

สรุปผลการดำเนินงานตามแผนงาน
โครงการและตัวชี้วัดโรงพยาบาล

ปี 2563

ผลการดำเนินงานตาม
ตัวชี้วัด PA กระทรวง

ผลการดำเนินงานตัวชี้วัด PA กระทรวง ปี 2563

ลำดับที่	รายละเอียดตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
1	อัตราการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพ	0
2	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ทั้งหมดตามช่วงอายุที่กำหนดมีพัฒนาการสมวัย (PA , QOF)	> ร้อยละ 85	98.23
3	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี (PA , QOF)	> ร้อยละ 60	51.84
4	ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือ	> ร้อยละ 65	100
5	ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน	> ร้อยละ 66	55.32
6	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี (PA , QOF)	ไม่เกิน 42 ต่อประชากร	19 ราย
7	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม care plan	> ร้อยละ 80	100 (35/35)
8	ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	> ร้อยละ 80	100 (2/2)
9	ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ (พขอ.)	> ร้อยละ 70	100 (1/1)
10	ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน	≥ ร้อยละ 60	41.56
11	ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง	≥ ร้อยละ 60	74.51
12	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital	1.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ	ระดับดีมาก
13	ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ PCC	> ร้อยละ 25	1 ใน 5 แห่ง
14	ร้อยละของประชาชนในอำเภอที่เป็นที่ตั้งของ รพช./รพท. มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการ	> ร้อยละ 40	19.34
15	ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี	> ร้อยละ 70	ร้อยละ 100
16	จำนวน อสม. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน		9.47
17	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69)	< ร้อยละ 7	1.12
18	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke: I60-I62)	< ร้อยละ 25	0
19	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke: I63)	< ร้อยละ 5	0
20	24.4 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการ	≥ ร้อยละ 60	100
21	24.5 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit	≥ ร้อยละ 50	100
22	อัตราสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ (TB)	> ร้อยละ 85	80
23	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้อย่างสมเหตุผล (RDU)	RDU ขั้นที่ 2 60% , R	ระดับ 2

ลำดับที่	รายละเอียดตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
24	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง	ลดลงร้อยละ 10	NA
25	อัตราการตายทารกแรกเกิด	< ร้อยละ 3.7	0
26	ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Opioid ในผู้ป่วยระดับประคองระยะสุดท้ายอย่างมี	>ร้อยละ 40	45.83
27	ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผน	>ร้อยละ 19.5	18.03
28	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	≥ร้อยละ 68	62.44 ทั้งจังหวัด
29	ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี	> ร้อยละ 80	88.89
30	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	< ร้อยละ 28	0
31	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	ไม่เกินร้อยละ 9	0
32	ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	>ร้อยละ 50	53.85 (HDC)
33	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5 ml/min/1.73m2/yr	>ร้อยละ 66	65.12
34	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา และ ติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate)	>ร้อยละ 50	93.75
35	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการประเมิน บำบัดรักษาและติดตามดูแลช่วยเหลือตาม	>ร้อยละ 60	100
36	ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน	>ร้อยละ 50	62.5
37	อัตราของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ (ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 50) ไม่ต่ำกว่าร้อยละ	>ร้อยละ 60	76.81
38	ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน * ร้อยละของผู้ป่วยสีแดงเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 24	46.69
39	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100
40	ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3	ร้อยละ 90	Re-ac เมย64
41	ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว	ร้อยละ 75	ระดับ 3 ร้อยละ100 ระดับ 5 ร้อยละ61.54
42	การดำเนินงานของหน่วยบริการ Smart Hospital	ดำเนินการ	ดำเนินการ
43	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสพภาวะวิกฤตทางการเงิน	ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 4 ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 8	วิกฤตระดับ 1

ผลการดำเนินงานตาม
ตัวชี้วัด เข้มมุ่งจังหวัด

การดำเนินงาน 2 เข้มมุ่ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี ปีงบประมาณ 2563

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย 2561	ผลการดำเนินงาน 2561	เป้าหมาย 2562	ผลการดำเนินงาน 2562	เป้าหมาย 2563	ผลการดำเนินงาน 2563
เข้มมุ่งที่ 1 การฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ คนพิการที่ต้องได้รับการดูแลผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันแบบบูรณาการ							
1	ร้อยละ 90 ของผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น	ร้อยละ 85	92.24	ร้อยละ90	98.50	ร้อยละ90	100.00
	ร้อยละ 90 ของคนพิการที่ต้องได้รับการดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น	ร้อยละ 85	87.50	ร้อยละ90	90.90	ร้อยละ90	82.75
2	ร้อยละ 70 กลุ่มผู้ป่วยที่มีศักยภาพในการฟื้นฟู ให้มีสมรรถนะดีขึ้น (Potential Group) มี	ร้อยละ 70	90.90	ร้อยละ 70	92.58	ร้อยละ 70	85.05
เข้มมุ่งที่ 2 การดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน							
1	ลดจำนวนผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนจากปี 2562 ร้อยละ 10	272,319	**	<ร้อยละ 10	เพิ่มขึ้น	<ร้อยละ 10	< 9.68
2	ลดอัตราการตายอุบัติเหตุทางถนนลดลงจากค่ามัธยฐาน ร้อยละ 10	373,423	**	<ร้อยละ 10	เพิ่มขึ้น	<ร้อยละ 10	<12.53
3	ร้อยละ 20 ของจุดเสี่ยงได้รับการแก้ไข		100(5/5)		100(5/5)		100 (5/5)
	อำเภอมีคณะกรรมการ/คณะทำงานเพื่อการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน				ระดับ 5		ระดับ 5
	อำเภอมีทีมสอบสวนสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุทางถนน (2562)				ระดับ 5		ระดับ 5
	อำเภอมีการแก้ไขปัญหาลดจุดเสี่ยงเพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางถนน (2562)				ระดับ 5		ระดับ 5

ผลการดำเนินงานตาม
ตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาล

คิดเป็นร้อยละ 81.25

ปี 2563

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ 4 ยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลมวกเหล็ก ประจำปี 2563

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัดกำกับเป้าประสงค์ตามยุทธศาสตร์	เป้าหมาย	ผลลัพธ์	เป้าหมาย	ผลลัพธ์	เป้าหมาย	ผลลัพธ์
			ปี 2561	2561	ปี 2562	2562	ปี 2563	2563
1. พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตร เข้าถึงง่ายและชุมชนมีส่วนร่วม	1. ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนและออกแบบระบบบริการสุขภาพ	1.ระดับความสำเร็จของการมีส่วนร่วมของชุมชน	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ3
	2. ประชาชนสุขภาพดี	2.ร้อยละการบรรลุตามค่าเป้าหมายของตัวชี้วัดตามสุขภาพ 5 กลุ่มวัย และ Service Plan	ร้อยละ 60	ร้อยละ 75	ร้อยละ 70	72.22	ร้อยละ 80	ร้อยละ75
	3. ระบบสุขภาพมีคุณภาพประชาชนไว้วางใจ	3.ระดับความสำเร็จของระบบสุขภาพทั้ง 3 ระดับประกอบด้วย						
	3.1 ระบบสุขภาพอำเภอ / DHS	ระดับ 1	ระดับ 4	ระดับ 2	ระดับ 4	ระดับ 3	ระดับ 3	
	3.2 ระบบสุขภาพทุติยภูมิ F2 / HA	RS2	RS2	RS2	RS2	RS2	RS2	
3.3 ระบบสุขภาพปฐมภูมิ / PCC	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 1	ระดับ 3	ระดับ 3		
2. พัฒนาระบบสารสนเทศให้เอื้อต่อการจัดการระบบบริการสุขภาพ	1.ระบบสารสนเทศมีคุณภาพ พร้อมใช้	4.ระดับความสำเร็จของการจัดการข้อมูลสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ	ระดับ 1	ระดับ 3	ระดับ 2	ระดับ3	ระดับ 3	ระดับ 3
		5.ระดับความสำเร็จของระบบคลังข้อมูลสุขภาพอำเภอ	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 3	ระดับ 3
3. พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้ครอบคลุมด้านสมรรถนะสุขภาพ ความปลอดภัยและความสุขในการทำงาน	1.บุคลากร(เก่ง) มีสมรรถนะที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน การพัฒนาคุณภาพ ใฝ่เรียนรู้ สร้างนวัตกรรม สร้างผลงานที่ดี	6. ร้อยละบุคลากรมีสมรรถนะผ่านเกณฑ์	ร้อยละ 60	88.98	ร้อยละ 70	60	ร้อยละ 80	ร้อยละ86.36
		7. ร้อยละหน่วยงานมีผลงาน CQI นวัตกรรม	ร้อยละ 60	53.33	ร้อยละ 70	NA	ร้อยละ 80	ร้อยละ 100
	2.บุคลากร(ดี) มีการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย มีการเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ในทุกขั้นตอนของการดูแล	8. ระดับความสำเร็จเรื่องการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย	ระดับ 3	2.5	ระดับ 3	ระดับ 2.5	ระดับ 4	ระดับ 4
		9. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานโรงพยาบาลคุณธรรม	ระดับ 3	ระดับ 5	ระดับ 4	ระดับ 5	ระดับ 5	ระดับ 5
	3.บุคลากร(รัก) มีความผูกพันต่อองค์กร	10. ร้อยละผลการประเมินความรักและผูกพันต่อองค์กร	>ร้อยละ70	86.28	>ร้อยละ75	77.78	>ร้อยละ80	74.46
4.บุคลากรมี(สุขภาพะ) พฤติกรรมสุขภาพที่ดีและมีสภาวะสุขภาพดี	11. ร้อยละบุคลากรมีผลการตรวจสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ปกติ	ร้อยละ 50	53.82	ร้อยละ 55	ร้อยละ 23	ร้อยละ 60	ร้อยละ 24.87	

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัดกำกับเป้าประสงค์ตามยุทธศาสตร์	เป้าหมาย	ผลลัพธ์	เป้าหมาย	ผลลัพธ์	เป้าหมาย	ผลลัพธ์
			ปี 2561	2561	ปี 2562	2562	ปี 2563	2563
4. พัฒนาระบบการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังและการเงินการคลังและทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพ	1.มีการบริหารความเสี่ยงด้านการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพ	12.ระดับความสำเร็จของการสอบทานและประเมินผลการควบคุมภายใน	ระดับ 1	ระดับ 3	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 3	ระดับ 3
	2.มีระบบกำกับดูแลการจัดการทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ	13.ระดับการวิกฤตทางการเงิน	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 1	ระดับ 1
		14.ระดับความสำเร็จของความเพียงพอและพร้อมใช้อุปกรณ์เครื่องมือ	ระดับ 1	ระดับ 3	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 3	ระดับ 3
	3.ผู้นำทุกระดับมีสมรรถนะด้านการนำการบริหารจัดการ การกำกับดูแล การปรับปรุงงาน (Managerial competency)	15.ระดับความสำเร็จของทีมนำด้านสมรรถนะการบริหารจัดการองค์กร	ระดับ 3	NA	ระดับ 3	NA	ระดับ 3	NA

ผ่านร้อยละ 81.25 (13/16)

ผลการดำเนินงานตาม
ตัวชี้วัด เชื่อมมุ้งโรงพยาบาล

รายงานการดำเนินงาน 2 เข้มมุ่ง โรงพยาบาลมวกเหล็ก ปีงบประมาณ 2563 (รพ.มวกเหล็ก)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	2561	2562	2563
เข็มมุ่งที่ 1 การตอบสนองภาวะฉุกเฉิน (Emergency Response)					
1	การตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน Code blue	ระดับ 4	NA	ระดับ3	ระดับ4
2	การตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน Workplace Violence	ระดับ 4	NA	ระดับ3	ระดับ3
3	การตอบสนองต่อกลุ่มโรคฉุกเฉินสำคัญ (Fast Track)				
	3.1 STROKE				
	1. ระยะเวลาเฉลี่ยที่ผู้ป่วย Stroke มาถึง รพ. จนได้รับการส่งต่อ (door to refer)	< 30 นาที	18.37	10.90	56.2 นาที
	2. อัตราการเกิดโรค Stroke รายใหม่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	< ร้อยละ 5	0.17	0.35	0.60
	3. การเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	0 ราย	0	0	1
	3.2 STEMI				
	1.การเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	0 ราย	0	2	6
	2.ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ได้รับยา SK	ร้อยละ100	71.43	76.92	47.06
	3.3 Sepsis				
	3.3.1 การเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต (Sepsis)	0 ราย		5	0
	3.3.2 อัตราระยะเวลาตั้งแต่ Triage to diag < 60 นาที	< ร้อยละ90	79.2	83.97	73.44
	3.3.3 อัตราการได้รับยา ATB ใน 1 ชม.	> ร้อยละ 90	100	100	97.33
เข็มมุ่งที่ 2 การดำเนินการหน่วยบริการปฐมภูมิ PCC					
	2.1 หน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่เป้าหมาย เปิดดำเนินการ 1 แห่ง	1 แห่ง	-	-	1 แห่ง

ผลการดำเนินงานตาม
ตัวชี้วัด โครงการ

ผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ ประจำปี 2563

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัดเป้า	ผลลัพธ์	กลยุทธ์	ตัวชี้วัดกลยุทธ์	ผลลัพธ์	โครงการ	ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดโครงการ	เป้าหมาย	ผลลัพธ์
1. พัฒนา ระบบบริการ สุขภาพที่เป็น มิตร เข้าถึง ง่ายและชุมชน มีส่วนร่วม	เป้าประสงค์ที่ 1 ประชาชนและ ชุมชนมีส่วนร่วม ในการวางแผน และจัดการ ระบบบริการ สุขภาพ	1.ระดับ ความสำเร็จ ของการมีส่วนร่วม ของชุมชน	ระดับ 3	1. พัฒนา ระบบ การแพทย์ ปฐมภูมิ	1.PCC เปิดดำเนินการอย่างน้อย 1 แห่ง (PA)	1 แห่ง	1.แผนขับเคลื่อนโครงการ พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ อ.มวกเหล็ก จ.สระบุรี	1.ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ	ระดับ 4	ระดับ 4
					2.ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์ การประเมินการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตที่มีคุณภาพ (พขอ) (PA)	ร้อยละ100	2.โครงการพัฒนาระบบ บริการปฐมภูมิอำเภอ มวกเหล็กจังหวัดสระบุรี	1.จำนวน(สะสม)เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอ มวกเหล็กที่เปิดดำเนินการ	1 ทีม	1 ทีม
							2.ระดับความสำเร็จการดำเนินงานของเครือข่ายหน่วย บริการปฐมภูมิ	ระดับ4	ระดับ4	
	เป้าประสงค์ที่ 2 ประชาชน สุขภาพดี	2.ร้อยละการ บรรลุตามค่า เป้าหมายของ ตัวชี้วัดตาม สุขภาพ 5 กลุ่มวัย และ Service Plan	ร้อยละ 75	2.การพัฒนา ระบบสุขภาพ แบบมีส่วนร่วม ของภาคี เครือข่าย	1.ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะ พังผืดได้รับการดูแลตาม care plan (PA)	ร้อยละ100	1.โครงการพัฒนาระบบการ ดูแลกลุ่มโรคสำคัญต่อเนื่อง เครือข่ายอำเภอมวกเหล็ก	1.ผู้ป่วยส่งต่อได้รับการดูแลต่อเนื่องร้อยละ 80	ร้อยละ80	ร้อยละ95.38
					2.ร้อยละของตำบลที่มีระบบ การส่งเสริมสุขภาพดูแล ผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่าน เกณฑ์ (PA)	ร้อยละ100		2.ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องก่อนกลับบ้าน ร้อยละ 100	ร้อยละ100	ร้อยละ100
								3.เคส COC readmit จากภาวะแทรกซ้อน ภายใน 28 วัน ไม่เกินร้อยละ 10 (= 2/232)	<ร้อยละ10	ร้อยละ0.86
								4.ผู้ป่วยระดับที่ 3 ใช้ chart home ward ร้อยละ 80 (= ยังไม่ได้ดำเนินการใช้ chart home ward)	ร้อยละ80	NA
							2.แผนพัฒนาระบบการดูแล ต่อเนื่อง COC	1.การบันทึกโปรแกรม smart coc ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา	ร้อยละ100	ร้อยละ100
								2.อัตราการตอบกลับ จากโปรแกรม smart coc	ร้อยละ80	ร้อยละ70
								3. อัตราการตอบกลับ ที่มีคุณภาพจากโปรแกรม smart coc ในเคสระดับ 3	ร้อยละ70	ร้อยละ80
			4.อัตราการให้บริการเยี่ยม-คืนอุปกรณ์ จากศูนย์อุปกรณ์ Home Health care	ร้อยละ80	ร้อยละ100					
3.การพัฒนา ระบบ การแพทย์ ฉุกเฉิน				1.ร้อยละของประชากรเข้าถึง บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (PA)	ร้อยละ 46.69	1.โครงการการตอบโต้สาธารณภัยสถานการณ์ อุบัติเหตุกลุ่มชน (Mass causaulty) และการทำงาน เป็นทีมร่วมกับเครือข่าย	1.จุดเกิดเหตุผู้บาดเจ็บได้รับการคัดแยกถูกต้อง	ร้อยละ100	ร้อยละ100	
							2.ที่จุดเกิดเหตุผู้บาดเจ็บได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้นถูกต้อง	ร้อยละ100	ร้อยละ93.33	
							3.บุคลากรสามารถคัดแยกประเภทผู้บาดเจ็บได้ถูกต้อง	ร้อยละ100	ร้อยละ86.67	
							4.บุคลากรสามารถเคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บได้ถูกต้อง	ร้อยละ100	ร้อยละ100	
							5.ติดต่อประสานงานขอความช่วยเหลือจากหน่วยงาน ภายนอกได้	ร้อยละ100	ร้อยละ100	

				3.การพัฒนา ระบบ การแพทย์ ฉุกเฉิน (ต่อ)			2.โครงการการพัฒนา เครือข่ายในระบบการแพทย์ ฉุกเฉิน	1.บุคลากรเครือข่ายในระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีความรู้และ ทักษะ เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและการใช้ AED ประเมินจากคะแนน ทักษะการปฏิบัติจริง	ร้อยละ100	ร้อยละ98.03
								2.บุคลากรเครือข่ายในระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีความรู้และ ทักษะการปฐมพยาบาล และการยกเคลื่อนย้าย ณ จุดเกิด เหตุ ประเมินจากคะแนน Post test	ร้อยละ100	ร้อยละ94.12
								3.บุคลากรเครือข่ายในระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีเจตคติต่อ ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน	ร้อยละ100	ร้อยละ70.26
							3.โครงการสร้างเครือข่าย การแพทย์ฉุกเฉิน (อฉช.)	1.นักเรียนโรงเรียนชั้นน้อยเหนือวิทยาคม และโรงเรียน บ้านซับปลากั้ง ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 250 คน มีความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้นในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน โดย ผ่านสายด่วน 1669 และ ทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพ การ ปฐมพยาบาลเบื้องต้น หลังจากอบรมมากกว่าร้อยละ 80	ร้อยละ80	ร้อยละ100
							4.โครงการการฝึกซ้อม แผนการจัดการและการเผชิญ เหตุรุนแรง (Workplace Welfare)	ขอขยายโครงการ		
เป้าประสงค์ที่ 3 ระบบสุขภาพมี คุณภาพ ประชาชนไว้วางใจ	3.ระดับ ความสำเร็จ ของระบบ สุขภาพทั้ง 3 ระดับ		4.การพัฒนา ระบบการ ดูแลกลุ่มโรค สำคัญในพื้นที่	1. ระยะเวลาเฉลี่ยที่ผู้ป่วย Stroke มาถึง รพ. จนได้รับ การส่งต่อ (door to refer)	56.2 นาที	1.โครงการรู้เร็ว รอด ปลอดภัย Stroke	1. กลุ่มเป้าหมายมีความรู้เรื่องการป้องกันและอาการเตือน โรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ร้อยละ 10 โดยคะแนน pre-test คิดเป็นร้อยละ 90 และคะแนน post-test	ร้อยละ90	ร้อยละ100	
				2. อัตราการเกิดโรค Stroke รายใหม่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	0.60	2.โครงการพัฒนาระบบการ ดูแลกลุ่มโรคสำคัญ	1.ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคที่กำหนด ผ่านเกณฑ์ เป้าหมายตัวชี้วัดของแต่ละโรค ร้อยละ80	ร้อยละ80	ร้อยละ70	
	3.1 ระบบ สุขภาพอำเภอ /DHS	ระดับ 3		3. อัตราตายของผู้ป่วย โรค หลอดเลือดสมอง	0 ราย		2.Case manager กลุ่มโรคที่กำหนดและผู้ที่เกี่ยวข้อง เข้า ร่วมประชุมและวางแผนระบบงานตาม time line ที่ กำหนด ร้อยละ 100	ร้อยละ100	ร้อยละ50	
	3.2 ระบบ สุขภาพทุติย ภูมิ F2/HA	RS2		4. อัตราการเสียชีวิตใน โรงพยาบาลของผู้ป่วยโรค กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI	6 ราย		3.Case manager กลุ่มโรคที่กำหนดและผู้ที่เกี่ยวข้องมี การกำกับติดตามและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้ได้ตาม เกณฑ์ ร้อยละ 100	ร้อยละ100	ร้อยละ50	
	3.3 ระบบ สุขภาพปฐม ภูมิ /PCC	ระดับ 3		5. ระยะเวลาเฉลี่ยที่ผู้ป่วย drip SK มาถึง รพ. จนได้รับการส่ง ต่อ (door to refer) (เข้มมุ่ง)	47.06	3.โครงการรวมพลัง ปลอดภัยไปด้วยกัน	(ยกเลิกโครงการ)			

					6. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้ในกระแสโลหิต (Sepsis)	0	4.โครงการ ทบทวนอุบัติการณ์ เพื่อความปลอดภัย	1.ร้อยละ 100 อุบัติการณ์ระดับ I ได้รับการทบทวนเชิงระบบภายใน 3 วัน (0%)	ร้อยละ100	ร้อยละ100
								2.ร้อยละ 100 อุบัติการณ์ระดับ G, H ได้รับการทบทวนเชิงระบบภายใน 7 วัน (0%)	ร้อยละ100	ร้อยละ100
								3.ร้อยละ 100 ไม่เกิดอุบัติการณ์ซ้ำ (0%)	ร้อยละ100	ร้อยละ100
2.พัฒนาระบบสารสนเทศให้เอื้อต่อการจัดการระบบบริการสุขภาพ	เป้าประสงค์ที่ 4 ระบบสารสนเทศมีประสิทธิภาพพร้อมใช้	1. ระดับความสำเร็จของการจัดการข้อมูลสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ	ระดับ 3	1.พัฒนาระบบคลังข้อมูลสุขภาพอำเภอ	1. ระบบการเชื่อมโยงฐานข้อมูลการให้บริการของโรงพยาบาลกับ รพ.สต.ในเครือข่าย	ร้อยละ90	1.แผนพัฒนาความสมบูรณ์ของข้อมูลสุขภาพ อ.มวกเหล็ก ปี 2563	1.ร้อยละความสมบูรณ์ของข้อมูล Data Center	>ร้อยละ90	ร้อยละ90
					2. ร้อยละความสมบูรณ์ของข้อมูล 43 แฟ้ม	ร้อยละ 99.2		2.ร้อยละความสมบูรณ์ของข้อมูล 43 แฟ้ม	ร้อยละ90	ร้อยละ99
		2.ระดับความสำเร็จของระบบคลังข้อมูลสุขภาพอำเภอ	ระดับ 3	2.ขับเคลื่อนให้เกิด Smart Hospital	1. มีระบบคิวออนไลน์ของโรงพยาบาล	มีตู้Kios	2.แผนพัฒนาระบบคอมพิวเตอร์เพื่อรองรับ smart hospital	โรงพยาบาลมีระบบนัดและคิวออนไลน์	ร้อยละ50	ร้อยละ50
					2.จำนวนครั้งการเกิดระบบ LAN ล่ม/ขัดข้อง	1 ครั้ง	3.แผนพัฒนาระบบ E-Hospital	โรงพยาบาลมีระบบ E-office	ร้อยละ50	ร้อยละ50
3.พัฒนาบุคลากรให้ครอบคลุมด้านสมรรถนะสุขภาพความปลอดภัยและมีความสุขในการทำงาน	เป้าประสงค์ที่ 5 บุคลากร(เก่ง) มีสมรรถนะที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน การพัฒนาคุณภาพ ใฝ่เรียนรู้ สร้างนวัตกรรม สร้างผลงานที่ดี	1. ร้อยละบุคลากรมีสมรรถนะผ่านเกณฑ์	ร้อยละ 86.36	1.ส่งเสริมและพัฒนาสมรรถนะ	1. บุคลากรได้รับการพัฒนาสมรรถนะวิชาชีพตามเกณฑ์มากกว่าร้อยละ 60	ร้อยละ 23.53	1.แผนพัฒนามสมรรถนะวิชาชีพตามสายงาน	บุคลากรได้รับการอบรมเพื่อพัฒนาสมรรถนะ (Training need) (=ติดโควิด-19 แต่สอนโดยท.งาน)	ร้อยละ80	ร้อยละ86.36
		2.ร้อยละหน่วยงานมีผลงาน CQI นวัตกรรม R2R	ร้อยละ100		2. ทุกหน่วยงานมีการนำเสนอ นวัตกรรม การพัฒนางาน	ร้อยละ100				

3.พัฒนาบุคลากรให้ครอบคลุมด้านสมรรถนะ สุขภาพ ปลอดภัยและความสุขในการทำงาน (ต่อ)	เป้าประสงค์ที่ 6.บุคลากร(ดี) มีการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย มีการเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ในทุกขั้นตอนของการดูแล	3.ระดับความสำเร็จ เรื่องการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย	ระดับ 4	2.SMART Personal ผู้ SMART hospital	1. ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ	ร้อยละ 84.77	2.มวกเหล็ก STRONG มุ่งสู่การมีวัฒนธรรม คุณธรรมในองค์กร	1. บุคลากรในโรงพยาบาลทุกคนได้รับ การสื่อสารนโยบาย และประกาศเจตนารมณ์ร่วมต่อต้านการทุจริต	ร้อยละ100	ร้อยละ100	
		4.ระดับความสำเร็จ การดำเนินงาน โรงพยาบาล คุณธรรม	ระดับ 5		2. ลดความแออัดและระยะเวลารอคอยจากเดิม ร้อยละ 30 (ปี62=49.58 ปี63=32.03	ลดลง ร้อยละ 17.55		3.เชียร์ ชม แשר์ เชิดชู คนดี ศรีมวกเหล็ก	2. อุบัติการณ์ข้อร้องเรียนลดลง	ลดลง	ลดลง
				3. ไม่พบข้อร้องเรียนในเรื่องความไม่โปร่งใสในการทำงาน					0	0	
				4. บุคลากรในโรงพยาบาลมีสมรรถนะด้านจริยธรรม 7 วัน/คน/ปี					≥ ร้อยละ 80	NA	
	เป้าประสงค์ที่ 7.บุคลากร(รัก) มีความผูกพันต่อองค์กร	5. ร้อยละผล การประเมิน ความรักและผูกพันต่อองค์กร	ร้อยละ 74.46				4.ใคร่ครวญภายใน สู่การสื่อสารด้วยพลังบวก	1.เจ้าหน้าที่ได้รับการพัฒนาทักษะชีวิตและการสื่อสาร ร้อยละ 80	ร้อยละ80	ร้อยละ80	
								2.อุบัติการณ์พฤติกรรมบริการและการสื่อสาร ลดลงจากปีที่ผ่านมา	ลดลง	ลดลง	
								3.บุคลากรในโรงพยาบาลมีความสุขในการทำงานมากขึ้น	-	NA	
								4.บุคลากรในโรงพยาบาลมีหลักยึดในคุณธรรม และเกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีในองค์กร		NA	
								5. คะแนนความพึงพอใจในการทำงานของโรงพยาบาล	>ร้อยละ80	ร้อยละ74.46	
	เป้าประสงค์ที่ 8.บุคลากรมี(สุขภาพ)พฤติกรรมสุขภาพที่ดีและมีสภาวะสุขภาพดี	6.ร้อยละ บุคลากรมี ภาวะสุขภาพ อยู่ในเกณฑ์ ปกติ	ร้อยละ 24.87			3. บุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพ และกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามต่อเนื่อง	ตรวจปีละ 1ครั้ง	5.โครงการ ตรวจสุขภาพ ประจำปี	1.บุคลากรเข้ารับการตรวจสุขภาพ 197 คน	ร้อยละ100	ร้อยละ100
									2.บุคลากรที่มีภาวะสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ปกติ	>ร้อยละ40	ร้อยละ24.87

4.พัฒนาระบบการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังและทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพ	เป้าประสงค์ที่ 9	1.ระดับความสำเร็จของการสอบทานและประเมินผล การควบคุมภายใน	ระดับ 3	1.การพัฒนา ระบบการบริหาร การเงินการคลัง	1.ระดับวิกฤติทางการเงินไม่เกินระดับ 3 (PA)	วิกฤต ระดับ1	1.ขับเคลื่อนการเฝ้าระวังสถานะการเงินการคลัง CFO	1. สรุปลวิเคราะห์สถานการณ์การเงินการคลังทุกไตรมาส ทบทวนเพื่อพัฒนาระบบการเงิน	ทุกไตรมาส	ทุกไตรมาส
								2.จัดทำแผน LOI (เพิ่มรายได้ ลดรายจ่าย)	มีแผนฯ	มีแผน
								3. สร้างกลไกในการควบคุมกำกับการจัดเก็บรายได้ และควบคุมรายจ่าย	มีแผนฯ	มีแผน
								4.ระดับวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินระดับ 3	< ระดับ3	วิกฤตระดับ1
	เป้าประสงค์ที่ 10. มีระบบกำกับดูแลการจัดการทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ	2.ระดับการวิกฤตทางด้านการเงิน	ระดับ 2	2.การพัฒนาการบริหารจัดการ โดยหลักธรรมาภิบาล	2. ร้อยละผ่านเกณฑ์การบริหารองค์กร โปร่งใส ตรวจสอบได้ (ITA) (PA)	ร้อยละ100	2.โครงการพัฒนาระบบการจัดเก็บรายได้	ร้อยละการเรียกเก็บถูกต้อง	ร้อยละ95	ร้อยละ95.38
	เป้าประสงค์ที่ 11. ผู้นำทุกระดับมีสมรรถนะด้านการนำ การบริหารจัดการ การกำกับดูแล การปรับปรุงงาน (Managerial competency)	3.ระดับความสำเร็จของความพร้อมใช้ อุปกรณ์ เครื่องมือ	ระดับ 3	3.การพัฒนา ระบบการบำรุงรักษาเชิงป้องกัน (ระบบ สาธารณูปโภค และ สิ่งแวดล้อม , เครื่องมือ-ครุภัณฑ์ ฯลฯ)	3.ร้อยละการผ่านมาตรฐาน Green & Clean (PA)	ระดับดีมาก	3.ตรวจสอบภายในงาน การเงินและบัญชีรพ.สต. ในเขตอำเภอแม่เหล็ก	1. รพ.สต. ในเขตอำเภอแม่เหล็ก ได้รับการตรวจสอบภายในด้านการเงินและบัญชี	ร้อยละ100	ร้อยละ100
		4.ระดับความสำเร็จของทีมนำด้านสมรรถนะการบริหารจัดการองค์กร	NA		4.อุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ของระบบสาธารณูปโภค (น้ำดื่ม น้ำใช้ ไฟฟ้า โทรศัพท์) ภายในเวลาที่ประกัน	0 ครั้ง	4.ตรวจสอบภายในการจัดซื้อจัดจ้างของ รพ.สต.ในเขตอำเภอแม่เหล็ก	1.รพ.สต.ในเขตอำเภอแม่เหล็ก ได้รับการตรวจสอบภายในการปฏิบัติงานด้านพัสดุ	ร้อยละ100	ร้อยละ100
					5.อุบัติการณ์การเกิดความเสียหายระดับ E ขึ้นไปจากโครงสร้างทางกายภาพและสิ่งแวดล้อม	0 ครั้ง	5.โครงการสอบเทียบเครื่องมือทางการแพทย์	1. เครื่องมือทางการแพทย์ได้รับการสอบเทียบอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ทุกรายการ	ร้อยละ100	ร้อยละ100
							6.โครงการบำรุงรักษาและ ทบทวนการใช้เครื่องมือแพทย์ที่มีความเสี่ยงสูง	1. ไม่มีอุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ของเครื่องมือแพทย์	0	0
							7.พัฒนาระบบสาธารณูปโภคให้มีความพร้อมใช้	2. กลุ่มเป้าหมายได้รับการอบรมการบำรุงรักษาและ ทบทวนการใช้เครื่องมือแพทย์ที่มีความเสี่ยงสูง	ร้อยละ100	ร้อยละ100
							1.อุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ของระบบไฟฟ้า/น้ำประปา	0 ครั้ง	0 ครั้ง	
							2.รายงานความไม่พร้อมใช้ของโทรศัพท์ในโรงพยาบาล	0 ครั้ง	2 ครั้ง	

ผลการดำเนินงานตาม
ตัวชี้วัด 5 กลุ่มวัย

ตารางกำกับ ติดตามตัวชี้วัดเป้าประสงค์ ประจำปี 2563

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัดกำกับเป้าประสงค์	เป้าหมาย	2561	2562	2563
1. พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตร เข้าถึงง่ายและชุมชนมีส่วนร่วม	2. ประชาชนสุขภาพดี	2. ร้อยละการบรรลุตามค่าเป้าหมายของตัวชี้วัดตามสุขภาพ 5 กลุ่มวัย และ				
		แม่และเด็ก				
		1. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี	< 42/1,000 คน	20.31	25.00	1.90
		2. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	>ร้อยละ 80	98.02	97.81	97.35
		วัยเรียนและวัยรุ่น				
		3. ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน (6-14 ปี)	>ร้อยละ 66	57.34	54.60	55.32
		4. ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)	>ร้อยละ 54	68.61	97.78	97.92
		วัยทำงาน				
		5. อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน	<16/แสนพชก.	26.7	19 ราย	(14.29) 8 ราย
		6. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	< ร้อยละ 2.05	0.81	2.94	1.64
		7. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ จากกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยเป็นโรคความดัน	HT = < 2.4	1.22	1.11	1.97
			HT=ได้วัดความดันที่บ้	100	66.04	82.01
		8. อัตราการควบคุมได้ของเบาหวาน , ความดันโลหิตสูง	DM ≥ 40	18.40	20.21	33.81
			HT ≥ 50	34.70	31.05	34.72
		9. อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (AMI) กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	0 ราย	0	0	6
		10. อัตราตายจากโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)	0 ราย	0	0	1
วัยสูงอายุ						
11. ร้อยละของผู้สูงอายุและคนพิการได้รับการดูแลและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น	ร้อยละ 90	90.24	98.50	69.32		
service plan						
12. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	>ร้อยละ 85	81.18	100	80		
13. จำนวนผู้ป่วย ACS เสียชีวิต (ราย)	0 ราย	0	0	6		
14. จำนวนผู้ป่วย Stroke เสียชีวิตจากภาวะฉุกเฉิน (ราย)	0 ราย	0	0	0		
15. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการคัดกรอง CVD risk ทุกราย	> ร้อยละ 85	93.14	65.14	88.77		
16. จำนวนอุบัติเหตุผู้ป่วย Mild Head Injury เสียชีวิต (ราย)	0 ราย	ใน รพ.=0	0	0		

ผลการดำเนินงานตาม
ตัวชี้วัดตามเกณฑ์คุณภาพ
ผลงาน (QOF)

การกำกับผลงานตามตัวชี้วัด QOF 2563 (ประมาณผล 5 ตุลาคม 63)

	รายการ	เป้าหมาย (%)			จังหวัด			อ.มากเหล็ก					รพ.มากเหล็ก						
					QOF			QOF			HDC		QOF			HDC			
					พ.ค.-63	ค.ค.-63	ค.ค.-63	เป้าหมาย	พ.ค.-63	เป้าหมาย	ค.ค.-63	เป้าหมาย	ค.ค.-63	เป้าหมาย	พ.ค.-63	เป้าหมาย	ค.ค.-63	เป้าหมาย	ค.ค.-63
1	1.1 อัตราคลอดที่มีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี	20.00	1,796.00	394.00	20.65	31.26	18.15	1501/31	20.65	1501/32	21.32	1677/20	11.93	342/12	34.99	343/12	34.99	327/4	12.23
2	1.2 อัตราการตั้งครรภ์ที่มีชีพในหญิงอายุ < 20 ปี	10.00	141.00	7.00	15.18	15.91	14.11	12/1	8.33	3/1	33.33	15/2	13.33	7/0	0	0/0	0	15/2	13.33
			146,701.00	34,113.00															
3	2. ร้อยละผู้ป่วย DM/HT ที่ได้รับการคัดกรองโรคไตเรื้อรัง	80.00			58.81	59.31	53.35	5249/3955	75.35	5249/3955	75.35	4964/3650	73.53	1096/796	72.63	1096/797	72.72	911/633	69.48
4	4. อัตราผู้ป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง	50.00	8,306.00	3,498.00	98.07	98.07	26.01	40507/31	76.53	40507/31	76.53	56826/0	0	9220/5	54.23	9220/5	54.23	11661/0	0
			0.00	0.00															
5	5.1 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-74 ปี ได้รับการคัดกรองเบาหวานโดยการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด	90.00			46.35	64.79	79.68	19005/6978	50.92	19005/14145	74.43	22503/21128	93.89	4404/927	21.05	4404/2622	59.54	4008/3636	90.72
6	6.1 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-74ปี ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง	90.00	112.00	149.00	47.17	64.72	80.45	16364/8404	51.36	16364/12195	74.52	20296/19030	93.76	3866/836	21.62	3866/2438	63.06	3670/3489	95.07
7	7. ร้อยละของหญิงมีครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์	60.00	6,726.00	131.00	37.31	35.73	66.60	140/62	44.29	177/78	44.07	149/79	53.02	32/15	46.88	40/20	50	34/14	41.18
8	8. ร้อยละของความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี 30-60 ปี ภายใน 5 ปี	80.00	10,164.00	1,061.00	30.16	30.64	9.58	9080/2572	28.33	9080/2592	28.55	10392/1180	11.35	2185/328	15.01	2185/334	15.29	1680/86	5.12
			475,116.00	465,566.00															
			59.00	25.00															
9	9.1 ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอกโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute Diarrhea)	40.00	430,087.00	100,415.00	11.62	11.36	14.45	2197/219	9.97	3167/298	9.41	1528/168	10.99	1821/189	10.38	2582/254	9.84	1528/168	10.99
10	9.2 ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอกโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ (Respiratory Infection)	40.00	399,800.00	99,841.00	13.11	12.88	19.48	12964/1208	9.32	18200/1717	9.43	5212/722	13.85	5123/682	13.31	7690/992	12.90	5212/722	13.85
11	10. การลดลงของอัตราการตายในโรงพยาบาลด้วยภาวะที่ตรวจพบด้วยวิธีการวินิจฉัย (ACSC)	6.58			-9.85	167.43		31240/130	-30.21	31094/27	86.83			7211/21	63	7340/6	81.74		
12	11.1 ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี (9-18-30 และ 42 เดือน) ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ	80			50.25	51.89		2240/1306	58.30	2240/1316	58.75			452/205	45.35	452/205	45.35		
13	11.2 ร้อยละของเด็กอายุ 9-18-30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการสูงส่งล่าช้า (ตรวจครั้งแรก)	20			10.39	10.29		1306/57	4.36	1316/57	4.33			205/13	6.34	205/13	6.34		
14	11.3 ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี (9-18-30 และ 42 เดือน) ที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าจากการประเมินพัฒนาการด้วยเครื่องมือ D-SPM ครั้งที่ 1 แล้วได้รับการติดตามประเมินพัฒนาการด้วยเครื่องมือ D-SPM ครั้งที่ 2 (ภายใน 30 วัน)	60			68.56	73.81		53/30	56.60	54/32	59.26			12/9	75	12/10	83.33		

ผลการดำเนินงานตาม
ตัวชี้วัด NCD อำเภอ

รายงานผลการดำเนินงานป้องกันโรคไม่ติดต่อ อำเภอมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี ปีงบประมาณ 2563

ลำดับ	ตัวชี้วัดงานป้องกันโรคไม่ติดต่อ NCD	ค่าเป้าหมาย	ผลลัพธ์ ครึ่งปี รพ.	ณ 30 กย 2563	
				รพ.	คปสอ.
1	ร้อยละ90ของประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเบาหวาน	ร้อยละ 90	94.32	90.65	93.91
2	ร้อยละ90ของประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง	ร้อยละ 90	94.22	95.02	93.79
3	ร้อยละ40ของผู้สงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการทา Home BP	ร้อยละ 40	5.86	12.99	6.25
4	อัตราการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีอายุ 30 – 70 ปี (ร้อยละ 80)	ร้อยละ 80	77.34	66.19	87.04
5	อัตราการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30 – 60 ปี (ร้อยละ 20)(ปีที่ 1)	ร้อยละ 80	3.65	5.12	10.23
6	สรุปการคัดกรองตาต่อกระจก ประมวลผล Summary Report (ร้อยละ 75)	ร้อยละ 75	NA	82.01	81.49
7	ร้อยละ40ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	ร้อยละ 40	33.21	36.26	33.72
8	ร้อยละ50ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี	ร้อยละ 50	46.07	31	34.93
9	ร้อยละ60ของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางตา	ร้อยละ 60	68.07	62.32	66.23
10	ร้อยละ80ของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง	ร้อยละ 80	71.68	69.34	73.45
11	การชะลอความเสื่อมของไตผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR<5 ml/min/1.73 m2/yr	ร้อยละ 66	67.83	65.12	65.12
12	ร้อยละ60ของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางเท้า	ร้อยละ 60	68.25	61.85	66.51
13	ร้อยละ85ของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	ร้อยละ 85	88.25	86.44	88.84
14	อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบของปีที่ผ่านมาได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำ	ร้อยละ 90	94.84	97.53	94.58
15	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (น้อยกว่าร้อยละ1.95)	<ร้อยละ 1.95	1.64	2.47	2.39
16	ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากผู้สงสัยป่วย(ทา HomeBP)	ร้อยละ 10	5.86	12.99	6.25
17	อัตราความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง		30.51	0	2.79
18	ร้อยละ60การตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	ร้อยละ 60	46.07	41.56	56.95
19	ร้อยละ60การตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	ร้อยละ 60	30.51	74.51	81.51

สรุปผลการดำเนินงาน ทีมร้อมสายงาน
โรงพยาบาลมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี
ปี 2563

สรุปผลการดำเนินงาน ทีมสารสนเทศ ประจำปี 2563

รายการ	ผลการดำเนินงาน			
นโยบายของทีมาฯ	1. ความพร้อม ทั้ง Hardware Software ที่ปลอดภัยและพร้อมใช้ 2. ระบบข้อมูลสารสนเทศที่พร้อมใช้ เชื่อถือได้และทันเวลา 3. การบันทึกเวชระเบียนที่มีคุณภาพได้มาตรฐานและพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย			
เป้าหมายของทีมาฯ	1. มีระบบสารสนเทศ มีประสิทธิภาพ 2. มีระบบเชื่อมโยงและสังเคราะห์ข้อมูล ที่มีประสิทธิภาพ 3. มีการบันทึกเวชระเบียนที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน และพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย			
ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด	ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
	1	จำนวนครั้งการเกิดระบบ LAN ล่ม/ขัดข้อง	น้อยกว่า 3 ครั้งต่อปี	91
	2	การสูญหายของข้อมูลในคอมพิวเตอร์	0 ครั้ง	75.4
	3	อัตราการตอบสนองข้อมูลได้ทันเวลาเมื่อมีการร้องขอข้อมูล(ครั้ง/ทันเวลา)	ร้อยละ 100	78
	4	อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน ผู้ป่วยใน	มากกว่าร้อยละ80	1
	5	อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน ผู้ป่วยนอก	มากกว่าร้อยละ80	0
	6	การสูญหายของเวชระเบียน	0	0
	7	อัตราการไม่ลงวินิจัยในคอมพิวเตอร์	น้อยกว่าร้อยละ5	1.23
	8	จำนวนครั้งของการไม่ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติการรักษาความลับผู้ป่วย	0 ครั้ง	0
	9	จำนวนผลงานวิชาการได้มีการเผยแพร่ผ่าน Website>10 เรื่อง/ปี	ไม่น้อยกว่า 10เรื่อง	0
กิจกรรมที่ดำเนินการ	1. จัดทำระบบคิวออนไลน์ เพื่อลดแออัด และลดการรอคอย 2. จัดทำ , บำรุงรักษาเชิงป้องกัน และตรวจสอบความพร้อมใช้ของวัสดุอุปกรณ์คอมพิวเตอร์			
ปัญหา/อุปสรรค	1. การบำรุงรักษาเชิงป้องกันระบบสารสนเทศอย่างต่อเนื่อง 2. การบำรุงรักษาเชิงป้องกันระบบงานอื่นที่มีผลกระทบกับข้อมูลสารสนเทศโรงพยาบาลไม่ต่อเนื่อง 3. การเชื่อมโยงระบบสารสนเทศโรงพยาบาลกับระบบงานอื่นๆยังไม่ครอบคลุม 4. Switch รวนจากการทำสายโทรศัพท์			
ข้อเสนอแนะ	1. ควรพัฒนาความรู้ในการแก้ปัญหาเบื้องต้นด้านคอมพิวเตอร์ให้กับบุคลากรของโรงพยาบาล			
สิ่งที่ต้องพัฒนาต่อ	2. พัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อสนับสนุนหน่วยงานอื่น เช่น ระบบบำรุงรักษาครุภัณฑ์ และอื่นๆ 3. พัฒนาระบบการเชื่อมโยงฐานข้อมูลการให้บริการของโรงพยาบาลกับ รพ.สต.ในเครือข่าย 4. พัฒนาระบบการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพรายบุคคลใน PCC อำเภอหมวกเหล็ก 5. พัฒนาระบบนัดและจองคิวออนไลน์ของโรงพยาบาล			

สรุปผลการดำเนินงาน ทีมเครื่องมือ (INS) ประจำปี 2563

รายการ	ผลการดำเนินงาน
นโยบายของทีมฯ	พอเพียง พร้อมใช้ ปลอดภัย ได้มาตรฐาน
เป้าหมายของทีมฯ	1. หน่วยงานที่มีเครื่องมือ Safe Life มีการบำรุงรักษา เครื่องมือให้มีความพร้อมใช้ ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะฉุกเฉิน 2. เครื่องมือทางการแพทย์มีความปลอดภัยในการ ให้บริการแก่ผู้ป่วย และบุคลากร 3. ดูแลบำรุงรักษาเครื่องมือและซ่อมแซมเครื่องมือให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน
ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด	1. เครื่องมือทางการแพทย์ได้รับการสอบเทียบอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 2. ไม่มีอุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ของเครื่องมือแพทย์ 3. ร้อยละ ๑๐๐ ของกลุ่มเป้าหมายได้รับการอบรมการบำรุงรักษาและทบทวนการใช้เครื่องมือแพทย์ที่มีความเสี่ยงสูง
กิจกรรมที่ดำเนินการ	1. มีการประชุมทีมเครื่องมือทุก 6 เดือน และทบทวนคำสั่งให้เป็นปัจจุบัน 2. มีการสอบเทียบเครื่องมือแพทย์ ปีละ 1 ครั้ง 3. มีการจัดอบรมทบทวนเรื่องการบำรุงรักษาและการใช้เครื่องมือแพทย์ความเสี่ยงสูงให้แก่บุคลากรผู้ใช้เครื่องมือแพทย์ 4. จัดทำการสำรวจความต้องการของทุกหน่วยงานปีละ 1 ครั้ง 5. จัดทำแผนความต้องการเครื่องมือแพทย์ 6. ทุกหน่วยงานที่มีเครื่องมือบันทึกการตรวจสอบและบำรุงรักษาเครื่องมือ 7. มีการสาธิตการใช้เครื่องมือเมื่อได้รับใหม่ โดยตัวแทนจากบริษัท 8. มีการกำหนดประเภทเครื่องมือความเสี่ยงระดับ สูง กลาง ต่ำ
ปัญหา/อุปสรรค	1. ขาดแคลนบุคลากรที่มีความรู้ด้านการซ่อมเครื่องมือแพทย์ เมื่อเครื่องมือแพทย์เกิดขัดข้อง เจ้าหน้าที่ไม่สามารถแก้ไขเบื้องต้นได้ ต้องส่งซ่อมบริษัทภายนอก ทำให้เกิดความล่าช้าในการใช้เครื่องมือแพทย์
ข้อเสนอแนะ	1. เพิ่มความรู้และทักษะให้ช่าง รพ. เพื่อสามารถแก้ไข ซ่อมแซมเครื่องมือแพทย์เบื้องต้นได้
สิ่งที่ต้องพัฒนาต่อ	1. ทุกหน่วยงานต้องจัดทำปฏิทินประวัติเครื่องมือให้ครอบคลุมและเป็นปัจจุบัน 2. จัดตั้งศูนย์สำรองเครื่องมือแพทย์ 3. จัดให้มีการสอบเทียบเครื่องมือแพทย์ให้ครอบคลุมทุก รพ.สต. ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ

สรุปผลการดำเนินงาน ทีมบริหารความเสี่ยง (RM) ประจำปี 2563

รายการ	ผลการดำเนินงาน
นโยบายของทีมา	- โรงพยาบาลมวกเหล็กมีการดำเนินงานบริหารความเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อความปลอดภัยสูงสุดของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ ตามนโยบาย Muaklek P2P Safety Goal
เป้าหมายของทีมา	1. เพื่อให้ทุกหน่วยงานสามารถจัดระบบบริหารความเสี่ยงในหน่วยงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2. เพื่อสร้างหลักประกันแก่ผู้ป่วย ผู้รับบริการ และเจ้าหน้าที่ว่าจะได้รับความปลอดภัยจากบริการสุขภาพของโรงพยาบาล 3. เพื่อลดความเสี่ยงและความเสียหายทุกรูปแบบที่จะเกิดขึ้นในโรงพยาบาล
ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด	1. ร้อยละรายงาน Near miss เทียบกับรายงานอุบัติการณ์ทั้งหมด > 20 % (คิดเป็นร้อยละ 1.02%)
	2. ร้อยละของอุบัติการณ์รุนแรงระดับ E-I เทียบกับรายงานอุบัติการณ์ทั้งหมด < 2% (คิดเป็นร้อยละ 32.99%)
	3. อัตราการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำระดับ E-I < 10% (คิดเป็นร้อยละ %)
	4. ร้อยละของอุบัติการณ์ระดับ E-I ได้รับการวิเคราะห์สาเหตุ (RCA) และแก้ไขอย่างเป็นระบบ 100 % (คิดเป็นร้อยละ 35.66%)
กิจกรรมที่ดำเนินการ	1. ระยะที่ 1 สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย 1.1 กิจกรรมการประชุม พัฒนาความถูกต้องบันทึกข้อมูลเรียนรู้ RCA จำนวน ๒ ครั้ง (กรกฎาคม – สิงหาคม ๒๕๖๓) 1.2 กิจกรรมการประชุมคณะกรรมการ และสภา RM จำนวน ๓ ครั้ง (กรกฎาคม – กันยายน ๒๕๖๓) 1.3 กิจกรรม RM Round ทุก 2 เดือน ในทุกๆกลุ่มงาน 1.4 จัดทำจดหมายเวียนแจ้งอุบัติการณ์สถานะอุบัติการณ์ของแต่ละหน่วยงานให้ทราบทุกๆเดือน
ปัญหา/อุปสรรค	1. คณะกรรมการความเสี่ยงมีภาระหน้าที่หลายอย่าง ทำให้มีข้อจำกัดเวลาประชุมปิดประเด็นความเสี่ยง 2. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมวกเหล็กยังขาดความตระหนักในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง 3. เจ้าหน้าที่บางท่านยังไม่ทราบวิธีการเข้าไปรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง
ข้อเสนอแนะ	1. การใช้เครื่องมือในการทำ RCA คิดว่าทุกคนยังไม่เข้าใจอย่างถ่องแท้ และยังไม่ครอบคลุมเจ้าหน้าที่ทุกคน 2. ระบบการรายงานผ่านโปรแกรม hrms on cloud ยังมีข้อจำกัดในการเรียกดูการรายงานอุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไขจากคณะกรรมการความเสี่ยง ที่ไม่สามารถดึงข้อมูลกลับมาดูได้ 3. ต้องการหาแนวทางป้องกันการเกิดความผิดพลาดในการให้การรักษาพยาบาลหรือให้บริการแก่ผู้รับบริการ
สิ่งที่ต้องพัฒนาต่อ	1. ทบทวนบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ RM ให้ทุกคนมีบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนเพื่อพัฒนาระบบการบริการจัดการความเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น 2. พัฒนาระบบการจัดทำ Service Profile ของแต่ละหน่วยงาน 3. สร้างวัฒนธรรมการรายงานอุบัติการณ์กับบุคลากรให้มากขึ้น

สรุปผลการดำเนินงาน ทีม PCT ประจำปี 2563

รายการ	ผลการดำเนินงาน
นโยบายของทีมฯ	1.วางระบบ และพัฒนาระบบและกระบวนการดูแลผู้ป่วยเชิงสหวิชาชีพอย่างมีคุณภาพและต่อเนื่องแบบองค์รวม 2.จัดทำมาตรฐานและแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและบริบทของโรงพยาบาลและชุมชน 3.ร่วมดำเนินการจัดการความเสี่ยงที่สำคัญ
เป้าหมายของทีมฯ	1.กลุ่มผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้รับการรักษาทันเวลา ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน 2.กลุ่มผู้ป่วยทั่วไปมีอาการดีขึ้นหรือหายจากการเจ็บป่วย 3.กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและมีทักษะในการดูแลตนเอง 4.ส่งเสริมศักยภาพผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแลให้สามารถดูแลตนเองได้เหมาะสมตามวิถีชีวิต 5.สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย
ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด	1.ผู้ป่วย Stroke Fast track ได้รับการส่งต่อภายใน 30 นาที
	2.อัตราการวินิจฉัยถูกต้อง ผู้ป่วย ACS
	3.อุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนขณะส่งต่อ ACS
	4.จำนวนการระบุตัวผิดพลาด ระดับ E-I
	5.อุบัติการณ์การการรายงานผลทางห้องปฏิบัติการผิดพลาด
	6.อัตราการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วย โรคเดิมภายใน 28 วันโดยไม่ได้วางแผน
	7.ทบทวนและปรับปรุง CPG (โรคที่พบอุบัติการณ์)
	8.อัตราการ D/C plan กลุ่มโรคที่ศูนย์ COCกำหนด
	9.อัตราการได้รับการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย(ในเขต)
กิจกรรมที่ดำเนินการ	1.จัดทบทวนอุบัติการณ์
	2.ทบทวนเวชระเบียนทุก 3 เดือน
	3.จัดทำแนวทางปฏิบัติใหม่หรือทบทวนแนวทางปฏิบัติเดิม
	4.จัดประชุมทีมและสหวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย
	5.คืนข้อมูลการทบทวนอุบัติการณ์ให้กับทีม Risk management
	6.จัดประชุมทีม PCT วันพุธบ่ายสัปดาห์ที่ 3 ของเดือน (2 เดือน/ครั้ง)
	7.จัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาศักยภาพสมาชิกในทีม
ปัญหา/อุปสรรค	1.ผู้เข้าร่วมประชุมไม่ถึง 50% เนื่องจากภาระงาน
	2.กำหนดการประชุมงานได้ไม่ตามเป้าหมาย
	3.การทบทวนหรือจัดทำแนวทางขาดมุมมองจากสหสาขาวิชาชีพ
ข้อเสนอแนะ	1.การเข้าร่วมประชุมของคณะกรรมการ ไม่ควรน้อยกว่า 60 %
	2.การสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันโดยทุกคนในทีม
	3.การส่งต่อข้อมูลระหว่างกันเพื่อให้ข้อมูลส่งต่อในทีมแนวราบ

สิ่งที่ต้องพัฒนาต่อ	1.ชี้แจงสมาชิกในทีม PCT ให้ทราบ บทบาท หน้าที่ และสิ่งที่ต้องปฏิบัติ
	2.พัฒนาความสามารถบุคลากรในทีม
	3.สร้างวัฒนธรรมของทีมในการมีส่วนร่วมทั้งความคิดเห็นและการลงมือปฏิบัติ

สรุปผลการดำเนินงานทีม PCT

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปี 2563	หมายเหตุ
1.ผู้ป่วย Stroke Fast track ได้รับการส่งต่อ	30 นาที	(มี.ย.)=13.96	
2.อัตราการวินิจฉัยถูกต้อง ผู้ป่วย ACS	ร้อยละ 90	(มี.ย.)=48.72	
3.อุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนขณะส่งต่อ ACS	0 ราย	(มี.ย.)=2	
4.จำนวนการระบุตัวผิดพลาด ระดับ E-I	0 ครั้ง	0 ครั้ง	
5.อุบัติการณ์การการรายงานผลทางห้องปฏิบัติการผิดพลาด	ร้อยละ 0.1	62=0	
6.อัตราการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วย โรคเดิมภายใน 28 วันโดยไม่ได้วางแผน	<ร้อยละ 1	(มี.ค.)= 4.76	
7.ทบทวนและปรับปรุง CPG (โรคที่พบอุบัติการณ์)	ร้อยละ 100	100	
8.อัตราการ D/C plan กลุ่มโรคที่ศูนย์ COCกำหนด	ร้อยละ 100	100	
9.อัตราการได้รับการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย(ในเขต)	ร้อยละ 80	95.38	

สรุปผลการดำเนินงาน ทีม HRD ประจำปี 2563

รายการ	ผลการดำเนินงาน
นโยบายของทีมฯ	1.พัฒนาสมรรถนะบุคลากร 2.บุคลากรทำงานอย่างมีความสุข 3.บุคลากรมีความปลอดภัยในการทำงาน 4.บุคลากรได้รับการดูแลด้านสุขภาพ
เป้าหมายของทีมฯ	บุคลากรเก่ง ดี และมีความสุข
ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด	1. บุคลากรได้รับการพัฒนาสมรรถนะวิชาชีพตามเกณฑ์ ร้อยละ 23.53 2. ทุกหน่วยงานมีการนำเสนอนวัตกรรม การพัฒนางาน ร้อยละ 100 3. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ร้อยละ 84.77 4. ความพึงพอใจของบุคลากร ร้อยละ 74.46 5.บุคลากร ติดเชื้อจากการทำงาน = 0 ราย
กิจกรรม ที่ดำเนินการ	1.โครงการเชียร์ ชม แห่ เชิดชูคนดีศรีมวกเหล็ก ปี 2563 2.โครงการถ่ายทอดประสบการณ์จากพี่สู่น้อง ปี 2563 3.โครงการตรวจสุขภาพประจำปี คปสอ.มวกเหล็ก 4.สรรหาบุคลากรเพิ่มในวิชาชีพที่ขาดแคลน 5.พัฒนาสมรรถนะเชิงวิชาชีพ 6.ส่งเสริมการส่งผลงาน CQI , R2R นวัตกรรม
ปัญหา/อุปสรรค	1.อัตรากำลังไม่เพียงพอบุคลากรมีภาระงานมาก ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรม 2.บุคลากรกลุ่มเสี่ยงมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น
ข้อเสนอแนะ	1.การจัดกิจกรรมควรมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง 2.การสนับสนุนงบประมาณในการอบรม เพิ่มพูนทักษะ 3.การจัดหาอุปกรณ์สนับสนุนให้บุคลากรในการดูแลสุขภาพ
สิ่งที่ต้องพัฒนาต่อ	1.การติดตามและสนับสนุนกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง 2.การสนับสนุนด้านการวิจัย โดยผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ 3.การกระตุ้นและสนับสนุนให้เกิดนวัตกรรม

สรุปผลการดำเนินงาน ทีม HPH ประจำปี 2563

รายการ	ผลการดำเนินงาน
นโยบายของทีมฯ	1.ดูแลสุขภาพบุคลากรทั้งด้านร่างกายและจิตใจ 2.ส่งเสริมให้บุคลากรมีสุขภาพที่ดี 3.บุคลากรมีความปลอดภัยในการทำงาน
เป้าหมายของทีมฯ	1.บุคลากรมีสุขภาพที่ดี ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ 2.บุคลากรที่เจ็บป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม
ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด	1.บุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพปีละ 1 ครั้ง 2.บุคลากรกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแล ติดตามอย่างต่อเนื่อง 3.บุคลากรกลุ่มป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน 4.ร้อยละ 100 บุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพ (197 คน) - BMI>23 96 คน คิดเป็นร้อยละ 48.73 - ไขมันในเลือดสูง 108 คน คิดเป็นร้อยละ 54.82 - FBS>100mg% 16 คน คิดเป็นร้อยละ 8.12 - ความผิดปกติอื่น เช่นซีด ค่าตับสูง ยูริคสูง พยาธิ - ผลตรวจสุขภาพปกติ 49 คน คิดเป็นร้อยละ 24.87 - ผลตรวจสุขภาพผิดปกติ 148 คน คิดเป็นร้อยละ 75.12
กิจกรรมที่ดำเนินการ	1.โครงการตรวจสุขภาพประจำปี คปสอ.มวกเหล็ก 2.ส่งเสริมการออกกำลังกาย โดยยกย่องบุคลากรที่เป็นแบบอย่างการออกกำลังกายดีเด่นประจำปี (ประกาศเกียรติคุณในโครงการ เชียร์ ชม แשרปี 2563)
ปัญหา/อุปสรรค	1.อัตรากำลังไม่เพียงพอบุคลากรมีภาระงานมาก ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรม 2.บุคลากรกลุ่มเสี่ยงมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น
ข้อเสนอแนะ	1.การจัดกิจกรรมควรมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง 2.การสนับสนุนงบประมาณในการอบรม เพิ่มพูนทักษะ 3.การจัดหาอุปกรณ์สนับสนุนให้บุคลากรในการดูแลสุขภาพ
สิ่งที่ต้องพัฒนาต่อ	1.การติดตามและสนับสนุนกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง 2.การสนับสนุนด้านการวิจัย โดยผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ

สรุปผลการดำเนินงาน ทีมENV และอาชีวอนามัย ประจำปี 2563

รายการ	ผลการดำเนินงาน
นโยบายของทีมฯ	เป็นสถานที่ปลอดภัย ปลอดภัย เอื้อต่อสุขภาพ เอื้อต่อกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ พิทักษ์สิ่งแวดล้อม
เป้าหมายของทีมฯ	<ol style="list-style-type: none"> 1. สถานที่สะอาดและปลอดภัย 2. ระบบบำบัดน้ำเสียเป็นไปตามมาตรฐาน 3. มีระบบการป้องกันภัยพิบัติ 4. มีระบบการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขปลอดภัยที่ดี 5. การบริหารจัดการความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ
ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีการจัดกิจกรรม Big cleaning เดือนละ 1 ครั้ง 2. หน่วยงานมีการคัดแยกขยะอย่างถูกต้อง 3. ร้อยละ 100 ของหน่วยงานนำขยะรีไซเคิลมาขายกับธนาคารขยะ 4. อุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ของระบบไฟฟ้า/น้ำประปา เป็น 0
กิจกรรมที่ดำเนินการ	<ol style="list-style-type: none"> 1. จัดกิจกรรม Big Cleaning เดือนละ 1 ครั้ง 2. สำรวจต้นไม้ที่มีความเสี่ยง จะก่อให้เกิดอันตราย เพื่อตัดแต่งกิ่ง พร้อมจ้างเหมาตัดแต่งกิ่ง 3. ตรวจสอบคุณภาพน้ำทางกายภาพ (สี กลิ่น ความขุ่น อุณหภูมิ ความเป็นกรด ต่าง) ให้กับลำน้ำสาธารณะ 4. จัดทำธรรมนูญการจัดการขยะในโรงพยาบาล เพื่อให้ถือปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน 5. กระตุ้นเตือนให้เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเกิดความตระหนักและให้ความสำคัญในการคัดแยกขยะ โดยการเยี่ยมชมหน่วยงาน 6. ส่งเสริม สนับสนุน ให้หน่วยงานนำขยะรีไซเคิลมาขายกับธนาคารขยะ 7. ติดตั้งปั๊มเติมคลอรีนอัตโนมัติ ใช้สำหรับระบบน้ำประปาสำรอง 8. กำกับติดตามการบำรุงรักษาระบบสาธารณสุขปลอดภัยตามรอบ เช่น รายสัปดาห์ รายเดือน และรายปี
ปัญหา/อุปสรรค	1. เจ้าหน้าที่มีภาระงานมากทำให้เกิดภาวะเครียดในการทำงาน เนื่องจากรับผิดชอบงานหลายอย่างในเวลาเดียวกัน
ข้อเสนอแนะ	1. โรงพยาบาลมีบุคลากรเข้าใหม่เป็นจำนวนมาก ควรจะมีการแบ่งงานกันทำ เพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระของพี่ๆทำงานล้นมือ
สิ่งที่ต้องพัฒนาต่อ	<ol style="list-style-type: none"> 1. พิจารณาระบบก๊าซทางการแพทย์จากเดิม (แบบไปไลน์) เป็นแบบออกซิเจนเหลว 2. พัฒนา/ซ่อมแซมระบบบำบัดน้ำเสียให้ไปไปตามมาตรฐาน 3. ปรับปรุงทางขึ้น – ลง หน้าโรงพยาบาล

สรุปผลการดำเนินงาน ทีม PTC ประจำปี 2563

รายการ	ผลการดำเนินงาน																																													
นโยบายของทีมฯ	1.มีบัญชียาและจัดซื้อให้มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย สมเหตุสมผล 2.ควบคุมและติดตามความปลอดภัยด้านยา																																													
เป้าหมายของทีมฯ	1.สร้างเสริมบัญชียาที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย สมเหตุสมผล 2.ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย สมเหตุสมผล จากการใช้ยา																																													
ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด	<p>1.บัญชียามีสัดส่วน ED:NED ไม่เกินกว่าที่กระทรวงกำหนด</p> <p>2.ความคลาดเคลื่อนทางยาและยาที่มีความเสี่ยงสูง</p> <p>3.อุบัติการณ์เกิดแพ้ยาซ้ำ เกิด</p> <p>4.ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล ผ่านเกณฑ์โรงพยาบาลระดับ 2</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ตัวชี้วัด</th> <th>เป้าหมาย</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาผู้ป่วยนอก ต่อ1000ใบสั่งยา</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- prescribing error</td> <td>< 20</td> <td>0.48</td> </tr> <tr> <td>- pre-dispensing error</td> <td>< 20</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>- dispensing error</td> <td>< 20</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>- admin error</td> <td>< 30</td> <td>0.05</td> </tr> <tr> <td>- Transcribing Error</td> <td>< 40</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาผู้ป่วยในต่อ1000วันนอน</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- prescribing error</td> <td>< 20</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>- pre-dispensing error</td> <td>< 20</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>- dispensing error</td> <td>< 20</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>- admin error</td> <td>< 30</td> <td>0.96</td> </tr> <tr> <td>- Transcribing Error</td> <td>< 40</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>จำนวนครั้งการเกิดแพ้ยาซ้ำ</td> <td>0 ครั้ง</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ความคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับยาที่มีความเสี่ยงสูง</td> <td>0 ครั้ง</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย		อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาผู้ป่วยนอก ต่อ1000ใบสั่งยา			- prescribing error	< 20	0.48	- pre-dispensing error	< 20	10	- dispensing error	< 20	0	- admin error	< 30	0.05	- Transcribing Error	< 40	0	อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาผู้ป่วยในต่อ1000วันนอน			- prescribing error	< 20	0	- pre-dispensing error	< 20	0	- dispensing error	< 20	0	- admin error	< 30	0.96	- Transcribing Error	< 40	0	จำนวนครั้งการเกิดแพ้ยาซ้ำ	0 ครั้ง	2	ความคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับยาที่มีความเสี่ยงสูง	0 ครั้ง	2
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย																																													
อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาผู้ป่วยนอก ต่อ1000ใบสั่งยา																																														
- prescribing error	< 20	0.48																																												
- pre-dispensing error	< 20	10																																												
- dispensing error	< 20	0																																												
- admin error	< 30	0.05																																												
- Transcribing Error	< 40	0																																												
อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาผู้ป่วยในต่อ1000วันนอน																																														
- prescribing error	< 20	0																																												
- pre-dispensing error	< 20	0																																												
- dispensing error	< 20	0																																												
- admin error	< 30	0.96																																												
- Transcribing Error	< 40	0																																												
จำนวนครั้งการเกิดแพ้ยาซ้ำ	0 ครั้ง	2																																												
ความคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับยาที่มีความเสี่ยงสูง	0 ครั้ง	2																																												
กิจกรรมที่ดำเนินการ	<p>ด้านการกำกับบัญชียา</p> <p>1 มีเกณฑ์ในการพิจารณาบัญชียาโรงพยาบาล</p> <p>2 มีการทบทวนบัญชียาโรงพยาบาล, รายการสำรองยานอกเวลา รายการยาที่มีความเสี่ยงสูง รายการยาที่ต้องประเมินความเหมาะสม</p> <p>3.มีการรายงานผลการจัดซื้อยาและแนวโน้มการใช้ยา</p>																																													
	<p>ด้านความปลอดภัยในการใช้ยา</p> <p>1 กำหนดแนวทางเพื่อความปลอดภัยและความเหมาะสมในการใช้ยา</p> <p>2 ติดตามตัวชี้วัดความปลอดภัยด้านยา</p>																																													
ปัญหา/อุปสรรค	ไม่สามารถจัดประชุมทีมได้ตามแผนที่กำหนด																																													
ข้อเสนอแนะ	1.ควรจัดประชุมให้ได้ 3 ครั้ง /ปีงบประมาณ																																													
สิ่งที่ต้องพัฒนาต่อ	1.การติดตามการปฏิบัติการตามนโยบาย																																													

สรุปผลการดำเนินงาน ทีม IC ประจำปี 2563

รายการ	ผลการดำเนินงาน
นโยบายของทีมฯ	<ol style="list-style-type: none"> 1.เป็นโรงพยาบาลที่มีระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ มีมาตรฐาน เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อให้ได้มากที่สุด 2.ส่งเสริมให้บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจและทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล 3.ผู้รับบริการมีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติในเรื่องสุขอนามัย
เป้าหมายของทีมฯ	<ol style="list-style-type: none"> 1.ลดอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลในตำแหน่ง CAUTI 2.ล้างมือ 7 ขั้นตอนตามหลัก 5 moments 3.พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อดื้อยา 4.การเตรียมความพร้อมรับโรคอุบัติใหม่-อุบัติซ้ำ 5.การจัดการบุคลากรเกิดอุบัติเหตุของมีคมที่สัมผัสสิ่งคัดหลั่ง
ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> 1.อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลในตำแหน่ง CAUTI = 0 ต่อพันวันอุปกรณ์ 2.การล้างมือ 7 ขั้นตอน ร้อยละ 98.54 ตามหลัก 5 moment ร้อยละ 91.63 3.ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาได้ปฏิบัติตามแนวทางร้อยละ 100 4.ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ PUI ได้รับการปฏิบัติตามแนวทาง ร้อยละ 100 5.บุคลากรเกิดอุบัติเหตุของมีคมที่สัมผัสสิ่งคัดหลั่ง จำนวน 8 คน
กิจกรรมที่ดำเนินการ	<ol style="list-style-type: none"> 1.จัดประชุมคณะกรรมการทีม ทุก 2 เดือน 2.เยี่ยมสำรวจหน่วยงาน ทุก 1-2 เดือน 3.ประเมินการล้างมือ ทุก 6 เดือน 4.จัดกิจกรรมการฝึกสอนบุคลากรในการล้างมือและการสวมอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล 5.จัดกิจกรรมการสอน/ให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงานเฉพาะกลุ่ม เช่น พนักงานขับรถ พนักงานเปลและแม่บ้าน 6.กำหนดแนวทางปฏิบัติในช่วงที่มีสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 7.จัดเตรียมอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลอย่างเพียงพอ เช่น หน้ากากอนามัย N95 ชุด cover all 8.ติดตามผลการปรับปรุงระบบระบายอากาศที่ห้อง ER และ IPD
ปัญหา/อุปสรรค	<ol style="list-style-type: none"> 1.สมาชิกเข้าร่วมประชุมตามตารางการนัดหมาย แม้จัดตารางเป็นปฏิทินประจำปีแล้ว แต่เมื่อถึงวันนัดประชุมทีม สมาชิกมาเข้าร่วมประชุมได้ไม่ครบทุกคน บางครั้งไม่ถึงครึ่ง 2.ไม่ได้ตรวจเยี่ยมหน่วยงานตามตารางการนัดหมาย
ข้อเสนอแนะ	<ol style="list-style-type: none"> 1.กำหนดให้สมาชิกขาดการประชุมได้แค่ปีละ 2 ครั้ง ยกเว้นการลาป่วยและการติดประชุม 2.ให้ผู้ที่ได้รับมอบหมายในการตรวจเยี่ยมได้ดำเนินการตามระยะเวลาที่กำหนด 3.กำหนดให้มีการรายงานผลการเยี่ยมสำรวจทั้งการล้างมือ และการตรวจสอบการปฏิบัติตามมาตรการที่ทีมกำหนด ต่อการประชุมคณะกรรมการทีม IC ทุก 2 เดือน บรรจุไว้ในวาระติดตาม
สิ่งที่ต้องพัฒนาต่อ	<ol style="list-style-type: none"> 1.การเยี่ยม ติดตาม นิเทศผลการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ 2.การพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุขณะปฏิบัติงาน ด้วยการคิดรูปแบบหรือแนวทางปฏิบัติในการสวมหรือใช้อุปกรณ์ป้องกันอย่างเหมาะสม 3.การประเมินผลการล้างมือทุกเดือนทุกหน่วยงาน