



แผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ปีงบประมาณ **2569**

ภายใต้ แผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ระยะ 5 ปี
ปีงบประมาณ 2567-2571

กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ



สารบัญ

	หน้า
1. แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน	1
1.1 บริบท	1
1.2 วิสัยทัศน์	1
1.3 พันธกิจ	1
1.4 ค่านิยม	1
1.5 สมรรถนะหลักองค์กร	2
1.6 เชื่อมมุ่ง	2
1.7 ประเด็นยุทธศาสตร์	2
1.8 เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	2
1.9 คำจำกัดความที่สำคัญ	3
2. ตารางแสดงความเชื่อมโยง วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด และกลยุทธ์	4
3. ตารางแสดงความเชื่อมโยง ยุทธศาสตร์ เป้าหมาย แผนงานโครงการ และงบประมาณ	7
4. แผนปฏิบัติการ (Action plan) ตามแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน	12
4.1 ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1	12
4.2 ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2	21
4.3 ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3	27
4.4 ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4	39
4.5 ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 5	43
4.6 ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 6	49

ภาคผนวก

1. แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

1.1 บริบท

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ปัจจุบันได้รับการยกระดับให้เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ระดับ S ขนาด 301 เตียง (เตียงให้บริการจริง 276 เตียง) ตามนโยบาย SAP กำหนดให้เป็นโรงพยาบาลระดับ P (Premium Hospital) โดยมีเป้าหมายการยกระดับศักยภาพระบบบริการสุขภาพในสาขา CARDIO (Cardiac center level 1) และ TRAUMA (Trauma level 1) เป็นแม่ข่าย (NODE) รับส่งต่อผู้ป่วยในระบบบริการที่มีความเชี่ยวชาญตามสาขาหลัก ได้แก่ สูติกรรม ศัลยกรรม อายุรกรรม และกุมารเวชกรรม จักษุกรรม ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ และเป็นศูนย์ความเชี่ยวชาญเฉพาะโรค (EXCELLENCE CENTER) ได้แก่ การผ่าตัดโรคทางศัลยกรรม ผ่าตัดผ่านกล้อง การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า/ข้อสะโพก การผ่าตัดรักษาโรคทางจอประสาทตา การรักษาโรคทางอายุรกรรม แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร ปีงบประมาณ 2567 – 2571 ในกระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ร่วมกับหัวหน้ากลุ่มงาน นำเสนอและแลกเปลี่ยนประเด็นต่างๆ เพื่อนำไปสู่กระบวนการกำหนดวิสัยทัศน์ และพันธกิจ

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ได้ออกแบบกระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์โดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรในโรงพยาบาล โดยกำหนดให้บุคลากรได้ตั้งเป้าหมายขององค์กรผ่านระบบออนไลน์ ภายใต้ประเด็นคำถาม “สิ่งที่ท่านต้องการให้ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน พัฒนาและก้าวไปถึงจุดนั้น ในอีก 3 – 5 ปีข้างหน้า” เพื่อนำเข้าสู่กระบวนการประชุมร่วมกันของคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และหัวหน้ากลุ่มงานทั้งหมด โดยใช้กระบวนการกลุ่ม วิเคราะห์ SWOT analysis โดยนำเข้าสู่ข้อมูลจากรายงานสรุปผลการปฏิบัติงานประจำปี รายงานผลการติดตามนิเทศงานระดับจังหวัด และการตรวจราชการตามนโยบายในระดับเขตบริการสุขภาพ เพื่อกำหนดเป็นแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร ปีงบประมาณ 2567 – 2571

1.2 วิสัยทัศน์

โรงพยาบาลเวอร์ชันใหม่ ต้นแบบโรงพยาบาลแห่งความสุข ทุกบริการไร้รอยต่อ

1.3 พันธกิจ

1. พัฒนาคุณภาพมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ
2. พัฒนาระบบการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ
3. พัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อส่งเสริมระบบบริการสุขภาพ
4. พัฒนาระบบเทคโนโลยี เพื่อก้าวไปสู่โรงพยาบาลอัจฉริยะ (Smart Hospital)
5. ส่งเสริมการพัฒนาระบบภาคีเครือข่าย และบูรณาการระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อ
6. ส่งเสริมการบริหารจัดการด้วยหลักธรรมาภิบาล และดำเนินงานโรงพยาบาลต้นแบบแห่งความสุข

1.4 ค่านิยม

ซื่อสัตย์ ประสาน มุ่งมั่น พัฒนา

1.5 สมรรถนะหลักขององค์กร

องค์กรที่ดูแลสุขภาพประชาชน ในระดับตติยภูมิ

1.6 เชื่อมมุ่ง

ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety)

1.7 ประเด็นยุทธศาสตร์

1. พัฒนาระบบบริการสุขภาพสู่ความเป็นเลิศ และจัดบริการตามกลุ่มวัย รวมถึงการดูแลสุขภาพพระสงฆ์และผู้นำศาสนา
2. พัฒนาระบบการตอบสนองความต้องการ และการจัดการข้อร้องเรียน ของผู้รับบริการ ผ่านทุกช่องทาง รวมถึงช่องทางออนไลน์
3. พัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยบูรณาการร่วมกับภาครัฐและเอกชน
4. พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสู่ Smart Hospital ต้นแบบ
5. พัฒนาระบบภาคีเครือข่าย และบูรณาการระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อ
6. บริหารจัดการด้วยหลักธรรมาภิบาล และดำเนินงานโรงพยาบาลต้นแบบแห่งความสุข

1.8 เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์

1. เพื่อให้ประชาชนผู้มารับบริการ ได้รับบริการที่มีคุณภาพและความปลอดภัย
2. เพื่อเพิ่มช่องทางการสื่อสารในระบบบริการสุขภาพ ให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น
3. เพื่อให้บุคลากรในระบบบริการสุขภาพทุกระดับ มีสมรรถนะในการดูแลผู้มารับบริการมากยิ่งขึ้น
4. เพื่อนำเทคโนโลยีดิจิทัล มาประยุกต์ใช้ในระบบบริการสุขภาพ และเป็นต้นแบบโรงพยาบาลอัจฉริยะ
5. เพื่อให้ระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ จัดบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ
6. เพื่อให้เป็นโรงพยาบาลต้นแบบแห่งความสุข

1.9 คำจำกัดความที่สำคัญ

วิสัยทัศน์

“โรงพยาบาลเวอร์ชันใหม่ ต้นแบบโรงพยาบาลแห่งความสุข ทุกบริการไร้รอยต่อ”

1. “โรงพยาบาลเวอร์ชันใหม่” หมายถึง ระบบ หรือรูปแบบ ในการพัฒนาโรงพยาบาลทั้งในด้านการบริการ และการสนับสนุนบริการ ที่มีคุณภาพและเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด มุ่งเน้นการนำกระบวนการพัฒนาในรูปแบบใหม่มีความทันสมัย การนำเทคโนโลยีสมัยใหม่ องค์ความรู้ทางวิชาการใหม่ มาใช้ในการออกแบบกระบวนการ ภายใต้การบริหารจัดการของบุคลากรที่มีมุมมองในการการพัฒนาเชิงสร้างสรรค์

2. “โรงพยาบาลแห่งความสุข” หมายถึง โรงพยาบาลที่มุ่งเน้นให้ผู้มารับบริการ ญาติ หรือประชาชนกลุ่มอื่น ๆ ที่มารับบริการ หรือมาติดต่อประสานงาน ได้รับบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน และมีความปลอดภัย จนเกิดความพึงพอใจ และความผูกพันจากบริการที่ได้รับ รวมถึงบุคลากรผู้ให้บริการทั้งในระบบบริการ และระบบการสนับสนุนบริการ มีความมุ่งมั่น จัดบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐาน และเกิดประสิทธิภาพในการให้บริการอย่างสูงสุด

3. “บริการไร้รอยต่อ” หมายถึง การจัดระบบบริการที่มีความเชื่อมโยงกันทั้งระบบ ในมิติของการให้บริการรักษาพยาบาลและการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง มีระบบการเชื่อมโยงสะท้อนข้อมูลการให้บริการระหว่างจุดบริการ หรือหน่วยงานบริการ รวมถึงการเชื่อมโยงระบบบริการและข้อมูลบริการไปยังเครือข่ายบริการในระบบการรับส่งต่อ

คำนิยาม

“ชื่อสัตย์ ประสาน มุ่งมั่น พัฒนา”

1. “ชื่อสัตย์” หมายถึง บุคลากรในองค์กร สามารถปฏิบัติงานภายใต้กฎหมาย และระเบียบปฏิบัติที่เกี่ยวข้องได้อย่างถูกต้อง รวมถึงปฏิบัติตามจรรยาบรรณในวิชาชีพในการให้บริการแก่ประชาชน

2. “ประสาน” หมายถึง บุคลากรในองค์กร สามารถปฏิบัติงานร่วมกันกับภาคีเครือข่ายทั้งในระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข และภาคีเครือข่ายด้านอื่น ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. “มุ่งมั่น” หมายถึง บุคลากรในองค์กร มีความตั้งใจ พยายามในการทำงานตามวิชาชีพ และตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย เพื่อให้ประชาชนและผู้มารับบริการ ได้รับบริการที่ดี มีคุณภาพตามมาตรฐาน

4. “พัฒนา” หมายถึง บุคลากรในองค์กร มีความสนใจในองค์ความรู้และเทคโนโลยีใหม่ ๆ เพื่อนำมาศึกษาเรียนรู้ ค้นคว้าเพื่อพัฒนาศักยภาพของตนเอง นำไปสู่การออกแบบและพัฒนาระบบบริการให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น

2. ตารางแสดงความเชื่อมโยง วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด และกลยุทธ์

ตามแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ประจำปีงบประมาณ 2567 – 2571

ยุทธศาสตร์	กลยุทธ์	เป้าหมายเชิงกลยุทธ์	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
1. พัฒนาระบบบริการ สุขภาพสู่ความเป็นเลิศ และจัดบริการตามกลุ่มวัย รวมถึงการดูแลสุขภาพ พระสงฆ์และผู้นำศาสนา	1) บริการที่ มากกว่า โรงพยาบาล 2) บริการเลือกได้ 3) บริการกลุ่มวัย เชิงรุก	เพื่อให้ประชาชนผู้มา รับบริการ ได้รับ บริการที่มีคุณภาพ และความปลอดภัย	1) อัตราตายของผู้ป่วยโรค กล้ามเนื้อหัวใจตาย เฉียบพลัน STEMI < 9% 2) อัตราตายของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง < 7% 3) อัตราตายของผู้ป่วยติด เชื้อในกระแสเลือดแบบ รุนแรงชนิด Community- acquired < 26% 4) อัตราผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ใน การผ่าตัด emergency เข้า OR ทัน ≤ 60 นาที > 80% 5) อัตราพระสงฆ์ที่อยู่ใน ภาวะวิกฤต สามารถให้การ รักษาได้ที่หอสงฆ์ 100% 6) ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วย เฉพาะทางไปยังโรงพยาบาล อื่นลดลงจากปีก่อน ≥ 10%	1. ทีม Service Plan 2. ทีม PCT
2. พัฒนาระบบการ ตอบสนองความต้องการ และการจัดการข้อ ร้องเรียน ของผู้รับบริการ ผ่านทุกช่องทาง รวมถึง ช่องทางออนไลน์	1) ตอบสนองความ ต้องการและ จัดการข้อร้องเรียน เชิงรุก 2) การสื่อสาร Delivery 3) สายด่วน ออนไลน์	เพื่อเพิ่มช่องทางการ สื่อสารในระบบบริการ สุขภาพ ให้มี ประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น	1) อัตราการตอบสนองข้อ ร้องเรียนตามแนวทางการ จัดการข้อร้องเรียนของ รพร.2568 100% 2) อัตราความพึงพอใจของ ผู้รับบริการ ≥ 90% 3) อัตราความพึงพอใจของผู้ มีส่วนได้ส่วนเสียสำคัญ ≥ 70%	1. ทีม Service Plan 2. ทีม PCT 3. ทีมลูกค้า
3. พัฒนาศักยภาพ บุคลากร โดยบูรณาการ ร่วมกับภาครัฐและเอกชน	1) เพียงพอ พร้อม ใช้ได้มาตรฐาน ประสานเครือข่าย 2) ภาศึเครือข่าย เข้มแข็ง	เพื่อให้บุคลากรใน ระบบบริการสุขภาพ ทุกระดับ มีสมรรถนะ ในการดูแลผู้มารับ บริการมากยิ่งขึ้น	1) บุคลากรในหน่วยงานมี จำนวนเพียงพอตามกรอบ FTE ที่กำหนด > 70% 2) บุคลากรได้รับความรู้ พื้นฐานที่จำเป็นในการ	1. ทีมบริหาร 2. ทีม HR

ยุทธศาสตร์	กลยุทธ์	เป้าหมายเชิงกลยุทธ์	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
			ทำงานบริการใน โรงพยาบาล > 80% 3) บุคลากรมีศักยภาพใน การดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรค สำคัญและฉุกเฉิน ได้แก่ STROKE, STEMI, SEPSIS, TRAUMA	
4. พัฒนาระบบเทคโนโลยี สารสนเทศสู่ Smart Hospital ต้นแบบ	1) Digital Health Service	เพื่อนำเทคโนโลยี ดิจิทัล มาประยุกต์ใช้ ในระบบบริการ สุขภาพ และเป็น ต้นแบบโรงพยาบาล อัจฉริยะ	1) ยกระดับบริการสุขภาพ 2) เพิ่มประสิทธิภาพการ ทำงานของบุคลากร 3) มีระบบที่เชื่อมโยง ขับเคลื่อนการบริหารจัดการ ด้วยข้อมูล	1. ทีมผู้บริหาร 2. ทีม IT
5. พัฒนาระบบภาคี เครือข่าย และบูรณาการ ระบบบริการสุขภาพอย่าง ไร้รอยต่อ	1) ภาคีเครือข่าย เข้มแข็ง 2) บริการกลุ่มวัย เชิงรุก ทุกพื้นที่ อย่างเท่าเทียม	เพื่อให้ระบบ เครือข่ายบริการ สุขภาพ จัดบริการ สุขภาพแบบไร้รอยต่อ	1) ร้อยละของประชาชน มี ความรอบรู้ด้านสุขภาพใน เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจ เฉียบพลัน $\geq 80\%$ 2) จำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับ การรักษาที่ OPD ลดลง อย่างน้อย ร้อยละ 10 เมื่อ เทียบจำนวนผู้ป่วยในช่วง เดียวกัน ในปีที่ผ่านมา	1. ทีมผู้บริหาร 2. ทีมนำด้าน ชุมชน
6. บริหารจัดการด้วยหลัก ธรรมาภิบาล และ ดำเนินงานโรงพยาบาล ต้นแบบแห่งความสุข	1) บริการด้วย หัวใจ 2) บริการเลือกได้ 3) เพิ่มรายได้ ลด รายจ่าย	เพื่อให้เป็น โรงพยาบาลต้นแบบ แห่งความสุข	1) การบริหารแผน Plan financial เปรียบเทียบผล การดำเนินงาน ผลต่างบวก หรือลบไม่เกิน 5% 2) 7 Plus efficiency score $\geq B$ 3) บุคลากรในโรงพยาบาล เข้าร่วม Moral credit \geq 80% 4) ความสุขของบุคลากร \geq 70%	1. ทีมผู้บริหาร 2. ทีมกระบวนกร

ยุทธศาสตร์	กลยุทธ์	เป้าหมายเชิงกลยุทธ์	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
			5) ผ่านเกณฑ์การประเมิน EIA ทั้ง 5 มิติ มีคะแนนมากกว่า 90 %	

3. ตารางแสดงความเชื่อมโยง ยุทธศาสตร์ เป้าหมาย แผนงานโครงการ และงบประมาณ
ตามแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ประจำปีงบประมาณ 2567 – 2571

ยุทธศาสตร์	เป้าหมายเชิงกลยุทธ์	แผนงานโครงการ	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
1. พัฒนาระบบบริการ สุขภาพสู่ความเป็นเลิศ และจัดบริการตามกลุ่ม วัย รวมถึงการดูแล สุขภาพพระสงฆ์และผู้นำ ศาสนา	เพื่อให้ประชาชนผู้มา รับบริการ ได้รับ บริการที่มีคุณภาพ และความปลอดภัย	1. การพัฒนาระบบ บริการผู้ป่วยโรคหัวใจ 2. การพัฒนาระบบ บริการผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง 3. การพัฒนาระบบ บริการผู้ป่วยติดเชื้อใน กระแสเลือดแบบ รุนแรงชนิด Community- acquired 4. การพัฒนาระบบ บริการผู้ป่วย Trauma 5. การเข้าถึงกลุ่ม เปราะบางในชุมชน (Thailand Health Atlas) เน้นกลุ่ม พระสงฆ์ 6. การเพิ่มศักยภาพ บริการเฉพาะทางและ ลดการส่งต่อผู้ป่วย	500,000	1. ทีม Service Plan 2. ทีม PCT
2. พัฒนาระบบการ ตอบสนองความต้องการ และการจัดการข้อ ร้องเรียน ของผู้รับบริการ ผ่านทุกช่องทาง รวมถึง ช่องทางออนไลน์	เพื่อเพิ่มช่องทางการ สื่อสารในระบบ บริการสุขภาพ ให้มี ประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น	1. พัฒนาระบบ บริหารจัดการข้อ ร้องเรียน และการ สื่อสารองค์กร 2. การตอบสนอง ความต้องการที่ รวดเร็ว ไร้รอยต่อ	200,000	1. ทีม Service Plan 2. ทีม PCT 3. ทีมลูกค้า
3. พัฒนาศักยภาพ บุคลากร โดยบูรณาการ	เพื่อให้บุคลากรใน ระบบบริการสุขภาพ ทุกระดับ มี	1. การบริหาร อัตรากำลังของ	500,000	1. ทีมนำบริหาร 2. ทีม HR

ยุทธศาสตร์	เป้าหมายเชิงกลยุทธ์	แผนงานโครงการ	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
ร่วมกับภาครัฐและเอกชน	สมรรถนะในการดูแลผู้มารับบริการมากยิ่งขึ้น	<p>บุคลากรในโรงพยาบาล</p> <p>2. โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ “พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านพฤติกรรมบริการด้านจิตวิญญาณ” (ESB SHA)</p> <p>3. โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ด้านความรู้พื้นฐาน : การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงและการป้องกันควบคุมการติดเชื้อ</p> <p>4. โครงการส่งเสริมความรู้ด้านการเงินแก่บุคลากรโรงพยาบาล</p> <p>5. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการดูแลผู้ป่วยStroke</p> <p>6. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการดูแลผู้ป่วย ACS</p> <p>7. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการดูแลผู้ป่วย Sepsis</p> <p>8. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการดูแลผู้ป่วย Trauma</p>		

ยุทธศาสตร์	เป้าหมายเชิงกลยุทธ์	แผนงานโครงการ	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
4. พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสู่ Smart Hospital ต้นแบบ	เพื่อนำเทคโนโลยีดิจิทัล มาประยุกต์ใช้ในระบบบริการสุขภาพ และเป็นต้นแบบโรงพยาบาลอัจฉริยะ	1.โครงการพัฒนาห้องสำรองข้อมูลและระบบเครือข่าย (Disaster Recovery Site) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน 2.โครงการขยายบริการระบบส่งต่อผู้ป่วยผ่าน moph refer เครือข่าย รพ.สว่างแดนดิน 3.โครงการขยายบริการระบบ IPD paperless ครอบคลุมทุกแผนก 4.โครงการอบรมพัฒนา digital skill & digital literacy แก่บุคลากร รพ.	3,000,000	1. ทีมผู้บริหาร 2. ทีม IT
5. พัฒนาระบบภาคีเครือข่าย และบูรณาการระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อ	เพื่อให้ระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ จัดบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ	1. อบรมเชิงปฏิบัติการชุมชนมิตรเบาหวาน 2. อบรมเชิงปฏิบัติการ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเข้มงวดเพื่อเข้าสู่เบาหวานระยะสงบ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 3. การบริการจัดส่งยาถึงบ้าน (Health Rider)	1,000,000	1. ทีมผู้บริหาร 2. ทีมนำด้านชุมชน

ยุทธศาสตร์	เป้าหมายเชิงกลยุทธ์	แผนงานโครงการ	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
		4. พัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน		
6. บริหารจัดการด้วยหลักธรรมาภิบาล และดำเนินงานโรงพยาบาลต้นแบบแห่งความสุข	เพื่อให้เป็นโรงพยาบาลต้นแบบแห่งความสุข	1. โครงการฟังก่อสร้างสุข 2. Moral credit 3. อบรมเชิงปฏิบัติการ การนำเสนอผลงาน การพัฒนางานประจำอย่างต่อเนื่องในมิติจิตวิญญาณ 4. อบรมเชิงปฏิบัติการ “ฟื้นพลังใจสู่ความยินดี” 5. อบรมเชิงปฏิบัติการ “การเขียนเรื่องเล่า เพื่อการเยียวยา (Narrative Writing) และการเขียนผลงานวิชาการ การพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง (CQI)” 6. อบรมเชิงปฏิบัติการ การเยี่ยมสำรวจคุณภาพภายใน (Internal servay) 7. อบรมเชิงปฏิบัติการ “ความรู้หลักสูตรพื้นฐาน HA ,service profile ,Clinical	500,000	1. ทีมผู้บริหาร 2. ทีมกระบวนกร

ยุทธศาสตร์	เป้าหมายเชิงกลยุทธ์	แผนงานโครงการ	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
		Tracer,Clinical guideline summary , Risk register, 3P safety" 8. อบรมเชิงปฏิบัติการ "การขับเคลื่อนโรงพยาบาลคุณธรรมสู่การปฏิบัติ" 9. การพัฒนาระบบสนับสนุนบริการทางการเงินการคลังและพัสดุ 10. การพัฒนาการประเมินระบบการควบคุมภายในผ่านระบบตรวจสอบอัตโนมัติ5 มิติ (Electronics Internal Audit: EIA)		

4. แผนปฏิบัติการ (Action plan) ตามแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร ปีงบประมาณ 2567 - 2571

4.1 ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบบริการสุขภาพสู่ความเป็นเลิศ และจัดบริการตามกลุ่มวัย รวมถึงการดูแลสุขภาพพระสงฆ์และผู้นำศาสนา

- กลยุทธ์
- 1) บริการที่มากกว่าโรงพยาบาล
 - 2) บริการเลือกได้
 - 3) บริการกลุ่มวัยเชิงรุก

- ตัวชี้วัดเชิงกลยุทธ์
- 1) อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน STEMI < 9%
 - 2) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง < 7%
 - 3) อัตราตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired < 26%
 - 4) อัตราผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด emergency เข้า OR ทัน ≤ 60 นาที > 80%
 - 5) อัตราพระสงฆ์ที่อยู่ในภาวะวิกฤต สามารถให้การรักษาได้ที่หอสงฆ์ 100%
 - 6) ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยเฉพาะทางไปยังโรงพยาบาลอื่นลดลงจากปีก่อน $\geq 10\%$

ผู้รับผิดชอบประเด็นยุทธศาสตร์ (PM) 1) นพ.สิทธิพงษ์ ดำรงค์พิวัฒน์ 2) น.ส.มณฑนา เพชรคำ

แผนงาน	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย					กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
			67	68	69	70	71			
1. การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคหัวใจ	1. ลดอัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	1.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI < 9%	< 9%	< 9%	< 9%	< 9%	< 9%	1. การทบทวน และออกแบบระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ตามมาตรฐานที่กำหนด	500,000	1. ทีม Service Plan 2. ทีม PCT

แผนงาน	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย					กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
			67	68	69	70	71			
								2. ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ได้รับการส่งต่อตามมาตรฐานที่กำหนด 3. การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายบริการในกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ให้ได้รับการทำ Primary PCI ตามมาตรฐานที่กำหนด		
	2. ลดจำนวนผู้ป่วยที่ส่งต่อเพื่อทำ Echocardiography	2.1 อัตราการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อทำ Echocardiography ลดลงจากปีที่ผ่านมา	ลดลง	ลดลง	ลดลง	ลดลง	ลดลง	1. พัฒนาศักยภาพบริการในคลินิกโรคหัวใจเพื่อจัดบริการ Echocardiography 2. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ และพยาบาลในการทำ Echocardiography 3. การพัฒนาระบบการรับและส่งต่อผู้ป่วยเพื่อตรวจ	500,000	1. ทีม Service Plan 2. ทีม PCT

แผนงาน	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย					กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
			67	68	69	70	71			
								Echocardiography ใน เครือข่ายรับส่งต่อ รพร. สว่างแดนดิน		
2. การพัฒนาระบบ บริการผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง	1. เพื่อลดอัตราการ ตายของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง 2. เพื่อลดระยะเวลา การให้ยาละลายลิ่ม เลือด (rtPA)	1.1 อัตราตายของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง < 7% 1.2 ร้อยละของ ผู้ป่วย Ischemic Stroke ที่ได้รับ Thrombolytic Agent ภายใน 45 นาที (Door to needle time)	< 7%	< 7%	< 7%	< 7%	< 7%	1. การทบทวน และ ออกแบบระบบการดูแล รักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองตามมาตรฐานที่ กำหนด 2. การพัฒนาศักยภาพการ ดูแลรักษาผู้ป่วยใน Stroke Unit ให้มีประสิทธิภาพเพิ่ม สูงขึ้น 3. การตรวจประเมิน Standard Stroke Center Certification (SSCC) 4. พัฒนาระบบการ ให้บริการ Stroke Fast Track, mobile stroke unit	500,000	1. ทีม Service Plan 2. ทีม PCT

แผนงาน	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย					กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
			67	68	69	70	71			
3. การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired	1. เพื่อลดอัตราการตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired	1.1 อัตราตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired < 26%	< 26%	< 26%	< 26%	< 26%	< 26%	1. การทบทวน และ ออกแบบระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired ตามมาตรฐานที่กำหนด 2. การพัฒนาระบบการคัดกรอง และวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงโดยใช้ SOS score 3. การจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Respond Team 4. การพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลลูกข่ายสว่างแดนดิน ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง	500,000	1. ทีม Service Plan 2. ทีม PCT

แผนงาน	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย					กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
			67	68	69	70	71			
								5. การเพิ่มศักยภาพหน่วย ICU เพื่อรองรับเคส Septic Shock		
4. การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วย Trauma	1. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ และลดระยะเวลาการเข้าถึงบริการ definite care ของผู้ป่วย Trauma	1.1 อัตราผู้ป่วย Trauma ที่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด Emergency เข้า OR ทัน ≤60 นาที ≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	1. พัฒนาระบบบริการผู้ป่วย Trauma (ระบบการ Consult, บริการฉุกเฉิน และ Second Call) 2. พัฒนาระบบการเข้าถึงบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน (เพิ่ม FR ให้ครอบคลุมพื้นที่ พัฒนาการส่งต่อผู้ป่วยให้ทันเวลา และพัฒนาระบบ OR Fast Track)	500,000	1. ทีม Service Plan 2. ทีม PCT
	2. เพื่อเพิ่มศักยภาพโรงพยาบาลในการให้บริการผู้ป่วย Severe Traumatic Brain Injury	2.1 อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย Severe Traumatic Brain Injury < 40%	-	-	-	-	< 40%	1. พัฒนาศักยภาพบริการในด้านการผ่าตัดสมอง รพร. สว่างแดนดิน	5,000,000	1. ทีม Service Plan 2. ทีม PCT

แผนงาน	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย					กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
			67	68	69	70	71			
5. การเข้าถึงกลุ่มเปราะบางในชุมชน (Thailand Health Atlas) เน้นกลุ่มพระสงฆ์	1. เพื่อสร้างระบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ตั้งแต่การคัดกรอง การป้องกันการรักษา ไปจนถึงการฟื้นฟูสุขภาพในทุกมิติ	1.1 อัตราพระสงฆ์ที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพ $\geq 95\%$	-	$\geq 80\%$	$\geq 85\%$	$\geq 90\%$	$\geq 95\%$	1. พัฒนาระบบการคัดกรองสุขภาพพระสงฆ์ Smart Health Check 2. จัดบริการคลินิกสุขภาพพระสงฆ์เคลื่อนที่ (Mobile Wellness Clinic) 3. การพัฒนาต้นแบบ “พระสงฆ์สุขภาพดี” ให้เป็นต้นแบบด้านสุขภาพ (Health Ambassador) 4. การพัฒนาระบบติดตามสุขภาพพระสงฆ์ระยะไกล (Remote Monitoring) 5. การจัดโปรแกรมฟื้นฟูสุขภาพส่วนบุคคล (Personalized Health Program) 6. การเยี่ยมวัดโดยทีมสหวิชาชีพ	500,000	1. ทีม Service Plan 2. ทีม PCT

แผนงาน	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย					กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
			67	68	69	70	71			
								7. การสร้างอาสาสมัคร สุขภาพพระสงฆ์ (อสม.วัด)		
	2. การพัฒนา ศักยภาพบุคลากร และปรับปรุงสถานที่ ให้เอื้อต่อการดูแล พระสงฆ์ในภาวะ วิกฤติได้อย่าง เหมาะสมตาม มาตรฐาน	2.1 อัตราพระสงฆ์ที่ อยู่ในภาวะวิกฤต สามารถให้การรักษา ได้ที่หอสงฆ์ > 75%	-	>50%	>75%	>90%	100%	1. การพัฒนาศักยภาพ บุคลากรในการดูแลผู้ป่วย วิกฤต 2. การยกระดับบริการใน หอสงฆ์อาพาธ เพื่อรองรับ ผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 4 เตียง	150,000 5,000,000	1. ทีม Service Plan 2. ทีม PCT
6. การเพิ่ม ศักยภาพบริการ เฉพาะทางและลด การส่งต่อผู้ป่วย	1. เพิ่มศักยภาพ โรงพยาบาลในการ ดูแลผู้ป่วยเฉพาะ ทางทุกสาขาหลัก โดยลดการส่งต่อ ผู้ป่วยไปยัง โรงพยาบาลอื่น 2. ขยายขีด ความสามารถการ ให้บริการเฉพาะทาง	6) ร้อยละการส่งต่อ ผู้ป่วยเฉพาะทางไป ยังโรงพยาบาลอื่น ลดลงจากปีก่อน \geq 10%			$\geq 10\%$	$\geq 10\%$	$\geq 10\%$	1. ศัลยกรรมและออร์โธปี ติกส์: Endoscopic Shoulder Surgery, Percutaneous Spine Fixation 2. อายุรกรรม-มะเร็งวิทยา: เปิดหอผู้ป่วยในให้ยาเคมี บำบัด		ทีมผู้บริหาร / กลุ่มงาน ศัลยกรรม / กลุ่มงานอายุร กรรม / กลุ่มงาน ออร์โธปีติกส์ / กลุ่มภารกิจด้าน พยาบาล / กลุ่ม งานรังสี / กลุ่ม งานกุมารเวช

แผนงาน	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย					กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
			67	68	69	70	71			
	ในสาขาศัลยกรรม อายุรกรรม มะเร็ง และส่องกล้อง ให้ ครอบคลุมโรคสำคัญ และกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง							3. ระบบทางเดินอาหาร: เปิด GI Endoscopy Center 4. กุมารเวชกรรม: เปิด PICU รองรับผู้ป่วยเด็ก วิกฤต 5. รังสีวิทยา: เปิดบริการ MRI ครบวงจร 6. สุขภาพจิต: เปิด ECT และคลินิกกระตุ้นสมอง 7. นรีเวชกรรม/ENT: เปิด บริการ Hysteroscopy และ Endoscopic Sinuscopy 8. พัฒนาความรู้บุคลากร เฉพาะทางทุกสาขา (ฝึกอบรม อบรมซ้ำ ส่งต่อ ศึกษา ดูงาน) 9. ประเมินผลการ		กรรม / กลุ่ม งานสุขภาพจิต / กลุ่มงานนรีเวช กรรม / กลุ่ม งาน ENT

แผนงาน	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย					กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
			67	68	69	70	71			
								ดำเนินงานเพื่อลดการส่งต่อผู้ป่วยรายโรคอย่างต่อเนื่อง		

แผนปฏิบัติการ (Action plan) ตามแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร ปีงบประมาณ 2567 - 2571

4.2 ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบการตอบสนองความต้องการ และการจัดการข้อร้องเรียน ของผู้รับบริการ ผ่านทุกช่องทาง รวมถึงช่องทางออนไลน์

- กลยุทธ์
- 1) ตอบสนองความต้องการและจัดการข้อร้องเรียนเชิงรุก
 - 2) การสื่อสาร Delivery
 - 3) สายด่วนออนไลน์

- ตัวชี้วัดเชิงกลยุทธ์
- 1) อัตราการตอบสนองข้อร้องเรียนตามแนวทางการจัดการข้อร้องเรียนของ รพร.2568 100%
 - 2) อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ $\geq 90\%$
 - 3) อัตราความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำคัญ $\geq 70\%$

ผู้รับผิดชอบประเด็นยุทธศาสตร์ (PM) 1) นพ.พันธ์นพ ควรรดำรงธรรม 2) นางสาวลาวัลย์ เพชรคำ

แผนงาน	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย					กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
			67	68	69	70	71			
1. พัฒนาระบบบริหารจัดการข้อร้องเรียน และการสื่อสารองค์กร	1. เพื่อเพิ่มความเร็วและประสิทธิภาพในการแก้ไขข้อร้องเรียน	อัตราการตอบสนองข้อร้องเรียนตามแนวทางการจัดการข้อร้องเรียนของ รพร.2568 100%	100%	100%	100%	100%	100%	1. สร้างระบบรับ/ตอบข้อร้องเรียนแบบดิจิทัล ได้แก่ 1.1 จัดทำแพลตฟอร์มออนไลน์ที่รวบรวมและติดตามข้อร้องเรียนแบบเรียลไทม์ 1.2 พัฒนาระบบแจ้งเตือนสถานะข้อร้องเรียนให้ผู้รับบริการสามารถตรวจสอบได้	500,000	1. ทีม Service Plan 2. ทีม PCT 3. ทีมลูกค้า

แผนงาน	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย					กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
			67	68	69	70	71			
								2. ทบทวนมาตรฐานการ ตอบสนองต่อข้อร้องเรียน ได้แก่ 2.1 ระบุขั้นตอนการรับข้อ ร้องเรียน และการแก้ปัญหา ให้ชัดเจน 2.2 จัดทำคู่มือการแก้ไข ปัญหาสำหรับเจ้าหน้าที่		
								3. จัดตั้งศูนย์รับฟังปัญหา/ ตอบสนองข้อร้องเรียน ได้แก่ 3.1 เปิดช่องทางที่ หลากหลาย เช่น โทรศัพท์ Line อีเมล และแอปพลิเคชัน เว็บไซต์ของโรงพยาบาล 3.2 เพิ่มระบบ QR Code ให้ผู้รับบริการสามารถส่งข้อ ร้องเรียนได้สะดวก		
								4. สร้างทีม "เร่งด่วน" Risk Rapid Response Team ที่		

แผนงาน	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย					กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
			67	68	69	70	71			
								พร้อมแก้ไขปัญหภายใน 24 ชั่วโมง		
								5. สร้างทีมผู้ประสานงานบริการ (Navigator Team)		
								6. พัฒนาระบบการสื่อสารองค์กร สร้างทีม "Harmony Team" เพื่อช่วยไกล่เกลี่ยและแก้ไขปัญหาขัดแย้งในสถานการณ์เร่งด่วน ในระดับหน่วยงาน/ โรงพยาบาล		
2. การตอบสนองความต้องการที่รวดเร็ว ไร้รอยต่อ	1. เพื่อยกระดับความพึงพอใจและความไว้วางใจของผู้รับบริการต่อโรงพยาบาล	1. อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ \geq 90% 2. อัตราความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำคัญ \geq 70%	\geq 90%	\geq 90%	\geq 90%	\geq 90%	\geq 90%	1. พัฒนาแพลตฟอร์มสุขภาพในระบบดิจิทัล ได้แก่ 1.1 จัดทำแอปพลิเคชันหรือเว็บไซต์ที่รวมบริการ เช่น การจองคิว การตรวจสอบสิทธิล่วงหน้า การตรวจสอบผลตรวจ และการให้คำปรึกษาทางไกล 1.2 ระบบการแจ้งเตือนอัตโนมัติสำหรับการนัดหมาย	500,000	1. ทีม Service Plan 2. ทีม PCT 3. ทีมลูกค้า

แผนงาน	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย					กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
			67	68	69	70	71			
								และการติดตามผลการรักษาผ่าน SMS หรือแอปพลิเคชัน		
								2. การสร้างระบบตอบสนองอัตโนมัติที่ทันสมัย ได้แก่ 2.1 ติดตั้งระบบ Chatbot ที่พร้อมตอบคำถามและให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง 2.2 จัดทำระบบรายงานปัญหาอัตโนมัติพร้อมแจ้งเตือนให้ทีมงานที่เกี่ยวข้อง		
								3. การส่งเสริมบริการเฉพาะบุคคล ได้แก่ 3.1 ใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (EHR) เพื่อออกแบบการดูแลสุขภาพเฉพาะบุคคล 3.2 เพิ่มบริการให้คำปรึกษาส่วนตัวสำหรับ		

แผนงาน	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย					กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
			67	68	69	70	71			
								ผู้ป่วยที่ต้องการคำแนะนำ เฉพาะด้าน		
								4. การสร้างประสบการณ์ ผู้รับบริการแบบองค์รวม ได้แก่ 4.1 การจัดพื้นที่ โรงพยาบาลให้ทันสมัยและ เป็นมิตรพื้นที่รอคอยที่ สะดวกสบาย หรือมุมสุขภาพ		
								5. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ ผู้ป่วย ได้แก่ 5.1 เปิดช่องทางให้ผู้ป่วย แสดงความคิดเห็นและ ข้อเสนอแนะ เช่น แบบสอบถามออนไลน์หรือ ระบบการรีวิวบริการ 5.2 การจัดกิจกรรมเสริม ความรู้ เช่น การสัมมนา ออนไลน์เกี่ยวกับสุขภาพ		

แผนงาน	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย					กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
			67	68	69	70	71			
								6. การสร้างพันธมิตรกับ ชุมชนและองค์กรภายนอก ได้แก่ 6.1 จัดกิจกรรมตรวจ สุขภาพหรือบริการเคลื่อนที่ 6.2 การสร้างเครือข่าย ความร่วมมือกับองค์กร ภายนอกเพื่อพัฒนา นวัตกรรมด้านสุขภาพ		

แผนปฏิบัติการ (Action plan) ตามแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร ปีงบประมาณ 2567 - 2571

4.3 ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยบูรณาการร่วมกับภาครัฐและเอกชน

- กลยุทธ์ 1) เพียงพอ พร้อมใช้ ได้มาตรฐาน ประสานเครือข่าย
2) ภาควิชาเครือข่ายเข้มแข็ง

- ตัวชี้วัดเชิงกลยุทธ์ 1) บุคลากรในทุกหน่วยงานมีจำนวนเพียงพอตามกรอบ FTE ที่กำหนด > 70%
2) บุคลากรได้รับความรู้พื้นฐานที่จำเป็นในการทำงานบริการในโรงพยาบาล > 80%
3) บุคลากรมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญและฉุกเฉิน ได้แก่ STROKE, STEMI, SEPSIS, TRAUMA

ผู้รับผิดชอบประเด็นยุทธศาสตร์ (PM) 1) พญ.วีรฉัตร ควรดำรงธรรม 2) ภญ.สุกัญญา นำชัยทศพล

แผนงาน	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย					กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
			67	68	69	70	71			
1. การบริหาร อัตรากำลังของ บุคลากรใน โรงพยาบาล	1. เพื่อให้มี จำนวนบุคลากร เพียงพอต่อการ ทำงาน	1.1 บุคลากรใน ทุกหน่วยงานมี จำนวนเพียงพอ ตามกรอบ FTE ที่กำหนด	>70 %	>75 %	>70 %	>80 %	>90 %	1. การพัฒนาศักยภาพ คณะกรรมการ ทรัพยากรบุคคลของ โรงพยาบาล 2. การทบทวน และ จัดทำแผนบุคลากรใน โรงพยาบาล 3. การพัฒนา ยุทธศาสตร์ด้าน กำลังคนของ โรงพยาบาล	500,000	1. ทีมนำ บริหาร 2. ทีม HR

แผนงาน	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย					กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
			67	68	69	70	71			
	2. เพื่อให้บุคลากรทุกคนมีความรู้พื้นฐานที่จำเป็นในการทำงานบริการ	2.1 บุคลากรได้รับความรู้พื้นฐานที่จำเป็นในการทำงานบริการในโรงพยาบาล	>50%	>60%	>80%	>85%	>90%	1. โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ “พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านพฤติกรรมบริการด้านจิตวิญญาณ” (ESB SHA)	50,000	1. ทีมนำบริหาร 2. ทีม HR
			>50%	>60%	>80%	>85%	>90%	2. โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ด้านความรู้พื้นฐาน : การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงและการป้องกันความคุมการติดเชื้อ	50,000	1. ทีมนำบริหาร 2. ทีม HR
2. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการดูแลผู้ป่วย Stroke	1. เพื่อให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย stroke มีความรู้และสามารถ	1. บุคลากรที่เกี่ยวข้องได้รับการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วย stroke จากหน่วยงาน		1 (ปีที่จบ)		1 (ปีที่จบ)		1. การทบทวน และจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาล 2. ส่งแพทย์เรียนต่อเฉพาะทางด้านประสาท	500,000	1. ทีมนำบริหาร 2. ทีม HR

แผนงาน	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย					กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
			67	68	69	70	71			
	ดูแลผู้ป่วยได้ อย่างมี มาตรฐานทั้งใน และนอก โรงพยาบาล	ภายนอก/ภายใน โรงพยาบาล อย่างน้อยปีละ ครั้ง						วิทยาและประสาท ศัลยแพทย์		
			1 คน	1 คน	1 คน	1 คน	1 คน	3. ส่งพยาบาลเรียนต่อ เฉพาะทางด้านการดูแล ผู้ป่วย stroke ปีละ 1 คน	115,500	1. ทีมนำ บริหาร 2. ทีม HR
						2 คน	1 คน	4. ส่งพยาบาลเรียนต่อ เฉพาะทางด้านผ่าตัด ระบบประสาทเพื่อ รองรับการผ่าตัดระบบ ประสาทเมื่อแพทย์เรียน จบมาในปี 2570	115,500	1. ทีมนำ บริหาร 2. ทีม HR
			1 คน	1 คน	1 คน	1 คน	1 คน	5. ส่งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นัก กายภาพบำบัด นักรังสี การแพทย์ อบรมฟื้นฟู	20,000	1. ทีมนำ บริหาร 2. ทีม HR

แผนงาน	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย					กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
			67	68	69	70	71			
								ความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วย stroke ทุกปี		
			1 ครั้ง	1 ครั้ง	1 ครั้ง	1 ครั้ง	1 ครั้ง	6. จัดประชุมวิชาการ เรื่องการดูแลผู้ป่วย stroke ใน รพ. โดยศรูก.ก.	10,000	1. ทีมนำ บริหาร 2. ทีม HR
			1 ครั้ง	1 ครั้ง	1 ครั้ง	1 ครั้ง	1 ครั้ง	7. เชิญผู้มีความชำนาญกว่าจากองค์กรอื่นมาช่วยแนะนำ/อบรมการดูแลผู้ป่วย stroke ให้ครอบคลุม	20,000	1. ทีมนำ บริหาร 2. ทีม HR
	2. เพิ่มการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย stroke อย่างทันท่วงทีและมีคุณภาพ	2. บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่ใน รพ.เครือข่าย รพ.สต. ผู้นำชุมชน รวมถึง อสม.ได้รับการอบรมวิชาการในเรื่องที่เกี่ยวข้อง	1 ครั้ง	1 ครั้ง	1 ครั้ง	1 ครั้ง	1 ครั้ง	1. จัดอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วย stroke ให้แก่เจ้าหน้าที่รพ.ในเครือข่าย รพ.สต. ผู้นำชุมชน และอสม.	20,000	1. ทีมนำ บริหาร 2. ทีม HR

แผนงาน	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย					กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
			67	68	69	70	71			
		การดูแลผู้ป่วย stroke อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง								
			1 ครั้ง	1 ครั้ง	1 ครั้ง	1 ครั้ง	1 ครั้ง	2. ออกเยี่ยมรพ.ลูกข่าย เพื่อช่วยพัฒนาและเสริมพลัง ปีละครั้ง	30,000	1. ทีมนำ บริหาร 2. ทีม HR
			1 ครั้ง	1 ครั้ง	1 ครั้ง	1 ครั้ง	1 ครั้ง	3. จัดกิจกรรมเพื่อให้ชุมชนตื่นตัว ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะ stroke	20,000	1. ทีมนำ บริหาร 2. ทีม HR
3. การพัฒนา ศักยภาพ บุคลากรด้าน การดูแลผู้ป่วย ACS	1. เพื่อให้ บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ACS มีความเข้าใจ และสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้ง	1. แพทย์/พยาบาล ได้รับการอบรมเรื่อง การดูแลผู้ป่วย ACS จากหน่วยงาน ภายนอก/ภายใน โรงพยาบาล อย่างน้อยปีละ ครั้ง				1 คน (ปีที่จบ)		1. ส่งแพทย์เรียนต่อ เฉพาะทางด้านโรคหัวใจ	500,000	1. ทีมนำ บริหาร 2. ทีม HR

แผนงาน	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย					กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
			67	68	69	70	71			
	ในและนอก โรงพยาบาล									
						2 คน		2. ส่งพยาบาลเรียนต่อ เฉพาะทางด้าน การดูแล ผู้ป่วยโรคหัวใจ	115,500	1. ทีมนำ บริหาร 2. ทีม HR
			1 คน	1 คน	1 คน	1 คน	1 คน	3. ส่งพยาบาลเรียนการ ทำ Echocardiogram เพื่อประเมินผู้ป่วย เบื้องต้น	10,000	1. ทีมนำ บริหาร 2. ทีม HR
			1 คน	1 คน	1 คน	1 คน	1 คน	4. ส่งแพทย์/พยาบาล/ เภสัชกร/นัก กายภาพบำบัด อบรม ฟื้นฟูความรู้ในเรื่องการ ดูแลผู้ป่วย ACS จาก หน่วยงานภายนอก/ผู้ ชำนาญกว่าทุกปี	50,000	1. ทีมนำ บริหาร 2. ทีม HR
			1 ครั้ง	1 ครั้ง	1 ครั้ง	1 ครั้ง	1 ครั้ง	5. จัดประชุมวิชาการ เรื่องการดูแลผู้ป่วย ACS ในโรงพยาบาล ให้แก่เจ้าหน้าที่ที่	10,000	1. ทีมนำ บริหาร 2. ทีม HR

แผนงาน	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย					กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
			67	68	69	70	71			
								เกี่ยวข้อง (ครู ก.) โดยผู้ ที่ไปอบรมมาแล้ว		
	2. เพื่อเพิ่มการ เข้าถึงการรักษา พยาบาลของ ผู้ป่วย ACS อย่างทันท่วงที และมีคุณภาพ	2. บุคลากรทาง การแพทย์ที่ ปฏิบัติงานอยู่ใน รพ.เครือข่าย รพ.สต. ผู้นำ ชุมชน รวมถึง อสม.ได้รับการ อบรมวิชาการ เรื่องที่เกี่ยวข้อง การดูแลผู้ป่วย ACS อย่างน้อยปี ละครั้ง	1	1	1	1	1	1. จัดอบรมการช่วยกู้ ชีพให้แก่เจ้าหน้าที่ ภายใน รพ.และ รพ.เครือข่าย ทุกระดับ เป็นประจำทุกปี ทั้ง Basic life support และAdvance life support	20,000	1. ทีมนำ บริหาร 2. ทีม HR
			1	1	1	1	1	2. จัดอบรมการช่วยกู้ ชีพ basic life support ให้แก่ เจ้าหน้าที่รพ.สต. อสม. และผู้นำชุมชน	10,000	1. ทีมนำ บริหาร 2. ทีม HR

แผนงาน	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย					กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
			67	68	69	70	71			
			1	1	1	1	1	3. จัดอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วย ACS เบื้องต้นให้แก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. และผู้นำชุมชน	10,000	1. ทีมนำ บริหาร 2. ทีม HR
4. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการดูแลผู้ป่วย Sepsis	1. เพื่อให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย Sepsis มีความเข้าใจและสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งในและนอกโรงพยาบาล	1. แพทย์/พยาบาลและสหวิชาชีพได้รับการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วย Sepsis จากหน่วยงานภายนอก/ภายในโรงพยาบาลอย่างน้อยปีละครั้ง	1 คน	1 คน	1 คน	1 คน	1 คน	1. ส่งพยาบาลฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ(อายุรกรรม Sepsis)	115,500	1. ทีมนำ บริหาร 2. ทีม HR
			1 คน	1 คน	1 คน	1 คน	1 คน	2. ส่งแพทย์/พยาบาล/เภสัชกร อบรมฟื้นฟูความรู้ในเรื่องการดูแล	50,000	1. ทีมนำ บริหาร 2. ทีม HR

แผนงาน	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย					กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
			67	68	69	70	71			
								ผู้ป่วย Sepsis จาก หน่วยงานภายนอก		
			1 ครั้ง	1 ครั้ง	1 ครั้ง	1 ครั้ง	1 ครั้ง	3. จัดประชุมวิชาการ เรื่องการดูแลผู้ป่วย Sepsis ในรพ. ให้แก่ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง และโรงพยาบาล เครือข่าย รพ.สต.โดยผู้ ที่ไปอบรมมาแล้ว (ครู ก.)	10,000	1. ทีมนำ บริหาร 2. ทีม HR
	2. เพื่อเพิ่มการ เข้าถึงการรักษา พยาบาลของ ผู้ป่วย Sepsis อย่างทันท่วงที่ และมีคุณภาพ	2. บุคลากรทาง การแพทย์ที่ ปฏิบัติงานอยู่ใน รพ.เครือข่าย รพ.สต. ได้รับ การอบรม วิชาการเรื่องการ ดูแลผู้ป่วย Sepsis อย่าง น้อยปีละครั้ง	1 ครั้ง	1 ครั้ง	1 ครั้ง	1 ครั้ง	1 ครั้ง	4. จัดกิจกรรม Sepsis สัญจรทุกเดือน เพื่อให้ ความรู้ ทบทวน case และประเมินการปฏิบัติ ตามแนวทางการดูแล ผู้ป่วย Sepsis	30,000	1. ทีมนำ บริหาร 2. ทีม HR

แผนงาน	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย					กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
			67	68	69	70	71			
5. การพัฒนา ศักยภาพ บุคลากรด้าน การดูแลผู้ป่วย Trauma	1. เพื่อให้ บุคลากรที่ เกี่ยวข้องในการ ดูแลผู้ป่วย Trauma มี ความเข้าใจและ สามารถดูแล ผู้ป่วยได้อย่างมี ประสิทธิภาพทั้ง ในและนอก โรงพยาบาล	1. แพทย์/ พยาบาล ได้รับ การอบรมเรื่อง การดูแลผู้ป่วย Trauma จาก หน่วยงาน ภายนอก/ภายใน โรงพยาบาล อย่างน้อยปีละ ครั้ง				1 คน (ปีที่จบ)		1. ส่งแพทย์เรียนต่อ เฉพาะทางด้าน Trauma / neuro - surgery	500,000	1. ทีมนำ บริหาร 2. ทีม HR
					1 คน	1 คน	1 คน	2. ส่งพยาบาลเรียนต่อ เฉพาะทางด้าน การดูแล ผู้ป่วย Trauma ปีละ 1 คน	115,500	1. ทีมนำ บริหาร 2. ทีม HR
			1 คน	1 คน	1 คน	1 คน	1 คน	3. ส่งแพทย์/พยาบาล/ นักกายภาพบำบัด อบรมฟื้นฟูความรู้ใน เรื่องการดูแลผู้ป่วย Trauma จากหน่วยงาน	50,000	1. ทีมนำ บริหาร 2. ทีม HR

แผนงาน	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย					กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
			67	68	69	70	71			
								ภายนอก/ผู้ชำนาญกว่า ทุกปี		
			1 ครั้ง	4. จัดอบรมเพื่อฟื้นฟู ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ใน รพ.และ รพ.เครือข่าย เรื่องการดูแลผู้ป่วย Trauma รวมถึง basic life support และ advance life support ทุกปี	10,000	1. ทีมนำ บริหาร 2. ทีม HR				
	2. เพื่อให้ผู้ป่วย Trauma ได้รับ บริการที่รวดเร็ว เคลื่อนย้าย ถูกต้อง ไม่ ซ้ำเติมภาวะ เจ็บป่วยที่มีอยู่ เดิม	2. มีการ ให้บริการของ หน่วยการแพทย์ ฉุกเฉิน ครอบคลุมทั่วทั้ง อำเภอ และมี คุณภาพ	มีบริการ ครอบคลุม	มีบริการ ครอบคลุม	มีบริการ ครอบคลุม	มีบริการ ครอบคลุม	มีบริการ ครอบคลุม	1. ประสานผู้นำชุมชน อบต. ให้เห็น ความสำคัญและจัดตั้ง หน่วย FR และคงอยู่ อย่างยั่งยืน		1. ทีมนำ บริหาร 2. ทีม HR
		3. หน่วย สนับสนุนบริการ	1 ครั้ง	2. จัดอบรมการกู้ชีพ ให้แก่เจ้าหน้าที่ FR	10,000	1. ทีมนำ บริหาร				

แผนงาน	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย					กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
			67	68	69	70	71			
		การแพทย์ ฉุกเฉินนอก รพ. ได้รับการอบรม เกี่ยวกับการดูแล ผู้ป่วย Trauma อย่างน้อยปีละ ครั้ง						อสม. รพ.สต.		2. ทีม HR

แผนปฏิบัติการ (Action plan) ตามแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร ปีงบประมาณ 2567 - 2571

4.4 ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสู่ Smart Hospital ต้นแบบ

กลยุทธ์ 1) Digital Health Service

- ตัวชี้วัดเชิงกลยุทธ์
- 1) ยกกระดับบริการสุขภาพ
 - 2) เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากร
 - 3) มีระบบที่เชื่อมโยงขับเคลื่อนการบริหารจัดการด้วยข้อมูล

ผู้รับผิดชอบประเด็นยุทธศาสตร์ (PM) 1) นพ.สุเมธ รัตนมณีกรณ์ 2) นายสุรียนต์ คำศรี 3) นางสาวมณฑนา เพชรคำ

แผนงาน	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย					กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
			67	68	69	70	71			
1. การพัฒนา โครงสร้างพื้นฐาน เพื่อรองรับบริการ สุขภาพดิจิทัล (Infrastructure)	1. จัดทำ โครงสร้างพื้นฐาน ด้าน IT ที่มั่นคง ปลอดภัย และ รองรับการบริการ ดิจิทัลอย่าง ต่อเนื่อง 2. เพิ่มความ เสถียรและความ พร้อมของระบบ เพื่อรองรับบริการ Smart Hospital	<u>Output KPI</u> 1. มีระบบ DR site และ Network สำรอง สมบูรณ์			/			1.1 Redundant System (DR site + Network) 1.2 Cyber Security Solutions		1. ทีมนำบริหาร 2. ทีม IT

แผนงาน	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย					กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
			67	68	69	70	71			
		Outcome KPI 2. ความพร้อมใช้ งานระบบ สารสนเทศ (System Uptime)				≥99.5% ของ เวลา รวมต่อ ปี	100% ของ เวลา รวมต่อ ปี			
2. การพัฒนาระบบ บริการให้ทันสมัยไร้ รอยต่อ (Smart Service)	1. ยกกระดับการ ให้บริการสุขภาพ ให้ทันสมัย สะดวก รวดเร็ว และเชื่อมโยงไร้ รอยต่อ 2. เพิ่มช่อง ทางการเข้าถึง บริการทาง การแพทย์จาก ระยะไกล	Output KPI 3. อัตราการส่งต่อ ข้อมูลผู้ป่วยผ่าน ระบบ MOPH Refer			≥80%	≥90%	100%	2.1 telemedicine 2.2 MOPH Refer 2.3 Home Ward ระดับ รพท./รพศ.		1. ทีม PCT 2. ทีม IT

แผนงาน	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย					กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
			67	68	69	70	71			
		<u>Outcome KPI</u> 4. สัดส่วนผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการต่อเนื่อง/ข้ามหน่วย โดยใช้ข้อมูลการส่งตัวผ่านระบบ MOPH Refer					≥95%			
3. การพัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ (Effective Management)	1. เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารโรงพยาบาลด้วยข้อมูลดิจิทัล 2. ลดการใช้เอกสารและเพิ่มความรวดเร็วของงานบริการหน้า - หลังบ้าน	<u>Output KPI</u> 5. การดำเนินงาน IPD Paperless สำเร็จ		4 Wards		14 Wards		3.1 Front Office : - HOSxP XE ปี 2569 - IPD Paperless ปี 2570 3.2 Back Office : - ERP ปี 2570		1. ทีม PCT 2. ทีม IT 3. ทีมแผน

แผนงาน	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย					กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
			67	68	69	70	71			
		Outcome KPI 6. ค่าใช้จ่ายใน เรื่องของเอกสาร/ กระดาษต่อปีของ โรงพยาบาลลดลง		ลดลง ≥10%		ลดลง ≥40%				
4. การพัฒนาระบบ สู่การรับรอง มาตรฐาน และ พัฒนาทักษะของคน (IT Quality Accreditation Standards & People skills)	1. พัฒนาระบบ IT ให้ผ่านการ รับรองมาตรฐาน ระดับประเทศ และนานาชาติ 2. ยกระดับ ทักษะบุคลากร และผู้รับบริการ ด้านดิจิทัล	Output KPI 7. การได้รับการ รับรองมาตรฐาน HAIT Plus		Level 1		Level 2		4.1 Standard - HAIT Plus - Smart Hospital ระดับ เพชร - พ.ร.บ. Cyber 4.2 People - จัดอบรม Digital Literacy กับบุคลากร : Office พื้นฐาน	5,000,000	1. ทีมนำบริหาร 2. ทีม IT
		Outcome KPI 8. อัตราการเกิด เหตุละเมิดข้อมูล (Data Breach) ที่ มีผลต่อผู้ป่วยเป็น 0 ครั้ง/ปี			0	0	0			

แผนปฏิบัติการ (Action plan) ตามแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร ปีงบประมาณ 2567 - 2571

4.5 ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 5 พัฒนาระบบภาคีเครือข่าย และบูรณาการระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อ

กลยุทธ์

- 1) ภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง
- 2) บริการกลุ่มวัยเชิงรุก ทุกพื้นที่ อย่างเท่าเทียม

ตัวชี้วัดเชิงกลยุทธ์

- 1) มีจำนวนสถานบริการระดับ รพ.สต. ที่สามารถตรวจวัดคลื่นหัวใจได้อย่างถูกต้องอย่างน้อยร้อยละ 10 ของสถานบริการทั้งหมด
- 2) ร้อยละของประชาชน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในเรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจเฉียบพลัน $\geq 80\%$
- 3) จำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับการรักษาที่ OPD ลดลงอย่างน้อย ร้อยละ 10 เมื่อเทียบจำนวนผู้ป่วยในช่วงเดียวกัน ในปีที่ผ่านมา

ผู้รับผิดชอบประเด็นยุทธศาสตร์ (PM) 1) นพ.อังคาร รัตนสีดา 2) นพ.ปิยพันธุ์ ภูโอบ

แผนงาน	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย					กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
			67	68	69	70	71			
1. การพัฒนาภาคีเครือข่ายในระบบบริการกลุ่มโรคสำคัญและฉุกเฉิน ให้สามารถตรวจรักษาได้ทุกที่ (กลุ่มโรคสำคัญและฉุกเฉิน ได้แก่ STROKE, STEMI, SEPSIS, TRAUMA, ACS)	1. เพื่อเพิ่มศักยภาพเครือข่ายบริการทุกแห่ง ให้สามารถตรวจรักษาผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญและฉุกเฉิน	2.1 มีร้อยละของประชาชน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในเรื่องกลุ่มโรคสำคัญและฉุกเฉิน	10	10	50	70	100	1. การยกระดับศักยภาพบริการใน รพ.สต. ทุกสังกัด ให้สามารถตรวจและวินิจฉัยผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญและฉุกเฉินได้ 2. การพัฒนามาตรฐานหรือแนวทางในการวินิจฉัยและการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญและฉุกเฉิน สำหรับหน่วยบริการระดับ รพ.สต.	500,000	1. ทีมนำบริหาร 2. ทีมนำด้านชุมชน
	2. กลุ่มเสี่ยงได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ปัจจัยเสี่ยงและการป้องกัน ตลอดจน		75	80	85	90	100			

แผนงาน	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย					กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
			67	68	69	70	71			
	อาการของโรคและ วิธีปฏิบัติเมื่อมี อาการ	ผ่านช่องทางต่างๆ ≥80%						3. การพัฒนาศักยภาพ บุคลากรในระดับ รพ.สต. เพื่อการวินิจฉัยและดูแล ผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญและ ฉุกเฉิน 4. การเสริมสร้างความรอบรู้ ด้านสุขภาพในเรื่องโรคที่ กำหนดให้เป็นกลุ่มโรคสำคัญ และฉุกเฉินของพื้นที่อำเภอ สว่างแดนดินให้กับประชาชน และเครือข่ายสุขภาพใน ระดับหมู่บ้านและชุมชน		
	3. เพื่อให้ผู้ป่วย กลุ่มโรคสำคัญและ ฉุกเฉิน สามารถ เข้าถึงบริการได้ อย่างรวดเร็ว และ ลดโอกาสการ เสียชีวิต	3.1 ระยะเวลาใน การเข้าถึงบริการ ของผู้ป่วยกลุ่มโรค สำคัญและฉุกเฉิน ไม่เกินตาม มาตรฐานที่กำหนด	ไม่ เกิน	ไม่เกิน	ไม่เกิน	ไม่เกิน	ไม่เกิน	5. การพัฒนาระบบการส่งต่อ ผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญและ ฉุกเฉิน ในระดับหมู่บ้าน/ ชุมชน และเครือข่ายบริการ ในระดับอำเภอ/จังหวัด		

แผนงาน	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย					กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
			67	68	69	70	71			
2. การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง IMC และกลุ่มเปราะบาง (ผู้สูงอายุ ผู้พิการ พระภิกษุและผู้นำศาสนา) แบบไร้รอยต่อ	1. เพื่อพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายระบบบริการสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยแบบออนไลน์	1.1 มีระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยนอก แบบออนไลน์	มี	มี	มี	มี	มี	1. การพัฒนาระบบ OPD any where เพื่อการตรวจรักษา การส่งจ่ายยา ผ่านระบบออนไลน์ 2. พัฒนาระบบการจัดส่งยาแบบ Delivery (Health Rider / ไปรษณีย์)	500,000	1. ทีมผู้บริหาร 2. ทีมนำด้านชุมชน
	2. เพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเครือข่ายอำเภอ สว่างแดนดิน	2.1 มีฐานข้อมูลผู้ป่วยนอก และการดูแลรักษาผู้ป่วยนอกในระดับเครือข่าย	มี	มี	มี	มี	มี	1. พัฒนาระบบการติดตามผลการรักษา ผ่านระบบออนไลน์		
3. การพัฒนาระบบบริการเชิงรุก โดยภาคีเครือข่ายภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน	1. เพื่อจัดระบบบริการผู้ป่วยนอกในระดับหมู่บ้าน และระดับชุมชน	1.1 จำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับการรักษาที่ OPD ลดลงอย่างน้อยร้อยละ 10 เมื่อเทียบจำนวนผู้ป่วย	10%	10%	10%	10%	10%	1. การพัฒนาศักยภาพการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยเบื้องต้น ในเครือข่าย อสม. ในระดับหมู่บ้านและชุมชน 2. การพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการดูแลรักษาพยาบาล	500,000	1. ทีมผู้บริหาร 2. ทีมนำด้านชุมชน

แผนงาน	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย					กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
			67	68	69	70	71			
		ในช่วงเดียวกัน ใน ปีที่ผ่านมา						ผู้ป่วยเบื้องต้นสำหรับ เครือข่าย อสม. ในระดับ หมู่บ้านและชุมชน 3. การพัฒนาระบบการจัดส่ง ยาผู้ป่วยนอกแบบ Health Rider		
	2. เพื่อจัดระบบ บริการส่งยาผู้ป่วย นอกแบบ Health Rider ให้ ครอบคลุมทุกพื้นที่ ในอำเภอสว่างแดน ดิน	2.1 มีบริการ Health Rider ทุก ตำบล	มี	มี	มี	มี	มี			
		2.2 ผู้ป่วย กลุ่มเป้าหมาย ได้รับบริการส่งยา ด้วยระบบ Health Rider เพิ่มขึ้นอย่าง น้อยร้อยละ 5 ของ ผู้ป่วยนอกทั้งหมด	5%	5%	5%	5%	5%			

แผนงาน	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย					กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
			67	68	69	70	71			
	3. เพื่อพัฒนา ศักยภาพ อสม. และเครือข่ายผู้ดูแล (Care giver) ใน การดูแลผู้ป่วย ระดับปฐมภูมิ (Primary care)	3.1 อัตราความ ครอบคลุมของ Health box ต่อ จำนวน อสม. ทั้งหมดอย่างน้อย ร้อยละ 10	10%	10%	10%	10%	10%	1. การพัฒนาศักยภาพการ คัดกรองภาวะสุขภาพของ ประชาชน ในเครือข่าย อสม. ในระดับหมู่บ้านและชุมชน		
4. การพัฒนาระบบ การดูแลผู้ป่วย เบาหวานชุมชนวิถี ใหม่ อยู่ได้ สุขได้ด้วย ตัวเอง (ชุมชนมิตร เบาหวาน)	1. เพื่อปรับ สภาพแวดล้อมของ ชุมชนให้เอื้อต่อการ ลดการกินยาของ ผู้ป่วยเบาหวาน	1.1 ในทุกชุมชน/ หมู่บ้าน ได้รับการ ดำเนินกิจกรรม เพื่อจัดตั้งเป็น ชุมชนมิตร เบาหวาน		100%	100%	100%	100%	1. การพัฒนามาตรฐาน ชุมชนจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อ การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ เรื้อรัง (DM/HT) 2. การพัฒนาแนวทางการ ดำเนินงานชุมชนจัดการ สิ่งแวดล้อมเพื่อการดูแล ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (DM/HT) 3. การประเมินมาตรฐาน ชุมชนจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อ การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ เรื้อรัง (DM/HT)	500,000	1. ทีมผู้บริหาร 2. ทีมนำด้าน ชุมชน

แผนงาน	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย					กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
			67	68	69	70	71			
	2. เพื่อปรับ พฤติกรรมด้านการ ดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้ป่วยจน สามารถหยุดการ กินยาเบาหวานได้	2.1 อัตราผู้ป่วย เบาหวานสามารถ หยุดยาได้ อย่าง น้อยร้อยละ 5 ของ ผู้ป่วยเบาหวาน ทั้งหมด	> 5%	> 5%	> 5%	> 5%	> 5%	1. การดำเนินงาน “เบาหวานชุมชนวิถีใหม่ อยู่ ได้ สุขได้ด้วยตัวเอง”		

แผนปฏิบัติการ (Action plan) ตามแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร ปีงบประมาณ 2567 - 2571

4.6 ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 6 บริหารจัดการด้วยหลักธรรมาภิบาล และดำเนินงานโรงพยาบาลต้นแบบแห่งความสุข

- กลยุทธ์
- 1) บริการด้วยหัวใจ
 - 2) บริการเลือกได้
 - 3) เพิ่มรายได้ ลดรายจ่าย

- ตัวชี้วัดเชิงกลยุทธ์
- 1) การบริหารแผน Plan financial เปรียบเทียบผลการดำเนินงาน ผลต่างบวกหรือลบไม่เกิน 5%
 - 2) 7 Plus efficiency score \geq B
 - 3) บุคลากรในโรงพยาบาลเข้าร่วม Moral credit \geq 80%
 - 4) ความสุขบุคลากร \geq 70%
 - 5) ผ่านเกณฑ์การประเมิน EIA ทั้ง 5 มิติ มีคะแนนมากกว่า 90 %

ผู้รับผิดชอบประเด็นยุทธศาสตร์ (PM) 1) พญ.เบญจวรรณ คำหนองคู 2) นายจักร์พงษ์ ศุภษร

แผนงาน	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย					กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
			67	68	69	70	71			
1. การพัฒนาระบบสนับสนุนบริการทางการเงินการคลังและพัสดุ	1. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการแผนการเงินการคลัง	1.1 การบริหารแผนทางการเงินเปรียบเทียบผลการดำเนินงานผลต่างบวกหรือลบไม่เกิน 5 %	5%	5%	5%	5%	5%	1. พัฒนาศักยภาพคณะกรรมการ CFO ในด้านการบริหารการเงินการคลัง 2. การตรวจสอบภายในหน่วยจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารคลังพัสดุ 3. พัฒนาระบบการคืนข้อมูลเพื่อติดตามการ	500,000	1. ทีมนำบริหาร 2. ทีมกระบวนกร

แผนงาน	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย					กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
			67	68	69	70	71			
								บริหารแผนการเงินการคลัง (Plan Financial)		
	2. เพื่อวัด ความสามารถของ หน่วยงานในการ บริหารรายได้ ค่าใช้จ่าย สินทรัพย์ หนี้สิน และสินค้าคงคลัง โดยมีการประเมิน เป็นรายไตรมาส และให้เกรดตั้งแต่ A-F	2.1 7 Plus efficiency score ≥ B			≥ B	≥ B	≥ B	1. การตรวจสอบภายใน งานบัญชีและงานการคลัง 2. พัฒนาศักยภาพบุคลากร ผู้ปฏิบัติงานในการบริหาร จัดการคลังพัสดุ 3. พัฒนาศักยภาพบุคลากร ในการประเมินความสามารถ ในการบริหารสินทรัพย์และ ค่าใช้จ่ายเพื่อให้เกิดผลกำไร 4. พัฒนาระบบการคืน ข้อมูลเพื่อติดตามการ บริหารหนี้การค้าและ บริหารลูกหนี้โรงพยาบาล		
2. การพัฒนาการ ประเมินระบบการ ควบคุมภายในผ่าน ระบบตรวจสอบ อัตโนมัติ 5 มิติ	1. เพื่อเพิ่ม ประสิทธิภาพการ ประเมินระบบการ ควบคุมภายใน ผ่านระบบ	ผ่านเกณฑ์การ ประเมิน EIA ทั้ง 5 มิติ มีคะแนน มากกว่า 90 %	> 90%	> 90%	> 90%	> 90%	> 90%	1. การพัฒนาศักยภาพ บุคลากรด้านการดำเนินงาน ในระบบการควบคุมภายใน 5 มิติ	200,000	1. ทีมผู้บริหาร 2. ทีมกระบวน กร

แผนงาน	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย					กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
			67	68	69	70	71			
(Electronics Internal Audit: EIA)	ตรวจสอบ อัตรา 5 มิติ (Electronics Internal Audit: EIA)							2. การนิเทศงานและ ตรวจสอบภายใน (Internal survey) ตามเกณฑ์ตัวชี้วัด การควบคุมภายใน 5 มิติ 3. การพัฒนาระบบคืน ข้อมูลรายงานความก้าวหน้า การประเมิน EIA และ ITA 4. การพัฒนาและยกระดับ องค์กรตามแนวทางองค์กร เลิศรัฐ		
3. การพัฒนาระบบ การดูแลผู้ป่วยด้วย มิติจิตวิญญาณ	1. เพื่อให้บุคลากร ทุกระดับมีการใช้ กระบวนการทาง จิตวิญญาณในการ ดูแลผู้ป่วย 1. เพื่อเป็นองค์กร ต้นแบบ โรงพยาบาลแห่ง ความสุข	1.1 บุคลากรใน โรงพยาบาลเข้า ร่วม Moral credit ≥ 80%			≥80%	≥80%	≥80%	1. การพัฒนาศักยภาพ บุคลากรทุกระดับ ในด้าน Spiritual Health 2. ประเมินสุขภาวะทาง ปัญญาในบุคลากร 3. การประเมินตนเองตาม มาตรฐาน SHA	500,000	1. ทีมผู้บริหาร 2. ทีมกระบวน กร

แผนงาน	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย					กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
			67	68	69	70	71			
4. การพัฒนาองค์กร ตามแนวทาง โรงพยาบาล คุณธรรม	1. เพื่อสร้าง วัฒนธรรมองค์กร ที่ดี เกิดการพัฒนา คุณธรรมจริยธรรม อย่างต่อเนื่อง เป็น “องค์กรคุณธรรม ต้นแบบอย่าง ยั่งยืน”	1.1 บุคลากรผ่าน เกณฑ์การประเมิน Happinometer ≥70% 1.2 ความสุขของ บุคลากรเพิ่มมาก ขึ้น			≥70%	≥70%	≥70%	1. การประเมินตนเองตาม Happinometer 2. การพัฒนาคุณภาพตาม แนวทาง Happinometer		1. ทีมผู้บริหาร 2. ทีมกระบวน กร
					เพิ่มขึ้น	เพิ่มขึ้น	เพิ่มขึ้น			

ภาคผนวก

การวิเคราะห์องค์กร

SWOT analysis

Strengths = S	Weaknesses = W
<p>S-1 พื้นที่เพียงพอ รองรับบริการขยายบริการ (ภูมิทัศน์สวยงาม)</p> <p>S-2 บุคลากรมีความสามัคคี ร่วมแรงร่วมใจ Unity</p> <p>S-3 ผู้นำองค์กรมีเข็มมุ่งที่ชัดเจน</p> <p>S-4 มีศักยภาพบริการทางการแพทย์ที่เป็นเลิศ (ทุกสาขา)</p> <p>S-5 มีห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ที่เป็นเลิศ</p> <p>S-6 บุคลากรด้านเทคโนโลยีสารสนเทศมีศักยภาพสูง (Programmer)</p> <p>S-7 มีการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้อย่างเต็มประสิทธิภาพ</p> <p>S-8 โครงสร้างองค์กรมีความชัดเจน บริหารจัดการได้เป็นระบบ</p> <p>S-9 เป็นองค์กรที่ผ่านกระบวนการรับรองคุณภาพมาตรฐาน (หลายสถาบัน)</p> <p>S-10 HR สามารถ Include บุคลากรได้อย่างเหมาะสม</p> <p>S-11 การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังมีประสิทธิภาพ (กำไร)</p> <p>S-12 ผ่านการประเมินโรงพยาบาลคุณธรรม และมีบุคลากรผ่านการอบรมจิตปัญญา</p>	<p>W-1 การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังไม่มีประสิทธิภาพ (ขาดทุน)</p> <p>W-2 การจัดระบบบริการไม่เต็มตามศักยภาพ</p> <p>W-3 การจัดบริการไม่สอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย</p> <p>W-4 การจัดการเครื่องมือไม่สอดคล้องกับศักยภาพของบุคลากรผู้เชี่ยวชาญ</p> <p>W-5 อาคารบริการและสนับสนุนบริการไม่เพียงพอ (เก่าและต้องซ่อมแซม)</p> <p>W-6 บุคลากรมีพฤติกรรมบริการที่ไม่เหมาะสม</p> <p>W-7 ขาดการสื่อสารองค์กร (การสื่อสารภายในและภายนอก)</p> <p>W-8 บุคลากรมีความหลากหลายด้านช่วงวัย (Generation)</p> <p>W-9 สวัสดิการสำหรับเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ สิ่งแวดล้อมไม่ปลอดภัย</p> <p>W-10 บุคลากรขาดสมรรถนะด้าน Spiritual Health</p> <p>W-11 การจัดการระบบสารสนเทศยังขาดประสิทธิภาพ</p>
Opportunities = O	Threats = T
<p>O-1 เป็นแหล่งฝึกประสบการณ์วิชาชีพ (นศ./สถาบัน มาจากภายนอก มาเติมเต็มระบบบริการ)</p> <p>O-2 มีเครือข่ายมูลนิธิโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช (เป็นองค์กรภายนอกที่มาสนับสนุน เอื้อการทำงาน)</p> <p>O-3 มีภาคีเครือข่ายภาคชุมชนและสังคม ที่เข้มแข็ง</p> <p>O-4 เป็นพื้นที่เป้าหมายในการขับเคลื่อนงานระดับนโยบาย</p> <p>O-5 มีเครือข่าย รพศ./รพท. สนับสนุน</p>	<p>T-1 การบริหารจัดการหลายขั้นตอน เกิดความล่าช้า (ตามระเบียบราชการ)</p> <p>T-2 - สังคมผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น</p> <p>T-3 นโยบายข้อสั่งการในระดับสูงมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย</p> <p>T-4 การถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ในพื้นที่มีจำนวนมาก</p> <p>T-5 มีการแข่งขันในระบบบริการประชาชน ทั้งภาครัฐและเอกชน</p> <p>T-6 งบประมาณสนับสนุนจาก สปสช. ลดลง</p> <p>T-7 ต้นทุนค่าสาธารณูปโภคเพิ่มสูงขึ้น</p>

<p>O-6 มีเครือข่ายห้างร้านขนาดใหญ่ในพื้นที่</p> <p>O-7 มี Land mark ที่น่าสนใจ ทั้งในภาคชุมชน และภาคเอกชน</p> <p>O-8 มีเครือข่ายสถาบันการศึกษาขนาดใหญ่ในพื้นที่</p> <p>O-9 มีเครือข่ายภาคประชาสังคม ร่วมสนับสนุนและร่วมบริจาค</p> <p>O-10 มีเครือข่ายสังคมยุค Digital เพิ่มมากขึ้น (เพิ่มการเข้าถึงบริการ)</p> <p>O-11 ประชากรในพื้นที่อำเภอ และพื้นที่ลูกข่ายบริการ มีจำนวนมาก</p> <p>O-12 ระบบเครือข่ายเทคโนโลยี/อินเทอร์เน็ต (ภายนอก) มีประสิทธิภาพ เข้าถึงได้ง่าย</p> <p>O-13 เป็นโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ที่เหมาะสม</p> <p>O-14 มีศาสนสถานและผู้นำศาสนา ที่เป็นที่เคารพนับถือของคนในชุมชน</p> <p>O-15 ชุมชนกิ่งเมืองไม่มีโรงงานที่ก่อมลพิษขนาดใหญ่</p> <p>O-16 ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย สะดวก</p> <p>O-17 มีเครือข่ายการเมืองระดับท้องถิ่นและระดับชาติ</p>	<p>T-8 มีจำนวนแรงงานต่างด้าวที่ไม่ขึ้นทะเบียนเพิ่มมากขึ้น</p> <p>T-9 มีผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพที่ไม่ได้ควบคุมเพิ่มมากขึ้น</p> <p>T-10 ประชาชนมีพฤติกรรมการสุขภาพที่ไม่เหมาะสมเพิ่มมากขึ้น</p> <p>T-11 อัตราค่าตอบแทนภาครัฐน้อย ไม่ดึงดูดใจ ทำให้ขาดอัตรากำลัง</p> <p>T-12 ประชาชนมีความเครียดเพิ่มขึ้น สวัสดิภาพของประชาชนลดลง</p> <p>T-13 - การร้องเรียนผ่านสื่อ Social เพิ่มมากขึ้น</p> <p>T-14 ความเสี่ยงทางเทคโนโลยีเพิ่มมากขึ้น</p> <p>T-15 อยู่ในเส้นทางจราจรหลัก เสี่ยงเกิดอุบัติเหตุบ่อยครั้ง และมีความรุนแรง</p> <p>T-16 ผู้นำประเทศคนใหม่</p> <p>T-17 ความต้องการและความคาดหวังสูง</p>
--	--

ตารางกำหนดกลยุทธ์ (TOWS matrix)

	จุดแข็ง (Strengths =S)	จุดอ่อน (Weaknesses =W)
<p>TOWS Matrix</p>	<p>S-1 พื้นที่เพียงพอ รองรับบริการขยายบริการ (ภูมิทัศน์สวยงาม)</p> <p>S-2 บุคลากรมีความสามัคคี ร่วมแรงร่วมใจ Unity</p> <p>S-3 ผู้นำองค์กรมีเข็มมุ่งที่ชัดเจน</p> <p>S-4 มีศักยภาพบริการทางการแพทย์ที่เป็นเลิศ (ทุกสาขา)</p> <p>S-5 มีห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ที่เป็นเลิศ</p> <p>S-6 บุคลากรด้านเทคโนโลยีสารสนเทศมีศักยภาพสูง (Programmer)</p> <p>S-7 มีการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้อย่างเต็มประสิทธิภาพ</p> <p>S-8 โครงสร้างองค์กรมีความชัดเจน บริหารจัดการได้เป็นระบบ</p> <p>S-9 เป็นองค์กรที่ผ่านกระบวนการรับรองคุณภาพมาตรฐาน (หลายสถาบัน)</p> <p>S-10 HR สามารถ Include บุคลากรได้อย่างเหมาะสม</p> <p>S-11 การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังมีประสิทธิภาพ (กำไร)</p> <p>S-12 ผ่านการประเมินโรงพยาบาลคุณธรรม และมีบุคลากรผ่านการอบรมจิตปัญญา</p>	<p>W-1 การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังไม่มีประสิทธิภาพ (ขาดทุน)</p> <p>W-2 การจัดระบบบริการไม่เต็มตามศักยภาพ</p> <p>W-3 การจัดบริการไม่สอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย</p> <p>W-4 การจัดการเครื่องมือไม่สอดคล้องกับศักยภาพของบุคลากรผู้เชี่ยวชาญ</p> <p>W-5 อาคารบริการและสนับสนุนบริการไม่เพียงพอ (เก่าและต้องซ่อมแซม)</p> <p>W-6 บุคลากรมีพฤติกรรมบริการที่ไม่เหมาะสม</p> <p>W-7 ขาดการสื่อสารองค์กร (การสื่อสารภายในและภายนอก)</p> <p>W-8 บุคลากรมีความหลากหลายด้านช่วงวัย (Generation)</p> <p>W-9 สวัสดิการสำหรับเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ สิ่งแวดล้อมไม่ปลอดภัย</p> <p>W-10 บุคลากรขาดสมรรถนะด้าน Spiritual Health</p> <p>W-11 การจัดการระบบสารสนเทศยังขาดประสิทธิภาพ</p>

โอกาส (Opportunities = O)	SO Strategies (เชิงรุก)	WO Strategies (เชิงแก้ไข)
<p>O-1 เป็นแหล่งฝึกประสบการณ์วิชาชีพ (นศ./สถาบัน มาจากภายนอก มาเติมเต็มระบบบริการ)</p> <p>O-2 มีเครือข่ายมูลนิธิโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช (เป็นองค์กรภายนอกที่มาสับสนุน เอื้อการทำงาน)</p> <p>O-3 มีภาคีเครือข่ายภาคชุมชนและสังคม ที่เข้มแข็ง</p> <p>O-4 เป็นพื้นที่เป้าหมายในการขับเคลื่อนงานระดับนโยบาย</p> <p>O-5 มีเครือข่าย รพศ./รพท. สนับสนุน</p> <p>O-6 มีเครือข่ายห้างร้านขนาดใหญ่ในพื้นที่</p> <p>O-7 มี Land mark ที่น่าสนใจ ทั้งในภาคชุมชน และภาคเอกชน</p> <p>O-8 มีเครือข่ายสถาบันการศึกษาขนาดใหญ่ในพื้นที่</p> <p>O-9 มีเครือข่ายภาคประชาสังคม ร่วมสนับสนุนและร่วมบริจาค</p> <p>O-10 มีเครือข่ายสังคมยุค Digital เพิ่มมากขึ้น (เพิ่มการเข้าถึงบริการ)</p> <p>O-11 ประชากรในพื้นที่อำเภอ และพื้นที่ลูกข่ายบริการ มีจำนวนมาก</p> <p>O-12 ระบบเครือข่ายเทคโนโลยี/อินเทอร์เน็ต (ภายนอก) มีประสิทธิภาพ เข้าถึงได้ง่าย</p> <p>O-13 เป็นโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ที่เหมาะสม</p> <p>O-14 มีศาสนสถานและผู้นำศาสนา ที่เป็นที่เคารพนับถือของคนในชุมชน</p> <p>O-15 ชุมชนกึ่งเมืองไม่มีโรงงานที่ก่อมลพิษขนาดใหญ่</p> <p>O-16 ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย สะดวก</p> <p>O-17 มีเครือข่ายการเมืองระดับท้องถิ่นและระดับชาติ</p>	<p><u>1. Matrix</u></p> <p>S₁ S₂ S₃ O₂ O₃ O₄ O₅ O₉ O₁₄ O₁₅ O₁₇ = การพัฒนาอาคารและพื้นที่บริการร่วมกับภาคีเครือข่าย ทั้งภาครัฐและเอกชน</p> <p>S₂ S₃ S₄ S₅ O₁₀ O₁₁ O₁₃ O₁₆ = การพัฒนาศักยภาพบริการในประชากรกลุ่มเป้าหมายให้เต็มประสิทธิภาพ</p> <p>S₂ S₃ S₆ S₇ O₁₀ O₁₂ O₁₆ = การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนระบบบริการผ่านเครือข่าย Digital</p> <p>S₃ S₄ S₅ S₈ S₉ S₁₂ O₁ O₂ O₃ O₄ O₅ O₈ = การพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข</p> <p><u>2. ประเด็นยุทธศาสตร์</u></p> <p>: สร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการพัฒนาศักยภาพบริการ</p> <p>: ประชาชนมีสุขภาพดี</p> <p>: บริการที่เป็นเลิศด้วยเทคโนโลยี Digital</p> <p><u>3. กลยุทธ์ :</u></p> <p>“ภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง”</p> <p>“บริการที่มากกว่าโรงพยาบาล”</p> <p>“Digital Health Service”</p> <p>“ศูนย์การศึกษาบุคลากรด้านสาธารณสุข”</p> <p>“ภูมิทัศน์สง่างามสมพระเกียรติ”</p>	<p><u>1. Matrix</u></p> <p>W₁ W₃ W₄ O₆ O₇ O₈ O₁₁ O₁₃ O₁₄ O₁₅ O₁₆ = การพัฒนา Business plan และจัดระบบบริการที่มีคุณภาพในพื้นที่กลุ่มเป้าหมายเฉพาะ (กลุ่มประกันสังคม , สิทธิจ่ายตรง)</p> <p>W₇ O₃ O₁₀ O₁₂ O₁₃ O₁₄ O₁₅ O₁₆ = การพัฒนาช่องทางการสื่อสารองค์กรทั้งภายในและภายนอกด้วยเทคโนโลยี Digital</p> <p>W₆ W₁₀ O₁ O₂ O₄ O₁₄ = การพัฒนาพฤติกรรมบริการโดยหลักคุณธรรมและจริยธรรม</p> <p><u>2. ประเด็นยุทธศาสตร์</u></p> <p>: เพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ</p> <p>: การสื่อสารองค์กรด้วยเทคโนโลยี Digital</p> <p>: จัดบริการคุณภาพด้วยหลักคุณธรรมในใจ</p> <p><u>3. กลยุทธ์ :</u></p> <p>“บริการเลือกได้”</p> <p>“การสื่อสาร Delivery”</p> <p>“บริการด้วยหัวใจ”</p>

ข้อจำกัด (Threats = T)	ST Strategies (เชิงป้องกัน)	WT Strategies (เชิงตั้งรับ)
<p>T-1 การบริหารจัดการหลายชั้นตอน เกิดความล่าช้า (ตามระเบียบราชการ)</p> <p>T-2 - สังคมผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น</p> <p>T-3 นโยบายข้อสั่งการในระดับสูงมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย</p> <p>T-4 การถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ในพื้นที่ที่มีจำนวนมาก</p> <p>T-5 มีการแข่งขันในระบบบริการประชาชน ทั้งภาครัฐและเอกชน</p> <p>T-6 งบประมาณสนับสนุนจาก สปสช. ล่าช้า และลดลง</p> <p>T-7 ต้นทุนค่าสาธารณูปโภคเพิ่มสูงขึ้น</p> <p>T-8 มีจำนวนแรงงานต่างด้าวที่ไม่ขึ้นทะเบียนเพิ่มมากขึ้น</p> <p>T-9 มีผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพที่ไม่ได้ควบคุมเพิ่มมากขึ้น</p> <p>T-10 ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมเพิ่มมากขึ้น</p> <p>T-11 อัตราค่าตอบแทนภาครัฐน้อย ไม่ดึงดูดใจ ทำให้ขาดอัตรากำลัง</p> <p>T-12 ประชาชนมีความเครียดเพิ่มขึ้น สวัสดิภาพของประชาชนลดลง</p> <p>T-13 การร้องเรียนผ่านสื่อ Social เพิ่มมากขึ้น</p> <p>T-14 ความเสี่ยงทางเทคโนโลยีเพิ่มมากขึ้น</p> <p>T-15 อยู่ในเส้นทางจราจรหลัก เสี่ยงเกิดอุบัติเหตุบ่อยครั้ง และมีความรุนแรง</p> <p>T-16 ผู้นำประเทศคนใหม่</p> <p>T-17 ความต้องการและความคาดหวังสูง</p>	<p><u>1. Matrix</u></p> <p>S₄ S₅ T₂ T₉ T₁₀ T₁₂ = การเพิ่มบริการตามกลุ่มวัยในประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีปัญหาภาวะสุขภาพ</p> <p>S₂ S₈ S₉ T₃ T₄ = จัดระบบบริการแบบบูรณาการสหสาขาวิชาชีพ ในพื้นที่ถ่ายโอนภารกิจ เพื่อการเข้าถึงบริการของประชาชน</p> <p>S₆ S₇ T₁₃ T₁₄ T₁₇ = การพัฒนาระบบบริหารจัดการและเฝ้าระวังข้อร้องเรียนแบบ Online</p> <p><u>2. ประเด็นยุทธศาสตร์</u></p> <p>: จัดระบบบริการสุขภาพตามกลุ่มวัย และตามสภาพปัญหา</p> <p>: บูรณาการระบบบริการในพื้นที่ถ่ายโอนภารกิจ และพื้นที่ปกติ</p> <p>: การตอบสนองและจัดการข้อร้องเรียนแบบ Online</p> <p><u>3. กลยุทธ์ :</u></p> <p>“บริการกลุ่มวัยเชิงรุก”</p> <p>“บริการทุกพื้นที่อย่างเท่าเทียม”</p> <p>“สายด่วน Online”</p>	<p><u>1. Matrix</u></p> <p>W₁ T₆ T₇ T₉ T₁₀ T₁₆ = การสนับสนุนงบประมาณล่าช้า ต้นทุนบริการสูงขึ้น และประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม</p> <p>W₂ W₃ W₄ W₅ T₁ T₆ = ระบบบริหารจัดการภาครัฐไม่เอื้อต่อการสร้างระบบสนับสนุนบริการ (ครุภัณฑ์/สิ่งก่อสร้าง) ได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ</p> <p>W₆ W₇ W₈ W₉ W₁₀ T₁₁ T₁₃ = บุคลากรมีความหลากหลาย พฤติกรรมบริการไม่เหมาะสม มีข้อร้องเรียนบริการ</p> <p>W₁₁ T₄ = ระบบสารสนเทศในเครือข่ายบริการด้านสาธารณสุขในระดับพื้นที่ไม่มีประสิทธิภาพ</p> <p><u>2. ประเด็นยุทธศาสตร์</u></p> <p>: จัดระบบการเฝ้าระวังความเสี่ยงทางการเงินการคลัง</p> <p>: การบริหารจัดการระบบโครงสร้างพื้นฐานและครุภัณฑ์บริการ</p> <p>: สร้างการเรียนรู้ด้านพฤติกรรมบริการให้กับบุคลากรทุกช่วงวัย</p> <p>: บูรณาการระบบข้อมูลสามารถเทคโนโลยี รพ. สต. ทุกสังกัด</p> <p><u>3. กลยุทธ์ :</u></p> <p>“เพิ่มรายได้ ลดรายจ่าย” “2ส. สะดวก สร้างนิสัย”</p> <p>“Service mind” “ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง”</p>

ความเชื่อมโยงกลยุทธ์ และประเด็นยุทธศาสตร์

มาตรการ	Matrix	กลยุทธ์	ประเด็นยุทธศาสตร์
มาตรการเชิงรุก (S-O)	S ₁ S ₂ S ₃ O ₂ O ₃ O ₄ O ₅ O ₉ O ₁₄ O ₁₅ O ₁₇	ภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง	สร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการพัฒนาศักยภาพบริการ
	S ₂ S ₃ S ₄ S ₅ O ₁₀ O ₁₁ O ₁₃ O ₁₆	บริการที่มากกว่าโรงพยาบาล	ประชาชนมีสุขภาพดี
	S ₂ S ₃ S ₆ S ₇ O ₁₀ O ₁₂ O ₁₆	Digital Health Service	บริการที่เป็นเลิศด้วยเทคโนโลยี Digital
	S ₃ S ₄ S ₅ S ₈ S ₉ S ₁₂ O ₁ O ₂ O ₃ O ₄ O ₅ O ₈	-ศูนย์การศึกษาบุคลากรด้าน สาธารณสุข -ภูมิทัศน์สง่างามสมพระเกียรติ	การพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข
มาตรการเชิงป้องกัน (S-T)	S ₄ S ₅ T ₂ T ₉ T ₁₀ T ₁₂	บริการกลุ่มวัยเชิงรุก	จัดระบบบริการสุขภาพตามกลุ่มวัย และตามสภาพปัญหา
	S ₂ S ₈ S ₉ T ₃ T ₄	บริการทุกพื้นที่อย่างเท่าเทียม	บูรณาการระบบบริการในพื้นที่ถ่ายโอนภารกิจ และพื้นที่ปกติ
	S ₆ S ₇ T ₁₃ T ₁₄ T ₁₇	สายด่วน Online	การตอบสนองและจัดการข้อร้องเรียนแบบ Online

ความเชื่อมโยงกลยุทธ์ และประเด็นยุทธศาสตร์

มาตรการ	Matrix	กลยุทธ์	ประเด็นยุทธศาสตร์
มาตรการเชิงแก้ไข (W-O)	W ₁ W ₃ W ₄ O ₆ O ₇ O ₈ O ₁₁ O ₁₃ O ₁₄ O ₁₅ O ₁₆	บริการเลือกได้	เพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ
	W ₇ O ₃ O ₁₀ O ₁₂ O ₁₃ O ₁₄ O ₁₅ O ₁₆	การสื่อสาร Delivery	การสื่อสารองค์กรด้วยเทคโนโลยี Digital
	W ₆ W ₁₀ O ₁ O ₂ O ₄ O ₁₄	จัดบริการคุณภาพด้วยหลักคุณธรรม ในใจ	การพัฒนาพฤติกรรมบริการโดยหลักคุณธรรมและจริยธรรม
มาตรการเชิงตั้งรับ (W-T)	W ₁ T ₆ T ₇ T ₉ T ₁₀ T ₁₆	เพิ่มรายได้ ลดรายจ่าย	จัดระบบการเฝ้าระวังความเสี่ยงทางการเงินการคลัง
	W ₂ W ₃ W ₄ W ₅ T ₁ T ₆	2ส. สะดวก สร้างนิสัย	การบริหารจัดการระบบโครงสร้างพื้นฐานและครุภัณฑ์บริการ
	W ₆ W ₇ W ₈ W ₉ W ₁₀ T ₁₁ T ₁₃	Service mind	สร้างการเรียนรู้ด้านพฤติกรรมบริการให้กับบุคลากรทุกช่วงวัย
	W ₁₁ T ₄	ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง	บูรณาการระบบข้อมูลสามารถเทคโนโลยีในเครือข่าย รพ.สต. ทุกสังกัด

กลยุทธ์

1. กลยุทธ์เชิงรุก (SO)

1.1 การพัฒนาอาคารและพื้นที่บริการร่วมกับภาคีเครือข่าย ทั้งภาครัฐและเอกชน (S₁ S₂ S₃ O₂ O₃ O₄ O₅ O₉ O₁₄ O₁₅ O₁₇)

กลยุทธ์ “ภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง”

1.2 การพัฒนาศักยภาพบริการในประชากรกลุ่มเป้าหมายให้เต็มประสิทธิภาพ (S₂ S₃ S₄ S₅ O₁₀ O₁₁ O₁₃ O₁₆)

กลยุทธ์ “บริการที่มากกว่าโรงพยาบาล”

1.3 การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนระบบบริการผ่านเครือข่าย Digital (S₂ S₃ S₆ S₇ O₁₀ O₁₂ O₁₆)

กลยุทธ์ “Digital Health Service”

1.4 การพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข (S₃ S₄ S₅ S₈ S₉ S₁₂ O₁ O₂ O₃ O₄ O₅ O₈)

กลยุทธ์ “ศูนย์การศึกษาบุคลากรด้านสาธารณสุข”

2. กลยุทธ์เชิงป้องกัน (ST)

2.1 การเพิ่มบริการตามกลุ่มวัยในประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีปัญหาภาวะสุขภาพ (S₄ S₅ T₂ T₉ T₁₀ T₁₂)

กลยุทธ์ “บริการกลุ่มวัยเชิงรุก”

2.2 จัดระบบบริการแบบบูรณาการสหสาขาวิชาชีพ ในพื้นที่ถ่ายโอนภารกิจ เพื่อการเข้าถึงบริการของประชาชน (S₂ S₈ S₉ T₃ T₄)

กลยุทธ์ “บริการทุกพื้นที่อย่างเท่าเทียม”

2.3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการและเฝ้าระวังข้อร้องเรียนแบบ Online (S₆ S₇ T₁₇ T₁₃ T₁₄)

กลยุทธ์ “สายด่วน Online”

3. กลยุทธ์เชิงแก้ไข (WO)

3.1 การพัฒนา Business plan และจัดระบบบริการที่มีคุณภาพในพื้นที่กลุ่มเป้าหมาย เฉพาะ (กลุ่มประกันสังคม , สิทธิจ่ายตรง) (W₁ W₃ W₄ O₆ O₇ O₈ O₁₁ O₁₃ O₁₄ O₁₅ O₁₆)

กลยุทธ์ “บริการเลือกได้”

3.2 การพัฒนาช่องทางการสื่อสารองค์กรทั้งภายในและภายนอกด้วยเทคโนโลยี Digital (W₇ O₃ O₁₀ O₁₂ O₁₃ O₁₄ O₁₅ O₁₆)

กลยุทธ์ “การสื่อสาร Delivery”

3.3 การพัฒนาพฤติกรรมบริการโดยหลักคุณธรรมและจริยธรรม ($W_6 W_{10} O_1 O_2 O_4 O_{14}$)

กลยุทธ์ “จัดบริการคุณภาพด้วยหลักคุณธรรมในใจ”

4. กลยุทธ์ตั้งรับ (WT)

4.1 การสนับสนุนงบประมาณล่าช้า ต้นทุนบริการสูงขึ้น และประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม ($W_1 T_6 T_7 T_9 T_{10} T_{16}$)

กลยุทธ์ “เพิ่มรายได้ ลดรายจ่าย”

4.2 ระบบบริหารจัดการภาครัฐไม่เอื้อต่อการสร้างระบบสนับสนุนบริการ (ครูภัณฑ์/สิ่งก่อสร้าง) ได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ ($W_2 W_3 W_4 W_5 T_1 T_6$)

กลยุทธ์ “2ส. สะดวก สร้างนิสัย”

4.3 บุคลากรมีความหลากหลาย พฤติกรรมบริการไม่เหมาะสม มีข้อร้องเรียนบริการ ($W_6 W_7 W_8 W_9 W_{10} T_{11} T_{13}$)

กลยุทธ์ “Service mind”

4.4 ระบบสารสนเทศในเครือข่ายบริการด้านสาธารณสุขในระดับพื้นที่ไม่มีประสิทธิภาพ ($W_{11} T_4$)

กลยุทธ์ “ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง”

KPI Template

ตามแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ประจำปีงบประมาณ 2567 – 2571
ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบบริการสุขภาพสู่ความเป็นเลิศ และจัดบริการตามกลุ่มวัย รวมถึงการดูแล
สุขภาพพระสงฆ์และผู้นำศาสนา

1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน STEMI <9%

รายการ	คำอธิบาย
ชื่อตัวชี้วัด	อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน STEMI
ยุทธศาสตร์	1. พัฒนาระบบบริการสุขภาพสู่ความเป็นเลิศ และจัดบริการตามกลุ่มวัย รวมถึงการดูแลสุขภาพพระสงฆ์และผู้นำศาสนา
ระดับตัวชี้วัด	ระดับโรงพยาบาล
ผู้รับผิดชอบ	น.ส.นิภาพร ทะบัวฉัตร
ความถี่การรายงานตัวชี้วัด	ทุกเดือน
เป้าหมายที่กำหนด 1 ปี	น้อยกว่าร้อยละ 9
เป้าหมายที่กำหนด 3 ปี	น้อยกว่าร้อยละ 9
ความหมาย/นิยาม ของตัวชี้วัด	โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก (ST-Elevated Myocardial Infarction) อัตราตายในผู้ป่วย STEMI 1.ผู้ป่วย STEMI หมายถึง ผู้ป่วย STEMI ที่เป็นผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยมาตรวจที่แผนกฉุกเฉินและมีการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นที่มีศักยภาพสูงกว่า (โดยนับการเจ็บป่วยในครั้งนั้นเป็น 1 visit) 2.การตายของผู้ป่วย STEMI หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อลดอัตราตายจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI
แหล่งเก็บข้อมูล	ข้อมูลจาก Thai ACS Registry หรือข้อมูลจาก HDC
วิธีการเก็บข้อมูล	ข้อมูลจาก Thai ACS Registry หรือข้อมูลจาก Health Data Center (HDC)
สูตรการคำนวณ	A = จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD10 -WHO – I21.0-I21.3 ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลทั้งหมด B = จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD10 -WHO – I21.0-I21.3 ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด สูตรคำนวณตัวชี้วัด = (A/B) x 100

ผู้รวบรวมข้อมูลและรายงานข้อมูล ในระดับโรงพยาบาล	น.ส.นิภาพร ทะบัวฉันทา
--	-----------------------

2. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง <7%

รายการ	คำอธิบาย
ชื่อตัวชี้วัด	อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ยุทธศาสตร์	1. พัฒนาระบบบริการสุขภาพสู่ความเป็นเลิศ และจัดบริการตามกลุ่มวัย รวมถึงการดูแลสุขภาพพระสงฆ์และผู้นำศาสนา
ระดับตัวชี้วัด	ระดับโรงพยาบาล
ผู้รับผิดชอบ	น.ส.นิศากร อาจารย์
ความถี่การรายงานตัวชี้วัด	ทุกเดือน
เป้าหมายที่กำหนด 1 ปี	น้อยกว่าร้อยละ 7
เป้าหมายที่กำหนด 3 ปี	น้อยกว่าร้อยละ 7
ความหมาย/นิยาม ของตัวชี้วัด	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาใน โรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69) การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69) การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69)
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ลดอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล
แหล่งเก็บข้อมูล	1. ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข 2. การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 – 13
วิธีการเก็บข้อมูล	ระบบข้อมูล 43 แฟ้ม
สูตรการคำนวณ	A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69) จากทุกหอผู้ป่วย B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (Stroke: I60-I69) สูตรคำนวณตัวชี้วัด = $(A/B) \times 100$
ผู้รวบรวมข้อมูลและรายงานข้อมูลในระดับโรงพยาบาล	น.ส.นิศากร อาจารย์

3. ร้อยละของผู้ป่วย Ischemic stroke ที่ได้รับ Thrombolytic agent ภายใน 45 นาที
(Door to needle time)

รายการ	คำอธิบาย
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วย Ischemic stroke ที่ได้รับ Thrombolytic agent ภายใน 45 นาที (Door to needle time)
ยุทธศาสตร์	1. พัฒนาระบบบริการสุขภาพสู่ความเป็นเลิศ และจัดบริการตามกลุ่มวัย รวมถึงการดูแลสุขภาพพระสงฆ์และผู้นำศาสนา
ระดับตัวชี้วัด	ระดับกระทรวง
ผู้รับผิดชอบ	นพ.สิทธิพงษ์ ดำรงค์พิวัฒน์, นางมาริษา ดวงพา
ความถี่การรายงานตัวชี้วัด	ทุกเดือน/ทุกไตรมาส (3 เดือน)
เป้าหมายที่กำหนด 1 ปี	≥ 30%
เป้าหมายที่กำหนด 3 ปี	≥ 50%
ความหมาย/นิยาม ของตัวชี้วัด	1.ผู้ป่วย Ischemic stroke หมายถึงผู้ป่วยที่มี Principle diagnosis (pdx) เป็นโรคในสมองตีบหรืออุดตัน 2.ผู้ป่วย Ischemic stroke ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล ที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic agent) ทางหลอดเลือดดำภายใน 45 นาทีเมื่อแรกเริ่ม หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้ามของการให้ยา และได้รับ Thrombolytic agent ภายใน 45 นาที นับตั้งแต่ระยะเวลาที่ผู้ป่วยรับการตรวจรักษาที่ OPD/ER และรับไว้ในโรงพยาบาลจนระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับยา (Door to needle time)
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อลดระยะเวลา Door to needle time
แหล่งเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล ข้อมูลจาก Health Data Center (HDC)
วิธีการเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล ข้อมูลจาก Thai ACS Registry หรือข้อมูลจาก HDC
รายการข้อมูล 1	A = Ischemic stroke ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล ที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic agent) ทางหลอดเลือดดำภายใน 45 นาทีเมื่อแรกเริ่ม
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วย Ischemic stroke ที่มีอาการก่อนมาโรงพยาบาลไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ทั้งหมด ที่ไม่มีข้อห้ามของการ Thrombolytic agent
สูตรการคำนวณ	$(A/B) \times 100$
ผู้รวบรวมข้อมูลและรายงานข้อมูลในระดับโรงพยาบาล	นางสาวนิศากร อาจารย์รี่

4. อัตราตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community acquired < 26 %

รายการ	คำอธิบาย
ชื่อตัวชี้วัด	อัตราตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community acquired
ยุทธศาสตร์	1. พัฒนาระบบบริการสุขภาพสู่ความเป็นเลิศ และจัดบริการตามกลุ่มวัย รวมถึงการดูแลสุขภาพพระสงฆ์และผู้นำศาสนา
ระดับตัวชี้วัด	ระดับโรงพยาบาล
ผู้รับผิดชอบ	น.ส.กนกเพชร แก้วเกิด
ความถี่การรายงานตัวชี้วัด	ทุกเดือน
เป้าหมายที่กำหนด 1 ปี	น้อยกว่าร้อยละ 26%
เป้าหมายที่กำหนด 3 ปี	น้อยกว่าร้อยละ 26%
ความหมาย/นิยาม ของตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ severe sepsis หรือ septic shock</p> <p>1.1 ผู้ป่วย severe sepsis หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป ที่เกิดภาวะ tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction โดยที่อาจจะมีหรือไม่มีภาวะ hypotension ก็ได้ หรือมีอาการแสดงตามเกณฑ์ ข้อใดข้อหนึ่ง</p> <p>1.2 ผู้ป่วย septic shock หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่มี hypotension ต้องใช้ vasopressors ในการ maintain MAP ≥ 65 mm Hg และมีค่า serum lactate level > 2 mmol/L (18 mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม</p> <p>2. Community-acquired sepsis หมายถึง การติดเชื้อมาจากที่บ้านหรือที่ชุมชน โดยต้องไม่อยู่ในกลุ่ม hospital-acquired sepsis</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงการพัฒนาเครือข่ายการดูแลรักษาผู้ป่วย
แหล่งเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูลของโรงพยาบาลหรือ ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข
วิธีการเก็บข้อมูล	รายงานการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ตามแนวทางการเก็บข้อมูลจาก ICD-10 โดยใช้การประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุขโดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด หรือภาพรวมของเขตสุขภาพ

รายการ	คำอธิบาย
สูตรการคำนวณ	<p>A = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต (dead) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)</p> <p>ไม่นับรวม B = จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย Palliative (รหัส Z 51.5) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 2 ตีขึ้น</p> <p>C=จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (Against advice) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (Complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย Palliative (รหัส Z 51.5) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 3 ไม่ตีขึ้น</p> <p>D=จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ทั้งหมด ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)</p> <p>สูตรคำนวณตัวชี้วัด = $(A+C)/D \times 100$</p>
ผู้รวบรวมข้อมูลและรายงานข้อมูลในระดับโรงพยาบาล	น.ส.กนกเพชร แก้วเกิด

5. อัตราของผู้ป่วย Trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ ภายใน 60 นาที $\geq 80\%$

รายการ	คำอธิบาย
ชื่อตัวชี้วัด	อัตราของผู้ป่วย Trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที.
ยุทธศาสตร์	1. พัฒนาระบบบริการสุขภาพสู่ความเป็นเลิศ และจัดบริการตามกลุ่มวัย รวมถึงการดูแลสุขภาพพระสงฆ์และผู้นำศาสนา
ระดับตัวชี้วัด	ระดับโรงพยาบาล
ผู้รับผิดชอบ	น.ส.นิลเนตร เพชรวิเศษ
ความถี่การรายงานตัวชี้วัด	ทุกเดือน
เป้าหมายที่กำหนด 1 ปี	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80
เป้าหมายที่กำหนด 3 ปี	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80
ความหมาย/นิยาม ของตัวชี้วัด	“ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน” หมายถึง ผู้มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉินและ ได้รับการคัดแยกเป็น Triage level 1 Trauma triage level 1 มีเกณฑ์ ดังนี้ 1. มีการบาดเจ็บแบบแทงทะลุมีแผลเปิด (Penetrating injury), บาดเจ็บที่เกิดจากแรงกระแทก (Blunt injury), มีการบาดเจ็บของหลอดเลือด (Vascular injury) อย่างใดอย่างหนึ่ง 2. มีภาวะไหลเวียนโลหิตไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย (Shock) โดยใช้ความดันโลหิต (Blood pressure) Systolic BP < 90 mmHg.
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย Trauma
แหล่งเก็บข้อมูล	ใช้ข้อมูลจากระบบ HDC เท่านั้น 1. ผู้เจ็บป่วยเสียชีวิตจากแฟ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION เชื่อมโยงด้วยรหัสบัตรประชาชน 2. ระยะเวลาจากแฟ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION 3. ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Trauma) จากแฟ้ม ACCIDENT
วิธีการเก็บข้อมูล	ใช้ข้อมูลจากระบบ HDC เท่านั้น 1. ผู้เจ็บป่วยเสียชีวิตจากแฟ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION เชื่อมโยงด้วยรหัสบัตรประชาชน 2. ระยะเวลาจากแฟ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION 3. ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Trauma) จากแฟ้ม ACCIDENT

สูตรการคำนวณ	<p>A = ผู้ป่วย Trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที.</p> <p>B = ผู้ป่วย Trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดทั้งหมด</p> <p>สูตรคำนวณตัวชี้วัด = $(A/B) \times 100$</p>
ผู้รวบรวมข้อมูลและรายงานข้อมูลในระดับโรงพยาบาล	น.ส.นิลเนตร เพชรวิเศษ

6. อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย Severe traumatic brain injury < 40%

รายการ	คำอธิบาย
ชื่อตัวชี้วัด	อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย Severe traumatic brain injury
ยุทธศาสตร์	1. พัฒนาระบบบริการสุขภาพสู่ความเป็นเลิศ และจัดบริการตามกลุ่มวัย รวมถึงการดูแลสุขภาพพระสงฆ์และผู้นำศาสนา
ระดับตัวชี้วัด	ระดับโรงพยาบาล
ผู้รับผิดชอบ	น.ส.นิลเนตร เพชรวิเศษ
ความถี่การรายงานตัวชี้วัด	ทุกเดือน
เป้าหมายที่กำหนด 1 ปี	ไม่เกินร้อยละ 40
เป้าหมายที่กำหนด 3 ปี	ไม่เกินร้อยละ 40
ความหมาย/นิยาม ของตัวชี้วัด	ผู้ป่วย Sever traumatic brain injury หมายถึง ผู้ป่วยที่มี GCS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน ซึ่งอาจมีมาตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลหรือแย่งในภายหลัง
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย Trauma
แหล่งเก็บข้อมูล	ใช้ข้อมูลจากระบบ HDC เท่านั้น 1. ผู้เจ็บป่วยเสียชีวิตจากแฟ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION เชื่อมโยงด้วยรหัสบัตรประชาชน 2. ระยะเวลาจากแฟ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION 3. ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Trauma) จากแฟ้ม ACCIDENT
วิธีการเก็บข้อมูล	ใช้ข้อมูลจากระบบ HDC เท่านั้น 1. ผู้เจ็บป่วยเสียชีวิตจากแฟ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION เชื่อมโยงด้วยรหัสบัตรประชาชน 2. ระยะเวลาจากแฟ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION 3. ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Trauma) จากแฟ้ม ACCIDENT
สูตรการคำนวณ	A = จำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุทางสมอง ที่ไม่สามารถทำตามสั่ง (S 06.0-S06.9) ที่มี motor score M1-M5 ใน GCS และเสียชีวิต (คน) B = จำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุทางสมอง ที่ไม่สามารถทำตามสั่ง (S 06.0-S06.9) ที่มี motor score M1-M5 ใน GCS ทั้งหมด (คน) สูตรคำนวณตัวชี้วัด = (A/B) x 100
ผู้รวบรวมข้อมูลและรายงานข้อมูลในระดับโรงพยาบาล	น.ส.นิลเนตร เพชรวิเศษ

7. อัตราพระสงฆ์ได้รับการคัดกรองสุขภาพ $\geq 95\%$

รายการ	คำอธิบาย
ชื่อตัวชี้วัด	อัตราพระสงฆ์ได้รับการคัดกรองสุขภาพ
ยุทธศาสตร์	1. พัฒนาระบบบริการสุขภาพสู่ความเป็นเลิศ และจัดบริการตามกลุ่มวัย รวมถึงการดูแลสุขภาพพระสงฆ์และผู้นำศาสนา
ระดับตัวชี้วัด	ระดับโรงพยาบาล
ผู้รับผิดชอบ	นายสมฤทัย อุปครราช
ความถี่การรายงานตัวชี้วัด	ทุก 3 เดือน
เป้าหมายที่กำหนด 1 ปี	80% ของแผนปฏิบัติการ (Action plan) ที่กำหนด
เป้าหมายที่กำหนด 3 ปี	100% ของแผนปฏิบัติการ (Action plan) ที่กำหนด
ความหมาย/นิยาม ของตัวชี้วัด	การคัดกรองสุขภาพพระสงฆ์ หรือ "Smart Health Check" เป็นการที่มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพของพระภิกษุและสามเณร โดยมีการตรวจคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น เช่น การตรวจเลือดเพื่อหาค่าต่างๆ การตรวจสุขภาพทั่วไป และการเอกซเรย์ เพื่อประเมินความเสี่ยงและปัญหาสุขภาพต่างๆ นอกจากนี้ยังมีการให้ความรู้ด้านโภชนาการ การใช้ยา และการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้พระสงฆ์สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	<ul style="list-style-type: none"> • สนับสนุนการประเมินคัดกรองสุขภาพพระสงฆ์: เพื่อให้ทราบถึงสถานะสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงต่างๆ • พัฒนาศักยภาพพระภิกษุและสามเณร: ให้มีความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเองและผู้อื่น • พัฒนาระบบข้อมูลวัดส่งเสริมสุขภาพ: เพื่อการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน • ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ: ให้พระสงฆ์มีความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเองและชุมชน • ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ: โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง • สร้างเครือข่ายการขับเคลื่อน: เพื่อการดูแลสุขภาพพระสงฆ์อย่างยั่งยืน
แหล่งเก็บข้อมูล	ทะเบียนรายงาน
วิธีการเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลการออกดำเนินกิจกรรมในพื้นที่
สูตรการคำนวณ	A = จำนวนพระสงฆ์ทั้งอำเภอสว่างแดนดิน B = จำนวนพระสงฆ์ที่ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพ

	สูตรคำนวณตัวชี้วัด = $(A/B) \times 100$
ผู้รวบรวมข้อมูลและรายงานข้อมูล ในระดับโรงพยาบาล	นายสมฤทัย อุปครราช

8. อัตราพระสงฆ์ที่อยู่ในภาวะวิกฤต สามารถให้การรักษาได้ที่หอสงฆ์ 100%

รายการ	คำอธิบาย
ชื่อตัวชี้วัด	อัตราพระสงฆ์ที่อยู่ในภาวะวิกฤต สามารถให้การรักษาได้ที่หอสงฆ์
ยุทธศาสตร์	1. พัฒนาระบบบริการสุขภาพสู่ความเป็นเลิศ และจัดบริการตามกลุ่มวัย รวมถึงการดูแลสุขภาพพระสงฆ์และผู้นำศาสนา
ระดับตัวชี้วัด	ระดับโรงพยาบาล
ผู้รับผิดชอบ	นางเสาวลักษณ์ สารีคำ
ความถี่การรายงานตัวชี้วัด	ทุกเดือน
เป้าหมายที่กำหนด 1 ปี	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 75
เป้าหมายที่กำหนด 3 ปี	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 100
ความหมาย/นิยาม ของตัวชี้วัด	พระภิกษุสงฆ์ ที่ Admit หอผู้ป่วยในสงฆ์อาพาธ และได้รับการจำแนก เป็นผู้ป่วยวิกฤต
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อให้พระภิกษุสงฆ์ได้รับการดูแลรักษาตามหลักพระธรรมวินัย
แหล่งเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แฟ้มของโรงพยาบาล
วิธีการเก็บข้อมูล	ใช้ข้อมูลจากระบบ HDC เท่านั้น จำนวนพระภิกษุสงฆ์จำแนกประเภทเป็นผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่ Admit ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน
สูตรการคำนวณ	A = จำนวนพระสงฆ์ที่อยู่ในภาวะวิกฤตที่ได้รับการดูแลที่หอสงฆ์ B = จำนวนพระสงฆ์ที่อยู่ในภาวะวิกฤตที่ admit ทั้งหมด สูตรคำนวณตัวชี้วัด = $(A/B) \times 100$
ผู้รวบรวมข้อมูลและรายงานข้อมูล ในระดับโรงพยาบาล	นางเสาวลักษณ์ สารีคำ

9. ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยเฉพาะทางไปยังโรงพยาบาลอื่นลดลงจากปีก่อน $\geq 10\%$

รายการ	คำอธิบาย
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยเฉพาะทางไปยังโรงพยาบาลอื่นลดลงจากปีก่อน $\geq 10\%$
ยุทธศาสตร์	1. พัฒนาระบบบริการสุขภาพสู่ความเป็นเลิศ และจัดบริการตามกลุ่มวัย รวมถึงการดูแลสุขภาพพระสงฆ์และผู้นำศาสนา
ระดับตัวชี้วัด	ระดับโรงพยาบาล
ผู้รับผิดชอบ	นางสุพัฒนพร สุระเสียง, นางจิตรา เพื่อกำ
ความถี่การรายงานตัวชี้วัด	ทุกเดือน/ทุกไตรมาส (3 เดือน)
เป้าหมายที่กำหนด 1 ปี	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยเฉพาะทางไปยังโรงพยาบาลอื่นลดลงจากปีก่อน ลดลงมากกว่าร้อยละ 10
เป้าหมายที่กำหนด 3 ปี	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยเฉพาะทางไปยังโรงพยาบาลอื่นลดลงจากปีก่อน ลดลงมากกว่าร้อยละ 10
ความหมาย/นิยาม ของตัวชี้วัด	<p>การส่งต่อ หมายถึง การส่งต่อเพื่อไปรับการรักษาต่อในสถานบริการ ระดับเดียวกันหรือสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่านอกเขตสุขภาพ เช่น กรณีขาดแพทย์เฉพาะทาง ขาดเครื่องมืออุปกรณ์ จำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วย เพื่อการวินิจฉัยรักษา ผ่าตัด ชันสูตร เป็นต้น และทำให้ผู้ป่วยได้รับการส่ง ต่อไปยังสถานบริการปลายทางอื่น ๆ (การส่งต่อรวมทั้งฉุกเฉินและไม่ ฉุกเฉินและทุกสิทธิการรักษา)</p> <p>การส่งต่อผู้ป่วยเฉพาะทางไปยังโรงพยาบาลอื่น คือ การส่งผู้ป่วยไปยัง โรงพยาบาลอื่นที่มีศักยภาพสูงกว่าหรือมีผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางซึ่งแพทย์ วินิจฉัยว่าผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลอื่นที่มี ศักยภาพสูงกว่าในกลุ่มสาขา ศัลยกรรมและออร์โธปิดิกส์เพื่อทำ Percutaneous Spine Fixation, อายุรกรรม - มะเร็งวิทยา เพื่อทำเคมี บำบัด, ระบบทางเดินอาหารเพื่อทำ Endoscopy, กุมารเวชกรรม ส่งต่อ PICU, รังสีวิทยา ส่งต่อทำ MRI</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยที่ส่งต่อเฉพาะทางไปยังโรงพยาบาลอื่น
แหล่งเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล ข้อมูลจาก Hos Xp
วิธีการเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล ข้อมูลจาก Hos Xp
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนการส่งต่อผู้ป่วยเฉพาะทางไปยังโรงพยาบาลอื่น ปีที่ผ่านมา
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนการส่งต่อผู้ป่วยเฉพาะทางไปยังโรงพยาบาลอื่น ปีปัจจุบัน
สูตรการคำนวณ	$(A-B) / A \times 100$

ผู้รวบรวมข้อมูลและรายงานข้อมูลใน ระดับโรงพยาบาล	นางสุพัฒนา สุระเสียง, นางจิตรา เพื่อกำ
--	--

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบการตอบสนองความต้องการ และจัดการข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ
ผ่านทุกช่องทาง รวมถึงช่องทางออนไลน์

10. อัตราการตอบสนองข้อร้องเรียนตามแนวทางการจัดการข้อร้องเรียนของ รพร.2568 100%

รายการ	คำอธิบาย
ชื่อตัวชี้วัด	อัตราการตอบสนองข้อร้องเรียนตามแนวทางการจัดการข้อร้องเรียนของ รพร.2568 100%
ยุทธศาสตร์	2. พัฒนาระบบการตอบสนองความต้องการ และจัดการข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ ผ่านทุกช่องทาง รวมถึงช่องทางออนไลน์
ระดับตัวชี้วัด	ระดับโรงพยาบาล
ผู้รับผิดชอบ	น.ส.ยศมล เคนานัน
ความถี่การรายงานตัวชี้วัด	ทุกเดือน
เป้าหมายที่กำหนด 1 ปี	100% ของแผนปฏิบัติการ (Action plan) ที่กำหนด
เป้าหมายที่กำหนด 3 ปี	100% ของแผนปฏิบัติการ (Action plan) ที่กำหนด
ความหมาย/นิยาม ของตัวชี้วัด	ข้อร้องเรียน (complaint) หมายถึง คำร้องจากผู้รับบริการและญาติที่ไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการที่คาดหวัง ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ และแจ้งให้ทางรพ. ดำเนินการ แก้ไข ปรับปรุง ตอบสนองความต้องการ
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ทันเวลาและพัฒนาระบบบริการของโรงพยาบาล
แหล่งเก็บข้อมูล	ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน
วิธีการเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลการจัดการข้อร้องเรียนจากหน่วยงานต่างๆ
สูตรการคำนวณ	A = จำนวนข้อร้องเรียนสำเร็จภายใน 48 ชั่วโมง B = จำนวนข้อร้องเรียนทั้งหมด สูตรคำนวณตัวชี้วัด = $(A/B) \times 100$
ผู้รวบรวมข้อมูลและรายงานข้อมูลในระดับโรงพยาบาล	น.ส.ยศมล เคนานัน

11. อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ $\geq 90\%$

รายการ	คำอธิบาย
ชื่อตัวชี้วัด	อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ $\geq 90\%$
ยุทธศาสตร์	2. พัฒนาระบบการตอบสนองความต้องการ และจัดการข้อร้องเรียนของผู้รับบริการผ่านทุกช่องทาง รวมถึงช่องทางออนไลน์
ระดับตัวชี้วัด	ระดับโรงพยาบาล
ผู้รับผิดชอบ	น.ส.ศรัญญา ศุภมมงคลศิริ
ความถี่การรายงานตัวชี้วัด	ทุก 6 เดือน
เป้าหมายที่กำหนด 1 ปี	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90
เป้าหมายที่กำหนด 3 ปี	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90
ความหมาย/นิยาม ของตัวชี้วัด	ความพึงพอใจหมายถึง ความพึงพอใจของผู้ป่วย หรือญาติที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน โดยใช้แบบสอบถาม 1. แบบสอบถามความพึงพอใจผู้ป่วยนอก OP Voice 2. แบบสอบถามความพึงพอใจผู้ป่วยใน IP Voice
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ทันเวลาและพัฒนาระบบบริการของโรงพยาบาล
แหล่งเก็บข้อมูล	ผู้ป่วย หรือญาติที่มาใช้บริการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน
วิธีการเก็บข้อมูล	จากแบบสอบถาม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน
สูตรการคำนวณ	ร้อยละความพึงพอใจผู้รับบริการ = $\frac{\text{คะแนนความพึงพอใจ}}{\text{คะแนนเต็ม (5 คะแนน)}} \times 100$
ผู้รวบรวมข้อมูลและรายงานข้อมูลในระดับโรงพยาบาล	น.ส.ศรัญญา ศุภมมงคลศิริ

12. อัตราความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำคัญ $\geq 70\%$

รายการ	คำอธิบาย
ชื่อตัวชี้วัด	อัตราความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำคัญ $\geq 70\%$
ยุทธศาสตร์	2. พัฒนาระบบการตอบสนองความต้องการ และจัดการข้อร้องเรียนของผู้รับบริการผ่านทุกช่องทาง รวมถึงช่องทางออนไลน์
ระดับตัวชี้วัด	ระดับโรงพยาบาล
ผู้รับผิดชอบ	น.ส.ศรัญญา ศุภมงคลศิริ
ความถี่การรายงานตัวชี้วัด	ทุก 6 เดือน
เป้าหมายที่กำหนด 1 ปี	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70
เป้าหมายที่กำหนด 3 ปี	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70
ความหมาย/นิยาม ของตัวชี้วัด	ความพึงพอใจหมายถึง ความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำคัญ ที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน โดยใช้แบบสอบถาม
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำคัญ
แหล่งเก็บข้อมูล	ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำคัญ
วิธีการเก็บข้อมูล	จากแบบสอบถาม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน
สูตรการคำนวณ	$\frac{\text{ร้อยละความพึงพอใจผู้รับบริการ}}{\text{คะแนนเต็ม (5 คะแนน)}} \times 100$
ผู้รวบรวมข้อมูลและรายงานข้อมูลในระดับโรงพยาบาล	น.ส.ศรัญญา ศุภมงคลศิริ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยบูรณาการร่วมกับภาครัฐและเอกชน

13. บุคลากรในทุกหน่วยงานมีจำนวนเพียงพอตามกรอบ FTE ที่กำหนด

รายการ	คำอธิบาย
ชื่อตัวชี้วัด	บุคลากรในทุกหน่วยงานมีจำนวนเพียงพอตามกรอบ FTE ที่กำหนด
ยุทธศาสตร์	3. พัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยบูรณาการร่วมกับภาครัฐและเอกชน
ระดับตัวชี้วัด	ระดับโรงพยาบาล
ผู้รับผิดชอบ	พญ.วีชรีพร ควรดำรงธรรม, ภญ.สุกัญญา นำชัยทศพล
ความถี่การรายงานตัวชี้วัด	ทุกปี
เป้าหมายที่กำหนด 1 ปี	70 %
เป้าหมายที่กำหนด 5 ปี	90 %
ความหมาย/นิยาม ของตัวชี้วัด	บุคลากรในทุกหน่วยงานมีจำนวนเพียงพอตามกรอบ FTE ที่กำหนด หมายถึง โรงพยาบาลมีการสรรหาและบรรจุบุคลากรตามแผนความต้องการบุคลากร (HR plan) ได้ตามกรอบ FTE ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดินตามเป้าหมายตัวชี้วัดที่กำหนด
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อให้มีบุคลากรเพียงพอในระบบบริการสุขภาพทุกระดับในโรงพยาบาล เพื่อให้สามารถดูแลผู้มารับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ
แหล่งเก็บข้อมูล	กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล
วิธีการเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลบุคลากรทั้งปีงบประมาณ
สูตรการคำนวณ	A = จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงทั้งหมด B = จำนวนบุคลากรตามกรอบ FTE ของ รพ. สูตรคำนวณตัวชี้วัด = $(A/B) \times 100$
ผู้รวบรวมข้อมูลและรายงานข้อมูลในระดับโรงพยาบาล	พญ.วีชรีพร ควรดำรงธรรม, ภญ.สุกัญญา นำชัยทศพล

14. บุคลากรได้รับความรู้พื้นฐานที่จำเป็นในการทำงานบริการในโรงพยาบาล

รายการ	คำอธิบาย
ชื่อตัวชี้วัด	บุคลากรได้รับความรู้พื้นฐานที่จำเป็นในการทำงานบริการในโรงพยาบาล
ยุทธศาสตร์	3. พัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยบูรณาการร่วมกับภาครัฐและเอกชน
ระดับตัวชี้วัด	ระดับโรงพยาบาล
ผู้รับผิดชอบ	พญ.วัชรินทร์ ควรดำรงธรรม, ญญ.สุกัญญา นำชัยทศพล
ความถี่การรายงานตัวชี้วัด	ทุกปี
เป้าหมายที่กำหนด 1 ปี	80 %
เป้าหมายที่กำหนด 3 ปี	90 %
ความหมาย/นิยาม ของตัวชี้วัด	บุคลากรได้รับความรู้พื้นฐานที่จำเป็นในการทำงานบริการในโรงพยาบาล หมายถึง บุคลากรแต่ละหน่วยงานได้รับการอบรมความรู้พื้นฐานที่จำเป็นในงานบริการของโรงพยาบาล เช่น การจัดการกับอารมณ์ของตนเองเมื่อเผชิญภาวะเครียด การให้บริการด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ ได้ตามเป้าหมายตัวชี้วัดที่กำหนด
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อให้บุคลากรทุกคนมีความรู้พื้นฐานในการทำงานบริการได้ตามมาตรฐาน
แหล่งเก็บข้อมูล	ทีมลูกค้า, ทีม SHA, กลุ่มภารกิจ พรส., ทีม HUM
วิธีการเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลการการอบรมความรู้พื้นฐานที่จำเป็นในงานบริการของ รพ.ทั้งปีงบประมาณ
สูตรการคำนวณ	A = จำนวนบุคลากรที่เข้าอบรมความรู้พื้นฐานที่จำเป็นในงานบริการทั้งหมด B = จำนวนบุคลากรบุคลากรทั้งหมดของ รพ. สูตรคำนวณตัวชี้วัด = $(A/B) \times 100$
ผู้รวบรวมข้อมูลและรายงานข้อมูลในระดับโรงพยาบาล	พญ.วัชรินทร์ ควรดำรงธรรม, ญญ.สุกัญญา นำชัยทศพล

15. บุคลากรที่เกี่ยวข้องได้รับการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วย stroke จากหน่วยงานภายนอก/
ภายในโรงพยาบาลอย่างน้อยปีละครั้ง

รายการ	คำอธิบาย
ชื่อตัวชี้วัด	การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการดูแลผู้ป่วย Stroke จากองค์กรภายนอก
ยุทธศาสตร์	3. พัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยบูรณาการร่วมกับภาครัฐและเอกชน
ระดับตัวชี้วัด	ระดับโรงพยาบาล
ผู้รับผิดชอบ	พญ.วัชรินทร์ ควรดำรงธรรม, ภญ.สุกัญญา นำชัยทศพล
ความถี่การรายงานตัวชี้วัด	ทุกปี
เป้าหมายที่กำหนด 1 ปี	80 % ของแผนปฏิบัติการ (Action plan) ที่กำหนดในแต่ละวิชาชีพ
เป้าหมายที่กำหนด 3 ปี	90 % ของแผนปฏิบัติการ (Action plan) ที่กำหนดในแต่ละวิชาชีพ
ความหมาย/นิยาม ของตัวชี้วัด	การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการดูแลผู้ป่วย Stroke จากองค์กรภายนอกหมายถึง แพทย์ พยาบาล นักรังสีการแพทย์ นักกายภาพบำบัด ได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย stroke จากองค์กรภายนอก ตามแผนปฏิบัติการ (Action plan) ของยุทธศาสตร์ที่ 3 ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ตามเป้าหมายตัวชี้วัดที่กำหนด
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อให้บุคลากรได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักรังสีการแพทย์ นักกายภาพบำบัด ได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย stroke และมีศักยภาพ สามารถดูแลผู้ป่วย stroke ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
แหล่งเก็บข้อมูล	กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล
วิธีการเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลจำนวนบุคลากร ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักรังสีการแพทย์ นักกายภาพบำบัด ที่ได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย stroke จากองค์กรภายนอก ทั้งปีงบประมาณ
สูตรการคำนวณ	A = จำนวนบุคลากรกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการอบรม/ฟื้นฟูความรู้ในการดูแลผู้ป่วย stroke จากองค์กรภายนอก B = จำนวนบุคลากรกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดให้ต้องได้รับการอบรม/ฟื้นฟูความรู้ในการดูแลผู้ป่วย stroke จากองค์กรภายนอก ตาม Action plan ของยุทธศาสตร์ที่ 3 ของ รพ. สูตรคำนวณตัวชี้วัด = $(A/B) \times 100$

ผู้รวบรวมข้อมูลและรายงานข้อมูล ในระดับโรงพยาบาล	พญ.วีชนีพร ควรรดำรงธรรม, ภาญ.สุกัญญา นำชัยทศพล
--	--

16. บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่ใน รพ.เครือข่าย รพ.สต. ผู้นำชุมชน รวมถึง อสม. ได้รับการอบรมวิชาการในเรื่องที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย stroke อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

รายการ	คำอธิบาย
ชื่อตัวชี้วัด	การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการดูแลผู้ป่วย Stroke ภายในโรงพยาบาลและเครือข่าย
ยุทธศาสตร์	3. พัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยบูรณาการร่วมกับภาครัฐและเอกชน
ระดับตัวชี้วัด	ระดับโรงพยาบาล
ผู้รับผิดชอบ	พญ.วัชรินทร์ ควรดำรงธรรม, ญญ.สุกัญญา นำชัยทศพล
ความถี่การรายงานตัวชี้วัด	ทุกปี
เป้าหมายที่กำหนด 1 ปี	1 ครั้ง
เป้าหมายที่กำหนด 3 ปี	1 ครั้ง
ความหมาย/นิยาม ของตัวชี้วัด	การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการดูแลผู้ป่วย Stroke ภายในโรงพยาบาลและเครือข่าย หมายถึง บุคลากรโรงพยาบาลจัดอบรมฟื้นฟูความรู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย stroke โดยเป็นการอบรมภายในโรงพยาบาล หรืออบรมให้กับเครือข่ายที่เกี่ยวข้องนอกโรงพยาบาล ได้แก่ ผู้นำชุมชน อสม. และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. รวมถึงการเยี่ยมเสริมพลังให้กับบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วย Stroke ของโรงพยาบาลในเครือข่าย ตามแผนปฏิบัติการ (Action plan) ของยุทธศาสตร์ที่ 3 ของโรงพยาบาล สมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ตามเป้าหมายตัวชี้วัดที่กำหนด
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	1. เพื่อให้บุคลากรภายในโรงพยาบาล และเครือข่ายที่เกี่ยวข้องนอกโรงพยาบาล ได้แก่ ผู้นำชุมชน อสม. และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย stroke มีศักยภาพสามารถดูแลผู้ป่วย stroke ได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2. บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วย Stroke ของโรงพยาบาลในเครือข่ายได้รับการเยี่ยมเสริมพลัง เพื่อพัฒนาบุคลากรด้านการดูแลรักษาและระบบส่งต่อ เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วย stroke ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
แหล่งเก็บข้อมูล	กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล
วิธีการเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลจำนวนครั้งการอบรมฟื้นฟูความรู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย stroke ภายในโรงพยาบาล และเครือข่ายที่เกี่ยวข้องนอกโรงพยาบาล ได้แก่ ผู้นำชุมชน อสม. และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. รวมถึงการเยี่ยมเสริมพลัง

	ให้กับบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วย Stroke ของโรงพยาบาลในเครือข่าย ทั้งปีงบประมาณ
สูตรการคำนวณ	จำนวนครั้งการอบรม/ฟื้นฟูความรู้ในการดูแลผู้ป่วย stroke ภายใน รพ. และเครือข่ายที่เกี่ยวข้องนอก รพ. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. รวมถึงการเยี่ยมชมเสริมพลังให้กับบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วย Stroke ของโรงพยาบาลในเครือข่าย / 1 ปี
ผู้รวบรวมข้อมูลและรายงานข้อมูลในระดับโรงพยาบาล	พญ.วัชรพร ควรดำรงธรรม, ภญ.สุกัญญา นำชัยทศพล

17. แพทย์/พยาบาลได้รับการอบรมเรื่อง การดูแลผู้ป่วย ACS จากหน่วยงานภายนอก/ภายใน
โรงพยาบาล อย่างน้อยปีละครั้ง

รายการ	คำอธิบาย
ชื่อตัวชี้วัด	การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการดูแลผู้ป่วย Acute coronary syndrome (ACS) จากองค์กรภายนอก
ยุทธศาสตร์	3. พัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยบูรณาการร่วมกับภาครัฐและเอกชน
ระดับตัวชี้วัด	ระดับโรงพยาบาล
ผู้รับผิดชอบ	พญ.วัชรินทร์ ควรดำรงธรรม, ญ.สุกัญญา นำชัยทศพล
ความถี่การรายงานตัวชี้วัด	ทุกปี
เป้าหมายที่กำหนด 1 ปี	80 % ของแผนปฏิบัติการ (Action plan) ที่กำหนดในแต่ละวิชาชีพ
เป้าหมายที่กำหนด 3 ปี	90 % ของแผนปฏิบัติการ (Action plan) ที่กำหนดในแต่ละวิชาชีพ
ความหมาย/นิยาม ของตัวชี้วัด	การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการดูแลผู้ป่วย ACS จากองค์กรภายนอกหมายถึง แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัดได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ACS จากองค์กรภายนอก ตามแผนปฏิบัติการ (Action plan) ของยุทธศาสตร์ที่ 3 ของโรงพยาบาล สมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ตามเป้าหมายตัวชี้วัดที่กำหนด
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อให้บุคลากรได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัดได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ACS และมีศักยภาพ สามารถดูแลผู้ป่วย ACS ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
แหล่งเก็บข้อมูล	กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล
วิธีการเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลจำนวนบุคลากร ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัดที่ได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ACS จากองค์กรภายนอก ทั้งปีงบประมาณ
สูตรการคำนวณ	A = จำนวนบุคลากรกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการอบรม/ฟื้นฟูความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ACS จากองค์กรภายนอก B = จำนวนบุคลากรกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดให้ต้องได้รับการอบรม/ฟื้นฟูความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ACS จากองค์กรภายนอก ตาม Action plan ของยุทธศาสตร์ที่ 3 ของ รพ. สูตรคำนวณตัวชี้วัด = $(A/B) \times 100$
ผู้รวบรวมข้อมูลและรายงานข้อมูล ในระดับโรงพยาบาล	พญ.วัชรินทร์ ควรดำรงธรรม, ญ.สุกัญญา นำชัยทศพล

18. บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่ใน รพ.เครือข่าย รพ.สต. ผู้นำชุมชน รวมถึง อสม.
ได้รับการอบรมวิชาการเรื่องที่เกี่ยวข้องการดูแลผู้ป่วย ACS อย่างน้อยปีละครั้ง

รายการ	คำอธิบาย
ชื่อตัวชี้วัด	การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการดูแลผู้ป่วย Acute coronary syndrome (ACS) ภายในโรงพยาบาลและเครือข่าย
ยุทธศาสตร์	3. พัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยบูรณาการร่วมกับภาครัฐและเอกชน
ระดับตัวชี้วัด	ระดับโรงพยาบาล
ผู้รับผิดชอบ	พญ.วัชรินทร์ ควรดำรงธรรม, ภญ.สุกัญญา นำชัยทศพล
ความถี่การรายงานตัวชี้วัด	ทุกปี
เป้าหมายที่กำหนด 1 ปี	1 ครั้ง
เป้าหมายที่กำหนด 3 ปี	1 ครั้ง
ความหมาย/นิยาม ของตัวชี้วัด	การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการดูแลผู้ป่วย ACS ภายในโรงพยาบาลและเครือข่าย หมายถึง บุคลากรโรงพยาบาลจัดอบรมฟื้นฟูความรู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ACS รวมถึงการอบรมการช่วยกู้ชีพ ทั้ง Basic life support และ Advance life support อย่างเหมาะสม โดยเป็นการอบรมภายในโรงพยาบาล หรืออบรมให้กับเครือข่ายที่เกี่ยวข้องนอกโรงพยาบาล ได้แก่ ผู้นำชุมชน อสม. และเจ้าหน้าที่ รพ.สต ตามแผนปฏิบัติการ (Action plan) ของยุทธศาสตร์ที่ 3 ของโรงพยาบาล สมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ตามเป้าหมายตัวชี้วัดที่กำหนด
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	1.เพื่อให้บุคลากรภายในโรงพยาบาล และเครือข่ายที่เกี่ยวข้องนอกโรงพยาบาล ได้แก่ ผู้นำชุมชน อสม. และเจ้าหน้าที่ รพ.สต ได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ACS รวมถึงการอบรมการช่วยกู้ชีพ ทั้ง Basic life support และ Advance life support อย่างเหมาะสม มีศักยภาพ สามารถดูแลผู้ป่วย ACS ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
แหล่งเก็บข้อมูล	กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล
วิธีการเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลจำนวนครั้งการอบรมฟื้นฟูความรู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ACS ภายในโรงพยาบาล และเครือข่ายที่เกี่ยวข้องนอกโรงพยาบาล ได้แก่ ผู้นำชุมชน อสม. และเจ้าหน้าที่ รพ.สต ทั้งปีงบประมาณ
สูตรการคำนวณ	จำนวนครั้งการอบรม/ฟื้นฟูความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ACS ภายใน รพ.และเครือข่ายที่เกี่ยวข้องนอก รพ. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. / 1 ปี

ผู้รวบรวมข้อมูลและรายงานข้อมูล ในระดับโรงพยาบาล	พญ.วีชนีพร ควรรดำรงธรรม, ภญ.สุกัญญา นำชัยทศพล
--	---

19. แพทย์/พยาบาลและสหวิชาชีพ ได้รับการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วย Sepsis จากหน่วยงาน
ภายนอก/ภายในโรงพยาบาลอย่างน้อยปีละครั้ง

รายการ	คำอธิบาย
ชื่อตัวชี้วัด	การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการดูแลผู้ป่วย Sepsis จากองค์กร ภายนอก
ยุทธศาสตร์	3. พัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยบูรณาการร่วมกับภาครัฐและเอกชน
ระดับตัวชี้วัด	ระดับโรงพยาบาล
ผู้รับผิดชอบ	พญ.วัชรินทร์ ควรดำรงธรรม, ญ.สุกัญญา นำชัยทศพล
ความถี่การรายงานตัวชี้วัด	ทุกปี
เป้าหมายที่กำหนด 1 ปี	80 % ของแผนปฏิบัติการ (Action plan) ที่กำหนดในแต่ละวิชาชีพ
เป้าหมายที่กำหนด 3 ปี	90 % ของแผนปฏิบัติการ (Action plan) ที่กำหนดในแต่ละวิชาชีพ
ความหมาย/นิยาม ของตัวชี้วัด	การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการดูแลผู้ป่วย Sepsis จากองค์กร ภายนอกหมายถึง แพทย์ พยาบาล เภสัชกรได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้ที่ เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย Sepsis จากองค์กรภายนอก ตามแผนปฏิบัติ การ (Action plan) ของยุทธศาสตร์ที่ 3 ของโรงพยาบาลสมเด็จพระ ยุพราชสว่างแดนดิน ตามเป้าหมายตัวชี้วัดที่กำหนด
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อให้บุคลากรได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกรได้รับการอบรมฟื้นฟู ความรู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย Sepsis และมีศักยภาพ สามารถดูแล ผู้ป่วย Sepsis ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
แหล่งเก็บข้อมูล	กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากร บุคคล
วิธีการเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลจำนวนบุคลากร ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกรที่ได้รับการ อบรมฟื้นฟูความรู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย Sepsis จากองค์กร ภายนอก ทั้งปีงบประมาณ
สูตรการคำนวณ	A = จำนวนบุคลากรกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการอบรม/ฟื้นฟูความรู้ในการ ดูแลผู้ป่วย Sepsis จากองค์กรภายนอก B = จำนวนบุคลากรกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดให้ต้องได้รับการอบรม/ฟื้นฟู ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย Sepsis จากองค์กรภายนอก ตาม Action plan ของยุทธศาสตร์ที่ 3 ของ รพ. สูตรคำนวณตัวชี้วัด = $(A/B) \times 100$
ผู้รวบรวมข้อมูลและรายงานข้อมูล ในระดับโรงพยาบาล	พญ.วัชรินทร์ ควรดำรงธรรม, ญ.สุกัญญา นำชัยทศพล

20. บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่ใน รพ.เครือข่าย รพ.สต. ได้รับการอบรมวิชาการเรื่อง การดูแลผู้ป่วย Sepsis อย่างน้อยปีละครั้ง

รายการ	คำอธิบาย
ชื่อตัวชี้วัด	การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการดูแลผู้ป่วย Sepsis ภายในโรงพยาบาลและเครือข่าย
ยุทธศาสตร์	3. พัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยบูรณาการร่วมกับภาครัฐและเอกชน
ระดับตัวชี้วัด	ระดับโรงพยาบาล
ผู้รับผิดชอบ	พญ.วัชรินทร์ ควรดำรงธรรม, ญญ.สุกัญญา นำชัยทศพล
ความถี่การรายงานตัวชี้วัด	ทุกปี
เป้าหมายที่กำหนด 1 ปี	1 ครั้ง
เป้าหมายที่กำหนด 3 ปี	1 ครั้ง
ความหมาย/นิยาม ของตัวชี้วัด	การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการดูแลผู้ป่วย Sepsis ภายในโรงพยาบาลและเครือข่าย หมายถึง บุคลากรโรงพยาบาลจัดอบรมฟื้นฟูความรู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย Sepsis โดยเป็นการอบรมภายในโรงพยาบาล หรืออบรมให้กับเครือข่ายที่เกี่ยวข้องนอกโรงพยาบาล ได้แก่ เจ้าหน้าที่ รพ.สต และโรงพยาบาลเครือข่ายตามแผนปฏิบัติการ (Action plan) ของยุทธศาสตร์ที่ 3 ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ตามเป้าหมายตัวชี้วัดที่กำหนด
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	1.เพื่อให้บุคลากรภายในโรงพยาบาล และเครือข่ายที่เกี่ยวข้องนอกโรงพยาบาล ได้แก่ เจ้าหน้าที่ รพ.สต และโรงพยาบาลเครือข่ายได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย Sepsis และสามารถดูแลผู้ป่วย Sepsis ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
แหล่งเก็บข้อมูล	กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล
วิธีการเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลจำนวนครั้งการอบรมฟื้นฟูความรู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย Sepsis ภายในโรงพยาบาล และเครือข่ายที่เกี่ยวข้องนอกโรงพยาบาล ได้แก่ เจ้าหน้าที่ รพ.สต และโรงพยาบาลเครือข่ายทั้งปีงบประมาณ
สูตรการคำนวณ	จำนวนครั้งการอบรมฟื้นฟูความรู้ในการดูแลผู้ป่วย Sepsis ภายใน รพ. และเครือข่ายที่เกี่ยวข้องนอก รพ./ 1 ปี
ผู้รวบรวมข้อมูลและรายงานข้อมูลในระดับโรงพยาบาล	พญ.วัชรินทร์ ควรดำรงธรรม, ญญ.สุกัญญา นำชัยทศพล

21. แพทย์/พยาบาล ได้รับการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วย Trauma จากหน่วยงานภายนอก/
ภายในโรงพยาบาลอย่างน้อยปีละครั้ง

รายการ	คำอธิบาย
ชื่อตัวชี้วัด	การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการดูแลผู้ป่วย Trauma จากองค์กรภายนอก
ยุทธศาสตร์	3. พัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยบูรณาการร่วมกับภาครัฐและเอกชน
ระดับตัวชี้วัด	ระดับโรงพยาบาล
ผู้รับผิดชอบ	พญ.วัชรินทร์ ควรดำรงธรรม, ญญ.สุกัญญา นำชัยทศพล
ความถี่การรายงานตัวชี้วัด	ทุกปี
เป้าหมายที่กำหนด 1 ปี	80 % ของแผนปฏิบัติการ (Action plan) ที่กำหนดในแต่ละวิชาชีพ
เป้าหมายที่กำหนด 3 ปี	90 % ของแผนปฏิบัติการ (Action plan) ที่กำหนดในแต่ละวิชาชีพ
ความหมาย/นิยาม ของตัวชี้วัด	การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการดูแลผู้ป่วย Trauma จากองค์กรภายนอกหมายถึง แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัดได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย Trauma จากองค์กรภายนอกตามแผนปฏิบัติการ (Action plan) ของยุทธศาสตร์ที่ 3 ของโรงพยาบาล สมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ตามเป้าหมายตัวชี้วัดที่กำหนด
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อให้บุคลากรได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัดได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย Trauma และมีศักยภาพสามารถดูแลผู้ป่วย Trauma ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
แหล่งเก็บข้อมูล	กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล
วิธีการเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลจำนวนบุคลากร ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัดที่ได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย Trauma จากองค์กรภายนอก ทั้งปีงบประมาณ
สูตรการคำนวณ	A = จำนวนบุคลากรกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการอบรม/ฟื้นฟูความรู้ในการดูแลผู้ป่วย Trauma จากองค์กรภายนอก B = จำนวนบุคลากรกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดให้ต้องได้รับการอบรม/ฟื้นฟูความรู้ในการดูแลผู้ป่วย Trauma จากองค์กรภายนอก ตาม Action plan ของยุทธศาสตร์ที่ 3 ของ รพ. สูตรคำนวณตัวชี้วัด = $(A/B) \times 100$
ผู้รวบรวมข้อมูลและรายงานข้อมูลในระดับโรงพยาบาล	พญ.วัชรินทร์ ควรดำรงธรรม, ญญ.สุกัญญา นำชัยทศพล

22. หน่วยสนับสนุนบริการการแพทย์ฉุกเฉินนอก รพ.ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย Trauma อย่างน้อยปีละครั้ง

รายการ	คำอธิบาย
ชื่อตัวชี้วัด	การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการดูแลผู้ป่วย Trauma ภายในโรงพยาบาลและเครือข่าย
ยุทธศาสตร์	3. พัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยบูรณาการร่วมกับภาครัฐและเอกชน
ระดับตัวชี้วัด	ระดับโรงพยาบาล
ผู้รับผิดชอบ	พญ.วัชรินทร์ ควรดำรงธรรม, ภญ.สุกัญญา นำชัยทศพล
ความถี่การรายงานตัวชี้วัด	ทุกปี
เป้าหมายที่กำหนด 1 ปี	1 ครั้ง
เป้าหมายที่กำหนด 3 ปี	1 ครั้ง
ความหมาย/นิยาม ของตัวชี้วัด	การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการดูแลผู้ป่วย Trauma ภายในโรงพยาบาลและเครือข่าย หมายถึง บุคลากรโรงพยาบาลจัดอบรมฟื้นฟูความรู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย Trauma รวมถึงการอบรมการช่วยกู้ชีพ ทั้ง Basic life support และ Advance life support อย่างเหมาะสม โดยเป็นการอบรมภายในโรงพยาบาล หรืออบรมให้กับเครือข่ายที่เกี่ยวข้องนอกโรงพยาบาล ได้แก่ FR อสม. และเจ้าหน้าที่ รพ.สต และโรงพยาบาลเครือข่าย ตามแผนปฏิบัติการ (Action plan) ของยุทธศาสตร์ที่ 3 ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ตามเป้าหมายตัวชี้วัดที่กำหนด
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	1.เพื่อให้บุคลากรภายในโรงพยาบาล และเครือข่ายที่เกี่ยวข้องนอกโรงพยาบาล ได้แก่ FR อสม. และเจ้าหน้าที่ รพ.สต และโรงพยาบาลเครือข่าย ได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย Trauma รวมถึงการอบรมการช่วยกู้ชีพ ทั้ง Basic life support และ Advance life support อย่างเหมาะสม เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วย Trauma ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
แหล่งเก็บข้อมูล	กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล
วิธีการเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลจำนวนครั้งการอบรมฟื้นฟูความรู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย Trauma ภายในโรงพยาบาล และเครือข่ายที่เกี่ยวข้องนอกโรงพยาบาล ได้แก่ FR อสม. และเจ้าหน้าที่ รพ.สต และโรงพยาบาลเครือข่าย ทั้งปีงบประมาณ

สูตรการคำนวณ	จำนวนครั้งการอบรม/ฟื้นฟูความรู้ในการดูแลผู้ป่วย Trauma ภายใน รพ. และเครือข่ายที่เกี่ยวข้องนอก รพ. เจ้าหน้าที่ รพ.สต.และรพ.เครือข่าย / 1 ปี
ผู้รวบรวมข้อมูลและรายงานข้อมูลในระดับโรงพยาบาล	พญ.วีชรีพร ควรดำรงธรรม, ภญ.สุกัญญา นำชัยทศพล

ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสู่ Smart Hospital ต้นแบบ

23. มีระบบ DR site และ Network สำรองสมบูรณ์

รายการ	คำอธิบาย
ชื่อตัวชี้วัด	มีระบบ DR site และ Network สำรองสมบูรณ์
ยุทธศาสตร์	4. พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสู่ Smart Hospital ต้นแบบ
ระดับตัวชี้วัด	ระดับโรงพยาบาล
ผู้รับผิดชอบ	นายวินัย โยลย์
ความถี่การรายงานตัวชี้วัด	ทุกปี
เป้าหมายที่กำหนด 1 ปี	-
เป้าหมายที่กำหนด 3 ปี	ระบบ DR site และ Network สำรองสมบูรณ์ พร้อมใช้งานเต็มรูปแบบ ภายในปี 2569
ความหมาย/นิยาม ของตัวชี้วัด	<ul style="list-style-type: none"> ● DR site หมายถึง ศูนย์สำรองข้อมูลและระบบสารสนเทศที่สามารถใช้งานได้หากศูนย์หลักมีปัญหา ● Network สำรอง หมายถึง ระบบเครือข่ายทดแทนที่สามารถเชื่อมต่อบริการได้ต่อเนื่อง
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อให้ระบบบริการของโรงพยาบาลมีความต่อเนื่อง ไม่สะดุดเมื่อต้องเผชิญเหตุวิกฤต
แหล่งเก็บข้อมูล	เอกสารตรวจสอบระบบ DR / รายงานทดสอบ Network สำรอง
วิธีการเก็บข้อมูล	เก็บเป็นรายปี
สูตรการคำนวณ	สถานะความพร้อมใช้งาน DR site และ Network สำรอง (ผ่าน/ไม่ผ่าน)
ผู้รวบรวมข้อมูลและรายงานข้อมูล ในระดับโรงพยาบาล	นายวินัย โยลย์ งานข้อมูลสารสนเทศ
ผู้รวบรวมข้อมูลและรายงานข้อมูล ในระดับจังหวัด/เขตฯ	นายวินัย โยลย์ งานข้อมูลสารสนเทศ

24. ความพร้อมใช้งานระบบสารสนเทศ (System Uptime)

รายการ	คำอธิบาย
ชื่อตัวชี้วัด	ความพร้อมใช้งานระบบสารสนเทศ (System Uptime)
ยุทธศาสตร์	4. พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสู่ Smart Hospital ต้นแบบ
ระดับตัวชี้วัด	ระดับโรงพยาบาล
ผู้รับผิดชอบ	นายทพิพัฒน์ จันทร์มาลา
ความถี่การรายงานตัวชี้วัด	ทุกปี
เป้าหมายที่กำหนด 2 ปี	≥ 99.5% ของเวลารวมต่อปี (ปี 2570)
เป้าหมายที่กำหนด 3 ปี	100% ของเวลารวมต่อปี (ปี 2571)
ความหมาย/นิยาม ของตัวชี้วัด	Uptime คือเวลาที่ระบบสารสนเทศสามารถใช้งานได้จริง เทียบกับเวลารวมทั้งหมดใน 1 ปี
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	<ul style="list-style-type: none"> ● เพื่อให้ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลมีเสถียรภาพ สนับสนุนงานบริการได้ต่อเนื่อง
แหล่งเก็บข้อมูล	ระบบ Monitoring / Server log
วิธีการเก็บข้อมูล	ตรวจสอบสถิติ uptime จากระบบ monitoring
สูตรการคำนวณ	<p>A = เวลาระบบพร้อมใช้งาน</p> <p>B = เวลารวมทั้งหมด</p> <p>สูตรคำนวณตัวชี้วัด = $(A/B) \times 100$</p>
ผู้รวบรวมข้อมูลและรายงานข้อมูลในระดับโรงพยาบาล	นายทพิพัฒน์ จันทร์มาลา งานข้อมูลสารสนเทศ
ผู้รวบรวมข้อมูลและรายงานข้อมูลในระดับจังหวัด/เขตฯ	นายทพิพัฒน์ จันทร์มาลา งานข้อมูลสารสนเทศ

25. อัตราการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยผ่านระบบ MOPH Refer

รายการ	คำอธิบาย
ชื่อตัวชี้วัด	อัตราการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยผ่านระบบ MOPH Refer
ยุทธศาสตร์	4. พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสู่ Smart Hospital ต้นแบบ
ระดับตัวชี้วัด	ระดับเขต
ผู้รับผิดชอบ	นายสุริยันต์ คำศรี
ความถี่การรายงานตัวชี้วัด	ทุกปี
เป้าหมายที่กำหนด 1 ปี	≥ 80% (ปี 2569)
เป้าหมายที่กำหนด 3 ปี	100% (ปี 2571)
ความหมาย/นิยาม ของตัวชี้วัด	<ul style="list-style-type: none"> ● ระบบ MOPH refer หมายถึง ระบบส่งต่อผู้ป่วยด้วยระบบใบส่งตัว electronics ทาง online ของ กระทรวงสาธารณสุข ที่ใช้ในการบริหารจัดการการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการในระบบ สธ. ● ร้อยละของการส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ระบบดิจิทัล MOPH Refer แทนการใช้เอกสารกระดาษ
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ลดการใช้เอกสารกระดาษ เพิ่มประสิทธิภาพและความเร็วของการส่งต่อผู้ป่วย
แหล่งเก็บข้อมูล	ระบบ MOPH Refer
วิธีการเก็บข้อมูล	ตรวจสอบจากฐานข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วย
สูตรการคำนวณ	<p>A = จำนวนการส่งต่อผ่าน MOPH Refer</p> <p>B = จำนวนการส่งต่อทั้งหมด</p> <p>สูตรคำนวณตัวชี้วัด = $(A/B) \times 100$</p>
ผู้รวบรวมข้อมูลและรายงานข้อมูลในระดับโรงพยาบาล	นายสุริยันต์ คำศรี งานข้อมูลสารสนเทศ
ผู้รวบรวมข้อมูลและรายงานข้อมูลในระดับจังหวัด/เขตฯ	นายสุริยันต์ คำศรี งานข้อมูลสารสนเทศ

26. สัดส่วนผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการต่อเนื่อง/ข้ามหน่วย โดยใช้ข้อมูลการส่งตัวผ่านระบบ MOPH Refer

รายการ	คำอธิบาย
ชื่อตัวชี้วัด	สัดส่วนผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการต่อเนื่อง/ข้ามหน่วย โดยใช้ข้อมูลการส่งตัวผ่านระบบ MOPH Refer
ยุทธศาสตร์	4. พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสู่ Smart Hospital ต้นแบบ
ระดับตัวชี้วัด	ระดับกระทรวง
ผู้รับผิดชอบ	นายอภิวัฒน์ แสงนนท์
ความถี่การรายงานตัวชี้วัด	ทุกปี
เป้าหมายที่กำหนด 1 ปี	-
เป้าหมายที่กำหนด 3 ปี	≥ 95% (ปี 2571)
ความหมาย/นิยาม ของตัวชี้วัด	<ul style="list-style-type: none"> ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการต่อเนื่อง/ข้ามหน่วย โดยใช้ข้อมูลการส่งตัวผ่านระบบ MOPH Refer โดยไม่ต้องนำเอกสารกระดาษไปเอง
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อเพิ่มความสะดวก ลดขั้นตอน และสร้างประสบการณ์ที่ดีแก่ผู้ป่วย
แหล่งเก็บข้อมูล	ระบบ MOPH Refer / ข้อมูลผู้ป่วยส่งต่อ
วิธีการเก็บข้อมูล	ตรวจสอบจากฐานข้อมูล MOPH Refer
สูตรการคำนวณ	<p>A = จำนวนผู้ป่วยเข้าถึงบริการการส่งตัวผ่านระบบ MOPH Refer</p> <p>B = จำนวนผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการการส่งตัวทั้งหมด</p> <p>สูตรคำนวณตัวชี้วัด = $(A/B) \times 100$</p>
ผู้รวบรวมข้อมูลและรายงานข้อมูลในระดับโรงพยาบาล	นายอภิวัฒน์ แสงนนท์ งานข้อมูลสารสนเทศ
ผู้รวบรวมข้อมูลและรายงานข้อมูลในระดับจังหวัด/เขตฯ	นายอภิวัฒน์ แสงนนท์ งานข้อมูลสารสนเทศ

27. การดำเนินงาน IPD Paperless สำเร็จ

รายการ	คำอธิบาย
ชื่อตัวชี้วัด	การดำเนินงาน IPD Paperless สำเร็จ
ยุทธศาสตร์	4. พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสู่ Smart Hospital ต้นแบบ
ระดับตัวชี้วัด	ระดับโรงพยาบาล
ผู้รับผิดชอบ	นายยิ่งยศ แก้วเหล็กไหล
ความถี่การรายงานตัวชี้วัด	ทุกปี
เป้าหมายที่กำหนด 1 ปี	4 Wards (ปี 2568)
เป้าหมายที่กำหนด 3 ปี	14 Wards (ปี 2570)
ความหมาย/นิยาม ของตัวชี้วัด	<ul style="list-style-type: none"> IPD Paperless หมายถึง ระบบผู้ป่วยในที่ลดการใช้เอกสารกระดาษทั้งหมด โดยเปลี่ยนเป็นเอกสารอิเล็กทรอนิกส์
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ลดการใช้กระดาษ เพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน และความปลอดภัยของข้อมูล
แหล่งเก็บข้อมูล	รายงานโครงการ IPD Paperless
วิธีการเก็บข้อมูล	ตรวจสอบผลการดำเนินงานตามราย Ward
สูตรการคำนวณ	จำนวน Ward ที่ดำเนินการสำเร็จ
ผู้รวบรวมข้อมูลและรายงานข้อมูลในระดับโรงพยาบาล	นายยิ่งยศ แก้วเหล็กไหล งานข้อมูลสารสนเทศ
ผู้รวบรวมข้อมูลและรายงานข้อมูลในระดับจังหวัด/เขตฯ	นายยิ่งยศ แก้วเหล็กไหล งานข้อมูลสารสนเทศ

28. ค่าใช้จ่ายในการจัดการเอกสาร/กระดาษต่อปีของโรงพยาบาลลดลง

รายการ	คำอธิบาย
ชื่อตัวชี้วัด	ค่าใช้จ่ายในเรื่องของเอกสาร/กระดาษต่อปีของโรงพยาบาล
ยุทธศาสตร์	4. พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสู่ Smart Hospital ต้นแบบ
ระดับตัวชี้วัด	ระดับโรงพยาบาล
ผู้รับผิดชอบ	นางบัวณาลักษณ์ สมบัติดี
ความถี่การรายงานตัวชี้วัด	ทุกปี
เป้าหมายที่กำหนด 1 ปี	ลดลง \geq 10% (ปี 2568)
เป้าหมายที่กำหนด 3 ปี	ลดลง \geq 40% (ปี 2570)
ความหมาย/นิยาม ของตัวชี้วัด	<ul style="list-style-type: none"> ค่าใช้จ่ายในการจัดการเอกสาร/กระดาษ รวมถึงการจัดซื้อจัดเก็บ พิมพ์ และทำลายเอกสาร
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อลดต้นทุน เพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร และสนับสนุนนโยบาย Paperless
แหล่งเก็บข้อมูล	รายงานค่าใช้จ่ายการเงินประจำปี / ข้อมูลงานพัสดุ
วิธีการเก็บข้อมูล	รวบรวมค่าใช้จ่ายกระดาษและเอกสารจากรายงานการเงิน
สูตรการคำนวณ	$A = \text{ค่าใช้จ่ายปีฐาน} - \text{ค่าใช้จ่ายปีปัจจุบัน}$ $B = \text{ค่าใช้จ่ายปีฐาน}$ สูตรคำนวณตัวชี้วัด = $(A/B) \times 100$
ผู้รวบรวมข้อมูลและรายงานข้อมูลในระดับโรงพยาบาล	นางบัวณาลักษณ์ สมบัติดี งานข้อมูลสารสนเทศ
ผู้รวบรวมข้อมูลและรายงานข้อมูลในระดับจังหวัด/เขตฯ	นางบัวณาลักษณ์ สมบัติดี งานข้อมูลสารสนเทศ

29. การได้รับการรับรองมาตรฐาน HAIT Plus

รายการ	คำอธิบาย
ชื่อตัวชี้วัด	การได้รับการรับรองมาตรฐาน HAIT Plus
ยุทธศาสตร์	4. พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสู่ Smart Hospital ต้นแบบ
ระดับตัวชี้วัด	ระดับกระทรวง
ผู้รับผิดชอบ	นายสุเมธ รัตนมณีกรณ์
ความถี่การรายงานตัวชี้วัด	ทุกปี
เป้าหมายที่กำหนด 2 ปี	ได้รับการรับรองมาตรฐาน HAIT plus Level 1 (ปี 2568)
เป้าหมายที่กำหนด 4 ปี	ได้รับการรับรองมาตรฐาน HAIT plus Level 2 (ปี 2570)
ความหมาย/นิยาม ของตัวชี้วัด	<ul style="list-style-type: none"> ● HAIT (Healthcare Accreditation Information Technology) หมายถึงคุณภาพสถานพยาบาลด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาล ตามกรอบการพัฒนาคุณภาพเทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาล Hospital IT Quality Improvement Framework (HITQIF v2, Feb.2021) และฉบับเพิ่มเติม (HAIT plus) ● ได้รับการตรวจประเมิน HAIT plus หมายถึง โรงพยาบาล ดำเนินกระบวนการยื่นขอตรวจประเมิน HAIT ตามขั้นตอน และได้รับการตรวจ ประเมิน ● ได้รับการรับรอง HAIT plus หมายถึง โรงพยาบาลผ่านการรับรองมาตรฐาน HAIT Plus และได้รับการรับรองมาตรฐานจาก TMI
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อให้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ มีคุณภาพและความปลอดภัยในการสนับสนุนงานบริการสาธารณสุขของโรงพยาบาล
แหล่งเก็บข้อมูล	งานข้อมูลสารสนเทศ
วิธีการเก็บข้อมูล	จากการประกาศผลการรับรองผ่านมาตรฐาน HAIT Plus โดย TMI
สูตรการคำนวณ	โรงพยาบาลผ่านการรับรองมาตรฐาน HAIT Plus
ผู้รวบรวมข้อมูลและรายงานข้อมูล ในระดับโรงพยาบาล	นายสุเมธ รัตนมณีกรณ์ งานข้อมูลสารสนเทศ
ผู้รวบรวมข้อมูลและรายงานข้อมูล ในระดับจังหวัด/เขตฯ	นายสุเมธ รัตนมณีกรณ์ งานข้อมูลสารสนเทศ

30. อัตราการเกิดเหตุละเมิดข้อมูล (Data Breach) ที่มีผลต่อผู้ป่วย

รายการ	คำอธิบาย
ชื่อตัวชี้วัด	อัตราการเกิดเหตุละเมิดข้อมูล (Data Breach) ที่มีผลต่อผู้ป่วย
ยุทธศาสตร์	4. พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสู่ Smart Hospital ต้นแบบ
ระดับตัวชี้วัด	ระดับโรงพยาบาล
ผู้รับผิดชอบ	นายศักดิ์สิทธิ์ ปัญญาวัน
ความถี่การรายงานตัวชี้วัด	ทุกปี
เป้าหมายที่กำหนด 1 ปี	0 ครั้ง/ปี
เป้าหมายที่กำหนด 3 ปี	0 ครั้ง/ปี
ความหมาย/นิยาม ของตัวชี้วัด	<ul style="list-style-type: none"> • Data Breach หมายถึง การเข้าถึง เปิดเผย ดัดแปลง ทำลาย หรือทำ <p>ให้สูญหายของข้อมูลผู้ป่วย โดยไม่ได้รับอนุญาต และมีผลกระทบต่อความเป็นส่วนตัว สิทธิ หรือความปลอดภัยของผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> • “มีผลต่อผู้ป่วย” หมายถึง กรณีที่เหตุละเมิดข้อมูลนำไปสู่ความเสียหายหรือความเสี่ยงต่อสิทธิส่วนบุคคล ความเป็นส่วนตัว หรือการรับบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วย • นับเฉพาะเหตุที่ได้รับการตรวจสอบและยืนยันโดยคณะกรรมการความมั่นคงปลอดภัยสารสนเทศโรงพยาบาล
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อให้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาลมีความมั่นคงปลอดภัย ป้องกันการละเมิดข้อมูล และสร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วยและสังคม
แหล่งเก็บข้อมูล	รายงานเหตุการณ์ด้านความมั่นคงปลอดภัยสารสนเทศของโรงพยาบาล ระบบแจ้งเหตุและบันทึก Log การเข้าถึงข้อมูล
วิธีการเก็บข้อมูล	รวบรวมจากรายงานเหตุการณ์และบันทึก log
สูตรการคำนวณ	จำนวนครั้งของเหตุละเมิดข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันในปีงบประมาณ
ผู้รวบรวมข้อมูลและรายงานข้อมูล ในระดับโรงพยาบาล	นายศักดิ์สิทธิ์ ปัญญาวัน งานข้อมูลสารสนเทศ
ผู้รวบรวมข้อมูลและรายงานข้อมูล ในระดับจังหวัด/เขตฯ	นายศักดิ์สิทธิ์ ปัญญาวัน งานข้อมูลสารสนเทศ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 พัฒนาระบบภาคีเครือข่าย และบูรณาการระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อ

31. ร้อยละของประชาชน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในเรื่องกลุ่มโรคสำคัญและฉุกเฉิน $\geq 80\%$

รายการ	คำอธิบาย
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของประชาชน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในเรื่องกลุ่มโรคสำคัญและฉุกเฉิน $\geq 80\%$
ยุทธศาสตร์	5. พัฒนาระบบภาคีเครือข่าย และบูรณาการระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อ
ระดับตัวชี้วัด	ระดับโรงพยาบาล
ผู้รับผิดชอบ	นายกฤษฎา เทพบุรี
ความถี่การรายงานตัวชี้วัด	ทุกปี
เป้าหมายที่กำหนด 1 ปี	ผ่านเกณฑ์ 80 %
เป้าหมายที่กำหนด 3 ปี	ผ่านเกณฑ์ 98 %
ความหมาย/นิยาม ของตัวชี้วัด	ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) หมายถึง ระดับความสามารถ และทักษะของบุคคลในการรับรู้เข้าใจคิดวิเคราะห์และเลือกรับ ประทับใช้ ข้อมูลทางด้านสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมกับตนเอง เพื่อนำไปสู่การ ตัดสินใจเลือกปฏิบัติตนและจัดการตนเองด้านสุขภาพอันส่งผลไปสู่การ ส่งเสริมสุขภาพและการธำรงภาวะสุขภาพที่ดีและเผยแพร่แนวปฏิบัตินั้น ไปสู่สังคม
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการให้ความรู้ เกี่ยวกับโรค ปัจจัยเสี่ยงและการ ป้องกัน ตลอดจน อาการของโรคและวิธีปฏิบัติเมื่อมีอาการ
แหล่งเก็บข้อมูล	1. กิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในเรื่องโรคที่กำหนดให้เป็น กลุ่มโรคสำคัญและฉุกเฉินของพื้นที่อำเภอสว่างแดนดิน 2. แบบสอบถาม/ผลการประเมินความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพในเรื่องกลุ่มโรค สำคัญและฉุกเฉินแก่ประชากรเป้าหมาย
วิธีการเก็บข้อมูล	- รายงานผลการประเมินความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพในเรื่องกลุ่มโรคสำคัญ และฉุกเฉินแก่ประชากรเป้าหมาย.
สูตรการคำนวณ	A = ประชาชนเป้าหมายที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในเรื่องกลุ่มโรคสำคัญ และฉุกเฉินผ่านเกณฑ์ 80 % B = ประชาชนเป้าหมาย ทั้งหมด สูตรคำนวณตัวชี้วัด $(A/B) \times 100$
ผู้รวบรวมข้อมูลและรายงานข้อมูล ในระดับโรงพยาบาล	1. นายกฤษฎา เทพบุรี

32. ระยะเวลาในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญและฉุกเฉินไม่เกินตามมาตรฐานที่กำหนด

รายการ	คำอธิบาย
ชื่อตัวชี้วัด	ระยะเวลาในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญและฉุกเฉินไม่เกินตามมาตรฐานที่กำหนด
ยุทธศาสตร์	5. พัฒนาระบบภาคีเครือข่าย และบูรณาการระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อ
ระดับตัวชี้วัด	ระดับโรงพยาบาล
ผู้รับผิดชอบ	นายสมฤทัย อุปครราช
ความถี่การรายงานตัวชี้วัด	ทุกปี
เป้าหมายที่กำหนด 1 ปี	ไม่เกินมาตรฐานที่กำหนด
เป้าหมายที่กำหนด 3 ปี	ไม่เกินมาตรฐานที่กำหนด
ความหมาย/นิยาม ของตัวชี้วัด	โรคสำคัญและฉุกเฉิน หมายถึง STROKE, STEMI, SEPSIS, TRAUMA ระยะเวลาในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย หมายถึง ช่วงเวลาดังแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการเจ็บป่วยจนกระทั่งได้รับการรักษาหรือบริการทางการแพทย์ที่จำเป็น ระยะเวลาที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากมีผลต่อผลลัพธ์ของการรักษาและสุขภาพของผู้ป่วย. การเข้าถึงบริการที่รวดเร็วและทันที่ที่สามารถช่วยลดความรุนแรงของโรค ลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มโอกาสในการหายขาดได้
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญและฉุกเฉินสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว และลดโอกาสการเสียชีวิต
แหล่งเก็บข้อมูล	1.ระบบการส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญและฉุกเฉิน ในระดับหมู่บ้าน/ชุมชน และเครือข่ายบริการในระดับอำเภอ/จังหวัด 2.แบบรายงานจำนวนผู้ป่วยที่ระยะเวลาในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญและฉุกเฉินเกินตามมาตรฐานที่กำหนด
วิธีการเก็บข้อมูล	- รายงานจำนวนผู้ป่วยที่ระยะเวลาในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญและฉุกเฉินเกินตามมาตรฐานที่กำหนด
สูตรการคำนวณ	จำนวนผู้ป่วยที่ระยะเวลาในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญและฉุกเฉินเกินตามมาตรฐานที่กำหนด
ผู้รวบรวมข้อมูลและรายงานข้อมูลในระดับโรงพยาบาล	นายสมฤทัย อุปครราช

33. มีระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยนอก แบบออนไลน์ และมีฐานข้อมูลผู้ป่วยนอก และการดูแลรักษาผู้ป่วยนอกในระดับเครือข่าย

รายการ	คำอธิบาย
ชื่อตัวชี้วัด	มีระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยนอก แบบออนไลน์ และมีฐานข้อมูลผู้ป่วยนอก และการดูแลรักษาผู้ป่วยนอกในระดับเครือข่าย
ยุทธศาสตร์	5. พัฒนาระบบภาคีเครือข่าย และบูรณาการระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อ
ระดับตัวชี้วัด	ระดับโรงพยาบาล
ผู้รับผิดชอบ	นายอภิชาติ สารธวงค์
ความถี่การรายงานตัวชี้วัด	ทุกปี
เป้าหมายที่กำหนด 1 ปี	มีระบบการดูแลรักษา
เป้าหมายที่กำหนด 3 ปี	มีระบบการดูแลรักษา
ความหมาย/นิยาม ของตัวชี้วัด	ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยนอก แบบออนไลน์ หมายถึง การพัฒนาระบบ OPD any where เพื่อการตรวจรักษา การส่งจ่ายยา ผ่านระบบออนไลน์ การดูแลรักษาผู้ป่วยนอกในระดับเครือข่าย หมายถึง การพัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูล และการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเครือข่ายอำเภอสว่างแดนดินผ่านการตรวจรักษา การส่งจ่ายยา แบบระบบออนไลน์
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายระบบบริการสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยแบบออนไลน์ และเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเครือข่ายอำเภอสว่างแดนดิน
แหล่งเก็บข้อมูล	1.ข้อมูลการตรวจรักษาการส่งจ่ายยา ผ่านระบบออนไลน์หรือการบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) 2.ข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วยนอกในระดับเครือข่ายหรือการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเครือข่ายอำเภอสว่างแดนดินผ่านระบบออนไลน์หรือการบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)
วิธีการเก็บข้อมูล	- รายงานการตรวจรักษาการส่งจ่ายยา ผ่านระบบออนไลน์หรือการบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) -รายงานการดูแลรักษาผู้ป่วยนอกในระดับเครือข่ายหรือการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเครือข่ายอำเภอสว่างแดนดินผ่านระบบออนไลน์หรือการบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)
สูตรการคำนวณ	มีระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยนอก แบบออนไลน์ และมีฐานข้อมูลผู้ป่วยนอก และการดูแลรักษาผู้ป่วยนอกในระดับเครือข่าย

ผู้รวบรวมข้อมูลและรายงานข้อมูล ในระดับโรงพยาบาล	นายอภิชาติ สารธวงค์
--	---------------------

34. จำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับการรักษาที่ OPD ลดลงอย่างน้อยร้อยละ 10 เมื่อเทียบจำนวนผู้ป่วยในช่วงเดือนเดียวกัน ในปีที่ผ่านมา

รายการ	คำอธิบาย
ชื่อตัวชี้วัด	จำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับการรักษาที่ OPD ลดลงอย่างน้อยร้อยละ 10 เมื่อเทียบจำนวนผู้ป่วยในช่วงเดือนเดียวกัน ในปีที่ผ่านมา
ยุทธศาสตร์	5. พัฒนาระบบภาคีเครือข่าย และบูรณาการระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อ
ระดับตัวชี้วัด	ระดับโรงพยาบาล
ผู้รับผิดชอบ	นายสมฤทัย อุปรรราช
ความถี่การรายงานตัวชี้วัด	ทุกปี
เป้าหมายที่กำหนด 1 ปี	ลดลงจากเดิมร้อยละ 10
เป้าหมายที่กำหนด 3 ปี	ลดลงจากเดิมร้อยละ 10
ความหมาย/นิยาม ของตัวชี้วัด	จำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับการรักษาที่ OPD หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล แต่ไม่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อจัดระบบบริการผู้ป่วยนอกในระดับหมู่บ้าน และระดับชุมชน
แหล่งเก็บข้อมูล	1.จำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับการรักษาที่ OPD ในช่วงเดียวกันในปีที่ผ่านมา และจำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับการรักษาที่ OPD ในปีปัจจุบัน
วิธีการเก็บข้อมูล	- รายงานจำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับการรักษาที่ OPD ในช่วงเดียวกันในปีที่ผ่านมาและจำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับการรักษาที่ OPD ในปีปัจจุบัน
สูตรการคำนวณ	A = จำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับการรักษาที่ OPD ในช่วงเดียวกันในปีที่ผ่านมา B = จำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับการรักษาที่ OPD ในปีปัจจุบัน C = จำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับการรักษาที่ OPD ในช่วงเดียวกันในปีที่ผ่านมา สูตรคำนวณตัวชี้วัด $(A-B)/C \times 100$
ผู้รวบรวมข้อมูลและรายงานข้อมูลในระดับโรงพยาบาล	นายสมฤทัย อุปรรราช

35. มีบริการ Health Rider ทุกตำบล

รายการ	คำอธิบาย
ชื่อตัวชี้วัด	มีบริการ Health Rider ทุกตำบล
ยุทธศาสตร์	5. พัฒนาระบบภาคีเครือข่าย และบูรณาการระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อ
ระดับตัวชี้วัด	ระดับโรงพยาบาล
ผู้รับผิดชอบ	นายวิษณุ ยิ่งยอด
ความถี่การรายงานตัวชี้วัด	ทุกปี
เป้าหมายที่กำหนด 1 ปี	มีบริการ Health Rider 100 %
เป้าหมายที่กำหนด 3 ปี	มีบริการ Health Rider 100 %
ความหมาย/นิยาม ของตัวชี้วัด	บริการ Health Rider หมายถึง การบริการจัดส่งยาถึงบ้านโดย Health Rider ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแล้วไม่ต้องรอนยาที่โรงพยาบาล หรือกลุ่มที่ใช้บริการ Telemedicine ในชุมชน ไม่ต้องเดินทางเข้ามาที่โรงพยาบาล ตำบล หมายถึงตำบลในอำเภอสว่างแดนดิน จำนวน 16 ตำบล
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อจัดระบบบริการส่งยาผู้ป่วยนอก แบบ Health Rider ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ในอำเภอสว่างแดนดิน
แหล่งเก็บข้อมูล	1.จำนวนตำบลมีบริการ Health Rider
วิธีการเก็บข้อมูล	- รายงานจำนวนตำบลมีบริการ Health Rider
สูตรการคำนวณ	A = จำนวนตำบลมีบริการ Health Rider B = จำนวนตำบลในอำเภอสว่างแดนดิน สูตรคำนวณตัวชี้วัด $(A/B) \times 100$
ผู้รวบรวมข้อมูลและรายงานข้อมูลในระดับโรงพยาบาล	นายวิษณุ ยิ่งยอด

36. ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้รับบริการส่งยาด้วยระบบ Health Rider เพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 5
ของผู้ป่วยนอกทั้งหมด

รายการ	คำอธิบาย
ชื่อตัวชี้วัด	ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้รับบริการส่งยาด้วยระบบ Health Rider เพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 5 ของผู้ป่วยนอกทั้งหมด
ยุทธศาสตร์	5. พัฒนาระบบภาคีเครือข่าย และบูรณาการระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อ
ระดับตัวชี้วัด	ระดับโรงพยาบาล
ผู้รับผิดชอบ	นายวิษณุ ยิ่งยอด
ความถี่การรายงานตัวชี้วัด	ทุกปี
เป้าหมายที่กำหนด 1 ปี	เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 5
เป้าหมายที่กำหนด 3 ปี	เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 5
ความหมาย/นิยาม ของตัวชี้วัด	จำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับการรักษาที่ OPD หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้ารับการ รักษาในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล แต่ไม่ต้องนอนพักรักษาตัวใน โรงพยาบาล กลุ่มเป้าหมายได้รับบริการส่งยาด้วยระบบ Health Rider หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการบริการจัดส่งยาถึงบ้านโดย Health Rider ในกลุ่มผู้ป่วย ที่ได้รับการรักษาแล้วไม่ต้องรอกยาที่โรงพยาบาล หรือ กลุ่มที่ใช้บริการ Telemedicine ในชุมชน ไม่ต้องเดินทางเข้ามาที่โรงพยาบาล
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อจัดระบบบริการส่งยาผู้ป่วยนอก แบบ Health Rider ให้ครอบคลุม ทุกพื้นที่ในอำเภอสว่างแดนดิน
แหล่งเก็บข้อมูล	1.กลุ่มเป้าหมายได้รับบริการส่งยาด้วยระบบ Health Rider
วิธีการเก็บข้อมูล	- รายงานกลุ่มเป้าหมายได้รับบริการส่งยาด้วยระบบ Health Rider
สูตรการคำนวณ	A = จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้รับบริการส่งยาด้วยระบบ Health Rider B = จำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมด สูตรคำนวณตัวชี้วัด $(A/B) \times 100$
ผู้รวบรวมข้อมูลและรายงานข้อมูล ในระดับโรงพยาบาล	นายวิษณุ ยิ่งยอด

37. อัตราความครอบคลุมของ Health box ต่อจำนวน อสม.ทั้งหมดอย่างน้อยร้อยละ 10

รายการ	คำอธิบาย
ชื่อตัวชี้วัด	อัตราความครอบคลุมของ Health box ต่อจำนวน อสม.ทั้งหมดอย่างน้อยร้อยละ 10
ยุทธศาสตร์	5. พัฒนาระบบภาคีเครือข่าย และบูรณาการระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อ
ระดับตัวชี้วัด	ระดับโรงพยาบาล
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวมยุรี ศรีชำนาญ
ความถี่การรายงานตัวชี้วัด	ทุกปี
เป้าหมายที่กำหนด 1 ปี	เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 10
เป้าหมายที่กำหนด 3 ปี	เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 10
ความหมาย/นิยาม ของตัวชี้วัด	Health box หมายถึง อุปกรณ์ พื้นฐาน เครื่องวัดความดันเครื่องชั่งน้ำหนัก สายวัดรอบเอว ป้ายแสดงการแปลผลค่าความดันโลหิต ค่า น้ำหนักที่ควรเป็นสมุดบันทึกการใช้บริการและคำแนะนำที่ประชาชน เข้าใจง่าย เพื่อใช้ในสถานีสุขภาพดิจิทัล (Digital Health Station) ในชุมชน อสม. หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อพัฒนาศักยภาพ อสม. และเครือข่ายผู้ดูแล (Care giver) ในการดูแลผู้ป่วยระดับปฐมภูมิ (Primary care)
แหล่งเก็บข้อมูล	1.อัตราความครอบคลุมของ Health box ต่อจำนวน อสม.ทั้งหมด
วิธีการเก็บข้อมูล	- รายงานจำนวน Health box
สูตรการคำนวณ	A = จำนวน Health box B = จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สูตรคำนวณตัวชี้วัด $(A/B) \times 100$
ผู้รวบรวมข้อมูลและรายงานข้อมูล ในระดับโรงพยาบาล	นางสาวมยุรี ศรีชำนาญ

38. ชุมชน/หมู่บ้าน ได้รับการดำเนินกิจกรรมเพื่อจัดตั้งเป็นชุมชนมิตรเบาหวาน

รายการ	คำอธิบาย
ชื่อตัวชี้วัด	ชุมชน/หมู่บ้าน ได้รับการดำเนินกิจกรรมเพื่อจัดตั้งเป็น ชุมชนมิตรเบาหวาน
ยุทธศาสตร์	5. พัฒนาระบบภาคีเครือข่าย และบูรณาการระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อ
ระดับตัวชี้วัด	ระดับโรงพยาบาล
ผู้รับผิดชอบ	นางนวพร สุริยะไชย
ความถี่การรายงานตัวชี้วัด	ทุกปี
เป้าหมายที่กำหนด 1 ปี	100 %
เป้าหมายที่กำหนด 3 ปี	100 %
ความหมาย/นิยาม ของตัวชี้วัด	ชุมชนมิตรเบาหวาน หมายถึง การพัฒนามาตรฐานชุมชน จัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และพัฒนาแนวทางการดำเนินงานชุมชนจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (DM/HT)
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อปรับสภาพแวดล้อมของชุมชนให้เอื้อต่อการลดการกินยาของผู้ป่วยเบาหวาน
แหล่งเก็บข้อมูล	1.การประเมินมาตรฐานชุมชน จัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (DM/HT)
วิธีการเก็บข้อมูล	- รายงานการประเมินมาตรฐานชุมชน จัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (DM/HT)
สูตรการคำนวณ	A = จำนวนชุมชนมิตรเบาหวาน B = จำนวนชุมชนทั้งหมดในอำเภอสว่างแดนดิน สูตรคำนวณตัวชี้วัด $(A/B) \times 100$
ผู้รวบรวมข้อมูลและรายงานข้อมูลในระดับโรงพยาบาล	นางนวพร สุริยะไชย

39. อัตราผู้ป่วยเบาหวานสามารถหยุดยาได้ อย่างน้อยร้อยละ 5 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด

รายการ	คำอธิบาย
ชื่อตัวชี้วัด	อัตราผู้ป่วยเบาหวานสามารถหยุดยาได้ อย่างน้อยร้อยละ 5 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด
ยุทธศาสตร์	5. พัฒนาระบบภาคีเครือข่าย และบูรณาการระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อ
ระดับตัวชี้วัด	ระดับโรงพยาบาล
ผู้รับผิดชอบ	นางนวพร สุริยะไชย
ความถี่การรายงานตัวชี้วัด	ทุกปี
เป้าหมายที่กำหนด 1 ปี	เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 5
เป้าหมายที่กำหนด 3 ปี	เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 5
ความหมาย/นิยาม ของตัวชี้วัด	ผู้ป่วยเบาหวานสามารถหยุดยาได้ หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (HbA1c น้อยกว่า 6.5%) ได้เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือน โดยไม่ต้องใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาล
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อปรับพฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยจนสามารถหยุดการกินยาเบาหวานได้
แหล่งเก็บข้อมูล	1.จำนวนผู้ป่วยเบาหวานสามารถหยุดยาได้
วิธีการเก็บข้อมูล	- รายงานจำนวนผู้ป่วยเบาหวานสามารถหยุดยาได้
สูตรการคำนวณ	A = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานสามารถหยุดยาได้ B = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด สูตรคำนวณตัวชี้วัด $(A/B) \times 100$
ผู้รวบรวมข้อมูลและรายงานข้อมูล ในระดับโรงพยาบาล	นางนวพร สุริยะไชย

ยุทธศาสตร์ที่ 6 บริหารจัดการด้วยหลักธรรมาภิบาล และดำเนินงานโรงพยาบาลต้นแบบ
แห่งความสุข

40. การบริหารแผน Plan financial เปรียบเทียบผลการดำเนินงาน ผลต่างบวกหรือลบไม่เกิน 5%

รายการ	คำอธิบาย
ชื่อตัวชี้วัด	การบริหารแผน Plan financial เปรียบเทียบผลการดำเนินงาน ผลต่างบวกหรือลบไม่เกิน 5 %
ยุทธศาสตร์	6. บริหารจัดการด้วยหลักธรรมาภิบาล และดำเนินงานโรงพยาบาลต้นแบบแห่งความสุข
ระดับตัวชี้วัด	ระดับโรงพยาบาล
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวเบญจวรรณ คำหนองคู
ความถี่การรายงานตัวชี้วัด	ทุกเดือน
เป้าหมายที่กำหนด 1 ปี	ผ่านเกณฑ์ ผลต่างบวกหรือลบไม่เกิน 5 %
เป้าหมายที่กำหนด 3 ปี	ผ่านเกณฑ์ ผลต่างบวกหรือลบไม่เกิน 5 %
ความหมาย/นิยาม ของตัวชี้วัด	เป็นตัวชี้วัดที่บ่งชี้ประสิทธิภาพในการควบคุมกำกับการบริหารงบประมาณตามแผนการเงินการคลัง (Plan Financial: Plan Fin) ทั้งด้านรายรับ และด้านรายจ่าย
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อประเมินผลการบริหารแผนการเงินการคลัง ทั้งด้านรับและด้านจ่าย
แหล่งเก็บข้อมูล	1. ข้อมูลงบดุลทางบัญชี ประจำเดือน 2. ข้อมูล Plan Fin ประจำปีงบประมาณ
วิธีการเก็บข้อมูล	ข้อมูลจากระบบบันทึกทางบัญชีโรงพยาบาล
สูตรการคำนวณ	(ข้อมูลประมาณการรายรับหรือจ่าย แยกรายหมวด - ข้อมูลผลการดำเนินงานรับจริงหรือจ่ายจริง แยกรายหมวด)/100
ผู้รวบรวมข้อมูลและรายงานข้อมูลในระดับโรงพยาบาล	กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ
ผู้รวบรวมข้อมูลและรายงานข้อมูลในระดับจังหวัด/เขตฯ	นางสาวเบญจวรรณ คำหนองคู

41. 7 Plus efficiency score \geq B

รายการ	คำอธิบาย
ชื่อตัวชี้วัด	7 Plus efficiency score \geq B
ยุทธศาสตร์	6. บริหารจัดการด้วยหลักธรรมาภิบาล และดำเนินงานโรงพยาบาลต้นแบบแห่งความสุข
ระดับตัวชี้วัด	ระดับโรงพยาบาล
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวราตรี แพงไชยศรี
ความถี่การรายงานตัวชี้วัด	รายไตรมาส
เป้าหมายที่กำหนด 1 ปี	7 Plus efficiency score \geq B
เป้าหมายที่กำหนด 3 ปี	7 Plus efficiency score \geq B
ความหมาย/นิยาม ของตัวชี้วัด	เป็นดัชนีชี้วัดประสิทธิภาพการบริหารทางการเงินและการดำเนินงานที่กำหนดโดยกองเศรษฐกิจสุขภาพฯ
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อวัดความสามารถของหน่วยงานในการบริหารรายได้ ค่าใช้จ่ายสินทรัพย์ หนี้สิน และสินค้าคงคลัง โดยมีการประเมินเป็นรายไตรมาสและให้เกรดตั้งแต่ A-F
แหล่งเก็บข้อมูล	1. ข้อมูลการประเมินผลการดำเนินงานด้านการเงิน ด้านการพัสดุ การบัญชี ด้านการควบคุมกำกับติดตามแผนยุทธศาสตร์ 2. ข้อมูลจากกลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ การเงิน บัญชี และพัสดุ
วิธีการเก็บข้อมูล	ข้อมูลจากระบบบันทึกทางบัญชีโรงพยาบาล
สูตรการคำนวณ	คิดคะแนนจากเกณฑ์ที่ผ่านในแต่ละข้อ จะได้ 1 คะแนน รวมคะแนนทั้งหมดและจัดเกรดดังนี้ A=7 คะแนน, A ⁻ =6 คะแนน, B=5 คะแนน, B ⁻ =4 คะแนน, C= 3 คะแนน, C ⁻ =2 คะแนน, D= 1 คะแนน, F= 0 คะแนน (1.ประสิทธิภาพการทำกำไร Operating Margin มากกว่าหรือเท่ากับ ค่ากลาง HGR 2.อัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์ Return on Asset มากกว่าหรือเท่ากับ ค่ากลาง HGR 3.ระยะเวลาเฉลี่ยในการชำระหนี้การค้ากลุ่มบริการ(ค่ายา เวชภัณฑ์ มิใช่ยาฯ) Average payment Period) การค้ากลุ่มบริการ ถ้า cash Ratio น้อยกว่า 0.8 Payment Period ต้องน้อยกว่า 180 วัน แต่ถ้า cash Ratio มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 Payment Period ต้องน้อยกว่า 90 วัน

	<p>4.ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้ UC (Average Collection Period) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 วัน</p> <p>5.ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้ CSMB (Average Collection Period) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 วัน</p> <p>6.ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้ SSS (Average Collection Period) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 120 วัน</p> <p>7.การบริหารสินค้าคงคลัง ยา (Inventory Management) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 วัน)</p>
ผู้รวบรวมข้อมูลและรายงานข้อมูล ในระดับโรงพยาบาล	กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ
ผู้รวบรวมข้อมูลและรายงานข้อมูล ในระดับจังหวัด/เขตฯ	นางสาวราตรี แผงไชยศรี

42. บุคลากรในโรงพยาบาลเข้าร่วม Moral credit \geq 80 %

รายการ	คำอธิบาย
ชื่อตัวชี้วัด	บุคลากรในโรงพยาบาลเข้าร่วม Moral credit \geq 80 %
ยุทธศาสตร์	6. บริหารจัดการด้วยหลักธรรมาภิบาล และดำเนินงานโรงพยาบาลต้นแบบแห่งความสุข
ระดับตัวชี้วัด	ระดับโรงพยาบาล
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวเบญจวรรณ คำหนองคู
ความถี่การรายงานตัวชี้วัด	ราย 1 ปี
เป้าหมายที่กำหนด 1 ปี	1. บุคลากรในโรงพยาบาลเข้าร่วม Moral credit \geq 80 % 2. SHA score เพิ่มขึ้นจากเดิมมากกว่า 10 %
เป้าหมายที่กำหนด 3 ปี	ผ่านการประเมินตามมาตรฐาน SHA
ความหมาย/นิยาม ของตัวชี้วัด	1. ประเมินการพัฒนาบุคลากรด้านคุณธรรม และมิติจิตวิญญานในการปฏิบัติงาน เพื่อการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมทุกมิติ 2. ประเมินบุคลากรให้มองเห็นคุณค่าของตนเอง คุณค่าผู้อื่น และคุณค่าขององค์กร นำไปสู่การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ ในองค์กร
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อประเมินการพัฒนาบุคลากรด้านคุณธรรม และมิติจิตวิญญาน
แหล่งเก็บข้อมูล	1. จากบุคลากรของโรงพยาบาลทุกคน 2. หน่วยงานสังกัดโรงพยาบาล ทุกหน่วยงาน
วิธีการเก็บข้อมูล	1. แบบสอบถามบุคลากร ระดับบุคคล 2. แบบรายงานของหน่วยงาน
สูตรการคำนวณ	จำนวนบุคลากรที่เข้าร่วม ทั้งหมด / จำนวนบุคลากรในโรงพยาบาลทั้งหมด
ผู้รวบรวมข้อมูลและรายงานข้อมูลในระดับโรงพยาบาล	คณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลคุณธรรม
ผู้รวบรวมข้อมูลและรายงานข้อมูลในระดับจังหวัด/เขตฯ	นางสาวเบญจวรรณ คำหนองคู

43. ความสุขของบุคลากร ≥ 70 %

รายการ	คำอธิบาย
ชื่อตัวชี้วัด	ความสุขของบุคลากร ≥ 70 %
ยุทธศาสตร์	6. บริหารจัดการด้วยหลักธรรมาภิบาล และดำเนินงานโรงพยาบาล ต้นแบบแห่งความสุข
ระดับตัวชี้วัด	ระดับโรงพยาบาล
ผู้รับผิดชอบ	นางสุกัญญา นำชัยทศพล
ความถี่การรายงานตัวชี้วัด	ทุก 6 เดือน
เป้าหมายที่กำหนด 1 ปี	ระดับความสุขของบุคลากรโดยรวม มากกว่า 70 %
เป้าหมายที่กำหนด 3 ปี	ระดับความสุขของบุคลากรโดยรวม มากกว่า 70 %
ความหมาย/นิยาม ของตัวชี้วัด	เป็นตัวชี้วัดที่ใช้ในการประเมินระดับความสุขของบุคลากรในโรงพยาบาล 8 ด้าน และภาพรวม
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อประเมินระดับความสุขของบุคลากรในโรงพยาบาล
แหล่งเก็บข้อมูล	1. จากบุคลากรของโรงพยาบาลทุกคน 2. หน่วยงานสังกัดโรงพยาบาล ทุกหน่วยงาน
วิธีการเก็บข้อมูล	1. แบบสอบถามบุคลากร ระดับบุคคล 2. แบบรายงานของหน่วยงาน
สูตรการคำนวณ	คะแนนผลการประเมิน Happinometer 8 ด้าน
ผู้รวบรวมข้อมูลและรายงานข้อมูล ในระดับโรงพยาบาล	คณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลคุณธรรม
ผู้รวบรวมข้อมูลและรายงานข้อมูล ในระดับจังหวัด/เขตฯ	นางสุกัญญา นำชัยทศพล

44. ผ่านเกณฑ์การประเมิน EIA ทั้ง 5 มิติ มีคะแนนมากกว่า 90 %

รายการ	คำอธิบาย
ชื่อตัวชี้วัด	ผ่านเกณฑ์การประเมิน EIA ทั้ง 5 มิติ มีคะแนนมากกว่า 90 %
ยุทธศาสตร์	6. บริหารจัดการด้วยหลักธรรมาภิบาล และดำเนินงานโรงพยาบาลต้นแบบแห่งความสุข
ระดับตัวชี้วัด	ระดับโรงพยาบาล
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวศมล เคนานัน
ความถี่การรายงานตัวชี้วัด	รายไตรมาส (3 เดือน)
เป้าหมายที่กำหนด 1 ปี	ผ่านเกณฑ์คะแนนมากกว่า 90 %
เป้าหมายที่กำหนด 3 ปี	ผ่านเกณฑ์คะแนนมากกว่า 90 %
ความหมาย/นิยาม ของตัวชี้วัด	เป็นตัวชี้วัดที่บ่งชี้ระบบธรรมาภิบาล การบริหารทางการเงิน การบัญชี การพัสดุ และการควบคุมภายใน
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อประเมินผลการบริหารตามหลักธรรมาภิบาล
แหล่งเก็บข้อมูล	1. ข้อมูลการประเมินผลการดำเนินงานด้านการเงิน ด้านการพัสดุ การบัญชี ด้านการควบคุมกำกับติดตามแผนยุทธศาสตร์ 2. ข้อมูลจากกลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ การเงิน บัญชี และพัสดุ
วิธีการเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานตามแบบประเมิน หรือแบบ check list จากกลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง
สูตรการคำนวณ	
ผู้รวบรวมข้อมูลและรายงานข้อมูลในระดับโรงพยาบาล	1. กลุ่มงานบริหารทั่วไป 2. งานกฎหมาย
ผู้รวบรวมข้อมูลและรายงานข้อมูลในระดับจังหวัด/เขตฯ	นางสาวศมล เคนานัน

