

คู่มือแผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลเขมราฐ

ปีงบประมาณ 2565-2569



จัดทำโดย

กลุ่มงานประกันสุขภาพและยุทธศาสตร์



นโยบายสำคัญกระทรวงสาธารณสุข ปี 2568

โรงพยาบาลเขมราฐ



นายแพทย์ภิรักษ์ รุ่งพัฒนาชัยกุล
ผอ.โรงพยาบาลเขมราฐ

นโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2568

ยกระดับสาธารณสุขไทย แข็งแรงทุกวัย เศรษฐกิจสุขภาพไทยมั่นคง

1. ยกระดับ 30 บาทรักษาทุกที่ เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ

- เชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ ในระบบบริการทุกระดับ โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของข้อมูลสุขภาพ
- พัฒนาระบบ Telemedicine / AI ทางกายภาพ และการใช้ เทคโนโลยีดูแลสุขภาพ (Health Tech)
- ขยายเครือข่ายการบริการระดับปฐมภูมิ Health Station ระบบปฐมภูมิดิจิทัล ให้ทันสมัย ครอบคลุม
- พัฒนา SW.รัฐ ให้สวยงาม ทันสมัย มีระบบบริการที่ดี

2. เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต และบำบัดยาเสพติด

- พัฒนาและสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบบริการ การให้คำปรึกษา โดยนักจิตบำบัด
- ยกระดับการบำบัดรักษา มีนิรนัยรักษา และทีมชุมชนลุ่มรัก ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยหลังบำบัด
- ตั้งกรมสุขภาพจิตและบำบัดยาเสพติด เร่งรัดปรับปรุงโครงสร้างระดับพื้นที่

3. คนไทยห่างไกลโรค และภัยสุขภาพ

- ส่งเสริมสุขภาพทุกมิติ เพื่อลดโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ (NCDs)
- ผลักดันแนวคิเวชศาสตร์วิถีชีวิตและสุขภาพองค์รวมสู่การปฏิบัติ
- ปรับปรุงกฎหมายและมาตรการให้เอื้อต่อการควบคุม ดูแลส่งเสริมสุขภาพ เช่น พรบ. NCDs การป้องกันผู้สูบบุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้า
- สนับสนุนแนวคิด สุขภาพดี สักปีละโยชน์เพิ่ม
- สานต่อ วัคซีน HPV / คัดกรองป้องกันมะเร็ง / มะเร็งกระบังลม
- ผลักดันแนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว เชื่อมโยงสุขภาพคน สัตว์ สิ่งแวดล้อม

4. สร้างความเข้มแข็งเครือข่ายสุขภาพ ภาคประชาชน

- พัฒนากฎหมายสนับสนุนเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน เช่น พรบ. อสม.
- เพิ่มศักยภาพ อสม. เพื่อส่งเสริมงานสุขภาพเชิงรุกในชุมชน
- ส่งเสริมสิทธิด้านสุขภาพ ของประชาชนทุกกลุ่ม

7. บริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุข

- สนับสนุนการมีส่วนร่วมในการลงทุนพัฒนาการสาธารณสุข นโยบาย 50 เขต 50 sw. เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ
- พัฒนากฎหมาย / ระบบสนับสนุน การบริหารจัดการ sw. และการจัดซื้อจัดจ้าง
- บริหารจัดการกองทุน / งบประมาณ อย่างมีประสิทธิภาพ
- เพิ่มการผลิตแพทย์ และบุคลากรด้านสาธารณสุข สร้างเสริมคุณภาพชีวิต ขวัญกำลังใจ ผลักดัน พรบ. ก.สธ.
- ส่งเสริม sw. สีเขียว ปรับปรุงให้เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม

6. เพิ่มศักยภาพเศรษฐกิจสุขภาพ สู่ Medical & Wellness Hub

- ส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความปลอดภัยทุกมิติ
- ยกระดับภูมิปัญญาไทย ส่งเสริมการใช้แพทย์แผนไทย และสมุนไพรเพื่อการแพทย์ ในระบบบริการสุขภาพ
- เพิ่มโอกาสการเติบโตธุรกิจการแพทย์และสุขภาพ ปรับปรุงกฎระเบียบ ลดขั้นตอนการอนุมัติ / อนุญาต
- ส่งเสริมการต่อยอดงานวิจัย การถ่ายทอดเทคโนโลยี นวัตกรรมสุขภาพและเทคโนโลยีชีวภาพทางการแพทย์

5. จัดระบบบริการสุขภาพ เพื่อกลุ่มเปราะบาง และพื้นที่พิเศษ

- ยกระดับ สถานชิวาภิบาล ภูมิชีวภิบาล
- เพิ่มศักยภาพระบบบริการสุขภาพและหน่วยบริการ พื้นที่ชายแดน
- ส่งเสริมการผลิตและจ้างงานผู้ดูแลสุขภาพในชุมชน (Caregiver)

V.16_22/10/67

นโยบายสำคัญของผู้บริหาร

โรงพยาบาลเขมราฐ

นโยบายบริหาร

โรงพยาบาลเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี



1. การบริหารงานใช้หลักธรรมาภิบาล เป็นธรรมกับทุกฝ่าย
การบริหารงานโดยเฉพาะกรรมการบริหาร และ
คณะกรรมการชุดต่างๆ มีส่วนกำหนดนโยบาย
ของโรงพยาบาล เช่น HA, ISO 9002, 5 ส.
การแพทย์แผนไทย การบริหารงาน
ยึดระเบียบของทางราชการ ยึดหยุ่นได้บ้างตามความเหมาะสม
2. บำรุงขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่
ทุกระดับ ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่เป็นบุคลากรที่มีคุณภาพ
มีสุขภาพกายและใจที่แข็งแรง มีความปลอดภัยในชีวิต
และทรัพย์สินมีความรักและสามัคคีในหมู่คณะ มีความรักและ
ปรารถนาดีต่อโรงพยาบาลไม่มีการแบ่งพรรคแบ่งพวก แต่ทุกคนเป็นพวกเราชาวโรงพยาบาลเขมราฐ
3. การใช้วัสดุอุปกรณ์ และ ทรัพยากรต่างๆ ของโรงพยาบาล ต้องเป็นไปด้วยความประหยัด คำนึง
คงสภาพ ให้ใช้งานได้นาน (ต้องมีแผนบำรุงรักษา)
4. ให้โรงพยาบาลเขมราฐ เป็นโรงพยาบาลชุมชน ที่เป็นของชุมชน เพื่อชุมชนและเป็นที่พักของประชาชน
5. ส่งเสริมให้โรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ มีกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพทุกรูปแบบ
จัดตั้งศูนย์ออกกำลังกายในโรงพยาบาล มีการทำงานเชิงรุกเพื่อการเสริมสร้างสุขภาพที่ดีในชุมชน
6. ส่งเสริมและสนับสนุนงานการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาล และชุมชน
เพื่อเป็นทางเลือกหนึ่งของประชาชนในการรับการรักษายาบาล และการส่งเสริมสุขภาพ
7. ระบบการให้บริการประชาชน (ลูกค้า) ของทุกฝ่าย ทุกจุด ให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ
ตามหลักวิชาการ มีคุณภาพ และรวดเร็ว เน้นการมีพฤติกรรมบริการที่ดี ตามสโลแกน
"หน้าไม่โกรธ รอไม่นาน บริการดี ทั่วใจเพราะ"
8. มีกระบวนการพัฒนาระบบงานและการดูแลผู้ป่วยเป็นทีม ตามกระบวนการHA เพื่อจุดมุ่งหมาย
การรับรองเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ
9. มีการประชุมกรรมการบริหารอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อกำหนดทางนโยบายและการบริหารงาน
ของโรงพยาบาล ประชุมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทุกคน 2 เดือนต่อครั้ง เพื่อรับทราบปัญหา
อุปสรรคในการปฏิบัติงาน และข้อเสนอแนะต่างๆ

นายอภิรักษ์ อึ้งพัฒนาศัยกุล
นายแพทย์เชี่ยวชาญ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขมราฐ



ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2568

โรงพยาบาลเขมราฐ



นายแพทย์ภิรักษ์ รุ่งพัฒนาชัยกุล
ผอ.โรงพยาบาลเขมราฐ



แผนงาน/โครงการ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2568



4+1 ด้าน Excellence **12** แผนงาน **28** โครงการ

PP&P Excellence



ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ

- แผนงานที่ 1 :
การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
- 1) โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
 - 2) โครงการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชากร
- แผนงานที่ 2 :
การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
- 1) โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
- แผนงานที่ 3 :
การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม
- 1) โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

PEOPLE Excellence



ด้านบุคลากรเป็นเลิศ

- แผนงานที่ 8 :
การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
- 1) โครงการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

SERVICE Excellence



ด้านบริการเป็นเลิศ

- แผนงานที่ 4 :
การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
- 1) โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
 - 2) โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพและอสบ.
- แผนงานที่ 5 :
การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
- 1) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคติดต่อเรื้อรัง
 - 2) โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ
 - 3) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาการบาดเจ็บ
 - 4) โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
 - 5) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช
 - 6) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก
 - 7) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ
 - 8) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง

- แผนงานที่ 5 :
การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) (ต่อ)
- 9) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต
 - 10) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ
 - 11) โครงการพัฒนาระบบบริการนำนวัตกรรมสู่ผู้ป่วยเสถียร
- แผนงานที่ 6 :
การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินระบบเวชระเบียนและระบบการส่งต่อ
- 1) โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินระบบเวชระเบียนและระบบการส่งต่อ
- แผนงานที่ 7 :
การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินระบบเวชระเบียนและระบบการส่งต่อ
- 1) โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินระบบเวชระเบียนและระบบการส่งต่อ

GOVERNANCE Excellence



ด้านธรรมาภิบาลเป็นเลิศ

- แผนงานที่ 9 :
การพัฒนาระบบบริการสุขภาพดิจิทัล
- 1) โครงการยกระดับความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์
- แผนงานที่ 10 :
การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
- 1) โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส
 - 2) โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ
 - 3) โครงการพัฒนาคุณภาพการตรวจห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุสมผล
- แผนงานที่ 11 :
การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ
- 1) โครงการลดความเหลื่อมล้ำ 3 กองทุน
 - 2) โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง

HEALTH- RELATED ECONOMY Excellence



ด้านเศรษฐกิจสุขภาพเป็นเลิศ

- แผนงานที่ 12 :
การพัฒนาระบบการเชื่อมโยงสุขภาพและการแพทย์
- 1) โครงการพัฒนาระบบการเชื่อมโยงสุขภาพและการแพทย์
 - 2) โครงการพัฒนาระบบการเชื่อมโยงสุขภาพและการแพทย์

วิสัยทัศน์ (Vision)

เป็นโรงพยาบาลชุมชนทันสมัย

ทุกคนปลอดภัยไว้ใจบริการ

ธรรมาภิบาลนำหน้า

บุคลากรผาสุก

พันธกิจ (Mission)

พัฒนาระบบ
ส่งเสริมสุขภาพ
ป้องกันโรค

พัฒนาระบบบริการและการ
ส่งต่อให้มีประสิทธิภาพ

พัฒนาระบบ
การฟื้นฟูสุขภาพ

ค่านิยม (Core Value)



knowledge
องค์กรแห่งการเรียนรู้



Health and safety
สุขภาพดีและปลอดภัย



Expertise
มีความเชี่ยวชาญ



Moral
คุณธรรมจริยธรรม

วัฒนธรรมองค์กร (Organizational culture)

สามัคคี

ใส่ใจบริการ

มีวินัย

ทำงานเป็นทีม



ประเด็นยุทธศาสตร์

โรงพยาบาลเขมราฐ

แผนยุทธศาสตร์ปี 2565 - 2569

ประเด็นยุทธศาสตร์	กลยุทธ์	เป้าหมาย(Goal)	ตัวชี้วัด (KPI)
S1 : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค (Promotion & Protection Excellence)	1.ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย	G1. ระบบส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค มีประสิทธิภาพ	1. Stroke Fast tract (onset to door) เข้าถึงบริการในโรงพยาบาลภายใน 2 ชั่วโมง $\geq 30\%$
			2.ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่ม Pre-DM (ภาวะก่อนเบาหวาน) ปีที่ผ่านมา ≤ 1.75
			3.ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากผู้ที่มีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์เกือบสูง(กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง) ≤ 5
			4. เด็ก 6 – 15 ปี เข้าถึงบริการสมาธิสั้น $\geq$ ร้อยละ 50
			5. อัตราการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงโดยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก $\geq$ ร้อยละ 90
			6. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปีที่คัดกรองพัฒนาการแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น ≥ 75

แผนยุทธศาสตร์ปี 2565 - 2569

ประเด็นยุทธศาสตร์	กลยุทธ์	เป้าหมาย(Goal)	ตัวชี้วัด (KPI)
S2 : ด้านการบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	2.การฟื้นฟูสุขภาพด้านผู้สูงอายุและการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Inter Mediat Care)	G2.ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความปลอดภัย ตามนโยบาย 3P Safety	7.ร้อยละ DM good control $\geq$ ร้อยละ 50
			8.ร้อยละ HT good control $\geq$ ร้อยละ 70
			9.ความสำเร็จในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ (Diabetes Remission) > ร้อยละ 30
			10.อัตราการให้ยาAntibioticหลังได้รับการวินิจฉัยภายใน 1 ชั่วโมง ร้อยละ 100
			11.ระดับความสำเร็จของผู้ป่วย Intermediate Care ได้รับการฟื้นฟูสุขภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือนหรือจน Bartel index=20 ก่อนครบ 6 เดือน ร้อยละ 85
			12.การคัดกรองภาวะเสี่ยงผู้สูงอายุและการได้การดูแลรักษาอย่างไรร้อยต่อ 12.1 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองพบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ $\geq$ ร้อยละ 50 12.2 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองพบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ $\geq$ ร้อยละ 60

แผนยุทธศาสตร์ปี 2565 - 2569

ประเด็นยุทธศาสตร์	กลยุทธ์	เป้าหมาย(Goal)	ตัวชี้วัด (KPI)
	3.พัฒนาระบบส่งต่อกลุ่มโรคฉุกเฉิน STROKE , STEMI ,แม่และเด็ก	G3.พัฒนาระบบส่งต่อกลุ่มโรคฉุกเฉิน STROKE , STEMI ,แม่และเด็ก	13. Stroke Fast tract (Door to refer) ได้รับการส่งต่อภายใน 30 นาที ร้อยละ 100
			14. จำนวนอุบัติการณ์การเสียชีวิตจาก Sepsis เป้าหมาย 0
			15.ระดับความสำเร็จของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ ความสำเร็จระดับ 5
			16.ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง $\geq$ ร้อยละ 80
			17.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง ที่เป็น CKD 3-4 ชะลอการลดลงของ eGFR ได้ตามเป้าหมาย ≥ 69
			18.อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 8 ต่อแสน ปชก.(ไม่เกิน 6 ราย)
			19.อัตราตายผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ เป้าหมาย < ร้อยละ 5

แผนยุทธศาสตร์ปี 2565 - 2569

ประเด็นยุทธศาสตร์	กลยุทธ์	เป้าหมาย(Goal)	ตัวชี้วัด (KPI)
S3 : ด้านบุคลากร เป็นเลิศ (People Excellence)	3.งานพัฒนาบุคลากร	G4. บุคลากรมี ประสิทธิภาพและมีความสุข ในการทำงาน	20.ร้อยละของบุคลากรที่เจ็บป่วยจากการ ทำงาน ≤ 5
			21.ร้อยละของบุคลากรมีผลการประเมิน Happy Money ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 50 (เกณฑ์ Happy)

แผนยุทธศาสตร์ปี 2565 - 2569

ประเด็นยุทธศาสตร์	กลยุทธ์	เป้าหมาย(Goal)	ตัวชี้วัด (KPI)
S4 : บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)	4.พัฒนาการระบบการบริหารจัดการภายในให้มีประสิทธิภาพ	G5. หน่วยงานมีคุณธรรมและความโปร่งใส	22. การผ่านเกณฑ์การตรวจสอบควบคุมภายใน 5 มิติ
			23. ผลการประเมินประสิทธิภาพการเงินการคลัง (TPS Score) เป้าหมายระดับ A
			24. ข้อร้องเรียนเกี่ยวกับทุจริตหรือประพฤติดมิชอบเป้าหมาย 0
	5.พัฒนาระบบการรับฟังเสียงของผู้รับบริการหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	G6. ผู้รับบริการพึงพอใจ	25.ร้อยละความพึงพอใจในการรับบริการ ≥ 80
			26.ข้อร้องเรียน พฤติกรรมบริการเป้าหมาย 0 เรื่อง
	6.พัฒนาระบบการสื่อสารความรู้ผ่านสื่อออนไลน์ (Health Literacy)	G7. ระบบสารสนเทศทันสมัย (Digital health System)	27.มีการพัฒนาระบบสารสนเทศ (System Analysis& Design) อย่างน้อย 1 ระบบ
			28.ร้อยละการบริการการแพทย์ทางไกล $\geq$ ร้อยละ 75
			29.ร้อยละของโรงพยาบาลที่ยื่นขอรับรอง HAIT 100 % ผ่านการรับรอง HAIT
	7. มาตรฐานความปลอดภัยสำคัญจำเป็น	G2.ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความปลอดภัย ตามนโยบาย 3P Safety	30.จำนวนอุบัติการณ์เจ้าหน้าที่ติดเชื้อจากการทำงาน*เป้าหมาย 0
			31.อัตราการติดเชื้อในรพ. (health care-associated infections) ต่อ 1,000 วันนอน*
			32.อัตราการติดเชื้อ CAUTI/1,000Cath. Days* เป้าหมาย 0
			33.จำนวนอุบัติการณ์การคัดแยกunder triage ที่ ER ระดับ E up / จำนวนอุบัติการณ์ทั้งหมด)
			34.จำนวนอุบัติการณ์การคัดแยก over triage ที่ ER ระดับ E up / จำนวนอุบัติการณ์ทั้งหมด)

แผนยุทธศาสตร์ปี 2565 - 2569

ประเด็นยุทธศาสตร์	กลยุทธ์	เป้าหมาย(Goal)	ตัวชี้วัด (KPI)
S4 : บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)	7. มาตรฐานความปลอดภัยสำคัญจำเป็น	G2.ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่ที่มีความปลอดภัย ตามนโยบาย 3P Safety	35.จำนวนอุบัติการณ์การวินิจฉัยคลาดเคลื่อน (diagnostic error)ระดับ E up/ จำนวนอุบัติการณ์ทั้งหมด
			36.อุบัติการณ์ Misdiagnosis or delay diagnosis จนเกิดความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป*
			37.จำนวนแพทย์ซ้ำระดับ Eขึ้นไป)* (ครั้ง)



แผนที่ยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลเขมราฐ



นายแพทย์ภิรักษ์ รุ่งพัฒนาชัยกุล
ผอ.โรงพยาบาลเขมราฐ

แผนที่ยุทธศาสตร์(Strategic Map)



โรงพยาบาลเขมราฐ
Khammarat Hospital

เป็นโรงพยาบาลชุมชนสมัย

S1:(Promotion Prevention & Protection Excellance)

ทุกคนปลอดภัยไว้อใจบริการ

S2: Service

ธรรมาภิบาลนำหน้า

S3: People

บุคลากรผาสุก

S4: Governance

M1. เพิ่มประสิทธิภาพระบบส่งเสริมป้องกันโรค โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

M2. เพิ่มประสิทธิภาพการฟื้นฟูสุขภาพ

M3. เพิ่มประสิทธิภาพระบบส่งต่อกลุ่มโรคฉุกเฉิน

G1. ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความปลอดภัย ตามนโยบาย 3P Safety

- พัฒนาการเด็ก
- ผู้สูงอายุ
- สุขภาพจิต
- หญิงตั้งครรภ์

G7. ระบบสารสนเทศทันสมัย (Digital health System)

ตามนโยบาย EMS Environment(5E)
:Land scape, Waiting area, Rest room, Air quality, Light, color, Sound, Smell, Energy
Modernization (3M): system, logistic , technology
Smart Service (4S): Personal image, Service mind ,service behavior , Service Quality, Specialty, staff

G2. ระบบส่งเสริมสุขภาพป้องกันและควบคุมโรค มีประสิทธิภาพ

- ระบบการส่งต่อ
- โรคอุบัติใหม่ - อุบัติซ้ำ
- โรคฉุกเฉิน (3S)
- โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
- โรคกลุ่มแม่และเด็ก
- คุ้มครองผู้บริโภค

G3. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

- DM , HT
- ESRD with HD
- STEMI , STROKE , SEPSIS , TBI
- PPH , PIH ,BA
- HIV , Schizophrenia , AWS ,

G4. ผู้รับบริการพึงพอใจ

- -พฤติกรรมบริการ
- -การตอบสนองสิทธิผู้ป่วย

G6. หน่วยงานมีคุณธรรมและความโปร่งใส

- ความโปร่งใส ITA
- การเงินการคลัง
- ระบบการควบคุมภายใน

G5. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

- พัฒนาองค์ความรู้
- ความผาสุก
- สุขภาพกาย & จิต
- การคงอยู่



**บัญชีตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาล
(Template)**

โรงพยาบาลเขมราฐ

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภค (Promotion & Protection)

ตัวชี้วัด:	1. Stroke Fast tract (onset to door) เข้าถึงบริการในโรงพยาบาลภายใน 2 ชั่วโมง≥30%
คำนิยาม	โรคหลอดเลือดสมอง เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบประสาทและหลอดเลือดอาจเกิดจากหลอดเลือดตีบอุดตันหรือแตก ทำให้สมองบางส่วนทำงานผิดปกติ สมองเป็นอวัยวะที่ทนต่อการขาดเลือดได้ในเวลาที่จำกัด ดังนั้นการรักษาผู้ป่วยที่สมองขาดเลือด “เวลา” จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เลือดกลับไปเลี้ยงสมองส่วนที่ขาดเลือดให้เร็วที่สุด การรักษาที่เร็วจะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตได้เร็ว วิธีการรักษาที่ได้รับการยอมรับในปัจจุบันวิธีหนึ่ง ได้แก่ การรักษาด้วยยาฉีดละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ เป็นการรักษาที่ได้มาตรฐานและได้รับการยอมรับได้ผลค่อนข้างดี แต่มีข้อจำกัดด้านเวลาที่ต้องวินิจฉัยโรคและเริ่มให้ยาภายใน 4.5 ชั่วโมง หลังจากเกิดอาการและต้องอยู่ในสถานพยาบาลที่มีความพร้อมที่จะให้การดูแลรักษามีเครื่องมือสำหรับตรวจวินิจฉัย มีทีมแพทย์ ทีมบุคลากร ที่พร้อมให้การดูแลจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับบริการภายในระยะเวลา (Stroke fast track) คือ ผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรง หน้าที่ยว พุดลำบาก ชาครึ่งซีก เดินเซแขนขาอ่อนแรง เวียนศีรษะปวดศีรษะเกิดขึ้นแบบเฉียบพลัน ใดๆ อย่างหนึ่งเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลภายในระยะเวลาที่โรงพยาบาลแต่ละแห่งนับเพื่อให้สามารถประเมิน วินิจฉัย ให้ยาละลายลิ่มเลือดทันภายใน 4 ชั่วโมงครึ่ง(นับจากผู้ป่วยเริ่มมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง) แนวทางปฏิบัติของจังหวัด ได้แก่ 1.มีกระบวนการกำกับติดตามเป้าหมายกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ 2.มีการให้ health literacy กับประชาชนในด้าน alert/awarenessและการเข้าถึงการรักษา 3.มีการสื่อสารนโยบายโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอมิช่องทางสื่อสารภายในอำเภอ 4.มีระบบ Stroke fast tract และการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพดำเนินการจัดระบบส่งต่อในชุมชน 5.มี Clinical practice guideline (CPG) ในการดูแลผู้ป่วยและนำมาปฏิบัติ 6.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I64)ที่มีอาการไม่เกินเวลาที่กำหนดมาถึงโรงพยาบาลชุมชน,โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ 7.มีเครือข่ายในการสร้างความตระหนักให้กับกลุ่มเสี่ยง 8.ดำเนินการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 9.บุคลากรได้รับการอบรมพัฒนาการให้ยา rtPA, Stroke basic courseหรือ advance course 10.มีการจัดประชุมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างโรงพยาบาลในเครือข่าย, โรงพยาบาลระดับ A,A+ ดำเนินการตรวจเยี่ยม/ประเมิน รพ. ในเครือข่าย
วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	-ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง STROKE
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วย STROKE ที่เข้ารับการดูแลได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด= (A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส
การติดตามรายไตรมาส	ปีงบประมาณ 2568
ผู้รับผิดชอบ	นางใบศรี จึงมั่นคง

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภค (Promotion & Protection)

ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
มีกระบวนการกำกับ ติดตาม เป้าหมายกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย เพื่อเพิ่ม การเข้าถึงบริการมีการให้ health literacy กับ ประชาชนในด้าน alert/awareness และ การเข้าถึง การรักษา	มีระบบ Stroke fast tract และการส่งต่อที่มี ประสิทธิภาพ	ผลการดำเนินงานการ เข้า ระบบระบบ Stroke fast tract ผ่านเกณฑ์ที่ กำหนด	ผลการดำเนินงานการเข้า ระบบ ระบบ Stroke fast tract ผ่าน เกณฑ์ที่กำหนด
มีการสื่อสารนโยบายโรค หลอด เลือดสมองมีช่องทาง การสื่อสาร ภายในอำเภอ	โรงพยาบาลระดับ A,A+ ดำเนินการตรวจเยี่ยม/ ประเมิน รพ.ในเครือข่าย	โรงพยาบาลระดับ A,A+ ดำเนินการตรวจ เยี่ยม/ ประเมิน รพ. ใน เครือข่าย	โรงพยาบาลระดับ A,A+ ดำเนิน การตรวจเยี่ยม/ ประเมิน รพ. ใน เครือข่าย
มีระบบ Stroke fast tract และการ ส่งต่อที่มี ประสิทธิภาพดำเนินการ จัดระบบส่งต่อในชุมชน	บุคลากรได้รับการอบรม พัฒนาการให้ยา rtPA, Stroke basic course หรือ advance course	จัดประชุมการ แลกเปลี่ยน เรียนรู้ ระหว่างโรงพยาบาล ใน เครือข่าย	ตรวจเยี่ยม/ประเมิน รพ. ใน เครือข่าย
มี Clinical practice guideline (CPG) ในการ ดูแลผู้ป่วยและนำมา ปฏิบัติ	มีกระบวนการกำกับ ติดตามเป้าหมายกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย เพื่อเพิ่ม การเข้า ถึงบริการอย่าง รวดเร็วทัน เวลา	มีกระบวนการกำกับ ติดตาม เป้าหมายกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย เพื่อเพิ่ม การเข้าถึงบริการ อย่าง รวดเร็วทันเวลา	มีกระบวนการกำกับติดตาม เป้า หมายกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย เพื่อ เพิ่มการเข้าถึงบริการ อย่าง รวดเร็วทันเวลา
ผู้ป่วยโรคผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง (Stroke :I60- I64)ที่มีอาการ ไม่เกิน เวลา ที่กำหนด มาถึง โรง พยาบาลชุมชน, โรงพยาบาลทั่วไป หรือ โรงพยาบาลสรรพสิทธิ ประสงค์	ผู้ป่วยโรคผู้ป่วยโรค หลอด เลือดสมอง (Stroke :I60- I64)ที่มี อาการไม่เกิน เวลา ที่ กำหนดมาถึง โรง พยาบาลชุมชน, โรง พยาบาลทั่วไปหรือ โรง พยาบาลสรรพสิทธิ ประสงค์	ผลการดำเนินงานการ เข้า ระบบระบบ Stroke fast tract ผ่านเกณฑ์ที่ กำหนด	ผลการดำเนินงานการเข้า ระบบ ระบบ Stroke fast tract ผ่าน เกณฑ์ที่กำหนด
มีเครือข่ายในการสร้าง ความ ตระหนักให้กับกลุ่ม เสี่ยง	มีเครือข่ายในการสร้าง ความตระหนักให้กับกลุ่ม เสี่ยง	มีเครือข่ายในการสร้าง ความ ตระหนักให้กับกลุ่ม เสี่ยง	มีเครือข่ายในการสร้างความ ตระหนักให้กับกลุ่มเสี่ยง
ดำเนินการพัฒนาแนว ทางการ ดำเนินงานเพื่อ พัฒนาระบบการเข้า ถึง บริการในกลุ่มเสี่ยงและ กลุ่มป่วย โรคหลอดเลือด สมอง	ดำเนินการพัฒนาแนว ทางการดำเนินงานเพื่อ พัฒนาระบบการเข้าถึง บริการในกลุ่มเสี่ยงและ กลุ่มป่วยโรคหลอดเลือด สมอง	ดำเนินการพัฒนาแนว ทางการดำเนินงานเพื่อ พัฒนาระบบการเข้าถึง บริการในกลุ่มเสี่ยงและ กลุ่ม ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง	ดำเนินการพัฒนาแนวทางการ ดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบ การ เข้าถึงบริการในกลุ่มเสี่ยง และ กลุ่มป่วยโรคหลอดเลือด สมอง

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภค (Promotion & Protection)

ตัวชี้วัด	2.ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่ม Pre-DM (ภาวะก่อนเบาหวาน) ปีที่ผ่านมา ≤ 1.75
คำนิยาม	กลุ่ม Pre-DM (ภาวะก่อนเบาหวาน) หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่มีค่าระดับน้ำตาลใน เลือดหลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง 100-125 mg/dl ในปีที่ผ่านมาในเขตรับผิดชอบ ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานรายใหม่ในปีงบประมาณ โดยการวินิจฉัยของแพทย์ และได้รับการขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคเรื้อรัง
วัตถุประสงค์	เพื่อลดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่ม Pre-DM (ภาวะก่อนเบาหวาน)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ (type area 1,3) ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่ม Pre-DM (ภาวะก่อนเบาหวาน) ในปีงบประมาณที่ผ่านมา
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส
ผู้รับผิดชอบ	พ.จ.อ. อนุชา อุภัยชีวะ
ตัวชี้วัด	3.ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากผู้ที่มีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์เกือบสูง (กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง) ≤ 5
คำนิยาม	ผู้ที่มีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์เกือบสูง (กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง) หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและมีค่าความดันโลหิต อยู่ในเกณฑ์ High normal: ค่าความดันโลหิตจากการตรวจที่สถานบริการสาธารณสุขในเขต รับผิดชอบ มีค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) ระหว่าง 130-139 mmHg และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) ระหว่าง 85-89 mmHg และยังไม่ได้รับการวินิจฉัย โรคความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณที่ผ่านมา ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง รายใหม่และขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ จากประชากรอายุ 35 ปี ที่มีระดับความดันโลหิต อยู่ในเกณฑ์เกือบสูง (กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง) ในปีงบประมาณที่ผ่านมา
วัตถุประสงค์	เพื่อลดผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากผู้ที่มีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์เกือบสูง
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ (type area 1,3) ที่ได้รับการคัดกรองว่ามีระดับ ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์เกือบสูง (กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง) ในปีงบประมาณที่ผ่านมา
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน
ผู้รับผิดชอบ	พ.จ.อ. อนุชา อุภัยชีวะ

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภค (Promotion & Protection)

ตัวชี้วัด	4.เด็ก 6 – 15 ปี เข้าถึงบริการสมาธิสั้น ≥ร้อยละ 50
คำนิยาม	การคัดกรองเด็กนักเรียน 4 กลุ่มโรค หมายถึง การคัดกรองสุขภาพจิตเด็ก นักเรียนรายบุคคลโดยคุณครูประจำชั้นด้วยเครื่องมือ 1. แบบสังเกตพฤติกรรมสำหรับ 1.1เด็กสมาธิสั้น 1.2 ออทิสซึม 1.3 แอลดี 1.4 เด็กเรียนรู้ช้า 2.แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์เด็ก และ 3.แบบประเมินจุดอ่อนและจุดแข็ง (SDQ) เด็กอายุ 6-15 ปี หมายถึง เด็กอายุ 6 ปี 1 วัน ถึงอายุ 15 ปี 11 เดือน 29วัน ที่เรียนในสถานศึกษาทุกสังกัด ในเขตพื้นที่รับผิดชอบระยะเวลาดำเนินงานคัดกรองโดยครู พฤศจิกายน 2567- มีนาคม 2568 โรคสมาธิสั้น (ADHD – Attention Deficit Hyperactivity Disorder) หมายถึงภาวะผิดปกติทางจิตเวชที่ส่งผลให้มีสมาธิสั้นกว่าปกติ ขาดการควบคุมการเคลื่อนไหว ทำให้มีลักษณะอาการซุกซน วอกแวกง่าย ไม่เคยอยู่นิ่งเวลาที่พูดด้วยจะไม่ตั้งใจฟังและเก็บรายละเอียดไม่ค่อยได้ ขาดความรับผิดชอบ พบได้ค่อนข้างบ่อยในเด็กที่มีช่วงอายุระหว่าง 3 – 7 ปี แต่ในรายที่เป็นไม่มากอาการจะแสดงออกชัดเจนกว่าในช่วงหลัง 7 ขวบขึ้นไป เพราะเป็นช่วงที่ต้องเข้าโรงเรียน มีงานและการบ้านต้องรับผิดชอบหลาย ๆ ชิ้นในเวลาเดียวกัน มีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนและคุณครูรวมไปถึงการที่จะต้องรู้จักปรับตัวในการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น และการเข้าสังคมโดยสาเหตุแท้จริงนั้นไม่สามารถทราบได้ชัดเจนแต่หนึ่งนั้นคือการที่สมองส่วนหน้าซึ่งเป็นส่วนที่ทำหน้าที่ในการควบคุมสมาธิและการยับยั้งชั่งใจทำงานน้อยกว่าปกติ การประเมินเด็กเสี่ยงสมาธิสั้น หมายถึง การประเมินเด็กกลุ่มอายุ 6-15 ปี โดยใช้แบบประเมินตามแบบสังเกตพฤติกรรม สำหรับเด็กสมาธิสั้น ออทิสซึม แอลดี และการเรียนรู้ช้า โดยคุณครูประจำชั้นเป็นผู้ประเมินเด็กและอยู่ใกล้ชิดเด็กเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 2 เดือน ซึ่งให้คุณครูประเมินเด็กจากการสังเกตลักษณะพฤติกรรม หรือปัญหาการเรียนที่เด็กแสดงออกบ่อยๆ ทั้งนี้ในเด็ก 1 คน อาจประเมินพบหลายภาวะที่สามารถเกิดร่วมกันได้ การเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคเด็กสมาธิสั้นในเด็ก หมายถึง เด็กอายุ 6-15 ปี ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงจากการคัดกรองโดยครู และประเมินซ้ำโดยพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรค ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) ตามมาตรฐานการจำแนกโรกระหว่างประเทศองค์การอนามัยโรค ฉบับที่ 10 (ICD-10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10)โดยบันทึกตามรหัสโรคของ ICD 10 หมวด F90.0-F90.9 ที่เข้ารับบริการสะสมมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2567 จนถึงในปัจจุบัน
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้ผู้ป่วยสมาธิสั้นได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์ได้ทันเวลาที่ เพราะการรักษาโรคนี้ต้องใช้เวลา และอาศัยความร่วมมือทั้งจากตัวเด็ก พ่อแม่ผู้ปกครอง และคุณครูผู้สอน ซึ่งต้องอาศัยหลายศาสตร์ร่วมกัน เพื่อผลการรักษาที่ดี 2. เป็นเครื่องชี้วัดปัญหาสาธารณสุขและความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตเด็กวัยเรียนสู่การกำหนดมาตรการและแนวทางในการดูแลช่วยเหลือเด็กวัยเรียนต่อไป
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 6-15 ปี ที่มีรายชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านจังหวัดอุบลราชธานี
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส
ผู้รับผิดชอบ	นางศิริพร จันทรทิพย์

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภค (Promotion & Protection)

ตัวชี้วัด	5. อัตราการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงโดยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก $\geq$ ร้อยละ 90
คำนิยาม	1. ผู้ป่วยวัณโรค (TB disease) หมายถึง ผู้ที่ได้รับเชื้อและติดเชื้อวัณโรคแฝงอยู่ในร่างกายแต่ภูมิคุ้มกันไม่สามารถยับยั้งการแบ่งตัวของเชื้อวัณโรคได้ เกิดพยาธิสภาพที่ทำให้ป่วยเป็นวัณโรคอาจมีอาการหรือไม่มีอาการก็ได้ 2. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อน และผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 2.1 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ culture หรือวิธี Molecular หรือ วิธีการอื่นๆ ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง 2.2 ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B-) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะ เป็นลบ แต่ทำการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอ็กซเรย์รังสีทรวงอก หรือมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค 3. ผู้ป่วยรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อน หรือรักษาน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนรักษาในระบบวัณโรค NTIP มาก่อน (ไม่ว่าจะเป็น P หรือ EP, B+, B-) 4. การคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเสี่ยงสูง หมายถึง กลุ่มเป้าหมายในการดำเนินการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ซึ่งกลุ่มเป้าหมายเหล่านี้มีโอกาสได้รับเชื้อและป่วยเป็นวัณโรคได้ ได้แก่ 1. กลุ่มเสี่ยงที่ 1 ผู้สัมผัสร่วมบ้านวัณโรค/คอตีบ สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรค/คอตีบ หมายถึง (1) ผู้สัมผัสวัณโรคร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดทั้งเสมหะพบเชื้อและเสมหะไม่พบเชื้อ (2) ผู้สัมผัสโรคร่วมที่ทำงาน ระยะเวลาติดต่อกัน 8 ชั่วโมง/วัน หรือ 120 ชั่วโมง/ 1 เดือน 2. กลุ่มเสี่ยงที่ 2 ผู้ต้องขังในเรือนจำ หมายถึง ผู้ต้องขังที่ได้รับการตัดสินใจโทษทุกรายการในเรือนจำกลาง อุบลราชธานี 3. กลุ่มเสี่ยงที่ 3 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกราย ที่มารับบริการในหน่วยบริการ 4. กลุ่มเสี่ยงที่ 4 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (1.) ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุน้อยกว่า 65 ปี ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (HbA1c มากกว่าหรือเท่ากับ 7 mg%) (ผลการตรวจปี 2567) (2.) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หมายถึง ผู้ป่วยโรคไต (CKD) ที่มีอายุน้อยกว่า 65 ปี ที่เป็นโรคไต Stage 4, Stage 5, หรือมีค่าการทำงานของไต (GER) < 30 5. กลุ่มเสี่ยงที่ 5 ผู้สูงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปีขึ้นไป หมายถึง ผู้สูงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปีขึ้นไป ที่สูบบุหรี่ หรือที่มีโรคร่วมปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือที่มีโรคร่วมเบาหวาน 6. กลุ่มเสี่ยงที่ 6 ผู้ใช้สารเสพติด ผู้ติดสุราเรื้อรัง หมายถึง ผู้ใช้สารเสพติด ผู้ติดสุราเรื้อรังที่มารับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลในเขตพื้นที่ 7. กลุ่มเสี่ยงที่ 7 กลุ่มบุคลากรทางด้านสาธารณสุข หมายถึง บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ให้บริการผู้ป่วยทุกระดับ
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้ผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคเข้าถึงระบบสุขภาพในด้านการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาสำเร็จ 2. เพื่อพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพในการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคของสถานบริการสาธารณสุข
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. การประเมินอัตราการสำเร็จการรักษา (Success rate)/อัตราการขาดยา / อัตราตายของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ดังนี้ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีการขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2568 (1 ตุลาคม 2567 - 31 ธันวาคม 2567) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่คนไทย และผู้ป่วยในเรือนจำที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภค (Promotion & Protection)

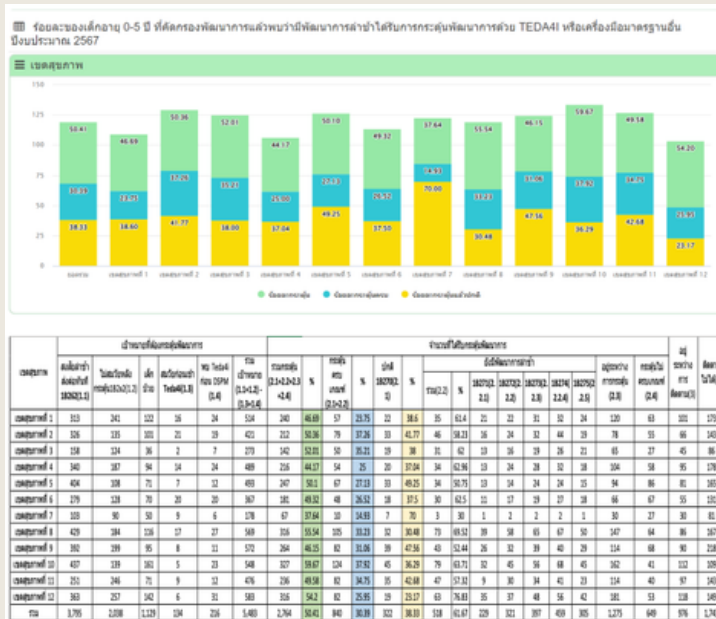
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย(ต่อ)	2. การประเมินการอัตราการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงโดยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก ใน 7 กลุ่มเสี่ยงสูง ที่มีฐานข้อมูลของหน่วยบริการในอำเภอนั้นๆ โดยใช้เป้าหมายที่พื้นที่กำหนด ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2568								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100								
ระยะเวลาประเมินผล	1.ระยะเวลาประเมินผล 2 รอบ รอบที่ 1 (1 ตุลาคม 2567 - 28 กุมภาพันธ์ 2568) รอบที่ 2 (1 เมษายน 2567 - 15 สิงหาคม 2568) 2. ติดตามความก้าวหน้าของผลการดำเนินงานตามมาตรการทุกไตรมาส <table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>≥ 20%</td><td>≥ 60%</td><td>≥ 90%</td><td>≥ 95%</td></tr></table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	≥ 20%	≥ 60%	≥ 90%	≥ 95%
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
≥ 20%	≥ 60%	≥ 90%	≥ 95%						
ผู้รับผิดชอบ	นางโยธกานต์ วงศ์ศรีแก้ว								
ตัวชี้วัด	6. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่คัดกรองพัฒนาการแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น ≥ 75								
คำนิยาม	1. สงสัยล่าช้าส่งต่อพื้นที่ 1B262 (1.1) หมายถึง เด็กปฐมวัยอายุ 0 – 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่ได้รับ การประเมินด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) ครั้งที่ 1 แล้วได้รับรหัส SPECIALPP 1B262 2. ไม่สมวัยหลังกระตุ้น 1B2x2 (1.2) หมายถึง เด็กปฐมวัยอายุ 0 – 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่ได้รับ การประเมินด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) ครั้งที่ 2 ได้รับรหัส SPECIALPP 1B2x2 (1B212 1B222 1B232 1B242 1B252) ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย DSPM แล้วพบว่ายังมีพัฒนาการล่าช้า (ไม่นับซ้ำ ติดตาม CID) 3. เด็กป่วย หมายถึง เด็กปฐมวัยอายุ 0 – 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่ป่วยด้านพัฒนาการ มีรหัสICD-10-TM ตามที่สถาบันราชานุกูลกำหนด (รหัสวินิจฉัย ICD-10-TM F84, G80, Q90) 4. สมวัยก่อนเข้า Teda4i (1.3) หมายถึง เด็กปฐมวัยอายุ 0 – 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ได้รับรหัส SPECIALPP 1B2x2 (1B212 1B222 1B232 1B242 1B252) แล้วพบรหัส 1B260 แต่ยังไม่ได้รับ รหัส SPECIALPP 1B270 1B271 1B272 1B273 1B274 1B275 5. พบ Teda4i ก่อน DSPM (1.4) หมายถึง เด็กปฐมวัยอายุ 0 – 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น อยู่สม่ำเสมอ มีรหัส SPECIALPP 1B271 1B272 1B273 1B274 1B275 ภายใน 90 วันก่อนวันคัดกรอง DSPM (ไม่นับซ้ำติดตาม CID) 6. รวมเป้าหมาย หมายถึง เด็กปฐมวัยอายุ 0 – 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่ได้รับรหัส SPECIALPP 1B262, 1B2x2 (1B212 1B222 1B232 1B242 1B252) ในข้อที่ (1) และ (2) ไม่รวมเด็กปฐมวัยอายุ 0 – 5 ปี ในข้อที่ (4) และ (5) (ไม่นับซ้ำ ติดตาม CID) 7. รวมกระตุ้น หมายถึง เด็กปฐมวัยอายุ 0 – 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่ได้รับรหัส 1B262, 1B2x2 (1B212 1B222 1B232 1B242 1B252) ในข้อที่ (6) มารับบริการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น แล้วได้รับรหัส SPECIALPP1B271 1B272 1B273 1B274 1B275 (ไม่นับซ้ำ ติดตาม CID)								

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภค (Promotion & Protection)

คำนิยาม(ต่อ)	8.กระตุ้นครบเกณฑ์ หมายถึง เด็กปฐมวัยอายุ 0 – 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ในข้อที่ (7) แล2วพรหัส SPECIALPP 1B270 หลังกระตุ้นครั้งแรก 14 วันขึ้นไป หรือ พรรหัส SPECIALPP 1B271 1B272 1B273 1B274 1B275 ครั้งสุดท้าย ภายใน 60-90 วันนับตั้งแต่วันที่ได้รับ SPECIALPP 1B271 1B272 1B273 1B274 1B275 ครั้งแรก (ไม่นับซ้ำ ตัดตาม CID) 9.ปกติ 1B270 (2.1) หมายถึง เด็กปฐมวัยอายุ 0 – 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่เข้ารับการกระตุ้น พัฒนาการ ด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น แล้วพรรหัส SPECIALPP 1B270 หลังกระตุ้นครั้งแรก 14 วันขึ้นไป นับตั้งแต่วันที่ได้รับ SPECIALPP1B271 1B272 1B273 1B274 1B275 ครั้งแรก (ไม่นับซ้ำ ตัดตาม CID) 10.รวม (2.2) หมายถึง เด็กปฐมวัยอายุ 0 – 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่เข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น แล้วพรรหัส SPECIALPP 1B271 1B272 1B273 1B274 1B275 ภายใน 60-90 วันนับตั้งแต่วันที่ได้รับ SPECIALPP1B271 1B272 1B273 1B274 1B275ครั้งแรก (ไม่นับซ้ำ ตัดตาม CID) 11.อยู่ระหว่างการกระตุ้น (2.3) หมายถึง เด็กปฐมวัย อายุ 0 – 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่เข้ารับการ กระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น ได้รับรหัส SPECIALPP 1B271 1B272 1B273 1B274 1B275 ในวันแรก และภายใน 90 วัน ไม่พบรหัส SPECIALPP ดังต่อไปนี้ 1B270 1B271 1B272 1B273 1B274 1B275 อีก (ไม่นับซ้ำ ตัดตาม CID) 12.กระตุ้นไม่ครบเกณฑ์(2.4) หมายถึง เด็กปฐมวัยอายุ 0 – 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ในข้อที่ (7) ที่ไม่พบ รหัส SPECIALPP 1B270 1B271 1B272 1B273 1B274 1B275 ระหว่างวันที่ 60 – 90 นับตั้งแต่วันที่ ได้รับรหัส SPECIALPP 1B271 1B272 1B273 1B274 1B275 ครั้งแรก (ไม่นับซ้ำ ตัดตาม CID) 13.อยู่ระหว่างการติดตาม (3) หมายถึง เด็กปฐมวัยอายุ 0 – 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่ได้รับรหัส 1B262, 1B2x2 ในข้อที่ (6) ไม่มารับบริการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น ไม่พบรหัส SPECIALPP 1B271 1B272 1B273 1B274 1B275 ภายใน 60 วัน นับตั้งแต่วันที่ได้รับรหัส 1B262, 1B2x2 (ไม่นับซ้ำ ตัดตาม CID) 14. ติดตามไม่ได้ (4) หมายถึง เด็กปฐมวัยอายุ 0 – 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่ได้รับรหัส 1B262, 1B2x2 ในข้อที่ (6) ไม่มารับบริการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น ไม่พบรหัส SPECIALPP 1B271 1B272 1B273 1B274 1B275 มากกว่า 60 วัน นับตั้งแต่วันที่ได้รับรหัส 1B262, 1B2x2 (ไม่นับซ้ำ ตัดตาม CID)
วัตถุประสงค์	1. เพื่อทราบสถานการณ์ความฉลาดทางสติปัญญาของเด็กไทย 2. เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาความฉลาดทางสติปัญญาของเด็กไทย 3. เพื่อขยายความครอบคลุมให้เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย Teda4i หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น ทำให้เด็กมีพัฒนาการก้าวหน้า/กลับมาสมวัยส่งผลต่อระดับสติปัญญา 4. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลเด็กล่าช้า และระบบการติดตามดูแลต่อเนื่องร่วมกับหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องใน เขตสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ปกครอง/ผู้ปฏิบัติงานมีความเข้าใจ และเห็นความสำคัญในการกระตุ้น พัฒนาการ เด็กปฐมวัย
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กปฐมวัยอายุ 0 – 5 ปี 11 เดือน 29 วัน

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภค (Promotion & Protection)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (ตัวอย่าง)



6. สูตรคำนวณแต่ละคอลัมน์ในตารางผลลัพธ์ ข้อ 5

- คอลัมน์ที่ 1 ส่งสัยล่าช้าส่งต่อพื้นที่ 18262 (1.1)
- คอลัมน์ที่ 2 ไม่สมวัยหลังกระตุ้น 182x2 (1.2)
- คอลัมน์ที่ 3 เด็กป่วย
- คอลัมน์ที่ 4 สมวัยก่อนเข้า Teda4i (1.3)
- คอลัมน์ที่ 5 พบ Teda4i ก่อน DSPM (1.4)
- คอลัมน์ที่ 6 รวมเป้าหมาย (1.1+1.2) - (1.3+1.4)
- คอลัมน์ที่ 7 รวมกระตุ้น (2.1 + 2.2 + 2.3 + 2.4)
- คอลัมน์ที่ 8 ร้อยละของรวมกระตุ้น $(2.1+2.2+2.3+2.4) * 100 / (1.1+1.2) - (1.3+1.4)$
- คอลัมน์ที่ 9 กระตุ้นครบเกณฑ์ (2.1+2.2)
- คอลัมน์ที่ 10 ร้อยละของกระตุ้นครบเกณฑ์ $(2.1+2.2) * 100 / (2.1+2.2+2.3+2.4)$
- คอลัมน์ที่ 11 จำนวนเด็กที่ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ แล้วกลับมามีพัฒนาการปกติ 18270 (2.1)
- คอลัมน์ที่ 12 ร้อยละปกติ 18270 (2.1) * 100 / (2.1+2.2)
- คอลัมน์ที่ 13 รวมเด็กปฐมวัยที่ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ แล้วยังมีพัฒนาการล่าช้า (2.2)
- คอลัมน์ที่ 14 ร้อยละรวมเด็กที่ยังมีพัฒนาการล่าช้า $(2.2) * 100 / (2.1+2.2)$
- คอลัมน์ที่ 15 จำนวนเด็กที่ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ แล้วยังมีพัฒนาการล่าช้า ได้รับรหัส SPECIALPP 18271 (2.2.1)
- คอลัมน์ที่ 16 จำนวนเด็กที่ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ แล้วยังมีพัฒนาการล่าช้า ได้รับรหัส SPECIALPP 18272 (2.2.2)
- คอลัมน์ที่ 17 จำนวนเด็กที่ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ แล้วยังมีพัฒนาการล่าช้า ได้รับรหัส SPECIALPP 18273 (2.2.3)
- คอลัมน์ที่ 18 จำนวนเด็กที่ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ แล้วยังมีพัฒนาการล่าช้า ได้รับรหัส SPECIALPP 18274 (2.2.4)
- คอลัมน์ที่ 19 จำนวนเด็กที่ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ แล้วยังมีพัฒนาการล่าช้า ได้รับรหัส SPECIALPP 18275 (2.2.5)
- คอลัมน์ที่ 20 อยู่ระหว่างการกระตุ้น (2.3)
- คอลัมน์ที่ 21 กระตุ้นไม่ครบเกณฑ์ (2.4)
- คอลัมน์ที่ 22 อยู่ระหว่างการติดตาม (3)

ระยะเวลาประเมินผล

ทุกไตรมาส

ผู้รับผิดชอบ

นางศิริพร จันทรทิพย์

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

ตัวชี้วัด	7. ร้อยละ DM good control $\geq$ ร้อยละ 50
คำนิยาม	ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน และได้รับการขึ้นทะเบียน/ ผู้ป่วยโรคเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม ที่มีค่า ระดับน้ำตาลในเลือด HbA1c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ 7 หรือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม* ที่มีค่า ระดับน้ำตาลในเลือด HbA1c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ 8 *หมายเหตุ : รหัส ICD10 ที่เป็นโรคร่วม ได้แก่ 1. รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคหัวใจขาดเลือด I20-I25 2. รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคหัวใจล้มเหลว I50 3. รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคหลอดเลือดสมอง I60-I69 4. รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 N18.4-N18.5 5. รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคลมชักและโรคลมชักชนิด ต่อเนื่อง G40-G41
วัตถุประสงค์	-
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนโรคเบาหวาน และผู้ป่วยโรคเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A1/B1) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส
ผู้รับผิดชอบ	พ.จ.อ. อนุชา อุภัยชีวะ
ตัวชี้วัด	8.ร้อยละ HT good control $\geq$ ร้อยละ 70
คำนิยาม	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงด้วยรหัส = I10-I15 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้าย < 140 และ < 90 mmHg จากการตรวจที่ สถานบริการสาธารณสุข ในช่วงปีงบประมาณ ทั้งนี้ ไม่ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะมี โรคเบาหวานร่วมด้วยหรือไม่
วัตถุประสงค์	-
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการขึ้นทะเบียนและอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส
ผู้รับผิดชอบ	พ.จ.อ. อนุชา อุภัยชีวะ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

ตัวชี้วัด R29	9. ความสำเร็จในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ (Diabetes Remission)
คำนิยาม	การดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะสงบ หมายถึง การดูแล ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการดูแล รักษาจนสามารถควบคุมน้ำตาล ในเลือดให้อยู่ในระดับที่ต่ำกว่าระดับที่ใช้เป็นเกณฑ์ การวินิจฉัยโรคเบาหวาน และคงอยู่อย่างน้อย 3 เดือน โดยไม่ต้องใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด เน้นการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และการ ติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการฯ หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2, อายุระหว่าง 18 - 65 ปี, ได้รับการวินิจฉัยไม่เกิน 5 ปี, ดัชนีมวลกาย > 25 กก/ตารางเมตร, ไม่มีโรคร่วมรุนแรง และไม่เป็นผู้ป่วยที่ไม่อยู่ในเกณฑ์การดูแล ผู้ป่วยในระยะสงบ (DM Remission) การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) หมายถึง การสร้าง ความเข้าใจและใช้ประโยชน์จาก ข้อมูลด้านสุขภาพ นำไปสู่การตัดสินใจนำมาลง ปฏิบัติและประเมินผล การทดลองจนสามารถเกิดการใช้ในชีวิตประจำวันได้ ทีมสหวิชาชีพ หมายถึง บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง เช่น แพทย์ เภสัชกร พยาบาล โภชนากร นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข ชุมชน นักวิชาการคอมพิวเตอร์ เป็นต้น NCD Remission Clinic หมายถึง คลินิกที่เปิดให้บริการดูแลกลุ่ม DM,HT ให้เข้าสู่กระบวนการ Remission
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จนสามารถหยุดยาได้
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยภายใน 5 ปีที่ผ่านมา อายุระหว่าง 18 - 65 ปี, ได้รับการวินิจฉัยไม่เกิน 5 ปี, ดัชนีมวลกาย > 25 กก/ตารางเมตร, ไม่มีโรคร่วม รุนแรง
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส
ผู้รับผิดชอบ	พ.จ.อ. อนุชา อภัยชีวะ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

ตัวชี้วัด	10. อัตราการให้ยา Antibiotic หลังได้รับการวินิจฉัยภายใน 1 ชั่วโมง ร้อยละ 100
คำนิยาม	1. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงหมายถึง ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ severe sepsis หรือ septic shock 1.1 ผู้ป่วย severe sepsis หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่เกิดภาวะ tissue hypoperfusionหรือ organ dysfunction (ตารางที่ 2) โดยที่อาจจะมีหรือไม่มีภาวะ hypotension ก็ได้ หรือมีอาการแสดงตามเกณฑ์ ข้อใดข้อหนึ่งใน 4.2-4.4 1.2 ผู้ป่วย septic shock หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่มี hypotension ต้องใช้ vasopressors ในการ maintain MAP ≥ 65 mm Hg และมีค่า serum lactate level > 2 mmol/L (18 mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม 2. Community-acquired sepsisหมายถึงการติดเชื้อมาจากการที่บ้านหรือที่ชุมชน โดยต้องไม่อยู่ในกลุ่ม hospital-acquired sepsis อัตราตายจากติดเชื้อในกระแสเลือด แบ่งเป็น 2 กลุ่ม 1. อัตราตายจาก community-acquired sepsis 2. อัตราตายจาก hospital-acquired sepsis 3. กลุ่มเป้าหมายในปีงบประมาณ 2562จะมุ่งเน้นที่กลุ่ม community – acquired sepsis เพื่อพัฒนาให้ มีระบบข้อมูลพื้นฐานให้เหมือนกัน ทั้งประเทศ แล้วจึงขยายไปยัง hospital-acquired sepsis ในปีถัดไป 4. การคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง การคัดกรองผู้ป่วยทั่วไปที่อาจจะเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงต่อไปซึ่งเครื่องมือที่ใช้(sepsis screening tools) ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ 4.1 ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่เกิดภาวะ tissue hypoperfusionหรือ organ dysfunction (ตารางที่ 2)หรือ มี hypotension ต้องใช้ vasopressors ในการ maintain MAP ≥ 65 mm Hg และมีค่า serum lactate level > 2 mmol/L (18 mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม 4.2 qSOFAตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป(ตารางที่ 3) 4.3 SOS score (search out severity) ตั้งแต่ 4 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 4) 4.4 Modified Early Warning Score (MEWS) (ตารางที่ 5) 5.ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล หมายถึง ข้อมูลจาก ICD 10 และ/หรือฐานข้อมูลอื่นๆของแต่ละโรงพยาบาล ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเป็นภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญพบว่าอัตราอุบัติการณ์มีแนวโน้มสูงขึ้นและอัตราเสียชีวิตสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ที่รับยากดภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้ยังพบว่าแนวโน้มของเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การรักษาผู้ป่วยไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร นอกจากนี้ยังพบว่าการติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลให้อวัยวะต่างๆ ทำงานผิดปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาได้แก่ ภาวะช็อก, ไตวาย การทำงานอวัยวะต่างๆ ล้มเหลว และเสียชีวิตในที่สุด

ตารางประกอบคำนิยาม

ตารางที่ 1 SIRS (systemic inflammatory response syndrome) 1. Temperature $> 38^{\circ}\text{C}$ or $< 36^{\circ}\text{C}$ 2. Heart rate > 90 beats/min 3. Respiratory rate > 20 /min หรือ $\text{PaCO}_2 < 32$ mm Hg 4. WBC $> 12,000$ /mm³, < 4000 /mm³, หรือมี band form > 10 %	ตารางที่ 2 tissue hypoperfusionหรือ organ dysfunction 1. มีภาวะ hypotension 2. ค่า blood lactate level > 2 mmol/L (18 mg/dL) 3. Urine output < 0.5 mL/kg/hr เป็นระยะเวลานานกว่า 2 ชม. แม้ว่าจะได้สารน้ำอย่างเพียงพอ 4. Acute lung injury ที่มี Pao₂/Fio₂ < 250 โดยไม่มีภาวะ pneumonia เป็นสาเหตุ 5. Acute lung injury ที่มี Pao₂/Fio₂ < 200 โดยไม่มีภาวะ pneumonia เป็นสาเหตุ 6. Creatinine > 2.0 mg/dL (176.8 $\mu\text{mol/L}$) 7. Bilirubin > 2 mg/dL (34.2 $\mu\text{mol/L}$) 8. Platelet count $< 100,000$ μL 9. Coagulopathy (international normalized ratio > 1.5 หรือ aPTT > 60 วินาที)	ตารางที่ 3 qSOFA (quick SOFA) score ในการประเมิน ได้แก่ 1. Alteration in mental status (อาจใช้ Glasgow Coma Scale score น้อยกว่า 15 ก็ได้) 2. Systolic blood pressure ≤ 100 mm Hg 3. Respiratory rate ≥ 22/min	ตารางที่ 4 SOS score (search out severity) การแบ่งระดับการดูแลผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล ระดับ 0 (Level 0) : Patients whose needs can be met through normal ward care in an acute hospital ระดับ 1 (Level 1) : Patients at risk of their condition deteriorating, or those recently relocated from higher levels of care, whose needs can be met on an acute ward with additional advice and support from the critical care team ระดับ 2 (Level 2) : Patients requiring more detailed observation or intervention including support for a single failing organ system or post-operative care and those 'stepping down' from higher levels of care ระดับ 3 (Level 3) : Patients requiring advanced respiratory support alone or basic respiratory support together with support of at least two organ systems. This level includes all complex patients requiring support for multi-organ failure
--	---	--	---

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

ตารางประกอบค่านิยาม(ต่อ)

Criteria	Point Value
Systolic BP (mmHg)	
≤70	+3
71-80	+2
81-100	+1
101-199	0
≥200	+2
Heart rate (beats per minute)	
<40	+2
41-50	+1
51-100	0
101-110	+1
111-129	+2
≥130	+3
Respiratory rate (beats per minute)	
<9	+2
9-14	0
15-20	+1
21-29	+2
≥30	+3
Temperature in °C(°F)	
<35 (<95)	+2
35-38.4 (95-101.12)	0
≥38.5°C (101.3)	+2

วัตถุประสงค์	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลทุกระดับ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B)*100
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส
ผู้รับผิดชอบ	นางใบศรี จิ่งมั่งคง

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

ตัวชี้วัด	11. ระดับความสำเร็จของผู้ป่วย Intermediate Care ได้รับบริการฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือนหรือจน Bartel index=20 ก่อนครบ 6 เดือน ร้อยละ 85	
คำนิยาม	การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate care; IMC) หมายถึง การบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายโดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน ตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยมีการให้บริการผู้ป่วยระยะกลางใน รพ.ทุกระดับ (A, S: เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย M, F: โรงพยาบาลลูกข่ายและให้บริการ intermediate bed/ward) ผู้ป่วย intermediate care หมายถึง ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain injury, Spinal Cord Injury รายใหม่ หรือกลับเป็นซ้ำภายในระยะ 6 เดือน และ Fragility hip fracture รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำทั้งหมดทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัดที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index < 15 รวมทั้งคะแนน Barthel index ≥ 15 with multiple impairments Intermediate ward คือ การให้บริการ Intensive IPD rehabilitation program หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อยวันละ 3 ชั่วโมง และอย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ หรือ อย่างน้อย 15 ชั่วโมง/สัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง nursing care) Intermediate bed คือ การให้บริการ Less Intensive IPD rehab program หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูโดยเฉลี่ยอย่างน้อย วันละ 1 ชั่วโมงอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง nursing care) การพยาบาลฟื้นฟูสภาพ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ใช้กระบวนการหรือกิจกรรมมุ่งหวังให้ผู้ป่วยคนพิการ สามารถฟื้นฟูคืนสภาพให้เร็วที่สุด ยอมรับและปรับตัวกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจโดยกระบวนการหรือกิจกรรมต่าง ๆ นั้น ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย คนพิการ ญาติ ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วย ผู้พิการ สามารถดำรงชีวิตอิสระในสังคมตามศักยภาพ รวมถึงการพิทักษ์สิทธิอันพึงได้ให้แก่ผู้ป่วย คนพิการ กิจกรรมการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยนอก ได้แก่ กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด และแก้ไขการพูด ทั้งในสถานพยาบาลภาครัฐ และภายนอก เช่น ศูนย์ฟื้นฟูชุมชน คลินิกกายภาพบำบัดเอกชนที่ขึ้นทะเบียน <u>หมายเหตุ</u> -การให้บริการ Intermediate bed/ward สามารถให้บริการได้ในโรงพยาบาลทุกระดับที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขขึ้นกับความพร้อมและบริบทของพื้นที่ในแต่ละจังหวัดและเขตสุขภาพ	
คำย่อ	คำเต็ม	คำอธิบาย
BI	Barthel ADL index	แบบประเมินสมรรถนะความสามารถทำกิจวัตรประจำวันบาร์เทลา ที่มีคะแนนเต็มเท่ากับ 20
IMC	Intermediate care	การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง
IPD	In-patient department	หอผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยเข้านอนในโรงพยาบาลเพื่อการบำบัดรักษา
Stroke	Cerebrovascular accident	การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ I60-I64
TBI	traumatic brain injury	การวินิจฉัยบาดเจ็บสมองที่เกิดจากภายนอก ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ S061 – S069
SCI	spinal cord injury	การวินิจฉัยบาดเจ็บไขสันหลังจากภายนอก (traumatic) ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ S14.0 – S14.1 S24.0 – S24.1 S34.0 – S34.1 S34.3
-	Multiple Impairment	ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป ได้แก่ swallowing problem, communication problem, mobility problem, cognitive and perception problem, bowel and bladder problem

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

คำย่อ	คำเต็ม	คำอธิบาย
-	Fracture Hip (Fragility fracture)	การวินิจฉัยภาวะกระดูกสะโพกหักจากกัยนตรายนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture) ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ S72.0-S72.2
A	โรงพยาบาลศูนย์	ตามคำนิยามของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้
S	โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่	ตามคำนิยามของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้
M1	โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก	ตามคำนิยามของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้
M2	โรงพยาบาลชุมชนเพื่อรับส่งต่อผู้ป่วย	รพช. ขนาด 120 เตียงขึ้นไป
F1	โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่	รพช. ขนาด 60-120 เตียง
F2	โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง	รพช. ขนาด 30-90 เตียง
F3	โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก	รพช. ขนาด 10 เตียง

วัตถุประสงค์	- พัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วย Stoke, Traumatic brain injury, Spinal cord injury และ Hip Fracture (Fragility fracture) โดยผู้ป่วยรับบริการต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน - สร้างเครือข่ายบริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ - เพิ่มคุณภาพชีวิต ป้องกันและลดความพิการของผู้ป่วย - เพิ่มทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยละญาติ พร้อมเชื่อมโยงแผนการดูแลต่อเนื่องสู่ที่บ้าน และชุมชน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	- ผู้ป่วย Stoke, Traumatic brain injury, Spinal cord injury รายใหม่หรือกลับมาเป็นซ้ำทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัด - ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในจังหวัดด้วยภาวะกระดูกสะโพกหักจากกัยนตรายนิดไม่รุนแรง(Fragility fracture)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส

ตัวชี้วัด	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
ตัวชี้วัดที่ 1	-	ร้อยละ ≥ 85	-	ร้อยละ ≥ 85
ตัวชี้วัดที่ 2	-	ร้อยละ ≥ 60	-	ร้อยละ ≥ 60
ตัวชี้วัดที่ 3	-	ร้อยละ ≥ 50	-	ร้อยละ ≥ 50

ผู้รับผิดชอบ	นางสาวปิยดา ไทยยิ่ง
--------------	---------------------

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

ตัวชี้วัด	12.การคัดกรองภาวะเสี่ยงผู้สูงอายุ และการได้การดูแลรักษาอย่างไรร้อยต่อ 12.1 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ≥ ร้อยละ 50
คำนิยาม	• คลินิกผู้สูงอายุ หมายถึง การจัดการบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล ตามรูปแบบที่กรมการแพทย์กำหนด • จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกระดับ (F3-A) กำหนดแนวทาง ดังนี้ 1. มีระบบบริการที่ครอบคลุมการประเมินและการดูแลฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ (Comprehensive Geriatric Assessment and Rehabilitation Care) 2. มีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขประจำคลินิกผู้สูงอายุ 3. มีการวินิจฉัย และ การวางแผนการดูแลผู้ป่วย 4. มีระบบข้อมูล/เชื่อมโยงข้อมูลสนับสนุนการรับส่งต่อทั้งในและนอกโรงพยาบาล • เกณฑ์มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์แบ่งเป็น 3 ระดับ 1. โรงพยาบาลระดับ S-A 2. โรงพยาบาลระดับ M1-M2 3. โรงพยาบาลระดับ F1-F2 • มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ มีดังนี้ 1. สถานที่และสิ่งแวดล้อม (Structure) 1) มีป้ายคลินิกและสถานที่จัดการบริการชัดเจน 2) สถานที่เอื้ออำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ เช่น ห้องน้ำผู้พิการหรือห้องน้ำ ผู้สูงอายุ ทางลาด 3) มีพื้นที่ห้องตรวจกว้างเพียงพอสำหรับ ให้บริการผู้ที่นั่งรถเข็นได้ 2. บุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิก (Staff) คือ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่ได้รับมอบหมายปฏิบัติงานในคลินิก เช่น นักวิชาการสาธารณสุข นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย เป็นต้น 3. รูปแบบและการจัดบริการ (Service) คือ การตรวจสุขภาพประจำปี, การบริการให้วัคซีนประจำปี, การบริการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพ, การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบครบถ้วน, การวางแผนดูแล, มีระบบข้อมูล, รูปแบบการจัดบริการที่หลากหลายสำหรับผู้สูงอายุ, การประสานรับปรึกษาภายในโรงพยาบาล และการรับ-ส่งต่อ 4. การบริหารจัดการคลินิก (Service Management) คือ มีการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ, การพัฒนานวัตกรรมบริการ/การจัดการปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ, มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และมีการพัฒนาเครือข่ายการรับ-ส่งต่อผู้สูงอายุ อย่างเป็นระบบ • ผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ หมายถึง คุณภาพบริการที่ให้แกผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1. การตรวจสุขภาพประจำปี 2. การบริการให้วัคซีนประจำปี 3. การบริการให้คำปรึกษาสุขภาพ 4. การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบครบถ้วน (Comprehensive Geriatric Assessment) ปัญหาสุขภาพที่สำคัญและกลุ่มอาการสูงอายุ โดยบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่คลินิกสูงอายุ 5. การวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยแพทย์ และทีมสหวิชาชีพ 6. มีระบบข้อมูล 1. มีระบบข้อมูลผู้รับบริการคลินิกผู้สูงอายุ 2. มีระบบเชื่อมโยงข้อมูลสนับสนุนการส่งปรึกษาภายในโรงพยาบาล 7. รูปแบบการจัดบริการที่หลากหลายสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การเยี่ยมบ้าน Tele-consultation หรือ Medicine 8. การประสานรับปรึกษาภายในโรงพยาบาล 9. การรับส่งต่อ 1. ระหว่างโรงพยาบาล(Refer system) 2. การส่งกลับชุมชน (COC Home visit) • กลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes) หมายถึง ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองกลุ่มอาการและปัญหาสุขภาพสำคัญผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม หรือภาวะพลัดตกหกล้ม • การดูแลรักษา หมายถึง มีระบบการดูแลรักษาตั้งแต่การตรวจยืนยัน วินิจฉัยสาเหตุ การตรวจรักษา และการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติด้านกลุ่มอาการสูงอายุ(geriatric syndromes)ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมในคลินิกผู้สูงอายุ 2. ส่งเสริมหรือคงสมรรถภาพทางร่างกาย สมอง สุขภาพจิต และสังคมผู้สูงอายุเพื่อป้องกันหรือลดการเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส
ผู้รับผิดชอบ	พ.จ.อ.อนุชา อุภัยชีวะ
ตัวชี้วัด	12.การคัดกรองภาวะเสี่ยงผู้สูงอายุ และการได้รับการดูแลรักษาอย่างไรร้อยต่อ 12.2 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ≥ ร้อยละ 60
คำนิยาม	• คลินิกผู้สูงอายุ หมายถึง การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล ตามรูปแบบที่กรมการแพทย์กำหนด • จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกระดับ (F3-A) กำหนดแนวทาง ดังนี้ 1. มีระบบบริการที่ครอบคลุมการประเมินและการดูแล ฟันฟูสุขภาพผู้สูงอายุ (Comprehensive Geriatric Assessment and Rehabilitation Care) 2. มีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขประจำคลินิกผู้สูงอายุ 3. มีการวินิจฉัย และ การวางแผนการดูแลผู้ป่วย 4. มีระบบข้อมูล/เชื่อมโยงข้อมูลสนับสนุนการรับส่งต่อทั้งในและนอกโรงพยาบาล • เกณฑ์มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์แบ่งเป็น 3 ระดับ 1. โรงพยาบาลระดับ S-A 2. โรงพยาบาลระดับ M1-M2 3. โรงพยาบาลระดับ F1-F2 • มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ มีดังนี้ 1. สถานที่และสิ่งแวดล้อม (Structure) 1) มีป้ายคลินิกและสถานที่การจัดบริการชัดเจน 2) สถานที่เอื้ออำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ เช่น ห้องน้ำผู้พิการหรือห้องน้ำ ผู้สูงอายุ ทางลาด 3) มีพื้นที่ห้องตรวจกว้างเพียงพอสำหรับ ให้บริการผู้ที่นั่งรถเข็นได้ 2. บุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิก (Staff) คือ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่ได้รับมอบหมายปฏิบัติงานในคลินิก เช่น นักวิชาการสาธารณสุข นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย เป็นต้น 3. รูปแบบและการจัดบริการ (Service) คือ การตรวจสุขภาพประจำปี, การบริการให้วัคซีนประจำปี, การบริการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพ, การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบครบถ้วน, การวางแผนดูแล, มีระบบข้อมูล, รูปแบบการจัดบริการที่หลากหลายสำหรับผู้สูงอายุ, การประสานรับปรึกษาภายในโรงพยาบาล และการรับ-ส่งต่อ 4. การบริหารจัดการคลินิก (Service Management) คือ มีการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ, การพัฒนานวัตกรรมการบริการ/การจัดการปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ, มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และมีการพัฒนาเครือข่ายการรับ-ส่งต่อผู้สูงอายุ อย่างเป็นระบบ • ผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ หมายถึง คุณภาพบริการที่ให้แก่ผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในคลินิกผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1. การตรวจสุขภาพประจำปี 2. การบริการให้วัคซีนประจำปี

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

คำนิยาม(ต่อ)	3.การบริการให้คำปรึกษาสุขภาพ 4.การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบครบถ้วน (Comprehensive Geriatric Assessment) ปัญหาสุขภาพที่สำคัญและกลุ่มอาการสูงอายุ โดยบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่คลินิกสูงอายุ 5.การวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยแพทย์ และทีมสหวิชาชีพ 6.มีระบบข้อมูล 1. มีระบบข้อมูลผู้รับบริการคลินิกผู้สูงอายุ 2. มีระบบเชื่อมโยงข้อมูลสนับสนุนการส่งปรึกษาภายในโรงพยาบาล 7.รูปแบบการจัดบริการที่หลากหลายสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การเยี่ยมบ้าน Tele-consultation หรือ Medicine 8.การประสานรับปรึกษาภายในโรงพยาบาล 9.การรับส่งต่อ 1. ระหว่างโรงพยาบาล(Refer system) 2.การส่งกลับชุมชน (COC Home visit) • กลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes) หมายถึง ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองกลุ่มอาการและปัญหาสุขภาพสำคัญผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ และมีความเสี่ยงต่อการเกิด <u>ภาวะพลัดตกหกล้ม</u> หรือภาวะพลัดตกหกล้ม • การดูแลรักษา หมายถึง มีระบบการดูแลรักษาตั้งแต่การตรวจยืนยัน วินิจฉัยสาเหตุ การตรวจรักษา และการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อ <u>ภาวะพลัดตกหกล้ม</u>
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติด้านกลุ่มอาการสูงอายุ(geriatric syndromes)ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมในคลินิกผู้สูงอายุ 2. ส่งเสริมหรือคงสมรรถภาพทางร่างกาย สมอง สุขภาพจิต และสังคมผู้สูงอายุเพื่อป้องกันหรือลดการเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส
ผู้รับผิดชอบ	พ.จ.อ.อนุชา อุกัยชีวะ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

ตัวชี้วัด	13. Stroke Fast tract (Door to refer) ได้รับการส่งต่อภายใน 30 นาที ร้อยละ 100
คำนิยาม	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principle diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69) Door to refer หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาถึงโรงพยาบาล ได้รับการตรวจ วินิจฉัย เบื้องต้น จนได้รับการส่งต่อ และออกเดินทางมาด้วยรถ refer ของโรงพยาบาลเพื่อส่งต่อไปยังอีกโรงพยาบาล
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการวินิจฉัยและรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง รวดเร็วเหมาะสม
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส
ผู้รับผิดชอบ	นางใบศรี จิ่งมันคง
ตัวชี้วัด	14. จำนวนอุบัติการณ์การเสียชีวิตจาก Sepsis เป้าหมาย 0
คำนิยาม	Sepsis คือ ภาวะที่เกิดจากการติดเชื้อร่วมกับผู้ป่วยมีอาการดังต่อไปนี้ ข้อใดข้อหนึ่ง คือ • SIRS มากกว่าหรือเท่ากับ 2 ข้อ ร่วมกับมีอวัยวะต่างๆ ทำงานผิดปกติตั้งแต่ 1 อวัยวะขึ้นไป (organ dysfunction) • SOS score มากกว่าหรือเท่ากับ 4 • SOFA score มากกว่าหรือเท่ากับ 2 โดยในกรณีเมื่อเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยข้อใดข้อหนึ่ง ควรมีการเจาะ blood lactate (ค่ามากกว่า 2 mmol/L or 18 mg/dl) เพื่อยืนยันการเกิดภาวะ sepsis ที่มี tissue hypoxia จาก organ dysfunction Community-acquired sepsis คือ ภาวะ sepsis ที่เกิดการติดเชื้อมาจากที่บ้านหรือที่ชุมชน โดยต้องไม่อยู่ในกลุ่ม healthcare associated sepsis Hospital-acquired or healthcare associated sepsis คือ ภาวะ sepsis ที่เกิดการติดเชื้อมาจากการรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือมีประวัติการรักษาในโรงพยาบาลมาก่อนภายใน 3 เดือน ผู้ป่วย palliative care คือ ผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังหรือโรคร่วมที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และอยู่ในระยะสุดท้ายของโรค โดยมีการทำ advanced care planning หรือเคยได้รับการดูแลโดยทีม palliative care ไว้แล้ว ซึ่งมีการวางแผนล่วงหน้าในการไม่ทำการ resuscitation เมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะ sepsis อัตราตายจากติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม 1. อัตราตายจาก community-acquired sepsis 2. อัตราตายจาก hospital-acquired sepsis or healthcare associated sepsis ภาวะ sepsis เป็นภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญ พบว่า อัตราอุบัติการณ์มีแนวโน้มสูงขึ้นและอัตราเสียชีวิตสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ที่รับยากดภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้ยังพบว่าแนวโน้มของเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การรักษาผู้ป่วยไม่ได้ออกฤทธิ์เท่าที่ควร นอกจากนี้ยังพบว่าการติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลให้อวัยวะต่างๆ ทำงานผิดปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา ได้แก่ ภาวะช็อก, ไตวาย การทำงานอวัยวะต่างๆ ล้มเหลว และเสียชีวิตในที่สุด

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

ตัวชี้วัด	15.ระดับความสำเร็จของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพความสำเร็จระดับ 5 ร้อยละของการฝากครรภ์คุณภาพ $\geq$ ร้อยละ 75
คำนิยาม	หญิงตั้งครรภ์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มาฝากครรภ์ที่สถานบริการสาธารณสุขนั้นๆ การฝากครรภ์คุณภาพ หมายถึง การที่หญิงตั้งครรภ์และและคู่ได้รับบริการตามกิจกรรมที่กำหนดไว้ในแต่ละครั้งที่มารับบริการฝากครรภ์อย่างครบถ้วน เน้นหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ และได้รับการดูแลต่อเนื่องตลอดการตั้งครรภ์ตามแนวทางการฝากครรภ์คุณภาพ สำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2565 โดยกำหนดกิจกรรมคุณภาพ ดังนี้ 1. การบริการฝากครรภ์คุณภาพมาตรฐานตามแนวทางวิถีชีวิตใหม่ โดยเน้นส่งเสริม สนับสนุน ให้หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ และฝากครรภ์ต่อเนื่องตามเกณฑ์ฝากครรภ์ 8 ครั้ง 2. หญิงตั้งครรภ์ต้องได้รับบริการตามกิจกรรมที่กำหนดไว้ในแต่ละช่วงอายุครรภ์อย่างครบถ้วนรายละเอียดตามแนวทางการฝากครรภ์คุณภาพสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2565 3. จัดเครือข่ายบริการฝากครรภ์และมีระบบส่งต่อไปยังสถานบริการที่มีศักยภาพในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในภาวะดังกล่าว
วัตถุประสงค์	1. เพ้าระวังสสุขภาพะของหญิงตั้งครรภ์เพื่อลดความเสี่ยงด้านสุขภาพ ป้องกันการตายมารดาและทารกอย่างมีประสิทธิภาพ 2. ยกระดับคุณภาพบริการของสถานพยาบาลทุกระดับให้เป็นไปตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กสำหรับสถานพยาบาลและเครือข่ายระดับจังหวัดและเทียบเท่ามาตรฐานระดับสากล
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงคลอดทุกรายในเขตรับผิดชอบ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน
ผู้รับผิดชอบ	นางกฤษณา สมสะอาด
ตัวชี้วัด	16.ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง $\geq$ ร้อยละ 80
คำนิยาม	ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง(CKD) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งในสองข้อต่อไปนี้ 1. ผู้ป่วยที่มีภาวะไตผิดปกติติดต่อกันเกิน 3 เดือน ทั้งนี้ผู้ป่วยอาจจะมีอัตราการกรองของไต (glomerular filtra rate, GFR) ผิดปกติหรือไม่ก็ได้ 2. ผู้ป่วยที่มี GFR น้อยกว่า 60 mL/min/1.73 m² ติดต่อกันเกิน 3เดือน โดยที่อาจจะตรวจพบหรือไม่พบว่ามีร่องรอยของไตผิดปกติก็ได้
วัตถุประสงค์	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนผู้ป่วย DM และ/หรือHT ที่ขึ้นทะเบียนในเขตพื้นที่รับผิดชอบและมารับบริการ CKD
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ตัวตั้ง: จำนวนผู้ป่วย DM และ/หรือHT ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง x 100 ตัวหาร: จำนวนผู้ป่วย DM และ/หรือHT ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไตเรื้อรัง

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส
ผู้รับผิดชอบ	พ.จ.อ. อนุชา อุภัยชีวะ
ตัวชี้วัด	17.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง ที่เป็น CKD 3-4 สะท้อนการลดลงของ eGFR ได้ตามเป้าหมาย ≥ 69
คำนิยาม	ผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง โดยได้รับการขึ้นทะเบียนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง CKD 3-4 หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง โดยได้รับการขึ้นทะเบียนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ แล้วเป็นโรคไตเรื้อรัง stage 3-4 eGFR (estimated glomerular filtration rate) หมายถึง อัตราการกรองไตที่ได้จากการคำนวณจากค่า serum creatinine ของผู้ป่วยตามสมการ CKD-EPI
วัตถุประสงค์	-
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนผู้ป่วย DM และ/หรือHT ที่ขึ้นทะเบียนในเขตพื้นที่รับผิดชอบและมารับบริการ CKD
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$A/B \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส
ผู้รับผิดชอบ	พ.จ.อ. อนุชา อุภัยชีวะ
ตัวชี้วัด	18.อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 8 ต่อ แสน ปชก.(ไม่เกิน 6 ราย)
คำนิยาม	การฆ่าตัวตายสำเร็จ หมายถึง การเสียชีวิตจากพฤติกรรมที่มุ่งทำร้ายตนเองโดยตั้งใจ จะให้ตายจากพฤติกรรมนั้น พยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง ผู้ที่ได้ทำการลงมือทำร้ายตนเองด้วยวิธีการต่างๆ และมุ่งหวังให้ตนเองเสียชีวิต แต่ไม่ถึงเสียชีวิต และมีลักษณะอาการและการแสดงสอดคล้องตรงกับตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD -10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด Intentional self-harm (X60-X84) หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) ผู้พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ หมายถึง ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายมากกว่า 1 ครั้ง ในรอบปีงบประมาณ ไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี หมายถึง ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายในช่วงปีงบประมาณได้ รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสมและติดตามเฝ้าระวังจนไม่เกิดพฤติกรรมทำร้ายตนเองอีกครั้งในรอบปีงบประมาณเดียวกัน

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

คำนิยาม (ต่อ)	การเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายได้รับการ ดูแลช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสมตามแนวทาง 7 กิจกรรม ดังนี้ (1) ได้รับการ ช่วยชีวิตและยับยั้งพฤติกรรมฆ่าตัวตาย รวมทั้งส่งต่อหน่วยบริการสาธารณสุขได้ ทันที (2) ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคหุนด Intentional self-harm (X60-X84) (3) ได้รับการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตายและกระทำรุนแรงต่อตนเอง เพื่อค้นหาและรวบรวมข้อมูลปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยปกป้อง และด้นกัน รวมทั้งประเมินการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในครอบครัวและชุมชน (4) ได้รับการ ช่วยเหลือจัดหรือบรรเทาปัจจัยกระตุ้นและปัจจัยเสี่ยง (5) ได้รับการสร้างเสริมปัจจัย ปกป้องและด้นกัน การเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์หรือสารพิษที่ใช้ฆ่าตัวตาย (6) ญาติหรือ ผู้ดูแลใกล้ชิดได้รับการเสริมสร้างความรู้และทักษะสังเกตสัญญาณเตือน และมี ช่องทางติดต่อที่สะดวกกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่รับผิดชอบเฝ้าระวังการ ฆ่าตัวตายในพื้นที่ และ (7) ได้รับการเฝ้าระวัง ติดตาม ประเมินความคิดและการกระทำฆ่าตัวตายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง เช่น ได้รับการประเมิน 8Q ทุกครั้งที่มารับบริการ หรือประเมินระหว่างติดตามเยี่ยมบ้าน (หมายเหตุ : กิจกรรมที่ 4-5 อาจทดแทนกิจกรรมของการดูแลช่วยเหลือตาม มาตรฐาน ด้วยวิธีอื่นหรือได้รับ Intervention อื่นๆ เช่น Counseling, Psychotherapy, Family Counseling การรักษาด้วยยา เป็นต้น ส่งผลให้ไม่กลับมา ทำร้ายตนเองซ้ำภายในระยะเวลา 1 ปี) คปสอ.ผลักดันให้เกิดกิจกรรม/โครงการฯ เพื่อดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญห การฆ่าตัวตายระดับอำเภอ ตำบล ตาม 5 มาตรการ ดังต่อไปนี้ 1. มาตรการพัฒนาปรับปรุงระบบเฝ้าระวังฆ่าตัวตายระดับจังหวัด 2. มาตรการติดตามเฝ้าระวังป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง 3. มาตรการช่วยเหลือผู้รอดชีวิตและผู้ได้รับผลกระทบจากการฆ่าตัวตาย 4. มาตรการสนับสนุนการสอบสวนโรครณีพยายามฆ่าตัวตาย และกระทำรุนแรง ต่อตนเองในจังหวัด 5. มาตรการเสริมสร้าง ปัจจัยปกป้อง และด้นกันการเข้าถึงสารพิษ วัสดุอุปกรณ์ สถานที่ใช้ฆ่าตัวตายในพื้นที่
วัตถุประสงค์	เป้าหมายหลัก 1. เพื่อใช้แสดงและติดตามภาวะสุขภาพอนามัยที่สำคัญด้านสุขภาพจิตของประชาชน เป้าหมายย่อย 1.เพื่อใช้วัดผลลัพธ์ของการดูแลช่วยเหลือผู้รอดชีวิตจากการฆ่าตัวตายหรือผู้พยายามฆ่าตัวตาย และการเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพของผู้ฆ่าตัวตายที่ดำเนินการภายใต้ระบบสุขภาพในพื้นที่
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เป้าหมายหลัก : ผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในทุกจังหวัด เป้าหมายย่อย : ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่กระทำในช่วงเวลา 1 ปีงบประมาณ (วันที่ 1 เดือนตุลาคม 2567 - กันยายน 2568) *จำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายและผู้พยายามฆ่าตัวตายนับเป้าหมายตามพื้นที่ที่เกิดเหตุ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดหลัก : $(A/B) \times 100,000$ ตัวชี้วัดย่อย : $(C/D) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)
ผู้รับผิดชอบ	นางศิริพร จันทรทิพย์

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

ตัวชี้วัด	19.อัตราการผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เป้าหมาย < ร้อยละ 5
คำนิยาม	1. ผู้ป่วยวัณโรค (TB disease) หมายถึง ผู้ที่ได้รับเชื้อและติดเชื้อวัณโรคแฝงอยู่ในร่างกายแต่ภูมิคุ้มกันไม่สามารถยับยั้งการแบ่งตัวของเชื้อวัณโรคได้ เกิดพยาธิสภาพที่ทำให้ป่วยเป็นวัณโรคอาจมีอาการหรือไม่มีอาการก็ได้ 2. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อน และผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 2.1 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ culture หรือวิธี Molecular หรือ วิธีการอื่นๆที่องค์การอนามัยโลกรับรอง 2.2 ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B -) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะ เป็นลบ แต่ทำการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอกซเรย์รังสีทรวงอก หรือมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค 3. ผู้ป่วยรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อน หรือรักษาน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนรักษาในระบบวัณโรค NTIP มาก่อน (ไม่ว่าจะเป็น P หรือ EP, B+, B-) 4. ตาย(died) หมายถึง ตายด้วยสาเหตุใดๆ ในระหว่างการรักษา
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้ผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคเข้าถึงระบบสุขภาพในด้านการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาสำเร็จ 2. เพื่อพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพในการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคของสถานบริการสาธารณสุข
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีการขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2568 (1 ตุลาคม 2567 - 31 ธันวาคม 2567) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่คนไทย และผู้ป่วยในเรือนจำที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส
ผู้รับผิดชอบ	นางโยธกานต์ วงศ์ศรีแก้ว

ยุทธศาสตร์ที่ 3 บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)

ตัวชี้วัด	20. ร้อยละของบุคลากรที่เจ็บป่วยจากการทำงาน ≤ 5
คำนิยาม	1.บุคลากร(employee) หมายถึง บุคลากรผู้ปฏิบัติงานภายใต้การจ้างงานหรือภายใต้การดูแลขององค์กรโดยตรง 2.การเจ็บป่วยจากการทำงาน(work-related illness) หมายถึง การเจ็บป่วยที่เกิดจากการสัมผัสสิ่งที่เป็นอันตรายในการทำงาน (แสง เสียง รังสี ความสั่นสะเทือน ความร้อน ความชื้น สารเคมี ยาเคมีบำบัด เชื้อโรค ฝุ่นละอองฯ) รวมถึง การเจ็บป่วยซึ่งไม่ได้เกิดโดยตรงจากการทำงาน แต่การทำงานทำให้การเจ็บป่วยเป็นมากขึ้น ได้แก่ปวดหลัง และความเครียดจากการทำงาน 3.จำนวนบุคลากรเฉลี่ยปีงบประมาณ หมายถึง ผลรวมของจำนวนบุคลากรที่คงอยู่ ณ วันแรกและวันสุดท้ายของปีงบประมาณ หารด้วย 2
วัตถุประสงค์	เพื่อเฝ้าระวังการเจ็บป่วยจากการทำงานในบุคลากร
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรที่ทำงานโรงพยาบาลเขมราฐ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง
ผู้รับผิดชอบ	นายโยธกานต์ วงศ์ศรีแก้ว
ตัวชี้วัด	21. ร้อยละของบุคลากรมีผลการประเมิน Happy Money ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 50 (เกณฑ์ Happy)
คำนิยาม	Happy money หมายถึง รู้จักใช้เงินให้เป็น สามารถจัดการรายรับรายจ่ายของตนเองได้ มีเงินรู้จักเก็บรู้จักใช้ เป็นหนี้ให้พอดี มีชีวิตที่เหมาะสมกับตัวเอง
วัตถุประสงค์	เพื่อช่วยในการกำหนดแนวทางและมาตรการในการแก้ไขปัญหาทางการเงิน ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อไป
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเขมราฐทุกคน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนผู้ที่มีผลการประเมิน Happy Money ผ่านเกณฑ์ตามแบบประเมิน $\times 100$ / จำนวนผู้ทำแบบประเมิน
ระยะเวลาประเมินผล	1 ต.ค.67 - 30 ก.ย.68
ผู้รับผิดชอบ	นายวรพงศ์ หงษ์ทอง

ยุทธศาสตร์ที่4 บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

ตัวชี้วัด	22.การผ่านเกณฑ์การตรวจสอบควบคุมภายใน 5 มิติ
คำนิยาม	การตรวจสอบภายใน หมายถึง กิจกรรมการให้ความเชื่อมั่นและการให้คำปรึกษาอย่าง เที่ยงธรรมและเป็นอิสระ ซึ่งจัดให้มีขึ้นเพื่อเพิ่มคุณค่าและปรับปรุงการปฏิบัติงานของหน่วยงานของ รัฐให้ดีขึ้น และจะช่วยให้หน่วยงานของรัฐบรรลุถึงเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ด้วยการ ประเมินและปรับปรุงประสิทธิภาพของกระบวนการบริหารความเสี่ยง การควบคุม และการกำกับดูแลอย่างเป็นระบบ การควบคุมภายใน หมายถึง กระบวนการปฏิบัติงานที่ผู้กำกับดูแล ฝ่ายบริหารและ บุคลากรของส่วนราชการจัดให้มีขึ้นเพื่อสร้างความมั่นใจอย่างสมเหตุสมผลว่า การดำเนินงานของส่วน ราชการจะบรรลุ วัตถุประสงค์ของการควบคุมภายใน ด้านประสิทธิภาพและประสิทธิภาพของการ ดำเนินงาน ซึ่งรวมถึงการดูแลรักษาทรัพย์สิน การป้องกันหรือลดความผิดพลาด ความเสียหาย การ รั่วไหล การสิ้นเปลือง หรือการทุจริตในหน่วยรับตรวจ (Operation : O) ด้านการรายงาน (Reporting: R) และ ด้านการปฏิบัติตามกฎหมายระเบียบข้อบังคับ และมติคณะรัฐมนตรีและอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (Compliance: C) เกณฑ์การประเมิน หมายถึง คะแนนที่ได้จากการประเมินกิจกรรมการดำเนินการตามหลักการตรวจสอบภายใน การตรวจสอบความเสี่ยง (Check list) 5 มิติ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ ได้แก่ 1. มิติด้านการเงิน 2. มิติด้านจัดเก็บรายได้คำรักษาพยาบาล 3. มิติด้านงบการเงิน 4. มิติด้านบริหารพัสดุ 5. มิติด้านระบบการควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง
วัตถุประสงค์	เพื่อสร้างระบบตรวจสอบภายใน ควบคุม กำกับงานด้สนระบบกระบวนการภายในให้เกิดความโปร่งใสสามารถตรวจสอบได้
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลเขมราชู
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประเมินตามเกณฑ์
ระยะเวลาประเมินผล	ต.ค.67 - ก.ย.68
ผู้รับผิดชอบ	นายวรพงศ์ หงษ์ทอง

ยุทธศาสตร์ที่4 บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

ตัวชี้วัด	23. ผลการประเมินประสิทธิภาพการเงินการคลัง (TPS Score) เป้าหมายระดับ B ขึ้นไป
คำนิยาม	1. ประสิทธิภาพการเงิน หมายถึง ความสามารถในการดำเนินงานของหน่วยบริการ 2. หน่วยบริการสุขภาพที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน หมายถึง หน่วยบริการสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีวิกฤตทางการเงิน ตามหลักเกณฑ์การวิเคราะห์ทางการเงิน ระดับ 7 (Risk Scoring) ประกอบด้วย 1.Current Ratio < 1.5 = 1 คะแนน 2.Quick Ratio < 1.0 = 1 คะแนน 3.Cash Ratio < 0.8 = 1 คะแนน 4.ทุนสำรองสุทธิติดลบ = 1 คะแนน 5.ผลประกอบการขาดทุน = 1 คะแนน 6.ระยะเวลาทุนสำรองเพียงพอใช้จ่าย <3 เดือน = 2 คะแนน 3. แผนทางการเงิน(Planfin) หมายถึง แผนซึ่งแสดงรายละเอียดตัวเลขทางการเงิน ซึ่งเป็นการคาดการณ์ไว้ล่วงหน้าเกี่ยวกับการใช้และการได้มาจากธุรกิจหรือดำเนินงานของหน่วยงานนั้น - แผนประมาณการรายได้-ควบคุมค่าใช้จ่าย เพื่อให้หน่วยบริการได้มีการคาดการณ์รายได้ที่จะได้รับและค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นในปี 2561 ซึ่งจะช่วยให้หน่วยบริการได้รับทราบแนวโน้มของผลประกอบการว่า จะเป็นไปในทิศทางใด (กำไรหรือขาดทุน) 4. เกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง (Financial Administration Index : FAI) หมายถึง เครื่องมือที่จะช่วยเสริมสร้างวินัย การปฏิบัติตามกฎระเบียบ การใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า มีระบบรายงานที่มีคุณภาพน่าเชื่อถือ ซึ่งจะช่วยสนับสนุนให้เกิดประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง และแก้ไขปัญหาการเงินให้กับหน่วยบริการสำหรับเกณฑ์ที่ใช้เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพการบริหารจัดการการเงินการคลัง ประกอบด้วย 4 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1.การพัฒนาคุณภาพบัญชี(Accounting Audit : AC) 2.การพัฒนาการนำข้อมูลเงินนอกงบประมาณฝากธนาคารพาณิชย์เข้าระบบ GFMS 3.การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง (Financial Management : FM) 4.การบริหารต้นทุนอย่างมีประสิทธิภาพ (Unit Cost : UC)
วัตถุประสงค์	เพื่อให้โรงพยาบาลเขมราฐมีการบริหารการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพไม่มีความเสี่ยงด้านการเงิน และศูนย์จัดเก็บรายได้มีคุณภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลเขมราฐ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	เกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพการเงินการคลัง (TPS Score)
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส
ผู้รับผิดชอบ	นายวรพงศ์ หงษ์ทอง

ยุทธศาสตร์ที่4 บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

ตัวชี้วัด	24.ข้อร้องเรียนเกี่ยวกับทุจริตหรือประพฤตินิคมชอบ เป้าหมาย 0
คำนิยาม	การจัดการข้อร้องเรียน หมายถึง กระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนตั้งแต่การรับเรื่องเข้าคัดกรองเรื่อง แจ้งไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทำการตรวจสอบข้อเท็จจริง และแจ้งไปยังผู้ร้องเรียนภายใน 15 วันทำการ กรณีผู้ร้องเรียนแจ้งชื่อ-นามสกุล ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ หรือไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ ที่สามารถติดต่อถึงผู้ร้องเรียน เป็นไปตามคู่มือปฏิบัติงานกระบวนการรับข้อร้องเรียนเรื่องการทุจริต การปฏิบัติหรือละเว้น การปฏิบัติหน้าที่โดยมิชอบ ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข และคู่มือปฏิบัติงานกระบวนการจัดการข้อร้องเรียน ข้อร้องเรียนการทุจริตและประพฤตินิคมชอบ หมายถึง เรื่องร้องเรียนการดำเนินงานเกี่ยวกับ การทุจริต และประพฤตินิคมชอบของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมีผู้ร้องเรียน / แจ้งเบาะแส การทุจริตและประพฤตินิคมชอบของเจ้าหน้าที่ของรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขว่ากระทำการ แสวงหาประโยชน์ ที่มิควรได้โดยชอบด้วยกฎหมายสำหรับตนเองหรือผู้อื่น หรือกระทำการอันเป็นความผิดต่อตำแหน่งหน้าที่ราชการ รวมถึงการปฏิบัติหรือละเว้นการปฏิบัติอย่างใดในตำแหน่งหรือหน้าที่ หรือปฏิบัติหรือละเว้นการปฏิบัติอย่างใด ในพฤติการณ์ที่อาจทำให้ผู้อื่นเชื่อว่ามีตำแหน่งหรือหน้าที่ ทั้งที่ตนมิได้มีตำแหน่งหรือหน้าที่นั้น หรือใช้อำนาจ ในตำแหน่งหรือหน้าที่อันเป็นการฝ่าฝืนกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ คำสั่ง อย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งมุ่งหมาย จะควบคุมดูแลการรับ การเก็บรักษา การใช้จ่ายเงิน หรือทรัพย์สิน ของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่ว่าจะการปฏิบัติหรือละเว้นการปฏิบัตินั้นเป็นการทุจริตด้วยหรือไม่ก็ตาม และให้หมายรวมถึงการประมาท เลินเล่ออย่างร้ายแรงในหน้าที่ดังกล่าวด้วย ทั้งนี้ เรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการทุจริตและประพฤตินิคมชอบ ต้องเป็น เรื่องร้องเรียนที่มีการดำเนินการตามคู่มือปฏิบัติงานกระบวนการรับข้อร้องเรียนเรื่องการทุจริต การปฏิบัติ หรือละเว้นการปฏิบัติหน้าที่โดยมิชอบ ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุขและคู่มือปฏิบัติงาน กระบวนการจัดการ ข้อร้องเรียน ผู้รับบริการ หมายถึง ผู้ร้องเรียนหรือผู้ได้รับความเดือดร้อนหรือต้องการเสนอแนะข้อคิดเห็นหรือให้ข้อมูล ตลอดจนผู้มีส่วนได้เสียในเรื่องร้องเรียนนั้นๆ ผู้ร้องเรียน/แจ้งเบาะแส หมายถึง ผู้พบเห็นอันกระทำที่มิชอบ มีสิทธิเสนอคำร้องเรียน/แจ้งเบาะแส ในสังกัดโรงพยาบาลเขมราฐ
วัตถุประสงค์	1. เพื่อดำเนินงานจัดการเรื่องร้องเรียนการทุจริตและประพฤตินิคมชอบแยกออกจากจัดการข้อร้องเรียนทั่วไป 2. เพื่อให้เจ้าหน้าที่ตระหนัก และปฏิบัติหน้าที่อย่างตรงไปตรงมาไม่เลือกปฏิบัติต่อผู้มารับบริการ รายใดรายหนึ่ง และส่งเสริมการทำงานอย่างโปร่งใสของโรงพยาบาลเขมราฐ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยและบุคลากรในโรงพยาบาลที่รับบริการทางโรงพยาบาลเขมราฐ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนอุบัติการณ์ข้อร้องเรียนเกี่ยวกับทุจริตหรือประพฤตินิคมชอบ
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส
ผู้รับผิดชอบ	นายวรพงศ์ หงษ์ทอง

ยุทธศาสตร์ที่4 บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

ตัวชี้วัด	25. ร้อยละความพึงพอใจในการรับบริการ ≥ 80
คำนิยาม	การประเมินความพึงพอใจ หมายถึง การประเมินโดยใช้แบบสอบถามซึ่งมีข้อความถาม “ท่านมีความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับจากโรงพยาบาล...โดยรวมระดับใด” สุ่มสอบถามจากผู้รับบริการในกระบวนการเข้ารับบริการกับทางโรงพยาบาล
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการบริการจากความคิดเห็นของผู้มารับบริการ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้เข้ารับบริการกับทางโรงพยาบาลเขมราฐทุกกลุ่มงาน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ผลการประเมินความพึงพอใจ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านเจ้าหน้าที่ / บุคลากรที่ให้บริการ(พฤติกรรมการบริการ) 2) ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก(จุดนั่งรอ น้ำดื่ม สถานที่) 3) ด้านกระบวนการให้บริการ / ขั้นตอนการให้บริการ (ระยะเวลา) คะแนนที่ประเมินลงในช่องแต่ละด้าน (มากที่สุด = 5, มาก = 4 ,ปานกลาง = 3, น้อย = 2, น้อยที่สุด = 1 , ไม่พึงพอใจ = 0) สูตร ผลรวมของคะแนนแต่ละด้าน * 100 / คะแนนเต็มรวม แล้วนำคะแนนแต่ละหน่วยงานมาคิดค่าเฉลี่ยรวม
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส
ผู้รับผิดชอบ	นางนวลศิริพันธ์ ปิยะชัยกี

ยุทธศาสตร์ที่4 บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

ตัวชี้วัด	26.ข้อร้องเรียน พฤติกรรมบริการ เป้าหมาย 0 เรื่อง
คำนิยาม	ข้อร้องเรียน หมายถึง คำร้องจากผู้มารับบริการซึ่งได้รับผลกระทบอันก่อให้เกิดความเสียหาย ของผู้ใช้บริการทางห้องปฏิบัติการเป็นผลที่ไม่พึงประสงค์ของระบบบริการและกระบวนการให้บริการทางห้องปฏิบัติการ และได้มีการแก้ไขข้อร้องเรียนนั้น หน่วยบริการ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การบริการ (Service) หมายถึง การกระทำกิจกรรมใดๆ ด้วยร่างกาย เพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลอื่น ซึ่งเกี่ยวข้องกับการอำนวยความสะดวกเพื่อสร้าง ประโยชน์และสร้างความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการ โดยการบริการสามารถแสดงออกเป็น 2 แบบ คือ 1. ขั้นตอนการให้บริการ เป็นการปฏิบัติการ ตามขั้นตอน และเทคนิค ของวิธีปฏิบัติที่ถูกต้อง เหมาะสม เพื่อให้ผู้รับบริการได้ประโยชน์ตรงตาม ความต้องการมากที่สุด 2. พฤติกรรมบริการ เป็นการแสดงออก ทางกาย สีหน้า แววตา กริยา ท่าทาง และการพูดจา ซึ่งพฤติกรรมที่ดีย่อมสร้างความสุข ให้เกิดขึ้นกับผู้ บริการได้เป็นอย่างดี ได้แก่ การแต่งกายที่สุภาพ สะอาด เรียบร้อย สีหน้าและแววตาที่ยิ้มแย้ม แจ่มใส อ่อนโยน กริยาท่าทางที่ สุภาพ อ่อนน้อม การพูดจาดูด้วยน้ำเสียงที่นุ่มนวล สุภาพ ชัดเจน ให้ เกียรติ มีทางเสียง
วัตถุประสงค์	1. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ 2. เพื่อประเมินผลข้อร้องเรียนเรื่องพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเขมราฐ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยและบุคลากรในโรงพยาบาลที่รับบริการทางโรงพยาบาลเขมราฐ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนอุบัติการณ์ข้อร้องเรียนพฤติกรรมบริการ(เรื่อง)
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวลดาวัลย์ คริ่งมี

ยุทธศาสตร์ที่4 บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

ตัวชี้วัด	27. มีการพัฒนาระบบสารสนเทศ (System Analysis& Design) อย่างน้อย 1 ระบบ
คำนิยาม	ทรัพยากรเครือข่าย หมายถึง การใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ครุภัณฑ์สารสนเทศ บุคลากร และงบประมาณเพื่อใช้งานสื่อสารข้อมูลสารสนเทศ ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ หมายถึง แหล่งสะสมและเผยแพร่ข้อมูลที่ได้รับการพิจารณาความสำคัญต่อการนำไปใช้เผยแพร่และให้บริการผู้ใช้ โดยมีระบบการจัดเก็บและประมวลผลข้อมูล
วัตถุประสงค์	เพื่อให้มีการพัฒนาระบบสารสนเทศที่ตอบสนองการดำเนินงานด้านต่างๆได้อย่างสะดวกมากขึ้น
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลเขมราฐ
วิธีเก็บข้อมูล	จำนวนระบบที่มีการพัฒนาระบบสารสนเทศ (System Analysis& Design) อย่างน้อย 1 ระบบ
ระยะเวลาประเมินผล	ต.ค.67 - ก.ย.68
ผู้รับผิดชอบ	นายวีรยุทธ สวดี
ตัวชี้วัด	28.ร้อยละการบริการการแพทย์ทางไกล $\geq$ ร้อยละ 75
คำนิยาม	การบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) หมายถึง การจัดระบบให้บริการปรึกษา แนะนำ รักษา ติดตาม เยี่ยมบ้าน ระหว่างโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแห่งหนึ่งไปยังอีกสถานที่หนึ่ง เช่น บ้าน คลินิก ชุมชนอบอุ่น รพ.สต. หรือสถานพยาบาลเครือข่ายอื่นๆ โดยอาศัยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ครอบคลุมทุกกลุ่มโรคตามความเห็นของแพทย์ และบริบทของพื้นที่ ตามเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง ให้บริการด้วยกระบวนการที่เป็นมาตรฐานอย่างน้อยประกอบด้วย ดังนี้ 1. กระบวนการให้บริการมีความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์ 2. ปฏิบัติด้วยความรอบคอบภายใต้กฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลและทำการบันทึก RoPA (กิจกรรมการประมวลผลขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลส่วนบุคคลตามมาตรา 39 พ.ร.บ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562) 3. การให้บริการการแพทย์ทางไกล สามารถเรียกเก็บค่าบริการรักษาจากกองทุนต่างๆ ได้ตามสิทธิ 4. บันทึกข้อมูลการให้บริการฯ ในระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HIS: HospitalInformation System) ด้วยรหัสมาตรฐานแพ้ม Service (14) รหัสประเภทการมารับบริการ “5 รับบริการสาธารณสุขทางไกล (Telehealth / Telemedicine)” และจัดส่งข้อมูลบริการฯ ดังกล่าวเข้าสู่คลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC: HealthDataCenter) 5. การให้บริการการแพทย์ทางไกล เชื่อมโยงกับการส่งยาที่บ้านได้ 6. มีจำนวนครั้งการให้บริการฯ ทั่วประเทศทั้งจังหวัดไม่น้อยกว่า 3,500 ครั้ง หน่วยบริการ หรือ รพ. หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์/ ทัวไป / ชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่ 1. หน่วยบริการมีการให้บริการการแพทย์ทางไกลตามที่แพทย์เห็นสมควรหรือตามบริบทของพื้นที่ 2. อสม. มีส่วนร่วมในการให้บริการการแพทย์ทางไกล โดยใช้กลไก 3 หมอ 3. การให้บริการการแพทย์ทางไกล สามารถเชื่อมต่อบันทึกการให้บริการ(Visit) กับระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HIS) 4. หน่วยบริการจัดให้มีการประเมินความพึงพอใจในการรับบริการการแพทย์ ทางไกล 5. หน่วยบริการจัดทำรายงานสิ้นปีแสดงสถิติจำนวนครั้งการนัดหมายรับบริการในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและกลุ่มติดตามอาการทั้งหมด เพื่อใช้เป็นข้อมูลตั้งต้นในการคำนวณร้อยละของตัวชี้วัดในปีงบประมาณถัดไป 6. คณะทำงานธรรมาภิบาลด้านข้อมูลและเทคโนโลยีสุขภาพระดับจังหวัดติดตามและกำกับดูแลหน่วยบริการให้มีการดำเนินงานตามเกณฑ์ที่กำหนด

ยุทธศาสตร์ที่4 บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้มีการพัฒนาการให้บริการการแพทย์ทางไกลทั่วประเทศ 2. เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ ได้มากขึ้น
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอเขมราฐ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนหน่วยบริการที่ให้บริการการแพทย์ทางไกล x 100 / จำนวนหน่วยบริการทั้งหมด
ระยะเวลาประเมินผล	ต.ค.67 - ก.ย.68
ผู้รับผิดชอบ	นายวีรยุทธ สวยดี

ยุทธศาสตร์ที่4 บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

ตัวชี้วัด	29.ร้อยละของโรงพยาบาลที่ยื่นขอรับรอง HAIT 100 % ผ่านการรับรอง HAIT
คำนิยาม	โรงพยาบาล หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข HAIT (Health Accreditation Technology) หมายถึง คุณภาพสถานพยาบาลด้านเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล ตามกรอบการพัฒนาคุณภาพเทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาล Hospital IT Quality Improvement Framework (HITQIF v2, Feb.2021) และฉบับเพิ่มเติม (HAIT plus) ยื่นขอรับรอง HAIT หมายถึง โรงพยาบาลดำเนินการกระบวนการยื่นขอรับรอง HAIT ตามขั้นตอนหรือได้รับการตรวจเยี่ยม หรือ ตรวจประเมินอย่างน้อย 1 ครั้ง ภายใน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ทุกครั้งของการขอรับรองการดำเนินการยื่น HAIT ตามขั้นตอนขอรับรองการตรวจเยี่ยม หรือ ขอรับรองการตรวจประเมินตามที่สมาคมเวชสารสนเทศประเทศไทย Thai Medical Informatics Association (TMI) กำหนดดังต่อไปนี้ ขั้นตอนขอรับรองการตรวจเยี่ยม 1.โรงพยาบาลพร้อมรับการตรวจเยี่ยม ให้ติดต่อประสานมายังสมาคม TMI ทางอีเมล official@tmi.or.th โดยแจ้งล่วงหน้าอย่างน้อย 2 เดือน ก่อนกำหนดการที่คาดว่าจะขอรับการตรวจเยี่ยมฯ 2.ผู้ประสานงานสมาคม TMI แจ้งกำหนดนัดหมายวันตรวจเยี่ยม พร้อมแจ้งรายชื่อผู้เชี่ยวชาญสมาคม TMI 3 ท่าน ทางอีเมลผู้ประสานโรงพยาบาลที่ระบุ 3.ผู้ประสานงานสมาคม TMI ส่งมอบแนวทางการนำเสนอการพัฒนาคุณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในโรงพยาบาล ทางอีเมลผู้ประสานโรงพยาบาลที่ระบุ 4.โรงพยาบาลจัดส่งเอกสารนำเสนอแนวทางการนำเสนอฯ แก่ทีมผู้เชี่ยวชาญสมาคม TMI ทางอีเมล official@tmi.or.th และอีเมลที่ได้รับแจ้งจากผู้ประสานงานสมาคม TMI ก่อนวันตรวจเยี่ยมอย่างน้อย 1-2 วัน 5.โรงพยาบาลเตรียมเอกสาร จำนวน 3 ชุด (Paper) ในวันตรวจเยี่ยม เพื่อประกอบการนำเสนอและการตรวจสอบสำหรับทีมตรวจเยี่ยมสมาคม TMI 6.โรงพยาบาลได้รับการตรวจเยี่ยมจากทีมผู้เชี่ยวชาญของสมาคม TMI ขั้นตอนขอรับรองการตรวจประเมิน 1.โรงพยาบาลพร้อมรับการตรวจประเมิน ให้ติดต่อประสานมายังสมาคม TMI ทางอีเมล official@tmi.or.th โดยแจ้งล่วงหน้าอย่างน้อย 1 เดือน ก่อนกำหนดการที่คาดว่าจะขอรับการตรวจประเมินฯ 2.ผู้ประสานงานของสมาคม TMI แจ้งกำหนดนัดหมายวันตรวจประเมิน พร้อมแจ้งรายชื่อผู้เชี่ยวชาญสมาคม TMI 3 ท่าน ทางอีเมลของผู้ประสานงานโรงพยาบาลที่ระบุ 3.สมาคม TMI ส่งมอบแนวทางการนำเสนอตามแนวทางการนำเสนอฯ แก่ทีมผู้เชี่ยวชาญสมาคม TMI ทางอีเมลของผู้ประสานงานโรงพยาบาลที่ระบุ 4.โรงพยาบาลจัดส่งเอกสารนำเสนอตามแนวทางการนำเสนอฯ แก่ทีมผู้เชี่ยวชาญสมาคม TMI ทางอีเมลofficial@tmi.or.th และอีเมลที่ได้รับแจ้งจากผู้ประสานงานของสมาคม TMI ก่อนวันตรวจประเมินอย่างน้อย 1-2 วัน 5.โรงพยาบาลเตรียมเอกสารจำนวน 3 ชุด (Paper) ในวันตรวจประเมินเพื่อประกอบการนำเสนอ และการตรวจสอบสำหรับทีมตรวจประเมิน 6.โรงพยาบาลได้รับการตรวจประเมินจากทีมผู้เชี่ยวชาญของสมาคม TMI
วัตถุประสงค์	1.เพื่อยกระดับการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ให้ได้มาตรฐาน HAIT ตามความเหมาะสมกับขนาดและบริบทของโรงพยาบาล 2.เพื่อลดความเสี่ยงในการถูกคุกคามความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ด้านสาธารณสุข 3.เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่น ความไว้วางใจ และภาพลักษณ์ในการให้บริการด้านสาธารณสุข 4.เพื่อให้โรงพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจ ตามกรอบการพัฒนาคุณภาพเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาลสามารถนำไปต่อยอดหรือปรับปรุงระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของตนเองให้มีประสิทธิภาพ และเหมาะสมกับบริบท

ยุทธศาสตร์ที่ 4 บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลเขมราฐ										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-										
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน/รอบ 12 เดือน)										
การติดตามรายไตรมาส	ปีงบประมาณ 2568										
<table><tr><td>ไตรมาสที่ 1</td><td>ไตรมาสที่ 2</td><td>ไตรมาสที่ 3</td><td>ไตรมาสที่ 4</td></tr><tr><td>หน่วยบริการตนเองตามแบบฟอร์ม</td><td>ติดตามความก้าวหน้าดำเนินการเพื่อรองรับการประเมิน HAIT โดยคณะกรรมการเทคโนโลยีสารสนเทศระดับจังหวัด</td><td>มีการดำเนินการตามขั้นตอนการยื่นขอรับการตรวจประเมิน HAIT</td><td>โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป ยื่นขอรับรองเข้ารับการประเมิน HAIT และกำหนดวันเข้ารับการตรวจเยี่ยม</td></tr></table>				ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4	หน่วยบริการตนเองตามแบบฟอร์ม	ติดตามความก้าวหน้าดำเนินการเพื่อรองรับการประเมิน HAIT โดยคณะกรรมการเทคโนโลยีสารสนเทศระดับจังหวัด	มีการดำเนินการตามขั้นตอนการยื่นขอรับการตรวจประเมิน HAIT	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป ยื่นขอรับรองเข้ารับการประเมิน HAIT และกำหนดวันเข้ารับการตรวจเยี่ยม
ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4								
หน่วยบริการตนเองตามแบบฟอร์ม	ติดตามความก้าวหน้าดำเนินการเพื่อรองรับการประเมิน HAIT โดยคณะกรรมการเทคโนโลยีสารสนเทศระดับจังหวัด	มีการดำเนินการตามขั้นตอนการยื่นขอรับการตรวจประเมิน HAIT	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป ยื่นขอรับรองเข้ารับการประเมิน HAIT และกำหนดวันเข้ารับการตรวจเยี่ยม								
ผู้รับผิดชอบ	นายวีรยุทธ สายดี										

มาตรฐานความปลอดภัยสำคัญจำเป็น

ตัวชี้วัด	30.จำนวนอุบัติการณ์เจ้าหน้าที่ติดเชื้อจากการทำงาน*เป้าหมาย 0
คำนิยาม	บุคลากรติดเชื้อจากการทำงาน หมายถึงการติดเชื้อของบุคลากรที่เกิดจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล การติดเชื้อในโรงพยาบาล หมายถึง การติดเชื้อที่เกิดจากการได้รับเชื้อขณะที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาใน รพ.แล้วนาน 48-72 ชั่วโมง
วัตถุประสงค์	1.เพื่อลดอัตราการติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเขมราฐ 2.เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการป้องกันการสัมผัสสารปนเปื้อนจากการทำงานและสิ่งแวดล้อม
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรโรงพยาบาลเขมราฐ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{\text{จำนวนของบุคลากรติดเชื้อจากการทำงาน} \times 100}{\text{จำนวนบุคลากรทั้งหมดของ รพ.}}$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส
ผู้รับผิดชอบ	นางทัศนีย์ สืบก่อ
ตัวชี้วัด	31.อัตราการติดเชื้อในรพ. (health care-associated infections) ต่อ 1,000 วันนอน*
คำนิยาม	การติดเชื้อในโรงพยาบาล หมายถึง การติดเชื้อที่เกิดจากการได้รับเชื้อขณะที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจ และ/หรือได้รับการรักษาในโรงพยาบาล โดยนับภายหลังอยู่โรงพยาบาล 72 ชั่วโมง รวมทั้งการติดเชื้อ ในโรงพยาบาลชนิดใหม่ ที่ตำแหน่งเดิมหรือเชื้อชนิดเดิมที่ตำแหน่งใหม่ และการติดเชื้อของบุคลากรจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล หมายถึง จำนวนครั้งของการติดเชื้อในโรงพยาบาลต่อจำนวนวันนอนรวมของผู้ป่วยเฝ้าระวัง จำนวนวันนอนของผู้ป่วยที่เฝ้าระวัง หมายถึง จำนวนวันนอนทั้งหมดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่เฝ้าระวัง 1,000 วันนอน กรณียกเว้น : การติดเชื้อที่เป็นมาก่อน แต่ไม่มีอาการ แล้วมาแสดงอาการระหว่างอยู่โรงพยาบาล
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลในภาพรวมของโรงพยาบาล
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรโรงพยาบาลเขมราฐ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{\text{จำนวนครั้งของการติดเชื้อในโรงพยาบาล} \times 1000}{\text{จำนวนวันนอนรวมของผู้ป่วยใน}}$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส
ผู้รับผิดชอบ	นางทัศนีย์ สืบก่อ

มาตรฐานความปลอดภัยสำคัญจำเป็น

ตัวชี้วัด	32.อัตราการติดเชื้อ CAUTI/1,000 Cath. Days* เป้าหมาย 0
คำนิยาม	การใส่สายสวนปัสสาวะ หมายถึง การใส่สายสวนปราศจากเชื้อเข้าไปในกระเพาะปัสสาวะ ภาวะแทรกซ้อนจากการใส่สายสวน หมายถึง การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ, ท่อทางเดินปัสสาวะฉีก ขาดการติดเชื้อของทางเดินปัสสาวะใน รพ.หมายถึง การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่อยู่ใน รพ.แล้ว ไม่ต่ำกว่า 48 – 72 ชม. โดยอาจจะมีอาการหรือไม่มีอาการ
วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราการติดเชื้อระบบปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษโดยใส่สายสวนปัสสาวะในโรงพยาบาลเขมราฐ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนครั้งของการติดเชื้อในโรงพยาบาล $\times 1000$ / จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษโดยใส่สายสวนปัสสาวะในโรงพยาบาลเขมราฐ
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส
ผู้รับผิดชอบ	นางทัศนีย์ สืบคำ
ตัวชี้วัด	33.จำนวนอุบัติการณ์การคัดแยก under triage ที่ ER ระดับ E up / จำนวนอุบัติการณ์ทั้งหมด)
คำนิยาม	งานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หมายถึง การบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นการให้ บริการพยาบาลแก่บุคคลที่ ได้รับบาดเจ็บและ/หรือมีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินและวิกฤต ทั้งระบบร่างกายและจิตใจ โดยการประเมินสภาวะความรุนแรงของการเจ็บป่วย ตัดสินใจให้การปฐมพยาบาล การใช้เครื่องมือ อุปกรณ์และ เวชภัณฑ์ที่จะช่วยชีวิตผู้ป่วยตลอดจนการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เพื่อแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินที่ อาจคุกคามชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างทันก่วงที่ โดยให้การพยาบาล ณ จุด เกิดเหตุ และที่โรงพยาบาลแบบผู้ป่วย นอก ตลอดจนรับไว้สังเกตอาการเฉพาะหน้า ณ ห้องฉุกเฉิน หรือห้องสังเกตอาการจนกระทั่งจำหน่ายออกจาก หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลเขมราฐ Under triage หมายถึง การประเมิน คัดแยกและจัดระดับความรุนแรง /ความเร่งด่วน ระดับต่ำกว่าความ รุนแรงของอาการ /อาการแสดงของผู้ป่วย ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่ต้องทันเวลา ระดับความรุนแรงของการเกิดอุบัติการณ์ แบ่งเป็น 9 ระดับ ดังนี้ • A ไม่มีความคลาดเคลื่อน แต่มีโอกาที่จะก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อน • B เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้น แต่ไม่เป็นอันตราย/ไม่ส่งผลเสียหายเนื่องจากความคลาดเคลื่อนยังไม่ถึงผู้มา รับบริการ เครื่องมือ อุปกรณ์ กระบวนการทำงาน และองค์กร • C เกิดความคลาดเคลื่อน แต่ไม่เป็นอันตราย/ไม่ส่งผลเสียหายถึงแม้ว่าความคลาดเคลื่อนนั้นจะไปถึงผู้รับ บริการ เครื่องมือ อุปกรณ์ กระบวนการทำงาน และองค์กรแล้ว และองค์กร • D เกิดความคลาดเคลื่อน แต่ไม่เป็นอันตราย/ไม่ส่งผลเสียหาย แต่ต้องมีการเฝ้าระวังเพื่อให้มั่นใจว่าไม่เป็น อันตราย/ไม่ส่งผลเสียหายต่อผู้รับบริการ เครื่องมือ อุปกรณ์ กระบวนการทำงาน และองค์กร • E เกิดความคลาดเคลื่อน ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราวต่อผู้รับบริการ เครื่องมือ อุปกรณ์ กระบวนการ ทำงานและองค์กร ต้อง ได้รับการรักษา/แก้ไขเพิ่มเติม • F เกิดความคลาดเคลื่อน เกิดอันตรายชั่วคราวต่อผู้รับบริการ เครื่องมือ อุปกรณ์ กระบวนการทำงาน ต้อง นอนโรงพยาบาลนานขึ้น ใช้เวลาแก้ไขนานขึ้น • G เกิดความคลาดเคลื่อน เกิดอันตรายถาวรต่อผู้รับบริการ เครื่องมือ อุปกรณ์ กระบวนการทำงาน และ องค์กร • H เกิดความคลาดเคลื่อน เกิดอันตรายเกือบถึงชีวิตต่อผู้รับบริการ ต้องทำการช่วยชีวิต เกิดความเสียหาย ต่อผู้รับบริการ เครื่องมือ อุปกรณ์ กระบวนการทำงาน และองค์กรต้องมีการแก้ไขอย่างเร่งด่วน (CPR) • I เกิดความคลาดเคลื่อน เกิดอันตรายจนถึงชีวิตต่อผู้รับบริการ เกิดความเสียหายจนแก้ไขไม่ได้ ต่อผู้รับ บริการ เครื่องมือ อุปกรณ์ กระบวนการทำงานและทำให้เสื่อมเสียชื่อเสียง ถูกฟ้องร้องทางสื่อ ทางกฎหมาย

มาตรฐานความปลอดภัยสำคัญจำเป็น

วัตถุประสงค์	เพิ่มประสิทธิภาพของการคัดแยกและจัดลำดับการบริการ ณ ห้องฉุกเฉิน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ด้วยกรณีฉุกเฉิน
วิธีการเก็บข้อมูล	จำนวนอุบัติการณ์การคัดแยก over triage ของผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ด้วยกรณีฉุกเฉิน
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส
ผู้รับผิดชอบ	นางใบศรี จึงมั่นคง
ตัวชี้วัด	35.จำนวนอุบัติการณ์การวินิจฉัยคลาดเคลื่อน (diagnostic error)ระดับ E up/ จำนวนอุบัติการณ์ทั้งหมด
คำนิยาม	การวินิจฉัยคลาดเคลื่อน (diagnostic error) หมายถึง ความล้มเหลวในการให้คำอธิบายถึงปัญหาสุขภาพที่ผู้ป่วยเป็นอยู่อย่างแม่นยำและทันต่อเวลาให้ผู้ป่วย ครอบครัว หรือบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ซึ่งมีอยู่ 3 ประเภทได้แก่ 1. Missed Diagnostic หมายถึง การไม่สามารถวินิจฉัยได้ ทั้งที่มีข้อมูลเพียงพอที่จะวินิจฉัยได้ 2. Wrong Diagnostic หมายถึง การวินิจฉัยผิดไปจากโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ และมาพบสาเหตุภายหลัง 3. Delayed Diagnostic หมายถึง การวินิจฉัยได้ล่าช้ากว่าที่ควรจะเป็น เช่น โรคมะเร็ง ระดับความรุนแรงของการเกิดอุบัติการณ์ แบ่งเป็น 9 ระดับ ดังนี้ • A ไม่มีความคลาดเคลื่อน แต่มีโอกาสที่จะก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อน • B เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้น แต่ไม่เป็นอันตราย/ไม่ส่งผลเสียร้ายแรงเนื่องจากความคลาดเคลื่อนยังไม่ถึงผู้มารับบริการ เครื่องมือ อุปกรณ์ กระบวนการทำงาน และองค์กร • C เกิดความคลาดเคลื่อน แต่ไม่เป็นอันตราย/ไม่ส่งผลเสียร้ายแรงถึงแม้ว่าความคลาดเคลื่อนนั้นจะไปถึงผู้รับบริการ เครื่องมือ อุปกรณ์ กระบวนการทำงาน และองค์กรแล้ว และองค์กร • D เกิดความคลาดเคลื่อน แต่ไม่เป็นอันตราย/ไม่ส่งผลเสียร้ายแรง แต่ต้องมีการเฝ้าระวังเพื่อให้งานไม่เป็นอย่างอันตราย/ไม่ส่งผลเสียร้ายแรงต่อผู้รับบริการ เครื่องมือ อุปกรณ์ กระบวนการทำงาน และองค์กร • E เกิดความคลาดเคลื่อน ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราวต่อผู้รับบริการ เครื่องมือ อุปกรณ์ กระบวนการทำงานและองค์กร ต้องได้รับการรักษา/แก้ไขเพิ่มเติม • F เกิดความคลาดเคลื่อน เกิดอันตรายชั่วคราวต่อผู้รับบริการ เครื่องมือ อุปกรณ์ กระบวนการทำงาน ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ไข้เวลาแก้ไขนานขึ้น • G เกิดความคลาดเคลื่อน เกิดอันตรายถาวรต่อผู้รับบริการ เครื่องมือ อุปกรณ์ กระบวนการทำงาน และองค์กร • H เกิดความคลาดเคลื่อน เกิดอันตรายเกือบถึงชีวิตต่อผู้รับบริการ ต้องทำการช่วยชีวิต เกิดความเสียหายต่อผู้รับบริการ เครื่องมือ อุปกรณ์ กระบวนการทำงาน และองค์กรต้องมีการแก้ไขอย่างเร่งด่วน (CPR) • I เกิดความคลาดเคลื่อน เกิดอันตรายจนถึงชีวิตต่อผู้รับบริการ เกิดความเสียหายจนแก้ไขไม่ได้ ต่อผู้รับบริการ เครื่องมือ อุปกรณ์ กระบวนการทำงานและทำให้เกิดเสื่อมเสียชื่อเสียง ถูกฟ้องร้องทางสื่อ ทางกฎหมาย
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรค ถูกต้อง ทันเวลา 2. เพื่อให้แพทย์ปฏิบัติการวินิจฉัยโรคผู้ป่วยไปในทิศทางเดียวกัน 3. เพื่อลดข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรคผู้ป่วย
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลเขมราฐทุกคน
วิธีการเก็บข้อมูล	จำนวนอุบัติการณ์การวินิจฉัยคลาดเคลื่อน (diagnostic error)ระดับ E up
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส
ผู้รับผิดชอบ	พญ.ณัฐสินทร์ รุ่งพัฒนาชัยกุล

มาตรฐานความปลอดภัยสำคัญจำเป็น

วัตถุประสงค์	เพิ่มประสิทธิภาพของการคัดแยกและจัดลำดับการบริบาล ณ ห้องฉุกเฉิน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ด้วยกรณีฉุกเฉิน
วิธีการเก็บข้อมูล	จำนวนอุบัติการณ์การคัดแยก under triage ของผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ด้วยกรณีฉุกเฉิน
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส
ผู้รับผิดชอบ	นางใบศรี จิ่งมั่งคง
ตัวชี้วัด	34.จำนวนอุบัติการณ์การคัดแยก over triage ที่ ER ระดับ E up / จำนวนอุบัติการณ์ทั้งหมด)
คำนิยาม	งานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หมายถึง การบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นการให้บริการพยาบาลแก่บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บและ/หรือมีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินและวิกฤต ทั้งระบบร่างกายและจิตใจ โดยการประเมินสภาวะความรุนแรงของการเจ็บป่วย ตัดสินใจให้การปฐมพยาบาล การใช้เครื่องมืออุปกรณ์และเวชภัณฑ์ที่จะช่วยชีวิตผู้ป่วยตลอดจนการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เพื่อแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินที่อาจคุกคามชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที โดยให้การพยาบาล ณ จุด เกิดเหตุ และที่โรงพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก ตลอดจนรับไว้สังเกตอาการเฉพาะหน้า ณ ห้องฉุกเฉิน หรือห้องสังเกตอาการจนกระทั่งจำหน่ายออกจากหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลเขมราฐ Over triage หมายถึง การประเมิน คัดแยกและจัดระดับความรุนแรง / ความเร่งด่วน ระดับมากกว่าความรุนแรงของอาการ / อาการแสดงของผู้ป่วย ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต้องมากเกินไปจนจำเป็น ระดับความรุนแรงของการเกิดอุบัติการณ์ แบ่งเป็น 9 ระดับ ดังนี้ • A ไม่มีความคลาดเคลื่อน แต่มีโอกาสที่จะก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อน • B เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้น แต่ไม่เป็นอันตราย/ไม่ส่งผลเสียร้ายแรงเนื่องจากความคลาดเคลื่อนยังไม่ถึงผู้มารับบริการ เครื่องมือ อุปกรณ์ กระบวนการทำงาน และองค์กร • C เกิดความคลาดเคลื่อน แต่ไม่เป็นอันตราย/ไม่ส่งผลเสียร้ายแรงถึงแม้ว่าความคลาดเคลื่อนนั้นจะไปถึงผู้รับบริการ เครื่องมือ อุปกรณ์ กระบวนการทำงาน และองค์กรแล้ว และองค์กร • D เกิดความคลาดเคลื่อน แต่ไม่เป็นอันตราย/ไม่ส่งผลเสียร้ายแรง แต่ต้องมีการเฝ้าระวังเพื่อให้อุ่นใจว่าไม่เป็นอันตราย/ไม่ส่งผลเสียร้ายแรงต่อผู้รับบริการ เครื่องมือ อุปกรณ์ กระบวนการทำงาน และองค์กร • E เกิดความคลาดเคลื่อน ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราวต่อผู้รับบริการ เครื่องมือ อุปกรณ์ กระบวนการทำงานและองค์กร ต้อง ได้รับการรักษา/แก้ไขเพิ่มเติม • F เกิดความคลาดเคลื่อน เกิดอันตรายชั่วคราวต่อผู้รับบริการ เครื่องมือ อุปกรณ์ กระบวนการทำงาน ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ใช้เวลาแก้ไขนานขึ้น • G เกิดความคลาดเคลื่อน เกิดอันตรายถาวรต่อผู้รับบริการ เครื่องมือ อุปกรณ์ กระบวนการทำงาน และองค์กร • H เกิดความคลาดเคลื่อน เกิดอันตรายเกือบถึงชีวิตต่อผู้รับบริการ ต้องทำการช่วยชีวิต เกิดความเสียหายต่อผู้รับบริการ เครื่องมือ อุปกรณ์ กระบวนการทำงาน และองค์กรต้องมีการแก้ไขอย่างเร่งด่วน (CPR) • I เกิดความคลาดเคลื่อน เกิดอันตรายจนถึงชีวิตต่อผู้รับบริการ เกิดความเสียหายจนแก้ไขไม่ได้ ต่อผู้รับบริการ เครื่องมือ อุปกรณ์ กระบวนการทำงานและทำให้เกิดเสื่อมเสียชื่อเสียง ถูกฟ้องร้องทางสื่อ ทางกฎหมาย

มาตรฐานความปลอดภัยสำคัญจำเป็น

ตัวชี้วัด	36.อุบัติการณ์ Misdiagnosis or delay diagnosis จนเกิดความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป*
คำนิยาม	1. Missed Diagnosis หมายถึง กรณีที่อาการของผู้ป่วยไม่ได้รับคำอธิบาย เช่น อาการอ่อนเพลียหรือเจ็บปวดเรื้อรัง หรือผู้ป่วยมีอาการชัดเจนแต่ไม่ได้รับการวินิจฉัยโรค 2. Delayed Diagnosis หมายถึง กรณีที่ควรได้รับการวินิจฉัยโรคเร็วกว่าที่เป็น เช่น การวินิจฉัยโรคมะเร็ง
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรค ถูกต้อง ทันเวลา 2. เพื่อให้แพทย์ปฏิบัติการวินิจฉัยโรคผู้ป่วยไปในทิศทางเดียวกัน 3. เพื่อลดข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรคผู้ป่วย
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลเขมราฐทุกคน
วิธีการเก็บข้อมูล	อุบัติการณ์ Misdiagnosis or delay diagnosis จนเกิดความรุนแรงระดับ E
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส
ผู้รับผิดชอบ	พญ.ณัฐสรินทร์ รุ่งพัฒนาชัยกุล
ตัวชี้วัด	37.จำนวนแพ้ยาซ้ำระดับ E ขึ้นไป)* (ครั้ง)
คำนิยาม	อาการไม่พึงประสงค์จากการแพ้ยา (Adverse Drug reaction : ADR) หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษาด้วยยาในขนาดปกติ โดยไม่รวมถึงการได้รับยาเกินขนาด หรือตั้งใจใช้ยาในทางที่ผิดจนเกิดอันตราย ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1. Type A ADR หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการใช้ยาในขนาดปกติและสัมพันธ์กับคุณสมบัติทางเภสัชวิทยาของยา หรืออาจเรียกว่า อาการข้างเคียงจากการใช้ยา (Side effect) 2. Type B ADR หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากปฏิกิริยาทางภูมิคุ้มกันของร่างกายต่อยาที่ได้รับหรืออาจเป็นการแพ้แบบไม่ทราบสาเหตุแน่ชัดก็เป็นไปได้ อาจเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า อาการแพ้ (drug allergy) การแพ้ยาซ้ำ หมายถึง เหตุการณ์ที่ผู้ป่วยแพ้ยา ซึ่งเป็นตัวยาเดียวกับที่เคยมีประวัติแพ้ โดยมีอาการแสดงที่เหมือนกัน การแพ้ยากลุ่มเดียวกัน หมายถึง เหตุการณ์ที่ผู้ป่วยเกิดอาการแพ้ จากยาที่มีโครงสร้างคล้ายกับยาที่เคยมีประวัติแพ้โดยมีอาการเหมือนกัน ระดับความรุนแรงแบ่งตาม NCC MERP category A-I 1. ไม่มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น • Category A : ไม่มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่มีเหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้ 2. มีความคลาดเคลื่อน และเป็นอันตราย • Category B : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย เนื่องจากความคลาดเคลื่อนไปไม่ถึงผู้ป่วย • Category C : มีความคลาดเคลื่อน แต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ถึงแม้ความคลาดเคลื่อนนั้นจะไปถึงผู้ป่วยแล้ว • Category D : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย แต่จำเป็นต้องมีการติดตามผู้ป่วยเพิ่มเติม 3. มีความคลาดเคลื่อน และเป็นอันตราย • Category E : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราว รวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติม • Category F : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราว รวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหรือยืดยาวในการรักษาตัวในโรงพยาบาลออกไป • Category G : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยถาวร • Category H : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนเกือบถึงแก่ชีวิต

มาตรฐานความปลอดภัยสำคัญจำเป็น

วัตถุประสงค์	1. เพื่อป้องกันการเกิดแพ้ยาซ้ำในโรงพยาบาล 2. เพื่อเป็นแนวปฏิบัติการคัดกรองและติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 3. เพื่อเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาในช่วงงบประมาณ 2567 ของโรงพยาบาลเขมราฐ
วิธีการเก็บข้อมูล	จำนวนแพ้ยาซ้ำระดับ E ขึ้นไป)* (ครั้ง)
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส
ผู้รับผิดชอบ	ภญ.จันทรา บุญจิม

ผลตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2568

ประเด็นยุทธศาสตร์	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลงาน				ผู้รับผิดชอบ	ผล
					ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4		
S1 : Promotion & Protection	1.ส่งเสริมป้องกันโรคโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย	G1. ระบบส่งเสริมสุขภาพป้องกันและควบคุมโรค มีประสิทธิภาพ	1. Stroke Fast tract (onset to door)เข้าถึงบริการในโรงพยาบาลภายใน2ชั่วโมง	≥ ร้อยละ 30	39.1 % (9/23 ราย)	57.89% (11/19ราย)	29.16 % (7/24ราย)ได้ยารtpa 1ราย	4.34% (1/23)ไต่ยารtpa 1ราย	นางใบศรี จิ่งมันคง	ผ่าน
			2.ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มPre-DM (ภาวะก่อนเบาหวาน) ปีที่ผ่านมา	≤ ร้อยละ 1.75	1.69	3.72	492.48	555.13	พ.จ.อ.อนุชา อุภัยชีวะ	ผ่าน
			3.ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากผู้ที่มีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์เกือบสูง(กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง)	≤ร้อยละ 6	2.41	5.85	931.78	1012.72	พ.จ.อ.อนุชา อุภัยชีวะ	ผ่าน
			4. เด็ก 6 – 15 ปี เข้าถึงบริการสมาธิสั้น	≥ร้อยละ 50	42.96	42.88		47.12	นางศิริพร จันทรทิพย์	ไม่ผ่าน
			5.อัตราการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงโดยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก	≥ร้อยละ 90	13.68	102.85			นางโยธกานต์ วงศ์ศรีแก้ว	ผ่าน
			6. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่คัดกรองพัฒนาการแล้วพบว่ามีการพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น ≥ 75	≥ ร้อยละ 75	75	87.5		75	นางศิริพร จันทรทิพย์	ผ่าน

ตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาล

ประเด็นยุทธศาสตร์	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลงาน				ผู้รับผิดชอบ	ผล
					ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4		
S2 : Service	2.การฟื้นฟูสุขภาพด้านผู้สูงอายุและการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง(Inter Mediat Care)	G2.ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความปลอดภัยตามนโยบาย 3P Safety	7.ร้อยละ DM good control $\geq$ ร้อยละ 50	$\geq$ ร้อยละ 50	32.6	48.44	51.4	54.03	พ.จ.อ. อนุชา อุภัย ชีวะ	ผ่าน
			8.ร้อยละ HT good control	$\geq$ ร้อยละ 70	57.22	68.52	74.08	77.81	พ.จ.อ. อนุชา อุภัย ชีวะ	ผ่าน
			9.ความสำเร็จในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ (Diabetes Remission) $>$ ร้อยละ 30	$>$ ร้อยละ 30	ยังไม่ดำเนินการ	ร้อยละ 20	40.22	47.67	พ.จ.อ. อนุชา อุภัย ชีวะ	ผ่าน
			10.อัตราการให้ยาAntibioticหลังได้รับการวินิจฉัยภายใน 1 ชั่วโมง	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100			นางใบศรี จิ่งม้นคง	ผ่าน
			11.ระดับความสำเร็จของผู้ป่วย Intermediate Care ได้รับการบริการฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือนหรือจน Bartel index=20 ก่อนครบ 6 เดือน	ร้อยละ 85	ร้อยละ 100 (15คน)	ร้อยละ 100 (27คน)	ร้อยละ 100 (51คน)	ร้อยละ 100 (62คน)	นางสาวปิยดา ไทยยิ่ง	ผ่าน
			12.การคัดกรองภาวะเสี่ยงผู้สูงอายุและการได้การดูแลรักษาอย่างไรร้อยต่อ 1 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองพบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ $\geq$ ร้อยละ 50 2 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองพบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ $\geq$ ร้อยละ 60		ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	75/80	78/84	พ.จ.อ. อนุชา อุภัย ชีวะ	ผ่าน

ตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาล

ประเด็นยุทธศาสตร์	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลงาน				ผู้รับผิดชอบ	ผล
					ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4		
S3 : People	3.พัฒนาระบบส่งต่อกลุ่มโรคฉุกเฉิน STROKE , STEMI , แม่และเด็ก	G3. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านการส่งต่อ	13. Stroke Fast tract (Door to refer) ได้รับการส่งต่อภายใน 30นาที ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	44% (4/9ราย) ได้รtpa 0ราย	36.36% (4/11ราย) ได้rtpa 2ราย	29.16% (7/24ราย) ได้รtpa 1ราย	4.34% (1/23) ได้รtpa 1ราย	นางใบศรี จิ่งมันคง	ผ่าน
			14.จำนวนอุบัติการณ์การเสียชีวิตจาก Sepsis	เป้าหมาย 0	0	0			นางทัศนีย์ สืบกำ	ผ่าน
			15.ระดับความสำเร็จของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพความสำเร็จระดับ 5 - ร้อยละของการฝากครรภ์คุณภาพ	≥ร้อยละ 75	ร้อยละ 42.11	ร้อยละ 79.70		ร้อยละ 80.50	นางกฤษณา สมสะอาด	ผ่าน
			16.ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือHT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง	≥ ร้อยละ 80	60.88	73.78	80.98	84.21Benchmark อันดับที่ 2 จังหวัดอุบลราชธานี	พ.จ.อ. อนุชา อุภัยชีวะ	ผ่าน
			17.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่เป็น CKD 3-4 ซะลอกการลดลงของ eGFR ได้ตามเป้าหมาย	≥ร้อยละ 69	68.35	67.01	62.34	64.14ผลงานต่ำลงในไตรมาส3จากการบริโภคน้ำเกินปริมาณ	พ.จ.อ. อนุชา อุภัยชีวะ	ไม่ผ่าน
			18.อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 8 ต่อแสน ปชก.(ไม่เกิน 6 ราย)	8 ต่อแสน ปชก.(ไม่เกิน 6 ราย)	1.21	1.21		1.21	นางศิริพร จันทรทิพย์	ผ่าน
			19.อัตราการตายผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ เป้าหมาย	< ร้อยละ 5	0	0	0		นางโยธกานต์ วงศ์ศรีแก้ว	ผ่าน

ตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาล

ประเด็นยุทธศาสตร์	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลงาน				ผู้รับผิดชอบ	ผล
					ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4		
S4 : Governance	4.พัฒนาการระบบการบริหารจัดการภายในให้มีประสิทธิภาพ	G4. ผู้รับบริการพึงพอใจ	20.ร้อยละความพึงพอใจในการรับบริการ	≥ ร้อยละ 80	94.42	94.85	94.06		นางสาวลดาวัลย์ ครั่งมี	ผ่าน
			21.ข้อร้องเรียน พฤติกรรมบริการ	0 เรื่อง	0	0	0		นางสาวลดาวัลย์ ครั่งมี	ผ่าน
		G5. บุคลากรมีประสิทธิภาพและมีความสุขในการทำงาน	22.ร้อยละของบุคลากรที่เจ็บป่วยจากการทำงาน	≤ ร้อยละ 5	0	0	0		นางโยธกานต์ วงศ์ศรีแก้ว	ผ่าน
			23.ร้อยละของบุคลากรมีผลการประเมิน Happy Money ผ่านเกณฑ์ (เกณฑ์ Happy)	ร้อยละ 50	57.82				นายวรพงศ์ หงษ์ทอง	ผ่าน
		G6. หน่วยงานมีคุณธรรมและความโปร่งใส	24.การผ่านเกณฑ์การตรวจสอบควบคุมภายใน 5 มิติ	≥ ร้อยละ 90	รอการประเมิน		88.31		นายวรพงศ์ หงษ์ทอง	ไม่ผ่าน
			25.มีการพัฒนาระบบสารสนเทศ (System Analysis& Design)	1 ระบบขึ้นไป	1 ระบบ (HI7)	1 ระบบ (HI7)	IPD Paperless		นายเวทิน ทองแสน	ผ่าน
			26. ผลการประเมินประสิทธิภาพการเงินการคลัง (TPS Score)	ระดับ B ขึ้นไป	A	A			นายวรพงศ์ หงษ์ทอง	ผ่าน
			27.ข้อร้องเรียนเกี่ยวกับทุจริตหรือประพฤติมิชอบ	0 เรื่อง	0	0			นายวรพงศ์ หงษ์ทอง	ผ่าน

ตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาล

ประเด็นยุทธศาสตร์	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลงาน				ผู้รับผิดชอบ	ผล
					ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4		
S4 : Governance	4.พัฒนาระบบการบริหารจัดการภายในให้มีประสิทธิภาพ	G7. ระบบสารสนเทศทันสมัย(Digital health System)	28.ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งมีการบริการการแพทย์ทางไกล	≥ ร้อยละ 75	ร้อยละ 50	ร้อยละ 100		OPD 35,169 คน Tetemed 8,032 22.83 %	นายวีรยุทธ สวดี	ผ่าน
			29.ร้อยละของโรงพยาบาลที่ยื่นขอรับรอง HAIT 100 % ผ่านการรับรอง HAIT	ผ่านเกณฑ์	รอ	รอ			นายวีรยุทธ สวดี	รอ
			30.จำนวนอุบัติการณ์เจ้าหน้าที่ติดเชื้อจากการทำงาน	*เป้าหมาย 0	0	0			นางทัศนีย์ สืบก่า	ผ่าน
			31.อัตราการติดเชื้อในรพ. (health care-associated infections) ต่อ 1,000 วันนอน*	*เป้าหมาย 0	0	0			นางทัศนีย์ สืบก่า	ผ่าน
			32.อัตราการติดเชื้อ CAUTI/1,000 Cath. Days* เป้าหมาย 0	*เป้าหมาย 0	0	0			นางทัศนีย์ สืบก่า	ผ่าน
			33.จำนวนอุบัติการณ์การคัดแยก under triage ที่ ER ระดับ E up / จำนวนอุบัติการณ์ทั้งหมด)	*เป้าหมาย 0	0/32ราย	0/32ราย	0/37	0/28	นางโบศรี จิงมันคง	ผ่าน
			34.จำนวนอุบัติการณ์การคัดแยก over triage ที่ ER ระดับ E up / จำนวนอุบัติการณ์ทั้งหมด)	*เป้าหมาย 0	0/48ราย	0/54ราย	0/82	0/36	นางโบศรี จิงมันคง	ผ่าน
			35.จำนวนอุบัติการณ์การวินิจฉัยคลาดเคลื่อน (diagnostic error)ระดับ E up/ จำนวนอุบัติการณ์ทั้งหมด	*เป้าหมาย 0	4	3	4		พญ.ณัฐสรินทร์	ไม่ผ่าน
			36.อุบัติการณ์ Misdiagnosis or delay diagnosis จนเกิดความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป*	*เป้าหมาย 0	4	3	3		พญ.ณัฐสรินทร์	ไม่ผ่าน
			37.จำนวนแพทย์ซ้ำระดับ E ขึ้นไป)* (ครึ่ง)	*เป้าหมาย 0	0	0	0	0	ภญ.จันทร์มา บัญชี	ผ่าน

สรุปแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลเขมราช ปี 2565 - 2569

Strategies & Strategic Challenges	Short term objectives	Long term goals	Key tactics & action plans	Chages HR & Education plan	Key Performance measures	Presant performance	Projected performance
ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP & P Excellence)	กลุ่มเด็ก - มีการประเมินพัฒนาการ 4 กลุ่มโรคอย่างครอบคลุม ของโรงเรียนทุกแห่ง	เด็ก 6 – 15 ปี เข้าถึงบริการสมมติสนร้อยละ 50 เป้าหมายรายปี ปี 65-66 = ร้อยละ 50 ปี 67-68 = ร้อยละ 55 ปี 68 = ร้อยละ 55	พัฒนาระบบการเข้าถึงบริการให้มากขึ้น โดย - การสร้างความรู้ความเข้าใจ ในการประเมินพัฒนาการเด็ก 4 กลุ่มโรค - การให้ความรู้เรื่องการเข้าถึงบริการสมมติสน - มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กลุ่มผู้ปกครองที่นำเด็กเข้าสู่อการรักษาส่งเสริมพัฒนาการเด็ก - มีการจัดตั้งศูนย์เด็กเล็กคุณภาพเน้นการเรียนรู้ Executive Function CT /High Scope (เน้นสร้างสรรค์/ลงมือทำ)	พัฒนาสมรรถนะบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ด้านแม่และเด็ก มีพยาบาลจิตเวชเด็ก 1 คน	เด็ก 6 – 15 ปี เข้าถึงบริการสมมติสน ≥ 50	ปี 64=15.11 ปี 65=32.83 ปี 66=32.64 ปี 67=40.05 ปี 68=42.88	1. กิจกรรมเชิงรุกการประเมินคัดกรองสุขภาพจิตกลุ่มนักเรียน 6-15 ปี 2. การคัดกรองพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี ทุก sw.สค. 3. คัดกรอง 4 กลุ่มโรคจนก.sw.สค./PG 4.โครงการโรงเรียนพ่อแม่รักใจ - การให้ความรู้เสริมพลังให้ครอบครัว ผู้ปกครองในการดูแลเด็กให้มีคุณภาพ
					ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่คัดกรองพัฒนาการแล้วพบว่ามีความล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TED4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น ≥ 80	ปี 64 = 60 ปี 65 = 45.45 ปี 66 = 46.51 ปี 67 = 75.0 ปี 68 = 87.5	
เพิ่มประสิทธิภาพระบบการตรวจคัดกรองDM ,HTและกลุ่มสงสัยป่วยตรวจติดตาม	ลดรายใหม่ DM HT	ลดรายใหม่ DM HT	กิจกรรมเชิงรุกในชุมชนวิถีใหม่ ห่วงไกล NCDs และกิจกรรมลดเค็มในชุมชน	- ปี 66 มีพยาบาลเฉพาะทาง Care Manager โรคเรื้อรัง 1 คน - ปี 67 มีแผนส่งเรียนเฉพาะทาง 1 คน - พัฒนาศักยภาพแกนนำ อสม.	ร้อยละของผู้ป่วย DM รายใหม่กลุ่มเสี่ยง ≤ 1.75	ปี 64 = 18.2 ปี 65 = 5.16 ปี 66 = 3.66 ปี 67=11.15 ปี 68=3.72	กิจกรรมชุมชนวิถีใหม่ ห่วงไกล NCDs และ กิจกรรมลดหวาน มัน เค็ม ในชุมชน เน้นกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ Health Literacy
					ร้อยละของผู้ป่วย HT รายใหม่กลุ่มเสี่ยง ≤ 5	ปี 64 = 4.44 ปี 65 = 5.55 ปี 66 = 6.31 ปี 67=7.56 ปี 68=5.58	

สรุปแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลเขมราช ปี 2565 - 2569

Strategies & Strategic Challenges	Short term objectives	Long term goals	Key tactics & action plans	Chages HR & Education plan	Key Performanc e measures	Presant performance	Projected performance
ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	เพิ่มประสิทธิภาพระบบการดูแลผู้ป่วยในคลินิกบริการ	ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	กิจกรรม Focus Group ห้องเรียนอ่อนหวาน อ่อนเค็ม	- ปี 66 มีพยาบาลเฉพาะทาง Care Manager โรคเรื้อรัง 1 คน - ปี 67 มีแผนส่งเรียนเฉพาะทาง 1 คน - พัฒนาศักยภาพแกนนำ อสม.	ร้อยละ DM good control ≥ ร้อยละ 40	64 = 32.89 65 = 46.29 66 = 45.84 67 = 45.87 68 = 45.22	โครงการพัฒนารูปแบบการดูแลกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงแบบเจาะจง - กลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงไม่ป่วยเป็นเบาหวาน / ความดันโลหิตสูงรายใหม่ โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ลด หวาน มัน เค็ม ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง โครงการจัดบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิ
		ร้อยละ HT good control ≥ ร้อยละ 80			64 = 57.35 65 = 71.21 66 = 62.84 67= 68.94 68 =67.01		
		ผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตควบคุมได้ดี			ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง	64 = 74.77 65 = 71.40 66 = 73.84 67 = 77.26 68 = 73.77	1. โครงการประชาชนยุคใหม่รู้เท่าทันโรคฉุกเฉิน 2. โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาเจ้าหน้าที่ EMS 3. การเพิ่มการสื่อสาร Alert sign ใน รพ.สต. / ชุมชน / สถานที่สำคัญของชุมชน
					ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง ที่เป็น CKD 3-4 ชะลอการลดลงของ eGFR ได้ตามเป้าหมาย ≥67	62 = 74.91 63 = 81.78 64 = 74.77 65 = 71.40 66 = 73.84	

สรุปแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลเขมราช ปี 2565 - 2569

Strategies & Strategic Challenges	Short term objectives	Long term goals	Key tactics & action plans	Chages HR & Education plan	Key Performance measures	Presant performance	Projected performance
ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	เพิ่มประสิทธิภาพระบบการรักษา กลุ่มโรค -STROKE -STEMI (ขาดนัด ขาดยา ประวัติสูบบุหรี่)	ลดป่วย ลดตาย	Model seamless of STROKE care - Primary care : NCDs คัดกรองกลุ่มเสี่ยง DM HT , CVD risk - Secondary care : ER EMS คุณภาพอบรมให้ความรู้แกนนำ อสม. CG กลุ่มเสี่ยง NCD - Tertiary care ร.พ.ตระการพิชผล(N ode of r-tPA, Stroke fast tract, Stroke unit) - ระบบ consult แพทย์เฉพาะทางที่รวดเร็ว	แผนพัฒนาบุคลากร ปี 66 - พยาบาลเฉพาะทางวิกฤติฉุกเฉิน -เพิ่มการทบทวน 2P safety : Miss Dx, Last Dx - พัฒนาระบบบริการ EMS - พัฒนาสมรรถนะเจ้าหน้าที่ให้มีความรู้ความสามารถในการประเมินผู้ป่วย	Stroke Fast tract (Door to refer) ได้รับการส่งต่อภายใน 30 นาที ≥80%	64 =29.68 65 =25.92 66 =51.17 67 = 88.31	1. โครงการประชาชนยุคใหม่รู้เท่าทันโรคฉุกเฉิน 2. โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาเจ้าหน้าที่ EMS 3. การเพิ่มการสื่อสาร Alert sign ใน รพ.สต. / ชุมชน / สถานที่สำคัญของชุมชน
					Stroke Fast tract (onset to door) เข้าถึงบริการในโรงพยาบาลภายใน 2 ชั่วโมง ≥30%	64 =29.68 65 =32.20 66 =42.50 67 = 46.66 68 = 47.61	
	SEPSIS - ลดภาวะแทรกซ้อน Septic shock	- ลดอัตราการตาย - ลดภาวะแทรกซ้อน	Access & Entry -Preview History -Physical Exam -Specific Clinical risk Investigation -Lab : Hemoculture ,CBC ,Electrolyte, BUN, Creatinine -การประเมินโดยใช้ qSOFA , SOS Score Care - Antibiotic within 1 hr of diagnosis sepsis - IV Fluid - การประเมิน SOS Score - ติดตามผู้ป่วย Sepsis ที่ Refer out & Refer back - ค้นหากลุ่มเสี่ยงติดเชื้อ Sepsis เพื่อนำกลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบริการเร็วตาม 2ช-2ส-3จ	พัฒนาสมรรถนะบุคลากรในการประเมินผู้ป่วยโรค Sepsis การทบทวนอุบัติการณ์ Miss Dx. , Delay Dx.	จำนวนอุบัติการณ์การเสียชีวิตจาก Sepsis เป้าหมาย 0	64 =2 65 =3 66 =3 67 =1 68 =0	1.ติดตามผู้ป่วย Sepsis ที่ Refer out & Refer back 2.ค้นหากลุ่มเสี่ยงติดเชื้อ Sepsis เพื่อนำกลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบริการเร็วตาม 2ช-2ส-3จ

สรุปแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลเขมราฐ ปี 2565 - 2569

Strategies & Strategic Challenges	Short term objectives	Long term goals	Key tactics & action plans	Chages HR & Education plan	Key Performance measures	Presant performance	Projected performance
ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	เพิ่มประสิทธิภาพระบบการค้นหาคัดกรองภาวะเสี่ยงระยะตั้งครรภ์ทั้งในระดับปฐมภูมิและระดับทุติยภูมิเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะ - BA - Preterm - PPH - PIH	ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด (Birth asphyxia) 25:1,000	- ค้นหาทารกในรายที่มีภาวะเสี่ยงในคลินิก ANC high risk - ปรับระบบการดูแล Case Preterm โดยส่งไปพบสูติแพทย์ตามแนวทางของจังหวัด - พัฒนาการดูแลต่อเนื่องระบบส่งต่อทารกที่มีภาวะ Birth asphyxia เข้าคลินิกกระตุ้นพัฒนาการทุกรายและติดตามพัฒนาการทารกกลุ่มเสี่ยง 0-5 ปี	- พัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลทารกที่มีภาวะวิกฤติ, การดูแลมารดาที่มีภาวะวิกฤติ - ส่งเรียนพยาบาลเฉพาะทางสูติศาสตร์ 1 คน ในปี 66 - พัฒนาสมรรถนะเจ้าหน้าที่ในการทำคลอด	ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด (Birth asphyxia) (Birth asphyxia) 25:1,000	64 = 8.90 65 = 33.05 66 = 17.36 67 = 25.10 68 = 0	โครงการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด โครงการอบรมช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด (NCPR) โครงการโรงเรียนพ่อแม่วัคซีนใจ โครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน สร้าง Health literacy ให้กับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์
	เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท ขาดยา ขาดนัด - Alcohol WithdrawalSyn drome , Schizophrenia, ยาเสพติด	- ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ในสังคมและดูแลตนเองได้ตามอัตภาพ - ไม่มีการฆ่าตัวตายสำเร็จ	บูรณาการร่วมกับเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้แก่ สภ.เขมราฐ แกนนำชุมชนแต่ละตำบล กำหนดบทบาทในการดูแลผู้ป่วยภายใต้โครงการ CBTX	อบรมเจ้าหน้าที่งานสุขภาพจิตและจิตเวช อสม. ในการคัดกรองรายใหม่ ติดตามดูแลผู้ป่วยในชุมชน - เผื่อระวังการฆ่าตัวตายในชุมชน สังเกตสัญญาณเตือน	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ < 8 / แสนประชากร	64 =4.86 65 =4.85 66 =12.08 67 =6.04 68 =1.21	โครงการดูแลใส่ใจผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง กิจกรรมเยี่ยมบ้านกลุ่มเสี่ยง
	ไม่มีข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการ	ประชาชนไว้วางใจบริการ มีความพึงพอใจ ≥ ร้อยละ 80	มีมาตรการสำคัญเจ้าหน้าที่มีข้อร้องเรียนในการบริการที่ไม่ดี บุคลากรทุกคนมีการบริการตามจรรยาบรรณวิชาชีพและเคารพสิทธิผู้ป่วย	มีการอบรมการสร้างเสริมจริยธรรมให้แก่บุคลากร มีการอบรมพฤติกรรมที่ดีให้กับเจ้าหน้าที่ใหม่ทุกคน มีการมอบรางวัลบุคลากรดีเด่น และมีผลการเลื่อนขั้นเงินเดือน	ร้อยละความพึงพอใจในการรับบริการ ≥ ร้อยละ 80	ปี 64 = 78.26 ปี 65 = 83.01 ปี 66 = 73.35 ปี 67 = 90.94 ปี 68 = 94.85	โครงการอบรมการสร้างเสริมจริยธรรมให้แก่บุคลากร โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีให้กับเจ้าหน้าที่ใหม่ทุกคน

สรุปแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลเขมราช ปี 2565 - 2569

Strategies & Strategic Challenges	Short term objectives	Long term goals	Key tactics & action plans	Chages HR & Education plan	Key Performanc e measures	Presant performance	Projected performance
ยุทธศาสตร์ ด้านบุคลากร เป็นเลิศ (People Excellent)	บุคลากรได้รับการพัฒนา สมรรถนะตาม วิชาชีพ มีบุคลากรเพียงพอตามกรอบ บุคลากรมีการพัฒนาผลงาน วิชาการ/ นวัตกรรม สุขภาพ	- พัฒนา บุคลากรให้มีความสุข (Happinomet er) ด้าน ร่างกายและ จิตใจ	มีแผนพัฒนา บุคลากรในการ เพิ่มสมรรถนะ ใน ด้านบริหาร , บริการ ตามความ เหมาะสม มีการประเมิน สมรรถนะบุคลากร ประจำปี กิจกรรมตรวจ สุขภาพประจำปี คลินิก DPAC/ Fitness สร้างแรงจูงใจให้ บุคลากร ด้านค่า ตอบแทน กิจกรรมการมีส่วน ร่วมร่วมแรงร่วมใจ การปฐมนิเทศ ประจำปี	บุคลากรที่มีผล การตรวจสุขภาพ ผิดปกติ หรือกลุ่ม เสี่ยง จะมีการส่งต่อเข้า คลินิก DPAC เพื่อ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรม สุขภาพและได้รับ การติดตาม และ รักษาอย่างต่อเนื่อง	ร้อยละ บุคลากรได้รับการตรวจ สุขภาพประจำปี ร้อยละ 100	64 = 98.30 65 = 97.25 66 = 96.93 67 = 98.88 68 = รอ	มีกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ออกกำลังกายหลัง เลิกงานทุกวัน มีโครงการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ มีสถานที่ออกกำลังกาย Fitness
				มีการเสริมสร้าง องค์ความรู้ด้าน การวางแผนการ เงินให้กับ บุคลากร มีการสร้าง วัฒนธรรมการ ออมเงินในกลุ่ม งาน มีกิจกรรมสร้าง ความผูกพันของ องค์กร ได้แก่ งาน เลี้ยงรับเจ้าหน้าที่ ใหม่ งานเกษียณ อายุราชการ งาน ประเพณีต่างๆ งานกีฬาสี เป็นต้น	ร้อยละของ บุคลากรที่มี การประเมิน ความผาสุก ≥ร้อยละ 80	62 = 65.13 63 = 62.09 64 = 64.35 65 = 63.63	-โครงการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ -โครงการปฐมนิเทศเจ้า หน้าที่ใหม่ -โครงการพัฒนา บุคลากรด้านการบริการ ด้วยหัวใจความเป็น มนุษย์ -พัฒนาความรู้ด้านการ วางแผนการเงินให้ บุคลากร -ส่งเสริมให้มีการเรียนรู้ ด้วยตนเอง Self- Learning และ On the job training (ทักษะ ภาษาอังกฤษ และการ ใช้คอมพิวเตอร์)
แผน ยุทธศาสตร์ บริหารเป็นเลิศ ด้วยธรรมาภิ บาล (Governance Excellence)	ไม่มีข้อร้องเรียน ด้านการทุจริต และประพฤติไม่ ชอบ	เป็นองค์กรที่มี ระบบการ บริหารจัดการที่มี ประสิทธิภาพ ด้าน ความโปร่งใส ตามหลักธรร มาภิบาล มีระบบการ ควบคุมภายใน ที่มี ประสิทธิภาพ	- ระบบบริหาร จัดการด้านแผนมี ประสิทธิภาพ - มีคณะกรรมการ ในการดำเนินงาน กำกับติดตาม ด้าน ควบคุมภายในของ โรงพยาบาล ได้แก่ CFO , ควบคุม ภายใน , พัฒนา คุณธรรมและ จริยธรรม ITA อย่างต่อเนื่อง	-บุคลากรที่ปฏิบัติ งานเกี่ยวกับการ จัดซื้อจัดจ้าง (การเงิน พัสดุ มี การอบรมด้าน ระเบียบและ กฎหมายการจัด ซื้อจัดจ้างภาครัฐ) -อบรมพัฒนา ศักยภาพบุคลากร ผู้รับผิดชอบ แผนการเงินการ คลัง อบรมด้านการ ควบคุมภายใน -อบรมด้านการ ดำเนินงานตาม หลักธรรมาภิบาล ITA	การผ่านเกณฑ์ การตรวจสอบ ควบคุมภายใน 5 มิติ ≥ร้อยละ 90	64 = ผ่าน 65 = ไม่ผ่าน 66 = ไม่ผ่าน 67 = ผ่าน 68 = รอ	บุคลากรที่ปฏิบัติงาน เกี่ยวกับการจัดซื้อจัด จ้าง (การเงิน พัสดุ มี การได้รับการอบรมด้าน ระเบียบและกฎหมาย การจัดซื้อจัดจ้างภาค รัฐ)ทุกปี คณะกรรมการควบคุม ภายใน ได้รับการอบรม การดำเนินงานการ ตรวจสอบภายใน 5 มิติ (การเงิน การบัญชี การ พัสดุ จัดเก็บรายได้ ควบ คุมภายใน) มีการรายงานผลการ ดำเนิน ตามหลักธรร มาภิบาล ITA ทุก ไตรมาส

แผนที่ยุทธศาสตร์ (Strategic Map)

เป็นโรงพยาบาลชุมชนทันสมัย

ทุกคนปลอดภัย ไร้ใบบริการ

ธรรมาภิบาลนำหน้า

บุคลากรผาสุก

1. เพิ่มประสิทธิภาพระบบส่งเสริมสุขภาพ
ป้องกันโรคโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

2. เพิ่มประสิทธิภาพระบบการให้บริการดูแลรักษา
ตามศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชน

3. เพิ่มประสิทธิภาพระบบการฟื้นฟู
สุขภาพและการดูแลอย่างต่อเนื่องใน
ชุมชน

S1: ส่งเสริมสุขภาพ
ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ
(Promotion Prevention & Protection
Excellance)

S2: การบริการเป็นเลิศ
(Service Excellence)

S3: บุคลากรเป็นเลิศ
(People Excellence)

S4: บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล
(Governance Excellence)

G1.ระบบส่งเสริมสุขภาพ
ป้องกันและควบคุมโรค
มีประสิทธิภาพ

G2.ประชาชนสุขภาพดี
เจ้าหน้าที่มีความปลอดภัย
ตามนโยบาย 3P Safety

G3. พัฒนาระบบการฟื้นฟู
สุขภาพ

G4.บุคลากรมีประสิทธิภาพ
และมีความสุขในการทำงาน

G5.พัฒนาการระบบการบริหาร
จัดการภายในให้มีประสิทธิภาพ

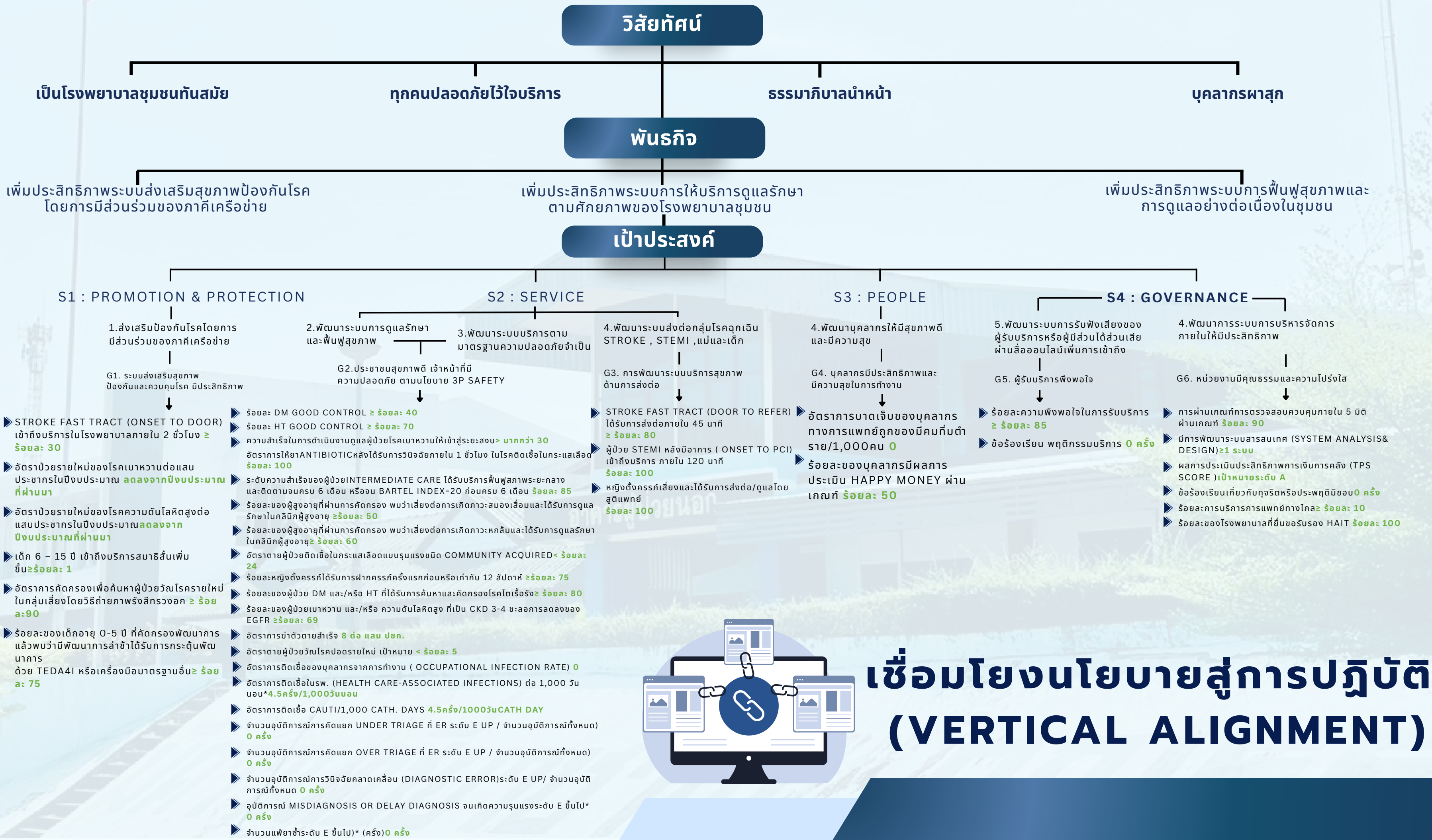
- การเข้าถึงบริการกลุ่มโรคฉุกเฉิน 3ST , แม่และเด็ก
- ลดรายใหม่ NCDs

- มาตรฐานจำเป็น 9 ข้อ
- NCD ลดภาวะแทรกซ้อน ; DM HT CKD

- IMC , COC , Palliative care

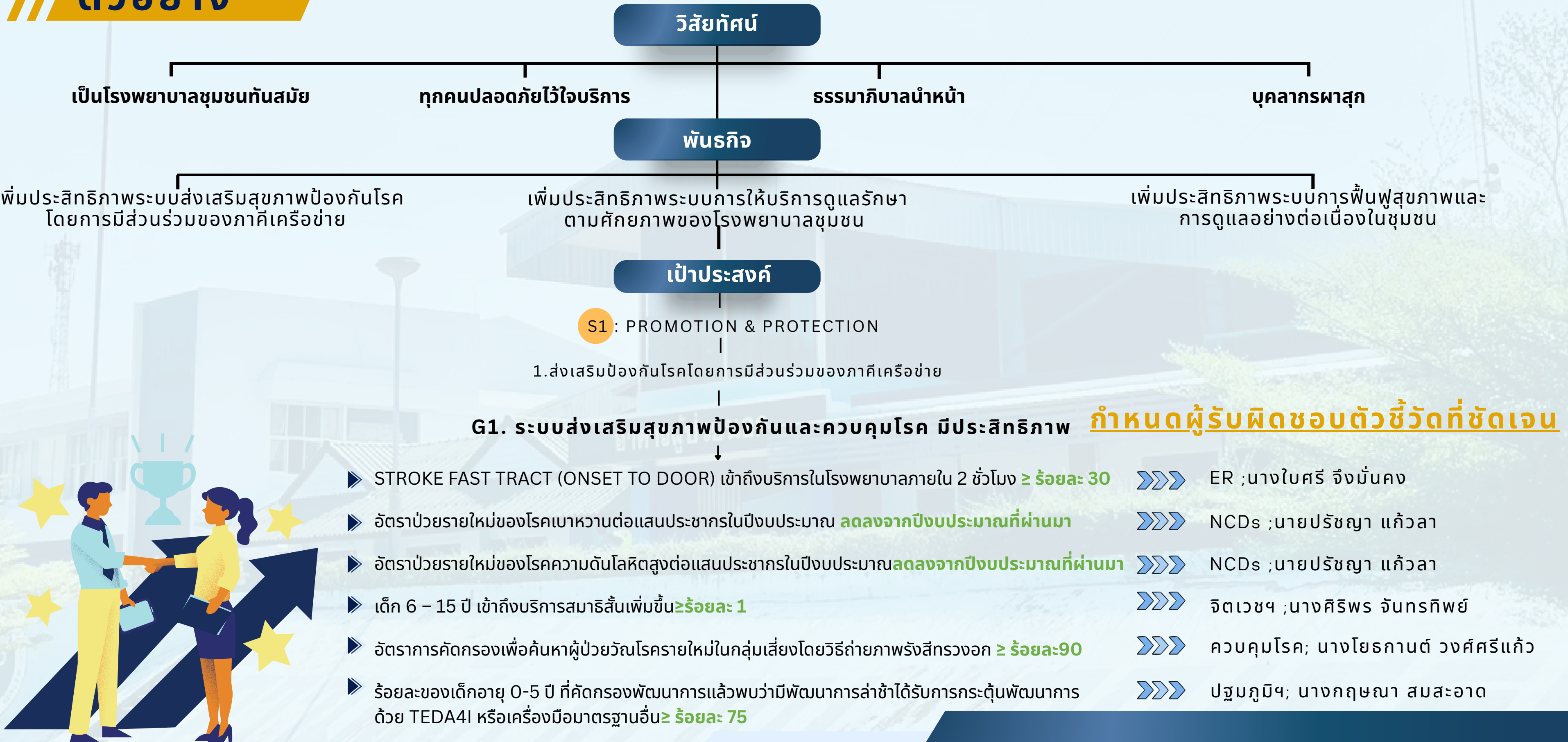
- ความพึงพอใจ
- สมรรถนะบุคลากร
- ความผาสุก 9 ด้าน

- ระบบตรวจสอบภายใน
- ระบบบริหารการเงินการคลัง
- ระบบสารสนเทศ

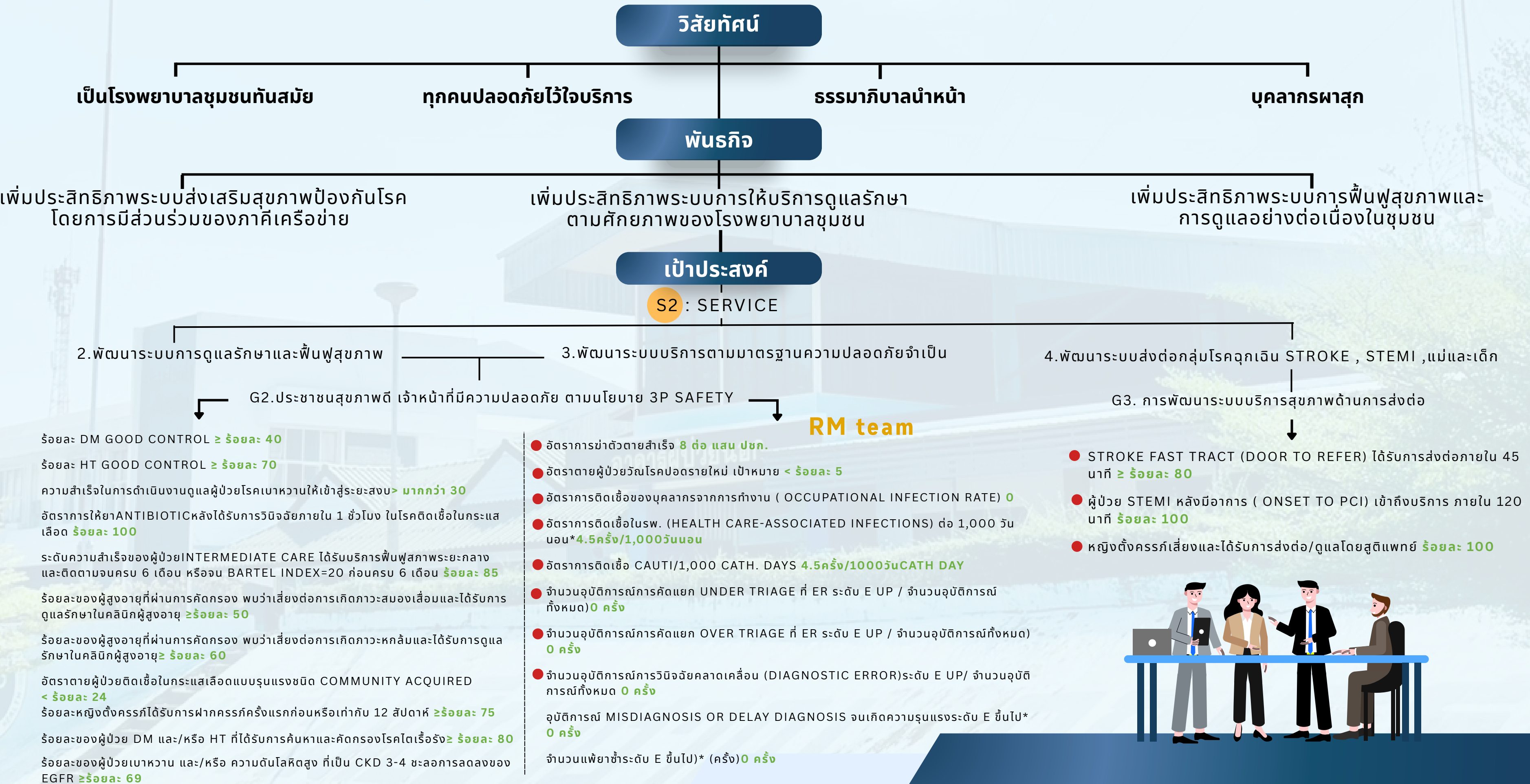


เชื่อมโยงนโยบายสู่การปฏิบัติ (VERTICAL ALIGNMENT)

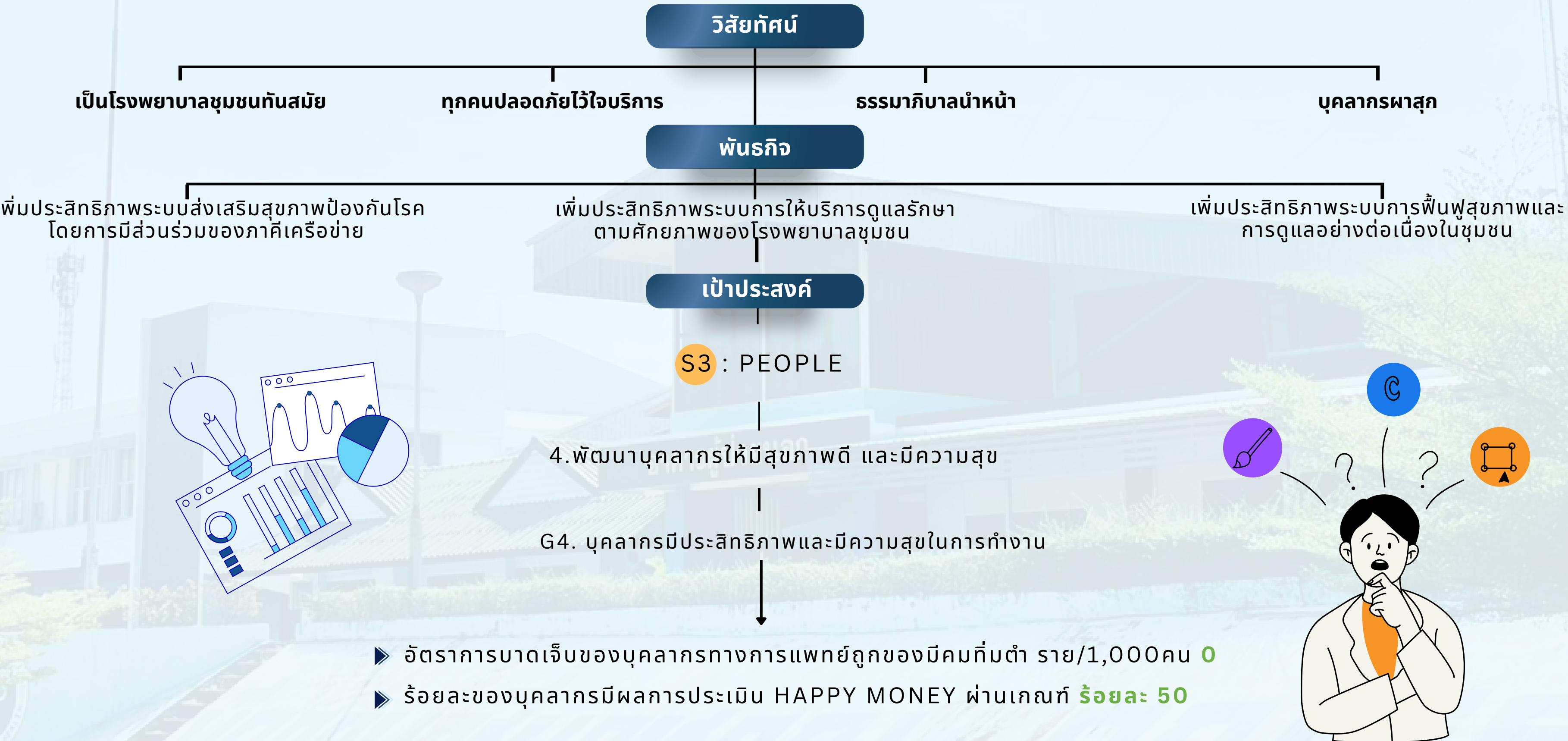
ตัวอย่าง



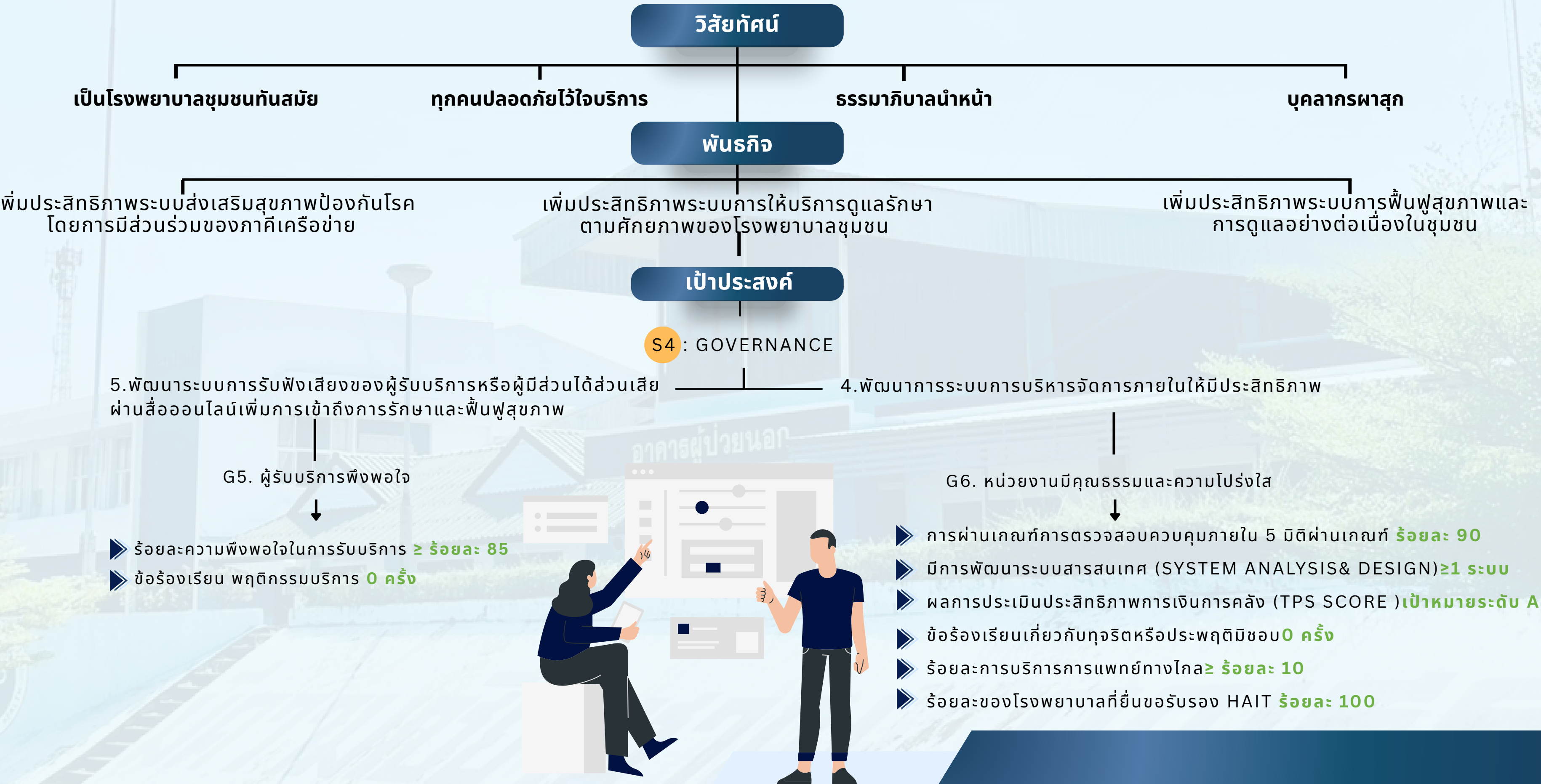
เชื่อมโยงนโยบายสู่การปฏิบัติ (VERTICAL ALIGNMENT)



เชื่อมโยงนโยบายสู่การปฏิบัติ (VERTICAL ALIGNMENT)



เชื่อมโยงนโยบายสู่การปฏิบัติ (VERTICAL ALIGNMENT)



ผลลัพธ์การดำเนินงานตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาลเขมราฐปีงบประมาณ 2565 - 2569

ประเด็นยุทธศาสตร์	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	เป้าหมาย(goal)	ตัวชี้วัด (Indicator)	ค่าเป้าหมาย	ผลงานปีงบประมาณ 65	ประเมินผลปี65	ผลงานปีงบประมาณ 66	ประเมินผลปี66	ผลงานปีงบประมาณ 67	ประเมินผลปี67	ผลงานปีงบประมาณ 68	ประเมินผลปีงบประมาณ68	ผลงานปีงบประมาณ 69	ประเมินผลปีงบ69	ผู้รับผิดชอบระดับทีม	ผู้รับผิดชอบหน่วยงาน
S1 : Promotion & Protection	1.ส่งเสริมป้องกันโรคโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย	G1. ระบบส่งเสริมสุขภาพป้องกันและควบคุมโรค มีประสิทธิภาพ	Stroke Fast tract (onset to door) เข้าถึงบริการในโรงพยาบาลภายใน 2 ชั่วโมง	≥ ร้อยละ 30	25.96	ไม่ผ่าน	42.5	ผ่าน	46.66	ผ่าน	30.85	ผ่าน	48.57	ผ่าน	PCT	ER: ใบศรี
S1 : Promotion & Protection	1.ส่งเสริมป้องกันโรคโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย	G1. ระบบส่งเสริมสุขภาพป้องกันและควบคุมโรค มีประสิทธิภาพ	อัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากรในปีงบประมาณ	ลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา	570.62	ไม่ผ่าน	627.53	ไม่ผ่าน	930.61	ไม่ผ่าน	617.91	ผ่าน		รอ	PCT	NCD : พ.จ.อ. อนุชา / ปรัชญา
S1 : Promotion & Protection	1.ส่งเสริมป้องกันโรคโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย	G1. ระบบส่งเสริมสุขภาพป้องกันและควบคุมโรค มีประสิทธิภาพ	อัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรในปีงบประมาณ	ลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา	1218.93	ไม่ผ่าน	941.9	ผ่าน	1259.35	ไม่ผ่าน	1102.88	ผ่าน		รอ	PCT	NCD : พ.จ.อ. อนุชา / ปรัชญา
S1 : Promotion & Protection	1.ส่งเสริมป้องกันโรคโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย	G1. ระบบส่งเสริมสุขภาพป้องกันและควบคุมโรค มีประสิทธิภาพ	เด็ก 6 – 15 ปี เข้าถึงบริการสมาธิสั้น	เพิ่มขึ้น≥ร้อยละ 1	33	ไม่ผ่าน	37	ไม่ผ่าน	40.5	ไม่ผ่าน	47.14	ไม่ผ่าน	47.12	ไม่ผ่าน	PCT	จิตเวชฯ : ศิริพร
S1 : Promotion & Protection	1.ส่งเสริมป้องกันโรคโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย	G1. ระบบส่งเสริมสุขภาพป้องกันและควบคุมโรค มีประสิทธิภาพ	อัตราการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงโดยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก	≥ ร้อยละ90	106.27%	ผ่าน	100.11%	ผ่าน	112.43%	ผ่าน	105.62%	ผ่าน	27.12	ไม่ผ่าน	PCT	ควบคุมโรค : โยธกานต์

ผลลัพธ์การดำเนินงานตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาลเขมราฐปีงบประมาณ 2565 - 2569

ประเด็นยุทธศาสตร์	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	เป้าหมาย(goal)	ตัวชี้วัด (Indicator)	ค่าเป้าหมาย	ผลงานปีงบประมาณ 65	ประเมินผลปี65	ผลงานปีงบประมาณ 66	ประเมินผลปี66	ผลงานปีงบประมาณ 67	ประเมินผลปี67	ผลงานปีงบประมาณ 68	ประเมินผลปีงบประมาณ68	ผลงานปีงบประมาณ 69	ประเมินผลปีงบ69	ผู้รับผิดชอบระดับทีม	ผู้รับผิดชอบหน่วยงาน
S1 : Promotion & Protection	1.ส่งเสริมป้องกันโรคโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย	G1. ระบบส่งเสริมสุขภาพป้องกันและควบคุมโรค มีประสิทธิภาพ	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่คัดกรองพัฒนาการแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น	≥ ร้อยละ 75	100	ผ่าน	75	ไม่ผ่าน	100	ผ่าน	100	ผ่าน	50	ไม่ผ่าน	PCT	PCU : กฤษณา
S2 : Service	2.พัฒนาระบบการดูแลรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ	G2.ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความปลอดภัย ตามนโยบาย 3P Safety	ผู้ป่วย STEMI หลังมีอาการ (onset to PCI) เข้าถึงบริการภายใน 120 นาที	≥ ร้อยละ 40	40.5	ผ่าน	56.85	ผ่าน	55.23	ผ่าน	53.83	ผ่าน	38.53	ไม่ผ่าน	PCT	ER : นางใบศรี
S2 : Service	2.พัฒนาระบบการดูแลรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ	G2.ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความปลอดภัย ตามนโยบาย 3P Safety	ร้อยละ HT good control	≥ ร้อยละ 70	68.63	ไม่ผ่าน	80.15	ผ่าน	73.41	ผ่าน	76.97	ผ่าน	59.89	ไม่ผ่าน	PCT	NCD : พ.จ.อ. อนุชา / ปรัชญา
S2 : Service	2.พัฒนาระบบการดูแลรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ	G2.ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความปลอดภัย ตามนโยบาย 3P Safety	ความสำเร็จในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ (Diabetes Remission)	> มากกว่า 30		NA		NA	35.6	ไม่ผ่าน	47.66	ผ่าน	รอ	รอ	PCT	NCD : พ.จ.อ. อนุชา / ปรัชญา
S2 : Service	2.พัฒนาระบบการดูแลรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ	G2.ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความปลอดภัย ตามนโยบาย 3P Safety	อัตราการให้ยาAntibiotic หลังได้รับการวินิจฉัยภายใน 1 ชั่วโมง ในโรคติดเชื้อในกระแสเลือด	ร้อยละ 100	100	ผ่าน	100	ผ่าน	100	ผ่าน	100	ผ่าน	100	ผ่าน	IC	นางทัศนีย์ สืบก่ำ

ผลลัพธ์การดำเนินงานตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาลเขมราฐปีงบประมาณ 2565 - 2569

ประเด็นยุทธศาสตร์	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	เป้าหมาย(goal)	ตัวชี้วัด (Indicator)	ค่าเป้าหมาย	ผลงานปีงบประมาณ 65	ประเมินผลปี65	ผลงานปีงบประมาณ 66	ประเมินผลปี66	ผลงานปีงบประมาณ 67	ประเมินผลปี67	ผลงานปีงบประมาณ 68	ประเมินผลปีงบประมาณ68	ผลงานปีงบประมาณ 69	ประเมินผลปีงบ69	ผู้รับผิดชอบระดับทีม	ผู้รับผิดชอบหน่วยงาน
S2 : Service	2.พัฒนาระบบการดูแลรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ	G2.ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความปลอดภัย ตามนโยบาย 3P Safety	ระดับความสำเร็จของผู้ป่วย Intermediate Care ได้รับบริการฟื้นฟูสภาพระยะกลาง และติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Bartel index=20 ก่อนครบ 6 เดือน	ร้อยละ 85	86	ผ่าน	99	ผ่าน	100	ผ่าน	100	ผ่าน	100	ผ่าน	PCT	เวชกรรมฯ : เยาวลักษณ์
S2 : Service	2.พัฒนาระบบการดูแลรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ	G2.ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความปลอดภัย ตามนโยบาย 3P Safety	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	≥ร้อยละ 50	65	ผ่าน	72	ผ่าน	75	ผ่าน	78	ผ่าน	100	ผ่าน	-	OPD : พ.จ.อ. อนุชา
S2 : Service	2.พัฒนาระบบการดูแลรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ	G2.ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความปลอดภัย ตามนโยบาย 3P Safety	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	≥ ร้อยละ 60	70	ผ่าน	78	ผ่าน	78	ผ่าน	84	ผ่าน	100	ผ่าน	-	OPD : พ.จ.อ. อนุชา
S2 : Service	2.พัฒนาระบบการดูแลรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ	G2.ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความปลอดภัย ตามนโยบาย 3P Safety	อัตราการผู้ป่วยติดเชื้อมีกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community acquired	< ร้อยละ 24	0	ผ่าน	2.32	ผ่าน	7.5	ผ่าน	10	ผ่าน	100	รอ	IC	นางทัศนีย์ สืบ ก่ำ
S2 : Service	2.พัฒนาระบบการดูแลรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ	G2.ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความปลอดภัย ตามนโยบาย 3P Safety	ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์	≥ร้อยละ 75	87.21	ผ่าน	83.76	ผ่าน	82.9	ผ่าน	80.8	ผ่าน	86.44	ผ่าน	PCT	OPD : พ.จ.อ. อนุชา PCU :

ผลลัพธ์การดำเนินงานตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาลเขมราฐปีงบประมาณ 2565 - 2569

ประเด็นยุทธศาสตร์	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	เป้าหมาย(goal)	ตัวชี้วัด (Indicator)	ค่าเป้าหมาย	ผลงานปีงบประมาณ 65	ประเมินผลปี65	ผลงานปีงบประมาณ 66	ประเมินผลปี66	ผลงานปีงบประมาณ 67	ประเมินผลปี67	ผลงานปีงบประมาณ 68	ประเมินผลปีงบประมาณ68	ผลงานปีงบประมาณ 69	ประเมินผลปีงบ69	ผู้รับผิดชอบระดับทีม	ผู้รับผิดชอบหน่วยงาน
S2 : Service	2.พัฒนาระบบการดูแลรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ	G2.ประชาชนสุขภาพดี	ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง ≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	71.4	ไม่ผ่าน	84.78	ไม่ผ่าน	77.26	ไม่ผ่าน	84.75	ไม่ผ่าน	65.57	ไม่ผ่าน	PCT	NCD : พ.จ.อ. อนุชา / ประิษฎา
S2 : Service	2.พัฒนาระบบการดูแลรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ	G2.ประชาชนสุขภาพดี	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่เป็น CKD 3-4 ชะลอการลดลงของ eGFR	≥ร้อยละ 69	70.22	ผ่าน	62.23	ไม่ผ่าน	68.43	ไม่ผ่าน	67.42	ไม่ผ่าน	77.54	ผ่าน	PCT	NCD : พ.จ.อ. อนุชา / ประิษฎา
S2 : Service	2.พัฒนาระบบการดูแลรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ	G2.ประชาชนสุขภาพดี	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 8 ต่อ แสน ปชก.	8 ต่อ แสน ปชก.	4.85	ผ่าน	12.08	ไม่ผ่าน	6.04	ผ่าน	1.02	ผ่าน	0	ผ่าน	PCT	จิตเวชฯ : ศิริพร
S2 : Service	2.พัฒนาระบบการดูแลรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ	G2.ประชาชนสุขภาพดี	อัตราการผู้ป่วยวินโรคปอดรายใหม่ เป้าหมาย < ร้อยละ 5	< ร้อยละ 5	0	ผ่าน	0	ผ่าน	0	ผ่าน	0	ผ่าน	0	ผ่าน	PCT	ควบคุมโรค : โยธกานต์
S2 : Service	3.พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานความปลอดภัยจำเป็น	G2.ประชาชนสุขภาพดี	อัตราการติดเชื้อของบุคลากรจากการทำงาน (occupational infection rate)	0	1.51	ไม่ผ่าน	11.23	ไม่ผ่าน	5.66	ไม่ผ่าน	0	ผ่าน	0	ผ่าน	IC	นางทัศนีย์ สืบก๋า
S2 : Service	3.พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานความปลอดภัยจำเป็น	G2.ประชาชนสุขภาพดี	อัตราการติดเชื้อในรพ. (health care-associated infections) ต่อ 1,000 วันนอน*	4.5ครั้ง/1,000 วันนอน	1.99	ผ่าน	0.07	ผ่าน	0.32	ผ่าน	0	ผ่าน	0	ผ่าน	IC	นางทัศนีย์ สืบก๋า
S2 : Service	3.พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานความปลอดภัยจำเป็น	G2.ประชาชนสุขภาพดี	อัตราการติดเชื้อ CAUTI/1,000 Cath. Days	ครั้ง/1000วันcath	2.61	ผ่าน	7.51	ไม่ผ่าน	26.37	ไม่ผ่าน	0	ผ่าน	0	ผ่าน	IC	นางทัศนีย์ สืบก๋า

ผลลัพธ์การดำเนินงานตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาลเขมราฐปีงบประมาณ 2565 - 2569

ประเด็นยุทธศาสตร์	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	เป้าหมาย(goal)	ตัวชี้วัด (Indicator)	ค่าเป้าหมาย	ผลงานปีงบประมาณ 65	ประเมินผลปี65	ผลงานปีงบประมาณ 66	ประเมินผลปี66	ผลงานปีงบประมาณ 67	ประเมินผลปี67	ผลงานปีงบประมาณ 68	ประเมินผลปีงบประมาณ68	ผลงานปีงบประมาณ 69	ประเมินผลปีงบประมาณ69	ผู้รับผิดชอบระดับทีม	ผู้รับผิดชอบหน่วยงาน
S2 : Service	3.พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานความปลอดภัยจำเป็น	G2.ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความปลอดภัยตามนโยบาย 3P Safety	จำนวนอุบัติการณ์การคัดแยก under triage ที่ ER ระดับ E up / จำนวนอุบัติการณ์ทั้งหมด)	0 ครั้ง		NA	1	NA	0/190	ไม่ผ่าน	0/138	ผ่าน	0	ผ่าน	PCT	ER : นางใบศรี
S2 : Service	3.พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานความปลอดภัยจำเป็น	G2.ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความปลอดภัยตามนโยบาย 3P Safety	จำนวนอุบัติการณ์การคัดแยก over triage ที่ ER ระดับ E up / จำนวนอุบัติการณ์ทั้งหมด)	0 ครั้ง		NA		NA	0	ไม่ผ่าน	0	ไม่ผ่าน	0/67	ผ่าน	PCT	ER : นางใบศรี
S2 : Service	3.พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานความปลอดภัยจำเป็น	G2.ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความปลอดภัยตามนโยบาย 3P Safety	จำนวนอุบัติการณ์การวินิจฉัยคลาดเคลื่อน (diagnostic error)ระดับ E up/ จำนวนอุบัติการณ์ทั้งหมด	0 ครั้ง	2	ไม่ผ่าน	1	ไม่ผ่าน	13	ไม่ผ่าน	8	ไม่ผ่าน	0	ผ่าน	PCT	พญ.ณัฐสุนิรินทร์
S2 : Service	3.พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานความปลอดภัยจำเป็น	G2.ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความปลอดภัยตามนโยบาย 3P Safety	อุบัติการณ์ Misdiagnosis or delay diagnosis จนเกิดความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป*	0 ครั้ง	2	ไม่ผ่าน	1	ไม่ผ่าน	13	ไม่ผ่าน	8	ไม่ผ่าน	0	ผ่าน	PCT	พญ.ณัฐสุนิรินทร์
S2 : Service	3.พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานความปลอดภัยจำเป็น	G2.ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความปลอดภัยตามนโยบาย 3P Safety	จำนวนแพทย์ชำระระดับ E ขึ้นไป)* (ครั้ง)	0 ครั้ง	0	ไม่ผ่าน	0	ผ่าน	1	ไม่ผ่าน	0	ผ่าน	0	ผ่าน	PTC	ภญ.วิไลวรรณ
S2 : Service	4.พัฒนาระบบส่งต่อกลุ่มโรคฉุกเฉิน STROKE , STEMI ,แม่และเด็ก	G3. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านการส่งต่อ	Stroke Fast tract (Door to refer) ได้รับการส่งต่อภายใน 45 นาที	≥ ร้อยละ 80	25.92	ไม่ผ่าน	52.17	ไม่ผ่าน	88.31	ผ่าน	100	ผ่าน	100	ผ่าน	PCT	ER : นางใบศรี

ผลลัพธ์การดำเนินงานตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาลเขมราฐปีงบประมาณ 2565 - 2569

ประเด็นยุทธศาสตร์	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	เป้าหมาย(goal)	ตัวชี้วัด (Indicator)	ค่าเป้าหมาย	ผลงานปีงบประมาณ 65	ประเมินผลปี65	ผลงานปีงบประมาณ 66	ประเมินผลปี66	ผลงานปีงบประมาณ 67	ประเมินผลปี67	ผลงานปีงบประมาณ 68	ประเมินผลปีงบประมาณ68	ผลงานปีงบประมาณ 69	ประเมินผลปีงบประมาณ69	ผู้รับผิดชอบระดับทีม	ผู้รับผิดชอบหน่วยงาน
S2 : Service	4.พัฒนาระบบส่งต่อกลุ่มโรคฉุกเฉิน STROKE , STEMI ,แม่และเด็ก	G3. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านการส่งต่อ	ผู้ป่วย STEMI หลังมีอาการ (onset to PCI) เข้าถึงบริการภายใน 120 นาที	ร้อยละ 100	53.84	ไม่ผ่าน	10	ไม่ผ่าน	30.7	ไม่ผ่าน	100	ผ่าน	100	ผ่าน	PCT	ER : นางใบศรี
S2 : Service	4.พัฒนาระบบส่งต่อกลุ่มโรคฉุกเฉิน STROKE , STEMI ,แม่และเด็ก	G3. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านการส่งต่อ	หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงและได้รับการส่งต่อ/ดูแลโดยสูติแพทย์	ร้อยละ 100	87	ไม่ผ่าน	89	ไม่ผ่าน	90	ไม่ผ่าน	89	ไม่ผ่าน		รอ	PCT	LR : ยุพรัตน์
S3 : People	4.พัฒนาบุคลากรให้มีสุขภาพ	G4. บุคลากรมีประสิทธิภาพและมีความสุขในการทำงาน	อัตราการบาดเจ็บของบุคลากรทางการแพทย์ถูกของมีคมทิ่มตำ ราย/1,000 คน	0	26.41	ไม่ผ่าน	30.19	ไม่ผ่าน	18.87	ไม่ผ่าน	26.41	ไม่ผ่าน	7.92	ไม่ผ่าน	IC & HRD	IC : ทศนีย์ HRD : วรพงศ์
S3 : People	4.พัฒนาบุคลากรให้มีสุขภาพ	G4. บุคลากรมีประสิทธิภาพและมีความสุขในการทำงาน	ร้อยละของบุคลากรมีผลการประเมิน Happy Money ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ 50	63.63	ผ่าน	72.75	ผ่าน	63.2	ผ่าน	64.7	ผ่าน		รอ	HRD	วรพงศ์
S4 : Governance	5.พัฒนาระบบการรับฟังเสียง	G5. ผู้รับบริการพึงพอใจ	ร้อยละความพึงพอใจในการรับบริการ	≥ ร้อยละ 85	80.03	ไม่ผ่าน	78.34	ไม่ผ่าน	90.43	ผ่าน	94.45	ผ่าน	94.11	ผ่าน	ศูนย์คุณภาพ	กิตติยาภรณ์
S4 : Governance	5.พัฒนาระบบการรับฟังเสียง	G5. ผู้รับบริการพึงพอใจ	ข้อร้องเรียน พฤติกรรมบริการ	0 ครั้ง	2	ไม่ผ่าน	3	ผ่าน	3	ไม่ผ่าน	0	ผ่าน	1	ไม่ผ่าน	ศูนย์คุณภาพ	กิตติยาภรณ์
S4 : Governance	4.พัฒนาการระบบการบริหารจัดการภายในให้มีประสิทธิภาพ	G6. หน่วยงานมีคุณธรรมและความโปร่งใส	การผ่านเกณฑ์การตรวจสอบควบคุมภายใน 5 มิติ	ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 90	79.28	ไม่ผ่าน	76.12	ไม่ผ่าน	90.87	ผ่าน	88.31	ไม่ผ่าน		รอ	กกบ	วรพงศ์
S4 : Governance	4.พัฒนาการระบบการบริหารจัดการภายในให้มีประสิทธิภาพ	G6. หน่วยงานมีคุณธรรมและความโปร่งใส	มีการพัฒนาระบบสารสนเทศ (System Analysis& Design)	≥1 ระบบ	1	ผ่าน	1	ผ่าน	2	ผ่าน	2	ผ่าน	1	ผ่าน	IM	วีรยุทธ

ผลลัพธ์การดำเนินงานตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาลเขมราฐปีงบประมาณ 2565 - 2569

ประเด็นยุทธศาสตร์	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	เป้าหมาย(goal)	ตัวชี้วัด (Indicator)	ค่าเป้าหมาย	ผลงานปีงบประมาณ 65	ประเมินผลปี65	ผลงานปีงบประมาณ 66	ประเมินผลปี66	ผลงานปีงบประมาณ 67	ประเมินผลปี67	ผลงานปีงบประมาณ 68	ประเมินผลปีงบประมาณ68	ผลงานปีงบประมาณ 69	ประเมินผลปีงบ69	ผู้รับผิดชอบระดับทีม	ผู้รับผิดชอบหน่วยงาน
S4 : Governance	4.พัฒนาการระบบการบริหารจัดการภายในให้มีประสิทธิภาพ	G6. หน่วยงานมีคุณธรรมและความโปร่งใส	ผลการประเมินประสิทธิภาพการเงินการคลัง (TPS Score)	เป้าหมายระดับ A	B	ไม่ผ่าน	A	ผ่าน	A	ผ่าน	A	ผ่าน	A	ผ่าน	กกบ	วรพงศ์
S4 : Governance	4.พัฒนาการระบบการบริหารจัดการภายในให้มีประสิทธิภาพ	G6. หน่วยงานมีคุณธรรมและความโปร่งใส	ข้อร้องเรียนเกี่ยวกับทุจริตหรือประพฤติมิชอบ	0 ครั้ง	0	ผ่าน	0	ผ่าน	0	ผ่าน	0	ผ่าน	0	ผ่าน	กกบ	วรพงศ์
S4 : Governance	4.พัฒนาการระบบการบริหารจัดการภายในให้มีประสิทธิภาพ	G7. ระบบสารสนเทศทันสมัย(Digital health System)	ร้อยละการบริการการแพทย์ทางไกล	≥ ร้อยละ 10		NA		NA		NA	22.83	ผ่าน	12	ผ่าน	IM	วีริยุทธ
S4 : Governance	4.พัฒนาการระบบการบริหารจัดการภายในให้มีประสิทธิภาพ	G7. ระบบสารสนเทศทันสมัย(Digital health System)	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ยื่นขอรับรอง HAIT	ร้อยละ 100		NA		NA		NA	รอ	ไม่ผ่าน		รอ	IM	วีริยุทธ