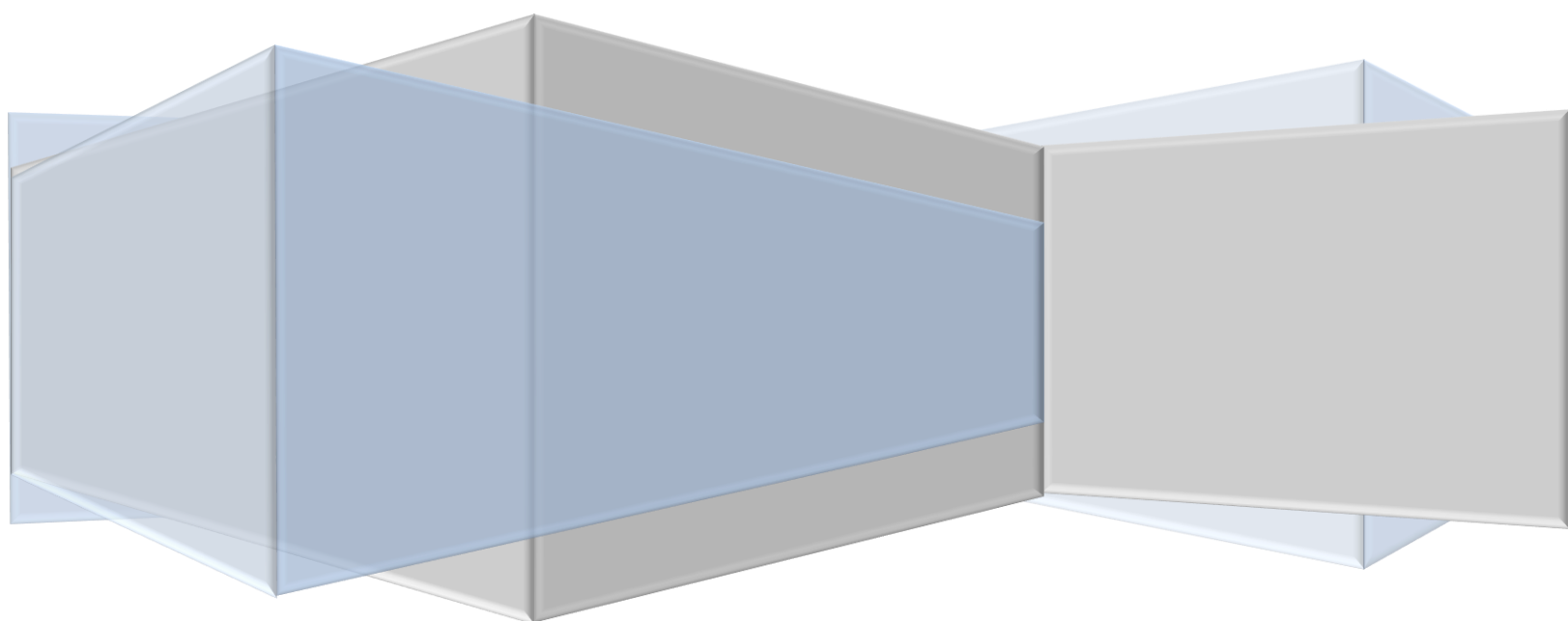


**แผนยุทธศาสตร์
โรงพยาบาลวิภาวดี
ปีงบประมาณ 2560-2564**



โรงพยาบาลวิภาวดี

วิสัยทัศน์

องค์กรมาตรฐาน การจัดการสุขภาพชุมชนเข้มแข็ง อย่างยั่งยืนภายในปี 2564

พันธกิจ

1. ให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน
2. มีการบริหารจัดการทรัพยากร (คน เงิน ของ) ที่มีประสิทธิภาพ โปร่งใส และตรวจสอบได้
3. ระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ
4. สร้างเสริมสิ่งแวดล้อมให้เกิดความปลอดภัยและเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ
5. สร้างเสริมพฤติกรรมที่ดีของประชาชน โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

ประเด็นยุทธศาสตร์

1. พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพตามมาตรฐาน
2. พัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากร(คน เงิน ของ) และสารสนเทศให้มีประสิทธิภาพ
3. พัฒนาระบบการจัดการสิ่งแวดล้อมให้มีความปลอดภัยและเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ
4. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการจัดการสุขภาพ

เป้าประสงค์

1. ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัยและพึงพอใจ
2. ผู้ให้บริการมีความรู้ความสามารถ และปฏิบัติงานอย่างมีความสุข
3. มีเสถียรภาพทางการเงิน
4. ระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ
5. มีระบบธรรมาภิบาล
6. มีสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ
7. ประชาชนมีสุขภาวะที่ดี
8. ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพชุมชน

ค่านิยม

มีมาตรฐาน บริการด้วยใจ

เข็มมุ่ง

1. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ ได้แก่ Stroke COPD
2. พัฒนาระบบ RDU
3. พัฒนาระบบ 2P Safty
4. พัฒนาระบบบริหารการเงินให้เป็นตามแผน (Planfin

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน				
				2560	2561	2562	2563	2564
1. พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพตามมาตรฐาน	1. ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัยและพึงพอใจ	1. เพื่อให้ผู้รับบริการปลอดภัย						
		1.1 พัฒนาระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล	1. โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์การประเมิน RDU ชั้น 3					
		1.2 พัฒนาระบบ 2P safety	2. ร้อยละความสำเร็จ ของตัวชี้วัด 2P safety ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100					
			3. อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล เท่ากับ 0					
		1.3 พัฒนาการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มแม่และเด็ก	4. การเกิดตกเลือดหลังคลอด ไม่เกิน ร้อยละ 5					
			5. อัตราตายมารดาและทารกเท่ากับ 0					
			6. อัตราการเกิด <i>Birth Asphyxia</i> <25/1000 ประชากร					
			7. โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ					
		1.4 พัฒนาการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรัง	8. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ NCD clinic plus					
			9. อัตราการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มเป้าหมาย ร้อยละ 90					

ประเด็น ยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน				
				2560	2561	2562	2563	2564
			10.อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 mmHg. > ร้อยละ 60					
			11.ร้อยละของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่เปลี่ยนเป็นกลุ่มป่วย < ร้อยละ 5					
			12.อัตราการคัดกรองโรคความเบาหวานในกลุ่มเป้าหมาย ร้อยละ 90					
			13.อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มี HbA1C<7% > ร้อยละ 40					
			14.อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ตา < ร้อยละ 10 ไต < ร้อยละ 66 เท้า < ร้อยละ 10					
			15.ร้อยละของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่เปลี่ยนเป็นกลุ่มป่วย ไม่เกินร้อยละ5					
			16. อัตราการ readmission ภายใน 28 วัน ในผู้ป่วย COPD ไม่เกินร้อยละ5					

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน				
				2560	2561	2562	2563	2564
			17. อัตราการเกิด Acute respiratory failure ในผู้ป่วย COPD ไม่เกินร้อยละ 5					
			18. อัตราการเกิดภาวะ Pneumonia แทรกซ้อน ในผู้ป่วย COPD ไม่เกินร้อยละ 10					
		1.5 พัฒนาการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคฉุกเฉิน	19. การเสียชีวิตด้วยโรคเส้นเลือดหัวใจตีบที่มีการยืนยันการวินิจฉัยด้วยการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจในโรงพยาบาล ร้อยละ 10 ต่อแสนประชากร					
			20. อัตราผู้ป่วย STEMI ได้รับการวินิจฉัยและส่งต่อ ภายใน 50 นาที ร้อยละ 100					
			21. อัตราเข้ารับบริการ STEMI ทันเวลา ภายใน 3 ชม. มากกว่าร้อยละ 80					
			22. อัตราผู้ป่วย Stroke เข้ารับบริการดูแลรักษา ทันเวลา ภายใน 3 ชม. มากกว่าร้อยละ 80					
			23. ร้อยละผู้ป่วย Stroke Fast track ได้รับการส่งต่อทันเวลา ภายใน 50 นาที ร้อยละ 100					

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน				
				2560	2561	2562	2563	2564
			24. ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วย Stroke ในโรงพยาบาล = 0					
		1.6 พัฒนาการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคติดต่อ	25. ความสำเร็จของการรักษาโรคทุกประเภท $\geq$ ร้อยละ 85					
		1.7 พัฒนาการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคโรคประจำถิ่น	26. อัตราตายในผู้ป่วยไข้เลือดออกเท่ากับ 0					
		2. เพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจ	27. ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยนอก $\geq$ ร้อยละ 85					
			28. ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยใน $\geq$ ร้อยละ 85					
			29. ร้อยละความพึงพอใจผู้รับบริการในชุมชน $\geq$ ร้อยละ 85					
2. พัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากร (คน เงิน ของ) และสารสนเทศให้มีประสิทธิภาพ	2. ผู้ให้บริการมีความรู้ความสามารถและปฏิบัติงานอย่างมีความสุข	3. เพื่อพัฒนาสมรรถนะตามเกณฑ์ที่คาดหวัง	30. ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด $\geq$ ร้อยละ 85					
			31. ร้อยละดัชนีความสุขของพนักงาน (Happinometer) ร้อยละ 60					

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน				
				2560	2561	2562	2563	2564
			32. ร้อยละของความไม่พึงพอใจของบุคลากรที่ได้รับการวิเคราะห์และแก้ไข $\geq$ ร้อยละ 50					
	3.โรงพยาบาลมีเสถียรภาพทางการเงิน	4.ระบบบริหารการเงินการคลังให้มีประสิทธิภาพ	33. ระดับภาวะวิกฤติทางการเงิน น้อยกว่า ระดับ 7					
			34. ร้อยละการเบิกจ่ายงบประมาณไม่เกิน 5% ของมูลค่าที่ตั้งไว้ใน Plan fin					
	4. ระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ	5. ระบบสารสนเทศมีประสิทธิภาพ	35. มีสารสนเทศตามที่โรงพยาบาลกำหนด ที่ถูกต้อง เป็นปัจจุบัน ร้อยละ 100					
			36. ระดับความสำเร็จการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการตัดสินใจเชิงนโยบาย					
	5. มีระบบธรรมาภิบาล	6.พัฒนาระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ	37. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA					

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน				
				2560	2561	2562	2563	2564
3. พัฒนาระบบการจัดการสิ่งแวดล้อมให้มีความปลอดภัยและเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ	6. มีสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ	7. เพื่อมีสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ	38. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน Green & Clean Hospital ระดับดีมาก					
4. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการจัดการสุขภาพ	7. ประชาชนมีสุขภาพที่ดี 8. ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพชุมชน	8. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย	39. หมู่บ้านการจัดการสุขภาพผ่านเกณฑ์การประเมินตามที่กำหนด ร้อยละ 80					

รายละเอียดตัวชี้วัดประเด็นยุทธศาสตร์ที่ พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพตามมาตรฐาน
 เป้าประสงค์ ที่ 1 ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัยและพึงพอใจ
 กลยุทธ์ที่ 1.1 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย : พัฒนาระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

ตัวชี้วัดที่1 โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์การประเมิน RDU ชั้น 3		
หน่วยวัด	ระดับชั้น	
คำอธิบาย/คำนิยาม	RDU หมายถึง เป็นการประเมินโรงพยาบาล/เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งประกอบด้วยการประเมินRDU1และ RDU2	
	- RDU 1 หมายถึง โรงพยาบาลแม่ข่าย(โรงพยาบาลชุมชน) เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามเกณฑ์เป้าหมาย	
	- RDU 2 หมายถึง หน่วยบริการลูกข่าย(โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล / หน่วยบริการปฐมภูมิ) มีการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในโรคตามเกณฑ์เป้าหมาย	
	ระดับการพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลมี3 ดังนี้	
	● RDU ชั้นที่1หมายถึงการดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้	
	RDU1(รพ.)	RDU 2 (รพ.สต.ใน CUP)
	1. อัตราการสั่งจ่ายยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	1. จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ40 ของ รพ.สต.
	2. การดำเนินงานของPTC ผ่านเกณฑ์ระดับ3	ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการใช้
	3.รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่บัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่เกิน1รายการ	ปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อหายใจส่วนบนและโรค
	4. จัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ3	อุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง2โรค
	5. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายยาผ่านระดับ 3	

- RDU ขั้นที่2 หมายถึงการดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้

RDU1	RDU 2
1. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัดตามRDU ขั้นที่1 2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรค ติดเชื้อทางเดินหายใจ โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสด อุบัติเหตุ และสตรีคลอดปกติครบ กำหนดทางช่องคลอด ผ่านเกณฑ์ทั้ง4 ตัวชี้วัด 3. การใช้ยา NSAIDs ผู้ป่วยโรคไต เรื้อรังระดับ3ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ 10 4. การใช้ยา glibenclamide ในผู้ป่วย สูงอายุ หรือไตทำงานไม่เกินร้อยละ5 5. การไม่ใช้ยาที่ห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ warfarin*, ได้แก่ statins, ergots (* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve)	1. จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่า ร้อยละ60 ของ รพ.สต.ทั้งหมด ในเครือข่ายระดับอำเภอที่มี อัตราการใช้ปฏิชีวนะในกลุ่มโรค ติดเชื้อ หายใจส่วนบนและโรคอุจจาระ ร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์ เป้าหมายทั้ง2 โรค

- RDU ขั้นที่3 หมายถึงการดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้

RDU1	RDU 2
โรงพยาบาลผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้ 1. ตัวชี้วัด RDU ผ่านเกณฑ์ ทั้ง 18 ตัวชี้วัด	1. จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของ รพ.สต.ทั้งหมดใน เครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการใช้ ปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อ หายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วง เฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง2 โรค

เกณฑ์เป้าหมาย	ขั้น 3
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาล 1 แห่ง รพ.สต. 3 แห่ง
แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บ	การรายงานผลการดำเนินการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีการใช้ยา

ข้อมูล	อย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาล
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด RDU ผ่านเกณฑ์ ทั้ง 18 ตัวชี้วัด และจำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการใช้ปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์ เป้าหมายทั้ง 2 โรค
ระยะเวลาการประเมินผล	ปีงบประมาณ 2562
ผู้กำกับตัวชี้วัด	ภญ.ปิ่นฉัตร บุญยทัต
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	ภญ.นุชสุภา บุญชุม

รายละเอียดตัวชี้วัดประเด็นยุทธศาสตร์ที่ พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพตามมาตรฐาน

เป้าประสงค์ ที่ 1 ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัยและพึงพอใจ

กลยุทธ์ที่1.2 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย : พัฒนาระบบ 2P safety

ตัวชี้วัดที่ 2 ร้อยละความสำเร็จ ของตัวชี้วัด2P safety ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100	
หน่วยวัด	ร้อยละ
คำอธิบาย/คำนิยาม	2P safety หมายถึง ความปลอดภัยของผู้ให้และผู้รับบริการโดยยึดตามข้อกำหนดในPatient Safety Goals :SIMPLE Thailand 2018 ตามที่รพ. ประกาศเป็นนโยบายความปลอดภัย โดยคิดจากตัวชี้วัดใน Patient Safety Goals ทุกตัวที่รพ. ประกาศ
เกณฑ์เป้าหมาย	ทุกตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์การประเมิน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดทุกตัวใน Patient Safety Goals ทุกตัวที่รพ. ประกาศเป็นนโยบาย
แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล	เก็บจากทีมผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดนั้นๆ ได้แก่ ทีม PTC IC PCT บริหารโดยเก็บตัวชี้วัดทุกเดือน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดทุกตัวคิดเป็น100% $= \frac{\text{จำนวนตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์}}{\text{จำนวนตัวชี้วัดทั้งหมด}} \times 100$
ระยะเวลาการประเมินผล	ปีงบประมาณ 2562
ผู้กำกับตัวชี้วัด	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นางสุวรรณี พรหมวิเศษ นางลาวรรณ แก้วชู

รายละเอียดตัวชี้วัดประเด็นยุทธศาสตร์ที่ พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพตามมาตรฐาน

เป้าประสงค์ ที่ 1 ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัยและพึงพอใจ

กลยุทธ์ที่1.2 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย : พัฒนาระบบ 2P safety

ตัวชี้วัดที่ 3 อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลเท่ากับ 0	
หน่วยวัด	อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลเท่ากับ 0
คำอธิบาย/คำนิยาม	การติดเชื้อในโรงพยาบาล หมายถึง การติดเชื้อซึ่งเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการได้รับเชื้อจุลชีพขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งเชื้อจุลชีพอาจเป็นเชื้อที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วยเอง (Endogenous organism) หรือเป็นเชื้อจากภายนอกร่างกายผู้ป่วย (Exogenous organism) โดยขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ และไม่ได้อยู่ในระยะพักตัวของเชื้อ โดยทั่วไปการติดเชื้อในโรงพยาบาล มักจะปรากฏอาการของการติดเชื้อตั้งแต่วันที่ 3 ขึ้นไปหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามการติดเชื้อที่พบขณะแรกเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อาจเป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งก่อน ซึ่งจะต้องพิจารณาระยะพักตัวของเชื้อและโรคเดิมที่เป็นอยู่ (Underlying disease) ของผู้ป่วยเป็นรายๆ ไป ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในโรงพยาบาลอยู่แล้ว อาจเกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาลจากเชื้อชนิดใหม่ได้ที่ตำแหน่งเดียวกับการติดเชื้อเดิม หรืออาจมีการติดเชื้อชนิดเดียวกับเชื้อเดิม แต่การติดเชื้อเกิดที่ตำแหน่งใหม่ ก็ถือว่าเป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาลอีกตำแหน่งหนึ่ง
เกณฑ์เป้าหมาย	เท่ากับ 0
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยทุกรายที่ นอนโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่ 3 ขึ้นไป
แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล	ข้อมูลเวชระเบียน ผู้ป่วยใน แบบเฝ้าระวัง การติดเชื้อ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\text{อัตราการติดเชื้อ ในโรงพยาบาล} = \frac{\text{จำนวนครั้งของการติดเชื้อใหม่}}{\text{จำนวนวันนอนรวมผู้ป่วยที่เฝ้าระวังนอนโรงพยาบาล}} \times 1000$
ระยะเวลาการประเมินผล	เดือนละ 1 ครั้ง
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางสุวรรณี พรหมวิเศษ
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นางลารรณ แก้วชู

รายละเอียดตัวชี้วัดประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพตามมาตรฐาน

เป้าประสงค์ ที่ 1 ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัยและพึงพอใจ

กลยุทธ์ที่ 1.3 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มแม่ และเด็ก

กลยุทธ์ พัฒนาการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มแม่และเด็ก	
ตัวชี้วัดที่ 4 ร้อยละการเกิดตกเลือดหลังคลอด ไม่เกิน ร้อยละ 5	
หน่วยวัด	ร้อยละ
คำอธิบาย/คำนิยาม	การตกเลือดหลังคลอด (Postpartum hemorrhage: PPH) คือ ภาวะซึ่งมีการเสียเลือด หลังการคลอด ตั้งแต่ 500 ซีซีขึ้นไปสำหรับการคลอดทางช่องคลอด หรือระดับความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit) ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับระดับความเข้มข้นของเลือดก่อนคลอด การประเมินการเสียเลือดในภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยทั่วไปการประเมินการเสียเลือด มีหลากหลายวิธี และมักจะมีการประเมินน้อยกว่าความเป็นจริงเสมอ ดังนั้นการนำเอาอาการ แสดงทางคลินิกที่สัมพันธ์กับการเสียเลือดมาพิจารณาร่วมด้วย น่าจะช่วยให้การประเมินได้ แต่ อย่างไรก็ตามยังต้องอาศัยความชำนาญและการดูแลผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วเพื่อให้การรักษารวดเร็ว ตามไปด้วย การวินิจฉัยภาวะตกเลือดหลังคลอด แพทย์จะให้การวินิจฉัยภาวะตกเลือดหลังคลอด ตามรหัส ICD 10 TM = O72
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่เกิน ร้อยละ 5
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดในโรงพยาบาล
แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม //รายงานการคลอดในโรงพยาบาล
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดภายหลังการคลอด ทางช่องคลอด (รหัส ICD 10 TM =O72) B = จำนวนการคลอดทั้งหมด สูตรคำนวณตัวชี้วัด $(A/B) \times 100$
ระยะเวลาการประเมินผล	ทุก 1 เดือน โดยทีมPCT แม่และเด็ก
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางสุวรรณี พรหมวิเศษ
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นางดาวจิตต์ แพพัฒโนทัย, นางวิไลวรรณ ศรีภักดี

รายละเอียดตัวชี้วัดประเด็นยุทธศาสตร์ที่ พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพตามมาตรฐาน

เป้าประสงค์ ที่ 1 ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัยและพึงพอใจ

กลยุทธ์ที่ 1.3 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มแม่ และเด็ก

ตัวชี้วัดที่ 5 อัตราตายมารดา และทารกเท่ากับ 0	
หน่วยวัด	อัตรา
คำอธิบาย/คำนิยาม	การตายมารดา หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอด หรือ หลังคลอด ภายใน 42 วัน ไม่ว่าอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือ ก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์และหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์ และคลอด แต่ไม่ใช่จาก อุบัติเหตุต่อการเกิดมีชีพแสนคนในเขตอำเภอวิภาวดี การตายทารก หมายถึง การตายทารกที่คลอด รอดออกมา มีชีวิตจนถึง 28 วันในเขตอำเภอวิภาวดี
เกณฑ์เป้าหมาย	เท่ากับ 0
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1.หญิงตั้งครรภ์ หญิงคลอด มารดาหลังคลอด 2.ทารกที่คลอดและมีชีวิตจนถึง 28
แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล	1. โรงพยาบาลจัดเก็บข้อมูลตามระบบปกติของโรงพยาบาล และส่งข้อมูลเข้าระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข 2.รวบรวมข้อมูลการตายของทารกแรกเกิดจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	มารดาตาย $A =$ จำนวนมารดาตายระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอด หลังคลอด 42 วันหลังคลอด ทุกสาเหตุยกเว้นอุบัติเหตุในช่วงเวลาที่กำหนด (คน) $B =$ จำนวนการเกิดมีชีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน (คน) $(A/B)*100000$ ---- ไม่เกิน ๒๐ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน (ระดับกระทรวง) ทารกตาย $A =$ จำนวนทารกที่เสียชีวิต < 28 วัน (คน) $B =$ จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ (คน) $(A/B)*1000$ -----อัตราตายของทารกแรกเกิดอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน < 3.4 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชี (ระดับกระทรวง)

	**** รพ.วิภาวดี คิดเป็นรายcase ****
ระยะเวลาการประเมินผล	ทุก 1 เดือน โดยทีมPCT แม่และเด็ก ,โดยทีมนิเทศงานสำนักงานสาธารณสุข จังหวัด
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางสุวรรณี พรหมวิเศษ
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นางดาวจิตต์ แพพัฒน์นัย

รายละเอียดตัวชี้วัดประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพตามมาตรฐาน

เป้าประสงค์ ที่ 1 ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัยและพึงพอใจ

กลยุทธ์ที่ 1.3 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มแม่ และเด็ก

ตัวชี้วัดที่ 6 อัตราการเกิด <i>Birth Asphyxia</i> < 25/1000	
หน่วยวัด	อัตรา
คำอธิบาย/คำนิยาม	อัตราของภาวะขาดออกซิเจนระหว่างคลอด <i>Birth Asphyxia</i> หมายถึง ทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจนระหว่าง คลอด โดยการประเมินจำนวนชีพคະແນน(Apgar score) ที่ 1 นาที น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 ที่มา คลอด ณ สถานบริการนั้นๆ ในช่วงเวลาที่กำหนด หรือข้อมูลวินิจฉัยโรค ICD 10 TM รหัส P210, P211,P219
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่เกิน 25 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทารกเกิดมีชีพที่คลอดในโรงพยาบาล
แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม //รายงานการคลอดในโรงพยาบาล
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A = จำนวนทารกแรกเกิด Apgar score ที่ 1 นาที น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 B = จำนวนทารกเกิดมีชีพทั้งหมด สูตรคำนวณตัวชี้วัด $(A/B) \times 1000$
ระยะเวลาการประเมินผล	ทุก 3 เดือน โดยทีมPCT แม่และเด็ก ทุก 6 เดือน โดยทีมนิเทศงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางสุวรรณี พรหมวิเศษ
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นางดาวจิตต์ แพพัฒน์ไธย,นางวิไลวรรณ ศรีภักดี

รายละเอียดตัวชี้วัดประเด็นยุทธศาสตร์ที่1 พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพตามมาตรฐาน

เป้าประสงค์ ที่ 1 ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัยและพึงพอใจ

กลยุทธ์ที่ 1.3 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มแม่ และเด็ก

ตัวชี้วัดที่ 7 โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ	
หน่วยวัด	ร้อยละ
คำอธิบาย/คำนิยาม	โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานระบบบริการอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ หมายถึง โรงพยาบาลตั้งแต่ ระดับชุมชนขึ้นไป ที่จัดบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก โดยผ่านเกณฑ์การประเมินคะแนนรวม ในแต่ละแผนกไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 คือการนำองค์กร บริการฝากครรภ์คุณภาพ บริการห้องคลอดคุณภาพ บริการหลังคลอด NICU บริการคลินิกเด็กดีคุณภาพ ชมรม และผลลัพธ์ 7 ตัว ได้แก่ ๑. ร้อยละทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดไม่เกินร้อยละ 8 หรือลดลงจากฐานข้อมูลเดิมปีละ ร้อยละ 0.5 ๒. อัตราการตายมารดาจากสาเหตุ PIH&PPH ลดลงจากฐานข้อมูลปีที่ผ่านมาร้อยละ 30 ๓. ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 7 หรือลดลงจากฐานข้อมูลเดิมปี ละร้อยละ 0.5 ๔. อัตราการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดไม่เกินร้อยละ 25 ต่อพันการเกิดมีชีพ ๕. อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน $\leq 5 : 1,000$ ทารกเกิดมีชีพ ๖. ร้อยละทารกแรกเกิดจนถึงอายุต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียวไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ หรือเพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูลเดิมปีละร้อยละ 2.5 ๗. ร้อยละเด็กอายุ ๐ - ๕ มีพัฒนาการสมวัย ไม่น้อยกว่า ๘0
เกณฑ์เป้าหมาย	ผ่านเกณฑ์
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพช.
แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล	การประเมินจากศูนย์อนามัยที่11 และจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สุราษฎร์ธานี
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ผ่านเกณฑ์การประเมินคะแนนรวม ในแต่ละแผนกไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 (ใช้เกณฑ์ตามแบบประเมินงานอนามัยแม่และเด็ก)

ระยะเวลาการประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางสุวรรณี พรหมวิเศษ
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นางดาวจิตต์ แพพัฒน์ไธย

รายละเอียดตัวชี้วัดประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพตามมาตรฐาน

เป้าประสงค์ ที่ 1 ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัยและพึงพอใจ

กลยุทธ์ที่ 1.4 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรัง

ตัวชี้วัดที่ 8 โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ NCD clinic plus	
หน่วยวัด	ร้อยละ
คำอธิบาย/ค่านิยาม	การดำเนินงาน NCD Clinic Plus เป็นแนวทางการประเมินตนเองของสถานบริการสาธารณสุข เพื่อพัฒนาโดยใช้หลักการ Chronic Care Model ร่วมกับ PMQA ระดับสถานบริการ : สถานบริการสาธารณสุขต้องได้คะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 70 คะแนน การดำเนินงาน ซึ่งประกอบด้วย การประเมิน 2 ส่วน ได้แก่ 1. การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพใน 6 องค์ประกอบ ; ทิศทางและนโยบาย ระบบสารสนเทศ การปรับระบบและกระบวนการบริการ ระบบ สนับสนุน การจัดการตนเอง ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ และการจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน 2. การประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ ; ผลลัพธ์การให้บริการและผลลัพธ์การดูแลรักษา จำนวน 11 ตัวชี้วัด
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับ 70 คะแนน
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลวิภาวดี
แหล่งข้อมูล/วิธีการ เก็บข้อมูล	HDC
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A = คะแนนที่ได้จากการประเมิน B = คะแนนเต็ม 100 คะแนน $(A/B) \times 100$
ระยะเวลาการ ประเมินผล	ปีงบประมาณ 2562
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางสุวรรณี พรหมวิเศษ
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นส. เบญจมาศ สำลี

รายละเอียดตัวชี้วัดประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพตามมาตรฐาน

เป้าประสงค์ ที่ 1 ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัยและพึงพอใจ

กลยุทธ์ที่ 1.4 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรัง

ตัวชี้วัดที่ 9 อัตราการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเป้าหมาย ร้อยละ 90	
หน่วยวัด	ร้อยละ
คำอธิบาย/คำนิยาม	การคัดกรองภาวะความดันโลหิตสูง หมายถึง การคัดกรองโดยการวัดความดันโลหิตในกลุ่มประชากรเป้าหมายที่ไม่เคยถูกวินิจฉัยว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงมาก่อน
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 90
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนประชากรสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าอายุ 35-74 ปีที่ยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง
แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล	HDC
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A= จำนวนประชากรอายุ 35-74 ปีที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง B= จำนวนประชากรอายุ 35-74ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ความดันโลหิตสูงมาก่อน $(A/B) \times 100$
ระยะเวลาการประเมินผล	1 ต.ค.61 – 31 มี.ค.62
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางชนกพร ปิบ้านท่า
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นส.ชยอร ทองेम

รายละเอียดตัวชี้วัดประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพตามมาตรฐาน

เป้าประสงค์ ที่ 1 ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัยและพึงพอใจ

กลยุทธ์ที่ 1.4 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรัง

ตัวชี้วัดที่ 10.อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีระดับความดันโลหิตน้อยกว่า140/90 mmHg. >ร้อยละ 60	
หน่วยวัด	ร้อยละ
คำอธิบาย/คำนิยาม	ระดับความดันโลหิตที่ควบคุมได้ตามเป้าหมาย หมายถึง ค่าระดับความดันโลหิต 2 ครั้งสุดท้าย (SBP/DBP) น้อยกว่า 140/90 มม.ปรอท. (ให้ใช้ข้อมูลจากแฟ้ม CHRONICFU) ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์ ทั้งนี้ไม่ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะมีโรคเบาหวานร่วมด้วยหรือไม่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ หมายถึง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยโรคด้วยรหัส = I10 - I15 และ Type area = 1 และ 3
เกณฑ์เป้าหมาย	> ร้อยละ 60
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ (Type area 1 และ 3)
แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล	HDC โดยบันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีตามเกณฑ์ที่กำหนด B = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ $(A/B) \times 100$
ระยะเวลาการประเมินผล	ปีงบประมาณ 2562
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางสุวรรณี พรหมวิเศษ
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นส. เบญจมาศ สาลี

รายละเอียดตัวชี้วัดประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพตามมาตรฐาน

เป้าประสงค์ ที่ 1 ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัยและพึงพอใจ

กลยุทธ์ที่ 1.4 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรัง

ตัวชี้วัดที่ 11.ร้อยละของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่เปลี่ยนเป็นกลุ่มป่วย < ร้อยละ 5	
หน่วยวัด	ร้อยละ
คำอธิบาย/คำนิยาม	กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่มีค่าระดับความดันโลหิต $\geq 140/90$ mmHg ในเขตรับผิดชอบและรอการวินิจฉัยของแพทย์ ในปีงบประมาณ ผู้ป่วยรายใหม่จากโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยรายใหม่ในปีงบประมาณ โดยการ วินิจฉัยของแพทย์ ทุกกลุ่มอายุ ด้วยรหัส ICD10 3หลักขึ้นต้นด้วย i10-i15 ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบประเภทอาศัย 1,3 ที่มีสัญชาติไทย
เกณฑ์เป้าหมาย	< ร้อยละ 5
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณที่ผ่านมา
แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล	HDC
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A \times 100/B)$ A = จำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยรายใหม่ และขึ้นทะเบียน ปีงบประมาณ 2562 B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบทั้งหมด ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ 2561
ระยะเวลาการประเมินผล	ปีงบประมาณ 2562
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางสุวรรณี พรหมวิเศษ
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นส. เบญจมาศ สำลี, นางชนกพร ปิ๋บ้านท่า

รายละเอียดตัวชี้วัดประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพตามมาตรฐาน

เป้าประสงค์ ที่ 1 ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัยและพึงพอใจ

กลยุทธ์ที่ 1.4 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรัง

ตัวชี้วัดที่ 12.อัตราการคัดกรองโรคความเบาหวานในกลุ่มเป้าหมาย ร้อยละ 90	
หน่วยวัด	ร้อยละ
คำอธิบาย/คำนิยาม	การคัดกรองโรคเบาหวาน หมายถึง การคัดกรองเบาหวานโดยวิธีตรวจน้ำตาลในเลือด ในกลุ่มที่ยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 90
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนประชากรสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าอายุ 35-74 ปีที่ยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน
แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล	HDC
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A= จำนวนประชากรอายุ 35-74 ปีที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองระดับน้ำตาล B= จำนวนประชาชนอายุ 35-74ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น เบาหวานมาก่อน $(A/B) \times 100$
ระยะเวลาการประเมินผล	1 ต.ค.61 – 31 มี.ค.62
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางชนกพร ปิ์บ้านท่า
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นส.ชยอร ทองเอน

รายละเอียดตัวชี้วัดประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพตามมาตรฐาน

เป้าประสงค์ ที่ 1 ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัยและพึงพอใจ

กลยุทธ์ที่ 1.4 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรัง

ตัวชี้วัดที่ 13.อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มี HbA1C<7% > ร้อยละ 40	
หน่วยวัด	ร้อยละ
คำอธิบาย/คำนิยาม	1.จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการจากแฟ้มCHRONICFU ในปีงบประมาณของหน่วยบริการที่ได้รับการตรวจ HBA1Cครั้งสุดท้ายน้อยกว่า ร้อยละ 7 (LABFU, LABRESULT) 2.จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยรหัส ICD10 3หลักขึ้นต้นด้วย E10-E14 ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบประเภทอาศัย 1,3 ที่มีสัญชาติไทย
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 40
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคเบาหวานที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด
แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล	HDC
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A =จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี B =จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการทั้งหมด $(A/B) \times 100$
ระยะเวลาการประเมินผล	ทุกไตรมาส
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางสุวรรณี พรหมวิเศษ
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นส. เบญจมาศ สาลี

รายละเอียดตัวชี้วัดประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพตามมาตรฐาน

เป้าประสงค์ ที่ 1 ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัยและพึงพอใจ

กลยุทธ์ที่ 1.4 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรัง

ตัวชี้วัดที่ 14.อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน	
ตา <ร้อยละ 10	
ไต <ร้อยละ 66	
เท้า<ร้อยละ 10	
หน่วยวัด	ร้อยละ
คำอธิบาย/คำนิยาม	ภาวะแทรกซ้อนทางตา หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ที่เกิดภาวะจอประสาทตาผิดปกติจากเบาหวาน โดยมีระดับ No DR, mild NPDR, Moderate NPDR, Sever NPDR, PDR, Macular edema ซึ่งผู้ป่วยที่มี PDR และ Macular edema จะมีการมองเห็นหรือสายตาผิดปกติ ซึ่งอาจลุกลามถึงตาบอดได้ ระดับ No DR นัดติดตาม 1 ปี, mild NPDR นัดติดตาม 6 เดือน, Moderate NPDR นัดติดตาม 3 เดือน , Sever NPDR, PDR และ Macular edema จะส่งต่อพบจักษุแพทย์จอประสาทตา ภาวะแทรกซ้อนทางไต หมายถึง กลุ่มที่มี Protein ในปัสสาวะ ให้ผล 1+ ขึ้นไป ติดต่อกันเกิน 2 ครั้งใน 3 เดือน หรือมี Micro albumin >30 mg/L ติดต่อกัน 2 ครั้งใน 3 เดือน GFR <60 ml/min/1.73m² , Cr (ผู้หญิง) > 1.4 mg%, Cr (ผู้ชาย) > 1.5 mg% ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางเท้า หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน แล้วตรวจพบความผิดปกติของเท้า ลักษณะภายนอกของเท้า คล้ำซีพजरเท้า, หนังแข็ง (callus) , เล็บผิดปกติ, รองเท้าไม่เหมาะสม, รวมถึงเท้าผิดรูป มีการประเมินปลายประสาทโดยใช้ monofilament 10 gms. โดยตรวจประเมินซ้ำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลเท้า หมายถึง การมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาเท้าให้สะอาด เหมาะสม ไม่เกิดแผลและการติดเชื้อ ที่อาจส่งผลต่อความพิการได้

เกณฑ์เป้าหมาย	ตา <ร้อยละ 10 ไต <ร้อยละ 66 เท้า<ร้อยละ 10
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนโรคเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบ
แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมของหน่วยบริการ/HDC
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A123 x 100/B123) A 1=จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่เกิดโรคแทรกซ้อนทางตา A 2= จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่เกิดโรคแทรกซ้อนทางไต A 3= จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่เกิดโรคแทรกซ้อนเท้า B1 = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบทั้งหมด B2 = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบทั้งหมด B3 = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบทั้งหมด
ระยะเวลาการประเมินผล	ปีงบประมาณ 2562
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางสุวรรณี พรหมวิเศษ
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นส. เบญจมาศ สำลี

รายละเอียดตัวชี้วัดประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพตามมาตรฐาน

เป้าประสงค์ ที่ 1 ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัยและพึงพอใจ

กลยุทธ์ที่ 1.4 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรัง

ตัวชี้วัดที่ 15.ร้อยละของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่เปลี่ยนเป็นกลุ่มป่วย	
หน่วยวัด	ร้อยละ
คำอธิบาย/คำนิยาม	กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน หมายถึงประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่มีค่าระดับ FBS 100 – 125 mg/dl ในปีที่ผ่านมาในเขตรับผิดชอบ ผู้ป่วยรายใหม่จากโรคเบาหวานหมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยรายใหม่ ใน ปีงบประมาณ โดยการ วินิจฉัยของแพทย์ (รหัสโรค ICD10 = E10 - E14) ทุกกลุ่มอายุ และได้รับการขึ้นทะเบียนใน คลินิกโรคเรื้อรัง
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่เกินร้อยละ 2.4
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ในปีงบประมาณที่ผ่านมา
แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมของหน่วยบริการ/HDC
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A \times 100 / B)$ A = จำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยรายใหม่ และขึ้นทะเบียน ปีงบประมาณ 2562 B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบทั้งหมด ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในปีงบประมาณ 2561
ระยะเวลาการประเมินผล	ทุกไตรมาส
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางสุวรรณี พรหมวิเศษ
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นส. เบญจมาศ สาลี , นางชนกพร ปิ๋บ้านท่า

รายละเอียดตัวชี้วัดประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพตามมาตรฐาน

เป้าประสงค์ ที่ 1 ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัยและพึงพอใจ

กลยุทธ์ที่ 1.4 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรัง

ตัวชี้วัดที่ 16. ร้อยละการ readmission ภายใน 28 วัน ในผู้ป่วย COPD ไม่เกินร้อยละ 5	
หน่วยวัด	ร้อยละ
คำอธิบาย/คำนิยาม	การกลับมารักษาซ้ำ (Re-admit) หมายถึง ผู้ป่วยที่จำหน่ายโดยแพทย์อนุญาตและกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลโดยไม่ได้รับการนัดหมายภายใน 28 วัน ภายหลังการจำหน่ายด้วยโรค COPD
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่เกินร้อยละ 5
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วย COPD ในเขตรับผิดชอบอำเภอวิภาวดี
แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูล Hos xP
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(อัตราการ readmission ภายใน 28 วัน ในผู้ป่วย COPD) = $(A/B) \times 100$ A = จำนวนผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำด้วยโรค COPD ภายใน 28 วัน ภายหลังการจำหน่ายโดยไม่ได้วางแผน B = จำนวนผู้ป่วยที่จำหน่ายทั้งหมดในเดือนก่อนหน้า
ระยะเวลาการประเมินผล	1 ตุลาคม 2561 - 30 กันยายน 2562
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางเนตรชนก เพชรประสิทธิ์
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	น.ส.เสาวรส สังข์กุล

รายละเอียดตัวชี้วัดประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพตามมาตรฐาน

เป้าประสงค์ ที่ 1 ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัยและพึงพอใจ

กลยุทธ์ที่ 1.4 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรัง

ตัวชี้วัดที่ 17. ร้อยละการเกิด Acute respiratory failure ในผู้ป่วย COPD ไม่เกินร้อยละ 5	
หน่วยวัด	ร้อยละ
คำอธิบาย/คำนิยาม	ผู้ป่วย COPD มีภาวะ Exacerbation โดยไม่มีโรคแทรกซ้อนจากโรคอื่นๆในขณะนั้น ต้อง on ET tube จากการที่เนื้อปอดมีพยาธิสภาพเกิดขึ้นอย่างรุนแรงกระจายอย่างรวดเร็วไปทั้งเนื้อปอดทั้ง 2 ข้าง เป็นผลให้มีภาวะพร่องออกซิเจนอย่างมาก และได้รับการวินิจฉัย respiratory failure
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่เกินร้อยละ 5
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วย COPD ในเขตรับผิดชอบอำเภอวิภาวดี
แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูล HosxP
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(ร้อยละการเกิด Acute respiratory failure ในผู้ป่วย COPD) = $(A/B) \times 100$ A = จำนวนผู้ป่วย COPD ที่เกิดภาวะ Acute respiratory failure B = จำนวนผู้ป่วย COPD ทั้งหมด
ระยะเวลาการประเมินผล	1 ตุลาคม 2561-30 กันยายน 2562
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางเนตรชนก เพชรประสิทธิ์
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	น.ส.เสาวรส สังข์กุล

รายละเอียดตัวชี้วัดประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพตามมาตรฐาน

เป้าประสงค์ ที่ 1 ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัยและพึงพอใจ

กลยุทธ์ที่ 1.4 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรัง

ตัวชี้วัดที่ 18. การเกิดภาวะ Pneumonia แทรกซ้อน ในผู้ป่วย COPD ไม่เกินร้อยละ 10	
หน่วยวัด	ร้อยละ
คำอธิบาย/คำนิยาม	ผู้ป่วย COPD ที่ได้รับการวินิจฉัย Pneumonia
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่เกินร้อยละ10
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วย COPD ในเขตรับผิดชอบอำเภอวิภาวดี
แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูล HosxP
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(\text{ร้อยละการเกิด Pneumonia ในผู้ป่วย COPD}) = (A/B) \times 100$ A = จำนวนผู้ป่วย COPD ที่เกิดภาวะ Pneumonia B = จำนวนผู้ป่วย COPD ทั้งหมด
ระยะเวลาการประเมินผล	1 ตุลาคม 2561-30 กันยายน 2562
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางเนตรชนก เพชรประสิทธิ์
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	น.ส.เสาวรส สังข์กุล

รายละเอียดตัวชี้วัดประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพตามมาตรฐาน

เป้าประสงค์ ที่ 1 ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัยและพึงพอใจ

กลยุทธ์ที่ 1.5 พัฒนาการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคฉุกเฉิน

ตัวชี้วัดที่ 19. การเสียชีวิตด้วยโรคเส้นเลือดหัวใจตีบที่มีการยืนยันการวินิจฉัยด้วยการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจในโรงพยาบาล ไม่เกิน ร้อยละ 10 ต่อแสนประชากร	
หน่วยวัด	ร้อยละ
คำอธิบาย/คำนิยาม	-จำนวนตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (รหัส ICD-10: I20-I25) ทุกกลุ่มอายุต่อประชากรแสนคนในช่วงปีนั้น
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่เกิน ร้อยละ 10 ต่อแสนประชากร
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนประชากรตามทะเบียนราษฎรในเขต อ.วิภาวดี
แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล	แหล่งข้อมูล : รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายของผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดหัวใจ จากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎร วิธีการเก็บข้อมูล : รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎร
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$A = \text{จำนวนประชากรที่ตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (รหัส ICD-10: I20-I25)}$ $B = \text{จำนวนประชากรกลางปีในช่วงเวลาเดียวกัน}$ $(A/B) * 100,000$
ระยะเวลาการประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง : ติดตามการเปลี่ยนแปลงทุก 3 เดือน
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางสุวรรณี พรหมวิเศษ
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นส. เนาวรัตน์ ชูศรี

รายละเอียดตัวชี้วัดประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพตามมาตรฐาน

เป้าประสงค์ ที่ 1 ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัยและพึงพอใจ

กลยุทธ์ที่ 1.5 พัฒนาการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคฉุกเฉิน

ตัวชี้วัดที่ 20. ผู้ป่วย STEMI ได้รับการวินิจฉัย และส่งต่อ ภายใน 30 นาที ร้อยละ 100	
หน่วยวัด	ร้อยละ
คำอธิบาย/คำนิยาม	เวลาตั้งแต่ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ชนิด ST ยก. มาถึงหน่วยบริการรวมระยะเวลาให้การพยาบาลการรักษา จนถึงได้รับการส่งต่อออกจากหน่วยบริการนั้นๆ
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 100
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดชนิด ST ยก. ที่มารับบริการในหน่วยบริการ
แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากทะเบียนผู้ป่วยที่มารับบริการในหน่วยบริการ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A =จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจชนิด ST –ยก. ที่ได้รับการส่งต่อภายใน 30 นาที นับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงในหน่วยบริการ จนถึงเวลาสุดท้ายที่ส่งออกจากหน่วยบริการ B =จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจชนิด ST-ยก. ที่ได้รับการส่งต่อในช่วงเวลาเดียวกัน $(A/B) * 100$
ระยะเวลาการประเมินผล	ติดตามตัวชี้วัดทุก 3 เดือน
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางสุวรรณี พรหมวิเศษ
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นส. เนาวรัตน์ ชูศรี

ตัวชี้วัดประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพตามมาตรฐาน

เป้าประสงค์ ที่ 1 ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัยและพึงพอใจ

กลยุทธ์ที่ 1.5 พัฒนาการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคฉุกเฉิน

ตัวชี้วัดที่ 21. การเข้ารับบริการ STEMI ทันเวลา ภายใน 3 ชม.มากกว่าร้อยละ 80	
หน่วยวัด	ร้อยละ
คำอธิบาย/คำนิยาม	-เวลาตั้งแต่ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกที่ชักประวัติแล้วเข้าได้กับกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิด ST ยก. มาถึงหน่วยบริการรวมระยะเวลาภายใน 3 ชั่วโมง
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าร้อยละ 80
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดชนิด ST ยก ที่มารับบริการในหน่วยบริการภายใน 3 ชั่วโมง
แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากทะเบียนผู้ป่วยที่มารับบริการในหน่วยบริการ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A =จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจชนิด ST -ยก ที่เข้ามารับการรักษาภายใน 3 ชั่วโมง นับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงในหน่วยบริการ B =จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจชนิด ST-ยก ทั้งหมด ในช่วงเวลาเดียวกัน $(A/B) * 100$
ระยะเวลาการประเมินผล	ติดตามตัวชี้วัดทุก 3 เดือน
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางสุวรรณี พรหมวิเศษ
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นส. เนาวรัตน์ ชูศรี

รายละเอียดตัวชี้วัดประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพตามมาตรฐาน

เป้าประสงค์ ที่ 1 ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัยและพึงพอใจ

กลยุทธ์ที่ 1.5 พัฒนาการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคฉุกเฉิน

ตัวชี้วัดที่ 22. อัตราผู้ป่วย Stroke เข้ารับบริการดูแลรักษา ทันเวลา ภายใน 3 ชม. มากกว่าร้อยละ 80	
หน่วยวัด	ร้อยละ
คำอธิบาย/คำนิยาม	การรักษาดูแลทันเวลาภายใน 3 ชั่วโมง หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการ จนถึงเวลาที่มาโรงพยาบาล / หรือครั้งสุดท้ายที่เห็นอาการปกติเวลามาถึงโรงพยาบาล
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าร้อยละ 80
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วย Stroke ในเขตอำเภอวิภาวดี
แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยที่มารับบริการในหน่วยบริการ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมารักษาทันเวลาภายใน 3 ชั่วโมง B = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดที่มารับบริการทั้งหมด $(A / B * 100)$
ระยะเวลาการประเมินผล	ติดตามตัวชี้วัด ทุก 3 เดือน
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางสุวรรณี พรหมวิเศษ
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นางเยาวนา เพชรสถิต

รายละเอียดตัวชี้วัดประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพตามมาตรฐาน

เป้าประสงค์ ที่ 1 ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัยและพึงพอใจ

กลยุทธ์ที่ 1.5 พัฒนาการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคฉุกเฉิน

ตัวชี้วัดที่ 23. ร้อยละผู้ป่วย Stroke Fast track ได้รับการส่งต่อทันเวลา ภายใน 50 นาที ร้อยละ 100	
หน่วยวัด	ร้อยละ
คำอธิบาย/คำนิยาม	- ผู้ป่วย Stroke Fast track หมายถึง ผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการจนถึงเวลาที่มาถึงโรงพยาบาลไม่เกิน 3 ชั่วโมง - ระยะเวลาที่ส่งต่อ หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล จนถึงเวลาที่ส่งต่อไปโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 100
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วย Stroke ในเขตอำเภอวิภาวดี
แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยที่มาใช้บริการในหน่วยบริการ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$A = \text{จำนวนผู้ป่วย Stroke ที่ส่งต่อทันเวลาภายใน 50 นาที}$ $B = \text{จำนวนผู้ป่วย Stroke ที่ส่งต่อทั้งหมด}$ $\left(A / B * 100 \right)$
ระยะเวลาการประเมินผล	ติดตามตัวชี้วัด ทุก 3 เดือน
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางสุวรรณี พรหมวิเศษ
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นางเยาวนา เพชรสถิต

รายละเอียดตัวชี้วัดประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพตามมาตรฐาน

เป้าประสงค์ ที่ 1 ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัยและพึงพอใจ

กลยุทธ์ที่ 1.5 พัฒนาการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคฉุกเฉิน

ตัวชี้วัดที่ 24.ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วย Stroke ในโรงพยาบาล เท่ากับ 0	
หน่วยวัด	ร้อยละ
คำอธิบาย/คำนิยาม	- การเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (รหัส ICD -10 คือ I 64 ทุกกลุ่มอายุ) - การเสียชีวิตในโรงพยาบาลหมายถึง การเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองทุกหน่วยบริการ
เกณฑ์เป้าหมาย	เท่ากับ 0
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับบริการในหน่วยบริการ
แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยที่มารับบริการในหน่วยบริการ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$A = \text{จำนวนผู้ป่วย Stroke ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล}$ $B = \text{จำนวนผู้ป่วย Stroke ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลทั้งหมด}$ $(A / B * 100)$
ระยะเวลาการประเมินผล	ติดตามตัวชี้วัด ทุก 3 เดือน
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางสุวรรณี พรหมวิเศษ
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นางเยาวนา เพชรสถิต

รายละเอียดตัวชี้วัดประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพตามมาตรฐาน

เป้าประสงค์ 1 ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัยและพึงพอใจ

กลยุทธ์ที่ 1.6 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคติดต่อ

ตัวชี้วัดที่ 25 ความสำเร็จของการรักษาวัณโรคทุกประเภท $\geq$ ร้อยละ 85	
หน่วยวัด	ร้อยละ
คำอธิบาย/ค่านิยาม	อัตราการวัดผลสำเร็จ หมายถึง อัตราการวัดผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ซึ่งประกอบ ด้วยการรักษาหาย (Cure) และจำนวนการรักษาครบ (Complete) รวมกัน เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วย วัณโรคเสมหะพบเชื้อรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษา
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ $\geq$ ร้อยละ 85
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยเสมหะพบเชื้อรายใหม่ที่ได้รับการรักษาหายและรักษาครบรวมกันในเขตโรงพยาบาล
แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล	โปรแกรม TBCM และทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยเสมหะพบเชื้อรายใหม่ที่ได้รับการรักษาหายและรักษาครบรวมกัน}}{\text{จำนวนผู้ป่วยเสมหะพบเชื้อรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษาทั้งหมด}} \times 100$
ระยะเวลาการประเมินผล	ปีงบประมาณ
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางชนกพร ปิ๋บ้านท่า , นางเนตรชนก เพชรประสิทธิ์
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	น.ส.อรพินท์ พรหมวิเศษ, นส. มนูญญา พิพัฒน์

รายละเอียดตัวชี้วัดประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพตามมาตรฐาน

เป้าประสงค์ 1 ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัยและพึงพอใจ

กลยุทธ์ที่ 1.7 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคโรคประจำถิ่น

ตัวชี้วัดที่ 26. อัตราตายในผู้ป่วยไข้เลือดออก เท่ากับ 0	
หน่วยวัด	อัตรา
คำอธิบาย/คำนิยาม	อัตราผู้ป่วยตายด้วยไข้เลือดออกระหว่างเดือนมกราคม – ธันวาคม 2562 เท่ากับ 0
เกณฑ์เป้าหมาย	0
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยตายด้วยไข้เลือด ในโรงพยาบาล
แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล	- จัดทำฐานข้อมูลอัตราผู้ป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออกรายเดือน - เก็บข้อมูลผู้ป่วยตายไข้เลือดออกจากรายงาน 506
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยตายไข้เลือดออกเดือนมกราคม – ธันวาคม} \times 100,000}{\text{จำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออก}}$
ระยะเวลาการประเมินผล	เดือนมกราคม – ธันวาคม
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางชนกพร ปิ์บ้านท่า
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	น.ส.อรพินท์ พรหมวิเศษ

รายละเอียดตัวชี้วัดประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพตามมาตรฐาน

เป้าประสงค์ 1 ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัยและพึงพอใจ

กลยุทธ์ที่ 2 เพื่อให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ

ตัวชี้วัดที่ 27. ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยนอก $\geq$ ร้อยละ85	
หน่วยวัด	ร้อยละ
คำอธิบาย/คำนิยาม	ความพึงพอใจของผู้รับบริการ หมายถึง ความคิดเห็นของผู้รับบริการต่อบริการพยาบาลที่ได้รับ ผู้รับบริการ หมายถึง ประชาชนไทยผู้มารับบริการโดยตรง หรือเจ้าหน้าที่ของรัฐหรือหน่วยงานทั้งภาครัฐ และเอกชน ที่มารับบริการที่หน่วยบริการในแผนกผู้ป่วยนอก ประเด็นการสำรวจประกอบด้วย ความสะดวกและการเข้าถึงบริการ การให้คำแนะนำและขั้นตอนของการรับบริการ การดูแลใส่ใจของเจ้าหน้าที่ สื่อสุศึกษาตามบอร์ดประชาสัมพันธ์เหมาะสม การพุดจา สื่อสารท่าทางของเจ้าหน้าที่ การถามอาการของโรค ความพร้อมของเครื่องมือ ความสะอาดของสถานที่ การได้รับคำแนะนำหลังแพทย์ตรวจรักษาแล้ว ความรวดเร็วในการให้บริการ ภาพรวมทั่วไป
เกณฑ์เป้าหมาย	$\geq$ ร้อยละ85
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก
แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล	1. สุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 5 ของจำนวนผู้มารับบริการเฉลี่ยต่อวัน 2. แจกแบบสอบถามให้ผู้รับบริการที่อ่านออกเขียนได้ หรือสัมภาษณ์กรณีอ่านเขียนไม่ได้ ยกเว้นในกรณีที่ผู้รับบริการปฏิเสธการตอบ 3. ทำการเก็บแบบสอบถามทุกวันจนครบระยะเวลาที่กำหนด (ประมาณ 1 เดือน) 4. นำแบบสอบถามมาเจนนับคะแนนที่ผู้รับบริการประเมิน 5. หาผลรวมของคะแนนความพึงพอใจและคะแนนเต็มของแบบสอบถาม 6. คำนวณอัตราส่วนร้อยละของความพึงพอใจ

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	คะแนนความพึงพอใจที่ได้จากแบบประเมินผู้ป่วยนอก×100 ผลรวมคะแนนเต็มของแบบประเมิน
ระยะเวลาการประเมินผล	ทุกเดือน
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางสุวรรณี พรหมวิเศษ
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นส. เบญจมาศ สำลี

รายละเอียดตัวชี้วัดประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพตามมาตรฐาน

เป้าประสงค์ 1 ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัยและพึงพอใจ

กลยุทธ์ที่ 2 เพื่อให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ

ตัวชี้วัดที่ 28. ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยใน $\geq$ ร้อยละ85	
หน่วยวัด	ร้อยละ
คำอธิบาย/คำนิยาม	ความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลที่ได้รับในหอผู้ป่วย
เกณฑ์เป้าหมาย	$\geq$ ร้อยละ85
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในหอผู้ป่วยในรพ.
แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล	แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการบริการสำหรับผู้ป่วยใน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{\text{คะแนนความพึงพอใจที่ได้จากแบบประเมินผู้ป่วยใน} \times 100}{\text{ผลรวมคะแนนเต็มของแบบประเมิน}}$
ระยะเวลาการประเมินผล	ทุกเดือน
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางสุวรรณี พรหมวิเศษ
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นางธิดา คงจิตร

รายละเอียดตัวชี้วัดประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพตามมาตรฐาน

เป้าประสงค์ 1 ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัยและพึงพอใจ

กลยุทธ์ที่ 2 เพื่อให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ

ตัวชี้วัดที่ 29. ร้อยละความพึงพอใจผู้รับบริการในชุมชน $\geq$ ร้อยละ85	
หน่วยวัด	
คำอธิบาย/คำนิยาม	ความพึงพอใจในคุณภาพบริการในชุมชน หมายถึง การประเมิน ผลลัพธ์ของการดำเนินงานจากความคิดเห็นของตัวแทนภาคประชาชนในชุมชน ความพึงพอใจในคุณภาพ หมายถึง คะแนนความพึงพอใจต่อการบริการในชุมชน ส่วนที่ 2 ข้อ 1 - 10 รวมจำนวน 10 ข้อ โดยใช้ความคิดเห็น ระดับ ดีมาก ดี ปานกลาง พอใช้ ควรปรับปรุง ได้คะแนนคิดจากค่าเฉลี่ยรวมมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85 (เกณฑ์การให้คะแนนระบุในคำชี้แจงของแบบประเมิน) ผู้รับบริการในชุมชน หมายถึง ตัวแทนภาคประชาชนในชุมชน ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อบต.
เกณฑ์เป้าหมาย	$\geq$ ร้อยละ85
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้นำชุมชน ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อบต. ตัวแทนหมู่บ้าน หมู่ที่ 4 หมู่ที่ 10 หมู่ที่ 17 ตำบลตะกุกเหนือ หมู่ที่ 9 หมู่ที่ 10 หมู่ที่ 12 ตำบลตะกุกใต้
แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล	แบบสอบถามความพึงพอใจผู้รับบริการในชุมชน/เก็บจากผู้รับบริการในชุมชน เดือนละ 1 ครั้ง ในวันประชุมประจำเดือนของหมู่บ้าน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	หาค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างแต่ละข้อ หาได้โดยการเฉลี่ยจากค่าน้ำหนักของข้อมูลที่ได้ $\text{ร้อยละความพึงพอใจผู้รับบริการ} = \frac{\text{คะแนนเฉลี่ยรวมของความพึงพอใจ} \times 100}{5 (\text{คะแนนเต็มของความพึงพอใจ})}$
ระยะเวลาการประเมินผล	ทุกเดือน
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางชนกพร ปิบ้านท่า
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	เจ้าหน้าที่กลุ่มงานเวชฯ

รายละเอียดตัวชี้วัดประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากร(คน เงิน ของ) และสารสนเทศให้มีประสิทธิภาพ

เป้าประสงค์ ที่ 2 ผู้ให้บริการมีความรู้ ความสามารถ และปฏิบัติงานอย่างมีความสุข

กลยุทธ์ที่3 พัฒนสมรรถนะตามเกณฑ์ที่คาดหวัง

ตัวชี้วัดที่ 30. ร้อยละบุคลากรได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด $\geq$ ร้อยละ85	
หน่วยวัด	ร้อยละ
คำอธิบาย/คำนิยาม	ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง จำนวนบุคลากรในโรงพยาบาลวิภาวดี ได้รับการพัฒนาตามเข็มมุ่งของโรงพยาบาล ได้แก่ เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการพัฒนาในเรื่องของ โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) จำนวน 3 คน , โรคหอบหืดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) จำนวน....3...คน, การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) จำนวน..3...คน , ผู้ป่วยปลอดภัย เราก้ปลอดภัย (2P Safety) จำนวน...3..คน และ การจัดทำแผนทางการเงิน (Planfin) จำนวน 5 คน
เกณฑ์เป้าหมาย	$\geq$ ร้อยละ 85
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรที่ผ่านการอบรมตามเข็มมุ่งของโรงพยาบาลวิภาวดี
แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล	1.จากแผนพัฒนาบุคลากรประจำปีของโรงพยาบาลวิภาวดี 2.หนังสือไปประชุม/อบรม
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A=จำนวนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาในปี 2562 B=จำนวนบุคลากรเป้าหมายตามแผนพัฒนาบุคลากร (17 คน) $(A/B) \times 100$
ระยะเวลาการประเมินผล	ทุกไตรมาส
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นส.อรอนงค์ อังกูรัตน์
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นส.เพ็ญมาศ ฤทธิเวช

รายละเอียดตัวชี้วัดประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากร(คน เงิน ของ) และสารสนเทศให้มีประสิทธิภาพ

เป้าประสงค์ ที่ 2 ผู้ให้บริการมีความรู้ ความสามารถ และปฏิบัติงานอย่างมีความสุข

กลยุทธ์ที่3 พัฒนสมรรถนะตามเกณฑ์ที่คาดหวัง

ตัวชี้วัดที่ 31. ร้อยละดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ร้อยละ 60	
หน่วยวัด	ร้อยละ
คำอธิบาย/คำนิยาม	ร้อยละดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) หมายถึง จำนวนบุคลากรในโรงพยาบาลวิภาวดี มีการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) รายบุคคล โดยผ่านระบบ Online-based ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีการวิเคราะห์ผลการประเมิน และนำผลการวิเคราะห์นั้นมาปรับใช้ในการวางแผนและการดำเนินการตามแผนสร้างสุขให้กับบุคลากรในโรงพยาบาลวิภาวดี
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 60
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลวิภาวดี
แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูลจากการตอบแบบประเมินรายบุคคล โดยผ่านระบบ Online-based ของกระทรวงสาธารณสุข
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A=จำนวนบุคลากรในโรงพยาบาลวิภาวดีที่ตอบแบบประเมินรายบุคคล ผ่านระบบ Online-based ของกระทรวงสาธารณสุข B=จำนวนบุคลากรในโรงพยาบาลวิภาวดีทั้งหมด $(A/B) \times 100$
ระยะเวลาการประเมินผล	รายไตรมาส
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นส.อรอนงค์ อังกูรรัตน์
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นส.เพ็ญมาศ ฤทธิเวช

รายละเอียดตัวชี้วัดประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากร(คน เงิน ของ) และสารสนเทศให้มีประสิทธิภาพ

เป้าประสงค์ ที่ 2 ผู้ให้บริการมีความรู้ ความสามารถ และปฏิบัติงานอย่างมีความสุข

กลยุทธ์ที่3 พัฒนสมรรถนะตามเกณฑ์ที่คาดหวัง

ตัวชี้วัดที่ 32. ร้อยละของความไม่พึงพอใจของบุคลากรได้รับการวิเคราะห์และแก้ไข $\geq$ ร้อยละ 50	
หน่วยวัด	ร้อยละ
คำอธิบาย/คำนิยาม	ร้อยละความไม่พึงพอใจของบุคลากรที่ได้รับการวิเคราะห์และแก้ไข หมายถึง จำนวนบุคลากรในโรงพยาบาลวิภาวดี ตอบแบบสำรวจความพึงพอใจในการทำงานรายบุคคล ซึ่งมีการวิเคราะห์ผลสำรวจความพึงพอใจ และนำผลการวิเคราะห์นั้นมาปรับใช้ในการวางแผนและการดำเนินการตามแผนสร้างสุขให้กับบุคลากรในโรงพยาบาลวิภาวดี
เกณฑ์เป้าหมาย	$\geq$ ร้อยละ 50
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลวิภาวดี
แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูลจากการตอบแบบสำรวจความพึงพอใจในการทำงานรายบุคคล
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A=จำนวนเรื่องความไม่พึงพอใจของบุคลากรที่ได้รับการวิเคราะห์และแก้ไข B=จำนวนเรื่องความไม่พึงพอใจทั้งหมด $(A/B) \times 100$
ระยะเวลาการประเมินผล	รายไตรมาส
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นส.อรอนงค์ อังกูรัตน์
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นส.เพ็ญมาศ ฤทธิเวช

รายละเอียดตัวชี้วัดประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากรและสารสนเทศให้มีประสิทธิภาพ

เป้าประสงค์ ที่ 3 โรงพยาบาลมีเสถียรภาพทางการเงิน

กลยุทธ์ที่ 4 พัฒนาระบบบริหารการเงินการคลังให้มีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดที่ 33. ระดับภาวะวิกฤติทางการเงิน น้อยกว่า ระดับ 7	
หน่วยวัด	ระดับ
คำอธิบาย/คำนิยาม	วิกฤติทางการเงิน หมายถึง ระดับคะแนนความเสี่ยงตามเกณฑ์เฝ้าระวังทางการเงินในระดับสูงสุด 7 คะแนน ประกอบด้วย 1.Current Ratio < 1.5 = 1 คะแนน 2.Quick Ratio < 1.0 = 1 คะแนน 3.Cash Ratio < 0.8 = 1 คะแนน 4.ทุนสำรองสุทธิตดลบ = 1 คะแนน 5.ผลประกอบการขาดทุน = 1 คะแนน 6.ระยะเวลาทุนสำรองเพียงพอใช้จ่าย < 3 เดือน = 2 คะแนน, เพียงพอใช้จ่าย 3-6 เดือน = 1 คะแนน
เกณฑ์เป้าหมาย	น้อยกว่า ระดับ 7
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลวิภาวดี
แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล	งานการเงินและบัญชี กลุ่มงานการจัดการ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ระดับความเสี่ยงตามเกณฑ์เฝ้าระวังทางการเงินในระดับสูงสุด 7 คะแนน ประกอบด้วย 1.Current Ratio < 1.5 = 1 คะแนน 2.Quick Ratio < 1.0 = 1 คะแนน 3.Cash Ratio < 0.8 = 1 คะแนน 4.ทุนสำรองสุทธิตดลบ = 1 คะแนน 5.ผลประกอบการขาดทุน = 1 คะแนน 6.ระยะเวลาทุนสำรองเพียงพอใช้จ่าย < 3 เดือน = 2 คะแนน, เพียงพอใช้จ่าย 3-6 เดือน = 1 คะแนน
ระยะเวลาการประเมินผล	ทุกไตรมาส
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นส.อรอนงค์ อังกูรรัตน์
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นส.สาลินี คุณคำ

รายละเอียดตัวชี้วัดประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากรและสารสนเทศให้มีประสิทธิภาพ
เป้าประสงค์ ที่ 3 โรงพยาบาลมีเสถียรภาพทางการเงิน

กลยุทธ์ที่ 4 พัฒนาระบบบริหารการเงินการคลังให้มีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดที่ 34. ร้อยละการเบิกจ่ายงบประมาณไม่เกิน 5% ของมูลค่าที่ตั้งไว้ใน Planfin	
หน่วยวัด	ร้อยละ
คำอธิบาย/คำนิยาม	การเบิกจ่ายงบประมาณไม่เกิน 5% ของมูลค่าที่ตั้งไว้ใน Planfin หมายถึง รายจ่ายของโรงพยาบาลวิภาวดี ต้องไม่เกินงบประมาณร้อยละ 5 ตามแผนทางการเงิน(Planfin) ที่ตั้งไว้
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่เกิน 5%
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรทั้งภายในและภายนอกองค์กร
แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล	งานพัสดุ งานการเงินและบัญชี กลุ่มงานการจัดการ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ค่าใช้จ่ายจริงต้องไม่เกินร้อยละ 5 ของการเบิกจ่ายงบประมาณที่ตั้งไว้ใน Planfin
ระยะเวลาการประเมินผล	ทุกไตรมาส
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นส.อรอนงค์ อังกูรรัตน์
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นส.สาลินี คุณคำ

รายละเอียดตัวชี้วัดประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากรและสารสนเทศให้มีประสิทธิภาพ
เป้าประสงค์ ที่ 4 ระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ

กลยุทธ์ที่ 5 ระบบสารสนเทศมีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดที่ 35. มีสารสนเทศตามที่โรงพยาบาลกำหนด ที่ถูกต้อง เป็นปัจจุบัน ร้อยละ 100	
หน่วยวัด	ร้อยละ 100
คำอธิบาย/คำนิยาม	สารสนเทศตามที่โรงพยาบาลกำหนด หมายถึง ข้อมูลรายงาน Data Center มีทั้งหมด 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลบริการ ข้อมูลคุณภาพ ข้อมูลสถิติ และข้อมูลกลุ่มโรคที่สนใจ มีจำนวน 42 ข้อ ถูกต้อง เป็นปัจจุบัน หมายถึง ข้อมูลมีความถูกต้อง และมีการส่งรายงาน Data Center ที่ทันเวลาภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดไป
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 100
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	-
แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล	รายงานข้อมูล Data Center
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{\text{จำนวนข้อมูล Data Center ที่ถูกต้องเป็นปัจจุบัน} \times 100}{\text{จำนวนข้อมูล Data Center ทั้งหมด}}$
ระยะเวลาการประเมินผล	รายไตรมาส
ผู้กำกับตัวชี้วัด	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวิภาวดี
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นางสุรารักษ์ มุสิกพันธ์

รายละเอียดตัวชี้วัดประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากรและสารสนเทศให้มีประสิทธิภาพ
เป้าประสงค์ ที่ 4 ระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ

กลยุทธ์ที่ 5 ระบบสารสนเทศมีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดที่ 36. ระดับความสำเร็จการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการตัดสินใจเชิงนโยบาย	
หน่วยวัด	ระดับ
คำอธิบาย/คำนิยาม	ระบบสารสนเทศ หมายถึง การรวบรวมและจัดเก็บข้อมูลต่างๆของโรงพยาบาลอย่างมีหลักเกณฑ์ตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับและมาตรฐานคุณภาพต่างๆ เพื่อนำมาประกอบผลและจัดรูปแบบให้ได้สารสนเทศที่ช่วยสนับสนุนการทำงานและการตัดสินใจในด้านต่างๆของผู้บริหาร เพื่อให้การดำเนินการของโรงพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพทำให้บุคลากรปฏิบัติงานได้สะดวกและรวดเร็ว
เกณฑ์เป้าหมาย	ระดับ 5
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	-
แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ระดับที่ 1 คือ มีการจัดเก็บ วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาล (Data center) ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน ระดับที่ 2 คือ มีการใช้ระบบสารสนเทศ 1) ด้านการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ข้อมูลอันดับโรค , ข้อมูล re-admit , ข้อมูล RDU 2) ด้านการบริหาร ได้แก่ การวิเคราะห์สถานการณ์การเงิน ระดับที่ 3 คือ มีการกำหนดมาตรฐานสารสนเทศ 1) มีมาตรการการรักษาความลับ ความปลอดภัยของข้อมูล 2) มีมาตรการการป้องกันการสูญหายของข้อมูล 3) มีการจัดการทรัพยากรบุคคลในการเข้าถึงสารสนเทศ ระดับที่ 4 คือ มีการเชื่อมโยงระบบสารสนเทศ 1) มีการเผยแพร่ข้อมูลผ่านช่องทางเว็บไซต์โรงพยาบาลวิภาวดี http://www.vipha-hospital.com 2) มีระบบให้คำปรึกษา ให้ความรู้

	ระดับที่ 5 คือ มีการนำข้อมูลสารสนเทศไปใช้ในการพิจารณา การกำหนดนโยบายต่างๆ
ระยะเวลาการประเมินผล	รายไตรมาส
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางสุรากรี มุสิกพันธ์
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นางสาวจันทร์จิรา เวชพราหมณ์

รายละเอียดตัวชี้วัดประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากรและสารสนเทศให้มีประสิทธิภาพ
เป้าประสงค์ ที่ 5 มีระบบธรรมาภิบาล

กลยุทธ์ที่ 6 พัฒนาระบบธรรมาภิบาล และคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ

ตัวชี้วัดที่ 37 โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	
หน่วยวัด	ร้อยละ
คำอธิบาย/คำนิยาม	การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) เป็นการประยุกต์แนวคิดของการประเมินคุณธรรมการดำเนินงาน(Integrity Assessment) บูรณาการเข้ากับดัชนีวัดความโปร่งใสของหน่วยงานภาครัฐ ซึ่งดำเนินการโดยสำนักงาน ป.ป.ช. ซึ่ง แบ่งเป็น 5 องค์ประกอบ ดังนี้ 1. ความโปร่งใส (Transparency) ประเมินจากความคิดเห็นหรือประสบการณ์ของประชาชน หรือผู้มีส่วนได้เสียในการรับบริการจากหน่วยงาน ภาครัฐ และประเมินจากข้อมูลเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์บนพื้นฐานของข้อเท็จจริงในการดำเนินงานของหน่วยงาน 2. ความพร้อมรับผิด (Accountability) ประเมินจากความคิดเห็นหรือประสบการณ์ของประชาชน หรือผู้มีส่วนได้เสียในการรับบริการจากหน่วยงานภาครัฐ 3. คุณธรรมการให้บริการของหน่วยงาน หรือปัญหาการทุจริตคอร์รัปชันในองค์กร (Integrity in service delivery) ประเมินจากการรับรู้ และประสบการณ์ตรงของประชาชนผู้รับบริการหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อการให้บริการของหน่วยงานภาครัฐ 4. วัฒนธรรมคุณธรรมในองค์กร(Integrity Culture) ประเมินจากความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่หน่วยงานภาครัฐและจากข้อมูลเอกสารหลักฐาน เชิงประจักษ์บนพื้นฐานของข้อเท็จจริงในการดำเนินงานของหน่วยงาน 5. คุณธรรมการทำงานในหน่วยงาน(Work integrity) ประเมินจากความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานภาครัฐที่มีต่อการดำเนินงานของหน่วยงาน
เกณฑ์เป้าหมาย	ผ่านเกณฑ์
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนผู้รับบริการ/ หรือผู้มีส่วนได้เสีย /เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล

แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล	-ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) โดยเฉพาะประเมินตนเอง(Self-Assessment) สำหรับหลักฐานเชิงประจักษ์(Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) เพื่อการปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ผ่านเกณฑ์การประเมินตนเองตามแบบประเมิน Evidence Base
ระยะเวลาการประเมินผล	- ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) - ไตรมาสที่ 3 รอบ 9 เดือน (เดือนมิถุนายนของทุกปี) - ไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายนของทุกปี)
ผู้กำกับตัวชี้วัด	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นส. อรอนงค์ อังกูรรัตน์

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบการจัดการสิ่งแวดล้อมให้มีความปลอดภัยและเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ

เป้าประสงค์ ที่ 8 มีสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ

กลยุทธ์ที่ 8 เพื่อมีสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย และเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ

ตัวชี้วัดที่ 38. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน Green and Clean Hospital ระดับดีมาก	
หน่วยวัด	ร้อยละ
คำอธิบาย/คำนิยาม	โรงพยาบาลและเครือข่ายผ่านเกณฑ์การประเมิน Green and Clean Hospital หมายถึง โรงพยาบาลมีการดำเนินงานตามเกณฑ์ Green and Clean Hospital 14 ข้อ* ตามตัวชี้วัดของจังหวัดปีงบประมาณ 2562
เกณฑ์เป้าหมาย	ระดับดีมาก
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลวิภาวดี
แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล	1.โรงพยาบาลประเมินตนเอง เพื่อวางแผนพัฒนาตนเองและประเมินผลการดำเนินงาน ให้ สสจ. 2.ทีมประเมินระดับจังหวัดทำการประเมินเพื่อรองรับโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ Green and Clean Hospital
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	โรงพยาบาลวิภาวดีได้รับดำเนินกิจกรรมตามเกณฑ์ Green and Clean Hospital
ระยะเวลาการประเมินผล	รายไตรมาส
ผู้กำกับตัวชี้วัด	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นส. อรอนงค์ อังกูรรัตน์, นายอุณนิษฐ์ ช่วยชู

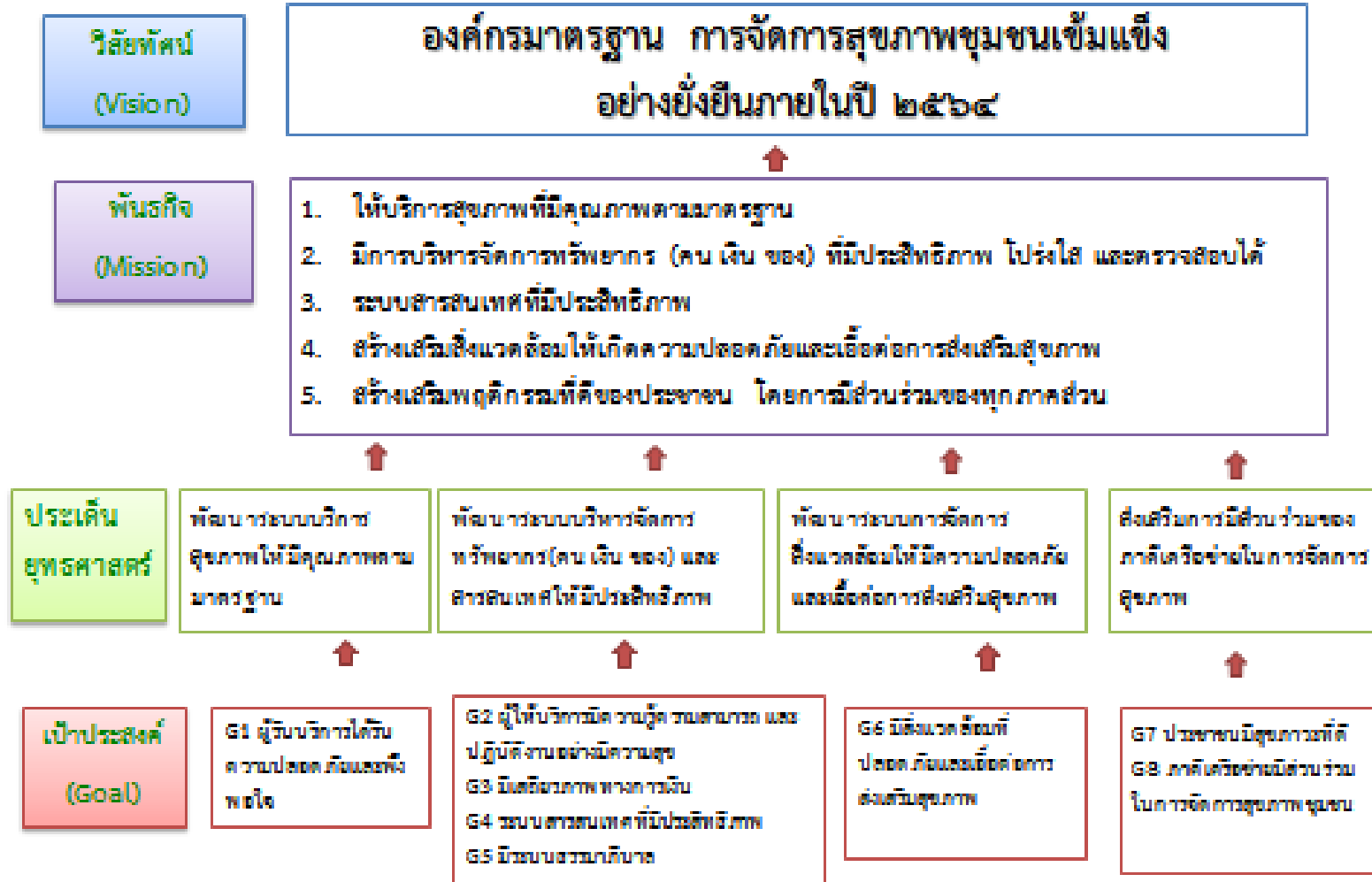
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่3 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการจัดการสุขภาพ

เป้าประสงค์ ที่ 6ประชาชนมีสุขภาพที่ดีภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืน

กลยุทธ์ที่ 7 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

ตัวชี้วัดที่ 39. หมู่บ้านการจัดการสุขภาพผ่านเกณฑ์การประเมินตามที่กำหนด ร้อยละ 80	
หน่วยวัด	ร้อยละ
คำอธิบาย/คำนิยาม	หมู่บ้านจัดการสุขภาพ หมายถึง หมู่บ้านที่มีกระบวนการรองรับชุมชนในด้านการจัดการสุขภาพตั้งแต่การมีการรวมกลุ่ม การวางแผนด้านสุขภาพ การจัดการงบประมาณ การควบคุมกำกับ ติดตามประเมินผล
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 80
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หมู่ที่ 9 ,หมู่ที่ 10 , หมู่ที่ 12 ตำบลตะกุกใต้ หมู่ที่ 4 ,หมู่ที่ 10 , หมู่ที่ 17 ตำบลตะกุกเหนือ
แหล่งข้อมูล/วิธีการเก็บข้อมูล	จากแบบประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ปีละ 1 ครั้ง
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A = จำนวนหมู่บ้านที่ผ่านการประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพX100 B = จำนวนหมู่บ้านทั้งหมดในเขตรับผิดชอบ
ระยะเวลาการประเมินผล	ช่วงเดือน พฤษภาคม - กันยายน
ผู้กำกับตัวชี้วัด	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นางชนกพร ปิบ้านท่า

แผนที่ยุทธศาสตร์โรงพยาบาลวิภาวดี



เข็มนุ่ง รพ.วิภาวดี ปี๒๕๖๒

๑. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ ได้แก่ Stroke COPD
๒. พัฒนาระบบ RDU
๓. พัฒนาระบบ ๒P Safty
๔. พัฒนาระบบบริหารการเงินให้เป็นตามแผน (Planfin)

ค่านิยม : มีมาตรฐาน บริการด้วยใจ

ความสามารถเฉพาะองค์กร Core competency : Team work and seamless
(การทำงานเป็นทีมแบบไร้รอยต่อ)