยใช้เกณฑ์ 7 ด้านของ HAIT (Hospital Accreditation Information Technology) เพื่อยกระดับคุณภาพระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลให้ได้มาตรฐานสากล โดยมีแนวทางคือ การวางแผนโครงสร้างและบทบาทของบุคลากร, การจัดการด้านเทคโนโลยีและเครือข่าย, การพัฒนาบุคลากรให้มีทักษะ, การปรับปรุงกระบวนการทำงาน เช่น การใช้ Service Desk และ SLA, การควบคุมคุณภาพข้อมูลและรักษาความปลอดภัย, การวัดผลการปฏิบัติงาน, และการบริหารจัดการข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ จนนำไปสู่การรับรองมาตรฐานเทคโนโลยีสารสนเทศให้มีมาตรฐานตามบริบทของโรงพยาบาลชุมชน

ผลงานและรางวัลที่ภาคภูมิใจ

- ได้รับโล่เกียรติคุณ ผ่านเกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะ ระดับเพชร



รูปที่ 5 โล่เกียรติคุณ ผ่านเกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะ ระดับเพชร

กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาและระบบงานบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลพพระ

บริบท/บทบาทหน้าที่

กระตุ้นการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และทำให้ รพ.พพระได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เป็นหน่วยงานที่ตั้งขึ้นเพื่อสนับสนุนกระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ควบคู่กับกระบวนการเรียนรู้ในองค์กร โดยที่เน้นให้ทุกคนเกิดความตระหนักในคุณค่าของงาน และพัฒนางานให้มีคุณภาพอย่างมีความสุข จนเกิดเป็นวัฒนธรรมองค์กร ทั้งวัฒนธรรมการเรียนรู้ และวัฒนธรรมคุณภาพ สามารถชี้นำและผลักดันองค์กรไปสู่กระบวนการการพัฒนาคุณภาพที่ยั่งยืน

1. **มาตรฐานของโรงพยาบาล** มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ มาตรฐานระบบบริการสุขภาพมาตรฐาน GREEN & CLEANมาตรฐานอาชีวอนามัย
2. **งานสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์** มาตรฐานงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ตามมาตรฐาน ศบส. ด้านที่ 8 ประชาสัมพันธ์เสียงตามสายและผ่านช่องทางต่างๆของรพ. แอดมินเพจงานสุขศึกษา โรงพยาบาลพพระ
3. **แผนงาน/โครงการ** แผนงาน/โครงการที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานที่รับผิดชอบ
4. **งานบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล** รวบรวมงานบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล จัดข้อมูลสรุปความเสี่ยงประจำเดือนติดตามให้เป็นไปตาม KPI ของ RM เลขางานบริหารความเสี่ยง
5. **ตรวจสอบสุขภาพประจำปีเจ้าหน้าที่** ตรวจสอบสุขภาพประจำปีเจ้าหน้าที่รายงานข้อมูลการตรวจสอบสุขภาพทุกๆไตรมาส
6. **งานสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยในรพ.** จัดทำข้อมูลให้เป็นไปตามมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง เช่น มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ และมาตรฐานอาชีวอนามัยในโรงพยาบาล จัดประชุมงาน ENV

ประเด็นคุณภาพ / เป้าหมายมุ่งเน้น

ส่งเสริม สนับสนุน ประสานงาน ด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล แก่ทุกหน่วยงานให้มีขบวนการพัฒนาคุณภาพ ตามมาตรฐานการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล อย่างครบถ้วน ถูกต้อง และสร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับผลงาน

ความเสี่ยงสำคัญ

1. **ความเสี่ยงด้านการไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล (HA / RM / ENV)** เนื่องจากฝ่ายมีบทบาทหลักในการขับเคลื่อนคุณภาพ หากเกิดความล่าช้าหรือขาดความพร้อมของข้อมูลหลักฐาน (Evidence-based) อาจส่งผลให้ไม่ผ่านเกณฑ์การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตามรอบประเมิน
2. **ความเสี่ยงด้านข้อมูลคุณภาพไม่ครบถ้วนหรือไม่ถูกต้อง** ข้อมูลจากหลายหน่วยงานที่นำมารวบรวมเพื่อสรุปรายงานหรือใช้ประเมินคุณภาพ หากไม่มีระบบตรวจสอบอาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อน และส่งผลต่อการวิเคราะห์ความเสี่ยง / การวางแผนพัฒนา
3. **ความเสี่ยงด้านการสื่อสารและการประสานงาน** การสื่อสารระหว่างฝ่ายงานภายในโรงพยาบาลเกี่ยวกับมาตรฐานหรือผลการประเมินคุณภาพอาจไม่ทั่วถึง ทำให้หน่วยงานบางส่วนไม่เข้าใจแนวทางพัฒนาอย่างถูกต้อง

4. ความเสี่ยงจากการขาดความต่อเนื่องของแผนพัฒนาและการเรียนรู้ในองค์กร หากขาดกลไกติดตามผลการพัฒนา หรือบุคลากรผู้รับผิดชอบมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย จะกระทบต่อความต่อเนื่องของงานวิจัยและคุณภาพ

5. ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย เช่น การจัดการของเสีย, ระบบบำบัดน้ำเสีย, ความปลอดภัยในการทำงานของเจ้าหน้าที่ หากไม่เป็นไปตามมาตรฐานอาชีวอนามัยและ ENV อาจเกิดอุบัติเหตุหรือผลกระทบต่อสุขภาพบุคลากร

6. ความเสี่ยงจากการไม่บรรลุ KPI ด้านบริหารความเสี่ยง (RM) เช่น การติดตามอุบัติการณ์ไม่ครบถ้วน หรือการวิเคราะห์สาเหตุราก (RCA) ล่าช้า ซึ่งอาจทำให้โรงพยาบาลไม่สามารถลดเหตุซ้ำได้ตามเป้าหมาย

โอกาสพัฒนา

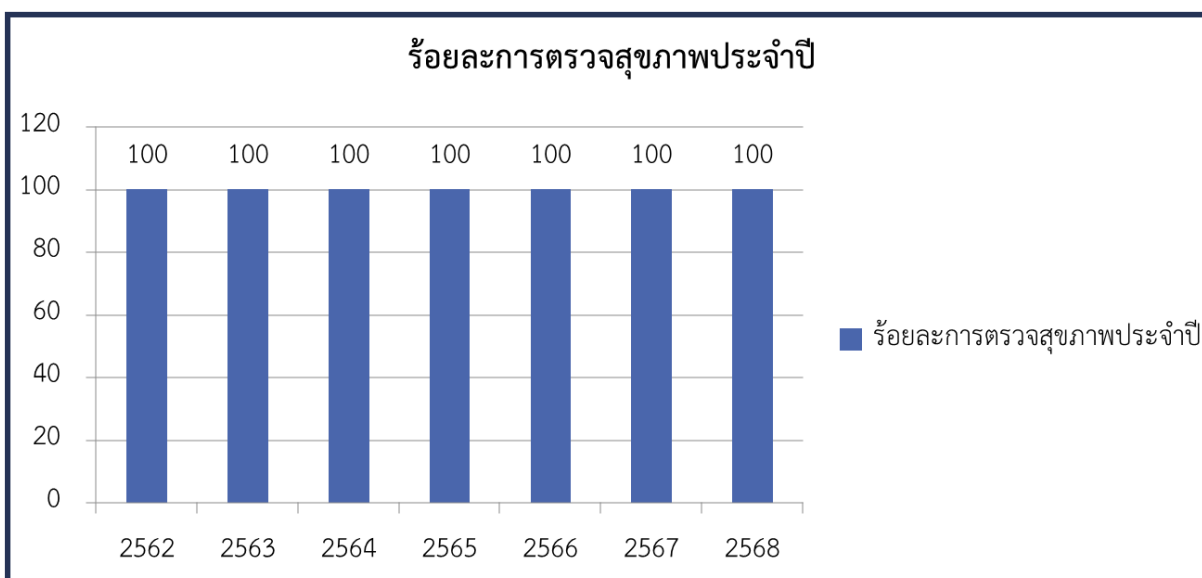
1. ระบบติดตามตัวชี้วัด (KPI) ยังไม่เชื่อมโยงทุกหน่วยงาน
2. การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง (RM) บางหน่วยยังล่าช้า จัดอบรมการรายงานเหตุผ่านระบบออนไลน์ และกระตุ้นการเรียนรู้จากเหตุการณ์ (Learning from Incident)
3. ข้อมูลสุศึกษายังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด
4. บุคลากรบางส่วนยังไม่เข้าใจบทบาทด้านการพัฒนาคุณภาพ (HA) จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (KM) และสื่อสารแนวทางคุณภาพในรูปแบบเข้าใจง่าย
5. พัฒนาระบบการ RCA ให้ทันเวลาและทบทวนให้ครอบคลุมทุกสาขาวิชาชีพ
6. พัฒนาระบบการติดตามทะเบียนความเสี่ยงที่สำคัญให้ครอบคลุม

ผลงานและรางวัลที่ภาคภูมิใจ

1. เป็นสถานที่ดูงานคุณภาพและงานบริหารความเสี่ยงให้กับโรงพยาบาลข้างเคียง
2. ผลงานการพัฒนาที่โดดเด่นและเป็นที่ภาคภูมิใจขององค์กร ได้แก่ การปรับปรุงระบบการบริหารจัดการและการสื่อสารภายในองค์กรให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยมีการออกแบบช่องทางการสื่อสารและกระบวนการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ รวมถึงการสร้างระบบรายงานและติดตามผลแบบเรียลไทม์ ทำให้ผู้บริหารสามารถตัดสินใจได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำ นอกจากนี้องค์กรยังพัฒนาระบบการทำงานเป็นทีมอย่างชัดเจน ส่งเสริมให้บุคลากรทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพและนำบทเรียนไปปรับใช้ในงานประจำได้จริง ในด้านนวัตกรรมการดูแลและบริการผู้ป่วย มีการนำเทคโนโลยีและเครื่องมือใหม่เข้ามาช่วยเพิ่มประสิทธิภาพงาน ลดความผิดพลาดในการให้บริการ และสร้างมาตรการด้านความปลอดภัยอย่างเป็นระบบ พร้อมทั้งพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลด้วยตัวชี้วัดสำคัญ (KPI) ที่ชัดเจน ทำให้องค์กรสามารถวัดผล ปรับปรุง และยกระดับคุณภาพงานบริการอย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์เหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงความมุ่งมั่นในการพัฒนาระบบงาน กระบวนการ และนวัตกรรมอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งเป็นความภาคภูมิใจขององค์กรและบุคลากรทุกคน

ตัวชี้วัด (KPI) และผลลัพธ์ของการดำเนินการ

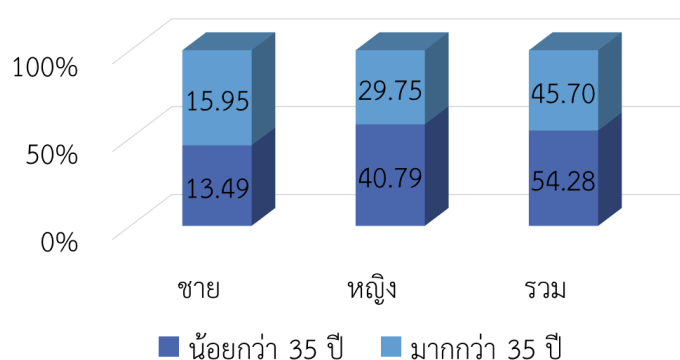
การตรวจสุขภาพบุคลากร โรงพยาบาลบพพระ



กราฟแสดงร้อยละการตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากรโรงพยาบาลบพพระ ตั้งแต่ปี 2562–2568 พบว่ามีค่าอยู่ที่ 100% ทุกปี สะท้อนให้เห็นว่าบุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพครบถ้วนต่อเนื่อง เป็นผลจากกระบวนการบริหารจัดการและการติดตามที่มีประสิทธิภาพ เพื่อส่งเสริมสุขภาพและความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ในองค์กร

กลุ่มอายุและเพศของบุคลากร โรงพยาบาลบพพระ

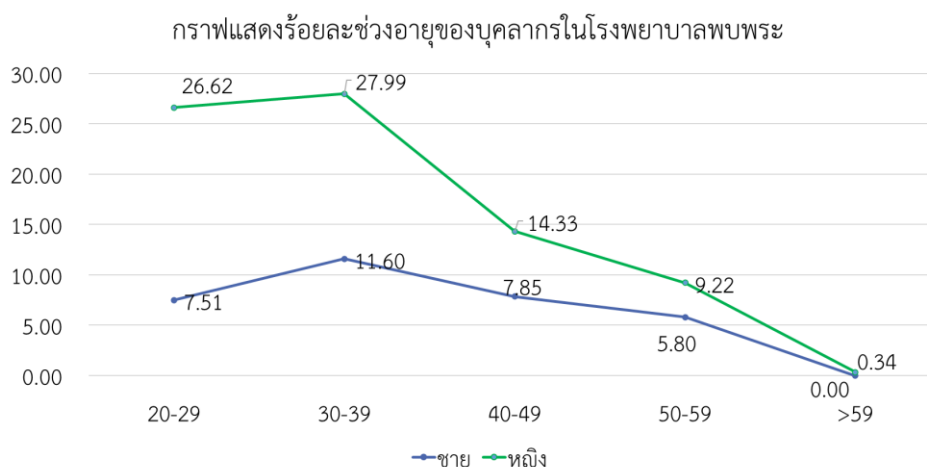
กราฟแสดงร้อยละจำนวน เจ้าหน้าที่รพ.บพพระ
จำแนกเพศ ตามกลุ่มอายุ



กราฟแสดงร้อยละจำนวนเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบพพระ จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ พบว่ากลุ่มอายุน้อยกว่า 35 ปีมีสัดส่วนมากกว่ากลุ่มอายุมากกว่า 35 ปี โดยเพศหญิงมีสัดส่วนสูงกว่าเพศชายทั้งสองช่วงอายุ รวมคิด

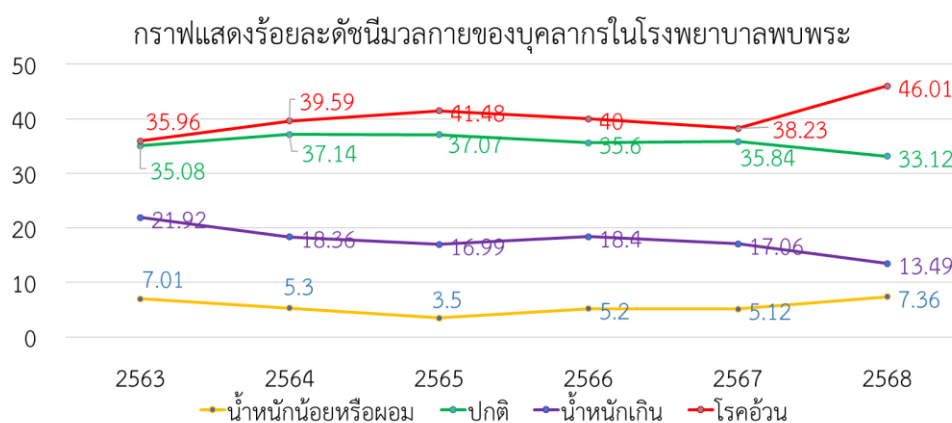
เป็นบุคลากรอายุน้อยกว่า 35 ปี ร้อยละ 54.28 แสดงให้เห็นว่าองค์กรมีบุคลากรวัยทำงานเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาโรงพยาบาล

ช่วงอายุของบุคลากรในโรงพยาบาลพบพระ



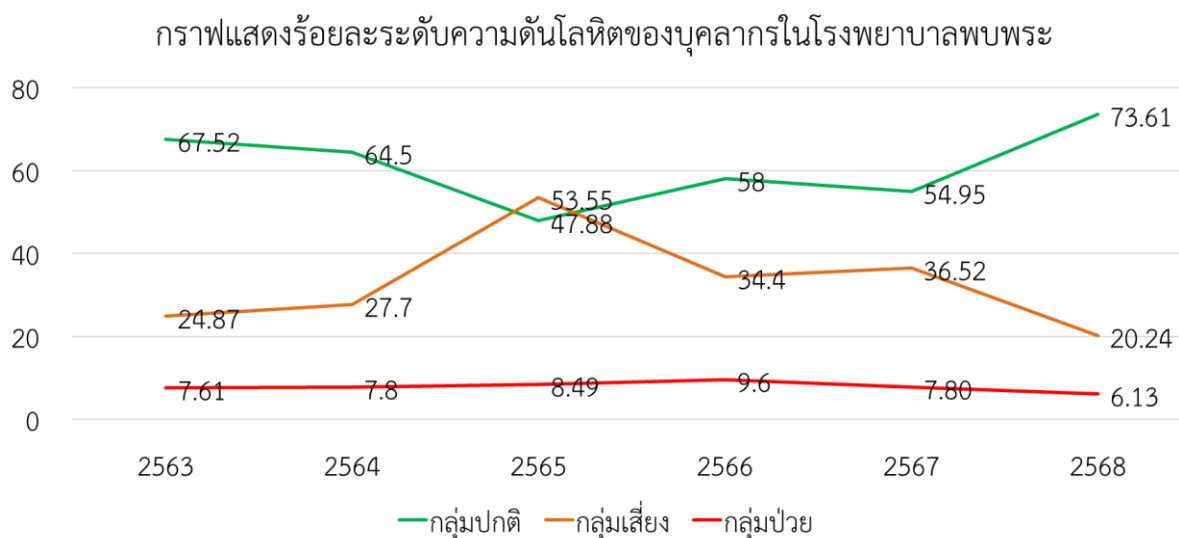
กราฟแสดงร้อยละช่วงอายุของบุคลากรโรงพยาบาลพบพระ จำแนกตามเพศ พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 20-39 ปี โดยเพศหญิงมีสัดส่วนสูงสุดที่ 27.99% ในช่วงอายุ 30-39 ปี และ 26.62% ในช่วงอายุ 20-29 ปี ขณะที่เพศชายมีสัดส่วนใกล้เคียงกันที่ 7.51% และ 11.60% ตามลำดับ หลังจากช่วงอายุ 40 ปีขึ้นไปพบว่าทั้งชายและหญิงมีสัดส่วนลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะกลุ่มอายุเกิน 59 ปี เหลือเพียง 0.34% เท่านั้น แนวโน้มดังกล่าวสะท้อนว่าโรงพยาบาลพบพระมีบุคลากรส่วนใหญ่เป็นวัยหนุ่มสาวและวัยกลางคนตอนต้น ซึ่งเป็นช่วงอายุที่มีพลังในการทำงานและพร้อมต่อการพัฒนา ส่งผลดีต่อความต่อเนื่องของงานบริการและการพัฒนาคุณภาพองค์กร ควรวางแผนพัฒนาความก้าวหน้าในสายอาชีพและการรักษาบุคลากรไว้ในระยะยาว เพื่อป้องกันการขาดแคลนเมื่อบุคลากรกลุ่มอายุสูงทยอยเกษียณในอนาคต

ดัชนีมวลกาย (BMI) ของบุคลากรในโรงพยาบาลพบพระ



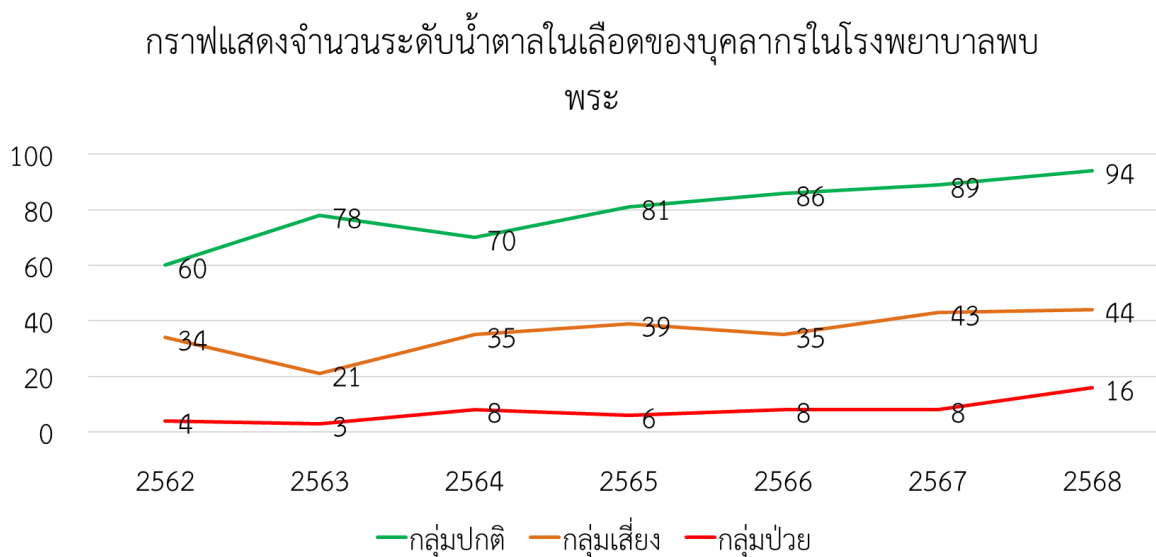
กราฟนี้แสดงสัดส่วนร้อยละของบุคลากรโรงพยาบาลพระจำแนกตามดัชนีมวลกาย (BMI) 5 ประเภท ในช่วง 6 ปี: โรคอ้วน และ น้ำหนักเกิน เป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนสูงสุดและมีแนวโน้มที่นำกังวลที่สุด โรคอ้วน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน จาก 35.96% ในปี 2563 เป็น 46.01% ในปี 2568 ซึ่งหมายความว่าเกือบครึ่งหนึ่งของบุคลากรมีภาวะโรคอ้วนในปีสุดท้าย น้ำหนักเกินมีความผันผวนเล็กน้อยแต่ยังคงเป็นสัดส่วนที่สูง โดยอยู่ที่ประมาณ 33% - 37% ตลอดช่วงเวลา ปกติ มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง จาก 21.92% ในปี 2563 เหลือเพียง 13.49% ในปี 2568 ซึ่งเป็นสัญญาณบ่งชี้ว่าสัดส่วนของบุคลากรที่มีน้ำหนักตามเกณฑ์ปกติลดลงอย่างมาก น้ำหนักน้อยหรือผอม มีสัดส่วนน้อยที่สุดและค่อนข้างคงที่ในช่วง 3.5% - 7.36% สัดส่วนรวมของบุคลากรที่มีน้ำหนักเกินและโรคอ้วน อยู่ในระดับที่สูงมากและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะภาวะ โรคอ้วน ที่พุ่งสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว (เกินกว่า 45%) ในขณะที่สัดส่วนของบุคลากรที่มี น้ำหนักปกติ ลดลงอย่างมาก แสดงให้เห็นถึงปัญหาด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มบุคลากรนี้

ความดันโลหิตของบุคลากรในโรงพยาบาลพระ



กราฟนี้แสดงสัดส่วนร้อยละของบุคลากรโรงพยาบาลพระจำแนกตามระดับความดันโลหิต 3 กลุ่ม (ปกติ, กลุ่มเสี่ยง, กลุ่มป่วย) ในช่วง 6 ปี: กลุ่มปกติ มีความผันผวนแต่ เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ในช่วงสุดท้าย จาก 67.52% ในปี 2563 ลดลงไปที่ต่ำสุดที่ 47.88% ในปี 2565 แต่กลับเพิ่มสูงขึ้นไปถึง 73.61% ในปี 2568 แสดงว่า สัดส่วนบุคลากรที่มีความดันโลหิตปกติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในช่วงปีสุดท้าย กลุ่มเสี่ยง มีความผันผวนสูงที่สุด โดยมีแนวโน้ม พุ่งสูงขึ้นก่อนแล้วจึงลดลงอย่างมาก สูงสุดที่ 53.55% ในปี 2565 (แซงกลุ่มปกติในปีนั้น) แต่ลดลงอย่างรวดเร็วเหลือเพียง 20.24% ในปี 2568 กลุ่มป่วย มีสัดส่วนน้อยที่สุดและ ค่อนข้างคงที่ในช่วง 7% - 9% ก่อนจะลดลงเล็กน้อยเหลือ 6.13% ในปี 2568 แนวโน้มโดยรวมค่อนข้างเป็นบวก โดยเฉพาะในช่วงปี 2568 ที่ สัดส่วนของ กลุ่มปกติเพิ่มขึ้นสูงถึงกว่า 70% ขณะที่สัดส่วนของ กลุ่มเสี่ยงลดลงอย่างมาก (เหลือเพียง 20.24%) และ กลุ่มป่วยอยู่ในระดับต่ำ (ประมาณ 6%) แสดงให้เห็นว่าสถานการณ์โดยรวมของระดับความดันโลหิตของ บุคลากรในช่วงสุดท้ายของการสำรวจอยู่ในเกณฑ์ที่ดีขึ้น

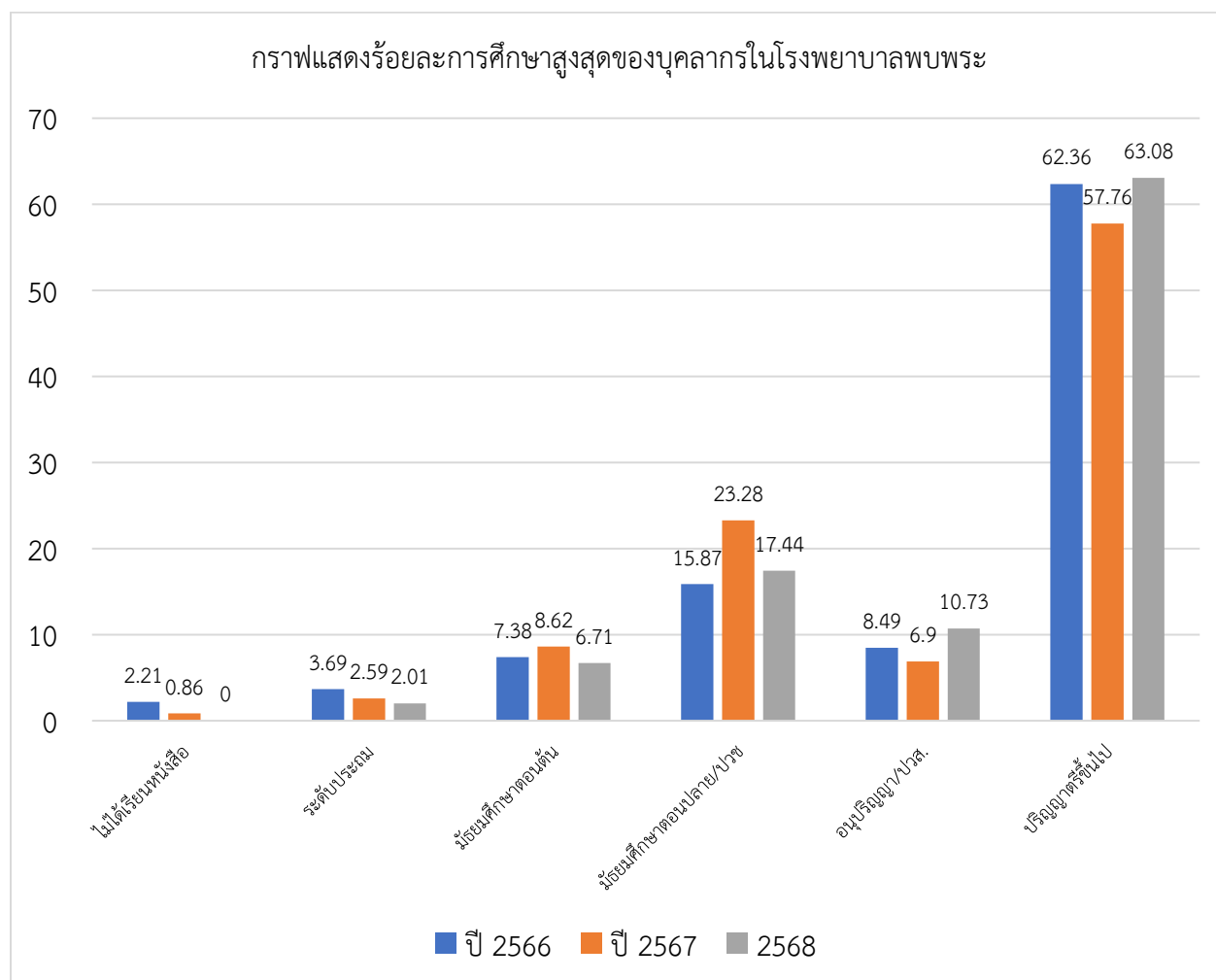
ผลการตรวจน้ำตาลในเลือดของบุคลากร (เจ้าหน้าที่อายุ 35 ปีขึ้นไป)



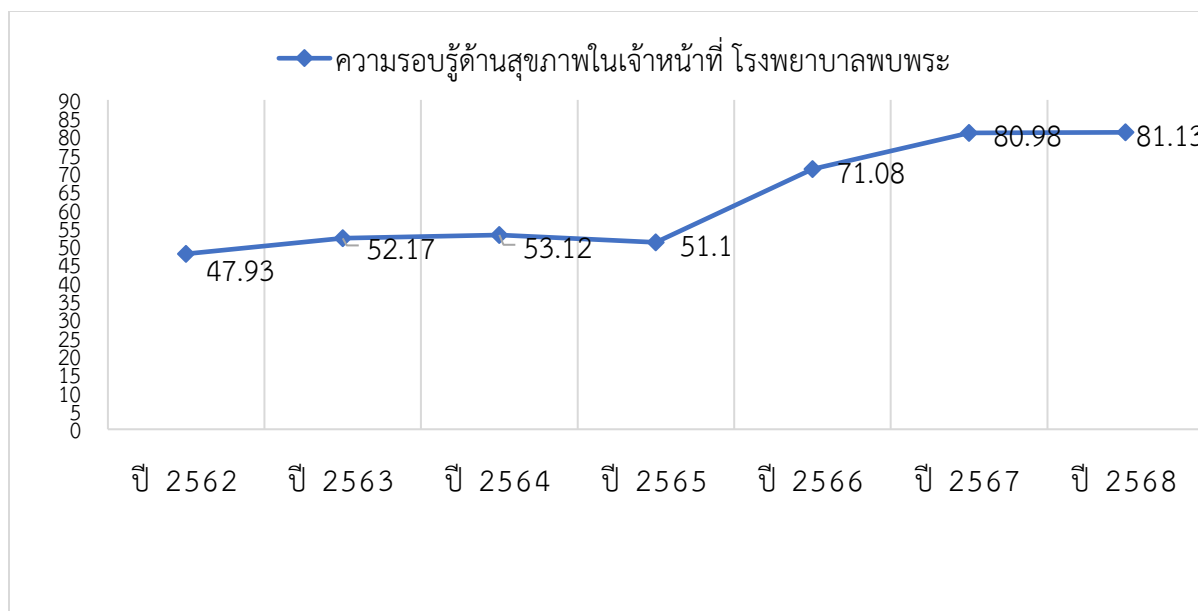
กราฟนี้แสดงจำนวนบุคลากรโรงพยาบาลพบพระจำแนกตามระดับน้ำตาลในเลือด 3 กลุ่ม (ปกติ, กลุ่มเสี่ยง, กลุ่มป่วย) ในช่วง 7 ปี: กลุ่มปกติ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตลอดช่วงเวลา จาก 60 คน ในปี 2562 ไปเป็น 94 คน ในปี 2568 ซึ่งบ่งชี้ว่าจำนวนบุคลากรที่มีระดับน้ำตาลในเลือดปกติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มเสี่ยง มีความผันผวนแต่โดยรวมมีแนวโน้ม เพิ่มขึ้นเล็กน้อย จาก 34 คน ในปี 2562 ไปเป็น 44 คน ในปี 2568 โดยมีช่วงลดลงในปี 2563 (21 คน) ก่อนจะเพิ่มขึ้นและค่อนข้างคงที่ในช่วงหลัง กลุ่มป่วย มีจำนวน น้อยที่สุด และมีแนวโน้ม เพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ จาก 4 คน ในปี 2562 ไปเป็น 16 คน ในปี 2568 โดยมีการเพิ่มขึ้นที่ชัดเจนที่สุดในปีสุดท้าย โดยรวมแล้ว จำนวนบุคลากรทั้งหมดที่ได้รับการตรวจน่าจะเพิ่มขึ้น ตลอดช่วงเวลา (สังเกตได้จากการเพิ่มขึ้นของทั้งสามกลุ่มในภาพรวม) อย่างไรก็ตาม แนวโน้มของ กลุ่มปกติเพิ่มขึ้นมากที่สุด (จาก 60 เป็น 94 คน) ในขณะที่จำนวน กลุ่มเสี่ยง และ กลุ่มป่วย ก็เพิ่มขึ้นด้วย แม้จะเป็นสัดส่วนที่น้อยกว่า โดยเฉพาะกลุ่มป่วย (16 คน) ที่ควรมีการเฝ้าระวัง

ข้อมูลพฤติกรรมการสุขภาพของบุคลากรในโรงพยาบาลพระ ปี 2568

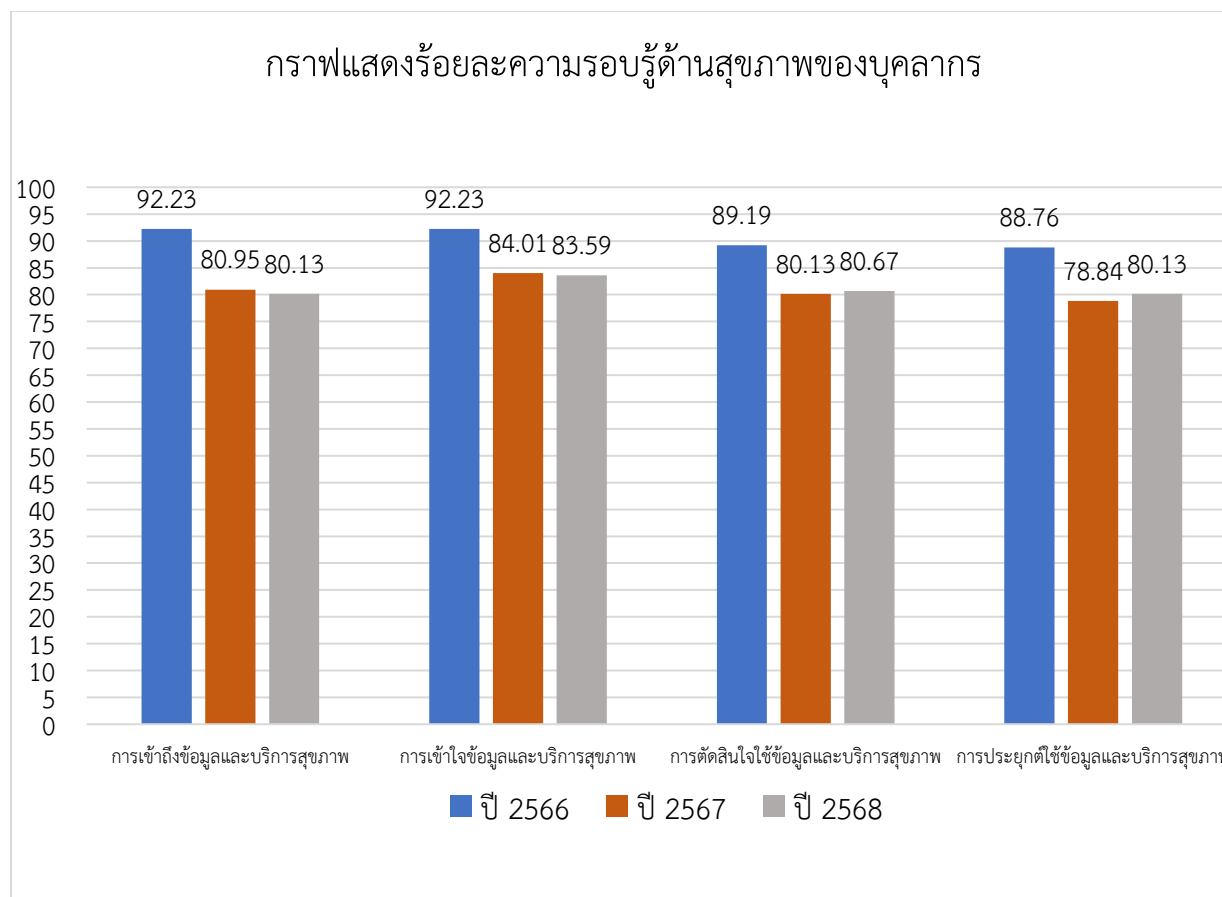
กราฟแสดงร้อยละการศึกษาสูงสุดของบุคลากรในโรงพยาบาลพระ



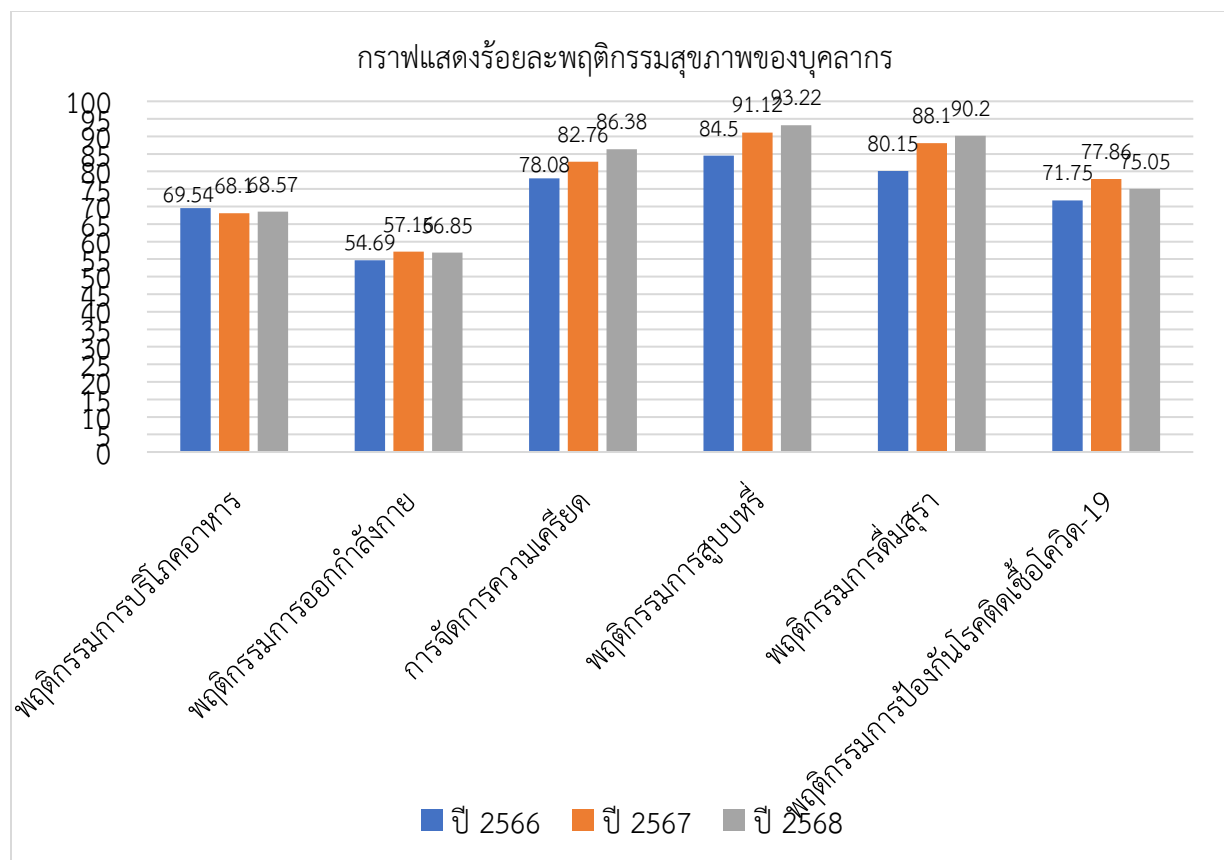
บุคลากรส่วนใหญ่ของโรงพยาบาลพระมีวุฒิ ปริญญาตรีขึ้นไป มากที่สุดทุกปี โดยเพิ่มจาก 62.36% (ปี 2566) เป็น 63.08% (ปี 2568) แสดงถึงแนวโน้มที่ดีของการมีบุคลากรคุณภาพสูงขึ้นระดับ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. มีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย จาก 15.87% เป็น 17.44% กลุ่ม อนุปริญญา/ปวส. มีสัดส่วนลดลงเล็กน้อยในปี 2568 บุคลากรที่ไม่ได้เรียนหนังสือหรือจบระดับประถม มีแนวโน้มลดลงต่อเนื่องจนเกือบไม่มีในปี 2568 แนวโน้มโดยรวมสะท้อนว่าโรงพยาบาลมี การพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง และมีทิศทางสอดคล้องกับนโยบายพัฒนาคุณภาพองค์กร



กราฟนี้แสดงค่าร้อยละของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพบพระ ในช่วง 7 ปี ช่วงแรก (ปี 2562 - 2565): ค่าร้อยละมีความผันผวนเล็กน้อยและอยู่ในระดับ ต่ำกว่า 55% (47.93% ถึง 53.12%) โดยแสดงความรู้ที่ค่อนข้างคงที่ในช่วงนี้ ช่วงหลัง (ปี 2566 - 2568) มีการเปลี่ยนแปลงที่พุ่งสูงขึ้นอย่างชัดเจน และต่อเนื่อง ค่าร้อยละเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดดจาก 51.1% ในปี 2565 เป็น 71.08% ในปี 2566 และเพิ่มขึ้นต่อเนื่องจนถึงระดับสูงสุดที่ 81.13% ในปี 2568 แนวโน้มความรู้ด้านสุขภาพของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพบพระ ดีขึ้นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลังปี 2565 ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีการดำเนินงานจัดโครงการที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่ประสบความสำเร็จในช่วงเวลาดังกล่าว ทำให้คะแนนความรู้โดยรวมเพิ่มขึ้นจากระดับกลางไปสู่ระดับ สูงกว่า 80%



กราฟแห่งนี้แสดงค่าร้อยละของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของบุคลากรโรงพยาบาลพระ โดยแบ่งการวิเคราะห์ตาม 4 มิติหลัก ในช่วงระยะเวลา 3 ปี (พ.ศ. 2566, 2567, และ 2568) ปี พ.ศ. 2566: เป็นปีที่ตรวจวัดค่าร้อยละความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ในระดับ สูงสุดในทุกมิติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในมิติ "การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ" และ "การจัดการข้อมูลและบริการสุขภาพ" ซึ่งมีค่าร้อยละเท่ากันที่ 92.23% ปี พ.ศ. 2567: พบว่าค่าร้อยละมีการ ลดลงอย่างชัดเจนในทุกมิติ เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2566 โดยมีการลดลงที่เด่นชัดในมิติ "การจัดการข้อมูลและบริการสุขภาพ" (80.13%) และมิติ "การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ" (78.84%) ปี พ.ศ. 2568: ค่าร้อยละในภาพรวมมีแนวโน้ม คงตัว หรือมีการเปลี่ยนแปลงที่น้อยมาก เมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2567 โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง ร้อยละ 80 (อาทิ มิติ "การตัดสินใจใช้ข้อมูล" ที่ 80.67% และมิติ "การประยุกต์ใช้ข้อมูล" ที่ 80.13%) แม้ว่าระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยเฉลี่ยจะยังคงอยู่ในเกณฑ์สูง (สูงกว่าร้อยละ 80) แต่มีข้อสังเกตสำคัญคือ ค่าความรอบรู้ลดลงอย่างมีนัยสำคัญในปี พ.ศ. 2567 เมื่อเทียบกับปีก่อนหน้าในทุกมิติ โดยเฉพาะมิติที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการจัดการและการนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้ (Management and Application) อย่างไรก็ตาม ข้อมูลสถิติในปี พ.ศ. 2568 ชี้ให้เห็นว่าค่าดังกล่าวได้เริ่ม เสถียร ภายหลังจากการลดลงอย่างรวดเร็วในปี พ.ศ. 2567



กราฟแห่งนี้แสดงค่าร้อยละของบุคลากรที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องตาม 6 มิติหลัก ในช่วง 3 ปี (2566, 2567, และ 2568) พฤติกรรมที่โดดเด่น: พฤติกรรมการสูบบุหรี่ มีค่าร้อยละสูงสุด โดยมีบุคลากรที่ไม่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ เกินกว่า 91% ทุกปี (91.1% ในปี 2567 และ 93.22% ในปี 2568 เป็นค่าสูงสุดในกราฟ) พฤติกรรมที่มีแนวโน้มดีขึ้น: การจัดการความเครียด: มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 78.08% ในปี 2566 เป็น 84.5% ในปี 2568 พฤติกรรมการดื่มสุรา: มีแนวโน้มดีขึ้น จาก 80.15% ในปี 2566 เป็น 90.2% ในปี 2568 โดยมีการเพิ่มขึ้นอย่างมากในปี 2568 พฤติกรรมที่ต้องปรับปรุง: พฤติกรรมการออกกำลังกาย: มีค่าร้อยละต่ำที่สุดในกราฟ ตลอดทั้ง 3 ปี โดยอยู่ประมาณ 54% - 57% ซึ่งหมายความว่าบุคลากรเพียงประมาณครึ่งหนึ่งเท่านั้นที่มีพฤติกรรมออกกำลังกายที่ถูกต้อง พฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อโควิด-19: มีแนวโน้ม ลดลง อย่างต่อเนื่อง จาก 77.8% ในปี 2567 เหลือ 75.05% ในปี 2568 ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์การระบาดที่ลดลง โดยรวมแล้วบุคลากรมีพฤติกรรมที่ดีมากในมิติที่เกี่ยวกับการ งดสิ่งเสพติด (บุหรี่และสุรา) และมีพัฒนาการที่ดีขึ้นในการ จัดการความเครียด อย่างไรก็ตาม ปัญหาสำคัญที่สุดคือ พฤติกรรมการออกกำลังกาย ซึ่งมีค่าร้อยละต่ำที่สุดและมีความจำเป็นเร่งด่วนในการส่งเสริมให้บุคลากรมีพฤติกรรมนี้เพิ่มขึ้น

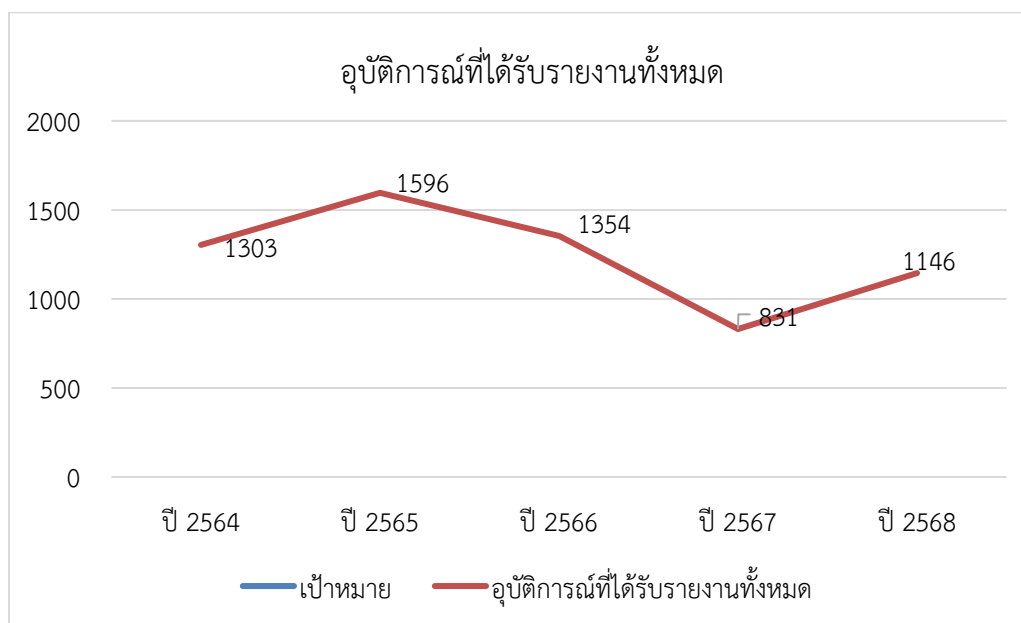
สรุปผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ปี 2568

สรุปผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ										สำหรับหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในตำบลจักรกฤษณ์พิบูลย์								
องค์ประกอบกรวัด	คะแนนเฉลี่ยรายข้อคำถาม						คะแนนรวมเฉลี่ย	ร้อยละจากคะแนนเต็ม	ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ	จำนวนและร้อยละของเคสแบบประเมิน								
										ดีมาก		ดี		พอใช้		ไม่ดี		
										จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	4.17	4.08	3.87	3.91			4.01	80.13	ดีมาก	121	81.21	8	5.37	7	4.70	13	8.72	
2. การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ	4.13	4.38	4.02	4.19			4.18	83.59	ดีมาก	134	89.93	8	5.37	1	0.67	6	4.03	
3. การตัดสินใจใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ	3.98	4.03	4.03	4.09			4.03	80.67	ดีมาก	124	83.22	14	9.40	3	2.01	8	5.37	
4. การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ	4.05	4.15	3.99	3.83			4.01	80.13	ดีมาก	110	73.83	24	16.11	12	8.05	3	2.01	
สรุปคะแนนเฉลี่ยและร้อยละความรอบรู้ด้านสุขภาพ							4.06	81.13	ดีมาก	105	70.47	30	20.13	9	6.04	5	3.36	
1. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	2.67	3.47	3.32	3.55	3.73	3.83	3.43	68.57	พอใช้	28	18.79	61	40.94	35	23.49	25	16.78	
2. พฤติกรรมการออกกำลังกาย	2.01	3.68					2.84	56.85	ไม่ดี	21	14.09	24	16.11	41	27.52	63	42.28	
3. การจัดการความเครียด	4.34	4.30					4.32	86.38	ดีมาก	125	83.89	24	16.11	7	4.70	10	6.71	
4. พฤติกรรมการสูบบุหรี่	4.95	4.38					4.66	93.22	ดีมาก	135	90.60	14	9.40	9	6.04	1	0.67	
5. พฤติกรรมการดื่มสุรา	4.51						4.51	90.20	ดีมาก	138	92.62	0	0.00	7	4.70	4	2.68	
6. พฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อ	3.98	3.98	4.64	2.51	3.83	4.06	3.28	3.75	75.05	ดี	54	36.24	50	33.56	39	26.17	6	4.03
สรุปคะแนนเฉลี่ยและร้อยละพฤติกรรมสุขภาพ							3.92	78.38	ดี	8	5.37	59	39.60	63	42.28	19	12.75	

ตัวชี้วัดระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลพบพระ

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปีปัจจุบัน	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568
1. ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานบริหารความเสี่ยง(ตาม Scoring guideline)	ระดับ 3	ระดับ3	ระดับ 3.5	ระดับ 3.5	ระดับ 3.5	ระดับ 3.5
2. อุบัติการณ์ที่ได้รับรายงานทั้งหมด	เพิ่มขึ้น	1303	1596	1354	831	1146
3. อัตราการรายงานอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไปได้รับการแก้ไขและรายงานกลับ	100%	75	76.41	61.5	43.79	73.04
4. จำนวนอุบัติการณ์ ClinicG,H,I	ลดลง	22	67	48	108	107
5. หน่วยงานที่รายงานอุบัติการณ์	100 %	87.09	93.54	65.78	64.10	65.72
6. ร้อยละการรายงานเหตุการณ์ near miss	เพิ่มขึ้น	82.57	70.30	65.95	38.36	63.35
7. ร้อยละของความเสี่ยง/อุบัติการณ์ที่ได้รับการป้องกัน แก้ไข และตอบกลับ ในแต่ละหน่วยงาน	100%	58.27	72.02	57.40	67.71	80.62

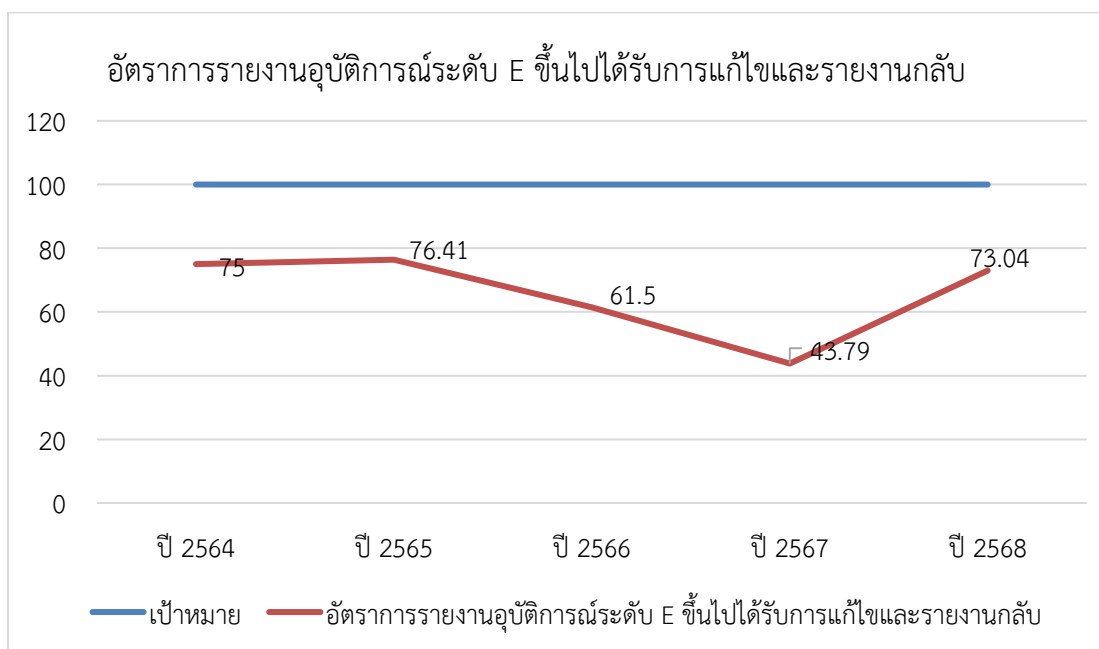
2. อุบัติการณ์ที่ได้รับรายงานทั้งหมด



ข้อมูลการรายงานอุบัติเหตุการณ์ของโรงพยาบาลในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา พบว่ามีจำนวนเหตุการณ์รวม 1,303 เหตุในปี 2564 เพิ่มขึ้นเป็น 1,596 เหตุในปี 2565 และลดลงเหลือ 831 เหตุในปี 2567 ก่อนจะเพิ่มขึ้นอีกครั้งเป็น 1,146 เหตุในปี 2568 ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมกรรายงานของบุคลากร

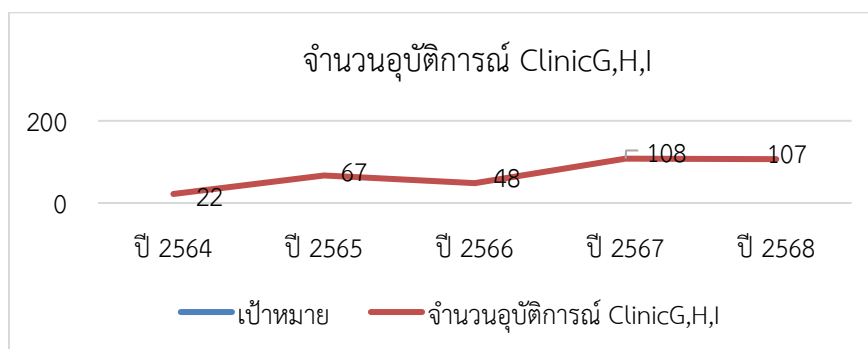
ในด้านตัวชี้วัดนี้มุ่งประเมินระดับของวัฒนธรรมการรายงาน (Reporting Culture) และความตระหนักในการจัดการความเสี่ยงของบุคลากรในด้านกระบวนการโรงพยาบาลได้พัฒนาช่องทางรายงานอุบัติเหตุการณ์ให้หลากหลาย ทั้งระบบออนไลน์ผ่านโปรแกรม Hospital Office แต่ทั้งนี้ในบางฝ่ายงานหรือในกลุ่มบุคลากรที่ไม่มี computer ประจำที่หน่วยงานหรือใช้คอมพิวเตอร์ไม่ชำนาญก็มีช่องทางการรายงาน โดยให้คณะกรรมการช่วยรายงานเข้าในระบบให้และยังมีการลงเยี่ยมหน่วยงาน risk round ร่วมกับทีม ENV IC และ PCT เพื่อค้นหาความเสี่ยงและช่วยแนะนำ ส่งเสริมการรายงานความเสี่ยงและอุบัติเหตุการณ์ พร้อมทั้งมีการรณรงค์การรายงานที่มุ่งเน้นการแก้ไขที่ระบบ และ Feedback ข้อมูลของระบบบริหารความเสี่ยง พร้อมประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรตระหนักถึงความสำคัญของการรายงาน ผลลัพธ์แสดงให้เห็นว่าจำนวนเหตุการณ์ที่รายงานมีแนวโน้มลดลงในบางปี ซึ่งในปี 2566 จำนวน 1,345 ครั้ง ลดลงในปี 2567 จำนวน 831 ครั้ง เป็นการลดจำนวนอุบัติเหตุการณ์ของกลุ่มงานเภสัชกรรม เนื่องจากมีการปรับใช้ระบบ IPD paperless ซึ่งก่อนหน้า ปี 2567 เราใช้ระบบกระดาษในการ Copy Order sheet จึงเกิดการคลาดเคลื่อนของการอ่าน order เนื่องจากการใช้สีปากกา น้ำหมึกการเขียน ชนิดของกระดาษ ทำให้การอ่านเกิดความคลาดเคลื่อนเป็นจำนวนมาก ซึ่งในระบบ IPD paperless ในปัจจุบันมีการออกแบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในร่วมกัน ได้ทดลองใช้และปรับปรุงแก้ไขแบบฟอร์มการบันทึกเวชระเบียน IPD paperless เพื่อให้ได้ข้อมูลตามมาตรฐานคุณภาพบันทึกเวชระเบียน ทั้งนี้จากจำนวนอุบัติเหตุการณ์สะท้อนปัญหาการสื่อสารหรือแรงจูงใจในการรายงานที่ลดลง จึงมีการเสริมกิจกรรมส่งเสริมวัฒนธรรม “ไม่ตำหนิเมื่อรายงาน” (No Blame Culture) และจัดให้มีการ Feedback ที่สร้างแรงจูงใจแก่ผู้รายงาน

3. อัตราการรายงานอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไปได้รับการแก้ไขและรายงานกลับ



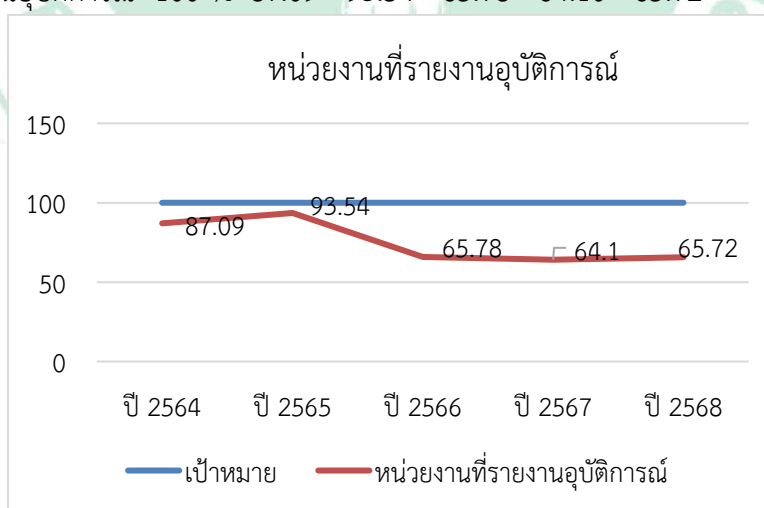
จากข้อมูลพบว่าอัตราการแก้ไขและรายงานกลับของอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไปอยู่ที่ร้อยละ 75 ในปี 2564 เพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็นร้อยละ 76.41 ในปี 2565 และลดลงเหลือเพียงร้อยละ 43.79 ในปี 2567 ก่อนจะกลับมาดีขึ้นเป็นร้อยละ 73.04 ในปี 2568 ในด้าน Purpose ตัวชี้วัดนี้มีเป้าหมายเพื่อประเมินประสิทธิผลของกระบวนการแก้ไขอุบัติการณ์ที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยในระดับรุนแรง ในด้าน Process มีการวิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบ (Root Cause Analysis: RCA) และติดตามผลการแก้ไข โดยคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงมีการจัดประชุมทุกเดือน โดยกำหนดเป้าหมายการประชุมให้ได้ 100 % ซึ่งในปี 2567-2568 สามารถจัดการประชุมครบ 100 % เนื่องจากหัวหน้าทุกฝ่ายงานให้ความสำคัญกับการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล มีการจัดเวรให้คณะกรรมการในการเข้าร่วมประชุมติดตามและทบทวนได้ทุกเดือน ทั้งนี้งานบริหารความเสี่ยงยังส่งข้อมูลติดตามจากการประชุม PCT ENV IC และการประชุมคณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาล เพื่อสะท้อนข้อมูลและกำหนดนโยบายเพื่อให้ลงสู่ผู้ปฏิบัติงาน พร้อมรายงานผลกลับไปยังหน่วยงานต้นเหตุเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ ด้าน Performance พบว่าผลการดำเนินงานในบางปีลดลง ซึ่งอาจเกิดจากการติดตามผลไม่ต่อเนื่องหรือขาดระบบ Feedback ที่มีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม การปรับระบบในปี 2568 ส่งผลให้อัตราการรายงานกลับเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงมีการจัดทำ RCA ในหน่วยงานก่อนนำอุบัติการณ์เข้าประชุมหารือเพื่อส่งต่อทีมต่างๆที่เกี่ยวข้องเพื่อค้นหาสาเหตุปัญหาที่แท้จริงและกำหนดแนวทาง มาตรการป้องกันความเสี่ยงและนำนโยบายลงสู่ผู้ปฏิบัติให้ได้มากที่สุด อีกทั้งปี 2568 โรงพยาบาลให้ความสำคัญกับการรายงาน Incident ไปยังระบบ NRLS ที่ระดับความเสี่ยง E-I ที่ต้องทำ RCA ทุกเคสและยังเป็นการติดตามการทบทวนในทุกๆเดือนด้วย แสดงถึงการฟื้นฟูระบบการบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

4. จำนวนอุบัติการณ์ ClinicG,H,I



ข้อมูลย้อนหลัง 5 ปีพบว่าจำนวนอุบัติการณ์ทางคลินิกที่มีความรุนแรงระดับ G, H, I เพิ่มขึ้นจาก 22 เหตุ ในปี 2564 เป็น 108 เหตุในปี 2567 และ 107 เหตุในปี 2568 ซึ่งตั้งแต่ปี 2567 เป็นต้นมาทางโรงพยาบาลมีนโยบายที่ต้องรายงาน case ผู้ป่วยที่เสียชีวิตทุกราย ซึ่งในปี 2568 มีจำนวน 107 ราย เป็นอุบัติการณ์ระดับ I ผู้ป่วยที่เสียชีวิต จำนวน 79 ราย พบเป็น case NR จำนวน 35 รายเป็น case เสียชีวิตนอกโรงพยาบาล จำนวน 15 ราย ในปี 2568 เหตุการณ์รุนแรงระดับ G-I จำนวน 107 ราย มีการทบทวน RCA ภายในหน่วยงานร่วมกับทีม PCT ร้อยละ 82.24 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี 2567 ที่มีการทบทวนเพียงร้อยละ 50.92 เนื่องจากระบบบริหารความเสี่ยงมีการปรับปรุงระบบอย่างต่อเนื่อง มีเป้าหมายเพื่อควบคุมและลดจำนวนเหตุการณ์ทางคลินิกที่มีผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ในด้านกระบวนการโรงพยาบาลได้จัดตั้งคณะกรรมการทบทวนความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risk Review Team) เพื่อวิเคราะห์สาเหตุและจัดทำมาตรการป้องกันซ้ำ รวมทั้งส่งเสริมการสื่อสารในทีมสหสาขาวิชาชีพและทีม HR PCT PTC ENV IC

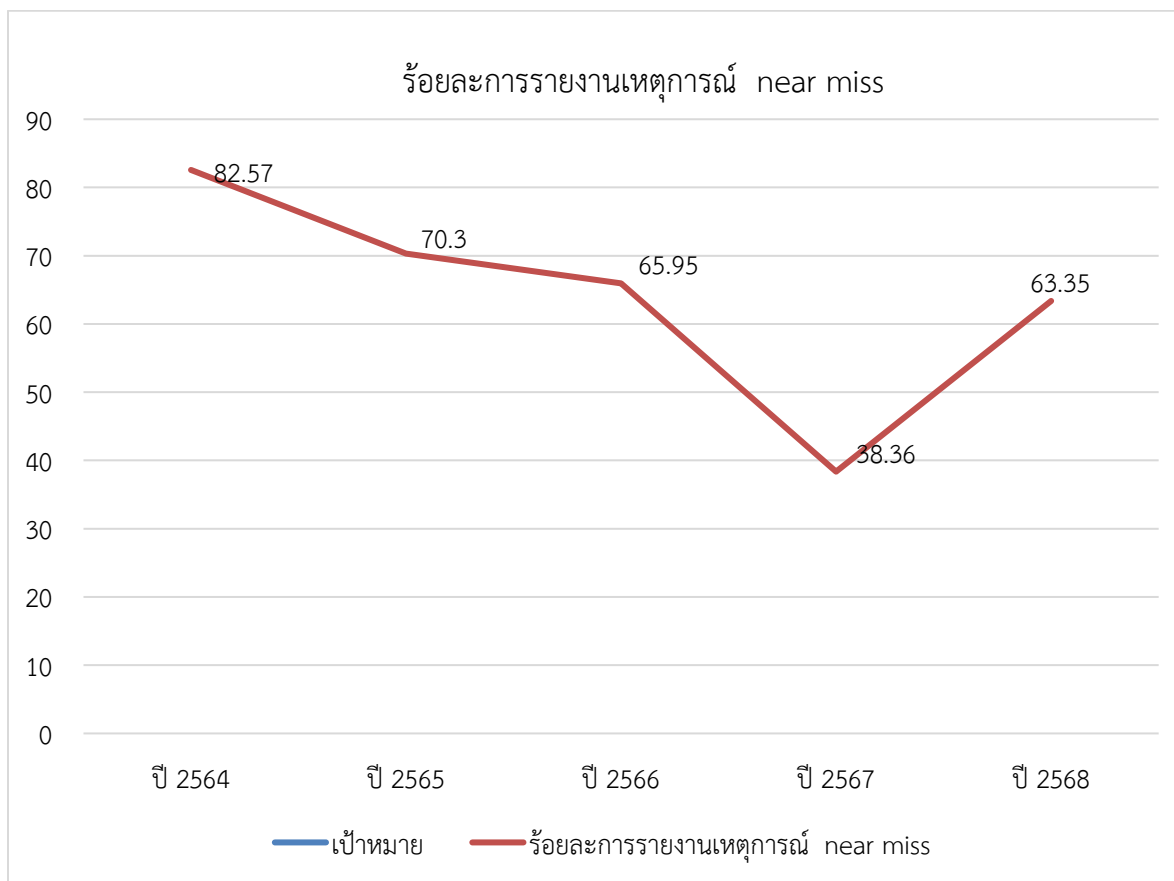
5. หน่วยงานที่รายงานอุบัติการณ์ 100 % 87.09 93.54 65.78 64.10 65.72



ผลการดำเนินงานพบว่าร้อยละของหน่วยงานที่รายงานอุบัติการณ์อยู่ระหว่าง 64.10–93.54 โดยมีแนวโน้มลดลงหลังปี 2566 ซึ่งสะท้อนถึงการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่ยังไม่ทั่วถึง ตัวชี้วัดนี้มุ่งเน้นการสร้างการมีส่วนร่วมของทุกหน่วยงานในการบริหารความเสี่ยง เพื่อให้เกิดระบบความปลอดภัยแบบองค์รวม โรงพยาบาลมีการกำหนดคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงในแต่ละหน่วยงาน พร้อมติดตามและประเมินผลรายเดือน หน่วยงาน

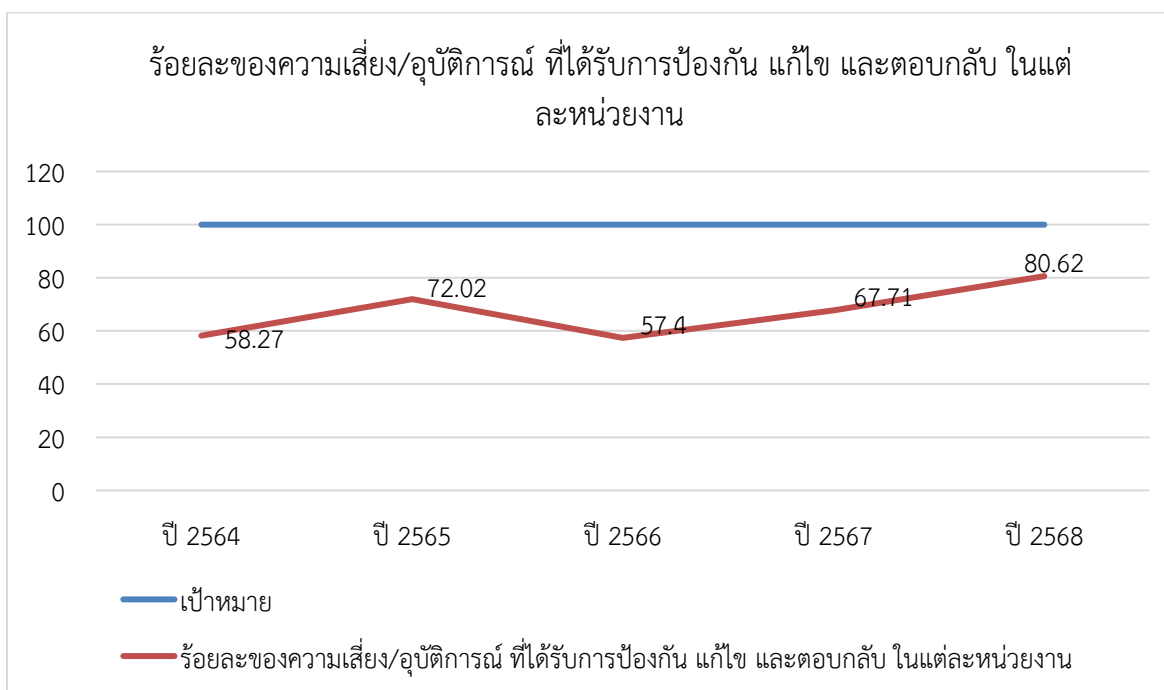
ที่รายงานอุบัติการณ์ลดลง เกิดจากการเปลี่ยนแปลงบุคลากร จึงมีการส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยงาน

6. ร้อยละการรายงานเหตุการณ์ near miss เพิ่มขึ้น 82.57 70.30 65.95 38.36 63.35



ผลการดำเนินงานพบว่าร้อยละการรายงาน Near Miss ลดลงจาก 82.57 ในปี 2564 เหลือเพียง 38.36 ในปี 2567 ก่อนเพิ่มขึ้นเป็น 63.35 ในปี 2568 ตัวชี้วัดนี้ใช้วัดระดับความตระหนักและการเรียนรู้ของบุคลากรต่อเหตุการณ์ที่เกือบจะก่อให้เกิดความเสียหาย เพื่อป้องกันความผิดพลาดก่อนเกิดขึ้นจริง มีการส่งเสริมให้บุคลากรรายงาน Near Miss ผ่านระบบออนไลน์ พร้อมจัดประชุมทบทวนกรณีตัวอย่างและวิเคราะห์แนวโน้มเพื่อกำหนดมาตรการป้องกัน พบว่าการรายงานลดลงในช่วงกลางของช่วงเวลา อาจสะท้อนการรับรู้ของบุคลากรที่ลดลงหรือขาดการสื่อสารย้อนกลับที่ชัดเจน ดังนั้นจึงมีการพัฒนาการสื่อสารเชิงรุก กิจกรรม risk round การให้ข้อมูลย้อนกลับอย่างรวดเร็ว และการส่งเสริมวัฒนธรรม “รายงานเพื่อเรียนรู้ ไม่ใช่เพื่อโทษ”

7. ร้อยละของความเสียหาย/อุบัติการณ์ ที่ได้รับการป้องกัน แก้ไข และตอบกลับ ในแต่ละหน่วยงาน 100% 58.27
72.02 57.40 67.71 80.62



ข้อมูลย้อนหลัง 5 ปีพบว่าร้อยละของความเสียหายที่ได้รับการป้องกันและตอบกลับเพิ่มขึ้นจาก 58.27 ในปี 2564 เป็น 80.62 ในปี 2568 ซึ่งเป็นแนวโน้มที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง มุ่งเน้นให้ทุกหน่วยงานดำเนินการป้องกันและแก้ไขอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างมีระบบ พร้อมรายงานผลการตอบกลับให้คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงทราบ มีการติดตามการแก้ไขผลการรายงานโดยคณะกรรมการ RM และจัดทำรายงาน Feedback รายเดือนให้แต่ละหน่วยงานและยังมีกระบวนการตอบสนองต่อระบบบริหารความเสี่ยงทุกวัน โดยมีเลขาและคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงตรวจสอบความถูกต้องของ incident ทุกรายการที่เข้ามาในระบบและย้อนกลับข้อมูลไปยังผู้รายงาน เพื่อให้ผู้รายงานทราบว่าทุกรายงานความเสี่ยงได้รับการแก้ไขเบื้องต้นแล้ว กระบวนการนี้แสดงให้เห็นถึงความก้าวหน้าในการตอบสนองต่ออุบัติการณ์ โดยเฉพาะปี 2568 ที่มีอัตราสูงถึง 80.62% สะท้อนถึงความตระหนักและความรับผิดชอบของหน่วยงานต่อการบริหารความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ฝ่ายงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

หน้าที่และเป้าหมาย

ให้บริการคัดกรองส่งตรวจรักษาผู้ป่วยนอกอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้มาตรฐานวิชาชีพและเป็นองค์รวม

ขอบเขตการให้บริการ

ให้บริการตรวจรักษาโรคทั่วไป โรคเฉพาะทางอายุรกรรม ศัลยกรรมทั่วไป และศัลยกรรมกระดูกและข้อ ยกเว้นผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน แก่ผู้ป่วยนอกทั้งในเขตรับผิดชอบและพื้นที่ใกล้เคียง ในเวลา 08.00 น. ถึง 16.00 น.

ไม่เว้นวันหยุดราชการและวันหยุดนักขัตฤกษ์ ประกอบด้วย

1. การคัดกรอง
2. การจัดทำเวชระเบียน
3. การประเมินการให้การพยาบาลก่อนและหลังพบแพทย์
4. การตรวจรักษาโดยแพทย์ทั่วไปและแพทย์เฉพาะทาง
5. การให้คำแนะนำหลังการตรวจ การนัดหมาย การส่งเข้าอนันในหอผู้ป่วย หรือการส่งต่อหน่วยงานหรือ

สถานพยาบาลอื่น

6. การรับยากลับบ้าน
7. บริการคลินิกพิเศษ

วันจันทร์	คลินิกโรคหอบหืด/ถุงลมโป่งพอง	เวลา 08.00 - 16.00 น.
วันอังคาร พุธ และพฤหัสบดี	คลินิกโรคเบาหวาน/ โรคความดันโลหิตสูง	เวลา 08.00 - 16.00 น.
วันศุกร์	คลินิก WARFARIN (สัปดาห์ที่ 1 และ 3)	เวลา 08.00 - 16.00 น.
	คลินิกโรคไต (สัปดาห์ที่ 2 และ 4)	เวลา 08.00 - 16.00 น.
8. บริการคลินิกเฉพาะทาง		
วันจันทร์	อายุรกรรม/ ศัลยกรรมกระดูกและข้อ/ US	เวลา 08.00 - 12.00 น.
วันอังคาร	อายุรกรรม/ ศัลยกรรมทั่วไป/ US	เวลา 08.00 - 12.00 น.
วันพุธ	อายุรกรรม/ ศัลยกรรมกระดูกและข้อ/ US	เวลา 08.00 - 12.00 น.
	เวชศาสตร์ฟื้นฟู (PM&R) (สัปดาห์ที่ 3 ของเดือน ทุก 2 เดือน)	
	อายุรกรรมโรคหัวใจ (สัปดาห์ที่ 4 ของเดือน)	
วันพฤหัสบดี	อายุรกรรม/ ศัลยกรรมทั่วไป/ คลินิกกระดูกพรุน	เวลา 08.00 - 12.00 น.
วันศุกร์	อายุรกรรม/ คลินิกเต้านม	เวลา 08.00 - 12.00 น.

ประเด็นคุณภาพ / เป้าหมายมุ่งเน้น

1. ผู้ป่วยทุกรายได้รับการรักษาพยาบาลด้วยความถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย ผู้รับบริการพึงพอใจ โดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย
2. การให้ข้อมูลสุขภาพถูกต้องครบถ้วน/ การสื่อสารที่เหมาะสม
3. มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
4. มีการพัฒนาบุคลากรทุกระดับและส่งเสริมให้บุคลากรมีศักยภาพ

ความเสี่ยงสำคัญ

1. อุบัติการณ์เกิดอาการทรุดลงขณะรอตรวจ
2. การซักประวัติ บันทึกประวัติ ตรวจรักษาผู้ป่วยผิดคน
3. ผู้ป่วยได้รับการล่าช้า (ระยะเวลารอกอยพบแพทย์)
4. ข้อร้องเรียนเรื่องพฤติกรรมบริการ

โอกาสพัฒนา

1. พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยนอก โดยระยะเวลารอกอยไม่เกิน 90 นาที
2. การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องถูกคน 100 %
3. ความพึงพอใจผู้ป่วยนอก ≥ 80 %

ผลงานและรางวัลที่ภาคภูมิใจ

1. พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยนอก โดยระยะเวลารอกอย ปี 2568 เท่ากับ 55 นาที
2. ความพึงพอใจผู้ป่วยนอก ปี 2568 เท่ากับ 81.54 %

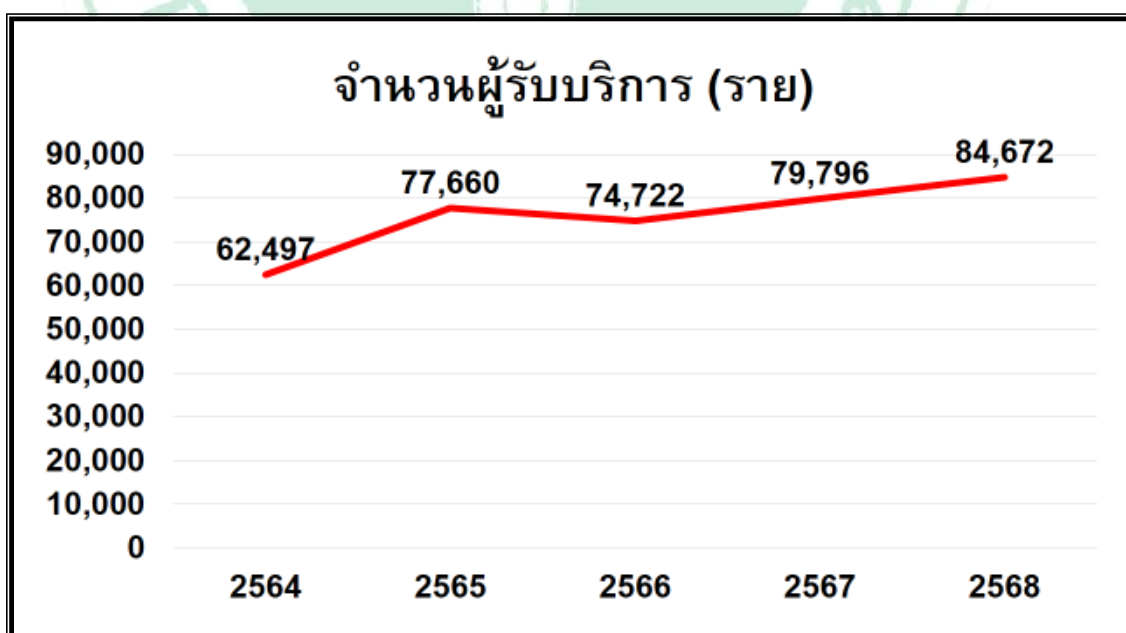
ตัวชี้วัด (KPI) และผลลัพธ์ของการดำเนินการ

ข้อมูลเชิงปริมาณ

ประเภท	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568
1. การคัดกรองผู้ป่วย (จาก HDC)	152,466	227,067	149,988	140,832	127,521
2. การตรวจรักษาโรคทั่วไป (OPD)	34,915	46,141	52,257	55,986	61,300
3. การตรวจรักษาโรคเฉพาะทาง (53)	NA	NA	NA	5,441	6,181
4. การตรวจรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง/ เบาหวาน (19)	8,495	7,798	13,234	13,826	11,939
- Refill ยา/ จัดยาออกนอก รพ. (20,30,34)	14,912	13,419	9,668	9,585	11,980

ประเภท	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568
5. การตรวจรักษาผู้ป่วย CKD (31)	2,310	2,701	2,510	2,435	2,596
6. การตรวจรักษาผู้ป่วย Warfarin (18)	2,155	844	779	608	644
8. การนัดหมายผู้ป่วย (OPD) ***	12,890	17,366	22,910	20,816	23,582
9. การรับผู้ป่วย (Refer In) **	45	79	60	45	53
10. การส่งต่อผู้ป่วย (Refer Out) **	5,412	3,485	3,495	3,894	4,013
11. บริการตรวจผู้ป่วยด้วยคลื่นความถี่สูง *	2,248	1,870	2,283	3,384	3,493
12. บริการตรวจภายใน *	458	624	548	932	1,256
13. บริการตรวจมะเร็งปากมดลูก *	39	127	86	96	122
14. บริการขูดมดลูก (D&C) *	77	62	70	62	51
15. การส่งตรวจชิ้นเนื้อ	84	222	169	196	195
16. Proctoscope *	35	36	34	44	48

จำนวนผู้รับบริการ



วิเคราะห์งาน: ผู้รับบริการงานผู้ป่วยนอกมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปีหลังสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 ในปีงบประมาณ 2568 ผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกทั่วไปมีอาการซับซ้อนมากขึ้น คลินิกแพทย์เฉพาะทาง เปิดให้บริการแพทย์เฉพาะทางเพิ่มเป็น 6 สาขา ได้แก่ อายุรกรรม ศัลยกรรม กุมารเวชกรรม ศัลยกรรมกระดูก และข้อ เวชศาสตร์ครอบครัว และรังสีวิทยา การให้บริการที่เพิ่มมากขึ้นกับทรัพยากรที่มีอยู่จำกัด ทำให้ต้องมีการบริหารจัดการระบบทำงานและบุคลากร เพื่อให้บริการผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน:

1. แพทย์ออกตรวจผู้ป่วยนอกซ้ำ มาสาย แพทย์ลา/ประชุมพร้อมกันเกิน 1 คน
2. เพิ่มบริการรังสีวิทยาที่คลินิกแพทย์เฉพาะทาง แต่ไม่ได้เตรียมผู้ช่วยฯ และสถานที่ไว้รองรับ
3. ผู้รับบริการคลินิกพิเศษเพิ่มมากขึ้นตั้งแต่ปี 2566 ทำให้การรับบริการล่าช้ามากขึ้น

แนวทางแก้ไข/แผนพัฒนา:

1. สะท้อนปัญหาในการปฏิบัติงานให้ผู้บริหารและทีมงานรับทราบและหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา
2. ประชุมองค์กรแพทย์ ทบทวนระเบียบการปฏิบัติงาน จัดคิวการออกตรวจผู้ป่วยนอก (OPD 1) ของแพทย์
ทั่วไปก่อนเข้าไปตรวจผู้ป่วยใน
3. เพิ่มวันบริการของคลินิกโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานจาก 2 วัน เป็น 3 วัน และส่งผู้ป่วย NCD
ที่ควบคุมอาการได้ดีไปรับยาต่อที่ รพ.สต. ใกล้บ้าน เพื่อกระจายผู้รับบริการและลดความแออัดในโรงพยาบาล

5 อันดับโรคผู้ป่วยนอก

อันดับ	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568
1	โรคความดันโลหิตสูง	โรคโควิด -19	โรคความดันโลหิตสูง	โรคความดันโลหิตสูง	โรคความดันโลหิตสูง
2	โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ	โรคความดันโลหิตสูง	ไข้ไม่ทราบสาเหตุ	โรคเบาหวาน	โรคเบาหวาน
3	โรคเบาหวาน	โรคเบาหวาน	ไข้หวัด	ไข้หวัด	ไข้หวัด
4	โรคไขมันในเส้นเลือดสูง	ไข้ไม่ทราบสาเหตุ	โรคกระเพาะลำไส้อักเสบ	ไข้ไม่ทราบสาเหตุ	โรคไขมันในเส้นเลือดสูง
5	ไข้ไม่ทราบสาเหตุ	Pain localized to upper abdomen	โรคเบาหวาน	โรคกระเพาะลำไส้อักเสบ	โรคกระเพาะลำไส้อักเสบ

วิเคราะห์งาน: 5 อันดับโรคผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพบพระตั้งแต่ปี 2564 - 2568 ได้แก่ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเส้นเลือดสูง นอกจากนี้โรกระบบทางเดินอาหาร โรกระบบทางเดินหายใจ ใช้ไม่ทราบสาเหตุ ที่เป็นโรคประจำถิ่นของอำเภอพบพระ ตลอดจนสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ในปี 2565

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน:

1. โรคกลุ่ม NCDs ของอำเภอพบพระ เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม การขาดการออกกำลังกาย พันธุกรรม และความเครียดในชีวิตประจำวัน
2. โรกระบบทางเดินอาหาร เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ และสุขนิสัยของคน
3. โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเกิดจากสภาพที่อาศัย และตั้งอยู่อยู่ในสภาพภูมิอากาศที่ร้อนชื้น

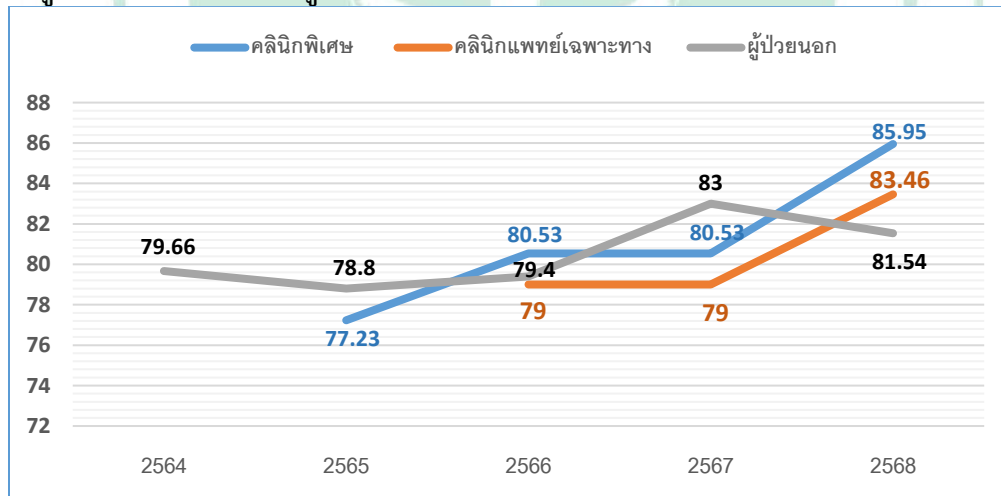
แนวทางแก้ไข/แผนพัฒนา:

1. จัดบริการ NCD clinic เพื่อดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพ
2. พัฒนาระบบบริการงานผู้ป่วยนอก เพื่อดูแลผู้รับบริการมีมาตรฐาน
3. สะท้อนสถานะสุขภาพให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบข้อมูล และหาแนวทางป้องกันแก้ไขปัญหาร่วมกัน

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

1. อัตราความพึงพอใจผู้ป่วยนอก $\geq 80\%$

แผนภูมิแสดงความพึงพอใจผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ 2564-2568



จากกราฟแนวโน้มความพึงพอใจผู้ป่วยนอกมีดังนี้:

ความพึงพอใจผู้ป่วยนอก (เส้นสีเทา): ตั้งแต่ปี 2564 - 2568 ร้อยละ 79.66, 78.8, 79.4, 83 และ 81.54 ตามลำดับ จากการวิเคราะห์พบว่า ปี 2564-2566 มีการเปลี่ยนแปลงในระบบบริการผู้ป่วยนอกโดยรวม เช่น การปรับปรุงขั้นตอนการรับบริการ การรับมือกับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด19 มีทั้งส่วนที่ผู้ป่วยพึงพอใจและไม่พึงพอใจ การเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในปี 2567 เกิดจากการนโยบายขอโรงพยาบาลที่มุ่งเน้นการปรับปรุงบริการผู้ป่วยนอกอย่างต่อเนื่อง เช่น การลดระยะเวลารอคอย การเพิ่มประสิทธิภาพการรับส่งผู้ป่วย การปรับปรุงทัศนคติของบุคลากร หรือการเพิ่มช่องทางการสื่อสาร การลดลงเล็กน้อยในปี 2568 จาก 83.0 เป็น 81.54 พบว่า

ผู้รับบริการมีความคาดหวังต่อบริการผู้ป่วยนอกโดยรวมสูงขึ้น ประกอบกับจำนวนผู้รับบริการที่เพิ่มขึ้น การรอคอยตรวจรักษาที่ต้องใช้ระยะเวลายาวนานในบางช่วงเวลา การโยกย้ายของแพทย์ ปัญหาเรื่องที่จอดรถ ความแออัดหรือคุณภาพการสื่อสารของบุคลากรที่ไม่สอดคล้องกันทุกจุดทำให้ร้อยละความพึงพอใจลดลง

ความพึงพอใจคลินิกพิเศษ (เส้นสีน้ำเงิน): มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี 2565 - 2568 ร้อยละ 77.23, 80.53, 80.53 และ 85.95 ตามลำดับ จากการวิเคราะห์พบว่าการจัดบริการคลินิกพิเศษได้รับบริการที่รวดเร็วขึ้น ใช้เวลารอคอยน้อยลง มีช่องทางการติดต่อสื่อสารที่สะดวกสบายกว่า มีบุคลากรที่ดูแลอย่างเป็นระบบ เช่น นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด ทันตแพทย์ ตลอดจนมีการตรวจคัดกรองความเสี่ยงประจำป้อย่างสม่ำเสมอ ทำให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจมากขึ้น

ความพึงพอใจคลินิกแพทย์เฉพาะทาง (เส้นสีส้ม): ตั้งแต่ปี 2566 - 2568 ร้อยละ 79.0, 79.0 และ 83.46 ตามลำดับ จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ปี 2566 เป็นการเริ่มเปิดบริการคลินิกแพทย์เฉพาะทาง ในช่วงแรกๆ การบริหารจัดการคิวการตรวจรักษา ตลอดจนความเข้าใจของผู้รับบริการในขั้นตอนการตรวจรักษา กับแพทย์เฉพาะทางยังไม่ราบรื่น ยังไม่มีความพร้อมด้านบุคลากร เครื่องมือพิเศษและสถานที่จึงทำให้ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการต่ำกว่าเกณฑ์ จึงได้มีการเพิ่มจำนวนแพทย์หรือพยาบาล การปรับปรุงกระบวนการนัดหมาย/รอคอยตรวจ การนำเทคโนโลยีใหม่ๆ มาช่วย จัดหาเครื่องมือพิเศษในการช่วยตรวจรักษาเพิ่มขึ้น ในปี 2568 ความพึงพอใจเพิ่มขึ้นเป็น 83.46

สรุปภาพรวม

จากกราฟแสดงให้เห็นว่าการพัฒนาบริการในกลุ่มคลินิกพิเศษอย่างต่อเนื่อง ทำให้ความพึงพอใจสูงขึ้นอย่างชัดเจน ในขณะที่บริการผู้ป่วยนอกโดยรวมยังคงต้องมีการประเมิน และปรับปรุงบริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถรักษาและเพิ่มระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยในภาพรวมได้อย่างยั่งยืน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน				
		2564	2565	2566	2567	2568
2. ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองครอบคลุมโดยพยาบาลวิชาชีพ	100 %	100	100	100	100	100

วิเคราะห์งาน

งานผู้ป่วยนอก จัดให้มีพยาบาลวิชาชีพอยู่ประจำจุดคัดกรองทุกวัน ตั้งแต่ปี 2564 เป็นต้นมา

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

เนื่องจากการจัดให้พยาบาลวิชาชีพหมุนเวียนกันมาปฏิบัติงานที่จุดคัดกรอง เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานทดแทนกันได้เมื่ออัตรากำลังขาด จึงอาจทำให้มีการคัดกรองผิดพลาดจากศักยภาพของเจ้าหน้าที่ ที่ไม่เท่ากัน

แนวทางแก้ไข/ แผนพัฒนา

- จัดอบรมเรื่องแนวทางการคัดกรองและการส่งต่อระหว่างแผนกแก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง
- ติดตามความเสี่ยงเรื่องการคัดกรองผิดพลาดและสะท้อนข้อมูลให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน				
		2564	2565	2566	2567	2568
3. ผู้ป่วยได้รับการซักประวัติ/ประเมินสัญญาณชีพและลงบันทึกได้ครอบคลุม ถูกต้อง ถูกคน	100 %	99	99	99	99	99

วิเคราะห์งาน:

จากข้อมูลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกพบว่ายังมีการบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วนในส่วนของข้อมูลการประเมินสัญญาณชีพ ประวัติการเจ็บป่วย และการให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรค

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน:

- ด้านผู้รับบริการ ผู้ป่วยรับบริการมีจำนวนมาก ทำให้ไม่ทัน
- ด้านบุคลากร ไม่ตรวจสอบความถูกต้องก่อนบันทึกข้อมูล ขาดความตระหนักรู้
- ด้านสิ่งแวดล้อม แสง เสียงรบกวนการทำงาน

แนวทางแก้ไข/แผนพัฒนา:

- จัดอบรมเรื่องแนวทางการบันทึกเวชระเบียนแก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง
- เน้นย้ำเจ้าหน้าที่ให้ตระหนักรู้ในการบันทึกเวชระเบียนให้ถูกต้อง
- จัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน				
		2564	2565	2566	2567	2568
4. อุบัติการณ์การให้การรักษาพยาบาลผิดคน	0 ราย	2	0	0	0	1

วิเคราะห์งาน

จากการทบทวนความเสี่ยงปี 2568 พบว่ามีอุบัติการณ์การให้การรักษาพยาบาลผิดคน จำนวน 1 ราย ซึ่งเกี่ยวกับเรื่อง patient identification ผู้รับบริการมีชื่อและนามสกุลเหมือนกัน โดยรายที่ 1 case FX BOTH BONE FOREARM มาตามนัด F/U OPD Ortho film left forearm (AP, Lateral) ขณะเรียกชื่อผู้ป่วยมาซักประวัติ ผู้ป่วยรายที่ 2 ที่มีชื่อและนามสกุลเหมือนกันเดินมาพยาบาลซักประวัติสอบถามชื่อและนามสกุลตรงกัน จึงส่งผู้ป่วยไป film ที่ชื่อมือหลัง film เจ้าหน้าที่โทรกลับมาแจ้งให้สอบถามประวัติคนไข้ซ้ำเนื่องจากขณะ film ผู้ป่วยมีอาการสับสนข้างที่เจ็บ พยาบาลจึงเรียกผู้ป่วยมาซักประวัติเพิ่มเติม พบว่าผู้ป่วยรายที่ 2 ไม่ได้มาตามนัด แต่เป็น case ที่มารับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปด้วยอาการไข้ ไอ มีน้ำมูกและเจ็บแขนข้างขวา

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน: การสื่อสารและการซักประวัติยืนยันอาการเจ็บป่วย

แนวทางแก้ไข/แผนพัฒนา

- ทบทวนการปฏิบัติตามแนวทางการ patient identification ในแผนก โดยใช้การทวนสอบข้อมูลทั้งหมด 4 ตัว เพื่อชั่งปั้งคือ 1) ชื่อ-นามสกุล 2) เพศ 3) อายุ 4) เลขคิวของ OPD

- เพิ่มเติมการซักประวัติอาการสำคัญที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน				
		2564	2565	2566	2567	2568
5. อุบัติการณ์ผู้รับบริการเกิดอาการทรุดลงขณะรอตรวจ	0 ราย	1	3	3	3	4

วิเคราะห์งาน

จากการทบทวนความเสี่ยงปี 2568 พบว่ามีอุบัติการณ์ผู้รับบริการอาการทรุดลงขณะรอตรวจมีทั้งหมด 4 ราย ดังนี้ 1) case Reactive airway disease R/O COPD แรกรับ O₂ sat 99% ขณะรอตรวจ เหนื่อยเยอะขึ้น O₂ sat 85% 2) Case EPILEPSY ชาดยามาหลังนัด ซักขณะรอตรวจ 3) Case R/O hematochezia ถ่ายเหลว เป็นเลือดสดขณะรอตรวจมีอาการเกร็ง BP drop

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน อาการทรุดลงจากตัวโรค

แนวทางแก้ไข/แผนพัฒนา มีแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยทรุดลงที่แผนกผู้ป่วยนอก

1. ประเมินอาการและอาการแสดง
2. ประเมินสัญญาณชีพ
3. ประเมินพยาบาลเบื้องต้น
4. ประสานส่งต่อผู้ป่วยไปยังห้องฉุกเฉิน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน				
		2564	2565	2566	2567	2568
6. จำนวนครั้งของการพลัดตกหกล้มของผู้รับบริการ	0 ครั้ง	0	0	1	2	3

วิเคราะห์งาน

พบอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มของผู้รับบริการ บริเวณคลินิกพิเศษ ปี 2566-2568 จำนวน 1, 2 และ 3 ราย ตามลำดับ

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน:

1. จุดพักคอยเพื่อรอตรวจของคลินิกพิเศษ ไม่มีราวบันไดขึ้น-ลง
2. ผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องข้อเข่าเดินขึ้นลงบันไดไม่สะดวก

แนวทางแก้ไข/แผนพัฒนา:

1. เพิ่มราวบันไดขึ้น-ลง บริเวณจุดพักคอยเพื่อรอตรวจของคลินิกพิเศษ
2. ทำป้ายแจ้งเตือนผู้รับบริการ
3. ผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องข้อเข่า ให้นั่งรอบริเวณทางเดินด้านหน้าคลินิกพิเศษ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน				
		2564	2565	2566	2567	2568
7. จำนวนการไม่อยู่รอดตรวจ	< 100 ราย	14	47	182	87	154

วิเคราะห์งาน พบว่า

ปีงบประมาณ 2566 มีผู้ป่วยไม่รอดตรวจ 182 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.35 มีผู้ป่วยจำนวน 12 ราย revisit ใน 48 ชั่วโมง และมี 5 ราย ได้ admit มีรายละเอียดดังนี้

1. เด็กหญิงไทย อายุ 8 เดือน มารักษาโรงพยาบาลพระด้วยอาการ ไข้ ไอ มีน้ำมูก หายใจเหนื่อย ไม่รอดตรวจ หลังกลับบ้านไปอาการไม่ทุเลา กลับมา revisit วันถัดไป Dx. pneumonia ได้ admit
2. ชายไทย อายุ 72 ปี มาด้วยอาการเวียนศีรษะ บ้านหมุน ไม่รอดตรวจ revisit 48 ชั่วโมง Dx. Dizziness ได้ยาฉีดอาการไม่ทุเลาได้ admit
3. หญิงพม่า อายุ 48 ปี มารักษาด้วยอาการไข้ หนาวสั่น ปวดศีรษะ ชักประวัติเจาะเลือด Dx. Malaria PV จึงโทรติดตามผู้ป่วยมา admit
4. เด็กชายไทย อายุ 3 ปี ไข้ อาเจียน ถ่ายเหลว ไม่รอดตรวจ กลับมา revisit 48 ชั่วโมง Dx. AGE ให้ admit ดูอาการ

5. ชายไทย อายุ 28 ปี มารักษาด้วยอาการปวดแสบท้องใต้ลิ้นปี่ คลื่นไส้ มีอาเจียน revisit 48 ชั่วโมงกลับมา Dx. AGE Dyspepsia ได้ฉีดยา อาการปวดท้องไม่ทุเลา ได้ Admit

ผู้ป่วยไม่กลับมา revisit จำนวนทั้งหมด 170 ราย เป็นผู้ป่วยมารับบริการผู้ป่วยนอกโรคทั่วไป 117 ราย และ เป็นผู้ป่วยมาตามนัดติดตามอาการและอาการปกติ 53 ราย

ปีงบประมาณ 2567 มีผู้ป่วยไม่รอดตรวจ 87 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.16 มีผู้ป่วยจำนวน 12 ราย revisit ใน 48 ชั่วโมง และมี 2 รายได้ admit มีรายละเอียดดังนี้

1. หญิงไทย อายุ 76 ปี ปวดแสบร้อนท้องข้างซ้าย ปวดร้าวลงหน้าขา ไม่รอดตรวจ revisit ใน 48 ชั่วโมง admit Dx. Diverticular disease 3 วัน จำหน่ายมีนัดติดตามอาการ
2. เด็กชายพม่า มารักษาไข้ ไอมีน้ำมูกอาเจียน ไม่รอดตรวจ revisit 48 ชั่วโมง ได้ admit Dx.AGE จำหน่ายไม่มีนัดต่อ ผู้ป่วยไม่กลับมา revisit จำนวนทั้งหมด 75 ราย เป็นผู้ป่วยมารับบริการผู้ป่วยนอกโรคทั่วไป 64 ราย และเป็นผู้ป่วยมาตามนัดติดตามอาการและอาการปกติ 11 ราย ปีงบประมาณ 2568 มีผู้ป่วยไม่รอดตรวจ 216 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.35 มีผู้ป่วยจำนวน 22 ราย revisit ใน 48 ชั่วโมง และมี 3 รายได้ admit มีรายละเอียดดังนี้

1. เด็กชายไทย อายุ 1 ปี มารักษาด้วยอาการ ไข้ อาเจียน ถ่ายเหลว ไม่รอตตรวจ revisit 48 ชั่วโมงกลับมา admit Dx.AGE จำหน่ายมีนัดติดตามอาการ

2. หญิงไทยอายุ 23 ปี มารักษาด้วยเลือดออกทางช่องคลอด ไม่รอตตรวจ revisit 48 ชั่วโมง กลับมา Admit Dx. Blighted ovum จำหน่ายมีนัดติดตามอาการต่อ

3. หญิงไทย อายุ 35 ปี มารักษาด้วยอาการ ปวดแสบท้องใต้ลิ้นปี่ หายใจไม่อิ่ม ไม่รอตตรวจ revisit 48 ชั่วโมง admit เนื่องจากพบ BP สูง ร่วม Dx. HT dyspepsia

ผู้ป่วยไม่กลับมา revisit จำนวนทั้งหมด 194 ราย เป็นผู้ป่วยมารับบริการผู้ป่วยนอกโรคทั่วไป 128 ราย และ เป็นผู้ป่วยมาตามนัดติดตามอาการและอาการปกติ 66 ราย

จำนวนผู้ป่วยไม่รอตตรวจ 3 ปีย้อนหลัง มีจำนวนที่แตกต่างกัน ปี 2567 มีจำนวนผู้ป่วยไม่รอตตรวจน้อยที่สุด แนวโน้มผู้ป่วยไม่รอตตรวจเมื่อเทียบร้อยละกับจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ไม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นหรือลดลง

ปัญหา/ อุปสรรคการดำเนินงาน

1. ระยะเวลารอคอยมีผลต่ออัตราการไม่รอตตรวจของผู้ป่วย
2. แพทย์มีจำนวนจำกัด มีการลาอบรมที่ซับซ้อนกันทำให้จำนวนแพทย์ตรวจผู้ป่วยนอกไม่สัมพันธ์น้อย
3. ในช่วงระบาดของโรคทำให้ผู้ป่วยมีจำนวนมากขึ้นตามช่วงระบาด เช่น ช่วงโรคไข้เลือดออกระบาด ช่วงไข้หวัดใหญ่ RSV ระบาด เป็นต้น
4. เจ้าหน้าที่ไม่สามารถโทรตามหรือสอบถามเหตุผลในการไม่รอตตรวจได้ สืบเนื่องจากข้อมูลเวชระเบียนไม่ครบ ไม่อัปเดตข้อมูล
5. ไม่มีผู้รับผิดชอบในการติดตามผู้ป่วยที่ไม่รอตตรวจ
6. ผู้ป่วยที่ไม่รอตตรวจไม่ได้แจ้งเจ้าหน้าที่จึงไม่ได้มีการให้คำแนะนำการดูแลตัวเองและการสังเกตอาการก่อนกลับบ้าน

แนวทางการแก้ไข/ แผนพัฒนา

1. การประชุมองค์กรแพทย์ มีข้อตกลงให้ลาหรืออบรมไม่พร้อมกัน ยกเว้นมีความจำเป็น
2. มีการรายงานจำนวนผู้รับบริการในกลุ่มไลน์แพทย์ เพื่อขอความร่วมมือแพทย์เฉพาะทางร่วมตรวจผู้ป่วยนอกทั่วไปในวันที่ยอดผู้ป่วยมีจำนวนมากและแพทย์เหลือน้อย
3. ประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยรับทราบถึงจำนวนแพทย์ที่เหลือน้อยและจำนวนผู้ป่วยที่เหลือ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน				
		2564	2565	2566	2567	2568
8. ปฏิเสธการรักษา	< 10 ราย	14	21	18	18	9

วิเคราะห์งาน:

ปีงบประมาณ 2566 มีผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาจำนวน 18 ราย แบ่งเป็น

1. ปฏิเสธการทำหัตถการเกี่ยวกับกระดูกหัก จำนวน 3 ราย
2. ปฏิเสธการนอนโรงพยาบาล จำนวน 10 ราย
3. อื่นๆ จำนวน 6 ราย

ใน 18 รายนี้ มี 1 ราย ปฏิเสธการรักษาในโรงพยาบาลเรื่องความดันสูง และกลับมารักษาด้วย hypertensive hemorrhagic stroke และมี 1 รายปฏิเสธการนอนโรงพยาบาลและ revisit กลับมา admit มีรายละเอียดดังนี้

1. ผู้ป่วยชายไทย อายุ 37 ปี มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกทั้งหมด 3 ครั้ง และห้องฉุกเฉิน 1 ครั้ง ดังนี้ ครั้งที่ 1 วันที่ 25/10/2565 ผู้รับบริการมารับบริการขอใบรับรองแพทย์เพื่อยื่นสมัครงาน จาก V/S ครั้งที่ 1 พบ BP=214/135 mmHg ครั้งที่ 2 BP=233/138 mmHg ครั้งที่ 3 BP=221/138 mmHg ผู้ป่วยอาการปกติ ไม่มีปวดศีรษะ ไม่มีแขนขาอ่อนแรง จึงส่งต่อรักษาห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา เจ้าหน้าที่ได้อธิบายถึงความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยรับได้ แต่ไม่ยอมเซ็นใบปฏิเสธการรักษาและติดต่อไม่ได้

ครั้งที่ 2 วันที่ 13/12/2565 ผู้ป่วยมารับบริการเรื่องขอใบรับรองแพทย์อีกครั้ง V/S ครั้งที่ 1 พบ BP=229/146 mmHg ครั้งที่ 2 BP=212/131 mmHg ครั้งที่ 3 BP=209/147 mmHg จึงส่งไปรักษาต่อที่ห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยได้รับประทานยา captopril 1 tab หลังรับประทานยาผู้ป่วยแจ้งว่าต้องกลับบ้านไปรับลูก จึงให้เซ็นใบปฏิเสธการรักษา และแพทย์นัดเจาะเลือดและติดตามอาการอีก 2 วัน และให้ยา enalapril 5 mg 1*2 และ amlodipine 5 mg 1*1 กลับบ้านไปกินต่อ

ครั้งที่ 3 วันที่ 15/12/2565 ผู้ป่วยมาตามนัดเจาะเลือด V/S ครั้งที่ 1 พบ BP=225/132 mmHg ครั้งที่ 2 BP=238/136 mmHg ครั้งที่ 3 BP=228/129 mmHg อาการปกติ เจาะเลือดเสร็จจึงส่งผู้ป่วยไปห้องฉุกเฉินเพื่อดูอาการต่อ ผู้ป่วยไปถึงห้องฉุกเฉินไม่ให้ความร่วมมือ ไม่ยอมนอนพัก และหนีกลับบ้านไป โทรตามไม่ได้ จึงส่งเรื่องให้ รพ.สต. ติดตามต่อ

ครั้งที่ 4 วันที่ 22/1/2566 ผู้ป่วยมาด้วยอาการ หายใจเป่าปาก แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง บ่นเจ็บแน่นอก GCS E3V2M3 pupil 2 mm. RTL BE แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง หายใจเป่าปาก consult med refer โรงพยาบาลแม่สอด CT brain พบมีเลือดออกในสมอง

2. เด็กชายพม่า อายุ 14 ปี มาด้วยอาการ ไข้ ถ่ายเหลว 5 วัน Dx. acute diarrhea แพทย์ advice นอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยปฏิเสธนอน กลับมา revisit วันถัดไป ด้วยอาการไม่ทุเลา admit 3 วัน อาการทุเลา แพทย์จำหน่ายไม่มีนัดต่อ

ปีงบประมาณ 2567 มีผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาจำนวน 18 ราย แบ่งเป็น

1. ปฏิเสธการทำหัตถการเกี่ยวกับกระดูกหัก จำนวน 2 ราย
2. ปฏิเสธการนอน รพ. จำนวน 11 ราย
3. อื่นๆ จำนวน 6 ราย

ไม่มีผู้ป่วยกลับมา revisit ด้วยเรื่องเดิมและไม่มีอาการทรุดลงหลังจำหน่าย

ปีงบประมาณ 2568 มีผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาจำนวน 9 ราย แบ่งเป็น

1. ปฏิเสธการทำหัตถการเกี่ยวกับกระดูกหัก จำนวน 2 ราย
2. ปฏิเสธการนอน รพ. จำนวน 5 ราย
3. อื่นๆ จำนวน 2 ราย

ใน 9 รายนี้ มี 2 ราย ปฏิเสธการนอนโรงพยาบาล หลังกลับบ้านอาการทรุดลงจึงกลับมาอนโรงพยาบาล มีรายละเอียดดังนี้

1. ชายไทยอายุ 74 ปี มารักษาด้วยอาการหายใจเหนื่อย เพลีย Dx. pneumonia แพทย์ให้นอนโรงพยาบาล ญาติปฏิเสธ จึงให้คำแนะนำส่งเกตุอาการ หลังกลับบ้านได้ 2 วัน ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยมากขึ้น ญาติจึงพามาโรงพยาบาล และ admit

2. ชายไทย อายุ 32 ปี มารักษาด้วยอาการขาข้างซ้ายมีก้อนบวมแดง Dx. cellulitis left leg ให้นอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยปฏิเสธ แพทย์จำหน่ายให้ยาไปกินต่อไม่นัด หลังกลับบ้าน 1 วัน ผู้ป่วยกลับมาโรงพยาบาลเพื่อ admit

ปัญหา/ อุปสรรคการดำเนินงาน:

1. ผู้รับบริการมีความหลากหลายทางชาติพันธุ์และความเชื่อ หัตถการบางอย่างมีความขัดแย้งต่อความเชื่อของผู้รับบริการ

2. ผู้รับบริการส่วนหนึ่งไม่มีสิทธิการรักษา มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย

แนวทางการแก้ไข/ แผนพัฒนา:

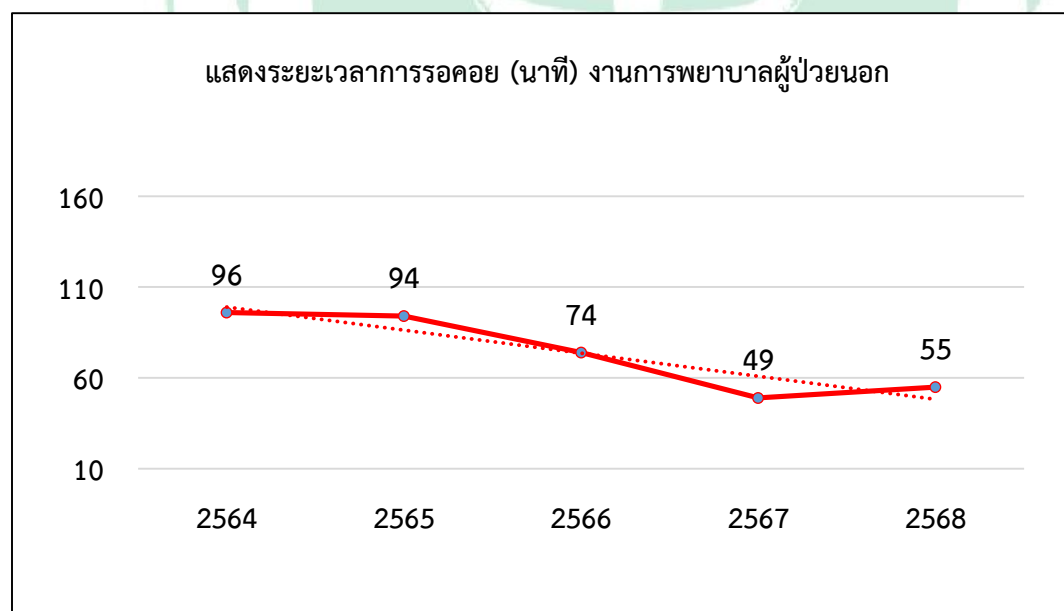
1. เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำถึงผลดีผลเสียของการทำหัตถการ หรือการนอนโรงพยาบาล และให้ทางเลือกให้กับผู้รับบริการในการตัดสินใจ

2. ผู้รับบริการที่ปฏิเสธการนอนโรงพยาบาลให้แพทย์เจ้าของไข้ออกใบนัดติดตามอาการเพิ่มเติมทุกครั้ง

3. เน้นย้ำการให้คำแนะนำส่งเกตุอาการเปลี่ยนแปลงที่ต้องมาโรงพยาบาลทุกครั้งก่อนจำหน่ายผู้ป่วย

9. ระยะเวลาการรอคอยเฉลี่ยของผู้ป่วยนอก ≤ 90 นาที

ระยะเวลาการรอคอย งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ 2564-2568



จากแผนภูมิ: พบว่าในปี 2564 มีระยะเวลาการรอคอยมากที่สุดในสถิติ คิดเป็น 96 นาที รองลงมาคือ ปี 2565 คิดเป็น 94 นาที ระยะเวลาการรอคอยน้อยที่สุดคือปี 2567 คิดเป็น 49 นาที

สาเหตุ: ปี 2564-2568 มีระยะเวลาการรอคอยลดลงตามลำดับ เนื่องจากการจัดระบบการเข้ารับบริการที่ดีขึ้น การใช้ตู้กดคิวอัตโนมัติ ระบบการเรียกคิวการคัดกรองแต่ละแผนกทำให้สามารถคัดกรองและแยกผู้ป่วยได้

รวดเร็วเป็นระบบมากขึ้น รวมถึงมีการพัฒนาระบบนัดให้ศิษย์แลกเปลี่ยนได้ จึงทำให้ระยะเวลาการรอคอยตรวจแล็บ และการรอคอยโดยรวมลดลง จึงทำให้ผู้รับบริการได้รับการบริการที่รวดเร็วมากขึ้นตามลำดับ

แนวทางการแก้ไข: ในช่วงไตรมาสที่ 1 ปี 2568 พบว่า ระยะที่ผู้ป่วยรอคอยนานที่สุดเป็นช่วงเวลาที่รอพบแพทย์ เนื่องจากแพทย์ต้องเข้าไปตรวจผู้ป่วยในก่อนที่จะออกมาตรวจผู้ป่วยนอก จึงมีการแก้ปัญหาการรอคอยการตรวจ โดยการจัดคิวแพทย์ OPD คิว 1 เพื่อมาตรวจผู้ป่วยนอกก่อนเข้าไปตรวจผู้ป่วยใน และมีแพทย์เฉพาะทางช่วยตรวจผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ทั่วไป จึงช่วยลดระยะเวลาการรอคอยลงในไตรมาส 2-3 ของปี 2568 และมีแนวโน้มที่จะลดลงตามลำดับ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน				
		2564	2565	2566	2567	2568
10. จำนวนข้อร้องเรียนเรื่องพฤติกรรมบริการ	ลดลง 50 %	0	0	1	1	1

วิเคราะห์งาน: จากตารางพบว่า ตั้งแต่ปี 2566-2568 มีข้อร้องเรียนเรื่องพฤติกรรมบริการ จำนวน 1 ราย/ ปี ในปี 2568 ผู้ป่วยนัดของคลินิกแพทย์เฉพาะทาง ไม่พึงพอใจพยาบาลที่ไม่โทรเตือนนัดและไม่สะดวกมาตามนัดครั้งต่อไป เนื่องจากต้องลางาน จากการตรวจสอบบัตรนัดพบว่าพยาบาลในตึกผู้ป่วยในนัดหมายมาผิดจุดบริการจึงทำให้ไม่ได้รับประสานการเตือนนัด จึงแจ้งผู้รับบริการอีกครั้งว่าเป็นความผิดพลาดของโรงพยาบาลเอง ผู้รับบริการถามว่าแล้วต้องทำยังไง พยาบาลจึงแนะนำว่า ให้คนไข้ไปเขียนร้องเรียนได้

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน:

1. ผู้ป่วยไม่ได้รับการประสานการเตือนนัด เนื่องจากการนัดหมายไม่ตรงจุดบริการ
2. พยาบาลไม่ทราบแนวทางการจัดการเมื่อผู้ป่วยไม่สะดวกมารับบริการครั้งต่อไป
3. เจ้าหน้าที่ใช้วิธีการ และคำพูดไม่เหมาะสม

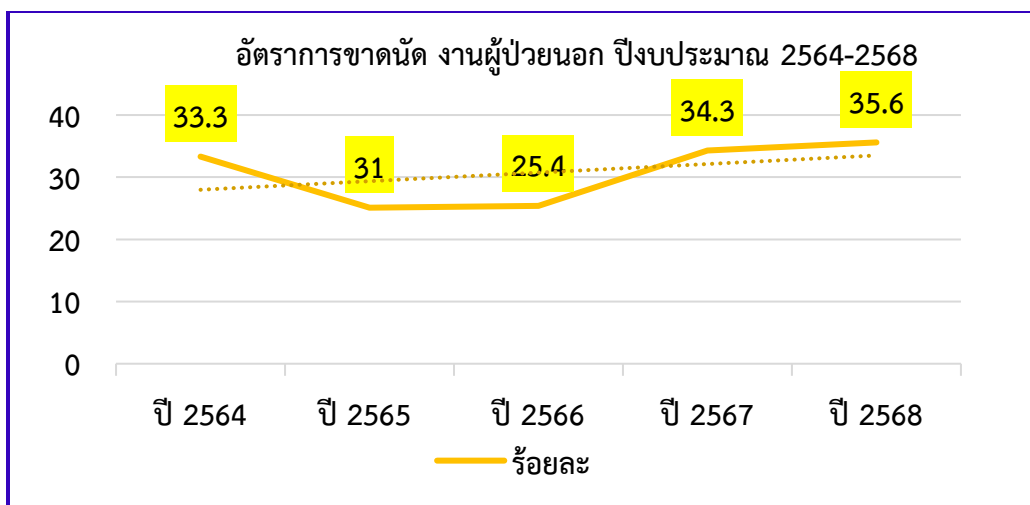
แนวทางแก้ไข/แผนพัฒนา:

1. แจ้งทุกจุดบริการให้นัดหมายผู้รับบริการมาให้ตรงจุดบริการ
2. ตรวจสอบการนัดหมายทุกห้องตรวจ คือ 53, 54, 55 ,เช็ควันนัดโดยใช้ชื่อแพทย์ที่ไม่อยู่ และโทรเตือนนัดผู้รับบริการทุกราย
3. มีแนวทาง/ทางเลือกในการเข้ารับบริการของผู้ป่วย เช่นตรวจกับแพทย์ GP หรือเลื่อนนัดไปในวันที่แพทย์เฉพาะทางออกตรวจตามที่ผู้รับบริการต้องการ
4. เจ้าหน้าที่ฝึกปรับปรุงคำพูด (Reframe) เพื่อลดความขัดแย้ง

11. อัตราการขาดนัด

ตารางแสดงจำนวนผู้รับบริการงานผู้ป่วยนอกที่มีการนัดหมายและขาดนัด ปีงบประมาณ 2564-2568

งานผู้ป่วยนอก	ปีงบประมาณ	2564	2565	2566	2567	2568
	นัดทั้งหมด (ราย)	11,943	18,270	9,396	20,376	17,008
	ขาดนัด (ราย)	3,973	4,583	2,392	6,991	6,065



วิเคราะห์งาน: พบว่าอัตราการขาดนัดผู้รับบริการที่มารับบริการงานผู้ป่วยนอก ปี 2564-2567 คิดเป็นร้อยละ 33.3, 31, 25.4 และ 34.3 และปี 2568 อัตราการขาดนัดมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 35.6

ปัญหา/ อุปสรรคการดำเนินงาน: จากการทบทวนพบว่าอัตราการขาดนัดของงานผู้ป่วยนอก ปี 2568 ที่เพิ่มขึ้นมีดังนี้

1. ไม่ได้ปิดสถานะนัด กรณีผู้ป่วยมาตามนัด
2. กลุ่มผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยนสถานพยาบาล และชาวต่างชาติไปทำงานต่างประเทศ ทำให้ไม่สามารถมาตามนัดได้
3. ผู้ป่วยที่มีการนัดติดตามอาการหลังได้รับการรักษาแล้วมีอาการดีขึ้น จึงไม่ได้มาตามนัดติดตามอาการ
4. ผู้ป่วยต่างชาติมีปัญหาสถานะและสิทธิการรักษา จึงปฏิเสธการรักษา หรือปฏิเสธการทำหัตถการต่างๆ

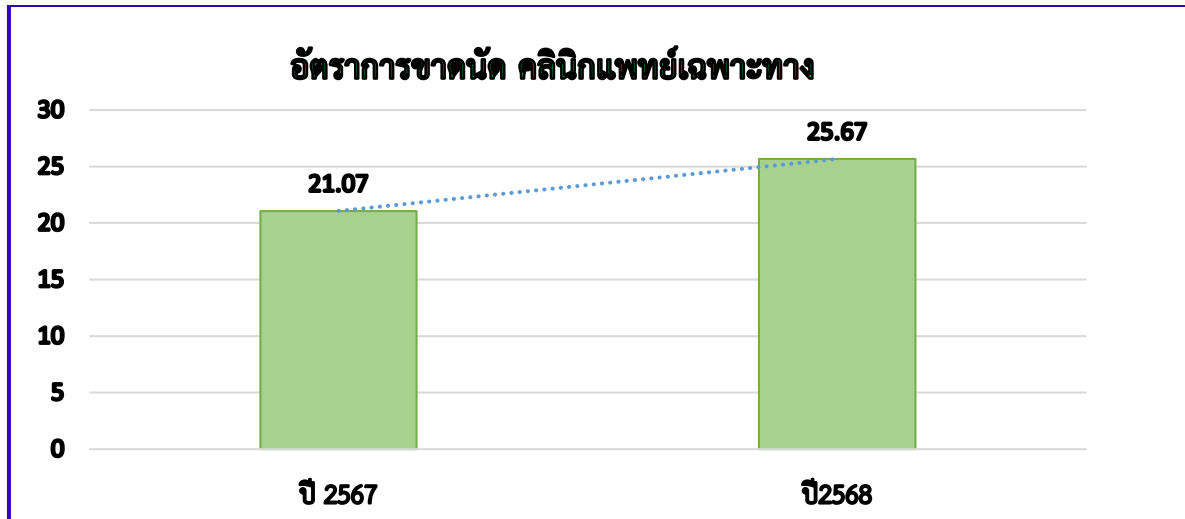
แนวทางการแก้ไข/ แผนพัฒนา:

1. เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำแก่ผู้รับบริการที่มีการนัดหมายถึงอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ และในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ควรรับยาต่อเนื่อง ไม่ควรขาดนัด หากไม่สามารถมาตามนัดสามารถโทรมาเลื่อนนัดได้
2. เจ้าหน้าที่ประวัติตรวจสอบและปิดสถานะนัดหมายผู้ป่วยทุกราย
3. ประสานงานประกันในกรณีผู้ป่วยต่างชาติไม่มีสิทธิการรักษา ให้ตรวจสอบสิทธิกองทุน IRC, SMRU

ตารางแสดงจำนวนผู้รับบริการคลินิกแพทย์เฉพาะทางที่มีการนัดหมายและขาดนัด ปีงบประมาณ 2567-2568

คลินิกเฉพาะทาง	ปีงบประมาณ	2567	2568	หมายเหตุ
	นัดหมายทั้งหมด (ราย)	4,746	4,623	
	ขาดนัด (ราย)	1,285	1,187	

เริ่มเปิดคลินิกแพทย์เฉพาะทาง
1 กันยายน 2566



วิเคราะห์งาน: คลินิกแพทย์เฉพาะทาง เปิดให้บริการตั้งแต่ 1 กันยายน 2566 อัตราการขาดนัดของผู้ป่วยในปี 2567 เป็นร้อยละ 21.07 ปี 2568 อัตราการขาดนัดเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 25.67

ปัญหา/ อุปสรรคการดำเนินงาน:

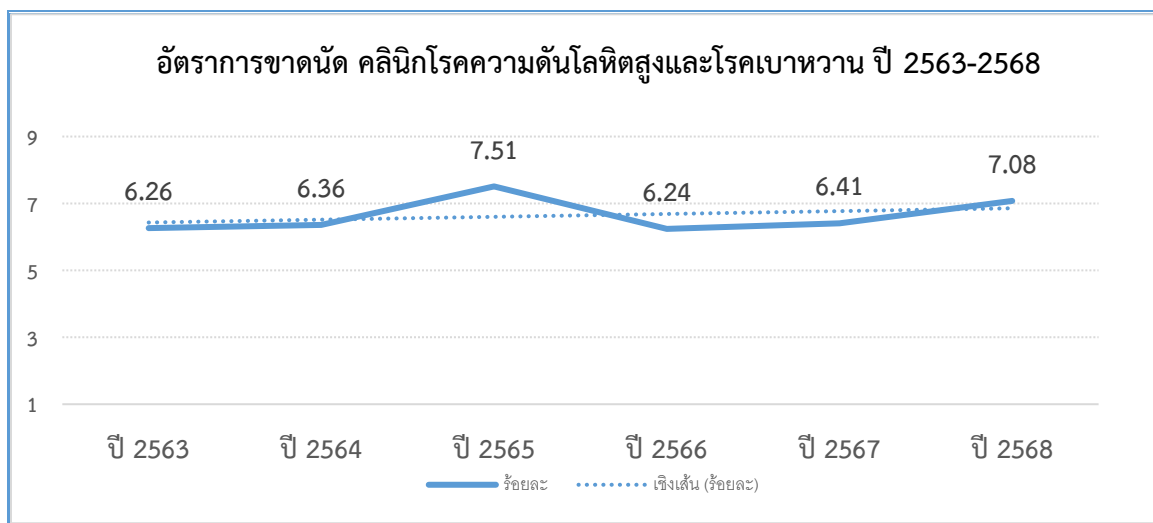
1. ไม่ได้ปิดสถานะการนัด กรณีผู้ป่วยมาตามนัด admit หรือ refer สถานพยาบาลอื่นๆ
2. กลุ่มผู้ป่วยพ่ามีเหตุจำเป็นข้ามกลับไปทำงานฝั่งประเทศพม่า ทำให้การรักษาไม่ต่อเนื่อง
3. ผู้ป่วยที่มีการนัดติดตามอาการหลังได้รับการรักษาแล้ว เช่น การผ่าตัด การส่องกล้อง หรือได้รับยาแล้ว อาการดีขึ้น จึงไม่ได้มาตามนัดเพื่อติดตามอาการ
4. ผู้ป่วยต้องการไปรักษาตามอาการ หรือหมอพินบ้าน เช่น ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ ต้องการไปทำพิธีตามความเชื่อส่วนบุคคล
5. ผู้ป่วยต่างชาติมีปัญหาสถานะและสิทธิ ปฏิเสธการผ่าตัดเนื่องจากมีปัญหาทางด้านค่าใช้จ่าย

แนวทางการแก้ไข/ แผนพัฒนา:

1. แจ้งเจ้าหน้าที่เพื่อตรวจสอบการปิดสถานะนัดหมายของผู้ป่วย ยกเลิกการนัดซ้ำซ้อน
2. โทรติดตามสอบถามสาเหตุของการผิดนัด พร้อมระบุเหตุผลการผิดนัดในแฟ้มประจำตัวผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีนัดนอนโรงพยาบาลเพื่อเตรียมผ่าตัด และในรายที่มีผลขึ้นเนื้อผิดปกติ มีความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องรีบโทรติดตามผู้ป่วยมาพบแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง
3. ประสานงานประกันในกรณีที่ผู้ป่วยต่างชาติไม่มีสิทธิการรักษา ให้ตรวจสอบสิทธิ์จากกองทุน IRC, SMRU ที่ช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการรักษา
4. กรณีผู้ป่วยต้องการปฏิเสธการรักษา ไปรักษาหมอพินบ้าน หมอน้ำมนต์ ให้แนะนำข้อดีของการรักษาแผนปัจจุบัน และข้อเสียที่จะตามมา หากผู้ป่วยยืนยันและปฏิเสธการรักษา ให้เซ็นปฏิเสธการรักษา และแนะนำผู้ป่วยถึงอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์
5. ผู้ป่วยที่มีภูมิสำเนาฝั่งพม่า ไม่มีเบอร์ติดต่อ ให้เน้นย้ำวันที่นัดหมายกับผู้ป่วย และใช้ล่ามแปลภาษา เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน

ตารางแสดงจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการนัดหมายและขาดนัด

HT / DM clinic	ปีงบประมาณ	2563	2564	2565	2566	2567	2568
	นัดหมายทั้งหมด (ราย)	9,252	8,934	8,988	9,700	10,317	10,691
	ขาดนัด (ราย)	579	568	675	605	661	757



วิเคราะห์งาน: พบว่าในปี 2565 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยโรคเบาหวานขาดนัดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 7.51 รองลงมา คือ ปี 2568 คิดเป็นร้อยละ 7.08 ในปี 2566 จำนวนขาดนัดน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 6.24

ปัญหา/ อุปสรรคการดำเนินงาน:

- ปัจจัยที่ส่งผลให้อัตราการขาดนัดสูงขึ้น เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วย NCD รายใหม่ใหม่เพิ่มมากขึ้นในทุกปี อีกทั้งกลุ่มผู้ป่วยที่รับบริการต่างพื้นที่กลับมารักษาต่ออย่างภูมิลำเนาเดิม หรือย้ายถิ่นฐานกลับมารับบริการมากขึ้น และยังมีผู้ป่วยกลุ่มแรงงานต่างด้าว ผู้ป่วยจากศูนย์อพยพที่เป็นยอดจำนวนเข้ารับการรักษาเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย
- ผู้ป่วยเกิดความตระหนักมากขึ้นในการดูวันนัดหมาย แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องการอ่านเขียน ขาดความเข้าใจในการศึกษารายละเอียดข้อมูลในบัตรนัด ทำให้เกิดการมาผิดนัด มาหลังนัด และทำบัตรนัดสูญหาย
- ผู้ป่วยเหตุจำเป็นต้องย้ายไปรักษาต่อในพื้นที่ต่างจังหวัด โดยไม่ได้แจ้งหรือสื่อสารข้อมูลให้แก่เจ้าหน้าที่หรือบางกรณีที่พบผู้ป่วยยังไม่มั่นใจว่าจะรับการรักษาต่อที่สถานบริการใดเป็นหลัก จึงต้องมีการนัดก่อนในระบบ Hospital OS
- เจ้าหน้าที่คลินิกพิเศษ ไม่สามารถโทรติดตามผู้ป่วยได้ เนื่องจากเบอร์ติดต่อที่แจ้งไว้ไม่สามารถติดต่อได้ มีการเปลี่ยนเบอร์ติดต่อ หรือผู้ป่วยไม่กล้ารับสายเนื่องจากกลัวเป็นมิฉฉาซีพคอลเซ็นเตอร์

แนวทางการแก้ไข/ แผนพัฒนา:

- เจ้าหน้าที่คลินิกพิเศษ โรงพยาบาลพบพระ ชี้แจงเพื่อทำความเข้าใจกับผู้ป่วย เรื่องการโทรแจ้งความประสงค์เลื่อนวันนัดรับบริการ เพื่อความสะดวกในการรับบริการของผู้ป่วย และสร้างความตระหนักในการมาตรงตามนัดรับการรักษา
- โทรติดตามสอบถามถึงสาเหตุการขาดนัด หรือสาเหตุไม่ได้มารับยาตามนัดของผู้ป่วย

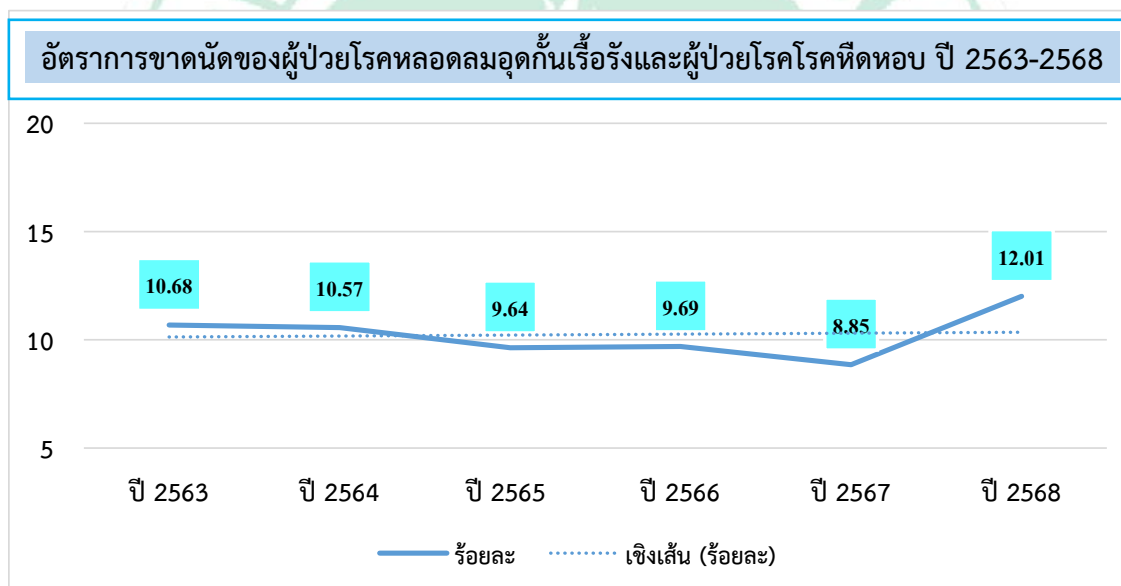
3. รวบรวมรายชื่อผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดต่อได้ ส่งข้อมูลไปให้ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อติดตามผู้ป่วยให้กลับมาได้รับการรักษาต่อเนื่อง และมีอาการประสานข้อมูลผ่านช่องทางออนไลน์ด้วย line หรือ facebook

4. กรณีผู้ป่วยปัญหาเรื่องการเดินทาง ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังไม่มีผู้ดูแล ให้แพทย์พิจารณาเพื่อส่งผู้ป่วยรับยาต่อ รพ.สต.ใกล้บ้าน หรือประสานข้อมูลเพื่อให้ จนท.รพ.สต. รับยาแทน และนำยาส่งให้ผู้ป่วยที่บ้าน

5. ยกเลิกสถานการณั้นัดหมาย หรือปิดสถานการณั้นัดหมาย กรณีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาต่อที่อื่นๆ หรือมีการเปลี่ยนจุดบริการนัดหมาย

ตารางแสดงจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรังและผู้ป่วยโรคโรคหืดหอบที่มีการนัดหมายและขาดนัด

COPD / Asthma clinic	ปีงบประมาณ	2563	2564	2565	2566	2567	2568
	นัดหมายทั้งหมด (ราย)	1,442	1,448	1,401	1475	1683	1847
	ขาดนัด (ราย)	154	153	135	143	149	222



วิเคราะห์งาน: พบว่าในปี 2568 ผู้ป่วยโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง และผู้ป่วยโรคโรคหืดขาดนัดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 12.01รองลงมา คือ ปี 2563 คิดเป็นร้อยละ 10.68 ในปี 2567 จำนวนขาดนัดน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 8.85

ปัญหา/ อุปสรรคการดำเนินงาน:

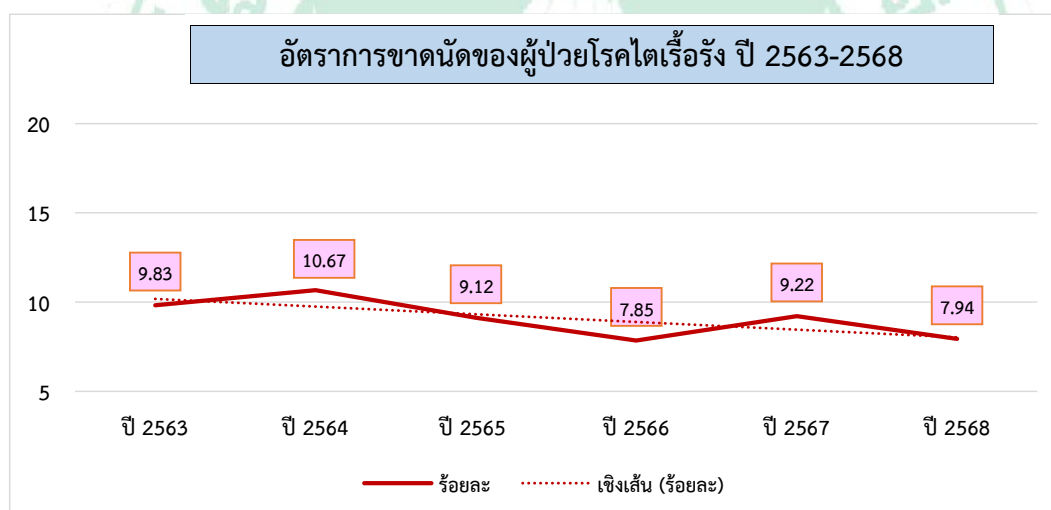
1. ไม่ได้ปิดสถานการณั้การเข้ารับบริการ ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบ
2. ผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบ มีความเข้าใจว่าตัวเองหายแล้ว จึงไม่ได้มารับยาตามนัด
3. กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ ไม่มีผู้ดูแล ไม่มีญาติมาส่งหรืออยู่พื้นที่ห่างไกล

แนวทางการแก้ไข/ แผนพัฒนา:

1. แจ้งเจ้าหน้าที่ OPD รวมถึงเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน COPD/ Asthma clinic ตรวจสอบการปิดสถานการณั้รับบริการของผู้ป่วย
2. ให้คำแนะนำและปรับความเข้าใจ ต่ออาการของโรคกับผู้ป่วย
3. ชี้แจงเพื่อทำความเข้าใจกับผู้ป่วย เรื่องการโทรแจ้งความประสงค์เลื่อนวันนัดรับบริการ เพื่อความสะดวกในการรับบริการของผู้ป่วย และสร้างความตระหนักในการมาตรงตามนัดรับการรักษา
4. จนกว่าแพทย์จะหยุดยาส่งข้อมูลไป รพ.สต. ติดตามเยี่ยมและรับยาแทน

ตารางแสดงจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีการนัดหมายและขาดนัด ปี 2563-2568

CKD clinic	ปีงบประมาณ	2563	2564	2565	2566	2567	2568
	นัดหมายทั้งหมด (ราย)	407	422	625	586	727	705
	ขาดนัด (ราย)	40	45	57	46	67	56



วิเคราะห์งาน: พบว่าในปี 2564 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังขาดนัดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 10.67 รองลงมาคือปี คิดเป็นร้อยละ 9.83 ในปี 2566 จำนวนขาดนัดน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 7.85

ปัญหา/ อุปสรรคการดำเนินงาน:

1. จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะไตเรื้อรัง Stage 3-4 และ 5 มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ทั้งประชากรไทย ต่างดาว และผู้ลี้ภัยจากศูนย์อพยพ
2. ผู้ป่วยถูกส่งต่อเพื่อรับรักษาที่โรงพยาบาลแม่สอด หรือสถานบริการอื่นๆ คงไม่สามารถปิดสถานะนัดบริการของผู้ป่วยได้ เพราะอาจมีการส่งต่อกลับมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลพบพระ
3. ผู้ป่วยมีปัจจัยและความยากลำบากในการมารับบริการ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังไม่มีผู้ดูแลอาศัยอยู่พื้นที่ห่างไกลไม่มีสัญญาณมือถือและมีปัญหาเรื่องการเดินทางไม่มีญาติมาส่ง
4. บางกรณีผู้ป่วยขาดกำลังใจ รู้สึกว่าอาการไม่ดีขึ้นหรือควบคุมอาการได้ยาก ขาดแรงสนับสนุนทั้งต่อตนเองและครอบครัว เกิดสภาวะท้อแท้ต่อการรับการรักษา จึงไม่มาตามนัดหมาย

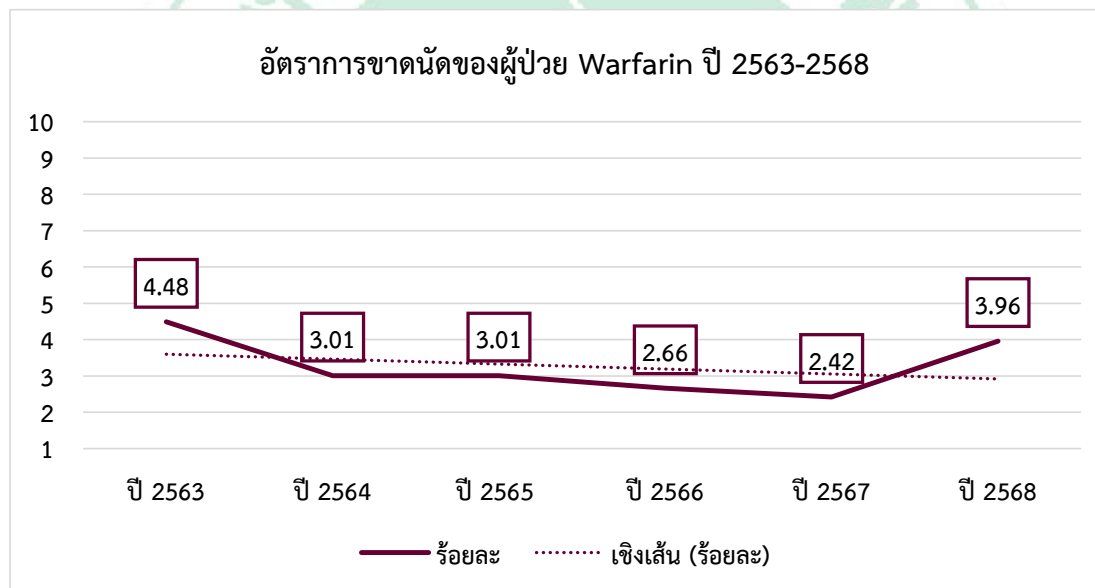
5. ผู้ป่วยเลือกที่จะไปเข้าการรักษาโรงพยาบาลอื่นๆ โดยที่ไม่ได้แจ้งแพทย์ หรือ เจ้าหน้าที่ประจำ CKD Clinic

แนวทางการแก้ไข/ แผนพัฒนา:

1. โทรติดตามสอบถามถึงสาเหตุการขาดนัด และไม่ได้มารับยาตามนัดของผู้ป่วย เพื่อวางแผนแก้ปัญหา
2. ส่งต่อข้อมูลไปให้ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อติดตามผู้ป่วยให้กลับมารับยา

ตารางแสดงจำนวนผู้ป่วย Warfarin ที่มีการนัดหมายและขาดนัด ปี 2563-2568

Warfarin clinic	ปีงบประมาณ	2563	2564	2565	2566	2567	2568
	นัดหมายทั้งหมด (ราย)	446	466	466	525	537	606
	ขาดนัด (ราย)	20	14	14	14	13	24



วิเคราะห์งาน: พบว่าในปี 2563 ผู้ป่วย warfarinขาดนัดมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 4.48 รองลงมา คือ ปี 2568 คิดเป็นร้อยละ 3.96 และในปี 2567 มีจำนวนขาดนัดน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 2.42

ปัญหา/ อุปสรรคการดำเนินงาน:

1. พบว่ากรณีผู้ป่วย Admit/refer หรือมีนัดหลายจุดบริการ ไม่ได้รับการปิดสถานะการนัดหมาย
2. มีการนัดหมายซ้ำซ้อน เกิดจากความผิดพลาดในการตรวจสอบของเจ้าหน้าที่ทำนัดให้ผู้ป่วย
3. กลุ่มผู้ป่วยต่างดาว (สัญชาติเมียนมา) ขาดความเข้าใจในรายละเอียดการนัดหมาย หรือลืมวันนัด ในบางกรณีผู้ป่วยมีฐานะหรือมีเหตุจำเป็นต้องกลับไปฝั่งประเทศเมียนมา ทำให้ขาดนัดรับการรักษา

แนวทางการแก้ไข/ แผนพัฒนา:

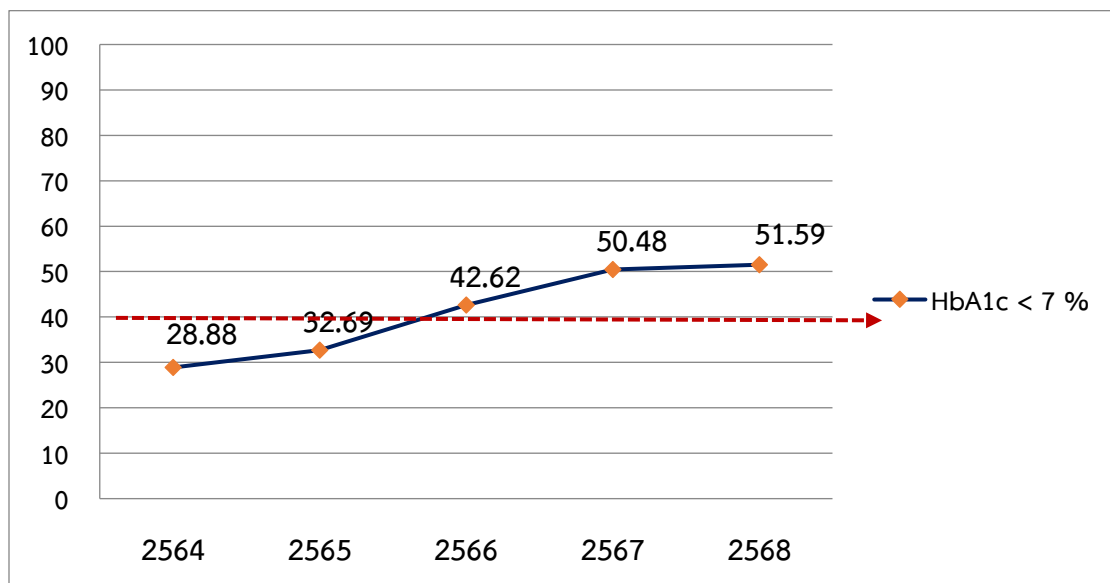
1. แจ้งเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการแต่ละจุด ให้ตรวจสอบการปิดสถานะการนัดหมายในผู้ป่วยทุกครั้ง
2. โทรติดตามสอบถามสาเหตุของผู้ป่วยที่ไม่มารับบริการตามนัดหมาย พร้อมระบุสาเหตุในโปรแกรมทำบัตรผู้ป่วย

3. กรณีผู้ป่วย admit แล้วมีการ refer รักษาต่อโรงพยาบาลแม่สอด ไม่สามารถปิดสถานการณั้ได้ เพราะอาจมีการส่งผู้ป่วยกลับมารับต่อที่ โรงพยาบาลพบพระ เช่นเดิม

4. จำนวนผู้ที่ได้รับยา warfarin มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นแต่ยังสามารถติดตามได้ ผู้ป่วยส่วนมากจึงมารับการตรวจรักษาและรับยาตรงตามนัด และสามารถเข้าถึงบริการได้ดีต่อเนื่อง

คลินิกพิเศษ	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน				
		2564	2565	2566	2567	2568
1. ร้อยละของผู้ป่วย DM/ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง	≥ 80 %	70.03	69.77	65.05	71.07	72.25
2. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	≥ 90 %	90.52	82.68	84.53	88.03	89.61
3. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงที่มี CVD Risk ≥ 20 % หลังได้รับการปรับเปลี่ยนความเสี่ยงแล้วมี CVD Risk ลดลง	≥ 40 %	42.11	42.86	60.00	48.19	58.33
4. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี	≥ 70 %	65.13	66.67	66.65	76.84	78.70
5. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	≥ 40 %	28.88	32.69	42.62	50.48	51.51
6. ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี	≥ 60 %	67.94	64.3	68.43	74.76	77.05
7. ร้อยละของผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR <5 ml/min/ 1.72 m ² /yr. (CKD ควบคุมได้)	≥ 66 %	62.81	66.67	62.83	56.48	93.65
8. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่ได้รับยา ACEI/ARB	> 60 %	40.9	37.88	41.09	40.68	46.24
9. ร้อยละของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ RE-ADMIT ใน 28 วัน	< 30 %	22.26	13.59	27.51	21.97	19.23

ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีเป้าหมาย \geq ร้อยละ 40 ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม HbA1c ครั้งสุดท้าย < 7 และผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม HbA1c ครั้งสุดท้าย < 8

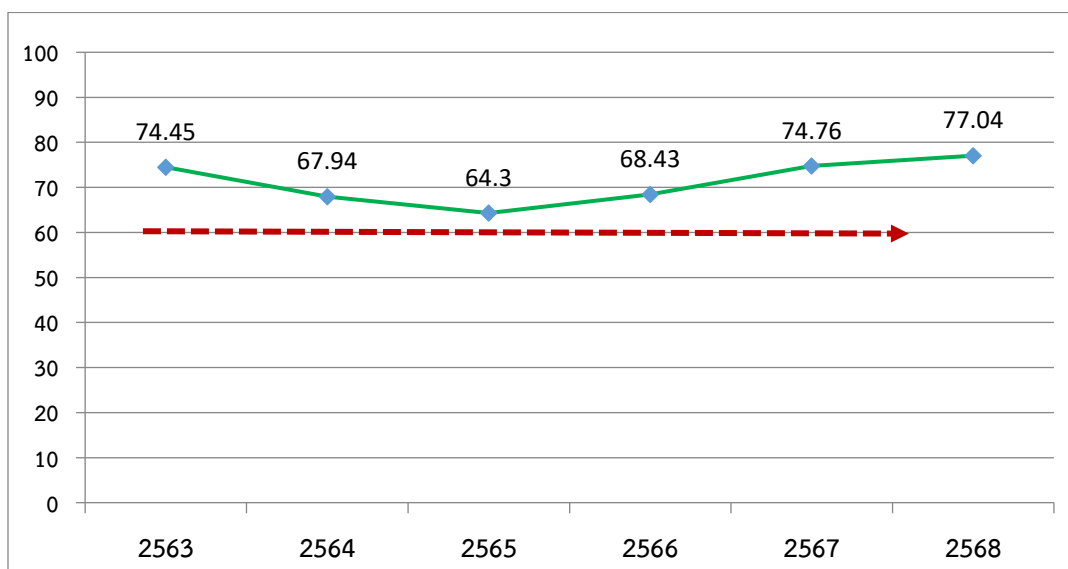


เป้าหมาย: เพิ่มจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี

การพัฒนาและผลการพัฒนา: ใช้การจัดการผู้ป่วยเบาหวานรายบุคคลโดยใช้กระบวนการ Motivation interview ในรายที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้มากกว่า 200 mg% พิจารณาใช้ Self-monitoring of blood glucose (SMBG) และพบนักโภชนาการเพื่อให้คำปรึกษารายบุคคล จัดทำโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายกลุ่ม ผู้ป่วยเบาหวานที่ประเมิน CVD RISK ในรายที่มีความเสี่ยงสูง $> 20\%$ มีระบบเยี่ยมบ้านหากผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (HbA1c > 7 หรือระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 140 mg% ติดต่อกันมากกว่า 2 ครั้ง)

แผนพัฒนา: สร้างความรอบรู้ในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานโดยนักโภชนาการจัดทำโครงการ SMBG ทุก รพ.สต.

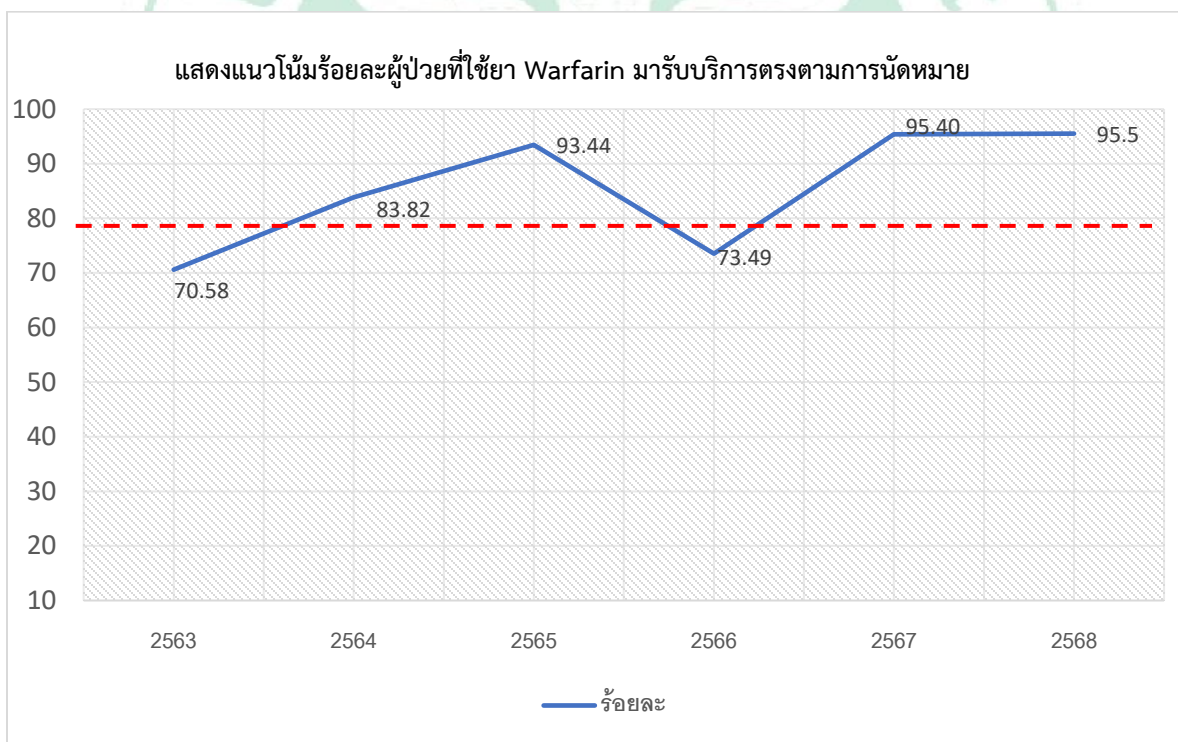
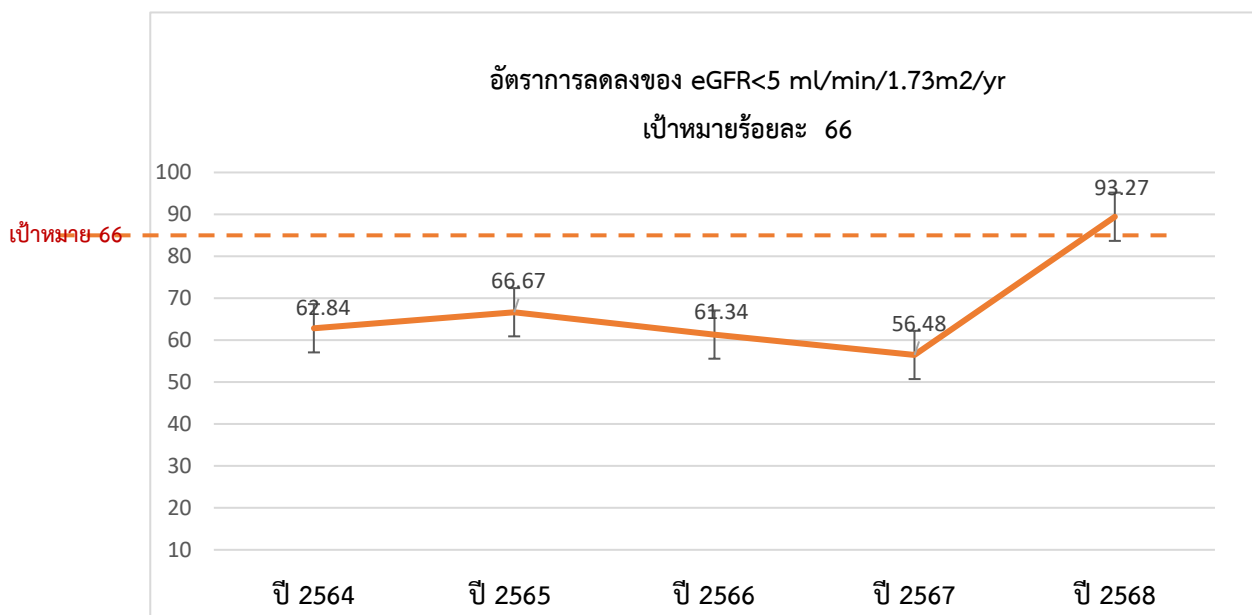
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี BP < 140/90 mmHg เป้าหมาย ≥ ร้อยละ 60



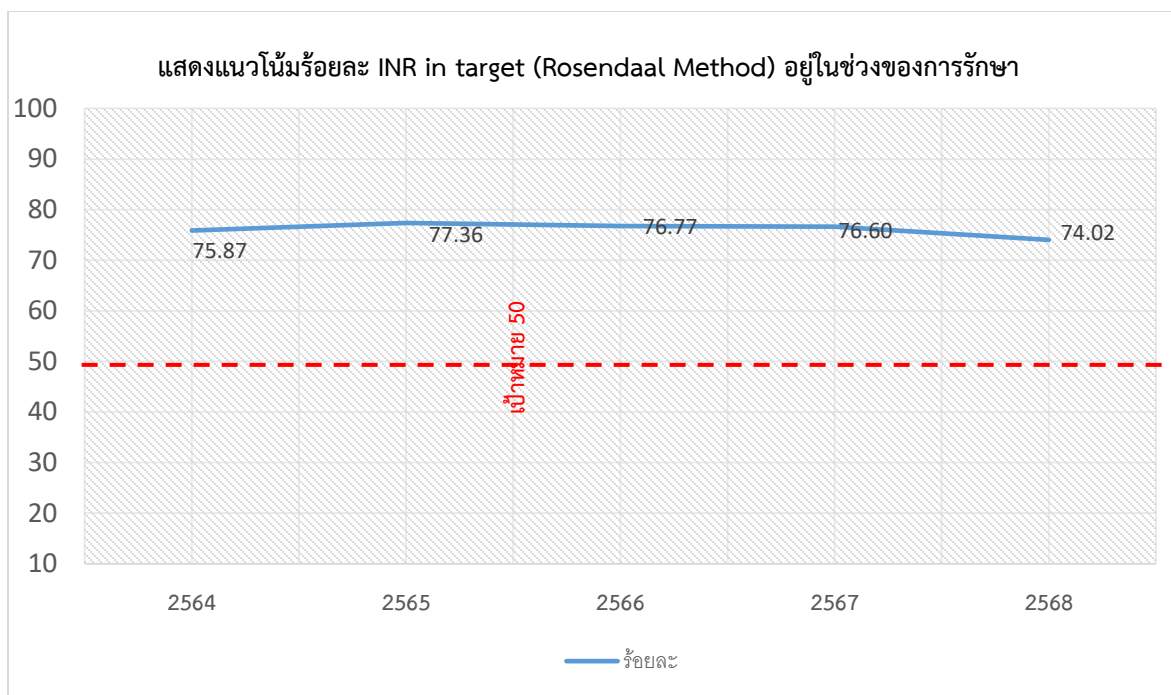
เป้าหมาย: เพิ่มจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความดันโลหิตน้อยกว่าหรือเท่ากับ 140/90 mmHg

การพัฒนาและผลการพัฒนา: ใช้การจัดการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายบุคคลโดยใช้กระบวนการ Motivation interview ในรายที่ควบคุมระดับความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทพิจารณาพบนักโภชนาการ เพื่อให้คำปรึกษารายบุคคลจัดทำโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ประเมิน CVD RISK ในรายที่มีความเสี่ยงสูง > 20 % มีระบบเยี่ยมบ้านหากผู้ป่วยควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้มีโครงการชุมชนลดเค็มได้รับการตรวจปริมาณเกลือโซเดียมในอาหารด้วย salt meter สร้างความรู้ให้ประชาชนมีแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้โดยการทำให้ผู้ป่วยเฝ้าระวังตนเองโดยการวัดความดันโลหิตที่บ้านมีการจัดทำโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเป็นประจำทุกปีโดยเน้นในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านพฤติกรรมสุขภาพมีปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในรายที่สูบบุหรี่ได้รับส่งเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ให้เลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองและประสานส่งเข้าคลินิกเลิกบุหรี่

แผนพัฒนา: จัดทำ LINE official สร้างความรู้ในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยนักโภชนาการพัฒนาโปรแกรมโภชนาบำบัดสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขยายพื้นที่เป้าหมายเข้าร่วมโครงการชุมชนลดเค็มให้ครอบคลุมมากขึ้น

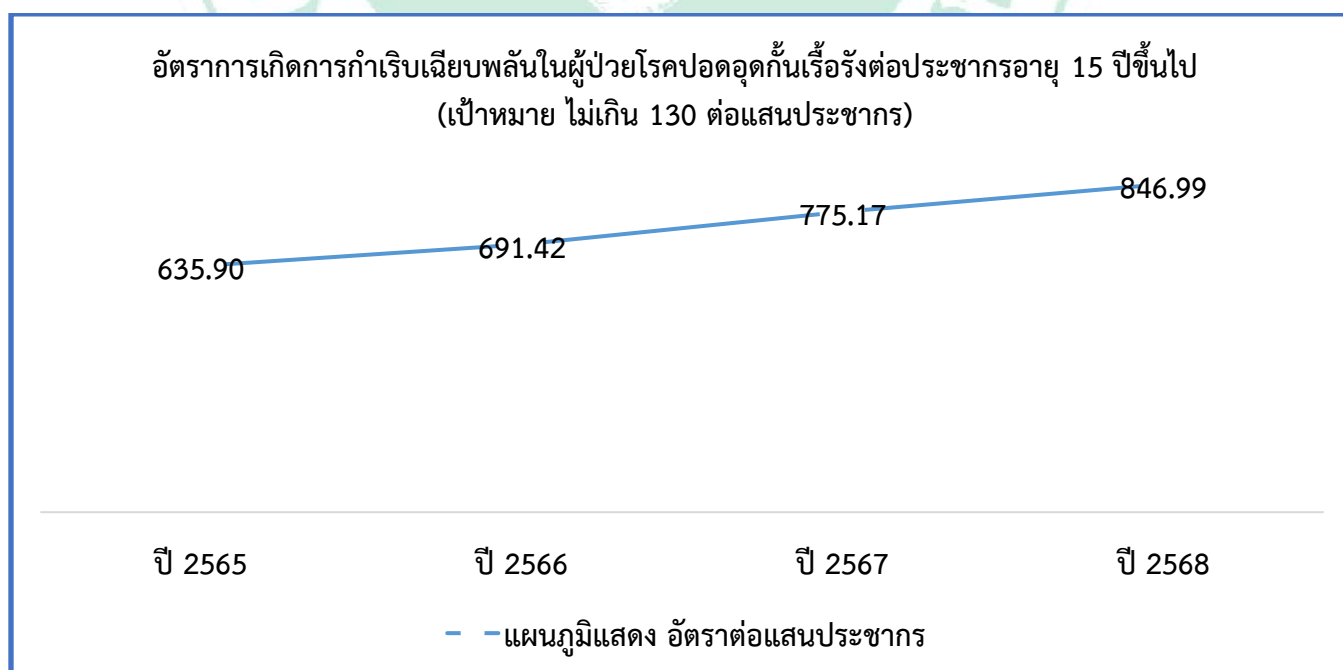


อ้างอิงจาก: การพัฒนาระบบให้บริการ Warfarin Clinic กลุ่มงานอายุรศาสตร์หัวใจ สถาบันโรคทรวงอก



ค่าเฉลี่ย INR (International Normalized Ratio) เป้าหมายที่ใช้ในการรักษาอยู่ในช่วง 2.0 ถึง 3.0					
ปี	2564	2565	2566	2567	2568
INR	2.27	2.42	2.34	2.34	2.89

อ้างอิงจาก: การพัฒนาระบบให้บริการ Warfarin Clinic กลุ่มงานอายุรศาสตร์หัวใจ สถาบันโรคทรวงอก
ผลลัพธ์และการพัฒนาที่ผ่านมาในผู้ป่วย COPD (Performance & Intervention)



คำนิยาม: อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง อัตราการกำเริบเฉียบพลันที่ต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน และหรือที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ต่อประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ในเซตรับผิดชอบ

เป้าหมาย: ลดอัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต่อประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป (ไม่เกิน 130 ต่อแสนประชากร)

การพัฒนาและผลการพัฒนา: จัดทำ Flow แนวทางปฏิบัติ, ชี้แจงแนวปฏิบัติ และส่งเสริมการใช้ CPG, มี Care map ผู้ป่วยใน

การพัฒนาการดูแลผู้ป่วย COPD แบบองค์รวมและครบทุกมิติ ผู้ป่วยสามารถเข้าใจเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัว และสามารถพ่นยาได้ถูกต้องจากการทบทวนประเมินการพ่นยาทุกครั้งที่มา รพ. จัดให้มีออกซิเจนหมุนเวียนให้ผู้ป่วยยืมไปใช้ที่บ้าน ได้รับการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ปีละ 1 ครั้ง ติดตามการเจาะเลือดที่มีโรคร่วมตามเกณฑ์มาตรฐาน เช่น HT CKD DM Thyroid มีการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ใช้ออกซิเจนที่บ้านให้การดูแลแบบประคับประคอง และจัดตั้งคลินิกอดบุหรี่ สำหรับผู้ป่วยที่ยังสูบบุหรี่

แผนพัฒนา: พัฒนา CPG COPD ให้ครอบคลุมถึงชุมชนและ รพ.สต. ครบทุกพื้นที่



ฝ่ายงานการพยาบาลผู้ป่วยในชาย

บริบท/บทบาทหน้าที่

บริบท

ตึกผู้ป่วยในชาย เป็นหน่วยงานหนึ่งในกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพบพระ มีหน้าที่ให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยชายอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ทั้งผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม ศัลยกรรมกระดูก โดยมุ่งเน้นการแบบองค์รวม (Holistic Care) ด้วยทีมสหวิชาชีพ โดยเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) การป้องกันการติดเชื้อและการสร้างความพึงพอใจให้ผู้รับบริการ รวมถึงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง

มีเตียงทั้งหมด 32 เตียง แบ่งเป็นเตียงสามัญ 24 เตียง เตียงแยกผู้ป่วยวัณโรค 4 เตียง และมีห้องพิเศษ 4 ห้อง

บทบาทหน้าที่

1. ให้การพยาบาลผู้ป่วยชายที่ต้องนอนรักษาอย่างต่อเนื่องและปลอดภัย
2. ประเมิน วางแผน ดูแล และติดตามอาการผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล
3. ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้การดูแลแบบองค์รวม
4. บริหารจัดการบุคลากรและทรัพยากรในหน่วยงานให้มีประสิทธิภาพ
5. ส่งเสริมการเรียนรู้ พัฒนาองค์ความรู้ และรักษามาตรฐานคุณภาพบริการพยาบาล

กรอบแนวคิด

เครื่องมือในการ
พัฒนาคุณภาพ
การพยาบาล



ข้อเสนอแนะจากการเยี่ยมชมสำรวจของ สรพ.



มาตรฐาน รพ. และบริการสุขภาพฉบับที่ 6



แผนยุทธศาสตร์ของรพ.และองค์กรพยาบาล



การวิเคราะห์โอกาสในการพัฒนา



ความเสี่ยงสำคัญ 5 อันดับ

1. ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่คาดหวัง
2. Unplan Refer
3. ผู้ป่วยตั้งท่อช่วยหายใจ
4. ความผิดพลาดในการบริหารยา
5. เตรียมผู้ป่วยไม่พร้อมในการผ่าตัด

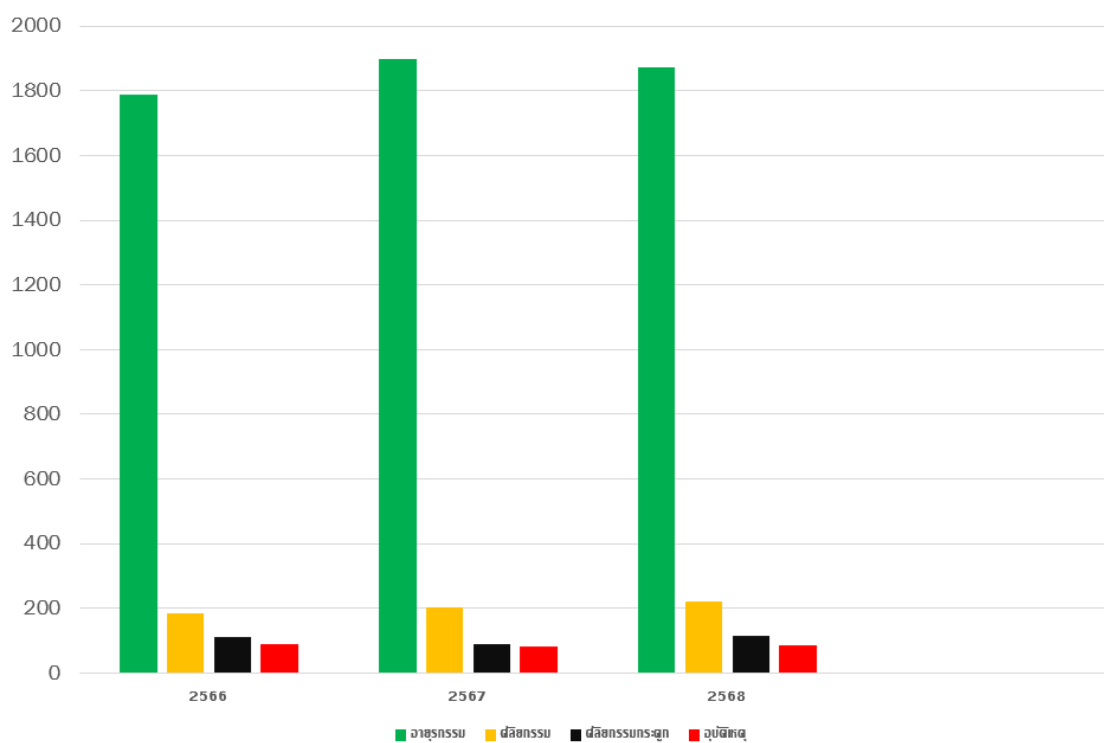
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ				
		2564	2565	2566	2567	2568
1. อัตราเสียชีวิต	0	2.08	1.6	2.69	2.72	2.98
2. ผู้ป่วย DHF เสียชีวิต	0	0	0	0	0	0
3. ผู้ป่วยเสียชีวิตจากมาลาเรีย	0	0	0	0	0	0
4. อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis)	<30%	17.5	15.55	11.11	10.93	18.66

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ				
		2564	2565	2566	2567	2568
5.อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย STEMI	0	0	0	0	0	0
6.อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย stroke	<10%	11.76	2.94	7.14	4.23	6.06
7.อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ด้วยโรคเดิมโดยไม่ได้วางแผน	<2%	3.34	3.34	3.22	2.07	2.88
8.อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ของผู้ป่วย COPD	<30%	1.17	1.2	26.66	11.85	14.50
9.อัตราการติดเชื้อในหน่วยงาน						
- อัตราการติดเชื้อที่ปอดจากการใช้ เครื่องช่วยหายใจ (VAP)	<2	0	0	0	0	0
-อัตราการเกิด CAUTI (ต่อ 1,000 วันใส่สายสวนปัสสาวะ)	<2	NA	NA	0.50	0.42	0.8
-อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง	0	NA	NA	0	0	0
-อัตราการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากการให้สารน้ำ	0	0	0	0	0.42	0.2
10.อัตราการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาล	0	0.4	0.2	0.4	0.2	1.51
11.ความผิดพลาดในการให้เลือด / ผิดหมู่ ผิดคน	0	0		0	1	0
12.จำนวนการพลัดตกหกล้ม	0	5	7	1	2	2
14.จำนวนครั้งของการบาดเจ็บจากการทำงานของเจ้าหน้าที่	0	2	2	2	0	2
15.อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ	>80%	86.7	85.2	82.51	85.1	81.07

ผลการดำเนินงานในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา

สถิติบริการ	ปี 2564	ปี 2565	ปี2566	ปี2567	ปี2568
จำนวนผู้ป่วย	1,723	2,146	2,293	2,269	2,313
จำนวนวันนอนเฉลี่ย	4.44	4.43	4.43	4.38	4.53
อัตราการครองเตียง	70.50	86.89	91.28	90.42	111.02
จำนวนผู้ป่วยคงพยาบาลเฉลี่ย/วัน	20	24	27	28	28
จำนวนพยาบาล	14	13	11	13	13
productivity	100.86	99.61	114.29	115.85	121.37

จำนวนผู้ป่วยแยกตามแผนก



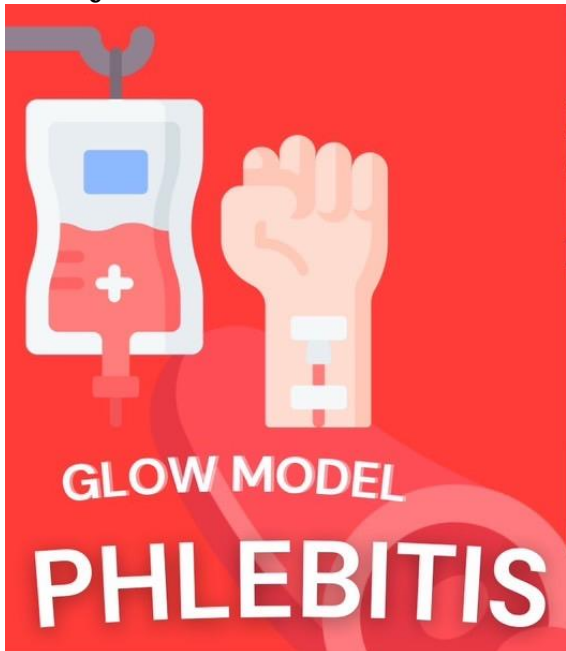
5 อันดับโรคที่สำคัญ

2566	2567	2568
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
โรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร	โรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร	โรคปอดอักเสบ
โรคไขเลือดออก	โรคปอดอักเสบ	เลือดออกกระบบทางเดินอาหาร
โรคปอดอักเสบ	โรคไข้ราดสาด	โรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร
โรคไข้มาลาเรีย	ภาวะพิษสุราเรื้อรัง	โรคความดันโลหิตสูง


5 อันดับสาเหตุการเสียชีวิต

2566	2567	2568
ติดเชื้อในกระแสเลือด	ติดเชื้อในกระแสเลือด	โรคปอดอักเสบ
โรคมะเร็ง	เลือดออกในสมองจากอุบัติเหตุ	โรคมะเร็ง
เลือดออกในสมองจากอุบัติเหตุ	โรคมะเร็ง	เลือดออกในสมอง
โรคปอดอักเสบ	โรคปอดอักเสบ	ติดเชื้อในกระแสเลือด
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	หัวใจล้มเหลวแบบมีน้ำคั่ง	หัวใจล้มเหลวแบบมีน้ำคั่ง

ร่วมวิเคราะห์ปัญหาในหน่วยงานโดยใช้ Grow model



GLOW MODEL PHLEBITIS



SGOAL

- ลดอัตราการเกิด Phlebitis ในหอผู้ป่วยชาย ให้เป็น 0 %
- พยาบาลสามารถปฏิบัติตามการพยาบาลอย่างถูกต้องตามแนวทาง “ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ”

REALITY






- มีการเกิด Phlebitis ในปี 2568 ช่วง 3 ไตรมาส จำนวน 1 คน (Grade 3) คิดเป็น ร้อยละ 0.14
- พยาบาลบางคนยังไม่ได้ประเมินหลอดเลือดดำตามเกณฑ์
- มีการใช้งานเส้นเดิม เกิน 72 ชั่วโมง
- การติดตามบันทึก ระดับ Phlebitis ไม่สม่ำเสมอ

OPTION

- จัดประชุมให้ความรู้ เทคนิคการให้สารน้ำ และการปฏิบัติตามมาตรฐาน
- กำหนดแนวปฏิบัติหรือสร้างมาตรฐานในการแทงเข็มเพื่อให้อาหรือสารน้ำ
- ใช้ใบ Checklist ประเมิน Phlebitis อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง
- มีการควบคุม นิเทศ ติดตามการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติ โดย ICN, ICWN และหัวหน้าหน่วยงาน
- มีการเข้าสอบสวนเมื่อเกิดอุบัติการณ์

WRAP-UP

- มีการประชุมในหอผู้ป่วยให้ความรู้เกี่ยวกับเทคนิคการให้สารน้ำ และการปฏิบัติตามมาตรฐานให้กับพยาบาลในหอผู้ป่วยชาย
- เริ่มใช้แบบประเมิน Phlebitis ในผู้ป่วยที่เจาะเส้นทุกราย
- สร้างแนวปฏิบัติในการแทงเข็มเพื่อให้อาหรือสารน้ำ
- สร้างความตระหนัก และความสำคัญของการเปลี่ยนชุดให้สารน้ำตาม IV สายรุ่ง
- หากพบการเกิด Phlebitis ให้ทำ RCA และทบทวนแนวปฏิบัติร่วมกัน

Grade	Clinical Criteria	Picture
0	No symptoms ไม่มีอาการ	
1	Erythema at access site with or without pain (แดงรอบรอยเข็ม มีอาการปวดหรือไม่มีก็ได้)	
2	Pain at access site with erythema and /or edema (ปวดและแดงรอบรอยเข็ม เว้นหรือไม่มีก็ได้)	
3	Pain at access site with erythema (ปวดรอบรอยเข็มร่วมกับแดง) Streak formation (มีรอยแดงเป็นทาง) Palpable venous cord (คลำได้หลอดเลือดแข็ง)	
4	Pain at access site with erythema (ปวดรอบรอยเข็มร่วมกับแดง) Streak formation (มีรอยแดงเป็นทาง) Palpable venous cord >1 inch in length (คลำได้หลอดเลือดแข็งยาวมากกว่า 1 นิ้ว) Purulent drainage (หนอง)	

จัดทำโดย นางสาวนุสบา ต๊ะสุ หอผู้ป่วยในชาย

IPD
MALE!

BURN OUT At work



1 SGOAL : เป้าหมายอยากเห็นผลอะไร

- บุคลากรทำงานอย่างมีความสุข
- จัดการปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- ลดอัตราการลาออก
- อัตราการบรรจุเป็นข้าราชการเพิ่มมากขึ้น








2 REALITY : ข้อเท็จจริงกำลังเกิดอะไรอยู่

- ภาระงานมากเกินไป
- ไม่มีเวลาพักผ่อน ร่างกายเหนื่อยล้า
- ขาดแคลนบุคลากร
- ความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ
- ยังไม่ได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการ

3 OPTION : มีทางเลือกอะไรที่เป็นไปได้

- เพิ่มจำนวนบุคลากรให้สัมพันธ์กับการรองรับ
- เพิ่มตำแหน่งข้าราชการให้มากขึ้น
- ประเมินสุขภาพจิตเป็นระยะ ๆ
- ใช้หลักการสื่อสารและเหตุผล แก้ไขปัญหาร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ
- ถูกฉีกรักเพื่อร่วมงาน ทำให้ลดความเครียดในการทำงานลดลง บรรเทาภาคในการทำงานดีขึ้น
- การให้กำลังใจ + รางวัลแก่บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ได้ดี ช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกาย/จิตใจ







4 WRAPUP : สรุปแล้วตัดสินใจจะทำอะไร

- จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต เช่น การฝึกสมาธิ การเล่นกีฬา
- จัดอบรมทักษะการสื่อสารและการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม
- ตกแต่งที่ทำงาน ทำให้บรรยากาศในการทำงานดีขึ้น

เพชรินทร์ จินน้อย
ณิชาธิ์ วงศ์ล้นกุล

ทบทวนความเสี่ยงที่เกิดขึ้น พร้อมหาแนวทางแก้ไข และป้องกันการเกิดซ้ำ



แผนพัฒนาปี 2569

1. พัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลต่อเนื่องโดยใช้แนวคิด PDCA และ GROW Model
2. พัฒนา CQI ด้าน “Zero Phlebitis Ward”
3. ส่งเสริมการใช้ข้อมูลตัวชี้วัดเพื่อการตัดสินใจและนิเทศฯ

ฝ่ายงานการพยาบาลผู้ป่วยในหญิง

บริบท/บทบาทหน้าที่

หน้าที่และเป้าหมาย ตักผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลพบพระ ให้บริการรักษาผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลแบบองค์รวมตลอด 24 ชั่วโมง ตามศักยภาพโรงพยาบาลชุมชน โดยมีเจตจำนงให้บริการอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ สอดคล้องกับมาตรฐานของโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5 เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตามมาตรฐานวิชาชีพอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ป้องกันภาวะแทรกซ้อน เจ้าหน้าที่และผู้รับบริการปลอดภัย มีความพึงพอใจทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ

ขอบเขตการให้บริการ ตักผู้ป่วยในหญิงให้บริการครอบคลุมการดูแลรักษาผู้ป่วยหญิงอายุ 15 ปีขึ้นไปในแผนกต่างๆ ทั้งนรีเวช, ศัลยกรรมทั่วไป, ศัลยกรรมกระดูก, อายุรกรรม, หู ตา คอ จมูก รวมทั้งรับย้าย มารดาหลังคลอดที่บุตรเสียชีวิต การให้บริการมีทั้งผู้ป่วยทั่วไป, ผู้ป่วยวิกฤต, ผู้ป่วยเฝ้าระวังโรคติดต่อ และห้องพิเศษเพื่อรองรับผู้ป่วยพักฟื้นซึ่งต้องได้รับอนุญาตจากแพทย์เจ้าของไข้ทุกราย โดยจะรับผู้ป่วยตามศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชนและมีระบบส่งต่อไปรักษายังโรงพยาบาลทั่วไปทั้งในและนอกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 2 หากเกินขีดความสามารถ โดยมีเตียงให้บริการจำนวน 30 เตียง ให้บริการจริง จำนวน 43 เตียง รับ Refer ผู้ป่วยกลับมารักษาต่อจากโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โดยแบ่งโซนรับดูแลผู้ป่วยดังนี้ เตียงสามัญทั้งหมด 24 เตียง โดยจัดเตียงสำหรับรับผู้ป่วยวิกฤต คือเตียง 8,9,16,17 เตียง 23,24 รับผู้ป่วย One Day Surgery เตียง 20 ,21 รับผู้ป่วยที่เฝ้าระวังโรคติดต่อ นอกนั้นเป็นผู้ป่วยทั่วไป มีห้องแยกโรค 1 ห้อง จำนวน 2 เตียง รับผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อ 14 วันแรกของการรักษา มีห้องพิเศษ 4 ห้อง และเตียงเสริมอีก 13 เตียง โดยให้บริการอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง ตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยเน้นการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

ประเด็นคุณภาพ / เป้าหมายมุ่งเน้น

1. คุณภาพการรักษาและการดูแลผู้ป่วย
 - ความถูกต้อง รวดเร็ว และปลอดภัย: ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็ว และปลอดภัย ได้มาตรฐานวิชาชีพ.
 - การวางแผนจำหน่าย: มีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เพื่อให้สามารถดูแลต่อที่บ้านได้อย่างเหมาะสม.
 - การดูแลระยะท้าย (Palliative care): มีการดูแลต่อเนื่องจนถึงชุมชนสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย.
 - การสื่อสาร: เน้นการสื่อสารแบบ service mind
 - การประเมินผู้ป่วย: การประเมินผู้ป่วยเมื่อรับเข้าหอผู้ป่วยครั้งแรก และการดูแลต่อเนื่อง.
2. คุณภาพสิ่งแวดล้อมและความสะอาด
 - ความสะอาด: มีมาตรการรักษาความสะอาด เช่น สบู่ล้างมือ ถึงรองรับมูลฝอยที่สะอาดและมีฝาปิด การทำความสะอาดห้องน้ำเป็นประจำ และการควบคุมการระบายอากาศ.
 - ความปลอดภัย:
 - พื้นห้องน้ำแห้งและแสงสว่างเพียงพอ.
 - มีอุปกรณ์อำนวยความสะดวกและอุปกรณ์ความปลอดภัย เช่น ราวจับ ปุ่มฉุกเฉิน.

- การเข้าถึง (Accessibility):

- o มีทางลาดที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยและผู้ใช้อาคารทุกกลุ่ม.
- o มีการจัดวางราวจับและสิ่งกีดขวางที่เหมาะสมตามข้อกำหนด.
- o มีจำนวนห้องน้ำเพียงพอและพร้อมใช้งาน.

3. การจัดการความท้าทายและความเสี่ยง

- การเสียชีวิต: มีการจัดการความเสี่ยงจากการเสียชีวิตโดยไม่ได้วางแผน.
- การกลับมารักษาซ้ำ: มีการเฝ้าระวังและป้องกันการกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคและอาการเดิมภายใน 28 วัน.
- การดูแลต่อเนื่อง: มีแผนการดูแลผู้ป่วยให้สามารถดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างเหมาะสม.

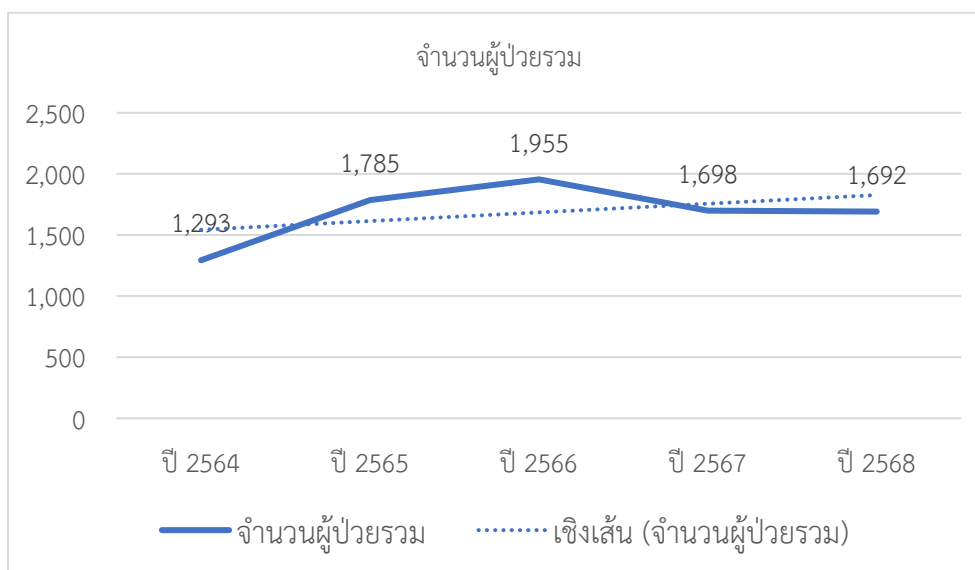
ตัวชี้วัด (KPI) และผลลัพธ์ของการดำเนินการ

- ข้อมูลเชิงปริมาณ (ให้แสดงเป็นตาราง หรือ กราฟที่ชัดเจน)

ข้อมูลผู้รับบริการภายในตึกผู้ป่วยหญิง 5 ปีย้อนหลัง

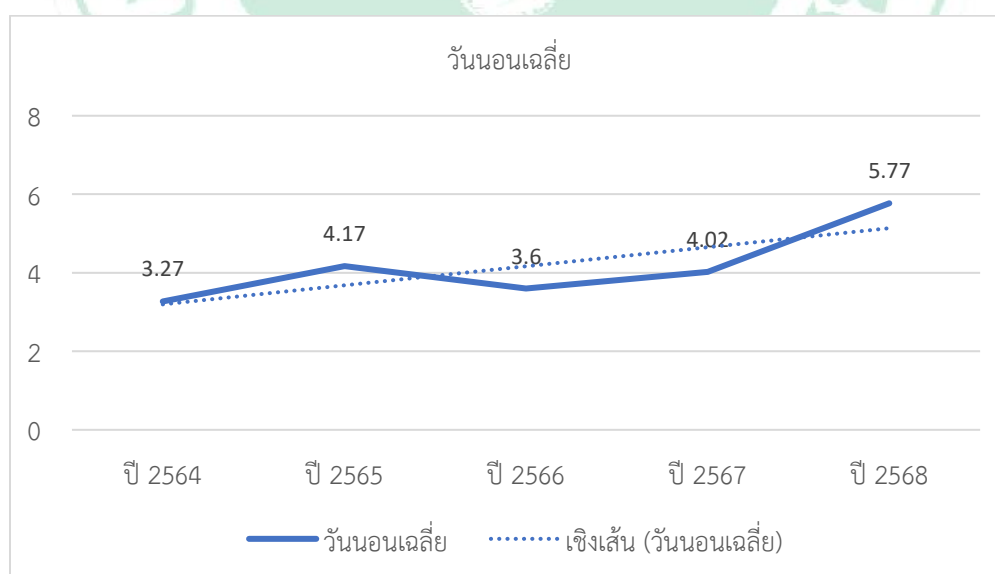
สถิติบริการ	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568
จำนวนผู้ป่วยรวม	1,293	1,785	1,955	1,698	1,692
จำนวนวันนอนเฉลี่ย	3.27	4.17	3.60	4.02	5.77
อัตราการครองเตียง	61.64	78.07	81.83	102.01	101.50
อัตราตาย	0.13	0.12	1.26	1.85	3.61
จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยต่อวัน	19	18	26	26	22
Productivity	100.17	99.85	100.01	121.71	108.92

กราฟแสดงจำนวนผู้ป่วยรวม / ปี หอผู้ป่วยในหญิง ปี 2564 - 2568



วิเคราะห์ข้อมูล : จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการในหอผู้ป่วยในหญิง มีจำนวนมากขึ้นทุกปี โดยในปี 2564 เป็นปีที่มีสถานการณ์โควิด-19 ระบาดทำให้มีจำนวนผู้ป่วยมารับบริการน้อยที่สุด และมีจำนวนผู้รับบริการเพิ่มขึ้นทุกปี โดยมีอัตราการมารับบริการสูงสุดในปี 2566 เนื่องจากเป็นช่วงปลายของสถานการณ์โควิด-19 ในปี 2567 และ ปี 2568 มีจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการไม่แตกต่างกันมากนัก

กราฟแสดงจำนวนวันนอนเฉลี่ย หอผู้ป่วยในหญิง ปี 2564- 2568

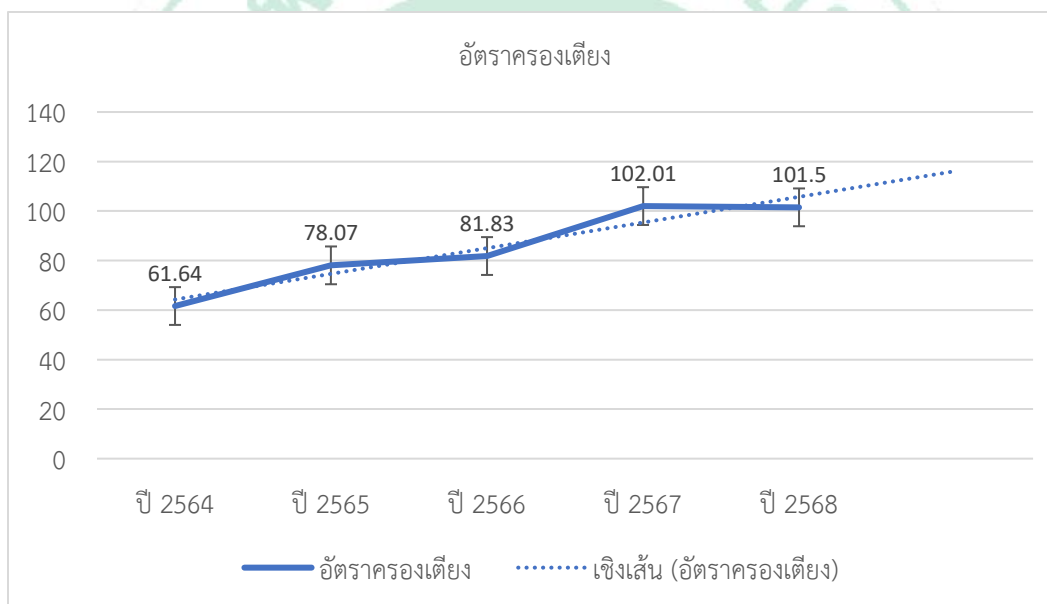


วิเคราะห์ข้อมูล : แนวโน้มเพิ่มขึ้นในภาพรวม สะท้อนถึงระยะเวลาการรักษาที่นานขึ้นของผู้ป่วยในหญิง เนื่องจากจากจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น มีโรคร่วมและมีภาวะแทรกซ้อน ทำให้นอนโรงพยาบาลนานขึ้น

ข้อเสนอแนะ

- วิเคราะห์ สาเหตุเชิงลึก ของการเพิ่มขึ้นในปี 2568
- เปรียบเทียบกับ กลุ่มผู้ป่วยชาย หรือ โรคหลัก (DRG) เพื่อดูว่าปัจจัยใดมีผลต่อวันนอนเฉลี่ยมากที่สุด
- ปรับปรุงแนวทาง discharge plan, home health care, หรือระบบติดตามหลังจำหน่าย เพื่อลดวันนอนเฉลี่ย

กราฟแสดงอัตราการครองเตียง หอผู้ป่วยในหญิง ปี 2564 - 2568



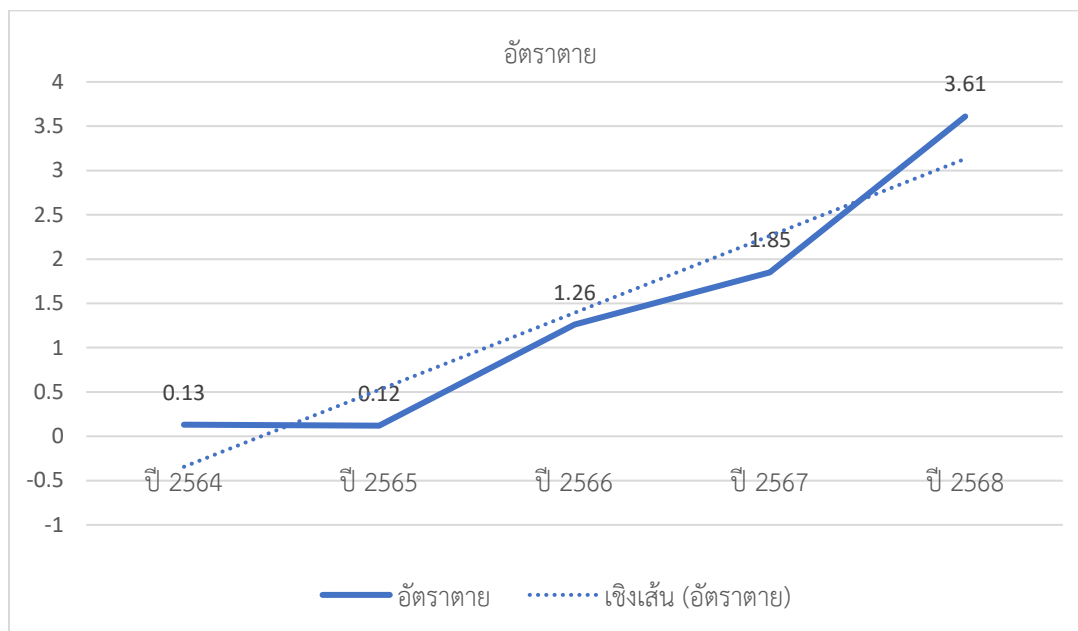
วิเคราะห์ข้อมูล : แนวโน้มโดยรวม อัตราครองเตียง เพิ่มขึ้นต่อเนื่องตลอดช่วง 5 ปี ซึ่งสัมพันธ์กับจำนวนวันนอนเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น โดยโรคที่พบว่าส่งผลให้ผู้ป่วนอนโรงพยาบาลนานคือกลุ่มโรคมะเร็งระยะท้าย ที่ได้รับการรักษาแบบ Palliative care กลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทำให้นอนโรงพยาบาลนานขึ้น อัตราครองเตียงที่เพิ่มขึ้นอาจส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยลดลงและภาระงานของพยาบาลเพิ่มขึ้น ก่อให้เกิดความเหนื่อยล้า

ข้อเสนอแนะ

- วิเคราะห์สาเหตุของการครองเตียงเกิน 100% เช่น การจำหน่ายล่าช้า, ขาดการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน, หรือมีผู้ป่วยเรื้อรังเพิ่มขึ้น
- เพิ่มประสิทธิภาพการจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge Planning) เช่น การจัดทีมเยี่ยมบ้าน (Home Health Care) หรือการติดตามหลังจำหน่าย

- ติดตามแนวโน้มควบคู่กับ “วันนอนเฉลี่ย” และ “อัตราการเตียงของหออื่น” เพื่อดูภาพรวมของการใช้เตียงในโรงพยาบาลทั้งระบบ

กราฟแสดงจำนวนอัตราตาย หอผู้ป่วยในหญิง ปี 2564 – 2568

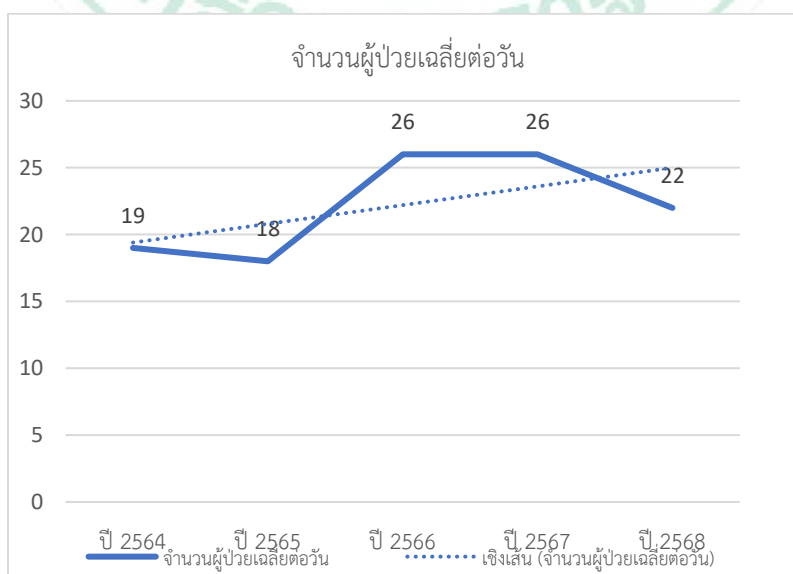


วิเคราะห์ข้อมูล : แนวโน้มโดยรวมอัตราตายของหอผู้ป่วยในหญิงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตลอดช่วงปี 2565–2568 โดยเฉพาะในช่วง ปี 2566–2568 มีการเพิ่มขึ้น มากกว่าหลายเท่าตัว

(จาก 1.26 → 3.61%) เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะโรคมะเร็ง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

แนวทางการพัฒนา : พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยวิกฤติและผู้ป่วยเรื้อรัง พัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (Palliative care)

กราฟแสดงจำนวนผู้ป่วยคงพยาบาลเฉลี่ย/วัน หอผู้ป่วยหญิง ปี 2564 – 2568

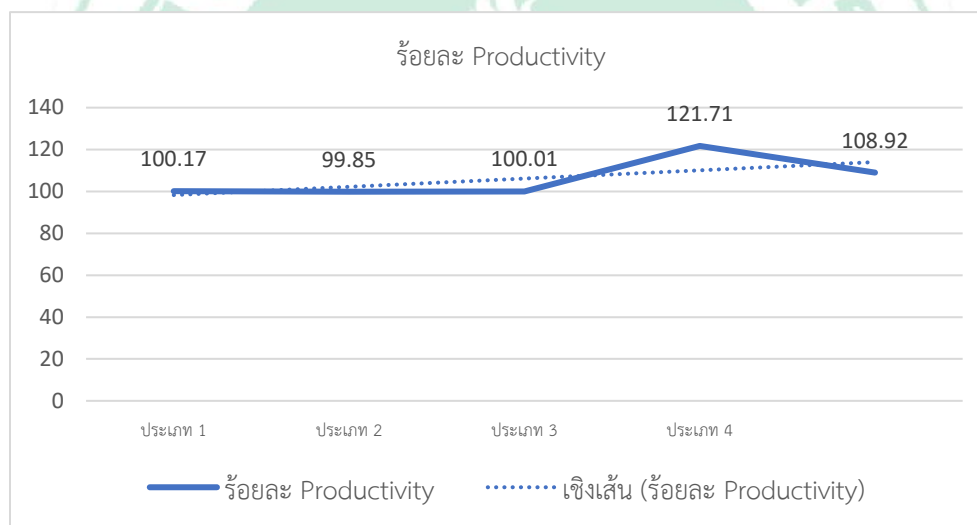


วิเคราะห์ข้อมูล : จากการติดตามข้อมูลจำนวนผู้ป่วยคงพยาบาลเฉลี่ยต่อวันในหอผู้ป่วยในหญิง พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วงปี 2564–2567 และลดลงเล็กน้อยในปี 2568 โดยในปี 2564 มีจำนวนผู้ป่วยเฉลี่ย 19 คนต่อวัน ลดลงเล็กน้อยในปี 2565 เป็น 18 คนต่อวัน ต่อมาในปี 2566 และ 2567 มีจำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยสูงสุดเท่ากันที่ 26 คนต่อวัน และลดลงในปี 2568 เหลือ 22 คนต่อวัน

แนวโน้มดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงช่วงปี 2566–2567 ซึ่งเป็นช่วงที่มีความต้องการรับบริการสูง และภาระงานของพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับข้อมูลอัตราครองเตียงที่สูงกว่า 100% ในช่วงเวลาเดียวกัน ขณะที่ปี 2568 มีจำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยลดลง ซึ่งอาจเป็นผลจากการปรับระบบบริหารจัดการเตียง การพัฒนาระบบการจำหน่ายผู้ป่วย

โดยสรุป หอผู้ป่วยในหญิงยังคงมีปริมาณผู้ป่วยเฉลี่ยต่อวันที่อยู่ในระดับสูงเมื่อเทียบกับช่วงก่อนหน้า จึงควรมีการวางแผนบริหารกำลังคนให้เหมาะสมกับภาระงานจริง รวมทั้งติดตามแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อรักษาคุณภาพการพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

กราฟแสดงร้อยละ Productivity หอผู้ป่วยในหญิง ปี 2564 – 2568



วิเคราะห์ข้อมูล : จากการติดตามผลการดำเนินงานของหอผู้ป่วยในหญิงในช่วงปีงบประมาณ 2564 – 2568 พบว่า ร้อยละ Productivity มีแนวโน้มโดยรวมคงที่ในช่วงปีแรก และเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในปี 2567 ก่อนลดลงเล็กน้อยในปี 2568 โดยมีรายละเอียดดังนี้

- ปี 2564 ร้อยละ Productivity เท่ากับ 100.17%
- ปี 2565 ลดลงเล็กน้อยเป็น 99.85%
- ปี 2566 เพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็น 100.01%
- ปี 2567 เพิ่มขึ้นสูงสุดเป็น 121.71%
- ปี 2568 ลดลงเล็กน้อยเป็น 108.92%

โดยรวม Productivity ของหอผู้ป่วยในหญิงอยู่ในระดับ มากกว่า 100% ตลอดช่วงเวลา สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพในการบริหารจัดการทรัพยากรบุคลากรและภาระงานที่เหมาะสม สามารถรองรับผู้ป่วยได้อย่างมี

ประสิทธิภาพ ทั้งนี้ การเพิ่มขึ้นในปี 2567 เกิดจากการปรับเปลี่ยนรูปแบบการคำนวณ Productivity ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น จึงส่งผลให้เห็นภาระงานที่ชัดเจนขึ้นขึ้น อย่างไรก็ตาม ควรมีการติดตามแนวโน้มอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการลดลงของ Productivity ในปีต่อ ๆ ไป โดยเฉพาะในด้านการบริหารกำลังคนให้สอดคล้องกับปริมาณผู้ป่วยจริง และการพัฒนาทักษะบุคลากรเพื่อคงระดับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานในระยะยาว

กลุ่มโรคสำคัญ 5 อันดับแรกของหอผู้ป่วยในหญิง ปี พ.ศ. 25564-2568

ลำดับ	ปี 2564	ปี2565	ปี2566	ปี 2567	ปี 2568
1.	โรคปอดอุดกั้น เรื้อรัง (128)	โรคติดเชื้อ ระบบทางเดิน อาหาร (134)	โรคติดเชื้อ ระบบทางเดิน อาหาร (117)	โรคปอดอุดกั้น เรื้อรัง (184)	โรคปอดอุดกั้น เรื้อรัง (100)
2.	โรคติดเชื้อ ระบบทางเดิน อาหาร (83)	โรคปอดอุดกั้น เรื้อรัง (86)	โรคปอดอักเสบ (63)	โรคติดเชื้อระบบ ทางเดินอาหาร (139)	โรคติดเชื้อระบบ ทางเดินอาหาร (96)
3.	ไส้ติ่งอักเสบ (75)	โรคปอดอักเสบ (83)	โรคปอดอุดกั้น เรื้อรัง (52)	แท้งบุตร (95)	โรคปอดอักเสบ (69)
4.	โรคปอดอักเสบ (69)	ไข้เลือดออก (81)	ตัวเหลือง (40)	โรคปอดอักเสบ (72)	แท้งบุตร (58)

วิเคราะห์ข้อมูล : จากข้อมูล 5 อันดับโรคสำคัญของหอผู้ป่วยหญิงจะเห็นว่า โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังคงเป็นโรคที่อยู่ในอันดับที่ 1-3 ตลอดระยะเวลา 5 ปี แสดงให้เห็นว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังคงเป็นปัญหาของคนในพื้นที่อำเภอ

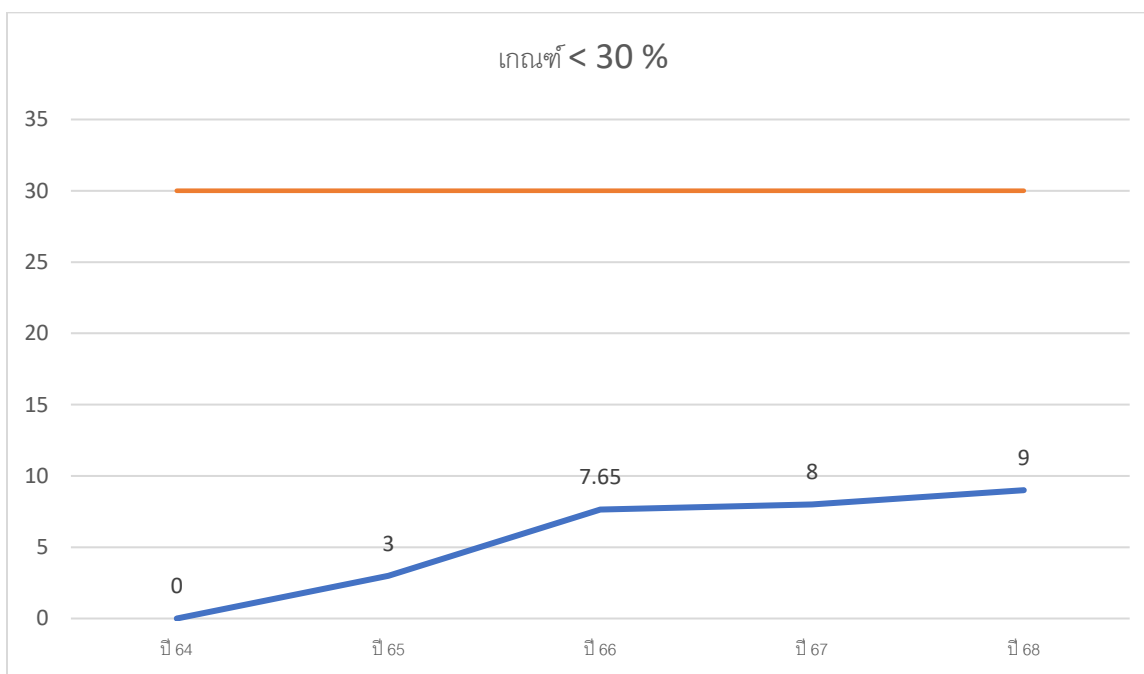
พบพระ ส่วนโรคปอดอักเสบ โรคติดเชื้อทางเดินอาหาร โรคไขเลือดออก ไข้ดั่งอักเสบ ยังคงเป็นโรคที่ติดอันดับใน
ทุกปี ในปี 2566 มีภาวะตัวเหลืองและภาวะช้ำจากไข้ติดอันดับ 3 และ 4 เนื่องจากหอผู้ป่วยหญิงยังไม่แยกจากหอ
ผู้ป่วยเด็กทำให้ต้องรับดูแลผู้ป่วย 0-3 ปี ทุกคน ในปี 2566 หอผู้ป่วยหญิงแยกออกจากหอผู้ป่วยเด็ก และมีสูติ-นรี
แพทย์ทำให้ มีภาวะแท้งบุตรและภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะขึ้นติด 5 อันดับโรคของหอผู้ป่วยหญิง

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน
(Performance Indicator)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบ 64	ปีงบ 65	ปีงบ 66	ปีงบ 67	ปีงบ 68
อัตราการตาย	0	1.47	1.01	1.64	2.3	3.61
ผู้ป่วย DHF เสียชีวิต	0	0	0	0	0	0
ผู้ป่วยเสียชีวิตจากมาลาเรีย	0	0	0	0	0	0
อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อ ในกระแสเลือด(sepsis)	< 30%	0	3	7.65	8	9
อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย STEMI	0	14	20	11	0	42
อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Stroke (I60-I69)	< ร้อยละ 7	0	0	0	0	0
- อัตราตายของผู้ป่วย Hemorrhagic Stroke (I60-I62)	< ร้อยละ 25	0	25	0	10	5
- อัตราตายของผู้ป่วย Ischemic Stroke (I63-I69)	0	0	0	0	0	0
อัตราความพึงพอใจผู้ป่วยและญาติ	>80%	85.73	86.25	80	84.47	84.04
อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันด้วยโรคเดิมโดยไม่ได้อำนาจแผน	< 2 %	3.14	8.52	6.41	4.79	6.94

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบ 64	ปีงบ 65	ปีงบ 66	ปีงบ 67	ปีงบ 68
อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันของผู้ป่วย COPD	< 30 %	31.1	11.7	30.4	32.1	18.75
อัตราการติดเชื้อในหน่วยงาน						
- อัตราการติดเชื้อที่ปอดจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP)	< 5 ครั้งต่อ 1,000 วันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ	0	0	0	0	5.9
- อัตราการเกิด CAUTI (ต่อ 1,000วันใส่สายสวนปัสสาวะ)	≤2 :1000วันนอน	1.3	1.59	0	0.41	0.43
- อัตราการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากการให้สารน้ำ	≤2:1000 วันนอน	0	0.1	0	0.1	0
อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2-4/1000วันนอน	≤2 :1000 วันนอน	0.3	0.23	0.4	0.34	1.7
อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาระดับ E ขึ้นไป	0	0	0	0	3	1
จำนวนครั้งการพลัดตกหกล้มทั้งหมด / ระดับ E ขึ้นไป	0	1 / 0	1 / 0	0 / 0	2 / 0	5 / 2
จำนวนครั้งของการบาดเจ็บจากการทำงานของเจ้าหน้าที่	0	0	0	1	0	1
จำนวนครั้งการระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดระดับ E ขึ้นไป	0	0	0	0	0	1

กราฟแสดงร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด



วิเคราะห์ข้อมูล : แนวโน้มโดยรวม มีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง ตลอดช่วง 5 ปีที่ผ่านมา แม้อัตราในปี 2568 จะยังอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน (<30%) แต่ มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจน โดยเพิ่มจาก 0% ในปี 2564 เป็น 9% ในปี 2568 (เพิ่มขึ้นร้อยละ 9 จุด)

ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการจัดการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดยังสามารถพัฒนาเพิ่มเติมได้

แม้อัตราการเสียชีวิตยังอยู่ในเกณฑ์ดีเมื่อเทียบกับมาตรฐาน (<30%) แต่แนวโน้มที่เพิ่มขึ้นทุกปีอาจเกิดจากปัจจัย ดังนี้

- ผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคมามากขึ้น (เช่น ผู้สูงอายุ หรือมีโรคร่วมหลายโรค)
- การส่งต่อมารับการรักษาในระยะท้ายของโรค ทำให้โอกาสรอดลดลง
- การคัดกรองและเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในระยะเริ่มต้นอาจยังไม่ทั่วถึงทุกเวร
- ข้อจำกัดด้านบุคลากรและภาระงานในหอผู้ป่วย ส่งผลให้การเฝ้าระวัง Early Sepsis Bundle ไม่ครบถ้วน

ข้อเสนอแนะและแนวทางพัฒนา เพื่อควบคุมและลดแนวโน้มอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ควรดำเนินการดังนี้

1. เสริมระบบการคัดกรองและเฝ้าระวัง Early Sepsis Alert System

- ใช้แบบประเมิน SOS Score ในทุกเวรเพื่อคัดกรองความเสี่ยง

2. พัฒนา Clinical Pathway หรือ Sepsis Bundle ที่ชัดเจน

- ให้มีการให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังสงสัย Sepsis

- ติดตามการให้สารน้ำและการตอบสนองต่อการรักษาอย่างใกล้ชิด

3. จัดอบรมทบทวนความรู้บุคลากรพยาบาลและทีมสหสาขา

- เน้นแนวทาง Surviving Sepsis Campaign ล่าสุด

4. ทบทวนกรณีเสียชีวิต (Sepsis Mortality Review)

-วิเคราะห์หาสาเหตุและแนวทางแก้ไขเฉพาะราย

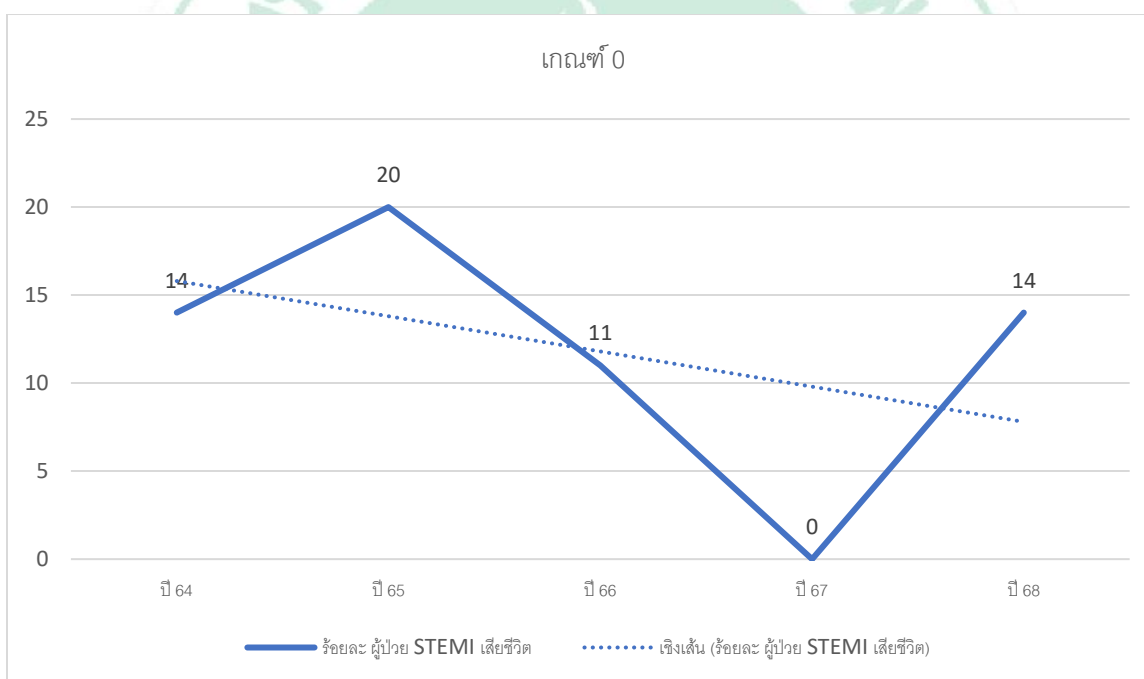
5. ประสานระบบส่งต่อผู้ป่วยรุนแรงอย่างรวดเร็ว (Fast track referral)

-เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึง ICU หรือการรักษาเฉพาะทางได้ทันที่

สรุปภาพรวม

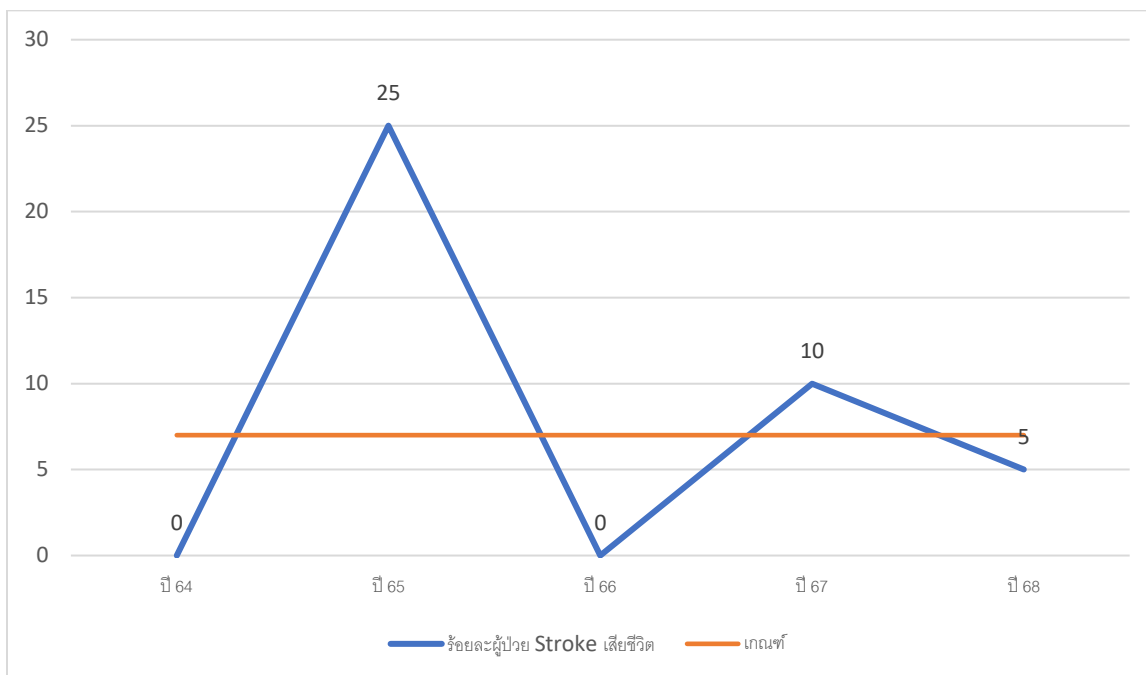
อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของหอผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลพพระ ระหว่างปี 2564–2568 อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน (<30%) แต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง จึงควรมีการทบทวนกระบวนการดูแลและพัฒนาแนวทางการคัดกรอง การรักษา และการเฝ้าระวังผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงอย่างเป็นระบบ เพื่อควบคุมอัตราการเสียชีวิตให้อยู่ในระดับต่ำอย่างยั่งยืน

กราฟแสดงร้อยละผู้ป่วย STEMI เสียชีวิต



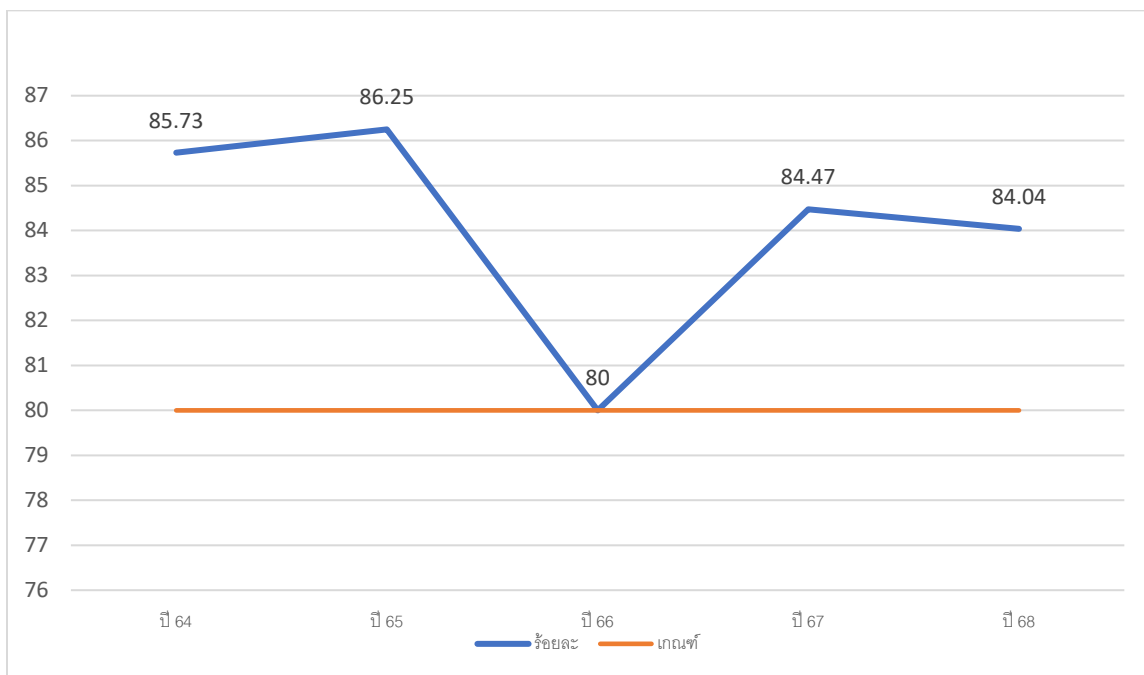
วิเคราะห์ข้อมูล : อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย STEMI ในหอผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลพพระ มีแนวโน้มผันผวน โดยในปี 2567 สามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้เป็น 0% แต่ในปี 2568 เพิ่มขึ้นสูงเป็น 14% ซึ่งเกินเกณฑ์มาตรฐาน จากการทบทวนระบบการดูแลผู้ป่วย STEMI ผู้ป่วยที่เสียชีวิตจำนวน 1 ราย จาก 7 ราย เป็นผู้ป่วยชาย อายุ 78 ปี มี underlying เป็น HT DLP Gout STEMI post PCI to RCA L LCX รักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลแม่สอด มา admit ที่หอผู้ป่วยในหญิงเนื่องจากหอผู้ป่วยชายเต็ม แต่ทั้งนี้ยังหอผู้ป่วยในหญิงยังคงให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตามมาตรฐานวิชาชีพ มีการวิเคราะห์กรณีเสียชีวิตทุกราย เพื่อหาสาเหตุเชิงระบบ เช่น ล่าช้าในการส่งต่อ หรือการสื่อสารระหว่างทีมมีการประสานระบบส่งต่อกับโรงพยาบาลเครือข่าย เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาได้ในเวลาที่เหมาะสมและลดการเสียชีวิตลงอย่างยั่งยืน

กราฟแสดงร้อยละผู้ป่วย Stroke (I60-I69) เสียชีวิต



วิเคราะห์ข้อมูล : จากข้อมูล พบว่าผู้ป่วยที่เสียชีวิตทั้งหมดเป็น ผู้ป่วยกลุ่ม Hemorrhagic Stroke (ภาวะเลือดออกในสมอง) ซึ่งโดยธรรมชาติของโรคมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่ากลุ่ม Ischemic Stroke อย่างมีนัยสำคัญ อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ในหอผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลพพระ มีแนวโน้มลดลงต่อเนื่อง และอยู่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานในปีล่าสุด โดยผู้ป่วยที่เสียชีวิตทั้งหมดเป็นกลุ่ม Hemorrhagic Stroke ซึ่งมีความรุนแรงสูง การพัฒนาระบบ Fast Track Stroke การเฝ้าระวังภาวะวิกฤต และการส่งต่ออย่างรวดเร็ว จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตได้อย่างยั่งยืนในอนาคต

กราฟแสดงร้อยละความพึงพอใจในบริการของหอผู้ป่วยในหญิง

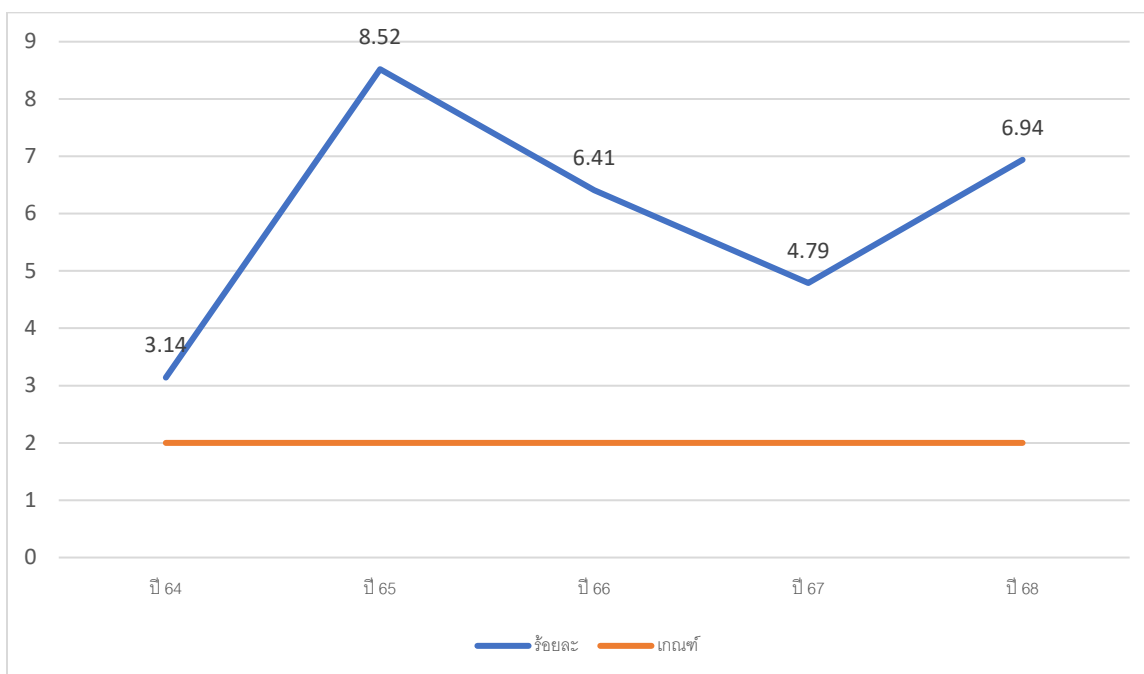


วิเคราะห์ข้อมูล : ผลคะแนนความพึงพอใจโดยรวมสะท้อนว่า ผู้ป่วยและญาติมีความเชื่อมั่นและพึงพอใจต่อการบริการของหอผู้ป่วยในหญิง อย่างไรก็ตาม การลดลงของคะแนนในปี 2566 อาจเกิดจากจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น โดยดูจากจำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยต่อวันที่เพิ่มขึ้นเป็น 26 คน จากปี 2565 จำนวนผู้ป่วยต่อวันคือ 18 คน ส่งผลให้ภาระงานบุคลากรเพิ่มขึ้น เวลาในการตอบสนองต่อผู้ป่วยล่าช้า

ข้อเสนอแนะและแนวทางการพัฒนา

1. รักษามาตรฐานการให้บริการเชิงมนุษยธรรม (Service mind) โดยหอผู้ป่วยในหญิงได้มีการจัดทำ CQI เรื่อง ลดการร้องเรียน เพิ่มความพึงพอใจ ด้วย Service mind เพื่อให้เจ้าหน้าที่ทุกคนมีแนวปฏิบัติเดียวกัน ทั้งการสื่อสาร การให้บริการด้วยรอยยิ้ม และความเห็นอกเห็นใจ
2. ทบทวนผลการประเมินความพึงพอใจเชิงประเด็น (Item analysis) วิเคราะห์หัวข้อที่ได้คะแนนต่ำ เช่น ความสะดวก ความรวดเร็ว หรือการตอบคำถาม เพื่อวางแผนปรับปรุงเฉพาะจุด
3. พัฒนาสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยให้เหมาะสมและเป็นมิตรกับผู้ป่วย ปรับปรุงแสงสว่าง ความสะอาด และความเป็นส่วนตัว
4. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ จัดกิจกรรมรับฟังความคิดเห็น (Patient voice) และแบบประเมินความพึงพอใจ ในรูปแบบ QR Code ตามจุดต่างๆ เพื่อให้ญาติและผู้ป่วยมีความสะดวกในการออกความคิดเห็น เพื่อนำผลมาปรับปรุงบริการอย่างต่อเนื่อง
5. ติดตามผลการประเมินความพึงพอใจรายไตรมาส เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาได้ทันที หากพบแนวโน้มคะแนนลดลง

กราฟแสดงอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันด้วยโรคเดิมโดยไม่ได้วางแผน



วิเคราะห์ข้อมูล : แนวโน้มโดยรวมมีค่าผันผวน แต่ สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานตลอด 5 ปี พบว่าผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำส่วนใหญ่ ได้แก่

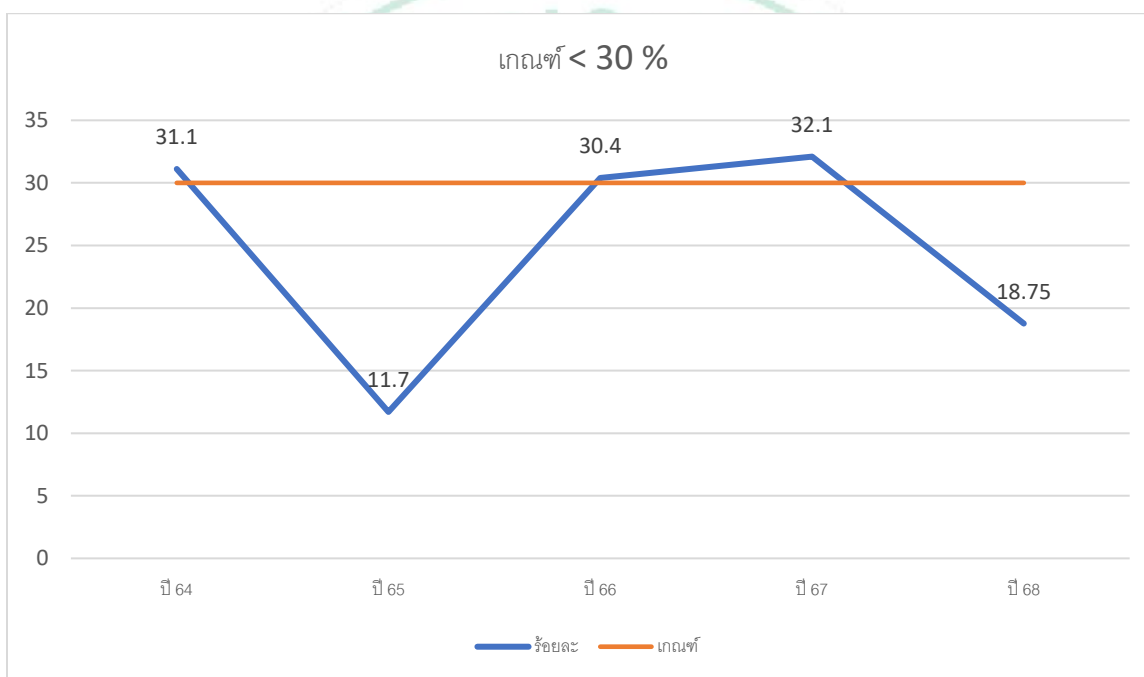
1. กลุ่มโรคติดเชื้อ เช่น ไข้ไม่ทราบสาเหตุ, การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ, ติดเชื้อทางเดินหายใจ, ติดเชื้อทางเดินอาหาร
2. กลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว(Chronic heart failure) ที่กลับมาด้วยภาวะน้ำเกิน/หายใจเหนื่อย ผู้ป่วยซีดจากภาวะโรคเรื้อรัง
3. กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย (Palliative care) ที่กลับมารับการดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิต

ข้อเสนอแนะและแนวทางพัฒนา

1. ทบทวนระบบการคัดกรองผู้ป่วยเสี่ยงกลับมารักษาซ้ำ (Readmission risk assessment) เช่น ผู้สูงอายุ, โรคหัวใจล้มเหลว, โรคติดเชื้อซ้ำ, มะเร็งระยะท้าย
2. จัดทำ “แผนจำหน่าย (Discharge Plan)” อย่างเป็นระบบ เน้นการให้ความรู้เรื่องการรับประทานยา, การสังเกตอาการเตือน, และช่องทางติดต่อเมื่อมีอาการกำเริบ
3. ประสานระบบติดตามหลังจำหน่าย (Post-discharge follow-up) โทรติดตามผู้ป่วยภายใน 48-72 ชั่วโมง หรือเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมชุมชน (รพ.สต.)
4. พัฒนาระบบดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Continuity of care) โดยเฉพาะกลุ่ม CHF และ Palliative care ให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
5. จัดประชุมทบทวนกรณีกลับมารักษาซ้ำ (Readmission case review) เพื่อหาสาเหตุเฉพาะรายและแนวทางป้องกันซ้ำ

สรุปภาพรวม อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ด้วยโรคเดิมโดยไม่ได้วางแผน ของหอผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลพพระ มีแนวโน้มผันผวนและสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มโรค ติดเชื้อ โรคเรื้อรัง และผู้ป่วยระยะท้าย การดำเนินการพัฒนาในด้านการจัดทำแผนจำหน่าย การติดตามต่อเนื่อง หลังออกจากโรงพยาบาล และการเชื่อมต่อบริการในชุมชน จะช่วยลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำและเพิ่ม คุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้ในระยะยาว

กราฟแสดงอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันของผู้ป่วย COPD



วิเคราะห์ข้อมูล : แนวโน้มอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันของผู้ป่วย COPD มีการเปลี่ยนแปลงขึ้นลงในแต่ละปี โดยในปี 2564, 2566 และ 2567 ค่าที่ได้ เกินเกณฑ์มาตรฐาน (30%) ส่วนในปี 2565 และ 2568 มีอัตราที่อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน โดยเฉพาะปี 2565 ที่มีอัตราลดลงต่ำสุดที่ร้อยละ 11.7 แสดงถึงการควบคุมคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพในช่วงปีนั้น อย่างไรก็ตาม ปี 2567 มีอัตราสูงสุดที่ร้อยละ 32.1 ซึ่งเกินเกณฑ์และบ่งชี้ถึงปัจจัยเสี่ยงที่อาจต้องได้รับการทบทวน เช่น ความต่อเนื่องของการดูแลหลังจำหน่าย (Continuity of care), การให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัวเรื่องการดูแลตนเอง รวมถึงการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง

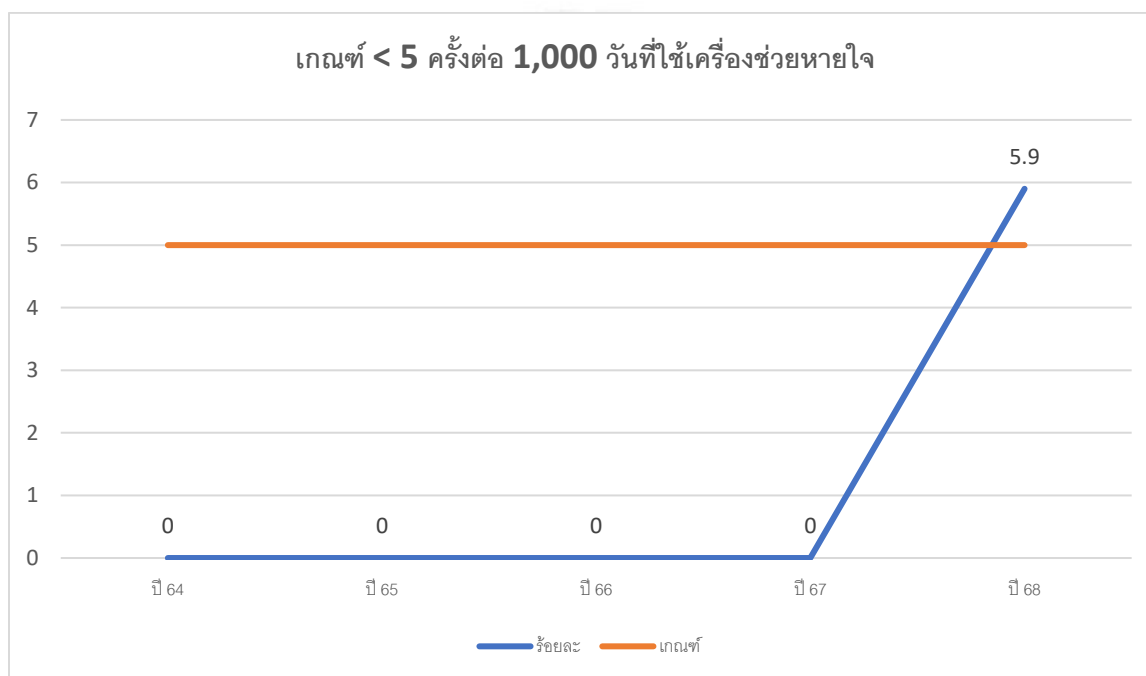
ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง

1. จัดทำระบบ ติดตามผู้ป่วย COPD หลังจำหน่าย อย่างต่อเนื่องในระยะ 28 วัน
2. พัฒนาแนวทาง การประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อดูแลผู้ป่วยรายกลุ่มเสี่ยงสูง
3. จัดกิจกรรม ให้ความรู้และสนับสนุนการเลิกบุหรี่ / ปรับพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยและครอบครัว

4. ประเมินและวิเคราะห์สาเหตุการกลับมารักษาซ้ำรายกรณี เพื่อวางมาตรการป้องกันเฉพาะจุด

สรุปภาพรวม : อัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วย COPD โดยรวมยังมีความผันผวน โดยในปีล่าสุด (2568) มีแนวโน้ม ลดลงและอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งถือเป็นทิศทางที่ดี ควรคงไว้ซึ่งมาตรการดูแลต่อเนื่อง และพัฒนาแนวทางลดการกลับมารักษาซ้ำให้คงที่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ต่อไป

กราฟแสดงร้อยละการติดเชื้อที่ปอดจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP)



วิเคราะห์ข้อมูล : ในช่วงปีงบประมาณ 2564–2567 พบว่า ไม่มีรายงานการเกิดการติดเชื้อที่ปอดจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP) โดยมีค่าเท่ากับศูนย์ เนื่องจากในช่วงเวลาดังกล่าว ยังไม่มีการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างต่อเนื่อง

ในปีงบประมาณ 2568 เป็นปีแรกที่หอผู้ป่วยเริ่ม รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ (on ventilator) อย่างจริงจัง ส่งผลให้มีการเกิด VAP 5.9 ครั้งต่อ 1,000 Ventilator Days ซึ่ง สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (< 5)

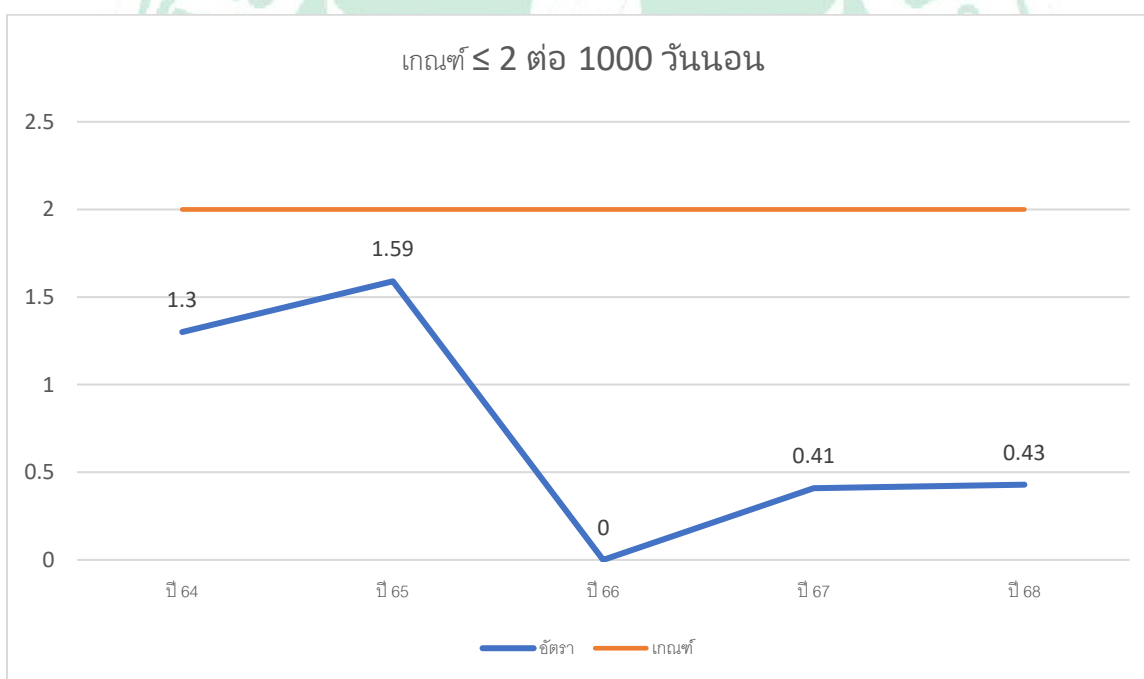
การเพิ่มขึ้นของอัตราการติดเชื้อในปี 2568 สะท้อนให้เห็นถึง ความท้าทายในการเริ่มต้นกระบวนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ทั้งในด้านความพร้อมของบุคลากร ความต่อเนื่องในการควบคุมการติดเชื้อ และความชำนาญในการดูแลเครื่องช่วยหายใจอย่างถูกหลักการป้องกันการติดเชื้อ

ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง

1. พัฒนา แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP bundle care) ให้เป็นมาตรฐานเดียวกันในหน่วยงาน
2. จัดอบรมและทบทวนความรู้แก่บุคลากรเรื่อง การดูแลระบบทางเดินหายใจ การล้างมือ และเทคนิคปลอดเชื้อ (Aseptic Technique)
3. จัดทำระบบ เฝ้าระวังและรายงานอัตราการเกิด VAP อย่างต่อเนื่องทุกเดือน
4. ทบทวนกรณีผู้ป่วยที่เกิดการติดเชื้อ เพื่อวิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบและปรับปรุงกระบวนการดูแล

สรุปภาพรวม : อัตราการเกิด VAP ในปี 2568 เกินเกณฑ์มาตรฐานเล็กน้อย ซึ่งสัมพันธ์กับการเริ่มให้บริการดูแลผู้ป่วย on ventilator เป็นปีแรก จึงถือเป็น ข้อมูลพื้นฐาน (baseline data) สำหรับการพัฒนาคุณภาพในปีต่อไป โดยควรดำเนินมาตรการเฝ้าระวังและปรับปรุงการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมอัตราการติดเชื้อให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานในปีถัดไป

กราฟแสดงอัตราการติดเชื้อ CAUTI (ต่อ 1,000วันใส่สายสวนปัสสาวะ



วิเคราะห์ข้อมูล : จากข้อมูลอัตราการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการใช้สายสวนปัสสาวะ (Catheter-Associated Urinary Tract Infection: CAUTI) ย้อนหลัง 5 ปี พบว่าอัตราการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการใช้สายสวน (CAUTI) อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานทุกปี โดยมีแนวโน้ม

ลดลงอย่างต่อเนื่องหลังปี 2565 ซึ่งเป็นปีที่พบอัตราสูงสุดที่ 1.59 ครั้งต่อ 1,000 วันใส่สายสวนปัสสาวะ ในปี 2566 พบว่า **ไม่มีการเกิดการติดเชื้อเลย (0 ครั้ง)** แสดงถึงความสำเร็จของมาตรการเฝ้าระวังและการพยาบาลเชิงป้องกันที่มีประสิทธิภาพ ส่วนปี 2567-2568 แม้อัตราเพิ่มขึ้นเล็กน้อย (0.41 และ 0.43) แต่ยังคงต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานมาก สะท้อนถึงการคงไว้ซึ่งคุณภาพการดูแลที่ดี

แนวโน้มโดยรวม จึงถือว่าอยู่ในระดับที่ **ควบคุมได้อย่างต่อเนื่อง** และมีการรักษามาตรฐานด้านการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะได้ดีเยี่ยม

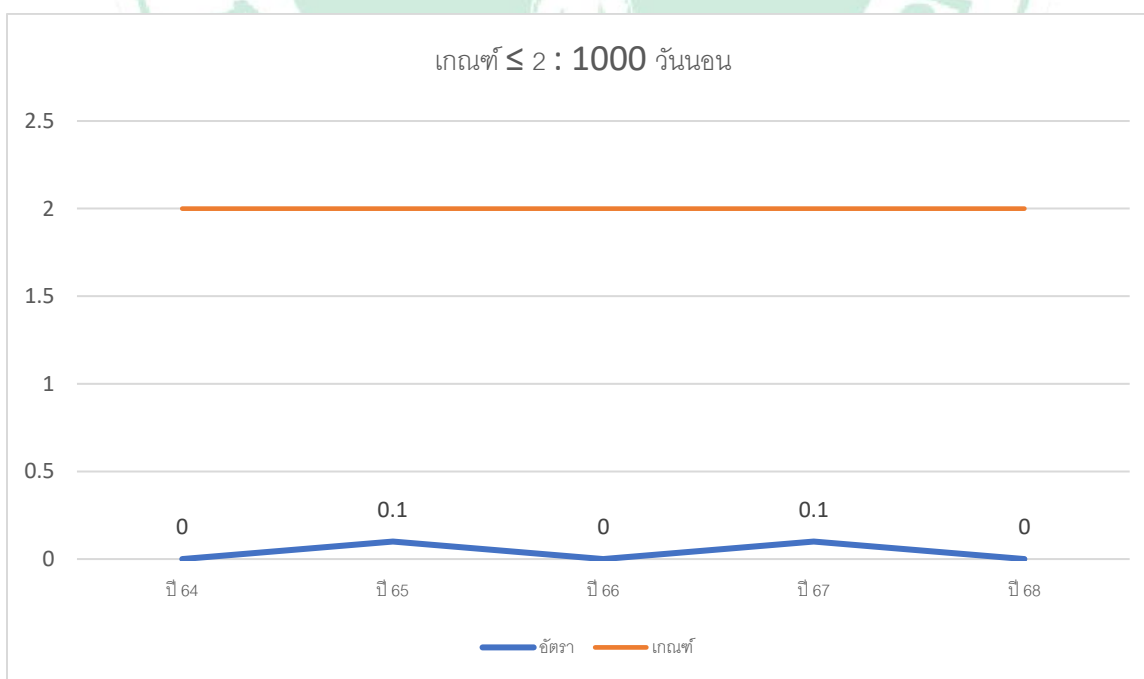
ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

1. **คงมาตรการ CAUTI bundle** เช่น การประเมินความจำเป็นในการใส่สายสวนทุกวัน และการถอดสายสวนทันทีเมื่อไม่จำเป็น
2. **เพิ่มการนิเทศติดตามภาคปฏิบัติ** เพื่อให้มั่นใจว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นไปตามมาตรฐานปลอดเชื้อ (Aseptic technique)
3. **ทบทวนและให้ feedback รายเดือน** เกี่ยวกับอัตราการติดเชื้อแก่บุคลากรในหน่วยงาน
4. **ส่งเสริม กิจกรรมพัฒนาองค์ความรู้ต่อเนื่อง (Nursing skill refresh)** ด้านการดูแลสายสวนปัสสาวะ

สรุปภาพรวม:

อัตราการเกิดการติดเชื้อ CAUTI ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา **อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานอย่างต่อเนื่อง** และมีแนวโน้มลดลงเมื่อเทียบกับช่วงแรกของการเฝ้าระวัง แสดงถึง **ประสิทธิผลของมาตรการป้องกันการติดเชื้อและการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างยั่งยืน**

กราฟแสดงอัตราการติดเชื้อการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากการให้สารน้ำ



วิเคราะห์ข้อมูล : อัตราการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากการให้สารน้ำ (Phlebitis) ย้อนหลัง 5 ปี ผลการเฝ้าระวัง อัตราการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากการให้สารน้ำในช่วงปีงบประมาณ 2564–2568 พบว่า อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานทุกปี โดยมีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงศูนย์ตลอดช่วงเวลา 5 ปีที่ผ่านมา

อัตราการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบสูงสุดเพียง 0.1 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน (ในปี 2565 และ 2567) ซึ่งถือว่า อยู่ในระดับต่ำมากและไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นถึง ประสิทธิภาพของมาตรการควบคุมการติดเชื้อและการปฏิบัติตามหลัก Aseptic Technique ของบุคลากรเป็นอย่างดี

แนวโน้มโดยรวม คงที่และอยู่ในระดับที่ปลอดภัย ไม่มีปีใดที่ค่าเกินเกณฑ์มาตรฐาน

ข้อเสนอแนะเพื่อการคงไว้และพัฒนา

1. คงมาตรการ การประเมินตำแหน่งและสภาพหลอดเลือดดำทุกเวร เพื่อป้องกันการอักเสบ
2. ส่งเสริมการใช้ เทคนิคปลอดเชื้อ (Aseptic Technique) ทุกขั้นตอนในการแทงและเปลี่ยนสายให้น้ำเกลือ
3. จัดทำ การนิเทศภาคปฏิบัติ (clinical supervision) เป็นระยะ เพื่อประเมินความถูกต้องของเทคนิคการพยาบาล
4. เผยแพร่ผลการดำเนินงานและแนวปฏิบัติที่ดีให้บุคลากรรับทราบอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างแรงจูงใจในการรักษามาตรฐาน

สรุปภาพรวม : อัตราการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากการให้สารน้ำในช่วง 5 ปี อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานทั้งหมด และมีแนวโน้มคงที่ในระดับต่ำมาก ถือเป็นผลการดำเนินงานที่ดี สะท้อนถึงคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยและความเอาใจใส่ของบุคลากรในการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลอย่างเคร่งครัด

กราฟแสดงอัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2-4/1000วันนอน



วิเคราะห์ข้อมูล : จากข้อมูลอัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2-4 ต่อ 1,000 วันนอน ย้อนหลัง 5 ปี (2564-2568) พบว่าอัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2-4 ของผู้ป่วย อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานทุกปี โดยมีแนวโน้มผันผวนเล็กน้อยแต่ไม่เกินค่ามาตรฐานกำหนด (≤ 2 ต่อ 1,000 วันนอน)

ในปี 2568 พบอัตราเพิ่มขึ้นเป็น 1.7 ต่อ 1,000 วันนอน ซึ่งเป็นค่าที่สูงสุดในรอบ 5 ปี แต่ยังคง อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน แสดงให้เห็นถึงการเฝ้าระวังและดูแลที่มีประสิทธิภาพ แม้ว่าจะมีจำนวนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงเพิ่มขึ้น เช่น ผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ป่วยติดเตียง

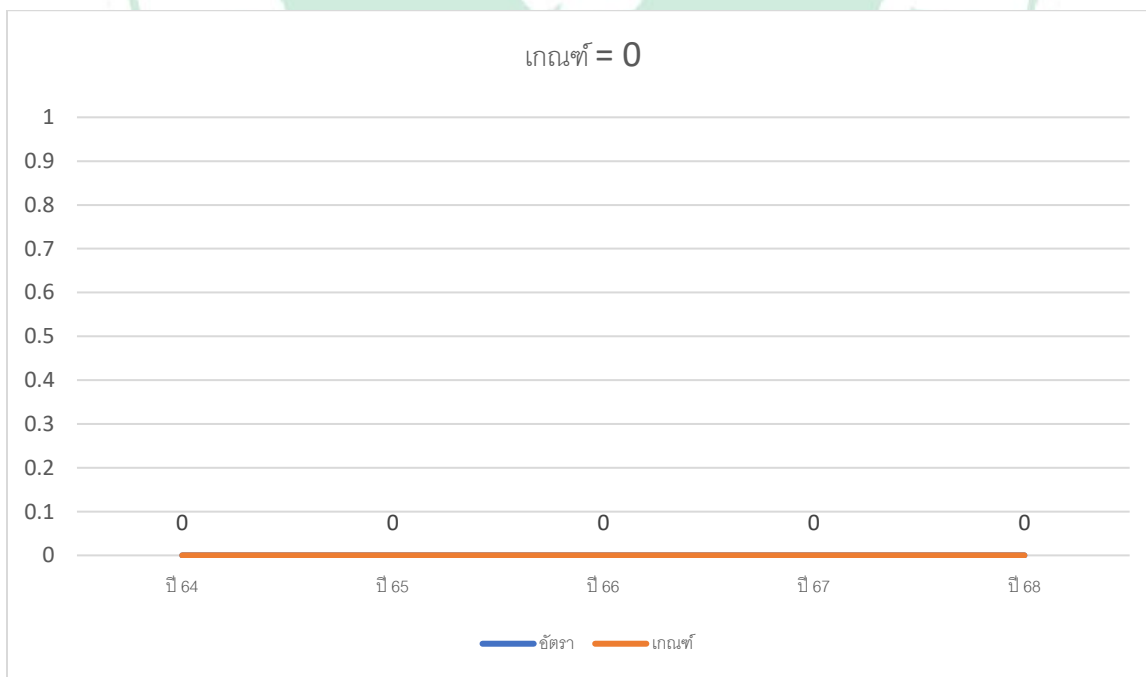
ช่วงปี 2564-2567 อัตราการเกิดแผลกดทับอยู่ระหว่าง 0.23-0.4 ต่อ 1,000 วันนอน ซึ่งถือว่าต่ำมากและสะท้อนถึงความสำเร็จของมาตรการป้องกันแผลกดทับที่ได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะเพื่อการคงไว้และพัฒนา

1. คงมาตรการการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ (Braden scale) ให้ครอบคลุมผู้ป่วยทุกกลุ่ม
2. ส่งเสริมการ พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง และจัดทำทางที่เหมาะสม
3. ตรวจสอบและดูแล พื้นผิวเตียง / ที่นอนลม / อุปกรณ์ป้องกันแผลกดทับ ให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งานเสมอ
4. จัดให้มี การนิเทศและ feedback รายเดือน เพื่อประเมินผลการดูแลเชิงคุณภาพ
5. พัฒนา ทีมเฝ้าระวังแผลกดทับ (Pressure injury team) เพื่อดูแลและติดตามผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงอย่างใกล้ชิด

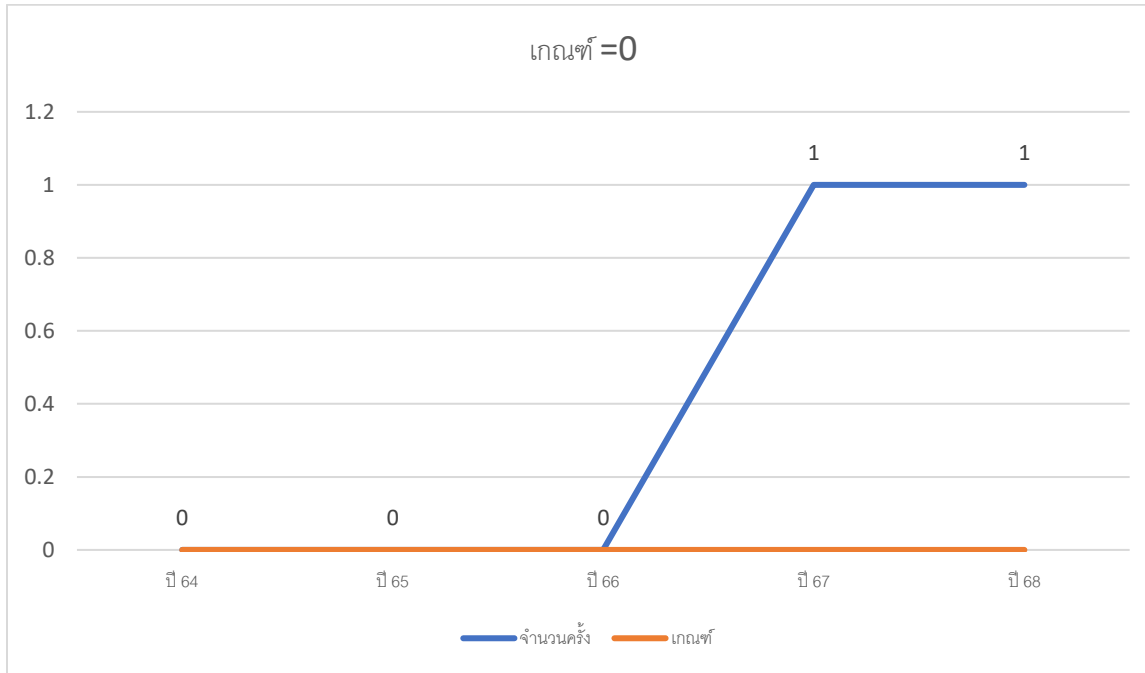
สรุปภาพรวม : อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2-4 ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานทั้งหมด โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในปี 2568 แต่ยังไม่เกินเกณฑ์ ถือเป็นผลการดำเนินงานที่ดี และควรดำเนินมาตรการเฝ้าระวังเชิงรุกต่อเนื่อง เพื่อคงอัตราให้อยู่ในระดับต่ำกว่ามาตรฐานอย่างยั่งยืน

กราฟแสดงอัตราความคลาดเคลื่อนทางยาระดับ E ขึ้นไป



วิเคราะห์ข้อมูล : จากข้อมูลอัตราความคลาดเคลื่อนทางยาระดับ E ขึ้นไป ในระยะ 5 ปี ย้อนหลัง ไม่พบอุบัติการณ์

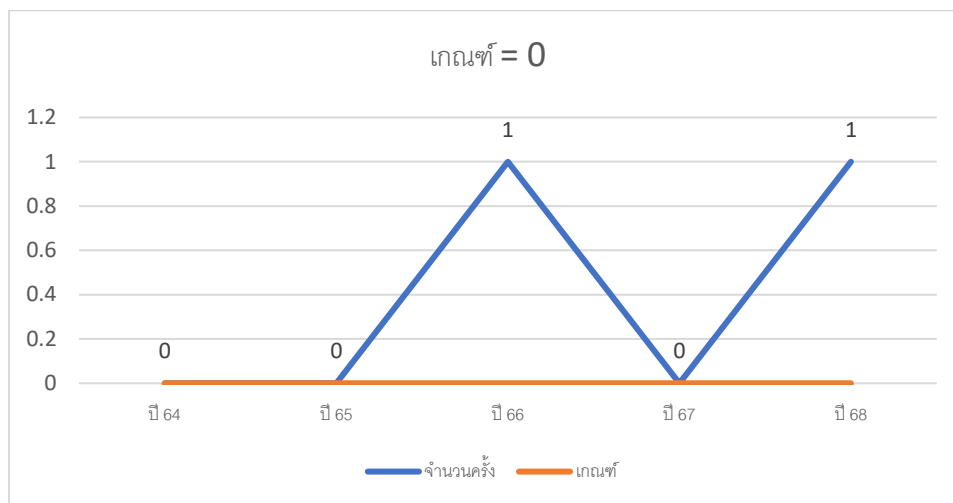
กราฟแสดงจำนวนครั้งการพลัดตกหกล้มระดับ E ขึ้นไป



วิเคราะห์ข้อมูล : จากอุบัติการณ์ผู้ป่วยพลัดตกหกล้มระดับ E ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายต้องรักษาเพิ่มขึ้น ข้อมูล 5 ปี ย้อนหลัง พบจำนวน 2 ราย รายที่แรกพบในปี 2567 เป็นผู้ป่วยหญิง Dx Closed intertrochanteric Fx.Rt.femur S/P CRIF นอนเตียง ortho เพียง 4 ดึกหญิง ผู้ป่วย Ambulate โดยการดึงเหล็กสำหรับโหนตัวเพื่อลุกนั่ง เหล็กหลุดหล่นลงมาโดนศีรษะผู้ป่วย มีแผลฉีกขาด 1 Cm. notify. แพทย์เข้ามาประเมินคนไข้ ให้ Suture wound 1 stich หลังเกิดเหตุผู้ป่วยมีเวียนศีรษะเล็กน้อย หลัง Observe Neuro sign ปกติ

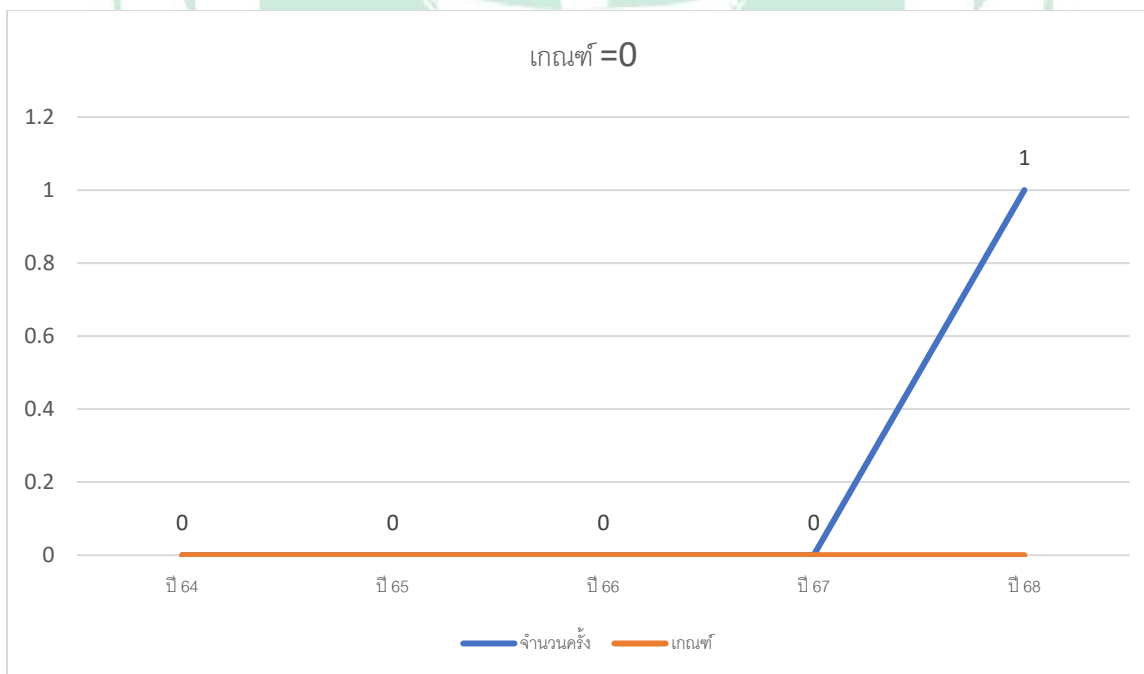
รายที่ 2 เป็นผู้ป่วยหญิง Dx Infected DM foot S/P BKA Lt ผู้ป่วยไม่มีญาติเฝ้า จะไปเข้าห้องน้ำ ล้มข้างเตียง นี้วนางมือข้างซ้ายหัก Consult ortho ให้ On buddy splint + Slab ภายหลังแพทย์นัดผ่าตัด อากาทุเลา

กราฟแสดงจำนวนครั้งการบาดเจ็บจากการทำงานของเจ้าหน้าที่



วิเคราะห์ข้อมูล : จากข้อมูลอุบัติการณ์จำนวนครั้งการบาดเจ็บจากการทำงานของเจ้าหน้าที่ ในปี 2568 พบ 1 ราย โดยเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานได้ไปเจาะ Hematocrit ให้ผู้ป่วย หลังเจาะได้ปัสสาวะผู้ป่วยทำให้เลือดพุ่งกระเด็นเข้าตา หลังเลือดเข้าตาได้ล้างตาด้วยน้ำปริมาณมากและเข้ารับการตรวจและได้รับการรักษาตาม Guideline แล้ว ผลการตรวจเลือดหลัง F/U ปกติ

กราฟแสดงจำนวนครั้งการระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดระดับ E ขึ้นไป



วิเคราะห์ข้อมูล : จากข้อมูลจำนวนครั้งการระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดระดับ E ขึ้นไป ระยะ 5 ปี ที่ผ่านมา พบ 1 ครั้ง ในปี 2568 คือ ผู้ป่วยมารับบริการผ่าตัดไทรอยด์ ซึ่งได้ admit ฆานอนโรงพยาบาลล่งหน้า 1 วัน พยาบาล In charge รับทราบเคส ต่อมาเช้าวันที่ผู้ป่วยคนนี้จะต้องเข้าห้องผ่าตัด มีผู้ป่วยที่มีชื่อ - นามสกุล คล้ายกัน มารับ

บริการ colonoscopy ซึ่งเป็น ODS จะมารับบริการในเช้าวันผ่าตัด ทำให้พยาบาลที่รับโทรศัพท์ในเช้าวันนั้นไม่ทราบจึงส่งผู้ป่วยที่จะเตรียมผ่าตัดไทรอยด์ไปทำ colonoscopy แทน ผู้ป่วยได้รับการทำ colonoscopy แล้วแพทย์พบว่า ลำไส้ไม่ clear จึงกลับมาดูผู้ป่วยพบว่าส่งผู้ป่วยไปผิดคน

แนวทางการพัฒนาปรับปรุง

หอผู้ป่วย

1. ให้ผู้รับโทรศัพท์เป็นผู้ไปตรวจสอบผู้ป่วยด้วยตัวเอง และทำการ Identify อีกครั้ง
2. เมื่อผู้ช่วยเหลือจะนำผู้ป่วยไปส่งห้องผ่าตัดให้ ทำการ Identify อีกครั้ง

ห้องผ่าตัด

1. ผู้โทรแจ้งหอผู้ป่วย ให้ข้อมูลของผู้ป่วย โดยระบุ ชื่อ-นามสกุล วินิจฉัยโรคและหัตถการที่จะทำหัตถการ ครอบคลุม เพื่อป้องกัน
2. มีการ Identify ตามมาตรฐานในห้องผ่าตัด

ความเสี่ยงสำคัญ

1. ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่คาดหวัง
2. การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด
3. ผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม
4. Unplan Refer
5. ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

โอกาสพัฒนา

1. พัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์แบบ Paperless
2. ลดข้อร้องเรียน เพิ่มอัตราความพึงพอใจ

ผลงานและรางวัลที่ภาคภูมิใจ

1. พัฒนารูปแบบการส่งเวรแบบ Paperless ได้นำเสนอผลงานในระดับจังหวัด
2. ได้รับรางวัลที่ 1 การนำเสนอ CQI เรื่อง ลดการร้องเรียน เพิ่มความพึงพอใจด้วย service mind

ฝ่ายงานการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก

บริบท/บทบาทหน้าที่

บทบาท

ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่มีอายุ 0-14 ปี 11 เดือน ที่รับไว้รักษาที่ตึก ผู้ป่วยในตลอด 24 ชั่วโมง ยกเว้นมี
ภาวะทางนรีเวชและสูติกรรม
มีเตียงทั้งหมด 38 เตียง แบ่งเป็นเตียงสามัญ 24 เตียง
ห้องแยกโรค 2 ห้อง ห้องละ 2 เตียง และมีห้องพิเศษ 4 ห้องเตียงเสริม 6 เตียง มีพยาบาล
วิชาชีพ 13 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 7 คน

เป้าหมาย

ให้การดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความปลอดภัย มีคุณภาพ รวดเร็ว ตามมาตรฐานวิชาชีพและผู้รับบริการพึงพอใจ
ผู้ให้บริการมีความสุข

จุดเน้น

1. พัฒนาคุณภาพบริการ
2. พัฒนาพฤติกรรมบริการและการสื่อสาร
3. พัฒนาด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ
4. องค์กรแห่งความสุข

ความเสี่ยงสำคัญ 5 อันดับแรก

ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68
1. ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่คาดหวัง	1. ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่คาดหวัง	1. ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่คาดหวัง
2. Unplan Refer	2. Unplan Refer	2. Unplan Refer
3. ความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยา	3. มีภาวะชกซ้ำจากไข้	3. มีภาวะชกซ้ำจากไข้
4. ความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยา	4. ความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยา	4. ความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยา
5. ผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม	5. ผู้ป่วยตกเตียง	5. ผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม

5 อันดับโรค

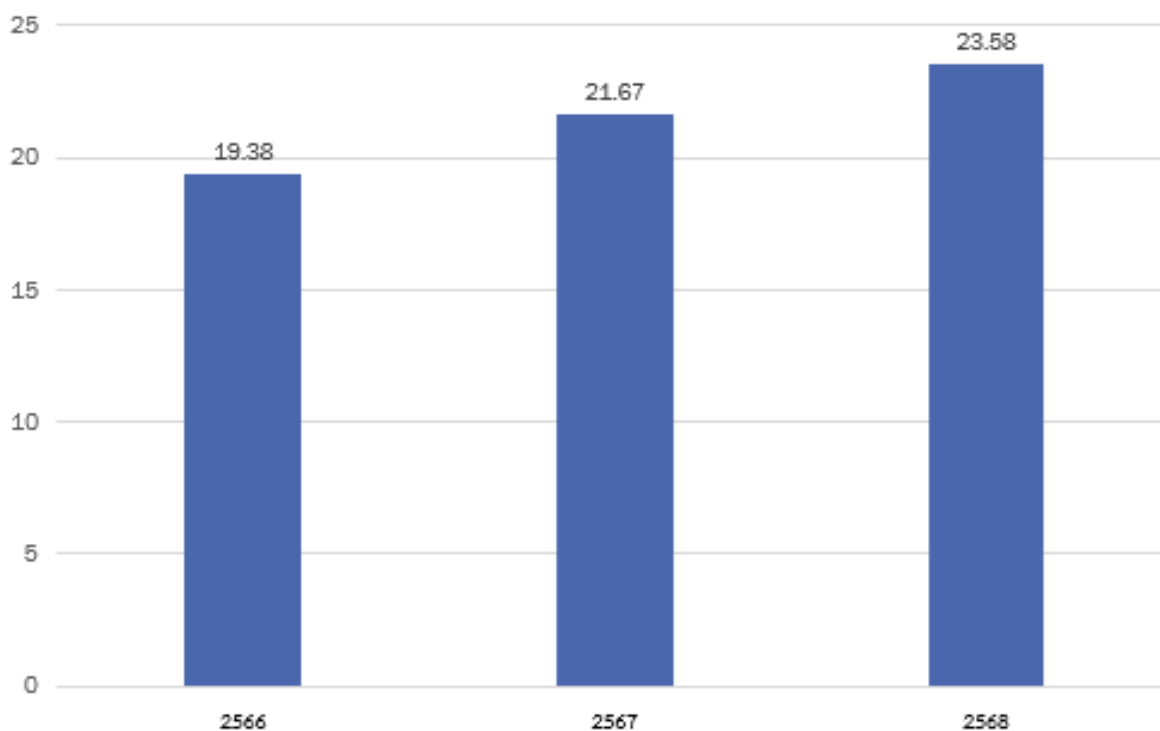
สถิติบริการ	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568
จำนวนผู้ป่วยรวม	1,331	2,188	2,557
จำนวนวันนอนเฉลี่ย	3.9	3.8	3.7
อัตราการตาย	0.53	0.23	0.13
จำนวนผู้ป่วยคงพยาบาลเฉลี่ย/วัน	19.38	21.67	23.58
จำนวนพยาบาล	12	13	13

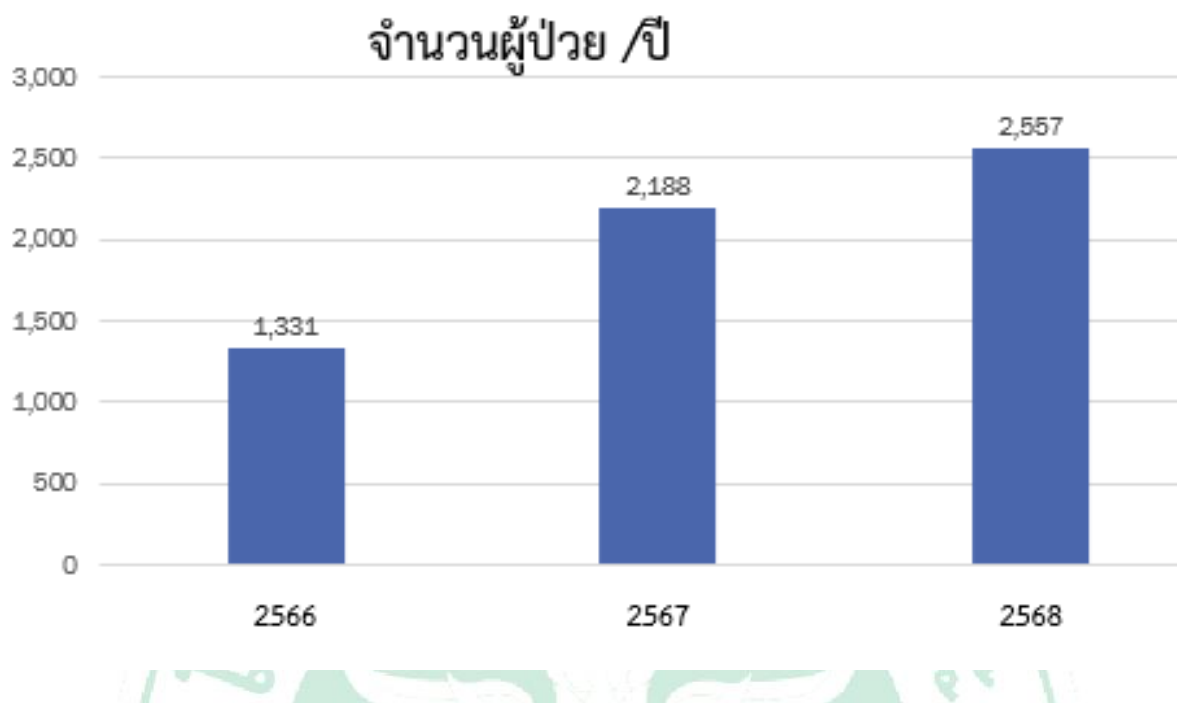
ตัวชี้วัด (KPI) และผลลัพธ์ของการดำเนินการ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2566	ปี2567	ปี2568
อัตราเสียชีวิตของหอผู้ป่วยเด็ก	0	0.53	0.23	0.13
ผู้ป่วย DHF เสียชีวิต	0	0	0	0
ผู้ป่วยเสียชีวิตจากมาลาเรีย	0	0	0	0
อัตราการให้เลือดผิดหมู่	0	0	0	0
อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาระดับ E ขึ้นไป	0	0	0	0
อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันด้วยโรคเดิมโดยไม่ได้วางแผน	ลดลงปีละ 1 %	1.53	2.77	1.88
ร้อยละของการชักซ้ำใน febrile convulsion	0	17.65	4.83	7.83

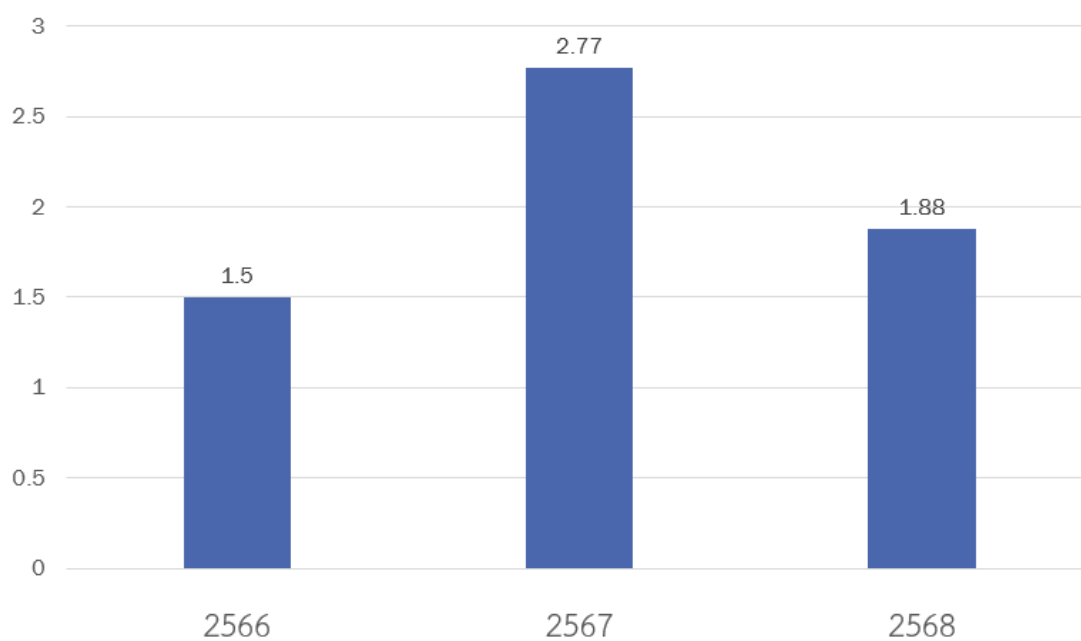
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2566	ปี2567	ปี2568
อัตราการเกิด CAUTI (ต่อ 1,000 วันใส่สายสวน ปีสภาวะ)	0	0	0	0
อัตราการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากการให้สาร น้ำระดับ 3 ขึ้นไป	0	0	0	0
จำนวนครั้งการพลัดตกหกล้ม	0	3	11	5
อัตราความคลาดเคลื่อนทางยากระดับ E ขึ้นไป	0	0	0	0
จำนวนการให้การรักษา การทำหัตถการและการ ระบุตัวผู้ป่วยผิด	0	0	0	0
จำนวนครั้งของการบาดเจ็บจากการทำงานของ เจ้าหน้าที่	0	1	0	1
อัตราความพึงพอใจผู้ป่วยและญาติ	>85%	85.8	86.2	83.23

จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยต่อวัน

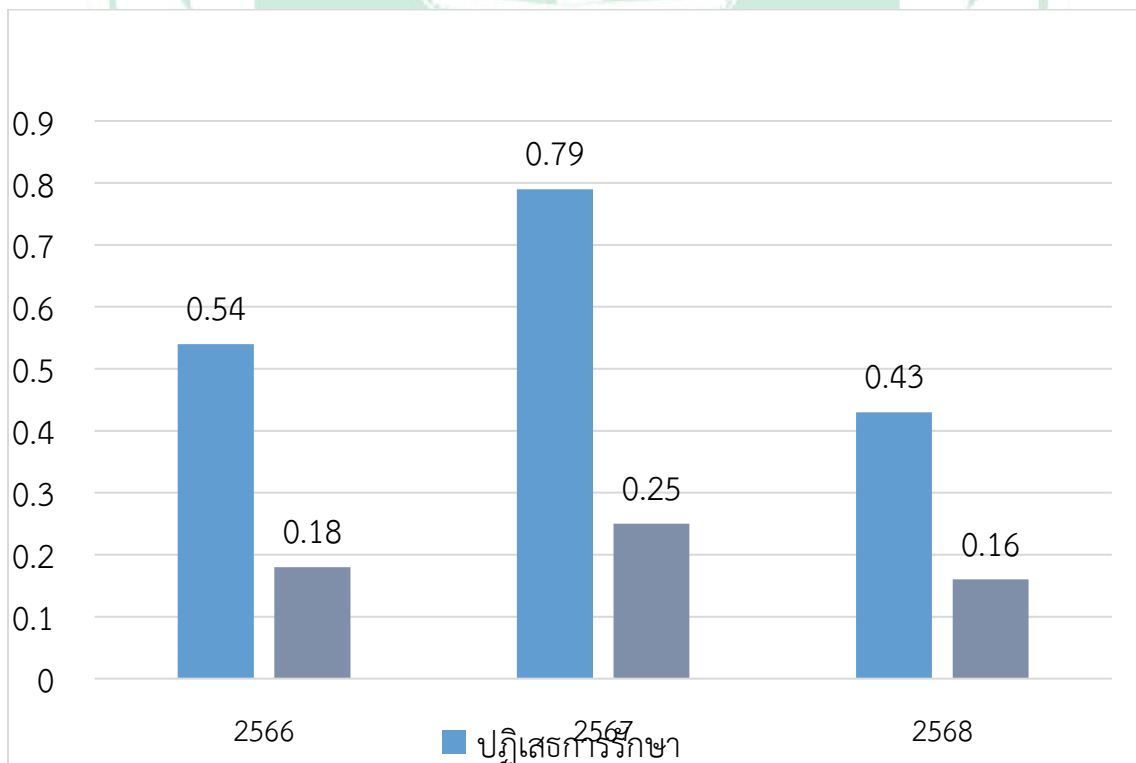
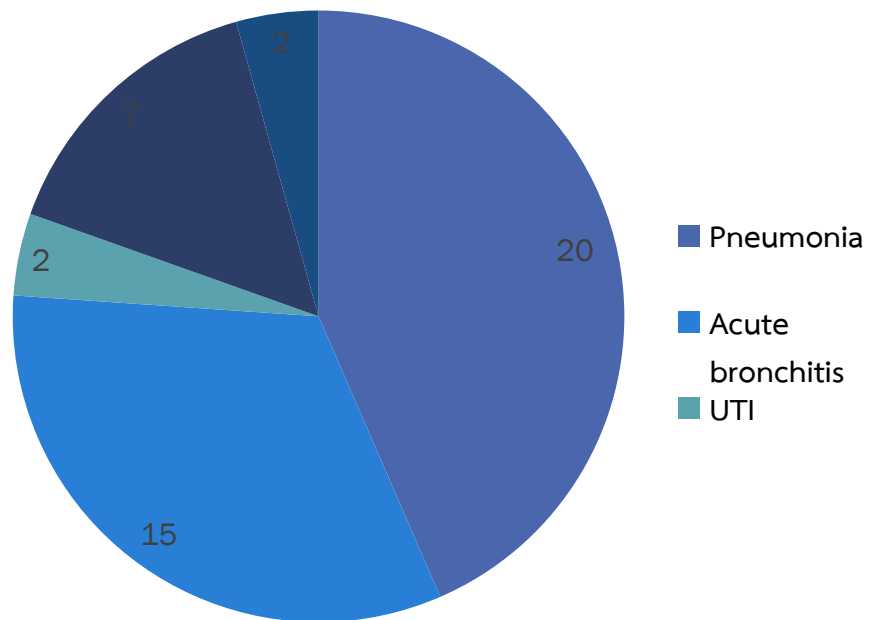




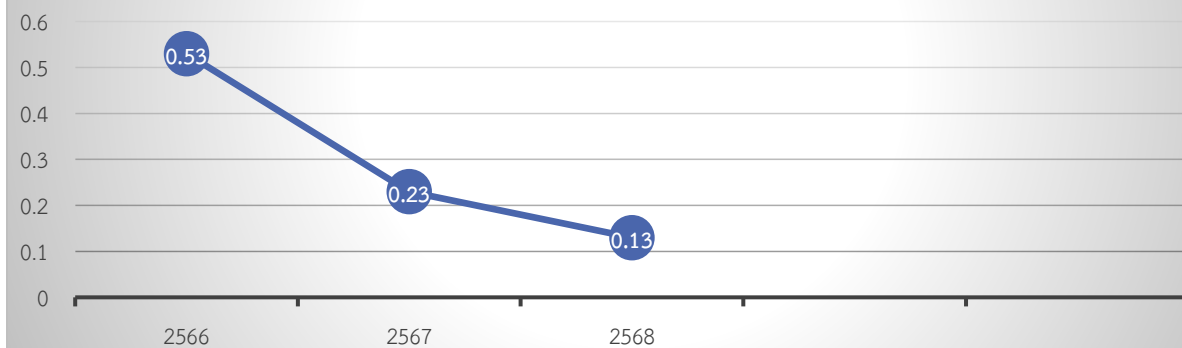
อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ด้วยโรคเดิมโดยไม่ได้วางแผน เกณฑ์ ลดลงปีละ 1%



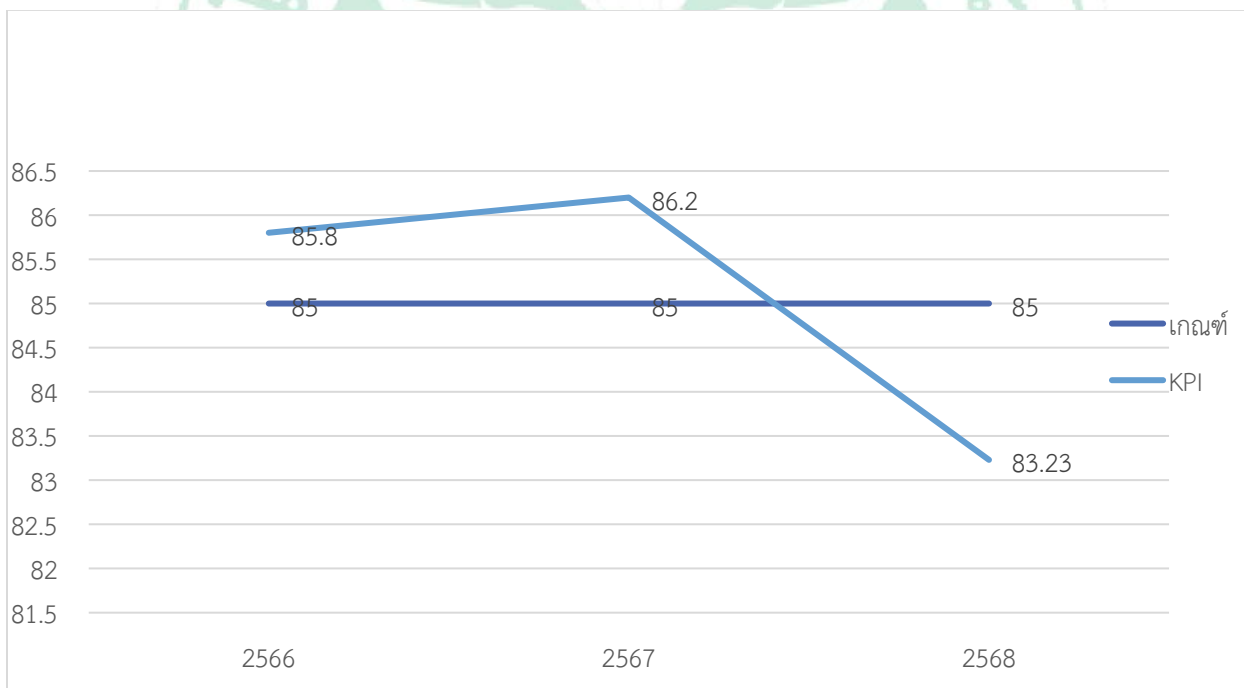
อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ด้วยโรคเดิมโดยไม่ได้วางแผน ปี 2568



อัตราการตาย



อัตราความพึงพอใจ > 85%



กิจกรรมพัฒนาที่สำคัญที่สอดคล้องกับบริบท ความเสี่ยงสำคัญ และ จุดเน้นการพัฒนางานของฝ่าย

GROW MODEL

Topic
จายต่อ
ขวด ICD ติด

EVENT
ผู้ป่วย POST TERM, POST ORBEST ON ETT มี PNEUMOTHORAX วิกฤตจากซิงดรอมนิวโมเนีย ON ICD ถอด REFER รพ.แม่สอด ขณะขาดน้ำ จึงส่ง REFER ผู้ป่วย SOT DROP ปรากฏ น.เงาขอไข ฉลวย OLAMP ต่อ ICD ขาขวา มีไข้

GOAL
ผู้ป่วยปลอดภัยจนกระทั่ง ICD

REALLITY!
มีเหตุการณ์การถอดขวด ICD มีไข้ขณะขาดน้ำ ทำให้อุปกรณ์ SAT DROP
- ขาดยาฉีดน้ำในใจการถอดระบบ ICD
- ไอมีแฉกขณะถอดระบบ ICD ในห้อง MIGU
- ไอมีการทบทวนประวัติของไข้ตอนเป็นประจำ
- ความรู้เรื่อง ICD ไม่เท่ากันในแอดเวเร
- ขาดการซักถามโรคหลอดเลือดระบบ ICD
- ไอมีการตรวจสอระบบถึงเรื่องงดอาหารขาขวาคือ

GOAL
เจ้าหน้าที่สามารถถอดระบบ ICD ได้ถูกต้องทุกครั้ง เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย
เป้าหมายระยะสั้น: พยาบาลมีความรู้และทักษะการถอด ICD ได้อย่างปลอดภัย
เป้าหมายระยะยาว: ลดความผิดพลาดในการถอด ICD ให้เป็น 0 ใน 6 เดือน

OPTION!
• จัดอบรมทบทวน ความรู้ระบบ ICD ขุดเลือก
• สร้างแผนส่ง/ ไลน์ไฟ การจัดการถอดขวดและระบบ ICD ของ/ โทรมันท์
• ตั้ง IN GUARDIAN ให้เงินผู้ช่วยตรวจสอการถอดระบบ ICD
• ซ้อมสถานการณ์จำลองเชิงประจักษ์

WRAP UP!
สรุปใน 1 สัปดาห์
ทำแผนถอดระบบ ICD และสิ่งใน MIGU (น.ส.สุวิ เล่าประจักษ์ทอง /น.สุธิดา แซ่ขาว)
สรุปใน 1 เดือน
มีลดรายการทบทวนเงินตูดและงานอดิเรกการณ 1 ครั้ง (น.ส.สุวิ เล่าประจักษ์ทอง /น.สุธิดา แซ่ขาว)
สรุปใน 6 เดือน
เก็บข้อมูลความผิดพลาดในการถอด ICD และของของ น.ส.สุวิ เล่าประจักษ์ทอง /น.สุธิดา แซ่ขาว)

GROW MODEL

Topic
ไม่ได้ออด Heparin lock ก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน

เป้าหมาย
เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ไม่ได้ออด Heparin lock ก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน

Situation : เหตุการณ์
Case การทบทวนถึงโรงพยาบาล พบพรศ อำมาตย์นอกผู้ป่วยเป็นเด็กเพื่อรักษา หลังรักษาครบ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน ไม่ได้เอา Heparin lock ออก ทำให้ผู้ป่วยเป็น Cellulitis ต่อกลับมา แอนท์แกมผลึกยาฆ่าเชื้อ

1 Goal : เป้าหมาย
อยทางที่ปลอดภัย
• อัตราการไม่ได้ออด Heparin lock ก่อนผู้ป่วยกลับบ้านศูนย์

2 Reality : ช่องกึ่งจริงกำลังเกิดอะไรอยู่
มีเหตุการณ์ไม่ได้ออด Heparin lock ออกก่อนกลับบ้าน ทำให้เกิดแผลต่อกลับมาบนบริเวณพยาบาล
• ไม่มีแนวทางปฏิบัติในหน่วยงาน
• ไม่มีกระบวนการในแอดเวเรเบื้อน
• ไม่ใช้ Check list ก่อน Discharge
• ไม่มีการตรวจสอระบบกับ/ ตรวจสอตัว

3 Option : มีทางเลือกอะไรที่เป็นไปได้
• จัดทำ Check list ก่อนกลับบ้านรวมถึงขั้นตอนการตรวจสอ IV
• มีการทบทวน สร้างความเข้าใจให้กับพยาบาลเกี่ยวกับเรื่องความรับผิดชอบในการถอดอุปกรณ์ก่อนรับผู้ป่วย โดย In charge หรือรับส่ง เวรเสร็จ
• ใช้ระบบ Double check โดยพยาบาล 1 คนและผู้ช่วยเหลือ 1 คน

4 Wrap up : สรุปแล้วดีดีสิ้นใจจะทำอะไร
• เริ่มใช้แบบฟอร์มใบบันทึกการให้สัรนำทางถอดเลือดดี
• อบรมพยาบาล In charge ช่างตรวจของทุกเครื่อง
• ประเมินผลซึ่งอัตราการเกิดต่อเป็นศูนย์อัตรา
• ตรวจสอบบันทึกข้อมูลในใบบันทึกการให้สัรนำทางถอดเลือดดี 100%

By IPD PED

โอกาสพัฒนา

1. พัฒนาเรื่อง D/C plan และการรักษาต่อเนื่องโดยทีมสหสาขาวิชาชีพเรื่อง Pneumonia
2. Clinical tracer 5 อันดับโรคในหน่วยงาน
3. พัฒนาระบบสารสนเทศ โดยเฉพาะการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล
4. พัฒนาสมรรถนะทางการดูแลผู้ป่วยเด็กของพยาบาลในหน่วยงาน โดยเฉพาะระบบทางเดินหายใจ
5. แผนจัดหาอัตรากำลัง

ฝ่ายงานการพยาบาลห้องคลอด

บริบท/บทบาทหน้าที่

ให้บริการฝากครรภ์ คลอด หลังคลอดและทารกแรกเกิด รวมทั้งนรีเวชกรรม ดังนี้

1. ฝากครรภ์ (จันทร์ อังคาร, พุธ)

- ครรภ์ปกติ
- ครรภ์เสี่ยง/ เจาะน้ำคร่ำ
- ส่งเสริมการมีบุตร

2. นรีเวชกรรม (ศุกร์)

- ให้บริการทางนรีเวช/ ยุติการตั้งครรภ์

3. ห้องคลอด

- GA >24 wks. → Term, Post Term
- ภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมและสูติกรรม

4. หลังคลอด

- มารดาและทารก รวม BBA 48 ชม.
- ทารกแรกเกิดมีภาวะตัวเหลือง/ คัดกรองโรคหัวใจ
- คัดกรองการได้ยิน/ พัฒนาการ/ วัคซีน
- สุขภาพจิตมารดา

ประเด็นคุณภาพ / เป้าหมายมุ่งเน้น

ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย ประทับใจบริการ ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ความเสี่ยงสำคัญ 5 อันดับแรก

1. Birth Asphyxia
2. ตกเลือดหลังคลอด
3. Eclampsia
4. Preterm Labour
5. แผลฝีเย็บแยก

กิจกรรมพัฒนาที่สำคัญที่สอดคล้องกับบริบท ความเสี่ยงสำคัญ และ จุดเน้นการพัฒนางานของฝ่าย

ลดการเกิดภาวะ Birth Asphyxia

1. ทบทวน CASE ทำ RCA เพื่อค้นหาปัญหาและจัดทำ CPG ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ
2. อบรมฟื้นฟู NCPDR ให้กับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน
3. จุดเน้นฝากครรภ์คุณภาพ/ ห้องคลอดคุณภาพ/ หลังคลอดคุณภาพ



ลดการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด

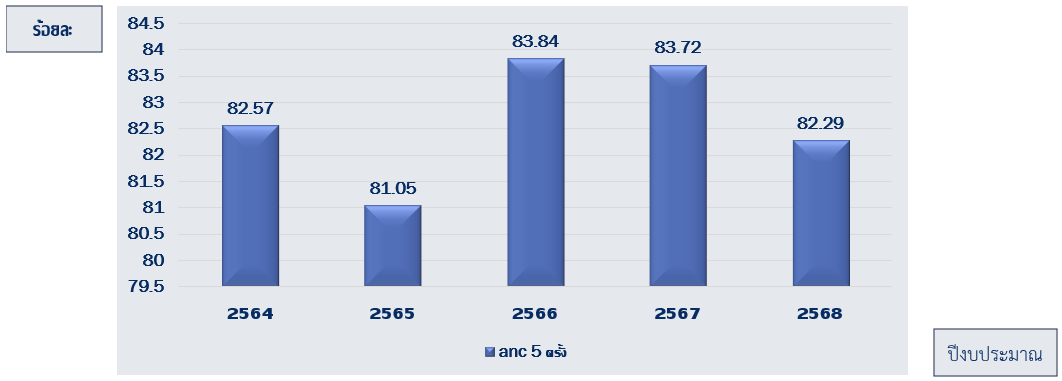
แนวทางการแก้ไขปัญหา

1. ทบทวน CASE ทำ RCA เพื่อค้นหาปัญหาและจัดทำ CPG ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ
2. อบรมฟื้นฟูห้องคลอดมาตรฐานให้กับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน
3. จุดเน้นฝากครรภ์คุณภาพ/ ห้องคลอดคุณภาพ
4. ซ้อมแผนการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด
5. ซ้อมแผนการฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด





หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ ปี 2564-2568

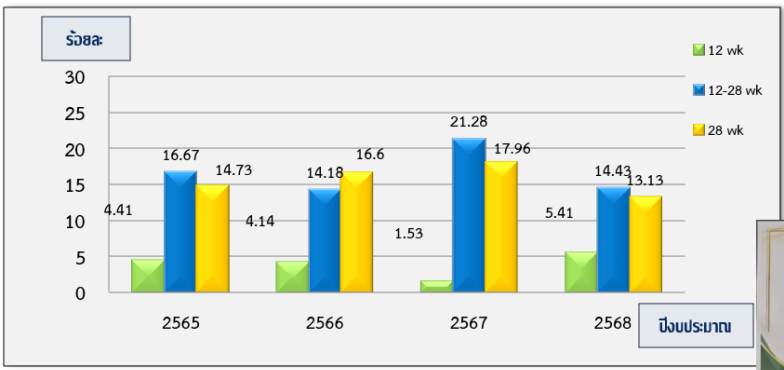


- แนวทางการพัฒนา
- เน้นการติดตามหญิงตั้งครรภ์ให้มาฝากครรภ์ทุกสัปดาห์
 - ติดตามการมาฝากครรภ์ ทางโทรศัพท์ Line กลุ่ม และ อสม.
 - การตรวจสอบความถูกต้องของการบันทึกข้อมูล

เกณฑ์ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 75



ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ปี 2565-2568



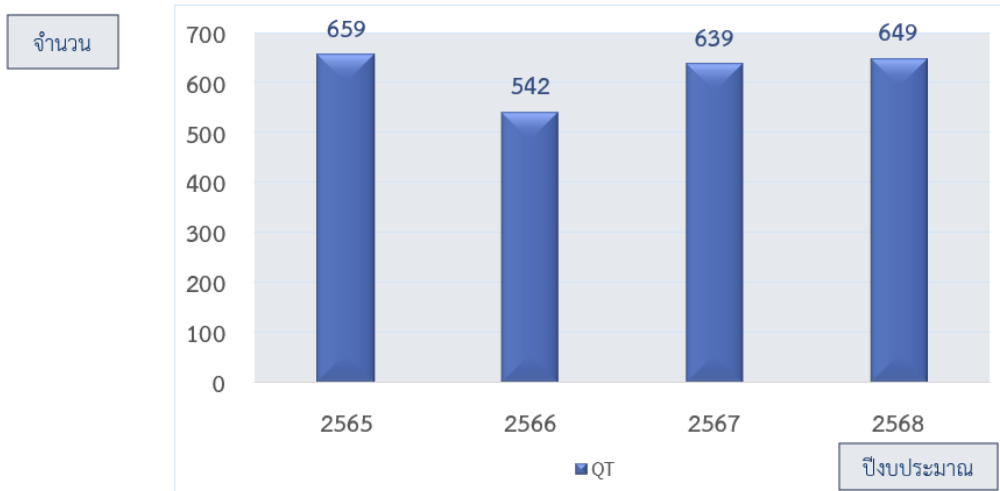
ได้รับรางวัล "การดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์" ต้นแบบ One province One ANC ระดับจังหวัด จากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 18 สิงหาคม 2568



- แนวทางการพัฒนา
- เน้นการกำกับติดตามหญิงตั้งครรภ์ให้มาฝากครรภ์ตามนัดหมาย
 - หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาบำรุงเลือด ferrous sulfate ตามแนวทาง
 - ใช้ application Line ในการติดตามแก้ไขปัญหาให้ทันทั้งที

เกณฑ์ไม่เกินร้อยละ 14

การคัดกรองตาวนซินโดรม (QT) ปี 2565-2568



คิดเป็นร้อยละ 80-95 ของหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด

ปีงบประมาณ 2568



ตรวจวินิจฉัยตาวนซินโดรม โดยการเจาะน้ำคร่ำ

จำนวน 65 ราย

สปสช. จ่าย 315,500 บาท

ค่ายุติการตั้งครรภ์

จำนวน 2 ราย

สปสช. จ่าย 6,000 บาท

เจาะเลือดปั่นซีรัมการคัดกรองตาวนซินโดรม

จำนวน 649 ราย

สปสช. จ่าย 64,900 บาท



คลินิกส่งเสริมการมีบุตร

เริ่มดำเนินงานอย่างเป็นทางการ
15/12/2566



บริการที่

1. ใต่คำปรึกษาเรื่องการมีบุตร
2. วางแผนครอบครัว
3. ประเมินและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมการมีบุตร
4. ประเมินเพื่อหาสาเหตุการมีบุตรยาก

ส่งต่อเมื่อ

5. รักษาสาเหตุการมีบุตรยาก****

ปีที่ผ่านมา	ใต่คำปรึกษา	วางแผนมีบุตร	ประเมินและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	ประเมินเพื่อหาสาเหตุการมีบุตรยาก	ส่งต่อเมื่อ	ตั้งครรภ์
2566	3	3	3	3	0	0
2567	18	18	18	18	5	3
2568	20	20	20	20	3	1

คลินิกรีเวชกรรม



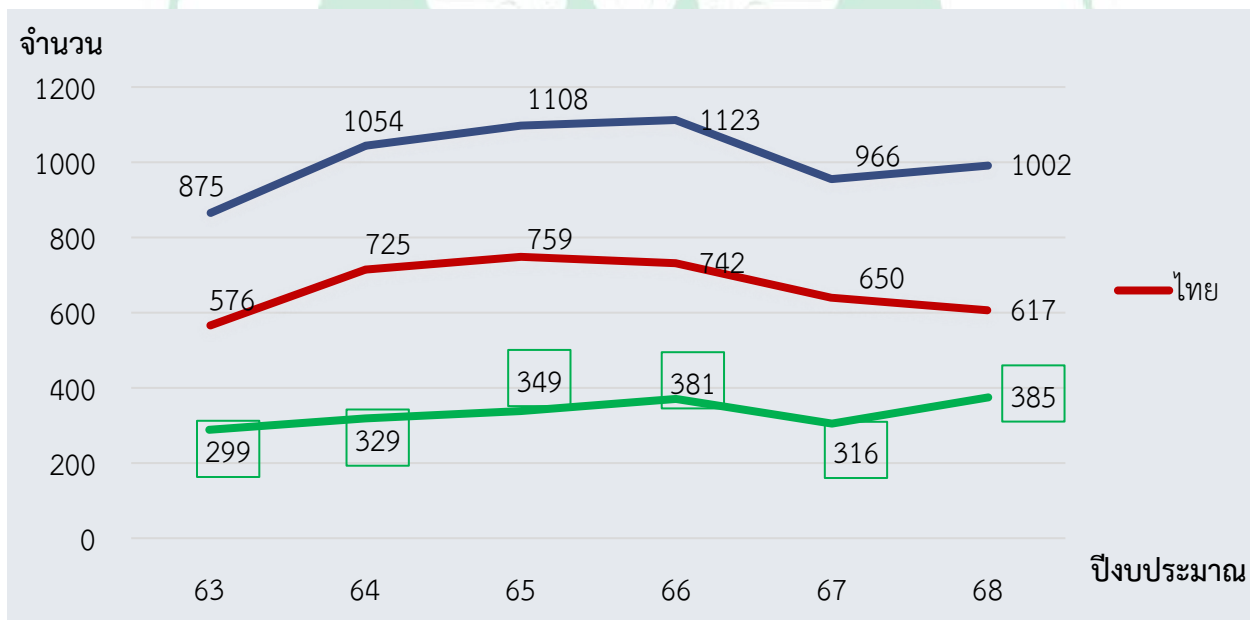
- ให้บริการ**
1. ตรวจวินิจฉัยโรคทางรีเวช
 2. Pap smear non-type 16,18
 3. Refer ในรายที่เป็น HPV type 16,18
 4. คลินิกยุติการตั้งครรภ์

ปีที่ดำเนินการ	ตรวจวินิจฉัยโรคทางรีเวช	Refer ในรายที่เป็น HPV type 16,18(แม่สอด)	คลินิกยุติการตั้งครรภ์	ส่งต่อ พุทธชินราช	
2566	380	0	ท=9/ต=1	0	0
2567	856	9	ท=30/ต=9	3(CA)	0
2568	911	27	ท=9/ต=6	3	1

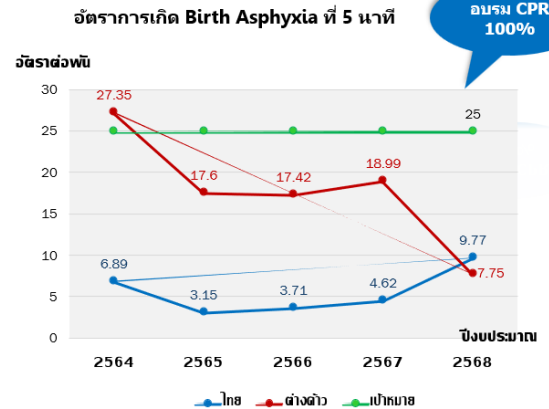
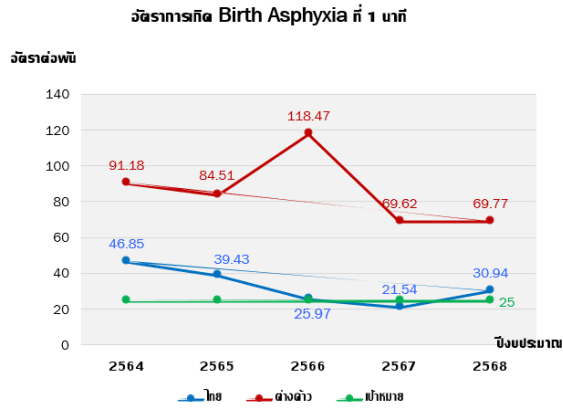
ยอดสัดส่วนผู้รับบริการ

2566-->ไทย 294 (77.37%) / ต่างด้าว 86 (22.64%) รวม 380 ราย
 2567--> ไทย 708 (82.71%) / ต่างด้าว 148 (17.29%) รวม 856 ราย
 2568 --> ไทย 754 (82.66%) / ต่างด้าว 164 (18%) รวม 911 ราย

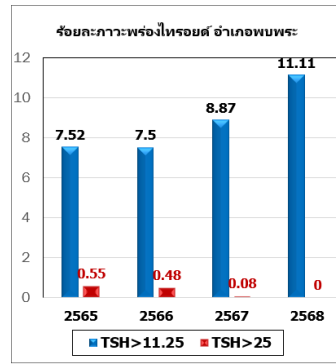
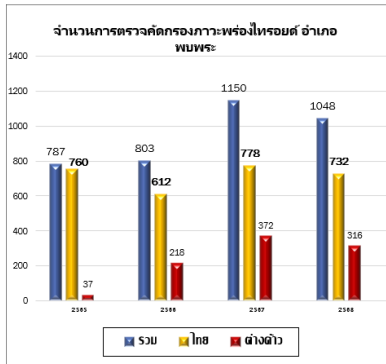
จำนวนมารดาคลอดทั้งหมด



อัตราการเกิดภาวะ Birth Asphyxia



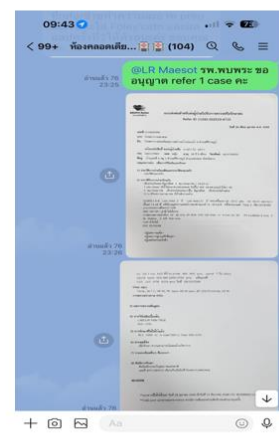
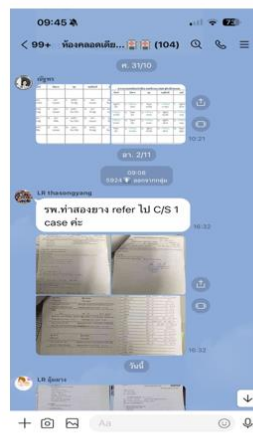
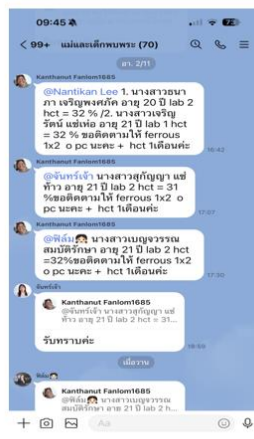
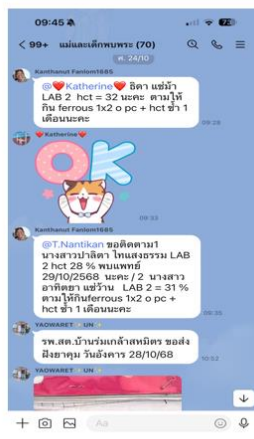
การดูแลหลังคลอดคุณภาพ



ปีงบประมาณ	TSH > 11.25	TSH > 25	ผลการติดตาม case
2565	82	6	ปกติ 3 ราย ผิดปกติ 1 ราย (รักษา) ตามไม่ได้ 1 ราย
2566	62	4	ปกติ 3 ราย (ท=1, ต=2) ไทย ชำนาญพิเศษ
2567	102	1	ปกติ 1 ราย (ท=1)
2568	106	0	0

ปัญหาและอุปสรรค - ติดตาม case ไม่ได้เพราะที่อยู่ไม่แน่นอน และข้ามฝั่งทำไรพม่า
แนวทางการดูแล - แนะนำการส่งเสริมพัฒนาการตามวัย และลงผลตรวจให้ครบถ้วนใน HOS

การใช้ระบบสื่อสารออนไลน์



โอกาสพัฒนา

แผนปฏิบัติการสาธารณสุขปีงบประมาณ 2569

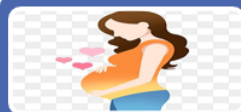
ลำดับ	แผนงาน/โครงการ	กิจกรรม
1	แผนประชุมคณะกรรมการงานอนามัยแม่และเด็กทุกสถานบริการในอำเภอพบพระ เดือนละครั้ง อำเภอพบพระ จังหวัดตาก ปี 2569	- ประชุมคณะกรรมการงานอนามัยแม่และเด็กทุกสถานบริการในอำเภอพบพระ เดือนละครั้ง เยี่ยมเสริมพลังให้กับคณะกรรมการงานอนามัยแม่และเด็กทุกสถานบริการในอำเภอพบพระ ปีละครั้ง
2	แผนประชุมคณะกรรมการเครือข่ายงานอนามัยแม่และเด็ก	- ประชุมชี้แจง และกำหนดแนวทางการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กในคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง โรงพยาบาล ,โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ, <u>อปท.</u> , <u>ศูนย์เด็กเล็ก</u> , <u>อสม.</u> ในอำเภอพบพระ ปีละ 1 ครั้ง
3	ประชุมเชิงปฏิบัติการห้องคลอดมาตรฐาน และซ้อมแผนภาวะตกเลือดหลังคลอด การช่วยฟื้นคืนชีพในทารกแรกเกิด	- จัดประชุมเชิงปฏิบัติการห้องคลอดมาตรฐาน และซ้อมแผนภาวะตกเลือดหลังคลอด การช่วยฟื้นคืนชีพในทารกแรกเกิด ให้กับบุคลากรห้องคลอด รพ.พบพระ

แผนปฏิบัติการสาธารณสุขปีงบประมาณ 2569



One Province One ANC

ดำเนินการการตรวจครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่อง



การตรวจครรภ์ในระยะคลอด คลอด เพื่อป้องกัน PPH และ Birth Asphyxia



พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด



One Province One Labour Room

เพื่อลดมารดาและการเสียชีวิต และการส่งต่ออย่างรวดเร็วเหมาะสม

ฝ่ายงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

บริบท/บทบาทหน้าที่

- งานบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน
- งานบริการตรวจรักษาผู้ป่วยทั่วไปนอกเวลาราชการ
- งานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
- งานบริการผู้ป่วยทางคดีและนิติเวชโดยร่วมชั้นสูตรกับเจ้าหน้าที่ตำรวจ
- งานบริการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถสูงกว่า

ประเด็นคุณภาพ / เป้าหมายมุ่งเน้น

1. การประเมินคัดกรองที่ถูกต้อง
2. ผู้ป่วย STEMI ,Sepsis ,stroke ได้รับการดูแลตามแนวทาง และเข้าระบบ Fast track ได้ทันเวลา
3. การรักษาพยาบาลที่ได้มาตรฐาน – บุคลากรมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินเร่งด่วนที่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาให้พ้นภาวะวิกฤตได้

ความเสี่ยงสำคัญ 5 อันดับแรก

1. ผู้ป่วยเสียชีวิตในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน
2. การบริหารยาผิด
3. การส่งสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่ครบถ้วนและไม่ถูกต้อง
4. การลงข้อมูลเอ็กซเรย์ในคอมพิวเตอร์ไม่ถูกต้อง
5. การระบุตัวตนผู้ป่วยผิดพลาด

กิจกรรมพัฒนาที่สำคัญที่สุดสอดคล้องกับบริบท ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ และ จุดเน้น
การพัฒนางานของฝ่าย

1. พัฒนาการเข้าถึงบริการของผู้รับบริการที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
2. พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มผู้ป่วย Fast track ให้ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน
3. พัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ

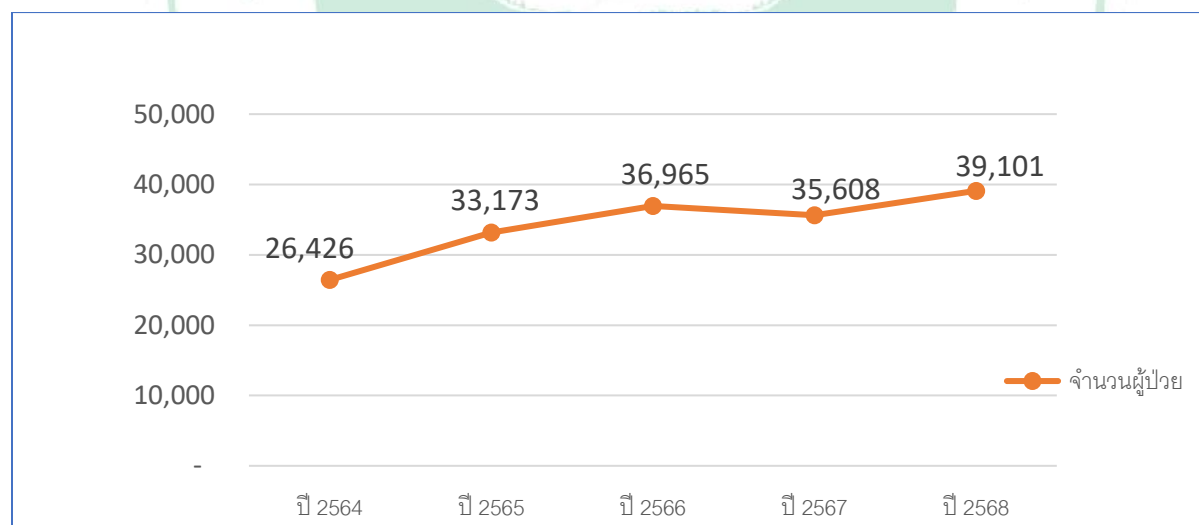
ตัวชี้วัด (KPI) และผลลัพธ์ของการดำเนินการ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี2568
1. อัตราการให้บริการ ณ จุดเกิดเหตุresponse time ภายใน 10 นาที	80%	55.39 %	61.99%	60.82 %	57.87 %	60.84%
2. ผู้ป่วย stroke เข้าถึง ระบบ Fast track ทันเวลาไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง	80%	62.82%	60%	97.29%	100%	100 %
3. ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองถูกต้อง Under triage Over triage	100% < 5% < 15%	98.76 1.09 0.15	99.19 0.66 0.15	98.34 1.20 0.34	99.70 0.20 0.10	99.40 0.40 0.20
4. ผู้ป่วยวิกฤตสามารถ ช่วยเหลือภายใน 4 นาที	100%	100%	100%	100%	100%	100%
5. ผู้ป่วย ACS EKG ภายใน 10 นาที	100%	69.23%	80 %	100%	77.78%	100%
6. อัตราการได้รับ SK ภายใน 30 นาที เมื่อมาถึงโรงพยาบาล ของผู้ป่วย STEMI (DoortoNeedletime)	100%	46.15%	80 %	100%	66.67%	50%
7. ผู้ป่วย Stroke ได้รับการส่งต่อภายใน 40 นาที (งบ63-66) ปีงบ 67 ภายใน 1 ชั่วโมง เพราะมี CT)	80%	67.44%	76%	97.22%	100%	100%
8. ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	≥ ร้อยละ30	15.23	19.02	23.52	28.47	40.59
9. ร้อยละของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage Level1 และ Level 2) ที่มาโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง (ALS) ปี 68 (Triage Level1) ที่มาโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง (ALS)	≥ ร้อยละ50	60.46	62.09	59.66	59.25	93.79
10. จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต โดยไม่คาดคิด	0 ราย	1 ราย	3ราย	3 ราย	4 ราย	2 ราย
11. ผู้ป่วย ACS ได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติ	70%	50%	60%	100%	72.22%	68.75%
12. ผู้ป่วย Stroke ได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติ	80%	37.17%	41.66%	97.29%	100%	100%
13. อัตรา Re-visit ใน 48 ชั่วโมงที่ER	< 5%	0.45%	0.28%	0.58%	0.30%	0.32%
14. จำนวนอุบัติเหตุการรักษายาบาลผิดคน	0 ราย	0 ราย	1 ราย	1 ราย	0 ราย	0 ราย

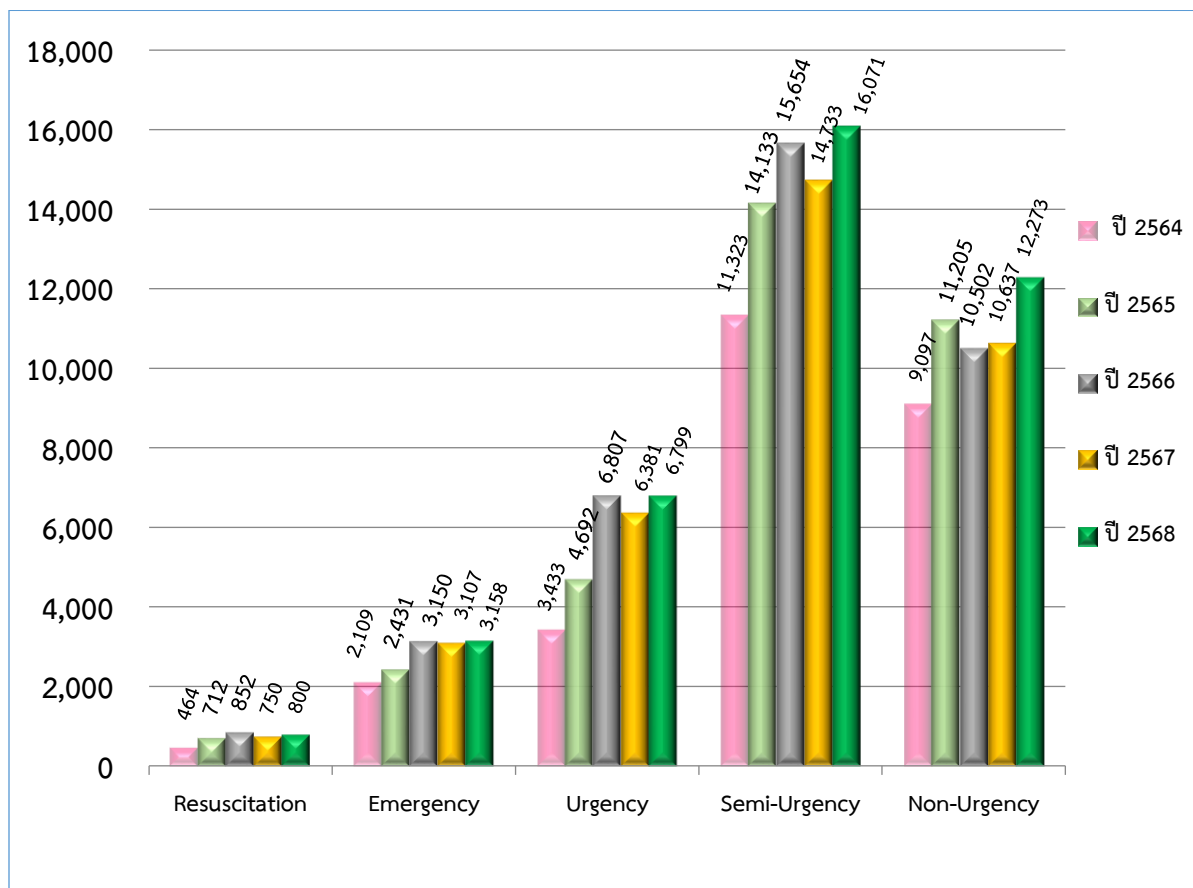
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568
15. อัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ admit จากห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาล	<12	10.56 %	7.16 %	8.21%	7.87%	6.38%
16. ผู้ป่วยทรุดลง 16.1 ผู้ป่วยทรุด ER 16.2 ทรุดลงหลัง D/C	0 ราย	3 ราย	5 ราย	3 ราย 3 ราย	4 ราย 1 ราย	1 ราย 0 ราย
17. ระบุตัวตนผู้ป่วยผิดพลาด	0 ราย	0 ราย	3 ราย	1 ราย	1 ราย	3 ราย
18. จำนวนข้อบกพร่องในการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยงาน (ส่ง Admit ทรุดลงใน ward)	0 ราย	9 ราย	3 ราย	2 ราย	2 ราย	2 ราย

แผนและผลการดำเนินงานในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา

กราฟแสดงจำนวนผู้รับบริการห้องฉุกเฉิน ย้อนหลัง 5 ปี



กราฟเปรียบเทียบจำนวนผู้รับบริการ แบ่งตามระดับความรุนแรง ย้อนหลัง 5 ปี



ยอดผู้รับบริการที่เข้ามารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกระดับความรุนแรงเนื่องจากปี 2568 ได้มีการรับผู้ป่วยจาก IRC อุ้มเปี้ยม เข้ามารักษาที่โรงพยาบาลพพระ

ซึ่งโรคที่พบมากที่สุดในปีงบประมาณ 2568 กลุ่ม ผู้ป่วยวิกฤต (Resuscitative) และ ผู้ป่วยฉุกเฉินมาก (Emergent) 5 อันดับโรค ได้แก่

กลุ่ม Trauma คือ

1. Head injury
2. Mutiple trauma
3. Blunt abdomen
4. Pneumothorax / hemothorax
5. Drowning

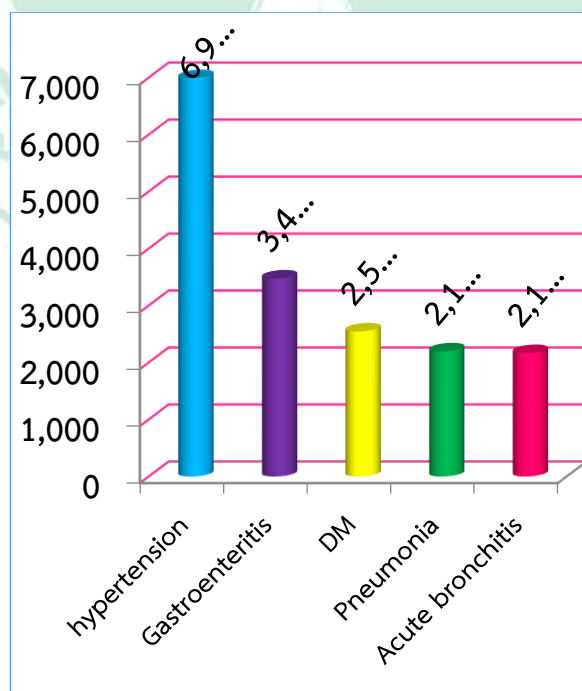
กลุ่ม non Trauma คือ

1. Sepsis / septic shock
2. Febrile convulsion / seizure / epilepsy
3. Pneumonia
4. AF / SVT
5. Hyper / Hypoglycemia

5 อันดับโรคผู้ป่วยห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน

ลำดับ	ปีงบประมาณ 64		ปีงบประมาณ 65		ปีงบประมาณ 66		ปีงบประมาณ 67		ปีงบประมาณ 68(ตค.67-มีย.68)	
	โรค	จำนวน	โรค	จำนวน	โรค	จำนวน	โรค	จำนวน	โรค	จำนวน
1	Hypertension	1466	Hypertension	2354	Hypertension	5227	Hypertension	5781	Hypertension	6991
2	Emergency use of U07.1	589	Emergency use of U07.1	1443	Gastroenteritis	3879	Gastroenteritis	2846	Gastroenteritis	3476
3	Pneumonia	574	Pneumonia	931	DM	1872	DM	2281	DM	2546
4	DM	523	DM	719	Pneumonia	1658	Pneumonia	2081	Pneumonia	2196
5	COPD	440	Gastroenteritis	605	COPD	1055	Acute bronchitis	1505	Acute bronchitis	2167

5 อันดับโรคผู้ป่วยห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ปี 2568



5 อันดับโรคของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินที่มารับบริการในปีงบประมาณ 68 เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังและกลุ่มผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจ Hypertension, Gastroenteritis , DM , Pneumonia , Acute bronchitis ตามลำดับจากข้อมูลยังเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในคลินิก HT DM, COPD ที่มีภาวะแทรกซ้อนวิกฤติ ส่วนใหญ่เกิดจากขาดความตระหนักในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การขาดนัด และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย

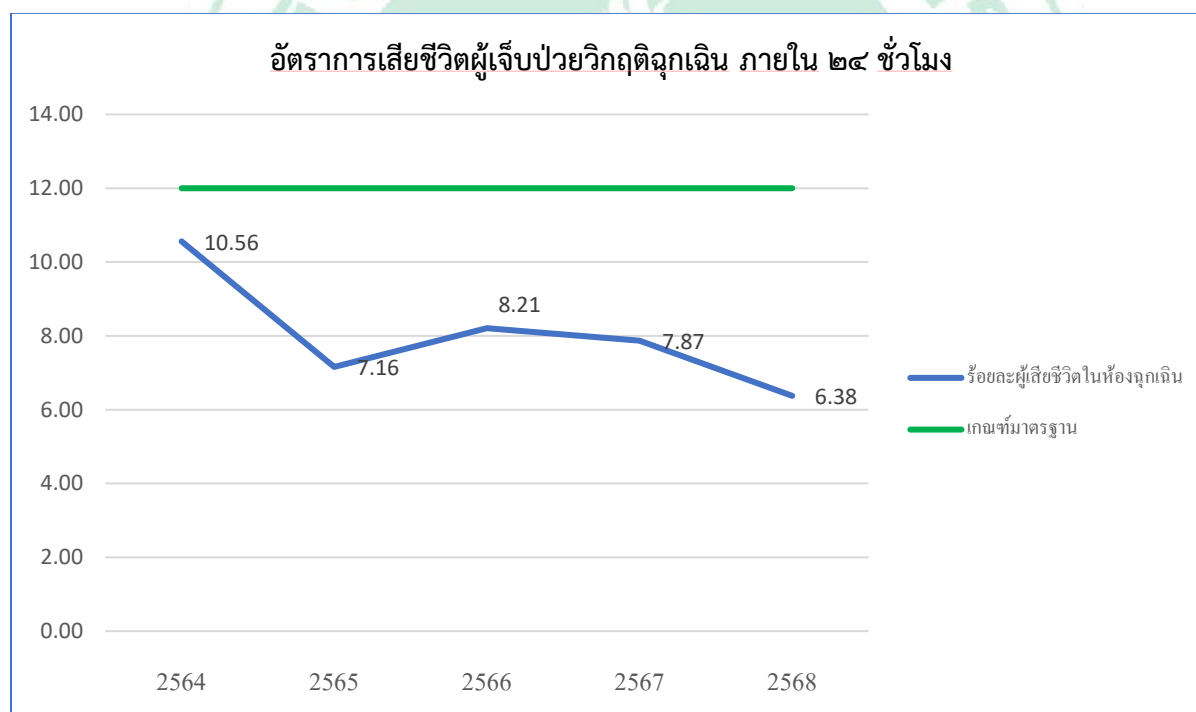
แนวทาง/แผนพัฒนา

-ส่งข้อมูลคืนให้ผู้รับผิดชอบในคลินิกโรคเรื้อรัง

-ให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินให้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 เพื่อลดความรุนแรงของอาการที่อาจเกิดและลดการเสียชีวิตขณะนำส่ง

ผู้ป่วยเสียชีวิตในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน

อัตราการเสียชีวิตผู้เจ็บป่วยวิกฤติฉุกเฉิน level 1 ที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง

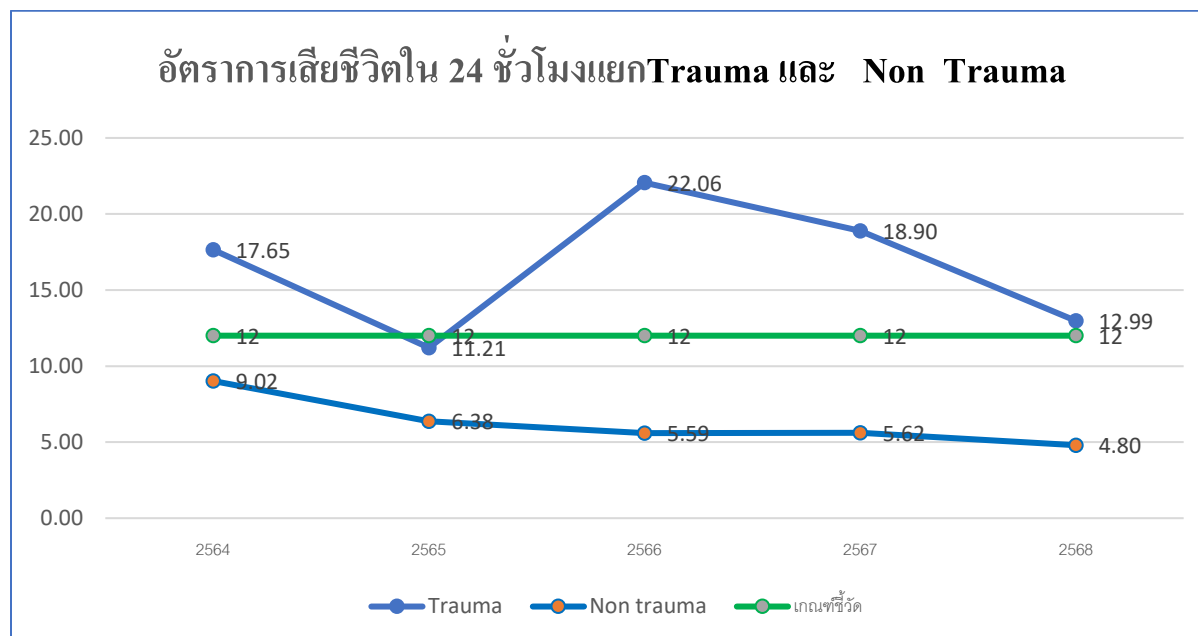


เกณฑ์ จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤติฉุกเฉิน level 1 ที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง น้อยกว่า ร้อยละ 12

อัตราการเสียชีวิตผู้เจ็บป่วยวิกฤติฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง มีแนวโน้มลดลง เนื่องจากได้มีการนำกรณีศึกษามา วิเคราะห์ตามกระบวนการดูแลผู้ป่วย พบปัญหาในด้านต่างๆ ทั้งการเข้าถึงการรับบริการ การประเมินผู้ป่วย การส่งสิ่งส่งตรวจ กระบวนการดูแลผู้ป่วย และการสื่อสาร และ ไม่มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคสำคัญ จึงได้นำปัญหามาปรับปรุงหาแนวทางแก้ไข เช่น ปรับกระบวนการออกรับผู้ป่วย มีรถ ALS ออกรับ มีการจัดการทบทวนทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติกระบวนการทำ ACLS , มีระบบการตามแพทย์ Second call, การ

consult แพทย์เฉพาะทาง ดูแลผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง การบันทึกอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และ จัดทำ
แนวทางการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคสำคัญร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ จึงมียอดเสียชีวิต ลดลง

อัตราการเสียชีวิตผู้เจ็บป่วยวิกฤติภายใน 24 ชั่วโมงแยก Trauma และ Non Trauma

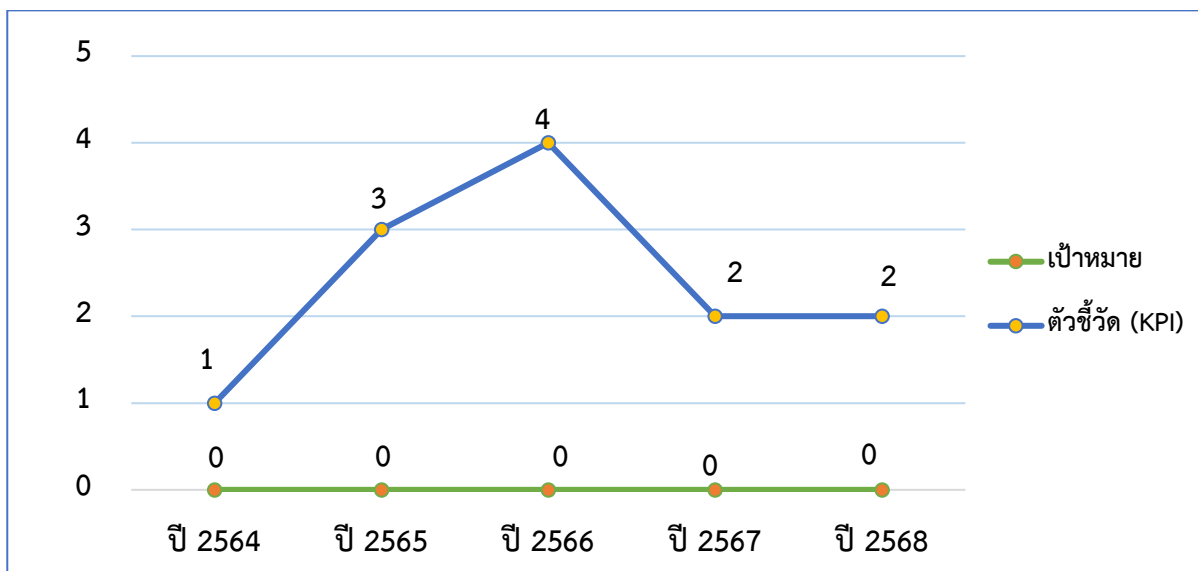


ผู้ป่วยที่เสียชีวิตทั้งในกลุ่ม Trauma และ Non Trauma มีแนวโน้มลดลง แต่ในกลุ่ม Trauma ยังสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ผู้ป่วยที่เสียชีวิตส่วนใหญ่ มารับการรักษา แกรับไม่รู้สีกตัวไม่มีชีพจร เข้ากระบวนการช่วยฟื้นคืนชีพแล้ว ไม่มีการคืนกลับมาของการไหลเวียนเลือดได้เอง หรือไม่มีชีพจร และ ผู้ป่วยที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงหลัง admit ในหอผู้ป่วยในส่วนใหญ่มีอาการหนัก Prognosis โรคไปในทิศทางที่อาจไม่ดีขึ้น ได้มีการ NR และ Admit ในตึกผู้ป่วยใน ปี 2568

3 อันดับการเสียชีวิตในผู้ป่วย Non Trauma ได้แก่ 1. Cardiac arrest unknown course
2. Hypoxia 3. Acute Decompensated Heart Failure

3 อันดับการเสียชีวิตใน ผู้ป่วย Trauma ได้แก่ 1. Multiple trauma 2. Severe Head injury
3. penetrating injury

จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยไม่คาดคิด

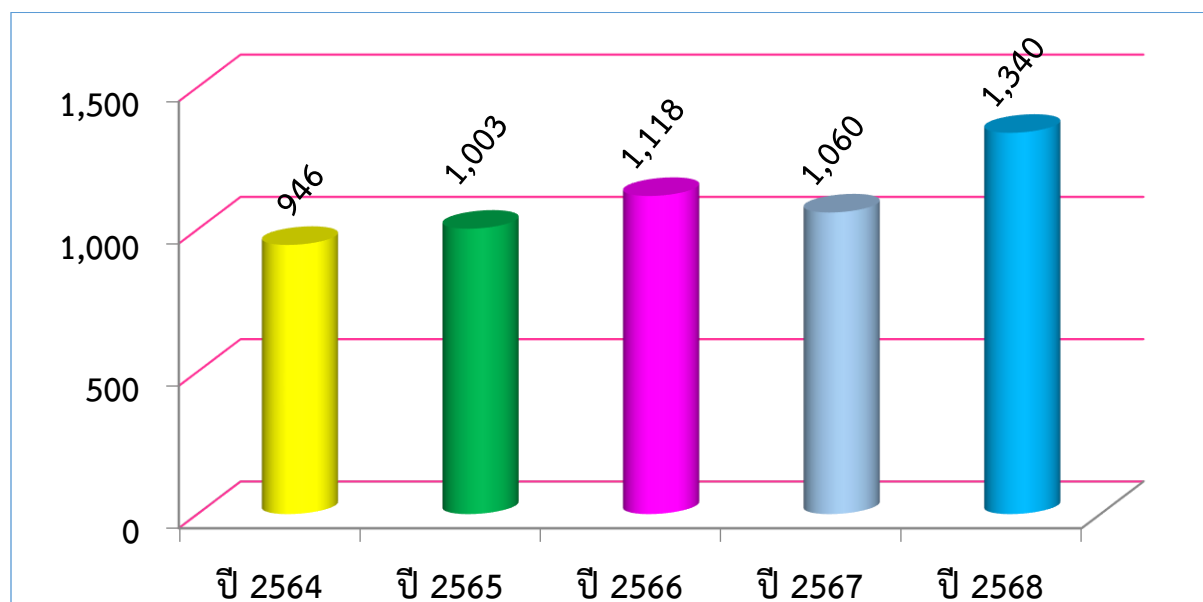


จากการทำ RCA 13 block กิจกรรมทบทวน ในปี 2568 พบมีผู้เสียชีวิตโดยไม่คาดคิด 2 ราย พบว่ามีความเสี่ยงในเรื่อง Care of patient (การดูแล) การดูแลผู้ป่วยในกลุ่ม Severe head injury ไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลล่าช้า และ miss Dx และ Delay treatment ในผู้ป่วยโรคหัวใจ และการ Investigation (สิ่งส่งตรวจ) lab ด่วนรายงานผลช้า และผู้ป่วย MI EKG ST depress V4-5-6 ไม่ได้ทำ V 7-8-9 ได้นำปัญหามาปรับปรุงหาแนวทางแก้ไข คือ อบรมเรื่องการประเมินผู้ป่วยและการดูแลผู้บาดเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุให้กับกู้ชีพในเครือข่ายอำเภอพบพระ/ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด การดูแลผู้ป่วยในกลุ่ม Severe head injury ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ/ ทบทวนกระบวนการช่วยฟื้นคืนชีพในหน่วยงาน

ตัวชี้วัด งานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน					หมายเหตุ
			2564	2565	2566	2567	2568	
1	ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	> ร้อยละ 30	15.23	19.02	23.52	28.47	40.59	
2	ร้อยละของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Level 1) มาด้วยชุดปฏิบัติการระดับ ALS	> ร้อยละ 50	60.48	62.09	59.66	59.25	93.79	
3	Respons time ในการออกรับผู้ป่วย/ผู้บาดเจ็บ ภายใน 10 นาที	ร้อยละ 80	55.39	61.99	60.82	57.84	60.84	
4	จำนวนผู้ป่วย Trauma Level 1 ที่มาด้วยระบบ EMS	> ร้อยละ 30	66.66	63.71	79.66	76.52	72.34	
5	จำนวนผู้ป่วย STEMI Fast track ที่มาด้วย EMS	> ร้อยละ 30	10.00	0	0	27.77	0	
6	จำนวนผู้ป่วย Stroke ที่มาด้วยระบบ EMS	> ร้อยละ 30	46.15	33.33	37.28	13.23	34.70	
7	จำนวนผู้ป่วย Sepsis Fast track ที่มาด้วย EMS	> ร้อยละ 30	13.63	63.88	72.13	55.35	73.07	
8	ร้อยละ ของผู้รับบริการที่ทีม ALS ไม่ได้ออกรับ Under Triage	ร้อยละ 5	N/A	2.03	9.39	6.42	9.90	
9	ร้อยละ ของผู้รับบริการที่ทีม ALS ไม่ควรออกรับ Over Triage	ร้อยละ 15	N/A	6.38	6.47	5.31	4.11	

กราฟแสดงจำนวนประชาชนเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน



อันดับกลุ่มอาการที่ออกให้บริการแพทย์ฉุกเฉิน

กลุ่มอาการที่ได้รับแจ้งเหตุมากที่สุด 5 อันดับ จากเกณฑ์การคัดแยกและการจัดลำดับการให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉิน (CBD) จัดเป็น Case Non-Trauma ได้แก่

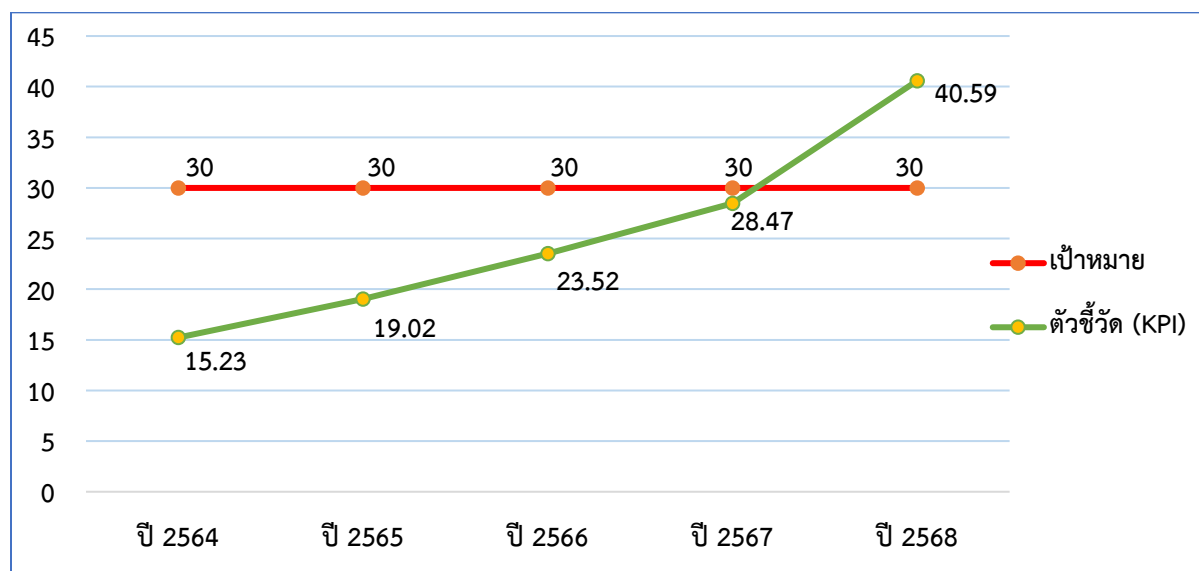
อันดับโรค	ปีงบ 2564	ปีงบ 2565	ปีงบ 2566	ปีงบ 2567	ปีงบ 2568
1	หายใจลำบาก / หายใจติดขัด	หายใจลำบาก / หายใจติดขัด	ไม่รู้สติ/ไม่ตอบสนอง	ป่วย/อ่อนเพลีย/ ไม่มีแรง	หายใจลำบาก / หายใจติดขัด
2	ชัก	ป่วย/อ่อนเพลีย / ไม่มีแรง	หายใจลำบาก / หายใจติดขัด	หายใจลำบาก / หายใจติดขัด	ไม่รู้สติ/ไม่ตอบสนอง
3	ปวดท้อง	ไม่รู้สติ/ไม่ตอบสนอง	ป่วย/อ่อนเพลีย / ไม่มีแรง	ปวดท้อง	ป่วย/อ่อนเพลีย / ไม่มีแรง
4	ป่วย/อ่อนเพลีย / ไม่มีแรง	ชัก	ชัก	ไม่รู้สติ/ไม่ตอบสนอง	ชัก
5	ไม่รู้สติ/ไม่ตอบสนอง	ปวดท้อง	ปวดท้อง	เจ็บแน่นทรวงอก/หัวใจ	ปวดท้อง

กลุ่มอาการที่ได้รับแจ้งเหตุมากที่สุด 5 อันดับ จากเกณฑ์การคัดแยกและการจัดลำดับการให้บริการผู้ป่วย
ฉุกเฉิน (CBD) จัดเป็น Case Trauma ได้แก่

อันดับ โรค	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68
1	อุบัติเหตุยานยนต์	อุบัติเหตุยานยนต์	อุบัติเหตุยานยนต์	อุบัติเหตุยานยนต์	อุบัติเหตุยานยนต์
2	พลัดตกหกล้ม/ อุบัติเหตุ/ /เจ็บปวด	พลัดตกหกล้ม/ อุบัติเหตุ/ /เจ็บปวด	พลัดตกหกล้ม/ อุบัติเหตุ/ /เจ็บปวด	พลัดตกหกล้ม/ อุบัติเหตุ/ เจ็บปวด	พลัดตกหกล้ม/ อุบัติเหตุ/ เจ็บปวด
3	ถูกทำร้าย	ถูกทำร้าย	ถูกทำร้าย	ถูกทำร้าย	แพ้ยาล้าง/ อาหาร/แพ้ยาล้าง/ สัตว์ต๋อย
4	ไหม้/ลวกเหตุ ความร้อน	แพ้ยาล้าง/แพ้ยาล้าง/ /แพ้ยาล้าง/ สัตว์ต๋อย	ไหม้/ลวกเหตุ ความร้อน	สัตว์กัด	พิษ/รับยาเกิน ขนาด
5	แพ้ยาล้าง/ อาหาร/ /แพ้ยาล้าง/ สัตว์ต๋อย	พิษ/รับยาเกินขนาด	พิษ/รับยาเกินขนาด	พิษ/รับยาเกิน ขนาด	ถูกทำร้าย

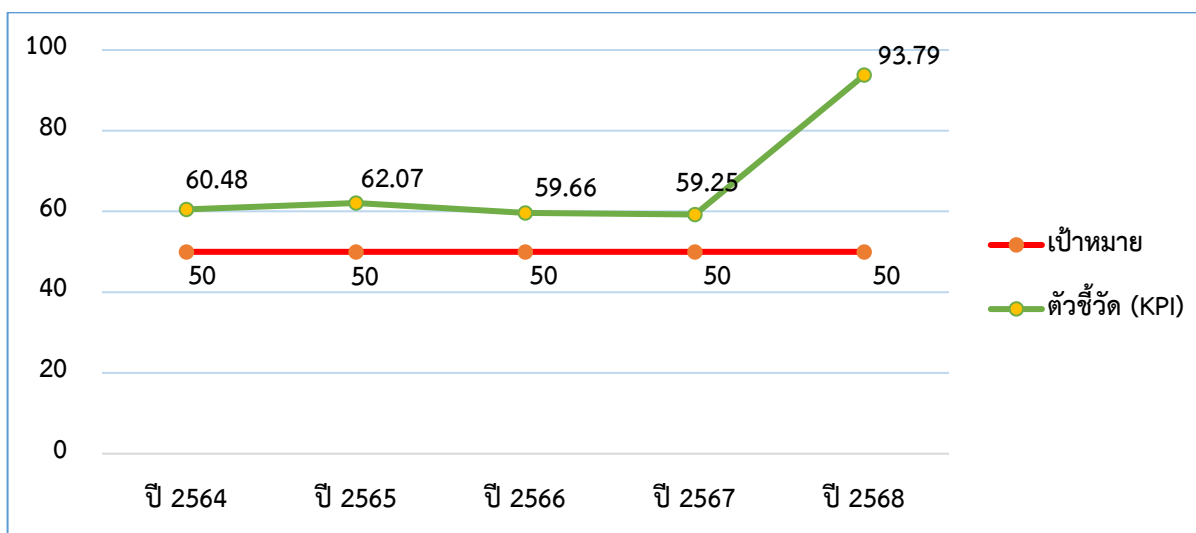
ยอดผู้รับบริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี เนื่องจากการประชาสัมพันธ์และมีการออกให้บริการที่รวดเร็วโดยปรับจากการใช้เจ้าหน้าที่จากฝ่ายต่างๆมาเป็นเจ้าหน้าที่ฝ่ายงานอุบัติเหตุฉุกเฉินออกรับผู้ป่วยเองทำให้ออกปฏิบัติการได้รวดเร็วมากขึ้น ผู้รับบริการที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ในกลุ่ม Non trauma ได้แก่ หายใจลำบาก ไม่รู้สึกตัว อ่อนเพลีย ชัก ปวดท้อง ตามลำดับ ในกลุ่มผู้ป่วย Trauma ได้แก่ อุบัติเหตุจากรถ พลัดตกหกล้ม แพ้ยาล้าง/สัตว์ต๋อย ได้รับยาหรือสารพิษเกินขนาด และถูกทำร้ายร่างกาย ตามลำดับ

กราฟแสดงร้อยละประชาชนเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน



ในแต่ละปีที่ผ่านมาได้มีการให้ความรู้เรื่องการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานแก่นักเรียนในโรงเรียน และให้กับเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และประชาชน ในอำเภอพบพระ เพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในการช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้น พร้อมทั้งประชาสัมพันธ์การเรียกใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินผ่านหมายเลข 1669 และ หมายเลขฉุกเฉินของโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับ องค์การบริหารส่วนตำบลต่างๆ ได้ให้ความสำคัญกับงานการแพทย์ฉุกเฉิน โดยจัดสรรงบประมาณ จัดซื้อรถกู้ชีพคันใหม่ ได้เพิ่มการสนับสนุนบุคลากรด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ทำให้สามารถให้บริการประชาชนได้ครอบคลุมมากขึ้น จึงทำให้ประชาชนเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้มากขึ้น ในปี 2568 พบว่าเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 40.59

กราฟแสดงร้อยละของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินมาด้วยชุดปฏิบัติการระดับ ALS ของโรงพยาบาล

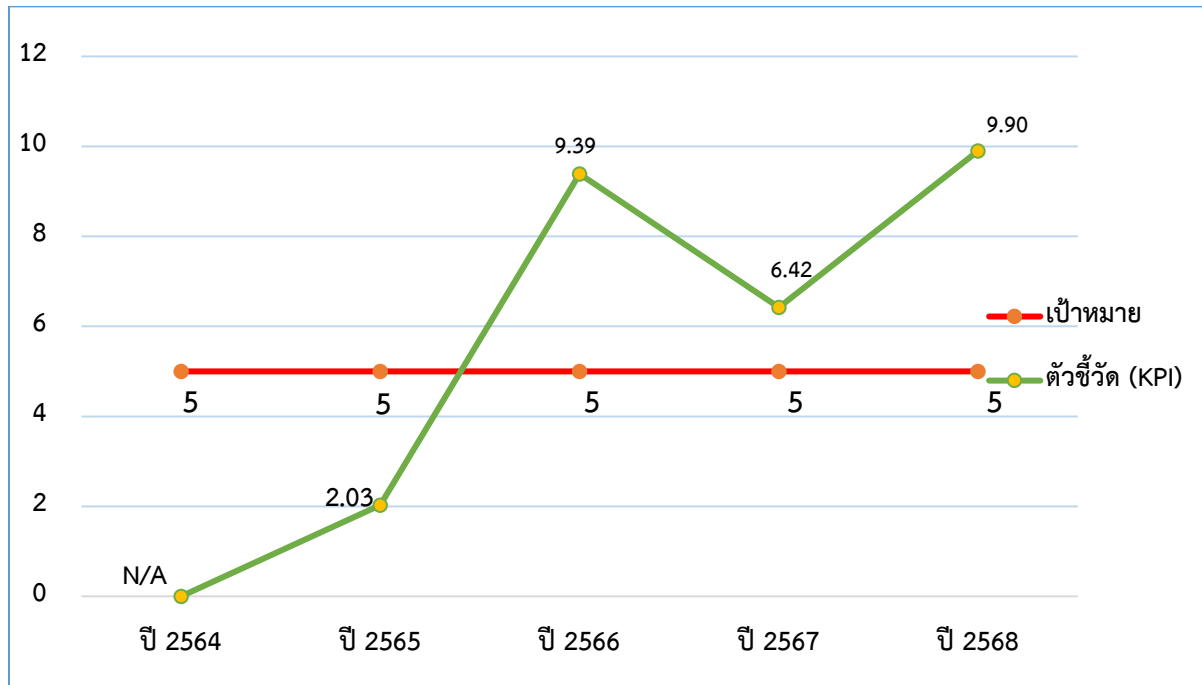


จะเห็นได้ว่ากราฟมีการเพิ่มขึ้นในทุกปี และในปี 2568 เพิ่มขึ้นสูงถึง ร้อยละ 93.79 เนื่องจาก ในปี 2568 ได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์ พบปัญหาในเรื่อง

1. แนวทางการคัดกรองและการประเมินของศูนย์สั่งการในโรงพยาบาลไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ชักประวัติไม่ครอบคลุม การคัดกรองและประเมินอาการผู้ป่วยผิดพลาด ทำให้ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินไม่ได้มาด้วยชุดปฏิบัติการระดับ ALS ของโรงพยาบาล จึงปรับกระบวนการคัดกรองและการประเมินอาการผู้ป่วยโดยนำเกณฑ์การคัดแยกและจ่ายงานบริหารผู้ป่วยฉุกเฉินตามเกณฑ์ ที่ กพฉ กำหนด 2565(CBD) มาใช้การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินตามระดับความเร่งด่วน แม้จะนำ CBD มาใช้แล้ว แต่ยังพบว่าข้อมูลบางส่วน เช่น อาการและสัญญาณชีพ (V/S) ยังไม่สอดคล้องกับเกณฑ์การประเมิน ESI ของห้องฉุกเฉิน จึงได้วางแผนปรับปรุงเกณฑ์การคัดกรองและการประเมินอาการของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับบริบทการคัดกรองของห้องฉุกเฉินมากยิ่งขึ้น

2. กู้ชีพประเมินอาการผู้ป่วยผิดพลาด ได้นำอุบัติการณ์ต่างๆมาทบทวนและมีการอบรมการประเมินและการปฐมพยาบาลเบื้องต้นให้กับกู้ชีพ รวมถึงมีการร่วมประเมินหน้างานเมื่อกู้ชีพนำผู้ป่วยมาส่งที่โรงพยาบาลระหว่างเจ้าหน้าที่ที่ศูนย์สั่งการและเจ้าหน้าที่กู้ชีพเพื่อร่วมรับฟังปัญหา และ ร่วมกันหาแนวทางแก้ไข

ร้อยละของผู้รับบริการที่ทีม ALS ไม่ได้ออกรับ Under Triage



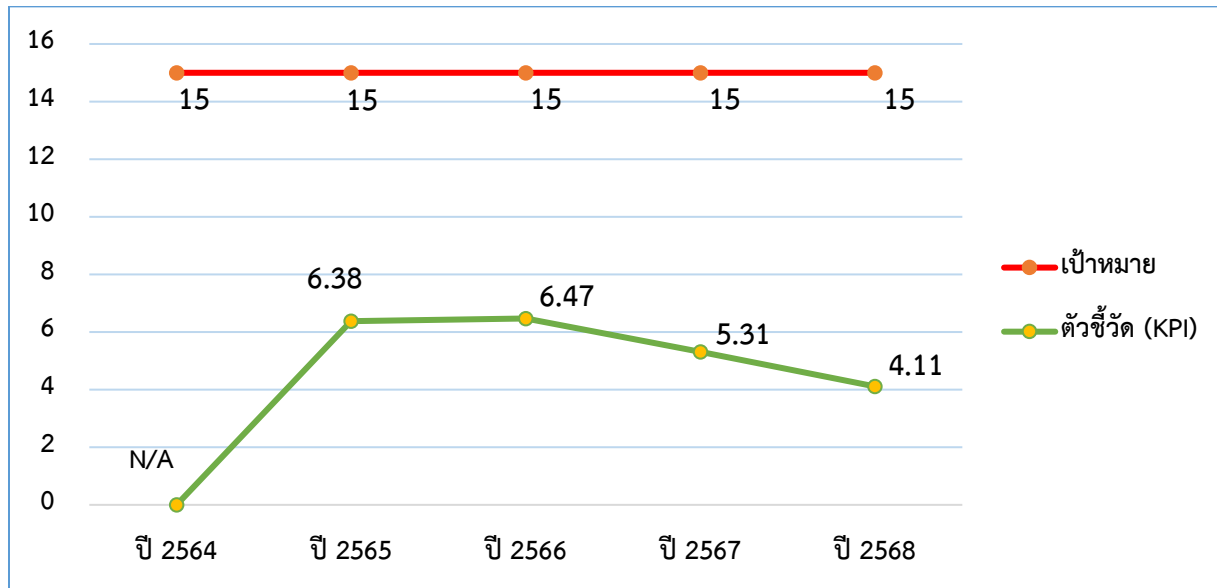
ในปี 2568 พบว่าทีม ALS ของโรงพยาบาลไม่ได้ออกรับผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินมากขึ้น พบปัญหาและอุปสรรค ดังนี้

1. ศูนย์สั่งการซักประวัติไม่ครอบคลุม
2. กู้ชีพประเมินอาการผู้ป่วยไม่ถูกต้อง
3. ทีมออก EMS ไม่เพียงพอ
4. กู้ชีพนำส่งโรงพยาบาลก่อน
5. ศูนย์สั่งการไม่ซักประวัติตามแนวทางการคัดแยกและจ่ายงานบริหารผู้ป่วย ฉุกเฉินตามเกณฑ์ที่ กพฉ กำหนด (CBD)

แนวทางการแก้ไข

1. ศูนย์สั่งการสอบถามประวัติให้ครบถ้วนตามแนวทางการคัดแยกและจ่ายงานบริหารผู้ป่วยฉุกเฉินตามเกณฑ์ ที่ กพฉ กำหนด (CBD)
2. จัดอบรมและจัดทำแนวทางการประเมิน ณ จุดเกิดเหตุ ให้กับกู้ชีพในเครือข่าย
3. ปรับแนวทางการประเมิน CBD กับ การคัดกรองในโรงพยาบาลให้สอดคล้องกัน เพื่อให้การประเมินผู้ป่วย เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

ร้อยละของผู้รับบริการที่ทีม ALS ไม่ควรออกมารับ Over Triage



ผู้รับบริการที่ทีม ALS ของโรงพยาบาลไม่ควรออกมารับแต่ทีม ALS ออกรับ (Over Triage) พบปัญหาและอุปสรรค ดังนี้

1. ข้อมูลการรับแจ้งเหตุ กับ อาการผู้ป่วยไม่ตรงกัน
2. อุปกรณ์ในรถกู้ชีพไม่พร้อมใช้ มีผลทำให้ไม่สามารถประเมินผู้ป่วยได้
3. ผู้ป่วยเป็นพม่า ไม่สามารถซักประวัติได้

แนวทางการแก้ไข

1. จัดอบรมและจัดทำแนวทางการประเมิน ณ จุดเกิดเหตุ ให้กับกู้ชีพในเครือข่าย
2. แนะนำให้กู้ชีพตรวจสอบเครื่องมืออุปกรณ์ให้พร้อมใช้ตลอดเวลา
3. การซักประวัติโดยใช้ล่าม ผ่านทางโทรศัพท์

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานในการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉิน

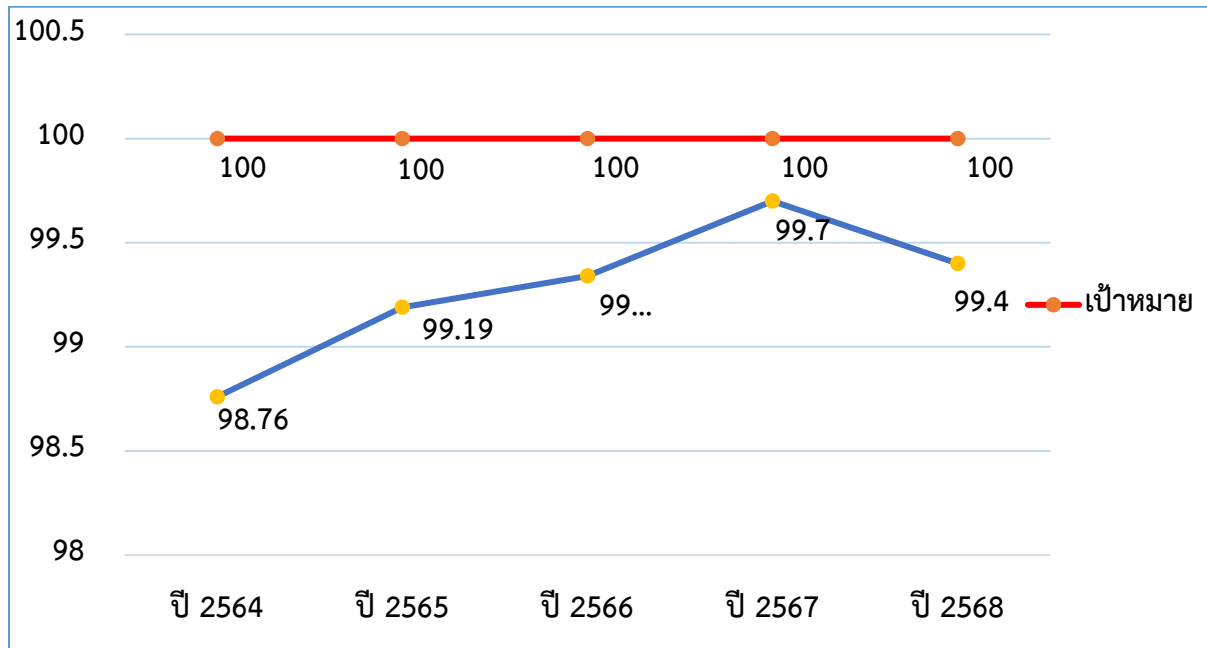
1. การประเมินผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุไม่ถูกต้อง
2. ขาดการประสานงานการออกมารับผู้ป่วยฉุกเฉินจาก รพ.สต. ทำให้การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินล่าช้า
3. หน่วยงานอาสากู้ชีพขึ้นทะเบียนหน่วยงานระบบการแพทย์ฉุกเฉินไม่ครบ

โอกาสพัฒนา

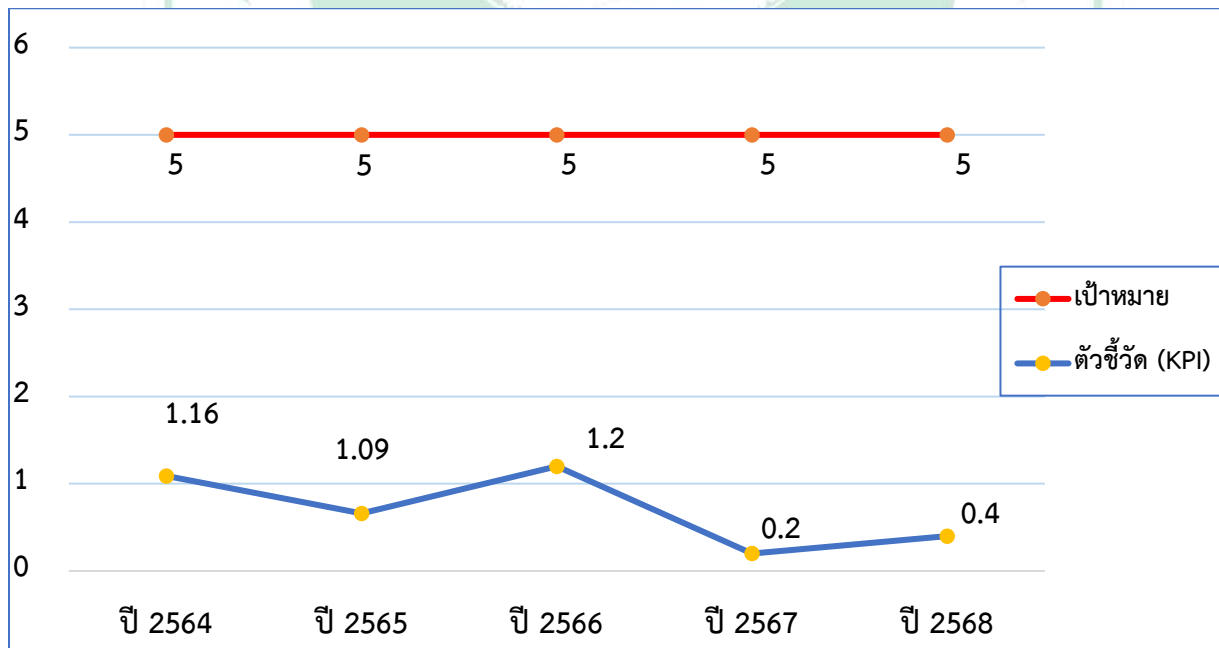
1. จัดการอบรม ณ จุดเกิดเหตุ เน้นเรื่องการประเมินผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ
2. จัดประชุม Conference case ที่น่าสนใจ
3. ประชาสัมพันธ์หมายเลขฉุกเฉิน 1669
4. ผลักดันและดำเนินการให้หน่วยบริการขึ้นทะเบียนให้ครบทุกหน่วย
5. จัดทำแนวทางประสานงานการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกับ รพ.สต

การคัดแยกผู้ป่วย (ESI Triage)

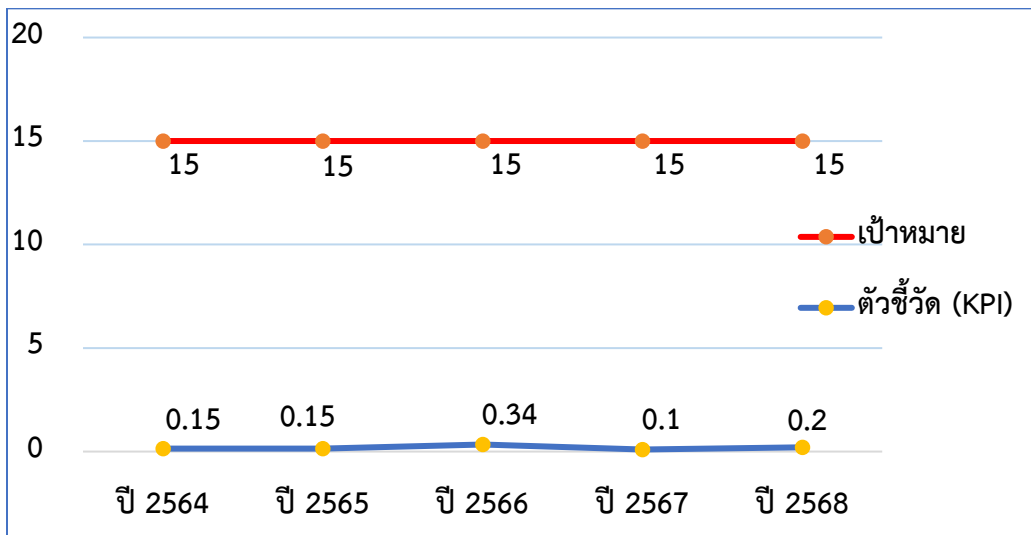
กราฟแสดงความถูกต้องของการคัดแยกตาม ESI



ร้อยละของผู้รับบริการที่ได้รับการคัดแยก Under Triage

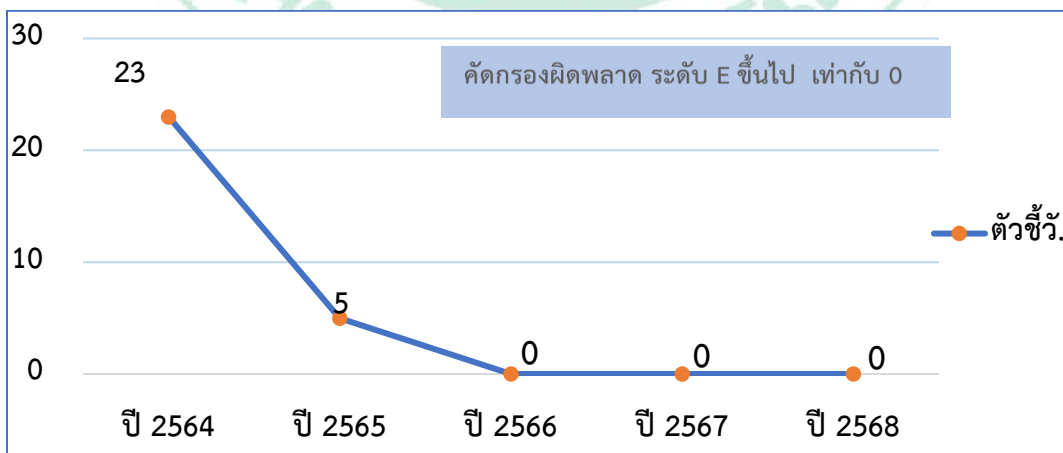


ร้อยละของผู้รับบริการที่ได้รับการคัดแยก Over Triage



จากการศึกษาข้อมูลในช่วงปี 2564-2566 มีอาการคัดกรองผิดพลาด ตั้งแต่ 1 ระดับ และ 2 ระดับขึ้นไป และพบการคัดกรองผิดพลาดในระดับ E ขึ้นไป ในปี 2564-2565 เนื่องจากผู้ใช้เครื่องมือยังไม่มี ความชำนาญในการใช้เครื่องมือ และไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางการคัดกรอง ทำให้มีความคาดเคลื่อนเกิดขึ้นจึงมีการทบทวนแนวทางการคัดกรองและนำอุบัติการณ์การคัดกรองผิดพลาดมาทบทวนจึงทำให้การคัดกรองผิดพลาดลดลง ในช่วงปี 2567 และ ปี 2568 การคัดกรองผิดพลาดเพิ่มขึ้นเล็กน้อย พบว่า การคัดกรองคลาดเคลื่อนเกิดจากการคาดการณ์เหตุการณ์ที่ไม่ตรงกับแผนการรักษาของแพทย์ในผู้ป่วยกลุ่ม urgency และ Semi urgency ไม่พบการคัดกรองผิดพลาดในระดับ E ขึ้นไป

ร้อยละของผู้รับบริการที่ได้รับที่ได้รับการคัดกรองผิดพลาดระดับ E ขึ้นไป



จากการทบทวนจำนวนอุบัติการณ์การการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินคลาตเคลื่อนที่มีระดับ E ขึ้นไป เจ้าหน้าที่ขาดความรู้และความชำนาญในการใช้เครื่องมือ Emergency Severity Index (ESI) เนื่องจากผู้ที่ใช้เครื่องมือยังไม่มี ความชำนาญในการใช้เครื่องมือ อาจเนื่องด้วยประสบการณ์ในการคัดกรองทำให้มีความคาดเคลื่อนเกิดขึ้น และพบว่าการคัดกรองและขั้นตอนการเก็บข้อมูลไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ มีการทบทวนและปรับปรุงแนวทางการคัดกรอง ปรับปรุงวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล นำอุบัติการณ์การคัดกรองผิดพลาดมาทบทวน จากการทบทวนก่อนหน้านี้ผู้ป่วย Non urgency (สีขาว) ที่มารับบริการทำแผลตามนัดหรือฉีดยา ผู้ป่วย Bedridden ที่มาตามนัด ไม่ได้มีการวัด vital signs เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านแล้ว กลับมาตรวจซ้ำด้วยอาการที่เปลี่ยนแปลงและทรุดลง ทำให้ได้รับการส่งตัวไปรพ.แม่สอดและเสียชีวิตในเวลาต่อมา เกิดการร้องเรียน แนวทางแก้ไขจึงได้มีการให้ความรู้ ทบทวนแนวทางการคัดกรอง ให้กับเจ้าหน้าที่และผู้รับบริการจะต้องได้รับการประเมินสัญญาณชีพและประเมินระดับความรู้สึกตัวทุกรายหากพบว่า vital signs ผิดปกติหรือระดับความรู้สึกตัวลดลงให้รีบรายงานแพทย์ทันที และมีการตรวจสอบความถูกต้องของการคัดกรองระหว่างเจ้าหน้าที่ในห้องฉุกเฉินและเจ้าหน้าที่คัดกรอง ทำให้การเกิดอุบัติการณ์ผู้ป่วยฉุกเฉินคลาตเคลื่อนที่มีระดับ E ขึ้นไปลดลงจากเดิมปี2564 23 ราย ปี2565 5 ราย ปี 2566-2568 ไม่มีอุบัติการณ์ผู้ป่วยฉุกเฉินคลาตเคลื่อนระดับ E เท่ากับ 0

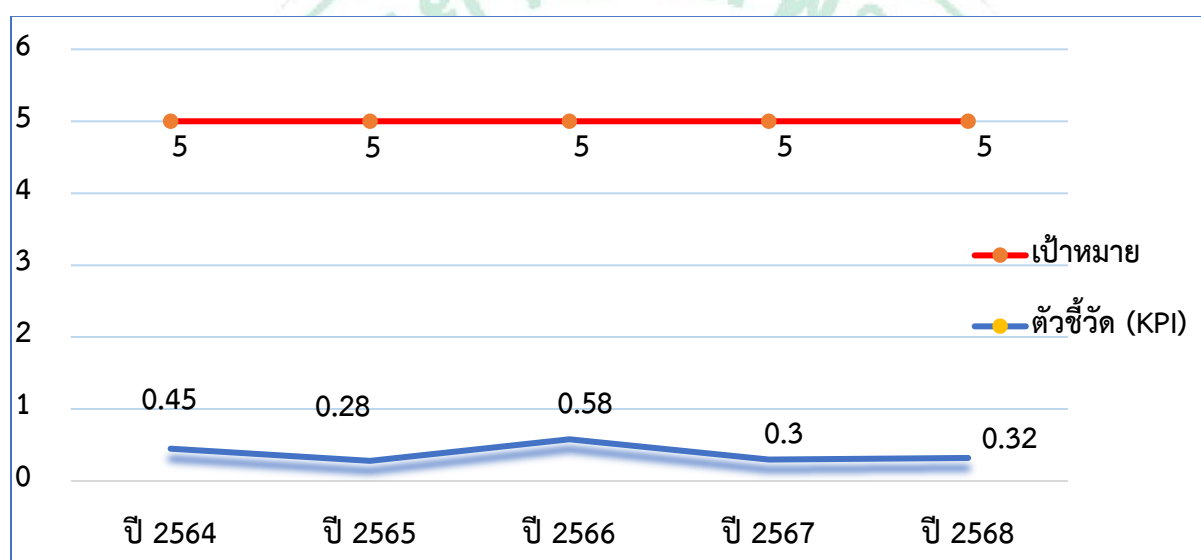
ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง (Re-visit)

5 อันดับโรคผู้ป่วยมารักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง

ลำดับ	ปีงบ 64		ปีงบ 65		ปีงบ 66		ปีงบ 67		ปีงบ 68	
	โรค	จำนวน	โรค	จำนวน	โรค	จำนวน	โรค	จำนวน	โรค	จำนวน
1	Dyspepsia	33	Dyspepsia	11	AGE	29	bronchitis	14	Acute bronchitis	16
2	Acute diarrhea	14	Pneumonia	6	Acute bronchitis/ diarrhea	12	AGE	10	AGE	10
3	AFI	13	COPD	5	Dyspapsia	11	AFI / Diarrhea / dyspepsia	5	COPD c AE	6
4	AGE	8	MHI/ Acute bronchitis	4	Pneumonia	10	Scrubtyphus / appendicitis / pneumonia	3	Pnumonia/ Diarrhea	5
5	COPD	6	DHF/Acute diarrhea	3	Abdominal pain	8	อื่นๆ	1-2	อื่นๆ	1-2
ร้อยละ		0.45%		0.28%		0.58%		0.30%		0.32%

ปี 2568 จำนวนผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยภายใน 48 ชั่วโมง รวมทั้งหมด 123 ราย คิดจากยอด ผู้รับบริการทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 0.32% เป็นผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ ภายใน 48 ชั่วโมง ได้รับการจำหน่าย โดยการส่งต่อ 1 ราย นอนโรงพยาบาล 98 ราย ตรวจแล้วกลับบ้าน 24 ราย ในปี 2568 มีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ ภายใน 48 ชั่วโมงได้รับการส่งต่อ 1 ราย โดยมารายละเอียดดังนี้ ชายไทย อายุ 57 ปี HN 25890 วันที่ 23/11/67 เวลา 08.17 น. ด้วยอาการ ปวดท้อง อาเจียน 2 ครั้ง 5 ช.ม.ก่อนมารพ. ได้รับการรักษา Omeprazole 40 mg iv stat และได้ยากลับบ้าน Dx dyspepsia กลับมารักษาซ้ำ 23/11/67 เวลา 19.26 น. ด้วยอาการ ปวดจุกท้อง ปวดท้องด้านขวา เป็นมา 1 ช.ม. 30 นาทีก่อนมา ได้รับการรักษา CT และเจาะเลือด Dx appendicitis ได้รับการส่งต่อไปยัง โรงพยาบาลแม่สอด เนื่องจากแพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมไม่อยู่เวร

ร้อยละของผู้รับบริการกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง (Re-visit)

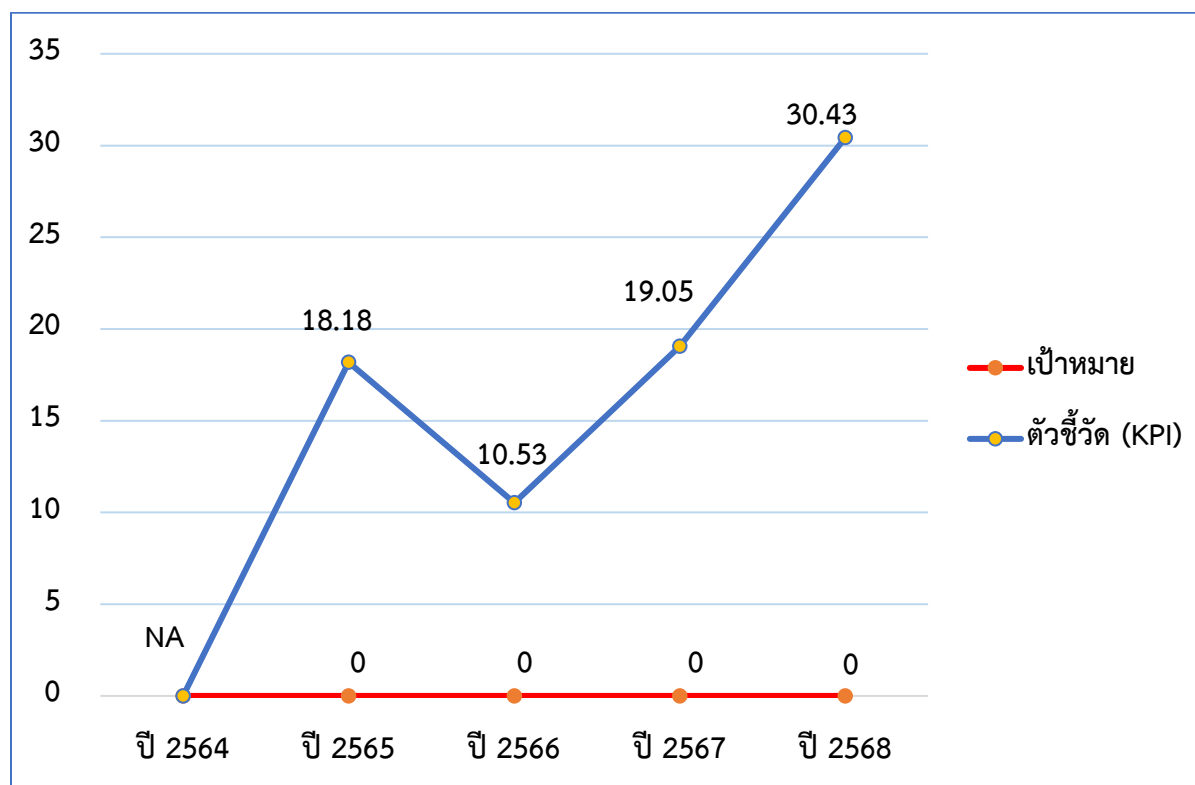


จากกราฟจะเห็นว่า แนวโน้มผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง ปี 64 คิดเป็นร้อยละ 0.45% ปี 65 คิดเป็นร้อยละ 0.19% ปี 66 คิดเป็นร้อยละ 0.58 % ปี 67 คิดเป็นร้อยละ 0.3% และปี 68 คิดเป็นร้อยละ 0.32%

จากการเก็บข้อมูลพบว่า ในปี 2568 มีแพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์ครอบครัวเข้ามาประจำการที่ โรงพยาบาลพบพระ ทำให้มีการเปิด Home ward ทำให้สามารถติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของคนไข้ได้ผ่านทางไลน์ รวมถึงมีการให้อุปกรณ์สำหรับวัดความดันและเจาะน้ำตาล DTX ให้คนไข้กลับบ้านในคนไข้ ที่ไม่สะดวกนอน โรงพยาบาลและสอนวิธีการใช้เบื้องต้นกับการสังเกตอาการผิดปกติเบื้องต้นที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล ทำให้ลดความกังวลของญาติได้และสามารถลดจำนวนคนไข้ที่กลับมารักษาซ้ำและมีความรุนแรงของโรคมามากขึ้นได้ จะสังเกตว่า ปี 68 ไม่มีผู้เสียชีวิตจากจำนวนผู้ป่วยที่มารักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง มีแต่เพียงผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อไปยัง โรงพยาบาลแม่สอด 1 ราย เนื่องจากแพทย์เฉพาะทางไม่อยู่เวรเท่านั้น

ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ (Head Injury)

ร้อยละการเสียชีวิตจาก Severe Head Injury ในโรงพยาบาลและหลังส่งต่อ 24 ชั่วโมง



จากการทบทวนพบว่าจากปี 2565 ถึง ปี2568 พบการเสียชีวิตจาก Head injury มากขึ้น จากการวิเคราะห์อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณศีรษะระหว่างปี 2565-2568 พบแนวโน้มการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในปี 2568 ซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 30.43 จากการทบทวน พบว่า ผู้ป่วยกลุ่ม Severe Head Injury (บาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง) จำนวนหนึ่งไม่ได้รับการส่งต่อไปรักษาต่อในโรงพยาบาลระดับ สูงกว่า เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการหนัก เมื่อปรึกษาแพทย์เฉพาะทางแล้วไม่สามารถผ่าตัดได้จึงรักษาแบบ Conservative ที่ โรงพยาบาลชุมชน โดยผู้ป่วย Severe Head Injury ที่เข้ามาได้รับการรักษามีสาเหตุมาจากการเกิดอุบัติเหตุทางจราจร การสูบบุหรี่ และอุบัติเหตุจากตกที่สูง

โอกาสพัฒนา

1. จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย Head Injury อย่างเป็นระบบ
 - ครอบคลุมการประเมิน การให้การรักษาเบื้องต้น และการตัดสินใจส่งต่อ
2. จัดอบรมฟื้นฟูความรู้ให้กับเจ้าหน้าที่หน่วยกู้ชีพ (EMS)
 - โดยเฉพาะในพื้นที่อำเภอพบพระ ที่พบผู้ป่วยกลุ่มนี้จำนวนมาก

3. ส่งเจ้าหน้าที่เข้ารับการอบรมหลักสูตร
 - PHTLS (Prehospital Trauma Life Support)
 - ATLS (Advanced Trauma Life Support)
 เพื่อเพิ่มทักษะการดูแลผู้บาดเจ็บก่อนถึงโรงพยาบาล และในห้องฉุกเฉิน
4. พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถส่งต่อได้ (Conservative Treatment)
 - เช่น ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการส่งต่อ หรือมีข้อบ่งชี้ไม่เหมาะสมต่อการผ่าตัด
 - วางแผนดูแลแบบประคับประคองและรักษาคุณภาพชีวิต

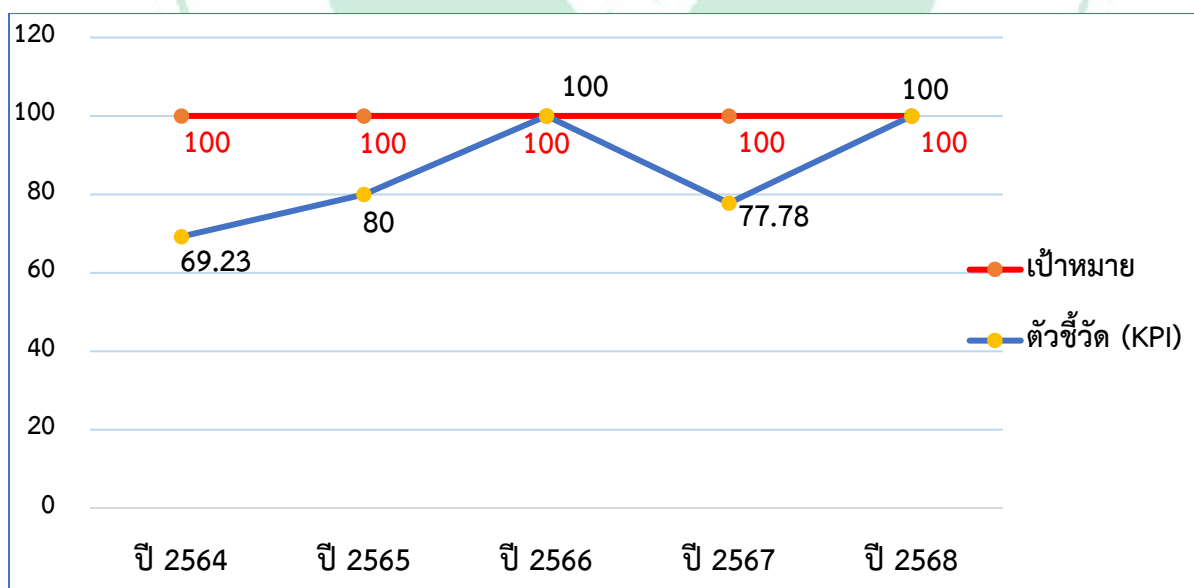
กลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

ตัวชี้วัดผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน					หมายเหตุ
			2564	2565	2566	2567	2568	
1	อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจและแปลผล EKG ภายใน 10 นาที เมื่อมาถึงโรงพยาบาลของผู้ป่วย STEMI (Door to EKG time)	100%	69.23	80	100	77.78	100	ทั้งหมด 16 ราย
2	อัตราการได้รับ SK ภายใน 30 นาที เมื่อมาถึงโรงพยาบาล ของผู้ป่วย STEMI (Diagnosis to Needle time)	100%	46.15	80	100	66.67	50	3/6 ราย
3	อัตราการได้รับ SK ภายใน 12 ชั่วโมง ตั้งแต่เริ่มมีอาการเจ็บหน้าอก จนได้รับยาของผู้ป่วย STEMI (Onset to Needle time)	100%	75	60	75	50	100	SK 6 ราย PCI 9 ราย

4	อัตราการตายจากภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ภาพรวม Killip 1-4	0%	0	20	25	11.11	6.25	1/16
5	อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา Thrombolytic		91.67	40	50	44.44	16.67	1/6
6	อัตราการได้รับยา SK	100%	100	80	100	50	37.5	6/16
7	อัตราการตายของผู้ป่วย STEMI ในระหว่างการ Refer	0%	0	10	0	0	0	

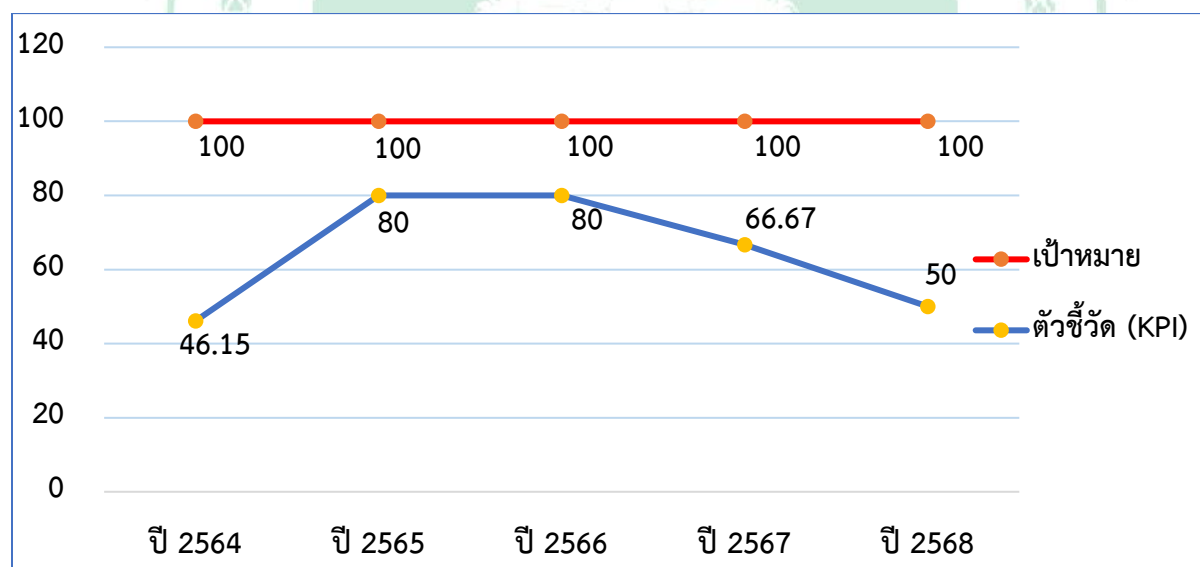
กราฟแสดงร้อยละผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือด ชนิด STEMI ที่ได้รับการตรวจและแปลผล EKG ภายใน 10 นาที (ย้อนหลัง 5 ปี)



จากกราฟ ในปี 2564 และ 2565 อัตราผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือด ชนิด STEMI ที่ได้รับการตรวจและแปลผล EKG ภายใน 10 นาที คิดเป็นร้อยละ 69.23 และ 80 ตามลำดับ แต่ยังไม่เป็นตามเป้าหมายที่กำหนดคือ ร้อยละ 100 จากการศึกษาทบทวนข้อมูล พบว่ามาจาก OPD โดยไม่มีพนักงานนำส่ง, ผู้ป่วยรอซักประวัติที่ OPD

เมื่อพยาบาลซักประวัติพบว่าอาการของคนไข้เข้า Criteria MI จึงส่งมาทำ EKG ที่ ER จึงทำให้เริ่มทำ EKG ล่าช้า ตามมา สำหรับแนวทางการแก้ไขได้มีจัดประชุมร่วมกับแผนก OPD เพื่อเน้นย้ำกรณีที่ประเมินอาการคนไข้ได้แล้ว คาดว่าน่าจะมีปัญหาเกี่ยวกับโรคหัวใจให้เขียนใบนำส่งเพื่อทำหัตถการทุกกรณีและต้องมีพนักงานนำส่ง รวมถึงโทร ส่งเวร ER เพื่อรับทราบ case และเพิ่มแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด หากพบว่าอาการนำของคนไข้เข้า Criteria ของโรคหัวใจ ให้ส่งทำ EKG ทันทีโดยผ่านการคัดกรองจากพยาบาล ตามแบบฟอร์มการคัดกรองโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้โดยยังไม่ต้องผ่านขั้นตอนการซักประวัติ ส่งผลในปี 2566 อัตราผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือด ชนิด STEMI ที่ได้รับการตรวจและแปลผล EKG ภายใน 10 นาที เป็นร้อยละ 100 ซึ่งเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้และเป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีแนวโน้มในทิศทางที่ดีขึ้น ต่อมา ปี 2567 แนวโน้มลดลง เนื่องจาก ผู้ป่วยไปยังจุดซักประวัติ OPD ส่งมาทำ EKG ภายหลัง และผู้ป่วยมีภาวะคุกคามต่อชีวิต หายใจเหนื่อย หอบ กระสับกระส่าย และหัวใจหยุดเต้น ต้องรีบทำการช่วยชีวิต Resuscitation ให้อาการคงที่ก่อน จึงได้รับการทำ EKG ล่าช้า จากข้อมูลในปี 2567 นี้ ได้มีการทบทวนเคส และ ทบทวนแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด หากพบว่าอาการนำของผู้ป่วยเข้า Criteria ของโรคหัวใจ ให้ทำ EKG ทันที จึงทำให้ในปี 2568 ผู้ป่วย STEMI ได้รับการตรวจและแปลผล EKG ภายใน 10 นาที เป็นร้อยละ 100

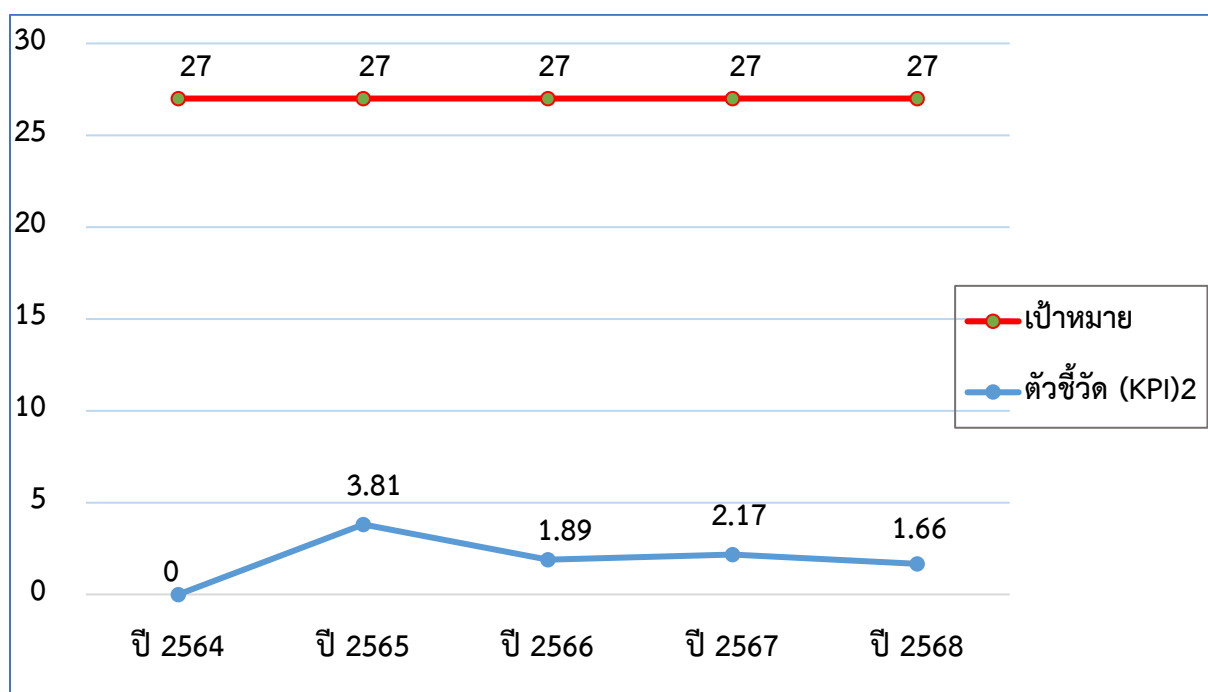
กราฟแสดงอัตราผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือด ชนิด STEMI
ที่ได้ SK ภายใน 30 นาที ย้อนหลัง 5 ปี



ในปี 2568 จำนวนผู้ป่วย STEMI มารพ.พบพระทั้งหมด 16 ราย ได้รับยา SK 6 ราย ได้รับการทำ PPCI 9 ราย และเสียชีวิต 1 ราย เมื่อพิจารณาเฉพาะข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับยา SK ทั้งหมด 6 ราย นั้นพบว่า มีเพียง 3 รายที่ได้รับยา SK ทันภายใน 30 นาที เมื่อทบทวนปัญหาพบว่า รายที่ 1 เป็น Case Post cardiac arrest consult cardio med Plan ให้ PCI แต่แพทย์โรคหัวใจ รพ.จุฬารัตน์แม่สอดไม่อยู่เวร, รายที่ 2 ติดต่ออายุรแพทย์โรคหัวใจ ในเวลาหลัง 24.00 น. ไม่ได้ ทำให้ได้ Treatment ล่าช้า และรายที่ 3 พบว่า แรกเริ่ม รักษาด้วยกลุ่มอาการ Dyspepsia ต่อมาผู้ป่วยอาการไม่ทุเลา จึง repeat EKG พบว่าเป็น STEMI จึงทำให้ผู้ป่วยทั้ง 3 ราย ได้รับ

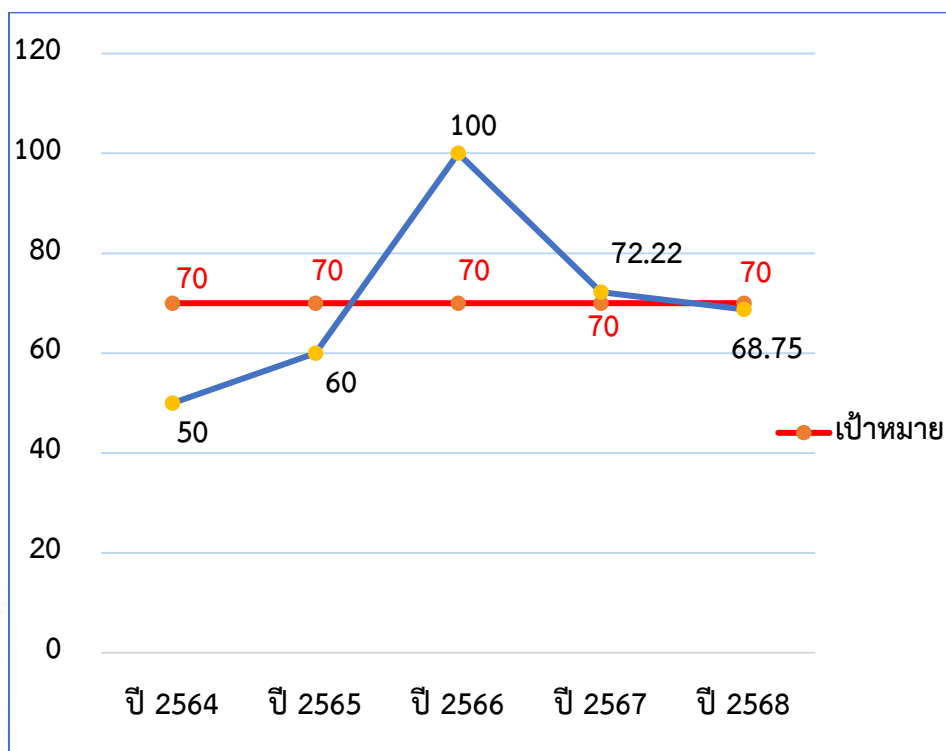
ยา SK ล่าช้า และผู้ป่วยที่เสียชีวิต 1 ราย พบว่า ผู้ป่วยมาด้วยหายใจหอบเหนื่อยมาก กระสับกระส่าย แน่นหน้าอก ได้รับการรักษาไม่ถูกต้อง จากการวินิจฉัยผิดพลาด ทำให้คนไข้หัวใจหยุดเต้น ซึ่งได้มีการจัดทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ และแนวทางการ consult เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็วทันเวลา

กราฟแสดงอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาล < 27 : แส่นประชากร ย้อนหลัง 5 ปี



อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย STEMI ในปี 2568 มีแนวโน้มลดลง เมื่อพิจารณาจากข้อมูลปัญหาใน 3 ปีย้อนหลังพบว่า ปี 2565 มีปัญหาด้านการประเมินผู้ป่วยล่าช้าและไม่ถูกต้อง การซักประวัติที่ไม่ครอบคลุมจากการสื่อสารที่เข้าใจไม่ตรงกัน ขาดแนวทางการดูแลผู้ป่วย MI ระหว่างส่งต่อ จึงได้จัดทำแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย MI, แนวทางการดูแลผู้ป่วย MI ระหว่างนำส่ง และจัดทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยโดยจำลองสถานการณ์จริง เพื่อให้ทีมดูแลรักษาเข้าใจกระบวนการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ส่งผลให้ในปี 2566 มีอัตราการเสียชีวิตลดลง เป็น 1.89 ต่อแสนประชากร และในปี 2567 เพิ่มขึ้นจากปี 2566 เป็น 2.17 ต่อแสนประชากร เนื่องจากมีปัญหาเรื่องติดต่อขอ Consult อายุรแพทย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลแม่ข่ายไม่ได้ ทำให้ผู้ป่วยได้ยา SK ล่าช้าไม่ทันภายใน 30 นาที และผู้ป่วยมีภาวะ Cardiac arrest ซึ่งเป็นข้อห้ามในการให้ยา SK ญาติตัดสินใจ NR จึงได้ Admit supportive จึงแจ้งเหตุการณ์นี้กลับไปยัง รพ.แม่สอด เพื่อทบทวนปัญหา และในปี 2568 พบว่า มีปัญหาด้านการประเมินและวินิจฉัยผิดพลาด จึงได้มีการทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วย STEMI ตาม CPG ของโรงพยาบาล

กราฟแสดงร้อยละของการให้การรักษผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด > ร้อยละ 70 ย้อนหลัง 5 ปี



จากกราฟแสดงร้อยละของการให้การรักษผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด พบว่า ในปี 2568 เมื่อเทียบกับปี 2566 , 2567 มีแนวโน้มลดลง เนื่องจากมีปัญหาเรื่องติดต่อ Cardio med รพ.แม่สอด ไม่ได้ทำให้ได้ Treatment ล่าช้า, ผู้ป่วยมาด้วยหายใจหอบเหนื่อยมาก กระสับกระส่าย แน่นหน้าอก ได้รับการรักษาไม่ถูกต้อง จากการวินิจฉัยผิดพลาด ทำให้คนไข้หัวใจหยุดเต้น จึงทำให้การดูแลผู้ป่วย STEMI ไม่ได้ตามมาตรฐานเวลา ได้มีการจัดทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ และแนวทางการ consult เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็ว ทันเวลา ได้ตามมาตรฐาน

โอกาสพัฒนา

1. มีแนวทางการดูแลผู้ป่วย MI ระหว่างนำส่ง
2. ปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วย ACS ในเรื่องกระบวนการดูแลการพยาบาลและการเตรียมความพร้อมด้าน Comprehensive Life support เมื่อผู้ป่วยมีภาวะ cardiac arrest รวมถึงการประเมินอาการ sign of arrest ให้กับทีมช่วยชีวิต
3. จัดการประชุมคณะกรรมการทำงานผู้รับผิดชอบงานโรคหัวใจ ในการจัดทำ Flow กระบวนการดูแลผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ PPCI และการส่งต่อ
4. จัดทำระบบ consult EKG, Trop-I กับอายุรแพทย์โรคหัวใจ รพ.แม่ข่าย
5. ติดตามผลการทำงานทุก 1 เดือน และนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อพัฒนาต่อไป

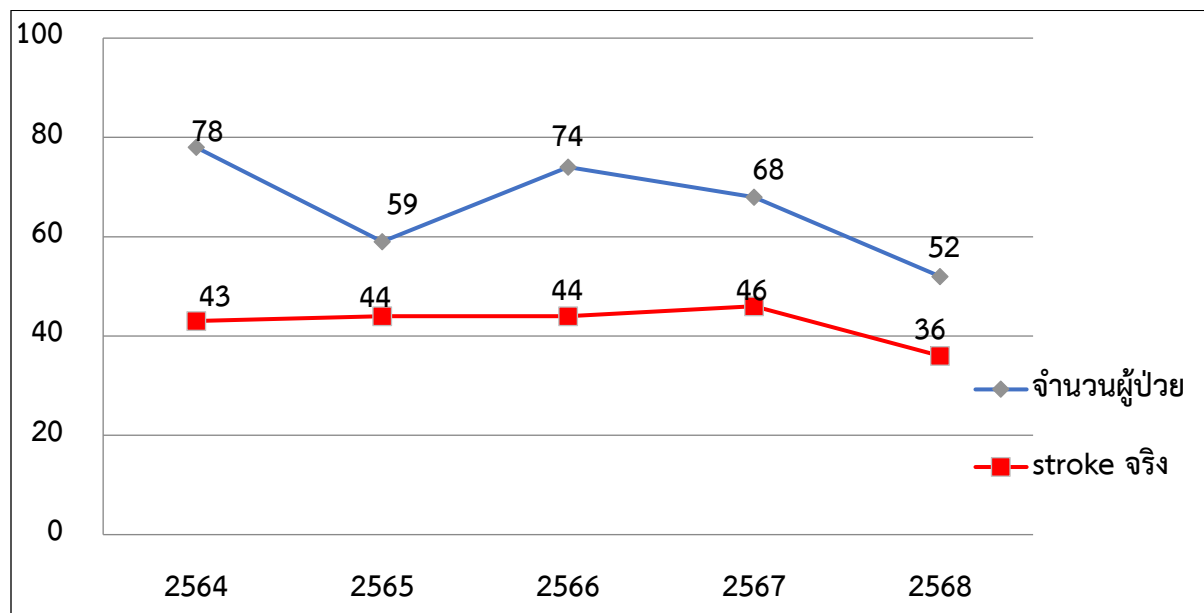
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตัวชี้วัดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2564	ปี2565	ปี2566	ปี2567	ปี2568
1. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Fast Track) ไม่เกิน 40 นาที ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน (งบ 67 ปรับเป็น 1 ชั่วโมง)	ร้อยละ 80	67.44	76.00	97.22	100	100
2. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันได้รับการประเมินอาการถูกต้องและครบถ้วน	ร้อยละ 80	40.55	41.66	97.29	100	100
3. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดและเจาะเลือด (cbc bun cr electrolyte bun cr PT PTT INR) ทุกรายหลังมีอาการ	ร้อยละ 100	100	100	100	100	100
4. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันได้รับการตรวจ EKG และ EKG monitor หลังมีอาการ	ร้อยละ 100	100	100	100	100	100
5. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับการตรวจ CT scan สมองภายใน 24 ชั่วโมง	ร้อยละ 100	100	100	100	100	100

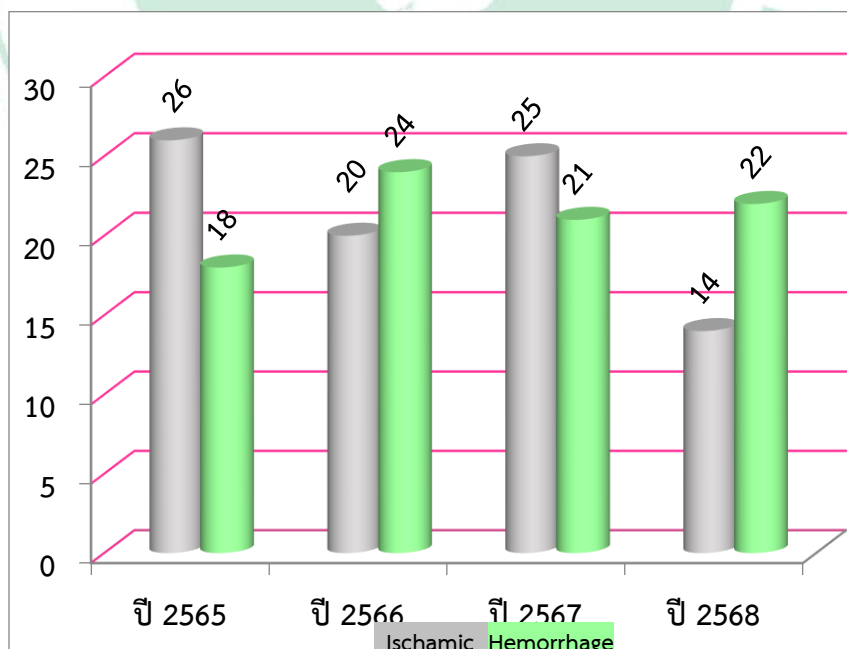
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2564	ปี2565	ปี2566	ปี2567	ปี2568
6. อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระบบ (Fast Track) ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน	<ร้อยละ 7	0	0	0	0	0
7. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับการบริการด้วย EMS	ร้อยละ 30	46.15	33.33	37.28	13.23	34.70
8. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับการบริการส่งต่อไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูง	ร้อยละ 60	100	100	89.18	40	36.11
9. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Fast Track) ไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง	ร้อยละ50	58	60	97.29	100	100
10. ร้อยละผู้ป่วย ischemic stroke ที่ได้รับยา r-tPA ภายใน 60 นาที	ร้อยละ 65	-	-	-	100	100

จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

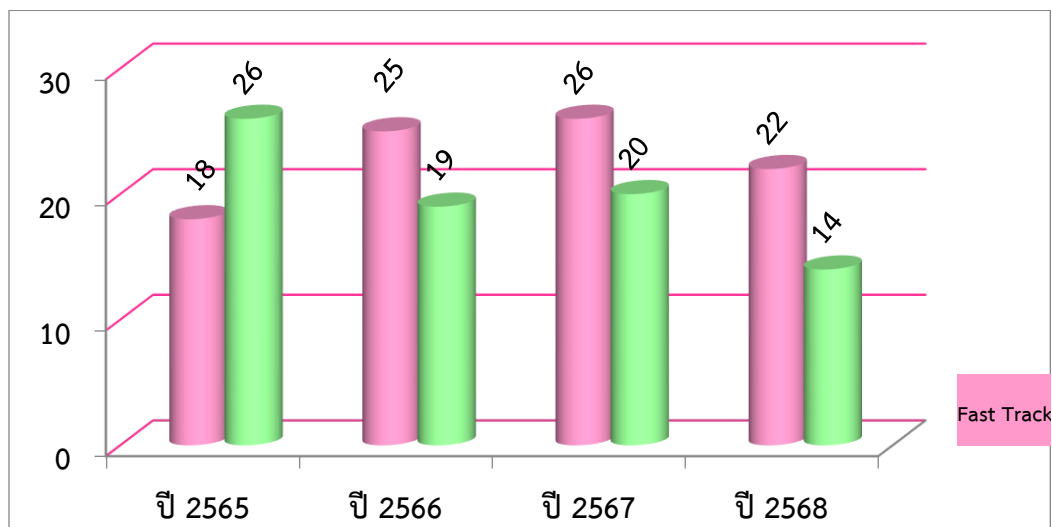


ในปี 2568 ยอดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 52 ราย แบ่งเป็น Ischemic stroke 14 ราย Hemorrhage stroke 18 ราย TIA 2 ราย Lacunar infraction 13 ราย และ CVA 5 ราย

จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามการวินิจฉัย



จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแยก Fast track และ Non Fast track



ในปี 2568 ผู้ป่วย R/O stroke มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินจำนวนทั้งหมด 52 ราย และจากการวินิจฉัย Stroke พบว่าเป็น Stroke จริง จำนวน 36 ราย คนไทย 18 ราย ต่างชาติ 8 ราย แบ่งเป็น ischemic stroke 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.89 ได้รับยา rt- PA 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.28 และ hemorrhage stroke 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.11 ได้รับการผ่าตัด 5 ยอด คิดเป็นร้อยละ 22.72

จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งหมด มี 36 คน จำแนกตามกลุ่มอายุ ดังนี้

อายุ	จำนวน
21-30 ปี	0 ราย
31-40 ปี	7 ราย
41-50 ปี	4 ราย
51-60 ปี	7 ราย
61-70 ปี	6 ราย
71 ปี ขึ้นไป	12 ราย

ผู้ป่วย stroke จำนวน 36 ราย แบ่งเป็น

- ❖ ปฏิเสธโรคประจำตัว จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.89
- ❖ มีโรคประจำทั้งหมด 22 ราย คิดเป็น ร้อยละ 61.11
- ❖ มีโรคประจำตัวไม่ขาดยา จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 54.55
- ❖ โรคประจำตัวขาดยา จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 45.45

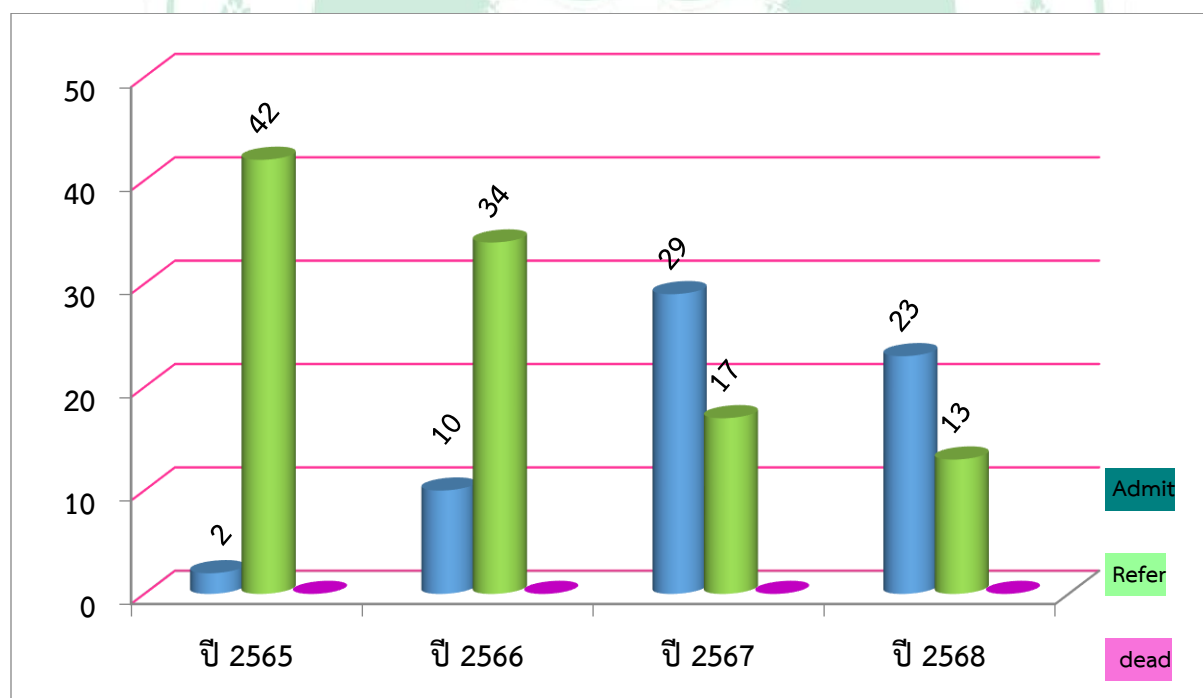
โรคความดันสูง จำนวน 9 ราย คิดเป็น ร้อยละ 40.91

โรคความดันสูงร่วมกับเบาหวานจำนวน 7ราย คิดเป็น ร้อยละ 31.81

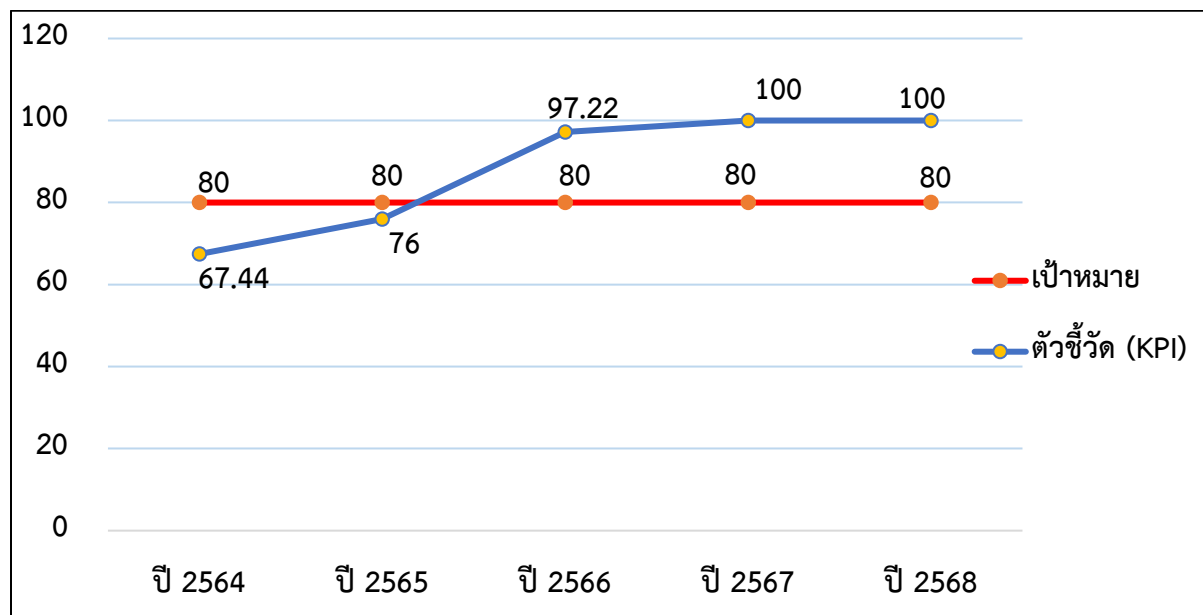
โรคความดันสูงโรคร่วมกับไขมันจำนวน 3ราย คิดเป็น ร้อยละ 13.64

โรค TIA จำนวน 3 ราย ร้อยละ 13.64

สถานะจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในห้องฉุกเฉิน



กราฟแสดงร้อยละของการส่งต่อโรคหลอดเลือดสมองภายใน 40 นาที
(ปี67-68) ปรับเป็น 1 ชั่วโมงเนื่องจากมี CT)

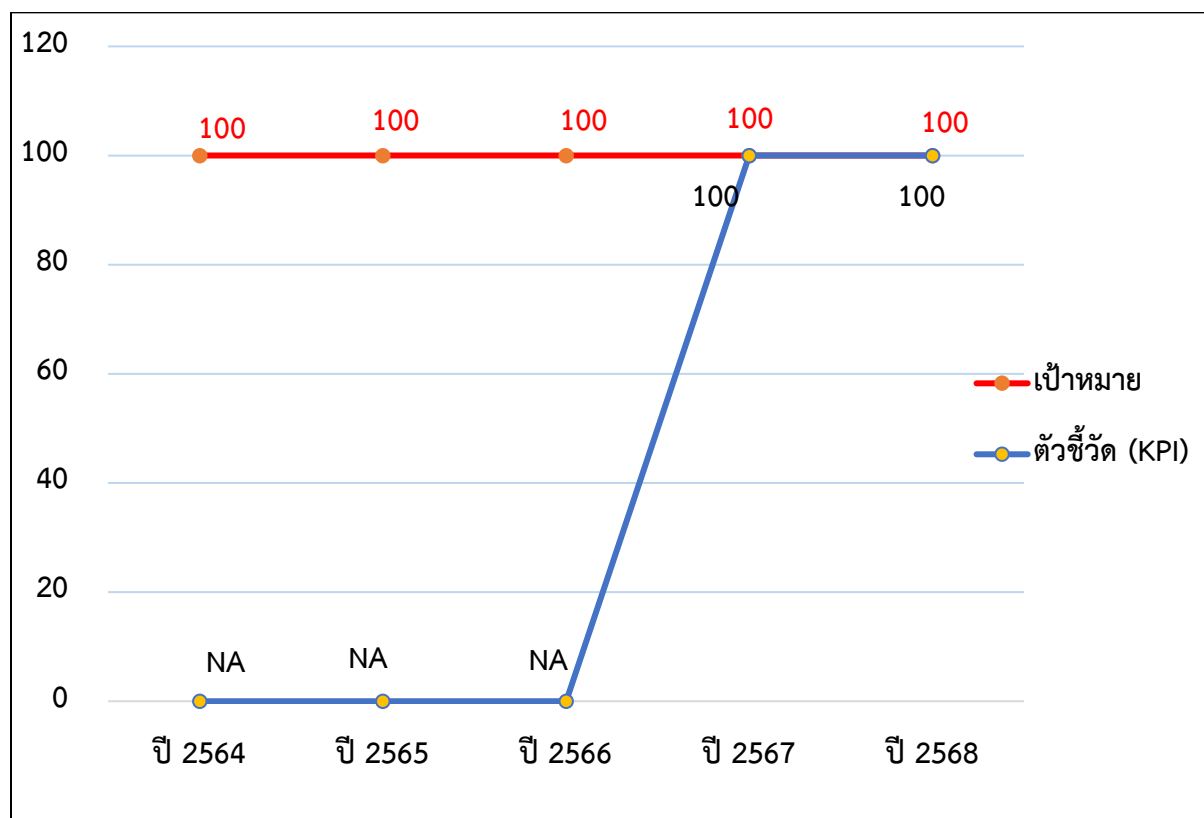


ปี 2564 – ปี 2565 จะอยู่ในช่วงของโควิดระบาศ พบว่าส่งต่อไม่ทันในเวลา 40 นาทีเนื่องจากการรอฟผลแลป การรอฟผล PCR และมีการใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยระบบfast track ที่มารับบริการด้วยอาการไม่รู้สีกตัว

ปี 2566 วิเคราะห์ ไม่ทัน 1 รายซึ่งผู้ป่วยมาด้วยไม่รู้สีกตัว แพทย์ทำการใส่ท่อช่วยหายใจเป็นเวลานานและได้ตามแพทย์เวชระริมซึ่งมาล่าช้า จึงทำให้ผู้ป่วยรายนี้ ไม่ทัน การส่งต่อภายใน 40 นาที แต่ทันการส่งต่อภายใน 4.5 ชั่วโมง

ปี 2667- ปี 2568 ทางโรงพยาบาลมีการนำเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์มาใช้เพื่อช่วยในการวินิจฉัย ทำให้ การวินิจฉัยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเร็วขึ้น และต้องเพิ่มระยะในการดูแลผู้ป่วยในท้องฉุกเฉินก่อนส่งต่อจาก 40 นาทีเป็น 1 ชั่วโมง จึงได้มีการทบทวนและปรับกระบวนการทำงานการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ การส่งต่อผู้ป่วยภายใน 1 ชม. ได้ครบ 100 %

กราฟแสดงร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับยา rt-PA ภายใน 60 นาที



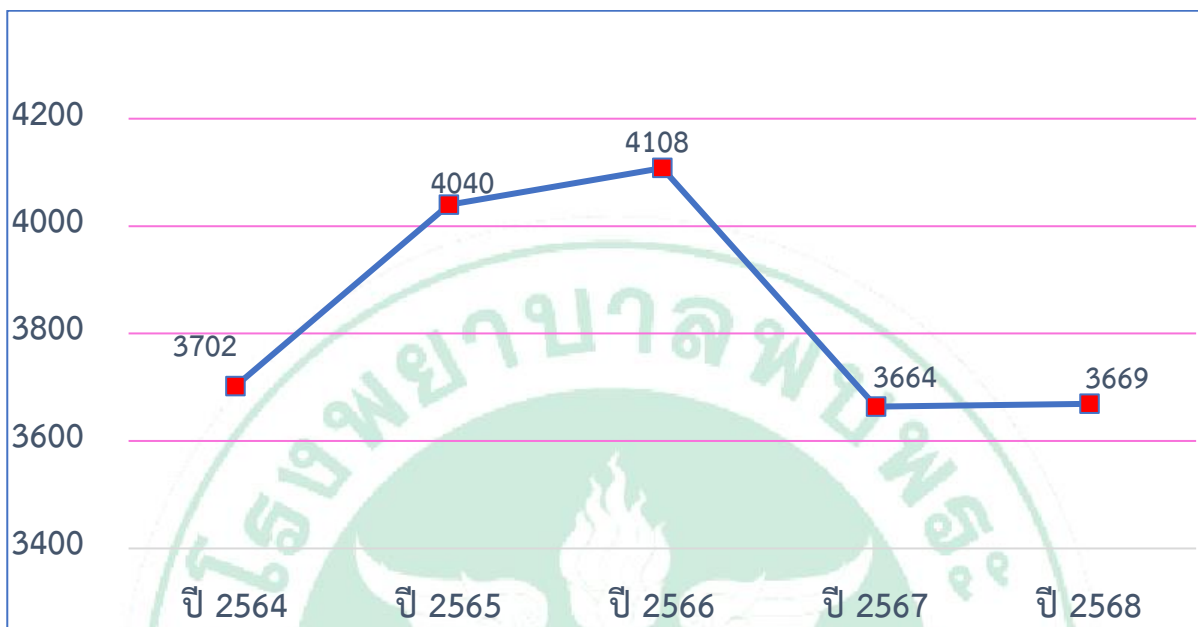
ปี 2564 - 2566 โรงพยาบาลรพช.ยังไม่มีกรให้ยา rt-PA เนื่องจากยังไม่มีกรไปอบรม เพิ่มศึกยภาพในการให้ยา จึงได้มึการส่งต่อผู้ป่วยยังโรงพยาบาลที่มีศึกยภาพสูงกว่า ปี 2567 - 2568 เจ้าหน้าที่ได้เพิ่มศึกยภาพผ่านการอบรมเกี่ยวกับการให้ยา rt-PA และมียามาสำรองใช้ที่โรงพยาบาล ได้มึการใช้ยา rt-PA กับผู้ป่วย ischemic stroke พบปัญหาเรื่องกรใช้ยาไม่ถูกต้อง ระยะเวลากรให้ยาไม่เหมาะสม แต่ระยะเวลายังอยู่ในช่วง 60 นาที จึงได้มึการทบทวนกรใช้ยาให้กับเจ้าหน้าที่ เพื่อให้เตรียมยาได้ถูกต้องตามชันตอน รวมถึงมึการกำกับดูแลโดยผู้รับผิดชอบงาน และวางแผนงานเพื่อส่งเจ้าหน้าที่ไปอบรม stroke basic course ในปี 2569

โอกาสพัฒนา

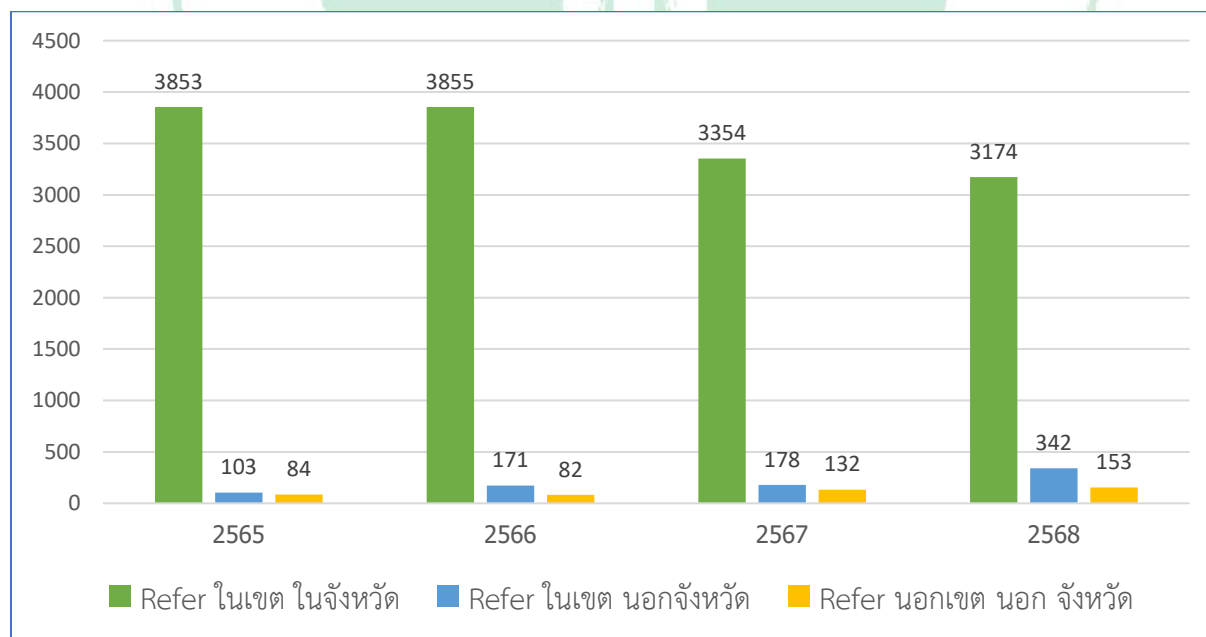
- ส่งเสริมการคัดกรองและควบคุมโรคประจำตัวและกลุ่มเสี่ยง
- พัฒนาระบบการส่งต่อและเครือข่ายโรงพยาบาลเพื่อเพิ่มกรเข้าถึงกรรักษาอย่างทันท่วงที่
- จัดอบรมทีมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มีความพร้อมรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและวางแผนงานเพื่อส่งเจ้าหน้าที่ไปอบรม stroke basic course ในปี 2569
- การทบทวนกรใช้ยาให้กับเจ้าหน้าที่ เพื่อให้เตรียมยาได้ถูกต้องตาม

การส่งต่อผู้ป่วย

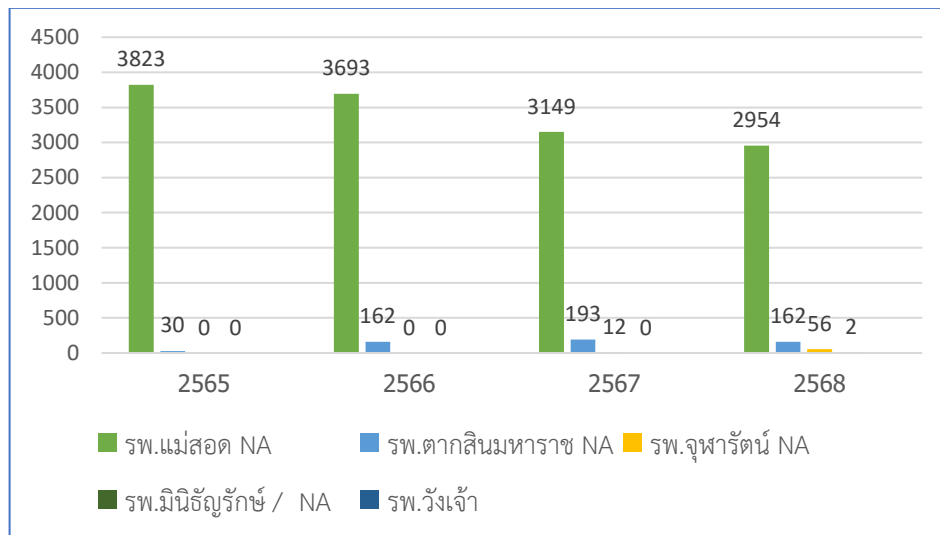
กราฟแสดงจำนวนผู้ป่วยที่ส่งต่อโรงพยาบาลพระ (Refer out)



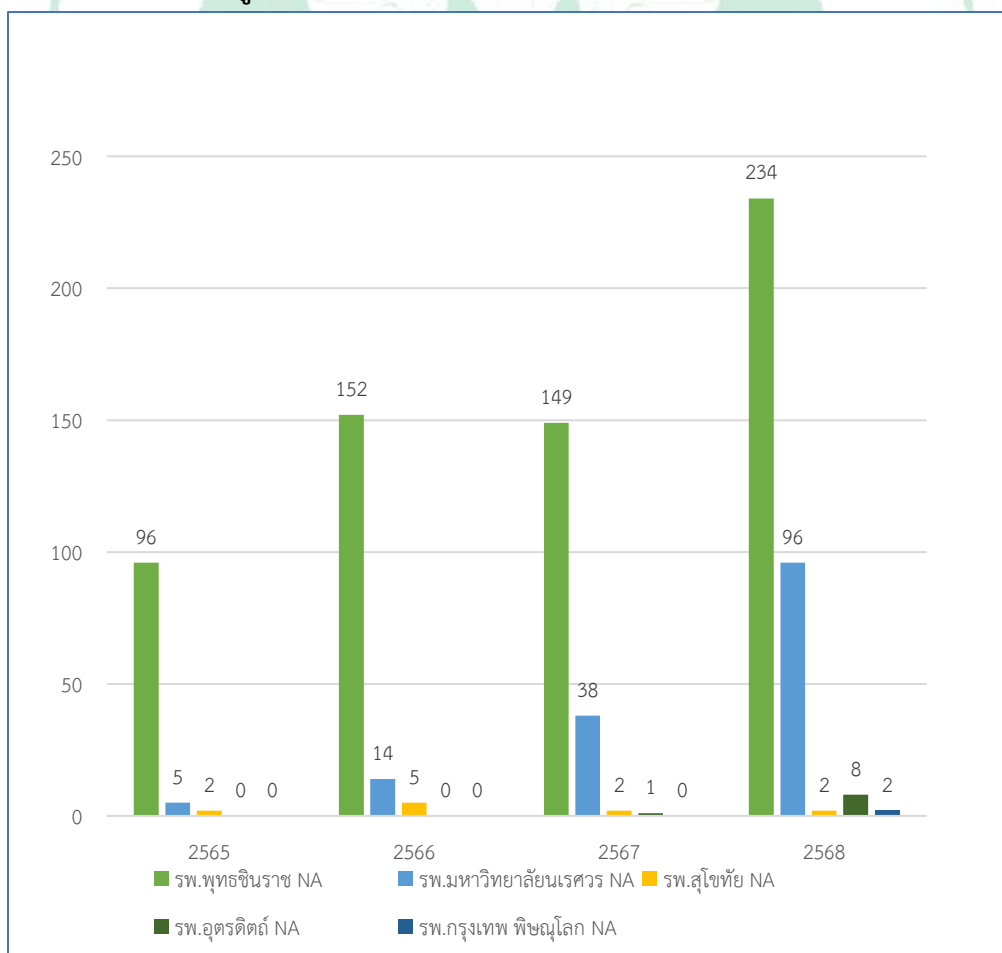
กราฟแสดงจำนวนผู้ป่วยที่ส่งต่อโรงพยาบาลพระ



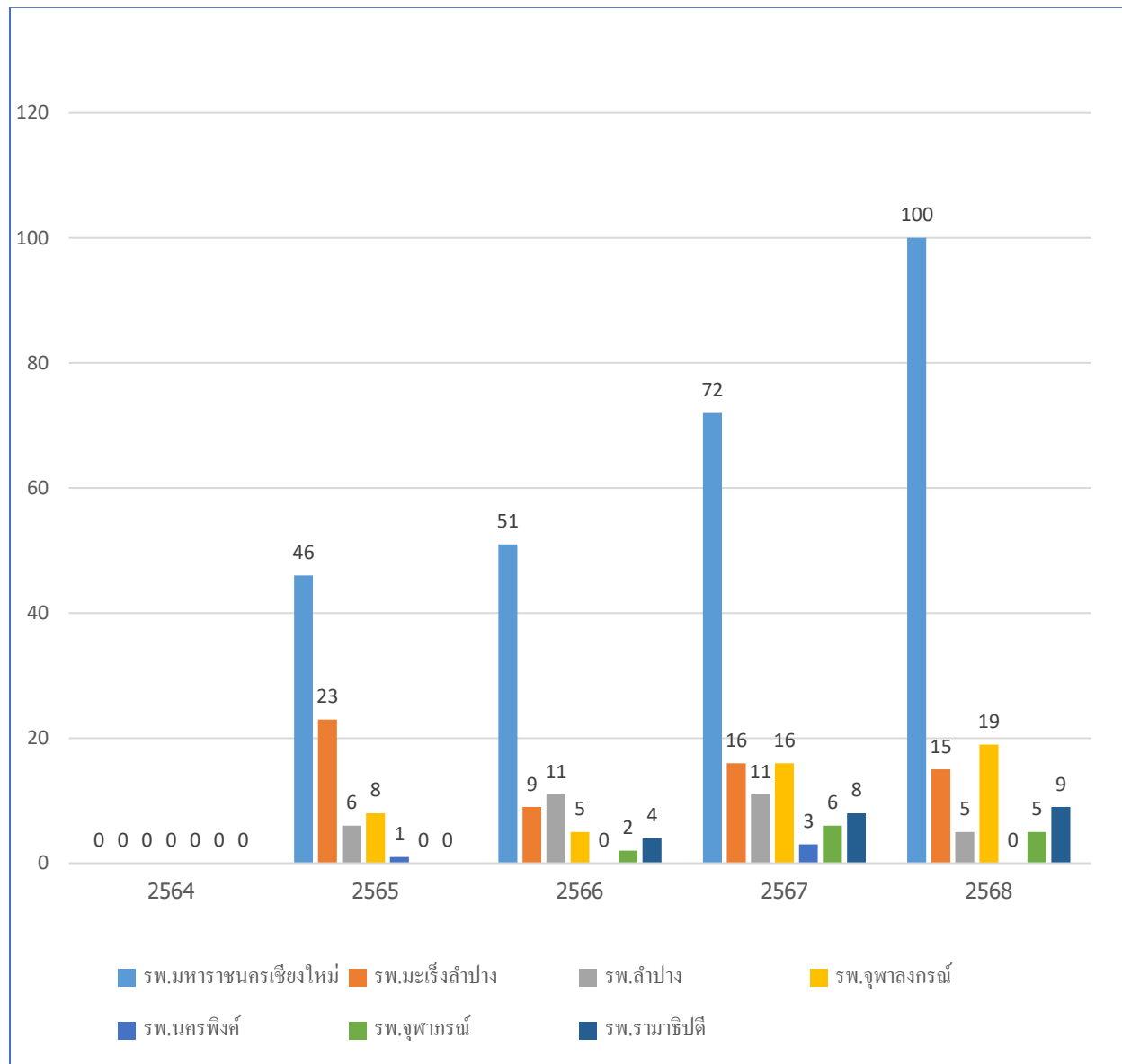
แผนภูมิแสดงจำนวนการส่งต่อผู้ป่วย ในเขต ในจังหวัด



แผนภูมิแสดงจำนวนการส่งต่อผู้ป่วยในเขต นอกจังหวัด



แผนภูมิแสดงจำนวนการส่งต่อผู้ป่วย นอกเขต นอกจังหวัด



ตารางแสดงการส่งต่อผู้ป่วย 5 อันดับโรคของโรงพยาบาลพพระ

อันดับโรค	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68
1	Fracture	Fracture	โรคทางตา	Mass	โรคทางตา
2	Stroke	Stroke	Mass	โรคทางตา	Mass
3	โรคทางตา	โรคทางตา	Fracture	Fracture	โรคทางหู คอ จมูก
4	Newborn	HT	Stroke	Stroke	Renal stone / Fracture
5	Covid-19	CA	กลุ่มโรคหัวใจ	appendicitis	กลุ่มโรคหัวใจ

การส่งต่อผู้ป่วยมีแนวโน้มลดลง นับตั้งแต่ปี 2567-2568 เนื่องจากโรงพยาบาลมีแพทย์เฉพาะทางหลายสาขามากขึ้น อุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัยมากขึ้น และมี CT SCAN สามารถวินิจฉัยโรค และรักษาไว้ในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น

จำนวนผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อรักษาไปยังโรงพยาบาลอื่นนอกเหนือจากโรงพยาบาลแม่สอด มีแนวโน้มการถูกส่งต่อเพิ่มมากขึ้น ซึ่งพบว่าโรงพยาบาลแม่สอดยังมีปัญหาในหลายๆด้าน จึงไม่สามารถรับผู้ป่วยไว้ดูแล เช่น ปัญหาเรื่องเตียงเต็มในผู้ป่วยเด็กวิกฤติที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ ขาดแพทย์เฉพาะบางสาขาโรค ไม่ว่าจะเป็นแพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมประสาท แพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ และ แพทย์เฉพาะทางเกี่ยวกับโรคหัวใจเด็ก เป็นต้น ทำให้ต้องมีส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปรักษายังโรงพยาบาลอื่นที่มีศักยภาพเพียงพอและไกลมากขึ้น

ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยทางอายุรกรรม มีแนวโน้มการส่งต่อที่ลดลงอย่างเห็นได้ชัดเมื่อเทียบกับแผนกอื่นๆ ซึ่งผู้ป่วยทางอายุรกรรมที่ถูกส่งต่อมากที่สุด ส่วนใหญ่ คือ ผู้ป่วยกลุ่มโรคเลือดหลอดเลือดสมอง (STROKE) เนื่องจากโรงพยาบาลมี CT SCAN และมีอายุรแพทย์ ซึ่งสามารถวินิจฉัยโรคและรับไว้ดูแลรักษาต่อในโรงพยาบาลได้

ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยโรค APPENDICITIS และมีปัญหาเกี่ยวกับทางศัลยกรรมในเด็ก มีแนวโน้มการถูกส่งต่อรักษาเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากโรงพยาบาลแม่สอดมีแพทย์เฉพาะทางสาขาศัลยกรรมเด็ก ทำให้ได้รับการถูกส่งต่อรักษา เพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพต่อไป

สรุปปัญหาการส่งต่อผู้ป่วยที่พบ

1. การเตรียมบุคลากรเพื่อที่จะส่งต่อผู้ป่วยกับ LEVEL OF PATIENT ไม่เหมาะสม และโรงพยาบาลยังมีข้อจำกัดในเรื่องของจำนวนบุคลากร ศักยภาพของบุคลากร กับการส่งต่อผู้ป่วย
2. รพ.แม่สอด ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง URO SX , NUEURO SX และพบปัญหาเตียงเต็มในผู้ป่วยเด็ก ทำให้ต้องมีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพเพียงพอ และไกลมากขึ้น และผู้ป่วยมีแนวโน้มอาการทรุดลงระหว่างส่งต่อ
3. กรณีผู้ป่วยเป็นสิทธิ์ชำระเงินเอง CONSULT ส่งต่อยาก และไม่มีแนวทางในการส่งต่อที่ชัดเจน
4. CASE INTRAUTERINE หาโรงพยาบาลที่รับ REFER ยาก ทารกที่คลอดมักจะมีอาการที่ไม่ STABLE และมีความยากในการทารกที่รับ REFER ทารกแรกเกิด
5. กรณีที่รีเฟอร์รับกลับมา เอกสารการรักษาไม่ครบถ้วน เช่น แลป ผลทางรังสีรักษา รายการยา เป็นต้น
6. กรณีแพทย์ SX ไม่อยู่เวร บางครั้งโรงพยาบาลแม่ข่ายไม่รับรีเฟอร์ และให้รอ CONSULT แพทย์เมื่อกลับมา
7. กรณีผู้ป่วยรีเฟอร์มีอาการทรุดลงระหว่างทาง พยาบาลที่รีเฟอร์ไม่ได้มีอาการconsult ศูนย์สั่งการเพื่อขอแพทย์พิจารณาแผนการรักษาเพิ่ม ทำให้ผู้ป่วยอาการทรุดเมื่อไปถึงโรงพยาบาลปลายทาง

โอกาสพัฒนา

1. ประชุมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อพัฒนาแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยผู้ป่วยแต่ละสาขา
2. อบรมให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาศักยภาพการส่งต่อผู้ป่วย
3. ทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพ

กิจกรรมพัฒนางาน 2568

ร่วมซ้อมแผนอุบัติเหตุหมู่ ร่วมกับตำรวจภูธรพพระ และกู้ชีพในเขตอำเภอพพระ



กิจกรรมพัฒนางาน 2568

ให้ความรู้เรื่องการปฐมพยาบาลเบื้องต้น การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ประชาสัมพันธ์ 1669 และรณรงค์การสวมหมวกนิรภัย



กิจกรรมพัฒนางาน 2568

ร่วมซ้อมแผนการป้องกันและจัดการความรุนแรงในสถานพยาบาล ร่วมกับ ตำรวจภูธรพพระ



กิจกรรมพัฒนางาน 2568

ร่วมซ้อมแผนเผชิญเหตุจากสถานการณ์การสู้รบกับ ทหาร ปกครอง และ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง



ผลงานและรางวัลที่ภาคภูมิใจ



รองชนะเลิศอันดับ 1 การประกวดผลงาน Grow Model งานการประชุมแลกเปลี่ยนการพัฒนาคุณภาพในฝ่ายงานของโรงพยาบาลพบพระ



การประเมินรับรองโรงพยาบาล IS Excellence Hospital Award 2025 ระดับดีมาก กรมควบคุมโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก

ฝ่ายงานการพยาบาลห้องผ่าตัดและวิสัญญี

บริบท/บทบาทหน้าที่

หน้าที่และเป้าหมาย

โรงพยาบาลพพระ จังหวัดตาก เป็นโรงพยาบาลชุมชนชายแดน ระดับ S Plus จำนวน 100 เตียง ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นประชาชนในอำเภอพพระ ซึ่งมีทั้งคนไทยพื้นราบ คนไทยภูเขา คนไทยพลัดถิ่นและต่างด้าว เดิมโรงพยาบาลให้บริการรักษาโดยการผ่าตัด ได้แก่ ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (cesarean section), ผ่าตัดไส้ติ่ง (appendectomy), ผ่าตัดทำหมันหญิง (tubal resection) และหัตถการอื่นๆ เช่น Excision Debride, Incision Drainage, Suture, Scrub burn ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2564 โรงพยาบาลพพระมีแพทย์เฉพาะทางมาประจำโรงพยาบาล จำนวน 2 สาขา ได้แก่ แพทย์เฉพาะทางสาขาศัลยกรรมทั่วไป (General Surgeon) และสูติ นรีแพทย์ (obstetrician) เดือนกรกฎาคม 2565 มีแพทย์เฉพาะทางเพิ่ม 2 สาขา ได้แก่ สาขาแพทย์ศัลยกรรม กระดูกและข้อ (Orthopedic Surgeon) และกุมารแพทย์ (Pediatrician) ปัจจุบันกุมารแพทย์กำลังศึกษาเรียนต่อ และเดือนกรกฎาคม 2566 มีแพทย์เฉพาะทาง เพิ่มอีก 2 สาขา ได้แก่ สาขาแพทย์อายุรกรรม และ วิสัญญีแพทย์ ทั้งนี้โรงพยาบาลพพระได้มีแพทย์เฉพาะทางที่มีความเชี่ยวชาญในสาขาต่างๆ เพิ่มขึ้นในแต่ละปี ทำให้โรงพยาบาลมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น มีการพัฒนาในการดูแลผู้ป่วยที่มีการผ่าตัด/หัตถการต่างๆ ที่หลากหลาย และมีทางเลือกในการดูแลรักษาหรือให้การผ่าตัด/หัตถการ เช่น การผ่าตัดโดยการส่องกล้อง เพื่อช่วยให้แผลผ่าตัดมีขนาดเล็กลง ลดอาการบาดเจ็บ ใช้ระยะเวลาในการพักฟื้นน้อย และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตตามปกติได้เร็วขึ้น

เป้าหมายของทีมในการดูแลรักษา คือ การให้บริการผ่าตัดและทำหัตถการอื่นๆในห้องผ่าตัดได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ รวดเร็ว ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการใช้บริการ

ขอบเขตการให้บริการ

ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลพพระให้บริการผู้ป่วยเกี่ยวกับการผ่าตัด/หัตถการ กรณีฉุกเฉิน(Emergency) และ ไม่ฉุกเฉิน (Elective) ในด้านศัลยกรรมทั่วไป สูติกรรม และศัลยกรรมกระดูกและข้อโดยมีการเยี่ยมและประเมินผู้ป่วยก่อนและหลังการเข้ารับบริการผ่าตัด/หัตถการ มีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรค อาการและอาการแสดง แผนการรักษาในการผ่าตัด/หัตถการ การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด/หัตถการ ขณะผ่าตัด/หัตถการ และหลังผ่าตัด/หัตถการ ให้การพยาบาลผู้ป่วยตามแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดตามมาตรฐานวิชาชีพ ให้ความรู้สึกรักษาโดยวิสัญญีแพทย์หรือวิสัญญีพยาบาล ให้การพยาบาลทางวิสัญญีในห้องผ่าตัดและห้องพักฟื้น รวมทั้งให้บริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและการผ่าตัดแผลเล็ก (ODS & MIS) ติดตามอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด/หัตถการใน 24, 48 และ 72 ชั่วโมงตามลำดับ ทั้งนี้ห้องผ่าตัดจะให้บริการแก่ผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุ ตลอด 24 ชั่วโมง ตามมาตรฐานวิชาชีพ

ประเด็นคุณภาพ / เป้าหมายมุ่งเน้น

1. การให้บริการผู้ป่วยในการทำผ่าตัด/หัตถการและให้ยาระงับความรู้สึกอย่างถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ รวดเร็ว ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนสามารถแก้ไขได้อย่างรวดเร็วไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย
2. ห้องผ่าตัด เครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ มีความสะอาด ปราศจากเชื้อ และปลอดภัยได้มาตรฐานตามระบบ IC มีความพร้อมและเพียงพอต่อการใช้งาน
3. การวางแผนการผ่าตัด/หัตถการและการให้ยาระงับความรู้สึก การเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด/หัตถการ ขณะผ่าตัด/หัตถการ และหลังการผ่าตัด/หัตถการ ถูกต้องเหมาะสม
4. การให้ข้อมูลทางสุขภาพ การรักษาและการปฏิบัติตัว มีการสื่อสารที่ถูกต้อง ชัดเจน และมีประสิทธิภาพ
5. ทีมผ่าตัดมีความพร้อม และมีการพัฒนาสมรรถนะ เพื่อเพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติงานด้านการผ่าตัด/หัตถการและการให้ยาระงับความรู้สึกของวิสัญญีพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ

ความเสี่ยงสำคัญ

อันดับ	รายการ	รวมคะแนน (Risk matrix)
1	เสียชีวิตหลังผ่าตัด/หัตถการ ภายใน 48 ชม.	25
2	แผลผ่าตัดติดเชื้อ	12
3	การเตรียมคนไข้ก่อนเข้าห้องผ่าตัดไม่ครบถ้วน	4
4	มีการผ่าตัดผิดคน / ผิดข้าง / ผิดตำแหน่ง	4
5	ความไม่พร้อมของเครื่องมือผ่าตัด	4
5	การลงข้อมูลในใบ set ไม่ครบถ้วน	4

โอกาสพัฒนา

1. เน้นย้ำปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดตามหลัก 3 P safety , surgical safety checklist
2. ส่งฝึกอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการปริศัลยกรรม

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปีปัจจุบัน	ปี 2564	2565	ปี 2566	ปี 2567	2568
ร้อยละความสมบูรณ์ ของการบันทึก Anesthetic record	≥ 85 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
จำนวนผู้ป่วยที่ต้อง Refer ภายใน 24 ชั่วโมง	0	0.61 (10 ราย)	0.29 (3 ราย)	0	0.07 (1 ราย)	0.06 (1 ราย)
อัตราผู้ป่วยเสียชีวิตใน 48 ชั่วโมงหลังรับบริการ วิสัญญี	0	0	0.39 (4 ราย)	0.18 (3 ราย)	0.21 (3 ราย)	0.19 (3 ราย)
อัตราความครอบคลุมของ การเยี่ยมผู้ป่วยหลังรับ บริการวิสัญญี	100 %	100	99.26	100	100	100
จำนวนข้อร้องเรียน พฤติกรรมบริการ	0	0	0	0	0	0
ร้อยละความพึงพอใจด้าน งานวิสัญญี	≥ 85 %	N/A	80	80	80	80

ด้านห้องผ่าตัด

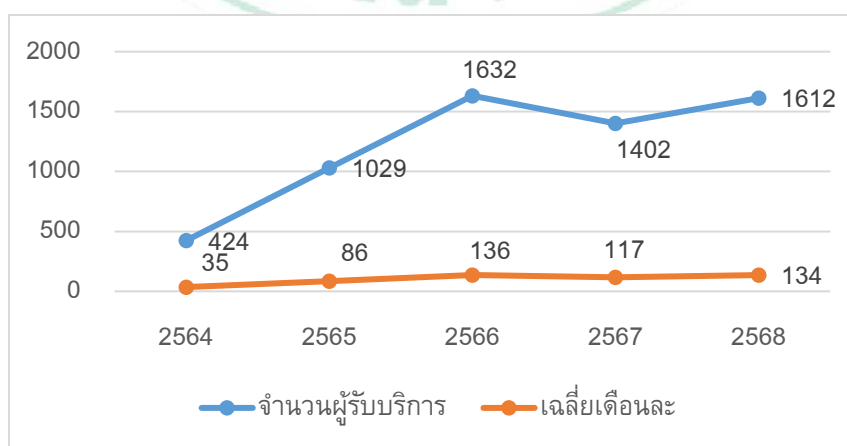
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปีปัจจุบัน	ปี 2564	2565	ปี 2566	ปี 2567	2568
จำนวนอุบัติเหตุการ ผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิด หัตถการทั้งหมด/ ระดับความรุนแรง ระดับ E ขึ้นไป*	0	0	0	0	0	1

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปีปัจจุบัน	ปี 2564	2565	ปี 2566	ปี 2567	2568
อัตราการงด/เลื่อน ผ่าตัด, หัตถการจาก ความไม่พร้อม	< 3 %	4.99	3.59	2.94	5.35	4.59
- ด้านร่างกาย/จิตใจ/ ทิ่มผ่าตัด	0	1.42 / 1.19 / 0 / 0	0.87 / 0.49 / 0 / 0	0.8 / 0.8 / 0 / 0.12	1.85 / 2 / 0 / 0	0.93 / 1.8 / 0 / 0
- เครื่องมืออุปกรณ์/ ห้องผ่าตัด/ทิ่มผ่าตัด	0	0	0.1 , 0 , 0	0.18 , 0 , 0.06	0.07 , 0 , 0.21	0.31 , 1.89 , 0.31
- LAB	0	1.13	0.19	0.36	0.86	0.37
- มี case แทรก , case ไม่เร่งด่วน	0	0 , 0.24 , 0	0.1 , 0.1 , 0	0.06 , 0.12 , 0.43	0 , 0 , 0.36	0 , 0.12 , 0.56
- ด้านวิชาการ	0	0	0	0	0	0.9
อัตราการผ่าตัดซ้ำใน 24 ชม.โดยไม่ได้ วางแผน	0	0	0	0	0	0
อัตราการตกเลือดใน ผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอด	0	0	0	0	0	0
อัตราการเกิดติดเชื้อ แผลผ่าตัด – clean wound - clean	< 2 %	9.24	0.54	1.5	0.8	0.4
อัตราการเสียชีวิตใน ห้องผ่าตัด และ 48 ชั่วโมง หลังการผ่าตัด	0	0	0.39	0.18	0.21	0.19
อุบัติการณ์ลิ่ม Gauze , Swab ไว้ในแผล ผ่าตัด ผู้ป่วย	0	0	0	0	0	0

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมายปีปัจจุบัน	ปี 2564	2565	ปี 2566	ปี 2567	2568
อุบัติการณ์ผู้ป่วยบาดเจ็บจากการผ่าตัด/ เคลื่อนย้ายและใช้เครื่องมือแพทย์	0	0	0	0	0	0
อุบัติการณ์การบาดเจ็บต่ออวัยวะอื่นนอกจากการวางแผนผ่าตัด	0	0	0	0	0	0
อุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุกับเจ้าหน้าที่ขณะผ่าตัด	0	0	0	0	0	0
ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery	≥ 20 %	N/A	45.61	46.66	15.55	13.09
ความพึงพอใจห้องผ่าตัด	≥ 85 %	NA	NA	81.42	92.99	90.62

ข้อมูลเชิงปริมาณ

กราฟแสดงจำนวนผู้รับบริการผ่าตัด/ หัตถการ รพ.พบพระ ย้อนหลัง 5 ปี

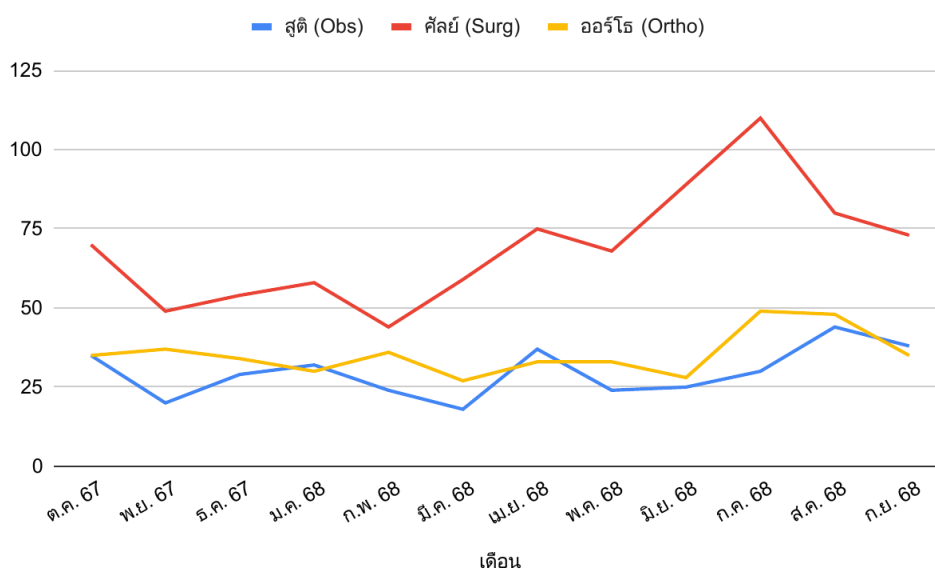


วิเคราะห์

ตั้งแต่ ปี 2564 โรงพยาบาลพบพระเริ่มมีแพทย์เฉพาะทางประจำ 2 สาขา (ศัลยกรรมทั่วไป และสูติ-นรีเวช) ทำให้จำนวนผ่าตัดเพิ่มจาก 424 ราย เป็น 1,029 ราย ในปี 2565 (+143%) ต่อมาเพิ่มอีก 2 สาขา คือ ออร์โธปิดิกส์ และ กุมารเวช ทำให้ผ่าตัดซับซ้อนมากขึ้น และในปี 2566 เพิ่มสาขา อายุรกรรม และ วิสัญญี ครบทีมหลักของห้องผ่าตัด ส่งผลให้การผ่าตัดพุ่งสูงสุด 1,632 ราย (+59%) ส่วนปี 2567-2568 ปริมาณผู้รับบริการคงที่ราว 1,612 ราย แสดงถึงความเสถียรของระบบผ่าตัด

โดยรวมแนวโน้มการให้บริการผ่าตัดของโรงพยาบาลพบพระในช่วง 4 ปี (พ.ศ. 2564-2568) เพิ่มขึ้นกว่า 3 เท่า จาก 424 → 1,612 ราย เฉลี่ยต่อเดือนจาก 35 → 134 ราย สะท้อนถึง การพัฒนาศักยภาพห้องผ่าตัด ความพร้อมของทีมสหสาขา และคุณภาพการบริหารที่เติบโตอย่างต่อเนื่อง

กราฟแสดงจำนวนผู้รับบริการผ่าตัด/ หัตถการ รพ.พบพระ ปี 2568 จำแนกตามสาขาการผ่าตัด



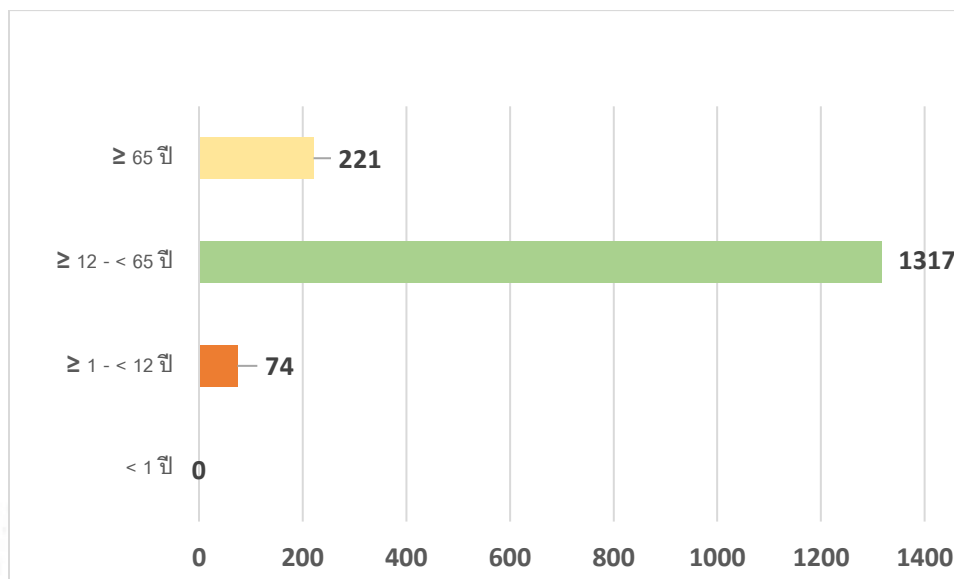
วิเคราะห์

แนวโน้มรายเดือนของผู้รับบริการผ่าตัดปี 2568 แสดงให้เห็นว่าสาขาศัลยกรรมทั่วไป (Surgery) มีจำนวนเคสสูงสุดต่อเนื่องตลอดทั้งปี และเพิ่มขึ้นชัดเจนในช่วงกลางปี ส่วนออร์โธปิดิกส์ (Orthopedic) มีแนวโน้มคงที่แต่ค่อยๆ เพิ่มขึ้นจากผู้ป่วยอุบัติเหตุ ขณะที่งานสูติกรรม (OB-GYN) แม้มีปริมาณเคสน้อยกว่า แต่ให้บริการอย่างสม่ำเสมอตลอดปี สะท้อนถึงความต่อเนื่องของการดูแลกลุ่มสตรีตั้งครรภ์และผู้ป่วยนรีเวช

เมื่อรวมทั้งปี สัดส่วนการผ่าตัดแบ่งเป็น ศัลยกรรมทั่วไป 51.4%, ออร์โธปิดิกส์ 26.4% และสูติกรรม 22.2% แสดงถึงโครงสร้างบริการผ่าตัดที่สมดุล โดยศัลยกรรมยังคงเป็นสาขาหลักของ OR ขณะที่ออร์โธปิดิกส์และ

สตูดิโอช่วยเสริมให้บริการครอบคลุมทั้งผู้ป่วยอุบัติเหตุ สตรีตั้งครรภ์และผู้ป่วยนิเวศ ภาพรวมสะท้อนระบบการบริหารผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพและพัฒนาศักยภาพทีมสหสาขาอย่างต่อเนื่อง

กราฟแสดงจำนวนผู้รับบริการผ่าตัด/ หัตถการ รพ.พบพระ ปี 2568 จำแนกตามช่วงอายุ

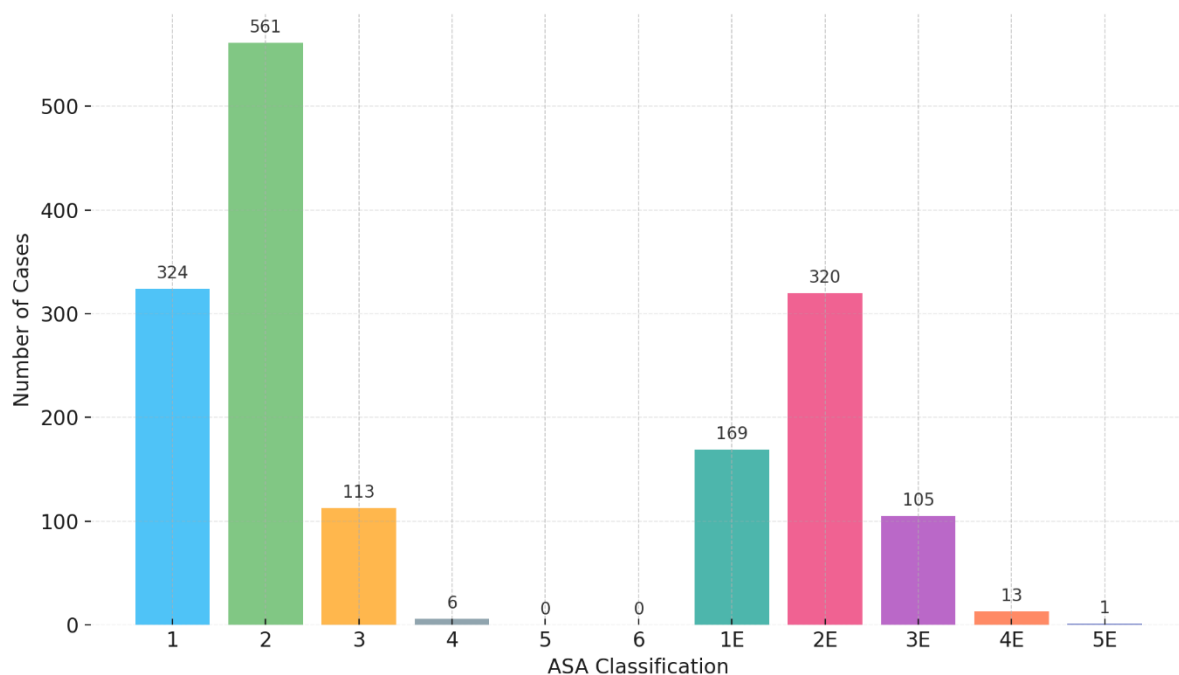


วิเคราะห์

ผู้รับบริการผ่าตัดของโรงพยาบาลพบพระ ปี 2568 ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยทำงานถึงผู้สูงอายุช่วงอายุ 12- <65 ปี จำนวน 1,317 ราย (78.7%) ซึ่งเป็นสัดส่วนสูงที่สุดของทั้งหมด สะท้อนถึงความต้องการรับบริการผ่าตัดจากโรคที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิต เช่น ศัลยกรรมทั่วไป อุบัติเหตุ และสตูดิโอ กลุ่มนี้เป็นกำลังหลักของสังคมที่ต้องกลับไปใช้ชีวิตและทำงานได้รวดเร็วหลังผ่าตัด จึงต้องการระบบฟื้นฟูและดูแลหลังผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ

ขณะที่กลุ่มผู้สูงอายุ ≥65 ปี มีจำนวน 221 ราย (13.2%) และกลุ่มเด็ก 1- <12 ปี จำนวน 74 ราย (4.4%) แนวโน้มดังกล่าวแสดงให้เห็นการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่ต้องรับการผ่าตัดจากโรคเรื้อรังหรือภาวะเสื่อมตามอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการมีแพทย์เฉพาะทางด้าน อายุรกรรม ช่วยดูแลผู้ป่วยที่มีโรคร่วมซับซ้อน และการมี กุมารแพทย์ ที่สามารถดูแลผู้ป่วยเด็กในกลุ่มอายุต่าง ๆ ได้อย่างปลอดภัย

กราฟแสดงจำนวนผู้รับบริการผ่าตัด/ หัตถการ รพ.พบพระ ปี 2568 จำแนกตาม ASA classification

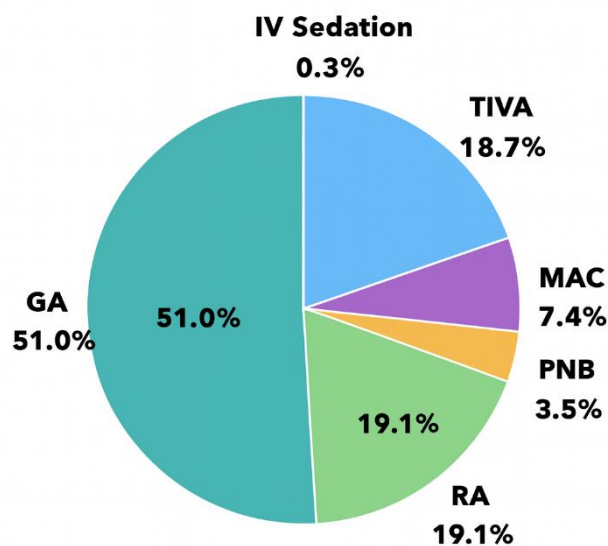


วิเคราะห์

ผู้ป่วยกลุ่ม ASA 1–2 รวม 82% เป็นผู้ป่วยสุขภาพดีหรือมีโรคประจำตัวที่ควบคุมได้ดี สะท้อนถึงระบบคัดกรองและการเตรียมก่อนผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ ขณะที่กลุ่ม ASA 3–5 รวม 17% เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะสุขภาพซับซ้อนหรือมีโรคร่วมหลายระบบ ต้องได้รับการดูแลใกล้ชิดจากทีมสหสาขา โดยเฉพาะแพทย์ อายุรกรรม กุมารแพทย์ และวิสัญญีแพทย์ในการประเมินความเสี่ยงและดูแลระหว่างผ่าตัด

นอกจากนี้ ผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉิน (Emergency) คิดเป็น 37.7% ของทั้งหมด สะท้อนบทบาทสำคัญของโรงพยาบาลชายแดนในการรองรับภาวะฉุกเฉินจากอุบัติเหตุ สุนัขกรรมเร่งด่วน และภาวะฉุกเฉินอื่น ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

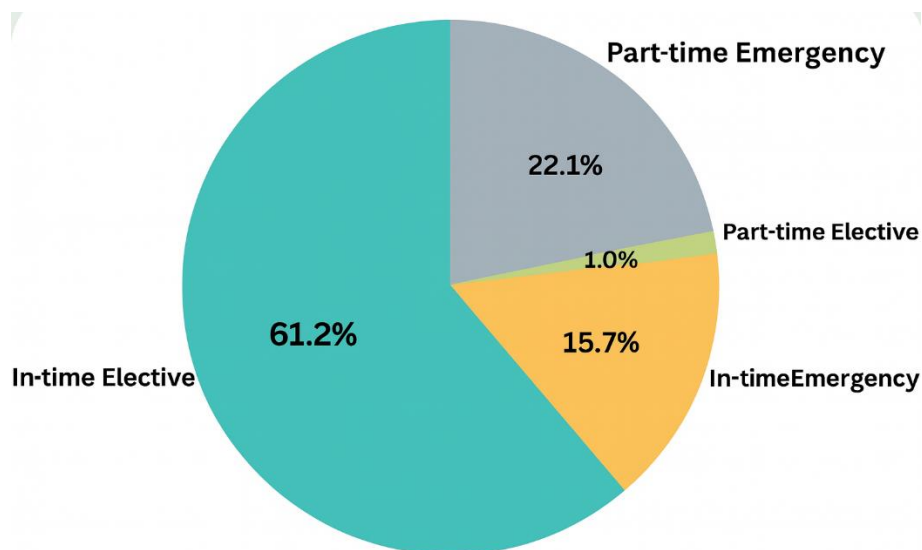
กราฟแสดงจำนวนผู้รับบริการผ่าตัด/ หัตถการ รพ.พพระ ปี 2568 จำแนกตามการระงับความรู้สึก



วิเคราะห์

สัดส่วนการระงับความรู้สึกปี 2568 พบว่า การดมยาสลบ (GA) เป็นวิธีหลัก 51% รองลงมาคือ การบล็อกไขสันหลัง (RA) 19.1% และการให้ยาสลบทางหลอดเลือดดำ (TIVA) 18.7% สะท้อนถึงศักยภาพของทีมีวิสัญญีในการดูแลผ่าตัดใหญ่และซับซ้อนอย่างปลอดภัย ขณะที่เทคนิคอื่น เช่น MAC (Monitored Anesthesia Care) 7.4%, PNB (Peripheral Nerve Block) 3.5% และ IV Sedation 0.3% แสดงถึงความหลากหลายของวิธีระงับความรู้สึกที่เลือกใช้ตามความเหมาะสมของหัตถการ โดยมีวิสัญญีแพทย์ประจำโรงพยาบาลพพระ ทำหน้าที่ประเมิน วางแผน และควบคุมการให้ยาทุกราย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดอย่างปลอดภัยและมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ

กราฟแสดงจำนวนผู้รับบริการผ่าตัด/ หัตถการ รพ.พบพระ ปี 2568 จำแนกตามระดับความฉุกเฉิน

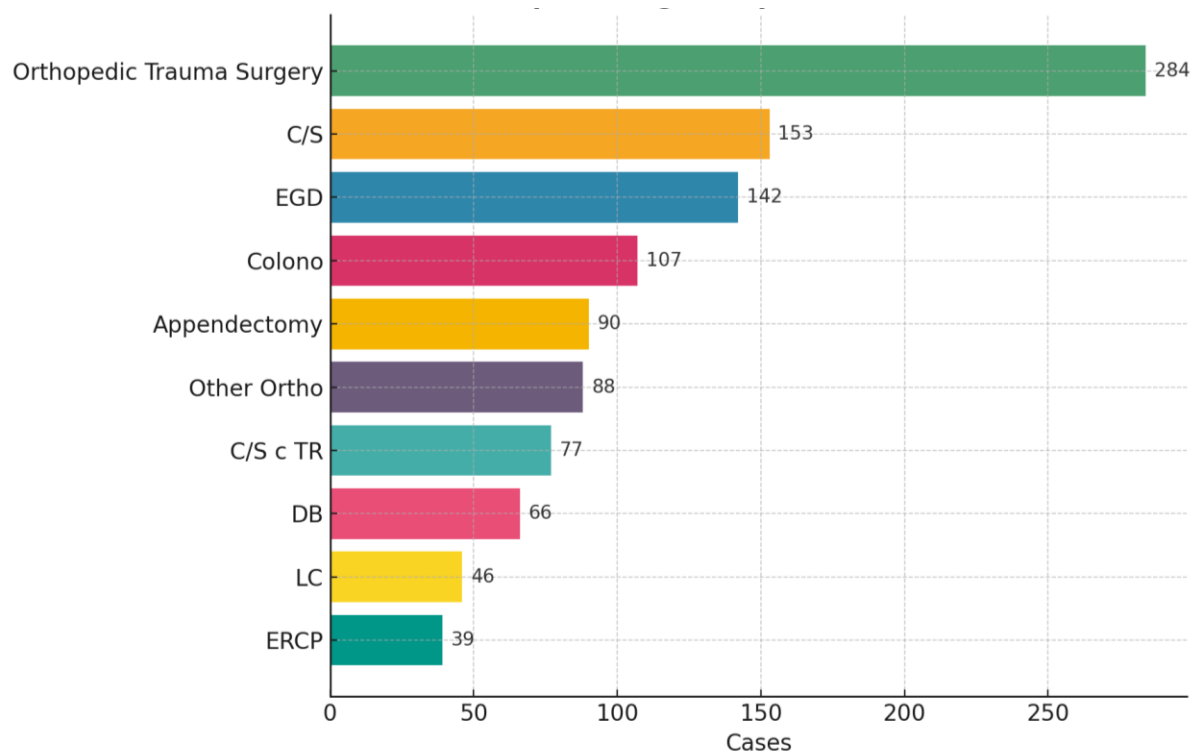


วิเคราะห์

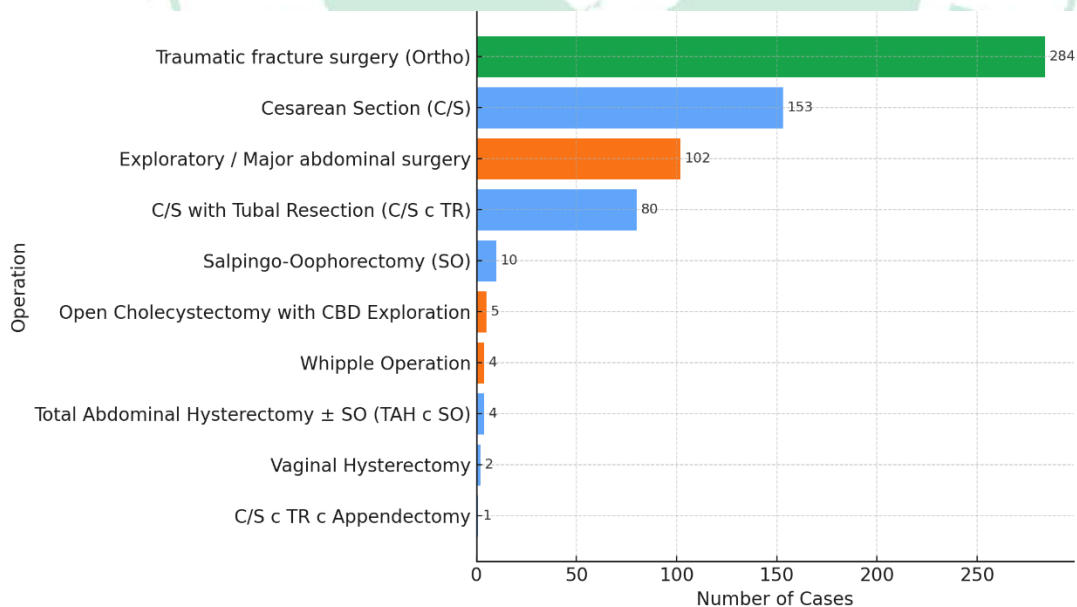
สัดส่วนการผ่าตัดตามแผนในเวลา (In-time Elective) สูงสุด 61.2% สะท้อนถึงการบริหารจัดการห้องผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ ทั้งด้านบุคลากรและระบบงาน โดยมีทีมพยาบาลห้องผ่าตัด วิทยาลัยพยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ และแพทย์ผ่าตัด 3 สาขาหลัก ได้แก่ สูติ-นรีเวช ศัลยกรรมทั่วไป และออร์โธปิดิกส์ ภายใต้การดูแลของวิสัญญีแพทย์ที่ประเมินและควบคุมความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

กลุ่มผ่าตัดฉุกเฉิน (Emergency) ทั้งในและนอกเวลา รวม 37.8% แสดงถึงความพร้อมของทีมสหสาขาที่ปฏิบัติงานตลอด 24 ชั่วโมง รองรับอุบัติเหตุ เหตุฉุกเฉินทางศัลยกรรม และศัลยกรรมเร่งด่วนได้อย่างทันท่วงที ส่วนผ่าตัดตามแผนนอกเวลา (Part-time Elective) เพียง 1% บ่งชี้ถึงการบริหารคิวผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพสูง ลดภาระงานนอกเวลาและคงมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วยได้ดี

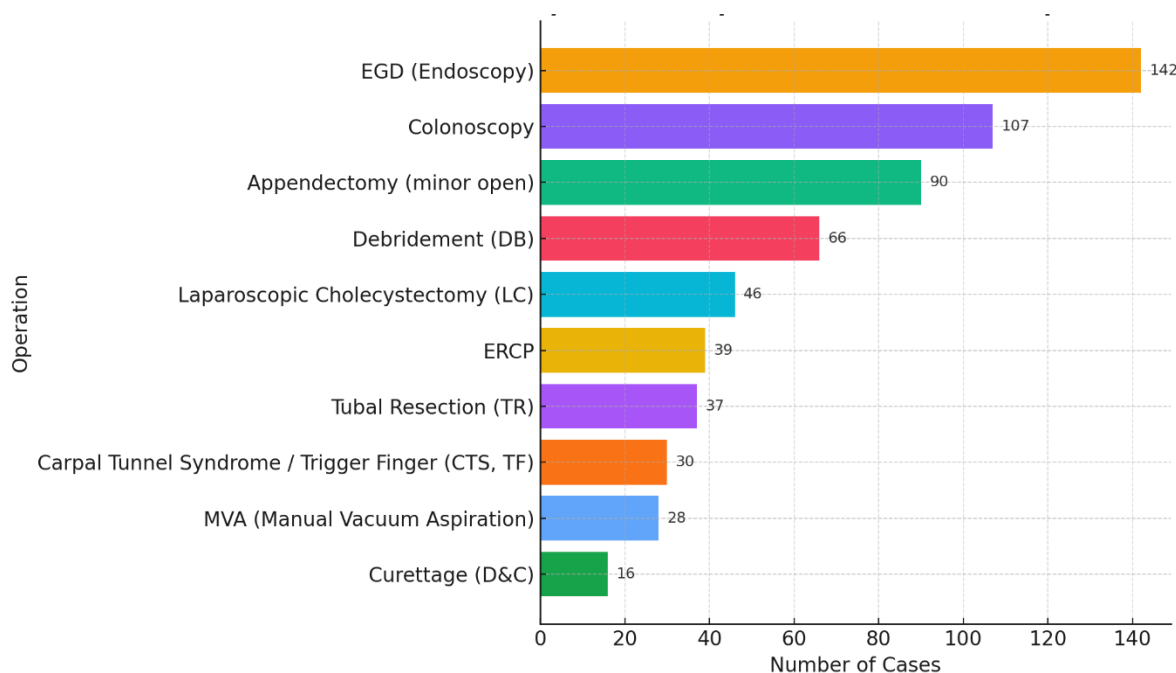
กราฟแสดง 10 อันดับการผ่าตัด/หัตถการ รพ.พบพระ ปี 2568 (รวม 3 สาขา)



กราฟแสดงจำนวนผู้รับบริการผ่าตัด/หัตถการ รพ.พบพระ ปี 2568 จำแนกตาม major operation (การผ่าตัดใหญ่)



กราฟแสดงจำนวนผู้รับบริการผ่าตัด/หัตถการ รพ.พพระ ปี 2568 จำแนกตาม minor operation (การผ่าตัดเล็ก)



วิเคราะห์ ภาพรวม 3 สาขาหลักของห้องผ่าตัด โรงพยาบาลพพระ ปี 2568

ปี 2568 โรงพยาบาลพพระให้บริการผ่าตัดรวม 1,612 ราย แบ่งเป็น ศัลยกรรมทั่วไป 51.4%, ออร์โธปิดิกส์ 26.4% และสูติ-นรีเวช 22.2% เมื่อจำแนกประเภทแล้วพบว่า เป็นการผ่าตัดใหญ่ 39.5% (636 ราย) และการผ่าตัดเล็ก 60.5% (976 ราย) สะท้อนโครงสร้างบริการที่สมดุลและครอบคลุมทั้งโรคทั่วไป อุบัติเหตุ และงานสูติ-นรีเวช

ศัลยกรรมทั่วไป เป็นสาขาหลักของ OR มีจุดแข็งด้านการส่องกล้องรักษา (EGD, Colonoscopy รวมกว่า 240 ราย) และผ่าตัดไส้ติ่ง-ถุงน้ำดีแบบส่องกล้อง ช่วยลดการส่งต่อและฟื้นตัวเร็ว ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยทำงานที่ต้องกลับไปใช้ชีวิตและทำงานได้รวดเร็วหลังผ่าตัด

ออร์โธปิดิกส์ มีภาระงานเด่นจากอุบัติเหตุชายแดน โดยผ่าตัดกระดูกหักและบาดเจ็บรุนแรง 284 ราย (66.8%) เช่น ORIF และ External Fixator สะท้อนศักยภาพของทีมแพทย์และทีมห้องผ่าตัดที่ดูแลเคสซับซ้อนอย่างปลอดภัยและต่อเนื่อง

สูติ-นรีเวช เป็นหัวใจของบริการปลอดภัย มีผ่าตัดคลอดและทำหมันหลังคลอดรวม 233 ราย (65.1%) จากทั้งหมด 358 ราย รวมถึงผ่าตัดรักษาโรคนรีเวชซับซ้อนเพิ่มขึ้น เช่น SO และ TAH แสดงถึงศักยภาพในการดูแลครอบคลุมตั้งแต่การตั้งครรภ์จนถึงโรคสตรี

ภาพรวมทั้งสามสาขาทำงานเชื่อมโยงกันเป็นระบบเดียว ทีม OR มีความพร้อมด้านวิสัญญีและพยาบาลห้องผ่าตัด ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยทั้งแบบวางแผนและฉุกเฉินได้อย่างปลอดภัย โดยมีผู้ป่วย ASA 1-2 ถึง 82%

สะท้อนคุณภาพการคัดกรองและการเตรียมก่อนผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลพบพระก้าวสู่ระบบบริการที่ครบวงจร มั่นคง และยั่งยืน

ตารางแสดงการผ่าตัด/หัตถการ 10 อันดับ รวมการผ่าตัดใหญ่ (major) และการผ่าตัดเล็ก (minor)

สาขาศัลยกรรมทั่วไป (General Surgery)

ลำดับ	Operation	ประเภท	จำนวน (ราย)
1	EGD (ส่องกล้องกระเพาะอาหาร)	Minor	142
2	Colonoscopy (ส่องกล้องลำไส้ใหญ่)	Minor	107
3	Appendectomy	Minor	90
4	Debridement (DB)	Minor	66
5	Laparoscopic Cholecystectomy (LC)	Minor	46
6	ERCP	Minor	39
7	Hernia repair	Minor	29
8	Excision (lipoma, breast, biopsy, abdomen, neck)	Minor	26
9	Amputation (BKA, AKA, finger, toe)	Minor	18
10	Excision fistula / Abscess drainage / Anal lesion	Minor	15

วิเคราะห์

สาขาศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลพบพระ มีผ่าตัดรวม 829 ราย แบ่งเป็น ผ่าตัดเล็ก 727 ราย (87.7%) และผ่าตัดใหญ่ 102 ราย (12.3%) โครงสร้างงานเน้นบริการส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร (EGD, Colonoscopy) รวมกว่า 249 ราย สะท้อนศักยภาพในการวินิจฉัยและรักษาโรคทางเดินอาหารได้ครบวงจรโดยไม่ต้องส่งต่อ

ผ่าตัดเล็กส่วนใหญ่เป็น Appendectomy, LC, ERCP, Hernia repair และ Debridement สะท้อนความพร้อมดูแลโรคทั่วไปและภาวะฉุกเฉินได้ตลอด 24 ชั่วโมง ส่วนผ่าตัดใหญ่ เช่น Exploratory laparotomy, Whipple operation, LAR และ Open CBD exploration แสดงถึงขีดความสามารถในการผ่าตัดซับซ้อนระดับสูงของทีมสหสาขา ภาพรวมสะท้อนการพัฒนาไปสู่ระบบศัลยกรรมที่ครบวงจร ปลอดภัย และฟื้นตัวเร็ว ผสานเทคโนโลยีส่องกล้องเข้ากับศักยภาพทีมผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพและต่อเนื่อง

ตารางแสดงการผ่าตัด/หัตถการ 8 อันดับ รวมการผ่าตัดใหญ่ (major) และการผ่าตัดเล็ก (minor)

สาขาศัลยกรรมกระดูกและข้อ (orthopedic)

ลำดับ	Operation	ประเภท (Type)	จำนวน (ราย)
1	Traumatic fracture surgery (<i>Fracture fixation, ORIF, Debridement, Amputation, External fixator</i>)	Major	284
2	Removal of K-wire / plate & screw / implant (Minor)	Minor	45
3	Excision / Biopsy of soft tissue lesion (Minor)	Minor	26
4	Abscess drainage / Small wound exploration (Minor)	Minor	20
5	Application of splint under anesthesia (Minor)	Minor	18
6	Foreign body removal / wound revision / nail extraction (Minor)	Minor	12
7	Tendon / Nerve repair (Minor)	Minor	9
8	Arthrotomy / Joint procedures (Minor scope)	Minor	7

วิเคราะห์

กลุ่มผู้ป่วยอุบัติเหตุและกระดูกหัก (trauma & fracture) เป็นภาระงานหลักของศัลยกรรมกระดูกและข้อ โดยปีงบประมาณ 2568 มีสัดส่วนสูงถึง 66.8% ของผ่าตัดทั้งหมด (284 จาก 425 ราย) สะท้อนบทบาทสำคัญของโรงพยาบาลพพระในการดูแลผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุในพื้นที่ชายแดนที่มีความเสี่ยงสูง การผ่าตัดส่วนใหญ่เป็นบริเวณ แขนและมือ (Upper limb) 224 ราย คิดเป็น 52.7%, รองลงมาคือ ขาและข้อเท้า (Lower limb) 181 ราย 42.6% สะโพกและเชิงกราน (Pelvis/Hip) 15 ราย 3.25% และกระดูกสันหลัง (Spine) 5 ราย 1.2% แสดงถึงความหลากหลายของตำแหน่งการบาดเจ็บที่ต้องได้รับการดูแลเฉพาะทางและการใช้เทคนิคผ่าตัดที่หลากหลาย

เมื่อพิจารณาตามประเภท พบว่าการผ่าตัดใหญ่ (Major operation) มีสัดส่วนสูงถึง 66.8% (284 ราย) เช่น ORIF แขน ขา ข้อเท้า การใส่ External Fixator และการผ่าตัดเชิงกราน ซึ่งต้องใช้ทักษะและเครื่องมือเฉพาะทาง ส่วนการผ่าตัดเล็ก (Minor operation) มีสัดส่วน 33.2% (141 ราย) เช่น การถอดเหล็กหรือผ้าก๊อมนเนื้อ สะท้อนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องหลังผ่าตัดใหญ่ โดยภาพรวมแสดงให้เห็นถึงขีดความสามารถของโรงพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุอย่างครบวงจร ตั้งแต่ระยะเฉียบพลันจนถึงการฟื้นฟู ช่วยลดการส่งต่อและยกระดับคุณภาพบริการศัลยกรรมกระดูกและข้อได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ตารางแสดงการผ่าตัด/หัตถการ 10 อันดับ รวมการผ่าตัดใหญ่ (major) และการผ่าตัดเล็ก (minor)

สาขาสตรีเวช (OB-GYN)

ลำดับ	Operation	Type	จำนวน (ราย)
1	Cesarean Section (C/S)	Major	153
2	Cesarean Section with Tubal Resection (C/S c TR)	Major	80
3	Tubal Resection (TR)	Minor	37
4	MVA (Manual Vacuum Aspiration)	Minor	28
5	Curettage (D&C)	Minor	16
6	Salpingo-Oophorectomy (SO)	Major	10
7	Total Abdominal Hysterectomy ± SO (TAH c SO)	Major	4
8	Vaginal Hysterectomy	Major	2
9	C/S c TR c Appendectomy (combined case)	Major	1
10	Other minor procedures (Evacuation / D&E / biopsy / exam)	Minor	27

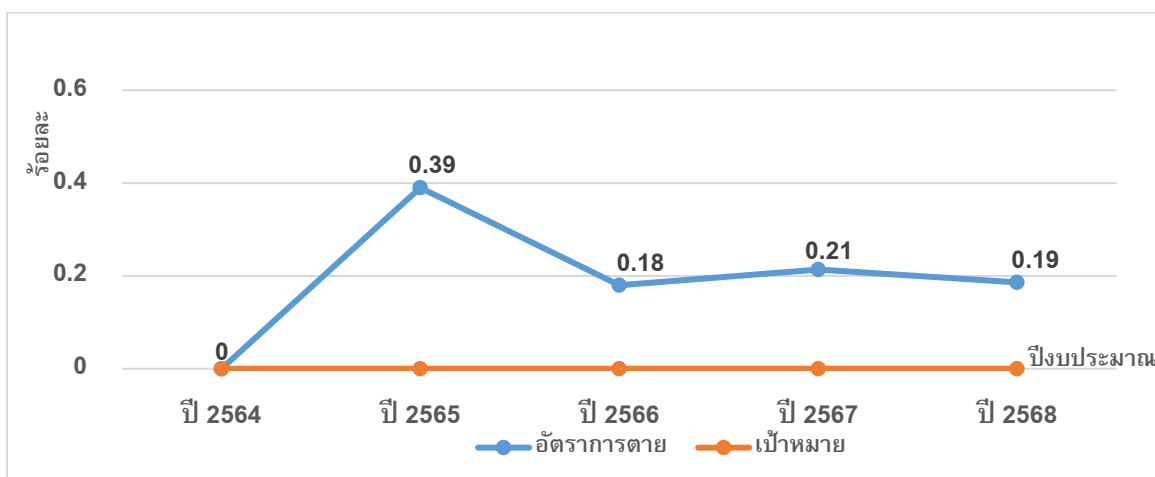
วิเคราะห์

สาขาสตรีเวช มีภาระงานหลักจากการผ่าตัดคลอด (Cesarean Section – C/S) และผ่าตัดคลอดร่วมทำหมัน (C/S with TR) รวม 233 ราย จากทั้งหมด 358 ราย (65.1%) คิดเป็นกว่า 90% ของผ่าตัดใหญ่ทั้งหมด สะท้อนบทบาทสำคัญของบริการสูติกรรมในโรงพยาบาล พบว่าผ่าตัดใหญ่ (Major Operation) มี 250 ราย (69.8%) และผ่าตัดเล็ก (Minor Operation) 108 ราย (30.2%)

การผ่าตัดเล็กส่วนใหญ่ ได้แก่ Tubal Resection (37 ราย), MVA (28 ราย) และ D&C (16 ราย) แสดงถึงบริการนรีเวชทั่วไปและการจัดการภาวะแทรกซ้อนระยะต้นของการตั้งครรภ์ ขณะที่การผ่าตัดใหญ่ เช่น SO, TAH และ VH เป็นการรักษานรีเวชที่ซับซ้อนขึ้น สรุปภาพรวมสะท้อนศักยภาพทีมสูติ-นรีเวชในการดูแลครบวงจร ตั้งแต่การคลอดจนถึงการรักษาโรคนรีเวชในระดับโรงพยาบาลชุมชน

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

กราฟแสดงอัตราการเสียชีวิตในห้องผ่าตัด และ 48 ชั่วโมง หลังการผ่าตัด ย้อนหลัง 5 ปี



วิเคราะห์

จากการทบทวนอัตราการเสียชีวิตในห้องผ่าตัดและภายใน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดย้อนหลัง 5 ปี พบว่า ปี 2565 มีอัตราสูงสุดที่ 0.39% (เป้าหมาย = 0) สาเหตุหลักคือผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะบาดเจ็บรุนแรง เสียเลือดมาก หรือมีโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงความไม่พร้อมของทีมช่วยชีวิต (CPR) ในห้องผ่าตัด ต่อมา มีการปรับปรุงระบบการดูแลร่วมกันระหว่างแพทย์ วิสัญญี และพยาบาล ทำให้อัตราการเสียชีวิตลดลงอย่างชัดเจนในปีถัดมา

ช่วงปี 2566–2568 อัตราเสียชีวิตตรงตัวในระดับต่ำ (0.18–0.21%) แต่ยังไม่ถึงเป้าหมาย ผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มบาดเจ็บหลายระบบ (Multiple trauma) และผู้ป่วยที่มีภาวะ ASA \geq 3E ซึ่งมีความเสี่ยงสูง ทีม OR จึงดำเนินการทบทวนกรณีเสียชีวิตทุก 2 เดือนร่วมกับทีม PCT เพื่อวิเคราะห์สาเหตุและปรับปรุงการดูแลในทุกช่วงของการผ่าตัด รวมถึงการฝึกซ้อม CPR ประจำปี เพื่อเพิ่มความพร้อมของบุคลากรและลดความสูญเสียให้น้อยที่สุดในอนาคต

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปีปัจจุบัน	ปี 2564	2565	ปี 2566	ปี 2567	2568
จำนวนอุบัติการณ์การ ผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิด หัตถการทั้งหมด/ ระดับความรุนแรง ระดับ E ขึ้นไป*	0	0	0	0	0	1

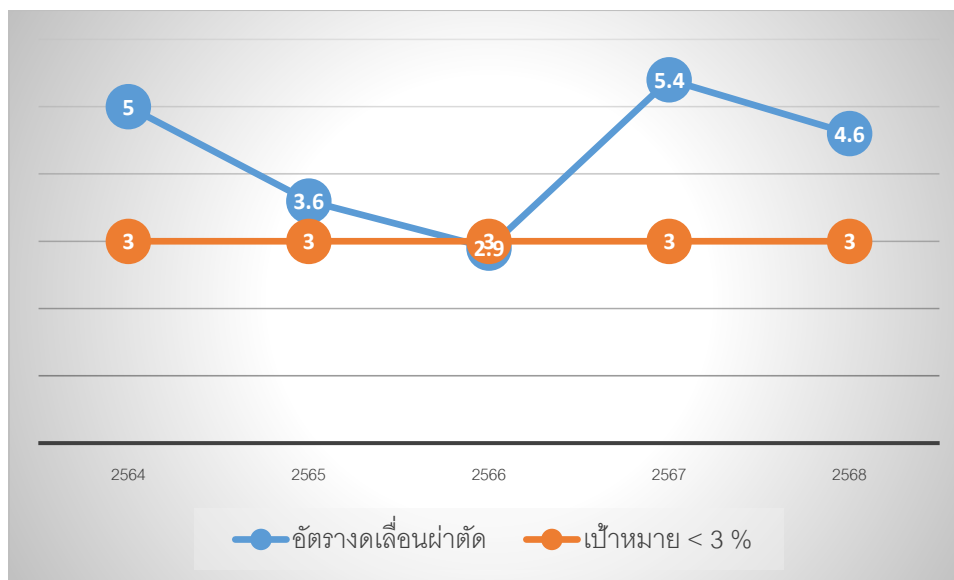
วิเคราะห์

จากการทบทวนตัวชี้วัดจำนวนอุบัติการณ์การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการทั้งหมด/ระดับความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป ตั้งแต่ปี 2564-2567 ไม่พบอุบัติการณ์ผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการทั้งหมด และในปี 2568 พบมีอุบัติการณ์ผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการทั้งหมด/ระดับความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป เท่ากับ 1 จากการทบทวน พบว่า ผู้ป่วยมีชื่อใกล้เคียงกัน และบุคลากรในห้องผ่าตัดไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยห้องผ่าตัดตามหลัก surgical safety checklist และ identify ผู้ป่วย ไม่ครบถ้วน

แนวทางแก้ไข/การพัฒนา:

1. เน้นย้ำบุคลากรห้องผ่าตัดปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยตามหลัก 3 P safety , surgical safety checklist
2. เน้นย้ำการ identify ผู้ป่วยทุกครั้ง กรณีที่ผู้ป่วยพูดภาษาไทยไม่ได้ ให้ตามล่ามาแปล เพื่อให้การสื่อสารเป็นไปด้วยความราบรื่น

กราฟแสดงอัตราคง เลื่อนผ่าตัด/หัตถการ ย้อนหลัง 5 ปี



วิเคราะห์

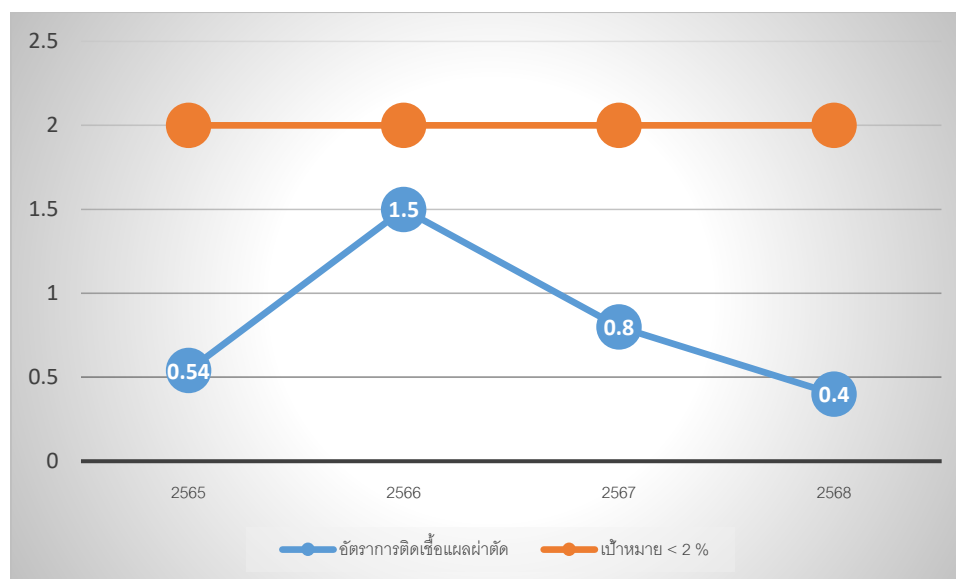
จากการทบทวนอัตราการคง-เลื่อนผ่าตัดย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2564-2568) พบว่า อัตราามีแนวโน้ม ผันผวน โดยปี 2564 อยู่ในระดับสูงสุดที่ 5% เนื่องจากโรงพยาบาลอยู่ในช่วงพัฒนาระบบผ่าตัด เริ่มมีแพทย์เฉพาะทางประจำการ และได้รับผลกระทบจากสถานการณ์โควิด-19 ต่อมาในปี 2565-2566 อัตราลดลงเหลือ 3.6% และ 2.9% สะท้อนถึงการพัฒนาระบบการเตรียมผู้ป่วยและความพร้อมของทีมผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ในปี 2567 อัตราเลื่อนผ่าตัดกลับเพิ่มขึ้นเป็น 5.4% ก่อนลดลงอีกครั้งในปี 2568 เหลือ 4.6% ซึ่งยังสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด (<3%)

จากการวิเคราะห์ปี 2568 พบว่ามีจำนวนการคง-เลื่อนผ่าตัดรวม 74 ราย คิดเป็นอัตรา 4.6% โดยสาเหตุหลักมาจากผู้รับบริการ 3.10% (50 ราย) ส่วนใหญ่ไม่พร้อมก่อนผ่าตัด เช่น ความดันโลหิตสูง ค่าผลตรวจผิดปกติหรือไม่มาตามนัด รองลงมา คือ เครื่องมือ/ห้องผ่าตัด/ทีมผ่าตัด 0.81% (13 ราย) จากปัญหาการชำรุดหรือความไม่พร้อมของเครื่องมือ ห้องผ่าตัดไม่ว่างเนื่องจากติดเคส หรือทีมไม่ครบ และความไม่พร้อมของระบบการจัดการ 0.68% (11 ราย) เช่น การจัดคิวผ่าตัดทับซ้อนหรือการประสานงานล่าช้า ห้องผ่าตัดได้ปรับปรุงแนวทางเตรียมผู้ป่วย ตรวจสอบเครื่องมือ และจัดลำดับการผ่าตัดตามความเร่งด่วน เพื่อควบคุมอัตราการคงให้อยู่ในระดับต่ำกว่า 3% ต่อปี

แนวทางแก้ไข/การพัฒนา:

ทบทวนการคง/เลื่อนผ่าตัด, หัตถการจากความไม่พร้อม เพื่อพัฒนาระบบการให้บริการการผ่าตัด/หัตถการต่อไป

กราฟแสดงอัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด ย้อนหลัง 4 ปี



วิเคราะห์

จากการทบทวนอัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด ของโรงพยาบาลพพระในช่วง 4 ปี (พ.ศ. 2565–2568) พบว่า ช่วงปี 2565 พบอัตราการติดเชื้ออยู่ที่ 0.54% ซึ่งถือว่าต่ำกว่าเกณฑ์อย่างมาก แสดงถึงระบบควบคุมการติดเชื้อที่มีประสิทธิภาพ แต่ในปี 2566 มีการเพิ่มขึ้นชัดเจนเป็น 1.5% ซึ่งอาจสัมพันธ์กับจำนวนผ่าตัดที่เพิ่มขึ้นและความซับซ้อนของหัตถการ เช่น การผ่าตัดใหญ่ หรือผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง หลังจากนั้น โรงพยาบาลได้ดำเนินมาตรการปรับปรุงคุณภาพ ทั้งด้านการล้างมือ การใช้ยาปฏิชีวนะก่อนผ่าตัด (antibiotic prophylaxis) ฝ้าระวังการติดเชื้อในหอผู้ป่วย รวมทั้งเน้นบุคลากรในห้องผ่าตัดปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อในห้องผ่าตัด ส่งผลให้อัตราการติดเชื้อลดลงอย่างต่อเนื่องในปี 2567 เหลือ 0.8% และในปี 2568 ลดลงเหลือเพียง 0.4% ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมาย (<2%) และสะท้อนถึงความยั่งยืนของระบบควบคุมการติดเชื้อในห้องผ่าตัด โดยสรุป แนวโน้มดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงการพัฒมาอย่างต่อเนื่อง (CQI) ของทีม OR และ ICN ที่สามารถควบคุมอัตราการติดเชื้อให้อยู่ในระดับปลอดภัยได้อย่างมั่นคง เป็นหลักฐานของมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดที่ปลอดภัยและมีคุณภาพ

แนวทางแก้ไข/การพัฒนา:

เน้นย้ำบุคลากรปฏิบัติตามแนวทางการติดเชื้อในห้องผ่าตัด

ฝ่ายงานควบคุมการติดเชื้อและจ่ายกลาง / ซักฟอก

หน้าที่และเป้าหมาย

งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยมีหน้าที่ คือ

1. เผื่อระวางการติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องในทุกหน่วยงาน โดยเฉพาะพื้นที่เสี่ยง ได้แก่ OPD ER LR OR IPD ICU และมีการนำข้อมูลไปใช้ในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในหน่วยงาน
2. ให้ความรู้บุคลากรทุกระดับของโรงพยาบาลและสถานพยาบาลในเครือข่าย เกี่ยวกับการป้องกันโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล
3. ดูแลให้บุคลากรของโรงพยาบาลและสถานพยาบาลในเครือข่าย ได้รับการดูแลสุขภาพและได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคอย่างเหมาะสม
4. ดูแลและเผื่อระวางสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลและสถานพยาบาลในเครือข่าย ให้มีความปลอดภัยไม่เป็นแหล่งแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่ และชุมชน

เป้าหมาย คือ ผู้รับบริการ และบุคลากรปลอดภัยจากการติดเชื้อ และไม่เป็นแหล่งแพร่กระจายเชื้อสู่สิ่งแวดล้อมและชุมชน

ขอบเขตของการให้บริการ: (Scope of Service)

1. ผู้รับบริการทุกคนที่มารับบริการในโรงพยาบาล
2. ผู้ให้บริการ ได้แก่ บุคลากรทุกคนในโรงพยาบาล
3. อุปกรณ์และสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลและสถานพยาบาลในเครือข่าย
4. เตรียมพร้อมรับการระบาดของโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ

ประเด็นคุณภาพ / เป้าหมายมุ่งเน้น

1. ผู้รับบริการทุกคนที่มารับบริการในโรงพยาบาล ปลอดภัยจากการติดเชื้อในรพ.
2. ผู้ให้บริการ ได้แก่ บุคลากรทุกคนในโรงพยาบาล ไม่ติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน
3. อุปกรณ์และสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลและสถานพยาบาลในเครือข่าย สะอาดและปลอดภัย ไม่เป็นแหล่งแพร่กระจายเชื้อสู่ชุมชน

ความเสี่ยงสำคัญ

1. เชื้อดื้อยาในรพ.และในชุมชน
2. การทำ Antibioqram
3. การเตรียมความพร้อมรับมือกับโรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ

โอกาสพัฒนา

-ส่งฝึกอบรมหลักสูตร IC สัปดาห์ จนครบทุกคน เพื่อพัฒนาความรู้ของ ICWN ในการรองรับการขยายตัว
โรงพยาบาล

ตัวชี้วัด (KPI) และผลลัพธ์ของการดำเนินการ

ข้อมูลเชิงปริมาณ

ลำดับ	รายการข้อมูล	เกณฑ์ชี้วัด	64	65	66	67	68
1	อัตราการติดเชื้อใน รพ. (ต่อ 1000 วันนอน)	< 1 ครั้ง	0.2	0.41	0.78	0.66	0.87
2	- CA-UTI (ต่อ 1,000 วันใส่สายสวน)	< 1 ครั้ง	0.47	0.46	0	0.77	0.57
3	- SSI (ต่อ 100 การผ่าตัด)	< 1%	0	0.88	1.81	1.01	0.73
4	การติดเชื้อที่แผล clean wound (ต่อ 100 การผ่าตัด)	< 1%	0	0.34	1.6	1.08	0.65
5	VAP (ต่อ 1000 วันใส่เครื่องช่วยหายใจ)	< 1%	0	0	0	1.16	3.68
6	HAP (ต่อ 1000 วันนอน)	< 0.5%	0	0	0	0.12	0.2
7	- Episiotomy infection (ต่อ 100 Episiotomy)	< 1%	0	0	0	0	0.47
8	อัตราการติดเชื้อดื้อยาใน รพ.	< 1 ครั้ง	0	0.043	0.23	0.33	0.28
9	บุคลากรตรวจสุขภาพประจำปี	100%	100%	100	100	100	100
10	บุคลากรติดเชื้อวัณโรคจากการทำงาน	0	0	0	0.33	0	0
11	บุคลากรได้รับอุบัติเหตุจากของมีคมและสารคัดหลั่ง	< 2%	1.82	1.39	0.33	2.25	4.29

วิเคราะห์งาน: ในช่วงไตรมาสที่ 3 ปี 2565 โรงพยาบาลพบพระ ได้มีแพทย์เฉพาะทางด้านศัลยกรรม กลับมาปฏิบัติงาน จำนวน 1 ท่าน และปี 2566 มีแพทย์เฉพาะทางด้านกระดูกและข้อ 1 ท่าน แพทย์เฉพาะทาง เด็ก 1 ท่าน แพทย์เฉพาะทางสูติกรรม 1 ท่าน และแพทย์อายุรกรรม 1 ท่าน ผู้ป่วยที่มารับบริการมีอาการซับซ้อน มากขึ้น และในปีงบประมาณ 2568 โดยมีคลินิกแพทย์เฉพาะทางเปิดให้บริการแพทย์เฉพาะทางเพิ่มเป็น 6 สาขา ได้แก่ อายุรกรรม ศัลยกรรม กุมารเวชกรรม ศัลยกรรมกระดูกและข้อ เวชศาสตร์ครอบครัว และรังสีวิทยา การให้บริการที่เพิ่มมากขึ้นทำให้ศักยภาพในการให้บริการผู้ป่วยเฉพาะทางเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะโรคที่มีความยุ่งยาก ซับซ้อนมากขึ้น ผู้รับบริการเพิ่มขึ้น อีกทั้งเหตุการณ์ต่างๆที่มีความเฉพาะเจาะจงและมีความเสี่ยงสูงเพิ่มขึ้น ทำให้ ผู้รับบริการมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มขึ้น จึงส่งผลให้อัตราการติดเชื้อในภาพรวมของโรงพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น และจากภาระงานที่มีความเฉพาะทางมากขึ้นก็ส่งผลให้บุคลากรมีความเสี่ยงต่อการได้รับอุบัติเหตุจากการ ปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นเช่นกัน ดังอุบัติเหตุการณที่ได้รายงาน ดังนั้น ในปีงบประมาณ 2569 จึงได้ทำแผนการประชุม

แลกเปลี่ยนเรียนรู้การได้รับอุบัติเหตุจากของมีคมหรือสัมผัสสารคัดหลั่งขณะปฏิบัติหน้าที่สำหรับบุคลากร
โรงพยาบาลพระ เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

ข้อจำกัด:

1. แพทย์ที่ดูแลงาน IC ไม่ใช่แพทย์โรคติดเชื้อ รับผิดชอบงานหลายงาน

ผลงานและรางวัลที่ภาคภูมิใจ

-



ฝ่ายงานจ่ายกลาง

1. บริบท (Context)

หน่วยจ่ายกลาง โรงพยาบาลพบพระ เป็นศูนย์กลางรวบรวมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้งานแล้ว นำมาเข้าสู่กระบวนการทำลายเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อ มีเจตจำนงคือ ให้บริการเครื่องมือ/อุปกรณ์ทางการแพทย์ปราศจากเชื้อแก่ทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล อย่างเพียงพอ รวดเร็ว ปลอดภัย ได้มาตรฐาน ผู้รับบริการพึงพอใจ โดยให้บริการทุกวันไม่เว้นวันหยุด เวลา 08.00 น.- 16.00 น. อัตรากำลังของหน่วยจ่ายกลางประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เป็นหัวหน้างาน 1 คน พกส.4 คน ลูกจ้างชั่วคราว 4 คน การจัดอัตรากำลังเจ้าหน้าที่โดยวันราชการ จัดเจ้าหน้าที่ขึ้นปฏิบัติงาน 8 คน วันหยุด จัดเจ้าหน้าที่ขึ้นปฏิบัติงาน 5 คน

ภาระงานโดยเฉลี่ย มีอุปกรณ์ที่ต้องทำให้ปราศจากเชื้อด้วยการนึ่งไอน้ำ ประมาณ 337 ชิ้นต่อวัน และมีอุปกรณ์ที่ต้องทำให้ปราศจากเชื้อด้วยการอบแก๊ส EO ประมาณ 121 ชิ้นต่อวัน

อุปกรณ์/เครื่องมือที่สำคัญในหน่วยงาน ได้แก่ เครื่องล้างเครื่องมือ ขนาด 350 ลิตร จำนวน 1 เครื่อง, เครื่องล้างเครื่องมือขนาด 150 ลิตร จำนวน 1 เครื่อง, เครื่องล้างสายยาง ขนาด 800 ลิตร จำนวน 1 เครื่อง, เครื่องนึ่งไอน้ำไฟฟ้าชนิดเครื่องดูดสูญญากาศ (Prevacuum Steam Sterilizer) ขนาด 700 ลิตร จำนวน 2 เครื่อง, เครื่องนึ่งไอน้ำ (Prevacuum Steam Sterilizer) ขนาด 60 ลิตรจำนวน 1 เครื่อง, เครื่องอบแก๊ส EO 3 เครื่อง, ตู้บลมร้อน (Hot air oven) 1 เครื่อง เครื่องอัลตราโซนิก 1 เครื่อง ตู้อบสายต่างๆ/เครื่องมือ 2 เครื่อง และเครื่องผนึกของพลาสติก 2 เครื่อง ซึ่งมีความเพียงพอต่อการใช้งาน โดยมีการบำรุงรักษาเครื่องมือตามระยะเวลาที่กำหนด ได้แก่ การทำความสะอาดตรวจสอบประจำวันโดยเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน และการตรวจสอบสภาพประจำ 3-6 เดือนโดยมีช่างหมวดซ่อมบำรุง เป็นผู้ตรวจสอบ เพื่อให้สามารถใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้รับบริการของหน่วยจ่ายกลาง ได้แก่ หน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาลพบพระ และผู้ป่วย ซึ่งมีความต้องการเครื่องมือ/อุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่มีความปราศจากเชื้ออย่างเพียงพอ รวดเร็ว ปลอดภัย และได้มาตรฐาน รวมถึงการให้บริการด้วยความเป็นมิตร มีมนุษยสัมพันธ์ จากเจ้าหน้าที่หน่วยจ่ายกลาง

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ คือ เครื่องมือ/อุปกรณ์ทางการแพทย์ปราศจากเชื้อ ได้มาตรฐาน เพียงพอ พร้อมใช้งาน ผู้รับบริการพึงพอใจ และเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานอย่างมีความสุข ปลอดภัย ไม่ได้รับอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงาน

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ลำดับ	เครื่องชี้วัด	เป้าหมาย	ระดับที่ปฏิบัติได้			
			ปี 65	ปี 66	ปี 67	ปี 68
1	ล้างเครื่องมือสะอาด	100 %	99.3	99.9	99.9	99.65
2	จัดชุดเครื่องมือถูกต้อง	100 %	99.9	99.9	99.99	99.99
3	ประสิทธิภาพการทำปราศจากเชื้อด้วยเครื่องนึ่งไอน้ำ	100 %	100	100	100	100
4	ประสิทธิภาพการทำปราศจากเชื้อด้วยเครื่องอบแก๊ส	100 %	100	100	99.84	100
5	การจ่ายชุดเครื่องมือให้หน่วยงานที่เบิกถูกต้อง/ครบถ้วน	≥ 99 %	99.9	99.9	99.9	99.9
6	การ Re-Sterile ลดลง	≤ 1 %	0.91	0.40	0.37	0.64
7	อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ	≥ 80%	83.82	73.07	79.7	73.0

ฝ่ายงานซักฟอก

บริบท (context)

ก. หน้าที่และเป้าหมาย

งานซักฟอก โรงพยาบาลพบพระ มีวิสัยทัศน์คือ ผ้าสะอาด สิ่งแวดล้อมปลอดภัย ผู้รับบริการพึงพอใจ เจ้าหน้าที่และสิ่งแวดล้อมมีความปลอดภัยในการทำงาน

ข. บทบาทหน้าที่และขอบเขตการให้บริการ

บริการรับเครื่องผ้าที่ใช้งานแล้วจากทุกหน่วยงาน มาซัก อบ พับ จัดส่งผ้าสะอาด ตัดเย็บและซ่อมแซมผ้าที่ชำรุด ให้กับหน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาล

โดยให้บริการทุกวันไม่เว้นวันหยุด เวลา 07.30 น.- 16.00 น. อัตรากำลังของงานซักฟอกประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เป็นหัวหน้างาน 1 คน (รวมดูแลหน่วยจ่ายกลางและงานควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล) พกส. 3 คน ลูกจ้างชั่วคราว 3 คน การจัดอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ ในวันราชการจัดเจ้าหน้าที่ขึ้นปฏิบัติงาน 6 คน วันหยุดจัดเจ้าหน้าที่ขึ้นปฏิบัติงาน 4 คน จัดเวรบายเพิ่มในวันอังคารและวันพฤหัสบดี เนื่องจากมีการผ่าตัดแพทย์เฉพาะทางกระดูกและมีการใช้ผ้าจำนวนมาก

ภาระงานโดยเฉลี่ย การซักทำความสะอาดเครื่องผ้า ประมาณ 9,948 กิโลกรัมต่อเดือน และมีเครื่องผ้าที่ต้องซ่อมแซมและตัดเย็บเพิ่ม ประมาณ 487 ผืนต่อเดือน

อุปกรณ์/เครื่องมือที่สำคัญในหน่วยงาน ได้แก่ เครื่องซักสไลด์ผ้าทั่วไป 2 เครื่อง, เครื่องซักสไลด์ผ้าติดเชื้อ 3 เครื่อง, เครื่องอบผ้า 3 เครื่อง ,จักรเย็บผ้า 2 ตัว, รถขนผ้าสะอาด 5 คัน และรถขนผ้าสกปรก 5 คัน ซึ่งมีความเพียงพอต่อการใช้งาน โดยมีการบำรุงรักษาเครื่องมือตามระยะเวลาที่กำหนด ได้แก่ การทำความสะอาดตรวจสอบประจำวันโดยเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน และการตรวจสอบสภาพประจำ 3-6 เดือนโดยมีช่างหมวดซ่อมบำรุง เป็นผู้ตรวจสอบ เพื่อให้สามารถใช้งานได้มีประสิทธิภาพ

ผู้รับบริการของงานซักฟอก ได้แก่ หน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาลพบพระ ผู้รับบริการและผู้ป่วย ซึ่งมีความต้องการเครื่องผ้า ที่สะอาด ไม่ขาด ไม่มีกลิ่นเหม็นอับ รวมถึงการให้บริการด้วยความเป็นมิตร มีมนุษยสัมพันธ์ จากเจ้าหน้าที่งานซักฟอก

ตัวชี้วัดผลการดำเนินการ (performance indicator)

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ปี 65	ปี 66	ปี 67	ปี 68 (3Q)
1. ฟ้าซึกไม่สะอาด	$\leq 3 \%$	0.28	0.50	0.66	0.40
2. จนท.ได้รับอุบัติเหตุจากการทำงาน	0 ครั้ง/ปี	0	0	0	0
3. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ	$\geq 80 \%$	80.04	78.56	85.2	78.5
4. เครื่องซักผ้าชำรุด	≤ 5 ครั้ง/ปี	12	4	10	15
5. เครื่องอบผ้าชำรุด	≤ 2 ครั้ง/ปี	3	8	1	0
6. อัตราการจ่ายผ้าให้หน่วยงานถูกต้อง	100 %	99.99	99.99	100	100
7. ส่งมอบผ้าทันเวลา	100%	100	100	100	100

ผลงานและรางวัลที่ภาคภูมิใจ -



กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค

บริบทกลุ่มงาน

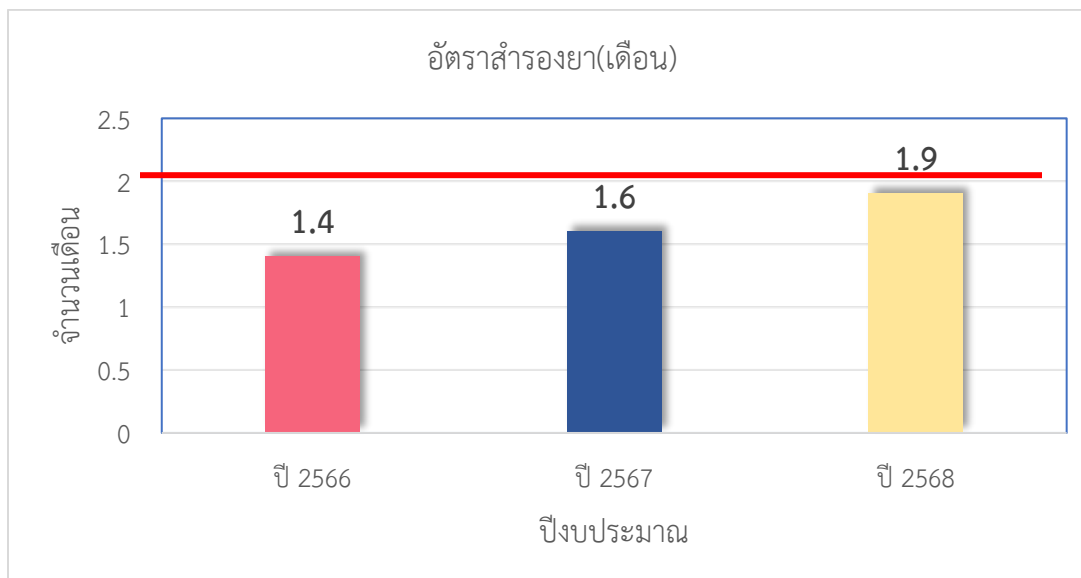
ให้บริการด้านเภสัชกรรมด้วยมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรม และสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชนชายแดน

ประเด็นคุณภาพ / เป้าหมายมุ่งเน้นตัวชี้วัด (KPI) และผลลัพธ์

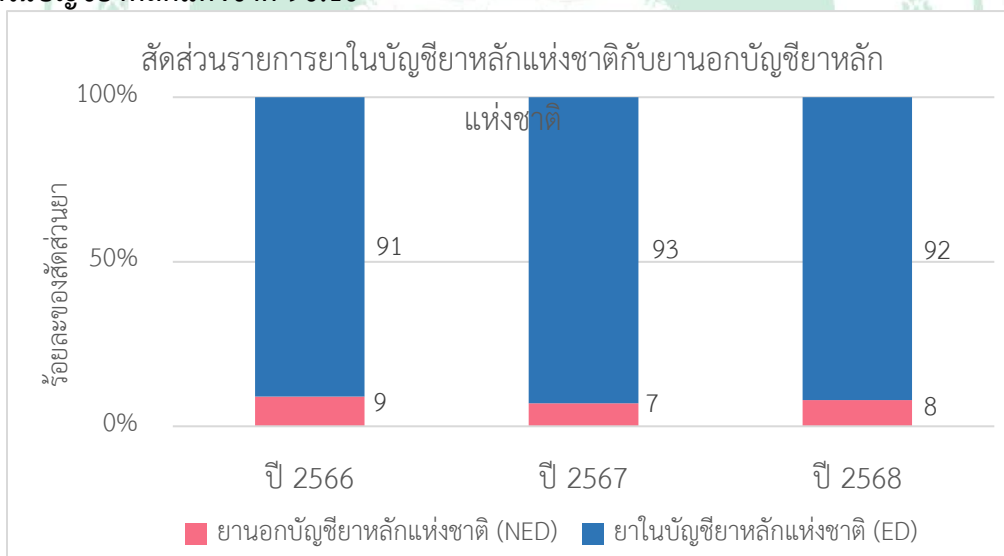
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	
งานคลัง		
1. อัตราการสำรองยา	≤ 2 เดือน	
2. อัตรายาที่หมดอายุในคลังเวชภัณฑ์	< ร้อยละ 5	
3. สัดส่วนยาในบัญชียาหลัก : ยานอกบัญชียาหลัก	90 : 10	
งาน Medication Error	OPD	IPD
1. ความคลาดเคลื่อนในการสั่งจ่ายผู้ป่วยนอก (Prescribing Error)	≤ 2 ต่อ 1,000 ใบสั่งยา	≤ 2 ต่อ 1,000 ใบสั่งยา
2. ความคลาดเคลื่อนก่อนจ่ายยาผู้ป่วยนอก (Pre-Dispensing Error)	≤ 5 ต่อ 1,000 ใบสั่งยา	≤ 20 ต่อ 1,000 ใบสั่งยา
3. ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาผู้ป่วยนอก (Dispensing Error)	≤ 0 ต่อ 1,000 ใบสั่งยา	≤ 0 ต่อ 1,000 ใบสั่งยา
4. ความคลาดเคลื่อนในการให้ยาผู้ป่วยนอก (Administeration Error)	≤ 0 ต่อ 1,000 ใบสั่งยา	≤ 2 ต่อ 1,000 ใบสั่งยา
5. ความคลาดเคลื่อนในการถ่ายทอดคำสั่งจ่ายผู้ป่วยนอก (Order Processing Error)	≤ 0 ต่อ 1,000 ใบสั่งยา	≤ 0 ต่อ 1,000 ใบสั่งยา
ความทันเวลา		
1. ระยะเวลารอคอยยาเฉลี่ยของผู้ป่วยนอก	≤ 20	
2. ระยะเวลารอคอยยาผู้ป่วย ADMIT	≤ 30	
3. ระยะเวลารอคอยยาผู้ป่วย D/C	≤ 45	

แผนและผลการดำเนินงานในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา

อัตราการสำรองยา



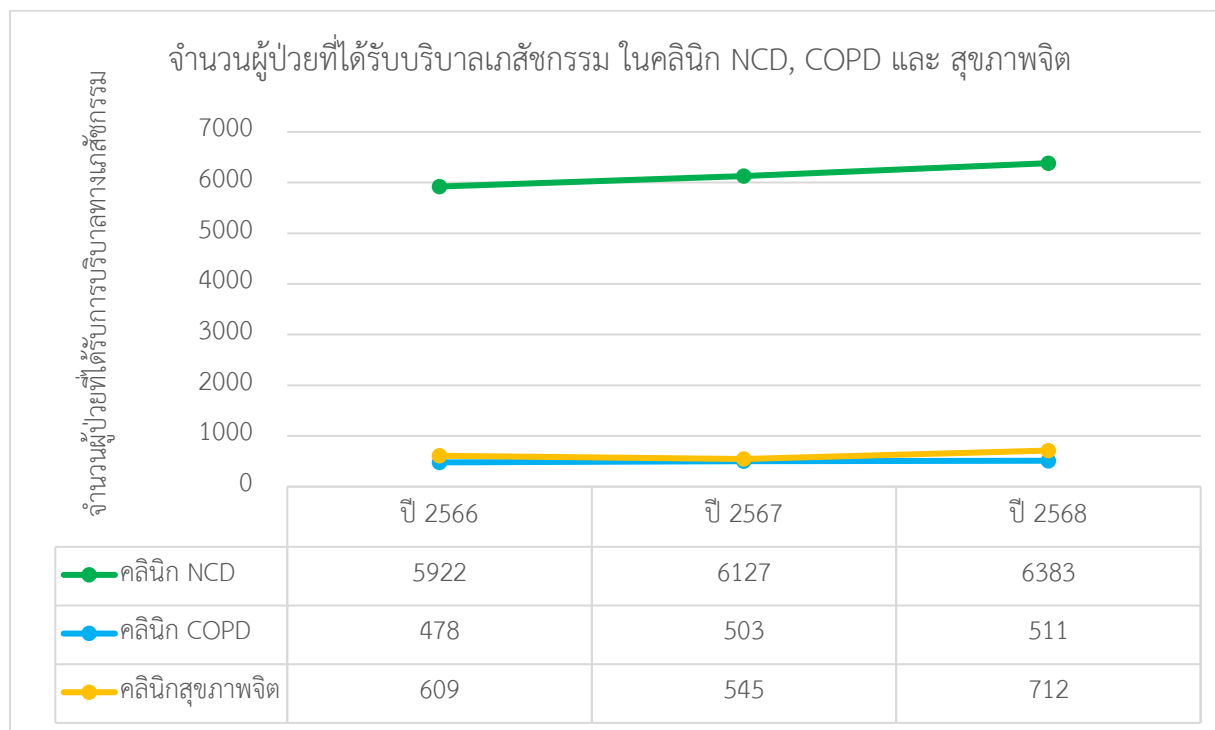
สัดส่วนยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ 90:10

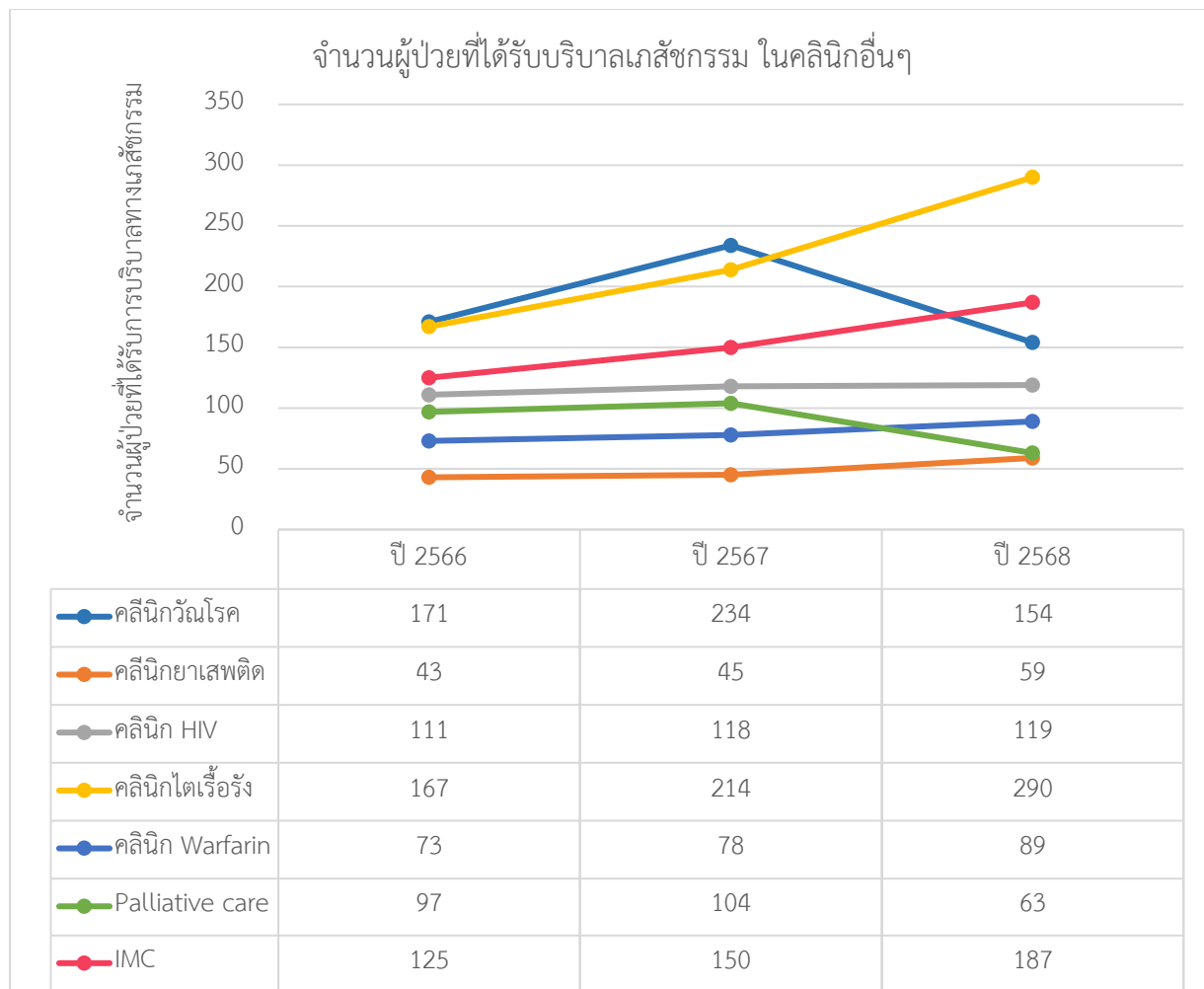


อัตราที่หมดอายุในคลังเวชภัณฑ์ น้อยกว่าร้อยละ 5

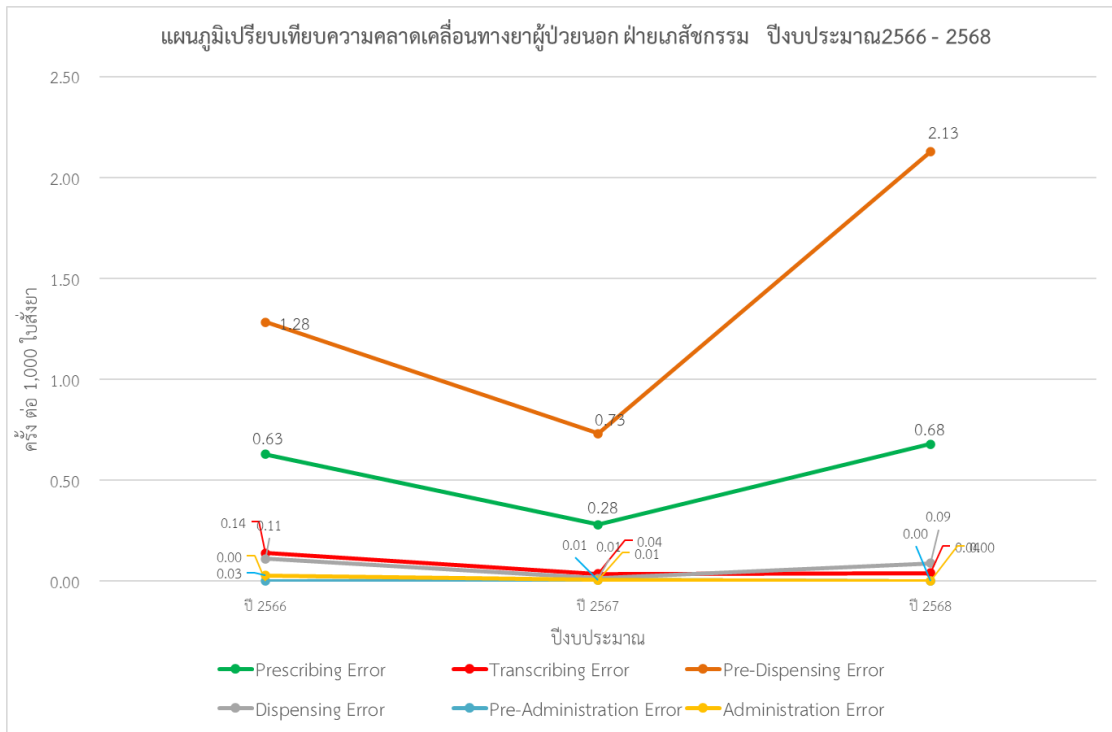
รายงานจำนวนยาที่หมดอายุแยกตามปีงบประมาณ	
ปีงบประมาณ 2566	3 รายการ
ปีงบประมาณ 2567	3 รายการ
ปีงบประมาณ 2568	4 รายการ

การให้การบริบาลทางเภสัชกรรม

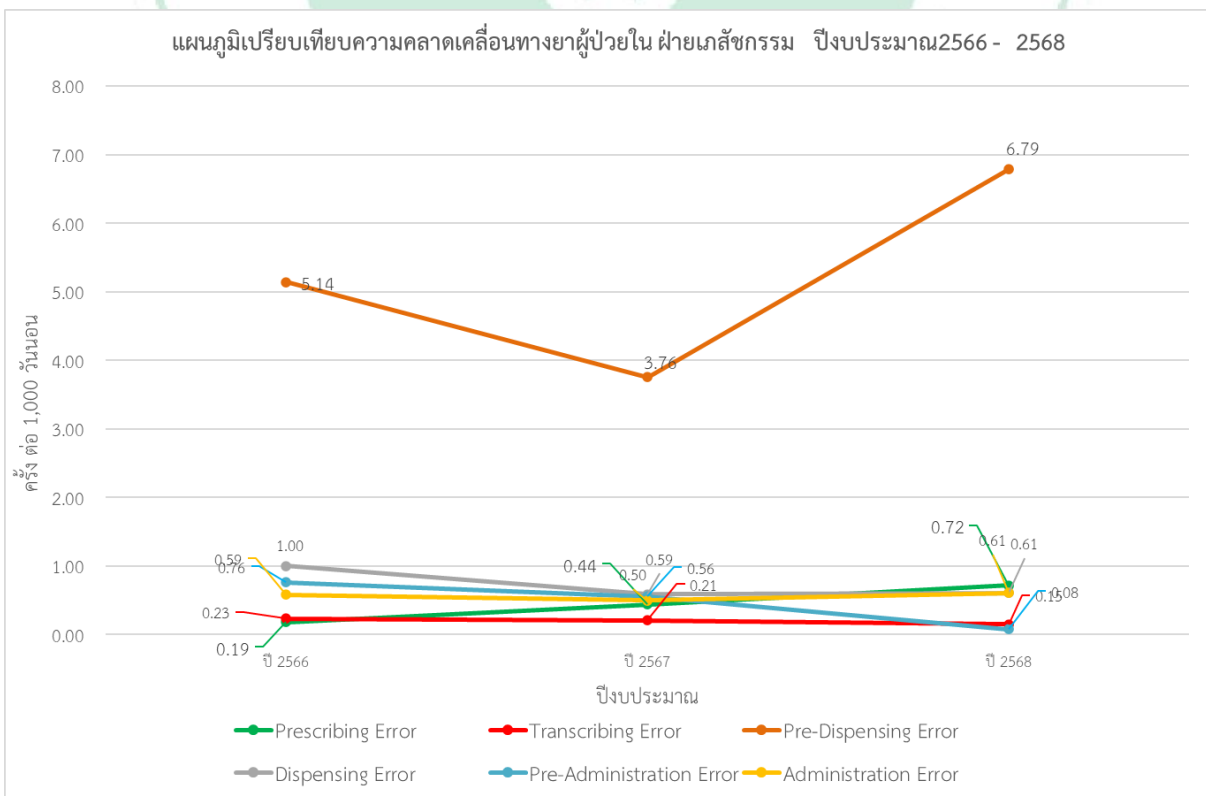




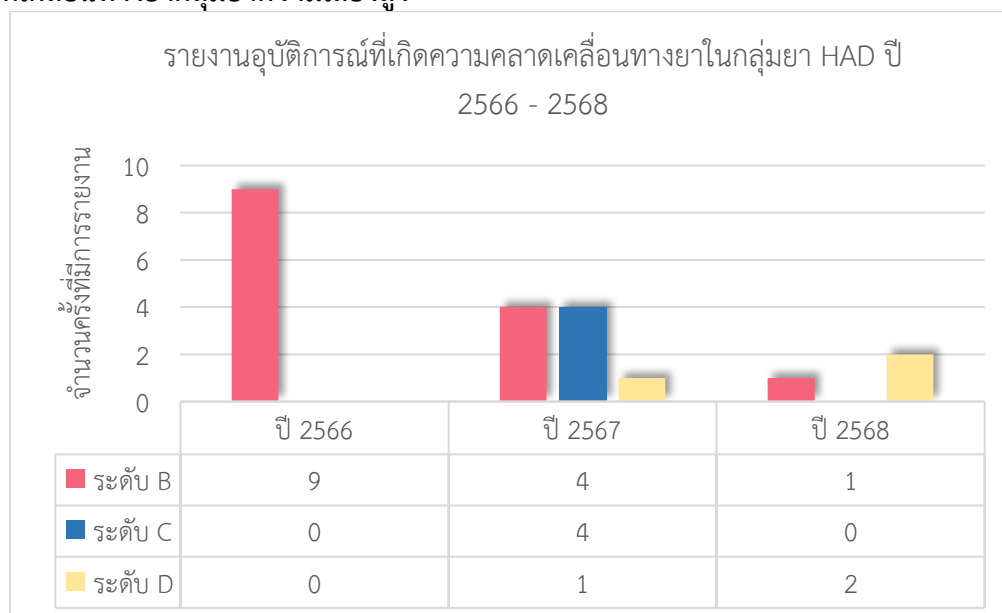
ความคลาดเคลื่อนทางยา งานเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก



ความคลาดเคลื่อนทางยา งานเภสัชกรรมผู้ป่วยใน



ความคลาดเคลื่อนทางยาในกลุ่มยาความเสี่ยงสูง



ความเสี่ยงสำคัญ 5 อันดับแรก

- ความเสี่ยงในงานบริบาลผู้ป่วยนอก (Clinical risk OPD)

5 อันดับความเสี่ยง OPD		5 อันดับความเสี่ยง Pre-dispensing error OPD		5 อันดับคู่ยาที่จัดผิดชนิด OPD	
1	Pre-dispensing error	1	จัดยาผิดปริมาณ	1	Tolperisone - Simethicone
2	Prescribing error	2	จัดยาผิดชนิด	2	HCTZ - Hydralazine
3	Dispensing error	3	จัดยาผิดความแรง	3	HCTZ - Losartan
4	Transcribing error	4	จัดยาไม่ครบรายการ	4	Amlodipine - Enalapril
5	Administration error	5	จัดยาผิดรูปแบบ	5	ISDN 5mg - ISDN 10mg

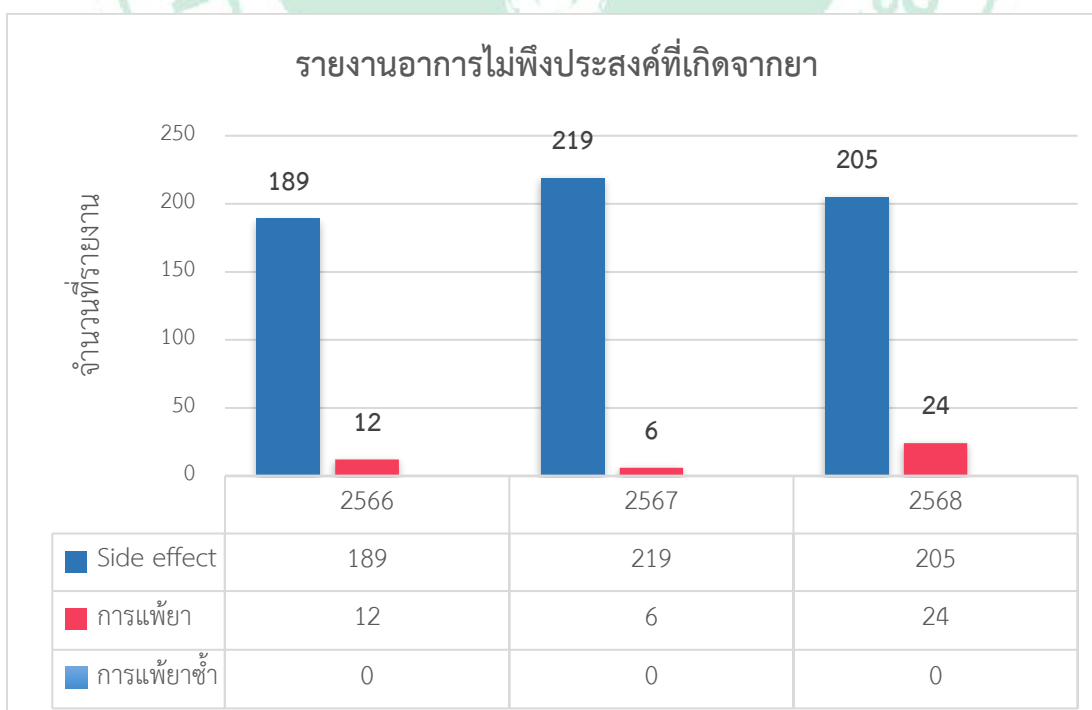
- ความเสี่ยงในงานบริหารผู้ป่วยใน (Clinical risk IPD)

5 อันดับความเสี่ยง IPD		5 อันดับความเสี่ยง Pre-dispensing error IPD		5 อันดับคู่ยาที่จัดผิดชนิด IPD	
1	Pre-dispensing error	1	จัดยาผิดปริมาณ	1	Cefotaxime - Ceftriaxone
2	Prescribing error	2	จัดยาผิดชนิด	2	Cefazolin - Ceftriaxone
3	Dispensing error	3	จัดยาผิดความแรง	3	Ceftazidime - Ceftriaxone
4	Administration error	4	จัดยาไม่ครบรายการ	4	NaHCO ₃ - NaCl
5	Transcribing error	5	จัดยาผิดรูปแบบ	5	Dopamine - Dobutamine

- ความเสี่ยงทั่วไป (Non-Clinical risk)

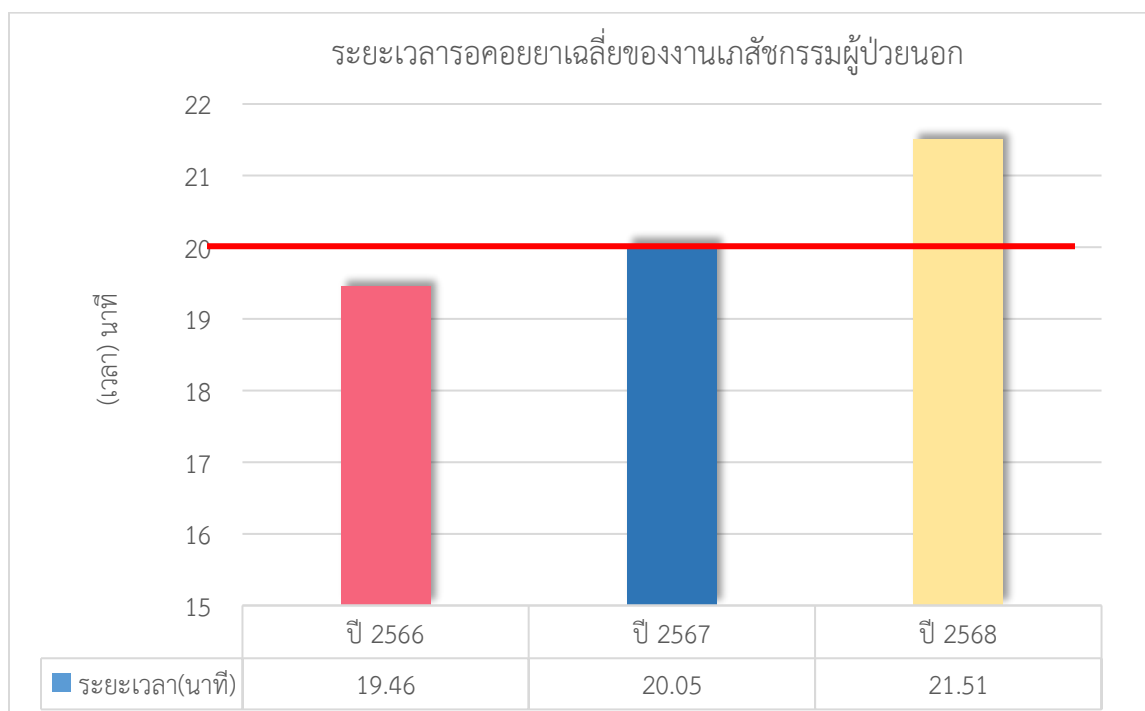
1. ระบบคอมพิวเตอร์มีปัญหา
2. อุปกรณ์และสถานที่ทำงานชำรุด/เกิดความเสียหาย เช่น ฝ้าเพดานน้ำรั่ว
3. ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก มีระดับ CO₂ เกินมาตรฐาน
4. ระบบหมุนเวียนอากาศในห้องทำงาน
5. สัตว์และแมลงในสถานที่ทำงาน

รายงานอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากยา / จำนวนรายงาน ADR

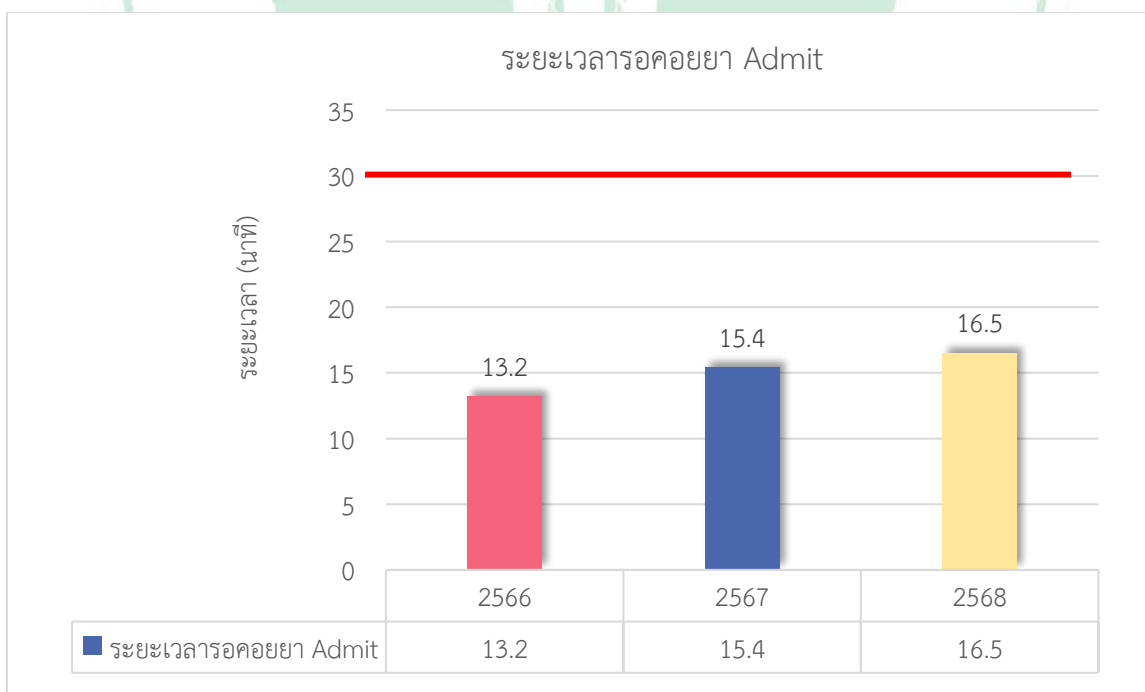


ความทันเวลา

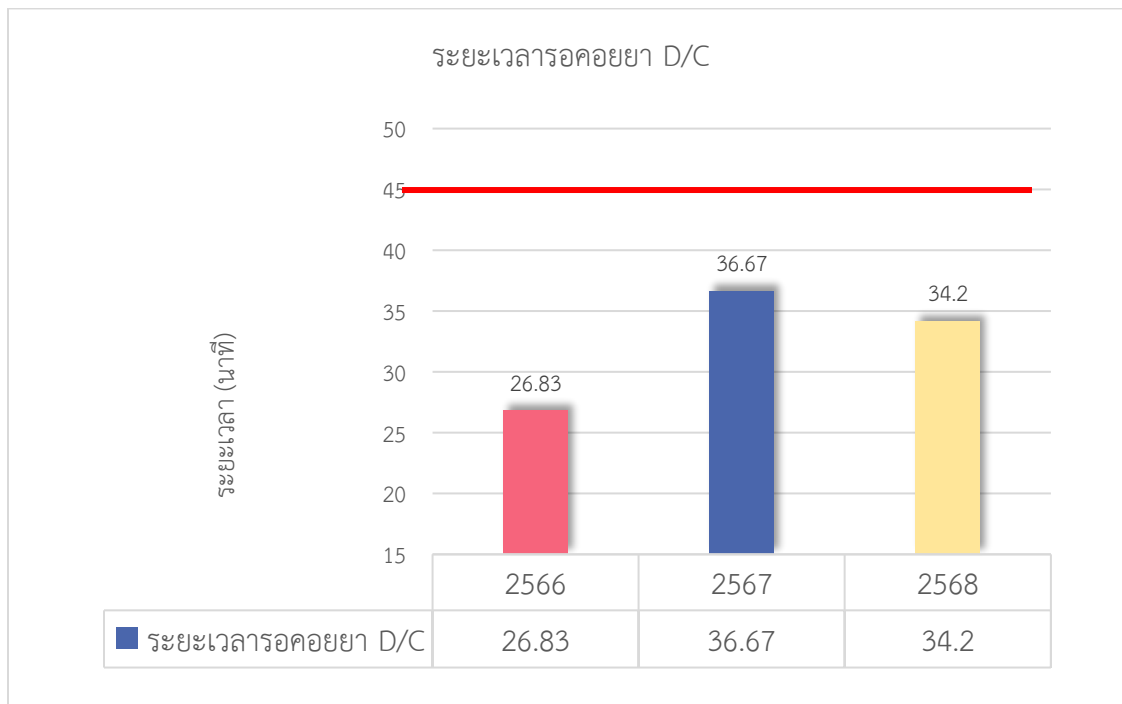
ระยะเวลารอคอยยาเฉลี่ยของเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก



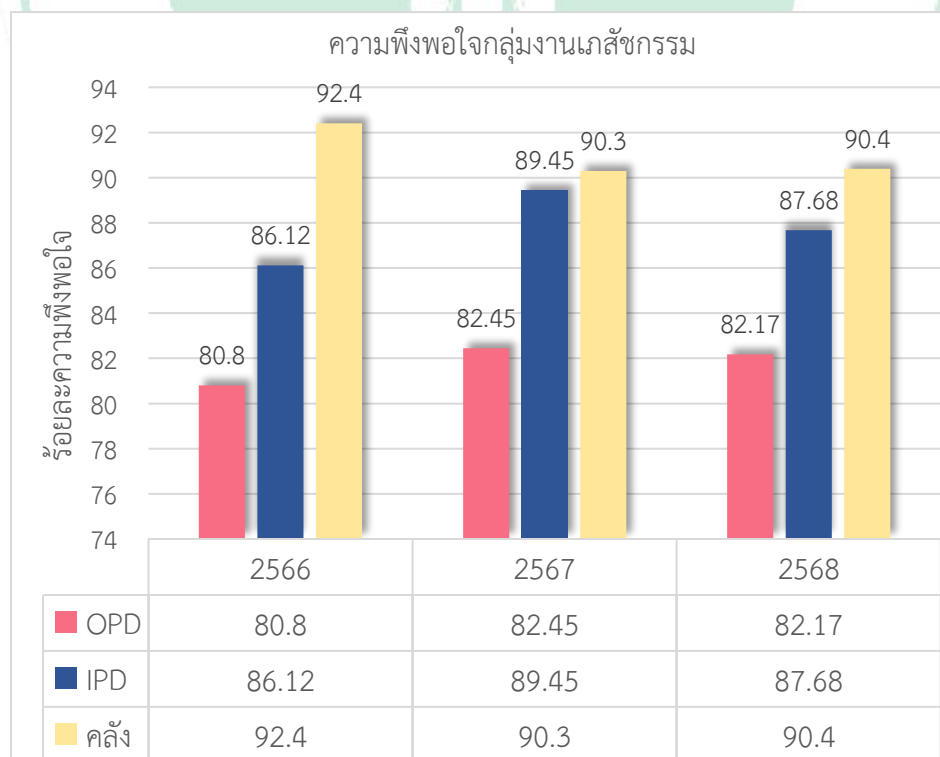
ระยะเวลารอคอยยา Admit ของเภสัชกรรมผู้ป่วยในเฉลี่ย (นาที)



ระยะเวลารอคอยกลับบ้านของเกษตรกรผู้ป่วยในเฉลี่ย (นาที)



ความพึงพอใจกลุ่มงานเภสัชกรรมผู้ป่วยใน/ ผู้ป่วยนอก/ คลินิก

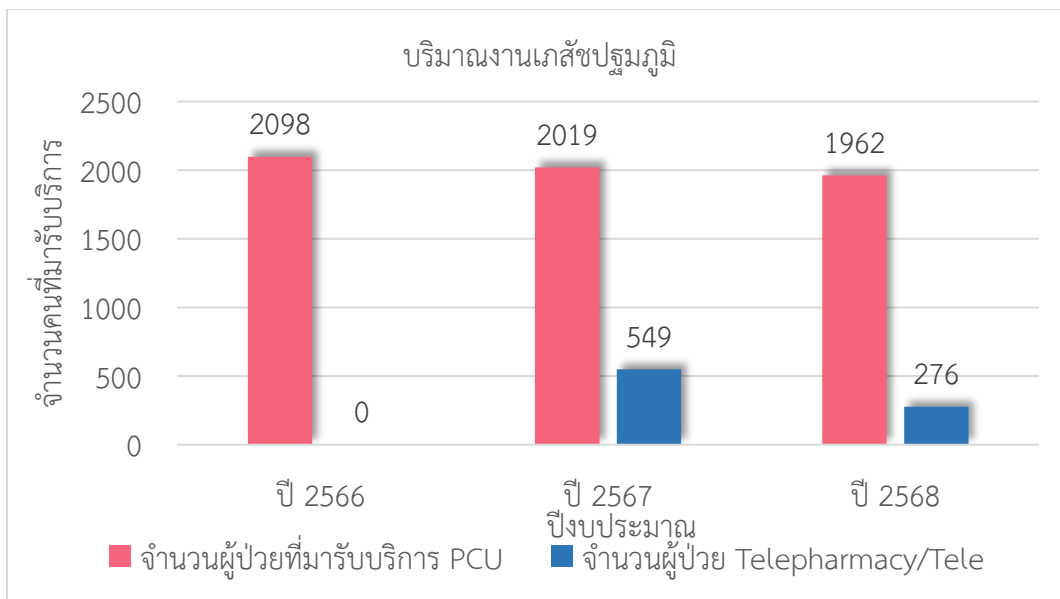


ด้านปริมาณงานอื่นๆ

ปริมาณงาน	หน่วยนับ	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568
<u>บริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกทั่วไป</u>				
จำนวนใบสั่งยา	ใบ	145,985	141,399	142,103
<u>งานจ่ายยาให้ผู้ป่วยนอน</u>				
จำนวนใบสั่งยา	ใบ	8553	10035	9695
วันนอน	วัน	30,532	33,233	26,377
จำนวนผู้ป่วย Home ward	คน	N/A	N/A	119
<u>งานคุ้มครองผู้บริโภค/ตรวจสอบ</u>				
- น้ำ	รายการ	15	16	15
- น้ำแข็ง	รายการ	2	2	2
- น้ำแร่	รายการ	1	1	1
- ร้านยา	รายการ	7	8	8
- คลินิก	รายการ	3	4	4
- สถานพยาบาล	รายการ	15	15	15
- แพทย์แผนไทย	รายการ	1	2	2
- อาหารสำเร็จรูปพร้อมบริโภค	รายการ	3	3	3

งานเภสัชกรรมปฐมภูมิ

งานเภสัชกรรมปฐมภูมิได้มีการจัดจ่ายยาออก PCC ในเขตอำเภอพบพระ และเมื่อเดือน พฤษภาคม 2568 ที่ผ่านมาได้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมานำทีมออก PCC ในเขตอำเภอพบพระทั้งหมด 9 รพ.สต.ในเขต ยกเว้น รพ.สต.ร่มเกล้า4 (อุ่มเปี้ยม) และรพ.สต.รวมไทย 16 ซึ่งแพทย์ได้ออกให้บริการร่วมกับทางกลุ่มงานเภสัชกรรม มีการให้บริการตรวจโรคโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และจ่ายยาในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โดยเภสัชกร หรือเจ้าพนักงานเภสัชกรรม ทุกวันพุธถึงวันศุกร์ตามตารางออกหน่วย PCC และมีการให้คำปรึกษาทาง Telemedicine เพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงการบริการการแพทย์ทางไกล รวมถึงมีการออกนิเทศโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอพบพระ เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ

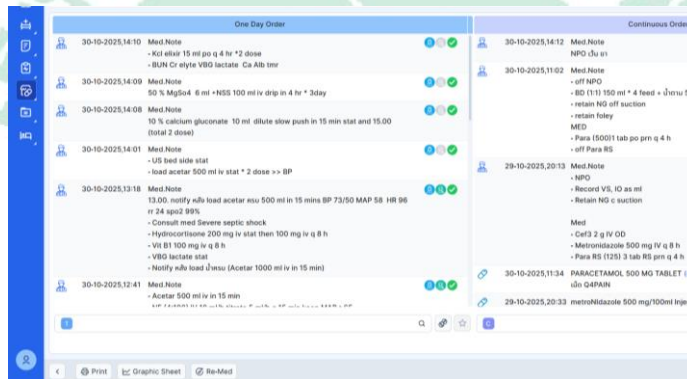


กิจกรรมพัฒนาที่สำคัญที่สอดคล้องกับบริบท ความท้าทาย ความเสี่ยงและจุดเน้นการพัฒนางานของฝ่าย

มีการทบทวนจุดสำรองยาที่มีความเสี่ยงในการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนการจัดยา



โปรแกรม HOS-IPD มีการเพิ่มคำสั่ง Re-med เพื่อให้สามารถสั่งยาเดิมได้



งานคุณภาพของกลุ่มงานเภสัชกรรม Grow model

Grow model
ผู้ช่วยได้รับยา STAT ภายในเวลาที่กำหนด

เป้าหมาย วัจนยา stat ที่ล่าช้าเกิน 30 นาที

Goal
ผู้ช่วยได้รับยา stat ภายใน 30 นาทีหลังมีคำสั่งชื้อยา
ลดเป็นร้อยละ 80 ภายใน 6 เดือน

Reality
ผู้ช่วยได้รับยา stat ภายใน 80 นาที 6 เดือน

Option

- ฝึกเจ้าหน้าที่ 1 คน ทำหน้าที่ตรวจคำสั่งชื้อยา หากเมื่อเจตคนและรับคำสั่งชื้อยาที่ต่างชื้อยา STAT ก่อน
- เมื่อเจตคนเสร็จจึงจะส่งผู้ช่วยมารับยาทันที
- พยายามส่งผู้ช่วยตรวจเครื่อง เมื่อรับคำสั่งชื้อยา stat (กรณีมีเครื่องส่งผู้ช่วย) ให้ทราบแจ้งเจตคน
- แยกตู้ส่งยาที่ตรวจ STAT

Wrap up

- ฝึกเจ้าหน้าที่ 1 คน ในการตรวจคำสั่งชื้อยา STAT และรับคำสั่งชื้อยา STAT ก่อน
- เมื่อเจตคนเสร็จจึงจะส่งผู้ช่วยมารับยาทันที
- เก็บข้อมูลระยะเวลาในการได้รับยาของส่งผู้ช่วย โดยนับจากระเวลาที่คำสั่งชื้อยาที่ได้รับจนกระทั่งส่งผู้ช่วยมารับยา
- ติดตามผลเป็นเดือนที่ 3 และ 6 เดือนรับแบบสอบถาม feedback และทำแผนแบบการปฏิบัติงานในหน่วยงาน

กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค

GROW MODEL PHOENIX HOSPITAL
การพัฒนากระบวนการแจ้งเตือนฉุกเฉิน และความยั่งยืนของคลังยาผ่าน Telegram

ผู้ประสานงาน : ทศ.ประไพณี อธิพันธ์, ทัศนีย์ นฤมลแก้วศรี
เภสัชกรชำนาญการพิเศษ, เภสัชกรชำนาญการ

Telegram
Pharm.Temponline

เหตุการณ์
รายงานฉุกเฉินจากผู้ช่วยเภสัชกรในโรงพยาบาลผ่าน Telegram Pharm.Temponline

เป้าหมาย

1. ลดความล่าช้าของแจ้งเตือนฉุกเฉินความยั่งยืนของคลังยา
2. ปรากฏจุดต่อและสายสัมพันธ์ในโปรแกรมการแจ้งเตือน

Goal เป้าหมาย

- ลดความล่าช้าของแจ้งเตือนฉุกเฉินความยั่งยืนของคลังยา
- รายงานเป็นระบบทันทีที่แจ้งเตือนฉุกเฉินความยั่งยืนของคลังยา
- เป็นต้นแบบที่ดีแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- ได้รับความพึงพอใจ ไม่มีส่วนใดในแผนงานฯ
- สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของหน่วยงาน

Reality: ปัจจุบัน

- แจ้งเตือนฉุกเฉินความยั่งยืนของคลังยาไม่ชัดเจน
- ระยะเวลาที่แจ้งเตือนฉุกเฉินความยั่งยืนของคลังยาไม่ชัดเจน
- ระยะเวลาการแจ้งเตือนฉุกเฉินความยั่งยืนของคลังยาไม่ชัดเจน
- ความพึงพอใจไม่สูง สามารถตรวจสอบและปรับปรุงได้

Options: ทางเลือก

- แจ้งเตือนฉุกเฉินความยั่งยืนของคลังยา 1 ครั้ง ส่งให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องรับแจ้งเตือนฉุกเฉินความยั่งยืนของคลังยา
- มีการตรวจสอบสัญญาณ WFR ในกรณีฉุกเฉิน

Wrap-up: สรุป

- แจ้งเตือนฉุกเฉินความยั่งยืนของคลังยาความยั่งยืนของคลังยา (ผู้ช่วยเภสัชกร) 80% ภายใน 1 เดือน
- มีรายงานแจ้งเตือนฉุกเฉินความยั่งยืนของคลังยา 1 ครั้ง ส่งให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องรับแจ้งเตือนฉุกเฉินความยั่งยืนของคลังยา

PHOENIX HOSPITAL

ฝ่ายงานรังสีวินิจฉัย

บริบท/หน้าที่

งานรังสีมีเจตจำนงให้บริการถ่ายภาพรังสีเพื่อการวินิจฉัยโรคอย่างมีคุณภาพถูกต้องครบถ้วน รวดเร็วโดยมีเป้าหมายให้ผู้รับบริการปลอดภัยและพึงพอใจ โดยเน้นการบริหารจัดการความเสี่ยง การส่งเสริมสุขภาพและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร การส่งเสริมสุขภาพและการสร้างความสุขในการทำงานของบุคลากร

ขอบเขตบริการงานรังสีโรงพยาบาลพระให้บริการถ่ายภาพรังสีเพื่อวินิจฉัยโรคทั่วไปและอุบัติเหตุ – ผู้ป่วยที่มารับบริการเอกซเรย์ในงานรังสี นอกเวลาราชการจัดเวรเวลา 16:00น. - 24:00น. เจ้าหน้าที่เอกซเรย์ประจำอยู่ที่ห้องเอกซเรย์และเวลา 24:00น. - 08:00น. จัดเป็นเวร On call บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง

ทีมแพทย์และเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

1. ได้รับผลเอกซเรย์ ถูกต้อง แม่นยำ รวดเร็วมาตรฐานตามหลักวิชาชีพรังสีเทคนิค
2. ได้รับการประสานงานและตอบรับการประสานงาน สุภาพยิ้มแย้ม เต็มใจให้บริการ

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ (Key Quality Issues)

ผู้รับบริการได้รับบริการตรวจทางรังสีวินิจฉัยที่ถูกต้อง มีคุณภาพ รวดเร็ว ปลอดภัย ผู้รับบริการพึงพอใจ

ความท้าทาย ความเสี่ยงที่สำคัญ

ความท้าทายที่สำคัญ ได้แก่ ให้บริการถ่ายภาพรังสีอย่างถูกต้องและปลอดภัยแก่ผู้รับบริการตามมาตรฐานวิชาชีพ การเอกซเรย์ระบุงูกคน ถูกตำแหน่ง ให้ผู้รับบริการพึงพอใจด้วยทรัพยากรที่มีขีดจำกัด ตรวจวัดคุณภาพของเครื่องเอกซเรย์ ให้ได้คุณภาพมาตรฐาน

ความเสี่ยงที่สำคัญ

ความเสี่ยงสำคัญในหน่วยงาน	แนวทางป้องกัน/หลีกเลี่ยง
1. เอกซเรย์ผิดคำสั่ง/ผิดคน/ผิดข้าง/ผิดตำแหน่ง	- ทวนสอบ ชื่อ – สกุล ผู้ป่วยโดยการถามผู้ป่วย หรือญาติ - ทวนสอบ คำสั่งแพทย์ใน Hospital OS และซักประวัติการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการและพบข้อสงสัยให้ไปประสานกับแพทย์ผู้ส่งตรวจ
2. เตรียมตรวจทางรังสีผิดพลาด(ผู้ป่วยไม่ถอดโลหะ/ ขยับตัว/ไม่กลั้นใจ/หายใจเข้าไม่เต็มที่)	- ตรวจสอบตำแหน่งที่แพทย์สั่งเอกซเรย์ไม่ให้มีสิ่งแปลกปลอม - อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจในระหว่างถ่ายเอกซเรย์ และปฏิบัติอย่างเคร่งครัด
3. การส่งตรวจทางรังสีไม่ครบและไม่เหมาะสม	- พบข้อสงสัยให้ประสานงานตรงจุดที่ส่งตรวจ

ปริมาณงานและทรัพยากร

กลุ่มผู้ป่วย	ปี2565	ปี2566	ปี2567	ปี2568 (3ไตรมาส)
	(ครั้ง)	(ครั้ง)	(ครั้ง)	(ครั้ง)
เอกซเรย์ทั่วไป	17392	23930	22620	20288
ค่าเฉลี่ย	เฉลี่ย 47.6 ครั้ง/วัน	เฉลี่ย 65.5 ครั้ง/วัน	เฉลี่ย 61.9 ครั้ง/วัน	เฉลี่ย 74.3 ครั้ง/วัน
เอกซเรย์เคลื่อนที่	2567	2938	2667	1928
ค่าเฉลี่ย	เฉลี่ย 7.03 ครั้ง/วัน	เฉลี่ย 8.04 ครั้ง/วัน	เฉลี่ย 7.30 ครั้ง/วัน	เฉลี่ย 7 ครั้ง/วัน

อัตราบุคลากรมีดังนี้

นักรังสีการแพทย์/ปฏิบัติงานบริหารและปฏิบัติงานรังสีเทคนิค 1 คน

ผู้ช่วยเอกซเรย์ 2 คน

นอกเวลาราชการจัดให้มีเจ้าหน้าที่ขึ้นเวรตลอดเวลา 24 ชั่วโมง จัดเวรหมุนเวียนบุคลากรเวรละ 1 คน โดยมีนักรังสีการแพทย์และแพทย์เวรควบคุมกำกับเป็นที่ปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมง

การมอบหมายงานกรณีหัวหน้างานไม่อยู่ ให้นักรังสีการแพทย์รอง รับผิดชอบงานแทนโดยอัตโนมัติ

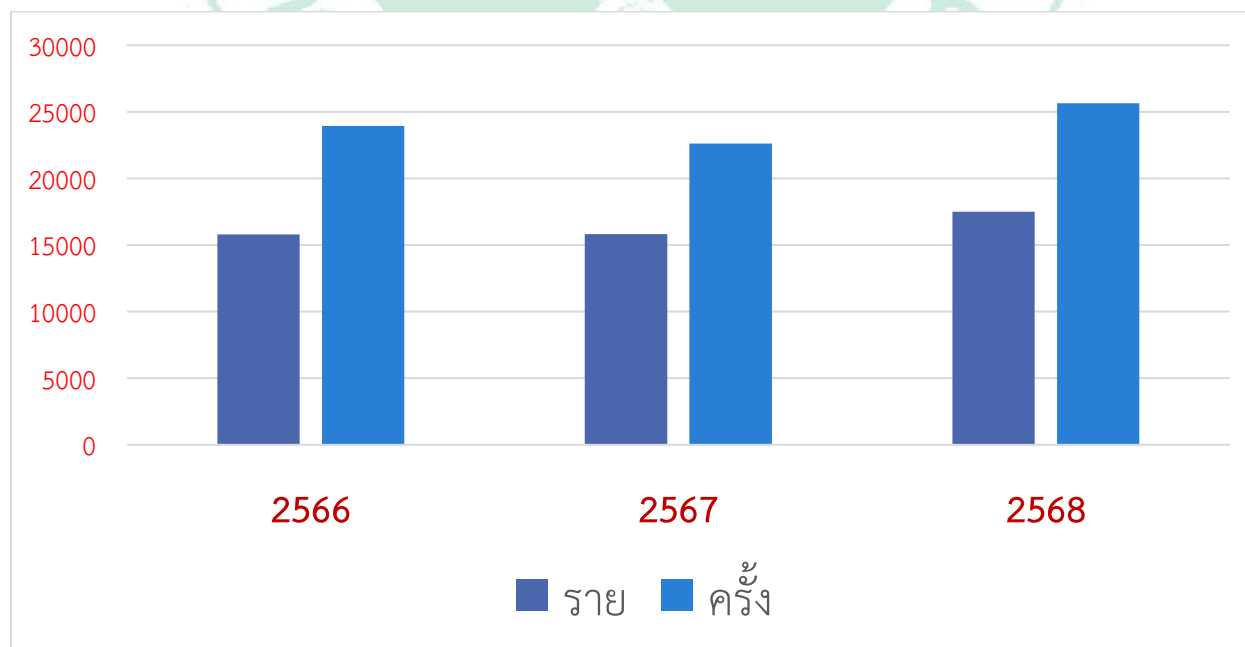
เครื่องมือที่สำคัญของหน่วยงานรังสีวินิจฉัยโรงพยาบาลพพระ

เครื่องเอกซเรย์ทั่วไป	1 เครื่อง
เครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่	2 เครื่อง
เครื่องเอกซเรย์ดิจิตอล DR	2 เครื่อง
ระบบจัดเก็บและส่งภาพดิจิตอล	1 เครื่อง
เอกซเรย์คอมพิวเตอร์Outsource	1 เครื่อง
คอมพิวเตอร์	5 เครื่อง
เสื้อตะกั่ว	7 ตัว
ฉากตะกั่ว	1 อัน
Thyroid Shield	8 อัน
Gonad Shield	2 อัน
แว่นตาตะกั่ว	1 อัน

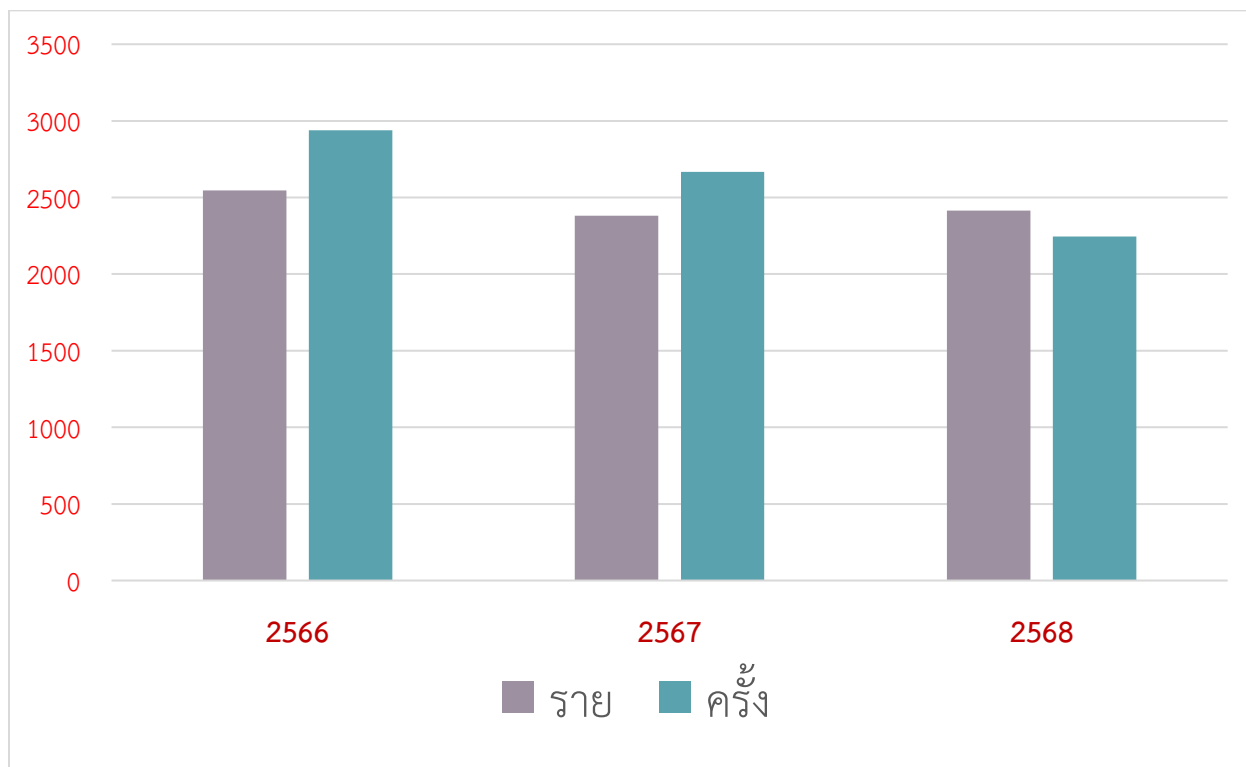
ตัวชี้วัด (KPI) และผลลัพธ์ของการดำเนินการ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2566	ปี2567	ปี2568
1. อัตราการเอกซเรย์ซ้ำ	<3	3.00%	2.55%	2.48%
2. อัตราการส่งภาพเข้าระบบ PACS ผิดคนผิดราย	≤0.1%	0.00%	0.00%	0.00%
3. อัตราการเอกซเรย์ผิดคน, ผิดข้าง, ผิดท่า	≤0.1%	0.00%	0.00%	0.00%
4. อัตราความพึงพอใจของผู้มารับบริการ	≥90%	90.35%	97.39%	98.27%
5. อัตราการเอกซเรย์หญิงตั้งครรภ์โดยไม่ป้องกัน	0%	0.00%	0.00%	0.00%
6. อัตราระยะเวลาผู้มารับบริการเอกซเรย์ไม่เกิน15นาที	≥90%	97.17%	99.01%	98.30%
7. อัตราระยะเวลาการตรวจคนไข้ Stroke fast track ไม่เกิน30นาที	0 ราย	NA	0 ราย	0 ราย
8. อัตราผู้ป่วยวิฤตจากการตรวจ CT Scan	0 ราย	NA	0 ราย	0 ราย
9. อัตราการแพ้สารทึบรังสีจากการตรวจ CT Scan	<2%	NA	0.00%	0.00%

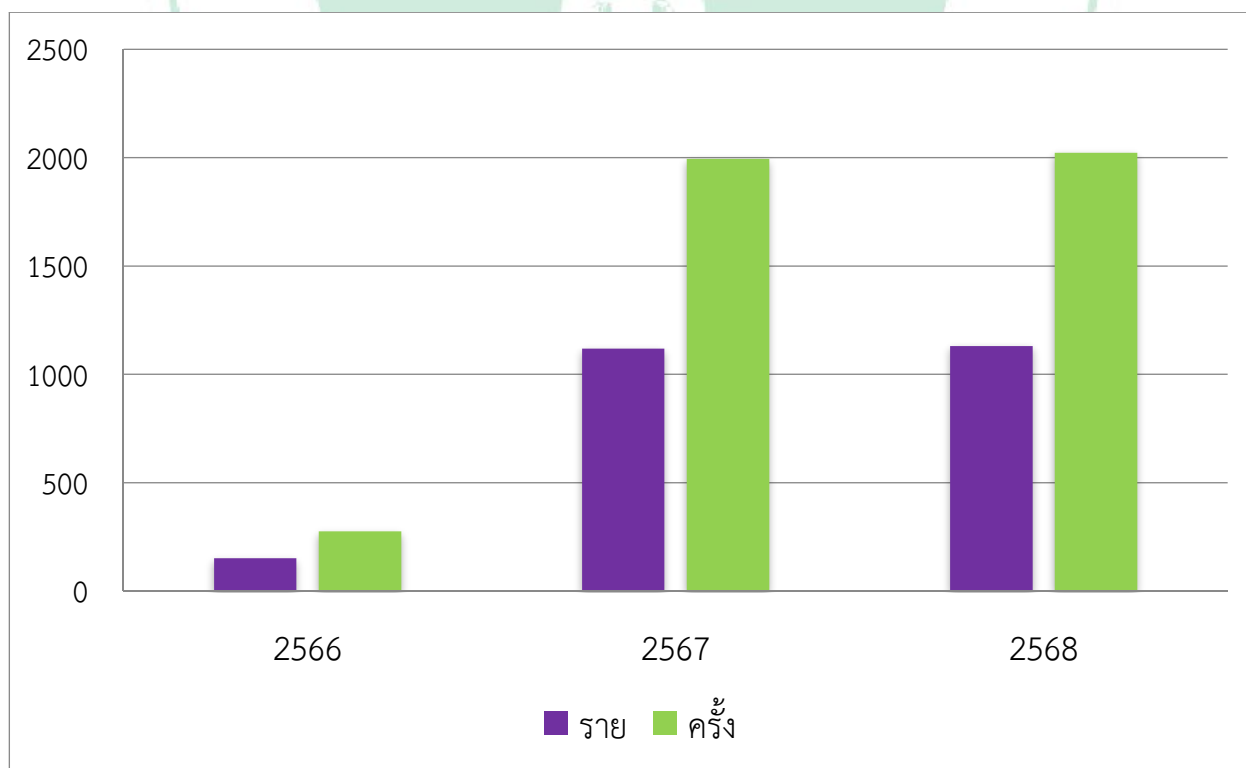
จำนวนผู้รับบริการงานรังสีวินิจฉัย 3 ปีซ้อนหลังเอกซเรย์ทั่วไป



จำนวนผู้รับบริการงานรังสีวินิจฉัย 3 ปีซ้อนหลังเอกซเรย์เคลื่อนที่



จำนวนผู้รับบริการห้อง CT scan 3 ปีซ้อนหลัง





กิจกรรมคุณภาพที่ได้ทำไป



ผ่านการติดตามตรวจเยี่ยมประเมินภายในจังหวัดตาก



รางวัลการดำรงรักษาระบบบริหารคุณภาพ
ตามมาตรฐานห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย กระทรวงสาธารณสุข
ระดับทอง



แนวทางการพัฒนา

1. การตรวจวัดคุณภาพมาตรฐานความปลอดภัยของเครื่องเอกซเรย์ โดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่ 2 พิษณุโลก ปี 2569
2. การตรวจเยี่ยมและประเมินมาตรฐาน ห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2568 ณ วันที่ 27 พฤศจิกายน 2568

กลุ่มงานโภชนศาสตร์

ขอบเขตการบริการ (Scope of service)

1. ให้บริการอาหารเฉพาะโรคและอาหารทั่วไปแก่ผู้ป่วย ที่มีความสะอาดทุกขั้นตอนการผลิต มีความปลอดภัยจากเชื้อโรค และมีคุณค่าทางโภชนาการ ให้ตรงตามแผนการรักษาของแพทย์
2. ให้บริการอาหารทางสายยางพร้อมทั้งสอนและสาธิตการประกอบอาหารทางสายยาง ให้ความรู้และคำแนะนำ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติ สามารถดูแลตนเองในชีวิตประจำวันได้
3. ให้โภชนศึกษาในคลินิกเบาหวาน-ความดัน ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในที่มีปัญหาด้านโภชนาการ
4. คัดกรองและประเมินภาวะโภชนาการในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงทุโภชนาการหรือตามแผนการรักษาของแพทย์
5. ให้บริการอาหารแก่เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลและแขกผู้มาเยือนโรงพยาบาล

ประเด็นคุณภาพ / เป้าหมายมุ่งเน้น

ความมุ่งหมาย(Purpose)

ให้บริการอาหารที่สะอาด ปลอดภัย ได้มาตรฐานตามหลักโภชนาการ โภชนบำบัดและตามแผนการรักษาของแพทย์ ให้มีปริมาณเพียงพอ และผู้รับบริการมีความพึงพอใจ

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ (Key Quality Issues)

ผู้รับบริการได้รับอาหารที่สะอาด ปลอดภัย มีปริมาณและคุณค่าตามหลักโภชนาการ โภชนบำบัดและตามแผนการรักษาของแพทย์ และผู้รับบริการมีความพึงพอใจ

ความเสี่ยงสำคัญ 5 อันดับแรก



ความเสี่ยงสำคัญ 5 อันดับแรก

ด้าน clinic

รายการความเสี่ยง	แนวทางป้องกัน /แก้ไข (WI,CQI,QA)
แจกอาหารคนไข้ผิดคน ผิดโรค	ปฏิบัติตามวิธีการแจกอาหารคนไข้ ตรวจสอบเช็คฉลากอาหารให้ตรงกับใบยอด และป้ายท้ายเตียงก่อนการแจกจ่ายอาหารทุกครั้ง
พบการปนเปื้อนในอาหารปรุงสำเร็จ	ปฏิบัติตามการเตรียมและปรุงอาหารให้ถูกหลักตามมาตรฐานงานโภชนาการให้เคร่งครัด
อาหารสายยางมีปัญหา (มีกลิ่นไม่ดี, ได้คั้นมาจากตักผู้ป่วยเพราะปิดไม่สนิท)	อาหารมีกลิ่นไม่ดี ส่งคืนบริษัท (ถ้าเปิดภายใน 1 เดือน) อาหารสายยางได้คั้นมาจากตัก ตรวจสอบเช็คให้ละเอียดทุกครั้งก่อนนำไปให้จนท.ประจำตึก
ผู้รับบริการเกิดโรคระบบทางเดินอาหารหลังได้รับประทานอาหาร	ปฏิบัติตามการเตรียมและปรุงอาหารให้ถูกหลักตามมาตรฐานงานโภชนาการให้เคร่งครัด



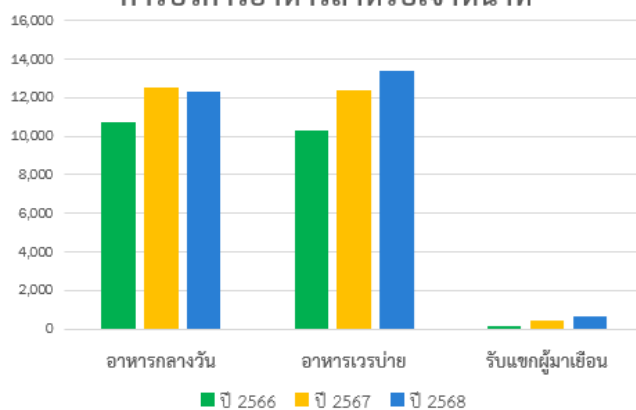
ความเลียงสำคัญ 5 อันดับแรก

ด้าน non-clinic

รายการความเสี่ยง	แนวทางป้องกัน/แก้ไข (WI,CQI,QA)
มีสัตว์และแมลงนำโรคเข้ามาบริเวณผลิตอาหาร	ใช้ที่ดักจับสัตว์ไว้ทุกวันหลังเลิกงานและปิดประตูให้มิดชิดทุกครั้ง
ไฟรั่ว/ช็อต เจ้าหน้าที่ขณะปฏิบัติงาน	แจ้งช่างเช็คระบบไฟและใช้ความระมัดระวังขณะปฏิบัติงานและไม่สัมผัสสายไฟ/ปลั๊กไฟขณะที่มือเปียก
น้ำท่วมในบริเวณโรงครัว	แจ้งช่างมาแก้ไขพื้นที่น้ำรั่วซึมเข้ามาและเน้นความระมัดระวังและหลีกเลี่ยงการเดินผ่านพื้นที่ที่เปียก/น้ำท่วมขณะปฏิบัติงาน
อาหารคนไข้ไม่เพียงพอ	เช็คจำนวนคนไข้ในแต่ละวันและสั่งอาหารในวันถัดไปเผื่อทุกครั้ง
เครื่องมือและอุปกรณ์ไม่พร้อมใช้งาน	เช็คความพร้อมใช้ประจำสัปดาห์

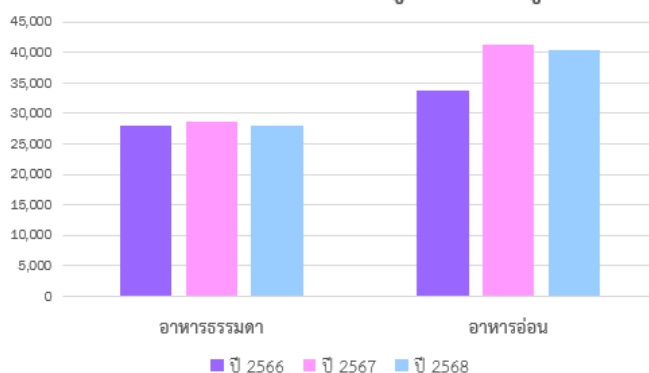
ผลการดำเนินงาน

การบริการอาหารสำหรับเจ้าหน้าที่



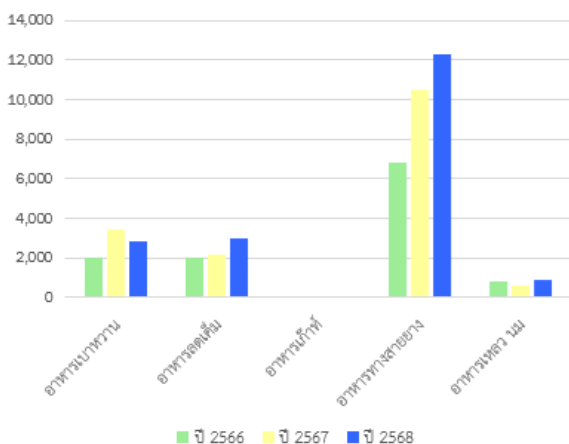
	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568
อาหารกลางวัน	10,713	12,513	12,322
อาหารเวรป่วย	10,312	12,397	13,360
รับแขกผู้มาเยือน	174	464	622

การบริการอาหารสำหรับผู้ป่วยในหอผู้ป่วย



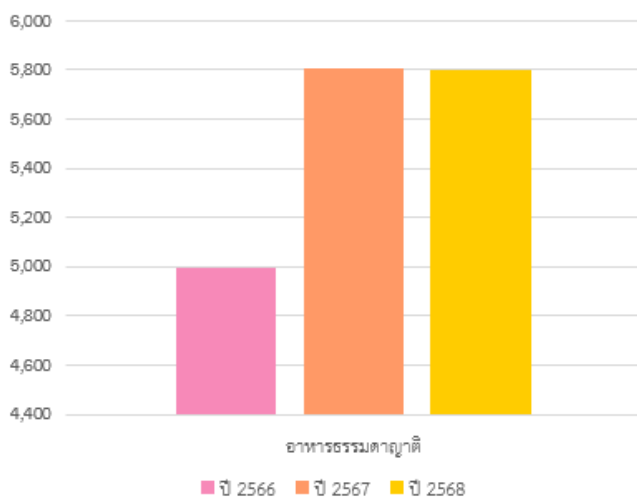
	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568
อาหารธรรมดา	27,997	28,699	27,905
อาหารอ่อน	33,710	41,184	40,289

การบริการอาหารเฉพาะโรคหผู้ป่วยใน



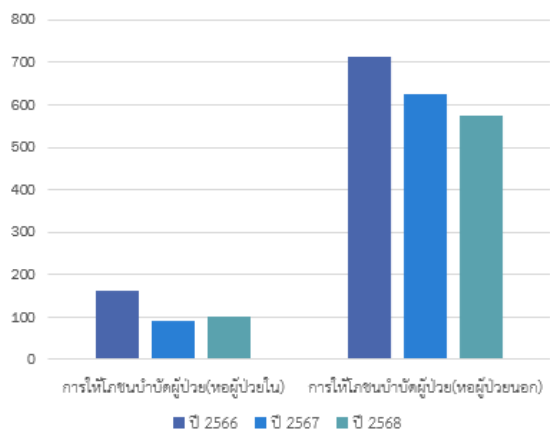
	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568
อาหารเบาหวาน	2,036	3,459	2,834
อาหารลดเค็ม	2,036	2,143	3,002
อาหารเกี๊ยว	32	0	0
อาหารทางสายยาง	6,827	10,473	12,324
อาหารเหลว นม	776	595	879

การบริการอาหารสำหรับญาติผู้ป่วย



	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568
อาหารธรรมดาญาติ	4,992	5,804	5,800

การให้โภชนบำบัดผู้ป่วย



	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568
การให้โภชนบำบัดผู้ป่วย (หอผู้ป่วยใน)	162	92	100
การให้โภชนบำบัดผู้ป่วย (หอผู้ป่วยนอก)	714	626	574

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568
จำนวนครั้งที่เกิดอุบัติการณ์ข้อร้องเรียนการเกิดโรคในระบบทางเดินอาหารจากผู้รับบริการ	0	0	0	0
ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบสุขาภิบาลอาหาร	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบสุขลักษณะส่วนบุคคล	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบสารปนเปื้อนในอาหาร	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
อัตราการได้รับอาหารเฉพาะโรคตรงตามโรค	100%	100%	100%	100%
อัตราการการสอนและสาธิตอาหารสายยางให้ผู้ป่วยในก่อนกลับบ้าน	100%	100%	100%	100%
ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ	90%	97.2	95.3	90.5

แนวทางการพัฒนา

1. บุคลากรได้เข้าอบรมเพิ่มเติมความรู้เกี่ยวกับงานโภชนาการ เพื่อนำมาใช้ในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย
2. บุคลากรได้เข้าประชุมคณะทำงานลดเสี่ยง ลดโรคเกี่ยวกับด้านโภชนาการเพื่อป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน
3. จัดทำอาหารมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยในหอผู้ป่วย อาหารธรรมดา อาหารอ่อน อาหารเฉพาะโรค
4. บุคลากรประกอบอาหารได้เข้ารับอบรมหลักสูตรการสุขาภิบาลอาหาร สำหรับผู้สัมผัสอาหารตามกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ 2561

กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมฯ

บริบท/บทบาทหน้าที่

หน้าที่และเป้าหมาย (Purpose) ให้บริการด้านสาธารณสุขตามระบบสุขภาพแบบองค์รวม ผสมผสานกับแพทย์ทางเลือก ตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยประสานภาคีเครือข่ายและชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ มีเป้าหมายมุ่งดูแลและส่งเสริมให้ประชาชนในชุมชนซึ่งประกอบด้วยบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีภาวะสุขภาพดี

ขอบเขตการให้บริการ (Scope of service)

ให้บริการดูแลสุขภาพประชาชน ครอบคลุมทั้ง 5 กลุ่มวัย ได้แก่ กลุ่มเด็กปฐมวัย (0-5ปี)/สตรี กลุ่มเด็กวัยเรียน กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มผู้สูงอายุและผู้พิการ ทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน รักษาพยาบาลผสมผสานกับการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกและฟื้นฟูสภาพแก่ผู้มารับบริการทั้งในสถานบริการ ในชุมชนและที่บ้าน รวมทั้งสนับสนุนให้ประชาชน ครอบครัว ชุมชนและสังคมมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ

คลินิกบริการในโรงพยาบาล

1. ผู้รับบริการต้องการได้รับการบริการตามการแพทย์วิถีใหม่ (New normal) ที่มีคุณภาพ ถูกต้อง ครบถ้วน สะดวก รวดเร็วและปลอดภัย
2. ผู้รับบริการต้องการได้รับการบริการตามสิทธิของการขอรับบริการตามที่รัฐบาลจัดให้โดยคำนึงถึงสิทธิขั้นพื้นฐานและความเสมอภาคเท่าเทียมกัน
3. ผู้รับบริการต้องการคำแนะนำ ความรู้ ทางเลือกในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง
4. ผู้ปฏิบัติงานในทีมงานกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมต้องการการประสานงานทั้งภายในหน่วยงานและนอกหน่วยงานอย่างเป็นกันเอง ลดขั้นตอนที่ยุ่งยาก ซ้ำซ้อน สร้างบรรยากาศในการทำงานอย่างเป็นกันเอง

ในชุมชน

ผู้นำชุมชน แกนนำสุขภาพ ประชาชนในเขตรับผิดชอบ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชน ต้องการทราบปัญหา ด้านสุขภาพ สถานการณ์ของโรคในชุมชน ครอบคลุมทั้ง 5 กลุ่มวัย เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลในการวางแผน แก้ไขปัญหา โดยคืนข้อมูลที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขให้ชุมชนรับทราบ สร้างความตระหนักให้ชุมชนร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมรับผิดชอบในการแก้ไขปัญหาและดูแลสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชนภายใต้การสนับสนุนทรัพยากรงบประมาณ จากหน่วยงาน องค์กรและส่วนราชการที่มีภารกิจในการดูแลสุขภาพของประชาชนในเขตรับผิดชอบ

ประเด็นคุณภาพ / เป้าหมายมุ่งเน้น

กิจกรรม การให้บริการส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย

กิจกรรม/ การให้บริการ	ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ
งานอนามัยแม่และเด็ก	<ul style="list-style-type: none"> - หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ - เด็กแรกเกิด- 6 เดือนมีค่าเฉลี่ยกินนมแม่อย่างเดียวยุบรวม 6 เดือน
เด็กปฐมวัย	<ul style="list-style-type: none"> - เด็ก 0-5 ปีมีพัฒนาการสมวัย - เด็กอายุ 0-5 ปีมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าครั้งแรกได้รับการติดตาม ร้อยละ 90 - เด็กอายุ 0-5 ปีสูงตีสมส่วนและสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี เพศชาย 113 เซนติเมตร เพศหญิง 112 เซนติเมตร ร้อยละ 64 - ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนในเด็ก 0-5 ปี
วัยเรียน	<ul style="list-style-type: none"> - นักเรียนรูปร่างดี ร้อยละ 57 - เด็กป.1สายตาคัดปกติได้รับการช่วยเหลือ ร้อยละ 100 - โรงเรียนผ่านเกณฑ์ส่งเสริมสุขภาพมาตรฐานสากลร้อยละ 100 - ความครอบคลุมของนักเรียนที่ได้รับการฉีดวัคซีน
วัยรุ่น	<ul style="list-style-type: none"> - อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปีไม่เกิน 19 :พัน ประชากร - อัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น < 20 ปี < 13%
วัยทำงาน	<ul style="list-style-type: none"> - ความครอบคลุมของสตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 30-60 ปีได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปีละ 20% - ความครอบคลุมของสตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 30-70 ปีได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านมร้อยละ 80 - สตรีไทยอายุ 40 ปีขึ้นไปที่มีประวัติญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านมได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์ > ร้อยละ 50 - ประชากรไทยอายุ 50-70 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงร้อยละ 10%ของกลุ่มเป้าหมาย 50%

กิจกรรม/ การให้บริการ	ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ
ผู้สูงอายุ	<ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินและจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล ร้อยละ 80-100 - ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองความถดถอย 9 ด้าน
การทำงานกับชุมชนและภาคีเครือข่าย	<ul style="list-style-type: none"> - การติดต่อประสานงานที่ดี - ความพึงพอใจของผู้รับบริการ - การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยเอื้อต่อการสร้างสุขภาพและป้องกันโรค - ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม/ รับผิดชอบในการสร้างเสริมสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน
งานเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้รับบริการไม่มีภาวะแทรกซ้อน - ความครอบคลุมของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่บ้านไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 - อัตราผู้ป่วยกลับจากรพศ./ รพท./ รพช. ได้รับการเยี่ยมบ้านภายใน 14 วัน
การสร้างเสริมสุขภาพและการคัดกรองในชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> - ความครอบคลุมของการคัดกรองภาวะสุขภาพ - ไม่พบผู้ป่วยรายใหม่ในปี - ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

ความเสี่ยงสำคัญ

ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบันเพื่อให้เป็นไปตามสิ่งที่คาดหวังและป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญของแต่ละขบวนการ (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

ความเสี่ยง ปี 2568	แนวทางป้องกัน/หลีกเลี่ยง
<p>Non Clinic 1. ลืมปิดไฟ</p> <p>วันอังคารที่ 4/3/68 ทำงานนอกเวลา ราชการหลัง 16.00น. ทำงานในห้อง พัฒนาการ ออกมานอกห้องพัฒนาการ เวลา 17.30น.เห็นห้องทำงานเปิดไฟทิ้งไว้ จึงลองดึงประตู ปรากฏว่าประตูล๊อค รอ จนเวลา 19.00น.ไม่มีเจ้าหน้าที่ขึ้นมา ทำงานงานนอกเวลาราชการหลัง 16.00น. ในห้องทำงาน</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. แจ้งสรุป Risk ให้เจ้าหน้าที่ทุกท่านทราบ 2. ผู้พบความเสี่ยงปิดไฟให้ เวลา 19.00น. 3. เช้าวันที่ 5/3/68 แจ้งหัวหน้าฝ่ายรับทราบเพื่อเขียนความ เสี่ยง 4. ให้เจ้าหน้าที่ที่ทำงานอยู่ในห้องทำงานนั้นตรวจสอบความ เรียบร้อยก่อนกลับบ้านและให้เสนอในที่ประชุมคณะกรรมการ ความเสี่ยงเพื่อเขียนความเสี่ยงกับกรรมการระดับโรงพยาบาล 5. หากมีการลืมปิดเกิน 3 ครั้งภายใน 1 ปี ให้ทำกิจกรรมทบทวน
<p>2. ลืมปิดคอมพิวเตอร์</p> <p>วันอังคารที่ 11/3/68 ไม่ปิด คอมพิวเตอร์หลังเลิกงาน เวลา 20.00น. จะลงจากทำงานพบแสงสว่างที่โต๊ะทำงาน ของเจ้าหน้าที่ท่านหนึ่ง จึงเดินเข้าไปดู พบมีการเปิด คอมพิวเตอร์ ค้างไว้ จึง ไม่ได้ปิดให้ เพราะเกรงว่ายังทำงานค้าง อยู่ ในเวลา 07.05 น. โทรหาพนักงาน ประจำฝ่ายให้ตรวจสอบในเวลาเช้าวันพุธ ที่ 12/3/68 พนักงานแจ้งว่ายังมีการเปิด อยู่</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. แจ้งสรุปRisk ให้เจ้าหน้าที่ทุกท่านทราบ 2. ให้เจ้าของคอมพิวเตอร์ แต่ละเครื่องทำ CQI ตนเองว่าจะทำ ยังไง ไม่ให้ลืมปิด เพราะการลืมปิดเครื่องใช้ไฟฟ้า จะมีผลต่อ อัคคีภัยในโรงพยาบาล 3.ได้สอบถามเจ้าหน้าที่ที่ออกห้องสุดท้าย 2 คน แจ้งว่าไม่เห็นแสง ไฟเปิดจากคอมพิวเตอร์ ไม่ได้เดินมาดูที่หน้าจอคอมพิวเตอร์ จึงคิด ว่าปิดคอมพิวเตอร์แล้ว เจ้าของเครื่องคอมพิวเตอร์รับทราบ 3. หากเจ้าหน้าที่ท่านใดเจอเหตุการณ์ ลืมปิดคอมพิวเตอร์ขอให้ ทำการปิดคอมพิวเตอร์ให้หรือโทรแจ้งเจ้าของเครื่องมาปิด คอมพิวเตอร์ เพื่อป้องกันอัคคีภัยในโรงพยาบาล 4. ถ้าหากลืมปิดเกิน 3 ครั้งต่อปี หรือเกิดซ้ำบ่อยๆ ให้ทำ กิจกรรมทบทวน 5. แจ้งเจ้าหน้าที่ทุกคน เน้นย้ำการปิดเครื่องใช้ไฟฟ้าทุกชนิด เพื่อประหยัดค่าไฟฟ้าและป้องกันอัคคีภัย

โอกาสพัฒนา

- พัฒนาระบบเครือข่ายงานกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Home Health care)
- การส่งเสริมการเรียนรู้เรื่องเพศวิถีในวัยรุ่นในบ้านห้วยน้ำนก
- อบรมการสื่อสารระหว่างพ่อแม่และลูกบ้านมอเกอร์ยาง
- อบรมแม่อาสา พัฒนาระบบอนามัยแม่และเด็กอย่างยั่งยืน
- คัดกรองมะเร็งเต้านมโดยเครื่องเอกซเรย์เต้านมเคลื่อนที่ (Mammogram) และคัดกรองมะเร็งนรีเวชด้วยการส่องกล้อง Colposcopy ในสตรีกลุ่มเสี่ยงและต้อโอกาสโดยมูลนิธิกาญจนบารมีอำเภอบพพระ
- การใช้โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม (DSPM-based Family-mediated Preschool Parenting Program) ในเด็กปฐมวัย
- พัฒนาช่องทางการประชาสัมพันธ์การเข้ารับบริการคลินิกมิตรวัยรุ่น โรงพยาบาลบพพระ
- จัดทำรูปแบบเพื่อลดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น แบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายในพื้นที่ตำบลบพพระ
- การอบรมให้ความรู้การป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

ผลงานและรางวัลที่ภาคภูมิใจ

พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญนักส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี ตำบลบพพระ

ปัญหาการเฝ้าระวังพัฒนาการที่พบในกลุ่มเด็กปฐมวัยของพื้นที่ตำบลบพพระ คือ ผู้ปกครองไม่ใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ที่ได้รับจากแผนกหลังคลอดในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการบุตรหลานตนเองที่บ้าน สาเหตุจาก ใช้ไม่ถูก ไม่มีเวลา อ่านหนังสือไม่ได้ จึงจำเป็นต้องมีอาสาสมัครสาธารณสุข เข้ามาช่วยเหลือให้ผู้ปกครองตระหนักถึงการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการบุตรหลานของตนในช่วงปฐมวัย จากปัญหาดังกล่าว ผู้รับผิดชอบงานซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการประเมินพัฒนาการ คัดกรองพัฒนาและกระตุ้นพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี ในตำบลบพพระ โดยมีเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขในตำบลบพพระซึ่งมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้ ให้คำแนะนำและให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ปกครอง เพื่อเป็นการเพิ่มขีดความสามารถและศักยภาพในการดูแลและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0- 5 ปีในชุมชน จึงได้เล็งเห็นให้อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ตำบลบพพระมีความรู้ในด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 0-5 ปี และสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขเหล่านั้นให้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางในด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 0 – 5 ปี เนื่องจากแต่ละหมู่บ้านจะมีอาสาสมัครสาธารณสุขครอบคลุมทุกหมู่บ้านเพื่อดูแลสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัย อาสาสมัครสาธารณสุขเหล่านี้จึงมีความใกล้ชิดและสามารถเข้าถึงประชาชนทุกกลุ่มวัยในชุมชน ผู้รับผิดชอบงานดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยจึงแนวคิดที่จะพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญนักส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี ตำบลบพพระ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้เด็กในหมู่บ้านที่อาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญนักส่งเสริมพัฒนาการเด็กรับผิดชอบมีพัฒนาการที่สมวัยตามแนวทางการพัฒนาของกระทรวงสาธารณสุข 2,500 วันแรกของชีวิตเด็ก ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่สำคัญของการสร้างสมอง ผ่านขบวนการ กิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดูฟัน ช่วยให้เด็กไทยมีพัฒนาการดีพร้อมเติบโตสมวัยและแข็งแรง โดยนำแนวคิดหลักของกระบวนการมีส่วนร่วมซึ่งประกอบด้วย ขั้นที่ 1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ขั้นที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ขั้นที่ 3 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ขั้นที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล ร่วมกับนำทฤษฎีการเรียนรู้ของกาเย่ (Robert Gayne, , 1977) มาใช้ในการเรียนการสอนโดยยึดหลักการนำเสนอเนื้อหาและจัดกิจกรรมการเรียนรู้จากการมีปฏิสัมพันธ์ หลักการสอน 9 ประการ

ได้แก่ 1) เร่งรัดความสนใจ 2) บอกรัตถุประสงค์ 3) ทบทวนความรู้เดิม 4) นำเสนอเนื้อหาใหม่ 5) ชี้แนะแนวทางการเรียนรู้ 6) กระตุ้นการตอบสนองบทเรียน 7) ให้ข้อมูลย้อนกลับ 8) ทดสอบความรู้) และ 9) สรุปและนำไปใช้ การประยุกต์ใช้แนวคิดของกาเย่ โดยนำหลักสูตรอาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญ นักส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี (นักศึกษาระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยมหิดล โครงการจัดตั้งวิทยาเขตอำนาจเจริญ, 2564) มาใช้ในการสร้างสื่อการเรียนการสอนอาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญ นักส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ผ่านโครงการอบรม อสม.เชี่ยวชาญ นักส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5ปี ตำบลพบพระ ปีงบประมาณ 2567 ซึ่งได้รับสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นองค์การบริหารส่วนตำบลพบพระ จำนวน 24,000 บาท หลังฝึกอบรม ได้จัดทำคู่มือและสื่อการเรียนรู้ เพื่อใช้เป็นแนวทางด้านการให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง ซึ่งจะทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญ นักส่งเสริมพัฒนาการเด็กเกิดความมั่นใจ ในการออกปฏิบัติงานในชุมชน และจัดทำระบบการนิเทศติดตามการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญพัฒนาการเด็ก จัดตั้งกลุ่มไลน์เพื่อให้คำปรึกษา แก่และสามารถออกปฏิบัติงานในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและจัดทำระบบการนิเทศติดตามการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญพัฒนาการเด็กโดยผู้รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็กและจัดตั้งกลุ่มไลน์เพื่อให้คำปรึกษา แก่อาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญ นักส่งเสริมพัฒนาการเด็กเมื่อออกปฏิบัติงานในชุมชน

ตัวชี้วัด (KPI) และผลลัพธ์ของการดำเนินการ

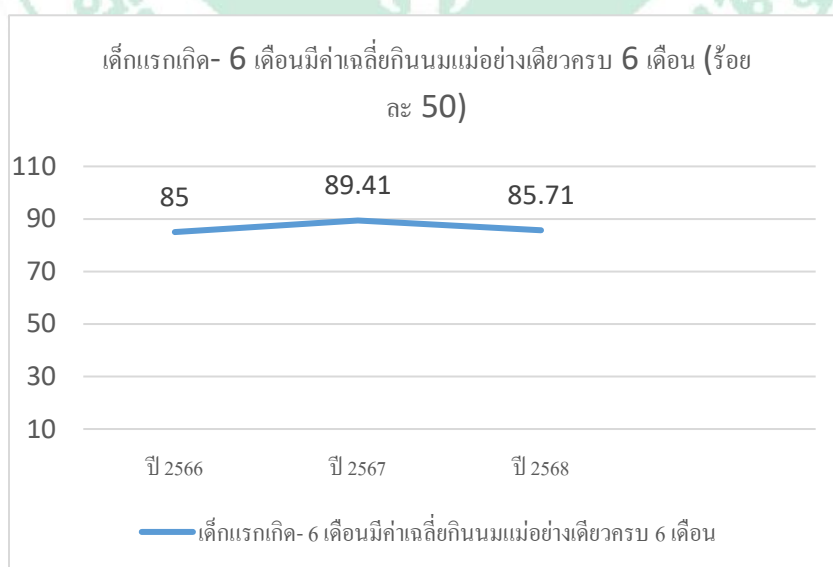
ข้อมูลเชิงปริมาณ

อนามัยแม่และเด็ก

1. เด็กแรกเกิด- 6 เดือนมีค่าเฉลี่ยกินนมแม่อย่างเดียวยุโรป 6 เดือน

แผนภูมิที่ 1: แสดงร้อยละเด็กแรกเกิด- 6 เดือนมีค่าเฉลี่ยกินนมแม่อย่างเดียวยุโรป 6 เดือน (ร้อยละ 50)

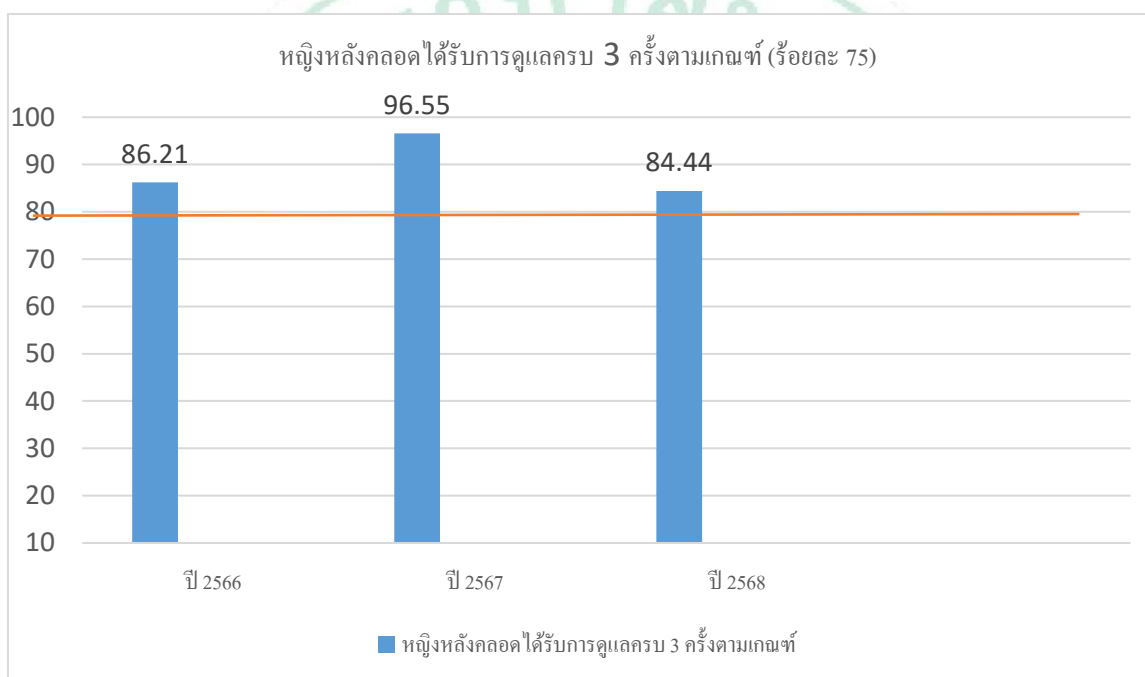
เปรียบเทียบปี 2566-2568



จากแผนภูมิที่ 1: แสดงร้อยละ เด็กแรกเกิด - 6 เดือนมีค่าเฉลี่ยกินนมแม่อย่างเดียวกว่า 6 เดือน (ร้อยละ 50) เปรียบเทียบปี 2566-2568 พบว่าเด็กแรกเกิด - 6 เดือน มีค่าเฉลี่ยกินนมแม่อย่างเดียวกว่า 6 เดือนกิน ร้อยละ 50 และมีแนวโน้มกินนมแม่อย่างเดียวกว่าเพิ่มขึ้นทุกปี และยังพบว่าเด็กที่กินนมผสมอย่างเดียว เปลี่ยนมากิน นมผสมร่วมกับนมแม่เพิ่มขึ้น จากการสอบถามผู้ประกอบการพบว่า สาเหตุของการให้นมแม่ร่วมกับนมผสม ผู้ประกอบการ ส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าน้ำนมแม่ไหลน้อยกลัวลูกไม่อิ่มจึงให้นมผสมร่วมกับนมแม่ทางผู้รับผิดชอบงานจึงให้ความรู้ที่ ถูกต้องแก่ผู้ประกอบการและสร้างความมั่นใจ ช่วยเหลือเพื่อให้กลับมาเลี้ยงนมแม่อย่างเดียวได้สำเร็จ

2.หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์

แผนภูมิที่ 2: แสดงร้อยละหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ (ร้อยละ 75)

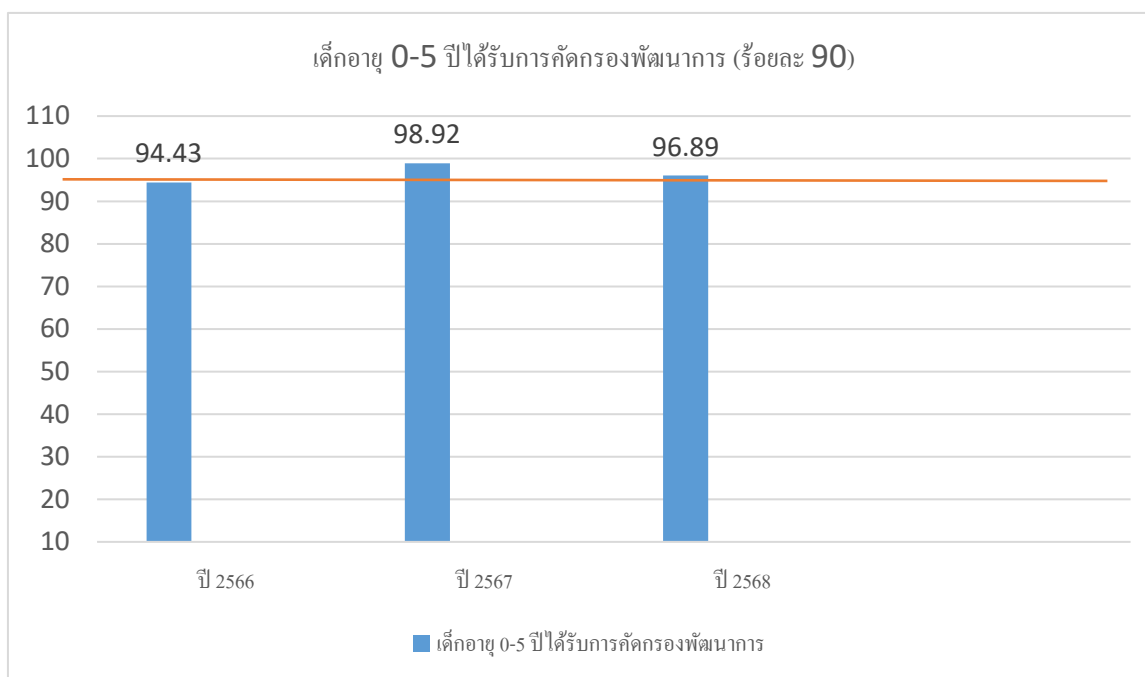


จากแผนภูมิที่ 2: แสดงร้อยละ หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ (ร้อยละ 75) เปรียบเทียบปี 2566-2568 พบว่า การเยี่ยมบ้านหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้ง ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดที่กระทรวง สาธารณสุขกำหนดทุกปี แต่มีแนวโน้มลดลง สาเหตุจากการไม่สามารถติดตามได้เนื่องจากหลังคลอดมีชื่อใน ทะเบียนติดตามเยี่ยมแต่ไม่มีตัวตนในหมู่บ้าน ผู้รับบริการบางรายอาศัยอยู่ฝั่งชายแดนประเทศเมียนมาร์ แต่ยังคงมี ชื่อและบ้านเลขที่ในประเทศไทย ผู้รับบริการบางรายคลอดที่สถานบริการอื่นแล้วไม่ได้รับการส่งต่อข้อมูลทำให้ จนท.และ อสม.ทำให้ทราบข้อมูลล่าช้าจึงติดตามเยี่ยมหลังคลอดเกินกำหนด, ส่วนในปีงบประมาณ 2566 หญิง หลังคลอดบางรายติด COVID-19 มารดาและทารกป่วยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ไม่สามารถติดตามเยี่ยมได้ ตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2566 ติดตามเยี่ยมดูแลครบ 3 ครั้ง ตามเกณฑ์ จำนวนมารดา 55 ราย ทารก 55 ราย คิดเป็นร้อยละ 94.83 ผิดปกติส่งพบแพทย์ 3 ราย คิด เป็นร้อยละ 2.73 ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2567 ติดตามเยี่ยมดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ จำนวนมารดา 72 ราย ทารก 72 ราย คิดเป็นร้อยละ 94.74 ผิดปกติส่งพบแพทย์ 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.06 และผล

การดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2568 (นับถึงมิถุนายน) ติดตามเยี่ยมดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ จำนวนมารดา 35 ราย ทารก 35 ราย คิดเป็นร้อยละ 84.44 ผิดปกติส่งพบแพทย์ 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.86

3.เด็กอายุ 0-5 ปีได้รับการคัดกรองพัฒนาการ

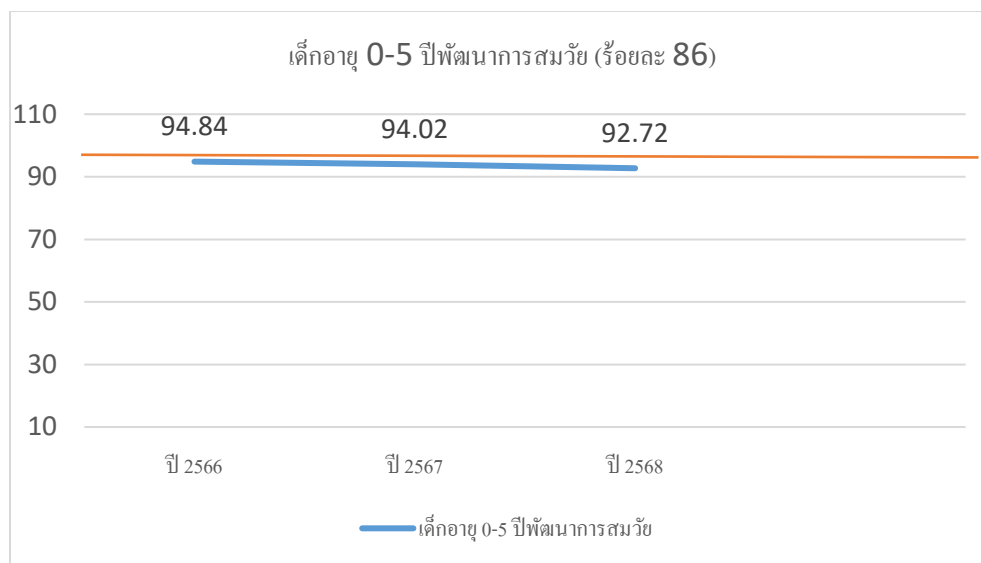
แผนภูมิที่ 3:แสดงร้อยละ เด็กอายุ 0-5 ปีได้รับการคัดกรองพัฒนาการ (ร้อยละ 90)



จากแผนภูมิที่ 3: แสดงร้อยละ เด็กอายุ 0-5 ปีได้รับการคัดกรองพัฒนาการ (ร้อยละ 90) เปรียบเทียบปี 2566-2568 พบว่าผลการดำเนินงานคัดกรองพัฒนาการเด็ก 5 กลุ่มวัย (9 ต.,18 ต.,30 ต.,42 ต.,60.ต) ครอบคลุมมากกว่าร้อยละ 90 สืบเนื่องมาจากเด็กได้รับการติดตามพัฒนาการจากนักส่งเสริมพัฒนาการและอสม.เชี่ยวชาญพัฒนาการเด็กซึ่งเป็น อสม.ในพื้นที่ที่ได้รับกาพัฒนาศักยภาพเป็น อสม.เชี่ยวชาญพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี ให้สามารถคัดกรองพัฒนาการเด็ก 5 กลุ่มวัยได้อย่างมีคุณภาพ โดยมีพี่เลี้ยงผู้รับผิดชอบงานซึ่งเป็นนักส่งเสริมพัฒนาการเป็นผู้นิเทศ ติดตามการคัดกรองพัฒนาการจาก อสม.เชี่ยวชาญพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง

4.เด็กอายุ 0-5 ปีพัฒนาการสมวัย

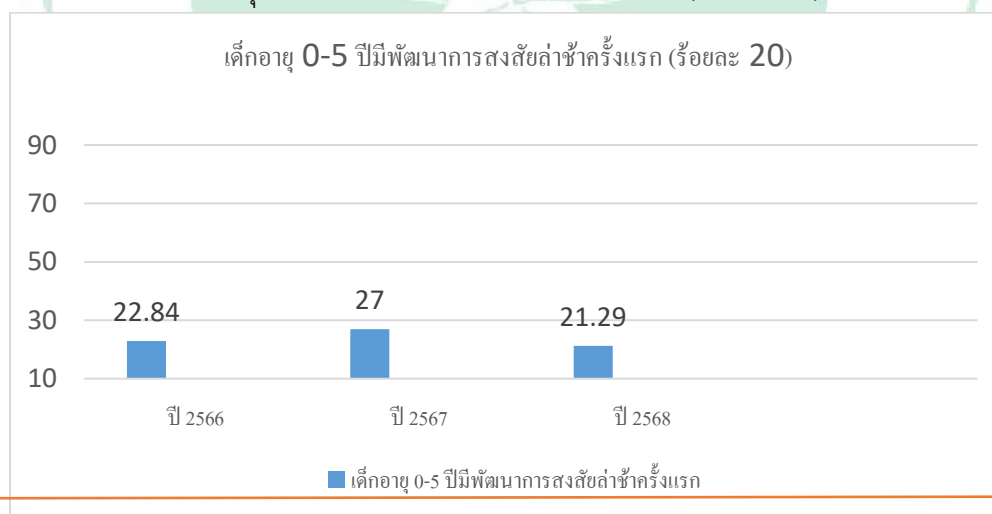
แผนภูมิที่ 4:แสดงร้อยละ เด็กอายุ 0-5 ปีพัฒนาการสมวัย (ร้อยละ 86)



จากแผนภูมิที่ 4: แสดงร้อยละ เด็กอายุ 0-5 ปีพัฒนาการสมวัย (ร้อยละ 86) เปรียบเทียบปี 2566-2568 พบว่าเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัยมากกว่าร้อยละ 86 เนื่องจากเด็ก 0-5 ปี ได้รับการส่งเสริม เฝ้าระวัง พัฒนาการจากผู้ปกครอง อสม.เชี่ยวชาญพัฒนาการเด็ก ครูพี่เลี้ยงและนักส่งเสริมพัฒนาการจึงทำให้เด็กที่มี พัฒนาการสงสัยล่าช้าและพัฒนาการล่าช้าได้รับการช่วยเหลือแก้ไขทันที

5.เด็กอายุ 0-5 ปีมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าครั้งแรก

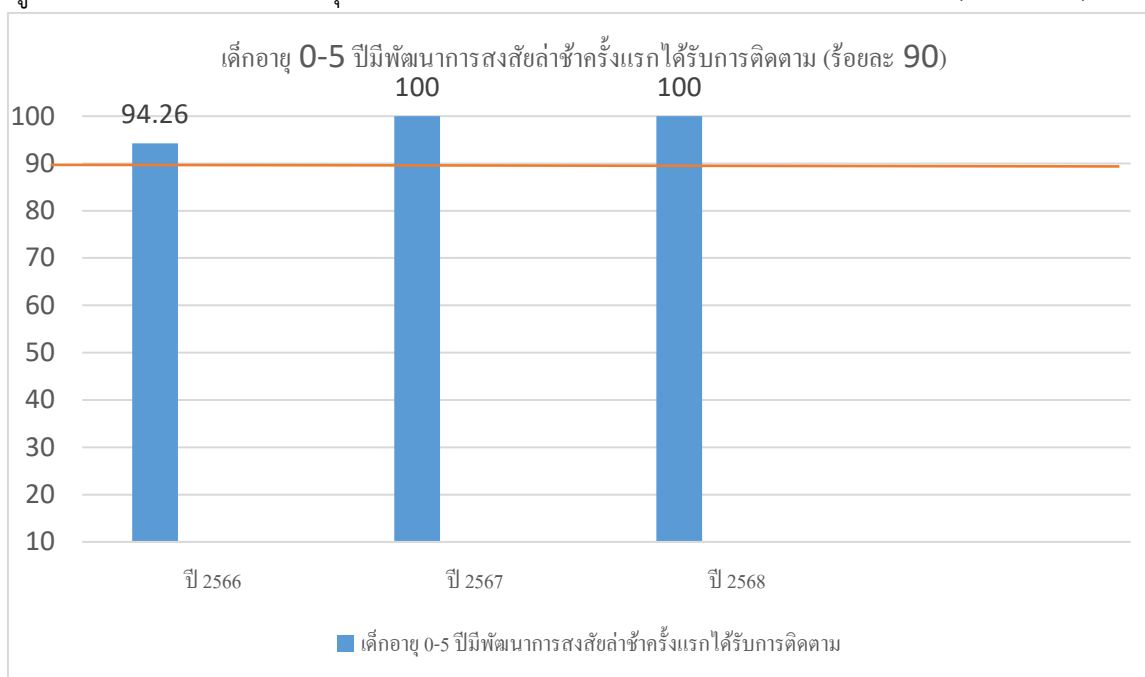
แผนภูมิที่ 5:แสดงร้อยละ เด็กอายุ 0-5 ปีมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าครั้งแรก (ร้อยละ 20)



จากแผนภูมิที่ 5 :แสดงร้อยละ เด็กอายุ 0-5 ปีมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าครั้งแรก (ร้อยละ 20) เปรียบเทียบปี 2566-2568 พบว่าแนวโน้มคัดกรองพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี ครั้งแรกลดลงเนื่องจากในชุมชนมี อสม..เชี่ยวชาญพัฒนาการเด็กร่วมกับนักส่งเสริมพัฒนาการช่วยเหลือผู้ปกครองให้ใช้คู่มือเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ในการส่งเสริมพัฒนาการแต่ละด้าน

6.เด็กอายุ 0-5 ปีมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าครั้งแรกได้รับการติดตาม

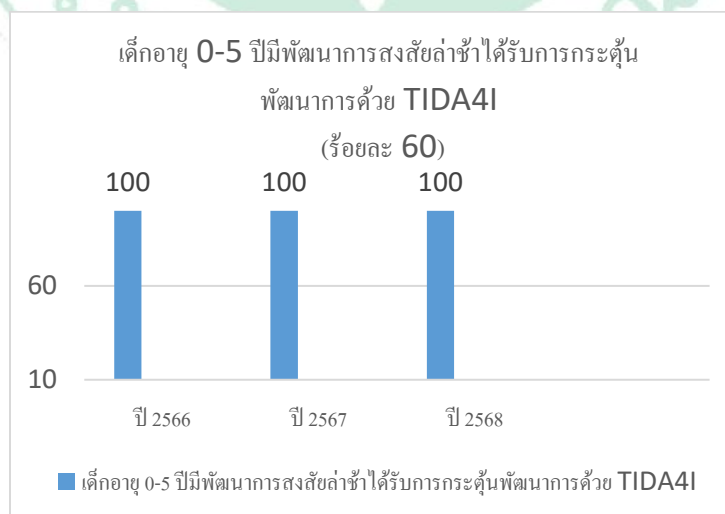
แผนภูมิที่ 6: แสดงร้อยละ เด็กอายุ 0-5 ปีที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าครั้งแรกได้รับการติดตาม (ร้อยละ 90)



จากแผนภูมิที่ 6 :แสดงร้อยละ เด็กอายุ 0-5 ปีที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าครั้งแรกได้รับการติดตาม (ร้อยละ 90) เปรียบเทียบปี 2566-2568 พบว่าผลการดำเนินงานครบร้อยละ 100 เนื่องจากโรงพยาบาลพบพระมีเครือข่าย คือ อสม. นักส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ช่วยเหลือในการติดตามเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าและผู้ปกครองให้ความสำคัญในการนำลูกมาฝึกพัฒนาการตามนัด

7.เด็กอายุ 0-5 ปีที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TIDA4I

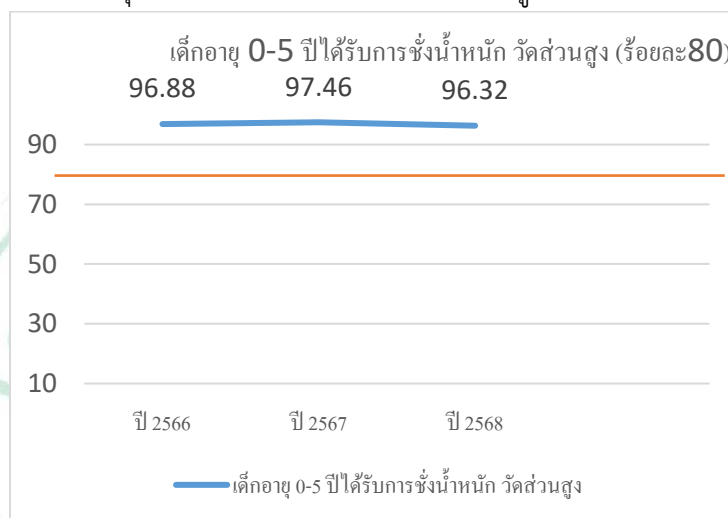
แผนภูมิที่ 7: แสดงร้อยละ เด็กอายุ 0-5 ปีที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TIDA4I (ร้อยละ 60)



จากแผนภูมิที่ 7 :แสดงร้อยละ เด็กอายุ 0-5 ปีมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TIDA4I (ร้อยละ 60) เปรียบเทียบปี 2566-2568 พบว่า ผลการดำเนินงานครบร้อยละ 100 เนื่องจากโรงพยาบาลมีเครือข่าย อสม.เชี่ยวชาญพัฒนาการเด็กติดตามเด็กมารับการกระตุ้นพัฒนาการ (หากผิคนัด) และผู้ปกครองให้ความสำคัญในการนำลูกมากระตุ้นพัฒนาการตามนัด

8.เด็กอายุ 0-5 ปีได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง

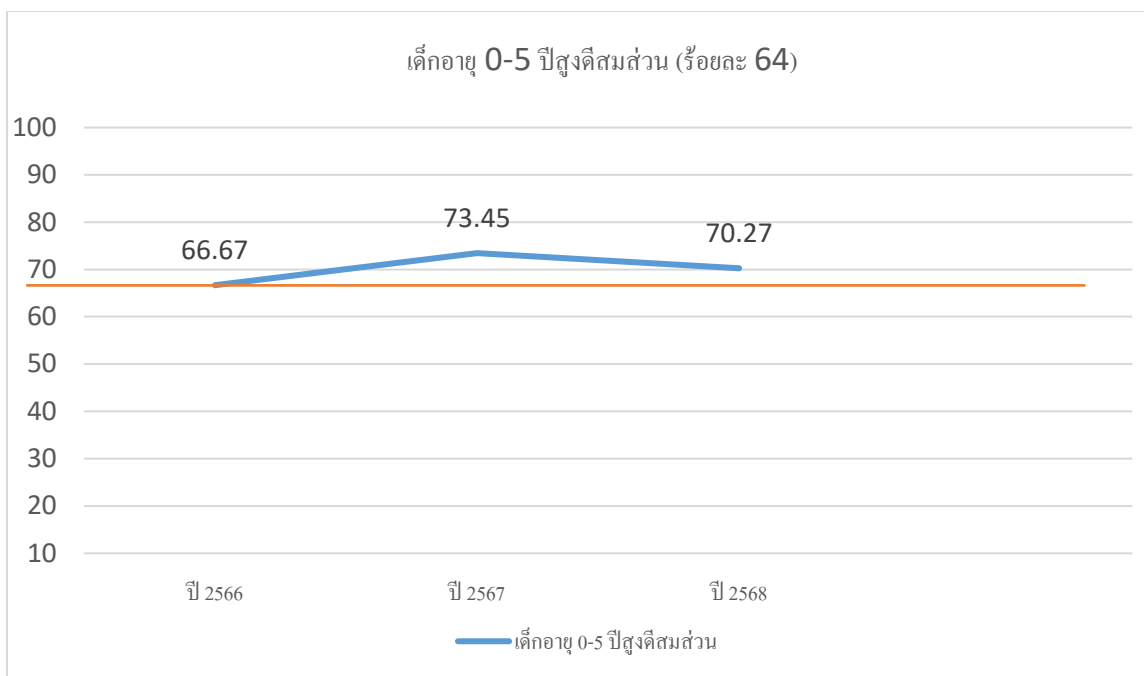
แผนภูมิที่ 8: แสดงร้อยละ เด็กอายุ 0-5 ปีได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง (ร้อยละ 80)



จากแผนภูมิที่ 8 :แสดงร้อยละ เด็กอายุ 0-5 ปีได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง(ร้อยละ 80) เปรียบเทียบปี 2566-2568 พบว่าผลการดำเนินงานชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงเด็ก 0-5 ปี มากกว่าร้อยละ 80 เนื่องจากได้มีการส่งข้อมูลรายชื่อเด็กระหว่าง อสม.และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อทราบข้อมูลเด็ก เพื่อให้ อสม.ผู้รับผิดชอบครอบครัวที่มีชื่อเด็กเป็นกลุ่มเป้าหมายนำเด็กมาชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง ณ จุดนัดหมาย หากผู้ปกครองไม่นำเด็กซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายมาชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง อสม.ผู้ดูแลครอบครัวที่มีเด็กกลุ่มนี้อยู่จะออกไปชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงให้และให้ความรู้กับผู้ปกครองให้ตระหนักถึงความสำคัญของการติดตามโภชนาการของเด็กโดยการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงเด็ก

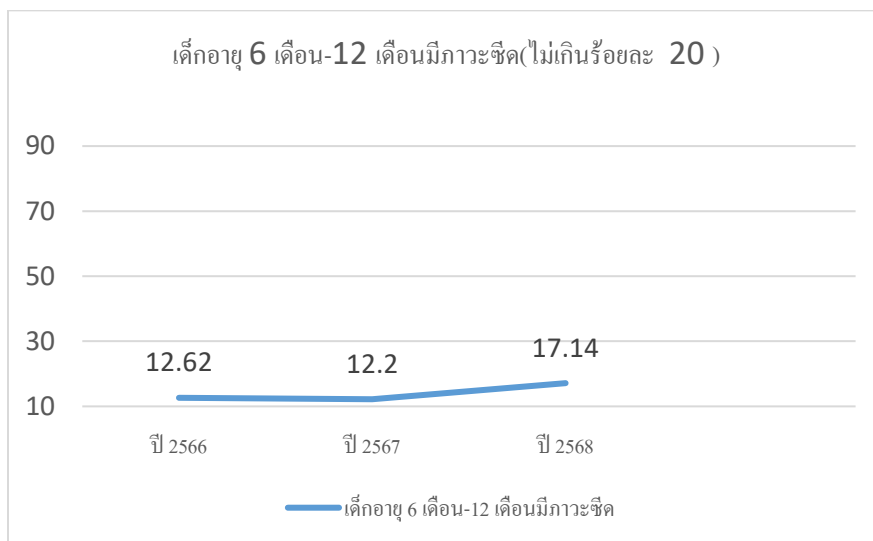
9.เด็กอายุ 0-5 ปีสูงตีสมส่วน

แผนภูมิที่ 9: แสดงร้อยละ เด็กอายุ 0-5 ปีสูงตีสมส่วน (ร้อยละ 64)



จากแผนภูมิที่ 9: แสดงร้อยละ เด็กอายุ 0-5 ปีสูงดีสมส่วน (ร้อยละ 64) เปรียบเทียบปี 2566-2568 พบว่าเด็กมีภาวะโภชนาการสูงดี สมส่วน แนวโน้มเพิ่มขึ้น ปี 2566 ร้อยละ 66.67 ปี 2567 ร้อยละ 73.45 และปี 2568 ร้อยละ 70.27 (ผลการดำเนินงานเพียง 6 เดือน) และสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี เพศชาย 109.97 cms. เพศหญิง 108.51 cms (ผ่านเกณฑ์ กองโภชนาการ กรมอนามัยคือ เพศชายต้องสูงเฉลี่ย 113 cms. เพศหญิงต้องสูงเฉลี่ย 112 cms.)

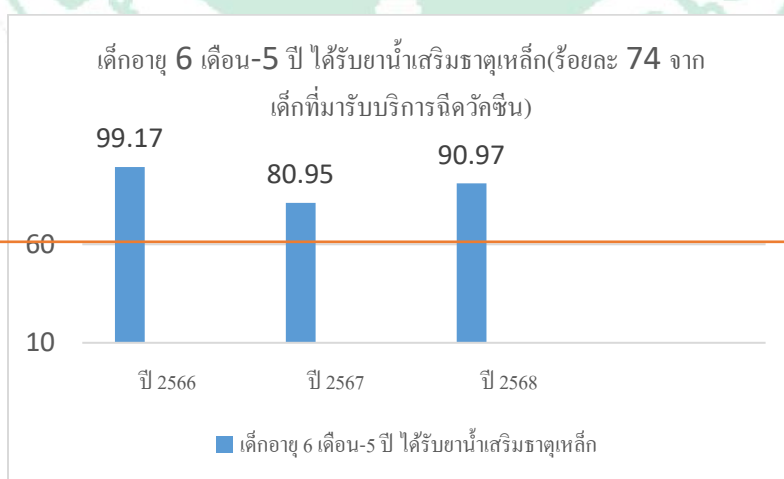
แผนภูมิที่ 10: แสดงร้อยละ เด็กอายุ 6 เดือน-12 เดือนมีภาวะซีด (ไม่เกินร้อยละ 20)



จากแผนภูมิที่ 10 :แสดงร้อยละ เด็กอายุ 6 เดือน-12 เดือนมีภาวะซีด (ไม่เกินร้อยละ 20) เปรียบเทียบปี 2566-2568 พบว่าเด็กอายุ 6 เดือน – 12 เดือน มีแนวโน้มซีดเพิ่มมากขึ้น ปี 2566 ร้อยละ 12.62 ปี 2567 ร้อยละ 12.2 และปี 2568 ร้อยละ 17.14 เนื่องจากการเพิ่มช่องทางดักจับภาวะซีดในเด็กจากคัดกรองเฉพาะคลินิก WCC อย่างเดียว เพิ่มออกคัดกรองกลุ่มเป้าหมายในชุมชน ทำให้ความครอบคลุมในการคัดกรองเพิ่มขึ้น จากจำนวนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองเพิ่มขึ้นทำให้พบภาวะซีดในเด็กอายุ 6 เดือน-12 เดือนเพิ่มขึ้น

11.เด็กอายุ 6 เดือน-5 ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก

แผนภูมิที่ 11: แสดงร้อยละ เด็กอายุ 6 เดือน-5 ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก (ร้อยละ74 จากเด็กที่มารับบริการฉีดวัคซีน)



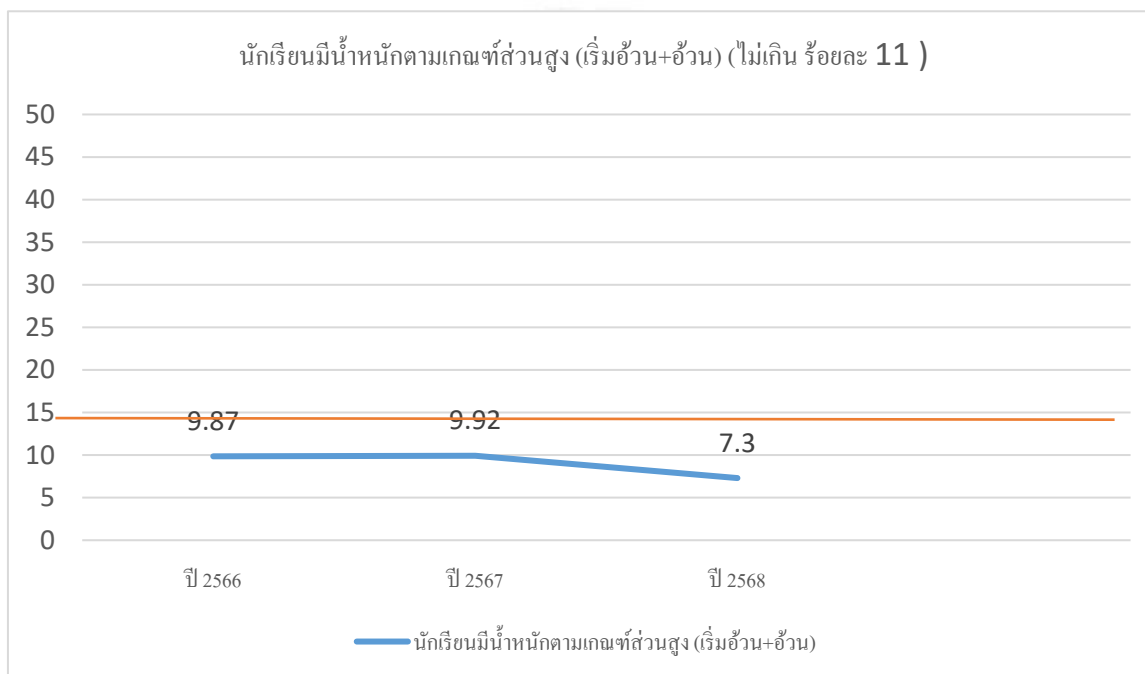
จากแผนภูมิที่ 11: แสดงร้อยละ เด็กอายุ 6 เดือน-5 ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก (ร้อยละ74 จากเด็กที่มารับบริการฉีดวัคซีน) เปรียบเทียบปี 2566-2568 พบว่า ผลการดำเนินงานจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็กอายุ

6 เดือน – 5 ปี ผ่านเกณฑ์มากกว่าร้อยละ 74 เนื่องจากโรงพยาบาลพบพระมีการดำเนินการจ่ายยาเสริมธาตุเหล็กให้กับเด็กที่มาใช้บริการ WCC อย่างต่อเนื่อง ทุกราย

วัยเรียน

12.นักเรียนมีน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (เริ่มอ้วน+อ้วน) (ไม่เกินร้อยละ 11)

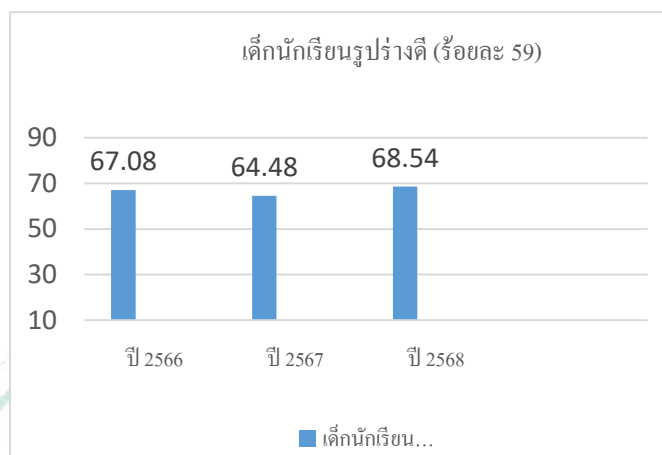
แผนภูมิที่ 12: แสดงร้อยละ นักเรียนมีน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (เริ่มอ้วน+อ้วน) (ร้อยละ ไม่เกิน 11)



จากแผนภูมิที่ 12: แสดงร้อยละ นักเรียนมีน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (เริ่มอ้วน+อ้วน) (ไม่เกินร้อยละ 11) เปรียบเทียบปี 2566-2568 พบว่า ร้อยละนักเรียนมีน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (เริ่มอ้วน+อ้วน) มีแนวโน้มลดลง เนื่องจากได้พัฒนาศักยภาพครูอนามัยโรงเรียนในการใช้โปรแกรม Thai School Launch เพื่อเป็นแนวทางในการพิจารณาเมนูอาหารในสถานศึกษาอย่างต่อเนื่อง และมีการจัดโครงการแก้ปัญหาภาวะโภชนาการในเด็กนักเรียน มาดำเนินการในโรงเรียนที่นักเรียนอ้วน คือ โรงเรียนชุมชนบ้านพบพระและโรงเรียนอนุบาลเทศบาลตำบลพบพระจึงทำให้ผลงานทั้ง 3 ปี ลดลงอย่างเห็นได้ชัด

13. เด็กนักเรียนรูปร่างดี (ร้อยละ 59)

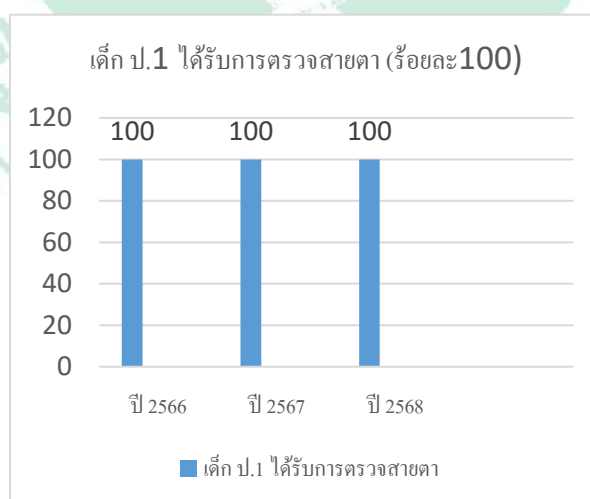
แผนภูมิที่ 13: แสดงร้อยละเด็กนักเรียนรูปร่างดี (ร้อยละ 59)



จากแผนภูมิที่ 13: แสดงร้อยละเด็กนักเรียนรูปร่างดี (ร้อยละ 59) เปรียบเทียบปี 2566-2568 พบว่า ร้อยละ นักเรียนสูงดี สม่ำเสมอ มีแนวโน้มสูงขึ้น เนื่องจากโรงเรียนมีการดำเนินการจัดโครงการแก้ปัญหาภาวะโภชนาการเด็กนักเรียน ในโรงเรียนที่นักเรียนเต็ม คือ โรงเรียน ตชด.บ้านมอเกอร์ โรงเรียนบ้านหมื่นฤชัย และโรงเรียนบ้านห้วยน้ำนักวิทยา และโรงพยาบาลพบพระได้ดำเนินการจัดโครงการแก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการในเด็กนักเรียนในโรงเรียนที่มีนักเรียนอ้วน คือ โรงเรียนชุมชนบ้านพบพระและโรงเรียนอนุบาลเทศบาลตำบลพบพระ

14.เด็ก ป.1 ได้รับการตรวจสายตา

แผนภูมิที่ 14: แสดงร้อยละเด็ก ป.1 ได้รับการตรวจสายตา (ร้อยละ100)

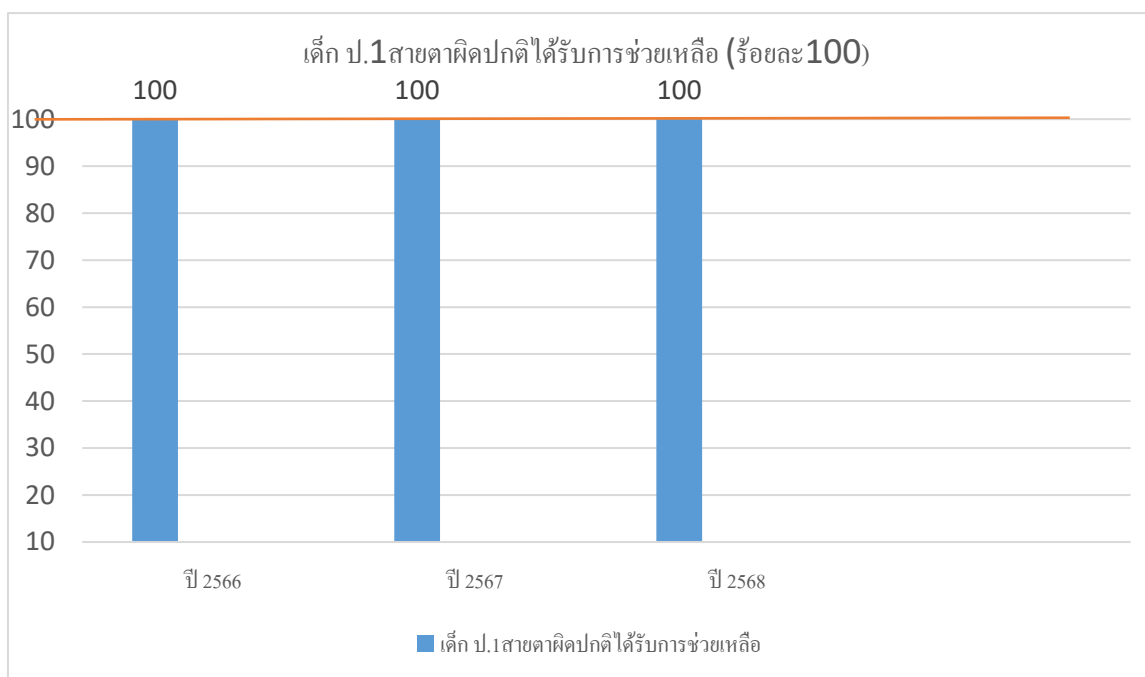


จากแผนภูมิที่ 14: แสดงร้อยละเด็ก ป.1 ได้รับการตรวจสายตา (ร้อยละ100) เปรียบเทียบปี 2566-2568 พบว่า เด็กนักเรียนชั้น ป.1 ของโรงเรียนในเขตรับผิดชอบ 5 โรงเรียน ได้รับการตรวจสายตา ทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100 ทั้ง 3 ปี เนื่องจากมีการดำเนินการตรวจสายต่านักเรียนชั้น ป.1 ในไตรมาสแรกของปีการศึกษา

และมีการติดตามตรวจสอบสายตานักเรียนที่ขาดเรียนและยังไม่ได้รับการตรวจสายตาตามตรวจสายตาให้เสร็จสิ้นภายใน ไตรมาส 2 โดยการประสานงานกับครูอนามัยโรงเรียนเพื่อติดตามเด็กนักเรียนที่ขาดเรียนมาตรวจสายตาจนครบทุกคน

17. เด็ก ป.1สายตาคิดปกติได้รับการช่วยเหลือ

แผนภูมิที่ 15: แสดงร้อยละเด็ก ป.1สายตาคิดปกติได้รับการช่วยเหลือ (ร้อยละ100)



จากแผนภูมิที่ 15: แสดงร้อยละเด็ก ป.1สายตาคิดปกติได้รับการช่วยเหลือ(ร้อยละ100) เปรียบเทียบปี 2566-2568 พบว่า

ในปี 2566 เด็กนักเรียน ชั้น ป.1 ในเขตรับผิดชอบทั้งหมด 5 โรงเรียน มีจำนวนทั้งหมด 410 ราย พบเด็กนักเรียนที่สงสัยสายตาคิดปกติ 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.12 ได้ให้สุศึกษาและนัดตรวจซ้ำ พบว่าสายตาคิดปกติทุกราย

ในปี 2567 มีเด็กนักเรียนชั้น ป.1 ทั้งหมด 338 ราย พบเด็กนักเรียนที่สงสัยสายตาคิดปกติ 44 รายคิดเป็นร้อยละ 13.01 ได้ให้สุศึกษาและนัดตรวจซ้ำพบว่าสายตาคิดปกติทุกราย

ในปี 2568 มีเด็กนักเรียนชั้น ป.1 ทั้งหมด 383 ราย พบเด็กนักเรียนที่สงสัยสายตาคิดปกติ 44 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.48 ได้ดำเนินการแก้ไขให้สุศึกษาแก่เด็กและนัดตรวจซ้ำพบว่าสายตาคิดปกติทุกราย

16. โรงเรียนผ่านการประเมินรับรองมาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมาตรฐานสากล

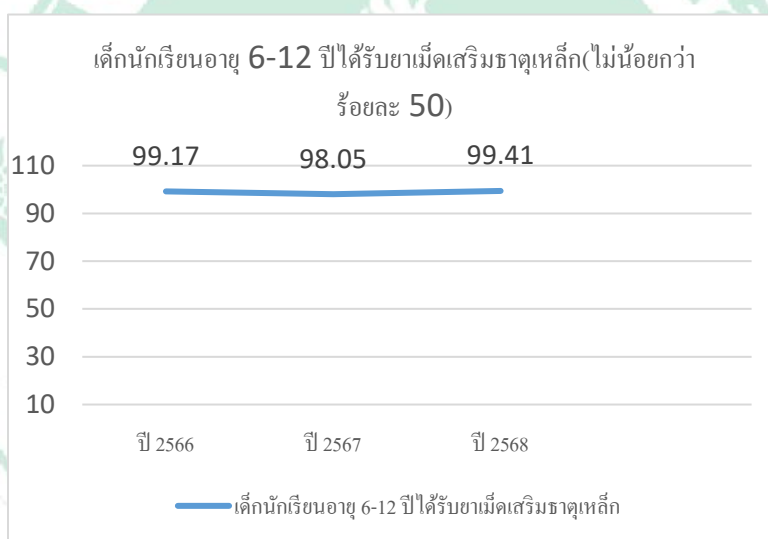
ตารางที่ 1: แสดงร้อยละโรงเรียนผ่านการประเมินรับรองมาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมาตรฐานสากล (ร้อยละ100)

ปีงบประมาณ	โรงเรียนผ่านการประเมินรับรองมาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมาตรฐานสากล (ร้อยละ100)
2566	ผ่านเกณฑ์ (ตัวชี้วัดเดิม)
2567-2568	รอประเมิน (ตัวชี้วัดใหม่)

จากตารางที่ 1: แสดงร้อยละของโรงเรียนผ่านการประเมินรับรองมาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร (ร้อยละ100) ในปีงบประมาณ 2566 จำนวน 6 โรงเรียน คิดเป็นร้อยละ 100 ในปีงบประมาณ 2567-2568 ได้มีการปรับเปลี่ยนเกณฑ์การประเมินจากโรงเรียนผ่านการประเมินรับรองมาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร (ร้อยละ100) มาเป็นโรงเรียนผ่านการประเมินรับรองเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมาตรฐานสากล (ร้อยละ100) ซึ่งจะครบการประเมินในปีงบประมาณ 2569

17. ร้อยละเด็กนักเรียนอายุ 6-12 ปีได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก

แผนภูมิที่ 16: แสดงร้อยละเด็กนักเรียนอายุ 6-12 ปีได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50)

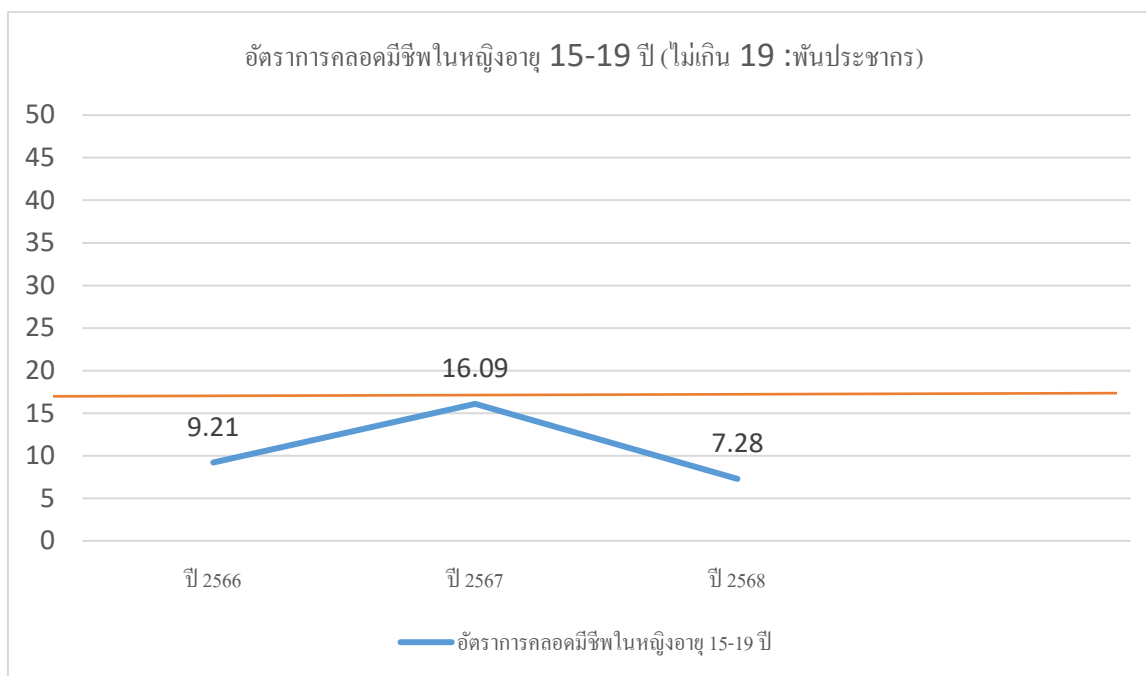


จากแผนภูมิที่ 16: แสดงร้อยละเด็กนักเรียนอายุ 6-12 ปีได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50) เปรียบเทียบปี 2566-2568 พบว่าเด็กนักเรียนอายุ 6-12 ปีได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กมีแนวโน้มสูงขึ้นเนื่องจากในวันเปิดเรียนภาคเรียนที่ 1 มีการดำเนินการจ่ายยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กให้กับครูอนามัยโรงเรียนทั้ง 6 โรงเรียนที่รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียนเพื่อนำยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กไปจ่ายให้กับนักเรียน และมีการติดตามการจ่ายยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กในทุกภาคเรียนที่1 และภาคเรียนที่ 2

วัยรุ่น

18. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี

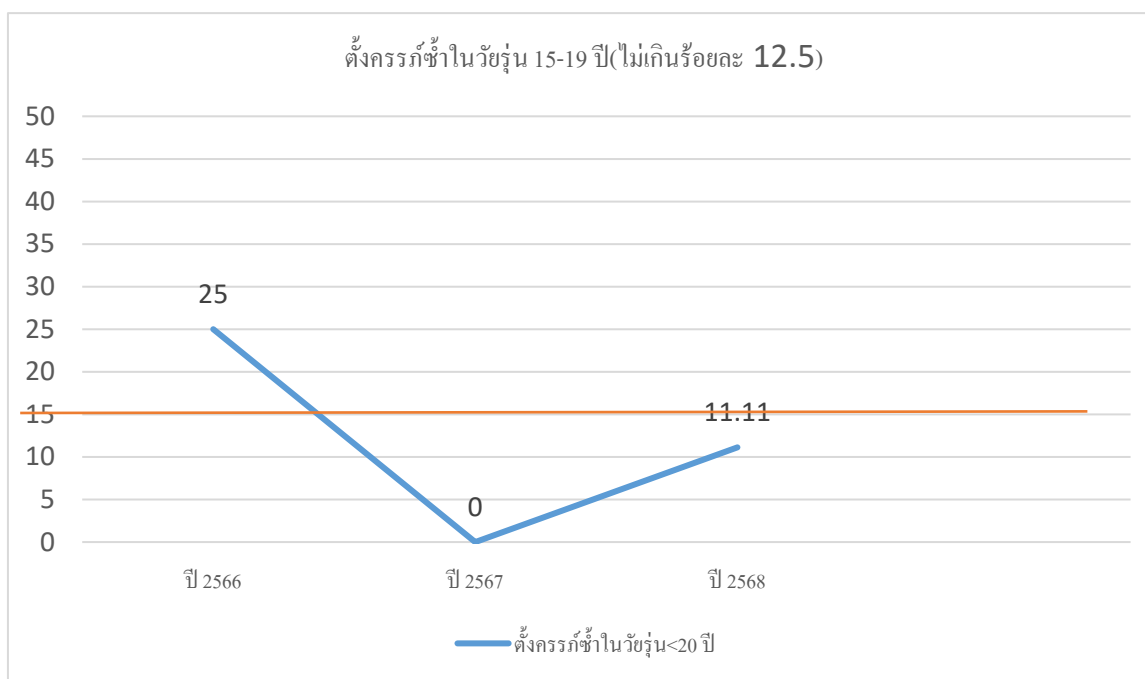
แผนภูมิที่ 17: แสดงอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี (ไม่เกิน 19 :พันประชากร)



จากแผนภูมิที่ 17: แสดงอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี (ไม่เกิน 19 : พันประชากร) เปรียบเทียบปี 2566 เกณฑ์ชี้วัด ไม่เกิน 25: พันประชากร ผลการดำเนินงานเท่ากับ 9.21: พันประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี ปี 2567 เกณฑ์ชี้วัด ไม่เกิน 21: พันประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี ผลการดำเนินงานเท่ากับ 16.09: พันประชากร หญิงอายุ 15-19 ปี และปี 2568 เกณฑ์ชี้วัด ไม่เกิน 19: พันประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี ผลการดำเนินงานเท่ากับ 7.28: พันประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี มีแนวโน้มลดลงเนื่องจากการให้ความรู้กับหญิงตั้งครรภ์อายุ 15-19 ปี ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ มีการประชาสัมพันธ์ผ่านกลุ่มไลน์ในคลินิกมิตรวัยรุ่น การจัดทำแผนงานโครงการให้ความรู้วัยรุ่นในหมู่บ้านและสถานศึกษา รวมถึงการจัดกิจกรรมด้านการเฝ้าระวังและป้องกัน การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรตามเทศกาลต่างๆ เช่น วันวาเลนไทน์ เป็นต้น ทำให้ข้อมูลอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ผ่านเกณฑ์ชี้วัด

19. ตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น 15-19 ปี

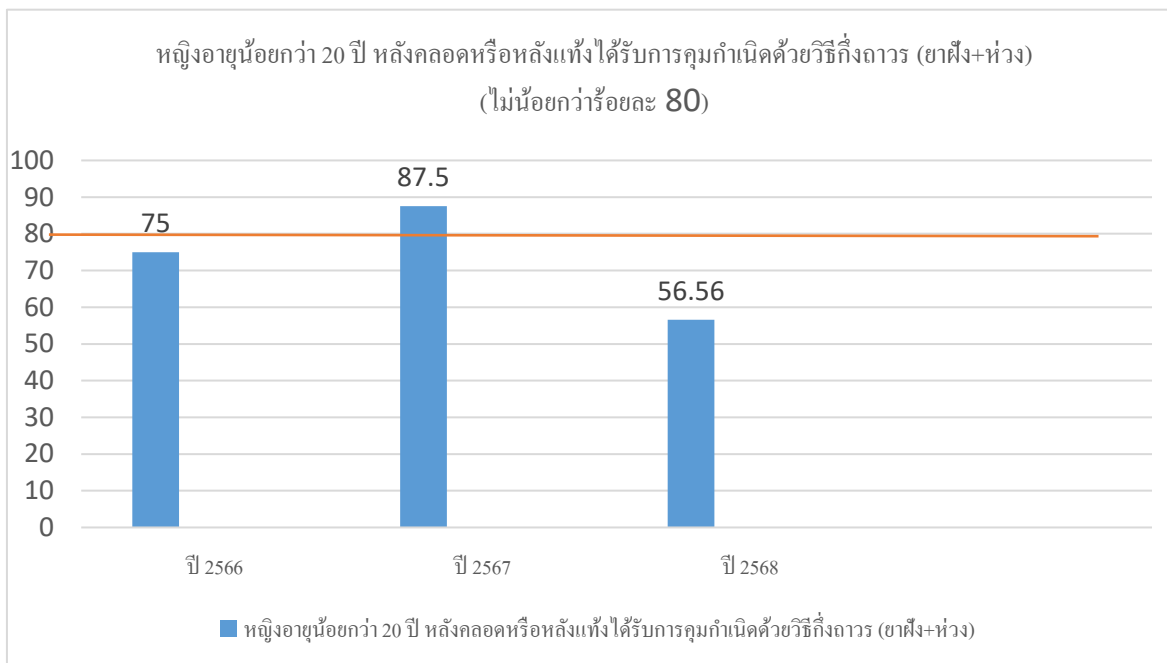
แผนภูมิที่ 18: แสดงร้อยละตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น 15-19 ปี (ไม่เกินร้อยละ 12.5)



จากแผนภูมิที่ 18: แสดงร้อยละ ตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นอายุ < 20 ปี (ไม่เกินร้อยละ 12.5) เปรียบเทียบปี 2566-2568 พบว่าผลการดำเนินงานเท่ากับร้อยละ 25 ในปี 2566 ไม่พบการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น < 20 ปี ในปี 2567 เนื่องจากมีการให้ความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัว เน้นการคุมกำเนิดกึ่งถาวรโดยเฉพาะวิธีฝังยาคุมกำเนิดที่แผนกฝากครรภ์ มีการให้ความรู้พร้อมกันเป็นรายครอบครัว โดยให้ผู้ปกครองของวัยรุ่น < 20 ปี ได้มีส่วนรับรู้เรื่องการวางแผนครอบครัวและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น < 20 ปี จึงทำให้ไม่พบการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นอายุ < 20 ปี ส่วนในปี 2568 พบการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น < 20 ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากการสอบถามแม่วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ซ้ำส่วนใหญ่หลังคลอดขาดความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัวที่ถูกต้อง ขาดความตระหนักถึงการวางแผนครอบครัว ขาดการวางแผนในชีวิต ทำให้มีเพศสัมพันธ์หลังคลอด ก่อนที่จะได้รับการตรวจหลังคลอดและวางแผนครอบครัว ซึ่งเข้าใจผิดคิดว่าหลังคลอดบุตรจะไม่สามารถตั้งครรภ์ได้อย่างต่อเนื่องเนื่องจากประจำเดือนยังไม่มาหรือมาไม่สม่ำเสมอพอประจำเดือนหายไปพร้อมกับมีอาการคลื่น/ไส้อาเจียนก็ตั้งครรภ์ต่อ ซึ่งเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ตั้งใจและวางแผนไว้ จึงทำให้อัตราตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นอายุ < 20 ปี สูงขึ้น

20.หญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี หลังคลอดหรือหลังแท้งได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร (ยาฝัง+ห่วง)

แผนภูมิที่ 19: แสดงร้อยละหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี หลังคลอดหรือหลังแท้งได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร (ยาฝัง+ห่วง) (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80)



จากแผนภูมิที่ 19: แสดงหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี หลังคลอดหรือหลังแท้งได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร (ยาฝัง+ห่วง) (ไม่น้อยกว่า 80%) เปรียบเทียบปี 2566-2568 พบว่าปี 2566 ผลการดำเนินงานเท่ากับร้อยละ 75 ,ปี 2567 ผลการดำเนินงานเท่ากับ 87.50 และปี2568 ผลการดำเนินงานเท่ากับ 56.56 ซึ่งมีแนวโน้มลดลงและยังไม่ผ่านเกณฑ์ เนื่องจากผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลเรื่องอาการข้างเคียงของการใช้ยาคุมกำเนิดชนิดกึ่งถาวร บางรายแยกทางกันจึงไม่ต้องการคุมกำเนิด อีกทั้งในปัจจุบันบางรายตรวจพบความผิดปกติตั้งแต่ตั้งครรภ์ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวานขณะตั้งครรภ์ ไทรอยด์ ภาวะซีด น้ำหนักตัวมาก BMI >35 ซึ่งต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง จึงไม่สามารถฝังยาคุมกำเนิดได้ภายใน 42 วันหลังคลอด

แนวทางการแก้ปัญหา

- 1.การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การรณรงค์และประชาสัมพันธ์เชิงรุกภายในโรงเรียน ในหมู่บ้าน การประชุม อสม.ให้ทุกหน่วยงานเห็นความสำคัญและช่วยกันลดปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
- 2.การดูแลหญิงตั้งครรภ์อายุ<20 ปี อย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังคลอด
- 3.การติดตามหลังคลอดอย่างต่อเนื่องครบตามเกณฑ์ เพื่อให้ได้รับการคุมกำเนิดกึ่งถาวร ลดปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำ

21.ดำเนินงานอำเภออนามัยเจริญพันธุ์

ตารางที่ 2 : ดำเนินงานอำเภออนามัยเจริญพันธุ์ ปี 2566-2568

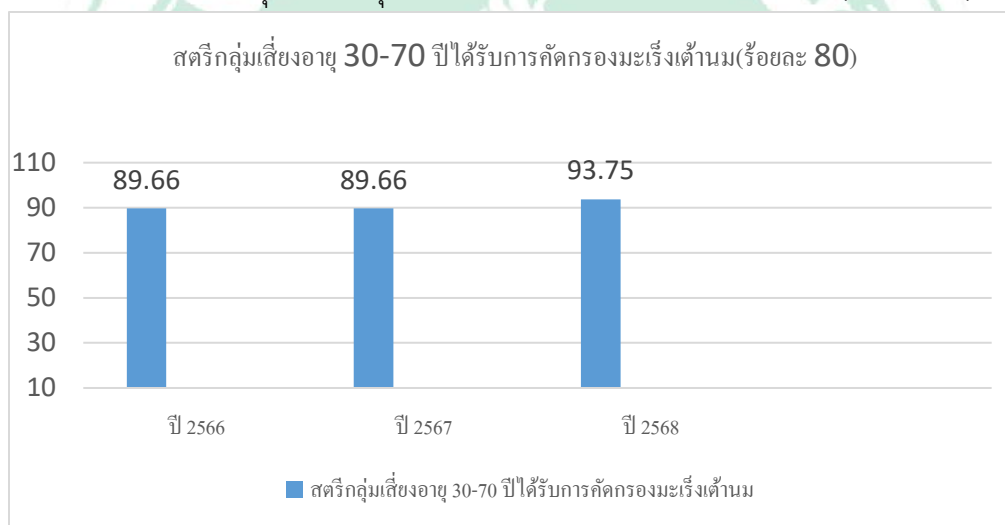
ปีงบประมาณ	ดำเนินงานอำเภออนามัยเจริญพันธุ์(ผ่านเกณฑ์)
2561-2563	ผ่านเกณฑ์
2566-2568	รอประเมิน

จากตารางที่ 2: แสดงการดำเนินงานอำเภออนามัยเจริญพันธุ์ ปี 2566-2568 ผ่านการประเมินการดำเนินงานอำเภออนามัยเจริญพันธุ์ ปี 2561 รอประเมินซ้ำในปี 2568 เป็นต้นไป

วัยทำงาน

22.สตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 30-70 ปีได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านม

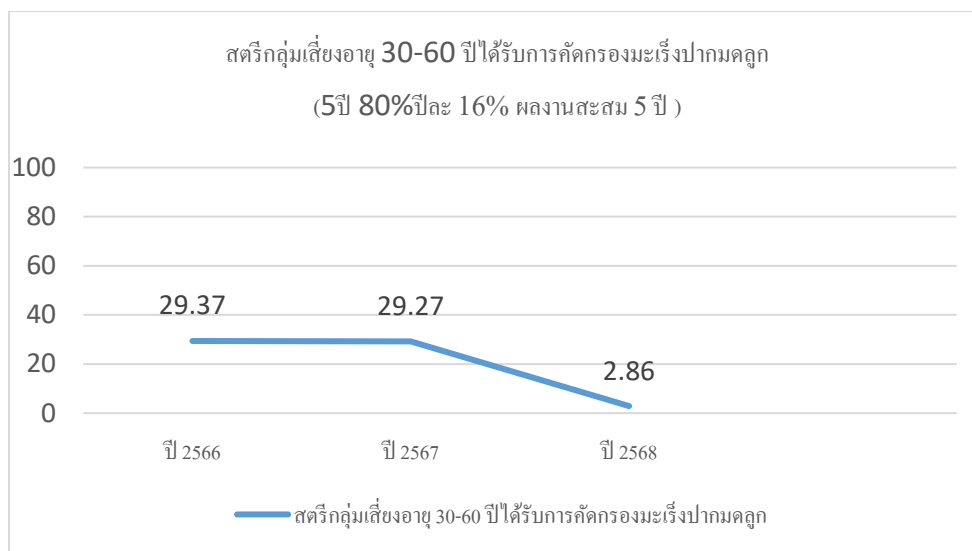
แผนภูมิที่ 20: แสดงร้อยละสตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 30-70 ปีที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านม (ร้อยละ 80)



จากแผนภูมิที่ 20: แสดงร้อยละสตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 30-70 ปีที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านม (ร้อยละ 80) พบว่า สตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 30-70 ปีซึ่งเป็นเป้าหมายการคัดกรองปีงบประมาณ 2566 ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านมร้อยละ 89.17 ผิดปกติ 85 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.00 ในปีงบประมาณ2567ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านมร้อยละ 89.66 ผิดปกติ 61 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.69 ในปีงบประมาณ2568ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านมร้อยละ 88.05 ผิดปกติ 45 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.05 ผลการดำเนินงานพบว่า การคัดกรองมะเร็งเต้านมในกลุ่มเป้าหมายสตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 30-70 ปีในเขตรับผิดชอบตำบลพบพระได้รับการคัดกรองผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

23.สตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 30-60 ปีได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

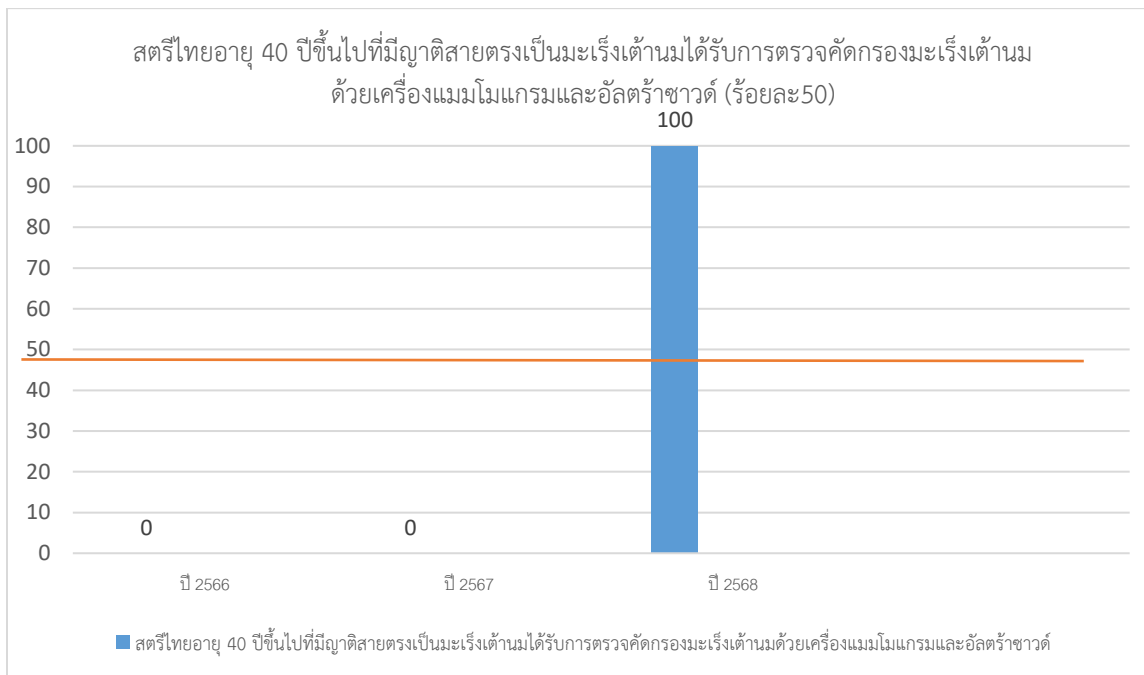
แผนภูมิที่ 21:แสดงร้อยละสตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 30-60 ปีที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (5ปี 80%ปีละ 16% ผลงานสะสม 5 ปี)



จากแผนภูมิที่ 21: แสดงร้อยละสตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 30-60 ปีที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80% ผลงานสะสม 5 ปี) เปรียบเทียบปี 2566-2568 พ้นยอดมา 5 ปี พบว่าในปีงบประมาณ 2566 คัดกรองจำนวน 521 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.37 พบผิดปกติ 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.03 ซึ่งเป็นผลงานสะสมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 5 ปี ย้อนหลัง (ปีงบประมาณ 2563-2566) ปีงบประมาณ 2567 คัดกรองจำนวน 544 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.66 พบผิดปกติ 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.96 ซึ่งเป็นผลงานสะสมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 5 ปี ย้อนหลัง (ปีงบประมาณ 2563-2567) ปีงบประมาณ 2568 คัดกรองจำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.46 พบผิดปกติ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.5 ซึ่งเป็นผลงานปีแรกของผลงานสะสมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 5 ปี (ปีงบประมาณ 2568-2572) ผลงานการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ไม่ผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัดที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดคือ ต้องดำเนินการคัดกรองไม่น้อยกว่าร้อยละ 16(320ราย) ในปี2568 ในสตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 30-60 ปี จากการวิเคราะห์สาเหตุของสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกพบว่าสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก รู้สึกอายที่ต้องมาตรวจ รู้สึกกลัวผลการคัดกรองออกมาผิดปกติ และยังไม่ตระหนักถึงโรคมะเร็งปากมดลูก ผู้รับผิดชอบงานทราบถึงสาเหตุของปัญหาดังกล่าวจึงได้จัดทำแผนให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเชิงรุกพร้อมประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่างๆในหมู่บ้าน ในโรงเรียน สถานที่ราชการ มีการสำรวจกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกพร้อมทั้งติดตามกลุ่มเป้าหมายเป็นรายบุคคลให้มารับบริการตรวจคัดกรองตามวัน เวลา สถานที่ที่ออกให้บริการตามความต้องการของกลุ่ม ส่วนการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 30-60 ปีในรอบ 5 ปีจากนี้ไป เริ่มดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสะสมอีก 5 ปี ได้ดำเนินการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 30-60 ปีในกลุ่ม อสม.และเจ้าหน้าที่ทุกท่านเพื่อเป็นต้นแบบให้กับประชากรกลุ่มเสี่ยง

24.สตรีไทยอายุ 40 ปีขึ้นไปที่มีญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านมได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์

แผนภูมิที่ 22: แสดงร้อยละสตรีไทยอายุ 40 ปีขึ้นไปที่มีญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านมได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์ (ร้อยละ50)

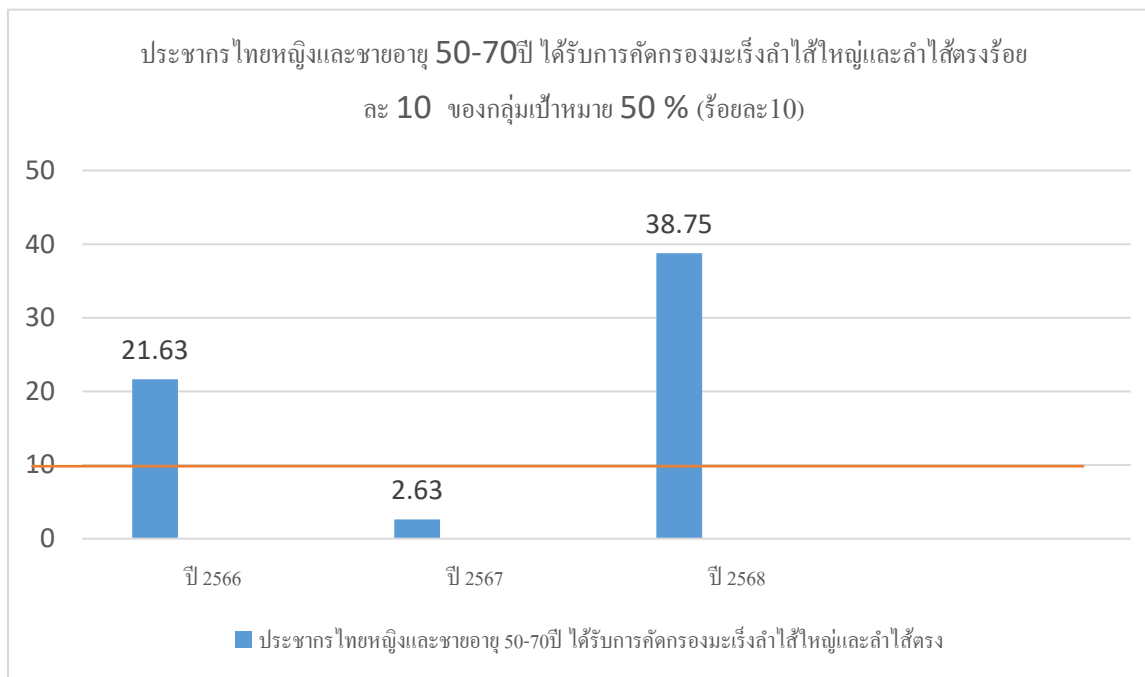


จากแผนภูมิที่ 22: ร้อยละสตรีไทยอายุ 40 ปีขึ้นไปที่มีญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านมได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์ (ร้อยละ50%) กระทรวงสาธารณสุขเพิ่มเกณฑ์ตามตัวชี้วัดที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดคือต้องดำเนินการคัดกรองสตรีไทยอายุ 40 ปีขึ้นไปที่มีญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านมได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50

ในปี 2568 ผลการดำเนินงานค้นหาและสำรวจจากเครือข่ายพบกลุ่มเสี่ยงในปี 2568 จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 ได้รับการคัดกรองโดยวิธีอัลตราซาวด์ 6 ราย ผลปกติทุกราย ได้รับการคัดกรองโดยวิธีแมมโมแกรม 1 ราย ผล=Birad 2

25.ประชากรไทยอายุ 50-70ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงร้อยละ 10 ของกลุ่มเป้าหมาย 50 %

แผนภูมิที่ 23: แสดงร้อยละประชากรไทยหญิงและชายอายุ 50-70ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงร้อยละ 10 ของกลุ่มเป้าหมาย 50 % (ร้อยละ10)

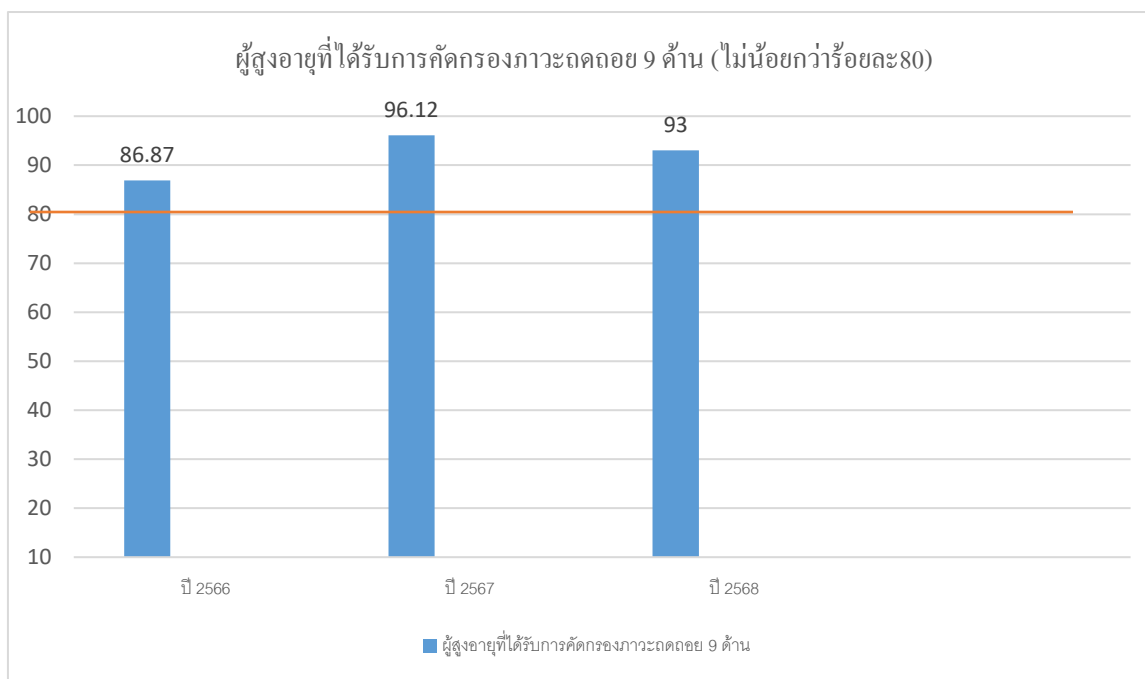


จากแผนภูมิที่ 23 :แสดงร้อยละประชากรไทยอายุ 50-70 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงร้อยละ 10 ของกลุ่มเป้าหมาย 50 % (ร้อยละ10) เปรียบเทียบปี 2566-2568 พบว่าปีงบประมาณ 2566 จำนวน 346 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.63 ผิดปกติ 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.34 ปีงบประมาณ 2567 จำนวน 49 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.63 ผิดปกติ 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.05 ปีงบประมาณ 2568 จำนวน 31 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.75 ผิดปกติ 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.90 ความถี่ในการคัดกรอง ปีเว้นปี เกณฑ์ตามตัวชี้วัดที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ปีงบประมาณ 2568 ต้องคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ต้องได้ 80 ราย ปีงบประมาณ 2568 ผลการดำเนินงานคัดกรองได้ จำนวน 31 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.75 ผิดปกติ 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.75 ส่งพบแพทย์เพื่อทำ COLONOSCOPY ทุกราย คิดเป็นร้อยละ100

ผู้สูงอายุ

26. ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะถดถอย 9 ด้าน (ไม่น้อยกว่าร้อยละ80)

แผนภูมิที่ 24: แสดงร้อยละผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะถดถอย 9 ด้าน (ไม่น้อยกว่าร้อยละ80)



จากแผนภูมิที่ 24: แสดงร้อยละผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะถดถอย 9 ด้าน (ไม่น้อยกว่าร้อยละ80) เปรียบเทียบปี 2566-2568 พบว่าผลการคัดกรองภาวะถดถอย 9 ด้านในปี 2566 ผลการดำเนินงานเท่ากับร้อยละ 86.87, ปี 2567 ผลการดำเนินงานเท่ากับร้อยละ 96.12 และปี 2568 ผลการดำเนินงานเท่ากับร้อยละ 93 เนื่องจากการบันทึกข้อมูลใน Hospital-OS ผู้สูงอายุที่เสียชีวิตไม่ถูกจำหน่ายออกจากฐานข้อมูลประชากรผู้สูงอายุในระบบ จึงทำให้กลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุไม่ลดลง และในปี 2567-2568 พบว่า ผลการดำเนินคัดกรองภาวะถดถอย 9 ด้านมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 93 เนื่องจากได้ประสานงานร่วมกับฝ่ายงานสารสนเทศในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดให้ดำเนินการแก้ไขฐานข้อมูลประชากรผู้สูงอายุที่เสียชีวิตให้จำหน่ายออกจากระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุ พร้อมทั้งค้นหาสาเหตุปัญหาาร่วมกัน

27. ผู้สูงอายุได้รับการดูแลตาม Care plan (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 100)

ตารางที่ 3: แสดงร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลตาม Care plan (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 100)

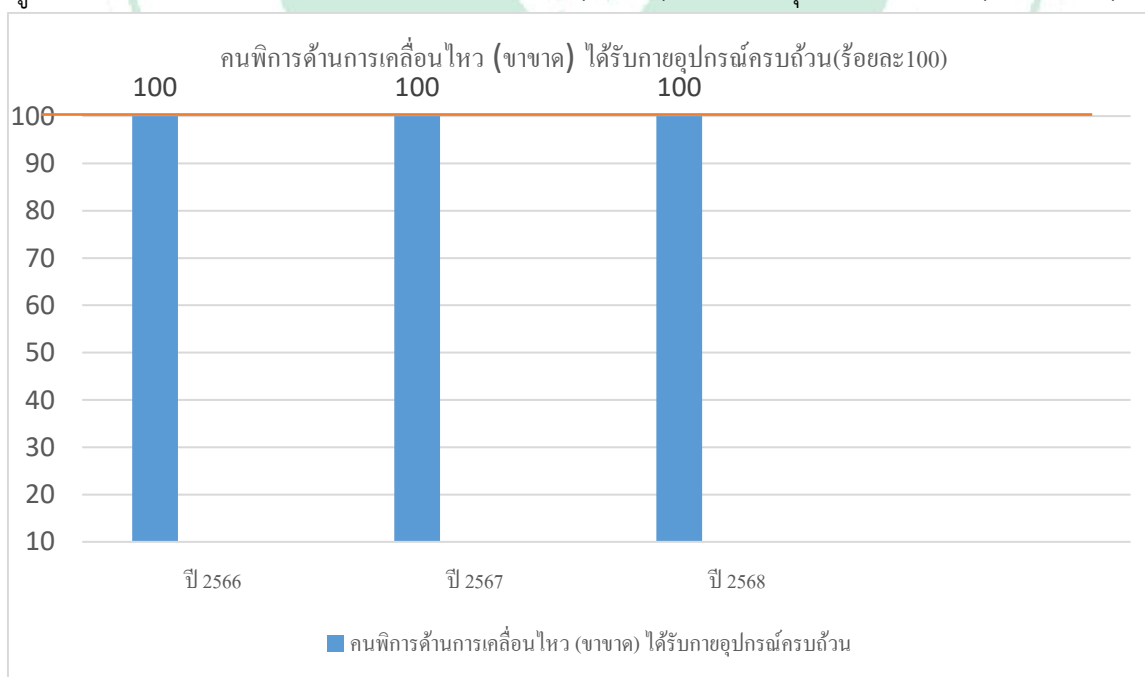
ปีงบประมาณ	ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลตาม Care plan
2566-2568	100

จากตารางที่ 3: แสดงร้อยละผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลตาม Care plan (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 100) เปรียบเทียบปี 2566 – 2568 พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตรับผิดชอบได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคลทุกคนคิดเป็นร้อยละ 100 โดยผู้จัดการดูแล Care Manager ได้ดำเนินการจัดทำแผนรายบุคคลให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เสนอให้กับคณะอนุกรรมการ LTC ระดับตำบลพบพระ และกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเทศบาลตำบลพบพระและองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นตำบลพบพระ เพื่อขออนุมัติแผนรายบุคคลและขอสนับสนุนการจัดจัดสรรงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ตำบลพบพระ เพื่อลงพื้นที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามแผนรายบุคคลครบถ้วนทุกราย

ผู้พิการ

28. คนพิการด้านการเคลื่อนไหว (ขาขาด) ได้รับกายอุปกรณ์ครบถ้วน (ร้อยละ100)

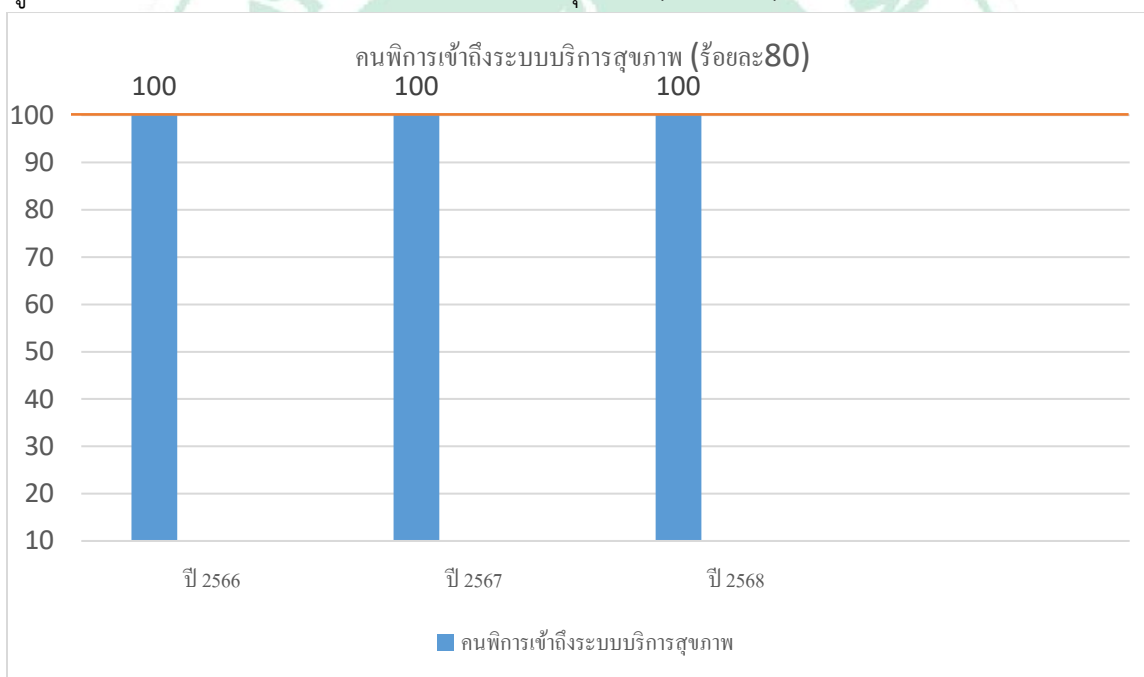
แผนภูมิที่ 25: แสดงร้อยละคนพิการด้านการเคลื่อนไหว (ขาขาด) ได้รับกายอุปกรณ์ครบถ้วน (ร้อยละ100)



จากแผนภูมิที่ 25: แสดงร้อยละคนพิการด้านการเคลื่อนไหว (ขาขาด) ได้รับกายอุปกรณ์ครบถ้วน (ร้อยละ100) เปรียบเทียบปี 2566-2568 พบว่าได้รับบริการครบถ้วนร้อยละ 100 (ครบถ้วน=ได้รับบริการแขนขาเทียมหรือรถนั่งคนพิการหรือกายอุปกรณ์ตามความเหมาะสมของคนพิการแต่ละรายที่สามารถใช้งานได้ตามปกติ ไม่ชำรุดเสียหาย ณ วันที่สำรวจ) ปีงบประมาณ 2566 (296ราย) มีผู้พิการแขนขาขาดจำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.03 ได้รับกายอุปกรณ์จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 ปีงบประมาณ 2567 (278ราย) มีผู้พิการแขนขาขาดจำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.52 ได้รับกายอุปกรณ์จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 ปีงบประมาณ 2568 (286 ราย) มีผู้พิการแขนขาขาดจำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.45 ได้รับกายอุปกรณ์จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 100

29.คนพิการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ

แผนภูมิที่ 26: แสดงร้อยละคนพิการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ (ร้อยละ80)



จากแผนภูมิที่ 26: แสดงร้อยละคนพิการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ (ร้อยละ80) เปรียบเทียบ ปี 2566-2568 พบว่าการเข้าถึงสิทธิผู้พิการ ได้รับบริการสุขภาพของคนพิการทุกประเภทที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ ได้รับการวินิจฉัย การรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาลหรือทีมสหวิชาชีพในรูปแบบหมอครอบครัว (Family care team) ตลอดจนการเยี่ยมบ้าน ปีงบประมาณ 2566 จำนวน 296 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 ปีงบประมาณ 2567 จำนวน 278 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 ปีงบประมาณ 2568 จำนวน 286 ราย คิดเป็นร้อยละ 100

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

กิจกรรม การให้บริการส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย

กิจกรรม/ การให้บริการ	ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ
งานอนามัยแม่และเด็ก	<ul style="list-style-type: none"> - หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ - เด็กแรกเกิด- 6 เดือนมีค่าเฉลี่ยกินนมแม่อย่างเดียวนครบ 6 เดือน
เด็กปฐมวัย	<ul style="list-style-type: none"> - เด็ก 0-5 ปีมีพัฒนาการสมวัย - เด็กอายุ 0-5 ปีมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าครั้งแรกได้รับการติดตามร้อยละ 90 - เด็กอายุ 0-5 ปีสูงดีสมส่วนและสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี เพศชาย 113 เซ็นติเมตร เพศหญิง 112 เซ็นติเมตร ร้อยละ 64 - ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนในเด็ก 0-5 ปี
วัยเรียน	<ul style="list-style-type: none"> - นักเรียนรูปร่างดี ร้อยละ 57 - เด็กป.1สายตาคัดปกติได้รับการช่วยเหลือ ร้อยละ 100 - โรงเรียนผ่านเกณฑ์ส่งเสริมสุขภาพมาตรฐานสากลร้อยละ 100 - ความครอบคลุมของนักเรียนที่ได้รับการฉีดวัคซีน
วัยรุ่น	<ul style="list-style-type: none"> - อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปีไม่เกิน 19 : พันประชากร - อัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น < 20 ปี < 13%
วัยทำงาน	<ul style="list-style-type: none"> - ความครอบคลุมของสตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 30-60 ปีได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปีละ 20% - ความครอบคลุมของสตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 30-70 ปีได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านมร้อยละ 80 - สตรีไทยอายุ 40 ปีขึ้นไปที่มีประวัติญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านมได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์ > ร้อยละ 50 - ประชากรไทยอายุ 50-70 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงร้อยละ 10% ของกลุ่มเป้าหมาย 50%

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ (ต่อ)

กิจกรรม การให้บริการส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย

กิจกรรม/ การให้บริการ	ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ
ผู้สูงอายุ	<ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินและจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล ร้อยละ 80-100 - ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองความถดถอย 9 ด้าน
การทำงานกับชุมชนและภาคีเครือข่าย	<ul style="list-style-type: none"> - การติดต่อประสานงานที่ดี - ความพึงพอใจของผู้รับบริการ - การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยเอื้อต่อการสร้างสุขภาพและป้องกันโรค - ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม/ รับผิดชอบในการสร้างเสริมสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน
งานเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้รับบริการไม่มีภาวะแทรกซ้อน - ความครอบคลุมการการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่บ้านไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 - อัตราผู้ป่วยกลับจากรพศ./ รพท./ รพช. ได้รับการเยี่ยมบ้านภายใน 14 วัน
การสร้างเสริมสุขภาพและการคัดกรองในชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> - ความครอบคลุมของการคัดกรองภาวะสุขภาพ - ไม่พบผู้ป่วยรายใหม่ในปี - ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด

1. บริบท/บทบาทหน้าที่

งานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลพพบพระ ให้การบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช การเสพ/การติดสารเสพติดอย่างองค์รวมแก่ประชาชนอำเภอพพบพระ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายคุณภาพทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ความถูกต้อง ปลอดภัยตามมาตรฐานวิชาชีพ ผู้รับบริการพึงพอใจ ชุมชนมีส่วนร่วมสร้างเสริม สุขภาพจิต และยาเสพติด ทั้งนี้เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของสังคม ในการแก้ไขและการป้องกันปัญหาทางสุขภาพจิตและยาเสพติดให้แก่ประชาชน

2. ขอบเขตการให้บริการ

1. งานบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต และจิตเวชแบบผู้ป่วยนอก
2. งานดูแลบำบัดรักษาผู้ป่วย แบบผู้ป่วยนอกและชุมชน
3. งานยาเสพติดให้บริการคัดกรอง บำบัดรักษา ติดตามผู้ป่วยที่มีปัญหา ยาเสพติด บุหรี่ สุรา และ TO BE NUMBER ONE
4. งานดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น
5. ให้การดูแล และเป็นทีมสหวิชาชีพในการให้บริการ ศูนย์พึ่ง (One Stop Service Crisis: OSCC)
6. งานวิกฤตสุขภาพจิต ทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต (Mental Health Crisis Assessment and Treatment Team: MCATT)
7. การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต และบำบัดรักษา แก่ ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต
8. งานจิตเวชชุมชน เยี่ยมและติดตามผู้ป่วยที่บ้าน ในพื้นที่อำเภอพพบพระ (HHC)

ประเด็นคุณภาพ / เป้าหมายมุ่งเน้น

1. ผู้ป่วยจิตเวช เข้าถึงบริการและอยู่ในระบบอย่างต่อเนื่องมีความปลอดภัย อากาศทางจิตลดลง มีพัฒนาการด้านจิตอารมณ์ สังคม ที่เหมาะสม มีความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเอง และมีความพึงพอใจ ในการบริการที่ได้รับ ญาติ / ผู้ดูแล มีความรู้ ทักษะที่ดี สามารถดูแลผู้ป่วยได้ ตลอดจนมีความรู้สึกเป็นภาระลดลง โดยมีความพึงพอใจในการบริการที่ได้รับ
2. ผู้ป่วยติด/เสพติดสารเสพติด ได้รับการดูแลแบบองค์รวมอย่างมีคุณภาพ ด้วยความถูกต้องปลอดภัย ตามมาตรฐานวิชาชีพ และผู้รับบริการพึงพอใจ
3. ประชาชนเข้าถึงคลินิกเล็กบุหรี่ยุทธอำเภอบพพบพระ เป็นชุมชนปลอดบุหรี่ยุทธ
4. เด็กได้รับการคัดกรอง ประเมิน และกระตุ้นพัฒนาการ
5. ผู้ประสบภาวะวิกฤตจากภัยพิบัติทางธรรมชาติ และภัยพิบัติจากการกระทำของมนุษย์ ได้รับการช่วยเหลือเพื่อให้สามารถควบคุมภาวะวิกฤติทางจิตใจได้

6. ผู้ป่วยที่ถูกกระทำความรุนแรงในเด็กและครอบครัวได้รับการดูแลจากทีมสหวิชาชีพ และรักษาความลับ ให้การดูแลทางสังคม จิตใจ แบบสหวิชาชีพแบบครบวงจร โดยมีการทำงานเชื่อมโยงกัน

7. ชุมชนมีส่วนร่วมในด้านการสร้างเสริมสุขภาพจิตและยาเสพติด ให้การยอมรับผู้ป่วยจิตเวช ผู้ติด/ผู้เสพ สารเสพติด และอยู่ร่วมกันได้ในชุมชน

8. ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ได้รับการติดตามแบบแตะสัมผัสทุก 1 เดือน โดยทีมปฏิบัติการอำเภอ 8 เกลอป ประกอบด้วย 1. ปลัดอำเภอ 2. เจ้าหน้าที่ตำรวจ 3. โรงพยาบาล 4. สาธารณสุข อำเภอ (สสอ) 5. รพ.สต. 6. องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น 7. หมู่บ้าน /ชุมชน 8. ครอบครัว

ความเสี่ยงสำคัญ

1. การดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง
2. ผู้รับบริการไม่พึงพอใจต่อการบริการ
3. การปรับเปลี่ยนปีสภาวะส่งตรวจหาสารเสพติด

โอกาสพัฒนา

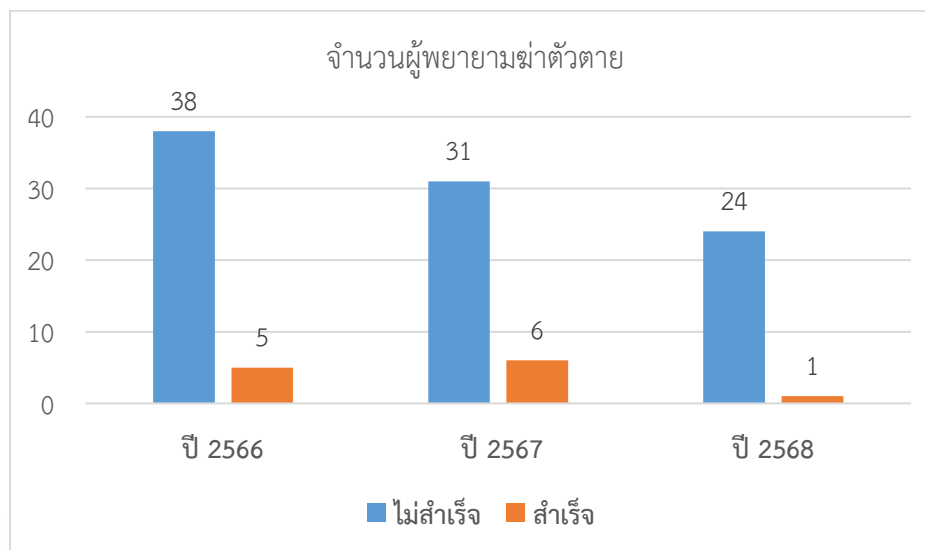
1. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติด เพื่อนำเข้าผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษาร่วมกับภาคีเครือข่าย
2. พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดเพิ่มมากขึ้น

ผลงานและรางวัลที่ภาคภูมิใจ

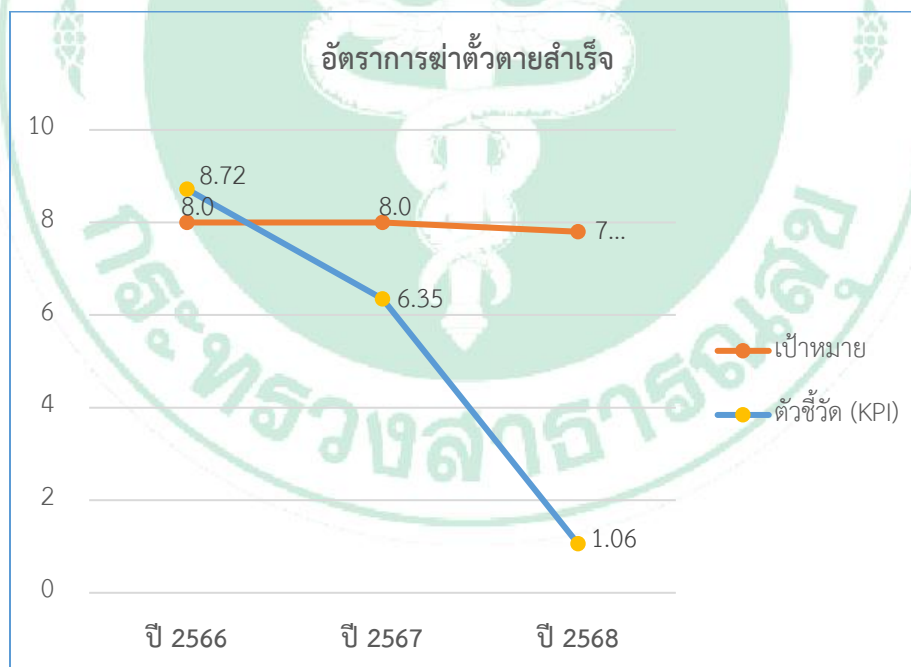
มีทีมภาคีเครือข่ายอำเภอพบพระ ในการค้นหา คัดกรอง ผู้ติดยาเสพติด และนำเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ติดตาม และส่งฟื้นฟูอย่างเป็นระบบ

ตัวชี้วัด (KPI) และผลลัพธ์ของการดำเนินงานสุขภาพจิต

- ข้อมูลเชิงปริมาณ (ให้แสดงเป็นตาราง หรือ กราฟที่ชัดเจน)

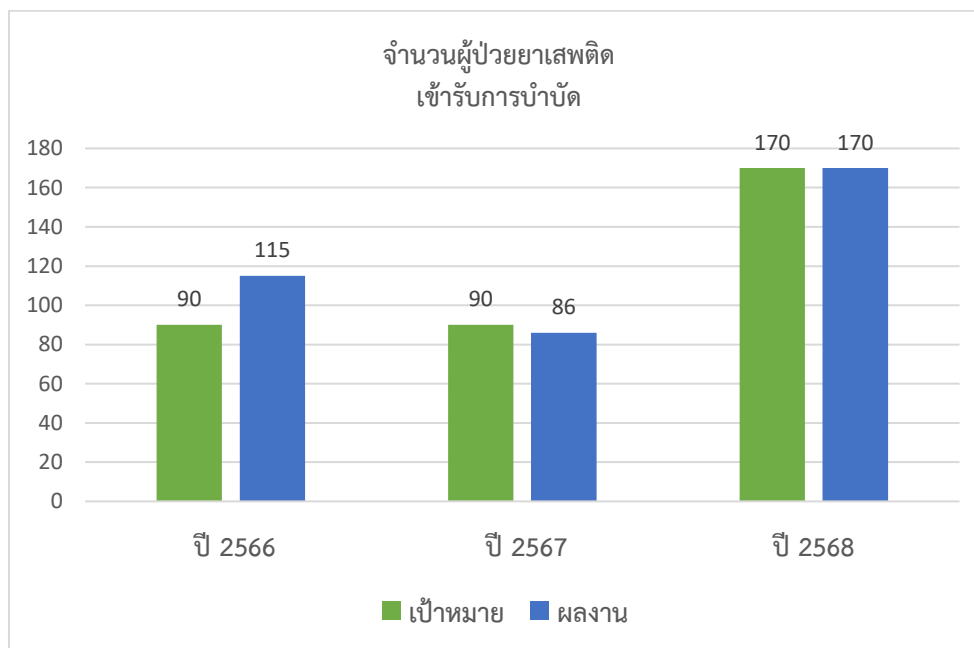


- ข้อมูลเชิงคุณภาพ (ให้สรุปให้กระชับ หรือ แสดงเป็น Control chart)

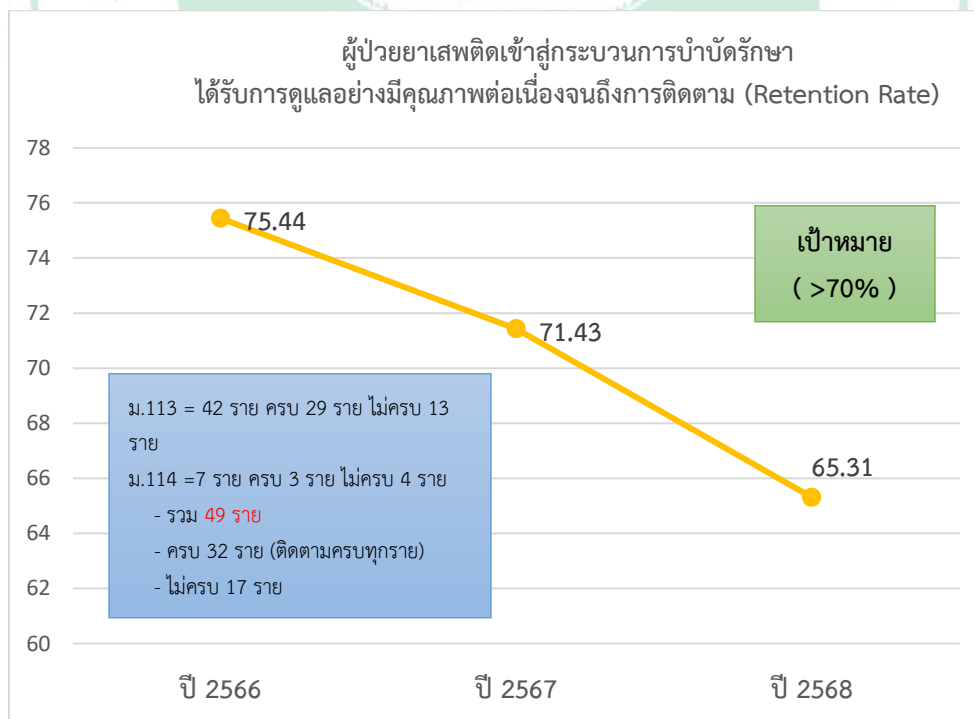


ตัวชี้วัด (KPI) และผลลัพธ์ของการดำเนินงานยาเสพติด

- ข้อมูลเชิงปริมาณ (ให้แสดงเป็นตาราง หรือ กราฟที่ชัดเจน)



- ข้อมูลเชิงคุณภาพ (ให้สรุปให้กระชับ หรือ แสดงเป็น Control chart)



กลุ่มงานทันตกรรม

บริบท/บทบาทหน้าที่

1. ให้บริการทันตกรรมทางด้านส่งเสริมและป้องกันโรคในช่องปากให้ประชาชนทุกกลุ่มวัย ครอบคลุมพื้นที่อำเภอพบพระ
2. ให้บริการบำบัดรักษาโรคในช่องปากให้ประชาชนทุกกลุ่มวัย ครอบคลุมพื้นที่อำเภอพบพระ
3. ให้บริการฟื้นฟูสภาพในช่องปากให้ประชาชนทุกกลุ่มวัย ครอบคลุมพื้นที่อำเภอพบพระ
4. รับส่งต่อผู้รับบริการทันตกรรมที่มีความต้องการการบริการทันตกรรมที่มีความซับซ้อนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ทุกแห่ง
5. สนับสนุนการจัดบริการสุขภาพช่องปากในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่ง
6. กำกับดูแลคุณภาพและติดตามการจัดบริการสุขภาพช่องปากในหน่วยบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่มีศูนย์ทันตกรรมและทันตภิบาล/นักวิชาการสาธารณสุข(ทันตสาธารณสุข)ประจำ 9 แห่ง

ประเด็นคุณภาพ / เป้าหมายมุ่งเน้น

1. ลดความแออัดในการรับบริการทันตกรรมในโรงพยาบาล
2. ขยายเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากให้แก่ประชาชน
3. จัดระบบบริการสุขภาพช่องปากในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/หน่วยงานเครือข่ายปฐมภูมิให้มีมาตรฐาน
4. ให้การบริการบำบัดรักษาทันตกรรมอย่างปลอดภัย ตามมาตรฐานวิชาชีพทางทันตกรรม และเท่าเทียม
5. ผู้รับบริการพึงพอใจการให้บริการ

ความเสี่ยงสำคัญ

1. มีคิวในการรักษาทางทันตกรรมในโรงพยาบาล นานมากกว่า 1 เดือน
2. การเข้าถึงบริการทันตกรรมของประชาชนอำเภอพบพระ น้อยกว่าค่าเป้าหมาย ร้อยละ 35
3. มีอุบัติการณ์ภาวะไม่พึงประสงค์หลังการรับบริการทันตกรรม เช่น มีภาวะเลือดออกไม่หยุด มีภาวะอักเสบ ปวดแผลถอนฟัน
4. ระยะเวลาในการให้บริการทำฟันปลอมทั้งปากนานมากกว่า 3 เดือน

โอกาสพัฒนา

1. ขยายเพิ่มงานบริการสุขภาพช่องปากและพัฒนางานบริการทันตกรรมในหน่วยงานเครือข่ายปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย
2. เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการทางทันตกรรม โดยใช้เทคโนโลยี ลดระยะเวลาในการบริการ และเพิ่มประสิทธิภาพในการส่งต่อ

3. ใช้มาตรฐานการบริการทันตกรรม TDCA ในการกำกับมาตรฐานการบริการทันตกรรม เพื่อความปลอดภัยของผู้รับและผู้ให้บริการทันตกรรม

ผลงานและรางวัลที่ภาคภูมิใจ

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีทันตภิบาล/นักวิชาการสาธารณสุข(ทันตสาธารณสุข) สามารถเปิดดำเนินการให้บริการทันตกรรมได้ 9 แห่ง ตามเป้าหมาย

- ตัวชี้วัด (KPI) และผลลัพธ์ของการดำเนินการ

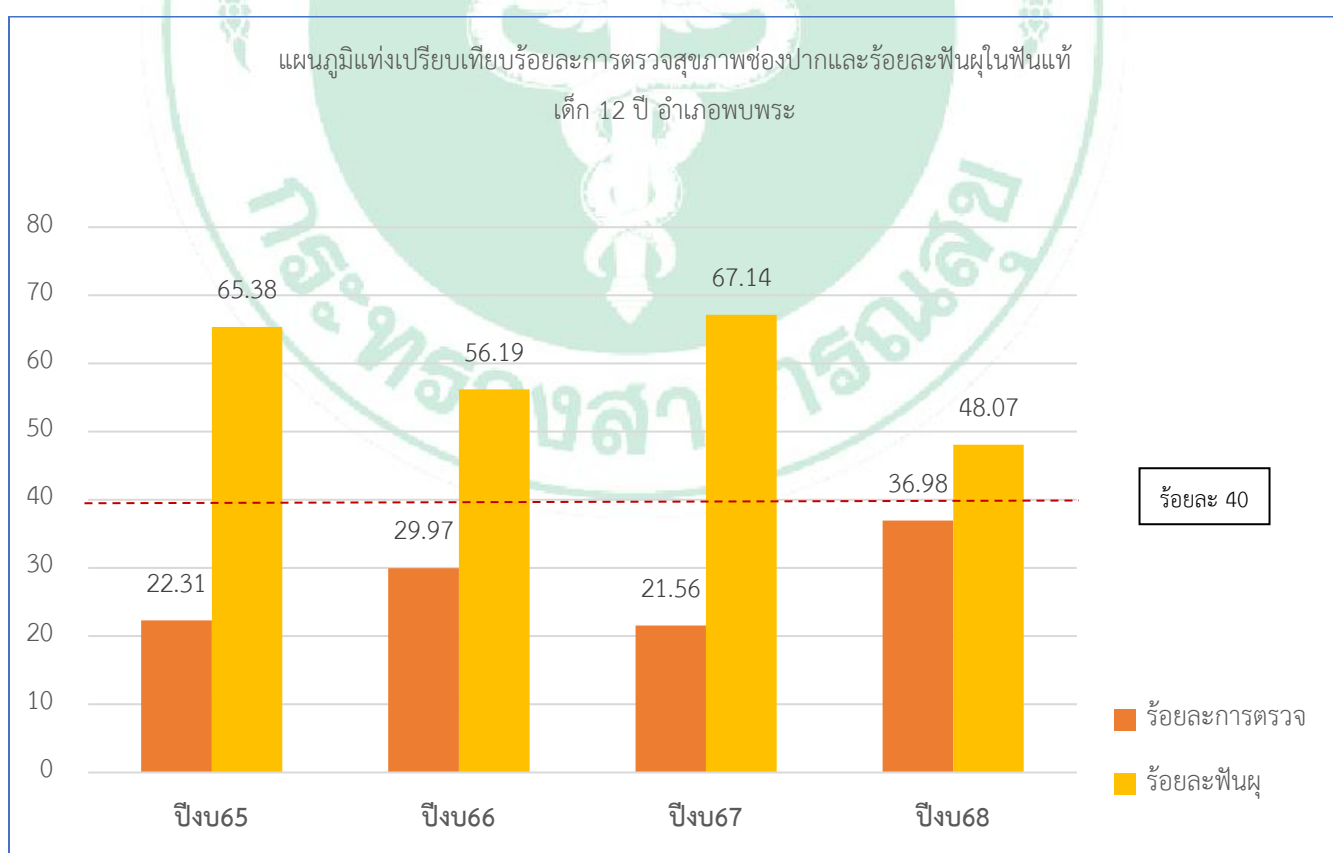
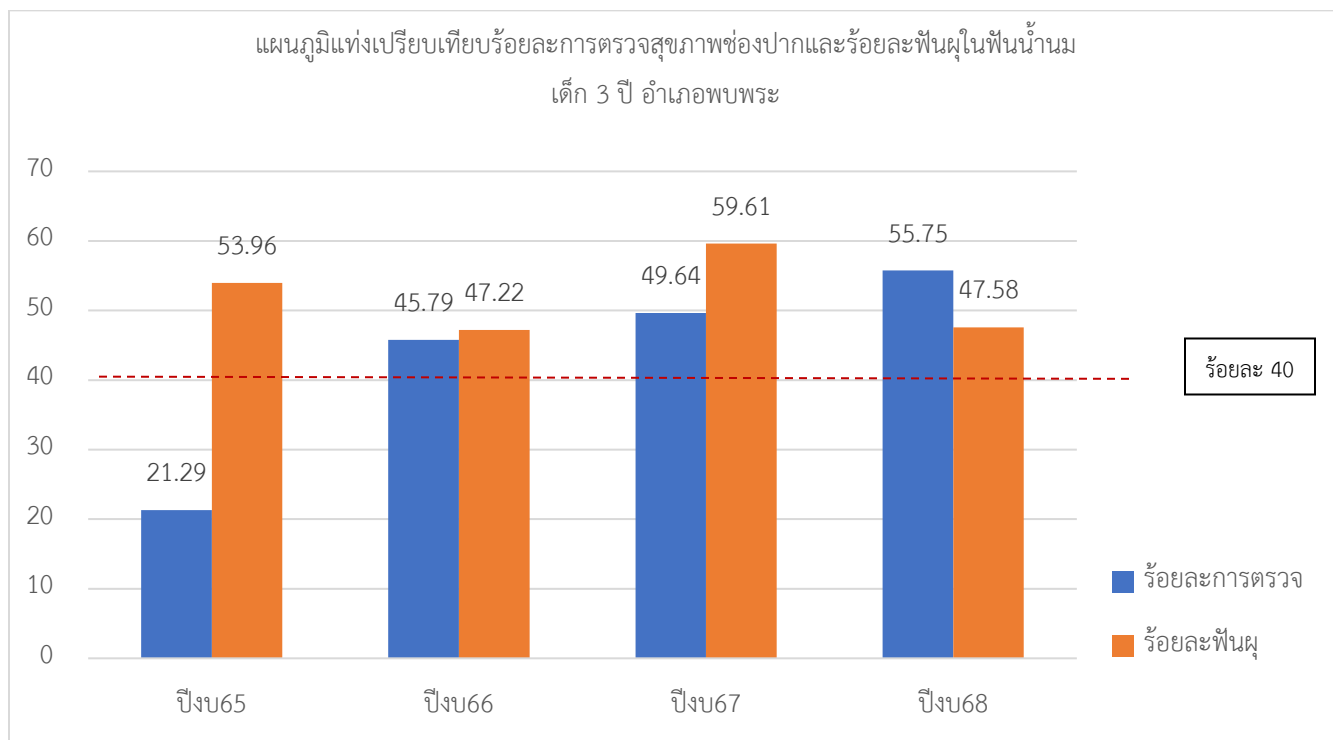
● ข้อมูลเชิงปริมาณ (ให้แสดงเป็นตาราง หรือ กราฟที่ชัดเจน)

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี 2568	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ภาพรวมจังหวัดปี 2568
การให้บริการ visit บริการทันตกรรม	33,968 ครั้ง	21,224	26,114	28,303	40,866	323,946
ความครอบคลุมให้บริการทันตกรรม	ร้อยละ 35	18.73	20.86	22.94	33.22	33.63
ผู้สูงอายุได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	ร้อยละ 40	13.90	2.96	16.38	22.48	44.45
ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	ร้อยละ 60	15.50	5.13	20.51	28.13	40.81
หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจและขัดฟัน	ร้อยละ 30	16.69	35.02	38.09	47.63	32.54

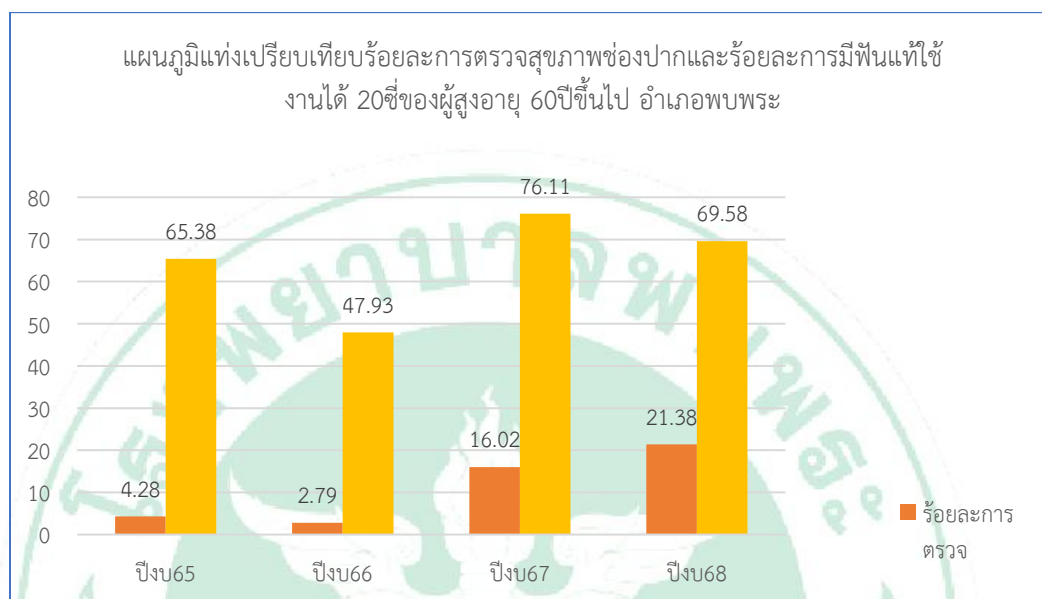
ข้อมูลจาก รายงาน HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก ณ 3 พ.ย. 2568

จากตารางผลงานการให้บริการ(เชิงปริมาณ) สะท้อนให้เห็นว่า การปรับระบบบริการสุขภาพช่องปากของปีงบประมาณ 2568 ทำให้ความครอบคลุมการบริการทันตกรรมในทุกกลุ่มวัย มีแนวโน้มที่สูงขึ้น จากจำนวนครั้งของการให้บริการที่สูงขึ้น และสามารถเพิ่มจำนวนคนที่เข้าถึงบริการได้

● ข้อมูลเชิงคุณภาพ (ให้สรุปให้กระชับ หรือ แสดงเป็น Control chart)



จากแผนภูมิเปรียบเทียบสถานการณโรครฟันผุในอำเภอบพพระ ย้อนหลังจากปีงบประมาณ 2565 ถึง 2568 พบว่าความครอบคลุมการตรวจสุขภาพช่องปากในกลุ่มวัยที่เป็นประชากรสำคัญมีความครอบคลุมมากขึ้น มีสถานการณโรครฟันผุน้ำนมผุในเด็ก3ปีและสถานการณโรครฟันผุแท้ในเด็ก 12ปี ของปี 2568 มีแนวโน้มลดลงจากปี 2567 แต่อย่างไรก็ตาม ยังมีค่าร้อยละความชุกของโรครฟันผุ สูงกว่าการเกณฑ์ค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ที่ร้อยละ 40



จากแผนภูมิเปรียบเทียบสถานการณการจัดบริการในกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป และสถานการณสภาวะช่องปากของผู้สูงอายุ การมีฟันแท้ใช้งานได้ 20 ซี่ ในอำเภอบพพระ ย้อนหลังจากปีงบประมาณ 2565 ถึง 2568 มีการจัดบริการตรวจสุขภาพช่องปากได้ครอบคลุมมากขึ้น แต่แนวโน้มของผู้สูงอายุมีฟันใช้งานได้ดีในช่องปากลดลง

โอกาสพัฒนา

1. พัฒนาระบบบริการทันตกรรมให้สามารถลดปัญหาโรคในช่องปาก ลดการสูญเสียฟัน และฟื้นฟูสุขภาพช่องปากให้มีความเหมาะสมเพื่อมีระบบบดเคี้ยวที่ดี เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับประชาชน
2. พัฒนาศักยภาพทันตบุคลากรให้สามารถเพิ่มศักยภาพการบริการทันตกรรม
3. สนับสนุนและพัฒนาเพิ่มการใช้เทคโนโลยี วัสดุทันตกรรม เพื่อให้สามารถตอบสนองการพัฒนาบริการให้ทันสมัย และลดระยะเวลาการรอคอยการบริการทันตกรรม
4. สนับสนุนให้เกิดการพัฒนามาตรฐานการบริการสุขภาพช่องปากในหน่วยงานทุกระดับ

ผลงานและรางวัลที่ภาคภูมิใจ

-

กลุ่มงานแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลพพระ

บริบท/บทบาทหน้าที่

เป็นหน่วยงานที่ให้บริการด้านแพทย์แผนไทยแก่ผู้ป่วยและประชาชนทั่วไปเพื่อการบำบัดรักษา โรค ฟันผุสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรครวมทั้งการให้คำแนะนำ ทางด้านสุขภาพด้วยศาสตร์ การแพทย์แผนไทย ร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบันอย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย และถูกต้องตามมาตรฐาน วิชาชีพ สร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ และเผยแพร่องค์ความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย

งานแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลพพระ ให้บริการตรวจวินิจฉัย รักษา ฟันผุ และส่งเสริมสุขภาพ โดยผสมผสานภูมิปัญญาไทยด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย อย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย ภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ ตามศักยภาพของโรงพยาบาล ให้แก่ผู้มารับบริการและประชาชนทั่วไป

ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยด้วยการ ตรวจ วินิจฉัยโรคทางเวชกรรมไทย ให้การรักษาด้วยการ นวดไทย ประคบสมุนไพร อบไอน้ำสมุนไพร ฟันพุมารดาหลังคลอดด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย และส่งจ่าย ยาสมุนไพร รวมทั้งยาสมุนไพรปรุงเฉพาะราย แก่ผู้มารับบริการ และให้การสนับสนุนแพทย์แผนไทยในด้าน การส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟันผุ แก่สถานบริการสาธารณสุข โรงเรียน ชุมชน ในเขตพื้นที่ รับผิดชอบทั้ง ในเวลาราชการตั้งแต่เวลา 08.00 – 16.00 น. อย่างมีคุณภาพ ปลอดภัยภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ

ประเด็นคุณภาพ / เป้าหมายมุ่งเน้น

ให้บริการแพทย์แผนไทยเพื่อการรักษา ฟันผุ ป้องกัน และการส่งเสริมสุขภาพ ด้วยการนวดร่างกาย ประคบสมุนไพร อบไอน้ำสมุนไพร ฟันพุมารดาหลังคลอด และยาสมุนไพร ภายใต้มาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผน ปัจจุบัน ถูกต้อง ปลอดภัย และสร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ

ความเสี่ยงสำคัญ

โปรแกรม	Risk Profile	มาตรการป้องกัน
ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risk)	1. นวดแล้วมีภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตเปลี่ยนแปลง มีอาการปวดศีรษะ หน้ามืด เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน	1. ทำการซักประวัติให้ละเอียดเกี่ยวกับโรคประจำตัว 2. วัดสัญญาณชีพก่อนทำหัตถบำบัดทุกราย 3. ความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ไม่ทำการหัตถบำบัด 4. ในกรณีความดันสูงผิดปกติ ทำการวัด 3 ครั้ง ระยะเวลาห่างกัน 10 นาที หากความดันโลหิตไม่ลดลงส่งพบแพทย์ 5. ให้การบริการตาม CPG รายโรค มาตรฐานการแก้ไขภาวะฉุกเฉิน

โปรแกรม	Risk Profile	มาตรการป้องกัน
<p>ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risk)</p>	<p>2.ภาวะแทรกซ้อนจากการอบไอน้ำ สมุนไพร เช่น เป็นลม หน้ามืด วูบจาก ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (DM)</p>	<p>1.ซักประวัติและอธิบายถึงขั้นตอนการอบ , ข้อห้าม ,การปฏิบัติตัว วัตถุประสงค์โลหิต ทุกครั้ง ก่อนและหลังเข้าห้องอบสมุนไพร 2.เจ้าหน้าที่ทุกคนในคลินิกต้องได้รับการ อบรมและมีความรู้เรื่องการปฐมพยาบาล เบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพ และต้อง ได้รับการทบทวนทุกปีละ 1 ครั้ง 3.จัดให้มีเครื่องขอความช่วยเหลือในห้องอบ สมุนไพร 4.มีวิธีปฏิบัติการใช้ห้องอบสมุนไพร ขั้นตอน ข้อห้าม ในการอบสมุนไพร 5.ติดตามผู้ป่วยที่เข้าห้องอบครั้งแรกทุก 5 นาทีและเคาะประตูทุก 10 นาที ให้ออกมา นั่งพักดื่มน้ำข้างนอกห้องอบ 5 นาทีแล้วเข้า ห้องอบอีกครั้ง</p>
	<p>3.ได้รับบาดเจ็บจากการนวดและ ประคบร้อนสมุนไพร</p>	<p>1.ทำการซักประวัติให้ละเอียดเกี่ยวกับโรค ประจำตัว โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวาน เสี่ยงต่อภาวะเกิดการเสียชีวิตจากแรงกด นวดหรือพองไหม้บริเวณผิวหนังจากการ ประคบร้อนสมุนไพรเนื่องจากผู้ป่วย เบาหวานจะมีความรู้สึกชาต่อการเจ็บปวด เพราะจะมีอาการชาร่วมด้วยอยู่แล้ว 2.ในรายที่มีการประคบร้อนสมุนไพร ก่อน ทำการประคบร้อนควรทดสอบความร้อน ของลูกประคบที่ท้องแขนก่อนทุกครั้ง ไม่ ควรวางลูกประคบนานๆ สอบถาม ความรู้สึกผู้ป่วยตลอดเวลาของการ ให้บริการเป็นระยะๆ 3.เจ้าหน้าที่ควรปฏิบัติตามคู่มืออย่าง เคร่งครัด วิธีแก้อาการ Burn จากการประคบร้อน 1.ระบายความร้อนออกจากแผล โดยใช้น้ำ เย็นประคบบริเวณแผล หรือ ใช้ผ้าสะอาด ชุบน้ำเย็นประคบ อย่างน้อย 10 นาที เพื่อ</p>

โปรแกรม	Risk Profile	มาตรการป้องกัน
		ลดอาการปวดแสบปวดร้อนและป้องกันไม่ให้เนื้อเยื่อถูกทำลายมากขึ้น 2. ทาด้วยยาทาแผลไหม้ (Silver sulfadiazines หรือ ครีมพญายอ) 3. ปิดด้วยผ้าสะอาดเพื่อป้องกันการติดเชื้อ
ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risk)	4. แพ้ยาสมุนไพรและสมุนไพร	1. ทำการซักประวัติให้ละเอียดเกี่ยวกับประวัติการใช้ยา การแพ้สมุนไพรและยาสมุนไพร 2. รายงาน ADR การใช้ยาสมุนไพร
	5. ผู้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยไม่ได้รับการประเมิน/คัดกรองก่อนให้บริการ หรือ ประเมิน/คัดกรองไม่ได้มาตรฐาน ตามมาตรฐานการให้บริการ (New normal)	1. ตรวจสอบข้อมูลการประเมิน/คัดกรองก่อนให้บริการทุกครั้ง 2. จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการให้บริการ (New normal) 3. จัดทำแบบฟอร์มบันทึกข้อมูลในการประเมิน/คัดกรองและส่งต่อ

โอกาสพัฒนา

1. การพัฒนาระบบบริการแพทย์แผนไทย ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการใช้ยาสมุนไพร
2. พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้มารับบริการแพทย์แผนไทย

ผลงานและรางวัลที่ภาคภูมิใจ

1. ผ่านการประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ.สส.พท) อยู่ในระดับ ดีเยี่ยม

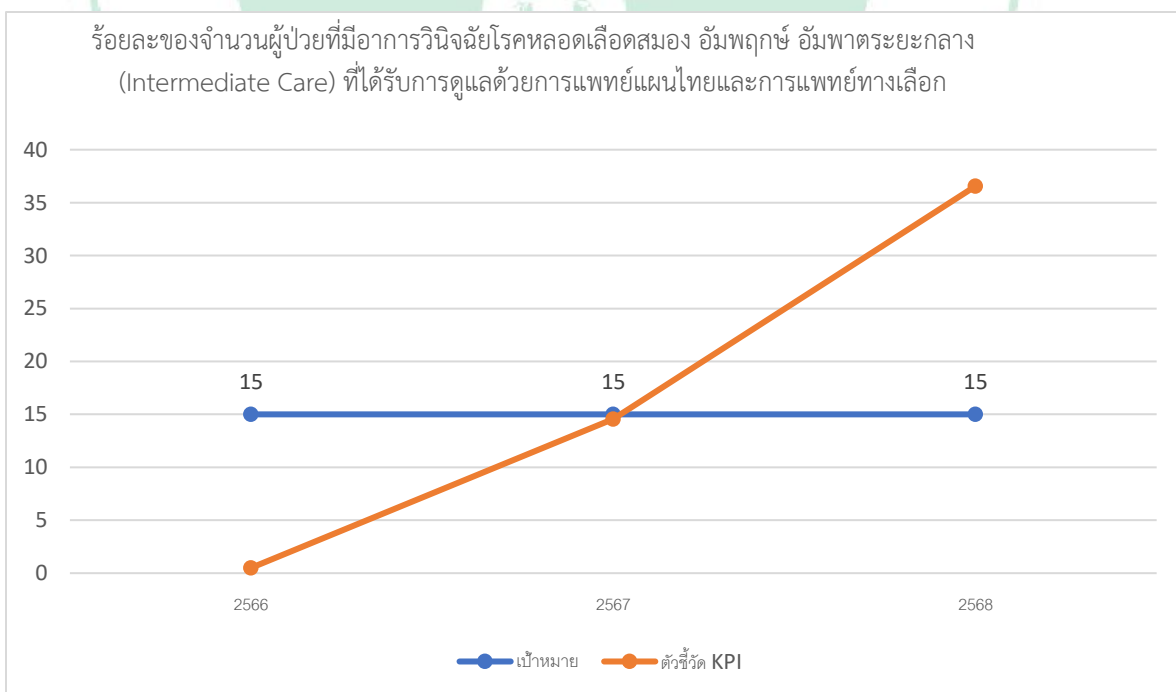
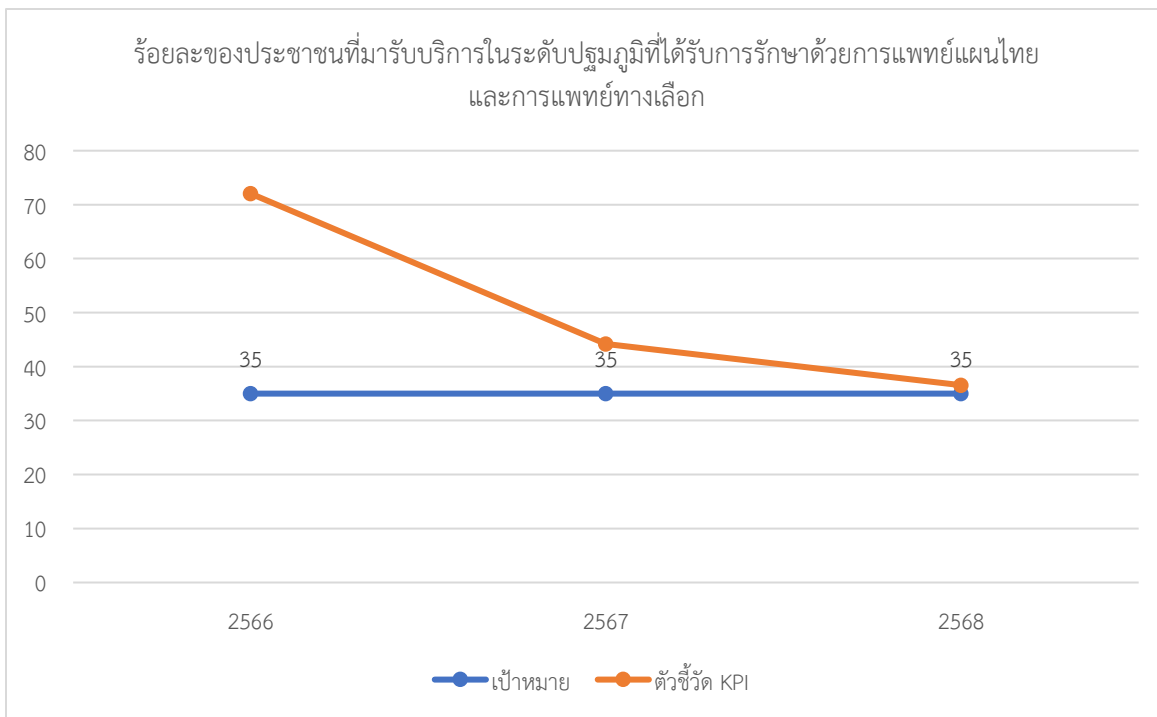
2. รับรางวัล พื้นที่ต้นแบบดีเด่นแห่งชาติ ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก ระดับจังหวัดตาก ประเภทโรงพยาบาลชุมชน ปี 2568

กลุ่มงานแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลพบพระ เข้าประกวดพื้นที่ต้นแบบดีเด่นแห่งชาติด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก ประจำปี 2568 ของระดับจังหวัด ผลการประกวด ได้รับรางวัล พื้นที่ต้นแบบดีเด่นแห่งชาติ ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก ประจำปี 2568 ของระดับจังหวัดตาก

ตัวชี้วัด (KPI) และผลลัพธ์ของการดำเนินการ

● ข้อมูลเชิงปริมาณ

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปีปัจจุบัน	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี ปัจจุบัน
1. ร้อยละของประชาชนที่มาใช้บริการ ในระดับปฐมภูมิที่ได้รับการรักษาด้วย การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือก	ร้อยละ 35	-	-	72.04	44.19	36.56
2. ร้อยละการเพิ่มขึ้นของการใช้ยา สมุนไพร	เพิ่มขึ้นร้อยละ 10	1.01	1.29	1.11	1.14	1.06
3. ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการ วินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัม พฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการ ดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก	ร้อยละ 15	-	-	0.50	14.55	16.26



กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู

บริบท/บทบาทหน้าที่

ให้บริการสุขภาพทางกายภาพบำบัด ด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพ แบบองค์รวม เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีคุณภาพ ตามมาตรฐานวิชาชีพ ผู้รับประทับใจ ผู้ให้มีมาตรฐาน ดำเนินงานทั้งคลินิกและชุมชน พัฒนางานและบุคลากรอย่างต่อเนื่อง ผู้มารับบริการ ได้รับการบริการสุขภาพทางกายภาพบำบัดที่รวดเร็ว ปลอดภัย มีคุณภาพ ตามมาตรฐานวิชาชีพ อาการเจ็บปวดน้อยลง คุณภาพชีวิตดีขึ้น ลดความพิการและทุพพลภาพ

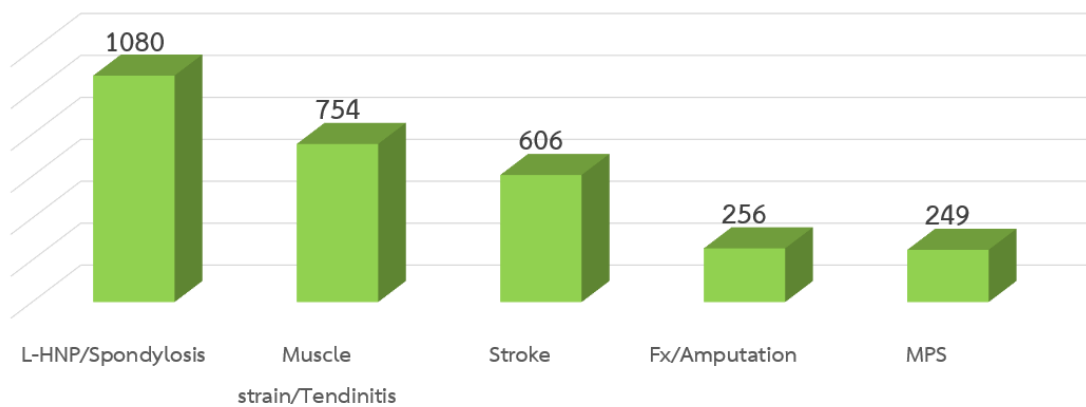
ขอบเขตบริการ (Scope of service)



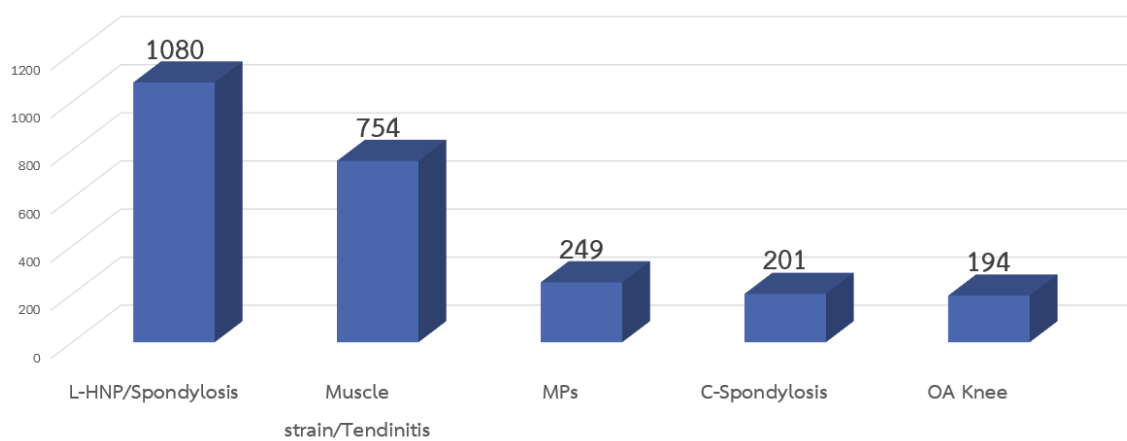
ประเด็นคุณภาพ / เป้าหมายมุ่งเน้น



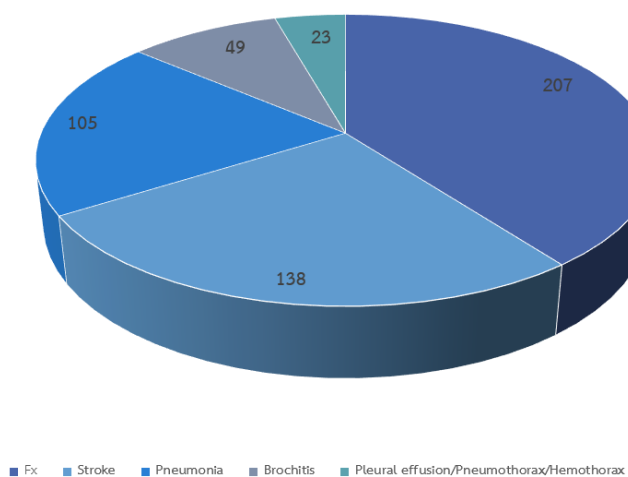
๕ อันดับโรคทางกายภาพบำบัด ปี ๒๕๖๘



๕ อันดับโรคผู้ป่วยนอกทางกายภาพบำบัด ปี ๒๕๖๘



๕ อันดับโรคผู้ป่วยในทางกายภาพบำบัด ปี ๒๕๖๘



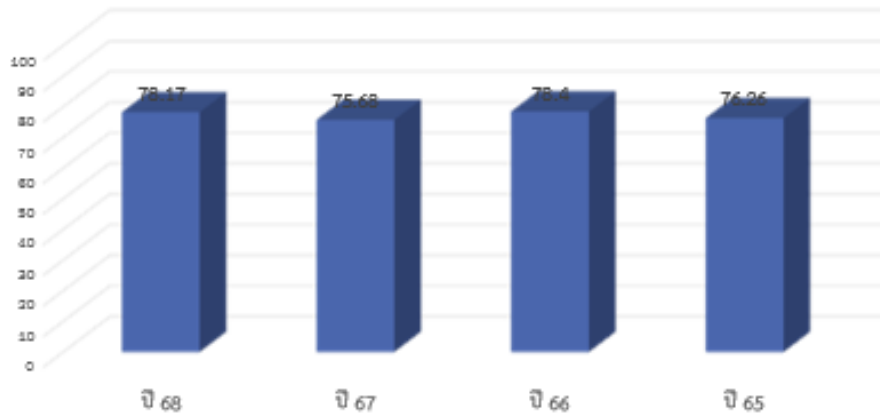
บัญชีรายการความเสี่ยง (Risk Asssment Matrix) ปี ๒๕๖๘

รายการความเสี่ยง	แนวทางทางป้องกันแก้ไข (W/CQ/LQA)	โอกาสเกิด (L)					ความรุนแรง (S)					สรุป	Rating Risk (L*S)		สถิติรายปี						
		๑	๒	๓	๔	๕	๑	๒	๓	๔	๕		ปี ๒๖	ปี ๒๗	ปี ๒๘	ปี ๒๙	ปี ๒๖	ปี ๒๗	ปี ๒๘	ปี ๒๙	
๑. ผู้ป่วยมีผลฤทธิ์ บ่งชี้ไม่ได้ในการรักษาโดยแม่ป้อน หรือนมแม่ทิ้ง	๑. การประเมินนิ่วหน้า และ การรับความรู้ที่ถูกต้องของผู้ปกครอง ๒. อบรมความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับจากคู่มือหรือเวปไซต์ที่ให้บริการ และ ๓. บันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่มีผลฤทธิ์ ลงในแบบบันทึกผลการประเมินเพื่อ เก็บเป็นข้อมูลติดตามทางห้องปฏิบัติการ											๑๐		ระดับความเสี่ยงสูง	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
๒. ผู้ป่วยสังเกตอาการผิดปกติ หรือติดเชื้อ	๑. ประเมินความสามารถของผู้ปกครอง ๒. อบรมขั้นตอนการฝึกกิน วิธีการใช้เครื่องชั่งน้ำหนักที่ถูกต้อง ให้ผู้ปกครองใช้ก่อน การฝึกกิน ๓. ความถี่ของการประเมินผล ๔. สอนอาการที่ ระวังความผิดปกติของผู้ป่วยระหว่างฝึกกิน ๕. บันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่มีผล ฤทธิ์ ลงในแบบบันทึกผลการประเมินเพื่อ เก็บเป็นข้อมูลติดตามทางห้องปฏิบัติการ											๕		ระดับความเสี่ยงปานกลาง	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
๓. เล้างน้ำหนักขึ้นแบบทางสีน้ำตาล จากการปฏิบัติตนที่ผิด Sprom	๑. สวม Mask/goggles ขณะใช้ทางส้อม Sprometry ๒. ปรับปรุงระบบระบายอากาศ / เป็นห้องแยกอากาศ ๓. ล้างมือผู้ปฏิบัติงานที่ทางส้อม ๔. ล้างมือผู้ป่วยให้สะอาดก่อนกลับถึงหอผู้ป่วย											๑		ระดับความเสี่ยงต่ำ	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
๔. ผู้ป่วยหอบ Asthma/COPD เกิดอาการหอบ เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย	๑. สอนอาการ ระวังความผิดปกติของ ๒. สังเกตอาการ และสอนอาการที่ผิดปกติระหว่างหอบ ๓. O2 Sat คำนวณและหาลดลง											๒		ระดับความเสี่ยงต่ำ	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
๕. ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อทางเดินหายใจ	๑. ใช้ Mask สูงๆ ก่อนทำการพยาบาล ๒. ฆ่าเชื้อของใช้ผู้ป่วยระหว่างทำ และหลังทำการพยาบาล											๕		ระดับความเสี่ยงปานกลาง	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐

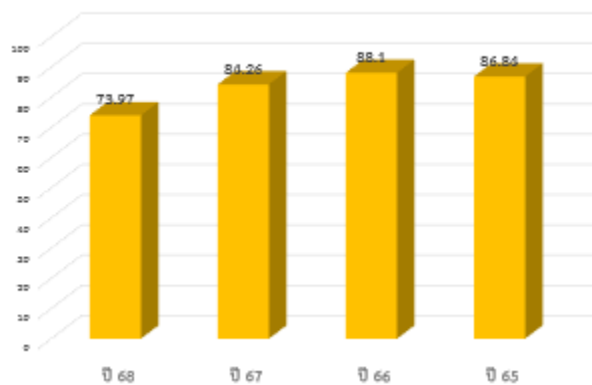
บัญชีรายการความเสี่ยง (Risk Asssment Matrix) ปี ๒๕๖๘

รายการความเสี่ยง	แนวทางทางป้องกันแก้ไข (W/CQ/LQA)	โอกาสเกิด (L)					ความรุนแรง (S)					สรุป	Rating Risk (L*S)		สถิติรายปี					
		๑	๒	๓	๔	๕	๑	๒	๓	๔	๕		ปี ๒๖	ปี ๒๗	ปี ๒๘	ปี ๒๙	ปี ๒๖	ปี ๒๗	ปี ๒๘	ปี ๒๙
๑. ที่ต้องสงสัยถึงประนพ	๑. ศึกษาก่อนถึงและประเมินผลให้ชัดเจน ทั้งจำนวนถึงอย่างถูกต้องให้ครอบคลุมทั้งในและนอกงาน											๕		ระดับความเสี่ยงปานกลาง	NA	NA	๐	๐	๐	๐
๒. ก้นหือสั้น	๑. ศึกษาระดับที่สั้น เตรียมพร้อมทำสำเนาใส่ภายในห้องพยาบาล แจ้งคนรอบข้างที่เกี่ยวข้อง บันทึกผลการใช้ข้อมูล											๑๐		ระดับความเสี่ยงสูง	NA	NA	NA	NA	NA	NA
๓. เครื่องสำอางไม่ทำงาน	๑. ศึกษาก่อนเครื่องสำอางที่รับ เปลี่ยนแบบเครื่องสำอางใหม่ตามอายุการใช้งาน											๕		ระดับความเสี่ยงปานกลาง	NA	NA	NA	NA	NA	NA
๔. การอุปกรณ์เครื่องประเมิน ไม่เพียงพอการใช้งาน	๑. ตรวจสอบจำนวนอุปกรณ์เครื่องประเมินเครื่องประเมินประจำ											๒		ระดับความเสี่ยงปานกลาง	NA	NA	NA	NA	NA	NA
๕. การรายงานผลผิดปกติที่ส่งผลกระทบต่อความสะอาดแล้ว เช่น Peak Flow, Tidal	๑. ตรวจสอบอุปกรณ์ส่งผลกระทบต่อความสะอาดแล้ว ก่อนนำมาใช้กับผู้ป่วย ๒. แจ้งตามหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง											๕		ระดับความเสี่ยงปานกลาง	NA	NA	NA	NA	NA	NA

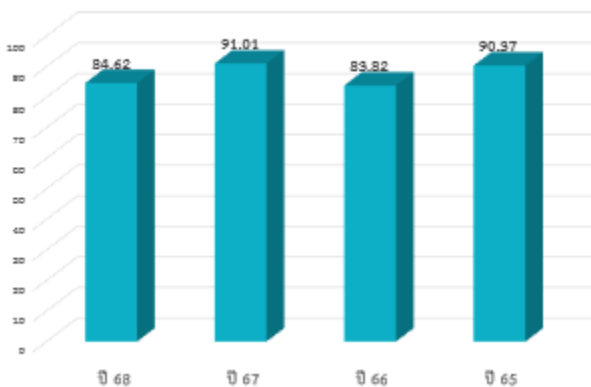
- อัตราผู้ป่วยระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ กลุ่มที่มีอาการปวด ที่มารับการรักษาทางกายภาพบำบัด มีอาการดีขึ้นหรือหายจากระดับ Pain scale ลดลงเหลือ 0,1,2 ภายใน 3 เดือน เป้าหมาย 70%



อัตราการผู้ป่วยระบบประสาท กลุ่มโรค IMC ที่มีคะแนน BI เพิ่มขึ้นหลังการฟื้นฟู ภายใน 6 เดือน (เป้าหมาย 70%)



อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ที่มีคะแนน BI เพิ่มขึ้นหลังการฟื้นฟู ภายใน 6 เดือน (เป้าหมาย 70%)



ผลงานและรางวัลที่ภาคภูมิใจ





สรุปผลการประเมินมาตรฐานกายภาพบำบัด

สถานศึกษา	ประเมินตาม 300 คะแนน	ผลการประเมิน	สรุปผล
	เกณฑ์ที่ได้คะแนน 100 คะแนนขึ้นไป (คะแนนเต็ม 300 คะแนน)		
ม. วิทยา	202	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
ม. อภัยนถ	205	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
ม. ศาสตร์ราช	198	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
ม. ราชภัฏ	211	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
ม. รัตนโกสินทร์	181	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์



- ผ่านการประเมินมาตรฐานกายภาพบำบัด อันดับที่ 1 ของจังหวัดตากประจำปี 2567



- ผ่านการประเมินมาตรฐานกายภาพบำบัด ระดับขอตบริการสุขภาพที่ 2 ประจำปี 2568







ประชุมหน่วยงาน โรงพยาบาลพระ



ประชุมทีมงานเครือข่ายนักกายภาพบำบัด จ.ตาก/ตรวจเยี่ยมเขต 2



ร่วมกิจกรรมในรพ.



ประเมินเสียงล้มจังหวัดตาก



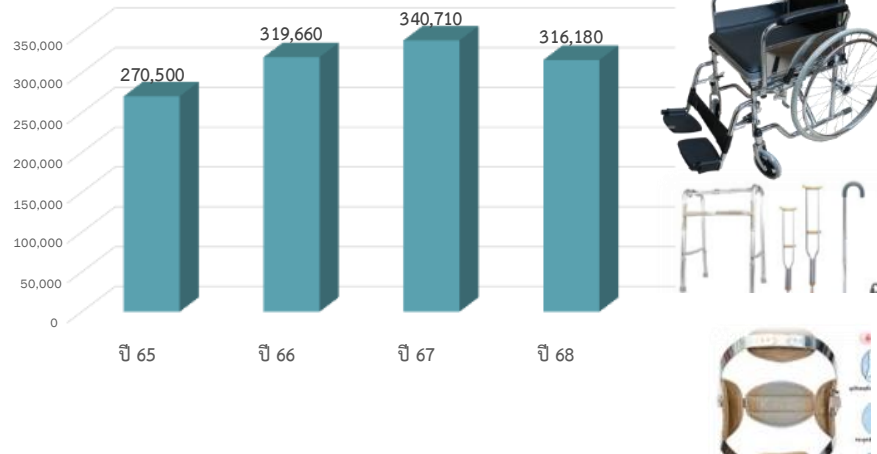
อัคคีภัย/CPR



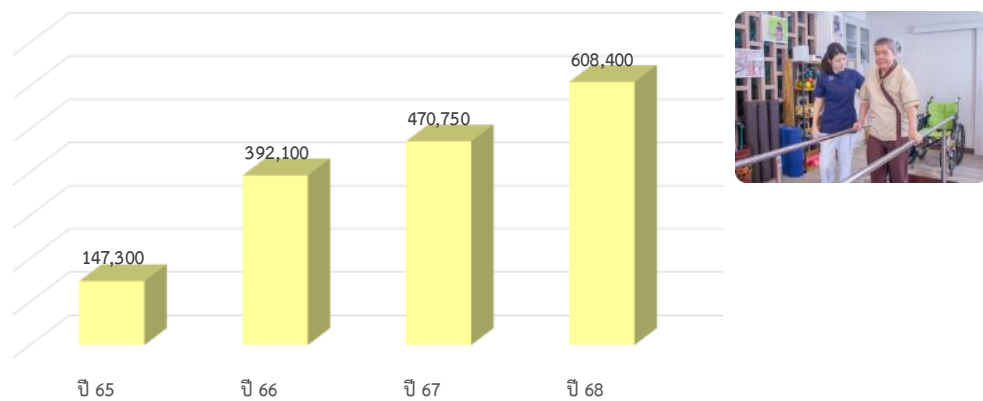
ตรวจเยี่ยมศูนย์เยี่ยมคืนกายอุปกรณ์



การเบิกจ่ายกายอุปกรณ์ / เครื่องช่วยเดิน และอื่นๆ



การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ระยะกึ่งเฉียบพลันแบบเข้มข้น IMC (เฉพาะ OPD case+HHC) (สปสช.)

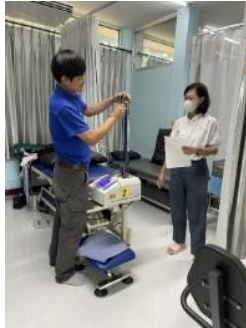


งาน ๕ส

งาน Audit เวชระเบียน

Calibrate เครื่องมือ

ประชุมหน่วยงาน



แนะแนวนักเรียน

โอกาสพัฒนา -

ฝ่ายงานสุขาภิบาลและควบคุมป้องกันโรคติดต่อ

บริบท/บทบาทหน้าที่

1. บริบท/บทบาทหน้าที่

งานสุขาภิบาลและควบคุมป้องกันโรคติดต่อ ให้บริการคลินิกวัณโรค งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็ก 0-5 ปี คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และควบคุม ป้องกันการระบาดของโรคติดต่อและภัยสุขภาพที่ผิดปกติ อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่เกิดการแพร่ระบาดในพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ตามมาตรฐานงาน SRRT

2. ขอบเขตบริการ (Scope of service)

ควบคุม ป้องกันการระบาดของโรคติดต่อและภัยสุขภาพที่ผิดปกติ ในเขตเทศบาลตำบลพพระ เขตองค์การบริหารส่วนตำบลพพระ และประสานงานร่วมกับทีมระบาดวิทยา SRRT ของอำเภอพพระ ในการสอบสวน ควบคุมโรคในอำเภอพพระ สนับสนุนทางวิชาการและอุปกรณ์งานควบคุม ป้องกันโรค ดังนี้

- งานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา
- งานควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ

ประเด็นคุณภาพ / เป้าหมายมุ่งเน้น

ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ตามมาตรฐานงาน SRRT

ความเสี่ยงสำคัญ

- 1.ฉีดวัคซีนผิดคนผิดชนิด
- 2.เจ้าหน้าที่ติดเชื้อโรคจากการดูแลผู้ป่วย
- 3.อาการไม่พึงประสงค์หลังได้รับวัคซีน
- 4.พบเด็กแรกเกิดไม่ได้รับวัคซีนBCGก่อนกลับบ้าน

- โอกาสพัฒนา

- จัดกิจกรรมคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูงอำเภอพพระ
- อบรมให้ความรู้เชิงปฏิบัติการแก่นักเรียนในโรงเรียนเรื่องป้องกันการจมน้ำเสียชีวิต
- ให้บริการวัคซีนในศูนย์อพยพบ้านอ้อมเปี่ยม อำเภอพพระ จังหวัดตาก

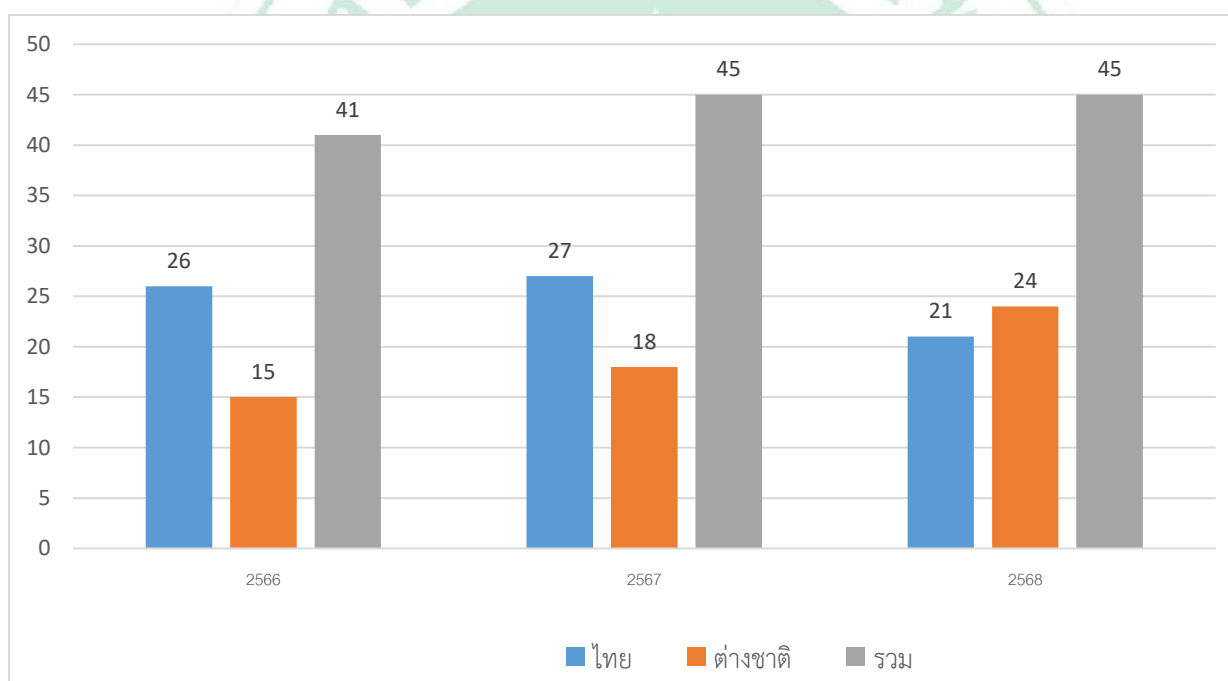
ผลงานและรางวัลที่ภาคภูมิใจ

1. ได้รับความปลอดภัยจากมาตรการเฝ้าระวังโรคติดต่อในชุมชน
2. ได้รับการยืนยันผลการวินิจฉัยโรคตามนิยามการเกิดโรค เพื่อทราบว่าผู้ป่วยได้ป่วยจากโรคติดต่อจริง
3. ได้รับความปลอดภัยจากมาตรการควบคุมป้องกันโรคติดต่อเพื่อจำกัดขอบเขตการระบาด
4. หายป่วยจากโรคติดต่อ และสามารถกลับมาดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข

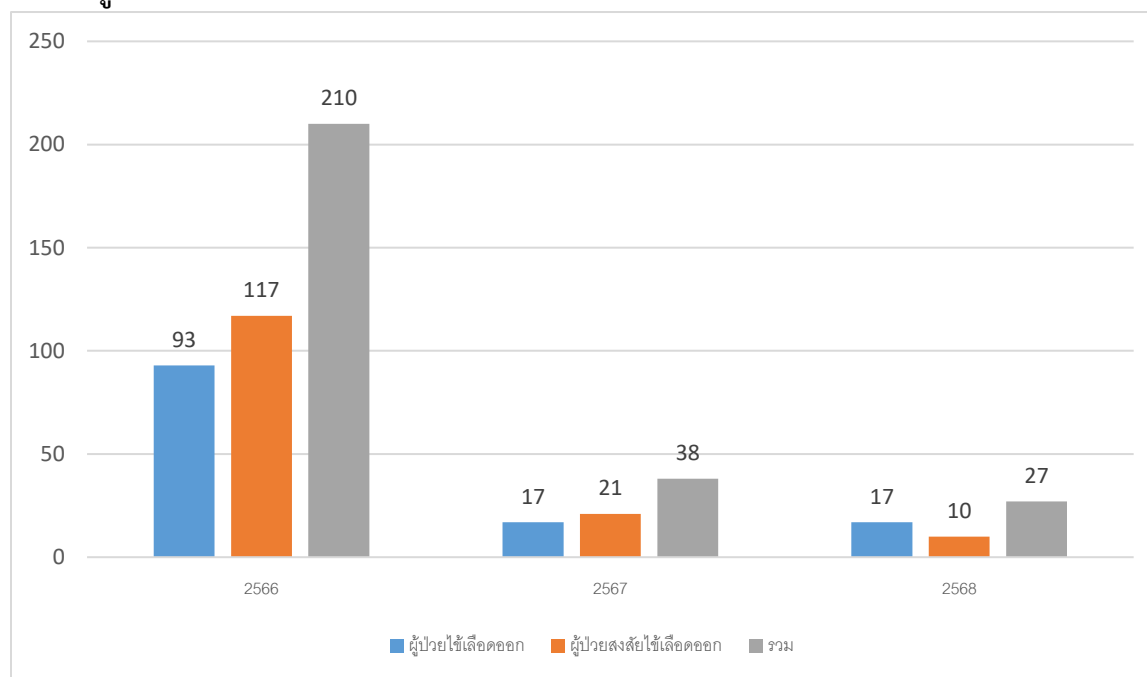
ตัวชี้วัด (KPI) และผลลัพธ์ของการดำเนินการ

● ข้อมูลเชิงปริมาณ

จำนวนผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียน ปี 2566 – 2568 แยกไทย – ต่างชาติ



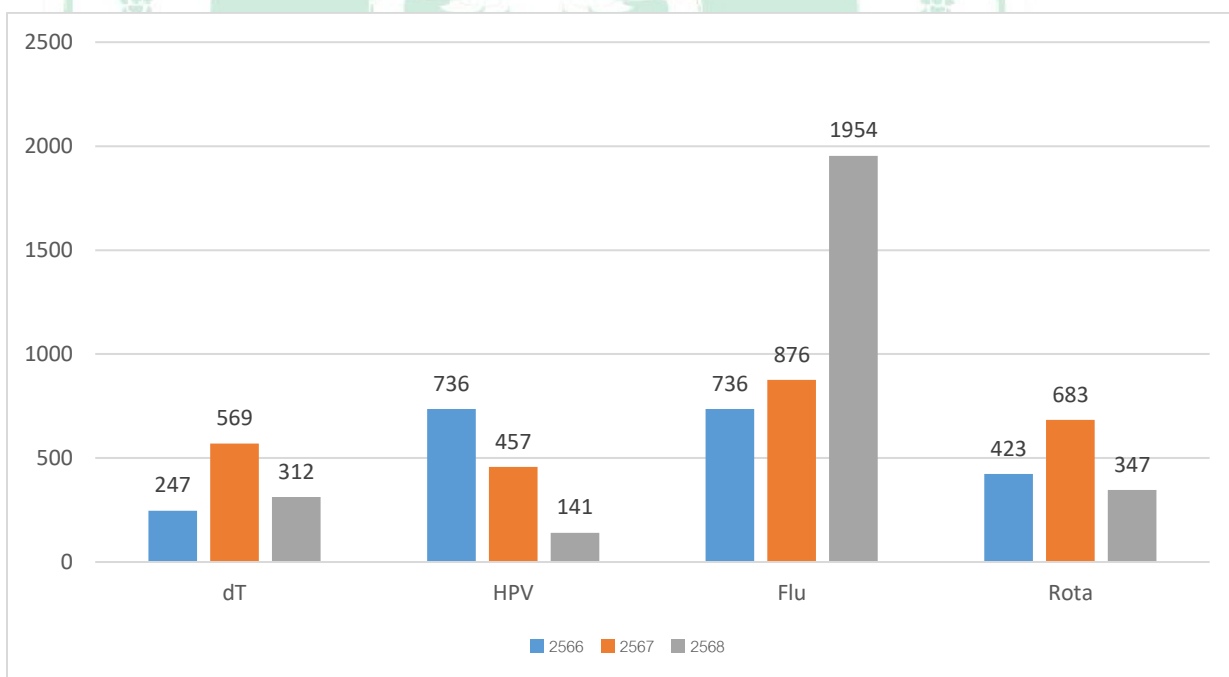
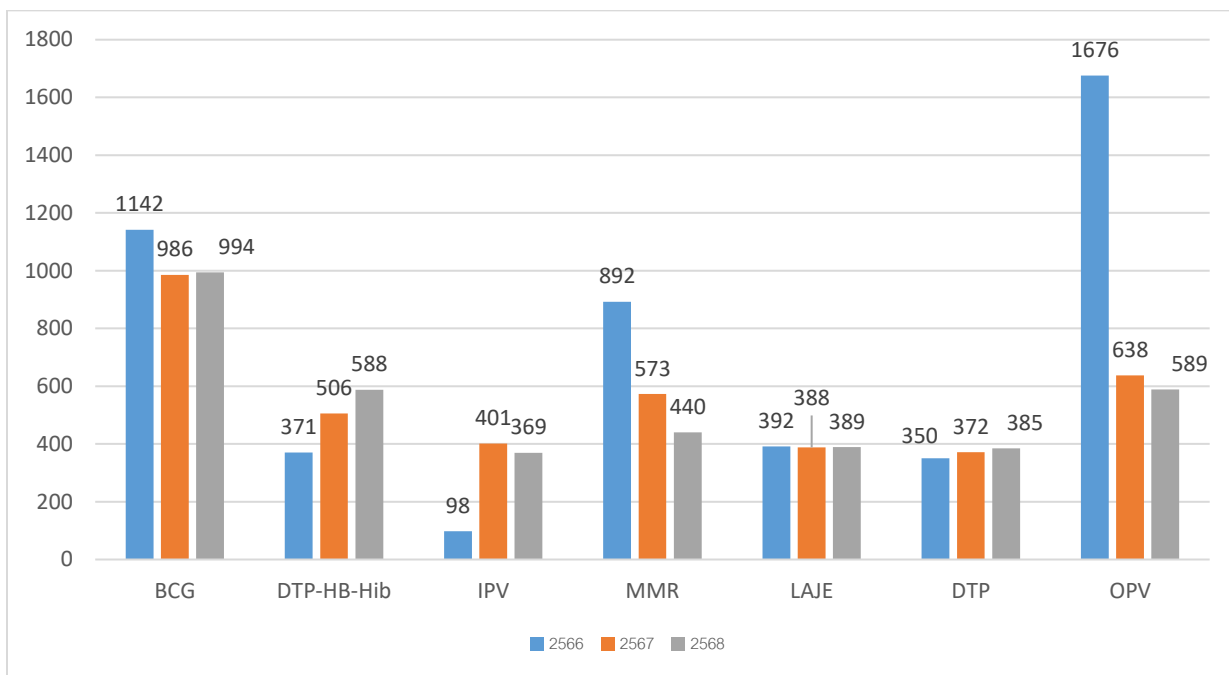
จำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ปี 2566 - 2568



จำนวนผู้ป่วยเอดส์ ปี 2566-2568

ผู้ป่วย	2566	2567	2568
ผู้ป่วยรวม	127	114	111
ผู้ป่วยรายใหม่	3	-	6
รับยา	130	114	117
เสียชีวิต	1	1	-

จำนวนผู้รับบริการวัคซีน ปี 2566 - 2568



● ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568
อัตราป่วยด้วยไข้เลือดออก	น้อยกว่า50 ต่อแสนประชากร	217.07	20.07	38.86
อัตราการรักษาในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่	ร้อยละ 88	81.59	88.89	31.11
ความครอบคลุมและความทันเวลา	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	93.43	98.42	99.65
การได้รับวัคซีนในเด็กแรกเกิดถึง 1 ปี	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90			
- BCG		95.24	100	100
- DTP-HB-Hib		91.67	94.12	91.25
- OPV		91.67	94.12	91.25
- MMR		94.12	91.67	93.75
- IPV		94.44	91.30	86.3
- Rota		93.65	95.66	72.66
การได้รับวัคซีนในเด็ก 0- 2 ปี	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90			
- DTP4		94	90.90	92
- OPV4		94	90.9	92
- LAJE1		97	90.28	90
การได้รับวัคซีนในเด็กอายุ 0- 3 ปี	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90			
- LAJE2		93.6	90.04	92.38
- MMR2		93.6	94	92.37
การได้รับวัคซีนในเด็ก 0-5 ปี	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90			
- DTP5		90.84	94.86	96.92
- OPV5		90.84	84.86	92.92
ร้อยละของผู้ป่วยผู้ติดเชื้อ HIV ที่กินยาต้านไวรัสนานกว่า6 เดือนและได้รับการตรวจ VL 1 ครั้งต่อปี	ร้อยละ100	100	100	100

ฝ่ายงานสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยในรพ.

บริบท/บทบาทหน้าที่

จัดทำข้อมูลให้เป็นไปตามมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง เช่น มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ hs4 ,มาตรฐานอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล และมาตรฐาน green and clean hospital จัดประชุมคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยในโรงพยาบาล (ENV)

ประเด็นคุณภาพ / เป้าหมายมุ่งเน้น

1. ความปลอดภัยและสวัสดิภาพของโครงสร้างและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การจัดการกับวัสดุและของเสียอันตราย
2. ความปลอดภัยจากอัคคีภัย
3. เครื่องมือและระบบสาธารณสุขโรค
4. สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ
5. การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม

ความเสี่ยงสำคัญ

อุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัยใน รพ. ไม่เกิน 5 ครั้ง/ปี (ระดับรุนแรง) จำนวนครั้งของการเกิดอัคคีภัย 0 ครั้ง/ปี จำนวนครั้งของการไม่มีน้ำประปาใช้ 0 ครั้ง/ปี ข้อร้องเรียนเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม

โอกาสพัฒนา

การผลิตไฟฟ้าด้วยพลังงานแสงอาทิตย์ ในตึกผู้ป่วยในทั้ง 3 ตึก เริ่มใช้ตั้งแต่ปี 2559 สามารถผลิตไฟฟ้าได้มากที่สุดถึง 180 KWA/วัน ปี 2565 เพิ่มการติดตั้ง 60 KWA/วัน ปัจจุบันสามารถผลิตไฟฟ้าได้ถึง 240 KWA/วัน ลดค่าไฟฟ้าประมาณ 100,800-130,000 บาทต่อปี โอกาสการพัฒนาติดตั้งการผลิตไฟฟ้าด้วยพลังงานแสงอาทิตย์เพิ่มมากขึ้นเพื่อทดแทนไฟฟ้าจากการไฟฟ้า

ผลงานและรางวัลที่ภาคภูมิใจ

- ปี 2566 ผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม สำหรับโรงพยาบาลชุมชน ระดับเริ่มต้น
- ปี 2566 ได้ปฏิบัติตามมาตรฐาน green and Clean Hospital Challenge ระดับมาตรฐาน (Standard)
- ปี 2568 ได้ปฏิบัติตามมาตรฐาน green and Clean Hospital Challenge ระดับดีเยี่ยม (Excellent)

การติดตามและประเมินผลการจัดการคุณภาพ						
ชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568
1. อัตราการตรวจผ่านเกณฑ์ของคุณภาพน้ำเสีย (4 ครั้ง/ปี)	100	100	100	0	0	0
- BOD มาตรฐาน ไม่เกิน 20 mg/lit	20	29	0.1	20	9.8	1.54
- Coliform ไม่เกิน 5000 mpn/100 ml	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ	1077.5	6362.5	4500.5
- Fecal Coliform ไม่เกิน 1000 mpn/100 ml	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ	435	6362.5	4500.5
2. อัตราการการสอบเทียบเครื่องมือผ่านเกณฑ์/ไม่ผ่านเกณฑ์	ผ่าน	720/50	750/43	118/2	119/5	113/1
3. อัตราการตรวจผ่านเกณฑ์ของคุณภาพน้ำใช้	100	100	100	100	100	100
- Coliform ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ
- Fecal Coliform ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ
5. ร้อยละความพร้อมใช้ของเครื่องมือสำคัญ						
- EKG Monitor	100	100	100	100	100	100
- Defibrillator	100	100	100	100	100	100
- infusion pump	100	100	100	100	100	100
6. อุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุด้านสิ่งแวดล้อมใน						
1) บุคลากร	0	0	0	0	0	0
2) ผู้ป่วยและผู้มาเยือน	0	0	0	0	0	0
3) สิ่งแวดล้อม/ชุมชน	0	0	0	0	0	0
4) อัตราแยกขยะติดเชื้อได้ถูกต้อง	85	90	90	90	90	90

ชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568
หมวดข้อร้องเรียน						
1. ข้อร้องเรียนเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม - ระดับความสำเร็จของการดำเนินการเกี่ยวกับเรื่องร้องเรียน ที่ได้รับการตอบสนอง ภายใน 7 วัน	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2. จำนวนข้อร้องเรียนการละเมิดด้านจริยธรรม	0	0	0	0	0	0
3. ข้อร้องเรียนเกี่ยวกับจริยธรรม / การทุจริต ของผู้นำองค์กร/คณะกรรมการบริหาร	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0
4. ข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการเลือกปฏิบัติ / ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0
5. การช่วยเหลือตามมาตรา41 / จำนวนเรื่องร้องเรียนฯ	ทุกราย / 0	ทุกราย / 0	ทุกราย / 0	ทุกราย / 0	ทุกราย / 0	ทุกราย / 0
6. จำนวนเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการจัดการขยะ / น้ำเสีย	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0
7. จำนวนเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมอื่นๆ	0	0	0	0	0	0

โอกาสพัฒนาระบบต่างๆ

ระบบบำบัดน้ำเสีย

ปัญหาที่พบ :

ระบบบำบัดน้ำเสียเดิมสำหรับโรงพยาบาล 30 เตียง อาจไม่สามารถรองรับปริมาณน้ำเสียที่เพิ่มขึ้นได้ เนื่องจากโรงพยาบาลขยายจำนวนเตียง เป็นโรงพยาบาล 90 เตียง มีจำนวนคนไข้เพิ่มขึ้นและมีการขยายจำนวนอาคารบ้านพัก อาคาร/ตึกสถานที่ทำงานเพิ่มขึ้น

โอกาสในการพัฒนา :

ขยายระบบบำบัดน้ำเสียตามแบบวิศวกรรมการก่อสร้าง การติดตั้งระบบบำบัดน้ำเสียแบบชีวภาพและเทคโนโลยีขั้นสูง (Advanced Treatment Systems) เพื่อให้ได้น้ำทิ้งที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน การแยกประเภทน้ำเสีย เพื่อลดภาระในการบำบัด เช่น แยกอุจจาระปัสสาวะออกกำจัดต่างหากไม่ลงระบบบำบัดน้ำเสีย การนำน้ำที่

ผ่านการบำบัดกลับมาใช้ใหม่ (Water Recycling) เช่น กำหนดช่วงเวลาการปิดเปิดน้ำระบบน้ำเสีย ใช้รดน้ำต้นไม้ หรือสนามหญ้า

ระบบไฟฟ้า

ปัญหาที่พบ:

การใช้พลังงานไฟฟ้าสูงในโรงพยาบาล ส่งผลให้ต้นทุนเพิ่มขึ้น ความเสี่ยงจากไฟฟ้าดับ ส่งผลกระทบต่ออุปกรณ์ทางการแพทย์

โอกาสในการพัฒนา :

ติดตั้งระบบพลังงานทดแทน เช่น โซลาร์เซลล์บนหลังคาอาคารเพิ่มเติม เพื่อผลิตไฟฟ้าใช้เอง ลดค่าใช้จ่ายระยะยาว

ติดตั้งระบบไฟฟ้าสำรอง (UPS และเครื่องปั่นไฟ) ขยายขนาดและจำนวนเพิ่มขึ้น สำหรับพื้นที่วิกฤติ เช่น ห้องผ่าตัด ห้องฉุกเฉิน และห้อง ICU

ผลงานและรางวัลที่ภาคภูมิใจ





ผลการดำเนินงานในภาพรวม

สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดต่างๆ

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการประเมินการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (PA) สสจ.ตาก ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2568								
เป้าหมายที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัย (6 ตัวชี้วัด)								
ตัวชี้วัดที่	ข้อมูล	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4	หมายเหตุ
1	ภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์	≤ ร้อยละ 14	LR ANC	12.5	14.29	13.37	16.64	
	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางได้รับการดูแลติดตาม	≥ ร้อยละ 96	LR ANC	97.25	100	100	100	
2	ร้อยละความครอบคลุมการคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัย	> 90%	ส่งเสริมฯ	97.74	98.43	96.89	93.62	
	ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่พบว่าพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ	100%	ส่งเสริมฯ	100	100	83.33	92.11	
3	เด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ครบเกณฑ์	> 90%	ส่งเสริมฯ	100	100	100	90	
4	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองความถดถอย 9 ด้าน	> 80%	ส่งเสริมฯ	87.30%	92.96	92.96	93.71	
5	ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan	> 80%	ส่งเสริมฯ	88	100	100	100	
6	การเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากทุกกลุ่มวัย	> 35 %	ทันตกรรม	7.79	15.97	24.12	24.84	
เป้าหมายที่ 2 การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและบำบัดยาเสพติด (2 ตัวชี้วัด)								
1	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง 1 ปีในจังหวัดตาก มีการติดตาม	> 70 %	สุขภาพจิต	81%	80%	65.12	65.31	ม.113-114
2	อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ ≤ 7.8 ต่อแสนประชากร	≤ 7.8 ต่อแสนประชากร	สุขภาพจิต	0	0	1.06	1.06	

เป้าหมายที่ 3 การควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (5 ตัวชี้วัด)								
ตัวชี้วัดที่	ข้อมูล	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4	หมายเหตุ
1	ระดับความสำเร็จการดำเนินการบริหารจัดการ การควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกและโรคไข้ มาลาเรีย ของหน่วยงาน	ระดับ 5	สุขาภิบาลฯ	5	5	5	5	
2	ร้อยละประชากรกลุ่มเสี่ยงเป้าหมายได้รับการคัด กรองด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (การคัดกรอง TB)	≥ ร้อยละ 90	สุขาภิบาลฯ	63.53	90.1	93.01	93.04	ไตรมาสที่ 1 22%
3	ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ ควบคุมได้	≥ ร้อยละ 45	NCD	43.64	HT:66.85 DM:45.02	HT:73.19 DM:49.05	HT:77.03 DM 51.73	ตัวชี้วัด จำแนกราย เป็นโรค
4	การนับคาร์บ	100%	ส่งเสริมฯ	100	100	100	78.55	
5	การปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์ และสาธารณสุข กรณีหมอกควันและฝุ่นละออง ขนาดเล็ก	100 คะแนน	ENV	60	80	80	80	
เป้าหมายที่ 4 พัฒนาระบบปฐมภูมิ (1 ตัวชี้วัด)								
1	จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตาม พระราชบัญญัติระบบ สุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ที่ดำเนินการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ตาม เกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพ ปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 (ฉบับปรับปรุง)	70%	ส่งเสริมฯ	66.67	100	100	100	

เป้าหมายที่ 5 เศรษฐกิจสุขภาพ (1 ตัวชี้วัด)								
ตัวชี้วัดที่	ข้อมูล	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4	หมายเหตุ
1	ร้อยละการเพิ่มขึ้นของการใช้จ่ายสมุนไพร	> 1.5 % อย่างน้อย 3 รายการ	แพทย์แผน ไทยฯ	1.29	0.87	1.25	1.08	
เป้าหมายที่ 6 การบริหารจัดการ (5 ตัวชี้วัด)								
1	ร้อยละของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับ ท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กปท.) มีการใช้จ่าย งบประมาณ	> 70 %	บริหารทั่วไป ฯ	N/A	76.38	71.69	100%	
2	การตรวจสอบเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพรายงาน การเงิน (หมวดสินทรัพย์ - พัสดุ)	≥ 80 %	บริหารทั่วไป ฯ	77.63	77.63	77.63	77.63	
3	ประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลัง ด้านสุขภาพ (Total Performance Score : TPS)	≥ 10.5 คะแนน / ระดับ B	CFO	10 คะแนน ระดับ C	10 คะแนน ระดับ C	11 คะแนน ระดับ B	11 คะแนน ระดับ B	
4	การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการ ดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (ITA)	> 94 %	บริหารทั่วไป ฯ	100%	100%	100%	100%	
5	จำนวนผลงานวิชาการที่ส่งเข้าร่วมการนำเสนอใน การประชุมวิชาการสาธารณสุขจังหวัดตาก ปี 2568 ที่ครบทั้ง 4 ประเภท ได้แก่ ผลงานวิจัย, ผลงาน R2R, ผลงาน CQI นวัตกรรม	ประเภทละ 1- 5 เรื่อง (รวม คปสอ)	วิจัยและ พัฒนาฯ	N/A	ส่ง CQI จำนวน 3 เรื่อง	ส่ง CQI จำนวน 3 เรื่อง	ส่ง CQI จำนวน 3 เรื่อง	

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของโรงพยาบาลพบพระ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2568								
ยุทธศาสตร์ที่ 1 เพิ่มศักยภาพการส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคทุกกลุ่มวัยภัยสุขภาพผลิตภัณฑ์สุขภาพและสิ่งแวดล้อม (P&P Excellence)								
ตัวชี้วัดที่	ข้อมูล	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4	หมายเหตุ
1	อัตราการตาย	(ไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน)	LR	0	0	0	0	
2	ร้อยละของเด็ก 0- 5ปีที่มีพัฒนาการสมวัย	> 80%	ส่งเสริมฯ	92.31	98.43	92.72	94.59	
3	ผู้ป่วย HT รายใหม่ ลดลง	ลดลง > ร้อยละ 2.5	NCD	68.75	68.75	68.75	15.63	
4	ผู้ป่วย DM รายใหม่ ลดลง	ลดลง > ร้อยละ 5	NCD	68.33	68.33	68.33	68.33	
5	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	40%	NCD	43.64	45.02	50.07	51.73	
6	ร้อยละของผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองสุขภาพ 9 ด้าน	< 80%	ส่งเสริมฯ	87.30%	92.96	92.96	93.71	
7	อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคทุกประเภท	90%	สุขาภิบาลฯ	100	81.82	92.86	75	
8	อัตราป่วยตายด้วยโรควัณโรค	≤ 5%	สุขาภิบาลฯ	0	9.09	7.14	12.50	
9	อัตราป่วยโรคไข้เลือดออก	< 50:แสนปก.	สุขาภิบาลฯ	0	0	12.07	27.15	

ตัวชี้วัดที่	ข้อมูล	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4	หมายเหตุ
10	ร้อยละการดำเนินงาน มาลาเรียตามมาตรการ 1- 3-7	80%	สุขาภิบาลฯ	90/97/62	92/98/76	94/98/55	98/99/54	
11	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ ได้รับการฝากครรภ์ครั้ง แรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์	> ร้อยละ 70	ANC	83.19	79.17	88.37	90.16	
12	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ ได้รับการฝากครรภ์ คุณภาพ 5 ครั้งตามเกณฑ์	75%	ANC	78.76	75	83.72	82.27	
13	อัตราการเกิดฟันแท้ใน เด็ก 12 ปี	50%	ทันตกรรม	57.14	66.28	61.09	49.04	
ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพและการให้บริการที่มีคุณภาพ (Service Excellence)								
1	อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน	< 3.5 :1000 ทารก เกิดมีชีพ	LR	0	0	0	0	
2	อัตราการตายของผู้ป่วยในโรค หลอดเลือดสมอง	< 7%	ผู้ป่วยในชาย	4.35	5	12.5	4.17	
3	อัตราการตายผู้ป่วย Sepsis	<30%	ผู้ป่วยในชาย	17.64%	29.16%	12%	15%	
4	อัตราการตายโรคหัวใจขาด เลือด	<27:แสนปชก	ER	0	1.66	1.66	1.66	

ตัวชี้วัดที่	ข้อมูล	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4	หมายเหตุ
5	จำนวนการเสียชีวิตจาก Severe Head Injury (ในโรงพยาบาลและหลังส่งต่อ 24 ชม.)เท่ากับ 0	0%	ER	0.16	0.35	0.33	0.31	
6	ร้อยละของการให้การรักษานผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	≥ 60%	ER	60 %	66.67%	71.42%	68.75%	
7	อัตราการ Revisit ที่ ER ภายใน 48 ชั่วโมง	< 2 %	ER	0.4 %	0.38 %	0.28%	0.32%	
8	อัตราการ Readmit ในผู้ป่วย COPD ภายใน 28 วัน	< 30%	ผู้ป่วยในชาย	16.28	31.82	8.11	22.03	
9	อัตราการติดเชื้อ ในโรงพยาบาล	< 0.5/พัน วันนอน	IC	1.03	1.01	1.12	0.87	
10	อุบัติการณ์การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน* (under triage หรือ over triage) ทั้งหมด/ ระดับ E ขึ้นไป* under triage < 5% over triage	< 15 %	ER	over 0.15 % under 0.27 %	over 0.20 % under 0.50%	over 0.32% under 0.57%	over 0.12% under 0.29%	

ตัวชี้วัดที่	ข้อมูล	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4	หมายเหตุ
11	อุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดทั้งหมด เท่ากับ 0	0%	RM	6	2	3	3	
12	ระยะเวลาในการรับบริการที่ OPD	< 90 นาที	OPD	65 นาที	62 นาที	55 นาที	53 นาที	เฉลี่ย 59 นาที
13	อัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด	< 25:1000 การเกิดมีชีพ	LR	11.49	29.2	27.03	45.16	
14	อัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด	< 5%	LR	1.53	0.88	4.86	2.66	
15	อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้บริการวิสัญญีภายใน 48 ชั่วโมง	< 10%	OR	0.27	0	0.72	0	
16	อุบัติการณ์การผ่าตัดผิดคน ผิดข้างผิด ตำแหน่งผิด หัตถการทั้งหมด/ระดับความรุนแรง ระดับ E ขึ้นไป เท่ากับ 0	0%	OR	0	0	0	0.196	
17	อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด - clean wound – clean	< 2%	OR	0.628	0	0.986	0	

ตัวชี้วัดที่	ข้อมูล	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4	หมายเหตุ
18	อัตราการงด-เลื่อนผ่าตัด	< 3%	OR	3.46	6.4	3.7	4.14	
19	ร้อยละของผู้ป่วย IMC ได้รับการฟื้นฟูและติดตามต่อเนื่อง 6 เดือน มีค่า BI เพิ่มขึ้น	≥ 70%	เวชกรรมฟื้นฟู	82.35%	80.95%	76.92% (ยังไม่ครบ 6 เดือน)	59.09% (ยังไม่ครบ 6 เดือน)	
20	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR	<5 ml/min/1.73m ² /yr	OPD	66.23	64.78	91.07	93.65	
21	อัตราการเกิดอุบัติเหตุจากของมีคมและถูกสารคัดหลั่งกระเด็นเข้าสู่ร่างกายจากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่	< 1%	IC	0.65	1.94	3.71	4.29	
22	เจ้าหน้าที่ติดเชื้อไวรัสจากการปฏิบัติหน้าที่	< 2%	IC	0	0	0	0	
23	ผลการตรวจวัดคุณภาพมาตรฐาน ความปลอดภัยของเครื่องเอ็กซเรย์ และห้องเอ็กซเรย์ผ่านการรับรอง	ผ่านการรับรอง	x-ray	ผ่านการรับรอง	ผ่านการรับรอง	ผ่านการรับรอง	ผ่านการรับรอง	

ตัวชี้วัดที่	ข้อมูล	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4	หมายเหตุ
24	อุบัติการณ์การตรวจ วิเคราะห์และรายงานผล ตรวจวิเคราะห์ Lab คลาดเคลื่อน เท่ากับ 0	< 1 %	LAB	0.25	0.29	0.41	0.38	
25	จำนวนอุบัติการณ์การให้ เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิด ชนิด ระดับ E Up	0%	LAB	0	0	0	0	
26	ความพึงพอใจของผู้บริการ โรงพยาบาลพพระ (ผู้ป่วยนอก)	> 80%	OPD	80.16	87.5	81.54	88.37	
27	อัตราการส่งรักษาต่อใน ผู้ป่วย 5 สาขาหลักไป โรงพยาบาลแม่ข่ายลดลง	≥ 15%	ER	15.66	9.7	10.1	10.6	
28	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับ การผ่าตัดแบบ One Day Surgery	>15 %	OR	11.8	12.5	13.1	14.9	
29	จำนวน Medication error with harms (level E up)* (ครั้ง)	0	เภสัชกรรมฯ	0	2	0	0	
30	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	≤ ร้อยละ 8 ต่อแสน ประชากร	สุขภาพจิตฯ	0	0	1.06	1.06	

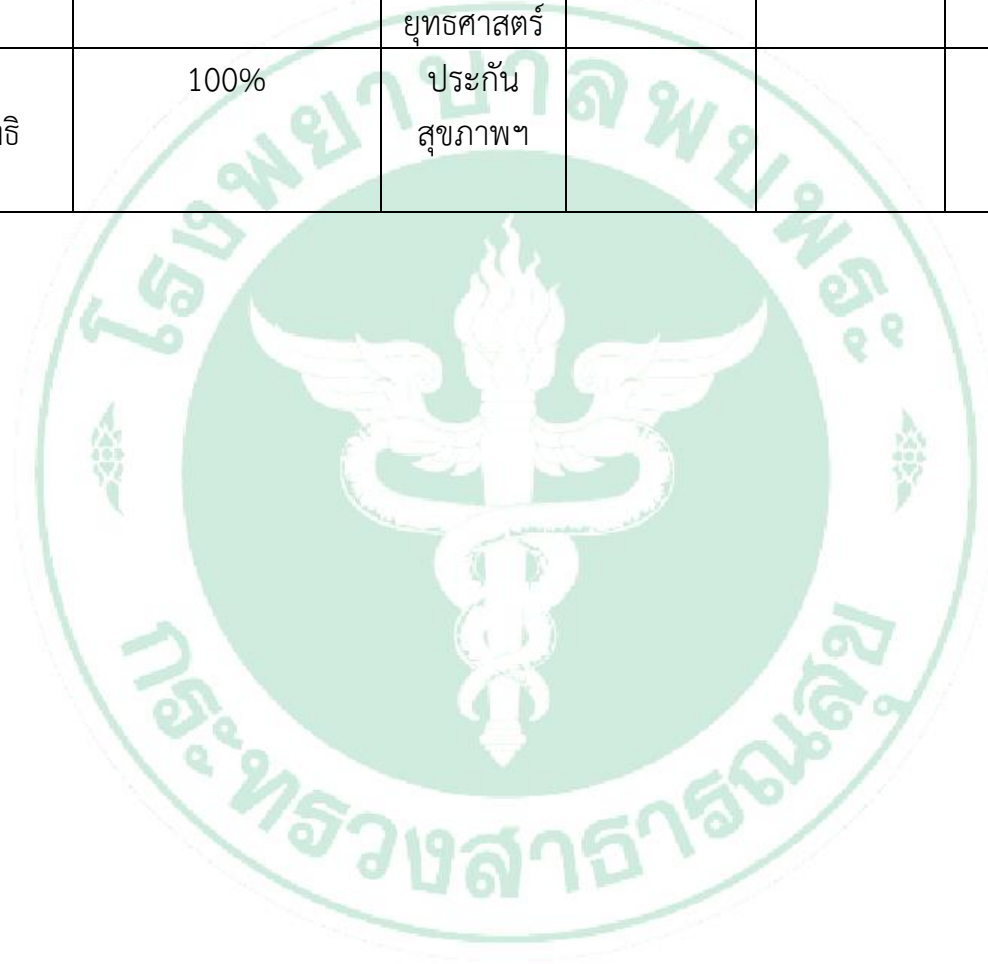
ตัวชี้วัดที่	ข้อมูล	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4	หมายเหตุ
31	ร้อยละของผู้ถูกกระทำ ความรุนแรง (OSCC) ได้รับการดูแลรักษาตาม มาตรฐานบริการที่กำหนด	≥ 80%	สุขภาพจิตฯ	100	100	100	100	
32	ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มี การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะ กลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วย การแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก (community base)	3%	แพทย์แผน ไทยฯ	12.9	16.67	14.52	16.26	
33	ร้อยละของประชาชนที่มา รับบริการในระดับปฐมภูมิ ได้รับ การรักษาด้วยการแพทย์ แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือก	35%	แพทย์แผน ไทยฯ	44.53	30.46	37.24	36.6	

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนากำลังคนและภาคีเครือข่ายอย่างมีประสิทธิภาพ (People Excellence)								
ตัวชี้วัดที่	ข้อมูล	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4	หมายเหตุ
1	ร้อยละการจัดตั้งเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิ PCCU	>65%	ส่งเสริมฯ	66.67	100	100	100	
2	มีเครือข่ายการแพทย์ ฉุกเฉินครอบคลุมทุกอปท.	100%	ER	83.33	83.33	83.33	83.33	
3	จัดซ้อมแผนอัคคีภัย ร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	1ครั้งต่อปี	ENV	N/A	1 ครั้ง	1 ครั้ง	1 ครั้ง	
4	เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมี การพัฒนาศักยภาพตรง ตามแผนพัฒนากำลังคน (แยกสาขา)	> 80%	HR+ ยุทธศาสตร์	38	46	63.68	83.57	
5	อัตราการคงอยู่ของ บุคลากรในหน่วยงาน บริการ	> 95%	HR	N/A	98.85	95.19	95.56	
6	ความพึงพอใจใน บรรยากาศการทำงานทุก ด้านของบุคลากรใน โรงพยาบาล	> 70 %	HR	N/A	75.36	N/A	75.87	

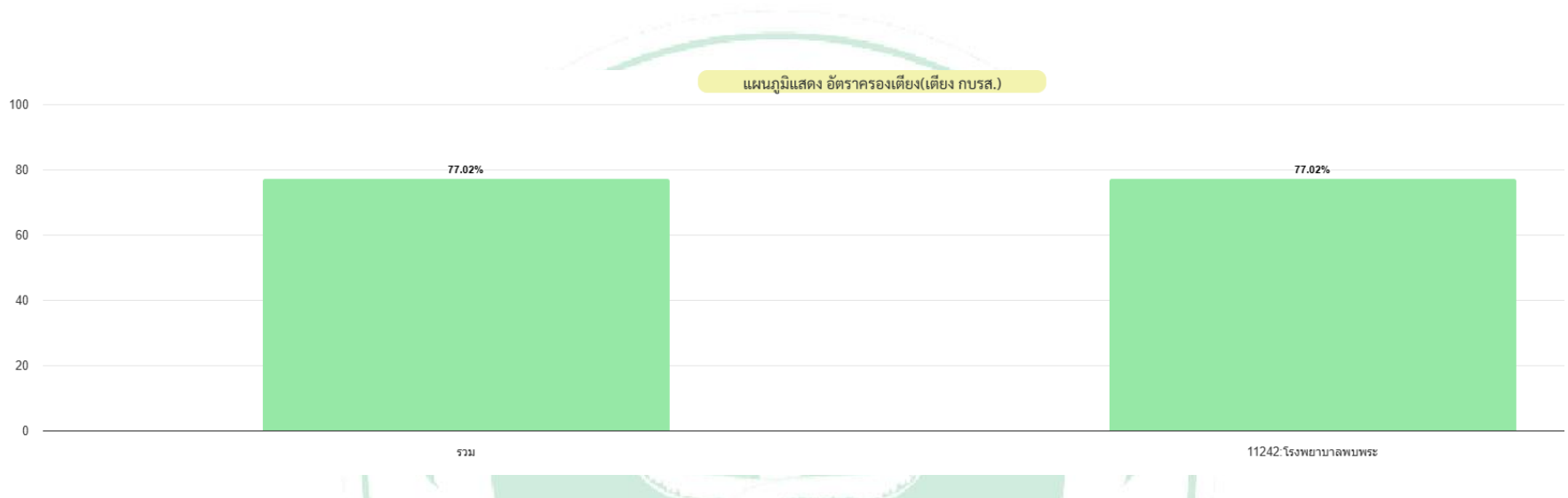
ตัวชี้วัดที่	ข้อมูล	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4	หมายเหตุ
7	ร้อยละของหน่วยงานที่มี การนำดัชนีความสุขของ คนทำงาน (Happynometer ไปใช้)	80%	HR	N/A	80.3	N/A	81.28	
8	มีการอบรมเครื่องช่วยการ CPR และ ACLS	1ครั้ง/ปี	ER	0	1 ครั้ง	0	0	
9	มีการอบรมเครื่องช่วยการ Care Giver	1ครั้ง/ปี	ส่งเสริม สุขภาพฯ	0	0	0	0	
ยุทธศาสตร์ที่ 4 บริหารจัดการ ธรรมาภิบาล ข้อมูลและเทคโนโลยี ที่มีประสิทธิภาพ (Governance Excellence)								
1	ร้อยละของความสมบูรณ์ ของการบันทึกทางเวช ระเบียนผู้ป่วยใน (CMI)	>80%	เวชระเบียน	100%	100%	100%	100%	
2	ความสมบูรณ์ของการ บันทึกเวชระเบียน (MRA)	>80%	เวชระเบียน	N/A	N/A	N/A	N/A	
3	โรงพยาบาลผ่านการ รับรองคุณภาพตาม มาตรฐาน ITA	80%	บริหารทั่วไป ฯ	100%	100%	100%	100%	
4	วิกฤตทางการเงิน 7 ระดับ ของโรงพยาบาลพบพระ	< ระดับ 4	บริหารทั่วไป ฯ	0	1	2	2	

ตัวชี้วัดที่	ข้อมูล	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4	หมายเหตุ
5	จำนวนครั้งของการหยุดให้บริการระบบ Hospital-OS	< 2 ครั้งต่อปี	IT	0	0	0	0	
6	อัตราความครอบคลุมของการพัฒนาระบบจัดเก็บข้อมูล 43 แฟ้ม	> 95%	IT	98	98	98	98	
7	ทำตามมาตรฐาน HAIT	>80%	IT	85	90	92	95	
8	ร้อยละตัวชี้วัด กระบวนการสาธารณสุข PA สสจ.ตาก ผ่านเกณฑ์ประเมิน	80%	งาน ยุทธศาสตร์	64	75	82	90	
9	ร้อยละของแผนงาน/โครงการที่บรรลุผลตามกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ	80%	งาน ยุทธศาสตร์	40%	75%	78%	90.38 %	
10	ร้อยละของการนำแผนกลยุทธ์สู่การปฏิบัติในหน่วยงาน	80%	งาน ยุทธศาสตร์	40%	75%	80%	98%	
11	ผ่านเกณฑ์การประเมินตามนโยบาย EMS (Environment, Modernization and Smart Service)	The Best	บริหารทั่วไป	The Best	The Best	The Best	The Best	

ตัวชี้วัดที่	ข้อมูล	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4	หมายเหตุ
12	อัตราข้อร้องเรียนได้รับการแก้ไข	100%	งาน ยุทธศาสตร์	100%	100%	90%	90%	
13	ร้อยละการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาล (ทุกสิทธิการรักษา)	100%	ประกัน สุขภาพฯ					



อัตราการให้บริการผู้ป่วยใน ทุกสิทธิ รายเดือน (วันต่อคนและอัตราครองเตียง)



วันที่ประมวลผล :: 1 พฤศจิกายน 2568

หมายเหตุ

สูตรการคำนวณ อัตราการครองเตียง

(ผลรวมจำนวนวันนอนของผู้ป่วยใน ในเดือนนั้น \times 100) หารด้วย (จำนวนเตียงของโรงพยาบาล \times จำนวนวันในเดือนนั้น)

สถิติผู้ป่วยที่พบบ่อย

	โรค	จำนวนผู้ป่วยข้อมูล 3 ปีย้อนหลัง (ถ้ามี)		
		2566	2567	2568
Top 10 Diagnosis (OPD)	1 โรคความดันโลหิตสูง	17864	17688	17976
	2 โรคเบาหวาน	2259	2807	2993
	3 โรคไขหวัด	2346	2496	2296
	4 โรคไขมันในเลือดสูง	1069	1871	2069
	5 โรคกระเพาะลำไส้ อักเสบ	2299	1872	1889
	6 ปวดท้อง	1656	1545	1620
	7 ไข้ไม่ทราบสาเหตุ	2556	2439	1112
	8 หลอดลมอักเสบ เฉียบพลัน	828	755	1244
	9 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	1012	1017	1152
	10 ต่อมไทรอยด์เป็นพิษ	599	741	842
Top 10 Diagnosis (IPD)	1 โรคกระเพาะลำไส้ อักเสบและลำไส้ใหญ่ อักเสบชนิดอื่น	292	305	647
	2 ปอดบวม	396	579	569
	3 หลอดลมอักเสบ เฉียบพลัน	140	304	352
	4 โรคปอดชนิดอุดกั้น แบบเรื้อรังร่วมกับการ กำเริบเฉียบพลัน	204	254	275
	5 ความดันโลหิตสูง	0	0	272
	6 ทาลัสซีเมียแบบเบตา	0	109	149
	7 โรคติดเชื้อแบคทีเรียที่ ลำไส้	87	103	137
	8 ไข้ไม่ทราบสาเหตุ	109	117	111

	โรค	จำนวนผู้ป่วยข้อมูล 3 ปีย้อนหลัง (ถ้ามี)		
		2566	2567	2568
	9 โรคไส้ติ่งอักเสบ	120	102	105
	10 ใช้รากสาดใหญ่	113	148	100
High Risk Patient	1 จำนวนผู้ป่วยผ่าตัดทั้งหมด	241	421	675
	2 จำนวนผู้ป่วยที่ CPR	49	46	38
	3 ผ่าตัดผิดคน/ผิดตำแหน่ง	0	0	0
	4 สิ่งตกค้างในตัวผู้ป่วยหลังผ่าตัด	0	0	0
	5 อุบัติการณ์การให้เลือด ผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด ทั้งหมด/ระดับ E	0	0	0
	6 ความคลาดเคลื่อนทางยาที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย/เสียชีวิต (ระดับ G ขึ้นไป)	0	0	0
	7 จำนวนมารดาเสียชีวิตจากการคลอด	2	0	1
	8 จำนวนทารกเสียชีวิต 0-28 วัน	2	2	2
	9 อัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด	33	24	19
	10 การระบุตัวผู้ป่วยผิดคน ระดับ E ขึ้นไป	1	1	1
High Mortality Patient	1 Pneumonia, unspecified	3	11	20
	2 Cardiac arrest, unspecified	11	15	19

	โรค	จำนวนผู้ป่วยข้อมูล 3 ปีย้อนหลัง (ถ้ามี)		
		2566	2567	2568
3	Drowning and nonfatal submersion	6	11	7
4	Chronic obstructive pulmonary disease with acute exacerbation, unspecified	4	4	7
5	Malignant neoplasm of bronchus or lung, unspecified	4	6	5
6	Haematemesis	2	5	5
7	Other ill-defined and unspecified causes of mortality	11	6	5
8	Asphyxiation	8	7	5
9	Chronic obstructive pulmonary disease with acute lower respiratory infection	2	4	5
10	Intracerebral haemorrhage in hemisphere, subcortical	2	2	5

	โรค	จำนวนผู้ป่วยข้อมูล 3 ปีย้อนหลัง (ถ้ามี)			
		2566	2567	2568	
Top 10 Major Operation	1	Orthopedic Trauma Surgery	270	251	284
	2	C/S	199	131	153
	3	EGD	112	98	142
	4	Colonoscope	67	110	107
	5	Appendectomy	120	98	90
	6	Other Ortho(Debridement, remove plate& screw,excision)	54	69	88
	7	C/S c TR	68	58	80
	8	Excisional DB/DB (Debridement)	98	42	66
	9	LC (ผ่าตัดน้ำดีส่องกล้อง)	19	25	46
	10	ERCP (ส่องกล้องท่อน้ำดี/ตับอ่อน)	1	9	39

การให้บริการของแพทย์/พยาบาล (OPD Visit)

ภาระงานผู้ป่วยนอก/แพทย์

หน่วยงาน/สาขา	จำนวน visit ทั้งปี	จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยที่แพทย์ตรวจ/ชม.
เวชปฏิบัติทั่วไป	0	0
อายุรกรรม	84,822	33.2
ศัลยกรรม	10,175	3.98
สูตินรีเวชกรรม	2,324	0.91
กุมารเวชกรรม	13,343	5.22
ออร์โธปิดิกส์	1,984	0.78
จักษุ	235	0.09
โสตศอนาสิก	250	0.1
ทันตกรรม	16,787	6.57
เวชศาสตร์ฟื้นฟู	5,820	2.28
ฉุกเฉิน	5,889	2.3

ภาระงานผู้ป่วยใน/แพทย์

หน่วยงาน/สาขา	จำนวนผู้ป่วยในรวมทั้งปี	จำนวนวันนอนผู้ป่วยในทั้งปี
เวชปฏิบัติทั่วไป	0	0
อายุรกรรม	4,010	63,519
ศัลยกรรม	461	6,978
สูตินรีเวชกรรม	1,883	18,138
กุมารเวชกรรม	2,461	19,525
ออร์โธปิดิกส์	309	7,812
จักษุ	0	0

หน่วยงาน/สาขา	จำนวนผู้ป่วยใน รวมทั้งปี	จำนวนวันนอน ผู้ป่วยในทั้งปี
โสตศอนาสิก	0	0
เวชศาสตร์ฟื้นฟู	433	4,596

ภาระงานผู้ป่วยใน/พยาบาล

หน่วยงาน/ สาขา	จำนวน ผู้ป่วย ใน รวมทั้ง ปี	จำนวน วันนอน ทั้งปี	จำนวน ผู้ป่วยใน เฉลี่ยต่อ วัน	จำนวน RN ที่ขึ้นเวร			สัดส่วนผู้ป่วย: RN		
				เช้า	บ่าย	ดึก	เช้า	บ่าย	ดึก
ห้องคลอด	1,835	4,994	5.03	4	2	2	1.26	2.52	2.52
หอผู้ป่วยชาย	1,792	10,668	4.91	0	0	0	0	0	0
หอผู้ป่วยชาย	1,792	10,668	4.91	0	0	0	0	0	0
หอผู้ป่วยชาย	1,792	10,668	4.91	7	3	3	0	0	0
หอผู้ป่วยชาย	1,792	10,668	4.91	7	3	3	0.7	1.64	1.64
หอผู้ป่วยหญิง	1,696	9,860	4.65	7	3	3	0.66	1.55	1.55
หอผู้ป่วยหญิง	1,696	9,860	4.65	7	3	3	0	0	0
หอผู้ป่วยหญิง	1,696	9,860	4.65	0	0	0	0	0	0
หอผู้ป่วยหญิง	1,696	9,860	4.65	0	0	0	0	0	0
หอผู้ป่วยเด็ก	1,869	9,584	5.12	0	0	0	0	0	0
หอผู้ป่วยเด็ก	1,869	9,584	5.12	0	0	0	0	0	0
หอผู้ป่วยเด็ก	1,869	9,584	5.12	7	3	3	0	0	0
หอผู้ป่วยเด็ก	1,869	9,584	5.12	7	3	3	0.73	1.71	1.71
หอหลังคลอด	137	341	0.38	3	1	1	0.13	0.38	0.38
หอหลังคลอด	137	341	0.38	3	1	1	0	0	0
หอหลังคลอด	137	341	0.38	0	0	0	0	0	0

หน่วยงาน/ สาขา	จำนวน ผู้ป่วย ใน รวมทั้ง ปี	จำนวน วันนอน ทั้งปี	จำนวน ผู้ป่วยใน เฉลี่ยต่อ วัน	จำนวน RN ที่ขึ้นเวร			สัดส่วนผู้ป่วย: RN		
				เช้า	บ่าย	ดึก	เช้า	บ่าย	ดึก
หอหลังคลอด	137	341	0.38	0	0	0	0	0	0
ไอซียูเด็ก	19	287	0.05	7	3	3	0.007	0.017	0.017
ไอซียูเด็ก	19	287	0.05	0	0	0	0	0	0



ภาพกิจกรรมการดำเนินงานต่างๆ

ประชุมการจัดทำแผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ 2568



วันพยาบาลแห่งชาติและวันทันตสาธารณสุขแห่งชาติ ณ วันที่ 21 ตุลาคม 2567



สจ.ตาก ลงพื้นที่นิเทศงาน ติดตาม และประเมินผลตัวชี้วัดฯ (PA)ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2568 ณ พื้นที่อำเภอพบพระ จังหวัดตาก



หน่วยแพทย์เคลื่อนที่พอ.สว



ทำบุญ รพ.พบพระ



ตลาดนัดสีเขียว



ซ้อมอุบัติเหตุหมู่ ร่วมกับ สภ.พพพระ



อุบัติเหตุหมู่รกระบะชนกัปรถการเกษตร เมื่อวันที่ 21 เมษายน 2568 เวลา 07.34น. ม.7 ต.พพพระ อ.พพพระ จ.ตาก (บาดเจ็บ15ราย)



อบรมการใช้งาน โปรแกรม canva และ gamma



ประชุมคณะกรรมการ ENV



งานสัปดาห์คุณภาพ



อุบัติเหตุหมู่/ภาวะฉุกเฉินในพื้นที่ คปสอ.พบพระ



ประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง



เข้าร่วมกิจกรรม เนื่องในวัน คล้ายวันพระบรมราชสมภพ พระบรมชนกชาติเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร วันชาติ และวันพ่อแห่งชาติ ในวันที่ 5 ธันวาคม 67 ณ หอประชุมที่ว่าการอำเภอพบพระ



อบรมการฟื้นฟูผู้ป่วย stroke และมีภาวะกลืนลำบาก การดูแลผู้ป่วย หลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู



กิจกรรม รตน้ำดำหัว ผู้อาวุโส ภายในโรงพยาบาลพระ



อบรมปฐมนิเทศบุคลากรปฏิบัติงานใหม่ ประจำปีงบประมาณ 2568



คณะแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร ที่ปฏิบัติงานใหม่ ศึกษาดูงานการจัดบริการทางการแพทย์และ
สาธารณสุข ณ โรงพยาบาลพพบพระ



ตัวแทนกลุ่มงานสุขภาพดิจิทัล เข้ารับรางวัลโรงพยาบาลอัจฉริยะ ระดับเพชร ปีที่ 2



การดำเนินงานในศูนย์อพยพบ้านอ้อมเปี้ยม





ข่าวประชาสัมพันธ์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก



พ.ว.พิทักษ์พงษ์ จันทร์แดง
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตาก

วิสัยทัศน์ : เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพ ที่รวมพลังด้านสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดี

สสจ.ตาก ลงพื้นที่นิเทศงาน ติดตาม และประเมินผลตัวชี้วัดฯ (PA) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2568 ณ พื้นที่อำเภอพบพระ จังหวัดตาก



วันศุกร์ที่ 16 พฤษภาคม 2568 เวลา 08.30 น. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขอโอ ต.ช่องแคบ อ.พบพระ จ.ตาก นายแพทย์พิทักษ์พงษ์ จันทร์แดง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตาก พร้อมด้วยคณะผู้บริหาร หัวหน้ากลุ่มงาน และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ร่วมนิเทศงานกำกับติดตามและประเมินผลตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (Performance Agreement : PA) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2568 ของ รพ.สต.บ้านขอโอ และในเวลา 11.00 น. ร่วมรับฟังสรุปผลของ คปสอ.พบพระ จากคณะนิเทศงานระดับจังหวัด ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพบพระ ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดระบบการประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุขที่เป็นระบบชัดเจน และเพื่อเป็นการประเมินประสิทธิภาพประสิทธิผลให้เป็นไปตามเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข ต่อไป

(ร่าง) แผนปฏิบัติการงานสาธารณสุขโรงพยาบาลพระ (Action Plan) ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๙							
อำเภอพบพระ จังหวัดตาก							
ลำดับ	ชื่อแผนงาน/โครงการ	เงินบำรุง	PP Basic	กองทุน	อื่นๆ	ผู้รับผิดชอบ	รหัส
ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เพิ่มศักยภาพการส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคทุกกลุ่มวัยภัยสุขภาพผลิตภัณฑ์สุขภาพและสิ่งแวดล้อม (P&P Excellence)							
๑	แผนการตรวจสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลพระ อ.พบพระ จ. ตาก ประจำปี ๒๕๖๙	๐				วิจัยและพัฒนา	
๒	แผนงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ (ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน)	๑๔,๓๐๐				NCD	
๓	แผนการติดตามผู้ป่วย IMC ดูแลต่อเนื่อง	๓,๐๐๐				เวชกรรมฟื้นฟู	
๔	แผนงานอาหารปลอดภัย โรงพยาบาลเค็มน้อย อร่อย ๓ ดี และหวานน้อย อร่อย สั่งได้	๐				โภชนศาสตร์	
๕	แผนงานหมอมืออาชีพประชาชน ปี๒๕๖๙	๑๑,๕๒๐				ทันตกรรม	
๖	โครงการอบรมการสื่อสารระหว่างพ่อแม่และลูกบ้านมอเกอร์ยาง ตำบลพบพระ อำเภอพบพระ จังหวัดตาก			๑๓,๔๐๐		ส่งเสริมสุขภาพ	
๗	โครงการส่งเสริมการเรียนรู้เรื่องเพศวิถีในวัยรุ่น บ้านห้วยน้ำนัก ตำบลพบพระ อำเภอพบพระ จังหวัดตาก			๑๓,๔๐๐		ส่งเสริมสุขภาพ	
๘	โครงการอบรมแม่อาสา พัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก ตำบลพบพระ			๑๑,๐๐๐		ส่งเสริมสุขภาพ	
๙	โครงการคุมกำเนิดถูกวิธี วางแผนมีบุตรดี ชีวิตมีสุข ตำบลพบพระ			๑๑,๕๐๐		ส่งเสริมสุขภาพ	
๑๐	โครงการป้องกันการเสียชีวิตจากการจมน้ำในเด็ก ตำบลพบพระ อำเภอพบพระ จังหวัดตาก ปี ๒๕๖๙			๑๒,๖๐๐		สุขภาพิบาลฯ	
๑๑	โครงการควบคุมโรคหนองพยาธิในพื้นที่พระราชดำริ ตำบลพบพระ อำเภอพบพระ จังหวัดตาก			๒๐,๐๐๐		สุขภาพิบาลฯ	
๑๒	แผนงานส่งเสริมการให้วัคซีนในเด็ก ๐-๕ ปี ศูนย์อพยพบ้านอ้อมเปี้ยม	๑๖๓,๒๐๐				สุขภาพิบาลฯ	
รวม		๑๙๒,๐๒๐	๐	๖๘,๕๐๐	๐	๒๖๐,๕๒๐	

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ พัฒนาระบบบริการสุขภาพและการให้บริการที่มีคุณภาพ (Service Excellence)							
ลำดับ	ชื่อแผนงาน/โครงการ	เงินบำรุง	PP Basic	กองทุน	อื่นๆ	ผู้รับผิดชอบ	รหัส
๑๓	ประเมินมาตรฐาน LA Re-accreditation	๓๘,๒๕๐				LAB	
๑๔	แผนประเมินมาตรฐาน HA Re-accreditation จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)	๑๒๖,๖๐๐				วิจัยและพัฒนา	
๑๕	แผนประชุมมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพ เขตที่ ๒	๕,๒๐๐				ENV	
๑๖	แผนสำรวจโรงพยาบาลตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพ เขตที่ ๒	๓,๐๐๐				ENV	
๑๗	โครงการการฝึกอบรมหลักสูตรการปฐมพยาบาลและช่วยปฏิบัติการทางการแพทย์ขั้นพื้นฐาน	๔๒,๖๐๐				ER	
๑๘	อบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการจัดการ ณ จุดเกิดเหตุ เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติ	๑๔,๒๕๐				ER	
๑๙	แผนงานรับการตรวจเยี่ยมมาตรฐานกายภาพบำบัด จังหวัดตาก "Internal Audit"	๑,๐๐๐				เวชกรรมฟื้นฟู	
๒๐	โครงการพัฒนามาตรฐานการจัดบริการทันตกรรม อำเภอพบพระ ปี๒๕๖๙	๙,๓๐๐				ทันตกรรม	
๒๑	แผนงานพัฒนาระบบเครือข่ายงานกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Home Health Care)	๑๕,๖๐๐				ส่งเสริมสุขภาพ ฯ	
รวม		๒๕๕,๘๐๐	๐	๐	๐	๒๕๕,๘๐๐	
ยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนากำลังคนและภาคีเครือข่ายอย่างมีประสิทธิภาพ (People Excellence)							
๒๒	แผนงานประชุมคณะกรรมการกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล(NSO)รพ.พบพระ ปี๒๕๖๙	๑๐,๔๐๐				NSO	
๒๓	โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง Continuous Quality Improvement	๓๘,๒๐๐				วิจัยและพัฒนา	
๒๔	แผนประชุมแลกเปลี่ยนการพัฒนาคุณภาพในฝ่ายงานของโรงพยาบาลพบพระ	๔๑,๖๐๐				วิจัยและพัฒนา	
๒๕	แผนประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	๓,๐๐๐				วิจัยและพัฒนา	

ลำดับ	ชื่อแผนงาน/โครงการ	เงินบำรุง	PP Basic	กองทุน	อื่นๆ	ผู้รับผิดชอบ	รหัส
๒๖	แผนการประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลพระ ประจำปี ๒๕๖๙	๔,๐๐๐				RM	
๒๗	แผนการประชุมแลกเปลี่ยนวัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาลพระ	๗,๘๐๐				RM	
๒๘	แผนการประชุมคณะกรรมการบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย โรงพยาบาลพระ	๓,๐๐๐				ENV	
๒๙	แผนงานประชุมมาตรฐาน GREEN and Clean Hospital	๕,๒๐๐				ENV	
๓๐	แผนประชุม ๕ ส.ในโรงพยาบาลพระ	๔,๐๐๐				ENV	
๓๑	แผนประชุมการควบคุมป้องกันการติดเชื้อและการกำจัดขยะติดเชื้อใน โรงพยาบาลพระและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอพระ	๖,๕๐๐				ENV	
๓๒	แผนการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการทางคลินิก (PCT)	๓,๐๐๐				OR	
๓๓	ประชุมคณะกรรมการงานอนามัยแม่และเด็กทุกสถานบริการในอำเภอพระ	๒๐,๘๐๐				ANC	
๓๔	ประชุมเครือข่ายงานอนามัยแม่และเด็ก	๑๗,๕๐๐				ANC	
๓๕	แผนงานประชุมทบทวนการช่วยฟื้นคืนชีพ	๒๖,๐๐๐				ER	
๓๖	แผนงานประชุมทบทวนการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินและความเสี่ยงในการ ปฏิบัติงาน	๒๗,๓๐๐				ER	
๓๗	แผนประชุมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้งานการพยาบาลด้านการป้องกันและควบคุม การติดเชื้อ	๑,๒๕๐				IC	
๓๘	แผนการประชุมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและสถานบริการ สาธารณสุขชุมชน	๓,๙๐๐				เภสัชกรรม	
๓๙	ประชุมพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate care : IMC)	๒,๕๐๐				เวชกรรมฟื้นฟู	
๔๐	โครงการปฐมนิเทศบุคลากรใหม่ ประจำปี ๒๕๖๙	๒,๕๐๐				บริหารทั่วไป	
๔๑	แผนงานพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในสถานบริการโรงพยาบาลพระและ เครือข่ายสถานบริการโรงพยาบาลพระตามเกณฑ์สมรรถนะ Service plan (สาขาโรคมะเร็ง)	๑๕,๖๐๐				ส่งเสริมสุขภาพ ๓	

ลำดับ	ชื่อแผนงาน/โครงการ	เงินบำรุง	PP Basic	กองทุน	อื่นๆ	ผู้รับผิดชอบ	รหัส
๔๒	แผนการประชุมเครือข่ายงานสุขภาพจิตและยาเสพติดอำเภอพบพระ	๓,๒๕๐				สุขภาพจิตฯ	
๔๓	แผนงาน ประชุมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ	๑๕,๖๐๐				งานยุทธศาสตร์ ฯ	
๔๔	แผนการจัดทำแผนปฏิบัติการสาธารณสุขโรงพยาบาลพบพระ	๖,๐๐๐				งานยุทธศาสตร์ ฯ	
รวม		๒๖๘,๙๐๐	๐	๐	๐	๒๖๘,๙๐๐	
ยุทธศาสตร์ที่ ๔ บริหารจัดการ ธรรมาภิบาล ข้อมูลและเทคโนโลยี ที่มีประสิทธิภาพ (Governance Excellence)							
๔๕	แผนประชุมคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน MRA	๔,๐๐๐				เวชระเบียน	
๔๖	แผนงานประชุมทบทวนในการตรวจสอบเวชระเบียน (MRA)	๔,๐๐๐				เวชระเบียน	
๔๗	แผนงานบริหารจัดการเครื่องมือทางการแพทย์	๒๓,๘๐๐				วิจัยและพัฒนา	
๔๘	โครงการซ่อมแผนอค์คีย์	๕๖,๘๐๐				ENV	
๔๙	แผนการสื่อสารและการทำงานร่วมกันแบบดิจิทัล (Digital Communication & Collaboration)	๑๑๓,๙๕๐				บริหารทั่วไป	
๕๐	แผนงานประชุมคณะกรรมการการเงินการคลัง (CFO)	๖,๐๐๐				ประกันสุขภาพ ฯ	
๕๑	แผนงาน แผนงานประชุมชี้แจงการจัดเก็บรายได้ของกองทุนต่างๆ	๖,๐๐๐				ประกันสุขภาพ ฯ	
๕๒	แผนประชุมคณะกรรมการ การพัฒนาระบบสารสนเทศตามมาตรฐาน HAIT	๕,๐๐๐				สุขภาพดิจิทัล	
รวม		๒๑๑,๕๕๐	๐	๐	๐	๒๑๑,๕๕๐	
รวมทั้งสิ้น ๔๑ แผนงาน ๑๑ โครงการ		๙๒๘,๒๗๐	๐	๖๘,๕๐๐	๐	๙๙๖,๗๗๐	

