แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค
โรงพยาบาลลับแล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ.๒๕๖๑
สำหรับหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค โรงพยาบาลลับแล

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค
โรงพยาบาลลับแล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์

ชื่อหน่วยงาน โรงพยาบาลลับแล

วัน/เดือน/ปี ๑๐ มีนาคม ๒๕๖๔

หัวข้อ หน่วยงานมีการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารที่เป็นปัจจุบัน

รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ)

ข้อ ๒ นโยบายและยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน

หมายเหตุ ประกอบการขึ้น EB ๒

ผู้รับผิดชอบในการให้ข้อมูล

(นางสุนันทา พิทยารัตน์)
ตำแหน่ง เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน
วันที่ ๑๐ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

ผู้อนุมัติรับรอง

(นายกิตติพงศ์ อุบลสะอาด)
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลับแล
วันที่ ๑๐ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่

(นายประกาศิต พิลา)
ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ
วันที่ ๑๐ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

ยุทธศาสตร์โรงพยาบาล ปี ๒๕๖๐-๒๕๕๔

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 และการสร้าง
๓. เสริมสุขภาพแบบบูรณาการร่วมกับทุกภาคส่วนที่สอดคล้องกับปัญหาในบริบทพื้นที่ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย
๔. สนับสนุนให้มีการพัฒนาและใช้นวัตกรรมสุขภาพร่วมกับการแพทย์แผนไทย และสหวิชาชีพในการดูแลสุขภาพประชาชน

ยุทธศาสตร์การพัฒนา

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

การวิเคราะห์องค์กร (SWOT analysis) ของโรงพยาบาลลับแล

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

เกณฑ์ความหมายของน้ำหนักลำดับความสำคัญของสภาวะแวดล้อม

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

เกณฑ์การแปลความหมายค่าเฉลี่ยของสภาวะแวดล้อม

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) ของโรงพยาบาลลับแลในปัจจัยแต่ละด้าน ดังนี้

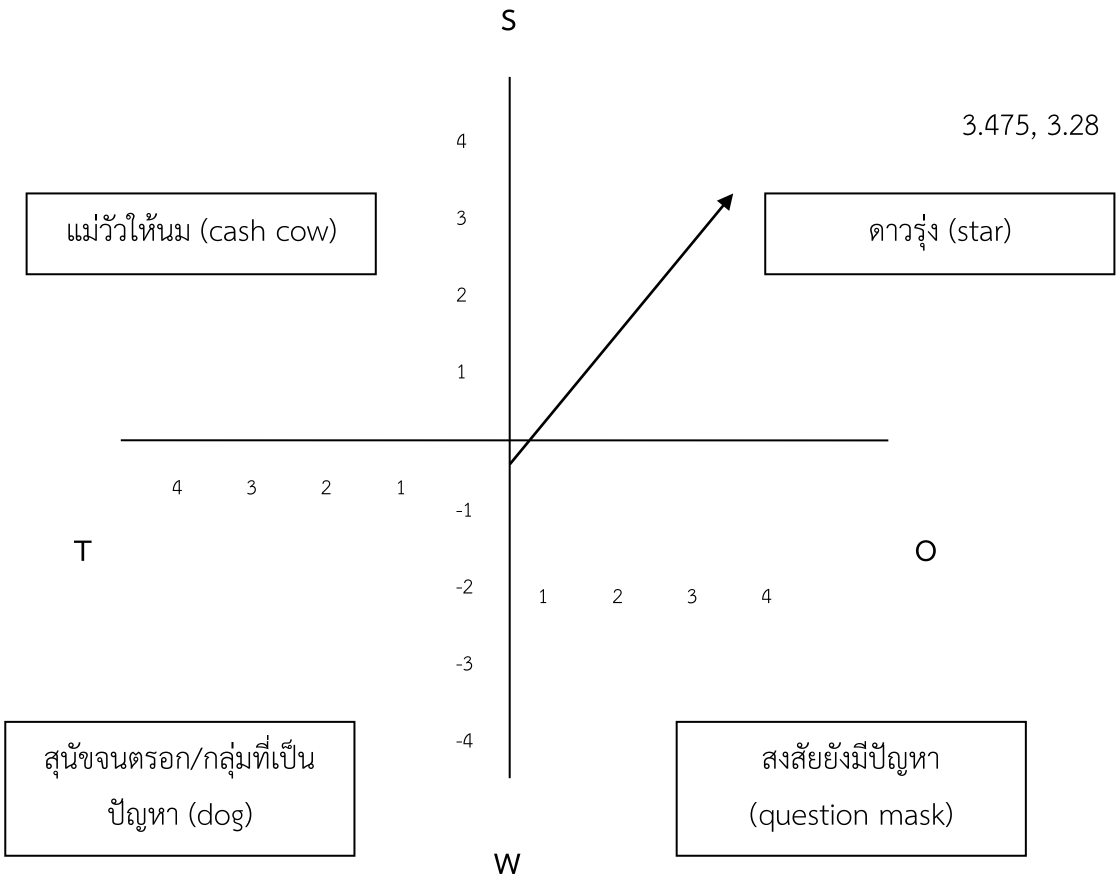
ข้อ	สภาพแวดล้อมของโรงพยาบาล	คะแนนเฉลี่ย	ระดับความคิดเห็น
ปัจจัยภายใน ด้านจุดแข็ง (Strength-S)			
S๑	โรงพยาบาลขนาดเล็กบุคลากรเพียงพอในการพัฒนาโรงพยาบาลให้ได้มาตรฐานคุณภาพและการบริการเชิงรุกในชุมชน	๓.๕	มากที่สุด
S๒	บุคลากรมีประสบการณ์การทำงานมานานสามารถนำประสบการณ์มาใช้ในการพัฒนาได้เป็นอย่างดี/มีความรู้ความสามารถ	๓.๒๕	มากที่สุด
S๓	ทีมบริหาร/ทีมนำโรงพยาบาลมีความมุ่งมั่นในการพัฒนาหน่วยงานให้ได้มาตรฐานคุณภาพ	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	๓.๔๗๕	
ปัจจัยภายใน ด้านจุดอ่อน (Weakness-W)			
W๑	งบประมาณสนับสนุนในการจัดระบบบริหาร, บริการมีไม่เพียงพอมักใช้งบไม่ตามแผน	๒.๕	น้อย
W๒	ด้านบริหารยังไม่มีมาตรการที่เข้มแข็งทำให้มีเจ้าหน้าที่บางส่วนเอาไม่ปฏิบัติตามระเบียบที่กำหนด	๒.๕	น้อย
W๓	การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ(หรือถึงผู้ปฏิบัติ) ยังไม่ชัดเจน	๒.๕	น้อย
W๔	การสื่อสาร, การประสานงานหน่วยงาน, ทีมงานพัฒนาโรงพยาบาลยังไมเข้มแข็งเพียงพอและการทำงานเป็นทีมยังไม่ดีเพียงพอ	๒.๕	น้อย
W๕	ระบบคอมพิวเตอร์เครือข่ายในการจัดระบบบริการและบริหารสารสนเทศไม่ครบถ้วนทันเวลาในการนำข้อมูลสารสนเทศมาใช้ในการพัฒนาระบบบริการ	๒.๕	น้อย
W๖	ขาดบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง	๒.๕	น้อย
W๗	พฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรบางส่วนไม่เหมาะสม	๒	น้อย
	คะแนนเฉลี่ยรวม	๒.๓๔	

ข้อ	สภาพแวดล้อมของโรงพยาบาล	คะแนนเฉลี่ย	ระดับความคิดเห็น
ปัจจัยภายนอก ด้านโอกาส (Opportunities-O)			
O๑	นโยบายภาครัฐเน้นการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลการสร้างเสริมสุขภาพประชาชนอำเภอสุขภาวะอำเภอ	๓.๒๕	มากที่สุด
O๒	เทคโนโลยีสมัยใหม่ทำให้มีความสะดวกในการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศโรงพยาบาลดีขึ้นทำให้สามารถ ให้บริการได้รวดเร็วขึ้น	๓.๒๕	มากที่สุด
O๓	เครื่องมือการทำงานดีมีคุณภาพเหมาะสม	๓.๒๕	มากที่สุด
O๔	มวลชนมีบทบาทมากขึ้นในทางสภาวะสุขภาพเช่นการประชาสัมพันธ์สื่อสร้าง	๓.๒๕	มากที่สุด
O๕	มีนโยบายปฏิบัติชัดเจน HA., HPH.	๓.๗๕	มากที่สุด
O๖	ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานภายนอกมีผลต่อการพัฒนาบริการโรงพยาบาล	๓	มากที่สุด
O๗	เข้ารับการประเมินมาตรฐานการพยาบาลระดับปฐมภูมิ	๓.๒๕	มากที่สุด
	คะแนนเฉลี่ยรวม	๓.๒๘	
ปัจจัยภายนอก ด้านอุปสรรค (Threats-T)			
T๑	พฤติกรรมสุขภาพประชาชนมีผลต่อการให้บริการและจัดระบบบริการ เช่น พฤติกรรมเมาแล้วขับขี่ยานพาหนะฯลฯ	๓	มาก
T๒	การขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรท้องถิ่นในชุมชน , อำเภอยังดำเนินการได้น้อยงบประมาณที่ได้รับจากรัฐน้อย ไม่เพียงพอได้ทีจำนวนน้อย	๒.๗๕	มาก
T๓	การประหยัดทรัพยากรเนื่องมาจากงบที่ได้รับจัดสรรมีน้อยลง	๓	มาก
T๔	โรงพยาบาลเอกชน	๒.๗๕	มาก
	คะแนนเฉลี่ยรวม	๓.๖	

สรุปสถานการณ์ในปัจจุบันการวิเคราะห์ SWOT

จากการวิเคราะห์และให้นำหนักปัจจัยต่างๆ พบว่า ในภาพรวมค่าเฉลี่ยของจุดแข็งเท่ากับ ๓.๔๗๕ จุดอ่อนเท่ากับ ๒.๓๔ โอกาสเท่ากับ ๓.๒๘ และอุปสรรคเท่ากับ ๒.๙๑ จึงนำค่าเฉลี่ยสูงสุดของปัจจัยภายในและภายนอกมาหาจุดตัดกัน พบว่าจุดแข็งและโอกาสมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ทิศทางการพัฒนายุทธศาสตร์จึงมีสภาวการณ์อยู่ที่ **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)	๑.พัฒนาระบบบริการสุขภาพทุกประเภทของโรงพยาบาลให้มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ๒.พัฒนาบริการสุขภาพเชิงรุกในการสร้างศักยภาพของบุคลากรและประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเองครอบครัว และชุมชน	๑.จัดหางบประมาณให้เพียงพอในการจัดระบบการบริหารงาน ระบบบริการและระบบพัฒนาคุณภาพงานของโรงพยาบาล ๒.เพิ่มประสิทธิภาพการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศมากขึ้น
	ยุทธศาสตร์ S-T	ยุทธศาสตร์ W-T
อุปสรรค (Threats-T)	๑.พัฒนาระบบบริหารงานบุคคล ให้มีการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และมุ่งผลสัมฤทธิ์ของงาน	๑.จัดทำระบบสารสนเทศในระบบบริการสุขภาพทุกประเภทของโรงพยาบาลในการนำมาพัฒนาคุณภาพการบริการและการบริหารงาน ๒.พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการใช้เทคโลโลยีเพื่อการบริการและการบริหารงาน

เข็มมุ่งโรงพยาบาลลับแล ปี ๒๕๖๒

๑. สร้างพื้นที่และบรรยากาศในการทำงานที่เอื้อให้บุคลากรมีความสุข มีคุณธรรม มีแรงบันดาลใจในการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง

๒. ธรรมรงค์ไว้ซึ่งการพัฒนาคุณภาพ HA ระดับ ๓

๓. พัฒนาระบบบริการสุขภาพเชิงรุกแบบบูรณาการร่วมกับทุกภาคส่วน ที่สอดคล้องกับปัญหาในบริบทพื้นที่ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย ภายใต้การขับเคลื่อนงานใน ๔ ประเด็นที่สำคัญ ได้แก่ ด้านสิ่งแวดล้อม ในเรื่องผักปลอดภัย ด้านการดูแลกลุ่มเสี่ยง NCD ด้านการดูแลผู้สูงอายุ และ ด้านงานอนามัยแม่และเด็ก พัฒนาการสมวัย ครอบคลุมทั้งด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การฟื้นฟู และการสร้างเสริมสุขภาพ

พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย

๑. กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง/รักษาไม่หาย (DM/HT)
๒. STROKE
๓. SEPSIS
๔. MI
๕. อุบัติเหตุจราจรบนท้องถนน
๖. กลุ่มโรคติดเชื้อ(Sepsis)
๗. COPD

ค่านิยม

M O P H

M: Mastery ฝึกฝนตนเองให้มีศักยภาพสูงสุด (ควบคุมตนเองให้ทำงานคิดพูดอย่างมีสติใช้ กิริยาวาจาเหมาะสมมีความซื่อสัตย์มีคุณธรรมจริยธรรม รักการเรียนรู้ค้นหาความรู้สม่ำเสมอมีวินัยตรงต่อเวลารับผิดชอบ)

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

ยุทธศาสตร์ที่ พัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลให้มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน (Service Excellence)

เป้าประสงค์:

๑) มีหมอครอบครัวดูแลประชาชนทุกครัวเรือน

๒) มีระบบบริการสุขภาพที่ได้คุณภาพมาตรฐาน

๓) มีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ

๔) มีเครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ทันสมัยและสามารถแข่งขันได้ในระดับสากล

๕) มีความร่วมมือทั้งระหว่างหน่วยงานภายในประเทศและหน่วยงานต่างประเทศโดยเฉพาะในการ ป้องกันและรักษาโรคที่มีความสำคัญ

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

แผนงาน/โครงการ:

แผนงานที่ ๑ การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)

แผนงานที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

แผนงานที่ ๓ การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ

แผนงานที่ ๔ การพัฒนาระบบบริการการเร่งรัดค้นหาผู้ป่วยวัณโรค

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ พัฒนาระบบบริหารงานบุคคล ให้บุคลากรมีความสุข มีคุณธรรม มีแรงบันดาลใจในการพัฒนางานอย่างต่อเนื่องบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)

เป้าประสงค์ :

๑) วางแผนอัตรากำลังให้สอดคล้องกับกรอบความต้องการอัตรากำลังคนของประเทศ

๒) กระจายสัดส่วนบุคลากรสุขภาพทั้งในเขตเมืองและชนบทให้มีความสมดุลกัน

๓) ธำรงรักษากำลังคนด้านสุขภาพ

กลยุทธ์:

๑) พัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

๒) ส่งเสริมและสนับสนุนการผลิต พัฒนา และธำรงรักษากำลังคนด้านสุขภาพ

๓) สร้างเครือข่ายการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

๔) ส่งเสริมและพัฒนาผู้เชี่ยวชาญในระบบสุขภาพ

๕) มีระบบฐานข้อมูลผู้เชี่ยวชาญ

แผนงาน/โครงการ:

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) พัฒนาคุณภาพมาตรฐานการบริการ (ANC /WCC /NCD)

๓) พัฒนาระบบฐานข้อมูลรายบุคคล และเชื่อมโยงระบบข้อมูลกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๔) ส่งเสริมการผลิตและพัฒนาศักยภาพบุคลากร

๕) เสริมสร้างความเข้มแข็งของป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

๖) ส่งเสริมและสนับสนุน สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค

๗) ผลักดันและบังคับใช้กฎหมาย

๘) บริหารจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี

๙) สนับสนุนการมีส่วนร่วมของเครือข่าย

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ พัฒนาระบบบริหารจัดการและการใช้สารสนเทศในระบบบริการสุขภาพ ทุกประเภทในการพัฒนานวัตกรรมสุขภาพร่วมกับสหวิชาชีพในการดูแลสุขภาพประชาชน (Governance Excellence)

เป้าประสงค์ :

๑) วางรากฐานให้ระบบหลักประกันสุขภาพครอบคลุมประชากรในทุกภาคส่วนอย่างมีคุณภาพโดยไม่มีความเหลื่อมล้ำของคุณภาพบริการในแต่ละระบบ

๒) มีการบูรณาการข้อมูลระหว่างทุกระบบหลักประกันสุขภาพเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ

๓) สร้างและพัฒนากลไกการดุลด้านการเงินการคลังสุขภาพ

๔) มีระบบเทคโนโลยีดิจิตอลด้านสุขภาพ

๕) มีการทำวิจัยและนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์และสร้างนวัตกรรมใหม่ๆ

กลยุทธ์:

๑)พัฒนาระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริการจัดการภาครัฐ

๒)พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ

๓)พัฒนาระบบฐานข้อมูลบริการ และเชื่อมโยงระบบข้อมูลกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง(big data)

๔)บริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ

๕)พัฒนาและส่งเสริมงานวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ อย่างครบวงจร

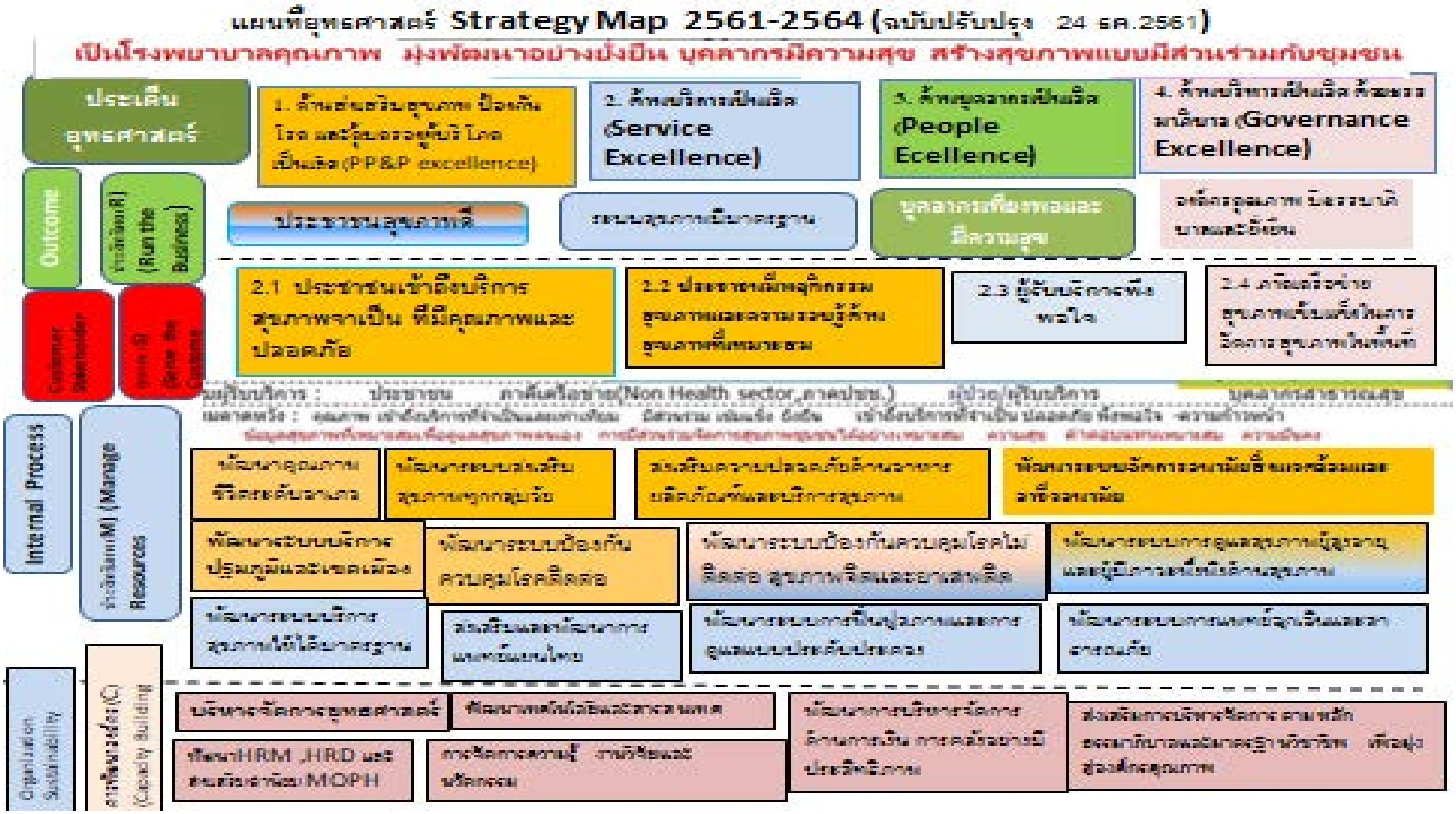
๖)ปรับปรุงโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ

๗)ปรับปรุงโครงสร้างของหน่วยงานให้สอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนแปลง

๘)ปรับปรุงและพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ

แผนงาน/โครงการ:

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


แผนที่ยุทธศาสตร์ Strategy Map 2561-2564 (ฉบับปรับปรุง 24 ธค.2561)
เป็นโรงพยาบาลคุณภาพ มุ่งพัฒนาอย่างยั่งยืน บุคลากรมีความสุข สร้างสุขภาพแบบมีส่วนร่วมกับชุมชน
ประเด็นยุทธศาสตร์
1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P excellence)
2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
3. ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Ecellence)
4. ด้านบริหารเป็นเลิศ ด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
Outcome
(Run the Business)
ประชาชนสุขภาพดี
ระบบสุขภาพมีมาตรฐาน
บุคลากรเพียงพอและมีความสุข
2.1 ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพจำเป็น ที่มีคุณภาพและปลอดภัย
2.2 ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสม
2.3 ผู้รับบริการพึงพอใจ
Internal Process
(Manage Resources)
พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
พัฒนาระบบป้องกันควบคุมโรคติดต่อ
Organization Sustainability
(Capacity Building)
พัฒนาHRM ,HRD และ
MOPH

ตัวชี้วัดคำรับรองปฏิบัติราชการระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ และ คปสอ. ปี ๒๕๖๓		
ลำดับที่	**ตัวชี้วัดคำรับรองปฏิบัติราชการสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ ปี ๒๕๖๓**	**เป้าหมาย**
๑	**ความสำเร็จในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ**	
	๑) อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	ผ่านเกณฑ์
	๒) ร้อยละของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (งบพัฒนาจังหวัด)	ผ่านเกณฑ์
	๓) ร้อยละของผู้ป่วย กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี	ผ่านเกณฑ์
๒.	**ความสำเร็จในการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและเขตเมือง**	
	๔) ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว (ระดับ ๕ ดาว สะสม ๗๕% Reaccreditation	ผ่าน ๕ ดาว ๑๐๐%)
๓.๑	**ความสำเร็จในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย**	
	๕) อัตราการเกิดภาวะ Birth Asphyxia	ไม่เกิน ๓๐ : ๑,๐๐๐ การเกิดมีชีพ
	๖) ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการฝากครรภ์คุณภาพครบ ๕ ครั้ง ตามเกณฑ์	ร้อยละ ๘๐
	๗) ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก ตามเกณฑ์	ร้อยละ ๑๐๐
๓.๒	**ความสำเร็จในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเด็ก ๐-๕ ปี**	
	๘) ร้อยละของผู้ที่มีปัญหาสติปัญญาบกพร่อง(ID)ออทิสติก(ASD)สมาธิสั้น(ADHD) ความบกพร่องทางการเรียนรู้ (LD) ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง	ร้อยละ ๘๐
	๙) ร้อยละพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการตรวจซ้ำภายใน ๓๐ วัน (วัด คปสอ.)	
	๑๐) ร้อยละเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการช่วยเหลือแก้ไข/กระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔I	ร้อยละ ๗๐ (วัด รพ.และ node)
๓.๖	**ความสำเร็จในการดำเนินงานพัฒนาทันตบริการทุกกลุ่มวัย**	
	๑๑) ร้อยละของเด็กกลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity free)	ร้อยละ ๘๕
	๑๒) อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนรวมทุกสิทธิ์ของประชาชนในพื้นที	ร้อยละ ๔๐
๔.	**ความสำเร็จในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ**	

ลำดับที่	ตัวชี้วัดคำรับรองปฏิบัติราชการระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ และ คปสอ. ปี ๒๕๖๓	เป้าหมาย
	๑๓) ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan	ร้อยละ ๘๐
๔.๒	**ความสำเร็จในการดำเนินงานพัฒนาระบบการฟื้นฟูสภาพและการดูแลแบบประคับประคอง**	**ร้อยละ ๘๐**
	๑๔) ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ	ร้อยละ ๘๐
๔.๓	การดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้ได้มาตรฐาน สาขาการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care)	ร้อยละ ๘๐
. ๕	๑๕) ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <๑๕ รวมทั้งคะแนน Barthel index >๑๕ with multiple impairment ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ ๖ เดือนหรือจน Barthel index = ๒๐ (วัดจังหวัด/อำเภอ)	ร้อยละ๘๐
๖.	**ความสำเร็จในการดำเนินงานพัฒนาระบบป้องกันควบคุมโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ**	
	๑๖) อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	ร้อยละ ๘๕
	๑๗) ร้อยละครอบคลุมการรักษาวัณโรคในผู้ป่วยรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB treatment coverage rate)	มากกว่า ๘๒.๕
	๑๘) อำเภอมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกตามแนวทางการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานของระดับตำบล	ผ่านเกณฑ์
	๑๙) ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก	ผ่านเกณฑ์
	๒๐) ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสสามารถควบคุมปริมาณไวรัสในกระแสเลือดได้	ผ่านเกณฑ์
๗.	**ความสำเร็จในการดำเนินงานพัฒนาระบบป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ**	**ร้อยละ ๘๕**
	๒๑) อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการติดตามเพื่อเข้าระบบการวินิจฉัย	ร้อยละ ๓๐
	๒๒) อัตรากลุ่มสงสัยป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบได้รับการติดตามตรวจน้ำตาลซ้ำ	ร้อยละ ๘๕
	๒๓) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้	
	๒๓.๑) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมได้	ร้อยละ ๔๐
	๒๓.๒) ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุม**ได้**	ร้อยละ ๖๐

ลำดับที่	ตัวชี้วัดคำรับรองปฏิบัติราชการระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ และ คปสอ. ปี ๒๕๖๓	เป้าหมาย
	๒๔) ร้อยละของสตรี ๓๐-๖๐ ปี ที่มีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สะสม ๕ ปี :	≥ ร้อยละ ๘๐
	๒๕) ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่าสายตาผิดปกติ (VA < ๑๐/๒๐๐) ได้รับการวินิจฉัยโดยจักษุแพทย์	≥ร้อยละ ๘๐
	๒๖) ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน	≥ร้อยละ ๘๐
	๒๗) ร้อยละของอำเภอมีกิจกรรม เดิน/วิ่ง/ปั่น ระดับอำเภอ อย่างน้อย ๑ ครั้ง/ปี	๑ ครั้ง/ปี
๘.	**ความสำเร็จในการดำเนินงานพัฒนาระบบงานสุขภาพจิตและยาเสพติด**	**≥ร้อยละ ๘๐**
	๒๘) ร้อยละการคัดกรองโรคซึมเศร้าในประชากรกลุ่มเสี่ยง	≥ ร้อยละ ๘๐
	๒๙) ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนด และได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention Rate) (วัด รพ)	≥ ร้อยละ ๘๐
๗	**ความสำเร็จในการดำเนินงานส่งเสริมความปลอดภัยด้านอาหาร ผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ**	
	๓๐) ร้อยละของร้านชำผ่านเกณฑ์มาตรฐานจังหวัดอุตรดิตถ์	ร้อยละ 70
๘	**ความสำเร็จในการดำเนินงานพัฒนาระบบจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย**	
	๓๑) อำเภอผ่านเกณฑ์อาหารปลอดภัยจังหวัดอุตรดิตถ์	ผ่านเกณฑ์
	๓๑.๑ ร้อยละของร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐาน อาหาร สะอาด รสชาติอร่อย (Clean Food Good Taste) (ร้อยละ ๙๒ ร้านอาหารCFGT + รักษาสภาพ ๔ ร้าน ปลอดโฟม ๓๐ ร้าน)	ร้อยละ๙๐
	๓๑.๒ อำเภอมีการพัฒนาถนนอาหารปลอดภัย	๑ สาย
	๓๑.๓ ระดับความสำเร็จของการขับเคลื่อนอาหาร (วัตถุดิบ) ปลอดภัยในพื้นที่	ระดับ ๕
	๓๑.๔ ร้อยละของสถานที่ผลิตอาหารรายใหม่ผ่านเกณฑ์สุขลักษณะเบื้องต้น	ผ่าน
๙	**ความสำเร็จในการดำเนินงานพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและสาธารณภัย**	
	๓๒) อัตราของโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๕๐ (รพศ/รพช)	ผ่านเกณฑ์

ลำดับที่	ตัวชี้วัดคำรับรองปฏิบัติราชการระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ และ คปสอ. ปี ๒๕๖๓	เป้าหมาย
	๓๓) ระดับความสำเร็จของอำเภอในการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	ผ่าน
๑๐.	**ความสำเร็จในการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้ได้มาตรฐาน ความสำเร็จในการดำเนินงานพัฒนาตามเกณฑ์ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)**	**ผ่าน**
๑๐.๑	๓๔) ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)	ผ่านขั้น ๓
๑๒	**ความสำเร็จในการดำเนินงาน Service Plan สาขาCOPD & Asthma**	
	๓๕) อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	(≤๑๓๐ครั้ง / ผู้ป่วย COPD ๑๐๐ คน)
๑๓	**ความสำเร็จในการดำเนินงาน ส่งเสริมและพัฒนาการแพทย์แผนไทย**	
	๓๖) ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจวินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกทางเลือก ไม่รวมการส่งเสริมสุขภาพ (U๗๗)	ร้อยละ ๒๐
	๓๗) ร้อยละของหญิงหลังคลอด ได้รับการบริบาลโดยการทับหม้อเกลือ	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐
๑๔	**ความสำเร็จในการดำเนินงานพัฒนา HRM, HRD และส่งเสริมค่านิยม MOPH**	
	๓๘) ระดับความสำเร็จการขับเคลื่อนค่านิยมองค์กร (MOPH) ของหน่วยงานในสังกัด	ผ่าน
๑๕	**ความสำเร็จในการดำเนินงานพัฒนาเทคโนโลยีและสารสนเทศ**	
	๓๙) ร้อยละของหน่วยบริการสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ	๙๐%
๑๖	๔๐) ร้อยละของหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital	ผ่าน
๑๗	**ความสำเร็จในการดำเนินงาน พัฒนาการบริหารจัดการด้านการเงิน การคลังอย่างมีประสิทธิภาพ**	
	๔๑) ร้อยละความทันเวลาในการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในสิทธิ UC ภายใน ๓๐ วัน หลังจำหน่าย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๘
	๔๒) ร้อยละของ รพ.สต.ที่สามารถหารายได้จากการเบิกเงินกองทุนประกันสังคมหรือ พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ได้ทุกไตรมาส	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐
	๔๓) ร้อยละความทันเวลาของโรงพยาบาลในการส่งข้อมูลงบทดลองและข้อมูลบริการผ่าน website ก่อนวันที่ ๑๕ ของทุกเดือน	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐

ลำดับที่	ตัวชี้วัดคำรับรองปฏิบัติราชการระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ และ คปสอ. ปี ๒๕๖๓	เป้าหมาย
	๔๔) ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม	≥๒๐%
	๔๕) ร้อยละ รพ. มีระบบบริหารเวชภัณฑ์ที่ได้มาตรฐานผ่านเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพระบบบริหารเวชภัณฑ์ จ.อุตรดิตถ์	ร้อยละ ๘๐
๑๘.	**ความสำเร็จในการดำเนินงานส่งเสริมการบริหารจัดการ ตามหลักธรรมาภิบาลและมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อมุ่งสู่องค์กรคุณภาพ**	
	๔๖) ร้อยละการเบิกจ่ายงบประมาณรายไตรมาส	ไตรมาสที่ ๑=๓๒% ไตรมาสที่ ๒=๕๔% ไตมาสที่ ๓=๗๗% ไตรมาสที่ =๑๐๐%
๑๙	**ความสำเร็จในการดำเนินงาน พัฒนาระบบการจัดการความรู้ งานวิจัยและนวัตกรรม**	
	๔๗) ร้อยละของเครือข่ายบริการ(CUP)มีผลงานวิชาการที่ได้รับการเผยแพร่ในระดับจังหวัดขึ้นไป	อย่างน้อย ๓ เรื่อง
	รวมจำนวนตัวชี้วัด ๔๗ ตัวชี้วัด	

ตัวชี้วัดคุณภาพ ทั้งหมด ๗๐ ตัว และ ตัวชี้วัดย่อย ๒ ตัว รวมทั้งหมด ๗๒ ตัวชี้วัดแบ่งตัวชี้วัดเป็น ๓ ระดับ

๑. ตัวชี้วัดระดับ รพ. ๒๑ ตัวชี้วัด
๒. ตัวชี้วัดระดับ ทีม ๒๑ ตัวชี้วัด
๓. ตัวชี้วัดระดับ หน่วยงาน ๓๐ ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดระดับ โรงพยาบาลลับแล ๒๑ ตัวชี้วัด

ลำดับ	**ตัวชี้วัด**	**เป้าหมาย**
๑	อัตราผู้ป่วย STEMI ได้รับ SK/PCI ภายใน ๓ ชม.(On set to needle)	>๘๐%
๒	อัตราภาวะหายใจล้มเหลวที่ ER ในผู้ป่วย COPD	<๒%
๓	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่	≤๒.๔๐
๔	อัตราผู้ป่วยความดันรายใหม่	ลดลงจากปีที่ผ่านมา
๕	อัตราผู้ป่วย TB รายใหม่	๗๖:แสนประชากร
๖	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Sepsis และSeptic shock	๐
๗	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค	<๕%
๘	อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย STEMI ที่ ER	<๒%
๙	ระยะเวลารอรับบริการผู้ป่วยนอกพบแพทย์	๖๐ นาที
๑๐	ความพึงพอใจผู้ป่วยนอก	≥๘๐%
๑๑	ความพึงพอใจผู้ป่วยใน	>๘๐%
๑๒	ความพึงพอใจชุมชน	≥๘๐%
	I ๒: Prevention of Healthcare Associated Infection	
๑๓	อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล≤๓ต่อพันวันนอน	≤๓:๑๐๐๐วันนอน
	E ๒.๒: Acute Coronary Syndrome	
๑๔	อัตราผู้ป่วย AMI ได้รับยา SK/PCI ภายใน ๓ ชม.	> ๘๐%
	ความผูกพันและความพึงพอใจ	
๑๕	อัตราความผูกพันของบุคลากร	ร้อยละ๘๐
๑๖	อัตราความผาสุกของบุคลากร	๗๐%
๑๗	ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้	๑๐๐
๑๘	ความสำเร็จการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์	≥๘๐%
๑๙	ร้อยละความสำเร็จของการประเมินการตรวจสอบภายใน ๕ มิติ (EIA)	ร้อยละ ๘๐
๒๐	ร้อยละความสำเร็จของการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ(ITA)	ร้อยละ ๘๐
๒๑	Risk Scoring	<ระดับ ๒

2. ตัวชี้วัดระดับ ทีม 21 ตัวชี้วัด

ลำดับ	**ตัวชี้วัด**	**เป้าหมาย**
๑	๓. อัตราผู้ป่วย Fast Tract Stroke	≥๘๐%
๒	๔. อัตราการเข้าถึงที่เกิดเหตุภายใน ๑๐ นาที	๗๐%
๓	๘. อัตราผู้ป่วย Sepsis ที่ได้รับการทำ H/Cภายใน ๑ ชม.	๑๐๐%
๔	๑๒. ร้อยละของผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ติดตามเยี่ยมบ้าน)	≥๘๐%
	ผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ [IV-1(2)]	
	ด้านผู้ให้บริการ	
๕	๓๗. ร้อยละบุคลากรได้รับการปรับ	ร้อยละ ๘๐
	เปลี่ยนพฤติกรรมดีขึ้น	
๖	๓๘. ร้อยละบุคลากรมี BMI อยู่ในเกณฑ์ปกติ	ร้อยละ ๘๐
	ด้านผู้รับบริการ	
๗	๓๙. ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	ร้อยละ ๘๐
	ด้านชุมชน	
๘	๔๐. ร้อยละประชากรวัยทำงานในชุมชนมี BMI อยู่ในเกณฑ์ปกติ	ร้อยละ ๘๐
	๙๐.**ผลลัพธ์ของ PSG:M (ความปลอดภัยในการใช้ยา การจัดการระบบยาการให้เลือดและองค์ประกอบของเลือด)**	
	ตัวชี้วัด	**เป้าหมาย**
	M ๑: Safe from Adverse Drug Events (ADE)	
	M ๑.๑: Safe from High Alert Drug	
๙	๔๓. รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากการใช้ยาความเสี่ยงสูงระดับ D	๐ ครั้ง
	๙๒.**ผลลัพธ์ของ PSG:L (line, tube, catheter, lab)**	
๑๐	๔๘. อุบัติการณ์ Tube เลื่อนหลุด	๐ ครั้ง
	๙๓.**ผลลัพธ์ของ PSG: E (การตอบสนองต่อสถานการณ์เร่งด่วน)**	
	E ๓: Maternal and Neonatal Morbidity	
	E ๓.๑: Post-Partum Hemorrhage (PPH)	
๑๑	๕๓. อัตราการตกเลือดหลังคลอด	< ๓ %
	E ๓.๒: Safe Labour at Community Hospitals	
๑๒	อัตราตายทารกแรกเกิด	<๑๕ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

ลำดับ	**ตัวชี้วัด**	**เป้าหมาย**
๑๓	อัตรามารดาตายจากการตั้งครรภ์และคลอดบุตร	<๑๕ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน
๑๔	อัตราการเกิด Birth Asphyxia ที่ ๕ นาที	≤๓๐:พันการเกิดมีชีพ
๑๕	อัตราลาออกของบุคลากร	ร้อยละ ๑
๑๗	ความพึงพอใจของบุคลากร	>๘๕%
๑๘	จำนวนอุบัติการณ์ความรุนแรงที่เกิดกับเจ้าหน้าที่	๐
๑๙	อัตราการได้รับอุบัติเหตุจากของมีคม/สิ่งคัดหลั่งจากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล	≤ร้อยละ ๕
	IV-๖ ผลด้านการเงิน	
	๙๖ <u>ผลลัพธ์ด้านการเงิน (IV-๖)</u>	
๒๐	๖๗. อัตราส่วนทุนหมุนเวียน(Current Ratio)	ค่าปกติ>๑.๕
๒๐	๖๘. อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick Ratio)	ค่าปกติ>๑
๒๑	๖๙. อัตราส่วนเงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสดต่อหนี้สินที่ต้องชำระ(Cash Ratio)	ค่าปกติ>๐.๘

ตัวชี้วัดระดับหน่วยงาน ๓๐ ตัวชี้วัด

ลำดับ	**ตัวชี้วัด**	**เป้าหมาย**
๑	อัตราผู้เสียชีวิตในโรงพยาบาล(ไม่รวมPalliative care)	
	ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยในมิติการดูแลต่อเนื่อง	
๒	ผู้ป่วยติดเชื้อHIV VL<๑๐๐๐ copies/ml หลังทานยาต้านครบ ๑๒ เดือน	๙๐%
๓	อัตราการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรค	<๑
๔	อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือด HbA๑C <๗	>๔๐%
๕	อัตราผู้ป่วยความดันโดหิตสูงทีควบคุมความดันโลหิตได้<๑๔๐/๙๐ mmHg	>๖๐%
๖	อัตราผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศรีษะที่มีข้อบ่งชี้ในการส่งต่อได้รับการส่งต่ออย่างปลอดภัย	๑๐๐
	ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยในมิติความเหมาะสมในการดูแล	
๗	อัตราผู้ป่วย Sepsis ที่ได้รับยา ATB ภายใน ๑ ชม.	๑๐๐%
๘	อัตราการกลับมารักษาซ้ำ ใน ๒๘ วัน (Re – Admit)	≤๒.๕ %
๙	อัตราการเกิดภาวะล้มเหลวในผู้ป่วย COPD ที่ IPD	<๒%
๑๐	อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน/ความดัน	<๑๐%
	ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยในมิติประสิทธิผลในการดูแล	
๑๑	อัตราการ refer ของผู้ป่วย Sepsis ใน IPD	<๓๐%
๑๒	อัตราผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศรีษะรุนแรงซึ่งมีข้อบ่งชี้ในการส่งต่อได้รับการส่งต่อรวดเร็วทันท่วงทีภายใน ๑ ชั่วโมง	๑๐๐%
๑๓	อัตราผู้ป่วย MI ที่มีข้อบ่งชี้ในการส่งต่อ/ปรึกษาแพทย์โรคหัวใจ ได้รับการส่งต่อรวดเร็วภายใน ๑ ชั่วโมง	๘๐%
๑๔	อัตราความสำเร็จในการรักษาวัณโรค	>๘๕%
๑๕	ร้อยละผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในตำบล LTC ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ	ร้อยละ ๑๐๐
	ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยในมิติประสิทธิภาพในการดูแล	
๑๖	อัตราผู้เสียชีวิตในโรงพยาบาล(ไม่รวมPalliative care) - IPD	<๑%
๑๗	อัตราการเกิดพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยใน	≤๑%
๑๘	อัตราการเพิ่มขึ้นของการรายงานอุบัติการณ์ (ด้านความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย)	≥๑๐%
๑๙	สัดส่วนของการรายงานเหตุการณ์ Nearmiss / Miss	๖๐:๔๐
๒๐	อัตราการเกิดอุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไข	๑๐๐
๒๑	๔๑. อัตราการผ่าตัดผิดข้างผิดคนผิดหัตถการ /หน่วยงานผ่าตัด	๐%

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
	ผลลัพธ์ของ PSG:S (การผ่าตัดที่ปลอดภัย)	
	S ๑: Safe Surgery and Invasive Procedure	
	ผลลัพธ์ของ PSG:M (ความปลอดภัยในการใช้ยา การจัดการระบบยาการให้เลือดและองค์ประกอบของเลือด)	
	M ๑: Safe from Adverse Drug Events (ADE)	
	M ๑.๒: Safe from Preventable Adverse Drug Reactions (ADR)	
	การแพ้ยาซ้ำ	
๒๒	๔๔.๑ ผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำผู้ป่วยนอก(ราย)	๐ ราย
๒๓	๔๔.๒ ผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำผู้ป่วยใน(ราย)	๐ ราย
	M ๓: Medication Reconciliation	
	อัตราการ Administration error ของ NUR	
๒๔	๔๕.๑ IPD	<๓ :๑๐๐๐ วันนอน (IPD)
๒๕	๔๕.๒ ER	< ๑ :๑๐๐๐ ใบสั่งยา (ER)
	ผลลัพธ์ของ PSG:P (กระบวนการวินิจฉัยและการดูแล)	
	ตัวชี้วัด	**เป้าหมาย**
	P ๑: Patient Identification	
๒๖	๔๖. อัตราการให้การรักษาการทำหัตถการและการระบุตัวผู้ป่วยผิด	๐%
	P ๒: Communication	
๒๗	๔๗. อัตราการสื่อสารผิดพลาด	๐%
	E ๑: Response to the Deteriorating Patient	
๒๘	๔๙. อัตราผู้ป่วยทรุดลงในโรงพยาบาล	<๑%
	E ๒.๒: Acute Coronary Syndrome	
๒๙	๕๐. อัตราการได้รับการทำ EKG ในกลุ่มอาการ typical chest pain ภายใน ๑๐ นาที	๑๐๐%
๓๐	๕๑. อัตราผู้ป่วย AMI เสียชีวิตที่ ER	≤๒%

นโยบายความมั่นคงปลอดภัยของการสำรองข้อมูล
(Backup Policy)

๑.วัตถุประสงค์

เพื่อกำหนดเป็นมาตรฐานในการสำรองข้อมูลเครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่าย (Server) อุปกรณ์หลักในการทำหน้าที่เชื่อมโยงระบบเครือข่าย และเตรียมความพร้อมกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน หรือกรณีมีเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อสารสนเทศ ให้สามารถกู้กลับคืนได้ภายในระยะเวลาที่เหมาะสม

๒. แนวทางปฏิบัติในการสำรองข้อมูล

๒.๑ จัดทำสำเนาข้อมูลและซอฟต์แวร์เก็บไว้ โดยจัดเรียงตามลำดับความจำเป็นของการสำรองข้อมูลระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของหน่วยงานจากจำเป็นมากไปหาน้อย

๒.๒ มีขั้นตอนการปฏิบัติการจัดทำสำรองข้อมูลและการกู้คืนข้อมูลอย่างถูกต้อง ทั้งระบบซอฟต์แวร์และข้อมูลในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ โดยขั้นตอนปฏิบัติแยกตามระบบเทคโนโลยีสารสนเทศแต่ละระบบ

๒.๓ จัดเก็บข้อมูลที่สำรองนั้นในสื่อเก็บข้อมูล โดยมีการพิมพ์ชื่อบนสื่อเก็บข้อมูลนั้นให้สามารถแสดงถึงระบบซอฟต์แวร์ วันที่ เวลา ที่สำรองข้อมูลและผู้รับผิดชอบในการสำรองข้อมูลไว้อย่างชัดเจน ข้อมูลที่สำรองควรจัดเก็บไว้ในสถานที่เก็บข้อมูลสำรองซึ่งติดตั้งอยู่ที่สถานที่อื่น และต้องมีการทดสอบสื่อเก็บข้อมูลสำรองอย่างสม่ำเสมอ

๒.๔ ต้องมีการจัดทำแผนเตรียมความพร้อมกรณีเกิดเกตุฉุกเฉินให้สามารถกู้ระบบกลับคืนมาได้ภายในระยะเวลาที่เหมาะสม

โรงพยาบาลลับแล

ประกาศนโยบายรักษาความมั่นคงปลอดภัยในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

พ.ศ.๒๕๖๒

ตามพระราชกฤษฎีกากำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการทำธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ภาครัฐ พ.ศ.๒๕๔๙ กำหนดให้หน่วยงานของรัฐต้องจัดทำแนวนโยบายและแนวปฏิบัติการรักษาความมั่นคงปลอดภัยในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อให้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาลลับแลเป็นไปอย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ มีความมั่นคงปลอดภัยและสามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นจากการใช้งานในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในลักษณะที่ไม่ถูกต้องและการถูกคุกคามจากภัยต่างๆ โรงพยาบาลลับแลจึงเห็นสมควรกำหนดนโยบาย ดังนี้

๑. โรงพยาบาลลับแลส่งเสริมและสนับสนุนรักษาความมั่นคงปลอดภัยในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศให้ตอบสนองต่อพันธกิจและนโยบายขององค์กร

๒. โรงพยาบาลลับแลมีหน้าที่ จำกัด ระงับ เพิกถอนสิทธิหรือบทลงโทษตามความเหมาะสม หากมีการละเมิดหรือฝ่าฝืนแนวปฏิบัติ ในกรณีสำคัญคณะกรรมการสารสนเทศและคอมพิวเตอร์รายงานการฝ่าฝืนให้ต้นสังกัดหรือโรงพยาบาลพิจาณาลงโทษ

๓. โรงพยาบาลลับแลสนับสนุนให้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมีความถูกต้อง สมบูรณ์ และพร้อมใช้งานอยู่เสมอ

๔. โรงพยาบาลลับแลสนับสนุนการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลตามแนวปฏิบัติ เพื่อการปกป้องและรักษาข้อมูลความลับของผู้ใช้และข้อมูลผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด

ประกาศ ณ วันที่ ๒ มกราคม พ.ศ.๒๕๖๒

(นายกิตติพงศ์ อุบลสะอาด)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลับแล

แนวทางปฏิบัติการรักษาความมั่นคงปลอดภัยของเครือข่ายและเครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่าย (Network and Server Policy)

๑.วัตถุประสงค์

เพื่อช่วยให้ผู้ใช้บริการ ได้รับทราบถึงหน้าที่และความรับผิดชอบในการใช้ระบบคอมพิวเตอร์และระบบเครือข่าย รวมทั้งทำความเข้าใจตลอดจนปฏิบัติตามเพื่อเป็นการป้องกันทรัพยากรและข้อมูลของหน่วยงานให้มีความลับ ความถูกต้องและมีความพร้อมใช้งานอยู่เสมอ

๒.แนวทางปฏิบัติในการใช้งานเครือข่ายและเครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่าย

โรงพยาบาลลับแล กำหนดมาตรการความปลอดภัยของเครือข่ายและเครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่าย (Server) ดังนี้

๒.๑ ผู้ดูแลระบบ ต้องแบ่งระบบเครือข่ายตามกลุ่มของบริการสารสนเทศ กลุ่มของผู้ใช้งาน เช่น โซนภายใน (Internal Zone) โซนภายนอก (External Zone) เป็นต้น เพื่อให้สามารถควบคุมป้องกันการบุกรุกได้อย่างเป็นระบบ

๒.๒ ผู้ใช้บริการจะนำเครื่องคอมพิวเตอร์และอุปกรณ์มาเชื่อมต่อกับเครื่องคอมพิวเตอร์และระบบเครือข่ายของหน่วยงาน ต้องได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือหัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์ และสารสนเทศทางการแพทย์ และต้องปฏิบัติตามนโยบายนี้โดยเคร่งครัด

๒.๓ การขออนุญาตใช้งานพื้นที่ Web Server และชื่อโดเมนย่อย (Sub Domain Name) ที่หน่วยงานรับผิดชอบอยู่ จะต้องทำหนังสือขออนุญาตต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือหัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์ และสารสนเทศทางการแพทย์ และจะต้องไม่ติดตั้งโปรแกรมใดๆ ที่ส่งผลกระทบต่อการกระทำของระบบและผู้ใช้บริการอื่นๆ

๒.๔ ห้ามผู้ใดกระทำการเคลื่อนย้าย ติดตั้ง เพิ่มเติมหรือทำการใดๆ ต่ออุปกรณ์ส่วนกลาง ได้แก่ อุปกรณ์จัดเส้นทาง (Router) อุปกรณ์กระจายสัญญาณข้อมูล (Switch) อุปกรณ์ที่เชื่อมต่อกับระบบเครือข่ายหลัก โดยไม่ได้รับอนุญาตจากผู้ดูแลระบบ (System Administrator)

๒.๕ ผู้ดูแลระบบต้องควบคุมการเข้าถึงระบบเครือข่าย เพื่อบริหารจัดการระบบเครือข่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังต่อไปนี้

๒.๕.๑ ต้องมีวิธีการจำกัดสิทธิ์การใช้งาน เพื่อควบคุมผู้ใช้บริการให้สามารถใช้งานเฉพาะระบบเครือข่ายที่ได้รับอนุญาตเท่านั้น ต้องมีวิธีการจำกัดเส้นทางการเข้าถึงระบบเครือข่ายที่มีการใช้งานร่วมกัน

๒.๕.๒ ต้องกำหนดให้มีวิธีเพื่อจำกัดการใช้เส้นทางบนเครือข่ายจากเครื่องคอมพิวเตอร์ไปยังเครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่าย เพื่อไม่ให้ผู้ใช้บริการสามารถใช้เส้นทางอื่นๆได้

๒.๕.๓ ระบบเครือข่ายทั้งหมดของหน่วยงานที่มีการเชื่อมต่อไปยังระบบเครือข่ายอื่นๆ ภายนอกหน่วยงานควรเชื่อมต่อผ่านอุปกรณ์ป้องกันการบุกรุก รวมทั้งต้องมีความสามารถในการตรวจจับโปรแกรมประสงค์ร้าย (Malware) ด้วย

๒.๕.๔ ระบบเครือข่ายต้องติดตั้งระบบตรวจจับการบุกรุก (Intrusion Prevention System / Intrusion Detection System) เพื่อตรวจสอบการใช้งานของบุคคลที่เข้าใช้งานระบบเครือข่ายของหน่วยงานในลักษณะที่ผิดปกติ

๒.๕.๕ การเข้าสู่ระบบเครือข่ายภายในหน่วยงาน โดยผ่านทางระบบอินเตอร์เน็ตจำเป็นต้องมีการลงบันทึกเข้า (Login) และต้องมีการพิสูจน์ยืนยันตัวตน (Authentication) เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของผู้ใช้บริการ

๒.๕.๖ เลขที่อยู่ไอพี (IP Address) ภายในของระบบเครือข่ายภายในของหน่วยงาน จำเป็นต้องมีการป้องกันมิให้หน่วยงานภายนอกที่เชื่อมต่อสามารถมองเห็นได้

๒.๕.๗ ต้องจัดทำแผนผังระบบเครือข่าย (Network Diagram) ซึ่งมีรายละเอียดเกี่ยวกับขอบเขตของระบบเครือข่ายภายในและเครือข่ายภายนอก และอุปกรณ์ต่างๆ พร้อมทั้งปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ

๒.๕.๘ การใช้เครื่องมือต่างๆ เพื่อการตรวจสอบระบบเครือข่าย ควรได้รับการอนุมัติจากผู้ดูแลระบบ และจำกัดการใช้งานเฉพาะเท่าที่จำเป็น

๒.๕.๙ ผู้ดูแลระบบต้องบริหารควบคุมเครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่าย (Server) และรับผิดชอบในการดูแลระบบคอมพิวเตอร์แม่ข่าย ในการกำหนดแก้ไข หรือเปลี่ยนแปลงค่าต่างๆ ของซอฟต์แวร์ระบบ (Systems Software)

๒.๖ โรงพยาบาลลับแล กำหนดมาตรการควบคุมการจัดเก็บข้อมูลจราจรทางคอมพิวเตอร์ (Log) เพื่อให้ข้อมูลจราจรทางคอมพิวเตอร์ (Log) มีความถูกต้องและสามารถระบุถึงตัวบุคคลได้ตามแนวทางดังต่อไปนี้

๒.๖.๑ ควรจัดเก็บข้อมูลจราจรทางคอมพิวเตอร์ (Log) ไว้ในสื่อเก็บข้อมูลที่สามารถรักษาความครบถ้วน ถูกต้อง แท้จริง และระบุตัวบุคคลที่เข้าถึงสื่อดังกล่าวได้ และข้อมูลที่ใช้ในการจัดเก็บ ต้องกำหนดชั้นความลับในการเข้าถึงข้อมูลและผู้ดูแลระบบไม่ได้รับอนุญาตในการแก้ไขข้อมูลที่เก็บรักษาไว้
ยกเว้นผู้ตรวจสอบระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของหน่วยงาน (IT Auditor) หรือบุคคลที่หน่วยงานมอบหมาย

๒.๖.๒ ควรกำหนดให้มีการบันทึกการทำงานของระบบบันทึกการปฏิบัติงานของผู้ใช้งาน (Application Logs) และบันทึกรายละเอียดของระบบป้องกันการบุกรุก เช่น บันทึกการเข้า-ออกระบบ บันทึกการพยายามเข้าสู่ระบบ บันทึกการใช้งาน Command Line และ Firewall Log เป็นต้น เพื่อประโยชน์ในการใช้ตรวจสอบและต้องเก็บบันทึกดังกล่าวไว้อย่างน้อย ๙๐ วัน นับตั้งแต่การใช้บริการสิ้นสุดลง

๒.๖.๓ ควรตรวจสอบบันทึกการปฏิบัติงานของผู้ใช้งานระบบอย่างสม่ำเสมอ

๒.๖.๔ ต้องมีวิธีการป้องกันการแก้ไขเปลี่ยนแปลงบันทึกต่าง ๆ และจำกัดสิทธิ์การเข้าถึงบันทึกเหล่านั้นให้เฉพาะบุคคลที่เกี่ยวข้องเท่านั้น

๒.๗ โรงพยาบาลลับแล กำหนดมาตรการควบคุมการใช้งานระบบเครือข่ายและเครื่องคอมพิวเตอรแม่ข่าย (Server) เพื่อดูแลรักษาความปลอดภัยของระบบจากภายนอกตามแนวทาง ดังต่อไปนี้

๒.๗.๑ บุคคลจากหน่วยงานภายนอกที่ต้องการสิทธิ์ในการเข้าใช้งานระบบเครือข่ายและเครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่ายของหน่วยงาน จะต้องทำเรื่องขออนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือหัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์ และสารสนเทศทางการแพทย์

๒.๗.๒ มีการควบคุมช่องทาง (Port) ที่ใช้ในการเข้าสู่ระบบอย่างรัดกุม

๒.๗.๓ วิธีการใดๆ ที่สามารถเข้าสู่ข้อมูลหรือระบบข้อมูลได้จากระยะไกลต้องได้รับการอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือหัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์

๒.๗.๔ การเข้าสู่ระบบจากระยะไกล ผู้ใช้งานต้องแสดงหลักฐาน ระบุเหตุผลหรือความจำเป็นในการดำเนินงานกับหน่วยงานอย่างเพียงพอ

๒.๗.๕ การเข้าใช้งานระบบต้องผ่านการพิสูจน์ตัวตนจากระบบของหน่วยงาน

แนวทางปฏิบัติการรักษาความมั่นคงปลอดภัยของการสำรองข้อมูล
(Backup Policy)

๑.วัตถุประสงค์

เพื่อกำหนดเป็นมาตรฐานในการสำรองข้อมูลเครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่าย (Server) อุปกรณ์หลักในการทำหน้าที่เชื่อมโยงระบบเครือข่าย และเตรียมความพร้อมกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน หรือกรณีมีเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อสารสนเทศ ให้สามารถกู้กลับคืนได้ภายในระยะเวลาที่เหมาะสม

๒. แนวทางปฏิบัติในการสำรองข้อมูล

๒.๑ จัดทำสำเนาข้อมูลและซอฟต์แวร์เก็บไว้ โดยจัดเรียงตามลำดับความจำเป็นของการสำรองข้อมูลระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของหน่วยงานจากจำเป็นมากไปหาน้อย

๒.๒ มีขั้นตอนการปฏิบัติการจัดทำสำรองข้อมูลและการกู้คืนข้อมูลอย่างถูกต้อง ทั้งระบบซอฟต์แวร์และข้อมูลในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ โดยขั้นตอนปฏิบัติแยกตามระบบเทคโนโลยีสารสนเทศแต่ละระบบ

๒.๓ จัดเก็บข้อมูลที่สำรองนั้นในสื่อเก็บข้อมูล โดยมีการพิมพ์ชื่อบนสื่อเก็บข้อมูลนั้นให้สามารถแสดงถึงระบบซอฟต์แวร์ วันที่ เวลาที่สำรองข้อมูลและผู้รับผิดชอบในการสำรองข้อมูลไว้อย่างชัดเจน ข้อมูลที่สำรองควรจัดเก็บไว้ในสถานที่เก็บข้อมูลสำรองซึ่งติดตั้งอยู่ที่สถานที่อื่น และต้องมีการทดสอบสื่อเก็บข้อมูลสำรองอย่างสม่ำเสมอ

๒.๔ ต้องมีการจัดทำแผนเตรียมความพร้อมกรณีเกิดเกตุฉุกเฉินให้สามารถกู้ระบบกลับคืนมาได้ภายในระยะเวลาที่เหมาะสม

แนวทางปฏิบัติการรักษาความมั่นคงปลอดภัยทางด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อม (Physical and Environment Security)

๑.วัตถุประสงค์

เพื่อกำหนดเป็นมาตรการในการควบคุมและป้องกันการรักษาความมั่นคงปลอดภัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าใช้งานหรือการเข้าถึงพื้นที่ใช้งานระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ โดยพิจารณาตามความสำคัญของอุปกรณ์ ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและข้อมูล ซึ่งเป็นทรัพย์สินที่มีค่าและอาจจำเป็นต้องรักษาความลับ โดยมาตรการนี้จะมีผลบังคับใช้กับผู้ใช้บริการและหน่วยงานภายนอก ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับการใช้งานระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของหน่วยงาน

๒.แนวทางปฏิบัติการรักษาความมั่งคงปลอดภัยทางด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อม

๒.๑ ให้กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์ และสารสนเทศทางการแพทย์ เป็นผู้กำหนดพื้นที่ผู้ใช้บริการ พื้นที่ใช้งานระบบเทคโนโลยี สารสนเทศให้ชัดเจน และจัดทำแผนแสดงตำแหน่งของพื้นที่ใช้งานและประกาศให้รับทราบทั่วกัน โดยการกำหนดพื้นที่ดังกล่าวแบ่งออกได้เป็นพื้นที่ทำงาน พื้นที่ติดตั้ง และจัดเก็บอุปกรณ์ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศหรือระบบเครือข่าย พื้นที่ใช้งานระบบเครือข่ายไร้สาย เป็นต้น

๒.๒ ให้กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์ และสารสนเทศทางการแพทย์ เป็นผู้กำหนดสิทธิ์ในการเข้าถึงพื้นที่ใช้งานระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

๒.๓ ให้กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์ และสารสนเทศทางการแพทย์ เป็นผู้กำหนดมาตรการควบคุมการเข้า-ออกพื้นที่ใช้งานระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

๒.๔ หน่วยงานภายนอกที่นำเครื่องคอมพิวเตอร์ หรือ อุปกรณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงานระบบเครือข่ายภายใน แบบฟอร์มการขออนุญาตใช้งานเครื่องคอมพิวเตอร์หรืออุปกรณ์ และต้องมีเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายจากผู้บังคับบัญชาลงนาม

แนวทางปฏิบัติการรักษาความมั่นคงปลอดภัยของการควบคุมการเข้าถึงระบบ (Access Control Policy)

๑. วัตถุประสงค์

เพื่อกำหนดมาตรการควบคุมการเข้าถึงระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของหน่วยงาน และป้องกันการบุกรุกผ่านระบบเครือข่ายจากผู้บุกรุก หรือจากโปรแกรมประสงค์ร้าย (Malware) ที่จะสร้างความเสียหายแก่ข้อมูล หรือการทำงานของระบบสารสนเทศและระบบเครือข่ายให้หยุดชะงักรวมทั้งให้สามารถตรวจสอบติดตามพิสูจน์ตัวบุคคลที่เข้าใช้งานระบบสารสนเทศและระบบเครือข่ายของหน่วยงานได้อย่างถูกต้อง

๒.แนวทางปฏิบัติในการควบคุมการเข้าถึงระบบ

แนวทางปฏิบัติในการควบคุมการเข้าถึงระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาลลับแลมีดังนี้

๒.๑ การควบคุมการเข้าถึงระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

๒.๑.๑ โรงพยาบาลลับแล กำหนดมาตรการควบคุมการเข้าใช้งานระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของหน่วยงานเพื่อดูแลรักษาความปลอดภัย โดยที่บุคคลจากหน่วยงานภายนอกที่ต้องการสิทธิ์ในการเข้าใช้งานระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของหน่วยงาน จะต้องขออนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรต่อหัวหน้าศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ

๒.๑.๒ ผู้ดูแลระบบ (System Administrator) ต้องกำหนดสิทธิ์การเข้าถึงข้อมูลและระบบข้อมูลให้เหมาะสมกับการเข้าใช้งานระบบ และหน้าที่ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงานก่อนเข้าระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ รวมทั้งมีการทบทวนสิทธิ์การเข้าถึงอย่างสม่ำเสมอ

๒.๑.๓ ผู้ดูแลระบบควรจัดให้มีการติดตั้งระบบบันทึก และติดตามการใช้งานระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของหน่วยงาน และตรวจตราการละเมิดความปลอดภัยที่มีต่อระบบข้อมูล

๒.๑.๔ ผู้ดูแลระบบต้องจัดให้มีการบันทึกรายละเอียดการเข้าถึงระบบ การแก้ไขเปลี่ยนแปลงสิทธิ์ต่างๆ และการผ่านเข้า-ออกสถานที่ตั้งของระบบของทั้งผู้ที่ได้รับอนุญาตและไม่ได้รับการอนุญาตเพื่อเป็นหลักฐานในการตรวจสอบ

๒.๒ การบริหารจัดการการเข้าถึงระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

๒.๒.๑ ผู้ดูแลระบบต้องกำหนดการลงทะเบียนบุคลากรใหม่ของโรงพยาบาลลับแลกำหนดให้มีขั้นตอน ปฏิบัติอย่างเป็นทางการเพื่อให้มีสิทธิ์ต่างๆ ในการใช้งานตามความจำเป็น รวมทั้งขั้นตอนปฏิบัติสำหรับการยกเลิกสิทธิ์การใช้งาน เช่น การลาออก หรือการเปลี่ยนตำแหน่งงานภายในหน่วยงาน เป็นต้น

๒.๒.๒ ผู้ดูแลระบบต้องกำหนดการใช้งานระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่สำคัญ เช่น ระบบคอมพิวเตอร์ โปรแกรมประยุกต์ (Application) จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (E - mail) ระบบเครือข่ายไร้สาย (Wireless Lan) ระบบอินเตอร์เน็ต (Internet) เป็นต้น โดยต้องให้สิทธิ์เฉพาะการปฏิบัติงานในหน้าที่ และต้องได้รับความเห็นชอบจากผู้บังคับบัญชาเป็นลายลักษณ์อักษรรวมทั้งต้องทบทวนสิทธิ์ดังกล่าวอย่างสม่ำเสมอ

๒.๒.๓ ผู้ดูแลระบบต้องบริหารจัดการใช้งานระบบและรหัสผ่านของบุคลากร ดังต่อไปนี้

๒.๒.๓.๑ กำหนดการเปลี่ยนแปลงและการยกเลิกรหัสผ่าน (Password)

เมื่อผู้ใช้งานระบบลาออกหรือพ้นจากตำแหน่ง หรือยกเลิกการใช้งาน

๒.๒.๓.๒ ส่งมอบรหัสผ่านชั่วคราวให้กับผู้ใช้บริการด้วยวิธีการที่ปลอดภัยควรหลีกเลี่ยงการใช้บุคคลอื่นหรือส่งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (E-mail) ที่ไม่มีการป้องกันในการส่งรหัสผ่าน

๒.๒.๓.๓ ควรกำหนดให้ผู้ใช้บริการตอบยืนยันการได้รับรหัสผ่าน

๒.๒.๓.๔ ควรกำหนดให้ผู้ใช้งานไม่บันทึกหรือเก็บรหัสผ่าน ไว้ในระบบคอมพิวเตอร์ในรูปแบบที่ไม่ได้ป้องกันการเข้าถึง

๒.๒.๓.๕ กำหนดชื่อผู้ใช้หรือรหัสผู้ใช้งานต้องไม่ซ้ำกัน

๒.๒.๓.๖ ในกรณีมีความจำเป็นต้องให้สิทธิ์พิเศษกับผู้ใช้งานที่มีสิทธิ์สูงสุด ผู้ใช้งานนั้นจะต้องได้รับความเห็นชอบและอนุมัติจากผู้บังคับบัญชา โดยมีการกำหนดระยะเวลาการใช้งานและระงับการใช้งานทันทีเมื่อพ้นระยะเวลาดังกล่าวหรือพ้นจากตำแหน่งและมีการกำหนดสิทธิ์พิเศษที่ได้รับว่าเข้าถึงได้ถึงระดับใดได้บ้างและต้องกำหนดให้รหัสผู้ใช้งานตามปกติ

๒.๒.๔ ผู้ดูแลระบบต้องบริหารจัดการการเข้าถึงข้อมูลตามประเภทชั้นความลับในการควบคุมการเข้าถึงข้อมูลแต่ล่ะประเภทชั้นความลับ ทั้งการเข้าถึงโดยตรง และการเข้าถึงผระบบงานรวมถึงวิธีการทำลายข้อมูลแต่ละประเภทชั้นความลับของข้อมูล

๒.๒.๔.๓ ควรกำหนดระยะเวลาการใช้งานและระงับการใช้งานทันทีเมื่อพ้นระยะเวลาดังกล่าว

๒.๒.๔.๔ การรับส่งข้อมูลสำคัญผ่านระบบเครือข่ายสาธารณะ ควรได้รับการเข้ารหัส (Encryption) ที่เป็นมาตรฐานสากลเช่น SSL VPN หรือ XML Encryption เป็นต้น

๒.๒.๔.๕ ควรกำหนดการเปลี่ยนรหัสผ่าน ตามระยะเวลาที่กำหนดของระดับความสำคัญของข้อมูล

๒.๒.๔.๖ ควรกำหนดมาตรการรักษาความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูล ในกรณีที่นำเครื่องคอมพิวเตอร์ออกนอกพื้นที่ของหน่วยงาน เช่น ส่งเครื่องคอมพิวเตอร์ไปตรวจซ่อม ควรสำรองและลบข้อมูลที่เก็บอยู่ในสื่อบันทึกก่อน เป็นต้น

๒.๓ การควบคุมการเข้าถึงระบบปฏิบัติการ

๒.๓.๑ ผู้ใช้บริการต้องกำหนดชื่อผู้ใช้ และรหัสผ่านในการเข้าใช้งานระบบปฏิบัติการของเครื่องคอมพิวเตอร์ของหน่วยงาน

๒.๓.๒ ผู้ใช้บริการไม่ควรอนุญาตให้ผู้อื่นใช้ชื่อผู้ใช้และรหัสผ่านของตนในการเข้าใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ของหน่วยงานร่วมกัน

๒.๓.๓ ผู้ใช้บริการควรตั้งค่าการใช้งานโปรแกรมถนอมหน้าจอ เพื่อทำการล็อคหน้าจอภาพเมื่อไม่มีการใช้งานหลังจากนั้นเมื่อต้องการใช้งานผู้ใช้บริการต้องใส่รหัสผ่าน เพื่อเข้าใช้งาน

๒.๓.๔ ผู้ใช้บริการควรทำ Logout ทันทีเมื่อเลิกใช้งานหรือไม่อยู่ที่หน้าจอเป็นเวลานานมากกว่า ๑ ชม.

แนวทางปฏิบัติการรักษาความมั่นคงปลอดภัยของอินเตอร์เน็ต
(Internet Security Policy)

๑. วัตถุประสงค์

เพื่อกำหนดมาตรการการใช้งานอินเตอร์เน็ตของโรงพยาบาลลับแล ซึ่งผู้ใช้จะต้องให้ความสำคัญและตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้งานอินเตอร์เน็ต ผู้ใช้จะต้องเข้าใจกฎเกณฑ์ ต่างๆ ที่ผู้ดูแลระบบเครือข่ายวางไว้ ไม่ละเมิดสิทธิ์กระทำการใดๆ ที่จะสร้างปัญหา หรือไม่เคารพ กฎเกณฑ์ที่วางไว้ และจะต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ดูแลระบบเครือข่ายนั้นอย่างเคร่งครัด จะทำให้การใช้งานอินเตอร์เน็ตเป็นไปอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ

๒. แนวทางปฏิบัติในการใช้เครือข่ายอินเตอร์เน็ต

ผู้ใช้งานเครือข่ายอินเตอร์เน็ตของโรงพยาบาลลับแล มีหน้าที่และความรับผิดชอบที่ต้องปฏิบัติดังนี้

๒.๑ การลงทะเบียนบัญชีผู้ใช้เครือข่ายอินเตอร์เน็ต ต้องทำการกรอกข้อมูลคำขอใช้บริการเครือข่ายอินเตอร์เน็ตของหน่วยงาน โดยยื่นคำขอกับเจ้าหน้าที่ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลลับแล โดยสามารถใช้งานได้ ๑ วัน เพื่อรอการตรวจสอบตัวบุคคลและอนุมัติการใช้งาน โดยผู้ใช้งานต้องเป็นบุคลากรสังกัดโรงพยาบาลลับแล สำหรับบุคคลภายนอกจะต้องได้รับอนุญาตจากหัวหน้าศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย

๒.๒ ไม่ใช้ระบบอินเทอร์เน็ตของหน่วยงาน เพื่อหาประโยชน์ในเชิงพาณิชย์เป็นการส่วนบุคคล และทำการเข้าสู่เว็บไซต์ที่ไม่เหมาะสม เช่น เว็บไซต์ที่ขัดต่อศีลธรรม เว็บไซต์ที่ มีเนื้อหาอันอาจกระทบกระเทือนหรือเป็นภัยต่อความมั่นคงต่อชาติ ศาสนา พระมหากษัตริย์ หรือเว็บไซต์ที่เป็นภัยต่อสังคม หรือละเมิดสิทธิ์ของผู้อื่น หรือข้อมูลที่อาจก่อให้เกิดความเสียหายให้กับหน่วยงาน

๒.๓ ผู้ใช้งานอินเตอร์เน็ตจึงใช้ข้อความที่สุภาพ ตามธรรมเนียมปฏิบัติในการใช้บริการ และต้องรับผิดชอบต่อข้อมูลของตนเอง ทั้งที่เก็บไว้บนเครื่องคอมพิวเตอร์ส่วนบุคคล เครื่องแม่ข่าย หรือข้อมูลที่ส่งผ่านระบบเครือข่าย

๒.๔ ผู้ใช้งานต้องไม่ให้ผู้อื่นใช้งานผ่านบัญชีของตนโดยเด็ดขาด หากเกิดปัญหา เช่น การละเมิดลิขสิทธิ์หรือการเก็บข้อมูลที่ผิดกฎหมาย เจ้าของบัญชีผู้ใช้นั้นต้องเป็นผู้รับผิดชอบ

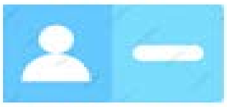
๒.๕ ห้ามเปิดเผยข้อมูลสำคัญที่เป็นความลับเกี่ยวกับงานของหน่วยงานที่ยังไม่ได้ประกาศอย่างเป็นทางการผ่านระบบอินเทอร์เน็ต ระมัดระวังการดาวน์โหลดโปรแกรมใช้งานจากระบบอินเทอร์เน็ต การดาวน์โหลดการ อัพเดท (Update) โปรแกรมต่างๆ ต้องเป็นไปโดยไม่ละเมิดลิขสิทธิ์ ไม่ดาวน์โหลดไฟล์ขนาดใหญ่ แต่หากมีความจำเป็นให้ปฏิบัตินอกเวลาทำงาน

๒.๖ ในการใช้งานกระดานสนทนาอิเล็กทรอนิกส์ เฟสบุค โปรแกรมอื่น ๆ ที่มีลักษณะคล้ายกัน โดยต้องไม่เปิดเผยข้อมูลที่สำคัญและเป็นความลับของหน่วยงาน ไม่เสนอความคิดเห็น หรือใช้ข้อความที่ยั่วยุให้ร้าย ที่จะทำให้เกิดความเสื่อมเสียต่อชื่อเสียงของหน่วยงาน การทำลายความสัมพันธ์กับบุคลากรของหน่วยงานอื่นๆ

๒.๗ หลังการใช้งานระบบอินเตอร์เน็ตเสร็จแล้ว ให้ปิดเว็บเบราเซอร์ที่ใช้งาน และออกจากเครือข่ายอินเตอร์เน็ตด้วยการ Logout จากการ Authentication เพื่อป้องกันการเข้าใช้งานโดยบุคคลอื่นๆ

แนวทางปฏิบัติการรักษาความมั่นคงปลอดภัยด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ จดจำง่ายด้วย มาตรการ ๖ ป.

ปกปิด



ต้องเก็บ Username และ Password
เป็นความลับ ไม่เปิดเผยต่อผู้อื่น
เป็นสิทธิ์ใช้งานเฉพาะบุคคล

ปกป้อง

ต้อง Login และ Logout
หลังเลิกใช้งานทุกครั้ง
อย่าทิ้งหน้าจอไว้ให้ใครมาสวมรอย

ป้องกัน

ต้องติดตั้ง Antivirus ทุกเครื่อง
และล็อคหน้าจอเมื่อพักการใช้งานหรือ
ปิดหน้าจอเพื่อป้องกันข้อมูลอันสำคัญ

เปิดเผย

ต้องได้รับการอนุมัติ
เป็นลายลักษณ์อักษรก่อนการเผยแพร่
ข้อมูลในเว็บไซต์โรงพยาบาล

ปลดปลั๊ก

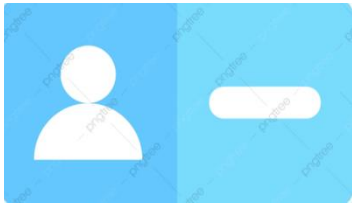
ห้ามนำอุปกรณ์ใด ๆ มาเชื่อมต่อ
กับระบบเน็ตเวิร์คของโรงพยาบาล
โดยไม่ได้รับอนุญาต

ปลอดภัย

ห้ามนำอาหารหรือเครื่องดื่มมาวาง
บริเวณคอมพิวเตอร์ เพื่อความปลอดภัย
และยืดอายุการใช้งาน

แนวทางปฏิบัติการรักษาความมั่นคงปลอดภัยด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ จดจำง่ายด้วย มาตรการ ๖ ป.

ปกปิด



ต้องเก็บ Username และ Password
เป็นความลับ ไม่เปิดเผยต่อผู้อื่น
เป็นสิทธิ์ใช้งานเฉพาะบุคคล

ปกป้อง

ต้อง Login และ Logout
หลังเลิกใช้งานทุกครั้ง
อย่าทิ้งหน้าจอไว้ให้ใครมาสวมรอย

ป้องกัน

ต้องติดตั้ง Antivirus ทุกเครื่อง
และล็อคหน้าจอเมื่อพักการใช้งานหรือ
ปิดหน้าจอเพื่อป้องกันข้อมูลอันสำคัญ

เปิดเผย

ต้องได้รับการอนุมัติ
เป็นลายลักษณ์อักษรก่อนการเผยแพร่
ข้อมูลในเว็บไซต์โรงพยาบาล

ปลดปลั๊ก

ห้ามนำอุปกรณ์ใดๆ มาเชื่อมต่อ
กับระบบเน็ตเวิร์คของโรงพยาบาล
โดยไม่ได้รับอนุญาต

ปลอดภัย

ห้ามนำอาหารหรือเครื่องดื่มมาวาง
บริเวณคอมพิวเตอร์ เพื่อความปลอดภัย
และยืดอายุการใช้งาน

ยุทธศาสตร์โรงพยาบาล ปี ๒๕๖๐-๒๕๕๔

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 และการสร้าง
๓. เสริมสุขภาพแบบบูรณาการร่วมกับทุกภาคส่วนที่สอดคล้องกับปัญหาในบริบทพื้นที่ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย
๔. สนับสนุนให้มีการพัฒนาและใช้นวัตกรรมสุขภาพร่วมกับการแพทย์แผนไทย และสหวิชาชีพในการดูแลสุขภาพประชาชน

ยุทธศาสตร์การพัฒนา

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

การวิเคราะห์องค์กร (SWOT analysis) ของโรงพยาบาลลับแล

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

เกณฑ์ความหมายของน้ำหนักลำดับความสำคัญของสภาวะแวดล้อม

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

เกณฑ์การแปลความหมายค่าเฉลี่ยของสภาวะแวดล้อม

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) ของโรงพยาบาลลับแลในปัจจัยแต่ละด้าน ดังนี้

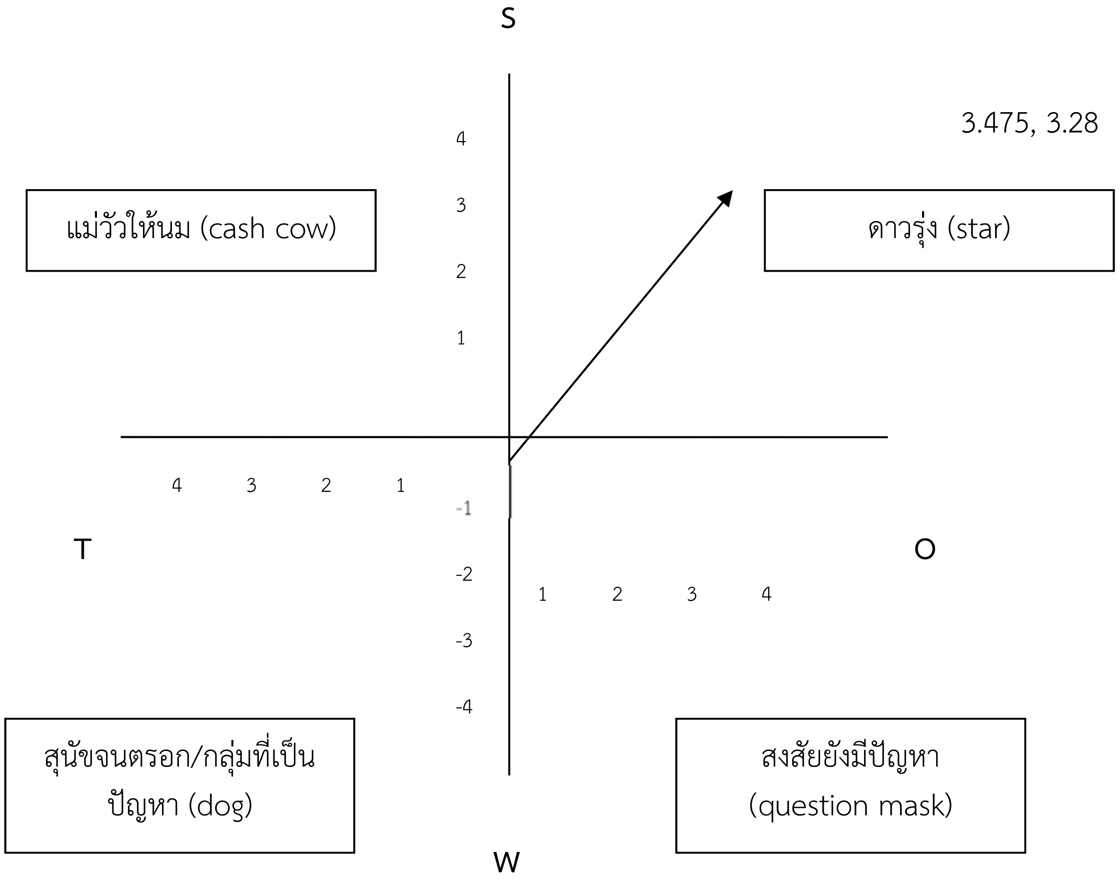
ข้อ	สภาพแวดล้อมของโรงพยาบาล	คะแนนเฉลี่ย	ระดับความคิดเห็น
ปัจจัยภายใน ด้านจุดแข็ง (Strength-S)			
S๑	โรงพยาบาลขนาดเล็กบุคลากรเพียงพอในการพัฒนาโรงพยาบาลให้ได้มาตรฐานคุณภาพและการบริการเชิง รุกในชุมชน	๓.๕	มากที่สุด
S๒	บุคลากรมีประสบการณ์การทำงานมานานสามารถนำประสบการณ์มาใช้ในการพัฒนาได้เป็นอย่างดี/มีความรู้ ความสามารถ	๓.๒๕	มากที่สุด
S๓	ทีมบริหาร/ทีมนำโรงพยาบาลมีความมุ่งมั่นในการพัฒนาหน่วยงานให้ได้มาตรฐานคุณภาพ	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	๓.๔๗๕	
ปัจจัยภายใน ด้านจุดอ่อน (Weakness-W)			
W๑	งบประมาณสนับสนุนในการจัดระบบบริหาร, บริการมีไม่เพียงพอมักใช้งบไม่ตามแผน	๒.๕	น้อย
W๒	ด้านบริหารยังไม่มีมาตรการที่เข้มแข็งทำให้มีเจ้าหน้าที่บางส่วนเอาไม่ปฏิบัติตามระเบียบที่กำหนด	๒.๕	น้อย
W๓	การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ(หรือถึงผู้ปฏิบัติ) ยังไม่ชัดเจน	๒.๕	น้อย
W๔	การสื่อสาร, การประสานงานหน่วยงาน, ทีมงานพัฒนาโรงพยาบาลยังไมเข้มแข็งเพียงพอและการทำงานเป็นทีมยังไม่ดีเพียงพอ	๒.๕	น้อย
W๕	ระบบคอมพิวเตอร์เครือข่ายในการจัดระบบบริการและบริหารสารสนเทศไม่ครบถ้วนทันเวลาในการนำข้อมูล สารสนเทศมาใช้ในการพัฒนาระบบบริการ	๒.๕	น้อย
W๖	ขาดบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง	๒.๕	น้อย
W๗	พฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรบางส่วนไม่เหมาะสม	๒	น้อย
	คะแนนเฉลี่ยรวม	๒.๓๔	

ข้อ	สภาพแวดล้อมของโรงพยาบาล	คะแนนเฉลี่ย	ระดับความคิดเห็น
ปัจจัยภายนอก ด้านโอกาส (Opportunities-O)			
O๑	นโยบายภาครัฐเน้นการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลการสร้างเสริมสุขภาพประชาชนอำเภอสุขภาวะอำเภอ	๓.๒๕	มากที่สุด
O๒	เทคโนโลยีสมัยใหม่ทำให้มีความสะดวกในการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศโรงพยาบาลดีขึ้นทำให้สามารถ ให้บริการได้รวดเร็วขึ้น	๓.๒๕	มากที่สุด
O๓	เครื่องมือการทำงานดีมีคุณภาพเหมาะสม	๓.๒๕	มากที่สุด
O๔	มวลชนมีบทบาทมากขึ้นในทางสภาวะสุขภาพเช่นการประชาสัมพันธ์สื่อสร้าง	๓.๒๕	มากที่สุด
O๕	มีนโยบายปฏิบัติชัดเจน HA., HPH.	๓.๗๕	มากที่สุด
O๖	ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานภายนอกมีผลต่อการพัฒนาบริการโรงพยาบาล	๓	มากที่สุด
O๗	เข้ารับการประเมินมาตรฐานการพยาบาลระดับปฐมภูมิ	๓.๒๕	มากที่สุด
	คะแนนเฉลี่ยรวม	๓.๒๘	
ปัจจัยภายนอก ด้านอุปสรรค (Threats-T)			
T๑	พฤติกรรมสุขภาพประชาชนมีผลต่อการให้บริการและจัดระบบบริการ เช่น พฤติกรรมเมาแล้วขับขี่ยานพาหนะฯลฯ	๓	มาก
T๒	การขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรท้องถิ่นในชุมชน , อำเภอยังดำเนินการได้น้อยงบประมาณที่ได้รับจากรัฐน้อย ไม่เพียงพอได้ทีจำนวนน้อย	๒.๗๕	มาก
T๓	การประหยัดทรัพยากรเนื่องมาจากงบที่ได้รับจัดสรรมีน้อยลง	๓	มาก
T๔	โรงพยาบาลเอกชน	๒.๗๕	มาก
	คะแนนเฉลี่ยรวม	๓.๖	

สรุปสถานการณ์ในปัจจุบันการวิเคราะห์ SWOT

จากการวิเคราะห์และให้น้ำหนักปัจจัยต่างๆ พบว่า ในภาพรวมค่าเฉลี่ยของจุดแข็งเท่ากับ ๓.๔๗๕ จุดอ่อนเท่ากับ ๒.๓๔ โอกาสเท่ากับ ๓.๒๘ และอุปสรรคเท่ากับ ๒.๙๑ จึงนำค่าเฉลี่ยสูงสุดของปัจจัยภายในและภายนอกมาหาจุดตัดกัน พบว่าจุดแข็งและโอกาสมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ทิศทางการพัฒนายุทธศาสตร์จึงมีสภาวการณ์อยู่ที่ **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)	๑.พัฒนาระบบบริการสุขภาพทุกประเภทของโรงพยาบาลให้มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ๒.พัฒนาบริการสุขภาพเชิงรุกในการสร้างศักยภาพของบุคลากรและประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเองครอบครัว และชุมชน	๑.จัดหางบประมาณให้เพียงพอในการจัดระบบการบริหารงาน ระบบบริการและระบบพัฒนาคุณภาพงานของโรงพยาบาล ๒.เพิ่มประสิทธิภาพการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศมากขึ้น
	ยุทธศาสตร์ S-T	ยุทธศาสตร์ W-T
อุปสรรค (Threats-T)	๑.พัฒนาระบบบริหารงานบุคคล ให้มีการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และมุ่งผลสัมฤทธิ์ของงาน	๑.จัดทำระบบสารสนเทศในระบบบริการสุขภาพทุกประเภทของโรงพยาบาลในการนำมาพัฒนาคุณภาพการบริการและการบริหารงาน ๒.พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการใช้เทคโลโลยีเพื่อการบริการและการบริหารงาน

เข็มมุ่งโรงพยาบาลลับแล ปี ๒๕๖๒

๑. สร้างพื้นที่และบรรยากาศในการทำงานที่เอื้อให้บุคลากรมีความสุข มีคุณธรรม มีแรงบันดาลใจในการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง

๒. ธรรมรงค์ไว้ซึ่งการพัฒนาคุณภาพ HA ระดับ ๓

๓. พัฒนาระบบบริการสุขภาพเชิงรุกแบบบูรณาการร่วมกับทุกภาคส่วน ที่สอดคล้องกับปัญหาในบริบทพื้นที่ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย ภายใต้การขับเคลื่อนงานใน ๔ ประเด็นที่สำคัญ ได้แก่ ด้านสิ่งแวดล้อม ในเรื่องผักปลอดภัย ด้านการดูแลกลุ่มเสี่ยง NCD ด้านการดูแลผู้สูงอายุ และ ด้านงานอนามัยแม่และเด็ก พัฒนาการสมวัย ครอบคลุมทั้งด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การฟื้นฟู และการสร้างเสริมสุขภาพ

พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย

๑. กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง/รักษาไม่หาย (DM/HT)
๒. STROKE
๓. SEPSIS
๔. MI
๕. อุบัติเหตุจราจรบนท้องถนน
๖. กลุ่มโรคติดเชื้อ(Sepsis)
๗. COPD

ค่านิยม

M O P H

M: Mastery ฝึกฝนตนเองให้มีศักยภาพสูงสุด (ควบคุมตนเองให้ทำงานคิดพูดอย่างมีสติใช้ กิริยาวาจาเหมาะสมมีความซื่อสัตย์มีคุณธรรมจริยธรรม รักการเรียนรู้ค้นหาความรู้สม่ำเสมอมีวินัยตรงต่อเวลารับผิดชอบ)

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

ยุทธศาสตร์ที่ พัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลให้มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน (Service Excellence)

เป้าประสงค์:

๑) มีหมอครอบครัวดูแลประชาชนทุกครัวเรือน
๒) มีระบบบริการสุขภาพที่ได้คุณภาพมาตรฐาน
๓) มีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ
๔) มีเครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ทันสมัยและสามารถแข่งขันได้ในระดับสากล
๕) มีความร่วมมือทั้งระหว่างหน่วยงานภายในประเทศและหน่วยงานต่างประเทศโดยเฉพาะในการ ป้องกันและรักษาโรคที่มีความสำคัญ

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

แผนงาน/โครงการ:

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

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ พัฒนาระบบบริหารงานบุคคล ให้บุคลากรมีความสุข มีคุณธรรม มีแรงบันดาลใจในการพัฒนางานอย่างต่อเนื่องบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)

เป้าประสงค์ :

๑) วางแผนอัตรากำลังให้สอดคล้องกับกรอบความต้องการอัตรากำลังคนของประเทศ

๒) กระจายสัดส่วนบุคลากรสุขภาพทั้งในเขตเมืองและชนบทให้มีความสมดุลกัน

๓) ธำรงรักษากำลังคนด้านสุขภาพ

กลยุทธ์:

๑) พัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

๒) ส่งเสริมและสนับสนุนการผลิต พัฒนา และธำรงรักษากำลังคนด้านสุขภาพ

๓) สร้างเครือข่ายการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

๔) ส่งเสริมและพัฒนาผู้เชี่ยวชาญในระบบสุขภาพ

๕) มีระบบฐานข้อมูลผู้เชี่ยวชาญ

แผนงาน/โครงการ:

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) พัฒนาคุณภาพมาตรฐานการบริการ (ANC /WCC /NCD)
๓) พัฒนาระบบฐานข้อมูลรายบุคคล และเชื่อมโยงระบบข้อมูลกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
๔) ส่งเสริมการผลิตและพัฒนาศักยภาพบุคลากร
๕) เสริมสร้างความเข้มแข็งของป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
๖) ส่งเสริมและสนับสนุน สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค
๗) ผลักดันและบังคับใช้กฎหมาย
๘) บริหารจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี
๙) สนับสนุนการมีส่วนร่วมของเครือข่าย

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ พัฒนาระบบบริหารจัดการและการใช้สารสนเทศในระบบบริการสุขภาพ ทุกประเภทในการพัฒนานวัตกรรมสุขภาพร่วมกับสหวิชาชีพในการดูแลสุขภาพประชาชน (Governance Excellence)

เป้าประสงค์ :

๑) วางรากฐานให้ระบบหลักประกันสุขภาพครอบคลุมประชากรในทุกภาคส่วนอย่างมีคุณภาพโดยไม่มีความเหลื่อมล้ำของคุณภาพบริการในแต่ละระบบ

๒) มีการบูรณาการข้อมูลระหว่างทุกระบบหลักประกันสุขภาพเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ

๓) สร้างและพัฒนากลไกการดุลด้านการเงินการคลังสุขภาพ

๔) มีระบบเทคโนโลยีดิจิตอลด้านสุขภาพ

๕) มีการทำวิจัยและนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์และสร้างนวัตกรรมใหม่ๆ

กลยุทธ์:

๑)พัฒนาระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริการจัดการภาครัฐ

๒)พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ

๓)พัฒนาระบบฐานข้อมูลบริการ และเชื่อมโยงระบบข้อมูลกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง(big data)

๔)บริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ

๕)พัฒนาและส่งเสริมงานวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ อย่างครบวงจร

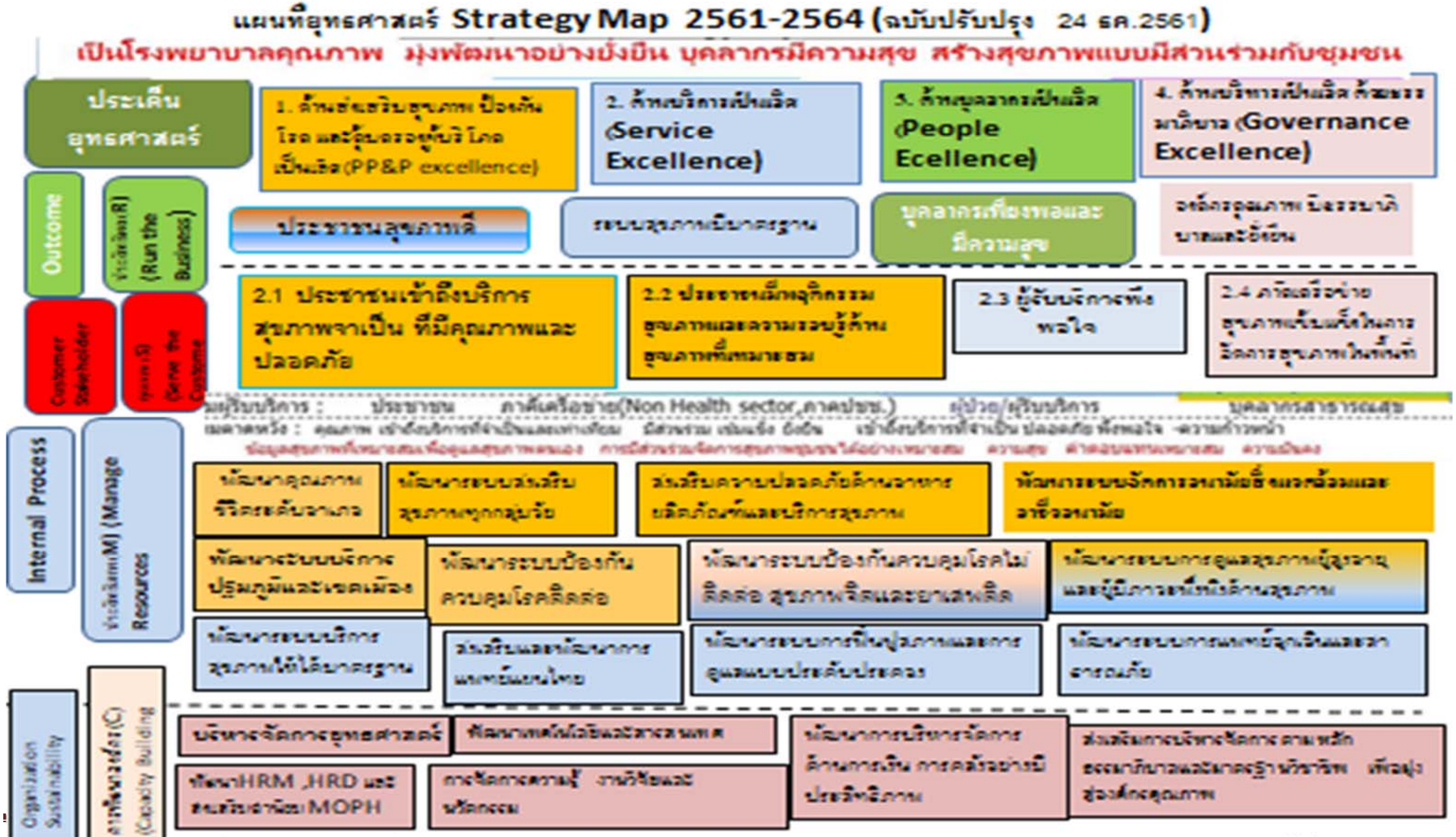
๖)ปรับปรุงโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ

๗)ปรับปรุงโครงสร้างของหน่วยงานให้สอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนแปลง

๘)ปรับปรุงและพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ

แผนงาน/โครงการ:

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


แผนที่ยุทธศาสตร์ Strategy Map 2561-2564 (ฉบับปรับปรุง 24 ธค.2561)
เป็นโรงพยาบาลคุณภาพ มุ่งพัฒนาอย่างยั่งยืน บุคลากรมีความสุข สร้างสุขภาพแบบมีส่วนร่วมกับชุมชน
ประเด็นยุทธศาสตร์
(Service Excellence)
(People Ecellence)
(Governance Excellence)
Outcome
ประชาชนสุขภาพดี
บุคลากรเพียงพอและมีความสุข
2.1 ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพจำเป็น ที่มีคุณภาพและปลอดภัย
Customer Stakeholder
Internal Process
พัฒนาระบบป้องกันควบคุมโรคติดต่อ
Organization Sustainability

ตัวชี้วัดคำรับรองการปฏิบัติราชการ โรงพยาบาลลับแลปี 2564						
หมวด KPI	KPI หลัก	ชื่อตัวชี้วัด	สูตรการคำนวณ	แหล่งข้อมูล	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
หมวด KPI ที่ 1 ความสำเร็จในการพัฒนางานสาธารณสุขตามแนวทางโครงการพระราชดำริและโครงการเฉลิมพระเกียรติด้านสาธารณสุข (1 ตัว)						
	KPI 1 อำเภอมีการพัฒนางานสาธารณสุขตามแนวทางโครงการพระราชดำริและโครงการเฉลิมพระเกียรติด้านสาธารณสุขผ่านมาตรฐานจังหวัดอุตรดิตถ์					
		1.1 ร้อยละของผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ได้รับการติดตาม ดูแล ช่วยเหลือให้ได้รับการรักษา	ตัวตั้ง A = จำนวนผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ที่ได้รับการติดตาม ดูแลช่วยเหลือให้ได้รับการรักษา	1. ตัวตั้งจากทะเบียนผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ของกลุ่มงานการแพทย์ฉุกเฉินและสาธารณภัย สสจ.อุตรดิตถ์ และรายงานข้อมูลผู้ป่วยจาก สสอ.ทุกแห่ง, รพ.ศูนย์, รพ.ชุมชนทุกแห่ง	ร้อยละ 100	บบริการปฐมภูมิ/กลุ่มการพยาบาล
			ตัวหาร B = จำนวนผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ทั้งหมด	2.ตัวหารจากทะเบียนผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ ของกลุ่มงานการแพทย์ฉุกเฉินและสาธารณภัย สสจ.อุตรดิตถ์		
			(A/B)*100			
หมวด KPI ที่ 2 ความสำเร็จในการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนและคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (2 ตัว)						
	KPI 2 อำเภอมีการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนผ่านมาตรฐานจังหวัดอุตรดิตถ์					
		2.1 คปสอ.ดำเนินการพัฒนาศักยภาพ อสม.เป็น อสม.หมอประจำบ้านได้ตามเป้าหมายที่กำหนด	คปสอ.ดำเนินการพัฒนาศักยภาพ อสม.เป็น อสม.หมอประจำบ้าน ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด	ฐานข้อมูล อสม.หมอประจำบ้าน ใน www.thaiphc.net	100	บริการปฐมภูมิ
หมวด KPI ที่ 3 ความสำเร็จในการพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย (5 ตัว)						

KPI 3 อำเภอมีการพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพกลุ่มแม่และเด็กผ่านมาตรฐานจังหวัดอุตรดิตถ์					
3.1 อัตราความสำเร็จของการดำเนินงานคัดกรองและจัดการความเสี่ยง (High Risk Pregnancy) ในหญิงตั้งครรภ์					
3.1.1 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง GDM ได้รับการคัดกรองและ วินิจฉัย (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80)	A ตัวตั้ง = จำนวนหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง GDM ได้รับการคัดกรองและวินิจฉัย	1.ตัวตั้งจาก = รายงาน ANC	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80	บริการปฐมภูมิ
	B ตัวหาร = จำนวนหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง GDM ทั้งหมด	2.ตัวหารจาก = รายงาน ANC		
	(A/B)*100			
3.1.2 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง PIH ได้รับการคัดกรองและวินิจฉัย (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80)	A ตัวตั้ง = จำนวนหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง PIH ได้รับการคัดกรองและวินิจฉัย	1.ตัวตั้งจาก = รายงาน ANC	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80	บริการปฐมภูมิ
	B ตัวหาร = จำนวนหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง PIH ทั้งหมด	2.ตัวหารจาก = รายงา ANC		
	(A/B)*100			
3.1.3 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการคัดกรองธาลัสซีเมีย	A ตัวตั้ง : จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในสถานบริการสาธารณสุขได้รับการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมีย	1.ตัวตั้งจาก = รายงาน ANC รายไตรมาส สสจ. อุตรดิตถ์	ร้อยละ 95	บริการปฐมภูมิ
	B ตัวหาร : จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในสถานบริการสาธารณสุขทั้งหมด	2.ตัวหารจาก = รายงาน ANC รายไตรมาส สสจ. อุตรดิตถ์		
	(A/B)*100			
3.1.4 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียผิดปกติ ได้รับการวินิจฉัยและได้รับการให้	A ตัวตั้ง : หญิงตั้งครรภ์ที่มีผลตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียผิดปกติได้รับการวินิจฉัยและได้รับ การให้คำปรึกษาทางเลือกเพื่อ	1.ตัวตั้งจาก = รายงาน ANC รายไตรมาส สสจ. อุตรดิตถ์	ร้อยละ 100	บริการปฐมภูมิ

	คำปรึกษาทางเลือกเพื่อยุติการตั้งครรภ์ โดยสูติแพทย์	ยุติการตั้งครรภ์โดยสูติแพทย์			
		B ตัวหาร : หญิงตั้งครรภ์ที่มีผลตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียผิดปกติทั้งหมด	2.ตัวหารจาก = รายงาน ANC รายไตรมาส สสจ. อุตรดิตถ์		
		(A/B)*100			
	3.1.5 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ตามเกณฑ์ได้รับการคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ซินโดรม	A ตัวตั้ง : จำนวนหญิงตั้งครรภ์(อายุครรภ์ 14-18 สัปดาห์) ที่มาฝากครรภ์ในสถานบริการสาธารณสุข ได้รับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ซินโดรม	1.ตัวตั้งจาก = รายงาน ANC รายไตรมาส สสจ. อุตรดิตถ์	ร้อยละ 80	บริการปฐมภูมิ
		B ตัวหาร : จำนวนหญิงตั้งครรภ์(อายุครรภ์ 14-18 สัปดาห์) ที่มาฝากครรภ์ในสถานบริการสาธารณสุข ทั้งหมด	2.ตัวหารจาก = รายงาน ANC รายไตรมาส สสจ. อุตรดิตถ์		
		(A/B)*100			
	3.1.6 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลการคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ผิดปกติได้รับการตรวจวินิจฉัยและได้รับการให้คำปรึกษาทางเลือกเพื่อยุติการตั้งครรภ์โดยสูติแพทย์ (ร้อยละ 100)	A ตัวตั้ง : จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลการคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ผิดปกติได้รับการตรวจวินิจฉัยและได้รับการให้คำปรึกษาทางเลือกเพื่อยุติการตั้งครรภ์โดยสูติแพทย์	1.ตัวตั้งจาก = รายงาน ANC รายไตรมาส สสจ. อุตรดิตถ์	ร้อยละ 100	บริการปฐมภูมิ
		B ตัวหาร : หญิงตั้งครรภ์ที่มีผลการคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ผิดปกติ	2.ตัวหารจาก = รายงาน ANC รายไตรมาส สสจ. อุตรดิตถ์		
		(A/B)*100			
	3.2 อัตราความสำเร็จในการดำเนินการคัดกรองการได้ยินและดูแลทารกที่มีผลการได้ยินผิดปกติ				
	3.2.1 ร้อยละทารกแรกเกิดได้รับการตรวจคัดกรองการได้ยินภายใน 28 วัน	A ตัวตั้ง = จำนวนทารกแรกเกิดได้รับการตรวจคัดกรองการได้ยินภายใน 28 วัน	1.ตัวตั้งจาก = รายงานหน้าห้องคลอดรายไตรมาส สสจ.อุตรดิตถ์	ร้อยละ 95	ห้องคลอด
		B ตัวหาร = จำนวนทารก	2.ตัวหารจาก = รายงานหน้าห้องคลอดรายไตร		

		แรกเกิดมีชีพทั้งหมด	มาส สสจ.อุตรดิตถ์		
		(A/B)*100			
	3.2.2 ร้อยละทารกแรกเกิดที่มีผลการได้ยินผิดปกติได้รับการวินิจฉัย และส่งต่อเพื่อรักษา (เป้าหมายร้อยละ 95)	A ตัวตั้ง = จำนวนทารกแรกเกิดที่มีผลการได้ยินผิดปกติได้รับการวินิจฉัยและส่งต่อเพื่อ	1.ตัวตั้งจาก = รายงานหน้าห้องคลอดรายไตรมาส สสจ.อุตรดิตถ์	ร้อยละ 95	ห้องคลอด
		B ตัวหาร = จำนวนทารกแรกเกิดที่มีผลการได้ยินผิดปกติ ทั้งหมด	2.ตัวหารจาก = รายงานหน้าห้องคลอดรายไตรมาส สสจ.อุตรดิตถ์		
		(A/B)*100			
<u>KPI 4 อำเภอมีการพัฒนาระบบส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยผ่านมาตรฐานจังหวัดอุตรดิตถ์</u>					
	4.1 ระดับความสำเร็จของพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน (ครอบคลุมคุณภาพการค้นหา การติดตามตรวจซ้ำ)				
	4.1.1 ร้อยละความครอบคลุมการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กด้วย DSPM	ตัวตั้ง= A จำนวนเด็ก 9,18,30,42,60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการด้วย DSPM	1.ตัวตั้งจาก ข้อมูล HDC จากแฟ้ม SpecialPP ของหน่วยบริการทุกแห่ง	ร้อยละ 96	บริการปฐมภูมิ
		ตัวหาร= B จำนวนเด็ก 9,18,30,42,60 เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบ	2.ตัวหารจาก ข้อมูล HDC จากแฟ้ม SpecialPP ของหน่วยบริการทุกแห่ง		
		(A/B)*100			
	4.1.2 ร้อยละคุณภาพการค้นหาเด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้า/ล่าช้า	ตัวตั้ง= A จำนวนเด็ก 9,18,30,42,60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก พบสงสัยล่าช้า และล่าช้า	1.ตัวตั้งจาก ข้อมูล HDC จากแฟ้ม SpecialPP ของหน่วยบริการทุกแห่ง	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 20	บริการปฐมภูมิ
		ตัวหาร= B จำนวนเด็ก 9,18,30,42,60 เดือน ที่ตรวจคัดกรองพัฒนาการทั้งหมด	2.ตัวหารจาก ข้อมูล HDC จากแฟ้ม SpecialPP ของหน่วยบริการทุกแห่ง		
		(A/B)*100			
	4.1.3 ร้อยละพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการตรวจซ้ำภายใน 30 วัน	ตัวตั้ง= A จำนวนเด็ก 9,18,30,42,60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก พบสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามภายใน 30 วัน	1.ตัวตั้งจาก ข้อมูล HDC จากแฟ้ม SpecialPP ของหน่วยบริการทุกแห่ง	ร้อยละ 100	บริการปฐมภูมิ
		ตัวหาร= B จำนวนเด็ก 9,18,30,42,60 เดือน ที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าในครั้งแรกทั้งหมดภายใน 30 วัน	2.ตัวหารจาก ข้อมูล HDC จากแฟ้ม SpecialPP ของหน่วยบริการทุกแห่ง		

		(A/B)*100			
	4.1.4 ร้อยละเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการช่วยเหลือแก้ไข/กระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I (ร้อยละ 100)	ตัวตั้ง= A จำนวนเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าและได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ภายใน 30 วัน	1.ตัวตั้งจาก ข้อมูล HDC จากแฟ้ม SpecialPP ของหน่วยบริการทุกแห่ง	ร้อยละ 100	บริการปฐมภูมิ
		ตัวหาร= B จำนวนเด็กที่พัฒนาการล่าช้าทั้งหมด	2.ตัวหารจาก ข้อมูล HDC จากแฟ้ม SpecialPP ของหน่วยบริการทุกแห่ง		
		(A/B)*100			
	4.1.5 ร้อยละเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการช่วยเหลือกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I จนครบ 3 เดือน (ติดตามทุกเดือน) (ร้อยละ 90)	ตัวตั้ง= A จำนวนเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าและได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ครบ 3 เดือน	1.ตัวตั้งจาก ข้อมูล HDC จากแฟ้ม SpecialPP ของหน่วยบริการทุกแห่ง	ร้อยละ 90	บริการปฐมภูมิ
		ตัวหาร= B จำนวนเด็กที่พัฒนาการล่าช้าทั้งหมด	2.ตัวหารจาก ข้อมูล HDC จากแฟ้ม SpecialPP ของหน่วยบริการทุกแห่ง		
		(A/B)*100			
	KPI 5 อำเภอมีการพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่นผ่านมาตรฐานจังหวัดอุตรดิตถ์				
	5.1 ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่ได้รับบริการคุมกำเนิดด้วย วิธีสมัยใหม่ (Modern methods) หลังคลอดหรือหลังแท้ง (ร้อยละ 80)	ตัวตั้ง= จำนวนหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มารับบริการด้วยการคลอด/แท้งบุตรจากแฟ้ม LABOR ได้รับบริการคุมกำเนิดภายใน 42 วัน	1.ตัวตั้งจาก HDC	ร้อยละ 80	บริการปฐมภูมิ
		ตัวหาร= จำนวนหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มารับบริการด้วยการคลอด/แท้งบุตรจากแฟ้ม LABOR	2.ตัวหารจาก HDC		

		(A/B)*100			
	KPI 6 อำเภอมีการพัฒนางานทันตกรรมผ่านมาตรฐานจังหวัดอุตรดิตถ์				
	6.1 โรงพยาบาล และ รพ.สต.ของจังหวัดอุตรดิตถ์ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน Uttaradit Dental Safety Goals				
	6.1.1 ร้อยละของโรงพยาบาล , PCC และ รพ.สต. ที่เป็น Node ของจังหวัดอุตรดิตถ์ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน Uttaradit Dental Safety Goals	ตัวตั้ง: จำนวนโรงพยาบาล , PCC และ รพ.สต.ที่เป็น Node ของจังหวัดอุตรดิตถ์ที่ตรวจประเมินแล้วผ่านเกณฑ์มาตรฐาน Uttaradit Dental Safety Goals (แห่ง)	1.ตัวตั้งจาก คณะกรรมการตรวจประเมินมาตรฐาน Uttaradit Dental Safety Goals	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 100	คปสอ./บริการปฐมภูมิ/กลุ่มการพยาบาล
		ตัวหาร: จำนวนโรงพยาบาล , PCC และ รพ.สต.ที่เป็น Node ของจังหวัดอุตรดิตถ์ทั้งหมด (แห่ง)	2.ตัวหารจาก คณะกรรมการตรวจประเมินมาตรฐาน Uttaradit Dental Safety Goals		
		(A/B)*100			
	6.1.2 ร้อยละของ รพ.สต.ที่ไม่ได้เป็น Node ของจังหวัดอุตรดิตถ์ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน Uttaradit Dental Safety Goals (เป้าหมาย:ไม่ น้อยกว่า ร้อยละ 80)	ตัวตั้ง: จำนวนรพ.สต.ที่ไม่ได้เป็น Node ของจังหวัดอุตรดิตถ์ที่ตรวจประเมินแล้วผ่านเกณฑ์มาตรฐาน Uttaradit Dental Safety Goals (แห่ง)	1.ตัวตั้งจาก คณะกรรมการตรวจประเมินมาตรฐาน Uttaradit Dental Safety Goals	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80	คปสอ./บริการปฐมภูมิ/กลุ่มการพยาบาล
		ตัวหาร:จำนวนรพ.สต.ที่ไม่ได้เป็น Node ของจังหวัดอุตรดิตถ์ที่ได้รับการสุ่มตรวจประเมินมาตรฐาน Uttaradit Dental Safety Goals (แห่ง)	2.ตัวหารจาก คณะกรรมการตรวจประเมินมาตรฐาน Uttaradit Dental Safety Goals		

		(A/B)*100			
	6.2 โรงพยาบาล และ รพ.สต.ของจังหวัดอุตรดิตถ์ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก				
	6.2.1 ร้อยละของโรงพยาบาล , PCC และ รพ.สต. ที่เป็น Node ของจังหวัดอุตรดิตถ์ผ่านเกณฑ์มาตรฐานงานสร้างเสริม สุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก	ตัวตั้ง: จำนวนโรงพยาบาล , PCC และ รพ.สต.ที่เป็น Node ของจังหวัดอุตรดิตถ์ที่ตรวจประเมินแล้วผ่านเกณฑ์มาตรฐานงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก(แห่ง)	1.ตัวตั้งจาก คณะกรรมการตรวจประเมินมาตรฐาน มาตรฐานงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 100	ทันตกรรม
		ตัวหาร: จำนวนทั้งหมดของโรงพยาบาล , PCC และ รพ.สต.ที่เป็น Node ในจังหวัดอุตรดิตถ์(แห่ง)	2.ตัวหารจาก คณะกรรมการตรวจประเมินมาตรฐาน มาตรฐานงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก		
		(A/B)*100			
	6.2.2 ร้อยละของ รพ.สต.ที่ไม่ได้เป็น Node ของจังหวัดอุตรดิตถ์ผ่านเกณฑ์มาตรฐานงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก (เป้าหมาย:ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80)	ตัวตั้ง: จำนวนรพ.สต.ที่ไม่ได้เป็น Node ของจังหวัดอุตรดิตถ์ที่ตรวจประเมินแล้วผ่านเกณฑ์มาตรฐานงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก (แห่ง)	1.ตัวตั้งจาก คณะกรรมการตรวจประเมินมาตรฐาน มาตรฐานงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80	ทันตกรรม
		ตัวหาร:จำนวนรพ.สต.ที่ไม่ได้เป็น Node ของจังหวัดอุตรดิตถ์ที่ได้รับการสุ่มตรวจประเมินมาตรฐานงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก (แห่ง)	2.ตัวหารจาก คณะกรรมการตรวจประเมินมาตรฐาน มาตรฐานงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก		
		(A/B)*100			
	6.3 อัตราการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก	ตัวตั้ง: จำนวนประชาชนของจังหวัดอุตรดิตถ์ราย	1.ตัวตั้งจาก HDC กลุ่มรายงานมาตรฐาน -> การเข้าถึงบริการ -> ทันตกรรม (บริการ) -> ข้อ 1. ผู้ป่วยนอกที่รับบริการทางทันตกรรม รวมทุกสิทธิ์	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 70	ทันตกรรม

	ของประชาชนจังหวัดอุตรดิตถ์	ใหม่ ในรอบปีงบประมาณ 2564 ที่ได้รับ บริการสุขภาพช่องปาก(คน)	(คนต่อสถาน บริการ)		
		ตัวหาร:ประชากรทั้งหมดของจังหวัดอุตรดิตถ์ ในปีงบประมาณ 2564(คน)	2.ตัวหารจาก HDC จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> ข้อ 1. OHSP อัตรา (ร้อยละ) การใช้บริการทันตก รรมรวม ทุกสิทธิ เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) -> คอลัมภ์ B(ประชากรในเขตรับผิดชอบทั้งหมด(คน)		
		(A/B)*100			
	6.4 ผลสำเร็จของการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากที่มุ่งเน้นการเข้าถึงบริการบางกลุ่มวัยเป็นการจำเพาะ (Dental Fee Schedule)				
	6.4.1 อัตราการให้บริการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความ สะอาดฟัน ในหญิงตั้งครรภ์ โดยทันตบุคลากร (เป้าหมาย:ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 75)	ตัวตั้ง A=จำนวนหญิงตั้งครรภ์ของจังหวัดอุตรดิตถ์ ในปีงบประมาณ 2564 ที่ได้รับบริการตรวจสุขภาพช่องปาก และขัดทำความสะอาดฟัน โดยทันตบุคลากร (คน)	1.ตัวตั้งจาก HDC จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> 19.1. OHSP ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจ สุขภาพช่องปาก และขัดทำความสะอาดฟัน เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) -> คอลัมภ์ A จำนวนหญิงมีครรภ์ที่ได้รับการตรวจสุขภาพ ช่องปากและทำความสะอาดช่องปาก เป็นภาพรวมจังหวัดอุตรดิตถ์	ร้อยละ 75	ทันตกรรม
		ตัวหาร B=จำนวนทั้งหมดของหญิงตั้งครรภ์จังหวัดอุตรดิตถ์ ที่มาฝากครรภ์ในปีงบประมาณ 2564(คน)	2.ตัวหารจาก HDC จากจากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> 19.1. OHSP ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่อง ปาก และขัดทำความสะอาดฟัน เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความ ครอบคลุม) -> คอลัมภ์ B หญิงที่ได้รับการฝากครรภ์ทุกสิทธิ สะสมใน ปีงบประมาณ ของเขตพื้นที่รับผิดชอบ เป็นภาพรวมจังหวัดอุตรดิตถ์		
		(A/B)*100			
	6.4.2 อัตราการให้บริการเคลือบ/ทา	ตัวตั้ง A=จำนวนเด็กอายุ 4-12 ปี ของจังหวัด	1.ตัวตั้งจาก HDC จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพ	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 75	ทันตกรรม

	ฟลูออไรด์ในกลุ่มเด็กอายุ 4-12 ปี	อุตรดิตถ์ ในปีงบประมาณ 2564 ที่ได้รับ บริการ เคลือบ/ทา ฟลูออไรด์ (คน)	ช่องปาก -> 19.2. OHSP ร้อยละเด็กอายุ 4-12 ปี ได้รับการ เคลือบ/ทา ฟลูออไรด์เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) -> คอลัมภ์ A -> จำนวนเด็กอายุ 4-12 ปี ที่ได้รับบริการเคลือบ/ทา ฟลูออไรด์ เป็นภาพรวมจังหวัด		
		ตัวหาร B=จำนวนทั้งหมดของเด็กอายุ 4-12 ปี ในจังหวัดอุตรดิตถ์ ปีงบประมาณ 2564 (คน)	2.ตัวหารจาก HDC จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> 19.2. OHSP ร้อยละเด็กอายุ 4-12 ปี ได้รับการ เคลือบ/ ทา ฟลูออไรด์เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) -> คอลัมภ์ B จำนวนเด็กอายุ 4-12 ปี ทุกสิทธิ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ เป็นภาพรวมจังหวัด		
		(A/B)*100			
	6.4.3 อัตราการให้บริการเคลือบหลุมร่องฟัน กรามแท้ ในกลุ่มเด็กอายุ 6-12 ปี	ตัวตั้ง A=จำนวนเด็กอายุ 6-12ปี ของจังหวัดอุตรดิตถ์ ในปีงบประมาณ 2564 ที่ได้รับ บริการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ (คน)	1.ตัวตั้งจาก HDC จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> 19.3. OHSP ร้อยละเด็กอายุ 6-12 ปี ได้รับการ เคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) ->คอลัมภ์ A -> จำนวนเด็กอายุ 6-12 ปี ที่ได้รับการ เคลือบหลุมร่องฟันกราม แท้ เป็นภาพรวมจังหวัด	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50	ทันตกรรม
		ตัวหาร B=จำนวนทั้งหมดของเด็กอายุ 6-12 ปี ในจังหวัดอุตรดิตถ์ ปีงบประมาณ 2564 (คน)	2.ตัวหารจาก HDC จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> 19.3. OHSP ร้อยละเด็กอายุ 6-12 ปี ได้รับการ เคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) ->คอลัมภ์ B -> จำนวนเด็กอายุ 6-12 ปี ทุกสิทธิ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบเป็น ภาพรวมจังหวัด		
		(A/B)*100			
	6.4.4 อัตราปราศจากโรคฟันผุในเด็กอายุ 12 ปี	ตัวตั้ง A =จำนวนเด็กอายุ 12 ปี ของจังหวัดอุตรดิตถ์ ในปีงบประมาณ 2564 ที่ปราศจาก ฟันแท้ผุ(คน) หมายเหตุ: ปราศจากฟันแท้ผุ คือ ภาวะช่องปากที่ฟันแท้ต้องไม่เคยผุ หรือต้องไม่เคยถอน ฟันแท้	1.ตัวตั้งจาก HDC จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> 18.5 OHSP ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 12 ปีมีฟันผุใน ฟันแท้ ->คอลัมภ์ B และ A ตามลำดับ -> B =จำนวนทั้งหมดของเด็กอายุ 12 ปี ที่ได้รับบริการตรวจสุขภาพช่องปาก(คน) A= จำนวนเด็กที่ตรวจพบฟันแท้ผุ/อุด/ถอน(คน) นำ B - A ได้เป็นจำนวนเด็กอายุ 12 ปีที่ปราศจาก	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75	ทันตกรรม

		หรือไม่เคยอุดฟันแท้ มาก่อน	ฟันแท้ผุ		
		ตัวหาร B=จำนวนทั้งหมดของเด็กอายุ 12 ปี จังหวัดอุตรดิตถ์ ในปีงบประมาณ 2564 ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากโดยทันตบุคลากร(คน)	2.ตัวหารจาก HDC จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> 18.5 OHSP ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 12 ปีมีฟันผุใน ฟันแท้ ->คอลัมภ์ B ->จำนวนทั้งหมดของเด็กอายุ 12 ปี ที่ได้รับบริการตรวจสุขภาพ ช่องปาก(คน) ภาพรวมทั้งจังหวัด		
		(A/B)*100			
	6.4.5.อัตราฟันดีไม่มีผุในเด็กอายุ 12 ปี	ตัวตั้ง A=จำนวนเด็กอายุ 12 ปี ของจังหวัดอุตรดิตถ์ ในปีงบประมาณ 2564 ที่ฟันดีไม่มีผุ	1.ตัวตั้งจาก HDC จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> 18.7 OHSP ร้อยละของเด็กอายุ 12 ปี มีฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free) (คน) ->คอลัมภ์ A -> จำนวนเด็กอายุ 12 ปีที่ฟันดีไม่มีผุ	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 95	ทันตกรรม
			2.ตัวหารจาก HDC จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> 18.7 OHSP ร้อยละของเด็กอายุ 12 ปี มีฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free) (คน) ->คอลัมภ์ B ->จำนวนทั้งหมดของเด็กอายุ 12 ปี ที่ได้รับบริการตรวจสุขภาพ ช่องปาก(คน) ภาพรวมทั้งจังหวัด		
		(A/B)*100			
หมวด KPI ที่ 5 ความสำเร็จในการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ/ผู้พิการ/ผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ (รวม IMC / LTC / PC) (1 ตัว)					
	KPI 7 อำเภอมีการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ/ผู้พิการ/ผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ (รวม IMC / LTC / PC) ผ่านมาตรฐานจังหวัดอุตรดิตถ์				
	7.1 ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injuryที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index >15 with multiple impairment ได้รับการบริบาล ฟื้นสภาพระยะ	A = ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injuryที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 ได&รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6	1.ตัวตั้งจาก : ฐานข้อมูล SSB,HosXP	ร้อยละ 80	ผู้ป่วยใน/กายภาพ/บริการปฐมภูมิ
		B = ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord	2.ตัวหารจาก : ฐานข้อมูล SSB,HosXP		

	กลางและติดตามจนครบ 6 เดือนหรือจน Barthel index = 20	Injury รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำทั้งหมด ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัดรอดชีวิต และมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index >15 with multiple impairment			
		(A/B) x 100			
	7.2 ร้อยละของผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการเบิกจ่ายค่าชดเชยกองทุน IMC (ร้อยละ 100)	A = จำนวนผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการเบิกจ่ายค่าชดเชย	1.ตัวตั้งจาก : ฐานข้อมูล e-claim	ร้อยละ 100	ผู้ป่วยใน/กายภาพ/บริการปฐมภูมิ/ประกันฯ
		B = จำนวนผู้ป่วย IMC ทั้งหมด	2.ตัวหารจาก : ฐานข้อมูล SSB,HosXP		
		(A/B) x 100			
	7.3 ร้อยละของผู้ป่วย IMC รายใหม่ที่ได้รับการเปลี่ยนกลุ่ม (บูรณาการ IMC/LTC/PC) (ร้อยละ 100)	A = จำนวนผู้ป่วย IMC รายใหม่ ที่ได้รับการเปลี่ยนกลุ่ม	1.ตัวตั้งจาก : ฐานข้อมูล SSB,HosXP,สปสช.LTC	ร้อยละ 100	ผู้ป่วยใน/กายภาพ/บริการปฐมภูมิ/ประกันฯ
		B = จำนวนผู้ป่วย IMC,LTC,PC รายใหม่ทั้งหมด	2.ตัวหารจาก : ฐานข้อมูล SSB,HosXP		
		(A/B) x 100			
	7.4 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan (ร้อยละ 80)	ตัวตั้ง=จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan	1.ตัวตั้งจาก โปรแกรมLTCสปสช	ร้อยละ 80	บริการปฐมภูมิ
		ตัวหาร=จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมด	2.ตัวหารจาก โปรแกรมLTCสปสช		
		(A/B)*100			
	7.5 อำเภอที่มีการใช้จ่ายงบประมาณ LTC มากกว่าร้อยละ60	อำเภอที่มีการใช้จ่ายงบประมาณLTCมากกว่าร้อยละ 60	จาก โปรแกรมบริหารจัดการกองทุนLTCสปสช	มากกว่าร้อยละ60	บริการปฐมภูมิ
	7.6 ร้อยละผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะประคับประคองได้รับการบรรเทา อาการปวดและจัดการอาการต่างๆด้วย Strong Opioid Medication	A = ผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะประคับประคองได้รับการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆด้วย Strong Opioid Medication	1.ตัวตั้งจาก : ฐานข้อมูล SSB,HosXP	ร้อยละ 45	ผู้ป่วยใน
		B = ผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะประคับประคองทั้งหมด	2.ตัวหารจาก : ฐานข้อมูล SSB,HosXP		

		(A/B) x 100			
	7.7 ร้อยละของผู้ป่วยโรคมะเร็งได้รับการเบิกจ่ายเงินค่าชดเชย Strong Opioid Medication ในระยะประคับประคอง	A = จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งได้รับการเบิกจ่ายเงินค่าชดเชย Strong Opioid Medication ในระยะประคับประคอง	1.ตัวตั้งจาก : ฐานข้อมูล HDC	ร้อยละ 100	ผู้ป่วยใน
		B = ผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะประคับประคองทั้งหมด	2.ตัวหารจาก : ฐานข้อมูล SSB,HosXP		
		(A/B) x 100			
	7.8 โรงพยาบาลที่มีการจัดตั้ง Pain Clinic ทุกแห่ง	A = โรงพยาบาลที่มีการจัดตั้ง Pain Clinic	1.ตัวตั้งจาก : โรงพยาบาลที่มีการจัดตั้ง Pain Clinic	มีการจัดตั้ง Pain Clinic	กลุ่มการพยาบาล
หมวด KPI ที่ 6 ความสำเร็จในการพัฒนาระบบป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ (4 ตัว)					
	KPI 8 อำเภอมีการพัฒนาระบบป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเอชไอวี โรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผ่านมาตรฐานจังหวัดอุตรดิตถ์				
	8.1 ร้อยละของประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	ตัวตั้ง A= จำนวนประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก	1.ตัวตั้งจากโปรแกรม RTCM+	ร้อยละ 90	บริการปฐมภูมิ
		ตัวหาร B= จำนวนประชากรหลักจากการคาดประมาณการณ์ของปี 2564ทั้งหมด	2.ตัวหารจากโปรแกรม RTCM+		
		(A/B)*100			
	8.2 ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ	ตัวตั้ง A= จำนวนผู้ได้รับการตรวจและพบว่าติดเชื้อที่ได้รับยาต้านไวรัส	1.ตัวตั้งจากโปรแกรม NAP และ RTCM+	ร้อยละ 90	บริการปฐมภูมิ
		ตัวหาร B= จำนวนผู้ได้รับการตรวจและพบว่าติดเชื้อทั้งหมด	2.ตัวหารจากโปรแกรม NAP และ RTCM+		

		(A/B)*100			
	8.3 ร้อยละของผู้ติดเชื้อฯ ได้รับการรักษาด้วยยาต้านฯ สามารถควบคุมปริมาณเชื้อในกระแสเลือดได้	ตัวตั้ง A= ผู้ติดเชื้อที่รับยาต้านที่ควบคุมปริมาณเชื้อในกระแสเลือดได้	1.ตัวตั้งจากรายงานผู้ติดเชื้อที่รับยาต้าน ณ สถานบริการ	ร้อยละ 90	ผู้ป่วยใน/งานควบคุมการติดเชื้อ
		ตัวหาร B= ผู้ติดเชื้อฯ ทั้งหมด	2.ตัวหารจากรายงานผู้ติดเชื้อที่รับยาต้าน ณ สถานบริการ		
		(A/B)*100			
	KPI 9 อำเภอมีการพัฒนาระบบป้องกันและควบคุมโรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำผ่านมาตรฐานจังหวัดอุตรดิตถ์				
	9.1 ร้อยละของหน่วยบริการผ่านมาตรฐานการบริหารจัดการวัคซีนและ ระบบลูกโซ่ความเย็น	ตัวตั้ง A= จำนวนหน่วยบริการที่ผ่านมาตรฐานการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น	1.ตัวตั้งจาก : การประเมินของทีมระดับจังหวัด	ผ่านเกณฑ์	บริการปฐมภูมิ
		ตัวหาร B= จำนวนหน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายรับการตรวจประเมินมาตรฐานการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น	2.ตัวหารจาก : กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ		
		(A/B)*100			
	9.2 ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็ก อายุครบ 5 ปี	ตัวตั้ง A= จำนวนเด็กอายุครบ 5 ปีในงวดที่รายงานที่ได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ ได้แก่ วัคซีน BCG,HB,DTP-HB3, OPV3 ,MMR1, JE,DTP4,OP4, MMR2,DTP5 และ OPV5	1. ตัวตั้งจาก HDC UTTARADIT กลุ่มรายงานมาตรฐาน >> การสร้างเสริม ภูมิคุ้มกันโรค >> ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็ก อายุครบ 5 ปี (fully immunized)	ผ่านเกณฑ์ 100	บริการปฐมภูมิ
		ตัวหาร B= จำนวนเด็กอายุครบ 5 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่ รายงานจากแฟ้ม Person (สถานะบุคคล Type area=1 และ 3)	2.ตัวหารจากแฟ้ม Person (สถานะบุคคล Type area=1 และ 3)		

		(A/B)*100			
	9.3 ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายสำคัญได้รับบริการวัคซีนไข้หวัดใหญ่	ตัวตั้ง A= จำนวนกลุ่มเป้าหมายสำคัญได้รับบริการวัคซีนไข้หวัดใหญ่	1.ตัวตั้งจากข้อมูล HDC	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	บริการปฐมภูมิ
		ตัวหาร B= จำนวนวัคซีนไข้หวัดใหญ่ที่ได้รับจัดสรรทั้งหมด	2.ตัวหารจากการได้รับจัดสรรวัคซีน		
		(A/B)*100			
KPI 10 อำเภอมีการพัฒนาระบบป้องกันและควบคุมวัณโรคผ่านมาตรฐานจังหวัดอุตรดิตถ์					
	10.1 ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	ตัวตั้ง A= จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ ค้นพบและขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2564 (1 ตุลาคม 2563 ถึง 30 กันยายน 2564)	1.ตัวตั้งจากโปรแกรม NTIP online	ร้อยละ 85	บริการปฐมภูมิ
		ตัวหาร B= จำนวนคาดประมาณการผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2564 (1 ตุลาคม 2563 ถึง 30 กันยายน 2564) คิดจากอัตรา 150 ต่อประชากรแสนคน	2.ตัวหารจากกรวมควบคุมโรค โดยกองวัณโรค		
		(A/B)*100			

	10.2 อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ (ร้อยละ 88)	ตัวตั้ง A= จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2564 (เดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม 2563) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษาวันที่ 30 กันยายน 2564	1.ตัวตั้งจากโปรแกรม NTIP online	ร้อยละ 88	บริการปฐมภูมิ
		ตัวหาร B= จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของ ปีงบประมาณ 2564 (เดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม 2563)	2.ตัวหารจากโปรแกรม NTIP online		
		(A/B)*100			
หมวด KPI ที่ 7 ความสำเร็จในการพัฒนาระบบป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ (3 ตัว)					
	<u>KPI 11อำเภอมีการพัฒนาระบบป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ผ่านมาตรฐานจังหวัดอุตรดิตถ์</u>				
	15.1 ร้อยละประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองและติดตามกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง				
	11.1.1 ร้อยละประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง ตามมาตรฐานที่กำหนด	ตัวตั้ง A = จำนวนประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ที่ไม่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ได้รับการคัดกรองเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง	ฐานข้อมูลระดับจังหวัด(HDC)	≥ ร้อยละ 90	บริการปฐมภูมิ
		ตัวหาร B = จำนวนประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป(Type area 1,3) ที่ไม่ป่วยเป็น โรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ทั้งหมด	ฐานข้อมูลระดับจังหวัด(HDC)		
		(A/B)*100			
	11.1.2 ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัย	ตัวตั้ง A = จำนวนประชากรสงสัยป่วยเบาหวานอายุ 35 ปีขึ้นไป	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข (DTX NPO ≥126/ไม่ NPO ≥200)	≥ร้อยละ 80	บริการปฐมภูมิ

	ป่วยโรคเบาหวาน	ได้รับการตรวจยืนยันโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG)			
		ตัวหาร B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเบาหวานและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน ในปีงบประมาณ	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข		
		(A/B)*100			
	11.1.3 ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	ตัวตั้ง A = จำนวนประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการคัดกรองในปีงบประมาณในเขตรับผิดชอบ ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข	≥ร้อยละ 80	บริการปฐมภูมิ
		ตัวหาร B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณ	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข		
		(A/B)*100			
	11.2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้				
	11.2.1 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้	ตัวตั้ง A = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ที่ระดับ	ฐานข้อมูลระดับจังหวัด (HDC)	≥ร้อยละ 40	PCC/NCD

		ค่า น้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้			
		ตัวหาร B = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ	ฐานข้อมูลระดับจังหวัด (HDC)		
		(A/B)*100			
	11.2.2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้	ตัวตั้ง A = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีตามเกณฑ์ที่กำหนด	ฐานข้อมูลระดับจังหวัด (HDC)	≥ร้อยละ 60	PCC/NCD
		ตัวหาร B = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ	ฐานข้อมูลระดับจังหวัด (HDC)		
		(A/B)*100			
	11.3.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อน (≥ ร้อยละ 80)				
	11.3.1 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางตา	ตัวตั้ง A = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการตรวจตา ด้วย Ophthalmoscope หรือ Fundus Camera	ฐานข้อมูลระดับจังหวัด(HDC)	≥ร้อยละ 80	PCC/NCD
		ตัวหาร B = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ	ฐานข้อมูลระดับจังหวัด(HDC)		
		(A/B)*100			
	11.3.2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือ ความดันโลหิต สูงที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อน	ตัวตั้ง A = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัย ว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง และอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบที่ได้รับ	ฐานข้อมูลระดับจังหวัด (HDC)	≥ร้อยละ 80	PCC/NCD

	ทางไต (≥ร้อยละ 80)	การตรวจคัดกรองไต			
		ตัวหาร B = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง ที่ไม่เคยได้รับการ วินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง	ฐานข้อมูลระดับจังหวัด(HDC)		
		(A/B)*100			
	11.3.3 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางเท้า (≥ ร้อยละ 80)	ตัวตั้ง A = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบที่ได้รับการตรวจเท้า	ฐานข้อมูลระดับจังหวัด(HDC)	≥ ร้อยละ 80	PCC/NCD/กายภาพ
		ตัวหาร B = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ	ฐานข้อมูลระดับจังหวัด(HDC)		
		(A/B)*100			
	11.3.4 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) (≥ร้อยละ 80)	ตัวตั้ง A = จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน (E10-E14) ความดันโลหิตสูง (I10-I15) อายุ 35 - 60 ปี ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือด (CVD Risk) ใน 10 ปีข้างหน้า	ฐานข้อมูลระดับจังหวัด (HDC)	≥ร้อยละ 80	PCC/NCD
		ตัวหาร B = จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน (E10-E14) ความดันโลหิตสูง (I10-I15) อายุ 35 - 60 ปีที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ	ฐานข้อมูลระดับจังหวัด (HDC)		
		(A/B)*100			
	KPI 12 อำเภอมีการพัฒนาระบบป้องกันและรักษาโรคทางจักษุผ่านมาตรฐานจังหวัดอุตรดิตถ์				
	12.1 ร้อยละของนักเรียนชั้นป.1 ได้รับการตรวจวัดสายตา	ตัวตั้ง= จำนวนนักเรียน ป. 1 ที่ได้รับการตรวจวัดสายตา	1.ตัวตั้งจาก ข้อมูลการวัดสายตา จาก Vision 2020	ร้อยละ 100	บริการปฐมภูมิ
		ตัวหาร= จำนวนนักเรียน ป.1 ทั้งหมด	2.ตัวหารจาก ข้อมูลนักเรียน ป.1 ใน HDC		
		(A/B)*100			

	12.2 ร้อยละของนักเรียนชั้น ป.1 ที่มีปัญหาสายตาผิดปกติได้รับการ แก้ไข	ตัวตั้ง A = จำนวนเด็กนักเรียนชั้น ป.1ที่มีปัญหาสายตาผิดปกติได้รับการแก้ไข	1.ตัวตั้งจาก โปรแกรม Thai vision 2020	ร้อยละ 80	บริการปฐมภูมิ
		ตัวหาร B = จำนวนเด็กนักเรียนชั้น ป.1ที่มีปัญหาสายตาผิดปกติทั้งหมด	2.ตัวหารจากโปรแกรม Thai vision 2020		
		(A/B)*100			
	12.3 ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่าสายตาผิดปกติ (VA <10/200) ได้รับการ ติดตามพบจักษุแพทย์เพื่อวินิจฉัย (	ตัวตั้ง A = จำนวนผู้ป่วยที่มีค่าสายตาผิดปกติ (VA<10/200)ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยจักษุแพทย์	1.ตัวตั้งจาก โปรแกรม Thai vision 2020	ร้อยละ 65	กลุ่มการ/บริการปฐมภูมิ
		ตัวหาร B = จำนวนผู้ป่วยที่มีค่าสายตาผิดปกติ (VA<10/200)ทั้งหมด	2.ตัวหารจากโปรแกรม Thai vision 2020		
		(A/B)*100			
	12.4 ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัด ภายใน 30 วัน	ตัวตั้ง A = ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน	1.ตัวตั้งจาก โปรแกรม Thai vision 2020	ร้อยละ 85	กลุ่มการ/บริการปฐมภูมิ
		ตัวหาร B = ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ที่ยินยอมรับการผ่าตัด	2.ตัวหารจากโปรแกรม Thai vision 2020		
		(A/B)*100			
	KPI 13 อำเภอมีการพัฒนาระบบป้องกันโรคมะเร็งผ่านมาตรฐานจังหวัดอุตรดิตถ์				
	13.1 ร้อยละประชาชนอายุ 50-70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ (ร้อยละ 80)				
	13.1.1 ร้อยละข้าราชการสาธารณสุข อายุ 50-60 ปี ได้รับการ ตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้	ตัวตั้ง (A) : จำนวนข้าราชการสาธารณสุข อายุ 50-60 ปีที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้	รายงานผลการตรวจสุขภาพ รพ.อต.	ร้อยละ 80	บริการปฐมภูมิ
		ตัวหาร (B) : จำนวนข้าราชการสาธารณสุข อายุ 50-60 ปีทั้งหมด	ฐานข้อมูลบุคลากรกลุ่มงานทรัพย์ฯ		

		(A/B)*100			
	13.1.2 ร้อยละประชาชนอายุ 50-70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรอง มะเร็งลำไส้ (ร้อยละ 80 ของกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด)	ตัวตั้ง (A) : จำนวนประชาชนอายุ 50-70 ปีที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้	1.ตัวตั้งจาก ฐานข้อมูลระดับจังหวัด (HDC)	ร้อยละ 80	บริการปฐมภูมิ
		ตัวหาร (B) : จำนวนเป้าหมายประชาชนอายุ 50-70 ปีที่กำหนด	2.ตัวหารจาก ฐานข้อมูลระดับจังหวัด (HDC)		
		(A/B)*100			
	13.2 ร้อยละสตรีไทยอายุ 30-60 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วย HPV DNA testing	ตัวตั้ง (A) : จำนวนสตรีอายุ 30-60 ปี ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วย HPV DNA testing	1.ตัวตั้งจาก ฐานข้อมูลระดับจังหวัด (HDC)	ร้อยละ 40	บริการปฐมภูมิ
		ตัวหาร(B) : กลุ่มเป้าหมายจำนวนสตรี อายุ 30-60 ปี	2.ตัวหารจาก ฐานข้อมูลระดับจังหวัด (HDC)		
		(A/B)*100			
	13.3 สัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 1 และ2	ตัวตั้ง (A) :จำนวนสตรีที่ป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกที่พบระยะ 1 – 2	1.ตัวตั้งจาก : ฐานข้อมูล รพ.อุตรดิตถ์	ร้อยละ 70	บริการปฐมภูมิ
		ตัวหาร(B) : จำนวนสตรีที่ป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกทั้งหมด	2.ตัวหารจาก: ฐานข้อมูล รพ.อุตรดิตถ์		
		(A/B)*100			
หมวด KPI ที่ 8 ความสำเร็จในการพัฒนาการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย (2 ตัว)					
	KPI 14 อำเภอมีการพัฒนาการจัดการสุขาภิบาลอาหาร และตลาดผ่านมาตรฐานจังหวัดอุตรดิตถ์				
	14.1 ร้อยละของร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารในอำเภอได้รับ การสุ่มตรวจประเมินจาก สสจ.อต. ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน อาหารสะอาดรสชาติอร่อย (Clean Food Good Taste) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70	ตัวตั้ง A =จำนวนร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารในอำเภอได้รับการสุ่มตรวจประเมินผ่านเกณฑ์มาตรฐาน อาหารสะอาดรสชาติอร่อย (Clean Food Good Taste)	1.ตัวตั้งจาก..ผลการสุ่มประเมินของ สสจ..	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70	บริการปฐมภูมิ

		ตัวหาร B =จำนวนร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารที่ได้รับการสุ่มประเมินร้อยละ 30 ของร้านทั้งหมดของอำเภอ	2.ตัวหารจาก.ร้อยละ 30 ที่สุ่มประเมินของทะเบียนร้านอาหารและแผงลอย จำหน่ายอาหารทั้งหมด		
		(A/B)*100			
	14.2 ร้อยละของตลาดนัดในอำเภอได้รับการพัฒนาให้เป็นตลาดนัดต้นแบบ สุขภาพดีวิถีใหม่ (Healthy Market) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50	ตัวตั้ง A=จำนวนตลาดนัดในอำเภอได้รับการพัฒนาให้เป็นตลาดนัดต้นแบบ สุขภาพดีวิถีใหม่ (Healthy Market)	1.ตัวตั้งจาก..ผลการประเมินของ สสจ..	ร้อยละ 50	บริการปฐมภูมิ
		ตัวหาร B=จำนวนตลาดนัดในอำเภอทั้งหมด	2.ตัวหารจาก. จำนวนตลาดนัดในอำเภอทั้งหมด		
		(A/B)*100			
	<u>KPI 15 อำเภอมีการพัฒนาการจัดการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมผ่านมาตรฐานจังหวัดอุตรดิตถ์</u>				
	15.1 อำเภอที่มีแผนพัฒนางานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม GREEN 5 ด้าน	อำเภอที่มีแผนพัฒนางานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม GREEN 5 ด้าน (การจัดการขยะ, ส้วม (HAS), ประหยัดพลังงาน HWP, ระบบประปา)	จาก จำนวนแผนพัฒนาที่อำเภอส่งมา	ผ่านร้อยละ 80	คปสอ./บริการด้านปฐมภูมิ
	15.2 ร้อยละของหน่วยงานสาธารณสุขในสังกัดสสอ.ผ่านเกณฑ์มาตรฐานการจัดการสิ่งแวดล้อม GREEN 5 ด้าน (อย่างน้อย 3 ด้าน) (สสอ.ผ่านร้อยละ 100, รพ.สต.ผ่านร้อยละ 80)	ตัวตั้ง =จำนวนหน่วยงานสาธารณสุขในอำเภอผ่านเกณฑ์มาตรฐานการจัดการสิ่งแวดล้อม GREEN 5 ด้าน (อย่างน้อย 3 ด้าน)	1.ตัวตั้งจาก สรุปผลการประเมินของ สสจ.อต.	ร้อยละ 80	คปสอ./บริการด้านปฐมภูมิ
		ตัวหาร จำนวนหน่วยงานสาธารณสุขในอำเภอทั้งหมด	2.ตัวหารจาก จำนวน สสอ.ทั้งหมดในจังหวัด		
		(A/B)*100			
	15.3 โรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital ในระดับดีมาก Plus	โรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital ระดับดี มาก Plus	จาก สรุปผลการประเมินของ สสจ.อต.	ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก Plus	บริการปฐมภูมิ/บริหาร

	16.4 ร้อยละของสถานที่เป้าหมายที่มีการพัฒนาส้วม ผ่านเกณฑ์ มาตรฐาน HAS (เป้าหมาย ร้อยละ 50)	ตัวตั้ง จำนวนสถานที่เป้าหมาย(ในส่วนราชการ/สถานีบริการ ฐ้ามัน/วัด) ที่มีการพัฒนาส้วม ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน HAS	1.ตัวตั้งจาก รายงานผลการประเมินของ คปสอ.	ร้อยละ 50	บริการปฐมภูมิ/บริหาร
		ตัวหาร จำนวนสถานที่เป้าหมาย(ในส่วนราชการ/สถานีบริการ ฐ้ามัน/วัด)ทั้งหมด	2.ตัวหารจาก ทะเบียนส่วนราชการทั้งหมด		
		(A/B)*100			
	16.5 โรงพยาบาลผ่านตามเกณฑ์การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวช กรรมสิ่งแวดล้อม ระดับ ดี	โรงพยาบาลที่ผ่านตามเกณฑ์การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในระดับ ดี	จาก..การประเมินของ สสจ.	ระดับดี	บริการปฐมภูมิ/บริหาร
หมวด KPI ที่ 9 ความสำเร็จในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้ได้มาตรฐาน (2 ตัว)					
	KPI 16 อำเภอมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขา Stroke /STEMI ผ่านมาตรฐานจังหวัดอุตรดิตถ์				
	16.1 อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke admit) ได้รับบริการ กายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสภาพก่อนและหลังจำหน่ายในโรงพยาบาล อย่างต่อเนื่อง 3 เดือน(ร้อยละ 100)	A = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(คน)ที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง 3 เดือน (2 ครั้ง/เดือน) BI ≥15	1.ตัวตั้งจาก : ฐานข้อมูลจาก SSB,HosXP	ร้อยละ 100	กายภาพ
		B = จำนวนผู้ป่วยใน(คน) โรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด	2.ตัวหารจาก : ฐานข้อมูลจาก HDC		
		(A/B) x 100			
	16.2. ร้อยละการให้การรักษา ผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (>50%) (ร้อยละของโรงพยาบาลที่ผ่านมาตรฐานการบริการ STEMI)	A : ผู้ป่วย STEMI ที่ได้ยา SK	1.ตัวตั้งจาก : ฐานข้อมูล HDC	>50%	การแพทย์ฉุกเฉิน
		B : ผู้ป่วย STEMI ทั้งหมด (รหัส ICD10 : I21.0 - I21.3)	2.ตัวหารจาก : ฐานข้อมูลจาก HDC		
		(A/B)*100			

	16.3 โรงพยาบาลมีการบริหารจัดคลินิก Warfarine ได้มาตรฐาน (ร้อย	โรงพยาบาลมีการบริหารจัดคลินิก Warfarine ได้มาตรฐาน	จาก : สรุปผลการประเมินของ คทง.ระดับจังหวัด	ผ่านเกณฑ์	เภสัชกรรม
	KPI 17 อำเภอมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขา COPD ผ่านมาตรฐานจังหวัดอุตรดิตถ์				
	17.1 ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการทำ Spirometry อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (ยกเว้นผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง)	A : ผู้ป่วย COPD ที่ได้รับการทำ Spirometry	1.ตัวตั้งจาก : ฐานข้อมูล HosXP (ICD 9:)		ผู้ป่วยนอก/กายภาพ
		B : ผู้ป่วย COPD ทั้งหมด (ICD 10=J44.0-J44.9(หน่วยเป็นคน))	2.ตัวหารจาก : ฐานข้อมูลจาก HDC		
		(A/B)*100			
	17.2 อัตราการให้บริการวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลแก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกลั้น (ร้อยละ 80)	A : จำนวนผู้ป่วย COPD ได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในช่วงเวลา 1 พ.ค..-31ธ.ค. 64 (Z25.1 หรือรหัสวัคซีน 815)	1.ตัวตั้งจาก : ฐานข้อมูล OP/PP individual data	ร้อยละ 80	ผู้ป่วยนอก/PCC
		B : ผู้ป่วย COPD ทั้งหมด (ICD 10=J44.0-J44.9	2.ตัวหารจาก : ฐานข้อมูลจาก HDC		
		(A/B)*100			
	17.3 อัตราผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับยา LABA หรือ LAMA ตามเกณฑ์มาตรฐาน(ร้อยละ 50)	A : จำนวนผู้ป่วยปอดอุดกลั้นเรื้อรังอายุ 15 ปี ขึ้นไปได้รับยา LABA หรือ LAMA (รหัสยา)	1.ตัวตั้งจาก : ฐานข้อมูล OP/PP individual data	ร้อยละ 50	เภสัชฯ/ผู้ป่วยนอก
		B : ผู้ป่วย COPD ทั้งหมด	2.ตัวหารจาก : ฐานข้อมูล OP/PP individual data		
		(A/B)*100			
หมวด KPI ที่ 10 ความสำเร็จในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและสาธารณภัย (2 ตัว)					
	KPI 18อำเภอมีการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินผ่านมาตรฐานจังหวัดอุตรดิตถ์				
	18.1 ความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ				
	18.1.1 ร้อยละของชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเข้าถึงจุดเกิดเหตุ ภายใน 10 นาทีหลังรับแจ้งเหตุในผู้ป่วยวิกฤติ(สีแดง)	ตัวตั้ง A = จำนวนผู้ป่วยสีแดง สีเหลือง ที่มาด้วยระบบ EMS ภายใน 10 นาที (ระยะทางไม่ เกิน 10 กม.)	1. ตัวตั้งจาก..โปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS)> ระบบ คลังข้อมูลการแพทย์ฉุกเฉิน (Data Warehouse) >หัวข้อ 2 ข้อมูลผลการดำเนินงานฯ ข้อ 12 respontime > สีแดงและ	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 65	การแพทย์ฉุกเฉิน

	และผู้ป่วยฉุกเฉิน (สีเหลือง) (ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 65)		เหลือง> ตารางรายงานจำแนกตามพื้นที่อำเภอที่เกิดเหตุ		
		ตัวหาร B = จำนวนผู้ป่วยสีแดง สีเหลือง ที่มาด้วยระบบ EMS ทั้งหมด (ระยะทางไม่เกิน 10 กม.)	2. ตัวหารจาก..โปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS)> ระบบ คลังข้อมูลการแพทย์ฉุกเฉิน (Data Warehouse) >หัวข้อ 2 ข้อมูลผลการดำเนินงานฯ ข้อ 12 respontime > สีแดงและเหลือง> ตารางรายงานจำแนกตามพื้นที่อำเภอที่เกิดเหตุ		
		(A/B)*100			
	18.1.2 ร้อยละของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ผ่านการอบรมหลักสูตรอาสาสมัครฉุกเฉินชุมชน ()	ตัวตั้ง A = จำนวนนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ผ่านการอบรมหลักสูตรอาสาสมัครฉุกเฉิน ชุมชน	1. ตัวตั้งจาก..โปรแกรมลงทะเบียนประชุม/อบรม ONLINE (e-meeting)	ร้อยละ 100	การแพทย์ฉุกเฉิน
		ตัวหาร B = จำนวนนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ทั้งหมด	2. ตัวหารจาก..ฐานข้อมูลจำนวนนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4		
		(A/B)*100			
	18.2 ความสำเร็จการดูแลผู้ป่วย ณ ห้องฉุกเฉิน				
	18.2.1 โรงพยาบาลศูนย์ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ ER คุณภาพ ได้คะแนนไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80	ตัวตั้ง A = คะแนนจากการประเมินตามเกณฑ์ ER คุณภาพ	1. ตัวตั้งจากผลการประเมินมาตรฐานของคณะกรรมการระดับจังหวัด	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80	การแพทย์ฉุกเฉิน
		ตัวตั้ง B = คะแนนตามเกณฑ์ ER คุณภาพทั้งหมด	2. ตัวหารจากเกณฑ์ ER คุณภาพ		
		(A/B)*100			
	18.2.2 โรงพยาบาลชุมชนผ่านการประเมินตามเกณฑ์ ER คุณภาพจังหวัดอุตรดิตถ์ ได้คะแนนไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 80	ตัวตั้ง A = คะแนนจากการประเมินตามเกณฑ์ ER คุณภาพจังหวัดอุตรดิตถ์	1. ตัวตั้งจากผลการประเมินมาตรฐานของคณะกรรมการระดับจังหวัด	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ80	การแพทย์ฉุกเฉิน
		ตัวตั้ง B = คะแนนตามเกณฑ์ ER คุณภาพจังหวัดอุตรดิตถ์ทั้งหมด	2. ตัวหารจากเกณฑ์ ER คุณภาพจังหวัดอุตรดิตถ์		
		(A/B)*100			
	KPI 19 อำเภอมีการพัฒนาระบบการจัดการและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ผ่านมาตรฐานจังหวัดอุตรดิตถ์				
	19.1 อำเภอผ่านการ	ตัวตั้ง A = คะแนนจาก	1. ตัวตั้งจากผลการประเมินมาตรฐานของ	ไม่ต่ำกว่า	บริการปฐมภูมิ/

	ประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานการจัดการภาวะ ฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ ได้คะแนนไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80	การประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานการจัดการภาวะฉุกเฉินด้าน การแพทย์และสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์	คณะกรรมการระดับจังหวัด	ร้อยละ80	การแพทย์ฉุกเฉิน
		ตัวตั้ง B = คะแนนตามเกณฑ์มาตรฐานการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ทั้งหมด	2. ตัวหารจากมาตรฐานการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดอุตรดิตถ์		
		(A/B)*100			
หมวด KPI ที่ 11 ความสำเร็จในการพัฒนาระบบงานสุขภาพจิตและยาเสพติด (2 ตัว)					
	<u>KPI 19 อำเภอมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตผ่านมาตรฐานจังหวัดอุตรดิตถ์</u>				
	19.1.ร้อยละการคัดกรองโรคซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยง (≥ ร้อยละ 80)	ตัวตั้ง A=จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า	1.ตัวตั้งจาก..ฐานข้อมูลระดับจังหวัด (HDC)	≥ ร้อยละ 80	สุขภาพจิต
		ตัวหาร B=จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงทั้งหมด	2.ตัวหารจาก..ฐานข้อมูลระดับจังหวัด (HDC)		
		(A/B)*100			
	<u>KPI 20อำเภอมีการพัฒนาระบบบริการคลินิกจิตเวชเด็กผ่านมาตรฐานจังหวัดอุตรดิตถ์</u>				
	20.1 ร้อยละเด็กที่มีปัญหาสติปัญญาบกพร่อง (ID) ออทิสติก (ASD) สมาธิสั้น (ADHD) ความบกพร่องทางการเรียนรู้ (LD) ได้รับการ วินิจฉัยโดยแพทย์ และขึ้นทะเบียน	ตัวตั้ง A=จำนวนเด็กที่ได้รับการคัดกรองพบมีปัญหาสติปัญญาบกพร่อง (ID) ออทิสติก(ASD) สมาธิสั้น (ADHD) ความบกพร่องทางการเรียนรู้ (LD) ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ และขึ้นทะเบียนรายใหม่ ในปี 2564	1.ตัวตั้งจาก.ฐานข้อมูล (รพศ/รพช.)	≥ ร้อยละ 68	สุขภาพจิต
		ตัวหาร B=จำนวนเด็กที่ได้รับการคัดกรองพบมีปัญหาสติปัญญาบกพร่อง (ID) ออทิสติก (ASD) สมาธิสั้น (ADHD) ความบกพร่องทางการเรียนรู้ (LD) ปี2564	1.ตัวตั้งจาก.ฐานข้อมูล (รพศ/รพช.)		

		ทั้งหมด ในปี 2564			
		(A/B)*100			
	20.2 ร้อยละของเด็กที่มีปัญหาสติปัญญาบกพร่อง(ID) ออทิสติก (ASD) สมาธิสั้น (ADHD) ความบกพร่องทางการเรียนรู้ (LD) เข้าถึง บริการสุขภาพจิตที่มีมาตรฐาน (≥ ร้อยละ 68)	ตัวตั้ง A=จำนวนผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาสติปัญญาบกพร่อง(ID) ออทิสติก (ASD) สมาธิสั้น (ADHD) ความ บกพร่องทางการเรียนรู้ (LD) ที่มารับบริการตั้งแต่ปีงบประมาณ 2555 สะสมมาจนถึงปีงบประมาณ 2564	1.ตัวตั้งจาก.ฐานข้อมูลระดับจังหวัด (HDC)	≥ ร้อยละ 68	สุขภาพจิต
		ตัวหาร B=จำนวนผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาสติปัญญาบกพร่อง(ID) ออทิสติก (ASD) สมาธิสั้น (ADHD) ความ บกพร่องทางการเรียนรู้ (LD) คาดประมาณจากความชุกที่ได้จากการสำรวจ	2.ตัวหารจาก..ฐานข้อมูลระดับจังหวัด (HDC)		
		(A/B)*100			
	20.3 ร้อยละเด็กที่มีปัญหาสติปัญญาบกพร่อง (ID) ออทิสติก (ASD) สมาธิสั้น (ADHD) ความบกพร่องทางการเรียนรู้ (LD) ได้รับการ ดูแล ในคลินิกตามมาตรฐาน	ตัวตั้ง A=จำนวนเด็กที่ได้รับการคัดกรองพบมีปัญหาสติปัญญาบกพร่อง (ID) ออทิสติก(ASD) สมาธิสั้น (ADHD) ความบกพร่องทางการเรียนรู้ (LD) ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ ปี 2564 ได้รับการดูแลในคลินิกตามมาตรฐาน	1.ตัวตั้งจาก.ฐานข้อมูล (รพศ/รพช.)	ร้อยละ 55	สุขภาพจิต
		ตัวหาร B=จำนวนเด็กที่ได้รับการคัดกรองพบมีปัญหาสติปัญญาบกพร่อง	2.ตัวหารจาก.ฐานข้อมูล (รพศ/รพช.)		

		(ID) ออทิสติก (ASD) สมาธิสั้น (ADHD) ความบกพร่องทางการเรียนรู้ (LD) ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ และขึ้นทะเบียนสะสมทั้งหมดตั้งแต่ปี 2555-2564			
		(A/B)*100			
	20.4 ร้อยละเด็กที่มีปัญหาสติปัญญาบกพร่อง(ID)ออทิสติก(ASD)สมาธิสั้น(ADHD) ความบกพร่องทางการเรียนรู้ (LD) ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง (≥ ร้อยละ 90)	ตัวตั้ง A=จำนวนผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาสติปัญญาบกพร่อง(ID) ออทิสติก (ASD) สมาธิสั้น (ADHD) ความบกพร่องทางการเรียนรู้ (LD) ที่ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องโดยมีการ ติดตามทุก 1 เดือน, 3 เดือนและ 6 เดือน ตามแนวทางและมาตราฐาน	1.ตัวตั้งจาก.ฐานข้อมูล (รพศ/รพช.)	≥ ร้อยละ 90	สุขภาพจิต
		ตัวหาร B=จำนวนผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาสติปัญญาบกพร่อง(ID) ออทิสติก (ASD) สมาธิสั้น (ADHD) ความบกพร่องทางการเรียนรู้ (LD) ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยยืนยันโดยแพทย์	2.ตัวหารจาก..ฐานข้อมูล (รพศ/รพช.)		
		(A/B)*100			
หมวด KPI ที่ 12 ความสำเร็จในการพัฒนางานแพทย์แผนไทยและทางเลือก (2 ตัว)					
	<u>KPI 21 อำเภอมีการพัฒนาระบบบริการด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยผ่านมาตรฐานจังหวัดอุตรดิตถ์</u>				
	21.1 ร้อยละความสำเร็จของการให้บริการด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย				
	21.1.1 ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือก (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20.5)	ตัวตั้ง A=จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่มารับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ	1.ตัวตั้งจากฐานข้อมูลระดับจังหวัด (HDC)	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20.5	แพทย์แผนไทย
		ตัวหาร B=จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่มารับ	2.ตัวหารจากฐานข้อมูลระดับจังหวัด (HDC)		

		บริการทั้งหมดของสถานบริการสาธารณสุขของ			
		(A/B) x 100			
	21.1.2 ร้อยละของหน่วยบริการมีการจัดบริการตรวจรักษาทางการแพทย์แผนไทย 12 โรค ตาม CPG ที่กำหนด (ร้อยละ 100)	ตัวตั้ง A=จำนวนหน่วยบริการ (รพศ.+รพช.+PCC+รพ.สต.ที่มีแพทย์แผนไทย) ที่มีการจัดบริการตรวจรักษาทางการแพทย์แผนไทย 12 โรค ตาม CPG ที่กำหนด	1.ตัวตั้งจาก ฐานข้อมูลระดับจังหวัด (HDC) ร่วมกับการประเมินของ สสจ.อต	ร้อยละ 100	แพทย์แผนไทย
		ตัวหาร B=จำนวนหน่วยบริการที่มีแพทย์แผนไทยทั้งหมด (รพศ.+รพช.+PCC+รพ.สต.ที่มี	2.ตัวหารจากฐานข้อมูลระดับจังหวัด (HDC)		
		(A/B) x 100			
	21.2 ร้อยละของการสั่งจ่ายยาสมุนไพร แผนกผู้ป่วยนอก (ไม่ต่ำกว่า ร้อย ละ 15)	ตัวตั้ง A=จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่มีการสั่งจ่ายยาสมุนไพร	1.ตัวตั้งจากฐานข้อมูลระดับจังหวัด (HDC)	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 15	แพทย์แผนไทย
		ตัวหาร B=จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่มีการสั่งจ่ายยาทั้งหมด	2.ตัวหารจากฐานข้อมูลระดับจังหวัด (HDC)		
		(A/B) x 100			
	21.2.1 ร้อยละการใช้ยาสมุนไพรฟ้าทะลายโจรในโรคภูมิแพ้ทางเดินหายใจส่วนต้น/ไข้หวัด common cold ในผู้ป่วยนอก(ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 15)	ตัวตั้ง A=จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกโรคภูมิแพ้ทางเดินหายใจส่วนต้น/ไข้หวัด common cold ที่ได้รับยาสมุนไพรฟ้าทะลายโจร	1.ตัวตั้งจากฐานข้อมูลระดับจังหวัด (HDC)	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 15	แพทย์แผนไทย
		ตัวหาร B=จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกโรคภูมิแพ้ทางเดินหายใจส่วนต้น/ไข้หวัด common cold ทั้งหมด	2.ตัวหารจากฐานข้อมูลระดับจังหวัด (HDC)		
		(A/B) x 100			

	21.2.2 ร้อยละการใช้ยาสมุนไพรขมิ้นชันในโรค ท้องอืด ท้องเฟ้อ ในผู้ป่วยนอก (ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 15)	ตัวตั้ง A=จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกโรคท้องอืด ท้องเฟ้อ ที่ได้รับยาสมุนไพรขมิ้นชัน	1.ตัวตั้งจากฐานข้อมูลระดับจังหวัด (HDC)	ร้อยละ 100	แพทย์แผนไทย
		ตัวหาร B=จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกโรคท้องอืด ท้องเฟ้อ ทั้งหมด	2.ตัวหารจากฐานข้อมูลระดับจังหวัด (HDC)		
		(A/B) x 100			
	21.2.3 ร้อยละการใช้ยาเหลืองปิดสมุทร อาการท้องเสียที่ไม่ติดเชื้อ ในผู้ป่วยนอก()	ตัวตั้ง A=จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกอาการท้องเสียที่ไม่ติดเชื้อ ที่ได้รับยาเหลืองปิดสมุทร	1.ตัวตั้งจากฐานข้อมูลระดับจังหวัด (HDC)	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 15	แพทย์แผนไทย
		ตัวหาร B=จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกอาการท้องเสียที่ไม่ติดเชื้อทั้งหมด	2.ตัวหารจากฐานข้อมูลระดับจังหวัด (HDC)		
		(A/B) x 100			
	22.3 ร้อยละความสำเร็จของการให้บริการหัตถการทางการแพทย์แผนไทยร่วมกับสหวิชาชีพ				
	22.3.1 ร้อยละของหญิงหลังคลอด ได้รับการบริบาลโดยการทับหม้อเกลือ ()	ตัวตั้ง A=จำนวนหญิงหลังคลอดที่ได้รับบริการการทับหม้อเกลือ	1.ตัวตั้งจากฐานข้อมูลระดับจังหวัด (HDC)	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80	แพทย์แผนไทย
		ตัวหาร B=จำนวนหญิงหลังคลอดทั้งหมด	2.ตัวหารจากฐานข้อมูลระดับจังหวัด (HDC)		
		(A/B) x 100			
	22.3.2 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมเข้าถึงบริการการรักษาโดยการพอกเข่า ()	ตัวตั้ง A=จำนวนผู้สูงอาฟยุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมและได้รับหัตถการการพอกเข่า	1.ตัวตั้งจากฐานข้อมูลระดับจังหวัด (HDC)	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60	แพทย์แผนไทย
		ตัวหาร B=จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมทั้งหมด	2.ตัวหารจากฐานข้อมูลระดับจังหวัด (HDC)		
		(A/B) x 100			
	22.3.3 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจเท้าด้วย	ตัวตั้ง A=จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจเท้าด้วย Monofilamen	1.ตัวตั้งจากฐานข้อมูลระดับจังหวัด (HDC)	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60	แพทย์แผนไทย

	Monofilament โดยแพทย์แผนไทยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ (ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60)	โดยแพทย์แผน ไทยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ			
		ตัวหาร B=จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด	2.ตัวหารจากฐานข้อมูลระดับจังหวัด (HDC)		
		(A/B) x 100			
	22.3.4 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่สูญเสียความรู้สึกที่เท้าระดับปานกลาง (เสี่ยงระดับปานกลาง) ได้รับการแช่เท้าด้วยสมุนไพร (100%)	ตัวตั้ง A=จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สูญเสียความรู้สึกที่เท้าระดับปานกลาง(เสี่ยงระดับปานกลาง)ได้รับการแช่เท้าด้วยสมุนไพร	1.ตัวตั้งจากฐานข้อมูลระดับจังหวัด (HDC)	ร้อยละ 100	แพทย์แผนไทย
		ตัวหาร B=จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สูญเสียความรู้สึกที่เท้าระดับปานกลาง(เสี่ยงระดับปานกลาง)ทั้งหมด	2.ตัวหารจากฐานข้อมูลระดับจังหวัด (HDC)		
		(A/B) x 100			
	22.3.5 ร้อยละของเด็กพัฒนาการล่าช้าด้านการพูดที่ถูกส่งตัวเข้า รับการรักษากับแพทย์แผนไทยได้รับการติดตามและกระตุ้น speech โดยแพทย์แผนไทย(ร้อยละ 100)	ตัวตั้ง A=เด็กพัฒนาการล่าช้าด้านการพูดที่ได้รับการกระตุ้น speech โดยแพทย์แผนไทย	1.ตัวตั้งจากฐานข้อมูลระดับจังหวัด (HDC)	ร้อยละ 100	แพทย์แผนไทย
		ตัวหาร B=เด็กพัฒนาการล่าช้าด้านการพูดที่ถูกส่งตัวเข้ารับการกระตุ้น speech ทั้งหมด	2.ตัวหารจากฐานข้อมูลระดับจังหวัด (HDC)		
		(A/B) x 100			
	22.3.6 ร้อยละของเด็กพัฒนาการล่าช้าหรือสงสัยล่าช้าที่ถูกส่งตัวเข้ารับการรักษาโดยศาสตร์การแพทย์ แผนไทยได้รับการติดตามและ กระตุ้นโดยแพทย์แผนไทย (ร้อยละ 100)	ตัวตั้ง A=จำนวนเด็กพัฒนาการล่าช้าหรือสงสัยล่าช้าที่รับการรักษาโดยศาสตร์การแพทย์แผนไทย	1.ตัวตั้งจากฐานข้อมูลระดับจังหวัด (HDC)	ร้อยละ 100	แพทย์แผนไทย
		ตัวหาร B=จำนวนเด็กพัฒนาการล่าช้าหรือสงสัยล่าช้าที่ถูกส่งตัวเข้ารับการรักษาทั้งหมด	2.ตัวหารจากฐานข้อมูลระดับจังหวัด (HDC)		
		(A/B) x 100			
	22.4 ร้อยละความสำเร็จของการฟื้นฟูด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยตามมาตรฐาน				
	22.4.1 ร้อยละของผู้ป่วย IMC ได้รับบริการ ดูแล รักษา ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยตามมาตรฐาน	ตัวตั้ง A=จำนวนผู้ป่วย IMC ได้รับหัตถการทางการแพทย์แผนไทย	1.ตัวตั้งจากฐานข้อมูลระดับจังหวัด (HDC)	ร้อยละ 20	แพทย์แผนไทย
		ตัวหาร B=จำนวนผู้ป่วย IMC ที่ต้องได้รับทั้งหมด	2.ตัวหารจากฐานข้อมูลระดับจังหวัด (HDC)		

	(ร้อยละ20)	(A/B) x 100			
	22.4.2 ร้อยละของผู้ป่วย LTC ได้รับบริการ ดูแล รักษา ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยตามมาตรฐาน (ร้อยละ50)	ตัวตั้ง A=จำนวนผู้ป่วย LTC ได้รับหัตถการทางการแพทย์แผนไทย	1.ตัวตั้งจากฐานข้อมูลระดับจังหวัด (HDC)	ร้อยละ50	แพทย์แผนไทย
		ตัวหาร B=จำนวนผู้ป่วย LTC ทั้งหมด	2.ตัวหารจากโปรแกรม LTC สปสช.		
		(A/B) x 100			
	22.4.3 ร้อยละของผู้ป่วย Palliative Care ได้รับหัตถการทางการแพทย์แผนไทย (≥50%)	ตัวตั้ง A=จำนวนผู้ป่วย Palliative Care ได้รับหัตถการทางการแพทย์แผนไทย	1.ตัวตั้งจากฐานข้อมูลระดับจังหวัด (HDC)	มากกว่า 50	แพทย์แผนไทย
		ตัวหาร B=จำนวนผู้ป่วย Palliative Care ทั้งหมด	2.ตัวหารจากฐานข้อมูลระดับจังหวัด (HDC)		
		(A/B) x 100			
	KPI 23 อำเภอมีการพัฒนาระบบบริการกัญชาทางการแพทย์แผนไทยผ่านมาตรฐานจังหวัดอุตรดิตถ์				
	23.1 โรงพยาบาลที่มีการเปิดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผน ไทย	โรงพยาบาลที่มีการเปิดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย	จากการนิเทศติดตามกำกับงานของกลุ่มงาน	มีการจัดตั้งคลินิกกัญชา	แพทย์แผนไทย
	23.2 ร้อยละผู้ป่วยโรคเป้าหมายเข้ารับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยตามโรคที่ CPG กำหนด (ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 50)	ตัวตั้ง A=จำนวนผู้ป่วยโรคเป้าหมายเข้ารับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยตามโรคที่ CPG กำหนด	1.ตัวตั้งจากฐานข้อมูลระดับจังหวัด (HDC)	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 50	แพทย์แผนไทย
		ตัวหาร B=จำนวนผู้ป่วยโรคเป้าหมายทั้งหมด	2.ตัวหารจากฐานข้อมูลระดับจังหวัด (HDC)		
		(A/B) x 100			
หมวด KPI ที่ 13 ความสำเร็จในการส่งเสริมความปลอดภัยด้านอาหาร ผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ (1 ตัว)					
	KPI 24 อำเภอมีการพัฒนางานเภสัชสาธารณสุขผ่านมาตรฐานจังหวัดอุตรดิตถ์				
	24.1 รพ.ผ่านเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรมและระบบยา จังหวัด อุตรดิตถ์	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรมตามเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรมและระบบยาจังหวัดอุตรดิตถ์ ที่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 70	จาก..ร้อยละคะแนนการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรมและระบบ ยา จังหวัดอุตรดิตถ์ ของแต่ละ รพ. นับจำนวน รพ.ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานฯ	เป้าหมาย ร้อยละ 100	เภสัชกรรม
	24.2. ร้อยละของรพ.สต.ผ่านเกณฑ์การประเมินงานเภสัชกรรม	ตัวตั้ง A = จำนวน รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินงานเภสัชกรรมตามเกณฑ์ รพ.สต.ติด ดาว ที่ผ่าน	1.ตัวตั้งจาก..ร้อยละคะแนนการประเมินตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว ด้านงานเภสัช กรรม RDU และงานคุ้มครองผู้บริโภค ของแต่ละ รพ.สต. นับ		เภสัชกรรม

	ฯ ตาม เกณฑ์ รพ.สต. ติดดาว	เกณฑ์ร้อยละ 80	รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์ฯ		
		ตัวหาร B = จำนวนรพ.สต.ทุกแห่งที่ได้รับการตรวจประเมิน	2.ตัวหารจาก..จำนวน รพ.สต. ทุกแห่งที่ได้รับการตรวจประเมิน		
		(A/B)*100			
	24.3 รพ.มีรายการยาตามมาตรฐานการจัดบริการ ตามService plan สำหรับให้บริการผู้ป่วยครบถ้วน	รพ.มีรายการยาตาม Service plan ในบัญชียาโรงพยาบาล ครบถ้วน	จาก..ผลการสำรวจรายการยาตาม Service plan ของ รพ.ทุกแห่ง. นับจำนวน รพ. ที่มีรายการยาตาม Service plan ครบถ้วน	ครบถ้วน	เภสัชกรรม
หมวด KPI ที่ 14 ความสำเร็จในการพัฒนาระบบบริหารทรัพยากรบุคคล (HRM, HRP, HRD, ค่านิยมองค์กร และ KM) (1 ตัว)					
	KPI 25อำเภอมีการพัฒนาผลงานวิชาการและการจัดการความรู้ผ่านมาตรฐานจังหวัดอุตรดิตถ์				
	25.1 เครือข่ายบริการ (CUP) มีผลงานวิจัย, R2R หรือนวัตกรรม ตาม เกณฑ์ที่กำหนด	CUP บ้านโคก/ฟากท่า มีผลงานวิจัย, R2R หรือนวัตกรรมอย่างน้อย 3 เรื่อง (ค่ากลาง)		3 เรื่อง	คุณภาพ/งานวิจัย
		CUP ท่าปลา/ทองแสนขัน/ตรอน/สสอ.เมือง มีผลงานวิจัย, R2R หรือนวัตกรรมอย่างน้อย 4 เรื่อง(ค่ากลาง)			
		CUP ลับแล/ฟ้าปาด/พิชัย มีผลงานวิจัย, R2R หรือนวัตกรรมอย่างน้อย 5 เรื่อง(ค่ากลาง)			
หมวด KPI ที่ 15 ความสำเร็จในการพัฒนาระบบบริหารจัดการยุทธศาสตร์ ร่วมกับภาคีเครือข่าย (1 ตัว)					
	KPI 26 อำเภอมีการพัฒนาระบบบริหารจัดการยุทธศาสตร์ผ่านมาตรฐานจังหวัดอุตรดิตถ์				
	26.1 คปสอ.ส่งสรุปผลงานประจำปี ครบถ้วน และทันเวลา (ร้อยละ 100)	คปสอ.ส่งสรุปผลงานประจำปี ครบถ้วน และทันเวลา	จากผลการส่งรายงานประจำปี	ร้อยละ 100	คปสอ./ยุทธศาสตร์
	26.2 ร้อยละของแผนปฏิบัติการที่ส่งภายใน 30 วันหลังได้รับจัดสรรงบประมาณ (ร้อยละ 100)	A=จำนวนแผนปฏิบัติการที่ส่งแผนงานภายใน 30 วันหลังได้รับจัดสรรงบประมาณ			คปสอ./ยุทธศาสตร์
		B=จำนวนแผนปฏิบัติการทั้งหมด			
		(A/B)*100			
	27.3 ร้อยละของการเบิกจ่ายงบประมาณผ่านเกณฑ์เป้าหมาย	A=ผลการเบิกจ่ายงบประมาณ			บริหาร/การเงิน
		B=งบประมาณที่ได้รับ			

	รายไตร มาส (ตามมติคณะรัฐมตรี)	จัดสรรทั้งหมด			
		(A/B)*100			
หมวด KPI ที่ 16 ความสำเร็จในการพัฒนาเทคโนโลยีและสารสนเทศ (1 ตัว)					
	KPI 27 อำเภอมีการพัฒนาเทคโนโลยีและสารสนเทศผ่านมาตรฐานจังหวัดอุตรดิตถ์				
	27.1 ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ (43 แฟ้ม) (ร้อยละ 90)	A=จำนวนหน่วยบริการในสังกัดสสจ.อุตรดิตถ์ที่มีคุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ(43 แฟ้ม)ไม่ น้อยกว่าร้อยละ 97	โปรแกรม UDC สสจ.อุตรดิตถ์ http://utodatacenter.moph.go.th/udc	ร้อยละ 90	ประกันฯ
		B=จำนวนหน่วยบริการในสังกัดสสจ.อุตรดิตถ์ทั้งหมด			
		(A/B)*100			
	27.2 โรงพยาบาลเป็น Smart Hospital	จำนวนโรงพยาบาลที่เป็น Smart Hospital (ผ่านเกณฑ์การประเมินปี 64 ทั้ง 3 ด้าน)	- http://it-phdb.moph.go.th/smart-hospital	ผ่านเกณฑ์	สารสนเทศ
	27.3 ร้อยละของบุคลากรด้านเทคโนโลยีสารสนเทศในโรงพยาบาล ที่มีผลงานด้านพัฒนาโปรแกรม(ร้อยละ 40)	A=จำนวนนักวิชาการคอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาล สังกัดสสจ.อุตรดิตถ์ที่มีผลงานด้านการ พัฒนาโปรแกรม	งาน IT กลุ่มงานประกันสุขภาพ	ร้อยละ 40	ประกันฯ/สารสนเทศ
		B=จำนวนนักวิชาการคอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลสังกัดสสจ.อุตรดิตถ์ทั้งหมด			
		(A/B)*100			
หมวด KPI ที่ 17 ความสำเร็จในการพัฒนาการบริหารจัดการ การเงิน การคลัง และประกันสุขภาพ (1 ตัว)					
	KPI 28 อำเภอมีการพัฒนาเทคโนโลยีและสารสนเทศผ่านมาตรฐานจังหวัดอุตรดิตถ์				
	28.1 โรงพยาบาลไม่มีภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ 7	โรงพยาบาลในสังกัดสสจ.อุตรดิตถ์ไม่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ 7	-งบทดลองจากเวปไซต์กองเศรษฐฯ -กลุ่มงานประกันสุขภาพ สสจ.อุตรดิตถ์	ระดับ 7	บริหาร/งานประกันฯ
	28.2 ร้อยละของหน่วยบริการที่มีการใช้งบประมาณในโครงการประเภท	A=จำนวนหน่วยบริการสาธารณสุขที่มีการใช้งบประมาณในโครงการประเภทที่ 1	ระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่(https://obt.nhso.go.th/obt)	ร้อยละ 100	บริการด้านปฐมภูมิ

	ที่ 1 จากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ร้อยละ 100)	B=จำนวนหน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดสสจ.อุตรดิตถ์(รพ./รพ.สต.) (A/B)*100			
	28.3 ร้อยละของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ที่มีงบประมาณคงเหลือ (ณ ไตรมาส 3) น้อยกว่าร้อยละ 30 (ร้อยละ 60)	A=จำนวนกปท.ที่มีงบประมาณคงเหลือ ณ ไตรมาส3 น้อยกว่าร้อยละ 30 B=จำนวนกปท.ในจังหวัดอุตรดิตถ์ทั้งหมด (A/B)*100	ระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่(https://obt.nhso.go.th/obt)	ร้อยละ 60	คปสอ./บริการปฐมภูมิ/ประกันฯ
	28.4 ร้อยละของรพ.สต.ที่มีการเบิกจ่ายเงินชดเชยจากกองทุนคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ (ร้อยละ 80)	A=จำนวนรพ.สต.ที่มีการเบิกจ่ายเงินชดเชยกองทุน พ.ร.บ. B=จำนวนรพ.สต.ที่ให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุจากการจราจรทางบกในจังหวัดอุตรดิตถ์ (A/B)*100	-บริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ -Health Data Center[HDC]	ร้อยละ80	
	28.5 โรงพยาบาลที่มีคุณภาพการเบิกชดเชยค่าบริการผู้ป่วยใน สิทธิ UC (ร้อยละ 80)	โรงพยาบาลที่มีคุณภาพการเบิกชดเชยค่าบริการผู้ป่วยในสิทธิ UC	-Statement จากสปสช. -Health Data Center[HDC]	ร้อยละ 80	ประกันสุขภาพฯ
	28.6 ระดับความสำเร็จการตรวจสอบภายในของ คปสอ.	ระดับที่ 1 หน่วยบริการจัดทำแผนการตรวจสอบภายในประจำปี ระดับที่ 2 หน่วยบริการออกตรวจสอบภายในตามแผนการตรวจสอบภายในประจำปี ระดับที่ 3 หน่วยบริการมีการจัดทำรายงานผลการตรวจสอบตามที่กำหนดไว้ในแผนการ ตรวจสอบประจำปี			บริหาร

		ระดับที่ 4 หน่วยบริการรายงานผลการตรวจสอบให้ผู้บริหารเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ และสั่งการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะ			
		ระดับที่ 5 หน่วยบริการมีการติดตามผลการแก้ไขตามข้อเสนอแนะและรายงานผลการให้ผู้บริหารทราบ			
หมวด KPI ที่ 18 ความสำเร็จในการพัฒนาการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ (1 ตัว)					
	KPI 29 อำเภอมีการพัฒนาการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ผ่านมาตรฐานจังหวัดอุตรดิตถ์				
	29.1 ร้อยละความครอบคลุมของบุคลากรในองค์กรมีช่องทางการสื่อสาร แบบทางการ (ร้อยละ 100)	ตัวตั้ง (A) : จำนวนบุคลากรสาธารณสุขที่เข้ากลุ่มไลน์แบบทางการ	จากการตรวจสอบในกลุ่มไลน์แบบทางการ	ร้อยละ 100	สารสนเทศ
		ตัวหาร (B) : จำนวนบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยงานทั้งหมด	ข้อมูลบุคลากรจากกลุ่มงานทรัพย์		
		(A/B)*100			
หมวด KPI ที่ 19 ความสำเร็จในการส่งเสริมการบริหารจัดการตามหลักธรรมาภิบาล/กฎหมายด้านสาธารณสุขและมาตรฐานวิชาชีพ (2 ตัว)					
	KPI 30 อำเภอมีการพัฒนาการองค์กรคุณภาพผ่านมาตรฐานจังหวัดอุตรดิตถ์				
	30.1 โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3 (รพศ. / รพช.)	จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3 (รพศ. / รพช.)	จาก : สรุปผลการประเมินคุณภาพสถานพยาบาล HA ของ สรพ.	ขั้น 3	คุณภาพ
	KPI 31 อำเภอมีการพัฒนาการมาตรฐานวิชาชีพผ่านมาตรฐานจังหวัดอุตรดิตถ์				
	31.1 โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานบริการของจังหวัดอุตรดิตถ์ทุกวิชาชีพ ตามเกณฑ์	จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองมาตรฐานวิชาชีพทุกกลุ่มวิชาชีพ	จาก : สรุปผลการประเมินมาตรฐานวิชาชีพทุกกลุ่มวิชาชีพ	ผ่านเกณฑ์ทุกวิชาชีพ	งานคุณภาพ
รวม 19 หมวด KPI / 31 KPI หลัก					

ตัวชี้วัดคุณภาพ ทั้งหมด ๗๐ ตัว และ ตัวชี้วัดย่อย ๒ ตัว รวมทั้งหมด ๗๒ ตัวชี้วัดแบ่งตัวชี้วัดเป็น ๓ ระดับ

๑. ตัวชี้วัดระดับ รพ. ๒๑ ตัวชี้วัด
๒. ตัวชี้วัดระดับ ทีม ๒๑ ตัวชี้วัด
๓. ตัวชี้วัดระดับ หน่วยงาน ๓๐ ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดระดับ โรงพยาบาลลับแล ๒๑ ตัวชี้วัด

ลำดับ	**ตัวชี้วัด**	**เป้าหมาย**
๑	อัตราผู้ป่วย STEMI ได้รับ SK/PCI ภายใน ๓ ชม.(On set to needle)	>๘๐%
๒	อัตราภาวะหายใจล้มเหลวที่ ER ในผู้ป่วย COPD	<๒%
๓	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่	≤๒.๔๐
๔	อัตราผู้ป่วยความดันรายใหม่	ลดลงจากปีที่ผ่านมา
๕	อัตราผู้ป่วย TB รายใหม่	๗๖:แสนประชากร
๖	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Sepsis และSeptic shock	๐
๗	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค	<๕%
๘	อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย STEMI ที่ ER	<๒%
๙	ระยะเวลารอรับบริการผู้ป่วยนอกพบแพทย์	๖๐ นาที
๑๐	ความพึงพอใจผู้ป่วยนอก	≥๘๐%
๑๑	ความพึงพอใจผู้ป่วยใน	>๘๐%
๑๒	ความพึงพอใจชุมชน	≥๘๐%
	I ๒: Prevention of Healthcare Associated Infection	
๑๓	อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล≤๓ต่อพันวันนอน	≤๓:๑๐๐๐วันนอน
	E ๒.๒: Acute Coronary Syndrome	
๑๔	อัตราผู้ป่วย AMI ได้รับยา SK/PCI ภายใน ๓ ชม.	> ๘๐%
	ความผูกพันและความพึงพอใจ	
๑๕	อัตราความผูกพันของบุคลากร	ร้อยละ๘๐

๑๖	อัตราความผาสุกของบุคลากร	๗๐%
๑๗ ๑๘	ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ ความสำเร็จการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์	๑๐๐ ≥๘๐%
๑๙	ร้อยละความสำเร็จของการประเมินการตรวจสอบภายใน ๕ มิติ (EIA)	ร้อยละ ๘๐
๒๐	ร้อยละความสำเร็จของการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ(ITA)	ร้อยละ ๘๐
๒๑	Risk Scoring	<ระดับ ๒

2. ตัวชี้วัดระดับ ทีม 21 ตัวชี้วัด

ลำดับ	**ตัวชี้วัด**	**เป้าหมาย**
๑	๓. อัตราผู้ป่วย Fast Tract Stroke	≥๘๐%
๒	๔. อัตราการเข้าถึงที่เกิดเหตุภายใน ๑๐ นาที	๗๐%
๓	๘. อัตราผู้ป่วย Sepsis ที่ได้รับการทำ H/Cภายใน ๑ ชม.	๑๐๐%
๔	๑๒. ร้อยละของผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ติดตามเยี่ยมบ้าน)	≥๘๐%
	ผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ [IV-1(2)]	
	ด้านผู้ให้บริการ	
๕	๓๗. ร้อยละบุคลากรได้รับการปรับ	ร้อยละ ๘๐
	เปลี่ยนพฤติกรรมดีขึ้น	
๖	๓๘. ร้อยละบุคลากรมี BMI อยู่ในเกณฑ์ปกติ	ร้อยละ ๘๐
	ด้านผู้รับบริการ	
๗	๓๙. ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	ร้อยละ ๘๐
	ด้านชุมชน	
๘	๔๐. ร้อยละประชากรวัยทำงานในชุมชนมี BMI อยู่ในเกณฑ์ปกติ	ร้อยละ ๘๐
	๙๐.**ผลลัพธ์ของ PSG:M (ความปลอดภัยในการใช้ยา การจัดการระบบยาการให้เลือดและองค์ประกอบของเลือด)**	
	ตัวชี้วัด	**เป้าหมาย**
	M ๑: Safe from Adverse Drug Events (ADE)	
	M ๑.๑: Safe from High Alert Drug	
๙	๔๓. รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากการใช้ยาความเสี่ยงสูงระดับ D	๐ ครั้ง
	๙๒.**ผลลัพธ์ของ PSG:L (line, tube, catheter, lab)**	
๑๐	๔๘. อุบัติการณ์ Tube เลือนหลุด	๐ ครั้ง
	๙๓.**ผลลัพธ์ของ PSG: E (การตอบสนองต่อสถานการณ์เร่งด่วน)**	

	E ๓: Maternal and Neonatal Morbidity	
	E ๓.๑: Post-Partum Hemorrhage (PPH)	
๑๑	๕๓. อัตราการตกเลือดหลังคลอด	< ๓ %
	E ๓.๒: Safe Labour at Community Hospitals	
๑๒	อัตราตายทารกแรกเกิด	<๑๕ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน
ลำดับ	**ตัวชี้วัด**	**เป้าหมาย**
๑๓	อัตรามารดาตายจากการตั้งครรภ์และคลอดบุตร	<๑๕ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน
๑๔	อัตราการเกิด Birth Asphyxia ที่ ๕ นาที	≤๓๐:พันการเกิดมีชีพ
๑๕	อัตราลาออกของบุคลากร	ร้อยละ ๑
๑๗	ความพึงพอใจของบุคลากร	>๘๕%
๑๘	จำนวนอุบัติการณ์ความรุนแรงที่เกิดกับเจ้าหน้าที่	๐
๑๙	อัตราการได้รับอุบัติเหตุจากของมีคม/สิ่งคัดหลั่งจากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล	≤ร้อยละ ๕
	IV-๖ ผลด้านการเงิน	
	๙๖ <u>ผลลัพธ์ด้านการเงิน (IV-๖)</u>	
๒๐	๖๗. อัตราส่วนทุนหมุนเวียน(Current Ratio)	ค่าปกติ>๑.๕
๒๐	๖๘. อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick Ratio)	ค่าปกติ>๑
๒๑	๖๙. อัตราส่วนเงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสดต่อหนี้สินที่ต้องชำระ(Cash Ratio)	ค่าปกติ>๐.๘

ตัวชี้วัดระดับหน่วยงาน ๓๐ ตัวชี้วัด

ลำดับ	**ตัวชี้วัด**	**เป้าหมาย**
๑	อัตราผู้เสียชีวิตในโรงพยาบาล(ไม่รวมPalliative care)	
	<u>ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยในมิติการดูแลต่อเนื่อง</u>	
๒	ผู้ป่วยติดเชื้อHIV VL<๑๐๐๐ copies/ml หลังทานยาต้านครบ ๑๒ เดือน	๙๐%
๓	อัตราการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรค	<๑
๔	อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือด HbA๑C <๗	>๔๐%
๕	อัตราผู้ป่วยความดันโดหิตสูงทีควบคุมความดันโลหิตได้<๑๔๐/๙๐ mmHg	>๖๐%
๖	อัตราผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศรีษะที่มีข้อบ่งชี้ในการส่งต่อได้รับการส่งต่ออย่างปลอดภัย	๑๐๐
	<u>ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยในมิติความเหมาะสมในการดูแล</u>	
๗	อัตราผู้ป่วย Sepsis ที่ได้รับยา ATB ภายใน ๑ ชม.	๑๐๐%
๘	อัตราการกลับมารักษาซ้ำ ใน ๒๘ วัน (Re – Admit)	≤๒.๕ %
๙	อัตราการเกิดภาวะล้มเหลวในผู้ป่วย COPD ที่ IPD	<๒%
๑๐	อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน/ความดัน	<๑๐%
	<u>ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยในมิติประสิทธิผลในการดูแล</u>	
๑๑	อัตราการ refer ของผู้ป่วย Sepsis ใน IPD	<๓๐%
๑๒	อัตราผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศรีษะรุนแรงซึ่งมีข้อบ่งชี้ในการส่งต่อได้รับการส่งต่อรวดเร็วทันท่วงทีภายใน ๑ ชั่วโมง	๑๐๐%
๑๓	อัตราผู้ป่วย MI ที่มีข้อบ่งชี้ในการส่งต่อ/ปรึกษาแพทย์โรคหัวใจ ได้รับการส่งต่อรวดเร็วภายใน ๑ ชั่วโมง	๘๐%
๑๔	อัตราความสำเร็จในการรักษาวัณโรค	>๘๕%
๑๕	ร้อยละผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในตำบล LTC ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ	ร้อยละ ๑๐๐
	<u>ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยในมิติประสิทธิภาพในการดูแล</u>	
๑๖	อัตราผู้เสียชีวิตในโรงพยาบาล(ไม่รวมPalliative care) - IPD	<๑%

๑๗	อัตราการเกิดพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยใน	≤๑%
๑๘	อัตราการเพิ่มขึ้นของการรายงานอุบัติการณ์ (ด้านความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย)	≥๑๐%
๑๙	สัดส่วนของการรายงานเหตุการณ์ Nearmiss / Miss	๖๐:๔๐
๒๐	อัตราการเกิดอุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไข	๑๐๐
๒๑	๔๑. อัตราการผ่าตัดผิดข้างผิดคนผิดหัตถการ /หน่วยงานผ่าตัด	๐%
ลำดับ	**ตัวชี้วัด**	**เป้าหมาย**
	<u>ผลลัพธ์ของ PSG:S (การผ่าตัดที่ปลอดภัย)</u>	
	S ๑: Safe Surgery and Invasive Procedure	
	<u>ผลลัพธ์ของ PSG:M (ความปลอดภัยในการใช้ยา การจัดการระบบยาการให้เลือดและองค์ประกอบของเลือด)</u>	
	M ๑: Safe from Adverse Drug Events (ADE)	
	M ๑.๒: Safe from Preventable Adverse Drug Reactions (ADR)	
	การแพ้ยาซ้ำ	
๒๒	๔๔.๑ ผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำผู้ป่วยนอก(ราย)	๐ ราย
๒๓	๔๔.๒ ผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำผู้ป่วยใน(ราย)	๐ ราย
	M ๓: Medication Reconciliation	
	อัตราการ Administration error ของ NUR	
๒๔	๔๕.๑ IPD	<๓ :๑๐๐๐ วันนอน (IPD)
๒๕	๔๕.๒ ER	< ๑ :๑๐๐๐ ใบสั่งยา (ER)
	<u>ผลลัพธ์ของ PSG:P (กระบวนการวินิจฉัยและการดูแล)</u>	
	ตัวชี้วัด	**เป้าหมาย**
	P ๑: Patient Identification	
๒๖	๔๖. อัตราการให้การรักษาการทำหัตถการและการระบุตัวผู้ป่วยผิด	๐%
	P ๒: Communication	
๒๗	๔๗. อัตราการสื่อสารผิดพลาด	๐%
	E ๑: Response to the Deteriorating Patient	
๒๘	๔๙. อัตราผู้ป่วยทรุดลงในโรงพยาบาล	<๑%
	E ๒.๒: Acute Coronary Syndrome	

๒๙	๕๐. อัตราการได้รับการทำ EKG ในกลุ่มอาการ typical chest pain ภายใน ๑๐ นาที	๑๐๐%
๓๐	๕๑. อัตราผู้ป่วย AMI เสียชีวิตที่ ER	≤๒%