

วิสัยทัศน์โรงพยาบาลเชียงใหม่ (Vision)

“เป็นโรงพยาบาลชุมชนชั้นนำด้านการบริการและส่งเสริมสุขภาพ ภาควิชาเครือข่ายเข้มแข็ง เพื่อประชาชนสุขภาพดี บุคลากรมีความสุข”

พันธกิจ (Mission)

1. พัฒนาระบบบริการของโรงพยาบาล ให้มีคุณภาพตามมาตรฐานสากล
2. พัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน
3. ส่งเสริม สนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชน และภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่
4. พัฒนาระบบบริหารจัดการ และเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของบุคลากร

เป้าประสงค์หลัก (Goal)

1. ระบบบริการของโรงพยาบาล มีคุณภาพ ตามมาตรฐานสากล
2. ระบบการส่งเสริมสุขภาพมีประสิทธิภาพ ประชาชนมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน
3. ประชาชนและภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน มีส่วนร่วม ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่
4. ระบบบริหารจัดการมีประสิทธิภาพ บุคลากรมีศักยภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issue)

1. การพัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพ : (Service Excellence)
2. การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพ : (P&P Excellence)
3. การส่งเสริม สนับสนุนการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย : (Health Promotion Network Excellence)
4. การพัฒนาระบบบริหารจัดการ และคุณภาพชีวิตของบุคลากร : (Governance & People Excellence)

ค่านิยมองค์กร (Core Value)

KNH (K : Knowledge & Learning , N : Network & Teamwork , H : Healthy & Happy)

วัฒนธรรมองค์กร

รับผิดชอบ ตรงต่อเวลา พัฒนาเป็น নিজ จิตบริการ ทำงานเป็นทีม

แผนที่กลยุทธ์โรงพยาบาลเชิงใน จังหวัดอุบลราชธานี

วิสัยทัศน์: “เป็นโรงพยาบาลชุมชนชั้นนำด้านการบริการและส่งเสริมสุขภาพ ภาควิชาเครือข่ายเข้มแข็ง เพื่อประชาชนสุขภาพดี บุคลากรมีความสุข”



วิสัยทัศน์ (Vision) “เป็นโรงพยาบาลชุมชนชั้นนำด้านการบริการและส่งเสริมสุขภาพ ภาควิชาเครือข่ายเข้มแข็ง เพื่อประชาชนสุขภาพดี บุคลากรมีความสุข”

ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issue)

1. การพัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพ : (Service Excellence)
2. การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพมีประสิทธิภาพ : (P&P Excellence)
3. การส่งเสริม สนับสนุนการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย : (Health Promotion Network Excellence)
4. การพัฒนาระบบบริหารจัดการ และคุณภาพชีวิตของบุคลากร : (Governance & People Excellence)

เป้าประสงค์หลัก (Goal)

1. ระบบบริการของโรงพยาบาล มีคุณภาพ ตามมาตรฐานสากล
2. ระบบการส่งเสริมสุขภาพมีประสิทธิภาพ ประชาชนมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน
3. ประชาชนและภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน มีส่วนร่วม ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่
4. ระบบบริหารจัดการมีประสิทธิภาพ บุคลากรมีศักยภาพและ

คุณภาพชีวิตที่ดี

G1. ประชาชนมีสุขภาพดี (ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 : เป้าประสงค์ที่ 2)

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด KPIs	กลยุทธ์	โครงการริเริ่ม
G1. ประชาชนมีสุขภาพดี	K1. ร้อยละอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐาน 5 ปี	ส่งเสริมสุขภาพ ควบคุม และป้องกันโรคประชาชนครอบคลุมทุกกลุ่มวัย	โครงการส่งเสริมสุขภาพควบคุม และป้องกันโรคประชาชนครอบคลุมทุกกลุ่มวัย - กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย - กลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น - กลุ่มวัยทำงาน - กลุ่มวัยผู้สูงอายุ
	K2. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วย TB รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ		
	K3. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและ/หรือเบาหวานรายใหม่ลดลง		
	K4. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ		

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายรายปีงบประมาณ				กลยุทธ์	ผู้รับผิดชอบ
		2562	2563	2564	2565		
G1. ประชาชนมีสุขภาพดี	K1. ร้อยละอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐาน 5 ปี	ลดลง	ลดลง	ลดลง	ลดลง		กลุ่มงานปฐมภูมิฯ
	K2. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วย TB รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	>85%	>85%	>85%	>85%		

	K3. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้วัดความดันที่บ้าน	≥20%	≥30%	≥40%	≥50%	ส่งเสริมสุขภาพ ควบคุม และป้องกันโรคประชาชน ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย	กลุ่มการพยาบาล
	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง	≤2.40%	≤2.28%	≤2.16%	≤2.04%		กลุ่มงานปฐมภูมิ
	K4. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ						ฯ

ความเชื่อมโยงยุทธศาสตร์ ค่าเป้าหมายและตัวชี้วัด โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี

วิสัยทัศน์ (Vision) “เป็นโรงพยาบาลชุมชนชั้นนำด้านการบริการและส่งเสริมสุขภาพ ภาควิชาเครือข่ายเข้มแข็ง เพื่อประชาชนสุขภาพดี บุคลากรมีความสุข”

ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issue)

1. การพัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพ : (Service Excellence)
2. การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพมีประสิทธิภาพ : (P&P Excellence)
3. การส่งเสริม สนับสนุนการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย : (Health Promotion Network Excellence)
4. การพัฒนาระบบบริหารจัดการ และคุณภาพชีวิตของบุคลากร : (Governance & People Excellence)

เป้าประสงค์หลัก (Goal)

1. ระบบบริการของโรงพยาบาล มีคุณภาพ ตามมาตรฐานสากล
2. ระบบการส่งเสริมสุขภาพมีประสิทธิภาพ ประชาชนมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน
3. ประชาชนและภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน มีส่วนร่วม ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่
4. ระบบบริหารจัดการมีประสิทธิภาพ บุคลากรมีศักยภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

G2. โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐานสากล (ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 : เป้าประสงค์ที่ 1)

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด KPIs	กลยุทธ์	โครงการริเริ่ม
G2. โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐานสากล	K5.โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพตามมาตรฐานสากล (HA)	พัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐานสากล (HA)	โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพตามมาตรฐานสากล - โรงพยาบาลคุณภาพ HA - ห้องปฏิบัติการรังสีการแพทย์ IS - มาตรฐานห้องปฏิบัติการวินิจฉัย LA - มาตรฐานงานกายภาพบำบัด - มาตรฐานเทคโนโลยีสารสนเทศ HAIT

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายรายปีงบประมาณ				กลยุทธ์	ผู้รับผิดชอบ
		2562	2563	2564	2565		
G2. โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐานสากล	K5.โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพตามมาตรฐานสากล (HA)	ผ่านการรับรอง	ผ่านการรับรอง	ผ่านการรับรอง	ผ่านการรับรอง	พัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐานสากล (HA)	ศูนย์พัฒนาคุณภาพ

ความเชื่อมโยงยุทธศาสตร์ ค่าเป้าหมายและตัวชี้วัด โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี

วิสัยทัศน์ (Vision) “เป็นโรงพยาบาลชุมชนชั้นนำด้านการบริการและส่งเสริมสุขภาพ ภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง เพื่อประชาชนสุขภาพดี บุคลากรมีความสุข”

ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issue)

1. การพัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพ : (Service Excellence)
2. การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพมีประสิทธิภาพ : (P&P Excellence)
3. การส่งเสริม สนับสนุนการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย : (Health Promotion Network Excellence)
4. การพัฒนาระบบบริหารจัดการ และคุณภาพชีวิตของบุคลากร : (Governance & People Excellence)

เป้าประสงค์หลัก (Goal)

1. ระบบบริการของโรงพยาบาล มีคุณภาพ ตามมาตรฐานสากล
2. ระบบการส่งเสริมสุขภาพมีประสิทธิภาพ ประชาชนมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน
3. ประชาชนและภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน มีส่วนร่วม ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่
4. ระบบบริหารจัดการมีประสิทธิภาพ บุคลากรมีศักยภาพและ

คุณภาพชีวิตที่ดี

G3. ผู้รับบริการพึงพอใจ (ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 : เป้าประสงค์ที่ 1)

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด KPIs	กลยุทธ์	โครงการริเริ่ม
-------------	----------------	---------	----------------

G3. ผู้รับบริการพึงพอใจ	K6. ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ	พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐาน ผู้รับบริการพึงพอใจ	โครงการพัฒนาคุณภาพบริการตามมาตรฐาน ผู้รับบริการพึงพอใจ - ความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน - ความพึงพอใจของผู้รับบริการห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน - ความพึงพอใจของผู้รับบริการห้องทันตกรรม - ความพึงพอใจของผู้รับบริการห้องจ่ายยา - ความพึงพอใจของผู้รับบริการห้อง LR-OR - ความพึงพอใจของผู้รับบริการห้อง Lab, X-ray - ความพึงพอใจของผู้รับบริการคลินิกบริการอื่น ๆ
-------------------------	--------------------------------------	---	--

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายรายปีงบประมาณ				กลยุทธ์	ผู้รับผิดชอบ
		2562	2563	2564	2565		
G3. ผู้รับบริการพึงพอใจ	K6. ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ	>85 %	>85 %	>85 %	>85 %	พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐาน ผู้รับบริการพึงพอใจ	กลุ่มงานประกัน-ยุทธ ฯ

ความเชื่อมโยงยุทธศาสตร์ ค่าเป้าหมายและตัวชี้วัด โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี

วิสัยทัศน์ (Vision) “เป็นโรงพยาบาลชุมชนชั้นนำด้านการบริการและส่งเสริมสุขภาพ ภาควิชาเครือข่ายเข้มแข็ง เพื่อประชาชนสุขภาพดี บุคลากรมีความสุข”

ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issue)

1. การพัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพ : (Service Excellence)
2. การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพมีประสิทธิภาพ : (P&P Excellence)
3. การส่งเสริม สนับสนุนการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย : (Health Promotion Network Excellence)
4. การพัฒนาระบบบริหารจัดการ และคุณภาพชีวิตของบุคลากร : (Governance & People Excellence)

เป้าประสงค์หลัก (Goal)

1. ระบบบริการของโรงพยาบาล มีคุณภาพ ตามมาตรฐานสากล
2. ระบบการส่งเสริมสุขภาพมีประสิทธิภาพ ประชาชนมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน
3. ประชาชนและภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน มีส่วนร่วม ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่
4. ระบบบริหารจัดการมีประสิทธิภาพ บุคลากรมีศักยภาพและ

คุณภาพชีวิตที่ดี

G4. ระบบดูแลรักษา มีประสิทธิภาพ (ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 : เป้าประสงค์ที่ 1)

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด KPIs	กลยุทธ์	โครงการริเริ่ม	
G4. ระบบดูแลรักษา มีประสิทธิภาพ	K7. อัตราตายของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินใน 24 ชม.	พัฒนาระบบดูแลรักษาอย่างมีคุณภาพ	โครงการพัฒนาระบบดูแลรักษาดี มีประสิทธิภาพตาม Service plan - ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินใน 24 ชม.	
	K8. อัตราการ Re-admit, Revisit			- ผู้ป่วย Re-admit, Revisit
	K9. อัตราการติดเชื้อใน รพ.			- ผู้ป่วยติดเชื้อใน รพ.
	K10. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้			- ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง
	K11. ร้อยละผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของ eGFR น้อยกว่า 4 ml/min/1.73 m2/year			- ผู้ป่วย CKD
	K12. ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือด			- ผู้ป่วย STEMI
	K13. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต			- ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายรายปีงบประมาณ				กลยุทธ์	ผู้รับผิดชอบ
		2562	2563	2564	2565		
G4. ระบบดูแลรักษา มีประสิทธิภาพ	K7. อัตราตายของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินใน 24 ชม.	<10%	<8%	< 6%	< 6%	พัฒนาระบบดูแลรักษาอย่างมีคุณภาพ	กลุ่มการพยาบาล
	K8. อัตราการ Revisit อัตราการ Re-admit	<8 %	<7 %	<6 %	<5 %		กลุ่มการพยาบาล
		<1%	<1%	<1%	<1%		กลุ่มการพยาบาล
	K9. อัตราการติดเชื้อใน รพ.	<2%	<1%	<0.5%	0%		กลุ่มการพยาบาล
K10. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้ ร้อยละของโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้	≥40%	≥40%	≥40%	≥40%	กลุ่มการพยาบาล		
	≥50%	≥50%	≥50%	≥50%			

	K11. ร้อยละผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของ eGFR น้อยกว่า 4 mL/min/1.73 m ² /year	≥67%	≥68%	≥69%	≥70%	≥67%	≥68%	≥69%	≥70%	
	K12. ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือด	≥50 %	≥50 %	≥50 %	≥50 %					กลุ่มการพยาบาล
	K13. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	65%	65%	65%	65%					กลุ่มงานบริการปฐมภูมิ ฯ

ความเชื่อมโยงยุทธศาสตร์ ค่าเป้าหมายและตัวชี้วัด โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี

วิสัยทัศน์ (Vision) “เป็นโรงพยาบาลชุมชนชั้นนำด้านการบริการและส่งเสริมสุขภาพ ภาควิชาเครือข่ายเข้มแข็ง เพื่อประชาชนสุขภาพดี บุคลากรมีความสุข”

ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issue)

1. การพัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพ : (Service Excellence)
2. การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพมีประสิทธิภาพ : (P&P Excellence)
3. การส่งเสริม สนับสนุนการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย : (Health Promotion Network Excellence)
4. การพัฒนาระบบบริหารจัดการ และคุณภาพชีวิตของบุคลากร : (Governance & People Excellence)

เป้าประสงค์หลัก (Goal)

1. ระบบบริการของโรงพยาบาล มีคุณภาพ ตามมาตรฐานสากล
2. ระบบการส่งเสริมสุขภาพมีประสิทธิภาพ ประชาชนมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน

3. ประชาชนและภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน มีส่วนร่วม ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ 4. ระบบบริหารจัดการมีประสิทธิภาพ บุคลากรมีศักยภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

G5. การจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินและระบบส่ง-ต่อ ผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ (ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 : เป้าประสงค์ที่ 1)

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด KPIs	กลยุทธ์	โครงการริเริ่ม
G5. การจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินและระบบส่ง-ต่อ ผู้ป่วย มีประสิทธิภาพ	K14. รพ.ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ	พัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและระบบส่ง-ต่อ ผู้ป่วย มีประสิทธิภาพ	โครงการพัฒนาระบบบริการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ การส่ง-ต่อ ผู้ป่วย และภัยสุขภาพ

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายรายปีงบประมาณ				กลยุทธ์	ผู้รับผิดชอบ
		2562	2563	2564	2565		
G5. การจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินและระบบส่ง-ต่อ ผู้ป่วย มีประสิทธิภาพ	K14. รพ.ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ	70%	75%	75%	80%	พัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและระบบส่ง-ต่อ ผู้ป่วย มีประสิทธิภาพ	กลุ่มการพยาบาล

ความเชื่อมโยงยุทธศาสตร์ ค่าเป้าหมายและตัวชี้วัด โรงพยาบาลเชิงใน จังหวัดอุบลราชธานี

วิสัยทัศน์ (Vision) “เป็นโรงพยาบาลชุมชนชั้นนำด้านการบริการและส่งเสริมสุขภาพ ภาาีเครือข่ายเข้มแข็ง เพื่อประชาชนสุขภาพดี บุคลากรมีความสุข”

ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issue)

1. การพัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพ : (Service Excellence)
2. การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพมีประสิทธิภาพ : (P&P Excellence)
3. การส่งเสริม สนับสนุนการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย : (Health Promotion Network Excellence)
4. การพัฒนาระบบบริหารจัดการ และคุณภาพชีวิตของบุคลากร : (Governance & People Excellence)

เป้าประสงค์หลัก (Goal)

1. ระบบบริการของโรงพยาบาล มีคุณภาพ ตามมาตรฐานสากล
2. ระบบการส่งเสริมสุขภาพมีประสิทธิภาพ ประชาชนมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน

3. ประชาชนและภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน มีส่วนร่วม ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ 4. ระบบบริหารจัดการมีประสิทธิภาพ บุคลากรมีศักยภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

G6. การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และควบคุมโรคในโรงพยาบาลและชุมชน มีประสิทธิภาพ (ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 : เป้าประสงค์ที่ 2)

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด KPIs	กลยุทธ์	โครงการริเริ่ม
G6. การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และควบคุมโรค ในโรงพยาบาลและชุมชน มีประสิทธิภาพ	K15. ร้อยละผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัยผ่านเกณฑ์ (80% ของKPI ทั้งหมด)	บูรณาการงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และควบคุมโรค ในโรงพยาบาลและชุมชน มีประสิทธิภาพ	โครงการการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพในโรงพยาบาลและชุมชน
	K16. โรงพยาบาลมีการจัดบริการอาชีวอนามัยได้มาตรฐานระดับดีมาก		
	K17. อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า15 ปี น้อยกว่า 5 ต่อแสนประชากรเด็กแสนคน	การประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารสุขภาพครอบคลุมและทั่วถึง	

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายรายปีงบประมาณ				กลยุทธ์	ผู้รับผิดชอบ
		2562	2563	2564	2565		
G6. การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และควบคุมโรค ในโรงพยาบาลและชุมชน มีประสิทธิภาพ	K15. ร้อยละผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัยผ่านเกณฑ์ (80% ของKPI ทั้งหมด)	80%	80%	80%	80%	บูรณาการงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และควบคุมโรคในโรงพยาบาลและชุมชน มีประสิทธิภาพ	กลุ่มงานบริการปฐมภูมิฯ
	K16. โรงพยาบาลมีการจัดบริการอาชีวอนามัยได้มาตรฐานระดับดีมาก	ดีมาก	ดีมาก	ดีมาก	ดีมาก	บูรณาการงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และควบคุมโรคในโรงพยาบาลและชุมชน มีประสิทธิภาพ	กลุ่มงานบริการปฐมภูมิฯ
	K17. อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า15 ปี น้อยกว่า 5 ต่อแสนประชากรเด็กแสนคน (ไม่เกิน 6.5 ต่อแสนปชก.เด็กต่ำกว่า15ปี)	ไม่เกิน 6.5 ต่อแสน	ไม่เกิน 6.5 ต่อแสน	ไม่เกิน 6.5 ต่อแสน	ไม่เกิน 6.5 ต่อแสน	การประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ครอบคลุมและทั่วถึง	กลุ่มงานบริการปฐมภูมิฯ

วิสัยทัศน์ (Vision) “เป็นโรงพยาบาลชุมชนชั้นนำด้านการบริการและส่งเสริมสุขภาพ ภาควิชาเครือข่ายเข้มแข็ง เพื่อประชาชนสุขภาพดี บุคลากรมีความสุข”

ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issue)

1. การพัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพ : (Service Excellence)
2. การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพมีประสิทธิภาพ : (P&P Excellence)
3. การส่งเสริม สนับสนุนการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย : (Health Promotion Network Excellence)
4. การพัฒนาระบบบริหารจัดการ และคุณภาพชีวิตของบุคลากร : (Governance & People Excellence)

เป้าประสงค์หลัก (Goal)

1. ระบบบริการของโรงพยาบาล มีคุณภาพ ตามมาตรฐานสากล
2. ระบบการส่งเสริมสุขภาพมีประสิทธิภาพ ประชาชนมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน
3. ประชาชนและภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน มีส่วนร่วม ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่
4. ระบบบริหารจัดการมีประสิทธิภาพ บุคลากรมีศักยภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

G7. ภาควิชาเครือข่ายมีความเข้มแข็ง และมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ (ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 : เป้าประสงค์ที่ 3)

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด KPIs	กลยุทธ์	โครงการริเริ่ม
G7. ภาควิชาเครือข่ายมีความเข้มแข็ง และมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ	K18. จำนวนโครงการ/กิจกรรมที่ภาควิชาเครือข่ายมีส่วนร่วม $\geq 80\%$	พัฒนาภาควิชาเครือข่ายเข้มแข็งและพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้ (หมู่บ้านจัดการสุขภาพ , พขอ.)	โครงการพัฒนาศักยภาพภาควิชาเครือข่ายด้านสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและชุมชน

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายรายปีงบประมาณ				กลยุทธ์	ผู้รับผิดชอบ
		2562	2563	2564	2565		
G7. ภาควิชาเครือข่ายมีความเข้มแข็ง และมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ	K18. จำนวนโครงการ/กิจกรรมที่ภาควิชาเครือข่ายมีส่วนร่วม $\geq 80\%$	$\geq 80\%$	$\geq 80\%$	$\geq 85\%$	$\geq 85\%$	พัฒนาภาควิชาเครือข่ายเข้มแข็งและพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้ (หมู่บ้านจัดการสุขภาพ , พขอ.)	กลุ่มงานประกัน-ยุทธฯ

ความเชื่อมโยงยุทธศาสตร์ ค่าเป้าหมายและตัวชี้วัด โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี

วิสัยทัศน์ (Vision) “เป็นโรงพยาบาลชุมชนชั้นนำด้านการบริการและส่งเสริมสุขภาพ ภาควิชาเครือข่ายเข้มแข็ง เพื่อประชาชนสุขภาพดี บุคลากรมีความสุข”

ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issue)

1. การพัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพ : (Service Excellence)
2. การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพมีประสิทธิภาพ : (P&P Excellence)
3. การส่งเสริม สนับสนุนการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย : (Health Promotion Network Excellence)
4. การพัฒนาระบบบริหารจัดการ และคุณภาพชีวิตของบุคลากร : (Governance & People Excellence)

เป้าประสงค์หลัก (Goal)

1. ระบบบริการของโรงพยาบาล มีคุณภาพ ตามมาตรฐานสากล
2. ระบบการส่งเสริมสุขภาพมีประสิทธิภาพ ประชาชนมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน
3. ประชาชนและภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน มีส่วนร่วม ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่
4. ระบบบริหารจัดการมีประสิทธิภาพ บุคลากรมีศักยภาพและ

คุณภาพชีวิตที่ดี

G8. การจัดการเครื่องมือและระบบสาธารณสุขมูลฐาน มีประสิทธิภาพ (ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 : เป้าประสงค์ที่ 4)

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด KPIs	กลยุทธ์	โครงการริเริ่ม
G8. การจัดการเครื่องมือและระบบสาธารณสุขมูลฐาน มีประสิทธิภาพ	K19. อุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ของเครื่องมือสำคัญ/ระบบสำรองฉุกเฉิน	พัฒนาระบบการตรวจสอบที่เอื้อต่อการรายงานอุบัติการณ์ที่มีประสิทธิภาพ	โครงการพัฒนาระบบการตรวจสอบที่เอื้อต่อการรายงานอุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ของเครื่องมือสำคัญ/ระบบสำรองฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพ

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายรายปีงบประมาณ				กลยุทธ์	ผู้รับผิดชอบ
		2562	2563	2564	2565		
G8. การจัดการเครื่องมือและระบบสาธารณสุขมูลฐาน มีประสิทธิภาพ	K19. อุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ของเครื่องมือสำคัญ/ระบบสำรองฉุกเฉิน					พัฒนาระบบการตรวจสอบที่เอื้อต่อการรายงานอุบัติการณ์ที่มีประสิทธิภาพ	ศูนย์พัฒนาคุณภาพ RM

ความเชื่อมโยงยุทธศาสตร์ ค่าเป้าหมายและตัวชี้วัด โรงพยาบาลเชิงใน จังหวัดอุบลราชธานี

วิสัยทัศน์ (Vision) “เป็นโรงพยาบาลชุมชนชั้นนำด้านการบริการและส่งเสริมสุขภาพ ภาควิชาเครือข่ายเข้มแข็ง เพื่อประชาชนสุขภาพดี บุคลากรมีความสุข”

ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issue)

1. การพัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพ : (Service Excellence)
2. การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพมีประสิทธิภาพ : (P&P Excellence)
3. การส่งเสริม สนับสนุนการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย : (Health Promotion Network Excellence)
4. การพัฒนาระบบบริหารจัดการ และคุณภาพชีวิตของบุคลากร : (Governance & People Excellence)

เป้าประสงค์หลัก (Goal)

1. ระบบบริการของโรงพยาบาล มีคุณภาพ ตามมาตรฐานสากล
2. ระบบการส่งเสริมสุขภาพมีประสิทธิภาพ ประชาชนมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน
3. ประชาชนและภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน มีส่วนร่วม ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่
4. ระบบบริหารจัดการมีประสิทธิภาพ บุคลากรมีศักยภาพและ

คุณภาพชีวิตที่ดี

G9. การจัดการรายได้ และค่าใช้จ่ายมีประสิทธิภาพ (ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 : เป้าประสงค์ที่ 4)

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด KPIs	กลยุทธ์	โครงการริเริ่ม
G9. การจัดการรายได้ และค่าใช้จ่ายมีประสิทธิภาพ	K20. อัตราการเพิ่มขึ้นของรายได้ โรงพยาบาล(%)	บริหารรายรับให้เพิ่มขึ้น ควบคุมรายจ่ายและใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ คุ่มค่า คุ่มทุน	โครงการเฝ้าระวัง ติดตามข้อมูลสารสนเทศที่สนับสนุนการเงินการคลังโรงพยาบาล - HDC, 43 แฟ้ม และอื่น ๆ - Claim, Audit - ชื้อร่วม
	K21. ค่า CMI มากกว่า 0.6		
	K22. อัตราการลดลงของรายจ่ายที่ควบคุมได้		

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายรายปีงบประมาณ	กลยุทธ์	ผู้รับผิดชอบ
-------------	-----------	--------------------------	---------	--------------

		2562	2563	2564	2565		
G9. การจัดการรายได้ และค่าใช้จ่ายมี ประสิทธิภาพ	K20. อัตราการเพิ่มขึ้นของรายได้ โรงพยาบาล(%)					บริหารรายรับให้เพิ่มขึ้น ควบคุมรายจ่ายและ ใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ คุ่มค่า คุ่ม ทุน	กลุ่มงาน ประกัน-ยุทธฯ
	K21. ค่า CMI มากกว่า 0.6	0.70	0.75	0.75	0.75		กลุ่มงาน ประกัน-ยุทธฯ
	K22. อัตราการลดลงของรายจ่ายที่ควบคุม ได้						บริหาร

ความเชื่อมโยงยุทธศาสตร์ ค่าเป้าหมายและตัวชี้วัด โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี

วิสัยทัศน์ (Vision) “เป็นโรงพยาบาลชุมชนชั้นนำด้านการบริการและส่งเสริมสุขภาพ ภาควิชาเครือข่ายเข้มแข็ง เพื่อประชาชนสุขภาพดี บุคลากรมีความสุข”

ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issue)

1. การพัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพ : (Service Excellence)
2. การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพมีประสิทธิภาพ : (P&P Excellence)
3. การส่งเสริม สนับสนุนการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย : (Health Promotion Network Excellence)
4. **การพัฒนาระบบบริหารจัดการ และคุณภาพชีวิตของบุคลากร : (Governance & People Excellence)**

เป้าประสงค์หลัก (Goal)

1. ระบบบริการของโรงพยาบาล มีคุณภาพ ตามมาตรฐานสากล
2. ระบบการส่งเสริมสุขภาพมีประสิทธิภาพ ประชาชนมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน
3. ประชาชนและภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน มีส่วนร่วม ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่
4. **ระบบบริหารจัดการมีประสิทธิภาพ บุคลากรมีศักยภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี**

G10. การบริหารยุทธศาสตร์แผนงาน โครงการ มีประสิทธิภาพ (ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 : เป้าประสงค์ที่ 4)

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด KPIs	กลยุทธ์	โครงการริเริ่ม
-------------	----------------	---------	----------------

G10. การบริหาร ยุทธศาสตร์แผนงาน โครงการมีประสิทธิภาพ	K23. ร้อยละความสำเร็จ ของการ ดำเนินงาน ตามแผนปฏิบัติการประจำปี (80%)	ควบคุม กำกับติดตามการดำเนินงานตาม ยุทธศาสตร์ - M&E รายเดือน	โครงการนิเทศติดตามการดำเนินงานตามแผน ยุทธศาสตร์
--	--	---	--

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายรายปีงบประมาณ				กลยุทธ์	ผู้รับผิดชอบ
		2562	2563	2564	2565		
G10. การบริหาร ยุทธศาสตร์แผนงาน โครงการมีประสิทธิภาพ	K23. ร้อยละความสำเร็จ ของการ ดำเนินงาน ตามแผนปฏิบัติการประจำปี (80%)	≥80 %	≥80 %	≥80 %	≥80 %	ควบคุม กำกับติดตามการดำเนินงานตาม ยุทธศาสตร์ - M&E รายเดือน	กลุ่มงาน ประกัน-ยุทธ ฯ

ความเชื่อมโยงยุทธศาสตร์ ค่าเป้าหมายและตัวชี้วัด โรงพยาบาลเชิงใน จังหวัดอุบลราชธานี

วิสัยทัศน์ (Vision) “เป็นโรงพยาบาลชุมชนชั้นนำด้านการบริการและส่งเสริมสุขภาพ ภาควิชาเครือข่ายเข้มแข็ง เพื่อประชาชนสุขภาพดี บุคลากรมีความสุข”

ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issue)

1. การพัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพ : (Service Excellence)
2. การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพมีประสิทธิภาพ : (P&P Excellence)
3. การส่งเสริม สนับสนุนการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย : (Health Promotion Network Excellence)
4. การพัฒนาระบบบริหารจัดการ และคุณภาพชีวิตของบุคลากร : (Governance & People Excellence)

เป้าประสงค์หลัก (Goal)

1. ระบบบริการของโรงพยาบาล มีคุณภาพ ตามมาตรฐานสากล 2. ระบบการส่งเสริมสุขภาพมีประสิทธิภาพ ประชาชนมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน
3. ประชาชนและภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน มีส่วนร่วม ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ 4. ระบบบริหารจัดการมีประสิทธิภาพ บุคลากรมีศักยภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

G11. การบริหารความเสี่ยงและการควบคุมภายในมีประสิทธิภาพ (ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 : เป้าประสงค์ที่ 4)

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด KPIs	กลยุทธ์	โครงการริเริ่ม
G11. การบริหารความเสี่ยงและการควบคุมภายในมีประสิทธิภาพ	K24. ข้อร้องเรียน ได้รับการจัดการภายใน 3 วัน	วางแผนระบบจัดการข้อร้องเรียนตามมาตรฐาน	โครงการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงและการควบคุมภายในมีประสิทธิภาพ ถูกต้องตามหลักธรรมาภิบาล
	K25. ความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไปได้รับการแก้ไขเชิงระบบ ภายใน 7 วัน	พัฒนาระบบบริหารจัดการความเสี่ยงตามนโยบายความปลอดภัยของผู้รับบริการ	
	K26. การควบคุมภายในผ่านเกณฑ์ทุกด้าน	บูรณาการระบบตรวจสอบ ควบคุมภายในครอบคลุมทุกมิติอย่างมีประสิทธิภาพ - โรงพยาบาลมีผลประกอบการที่ดี และมีเสถียรภาพด้านการเงินการคลัง	

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายรายปีงบประมาณ				กลยุทธ์	ผู้รับผิดชอบ
		2562	2563	2564	2565		
G11. การบริหารความเสี่ยงและการควบคุมภายในมีประสิทธิภาพ	K24. ข้อร้องเรียน ได้รับการจัดการภายใน 3 วัน	>85 %	90%	95%	100 %	วางแผนระบบจัดการข้อร้องเรียนตามมาตรฐาน	ศูนย์ใกล้เคียง
	K25. ความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไปได้รับการแก้ไขเชิงระบบ ภายใน 7 วัน					พัฒนาระบบบริหารจัดการความเสี่ยงตามนโยบายความปลอดภัยของผู้รับบริการ	กรรมการ RM
	K26. การควบคุมภายในผ่านเกณฑ์ทุกด้าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	บูรณาการระบบตรวจสอบ ควบคุมภายในครอบคลุมทุกมิติอย่างมีประสิทธิภาพ - โรงพยาบาลมีผลประกอบการที่ดีและมีเสถียรภาพด้านการเงินการคลัง	ก.บริหารทั่วไป

G12. บุคลากรมี ศักยภาพ ในการปฏิบัติงานตาม ภารกิจและมีความสุข	K27. ร้อยละของบุคลากรที่ผ่านเกณฑ์การ ประเมินสมรรถนะ Functional Competency >80%	100%	100%	100%	100%	พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะและความ เชี่ยวชาญเหมาะสมกับตำแหน่งสอดคล้อง กับเป้าหมาย และก้าวทันต่อการเปลี่ยนแปลง	HRD.
	K28. ผล Happynomitor ร้อยละ 75	≥63%	≥65%	≥70%	≥75%	ปลูกฝังค่านิยมองค์กร และสร้างบรรยากาศ ในการทำงานให้เกิดความสุขความผูกพัน	HRD.

ความเชื่อมโยงยุทธศาสตร์ ค่าเป้าหมายและตัวชี้วัด โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี

วิสัยทัศน์ (Vision) “เป็นโรงพยาบาลชุมชนชั้นนำด้านการบริการและส่งเสริมสุขภาพ ภาควิชาเครือข่ายเข้มแข็ง เพื่อประชาชนสุขภาพดี บุคลากรมีความสุข”

ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issue)

1. การพัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพ : (Service Excellence)
2. การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพมีประสิทธิภาพ : (P&P Excellence)
3. การส่งเสริม สนับสนุนการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย : (Health Promotion Network Excellence)
4. การพัฒนาระบบบริหารจัดการ และคุณภาพชีวิตของบุคลากร : (Governance & People Excellence)

เป้าประสงค์หลัก (Goal)

1. ระบบบริการของโรงพยาบาล มีคุณภาพ ตามมาตรฐานสากล
2. ระบบการส่งเสริมสุขภาพมีประสิทธิภาพ ประชาชนมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน
3. ประชาชนและภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน มีส่วนร่วม ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่
4. ระบบบริหารจัดการมีประสิทธิภาพ บุคลากรมีศักยภาพและ

คุณภาพชีวิตที่ดี

G13. การจัดการความรู้ การวิจัย และนวัตกรรม (ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 : เป้าประสงค์ที่ 4)

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด KPIs	กลยุทธ์	โครงการริเริ่ม
G13. การจัดการความรู้ การวิจัย และนวัตกรรม	K29. ระดับความสำเร็จ ของการจัดการ ความรู้ (KM)	- ส่งเสริมสนับสนุนการสร้าง และเผยแพร่ผลงาน วิชาการ งานวิจัยและนวัตกรรม - สร้างความเข้มแข็งทางวิชาการและเป็นองค์กร แห่งการเรียนรู้	โครงการส่งเสริมสนับสนุนการสร้าง และ เผยแพร่ผลงานวิชาการ งานวิจัยและ นวัตกรรม

			<ul style="list-style-type: none"> - สนับสนุนงบประมาณการสร้างงานวิจัย นวัตกรรม - จัดกิจกรรมคุณภาพ เพื่อเผยแพร่ผลงาน - แลกเปลี่ยน เรียนรู้ทางวิชาการทุกช่องทาง การสื่อสาร - ผลงานวิชาการ งานวิจัยและนวัตกรรมเป็นที่ ยอมรับ
--	--	--	---

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายรายปีงบประมาณ				กลยุทธ์	ผู้รับผิดชอบ
		2562	2563	2564	2565		
G13. การจัดการความรู้ การวิจัย และนวัตกรรม	K29. ระดับความสำเร็จ ของการจัดการ ความรู้ (KM)	ระดับ 5	ระดับ 5	ระดับ 5	ระดับ 5	<ul style="list-style-type: none"> - ส่งเสริมสนับสนุนการสร้าง และเผยแพร่ผลงานวิชาการ งานวิจัยและ นวัตกรรม - สร้างความเข้มแข็งทางวิชาการและเป็น องค์กรแห่งการเรียนรู้ 	กลุ่มงาน ประกัน-ยุทธฯ

ความเชื่อมโยงยุทธศาสตร์ ค่าเป้าหมายและตัวชี้วัด โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี

วิสัยทัศน์ (Vision) “เป็นโรงพยาบาลชุมชนชั้นนำด้านการบริการและส่งเสริมสุขภาพ ภาควิชาเครือข่ายเข้มแข็ง เพื่อประชาชนสุขภาพดี บุคลากรมีความสุข”

ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issue)

1. การพัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพ : (Service Excellence)
2. การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพมีประสิทธิภาพ : (P&P Excellence)
3. การส่งเสริม สนับสนุนการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย : (Health Promotion Network Excellence)
4. การพัฒนาระบบบริหารจัดการ และคุณภาพชีวิตของบุคลากร : (Governance & People Excellence)

เป้าประสงค์หลัก (Goal)

1. ระบบบริการของโรงพยาบาล มีคุณภาพ ตามมาตรฐานสากล
2. ระบบการส่งเสริมสุขภาพมีประสิทธิภาพ ประชาชนมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน
3. ประชาชนและภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน มีส่วนร่วม ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่
4. ระบบบริหารจัดการมีประสิทธิภาพ บุคลากรมีศักยภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

G14. ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนการบริหาร การปฏิบัติงาน การเรียน และการวิจัย (ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 : เป้าประสงค์ที่ 4)

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด KPIs	กลยุทธ์	โครงการริเริ่ม
G14. ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนการบริหาร การปฏิบัติงาน การเรียน และการวิจัย	K30. จำนวนระบบสารสนเทศที่พัฒนาขึ้น เพื่อสนับสนุนการบริหาร การปฏิบัติงาน และการวิจัย	พัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัยมาใช้ในการสนับสนุนการปฏิบัติงาน	โครงการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัย มาใช้ในการสนับสนุนการบริหาร การปฏิบัติงาน และการวิจัย

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายรายปีงบประมาณ				กลยุทธ์	ผู้รับผิดชอบ
		2562	2563	2564	2565		
G14. ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนการบริหาร การปฏิบัติงาน การเรียน และการวิจัย	K30. จำนวนระบบสารสนเทศที่พัฒนาขึ้น เพื่อสนับสนุนการบริหาร การปฏิบัติงาน และการวิจัย	1	1	1	1	พัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัยมาใช้ในการสนับสนุนการปฏิบัติงาน	กลุ่มงาน ประกัน-ยุทธ ๗

ความเชื่อมโยงยุทธศาสตร์ ค่าเป้าหมายและตัวชี้วัด โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี

วิสัยทัศน์ (Vision) “เป็นโรงพยาบาลชุมชนชั้นนำด้านการบริการและส่งเสริมสุขภาพ ภาควิชาเครือข่ายเข้มแข็ง เพื่อประชาชนสุขภาพดี บุคลากรมีความสุข”

ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issue)

1. การพัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพ : (Service Excellence)
2. การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพมีประสิทธิภาพ : (P&P Excellence)
3. การส่งเสริม สนับสนุนการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย : (Health Promotion Network Excellence)
4. การพัฒนาระบบบริหารจัดการ และคุณภาพชีวิตของบุคลากร : (Governance & People Excellence)

เป้าประสงค์หลัก (Goal)

1. ระบบบริการของโรงพยาบาล มีคุณภาพ ตามมาตรฐานสากล
2. ระบบการส่งเสริมสุขภาพมีประสิทธิภาพ ประชาชนมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน
3. ประชาชนและภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน มีส่วนร่วม ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่
4. ระบบบริหารจัดการมีประสิทธิภาพ บุคลากรมีศักยภาพและ

คุณภาพชีวิตที่ดี

G15. สภาพแวดล้อมการทำงานปลอดภัยและเอื้อต่อการปฏิบัติงาน (ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 : เป้าประสงค์ที่ 4)

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด KPIs	กลยุทธ์	โครงการริเริ่ม
G15. สภาพแวดล้อมการทำงานปลอดภัยและเอื้อต่อการปฏิบัติงาน	K31. ผลการประเมินโรงพยาบาล Green &Glean ผ่านเกณฑ์ ระดับดีเด่น	พัฒนาสิ่งแวดล้อมให้มีความปลอดภัยและเอื้อต่อการปฏิบัติงาน	โครงการบริหารจัดการสภาพแวดล้อมการทำงาน ปลอดภัยและเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายรายปีงบประมาณ				กลยุทธ์	ผู้รับผิดชอบ
		2562	2563	2564	2565		
G15. สภาพแวดล้อมการทำงานปลอดภัยและเอื้อต่อการปฏิบัติงาน	K31. ผลการประเมินโรงพยาบาล Green &Glean ผ่านเกณฑ์ ระดับดีเด่น	ดีเด่น	ดีเด่น	ดีเด่น	ดีเด่น	พัฒนาสิ่งแวดล้อมให้มีความปลอดภัยและเอื้อต่อการปฏิบัติงาน	ENV.

สรุปตัวชี้วัดตามแผนกลยุทธ์โรงพยาบาลเชียงใหม่ ปี 2562-2565

ลำดับ	เป้าประสงค์	จำนวน ตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดตามแผนกลยุทธ์
G1	ประชาชนมีสุขภาพดี	4	ยุทธศาสตร์ที่ 1
G2	โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐานสากล	1	G2 : K5
G3	ผู้รับบริการพึงพอใจ	1	G3 : K7, 8, 9, 10, 11, 12, 13
G4	ระบบดูแลรักษา มีประสิทธิภาพ	7	G4 : K14
G5	การจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินและระบบส่ง-ต่อ ผู้ป่วย มีประสิทธิภาพ	1	G5 : K14
G6	การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และควบคุมโรคในโรงพยาบาลและชุมชน มีประสิทธิภาพ	3	ยุทธศาสตร์ที่ 2
G7	ภาคีเครือข่ายมีความเข้มแข็ง และมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ	1	G1 : K1, 2, 3, 4
G8	การจัดการเครื่องมือและระบบสาธารณสุขปลอดภัย มีประสิทธิภาพ	1	G6 : K15, 16, 17
G9	การจัดการรายได้ และค่าใช้จ่ายมีประสิทธิภาพ	3	ยุทธศาสตร์ที่ 3
G10	การบริหารยุทธศาสตร์แผนงานโครงการมีประสิทธิภาพ	1	G7 : K18
G11	การบริหารความเสี่ยงและการควบคุมภายใน มีประสิทธิภาพ	3	ยุทธศาสตร์ที่ 4
G12	บุคลากรมีศักยภาพในการปฏิบัติงานตามภารกิจและมีความสุข	2	G8 : K19 / G9 : K20, 21, 22
G13	การจัดการความรู้ การวิจัย และนวัตกรรม	1	G10 : K23 / G11 : K24, 25, 26
G14	ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนการบริหาร การปฏิบัติงาน การเรียน และการวิจัย	1	G12 : K27, 28 / G13 : K29
G15	สภาพแวดล้อมการทำงานปลอดภัยและเอื้อต่อการปฏิบัติงาน	1	G14 : K30 / G15 : K31
รวม		31	

คำอธิบายนิยามตัวชี้วัด
แผนกลยุทธ์โรงพยาบาลเชียงใหม่

คำอธิบายนิยามตัวชี้วัด แผนกลยุทธ์โรงพยาบาลเชียงใหม่ ปี 2562-2565

เป้าประสงค์ที่ G1	ประชาชนมีสุขภาพดี
ตัวชี้วัด K1	ร้อยละอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐาน 5 ปี
คำนิยาม	<p>อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลง หมายถึง อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับ ค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี ตามปีปฏิทิน ลดลงร้อยละ 20</p> <p>โรคไข้เลือดออก หมายถึง โรคที่ได้รับการวินิจฉัยอาการตามเกณฑ์ทางคลินิก และหรือมีผลตามเกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการว่าป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ทุกกลุ่มอาการ ได้แก่ Dengue Fever(DF) , Dengue Hemorrhagic Fever(DHF) และ Dengue Shock Syndrome(DSS)</p> <p>อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกรายเดือน หมายถึง ผลรวมของจำนวนผู้ป่วย DF , DHF และ DSS ในจำนวนประชากร 100,000 คน คำนวณจาก จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก 1 เดือนคูณ 100,000หาร จำนวนประชากรกลางปีเดียวกัน</p> <p>อัตราป่วยโรคไข้เลือดออก หมายถึง ผลรวมของจำนวนผู้ป่วย DF , DHF และ DSS ในจำนวนประชากร 100,000 คน คำนวณจาก จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ตามปีปฏิทิน คูณ 100,000หาร จำนวนประชากรกลางปีเดียวกัน</p>
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก
ประชากร/กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรตามฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร อำเภอเชียงใหม่
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดทำฐานข้อมูลอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกรายเดือนและรายปี เปรียบเทียบกับค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	<p>A = จำนวนผู้ป่วยและตายด้วยโรคไข้เลือดออกปีปัจจุบัน</p> <p>B = ค่ามัธยฐานอัตราป่วยโรคไข้เลือดออก ย้อนหลัง 5 ปี</p> <p>ร้อยละของอัตราป่วยไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐาน คือ $A/B \times 100$</p>
ระยะเวลาประเมิน	ทุกเดือน
วิธีการประเมินผล	ร้อยละของอัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง

คำอธิบายนิยามตัวชี้วัด แผนกลยุทธ์โรงพยาบาลเชียงใหม่ ปี 2562-2565

เป้าประสงค์ที่ G1	ประชาชนมีสุขภาพดี
ตัวชี้วัด K2	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วย TB รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ
คำนิยาม	<p>1. ความสำเร็จการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ</p> <p>1.1 รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการยืนยันเมื่อเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษาและในเดือนสุดท้ายของการรักษา</p> <p>1.2 รักษาครบ(Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้ผลตรวจเสมหะอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษาคือเป็นลบ รวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ</p> <p>2. ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อน และผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ</p> <p>2.1 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ(Bacteriologically confirmed : B+) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ culture หรือวิธี Molecular หรือ วิธีการอื่น ๆ ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง</p> <p>2.2 ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed : B -) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ แต่ทำการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอกซเรย์รังสีทรวงอก หรือมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค</p> <p>2.3.วัณโรคนอกปอด (EP) หมายถึง การที่มีพยาธิสภาพของวัณโรคที่อวัยวะอื่น ๆ ที่ไม่ใช่เนื้อปอด</p> <p>3. ผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ (Relapse) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดหรือวัณโรคนอกปอด ที่การป่วยครั้งล่าสุดมีผลการรักษาหายหรือรักษาครบ แต่กลับมาป่วยเป็นวัณโรคอีก แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ</p> <p>3.1. ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ(Bacteriologically confirmed : B+) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ culture หรือวิธี Molecular หรือวิธีการอื่น ๆ ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง</p> <p>3.2. ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันไม่พบเชื้อ (Clinically diagnosed : B-) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะ เป็นลบ หรือไม่มีผลตรวจ แต่ทำการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอกซเรย์รังสีทรวงอก หรือมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค</p>

	<p>3.3. วัณโรคนอกปอด (EP) หมายถึง การที่มีพยาธิสภาพของวัณโรคที่อวัยวะอื่น ๆ ที่ไม่ใช่เนื้อปอด</p> <p>4. กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยวัณโรค ทุกกลุ่ม</p> <p>5. ผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่ม หมายถึง ผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค
ประชากร/ กลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่ม ที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2561 (ตั้งแต่ ตุลาคม-ธันวาคม 2560)
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	<p>การจัดเก็บข้อมูล ดังนี้</p> <p>แบบฟอร์ม TB 08 ที่บันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนและครบรอบรายงานในหนึ่งไตรมาส ที่ประเมินได้ผ่านระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์รายบุคคล หรือ โปรแกรมบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรค (Tuberculosis Case Management :TBCM 2010) หรือโปรแกรม TBCM online เพื่อเป็นข้อมูลอ้างอิงในการประเมินผล (แหล่งข้อมูล)</p> <p>1. แบบฟอร์ม TB08 หรือ 2. ระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์รายบุคคล หรือ 3. โปรแกรมบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรค (TBCM 2010) หรือ 4. โปรแกรม TBCM online</p>
สูตรการคำนวณ ตัวชี้วัด	<p>$(A/B) \times 100$</p> <p>A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่ม ที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวม กับรักษาครบ (Completed)</p> <p>B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่ม ที่ขึ้นทะเบียนรักษา ใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562</p> <p>เงื่อนไขการคำนวณ</p> <ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มเป้าหมายและช่วงระยะเวลาที่นำมาประเมิน คือผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่ม ที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 (ตั้งแต่ ตุลาคม-ธันวาคม 2561) และครบรอบรายงานผลการรักษาไม่เกินวันที่ 31 สิงหาคม 2562 - เนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่มที่ขึ้นทะเบียนรักษา ใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 (ตั้งแต่ ตุลาคม-ธันวาคม 2561) จะมีระยะเวลาการรักษามากกว่าช่วงระยะที่จะสรุปผลการรักษา (Outcome) ในเดือนสิงหาคม 2562 ในป็นนี้จึงยกเว้นไม่นำผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ (Relapse) มารวมประเมินผลการรักษา (Outcome) โดยให้คิดเฉพาะผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ เท่านั้น - กรณีที่แพทย์มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัย หรือ พบว่าเป็น Rifampicin resistant Tuberculosis (RR-TB), Multidrug resistant tuberculosis (MDR-TB) หรือ Extensively drug resistant tuberculosis (XDR-TB) ก่อนสิ้นเดือนที่ 5 จะไม่ถูกนำมานับรวมอยู่ในตัวหาร “B” เพื่อคิดคำนวณอัตราความสำเร็จ ของการรักษาวัณโรค

ระยะเวลาประเมิน	ไตรมาสที่ 2 หรือ ไตรมาส 3
วิธีการประเมินผล	ใช้อัตราความสำเร็จในการรักษาแยกเป็นระดับอำเภอ เกณฑ์การให้คะแนนตามอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่ขึ้นทะเบียนและครบรอบรายงานในหนึ่งไตรมาสที่ประเมินได้

คำอธิบายนิยามตัวชี้วัด แผนกลยุทธ์โรงพยาบาลเชียงใหม่ ปี 2562-2565

เป้าประสงค์ที่ G1	ประชาชนมีสุขภาพดี									
ตัวชี้วัด K3	อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและ/หรือเบาหวานรายใหม่ลดลง									
คำนิยาม	<p>1. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน</p> <ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (Pre-DM) หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่มีค่าระดับ FBS 100 – 125 mg/dl ในปีที่ผ่านมา ในเขตรับผิดชอบ - ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานรายใหม่ในปีงบประมาณ โดยการวินิจฉัยของแพทย์ และได้รับการขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคเรื้อรัง <p>2. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ประเมินด้วยการวัดความดันโลหิตที่บ้าน</p> <ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง (Pre-HT) หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่มีค่าระดับความดันโลหิต 120-139/80-89 mmHg ในปีที่ผ่านมา ในเขตรับผิดชอบ - ผู้สงสัยป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่มีค่าระดับความดันโลหิต $\geq 140/90$ mmHg ในปีที่ผ่านมา ในเขตรับผิดชอบ และรอการวินิจฉัยของแพทย์ - การวัดความดันโลหิตที่บ้าน หมายถึง กลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจความดันโลหิตซ้ำอีกครั้งที่บ้าน โดย อสม. หรือด้วยตนเอง (กรณีวัดความดันโลหิตเป็น) ตามแนวทางการวัดความดันโลหิตที่บ้านหลังจากมารับบริการการคัดกรองที่โรงพยาบาลแล้ว ภายใน 6 ด <p>เกณฑ์เป้าหมาย</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ</th> <th>เบาหวาน</th> <th>ความดันโลหิตสูง</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2562</td> <td>อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกินร้อยละ 2.40</td> <td>อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบ ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 20</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกินร้อยละ 2.28</td> <td>อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบ ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 30</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ	เบาหวาน	ความดันโลหิตสูง	2562	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกินร้อยละ 2.40	อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบ ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 20	2563	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกินร้อยละ 2.28	อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบ ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 30
ปีงบประมาณ	เบาหวาน	ความดันโลหิตสูง								
2562	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกินร้อยละ 2.40	อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบ ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 20								
2563	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกินร้อยละ 2.28	อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบ ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 30								

	2564	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกินร้อยละ 2.16	อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบ ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 40
	2565	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกินร้อยละ 2.04	อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบ ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 50
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อลดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่ม Pre DM 2. เพื่อลดผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ จากกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วย HT 		
ประชากร/กลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็น Pre DM ในปีงบประมาณที่ผ่านมา 2. ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณที่ผ่านมา 		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>A = จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ และขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ</p> <p>B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบทั้งหมด ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในปีงบประมาณที่ผ่านมา</p> <p>C = จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน</p> <p>D = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณที่ผ่านมา</p>		
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> 1. $(A/B) \times 100$ 2. $(C/D) \times 100$ 		
ระยะเวลาประเมิน	ไตรมาส 4 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม ของปีงบประมาณที่วิเคราะห์		
วิธีการประเมินผล	ติดตามจากระบบรายงานใน HDC		

คำอธิบายนิยามตัวชี้วัด แผนกลยุทธ์โรงพยาบาลเชียงใหม่ ปี 2562-2565

เป้าประสงค์ที่ G1	ประชาชนมีสุขภาพดี
ตัวชี้วัด K4	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ
คำนิยาม	<p>การฆ่าตัวตายสำเร็จ หมายถึง การกระทำของบุคคลในการปลิดชีวิตตนเองโดยสมัครใจและเจตนาที่จะตายจริง เพื่อให้หลุดพ้นจากการบีบคั้น หรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งอาจจะกระทำโดยตรงไปตรงมาหรือกระทำโดยอ้อมด้วยวิธีการต่าง ๆ จนกระทั่งกระทำได้สำเร็จ</p> <p>การพยายามฆ่าตัวตาย (Suicide Attempt) หมายถึง บุคคลที่ได้ทำการลงมือทำร้ายตนเองด้วยวิธีการต่าง ๆ และมุ่งหวังให้ตนเองเสียชีวิต แต่ไม่ถึงเสียชีวิตและมีลักษณะอาการ และอาการแสดงสอดคล้องตรงกับตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD – 10 หมวด Intentional self – harm (X60 – X84) หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรค DSM – 5 และมารับบริการตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562</p> <p>การบริการบำบัดและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง หมายถึง ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการ ในหน่วยบริการสาธารณสุข ได้รับการคัดกรอง เฝ้าระวังด้วยวิธีการและ/หรือเครื่องมือสำหรับบุคลากร สาธารณสุข เช่น แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กรมสุขภาพจิต และได้รับการตรวจรักษาตามอาการและการดูแลด้านสังคมจิตใจ ตามอาการที่พบ และมีการติดตามเยี่ยมภายใน 15-30 วันอย่างน้อยหนึ่งครั้ง ภายหลังจากให้กลับบ้าน และ หรือ มีการติดตามดูแลโดยการนัดมาติดตามผลที่สถานบริการ (Follow up) หรือการติดตามไปดูแลในชุมชนโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Refer) เพื่อให้เกิดความปลอดภัยจากการฆ่าตัว ตาย และไม่กลับไปทำร้ายตนเองซ้ำ ภายใน 1 ปี</p>
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทำให้ทราบถึงภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนกลุ่มเสี่ยงระหว่างกลุ่มบุคคล สถานที่ ช่วงเวลา เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับ 2. เป็นเครื่องชี้วัดปัญหาสาธารณสุขและความรุนแรงของปัญหานั้น สูการกำหนดมาตรการและแนวทางในการแก้ไขปัญหาต่อไป
ประชากร/ กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรทุกกลุ่มอายุ
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> - แบบ รง. 506 S - การบันทึกข้อมูลผ่านฐานข้อมูล Online www.suicidethailand.com - การบันทึกจัดเก็บรายงานข้อมูลการพยายามฆ่าตัวตายตามการจำแนกโรค ICD10 (X60 –X84) ในฐานข้อมูล 43 แฟ้ม
สูตรการคำนวณ ตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$ <p>A = จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ</p> <p>B = จำนวนประชากรทุกกลุ่มอายุ (ตามฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์)</p>

ระยะเวลาประเมิน	ประเมินรายไตรมาส
วิธีการประเมินผล	นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลทางสถิติในรูปแบบของอัตราส่วน และอธิบายลักษณะทางภูมิศาสตร์ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ

คำอธิบายนิยามตัวชี้วัด แผนกลยุทธ์โรงพยาบาลเชียงใหม่ ปี 2562-2565

เป้าประสงค์ที่ G2	โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐานสากล
ตัวชี้วัด K5	โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพตามมาตรฐานสากล (HA)
คำนิยาม	<p>การรับรองมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล (HA) หมายถึง การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลโดยผ่านการประเมินจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.)</p> <p>โรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) หมายถึง โรงพยาบาลที่มีการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA และผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพหรือได้รับการรับรองจาก สรพ. 6. กระบวนการรับรอง HA มี 3 ชั้น ดังนี้</p> <p>ชั้นที่ 1 หมายถึง โรงพยาบาลมีการนำปัญหามาทบทวนเพื่อแก้ไข ป้องกัน ความเสี่ยง และมีแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันปัญหาป้องกัน ความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น</p> <p>ชั้นที่ 2 หมายถึง โรงพยาบาลมีการวางระบบในเชิงรุก มีการวิเคราะห์เป้าหมายและกระบวนการ, มีการพัฒนาคุณภาพที่สอดคล้อง กับเป้าหมาย (CQI/QA) ชั้นที่ 3 (ผ่านHA) หมายถึง โรงพยาบาลมีการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน HA, มีมาตรฐาน HA ครบถ้วน, มีการสังเคราะห์งานเพื่อให้งานเกิดการพัฒนา และมีการเชื่อมโยงกระบวนการทำงานทั้งระบบงาน ทุก 3 ปี หลังการผ่าน HA ชั้น3 มีการรับรองกระบวนการคุณภาพและการขอต่ออายุการรับรอง กระบวนการคุณภาพตามมาตรฐาน HA (Re-accreditation Survey)</p>
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้โรงพยาบาลมีคุณภาพตามมาตรฐานบริการตามเกณฑ์ที่กำหนด 2. เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ
ประชากร/กลุ่มเป้าหมาย	ทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
ระยะเวลาประเมิน	การรับรองกระบวนการคุณภาพและการขอต่ออายุการรับรอง กระบวนการคุณภาพตามมาตรฐาน HA (Re-accreditation Survey) ครั้งที่ 3 ประเมินปี 2562 ,ครั้งที่ 4 ปี 2565 และครั้งที่ 5 ปี 2568
วิธีการประเมินผล	คณะกรรมการประเมินงานมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA) จาก สรพ. ผลการดำเนินงานเทียบตามเกณฑ์การให้คะแนน

--	--

คำอธิบายนิยามตัวชี้วัด แผนกลยุทธ์โรงพยาบาลเชียงใหม่ ปี 2562-2565

เป้าประสงค์ที่ G3	ผู้รับบริการพึงพอใจ
ตัวชี้วัด K6	ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ
คำนิยาม	การประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการสาธารณสุข หมายถึง การประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยใน ตามแนวทางหรือวิธีการประเมินมาตรฐานบริการของกระทรวงสาธารณสุขต่อบริการ ด้านสถานที่สิ่งแวดล้อม เครื่องมือเครื่องใช้ อุปกรณ์ สิ่งของหรือวัสดุ รวมถึงข้อมูลข่าวสารที่ให้บริการ คุณสมบัติ และบุคลิกภาพของผู้ปฏิบัติงาน วิธีการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ และพฤติกรรมการบริการในโรงพยาบาล
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยบริการทุกระดับในโรงพยาบาล 2. เพื่อให้บริการสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ
ประชากร/ กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรเป็นผู้รับบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาล (กลุ่มเป้าหมาย : คัดเลือกตามระเบียบวิธีการวิจัย)
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	<p>หน่วยบริการดำเนินการสำรวจความพึงพอใจ ปีละ 1 ครั้ง (ระหว่างเดือนมกราคม-มีนาคม) โดยจัดเก็บตัวอย่าง 400 ตัวอย่าง ใช้หลักการ 5% ของประชากรผู้ป่วยเฉลี่ยต่อวัน เก็บข้อมูลทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ใช้เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นจากแบบประเมินของสำนักงานการพยาบาล</p> <p>วิธีการเก็บข้อมูล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สุ่มตัวอย่างผู้ป่วย เพื่อแจกแบบสอบถามโดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้ หลักการ 5% ของประชากรผู้ป่วยนอก-ในเฉลี่ยต่อวัน กรณีผู้ป่วยใน กำหนดคุณสมบัติ ต้องมีระยะเวลาวันนอนในโรงพยาบาล 2 วันขึ้นไป

	<p>2. แจกแบบสอบถามให้กับผู้ป่วยที่สามารถอ่านออกเขียนได้ หรือใช้วิธีสัมภาษณ์ในกรณีที่ไม่อ่านเขียนไม่ได้ ยกเว้นผู้ป่วยในรายที่ปฏิเสธการตอบแบบสอบถาม</p> <p>3. เก็บแบบสอบถามทุกวันจนครบระยะเวลาที่กำหนด นำแบบสอบถามมาเจงนับคะแนนที่ผู้ป่วยประเมินและคะแนนเต็มของแต่ละชุด</p> <p>4. คำนวณหาผลรวมของคะแนนความพึงพอใจและคะแนนเต็ม ของแบบสอบถามคำนวณอัตราส่วนร้อยละของคะแนนความพึงพอใจ ตามสูตรวิธีการเก็บข้อมูล</p> <p style="text-align: center;">เกณฑ์เป้าหมายร้อยละความพึงพอใจผู้รับบริการ</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>งบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> <th>ปีงบประมาณ 65</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">>85%</td> <td style="text-align: center;">>85%</td> <td style="text-align: center;">>85%</td> <td style="text-align: center;">>85%</td> <td style="text-align: center;">>85%</td> </tr> </tbody> </table>	งบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	>85%	>85%	>85%	>85%	>85%
งบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65							
>85%	>85%	>85%	>85%	>85%							
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$\text{ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ} = \frac{\text{ผลรวมของคะแนนความพึงพอใจ} \times 100}{\text{ผลรวมคะแนนเต็มของแบบสอบถาม}}$										
ระยะเวลาประเมิน	เก็บข้อมูลเดือนมกราคม-มีนาคม และรายงานผลเดือนเมษายนของทุกปี										
วิธีการประเมินผล	จากรายงานผลการประเมินและผลการวิเคราะห์ข้อมูลประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการโรงพยาบาล										

คำอธิบายนิยามตัวชี้วัด แผนกลยุทธ์โรงพยาบาลเชียงใหม่ ปี 2562-2565

เป้าประสงค์ที่ G4	ระบบดูแลรักษา มีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัด K7	อัตราการตายของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินใน 24 ชม.
คำนิยาม	<p>“ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน” หมายถึง ผู้มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉินและได้รับการคัดแยก Triage Level เป็น Level 1 และ 2.ในระบบการคัดแยก 5 level ทั้ง Trauma และ Non - Trauma</p> <p>“การเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง” หมายถึง การเสียชีวิตของผู้ป่วยนับจากเวลาที่มาถึงห้องฉุกเฉินหรือในผู้ป่วยใน (IPD) ถึงเวลาที่เสียชีวิต (Door to Death) ภายใน 24 ชั่วโมง ไม่รวมการเสียชีวิต ที่แพทย์วินิจฉัย DBA (Dead Before Admit)</p> <p>ECS (Emergency Care System) คือ ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยสุขภาพประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (EMS) การดูแลในห้องฉุกเฉิน (ER) การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล (Referral System) การจัดการสาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Disaster)</p> <p>แนวคิดการจัดบริการ ECS คือ การพัฒนา “ห่วงโซ่คุณภาพ (Chain of Quality)” ได้แก่ EMS คุณภาพ, ER คุณภาพ, Refer คุณภาพ และ Disaster คุณภาพ เพื่อสร้าง “ห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต (Chain of Survival)” ของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน โดยมีเป้าประสงค์</p>

	<p>1) เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน</p> <p>2) ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพที่ป้องกันได้ (Preventable Death) จากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน</p> <p>3) ระบบ ECS ที่มีคุณภาพและมาตรฐาน</p> <p style="text-align: center;">เกณฑ์เป้าหมายอัตราการตายของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินใน 24 ชม.</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>งบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> <th>ปีงบประมาณ 65</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;"><12 %</td> <td style="text-align: center;">< 10 %</td> <td style="text-align: center;"><8%</td> <td style="text-align: center;">< 6%</td> <td style="text-align: center;"><6 %</td> </tr> </tbody> </table>	งบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	<12 %	< 10 %	<8%	< 6%	<6 %
งบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65							
<12 %	< 10 %	<8%	< 6%	<6 %							
วัตถุประสงค์	<p>1) ER Safety Goal ลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชม.</p> <p>2) เพิ่มการเข้าถึง ด้วยEMS ของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินและโรคช่องทางด่วน เช่น STEMI , Respiratory Failure, Multiple Trauma</p>										
ประชากร/ กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลเชิงใน										
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. รวบรวมสถิติบริการห้องฉุกเฉินแยกตามระดับการคัดแยก เป็น5 ระดับ ตาม National Triage 2. รวบรวมข้อมูลการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ ER หรือ Admit จากห้องฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง 3. ติดตามข้อมูลใน HDC 4. วิเคราะห์โรคและสาเหตุการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน Root Cause Analysis 5. Audit เพื่อค้นหาโอกาสการพัฒนา หาแนวทางแก้ปัญหา และจัดทำข้อเสนอแนะ 6. วางแผนการพัฒนาโดยจัดลำดับความสำคัญ นำแผนไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม 7. ติดตามและประเมินผลทุก เดือน 										
สูตรการคำนวณ ตัวชี้วัด	<p style="text-align: center;">ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดแยก Triage Level 1 และ 2 ที่มีสัญญาณชีพ แรกรับ ที่เสียชีวิตภายใน24 ชม.ที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล X</p> <p>100</p>										

	ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดแยก Triage Level 1 และ 2 ทั้งหมด
ระยะเวลาประเมิน	ติดตามและประเมินผลทุกเดือน
วิธีการประเมินผล	<p>แนวทาง/มาตรการและกลวิธี</p> <ol style="list-style-type: none"> พัฒนาระบบ EMS คุณภาพ, ER คุณภาพ ,Refer คุณภาพ ,ECS คุณภาพตามแนวทางของกรมการแพทย์ ประกอบด้วย <u>ER Service Delivery</u> <ul style="list-style-type: none"> เพิ่มประสิทธิภาพการคัดแยก (Triage) โดยมีการอบรมฟื้นฟูพัฒนาทักษะเจ้าหน้าที่บุคลากรในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยการใช้ National Triage ที่พัฒนาโดยกรมการแพทย์ พัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วย Fast track เพิ่มประสิทธิภาพการวินิจฉัยโรค (Early Diagnosis) และการรักษาอย่างรวดเร็ว (Early Treatment) การสื่อสาร บุคลากรทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ (Effective Communication and Effective Teamwork) และเพิ่มประสิทธิภาพ Patient Flow เตรียมความพร้อมของสถานพยาบาลในการจัดการภาวะฉุกเฉินและสาธารณภัย (Hospital Preparedness for Emergencies) Ambulance Safety คือการป้องกันและการลดความรุนแรงในห้องฉุกเฉิน (Workplace Violence) โดยพัฒนาตามแนวการสร้างความปลอดภัยในการทำงานป้องกัน หรือลดความรุนแรงในห้องฉุกเฉิน การพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม เช่น แสง สี เสียง การระบายอากาศตามมาตรฐานอาคารสถานที่ พัฒนาระบบข้อมูลและเชื่อมโยงกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ การวางแผนพัฒนาบุคลากรโดยส่งเข้าอบรม Emergency Nurse สนับสนุน และพัฒนาทักษะแก่เจ้าหน้าที่กู้ชีพ การพัฒนาช่องทางด่วน (Fast track) เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินกลุ่มโรคสำคัญ Stroke , AMI Trauma; Head injury การลดความแออัดของผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน ในห้องฉุกเฉิน เพื่อในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินได้เต็มที่

เป้าประสงค์ที่ G4	ระบบดูแลรักษา มีประสิทธิภาพ				
ตัวชี้วัด K8	อัตราการ Revisit (ร้อยละของการกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการหรือโรคเดิมที่มีความรุนแรงมากขึ้นภายใน 48 ชั่วโมง)				
คำนิยาม	ผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง ด้วยอาการหรือโรคเดิมที่มีความรุนแรงมากขึ้น หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้มาได้รับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน และผู้ป่วยนอก ได้รับการตรวจจากแพทย์หรือพยาบาลวิชาชีพ แล้วให้กลับบ้าน และได้กลับมารักษาซ้ำด้วยอาการหรือโรคเดิมที่มีความรุนแรงมากขึ้น ภายใน 48 ชั่วโมง โดยไม่ได้นัด				
	งบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
	<10 %	<8 %	<7%	<6%	<5 %
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้รับบริการได้รับการตรวจรักษาที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน 2. ได้รับการวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพ ลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ ด้วยโรคเดิม หรือความรุนแรง-ก้าวหน้าของการเจ็บป่วยที่สามารถควบคุมได้ 				
ประชากร/กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่ OPD หรือ ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียงใหม่				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมจากโปรแกรมรายงานการให้บริการงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน , Risk Profile ,ระบบข้อมูล HI ของโรงพยาบาล				
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำด้วยอาการหรือโรคเดิมที่มีความรุนแรงมากขึ้นภายใน}}{\text{จำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการตรวจรักษาในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินแล้วจำหน่ายกลับบ้าน}} \times 100$				
ระยะเวลาประเมิน	ทุกเดือน				
วิธีการประเมินผล	<ul style="list-style-type: none"> - Audit เวชระเบียน ผู้ป่วยที่ Revisit ทุกราย เพื่อค้นหาโอกาสการพัฒนา หาแนวทางแก้ปัญหา และจัดทำข้อเสนอแนะ - วิเคราะห์หาสาเหตุ ปรับปรุงแก้ไข <p>สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลแห่งประเทศไทย กล่าวว่า ผู้ป่วยที่กลับมาตรวจซ้ำที่แผนกอุบัติเหตุและ ฉุกเฉินโดยมิได้นัดหมายคือสัญญาณบ่งชี้เหตุการณ์ อันไม่พึงประสงค์ ซึ่งตรงกับ Trigger tool of Institute of Healthcare Improvement (IHI) แห่งประเทศสหรัฐอเมริกา เนื่องจากการกลับมาตรวจซ้ำ ที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยมิได้นัดหมายมักก่อให้เกิดเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ต่อผู้ป่วย เพิ่มอัตราการตายและก่อให้เกิดปัญหาการฟ้องร้องตามมา</p>				

คำอธิบายนิยามตัวชี้วัด แผนกลยุทธ์โรงพยาบาลเชียงใหม่ ปี 2562-2565

เป้าประสงค์ที่ G4	ระบบดูแลรักษา มีประสิทธิภาพ				
ตัวชี้วัด K8	อัตราการรับผู้ป่วยในซ้ำใน 28 วัน (Re-Admission Rate)				
คำนิยาม	อัตราการรับผู้ป่วยในซ้ำใน 28 วัน (Re-Admission Rate)จำนวนผู้ป่วย HN เดียวกันที่วันที่รับไว้รักษาครั้งต่อมาห่างจากวันจำหน่ายครั้งก่อนน้อยกว่า 28 วัน เทียบกับจำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด				
	งบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%
วัตถุประสงค์	ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยในในภาพรวมหลักหารและเหตุผล การดูแลผู้ป่วยในควรมีความสมบูรณ์และให้การรักษายาบาลในลักษณะองค์รวม การที่ผู้ป่วยในต้องกลับมารักษาเป็นผู้ป่วยในอีกครั้งอาจสะท้อนถึงความไม่สมบูรณ์ ความผิดพลาดหรือปัญหาของการรักษายาบาลในครั้งก่อนได้				
ประชากร/ กลุ่มเป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none"> จำนวนผู้ป่วยในที่ต้องกลับเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในภายใน 28 วันหลังจากออกจากโรงพยาบาล ในช่วงเวลาที่กำหนด จำนวนผู้ป่วยในที่จำหน่าย ในช่วงเวลาเดียวกัน 				
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> เป็นการนับจำนวนผู้ป่วยเฉพาะในโรงพยาบาลเดียวกัน ด้วย HN เดียวกันที่วันAdmit ครั้งต่อมาห่างจากวัน Discharge ครั้งก่อนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วันในทุกการวินิจฉัยโรค (Diagnosis) เพราะในบางครั้งการ Re-Admission อาจเกิดจากภาวะแทรกซ้อน (Complication) ของการรักษาโรคเดิมได้ จึงไม่สามารถดูเฉพาะการวินิจฉัยโรค (Diagnosis) ที่เหมือนกันได้ ไม่สามารถบอกถึง Unplanned Re-Admission ได้ เนื่องจากรวมผู้ป่วยที่แพทย์นัด Follow Up อาจมีบางโรคที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลหลายครั้งใน 28 วัน เช่น MI ,Cancer ผู้ป่วยที่กลับมา Re-Admission อาจกลับมาด้วยปัญหาใหม่ที่ไม่เกี่ยวข้องกับโรคเดิมที่เคย มารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่นับรวม O47.- เพราะ False Labor Pain มีโอกาสที่ผู้ป่วยจะกลับมา มารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้ การรวมเอา O47.- ไว้ใน Re-Admission Rate จึงไม่มีประโยชน์แต่อย่างไร 				

	<ul style="list-style-type: none"> ● ไม่นับรวม O80.- ถึง O84.- เพราะต้องไม่มีการ Re-Admission ในผู้ป่วยที่คลอดไปแล้วข้อควรระวัง มีดังนี้ ● สถิตินี้อาจสูงกว่าความเป็นจริงได้ เนื่องจาก การรวมผู้ป่วยที่นัดมา มารับการรักษาในโรงพยาบาล และป่วย
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยในที่ต้องกลับเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในภายใน 28 วันหลังจากออกจากโรงพยาบาล ในเวลาที่กำหนด}}{\text{จำนวนผู้ป่วยในที่กำหนดในช่วงเวลาเดียวกัน}} \times 100$
ระยะเวลาประเมิน	เก็บข้อมูลทุกเดือน
วิธีการประเมินผล	<ul style="list-style-type: none"> ● Audit เวชระเบียน ผู้ป่วยที่ Re-admit ทุกราย เพื่อค้นหาโอกาสการพัฒนา หาแนวทางแก้ปัญหา และจัดทำข้อเสนอแนะ ● วิเคราะห์หาสาเหตุ ปรับปรุงแก้ไข

คำอธิบายนิยามตัวชี้วัด แผนกลยุทธ์โรงพยาบาลเชียงใหม่ ปี 2562-2565

เป้าประสงค์ที่ G4	ระบบดูแลรักษา มีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัด K9	อัตราการติดเชื้อใน รพ.
คำนิยาม	การติดเชื้อในโรงพยาบาล (Hospital acquired infection : HAI) คือ การติดเชื้อที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล หรือสถานที่ ที่ให้บริการสุขภาพ โดยมีเกณฑ์การวินิจฉัยตามมาตรฐานสากล
วัตถุประสงค์	1. ลดอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล 2. ป้องกันการเกิดการระบาดของ การติดเชื้อในโรงพยาบาล
ประชากร/กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. ICWN ประจำหน่วยงานเฝ้าระวังการติดเชื้อโดยมีแบบฟอร์มการเก็บข้อมูล แล้วส่งข้อมูลให้ ICN สรุปลวิเคราะห์รายเดือน 2. ICN สำนวจความซุก 1 ครั้ง/ปี
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{\text{จำนวนครั้งของการติดเชื้อในโรงพยาบาล} \times 1,000}{\text{จำนวนวันนอนรวม}} = \text{ครั้งต่อ 1,000 วันนอน}$
ระยะเวลาประเมิน	- 12 เดือน ตามปีงบประมาณ
วิธีการประเมินผล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ICWN ส่งข้อมูลให้ ICN เดือนละ 1 ครั้ง หรือเมื่อมีอุบัติการณ์ 2. ICN รวบรวมข้อมูลจากทุกหน่วยงาน สรุปลภาพรวมค่านวนอัตราการติดเชื้อ 3. ICN บันทึกข้อมูลการติดเชื้อลงในระบบ IT โปรแกรมของสถาบันบาราศนราดูล เพื่อเป็นข้อมูลการติดเชื้อในรพ.ของประเทศ 4. สรุปลผลงานประจำปี เสนอผู้บริหารทราบ ในการประชุมสรุปลผลงานประจำปีทุกปี

คำอธิบายนิยามตัวชี้วัด แผนกลยุทธ์โรงพยาบาลเชียงใหม่ ปี 2562-2565

เป้าประสงค์ที่ G4	ระบบดูแลรักษา มีประสิทธิภาพ
-------------------	-----------------------------

ตัวชี้วัด K10	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้															
คำนิยาม	<p>ระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ หมายถึง ค่าระดับ HbA1c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่า 7 mg% ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์</p> <p>ผู้ป่วยเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ หมายถึง ผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยด้วยรหัสโรค ICD10 = E10 - E14 และ Type area = 1 และ 3</p> <p>ระดับความดันโลหิตที่ควบคุมได้ตามเป้าหมาย หมายถึง ค่าระดับความดันโลหิต 2 ครั้งสุดท้าย (SBP/DBP) น้อยกว่า 140/90 มม.ปรอท. (ให้ใช้ข้อมูลจากแฟ้ม CHRONICFU) ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์ ทั้งนี้ ไม่ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะมีโรคเบาหวานร่วมด้วยหรือไม่</p> <p>ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ หมายถึง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยโรคด้วยรหัส = I10 - I15 และ Type area = 1 และ 3</p> <p>เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของผู้ป่วยที่สามารถควบคุมได้</p> <table border="1" data-bbox="539 632 1861 786"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ</th> <th>2562</th> <th>2563</th> <th>2564</th> <th>2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>เบาหวาน</td> <td>≥ 40%</td> <td>≥ 40%</td> <td>≥ 40%</td> <td>≥ 40%</td> </tr> <tr> <td>ความดันโลหิตสูง</td> <td>≥ 50%</td> <td>≥ 50%</td> <td>≥ 50%</td> <td>≥ 50%</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ	2562	2563	2564	2565	เบาหวาน	≥ 40%	≥ 40%	≥ 40%	≥ 40%	ความดันโลหิตสูง	≥ 50%	≥ 50%	≥ 50%	≥ 50%
ปีงบประมาณ	2562	2563	2564	2565												
เบาหวาน	≥ 40%	≥ 40%	≥ 40%	≥ 40%												
ความดันโลหิตสูง	≥ 50%	≥ 50%	≥ 50%	≥ 50%												
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี 2. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี 															
ประชากร/กลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ในคลินิกบริการเครือข่าย ทั้งหมด (Type area 1,3) 2. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ในคลินิกบริการเครือข่าย ทั้งหมด (Type area 1,3) 															
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม</p> <p>แหล่งข้อมูล ใช้ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>รายการข้อมูล</p> <p>A = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ในคลินิกบริการ เครือข่ายทั้งหมดที่ระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้</p> <p>B = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ในคลินิกบริการ เครือข่ายทั้งหมด</p> <p>C = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ในคลินิกบริการ เครือข่ายทั้งหมดที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีตามเกณฑ์ที่กำหนด</p> <p>D = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ในคลินิกบริการเครือข่ายทั้งหมด</p>															
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	<p>เบาหวาน = $A/B \times 100$</p> <p>ความดันโลหิตสูง = $C/D \times 100$</p>															
ระยะเวลาประเมิน	ปีละ 1 ครั้ง (เมื่อสิ้นไตรมาสที่ 4)															

	หมายเหตุ : ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม ของปีงบประมาณที่วิเคราะห์
วิธีการประเมินผล	1. วัดผลลัพธ์จากรายงานตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี 2. วัดผลลัพธ์จากรายงานตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี

คำอธิบายนิยามตัวชี้วัด แผนกลยุทธ์โรงพยาบาลเชียงใหม่ ปี 2562-2565

เป้าประสงค์ที่ G4	ระบบดูแลรักษา มีประสิทธิภาพ								
ตัวชี้วัด K11	ร้อยละผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของ eGFR น้อยกว่า 4 ml/min/1.73 m ² /year								
คำนิยาม	eGFR หมายถึง ค่าประมาณอัตราการกรองของไตที่คำนวณจาก serum creatinine ที่ตรวจโดยวิธี enzymatic method และคำนวณโดยใช้สมการ CKD-EPI - ผู้ป่วย CKD จะเก็บข้อเฉพาะผู้ป่วย CKD ระยะที่ 3-4 เท่านั้น หมายถึง ผู้ป่วยที่มีรหัส โรคเป็น N183-184, (N189 ที่มี 60 >eGFR ≥ 15) หรือ (E102, E112, E122, E132, E142 หรือ I12*, I13*, I151) ที่มี 60 >eGFR ≥ 15) และมีการตรวจคำนวณ eGFR (LABTEST 15) ≥ 2 ค่า หากมีค่า eGFR 1 ค่าใน 1 ปี จะไม่ประเมิน KPI ข้อนี้ และ สัญชาติไทย (File PERSON: สัญชาติไทยรหัส 099) เท่านั้น เกณฑ์เป้าหมาย <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> <td>ปีงบประมาณ 65</td> </tr> <tr> <td>≥67%</td> <td>≥68%</td> <td>≥69%</td> <td>≥70%</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	≥67%	≥68%	≥69%	≥70%
ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65						
≥67%	≥68%	≥69%	≥70%						
วัตถุประสงค์	เพื่อใช้ประเมินผลสำเร็จที่เป็นภาพรวมของการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ที่เกิดจากผลการดำเนินการของหลายๆมาตรการรวมกัน								
ประชากร/ กลุ่มเป้าหมาย	- ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มารับบริการที่ โรงพยาบาล และ ได้รับการตรวจ creatinine และ มีผล eGFR ≥ 2 ค่า ในปีงบประมาณ								

	<p>- ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 หมายถึง ผู้ป่วยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ที่มีรหัสโรคเป็น</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. N183-184 หรือ 2. N189,E102, E112, E122, E132, E142 ,I12, I13, I151, N083, N02, N03, N04, N05, N06, N07, N08, N11, N13, N14, N20, N21, N22, N23 ที่มี eGFR น้อยกว่า 60 แต่ มากกว่าหรือเท่ากับ 15
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>โรงพยาบาลส่งข้อมูล eGFR เข้ามายังระบบฐานข้อมูลมาตรฐาน (43 แฟ้ม) และ HDCคำนวณผลตาม scrip ที่ตั้งไว้ในระบบ HDC แบบ real time</p> <p>แหล่งข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>รายการข้อมูล</p> <p>A = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine และ มีผล eGFR ≥ 2 ค่า และมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง < 4</p> <p>B = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine และ มีผล eGFR ≥ 2 ค่า</p>
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมิน	ไตรมาส 4 (แต่สามารถดูผลผ่าน HDC ที่มีการประเมินผลตลอดปีแบบ real time)
วิธีการประเมินผล	ประเมินผลได้แบบ real time ผ่านระบบ HDC เนื่องจากเป็นอัตราส่วนความสำเร็จต่อจำนวนผู้ป่วย CKD ที่มารับบริการ ณ เวลานั้น ๆ แต่เพื่อความครอบคลุมของผู้มาใช้บริการจริงในภาพรวมของปี จึงควรประเมินผลช่วงสิ้นปีงบประมาณซึ่งเป็นช่วงที่มีผู้ป่วยมาใช้บริการสะสมมากที่สุด

คำอธิบายนิยามตัวชี้วัด แผนกลยุทธ์โรงพยาบาลเชียงใหม่ ปี 2562-2565

เป้าประสงค์ที่ G4	ระบบดูแลรักษา มีประสิทธิภาพ				
ตัวชี้วัด K12	ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือด				
คำนิยาม	STEMI หมายถึง ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน				
	ชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก (ST Elevated Myocardial Infarction)				
	- Fibrinolytic drug หมายถึง ยาละลายหรือสลายลิ่มเลือด เช่น Streptokinase				
	งบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
	<70 %	<80 %	<80%	<85%	<85 %
วัตถุประสงค์	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI ได้รับการรักษาโดยการเปิดหลอดเลือดหัวใจด้วยยาละลายลิ่มเลือด				

	Fibrinolytic drug เช่น Streptokinaseภายใน30 นาที เมื่อมาถึงโรงพยาบาล ในรายไม่มีข้อห้าม - ไม่มีอุบัติการณ์ผู้ป่วย STEMI เสียชีวิตจากการประเมิน คัดกรอง ช่วยเหลือผิดพลาด ล่าช้า
ประชากร/ กลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนอำเภอเชิงइनและผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทั้งหมด/ผู้ป่วย STEMI เข้ารับบริการในโรงพยาบาลทุกราย
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	จากเวชระเบียน ผู้ป่วยของโรงพยาบาล ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยโรงพยาบาลดำเนินการลงบันทึกการให้บริการผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่มารับบริการทั้งในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ทุกเดือน - ลงรหัสโรค ICD-10 ผู้ป่วยนอก,ผู้ป่วยใน เป็น รหัส ICD 10-WHO -I21.0-I21.3 ร่วมกับการหาเหตุการณ์ตาม ICD 9-CM รหัส 99.10 (Thrombolytic agent) - จากโปรแกรม HDC ใน http://hdcservice.moph.go.th/
สูตรการคำนวณ ตัวชี้วัด	A = ผู้ป่วยนอก, ผู้ป่วยในรหัส ICD 10-WHO -I21.0-I21.3 ร่วมกับการหาเหตุการณ์ตาม ICD 9-CM รหัส 99.10 (Thrombolytic agent) B = ผู้ป่วยนอก, ผู้ป่วยในรหัส ICD 10-WHO ดังนี้ I21.0-I21.3 ทั้งหมด ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือด = $(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมิน	ทุก 1 เดือน
วิธีการประเมินผล	การนิเทศติดตาม - จากการประมวลสรุปข้อมูลจากโปรแกรม HDC ใน http://hdcservice.moph.go.th/ - จากการรายงานการให้บริการผู้ป่วย STEMI ทุกเดือน

คำอธิบายนิยามตัวชี้วัด แผนกกลยุทธ์โรงพยาบาลเชิงइन ปี 2562-2565

เป้าประสงค์ที่ G4	ระบบดูแลรักษา มีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัด K13	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต
คำนิยาม	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีอาการสอดคล้องกับ Depressive Disorder ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 ฉบับปรับปรุงโดยประเทศไทย (ICD-10-TM: International Classification of Diseases and Health Related Problems-10-Thailand Modification) หมวด F32, F33,F34.1,F38, F39 หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยตามเกณฑ์

	วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) ที่มารับบริการสะสม ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 จนถึงสิ้นปีงบประมาณ 2561
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการดูแลรักษาที่ทันทั่วถึง มีมาตรฐานต่อเนื่องทำให้ลดความรุนแรง และระยะเวลาการป่วยของโรคซึมเศร้า ป้องกันการฆ่าตัวตาย และไม่กลับเป็นซ้ำ
ประชากร/กลุ่มเป้าหมาย	จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่คาดประมาณการจากความชุกของโรคซึมเศร้า ในประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป (ความชุกจากการสำรวจ = 2.7) วิธีการคำนวณการคาดประมาณจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อัตราความชุก \times จำนวนประชากรประจำปี 2561 ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป (มหาดไทย) $\frac{\quad}{100}$
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลจากการบันทึกจากมาตรฐานข้อมูล หรือ 43 แฟ้ม - รายงานระบบการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข - ข้อมูลจากการบันทึกจากมาตรฐาน 43 แฟ้ม - ข้อมูลจากฐานข้อมูล www.thaidepression.com
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$ A = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับบริการสะสม ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 จนถึงปีงบประมาณ 2562 (นับตาม ID ที่มีทะเบียนบ้านในภูมิลำเนา) B = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่คาดประมาณ จากความชุกที่ได้จากการสำรวจ
ระยะเวลาประเมิน	ทุกไตรมาส
วิธีการประเมินผล	สถานบริการ (โรงพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องการรักษา) จัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยบันทึกข้อมูลจากการบันทึกจากมาตรฐานข้อมูล หรือ 43 แฟ้ม ผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัดประสาน IT ดึงข้อมูลนำส่ง รพ.พระศรีมหาโพธิ์เพื่อประมวลผล

คำอธิบายนิยามตัวชี้วัด แผนกลยุทธ์โรงพยาบาลเชียงใหม่ ปี 2562-2565

เป้าประสงค์ที่ G5	การจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินและระบบส่ง-ต่อ ผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัด K14	รพ.ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ
คำนิยาม	ECS (Emergency Care System) คือ ระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน หมายถึง ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ และป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยพิบัติ ประกอบด้วย การป้องกันก่อนเกิด (prevention),

การดูแล ณ จุดเกิดเหตุ (pre hospital care), ต่อเนื่องถึงการดูแล ณ ห้องฉุกเฉิน (ER), การดูแล รักษาใน โรงพยาบาล (In hospital care) / การดูแลเฉพาะทาง (Definitive care), การส่งต่อ (Inter hospital care/ Referral System) รวมถึง การจัดระบบบริหารกรณีเกิดอุบัติเหตุหมู่ (Mass Casualties Incident) และการเตรียมแผนรองรับภัยพิบัติของสถานพยาบาล / โรงพยาบาล (Disaster preparedness & Hospital preparedness for Emergency)

EMS คุณภาพ หมายถึง การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ตั้งแต่เริ่มมีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินในหลายรูปแบบ เช่น การจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคหลอดเลือดหัวใจ (STEMI) และการบาดเจ็บ (Trauma) เป็นต้น โดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน ตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน (ER) ของโรงพยาบาล อย่างทั่วถึง ปลอดภัย ทันเวลา และมีประสิทธิภาพ

ER คุณภาพ

การพัฒนา ECS ในปี 2561-2565 จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ คือ การจัดบริการและพัฒนาคุณภาพการรักษา เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ได้รับบริการที่เท่าเทียม ทั่วถึง ทันเวลา ปลอดภัยและประทับใจ

การพัฒนาห้องฉุกเฉิน ให้ได้คุณภาพ เป็นหนึ่งในนโยบายของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับผู้ป่วยอุบัติเหตุและผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยยึดตามแนวทางสู่มาตรฐานของการพัฒนาห้องฉุกเฉิน ของกรมการแพทย์ ซึ่งมี 12 ประเด็น ทั้งนี้ โรงพยาบาลจะมีคณะกรรมการพัฒนาระบบการรักษายาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล เป็นผู้ให้ข้อคิดเห็นให้ประเมิน ซึ่งการประเมินเน้นใน 3 ส่วน คือ

มิติที่ 1 มิติการบริการและนโยบาย หมายถึง การประเมินผู้อำนวยการและทีมบริหาร เกี่ยวกับนโยบาย การสนับสนุนการพัฒนาระบบรักษายาบาลฉุกเฉิน

มิติที่ 2 มิติผู้ให้บริการ จะเน้นในประเด็น ความพร้อมของทรัพยากร ได้แก่ อาคารสถานที่ บุคลากร ระบบการให้คำปรึกษา การวิเคราะห์ข้อมูล

มิติที่ 3 มิติด้านผู้รับบริการ คือ เน้นในด้านผลลัพธ์จากการเข้ารับบริการรักษายาบาล (อ้างอิงนิยาม จากแนวทางการพัฒนาสู่มาตรฐานของห้องฉุกเฉิน จัดทำโดยกรมการแพทย์ โดยความร่วมมือจากสมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย และสถาบันพัฒนาคุณภาพ) นอกจากนี้ เพื่อให้สอดคล้องกับการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาล

Refer คุณภาพ หมายถึง การพัฒนาระบบส่ง หรือนำส่งผู้ป่วยไปรักษาสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า มีการดูแลเฉพาะทาง (Definitive care) จัดให้มีแนวทางการบริการผู้ป่วยฉุกเฉินที่ต้องการ Fast Tract และนำส่งโรงพยาบาลอย่างถูกต้อง เช่น Acute Stroke , STEMI , Trauma Fast Tract และเตรียมความพร้อมการรับ และส่งต่อของสถานพยาบาลในเครือข่าย (Referral System)

Diaster คุณภาพ หมายถึง จัดให้มีระบบบริหารจัดการกรณีเกิดอุบัติเหตุหมู่ (Mass Casualties Incident) และการเตรียมแผนรองรับภัยพิบัติ (Diaster Preparedness & Hospital Preparedness For Emergency)

วัตถุประสงค์	- เพื่อพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน อย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้นทั้งในภาวะปกติ และภาวะภัยพิบัติ										
ประชากร/ กลุ่มเป้าหมาย	- ประชากรอำเภอเชียงใหม่ทั้งหมด และประชากรพื้นที่ใกล้เคียง - ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในห้องฉุกเฉินทุกคน										
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	ข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาล จากการสำรวจและประเมินตนเองตามแบบฟอร์มการประเมินตนเองของโรงพยาบาล ตามประเด็นที่กำหนด โดยยึดตามแนวทางสู่มาตรฐานของการพัฒนาห้องฉุกเฉิน ของกรมการแพทย์ ซึ่งมี 12 ประเด็น - แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล - จัดตั้งคณะทำงาน เตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภัยพิบัติของสถานพยาบาล										
สูตรการคำนวณ ตัวชี้วัด	<table border="1" data-bbox="539 635 1917 783"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> <th>ปีงบประมาณ 65</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ECS คุณภาพ ร้อยละ 70</td> <td>ECS คุณภาพ ร้อยละ 70</td> <td>ECS คุณภาพ ร้อยละ 75</td> <td>ECS คุณภาพ ร้อยละ 75</td> <td>ECS คุณภาพ ร้อยละ 80</td> </tr> </tbody> </table> <p>คะแนน ประเมินตนเองตามแบบฟอร์มการประเมินตนเองของโรงพยาบาล ตามประเด็นที่กำหนด โดยยึดตามแนวทางสู่มาตรฐานของการพัฒนาห้องฉุกเฉิน ของกรมการแพทย์ ซึ่งมี 12 ประเด็น</p> <p>- คะแนนประเมินผ่านเกณฑ์คุณภาพ >70%</p>	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ECS คุณภาพ ร้อยละ 70	ECS คุณภาพ ร้อยละ 70	ECS คุณภาพ ร้อยละ 75	ECS คุณภาพ ร้อยละ 75	ECS คุณภาพ ร้อยละ 80
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65							
ECS คุณภาพ ร้อยละ 70	ECS คุณภาพ ร้อยละ 70	ECS คุณภาพ ร้อยละ 75	ECS คุณภาพ ร้อยละ 75	ECS คุณภาพ ร้อยละ 80							
ระยะเวลาประเมิน	ประเมินติดตามทุก 6 เดือน										
วิธีการประเมินผล	จัดระดับความสำเร็จเป็น 5 ขั้นตอน (ปีที่ 1 พ.ศ. 2559) วิธีการประเมินผล : จัดระดับความสำเร็จเป็น 5 ขั้นตอน ขั้นตอน 1 จัดตั้งคณะกรรมการเตรียมความพร้อมรองรับสถานการณ์ภัยพิบัติ ของโรงพยาบาล ขั้นตอน 2 สำรวจ/ ประเมินความเสี่ยงของ/โรงพยาบาล (Hazard risk) และ ประเมินผลกระทบต่อประชากร / หน่วยบริการ (Impact survey) ตามคู่มือการประเมินตนเองด้านภัยพิบัติ ขององค์การอนามัยโลก ปรับโดยกรมการแพทย์ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ขั้นตอน 3 บุคลากรทางการแพทย์ ได้รับการอบรม ตามหลักสูตร การเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลในการรับภัยพิบัติ (Hospital preparedness for Emergency (HOPE) ของกระทรวงสาธารณสุข ขั้นตอน 4 จัดทำแผนรองรับภัยพิบัติ สำหรับ โรงพยาบาล Disaster management รวมถึง การพัฒนาทีม MERT, Mini MERT ให้มีความพร้อมในการปฏิบัติงาน ขั้นตอน 5 การซ้อมแผนรองรับภัยพิบัติ และสรุปผลการดำเนินการ เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานต่อไป										

	<p style="text-align: center;">แนวทาง/มาตรการและกลวิธี</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. พัฒนาระบบ EMS คุณภาพ, ER คุณภาพ ,Refer คุณภาพ ,ECS คุณภาพตามแนวทางของกรมการแพทย์ ประกอบด้วย <p style="text-align: center;"><u>ER Service Delivery</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - เพิ่มประสิทธิภาพการคัดแยก(Triage) โดยมีการอบรมฟื้นฟูพัฒนาทักษะเจ้าหน้าที่บุคลากรในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยการใช้ National Triage ที่พัฒนาโดยกรมการแพทย์ - พัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วย Fast track - เพิ่มประสิทธิภาพการวินิจฉัยโรค (Early Diagnosis) และการรักษาอย่างรวดเร็ว (Early Treatment) การสื่อสาร - บุคลากรทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ (Effective Communication and Effective Teamwork) และเพิ่มประสิทธิภาพ Patient Flow - เตรียมความพร้อมของสถานพยาบาล ในการจัดการภาวะฉุกเฉินและสาธารณภัย (Hospital Preparedness for Emergencies) - Ambulance Safety คือ การป้องกันและการลดความรุนแรงในท้องฉุกเฉิน (Workplace Violence) โดยพัฒนาตามแนวการสร้างความปลอดภัยในการทำงานป้องกันหรือลดความรุนแรงในท้องฉุกเฉิน การพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม เช่น แสง สี เสียง การระบายอากาศตามมาตรฐานอาคารสถานที่ 2. พัฒนาระบบข้อมูลและเชื่อมโยงกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ 3. การวางแผนพัฒนาบุคลากรโดยส่งเข้าอบรมEmergency Nurse สนับสนุน และพัฒนาทักษะแก่เจ้าหน้าที่กู้ชีพ 4. การพัฒนาระบบช่องทางด่วน(Fast track) เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินกลุ่มโรคสำคัญStroke , AMI Trauma; Head injury 5. การลดความแออัดของผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน ใน ห้องฉุกเฉิน
--	--

คำอธิบายนิยามตัวชี้วัด แผนกลยุทธ์โรงพยาบาลเชียงใหม่ ปี 2562-2565

เป้าประสงค์ที่ G6	การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และควบคุมโรคในโรงพยาบาลและชุมชน มีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัด K15	ร้อยละผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัยผ่านเกณฑ์ (80% ของKPI ทั้งหมด)
คำนิยาม	การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัยผ่านเกณฑ์ คือ 1. ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัยไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 2. เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100 3. ร้อยละของเด็กนักเรียนสูงดี สมส่วน ร้อยละ 70 4. อัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ไม่เกิน 28 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปีพันคน 5. ร้อยละประชาชน35ปีขึ้นไปได้รับการตรวจคัดกรองเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 90 6. อัตราผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง ไม่เกินร้อยละ 2.4 7. ร้อยละความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี 30-60 ปี ร้อยละ 80 8. ร้อยละความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรี 30-70 ปีร้อยละ 80 9. ร้อยละของตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินความครอบคลุม/การเข้าถึงบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพของแต่ละกลุ่มวัย
ประชากร/ กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรตั้งแต่แรกเกิด ถึงผู้สูงอายุ

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการและส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	(จำนวนตัวชี้วัดด้านการส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัยที่ผ่านเกณฑ์ / จำนวนตัวชี้วัดด้านการส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัยทั้งหมด)X100
ระยะเวลาประเมิน	ปีละ 2 ครั้ง (6 เดือน, 12 เดือน)
วิธีการประเมินผล	ดูจากฐานข้อมูล 43 แฟ้ม

คำอธิบายนิยามตัวชี้วัด แผนกลยุทธ์โรงพยาบาลเชียงใหม่ ปี 2562-2565

เป้าประสงค์ที่ G6	การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และควบคุมโรคในโรงพยาบาลและชุมชน มีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัด K16	โรงพยาบาลมีการจัดการบริการอาชีวอนามัยได้มาตรฐานระดับดีมาก
คำนิยาม	<p>การจัดการบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม หมายถึง โรงพยาบาลมีระบบการบริการดูแลสุขภาพ ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม โดยมีกิจกรรมการประเมินความเสี่ยง การสื่อสารความเสี่ยง การเฝ้าระวัง การตรวจสุขภาพ การวินิจฉัย การรักษา รวมถึงการพัฒนาเครือข่ายด้านเวชกรรมสิ่งแวดล้อม</p> <p>จัดการบริการอาชีวอนามัย หมายถึง การจัดการบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และเฝ้าระวังสุขภาพ ในกลุ่มผู้ใช้แรงงานในสถานประกอบการ และแรงงานนอกระบบ แรงงานในชุมชน เมื่อพบว่ามีความเสี่ยงให้มีการรักษาหรือส่งต่อ</p>
วัตถุประสงค์	เพื่อให้โรงพยาบาลมีการจัดการบริการอาชีวอนามัยได้มาตรฐานในระดับดีมาก
ประชากร/กลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรในโรงพยาบาลเชียงใหม่
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประเมินการจัดการบริการอาชีวอนามัยในแต่ละหน่วยงานของโรงพยาบาลตามเกณฑ์มาตรฐาน ทีมประเมินจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

สูตรการคำนวณ ตัวชี้วัด	จำนวนหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การจัดบริการอาชีวอนามัย/จำนวนหน่วยงานทั้งหมดในโรงพยาบาล X 100
ระยะเวลาประเมิน	ประเมิน 6 เดือน และ 12 เดือน
วิธีการประเมินผล	ประเมินตนเองตามเกณฑ์มาตรฐาน / คณะกรรมการตรวจประเมิน

คำอธิบายนิยามตัวชี้วัด แผนกลยุทธ์โรงพยาบาลเชียงใหม่ ปี 2562-2565

เป้าประสงค์ที่ G6	การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และควบคุมโรคในโรงพยาบาลและชุมชน มีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัด K17	อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี น้อยกว่า 5 ต่อแสนประชากรเด็กแสนคน
คำนิยาม	เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิดถึงเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี การจมน้ำ หมายถึง การจมน้ำที่เกิดจากอุบัติเหตุ (ICD-10 = W65-W74) ยกเว้น ที่เกิดจากการใช้ยานพาหนะ หรือการเดินทางทางน้ำ และภัยพิบัติ
วัตถุประสงค์	เพื่อลดการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กในอำเภอเชียงใหม่ เนื่องจากเป็นสาเหตุที่ป้องกันได้
ประชากร/ กลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ในเขตอำเภอเชียงใหม่
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	1. เอกสารสถิติการจมน้ำเสียชีวิตในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี 2. แบบรายงานการสอบสวนการเสียชีวิตจากการจมน้ำ/ตกรน้ำ 3. แผนการดำเนินงานการป้องกันการจมน้ำเสียชีวิตในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี 4. เอกสารรายงานผลการปฏิบัติงานตามช่วงเวลาที่กำหนด

	5. เอกสารประกอบการประชุมคณะทำงานการป้องกันการจมน้ำเสียชีวิตในเด็กอายุ ต่ำกว่า 15 ปีระดับอำเภอ
สูตรการคำนวณ ตัวชี้วัด	A = จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ที่เสียชีวิตจากการจมน้ำของอำเภอใน ปี 2562 B = จำนวนเด็กประชากรกลางปี ของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีของอำเภอเชียงใหม่ $(A/B) \times 100,000$
ระยะเวลาประเมิน	ทุก 6 เดือน
วิธีการประเมินผล	จากผลการดำเนินงานผู้ก่อการดีในอำเภอและอัตราการตายของเด็กจมน้ำในอำเภอเชียงใหม่

คำอธิบายนิยามตัวชี้วัด แผนกลยุทธ์โรงพยาบาลเชียงใหม่ ปี 2562-2565

เป้าประสงค์ที่ G7	ภาคีเครือข่ายมีความเข้มแข็ง และมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ
ตัวชี้วัด K18	จำนวนโครงการ/กิจกรรมที่ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม $\geq 80\%$
คำนิยาม	ภาคีเครือข่าย หมายถึง หน่วยงานราชการ ภาคประชาชน องค์กรเอกชนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล ที่มีบทบาทในการส่งเสริมและสนับสนุนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพประชาชน การมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ หมายถึง มีการจัดกิจกรรมที่มีวัตถุประสงค์เพื่อการเสริมสร้างสุขภาพ และพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ให้แก่ประชาชนตามเกณฑ์ที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกำหนด เช่น การตรวจประเมินสภาวะพฤติกรรมสุขภาพตนเอง การถ่ายทอดความรู้ผ่านสื่อต่าง ๆ การรณรงค์ด้านสุขภาพการเสวนากลุ่มเรื่องการดูแลสุขภาพ การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพโดยชุมชน การจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้ด้านสุขภาพ การจัดสถานที่ออกกำลังกาย เป็นต้น
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้ภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพได้ดำเนินงานพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 2. เพื่อให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง
กลุ่มเป้าหมาย	ภาคีเครือข่ายในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	นิเทศติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน และสรุปรายงาน ข้อมูลชุดที่ 1 ได้แก่ จำนวนโครงการ/กิจกรรม ที่เครือข่ายมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ

	ข้อมูลชุดที่ 2 ได้แก่ จำนวนโครงการ/กิจกรรมในการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพทั้งหมด
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{\text{รายการข้อมูล 1} \times 100}{\text{รายการข้อมูล 2}}$
ระยะเวลาประเมิน	ปีละ 2 ครั้ง (มี.ค. - ก.ย.)
วิธีการประเมินผล	<p>เกณฑ์การให้คะแนน</p> <p>1. มีคณะทำงานที่มาจากภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ อย่างน้อย 5 เครือข่ายเช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น อสม. พระโรงเรียน ชมรมต่าง ๆ องค์กรอิสระในพื้นที่ เป็นต้น</p> <p>2. ภาคีเครือข่ายมีการประชุมวิเคราะห์ เพื่อค้นหาปัญหาสุขภาพในพื้นที่ มีส่วนร่วมจัดทำแผนการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ และ ร่วมจัดกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ เช่น รณรงค์โรคตามฤดูกาล จัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้สำหรับประชาชน จัดกิจกรรมและเปลี่ยนเรียนรู้ในพื้นที่ จัดค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นต้น</p> <p>4. ภาคีเครือข่ายร่วมตรวจสอบและประเมินผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการดำเนินงาน ในปีต่อไป</p>

คำอธิบายนิยามตัวชี้วัด แผนกลยุทธ์โรงพยาบาลเชียงใหม่ ปี 2562-2565

เป้าประสงค์ที่ G8	การจัดการเครื่องมือและระบบสาธารณสุขปลอดภัย มีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัด K19	อุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ของเครื่องมือสำคัญ/ระบบสำรองฉุกเฉิน
คำนิยาม	
วัตถุประสงค์	

ประชากร/ กลุ่มเป้าหมาย	
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	
สูตรการคำนวณ ตัวชี้วัด	
ระยะเวลาประเมิน	
วิธีการประเมินผล	

คำอธิบายนิยามตัวชี้วัด แผนกลยุทธ์โรงพยาบาลเชียงใหม่ ปี 2562-2565

เป้าประสงค์ที่ G9	การจัดการรายได้และค่าใช้จ่ายมีประสิทธิภาพ			
ตัวชี้วัด K20	อัตราการเพิ่มขึ้นของรายได้โรงพยาบาล(%)			
คำนิยาม	รายได้ หมายถึง รายรับที่เกิดจากการให้บริการด้านสาธารณสุข ค่ารักษาพยาบาล ของผู้รับบริการทุกสิทธิ ทั้งประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในทั้งหมด ในช่วงเวลาดำหนด			
	เกณฑ์เป้าหมาย			
	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
	10%	10%	15%	15%

วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการรายรับของโรงพยาบาลให้มากขึ้น ทั้งประเภทผู้ป่วยนอก - ผู้ป่วยในจากทุกกองทุน
ประชากร/ กลุ่มเป้าหมาย	ผู้รับบริการทั้งหมดทุกประเภททุกสิทธิในห้วงเวลาดำหนด
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	- ประมวลผลรายงานการส่งเบิก โปรแกรม E-Claim / OP. TELL / เอกสาร - Statement รายเดือน - รายงานการโอนเงิน
สูตรการคำนวณ ตัวชี้วัด	ผลรวมรายรับปีปัจจุบัน - ผลรวมรายรับ1ปีย้อนหลัง = เพิ่มขึ้น อย่างน้อย 10 % จำนวนเงินรายรับที่เพิ่ม = (ผลรวมรายรับปีปัจจุบัน - ผลรวมรายรับ1ปีย้อนหลัง) × 10 /100
ระยะเวลา ประเมิน	ปีละ 2 ครั้ง : ครั้งที่ 1 (ตค. - มีค.) ครั้งที่ 2 (ตค.- กย.)
วิธีการ ประเมินผล	กลุ่มงานประกันสุขภาพ นำรายรับ ที่ได้จากการประมวลผลแล้วไปเปรียบเทียบกับค่าเป้าหมายที่กำหนด

คำอธิบายนิยามตัวชี้วัด แผนกลยุทธ์โรงพยาบาลเชียงใหม่ ปี 2562-2565

เป้าประสงค์ที่ G9	การจัดการรายได้และค่าใช้จ่ายมีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัด K21	ค่า CMI มากกว่า 0.6

คำนิยาม	CMI (Case mix index) ค่าเฉลี่ยน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว(Adjusted Relative Weights : Adj-RW) ของผู้ป่วยในทั้งหมดที่จำหน่ายในช่วงเวลาที่กำหนด				
	เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
	0.65	0.70	0.75	0.75	0.75
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาศักยภาพในการให้บริการรักษาผู้ป่วยใน				
ประชากร/ กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่รับไว้เป็นผู้ป่วยในทุกสิทธิ				
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	ใช้ผลการประมวลผลจากฐานข้อมูลผู้ป่วยในที่ส่งผ่านโปรแกรมระบบรายงานศูนย์ประสิทธิภาพ ของสำนักบริหารการสาธารณสุข (ทุกสิทธิ) (URL://phdb.moph.go.th)				
สูตรการคำนวณ ตัวชี้วัด	C = จำนวนผู้ป่วยในที่จำหน่ายทั้งหมด A = น้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้วรวม (SumAdj-RW) ทุกสิทธิ ค่า CMI = (A/C)				
ระยะเวลา ประเมิน	ปีละ 2 ครั้ง : ครั้งที่ 1 (ตค. – มีค.) ครั้งที่ 2 (ตค.- กย.)				
วิธีการ ประเมินผล	กลุ่มงานประกันสุขภาพ นำค่า CMI ที่ได้จากการประมวลผลไปเปรียบเทียบกับค่าเป้าหมายตามระดับหน่วยบริการ				

เป้าประสงค์ที่ G9	การจัดการรายได้และค่าใช้จ่ายมีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัด K22	อัตราการลดลงของรายจ่ายที่ควบคุมได้
คำนิยาม	ลดอัตรารายจ่ายลงจากการจ่ายซื้อวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์ ครุภัณฑ์ ลดอัตรารายจ่ายลงจากการจ่ายค่าจ้าง เงินเดือน ในปริมาณบุคลากรเท่าเดิมแต่ผลงานเยอะขึ้น ลดอัตรารายจ่ายลงจากการลงทุน เช่น ก่อสร้างอาคารเพิ่มเพื่อรองรับการให้บริการที่เพียงพอ
วัตถุประสงค์	1. ลดปริมาณรายจ่ายลงโดยการซื้อวัสดุปริมาณเท่าเดิมแต่ราคาถูกลง หรือเปลี่ยนรุ่น หรือเปลี่ยนแบบ 2. ควบคุมให้ใช้จ่ายตามแผนการที่กำหนด
ประชากร/ กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยจัดซื้อทุกหน่วย
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	จากข้อมูล วัสดุยกมา + ซื้อเพิ่มระหว่างปี - วัสดุคงเหลือ = วัสดุใช้ไป จากโปรแกรม Express
สูตรการคำนวณ ตัวชี้วัด	เปรียบเทียบจากข้อมูลปีที่ผ่านมา กับปีปัจจุบัน จากข้อมูลตามแผน เปรียบเทียบกับการใช้จ่ายจริง
ระยะเวลา ประเมิน	12 เดือน ตามปีงบประมาณ
วิธีการ ประเมินผล	จากข้อมูล 6 เดือนแรก กับแผนปฏิบัติการ และปรับแผนใหม่ใน 6 เดือนหลัง

คำอธิบายนิยามตัวชี้วัด แผนกลยุทธ์โรงพยาบาลเชียงใหม่ ปี 2562-2565

เป้าประสงค์ที่ G10	การบริหารยุทธศาสตร์แผนงาน โครงการ มีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัด K23	ร้อยละความสำเร็จ ของการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการประจำปี (80%)
คำนิยาม	ระดับความสำเร็จการบริหารจัดการด้านแผน หมายถึง เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ มีการจัดทำแผนปฏิบัติการของเครือข่ายบริการสุขภาพ เป็นแบบ Single plan คือ ทุกแผนรวมเป็นแผนเดียวกัน เช่น แผนปฏิบัติการ, แผนกองทุนสุขภาพตำบล, แผนเงินบำรุง , แผนงบอื่น ๆ เป็นต้น และมีกระบวนการดำเนินงาน ประกอบด้วย 1) การแต่งตั้งคณะทำงานจัดทำแผน 2) การวิเคราะห์ข้อมูลและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในพื้นที่ 3) การนำนโยบายสาธารณสุขจากทุกระดับ ประกอบการวางแผนในพื้นที่ 4) แผนปฏิบัติการของหน่วยงานสอดคล้องกับนโยบาย ประเด็นยุทธศาสตร์ ปัญหาของพื้นที่ และแผนการเงินการคลังของเครือข่าย 5) มีการสื่อสารแผนปฏิบัติงานของหน่วยงานให้แก่บุคลากรทุกระดับรับทราบ 6) มีการถ่ายทอดตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายสู่ระดับบุคคล 7) มีการติดตามความก้าวหน้า การสรุปการประเมินผล และมีการรายงานตามห้วงเวลาที่กำหนด 8) แผนปฏิบัติการมีการดำเนินงานตามห้วงเวลา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 9) มีการนำผลการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติงานไปประกอบการวางแผนในรอบต่อไป
วัตถุประสงค์	เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเชียงใหม่ ผ่านเกณฑ์การบริหารจัดการแผนระดับ 5
ประชากร/กลุ่มเป้าหมาย	เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเชียงใหม่ 1 แห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากการนิเทศติดตามประเมินผลการทำงานและตรวจสอบจากแผนปฏิบัติการที่ขอรับการอนุมัติ
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	แผนปฏิบัติการมีการดำเนินการตามห้วงเวลา A = จำนวนแผนปฏิบัติการที่ดำเนินการตามห้วงเวลา B = จำนวนแผนปฏิบัติการทั้งหมด $(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมิน	จัดทำแผน 1 ครั้ง และประเมินแผนปฏิบัติการ 2 ครั้ง , ติดตามการดำเนินงานตามแผนทุกเดือน (Small Success)
วิธีการประเมินผล	1. จากการนิเทศติดตามประเมินผลการทำงานของพื้นที่ และตรวจสอบจากแผนปฏิบัติการที่ขอรับการอนุมัติ

2. ตรวจสอบจากการดำเนินงานตามแผนในห้วงเวลาที่กำหนด

การวัดระดับความสำเร็จ

ระดับความสำเร็จ	เกณฑ์
ระดับ 1 (1 คะแนน)	1. มีการแต่งตั้งคณะทำงานจัดทำแผน 2. มีการวิเคราะห์ข้อมูล และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสาธารณสุข 3. มีการนำนโยบายจากทุกระดับเพื่อประกอบการวางแผน
ระดับ 2 (2 คะแนน)	1. มีแผนปฏิบัติการของหน่วยงานที่สอดคล้องกับนโยบาย ประเด็นยุทธศาสตร์ ปัญหาสาธารณสุขของพื้นที่ และแผนการเงินการคลังของเครือข่าย
ระดับ 3 (3 คะแนน)	1. มีการสื่อสารแผนปฏิบัติการของหน่วยงานให้แก่บุคลากรทุกระดับรับทราบ 2. มีการถ่ายทอดตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายสู่ระดับบุคคล
ระดับ 4 (4 คะแนน)	1. มีการติดตามความก้าวหน้า การสรุปการประเมินผล และมีการรายงานตามห้วงเวลาที่กำหนด 2. แผนปฏิบัติการมีการดำเนินงานตามห้วงเวลาไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80
ระดับ 5 (5 คะแนน)	มีการนำผลการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการไปประกอบการวางแผนในรอบปีต่อไป

คำอธิบายนิยามตัวชี้วัด แผนกลยุทธ์โรงพยาบาลเชียงใหม่ ปี 2562-2565

เป้าประสงค์ที่ G11	การบริหารความเสี่ยงและการควบคุมภายใน มีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัด K24	ข้อร้องเรียน ได้รับการจัดการภายใน 3 วัน
คำนิยาม	ข้อร้องเรียน หมายถึง คำร้องเรียนจากผู้รับบริการ หรือประชาชนทั่วไป ที่ไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการ หรือความคาดหวัง ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ แล้วแจ้งขอให้ตรวจสอบแก้ไข หรือปรับเปลี่ยนการดำเนินการให้ดียิ่งขึ้น เพื่อพัฒนามากกว่าการจับผิด หรือกล่าวโทษ
วัตถุประสงค์	1. เพื่อตอบสนองความคาดหวัง ความต้องการของผู้ร้องเรียน ให้เกิดความพึงพอใจ 2. เพื่อป้องกันการเกิดการฟ้องร้องเป็นคดี
ประชากร/ กลุ่มเป้าหมาย	ผู้รับบริการ และประชาชนทั่วไป
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	1. เก็บจากแบบสอบถามที่จัดเตรียมไว้ตามหน่วยบริการ ให้เขียนหย่อนในตู้แสดงความคิดเห็น 2. เก็บจากข้อร้องเรียนทางสื่อต่าง ๆ เช่น โทรศัพท์, Internet หรือร้องเรียนโดยวาจา
สูตรการคำนวณ ตัวชี้วัด	คำนวณโดยโปรแกรมบริหารจัดการ เรื่องราวร้องทุกข์ กระทรวงสาธารณสุข เขต 10
ระยะเวลาประเมิน	ทุก 3 วัน/ทุก 30 วัน และสรุปรายงานทุกเดือน/สรุปสิ้นปีงบประมาณ
วิธีการประเมินผล	1. ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน รับเรื่องโดยเลขาคณะกรรมการ แล้วตรวจสอบเหตุการณ์เรื่องราว แจ้งประธานกรรมการ และกรรมการทราบทันที 2. ประธานกรรมการแจ้งผู้บริหารโรงพยาบาลทราบ หลังจากได้รับการทบทวนเหตุการณ์ ภายใน 1 วัน 3. ดำเนินการจัดการเพื่อตอบสนอง ผู้ร้องเรียนให้ได้รับทราบ หรือรับการแก้ไขภายใน 3 วัน 4. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรม บริหารจัดการเรื่องราวร้องทุกข์ กระทรวงสาธารณสุข 5. สรุปวิเคราะห์ เสนอผู้บริหารทุกเดือน 6. สรุปผลงานประจำปี โดยเก็บทั้ง Manual และปรี้นจากโปรแกรม

คำอธิบายนิยามตัวชี้วัด แผนกลยุทธ์โรงพยาบาลเชียงใหม่ ปี 2562-2565

เป้าประสงค์ที่ G11	การบริหารความเสี่ยงและการควบคุมภายใน มีประสิทธิภาพ		
ตัวชี้วัด K25	ความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไปได้รับการแก้ไขเชิงระบบ ภายใน 14 วัน		
คำนิยาม	ระดับ	ผลกระทบ เกี่ยวกับการดูแลรักษา	ผลกระทบที่มีไข้ประเด็นการดูแลรักษา
	E	ความผิดพลาดถึงผู้ป่วย เกิดอันตรายชั่วคราว ต้องรักษาเพิ่มมากขึ้น	พลาดแล้ว ทรัพย์สินเสียหาย มูลค่า 5,001 – 15,000 บาท
	F	ความผิดพลาดถึงผู้ป่วย มีผลทำให้ต้องรักษา / นอนโรงพยาบาลนาน	พลาดแล้ว ทรัพย์สินเสียหาย มูลค่า 15,001 – 30,000 บาท
	G	ความผิดพลาดถึงผู้ป่วย มีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการถาวร	พลาดแล้ว ชื่อเสียงภาพพจน์เสียหาย ปรากฏในสื่อสาธารณะ ทรัพย์สินเสียหาย มูลค่า 30,001 – 50,000 บาท
	H	ความผิดพลาดถึงผู้ป่วย มีผลทำให้ต้องทำการช่วยชีวิต	พลาดแล้ว ชื่อเสียงภาพพจน์เสียหาย ปรากฏในสื่อสาธารณะ ทรัพย์สินเสียหาย มูลค่า 50,001 – 100,000 บาท
	I	ความผิดพลาดถึงผู้ป่วย เป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิต	พลาดแล้ว ชื่อเสียงภาพพจน์เสียหายปรากฏในสื่อสาธารณะ/ถูกฟ้องร้องต่อองค์กรวิชาชีพและฟ้องร้องทางกฎหมาย ทรัพย์สินเสียหาย มีมูลค่ามากกว่า 100,000 บาท
วัตถุประสงค์	ลดความรุนแรงของอุบัติการณ์ และป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ		

ประชากร/ กลุ่มเป้าหมาย	ผู้รับบริการ และเจ้าหน้าที่ทุกคน
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	รายงานอุบัติการณ์ตามระบบรายงานทุกช่องทาง
สูตรการคำนวณ ตัวชี้วัด	$\frac{\text{อุบัติการณ์ E-I}}{\text{อุบัติการณ์ทั้งหมด}} \times 100$
ระยะเวลาประเมิน	ทั้งปีงบประมาณ
วิธีการประเมินผล	ระบบการรายงานอุบัติการณ์

คำอธิบายนิยามตัวชี้วัด แผนกลยุทธ์โรงพยาบาลเชียงใหม่ ปี 2562-2565

เป้าประสงค์ที่ G11	การบริหารความเสี่ยงและการควบคุมภายใน มีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัด K26	การควบคุมภายในผ่านเกณฑ์ทุกด้าน
คำนิยาม	ควบคุมภายใน การตรวจสอบภายใน ผ่านเกณฑ์ ครอบคลุมทุกมิติอย่างมีประสิทธิภาพ ทุกด้าน เช่น <ul style="list-style-type: none"> - มิติที่ 1 ด้านจัดเก็บรายได้คำรักษาพยาบาล - มิติที่ 2 ด้านการเงิน - มิติที่ 3 บริหารพัสดุ - มิติที่ 4 งบการเงิน - มิติที่ 5 ระบบการควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง
วัตถุประสงค์	เพื่อเป็นการวัดประสิทธิภาพในการควบคุมภายในให้มั่นใจว่าเป็นองค์กรที่บริหารความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปราศจากความเสียหาย หรือเสี่ยงน้อยที่สุด
ประชากร/ กลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรทุกคนในองค์กร และฝ่ายทุกฝ่าย
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	จากแบบประเมินขั้นตอนการปฏิบัติงานตามระเบียบและกฎหมายที่กำหนด และเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ ครอบคลุมทุกมิติ

สูตรการคำนวณ ตัวชี้วัด	จากคะแนนการประเมินที่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดในแต่ละด้าน ทุกด้าน
ระยะเวลาประเมิน	12 เดือน ตามปีงบประมาณ
วิธีการประเมินผล	จากคะแนนการประเมินที่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดในแต่ละด้าน ทุกด้าน มิติที่ 1 ด้านจัดเก็บรายได้คำรักษาพยาบาล - มิติที่ 2 ด้านการเงิน - มิติที่ 3 บริหารพัสดุ - มิติที่ 4 งบการเงิน - มิติที่ 5 ระบบการควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง

คำอธิบายนิยามตัวชี้วัด แผนกลยุทธ์โรงพยาบาลเชียงใหม่ ปี 2562-2565

เป้าประสงค์ที่ G12	บุคลากรมีศักยภาพในการปฏิบัติงานตามภารกิจและมีความสุข
ตัวชี้วัด K27	ร้อยละของบุคลากรที่ผ่านเกณฑ์การประเมินสมรรถนะ >80%
คำนิยาม	<p>สถานการณ์ปัญหาด้านกำลังคน การขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพ เป็นปัญหาสำคัญในระดับจังหวัด ส่งผลต่อการบริการประชาชนไม่ครอบคลุม ยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศใน 20 ปี ข้างหน้า มุ่งเน้นให้ประชาชนมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน ดังนั้นบุคลากรด้านสุขภาพทุกสาขา จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาให้มีสมรรถนะที่สอดคล้องกับวิชาชีพที่ปฏิบัติ เพื่อประโยชน์ต่อการพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน</p> <p>บุคลากร หมายถึง ข้าราชการ/พนักงานราชการ/พนักงานกระทรวงสาธารณสุข/ ลูกจ้างประจำ และลูกจ้างชั่วคราวที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน รพ. เชียงใหม่สังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>สมรรถนะ หมายถึง คุณลักษณะพื้นฐาน (Underlying Characteristic) ที่มีอยู่ภายในตัวบุคคล ได้แก่ แรงจูงใจ (Motive) อุปนิสัย (Trait) อัตมโนทัศน์ (SelfConcept) ความรู้ (Knowledge) และทักษะ (Skill) ซึ่งคุณลักษณะเหล่านี้ จะเป็นตัวผลักดันหรือมีความสัมพันธ์เชิงเหตุผล (Causal Relationship) ให้บุคคลสามารถปฏิบัติงานตามหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ/หรือ สูงกว่าเกณฑ์อ้างอิง (Criterion-Reference) หรือเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งระดับความสำเร็จของการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากร จะประเมินโดยใช้เกณฑ์เดียวกับ สำนักงาน ก.พ. กำหนด คือ วัดจากสมรรถนะหลัก Functional Competency 5 ตัว ได้แก่</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 1. การมุ่งผลสัมฤทธิ์ 2. การบริการที่ดี 3. การส่งเสริมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ 4. การยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรมและจริยธรรม 5. การทำงานเป็นทีม <p>และมีสมรรถนะตาม Core Value ค่านิยมองค์กร KNH (K : Knowledge & Learning , N : Network & Teamwork , H : Healthy & Happy)</p> <p>การพัฒนาสมรรถนะบุคลากร หมายถึง กระบวนการที่จัดขึ้น เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ทักษะและสมรรถนะทางวิชาชีพแก่บุคลากรของหน่วยงาน เพื่อยกระดับมาตรฐานการปฏิบัติงานตามภารกิจที่รับผิดชอบให้สูงขึ้น โดยมีวิธีการพัฒนาที่หลากหลายรูปแบบ เช่น การฝึกอบรม การศึกษาดูงาน การสัมมนา การเรียนรู้ด้วยตนเองจากชุดฝึกอบรมหรือแบบเรียนสำเร็จรูป การสอนพนักงานและการปฐมนิเทศ โดยมีการดำเนินการพัฒนาที่เป็นระบบ สอดคล้องกับแผนการพัฒนาบุคลากร ที่กำหนดไว้</p>
วัตถุประสงค์	เพื่อให้บุคลากรในสังกัดโรงพยาบาลเชียงใหม่ มีการประเมินสมรรถนะ สรุปลักษณะมาพัฒนาให้มีขีดสมรรถนะสอดคล้องกับวิชาชีพ และภารกิจงานเพื่อตอบสนอง ยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน
ประชากร/กลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรโรงพยาบาลเชียงใหม่ทุกระดับ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>วัดผลการดำเนินงาน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. แต่งตั้งคณะกรรมการการพัฒนาบุคลากรและติดตามผลการประเมินผลการปฐมนิเทศราชการ HRD. 2. รวบรวมข้อมูลการดำเนินการประเมินสมรรถนะบุคลากรตามความเป็นจริง แล้ววิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยโดยรวม เป็นภาพโรงพยาบาล 3. จัดทำเป็นแผนพัฒนาบุคลากรของหน่วยงาน โดยนำผลการประเมินสมรรถนะรายบุคคล (GAP Competency ตามมาตรฐานสมรรถนะหลัก ก.พ. 5 ตัว) <p>มาวิเคราะห์ในส่วนที่หน่วยงานต้องพัฒนา หรือบุคคลพัฒนาเอง</p>

	<p>4. ดำเนินการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรของหน่วยงานตามแผนที่โรงพยาบาลกำหนดไว้</p> <p>5. หน่วยงานสรุปประเมินผลสมรรถนะบุคลากรตามความเป็นจริง และจัดส่งข้อมูลมาระดับจังหวัดภายในเวลาที่กำหนด</p>
สูตรการคำนวณ ตัวชี้วัด	<p>A = จำนวนบุคลากรสาธารณสุขที่ผ่านการประเมินสมรรถนะหลัก 5 ด้าน และสมรรถนะตามค่านิยม Core Value KNH</p> <p>B = จำนวนบุคลากรทั้งหมด</p> $(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมิน	รอบที่ 1 (ตุลาคม – มีนาคม) , รอบที่ 2 (เมษายน – กันยายน)
วิธีการประเมินผล	<p>หลักฐานเชิงประจักษ์</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. คำสั่งคณะกรรมการ 2. ผลการประเมินสมรรถนะรายบุคคล 3. แผนพัฒนาสมรรถนะบุคลากรรายบุคคล (IDP) 4. แผนพัฒนาสมรรถนะบุคลากรขององค์กร 5. ประเมินผลโดยคำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน

คำอธิบายนิยามตัวชี้วัด แผนกลยุทธ์โรงพยาบาลเชียงใหม่ ปี 2562-2565

เป้าประสงค์ที่ G12	บุคลากรมีศักยภาพในการปฏิบัติงานตามภารกิจและมีความสุข
ตัวชี้วัด K28	ผล Happynomitor ร้อยละ 70
คำนิยาม	<p>HAPPINOMETER : แบบสำรวจความสุขด้วยตนเอง หมายถึง เครื่องมือวัดสุขภาวะระดับบุคคลผ่านระบบโปรแกรม Happinometer ของกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานมีการวิเคราะห์ (Analysis) ผลการประเมิน และสังเคราะห์ (Synthesis) ข้อมูล โดยสามารถนำข้อมูลมาพัฒนาความก้าวหน้าความสุขของคนทำงานได้อย่างเป็นรูปธรรม มีความชัดเจนและสอดคล้องกับบริบทขององค์กร</p>

ความสุขคนทำงาน หมายถึง ประสบการณ์ และความรู้สึกของคนทำงาน ที่ต้องการให้ตนเป็นที่ยกย่องและยอมรับจากคนทั่วไป การได้ทำงานในที่ทำงานที่มั่นคง มีความก้าวหน้า การเข้าถึงโอกาสในการพัฒนาอย่างทั่วถึง การมีผู้บังคับบัญชาที่มีความเมตตาและกรุณา การมีเพื่อนร่วมงานที่จริงใจ การได้รับสวัสดิการที่พอเพียง และการได้รับความปลอดภัยจากการทำงาน ซึ่งถ้าคนทำงานได้รับสิ่งต่างๆ เหล่านี้ คนทำงานก็จะทำงานอย่างมีความสุข

มิติความสุข 9 มิติ : HAPPINOMETER ความสุขวัดเองได้

มิติ 1 Happy Body (สุขภาพดี) หมายถึง การที่บุคคลมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง สมส่วน มีพฤติกรรมการบริโภคที่ปลอดภัย มีความพึงพอใจสภาวะสุขภาพกายของตนเองในมิตินี้ประกอบด้วย 6 ตัวชี้วัด คือ ค่า BMI , ภาวะอ้วนลงพุง , ออกกำลังกาย , สูบบุหรี่ , ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และความพึงพอใจต่อสุขภาพกาย

มิติ 2 Happy Relax (ผ่อนคลายดี) หมายถึง การที่บุคคลสามารถบริหารเวลาในแต่ละวันเพื่อการพักผ่อนได้อย่างมีคุณภาพ พอใจกับการบริหารจัดการปัญหาของตนเอง และทำชีวิตให้ง่ายสบาย ๆ ในมิตินี้ ประกอบด้วย 5 ตัวชี้วัด คือ ความพอเพียงในการพักผ่อน , กิจกรรมหย่อนใจ , ความเครียด , ชีวิตเป็นไปตามที่คาดหวัง และการจัดการกับปัญหาในชีวิต

มิติ 3 Happy Heart (น้ำใจดี) หมายถึง การที่บุคคลมีจิตสาธารณะ มีส่วนร่วมในการสร้างประโยชน์ให้กับส่วนรวม และมีเมตตากับคนรอบข้าง ในมิตินี้ ประกอบด้วย 9 ตัวชี้วัด คือ ความรู้สึกเอื้ออาทร , การให้ความช่วยเหลือแก่คนรอบข้าง , การทำงานเป็นทีม , ความสัมพันธ์เหมือนพี่เหมือนน้อง , การสื่อสารกับเพื่อนร่วมงานในองค์กร , การถ่ายทอดแลกเปลี่ยนการทำงาน , การทำประโยชน์เพื่อส่วนรวม และการเข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม

มิติ 4 Happy Soul (จิตวิญญาณดี) หมายถึง การที่บุคคลมีความตระหนักถึงคุณธรรมและศีลธรรม รู้แพ้ รู้ชนะ รู้จักให้ และมีความกตัญญู รู้คุณ มิตินี้ ประกอบด้วย 5 ตัวชี้วัด คือ การทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม ศาสนา , การให้ทานและการปฏิบัติกิจตามศาสนา , การให้อภัย , การยอมรับและการขอโทษ , รวมถึง การตอบแทนผู้มีพระคุณ

มิติ 5 Happy Family (ครอบครัวดี) หมายถึง การที่บุคคลมีความรู้สึกผูกพัน เชื่อใจมั่นใจ และอุ่นใจ กับบุคคลในครอบครัวของตนเอง มิตินี้ ประกอบด้วย 3 ตัวชี้วัด คือ เวลาอยู่กับครอบครัว , การทำกิจกรรมกับครอบครัว และมีความสุขกับครอบครัว

มิติ 6 Happy Society (สังคมดี) หมายถึง การที่บุคคลมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อเพื่อนบ้าน ไม่ทำให้ผู้อื่นเดือดร้อน ไม่เอาเปรียบผู้คนรอบข้าง ไม่ทำให้สังคมเสื่อมถอย มิตินี้ ประกอบด้วย 6 ตัวชี้วัด คือ ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน การปฏิบัติตามกฎระเบียบของสังคม , ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน การขอความช่วยเหลือจากคนในชุมชนสังคมสงบสุข และการใช้ชีวิตในสังคมอย่างมีความสุข

มิติ 7 Happy Brain (ใฝ่รู้ดี) หมายถึง การที่บุคคลมีความตื่นตัว กระตือรือร้นในการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ เพื่อปรับตัวให้เท่าทันและตั้งรับการเปลี่ยนแปลงได้ ตลอดเวลา และพอใจที่จะแสดงความสามารถอยู่เสมอ มิตินี้ ประกอบด้วย 3 ตัวชี้วัด คือ การแสวงหาความรู้ใหม่ ๆ , การพัฒนาตนเอง และโอกาสในการพัฒนาตนเอง

	<p>มิติ 8 Happy Money (สุขภาพเงินดี) หมายถึง การที่บุคคลมีวินัยในการใช้จ่ายเงิน มีความสามารถและพึงพอใจในการบริหารจัดการระบบการรับจ่าย และออมเงินในแต่ละเดือน มิตินี้ ประกอบด้วย 4 ตัวชี้วัด คือ การผ่อนชำระหนี้สินต่างๆ การชำระหนี้เงินออม และความเพียงพอของค่าตอบแทนที่ได้รับ</p> <p>มิติ 9 Happy work-life (การงานดี) หมายถึง การที่บุคคลมีความสุขสบายใจในที่ทำงาน มีความรัก ความผูกพัน และความภาคภูมิใจในองค์กร มีความมั่นใจในอาชีพรายได้ และมีความพึงพอใจกับความก้าวหน้าของตนเองในองค์กร มิตินี้ ประกอบด้วย 20 ตัวชี้วัด คือ ความสุขต่อสภาพแวดล้อมในองค์กร, การได้รับการดูแลด้านสุขภาพ ,ความพึงพอใจต่อสวัสดิการ ,การได้รับการปฏิบัติอย่างถูกต้องตามกฎหมาย แรงงาน, ความเหมาะสมของการเลื่อนขั้นเลื่อนตำแหน่ง , ความมั่นคงในอาชีพ , ความเสี่ยงจากการทำงาน ,การลาออกจากงาน ,การเปลี่ยนสถานที่ทำงาน , การมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น ,ความถูกต้องของการจ่ายค่าจ้าง ,ความตรงเวลาของการจ่ายค่าจ้าง และการทำงานอย่างมีความสุข</p> <p>เกณฑ์เป้าหมาย</p> <table border="1" data-bbox="539 676 1917 778"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> <th>ปีงบประมาณ 65</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>≥61.86%</td> <td>≥63%</td> <td>≥65%</td> <td>≥70%</td> <td>≥75%</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	≥61.86%	≥63%	≥65%	≥70%	≥75%
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65							
≥61.86%	≥63%	≥65%	≥70%	≥75%							
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อประเมิน Happinometer ของบุคลากร และนำผลการประเมินมาใช้พัฒนาองค์กร บุคลากร การบริหารงาน เพื่อส่งเสริมความสุขในการทำงาน 2. เพื่อให้บุคลากรมีคุณภาพชีวิตที่ดี 										
ประชากร/กลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรโรงพยาบาลเชียงใหม่ทุกคน										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลจากการกรอกแบบสอบถามผ่าน Online base หรือ Mobile App based ของกระทรวงสาธารณสุข แหล่งข้อมูล ข้อมูลจากการกรอกโปรแกรมแบบสอบถามของกระทรวงสาธารณสุข										
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	-										
ระยะเวลาประเมิน	เดือน กุมภาพันธ์ ของทุกปี Timeline <ol style="list-style-type: none"> 1. กระทรวงประกาศใช้เครื่องมือ 2. กระทรวงเปิดระบบทำการสำรวจ Happinometer (เดือน กุมภาพันธ์) 3. กรมอนามัยแจ้งเวียนหน่วยงานดำเนินการให้บุคลากรทำแบบสำรวจ 										

	<p>4. หน่วยงานในสังกัดกรมอนามัยดำเนินการประชาสัมพันธ์ และกำกับติดตามให้บุคลากรเข้าทำแบบสำรวจฯ</p> <p>5. รวบรวมผลการสำรวจฯ</p> <p>6. วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลผลความสุข</p> <p>7. จัดทำแผนพัฒนาความสุข และดำเนินการตามแผนที่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล</p>										
<p>วิธีการประเมินผล</p>	<p>ประเมินผลจากการวิเคราะห์โปรแกรม Happinometer ในคอมพิวเตอร์ www.happinometer.com (Online-based)</p> <p style="text-align: center;">ความหมายของค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความสุขตนเอง และความสุขรวมของบุคคลในองค์กร</p> <table border="1" data-bbox="557 483 1995 930"> <thead> <tr> <th data-bbox="557 483 763 531">คะแนนเฉลี่ย</th> <th data-bbox="763 483 1995 531">ความหมาย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="557 531 763 635">0.00 – 24.99</td> <td data-bbox="763 531 1995 635">ไม่มีความสุขอย่างยิ่ง : Very Unhappy สะท้อนให้เห็นว่า คนทำงานในองค์กรของท่านอยู่ในระดับ “ไม่มีความสุขเลย” ผู้บริหารต้องดำเนินการแก้ไขอย่างเร่งด่วน</td> </tr> <tr> <td data-bbox="557 635 763 730">25.00 – 49.99</td> <td data-bbox="763 635 1995 730">ไม่มีความสุข : Unhappy สะท้อนให้เห็นว่า คนทำงานในองค์กรของท่านอยู่ในระดับ “ไม่มีความสุข” ผู้บริหารต้องดำเนินการแก้ไขอย่างจริงจัง</td> </tr> <tr> <td data-bbox="557 730 763 834">50.00 – 74.99</td> <td data-bbox="763 730 1995 834">มีความสุข : Happy สะท้อนให้เห็นว่า คนทำงานในองค์กรของท่านอยู่ในระดับ “มีความสุข” ผู้บริหารต้องสนับสนุนให้มีความสุขยิ่งขึ้นไป</td> </tr> <tr> <td data-bbox="557 834 763 930">75.00 – 100.0</td> <td data-bbox="763 834 1995 930">มีความสุขอย่างยิ่ง : Very Happy ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า คนทำงานในองค์กรของท่านอยู่ใน ระดับ “มีความสุขมาก” ผู้บริหารควรสนับสนุน และยกย่องเป็นแบบอย่าง</td> </tr> </tbody> </table>	คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย	0.00 – 24.99	ไม่มีความสุขอย่างยิ่ง : Very Unhappy สะท้อนให้เห็นว่า คนทำงานในองค์กรของท่านอยู่ในระดับ “ไม่มีความสุขเลย” ผู้บริหารต้องดำเนินการแก้ไขอย่างเร่งด่วน	25.00 – 49.99	ไม่มีความสุข : Unhappy สะท้อนให้เห็นว่า คนทำงานในองค์กรของท่านอยู่ในระดับ “ไม่มีความสุข” ผู้บริหารต้องดำเนินการแก้ไขอย่างจริงจัง	50.00 – 74.99	มีความสุข : Happy สะท้อนให้เห็นว่า คนทำงานในองค์กรของท่านอยู่ในระดับ “มีความสุข” ผู้บริหารต้องสนับสนุนให้มีความสุขยิ่งขึ้นไป	75.00 – 100.0	มีความสุขอย่างยิ่ง : Very Happy ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า คนทำงานในองค์กรของท่านอยู่ใน ระดับ “มีความสุขมาก” ผู้บริหารควรสนับสนุน และยกย่องเป็นแบบอย่าง
คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย										
0.00 – 24.99	ไม่มีความสุขอย่างยิ่ง : Very Unhappy สะท้อนให้เห็นว่า คนทำงานในองค์กรของท่านอยู่ในระดับ “ไม่มีความสุขเลย” ผู้บริหารต้องดำเนินการแก้ไขอย่างเร่งด่วน										
25.00 – 49.99	ไม่มีความสุข : Unhappy สะท้อนให้เห็นว่า คนทำงานในองค์กรของท่านอยู่ในระดับ “ไม่มีความสุข” ผู้บริหารต้องดำเนินการแก้ไขอย่างจริงจัง										
50.00 – 74.99	มีความสุข : Happy สะท้อนให้เห็นว่า คนทำงานในองค์กรของท่านอยู่ในระดับ “มีความสุข” ผู้บริหารต้องสนับสนุนให้มีความสุขยิ่งขึ้นไป										
75.00 – 100.0	มีความสุขอย่างยิ่ง : Very Happy ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า คนทำงานในองค์กรของท่านอยู่ใน ระดับ “มีความสุขมาก” ผู้บริหารควรสนับสนุน และยกย่องเป็นแบบอย่าง										

คำอธิบายนิยามตัวชี้วัด แผนกลยุทธ์โรงพยาบาลเชียงใหม่ ปี 2562-2565

เป้าประสงค์ที่ G13	การจัดการความรู้ การวิจัย และนวัตกรรม														
ตัวชี้วัด K29	ระดับความสำเร็จ ของการจัดการความรู้ (KM)														
คำนิยาม	<p>การจัดการความรู้ (Knowledge Management) หมายถึง การรวบรวมองค์ความรู้ที่มีอยู่ในส่วนราชการซึ่งกระจัดกระจายอยู่ในตัวบุคคล หน่วยงาน หรือเอกสาร มาพัฒนาให้เป็นระบบเพื่อให้ทุกคนในองค์กรสามารถเข้าถึงความรู้ และพัฒนาตนเองให้เป็นผู้รู้ รวมทั้งปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลให้องค์กรมีความสามารถในเชิงแข่งขันสูงสุด</p> <p>หน่วยงานมีการจัดการความรู้ Knowledge Management ผ่านเกณฑ์ หมายถึง โรงพยาบาลเชียงใหม่มีระบบการจัดการความรู้ โดยประเมินตามระดับความสำเร็จของกรอบเกณฑ์การประเมินประจำปี</p>														
วัตถุประสงค์	เพื่อให้หน่วยงานในโรงพยาบาลเชียงใหม่ มีการจัดการความรู้อย่างเป็นรูปธรรม														
ประชากร/ กลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรโรงพยาบาลเชียงใหม่														
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	ฐานข้อมูลศูนย์พัฒนาคุณภาพ Website http://www.knhos.go.th/														
สูตรการคำนวณ ตัวชี้วัด	<p>เกณฑ์เป้าหมายผลงานวิชาการ นวัตกรรมได้รับคัดเลือกนำเสนอระดับกระทรวง</p> <p>เกณฑ์เป้าหมาย :</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 61</th> <th>ปีงบประมาณ 62</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> <th>ปีงบประมาณ 65</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </tbody> </table>					ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	2	3	4	5	5
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65											
2	3	4	5	5											
ระยะเวลาประเมิน	รอบที่ 1 (ตุลาคม – มีนาคม) , รอบที่ 2 (เมษายน – กันยายน)														
วิธีการประเมินผล	<p>เกณฑ์เป้าหมายการวัดระดับความสำเร็จ</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>ระดับ ความสำเร็จ</th> <th>เกณฑ์</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ระดับ 1</td> <td>วางแผนการจัดการความรู้ - มีแผนปฏิบัติการประจำปี - มีแผนงบประมาณ - จัดทำรายละเอียด KPI</td> </tr> <tr> <td>ระดับ 2</td> <td>ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ โครงการ/กิจกรรม - จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ - มีรูปภาพกิจกรรม</td> </tr> <tr> <td>ระดับ 3</td> <td>ควบคุมกำกับติดตามงาน - มีเอกสารติดตามผลการดำเนินงาน และสรุปประเมินผลแต่ละกิจกรรม</td> </tr> </tbody> </table>					ระดับ ความสำเร็จ	เกณฑ์	ระดับ 1	วางแผนการจัดการความรู้ - มีแผนปฏิบัติการประจำปี - มีแผนงบประมาณ - จัดทำรายละเอียด KPI	ระดับ 2	ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ โครงการ/กิจกรรม - จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ - มีรูปภาพกิจกรรม	ระดับ 3	ควบคุมกำกับติดตามงาน - มีเอกสารติดตามผลการดำเนินงาน และสรุปประเมินผลแต่ละกิจกรรม		
ระดับ ความสำเร็จ	เกณฑ์														
ระดับ 1	วางแผนการจัดการความรู้ - มีแผนปฏิบัติการประจำปี - มีแผนงบประมาณ - จัดทำรายละเอียด KPI														
ระดับ 2	ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ โครงการ/กิจกรรม - จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ - มีรูปภาพกิจกรรม														
ระดับ 3	ควบคุมกำกับติดตามงาน - มีเอกสารติดตามผลการดำเนินงาน และสรุปประเมินผลแต่ละกิจกรรม														

	ระดับ 4	มีการเผยแพร่องค์ความรู้เพื่อเป็นแบบอย่างให้หน่วยงานอื่น ทางเว็บไซต์โรงพยาบาล Website http://www.knhos.go.th /
	ระดับ 5	ประเมินผลและสรุปผลการดำเนินงานการจัดการความรู้ หน่วยงานมีผลงานได้รับการคัดเลือกนำเสนอผลงานระดับ กระทรวง

คำอธิบายนิยามตัวชี้วัด แผนกลยุทธ์โรงพยาบาลเชียงใหม่ ปี 2562-2565

เป้าประสงค์ที่ G14	ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนการบริหาร การปฏิบัติงาน การเรียน และการวิจัย
ตัวชี้วัด K30	จำนวนระบบสารสนเทศที่พัฒนาขึ้นเพื่อสนับสนุนการบริหาร การปฏิบัติงานและการวิจัย
คำนิยาม	<p>ระบบสารสนเทศ (Information System หรือ IS) คือ ระบบแบบเฉพาะเจาะจงชนิดหนึ่ง ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าเป็นกลุ่มของส่วนประกอบพื้นฐานต่าง ๆ ที่ทำงานเกี่ยวข้องกันในการเก็บ (นำเข้า), จัดการ (ประมวลผล) และเผยแพร่(แสดงผล) ข้อมูลและสารสนเทศ และสนับสนุนกลไกของผลสะท้อนกลับ เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์</p> <p>ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารหรือระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการ (MIS) หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูล การประมวลผลและการสร้างสารสนเทศขึ้นมาเพื่อช่วยในการตัดสินใจ การประสานงานและการควบคุม นอกจากนั้นยังช่วยผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ในการวิเคราะห์ปัญหา แก้ปัญหา และสร้างผลิตภัณฑ์หรือผลงานใหม่โดยใช้อุปกรณ์คอมพิวเตอร์(Hardware) และโปรแกรม (Software) รวมทั้งผู้ใช้ (Peopleware) เพื่อก่อให้เกิดความสำเร็จในการได้มาซึ่งสารสนเทศที่มีประโยชน์ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารเป็นระบบ ซึ่งรวมความสามารถของผู้ใช้งานและคอมพิวเตอร์เข้าด้วยกัน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ได้มาซึ่งสารสนเทศเพื่อการดำเนินงาน การจัดการ และการตัดสินใจในองค์กร</p> <p>ความต้องการสารสนเทศบุคลากรแต่ละระดับมีความต้องการแตกต่างกัน บุคลากรระดับปฏิบัติการจะต้องมีระบบงานที่สนองความต้องการของระดับปฏิบัติ (Operational System) บุคลากรระดับกลางมีระดับงานที่คอยควบคุมดูแลให้งานต่าง ๆ เป็นไปตามที่กำหนดไว้ จึงจำเป็นต้องได้ระบบงานที่ช่วยในการตัดสินใจ ผู้บริหารระดับสูงเป็นงานด้านวางแผนกลยุทธ์เพื่อการตัดสินใจ ดังนั้นความต้องการสารสนเทศของแต่ละระดับจึงไม่เหมือนกัน ถึงแม้จะมาจากฐานข้อมูลเดียวกัน จึงต้องสร้างระบบสารสนเทศเพื่อสนองความต้องการของแต่ละระดับ</p> <p>การจัดการระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพในองค์กร ประกอบด้วยระบบย่อย 4 ระบบ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ระบบประมวลผลรายการ (Transaction Processing Systems

	2. ระบบการรายงาน (Management Report Systems) 3. ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision Report System) 4. ระบบสารสนเทศสำนักงาน (Office Information Systems)
วัตถุประสงค์	1. เพื่อพัฒนาระบบสารสนเทศสนับสนุนการบริหาร บริการ การปฏิบัติงานและการวิจัย 2. เพื่อสนับสนุนข้อมูลข่าวสารที่มีประสิทธิภาพ ทันสมัย และสนองต่อความต้องการในการปฏิบัติงาน
ประชากร/ กลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรในโรงพยาบาลเชียงใหม่ และเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเชียงใหม่
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	DATA Center
สูตรการคำนวณ ตัวชี้วัด	
ระยะเวลาประเมิน	ปีละ 2 ครั้ง : ครั้งที่ 1 (ตค. – มีค.) ครั้งที่ 2 (ตค.– กย.)
วิธีการประเมินผล	จำนวนสารสนเทศที่พัฒนาขึ้นและใช้ประโยชน์ได้จริง มีคุณสมบัติ ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1. การเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน 2. การลดเวลาการทำงาน 3. การลดขั้นตอนการปฏิบัติงาน/การเรียกใช้/การเลือกใช้สารสนเทศ 4. ความสามารถลั่นกรองสารสนเทศที่ตรงกับความต้องการได้ทันที 5. การใช้ทรัพยากรร่วมกันได้ (ระบบฐานข้อมูล/ระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์/ทรัพยากรสารสนเทศ) 6. สร้างโอกาสในการพัฒนาองค์กรด้านการบริหาร การปฏิบัติงานและการวิจัย 7. สร้างภาพพจน์ที่ดีขององค์กรให้ปรากฏแก่สังคม

คำอธิบายนิยามตัวชี้วัด แผนกลยุทธ์โรงพยาบาลเชียงใหม่ ปี 2562-2565

เป้าประสงค์ที่ G15	สภาพแวดล้อมการทำงานปลอดภัยและเอื้อต่อการปฏิบัติงาน
ตัวชี้วัด K31	ผลการประเมินโรงพยาบาล Green & Glean ผ่านเกณฑ์ ระดับดีเด่น
คำนิยาม	โรงพยาบาลพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ Green & Clean หมายถึง มีกระบวนการพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลให้เอื้อต่อ การมีสุขภาพดีแบบองค์รวมทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้รับบริการ ญาติ รวมถึงบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล กระบวนการพัฒนา ประกอบด้วย การประกาศนโยบายการพัฒนา ด้านสิ่งแวดล้อม เช่น 5 ส. การประหยัดพลังงาน การจัดการขยะ โดยมีประเด็นการพัฒนา คือ การจัดการขยะทุกประเภท การพัฒนาห้องน้ำให้สะอาด การประหยัดพลังงาน การพัฒนาสิ่งแวดล้อม การพัฒนาสุขาภิบาลอาหารตามเกณฑ์มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง
วัตถุประสงค์	โรงพยาบาลเชียงใหม่ผ่านการประเมินโรงพยาบาล Green & Clean ระดับดีเด่น มีสิ่งแวดล้อมที่ดีเอื้อต่อการให้บริการสุขภาพ
กลุ่มเป้าหมาย	จำนวนหน่วยงานในโรงพยาบาลเชียงใหม่
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	หน่วยงานในโรงพยาบาลผ่านการประเมินระดับพื้นฐานขึ้นไปจนถึงระดับดีเด่น
สูตรการคำนวณ ตัวชี้วัด	จำนวนหน่วยงานในโรงพยาบาลเชียงใหม่ที่ผ่านการประเมิน/จำนวนหน่วยงานทั้งหมดของโรงพยาบาล (22 หน่วยงาน) X 100
ระยะเวลาประเมิน	ประเมิน 6 เดือน ประเมิน 12 เดือน
วิธีการประเมินผล	ประเมินตามเกณฑ์ เกณฑ์การประเมิน ประกอบด้วย ระดับพื้นฐาน คือ มีการพัฒนาผ่านเกณฑ์ ข้อ 1 ถึงข้อ 10 ขั้นตอนที่ 1 สร้างกระบวนการ (นโยบาย แผน) ข้อที่ 1 ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการกิจกรรม GREEN ข้อที่ 2-9

	<p>ระดับดี คือ มีการพัฒนาระดับพื้นฐานและมีการพัฒนากิจกรรมเพิ่มเติม 2 ข้อ คือ</p> <p>ข้อที่ 11 มีการพัฒนาส่วนในอาคารผู้ป่วยในให้ได้มาตรฐาน HAS</p> <p>ข้อที่ 12 มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภทถูกสุขลักษณะ</p> <p>ระดับดีมาก คือ มีการพัฒนาระดับดี และมีการพัฒนากิจกรรมเพิ่มเติม 2 ข้อ คือ</p> <p>ข้อที่ 13 มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์ และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาล เครือข่ายชุมชน</p> <p>ข้อที่ 14 มีการสร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชน เพื่อให้เกิด GREEN Community</p>
--	--

ผลการดำเนินงาน ตามแผนกลยุทธ์โรงพยาบาลเชียงใหม่

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดองค์กร (KPIs.) ปี 2562-2465

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินการ				
		2562	2562	2563	2564	2565

		(6ต.)				
G1. ประชาชนมีสุขภาพดี	K1. ร้อยละอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐาน 5 ปี	47.32%				
	K2. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วย TB รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ >85%	90%				
	K3. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้วัดความดันโลหิตที่บ้าน อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลง	41.46				
		1.08				
K4. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	2.75					
G2. โรงพยาบาลได้รับการรับรอง คุณภาพมาตรฐานสากล	K5. โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพตามมาตรฐานสากล (HA)	รอ ประเมิน				
G3. ผู้รับบริการพึงพอใจ	K6. ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ >85%	83.57				
G4. ระบบดูแลรักษา มีประสิทธิภาพ	K7. อัตราตายของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินใน 24 ชม.<10%	1.39				
	K8. อัตราการ Re-visit <8% อัตราการ Re-admit <1%	1.00				
		1.53				
	K9. อัตราการติดเชื้อใน รพ. <2%					
	K10. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้ $\geq 40\%$ ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ $\geq 50\%$	44.77 57.93				
	K11. ร้อยละผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของ eGFR น้อยกว่า 4 ml/min/1.73 m ² /year $\geq 67\%$	47.39				
	K12. ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือด $\geq 50\%$	100				
	K13. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต >65%	31.70				
G5. การจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และระบบส่ง-ต่อ ผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ	K14. รพ.ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ	ผ่าน				

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินการ				
		2562 (6ต.)	2562	2563	2564	2565

G6. การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคในโรงพยาบาล และชุมชน มีประสิทธิภาพ	K15. ร้อยละผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัยผ่านเกณฑ์ ($\geq 80\%$ ของ KPI ทั้งหมด)	-				
	K16. โรงพยาบาลมีการจัดบริการอาชีวอนามัยได้มาตรฐานระดับดี มาก	ดี				
	K17. อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี น้อยกว่า 5 ต่อประชากรเด็กแสนคน (ไม่เกิน 6.5 : แสนปชก.เด็กอายุ < 15 ปี)	0				
G7. ภาควิชาหรือฝ่ายมีความเข้มแข็ง และมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ	K18. จำนวนโครงการ/กิจกรรมที่ภาควิชาหรือฝ่ายมีส่วนร่วม $\geq 80\%$	100%				
G8. การจัดการเครื่องมือและระบบสาธารณสุขภาค มีประสิทธิภาพ	K19. อุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ของเครื่องมือสำคัญ/ระบบสำรองฉุกเฉิน	-				
G9. การจัดการรายได้ และค่าใช้จ่าย มีประสิทธิภาพ	K20. อัตราการเพิ่มขึ้นของรายได้โรงพยาบาล(%)	-				
	K21. ค่า CMI มากกว่า 0.6	0.713				
	K22. อัตราการลดลงของรายจ่ายที่ควบคุมได้	-				
G10. การบริหารยุทธศาสตร์แผนงานโครงการ มีประสิทธิภาพ	K23. ร้อยละความสำเร็จของการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการประจำปี $\geq 85\%$ (ระดับ 5)	96.0% ระดับ 5				
G11. การบริหารความเสี่ยงและการควบคุมภายในมีประสิทธิภาพ	K24. ข้อร้องเรียน ได้รับการจัดการภายใน 3 วัน $> 85\%$	-				
	K25. ความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไปได้รับการแก้ไขเชิงระบบ ภายใน 7 วัน	-				
	K26. การควบคุมภายในผ่านเกณฑ์ทุกด้าน เช่น - มิติที่ 1 ด้านจัดเก็บรายได้ค่ารักษาพยาบาล - มิติที่ 2 ด้านการเงิน - มิติที่ 3 บริหารพัสดุ - มิติที่ 4 งบการเงิน - มิติที่ 5 ระบบการควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง					

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินการ				
		2562	2562	2563	2564	2565

		(6ด.)				
	K27. ร้อยละของบุคลากรที่ผ่านเกณฑ์การประเมินสมรรถนะ >80%	100%				
G12. บุคลากรมีศักยภาพในการปฏิบัติงานตามภารกิจและมีความสุข	K28. ผล Happynomitor ร้อยละ 70	63.8%				
G13. การจัดการความรู้ การวิจัย และนวัตกรรม	K29. ระดับความสำเร็จ ของการจัดการความรู้ (KM) ระดับ 5	ระดับ 3				
G14. ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ สนับสนุนการบริหาร การปฏิบัติงาน การเรียนและการวิจัย	K30. จำนวนระบบสารสนเทศที่พัฒนาขึ้นเพื่อสนับสนุนการบริหาร การปฏิบัติงานและการวิจัย (ปีละ 1 เรื่อง)	1 เรื่อง				
G15. สภาพแวดล้อมการทำงานปลอดภัยและเอื้อต่อการปฏิบัติงาน	K31. ผลการประเมินโรงพยาบาล Green &Glean ผ่านเกณฑ์ระดับ ดีเด่น	ดี				
รวมจำนวนตัวชี้วัด (31 KPIs)	จำนวน KPIs ที่ผ่านเกณฑ์	17				
	ร้อยละ (%)	54.83				