แผนยุทธศาสตร์
โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า
ประจำปีงบประมาณ 2561

แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑

วิสัยทัศน์ เป็นศูนย์การแพทย์ชั้นนำของกระทรวงสาธารณสุข

พันธกิจ ให้บริการผู้ป่วยแบบองค์รวมอย่างมีคุณภาพ มีการจัดการความรู้อย่างเป็นระบบ รวมทั้งร่วมผลิตบุคลากรทางสาธารณสุขอย่างมีมาตรฐาน

ค่านิยมหลัก

คุณภาพ คุณธรรม นวัตกรรมก้าวไกล (PNK)

P	Professional Practice	:	ความเป็นมืออาชีพ
	Patient Focus	:	ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
	Premium Quality	:	มีบริการคุณภาพที่ชั้นนำ
	Participation	:	การมีส่วนร่วม
N	Nice and Morality	:	ดีและมีคุณธรรม
	Network	:	สร้างเครือข่าย
K	Keep Innovation	:	สร้างสรรค์นวัตกรรมใหม่
	Knowledge management	:	การจัดการความรู้

เป้าหมาย

๑. มีการบริการที่มีศักยภาพและคุณภาพระดับสูง ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพและมีความพึงพอใจ
๒. ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพและสนับสนุนในการพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาล
๓. มีระบบการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ
๔. บุคลากรมีการพัฒนาความรู้ และทักษะอย่างต่อเนื่อง มีความสุขในการทำงาน
๕. ร่วมผลิตแพทย์และบุคลากรทางสาธารณสุขและเป็นสถานที่ฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านที่ได้รับการยอมรับ

เข็มมุ่ง ปี ๒๕๖๑

๑. พัฒนาความปลอดภัยผู้ป่วย
๒. บุคลากรของโรงพยาบาลมีความปลอดภัยในการให้บริการ
๓. พัฒนาศักยภาพสู่ศูนย์เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ หลอดเลือดสมอง อุบัติเหตุฉุกเฉิน ทารกแรกเกิด โรคกระดูกและข้อ โรคทางตา และสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่
๔. เพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร
๕. พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

นโยบายบริหารโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

๑. <u>ด้านบริการ</u> พัฒนาระบบบริการโรงพยาบาลให้มีคุณภาพมาตรฐานและศักยภาพระดับสูง เป็นศูนย์การแพทย์เฉพาะทางในทุกๆ ด้าน มีเทคโนโลยีทางการแพทย์ระดับสูง

๒. <u>ด้านการบริหาร</u> ใช้หลักธรรมาภิบาล ให้เกิดการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน มีการบริหารโดยมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าภายใต้ระเบียบกฎเกณฑ์ของทางราชการ และมีระบบคุณธรรมในการบริหารจัดการทรัพยากร

๓. <u>ด้านบุคลากร</u> พัฒนาบุคลากรในทุกสาขาวิชาชีพโดยสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาล ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การทำวิจัย การพัฒนาสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้ ร่วมผลิตแพทย์และบุคลากรทางสาธารณสุข มุ่งให้บุคลากรของโรงพยาบาลมีความสุขและมีสวัสดิการที่ดี

๔. <u>ด้านภาคีเครือข่ายสุขภาพ</u> สร้างความร่วมมือในภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน ในการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค การดูแลรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพ มีเครือข่ายระบบส่งต่อที่ดีทั้งในและนอกเครือข่ายบริการ

๕. <u>ด้านการเงินการคลัง</u> เพิ่มรายรับ ควบคุมรายจ่ายโดยมุ่งเน้นประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร และสร้างความมั่นคงทางการเงิน

๖. <u>ด้านความปลอดภัยและความเสี่ยง</u> พัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยงทั้งเชิงรุกและเชิงรับ การประชาสัมพันธ์ทำความเข้าใจ และการเจรจาไกล่เกลี่ย เพื่อให้เกิดความปลอดภัยทั้งผู้รับและผู้ให้บริการ

๗. <u>ด้านสิ่งแวดล้อม</u> ส่งเสริมสนับสนุนการอนุรักษ์พลังงานและรักษาสิ่งแวดล้อมให้สะอาดสวยงาม มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพและการทำงาน มีการใช้อาคารสถานที่อย่างมีประโยชน์สูงสุด

SWOT Analysis

ปัจจัยภายใน

7S	Strength	Weakness
Structure	- อาคารศูนย์การแพทย์ ๑๘ ชั้น - อาคารผู้ป่วยพิเศษ ๖ ชั้น - มีเขื่อนป้องกันน้ำท่วม	- งานบริการผู้ป่วยนอก และ ER แออัด - จำนวนเตียงผู้ป่วยและห้องแยก ไม่เพียงพอ - ขาดแคลนที่พักของบุคลากร - โครงสร้างอาคารสถานที่ซับซ้อนไม่ชัดเจน และทางเชื่อมต่อระหว่างตึกไม่สะดวก - พื้นที่ให้บริการส่วนอื่นๆ ไม่เพียงพอให้การบริการ เช่น ห้องเก็บเวชระเบียน ห้องยา OPD , IPD , OR , ICU , ห้องน้ำ และอื่นๆ - พื้นที่ให้บริการงาน ER ไม่เหมาะสม - ระบบปรับอากาศไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดเชื้อรา
System	- ระบบสวัสดิการดีครอบคลุมบุคลากรทุกระดับ - ระบบการควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ระบบการดูแลผู้ป่วย Stroke , ACS , จักษุวิทยา , ออร์โธปิดิกส์ - นวัตกรรมการดูแลสุขภาพในปฐมภูมิ (คอนโดสุขภาพ) - ระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดครบวงจร - เพิ่มระบบบริการนอก รพ. (ทันตกรรม , ผิวหนัง)	- ระบบ IT และการจัดเก็บข้อมูลยังไม่สมบูรณ์ จึงไม่สามารถนำมาใช้ในการวางแผนและตัดสินใจในการบริหารงานรวมทั้งการจัดเก็บรายได้ - ระบบซ่อมบำรุง . - ระบบการจัดซื้อ จัดจ้าง - ระบบการสื่อสารสู่การปฏิบัติยังขาดประสิทธิภาพและไม่ครอบคลุม - การประสานเชื่อมโยงระบบงานไม่ทั่วถึง - ระบบ Refer Back - ระบบการจัดเก็บค่าบริการ ณ จุดบริการไม่ครอบคลุม - ระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤต และผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง - ระบบบริการผู้ป่วยนอกมีความล่าช้า เช่น ห้องบัตร ห้องยา การเงิน - ระบบการควบคุมแพร่กระจายเชื้อโรค - ระบบสาธารณูปโภค - ระบบรักษาความปลอดภัย - ระบบสุญญากาศและอากาศอัดทางการแพทย์ - ระบบการบริหารทรัพยากรบุคคล - ขาดการบำรุงรักษาระบบคอมพิวเตอร์ให้สามารถใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ - อุปกรณ์เกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ไม่เพียงพอต่อการใช้งาน

7S	Strength	Weakness
Style		
Staff	- บุคลากรทางการแพทย์สหสาขาวิชาชีพเชี่ยวชาญครอบคลุมเกือบทุกสาขา - บุคลากรมีศักยภาพสูง - ทันตแพทย์เฉพาะทางมีทักษะเชี่ยวชาญเฉพาะ - แพทย์แผนจีนมีความเชี่ยวชาญ - บุคลากรมีความร่วมมือสูงในการพัฒนา รพ. - มีการเพิ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่มีอายุน้อย	- จำนวนบุคลากรทางการพยาบาลไม่เพียงพอ - พยาบาลอาวุโสมีสัดส่วนสูง (อายุ ๕๐ ปีขึ้นไป) - ไม่มีแพทย์ CVT - Technician ของ x-ray , นักวิชาการคอมพิวเตอร์ , จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น , นักจิตวิทยาคลินิก เจ้าพนักงานทันต-สาธารณสุข , ผู้ช่วยทันตแพทย์ , เจ้าพนักงานเภสัชกรรม , พนักงานใส่เฝือก มีไม่เพียงพอ
Skill	- Pre Hospital Care (ด้านอุบัติเหตุ) - การผ่าตัดเปลี่ยนข้อ , เวชศาสตร์การกีฬา - การผ่าตัดส่องกล้องทางนรีเวช - การสวนหัวใจ , การใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ - ทันตกรรมรากฟันเทียม , การทำ NAM - ความเชี่ยวชาญศูนย์โรคตา - ความเชี่ยวชาญศูนย์ทารกแรกเกิด - ความเชี่ยวชาญศูนย์หลอดเลือดสมอง - การส่องกล้องทางเดินอาหาร - แพทย์แผนจีน - การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรัง โดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น	- การบันทึกและสรุปเวชระเบียนไม่สมบูรณ์ - พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน มีไม่เพียงพอ
Strategy	- มีกระบวนการวิเคราะห์องค์กร - มีระบบการติดตามตัวชี้วัดความสำเร็จ	- การประเมินกำกับและควบคุมยุทธศาสตร์ยังไม่มีประสิทธิภาพ - บุคลากรในหน่วยงานขาดการมีส่วนร่วมในการวางแผนปฏิบัติงาน
Shared Value	- บุคลากรให้บริการด้วยความเอื้ออาทร - บุคลากรมีความเชื่อมั่นเรื่อง คุณธรรม - ความสำนึกที่ดีต่อองค์กร , การมีส่วนร่วมและการทำงานเป็นทีมของบุคลากรเป็นวัฒนธรรมของโรงพยาบาล - พฤติกรรมบริการ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง	

ปัจจัยภายนอก

PEST	Opportunities	Threats
Policy	- นโยบายพัฒนาระบบบริการ Service Plan ตามเขตสุขภาพที่ ๔ ,นโยบายสาธารณสุข ๔.๐ - เป็นโรงพยาบาลร่วมสอนกับคณะแพทยศาสตร์ศิริราช , ม.สยาม - นโยบาย Excellence หัวใจ , อุบัติเหตุฉุกเฉิน ทารกแรกเกิด , ศูนย์โรคทางตา , โรคมะเร็ง , ปลูกถ่ายอวัยวะ	- กรมบัญชีกลางมีความเข้มงวดในการตรวจสอบค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก - ระบบการจัดสรรเงิน OPD ระดับจังหวัดไม่สอดคล้องกับต้นทุนบริการในระบบ UC - ระบบการจ่ายเงินผู้ป่วยในตาม DRG ทำให้รายได้ไม่สอดคล้องกับรายจ่าย - การจัดสรรด้านงบประมาณ UC - โรงพยาบาลชุมชนไม่สามารถให้บริการทุติยภูมิได้อย่างเพียงพอ
Environment	- ตั้งอยู่ใกล้กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพาณิชย์ - ตั้งอยู่ใกล้ส่วนราชการหลายหน่วยงาน - การคมนาคมสะดวก ใกล้สถานีรถไฟฟ้า - การเจริญเติบโตของตัวเมือง	- การจราจรติดขัด ถนนแคบ
Socio-economic	- จำนวนผู้มีสิทธิข้าราชการมีจำนวนมาก - ประชากรฐานะดีมีจำนวนมาก - มีแรงงานต่างด้าวมาขึ้นทะเบียนตรวจสุขภาพประจำปีจำนวนมาก - มีอาสาสมัครโรงพยาบาล (จิตอาสา) - มีมูลนิธิให้การสนับสนุน เช่น มูลนิธิ ร.๓ , มูลนิธิรพ.พระนั่งเกล้า , มูลนิธิผู้มีอุปการะสนับสนุน รพ.พระนั่งเกล้า - ส่วนราชการจังหวัดนนทบุรี , เทศบาลนครนนทบุรี , อบจ. ผู้มีอุปการะให้การสนับสนุน	- ความคาดหวังประชาชนสูง / ความเสี่ยงในการประกอบวิชาชีพสูง - ผู้ป่วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น DM, HT, หลอดเลือดสมอง,ไตวายเรื้อรัง มากขึ้น - พฤติกรรมสุขภาพและการช่วยเหลือตนเองด้านสุขภาพน้อย - มีผู้สูงอายุจำนวนมาก - โรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ จากแรงงานต่างด้าว เช่น TB
Technology	- เทคโนโลยีด้านการสื่อสารนำมาช่วยในการส่งต่อข้อมูลต่างๆได้สะดวกรวดเร็ว - เทคโนโลยีด้านพลังงาน เครื่องปรับอากาศ (ระบบประหยัดพลังงาน)	

เด่นและเอื้อ (ส่งเสริมความเข้มแข็ง โดยใช้โอกาสที่เอื้อจากภายนอก) สร้าง เปิด เพิ่ม รุก บุก ขยาย

Strength	Opportunities	ยุทธศาสตร์
- อาคารศูนย์การแพทย์ ๑๘ ชั้น - อาคารผู้ป่วยพิเศษ ๖ ชั้น - มีเขื่อนป้องกันน้ำท่วม - ระบบสวัสดิการดีครอบคลุมบุคลากรทุกระดับ - ระบบการควบคุมโรคติดต่อในชุมชน - ระบบการดูแลผู้ป่วย Stroke , ACS , จักษุวิทยา , ออร์โธปิดิกส์ - นวัตกรรมการดูแลสุขภาพในปฐมภูมิ (คอนโดสุขภาพ) - ระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดครบวงจร - เพิ่มระบบบริการนอก รพ. (ทันตกรรม , ผิวหนัง) - บุคลากรทางการแพทย์สหสาขาวิชาชีพเชี่ยวชาญครอบคลุมเกือบทุกสาขา - บุคลากรมีศักยภาพสูง - ทันตแพทย์เฉพาทางมีทักษะเชี่ยวชาญเฉพาะ - แพทย์แผนจีนมีความเชี่ยวชาญ - บุคลากรมีความร่วมมือสูงในการพัฒนา รพ. - มีการเพิ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่มีอายุน้อย - Pre Hospital Care (ด้านอุบัติเหตุ) - การผ่าตัดเปลี่ยนข้อ , เวชศาสตร์การกีฬา - การผ่าตัดส่องกล้องทางนรีเวช - การสวนหัวใจ , การใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ - ทันตกรรมรากฟันเทียม , การทำ NAM - ความเชี่ยวชาญศูนย์โรคทางตา - ความเชี่ยวชาญศูนย์ทารกแรกคลอด - ความเชี่ยวชาญศูนย์หลอดเลือดสมอง - การส่องกล้องทางเดินอาหาร - แพทย์แผนจีน - การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรัง โดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น - มีกระบวนการวิเคราะห์องค์กร - มีระบบการติดตามตัวชี้วัดความสำเร็จ - บุคลากรให้บริการด้วยความเอื้ออาทร - บุคลากรมีความเชื่อมั่นเรื่อง คุณธรรม - ความสำนึกที่ดีต่อองค์กร , การมีส่วนร่วม และการทำงานเป็นทีมของบุคลากรเป็นวัฒนธรรมของโรงพยาบาล - ความตระหนักในเรื่องของการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าของบุคลากร - พฤติกรรมบริการ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง	- นโยบาย พัฒนาระบบบริการ Service Plan ตามเขตสุขภาพที่ ๔ , นโยบายสาธารณสุข ๔.๐ - เป็นโรงพยาบาลร่วมสอนกับคณะแพทยศาสตร์ศิริราช, ม.สยาม - นโยบาย Excellence หัวใจ , อุบัติเหตุฉุกเฉิน ทารกแรกเกิด ศูนย์โรคทางตา , โรคมะเร็ง , ปลูกถ่ายอวัยวะ - ตั้งอยู่ใกล้กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพานิช - ตั้งอยู่ใกล้ส่วนราชการหลายหน่วยงาน - การคมนาคมสะดวก ใกล้สถานีรถไฟฟ้า - การเจริญเติบโตของตัวเมือง - จำนวนผู้มีสิทธิข้าราชการมีจำนวนมาก - ประชากรฐานะดีมีจำนวนมาก - มีแรงงานต่างด้าวมาขึ้นทะเบียนตรวจสุขภาพประจำปีจำนวนมาก - มีอาสาสมัครโรงพยาบาล (จิตอาสา) - มีมูลนิธิให้การสนับสนุน เช่น มูลนิธิ ร.๓ , มูลนิธิศิษย์พระนั่งเกล้า , มูลนิธิผู้มีอุปการะสนับสนุน รพ.พระนั่งเกล้า - ส่วนราชการจังหวัดนนทบุรี , เทศบาลนครนนทบุรี, อบจ. , ผู้มีอุปการะให้การสนับสนุน - เทคโนโลยีด้านการสื่อสารนำมาช่วยในการส่งต่อข้อมูลต่างๆได้สะดวกรวดเร็ว - เทคโนโลยีด้านพลังงาน เครื่องปรับอากาศ (ระบบประหยัดพลังงาน)	- พัฒนาระบบบริการกลุ่มข้าราชการและชำระเงินเอง - ขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าว - พัฒนาศักยภาพเป็นศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะโรค - ศูนย์หัวใจ - ศูนย์หลอดเลือดสมอง - ศูนย์อุบัติเหตุฉุกเฉิน - ศูนย์ทารกแรกคลอด - ศูนย์โรคกระดูกและข้อ - ศูนย์โรคทางตา - ศูนย์ทันตกรรมรากเทียม - ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (Rational Drug Use)

เอื้อแต่ไม่เด่น (แก้ไขจุดอ่อนโดยใช้โอกาสที่เอื้อจากภายนอก) ปรับปรุง พัฒนา ขอความร่วมมือ สนับสนุน

Weakness	Opportunities	ยุทธศาสตร์
- งานบริการผู้ป่วยนอก และ ER แออัด - จำนวนเตียงผู้ป่วยและห้องแยก ไม่เพียงพอ - ขาดแคลนที่พักของบุคลากร - โครงสร้างอาคารสถานที่ซับซ้อนไม่ชัดเจนและทางเชื่อมต่อระหว่างตึกไม่สะดวก ไม่ปลอดภัย - พื้นที่ให้บริการส่วนอื่นๆไม่เพียงพอให้การบริการ เช่น ห้องเก็บเวชระเบียน ห้องยา OPD , IPD , OR , ICU , ห้องน้ำ และอื่นๆ - พื้นที่ให้บริการงาน ER ไม่เหมาะสม - ระบบปรับอากาศไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดเชื้อรา - ระบบ IT และการจัดเก็บข้อมูลยังไม่สมบูรณ์ จึงไม่สามารถนำมาใช้ในการวางแผนและตัดสินใจในการบริหารงานรวมทั้งการจัดเก็บรายได้ - ระบบซ่อม และบำรุงรักษา - ระบบการจัดซื้อ จัดจ้าง - ระบบการสื่อสารสู่การปฏิบัติยังขาดประสิทธิภาพ แลไม่ครอบคลุม - การประสานเชื่อมโยงระบบงานไม่ทั่วถึง - ระบบบริการผู้ป่วยนอกมีความล่าช้า เช่น ห้องบัตร ห้องยา การเงิน - ระบบการควบคุมแพร่กระจายเชื้อโรค - ระบบสาธารณูปโภค - ระบบรักษาความปลอดภัย - ระบบสุญญากาศและอากาศอัดทางการแพทย์ - ระบบบริหารทรัพยากรบุคคล - ขาดการบำรุงรักษาระบบคอมพิวเตอร์ให้สามารถใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ - อุปกรณ์คอมพิวเตอร์ไม่เพียงพอต่อการใช้งาน - จำนวนบุคลากรทางการพยาบาลไม่เพียงพอ - พยาบาลอาวุโสมีสัดส่วนสูง (อายุ ๕๐ ปีขึ้นไป =..... %) - ไม่มีแพทย์ CVT - Technician ของ x-ray , นักวิชาการคอมพิวเตอร์, จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น , นักจิตวิทยาคลินิก มีไม่เพียงพอ - ขาด เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข , ผู้ช่วยทันตแพทย์ , เจ้าพนักงานเภสัชกรรม , พนักงานใส่เฝือก - การบันทึกและสรุปเวชระเบียนไม่สมบูรณ์ - พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน มีไม่เพียงพอ - การประเมินกำกับและควบคุมยุทธศาสตร์ยังไม่มีประสิทธิภาพ - บุคลากรในหน่วยงานขาดการมีส่วนร่วมในการวางแผนปฏิบัติงาน	- นโยบาย พัฒนาระบบบริการ Service Plan ตามเขตสุขภาพที่ ๔ - เป็นโรงพยาบาลร่วมสอนกับคณะแพทยศาสตร์ศิริราช - นโยบาย Excellent หัวใจ , อุบัติเหตุฉุกเฉิน ทารกแรกเกิด ศูนย์โรคทางตา โรคมะเร็ง , ปลูกถ่ายอวัยวะ - โรงพยาบาลแพทย์นำร่องแพทย์แผนจีน - นโยบายส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (Rational Drug Use) - MOU ความร่วมมือในการเป็นหน่วยงานฝึกปฏิบัติงานระหว่างมหาวิทยาลัยสยาม และ กระทรวงสาธารณสุข - ตั้งอยู่ใกล้กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพานิช - ตั้งอยู่ใกล้ส่วนราชการหลายหน่วยงาน - การคมนาคมสะดวก ใกล้สถานีรถไฟฟ้าการเจริญเติบโตของตัวเมือง - จำนวนผู้มีสิทธิข้าราชการมีจำนวนมาก - ประชากรฐานะดีมีจำนวนมาก - มีแรงงานต่างด้าวมาขึ้นทะเบียนตรวจสุขภาพประจำปีจำนวนมาก - มีอาสาสมัครโรงพยาบาล (จิตอาสา) - มีมูลนิธิให้การสนับสนุน เช่น มูลนิธิ ร.๓ , มูลนิธิศิษย์พระนั่งเกล้า , มูลนิธิผู้มีอุปการะสนับสนุน รพ.พระนั่งเกล้า - เทศบาล อบจ.ให้การสนับสนุน - เทคโนโลยีด้านการสื่อสารนำมาช่วยในการส่งต่อข้อมูลต่างๆได้สะดวก รวดเร็ว เทคโนโลยีด้านพลังงาน เครื่องปรับอากาศ (ระบบประหยัดพลังงาน)	- ปรับปรุงระบบสื่อสารภายใน - พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในโรค NCD , Family MED ให้เข้มแข็ง - เพิ่มศักยภาพศูนย์สุขภาพชุมชนและ รพ.สต. - พัฒนาคลินิก NCD คุณภาพ - เพิ่มประสิทธิภาพระบบการซ่อมบำรุง - ปรับปรุงระบบบริการผู้ป่วยที่ ER, OPD , IPD ,Semi ICU - ปรับปรุงและเพิ่มประสิทธิภาพการใช้พื้นที่ในโรงพยาบาลพัฒนาระบบ IT ฐานข้อมูลและการนำไปใช้ประโยชน์ - พัฒนาระบบการประเมิน การควบคุมกำกับ และการนำยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ - ประสานและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยและการส่งต่อตาม Service Plan - พัฒนาบุคลากรตาม Training Needs - พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตและความเสี่ยงสูง - พัฒนาศูนย์ส่งกลับ (รพ.บางบัวทอง ๒) - พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ - พัฒนาระบบ IT , Health Data Center , ระบบเครือข่าย IT - เพิ่มประสิทธิภาพการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล - จัดหาบุคลากรที่ขาดแคลนเพิ่มโดยเฉพาะพยาบาล, ทีมสนับสนุนบริการทางการพยาบาล - ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (Rational Drug Use)

เด่นแต่ไม่เอื้อ (ปรับปรุงพัฒนา ลดต้นทุน) ลดผลกระทบจากปัจจัยภายนอก โดยใช้จุดแข็งที่มีอยู่

Strength	Threats	ยุทธศาสตร์
- อาคารศูนย์การแพทย์ ๑๘ ชั้น - อาคารผู้ป่วยพิเศษ ๖ ชั้น - มีเขื่อนป้องกันน้ำท่วม - ระบบสวัสดิการดีครอบคลุมบุคลากรทุกระดับ - ระบบการควบคุมโรคติดต่อในชุมชน - ระบบการดูแลผู้ป่วย Stroke , ACS , จักษุวิทยา, ออร์โธปิดิกส์ - นวัตกรรมการดูแลสุขภาพในปฐมภูมิ (คอนโดสุขภาพ) - ระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดครบวงจร - เพิ่มระบบบริการนอก รพ. (ทันตกรรม , ผิวหนัง) - บุคลากรทางการแพทย์สหสาขาวิชาชีพเชี่ยวชาญ ครอบคลุมเกือบทุกสาขา - บุคลากรมีศักยภาพสูง - ทันตแพทย์เฉพาทางมีทักษะเชี่ยวชาญเฉพาะ - แพทย์แผนจีนมีความเชี่ยวชาญ - บุคลากรมีความร่วมมือสูงในการพัฒนา รพ. - มีการเพิ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่มีอายุน้อย - Pre Hospital Care (ด้านอุบัติเหตุ) - การผ่าตัดเปลี่ยนข้อ , เวชศาสตร์การกีฬา - การผ่าตัดส่องกล้องทางนรีเวช - การสวนหัวใจ , การใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ - ทันตกรรมรากฟันเทียม , การทำ NAM - ความเชี่ยวชาญศูนย์โรคทางตา - ความเชี่ยวชาญศูนย์ทารกแรกคลอด - ความเชี่ยวชาญศูนย์หลอดเลือดสมอง - การส่องกล้องทางเดินอาหาร - แพทย์แผนจีน - การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรัง โดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น - มีกระบวนการวิเคราะห์องค์กร - มีระบบการติดตามตัวชี้วัดความสำเร็จ - บุคลากรให้บริการด้วยความเอื้ออาทร - บุคลากรมีความเชื่อมั่นเรื่อง คุณธรรม - ความสำนึกที่ดีต่อองค์กร , การมีส่วนร่วม และการทำงานเป็นทีมของบุคลากรเป็นวัฒนธรรมของโรงพยาบาล	- กรมบัญชีกลางมีความเข้มงวดในการตรวจสอบค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก - ระบบการจัดสรรเงิน OPD ระดับจังหวัดยังไม่สอดคล้องกับต้นทุนบริการในระบบ UC - ระบบการจ่ายเงินผู้ป่วยในตาม DRG ทำให้รายได้ไม่สอดคล้องกับรายจ่าย - การจัดสรรด้านงบประมาณ UC - โรงพยาบาลชุมชนไม่สามารถให้บริการทุติยภูมิได้อย่างเพียงพอ - การจราจรติดขัด ถนนแคบ - ความคาดหวังประชาชนสูง / ความเสี่ยงในการประกอบวิชาชีพสูง - ผู้ป่วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น DM, HT, หลอดเลือดสมอง,ไตวายเรื้อรังมากขึ้น - พฤติกรรมสุขภาพและการช่วยเหลือตนเองด้านสุขภาพน้อย - มีผู้สูงอายุจำนวนมาก - โรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำจากแรงงานต่างด้าว เช่น TB	- ควบคุม กำกับการใช้ยาตามข้อบ่งชี้ - ควบคุมค่าใช้จ่าย IPD - เพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร เช่น การควบคุมกำกับ การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนในการรักษาพยาบาล เพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย - พัฒนาคุณภาพ HA อย่างต่อเนื่อง - ป้องกันและควบคุมโรค Metabolic , โรคผู้สูงอายุ , NCD และโรคอุบัติใหม่ - การพัฒนาคุณภาพชีวิตส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย

ด้อยและไม่เอื้อ (เลิก ลด ถ่ายโอน ปรับเปลี่ยน) ลดผลกระทบจากภัยคุกคามต่างๆ

Weakness	Threats	กลยุทธ์
- งานบริการผู้ป่วยนอก และ ER แออัด - จำนวนเตียงผู้ป่วยและห้องแยก ไม่เพียงพอ - ขาดแคลนที่พักของบุคลากร - โครงสร้างอาคารสถานที่ซับซ้อนไม่ชัดเจนและทางเชื่อมต่อระหว่างตึกไม่สะดวก ไม่ปลอดภัย - พื้นที่ให้บริการส่วนอื่นๆไม่เพียงพอให้การบริการ เช่น ห้องเก็บเวชระเบียน ห้องยา OPD , IPD , OR , ICU , ห้องน้ำ และอื่นๆ - พื้นที่ให้บริการงาน ER ไม่เหมาะสม - ระบบปรับอากาศไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดเชื้อรา - ระบบ IT และการจัดเก็บข้อมูลยังไม่สมบูรณ์ จึงไม่สามารถนำมาใช้ในการวางแผนและตัดสินใจในการบริหารงานรวมทั้งการจัดเก็บรายได้ - ระบบซ่อม และบำรุงรักษา - ระบบการจัดซื้อ จัดจ้าง - ระบบการสื่อสารสู่การปฏิบัติยังขาดประสิทธิภาพ แลไม่ครอบคลุม การประสานเชื่อมโยงระบบงานไม่ทั่วถึง - ระบบบริการผู้ป่วยนอกมีความล่าช้า เช่น ห้องบัตร ห้องยา การเงิน - ระบบการควบคุมแพร่กระจายเชื้อโรค - ระบบสาธารณูปโภค - ระบบรักษาความปลอดภัย - ระบบสุญญากาศและอากาศอัดทางการแพทย์ - ระบบบริหารทรัพยากรบุคคล - ขาดการบำรุงรักษาระบบคอมพิวเตอร์ให้สามารถใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ - อุปกรณ์คอมพิวเตอร์ไม่เพียงพอต่อการใช้งาน - จำนวนบุคลากรทางการพยาบาลไม่เพียงพอ - พยาบาลอาวุโสมีสัดส่วนสูง (อายุ ๕๐ ปีขึ้นไป =..... %) - ไม่มีแพทย์ CVT - Technician ของ x-ray , นักวิชาการคอมพิวเตอร์, จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น , นักจิตวิทยาคลินิก มีไม่เพียงพอ - ขาด เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข , ผู้ช่วยทันตแพทย์ , เจ้าพนักงานเภสัชกรรม , พนักงานใส่เฝือก - การบันทึกและสรุปเวชระเบียนไม่สมบูรณ์ - พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน มีไม่เพียงพอ - การประเมินกำกับและควบคุมยุทธศาสตร์ยังไม่มีประสิทธิภาพ - บุคลากรในหน่วยงานขาดการมีส่วนร่วมในการวางแผนปฏิบัติงาน	- กรมบัญชีกลางมีความเข้มงวดในการตรวจสอบค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก - ระบบการจัดสรรเงิน OPD ระดับจังหวัดยังไม่สอดคล้องกับต้นทุนบริการในระบบ UC - ระบบการจ่ายเงินผู้ป่วยในตาม DRG ทำให้รายได้ไม่สอดคล้องกับรายจ่าย - การจัดสรรด้านงบประมาณ UC - โรงพยาบาลชุมชนไม่สามารถให้บริการทุติยภูมิได้อย่างเพียงพอ - การจราจรติดขัด ถนนแคบ - ความคาดหวังประชาชนสูง / ความเสี่ยงในการประกอบวิชาชีพสูง - ผู้ป่วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น DM, HT, หลอดเลือดสมอง,ไตวายเรื้อรังมากขึ้น - พฤติกรรมสุขภาพและการช่วยเหลือตนเองด้านสุขภาพน้อย - มีผู้สูงอายุจำนวนมาก - โรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำจากแรงงานต่างด้าว เช่น TB	- ปรับปรุง ประสิทธิภาพการใช้พื้นที่ และการจัดสรรพื้นที่ในโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม - สร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการดูแลสุขภาพ - ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพบุคลากรกลุ่มเสี่ยง

กลยุทธ์ S O	**กลยุทธ์ W O**	**กลยุทธ์ S T**	**กลยุทธ์ W T**
๑. พัฒนาระบบบริการกลุ่มข้าราชการและชำระเงินเอง ๒. ขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าว ๓. พัฒนาศักยภาพเป็นศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะโรค - ศูนย์หัวใจ - ศูนย์หลอดเลือดสมอง - ศูนย์อุบัติเหตุฉุกเฉิน - ศูนย์ทารกแรกคลอด - ศูนย์โรคกระดูกและข้อ - ศูนย์โรคทางตา - ศูนย์ทันตกรรมรากเทียม	๔. ปรับปรุงระบบสื่อสารภายใน ๕. พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในโรค NCD , Family MED ให้เข้มแข็ง ๖. พัฒนาคลินิก NCD คุณภาพ ๗. เพิ่มศักยภาพศูนย์สุขภาพชุมชนและ รพ.สต. ๘. เพิ่มประสิทธิภาพระบบการซ่อมบำรุง ๙. ปรับปรุงระบบบริการผู้ป่วยที่ ER, OPD , IPD, Semi ICU ๑๐.ปรับปรุงและเพิ่มประสิทธิภาพการใช้พื้นที่ในโรงพยาบาล ๑๑.พัฒนาระบบ IT ฐานข้อมูลและการนำไปใช้ประโยชน์ ๑๒. พัฒนาระบบการติดประเมินการควบคุมกำกับ และการนำยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ ๑๓. ประสานและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยและการส่งต่อตาม Service Plan ๑๔. พัฒนาบุคลากรตาม Training Needs ๑๕. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤต และผู้ป่วยเสี่ยงสูง ๑๖. พัฒนาศูนย์ส่งกลับ (รพ.บางบัวทอง ๒) ๑๗. พัฒนาโรงพยาบาลชุมชนในการรักษาโรคทางตา (รพ.บางกรวย) ๑๘. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ๑๙. พัฒนาระบบ IT , Data Center, ระบบ IT เครือข่าย ๒๐. เพิ่มประสิทธิภาพการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล ๒๑. จัดหาบุคลากรที่ขาดแคลนเพิ่มโดยเฉพาะพยาบาล, ทีมสนับสนุนบริการทางการพยาบาล ๒๒. ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (Rational Drug Use)	๒๓. ควบคุม กำกับการใช้ยาตามข้อบ่งชี้ ๒๔. ควบคุมค่าใช้จ่าย IPD ๒๕. เพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร เช่น การควบคุม กำกับการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๒๖. ป้องกันภาวะแทรกซ้อนในการรักษาพยาบาล เพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย ๒๗. พัฒนาคุณภาพ HA อย่างต่อเนื่อง ๒๘. ป้องกันและควบคุมโรค Metabolic,โรคผู้สูงอายุ, NCD และโรคอุบัติใหม่ ๒๙. การส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย	๒๗. เพิ่มประสิทธิภาพการใช้พื้นที่ และการจัดสรรพื้นที่ให้บริการในโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม ๒๘. สร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการดูแลสุขภาพ ๒๙. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพบุคลากรกลุ่มเสี่ยง

ยุทธศาสตร์	กลยุทธ์
๑. ด้านปฐมภูมิ ๑. พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในโรค NCD , Family MED ให้เข้มแข็ง ๒. เพิ่มศักยภาพศูนย์สุขภาพชุมชน และ รพ.สต. ๓. ป้องกันและควบคุมโรค Metabolic, โรคผู้สูงอายุ, NCD และโรคอุบัติใหม่ ๔. พัฒนาคลินิก NCD คุณภาพ ๕. การส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย ๖. สร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการดูแลสุขภาพ	**๑. ด้านปฐมภูมิ** ๑. สร้างความเข้มแข็งในชุมชนในการดูแลโรคเรื้อรัง, พัฒนาการแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย (๑,๓,๕,๖) ๒. เพิ่มศักยภาพของ PMC/ศูนย์สุขภาพชุมชน / รพ.สต./และภาคีเครือข่ายบริการในการดูแล NCD และการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยให้เข้มแข็ง (๒, ๓, ๔,๕)
๒. ด้านบริการตติยภูมิ ๑. พัฒนาศักยภาพเป็นศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะโรค - ศูนย์หัวใจ - ศูนย์หลอดเลือดสมอง - ศูนย์อุบัติเหตุฉุกเฉิน - ศูนย์ทารกแรกคลอด - ศูนย์โรคกระดูกและข้อ - ศูนย์โรคทางตา - ศูนย์ทันตกรรมรากเทียม ๒. ปรับปรุงระบบบริการผู้ป่วยที่ ER, OPD , IPD , Semi ICU ๓. พัฒนาคลินิก NCD คุณภาพ ๔. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤต และผู้ป่วยเสี่ยงสูง ๕. ป้องกันภาวะแทรกซ้อนในการรักษาพยาบาล เพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย ๖. พัฒนาคุณภาพ HA อย่างต่อเนื่อง ๗. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ๘. พัฒนาระบบบริการสุขภาพตาม Service Plan	**๒. ด้านบริการและตติยภูมิ** ๑. พัฒนาศักยภาพการรักษาพยาบาล (ศูนย์หัวใจ , ศูนย์หลอดเลือดสมอง, ศูนย์อุบัติเหตุฉุกเฉิน , ศูนย์ทารกแรกเกิด ,ศูนย์โรคกระดูกและข้อ, ศูนย์โรคทางตา, ศูนย์ทันตกรรมรากเทียม) (๑,๒,๓,๗) ๒. พัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วย (๑,๒,๓,๕,๖,๗,๘) ๓. ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (Rational Drug Use)

ยุทธศาสตร์	กลยุทธ์
๓. ด้านระบบบริหารจัดการและสนับสนุน ๑. ปรับปรุงระบบสื่อสารภายใน ๒. เพิ่มประสิทธิภาพระบบการซ่อมบำรุง ๓. พัฒนาระบบ IT ฐานข้อมูล Data Center , ระบบ IT เครือข่าย และการนำไปใช้ประโยชน์ ๔. พัฒนาระบบการควบคุมกำกับและการติดตามประเมินผลการนำยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ ๕. จัดสรรพื้นที่ให้บริการในโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ ๖. พัฒนาระบบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย	**๓. ด้านระบบบริหารจัดการและสนับสนุน** ๑. เพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการพื้นที่ ระบบ IT และระบบสนับสนุนบริการ (๒,๓,๔,) ๒. พัฒนาประสิทธิภาพในการควบคุมกำกับการนำยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ (๔,๕) ๓. เพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารในองค์กร (๑,๔) ๔. ลดความแออัดการให้บริการผู้ป่วยในโรงพยาบาล (๕,๖)
๔. ด้านบริหารและพัฒนาบุคลากร ๑. พัฒนาบุคลากรตาม Training Needs ๒. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพบุคลากรกลุ่มเสี่ยง ๓. จัดหาบุคลากรที่ขาดแคลนเพิ่ม เช่น พยาบาล , ทีมสนับสนุนบริการทางการพยาบาล และบุคลากรสาขาอื่น	**๔. ด้านบริหารและพัฒนาบุคลากร** ๑. เพิ่มประสิทธิภาพการพัฒนาทรัพยากรบุคคล และเพิ่มแรงจูงใจและความปลอดภัยของบุคลากรในการปฏิบัติงาน (การบรรจุเข้ารับราชการ การเพิ่มค่าตอบแทน สวัสดิการ และอื่นๆ) (๑,๒,๓) ๒. ให้ทุนการศึกษา สนับสนุนตามความต้องการของผู้รับทุน (๓)
๕. ด้านการเงิน ๑. ขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าว ๒. ควบคุม กำกับการใช้ยาตามข้อบ่งชี้ ๓. ควบคุมค่าใช้จ่าย IPD ๔. เพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร เช่น การควบคุม กำกับ การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๕. พัฒนาระบบบริการกลุ่มข้าราชการและชำระเงินเอง ๖. เพิ่มประสิทธิภาพการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล	**๕. ด้านการเงิน** ๑. เพิ่มรายรับในงานบริการผู้ป่วย (๑,๒,๕,๖) ๒. เพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร ยา และเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา (๓,๔,๕)

<u>ยุทธศาสตร์โรงพยาบาล</u>

๑. สร้างความเข้มแข็งในชุมชนในการดูแลโรคเรื้อรัง , พัฒนาการแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย (๑,๓,๕,๖) **C๑**

   ๑. อัตราการเกิดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง เป้า ลดลงจากปี ๒๕๖๐ ≥ ๕%
   ๒. อัตราของผู้ป่วยเบาหวานที่มี HbA๑C ≤ ๗ เป้า ≥ ๕๐%
   ๓. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันได้ดี (≤ ๑๔๐/๙๐) เป้า ≥ ๕๐%
   ๔. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกอายุ < ๑๒ สัปดาห์ เป้า ≥ ๖๐%
   ๕. อัตราการคลอดมีชีพในมารดาอายุ ๑๕ – ๑๙ ปี เป้า ≤ ๕๐ : ๑,๐๐๐
   ๖. ร้อยละของเด็กกลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free) เป้าปี ๖๑ = ๕๔%
   ๗. ร้อยละของเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน (๖-๑๔ ปี) เป้า ๖๖%
   ๘. ร้อยละของวัยทำงานอายุ ๓๐ – ๔๔ ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ เป้า = ๑๐๐%
      (๖ เดือน = ๖๐% , ๙ เดือน = ๘๐% , ๑๒ เดือน = ๑๐๐%)
   ๙. ร้อยละของ Health Ageing เป้า เพิ่มขึ้นหรือคงทีจากปี ๒๕๖๐

๒. พัฒนาศักยภาพของ PMC/ศูนย์สุขภาพชุมชน /รพ.สต./และภาคีเครือข่ายบริการในการดูแล NCD และการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย ให้เข้มแข็ง **C๒**

   ๑. อัตราผู้ป่วย เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไปรักษาที่ รพ.สต./ ศูนย์สุขภาพชุมชน เป้า ≥ ๕๐%

๓. พัฒนาศักยภาพการรักษาพยาบาล (ศูนย์โรคหัวใจ ,ศูนย์โรคหลอดเลือดสมอง, ศูนย์อุบัติเหตุฉุกเฉิน, ศูนย์ทารกแรกเกิด ,ศูนย์โรคกระดูกและข้อ, ศูนย์โรคทางตา, สูนย์เชี่ยวชาญด้านสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่) **P๑**

   ๑. น้ำหนักสัมพัทธ์ตามระบบ DRG (Case Mixed Index) เป้า ≥ ๑.๖
   ๒. อัตราศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะโรคผ่านเกณฑ์คุณภาพ (ศักยภาพ) ที่กำหนด ๑๐๐%

๔. พัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาลและความปลอดภัยผู้ป่วย **P๒**

   ๑. อัตราการเกิด
      ๑.๑ VAP เป้า ≤ ๘ : ๑๐๐๐ วันใส่เครื่องช่วยหายใจ
      ๑.๒ SSI (Clean wound) เป้า ≤ ๐.๕%
      ๑.๓ CLABSI เป้า ≤ ๑ : ๑๐๐๐ วันใส่สาย Central line
   ๒. อัตราตายในผู้ป่วย Severe Sepsis และ Septic Shock เป้า ≤ ๕๐%
   ๓. อุบัติการณ์ การรักษาผิดคน / ผิดตำแหน่ง (Identify)
      ระดับ E ขึ้นไป = ๐
      ระดับ C- D = ลดลงจากปี ๒๕๖๐
   ๔. ร้อยละการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล เป้า ≥ ๘๐%

๕. เพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการพื้นที่ ระบบ IT และระบบสนับสนุนบริการ **P๓**

   ๑. อัตราพื้นที่ที่มีความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมได้รับการแก้ไขภายในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ เป้า ≥ ๖๐%
   ๒. อัตราการซ่อมบำรุง เสร็จภายในเวลาที่กำหนด เป้า ≥ ๙๐%
   ๓. อุบัติการณ์ระบบ IT ขัดข้องจนทำให้มีผลกระทบต่อการให้บริการและไม่สามารถแก้ไขภายในเวลา ๔๕ นาที เป้า ≤ ๒ ครั้ง

๔. อัตราการจัดซื้อ-จัดจ้าง ตามแผนเงินงบประมาณ , งบค่าบริการทางการแพทย์ (UC) และเงินบำรุงโรงพยาบาล เสร็จทันภายในเวลาที่กำหนด เป้า ๑๐๐%

๖. เพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมกำกับการนำยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ **P๔**

๑. อัตราความสำเร็จตาม KPI เป้า ≥ ๖๐%

๒. อัตราความสำเร็จตาม Action Plan เป้า ≥ ๘๐%

๗. เพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารในองค์กร **P๕**

๑. อัตราการรับรู้ข่าวสารภายในองค์กร เป้า ≥ ๖๐%

๘. ลดความแออัดในการให้บริการผู้ป่วย ในโรงพยาบาล **P๖**

๑. ลดระยะเวลาการรอคอยที่ OPD จนรับยากลับบ้าน เป้า ลดลงจากปี ๒๕๖๐ ≥ ๑๐%
(เป้า กพร. = ไม่เกิน ๑๒๐ นาที)

๙. เพิ่มประสิทธิภาพการพัฒนาทรัพยากรบุคคล เพิ่มแรงจูงใจและความปลอดภัยของบุคลากรในการปฏิบัติงาน (การบรรจุเข้ารับราชการ การเพิ่มค่าตอบแทน สวัสดิการ และอื่นๆ) **L&G**

๑. อัตราการฝึกอบรมตาม Training Needs เป้า ≥ ๗๐%

๒. จำนวนการให้ทุนการศึกษา/สนับสนุน สำหรับนักเรียนพยาบาล เป้า จำนวน ๔๐ ทุน

๓. อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate) เป้า ไม่น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๘๕%

๑๐. เพิ่มรายรับในงานบริการผู้ป่วย **F๑**

๑. อัตราการเพิ่มรายรับจากการให้บริการ เป้า เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๐ ≥ ๕%

๑๑. เพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร ยา และเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา **F๒**

๑. มูลค่าการใช้ยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา และวัสดุวิทยาศาสตร์ ไม่เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๐
(เปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยทั้งปี ๖๐ ในจำนวนที่เท่ากันกับปี ๖๑)
(มีการเพิ่มจำนวนเตียงในปี ๖๐ และ ๖๑)

๒. ค่าใช้จ่าย ต่อ RW ตามระบบ DRG เป้า ไม่เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๐

แผนที่ยุทธศาสตร์หลักโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า (STRATEGIC MAP)

เป็นศูนย์การแพทย์ชั้นนำของกระทรวงสาธารณสุข

Supper Goal

ประชาชนมีภาวะสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

Customer

ประชาชนมีความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ และมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ประชาชนเข้าถึงบริการเหมาะสม ได้รับบริการที่มีคุณภาพ

Internal Process

โรงพยาบาลมีศักยภาพในการรักษาโรคที่ซับซ้อน และสามารถให้การรักษาพยาบาลอย่างมีคุณภาพ

เครือข่ายบริการสุขภาพภายในเขตพื้นที่รับผิดชอบ มีศักยภาพเป็น Gate Keeper

ระบบสนับสนุนบริการมีประสิทธิภาพ

หน่วยงานมีการนำยุทธศาสตร์ไปปฏิบัติอย่างเป็นระบบ มีผลงานเป็นรูปธรรม

Learning and Growth

บุคลากรมีความรู้ และสมรรถนะตรงกับบทบาทหน้าที่ และมีจำนวนเพียงพอ

บุคลากรรับรู้ และเข้าใจ ความเคลื่อนไหวของหน่วยงานต่างๆ ใน รพ. มีความสุขและแรงจูงใจในการทำงาน

Financial

โรงพยาบาลมีความมั่นคง ทางการเงิน การคลัง สามารถเพิ่มรายรับ และควบคุมค่าใช้จ่ายได้

ยุทธศาสตร์โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ปี ๒๕๖๑

ยุทธศาสตร์ (Strategies)	ลำดับ (NO.)	ตัวชี้วัด (KPI)	เป้า (Goal)
ด้าน <u>Customer</u>			
C๑ สร้างความเข้มแข็งในชุมชนในการดูแลโรคเรื้อรัง และการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย **<u>วัตถุประสงค์</u>** - เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว และการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง - ให้มีการฝากครรภ์ในช่วงที่เหมาะสม เพื่อให้ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย - เพื่อแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น - ให้นักเรียนอายุ ๕ – ๑๔ ปี มีภาวะโภชนาการที่เหมาะสม - เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเอง สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ อย่างเหมาะสม และมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมตามศักยภาพ	๑	(๑) อัตราการเกิดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง	ลดลงจากปี ๒๕๖๐ ≥ ๕%
	๒	(๒) อัตราของผู้ป่วยเบาหวานที่มี HbA1C ≤๗	≥ ๕๐%
	๓	(๓) ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันได้ดี (≤ ๑๔๐/๙๐)	≥ ๕๐%
	๔	(๔) ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกอายุ< ๑๒ สัปดาห์	≥ ๖๐%
	๕	(๕) อัตราการคลอดมีชีพในมารดาอายุ ๑๕–๑๙ ปี	≤ ๕๐ : ๑,๐๐๐
	๖	(๖) ร้อยละของเด็กกลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)	๕๔%
	๗	(๗) ร้อยละของเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน (๖-๑๔ ปี)	ไม่น้อยกว่า ๖๖%
	๘	(๘) ร้อยละของวัยทำงานอายุ ๓๐-๔๔ ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ	๑๐๐%
	๙	(๙) ร้อยละของ Health Ageing	เพิ่มขึ้นหรือคงที่จากปี ๒๕๖๐
C๒ พัฒนาศักยภาพของ PMC / ศูนย์สุขภาพชุมชน /รพ.สต. / และภาคีเครือข่ายบริการในการดูแล NCD และการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยให้เข้มแข็ง **<u>วัตถุประสงค์</u>** - เพื่อขยายศักยภาพ PMC/ศูนย์สุขภาพชุมชน/รพ.สต. และเครือข่ายบริการในการดูแล NCD - การส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยให้เข้มแข็ง - เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการแต่ละระดับอย่างเหมาะสม	๑๐	(๑) อัตราผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงไปรักษาที่ รพ.สต./ศูนย์สุขภาพชุมชน	≥ ๕๐%

ยุทธศาสตร์ (Strategies)	ลำดับ (NO.)	ตัวชี้วัด (KPI)	เป้า (Goal)
ด้าน <u>Internal Process</u>			
P๑ พัฒนาศักยภาพการรักษาพยาบาล (๑.ศูนย์หัวใจ ๒.ศูนย์หลอดเลือดสมอง ๓.ศูนย์อุบัติเหตุฉุกเฉิน ๔.ศูนย์ทารกแรกเกิด ๕.ศูนย์โรคกระดูกและข้อ ๖.ศูนย์โรคทางตา ๗.ศูนย์ทันตกรรมรากเทียม) **<u>วัตถุประสงค์</u>** - พัฒนาศักยภาพการรักษาพยาบาล และสามารถให้การรักษาพยาบาลอย่างมีคุณภาพ	**๑๑**	(๑) น้ำหนักสัมพัทธ์ตามระบบ DRG (Case Mixed Index)	≥ ๑.๖
	๑๒	(๒) อัตราศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะโรคผ่านเกณฑ์คุณภาพ (ศักยภาพ) ที่กำหนด	๑๐๐%
P๒ พัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วย **<u>วัตถุประสงค์</u>** - เพื่อให้มีการพัฒนาการดูแลอย่างครบวงจร สามารถให้ผลการรักษาที่ดีและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ - เพื่อให้มีระบบการระบุตัวผู้ป่วย ระบุตำแหน่งการรักษาได้อย่างถูกต้อง - ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล	**๑๓**	(๑) อัตราการเกิด - VAP - SSI (Clean wound) - CLABSI	 ≤ ๘ : ๑๐๐๐ ≤ ๐.๕% ≤ ๑ : ๑๐๐๐
	๑๔	(๒) อัตราตายในผู้ป่วย Severe Sepsis และ Septic Shock	≤ ๕๐%
	๑๕	(๓) อุบัติการณ์ การรักษาผิดคน/ผิดตำแหน่ง (Identify) ระดับ E ขึ้นไป ระดับ C - D	 ๐ ลดลงจาก ปี ๒๕๖๐
	๑๖	(๔) ร้อยละการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ๑) Imipenem/cilastatin ๕๐๐ mg inj. ๒) Meropenem ๑ gm inj. ๓) Ertapenem ๑ gm inj. ๔) Vancomycin ๕๐๐ mg inj. ๕) Cefoperazone/ sulbactam ๑ gm inj. ๖) Cefoperazone/ sulbactam ๑.๕ gm inj. ๗) Levofloxacin ๕๐๐ mg inj. ๘) Colistin ๑๕๐ mg inj ๙) Piperacillin/tazobactam ๔.๕ gm inj. ๑๐) Linezolid ๖๐๐ mg inj. ๑๑) Linezolid ๖๐๐ mg tab.	≥ ๘๐%

ยุทธศาสตร์ (Strategies)	ลำดับ (NO.)	ตัวชี้วัด (KPI)	เป้า (Goal)
P๓ เพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการพื้นที่ และระบบสนับสนุนบริการ **<u>วัตถุประสงค์</u>** - เพื่อให้การจัดการพื้นที่และสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการปฏิบัติงาน - เพื่อให้ระบบจัดซื้อจัดจ้างและการซ่อมบำรุงเป็นไปรวดเร็วทันกำหนด - เพื่อให้ระบบ IT สามารถช่วยพัฒนางานบริหารบริการและงานพัฒนาคุณภาพ สามารถเป็นแหล่งรวบรวมและเผยแพร่ความรู้ เผยแพร่ความเคลื่อนไหวของหน่วยงานต่างๆ ใน รพ.	**๑๗**	(๑) อัตราพื้นที่ที่มีความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมได้รับการแก้ไขภายในปีงบประมาณ ๒๕๖๐	≥ ๖๐%
	๑๘	(๒) อัตราการซ่อมบำรุง เสร็จภายในเวลาที่กำหนด	≥ ๙๐%
	๑๙	(๓) อุบัติการณ์ระบบ IT ขัดข้องจนทำให้มีผลกระทบต่อการให้บริการและไม่สามารถแก้ไขภายในเวลา ๔๕ นาที	≤ ๒ ครั้ง
	๒๐	(๔) อัตราการจัดซื้อ – จัดจ้าง ตามแผนเงินงบประมาณ , งบค่าบริการทางการแพทย์ (UC) และเงินบำรุงโรงพยาบาล เสร็จทันภายในเวลาที่กำหนด	๑๐๐%
P๔ เพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมกำกับการนำยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ **<u>วัตถุประสงค์</u>** - เพื่อให้หน่วยงานได้มีการนำยุทธศาสตร์ไปปฏิบัติอย่างเป็นระบบ มีผลงานเป็นรูปธรรม	**๒๑**	(๑) อัตราความสำเร็จตาม KPI	≥ ๖๐%
	๒๒	(๒) อัตราความสำเร็จตาม Action Plan	≥ ๘๐%
P๕ เพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารในองค์กร **<u>วัตถุประสงค์</u>** - เพื่อให้บุคลากรรับรู้และเข้าใจข้อมูลความเคลื่อนไหวของหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล	**๒๓**	(๑) อัตราการรับรู้ข่าวสารภายในองค์กร	≥ ๖๐%
P๖ ลดความแออัดในการให้บริการผู้ป่วยในโรงพยาบาล **<u>วัตถุประสงค์</u>** - เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้เตียง การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนน้อย ระบบการเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน การประสานกับโรงพยาบาลชุมชนในการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อลดความแออัดในงานบริการผู้ป่วยใน	**๒๔**	(๑) ลดระยะเวลาการรอคอยที่ OPD จนรับยากลับบ้าน (ปี ๖๐ = ๑๒๑.๒๐ นาที) (เป้า กพร. = ไม่เกิน ๑๒๐ นาที)	ลดลงจากปี ๒๕๖๐ ≥ ๑๐%

ยุทธศาสตร์ (Strategies)	ลำดับ (NO.)	ตัวชี้วัด (KPI)	เป้า (Goal)
ด้าน <u>Learning and Growth</u>			
L&G๑ เพิ่มประสิทธิภาพการพัฒนาทรัพยากรบุคคล และเพิ่มแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน (การบรรจุเข้ารับราชการ การเพิ่มค่าตอบแทน สวัสดิการ และอื่นๆ) **<u>วัตถุประสงค์</u>** - เพื่อให้มีบุคลากรเพียงพอ - เพื่อให้มีอัตรากำลังทางการพยาบาลเพียงพอกับภาระงาน - เพื่อบุคลากรมีความรู้และสมรรถนะที่เหมาะสม - เพื่อให้บุคลากรมีแรงจูงใจในการทำงาน - ส่งเสริมให้บุคลากรได้ออกกำลังกายและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	**๒๕**	(๑) อัตราการฝึกอบรมตาม Training Needs	≥ ๗๐%
	๒๖	(๒) จำนวนการให้ทุนการศึกษา/สนับสนุนสำหรับนักเรียนพยาบาล	๔๐ ทุน
	๒๗	(๓) อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention Rate)	ไม่น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๘๕%
ด้าน <u>Financial</u>			
F๑ เพิ่มรายรับในงานบริการผู้ป่วย **<u>วัตถุประสงค์</u>** - เพื่อให้มีการพัฒนาระบบบริการในกลุ่มผู้ป่วยที่สร้างรายรับให้กับ รพ.(ผู้ป่วยต้นสังกัด, จ่ายเงินเอง, การตรวจสุขภาพเชิงรุก) - เพื่อเพิ่มรายรับจากการให้บริการแรงงานต่างด้าวและประกันสังคม - เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการจัดเก็บรายได้	**๒๘**	(๑) อัตราเพิ่มรายรับจากการให้บริการ	เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๐ ≥ ๕%
F๒ เพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร ยา และเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา **<u>วัตถุประสงค์</u>** - เพื่อควบคุมการใช้ทรัพยากรให้คุ้มค่า - เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล - เพื่อควบคุมการใช้ยา / เวชภัณฑ์มิใช่ยา	**๒๙**	(๑) มูลค่าการใช้ยา เวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา และวัสดุวิทยาศาสตร์	ไม่เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๐
	๓๐	(๒) ค่าใช้จ่าย ต่อ RW ตามระบบ DRG ๑. กรมบัญชีกลาง =.....บาท ๒. ประกันสังคม =.....บาท ๓. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ =.....บาท	ไม่เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๐

Measurement Template

วัตถุประสงค์ในการจัดทำรายละเอียดของตัวชี้วัด (Measurement Template) ก็เพื่อเป็นการแสดงรายละเอียดของตัวชี้วัดแต่ละตัวให้ชัดเจน อีกทั้งเพื่อเป็นการยืนยันให้แน่ใจร่วมกัน ว่าความเข้าใจในความหมายของตัวชี้วัดแต่ละตัวคนเหมือนกันหรือไม่ ทั้งนี้ครอบคลุม

- ความหมาย
- วัตถุประสงค์
- อะไรนำมาวัด/มีข้อยกเว้นอะไรไม่นำมาวัด
- สูตรการคำนวณ ตัวตั้ง ตัวหาร ตัวคูณ
- ใครต้องมีส่วนร่วมในการดำเนินการ (Action plan) เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์
- ใครควบคุมกำกับ/สนับสนุน
- ใครติดตามผลลัพธ์/รวบรวมข้อมูล
- เป้าหมาย/เกณฑ์ที่ต้องให้บรรลุ

Measurement Template	
ยุทธศาสตร์ C๑ สร้างความเข้มแข็งในชุมชนในการดูแลโรคเรื้อรัง และการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย	
๑. ชื่อตัวชี้วัด	KPI ๑. อัตราการเกิดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง
๒. ความหมายของตัวชี้วัด	ผู้ป่วยเบาหวานที่อาศัยในจังหวัดนนทบุรี ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยจากโรคเบาหวาน
๓. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อคัดกรองกลุ่มเสี่ยง และรณรงค์ส่งเสริมกิจกรรมในการดูแลและจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรค
๔. สูตรในการคำนวณ	$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัด ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคเบาหวาน ปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๐}}{\text{จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัด ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคเบาหวาน ปี ๒๕๖๐}}$ X ๑๐๐
๕. หน่วยที่วัด	ร้อยละ
๖. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ทุก ๓ เดือน
๗. แหล่งของข้อมูล	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
๘. เครื่องมือที่จัดเก็บ	ระบบทะเบียน ๔๓ แฟ้ม
๙. ใครเป็นผู้ตั้งเป้า	คณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล
๑๐. ใครเป็นเจ้าภาพ	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
๑๑. ใครเป็นผู้สนับสนุน	คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล
๑๒. ติดตามประเมินผล	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม , *ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านปฐมภูมิ*
๑๓. ข้อมูลฐานปี ๒๕๖๐	๒.๒%
๑๔. เป้าหมายปี ๒๕๖๑	$\geq$ ๕%

Measurement Template	
ยุทธศาสตร์ C๑ สร้างความเข้มแข็งในชุมชนในการดูแลโรคเรื้อรัง และการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย	
๑. ชื่อตัวชี้วัด	KPI ๒. อัตราของผู้ป่วยเบาหวานที่มี HbA1C ≤ ๗
๒. ความหมายของตัวชี้วัด	ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมอาหาร และน้ำตาลได้ดี ควรมี HbA1C ≤ ๗
๓. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อวัดผลลัพธ์พฤติกรรมการบริโภค การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตรับผิดชอบ (CUP)
๔. สูตรในการคำนวณ	$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยเบาหวานใน CUP ที่มีระดับ HbA1C} \leq ๗}{\text{จำนวนผู้ป่วยเบาหวานใน CUP ที่มีเกณฑ์ต้องตรวจ HbA1C ทั้งหมด}} \times ๑๐๐$
๕. หน่วยที่วัด	ร้อยละ
๖. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ทุก ๓ เดือน
๗. แหล่งของข้อมูล	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
๘. เครื่องมือที่จัดเก็บ	แบบสำรวจ
๙. ใครเป็นผู้ตั้งเป้า	คณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล
๑๐. ใครเป็นเจ้าภาพ	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
๑๑. ใครเป็นผู้สนับสนุน	คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล
๑๒. ติดตามประเมินผล	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม , *ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านปฐมภูมิ*
๑๓. ข้อมูลฐานปี ๒๕๖๐	๕๕.๒%
๑๔. เป้าหมายปี ๒๕๖๑	≥ ๕๐%

Measurement Template	
ยุทธศาสตร์ C๑ สร้างความเข้มแข็งในชุมชนในการดูแลโรคเรื้อรัง และการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย	
๑. ชื่อตัวชี้วัด	KPI ๓. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันได้ดี (≤ ๑๔๐/๙๐)
๒. ความหมายของตัวชี้วัด	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ควรมีการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับ ≤ ๑๔๐/๙๐
๓. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อวัดผลของการควบคุมระดับโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
๔. สูตรในการคำนวณ	(จำนวนผู้ป่วยในคลินิก HT ที่มีระดับความดันโลหิต ≤ ๑๔๐/๙๐ / จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในคลินิก HT) X ๑๐๐
๕. หน่วยที่วัด	ร้อยละ
๖. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ทุก ๓ เดือน
๗. แหล่งของข้อมูล	กลุ่มงานผู้ป่วยนอก , เวชสารสนเทศ , เวชกรรมสังคม
๘. เครื่องมือที่จัดเก็บ	แบบรายงาน
๙. ใครเป็นผู้ตั้งเป้า	คณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล
๑๐. ใครเป็นเจ้าภาพ	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม , กลุ่มงานอายุรกรรม , กลุ่มงานผู้ป่วยนอก
๑๑. ใครเป็นผู้สนับสนุน	คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล
๑๒. ติดตามประเมินผล	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม , *ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านปฐมภูมิ*
๑๓. ข้อมูลฐานปี ๒๕๖๐	๑) หมู่.๑ – ๕ = ๕๗.๙% ๒) โรงพยาบาล =
๑๔. เป้าหมายปี ๒๕๖๑	≥ ๕๐%

Measurement Template	
ยุทธศาสตร์ C๑ สร้างความเข้มแข็งในชุมชนในการดูแลโรคเรื้อรัง และการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย	
๑. ชื่อตัวชี้วัด	KPI ๔. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกอายุ <๑๒ สัปดาห์
๒. ความหมายของตัวชี้วัด	หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับการฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ได้ ๑๒ สัปดาห์
๓. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อวัดผลการประชาสัมพันธ์ การให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ ให้เห็นความสำคัญในการฝากครรภ์ในช่วงที่เหมาะสม เพื่อประโยชน์ให้ลูกรอด แม่ปลอดภัย
๔. สูตรในการคำนวณ	$\frac{\text{จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน ๑๒ สัปดาห์}}{\text{จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ทั้งหมด}} \times ๑๐๐$
๕. หน่วยที่วัด	ร้อยละ
๖. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ทุก ๓ เดือน
๗. แหล่งของข้อมูล	เวชกรรมสังคม , ห้องตรวจ ANC , เวชสารสนเทศ
๘. เครื่องมือที่จัดเก็บ	แบบรายงาน
๙. ใครเป็นผู้ตั้งเป้า	คณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล
๑๐. ใครเป็นเจ้าภาพ	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม , กลุ่มงานผู้ป่วยนอก
๑๑. ใครเป็นผู้สนับสนุน	คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล
๑๒. ติดตามประเมินผล	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม , *ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านปฐมภูมิ*
๑๓. ข้อมูลฐานปี ๒๕๖๐	๑) หมู่.๑ – ๕ = ๔๔.๗๓% ๒) โรงพยาบาล = ๕๕.๗๐%
๑๔. เป้าหมายปี ๒๕๖๑	≥ ๖๐%

Measurement Template	
ยุทธศาสตร์ C๑ สร้างความเข้มแข็งในชุมชนในการดูแลโรคเรื้อรัง และการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย	
๑. ชื่อตัวชี้วัด	KPI ๕. อัตราการคลอดมีชีพในมารดาอายุ ๑๕ – ๑๙ ปี ไม่เกิน ๕๐ : ๑,๐๐๐
๒. ความหมายของตัวชี้วัด	ประชากรหญิงอายุ ๑๕ – ๑๙ ปี ควรมีอัตราการคลอดไม่เกิน ๕๐ ราย ต่อ ๑,๐๐๐ คน
๓. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น
๔. สูตรในการคำนวณ	ประชากรหญิงอายุ ๑๕ – ๑๙ ปี ที่มีการคลอดมีชีพ X ๑,๐๐๐ ประชากรหญิงอายุ ๑๕ – ๑๙ ปีทั้งหมด (จำนวนประชากรกลางปี)
๕. หน่วยที่วัด	ต่อพัน
๖. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ทุก ๓ เดือน
๗. แหล่งของข้อมูล	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม , งานห้องคลอด
๘. เครื่องมือที่จัดเก็บ	แบบรายงาน
๙. ใครเป็นผู้ตั้งเป้า	คณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล
๑๐. ใครเป็นเจ้าภาพ	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
๑๑. ใครเป็นผู้สนับสนุน	คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล
๑๒. ติดตามประเมินผล	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม , *ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านปฐมภูมิ*
๑๓. ข้อมูลฐานปี ๒๕๖๐	๑) หมู่.๑ – ๕ = ๒๐.๓๓ : ๑,๐๐๐ ๒) โรงพยาบาล =
๑๔. เป้าหมายปี ๒๕๖๑	≤ ๕๐ : ๑,๐๐๐

Measurement Template	
ยุทธศาสตร์ C๑ สร้างความเข้มแข็งในชุมชนในการดูแลโรคเรื้อรัง และการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย	
๑. ชื่อตัวชี้วัด	KPI ๖. ร้อยละของเด็กกลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)
๒. ความหมายของตัวชี้วัด	- กลุ่มเด็ก ๐- ๑๒ ปีหมายถึง กลุ่มเด็กเล็ก ปฐมวัยและนักเรียนประถมศึกษาทั้งที่ ปกติ และมีความพิการ - ฟันดีไม่มีผุ หมายถึง ผู้ที่มีฟันน้ำนม หรือฟันแท้ในช่องปากที่ปกติ หรือผุได้รับ การรักษาแล้วโดยไม่มีความจำเป็นต้องอุด ถอน รักษาคลองรากฟัน หรือบูรณะ อื่นใดอีก - เด็ก ๖-๑๒ ปีได้รับบริการทันตกรรม หมายถึงบริการที่มีรหัสหัตถการทันตกรรม (หากเป็นงานตรวจนับเฉพาะตรวจทั้งปาก + วางแผน - เด็กประถมศึกษาปีที่๑ หมายถึง เด็กที่ศึกษาอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่๑ ที่มีชื่อ และตัวตนอยู่ปรากฏ รวมทั้งเด็กที่ไม่มีชื่อแต่มีตัวตนอยู่ รวมทุกสัญชาติ - การเคลือบหลุมร่องฟัน หมายถึง การใช้วัสดุเคลือบหลุมร่องฟันทาบนหลุมร่อง ฟันที่ลึกของฟันกรามแท้
๓. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อควบคุมโรคในช่องปากและลดการสูญเสียฟันแท้ในเด็กอายุ ๑๒ ป
๔. สูตรในการคำนวณ	A = จำนวนเด็กกลุ่มอายุ ๑๒ ปีที่ปราศจากฟันผุ (Caries free) B = จำนวนเด็กกลุ่มอายุ ๑๒ ปีที่ได้รับการอุดฟันและไม่มีฟันผุหรือฟันถูกถอน) C = จำนวนเด็กกลุ่มอายุ ๑๒ ปีที่ได้รับการตรวจ (A+B)/C x ๑๐๐)
๕. หน่วยที่วัด	ร้อยละ
๖. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ปีละครั้ง
๗. แหล่งของข้อมูล	กลุ่มงานทันตกรรม
๘. เครื่องมือที่จัดเก็บ	แบบรายงานข้อมูลการสำรวจสภาวะทันตะสุขภาพประจำปี
๙. ใครเป็นผู้ตั้งเป้า	คณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล
๑๐. ใครเป็นเจ้าภาพ	กลุ่มงานทันตกรรม
๑๑. ใครเป็นผู้สนับสนุน	คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล
๑๒. ติดตามประเมินผล	กลุ่มงานทันตกรรม , *ประธาน Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก*
๑๓. ข้อมูลฐานปี ๒๕๖๐	
๑๔. เป้าหมายปี ๒๕๖๑	= ๕๔%

Measurement Template	
ยุทธศาสตร์ C๑ สร้างความเข้มแข็งในชุมชนในการดูแลโรคเรื้อรัง และการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย	
๑. ชื่อตัวชี้วัด	KPI ๗. ร้อยละของเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน (๖-๑๔ ปี)
๒. ความหมายของตัวชี้วัด	**เด็กวัยเรียน หมายถึง** เด็กที่มีอายุตั้งแต่ ๖ ปี จนถึง ๑๔ ปี (โดยเริ่มนับตั้งแต่อายุ ๖ ปีเต็ม – ๑๔ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน) **โรงเรียนระดับประถมศึกษาทุกสังกัด หมายถึง** โรงเรียนระดับประถมศึกษาหรือโรงเรียนระดับประถมศึกษาขยายโอกาส และมัธยมศึกษา (มัธยมศึกษาตอนต้น ม.๑ - ม.๓) **ภาวะเตี้ย หมายถึง** ส่วนสูงของเด็กเมื่อเทียบกับเกณฑ์อายุเดียวกัน มีค่าต่ำกว่า – ๒ S.D. แสดงว่าเด็กเติบโตไม่ดีอาจเนื่องมาจากมีการขาดอาหารเรื้อรัง หรือมีการเจ็บป่วยบ่อยๆ **ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน หมายถึง** น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง > + ๒ S.D. ขึ้นไปโดยใช้กราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของกรมอนามัย ปี ๒๕๔๒ **ภาวะผอม หมายถึง** น้ำหนักของเด็กเมื่อเทียบกับเกณฑ์ส่วนสูงเดียวกัน มีค่าต่ำกว่า –๒ S.D. แสดงว่าเด็กมีน้ำหนักน้อยกว่าเด็กที่มีส่วนสูงเดียวกัน **สูงดี หมายถึง** เด็กที่มีส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตกรมอนามัย ปี ๒๕๔๒ มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -๑.๕ SD ของส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ **สมส่วน หมายถึง** เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกราฟการเจริญเติบโต กรมอนามัย ปี ๒๕๔๒ มีค่าระหว่าง +๑.๕ SD ถึง -๑.๕ SD ของน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง **เด็กสูงดีสมส่วน หมายถึง** เด็กที่มีส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป และมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียวกัน) **ส่วนสูงเฉลี่ย หมายถึง** ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงในเด็กชาย และเด็กหญิง อายุ ๑๔ ปี (เด็กอายุ ๑๔ ปีเต็ม ถึง ๑๔ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน)
๓. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	๑. ส่งเสริมเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วนและแก้ปัญหาเด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยง ๒. การคัดกรอง ส่งต่อ การจัดการแก้ไขปัญหา และคุณภาพข้อมูลจากระบบ HDC ๓. มาตรการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย
๔. สูตรในการคำนวณ	$\frac{\text{จำนวนเด็กอายุ ๖-๑๔ ปี สูงดีสมส่วน}}{\text{จำนวนเด็กอายุ ๖-๑๔ ปีที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด}} \times ๑๐๐$
๕. หน่วยที่วัด	ต่อพัน
๖. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ทุก ๓ เดือน
๗. แหล่งของข้อมูล	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม , เวชสารสนเทศ
๘. เครื่องมือที่จัดเก็บ	แบบรายงาน
๙. ใครเป็นผู้ตั้งเป้า	คณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล
๑๐. ใครเป็นเจ้าภาพ	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
๑๑. ใครเป็นผู้สนับสนุน	คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล
๑๒. ติดตามประเมินผล	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม , *ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านปฐมภูมิ*
๑๓. ข้อมูลฐานปี ๒๕๖๐	ภาคเรียนที่ ๑/๒๕๖๐ = ๖๘.๘๖%
๑๔. เป้าหมายปี ๒๕๖๑	ไม่น้อยกว่า ๖๖%

Measurement Template	
ยุทธศาสตร์ C๑ สร้างความเข้มแข็งในชุมชนในการดูแลโรคเรื้อรัง และการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย	
๑. ชื่อตัวชี้วัด	KPI ๘. ร้อยละของวัยทำงานอายุ ๓๐ – ๔๔ ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ
๒. ความหมายของตัวชี้วัด	ประชานชนวัยทำงาน หมายถึง ประชานชนวัยทำงาน อายุ ๓๐ ปี – ๔๓ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน ดัชนีมวลกายปกติหมายถึง น้ำหนักเหมาะสมกับส่วนสูง โดยมีค่าดัชนีมวลกาย อยู่ ในช่วง ๑๘.๕-๒๒.๙ กก./ตรม.
๓. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการของประชาชนวัยทำงานให้มีสุขภาพดี
๔. สูตรในการคำนวณ	(จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ ๑๘ ปีขึ้นไป- ๕๙ ปี มีดัชนีมวลกายปกติ) / (จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ ๑๘ ปีขึ้นไป- ๕๙ ปี ที่ชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงทั้งหมด) x ๑๐๐
๕. หน่วยที่วัด	ร้อยละ
๖. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ทุก ๓ เดือน
๗. แหล่งของข้อมูล	ข้อมูลในระบบ HDC กับค่าเป้าหมาย
๘. เครื่องมือที่จัดเก็บ	ระบบ HDC
๙. ใครเป็นผู้ตั้งเป้า	คณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล
๑๐. ใครเป็นเจ้าภาพ	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม , กลุ่มการพยาบาล
๑๑. ใครเป็นผู้สนับสนุน	คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล
๑๒. ติดตามประเมินผล	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม , กลุ่มการพยาบาล , *ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านปฐมภูมิ*
๑๓. ข้อมูลฐานปี ๒๕๖๐	
๑๔. เป้าหมายปี ๒๕๖๑	๑๐๐% (๖ เดือน = ๖๐% , ๙ เดือน = ๘๐% , ๑๒ เดือน = ๑๐๐%)

Measurement Template	
ยุทธศาสตร์ C๑ สร้างความเข้มแข็งในชุมชนในการดูแลโรคเรื้อรัง และการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย	
๑. ชื่อตัวชี้วัด	KPI ๙. ร้อยละของ Health Ageing
๒. ความหมายของตัวชี้วัด	ผู้สูงอายุ หมายความตาม พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖ หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุตั้งแต่หกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป Healthy Ageing หมายถึง ผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Independent) ซึ่งวัดได้จากการแบ่งตามกลุ่มศักยภาพ โดยใช้ผลการคัดกรองสมรรถนะเพื่อการดูแล ด้วยเครื่องมือ Activity of Daily Living (ADL) ซึ่งเมื่อประเมินแล้วจะหมายถึงกลุ่มที่มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ ๑๒ คะแนน การคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ หมายถึงการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ รายละเอียดการคัดกรอง/ประเมิน เป็นไปตามแนวทาง “คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ” กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้ดำเนินการถ่ายทอดไปยัง Aging manager และผู้ปฏิบัติระดับเขต, จังหวัด, อำเภอ, ตำบล ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๕๗ ในประเด็น - คัดกรองปัญหาสำคัญและโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ - คัดกรองกลุ่ม Geriatric Syndromes - ประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการดูแล ผู้สูงอายุทุกคน (ผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปี บริบูรณ์ขึ้นไป) ที่ได้รับการคัดกรอง/ประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการดูแลด้วย Activity of Daily Living (ADL)
๓. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	วัตถุประสงค์หลัก : เพื่อผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเอง สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ อย่างเหมาะสม และมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมตามศักยภาพ วัตถุประสงค์เฉพาะ : ๑. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพเพื่อวางแผนการดูแลที่ตรงปัญหา ๒. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ดูแลรักษา และฟื้นฟู ที่มีประสิทธิภาพ เหมาะสมและตรงกับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ ๓. เพื่อนำไปสู่ผลที่คาดหวัง คือช่วยลดภาระความหลากหลายและซ้ำซ้อนด้านค่าใช้จ่าย ในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ (Elderly Health Expenditure) ของประเทศ ในอนาคต
๔. สูตรในการคำนวณ	$\frac{\text{จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Independent)}}{\text{ผู้สูงอายุทุกคน (ผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปี บริบูรณ์ขึ้นไป) ที่ได้รับการประเมินสมรรถนะ ผู้สูงอายุ เพื่อการดูแล}} \times ๑๐๐$
๕. หน่วยที่วัด	ร้อยละ
๖. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ปีละ ๒ ครั้ง
๗. แหล่งของข้อมูล	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
๘. เครื่องมือที่จัดเก็บ	แบบรายงาน
๙. ใครเป็นผู้ตั้งเป้า	คณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล
๑๐. ใครเป็นเจ้าภาพ	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม , กลุ่มการพยาบาล
๑๑. ใครเป็นผู้สนับสนุน	คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล
๑๒. ติดตามประเมินผล	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม , กลุ่มการพยาบาล , *ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านปฐมภูมิ*
๑๓. ข้อมูลฐานปี ๒๕๖๐	
๑๔. เป้าหมายปี ๒๕๖๑	เพิ่มขึ้นหรือคงทีจากปี ๒๕๖๐

Measurement Template	
ยุทธศาสตร์ C๒ พัฒนาศักยภาพของ PMC/ศูนย์สุขภาพชุมชน/รพ.ส.ต/และภาคีเครือข่ายบริการในการดูแล NCD และการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยให้เข้มแข็ง	
๑. ชื่อตัวชี้วัด	KPI ๑๐. อัตราผู้ป่วยนอกเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไปรักษาที่ รพ.สต./ศูนย์สุขภาพชุมชน
๒. ความหมายของตัวชี้วัด	ผู้ป่วย DM , HT ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน หรือกลุ่มที่ไม่ซับซ้อน ควรได้รับบริการที่ รพ.สต./PMC ที่อยู่ใกล้บ้าน เพื่อความสะดวกในการรับบริการ
๓. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	๑. เพื่อเพิ่มศักยภาพของ รพ.สต./PMC ในการดูแลโรคเรื้อรัง ๒. เพื่อให้ผู้ป่วยที่ไม่ซับซ้อนได้รับบริการที่เหมาะสม และมีความสะดวก ๓. ลดความแออัดในงาน OPD
๔. สูตรในการคำนวณ	$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วย DM , HT ที่รับบริการใน รพ.สต./PMC ใน CUP}}{\text{จำนวนผู้ป่วย DM , HT ใน CUP ทั้งหมด}} \times ๑๐๐$
๕. หน่วยที่วัด	ร้อยละ
๖. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ทุก ๓ เดือน
๗. แหล่งของข้อมูล	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม , เวชสารสนเทศ
๘. เครื่องมือที่จัดเก็บ	แบบรายงาน
๙. ใครเป็นผู้ตั้งเป้า	คณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล
๑๐. ใครเป็นเจ้าภาพ	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
๑๑. ใครเป็นผู้สนับสนุน	คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล
๑๒. ติดตามประเมินผล	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม , *ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านปฐมภูมิ*
๑๓. ข้อมูลฐานปี ๒๕๖๐	๑๔.๗๘% (๙ เดือน)
๑๔. เป้าหมายปี ๒๕๖๑	$\geq$ ๕๐%

Measurement Template	
ยุทธศาสตร์ P๑ พัฒนาศักยภาพการรักษาพยาบาล (๑.ศูนย์หัวใจ ๒.ศูนย์หลอดเลือดสมอง ๓.ศูนย์อุบัติเหตุฉุกเฉิน ๔.ศูนย์ทารกแรกคลอด ๕.ศูนย์โรคกระดูกและข้อ ๖.ศูนย์โรคทางตา ๗.ศูนย์ทันกรรมรากเทียม)	
๑. ชื่อตัวชี้วัด	KPI ๑๑. น้ำหนักสัมพัทธ์ตามระบบ DRG (Case Mixed Index)
๒. ความหมายของตัวชี้วัด	ค่าเฉลี่ยของน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับแล้วของผู้ป่วยใน (Average Adjusted Relative weight) ที่อ้างอิงตามระบบ DRG
๓. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	๑) ประเมินความยากง่าย ซับซ้อน ของโรคของผู้ป่วยใน ที่อยู่ในความดูแลของ รพ. ๒) ประเมินศักยภาพในการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาล และนำมาเป็นแนวทางการพัฒนาต่อไป ๓) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการสรุปเวชระเบียน และการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลตามระบบ DRG
๔. สูตรในการคำนวณ	$\frac{\text{ผลรวมของ Adj. RW}}{\text{จำนวนผู้ป่วยในจำหน่าย}}$
๕. หน่วยที่วัด	-
๖. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	เดือนละ ๑ ครั้ง
๗. แหล่งของข้อมูล	ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร
๘. เครื่องมือที่จัดเก็บ	โปรแกรมผู้ป่วยใน , โปรแกรม SSB ,งานเวชระเบียน
๙. ใครเป็นผู้ตั้งเป้า	คณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล
๑๐. ใครเป็นเจ้าภาพ	ทุก PCT / กลุ่มภารกิจบริการตติยภูมิ
๑๑. ใครเป็นผู้สนับสนุน	องค์กรแพทย์ , คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล
๑๒. ติดตามประเมินผล	ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร , *ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านเศรษฐกิจการเงินการคลัง*
๑๓. ข้อมูลฐานปี ๒๕๖๐	RW เฉลี่ย = ๑.๕๔ (๙ เดือน)
๑๔. เป้าหมายปี ๒๕๖๑	RW เฉลี่ย $\geq$ ๑.๖๐

Measurement Template	
ยุทธศาสตร์ P๑ พัฒนาศักยภาพการรักษาพยาบาล (๑.ศูนย์หัวใจ ๒.ศูนย์หลอดเลือดสมอง ๓.ศูนย์อุบัติเหตุฉุกเฉิน ๔.ศูนย์ทารกแรกคลอด ๕.ศูนย์โรคกระดูกและข้อ ๖.ศูนย์โรคทางตา ๗.ศูนย์ทันกรรมรากเทียม)	
๑. ชื่อตัวชี้วัด	KPI ๑๒. อัตราศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะโรคผ่านเกณฑ์คุณภาพ (ศักยภาพ) ที่กำหนด
๒. ความหมายของตัวชี้วัด	ศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะโรคทั้ง ๗ ศูนย์ ผ่านเกณฑ์คุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนด ๑. ศูนย์หัวใจ ๒. ศูนย์หลอดเลือดสมอง ๓. ศูนย์อุบัติเหตุฉุกเฉิน ๔. ศูนย์ทารกแรกเกิด ๕. ศูนย์โรคกระดูกและข้อ ๖. ศูนย์โรคทางตา ๗. ศูนย์สุขภาพช่องปากในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่
๓. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อพัฒนาการดำเนินงานศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะโรคที่โรงพยาบาลตั้งขึ้นให้มีมาตรฐานตามเกณฑ์คุณภาพที่กำหนด
๔. สูตรในการคำนวณ	$\frac{\text{ศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะโรคที่มีผลการดูแลผู้ป่วยผ่านเกณฑ์}}{๗} \times ๑๐๐$
๕. หน่วยที่วัด	ร้อยละ
๖. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ปีละ ๒ ครั้ง
๗. แหล่งของข้อมูล	PCT MED , PCT ER , PCT กุมาร , PCT Ortho , PCT จักษุ , ก.ทันตกรรม
๘. เครื่องมือที่จัดเก็บ	แบบรายงาน
๙. ใครเป็นผู้ตั้งเป้า	คณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล
๑๐. ใครเป็นเจ้าภาพ	PCT MED , PCT ER , PCT กุมาร , PCT Ortho , PCT จักษุ , ก.ทันตกรรม
๑๑. ใครเป็นผู้สนับสนุน	คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล
๑๒. ติดตามประเมินผล	ศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะโรค ๗ ศูนย์ , *รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์*
๑๓. ข้อมูลฐานปี ๒๕๖๐	๔๒.๘๕% (๖ เดือน)
๑๔. เป้าหมายปี ๒๕๖๑	๑๐๐%

เกณฑ์คุณภาพมาตรฐานศูนย์หัวใจและหลอดเลือด

ลำดับ	เกณฑ์คุณภาพ	เป้าหมาย
๑.	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ	น้อยกว่า ร้อยละ ๑๐
๒.	อัตราการตายผู้ป่วย Acute STEMI	น้อยกว่า ร้อยละ ๑๐
๓.	อัตราการเปิดหลอดเลือดในผู้ป่วย Acute STEMI	มากกว่า ร้อยละ ๙๐
๔.	อัตราการตายผู้ป่วย High risk NSTEMI	น้อยกว่า ร้อยละ ๑๐
๕.	อัตราการเปิดหลอดเลือดในผู้ป่วย High risk NSTEMI ใน Admission (Early invasive strategy)	มากกว่า ร้อยละ ๗๕
๖.	เวลาที่ได้รับการสวนหัวใจ (PPCI) จาก ER รพ.พระนั่งเกล้า ภายใน ๙๐ นาที	มากกว่า ร้อยละ ๕๐
๗.	เวลาที่ได้รับการสวนหัวใจ (PPCI) จาก ER รพ.ชุมชนเครือข่าย ภายใน ๑๒๐ นาที	มากกว่า ร้อยละ ๕๐
๘.	เวลาที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ภายใน ๓๐ นาที	มากกว่า ร้อยละ ๘๐
๙.	อัตราการรอคอยการสวนหัวใจ Elective case น้อยกว่า ๒ เดือน	ร้อยละ ๘๐
๑๐.	อัตราการรอคอยผ่าตัด น้อยกว่า ๔ เดือน	มากกว่า ร้อยละ ๘๐
๑๑.	อัตราการ Admit ผู้ป่วย Heart Failure Clinic	น้อยกว่า ร้อยละ ๒๕
๑๒.	อัตราการให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ของโรงพยาบาลเครือข่าย	มากกว่า ร้อยละ ๕๐

เกณฑ์คุณภาพตามมาตรฐานศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

ลำดับ	เกณฑ์คุณภาพ	เป้าหมาย
๑.	Under Triage	< ๑๐%
๒.	Over Triage	< ๑๕%
๓.	ผู้ป่วย Trauma ได้รับการประเมิน Trauma screening	≥ ๘๐%
๔.	ผู้ป่วย Trauma Ps ≥๐.๗๕ ได้รับการทบทวน	๑๐๐%
๕.	ผู้ป่วยฉุกเฉิน GCS < ๘ ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ	๑๐๐%
๖.	อัตราการกลับมาตรวจซ้ำด้วยโรคเดิมภายใน ๒๔ ชั่วโมง	< ๑๐%
๗.	แพทย์เฉพาะสาขาสั่งการรักษาผู้ป่วยวิกฤตภายใน ๑๕ นาที หลังจาก consult	๘๐%
๘.	การทำ CPR ถูกต้องตามมาตรฐาน	๑๐๐%
๙.	ผู้ป่วยเข้าข่ายสงสัย ACS ได้รับการทำ EKG และแปลผลภายใน ๑๐ นาที	๑๐๐%
๑๐.	ผู้ป่วยเข้าข่ายสงสัย Stroke fast track ได้รับการทำ CT-brain และแปลผลภายใน ๑ ชั่วโมง	๑๐๐%
๑๑.	ผู้ป่วยวิกฤต (แดง) ที่ ER สามารถขึ้นหอผู้ป่วยภายใน ๒ ชั่วโมง	๘๐%
๑๒.	ผู้ป่วยฉุกเฉิน (ชมพู) ที่ ER สามารถขึ้นหอผู้ป่วยภายใน ๔ ชั่วโมง	๘๐%

เกณฑ์คุณภาพมาตรฐานศูนย์ทารกแรกเกิด

ลำดับ	เกณฑ์คุณภาพ	เป้าหมาย
๑.	อัตราการตายปริกำเนิด (อายุครรภ์ตั้งแต่ ๒๒ สัปดาห์)	ไม่เกิน ๔ : ๑,๐๐๐ การเกิดทั้งหมด
๒.	อัตราการตายปริกำเนิด (อายุครรภ์ตั้งแต่ ๒๘ สัปดาห์)	ไม่เกิน ๔ : ๑,๐๐๐ ทารกคลอด
๓.	อัตราการตายของทารกแรกเกิด	ไม่เกิน ๖ : ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ
๔.	ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า ๒,๕๐๐ กรัม	ไม่เกินร้อยละ ๗
๕.	อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า ๑,๐๐๐ กรัม ภายใน ๒๘ วัน	น้อยกว่าร้อยละ ๕๐
๖.	อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของทารกแรกเกิดน้ำหนัก ๑,๐๐๐ – ๑,๔๙๙ กรัม ภายใน ๒๘ วัน	น้อยกว่าร้อยละ ๑๐
๗.	อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของแรกเกิดน้ำหนัก ๑,๕๐๐ – ๒,๔๙๙ กรัม ภายใน ๒๘ วัน	น้อยกว่าร้อยละ ๒

เกณฑ์คุณภาพตามมาตรฐานศูนย์โรคกระดูกและข้อ

ลำดับ	เกณฑ์คุณภาพ	เป้าหมาย
<u>Musculoskeletal disease</u> <u>Hip</u>		
๑.	ร้อยละของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกได้รับ prophylactic antibiotic	๑๐๐%
๒.	อัตราการติดเชื้อในข้อสะโพกหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกภายใน ๑ ปี	๐.๕%
๓.	อัตราการติดเชื้อในข้อสะโพกหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกภายใน ๙๐ วัน	๒%
<u>Knee</u>		
๑.	ร้อยละของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ได้รับ prophylactic antibiotic	๑๐๐%
๒.	อัตราการติดเชื้อในข้อเข่าหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าภายใน ๑ ปี	๐.๕%
๓.	อัตราการติดเชื้อในข้อเข่าหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าภายใน ๙๐ วัน	๓%

เกณฑ์คุณภาพมาตรฐานศูนย์จักษุ

ลำดับ	เกณฑ์คุณภาพ	เป้าหมาย
โรคต้อกระจก		
๑.	อัตราความพึงพอใจของใช้บริการ	≥ ๘๐%
๒.	VA ดีขึ้นกว่าเดิม ≥ ๒ แถว หรือ ≥ ๖/๑๘	≥ ๘๐%
๓.	อัตราผู้ป่วย Severe Low Vision Cataract ได้รับการผ่าตัดภายใน ๙๐ วัน	≥ ๘๐%
๔.	อัตราผู้ป่วย Blinding Cataract ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน	≥ ๘๐%

เกณฑ์คุณภาพมาตรฐานศูนย์จักษุ

ลำดับ	เกณฑ์คุณภาพ	เป้าหมาย
กลุ่มโรคต้อหิน		
๑.	อัตราการได้รับการยิง Laser peripheral Iridotomy ในกลุ่มผู้ป่วยมุมตาแคบที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดต้อหินเฉียบพลัน (High risk PACS , PAC , AACG)	๑๐๐%
๒.	อัตราการได้รับการรักษาภายใน ๓๐ นาที ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นต้อหินเฉียบพลัน	๑๐๐%
๓.	อัตราการผ่าตัด Trabeclectomy สามารถลดความดันลูกตาลงอย่างน้อย ๓๐% จากเดิม โดยไม่ต้องใช้ยาภายใน ๖ เดือน	≥ ๘๐%
กลุ่มโรคจอประสาทตา		
๑.	อัตราผู้ป่วย Proliferative diabetic retinopathy ได้รับการ Laser ภายใน ๓๐ วัน	๑๐๐%
๒.	อัตราจอประสาทตาหลุดลอกซ้ำใน ๖ เดือนหลังผ่าตัด Rhegmatogenous retinal detachment	< ๒๐%

<u>หมายเหตุ</u> **Severe Low Vision Cataract** หมายถึง ต้อกระจกที่มีสายตา presenting VA แย่กว่า ๖/๖๐ ถึง ๓/๖๐ (๕/๖๐ , ๔/๖๐ , ๓/๖๐)

Blinding Cataract หมายถึง ต้อกระจกที่มีสายตา presenting VA แย่กว่า ๓/๖๐ (๒/๖๐ , ๑/๖๐ , CF , HM , PJ , PL)

Measurement Template

ยุทธศาสตร์ P๒ พัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วย

๑. ชื่อตัวชี้วัด	KPI ๑๓. อัตราการเกิด - VAP ≤ ๘ : ๑,๐๐๐ วันใส่เครื่องช่วยหายใจ - SSI (Clean wound) ≤ ๐.๕% - CLABSI ≤ ๑ : ๑,๐๐๐ วันใส่สาย Central line
๒. ความหมายของตัวชี้วัด	ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ , ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใน รพ. และผู้ป่วยที่ใช้สายสวนทางหลอดเลือดดำต้องได้รับการป้องกันการติดเชื้ออย่างดีที่สุด
๓. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อติดตามดูคุณภาพตามมาตรฐานของการรักษาพยาบาลและการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล
๔. สูตรในการคำนวณ	๑) $\frac{\text{จำนวนครั้งของการติดเชื้อ VAP}}{\text{จำนวนวันของการใช้เครื่องช่วยหายใจ}}$ X ๑,๐๐๐ ๒) $\frac{\text{จำนวนครั้งของการติดเชื้อผ่าตัดแผลสะอาด}}{\text{จำนวนครั้งของการผ่าตัดแผลสะอาด (Clean wound)}}$ X ๑๐๐ ๓) $\frac{\text{จำนวนครั้งของการติดเชื้อ CLABSI}}{\text{จำนวนวันของการใส่สาย central line}}$ X ๑,๐๐๐
๕. หน่วยที่วัด	๑) ต่อพัน ๒) ร้อยละ ๓) ต่อพัน
๖. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	เดือนละ ๑ ครั้ง
๗. แหล่งของข้อมูล	ทุกหน่วยงานที่มีการบริการผู้ป่วย
๘. เครื่องมือที่จัดเก็บ	แบบเฝ้าระวังการติดเชื้อใน รพ. FMICC ๐๑
๙. ใครเป็นผู้ตั้งเป้า	คณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล
๑๐. ใครเป็นเจ้าภาพ	ทุก PCT
๑๑. ใครเป็นผู้สนับสนุน	คณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล (ICC)
๑๒. ติดตามประเมินผล	งานป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC), *ประธาน ICC*
๑๓. ข้อมูลฐานปี ๒๕๖๐	๑. VAP = ๐.๕ : ๑,๐๐๐ วันใส่เครื่องช่วยหายใจ ๒. SSI (Clean wound) = ๐.๐๔ % ๓. CLABSI = ๐.๙๙ : ๑,๐๐๐ วันใส่สาย Central line (๙ เดือน)
๑๔. เป้าหมายปี ๒๕๖๑	๑. VAP = ≤ ๘ : ๑๐๐๐ วันใส่เครื่องช่วยหายใจ ๒. SSI (Clean wound) = ≤ ๐.๕% ๓. CLABSI = ≤ ๑ : ๑๐๐๐ วันใส่สาย Central line

Measurement Template	
ยุทธศาสตร์ P๒ พัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วย	
๑. ชื่อตัวชี้วัด	KPI ๑๔. อัตราตายในผู้ป่วย Severe Sepsis และ Septic Shock
๒. ความหมายของตัวชี้วัด	ผู้ป่วยที่ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต (Septicemia) ถ้าได้รับการดูแลรักษาอย่างทันท่วงทีจะมีโอกาสรอดชีวิตสูงขึ้น
๓. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการตาย
๔. สูตรในการคำนวณ	$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วย Septicemia Stage๒ ขึ้นไปที่เสียชีวิต}}{\text{จำนวนผู้ป่วย Septicemia Stage๒ ขึ้นไปทั้งหมด}}$ X ๑๐๐
๕. หน่วยที่วัด	ร้อยละ
๖. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ทุกเดือน
๗. แหล่งของข้อมูล	ทุกหอผู้ป่วย , เวชระเบียน
๘. เครื่องมือที่จัดเก็บ	เวชระเบียน
๙. ใครเป็นผู้ตั้งเป้า	คณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล
๑๐. ใครเป็นเจ้าภาพ	ทุก PCT
๑๑. ใครเป็นผู้สนับสนุน	คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล
๑๒. ติดตามประเมินผล	คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง / *ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ*
๑๓. ข้อมูลฐานปี ๒๕๖๐	๒๗.๐๐ % (๙ เดือน)
๑๔. เป้าหมายปี ๒๕๖๑	≤ ๕๐%

Measurement Template	
ยุทธศาสตร์ P๒ พัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วย	
๑. ชื่อตัวชี้วัด	KPI ๑๕. อุบัติการณ์ การรักษาผิดคน / ผิดตำแหน่ง (Identify)
๒. ความหมายของตัวชี้วัด	ผู้ป่วยที่เข้ามารักษาในโรงพยาบาลได้รับการระบุตัว ระบุตำแหน่งอย่างถูกต้อง
๓. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อเพิ่มความปลอดภัยในการดูแลรักษาผู้ป่วยไม่ให้เกิดการผิดพลาดขึ้น
๔. สูตรในการคำนวณ	-
๕. หน่วยที่วัด	ราย
๖. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ทุก ๓ เดือน
๗. แหล่งของข้อมูล	หน่วยให้บริการผู้ป่วยทางคลินิกทุกหน่วย
๘. เครื่องมือที่จัดเก็บ	แบบรายงานอุบัติการณ์ของ รพ.
๙. ใครเป็นผู้ตั้งเป้า	คณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล
๑๐. ใครเป็นเจ้าภาพ	หน่วยให้บริการผู้ป่วยทางคลินิกทุกหน่วย , ทุก PCT , องค์กรแพทย์ , องค์กรพยาบาล
๑๑. ใครเป็นผู้สนับสนุน	คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง
๑๒. ติดตามประเมินผล	เลขานุการคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง, *รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์*
๑๓. ข้อมูลฐานปี ๒๕๖๐ (ระดับ C – D ฐาน ปี ๕๙ = ๓๗)	ระดับ E ขึ้นไป = ๒ (๙ เดือน) ระดับ C – D = ๒๖ ลดลง ๓๘.๑๗% (๙ เดือน)
๑๔. เป้าหมายปี ๒๕๖๑ (ระดับ C – D ฐาน ปี ๖๐ = ...)	ระดับ E ขึ้นไป = ๐ ระดับ C – D = ลดลงจากปี ๒๕๖๐

Measurement Template

ยุทธศาสตร์ P๒ พัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วย

๑. ชื่อตัวชี้วัด	KPI ๑๖. ร้อยละการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล
๒. ความหมายของตัวชี้วัด	การป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ในยา ๑๑ ตัว ดังนี้ ๑) Imipenem/cilastatin ๕๐๐ mg inj. ๒) Meropenem ๑ gm inj. ๓) Ertapenem ๑ gm inj. ๔) Vancomycin ๕๐๐ mg inj. ๕) Cefoperazone/ sulbactam ๑ gm inj. ๖) Cefoperazone/ sulbactam ๑.๕ gm inj. ๗) Levofloxacin ๕๐๐ mg inj. ๘) Colistin ๑๕๐ mg inj ๙) Piperacillin/tazobactam ๔.๕ gm inj. ๑๐) Linezolid ๖๐๐ mg inj. ๑๑) Linezolid ๖๐๐ mg tab.
๓. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล
๔. สูตรในการคำนวณ	$\frac{\text{จำนวนการสั่งใช้ยาที่ตรงตามเกณฑ์}}{\text{จำนวนการสั่งใช้ยาทั้งหมด}} \times ๑๐๐$
๕. หน่วยที่วัด	ใบ
๖. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ทุก ๓ เดือน
๗. แหล่งของข้อมูล	หน่วยให้บริการผู้ป่วยทางคลินิกที่ใช้ยาต้านจุลชีพทั้ง ๑๑ ตัว
๘. เครื่องมือที่จัดเก็บ	แบบรายงานอุบัติการณ์ของ รพ.
๙. ใครเป็นผู้ตั้งเป้า	คณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล
๑๐. ใครเป็นเจ้าภาพ	คณะกรรมการ Service Plan RDU
๑๑. ใครเป็นผู้สนับสนุน	คณะกรรมการ Service Plan RDU
๑๒. ติดตามประเมินผล	ประธาน Service Plan RDU , *รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์*
๑๓. ข้อมูลฐานปี ๒๕๖๐	๒) = ๘๔% ๓) = ๘๐% ๘) = ๖๓.๖๓% (๙ เดือน)
๑๔. เป้าหมายปี ๒๕๖๑	≥ ๘๐%

* เนื่องจากข้อจำกัดเรื่องอัตรากำลังจึงทำการบันทึกแค่ ๓ รายการ
(ตามมติคณะกรรมการยาครั้งที่ ๓/๒๕๖๐)

Measurement Template	
ยุทธศาสตร์ P๓ เพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการพื้นที่ และระบบสนับสนุนบริการ	
๑. ชื่อตัวชี้วัด	KPI ๑๗. อัตราพื้นที่ที่มีความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมได้รับการแก้ไขภายในปีงบประมาณ ๒๕๖๐
๒. ความหมายของตัวชี้วัด	รพ.มีสถานที่และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เสี่ยงต่อการทำงานและคุณภาพในการให้บริการอยู่บ้าง ซึ่งได้สำรวจไปแล้ว และควรได้รับการปรับปรุงโดยด่วน
๓. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อเร่งรัดการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลให้เอื้อต่อการให้บริการ
๔. สูตรในการคำนวณ	$\frac{\text{จำนวนพื้นที่การปรับปรุงสิ่งก่อสร้างที่ได้ดำเนินการตามแผน ปี ๒๕๖๑}}{\text{จำนวนพื้นที่การปรับปรุงสิ่งก่อสร้างทั้งหมดที่ได้รับอนุมัติในแผน ปี ๒๕๖๑}} \times ๑๐๐$
๕. หน่วยที่วัด	ร้อยละ
๖. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ทุก ๓ เดือน
๗. แหล่งของข้อมูล	พัสดุ
๘. เครื่องมือที่จัดเก็บ	แผนครุภัณฑ์ และค่าที่ดินสิ่งก่อสร้าง ปีงบประมาณ ๒๕๖๑
๙. ใครเป็นผู้ตั้งเป้า	คณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล
๑๐. ใครเป็นเจ้าภาพ	กลุ่มงานบริหารทั่วไป
๑๑. ใครเป็นผู้สนับสนุน	คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล
๑๒. ติดตามประเมินผล	*ประธานคณะกรรมการโครงสร้างสิ่งแวดล้อม , ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านบริหาร*
๑๓. ข้อมูลฐานปี ๒๕๖๐	
๑๔. เป้าหมายปี ๒๕๖๑	≥ ๖๐%

Measurement Template	
ยุทธศาสตร์ P๔ เพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการพื้นที่ และระบบสนับสนุนบริการ	
๑. ชื่อตัวชี้วัด	KPI ๑๘. อัตราการซ่อมบำรุงเสร็จภายในเวลาที่กำหนด
๒. ความหมายของตัวชี้วัด	ควรมีกำหนดระยะเวลาในการซ่อมแซมครุภัณฑ์ และการซ่อมแซมอาคารสถานที่ ๑. ซ่อมแซมครุภัณฑ์ควรเสร็จภายใน ๓ วัน หรือภายใน ๔๐ วัน กรณีต้องซื้ออะไหล่ อุปกรณ์ ๒. ซ่อมแซมอาคารสถานที่ ที่ไม่เปลี่ยนรูปแบบ ควรเสร็จภายใน ๓ วัน หรือภายใน ๔๐ วัน กรณีต้องซื้ออะไหล่ อุปกรณ์ ๓. ซ่อมแซมอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ หรือการลงโปรแกรมเสร็จภายใน ๕ วัน ๔. สามารถออกใบอนุมัติจ้างซ่อมกรณีที่ต้องจ้างช่างภายนอก ภายใน ๓๐ วัน
๓. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อพัฒนาระบบซ่อมบำรุงให้รวดเร็วตั้งแต่การจัดหาวัสดุจนถึงการดำเนินการซ่อมแซม
๔. สูตรในการคำนวณ	๑. $\frac{\text{จำนวนงานซ่อมครุภัณฑ์ที่เสร็จตามเกณฑ์เวลาที่กำหนด}}{\text{จำนวนงานซ่อมครุภัณฑ์ทั้งหมด}}$ X ๑๐๐ ๒. $\frac{\text{จำนวนงานซ่อมอาคารสถานที่ที่เสร็จตามเกณฑ์เวลาที่กำหนด}}{\text{จำนวนงานซ่อมอาคารสถานที่ทั้งหมด}}$ X ๑๐๐ ๓. $\frac{\text{จำนวนงานซ่อมอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ หรือการลงโปรแกรมเสร็จตามเกณฑ์เวลาที่กำหนด}}{\text{จำนวนงานซ่อมอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ และการลงโปรแกรมทั้งหมด}}$ X ๑๐๐ ๔. $\frac{\text{จำนวนงานที่ต้องจ้างช่างภายนอกที่สามารถออกใบอนุมัติภายใน ๓๐ วัน}}{\text{จำนวนงานที่ต้องจ้างช่างภายนอกทั้งหมด}}$ X ๑๐๐
๕. หน่วยที่วัด	ร้อยละ
๖. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ทุก ๓ เดือน
๗. แหล่งของข้อมูล	ใบส่งซ่อม
๘. เครื่องมือที่จัดเก็บ	ทะเบียนรวบรวมใบส่งซ่อม , รายงานอุบัติการณ์
๙. ใครเป็นผู้ตั้งเป้า	คณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล
๑๐. ใครเป็นเจ้าภาพ	กลุ่มงานพัสดุ , กลุ่มงานโครงสร้างพื้นฐานและวิศวกรรมทางการแพทย์ , สำนักงานเทคโนโลยีสารสนเทศ
๑๑. ใครเป็นผู้สนับสนุน	คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล
๑๒. ติดตามประเมินผล	กลุ่มการพยาบาล , สำนักงานเทคโนโลยีสารสนเทศ *รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร , ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านบริหาร*
๑๓. ข้อมูลฐานปี ๒๕๖๐	๑. ครุภัณฑ์ ๙๒.๔๕% (๖ เดือน) ๒. อาคาร ๘๗.๓๙% (๖ เดือน) ๓. คอมพิวเตอร์ ๙๕.๐๐% (๑๒ เดือน)
๑๔. เป้าหมายปี ๒๕๖๑	≥ ๙๐%

Measurement Template	
ยุทธศาสตร์ P๓ เพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการพื้นที่ และระบบสนับสนุนบริการ	
๑. ชื่อตัวชี้วัด	KPI ๑๙. อุบัติการณ์ระบบ IT ขัดข้องจนทำให้มีผลกระทบต่อการให้บริการและไม่สามารถแก้ไขภายในเวลา ๔๕ นาที
๒. ความหมายของตัวชี้วัด	ระยะเวลาที่ระบบปฏิบัติการในระบบใหญ่ๆ อย่างน้อย ๑ ระบบ ดังต่อไปนี้ขัดข้องจนทำให้มีผลกระทบต่อการให้บริการ และไม่สามารถแก้ไขได้ภายใน ๔๕ นาที เช่น ๑) ห้องบัตร ๒) OPD ต่าง ๆ ๓) การเงิน ๔) ห้องยา ๕) ห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยา
๓. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อพัฒนาประสิทธิภาพของกระบวนการในการบริหารจัดการระบบปฏิบัติการ
๔. สูตรในการคำนวณ	-
๕. หน่วยที่วัด	ครั้ง
๖. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ทุกครั้งที่เกิดเหตุการณ์
๗. แหล่งของข้อมูล	สำนักงานเทคโนโลยีและสารสนเทศ หน่วยบริการผู้ป่วย
๘. เครื่องมือที่จัดเก็บ	รายงานอุบัติการณ์
๙. ใครเป็นผู้ตั้งเป้า	คณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล
๑๐. ใครเป็นเจ้าภาพ	สำนักงานเทคโนโลยีและสารสนเทศ
๑๑. ใครเป็นผู้สนับสนุน	คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล
๑๒. ติดตามประเมินผล	คณะกรรมการสารสนเทศโรงพยาบาล , *ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ*
๑๓. ข้อมูลฐานปี ๒๕๖๐	๒ ครั้ง
๑๔. เป้าหมายปี ๒๕๖๑	$\leq$ ๒ ครั้ง

Measurement Template	
ยุทธศาสตร์ P๓ เพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการพื้นที่ และระบบสนับสนุนบริการ	
๑. ชื่อตัวชี้วัด	KPI ๒๐. อัตราการจัดซื้อ – จัดจ้าง ตามแผนเงินงบประมาณ , งบค่าบริการทางการแพทย์ (UC) , และแผนเงินบำรุงโรงพยาบาล เสร็จทันภายในเวลาที่กำหนด
๒. ความหมายของตัวชี้วัด	โรงพยาบาลสามารถดำเนินการจัดซื้อ – จัดจ้าง ครุภัณฑ์ และสิ่งก่อสร้าง ตามแผนเงินงบประมาณ , งบค่าบริการทางการแพทย์ (UC) , และแผนเงินบำรุงโรงพยาบาล ได้สำเร็จเสร็จทันภายในเวลาที่กำหนด
๓. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อให้การบริหารงบประมาณเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ
๔. สูตรในการคำนวณ	$\frac{\text{จำนวนรายการครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง ที่จัดซื้อ – จัดจ้าง ได้สำเร็จ}}{\text{จำนวนรายการครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง ที่จัดซื้อ – จัดจ้างทั้งหมด}}$ X ๑๐๐
๕. หน่วยที่วัด	ร้อยละ
๖. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ทุกเดือน
๗. แหล่งของข้อมูล	กลุ่มงานพัสดุ
๘. เครื่องมือที่จัดเก็บ	แบบรายงานการจัดซื้อ – จัดจ้าง
๙. ใครเป็นผู้ตั้งเป้า	คณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล
๑๐. ใครเป็นเจ้าภาพ	กลุ่มงานพัสดุ
๑๑. ใครเป็นผู้สนับสนุน	คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล
๑๒. ติดตามประเมินผล	รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร , *ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านบริหาร*
๑๓. ข้อมูลฐานปี ๒๕๖๐	
๑๔. เป้าหมายปี ๒๕๖๑	๑๐๐%

Measurement Template	
ยุทธศาสตร์ P๔ เพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมกำกับการนำยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ	
๑. ชื่อตัวชี้วัด	KPI ๒๑. อัตราความสำเร็จตาม KPI
๒. ความหมายของตัวชี้วัด	ประเมินผลสำเร็จของยุทธศาสตร์โรงพยาบาล โดยการประเมินผลลัพธ์ตาม KPI ทั้ง ๓๑ ตัวชี้วัด
๓. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อผลักดันยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม มีการควบคุมและกำกับการปฏิบัติงานตามยุทธศาสตร์โดยทีมผู้บริหาร
๔. สูตรในการคำนวณ	จำนวน KPI ที่ผ่านเกณฑ์ / ๓๑ X ๑๐๐
๕. หน่วยที่วัด	ร้อยละ
๖. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ทุก ๓ เดือน
๗. แหล่งของข้อมูล	ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
๘. เครื่องมือที่จัดเก็บ	
๙. ใครเป็นผู้ตั้งเป้า	คณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล
๑๐. ใครเป็นเจ้าภาพ	คณะกรรมการ ACC
๑๑. ใครเป็นผู้สนับสนุน	คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล
๑๒. ติดตามประเมินผล	กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ , *ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ และวิชาการ*
๑๓. ข้อมูลฐานปี ๒๕๖๐	
๑๔. เป้าหมายปี ๒๕๖๑	≥ ๖๐%

Measurement Template	
ยุทธศาสตร์ P๔ เพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมกำกับการนำยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ	
๑. ชื่อตัวชี้วัด	KPI ๒๒. อัตราความสำเร็จตาม Action Plan
๒. ความหมายของตัวชี้วัด	Action Plan ของกลุ่มงาน/ฝ่าย ต่างๆ ที่วางแผนการปฏิบัติงานโดยต่อยอดจากยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล มีการกำหนดดัชนีชี้วัดผลสำเร็จและมีการประเมินผลทุก ๓ เดือน
๓. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อวัดผลสำเร็จตาม Action Plan ของทุกกลุ่มงาน/ฝ่าย เพื่อผลักดันยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ และมีการกำกับติดตามในทุกระดับ
๔. สูตรในการคำนวณ	$\frac{\text{จำนวนดัชนีชี้วัดตาม Action Plan ของทุกกลุ่มงาน/ฝ่าย ที่ผ่านเกณฑ์}}{\text{จำนวนดัชนีชี้วัดตาม Action Plan ทั้งหมด}}$ X ๑๐๐
๕. หน่วยที่วัด	ร้อยละ
๖. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ทุก ๓ เดือน
๗. แหล่งของข้อมูล	ทุกกลุ่มงาน/ฝ่าย
๘. เครื่องมือที่จัดเก็บ	
๙. ใครเป็นผู้ตั้งเป้า	คณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล
๑๐. ใครเป็นเจ้าภาพ	ทุกกลุ่มงาน / ฝ่าย
๑๑. ใครเป็นผู้สนับสนุน	คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล / ACC
๑๒. ติดตามประเมินผล	กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ , *ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ และวิชาการ*
๑๓. ข้อมูลฐานปี ๒๕๖๐	๕๐.๓๘% (๙ เดือน)
๑๔. เป้าหมายปี ๒๕๖๑	$\geq$ ๘๐%

Measurement Template	
ยุทธศาสตร์ P๕ เพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารในองค์กร	
๑. ชื่อตัวชี้วัด	KPI ๒๓. อัตราการรับรู้ข่าวสารภายในองค์กร
๒. ความหมายของตัวชี้วัด	วัดการรับรู้ข่าวสารต่างๆ ภายในองค์กร ไม่ว่าจะผ่านทาง Internet , Intranet , ป้ายประชาสัมพันธ์ , เสียงตามสาย TV วงจรปิด
๓. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อพัฒนาการสื่อสารภายในโรงพยาบาล ซึ่งจะทำให้บุคลากรทราบความเคลื่อนไหวและมีส่วนร่วมในการพัฒนาโรงพยาบาล มีการประสานงานภายในที่ดี
๔. สูตรในการคำนวณ	$\frac{\text{คะแนนการรับรู้ข่าวสารต่างๆ ภายในองค์กรจากแบบสำรวจ}}{\text{คะแนนเต็ม}} \times ๑๐๐$
๕. หน่วยที่วัด	ร้อยละ
๖. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ปีละ ๑ ครั้ง
๗. แหล่งของข้อมูล	ทุกกลุ่มงาน / ฝ่าย
๘. เครื่องมือที่จัดเก็บ	แบบสำรวจ
๙. ใครเป็นผู้ตั้งเป้า	คณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล
๑๐. ใครเป็นเจ้าภาพ	คณะกรรมการสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์ , สำนักงานเทคโนโลยีสารสนเทศ
๑๑. ใครเป็นผู้สนับสนุน	คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล
๑๒. ติดตามประเมินผล	กลุ่มงานสุขศึกษา , *ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านกิจกรรมพิเศษ*
๑๓. ข้อมูลฐานปี ๒๕๖๐	
๑๔. เป้าหมายปี ๒๕๖๑	$\geq$ ๖๐%

Measurement Template	
ยุทธศาสตร์ P๖ ลดความแออัดในการให้บริการผู้ป่วยในโรงพยาบาล	
๑. ชื่อตัวชี้วัด	KPI ๒๔. ลดระยะเวลาการรอคอยที่ OPD จนรับยากลับบ้าน
๒. ความหมายของตัวชี้วัด	วัดระยะเวลาเฉลี่ยการรอยคอยที่ OPD จนรับยากลับบ้าน เริ่มตั้งแต่การคัดกรองที่หน้าห้องตรวจทั่วไป (ห้องตรวจ PMC , ห้องตรวจประกันสังคม) จนถึงได้รับยากลับบ้าน (ไม่นับรวม Case ที่มีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ)
๓. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อลดระยะเวลารอคอยตรวจ เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากการบริการ และเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการบริการ
๔. สูตรในการคำนวณ	-
๕. หน่วยที่วัด	นาที
๖. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ปีละ ๒ ครั้ง
๗. แหล่งของข้อมูล	OPD Card , ระบบ SSB
๘. เครื่องมือที่จัดเก็บ	OPD Card , ระบบ SSB
๙. ใครเป็นผู้ตั้งเป้า	คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล
๑๐. ใครเป็นเจ้าภาพ	ห้องตรวจ OPD , ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก , สำนักงานเทคโนโลยีสารสนเทศ
๑๑. ใครเป็นผู้สนับสนุน	คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล
๑๒. ติดตามประเมินผล	*ประธานคณะกรรมการด่านหน้า , ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ* และวิชาการ
๑๓. ข้อมูลฐานปี ๒๕๖๐	๑๒๑.๒๐ นาที (๒.๐๒ ชั่วโมง)
๑๔. เป้าหมายปี ๒๕๖๑	ลดลงจากปี ๒๕๖๐ $\geq$ ๑๐%

Measurement Template	
ยุทธศาสตร์ L&G๑ เพิ่มประสิทธิภาพพัฒนาทรัพยากรบุคคล และเพิ่มแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน (การบรรจุเข้ารับราชการ การเพิ่มค่าตอบแทน สวัสดิการ และอื่นๆ)	
๑. ชื่อตัวชี้วัด	KPI ๒๕. อัตราการฝึกอบรมตาม Training Needs
๒. ความหมายของตัวชี้วัด	Training Needs หมายถึง การฝึกอบรมที่หน่วยงานเห็นว่ามีความจำเป็นต้องให้บุคลากรได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมทั้งความรู้หรือทักษะ โดยให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ เข็มมุ่ง แผนยุทธศาสตร์ หรือทิศทางในการพัฒนาของโรงพยาบาล
๓. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อให้ทุกกลุ่มงาน/ฝ่าย ได้วิเคราะห์ Training Need ของตนเอง โดยให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์หรือปัญหาในหน่วยงานและมีการฝึกอบรมตาม Training Needs ที่ได้วิเคราะห์ไว้ เพื่อนำความรู้มาปฏิบัติงานในกลุ่มงาน/ฝ่าย อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป
๔. สูตรในการคำนวณ	$\frac{\text{จำนวนหัวข้อการฝึกอบรมในบัญชีที่บุคลากรได้รับการฝึกอบรมจริง}}{\text{จำนวนหัวข้อการฝึกอบรมในบัญชี Training Needs}} \times ๑๐๐$
๕. หน่วยที่วัด	ร้อยละ
๖. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ทุก ๓ เดือน
๗. แหล่งของข้อมูล	ทุกลุ่มงาน / ฝ่าย , กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล
๘. เครื่องมือที่จัดเก็บ	บัญชี Training Needs
๙. ใครเป็นผู้ตั้งเป้า	คณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล
๑๐. ใครเป็นเจ้าภาพ	ทุกกลุ่มงาน / ฝ่าย
๑๑. ใครเป็นผู้สนับสนุน	คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล
๑๒. ติดตามประเมินผล	กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล , คณะกรรมการพัฒนาทรัพยากรบุคคล (HRD), *ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านการบริหารและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์, ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ* และวิชาการ
๑๓. ข้อมูลฐานปี ๒๕๖๐	ก.พยาบาล ๔๐%
๑๔. เป้าหมายปี ๒๕๖๑	$\geq$ ๗๐%

Measurement Template	
ยุทธศาสตร์ L&G๑ เพิ่มประสิทธิภาพพัฒนาทรัพยากรบุคคล และเพิ่มแรงจูงใจและความปลอดภัยของบุคลากร ในการปฏิบัติงาน (การบรรจุเข้ารับราชการ การเพิ่มค่าตอบแทน สวัสดิการ และอื่นๆ)	
๑. ชื่อตัวชี้วัด	KPI ๒๖. จำนวนการให้ทุนการศึกษา/สนับสนุน สำหรับนักเรียนพยาบาล
๒. ความหมายของตัวชี้วัด	ให้ทุนการศึกษา/สนับสนุน สำหรับนักเรียนพยาบาล ตามความต้องการของผู้รับทุน
๓. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อเพิ่มอัตรากำลังด้านพยาบาลวิชาชีพให้เหมาะสมความภาระงาน
๔. สูตรในการคำนวณ	-
๕. หน่วยที่วัด	ทุน
๖. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ปีละ ๑ ครั้ง
๗. แหล่งของข้อมูล	กลุ่มการพยาบาล
๘. เครื่องมือที่จัดเก็บ	
๙. ใครเป็นผู้ตั้งเป้า	คณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล
๑๐. ใครเป็นเจ้าภาพ	กลุ่มการพยาบาล , คณะกรรมการพัฒนาทรัพยากรบุคคล (HRD)
๑๑. ใครเป็นผู้สนับสนุน	คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล
๑๒. ติดตามประเมินผล	คณะกรรมการพัฒนาทรัพยากรบุคคล (HRD) , กลุ่มการพยาบาล , *ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านการบริหารและการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์*
๑๓. ข้อมูลฐานปี ๒๕๖๐	๕๕ ทุน (๙ เดือน)
๑๔. เป้าหมายปี ๒๕๖๑	๔๐ ทุน

Measurement Template

ยุทธศาสตร์ L&G๑ เพิ่มประสิทธิภาพพัฒนาทรัพยากรบุคคล และเพิ่มแรงจูงใจและความปลอดภัยของบุคลากร ในการปฏิบัติงาน (การบรรจุเข้ารับราชการ การเพิ่มค่าตอบแทน สวัสดิการ และอื่นๆ)

๑. ชื่อตัวชี้วัด	KPI ๒๗. อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention Rate)
๒. ความหมายของตัวชี้วัด	๑. อัตราการคงอยู่ (Retention Rate) หมายถึง จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นระยะเวลา ๑ ปีขึ้นไป (นับตามปีงบประมาณ) โดยเริ่มนับตั้งแต่วันที่เริ่มปฏิบัติงาน ณ หน่วยงานเดิมในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ๒. บุคลากรสาธารณสขุ หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขทั้งหมด (ทุกประเภทการจ้าง) - ข้าราชการ - พนักงานราชการ – ลูกจ้างประจำ – ลูกจ้างชั่วคราว (ยกเว้น ลูกจ้างรายคาบ /รายวัน/จ้างเหมาบริการ) - พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (กรม เขตสุขภาพ รพศ. รพท. และหน่วยงาน ในความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) ทุกระดับ ทุกสายงาน ๓. อัตราการคงอยู่ของบคลากรสาธารณสุข (Retention rate) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕ หมายถึง จำนวนบุคลากรสาธารณสุขทั้งหมด ๕ ประเภทการจ้าง (ข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว พนักงานกระทรวงสาธารณสุข) ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นระยะเวลา ๑ ปีขึ้นไป (นับตามปีงบประมาณ) โดยเริ่ม นับตั้งแต่วันแรกที่เริ่มปฏิบัติงาน ณ หน่วยงานเดิมในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จนถึงวันที่ เก็บข้อมูล โดยมีสัดส่วนไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕ เมื่อเทียบกับจำนวนบุคลากร ๕ ประเภทการ จ้างที่ปฏิบัติงานอยู่จริงทั้งหมด ณ ต้นปีงบประมาณ (๑ ตุลาคม) ๔. การลาออก หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขที่ลาออกจากการปฏิบัติงานในหน่วยงานสังกัด กระทรวงสาธารณสุขจากระบบฐานข้อมูล HROPS ๕. การถูกให้ออก หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขที่ถูกให้ออกจากการปฏิบัติงานโดยมีความผิด จากระบบฐานข้อมูล HROPS ๖. การโอน หมายถึงการให้บุคลาการสาธารณสุขโอนไปสังกัดใหม่นอกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจากระบบฐานข้อมูล HROPS
๓. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	๑. เพื่อส่งเสริมสร้างระบบการทำงานและสงแวดล้อมที่ดีในการทำงาน ด้วยกระบวนการ บริหารทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ๒. เพื่อธำรงรักษาบุคลากรและสร้างความต่อเนื่องในระบบการบริหารทรัพยากรบุคคลของ หน่วยงานทุกระดับในกระทรวงสาธารณสุข
๔. สูตรในการคำนวณ	<u>จำนวนบุคลากรทั้งหมด (ทุกประเภทการจ้าง) ที่ปฏิบัติงานอยู่จริง ณ วันที่เก็บข้อมูล</u> x ๑๐๐ จำนวนบุคลากรทั้งหมด (ทุกประเภทการจ้าง) ณ ต้นปีงบประมาณ (๑ ตุลาคม)
๕. หน่วยที่วัด	ร้อยละ
๖. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	
๗. แหล่งของข้อมูล	ทุกกลุ่มงาน / ฝ่าย
๘. เครื่องมือที่จัดเก็บ	แบบสำรวจ
๙. ใครเป็นผู้ตั้งเป้า	คณะกรรมการพัฒนาทรัพยากรบุคคล (HRD)
๑๐. ใครเป็นเจ้าภาพ	กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล , กลุ่มการพยาบาล , สำนักงาน IT , คณะกรรมการพัฒนาทรัพยากรบุคคล
๑๑. ใครเป็นผู้สนับสนุน	คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล
๑๒. ติดตามประเมินผล	กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล , คณะกรรมการ HRD, *ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านการบริหารและการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์,ผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ* และวิชาการ
๑๓. ข้อมูลฐานปี ๒๕๖๐	
๑๔. เป้าหมายปี ๒๕๖๑	ไม่น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๘๕%

Measurement Template	
ยุทธศาสตร์ F๑ เพิ่มรายรับในงานบริการผู้ป่วย	
๑. ชื่อตัวชี้วัด	KPI ๒๘. อัตราเพิ่มรายรับจากการให้บริการ
๒. ความหมายของตัวชี้วัด	เพิ่มศักยภาพการรักษาและพัฒนาระบบการเรียกเก็บเงินในกลุ่มข้าราชการ ประกันสังคม พรบ.ประกันอุบัติเหตุ และผู้ป่วยหลักประกันสุขภาพ รวมทั้งมีการพัฒนาระบบบริการ ในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มข้าราชการ และชำระเงินเอง ทำให้มีรายรับในส่วนนี้มากขึ้น รายรับที่จะนำมาวิเคราะห์ไม่รวมถึงเงินเดือน, เงินค่าตอบแทนการปฏิบัติงาน ใน รพศ. งบค่าเสื่อมและงบลงทุน ซึ่งได้รับจากงบประมาณ
๓. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	๑. พัฒนาระบบการเรียกเก็บเงินในกลุ่มข้าราชการ ประกันสังคม พรบ.ประกันอุบัติเหตุ และผู้ป่วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ๒. เพื่อพัฒนางานบริการผู้ป่วยที่สามารถสร้างรายรับให้โรงพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น รวมทั้งการตรวจสุขภาพเชิงรุก การขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าว ๓. พัฒนาศักยภาพในการรักษาโรคยากๆ
๔. สูตรในการคำนวณ	๑. $\frac{\text{จำนวนรายรับจากการให้บริการ UC ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๐}}{\text{จำนวนรายรับจากการให้บริการ UC ปี ๒๕๖๐}}$ X ๑๐๐ ๒. $\frac{\text{จำนวนรายรับจากการให้บริการ ประกันสังคม ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๐}}{\text{จำนวนรายรับจากการให้บริการ ประกันสังคม ปี ๒๕๖๐}}$ X ๑๐๐ ๓. $\frac{\text{จำนวนรายรับจากการให้บริการ ชำระเงิน ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๐}}{\text{จำนวนรายรับจากการให้บริการ ชำระเงิน ปี ๒๕๖๐}}$ X ๑๐๐
๕. หน่วยที่วัด	ร้อยละ
๖. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ทุกเดือน
๗. แหล่งของข้อมูล	กลุ่มงานบัญชี , ศูนย์ประกันสุขภาพ
๘. เครื่องมือที่จัดเก็บ	บัญชีรายรับ – รายจ่าย ของโรงพยาบาล
๙. ใครเป็นผู้ตั้งเป้า	คณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล
๑๐. ใครเป็นเจ้าภาพ	ศูนย์ประกันสุขภาพ , ทุกหน่วยบริการผู้ป่วย
๑๑. ใครเป็นผู้สนับสนุน	คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล
๑๒. ติดตามประเมินผล	กลุ่มงานบัญชี , ศูนย์ประกันสุขภาพ, *ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านเศรษฐกิจการเงินการคลัง*
๑๓. ข้อมูลฐานปี ๒๕๖๐	เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๕๙ $\geq$ ๕% เงิน UC = เงินประกันสังคม = เงินบำรุง =
๑๔. เป้าหมายปี ๒๕๖๑	เงิน UC = เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๐ $\geq$ ๕% เงินประกันสังคม = เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๐ $\geq$ ๕% เงินบำรุง = เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๐ $\geq$ ๕%

Measurement Template	
ยุทธศาสตร์ F๒ เพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร ยา และเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา	
๑. ชื่อตัวชี้วัด	KPI ๒๙. มูลค่าการใช้ยา เวชภัณฑ์มิใช่ยา และวัสดุวิทยาศาสตร์
๒. ความหมายของตัวชี้วัด	มูลค่าใช้จ่ายด้านยา , เวชภัณฑ์มิใช่ยา และวัสดุวิทยาศาสตร์ ไม่เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๐ เมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่เท่ากัน
๓. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อให้มีการใช้ทรัพยากรด้านยา เวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา และวัสดุวิทยาศาสตร์อย่างคุ้มค่า ,ประหยัด
๔. สูตรในการคำนวณ	๑. $\frac{\text{มูลค่าการใช้ยา ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๐}}{\text{จำนวนมูลค่าการใช้ยา ปี ๒๕๖๐}}$ X ๑๐๐ ๒. $\frac{\text{มูลค่าการใช้เวชภัณฑ์มิใช่ยา ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๐}}{\text{จำนวนค่าเวชภัณฑ์มิใช่ยา ปี ๒๕๖๐}}$ X ๑๐๐ ๓. $\frac{\text{มูลค่าวัสดุวิทยาศาสตร์ ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๐}}{\text{มูลค่าวัสดุวิทยาศาสตร์ ปี ๒๕๖๐}}$ X ๑๐๐
๕. หน่วยที่วัด	ร้อยละ
๖. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	๓ เดือน
๗. แหล่งของข้อมูล	กลุ่มงานเภสัชกรรม , กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ , กลุ่มการพยาบาล , กลุ่มงานทันตกรรม , ฝ่ายบริหารทั่วไป , กลุ่มงานรังสีวิทยา , บัญชีของโรงพยาบาล
๘. เครื่องมือที่จัดเก็บ	บัญชีมูลค่าการใช้ยา เวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา และวัสดุวิทยาศาสตร์
๙. ใครเป็นผู้ตั้งเป้า	คณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล
๑๐. ใครเป็นเจ้าภาพ	กลุ่มงานเภสัชกรรม , กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ , กลุ่มการพยาบาล , กลุ่มงานทันตกรรม , ฝ่ายบริหารทั่วไป , กลุ่มงานรังสีวิทยา , ฝ่ายการเงิน
๑๑. ใครเป็นผู้สนับสนุน	คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล
๑๒. ติดตามประเมินผล	*รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ , ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านเศรษฐกิจการเงินการคลัง*
๑๓. ข้อมูลฐานปี ๒๕๖๐	ลดลงจากปี ๒๕๕๙ $\geq$ ๑๐% ๑. มูลค่าการใช้ยา = ...% ๒. มูลค่าเวชภัณฑ์มิใช่ยา = ...% ๓. มูลค่าวัสดุวิทยาศาสตร์ = ...%
๑๔. เป้าหมายปี ๒๕๖๑	ไม่เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๐

Measurement Template	
ยุทธศาสตร์ F๒ เพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร ยา และเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา	
๑. ชื่อตัวชี้วัด	KPI ๓๐. ค่าใช้จ่าย ต่อ RW ตามระบบ DRG
๒. ความหมายของตัวชี้วัด	เมื่อเพิ่มศักยภาพในการรักษาโรคมากขึ้น ทำให้ค่า RW เพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นในการดูแลรักษาโรคยากๆเหล่านั้นควรจะมากขึ้นแต่ควรเป็นไปตามสัดส่วนเดียวกันกับค่า RW หรือลดลงจากการใช้ทรัพยากรโดยประหยัด
๓. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	๑. เพื่อประหยัดการใช้ทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วยใน ๒. เพื่อให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาโรคในเชิงลึกที่เพิ่มมากขึ้นเป็นไปตามสัดส่วนกับการเรียกเก็บตาม RW ที่เพิ่มขึ้น
๔. สูตรในการคำนวณ	ค่าใช้จ่ายผู้ป่วย IPD แยกตามสิทธิ (กรมบัญชีกลาง,ปกส.,UC) / จำนวน adjust RW ผู้ป่วย IPD แยกตามสิทธิ
๕. หน่วยที่วัด	บาท
๖. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ทุก ๓ เดือน
๗. แหล่งของข้อมูล	ศูนย์ประกันสุขภาพ/การเงิน
๘. เครื่องมือที่จัดเก็บ	แบบรายงานค่าใช้จ่ายตาม RW
๙. ใครเป็นผู้ตั้งเป้า	คณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล
๑๐. ใครเป็นเจ้าภาพ	ทุก PCT , ทุกหน่วยบริการผู้ป่วย
๑๑. ใครเป็นผู้สนับสนุน	คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล
๑๒. ติดตามประเมินผล	ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร , *ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านเศรษฐกิจการเงินการคลัง*
๑๓. ข้อมูลฐานปี ๒๕๖๐ (๙ เดือน)	ลดลงจากปี ๒๕๕๙ ≥ ๑๐% ๑. กรมบัญชีกลาง = ๑๘,๑๗๑.๐๓ บ. (เกินเป้า) ๒. ประกันสังคม = ๑๕,๑๗๘.๔๖ บ. ๓. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ = ๑๔.๒๕๙.๓๒ บ. (เกินเป้า)
๑๔. เป้าหมายปี ๒๕๖๑	ไม่เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๐

ตารางการรับผิดชอบ KPI

ลำดับ	KPI	๑ PCT สูตินรีเวชกรรม	๒ PCT ศัลยกรรม	๓ PCT ศัลยกรรมกระดูก	๔ PCT อายุรกรรม	๕ PCT กุมารเวชกรรม	๖ PCT ตา	๗ PCT หู คอ จมูก	๘ ER, EMS, ศูนย์ส่งต่อ	๙ OPD, คกก. ส่วนหน้า	๑๐ กลุ่มการพยาบาล	๑๑ กลุ่มงานรังสีวิทยา	๑๒ กลุ่มงานจิตเวช	๑๓ กลุ่มงานวิสัญญี	๑๔ งานห้องผ่าตัด	๑๕ กลุ่มงานพยาธิวิทยา	๑๖ กลุ่มงานทันตกรรม	๑๗ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู	๑๘ กลุ่มงานเภสัชกรรม	๑๙ ศูนย์ประกันสุขภาพ
๑.	อัตราการเกิดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง																			
๒.	อัตราของผู้ป่วยเบาหวานที่มี HbA๑C ≤ ๗																			
๓.	ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันได้ดี (≤ ๑๔๐/๙๐)				✓					✓										
๔.	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกอายุ < ๑๒ สัปดาห์	✓																		
๕.	อัตราการคลอดมีชีพในมารดาอายุ ๑๕ – ๑๙ ปี ไม่เกิน ๕๐ : ๑,๐๐๐	✓																		
๖.	ร้อยละของเด็กกลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)																✓*			
๗.	ร้อยละของนักเรียนอายุ ๕ – ๑๔ ปี มีภาวะอ้วนไม่เกิน ๑๐%																			
๘.	ร้อยละของวัยทำงานอายุ ๓๐-๔๔ ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ																			
๙.	ร้อยละของ Health Ageing																			
๑๐.	อัตราผู้ป่วยนอกเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไปรักษาที่ รพ.สต./ศูนย์สุขภาพชุมชน																			
๑๑.	น้ำหนักสัมพัทธ์ตามระบบ DRG (Case Mixed Index)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓												
๑๒.	อัตราศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะโรคผ่านเกณฑ์คุณภาพ (ศักยภาพ) ที่กำหนด			✓*	✓*	✓*	✓*		✓*								✓*			
๑๓.	อัตราการเกิด - VAP ≤ ๘ : ๑,๐๐๐ วันใส่เครื่องช่วยหายใจ - SSI (Clean wound) ≤ ๐.๕% - CLABSI ≤ ๑ : ๑,๐๐๐ วันใส่สาย Central line	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓					✓	✓					
๑๔.	อัตราตายในผู้ป่วย Severe Sepsis และ Septic Shock	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓					✓	✓					
๑๕.	อุบัติการณ์การรักษาผิดคน / ผิดตำแหน่ง (Identify)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
๑๖.	ร้อยละการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓												
๑๗.	อัตราพื้นที่ที่มีความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมได้รับการแก้ไขภายในปีงบประมาณ ๒๕๖๐																			
๑๘.	อัตราการซ่อมบำรุงเสร็จภายในเวลาที่กำหนด										*									
๑๙.	อุบัติการณ์ระบบ IT ขัดข้องจนทำให้มีผลกระทบต่อการให้บริการและไม่สามารถแก้ไขภายในเวลา ๔๕ นาที																			

<u>หมายเหตุ</u> ✓ = ผู้รับผิดชอบ * = ผู้ติดตามประเมินผล

ตารางการรับผิดชอบ KPI

ลำดับ	KPI	๒๐ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม	๒๑ กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม	๒๒ กลุ่มงานสุขศึกษา	๒๓ กลุ่มงาน พรส.	๒๔ สน.เทคโนโลยีสารสนเทศ งานเวชสารสนเทศ	๒๕ ฝ่ายบริหารทั่วไป	๒๖ ฝ่ายการเจ้าหน้าที่	๒๗ ฝ่ายการเงิน	๒๘ ฝ่ายโภชนาการ	๒๙ องค์กรแพทย์	๓๐ คณะกรรมการ HRD	๓๑ ผอ. , รอง ฯ แพทย์ , ผช.ผอ.	๓๒ งานพัสดุ ,ซ่อมบำรุง	๓๓ คณะกรรมการ RM	๓๔ คณะกรรมการ IC	๓๕ งานแพทย์ทางเลือก	๓๖ คณะกรรมการ RDU
๑.	อัตราการเกิดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง	✓*																
๒.	อัตราของผู้ป่วยเบาหวานที่มี HbA๑C ≤ ๗	✓*																
๓.	ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันได้ดี (≤ ๑๔๐/๙๐)	✓*																
๔.	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกอายุ < ๑๒ สัปดาห์	✓*																
๕.	อัตราการคลอดมีชีพในมารดาอายุ ๑๕ – ๑๙ ปี ไม่เกิน ๕๐ : ๑,๐๐๐	✓*																
๖.	ร้อยละของเด็กกลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)	✓*																
๗.	ร้อยละของนักเรียนอายุ ๕ – ๑๔ ปี มีภาวะอ้วนไม่เกิน ๑๐%	✓*									✓							
๘.	ร้อยละของวัยทำงานอายุ ๓๐-๔๔ ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ	✓*									✓							
๙.	ร้อยละของ Health Ageing	✓*									✓							
๑๐.	อัตราผู้ป่วยนอกเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไปรักษาที่ รพ.สต./ศูนย์สุขภาพชุมชน	✓*																
๑๑.	น้ำหนักสัมพัทธ์ตามระบบ DRG (Case Mixed Index)					*												
๑๒.	อัตราศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะโรคผ่านเกณฑ์คุณภาพ (ศักยภาพ) ที่กำหนด												*					
๑๓.	อัตราการเกิด - VAP ≤ ๘ : ๑,๐๐๐ วันใส่เครื่องช่วยหายใจ - SSI (Clean wound) ≤ ๐.๕% - CLABSI ≤ ๑ : ๑,๐๐๐ วันใส่สาย Central line															*		
๑๔.	อัตราตายในผู้ป่วย Severe Sepsis และ Septic Shock														*			
๑๕.	อุบัติการณ์การรักษาผิดคน / ผิดตำแหน่ง (Identify)	✓	✓								✓				*		✓	
๑๖.	ร้อยละการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล																	✓*
๑๗.	อัตราพื้นที่ที่มีความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมได้รับการแก้ไขภายในปีงบประมาณ ๒๕๖๐						✓*							✓				
๑๘.	อัตราการซ่อมบำรุงเสร็จภายในเวลาที่กำหนด					✓*	✓*						*	✓*				
๑๙.	อุบัติการณ์ระบบ IT ขัดข้องจนทำให้มีผลกระทบต่อการให้บริการและไม่สามารถแก้ไขภายในเวลา ๔๕ นาที					✓*												

<u>หมายเหตุ</u> ✓ = ผู้รับผิดชอบ * = ผู้ติดตามประเมินผล

ตารางการรับผิดชอบ KPI

ลำดับ	KPI	๑ PCT สูตินรีเวชกรรม	๒ PCT ศัลยกรรม	๓ PCT ศัลยกรรมกระดูก	๔ PCT อายุรกรรม	๕ PCT กุมารเวชกรรม	๖ PCT ตา	๗ PCT หู คอ จมูก	๘ ER, EMS, ศูนย์ส่งต่อ	๙ OPD, คกก ส่วนหน้า	๑๐ กลุ่มการพยาบาล	๑๑ กลุ่มงานรังสีวิทยา	๑๒ กลุ่มงานจิตเวช	๑๓ กลุ่มงานวิสัญญี	๑๔ ห้องผ่าตัด	๑๕ กลุ่มงานพยาธิวิทยา	๑๖ กลุ่มงานทันตกรรม	๑๗ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู	๑๘ กลุ่มงานเภสัชกรรม	๑๙ ศูนย์ประกันสุขภาพ
๒๐.	อัตราการจัดซื้อ – จัดจ้าง ตามแผนเงินงบประมาณ , งบค่าบริการทางการแพทย์ (UC) และเงินบำรุงโรงพยาบาล เสร็จทันภายในเวลาที่กำหนด																			
๒๑.	อัตราความสำเร็จตาม KPI	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
๒๒.	อัตราความสำเร็จตาม Action Plan	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
๒๓.	อัตราการรับรู้ข่าวสารภายในองค์กร																			
๒๔.	ลดระยะเวลาการรอคอยที่ OPD จนรับยากลับบ้าน									✓*			✓					✓	✓	
๒๕.	อัตราการฝึกอบรมตาม Training Needs	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
๒๖.	จำนวนการให้ทุนการศึกษา/สนับสนุน สำหรับนักเรียนพยาบาล										✓									
๒๗.	อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate)																			
๒๘.	อัตราเพิ่มรายรับจากการให้บริการ																			
๒๙.	มูลค่าการใช้ยา เวชภัณฑ์มิใช่ยา และวัสดุวิทยาศาสตร์	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
๓๐.	ค่าใช้จ่าย ต่อ RW ตามระบบ DRG	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

<u>หมายเหตุ</u> ✓ = ผู้รับผิดชอบ * = ผู้ติดตามประเมินผล

ตารางการรับผิดชอบ KPI

ลำดับ	KPI	๒๐	๒๑	๒๒	๒๓	๒๔	๒๕	๒๖	๒๗	๒๘	๒๙	๓๐	๓๑	๓๒	๓๓	๓๔	๓๕	๓๖
		กลุ่มงานเวชกรรมสังคม	กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม	กลุ่มงานสุขศึกษา	กลุ่มงาน พรส.	สน.เทคโนโลยีสารสนเทศ งานเวชสารสนเทศ	ฝ่ายบริหารทั่วไป	ฝ่ายการเจ้าหน้าที่	ฝ่ายการเงิน	ฝ่ายโภชนาการ	สำนักงานองค์กรแพทย์	คณะกรรมการ HRD	ผอ. , รอง ฯ แพทย์ , ผช.ผอ.	งานพัสดุ ,ซ่อมบำรุง	คณะกรรมการ RM	คณะกรรมการ IC	คณะกรรมการสารสนเทศ	ศูนย์เครื่องมือแพทย์
๒๐.	อัตราการจัดซื้อ – จัดจ้าง ตามแผนเงินงบประมาณ , งบค่าบริการทางการแพทย์ (UC) และเงินบำรุงโรงพยาบาล เสร็จทันภายในเวลาที่กำหนด																	
๒๑.	อัตราความสำเร็จตาม KPI	✓	✓	✓	*	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
๒๒.	อัตราความสำเร็จตาม Action Plan	✓	✓	✓	✓*	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
๒๓.	อัตราการรับรู้ข่าวสารภายในองค์กร			✓*	*													
๒๔.	ลดระยะเวลาการรอคอยที่ OPD จนรับยากลับบ้าน																	
๒๕.	อัตราการฝึกอบรมตาม Training Needs	✓	✓	✓	✓*	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓*	✓	✓	✓	✓	✓	✓
๒๖.	จำนวนการให้ทุนการศึกษา/สนับสนุน สำหรับนักเรียนพยาบาล							✓				✓*	*					
๒๗.	อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate)											✓*	*					
๒๘.	อัตราเพิ่มรายรับจากการให้บริการ								✓				*					
๒๙.	มูลค่าการใช้ยา เวชภัณฑ์มิใช่ยา และวัสดุวิทยาศาสตร์								✓				*					
๓๐.	ค่าใช้จ่าย ต่อ RW ตามระบบ DRG	✓	✓			*												

<u>หมายเหตุ</u> ✓ = ผู้รับผิดชอบ * = ผู้ติดตามประเมินผล

คณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑

ลำดับ	ชื่อ – สกุล	ตำแหน่ง	
๑.	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า		ที่ปรึกษา
๒.	นายสกล สุขพรหม	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ (๑)	ประธานกรรมการ
๓.	นายวชิร รุจิโมระ	ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ และวิชาการ	รองประธานกรรมการ
๔.	นางลินดา สันตวาจา	รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล	กรรมการ
๕.	นางจินตนา เจริญศุข	รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร	กรรมการ
๖.	นายเกรียงไกร โพธานันท์	ประธานองค์กรแพทย์	กรรมการ
๗.	นายสมชัย ผลอำไพสถิตย์	ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านลูกค้าสัมพันธ์	กรรมการ
๘.	นางศรัญญา จิรธนานันท์	ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านกิจกรรมพิเศษ	กรรมการ
๙.	นางศิริพร พูลศิริ	ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านบริหารและการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์	กรรมการ
๑๐.	นายกัลย์ ลิมกุล	ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านโครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อม	กรรมการ
๑๑.	นายดิเรก ดีศิริ	ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านบริหาร	กรรมการ
๑๒.	นางสิริรัตน์ ลิมกุล	ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านการศึกษา	กรรมการ
๑๓.	นางจันทิรา แก้วสัมฤทธิ์	ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านการแพทย์ฉุกเฉินและบริการสาธารณสุข	กรรมการ
๑๔.	นางสาวเกษิณี แซ่เฮ้ง	หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉินและนิติเวช	กรรมการ
๑๕.	นายอนุราช กุลวานิชไชยนันท์	หัวหน้ากลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม	กรรมการ
๑๖.	นายสินชัย แว่นไวศาสตร์	หัวหน้ากลุ่มงานอาชีวเวชกรรม	กรรมการ
๑๗.	นางเสาวนีย์ แสงอรุณ	หัวหน้ากลุ่มงานกุมารเวชกรรม	กรรมการ
๑๘.	นางสุนทราภรณ์ ฐิตสมานนท์	หัวหน้ากลุ่มงานจักษุวิทยา	กรรมการ
๑๙.	นางวรงค์กช เชษฐพันธ์	หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม	กรรมการ
๒๐.	นายจีระศักดิ์ ศรีเจริญ	หัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรม	กรรมการ
๒๑.	นางสาวศศิธร พินิจผล	หัวหน้ากลุ่มงานอายุรกรรม	กรรมการ
๒๒.	นางญาณิฐา ชาญอนุรักษ์	หัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยนอก	กรรมการ
๒๓.	น.ส.ณัฏฐิกา ยุระเกตุ	หัวหน้ากลุ่มงานวิสัญญีวิทยา	กรรมการ
๒๔.	นายมนตรี ยวดยง	หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู	กรรมการ
๒๕.	นางสุธีรา ริ้วเหลือง	หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช	กรรมการ
๒๖.	นต.หญิงวีรยา สุนทรารักษ์	หัวหน้ากลุ่มงานโสต ศอ นาสิก	กรรมการ
๒๗.	นางเปรมฤดี ชื่นกลิ่น	หัวหน้ากลุ่มงานรังสีวิทยา	กรรมการ
๒๘.	นายนันทวัฒน์ รักษมณี	หัวหน้ากลุ่มงานออร์โธปิดิกส์	กรรมการ
๒๙.	นายวีระพล รุ่งนิศากร	หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม	กรรมการ
๓๐.	นายอรรถพล วันดี	หัวหน้าศูนย์ประกันสุขภาพ	กรรมการ
๓๑.	นายประทิน ฮึงวัฒนากุล	หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม	กรรมการ
๓๒.	นางจริยา ผดุงพัฒโนดม	หัวหน้ากลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก	กรรมการ

ลำดับ	ชื่อ – สกุล	ตำแหน่ง	
๓๓.	นางพัชราภรณ์ เย็นสำราญ	หัวหน้ากลุ่มงานสุขศึกษา	กรรมการ
๓๔.	นางสินีนาถ สุริยกาญจน์	หัวหน้าฝ่ายโภชนศาสตร์	กรรมการ
๓๕.	นายอภิชาต พิมลไพบูลย์	หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป	กรรมการ
๓๖.	น.ส.นิทิตา มาสศรี	หัวหน้ากลุ่มงานทรัพยากรบุคคล	กรรมการ
๓๗.	นางชูศรี ขันธ์ศรี	หัวหน้ากลุ่มงานพัสดุ	กรรมการ
๓๘.	นายเทอดศักดิ์ ชะม้าย	หัวหน้ากลุ่มงานโครงสร้างพื้นฐานและวิศวกรรมทางการแพทย์	กรรมการ
๓๙.	น.ส.สมพิศ วัลยาภรณ์	หัวหน้าฝ่ายการเงิน	กรรมการ
๔๐.	นางนงลักษณ์ คำทัศน์	หัวหน้ากลุ่มงานบัญชี	กรรมการ
๔๑.	นางสาวจุฑาสินี สัมมานันท์	นายแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
๔๒.	นางพรรณราย ขำพิมพ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๔๓.	นางสาวสมพร พฤกษ์ทวีศักดิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๔๔.	นางสาวเปมิกา คชายุทธเดช	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๔๕.	นางยุพา สิทธิมนัส	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๔๖.	นางสาวเอมิกาญ ไชคินี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๔๗.	นางสาวอภิญญา สิ่งคงสิน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๔๘.	นางนันทิยา สหสุนทรวุฒิ	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๔๙.	นางสุวิมล หิรัญศิริ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๕๐.	นายสุพัฒ ไตรยวงศ์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ	กรรมการ
๕๑.	นางพัฒนาภรณ์ คันทะสอน	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน	กรรมการและเลขานุการ
๕๒.	นายวิสวัสกิจ ทรงพร	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน	ผู้ช่วยเลขานุการ
๕๓.	นายศิริชณ จิตวิภาค	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน	ผู้ช่วยเลขานุการ