

แบบบันทึกข้อเสนอแนะ จากการนำเสนอ KPI (ประเมินผลปลายปี) 2568

ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ 1 คำนวณน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยของผู้ป่วยใน ทั้งหมด CMI เพิ่มขึ้น ตัวชี้วัดที่ 2 ค่า sum of Adj.RW
ประเภท KPI	<input checked="" type="checkbox"/> KPI โรงพยาบาลบ้านฝ้อ <input type="checkbox"/> KPI คปสอ.บ้านฝ้อ
ผู้รับผิดชอบ KPI	นางสาวปริยานุช พรมนาไร่
ประเด็น ข้อเสนอแนะ	<p>1. วิทยากร</p> <ul style="list-style-type: none"> - ลดหัตถการที่ไม่เกี่ยวข้องลง ในปีงบประมาณ 2569 - แนะนำให้วิเคราะห์ CMI ในแต่ละ Ward - เพิ่มเป้าหมาย CMI, sum of Adj.RW ในปีงบประมาณ 2569 - ให้ทำ CMI, sum of Adj.RW หัตถการ แต่ละแผนก หรือทำมาตรการ คำนวณเป็นตัวเลข/เปอร์เซ็นต์ เก็บข้อมูลใน Excel และรายงานตัวเลขตัวเลขให้กับ ผอ./องค์กรแพทย์ รับทราบเป็นระยะ <p>2. ผู้บริหารโรงพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - ในการเพิ่ม CMI และ sum of Adj.RW ต้องมีการบันทึกเวชระเบียนให้ครบถ้วนมีการ Audit ที่สมบูรณ์ - เพิ่มหัตถการที่เพิ่มรายได้ ในกลุ่มจิตเวชและยาเสพติด ที่เป็น Home Word ซึ่ง sum of Adj.RW อาจสูงถึง 1.5 - ให้ CMI เพิ่มขึ้น (เป้าหมาย กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช 400 case/เดือน) - แนะนำประสานงานกับองค์กรแพทย์ ใน Case ที่มี sum of Adj.RW สูงอยู่แล้ว เช่น HIV มะเร็งต่างๆ ร่วมถึงการ Admit ในกลุ่มโรคทั่วไป <p>3. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - เมื่อยกระดับโรงพยาบาลบ้านฝ้อ เป็นระดับ M 1 CMI ของโรงพยาบาลบ้านฝ้อ จะเป็นร้อยละ 1.1 <p>4. ผู้เข้าร่วมประชุม</p> <ul style="list-style-type: none"> - เมื่อผู้ป่วยมีจำนวนเท่าเดิม การบันทึกและการ Audit ให้ได้ sum of Adj.RW รายหัวเพิ่มขึ้น จะได้ทั้ง sum of Adj.RW และ CMI เพิ่ม
สรุปประเด็นสำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> - เมื่อมีการ Admit ที่เพิ่มขึ้น sum of Adj.RW เพิ่มขึ้น แต่ CMI ลดลง - วิเคราะห์ CMI ในแต่ละ Ward - ทำ CMI, sum of Adj.RW หัตถการ แต่ละแผนก หรือทำมาตรการ คำนวณเป็นตัวเลข/เปอร์เซ็นต์ เก็บข้อมูลใน Excel และรายงานตัวเลขตัวเลขให้กับ ผอ./องค์กรแพทย์ - ในการเพิ่ม CMI และ sum of Adj.RW ต้องมีการบันทึกเวชระเบียนให้ครบถ้วนมีการ Audit ที่สมบูรณ์

แบบบันทึกข้อเสนอแนะ จากการนำเสนอ KPI (ประเมินผลปลายปี) 2568

ชื่อตัวชี้วัด	<p>ตัวชี้วัดที่ 3 อัตราการเสียชีวิตในกลุ่มโรคสำคัญ</p> <p>3.1 ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ในโรงพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้มาตรฐานเวลาที่กำหนด (เป้าหมาย ร้อยละ 50) - ร้อยละผู้ป่วย STEMI ที่เข้ารับบริการทันเวลา (Onset to Hospital) (น้อยกว่า 120 นาที)
ประเภท KPI	<input checked="" type="checkbox"/> KPI โรงพยาบาลบ้านฝ้อ <input type="checkbox"/> KPI คปสอ.บ้านฝ้อ
ผู้รับผิดชอบ KPI	นางสาวสยามล นวลทอง
ประเด็นข้อเสนอแนะ	<p>1. วิทยากร</p> <ul style="list-style-type: none"> - ควรกำหนดกรอบแนวคิดในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI - ควรกำหนด CPG มาวัดการดำเนินงาน และกำหนดเป็นค่าออกมา - ควรวิเคราะห์กลุ่มเป้าหมาย คือกลุ่มใด และมีวิธีการเฝ้าระวังอย่างไร - ควรมีเครื่องมือ Education และวิธีติดต่อประสานและการช่วยเหลือเบื้องต้น โดยติดตามของผู้ป่วยทุกคน เพื่อลดโอกาสเสี่ยง ให้ผู้ป่วยสามารถติดต่อสื่อสารกับผู้รับส่งได้เร็ว - นำ early warning sign เชื่อมโยง <p>2. ผู้บริหารโรงพยาบาล</p> <p style="text-align: center;">-</p> <p>3. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - เป้าหมายในปีงบประมาณ 2569 คือ ร้อยละ 5 <p>4. ผู้เข้าร่วมประชุม</p>
สรุปประเด็นสำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> - กำหนดกรอบแนวคิดในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI - กำหนด CPG มาวัดการดำเนินงาน วิเคราะห์กลุ่มเป้าหมาย และมีวิธีการเฝ้าระวังอย่างไร - มีเครื่องมือ Education และวิธีติดต่อประสานและการช่วยเหลือเบื้องต้น เพื่อลดโอกาสเสี่ยง <p>วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อลดอัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI 2. เพื่อให้คนไข้ได้รับการรักษาตามมาตรฐาน <ul style="list-style-type: none"> - โดยมีกรอบแนวคิด คือ ต้องการรักษาในกลุ่มคนไข้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งมีการทำงานร่วมกับ NCD และ รพ.สต. ในการส่งเสริม ป้องกัน ให้ความรู้ในการดูแลคนไข้ และมีการเข้าถึงโดยใช้ช่องทางด่วน จาก 1669 - ระยะเวลาของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ถ้าปล่อยให้หัวใจขาดเลือดเป็นระยะเวลานาน จะทำให้อัตราตายสูงขึ้น - ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ปี 2568 จำนวน 22 คน (โดยผู้ป่วยส่วนมากมีโรคประจำตัว คือ NCD จำนวน 10 คน และกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัจจัยเรื่องการสูบบุหรี่ จำนวน 11 คน) เสียชีวิต 1 คน

แบบบันทึกข้อเสนอแนะ จากการนำเสนอ KPI (ประเมินผลปลายปี) 2568

ชื่อตัวชี้วัด	<p>ตัวชี้วัดที่ 3.2 อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community - acquired</p> <ul style="list-style-type: none"> - อัตราการเข้าถึง Sepsis Fast track - อัตราการเข้าถึงบริการด้วย SIRS Criteria
ประเภท KPI	<input checked="" type="checkbox"/> KPI โรงพยาบาลบ้านฝ้อ <input type="checkbox"/> KPI คปสอ.บ้านฝ้อ
ผู้รับผิดชอบ KPI	นางประภาพร แสงชมพู
ประเด็นข้อเสนอแนะ	<p>1. วิทยากร</p> <ul style="list-style-type: none"> - แนะนำทบทวนการตั้งเป้าหมายรายไตรมาสอีกครั้ง โดยเอาค่าสะสมทั้งบนและล่างมาคำนวณเพื่อให้อัตราตายลดลงจากเดิม - ผู้ป่วยประเภทใดต้องเฝ้าระวังสูงสุด เช่น ผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคร่วม เส้นทางการเดินทางมา รพ. จำนวนกี่คน - ควรวิเคราะห์ข้อมูลจำนวนประชากร - ควรวิเคราะห์สาเหตุของผู้ป่วยมารักษาซ้ำ การเข้าถึงซ้ำ เมื่อรู้สาเหตุแล้ว ผลจะลดลงตามมา - ค่าเป้าหมายในปี 2569 ปัจจัยในการทำให้สำเร็จ คือ ต้องมีการเฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยโรคร่วมเยอะ จากนั้นวิเคราะห์กิจกรรมออกมา มีการกำหนดเป้าให้สูงขึ้น (สามารถใช้ AI ในการวิเคราะห์) <p>2. ผู้บริหารโรงพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทบทวน Case ต่างๆ ที่สำคัญ - แนะนำให้ลงสมัครอบรม AI ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด - ทบทวนวิธีการจัดการ และดูแลผู้ป่วยให้เต็มศักยภาพ โดยให้นำผู้ป่วย admit ICU ให้เต็มศักยภาพ <p>3. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - โดยสาเหตุที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาจาก จำนวนผู้ป่วยยังไม่ถึงเป้าหมาย - ผลผลิตที่สำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้ KPI บรรลุ คือ ผู้ป่วยได้รับการดูแลใน ICU ภายใน 3 ชม. ร้อยละ 30 ตามนโยบาย ท่าน ผอ. - เป้าหมายในปี 2569 ตั้งไว้ที่ ร้อยละ 24 <p>4. ผู้เข้าร่วมประชุม</p>
สรุปประเด็นสำคัญ	<p>ปัจจัยด้านผู้ป่วย ต้องเฝ้าระวังในกลุ่มที่มีโรคร่วมร่วมหลายโรค และผู้ป่วยสูงอายุ เน้นการ Action มากขึ้นและเน้นกิจกรรมส่งเสริมในผู้ป่วย</p> <p>ปัจจัยด้านการพยาบาล ขาดความรู้และทักษะในการประเมินภาวะ Sepsis ให้ตรงกับตามแนวทาง</p> <p>ปัจจัยด้านบริหารจัดการ ทรัพยากรไม่เพียงพอ</p> <p>ผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังสูงสุดคือ ผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป และผู้ป่วยที่มีโรคร่วม</p> <p>เพิ่มอัตราการเข้าถึง ใน ICU มากขึ้น รวดเร็ว และเน้นมาตรฐานที่มีคุณภาพและเหมาะสม</p>

แบบบันทึกข้อเสนอแนะ จากการนำเสนอ KPI (ประเมินผลปลายปี) 2568

ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ 3.3 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Multiple injury
ประเภท KPI	<input checked="" type="checkbox"/> KPI โรงพยาบาลบ้านฝ้อ <input type="checkbox"/> KPI คปสอ.บ้านฝ้อ
ผู้รับผิดชอบ KPI	นางสาวอภิญญา ละอองศรี
ประเด็น ข้อเสนอแนะ	<p>1. วิทยากร</p> <ul style="list-style-type: none"> - สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ตาย คือ ถึงที่เกิดเหตุเร็ว - Case ที่ไม่ควรตายแต่ตาย ซึ่งในจังหวัดไม่เกินร้อยละ 5 - ถ้า KPI บรรลุ สามารถปรับเป็นงานประจำได้หรือไม่ และเน้นเฉพาะข้อที่สำคัญ - แนะนำให้ลดค่าเป้าหมายลง และ Active มากขึ้น - แนะนำให้มีสรุป Guide line ในการดูแลผู้ป่วย นอกรพ./ในรพ.และการส่งต่อ - ในการ Refer ต้องมีการติดตามทุก Case - KPI บรรลุ แต่ต้องทบทวนกระบวนการ <p>2. ผู้บริหารโรงพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - แนะนำการเตรียมตัวรองรับ การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ ในปี 2569 ให้ได้มากที่สุดเพื่อรองรับงาน พิษสวนโลก หรืองานเทศกาลต่างๆ <p>3. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - Case ที่ไม่ควรตายแต่ตาย ไม่เกินร้อยละ 0.5 และ 0.75 โดยมาจากการตัดสินใจการรักษาของญาติ และทำให้ข้อมูลเพิ่มขึ้น - ปัจจัยและกระบวนการดูแลผู้ป่วย มี 3 ส่วน คือ นอก รพ. ในรพ. และการส่งต่อ โดยมีการอบรมให้ความรู้ ผลการอบรมก่อน-หลัง โดยจากการอบรมส่งผลให้ Response time ดีขึ้น เฉลี่ยกี่นาที และ Refer ผู้ป่วยได้เร็วขึ้น ร้อยละ 100 - มีการประเมินผู้ป่วย (3 นาที) มีการสั่งการรักษาแก่แพทย์ (2 นาที) รวมไม่เกิน 5 นาที - ปี 2569 ตั้งเป้าหมายไว้ไม่เกิน 3 คน คิดเป็น ร้อยละ 3 <p>4. ผู้เข้าร่วมประชุม</p>
สรุปประเด็นสำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> - Multiple injury มีจำนวน 155 คน - Refer จากโรงพยาบาลบ้านฝ้อ ไปที่โรงพยาบาลอุดรธานี ใช้เวลา 45 นาที - ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยไม่เสียชีวิตคือ มีการเข้าถึงการรักษาที่รวดเร็ว โดยกระบวนการของ EMS - โดยผู้จะมี 2 ลักษณะ คือ 1. ผู้ป่วยเดินทางมาเอง 2. ผู้ป่วยมาจาก EMS - สรุป Guide line ในการดูแลผู้ป่วย นอกรพ./ในรพ.และการส่งต่อ - KPI บรรลุ แต่ต้องทบทวนกระบวนการ

แบบบันทึกข้อเสนอแนะ จากการนำเสนอ KPI (ประเมินผลปลายปี) 2568

ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ 3.4 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากอุบัติเหตุทางถนน ไม่เกิน 11.78 ต่อแสนประชากร
ประเภท KPI	<input checked="" type="checkbox"/> KPI โรงพยาบาลบ้านฝ้อ <input type="checkbox"/> KPI คปสอ.บ้านฝ้อ
ผู้รับผิดชอบ KPI	นางสาวศศิธร แข็งแรง
ประเด็นข้อเสนอแนะ	<p>1. วิทยากร</p> <ul style="list-style-type: none"> - ควรวิเคราะห์จุดเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุ ถนนหลัก ถนนรอง ซอย แยกต่างๆ - ปัจจัยที่ก่อให้เกิดการตาย ระบุปัญหาและการแก้ปัญหา ระบุกลุ่มเป้าหมาย - ปัจจัย Agent ที่ไม่ก่ออุบัติเหตุ คือ สภาพรถของรถจักรยานยนต์ (อาจประสานขนส่ง) - ปัจจัย environment คือ ถนนเส้นใดบ้าง - ควรกำหนดจุดเสี่ยงที่เกิดอุบัติเหตุมากที่สุด และนำเสนอ - ถ้าจะทำเป็นยุทธศาสตร์ ต้องมีการกำหนด KPI รอง - ปี 2569 นำแผน อุบัติย้อนหลัง 3 ปี มานำเสนอคณะกรรมการ <p>2. ผู้บริหารโรงพยาบาล</p> <p>-</p> <p>3. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - อัตราการเสียชีวิต ไม่เกิน 11.78 ต่อแสนประชากร (ไม่เกิน 12 คน ในประชากรบ้านฝ้อ ใน1ปี) - ในปี 2570 อัตราการตายต้องไม่เกิน 8.82 ต่อแสนประชากร - สถานที่เกิดเหตุมากที่สุดคือ เทศบาลตำบลบ้านฝ้อ เสียชีวิต จำนวน 3 คน และเทศบาลตำบลหายโศก เสียชีวิต จำนวน 3 คน - โดยสาเหตุในการเกิดอุบัติเหตุ คือ เมาแล้วขับ ไม่สวมหมวกกันน็อค เวลาในเกิดอุบัติเหตุ คือ ช่วงเวลา 12.00 น. -16.00 น. โดยช่วงเวลานี้จะพบในกลุ่มเกษตรกรมากที่สุดและมีการเกิดอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ ร้อยละ 78.9 - ในกลุ่มเป้าหมาย อาชีพ รับจ้างทั่วไป อาจจัดโครงการอบรมในโรงงาน - นำเสนอจุดเสี่ยงแต่ละปี ใน สพฐ. <p>4. ผู้เข้าร่วมประชุม -</p>
สรุปประเด็นสำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> - โดยการเก็บตัวชี้วัดจะเก็บในช่วง 1 มกราคม – 31 ธันวาคม ของทุกปี (ปี พ.ศ) - จำนวนคนที่เสียชีวิต คือ 19 คน (17.40 ต่อแสนประชากร) - ควรวิเคราะห์จุดเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุ ถนนหลัก ถนนรอง ซอย แยกต่างๆ - ปัจจัยที่ก่อให้เกิดการตาย ระบุปัญหาและการแก้ปัญหา ระบุกลุ่มเป้าหมาย

แบบบันทึกข้อเสนอแนะ จากการนำเสนอ KPI (ประเมินผลปลายปี) 2568

ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ 3.5 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากอุบัติเหตุทางถนน ในกลุ่มเด็กและเยาวชน (อายุ 1-18 ปีต่อแสนประชากร) ลดลง
ประเภท KPI	<input checked="" type="checkbox"/> KPI โรงพยาบาลบ้านฝ้อ <input type="checkbox"/> KPI คปสอ.บ้านฝ้อ
ผู้รับผิดชอบ KPI	นางสาวศศิธร แข็งแรง
ประเด็นข้อเสนอแนะ	<p>1. วิทยากร</p> <ul style="list-style-type: none"> - วิเคราะห์ เมื่อเกิดอุบัติเหตุแล้ว ไปถึงจุดเกิดเหตุภายในกี่นาที - วิเคราะห์ข้อมูลยังไม่ชัดเจน แนะนำให้มีการวิเคราะห์ให้ครอบคลุมทุกด้าน เช่น สถานที่เกิดเหตุ ถนน หรือปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ - มีการจัดการอย่างไร เมื่อเกิดเหตุ - กำหนดจุดแผนที่อำเภอบ้านฝ้อ และจุดเกิดเหตุ และวิเคราะห์ 3 ปี ย้อนหลัง ใคร เกิดเหตุที่ไหน เมื่อไหร่ เพศ อายุ พาหนะ จุดเสี่ยง และนำเสนอข้อมูลในที่ประชุมคณะกรรมการ หรือส่วนราชการต่างๆ - ผลงานที่ได้ มากกว่า Target 2 เท่า - กำหนด KPI รอง เช่น การตรวจจับ หรือการบังคับใช้กฎหมาย - ทำไม่กลุ่มเป้าหมายเป็น กลุ่ม อายุ 1-18 ปี มีปัจจัยเสี่ยงร่วมด้วยหรือไม่ เช่น เป็นวัยรุ่น คีคคะนอง หรือมีความเสี่ยงในการใช้รถ และใช้กลุ่มที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุเยอะที่สุดหรือไม่ <p>2. ผู้บริหารโรงพยาบาล</p> <p>-</p> <p>3. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - ปี 2567 ตาย 6 คน จาก Case ทั้งหมด 19 ราย รวมตาย ณ จุดเกิดเหตุ รพ.บ้านฝ้อ และ รพศ.อุดรธานี (รพศ. 30 วัน) โดยแบ่งเป็น บ้านฝ้อ 3 ราย และ ต.หายโศก 3 ราย รวม 6 ราย - ปี 2568 ตาย 5 คน จาก Case ทั้งหมด 22 ราย <p>4. ผู้เข้าร่วมประชุม -</p>
สรุปประเด็นสำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> - วิเคราะห์ เมื่อเกิดอุบัติเหตุแล้ว ไปถึงจุดเกิดเหตุภายในกี่นาที แนะนำให้มีการวิเคราะห์ให้ครอบคลุมทุกด้าน เช่น สถานที่เกิดเหตุ ถนน หรือปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ - มีการจัดการอย่างไร เมื่อเกิดเหตุ ควรกำหนดจุดแผนที่อำเภอบ้านฝ้อ และจุดเกิดเหตุ และวิเคราะห์ 3 ปี ย้อนหลัง ใคร เกิดเหตุที่ไหน เมื่อไหร่ เพศ อายุ พาหนะ จุดเสี่ยง และนำเสนอข้อมูลในที่ประชุมคณะกรรมการ หรือส่วนราชการต่างๆ - ผลงานที่ได้ มากกว่า Target 2 เท่า ให้กำหนด KPI รอง เช่น การตรวจจับ หรือการบังคับใช้กฎหมาย - ทำไม่กลุ่มเป้าหมายเป็น กลุ่ม อายุ 1-18 ปี มีปัจจัยเสี่ยงร่วมด้วยหรือไม่ เช่น เป็นวัยรุ่น คีคคะนอง หรือมีความเสี่ยงในการใช้รถ และใช้กลุ่มที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุเยอะที่สุดหรือไม่

แบบบันทึกข้อเสนอแนะ จากการนำเสนอ KPI (ประเมินผลปลายปี) 2568

ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ 3.6 ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มี (Probability of Survival) PS > 0.75
ประเภท KPI	<input checked="" type="checkbox"/> KPI โรงพยาบาลบ้านฝื่อ <input type="checkbox"/> KPI คปสอ.บ้านฝื่อ
ผู้รับผิดชอบ KPI	นางสาวอภิญญา ละอองศรี
ประเด็นข้อเสนอแนะ	<p>1. วิทยากร</p> <ul style="list-style-type: none"> - อัตราตายต้องน้อยลง - Case ที่หนัก ต้อง PS < 0.75 / Case ที่ไม่หนัก ต้อง PS > 0.75 - ลด PS ลง = 0.5 - ให้อาจารย์ที่ปรึกษาที่ไม่มีผู้เสียชีวิต ในปี 67-68 มีอะไรบ้าง เช่น ปรึกษาด้านการเข้าถึงจุดเกิดเหตุ FR ER r พนักงานแปล พนักงานขับรถรีเฟอร์ การอบรมให้ความรู้ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย - ปรึกษาเหล่านี้ส่งผลอย่างไร ทันทเวลา และถูกวิธีหรือไม่ ให้อาจารย์และสรุปเป็น Guide line ที่ถูกต้อง - ปี 2569 ตั้งเป้าหมายไว้ที่ ร้อยละ 3 <p>2. ผู้บริหารโรงพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - ในอนาคต Case อาจไม่ลดลง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากด้วยบริบท พื้นที่อำเภอบ้านฝื่อ ถนนแยกต่างๆ สัญญาณไฟจราจร และป้ายเตือนยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ให้เตรียมทีมเพื่อการป้องกันการเกิดเหตุให้น้อยที่สุด และประสานเรื่องถนน ไฟจราจร หรือป้ายเตือนต่างๆ มาติดตามพื้นที่ให้ครอบคลุม <p>3. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการอบรมให้ความรู้และอบรมการฝึกปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ แก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกปี <p>4. ผู้เข้าร่วมประชุม</p>
สรุปประเด็นสำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> - สรุป Guide line ในการดูแลผู้ป่วย นอกรพ./ในรพ.และการส่งต่อ - ให้อาจารย์ที่ปรึกษาที่ไม่มีผู้เสียชีวิต/เสียชีวิต - วิเคราะห์ กรณีไม่มีผู้เสียชีวิต เกิดจากปัจจัยใดบ้าง เช่น กระบวนการดูแลคนไข้ การเข้าถึง ณ จุดเกิดเหตุ ในเวลาที่รวดเร็ว - ปี 2569 ตั้งเป้าหมายไว้ที่ ร้อยละ 3

แบบบันทึกข้อเสนอแนะ จากการนำเสนอ KPI (ประเมินผลปลายปี) 2568

ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ 3.7 อัตราเสียชีวิตทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วันต่อ 1000 การเกิดมีชีพ
ประเภท KPI	<input checked="" type="checkbox"/> KPI โรงพยาบาลบ้านฝ้อ <input type="checkbox"/> KPI คปสอ.บ้านฝ้อ
ผู้รับผิดชอบ KPI	นางสาวสุกัญญา ศรีผา
ประเด็น ข้อเสนอแนะ	1. วิทยากร - สรุปสาเหตุการเสียชีวิตของทารกไม่ได้
	2. ผู้บริหารโรงพยาบาล -
	3. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด - เด็กทารกเกิด จำนวน 494 ราย / เสียชีวิต 1 ราย (37 week) สาเหตุจาก การผ่าคลอด ทำให้ทารกเกิด ภาวะ หายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิด (TTNB)
	4. ผู้เข้าร่วมประชุม - โดยปกติแพทย์จะทำการผ่าคลอดเมื่อ อายุครรภ์ 38 week ขึ้นไป เพื่อลดภาวะเสี่ยง จึงสรุปสาเหตุการเสียชีวิตไม่ได้
สรุปประเด็นสำคัญ	- ในปี 2568 มีเด็กเกิดทั้งหมด 494 คน เสียชีวิต 1 คน (โดยมีสาเหตุมาจาก การผ่าคลอดแล้วเกิดภาวะ หัวใจเต้นเร็ว) - KPI นี้สรุปสาเหตุการเสียชีวิตไม่ได้

แบบบันทึกข้อเสนอแนะ จากการนำเสนอ KPI (ประเมินผลปลายปี) 2568

ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ 4 ระดับความสำเร็จของการพัฒนา HA&DHSA
ประเภท KPI	<input checked="" type="checkbox"/> KPI โรงพยาบาลบ้านฝ้อ <input type="checkbox"/> KPI คปสอ.บ้านฝ้อ
ผู้รับผิดชอบ KPI	นางศศิฎารัตน์ ชาตวิชัยพัฒน์
ประเด็น ข้อเสนอแนะ	<p>1. วิทยากร</p> <ul style="list-style-type: none"> - เนื่องจาก ในปีงบประมาณ 2568 ผ่านเกณฑ์ โดยมี 9 ทีม ที่ยังติดสีส้ม และในปีงบประมาณ 2569 ควรทำให้ 9 ทีม ที่ติดสีส้มให้เป็นสีเขียวทั้งหมด - หาสาเหตุทีมที่ยังติดสีส้ม มาจากสาเหตุใด - ให้ผู้รับผิดชอบ บันทึกทีมที่ติดสีส้ม โดยมีจำนวน 5 ทีม คือ ทีม PCT ทีม RM ทีม PTC ทีม ENV ทีม IC และในปี 2569 ให้ทีมที่ติดสีส้มมานำเสนอ ปัญหาและสิ่งที่อยากแก้ไขปัญหา เป็นเวลา 1 นาที <p>2. ผู้บริหารโรงพยาบาล</p> <p>-</p> <p>3. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - เสนอให้ 3 สีที่เป็นสีแดง ส้ม เขียว มาเป็น KPI หลัก <p>4. ผู้เข้าร่วมประชุม</p> <p>-</p>
สรุปประเด็นสำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> - เครื่องมือในการวัดคุณภาพ Scoring ค่าคะแนน ประกอบด้วย 98 ข้อคะแนน โดยมีแต่ละหมวดตั้งแต่หมวด 1 - 98 โรงพยาบาลมีการกระตุ้นในกลุ่มเครือข่ายโรงพยาบาลบ้านฝ้อ และมีการโต้ตอบครั้งที่ 4 -5 จะต้องมีค่าคะแนนที่คาดหวังไม่ต่ำกว่า 2.5 และมีการประเมิน DHA มี 9 ระบบงาน ที่ได้มากกว่า 2.5 คะแนน คือ ได้ 3 คะแนน โดยผ่านการแปลผลจาก (สพร.) เป็นเกรดของโรงพยาบาล โดยแยกเป็น สีแดง สีส้ม สีเขียว - ทีมที่ติดสีส้ม ได้แก่ ทีม PCT ทีม RM ทีม PTC ทีม ENV ทีม IC - หาสาเหตุทีมที่ยังติดสีส้ม มาจากสาเหตุใด

แบบบันทึกข้อเสนอแนะ จากการนำเสนอ KPI (ประเมินผลปลายปี) 2568

ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ 5 อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ภาพรวม)
ประเภท KPI	<input checked="" type="checkbox"/> KPI โรงพยาบาลบ้านฝ้อ <input type="checkbox"/> KPI คปสอ.บ้านฝ้อ
ผู้รับผิดชอบ KPI	นางสาวรัศมี สัจฉินโท
ประเด็นข้อเสนอแนะ	<p>1. วิทยากร</p> <ul style="list-style-type: none"> - วิเคราะห์ภาพรวมอัตราการติดเชื้อภาพรวม โรงพยาบาลเท่าไร - $IC = x / 1000$ (ความยากง่ายไม่เกี่ยวกับการวิเคราะห์ภาพรวมยุทธศาสตร์) - ปัญหาการเกิดขยะติดเชื้อ มีกี่จุด และวิธีการวัดแต่ละจุด - ต้องอัปเดตพื้นที่ติดเชื้อภาพรวมในรพ. ภาพรวม สาเหตุ อย่างไร เพื่อให้การติดเชื้อในโรงพยาบาลต่ำ - ใช้ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมาใช้กับงาน วิธีแก้ที่ดี คือต้องมีกรอบแนวคิดที่ดี - ปัญหากระบวนการ เล็กกว่าปัญหาผลลัพธ์ - ปรับเป็นอัตราไม่เกิน 2.25 ต่อ 1,000 วันนอน <p>2. ผู้บริหารโรงพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - แนะนำให้โทรประสานกับตึกผู้ป่วยโดยตรง <p>3. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</p> <p>การเก็บอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล มี 4 แบบ ดังนี้</p> <p>1. เวชระเบียน 2. ส่งรายงานจากเจ้าหน้าที่ 3. ICWN เก็บรายงานทุกๆเดือน เป้าหมาย 2.25 ผลงาน 2.5 ปัญหา ที่พบ</p> <p>1. คุณภาพการวินิจฉัย 2. แพทย์ไม่ซื้อ 3. การตัดสินใจ</p> <p>4. ผู้เข้าร่วมประชุม</p> <p>ควรวัดการติดเชื้อภาพรวม โรงพยาบาล ระบุจุดพื้นที่แนวทาง ดังนี้</p> <p>1. สร้างระบบรายงาน 2. ถ้าติดเชื้อคืออย่าจะรายงานทันที 3. รายงานเขียนทันที ระบุชื่อ-สกุล รายงานทุกเดือน</p>
สรุปประเด็นสำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> - ควรใช้ทฤษฎีเข้ามาใช้ในการกำหนดกรอบแนวคิดของงาน - วิเคราะห์ขั้นตอนการเก็บการติดเชื้อในโรงพยาบาลใหม่ให้ครอบคลุม

แบบบันทึกข้อเสนอแนะ จากการนำเสนอ KPI (ประเมินผลปลายปี) 2568

ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ 6 ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานบริหารความเสี่ยง ตามเกณฑ์ที่กำหนด
ประเภท KPI	<input checked="" type="checkbox"/> KPI โรงพยาบาลบ้านฝ้อ <input type="checkbox"/> KPI คปสอ.บ้านฝ้อ
ผู้รับผิดชอบ KPI	นางสาวอุไรภรณ์ พิมพ์ทอง
ประเด็น ข้อเสนอแนะ	<p>1. วิทยากร</p> <ul style="list-style-type: none"> - แนะนำมีการ Checklist หน่วยงานที่ส่งรายงานความเสี่ยงและยังไม่ส่งรายงานความเสี่ยงใน ปีงบประมาณ 2568 ที่ผ่านมา และกำกับติดตามทุกหน่วยงานที่ไม่ส่งรายงานความเสี่ยง - แนะนำมีการ Checklist หน่วยงานที่ส่งรายงานความเสี่ยงครบหรือไม่ครบ และกำกับติดตามทุก หน่วยงานที่ไม่ส่งรายงานความเสี่ยงที่ไม่ครบ <p>2. ผู้บริหารโรงพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - เมื่อมีการรายงานความเสี่ยงเกิดขึ้น ควรแก้ไขให้ไม่เกิดซ้ำหรือไม่ให้เกิดรุนแรงจากเดิม <p>3. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - เมื่อ KPI ผ่านเกณฑ์แล้ว ต้องมีการกระตุ้นตามหน่วยงาน กลุ่มงาน ให้มีการแจ้งและส่งรายงานความ เสี่ยงเพิ่มเติม <p>4. ผู้เข้าร่วมประชุม</p> <ul style="list-style-type: none"> -
สรุปประเด็นสำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> - เมื่อ KPI มีการรายงานความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง 3-4 ปี อาจตัดให้เป็นงานประจำได้ - จัดทำระบบการรายงานความเสี่ยงให้เสถียร ใช้งานได้จริง - ประชุมชี้แจง กระบวนการทำงานให้แต่ละหน่วยงานเข้าใจ และเห็นความสำคัญมากขึ้น

แบบบันทึกข้อเสนอแนะ จากการนำเสนอ KPI (ประเมินผลปลายปี) 2568

ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ 7 ร้อยละความสำเร็จของการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาล (RDU hospital)
ประเภท KPI	<input checked="" type="checkbox"/> KPI โรงพยาบาลบ้านฝ้อ <input type="checkbox"/> KPI คปสอ.บ้านฝ้อ
ผู้รับผิดชอบ KPI	นางปัทมา พัฒนขจร
ประเด็น ข้อเสนอแนะ	1. วิทยากร - การใช้ยา Antibiotic ในกลุ่มโรคที่ไม่เหมาะสม report ต่อผอ. และเสนอในทีม PTC - ทีม PCT กำหนดเกณฑ์การใช้ยากับแพทย์ ค้นข้อมูลกับองค์กรแพทย์
	2. ผู้บริหารโรงพยาบาล - ไม่นิยมให้ใช้ Antibiotic ในกลุ่มโรคที่ไม่เหมาะสม ให้ทีมสื่อสารและทำความเข้าใจกับแพทย์
	3. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด เป็น KPI Service Plan มี KPI รong 12 ข้อ ไม่ผ่านเกณฑ์ 5 ข้อ คือ URI, AD, APL (DIAG IPD), FTW และ Non-sedative antihistamine - URI ไม่ผ่านเพราะ ใช้ Antibiotic ในกลุ่มโรคที่ไม่เหมาะสม - Non-sedative antihistamine ไม่ผ่าน ในกลุ่มเด็ก 0-12 ปี และควรใช้ในเด็กต่ำกว่าอายุ 6 ปี
	4. ผู้เข้าร่วมประชุม -
สรุปประเด็นสำคัญ	- การใช้ยา Antibiotic ในกลุ่มโรคที่ไม่เหมาะสม report ต่อผอ. และเสนอในทีม PTC - ทีม PCT กำหนดเกณฑ์การใช้ยากับแพทย์ ค้นข้อมูลกับองค์กรแพทย์ - ให้ทีมสื่อสารและทำความเข้าใจกับแพทย์ - กำหนด KPI รong 5 ตัวที่ไม่ผ่าน

แบบบันทึกข้อเสนอแนะ จากการนำเสนอ KPI (ประเมินผลปลายปี) 2568

ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ 8 ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ ตัวชี้วัดที่ 8.1 ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก
ประเภท KPI	<input checked="" type="checkbox"/> KPI โรงพยาบาลบ้านฝ้อ <input type="checkbox"/> KPI คปสอ.บ้านฝ้อ
ผู้รับผิดชอบ KPI	นางศศิธร ประทุมชาติ
ประเด็น ข้อเสนอแนะ	<p>1. วิทยากร ใช้กรอบ (Quality Management System) ได้ผลลัพธ์ ดังนี้ - ให้บทวนด้านสิ่งแวดล้อม ด้านระยะเวลารอคอย ด้านบุคลากรและการสื่อสาร ด้านผลลัพธ์ของการรักษา (outcome ของการรักษาภาพรวมซึ่งไม่ใช่ใน OPD) - ตั้งไว้ 86 ได้ 75.75</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ด้านสิ่งแวดล้อมและการอำนวยความสะดวก ที่จอดรถ ให้บริการ ห้องน้ำ 2. ด้านกระบวนการและระยะเวลารอคอย หาวิธีการทำอย่างไรให้ผู้รับบริการรอไม่นาน ลดระยะเวลา รอคอย ง่ายต่อผู้ให้บริการ 3. ด้านบุคลากรและการสื่อสาร กระบวนการดี เวลาจะสั้น EX. ท่านได้คิวที่ n เวลาจะประมาณเท่าไร 4. ด้านผลลัพธ์ของการรักษา การวิเคราะห์เป็นภาพรวมตัดออก <ul style="list-style-type: none"> - ตั้งวิเคราะห์แค่ข้อ 1-3 ได้ตัวเลขแล้วนำมาวิเคราะห์ปัญหา - เป้าหมาย เดิมได้ Mean SD. 130 ใหม่ต้องการ Mean SD. 95 (ได้รับบริการที่ 95 นาทีทุกคน) <p><u>ข้อควรระวัง</u> นวัตกรรมเพิ่ม Ex.แพทย์แผนไทยเข้าไปหาระหว่างรอคิว (เพื่อเพิ่มรายได้)</p> <p>2. ผู้บริหารโรงพยาบาล -</p> <p>3. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด - ตั้งเป้าหมาย 86 ได้ผลงาน 75.75 ปัจจัยที่ทำให้ความพึงพอใจ ใช้เชลลีย์ (Shelly) สรุปทฤษฎีความพึงพอใจไว้ว่าเป็นทฤษฎีว่าด้วยความรู้สึกสองแบบของมนุษย์ คือ ความรู้สึกในทางบวก และความรู้สึกทางลบ ความรู้สึกทุกชนิดของมนุษย์จะต้องอยู่ในกลุ่มความรู้สึกทั้งสองแบบนี้ ใช้ SERVQUAL Model นำกรอบแนวคิดมากำหนด KPI และนำมาประเมิน ใช้กรอบ QMS ได้ผลลัพธ์ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ด้านสิ่งแวดล้อมและการอำนวยความสะดวกร้อยละ 80 - ด้านกระบวนการและระยะเวลารอคอยร้อยละ 57.14 - ด้านบุคลากรและการสื่อสารร้อยละ 96 - ด้านผลลัพธ์ของการรักษาร้อยละ 65 <p>4. ผู้เข้าร่วมประชุม</p> <ul style="list-style-type: none"> - ช่องรับยาเภสัช = มีช่องทางด่วน รับยาไม่เกิน 30 นาที เพื่อลดระยะเวลาการรอ - ห้อง Lap เทคนิคการแพทย์ = Lap ไม่ได้คุยกับ OPD (บางรายต้องมาเจาะ Lap การรอผลของ Lap ไม่เท่ากัน) Lap ต้องเก็บข้อร้องเรียน
สรุปประเด็นสำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> - ทำ Mean SD. ให้ระยะเวลาน้อยลง - เสนอเพิ่มนวัตกรรมระหว่างรอตรวจ รักษาเพื่อเพิ่มรายได้ - เน้น 3-4 ด้านแรก เพื่อเป็นกรอบแนวคิดก่อน/แยกประเภทข้อ/รายละเอียด - เข้าใจกรอบคิด เข้าใจปัญหาถึงจะทำได้ - หากจัดการเวลารอคอยไม่ได้ จะมีกิจกรรมอะไรทำกับคนไข้เพื่อคั่นเวลารอคอย

แบบบันทึกข้อเสนอแนะ จากการนำเสนอ KPI (ประเมินผลปลายปี) 2568

ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ 8.2 ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยใน
ประเภท KPI	<input checked="" type="checkbox"/> KPI โรงพยาบาลบ้านฝ้อ <input type="checkbox"/> KPI คปสอ.บ้านฝ้อ
ผู้รับผิดชอบ KPI	นางสาวอันทิกา สุทธิแพทย์
ประเด็น ข้อเสนอแนะ	1. วิทยากร - ให้ผู้ประเมินเป็นบุคคลภายนอกในการประเมินผลงาน - ควรปรับปรุงด้านอะไรเพิ่ม ที่ตึกไหน ในปีงบประมาณ 2569 (แนะนำให้ปรับปรุงตึกสามัญหญิง-ชาย) <u>ปรับปรุง</u> 1.อาหารอร่อยถูกต้องตามหลักโภชนาการ 2. service บุคลากรแพทย์ตามความต้องการของผู้รับบริการ (แพทย์พบผู้ป่วยอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง) 3.ร่วมบริการสามารถให้แพทย์ทางเลือกในการประกอบพิธีกรรมใน Ward เช่น พิธีกรรมต่างๆ ทางความเชื่อ เช่น พิธีเรียกขวัญ
	2. ผู้บริหารโรงพยาบาล -
	3. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด - เป้าหมายร้อยละ 90 ได้ร้อยละ 93 แบ่งเป็นความพึงพอใจห้องพิเศษ, ศัลยกรรม,สามัญชาย-สามัญหญิง ใช้แบบประเมินความพึงพอใจสภาการพยาบาล ดังนี้ 1.บริการของบุคลากร (พฤติกรรมบริการ/การชี้แจงรายละเอียดการรักษา/ระยะเวลา) = 95 2.ด้านสถานที่ สิ่งแวดล้อม (ความพึงพอใจของสถานที่) = 93 3.คุณภาพการรักษาการแพทย์และพยาบาล = 95 - เสนอรองรับห้องพิเศษใหม่ - สํารวจความพึงพอใจ 2 ครั้ง/ปี - อุปกรณ์บริการ (เช่น เสื้อผ้า) และสิ่งของอำนวยความสะดวกไม่เพียงพอ
	4. ผู้เข้าร่วมประชุม -
สรุปประเด็นสำคัญ	- ให้เชิญผู้ประเมินจากที่อื่นมาประเมิน - เติงสามัญหญิง/ชาย ค่าประเมินน้อยที่สุด จะปรับปรุงอย่างไร - ควรปรับปรุงด้านอะไรเพิ่ม ที่ตึกไหนบ้าง

แบบบันทึกข้อเสนอแนะ จากการนำเสนอ KPI (ประเมินผลปลายปี) 2568

ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ 8.3 ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการในชุมชน
ประเภท KPI	<input checked="" type="checkbox"/> KPI โรงพยาบาลบ้านฝ้อ <input type="checkbox"/> KPI คปสอ.บ้านฝ้อ
ผู้รับผิดชอบ KPI	นางสาวนันตพร บุญธรรม
ประเด็นข้อเสนอแนะ	<p>1. วิทยากร</p> <p>- ผู้รับบริการในชุมชน ได้แก่ Palliative Care / คนไข้ติดเตียงประเภท 1,2,3 / คนไข้ Continuing of Care/ ผู้พิการ</p> <p>กิจกรรมที่ทำ ได้แก่ การเยี่ยมบ้าน คัดกรอง</p> <p>- ใช้ Statistics หา Sample size หาความเชื่อมั่น</p> <p>- สิ่งที่ทำปีงบประมาณ 2569</p> <p>1. ปรับผู้รับบริการในชุมชนใหม่ (N1,N2,N3) กรณีผู้รับบริการมากใช้สถิติขั้นต่ำ กรณีผู้รับบริการน้อยใช้ Population วิเคราะห์อีกครั้ง จากนั้นคืนข้อมูล และนำมาวิเคราะห์ข้อมูล</p> <p><u>ควรระวัง</u> กรณีถ้าค่าความพึงพอใจมาก</p> <p>1. แบบสอบถามดีหรือไม่</p> <p>2. ใครเป็นคนสำรวจ</p> <p>- ขอข้อมูลคนไข้ Palliative Care ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลและห้องไม่พอ ส่งข้อมูลให้ผอ.สรุป</p> <p>1. ขยาย Target Group</p> <p>2. คำถามไม่ละเอียดพอการเก็บความพึงพอใจของผู้รับบริการ ในการแก้ไข้ปัญหา</p> <p>3. ห้อง Palliative Care ไม่เพียงพอ</p>
	<p>2. ผู้บริหารโรงพยาบาล</p> <p>- ทิมผู้รับบริการในชุมชน วิเคราะห์ วางแผน และสรุป นำเสนอแก่ผอ.อีกครั้ง</p>
	<p>3. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</p> <p>- เป้าหมายร้อยละ 75 ผลงานร้อยละ 92 ประเมินความพึงพอใจญาติ ความพึงพอใจผู้รับบริการในชุมชน ทำในกลุ่ม Palliative Care ผู้สูงอายุ ใช้กรอบความพึงพอใจการพยาบาล มช. แบ่งสเกล 4 ระดับ ปัญหา (ข้อจำกัด)</p> <p>- กลุ่ม Palliative Care ในกลุ่มโรงพยาบาล ญาติประสงค์อยู่กับคนไข้วาระสุดท้าย แต่ไม่สามารถอยู่ในช่วงเวลาก่อนเสียชีวิต เนื่องจากไม่ห้องพักที่เพียงพอ</p> <p>- ไม่มีห้องรับรองเพียงพอสำหรับกลุ่ม Palliative Care</p> <p>แนวทางแก้ไข : เบื้องต้นได้แบ่งโซนเตียงวาระสุดท้าย</p>
	<p>4. ผู้เข้าร่วมประชุม</p>
สรุปประเด็นสำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> - ขยาย Target Group - ใช้ Statistics หา Sample size หาความเชื่อมั่น - เก็บข้อมูลคนไข้ Palliative Care ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล ที่ญาติไม่ได้อยู่ด้วยในวาระสุดท้าย เนื่องจากไม่มีห้อง เสนอต่อ ผอ. เพื่อวางแผนแก้ไข้ปัญหา - ต้องรู้ KPI ก่อนว่า คนไข้ในชุมชนเป้าหมาย คือกลุ่มใดบ้าง PC/COC หรือกลุ่มเยี่ยมบ้าน - เพิ่ม N (ผู้สูงอายุ) 10% - ขอคู่มือเลข คนไข้ PC ที่เสียชีวิตใน โรงพยาบาล/ห้องพักไม่พอ แต่ละปีมีกี่ราย

แบบบันทึกข้อเสนอแนะ จากการนำเสนอ KPI (ประเมินผลปลายปี) 2568

ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ 9 ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน
ประเภท KPI	<input checked="" type="checkbox"/> KPI โรงพยาบาลบ้านฝ้อ <input type="checkbox"/> KPI คปสอ.บ้านฝ้อ
ผู้รับผิดชอบ KPI	นางสาวเมธินี ศรีภูมิ
ประเด็น ข้อเสนอแนะ	1. วิทยากร <ul style="list-style-type: none"> - ควรวิเคราะห์จำนวนคนและจำนวนข้างของดวงตา - ศักยภาพของผู้รับผิดชอบ KPI จะผ่านที่เท่าใด และภายในกี่ปีถึงจะหมดปัญหา - กำหนดยุทธศาสตร์เท่าใด และยกไปในปี 2570 เท่าใด - ปี 2569 หัวตัวเลข มีกี่ คน มีกี่ข้างซ้าย-ขวา ที่ได้รับการผ่าตัด/และไม่ได้ผ่า - อาจตัด KPI เป็นงานประจำ
	2. ผู้บริหารโรงพยาบาล <ul style="list-style-type: none"> -
	3. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด <ul style="list-style-type: none"> - ในปี 2569 ตั้งเป้าหมายไว้ที่ 300 คน โดยมาจากการคัดกรองใหม่ - ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก Blinding Cataract ในปีงบประมาณ 2568 พบที่ 234 คน โดยผ่าตัดใน 30 วัน จำนวน 213 คน คิดเป็นร้อยละ 91 และหลัง 30 วัน จำนวน 21 คน คิดเป็น 20%
	4. ผู้เข้าร่วมประชุม
สรุปประเด็นสำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> - หาจำนวนผู้ป่วยที่ยังไม่ได้ผ่า ตาข้างซ้าย-ขวา และวิเคราะห์ - จำนวนผู้ป่วยที่ตั้งไว้ในปี 2569

แบบบันทึกข้อเสนอแนะ จากการนำเสนอ KPI (ประเมินผลปลายปี) 2568

ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ 9.2 ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจจอ ตา และรักษาอย่าง เหมาะสมทันเวลา
ประเภท KPI	<input checked="" type="checkbox"/> KPI โรงพยาบาลบ้านฝ้อ <input type="checkbox"/> KPI คปสอ.บ้านฝ้อ
ผู้รับผิดชอบ KPI	นางฉันทนา ผิวสว่าง นางณัฐนาฏ ทองมีศรี
ประเด็น ข้อเสนอแนะ	1. วิทยากร - ผลงานที่ทำได้ คือ ร้อยละ 83 โดยเหลืออีกร้อยละ 17 ที่ไม่ได้เข้าระบบคัดกรอง ต้องมีการค้นหาโดยบุคลากรในพื้นที่ - ตรวจคัดกรองตาทุกปี ในไตรมาส 1 – 2
	2. ผู้บริหารโรงพยาบาล -
	3. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด - มีนโยบายที่ขับเคลื่อนต่อคือ มีการอบรมให้แก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต. โดยให้มีการตรวจตาคนในชุมชน - มีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 27 คน ส่งรักษาตามเกณฑ์ จำนวน 24 คน ขาด 3 คน (เหตุผลการเดินทาง)
	4. ผู้เข้าร่วมประชุม -
สรุปประเด็นสำคัญ	- กลุ่มเป้าหมาย คือ 8,300 คน โดยมีการตรวจตาตลอดทุกปี - มีภาวะแทรกซ้อน 27 คน และได้ส่งรักษาตามเกณฑ์ 24 คน จะเหลือ 3 คน ที่ไม่สะดวกในการเดินทางมารักษา - กลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาตามเกณฑ์ จะมีการจัดการอย่างไรต่อ เพื่อไม่ให้เกิดการเสี่ยงสูง - วางแผนกระบวนการดำเนินงานในทีม และคัดกรองค้นหาให้ครบตามเป้าหมาย

แบบบันทึกข้อเสนอแนะ จากการนำเสนอ KPI (ประเมินผลปลายปี) 2568

ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ 10 ร้อยละการเข้าถึงการรักษาดูแลบริการทันตกรรมเฉพาะทาง
ประเภท KPI	<input checked="" type="checkbox"/> KPI โรงพยาบาลบ้านฝ้อ <input type="checkbox"/> KPI คปสอ.บ้านฝ้อ
ผู้รับผิดชอบ KPI	ทพ.มัศการ นาสมนยต์
ประเด็น ข้อเสนอแนะ	<p>1. วิทยากร</p> <ul style="list-style-type: none"> - คง KPI ร้อยละการเข้าถึงการรักษาดูแลบริการทันตกรรมเฉพาะทางไว้ - รายได้ งานใดทำเงินได้มาก ทำเงินได้น้อย และจะมีแนวทางทำต่อเนื่องอย่างไร - วัตถุประสงค์ KPI ตัวนี้มี 2 อย่าง คือ เพิ่มคุณภาพชีวิตช่องปากให้แก่ผู้ป่วย และเพิ่มรายได้ให้แก่โรงพยาบาล /KPI นี้ถือว่าบรรลุ และเกินเป้าหมาย - จำนวนการเข้าถึงการรักษาดูแลบริการทันตกรรมเฉพาะทาง ผลงานที่ได้ (KPI รอง) ทั้งหมด 4,842 งาน จากหัตถกรรมทั้งหมด 54,486 งาน - มิติเชิงปริมาณผ่าน และจำนวนหัตถกรรมที่เพิ่มขึ้นใหม่มีอะไรบ้าง - ประเภทหัตถกรรม มีทั้งหมด 8 อย่าง (ลดทันตกรรมรากเทียมลงเนื่องจากไม่มีเคส และอุปกรณ์รากเทียม) - ปี 2568 ได้จำนวนงานทั้งหมด 4,842 งาน / ปี 2569 แนะนำให้แยกงานที่เป็นหัตถกรรมเดียวกันของคนเดียวกัน
	<p>2. ผู้บริหารโรงพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - ควรมีการเตรียมข้อมูลแนวทางที่จะต่อไป และมีการคิดต้นทุน หลักต้นทุน และนำมาคิดเป็นค่าตอบแทนส่วนหนึ่งแบ่งให้ผู้ปฏิบัติ อีกส่วนแบ่งเข้าโรงพยาบาล - รวมรายได้จากหัตถกรรมทั้งหมด และวิเคราะห์ต้นทุน
	<p>3. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละการเข้าถึงการรักษาดูแลบริการทันตกรรมเฉพาะทาง โดยคิดจาก จำนวนหัตถกรรมเฉพาะทางนำมาหารกับหัตถกรรมทั้งหมด (ในปี 2569 ควรแยกออกทั้งสองตัว ไม่ควรนำมาหาร) - การเข้าถึงการรักษาดูแลบริการทันตกรรมเฉพาะทาง จำนวนผลงานที่ได้ ใส่ไว้ใน KPI รอง ได้ทั้งหมด 4,842 งาน จากหัตถกรรมทั้งหมด 54,486 งาน - เสนอให้เพิ่มค่าตอบแทนของเจ้าหน้าที่ที่ทำงานทันตกรรม - จำนวนหัตถกรรมที่เพิ่มขึ้น จากปีที่ผ่านมา คือ ทันตกรรมสวยงาม วีเนียร์ งานครอบฟัน - ประเภทหัตถกรรม มีทั้งหมด 8 อย่าง (ลดทันตกรรมรากเทียมลงเนื่องจากไม่มีเคส และอุปกรณ์รากเทียม) - หัตถกรรมที่ทำเงินได้เยอะสุด คือ งานครอบฟัน และต้องวิเคราะห์ต้นทุนเพิ่มเติม
	<p>4. ผู้เข้าร่วมประชุม</p> <ul style="list-style-type: none"> -
สรุปประเด็นสำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> - ประเภทหัตถกรรม มีทั้งหมด 8 อย่าง (ลดทันตกรรมรากเทียมลงเนื่องจากไม่มีเคส และอุปกรณ์รากเทียม) - หัตถกรรมที่ได้กำไรมากที่สุดคือ งานครอบฟัน - แยกงานที่เป็นหัตถกรรมเดียวกัน และวิเคราะห์ให้ชัดเจน - มิติเชิงปริมาณผ่าน และจำนวนหัตถกรรมที่เพิ่มขึ้นใหม่มีอะไรบ้าง - จำนวนหัตถกรรมที่เพิ่มขึ้น จากปีที่ผ่านมา คือ ทันตกรรมสวยงาม วีเนียร์ งานครอบฟัน - ควรมีการเตรียมข้อมูลแนวทางที่จะต่อไป และมีการคิดต้นทุน หลักต้นทุน และนำมาคิดเป็นค่าตอบแทนส่วนหนึ่งแบ่งให้ผู้ปฏิบัติ อีกส่วนแบ่งเข้าโรงพยาบาล - แยก 2 ส่วน คือ กำหนดเป็นจำนวนหัตถกรรม ไม่ต้องนำมาหาร

แบบบันทึกข้อเสนอแนะ จากการนำเสนอ KPI (ประเมินผลปลายปี) 2568

ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ 11 ร้อยละความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย Intermediate care ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ตัวชี้วัดที่ 11.1 ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการบริหารพื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ ก่อนครบ 6 เดือน ตัวชี้วัดที่ 11.2 ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care* หลังระยะ 6 เดือน ที่มี Barthel index ≤ 11 ได้รับการดูแล และไม่มีภาวะแทรกซ้อน
ประเภท KPI	<input checked="" type="checkbox"/> KPI โรงพยาบาลบ้านฝ้อ <input type="checkbox"/> KPI คปสอ.บ้านฝ้อ
ผู้รับผิดชอบ KPI	นางสาวพัชรินทร์ แก้วดวงดี
ประเด็นข้อเสนอแนะ	<p>1. วิทยากร</p> <ul style="list-style-type: none"> - ในการประเมิน ควรแยก Complication ว่าจำนวนกี่คน - สาเหตุ มีกลุ่มใดบ้างที่ทำให้ไม่สำเร็จ - ควรมีการจัดการข้อมูลที่ดี <p>2. ผู้บริหารโรงพยาบาล</p> <p>-</p> <p>3. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</p> <p>-</p> <p>4. ผู้เข้าร่วมประชุม</p> <p>-</p>
สรุปประเด็นสำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> - ถ้า BMI = เกิน 15 จะต้อง มี Complication อย่างน้อย 2 ข้อ ใน 5 ข้อ โดยจะมี 5 ข้อที่เป็น Complication ถ้าได้ 2 ข้อ ใน 5 ข้อ จะเป็น INC - N = 158 คน - X - แยก การเกิด Complication ให้ชัดเจนว่าจำนวนกี่คน

แบบบันทึกข้อเสนอแนะ จากการนำเสนอ KPI (ประเมินผลปลายปี) 2568

ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ 12 ค่าคะแนนผลการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วย Homeward ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน
ประเภท KPI	<input checked="" type="checkbox"/> KPI โรงพยาบาลบ้านฝื่อ <input type="checkbox"/> KPI คปสอ.บ้านฝื่อ
ผู้รับผิดชอบ KPI	นางศัญจารัตน์ ชาตวิชัยพัฒน์
ประเด็น ข้อเสนอแนะ	1. วิทยากร - ศึกษาค่าคะแนนผลการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วย Home ward /ค่าคะแนนตามแบบประเมินมาตรฐานงาน Home ward ทั้งหมด 20 ข้อ เพิ่มเติม
	2. ผู้บริหารโรงพยาบาล -
	3. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด -
	4. ผู้เข้าร่วมประชุม
สรุปประเด็นสำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> - ศึกษาค่าคะแนนตามแบบประเมินมาตรฐานงาน Home ward ทั้งหมด 20 ข้อ เพิ่มเติม - วิเคราะห์ผลการดำเนินงานทั้ง 20 ข้อ - นำไปเป็น KPI รอง ในจำนวนเงินที่เป็นผลสัมฤทธิ์ในการดูแลผู้ป่วย Home ward

แบบบันทึกข้อเสนอแนะ จากการนำเสนอ KPI (ประเมินผลปลายปี) 2568

ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ 13 ร้อยละการเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพของผู้ป่วยระยะยาวจากผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 มีอาการคงที่และดีขึ้น
ประเภท KPI	<input checked="" type="checkbox"/> KPI โรงพยาบาลบ้านฝ้อ <input type="checkbox"/> KPI คปสอ.บ้านฝ้อ
ผู้รับผิดชอบ KPI	นางสาวภิญญดา ฝิวอ่อน
ประเด็น ข้อเสนอแนะ	<p>1. วิทยากร</p> <ul style="list-style-type: none"> - KPI ตัวนี้ ควรเป็น PCU รับผิดชอบ - ผลการดำเนินการ ทั้งปี อาจมากกว่า 104 อาจจะมากกว่า 45 คน หรือน้อยกว่า 45 คน - ในการคำนวณ ใช้ตัวดีขึ้นกับคงที่ หารด้วย 104 - ค่าเป้าหมาย คงไว้ที่ร้อยละ 85 - ตัดเป็น KPI คปสอ. แต่การนำเสนอข้อมูลแยกเป็น 2 ส่วน คือ PCU และ รพ.สต <p>2. ผู้บริหารโรงพยาบาล</p> <p>-</p> <p>3. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประเภทที่ 3 คือ ADL = 0 – 4 และมีอุปกรณ์ติดตามตัวเมื่อไปใช้ชีวิตอยู่ที่บ้าน จำนวน 104 คน ดีขึ้น คงที่ อยู่ที่ 88 คน - ดีขึ้น 63 คน คงที่ 25 คน แย่ลง 16 ราย (เสียชีวิต 7 คน) , (Palliative Care 9 คน) รวม 88 คน - ปี 2569 มีจำนวน 20 คน และย้ายจากปี 2568 มา 25 คน รวม 45 คน โดยจาก 88 คน ซึ่งเปลี่ยน ADL ที่ดีขึ้น <p>4. ผู้เข้าร่วมประชุม</p> <p>-</p>
สรุปประเด็นสำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> - จากเดิม KPI ตัวนี้ เป็น KPI ของจังหวัด โดยมีการเก็บข้อมูลอยู่ที่ มากกว่าร้อยละ 40 - ตัดเป็น KPI คปสอ. แต่การนำเสนอข้อมูลแยกเป็น 2 ส่วน คือ PCU และ รพ.สต - ระบุตัวเลข และวิเคราะห์กลุ่มเป้าหมายให้ชัดเจน

แบบบันทึกข้อเสนอแนะ จากการนำเสนอ KPI (ประเมินผลปลายปี) 2568

ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ 14 ร้อยละการ Refer out มีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด (RW ความรุนแรงของกลุ่มโรคน้อยกว่า 1)
ประเภท KPI	<input checked="" type="checkbox"/> KPI โรงพยาบาลบ้านฝ้อ <input type="checkbox"/> KPI คปสอ.บ้านฝ้อ
ผู้รับผิดชอบ KPI	นางสาวณิรนุช ปราบคนขี้
ประเด็น ข้อเสนอแนะ	<p>1.วิทยากร คิดกระบวนการ และดูปัจจัยการ Refer ต้องการลดอย่างไร ใช้ทฤษฎีใดในการลด</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.แยกประเภทคนไข้ 2.บอกสาเหตุ (Select Case) ออกมา 3.แจ้งผู้บริหาร เพื่อให้แจ้งแพทย์ (เฉพาะทาง) <p>ต้อง Refer out ก่อนเพื่อให้ ดูว่า case ไตรุนแรงควร refer และ case ที่ไม่รุนแรง แต่ refer สาเหตุของการ refer ปัญหาคืออะไร</p> <p>2. ผู้บริหารโรงพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - เก็บข้อมูลมาวิเคราะห์ เพื่อให้เจอสาเหตุ เช่น เครื่องมือไม่ครบ ปัญหาซับซ้อน - case ที่รอได้ ให้นำมาผ่า - case ที่รอไม่ได้ ให้ส่งต่อ (Seavia) <p>3. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - ลดการ Refer out ลงเพื่อลด RW น้อยกว่า 1 - IPD 671 ราย/RW 347 ราย คิดเป็นร้อยละ 51 % ปี 2567 54.4% - ปัญหา คือ แพทย์เฉพาะทางไม่ครบ (ไม่มีวิสัญญีแพทย์) - มีแพทย์กระดูก แต่ขาดแคลนเครื่องมือในการผ่าตัด - ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน <p>4. ผู้เข้าร่วมประชุม</p> <p>-</p>
สรุปประเด็นสำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> - วิเคราะห์ข้อมูลเป็นตัวเลข % ให้ชัดเจน - บอกสาเหตุ (Select Case) แยกประเภทคนไข้ - วิเคราะห์การ Refer ทั้งกลุ่มโรค RW ความรุนแรงของกลุ่มโรคน้อยกว่า 1 และมากกว่า 1

แบบบันทึกข้อเสนอแนะ จากการนำเสนอ KPI (ประเมินผลปลายปี) 2568

ชื่อตัวชี้วัด	<p>ตัวชี้วัดที่ 15 ร้อยละการ Refer in ใน 5 สาขาที่มี RW มากกว่าศักยภาพของโรงพยาบาลลูกข่ายเพิ่มขึ้น</p> <p>ตัวชี้วัดที่ 15.1 ร้อยละของผู้ป่วย Refer in ใน 5 สาขาที่มี RW มากกว่าศักยภาพของโรงพยาบาลน้ำโสม ส่งต่อมาที่โรงพยาบาลบ้านฝ้อ เพิ่มขึ้นร้อยละ 20</p> <p>ตัวชี้วัดที่ 15.2 ร้อยละของผู้ป่วย Refer in ใน 5 สาขาที่มี RW มากกว่าศักยภาพของโรงพยาบาลนาบุญ ส่งต่อมาที่โรงพยาบาลบ้านฝ้อ เพิ่มขึ้นร้อยละ 20</p>											
ประเภท KPI	<input checked="" type="checkbox"/> KPI โรงพยาบาลบ้านฝ้อ <input type="checkbox"/> KPI คปสอ.บ้านฝ้อ											
ผู้รับผิดชอบ KPI	นางสาวณิรณัฐ ปราบคนชู้											
ประเด็นข้อเสนอแนะ	<p>1.วิทย์ากร Refer in เพื่อแบ่งเบาโรงพยาบาลอุดร และซัพพอร์ต โรงพยาบาลน้ำโสมและโรงพยาบาลนาบุญ</p> <table border="1" data-bbox="323 707 1506 808"> <thead> <tr> <th>ลำดับ</th> <th>รพ.น้ำโสม</th> <th>รพ.นาบุญ</th> <th>Refer in</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>วิเคราะห์ ก่อน/หลัง</td> <td>วิเคราะห์ ก่อน/หลัง</td> <td>%</td> </tr> </tbody> </table> <p>น้ำโสม/นาบุญ</p> <ol style="list-style-type: none"> = A case/ B case = $A - B / A = \%$ ประเมินรับไว้ที่เรา และส่งต่อ ให้เป็นกี่ % คิดเป็นร้อยละ แยกรายโรค คิดจำนวน N ว่าศักยภาพที่พัฒนา โรงพยาบาลบ้านฝ้อเก่งขึ้น หรือโรงพยาบาลลูกข่ายเก่งขึ้น <p>2. ผู้บริหารโรงพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> แนะนำให้แจ้งลูกข่ายโรงพยาบาลน้ำโสมและโรงพยาบาลนาบุญ ให้โทร Consult Case ก่อน โรงพยาบาลบ้านฝ้อสามารถดูแลได้ หากเกินความสามารถของโรงพยาบาลบ้านฝ้อให้ ส่งต่อเคสไปยังโรงพยาบาลอุดรธานี วิเคราะห์ ทำเป็น Checklist เหตุผลของการ refer และระบุปัญหา <p>3. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</p> <ul style="list-style-type: none"> มีลูกข่าย โรงพยาบาลน้ำโสมและโรงพยาบาลนาบุญ ปี 2567 รพ.น้ำโสม /รพ.นาบุญ ส่งมา 100 รับได้ 36% ปี 2568 รพ.น้ำโสม /รพ.นาบุญ ส่งมา 100 รับได้ 62% <p>4. ผู้เข้าร่วมประชุม</p> <p>-</p>				ลำดับ	รพ.น้ำโสม	รพ.นาบุญ	Refer in	1	วิเคราะห์ ก่อน/หลัง	วิเคราะห์ ก่อน/หลัง	%
ลำดับ	รพ.น้ำโสม	รพ.นาบุญ	Refer in									
1	วิเคราะห์ ก่อน/หลัง	วิเคราะห์ ก่อน/หลัง	%									
สรุปประเด็นสำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> - คารวิเคราะห์ข้อมูลของ refer in และ refer out มีตัวเลขยืนยันที่ชัดเจน - วิเคราะห์ ที่ประเมิน รับไว้ที่รพ.บ้านฝ้อ และส่งต่อรพ.อุดรธานี ให้เป็นกี่ % - วิเคราะห์ แยกรายโรค และคำนวณเป็นร้อยละ % 											

แบบบันทึกข้อเสนอแนะ จากการนำเสนอ KPI (ประเมินผลปลายปี) 2568

ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ 16 ระดับความสำเร็จในการเตรียมความพร้อมโรงพยาบาลลูกข่ายเพื่อเข้ารับพัฒนา ศักยภาพบุคลากร
ประเภท KPI	<input checked="" type="checkbox"/> KPI โรงพยาบาลบ้านฝื่อ <input type="checkbox"/> KPI คปสอ.บ้านฝื่อ
ผู้รับผิดชอบ KPI	องค์กรแพทย์ / พยาบาล
ประเด็น ข้อเสนอแนะ	1. วิทยากร ตัด KPI นี้ออก
	2. ผู้บริหารโรงพยาบาล ตัด KPI นี้ออก
	3. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด
	4. ผู้เข้าร่วมประชุม
สรุปประเด็นสำคัญ	ตัด KPI นี้ออก

แบบบันทึกข้อเสนอแนะ จากการนำเสนอ KPI (ประเมินผลปลายปี) 2568

ชื่อตัวชี้วัด	<p>ตัวชี้วัดที่ 17 ร้อยละบุคลากรในโรงพยาบาลได้รับการพัฒนาความรู้ตามยุทธศาสตร์ที่กำหนด (วิชาชีพ/AI)</p> <p>ตัวชี้วัดที่ 17.1 ร้อยละบุคลากรที่ได้รับการอบรมพัฒนา จากทั้งหน่วยงานภายนอกและภายใน 20 ชม./ปี</p> <p>ตัวชี้วัดที่ 17.2 ร้อยละบุคลากรตามวิชาชีพได้รับการอบรมตามยุทธศาสตร์ขององค์กร</p>
ประเภท KPI	<input checked="" type="checkbox"/> KPI โรงพยาบาลบ้านฝื่อ <input type="checkbox"/> KPI คปสอ.บ้านฝื่อ
ผู้รับผิดชอบ KPI	นางสาววาทิตี บัวคอม
ประเด็นข้อเสนอแนะ	<p>1. วิทยากร</p> <p>ตัวชี้วัดที่ 17.1 ร้อยละบุคลากรที่ได้รับการอบรมพัฒนา จากทั้งหน่วยงานภายนอกและภายใน 20 ชม./ปี</p> <ul style="list-style-type: none"> - ควรมีการอบรม Statistics <p>ตัวชี้วัดที่ 17.2 ร้อยละบุคลากรตามวิชาชีพได้รับการอบรมตามยุทธศาสตร์ขององค์กร</p> <ul style="list-style-type: none"> - การพัฒนาบุคลากร ให้ครบตามเกณฑ์ - เน้นยุทธศาสตร์ที่สำคัญทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> 1. การเข้าถึงบริการแพทย์ทางเลือก Wellness Community 2. การจัดบริการดูแลสุขภาพ Wellness aging Care 3. งานวิจัย นวัตกรรม สร้างรายได้ 4. การบริหารทรัพยากรบุคลากร เพื่อรองรับ M1 5. ให้บริการเฉพาะทางด้านต่างๆตามความเชี่ยวชาญทางการแพทย์ และทันตกรรม (SMC) 6. การบริหารการเงินการคลัง - พัฒนาการฝึกอบรมที่เกี่ยวข้อง - เน้น Wellness Center, จิตเวช ชุมชน - ยุทธศาสตร์ พัฒนาคน ตามงาน (ให้มีการอบรม เรียนรู้ในงานที่ได้รับมอบหมาย) - N คือเท่าใด คิดเป็นกี่เปอร์เซ็นต์ - ค้นหาบุคคลตามสมรรถนะให้ตรงตามยุทธศาสตร์ โดยมี ผอ.พิจารณา <p>2. ผู้บริหารโรงพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - สามารถจัดอบรมในพื้นที่โรงพยาบาลบ้านฝื่อได้ โดยมีการเชิญอาจารย์มาบรรยายได้ <p>3. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - <p>4. ผู้เข้าร่วมประชุม</p> <ul style="list-style-type: none"> -
สรุปประเด็นสำคัญ	<p>นำข้อที่ 42 ร้อยละของบุคลากรได้รับการพัฒนาสมรรถนะตามเกณฑ์ยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน มารวมกันกับข้อ 17.2 โดยในการรายงานผลการดำเนินงาน ให้ระบุแยกตาม KPI ย่อยเช่นเดิม</p> <ul style="list-style-type: none"> - เน้นการพัฒนาบุคลากร ให้ครบตามเกณฑ์ - เน้นยุทธศาสตร์ที่สำคัญทั้ง 6 ด้าน ของผู้อำนวยการ - วิเคราะห์ N คือเท่าใด และผลลัพธ์ คิดเป็นกี่เปอร์เซ็นต์

แบบบันทึกข้อเสนอแนะ จากการนำเสนอ KPI (ประเมินผลปลายปี) 2568

ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ 18 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์
ประเภท KPI	<input checked="" type="checkbox"/> KPI โรงพยาบาลบ้านฝ้อ <input type="checkbox"/> KPI คปสอ.บ้านฝ้อ
ผู้รับผิดชอบ KPI	นางอภิสร่า พุทธาศรี
ประเด็น ข้อเสนอแนะ	1. วิทยากร - การฝากครรภ์ที่สมบูรณ์แบบ นำมาสู่ลูกเกิดรอด แรกเกิด 2,500 ไม่เกิน 7 KPI ได้ 5.8 แสดงว่าการฝากครรภ์ส่งผลต่อเด็ก - แม่ปลอดภัย อัตราตายไม่มีการตาย - KPI นี้ดีต่อก เป็นงานประจำ
	2. ผู้บริหารโรงพยาบาล
	3. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด - เป้าหมาย 95 ผลงาน 93.55 ฝากงานครั้งแรกใน 12 สัปดาห์ การฝากครรภ์ที่สมบูรณ์แบบ นำมาสู่ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย
	4. ผู้เข้าร่วมประชุม
สรุปประเด็นสำคัญ	- การฝากครรภ์ที่สมบูรณ์แบบ การฝากครรภ์ส่งผลต่อเด็ก - แม่ปลอดภัย อัตราตายไม่มีการตาย - KPI นี้ดีต่อก เป็นงานประจำ

แบบบันทึกข้อเสนอแนะ จากการนำเสนอ KPI (ประเมินผลปลายปี) 2568

ชื่อตัวชี้วัด	<p>ตัวชี้วัดที่ 19 ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย</p> <p>ตัวชี้วัดที่ 19.1 ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ด้วย DSPM</p> <p>ตัวชี้วัดที่ 19.2 ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองสงสัยครั้งแรก</p> <p>ตัวชี้วัดที่ 19.3 ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการติดตามพัฒนาการล่าช้า</p>
ประเภท KPI	<input checked="" type="checkbox"/> KPI โรงพยาบาลบ้านฝ้อ <input type="checkbox"/> KPI คปสอ.บ้านฝ้อ
ผู้รับผิดชอบ KPI	นางสาวรุ่งธิวา ภูมิลา
ประเด็นข้อเสนอแนะ	<p>1. วิทยากร</p> <ul style="list-style-type: none"> - ควรมีการคัดกรอง ดูแลรักษา ต้องมีการเจริญเติบโตทั้งร่างกายและจิตใจ - เด็กทุกคนได้รับการคัดกรอง DSPM คัดกรองเด็ก เป้าหมายร้อยละ 35 ทำได้ 30.93 - ควรต้องมีการติดตามและประเมินซ้ำภายใน 1 เดือน - KPI ข้อที่ 19.4 ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ที่สงสัยล่าช้าได้รับการพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA 4I เป็นคะแนนถ่วงน้ำหนัก ให้รวมเป็น KPI เดียวกัน <p>2. ผู้บริหารโรงพยาบาล</p> <p>-</p> <p>3. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</p> <p>-</p> <p>4. ผู้เข้าร่วมประชุม</p> <p>-</p>
สรุปประเด็นสำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> - เด็ก 0-5 ปี ทั้งหมดจำนวน 5,493 คน ต้องคัดกรองได้ร้อยละ 95 โดยคัดกรองได้จริง ร้อยละ 93 - มีการกระตุ้น 1,437 คน พัฒนาการล่าช้า 270 คน - สงสัยจะล่าช้าอยู่ที่ 214 คน - พัฒนาการล่าช้าอยู่ที่ 56 คน - KPI ข้อที่ 19.4 ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ที่สงสัยล่าช้าได้รับการพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA 4I เป็นคะแนนถ่วงน้ำหนัก ให้นำมารวมเป็นตัวเดียวกัน เป็น 1 ข้อใหญ่ คือ ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย และมี KPI รอง 4 ข้อ

แบบบันทึกข้อเสนอแนะ จากการนำเสนอ KPI (ประเมินผลปลายปี) 2568

ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ 19.4 ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ที่ส่งสัยล่าช้าได้รับการพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA 4I
ประเภท KPI	<input checked="" type="checkbox"/> KPI โรงพยาบาลบ้านฝ้อ <input type="checkbox"/> KPI คปสอ.บ้านฝ้อ
ผู้รับผิดชอบ KPI	นางอนุชศรา ใจชื่อ
ประเด็นข้อเสนอแนะ	<p>1. วิทยากร</p> <ul style="list-style-type: none"> - ควรมีการคัดกรอง ดูแลรักษา - ควรมีการติดตามแล้วมีเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA 4I ต้องได้ร้อยละ 80 - หลังจากติดตามจาก TEDA 4I จำนวน 91 คน มีการกระตุ้นแล้วมีพัฒนาการสมวัย จำนวน 214 คน - เด็กรักษาที่โรงพยาบาลบ้านฝ้อไม่ได้ แล้วถูกส่งไปที่โรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน 19 คน ถ้าส่งตัวไปแล้วมีพัฒนาการดีขึ้น จะทำให้เป้าหมายในการดำเนินการลดลง - คะแนนเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักของข้อที่ 19 รวมเป็นตัวเดียวกัน <p>2. ผู้บริหารโรงพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - <p>3. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - <p>4. ผู้เข้าร่วมประชุม</p> <ul style="list-style-type: none"> -
สรุปประเด็นสำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> - รวมเป็นข้อเดียวกันกับข้อ ตัวชี้วัดที่ 19 ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย และมี KPI รอง 4 ข้อ - เข้าสูั้ในกระบวนการของโรงพยาบาล จำนวน 96 คน รักษาที่โรงพยาบาลบ้านฝ้อไม่ได้ แล้วถูกส่งไปที่โรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน 19 คน

แบบบันทึกข้อเสนอแนะ จากการนำเสนอ KPI (ประเมินผลปลายปี) 2568

ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ 20 ร้อยละเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ (Caries free)
ประเภท KPI	<input checked="" type="checkbox"/> KPI โรงพยาบาลบ้านฝ้อ <input type="checkbox"/> KPI คปสอ.บ้านฝ้อ
ผู้รับผิดชอบ KPI	ทพ.มัศการ นาสมนยต์
ประเด็น ข้อเสนอแนะ	<p>1. วิทยากร</p> <ul style="list-style-type: none"> - แนะนำให้ศึกษา KPI ของจังหวัด ถ้าสูงกว่าของจังหวัด อาจจะต้องได้ลดความสำคัญของ KPI ลง แต่หากต่ำกว่าของจังหวัด อาจจะต้องเร่งดำเนินการ - แนะนำให้กำหนดกลุ่มเป้าหมาย KPI อีกครั้ง โดยวิเคราะห์จากของจังหวัดและมีกลุ่มเป้าหมายเท่าใด Base line ของโรงพยาบาลเท่าใด และจะเพิ่มขึ้นตามที่จังหวัดกำหนดหรือไม่ - ช่วงประเมินกลางปีที่ผ่านมา ผลงานของ คปสอ.ดีกว่า ผลงาน ของ รพ. เพราะอะไร ...เนื่องจากมีความคาดเคลื่อนของข้อมูล เพราะใน คปสอ.เป็นเด็ก 12 ปี ตรวจฟันได้ประมาณ 50% แต่ ค่า Caries free สูง เนื่องจากการตรวจไม่ครอบคลุม อาจตรวจเด็กที่มีฟันดีมากกว่าเด็กที่มีฟันผุ - ผลงาน ร้อยละ 84.31 สูงมาก ให้ตัด KPI เป็นงานประจำ ในปี 2569 ให้ Report ข้อมูลเช่นเดิม <p>2. ผู้บริหารโรงพยาบาล</p> <p>-</p> <p>3. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - เป้าหมายตั้งไว้ มากกว่า ร้อยละ 90 ผลงานทำได้ ร้อยละ 84.31 ยังไม่บรรลุ KPI - กำหนด KPI รอง คือ มีการอัตรการตรวจฟันผุ ร้อยละ 70 ทำได้ 76.12 / มีโครงการส่งเสริมแม่และเด็กปฐมวัย มีเป้าหมาย 2 แห่ง บรรลุ 2 แห่ง / การทาฟลูออไรด์ในเด็ก ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 4 แห่ง บรรลุ 4 แห่ง - KPI นี้ จะลดความสำคัญลง โดยกำหนดเป็น 7 กลุ่มเป้าหมาย 15 กิจกรรม แทน เช่น กลุ่มเด็ก 3 ปี และ 12 ปี ได้รับการตรวจ ฟลูออไรด์ เคลือบหลุมร่องฟัน <p>4. ผู้เข้าร่วมประชุม</p>
สรุปประเด็นสำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> - ตัด KPI เป็นงานประจำ /ในปี 2569 ให้ Report ข้อมูลเช่นเดิม - แนะนำให้ศึกษา KPI ของจังหวัด ถ้าสูงกว่าของจังหวัด อาจจะต้องได้ลดความสำคัญของ KPI ลง แต่หากต่ำกว่าของจังหวัด อาจจะต้องเร่งดำเนินการ - Report ใน 7 กลุ่มเป้าหมาย 15 กิจกรรม ว่ามีกลุ่มใดบ้าง และมีกิจกรรมอะไรบ้าง - งานใหม่ที่ต้องเพิ่มในปี 2569 ของ สสจ.มีอะไรบ้าง เช่น การทาฟลูออไรด์ในกลุ่มเสี่ยงในวัยผู้ใหญ่ และ คัดกรองมะเร็งช่องปาก ในผู้สูงอายุ 40 ปี ขึ้นไป - เอา Tar get ของ สสจ.มา และขับเคลื่อนตาม KPI ของ สสจ. และนำข้อมูลมาเปรียบเทียบกัน

แบบบันทึกข้อเสนอแนะ จากการนำเสนอ KPI (ประเมินผลปลายปี) 2568

ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ 21 ร้อยละเด็กอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity free)
ประเภท KPI	<input checked="" type="checkbox"/> KPI โรงพยาบาลบ้านฝืด <input type="checkbox"/> KPI คปสอ.บ้านฝืด
ผู้รับผิดชอบ KPI	ทพ.มัศการ นาสมนยต์
ประเด็น ข้อเสนอแนะ	1. วิทยากร - คง KPI นี้ไว้เช่นเดิม - KPI นี้เป็นทั้ง KPI รพ.และ คปสอ. แยกรายงาน 2 ส่วน - Target ทั้งหมดในอำเภอ จำนวน 6 โรงเรียน รวม 389 คน (ไม่รวมนอกระบบกลุ่มเปราะบางอื่นๆ) - ตั้งเป้าหมายมากกว่า ร้อยละ 86 ผลงาน ทำได้ 94.29 ขาดประมาณ 6 % เกิดจากปัญหาอะไร - KPI นี้ สสจ.ตัดเป็นงานประจำ โดยจะนับแค่ การศึ้งงานเคลือบหลุมร่องฟันเข้าไป 1 คน ผลงานก็ถือว่าผ่าน แต่ต้องตรวจให้ได้ร้อยละ 50 ซึ่งทำได้เกินเป้าหมาย - KPI นี้เน้นการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็ก
	2. ผู้บริหารโรงพยาบาล -
	3. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด - เด็กอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity free) ตั้งเป้าหมายมากกว่า ร้อยละ 86 ผลงาน ทำได้ 94.29 - KPI นี้ สสจ.ตัดเป็นงานประจำ โดยจะนับแค่ การศึ้งงานเคลือบหลุมร่องฟันเข้าไป 1 คน ผลงานก็ถือว่าผ่าน แต่ต้องตรวจให้ได้ร้อยละ 50 ซึ่งทำได้เกินเป้าหมาย - Target ทั้งหมดในอำเภอ จำนวน 6 โรงเรียน รวม 389 คน (ไม่รวมนอกระบบกลุ่มเปราะบางอื่นๆ) - KPI นี้เป็นทั้ง KPI รพ.และ คปสอ. แยกรายงาน 2
	4. ผู้เข้าร่วมประชุม -
สรุปประเด็นสำคัญ	- คง KPI นี้ไว้เช่นเดิม/เป็นทั้ง KPI รพ.และ คปสอ. แยกรายงาน 2 ส่วน - Target ทั้งหมดในอำเภอ จำนวน 6 โรงเรียน รวม 389 คน (ไม่รวมนอกระบบกลุ่มเปราะบางอื่นๆ) - ตั้งเป้าหมายมากกว่า ร้อยละ 86 ผลงาน ทำได้ 94.29 ขาดประมาณ 6 % เกิดจากปัญหาอะไร - KPI นี้ สสจ.ตัดเป็นงานประจำ โดยจะนับแค่ การศึ้งงานเคลือบหลุมร่องฟันเข้าไป 1 คน ผลงานก็ถือว่าผ่าน แต่ต้องตรวจให้ได้ร้อยละ 50 ซึ่งทำได้เกินเป้าหมาย - KPI นี้เน้นการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็ก - ผลงานของ KPI ทันตกรรมนี้ดี กระบวนการดี ผลลัพธ์ดี

แบบบันทึกข้อเสนอแนะ จากการนำเสนอ KPI (ประเมินผลปลายปี) 2568

ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ 22 ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน
ประเภท KPI	<input checked="" type="checkbox"/> KPI โรงพยาบาลบ้านฝ้อ <input type="checkbox"/> KPI คปสอ.บ้านฝ้อ
ผู้รับผิดชอบ KPI	นางเจียมทอง วันทา
ประเด็น ข้อเสนอแนะ	<p>1. วิทยากร ต้องแก้ไข</p> <p>1. การคีย์ข้อมูล จะต้องตรวจสอบข้อมูลของ HDC ด้วย ต้องดูผลที่ HDC (รพ.สต.คีย์เข้าไป ต้องตรวจสอบข้อมูลขึ้นหรือไม่)</p> <p>2. ทำโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็กเตี้ย เด็กอ้วน</p> <p>3. Intermission เด็กเตี้ย เด็กอ้วนยังง</p> <p>4. หาปัจจัยสาเหตุการอ้วน การผอมของเด็กในการแก้ปัญหา (กรณีไม่มีข้อมูล ทำวิจัย R2R)</p> <p>2. ผู้บริหารโรงพยาบาล -</p> <p>3. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด - เป้าหมายมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ผลงาน 51.61 - HDC ข้อมูลไม่ผ่าน การคีย์ข้อมูลบางแห่งข้อมูลไม่ขึ้น - รพ.สต. กลางใหญ่ข้อมูลใน HDC ไม่ขึ้น - เด็กเตี้ย 1,155 คน เด็กอ้วน 529 คน ผอม 432 คน สมส่วน 5,308 คน - มีการให้ยาเสริมธาตุเหล็ก - สรุปการนำเสนอในปีหน้า - แก้ไขข้อมูล HDC - วิเคราะห์ แล้วไปหาสาเหตุ เพื่อแก้ไขปัญหา</p> <p>4. ผู้เข้าร่วมประชุม</p>
สรุปประเด็นสำคัญ	<p>1. การคีย์ข้อมูล จะต้องตรวจสอบข้อมูลของ HDC ด้วย ต้องดูผลที่ HDC (รพ.สต.คีย์เข้าไปต้องตรวจสอบข้อมูลขึ้น-ไม่ขึ้น) และติดตามการคีย์ข้อมูลให้ครบถ้วน</p> <p>2. ทำโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็กเตี้ย เด็กอ้วน</p> <p>3. หาปัจจัยสาเหตุการอ้วน การผอมของเด็กในการแก้ปัญหา (กรณีไม่มีข้อมูล ทำวิจัย R2R)</p> <p>4. วิเคราะห์ แล้วไปหาสาเหตุ เพื่อแก้ไขปัญหา</p>

แบบบันทึกข้อเสนอแนะ จากการนำเสนอ KPI (ประเมินผลปลายปี) 2568

ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ 23 ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ได้รับการคุมกำเนิดแบบสมัยใหม่หลังคลอด หรือหลังแท้ง ตัวชี้วัดที่ 23.1 ร้อยละของการคลอดในกลุ่มมารดา อายุ 15-19 ปี
ประเภท KPI	<input checked="" type="checkbox"/> KPI โรงพยาบาลบ้านฝ้อ <input type="checkbox"/> KPI คปสอ.บ้านฝ้อ
ผู้รับผิดชอบ KPI	นางวรรณกานต์ ประเสริฐศรี
ประเด็น ข้อเสนอแนะ	<p>1. วิทยากร</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผลงานคนปี 68 จำนวน 20 คน ต้องทำเป้าหมาย 34 คน ถึงผ่านเกณฑ์ ถ้าจะทำให้ KPI บรรลุ ต้องเพิ่มอีก 14 คน สาเหตุในปี 68 จำนวน 32 คน ทำไม่มารับบริการคุมกำเนิด 1. ยาคุมแบบฝังไม่มี 2. ญาติ/ผู้ป่วยไม่สะดวก มีฐานะดี - ถ้ากลุ่มงานเภสัช Service Level ดีขึ้น มีสต็อกยา 60 วัน - ปัญหาหลัก <p>1. ยาไม่พอ</p> <p>2. ผู้ป่วยไม่ยินยอมฝัง วิธีการแก้ปัญหาคือ เรียกคนในครอบครัวมาคุยเพื่อเสนอทางออกที่ดีกับครอบครัว</p> <p>2. ผู้บริหารโรงพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - งานเภสัช และงาน PCU จ่ายยาสต็อกยา ให้ตรงกันกับยาที่เบิก และผู้มารับบริการ <p>3. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มเป้าหมาย 52 คน เป้าหมายร้อยละ 65 / ผลงานร้อยละ 38.46 ต้องทำเป้าหมาย 34 คน ถึงผ่านเกณฑ์ <p>4. ผู้เข้าร่วมประชุม</p> <ul style="list-style-type: none"> - ยาคุมฝังไม่มี (ติดเครดิต) รพ.อุดรแบ่งยามาปริมาณไม่เยอะ - IT ดึงรหัสจำนวนผู้ป่วยที่ฝัง จำนวน 69 dose จาก 70 dose
สรุปประเด็นสำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> - วิเคราะห์และหาสาเหตุในผู้ป่วยที่ไม่มารับบริการฝังยาคุม - งานเภสัช และงาน PCU จ่ายยาสต็อกยา ให้ตรงกันกับยาที่เบิก และผู้มารับบริการ

แบบบันทึกข้อเสนอแนะ จากการนำเสนอ KPI (ประเมินผลปลายปี) 2568

ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ 24 ร้อยละคนวัยทำงานอายุ 19-59 ปี มีดัชนีมวลกายปกติ ตัวชี้วัดที่ 24.1 ร้อยละของบุคลากรมีสุขภาพดี ตามเกณฑ์ที่กำหนด
ประเภท KPI	<input checked="" type="checkbox"/> KPI โรงพยาบาลบ้านฝ้อ <input type="checkbox"/> KPI คปสอ.บ้านฝ้อ
ผู้รับผิดชอบ KPI	นางสาวปิยธิดา นนทะแสง
ประเด็น ข้อเสนอแนะ	<p>1. วิทยากร</p> <p>ตัวชี้วัดที่ 24 ร้อยละคนวัยทำงานอายุ 19-59 ปี มีดัชนีมวลกายปกติ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประชาชน BMI ปกติ แต่บุคลากรด้านสุขภาพแยกว่า ข้อมูลนี้เท็จจริงหรือไม่ <p>เป้าหมาย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สุขภาพบุคลากรต้องดี <ol style="list-style-type: none"> 1.1) เป็นบุคลากรสาธารณสุข 1.2) มีความรู้ <p>ต้องเชื่อมโยงข้อมูล เปรียบเทียบทัศนคติใหม่ เพื่อเตรียมนำเสนอข้อมูลปีหน้า</p> <p>ตัวชี้วัดที่ 24.1 ร้อยละของบุคลากรมีสุขภาพดี ตามเกณฑ์ที่กำหนด</p> <p>วิเคราะห์ค่า BP ค่าน้ำตาลในเลือด และค่า LDL ให้วิเคราะห์ว่า ดีขึ้น เท่าเดิม หรือแย่ลง และแต่ละบุคคลผ่านแต่ละเกณฑ์เท่าไร อย่างไร</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประสานงานกับแพทย์โดยตรง - วิเคราะห์แยกรายบุคคล เพื่อให้เห็นภาพรวม จะได้เชื่อมโยงพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อจะได้มีประโยชน์ในการขับเคลื่อนสุขภาพ R2R จะได้เก็ชี่ยนอย่างมีประสิทธิภาพ ใช้นาน้อย
	<p>2. ผู้บริหารโรงพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - วิเคราะห์ 3อ.2ส.1น. เชิญชวนบุคลากรเพื่อดูแลสุขภาพ หัวหน้างานดูแลบุคลากรในสังกัด ไปสำรวจสุขภาพ
	<p>3. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีเป้าหมาย 500 คน บุคลากรตรวจสุขภาพ ใน คปสอ.บ้านฝ้อ 409 คน รพ.บ้านฝ้อ 399 คน เข้าร่วม 167 คน จาก 200 คน รพ. 399 คน ปกติ 156 คน เฉลี่ย 47.13 %
	<p>4. ผู้เข้าร่วมประชุม</p> <ul style="list-style-type: none"> - เพิ่มข้อมูลให้ชัดเจน วางแผนเพื่อขับเคลื่อนพฤติกรรม Lifestyle Magazine มีข้อปรับปรุงก่อน-หลัง เริ่มจากบุคลากรสาธารณสุขก่อน
สรุปประเด็นสำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> - วิเคราะห์แยกรายบุคคล เพื่อให้เห็นภาพรวม จะได้เชื่อมโยงพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อจะได้มีประโยชน์ในการขับเคลื่อนสุขภาพ R2R จะได้เก็ชี่ยนอย่างมีประสิทธิภาพ ใช้นาน้อย - วิเคราะห์ค่า BP ค่าน้ำตาลในเลือด และค่า LDL

แบบบันทึกข้อเสนอแนะ จากการนำเสนอ KPI (ประเมินผลปลายปี) 2568

ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ 25 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง (2 KPIs) ตัวชี้วัดที่ 25.1 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ตัวชี้วัดที่ 25.2 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง
ประเภท KPI	<input checked="" type="checkbox"/> KPI โรงพยาบาลบ้านฝ้อ <input type="checkbox"/> KPI คปสอ.บ้านฝ้อ
ผู้รับผิดชอบ KPI	นางฉันทนา ผิวสว่าง นางณัฐนาฏ ทองมีศรี
ประเด็นข้อเสนอแนะ	<p>1. วิทยากร</p> <ul style="list-style-type: none"> - แยกและวิเคราะห์กลุ่มเป้าหมายให้ชัดเจน เป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มย้ายที่อยู่ กลุ่มที่รับยาจากที่อื่นมา กลุ่มที่มีโรคแทรกซ้อนแล้วพึงตรวจพบ และกลุ่มที่เป็นผู้ป่วยรายใหม่จริงๆ เพื่อให้เห็นภาพชัดเจนทุกกลุ่ม - ในปี 2569 สามารถค้นหาผู้ป่วยใน PCU ให้ชัดเจนก่อน เพื่อทราบคนไข้กลุ่มเสี่ยงเท่าไร กลุ่มใหม่ กลุ่มเก่าเท่าไร และจะเห็นปัญหาที่แท้จริงในการเกิด NCD รายใหม่ <p>2. ผู้บริหารโรงพยาบาล</p> <p>3. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ทำได้ร้อยละ 87.60 - การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทำได้ร้อยละ 98.40 <p>4. ผู้เข้าร่วมประชุม</p>
สรุปประเด็นสำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> - แยกและวิเคราะห์กลุ่มเป้าหมายให้ชัดเจน เป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มย้ายที่อยู่ กลุ่มที่รับยาจากที่อื่นมา กลุ่มที่มีโรคแทรกซ้อนแล้วพึงตรวจพบ และกลุ่มที่เป็นผู้ป่วยรายใหม่จริงๆ เพื่อให้เห็นภาพชัดเจนทุกกลุ่ม - ในปี 2569 สามารถค้นหาผู้ป่วยใน PCU ให้ชัดเจนก่อน เพื่อทราบคนไข้กลุ่มเสี่ยงเท่าไร กลุ่มใหม่ กลุ่มเก่าเท่าไร และจะเห็นปัญหาที่แท้จริงในการเกิด NCD รายใหม่

แบบบันทึกข้อเสนอแนะ จากการนำเสนอ KPI (ประเมินผลปลายปี) 2568

ชื่อตัวชี้วัด	<p>ตัวชี้วัดที่ 26 ค่าคะแนนความสำเร็จของการดำเนินงาน wellness community</p> <p>ตัวชี้วัดที่ 26.1 อัตราการเกิดเบาหวานรายใหม่ทั้งหมด (ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 5 จากปีฐาน 2567)</p> <p>ตัวชี้วัดที่ 26.2 อัตราการเกิดเบาหวานรายใหม่ ที่มาจากกลุ่มเสี่ยง (Type 1/2) (ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 1 จากจากปีฐาน 2567)</p>
ประเภท KPI	<input checked="" type="checkbox"/> KPI โรงพยาบาลบ้านฝ้อ <input type="checkbox"/> KPI คปสอ.บ้านฝ้อ
ผู้รับผิดชอบ KPI	นางฉันทนา ผิวสว่าง/นางณัฐนาฏ ทองมีศรี
ประเด็นข้อเสนอแนะ	<p>1. วิทยากร</p> <ul style="list-style-type: none"> - แยกและวิเคราะห์กลุ่มเป้าหมายให้ชัดเจน เป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มย้ายที่อยู่ กลุ่มที่รับยาจากที่อื่นมา กลุ่มที่มีโรคแทรกซ้อนแล้วพึงตรวจพบ และกลุ่มที่เป็นผู้ป่วยรายใหม่จริงๆ เพื่อให้เห็นภาพชัดเจนทุกกลุ่ม - ในปี 2569 สามารถค้นหาผู้ป่วยใน PCU ให้ชัดเจนก่อน เพื่อทราบคนไข้กลุ่มเสี่ยงเท่าไร กลุ่มใหม่ กลุ่มเก่าเท่าไร และจะเห็นปัญหาที่แท้จริงในการเกิด NCD รายใหม่ และอยากให้เชื่อมโยงกับ DM ด้วย <p>2. ผู้บริหารโรงพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - ควรแยกอัตราการเกิดเบาหวานรายใหม่ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่เข้าร่วมโครงการ และกลุ่มผู้ป่วยภาพรวม <p>3. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</p> <p>-</p> <p>4. ผู้เข้าร่วมประชุม</p>
สรุปประเด็นสำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> - ทั้ง คปสอ.บ้านฝ้อ มีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ในปี 2568 จำนวน 799 คน ปี 2567 840 คน ลดลง 41 คน - จัดทำข้อมูลและวิเคราะห์โดยแยกกลุ่มเป้าหมาย เป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มย้ายที่อยู่ กลุ่มที่รับยาจากที่อื่นมา กลุ่มที่มีโรคแทรกซ้อนแล้วพึงตรวจพบ และกลุ่มที่เป็นผู้ป่วยรายใหม่จริงๆ - ในปี 2569 สามารถค้นหาผู้ป่วยใน PCU ให้ชัดเจนก่อน เพื่อทราบคนไข้กลุ่มเสี่ยงเท่าไร กลุ่มใหม่ กลุ่มเก่าเท่าไร และจะเห็นปัญหาที่แท้จริงในการเกิด NCD รายใหม่ และอยากให้เชื่อมโยงข้อมูลกับ DM ด้วย -

แบบบันทึกข้อเสนอแนะ จากการนำเสนอ KPI (ประเมินผลปลายปี) 2568

ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ 27 ร้อยละผู้ป่วย NCD ควบคุมน้ำตาลเบาหวานได้ ตัวชี้วัดที่ 27.1 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ตัวชี้วัดที่ 27.2 ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี
ประเภท KPI	<input checked="" type="checkbox"/> KPI โรงพยาบาลบ้านฝ้อ <input type="checkbox"/> KPI คปสอ.บ้านฝ้อ
ผู้รับผิดชอบ KPI	นางฉันทนา ผิวสว่าง/นางณัฐนาฏ ทองมีศรี
ประเด็นข้อเสนอแนะ	<p>1. วิทยากร</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 8,300 คน (รวมทั้งรายเก่าและรายใหม่) ควบคุมได้ 35.20% - นำปัจจัยที่ทำให้ควบคุมน้ำตาลได้ คืออะไร (ยกให้เป็น KPI รอง) - ทำอย่างไรผู้ป่วยจะสามารถควบคุมน้ำตาลได้ / ไม่ได้ - ทฤษฎีที่ใช้ในการวิเคราะห์ A1c ในผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ - วิเคราะห์รายบุคคลทำไมถึงไม่สามารถลดน้ำตาลได้ - KPI หลัก วิเคราะห์ Host Agent Environment (ระบบสุขภาพ) ในปี 2569 <p>2. ผู้บริหารโรงพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - อาจใช้หญ้าหวานในการทดแทนความหวานในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน <p>3. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 8,300 คน (รวมทั้งรายเก่าและรายใหม่) ควบคุมได้ 35.20% <p>4. ผู้เข้าร่วมประชุม</p>
สรุปประเด็นสำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> - การควบคุมระดับน้ำตาลได้ โดยมีเป้าหมาย Hemoglobin A1c \geq ร้อยละ 40 ผลงานได้ที่ร้อยละ 35.20 - ผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 8,300 คน (รวมทั้งรายเก่าและรายใหม่) - KPI หลัก ให้วิเคราะห์ Host Agent Environment (ระบบสุขภาพ) ในปี 2569 และวิเคราะห์ผลสัมฤทธิ์ - ปัจจัยที่ทำให้ควบคุมน้ำตาลได้/ไม่ได้ คืออะไร เช่น เพศ อายุ พฤติกรรมสุขภาพ - นำปัจจัยที่ทำให้ควบคุมน้ำตาลได้ คืออะไร (ยกให้เป็น KPI รอง) - ทฤษฎีที่ใช้ในการวิเคราะห์ A1c ในผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ - วิเคราะห์ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย

แบบบันทึกข้อเสนอแนะ จากการนำเสนอ KPI (ประเมินผลปลายปี) 2568

ชื่อตัวชี้วัด	<p>ตัวชี้วัดที่ 28 ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็ง</p> <p>28.1 ร้อยละของสตรีอายุ 30-60 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก</p> <p>28.2 ร้อยละของสตรีอายุ 30-70 ปี ตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง (BSE)</p> <p>28.3 ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ลำไส้ตรง</p> <p>28.4 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy</p> <p>28.5 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ติ่ง) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy</p>
ประเภท KPI	<input checked="" type="checkbox"/> KPI โรงพยาบาลบ้านฝ้อ <input type="checkbox"/> KPI คปสอ.บ้านฝ้อ
ผู้รับผิดชอบ KPI	น.ส.สุภาพร ศรีจิตแจ่ม
ประเด็นข้อเสนอแนะ	<p>1. วิทยากร</p> <p>28.1 ร้อยละของสตรีอายุ 30-60 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก</p> <p>28.2 ร้อยละของสตรีอายุ 30-70 ปี ตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง (BSE)</p> <p>28.3 ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ลำไส้ตรง</p> <p>ควรมีการเพิ่มจำนวนเป้าหมายให้มากขึ้น เพิ่มสิทธิต่างๆ สำหรับกลุ่มเป้าหมายให้มีความสนใจเข้ามาตรวจคัดกรองมากขึ้น ปรับวิธีการดำเนินการใหม่/การดำเนินการใหม่ และเน้นการประชาสัมพันธ์และกระตุ้นให้มาคัดกรองให้ตรงตามเป้าหมาย</p> <p>28.4 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy</p> <p>28.5 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ติ่ง) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy</p> <p>วิเคราะห์ว่าจะทำอย่างไรให้ผู้ป่วยมาส่องกล้องมากขึ้น เพื่อรักษาและแก้ไขให้ทันเวลา</p> <p>2. ผู้บริหารโรงพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - ควรมีการวางแผนการดำเนินงานให้ครอบคลุมมะเร็งครบวงจร รายงานต่อผู้บริหาร - ควรประชาสัมพันธ์ใน Social เรื่อง วิธีการตรวจคัดกรอง หรือทำเป็นคลิปสั้นๆ - แจกชุดตรวจ Self test ให้ทั่วถึง <p>3. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - รมรงค์ให้กลุ่มเป้าหมายเข้าตรวจคัดกรอง - แพทย์หรือเจ้าหน้าที่ รพ.สต.จากพื้นที่อื่น เป็นผู้ตรวจ เพื่อลดการความกังวล - เพิ่มอุปกรณ์การตรวจ เพื่อการตรวจที่รวดเร็ว - ในกลุ่มที่ผิดปกติ Colposcopy จำนวน 42 คน - มีการวิเคราะห์สาเหตุ เช่น การลงพื้นที่คัดกรอง มีการนัดประสานการคัดกรองกับทาง อสม. ซึ่งในวัยทำงานจะเลิกงาน 16.00 – 17.00 น. อาจจะลงพื้นที่ไปคัดกรองในเวลานี้ด้วย - แนะนำวิธีการตรวจแก่ อสม.และแจกชุดตรวจแก่ อสม. โดยให้นำชุดกลับมาให้ รพ.อีกครั้ง - อาจมีสิ่งของให้แก่ประชากรที่มาตรวจเพื่อให้จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่เพิ่มขึ้น - อาจมีการแบ่งทีม อสม. และมีการแนะนำวิธีการตรวจ - ลงเชิงรุก โดยการออกตรวจตามบ้านของผู้ป่วย - อาจมีสิ่งของตอบแทนผู้ที่มาคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

	<p>4. ผู้เข้าร่วมประชุม</p> <ul style="list-style-type: none"> - จังหวัดจะมีการกำหนดเป้าหมายมาให้ เป็นจำนวนคน (รพ.กุ่มภวาปี) - แนะนำให้ประชาสัมพันธ์ในการตรวจโดยให้มีเจ้าหน้าที่จาก รพ.สต.ที่อื่นมาตรวจให้เพื่อลดความกังวล
สรุปประเด็นสำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> - การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ตรวจ 5ปี/1 ครั้ง (ตัดคนที่เคยตรวจออกในแต่ละปี) โดยมีกลุ่มเป้าหมายคือผู้หญิง 30 – 60 ปี จำนวน 1,998 คน 14 หมู่บ้าน 15 ชุมชน - เป้าหมายปี 2568 ของ CPU = 449 คน / ตรวจได้จริง 140 คน (31%) - รวบรวมรายชื่อผู้ที่ยังไม่ได้รับการคัดกรอง/ตรวจ และประสาน อสม. แจกชุดตรวจ Self test - หาข้อมูลย้อนหลัง เรื่องชุดตรวจ BSE ในแต่ละ รพ.สต. ว่ามีการจัดสรรชุดตรวจเท่าไร แจกให้ผู้ป่วยเท่าไร และจัดสรรคืน รพ.เท่าไร - ต้องการเห็นกระบวนการขับเคลื่อนการดำเนินงานมะเร็งที่มีประสิทธิภาพ - ควรมีการวางแผนการดำเนินงานให้ครอบคลุมมะเร็งครบวงจร รายงานต่อผู้บริหาร - ประชาสัมพันธ์ใน Social เรื่อง วิธีการตรวจคัดกรอง หรือทำเป็นคลิปสั้นๆ

แบบบันทึกข้อเสนอแนะ จากการนำเสนอ KPI (ประเมินผลปลายปี) 2568

ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ 29 ร้อยละผู้ป่วย CKD เปลี่ยนจากระยะที่ 3 เป็นระยะที่ 4
ประเภท KPI	<input checked="" type="checkbox"/> KPI โรงพยาบาลบ้านฝืด <input type="checkbox"/> KPI คปสอ.บ้านฝืด
ผู้รับผิดชอบ KPI	นางฉันทนา ผิวสว่าง/นางณัฐนาฏ ทองมีศรี
ประเด็นข้อเสนอแนะ	<p>1. วิทยากร</p> <ul style="list-style-type: none"> - วิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย รวมถึงปัจจัยเสี่ยงด้านต่างๆ - วิเคราะห์การควบคุมความดันโลหิตที่ไม่ดี การคุมระดับน้ำตาลในเลือด - ควรตรวจ eGFR และ Urine Albumin อย่างน้อยทุก 3-6 เดือน เพื่อประเมินความเร็วในการเสื่อม <p>2. ผู้บริหารโรงพยาบาล</p> <p>3. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละผู้ป่วย CKD เปลี่ยนจากระยะที่ 3 เป็นระยะที่ 4 ผลงานทำได้ร้อยละ 3.25 - กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะ 3B และ ระยะที่ 4 ตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต 3อ. 2ส. 1น และแพทย์วิถีธรรม - ผู้ป่วยขาดความตระหนักในการควบคุมอาหารบางพื้นที่รับประทานอาหารตามสั่ง ความร่วมมือจากร้านค้า ในการรณรงค์ ลดหวาน ลดเค็ม ลดโรคมึส่วนน้อย การประชาสัมพันธ์น้อย ไม่ทั่วถึง การรับรู้ไม่เท่ากัน <p>4. ผู้เข้าร่วมประชุม</p>
สรุปประเด็นสำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> - วิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย รวมถึงปัจจัยเสี่ยงด้านต่างๆ - วิเคราะห์การควบคุมความดันโลหิตที่ไม่ดี การคุมระดับน้ำตาลในเลือด - ควรตรวจ eGFR และ Urine Albumin อย่างน้อยทุก 3-6 เดือน เพื่อประเมินความเร็วในการเสื่อม - ควบคุม ต้นเหตุ * เบาหวาน: คุม HbA1c ความดันโลหิต: รักษาให้อยู่ในเกณฑ์

แบบบันทึกข้อเสนอแนะ จากการนำเสนอ KPI (ประเมินผลปลายปี) 2568

ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ 30 ร้อยละของผู้ดูแลหรือผู้ป่วย ในกลุ่มโรคเสี่ยงสูง (3S) มีความรู้ด้าน early warning signs และจัดการความช่วยเหลือเป็น
ประเภท KPI	<input checked="" type="checkbox"/> KPI โรงพยาบาลบ้านฝืด <input type="checkbox"/> KPI คปสอ.บ้านฝืด
ผู้รับผิดชอบ KPI	นางประภาพร แสงชมพู
ประเด็นข้อเสนอแนะ	<p>1. วิทยากร</p> <ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มผู้ป่วย 3 S -Stroke 473 -Stemi 58 -Sepsis 623 - วัดความรู้ วัดทักษะการเข้าถึงข้อมูล - แก้ปัญหา <ul style="list-style-type: none"> 1.สอนให้กลุ่มเป้าหมาย รู้วิธีการปฏิบัติตัว 2.เมื่อติดต่อแล้วมีช่องทางในการประสานงาน มารพ.ได้เร็วขึ้น <p>เอา KPI นี้ไปจับพอร์ต อัตราตาย Stroke/Stemi/Sepsis</p> <p>2. ผู้บริหารโรงพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทำ Focus Group ที่สงสัย ทำ Contact มีเบอร์ให้ผู้ป่วยเข้าถึงได้ง่าย <p>3. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - ปัญหาผู้สูงอายุ ไม่มีช่องทางติดต่อ ไม่มั่นใจว่าเป็นโรค ไม่ได้มาในช่องทาง 1669 แต่เดินทางมาเอง - เพิ่มการจัดกิจกรรมให้ความรู้ - กระตุ้นจัดความรู้ทีม PCU และรพ.สต. - ให้ทีมสหวิชาชีพจากหอครอบครัว <p>4. ผู้เข้าร่วมประชุม</p>
สรุปประเด็นสำคัญ	ตัด KPI เป็น KPI รอง ของ อัตราตาย Stroke/Stemi/Sepsis

แบบบันทึกข้อเสนอแนะ จากการนำเสนอ KPI (ประเมินผลปลายปี) 2568

ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ 31 อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี
ประเภท KPI	<input checked="" type="checkbox"/> KPI โรงพยาบาลบ้านฝ้อ <input type="checkbox"/> KPI คปสอ.บ้านฝ้อ
ผู้รับผิดชอบ KPI	นางสาวกฤตยาภรณ์ คนยืน
ประเด็น ข้อเสนอแนะ	<p>1. วิทยากร</p> <ul style="list-style-type: none"> - DHF ใช้ Host เห็นแค่ อสม.เข้าร่วมอบรม - Agent HI:1.08 CI:0.0 VI:93 กลุ่มนี้ผ่านเกณฑ์ - Environment ระบบสุขภาพ (เข้าสอบสวนโรค 3 3 1) - Outcome เกณฑ์ไม่ผ่าน การแก้ไขปัญหา คือ มี SRRT แต่ทำงานไม่ได้ประสิทธิภาพ จึงทำให้เกิดโรคลักษณะงาน การทำงาน ระยะเวลา ไปวิเคราะห์ ทีม SRRT ลงพื้นที่ แต่เกิดการระบาด บ่งบอกประสิทธิภาพในการทำงาน - การขับเคลื่อน SRRT แผนที่ชุมชน ข้อมูลระบาดปีไหน ก็ case ก็คน ค่าHI จำนวนที่ป่วย และที่สำคัญตำแหน่งที่เกิด และไปทำ Collation บอกลักษณะผู้ป่วยไข้เลือดออก และนำมาวิเคราะห์ปัญหา และถูกการแก้ไขปัญหา โดย H ใครอยู่ใกล้บ้าง - ไข้เลือดออกเป็นธรรมเนียมของหมู่บ้าน
	<p>2. ผู้บริหารโรงพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทีมที่เกี่ยวข้อง SRRT ให้สำรวจ เตรียมความพร้อมในการเตรียมเครื่องมือ ประสานกับทีมที่เกี่ยวข้อง - ก่อนระบาดโรคไข้เลือดออก ผากทีม SRRT กระจายบทบาทหน้าที่ให้ คปสอ.บ้านฝ้อ - เชิญทีมทีม SRRT โรงพยาบาลเพ็ญ มาให้แนวทางในการแก้ไขปัญหา
	<p>3. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - 54 คน จาก 43 คน จำนวนผู้ป่วย 76 ราย - DHF ใช้ Host กลุ่มวัยทำงาน - Agent HI:1.08 CI:0.0 VI:93 - Environment ระบบสุขภาพ (เข้าสอบสวนโรค 3 ชม. แจ้งผู้ป่วยและครอบครัวให้ทราบ/3 ชม.ลงพื้นที่สอบสวนโรค และ ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง ภายใน 3 ชม. หลังได้รับรายงาน พ่นสารเคมี 1 (วันแรก) เพื่อกำจัดยุงตัวเต็มวัย ภายใน 1 วัน ที่ได้รับรายงาน
	<p>4. ผู้เข้าร่วมประชุม</p>
สรุปประเด็นสำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> - Agent HI, CI, VI ต้องผ่าน - การขับเคลื่อน SRRT แผนที่ชุมชน - วิเคราะห์ ข้อมูล คน สถานที่ ปัจจัยเสี่ยง สิ่งแวดล้อม และอื่นๆ

แบบบันทึกข้อเสนอแนะ จากการนำเสนอ KPI (ประเมินผลปลายปี) 2568

ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ 32 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ตัวชี้วัดที่ 32.1 ร้อยละความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ
ประเภท KPI	<input checked="" type="checkbox"/> KPI โรงพยาบาลบ้านฝ้อ <input type="checkbox"/> KPI คปสอ.บ้านฝ้อ
ผู้รับผิดชอบ KPI	นางณัฐชยากร ผ่องใสโสภณ
ประเด็น ข้อเสนอแนะ	<p>1. วิทยากร</p> <ul style="list-style-type: none"> - รักษาไม่ครบ ไม่หาย เพราะอะไร จะดำเนินการอย่างไร เช่น การรับประทานยา พฤติกรรม การปรับยา ขาดยา ต้อยา - หาสาเหตุ วิเคราะห์ และผู้รับผิดชอบติดตาม Pt. อยู่เสมอ - ไม่บรรลุ เพราะการค้นหาเชิงรุกรายใหม่ไม่ผ่าน ต้องติดตามและค้นหาให้ครบทุกกลุ่ม เน้น Process การติดตามเชิงรุก ให้มากขึ้น - หาตัวเลขในแต่ละ รพ.สต. ว่า แห่งไหนคัดกรองผ่าน-ไม่ผ่าน - ต้องเพิ่มกระบวนการที่ชัดเจนในการขับเคลื่อนการดำเนินงานคัดกรอง TB เช่น การ Screen เจอกี่คน และ Positive กี่คน - ควรหาผู้ป่วยเชิงรุก (ผู้ป่วยรายใหม่) ค้นหากลุ่มเสี่ยง 7 กลุ่มมีกี่คน ค้นหา ผู้หญิงและผู้ชายจำนวนกี่คน คิดเป็นเปอร์เซ็นต์และต้องหา N รพ.สต. ทุกแห่ง <p>2. ผู้บริหารโรงพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - เน้นกระบวนการรักษาผู้ป่วยที่ชัดเจน เพื่อค้นหาให้ครอบคลุมและนำเข้าสู่กระบวนการรักษาได้ - จะพัฒนาอย่างไร มีข้อมูลอะไรเพิ่มเติม <p>3. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - นัดติดตามคนไข้ ทุก 2- 3 week และทุก 6 เดือน เน้นครบ 6 เดือน - Pt. มีโรคร่วม ผู้ป่วยติดเตียง COC และผู้สูงอายุ - มีการติดตามให้มาตามนัดทุกครั้ง และประสาน จนท. รพ.สต. - Pt. ลงทะเบียนใหม่ 1 ต.ค 67- 31 ต.ค 68 = 17 คน /รักษาครบ หาย จำนวน 11 คน/รักษาครบแต่ไม่หาย 6 คน <p>4. ผู้เข้าร่วมประชุม</p>
สรุปประเด็นสำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> - เพิ่มกระบวนการที่ชัดเจนในการขับเคลื่อนการดำเนินงานคัดกรอง TB เช่น การ Screen เจอกี่คน และ Positive กี่คน - หาตัวเลขในแต่ละ รพ.สต. ว่า แห่งไหนคัดกรองผ่าน - ไม่ผ่าน และติดตามรายงานผู้บังคับบัญชา - มีการติดตามให้มาตามนัดทุกครั้ง และประสาน จนท. รพ.สต. ให้ติดตามร่วมด้วย - วิเคราะห์หาสาเหตุ การรักษาไม่ครบ รักษาครบแต่ไม่หาย เช่น เพศ อายุ การศึกษา ครอบครัว สังคม การปรับยา ต้อยา

แบบบันทึกข้อเสนอแนะ จากการนำเสนอ KPI (ประเมินผลปลายปี) 2568

ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ 33 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ต่อประชากรแสนคน ตัวชี้วัดที่ 33.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่เคยทำร้ายตัวเอง ได้รับการติดตามเยี่ยมอย่างน้อย 4 ครั้งภายใน 1 ปี
ประเภท KPI	<input checked="" type="checkbox"/> KPI โรงพยาบาลบ้านฝ้อ <input type="checkbox"/> KPI คปสอ.บ้านฝ้อ
ผู้รับผิดชอบ KPI	นางสาวศุภากร ธัญเดชะคดี
ประเด็น ข้อเสนอแนะ	<p>1. วิทยากร</p> <ul style="list-style-type: none"> - การฆ่าตัวตายคือ KPI outcome ที่สูงที่สุด ไม่เกิน 7.8 ทำได้ 1.83 ถือว่าสำเร็จ - การที่จะลดผู้ที่ฆ่าตัวตายลง แบ่งแยก กลุ่มผู้ป่วยที่เป็นซึมเศร้า และกลุ่มที่เคยฆ่าตัวตาย ให้มีการเยี่ยม 4 ครั้ง/ปี - แนะนำ KPI รอง ในกลุ่มนักเรียน ผู้ป่วย NCD กลุ่มเกษตรกร มากำหนดเป้าหมาย โดยนำมาเชื่อมโยงกับ KIP หลัก คืออัตราการฆ่าตัวตาย - ร้อยละของผู้ป่วยติดยาเสพติดเข้าถึง Home ward - KPI นี้บรรลุ ลดค่าเป้าหมาย ร้อยละ 5 <p>2. ผู้บริหารโรงพยาบาล</p> <p>-</p> <p>3. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - โดยมีการกำหนดเป้าหมายไว้ที่ ร้อยละ 100 ด้วยมีการกำหนดเงื่อนไขคือ 4 ครั้ง ซึ่งจะมีบางเคสที่ยังเยี่ยมไม่ครบ จึงทำให้ต้องลดเป้าหมายเหลือ ร้อยละ 80 เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง - ผู้ที่จะฆ่าตัวตาย คือ กลุ่มเปราะบาง กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า - คนที่เคยฆ่าตัวตาย มักจะฆ่าตัวตายซ้ำและโอกาสเสี่ยงสูง ดังนั้นกลุ่มนี้คือกลุ่มเสี่ยง ต้องมีการติดตามเยี่ยม 4 ครั้ง/ปี ร้อยละ 92.63 - ใน 2569 มีการเพิ่ม KPI รอง คือ ในกลุ่มนักเรียน ผู้ป่วย NCD กลุ่มเกษตรกร มากำหนดเป้าหมาย <p>4. ผู้เข้าร่วมประชุม</p>
สรุปประเด็น สำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> - ก่อนการดำเนินงานปิดไตรมาสสุดท้าย มีผู้ที่ทำร้ายตัวเองสำเร็จ จำนวน 2 คน คำนวณต่อแสนประชากร คิดเป็นร้อยละ 1.83 ซึ่งเป้าหมายคือ น้อยกว่า 7.8 ต่อแสนประชากร - ร้อยละของผู้ป่วยที่เคยทำร้ายตัวเอง ได้รับการติดตามเยี่ยมอย่างน้อย 4 ครั้งภายใน 1 ปี โดยยังมีบางส่วนที่ยังไม่ครบ 1 ปี โดยมีการติดตามในช่วง 2 สัปดาห์ หลังจากทำร้ายตัวเอง - เพิ่ม KPI รอง ในกลุ่มนักเรียน ผู้ป่วย NCD กลุ่มเกษตรกร มากำหนดเป้าหมาย โดยนำมาเชื่อมโยงกับ KIP หลัก คืออัตราการฆ่าตัวตาย - KPI นี้บรรลุ ลดค่าเป้าหมาย ร้อยละ 5 - แยก กลุ่มผู้ป่วยที่เป็นซึมเศร้า และกลุ่มที่เคยฆ่าตัวตาย ให้มีการเยี่ยม 4 ครั้ง/ปี

แบบบันทึกข้อเสนอแนะ จากการนำเสนอ KPI (ประเมินผลปลายปี) 2568

ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ 34 ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข ระดับอำเภอ
ประเภท KPI	<input checked="" type="checkbox"/> KPI โรงพยาบาลบ้านฝ้อ <input type="checkbox"/> KPI คปสอ.บ้านฝ้อ
ผู้รับผิดชอบ KPI	นางนันทพร ผิวขาว
ประเด็น ข้อเสนอแนะ	<p>1. วิทยากร</p> <ul style="list-style-type: none"> - ระดับความสำเร็จ จะเป็นจำนวนร้อยละร้านขายของชำมีอาสาสมัครประจำบ้าน - ต้องลดการขายยาที่ไม่ถูกต้องในร้านขายของชำ - ใช้ทฤษฎีไหนลดการขายหรือลดการบริโภคยาที่ผิดในร้านขายของชำ - วิธิตัด ผู้บริโภค = มีความรู้ในการเลือกสินค้า ผู้จำหน่าย=มีความรู้ คุณธรรม จริยธรรมในการขาย เจ้าหน้าที่ = มีกฎหมายในการควบคุมกำกับ - อยากเห็นการคุ้มครองผู้บริโภค ในกลุ่มคนที่เข้าถึงยาได้ง่าย และอันตรายต่อสุขภาพ - เลือกกลุ่มเป้าหมายมาและทำการศึกษา เช่น กลุ่มที่อันตราย กลุ่มที่เป็นปัญหาในพื้นที่ <p>2. ผู้บริหารโรงพยาบาล</p> <p>-</p> <p>3. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการตรวจหาสารปนเปื้อนในอาหาร เพื่อลดความเสี่ยงของผู้บริโภคจากการได้รับสารเคมีอันตรายที่ปนเปื้อนในอาหารดำเนินการสุ่มตรวจในตลาดสด ร้านค้า - มีโครงการอบรมให้ความรู้ด้านยาและคุ้มครองผู้บริโภคแก่ อสม. และประชาชนในตำบลต้นแบบ เพื่อเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และทักษะให้แก่ อสม. และประชาชน เพื่อให้สามารถเฝ้าระวังและดูแลตนเองด้านสุขภาพดำเนินการในตำบลนำร่อง 2 ตำบล มุ่งเน้นให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถเป็น “เครือข่ายเฝ้าระวังในชุมชน” ได้ <p>4. ผู้เข้าร่วมประชุม</p> <p>-</p>
สรุปประเด็นสำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> - สร้าง KPI ใหม่ขึ้นมา เกี่ยวข้องกับการดูแลจัดการร้านชำคุณภาพให้ได้มาตรฐาน เพื่อให้มีประสิทธิภาพต่อระบบสุขภาพในชุมชน - อยากเห็นการคุ้มครองผู้บริโภค ในกลุ่มคนที่เข้าถึงยาได้ง่าย และอันตรายต่อสุขภาพ - เลือกกลุ่มเป้าหมายมาและทำการศึกษา เช่น กลุ่มที่อันตราย กลุ่มที่เป็นปัญหาในพื้นที่

แบบบันทึกข้อเสนอแนะ จากการนำเสนอ KPI (ประเมินผลปลายปี) 2568

ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ 35 คะแนนเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก มาตรฐานสถานประกอบการด้านสุขภาพและการดำเนินการแก้ไขข้อร้องเรียนด้านสุขภาพ
ประเภท KPI	<input checked="" type="checkbox"/> KPI โรงพยาบาลบ้านฝ้อ <input type="checkbox"/> KPI คปสอ.บ้านฝ้อ
ผู้รับผิดชอบ KPI	นางนันทพร ผิวขาว
ประเด็นข้อเสนอแนะ	<p>1. วิทยากร</p> <ul style="list-style-type: none"> - วิเคราะห์การคุ้มครองผู้บริโภค โดยตรงในกลุ่มคนเปราะบาง ที่ไม่ได้รับยาอย่างเหมาะสม (เช่น แพ้ยา แต่ลูกหลานซื้อจากของชำ) - วิเคราะห์กลุ่มผู้ป่วยที่เปราะบางได้รับยาที่เหมาะสม (ซื้อเอง ลูกหลาน หมอตำแย) - ให้สร้าง KPI ใหม่ขึ้นมา เกี่ยวข้องกับการดูแลจัดการร้านชำคุณภาพให้ได้มาตรฐาน เพื่อให้มีประสิทธิภาพต่อระบบสุขภาพในชุมชน <p>2. ผู้บริหารโรงพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - <p>3. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - KPI นี้เป็นงานประจำที่ต้องเก็บข้อมูล - ข้อร้องเรียนมีทั้งร้องเรียนมาโดยตรงที่รพ.บ้านฝ้อ และ สสจ.อุดรธานีส่งเรื่องมาแจ้ง - มีการเฝ้าระวังและตรวจประเมินสถานประกอบการรายปี ออกตรวจประเมินตามแบบฟอร์มเกณฑ์มาตรฐาน ให้คำแนะนำและติดตามการปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่อง - ประชาสัมพันธ์ช่องทางการร้องเรียน เช่น โทรศัพท์ สายตรง กล่องรับเรื่องร้องเรียน - ใน รพ.สต. หากไม่สามารถดำเนินงานโดยบุคลากรในพื้นที่ได้ จะประสานผู้มีอำนาจสูงกว่าเข้าดำเนินการแก้ไข และสรุปผลการดำเนินงาน ส่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต่อไป - <p>4. ผู้เข้าร่วมประชุม</p>
สรุปประเด็นสำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> - สร้าง KPI ใหม่ขึ้นมา เกี่ยวข้องกับการดูแลจัดการร้านชำคุณภาพให้ได้มาตรฐาน เพื่อให้มีประสิทธิภาพต่อระบบสุขภาพในชุมชน - อยากเห็นการคุ้มครองผู้บริโภค ในกลุ่มคนที่เข้าถึงยาได้ง่าย และอันตรายต่อสุขภาพ

แบบบันทึกข้อเสนอแนะ จากการนำเสนอ KPI (ประเมินผลปลายปี) 2568

ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ 36 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการอำเภอ Wellness Community ตัวชี้วัดที่ 36.1 จำนวน รพ.สต. ที่ดำเนินการจัดตั้ง Wellness Center
ประเภท KPI	<input checked="" type="checkbox"/> KPI โรงพยาบาลบ้านฝ้อ <input type="checkbox"/> KPI คปสอ.บ้านฝ้อ
ผู้รับผิดชอบ KPI	นางสาวอนุธิดา วารีย์
ประเด็น ข้อเสนอแนะ	<p>1. วิทยากร</p> <ul style="list-style-type: none"> - ควรเพิ่มกลุ่มเป้าหมาย - เกณฑ์การเข้าร่วมกิจกรรม คือ <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ป่วยมาแล้วไม่ต่ำกว่า 6 ปี = N (กลุ่มเป้าหมายหลัก) 2. คนที่สมัครใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรม <p>โดยการประเมินผลควรต้องประเมินทั้ง 2 เกณฑ์นี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินผลลัพธ์ DM Remission – DTX วิเคราะห์หาจำนวนคนเข้าร่วมกิจกรรม และวิเคราะห์หาคนที่ลดน้ำตาลในเลือดได้ - ในปี 2569 ให้นำเสนอตัวเลขกลุ่มเป้าหมายอีกครั้ง <p>2. ผู้บริหารโรงพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - ควรเพิ่มกลุ่มเป้าหมายในศูนย์ Wellness Community เป็น 50 คน/ศูนย์/ปี - ควรขยายกลุ่มเป้าหมาย เช่น 800 – 1,000 คน มีการแบ่งอย่างไรต่อศูนย์ Wellness Community เพื่อให้ตัวเลขสามารถอ้างอิงได้ <p>3. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - เมื่อทำผลสำเร็จแล้ว จะชุมชนสุขภาพดี Wellness Center ที่มีระดับความสำเร็จ อำเภอ Wellness Community ครบทั้ง 5 ระดับ 21 แห่ง - มีงานวิจัยรองรับ ผู้ที่เข้าร่วมโครงการสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เมื่อใช้โปรแกรม Lifestyle Medicine ร่วมกับการดูแลสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทย และมีระดับค่าน้ำตาลในเลือดลดลง ระดับการประเมินผล โดยแบ่งดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> - ระดับที่ 1 หน่วยบริการปฐมภูมิ แผนการขับเคลื่อนนโยบายการดำเนินงานจัดตั้งศูนย์ Wellness Community จำนวนหน่วยงาน รพ.สต. 20 แห่ง PCU 1 แห่ง รวม 21 แห่ง - ระดับที่ 2 ต้องผ่านกิจกรรมที่ 1 คือ หน่วยบริการปฐมภูมิ แผนการขับเคลื่อนนโยบายการดำเนินงานจัดตั้งศูนย์ Wellness Community โดยมีคู่มือและแนวทาง มีการจัดบันทึกกิจกรรมปรับเปลี่ยน - ระดับที่ 3 มีสวนสมุนไพรฤทธิ์ร้อนฤทธิ์เย็น ในศูนย์ Wellness Community ทุกแห่ง และมีป้าย ศูนย์ Wellness Community อย่างชัดเจน รวมถึงมีอุปกรณ์ในการจัดทำกิจกรรม ให้แก่ประชาชนผู้ที่มาร่วมกิจกรรม - ระดับที่ 4 ประชาชนที่เข้ารับบริการใน ศูนย์ Wellness Community ร้อยละ 100 และมีการบันทึกกิจกรรม ร้อยละ 100 - ระดับที่ 5 มีการวัดเชิงปริมาณจำนวนผู้ป่วย NCD ที่เข้ารับบริการใน ศูนย์ Wellness Community เป้าหมาย 200 คน ในปีงบประมาณ 2568 และมีการวัดเชิงคุณภาพ ผู้ป่วย NCD ที่เข้ารับบริการใน ศูนย์ Wellness Community มีการเจาะ DTX ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงที่ ร้อยละ 10 ของผู้เข้าร่วมกิจกรรม - จำนวนหน่วยบริการ 10 คน/ศูนย์/ปี = 314 คน โดยวัดค่าระดับน้ำตาลในเลือด DTX = ร้อยละ 28.20 <p>4. ผู้เข้าร่วมประชุม</p> <ul style="list-style-type: none"> -

สรุปประเด็นสำคัญ	<ul style="list-style-type: none">- เพิ่มจำนวนกลุ่มเป้าหมาย- ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ป่วยมาแล้วไม่ต่ำกว่า 6 ปี = N (กลุ่มเป้าหมายหลัก)- คนที่สมัครใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรม <p>การประเมินผลควรต้องประเมินทั้ง 2 เกณฑ์นี้</p> <ul style="list-style-type: none">- ประเมินผลลัพธ์ DM Remission – DTX วิเคราะห์หาจำนวนคนเข้าร่วมกิจกรรม และวิเคราะห์หาคนที่ลดน้ำตาลในเลือดได้- ในปี 2569 ให้วิเคราะห์และนำเสนอตัวเลขกลุ่มเป้าหมายที่เพิ่มเข้ามาใหม่อีกครั้ง
-------------------------	---

แบบบันทึกข้อเสนอแนะ จากการนำเสนอ KPI (ประเมินผลปลายปี) 2568

ชื่อตัวชี้วัด	<p>ตัวชี้วัดที่ 37 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วม NCDs Remission Clinic ที่ศูนย์ Wellness Center</p> <p>ตัวชี้วัดที่ 37.1 สามารถลดยาได้ และไม่เกิด Hyperglycemia</p> <p>ตัวชี้วัดที่ 37.2 สามารถหยุดยาได้ และมีค่า HbA1C < 6.5 ต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือน</p>
ประเภท KPI	<input checked="" type="checkbox"/> KPI โรงพยาบาลบ้านฝ้อ <input type="checkbox"/> KPI คปสอ.บ้านฝ้อ
ผู้รับผิดชอบ KPI	นางฉันทนา ผิวสว่าง / นางณัฐนาฏ ทองมีศรี
ประเด็นข้อเสนอแนะ	<p>1. วิทยากร</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pt.สามารถลดยาได้ และไม่เกิด Hyperglycemia จำนวน 58 คน/305 คน คิดเป็น 19.02% (กลุ่มเป้าหมายคือ กลุ่มเบาหวานที่อายุน้อยกว่า 60 ปีและมากกว่า 60 ปี หรือเป็นเบาหวานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 ปี) ให้แยกกลุ่มเป้าหมายแบ่งเป็นจำนวนกลุ่มละกี่คน จากทั้งหมด 305 คน - วิเคราะห์กลุ่มเป้าหมาย กลุ่มเบาหวานที่อายุน้อยกว่า 60 ปีและมากกว่า 60 ปี หรือเป็นเบาหวานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 ปี - Pt.สามารถหยุดยาได้ และมีค่า HbA1C < 6.5 ต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือน จำนวน 11 คน/305 คน คิดเป็น 3.60% - Out Come คือ ลดยาได้ และหยุดยาได้ HbA1C < 6.5 รวมจำนวน 59 คน คิดเป็น 22% (Target ไม่บรรลุ แต่ Out Come เป็นที่น่าพอใจ - อยากให้มีคู่เปรียบเทียบ <p>2. ผู้บริหารโรงพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มที่ Contro ไม่ได้ ไม่ดีขึ้น และไม่ปฏิบัติตาม เกิดจากปัจจัยอะไร <p>3. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดอบรมกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน รพ.สต. 20 แห่ง, 1 PCU โดยการบูรณาการหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต 3อ.2ส.1น. แพทย์วิถีธรรม และการนั้บคาร์บ ฐานการเรียนรู้ - การกำกับติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องค่าHbA1c น้อยกว่า6.5% - Pt.สามารถลดยาได้ และไม่เกิด Hyperglycemia จำนวน 58 คน/305 คน คิดเป็น 19.02% - สามารถหยุดยาได้ และมีค่า HbA1C < 6.5 ต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือน จำนวน 11 คน/305 คน คิดเป็น 3.60% <p>4. ผู้เข้าร่วมประชุม</p>
สรุปประเด็นสำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> - จัดทำเป็นข้อมูลตารางคนไข้ให้ชัดเจน ในการนำเสนอข้อมูล - วิเคราะห์กลุ่มเป้าหมาย กลุ่มเบาหวานที่อายุน้อยกว่า 60 ปีและมากกว่า 60 ปี หรือเป็นเบาหวานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 ปี - Out Come คือ ลดยาได้ และหยุดยาได้ HbA1C < 6.5 รวมจำนวน 59 คน คิดเป็น 22% (Target ไม่บรรลุ แต่ Out Come เป็นที่น่าพอใจ

แบบบันทึกข้อเสนอแนะ จากการนำเสนอ KPI (ประเมินผลปลายปี) 2568

ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ 38 ค่าคะแนนเกณฑ์การประเมิน ITA ของ รพ.บ้านฝ้อ
ประเภท KPI	<input checked="" type="checkbox"/> KPI โรงพยาบาลบ้านฝ้อ <input type="checkbox"/> KPI คปสอ.บ้านฝ้อ
ผู้รับผิดชอบ KPI	นายกิตตินันท์ จันทร์แก้ว
ประเด็น ข้อเสนอแนะ	1. วิทยากร - เป้าหมายปี 2569 ต้องผ่านเกณฑ์ทุกข้อ 100%
	2. ผู้บริหารโรงพยาบาล - ให้มีการจัดตั้งชมรมจริยธรรม มอบหมายให้ คุณณัฏยา สิงห์สิทธิ์ เป็นผู้รับผิดชอบ โดยให้มีจัดตั้งทีมและจัดตั้งชมรมโดยมีการทำหนังสือจัดตั้งชมรม
	3. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด - เกณฑ์การประเมิน ITA ไม่ผ่าน 3 ด้าน คือ 1) หน่วยงานมีการรายงานการประเมินผลการปฏิบัติราชการของบุคลากรในหน่วยงานและเปิดเผยผลการปฏิบัติราชการ ระดับดีเด่น และระดับดีมาก ในที่เปิดเผยให้ทราบ ของปีงบประมาณ 2) หน่วยงานมีแผนปฏิบัติการป้องกันปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบและแผนปฏิบัติการส่งเสริมคุณธรรมของชมรมจริยธรรม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 3) หน่วยงานมีการเผยแพร่เจตจำนงสุจริตของการปฏิบัติหน้าที่ราชการ และนโยบายที่เคารพสิทธิมนุษยชนและศักดิ์ศรีของผู้ปฏิบัติงานและของผู้บริหารต่อสาธารณชน การดำเนินงาน คือ - มีการดำเนินกิจกรรมตามแผน ITA ของหน่วยงาน เช่น การเผยแพร่ข้อมูล การจัดกิจกรรมส่งเสริมคุณธรรมและความโปร่งใส และการตอบแบบสอบถามของบุคลากรในหน่วยงาน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อตัวชี้วัดหลัก - ตรวจสอบความครบถ้วนและข้อมูลที่ถูกต้อง รวมทั้งหลักฐานที่เผยแพร่บนเว็บไซต์ มีผลต่อคะแนนการประเมินและการบรรลุเป้าหมาย - การมีส่วนร่วมของบุคลากรภายในหน่วยงานในการดำเนินกิจกรรม ITA เป็นปัจจัยสนับสนุนที่ช่วยให้ผลการดำเนินงานเป็นไปตามเกณฑ์
	4. ผู้เข้าร่วมประชุม
สรุปประเด็นสำคัญ	- เป้าหมายปี 2569 ต้องผ่านเกณฑ์ทุกข้อ 100% - จัดตั้งชมรมจริยธรรม โดย คุณณัฏยา สิงห์สิทธิ์ เป็นผู้รับผิดชอบหลัก และจัดหาทีม

แบบบันทึกข้อเสนอแนะ จากการนำเสนอ KPI (ประเมินผลปลายปี) 2568

ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ 39 ค่าคะแนนการประเมินการจัดวางระบบควบคุมภายใน (EIA) ของ รพ.บ้านฝื่อ
ประเภท KPI	<input checked="" type="checkbox"/> KPI โรงพยาบาลบ้านฝื่อ <input type="checkbox"/> KPI คปสอ.บ้านฝื่อ
ผู้รับผิดชอบ KPI	งานบริหารทั่วไป/งานการเงิน
ประเด็น ข้อเสนอแนะ	1. วิทยากร - ไม่ได้นำเสนอ
	2. ผู้บริหารโรงพยาบาล - ไม่ได้นำเสนอ
	3. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด - ไม่ได้นำเสนอ
	4. ผู้เข้าร่วมประชุม - ไม่ได้นำเสนอ
สรุปประเด็นสำคัญ	- ไม่ได้นำเสนอ

แบบบันทึกข้อเสนอแนะ จากการนำเสนอ KPI (ประเมินผลปลายปี) 2568

ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ 40 ค่าคะแนนระดับความสำเร็จในการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์
ประเภท KPI	<input checked="" type="checkbox"/> KPI โรงพยาบาลบ้านฝ้อ <input type="checkbox"/> KPI คปสอ.บ้านฝ้อ
ผู้รับผิดชอบ KPI	นางสาวอภิญญา นະวะศรี
ประเด็นข้อเสนอแนะ	<p>1. วิทยากร</p> <p>- KPI นี้ แบ่งเป็น</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การดำเนินงานแผนงาน/โครงการ ตามระยะเวลา (15 คะแนน) 2. KPI ต้องมี Template (15 คะแนน) 3. ระบบติดตามตัวชี้วัดความสำเร็จ (10 คะแนน) 4. ผลการดำเนินงานตาม ตัวชี้วัด (KPI) โดยเน้นที่ผลลัพธ์ Out come (60 คะแนน) <p>- รายงานผลต่อผู้บังคับบัญชา ในกรณีที่ติดตามผลงาน KPI ได้ไม่ครบทุกตัว เพราะผลงาน KPI มีผลต่อ KPI ข้อนี้ รวมทั้งเพื่อลดการกดดันของงานยุทธศาสตร์ และให้ผู้บังคับบัญชาตัดสินใจ และคืนข้อมูล</p> <p>- การถ่วงค่าคะแนนน้ำหนัก ให้ประเมินตาม KPI หลัก คือ คะแนนที่ได้/คะแนนเต็ม x จำนวนข้อ</p> <p>2. ผู้บริหารโรงพยาบาล</p> <p>-</p> <p>3. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</p> <p>แบ่งเกณฑ์การวัด เป็น 4 ระดับ คือ</p> <p>ระดับที่ 1 แผนงาน/โครงการ</p> <p>ระดับที่ 2 การส่ง KPI Template และแบบสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์</p> <p>ระดับ 3 ระบบติดตามตัวชี้วัดความสำเร็จ (KPI) แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ติดตามตัวชี้วัดความสำเร็จ ระดับโรงพยาบาล และส่วนที่ 2 ติดตามตัวชี้วัดความสำเร็จ ระดับ คปสอ.</p> <p>ระดับที่ 4 ผลการดำเนินงานตาม ตัวชี้วัด (KPI) แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดความสำเร็จระดับโรงพยาบาล และ ส่วนที่ 2 ผลการดำเนินงานตามติดตามตัวชี้วัดความสำเร็จ ระดับ คปสอ.</p> <p>4. ผู้เข้าร่วมประชุม</p> <p>-</p>
สรุปประเด็นสำคัญ	<p>- ส่งผลการดำเนินงานตาม KPI (แบบฟอร์ม 2) ภายใน 2 สัปดาห์ หลังการนำเสนอ</p> <p>- การรวม KPI ให้น้อยลง เชื่อมโยง KPI ให้มาก เพื่อนำสู่ KPI ใหม่ในปี 2569</p> <p>- นัดหมายการกำหนด ค่าเป้าหมาย ในปี 2569 อีก 1 วัน (ออนไลน์/ออนไซต์) ภายใน 3 สัปดาห์ หลังการนำเสนอ</p>

แบบบันทึกข้อเสนอแนะ จากการนำเสนอ KPI (ประเมินผลปลายปี) 2568

ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ 41 จำนวนบุคลากรเพิ่มขึ้นตามยุทธศาสตร์องค์กร ตามกรอบ FTE ตัวชี้วัดที่ 41.1 จำนวนแพทย์เชี่ยวชาญเพิ่มขึ้น (คน) ตัวชี้วัดที่ 41.2 จำนวนพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้น (คน) ตัวชี้วัดที่ 41.3 ร้อยละเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนเพิ่มขึ้น (สายสนับสนุนวิชาชีพ/สายสนับสนุน Back Office)
ประเภท KPI	<input checked="" type="checkbox"/> KPI โรงพยาบาลบ้านฝ้อ <input type="checkbox"/> KPI คปสอ.บ้านฝ้อ
ผู้รับผิดชอบ KPI	นางสาววาทิตี บัวคอม
ประเด็นข้อเสนอแนะ	<p>1. วิทยากร</p> <ul style="list-style-type: none"> - วิเคราะห์ จำนวนแพทย์ และพยาบาล ที่เพิ่ม-ไม่เพิ่ม ตามกรอบ FTE - วางแผนอัตรากำลังคนด้านบุคลากรให้ครอบคลุม <p>2. ผู้บริหารโรงพยาบาล</p> <p>3. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้ทุนการศึกษาจัดทำโครงการหรือข้อตกลงร่วมกับสถาบันการศึกษา/แพทยสภา เพื่อ รับทุน หรือ สนับสนุนค่าใช้จ่าย ในการศึกษา/ฝึกอบรมแพทย์เพื่อเป็นแพทย์เฉพาะทางตามสาขาที่องค์กรต้องการ (เช่น การให้ทุนศึกษาต่อ หรือจัดสรรงบประมาณสำหรับการฝึกอบรม/ศึกษาดูงานเฉพาะทาง) - กิจกรรมที่มุ่งเน้นการดึงดูดพยาบาลเข้ามาทำงานในองค์กรให้สอดคล้องกับกรอบอัตรากำลังที่กำหนด - โครงการให้ทุน/สนับสนุนการศึกษา:ให้ทุนการศึกษา พยาบาลแก่ผู้ที่สนใจและมีเงื่อนไขผูกพันให้กลับมาทำงานในองค์กรหลังเรียนจบ ทำข้อตกลงกับสถาบันการศึกษา เพื่อรับนักศึกษาพยาบาลที่สำเร็จการศึกษา เข้ามาทำงานตามจำนวนที่ต้องการ <p>4. ผู้เข้าร่วมประชุม</p>
สรุปประเด็นสำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> - วิเคราะห์ จำนวนแพทย์ และพยาบาล ที่เพิ่ม-ไม่เพิ่ม ตามกรอบ FTE - วางแผนอัตรากำลังคนด้านบุคลากรให้ครอบคลุม - เปรียบเทียบจำนวนที่เพิ่มขึ้น-ลดลง จากปีที่ผ่านมา

แบบบันทึกข้อเสนอแนะ จากการนำเสนอ KPI (ประเมินผลปลายปี) 2568

ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ 42 ร้อยละของบุคลากรได้รับการพัฒนาสมรรถนะตามเกณฑ์ยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน
ประเภท KPI	<input checked="" type="checkbox"/> KPI โรงพยาบาลบ้านฝ้อ <input type="checkbox"/> KPI คปสอ.บ้านฝ้อ
ผู้รับผิดชอบ KPI	นางสาววาทิตี บัวคอม
ประเด็นข้อเสนอแนะ	<p>1. วิทยากร</p> <ul style="list-style-type: none"> - การพัฒนาบุคลากร ให้ครบตามเกณฑ์ - เน้นยุทธศาสตร์ที่สำคัญทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> 1. การเข้าถึงบริการแพทย์ทางเลือก Wellness Community 2. การจัดบริการดูแลสุขภาพ Wellness aging Care 3. งานวิจัย นวัตกรรม สร้างรายได้ 4. การบริหารทรัพยากรบุคลากร เพื่อรองรับ M1 5. ให้บริการเฉพาะทางด้านต่างๆตามความเชี่ยวชาญทางการแพทย์ และทันตกรรม (SMC) 6. การบริหารการเงินการคลัง - พัฒนาการฝึกอบรมที่เกี่ยวข้อง เช่น Wellness Center, จิตเวช ชุมชน - ยุทธศาสตร์ พัฒนาคน ตามงาน (ให้มีการอบรม เรียนรู้ในงานที่ได้รับมอบหมาย) - N คือเท่าใด คิดเป็นกี่เปอร์เซ็นต์ - ค้นหาบุคคลตามสมรรถนะให้ตรงตามยุทธศาสตร์ โดยมีผอ.พิจารณา <p>2. ผู้บริหารโรงพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - เน้นยุทธศาสตร์ 6 ด้าน <ol style="list-style-type: none"> 1. การเข้าถึงบริการแพทย์ทางเลือก Wellness Community 2. การจัดบริการดูแลสุขภาพ Wellness aging Care 3. งานวิจัย นวัตกรรม สร้างรายได้ 4. การบริหารทรัพยากรบุคลากร เพื่อรองรับ M1 5. ให้บริการเฉพาะทางด้านต่างๆตามความเชี่ยวชาญทางการแพทย์ และทันตกรรม (SMC) 6. การบริหารการเงินการคลัง <p>3. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - <p>4. ผู้เข้าร่วมประชุม (ผู้เข้าร่วมสังเกตการณ์จาก โรงพยาบาลกุมภวาปี)</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดทำแผนปฏิบัติการ อบรมระยะสั้น อบรมระยะยาว เน้นอบรมที่เกี่ยวข้องนโยบาย ผอ. - เน้นแบ่งตาม นโยบายยุทธศาสตร์ที่สำคัญ
สรุปประเด็นสำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> - เน้นอบรมพัฒนาตามยุทธศาสตร์องค์กรที่สำคัญทั้ง 6 ด้าน - วางแผนระบบจัดเก็บข้อมูลให้ครอบคลุม - จัดทำแผนปฏิบัติการ อบรมระยะสั้น อบรมระยะยาว เน้นอบรมที่เกี่ยวข้องนโยบาย ผอ. - ค้นหาบุคคลตามสมรรถนะให้ตรงตามยุทธศาสตร์ โดยมีผอ.พิจารณา

แบบบันทึกข้อเสนอแนะ จากการนำเสนอ KPI (ประเมินผลปลายปี) 2568

ชื่อตัวชี้วัด	<p>ตัวชี้วัดที่ 43 ค่าคะแนนความสำเร็จในการประเมินบุคลากรที่มีความสุขในการปฏิบัติงาน (Happinometer)</p> <p>43.1 ร้อยละของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขในการปฏิบัติงาน (Happinometer)</p> <p>43.2 ร้อยละของบุคลากรในหน่วยงานมีความสุขในการปฏิบัติงาน (Happinometer)</p>
ประเภท KPI	<input checked="" type="checkbox"/> KPI โรงพยาบาลบ้านฝ้อ <input type="checkbox"/> KPI คปสอ.บ้านฝ้อ
ผู้รับผิดชอบ KPI	น.ส.จิตติกานต์ วิรุณปักษ์
ประเด็นข้อเสนอแนะ	<p>1. วิทยากร</p> <ul style="list-style-type: none"> - ควรหาวิธีให้คนมาประเมินมากขึ้น - ควรเพิ่มเป้าหมายให้ได้มากขึ้นจากเดิม เป็นร้อยละ 80 - แนะนำให้จำแนก กลุ่มใดมีความสุข กลุ่มใดมีความสุข แต่ละประเภทออกมาและมีวิธีจัดการกับกลุ่มเหล่านั้นอย่างไร - ทำอย่างไรบุคลากร จะมีความสุข หลังจากนั้นจึงจัดทำโครงการ - แยกประเภทของแบบสอบถามให้ชัดเจน เช่น กลุ่มอาชีพ เพศ อายุ กลุ่มความชอบ - ควรหาสาเหตุของความทุกข์ หรือความสุข แล้วจึงหาจัดทำโครงการ - ควรเข้าใจในกระบวนการในการวิเคราะห์หาความสุขในการทำงาน - ควรจัดทำตั้งแต่ ต้นปี 2569 แล้วนำมาเสนอขอ. <p>2. ผู้บริหารโรงพยาบาล</p> <p>-</p> <p>3. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - เพิ่มจำนวนผู้ทำแบบประเมิน - มีการวิเคราะห์ความสุขรายกลุ่ม - จัดทำโครงการเพื่อสนองต่อความทุกข์ - ควรเพิ่มเป้าหมายให้ได้มากขึ้นจากเดิม เป็นร้อยละ 80 <p>4. ผู้เข้าร่วมประชุม</p> <ul style="list-style-type: none"> - ควรแยกตามกลุ่มอาชีพ อายุนาน - ในการเก็บแบบประเมินอาจให้กรอกเลขบัตรโดยไม่กรอกชื่อ
สรุปประเด็นสำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> - บุคลากรในโรงพยาบาลบ้านฝ้อ ควรมีความสุขมากกว่าร้อยละ 80 - ควรวิเคราะห์ความสุขในการทำงาน แยกประเภทตามตำแหน่งและกลุ่มอายุของบุคลากร หาสาเหตุและวิธีการแก้ปัญหาอย่างไร - ใช้โปรแกรม Excel หรือ SPSS ในการวิเคราะห์หาข้อมูลตำแหน่งและกลุ่มอายุ

แบบบันทึกข้อเสนอแนะ จากการนำเสนอ KPI (ประเมินผลปลายปี) 2568

ชื่อตัวชี้วัด	<p>ตัวชี้วัดที่ 44 ระดับความสำเร็จในการพัฒนางานวิจัยเพื่อแก้ปัญหาด้านสาธารณสุขในพื้นที่</p> <p>ตัวชี้วัดที่ 44.1 วิจัยและนวัตกรรม</p> <p>ตัวชี้วัดที่ 44.2 จำนวนการพัฒนา CQI</p> <p>ตัวชี้วัดที่ 44.3 จำนวนการพัฒนา R2R</p> <p>ตัวชี้วัดที่ 44.4 ร้อยละของบุคลากร (กลุ่มวิชาชีพ) มีการใช้ AI ในการปฏิบัติงาน</p>
ประเภท KPI	<input checked="" type="checkbox"/> KPI โรงพยาบาลบ้านฝ้อ <input type="checkbox"/> KPI คปสอ.บ้านฝ้อ
ผู้รับผิดชอบ KPI	นางสาวอารีรัตน์ ชียงกะบุตร
ประเด็นข้อเสนอแนะ	<p>1. วิทยาการ</p> <p>ตัวชี้วัดที่ 44.1 วิจัยและนวัตกรรม</p> <ul style="list-style-type: none"> - ควรมีที่ปรึกษามหาลัย จะทำให้ผลออกมาดี - ควรติดตามกลุ่มตัวอย่างอย่างต่อเนื่อง - วิจัยดำเนินไปเท่าใด ให้นำเสนอตามนั้น - ทบทวนปัจจัยนำเข้า (ตัวแปรต้น) และทบทวน Outcome ของตัวแปรตาม <p>ตัวชี้วัดที่ 44.2 จำนวนการพัฒนา CQI</p> <ul style="list-style-type: none"> - ควรเชื่อมโยง มาตรฐาน CQI กับแบรอนอื่น ที่ได้ย. - ควรทดลองกับประชาชน โดยเก็บข้อมูลรสชาติ ไปขยายกับผงซุรส ต่างกันอย่างไร โดยอาจใช้ขนาดของตัวอย่างมาเปรียบเทียบกัน (คนส่วนมากชอบอะไร) - ปี 2569 แนะนำให้ทำนวัตกรรม Base on ลดลงก็คน ลดได้ก็หน้าที่ วัด Outcome ของนวัตกรรม และพอ.มีแนวทางส่งเสริมขยายแก่ประชาชนอย่างไร - วิเคราะห์การผลิตมีจำนวนเท่าใด - การควบคุมคุณภาพของผลิตภัณฑ์ - กระบวนการที่จะวางขายในเชิงตลาดกว้าง <p>ตัวชี้วัดที่ 44.4 ร้อยละของบุคลากร (กลุ่มวิชาชีพ) มีการใช้ AI ในการปฏิบัติงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ปี 2569 แนะนำให้เอาผลงานของหัวหน้ามาประเมินผล - ปี 2568 ร้อยละของหัวหน้ากลุ่มงาน มีการใช้ AI ในการปฏิบัติงาน เป้าหมายร้อยละ 25 Outcome วัดที่ หัวหน้ากลุ่มงาน มีการใช้ AI ในการปฏิบัติงาน จำนวน 33 คน จะต้องมียรายชื่อ และ AI ในการปฏิบัติงาน <p>2. ผู้บริหารโรงพยาบาล</p> <p>-</p> <p>3. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</p> <p>ตัวชี้วัดที่ 44.1 วิจัยและนวัตกรรม</p> <ul style="list-style-type: none"> - วิจัย ชื่อ ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ Lifestyle Medicine และแผนทางเลือก แผนวิถีธรรมสู่การเข้าสู่ภาวะ DM Remission ตัวแปรต้น โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตัวแปรตาม คือ ค่า A1C เทียบก่อนและหลัง โดยมีการวัดซ้ำ 6 และ 12 เดือน - กลุ่มตัวอย่าง 382 คน - ผลของระยะแรก คือ มีผลออกมาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญแต่มีการปรับเกณฑ์การเข้าสู่ภาวะ DM Remission นิยามขึ้นมาจากคู่มือ คือ ต้องมีการหยุดยา และมีค่า A1C น้อยกว่า 6.5 อย่างคงที่ 3 เดือนติดต่อกัน ปรับเป็น ผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะ DM Remission ได้รับการลดยา หรือหยุดกินยา - มีการกำหนดระยะเวลาแล้วเสร็จในเดือน กุมภาพันธ์

	<p>ตัวชี้วัดที่ 44.3 จำนวนการพัฒนา R2R</p> <p>ตัวชี้วัดที่ 44.4 ร้อยละของบุคลากร (กลุ่มวิชาชีพ) มีการใช้ AI ในการปฏิบัติงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการอบรม AI ที่ใช้ในปฏิบัติงาน โดยมีวิทยากรฝึกอบรมให้ (ช่วงเดือนธันวาคม) โดยมีกลุ่มเป้าหมายคือ หัวหน้างานทุกกลุ่มงาน <p>4. ผู้เข้าร่วมประชุม</p> <ul style="list-style-type: none"> - จุดเน้นทิศทางขององค์กร ที่ผอ.กำหนด รับมาตรการสร้างรายได้ นวัตกรรมที่สร้างรายได้ ออกมาเป็น Product หรือผลิตภัณฑ์เพื่อเพิ่มรายได้ โดยเหตุผลลัพท์ชัดเจน การผลิต เจลสำหรับใส่แผล อาจทำเป็นรูปแบบเพื่อขายและจะขอ อย. ผลชัวร์จากไบโซยา อยู่ระหว่างการทำของใส่ เพื่อให้ผลิตภัณฑ์นำใช้และนำมาสู่การขาย
สรุปประเด็นสำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> - ควรติดตามกลุ่มตัวอย่างอย่างต่อเนื่อง - ทบทวนปัจจัยนำเข้า (ตัวแปรต้น) และทบทวน Outcome ของตัวแปรตาม - ควรทดลองกับประชาชน โดยเก็บข้อมูลรสชาติ ไบโซยากับผงชูรส ต่างกันอย่างไร โดยอาจใช้ขนาดของตัวอย่างมาเปรียบเทียบกัน (คนส่วนมากชอบอะไร) - ร้อยละของบุคลากร (กลุ่มวิชาชีพ) มีการใช้ AI ในการปฏิบัติงาน วัดที่หัวหน้างาน

แบบบันทึกข้อเสนอแนะ จากการนำเสนอ KPI (ประเมินผลปลายปี) 2568

ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ 45 จำนวนเงินที่เป็นผลสัมฤทธิ์จากการดำเนินงาน Home ward
ประเภท KPI	<input checked="" type="checkbox"/> KPI โรงพยาบาลบ้านฝ้อ <input type="checkbox"/> KPI คปสอ.บ้านฝ้อ
ผู้รับผิดชอบ KPI	นางศัญจารัตน์ ชาตวิชัยพัฒน์
ประเด็น ข้อเสนอแนะ	<p>1. วิทยากร</p> <ul style="list-style-type: none"> - ในการกำหนด Scale ในการวัดแบบประเมิน ต้องยกระดับเกณฑ์ประเมินเป็น Interval Scale (มาตรวัดอันตรภาค) ตัวอย่างเช่น เดียวกับระดับเกรดการศึกษาที่แบ่งระดับเป็น A B C D โดยมีระดับคะแนนอย่างชัดเจน แต่ไม่สามารถนำมาตราวัดนี้มาคำนวณได้อย่างชัดเจนว่า A จะห่างจาก B ก็เท่าในแต่ละตัวแปร - มุ่งเน้นผลมากกว่าร้อยละ 80 - หัวใจสำคัญของ Home ward คือ จำนวนผู้เข้ารับบริการและความพึงพอใจ - โดยกลุ่มเป้าหมาย Home ward คือ กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง 14 กลุ่มโรค - เพิ่มจำนวนรายได้ - แนะนำคะแนน 80 คะแนน ให้เป็น KPI หลัก และกิจกรรมที่ทำจำนวน 20 ข้อ ให้เป็น KPI รอง - แนะนำให้นำ รายได้ และจำนวนคน มาเป็น KPI รองที่สำคัญ - โดยการถ่วงน้ำหนัก KPI รอง ควรถ่วงตัวกิจกรรมและตัวผลลัพธ์ (รายได้และจำนวนคน) ถ้าคะแนนเต็ม 100 คะแนน ไม่ควรต่ำกว่า 80 คะแนน <p>2. ผู้บริหารโรงพยาบาล</p> <p>-</p> <p>3. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - เป้าหมายปี 2569 = 60 ล้านบาทต่อปี <p>Home ward = 250 เคสต่อเดือน Home ward จิตเวช = 400 เคสต่อเดือน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ขอรับอุปกรณ์ที่จำเป็นในการจัดทำ Home ward <p>4. ผู้เข้าร่วมประชุม</p>
สรุปประเด็นสำคัญ	<p>วัตถุประสงค์ของ Home ward คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. หารายได้ให้แก่โรงพยาบาล 2. ดูแลสุขภาพผู้ป่วย <p>โดยมีการกำหนดแนวทางพื้นฐานที่สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ และมีแพทย์และทีมพยาบาลที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยใน Home ward ซึ่งแบบประเมินใช้เป็นข้อคำถามแบบ Ordinal Scale (มาตรวัดเรียงลำดับ) ใช่/ไม่ใช่ ทั้งหมด 20 ข้อ</p> <ul style="list-style-type: none"> - กำหนดค่าคะแนน 80 คะแนน ให้เป็น KPI หลัก และกิจกรรมที่ทำจำนวน 20 ข้อ ให้เป็น KPI รอง - ให้นำ รายได้ และจำนวนคน มาเป็น KPI รองที่สำคัญ

แบบบันทึกข้อเสนอแนะ จากการนำเสนอ KPI (ประเมินผลปลายปี) 2568

ชื่อตัวชี้วัด	<p>ตัวชี้วัดที่ 46 มาตรการเพิ่มรายได้ และควบคุมค่าใช้จ่าย</p> <p>ตัวชี้วัดที่ 46.1 จำนวนมาตรการเพิ่มรายได้/รายได้ที่เพิ่มขึ้น (บาท)</p> <p>ตัวชี้วัดที่ 46.2 จำนวนมาตรการควบคุม/รายจ่ายที่ลดลง (บาท)</p>
ประเภท KPI	<input checked="" type="checkbox"/> KPI โรงพยาบาลบ้านฝ้อ <input type="checkbox"/> KPI คปสอ.บ้านฝ้อ
ผู้รับผิดชอบ KPI	นางสาววาสนา บุญศิริ
ประเด็นข้อเสนอแนะ	<p>1. วิทยากร</p> <ul style="list-style-type: none"> - วัตถุประสงค์ KPI นี้ คือ เพิ่มรายได้ และ ลดหนี้สิน ของโรงพยาบาล - เพิ่มจำนวนมาตรการในการหารายได้ และลดรายจ่าย รวมทั้งกำหนดมาตรการให้ชัดเจน - วางแผนกระบวนการ และกำหนดเกณฑ์ เพิ่ม/ลด รายได้ให้ชัดเจน เพื่อติดตาม ดูแล โดยทีม CFO ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดเป็นชุดความรู้ และทราบว่ามีมาตรการใดที่จะตอบสนอง การเพิ่มรายได้ ลดรายจ่ายได้ดี - ปี 2569 ตั้งไว้ คือ เพิ่มมาตรการ และคงตัวเลขรายได้เท่าเดิม คือ 5 ล้านบาท <p>2. ผู้บริหารโรงพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - เพิ่มจำนวนมาตรการในการหารายได้ และลดรายจ่าย - เพิ่มมาตรการ และคงตัวเลขรายได้เท่าเดิม คือ 5 ล้านบาท <p>3. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการ Monitoring ปลายทางที่จะมีการคำนวณตามคอร์สเป็นรายเดือน - การเพิ่มรายได้และควบคุมรายจ่ายในรพ. เพื่อให้สินทรัพย์มีมากขึ้น หนี้สินลดลง จะส่งผลให้อัตราทางการเงินของ รพ.มั่นคงขึ้นและอยู่ในระดับที่ดี - ปี 2569 ตั้งไว้ คือ เพิ่มมาตรการ และคงตัวเลขรายได้เท่าเดิม <p>4. ผู้เข้าร่วมประชุม</p> <ul style="list-style-type: none"> -
สรุปประเด็นสำคัญ	<p>จำนวนมาตรการเพิ่มรายได้/รายได้ที่เพิ่มขึ้น (บาท)</p> <ul style="list-style-type: none"> - การหารายได้จาก Wellness Center/ Wellness Check up - การหารายได้จาก Home ward ทั่วไป/จิตเวช ทันตกรรม มินิธัญญารักษ์ - การหารายได้จากการส่งเสริมการเข้ารักษาห้องพิเศษ /เพิ่มการหารายได้จาก SMC <p>จำนวนมาตรการควบคุม/รายจ่ายที่ลดลง (บาท)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ลดรายจ่าย ค่าสาธารณูปโภค ลดรายจ่าย LAB CT-Scan X-ray ใตเทียม ลดรายจ่าย ยา เวชภัณฑ์ - ลดรายจ่ายจากฝ่ายบุคลากร ค่าตอบแทน - วางแผนกระบวนการ และกำหนดเกณฑ์ เพิ่ม/ลด รายได้ให้ชัดเจน เพื่อติดตาม ดูแล โดยทีม CFO ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดเป็นชุดความรู้ และทราบว่ามีมาตรการใดที่จะตอบสนอง การเพิ่มรายได้ ลดรายจ่ายได้ดี - กำหนดการ Monitoring โปรแกรมทางการเงินให้ครอบคลุมและรายงานผลต่อ ผู้อำนวยการ - Out Come ส่งผลต่อผู้รับบริการใน โรงพยาบาลอย่างไร - ขอคูตัวเลขรายได้ ข้อมูลย้อนหลัง ปี 2567 เพื่อเปรียบเทียบ ข้อมูล 2568-2569

แบบบันทึกข้อเสนอแนะ จากการนำเสนอ KPI (ประเมินผลปลายปี) 2568

ชื่อตัวชี้วัด	<p>ตัวชี้วัดที่ 47 รพ.มีอัตราทางการเงินที่มั่นคงขึ้น</p> <p>ตัวชี้วัดที่ 47.1 ค่า Finance Risk Score</p> <p>ตัวชี้วัดที่ 47.2 อัตรารายได้รวม ต่อ ค่าใช้จ่ายรวม (I/E Ratio)</p> <p>ตัวชี้วัดที่ 47.3 อัตราส่วนทุนหมุนเวียน ต่อ หนี้สินหมุนเวียน (Current Ratio)</p> <p>ตัวชี้วัดที่ 47.4 อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว ต่อ หนี้สินหมุนเวียน (Quick Ratio)</p> <p>ตัวชี้วัดที่ 47.5 อัตราส่วนเงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสดต่อหนี้สินที่ต้องชำระ (Cash Ratio)</p>
ประเภท KPI	<input checked="" type="checkbox"/> KPI โรงพยาบาลบ้านฝ้อ <input type="checkbox"/> KPI คปสอ.บ้านฝ้อ
ผู้รับผิดชอบ KPI	นางสาววาสนา บุญศิริ
ประเด็นข้อเสนอแนะ	<p>1. วิทยากร</p> <ul style="list-style-type: none"> - Risk Score ตั้งไว้ ระดับ 4 = ระดับ 6 - I/E Ratio ตั้งไว้ 1.1 (รายได้ มากกว่ารายจ่าย 10%) = 0.98 - Current Ratio ตั้งไว้ 1.1 = 1.01 - Quick Ratio ตั้งไว้ 0.9 = 0.93 - Cash Ratio ตั้งไว้ 0.8 (เงิน หาร์ดวัย หนี้) = 0.53 - แนะนำให้ค้นคว้า มาตรฐาน รพ.M1 มี มาตรฐาน Risk Score (I/E Ratio) (Current Ratio) (Quick Ratio) (Cash Ratio) จะเป็นเป้าหมายในปีงบประมาณ 2569 <p>2. ผู้บริหารโรงพยาบาล</p> <p>-</p> <p>3. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - เพิ่มการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหัว ต่อบริการ โดยคำนวณจากต้นทุนจริง - เพิ่มคุณภาพการบริการ เพื่อดึงดูดผู้มารับบริการ - มีการบริหาร Planfin รายได้ และค่าใช้จ่าย - การเพิ่มรายได้และควบคุมรายจ่ายในรพ. เพื่อให้สินทรัพย์มีมากขึ้น หนี้สินลดลง จะส่งผลให้อัตราทางการเงินของ รพ.มั่นคงขึ้นและอยู่ในระดับที่ดี <p>4. ผู้เข้าร่วมประชุม</p>
สรุปประเด็นสำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> - ค้นคว้า มาตรฐาน รพ.M1 มี มาตรฐาน Risk Score (I/E Ratio) (Current Ratio) (Quick Ratio) (Cash Ratio) จะเป็นเป้าหมายในปีงบประมาณ 2569 - วางแผนกระบวนการ และกำหนดเกณฑ์ เพิ่ม/ลด รายได้ให้ชัดเจน เพื่อติดตาม ดูแล โดยทีม CFO ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดเป็นชุดความรู้ และทราบว่ามีการใดที่จะตอบสนอง การเพิ่มรายได้ ลดรายจ่ายได้ดี - กำหนดการ Monitoring โปรแกรมทางการเงินให้ครอบคลุมและรายงานผลต่อ ผู้อำนวยการ - Out Come ส่งผลต่อผู้รับบริการใน โรงพยาบาลอย่างไร

แบบบันทึกข้อเสนอแนะ จากการนำเสนอ KPI (ประเมินผลปลายปี) 2568

ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ 48 โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะ (Smart Hospital)
ประเภท KPI	<input checked="" type="checkbox"/> KPI โรงพยาบาลบ้านฝื่อ <input type="checkbox"/> KPI คปสอ.บ้านฝื่อ
ผู้รับผิดชอบ KPI	นายบุญเพ็ง ตริรัตน์ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ
ประเด็นข้อเสนอแนะ	<p>1. วิทยากร</p> <ul style="list-style-type: none"> - KPI รอง คือ 1) ด้านโครงสร้าง 2) ด้านบริหารจัดการ 3) ด้านบริการ 4) พัฒนาบุคลากร - ปี 2569 วิเคราะห์จำนวนคนที่ติดต่อออนไลน์ได้ ในการบริการเป็นหลัก - ประเภทบริการนัดหมายออนไลน์มีอะไรบ้าง - Service บริการนัดหมายออนไลน์ มีอยู่ 5 แผนก คือ 1. แพทย์แผนไทย 2. ทันตกรรม 3. กายภาพ <p>4. คลินิกมลพิษ 5. Wellness Center</p> <ul style="list-style-type: none"> - N คือ ปริมาณ คุณภาพ คือ การนัดหมายยากหรือง่าย พอใจหรือไม่ และตรงกับกลุ่มเป้าหมายหรือไม่
	<p>2. ผู้บริหารโรงพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - ปรับเพิ่มค่าเป้าหมาย ในปี 2569 คือ 800 คะแนน เพื่อติดระดับเพชร
	<p>3. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - ปัญหาและอุปสรรคที่เจอคือ บุคลากร เจ้าหน้าที่ยังขาดการพัฒนาการอบรม บุคลากรชินกับการทำงานแบบเดิม ต่อต้านระบบที่นำเข้ามาใหม่ และงบประมาณในการพัฒนา ระบบ IT มีจำกัด - การบริการที่สำคัญคือ การรักษาออนไลน์ ใบริบรองแพทย์ ระบบจองคิวออนไลน์ - เป้าหมาย 750 คะแนน ทำได้ 756 คะแนน โดยคะแนนที่ได้อยู่ในระดับเงิน - ปรับเพิ่มเป้าหมาย ในปี 2569 คือ 800 คะแนน
	<p>4. ผู้เข้าร่วมประชุม</p> <ul style="list-style-type: none"> -
สรุปประเด็นสำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> - เป้าหมาย คือ 750 คะแนน ผลงานที่ทำได้ คือ 756 คะแนน โดยมีการประเมินจาก สสจ. อุตรธานีกับกระทรวง (ระดับเงิน) - ปรับเพิ่มเป้าหมาย ในปี 2569 คือ 800 คะแนน เพื่อติดระดับเพชร