แผนยุทธศาสตร์
โรงพยาบาลศิลาลาด
ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๖

โรงพยาบาลศิลาลาด
อำเภอศิลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ

สารบัญ

สารบัญ..... ก
ทิศทางยุทธศาสตร์ตามแผนยุทธศาสตร์ รพ.ศิลาลาด พ.ศ. ๒๕๖๒- พ.ศ.๒๕๖๖ 1
แผนที่ยุทธศาสตร์ (Strategic map) 2
แผนปฏิบัติราชการตาม ยุทธศาสตร์ รพ.ศิลาลาด พ.ศ. ๒๕๖๒-๒๕๖๖ 3
คำอธิบายตัวชี้วัด KPI Profiles 7

ทิศทางยุทธศาสตร์ตามแผนยุทธศาสตร์ รพ.ศิลาลาด พ.ศ. ๒๕๖๒- พ.ศ.๒๕๖๖

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีมาตรฐาน บริการเป็นเลิศ ประชาชนมีสุขภาพดีเจ้าหน้าที่มีความสุข

พันธกิจ	ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์
▪ ให้บริการด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ฟื้นฟูสุขภาพ	พัฒนาการดูแลผู้ป่วยเสี่ยงสูงให้ได้มาตรฐานและปลอดภัย	G๑ โรงพยาบาลมีคุณภาพด้านการแพทย์และมีความปลอดภัย
	พัฒนาระบบงานสำคัญให้มีประสิทธิภาพ	G๒ ระบบงานสำคัญในโรงพยาบาลมีคุณภาพ
▪ ส่งเสริมให้ชุมชนดำเนินการสร้างสุขภาวะให้สอดคล้องกับปัญหาของชุมชนและสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย	พัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้ได้เป้าหมายและมีความสุขในการทำงาน	G๓ ผู้รับบริการประทับใจและเชื่อมั่นในการบริการ G๔ บุคลากรมีความสุขและภาคภูมิใจ
▪ พัฒนาระบบบริการและพฤติกรรมบริการให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ โดยยึดหลักการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์	เพิ่มเสถียรภาพทางการเงินการคลัง	G๕ มีระบบสารสนเทศที่มีคุณภาพ G๖ มีระบบการจัดเก็บรายได้ที่ดี
	พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย	G๗ ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม

Core value

บริการด้วยใจ ปลอดภัยได้มาตรฐาน ผสานภาคีเครือข่าย

แผนที่ยุทธศาสตร์ (Strategic map)

วิสัยทัศน์ : **โรงพยาบาลชุมชนที่มีมาตรฐาน บริการเป็นเลิศ ประชาชนมีสุขภาพดีเจ้าหน้าที่มีความสุข**

พันธกิจ :
๑. ให้บริการด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค ฟื้นฟูสุขภาพ
๒. ส่งเสริมให้ชุมชนดำเนินการสร้างสุขภาวะให้สอดคล้องกับปัญหาของชุมชนและสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย
๓. พัฒนาระบบบริการและพฤติกรรมบริการให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ โดยยึดหลักการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

ประเด็นยุทธศาสตร์ :
- พัฒนาการดูแลผู้ป่วยเสี่ยงสูงให้ได้มาตรฐาน ปลอดภัยและระบบงานสำคัญให้มีประสิทธิภาพ
- พัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้ได้เป้าหมายและมีความสุขในการทำงาน
- เพิ่มเสถียรภาพทางการเงินการคลัง
- **พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย**

เป้าประสงค์

ด้านประสิทธิผล
- G1 โรงพยาบาลมีคุณภาพด้านการแพทย์และมีความปลอดภัย

ด้านคุณภาพบริการ
- G3 ผู้รับบริการประทับใจและเชื่อมั่นในการบริการ
- G4 บุคลากรได้รับการพัฒนาตามเป้าและบุคลากรมีความสุข
- G7 พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย

ด้านประสิทธิภาพ
- G2 ระบบงานสำคัญในโรงพยาบาลมีคุณภาพ

การพัฒนาองค์กร
- G6 มีระบบการจัดเก็บรายได้ที่ดี
- G5 มีระบบสารสนเทศที่มีคุณภาพ

แผนปฏิบัติราชการตาม
ยุทธศาสตร์ รพ.ศิลาลาด
พ.ศ. ๒๕๖๒-๒๕๖๖

แผนปฏิบัติราชการตามยุทธศาสตร์สาธารณสุข รพ. ศิลาลาด (พ.ศ. ๒๕๖๒- พ.ศ. ๒๕๖๖)

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	น้ำหนัก ร้อยละ	ระดับเป้าหมาย					กลยุทธ์	แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	เจ้าภาพ หลัก
				๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖			
๑. พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและระบบงานสำคัญ	G๑ โรงพยาบาลมีคุณภาพด้านการแพทย์และมีความปลอดภัย	๑.ระดับความสำเร็จของการบรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัดคุณภาพตาม SIMPLE	๓๐	ระดับ ๔	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕	- ทบทวนและพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงสูงให้ได้มาตรฐานและปลอดภัย	-โครงการพัฒนาคุณภาพบริการทางการแพทย์ด้วยระบบHA	สุนิสา
	G๒ ระบบงานสำคัญในโรงพยาบาลมีคุณภาพ	๒.ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพระบบงานสำคัญ	๑๐	ระดับ ๔	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕	-พัฒนาระบบงานสำคัญโดยการเชื่อมประสานระหว่างทีมอย่างต่อเนื่อง	-โครงการพัฒนาทีมและบุคลากรผู้รับผิดชอบทีมคุณภาพ	จิรัฐติกา
	G๓ ผู้รับบริการมีความประทับใจและเชื่อมั่นในบริการ	๓.ร้อยละความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ	๑๕ ๒๐	ระดับ ๘๐ ๗๕	ระดับ ๘๕ ๘๐	ระดับ ๘๕ ๘๕	ระดับ ๙๐ ๙๐	ระดับ ๙๕ ๙๕	- ประเมินความพึงพอใจและแก้ไขตามโอกาสและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง - มุ่งเน้นการประชาสัมพันธ์การบริการของโรงพยาบาลมากขึ้นและหลากหลายช่องทาง	-โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากร	รุ่งทิวา
๒. พัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้ได้ตามเป้าหมาย	G๔ บุคลากรมีความสุขและภาคภูมิใจ	๔.ร้อยละของบุคลากรผ่านเกณฑ์ Core Competency ตามข้อบ่งชี้	๑๐ ๑๐	๘๐ ๗๕	๘๕ ๘๐	๙๐ ๘๕	๙๕ ๙๐	๙๕ ๙๕	- ประเมินความพึงพอใจและแก้ไขตามโอกาสพัฒนาอย่างต่อเนื่อง - มุ่งเน้นการดูแลบุคลากรให้มี	-โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากร	ณิชา

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	น้ำหนัก ร้อยละ	ระดับเป้าหมาย					กลยุทธ์	แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	เจ้าภาพ หลัก
				๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖			
และมีความสุขในการทำงาน		๕.ร้อยละความพึงพอใจของบุคลากร							ความสุข และรักองค์กร	-โครงการพัฒนาพฤติกรรมการบริการของบุคลากร	
	G๕ มีระบบสารสนเทศที่มีคุณภาพ	๖.ส่งข้อมูล ๔๓ แฟ้มเข้าระบบ hdc ทันเวลา ๗.ข้อมูลแฟ้มประชากรถูกต้อง ๘.ไม่มีข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยเสียชีวิต	๑๕ ๑๕ ๑๕ ๑๐	๙๐ ๙๐ ๙๐ ๑๐๐	๙๕ ๙๕ ๙๕ ๑๐๐	๙๕ ๙๕ ๙๕ ๑๐๐	๙๘ ๙๘ ๙๘ ๑๐๐	๙๙ ๙๙ ๙๙ ๑๐๐	- มีประเมินผลคุณภาพข้อมูลครบถ้วน สมบูรณ์และทันเวลาอย่างต่อเนื่อง -พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลให้ทันสมัยอยู่ตลอดเวลา - พัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถอย่างต่อเนื่อง	-โครงการพัฒนาระบบสารสนเทศทางการแพทย์	สกาวเดือน
๓.เพิ่มเสถียรภาพทางการเงินการคลัง	G๖ ระบบการจัดเก็บรายได้ที่ดี	๙.Risk Score อยู่ในเกณฑ์ ๑๐.อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน(current ratio) ๑๑.อัตราส่วนสินทรัพย์	๑๕ ๑๐	๘๐ ๗๐	๘๕ ๗๕	๙๐ ๘๐	๙๐ ๘๕	๙๕ ๙๐	- พัฒนาระบบการจัดเก็บรายได้ให้มีคุณภาพและเป็นไปตามเหมายที่กำหนด	-โครงการพัฒนาระบบการจัดเก็บรายได้ -โครงการพัฒนาบุคลากร	ปนัดดา

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	น้ำหนัก ร้อยละ	ระดับเป้าหมาย					กลยุทธ์	แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	เจ้าภาพ หลัก
				๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖			
		คล่องตัว (Quick ratio) ๑๒.อัตราสัดส่วนเงินสดต่อการชำระหนี้(Cash Ratio)								ให้มีความรู้ด้านการจัดเก็บรายได้	
๔.พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย	G๗ ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมและได้รับการพัฒนา	๑๓.ร้อยละขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านสุขภาพ ๑๔..ร้อยละของเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนได้รับการพัฒนาทักษะด้านสุขภาพ	๑๕ ๑๐	๘๐ ๘๐	๘๕ ๘๕	๙๐ ๙๐	๙๐ ๙๐	๙๐ ๙๐	-พัฒนาระบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา เฝ้าระวังโรค ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	-โครงการพัฒนาแกนนำคุณภาพ -โครงการพัฒนาทักษะบุคลากร -โครงการ ๕ ส.	จิรัฐติกา

คำอธิบายตัวชี้วัด
KPI Profiles

ตัวชี้วัดที่ ๑ : ระดับความสำเร็จของการบรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัดคุณภาพบริการทางการแพทย์และความปลอดภัย

หน่วยวัด : ระดับ

น้ำหนัก : ๓๐

คำอธิบาย :

ระดับความสำเร็จของการบรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัดคุณภาพบริการทางการแพทย์ หมายถึง ความสำเร็จในการดำเนินงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัด ดังต่อไปนี้

ลำดับที่	ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
๑	จำนวนการเสียชีวิตในโรงพยาบาลทุกประเภท(ราย)	๐	PCT
๒	จำนวนผู้ป่วย Refer ผู้ป่วย ER,IPD (ราย)	ลดลง ๕%	PCT
๓	อัตราผู้ป่วย ER Re-visit ภายใน ๔๘ ชม. ด้วยโรคเดิม	<๒%	ER
๔	อัตราการ Re-admission ด้วยโรคเดิม ใน ๒๘ วัน	<๕%	IPD
๕	อัตราการส่งต่อผู้ป่วย stroke fast track ภายใน ๓๐ นาที	>๘๐	ER
๖	ร้อยละ Door to SK ภาย ใน ๓๐ นาที ในกลุ่ม STEMI	๑๐๐ %	PCT
๗	อัตราผู้ป่วย Sepsis ที่มีภาวะ Severe sepsis/septic shock	< ๕%	PCT
๘	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะ HbA๑C <๗%	>๔๐%	OPD
๙	อัตรารักษาสำเร็จผู้ป่วยวัณโรค	>๙๐%	ปฐมภูมิ
๑๐	อุบัติการณ์การเกิดการติดเชื้อหลังผ่าฟันคุด	๐	ทันตะกรรม
๑๑	อุบัติการณ์การใส่ ICD ผิดคน/ผิดข้าง	๐	PCT
๑๒	อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวปัสสาวะ	๒ : ๑,๐๐๐ วันที่ On Catheter	IC
๑๓	อุบัติการณ์เจ้าหน้าที่ติดเชื้อจากการทำงาน	๐	IC
๑๔	อัตราdispensing error ผู้ป่วยนอก	≤ ๕ต่อ พันใบสั่ง ยา	PTC
๑๕	อัตราadmin error ผู้ป่วยใน	≤๕ ต่อ พันวัน นอน	PTC
๑๖	อัตราการคลาดเคลื่อนทางยากลุ่มยาที่ต้องระมัดระวังสูง	๐	PTC
๑๗	อุบัติการณ์จากการให้เลือดผิดหมู่ ผิดคน	๐	IPD
๑๘	อุบัติการณ์ Misdiagnosis or delay diagnosis จนเกิดความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป*	๐	PCT
๑๙	อุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดทั้งหมด	๐	PCT
๒๐	จำนวนอุบัติการณ์ผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม	๐	PCT
๒๑	อุบัติการณ์การุบัติการณ์การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน* (under triage หรือ over triage) ทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไป*	๐	PCT
๒๒	รายงานผลค่า LAB วิกฤติคลาดเคลื่อน	0	LAB
๒๓	อุบัติการณ์การคลอดฉุกเฉินที่ไม่ปลอดภัย ระดับ E ขึ้นไป	๐	PCT
๒๔	อุบัติการณ์เครื่องมือช่วยเหลือฉุกเฉินไม่พร้อมใช้	๐	EQM

คำอธิบายตัวชี้วัดย่อย

ตัวชี้วัด	**๑. อัตราการเสียชีวิตรวม (ไม่รวม End of life)**
เกณฑ์เป้าหมาย	ราย
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วย ER,IPD
แหล่งข้อมูล	เวชระเบียนผู้ป่วย
รายการข้อมูลที่ ๑	จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในช่วงเวลาหนึ่ง
รายการข้อมูลที่ ๑	จำนวนผู้ป่วยในที่จำหน่ายช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(จำนวนผู้ป่วยในที่เสียชีวิตในช่วงเวลาหนึ่ง/จำนวนผู้ป่วยในที่จำหน่ายช่วงเวลาเดียวกัน) ×๑๐๐
หน่วยงานที่จัดเก็บ	PCT
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
หน่วยงานที่จัดเก็บ	PCT
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
ตัวชี้วัด	**๒.จำนวนผู้ป่วย Refer ผู้ป่วย ER,IPD (ราย)**
เกณฑ์เป้าหมาย	ลดลง ๕ %
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วย ER,IPD
แหล่งข้อมูล	ระเบียนผู้ป่วย
รายการข้อมูลที่ ๑	จำนวนผู้ป่วยที่ Refer
รายการข้อมูลที่ ๑	จำนวนผู้ป่วย ER,IPD ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(จำนวนผู้ป่วย Refer /จำนวนผู้ป่วย IPR,ER ทั้งมด) ×๑๐๐
หน่วยงานที่จัดเก็บ	PCT
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
หน่วยงานที่จัดเก็บ	PCT
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
ตัวชี้วัด	**๓.อัตราผู้ป่วย ER Re-visit ภายใน ๔๘ ชม. ด้วยโรคเดิม**
เกณฑ์เป้าหมาย	< ๒ %
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วย **ER Re-visit ภายใน ๔๘ ชม. ด้วยโรคเดิม**
แหล่งข้อมูล	ระเบียนผู้ป่วย
รายการข้อมูลที่ ๑	จำนวนผู้ป่วยที่ ER Re-visit ภายใน ๔๘ ชม. ด้วยโรคเดิม
รายการข้อมูลที่ ๑	จำนวนผู้ป่วย ER ทั้งมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(จำนวนผู้ป่วย ER Re-visit ภายใน ๔๘ ชม. ด้วยโรคเดิม /จำนวนผู้ป่วย ER ทั้งหมด) ×๑๐๐
หน่วยงานที่จัดเก็บ	PCT
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน

หน่วยงานที่จัดเก็บ	PCT
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
ตัวชี้วัด	**๔.อัตราการ Re-admission ด้วยโรคเดิม ใน ๒๘ วัน**
เกณฑ์เป้าหมาย	< ๕ %
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วย Re-admission ด้วยโรคเดิม ใน ๒๘ วัน
แหล่งข้อมูล	ระเบียนผู้ป่วย
รายการข้อมูลที่ ๑	จำนวนผู้ป่วยที่ Re-admission ด้วยโรคเดิม ใน ๒๘ วัน
รายการข้อมูลที่ ๑	จำนวนผู้ป่วย IPD ทั้งมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(จำนวนผู้ป่วย Re-admission ด้วยโรคเดิม ใน ๒๘ วัน /จำนวนผู้ป่วย IPD ทั้งหมด) ×๑๐๐
หน่วยงานที่จัดเก็บ	PCT
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
หน่วยงานที่จัดเก็บ	PCT
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
ตัวชี้วัด	**๕.อัตราการส่งต่อผู้ป่วย stroke fast track ภายใน ๓๐ นาที**
เกณฑ์เป้าหมาย	>๘๐ %
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วย Stroke fast track ที่เข้ารับการรักษาที่ ER
แหล่งข้อมูล	ระเบียนผู้ป่วย
รายการข้อมูลที่ ๑	จำนวนผู้ป่วย stroke fast track ส่งต่อภายใน ๓๐ นาที
รายการข้อมูลที่ ๑	จำนวนผู้ป่วย stroke fast track ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(จำนวนผู้ป่วย stroke fast track ส่งต่อภายใน ๓๐ นาที/จำนวนผู้ป่วย stroke fast track ทั้งหมด) ×๑๐๐
หน่วยงานที่จัดเก็บ	PCT
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
หน่วยงานที่จัดเก็บ	PCT
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
ตัวชี้วัด	**๖.ร้อยละ Door to SK ภาย ใน ๓๐ นาที ในกลุ่ม STEMI**
เกณฑ์เป้าหมาย	>๘๐ %
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วย STEMI ที่เข้ารับการรักษาที่ ER
แหล่งข้อมูล	ระเบียนผู้ป่วย
รายการข้อมูลที่ ๑	จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับ SK ภายใน ๓๐ นาที
รายการข้อมูลที่ ๑	จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่เข้ารับการรักษาที่ ER ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับ SK ภายใน ๓๐ นาที/จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่เข้ารับการรักษาที่ ER ทั้งหมด) ×๑๐๐
หน่วยงานที่จัดเก็บ	PCT

ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
หน่วยงานที่จัดเก็บ	PCT
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
ตัวชี้วัด	**๗.อัตราผู้ป่วย Sepsis ที่มีภาวะ Severe sepsis/septic shock**
เกณฑ์เป้าหมาย	< ๕ %
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วย SEPSIS ทั้งหมด
แหล่งข้อมูล	ระเบียนผู้ป่วย
รายการข้อมูลที่ ๑	จำนวนผู้ป่วย Severe sepsis/septic shock
รายการข้อมูลที่ ๑	จำนวนผู้ป่วย SEPSIS ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(จำนวนผู้ป่วย Severe sepsis/septic shock /จำนวนผู้ป่วย SEPSIS ทั้งหมด) ×๑๐๐
หน่วยงานที่จัดเก็บ	PCT
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
หน่วยงานที่จัดเก็บ	PCT
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
ตัวชี้วัด	**๘. อัตราผู้ป่วยเบาหวานมีค่า HbA๑C น้อยกว่า ๗**
เกณฑ์เป้าหมาย	> ๔๐ %
นิยาม	ฮีโมโกลบิน เอวันซี(Hemoglobinหรือ HbA๑C) ซึ่งเป็นสารชนิดหนึ่งในเลือด เกิดจากการที่น้ำตาลกลูโคสไปเกาะที่โมเลกุลของฮีโมโกลบิน เป็นสัดส่วนโดยตรงกับระดับน้ำตาลในเลือด แสดงว่าระดับน้ำตาลในเลือดยิ่งสูงเท่าไร อัตราการแปลงตัวจากฮีโมโกลบินไปเป็น HbA๑C จะเร็วขึ้นเท่านั้น และเนื่องจาก HbA๑C จะอยู่ในเลือดนานประมาณ ๓ เดือน การที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงอยู่เรื่อยๆจะส่งผลให้HbA๑Cสะสมในเลือดสูงขึ้น ตามกันไป HbA๑C มีชื่อรียกทั่วไปว่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยหรือระดับน้ำตาลสะสม การแจ้งผลการวัด HbA๑C ใช้การแจ้งเป็นเปอร์เซ็นต์ของฮีโมโกลบินในเลือดทั้งหมด คนปกติที่ไม่เป็นเบาหวานระดับ HbA๑C จะไม่เกิน ๖% แต่สำหรับคนที่คุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ HbA๑C อาจขึ้นสูงถึง ๑๕-๑๖%
แหล่งข้อมูล	คลินิกผู้ป่วยเบาหวาน
รายการข้อมูลที่๑	จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ HbA๑C น้อยกว่า ๗
รายการข้อมูลที่๒	จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกที่ได้รับการตรวจ HbA๑C ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ HbA๑C น้อยกว่า ๗/จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกที่ได้รับการตรวจ HbA๑C ทั้งหมดx๑๐๐
หน่วยงานที่จัดเก็บ	OPD
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๓ เดือน

ตัวชี้วัด	๙. อัตราการรักษาหายในผู้ป่วย TB (Success Rate)
เกณฑ์เป้าหมาย	> ๙๐%
นิยาม	ความสำเร็จของการรักษาวัณโรค เป็นการประเมินผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษาทุกรายย้อนหลัง ๑ ปี (๑๒ เดือน) ผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อรายใหม่ซึ่งประกอบด้วยจำนวน การรักษาหาย(cure) และจำนวนการรักษาครบ (complete) รวมกันเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยวัณโรคพบเชื้อรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน การรักษาหาย (cure) หมายถึงผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการรักษาจนครบกำหนด และในระหว่างการรักษามีผลการตรวจเสมหะเปลี่ยนเป็นลบ อย่างน้อย ๒ ครั้ง โดยเน้นมีการตรวจครั้งสุดท้ายเมื่อสิ้นสุดการรักษาเปลี่ยนเป็นลบด้วย การรักษาครบ(complete) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อ ที่ได้รับการรักษาจนครบกำหนด ในระหว่างการรักษามีผลการตรวจเสมหะเปลี่ยนเป็นลบ แต่ไม่มีผลกาตรวจครั้งสุดท้ายเมื่อสิ้นสุดการรักษา
แหล่งข้อมูล	คลินิกวัณโรค
รายการข้อมูลที่๑	จำนวนผู้ป่วยพบเชื้อรายใหม่ที่ได้รับการรักษาหายและรักษาครบรวมกัน
รายการข้อมูลที่๒	จำนวนผู้ป่วยพบเชื้อรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษา
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนผู้ป่วยพบเชื้อรายใหม่ที่ได้รับการรักษาหายและรักษาครบรวมกัน / จำนวนผู้ป่วยพบเชื้อรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษา X ๑๐๐
หน่วยงานที่จัดเก็บ	ปฐมภูมิ
ความถี่ของการรายงาน	ทุก๑เดือน
ตัวชี้วัด	**๑๐.** อุบัติการณ์การเกิดการติดเชื้อหลังผ่าฟันคุด
เกณฑ์เป้าหมาย	๐
แหล่งข้อมูล	รายงานอุบัติการณ์เกิดการติดเชื้อหลังผ่าฟัน
หน่วยงานที่จัดเก็บ	ทันตะกรรม
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๓ เดือน
ตัวชี้วัด	**๑๑.** อุบัติการณ์การใส่ ICD ผิดข้าง ผิดคน
เกณฑ์เป้าหมาย	๐
แหล่งข้อมูล	รายงานอุบัติการณ์การใส่ ICD ผิดข้าง ผิดคน
หน่วยงานที่จัดเก็บ	PCT
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
ตัวชี้วัด	**๑๒.**อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ
เกณฑ์เป้าหมาย	< ๒ :๑๐๐๐ วันที่ ON สาย
แหล่งข้อมูล	รายงานอุบัติการณ์การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ
หน่วยงานที่จัดเก็บ	IC

ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
ตัวชี้วัด	**๑๓.**อุบัติการณ์เจ้าหน้าที่ติดเชื้อจากการทำงาน
เกณฑ์เป้าหมาย	๐
แหล่งข้อมูล	รายงานอุบัติการณ์การเจ้าหน้าที่ติดเชื้อจากการทำงาน
หน่วยงานที่จัดเก็บ	IC
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
ตัวชี้วัด	**๑๔. อัตราการคลาดเคลื่อนทางยาผู้ป่วยนอก**
เกณฑ์เป้าหมาย	≤๕/๑๐๐๐ ใบสั่งยา
นิยาม	อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาผู้ป่วยนอก (OPD Medication error rate) ไม่เกิน ๑๐ ต่อพันใบสั่งยา เป็นการวัดความคลาดเคลื่อนทางยาของผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ใน ๓ ด้าน ได้แก่ การสั่งยา (Prescribing error) การคัดลอกคำสั่ง (Transcribing error) การจ่ายยา (Dispensing error)
แหล่งข้อมูล	รายงานสรุปความคลาดเคลื่อนทางยา
รายการข้อมูลที่ ๑	จำนวนครั้งความคลาดเคลื่อนทางยาที่แผนก OPD ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูลที่ ๑	จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยนอกในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(จำนวนครั้งความคลาดเคลื่อนทางยาที่แผนก OPD ในช่วงเวลาที่กำหนด / จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยนอกในช่วงเวลาเดียวกัน) ×๑๐๐๐
หน่วยงานที่จัดเก็บ	OPD
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
ตัวชี้วัด	**๑๕. อัตราการคลาดเคลื่อนทางยาผู้ป่วยใน**
เกณฑ์เป้าหมาย	≤๕/๑๐๐๐ วันนอน
นิยาม	อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาผู้ป่วยใน (IPD Medication error rate) ไม่เกิน ๕ ต่อพันใบสั่งยาเป็นการวัดความคลาดเคลื่อนทางยาของผู้ป่วยในโรง พยาบาล ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน ใน ๔ ด้าน ได้แก่ การสั่งยา (Prescribing error) การคัดลอกคำสั่ง (Transcribing error) การจ่ายยา (Dispensing error) และการบริหารยา (Administration error)
แหล่งข้อมูล	ทะเบียนผู้ป่วยใน
รายการข้อมูลที่ ๑	จำนวนครั้งความคลาดเคลื่อนทางยาที่แผนก IPD ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูลที่ ๑	จำนวนวันนอนของผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(จำนวนครั้งความคลาดเคลื่อนทางยาที่แผนก IPD ในช่วงเวลาที่กำหนด /จำนวนวันนอนของผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน) ×๑๐๐๐
หน่วยงานที่จัดเก็บ	PTC
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
ตัวชี้วัด	**๑๖. อุบัติการณ์เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา HAD**
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ ๐
นิยาม	ยาที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert Drugs) คือ กลุ่มยาที่มีโอกาสสูงที่จะเกิด

	อันตรายแกผูปวย เพราะมีดัชนีการรักษาแคบหรือมีผลขางเคียงรายแรงต่ออวัยวะสำคัญ เชน สมอง หัวใจ ไต ฯลฯ รายการยาที่ประกาศเปน High Alert Drugs ไดแก **1. ยากลุ่ม Cardiogenic drugs** 1.1 Adrenaline injection 1.2 Adenosine injection 1.3 Amiodarone injection 1.4 Atropine injection 1.5 Digoxin injection 1.6 Dopamine injection 1.7 Norepinephrine injection **2. ยากลุ่ม Anti-diabetic agent (Insulin IV form)** ๒.๑ Regular Insulin **3. ยากลุ่ม Thrombolytic Agent** 3.1 Warfarin tablet 3.2 Streptokinase injection **4. ยากลุ่ม Electrolyte** 4.1 Calcium gluconate injection 4.2 ๕๐% $MgSO_๔$ injection 4.3 ๓% NaCl solution 4.4 Potassium chloride injection **5. ยากลุ่ม Anti-epileptic drug** 5.1 Phenytoin injection **6. ยากลุ่ม Narcotics and Opiates** 6.1 Morphine injection 6.2 Pethidine injection
แหล่งข้อมูล	รายงานอุบัติการณ์อุบัติการณ์เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา HAD
หน่วยงานที่จัดเก็บ	เภสัชกรรม
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
ตัวชี้วัด	**๑๗.อุบัติการณ์จากการให้เลือดผิดหมู่ ผิดคน**
เกณฑ์เป้าหมาย	๐
แหล่งข้อมูล	รายงานอุบัติการณ์จากการให้เลือดผิดหมู่ ผิดคน
หน่วยงานที่จัดเก็บ	IPD
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน

ตัวชี้วัด	**๑๘.อุบัติการณ์ Misdiagnosis or delay diagnosis จนเกิดความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป***
เกณฑ์เป้าหมาย	๐
แหล่งข้อมูล	รายงานอุบัติการณ์ Misdiagnosis or delay diagnosis จนเกิดความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป*
หน่วยงานที่จัดเก็บ	PCT
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
ตัวชี้วัด	**๑๙.อุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดทั้งหมด**
เกณฑ์เป้าหมาย	๐
แหล่งข้อมูล	รายงานอุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดทั้งหมด
หน่วยงานที่จัดเก็บ	PCT
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
ตัวชี้วัด	**๒๐.จำนวนอุบัติการณ์ผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม**
เกณฑ์เป้าหมาย	๐
แหล่งข้อมูล	รายงานอุบัติการณ์พลัดตกหกล้ม
หน่วยงานที่จัดเก็บ	PCT
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
ตัวชี้วัด	**๒๑.อุบัติการณ์การุบัติการณ์การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน* (under triage หรือ over triage) ทั้งหมด/ ระดับ E ขึ้นไป**
เกณฑ์เป้าหมาย	๐
แหล่งข้อมูล	รายงานอุบัติการณ์การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน* (under triage หรือ over triage) ทั้งหมด/ ระดับ E ขึ้นไป
หน่วยงานที่จัดเก็บ	PCT
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
ตัวชี้วัด	**๒๒.อุบัติการณ์รายงานผลค่า LAB วิกฤติคลาดเคลื่อน**
เกณฑ์เป้าหมาย	๐
แหล่งข้อมูล	รายงานอุบัติการณ์รายงานผลค่า LAB วิกฤติคลาดเคลื่อน
หน่วยงานที่จัดเก็บ	LAB
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
ตัวชี้วัด	**๒๓.อุบัติการณ์การคลอดฉุกเฉินที่ไม่ปลอดภัย ระดับ E ขึ้นไป**
เกณฑ์เป้าหมาย	๐
แหล่งข้อมูล	รายงานอุบัติการณ์**การคลอดฉุกเฉินที่ไม่ปลอดภัย ระดับ E ขึ้นไป**
หน่วยงานที่จัดเก็บ	PCT
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน

ตัวชี้วัด	**๒๔.**อุบัติการณ์เครื่องมือช่วยเหลือฉุกเฉินไม่พร้อมใช้
เกณฑ์เป้าหมาย	๐
แหล่งข้อมูล	รายงานอุบัติการณ์เครื่องมือช่วยเหลือฉุกเฉินไม่พร้อมใช้
หน่วยงานที่จัดเก็บ	EQM
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน

เกณฑ์การประเมิน

รายละเอียด	**ระดับ**
ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด ๑-๖ ข้อ	๑
ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด ๗-๑๒ ข้อ	๒
ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด ๑๓-๑๗ ข้อ	๓
ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด ๑๘-๒๒ ข้อ	๔
ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด ๒๓ ข้อ ขึ้นไป	๕

แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

- ข้อมูลจากระเบียน รายงานของหน่วยงานในโรงพยาบาล
- การประเมินโดยทีมคณะกรรมการคุณภาพโรงพยาบาลศิลาลาด

ระยะเวลาดำเนินงาน ประเมินปีละ ๒ ครั้ง ครั้งที่ ๑ เดือน มีนาคม ๒๕๖๓
และครั้งที่ ๒ เดือน กรกฎาคม ๒๕๖๓

ผู้บริหารตัวชี้วัด: นพ.ธนา คลองงาม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิลาลาด ตำแหน่ง ประธาน คปสอ.ศิลาลาด
เบอร์ติดต่อ: ๐๔-๕๖๘๘๑๑๗
ผู้กำกับตัวชี้วัด: กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ **เบอร์ติดต่อ** : ๐๘-๑๓๙๓๕๓๘๑