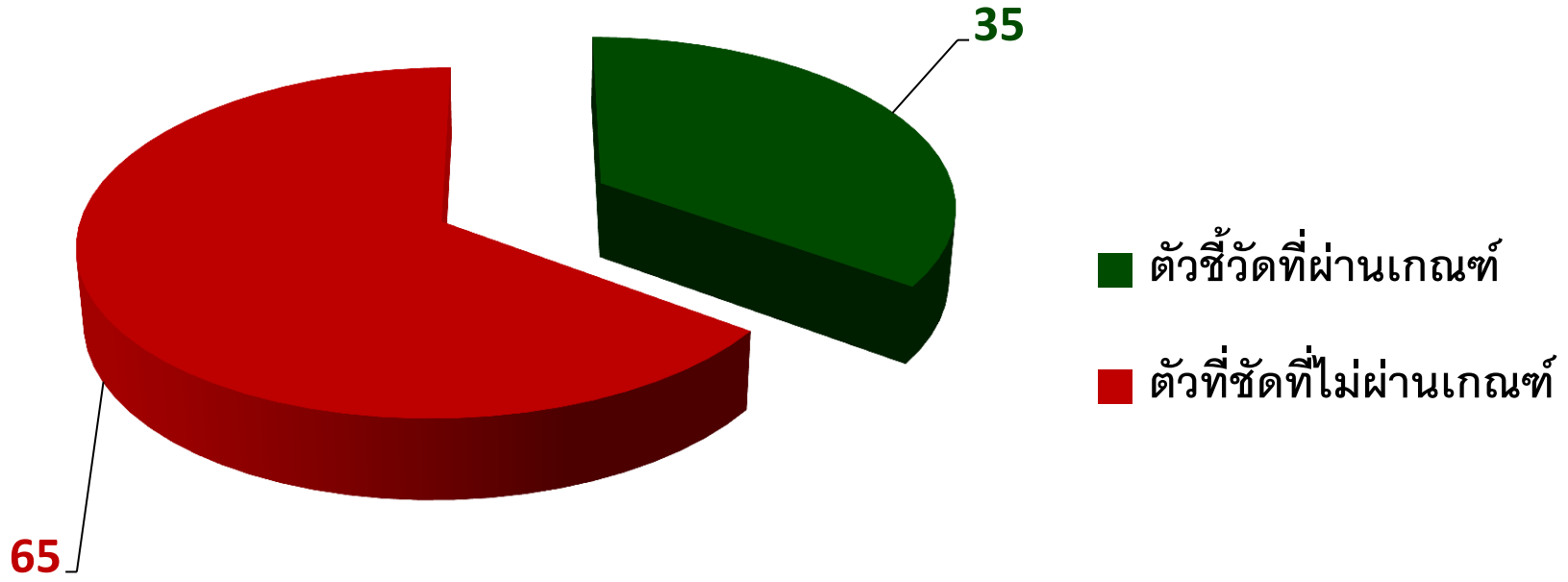
รายงานผลการดำเนินงานยุทธศาสตร์
โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
ประจำปี 2563

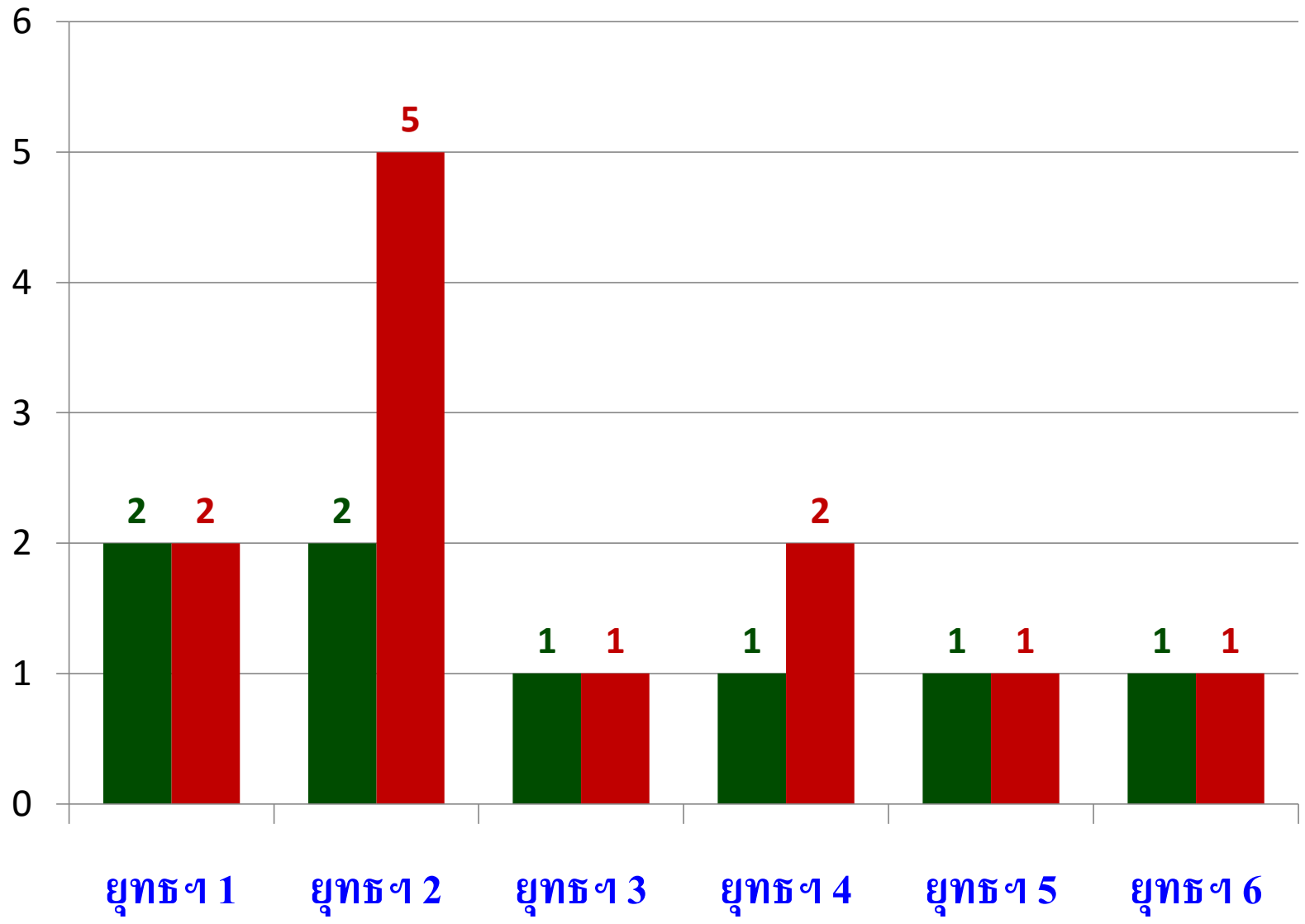
ณ วันที่ 8 ตุลาคม 2563

สรุปผลการดำเนินงาน KPI 20 ตัวชี้วัด



ผ่านเกณฑ์	จำนวน 7 ตัวชี้วัด	คิดเป็นร้อยละ 35
ไม่ผ่านเกณฑ์	จำนวน 13 ตัวชี้วัด	คิดเป็นร้อยละ 65

สรุปผลการดำเนินงานแยกตามยุทธศาสตร์ ประจำปี 2563



ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาศูนย์บริการทางการแพทย์

ลำดับ	ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปี 2563	ผลงาน ปี 2563	เกณฑ์	ผู้รับผิดชอบ
KPI 1	อัตราการตายทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยภายใน 28วัน				พญ.จิดานันท์/ คุณถวิล
	1.1 BW<1,000g.	30	25	ผ่าน	
	1.2 1,000-1,499g.	15	12.5	ผ่าน	
KPI 2	อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยอุบัติเหตุจราจรภายใน 24 ชม. ในผู้ป่วย Triage Level 1	10	21.88	ไม่ผ่าน	พญ.จุฑามาศ / คุณปัทมา
KPI 3	อัตราการบรรลุเป้าหมาย ของการพัฒนาคุณภาพกระบวนการการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญตามมาตรฐาน (Stroke ,STEMI, Sepsis ,TB,Pneumonia)	3	2	ไม่ผ่าน	นพ.อัญชนะ/ คุณพนมกร
KPI 4	ร้อยละของผู้ป่วยเกรด ICU ในหอผู้ป่วยสามัญ	16	1.54	ผ่าน	นพ.อัญชนะ/ คุณพนมกร

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบงานสำคัญ

ลำดับ	ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปี 2563	ผลงาน ปี 2563	เกณฑ์	ผู้รับผิดชอบ
KPI 5	ร้อยละของการทบทวนอุบัติการณ์ระดับ G-I	80	50	ไม่ผ่าน	HA
KPI 6	ร้อยละของหน่วยงานที่มีการพัฒนาระบบงาน /นวัตกรรม ภายหลังจากการทำ RCA อุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ A-I	60	67.65	ผ่าน	HA
KPI 7	อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน ผู้ป่วยนอก อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน ผู้ป่วยใน	80 80	64.94 65.18	ไม่ผ่าน ไม่ผ่าน	คุณทองมา
KPI 8	Financial risk score	0	0	ผ่าน	คุณศิริพร
KPI 9	ร้อยละของตัวชี้วัด SIMPLEที่บรรลุเป้าหมายตามเกณฑ์ 2P safety	60	44	ไม่ผ่าน	HA
KPI 10	ร้อยละของระบบงานสำคัญ ที่มีการรายงานตัวชี้วัดครบถ้วน	100	50	ไม่ผ่าน	ก.ยุทธ์ฯ
KPI 11	จำนวนครั้งของการเกิดอุบัติการณ์การร้องเรียน				งานปชส.
	- ระบบบริการ	<30	65	ไม่ผ่าน	คุณสุชาดา
	- ข้อร้องเรียนทางการแพทย์	<10	24	ไม่ผ่าน	คุณสุชาดา

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาเทคโนโลยีและสารสนเทศ

ลำดับ	ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปี 2563	ผลงาน ปี 2563	เกณฑ์	ผู้รับผิดชอบ
KPI 12	ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน HA IT แต่ละ Level ตามปีที่กำหนด	level 1	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	คกก. IT/ คุณทองใบ
KPI 13	ผ่านเกณฑ์ Smart Hospital ของกระทรวงสาธารณสุข	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	รองฯ ฝ่ายการแพทย์ / คกก.SH

ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาอาคารสถานที่ และสิ่งแวดล้อม

ลำดับ	ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปี 2563	ผลงาน ปี 2563	เกณฑ์	ผู้รับผิดชอบ
KPI 14	จำนวนครั้งของอุบัติการณ์/ข้อร้องเรียนด้านความสะอาดของสิ่งแวดล้อม	<80	90	ไม่ผ่าน	หนก.บริหารทั่วไป/คุณมนู
KPI 15	ผลการตรวจคุณภาพน้ำในระบบบำบัดน้ำเสียผ่านเกณฑ์ ทั้ง 11 พารามิเตอร์ และSV 30	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	ประธาน ENV /คุณรุ่งทิพย์
KPI 16	16.1ร้อยละของความทันเวลาในการจัดการปัญหาเกี่ยวกับระบบสาธารณูปโภค/เครื่องมือแพทย์/	60	67	ผ่าน	คุณเพ็ญศรี/
	16.2 เครื่องมือและอุปกรณ์ทั่วไป (ความเสี่ยงทั่วไประดับ 2-3)	60	60	ผ่าน	คุณเทวฤทธิ

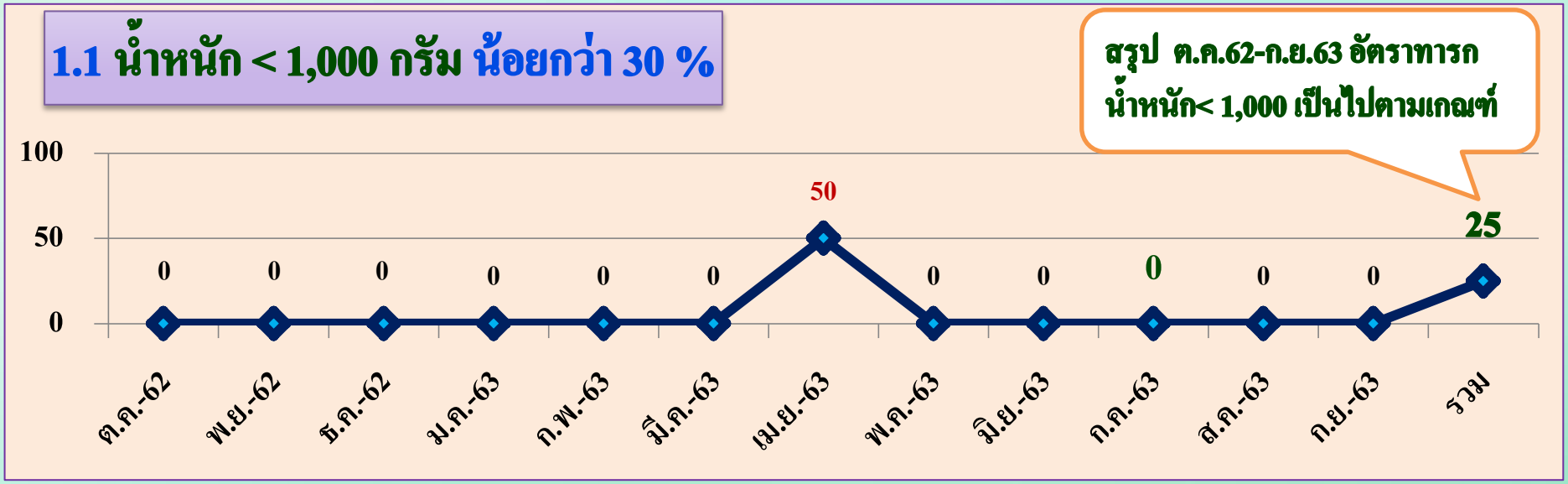
ยุทธศาสตร์ที่ 5 พัฒนาเครือข่ายบริการ

ลำดับ	ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปี 2563	ผลงาน ปี 2563	เกณฑ์	ผู้รับผิดชอบ
KPI 17	ร้อยละของการ refer in ของ รพช.ตามเกณฑ์ที่กำหนด				
	- ผู้ป่วยนอก	50	0	ไม่ผ่าน	เรือตรีหญิงวาสนา
	- ผู้ป่วยใน	50	0	ไม่ผ่าน	
KPI 18	ร้อยละของความสำเร็จการ refer back ของรพ.พระจอมเกล้าฯ				
	- ผู้ป่วยนอก	50	100	ผ่าน	เรือตรีหญิงวาสนา
	- ผู้ป่วยใน	50	100	ผ่าน	

ยุทธศาสตร์ที่ 6 พัฒนาทรัพยากรบุคคล

ลำดับ	ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปี 2563	ผลงาน ปี 2563	เกณฑ์	ผู้รับผิดชอบ
KPI 19	ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาสมรรถนะหลักตรงตามความต้องการขององค์กร	60%	0	ไม่ผ่าน	คุณธเนศร์
KPI 20	คะแนนเฉลี่ยความสุขของบุคลากรในโรงพยาบาล	63%	61.23	ไม่ผ่าน	คุณธเนศร์

KPI 1 : อัตราการตายทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยภายใน 28 วัน



สรุปผลการดำเนินงาน ต.ค.62 – ก.ย.63

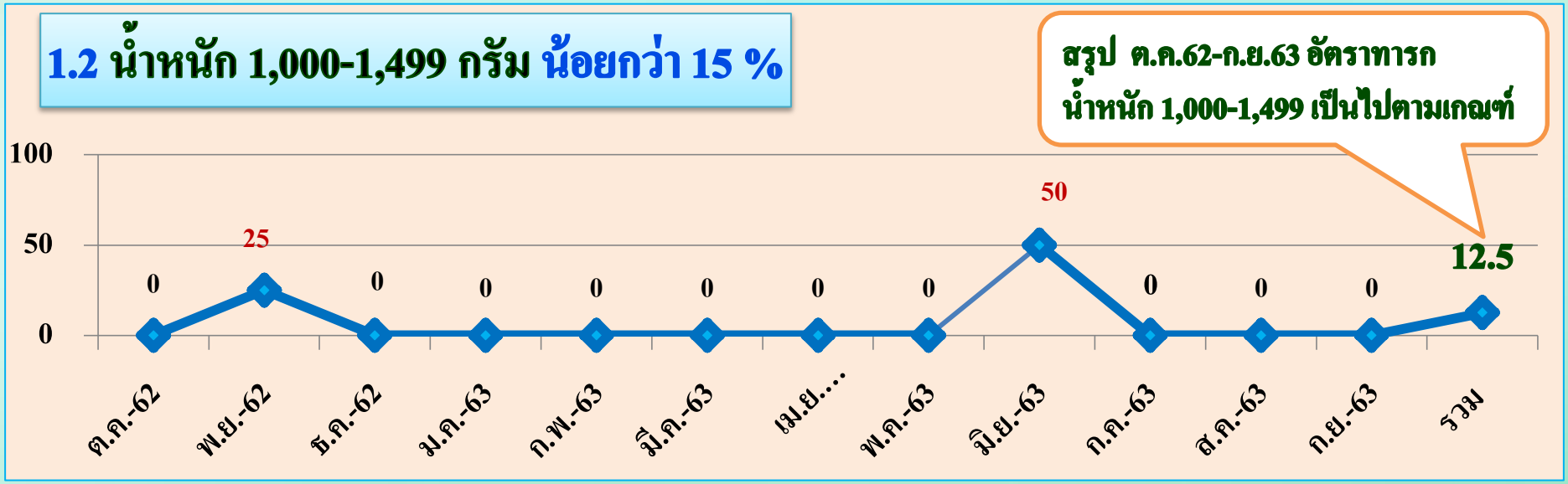
- ผ่านเกณฑ์

<u>ปัญหา /อุปสรรค ข้อเสนอแนะ</u>

- ไม่มี

กลับหน้าหลัก

KPI 1 : อัตราการตายทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยภายใน 28 วัน



สรุปผลการดำเนินงาน ต.ค.62 – ก.ย.63

- ผ่านเกณฑ์

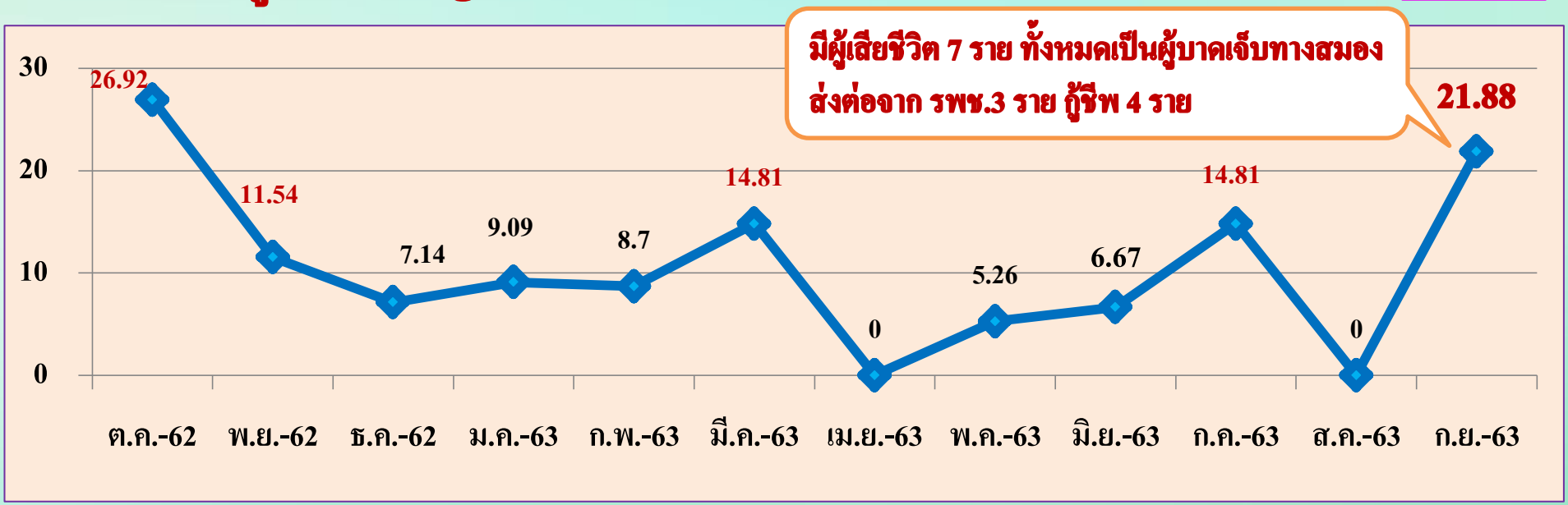
<u>ปัญหา /อุปสรรค ข้อเสนอแนะ</u>

- ไม่มี

กลับหน้าหลัก

KPI 2 : อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยอุบัติเหตุจราจรภายใน 24 ชม. ในผู้ป่วย Triage Level 1 <10%

กลับหน้าหลัก



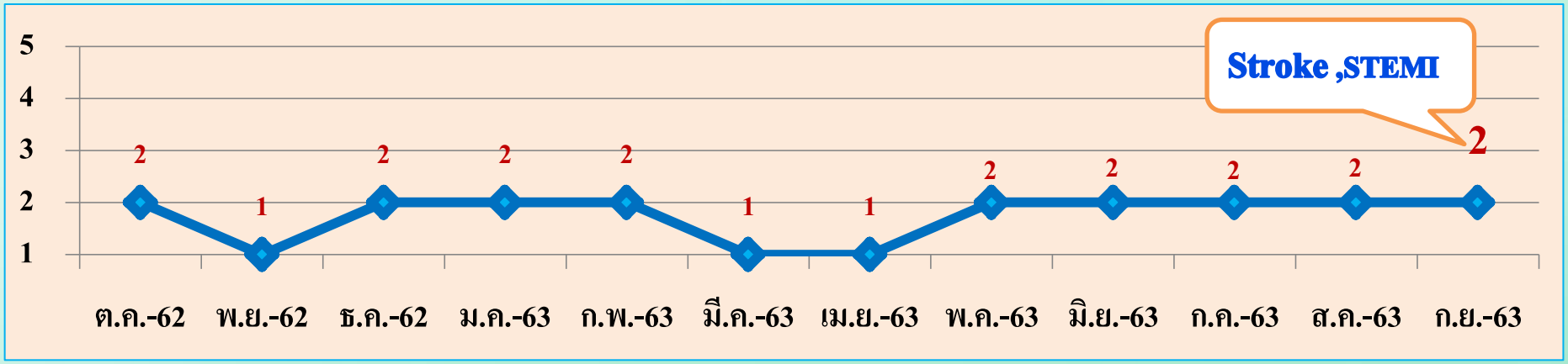
สรุปผลการดำเนินงาน ต.ค.62 – ก.ย.63 - ไม่ผ่านเกณฑ์

- จำนวน 302 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.58 ผู้บาดเจ็บส่วนใหญ่ถูกส่งต่อมาจากรพช.รองลงมาเป็นทีมกู้ชีพ พาหนะที่พบอุบัติเหตุมากสุดเป็นรถมอเตอร์ไซค์และไม่ได้สวมหมวกนิรภัย ผู้เสียชีวิตส่วนมากเป็น DBA รองมา DOA

<u>ปัญหา /อุปสรรค ข้อเสนอแนะ</u>

- อุบัติเหตุมีความรุนแรงทำให้ผู้บาดเจ็บส่วนใหญ่เสียชีวิตก่อน Admit เข้าหอผู้ป่วย คือเสียชีวิตระหว่างนำส่งและเสียชีวิตที่ห้องฉุกเฉิน นอกจากการดูแลที่รวดเร็ว ถูกต้อง ณ จุดเกิดเหตุ การส่งต่อที่มีคุณภาพ มีมาตรการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุโดยการประสานข้อมูลกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทำให้จำนวนครั้งและความรุนแรงของการบาดเจ็บลดลง

KPI 3 : อัตราการบรรลุเป้าหมายของการพัฒนาคุณภาพกระบวนการการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญตามมาตรฐาน (Stroke , STEMI , Sepsis , TB , Pneumonia) >3 โรค



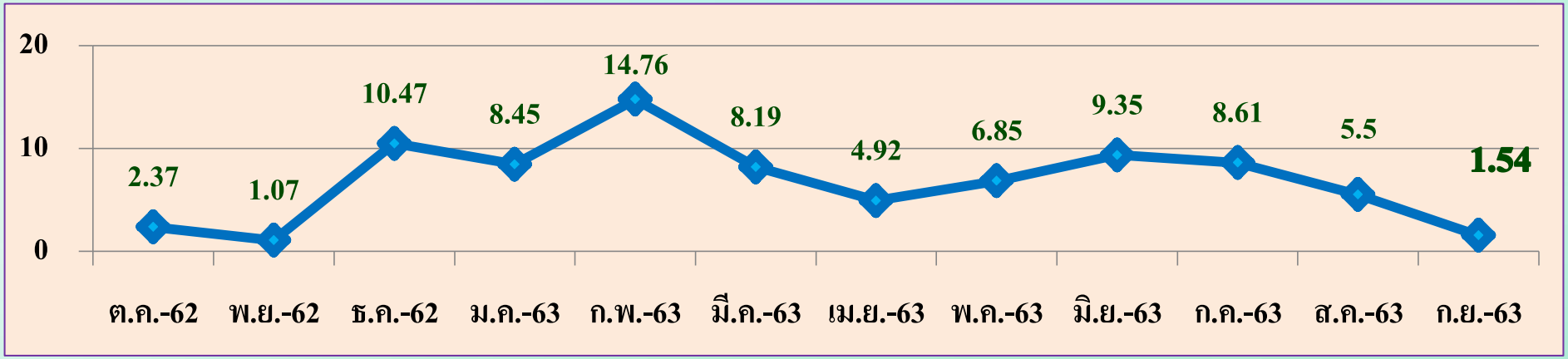
สรุปผลการดำเนินงาน ต.ค.62 – ก.ย.63 - ไม่ผ่านเกณฑ์

<u>ปัญหา /อุปสรรค ข้อเสนอแนะ</u>

1. Sepsis คนไข้ที่ส่งมา มีอาการหนัก
2. Pneumonia กำหนดเป้าหมายและประเภทยังไม่ชัดเจน
3. TB คนไข้กินยาไม่ต่อเนื่อง

กลับหน้าหลัก

KPI 4 : ร้อยละของผู้ป่วยเกรด ICU ในหอผู้ป่วยสามัญ < ร้อยละ16%



กลับหน้าหลัก

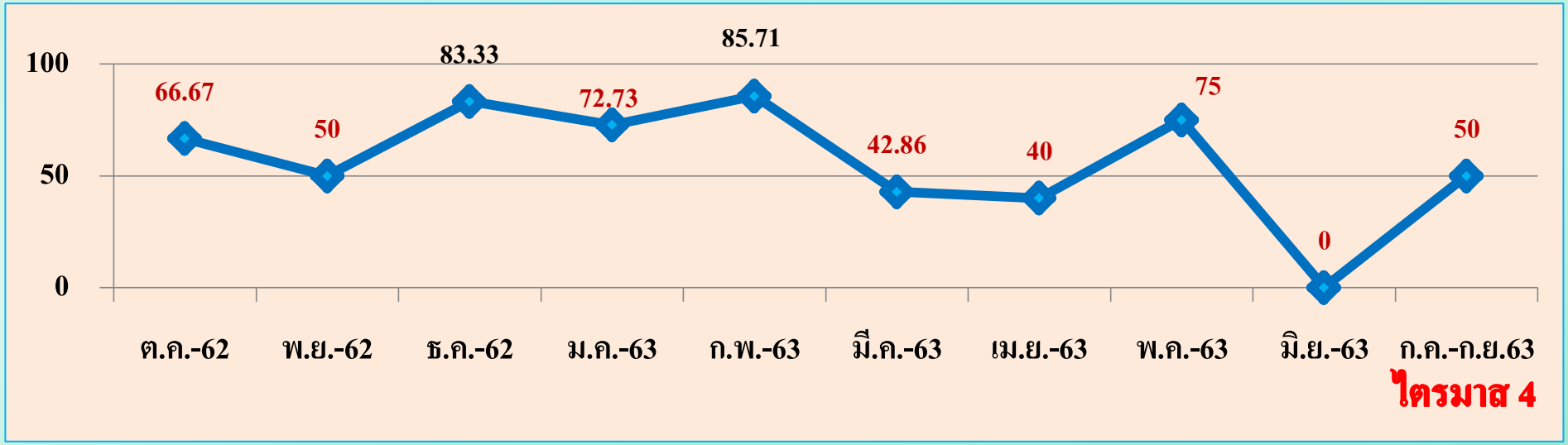
สรุปผลการดำเนินงาน ต.ค.62 – ก.ย.63

- ผ่านเกณฑ์

ปัญหา /อุปสรรค ข้อเสนอแนะ

1. เนื่องจากผู้ป่วยเกรด ICU ในหอผู้ป่วยสามัญ ไม่ได้มีทุกวัน จึงเสนอแนะให้ปรับเกณฑ์การคิดฐานข้อมูลเป็นเฉพาะหอผู้ป่วยแต่ละหอ
2. การลงข้อมูลผู้ป่วยในระบบยังไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน เสนอแนะให้มีการลงบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในแต่ละเวร ทุกเวรและทุกวัน
3. ผู้ป่วยที่เป็น เกรด ICU ต้องระบุ นิยาม และข้อตกลงให้ชัดเจนเป็นมาตรฐานเดียวกัน

KPI 5 : ร้อยละของการทบทวนอุบัติการณ์ ระดับ G - I > 80%



สรุปผลการดำเนินงาน ต.ค.62 – ก.ย.63

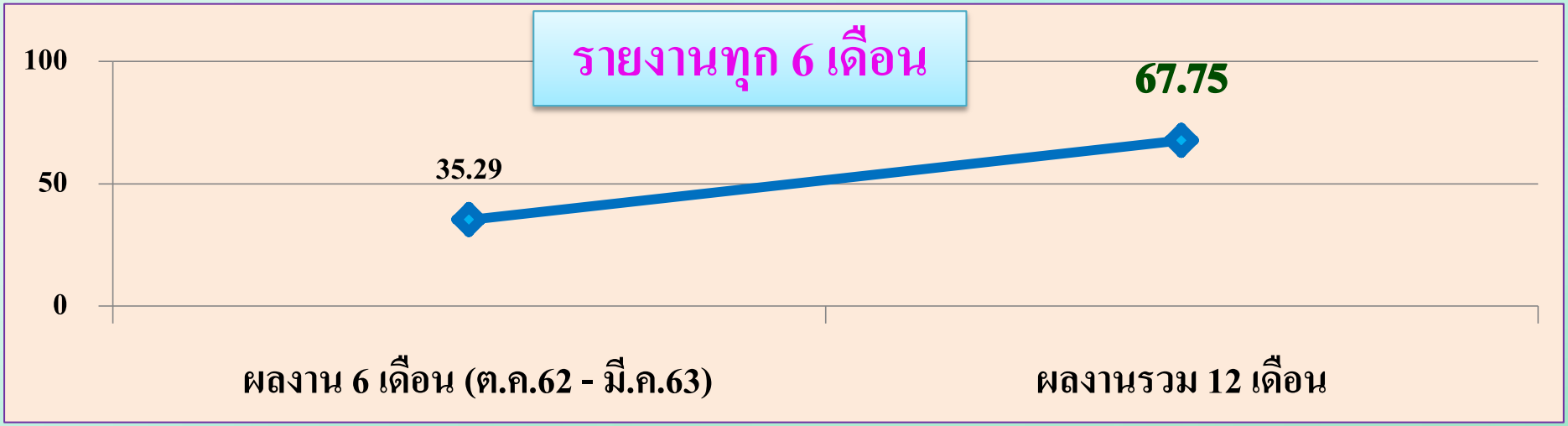
- ไม่ผ่านเกณฑ์

ปัญหา /อุปสรรค ข้อเสนอแนะ

- สาขาสูติ-นรีเวชกรรม ไม่ส่งรายงานในไตรมาส 4

กลับหน้าหลัก

KPI 6 : ร้อยละของหน่วยงานที่มีการพัฒนาระบบงาน/นวัตกรรม ภายหลังจากการทำ RCA อุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ A-I > 60%

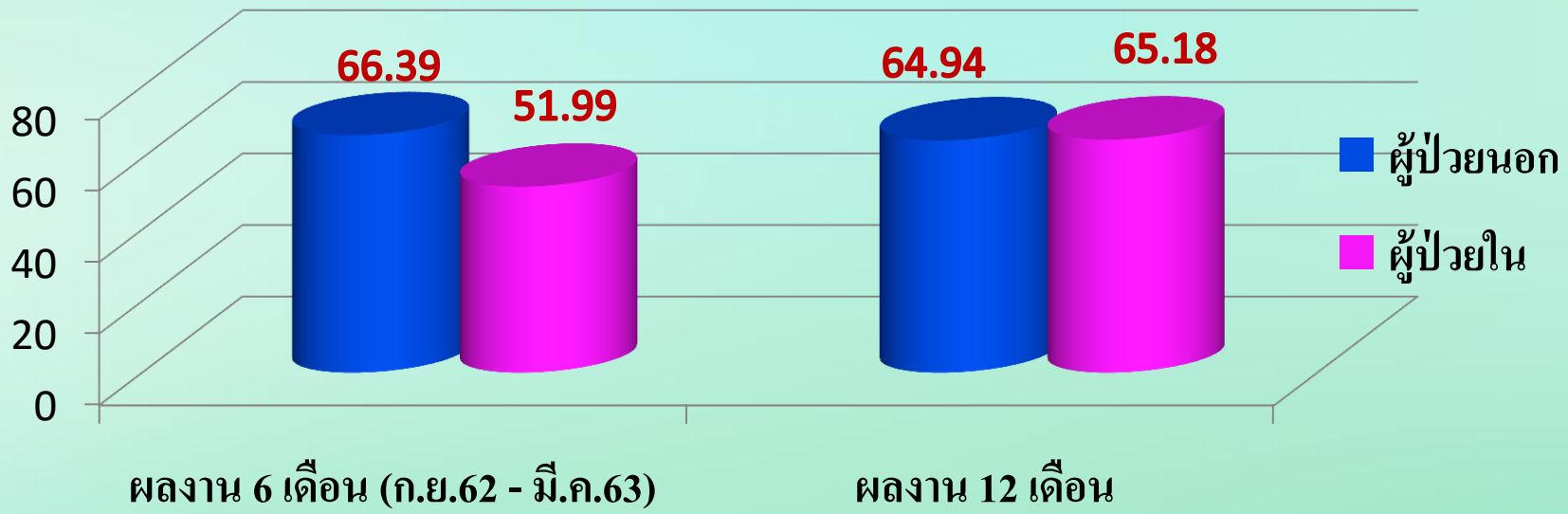


สรุปผลการดำเนินงาน ต.ค.62 – ก.ย.63

- ผ่านเกณฑ์

กลับหน้าหลัก

KPI 7 : อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน ผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน > 80%



สรุปผลการดำเนินงาน ต.ค.62 – ก.ย.63

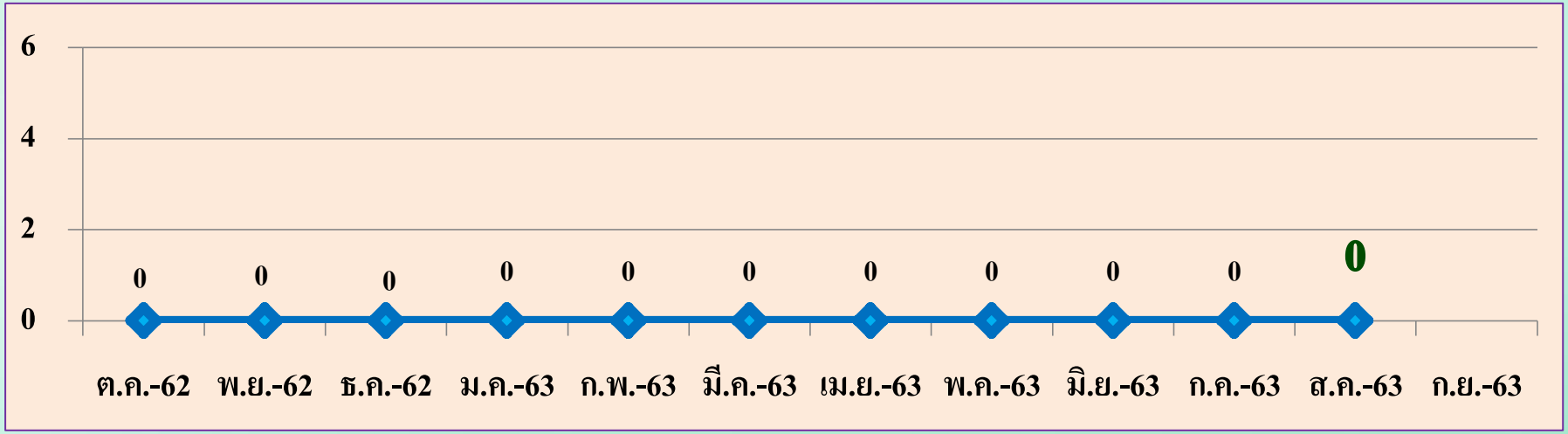
- ผู้ป่วยนอก 64.94 ไม่ผ่านเกณฑ์
- ผู้ป่วยใน 65.18 ไม่ผ่านเกณฑ์

<u>ปัญหา /อุปสรรค ข้อเสนอแนะ</u>

1. ออกแบบระบบการบันทึกเวชระเบียนให้สะดวก ง่ายต่อการบันทึกข้อมูลและครอบคลุมตามเกณฑ์มาตรฐานโดยทีมสหวิชาชีพ
2. พัฒนากระบวนการสื่อสารระหว่างวิชาชีพให้มากขึ้น
3. ติดตามและประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ

กลับหน้าหลัก

KPI 8 : Financial risk score = 0



สรุปผลการดำเนินงาน ต.ค.62 – ส.ค.63 รวม 11 เดือน

- ผ่านเกณฑ์

<u>ปัญหา /อุปสรรค</u>

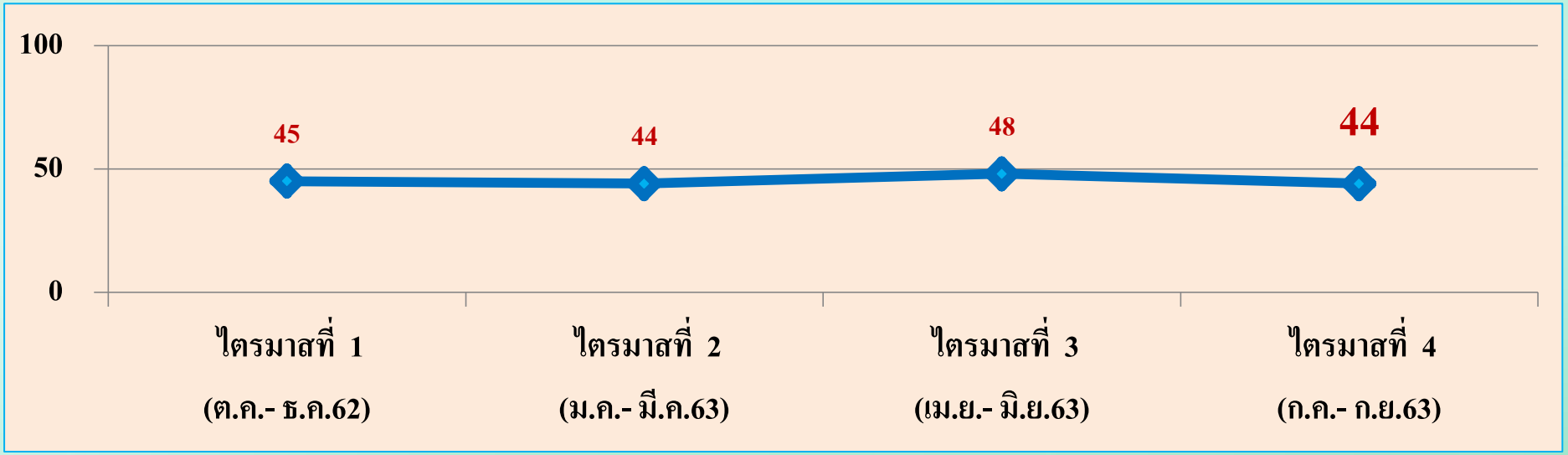
ในระหว่างเดือนบางเดือนการตั้งเจ้าหนี้ไม่สัมพันธ์กับการรายงานมูลค่าคงคลัง ทำให้ตัวชี้วัดคลาดเคลื่อนได้ เนื่องจากเอกสารอยู่ระหว่างการเดินทางยังไม่เข้าระบบบัญชี

<u>ข้อเสนอแนะ</u>

ควรส่งเอกสารมาตั้งหนี้ให้ทันกับรายงานมูลค่าคงคลังทุกเดือน

กลับหน้าหลัก

KPI 9 : ร้อยละของตัวชี้วัด SIMPLE ที่บรรลุเป้าหมายตามเกณฑ์ 2P safety > 60%



ไตรมาสที่ 4: **Patient safety ทั้งหมด 70 ตัวชี้วัด**

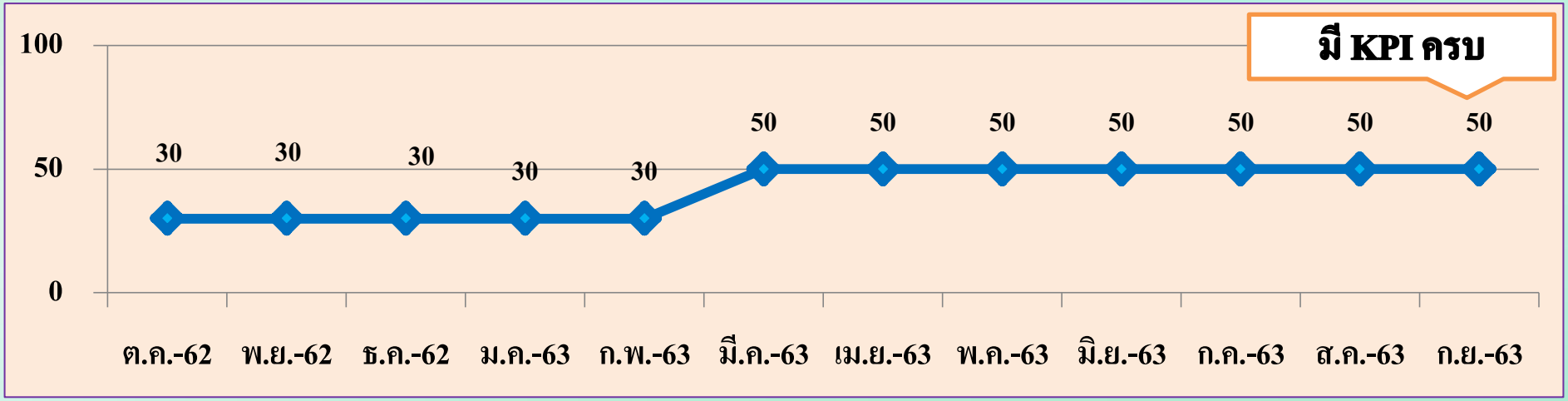
- บรรลุตัวชี้วัด 34
- ไม่บรรลุตัวชี้วัด 20
- ประเมินไม่ได้ 16

Personnel safety ทั้งหมด 23 ตัวชี้วัด

- บรรลุตัวชี้วัด 7
- ไม่บรรลุตัวชี้วัด 8
- ประเมินไม่ได้ 8

กลับหน้าหลัก

KPI 10 : ร้อยละของระบบงานสำคัญที่มีการรายงานตัวชี้วัดครบถ้วน 100%



สรุปผลการดำเนินงาน ต.ค.62 – ก.ย.63

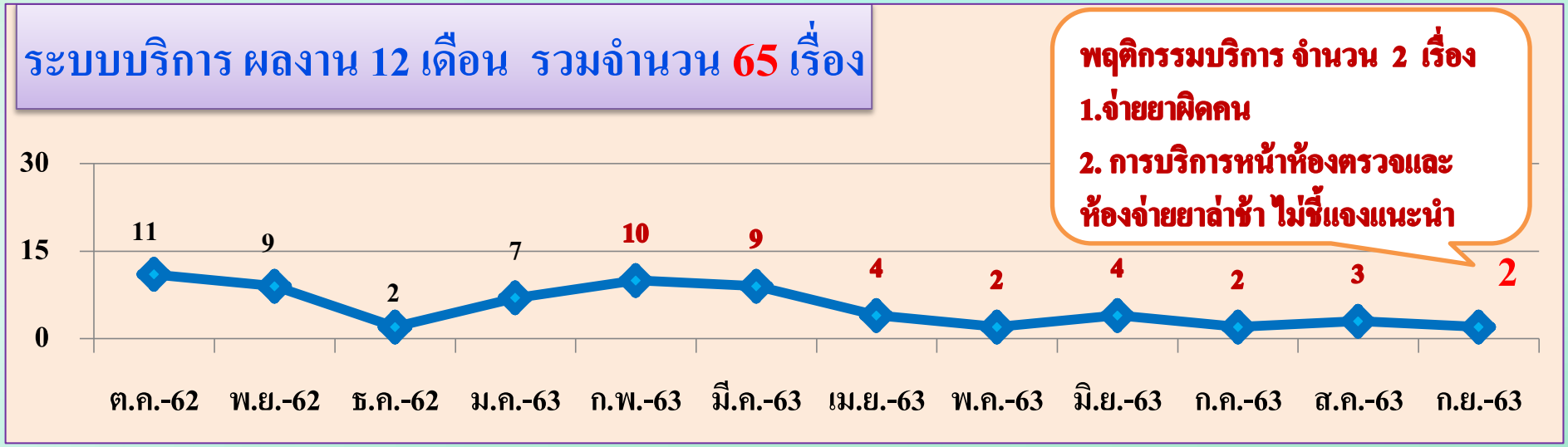
- ไม่ผ่านเกณฑ์

<u>ปัญหา /อุปสรรค ข้อเสนอแนะ</u>

1. ไม่มีการรายงานผลงานการดำเนินงานตัวชี้วัดในแต่ละระบบ
2. ไม่มีผู้รับผิดชอบในการส่งรายงานข้อมูลการดำเนินงานในแต่ละระบบ

กลับหน้าหลัก

KPI 11 : จำนวนครั้งของการเกิดอุบัติการณ์การร้องเรียน ระบบบริการ < 30



สรุปผลการดำเนินงาน ต.ค.62 – ก.ย.63

กลับหน้าหลัก

การร้องเรียนระบบบริการ จำนวน 65 เรื่อง ไม่ผ่านเกณฑ์

<u>ปัญหา /อุปสรรค ข้อเสนอแนะ</u>

- การตั้งเกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ ต่ำเกินไป จากสถิติย้อนหลัง 3 ปี

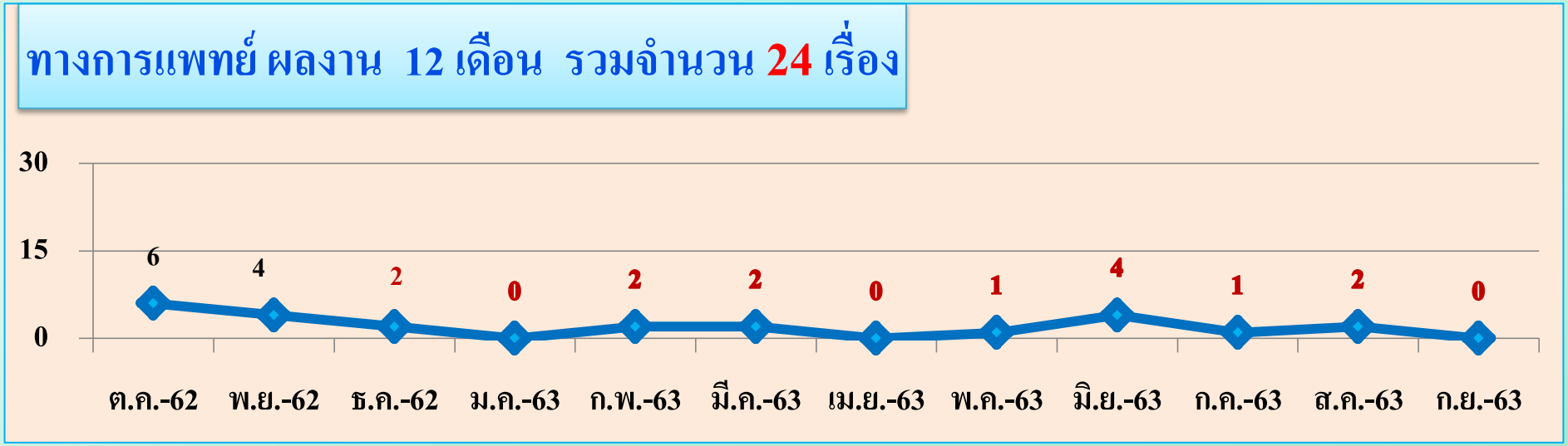
พบว่า ปี 2561 จำนวน 106 เรื่อง/ปี

ปี 2562 จำนวน 54 เรื่อง/ปี

ปี 2563 จำนวน 65 เรื่อง/ปี

ดังนั้นจำนวนครั้งของการเกิดอุบัติการณ์การร้องเรียนด้านระบบบริการ <u>มีการลดลง</u>

KPI 11 : จำนวนครั้งของการเกิดอุบัติการณ์การร้องเรียนทางการแพทย์ < 10



กลับหน้าหลัก

สรุปผลการดำเนินงาน ต.ค.62 – ก.ย.63 - ไม่ผ่านเกณฑ์

การร้องเรียนทางการแพทย์ จำนวน 24 เรื่อง

<u>ปัญหา /อุปสรรค ข้อเสนอแนะ</u>

จากสถิติ จำนวนครั้งของการเกิดอุบัติการณ์การร้องเรียน ทางการแพทย์ ย้อนหลัง 3 ปี

พบว่า ปี 2561 จำนวน 13 เรื่อง/ปี

ปี 2562 จำนวน 13 เรื่อง/ปี

ปี 2563 จำนวน 24 เรื่อง/ปี

ดังนั้น จำนวนครั้งของการเกิดอุบัติการณ์การร้องเรียน ทางการแพทย์ <u>มีเพิ่มขึ้น</u>

KPI 12 : ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน HA IT แต่ละ Level ตามปีที่กำหนด ผ่าน Level 1

เดือน	ต.ค. 62	พ.ย. 62	ธ.ค. 62	ม.ค. 63	ก.พ. 63	มี.ค. 63	เม.ย. 63	พ.ค. 63	มิ.ย. 63	ก.ค. 63
Level 1	ยังไม่ผ่านเกณฑ์ Level 1									

สรุปผลการดำเนินงาน ต.ค.62 – ก.ย.63 - ไม่ผ่านเกณฑ์

กลับหน้าหลัก

ปัญหา /อุปสรรค ข้อเสนอแนะ

1. อยู่ระหว่างการรอทีมมาตรวจสอบประเมินเบื้องต้นจากกรรมการเขต เพื่อส่งต่อให้สมาคมเวชสารสนเทศไทย (TMI) พิจารณาอนุมัติ

KPI 13 : ผ่านเกณฑ์ Smart Hospital ของกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์

ไตรมาส	ไตรมาสที่ 1 ต.ค. – ธ.ค.62	ไตรมาสที่ 2 ม.ค. – มี.ค.63	ไตรมาสที่ 3 เม.ย. – มิ.ย.63	ไตรมาสที่ 4 ก.ค. –ก.ย.63
ผ่านเกณฑ์ (รายไตรมาส)	ไม่ผ่านเกณฑ์	ไม่ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์

สรุปผลการดำเนินงาน ต.ค.62 – ก.ย.63 - ไม่ผ่านครบทุกเกณฑ์

<u>ตัวชี้วัดย่อยที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ดังนี้</u>

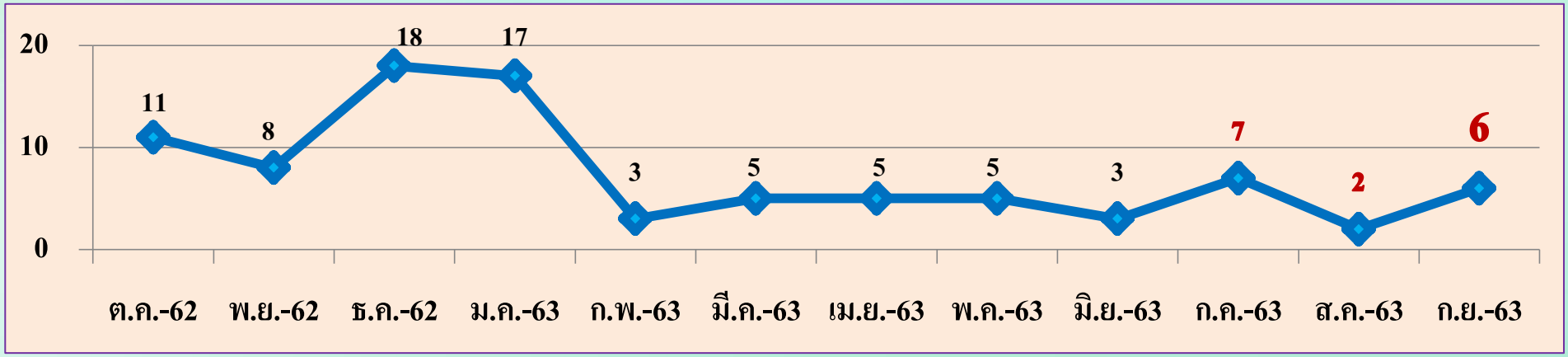
1. มีการใช้ใบสั่งยาอิเล็กโทรนิกส์ทุกแผนก OPD
2. มีช่องเตือนคิวออนไลน์อย่างน้อย 1 จุด

<u>ปัญหา /อุปสรรค ข้อเสนอแนะ</u>

1. ระบบคิว Hygge หยุดพัฒนาจึงไม่สามารถต่อยอดไปถึงระบบคิวออนไลน์ หรือจองนัดล่วงหน้าได้
2. ระบบแพทย์คีย์ยายังไม่สมบูรณ์เนื่องจาก รอเปลี่ยน HIS

กลับหน้าหลัก

KPI 14 : จำนวนครั้งของอุบัติการณ์/ข้อร้องเรียนด้านความสะอาดของสิ่งแวดล้อม < 80



สรุปผลการดำเนินงาน ต.ค.62 – ก.ย.63 รวมจำนวน 90 เรื่อง - ไม่ผ่านเกณฑ์

- ด้านความสะอาด 38 เรื่อง
- ด้านความปลอดภัย 35 เรื่อง
- ด้านความสะอาดและความปลอดภัย 17 เรื่อง

ปัญหา /อุปสรรค ข้อเสนอแนะ

1. ขยะทั่วไปที่มีจำนวนเพิ่มขึ้น และการเก็บขยะมีช่วงระยะเวลา ทำให้ขยะล้นถังและมีขยะติดเชื้อปะปน ถูกวางกองตามพื้นเป็นจำนวนมาก ในหลายพื้นที่ของโรงพยาบาล
   - เพิ่มถังขยะตามจุดต่าง ๆ ของ รพ. มากขึ้น
   - รณรงค์ให้ประชาชน และเจ้าหน้าที่ทุกคนช่วยกันดูแลความสะอาด

กลับหน้าหลัก

KPI 15 : ผลการตรวจคุณภาพน้ำในระบบบำบัดน้ำเสีย ผ่านเกณฑ์ทั้ง 11 พารามิเตอร์ และผ่านเกณฑ์ SV 30

ไตรมาส	ไตรมาสที่ 1 ต.ค. – ธ.ค.62			ไตรมาสที่ 2 ม.ค. – มี.ค.63			ไตรมาสที่ 3 เม.ย. – มิ.ย.63			ไตรมาสที่ 4 ก.ค. –ก.ย.63		
ผ่านเกณฑ์ทั้ง 11 พารามิเตอร์	ผ่าน			ผ่าน			ไม่มีผลการตรวจเนื่องจากศูนย์ห้องปฏิบัติการ กรมอนามัย ไม่รับส่งการตรวจน้ำ			ไม่ผ่าน 1 พารามิเตอร์ Total Dissolevd Solids (ค่าปริมาณสารละลายทั้งหมด)		
SV 30 (200-300)	0.7-5 mg/L ไม่ผ่าน	0.5-2 mg/L ไม่	1-8 mg/L ไม่ผ่าน	4-14 mg/L ไม่ผ่าน	7-44 mg/L ไม่ผ่าน	7-47 mg/L ไม่ผ่าน	20-30 mg/L ไม่ผ่าน	9-29 mg/L ไม่ผ่าน	0.5-15 mg/L ไม่ผ่าน	0.5-3 mg/L ไม่ผ่าน	2-20 mg/L ไม่ผ่าน	4.5-28 ml/L ไม่ผ่าน

สรุปผลการดำเนินงาน ต.ค.62 – ก.ย.63 - ไม่ผ่านเกณฑ์

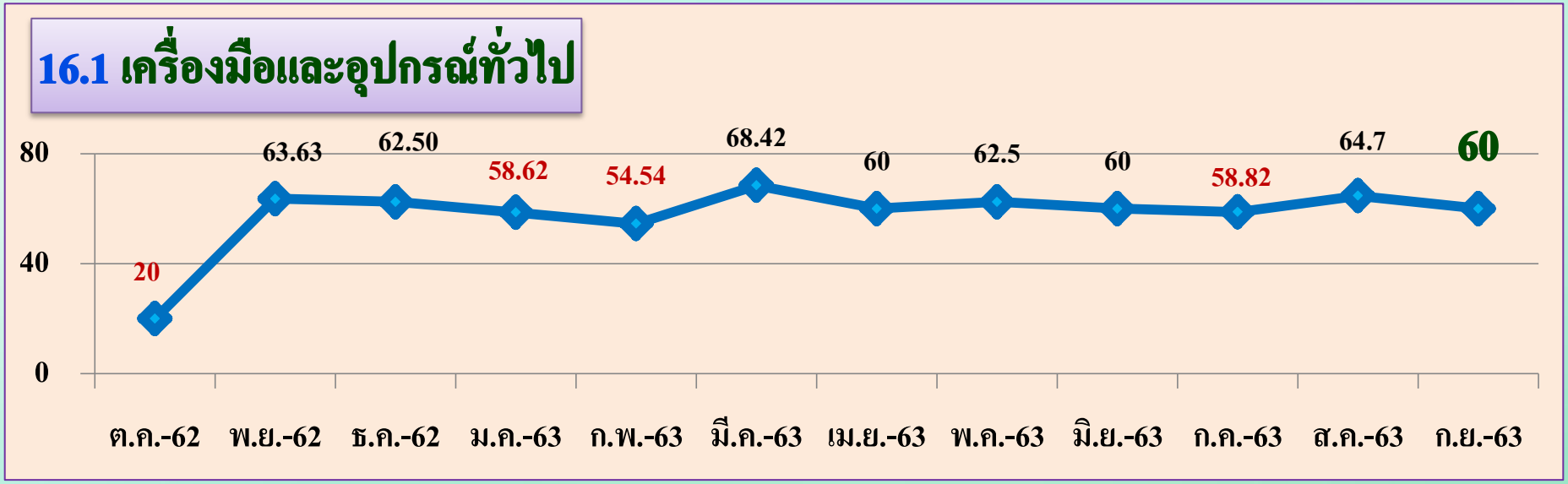
กลับหน้าหลัก

ปัญหา /อุปสรรค ข้อเสนอแนะ

1. ค่า TDS (คือค่าของแข็งละลายน้ำทั้งหมด) ที่เกินมาตรฐาน เนื่องมาจากไม่ได้มีการสูบย้อนตะกอนไปยังบ่อเติมอากาศ ทำให้ตะกอนไม่ถูกย่อยซ้ำ แก้ปัญหาโดยการเพิ่มการสูบย้อนตะกอน

2. ค่า SV_{30} ที่ต่ำกว่ามาตรฐานเนื่องมาจากท่อน้ำเสียมีการรั่วซึมทำให้น้ำเสียลงสู่ใต้ดินและมีการบำบัดของน้ำเสียในบ่อพักระหว่างทาง จึงทำให้จุลินทรีย์ที่เป็นตัวย่อยในระบบมีน้อย และอาหารของจุลินทรีย์ที่เข้าระบบก็มีน้อยเช่นกัน แก้ปัญหาโดยการวางระบบท่อน้ำเสียใหม่ สร้างบ่อพักแบ่งตามโซนเพื่อให้ง่ายต่อการสูบน้ำเสียลงบ่อบำบัด

KPI 16 : ร้อยละความทันเวลาในการจัดการปัญหาเกี่ยวกับระบบสาธารณูปโภค/เครื่องมือและอุปกรณ์ทั่วไป /เครื่องมือแพทย์ (ความเสี่ยงทั่วไประดับ 2-3) > 60%



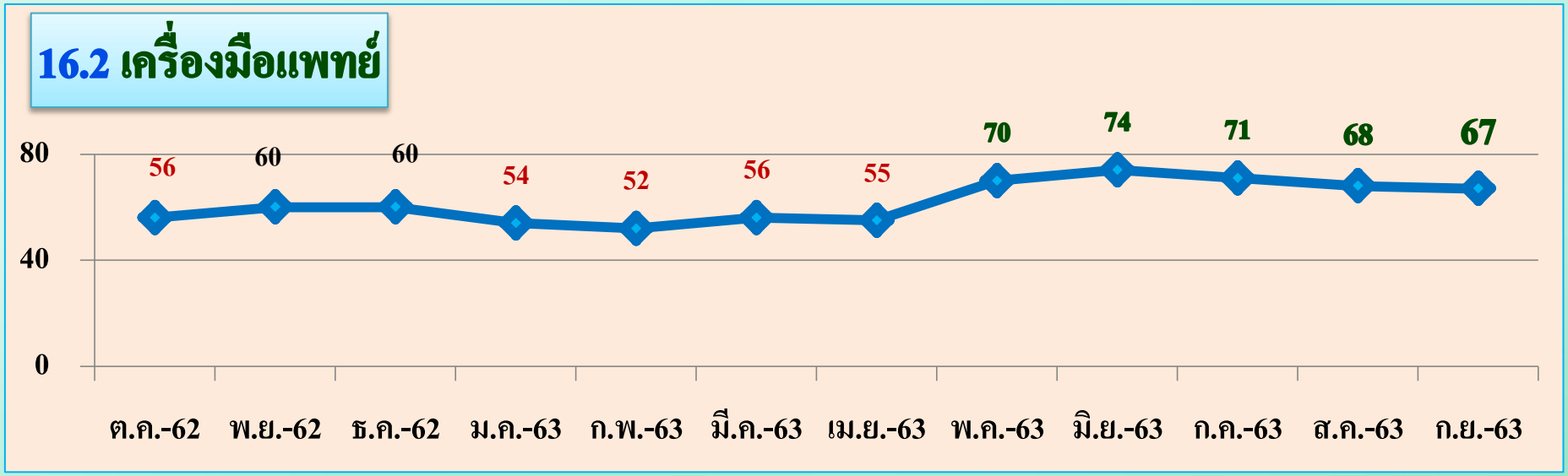
สรุปผลการดำเนินงาน ต.ค.62 – ก.ย.63 - ผ่านเกณฑ์

กลับหน้าหลัก

ปัญหา /อุปสรรค ข้อเสนอแนะ

1. การแก้ไขปัญหาล่าช้า เนื่องจากต้องใช้ช่างภายนอก หรือบริษัทเข้ามาในการแก้ไข เช่น ลิฟท์ขัดข้อง น้ำประปาไม่เพียงพอ ไฟฟ้าแรงสูงขัดข้อง
   - ประสานหน่วยงานภายนอกช่วยในการแก้ปัญหาเบื้องต้นในกรณีเร่งด่วน
2. ผู้ปฏิบัติงานไม่ให้ความสำคัญกับการเก็บข้อมูลจากงานที่ได้แก้ไข
   - กระตุ้นให้ช่างเห็นความสำคัญ และเพิ่มทักษะการบันทึกข้อมูล การนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ เพื่อให้เห็นประโยชน์ของการจัดทำและการจัดการข้อมูล รวมถึงข้อมูลของผู้ปฏิบัติ ในการจัดการปัญหา

KPI 16 : ร้อยละความทันเวลาในการจัดการปัญหาเกี่ยวกับระบบสาธารณูปโภค/เครื่องมือและอุปกรณ์ทั่วไป /เครื่องมือแพทย์ (ความเสี่ยงทั่วไประดับ 2-3) > 60%



สรุปผลการดำเนินงาน ต.ค.62 – ก.ย.63 - ผ่านเกณฑ์

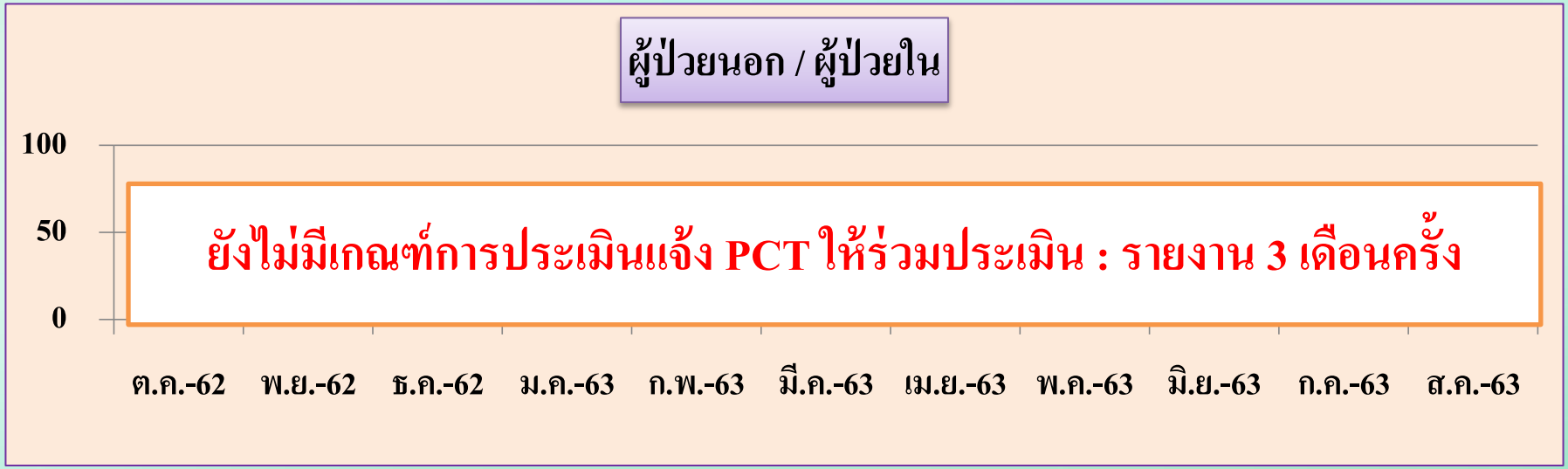
กลับหน้าหลัก

ปัญหา /อุปสรรค ข้อเสนอแนะ

1. ไม่มีระบบการจัดการงานในการเตือนงานค้างทำให้ระยะเวลาดำเนินการล่าช้า จากปัญหาที่พบ คือ ขั้นตอนการรออนุมัติที่พัสดุ 14 วัน และช่างใช้เวลาในการซ่อม มากกว่า 30 วัน
2. จำนวนช่างที่ไม่เพียงพอ ขาดเครื่องมือในการทำทดสอบเครื่องมือเสี่ยงสูง (Defibrillator)

- เสนอขออนุมัติ ช่างเครื่องมือแพทย์ จำนวน 2 คน และขออนุมัติเครื่องมือที่ใช้ทำการทดสอบเครื่องมือเสี่ยงสูง (Defibrillator) เช่น Infusion pump, Vital signs monitor, Ventilator tester

KPI 17 : ร้อยละของการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชนตามเกณฑ์ที่กำหนด > 50%



สรุปผลการดำเนินงาน ต.ค.62 – ก.ย.63

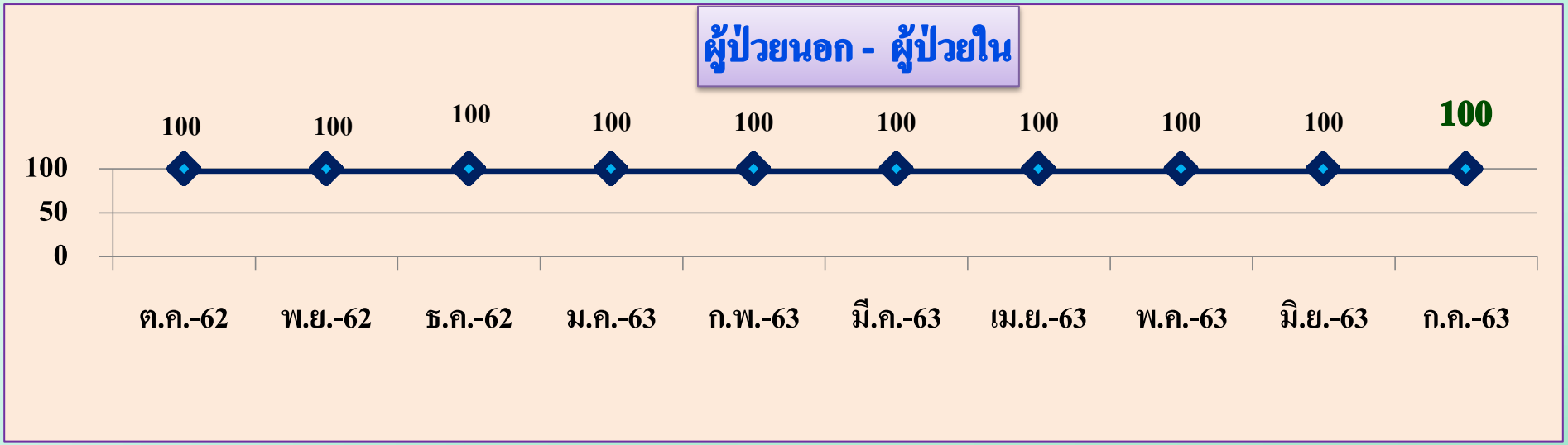
- ไม่ผ่านเกณฑ์

<u>ปัญหา /อุปสรรค ข้อเสนอแนะ</u>

1. ปัญหาจากคำจำกัดความไม่ชัดเจน โรงพยาบาลยังไม่มีการ update แนวทางการส่งต่อของแต่ละสาขา ให้กับรพ.ชุมชน
2. ไม่มีผู้ประเมินส่งให้กับศูนย์ส่งต่อ

กลับหน้าหลัก

KPI 18 : ร้อยละของความสำเร็จในการส่งผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อในโรงพยาบาลชุมชน > 50%



สรุปผลการดำเนินงาน ต.ค.62 – ก.ย.63 - ผ่านเกณฑ์

<u>ปัญหา /อุปสรรค ข้อเสนอแนะ</u>

- Refer back มีปัญหาการเก็บข้อมูลถูกแยกเป็น 2 ส่วน IPD กับ ER ข้อมูลจะบันทึกข้อมูลเข้าโปรแกรม Thai refer ทั้งหมด ซึ่งจะวิเคราะห์ข้อมูลได้ง่าย ส่วนของงาน NCD ใช้การบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม excel โดยใช้ระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูลนาน เพราะข้อมูลมี 2 ส่วน คือ 1. ส่งกลับ รพช. 2.ส่งกลับ รพ.สต. ซึ่งต้องนำข้อมูลมารวมกัน

กลับหน้าหลัก

KPI 19 : ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาสมรรถนะความต้องการขององค์กร > 60%

สรุปผลการดำเนินงาน ต.ค.62 – ก.ย.63

- ไม่ผ่านเกณฑ์

<u>ปัญหา /อุปสรรค ข้อเสนอแนะ</u>

1. เป็นหัวข้อสมรรถนะตัวใหม่ อยู่ระหว่างการทดลองใช้
2. ต้องปรับหัวข้อประเมินให้ตรงกับบทบาทของแต่ละหน่วยงาน

กลับหน้าหลัก

KPI 20 : คะแนนเฉลี่ยความสุขของบุคลากรในโรงพยาบาล > 63%

สรุปข้อมูล โดย คุณธเนศร์ ณ 6 ส.ค.63

สรุปผลการดำเนินงาน ต.ค.62 – ก.ย.63

- ไม่ผ่านเกณฑ์

กลับหน้าหลัก

ปัญหาที่พึงพอใจน้อยจะเกี่ยวข้อง ดังนี้

1. รายได้ และค่าตอบแทน
2. ความก้าวหน้า
3. สวัสดิการต่าง ๆ
4. สภาพแวดล้อมขององค์กร

- ซึ่งเป็นปัญหาที่ล้วนแต่ต้องใช้งบประมาณมากในสภาวะที่โรงพยาบาลมีงบประมาณน้อย

Thank
You