

**แผนยุทธศาสตร์
โรงพยาบาลศีลาลาด
ปีงบประมาณ ๒๕๖๖-๒๕๗๐**



**โรงพยาบาลศีลาลาด
อำเภอศีลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ**

สารบัญ

สารบัญ.....	๗
ทิศทางยุทธศาสตร์ตามแผนยุทธศาสตร์ รพ.ศีลาลาด พ.ศ. ๒๕๖๖- พ.ศ.๒๕๗๐	๑
แผนที่ยุทธศาสตร์ (Strategic map)	๒
แผนปฏิบัติการตาม ยุทธศาสตร์ รพ.ศีลาลาด พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐	๓
คำอธิบายตัวชี้วัด KPI Profiles	๘

ทิศทางยุทธศาสตร์ตามแผนยุทธศาสตร์ รพ.ศีลาลาด พ.ศ. ๒๕๖๖- พ.ศ.๒๕๗๐

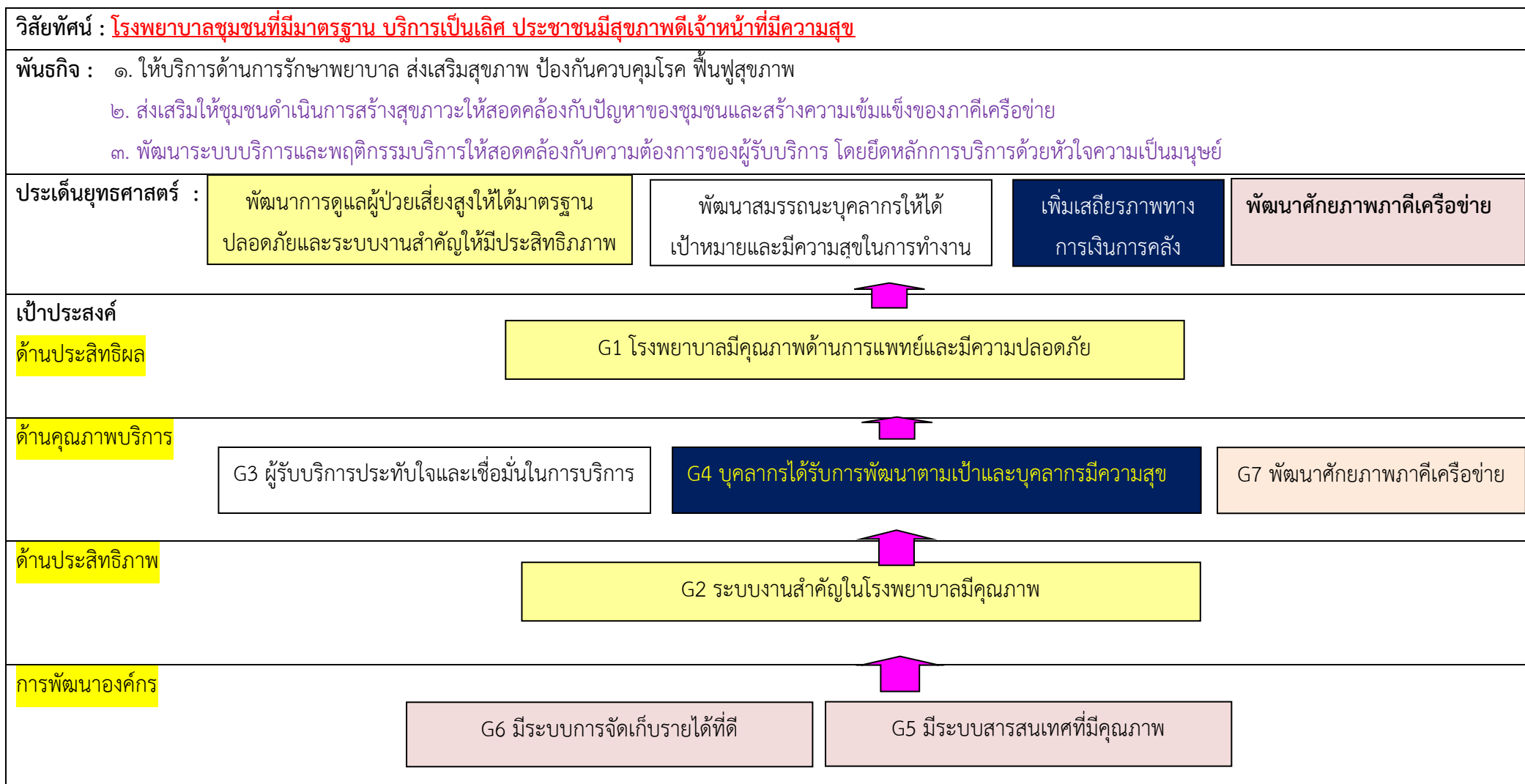
วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีมาตรฐาน บริการเป็นเลิศ ประชาชนมีสุขภาพดีเจ้าหน้าที่มีความสุข

พันธกิจ	ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์
ให้บริการด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค ฟื้นฟูสุขภาพ	พัฒนาการดูแลผู้ป่วยเสี่ยงสูงให้ได้มาตรฐานและปลอดภัย	G๑ โรงพยาบาลมีคุณภาพด้านการแพทย์และความปลอดภัย
	พัฒนาระบบงานสำคัญให้มีประสิทธิภาพ	G๒ ระบบงานสำคัญในโรงพยาบาลมีคุณภาพ
ส่งเสริมให้ชุมชนดำเนินการสร้างสุขภาพให้สอดคล้องกับปัญหาของชุมชนและสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย	พัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้ได้เป้าหมายและมีความสุขในการทำงาน	G๓ ผู้รับบริการประทับใจและเชื่อมั่นในการบริการ G๔ บุคลากรมีความสุขและภาคภูมิใจ
พัฒนาระบบบริการและพฤติกรรมบริการให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ โดยยึดหลักการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์	เพิ่มเสถียรภาพทางการเงินการคลัง	G๕ มีระบบสารสนเทศที่มีคุณภาพ G๖ มีระบบการจัดเก็บรายได้ที่ดี
	พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย	G๗ ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม

Core value

บริการด้วยใจ ปลอดภัยได้มาตรฐาน ผสานภาคีเครือข่าย

แผนที่ยุทธศาสตร์ (Strategic map)



แผนปฏิบัติราชการตาม
ยุทธศาสตร์ รพ.ศีลาลาด
พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐

แผนปฏิบัติการตามยุทธศาสตร์สาธารณสุข รพ. ศีลาลาด (พ.ศ. ๒๕๖๖- พ.ศ. ๒๕๗๐)

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	ระดับเป้าหมาย					กลยุทธ์	แผนงาน/ โครงการ/ กิจกรรม	เจ้าภาพ
			ร้อยละ	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐			หลัก
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	รุ่งทิwa

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	น้ำหนัก ร้อยละ	ระดับเป้าหมาย					กลยุทธ์	แผนงาน/ โครงการ/ กิจกรรม	เจ้าภาพ หลัก
				๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐			
๒. พัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้ได้ตามเป้าหมายและมีความสุขในการทำงาน	G๔ บุคลากรมีความสุขและภาคภูมิใจ	๔.ร้อยละของบุคลากรผ่านเกณฑ์ Core Competency ตามข้อบ่งชี้ ๕.ร้อยละความพึงพอใจของบุคลากร	๑๐	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕	๙๕	- ประเมินความพึงพอใจและแก้ไขตามโอกาสพัฒนาอย่างต่อเนื่อง - มุ่งเน้นการดูแลบุคลากรให้มีความสุข และรักองค์กร	-โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากร -โครงการพัฒนาพฤติกรรมบริการของบุคลากร	นิชา
			๑๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕			
	G๕ มีระบบสารสนเทศที่มีคุณภาพ	๖.ส่งข้อมูล ๔๓ แฟ้มเข้าระบบ hdc ทันเวลา ๗.ข้อมูลแฟ้มประชากรถูกต้อง ๘.ไม่มีข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยเสียชีวิต	๑๕	๙๐	๙๕	๙๕	๙๘	๙๙	- มีประเมินผลคุณภาพข้อมูลครบถ้วน สมบูรณ์และทันเวลาอย่างต่อเนื่อง -พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลให้ทันสมัยอยู่ตลอดเวลา - พัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถอย่างต่อเนื่อง	-โครงการพัฒนาระบบสารสนเทศทางการแพทย์	สกวเดือน
			๑๕	๙๐	๙๕	๙๕	๙๘	๙๙			
			๑๕	๙๐	๙๕	๙๕	๙๘	๙๙			
			๑๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐			

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	น้ำหนัก ร้อยละ	ระดับเป้าหมาย					กลยุทธ์	แผนงาน/ โครงการ/ กิจกรรม	เจ้าภาพ
				๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐			หลัก
๓.เพิ่มเสถียรภาพทางการเงินการคลัง	G๖ ระบบการจัดเก็บรายได้ที่ดี	๙.Risk Score อยู่ในเกณฑ์	๑๕	๘๐	๘๕	๙๐	๙๐	๙๕	- พัฒนาระบบการจัดเก็บรายได้ให้มีคุณภาพและเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด	-โครงการพัฒนาระบบการจัดเก็บรายได้ -โครงการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ด้านการจัดเก็บรายได้	ปนัดดา
		๑๐.อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน(current ratio) ๑๑.อัตราส่วนสินทรัพย์คล่องตัว (Quick ratio) ๑๒.อัตราสัดส่วนเงินสดต่อการชำระหนี้(Cash Ratio)	๑๐	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐			
๔.พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย	G๗ ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมและได้รับการพัฒนา	๑๓.ร้อยละขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านสุขภาพ ๑๔..ร้อยละของเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนได้รับการพัฒนาทักษะด้าน	๑๕	๘๐	๘๕	๙๐	๙๐	๙๐	-พัฒนาระบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูโรค 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 ภายใน ๓๐ นาที ในกลุ่ม STEMI	๑๐๐ %	PCT
๗	อัตราผู้ป่วย Sepsis ที่มีภาวะ Severe sepsis/septic shock	< ๕%	PCT
๘	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะ HbA๑C <๗%	>๔๐%	OPD
๙	อัตราการรักษาสำเร็จผู้ป่วยวัณโรค	>๙๐%	ปฐมภูมิ
๑๐	อุบัติการณ์การเกิดการติดเชื้อหลังผ่าตัด	๐	ทันตกรรม
๑๑	อุบัติการณ์การใส่ ICD ผิดคน/ผิดข้าง	๐	PCT
๑๒	อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ	๒ : ๑,๐๐๐ วันที่ On Catheter	IC
๑๓	อุบัติการณ์เจ้าหน้าที่ติดเชื้อจากการทำงาน	๐	IC
๑๔	อัตราdispensing error ผู้ป่วยนอก	≤ ๕ ต่อ พันใบสั่ง ยา	PTC
๑๕	อัตราadmin error ผู้ป่วยใน	≤ ๕ ต่อ พันวัน นอน	PTC
๑๖	อัตราการคลาดเคลื่อนทางยาในกลุ่มยาที่ต้องระมัดระวังสูง	๐	PTC
๑๗	อุบัติการณ์จากการให้เลือดผิดหมู่ ผิดคน	๐	IPD

ลำดับที่	ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
๑๘	อุบัติการณ์ Misdiagnosis or delay diagnosis จนเกิด ความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป*	๐	PCT
๑๙	อุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดทั้งหมด	๐	PCT
๒๐	จำนวนอุบัติการณ์ผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม	๐	PCT
๒๑	อุบัติการณ์การปฏิบัติการการคัดแยกที่ห้องฉุกเฉิน คลาดเคลื่อน* (under triage หรือ over triage) ทั้งหมด/ ระดับ E ขึ้นไป*	๐	PCT
๒๒	รายงานผลค่า LAB วิฤติคลาดเคลื่อน	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	จำนวนผู้ป่วยในที่กำหนดช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(จำนวนผู้ป่วยในที่เสียชีวิตในช่วงเวลาหนึ่ง/จำนวนผู้ป่วยในที่กำหนดช่วงเวลาเดียวกัน) × 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 ทั้งหมด) ×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	ทะเบียนผู้ป่วย
รายการข้อมูลที่ ๑	จำนวนผู้ป่วยที่ ER Re-visit ภายใน ๔๘ ชม. ด้วยโรคเดิม
รายการข้อมูลที่ ๑	จำนวนผู้ป่วย ER ทั้งหมด
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	ทะเบียนผู้ป่วย
รายการข้อมูลที่ ๑	จำนวนผู้ป่วยที่ Re-admission ด้วยโรคเดิม ใน ๒๘ วัน
รายการข้อมูลที่ ๑	จำนวนผู้ป่วย IPD ทั้งหมด
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 ที่ได้รับการรักษาที่ ER
แหล่งข้อมูล	ทะเบียนผู้ป่วย
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 ภายใน ๓๐ นาที ในกลุ่ม STEMI
เกณฑ์เป้าหมาย	>๘๐ %
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการรักษาที่ ER
แหล่งข้อมูล	ทะเบียนผู้ป่วย
รายการข้อมูลที่ ๑	จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับ SK ภายใน ๓๐ นาที
รายการข้อมูลที่ ๑	จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการรักษาที่ ER ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับ SK ภายใน ๓๐ นาที/จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการรักษาที่ 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	ทะเบียนผู้ป่วย

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 มีชื่อเรียกทั่วไปว่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยหรือระดับน้ำตาลสะสม 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 ทั้งหมด×๑๐๐
หน่วยงานที่จัดเก็บ	OPD
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๓ เดือน
ตัวชี้วัด	๙. อัตราการรักษาหายในผู้ป่วย TB (Success Rate)
เกณฑ์เป้าหมาย	> ๙๐%
นิยาม	ความสำเร็จของการรักษาวัณโรค เป็นการประเมินผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคหาย

	ใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษาทุกรายย้อนหลัง ๑ ปี (๑๒ เดือน) ผลสำเร็จของการรักษา ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อรายใหม่ซึ่งประกอบด้วยจำนวน การรักษาหาย(cure) และจำนวนการรักษาครบ (complete) รวมกันเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วย วัณโรคพบเชื้อรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน การรักษาหาย (cure) หมายถึงผู้ป่วยวัณโรค เสมหะพบเชื้อที่ได้รับการรักษาจนครบกำหนด และในระหว่างการรักษามีผลการ ตรวจเสมหะเปลี่ยนเป็นลบ อย่างน้อย ๒ ครั้ง โดยเน้นมีการตรวจครั้งสุดท้ายเมื่อ สิ้นสุดการรักษาเปลี่ยนเป็นลบด้วย การรักษาครบ(complete) หมายถึง ผู้ป่วย วัณโรคเสมหะพบเชื้อ ที่ได้รับการรักษาจนครบกำหนด ในระหว่างการรักษามีผล การตรวจเสมหะเปลี่ยนเป็นลบ แต่ไม่มีผลการตรวจครั้งสุดท้ายเมื่อสิ้นสุดการ รักษา
แหล่งข้อมูล	คลินิกวัณโรค
รายการข้อมูลที่๑	จำนวนผู้ป่วยพบเชื้อรายใหม่ที่ได้รับการรักษาหายและรักษาครบรวมกัน
รายการข้อมูลที่๒	จำนวนผู้ป่วยพบเชื้อรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษา
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนผู้ป่วยพบเชื้อรายใหม่ที่ได้รับการรักษาหายและรักษาครบรวมกัน / จำนวนผู้ป่วยพบเชื้อรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษา X ๑๐๐
หน่วยงานที่จัดเก็บ	ปทุมภูมิ
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	$\leq 5/1000$ ใบสั่งยา
นิยาม	อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาผู้ป่วยนอก (OPD Medication error rate) ไม่เกิน ๑๐ ต่อพันใบสั่งยา เป็นการวัดความคลาดเคลื่อนทางยาของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล 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) $\times 1000$
หน่วยงานที่จัดเก็บ	OPD
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
ตัวชี้วัด	๑๕. อัตราการคลาดเคลื่อนทางยาผู้ป่วยใน
เกณฑ์เป้าหมาย	$\leq 5/1000$ วันนอน
นิยาม	อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาผู้ป่วยใน (IPD Medication error rate) ไม่เกิน ๕ ต่อพันใบสั่งยาเป็นการวัดความคลาดเคลื่อนทางยาของผู้ป่วยในโรงพยาบาล 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 กลุ่มยาที่มีโอกาสสูงที่จะเกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย เพราะมีดัชนีการรักษาแคบหรือมีผลข้างเคียงร้ายแรงต่ออวัยวะสำคัญ เช่น สมอง หัวใจ ไต ฯลฯ รายการยาที่ประกาศเป็น High Alert Drugs ได้แก่ 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.ปฏิบัติการรื้อปฏิบัติการการคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน* (under triage หรือ over triage) ทั้งหมด/ ระดับ E ขึ้นไป
เกณฑ์เป้าหมาย	๐
แหล่งข้อมูล	รายงานปฏิบัติการการคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน* (under triage หรือ over triage) ทั้งหมด/ ระดับ E ขึ้นไป
หน่วยงานที่จัดเก็บ	PCT
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
ตัวชี้วัด	๒๒.ปฏิบัติการรายงานผลค่า LAB วิกฤตคลาดเคลื่อน
เกณฑ์เป้าหมาย	๐
แหล่งข้อมูล	รายงานปฏิบัติการรายงานผลค่า LAB วิกฤตคลาดเคลื่อน
หน่วยงานที่จัดเก็บ	LAB
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
ตัวชี้วัด	๒๓.ปฏิบัติการการคลอดฉุกเฉินที่ไม่ปลอดภัย ระดับ E ขึ้นไป
เกณฑ์เป้าหมาย	๐
แหล่งข้อมูล	รายงานปฏิบัติการการคลอดฉุกเฉินที่ไม่ปลอดภัย ระดับ E ขึ้นไป
หน่วยงานที่จัดเก็บ	PCT
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
ตัวชี้วัด	๒๔.ปฏิบัติการเครื่องมือช่วยเหลือฉุกเฉินไม่พร้อมใช้
เกณฑ์เป้าหมาย	๐
แหล่งข้อมูล	รายงานปฏิบัติการเครื่องมือช่วยเหลือฉุกเฉินไม่พร้อมใช้
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

- ข้อมูลจากกระเบียน รายงานของหน่วยงานในโรงพยาบาล
- การประเมินโดยทีมคณะกรรมการคุณภาพโรงพยาบาลศีลาลาด

ระยะเวลาดำเนินงาน ประเมินปีละ ๒ ครั้ง ครั้งที่ ๑ เดือน มีนาคม ๒๕๖๓

และครั้งที่ ๒ เดือน กรกฎาคม ๒๕๖๓

ผู้บริหารตัวชี้วัด: นพ.ธนา คลองงาม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศีลาลาด ตำแหน่ง ประธาน คปสอ.ศีลาลาด

เบอร์ติดต่อ: ๐๔-๕๖๘๘๑๑๗

ผู้กำกับตัวชี้วัด: กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ เบอร์ติดต่อ : ๐๘-๑๓๙๓๕๓๘๑

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการส่วนภูมิภาค

ตามประกาศโรงพยาบาลศิลาลาด

เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ. ๒๕๖๖

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ชื่อหน่วยงาน : โรงพยาบาลศิลาลาด อำเภอศิลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ

วัน/เดือน/ปี : ๘ ธันวาคม ๒๕๖๕

หัวข้อ:๑. นโยบายและยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน

รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือแนบเอกสาร)

นโยบายโรงพยาบาลศิลาลาด และแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลศิลาลาด ปี พ.ศ.๒๕๖๖-๒๕๗๐

Link ภายนอก : ไม่มี.....

หมายเหตุ :

ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล



(นางสาววิจิตรา ทองบ่อ)

นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ

วันที่ ๘ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

ผู้อนุมัติรับรอง



(นายธนา คลองงาม)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิลาลาด

วันที่ ๘ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่



(นางสาวเขมิศา คำคุณ)

นักวิชาการพัสดุ

วันที่ ๘ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๕