

แผนยุทธศาสตร์
โรงพยาบาลศีลาลาด
ปีงบประมาณ ๒๕๖๘-๒๕๗๐



โรงพยาบาลศีลาลาด
อำเภอศีลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ

สารบัญ

สารบัญ	ก
ทิศทางยุทธศาสตร์ตามแผนยุทธศาสตร์ รพ.ศีลาลาด พ.ศ. ๒๕๖๘ - พ.ศ.๒๕๗๐	๑
แผนที่ยุทธศาสตร์ (Strategic map)	๒
แผนปฏิบัติราชการตาม ยุทธศาสตร์ รพ.ศีลาลาด พ.ศ. ๒๕๖๘-๒๕๗๐	๓
คำอธิบายตัวชี้วัด KPI Profiles	๖

ทิศทางยุทธศาสตร์ตามแผนยุทธศาสตร์ รพ.ศีลาลาด พ.ศ. ๒๕๖๘ - พ.ศ.๒๕๗๐

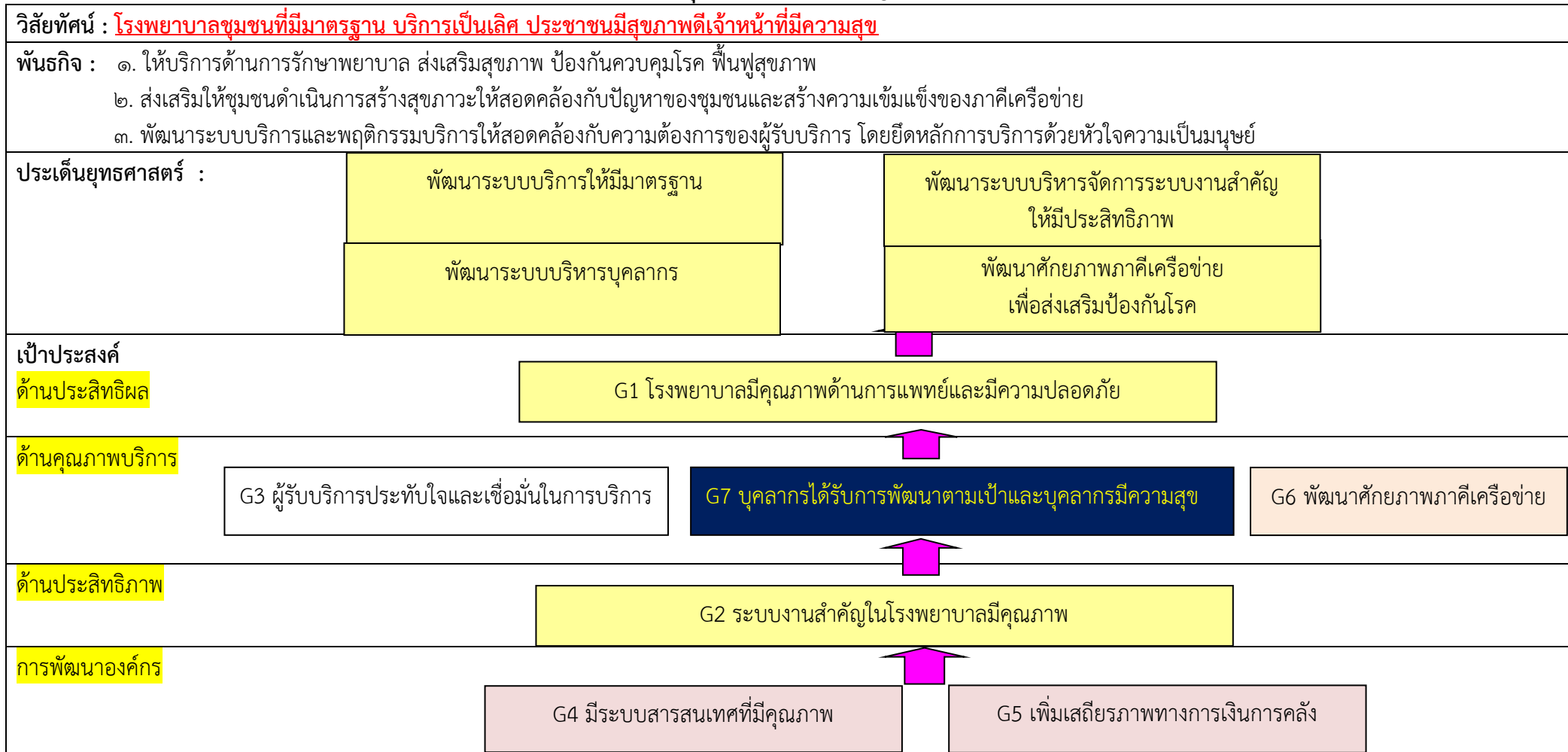
วิสัยทัศน์ : **โรงพยาบาลชุมชนที่มีมาตรฐาน บริการเป็นเลิศ ประชาชนมีสุขภาพดีเจ้าหน้าที่มีความสุข**

วิสัยทัศน์	ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์
▪ โรงพยาบาลชุมชนที่มีมาตรฐาน	พัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้ได้มาตรฐานและปลอดภัย	G๑ โรงพยาบาลมีคุณภาพด้านการแพทย์และมีความปลอดภัย
	พัฒนาระบบงานสำคัญให้มีประสิทธิภาพ	G๒ ระบบงานสำคัญในโรงพยาบาลมีคุณภาพ
▪ บริการเป็นเลิศ	เพิ่มเสถียรภาพทางการเงินการคลัง	G๓ ผู้รับบริการประทับใจและเชื่อมั่นในการบริการ
		G๔ มีระบบสารสนเทศที่มีคุณภาพ G๕ มีระบบการจัดเก็บรายได้ที่ดี
▪ ประชาชนสุขภาพดี	พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย	G๖ ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม
▪ เจ้าหน้าที่มีความสุข	พัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้ได้เป้าหมายและมีความสุขในการทำงาน	G๗ บุคลากรมีความสุขและภาคภูมิใจ

Core value ค่านิยมองค์กร H-SILA

- H : Humanized health care = การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์
 S : Safety = การดูแลผู้ป่วยด้วยความปลอดภัย
 I : Integrate = บูรณาการ
 L : Learning = องค์กรแห่งการเรียนรู้
 A : Achievement = มุ่งผลสัมฤทธิ์

แผนที่ยุทธศาสตร์ (Strategic map)



แผนปฏิบัติการตาม
ยุทธศาสตร์ รพ.ศีลาลาด
พ.ศ. ๒๕๖๘-๒๕๗๐

แผนปฏิบัติการตามยุทธศาสตร์สาธารณสุข รพ. ศีลาลาด (พ.ศ. ๒๕๖๘ - พ.ศ. ๒๕๗๐)

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	ระดับเป้าหมาย					กลยุทธ์	แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	เจ้าภาพหลัก
				๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๗๐			
๑. พัฒนาระบบบริการให้มีมาตรฐาน	G๑ โรงพยาบาลมีคุณภาพด้านการแพทย์และมีความปลอดภัย	๑.ระดับความสำเร็จของการบรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัดคุณภาพบริการทางการแพทย์และความปลอดภัย	๓๐	ระดับ๔	ระดับ๕	ระดับ๕	ระดับ๕	ระดับ๕	- ทบทวนและพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย ที่เสี่ยงสูงให้ได้มาตรฐานและปลอดภัย	-โครงการพัฒนาคุณภาพบริการทางการแพทย์ด้วยระบบ HA	สุนิสา
	G๓ ผู้รับบริการมีความประทับใจและเชื่อมั่นในบริการ	๒.ร้อยละความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ	๑๐	ระดับ ๘๐-๗๕	ระดับ ๘๕-๘๐	ระดับ ๘๕-๘๕	ระดับ ๙๐-๙๐	ระดับ ๙๕-๙๕	- ประเมินความพึงพอใจและแก้ไขตามโอกาสและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง - มุ่งเน้นการประชาสัมพันธ์การบริการของโรงพยาบาลมากขึ้นและหลากหลายช่องทาง	-โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากร	แก้วใจ
๒. พัฒนาระบบบริหารจัดการระบบงานสำคัญให้มีประสิทธิภาพ	G๒ ระบบงานสำคัญในโรงพยาบาลมีคุณภาพ	๓.ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพระบบงานสำคัญ	๑๐	ระดับ๔	ระดับ๕	ระดับ๕	ระดับ๕	ระดับ๕	-พัฒนาระบบงานสำคัญ โดยการเชื่อมประสานระหว่างทีมอย่างต่อเนื่อง	-โครงการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานบริการ	จิรัฐติกา
	G๔ มีระบบสารสนเทศที่มีคุณภาพ	๔.ไม่มีข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยเสียชีวิต	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	- มีประเมินผลคุณภาพข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์และทันเวลาอย่างต่อเนื่อง -พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลให้ทันสมัยอยู่ตลอดเวลา - พัฒนาศักยภาพให้มีความรู้ความสามารถอย่างต่อเนื่อง	-โครงการพัฒนาระบบสารสนเทศทางการแพทย์	สกาเวเดือน

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	ระดับเป้าหมาย					กลยุทธ์	แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	เจ้าภาพหลัก
				๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๗๐			
๓.พัฒนาระบบบริหารบุคลากร	G๗ บุคลากรมีความสุขและภาคภูมิใจ	๕.ร้อยละของบุคลากรผ่านเกณฑ์ Core Competency ตามข้อบ่งชี้ ๖.ร้อยละความพึงพอใจของบุคลากร	ร้อยละ ๘๐ ร้อยละ ๘๐	๘๗.๕๒ ๗๗.๑๒	๘๘.๔๖ ๘๒.๖๕	๙๐.๒๙ ๘๓.๒๓	ร้อยละ ๘๐ ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๐ ร้อยละ ๘๐	- ประเมินความพึงพอใจและแก้ไขตามโอกาสพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มุ่งเน้นการดูแลบุคลากรให้มีความสุข และรักองค์กร	-โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากร -โครงการพัฒนาบุคลิกภาพปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความเป็นเลิศ ESB โครงการพัฒนาบุคลากรนอกสถานที่	นิชา
๔.พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย	G๖ ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมและได้รับการพัฒนา	๙.ร้อยละขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านสุขภาพ ๑๐.ร้อยละของเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนได้รับการพัฒนาทักษะด้านสุขภาพ	๑๕ ๑๐	๘๐ ๘๐	๘๕ ๘๕	๙๐ ๙๐	๙๐ ๙๐	๙๐ ๙๐	-พัฒนาระบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายด้านการส่งเสริม ป้องกันรักษา เฝ้าระวังโรคควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	-โครงการพัฒนาแกนนำคุณภาพ -โครงการพัฒนาระบบการจัดบริการด้านสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการ	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	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะ HbA๑C <๗%	>๔๐%	OPD
๘	อัตรารักษาสำเร็จผู้ป่วยวัณโรค	>๙๐%	ปฐมภูมิ
๙	อุบัติการณ์การเกิดการติดเชื้อหลังผ่าตัด	๐	ทันตกรรม
๑๐	อุบัติการณ์การใส่ ICD ผิดคน/ผิดข้าง	๐	PCT
๑๑	อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ	๑.๕ : ๑,๐๐๐ วันที่ On Catheter	IC
๑๒	อุบัติการณ์เจ้าหน้าที่ติดเชื้อจากการทำงาน	๐	IC
๑๓	อัตราdispensing error ผู้ป่วยนอก	≤ ๕ ต่อ พันใบสั่งยา	PTC
๑๔	อัตราadmin error ผู้ป่วยใน	≤ ๕ ต่อ พันวัน นอน	PTC
๑๕	อุบัติการณ์ ADE จาก HAD ระดับ E ขึ้นไป	๐	PTC
๑๖	อุบัติการณ์ผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ	๐	PTC
๑๗	อุบัติการณ์จากการให้เลือดผิดหมู่ ผิดคน	๐	IPD
๑๘	อุบัติการณ์ Misdiagnosis or delay diagnosis จนเกิดความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป*	๐	PCT
๑๙	อุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดทั้งหมด	๐	PCT
๒๐	อุบัติการณ์ผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม	๐	PCT
๒๑	อุบัติการณ์การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน* (under triage หรือ over triage) ทั้งหมด/ ระดับ E ขึ้นไป*	๐	PCT
๒๒	อัตราการรายงานผลค่า LAB วิฤติคลาดเคลื่อน	๐	LAB

๒๓	อุบัติการณ์การคลอดฉุกเฉินที่ไม่ปลอดภัย ระดับ E ขึ้นไป	๐	PCT
๒๔	อุบัติการณ์เครื่องมือช่วยเหลือนอกอุ้งครรภ์ไม่พร้อมใช้	๐	EQM
๒๕	เด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย	>๘๐%	ปฐมภูมิ
๒๖	อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง	< ๖ %	ปฐมภูมิ
๒๗	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	< ๑.๗๕%	ปฐมภูมิ
๒๘	ร้อยละ Healthy Aging	>๘๐%	ปฐมภูมิ
๒๙	อัตราการเข้าถึง บริการ ADHD	≥ ๓๘ %	ปฐมภูมิ

คำอธิบายตัวชี้วัดย่อย

ตัวชี้วัด	๑.จำนวนการเสียชีวิตในโรงพยาบาลทุกประเภท(ราย)
เกณฑ์เป้าหมาย	ราย
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่รับบริการในโรงพยาบาล
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	ระเบียนผู้ป่วย
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	ระเบียบผู้ป่วย
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) x๑๐๐
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	ระเบียบผู้ป่วย
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) x๑๐๐
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 ที่เข้ารับการรักษาที่ ER
แหล่งข้อมูล	ระเบียบผู้ป่วย
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) x๑๐๐
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) x 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 (Hemoglobin หรือ HbA๑C) ซึ่งเป็นสารชนิดหนึ่งในเลือด เกิดจากการที่น้ำตาลกลูโคสไปเกาะที่โมเลกุลของฮีโมโกลบิน เป็นสัดส่วนโดยตรงกับระดับน้ำตาลในเลือด แสดงว่าระดับน้ำตาลในเลือดยิ่งสูงเท่าไร อัตราการแปลงตัวจากฮีโมโกลบินไปเป็น HbA๑C จะเร็วขึ้นเท่านั้น และเนื่องจาก HbA๑C จะอยู่ในเลือดนานประมาณ ๓ เดือน การที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงอยู่เรื่อยๆจะส่งผลให้ HbA๑C สะสมในเลือดสูงขึ้น ตามกันไป HbA๑C มีชื่อเรียกทั่วไปว่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยหรือระดับน้ำตาลสะสม การแจ้งผลการวัด HbA๑C ใช้การแจ้งเป็นเปอร์เซ็นต์ของฮีโมโกลบินในเลือดทั้งหมด คนปกติที่ไม่เป็นเบาหวานระดับ HbA๑C จะไม่เกิน ๖% แต่สำหรับคนที่คุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ HbA๑C อาจขึ้นสูงถึง ๑๕-๑๖%
แหล่งข้อมูล	คลินิกผู้ป่วยเบาหวาน
รายการข้อมูลที่ ๑	จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ HbA๑C น้อยกว่า ๗
รายการข้อมูลที่ ๒	จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกที่ได้รับการตรวจ HbA๑C ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ HbA๑C น้อยกว่า ๗ / จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกที่ได้รับการตรวจ HbA๑C ทั้งหมด x ๑๐๐
หน่วยงานที่จัดเก็บ	OPD
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๓ เดือน
ตัวชี้วัด	๙. อัตราการรักษาหายในผู้ป่วย TB (Success Rate)

เกณฑ์เป้าหมาย	> ๙๐%
นิยาม	ความสำเร็จของการรักษาวัณโรค เป็นการประเมินผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ยื่นทะเบียนรักษาทุกรายย้อนหลัง ๑ ปี (๑๒ เดือน) ผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคเสมอพบเชื้อรายใหม่ซึ่งประกอบด้วยจำนวน การรักษาหาย(cure) และจำนวนการรักษาครบ (complete) รวมกันเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยวัณโรคพบเชื้อรายใหม่ที่ยื่นทะเบียน การรักษาหาย (cure) หมายถึงผู้ป่วยวัณโรคเสมอพบเชื้อที่ได้รับการรักษาจนครบกำหนด และในระหว่างการรักษามีผลการตรวจเสมหะเปลี่ยนเป็นลบ อย่างน้อย ๒ ครั้ง โดยเน้นมีการตรวจครั้งสุดท้ายเมื่อสิ้นสุดการรักษาเปลี่ยนเป็นลบด้วย การรักษาครบ(complete) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคเสมอพบเชื้อ ที่ได้รับการรักษาจนครบกำหนด ในระหว่างการรักษามีผลการตรวจเสมหะเปลี่ยนเป็นลบ แต่ไม่มีผลกาตรวจครั้งสุดท้ายเมื่อสิ้นสุดการรักษา
แหล่งข้อมูล	คลินิกวัณโรค
รายการข้อมูลที่๑	จำนวนผู้ป่วยพบเชื้อรายใหม่ที่ได้รับการรักษาหายและรักษาครบรวมกัน
รายการข้อมูลที่๒	จำนวนผู้ป่วยพบเชื้อรายใหม่ที่ยื่นทะเบียนรักษา
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนผู้ป่วยพบเชื้อรายใหม่ที่ได้รับการรักษาหายและรักษาครบรวมกัน / จำนวนผู้ป่วยพบเชื้อรายใหม่ที่ยื่นทะเบียนรักษา X ๑๐๐
หน่วยงานที่จัดเก็บ	ปทุมธานี
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	< ๑.๕ :๑๐๐๐ วันที่ ON สาย
แหล่งข้อมูล	รายงานอุบัติการณ์การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ
หน่วยงานที่จัดเก็บ	IC
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน

ตัวชี้วัด	๑๓. อุบัติการณ์เจ้าหน้าที่ติดเชื่อจากการทำงาน
เกณฑ์เป้าหมาย	๐
แหล่งข้อมูล	รายงานอุบัติการณ์การเจ้าหน้าที่ติดเชื่อจากการทำงาน
หน่วยงานที่จัดเก็บ	IC
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
ตัวชี้วัด	๑๔. อัตราการคลาดเคลื่อนทางยาผู้ป่วยนอก
เกณฑ์เป้าหมาย	≤ ๕/๑๐๐๐ 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) × ๑๐๐๐
หน่วยงานที่จัดเก็บ	OPD
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
ตัวชี้วัด	๑๕. อัตราการคลาดเคลื่อนทางยาผู้ป่วยใน
เกณฑ์เป้าหมาย	≤ ๕/๑๐๐๐ 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

	<p>เพราะมีดัชนีการรักษาแคบหรือมีผลข้างเคียงร้ายแรงต่ออวัยวะสำคัญ เช่น สมอง หัวใจ ไต ฯลฯ รายการยาที่ประกาศเป็น High Alert Drugs ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ยากลุ่ม Cardiogenic drugs <ol style="list-style-type: none"> ๑.๑ Adrenaline injection ๑.๒ Adenosine injection ๑.๓ Amiodarone injection ๑.๔ Atropine injection ๑.๕ Digoxin injection ๑.๖ Dopamine injection ๑.๗ Norepinephrine injection ๒. ยากลุ่ม Anti-diabetic agent (Insulin IV form) <ol style="list-style-type: none"> ๒.๑ Regular Insulin ๓. ยากลุ่ม Thrombolytic Agent <ol style="list-style-type: none"> ๓.๑ Warfarin tablet ๓.๒ Streptokinase injection ๔. ยากลุ่ม Electrolyte <ol style="list-style-type: none"> ๔.๑ Calcium gluconate injection ๔.๒ ๕๐% MgSO_๔ injection ๔.๓ ๓% NaCl solution ๔.๔ Potassium chloride injection ๕. ยากลุ่ม Anti-epileptic drug <ol style="list-style-type: none"> ๕.๑ Phenytoin injection ๖. ยากลุ่ม Narcotics and Opiates <ol style="list-style-type: none"> ๖.๑ Morphine injection ๖.๒ 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 จนเกิดความรุนแรง

	ระดับ 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.อุบัติการณ์การระบุตัวการคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน* (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 วิกฤตคลาดเคลื่อน
เกณฑ์เป้าหมาย	๐
แหล่งข้อมูล	รายงานอุบัติการณ์รายงานผลค่า LAB วิกฤตคลาดเคลื่อน
หน่วยงานที่จัดเก็บ	LAB
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
ตัวชี้วัด	๒๓.อุบัติการณ์การคลอดฉุกเฉินที่ไม่ปลอดภัย ระดับ E ขึ้นไป
เกณฑ์เป้าหมาย	๐
แหล่งข้อมูล	รายงานอุบัติการณ์การคลอดฉุกเฉินที่ไม่ปลอดภัย ระดับ E ขึ้นไป
หน่วยงานที่จัดเก็บ	PCT
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
ตัวชี้วัด	๒๔.อุบัติการณ์เครื่องมือช่วยเหลือฉุกเฉินไม่พร้อมใช้
เกณฑ์เป้าหมาย	๐
แหล่งข้อมูล	รายงานอุบัติการณ์เครื่องมือช่วยเหลือฉุกเฉินไม่พร้อมใช้

หน่วยงานที่จัดเก็บ	EQM
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
ตัวชี้วัด	๒๕. อัตราการให้เลือดผิดหมู่
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ ๐
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่ได้รับการให้เลือด
แหล่งข้อมูล	ผู้ป่วยทุกแผนก
รายการข้อมูลที่ ๑	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับเลือดผิดหมู่ในช่วงเวลาหนึ่ง
รายการข้อมูลที่ ๒	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการให้เลือดในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับเลือดผิดหมู่ในช่วงเวลาหนึ่ง/ จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการให้เลือดในช่วงเวลาเดียวกัน X ๑๐๐
หน่วยงานที่จัดเก็บ	งานชั้นสูตร
ความถี่ของการรายงาน	ทุกเดือน

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

และครั้งที่ ๒ เดือน กรกฎาคม

ผู้บริหารตัวชี้วัด: นพ.ธนา คลองงาม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิลาลาด ตำแหน่ง ประธาน คปสอ.ศิลาลาด

เบอร์ติดต่อ: ๐๔-๕๖๘๘๑๑๗

ผู้กำกับตัวชี้วัด: กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ เบอร์ติดต่อ : ๐๘-๗๐๘๕๒๙๘๑

ตัวชี้วัดที่ ๒ ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ (ทำแบบสำรวจ ให้ผู้รับบริการตอบ)

หน่วยวัด : ร้อยละ ๘๕

น้ำหนัก : ๑๐

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการให้บริการจากความคิดเห็นของผู้ใช้บริการ

นิยาม ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการหมายถึง ความคิดเห็นของผู้ใช้บริการต่อการบริการของโรงพยาบาลศิลาลาด โดยมีเกณฑ์จำแนกระดับความพึงพอใจโรงพยาบาลศิลาลาด ดังนี้

สูตรคำนวณ ระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ = ผลรวมของคะแนนความพึงพอใจ X ๑๐๐
ผลรวมคะแนนเต็มของแบบสอบถาม

ผู้ให้บริการ หมายถึง บุคคลทั่วไปที่เข้ารับการรักษาพยาบาล ในโรงพยาบาลศิลาลาดทั้งในแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก ฝ่ายทันตสาธารณสุข การเก็บรวบรวมข้อมูล

- แหล่งข้อมูล ผู้ใช้บริการ
- เครื่องมือ
แบบสอบถามความพึงพอใจผู้ให้บริการ

- วิธีการเก็บข้อมูล

๑. สุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการเพื่อแจกแบบสอบถามโดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้หลักการ ๕ % ของประชากรผู้ให้บริการเฉลี่ยต่อวัน
๒. แจกแบบสอบถามให้กับผู้ป่วยที่สามารถอ่านออกเขียนได้ หรือใช้วิธีสัมภาษณ์ กรณีที่อ่านเขียนไม่ได้ ยกเว้นในรายที่ผู้ป่วยปฏิเสธการตอบ
๓. ทำการเก็บแบบสอบถามทุกวันจนครบระยะเวลาที่กำหนด (ประมาณ ๑ เดือน)
๔. นำแบบสอบถามมาเจนนับคะแนนที่ผู้ป่วยประเมิน และคะแนนเต็มของแต่ละชุด
๕. หาผลรวมของคะแนนความพึงพอใจและคะแนนเต็มของแบบสอบถามคำนวณอัตราส่วนร้อยละของคะแนนความพึงพอใจตามสูตร

การรายงานผล

รายงานเป็นร้อยละของความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ ปีละ ๔ ครั้งส่งรายงานให้ทีม IM และ คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลทุกไตรมาส

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
ไม่มีข้อมูล	-	๘๖.๘๕	๙๐.๒๘	๙๑.๑๐

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

๑.	จากการประเมิน/รับรองคุณภาพตามเกณฑ์ตัวชี้วัด

ผู้บริหารตัวชี้วัด : เบอร์ติดต่อ : ๐๔๕-๖๖๘๑๑๗-๑๐๓๑

ผู้กำกับตัวชี้วัด : เบอร์ติดต่อ : ๐๔๕-๖๖๘๑๑๗-๑๐๓๑

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : เบอร์ติดต่อ : ๐๔๕-๖๖๘๑๑๗-๑๐๓๑

ตัวชี้วัดที่ ๓ : ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพระบบงานสำคัญ

หน่วยวัด : ระดับ

น้ำหนัก : ๑๐

ค่าเป้าหมาย : ระดับ ๕

คำอธิบาย : หมายถึง ระดับความสำเร็จของการบรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัดการพัฒนาคูณภาพระบบงานสำคัญของโรงพยาบาลตามเกณฑ์ตัวชี้วัด ดังต่อไปนี้

ลำดับที่	ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
ระบบงานพัฒนาคูณการ			
๑	ร้อยละของบุคลากรผ่านเกณฑ์ Core Competency ตามข้อบ่งชี้	> ๘๐%	HR
๒	ร้อยละความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากร	> ๘๐%	HR
๓	อัตราการคงอยู่ของบุคลากร	> ๙๕%	HR
๔	การซ่อมแผนอค์คิภัย	๑ ครั้ง/ปี	ENV
ระบบการเงิน			
๕	อัตราส่วนเงินทุนหมุนเร็ว (Quick Ratio)	> ๑.๕	บริหารฯ
๖	อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน (Current Ratio)	> ๑.๕	บริหารฯ
๗	อัตราส่วนเงินสด (Cash Ratio)	> ๐.๘	บริหารฯ
ระบบข้อมูลและสารสนเทศ			
๘	๑. จำนวนครั้งที่เครื่องแม่ข่ายระบบให้บริการ HIMPRO ล่ม	<=๑ ครั้ง/ปี	IM
๙	๒. จำนวนครั้งในการกู้คืนระบบให้บริการ HIMPRO > ๓๐ นาที	<=๑ ครั้ง/ปี	IM
๑๐	๓.จำนวนครั้งที่ระบบเครือข่ายไม่สามารถส่งต่อข้อมูลได้ > ๓๐ นาที	<=๑ ครั้ง/ปี	IM
ระบบบริหารความเสี่ยง			
๑๑	ร้อยละของอุบัติการณ์ทางคลินิกกระดับ E-I ที่ได้รับการทบทวนและแก้ไขอย่างเป็นระบบ	> ๘๐%	RM
๑๒	จำนวนความเสี่ยงที่ได้รับการรายงานเพิ่มขึ้น	> ๑๐ %	RM
๑๓	จำนวนข้อร้องเรียนตามมาตร ๔๑	๐	RM
งานเวชระเบียน			
๑๔	ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนใน OPD	> ๘๕%	เวชระเบียน
๑๕	ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนใน IPD	> ๘๕%	เวชระเบียน
ระบบยา			
๑๖	๑.อัตราPrescribing Error OPD*	<๕ /๑๐๐๐ ใบสั่งยา	เภสัชฯ
๑๗	๒.อัตราPre-dispensing Error OPD*	<๕ /๑๐๐๐ ใบสั่งยา	เภสัชฯ
๑๘	๓.อัตราDispensing Error OPD*	<๕ /๑๐๐๐ ใบสั่งยา	เภสัชฯ

ลำดับที่	ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
๑๙	๔.อัตราAdministration Error OPD*	<๕ /๑๐๐๐ ใบสั่งยา	เภสัชฯ
๒๐	๕.อัตราPrescribing Error IPD*	<๕ /๑๐๐๐ วันนอน	เภสัชฯ
๒๑	๖.อัตราTranscribing Error IPD*	<๕ /๑๐๐๐ วันนอน	เภสัชฯ
๒๒	๗.อัตราPre-dispensing Error IPD*	<๕/๑๐๐๐ วัน นอน	เภสัชฯ
๒๓	๘.อัตราDispensing Error IPD*	<๕ /๑๐๐๐ วันนอน	เภสัชฯ
๒๔	๙.อัตราAdministration Error IPD*	<๕ /๑๐๐๐ วันนอน	เภสัชฯ
๒๕	ร้อยละของผู้ป่วย IPD ที่มีการดำเนินงานเปรียบเทียบประสาน รายการยา(Medication Reconciliation:MR) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง	ร้อยละ ๘๐	เภสัชฯ
๒๖	อัตราการแพ้ยาซ้ำ	ร้อยละ ๐	เภสัชฯ
งานรังสีวิทยา			
๒๗	อัตราฟิล์มเสีย *เพิ่มจาก SAR+เจ้าของงานเพิ่ม	< ๕%	X-ray
งานชั้นสูตร			
๒๘	อุบัติการณ์การไม่รายงานค่า Lab วิกฤติ	๐	LAB
๒๙	อุบัติการณ์การรายงานค่า Lab วิกฤติ ล่าช้า*	ร้อยละ ๐	LaB
๓๐	ผลการควบคุมคุณภาพภายนอกอยู่ในช่วงที่กำหนด	> ๘๐%	LAB
๓๑	อัตราความครอบคลุมในการดำเนินการ EQC/EQA	> ๙๕ %	LAB
งานระบาดวิทยา			
๓๒	ผ่านเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งยั่งยืน	ผ่าน	SRRT
ระบบการนำ			
๓๓	ร้อยละความสำเร็จของการดำเนินงานตามแผนงานโครงการ	ร้อยละ ๗๐	ยุทธศาสตร์
งานอาชีวอนามัย			
๓๔	ร้อยละบุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีตามเกณฑ์	ร้อยละ ๘๐	งานอาชีวอนามัย
๓๕	ร้อยละบุคลากรได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่	ร้อยละ ๑๐๐	งานอาชีวอนามัย

คำอธิบายตัวชี้วัดย่อย

	ชื่อตัวชี้วัด
ตัวชี้วัด	๑. ร้อยละของบุคลากรผ่านเกณฑ์ Core Competency ตามข้อบ่งชี้
เกณฑ์เป้าหมาย	> ๘๐%
นิยาม	การประเมินผลการปฏิบัติงาน”หมายถึง การประเมินผลการปฏิบัติงานตามภาระหน้าที่ความรับผิดชอบ และผลสำเร็จของงานตามที่ได้รับมอบหมายการประเมินทักษะและคุณลักษณะด้านต่างๆ รวมทั้งการลาและการปฏิบัติตามกฎระเบียบวินัยของบุคลากรทั้งนี้ เป็นการเปิดโอกาสให้บุคลากรเข้ามามีส่วนร่วมในการประเมินผลการปฏิบัติงาน โดยให้บุคลากรได้ ประเมินตนเอง และเปิดโอกาสให้บุคลากรได้มีการพูดคุยกับผู้บังคับบัญชา
แหล่งข้อมูล	ทะเบียนงานฝ่ายบริหารฯ
รายการข้อมูลที่๑	จำนวนบุคลากรที่ย้ายและลาออกในปีนั้น
รายการข้อมูลที่๒	จำนวนบุคลากรเฉลี่ยในปีนั้น
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(จำนวนบุคลากรที่ย้ายและลาออกในปีนั้น/จำนวนบุคลากรเฉลี่ยในปีนั้น) X๑๐๐
หน่วยงานที่จัดเก็บ	ฝ่ายบริหารฯ
ความถี่ของการรายงาน	ทุกปี
ตัวชี้วัด	๒. ร้อยละความพึงพอใจของบุคลากร
เกณฑ์เป้าหมาย	> ๘๐%
นิยาม	แรงจูงใจ ขวัญกำลังใจในการทำงานของบุคลากรสุขภาพ หมายถึง ความคิดเห็นในระดับความสำคัญของประเด็นต่าง ๆ ๑๔ ประเด็น ที่ส่งผลให้บุคลากรสุขภาพมีแรงจูงใจ ขวัญกำลังใจในการทำงาน ความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากรสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจของบุคลากรสุขภาพในประเด็นต่าง ๆ ๑๔ ประเด็น ที่ส่งผลให้บุคลากรสุขภาพทำงานอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจ ขวัญกำลังใจ และความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากรสุขภาพ หมายถึง ๑๔ ประเด็น ดังนี้ ความสำเร็จในงานที่ปฏิบัติ การได้รับความยอมรับนับถือ ความก้าวหน้าในตำแหน่งการงาน หน้าที่ความรับผิดชอบ ภาระงานที่เหมาะสม นโยบายการพัฒนาบุคลากร/งาน การบริหารงานที่เป็นธรรม การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ร่วมงาน/ผู้บริหาร รายได้/ค่าตอบแทนต่าง ๆ สวัสดิการที่นอกเหนือจากรายได้/ค่าตอบแทน ความมั่นคงของหน้าที่การงาน โอกาสความก้าวหน้าในงาน สภาพแวดล้อม อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ที่เพียงพอเหมาะสม/ปลอดภัย ความสมดุลระหว่างงานและชีวิตส่วนตัวบุคลากรสุขภาพ หมายถึง บุคลากรที่ให้บริการด้านสุขภาพโดยตรงแก่ผู้ป่วยและประชาชน ทั้งที่เป็นข้าราชการ พนักงานของรัฐและลูกจ้าง ซึ่งปฏิบัติงานที่หน่วยงานในระบบสุขภาพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล และบุคลากรสุขภาพอื่น ๆ
	๑. เครื่องมือ ๑.๑ แบบสอบถามแรงจูงใจ ขวัญกำลังใจ และความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากรสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข ๑.๒ แนวทางการส่งเสริมแรงจูงใจ ขวัญกำลังใจ และความพึง

	ชื่อตัวชี้วัด
	พอใจในงานของบุคลากรสุขภาพ
แหล่งข้อมูล	ทะเบียนงานฝ่ายบริหารฯ
รายการข้อมูลที่๑	จำนวนบุคลากรโรงพยาบาลสิลาลาด
รายการข้อมูลที่๒	จำนวนบุคลากรเฉลี่ยในปีนั้น
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ผลรวมคะแนนความพึงพอใจในการทำงานฯ ที่ได้จากการประเมิน X ๑๐๐ ผลรวมคะแนนเต็มของแบบประเมินด้านความพึงพอใจ
หน่วยงานที่จัดเก็บ	ฝ่ายบริหารฯ
ความถี่ของการรายงาน	ทุกปี
ตัวชี้วัด	๓.ความผาสุกของบุคลากรตาม Happinometer
เกณฑ์เป้าหมาย	> ๖๐%
นิยาม	หน่วยงานที่มีการน าดัชนีความสุขของคนท างานไปใช้ หมายถึง หน่วยงานใน สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับที่มีการประเมินดัชนีความสุขของคนท างาน (Happinometer) รายบุคคลโดยผ่านระบบ Online-based หรือ Mobile App-based หน่วยงานนั้นมีการวิเคราะห์ผลการประเมิน และน าผลการวิเคราะห์ นั้นมาใช้โดยแบ่งเป็น ๕ ระดับ ได้แก่ ระดับที่ ๑ ชี้แจงแนวทางการวัดดัชนีความสุขของคนท างานและการน าดัชนี ความสุขของคนท างานไปใช้ ระดับที่ ๒ มีการส รวจข้อมูล ระดับที่ ๓ มีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล และน าเสนอผลต่อผู้บริหาร ระดับที่ ๔ มีการท าแผนพัฒนาความสุขของคนท างาน ระดับที่ ๕ มีการใช้แผนพัฒนาความสุขของคนท างาน เกณฑ์เป้าหมาย : ปีงบประมาณ ๖๑ ปีงบประมาณ ๖๒ ปีงบประมาณ ๖๓ ปีงบประมาณ
แหล่งข้อมูล	ทะเบียนงานฝ่ายบริหารฯ
รายการข้อมูลที่๑	จำนวนบุคลากรโรงพยาบาลสิลาลาด
รายการข้อมูลที่๒	จำนวนบุคลากรเฉลี่ยในปีนั้น
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(จำนวนบุคลากรที่ย้ายและลาออกในปีนั้น/จำนวนบุคลากรเฉลี่ยในปีนั้น) X๑๐๐
แหล่งข้อมูล	แหล่งข้อมูล Server กลางของกระทรวงสาธารณสุข รายงานข้อมูล ๑ A = จ านวนหน่วยงานที่มีการน าดัชนีความสุขของคนท างาน (Happinometer) ไปใช้ รายงานข้อมูล ๒ B = จำนวนหน่วยงานในสังกัดโรงพยาบาลสิลาลาด
หน่วยงานที่จัดเก็บ	ฝ่ายบริหารฯ
ความถี่ของการรายงาน	ทุกปี
ตัวชี้วัด	๔. การซ่อมแผนอค์คีย์
เกณฑ์เป้าหมาย	๑ ครั้งต่อปี
นิยาม	การซ่อมแผนอค์คีย์เป็นการจำลองเหตุการณ์การเกิดเพลิงไหม้ในโรงพยาบาลและ

	ชื่อตัวชี้วัด
	ดำเนินการควบคุมป้องกันตามแผนที่วางไว้แล้วประเมินผลเพื่อหาโอกาสพัฒนาโดยมีวัตถุประสงค์หลัก เพื่อป้องกันความเสี่ยง และลดความสูญเสียจากอัคคีภัยที่จะเกิดขึ้น
แหล่งข้อมูล	ทะเบียนงาน ENV
รายการข้อมูลที่ ๑	จำนวนครั้งของการซ่อมแผน
รายการข้อมูลที่ ๒	เป้าหมายของการซ่อมแผนใน ๑ ปี
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนครั้งของการซ่อมแผน/เป้าหมายของการซ่อมแผนใน ๑ ปี X ๑๐๐
หน่วยงานที่จัดเก็บ	ทีม ENV
ความถี่ของการรายงาน	ทุกปี
ตัวชี้วัด	๕. อัตราส่วนเงินทุนหมุนเร็ว (Quick Ratio)
เกณฑ์เป้าหมาย	> ๑.๕
นิยาม	เป็นเครื่องชี้ฐานะทางการเงินระยะสั้นของหน่วยงาน ใช้สำหรับวัดความสามารถของหน่วยงาน ในการชำระหนี้สินหมุนเวียน เพื่อมองสภาพคล่องในการชำระหนี้ในส่วนที่สามารถแลกเปลี่ยนเป็นเงินสดได้ง่าย
แหล่งข้อมูล	ทะเบียนงานการเงิน
รายการข้อมูลที่ ๑	(เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด + ลูกหนี้การค้ารักษาพยาบาลสุทธิ)
รายการข้อมูลที่ ๒	รวมหนี้สินหมุนเวียน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด + ลูกหนี้การค้ารักษาพยาบาลสุทธิ)/หนี้สินหมุนเวียนรวม
หน่วยงานที่จัดเก็บ	งานการเงิน
ความถี่ของการรายงาน	ทุกเดือน
ตัวชี้วัด	๖. อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน (Current Ratio)
เกณฑ์เป้าหมาย	>๑.๕
นิยาม	เป็นการวิเคราะห์สภาพคล่องทางการเงินของโรงพยาบาล เป็นเครื่องชี้ฐานะทางการเงินระยะสั้นของหน่วยงาน ถ้ามีการชำระหนี้สินหมุนเวียนแล้วหน่วยงานมีเงินเพียงพอที่จะใช้ในการดำเนินการต่อไปได้หรือไม่อัตราส่วนนี้มีค่าที่สูง ยิ่งแสดงว่าหน่วยงานมีความคล่องตัวมาก เจ้าหนี้ระยะสั้นจะให้ความสำคัญต่ออัตราส่วนนี้มาก เนื่องจากแสดงโอกาสที่จะได้รับชำระหนี้ว่ามีอยู่มากหรือน้อยตามค่าอัตราส่วนโดยทั่วไป
แหล่งข้อมูล	ทะเบียนงานการเงิน
รายการข้อมูลที่ ๑	รวมสินทรัพย์หมุนเวียน
รายการข้อมูลที่ ๒	รวมหนี้สินหมุนเวียน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	รวมสินทรัพย์หมุนเวียน/รวมหนี้สินหมุนเวียน
หน่วยงานที่จัดเก็บ	งานการเงิน
ความถี่ของการรายงาน	ทุกเดือน
ตัวชี้วัด	๗. อัตราส่วนเงินสด (Cash Ratio)
เกณฑ์เป้าหมาย	>๐.๘
นิยาม	คือการบอกความสามารถในการชำระหนี้สินหมุนเวียนด้วยเงินสด และรายการ

	ชื่อตัวชี้วัด
	เทียบเท่าเงินสด
แหล่งข้อมูล	ทะเบียนงานการเงิน
รายการข้อมูลที่ ๑	เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด
รายการข้อมูลที่ ๒	หนี้สินหมุนเวียน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด/ หนี้สินหมุนเวียน
หน่วยงานที่จัดเก็บ	งานการเงิน
ความถี่ของการรายงาน	ทุกเดือน
ตัวชี้วัด	๘. ระยะเวลาที่เครือข่ายสารสนเทศใช้งานไม่ได้ (Information System down time)
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่เกิน ๖ ครั้ง/ปี
นิยาม	เครือข่ายสารสนเทศใช้งานไม่ได้ หมายถึง เครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่ายและลูกข่ายไม่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลการให้บริการได้ โรงพยาบาลมีเครื่องแม่ข่าย (server) สำหรับให้บริการตรวจรักษา จัดทำรายงานสถิติต่างๆ ซึ่งหากเครื่องแม่ข่ายไม่สามารถให้บริการได้ย่อมส่งผลกระทบต่อปริมาณและคุณภาพการบริการ ดังนั้นการมีระบบป้องกันเครื่องแม่ข่ายล่มที่ดี
แหล่งข้อมูล	งานสารสนเทศ
รายการข้อมูลที่ ๑	จำนวนครั้งของเครื่องแม่ข่ายที่ไม่สามารถให้บริการได้
หน่วยงานที่จัดเก็บ	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์
ตัวชี้วัด	๙. ระยะเวลาที่เครือข่ายสารสนเทศกลับมาใช้งานได้ตามปกติ (Information System response time)
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่เกิน ๓๐ นาที
นิยาม	ระยะเวลาที่เครือข่ายสารสนเทศกลับมาใช้งานได้ตามปกติ หมายถึง ระยะเวลาที่ใช้ในการแก้ไขระบบเครือข่ายให้สามารถกลับมาใช้งานได้ตามปกติ ไม่รวมระบบสิ่งแวดล้อมที่ควบคุมไม่ได้ เช่น ระบบจ่ายไฟฟ้าใช้การไม่ได้ เป็นต้น
แหล่งข้อมูล	งานสารสนเทศ
หน่วยงานที่จัดเก็บ	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์
ตัวชี้วัด	๑๐. knowledge Asset Created
เกณฑ์เป้าหมาย	อย่างน้อย ๑๐ เรื่อง
นิยาม	knowledge Asset Created หมายถึง คลังความรู้ที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ตามกระบวนการ KM ซึ่งอาจจัดเก็บในรูปเอกสาร weblog website และมีอย่างน้อย ๑๐ เรื่อง
แหล่งข้อมูล	งาน IM
รายการข้อมูลที่ ๑	จำนวนองค์ความรู้ที่จัดเก็บในคลังความรู้
หน่วยงานที่จัดเก็บ	งาน IM
ตัวชี้วัด	๑๑. ร้อยละของอุบัติการณ์ทางคลินิกระดับ E-I ที่ได้รับการทบทวนและแก้ไขอย่างเป็นระบบ
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ ๙๐

	ชื่อตัวชี้วัด
นิยาม	<p>อุบัติการณ์ทางคลินิกได้มีการทบทวนและแก้ไขตามแนวทางที่กำหนด</p> <p>E=เกิดอุบัติการณ์กับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดผลอันตรายชั่วคราวและต้องมีการบำบัดรักษา</p> <p>F=เกิดอุบัติการณ์กับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดผลอันตรายชั่วคราวและต้องนอนโรงพยาบาลหรืออยู่โรงพยาบาลนานขึ้น</p> <p>G=เกิดอุบัติการณ์กับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตรายถาวร</p> <p>H=เกิดอุบัติการณ์กับผู้ป่วยส่งผลให้ต้องทำการช่วยชีวิต</p> <p>I=เกิดอุบัติการณ์กับผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต</p>
แหล่งข้อมูล	รายงานการแก้ไขความเสี่ยง
รายการข้อมูลที่ ๑	อุบัติการณ์ทางคลินิกระดับ E-I ที่ได้รับการทบทวนและแก้ไขอย่างเป็นระบบ
รายการข้อมูลที่ ๒	อุบัติการณ์ทางคลินิกระดับ E-I ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	อุบัติการณ์ทางคลินิกระดับ E-I ที่ได้รับการทบทวนและแก้ไขอย่างเป็นระบบ/ อุบัติการณ์ทางคลินิกระดับ E-I ทั้งหมด X๑๐๐
หน่วยงานที่จัดเก็บ	ทีมความเสี่ยง
ตัวชี้วัด	๑๒. ความเสี่ยงทางด้านคลินิกได้รับการรายงานเพิ่มขึ้น
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่า ๑๐%
นิยาม	<p>ความเสี่ยงทางด้านคลินิกได้รับการรายงานเพิ่มขึ้น หมายถึง การรายงานความเสี่ยงด้านคลินิกผ่านช่องทางการสื่อสารต่างๆ เช่น บันทึกรายงานส่ง บันทึกใน website ข้อร้องเรียนจากกล่องแสดงความคิดเห็น เป็นต้น</p> <p>ความเสี่ยงทางด้านคลินิก</p> <p>ระดับ A คือ เหตุการณ์ซึ่งมีโอกาสนำให้เกิดความคลาดเคลื่อน</p> <p>ระดับ B คือ เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นแต่ยังไม่ถึงผู้ป่วย</p> <p>ระดับ C คือ เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยแต่ไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย</p> <p>ระดับ D คือ เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้ต้องเฝ้าระวังต่อ</p> <p>ระดับ E คือ เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย เกิดอันตรายชั่วคราวและต้องมีการบำบัดรักษา</p> <p>ระดับ F คือ เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย เกิดอันตรายชั่วคราวและต้องนอนร.พ.นานขึ้น</p> <p>ระดับ G คือ เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตรายถาวรแก่ผู้ป่วย</p> <p>ระดับ H คือ เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้ต้องทำการช่วยชีวิต</p> <p>ระดับ I คือ เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต</p>
แหล่งข้อมูล	ทะเบียนงาน X-Ray
รายการข้อมูลที่ ๑	จำนวนฟิล์มเสียภายใน ๑ เดือน
รายการข้อมูลที่ ๒	จำนวนฟิล์มที่ใช้ทั้งหมดภายใน ๑เดือน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนฟิล์มเสียภายใน ๑ เดือน/จำนวนฟิล์มที่ใช้ทั้งหมดภายใน ๑เดือน X๑๐๐
หน่วยงานที่จัดเก็บ	งาน X-ray
ตัวชี้วัด	๑๓. อุบัติการณ์เรื่องร้องเรียนด้านจรรยาวิชาชีพของแต่ละวิชาชีพ

	ชื่อตัวชี้วัด
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่เกินร้อยละ๕
นิยาม	จรรยาวิชาชีพ หมายถึง ประมวลความประพฤติผู้ประกอบอาชีพการงานแต่ละอย่าง กำหนดขึ้นเพื่อรักษาและส่งเสริมเกียรติคุณชื่อเสียงและฐานะของสมาชิก
แหล่งข้อมูล	สรุปรายงานความเสี่ยง
รายการข้อมูลที่๑	จำนวนเรื่องร้องเรียนด้านจรรยาวิชาชีพของแต่ละวิชาชีพ
รายการข้อมูลที่๒	จำนวนเรื่องร้องเรียนทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนเรื่องร้องเรียนด้านจรรยาวิชาชีพของแต่ละวิชาชีพ/จำนวนเรื่องร้องเรียนทั้งหมด x ๑๐๐
หน่วยงานที่จัดเก็บ	ทีมความเสี่ยง
ตัวชี้วัด	๑๔. ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนใน OPD
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่เกินร้อยละ๕
นิยาม	<p>เวชระเบียน (Medical Record) หมายถึง เอกสารทางการแพทย์ทุก ประเภท ที่ใช้บันทึกและเก็บรวบรวมเรื่องราวประวัติ ของผู้ป่วยทั้งประวัติส่วนตัว ประวัติครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน การรักษา ผลจากห้องปฏิบัติการ ผลการบันทึกค่าจากเครื่องมือทางการแพทย์ทุกประเภท หรือเอกสารการบันทึกการกระทำใด ๆ ที่เป็นการสั่งการรักษา การปรึกษาเพื่อการรักษาพยาบาล การกระทำตามคำสั่งของผู้มีอำนาจในการรักษาพยาบาลตามที่สถานบริการสาธารณสุข กำหนดไว้และเอกสารอื่น ๆ ที่ใช้ประกอบเพื่อการตัดสินใจทางการแพทย์ เพื่อการประสานงานในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย รวมทั้งเอกสารทางการแพทย์ที่อยู่ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์</p> <p>ความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน หมายถึง การบันทึกเวชระเบียนของหน่วยบริการมีความสมบูรณ์และเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพตาม สปสช.และ พรพ.กำหนด การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน</p> <p>๑. สุ่มตัวอย่างเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจำนวน ร้อยละ ๑ ของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ให้ครอบคลุมอย่างน้อย ๔ สาขา คือ สูติกรรม ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม</p> <p>๒. ตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน จากแบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน (Medical Record Audit Form IPD) ของสปสช.</p> <p>๓. บันทึกและวิเคราะห์ผลจากการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนในรูปอิเล็กทรอนิกส์ตามโปรแกรม MRA (Medical Record Audit)</p>
แหล่งข้อมูล	๑. ข้อมูลจาก STATEMENT รายเดือนของหน่วยบริการ ๒. เวชระเบียนผู้ป่วยของหน่วยบริการ ๓. ผลการทบทวนเวชระเบียน (MRA) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
รายการข้อมูลที่๑	ผลรวมคะแนนความสมบูรณ์ของบันทึกเวชระเบียนที่ตรวจได้ของหน่วยบริการ
รายการข้อมูลที่๒	ผลรวมคะแนนเต็มความสมบูรณ์ของบันทึกเวชระเบียนของหน่วยบริการ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ผลรวมคะแนนความสมบูรณ์ของบันทึกเวชระเบียนที่ตรวจได้ของหน่วยบริการ/ผลรวมคะแนนเต็มความสมบูรณ์ของบันทึกเวชระเบียนของหน่วยบริการ X๑๐๐

	ชื่อตัวชี้วัด
หน่วยงานที่จัดเก็บ	OPD
ตัวชี้วัด	๑๕. ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนใน IPD
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่เกินร้อยละ๕
นิยาม	<p>ความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน หมายถึง การบันทึกเวชระเบียนของหน่วยบริการมีความสมบูรณ์และเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพตาม สปสช.และ สรพ.กำหนด การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน</p> <p>๑.สุ่มตัวอย่างเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจำนวน ร้อยละ ๑ ของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ให้ครอบคลุมอย่างน้อย ๔ สาขา คือ สูติกรรม ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม</p> <p>๒.ตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน จากแบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน (Medical Record Audit Form IPD) ของสปสช.</p> <p>๓.บันทึกและวิเคราะห์ผลจากการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ตามโปรแกรม MRA (Medical Record Audit)</p>
แหล่งข้อมูล	เวชระเบียนผู้ป่วยใน
รายการข้อมูลที่๑	ผลรวมคะแนนความสมบูรณ์ของบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน
รายการข้อมูลที่๒	ผลรวมคะแนนเต็มความสมบูรณ์ของบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ผลรวมคะแนนความสมบูรณ์ของบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน/ ผลรวมคะแนนเต็มความสมบูรณ์ของบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน X๑๐๐
หน่วยงานที่จัดเก็บ	IPD
ตัวชี้วัด	๑๖. Med Error จาก LASA
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่เกินร้อยละ๕
นิยาม	เหตุการณ์ความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นกับยาชื่อพ้อง มองคล้ายในทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลที่มีการใช้ยาชื่อพ้องมองคล้าย และทุกขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนการสั่งใช้ยา ขั้นตอนการจัดยา ก่อนจ่ายยา ขั้นตอนการจ่ายยา ขั้นตอนการให้ยา
แหล่งข้อมูล	รายงานความคลาดเคลื่อนทางยา
รายการข้อมูลที่๑	จำนวนครั้งของความคลาดเคลื่อนทางยา กลุ่มยาชื่อพ้องมองคล้าย
รายการข้อมูลที่๒	จำนวนครั้งของความคลาดเคลื่อนทางยาทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนครั้งของความคลาดเคลื่อนทางยา กลุ่มยาชื่อพ้องมองคล้าย/จำนวนครั้งของความคลาดเคลื่อนทางยาทั้งหมด x ๑๐๐
หน่วยงานที่จัดเก็บ	งานเภสัชฯ
ตัวชี้วัด	๑๗. Med-Reconciliation
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ ๑๐๐
นิยาม	<p>Medication Reconciliation เป็นการเปรียบเทียบรายการยาของผู้ป่วยเมื่อแรกรับ เปรียบเทียบรายการยาที่แพทย์สั่งกับรายการยาที่ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่องที่บ้านก่อนมารับการรักษา ในกรณีที่ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หืด ลมชัก เป็นต้น จะดูรายการยาที่แพทย์สั่งแรกรับนั้นครอบคลุมรายการยาที่ผู้ป่วยรับประทานยา</p>

	ชื่อตัวชี้วัด
	อเนื่องที่บ้านหรือไม จะดูความแตกต่างและมีการบอกแพทย์กรณีพบความแตกต่างดังกล่าว
แหล่งข้อมูล	ทะเบียน รง.
รายการข้อมูลที่๑	จำนวนผู้ป่วยในรับยาที่มีการทำ Medication Reconciliation
รายการข้อมูลที่๒	จำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนผู้ป่วยในรับยาที่มีการทำ Medication Reconciliation/จำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด x ๑๐๐
หน่วยงานที่จัดเก็บ	งานเภสัชฯ
ตัวชี้วัด	๑๘. การแพ้ยาซ้ำ
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ ๐
นิยาม	อัตราผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ หมายถึง เหตุการณ์ที่ผู้ป่วยได้รับการบริหารยาทั้งโดยตนเอง ผู้ดูแลหรือจากบุคลากรทางการแพทย์แล้วเกิดอาการแพ้ยา โดยที่ผู้ป่วยเคยเกิดอาการแพ้ยาดังกล่าวจากยาที่มีชื่อสามัญทางยาเดียวกัน มาก่อนทั้งที่เคยมีประวัติและไม่มีประวัติการบันทึกในเวชระเบียน หรือเอกสารของโรงพยาบาล ยก เว้นการตั้งใจให้ยาซ้ำของบุคลากรทางการแพทย์เพื่อประโยชน์ในการรักษาหรือมี ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์หรือกรณีที่ผู้ป่วย ตั้งใจใช้ยาซ้ำด้วยตนเอง
แหล่งข้อมูล	แบบรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนครั้งของการแพ้ยาซ้ำที่เกิดขึ้นจริงในระยะเวลา ๑ ปี
หน่วยงานที่จัดเก็บ	งานเภสัชกรรม
ตัวชี้วัด	๑๙. อัตราฟิล์มเสีย
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่เกินร้อยละ๕
นิยาม	ฟิล์มเสียหมายถึงฟิล์มที่ไม่สามารถให้รายละเอียดที่ดีในการวินิจฉัย เกิดจากปัจจัยหลายอย่าง อาทิ การจัดทำ,การควบคุมการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยไม่ได้,การตั้งค่าทางเทคนิคที่สูงหรือต่ำเกินไป,ไฟฟ้าสถิตจากการจัดเก็บฟิล์มที่ไม่ถูกต้อง,ฟิล์มพอกจากการถูกแสงที่ไม่ปลอดภัยมากเกินไป,มีสิ่งแปลกปลอมปรากฏบนฟิล์ม,ฟิล์มถูกแสงโดยเทคนิคเขียนและการรั่วของคาสเซตทำให้ฟิล์มโดนแสง เป็นต้น
แหล่งข้อมูล	ทะเบียนงาน X-Ray
รายการข้อมูลที่๑	จำนวนฟิล์มเสียภายใน ๑ เดือน
รายการข้อมูลที่๒	จำนวนฟิล์มที่ใช้ทั้งหมดภายใน ๑เดือน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนฟิล์มเสียภายใน ๑ เดือน/จำนวนฟิล์มที่ใช้ทั้งหมดภายใน ๑เดือน X๑๐๐
หน่วยงานที่จัดเก็บ	งาน X-ray
ความถี่ของการรายงาน	ทุกเดือน
ตัวชี้วัด	๒๐. อุบัติการณ์การไม่รายงานค่า Lab วิฤติ
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ ๐
นิยาม	ค่าวิฤติ คือ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีความแตกต่างจากช่วงค่าปกติมาก หรือผลการตรวจที่ผิดปกติ ซึ่งมีความเสี่ยงสูงที่อาจก่อเกิดอันตรายกับตัวผู้ป่วย ถ้าไม่ได้รับการรักษาโดยเร็ว เป็นค่าที่เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการจำเป็นต้องรายงานให้

	ชื่อตัวชี้วัด
	แพทย์หรือผู้ที่ทำการรักษาทราบโดยเร็ว ที่สุด กรณีที่พบว่าผลการตรวจเป็นค่าวิกฤต ทางห้องปฏิบัติการจะดำเนินการแจ้งผลทางโทรศัพท์ ให้ทราบก่อน โดยไม่ต้องมีการร้องขอ ซึ่งค่าวิกฤตทางห้องปฏิบัติการ
แหล่งข้อมูล	ทะเบียนงานชั้นสูตร
รายการข้อมูลที่๑	จำนวนครั้งการไม่รายงานค่า Lab วิกฤติใน ๑ เดือน
รายการข้อมูลที่๒	จำนวน Lab วิกฤติทั้งหมดใน ๑ เดือน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนครั้งการไม่รายงานค่า Lab วิกฤติใน ๑ เดือน/จำนวน Lab วิกฤติทั้งหมดใน ๑ เดือน X ๑๐๐
ตัวชี้วัด	๒๑. ผลการควบคุมคุณภาพภายนอกอยู่ในช่วงที่กำหนด
เกณฑ์เป้าหมาย	> ๘๐%
นิยาม	ผลการควบคุมคุณภาพภายนอกในภาพรวม หมายถึง ผลการทดสอบความชำนาญของการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการในสาขาต่างๆ ทั้ง ๕ สาขา ที่ดำเนินการโดยสำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ซึ่งมีการส่งตัวอย่างให้ห้องปฏิบัติการตรวจวิเคราะห์ปีละ ๓ ครั้งในแต่ละสาขา และมีการประเมินผลการทดสอบแจ้งกลับมายังห้องปฏิบัติการ การผ่านเกณฑ์มาตรฐาน หมายถึงได้คะแนนผลการทดสอบความชำนาญตั้งแต่ ๒.๕๐ขึ้นไป
แหล่งข้อมูล	จากแบบสรุปผลการประเมินคุณภาพการตรวจวิเคราะห์ในแต่ละสาขา ที่แจ้งกลับมาโดยสำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
รายการข้อมูลที่๑	จำนวนครั้งผลการทดสอบที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (≥ ๒.๕๐) ทุกสาขา
รายการข้อมูลที่๒	จำนวนครั้งของผลการทดสอบทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนครั้งผลการทดสอบที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (≥ ๒.๕๐) ทุกสาขา/จำนวนครั้งของผลการทดสอบทั้งหมด X ๑๐๐
หน่วยงานที่จัดเก็บ	งานชั้นสูตร
ตัวชี้วัด	๒๒. อัตราความครอบคลุมในการดำเนินการ EQC/EQA
เกณฑ์เป้าหมาย	> ๘๐%
นิยาม	การควบคุมคุณภาพภายนอกห้องปฏิบัติการ(External Quality Assessment : EQA) หมายถึง การทดสอบความชำนาญของการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการในสาขาต่างๆ โดยเป็นการเปรียบเทียบผลของตัวอย่างชนิดเดียวกันระหว่างห้องปฏิบัติการ ซึ่งมีทั้งหน่วยงานกลางที่ทำหน้าที่จัดเตรียมตัวอย่าง ประเมินผลการวิเคราะห์ และจัดส่งผลการประเมินและมีทั้งห้องปฏิบัติการจัดเตรียมตัวอย่างเองแล้วเปรียบเทียบผลกับห้องปฏิบัติการภายนอกอื่นๆ
แหล่งข้อมูล	จากแบบสรุปผลการประเมินคุณภาพการตรวจวิเคราะห์โดย สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์เชียงใหม่ หรือวิเคราะห์ผลที่ได้จากห้องปฏิบัติการ อื่นๆ
รายการข้อมูลที่๑	จำนวนการทดสอบที่ห้องปฏิบัติการมีการทำควบคุมคุณภาพภายนอก
รายการข้อมูลที่๒	จำนวนการทดสอบทั้งหมดที่ห้องปฏิบัติการสามารถตรวจได้
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนการทดสอบที่ห้องปฏิบัติการมีการทำควบคุมคุณภาพภายนอก/จำนวน

	ชื่อตัวชี้วัด
	การทดสอบทั้งหมดที่ห้องปฏิบัติการสามารถตรวจได้ X ๑๐๐
หน่วยงานที่จัดเก็บ	งานชั้นสูตร
ตัวชี้วัด	๒๓. ผ่านเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งยั่งยืน
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๖๐ ของคะแนนรวม
นิยาม	อำเภอมีระบบบริหารจัดการให้เกิดการพัฒนาตามเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง ๕ ด้านคือ ๑.) มีคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ๒.) มีระบบระบาดวิทยาที่ดีในระดับอำเภอ ๓.) มีการวางแผน กำกับติดตามและประเมินผลการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ๔.) มีการระดมทรัพยากรหรือการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นรูปธรรม ๕.) มีผลสำเร็จของการควบคุมป้องกันโรคที่สำคัญตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและเป็นปัญหาในพื้นที่อย่างน้อยประเด็นละ ๑ เรื่องขึ้นไป
แหล่งข้อมูล	ทะเบียนงาน SRRT
รายการข้อมูลที่ ๑	คะแนนการดำเนินการตามมาตรฐานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง
รายการข้อมูลที่ ๒	คะแนนรวมตามมาตรฐานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	คะแนนการดำเนินการตามมาตรฐานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง/คะแนนรวมตามมาตรฐานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง X ๑๐๐
หน่วยงานที่จัดเก็บ	งาน SRRT
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๖ เดือน
ตัวชี้วัด	๒๔. ร้อยละความสำเร็จของการดำเนินงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ ๘๐
นิยาม	การดำเนินงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการในปีงบประมาณ ๒๕๕๖ ประกอบด้วย ๗ ตัวชี้วัด
แหล่งข้อมูล	รายงานผลการดำเนินงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ
รายการข้อมูลที่ ๑	ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนักการดำเนินงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ
รายการข้อมูลที่ ๒	คะแนนรวมผลการดำเนินงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	รายงานผลการดำเนินงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ/รายงานผลการดำเนินงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ X ๑๐๐
หน่วยงานที่จัดเก็บ	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์
ตัวชี้วัด	๒๕. ร้อยละบุคลากรที่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีตามเกณฑ์
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ ๑๐๐
เป้าหมาย	บุคลากรทุกระดับในโรงพยาบาล
แหล่งข้อมูล	ทะเบียนงานที่ส่งเสริมสุขภาพ
รายการข้อมูลที่ ๑	จำนวนบุคลากรที่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี
รายการข้อมูลที่ ๒	จำนวนบุคลากรทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนบุคลากรที่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี/จำนวนบุคลากรทั้งหมดใน ๑ ปี X ๑๐๐
หน่วยงานที่จัดเก็บ	ทีมส่งเสริมสุขภาพ

	ชื่อตัวชี้วัด
ความถี่ของการรายงาน	ทุกเดือน

เกณฑ์การประเมิน

รายละเอียด	ระดับ
ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด ๑-๕ ข้อ	๑
ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด ๖-๑๐ ข้อ	๒
ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด ๑๑-๑๕ ข้อ	๓
ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด ๑๖-๒๐ ข้อ	๔
ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด ๒๑ ข้อ ขึ้นไป	๕

เงื่อนไข -

แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

- ข้อมูลจากระเบียน รายงานของหน่วยงานในโรงพยาบาล
- การประเมินโดยทีมคณะกรรมการคุณภาพโรงพยาบาลศิลาลาด

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

ผู้บริหารตัวชี้วัด: นพ.ธนา คลองงาม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิลาลาด ตำแหน่ง ประธาน คปสอ.

ศิลาลาด เบอร์ติดต่อ: ๐๔๕-๖๖๘๑๑๗-๑๐๓๑

ผู้กำกับตัวชี้วัด: กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ เบอร์ติดต่อ : ๐๘-๑๓๙๓๕๓๘๑

ตัวชี้วัดที่ ๔ : ไม่มีข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยเสียชีวิต

หน่วยวัด : ร้อยละ ๑๐๐

วัตถุประสงค์ เพื่อ ไม่มีข้อมูลผู้รับบริการที่เสียชีวิตแล้วในแฟ้ม

นิยาม ข้อมูลประชากรถูกต้อง หมายถึง ไม่มีการให้บริการคนตายในแฟ้มบริการ Servic และ NCD screen

เกณฑ์การประเมิน

ที่	กิจกรรม	ระดับ
๑.	ข้อมูลแฟ้มบริการและNCD screen มีคนตายไม่แก้ไข	๑
๒.	ข้อมูลแฟ้มบริการและNCD screen มีคนตายมีการแก้ไข	๒
๓.	ข้อมูลแฟ้มบริการและ NCD screen มีคนตายมีการแก้ไขอย่างถูกต้อง	๓
๔.	ข้อมูลแฟ้มบริการและ NCD screen ไม่มีให้บริการคนตาย	๔

ตัวชี้วัดที่ ๕ : ร้อยละของบุคลากรผ่านเกณฑ์ Core competency ตามข้อบ่งชี้

หน่วยวัด : ร้อยละ ๘๐

น้ำหนัก : ๑๐

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินบุคลากรผ่านเกณฑ์ Core competency ตามข้อบ่งชี้ในโรงพยาบาลศิลาลาด

นิยาม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

- แหล่งข้อมูล -
- เครื่องมือ -
- วิธีการเก็บข้อมูล

เก็บข้อมูลและประมวลผลจาก แบบประเมิน

การรายงานผล

รายงานเป็นร้อยละของความสุขของบุคลากรผู้ให้บริการ ปีละ ๒ ครั้งส่งรายงานให้ทีม IMและคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลทุกไตรมาส

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
ไม่มีข้อมูล	-	-	-	-

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

๑.	จากการประเมิน/รับรองคุณภาพตามเกณฑ์ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดที่ ๖ ร้อยละความพึงพอใจของบุคลากร

หน่วยวัด : ร้อยละ ๘๐

น้ำหนัก : ๑๐

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการให้บริการจากความคิดเห็นของผู้ให้บริการ

นิยาม ความพึงพอใจของผู้ให้บริการหมายถึง ความคิดเห็นของผู้ให้บริการต่อการบริการของโรงพยาบาลศิลาลาด โดยมีเกณฑ์จำแนกระดับความพึงพอใจโรงพยาบาลศิลาลาด ดังนี้

$$\text{สูตรคำนวณ ระดับความพึงพอใจของบุคลากร} = \frac{\text{ผลรวมของคะแนนความพึงพอใจ} \times ๑๐๐}{\text{ผลรวมคะแนนเต็มของแบบสอบถาม}}$$

ผู้ให้บริการ หมายถึง บุคลากรของโรงพยาบาลทุกคนในโรงพยาบาลศิลาลาดที่ให้บริการผู้รับบริการ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

- แหล่งข้อมูล ผู้ให้บริการ
- เครื่องมือ แบบสอบถามความพึงพอใจผู้ให้บริการ
- วิธีการเก็บข้อมูล

๑. สุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการเพื่อแจกแบบสอบถามโดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้หลักการ ๕ % ของประชากรผู้ให้บริการเฉลี่ยต่อวัน

๒. ทำการเก็บแบบสอบถามทุกวันจนครบระยะเวลาที่กำหนด (ประมาณ ๑ เดือน)

๓. นำแบบสอบถามมาเจงนับคะแนนที่ผู้ปวยประเมิน และคะแนนเต็มของแต่ละชุด

๔. หาผลรวมของคะแนนความพึงพอใจและคะแนนเต็มของแบบสอบถามคำนวณอัตราส่วนร้อยละของคะแนนความพึงพอใจตามสูตร

เกณฑ์การประเมิน

เกณฑ์การประเมิน

รายละเอียด	ระดับ
คะแนนความพึงพอใจร้อยละ ๐-๒๐	๑
คะแนนความพึงพอใจร้อยละ ๒๑-๔๐	๒
คะแนนความพึงพอใจร้อยละ ๔๑-๖๐	๓
คะแนนความพึงพอใจร้อยละ ๖๑-๗๙	๔
คะแนนความพึงพอใจร้อยละ ๘๐-๑๐๐	๕

แหล่งข้อมูล จากแบบสำรวจโดยใช้แบบสำรวจของกลุ่มงานพัฒนาบุคลากร

วิธีจัดเก็บข้อมูล แบบสอบถามความพึงพอใจ ปีละ ๒ ครั้ง ครั้งที่ ๑ เดือนมีนาคม ครั้งที่ ๒ เดือนกันยายน

การรายงานผล

รายงานเป็นร้อยละของความพึงพอใจของผู้ให้บริการ ปีละ ๔ ครั้งส่งรายงานให้ทีม IM และ คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลทุกไตรมาส

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
ไม่มีข้อมูล	-			

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

๑.	จากการประเมิน/รับรองคุณภาพตามเกณฑ์ตัวชี้วัด

ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล ทุก ๖ เดือน

ผู้บริหารตัวชี้วัด : เบอร์ติดต่อ : ๐๔๕-๖๖๘๑๑๗-๑๐๓๑

ผู้กำกับตัวชี้วัด : เบอร์ติดต่อ : ๐๔๕-๖๖๘๑๑๗-๑๐๓๑

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : เบอร์ติดต่อ : ๐๔๕-๖๖๘๑๑๗-๑๐๓๑

ตัวชี้วัดที่ ๗ : ร้อยละของภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านสุขภาพ

หน่วยวัด : ร้อยละ ๙๐

น้ำหนัก : ๑๐

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินผลการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการสร้างสุขภาพ

นิยาม การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย หมายถึง การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ร่วมคิด ร่วมดำเนินการ ร่วมประเมินผลและร่วมรับผลประโยชน์ของภาคีเครือข่าย ในด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา เฝ้าระวัง พื้นฟูสภาพร่างกาย การควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

แนวทาง กิจกรรมในการจัดการสุขภาพ ที่กำหนดขึ้น โดยสรุปได้ดังนี้

กิจกรรม	คะแนน
๑. ภาคีเครือข่ายเข้าร่วมประชุมและแสดงความคิดเห็นในการจัดทำแผนงาน/โครงการของโรงพยาบาลหรือกิจกรรมอื่นๆ	๑
๒. ภาคีเครือข่ายได้เข้าร่วมดำเนินการตามแผนงาน/โครงการของโรงพยาบาล	๑
๓. ภาคีเครือข่ายได้เข้าร่วมในการประเมินผลโครงการ	๑
๔. ภาคีเครือข่ายได้เข้าร่วมรับผลประโยชน์จากการดำเนินการแผนงาน/โครงการ เช่น ประชาชนในเขตรับผิดชอบมีความพึงพอใจมากขึ้นหรือมีการจัดสรรงบประมาณลงในพื้นที่รับผิดชอบของภาคีเครือข่าย เป็นต้น	๑
รวม	๔

เกณฑ์การประเมินชุมชน

รายละเอียด	ระดับ
ที่ดำเนินการกิจกรรมได้ ๑ ข้อ	๒
ที่ดำเนินการกิจกรรมได้ ๒ ข้อ	๓
ที่ดำเนินการกิจกรรมได้ ๓ ข้อ	๔
ที่ดำเนินการกิจกรรมได้ ๔ ข้อ	๕

เงื่อนไข -

แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

- ข้อมูลจากระเบียน รายงานของหน่วยงานในโรงพยาบาล
- การประเมินโดยทีมคณะกรรมการคุณภาพโรงพยาบาลศีลาลาด

ระยะเวลาดำเนินงาน ประเมินปีละ ๒ ครั้ง ครั้งที่ ๑ เดือน มีนาคม

และครั้งที่ ๒ เดือน กรกฎาคม

ผู้บริหารตัวชี้วัด: นพ.ธนา คลองงาม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิลาลาด ตำแหน่ง ประธาน คปสอ.

ศิลาลาด เบอร์ติดต่อ: ๐๔๕-๖๖๘๑๑๗-๑๐๓๑

ผู้กำกับตัวชี้วัด: กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ เบอร์ติดต่อ : ๐๘-๑๓๙๓๕๓๘๑

ตัวชี้วัดที่ ๘ : ร้อยละของเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนได้รับการพัฒนาทักษะด้านสุขภาพ

หน่วยวัด : ร้อยละ ๙๐

น้ำหนัก : ๑๐

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินผลการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการสร้างสุขภาพ

นิยาม การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย หมายถึง การพัฒนาระบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในด้านการ

ส่งเสริม ป้องกัน รักษา เฝ้าระวัง พื้นฟูสภาพร่างกาย การควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

แนวทาง กิจกรรมในการจัดการสุขภาพ ที่กำหนดขึ้น โดยสรุปได้ดังนี้

กิจกรรม	คะแนน
๑. ผู้แทนภาคีเครือข่ายได้รับการอบรม/พัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ	๑
๒. ผู้แทนภาคีเครือข่ายได้รับการฝึกทักษะที่จำเป็นด้านสุขภาพ	๑
๓. ผู้แทนภาคีเครือข่ายได้รับการนิเทศ ให้การปรึกษาด้านสุขภาพจากโรงพยาบาล	๑
๔. ผู้แทนภาคีเครือข่ายได้มีการนำแนวคิด/หลักการจากการมีส่วนร่วมกับโรงพยาบาลไปประยุกต์ใช้	๑
๕. ผู้แทนภาคีเครือข่ายมีการสร้างนวัตกรรมจากการเรียนรู้ร่วมกับโรงพยาบาล	๑
รวม	๕

เกณฑ์การประเมินชุมชน

รายละเอียด	ระดับ
ที่ดำเนินการกิจกรรมได้ ๑ ข้อ	๑
ที่ดำเนินการกิจกรรมได้ ๒ ข้อ	๒
ที่ดำเนินการกิจกรรมได้ ๓ ข้อ	๓
ที่ดำเนินการกิจกรรมได้ ๔ ข้อ	๔
ที่ดำเนินการกิจกรรมได้ ๕ ข้อ	๕

เงื่อนไข -

แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

- ข้อมูลจากระเบียน รายงานของหน่วยงานในโรงพยาบาล
- การประเมินโดยทีมคณะกรรมการคุณภาพโรงพยาบาลศิลาลาด

ระยะเวลาดำเนินงาน ประเมินปีละ ๒ ครั้ง ครั้งที่ ๑ เดือน มีนาคม

และครั้งที่ ๒ เดือน กรกฎาคม

ผู้บริหารตัวชี้วัด: นพ.ธนา คลองงาม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศีลาลาด ตำแหน่ง ประธาน คปสอ.

ศีลาลาด เบอร์ติดต่อ: ๐๔๕-๖๖๘๑๑๗-๑๐๓๑

ผู้กำกับตัวชี้วัด: กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ เบอร์ติดต่อ :