

ยุทธศาสตร์โรงพยาบาล ปี ๒๕๖๒

วิสัยทัศน์ (VISION)

เป็นโรงพยาบาลคุณภาพ มุ่งพัฒนาอย่างยั่งยืน บุคลากรมีความสุข สร้างสุขภาพแบบมีส่วนร่วมกับชุมชน(Quality Sustainability Happy and Participatory)

พันธกิจ (MISSION)

๑. ให้บริการ รักษาพยาบาล สร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค ควบคุมโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับปฐมภูมิและระดับทุติยภูมิตามมาตรฐานอย่างมีคุณภาพ
๒. บูรณาการงานร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในการขับเคลื่อนงานโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) แบบมีส่วนร่วม
๓. พัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลคุณธรรม.

เป้าหมายหลัก (Goal)

(Goal) ร่วม

๑. ประชาชนมีสุขภาพดี มีทักษะการจัดการสุขภาพ พึงพอใจต่อระบบบริการ
๒. มีการจัดสรรด้านงบประมาณด้วยความถูกต้องโปร่งใส
๓. บุคลากรมีความสุข มีคุณธรรม มีแรงบันดาลใจในการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง
๔. นวัตกรรมสุขภาพได้รับการขยายผล สื่อสารสู่ผู้รับบริการและชุมชน
๕. ระบบบริการได้มาตรฐานผ่านการรับรองคุณภาพ
๖. บูรณาการการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับภาคี เครือข่ายโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนาระบบบริการให้ได้มาตรฐานผ่านการรับรองมาตรฐานคุณภาพบริการโรงพยาบาล (HA)
๒. เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพเชิงรุก ด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การฟื้นฟู และการสร้างเสริมสุขภาพแบบบูรณาการร่วมกับทุกภาคส่วนที่สอดคล้องกับปัญหาในบริบทพื้นที่ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย
๓. สนับสนุนให้มีการพัฒนาและใช้นวัตกรรมสุขภาพร่วมกับการแพทย์แผนไทย และสาขาชีพในการดูแลสุขภาพประชาชน

ยุทธศาสตร์การพัฒนา

๑. พัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลให้มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน
๒. พัฒนาระบบบริหารงานบุคคล ให้บุคลากรมีความสุข มีคุณธรรม มีแรงบันดาลใจในการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง
๓. พัฒนาบริการสุขภาพเชิงรุกในการสร้างศักยภาพของบุคลากรและประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน
๔. พัฒนาระบบบริหารจัดการและการใช้สารสนเทศในระบบบริการสุขภาพทุกประเภทในการพัฒนานวัตกรรมสุขภาพร่วมกับสหวิชาชีพในการดูแลสุขภาพประชาชน

การวิเคราะห์ห้องค์กร (SWOT analysis) ของโรงพยาบาลลับแล

คณะทำงานวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสและอุปสรรค ได้สรุปประเด็นของแต่ละด้าน แล้วนำมาจัดน้ำหนักลำดับความสำคัญของสถานะแวดล้อมแต่ละข้อในแต่ละด้าน โดยใช้มาตรวัด ๔ ระดับ ใช้สถิติในการวิเคราะห์ คือ มีค่าเฉลี่ยและกำหนดเกณฑ์การแปลความหมาย รายละเอียดดังนี้

เกณฑ์ความหมายของน้ำหนักลำดับความสำคัญของสถานะแวดล้อม

๔	หมายถึง	เห็นด้วยมากที่สุด
๓	หมายถึง	เห็นด้วยมาก
๒	หมายถึง	เห็นด้วยน้อย
๑	หมายถึง	เห็นด้วยน้อยที่สุด

เกณฑ์การแปลความหมายค่าเฉลี่ยของสถานะแวดล้อม

๓.๒๖ – ๔.๐๐	หมายถึง	ระดับมากที่สุด
๒.๕๑ – ๓.๒๕	หมายถึง	ระดับมาก
๑.๗๖ – ๒.๕๐	หมายถึง	ระดับน้อย
๑.๐๐ – ๑.๗๕	หมายถึง	ระดับน้อยที่สุด

ผลการประเมินศักยภาพ (SWOT) ของโรงพยาบาลลับแลในปัจจุบันแต่ละด้าน ดังนี้

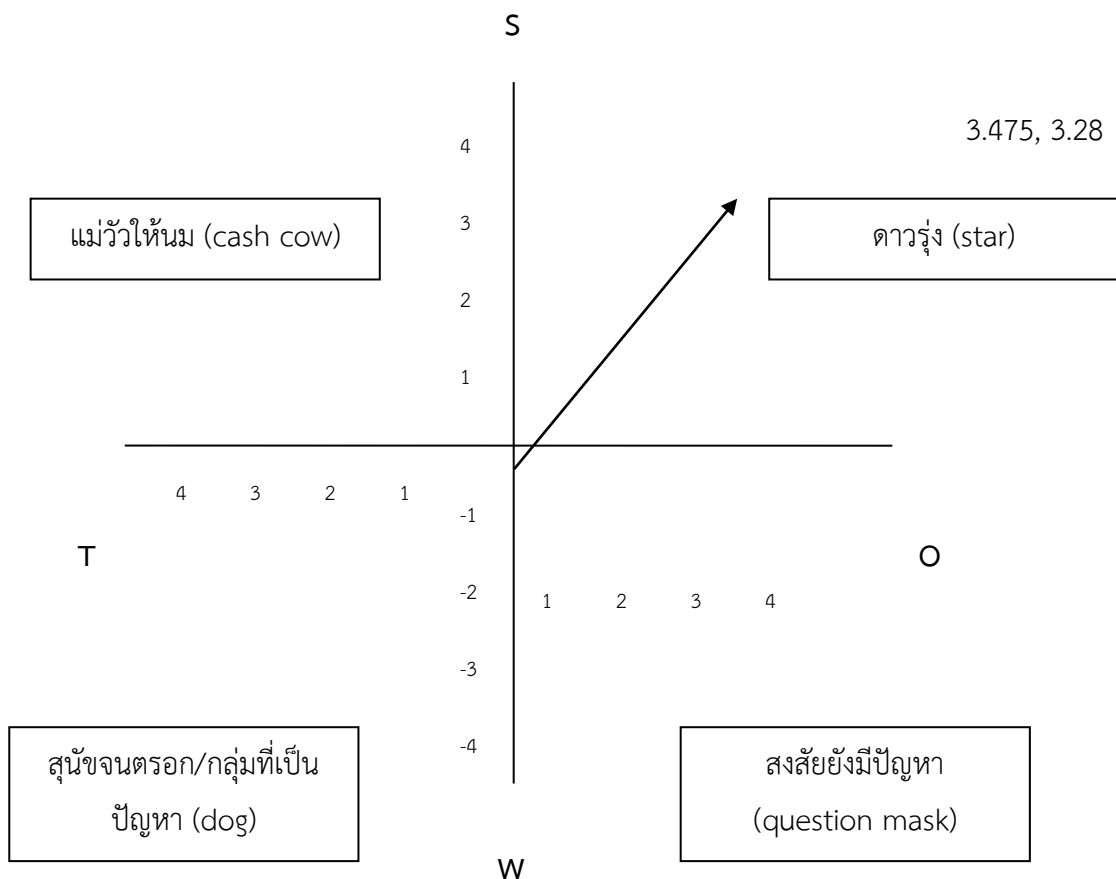
ข้อ	สภาพแวดล้อมของโรงพยาบาล	คะแนนเฉลี่ย	ระดับความคิดเห็น
ปัจจัยภายใน ด้านจุดแข็ง (Strength-S)			
S๑	โรงพยาบาลขนาดเล็กบุคลากรเพียงพอในการพัฒนาโรงพยาบาลให้ได้มาตรฐานคุณภาพและการบริการเชิงรุกในชุมชน	๓.๕	มากที่สุด
S๒	บุคลากรมีประสบการณ์การทำงานมานานสามารถนำประสบการณ์มาใช้ในการพัฒนาได้เป็นอย่างดี/มีความรู้ความสามารถ	๓.๒๕	มากที่สุด
S๓	ทีมบริหาร/ทีมงานโรงพยาบาลมีความมุ่งมั่นในการพัฒนาหน่วยงานให้ได้มาตรฐานคุณภาพ	๓.๒๕	มากที่สุด
S๔	เครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์มีความพร้อมในการให้บริการมีการสอบเทียบอุปกรณ์	๓.๒๕	มากที่สุด
S๕	มี SP/WI ปฏิบัติตามมาตรฐาน	๓	มากที่สุด
S๖	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์รพ.อนามัยแม่และเด็ก	๔	มากที่สุด
S๗	ผ่านมาตรฐานโรงพยาบาล HPH plus	๔	มากที่สุด
S๘	เป็นเครือข่ายบริการสุขภาพจิตและจิตเวชระดับประเทศ	๔	มากที่สุด
S๙	ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอกจำนวนมาก	๓.๒๕	มากที่สุด
S๑๐	มีผลงานวิชาการ	๓.๒๕	มากที่สุด
คะแนนเฉลี่ยรวม		๓.๔๘	มากที่สุด
ปัจจัยภายใน ด้านจุดอ่อน (Weakness-W)			
W๑	งบประมาณสนับสนุนในการจัดระบบบริหาร, บริการมีไม่เพียงพอมาก ใช้งบไม่ตามแผน	๒.๕	น้อย
W๒	ด้านบริหารยังไม่มีมาตรการที่เข้มแข็งทำให้มีเจ้าหน้าที่บางส่วนเอาไม่ปฏิบัติตามระเบียบที่กำหนด	๒.๕	น้อย
W๓	การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ(หรือถึงผู้ปฏิบัติ) ยังไม่ชัดเจน	๒.๕	น้อย
W๔	การสื่อสาร, การประสานงานหน่วยงาน, ทีมงานพัฒนาโรงพยาบาลยังไม่ดีเพียงพอและการทำงานเป็นทีมยังไม่ดีเพียงพอ	๒.๕	น้อย
W๕	ระบบคอมพิวเตอร์เครือข่ายในการจัดระบบบริการและบริหารสารสนเทศไม่ครบถ้วนทันเวลาในการนำข้อมูลสารสนเทศมาใช้ในการพัฒนาระบบบริการ	๒	น้อย
W๖	ขาดบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง	๒.๕	น้อย
W๗	ไม่มีห้องสมุด	๒.๒๕	น้อย
W๘	พฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรบางส่วนไม่เหมาะสม	๒	น้อย
คะแนนเฉลี่ยรวม		๒.๓๔	น้อย

ข้อ	สภาพแวดล้อมของโรงพยาบาล	คะแนนเฉลี่ย	ระดับความคิดเห็น
ปัจจัยภายนอก ด้านโอกาส (Opportunities-O)			
๐๑	นโยบายภาครัฐเน้นการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลการสร้างเสริมสุขภาพประชาชนอำเภอสุขภาพอำเภอ	๓.๒๕	มากที่สุด
๐๒	เทคโนโลยีสมัยใหม่ทำให้มีความสะดวกในการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศโรงพยาบาลดีขึ้นทำให้สามารถให้บริการได้รวดเร็วขึ้น	๓.๒๕	มากที่สุด
๐๓	เครื่องมือการทำงานดีมีคุณภาพเหมาะสม	๓.๒๕	มากที่สุด
๐๔	มวลชนมีบทบาทมากขึ้นในทางสถานะสุขภาพเช่นการประชาสัมพันธ์ก่อสร้าง	๓.๒๕	มากที่สุด
๐๕	มีนโยบายปฏิบัติชัดเจน HA., HPH.	๓.๗๕	มากที่สุด
๐๖	ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานภายนอกมีผลต่อการพัฒนาบริการโรงพยาบาล	๓	มากที่สุด
๐๗	เข้ารับการประเมินมาตรฐานการพยาบาลระดับปฐมภูมิ	๓.๒๕	มากที่สุด
คะแนนเฉลี่ยรวม		๓.๒๘	มากที่สุด
ปัจจัยภายนอก ด้านอุปสรรค (Threats-T)			
T๑	พฤติกรรมสุขภาพประชาชนมีผลต่อการให้บริการและจัดระบบบริการ เช่น พฤติกรรมมาแล้วขับขี่ยานพาหนะฯลฯ	๓	มาก
T๒	การขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรท้องถิ่นในชุมชน , อำเภอยังคงดำเนินการได้น้อยงบประมาณที่ได้รับจากรัฐน้อย ไม่เพียงพอได้ที่จำนวนน้อย	๒.๗๕	มาก
T๓	การประหยัดทรัพยากรเนื่องมาจากงบที่ได้รับจัดสรรมีน้อยลง	๓	มาก
T๔	โรงพยาบาลเอกชน	๒.๗๕	มาก
คะแนนเฉลี่ยรวม		๒.๘๖	มาก

สรุปสถานการณ์ในปัจจุบันการวิเคราะห์ SWOT

จากการวิเคราะห์และให้นำหนักปัจจัยต่างๆ พบว่า ในภาพรวมค่าเฉลี่ยของจุดแข็งเท่ากับ ๓.๔๗๕ จุดอ่อนเท่ากับ ๒.๓๔ โอกาสเท่ากับ ๓.๒๘ และอุปสรรคเท่ากับ ๒.๙๑ จึงนำค่าเฉลี่ยสูงสุดของปัจจัยภายในและภายนอกมาหาจุดตัดกัน พบว่าจุดแข็งและโอกาสมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ทิศทางการพัฒนายุทธศาสตร์จึงมีสถานการณ์อยู่ที่ ภายนอกเสริมแต่ภายในเด่น หรือ สถานการณ์ดาวรุ่ง คือการใช้ประโยชน์จากจุดแข็งของหน่วยงานให้เป็นประโยชน์

การหาจุดตัดสถานการณ์ของโรงพยาบาลลับแล



SWOT และ Matrix เพื่อกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์การพัฒนา

ปัจจัยภายนอก/ปัจจัยภายใน	จุดแข็ง (Strength-S)	จุดอ่อน (Weakness-W)
	ยุทธศาสตร์ S-O	ยุทธศาสตร์ W-O
โอกาส (Opportunities-O)	<p>๑. พัฒนาระบบบริการสุขภาพทุกประเภทของโรงพยาบาลให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน</p> <p>๒. พัฒนาบริการสุขภาพเชิงรุกในการสร้างศักยภาพของบุคลากรและประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเองครอบครัว และชุมชน</p>	<p>๑. จัดหางบประมาณให้เพียงพอในการจัดระบบการบริหารงาน ระบบบริการ และระบบพัฒนาคุณภาพงานของโรงพยาบาล</p>
	ยุทธศาสตร์ S-T	ยุทธศาสตร์ W-T
อุปสรรค (Threats-T)	<p>๑. พัฒนาระบบบริหารงานบุคคล ให้มีการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ และมุ่งผลสัมฤทธิ์ของงาน</p>	<p>๑. จัดทำระบบสารสนเทศในระบบบริการสุขภาพทุกประเภทของโรงพยาบาลในการนำมาพัฒนาคุณภาพการบริการและการบริหารงาน</p>

เข็มมุ่งโรงพยาบาลลับแล ปี ๒๕๖๒

๑. สร้างพื้นที่และบรรยากาศในการทำงานที่เอื้อให้บุคลากรมีความสุข มีคุณธรรม มีแรงบันดาลใจในการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง
๒. ธรรมรงค์ไว้ซึ่งการพัฒนาคุณภาพ HA ระดับ ๓
๓. พัฒนาระบบบริการสุขภาพเชิงรุกแบบบูรณาการร่วมกับทุกภาคส่วน ที่สอดคล้องกับปัญหาในบริบทพื้นที่ ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย ภายใต้การขับเคลื่อนงานใน ๔ ประเด็นที่สำคัญ ได้แก่ ด้านสิ่งแวดล้อม ในเรื่องผักปลอดภัย ด้านการดูแลกลุ่มเสี่ยง NCD ด้านการดูแลผู้สูงอายุ และ ด้านงานอนามัยแม่และเด็ก พัฒนาการสมวัย ครอบคลุมทั้งด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การฟื้นฟู และการสร้างเสริมสุขภาพ

พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย

๑. กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง/รักษาไม่หาย (DM/HT)
๒. โรคหลอดเลือดในสมอง
๓. โรคหัวใจ
๔. โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
๕. อุบัติเหตุจากรถยนต์ท้องถนน
๖. กลุ่มโรคติดเชื้อ(Sepsis)
๗. โรคถุงลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง
๘. การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ค่านิยม

M O P H

- M: Mastery** ฝึกฝนตนเองให้มีศักยภาพสูงสุด (ควบคุมตนเองให้ทำงานคิดพูดอย่างมีสติใช้ กิริยาวาจาเหมาะสมมีความซื่อสัตย์มีคุณธรรมจริยธรรม รักการเรียนรู้ค้นหาความรู้สม่ำเสมอวินัยตรงต่อเวลารับผิดชอบ)
- O: Originality** สร้างสรรค์นวัตกรรมสิ่งใหม่ๆที่เป็นประโยชน์ต่อระบบสุขภาพ
- P: People-centered Approach** ยึดประชาชนเป็นที่ตั้งเป็นศูนย์กลางในการทำงาน
- H: Humility** มีความอ่อนน้อมถ่อมตน การเคารพผู้อื่น เห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวม รู้แพ้ รู้ชนะ เปิดรับฟังความเห็นต่างจัดการความขัดแย้งด้วยวิธีสร้างสรรค์ช่วยผู้อื่นแก้ปัญหาในยามคับขัน

วัฒนธรรมองค์กร

๑. ไหว้ทักทายและกล่าวสวัสดีเมื่อพบกันครั้งแรกทุกวัน
๒. ส่งเสริมกิจกรรมตามประเพณีเช่น ทำบุญประจำปี รดน้ำดำหัวผู้สูงอายุ
๓. จิตอาสา

ตัวชี้วัด ความสำเร็จขององค์กร ประกอบด้วย

ตัวชี้วัดตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๕๕ หลัก ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดตามนโยบาย เขตสุขภาพที่ ๒ และ จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน ๔๑ ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ จำนวน ๑๓๒ จำนวนตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ๕๕ หลัก ตัวชี้วัด

๑. อัตราการตาย
๒. ร้อยละเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย
๓. ร้อยละเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ
๔. ร้อยละเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี
๕. เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า ๑๐๐
๖. ร้อยละของเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน
๗. อัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี
๘. ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพและดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์
๙. ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ
๑๐. ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ
๑๑. ระดับความสำเร็จของจังหวัดในการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน(EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติได้จริง
๑๒. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและอัตราสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน
๑๓. ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบมีความปลอดภัยตามเกณฑ์ที่กำหนด
๑๔. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ Green & Clean Hospital
๑๕. ร้อยละของคลินิกหออกรับที่เปิดดำเนินการในพื้นที่
๑๖. ร้อยละของสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้รับการตรวจสอบมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ ๑๐๐
๑๗. ร้อยละครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด
๑๘. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
๑๙. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ
๒๐. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (RDU)
๒๑. ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง
๒๒. อัตราตายทารกแรกเกิด
๒๓. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)
๒๔. ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่าง ๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ
๒๕. ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรคและฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก
๒๖. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต
๒๗. อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ
๒๘. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด acquired
๒๙. ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้มาตรฐานเวลาที่กำหนด

๓๐. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
๓๑. ร้อยละของโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F๒ ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolysis drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้
๓๒. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
๓๓. อัตราผู้ป่วยใหม่เบาหวานจากเสียงเบาหวาน <๒.๐๕
๓๔. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้
๓๕. ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด
๓๖. ร้อยละความครอบคลุมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก >ร้อยละ ๙๐
๓๗. ร้อยละของผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน
๓๘. ร้อยละผู้ติดยาเสพติด ที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดและ ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention Rate ๑ year)
๓๙. ร้อยละของผู้ใช้ ผู้เสพที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสพต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัด ๓ เดือน (๓ month remission rate)
๔๐. ร้อยละของโรงพยาบาล M/F ที่ให้บริการ Intermediate Care
๔๑. ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยตาม ๑๒ โรคหัตถการ ได้รับการแบบ One Day Surgery
๔๒. อัตราตายของผู้ป่วยฉุกเฉิน (Triaget Level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาล A,S,M๑
๔๓. ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
๔๔. ร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง
๔๕. ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง
๔๖. ร้อยละของอำเภอที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ
๔๗. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA
๔๘. ร้อยละของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน ๕ มิติ
๔๙. ร้อยละของโรงพยาบาลมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓
๕๐. ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ดีดดาว
๕๑. ร้อยละของจังหวัดและหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล
๕๒. มีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart hospital
๕๓. ร้อยละของหน่วยบริการผ่านวิกฤตทางการเงิน
๕๔. ร้อยละผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพที่เผยแพร่ให้หน่วยงานต่างๆนำไปใช้ประโยชน์
๕๕. ร้อยละของการใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องที่ได้รับการปรับปรุงและมีผลบังคับใช้

ตัวชี้วัดตามนโยบาย เขตสุขภาพที่ ๒ และ จังหวัดอุตรดิตถ์ ๔๑ ตัวชี้วัด

๑. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ > ร้อยละ ๕๐
๒. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)
๓. อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงรายใหม่กลุ่มเสี่ยง
๔. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางตาไต เท้า
๕. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke)
๖. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke)
๗. ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (Ictm) ที่มีอาการไม่เกิน ๔.๕ ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน ๖๐ นาที (door to needle time)
๘. อัตราการเกิดภาวะเรื้อรังเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
๙. อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
๑๐. ร้อยละความครอบคลุมการคัดกรองมะเร็งเต้านม
๑๑. สัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ ๑ และ ๒
๑๒. อัตราการเกิดภาวะเรื้อรังเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
๑๓. ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด
๑๔. อัตราการคงอยู่ของบุคลากรด้านสุขภาพ (Retention Rate)
๑๕. ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก
๑๖. อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐาน
๑๗. อัตราป่วยโรคไข้เลือดออก
๑๘. ร้อยละการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงวัณโรค
๑๙. อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี
๒๐. เด็กอายุ ๖ - ๑๔ ปี ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก
๒๑. Birth Asphyxia
๒๒. ห้องคลอดผ่านเกณฑ์คุณภาพ
๒๓. อัตราการตกเลือดหลังคลอด
๒๔. จำนวนผู้ป่วย Fast track (STEMI, Stroke, Trauma, Severe Sepsis) ที่มาด้วย EMS เพิ่มขึ้น
๒๕. ร้อยละการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงวัณโรค
๒๖. การการดูแลขณะตั้งครรภ์ผ่านเกณฑ์มาตรฐานภายใน ๑๒ สัปดาห์
๒๗. เด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า
๒๘. เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔1
๒๙. ร้อยละ ๙๐ ของเด็กอายุ ๐-๕ ปีที่พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม
๓๐. สมาธิสั้น และโรคออทิสติกเข้าถึงบริการ
๓๑. ร้อยละของเด็กกลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)
๓๒. ร้อยละของประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรอง เบาหวาน
๓๓. ร้อยละของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม

๓๔. ร้อยละของวัยทำงานอายุ ๓๐-๔๔ ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ
๓๕. ผ่านเกณฑ์สถานที่ทำงานน่าอยู่ HWP
๓๖. ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม
๓๗. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาและหยุดเสพต่อเนื่อง (Remission)
๓๘. ร้อยละของตลาดนัดในอำเภอ ผ่านเกณฑ์ตลาดนัดน่าซื้อ
๓๙. ความครอบคลุมของร้านชำมาตรฐาน
๔๐. ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบมีความปลอดภัย
๔๑. ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer)

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลให้มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน (Service Excellence)

เป้าประสงค์:

- ๑) มีหมอครอบครัวดูแลประชาชนทุกครัวเรือน
- ๒) มีระบบบริการสุขภาพที่ได้คุณภาพมาตรฐาน
- ๓) มีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ
- ๔) มีเครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ทันสมัยและสามารถแข่งขันได้ในระดับสากล
- ๕) มีความร่วมมือทั้งระหว่างหน่วยงานภายในประเทศและหน่วยงานต่างประเทศโดยเฉพาะในการป้องกันและรักษาโรคที่มีความสำคัญ

กลยุทธ์:

- ๑) พัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) โดยให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลทุกครัวเรือน
- ๒) พัฒนาระบบบริการตามแผนพัฒนาบริการสุขภาพ (Service Plan) ที่ครอบคลุมทุกระบบ ในการให้บริการทุกพื้นที่
- ๓) พัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและพัฒนาระบบเครือข่ายการส่งต่อทุกระดับให้มีประสิทธิภาพ
- ๔) ส่งเสริมการใช้การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก ภูมิปัญญาและสมุนไพรไทย
- ๕) สนับสนุนหน่วยงานบริการด้านสุขภาพให้ได้มาตรฐานสากล
- ๖) ส่งเสริมการพัฒนานวัตกรรมด้านสุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์
- ๗) สนับสนุนการพัฒนาบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน
- ๘) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์

แผนงาน/โครงการ:

- แผนงานที่ ๑ การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)
- แผนงานที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
- แผนงานที่ ๓ การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
- แผนงานที่ ๔ การพัฒนาระบบบริการการเร่งรัดค้นหาผู้ป่วยวัณโรค

แผนงาน/โครงการ	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)	เป้าหมาย
แผนงานที่ ๑ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) (๑ โครงการ๒ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)		
๑. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิและเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ (พชอ.)	๑) (PA) ครอบคลุมที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ๒) (PA)ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (PCC) ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ๑๐๐ ผ่านเกณฑ์
แผนงานที่ ๒ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) (๑๔ โครงการ ๓๖ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)		เป้าหมาย
๑. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	๑) (QOF) ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้>ร้อยละ ๕๐ ๒) (MOU) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ๓)อัตราผู้ป่วยใหม่เบาหวานจากเสี่ยงเบาหวาน ๔)อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงรายใหม่กลุ่มเสี่ยง ๕) (PA,MOU) อัตรากลุ่มสงสัยป่วยด้วยความดันโลหิตสูงฯ ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ๖) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางตาไต เท้า ๖) (PA) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ๖.๑) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke) ๖.๒) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke) ๖.๓) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;1๖๐-1๖๙)การรักษาในStroke Unit ๖.๔) ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (1๖๓) ที่มีอาการไม่เกิน ๔.๕ ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน ๖๐ นาที (door to needle time) ภายในระยะเวลาที่กำหนด ๗) (PA) ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง	>ร้อยละ ๕๐ > ร้อยละ๘๕ < ๒.๐๕ <ร้อยละ๕ >ร้อยละ ๓๐ >ร้อยละ ๘๐ <ร้อยละ ๕ < ร้อยละ ๒๕ < ร้อยละ ๗ > ร้อยละ๔๐ ร้อยละ ๑๐

แผนงาน/โครงการ	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)	เป้าหมาย
๒.โครงการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อด้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล	๑) (PA) ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล	ผ่านเกณฑ์ ชั้น ๒
๓.โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิด	๑) (PA) อัตราตายทารกแรกเกิด: ๑๐๐๐ ปชก. ๒) Birth Asphyxia ๓) ห้องคลอดผ่านเกณฑ์คุณภาพ	น้อยกว่า ๓.๘ เท่ากับ ๐ ผ่านเกณฑ์
๔.โครงการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง(Palliative Care)	๑) (PA) ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ๒)(PA) ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ	ร้อยละ ๙๐ ร้อยละ ๔๐
๕.โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยฯ	๑)(PA) ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน	> ร้อยละ ๑๘.๕
๖.โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช	๑) (PA) ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ๒) (PA) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	ร้อยละ ๖๓ ๖.๓: แसन ปชก
๗.โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด	๑) ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาและหยุดเสพต่อเนื่อง (Remission) ๒)(PA) ร้อยละผู้ติดยาเสพติด ที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดและ ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention Rate ๑ year) ๓)(PA) ร้อยละของผู้ใช้ ผู้เสพที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสพต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัด ๓ เดือน (๓ month remission rate)	ร้อยละ ๘๐ ร้อยละ ๒๐ ร้อยละ ๔๐
๘.โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ๕ สาขาหลัก	๑) (PA) อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community acquired	< ร้อยละ ๓๐
๙.โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ	๑) (PA) ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F๒ ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolysis drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้ ๒) (PA) อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ	ร้อยละ ๕๐ ๒๖ : แसन ปชก.
๑๐.โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต	๑)(PA) ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<๔ml/min/๑.๗๓m๒/yr	> ร้อยละ ๖๖
๑๑.โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาจักษุวิทยา	๑) (PA) ร้อยละของผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน	> ร้อยละ ๘๕

แผนงาน/โครงการ	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)	เป้าหมาย
๑๓. โครงการพัฒนาระบบบริการ ดูแลระยะกลาง (Intermediate Care)	๑) (PA) ร้อยละของโรงพยาบาล M/F ที่ให้บริการ Intermediate Care	> ร้อยละ ๘๕
๑๔. โครงการพัฒนาระบบบริการ One Day Surgery	๑)(PA) ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยตาม ๑๒ โรค หัตถการ ได้รับบริการแบบ One Day Surgery	ร้อยละ ๒๐
๑๕)โครงการพัฒนาระบบบริการ COPD & Asthma	๑)(MOU)อัตราการเกิดกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุด กั้นเรื้อรัง ๒) อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	< ร้อยละ ๕ < ร้อยละ ๒.๕
แผนงานที่ ๓ การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ (๑ โครงการ ๕ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)		เป้าหมาย
๑.โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ ฉุกเฉินและสาธารณสุข	๑) PA ความสำเร็จของโรงพยาบาลในการพัฒนาศูนย์ ปฏิบัติการ ภาวะฉุกเฉิน (EOC) ๒) (PA) อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาล A,S,M๑ (ทั้ง ER และ Admit) ๓) (PA) ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ๔)(PA) อัตราตายของผู้ป่วยฉุกเฉิน (Triaget Level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาล A,S,M๑ ๕) (MOU) จำนวนผู้ป่วย Fast track (STEMI, Stroke, Trauma,Severe Sepsis)ที่มาจาก EMS เพิ่มขึ้น	ร้อยละ ๘๐ < ร้อยละ ๑ ร้อยละ ๒๒ ร้อยละ ๑๒ ร้อยละ ๒๐ > ร้อยละ ๘๐
แผนงานที่ ๔ การพัฒนาระบบบริการการเร่งรัดค้นหาผู้ป่วยวินโรค ๑ โครงการ ๒ ตัวชี้วัด		
โครงการเร่งรัดค้นหาผู้ป่วยวินโรค อ. ลับแล	๑) (PA) อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวินโรครายใหม่และ กลับเป็นซ้ำ ๒) ร้อยละการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงวินโรค	ร้อยละ ๙๐ >ร้อยละ ๘๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ พัฒนาระบบบริหารงานบุคคล ให้บุคลากรมีความสุข มีคุณธรรม มีแรงบันดาลใจในการพัฒนางานอย่างต่อเนื่องบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)

เป้าประสงค์ :

- ๑) วางแผนอัตรากำลังให้สอดคล้องกับกรอบความต้องการอัตรากำลังคนของประเทศ
- ๒) กระจายสัดส่วนบุคลากรสุขภาพทั้งในเขตเมืองและชนบทให้มีความสมดุลกัน
- ๓) อํารงรักษากําลังคนด้านสุขภาพ

กลยุทธ์:

- ๑) พัฒนาระบบบริหารจัดการกําลังคนด้านสุขภาพ
- ๒) ส่งเสริมและสนับสนุนการผลิต พัฒนา และอํารงรักษากําลังคนด้านสุขภาพ
- ๓) สร้างเครือข่ายการผลิตและพัฒนา กําลังคนด้านสุขภาพ
- ๔) ส่งเสริมและพัฒนาผู้เชี่ยวชาญในระบบสุขภาพ
- ๕) มีระบบฐานข้อมูลผู้เชี่ยวชาญ

แผนงาน/โครงการ:

แผนงานที่ ๑ การพัฒนาระบบบริหารจัดการกําลังคนด้านสุขภาพ

แผนงาน/โครงการ	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)	เป้าหมาย
แผนงานที่ ๑ : การพัฒนาระบบบริหารจัดการกําลังคนด้านสุขภาพ (๓ โครงการ ๕ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)		
๑. โครงการผลิตและพัฒนา กําลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ	๑) ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ ๑๐๐
๒.โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข	๑) (PA) ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer)	ร้อยละ ๗๐
	๒) อัตราการคงอยู่ของบุคลากรด้านสุขภาพ (Retention Rate)	ร้อยละ ๘๐
	๓) (PA) ร้อยละของอำเภอที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ	ร้อยละ ๗๐
๓.โครงการพัฒนาเครือข่าย กําลังคนด้านสุขภาพ	๑) (PA) ครอบครัวยุคใหม่ที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ ๕๐

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนาบริการสุขภาพเชิงรุกในการสร้างศักยภาพของบุคลากรและประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเองครอบครัวและชุมชน (Prevention & Promotion Excellence)

เป้าประสงค์:

- ๑) ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพที่ดี
- ๒) มีระบบป้องกัน ควบคุมโรค ระบบเฝ้าระวังโรคที่สามารถตอบสนองได้ทันที
- ๓) มีระบบคุ้มครองผู้บริโภคที่มีประสิทธิภาพ
- ๔) มีระบบการบริการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของประชาชน
- ๕) ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค

กลยุทธ์:

- ๑) พัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพโดยการพัฒนาศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
- ๒) พัฒนาคูณภาพมาตรฐานการบริการ (ANC /WCC /NCD)
- ๓) พัฒนาระบบฐานข้อมูลรายบุคคล และเชื่อมโยงระบบข้อมูลกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- ๔) ส่งเสริมการผลิตและพัฒนาศักยภาพบุคลากร
- ๕) เสริมสร้างความเข้มแข็งของป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
- ๖) ส่งเสริมและสนับสนุน สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภค
- ๗) ผลักดันและบังคับใช้กฎหมาย
- ๘) บริหารจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี
- ๙) สนับสนุนการมีส่วนร่วมของเครือข่าย

แผนงาน/โครงการ :

- แผนงานที่ ๑ การพัฒนาคูณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
- แผนงานที่ ๒ การพัฒนาคูณภาพชีวิตระดับอำเภอ
- แผนงานที่ ๓ การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
- แผนงานที่ ๔ การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม
- แผนงานที่ ๕.โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ

แผนงาน/โครงการ	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ (Functional KPIs)	เป้าหมาย
แผนงานที่ ๑ : การพัฒนาคูณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) (๕ โครงการ๒๒ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)		
๑. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย ๑๐๐๐ วันมหัศจรรย์ แห่งชีวิต	๑) ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน ๒) (PA) อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน ๑๕ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ๓) เด็กอายุ ๖ - ๑๔ ปี ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก ๔) (PA) ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี ๕) เด็กแรกเกิด - ต่ำกว่า ๖ เดือน กินนมแม่อย่างเดียว ๖) (QOF) การการดูแลขณะตั้งครรภ์ผ่านเกณฑ์มาตรฐานภายใน ๑๒ สัปดาห์	ร้อยละ ๑๐๐ < :แสนปก. ร้อยละ ๑๐๐ ร้อยละ ๕๗ > ร้อยละ ๕๐ > ร้อยละ ๖๐

แผนงาน/โครงการ	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ (Functional KPIs)	เป้าหมาย
๒ ระดับความสำเร็จของพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน	๑) (PA) ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย ๒) เด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า ๓) เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔1 ๔) เด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่คัดกรองพบความล่าช้าได้รับการติดตาม ๕) (PA) เด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	ร้อยละ ๘๐ ร้อยละ ๒๐ ร้อยละ ๖๐ ร้อยละ ๙๐ ร้อยละ ๙๐
๓.โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น	๑) (PA) ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน ๒) ร้อยละของเด็กกลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free) ๓) (PA) อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ๔) หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด ๕ ครั้ง ตามเกณฑ์คุณภาพ ๕) ร้อยละของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ๖) อัตราการตกเลือดหลังคลอด	ร้อยละ ๙๐ > ร้อยละ ๖๘ < ๔๒: แสน ปชก. > ร้อยละ ๖๐ < ร้อยละ ๗ เท่ากับ ๐
๔. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยทำงาน	๑) ร้อยละของวัยทำงานอายุ ๓๐-๔๔ ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ ๒) (QOF) ร้อยละของประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเบาหวาน ๓) (QOF) ร้อยละของประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง	> ร้อยละ ๖๕ > ร้อยละ ๙๐ > ร้อยละ ๙๐
๕.โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ	๑) (PA) ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์ ๒) ร้อยละของ Healthy Aging	ร้อยละ ๑๐๐ ร้อยละ ๘๐
แผนงานที่ ๒ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (๑ โครงการ ๑ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)		
๑. โครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.)	๑) (PA) ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ที่มีคุณภาพ	ร้อยละ ๑๐๐
แผนงานที่ ๓ : การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (๕ โครงการ ๑๓ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)		
๑. โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ	๑) (PA) ผ่านเกณฑ์ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	ผ่านเกณฑ์
๒. โครงการควบคุมโรคติดต่อ	๑) (PA) อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ๒) ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก ๓) อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐาน ๔) อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออกไม่เกิน ๕) อัตราป่วยโรคไข้เลือดออก	ร้อยละ ๘๕ ร้อยละ ๘๕ ร้อยละ ๑๐ ร้อยละ ๐.๑๐ < ๕๐: แสน ปชก.
๓. โครงการควบคุม	๑) อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี	เท่ากับ ๐

แผนงาน/โครงการ	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ (Functional KPIs)	เป้าหมาย
โรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ	๒) อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน	<๒๓.๒: แสนปก.
๔. โครงการส่งเสริมและพัฒนาความปลอดภัยด้านอาหาร	๑) (PA) ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย ๒) โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์โรงพยาบาลอาหารปลอดภัย ๓) ร้อยละของร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์ CFGT	ร้อยละ ๑๐๐ ผ่านเกณฑ์ >ร้อยละ ๙๐ > ร้อยละ ๙๐
๕. โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ	๑) (PA) ร้อยละของสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้รับการตรวจสอบมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ๒) ร้อยละของตลาดนัดในอำเภอ ผ่านเกณฑ์ตลาดนัดน่าซื้อ ๓) ความครอบคลุมของร้านชำมาตรฐาน	ร้อยละ ๑๐๐ ระดับดี >ร้อยละ ๘๐
แผนงานที่ ๓ : การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม (๑ โครงการ ๒ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)		
๑.โครงการบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม	๑)(PA) ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานาอมัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital ๒) ผ่านเกณฑ์สถานที่ทำงานน่าอยู่ HWP	ระดับดีมาก ระดับดีมาก

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ พัฒนาระบบบริหารจัดการและการใช้สารสนเทศในระบบบริการสุขภาพ ทุกประเภทในการพัฒนาวัฒนธรรมสุขภาพร่วมกับสหวิชาชีพในการดูแลสุขภาพประชาชน(Governance Excellence)

เป้าประสงค์ :

- ๑) วางรากฐานให้ระบบหลักประกันสุขภาพครอบคลุมประชากรในทุกภาคส่วนอย่างมีคุณภาพโดยไม่มีวามเหลื่อมล้ำของคุณภาพบริการในแต่ละระบบ
- ๒) มีการบูรณาการข้อมูลระหว่างทุกระบบหลักประกันสุขภาพเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ
- ๓) สร้างและพัฒนากลไกการดูแลด้านการเงินการคลังสุขภาพ
- ๔) มีระบบเทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพ
- ๕) มีการทำวิจัยและนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์และสร้างนวัตกรรมใหม่ๆ

กลยุทธ์:

- ๑) พัฒนาระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริการจัดการภาครัฐ
- ๒) พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
- ๓) พัฒนาระบบฐานข้อมูลบริการ และเชื่อมโยงระบบข้อมูลกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง(big data)
- ๔) บริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ
- ๕) พัฒนาและส่งเสริมงานวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ อย่างครบวงจร

- ๖)ปรับปรุงโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ
- ๗)ปรับปรุงโครงสร้างของหน่วยงานให้สอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนแปลง
- ๘)ปรับปรุงและพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ

แผนงาน/โครงการ:

- แผนงานที่ ๑ การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริการจัดการภาครัฐ
- แผนงานที่ ๒ การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
- แผนงานที่ ๓ การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ
- แผนงานที่ ๔ การพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ
- แผนงานที่ ๕ การปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ

แผนงาน/โครงการ	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)	เป้าหมาย
แผนงานที่ ๑ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริการจัดการภาครัฐ (๒ โครงการ ๕ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)		
๑. โครงการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส	๑) (PA) ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ๒) ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุ วิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม ๓) (PA) ร้อยละของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน ๕ มิติ	ร้อยละ ๑๐๐ >ร้อยละ ๘๐ ร้อยละ ๑๐๐
๒. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ	๑) (PA) ร้อยละของโรงพยาบาลมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓ ๓) (PA) ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ดีดดาว	ผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓ ร้อยละ ๑๐๐
แผนงานที่ ๒ : การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ (๑ โครงการ ๑ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)		
๑. โครงการพัฒนาระบบข้อมูล	๑) (PA) ร้อยละของจังหวัดและหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล	ร้อยละ ๙๐
แผนงานที่ ๓ : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ (๒ โครงการ ๒ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)		
๑. โครงการลดความเหลื่อมล้ำของ ๓ กองทุน	๑) (PA) ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	ร้อยละ ๒๒
๒. โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง	๑) (PA) ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน	ระดับ ๔

แผนงาน/โครงการ	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์(Functional KPIs)	เป้าหมาย
แผนงานที่ ๔ : การพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ (๑ โครงการ ๒ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)		
๑. โครงการพัฒนางานวิจัย	๑) (PA) ร้อยละผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพที่เผยแพร่ให้หน่วยงานต่าง ๆ นำไปใช้ประโยชน์	๘ เรื่อง

ตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพ ๑๓๒ ตัวชี้วัด

ลำดับที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ (Functional KPIs)	เป้าหมาย
๑	อัตราผู้เสียชีวิตในโรงพยาบาล(ไม่รวมPalliative care)	< ร้อยละ ๑
๒	ร้อยละผู้ป่วย stroke รายใหม่เพิ่มขึ้น	≤ ร้อยละ ๑๐
๓	อัตราผู้ป่วย Fast Tract Stroke	>ร้อยละ ๘๐
๔	ผู้ป่วยติดเชื้อHIV VL<๑๐๐๐ copies/ml หลังทานยาต้านครบ ๑๒ เดือน	ร้อยละ ๙๐
๕	. ร้อยละของผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัด	
	HT	< ร้อยละ ๓
	DM	< ร้อยละ ๓
	COPD	< ร้อยละ ๓
๖	ร้อยละของผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ติดตามเยี่ยมบ้าน)	≥ร้อยละ๘๐
๗	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Sepsis และSeptic shock	≤ ร้อยละ ๓๐
๘	อัตราการกลับมารักษาซ้ำ ใน ๒๘ วัน (Re - Admit)	< ร้อยละ ๒.๕
๙	ร้อยละผู้ป่วย DM control	
	FBS ๘๐-๑๓๐ mg%	< ร้อยละ ๔๐
	HbA๑c <๗%	≥ร้อยละ๔๐
๑๐	ร้อยละผู้ป่วย HT ควบคุมระดับความดันได้ดี(<๑๔๐/๙๐ มม.ปรอท)	≥ร้อยละ๖๐
	อัตราผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่สามารถชะลอความเสื่อมของไตได้ตามเป้าหมาย	≥ร้อยละ๖๖
๑๑	ระยะเวลาารรับบริการผู้ป่วยนอกภาพรวม	<๒ช.ม.
๑๒	อัตราการเกิดพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยใน	< ร้อยละ ๑
๑๓	ความพึงพอใจผู้ป่วยนอก	≥ร้อยละ๘๐
๑๔	ความพึงพอใจผู้ป่วยใน	≥ร้อยละ๘๐
๑๕	ความพึงพอใจชุมชน	≥ร้อยละ๘๐
๑๖	ข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมเทคนิคบริการ	๐
๑๗	ร้อยละของบุคลากรโรงพยาบาลที่มีพฤติกรรมมารับประทานที่ดี	ร้อยละ ๖๐
๑๘	ร้อยละของเจ้าหน้าที่ที่มีการออกกำลังกายครั้งละ ไม่น้อยกว่า ๓๐ นาที สัปดาห์ละอย่างน้อย ๕ วัน	ร้อยละ ๖๐
๑๙	ร้อยละของเจ้าหน้าที่ ที่มีความเครียดในระดับน้อยถึงปานกลาง	≥ร้อยละ๘๐
๒๐	ร้อยละของเจ้าหน้าที่ ที่มีค่าดัชนีมวลกาย เหมาะสม	ร้อยละ ๖๐
๒๑	ร้อยละของเจ้าหน้าที่ รพ.ที่ไม่สูบบุหรี่	ร้อยละ ๙๐
๒๒	ร้อยละของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลที่ไม่ดื่มสุรา	ร้อยละ ๙๐
๒๓	อัตราการพยายามฆ่าตัวตาย/ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ	≥ร้อยละ๔๐
๒๔	ร้อยละผู้ติดสุราหยุดเสพนาน ๑ เดือนหลังการบำบัด	≥ร้อยละ๘๐

ลำดับที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ (Functional KPIs)	เป้าหมาย
๒๕	ร้อยละผู้ติดยาสูบหยุดเสพนาน ๑ เดือนหลังการบำบัด	≥ ร้อยละ ๗๐
๒๖	ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง	ร้อยละ ๙๐
๒๗	อัตราการผ่าตัดผิดข้างผิดคนผิดหัตถการ	๐
๒๘	อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล ≤ ๓ ต่อพันวันนอน	≤ ๓:๑๐๐๐ วันนอน
PSG:M PSG:M (ความปลอดภัยในการใช้ยา การจัดการระบบยาการให้เลือดและองค์ประกอบของเลือด)		
๑	รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากการใช้ยาความเสี่ยงสูงระดับ D	๐
๒	การแพ้ยาซ้ำ	๐
	-ผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำผู้ป่วยนอก(ราย)	๐
	-ผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำผู้ป่วยใน(ราย)	๐
๓	อัตราการ Administration error ของ NUR	< ๑ : ๑๐๐๐ วันนอน (IPD) < ๑ : ๑๐๐๐ ใบสั่งยา (ER)
PSG:P (กระบวนการวินิจฉัยและการดูแล)		
๔	อัตราการให้การรักษาก่อนการทำการหัตถการและการระบุตัวผู้ป่วยผิดเป็น	๐
๕	อัตราการสื่อสารผิดพลาด	๐
๖	อัตราการเกิดภาวะหายใจล้มเหลวในผู้ป่วยใน	< ร้อยละ ๒
๗	อัตราการตายโดยไม่ได้คาดหมายผู้ป่วยใน	๐
๘	ผู้ป่วยที่มีอาการ typical MI ได้รับการตรวจและแปลผล EKG	ภายใน ๑๐ นาที
๙	อัตราผู้ป่วย AMI เสียชีวิตที่ ER	≤ ร้อยละ ๒
๑๐	อัตราผู้ป่วย AMI ได้รับยา SK ภายใน ๓ ชม.	≥ ร้อยละ ๘๐
๑๑	อัตราผู้ป่วย AMI ได้ทำ PCI ภายใน ๓ ชม.	≥ ร้อยละ ๘๐
๑๒	อัตราการตกเลือดหลังคลอด	< ร้อยละ ๓
ด้านบุคลากร		
๑	อัตราคงอยู่ (%) (จำนวนบุคลากร)	ร้อยละ ๙๐
๒	อัตราลาออกของบุคลากร	ร้อยละ ๑
๓	อัตราการย้ายของบุคลากร (%)	ร้อยละ ๑
๔	อัตราการแจ้งงานโยกย้ายของบุคลากร	ร้อยละ ๑๐
๖	ความพึงพอใจของบุคลากร	< ร้อยละ ๘๕
๗	ร้อยละของเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการพัฒนาด้านมิติทางจิตใจ (โรงพยาบาลคุณธรรม)	ร้อยละ ๑๐๐
๘	ร้อยละของหน่วยงานที่มีบุคลากรเพียงพอกับภาระงาน (FTE)	ร้อยละ ๑๐๐
๙	อัตราบุคลากรผ่านเกณฑ์การประเมินสมรรถนะหลัก	ร้อยละ ๑๐๐
๑๐	ร้อยละของเจ้าหน้าที่ผ่าน อบรมฟื้นฟูวิชาการ	ร้อยละ ๑๐๐
๑๑	ร้อยละของบุคลากรที่มีค่า BMI มากกว่า ๒๒.๙	< ร้อยละ 10

ลำดับที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ (Functional KPIs)	เป้าหมาย
๑๒	ร้อยละของบุคลากรที่มีภาวะไขมันสูงเกินมาตรฐาน(Cholesterol > ๒๐๐ mg%)	< ร้อยละ ๑๐
ความปลอดภัยระบบสารสนเทศ Security and privacy of information		
๑	อุบัติการณ์ความไม่ปลอดภัยที่มีผลกระทบต่อระบบสารสนเทศ	ปีละไม่เกิน ๒ ครั้ง
๒	ร้อยละบุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ ในการใช้สื่อออนไลน์อย่างปลอดภัย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐
๓	อุบัติการณ์ความไม่ปลอดภัยที่มีผลกระทบต่อการใช้สื่อออนไลน์	ปีละไม่เกิน ๒ ครั้ง
๔	อัตราการติดเชื้อไวรัสโรคในบุคลากรโรงพยาบาล	< ร้อยละ ๑
๕	อัตราการได้รับอุบัติเหตุจากของมีคม/สิ่งคัดหลังจากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์	< ร้อยละ ๕
๖	อัตราการล้างมือถูกต้องก่อนทำหัตถการ	ร้อยละ ๘๐
จนท.ที่ทำให้เกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ Second victim		
๑	บุคลากรที่ทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้รับการดูแลด้านจิตใจ	ร้อยละ ๑๐๐
๒	บุคลากรมีความสุข	ร้อยละ ๗๐
๓	บุคลากรมีความเครียดระดับน้อยถึงระดับปานกลาง	< ร้อยละ ๘๐
การเจรจาไกล่เกลี่ย Mediation		
๑	อุบัติการณ์ของการเกิดความขัดแย้ง	≤ ๓ ครั้ง/ปี
Ambulance Driving Safety ความปลอดภัยของรถฉุกเฉินทางการแพทย์		
๑	ร้อยละจำนวนครั้งของการรับ-ส่งผู้ป่วย ที่เจ้าหน้าที่ไม่ปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติการบนรถพยาบาล	≤ ร้อยละ ๕
๒	ร้อยละของการบาดเจ็บจากการปฏิบัติงานบนรถพยาบาล	≤ ร้อยละ ๓
๓	ร้อยละของการเสียชีวิตจากการปฏิบัติงานบนรถพยาบาล	๐
On-site Safety ขณะปฏิบัติงาน ณ จุดเกิดเหตุ		
๑	อัตราการบาดเจ็บขณะปฏิบัติงาน	๐
๒	เจ้าหน้าที่ผ่านการอบรม Pre hos TLS	ร้อยละ ๑๐๐
๓	ร้อยละของรถฉุกเฉินมีความพร้อมใช้	ร้อยละ ๑๐๐
Working Condition สภาพการทำงานที่ปลอดภัย		
๑	ผ่านเกณฑ์มาตรฐานสถานที่ทำงานน่าอยู่	ระดับดีเยี่ยม
๒	ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน สบส.ระดับคุณภาพ	ผ่านเกณฑ์
๓	จำนวนอุบัติการณ์ความรุนแรงที่เกิดกับเจ้าหน้าที่	๐

ลำดับที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ (Functional KPIs)	เป้าหมาย
ด้านการนำองค์กร		
๑	ความสำเร็จการดำเนินงานตามตัวชี้วัด เชิงนโยบาย	ร้อยละ ๘๐
๒	ร้อยละการติดตามรับรู้จัดการกับเหตุการณ์สำคัญ	ร้อยละ ๑๐๐
๓	สรุปผลการประเมินวิกฤตทางการเงินระดับ 7	ต่ำกว่า ระดับ ๗
๔	ร้อยละความสำเร็จของการประเมินการตรวจสอบภายใน 5 มิติ (EIA)	ร้อยละ ๘๐
๕	ร้อยละความสำเร็จของการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (ITA)	ร้อยละ ๘๐
ด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ		
๑	การประเมินประสิทธิภาพระบบงานสำคัญรอบ ๑/๒๕๖๒	๓.๐
๒	ร้อยละของการเกิดอุบัติเหตุ ความเสี่ยงระดับ miss /ระดับ :near – miss	≤๔๐%: ≥๖๐%
๓	ร้อยละการเกิดความเสียหายซ้ำ ๓ ครั้ง ขึ้นไป(บริการทางคลินิกระดับ D ,บริการสนับสนุน ระดับปานกลาง)	≤๑๐
๔	ร้อยละการเกิดความเสียหายระดับ E ขึ้นไป	≤๑
การกำกับดูแลวิชาชีพพยาบาล		
๑	ร้อยละของหน่วยงานหลักที่มีผลผลิตทางการพยาบาลตามเกณฑ์ (๙๐-๑๑๐%)	ร้อยละ๑๐๐
๒	พยาบาลประเมินสมรรถนะหลักผ่านเกณฑ์	ร้อยละ ๘๐
๓	ความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากรพยาบาล	ร้อยละ ๗๐
๔	จำนวนข้อร้องเรียนของพยาบาลด้านจริยธรรม (ระดับปานกลาง-มาก)	๐
การกำกับดูแลวิชาชีพแพทย์		
๑	ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนองค์กรแพทย์	>ร้อยละ ๘๐
๒	จำนวนข้อร้องเรียนเกี่ยวกับจริยธรรมแพทย์	๐
สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย		
๑	ร้อยละของความเสียงด้านโครงสร้างกายภาพสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยได้รับการแก้ไข(ความเสียงสำคัญ)	ร้อยละ ๙๐
๒	ผ่านเกณฑ์ประเมินความเสี่ยงในการทำงานบุคลากรโรงพยาบาล (ปี ๒๕๖๒)	ระดับ ๕
๓	น้ำประปาผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำบริโภคกรมอนามัย ๒๐ พารามิเตอร์	ร้อยละ ๑๐๐
๔	น้ำประปาผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำบริโภคกรมอนามัย ๒๐ พารามิเตอร์	ร้อยละ ๑๐๐

ลำดับที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ (Functional KPIs)	เป้าหมาย
๕	น้ำที่ผ่านการบำบัดจากระบบบำบัดน้ำเสียผ่านเกณฑ์มาตรฐานผ่านเกณฑ์ประเมิน ๑๑ พารามิเตอร์	ร้อยละ 100
๖	เครื่องมือทางการแพทย์ในหน่วยงานมีความเพียงพอและพร้อมใช้ตามเกณฑ์มาตรฐานบริการสาธารณสุข	ร้อยละ ๑๐๐
๗	ผ่านเกณฑ์ประเมินสุดยอดโรงพยาบาลสะอาดแห่งปี	ระดับที่มากขึ้นไป
การป้องกันการติดเชื้อ		
๑	อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ/ ๑๐๐cath day	≤ร้อยละ๑
๒	อัตราการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง (HAP)	≤๓:๑๐๐๐วันนอน
๓	อัตราการติดเชื้อจากการผ่าตัด (ระบุ หัดถการ : TR, Appendicitis)	≤ร้อยละ๐.๕
๔	อัตราการติดเชื้อที่ฝีเย็บ	≤ร้อยละ๑
๕	อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการคาสายหลอดเลือดส่วนกลางของผู้ป่วยล้างไตเทียม	≤ร้อยละ๐.๕
๖	อัตราการได้รับอุบัติเหตุจากของมีคม/สิ่งคัดหลังจากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์	≤ร้อยละ๕
๗	อัตราการล้างมือถูกต้องก่อนทำหัตถการ ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๐
๘	อัตราการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (ระดับ ๓ ขึ้นไป)	≤๓:๑๐๐๐วันนอน
๙	MDR incidence	≤๓:๑๐๐๐ วันนอน
๑๐	ความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน (External Audit) - ผู้ป่วยใน - ผู้ป่วยนอก	ร้อยละ๘๐ ร้อยละ๘๐
๑๑	ความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน(Internal Audit) - ผู้ป่วยใน - ผู้ป่วยนอก	ร้อยละ๘๐ ร้อยละ๘๐
ระบบยาแก้ไขแล้ว		
๑	Medication error ผู้ป่วยนอก - prescribing error - pre-dispensing error - dispensing error - administration error	≤๐.๑ ≤๕ ≤๐.๑ ≤๑

ลำดับที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ (Functional KPIs)	เป้าหมาย
๒	Medication error ผู้ป่วยใน prescribing error pre-dispensing error dispensing error administration error***	≤5 ≤10 ≤0.1 ≤1
๓	ตัวชี้วัดงานบริหารคลังเวชภัณฑ์ - รายการยาขาดคราว - ร้อยละความถูกต้องของยาจากบัญชีคุมคลัง	ไม่เกิน 2 รายการ/เดือน ร้อยละ 10
แล็บและเอ็กซเรย์		
๔	อัตราการถ่ายภาพรังสีซ้ำ	≤ ร้อยละ ๓
๕	ร้อยละของความครอบคลุมการควบคุมคุณภาพภายนอก	ร้อยละ ๑๐๐
๖	ร้อยละของความครอบคลุมการควบคุมคุณภาพภายใน	ร้อยละ ๑๐๐
๗	ร้อยละของการให้เลือดผิดคนหรือผิดหมู่	๐
๘	อัตราส่วนการขอใช้โลหิตต่อการใช้โลหิตจริง	ร้อยละ ๒
การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ		
๑	ความสำเร็จในการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังใน ระดับอำเภอ	≥ ร้อยละ ๗๕
๒	ร้อยละของผู้ป่วยโรคDM รายใหม่ (New Diabetes)	น้อยกว่าหรือเท่ากับปีที่ผ่านมา
๓	ร้อยละของผู้ป่วยโรคHT รายใหม่ (New Hypertention)	น้อยกว่าหรือเท่ากับปีที่ผ่านมา
๔	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก	ไม่เกิน ๕๐ ต่อแสนประชากร
๕	ร้อยละของหน่วยบริการมีกิจกรรมด้านการควบคุมโรคฉี่หนูโรคผ่าน เกณฑ์ที่กำหนด	ผ่านเกณฑ์การประเมิน
ผลการดำเนินงานการทำงานกับชุมชน		
๑	ผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	ผ่านเกณฑ์
๒	ชุมชนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก(หมู่บ้าน)	ร้อยละ ๑๐๐
๓	หมู่บ้านที่ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายในการค้นหา และจัดการปัญหาสุขภาพ(หมู่บ้าน)	ร้อยละ ๑๐๐
๔	จำนวนแผนงาน/โครงการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม (โครงการ)	ร้อยละ ๑๐๐
๕	หมู่บ้านจัดการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม(ยาเสพติด,ผู้สูงอายุ,วัดส่งเสริมสุขภาพ, หมู่บ้านลดเสี่ยงลดโรค,ควบคุมโรคติดต่อ)	ร้อยละ ๑๐๐
๖	โรงเรียนผ่านเกณฑ์ขั้นพื้นฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองทั้งหมด ๒ แห่ง	ร้อยละ ๑๐๐

ลำดับที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ (Functional KPIs)	เป้าหมาย
ด้านการเงิน		
๑	อัตราส่วนทุนหมุนเวียน(Current Ratio)	ค่าปกติ>1.5
๒	อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick Ratio)	ค่าปกติ>1
๓	อัตราส่วนเงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสดต่อหนี้สินที่ต้องชำระ(Cash Ratio)	ค่าปกติ>0.8
๔	Risk Scoring	<ระดับ 2
๕	ต้นทุนบริการผู้ป่วยนอก	ลดลง
๖	ต้นทุนบริการผู้ป่วยใน	ลดลง