



โรงพยาบาลบ่อทอง || Bothong Hospital

แผนยุทธศาสตร์

โรงพยาบาลบ่อทอง

ปีงบประมาณ ๒๕๖๗-๒๕๗๑

คำนำ

ด้วยโรงพยาบาลบ่อทอง ได้มีการทบทวนแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลบ่อทองขึ้น เป็นแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลบ่อทอง ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ – ๒๕๗๑ เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทและสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาลในปัจจุบัน และเป็นแนวทางในการดำเนินงานของหน่วยงานภายในโรงพยาบาล ทั้งในส่วนของ การพัฒนาองค์กร บุคลากร การบริการทางการแพทย์ทุกระดับ และการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ โดยผู้มีส่วน ร่วมทุกภาคส่วน พร้อมทั้งการนำนโยบายและยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุขมาเชื่อมโยงและบูรณาการ เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายและผลสัมฤทธิ์ตามภารกิจที่ได้บัญญัติไว้ คือการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชน

วิสัยทัศน์โรงพยาบาลบ่อทอง “โรงพยาบาลชุมชนคุณภาพ ชาวบ่อทองไว้วางใจ ภาควิชาเคหะชาย เข้มแข็ง” ประกอบด้วย ๕ ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ ๑ ส่งเสริมการเป็น รพ.แห่งความปลอดภัย(Safety), ยุทธศาสตร์ที่ ๒ ส่งเสริมการจัดการความรู้ในองค์กร(Quality), ยุทธศาสตร์ที่ ๓ ระบบบริการด้วยหัวใจ (Satisfaction) และ ยุทธศาสตร์ที่ ๔ องค์กรสมรรถนะสูง (Organization Effective) ยุทธศาสตร์ที่ ๕ สนับสนุนและส่งเสริมการมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพของภาคีเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน การพัฒนา ยุทธศาสตร์ให้บรรลุสำเร็งนั้น ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากทุกหน่วยงานภายในองค์กร รวมไปถึงทีมผู้บริหารที่ เป็นส่วนสำคัญในการเชื่อมโยงและขับเคลื่อนแผนงานให้ไปในทิศทางเดียวกัน สู่การบรรลุเป้าหมายและพันธ กิจของหน่วยงานอย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับนโยบาย ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข รวมถึงแผน ยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ซึ่งต้องมีการรับ-ส่ง เชื่อมต่อตัวชี้วัดสู่การปฏิบัติอย่างเป็นระบบ รวมทั้ง ติดตาม ประเมินผล ทบทวน และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

สุดท้ายนี้ ในนามของโรงพยาบาลบ่อทอง ขอขอบคุณ และชื่นชมทุกหน่วยงานสำหรับความร่วมมือในการ พัฒนาแผนยุทธศาสตร์นี้ เพื่อนำไปสู่การขับเคลื่อนพันธกิจของหน่วยงานให้ไปถึงจุดหมายที่ต้องการอย่างมี ประสิทธิภาพมากที่สุด

(นางแววดาว พิมลเรศ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านบึง รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ่อทอง

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	๒
กรอบเชื่อมโยงยุทธศาสตร์	๑
ตัวชี้วัด(KPI)	๒
SWOT Analysis	๓
ความท้าทาย(Challenge)	๔
แผนยุทธศาสตร์ ๕ ปี (๒๕๖๗-๒๕๗๑)	๕
Measurement Template	
ตัวชี้วัดที่ ๑ คุณภาพน้ำเสียผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	๑๙
ตัวชี้วัดที่ ๒ ขยะติดเชื่อกำจัดอย่างถูกวิธี	๒๐
ตัวชี้วัดที่ ๓ ระดับความสำเร็จของการพัฒนาการเข้าถึงบริการ การป้องกัน และการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	๒๑
ตัวชี้วัดที่ ๔ อัตราการส่งต่อผู้ป่วยทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง(stroke fast tract) ภายในเวลา ๓๐ นาทีนับตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาล	๒๒
ตัวชี้วัดที่ ๕ ร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับ Streptokinase ภายในเวลา ๓๐ นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย	๒๓
ตัวชี้วัดที่ ๖ อัตราเสียชีวิตในผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง(community-acquired sepsis)	๒๔
ตัวชี้วัดที่ ๗ อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยในที่เป็นโรคปอดอักเสบ ชนิด community acquired	๒๕
ตัวชี้วัดที่ ๘ อัตราการส่งต่อผู้ป่วยในที่เป็นโรคปอดอักเสบ ชนิด community acquired ภายใน ๒๔ ชั่วโมงหลังเป็นผู้ป่วยใน	๒๖
ตัวชี้วัดที่ ๙ อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ ต่อประชากรแสนคน	๒๗
ตัวชี้วัดที่ ๑๐ คัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยง	๒๘
ตัวชี้วัดที่ ๑๑ ผู้ป่วยคัดกรองพบซึมเศร้า ได้รับการรักษา	๒๙
ตัวชี้วัดที่ ๑๒ อัตราการเกิด birth asphyxia	๓๐

สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
ตัวชี้วัดที่ ๑๓ อัตราผู้ป่วยไข้เลือดออกเสียชีวิต	๓๑
ตัวชี้วัดที่ ๑๔ อัตราป่วยไข้เลือดออก/แสนประชากร	๓๒
ตัวชี้วัดที่ ๑๕ ร้อยละการติดเชื้อจากการทำงานของเจ้าหน้าที่ เท่ากับ ๐	๓๓
ตัวชี้วัดที่ ๑๖ ร้อยละของจำนวนหน่วยงานที่ได้รับการประเมินความเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมในการทำงานและสิ่งคุกคามต่อสุขภาพภายในโรงพยาบาล	๓๔
ตัวชี้วัดที่ ๑๗ ร้อยละของกลุ่มงานที่จัดทำงานวิจัย/นวัตกรรม/CQI	๓๕
ตัวชี้วัดที่ ๑๘ อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก	๓๖
ตัวชี้วัดที่ ๑๙ อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยใน	๓๗
ตัวชี้วัดที่ ๒๐ อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการในชุมชน	๓๘
ตัวชี้วัดที่ ๒๑ จำนวนผู้ร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการลดลง	๓๙
ตัวชี้วัดที่ ๒๒ ร้อยละบุคลากรได้รับการพัฒนาตามแผนพัฒนารายบุคคล	๔๐
ตัวชี้วัดที่ ๒๓ เจ้าหน้าที่เป็นสมาชิกชมรมสุขภาพ ๑ คน/ชมรม	๔๑
ตัวชี้วัดที่ ๒๔ ร้อยละการทดแทนอัตรากำลังของบุคลากรในทุกสาขาวิชาชีพที่ว่างลง	๔๒
ตัวชี้วัดที่ ๒๕ ร้อยละความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร	๔๓
ตัวชี้วัดที่ ๒๖ สถานะทางการเงินอยู่ในระดับ ๐	๔๔
ตัวชี้วัดที่ ๒๗ Sever Down time ระดับ normal ไม่เกิน ๒ ครั้ง/ปี	๔๖
ตัวชี้วัดที่ ๒๘ Sever Down time ระดับ critical ไม่เกิน ๑ ครั้ง	๔๗
ตัวชี้วัดที่ ๒๙ ระดับความสำเร็จของการป้องกันข้อร้องเรียนอุบัติการณ์ข้อมูลรั่วไหล	๔๘
ตัวชี้วัดที่ ๓๐ อสม. มีศักยภาพในการจัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล	๔๙

กรอบเชื่อมโยงยุทธศาสตร์

วิสัยทัศน์(Vision)

โรงพยาบาลชุมชนคุณภาพ ชาวบ่อทองไว้วางใจ ภาครัฐเครือข่ายเข้มแข็ง

พันธกิจ(Mission)

๑. ให้การบริหารสุขภาพแก่ประชาชน
๒. สนับสนุนการมีส่วนร่วมในระบบบริการสุขภาพภาคประชาชนและภาครัฐเครือข่าย
๓. บริหารจัดการภายในที่มีประสิทธิภาพครอบคลุม ๔ M

ค่านิยม(Core Value)

WOBH : เป็นมืออาชีพ คิดค้นสิ่งใหม่ เชื่อถือไว้วางใจ หัวใจบริการ

เป้าประสงค์

๑. ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน ปลอดภัย ครบองค์รวม
๒. บุคลากรมีสมรรถนะสูงและมีจิตบริการบนพื้นฐานความปลอดภัย
๓. ภาครัฐเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ

เข็มมุ่ง

การดูแลผู้ป่วย ๘ กลุ่มโรค NCD , STROKE ,STEMI ,Sepsis , Suicide , Pneumonia , Birth asphyxia และ DHF แบบเครือข่าย

ประเด็นยุทธศาสตร์

๑. ส่งเสริมการเป็น รพ.แห่งความปลอดภัย(Safety)
๒. ส่งเสริมการจัดการความรู้ในองค์กร(Quality)
๓. ระบบบริการด้วยหัวใจ (Satisfaction)
๔. องค์กรสมรรถนะสูง (Organization Effective)
 - ๔.๑ สมรรถนะเชิงวิชาชีพ
 - ๔.๒ บรรยากาศองค์กรที่ดี
 - ๔.๓ ระบบการเงินการคลัง
 - ๔.๔ ระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ(Information Efficiency)
๕. สนับสนุนและส่งเสริมการมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพของภาครัฐเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน

ตัวชี้วัด(KPI)

รายละเอียดตัวชี้วัด	เป้าหมาย
ส่งเสริมการเป็น รพ.แห่งความปลอดภัย(Safety)	
๑.คุณภาพน้ำเสียผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	๑๐๐ %
๒.ขยะติดเชื้อกำจัดอย่างถูกวิธี	๑๐๐ %
๓.ระดับความสำเร็จของการพัฒนาการเข้าถึงบริการ การป้องกัน และการควบคุมโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง (DM, HT)	ระดับ ๕
๔.อัตราการส่งต่อผู้ป่วย (stroke fast tract) ภายในเวลา ๓๐ นาทีนับตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาล	> ๘๐ %
๕.ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับ Streptokinase ภายในเวลา ๓๐ นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย	> ๗๐%
๖.อัตราผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง(community-acquired sepsis)	≤ ๑๐ %
๗.อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยในที่เป็นโรคปอดอักเสบ ชนิด community acquired	< ๗
๘.อัตราการส่งต่อผู้ป่วยในที่เป็นโรคปอดอักเสบ ชนิด community acquired ภายใน ๒๔ ชั่วโมงหลังเป็นผู้ป่วยใน	< ๒.๕
๙.อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ ต่อประชากรแสนคน	< ๘
๑๐.คัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยง	๑๐๐ %
๑๑.ผู้ป่วยคัดกรองพบซึมเศร้า ได้รับการรักษา	๑๐๐ %
๑๒.อัตราการเกิด birth asphyxia	< ๑๕ %
๑๓.อัตราผู้ป่วยไข้เลือดออกเสียชีวิต	๐
๑๔.อัตราผู้ป่วยไข้เลือดออก/แสนประชากร	๘๕/แสนปก.
๑๕.ร้อยละการติดเชื้อจากการทำงานของเจ้าหน้าที่ เท่ากับ ๐	๐
๑๖.ร้อยละของจำนวนหน่วยงานที่ได้รับการประเมินความเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมในการทำงาน	๑๐๐%
ส่งเสริมการจัดการความรู้ในองค์กร(Quality)	
๑๗.ร้อยละของกลุ่มงานที่จัดทำงานวิจัย/นวัตกรรม/CQI	๑๐๐%
ระบบบริการด้วยหัวใจ (Satisfaction)	
๑๘.อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก	๙๔%
๑๙.อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยใน	๙๕%
๒๐.อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการในชุมชน	๙๖%
๒๑.จำนวนผู้ร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการลดลง	๑๐๐%
องค์กรสมรรถนะสูง(Organization Effective)	
๒๒.ร้อยละบุคลากรได้รับการพัฒนาตามแผนพัฒนารายบุคคล	๘๐%
๒๓.เจ้าหน้าที่เป็นสมาชิกชมรมสุขภาพ ๑ คน/ชมรม	๑๐๐%
๒๔.ร้อยละการทดแทนอัตรากำลังของบุคลากรในทุกสาขาวิชาชีพที่ว่างลง	>๘๐%
๒๕.ร้อยละความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร	๗๐%
๒๖.สถานะทางการเงินอยู่ในระดับ ๐	ระดับ ๐
๒๗. Sever Down time ระดับ normal ไม่เกิน ๒ ครั้ง/ปี	<๐ ครั้ง/ปี
๒๘. Sever Down time ระดับ critical ไม่เกิน ๑ ครั้ง	<๐ ครั้ง
๒๙.ระดับความสำเร็จของการป้องกันข้อร้องเรียนอุบัติการณ์ข้อมูลรั่วไหล	ระดับ ๕
๓๐.อสม. มีศักยภาพในการจัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล	๑๐๐

SWOT Analysis

จุดแข็ง(S)	จุดอ่อน(W)
<ul style="list-style-type: none"> -มีทรัพยากรด้านการเงิน -บุคลากรทำงานเป็นทีม มีความตั้งใจในการปฏิบัติหน้าที่อย่างเต็มความสามารถเพื่อประชาชนและองค์กร -มีแพทย์และพยาบาลเฉพาะทาง -มีสภาพแวดล้อมที่ร่มรื่น ดูทันสมัย สะอาดตา สบายใจ -ความทันสมัยของเทคโนโลยีในการทำงาน -มีทีมผู้บริหารที่เข้มแข็ง ให้ความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพ -มีระบบการเข้าถึงบริการการดูแลผู้ป่วย -มีทีมเยี่ยมบ้านที่เข้มแข็ง 	<ul style="list-style-type: none"> -ผู้นำองค์กรเปลี่ยนบ่อย -แพทย์หมุนเวียน -มีแพทย์เฉพาะทางสาขาเดียว -บุคลากรที่มีอยู่อายุมาก เจ็บป่วย จากการทำงานเกินขอบเขต -ระบบส่งต่องานไม่ชัดเจน ทำให้บุคลากรใหม่รับงานต่อไม่ได้ -ขาดการสื่อสารภายในองค์กรทำให้การถ่ายทอดสู่การปฏิบัติไม่ชัดเจน -อุปกรณ์ไม่รองรับเทคโนโลยีใหม่ และบุคลากรขาดทักษะการใช้เทคโนโลยีใหม่ -โครงสร้างอาคารเก่า ที่พักอาศัยทรุดโทรม
โอกาส(O)	อุปสรรค(T)
<ul style="list-style-type: none"> -มีภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง -มีงบประมาณสนับสนุนจาก อปท. -นโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่ส่งเสริมสุขภาพประชาชน -โรงพยาบาลเครือข่าย 	<ul style="list-style-type: none"> -พื้นที่อำเภอบ่อทองกว้างและห่างไกลจากตัวเมือง -แรงงานต่างด้าวและบุคคลตกหล่น ประชากรแฝงเคลื่อนย้าย -ผู้ป่วยค้างชำระที่ไม่มีสิทธิการรักษา -พฤติกรรมสุขภาพของประชาชน -สื่อออนไลน์ที่ไม่ได้รับการกลั่นกรอง

ความท้าทาย(Challenge)

ประเด็นพิจารณาที่สำคัญจาก SWOT	ความท้าทายองค์กร	กลยุทธ์
So มีระบบการเข้าถึงบริการการดูแลผู้ป่วย การเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง ขณะนอนโรงพยาบาล และระบบ COC	-เป็นโรงพยาบาลแห่งความปลอดภัย	๑.ส่งเสริมการเป็น รพ.แห่งความปลอดภัย(Safety)
ST สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยรายโรค การปฏิบัติตามมาตรฐานรายโรคที่กำหนด	-ผู้รับบริการได้รับการดูแลแบบองค์รวมอย่างปลอดภัย -ส่งเสริมวัฒนธรรมคุณภาพ เพื่อให้มีจิตบริการ	๒.ส่งเสริมการจัดการความรู้ในองค์กร (Quality)
WO ภาระงานมากขึ้น ขาดการสื่อสารในองค์กร ทำให้การบริการล่าช้า มีข้อร้องเรียนการให้บริการ	-ส่งเสริมระบบบริการที่ดี “บริการดี ถูกต้อง รวดเร็ว”	๓.ระบบบริการด้วยหัวใจ (Satisfaction)
WT ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง แพทย์หมุนเวียนบ่อย พบความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อน/เสียชีวิต ความคาดหวังของประชาชนสูงขึ้น ระบบสารสนเทศไม่ตอบสนองเทคโนโลยีใหม่ๆ	-ส่งเสริมให้บุคลากรมีสมรรถนะเชิงวิชาชีพสูง -ลดค่าใช้จ่าย -พัฒนาระบบสารสนเทศและการจัดการฐานข้อมูลของโรงพยาบาล -ส่งเสริมศักยภาพชุมชนในการจัดการสุขภาพระดับครัวเรือน	๔.องค์กรสมรรถนะสูง (Organization Effective) ๔.๑ สมรรถนะเชิงวิชาชีพ ๔.๒ บรรยากาศองค์กรที่ดี ๔.๓ ระบบการเงินการคลัง ๔.๔ ระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ (Information Efficiency) ๕.สนับสนุนและส่งเสริมการมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพของภาคีเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน

แผนยุทธศาสตร์ ๕ ปี (๒๕๖๗-๒๕๗๑)

Challenges	กลยุทธ์	วัตถุประสงค์ Short term objectives	เป้าประสงค์หลัก Long term Goals	Key tactics & action plan	Change	HR Education plan	KPI	เป้าหมาย	ระดับความสำเร็จ					HR Plan	ผู้รับผิดชอบ
									๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑		
- เป็นโรงพยาบาลแห่งความปลอดภัย	ส่งเสริมการเป็น รพ. แห่งความปลอดภัย (Safety)	-ระบบบำบัดน้ำเสียให้ได้มาตรฐาน	-ชุมชนปลอดภัย	พัฒนาระบบบำบัดน้ำเสียให้ได้มาตรฐาน	ระบบบำบัดน้ำเสียไม่ล้น มีการทำงานได้ตามปกติ	ให้ความรู้ผู้ดูแลระบบบำบัด	๑.คุณภาพน้ำเสียผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐	๑๐ ๐	๑๐ ๐	๑๐ ๐	๑๐ ๐	๑๐ ๐	-ศึกษาดูงาน รพ. ช้างเคียง - สอนโดยผู้ชำนาญกว่า	ENV
		-การจัดการขยะติดเชื้อให้ได้มาตรฐาน	-ชุมชนปลอดภัย	พัฒนาการจัดการขยะติดเชื้อให้ได้มาตรฐาน	ชุมชนไม่มีการปนเปื้อนของขยะติดเชื้อ มีการตามรอยที่ทิ้งขยะ	ให้ความรู้เจ้าหน้าที่และแม่บ้านที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะ	๒.ขยะติดเชื้อกำจัดอย่างถูกวิธี ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐	๑๐ ๐	๑๐ ๐	๑๐ ๐	๑๐ ๐	๑๐ ๐	จัดอบรมให้ความรู้ในโรงพยาบาล	ENV

Challenges	กลยุทธ์	วัตถุประสงค์ Short term objectives	เป้าประสงค์หลัก Long term Goals	Key tactics & action plan	Change	HR Education plan	KPI	เป้าหมาย	ระดับความสำเร็จ					HR Plan	ผู้รับผิดชอบ
									๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑		
		-ผู้ป่วย ๘ กลุ่มโรค สำคัญได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างมีมาตรฐาน	-ผู้ป่วย ปลอดภัย	พัฒนาระบบการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย ๘ กลุ่มโรค สำคัญ	ปรับปรุงCPG	ส่งเจ้าหน้าที่อบรมความรู้ทุกกลุ่มโรค	- ตัวชี้วัด ๘ โรค								PCT
				โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (DM/HT)	NCD แยกคลินิกบริการ	ส่งอบรม NCD manager	๓.ระดับความสำเร็จของการพัฒนาการเข้าถึงบริการ การป้องกัน และการควบคุมโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง (DM/HT)	ระดับ ๕	๕	๕	๕	๕	๕	อัตรา กำลัง ๔ คน	

Challenges	กลยุทธ์	วัตถุประสงค์ Short term objectives	เป้าประสงค์หลัก Long term Goals	Key tactics & action plan	Change	HR Education plan	KPI	เป้าหมาย	ระดับความสำเร็จ					HR Plan	ผู้รับผิดชอบ
									๒๕ ๖๗	๒๕ ๖๘	๒๕ ๖๙	๒๕ ๗๐	๒๕ ๗๑		
				Stroke	ผู้ป่วย stroke ได้รับการส่งต่อเพื่อวินิจฉัยรักษาได้รวดเร็วมากขึ้น	ส่งพยาบาลอบรม IMC	๔.อัตราการส่งต่อผู้ป่วยทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง (stroke fast tract) ภายในเวลา ๓๐ นาทีนับตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาล	> ๘๐	๗๕	๗๕	๘๐	๘๐	๘๐	-ส่งศึกษาดูงาน โรงพยาบาล ข้างเคียง	
				STEMI	ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อเพื่อทำ primary PCI หลังวินิจฉัยทันเวลา	แพทย์อบรมพัฒนาศักยภาพโรค STEMI	๕.ร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับ Streptokinase ภายในเวลา ๓๐ นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย	>๗๐	๖๐	๖๐	๗๐	๗๐	๗๐		

Challenges	กลยุทธ์	วัตถุประสงค์ Short term objectives	เป้าประสงค์หลัก Long term Goals	Key tactics & action plan	Change	HR Education plan	KPI	เป้าหมาย	ระดับความสำเร็จ					HR Plan	ผู้รับผิดชอบ
									๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑		
				sepsis	Q SOFA+๒ , sos score ๔ ได้รับการดูแลใน block care	อบรมsepsis manager	๖. อัตราผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง/shock (community-acquired sepsis)	≤ ๑๐	๑๕	๑๒	๑๑	๑๐	๑๐	อบรมออนไลน์ของราชวิทยาลัย	
				pneumonia	sos score ๔ ได้รับการดูแลใน block care	อบรมการดูแลผู้ป่วยเด็กระบบทางเดินหายใจ	๗. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยในที่เป็นโรคปอดอักเสบ ชนิด community acquired	<๗	<๗.๕	<๗.๕	<๗	<๗	<๗	อบรมออนไลน์ของราชวิทยาลัย	

Challenges	กลยุทธ์	วัตถุประสงค์ Short term objectives	เป้าประสงค์หลัก Long term Goals	Key tactics & action plan	Change	HR Education plan	KPI	เป้าหมาย	ระดับความสำเร็จ					HR Plan	ผู้รับผิดชอบ
									๒๕ ๖๗	๒๕ ๖๘	๒๕ ๖๙	๒๕ ๗๐	๒๕ ๗๑		
						อบรมการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ	๘.อัตราการส่งต่อผู้ป่วยในที่เป็นโรคปอดอักเสบ ชนิด community acquired ภายใน ๒๔ ชั่วโมงหลังเป็นผู้ป่วยใน	<๒.๕	<๓	<๓	<๒.๕	<๒.๕	<๒.๕	ศึกษาระบบการดูแลส่งต่อในโรงพยาบาลข้างเคียง	
				suicide	-จัดทำระบบการให้คำปรึกษา on line -โครงการของงานสุขภาพจิต โครงการอ้อมกอดโอบใจ	อบรมเพิ่มศักยภาพเจ้าหน้าที่ด้านการให้คำปรึกษา	๙.อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ ต่อประชากรแสนคน	< ๘	< ๑๕	< ๑๓	< ๑๒	< ๑๐	< ๘	ส่งพยาบาลอบรมการให้คำปรึกษา	

Challenges	กลยุทธ์	วัตถุประสงค์ Short term objectives	เป้าประสงค์หลัก Long term Goals	Key tactics & action plan	Change	HR Education plan	KPI	เป้าหมาย	ระดับความสำเร็จ					HR Plan	ผู้รับผิดชอบ
									๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑		
					-คัดกรองสุขภาพจิตในชุมชน	อสม. ครอบรู้ อบรมความรู้ด้านสุขภาพจิตและการสังเกตสัญญาณเตือนแก่อสม.	๑๐.คัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยง	๑๐๐	๑๐ ๐	๑๐ ๐	๑๐ ๐	๑๐ ๐	๑๐ ๐	อบรมอสม.,ในการคัดกรองด้วยพยาบาลสุขภาพจิต	
					-คัดกรองสุขภาพจิตในกลุ่มเสี่ยงที่รับบริการในโรงพยาบาล	อบรมเจ้าหน้าที่เรื่องการให้คำปรึกษา	๑๑.ผู้ป่วยคัดกรองพบซึมเศร้าได้รับการรักษา	๑๐๐	๑๐ ๐	๑๐ ๐	๑๐ ๐	๑๐ ๐	๑๐ ๐	ส่งพยาบาลอบรมการให้คำปรึกษา	

Challenges	กลยุทธ์	วัตถุประสงค์ Short term objectives	เป้าประสงค์หลัก Long term Goals	Key tactics & action plan	Change	HR Education plan	KPI	เป้าหมาย	ระดับความสำเร็จ					HR Plan	ผู้รับผิดชอบ
									๒๕ ๖๗	๒๕ ๖๘	๒๕ ๖๙	๒๕ ๗๐	๒๕ ๗๑		
				birth asphyxia	ประเมินความเสี่ยงถูกต้อง รายงาน รวดเร็วส่งต่อ ทันเวลา	พัฒนาความรู้อบรม วิชาการ ทบทวน ทักษะเฉพาะ สม่ำเสมอ ต่อเนื่อง	๑๒. อัตราการเกิด birth asphyxia	< ๑๕	< ๒๐	< ๑๙	< ๑๗	< ๑๖	< ๑๕	อบรม วิชาการ ฝึก ทักษะ	
				DHF	วินิจฉัย ถูกต้อง ส่งต่อ ทันเวลา	แพทย์/ พยาบาล อบรมความรู้ การดูแล ผู้ป่วย ไข้เลือดออก	๑๓. อัตราผู้ป่วย ไข้เลือดออก เสียชีวิต	๐	๐	๐	๐	๐	๐	อบรม ทบทวน ความรู้โรค ไข้เลือดออก	
					ควบคุม รวดเร็วใน ชุมชน	อบรมความรู้ อสม เรื่อง โรค ไข้เลือดออก	๑๔. อัตราผู้ป่วย ไข้เลือดออก/ แส่น ประชากร	> ๘๕/ แอส่น ประชากร	๑๐ ๐	๙๕	๙๐	๘๕	๘๕	อบรมอสม	

Challenges	กลยุทธ์	วัตถุประสงค์ Short term objectives	เป้าประสงค์หลัก Long term Goals	Key tactics & action plan	Change	HR Education plan	KPI	เป้าหมาย	ระดับความสำเร็จ					HR Plan	ผู้รับผิดชอบ
									๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑		
		-เจ้าหน้าที่ที่มีความปลอดภัยโรคจากการทำงาน	- เจ้าหน้าที่ปลอดภัย	เฝ้าระวังโรคและความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่	เจ้าหน้าที่ปลอดภัยจากการติดเชื้อ	- พัฒนาความรู้บุคลากรเรื่องการป้องกันการติดเชื้อ	๑๕.ร้อยละการติดเชื้อจากการทำงานของเจ้าหน้าที่เท่ากับ ๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	อบรม IC	HRD, IC
						- พัฒนาความรู้บุคลากรเรื่องการป้องกันโรคหรือเจ็บป่วยจากการทำงาน	๑๖.ร้อยละของจำนวนหน่วยงานที่ได้รับการประเมินความเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมในการทำงานและสิ่งคุกคามต่อสุขภาพภายในโรงพยาบาล	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	อบรมความปลอดภัยในการทำงาน	HRD, ENV

Challenges	กลยุทธ์	วัตถุประสงค์ Short term objectives	เป้าประสงค์หลัก Long term Goals	Key tactics & action plan	Change	HR Education plan	KPI	เป้าหมาย	ระดับความสำเร็จ					HR Plan	ผู้รับผิดชอบ
									๒๕ ๖๗	๒๕ ๖๘	๒๕ ๖๙	๒๕ ๗๐	๒๕ ๗๑		
-ผู้รับบริการ ได้รับการดูแล แบบองค์รวม อย่าง ปลอดภัย - ส่งเสริม วัฒนธรรม คุณภาพ	ส่งเสริมการ จัดการ ความรู้ใน องค์กร (Quality)	มีการนำ วิจัย/ นวัตกรรม/ CQI มาใช้ ในองค์กร	เผยแพร่ วิจัย/ นวัตกรรม/ CQI สู่ เครือข่าย	ส่งเสริมการ จัดทำ งานวิจัย/ นวัตกรรม/ CQI	กำหนด นโยบาย ส่งเสริมให้ทุก กลุ่มงาน จัดทำและส่ง วิจัย/ นวัตกรรม/ CQI	อบรมการ จัดทำวิจัย และ นวัตกรรม	๑๗.ร้อยละของ กลุ่มงานที่จัดทำ งานวิจัย/ นวัตกรรม/CQI	๑๐๐	๔๙. ๙๙	๖๖. ๖๖	๘๓. ๓๓	๑๐ ๐	๑๐ ๐	จัดอบรม ภายใน หน่วยงาน	ศูนย์ คุณภ าพ ,FA
-ส่งเสริม ระบบบริการ ที่ดี “บริการดี ถูกต้อง รวดเร็ว”	ระบบ บริการด้วย หัวใจ (Satisfac tion)	ประชาชนมี ความพึง พอใจ	ประชาชน มีความ ไว้วางใจ	พัฒนา พฤติกรรม บริการ พัฒนา กระบวนการ บริการให้ สะดวก รวดเร็ว	-smart OPD -IPD Paperless	อบรม พฤติกรรม บริการ	๑๘.อัตราความพึง พอใจของ ผู้รับบริการผู้ป่วย นอก	ร้อยละ ๙๔	๙๐	๙๑	๙๒	๙๓	๙๔	อบรม ภายใน หน่วยงาน	ศูนย์ คุณภ าพ ,FA

Challenges	กลยุทธ์	วัตถุประสงค์ Short term objectives	เป้าประสงค์หลัก Long term Goals	Key tactics & action plan	Change	HR Education plan	KPI	เป้าหมาย	ระดับความสำเร็จ					HR Plan	ผู้รับผิดชอบ
									๒๕ ๖๗	๒๕ ๖๘	๒๕ ๖๙	๒๕ ๗๐	๒๕ ๗๑		
-ส่งเสริมให้บุคลากรมีสมรรถนะเชิงวิชาชีพสูง	๔.๑ สมรรถนะเชิงวิชาชีพ	บุคลากรมีความรู้ตามมาตรฐานวิชาชีพ	ผู้ให้บริการได้รับการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพ	พัฒนาสมรรถนะบุคลากรตามมาตรฐานวิชาชีพ	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามแผนพัฒนารายบุคคล	- service plan	๒๒.ร้อยละบุคลากรได้รับการพัฒนาตามแผนพัฒนารายบุคคล	ร้อยละ ๘๐	๘๐	๘๐	๘๕	๘๕	อบรมตามวิชาชีพและงานที่รับผิดชอบ	HRD	
	๔.๒ บรรยากาศองค์กรที่ดี	เจ้าหน้าที่มีพฤติกรรมสุภาพที่ดีขึ้น	เจ้าหน้าที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี	พัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนให้บุคลากรมีสมรรถนะที่ดีและมีความสุข	เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมีสุขภาพที่ดีขึ้น	- พัฒนาความรู้ความเข้าใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ - โครงการส่งเสริมสุขภาพกาย/ใจ	๒๓.เจ้าหน้าที่เป็นสมาชิกชมรมสุขภาพ ๑ คน/ชมรม	ร้อยละ ๑๐๐	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐	๑๐๐	อบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเจ้าหน้าที่	HRD

Challenges	กลยุทธ์	วัตถุประสงค์ Short term objectives	เป้าประสงค์หลัก Long term Goals	Key tactics & action plan	Change	HR Education plan	KPI	เป้าหมาย	ระดับความสำเร็จ					HR Plan	ผู้รับผิดชอบ
									๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑		
					มีอัตรากำลังเพียงพอสอดคล้องตาม service ของโรงพยาบาล	-	๒๔.ร้อยละการทดแทนอัตรากำลังของบุคลากรในทุกสาขาวิชาชีพที่ว่างลง	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐	๘๐		
				บุคลากรมีความสุขในการปฏิบัติงาน			๒๕.ร้อยละความสุขของบุคลากร	ร้อยละ ๗๐	๖๐	๖๐	๖๕	๗๐	๗๐		
-ลดค่าใช้จ่าย	๔.๓ ระบบการเงินการคลัง	รพ.มีสถานะการเงินปกติ	รพ.มีสถานะการเงินปกติ	พัฒนาระบบจัดเก็บรายได้			๒๖.สถานะทางการเงินอยู่ในระดับ ๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐		บริหาร

Challenges	กลยุทธ์	วัตถุประสงค์ Short term objectives	เป้าประสงค์หลัก Long term Goals	Key tactics & action plan	Change	HR Education plan	KPI	เป้าหมาย	ระดับความสำเร็จ					HR Plan	ผู้รับผิดชอบ
									๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑		
-พัฒนา ระบบสารสนเทศ และการจัดการฐานข้อมูลของโรงพยาบาล	๔.๔ ระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ (Information Efficiency)	ข้อมูลสารสนเทศมีความปลอดภัยตามมาตรฐานคุณภาพ HAIT	มีการเชื่อมโยงข้อมูลการให้บริการแก่ประชาชน	พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศความปลอดภัยทางไซเบอร์ตามมาตรฐานคุณภาพ HAIT	-บุคลากรมีความรู้ความปลอดภัยทางไซเบอร์ และ PADA -ระบบสารสนเทศอยู่ในมาตรฐานคุณภาพ HAIT	-พัฒนาบุคลากรด้านความรู้ความปลอดภัยทางไซเบอร์ -พัฒนาบุคลากรด้าน PADA -เพิ่มความรู้งานคุณภาพด้าน HAIT	๒๗. Sever Down time ระดับ normal ไม่เกิน ๐ ครั้ง/ปี ๒๘. Sever Down time ระดับ critical ไม่เกิน ๐ ครั้ง ๒๙. ร้อยละของข้อร้องเรียนอุบัติการณ์ข้อมูลรั่วไหล(ระดับดาว)	๐ ๐ ๕	๒ ๑ ๒	๒ ๐ ๒	๑ ๐ ๓	๑ ๐ ๔	๐ ๐ ๕		IM

Challenges	กลยุทธ์	วัตถุประสงค์ Short term objectives	เป้าประสงค์หลัก Long term Goals	Key tactics & action plan	Change	HR Education plan	KPI	เป้าหมาย	ระดับความสำเร็จ					HR Plan	ผู้รับผิดชอบ
									๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑		
-ส่งเสริมศักยภาพชุมชนในการจัดการสุขภาพระดับครัวเรือน	สนับสนุนและส่งเสริมการมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพของภาคีเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน	อสม.มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพของชุมชนที่รับผิดชอบ	ชุมชนมีความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพและมีตระหนักในการดูแลให้มีสุขภาพที่ดีด้วยตนเอง	พัฒนาศักยภาพอสม.ในการจัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล	- อสม. มีการใช้งานแอปพลิเคชัน Smart อสม. ในการจัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล	-อบรมการใช้ แอปพลิเคชัน Smart อสม. ในการจัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐาน	๓๐.อสม. มีศักยภาพในการจัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยี ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	๘๐	๙๐	๙๕	๑๐๐	๑๐๐	อบรมอสม,	ชุมชน

Measurement Template					
ยุทธศาสตร์ที่ ๑ ส่งเสริมการเป็น รพ.แห่งความปลอดภัย(Safety)					
๑. พัฒนาระบบบำบัดน้ำเสียให้ได้มาตรฐาน					
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objectives) ระบบบำบัดน้ำเสียให้ได้มาตรฐาน					
๑. ชื่อตัวชี้วัด(KPI)	๑. คุณภาพน้ำที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ ๑๐๐				
๒. ความหมายของตัวชี้วัด	น้ำเสียที่ผ่านการบำบัดก่อนปล่อยออกสู่ชุมชนได้รับการตรวจผ่านเกณฑ์ทั้งหมด ๑๑ พารามิเตอร์ ได้แก่ ๑. pH at ๒๕ องศา ๒. BOD ๓. SUSPENDED SOLIDS ๔. DISSOLVED SOLIDS ๕. SETTLEABLE SOLIDS ๖. OILC และ TGREASE ๗. TKN ๘. SULFIDE ๙. ToTAL COLIFORM ๑๐. FECAL COLIFORM ๑๑. COD				
๓. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อให้ระบบบำบัดน้ำมีประสิทธิภาพ				
๔. สูตรในการคำนวณ	A/B*๑๐๐ A จำนวนที่พารามิเตอร์ที่ผ่านการตรวจ B จำนวนพารามิเตอร์ที่ส่งตรวจทั้งหมด				
๕. หน่วยที่วัด	ร้อยละ				
๖. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	รายไตรมาส				
๗. แหล่งของข้อมูล	บริษัท เอ็นเจ วอเตอร์ แล็บ จำกัด				
๘. เครื่องมือที่จัดเก็บ	การจัดเก็บรายงานรายไตรมาส				
๙. ผู้รับผิดชอบ	งานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม				
๑๐. ผู้รายงาน	งานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม				
๑๑. ติดตามประเมินผล	รายงานความก้าวหน้าทุก๓เดือน				
๑๒. ข้อมูลฐาน ปี ๒๕๖๖	ร้อยละ ๑๐๐				
๑๓. เป้าหมาย ปี ๒๕๖๗ - ๒๕๗๑	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑
	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐

Measurement Template					
ยุทธศาสตร์ที่ ๑ ส่งเสริมการเป็น รพ.แห่งความปลอดภัย(Safety)					
๒. พัฒนาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อให้ได้มาตรฐาน					
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objectives) การจัดการมูลฝอยติดเชื้อให้ได้มาตรฐาน					
๑. ชื่อตัวชี้วัด(KPI)	๒. ขยะติดเชื้อกำจัดจากแหล่งกำเนิดอย่างถูกวิธี ร้อยละ ๑๐๐				
๒. ความหมายของตัวชี้วัด	มีจัดการมูลฝอยติดเชื้อเริ่มจากการคัดแยก การเก็บรวบรวม ขนย้าย เก็บพัก และ กำจัด อย่างถูกวิธี อ้างอิงกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. ๒๕๔๕				
๓. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	๑. เพื่อลดปริมาณมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาล ๒. เพื่อลดการปนเปื้อนเชื้อโรคสู่สิ่งแวดล้อม				
๔. สูตรในการคำนวณ	A/B*๑๐๐ A ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อกำจัดจากแหล่งกำเนิดอย่างถูกวิธี B ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อทั้งหมด				
๕. หน่วยที่วัด	ร้อยละ				
๖. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	สัปดาห์ละ ๒ ครั้ง				
๗. แหล่งของข้อมูล	บริษัท ส.เรืองโรจน์				
๘. เครื่องมือที่จัดเก็บ	การใช้โปรแกรมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อแบบออนไลน์ ผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต E-manifest				
๙. ผู้รับผิดชอบ	งานสิ่งแวดล้อม				
๑๐. ผู้รายงาน	นางสาวนิภา ธารา				
๑๑. ติดตามประเมินผล	มีการติดตามการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ ปีละ ๑ ครั้ง				
๑๒. ข้อมูลฐาน ปี ๒๕๖๖	ร้อยละ ๑๐๐				
๑๓. เป้าหมาย ปี ๒๕๖๗ - ๒๕๗๑	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑
	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐

Measurement Template																															
ยุทธศาสตร์ที่ ๑ ส่งเสริมการเป็น รพ.แห่งความปลอดภัย(Safety)																															
พัฒนาระบบการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย ๘ กลุ่มโรคสำคัญ																															
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objectives) ผู้ป่วย ๘ กลุ่มโรคสำคัญได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างมีมาตรฐาน																															
๑. ชื่อตัวชี้วัด (KPI)	๓.ระดับความสำเร็จของการพัฒนาการเข้าถึงบริการ การป้องกัน และการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง																														
๒. ความหมายของตัวชี้วัด	โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง																														
๓. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อคัดกรองและยืนยันวินิจฉัยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง																														
๔. สูตรในการคำนวณ	<p>(A/B) * ๑๐๐</p> <p>A = ประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรอง ยืนยันโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง</p> <p>B = ประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปทั้งหมดระดับ ๔ ขึ้นไป คือ</p> <p>๑.ร้อยละของประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยเบาหวาน ≥ ๙๐ ๙๒.๕๔</p> <p>๒.ร้อยละของประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยความดันโลหิตสูง ≥ ๙๐ ๙๔.๖๒</p> <p>๓.ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน ≥ ๗๐</p> <p>๔.ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน ≥ ๙๐</p> <p>เกณฑ์การให้คะแนน :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>เกณฑ์การประเมิน</th> <th>ระดับ ๑</th> <th>ระดับ ๒</th> <th>ระดับ ๓</th> <th>ระดับ ๔</th> <th>ระดับ ๕</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละการคัดกรองเพื่อวินิจฉัย DM</td> <td><๗๕</td> <td>๗๕- ๗๙.๙๙</td> <td>๘๐- ๘๔.๙๙</td> <td>๘๕- ๘๙.๙๙</td> <td>≥ ๙๐</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละการคัดกรองเพื่อวินิจฉัย HT</td> <td><๗๕</td> <td>๗๕- ๗๙.๙๙</td> <td>๘๐- ๘๔.๙๙</td> <td>๘๕- ๘๙.๙๙</td> <td>≥ ๙๐</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละยืนยันวินิจฉัยDM</td> <td><๔๕</td> <td>๔๕- ๕๙.๙๙</td> <td>๖๐- ๖๔.๙๙</td> <td>๖๕- ๖๙.๙๙</td> <td>≥ ๗๐</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละยืนยันวินิจฉัยHT</td> <td><๗๕</td> <td>๗๕- ๗๙.๙๙</td> <td>๘๐- ๘๔.๙๙</td> <td>๘๕- ๘๙.๙๙</td> <td>≥ ๙๐</td> </tr> </tbody> </table>	เกณฑ์การประเมิน	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕	ร้อยละการคัดกรองเพื่อวินิจฉัย DM	<๗๕	๗๕- ๗๙.๙๙	๘๐- ๘๔.๙๙	๘๕- ๘๙.๙๙	≥ ๙๐	ร้อยละการคัดกรองเพื่อวินิจฉัย HT	<๗๕	๗๕- ๗๙.๙๙	๘๐- ๘๔.๙๙	๘๕- ๘๙.๙๙	≥ ๙๐	ร้อยละยืนยันวินิจฉัยDM	<๔๕	๔๕- ๕๙.๙๙	๖๐- ๖๔.๙๙	๖๕- ๖๙.๙๙	≥ ๗๐	ร้อยละยืนยันวินิจฉัยHT	<๗๕	๗๕- ๗๙.๙๙	๘๐- ๘๔.๙๙	๘๕- ๘๙.๙๙	≥ ๙๐
เกณฑ์การประเมิน	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕																										
ร้อยละการคัดกรองเพื่อวินิจฉัย DM	<๗๕	๗๕- ๗๙.๙๙	๘๐- ๘๔.๙๙	๘๕- ๘๙.๙๙	≥ ๙๐																										
ร้อยละการคัดกรองเพื่อวินิจฉัย HT	<๗๕	๗๕- ๗๙.๙๙	๘๐- ๘๔.๙๙	๘๕- ๘๙.๙๙	≥ ๙๐																										
ร้อยละยืนยันวินิจฉัยDM	<๔๕	๔๕- ๕๙.๙๙	๖๐- ๖๔.๙๙	๖๕- ๖๙.๙๙	≥ ๗๐																										
ร้อยละยืนยันวินิจฉัยHT	<๗๕	๗๕- ๗๙.๙๙	๘๐- ๘๔.๙๙	๘๕- ๘๙.๙๙	≥ ๙๐																										
๕. หน่วยที่วัด	ระดับ																														
๖. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ทุกเดือน																														
๗. แหล่งของข้อมูล	คลินิกโรคเรื้อรัง																														
๘. เครื่องมือที่จัดเก็บ	แบบรายงาน																														
๙. ผู้รับผิดชอบ	พญ.เบญจมาศ วิเศษชัย, นพ.ศักดิ์พงศ์ สุขเสถียรวงศ์																														
๑๐. ผู้รายงาน	พญ.เบญจมาศ วิเศษชัย, นพ.ศักดิ์พงศ์ สุขเสถียรวงศ์																														
๑๑. ติดตามประเมินผล	ทุกไตรมาส																														
๑๒. ข้อมูลฐาน ปี ๒๕๖๖	ระดับ ๕ (คัดกรองDM=๙๒.๕๔ HT=๙๔.๖๒ วินิจฉัยDM=๑๐๐ HT=๑๐๐)																														
๑๓. เป้าหมาย ปี ๒๕๖๗ - ๒๕๗๑	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>๒๕๖๗</td> <td>๒๕๖๘</td> <td>๒๕๖๙</td> <td>๒๕๗๐</td> <td>๒๕๗๑</td> </tr> <tr> <td>๕</td> <td>๕</td> <td>๕</td> <td>๕</td> <td>๕</td> </tr> </tbody> </table>	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑	๕	๕	๕	๕	๕																				
๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑																											
๕	๕	๕	๕	๕																											

Measurement Template					
ยุทธศาสตร์ที่ ๑ ส่งเสริมการเป็น รพ.แห่งความปลอดภัย(Safety)					
พัฒนาระบบการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย ๘ กลุ่มโรคสำคัญ					
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objectives) ผู้ป่วย ๘ กลุ่มโรคสำคัญได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างมีมาตรฐาน					
๑. ชื่อตัวชี้วัด (KPI)	๔.อัตราการส่งต่อผู้ป่วยทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง(stroke fast tract) ภายในเวลา ๓๐ นาทีนับตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาล				
๒. ความหมายของตัวชี้วัด	๑.ทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการแสดงที่เข้าได้กับอาการโรคหลอดเลือดสมอง (1๖๐-1๖๙) และมีระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนมาถึงโรงพยาบาลไม่เกิน ๓ ชั่วโมง				
๓. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อเพิ่มอัตราการส่งต่อวินิจฉัยและรักษาโรคหลอดเลือดสมองภายในเวลา ๓๐ นาทีนับตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาล				
๔. สูตรในการคำนวณ	$(A/B) * 100$ A = ผู้ป่วยที่มีอาการแสดงที่เข้าได้กับทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการส่งต่อได้ทันภายในเวลา ๓๐ นาที B = ผู้ป่วยที่มีอาการแสดงที่เข้าได้กับทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด				
๕. หน่วยที่วัด	ร้อยละ				
๖. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ทุกเดือน				
๗. แหล่งของข้อมูล	แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน				
๘. เครื่องมือที่จัดเก็บ	แบบรายงาน				
๙. ผู้รับผิดชอบ	พญ.เบญจมาศ วิเศษชัย, นพ.ศักดิ์พงษ์ สุขเสถียรวงศ์				
๑๐. ผู้รายงาน	พญ.เบญจมาศ วิเศษชัย, นพ.ศักดิ์พงษ์ สุขเสถียรวงศ์				
๑๑. ติดตามประเมินผล	ทุกไตรมาส				
๑๒. ข้อมูลฐาน ปี ๒๕๖๖	๖๑.๒๙				
๑๓. เป้าหมาย ปี ๒๕๖๗ – ๒๕๗๑	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑
	>๗๕	>๗๕	>๘๐	>๘๐	>๘๐

Measurement Template						
ยุทธศาสตร์ที่ ๑ ส่งเสริมการเป็น รพ.แห่งความปลอดภัย(Safety)						
พัฒนาระบบการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย ๘ กลุ่มโรคสำคัญ						
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objectives) ผู้ป่วย ๘ กลุ่มโรคสำคัญได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างมีมาตรฐาน						
๑. ชื่อตัวชี้วัด (KPI)	๕.ร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับ Streptokinase ภายในเวลา ๓๐ นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย					
๒. ความหมายของตัวชี้วัด	๑.โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิด เอส ที (ST-Elevated Myocardial infarction) ๒.Streptokinase (SK) หมายถึงยาละลายลิ่มเลือดที่ผลิตจากเอนไซม์ ซึ่งช่วยสลายลิ่มเลือดที่เป็นสาเหตุทำให้หลอดเลือดอุดตัน โดยนำมาใช้รักษาในโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI					
๓. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อเพิ่มอัตราการได้รับยา Streptokinase ภายในเวลา ๓๐ นาทีหลังได้รับการวินิจฉัยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI					
๔. สูตรในการคำนวณ	$(A/B) * 100$ A = ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยา Streptokinase ภายในเวลา ๓๐ นาทีหลังวินิจฉัย B = ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยา Streptokinase ทั้งหมด					
๕. หน่วยที่วัด	ร้อยละ					
๖. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ทุกเดือน					
๗. แหล่งของข้อมูล	แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน					
๘. เครื่องมือที่จัดเก็บ	แบบรายงาน					
๙. ผู้รับผิดชอบ	พญ.เบญจมาศ วิเศษรัมย์, นพ.ศักดิ์พงศ์ สุขเสถียรวงศ์					
๑๐. ผู้รายงาน	พญ.เบญจมาศ วิเศษรัมย์, นพ.ศักดิ์พงศ์ สุขเสถียรวงศ์					
๑๑. ติดตามประเมินผล	ทุกไตรมาส					
๑๒. ข้อมูลฐาน ปี ๒๕๖๖	๐					
๑๓. เป้าหมาย ปี ๒๕๖๗ - ๒๕๗๑		๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑
		๖๐	๖๐	๗๐	๗๐	๗๐

Measurement Template							
ยุทธศาสตร์ที่ ๑ ส่งเสริมการเป็น รพ.แห่งความปลอดภัย(Safety)							
พัฒนาระบบการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย ๘ กลุ่มโรคสำคัญ							
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objectives) ผู้ป่วย ๘ กลุ่มโรคสำคัญได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างมีมาตรฐาน							
๑. ชื่อตัวชี้วัด (KPI)	๖. อัตราผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง /shock (community-acquired sepsis)						
๒. ความหมายของตัวชี้วัด	<p>๑. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ severe sepsis หรือ septic shock ไม่นับรวมรหัส Z๕๑๕</p> <p>๑.๑ ผู้ป่วย severe sepsis หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมีภาวะอวัยวะภายในต่างๆล้มเหลว หรือมีความดันโลหิตต่ำกว่าปกติ</p> <p>๑.๒ ผู้ป่วย septic shock หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ที่ยังคงมีความดันโลหิตต่ำ แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม</p> <p>๒. Community-acquired sepsis หมายถึง การติดเชื้อมาจากที่บ้านหรือชุมชน โดยต้องไม่อยู่ในกลุ่ม hospital-acquired sepsis</p>						
๓. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อลดการป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง/shock						
๔. สูตรในการคำนวณ	$(A/B) * 100$ A = ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง/shock B = ผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดทั้งหมด						
๕. หน่วยที่วัด	ร้อยละ						
๖. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ทุกเดือน						
๗. แหล่งของข้อมูล	เวชระเบียน						
๘. เครื่องมือที่จัดเก็บ	แบบรายงาน						
๙. ผู้รับผิดชอบ	พญ.เบญจมาศ วิเศษษฐ์, นพ.ศักดิ์พงศ์ สุขเสถียรวงศ์						
๑๐. ผู้รายงาน	พญ.เบญจมาศ วิเศษษฐ์, นพ.ศักดิ์พงศ์ สุขเสถียรวงศ์						
๑๑. ติดตามประเมินผล	ทุกไตรมาส						
๑๒. ข้อมูลฐาน ปี ๒๕๖๖	ร้อยละ ๑๗.๔๗						
๑๓. เป้าหมาย ปี ๒๕๖๗ - ๒๕๗๑	เป้าหมาย	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑	
	≤๑๐	๑๕	๑๒	๑๑	๑๐	๑๐	

Measurement Template					
ยุทธศาสตร์ที่ ๑ ส่งเสริมการเป็น รพ.แห่งความปลอดภัย(Safety)					
พัฒนาระบบการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย ๘ กลุ่มโรคสำคัญ					
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objectives) ผู้ป่วย ๘ กลุ่มโรคสำคัญได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างมีมาตรฐาน					
๑. ชื่อตัวชี้วัด (KPI)	๗.อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยในที่เป็นโรคปอดอักเสบ ชนิด community acquired				
๒. ความหมายของตัวชี้วัด	๑.โรคปอดอักเสบชนิด community acquired หมายถึง โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างที่ได้รับมาจาก บ้านหรือชุมชน โดยต้องไม่อยู่ในกลุ่ม Hospital acquired pneumonia (J๑๘) ๒.ผู้ป่วยใน หมายถึง ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อทอง				
๓. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อลดการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษาโรคปอดอักเสบชนิด community acquired				
๔. สูตรในการคำนวณ	$(A/B) * ๑๐๐$ A = จำนวนผู้ป่วยในที่เป็นโรคปอดอักเสบชนิด community acquired และเสียชีวิต B = จำนวนผู้ป่วยในที่เป็นโรคปอดอักเสบชนิด community acquired ทั้งหมด				
๕. หน่วยที่วัด	ร้อยละ				
๖. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ทุกเดือน				
๗. แหล่งของข้อมูล	เวชระเบียน				
๘. เครื่องมือที่จัดเก็บ	แบบรายงาน				
๙. ผู้รับผิดชอบ	พญ.เบญจมาศ วิเศษษฐ์				
๑๐. ผู้รายงาน	พญ.เบญจมาศ วิเศษษฐ์				
๑๑. ติดตามประเมินผล	ทุกไตรมาส				
๑๒. ข้อมูลฐาน ปี ๒๕๖๖	๗.๕%				
๑๓. เป้าหมาย ปี ๒๕๖๗ - ๒๕๗๑	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑
	<๗.๕	<๗.๕	<๗	<๗	<๗

Measurement Template						
ยุทธศาสตร์ที่ ๑ ส่งเสริมการเป็น รพ.แห่งความปลอดภัย(Safety)						
พัฒนาระบบการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย ๘ กลุ่มโรคสำคัญ						
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objectives) ผู้ป่วย ๘ กลุ่มโรคสำคัญได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างมีมาตรฐาน						
๑. ชื่อตัวชี้วัด (KPI)	๘.อัตราการส่งต่อผู้ป่วยในที่เป็นโรคปอดอักเสบ ชนิด community acquired ภายใน ๒๔ ชั่วโมงหลังเป็นผู้ป่วยใน					
๒. ความหมายของตัวชี้วัด	๑.โรคปอดอักเสบชนิด community acquired หมายถึง โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างที่ได้รับมาจาก บ้านหรือชุมชน โดยต้องไม่อยู่ในกลุ่ม Hospital acquired pneumonia (J๑๘) ๒.ผู้ป่วยใน หมายถึง ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อทอง					
๓. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อลดการส่งต่อของผู้ป่วยในที่เป็นโรคปอดอักเสบ และเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยในของ รพ.บ่อทอง					
๔. สูตรในการคำนวณ	$(A/B) * ๑๐๐$ A = จำนวนผู้ป่วยในที่เป็นโรคปอดอักเสบชนิด community acquired ที่ส่งต่อภายใน ๒๔ ชั่วโมงหลังเป็นผู้ป่วยใน B = จำนวนผู้ป่วยในที่เป็นโรคปอดอักเสบชนิด community acquired ทั้งหมดที่เป็นผู้ป่วยใน					
๕. หน่วยที่วัด	ร้อยละ					
๖. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ทุกเดือน					
๗. แหล่งของข้อมูล	เวชระเบียน					
๘. เครื่องมือที่จัดเก็บ	แบบรายงาน					
๙. ผู้รับผิดชอบ	พญ.เบญจมาศ วิระเศรษฐ์					
๑๐. ผู้รายงาน	พญ.เบญจมาศ วิระเศรษฐ์					
๑๑. ติดตามประเมินผล	ทุกไตรมาส					
๑๒. ข้อมูลฐาน ปี ๒๕๖๖	๒.๓%					
๑๓. เป้าหมาย ปี ๒๕๖๗ - ๒๕๗๑	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑	
	<๓	<๓	<๒.๕	<๒.๕	<๒.๕	

Measurement Template						
ยุทธศาสตร์ที่ ๑ ส่งเสริมการเป็น รพ.แห่งความปลอดภัย(Safety)						
พัฒนาระบบการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย ๘ กลุ่มโรคสำคัญ						
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objectives) ผู้ป่วย ๘ กลุ่มโรคสำคัญได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างมีมาตรฐาน						
๑. ชื่อตัวชี้วัด (KPI)	๙. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อแสนประชากร					
๒. ความหมายของตัวชี้วัด	๑.การฆ่าตัวตายสำเร็จ หมายถึง การกระทำของบุคคลในการปลิดชีวิตตนเองโดยสมัครใจและเจตนาที่จะตายจริง เพื่อให้หลุดพ้นจากการบีบคั้นหรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในชีวิตซึ่งอาจจะกระทำโดยตรงไปตรงมาหรือกระทำโดยอ้อมด้วยวิธีการต่างๆ จนกระทั่งกระทำได้สำเร็จ					
๓. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อลดการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อแสนประชากร					
๔. สูตรในการคำนวณ	$(A/B) * ๑๐๐,๐๐๐$ A = จำนวนผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จ B = จำนวนประชากรในอำเภอบ่อทอง					
๕. หน่วยที่วัด	ร้อยละ					
๖. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ทุกเดือน					
๗. แหล่งของข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลในอำเภอบ่อทอง					
๘. เครื่องมือที่จัดเก็บ	แบบรายงาน					
๙. ผู้รับผิดชอบ	พว.มลวดี ปิ่นวิหค, นพ.ณัฐกร สกุลดี, นพ.ศักดิพงษ์ สุขเสถียรวงศ์					
๑๐. ผู้รายงาน	พว.มลวดี ปิ่นวิหค, นพ.ณัฐกร สกุลดี, นพ.ศักดิพงษ์ สุขเสถียรวงศ์					
๑๑. ติดตามประเมินผล	ทุกไตรมาส					
๑๒. ข้อมูลฐาน ปี ๒๕๖๖	๑๖.๐๕					
๑๓. เป้าหมาย ปี ๒๕๖๗ - ๒๕๗๑	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑	
	<๑๕	<๑๓	<๑๒	<๑๐	<๘	

Measurement Template					
ยุทธศาสตร์ที่ ๑ ส่งเสริมการเป็น รพ.แห่งความปลอดภัย(Safety)					
พัฒนาระบบการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย ๘ กลุ่มโรคสำคัญ					
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objectives) ผู้ป่วย ๘ กลุ่มโรคสำคัญได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างมีมาตรฐาน					
๑. ชื่อตัวชี้วัด (KPI)	๑๐. อัตราการคัดกรองโรคมะเร็งในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็ง				
๒. ความหมายของตัวชี้วัด	๑.กลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็ง หมายถึง ผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ไตวาย มะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด, ผู้ป่วยสูงอายุ, ผู้ป่วยตั้งครรถ์หรือหลังคลอด, ผู้ที่มีปัญหาสุรา สารเสพติด, กลุ่มที่มาด้วยอาการซึมเศร้าชัดเจน, ผู้ป่วยที่มีอาการทางกายเรื้อรังหลายอาการที่หาสาเหตุไม่ได้, กลุ่มที่มีการสูญเสีย (คนที่รักหรือสินทรัพย์)				
๓. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อเพิ่มการคัดกรองในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็ง				
๔. สูตรในการคำนวณ	$(A/B) * 100$ A = ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรองในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล บ่อทอง B = ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลบ่อทอง				
๕. หน่วยที่วัด	ร้อยละ				
๖. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ทุกเดือน				
๗. แหล่งของข้อมูล	เวชระเบียน				
๘. เครื่องมือที่จัดเก็บ	แบบรายงาน				
๙. ผู้รับผิดชอบ	พว.มลวดี ปิ่นวิหค, นพ.ณัฐกร สกุลดี, นพ.ศักดิพงษ์ สุขเสถียรวงศ์				
๑๐. ผู้รายงาน	พว.มลวดี ปิ่นวิหค, นพ.ณัฐกร สกุลดี, นพ.ศักดิพงษ์ สุขเสถียรวงศ์				
๑๑. ติดตามประเมินผล	ทุกไตรมาส				
๑๒. ข้อมูลฐาน ปี ๒๕๖๖	๑๐๐				
๑๓. เป้าหมาย ปี ๒๕๖๗ - ๒๕๗๑	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑
	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐

Measurement Template											
ยุทธศาสตร์ที่ ๑ ส่งเสริมการเป็น รพ.แห่งความปลอดภัย(Safety)											
พัฒนาระบบการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย ๘ กลุ่มโรคสำคัญ											
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objectives) ผู้ป่วย ๘ กลุ่มโรคสำคัญได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างมีมาตรฐาน											
๑. ชื่อตัวชี้วัด (KPI)	๑๑.ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าถึงบริการสุขภาพจิต										
๒. ความหมายของตัวชี้วัด	<p>๑.ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Depressive Disorder ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ ๕(DSM ๕: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders ๕) และบันทึกรหัสตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศของ องค์การอนามัยโลก ฉบับที่ ๑๐ (ICD-๑๐: International Classification of Diseases and Health Related Problems - ๑๐) หมวด F๓๒.X, F๓๓.X, F๓๔.๑, F๓๘.X และ F๓๙.X</p> <p>๒.เข้าถึงบริการสุขภาพจิต หมายถึง การที่ประชาชนผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค ซึมเศร้า ได้รับการบริการตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด และแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (CPG MDD GP) หรือได้รับการช่วยเหลือ ตามแนวทางมาตรฐานอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการสุขภาพจิต</p>										
๓. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการดูแลรักษาอย่างมีมาตรฐานต่อเนื่อง และลดความรุนแรงของโรค										
๔. สูตรในการคำนวณ	$(A/B) * ๑๐๐$ <p>A = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าถึงบริการในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลบ่อทอง</p> <p>B = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลบ่อทอง</p>										
๕. หน่วยที่วัด	ร้อยละ										
๖. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ทุกเดือน										
๗. แหล่งของข้อมูล	เวชระเบียน										
๘. เครื่องมือที่จัดเก็บ	แบบรายงาน										
๙. ผู้รับผิดชอบ	พว.มลวดิ ปิ่นวิหค, นพ.ณัฐกร สุกฤดี, นพ.ศักดิพงษ์ สุขเสถียรวงศ์										
๑๐. ผู้รายงาน	พว.มลวดิ ปิ่นวิหค, นพ.ณัฐกร สุกฤดี, นพ.ศักดิพงษ์ สุขเสถียรวงศ์										
๑๑. ติดตามประเมินผล	ทุกไตรมาส										
๑๒. ข้อมูลฐาน ปี ๒๕๖๖	๑๐๐										
๑๓. เป้าหมาย ปี ๒๕๖๗ – ๒๕๗๑	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>๒๕๖๗</td> <td>๒๕๖๘</td> <td>๒๕๖๙</td> <td>๒๕๗๐</td> <td>๒๕๗๑</td> </tr> <tr> <td>๑๐๐</td> <td>๑๐๐</td> <td>๑๐๐</td> <td>๑๐๐</td> <td>๑๐๐</td> </tr> </tbody> </table>	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑							
๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐							

Measurement Template						
ยุทธศาสตร์ที่ ๑ ส่งเสริมการเป็น รพ.แห่งความปลอดภัย(Safety)						
พัฒนาระบบการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย ๘ กลุ่มโรคสำคัญ						
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objectives) ผู้ป่วย ๘ กลุ่มโรคสำคัญได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างมีมาตรฐาน						
๑. ชื่อตัวชี้วัด (KPI)	๑๒. อัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิด(birth asphyxia)					
๒. ความหมายของตัวชี้วัด	๑.ภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิด หมายถึง ภาวะที่ทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน(hypoxia) ทำให้มีคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูง(hypercapnia) และออกซิเจนในเลือดต่ำลง เกิดภาวะกรดจากเมตาบอลิซึม หรือจากการไม่มีการระบายอากาศที่ปอด และการดูดซึมที่ปอดน้อยหรือไม่เพียงพอ หลังจากการคลอดแล้วหลายนาที่ ส่งผลให้อวัยวะต่างๆภายในร่างกายมีเลือดและออกซิเจนไปหล่อเลี้ยงไม่พอ เป็นเหตุให้เซลล์อวัยวะต่างๆสูญเสียหน้าที่หรือตายไป โดยแบ่งความรุนแรงตามคะแนน Apgar score (P๒๑)					
๓. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิด(birth asphyxia)					
๔. สูตรในการคำนวณ	$(A/B) * 100$ A = ผู้ป่วย birth asphyxia ที่โรงพยาบาลบ่อทอง B = จำนวนเด็กเกิดที่โรงพยาบาลบ่อทองในช่วงเวลาเดียวกัน					
๕. หน่วยที่วัด	ร้อยละ					
๖. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ทุกเดือน					
๗. แหล่งของข้อมูล	เวชระเบียน					
๘. เครื่องมือที่จัดเก็บ	แบบรายงาน					
๙. ผู้รับผิดชอบ	พญ.ณัฐชยา รชตะธราดล, พญ.ฉัญญกานต์ คงสมร					
๑๐. ผู้รายงาน	พญ.ณัฐชยา รชตะธราดล, พญ.ฉัญญกานต์ คงสมร					
๑๑. ติดตามประเมินผล	ทุกไตรมาส					
๑๒. ข้อมูลฐาน ปี ๒๕๖๖	๒๐.๔๙					
๑๓. เป้าหมาย ปี ๒๕๖๗ - ๒๕๗๑	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑	
	< ๒๐	< ๑๙	< ๑๗	< ๑๖	< ๑๕	

Measurement Template						
ยุทธศาสตร์ที่ ๑ ส่งเสริมการเป็น รพ.แห่งความปลอดภัย(Safety)						
พัฒนาระบบการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย ๘ กลุ่มโรคสำคัญ						
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objectives) ผู้ป่วย ๘ กลุ่มโรคสำคัญได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างมีมาตรฐาน						
๑. ชื่อตัวชี้วัด (KPI)	๑๓. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก					
๒. ความหมายของตัวชี้วัด	<p>๑.โรคไข้เลือดออก หมายถึง โรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเดงกี (Dengue virus) โดยมียุงลายเป็นพาหะนำโรคสู่คนผ่านการกัดของยุงลายที่เคยกัดคนที่ติดเชื้อไวรัสเดงกี ๑ ใน ๔ สายพันธุ์ (A๙๐, A๙๑)</p> <p>๒.การเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก หมายถึง การเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจากทุกสาเหตุ</p>					
๓. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อไม่เกิดการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่เป็นโรคไข้เลือดออก					
๔. สูตรในการคำนวณ	$(A/B) * ๑๐๐$ A = ผู้ป่วยไข้เลือดออกที่เสียชีวิตในพื้นที่อำเภอบ่อทอง B = ผู้ป่วยที่เป็นโรคไข้เลือดออกทั้งหมดในพื้นที่อำเภอบ่อทอง ในช่วงเวลาเดียวกัน					
๕. หน่วยที่วัด	ร้อยละ					
๖. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ทุกเดือน					
๗. แหล่งของข้อมูล	เวชระเบียน					
๘. เครื่องมือที่จัดเก็บ	แบบรายงาน					
๙. ผู้รับผิดชอบ	พญ.เบญจมาศ วิเศษรัมย์, นพ.ศักดิ์พงศ์ สุขเสถียรวงศ์					
๑๐. ผู้รายงาน	พญ.เบญจมาศ วิเศษรัมย์, นพ.ศักดิ์พงศ์ สุขเสถียรวงศ์					
๑๑. ติดตามประเมินผล	ทุกไตรมาส					
๑๒. ข้อมูลฐาน ปี ๒๕๖๖	๐					
๑๓. เป้าหมาย ปี ๒๕๖๗ - ๒๕๗๑	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑	
	๐	๐	๐	๐	๐	

Measurement Template					
ยุทธศาสตร์ที่ ๑ ส่งเสริมการเป็น รพ.แห่งความปลอดภัย(Safety)					
พัฒนาระบบการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย ๘ กลุ่มโรคสำคัญ					
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objectives) ผู้ป่วย ๘ กลุ่มโรคสำคัญได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างมีมาตรฐาน					
๑. ตัวชี้วัด (KPI)	๑๔. อัตราการป่วยโรคไข้เลือดออกต่อแสนประชากร				
๒. ความหมายของตัวชี้วัด	๑. โรคไข้เลือดออก หมายถึง โรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเดงกี (Dengue virus) โดยมียุงลายเป็นพาหะนำโรคสู่คนผ่านการกัดของยุงลายที่เคยกัดคนที่ติดเชื้อไวรัสเดงกี ๑ ใน ๔ สายพันธุ์ (A๙๐, A๙๑)				
๓. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อลดอัตราการป่วยโรคไข้เลือดออก				
๔. สูตรในการคำนวณ	$(A/B) * ๑๐๐,๐๐๐$ A = ผู้ป่วยไข้เลือดออกในพื้นที่อำเภอบ่อทอง B = ประชากรในพื้นที่อำเภอบ่อทอง				
๕. หน่วยที่วัด	แสนประชากร				
๖. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ทุกเดือน				
๗. แหล่งของข้อมูล	เวชระเบียน, การรายงาน ๕๐๖ กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง				
๘. เครื่องมือที่จัดเก็บ	แบบรายงาน				
๙. ผู้รับผิดชอบ	พญ.เบญจมาศ วิเศษรัมย์, นพ.ศักดิ์พงศ์ สุขเสถียรวงศ์				
๑๐. ผู้รายงาน	พญ.เบญจมาศ วิเศษรัมย์, นพ.ศักดิ์พงศ์ สุขเสถียรวงศ์				
๑๑. ติดตามประเมินผล	ทุกไตรมาส				
๑๒. ข้อมูลฐาน ปี ๒๕๖๖	๑๑๘.๓๔				
๑๓. เป้าหมาย ปี ๒๕๖๗ - ๒๕๗๑	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑
	>๑๐๐	>๙๕	>๙๐	>๘๕	>๘๕

Measurement Template											
ยุทธศาสตร์ที่ ๑ ส่งเสริมการเป็น รพ.แห่งความปลอดภัย(Safety)											
เฝ้าระวังโรคและความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่											
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objectives) เจ้าหน้าที่ที่มีความปลอดภัย โรคจากการทำงาน											
๑. ชื่อตัวชี้วัด(KPI)	๑๕. ร้อยละการติดเชื้อจากการทำงานของเจ้าหน้าที่ เท่ากับ ๐										
๒. ความหมายของตัวชี้วัด	การติดเชื้อจากการทำงาน หมายถึง การติดเชื้อของบุคลากรที่เกิดจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล										
๓. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	บุคลากรมีความปลอดภัยจากการทำงาน										
๔. สูตรในการคำนวณ	$(A/B) \times 100$ A = จำนวนบุคลากรที่ติดเชื้อ B = จำนวนบุคลากรทั้งหมด										
๕. หน่วยที่วัด	ร้อยละ ๐										
๖. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ทุกเดือน										
๗. แหล่งของข้อมูล	รายงานอุบัติการณ์/เวชระเบียน										
๘. เครื่องมือที่จัดเก็บ	แบบบันทึกและรายงาน ตามมาตรา ๑๘										
๙. ผู้รับผิดชอบ	งานควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ										
๑๐. ผู้รายงาน	งานบุคลากร										
๑๑. ติดตามประเมินผล	ทุกเดือน										
๑๒. ข้อมูลฐาน ปี ๒๕๖๖	ร้อยละ ๐.๕										
๑๓. เป้าหมาย ปี ๒๕๖๗ - ๒๕๗๑	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>๒๕๖๗</td> <td>๒๕๖๘</td> <td>๒๕๖๙</td> <td>๒๕๗๐</td> <td>๒๕๗๑</td> </tr> <tr> <td>๐</td> <td>๐</td> <td>๐</td> <td>๐</td> <td>๐</td> </tr> </tbody> </table>	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑	๐	๐	๐	๐	๐
๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑							
๐	๐	๐	๐	๐							

Measurement Template						
ยุทธศาสตร์ที่ ๑ ส่งเสริมการเป็น รพ.แห่งความปลอดภัย(Safety)						
เผื่อระวังโรคและความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่						
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objectives) เจ้าหน้าที่ที่มีความปลอดภัย โรคจากการทำงาน						
๑. ชื่อตัวชี้วัด(KPI)	๑๖. ร้อยละของจำนวนหน่วยงานที่ได้รับการประเมินความเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมในการทำงานและสิ่งคุกคามต่อสุขภาพภายในโรงพยาบาล					
๒. ความหมายของตัวชี้วัด	การประเมินความเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมในการทำงานและสิ่งคุกคามต่อ สุขภาพ หมายถึง กระบวนการที่ระบุลำดับความเสี่ยงของอันตรายทั้งหมด ที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน ครอบคลุมทั้งสถานที่ เครื่องจักร อุปกรณ์ บุคลากร และขั้นตอนการทำงาน ที่อาจก่อให้เกิดการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สิน ความเสียหายต่อสิ่งแวดล้อมหรือสิ่งต่างๆ รวมกัน					
๓. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อให้หน่วยงานในโรงพยาบาลได้รับการประเมินความเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อม ในการทำงานและสิ่งคุกคามต่อสุขภาพ					
๔. สูตรในการคำนวณ	$(A/B) \times 100$ A = จำนวนหน่วยงานในโรงพยาบาลที่ได้รับการประเมินความเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมในการทำงานและสิ่งคุกคามต่อสุขภาพ B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดในโรงพยาบาล					
๕. หน่วยที่วัด	ร้อยละ					
๖. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ทุก ๑ ปี					
๗. แหล่งของข้อมูล	รายงานสรุปผลการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากร					
๘. เครื่องมือที่จัดเก็บ	แบบประเมิน RAH ๐๑					
๙. ผู้รับผิดชอบ	กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรรวม					
๑๐. ผู้รายงาน	นายธีรรัตน์ มาลา					
๑๑. ติดตามประเมินผล	รายงานความก้าวหน้าทุก๑ปี					
๑๒. ข้อมูลฐาน ปี ๒๕๖๖	ร้อยละ ๑๐๐					
๑๓. เป้าหมาย ปี ๒๕๖๗ - ๒๕๗๑	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑	
	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	

Measurement Template											
ยุทธศาสตร์ที่ ๒ ส่งเสริมการจัดการความรู้ในองค์กร(Quality)											
ส่งเสริมการจัดทำงานวิจัย/นวัตกรรม/CQI											
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objectives) มีการนำวิจัย/นวัตกรรม/CQI มาใช้ในองค์กร											
๑. ชื่อตัวชี้วัด(KPI)	๑๗. ร้อยละของกลุ่มงานที่จัดทำงานวิจัย/นวัตกรรม/CQI										
๒. ความหมายของตัวชี้วัด	<p>งานวิจัย หมายถึง กระบวนการหาความรู้ความจริงใหม่ที่มีระบบแบบแผนตามหลักวิชา อาศัยหลักเหตุผลที่รอบคอบ รัดกุม ละเอียด และเชื่อถือได้ และความรู้ความจริงที่เกี่ยวกับงานที่ให้บริการ และ นำไปใช้ในการพัฒนาระบบบริการที่รับผิดชอบในโรงพยาบาล</p> <p>นวัตกรรม หมายถึง ความคิด การปฏิบัติหรือสิ่งประดิษฐ์ใหม่ ๆ ที่ยังไม่เคยมีใช้มาก่อน หรือเป็นการพัฒนาตัดแปลงมาจากของเดิมที่มี อยู่แล้ว ให้ทันสมัยและใช้ได้ผลดียิ่งขึ้น และสามารถนำมาใช้ให้การทำงาน/ระบบงานที่รับผิดชอบได้ผลดีมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูง กว่าเดิม</p> <p>CQI : Continuous Quality Improvement. หมายถึงการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง คือการใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์และความคิดสร้างสรรค์ในการปรับปรุงระบบงานที่รับผิดชอบ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงานอย่างไม่หยุดยั้ง เพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศ โดยใช้หลักการ ๓P - PDAS (ตั้งเป้า – ใฝ่ดู – ปรับเปลี่ยน >>> PLAN – DO – CHECK – ACT)</p>										
๓. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อให้หน่วยงานมีการพัฒนาปรับปรุงงานหรือบริการให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ดียิ่งขึ้นและสามารถเผยแพร่หรือเป็นตัวอย่าง สู่เครือข่ายได้										
๔. สูตรในการคำนวณ	$(A/B) \times 100$ <p>A = จำนวนกลุ่มงานที่ทำผลงานวิจัย/นวัตกรรม/CQI</p> <p>B = จำนวนกลุ่มงานทั้งหมดในโรงพยาบาล</p>										
๕. หน่วยที่วัด	ร้อยละ ๑๐๐										
๖. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	๑ ครั้ง/ปี										
๗. แหล่งของข้อมูล	กลุ่มงานบริการในโรงพยาบาลบ่อทอง										
๘. เครื่องมือที่จัดเก็บ	รายงานสรุปผลงานการส่ง วิจัย/นวัตกรรม/CQI										
๙. ผู้รับผิดชอบ	กลุ่มงานการพยาบาล										
๑๐. ผู้รายงาน	หัวหน้าพยาบาล										
๑๑. ติดตามประเมินผล	สิงหาคม										
๑๒. ข้อมูลฐาน ปี ๒๕๖๖	ร้อยละ ๓๓.๓๓ (๒ กลุ่มงาน)										
๑๓. เป้าหมาย ปี ๒๕๖๗ – ๒๕๗๑	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>๒๕๖๗</td> <td>๒๕๖๘</td> <td>๒๕๖๙</td> <td>๒๕๗๐</td> <td>๒๕๗๑</td> </tr> <tr> <td>๔๙.๙๙ (๓ กลุ่มงาน)</td> <td>๖๖.๖๖ (๔ กลุ่มงาน)</td> <td>๘๓.๓๓ (๕ กลุ่มงาน)</td> <td>๑๐๐ (๖ กลุ่มงาน)</td> <td>๑๐๐ (๖ กลุ่มงาน)</td> </tr> </tbody> </table>	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑	๔๙.๙๙ (๓ กลุ่มงาน)	๖๖.๖๖ (๔ กลุ่มงาน)	๘๓.๓๓ (๕ กลุ่มงาน)	๑๐๐ (๖ กลุ่มงาน)	๑๐๐ (๖ กลุ่มงาน)
๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑							
๔๙.๙๙ (๓ กลุ่มงาน)	๖๖.๖๖ (๔ กลุ่มงาน)	๘๓.๓๓ (๕ กลุ่มงาน)	๑๐๐ (๖ กลุ่มงาน)	๑๐๐ (๖ กลุ่มงาน)							

Measurement Template						
ยุทธศาสตร์ที่ ๓ ระบบบริการด้วยหัวใจ (Satisfaction)						
พัฒนาพฤติกรรมบริการ พัฒนาระบบการบริการให้สะดวกรวดเร็ว						
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objectives) ประชาชนมีความไว้วางใจ						
๑. ชื่อตัวชี้วัด(KPI)	๑๘. อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก					
๒. ความหมายของตัวชี้วัด	<p>ความคิดเห็นของผู้รับบริการต่อบริการพยาบาลที่ได้รับ ผู้รับบริการ หมายถึง ประชาชนผู้มารับบริการโดยตรง หรือเจ้าหน้าที่ของรัฐ หรือหน่วยงานทั้งภาครัฐ และเอกชน ที่มารับบริการที่หน่วยบริการในแผนกผู้ป่วยนอก รพ.บ่อทอง ประเด็นการสำรวจประกอบด้วย</p> <p>กิริยาของแพทย์ สนใจรับฟังคำบอกเล่าอาการเจ็บป่วย การตรวจร่างกายของแพทย์ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การซักประวัติ และการเจ็บป่วยโดยพยาบาล การดูแลให้ความช่วยเหลือจากพยาบาลด้วยความมีน้ำใจ การตอบสนองอย่างรวดเร็วของพยาบาลเมื่อต้องการความช่วยเหลือ มีโอกาสพูดคุยแสดงความรู้สึกหรือความกังวลใจเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยกับพยาบาล การให้ข้อมูล/คำแนะนำโดยพยาบาล กิริยามารยาทของพยาบาล การแนะนำประชาสัมพันธ์ในการใช้บริการ กิริยามารยาทของเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ความสะดวกในการติดต่อหน่วยงานต่าง ๆ ความสะอาดของห้องส้วม คุณภาพบริการโดยรวมทุกด้าน</p>					
๓. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการพยาบาลจากความคิดเห็นของผู้มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก					
๔. สูตรในการคำนวณ	$(A/B) \times 100$ A = ผลรวมคะแนนความพึงพอใจ B = ผลรวมคะแนนเต็มของแบบสอบถาม					
๕. หน่วยที่วัด	ร้อยละ (๘๕)					
๖. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	๒ ครั้ง/ ปี					
๗. แหล่งของข้อมูล	ผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ่อทอง					
๘. เครื่องมือที่จัดเก็บ	แบบสอบถามประเมินความพึงพอใจงานผู้ป่วยนอก					
๙. ผู้รับผิดชอบ	งานผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาล					
๑๐. ผู้รายงาน	หัวหน้างานผู้ป่วยนอก					
๑๑. ติดตามประเมินผล	รายงานปีละ ๒ ครั้ง					
๑๒. ข้อมูลฐาน ปี ๒๕๖๖	๘๙.๒๕					
๑๓. เป้าหมาย ปี ๒๕๖๗ - ๒๕๗๑	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑	
	๙๐	๙๑	๙๒	๙๓	๙๔	

Measurement Template						
ยุทธศาสตร์ที่ ๓ ระบบบริการด้วยหัวใจ (Satisfaction)						
พัฒนาพฤติกรรมบริการ พัฒนาระบบการบริการให้สะดวกรวดเร็ว						
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objectives) ประชาชนมีความไว้วางใจ						
๑. ชื่อตัวชี้วัด(KPI)	๑๙. อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยใน					
๒. ความหมายของตัวชี้วัด	<p>ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ หมายถึง ความคิดเห็นในเชิงบวกของผู้ใช้บริการต่อบริการที่ได้รับ ประกอบด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ความพึงพอใจต่อสถานที่ สิ่งแวดล้อม - ความพึงพอใจต่อการได้รับการรักษาจากแพทย์/การได้รับข้อมูลการรักษาจากแพทย์/พยาบาลรวมถึงการสอนและฝึกทักษะ - ความพึงพอใจต่อความช่วยเหลือบรรเทาอาการรบกวนต่างๆและการดูแลความสบาย จากเจ้าหน้าที่ทุกระดับในแผนกผู้ป่วยใน - ความพึงพอใจต่อการได้รับโอกาสและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาล - ความพึงพอใจต่อการได้รับความเคารพสิทธิ 					
๓. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อประเมินผลลัพธ์ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อบริการที่ได้รับจากแผนกผู้ป่วยใน และนำมาพัฒนาปรับปรุงในส่วนที่เป็นโอกาสพัฒนา					
๔. สูตรในการคำนวณ	$(A/B) \times 100$ <p>A = ผลรวมคะแนนความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อบริการที่ได้รับที่แผนกผู้ป่วยใน</p> <p>B = ผลรวมคะแนนเต็มของแบบสอบถาม</p>					
๕. หน่วยที่วัด	ร้อยละ ๘๕					
๖. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	๒ ครั้ง/ปี					
๗. แหล่งของข้อมูล	ผู้ให้บริการแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ่อทอง					
๘. เครื่องมือที่จัดเก็บ	แบบประเมินความพึงพอใจงานผู้ป่วยใน					
๙. ผู้รับผิดชอบ	งานผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาล					
๑๐. ผู้รายงาน	หัวหน้าแผนกผู้ป่วยใน					
๑๑. ติดตามประเมินผล	รายงานผลทุก ๖ เดือน มีนาคม,กันยายน					
๑๒. ข้อมูลฐาน ปี ๒๕๖๖	๙๑.๕๑					
๑๓. เป้าหมาย ปี ๒๕๖๗ - ๒๕๗๑	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑	
	๙๒	๙๓	๙๓	๙๔	๙๕	

Measurement Template					
ยุทธศาสตร์ที่ ๓ ระบบบริการด้วยหัวใจ (Satisfaction)					
พัฒนาพฤติกรรมบริการ พัฒนาระบบการบริการให้สะดวกรวดเร็ว					
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objectives) ประชาชนมีความไว้วางใจ					
๑. ชื่อตัวชี้วัด(KPI)	๒๐. อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการในชุมชน				
๒. ความหมายของตัวชี้วัด	<p>ผู้รับบริการ หมายถึง ประชาชนผู้มารับบริการโดยตรง หรือเจ้าหน้าที่ของรัฐ หรือหน่วยงานทั้งภาครัฐและ เอกชนที่มารับบริการจากหน่วยงาน</p> <p>ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมายถึง ผู้ที่ได้รับผลกระทบ ทั้งทางบวกและทางลบ ทั้งทางตรงและทางอ้อม จากการ ดำเนินการของหน่วยงาน เช่น ประชาชน ชุมชนในท้องถิ่น บุคลากรในหน่วยงาน ผู้ส่งมอบงาน เป็นต้น</p> <p>ประเด็นการสำรวจประกอบด้วยประเด็นสำคัญ ดังนี้</p> <p>๑) ด้านคุณภาพการให้บริการ</p> <p>๒) ด้านขั้นตอนการให้บริการ</p> <p>๓) ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก</p> <p>๔) ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ</p>				
๓. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการจัดบริการในการสร้างความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับของชุมชน				
๔. สูตรในการคำนวณ	$(A/B) \times 100$ A = ผลรวมคะแนนความพึงพอใจ B = ผลรวมคะแนนเต็มของแบบสอบถาม				
๕. หน่วยที่วัด	ร้อยละ ๘๕				
๖. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ปีละ ๑ ครั้ง				
๗. แหล่งของข้อมูล	แบบประเมิน				
๘. เครื่องมือที่จัดเก็บ	แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการบริการสำหรับผู้รับบริการในชุมชน				
๙. ผู้รับผิดชอบ	กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรรวม				
๑๐. ผู้รายงาน	กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรรวม				
๑๑. ติดตามประเมินผล	รายงานปีละ ๑ ครั้ง				
๑๒. ข้อมูลฐาน ปี ๒๕๖๖	ร้อยละ ๙๑.๖๖				
๑๓. เป้าหมาย ปี ๒๕๖๗ - ๒๕๗๑	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑
	๙๒	๙๓	๙๔	๙๕	๙๖

Measurement Template					
ยุทธศาสตร์ที่ ๓ ระบบบริการด้วยหัวใจ (Satisfaction)					
พัฒนาพฤติกรรมบริการ พัฒนาระบบการบริการให้สะดวกรวดเร็ว					
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objectives) ประชาชนมีความไว้วางใจ					
๑. ชื่อตัวชี้วัด(KPI)	๒๑.จำนวนผู้ร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการลดลง				
๒. ความหมายของตัวชี้วัด	ข้อร้องเรียน หมายถึง สิ่งที่ผู้ร้องเรียนทั้งจากภายในและภายนอกหน่วยงาน แจ้งข้อร้องเรียนให้ตรวจสอบ แก้ไข หรือปรับเปลี่ยนการดำเนินการ ข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการ หมายถึง ข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมที่ต้องการให้มีการแก้ไขและปรับปรุง				
๓. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อลดข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการ				
๔. สูตรในการคำนวณ	$(A/B) \times 100$ A = จำนวนข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการ ที่ได้รับการแก้ไขในเดือนเดียวกัน B = จำนวนข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการในเดือนเดียวกัน				
๕. หน่วยที่วัด	ร้อยละ				
๖. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ทุกเดือน				
๗. แหล่งของข้อมูล	ช่องทางการร้องเรียนทุกช่องทาง				
๘. เครื่องมือที่จัดเก็บ	การแจ้งเจ้าหน้าที่โดยตรง , โทรศัพท์ , QR code, page facebook , ชุมชน				
๙. ผู้รับผิดชอบ	คณะกรรมการความปลอดภัยผู้ป่วยและการเจรจาไกล่เกลี่ย				
๑๐. ผู้รายงาน	เลขาธิการคณะกรรมการความปลอดภัยผู้ป่วยและการเจรจาไกล่เกลี่ย				
๑๑. ติดตามประเมินผล	รายไตรมาส				
๑๒. ข้อมูลฐาน ปี ๒๕๖๖	๘๐				
๑๓. เป้าหมาย ปี ๒๕๖๗ - ๒๕๗๑	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑
	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕	๑๐๐

Measurement Template											
ยุทธศาสตร์ที่ ๔ องค์กรสมรรถนะสูง (Organization Effective) ๔.๑ สมรรถนะเชิงวิชาชีพ											
พัฒนาสมรรถนะบุคลากรตามมาตรฐานวิชาชีพ											
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objectives) บุคลากรมีความรู้ตามมาตรฐานวิชาชีพ											
๑. ชื่อตัวชี้วัด(KPI)	๒๒.ร้อยละบุคลากรได้รับการพัฒนาตามแผนพัฒนารายบุคคล										
๒. ความหมายของตัวชี้วัด	บุคลากรโรงพยาบาลบ่อทอง ที่ได้รับการพัฒนาสมรรถนะ ผ่านเกณฑ์อย่างน้อย ๑๐ วัน / คน / ปี										
๓. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	บุคลากรมีความรู้ตามมาตรฐานวิชาชีพ										
๔. สูตรในการคำนวณ	$(A/B) \times 100$ A = จำนวนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาสมรรถนะผ่านเกณฑ์ B = จำนวนบุคลากรทั้งหมด										
๕. หน่วยที่วัด	ร้อยละ ๘๐										
๖. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ทุกเดือน										
๗. แหล่งของข้อมูล	บันทึกข้อมูลการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากร งานพัฒนาทรัพยากรบุคคล										
๘. เครื่องมือที่จัดเก็บ	รายงานการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรทุกประเภท แบบสรุปจากการอบรม										
๙. ผู้รับผิดชอบ	งานบุคลากร										
๑๐. ผู้รายงาน	งานบุคลากร										
๑๑. ติดตามประเมินผล	รายงานความก้าวหน้าทุก ๓ เดือน										
๑๒. ข้อมูลฐาน ปี ๒๕๖๖	ร้อยละ ๖๓										
๑๓. เป้าหมาย ปี ๒๕๖๗ - ๒๕๗๑	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>๒๕๖๗</td> <td>๒๕๖๘</td> <td>๒๕๖๙</td> <td>๒๕๗๐</td> <td>๒๕๗๑</td> </tr> <tr> <td>๘๐</td> <td>๘๐</td> <td>๘๕</td> <td>๘๕</td> <td>๘๕</td> </tr> </tbody> </table>	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑	๘๐	๘๐	๘๕	๘๕	๘๕
๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑							
๘๐	๘๐	๘๕	๘๕	๘๕							

Measurement Template											
ยุทธศาสตร์ที่ ๔ องค์กรสมรรถนะสูง(Organization Effective) ๔.๒ บรรยากาศองค์กรที่ดี											
พัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคน ให้บุคลากรมีสมรรถนะที่ดีและมีความสุข											
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objectives) เจ้าหน้าที่มีพฤติกรรมสุภาพที่ดีขึ้น											
๑. ชื่อตัวชี้วัด(KPI)	๒๓.บุคลากรเป็นสมาชิกชมรมสุภาพอย่างน้อย ๑ ชมรม										
๒. ความหมายของตัวชี้วัด	- บุคลากร หมายถึง บุคลากรทุกคนของโรงพยาบาลบ่อทอง - ชมรมสุภาพ หมายถึง ชมรมที่โรงพยาบาลบ่อทอง ตั้งขึ้นเพื่อทำกิจกรรมทางด้านการส่งเสริม ดูแลสุขภาพบุคลากรให้สุภาพดี										
๓. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	บุคลากรมีพฤติกรรมสุภาพดีขึ้น										
๔. สูตรในการคำนวณ	$(A/B) \times 100$ A = จำนวนบุคลากรที่เป็นสมาชิกชมรม B = จำนวนบุคลากรทั้งหมดของโรงพยาบาลบ่อทอง										
๕. หน่วยที่วัด	ร้อยละ ๑๐๐										
๖. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	เดือนละ ๑ ครั้ง										
๗. แหล่งของข้อมูล	ชมรมสุภาพต่างๆ ของโรงพยาบาลบ่อทอง										
๘. เครื่องมือที่จัดเก็บ	รายงานผลการดำเนินงานชมรม										
๙. ผู้รับผิดชอบ	ประธานชมรมสุภาพ										
๑๐. ผู้รายงาน	งานบุคลากร										
๑๑. ติดตามประเมินผล	รายงานปีละ ๑ ครั้ง										
๑๒. ข้อมูลฐาน ปี ๒๕๖๖	NA										
๑๓. เป้าหมาย ปี ๒๕๖๗ - ๒๕๗๑	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>๒๕๖๗</td> <td>๒๕๖๘</td> <td>๒๕๖๙</td> <td>๒๕๗๐</td> <td>๒๕๗๑</td> </tr> <tr> <td>๖๐</td> <td>๗๐</td> <td>๘๐</td> <td>๙๐</td> <td>๑๐๐</td> </tr> </tbody> </table>	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐	๑๐๐
๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑							
๖๐	๗๐	๘๐	๙๐	๑๐๐							

Measurement Template											
ยุทธศาสตร์ที่ ๔ องค์กรสมรรถนะสูง (Organization Effective) ๔.๒ บรรยากาศองค์กรที่ดี											
พัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคน ให้บุคลากรมีสมรรถนะที่ดีและมีความสุข											
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objectives) เจ้าหน้าที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี											
๑. ชื่อตัวชี้วัด(KPI)	๒๔. ร้อยละการทดแทนอัตรากำลังของบุคลากรในทุกสาขาวิชาชีพที่ว่างลง										
๒. ความหมายของตัวชี้วัด	อัตรากำลัง หมายถึง จำนวนและประเภทบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริง ภายในโรงพยาบาล ตำแหน่งว่าง หมายถึง ตำแหน่งที่มีการโอน/ย้าย/ลาออก/เกษียณ										
๓. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	มีอัตรากำลังเพียงพอสอดคล้องตาม service ของโรงพยาบาล										
๔. สูตรในการคำนวณ	$(A/B) \times 100$ A = จำนวนตำแหน่งที่ทดแทนตำแหน่งว่าง B = จำนวนตำแหน่งว่างทั้งหมด										
๕. หน่วยที่วัด	ร้อยละ ๘๐										
๖. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ปีละ ๑ ครั้ง										
๗. แหล่งของข้อมูล	แผนอัตรากำลัง										
๘. เครื่องมือที่จัดเก็บ	แผนอัตรากำลัง										
๙. ผู้รับผิดชอบ	งานบุคลากร										
๑๐. ผู้รายงาน	งานบุคลากร										
๑๑. ติดตามประเมินผล	รายงานความก้าวหน้าทุก ๖ เดือน										
๑๒. ข้อมูลฐาน ปี ๒๕๖๖	๖๑.๕๓										
๑๓. เป้าหมาย ปี ๒๕๖๗ - ๒๕๗๑	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>๒๕๖๗</td> <td>๒๕๖๘</td> <td>๒๕๖๙</td> <td>๒๕๗๐</td> <td>๒๕๗๑</td> </tr> <tr> <td>๖๕</td> <td>๗๕</td> <td>๘๐</td> <td>๘๐</td> <td>๘๐</td> </tr> </tbody> </table>	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑	๖๕	๗๕	๘๐	๘๐	๘๐
๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑							
๖๕	๗๕	๘๐	๘๐	๘๐							

Measurement Template											
ยุทธศาสตร์ที่ ๔. องค์กรสมรรถนะสูง (Organization Effective) ๔.๒ บรรยากาศองค์กรที่ดี											
บุคลากรมีความสุขในการปฏิบัติงาน											
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objectives) เจ้าหน้าที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี											
๑. ชื่อตัวชี้วัด(KPI)	๒๕. ร้อยละความสุขของบุคลากร										
๒. ความหมายของตัวชี้วัด	<ul style="list-style-type: none"> - ความสุข หมายถึง ความพึงพอใจในงานของตน สามารถบริหารความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานได้อย่างมีความสุข - หน่วยงานมีการประเมินความสุขของบุคลากรรายบุคคล ครบทั้ง ๙ มิติ โดยใช้โปรแกรม Happinometer - บุคลากร หมายถึง บุคลากรทุกระดับของโรงพยาบาลบ่อทอง 										
๓. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	<ul style="list-style-type: none"> ๑. เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการและสนับสนุนการจัดการสุขภาพในการเพิ่มความสุขให้แก่บุคลากรจากการทำงาน ๒. บุคลากรมีความสุขในการปฏิบัติงาน ๓. องค์กรนำผลการประเมินความสุขของบุคลากร (Happinometer) มาใช้ในการพัฒนาองค์กรขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข 										
๔. สูตรในการคำนวณ	$(A/B) \times 100$ <p>A = ผลรวมคะแนนความพึงพอใจ B = ผลรวมคะแนนเต็มของแบบสอบถาม</p>										
๕. หน่วยที่วัด	ร้อยละ ๗๐										
๖. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ปีละ ๑ ครั้ง										
๗. แหล่งของข้อมูล	แบบประเมิน happinometer										
๘. เครื่องมือที่จัดเก็บ	แบบประเมิน happinometer										
๙. ผู้รับผิดชอบ	งานบุคลากร										
๑๐. ผู้รายงาน	งานบุคลากร										
๑๑. ติดตามประเมินผล	รายงานปีละ ๑ ครั้ง										
๑๒. ข้อมูลฐาน ปี ๒๕๖๖	ร้อยละ ๖๐.๙๕										
๑๓. เป้าหมาย ปี ๒๕๖๗ - ๒๕๗๑	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>๒๕๖๗</td> <td>๒๕๖๘</td> <td>๒๕๖๙</td> <td>๒๕๗๐</td> <td>๒๕๗๑</td> </tr> <tr> <td>๖๐</td> <td>๖๕</td> <td>๖๕</td> <td>๗๐</td> <td>๗๐</td> </tr> </table>	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑	๖๐	๖๕	๖๕	๗๐	๗๐
๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑							
๖๐	๖๕	๖๕	๗๐	๗๐							

Measurement Template	
ยุทธศาสตร์ ๔. องค์กรสมรรถนะสูง (Organization Effective) ๔.๓ ระบบการเงินการคลัง	
พัฒนาระบบจัดเก็บรายได้	
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objectives) รพ.มีสถานะการเงินปกติ	
๑. ชื่อตัวชี้วัด(KPI)	๒๖.สถานะทางการเงินอยู่ในระดับ ๐
๒. ความหมายของตัวชี้วัด	สถานะทางการเงินอยู่ในระดับ ๐-๑ หมายถึงระดับปกติ ตามหลักเกณฑ์การคิดวิกฤติทางการเงินระดับ ๗ (Risk Scoring) ดังนี้ ระดับ ๐-๑ ปกติ ระดับ ๒ คาดว่าจะดีขึ้นภายใน ๓ เดือน ระดับ ๓ คาดว่าจะดีขึ้นภายใน ๓ เดือน ระดับ ๔ คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน ๖ เดือน ระดับ ๕ คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน ๖ เดือน ระดับ ๖ คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน ๓ เดือน ระดับ ๗ มีภาวะวิกฤตทางการเงินขั้นรุนแรง
๓. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	๑. เพื่อเป็นเกณฑ์มาตรฐานสำหรับการประเมินสภาพคล่องและเฝ้าระวังภาวะวิกฤติทางการเงิน
๔. สูตรในการคำนวณ	อัตราส่วนทางการเงิน ๕ รายการ ๑. อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนหรืออัตราส่วนสภาพคล่อง (Current Ratio : CR) สินทรัพย์หมุนเวียน หารด้วย หนี้สินหมุนเวียน ๒. อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick Ratio : QR) สินทรัพย์หมุนเวียน หักด้วย สินค้าคงเหลือ หักด้วย สินทรัพย์หมุนเวียนอื่น หารด้วย หนี้สินหมุนเวียน ๓. อัตราส่วนเงินสด (Cash Ratio) เงินสด บวกกับ รายการเทียบเท่า เงินสด บวกกับ เงินฝากประจำ) หารด้วย หนี้สินหมุนเวียน ๔. ทุนสำรองสุทธิ (Net Working Capital) สินทรัพย์หมุนเวียน หักด้วยหนี้สินหมุนเวียน ๕. รวมรายได้ หักด้วย รวมค่าใช้จ่าย (Net Income) อัตราส่วนทางการเงินทั้ง ๕ รายการข้างต้นถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงินของหน่วยบริการโดยกำหนดเกณฑ์สำหรับการประเมินโดยมีค่ากลาง ของแต่ละหน่วยบริการมาเปรียบเทียบกับค่ากลางของอุตสาหกรรม ดังนี้ ๑. กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์ ๑.๑ CR < ๑.๕ ๑.๒ QR < ๑.๐ ๑.๓ Cash Ratio < ๐.๘ ๒. กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน ๒.๑ แสดงฐานะทางการเงิน ทุนหมุนเวียน (NWC) < ๐

	๒.๒ แสดงฐานะจากผลประกอบการ (กำไรสุทธิ) (กำไรสุทธิรวมค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย (NI) < ๐ ๓. กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง ๓.๑ NWC/ANI ระยะเวลาหมุนเวียนหมด ๓ เดือน* ๓.๒ NWC/ANI ระยะเวลาหมุนเวียนหมด ๖ เดือน * โดยให้น้ำหนักของ NWC/ANI ระยะเวลาหมุนเวียนหมด ๓ เดือน มากกว่าตัวแปรอื่น ๒ เท่า					
๕. หน่วยที่วัด	ร้อยละ					
๖. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ทุกเดือน					
๗. แหล่งของข้อมูล	กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ					
๘. เครื่องมือที่จัดเก็บ	งบการเงินของโรงพยาบาล					
๙. ผู้รับผิดชอบ	งานการเงินและบัญชี					
๑๐. ผู้รายงาน	งานการเงินและบัญชี					
๑๑. ติดตามประเมินผล	รายงานความก้าวหน้าทุกเดือน					
๑๒. ข้อมูลฐาน ปี ๒๕๖๖	ระดับ ๐					
๑๓. เป้าหมาย ปี ๒๕๖๗ - ๒๕๗๑	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑	
	๐	๐	๐	๐	๐	

Measurement Template											
ยุทธศาสตร์ที่ ๔ องค์กรสมรรถนะสูง (Organization Effective) ๔.๔ ระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ (Information Efficiency)											
พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ความปลอดภัยทางไซเบอร์ ตามมาตรฐานคุณภาพHAIT											
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objectives) ข้อมูลสารสนเทศมีความปลอดภัย ตามมาตรฐานคุณภาพHAIT											
๑. ชื่อตัวชี้วัด(KPI)	๒๗. Sever Down time ระดับ normal ไม่เกิน ๒ ครั้ง/ปี										
๒. ความหมายของตัวชี้วัด	Sever Down time ระดับ normal หมายถึง ระยะเวลาที่ระบบไม่สามารถใช้งานได้ ไม่เกิน ๓๐ นาที										
๓. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ระบบสามารถกลับมาใช้งานได้ปกติภายใน ๓๐ นาที										
๔. สูตรในการคำนวณ	$A = \text{จำนวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นภายใน ๑ ปี}$										
๕. หน่วยที่วัด	ครั้ง/ปี										
๖. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	รายเดือน										
๗. แหล่งของข้อมูล	รายงานอุบัติการณ์ Down Time Sever										
๘. เครื่องมือที่จัดเก็บ	แบบบันทึกการ Down Time Sever										
๙. ผู้รับผิดชอบ	กลุ่มงานดิจิทัลเพื่อสุขภาพ										
๑๐. ผู้รายงาน	สิทธิชัย แสงจู										
๑๑. ติดตามประเมินผล	รายงานความก้าวหน้าทุก ๑ เดือน										
๑๒. ข้อมูลฐาน ปี ๒๕๖๖	๐ ครั้ง										
๑๓. เป้าหมาย ปี ๒๕๖๗ - ๒๕๗๑	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>๒๕๖๗</td> <td>๒๕๖๘</td> <td>๒๕๖๙</td> <td>๒๕๗๐</td> <td>๒๕๗๑</td> </tr> <tr> <td>๒</td> <td>๒</td> <td>๑</td> <td>๑</td> <td>๐</td> </tr> </tbody> </table>	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑	๒	๒	๑	๑	๐
๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑							
๒	๒	๑	๑	๐							

Measurement Template											
ยุทธศาสตร์ที่ ๔ องค์กรสมรรถนะสูง (Organization Effective) ๔.๔ ระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ(Information Efficiency)											
พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ความปลอดภัยทางไซเบอร์ ตามมาตรฐานคุณภาพHAIT											
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objectives) ข้อมูลสารสนเทศมีความปลอดภัย ตามมาตรฐานคุณภาพHAIT											
๑. ชื่อตัวชี้วัด(KPI)	๒๘. Sever Down time ระดับ critical ไม่เกิน ๑ ครั้ง										
๒. ความหมายของตัวชี้วัด	Sever Down time ระดับ critical หมายถึง ระยะเวลาที่ระบบไม่สามารถใช้งานได้ ไม่เกิน ๑ ชั่วโมง										
๓. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ระบบสามารถกลับมาใช้งานได้ปกติภายใน ๑ ชั่วโมง										
๔. สูตรในการคำนวณ	A = จำนวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นภายใน ๑ ปี										
๕. หน่วยที่วัด	ครั้ง/ปี										
๖. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	รายเดือน										
๗. แหล่งของข้อมูล	รายงานอุบัติการณ์ Down Time Sever										
๘. เครื่องมือที่จัดเก็บ	แบบบันทึกการ Down Time Sever										
๙. ผู้รับผิดชอบ	กลุ่มงานดิจิทัลเพื่อสุขภาพ										
๑๐. ผู้รายงาน	สิทธิชัย แสงจู										
๑๑. ติดตามประเมินผล	รายงานความก้าวหน้าทุก ๑ ปี										
๑๒. ข้อมูลฐาน ปี ๒๕๖๖	๑ ครั้ง										
๑๓. เป้าหมาย ปี ๒๕๖๗ - ๒๕๗๑	<table border="1"> <thead> <tr> <th>๒๕๖๗</th> <th>๒๕๖๘</th> <th>๒๕๖๙</th> <th>๒๕๗๐</th> <th>๒๕๗๑</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>๑</td> <td>๑</td> <td>๐</td> <td>๐</td> <td>๐</td> </tr> </tbody> </table>	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑	๑	๑	๐	๐	๐
๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑							
๑	๑	๐	๐	๐							

Measurement Template							
ยุทธศาสตร์ที่ ๔ องค์กรสมรรถนะสูง (Organization Effective) ๔.๔ ระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ(Information Efficiency)							
พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ความปลอดภัยทางไซเบอร์ ตามมาตรฐานคุณภาพHAIT							
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objectives) ข้อมูลสารสนเทศมีความปลอดภัย ตามมาตรฐานคุณภาพHAIT							
๑. ชื่อตัวชี้วัด(KPI)	๒๙. ระดับความสำเร็จของการป้องกันข้อร้องเรียนอุบัติการณ์ข้อมูลรั่วไหล						
๒. ความหมายของตัวชี้วัด	อุบัติการณ์ข้อมูลรั่วไหล หมายถึง เหตุการณ์ที่มีข้อมูลผู้ป่วยหลุดออกนอกหน่วยบริการ แบ่งเป็น ๓ ระดับ ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ชื่อ สกุล วันเดือนปีเกิด ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เบอร์โทรศัพท์ ที่อยู่ รูปภาพ ประวัติการเดินทาง ข้อมูลระดับความลับปกปิด ได้แก่ ข้อมูลการรักษา โรคประจำตัว						
๓. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ป้องกันไม่ให้เกิดข้อมูลรั่วไหล						
๔. สูตรในการคำนวณ	ระดับคะแนน	๑ ดาว	๒ ดาว	๓ ดาว	๔ ดาว	๕ ดาว	
	ข้อมูลระดับทั่วไป (<ครั้ง)	๑๕	๑๒	๑๐	๖	๐	
	ข้อมูลส่วนบุคคล (<ครั้ง)	๔	๔	๒	๑	๐	
	ข้อมูลระดับความลับปกปิด (<ครั้ง)	๑	๐	๐	๐	๐	
๕. หน่วยที่วัด	ระดับความสำเร็จ						
๖. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ไตรมาสละ ๑ ครั้ง						
๗. แหล่งของข้อมูล	การรายงานอุบัติการณ์ข้อมูลรั่วไหลจากส่วนกลาง						
๘. เครื่องมือที่จัดเก็บ	รายงานอุบัติการณ์ข้อมูลรั่วไหล						
๙. ผู้รับผิดชอบ	กลุ่มงานดิจิทัลเพื่อสุขภาพ						
๑๐. ผู้รายงาน	สิทธิชัย แสงจู่						
๑๑. ติดตามประเมินผล	รายงานความก้าวหน้าทุก ๖ เดือน						
๑๒. ข้อมูลฐาน ปี ๒๕๖๖	NA(ยังไม่มีกรรายงานข้อมูลรั่วไหลจากส่วนกลาง)						
๑๓. เป้าหมาย ปี ๒๕๖๗ - ๒๕๗๑	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑		
	๒	๒	๓	๔	๕		

Measurement Template	
ยุทธศาสตร์ สนับสนุนและส่งเสริมการมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพของภาคีเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน	
พัฒนาศักยภาพอสม.ในการจัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล	
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objectives) อสม.มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพของชุมชนที่รับผิดชอบ	
๑. ชื่อตัวชี้วัด(KPI)	๓๐.อสม. มีศักยภาพในการจัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ร้อยละ ๘๐
๒. ความหมายของตัวชี้วัด	อสม. มีศักยภาพในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิขั้นพื้นฐาน หมายถึง อสม. สามารถจัดบริการ สาธารณสุขเบื้องต้นให้แก่หญิงตั้งครรภ์ เด็กปฐมวัย (๐ - ๖ ปี) กลุ่มเสี่ยง/ กลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่ม ผู้สูงอายุและการจัดการสิ่งแวดล้อมใน ชุมชนได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล หมายถึง แอปพลิเคชัน Smart อสม. เป็นเครื่องมือ ในการปฏิบัติงานและ การรายงานผลการปฏิบัติงานประจำเดือน การใช้งานแอปพลิเคชัน Smart อสม. หมายถึงการลงทะเบียนเข้าใช้งาน แอปพลิเคชัน Smart อสม.
๓. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	๑. เพื่อยกระดับศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็น แกนนำในการ จัดบริการสุขภาพปฐมภูมิขั้นพื้นฐาน โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเป็นเครื่องมือใน การปฏิบัติงานและรายงานผล ๒. เพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้ประชาชนทุกช่วงวัยเข้าถึงบริการสุขภาพปฐม ภูมิขั้นพื้นฐานมี พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง มีศักยภาพและมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพตนเอง
๔. สูตรในการคำนวณ	รายการข้อมูล ๑ : A = จำนวน อสม. กลุ่มเป้าหมายที่มีศักยภาพในการ จัดบริการสุขภาพปฐมภูมิขั้นพื้นฐาน โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (แอปพลิเคชัน Smart อสม.) รายการข้อมูล ๒ : B = จำนวนอสม. กลุ่มเป้าหมาย สูตรคำนวณตัวชี้วัด : $(A/B) \times 100$
๕. หน่วยที่วัด	ร้อยละ
๖. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	รายไตรมาส

๗. แหล่งของข้อมูล	๑. จากฐานข้อมูล อสม. ประเมินข้อมูลรายงานใน Dashboard Smart อสม. โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่ ๒. จากการรายงานของอสม. ผ่านแอปพลิเคชัน Smart อสม					
๘. เครื่องมือที่จัดเก็บ	๑. จัดเก็บจากฐานข้อมูล อสม. ประเมินข้อมูลรายงานใน Dashboard Smart อสม. โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่ ๒. จากการรายงานของอสม. ผ่านแอปพลิเคชัน Smart อสม					
๙. ผู้รับผิดชอบ	นางช่อแก้ว มินตา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม					
๑๐. ผู้รายงาน	นางสาวกชชรส เลิศศิริ เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชำนาญงาน ๐๙๗-๑๓๙๑๑๗๑					
๑๑. ติดตามประเมินผล	รายไตรมาส					
๑๒. ข้อมูลฐาน ปี ๒๕๖๖	หมายเหตุ : เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดใหม่จึงไม่มี Baseline					
๑๓. เป้าหมาย ปี ๒๕๖๗ - ๒๕๗๑	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑	
	๘๐	๙๐	๙๕	๑๐๐	๑๐๐	