

แผนกลยุทธ์เครือข่ายบริการ
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนทา ปี 2561-2565
โรงพยาบาลชุมชนชั้นนำ ที่รวมพลังทางสังคมเพื่อประชาชนสุขภาพดี

พันธกิจ

- M₁ จัดระบบบริการสุขภาพให้ครอบคลุมด้านสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพ และคุ้มครองผู้บริโภค
- M₂ ให้บริการการแพทย์เฉพาะทางครบทุกสาขาอย่างมีมาตรฐาน(ตามโรงพยาบาลM2)
- M₃ พัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการเครือข่ายระบบบริการสุขภาพ
- M₄ พัฒนาและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการสร้างสุขภาพ
- M₅ พัฒนาระบบบริหารจัดการโดยใช้หลักธรรมาภิบาล

ค่านิยมหลัก“จงรักภักดี สามัคคีพัฒนา ประชาชนเป็นศูนย์กลาง”

ค่านิยมพร.เลิงนทา	ค่านิยมคุณภาพ	พฤติกรรมบ่งชี้
จงรักภักดี		น้อมนำศาสตร์พระราชามาปฏิบัติโดยเน้นข้อที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน ซื่อสัตย์สุจริต เสียสละ ทำงานอย่างมีความสุข
สามัคคี		ทำงานเป็นทีม
พัฒนา		เรียนรู้ และพัฒนาตนเองอยู่เสมอ
ประชาชนเป็นศูนย์กลาง		รับฟังความคิดเห็น ยิ้มแย้ม แจ่มใส ใส่ใจบริการ

ระบบแผนงานแบบบูรณาการ
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร

① การจัดอันดับโรคและกลุ่มโรค

กลุ่มโรค/โรค				
อายุรกรรม	ศัลยกรรม	สูติ – นรีเวชกรรม	กุมารเวชกรรม	ออร์โธปิดิกส์
1. DM	1. Appendicitis	1. PPH 2. การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น	1. DHF 2. Jaundice 3. Pediatric Pneumonia 4. Transient neonatal hypoglycemia 5. Pediatric asthma	1. Fracture around hip in elderly 2. Open fracture 3. OA knee 4. Closed fracture distal end radius 5. Closed fracture clavicle
2. HT				
3. STEMI				
4. Stroke				
5. CKD				
6. COPD				
7. Sepsis				
8. AGE				
9. Pneumonia				
10. TB				

หมายเหตุ : หลักเกณฑ์การจัดลำดับโรคและกลุ่มโรค รพ.เลิงนกทา ปีงบประมาณ 2561 ประกอบด้วย

Volume criteria		Cost criteria		policy criteria		Risk criteria	
ค่ากำหนด	เต็ม	ค่ากำหนด	เต็ม	ค่ากำหนด	เต็ม	ค่ากำหนด	เต็ม
Avgchg ≤ 10%	1	Avgchg ≤ 10%	1	ไม่มีนโยบาย	1	ระดับE	1
Avgchg 11-20 %	2	Avgchg 11-20 %	2	นโยบายรพ./คปสอ.	2	ระดับF	2
Avgchg 21-30 %	3	Avgchg 21-30 %	3	นโยบายจังหวัด	3	ระดับG	3
Avgchg 31-40 %	4	Avgchg 31-40 %	4	นโยบายสปสข.	4	ระดับH	4
Avgchg > 40%	5	Avgchg > 40%	5	นโยบายกระทรวง/ผู้ตรวจราชการ	5	ระดับI	5

Avgchg =Averagechange

②การนำโรคและกลุ่มโรคมาวิเคราะห์สภาพแวดล้อมด้วย TOWS Analysis

ตารางวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก

ปัจจัยภายนอก	ประเด็น	โอกาส(O)	ความท้าทาย ข้อจำกัด/ อุปสรรค(T)
การเมือง		<ul style="list-style-type: none"> - องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุนการพัฒนาสุขภาพ(ฉุกเฉิน,SRRT) - นโยบายพัฒนาคุณภาพบริการ 	
ประชากร		<ul style="list-style-type: none"> - ชมรมผู้สูงอายุเข้มแข็งที่จะเป็นแกนนำในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มอื่นๆและผู้ป่วยNCD - มีศูนย์เด็กเล็กมาตรฐานครอบคลุม 10 ตำบล(ศูนย์เด็กเล็กนำอยู่,ศูนย์เด็กปลอดภัยโรค) 	
สังคมและวัฒนธรรม		<ul style="list-style-type: none"> - มูลนิธิรพร.สาขาสิงหนครให้การสนับสนุนพัฒนา - ตำแหน่งที่ตั้งติดเขตรอยต่อ 4 จังหวัด สามารถประสานขอ EMS ได้จากหลายหน่วยงาน - มีภาคีเครือข่ายสุขภาพที่เข้มแข็ง 	<ul style="list-style-type: none"> - ชอบกินส้มตำปลาร้าดิบ,ก้อยปลาดิบ,ชกเล็ก,ข้าวเหนียวนำไปสู่โรคอุจจาระร่วง,เบาหวาน,ถุงน้ำดีอักเสบ - เส้นทางคมนาคมขนส่งสินค้าจากประเทศลาว,อ้อยรถผ่านมาก เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ (HT) - ประเพณีบุญบั้งไฟ,ลอยกระทง ทำให้เกิดการทะเลาะวิวาท เมาสุรา(HT,อุบัติเหตุ) - บางหมู่บ้านห่างไกลการเดินทางลำบากในฤดูฝนเช่นทางขาด ขาดการรักษาต่อเนื่องไม่ทันเวลา - ซื้ออาหารเคลื่อนที่(รถพุ่มพวง)เช้า-กลางวัน-เย็นทำให้เกิดอุจจาระร่วง

ปัจจัยภายนอก	ประเด็น	โอกาส(O)	ความท้าทาย ข้อจำกัด/ อุปสรรค(T)
สังคม (ต่อ)			<ul style="list-style-type: none"> - ซื้อยามากินเอง, ยาชุด, ยาลูกกลอน, ยาสเตียรอยด์ กินเอง (NF) - ผู้ป่วยเบาหวานซื้ออาหารเสริมมากินเองแล้วไม่กินยา รพ. ทำให้เบาหวานกำเริบ - ศูนย์เด็กเล็ก ไม่ชอบล้างมือแล้วมาขี้ตาทำให้เป็น โรคตาแดง - การควบคุม โรคDF ในรอยต่อควบคุมได้ยาก
เศรษฐกิจ			<ul style="list-style-type: none"> - ร้านเกมส์, สมาร์ทโฟน, การรู้ไม่เท่าทันเกิด ค.ณ แม่, ยาเสพติด - ประชากรประกอบอาชีพปลูกอ้อย, ยางพารา, ทำนา ใช้ยาฆ่าหญ้า ฆ่าแมลง ทำให้เป็นโรค (NF) - การเคลื่อนย้ายแรงงานภายในAEC

ตารางวิเคราะห์ปัจจัยภายใน

ปัจจัยภายใน	ประเด็น	จุดแข็ง (S)	จุดอ่อน (W)
1. Style	1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง	ผู้นำสูงสุดและทีมผู้นำได้แสดงให้เห็นถึง การสนับสนุนส่งเสริมให้มีการพัฒนา คุณภาพในโรงพยาบาล มาอย่างต่อเนื่อง มีการชี้ผ่านวิสัยทัศน์ ค่านิยม แผนกลยุทธ์ และเข้มมุ่งสร้างความร่วมมือกับ เครือข่ายการให้บริการ มีการพัฒนาและ ปรับปรุงระบบการบริหารจัดการที่ เกี่ยวข้องกับการเงินการคลังและพัสดุโดย ใช้หลักธรรมาภิบาลส่งผลให้โรงพยาบาล มีสถานะทางการเงินที่ดีขึ้น ทีมผู้นำสนับสนุนให้เกิดการพัฒนา การสร้างนวัตกรรม และวัฒนธรรมความ ปลอดภัย	1. การถ่ายทอดวิสัยทัศน์ พันธกิจ และค่านิยมไปยัง ผู้ปฏิบัติยังขาดการสื่อสารที่มีพลังและเป็น รูปธรรม 2. การดำเนินกิจกรรมที่สะท้อนค่านิยมหลักของ องค์กรไม่ชัดเจน 3. บทบาทที่ทีมผู้นำไม่ชัดเจน/ปฏิบัติหน้าที่หลายอย่าง ขาดความต่อเนื่องในการปฏิบัติงาน
	1.2 การกำกับดูแลและความรับผิดชอบ	1. มีระบบการกำกับดูแลชัดเจน 2. มีการนิเทศติดตามประเมินผลต่อเนื่อง 3. มีการวางแผนและตัดสินใจภายใต้ ฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ 4. มีการจัดการปัญหาและการประเมินผล ในภาพใหญ่ เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข การดำเนินการให้ดียิ่งขึ้น	1. จากภาระงานของผู้บริหารและทีมผู้นำ ทำให้การ สื่อสารและถ่ายทอดเป้าหมายไม่ต่อเนื่อง

ปัจจัยภายใน	ประเด็น	จุดแข็ง (S)	จุดอ่อน (W)
2. Strategy	2.1 การจัดทำกลยุทธ์	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีโครงสร้างการบริหารงานชัดเจน มีผู้รับผิดชอบชัดเจน 2. มีกลยุทธ์ระดับเขต ระดับจังหวัดที่ต้องดำเนินการในระดับโรงพยาบาลชุมชน 3. มีระบบการกำกับติดตามและประเมินผล 	<ol style="list-style-type: none"> 1. การจัดทำแผนด้านทรัพยากรบุคคลไม่ครอบคลุม 2. มีการเปลี่ยนแปลงโยกย้ายผู้รับผิดชอบบ่อย
	2.2 การถ่ายทอดกำกับติดตามและประเมินผลกลยุทธ์	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทีมนำให้ความสำคัญในการถ่ายทอดแผนกลยุทธ์สู่ผู้ปฏิบัติ 2. มีการประเมินแผนกลยุทธ์มุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ 3. มีระบบกำกับติดตามที่ชัดเจน 4. มีกำหนดวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ครอบคลุมประเด็นด้านคุณภาพ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และตอบสนองต่อประเด็นความท้าทายขององค์กร 	<ol style="list-style-type: none"> 1. แผนงานโครงการสู่การปฏิบัติไม่ครบตามกำหนด 2. การอนุมัติแผนงาน โครงการล่าช้า
3. Systems	3.1 ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยและผู้รับผลงาน-ระบบการดูแลผู้ป่วยทั้งในสถานพยาบาลและชุมชน-ระบบบริหารจัดการภายในโรงพยาบาล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้บริหารให้ความสำคัญในการจัดบริการให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและผู้รับผลงาน 2. มีการปรับการให้บริการให้ตอบสนองความต้องการ 3. โรงพยาบาลให้ความสำคัญกับผู้รับ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ช่องทางรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยและผู้รับผลงานมีน้อย 2. ขาดการนำข้อมูลความต้องการแก้ไขอย่างจริงจัง และต่อเนื่องเมื่อมีข้อร้องเรียน 3. ระบบการจัดการข้อร้องเรียนยังตอบสนองช้า

ปัจจัยภายใน	ประเด็น	จุดแข็ง (S)	จุดอ่อน (W)
		<p>ผลงานมีการวิเคราะห์และรับฟังความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะของผู้รับบริการในแต่ละกลุ่ม และนำข้อเสนอแนะดังกล่าวมาปรับปรุงกระบวนการให้บริการเพื่อตอบสนองความต้องการ เช่นการจัดการให้บริการแบบ On stop service ในคลินิกเฉพาะโรค ได้แก่ หอบหืด เอคส์วัน โรค ฝากครรภ์ การปรับเวลาและขยายเวลาในการให้บริการ เช่น ทันตกรรม, กายภาพบำบัดและแพทย์แผนไทยนอกเวลาราชการ,มีแพทย์ตรวจผู้ป่วยนอก เวลา ถึง 20.00 น. ทุกวัน เป็นต้น ทำให้ผู้รับบริการโดยรวมผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในและชุมชนมีความพึงพอใจในระดับที่ดี</p>	
	3.2 สิทธิผู้ป่วย	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีการดูแลผลประโยชน์ที่พึงได้ตามสิทธิผู้ป่วยในกลุ่มผู้พิการ,ผู้ติดเชื้อ HIV,OSCC 2. มีการจัดพื้นที่บริการแยกสัดส่วนเพื่อปกป้องความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย 3. มีศูนย์สุขใจรับเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. บุคลากรยังขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องสิทธิผู้ป่วย 2. ขาดการนำการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยมาใช้ในกระบวนการดูแลอย่างเป็นระบบ

ปัจจัยภายใน	ประเด็น	จุดแข็ง (S)	จุดอ่อน (W)
4. การวิเคราะห์และการจัดการความรู้ (Skills)	4.1 การวิเคราะห์และการจัดการความรู้ 4.2 การจัดการสารสนเทศ ความรู้ และเทคโนโลยีสารสนเทศ	1. ระบบ IT ที่ทันสมัย 2. มีบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถด้านสารสนเทศ 3. มีระบบ Hard ware และ Software พร้อมใช้งาน 4. มีระบบการสำรองข้อมูลทุกวัน	1. การนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ยังไม่ครอบคลุม 2.ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลสารสนเทศทางการแพทย์ทั้งหน่วยงานและเครือข่าย 3. ไม่มีการซ่อมแผนกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน (ไฟดับ ,Server ล่ม, ข้อมูลหาย,ติดเชื้อไวรัส,ถูกhack ข้อมูล) 4. ขาดการวางแผนการจัดการข้อมูลเชื่อมโยงกันระหว่างผู้ใช้ข้อมูลกับศูนย์สารสนเทศ 5.ขาดการติดตามข้อมูลสำคัญของโรงพยาบาลมวิเคราะห์แนวโน้มและนำเสนอข้อมูลที่เป็นปัญหา 6.การ Audit เวชระเบียนไม่ต่อเนื่อง 7.ระบบการประมวลผลของการจัดการสารสนเทศทางการแพทย์ไม่ต่อเนื่องและไม่เป็นปัจจุบัน
5. Staff	5.1 ความผูกพันของบุคลากร	1. บุคลากรส่วนใหญ่เป็นคนในพื้นที่ 2.มีประสบการณ์ทำงานสูง อายุการทำงานส่วนใหญ่มากกว่า 10 ปี 3. การประสานงานใช้ความสัมพันธ์ส่วนตัว ทำให้งานคล่องตัวขึ้น 4. มีการสนับสนุนให้มีการนำความรู้และทักษะใหม่ๆ มาใช้ในการทำงาน	1. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรตามจุดเน้นของโรงพยาบาลยังไม่ครอบคลุม 2. การประเมินสมรรถนะบุคลากรไม่ครอบคลุมทุกวิชาชีพ 3. ขาดการวิเคราะห์ความท้าทายเชิงกลยุทธ์เกี่ยวกับความเชี่ยวชาญพิเศษของบุคลากร 4. ขาดการรวบรวมประสบการณ์/ความรู้จาก

ปัจจัยภายใน	ประเด็น	จุดแข็ง (S)	จุดอ่อน (W)
		5.มีระบบปฐมนิเทศผู้ปฏิบัติงานใหม่ ครอบคลุมหน่วยงาน/ทุกวิชาชีพ 6.มีการวิเคราะห์ความจำเป็นและความ ต้องการในการเรียนรู้และการพัฒนา บุคลากรทุกกลุ่มอย่างต่อเนื่อง 7.มีการนำระบบการประเมินและพัฒนา ผลงานบุคลากรอย่างเป็นรูปธรรม 8. มีการวางแผนการสร้างผู้บริหารหรือ ผู้นำสืบทอด	บุคลากรที่เชี่ยวชาญ
	5.2สภาพแวดล้อมของบุคลากร	1.สถานที่ทำงานใกล้บ้าน 2.บุคลากรได้รับการตรวจสอบสุขภาพ สม่าเสมอ 3.สนับสนุนด้านการส่งเสริมสุขภาพแก่ บุคลากรในโรงพยาบาล	1.สวัสดิการด้านที่พักอาศัยไม่เพียงพอ 2. พื้นที่ให้บริการคับแคบไม่เพียงพอ 3.การจัดทำ Portfolio ในการมอบหมายหน้าที่ รับผิดชอบไม่ต่อเนื่อง ไม่ชัดเจน ไม่มีลายลักษณ์ อักษร 4.การสร้างแรงจูงใจ/ให้รางวัลในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพแก่บุคลากรไม่ต่อเนื่อง 5.กรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มบุคลากรที่เชื่อมโยง กับผลการตรวจสอบสุขภาพ ยังไม่ครอบคลุม

ปัจจัยภายใน	ประเด็น	จุดแข็ง (S)	จุดอ่อน (W)
6.การจัดการ กระบวนการ	6.1สสจ. (ระบบสนับสนุน) ด้านบริหาร	1.มีการบริหารยุทธศาสตร์สาธารณสุข แบบบูรณาการทั่วทั้งจังหวัด และมี นโยบายเชื่อมโยงสู่การปฏิบัติใน ระดับเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน	1. การสื่อสารข้อมูลจาก สสจ. มายังโรงพยาบาล ค่อนข้างล่าช้า ทำให้ระยะเวลาในการดำเนินงาน น้อย 2.การส่งเอกสาร/ข้อมูล ส่งทั้งทางอิเล็กทรอนิกส์ และเป็นลายลักษณ์อักษร เกิดความซ้ำซ้อนใน การจัดการ
	ด้านวิชาการ	1.สนับสนุนการจัดประชุมแนวทางการ ดำเนินงานและวิชาการแก่ผู้ปฏิบัติ	1. ไม่มีการประเมินผลลัพธ์จากการประชุมวิชาการ
	6.2สสอ. ด้านบริหาร	1. ทำงานร่วมกันเป็นเครือข่าย	1. ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลปัญหาสุขภาพส่งผลให้ จุดเน้นในการดำเนินงานแตกต่างกัน
	ด้านวิชาการ		1.โรงพยาบาลสนับสนุนด้านวิชาการ ไม่ครอบคลุม ระบบงาน 2.การวางแผนด้านวิชาการในระดับเครือข่ายยังไม่ ครอบคลุม
	6.3 กลุ่มงานบริหารทั่วไปและกลุ่มงาน ระบบสนับสนุนด้านบริหาร	1. มีการประสานเครือข่ายในการดูแล ผู้ป่วยและการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ ในการพัฒนาคุณภาพงานด้านการ พยาบาลและบริหารงานทั่วไป	1.การกำหนดแนวทางด้านการบริหารจัดการยังไม่ บูรณาการทั้งจังหวัด 2.การนำองค์ความรู้มาปฏิบัติจริงยังไม่ได้ ผลสัมฤทธิ์ตามที่ตั้งเป้าไว้
	6.4.1 การบริหารความเสี่ยง,ความปลอดภัย และคุณภาพ	1.ทีมนำมีความมุ่งมั่น 2. มีการวางระบบการรายงานความเสี่ยง ชัดเจน	1.ทีมนำภาระงานมาก 2.จำนวนรายงานอุบัติการณ์มีน้อย 3.การสื่อสารข้อมูล ไปยังผู้เกี่ยวข้องไม่มี ประสิทธิภาพและครอบคลุม

ปัจจัยภายใน	ประเด็น	จุดแข็ง (S)	จุดอ่อน (W)
		3.มีการวางระบบการแก้ไขปัญหาตามลำดับความสำคัญ/ความเร่งด่วน 4.มีระบบสร้างขวัญและกำลังใจแก่เจ้าหน้าที่และหน่วยงานที่มีการรายงานความเสี่ยง	4.บัญชี/การรายงานไม่ครอบคลุม Clinical Risk, ขาดการทบทวนปรับปรุงให้เป็นปัจจุบัน 5.ขาดความเข้าใจเรื่อง RCA และ การทำ trigger tool ทำให้การปรับปรุงแก้ไขไม่มีประสิทธิภาพ 6.ขาดความต่อเนื่องในการประชุม 7.การรายงานมีความล่าช้า
	6.4.2 การกำกับดูแลด้านวิชาการ แพทย์/ทันตะแพทย์/เภสัชกร/พยาบาล/นักเทคนิคการแพทย์/นักรังสีการแพทย์/นักกายภาพบำบัด/นักการแพทย์แผนไทย	1.องค์กรพยาบาล มีโครงสร้างการบริหารงานที่ชัดเจน มีการวางแผนด้านการบริหาร บริการวิชาการ นิเทศติดตาม ควบคุมด้านจริยธรรม จรรยาบรรณและกฎหมายด้านวิชาชีพ	1.ขาดการนิเทศ และกำกับดูแลให้ครอบคลุมทุกวิชาชีพ 2.การประเมินเพื่อรับรองมาตรฐานวิชาชีพจากหน่วยงานภายนอกยังไม่ครอบคลุมทุกวิชาชีพ
	6.4.3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วยและความปลอดภัย	1.มีการซ่อมแผนรองรับอุบัติเหตุอย่างสม่ำเสมอ 2.ภูมิทัศน์รอบโรงพยาบาลอย่างความสะอาด ร่มรื่น สวยงาม 3.มีการพัฒนาปรับปรุงสถานที่และสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลให้มีความปลอดภัย เช่น การปรับปรุงระบบจราจร การจัดสถานที่จอดรถ ทางลาดและห้องน้ำสำหรับผู้สูงอายุ/ผู้พิการที่งาน	1.สถานที่บริเวณตึกผู้ป่วยนอก มีสภาพแออัด 2.ขาดการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำมาปรับปรุง/แก้ไข 3.ขาดการกำกับและติดตามงานด้านสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง 4.ไม่มีแผนรองรับ วิกฤติ อุทกภัย การซ่อมให้ครอบคลุมทั้งในและนอกเวลาราชการ 5.โครงสร้างอาคารสถานที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงานและการส่งเสริมสุขภาพ เช่น ทางลาดชันมากเกินไป, เป็นหลุมบ่อ

ปัจจัยภายใน	ประเด็น	จุดแข็ง (S)	จุดอ่อน (W)
		<p>กายภาพบำบัด การจัดระบบสายไฟฟ้าให้เป็นระเบียบ เป็นต้น มีการปรับระบบการจัดการของเสียทั้งการจัดการขยะและระบบบำบัดน้ำเสียให้มีคุณภาพเป็นไปตามมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง</p>	
	<p>6.4.4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีคณะกรรมการซึ่งมาจากสหสาขาวิชาชีพ 2. มีนโยบาย เป้าประสงค์ และมาตรการ 3. มีคู่มือ/แนวทางการปฏิบัติให้ทุกหน่วยงานเป็นลายลักษณ์อักษร 4. มีการปฐมพยาบาลเจ้าหน้าที่ใหม่ 5. มีการฟื้นฟูความรู้เจ้าหน้าที่ปีละ 1 ครั้ง 6. มีการตรวจสอบสุขภาพประจำปีในบุคลากร 7. มีการติดตาม/ดูแลบุคลากรที่เกิดอุบัติเหตุที่เสี่ยงต่อการติดเชื้ออย่างสม่ำเสมอ 8. มีการเสริมภูมิคุ้มกันที่จำเป็นในบุคลากร 9. พยาบาล IC เป็นหัวหน้างานจ่ากลาง – ชักฟอก ทำให้ดูแลเครื่องมืออุปกรณ์อย่างมีประสิทธิภาพ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. บุคลากรขาดความตระหนักและการปฏิบัติที่สม่ำเสมอ 2. ความเชื่อมโยงกับระบบคุณภาพและความเสี่ยงไม่ครอบคลุม 3. การเชื่อมโยงกับเครือข่ายปฐมภูมิไม่ครอบคลุม 4. ขาดการกำกับและติดตามงานอย่างต่อเนื่อง 5. ขาดการจัดระบบสารสนเทศที่ดี 6. ขาดการติดตามประสิทธิผลของการควบคุมสิ่งแวดล้อม 7. ไม่มีการติดตามการใช้ยาด้านจุลชีพออย่างต่อเนื่อง 8. การคัดแยกผู้ป่วยภูมิต้านทานต่ำ/ติดเชื้อ/โรคติดต่อทางเดินหายใจยังขาดประสิทธิภาพ 9. การแบ่งพื้นที่การให้บริการไม่เป็นไปตามมาตรฐานครอบคลุมทุกหน่วยงาน 10. ขาดการทำแผนรองรับโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ

ปัจจัยภายใน	ประเด็น	จุดแข็ง (S)	จุดอ่อน (W)
		<p>10.ทีมมีระบบการเฝ้าระวัง</p> <p>Post discharge surveillance1 ในกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดนาน 90 วัน ด้วยความร่วมมือของทีม OR และพื้นที่ รพ.สต.ที่เข้มแข็งผ่านการโทรศัพท์ เยี่ยมบ้าน ทำให้สามารถติดตามเฝ้าระวังหลังจำหน่ายได้ 100%</p>	
	6.4.5 ระบบเวชระเบียน	<ol style="list-style-type: none"> 1.มีแนวทางการบันทึกเวชระเบียนที่ชัดเจน 2.ทีมพัฒนาคุณภาพเวชระเบียนมีความมุ่งมั่น 3.มีการปรับปรุงแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง 4.ผู้บริหารระดับสูงให้ความสำคัญระบบเวชระเบียน 	<ol style="list-style-type: none"> 1.การบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนยังไม่สมบูรณ์และขาดการนำข้อมูลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 2.การเข้าถึงข้อมูลง่ายและการรักษาความลับไม่มีประสิทธิภาพ 3.บุคลากรขาดความรู้ความเข้าใจในการบันทึกข้อมูล 4.ขาดระบบกำกับและติดตามงานด้านเวชระเบียน 5.ขาดการทำงานเป็นทีมในการเชื่อมโยงการทำงานในงานเวชระเบียน
	6.4.6 ระบบจัดการด้านยา	<ol style="list-style-type: none"> 1.มีระบบป้องกันและเฝ้าระวังความปลอดภัยเคลื่อน 2.มีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงระบบ สามารถใช้ข้อมูลมาวางแผนพัฒนาระบบได้ 	<ol style="list-style-type: none"> 1.การจัดทำมาตรฐานการปฏิบัติงานยังไม่ครอบคลุม 2.ข้อมูลการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ด้านยามีน้อย

ปัจจัยภายใน	ประเด็น	จุดแข็ง (S)	จุดอ่อน (W)
	6.4.7 การตรวจทดสอบประกอบการวินิจฉัยโรคและบริการที่เกี่ยวข้อง (LAB)	1.ห้องปฏิบัติการชั้นสูตรสาธารณสุขได้รับรองระบบบริหารคุณภาพตามมาตรฐานเทคนิคการแพทย์ 2554 (LA) 2.มีเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการชั้นสูตรสาธารณสุขระดับจังหวัด	1.ขาดการติดตาม กำกับ ประเมินอย่างต่อเนื่อง 2.ยังมีการคัดลอก/คีย์ผลผิดพลาดในระบบ Hos-Xp ทำให้การรายงานผลวิเคราะห์ผิดพลาด 3.การปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนดอย่างสม่ำเสมอ
	6.4.7 การตรวจทดสอบประกอบการวินิจฉัยโรคและบริการที่เกี่ยวข้อง (X-ray)		1.ไม่ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ 2.ห้องเอ็กซเรย์ไม่มีห้องสำหรับผู้ปวดติดเชื้ระบบทางเดินหายใจ
	6.4.8 การเฝ้าระวังโรค	1.ผู้รับผิดชอบได้รับการฝึกอบรมต่อเนื่อง 2.มีการสื่อสารการเกิดโรคไปยังพื้นที่และผู้เกี่ยวข้องได้ครอบคลุม 3.มีการสื่อสารข่าวการระบาดของโรคและภัยสุขภาพได้หลายช่องทาง	1.เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลไม่ทราบระบบการเฝ้าระวังโรค ทั้งโรคที่ต้องเฝ้าระวังและแนวทางการปฏิบัติทำห้ลดการเฝ้าระวังไม่มีประสิทธิภาพ 2.ขาดการวิเคราะห์เชื่อมโยงข้อมูลภัยสุขภาพและความต้องการของชุมชน
	6.4.9 การทำงานร่วมกับชุมชน	มีการทำงานในภาพ คปสอ. จัดแบ่งพื้นที่ดูแลเป็น 4 โซนด้วยทีมสหวิชาชีพ ในการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ 5 กลุ่มวัย ที่ได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายเกิดบริการเชิงรุกสู่ชุมชนในการคัดกรอง	

ปัจจัยภายใน	ประเด็น	จุดแข็ง (S)	จุดอ่อน (W)
		<p>เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะแทรกซ้อนตา ไต เท้า คัดกรอง มะเร็งปากมดลูก นิ้วในไต ตรวจสุขภาพ ฟัน นำมาสู่การรักษาที่รวดเร็ว นอกจากนี้ที่ได้ทำหน้าที่เสริมพลัง ให้แก่ อสม.รพสต. ในการร่วมแก้ไข ปัญหาชุมชน เช่น บ้านเปงจาน พบการ จัดกลุ่มเกษตรอินทรีย์ / อาหารปลอดภัย เพื่อลดใช้สารเคมี ร่วมกับการบูรณาการ จัดการขยะ นำมาทำปุ๋ยอินทรีย์ น้ำหมัก ชีวภาพ 68 หลังคาเรือน และเกิดชมรม ผู้สูงอายุที่ร่วมกับดูแลปัญหาสุขภาพกาย จิตใจ ในบ้านดอนฮี อสม. ผู้นำ ได้ ประสานมูลนิธิบ้านเด็กสร้างสรรค์แก้ไข ปัญหา Teenage Pregnancy ลดการเกิด ตั้งครรภ์ซ้ำ</p>	
6.5 กระบวนการดูแล ผู้ป่วย	1.การเข้าถึงและการรับบริการ	<p>ทีมมีการปรับระบบการบริการสู่ใกล้บ้าน ใกล้ใจ โดยการจัดแบ่งทีมสหวิชาชีพใน การดูแลพื้นที่เป็น 4 โซนลงตรวจรักษา 1 ครั้ง/สัปดาห์ ประสานชุมชนขยายเครือข่ายกู้ ชีพการจัดทำระบบ Fast track ของ AMI Stroke HI และการขยายบริการ OPD ทัน</p>	

ปัจจัยภายใน	ประเด็น	จุดแข็ง (S)	จุดอ่อน (W)
		<p>กิจกรรม ภายนอกเวลา จัดหาแพทย์เฉพาะทางครบ 4 สาขา และประสานแพทย์สัปดาห์สภาวะมาให้บริการจัดคลินิกพิเศษ TB,HIV, DM, HT,ANC, High risk CKD, CAPD, Clinic Hemodialyte ที่ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการเฉพาะทางได้อย่างสะดวก</p>	
	2.การประเมินผู้ป่วย		
	3.การวางแผนการดูแลผู้ป่วย		
	4.การดูแลผู้ป่วย	<p>การดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย ทีม PCT มีการออกแบบและพัฒนาระบบการคัดกรอง GFR ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังร่วมกับเครือข่าย ชุมชน ทำให้การคัดกรองเพิ่มขึ้น ตักจับกลุ่มผู้ป่วยตามระยะต่างๆ มาสู่การเข้า CKD Clinic เพื่อบำบัดชะลอไตเสื่อมในระยะที่ 1-3 และในระยะ 4-5 ได้วางระบบการให้ข้อมูลผู้ป่วย/ญาติ</p>	

ปัจจัยภายใน	ประเด็น	จุดแข็ง (S)	จุดอ่อน (W)
		<p>ตัดสินใจในการบำบัดแทนไต พร้อมการ counseling การประเมินความพร้อมของ สถานที่ care giver ก่อนวางสายล้างไต ทางหน้าห้อง หรือส่งทำ Double พ จัง หวัด.ที่ รพ. Lumen พร้อมการวางระบบ ในการติดตามประเมินผลการบำบัด การติดตาม Lab อย่างต่อเนื่องด้วยค่า ค่า PET และ KT/V ตามมาตรฐานเพื่อปรับ แผนการรักษาทั้งกลุ่ม CAPD และ Hemodialysis ที่เป็น out sourced โดยมี ระบบติดตามผลการตรวจคุณภาพน้ำ Endotoxin ตามข้อกำหนด</p>	
	5.การให้ข้อมูลและการเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว		
	6.การดูแลต่อเนื่อง		

ปัจจัยภายใน	ประเด็น	ความท้าทาย
7. คุณภาพการบริหารจัดการ	7.1 ผลลัพธ์ด้านผลิตภัณฑ์	<ol style="list-style-type: none"> 1. ลดผู้ป่วยรายใหม่ 2. ลดภาวะแทรกซ้อน 3. ลดอัตราการตาย 4. ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี 5. ประชากรทุกกลุ่มมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม
	7.2 ผลลัพธ์ด้านการมุ่งเน้นลูกค้า	<ol style="list-style-type: none"> 1. แนวโน้มความพึงพอใจของผู้รับบริการเพิ่มขึ้น 2. ข้อร้องเรียนของผู้รับบริการลดลง 3. การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ ชุมชน และภาคีเครือข่ายเพิ่มมากขึ้น
	7.3 ผลลัพธ์ด้านการเงินและการตลาด	<ol style="list-style-type: none"> 1. แนวโน้มผลลัพธ์การดำเนินงานด้านการเงินการคลังของโรงพยาบาลดีขึ้น 2. อัตราส่วนหนี้สินต่อเงินทุกน้อยกว่า 1 3. ผลลัพธ์ของรายได้เชิงรุกเพิ่มขึ้น
	7.4 ผลลัพธ์ด้านการมุ่งเน้นบุคลากร	<ol style="list-style-type: none"> 1. ความผูกพันของบุคลากรต่อหน่วยงานเพิ่มขึ้น 2. ความพึงพอใจของบุคลากรต่อหน่วยงานเพิ่มขึ้น 3. ผู้นำและบุคลากรได้รับการพัฒนาสมรรถนะเพิ่มขึ้น 4. บรรยากาศในการทำงานในองค์กรดีขึ้น 5. บุคลากรมีสุขภาวะที่ดีและเป็นแบบอย่างได้
	7.5 ผลลัพธ์ด้านประสิทธิผลของกระบวนการ	<ol style="list-style-type: none"> 1. เป็นศูนย์กลางการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม 2. ระยะเวลาการรอรับบริการลดลง

		3. มีการเชื่อมโยงการดูแลในทุกระดับ 4. กลุ่มผู้ค้อยโอกาสและผู้พิเศษทางสังคมได้รับการดูแลอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม
--	--	--

ปัจจัยภายใน	ประเด็น	ความท้าทาย
	7.6 ผลลัพธ์ด้านการนำองค์กร	1. การบรรลุผลตามกลยุทธ์อย่างน้อยร้อยละ 80 2. การบรรลุพันธกิจองค์กร 3. การมีส่วนร่วมของชุมชน และภาคีเครือข่าย 4. การบริหารองค์การแบบธรรมาภิบาล
	7.7 ผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	1. ลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ 2. ความเข้มแข็งและยั่งยืนของภาคีเครือข่าย 3. ใช้ชีวิตในสังคมอย่างมีคุณค่าและรู้เท่าทัน

③ สักราะห้กฤทธุ์ด้วย TOWS Matrix

<p>ปัจจยภายใน</p> <p>ปัจจยภายนอก</p>	<p>S จุดแข็งภายในองค้การ</p>	<p>W จุดอ่อนภายในองค้การ</p>
<p>O1: องค้การปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุนการพัฒนาสุขภาพ(ฉุกเฉิน,SRRT)</p> <p>O2: มีนโยบายพัฒนาคุณภาพบริการ</p> <p>O3: ชมรมผู้สูงอายุเข้มแข็งที่จะเป็นแกนนำในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มอื่นๆและผู้ป่วยNCD</p> <p>O4: มีศูนย์เด็กเล็กมาตรฐานครอบคลุม 10 ตำบล (ศูนย์เด็กเล็กนำอยู่,ศูนย์เด็ก ปลอดภัย)</p> <p>O5: มูลนิธิพร.ลิงนกทา ให้การสนับสนุนการพัฒนา</p> <p>O6:ตำแหน่งที่ตั้งดีเขตรอยต่อ 4 จังหวัดสามารถประสาน ขอ EMS ได้จากหลายหน่วยงาน</p> <p>O7: มีภาคีเครือข่ายสุขภาพที่เข้มแข็ง</p>	<p>S1:ทีมนำ รพ.มีความมุ่งมั่นและวิสัยทัศน์ในการพัฒนาคุณภาพ รพ.</p> <p>S2:องค้กรแพทย์ ช่วยแก้ไขวิกฤติการเงิน รพ. ช่วยให้การจัดการการเงินดีขึ้น</p> <p>S3:Lap ผ่านการรับรองมาตรฐาน ISO15189</p> <p>S4:ด้านกุมารเวชกรรม: สามารถป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากไข้เลือดออก,อัตรา ตายจากไข้เลือดออกเท่ากับศูนย์</p> <p>S5:ด้านศัลยศาสตร์:สามารถผ่าตัดไส้ติ่ง, ดูแลผู้ป่วย CABrest ได้รวดเร็ว ปลอดภัยมีมาตรฐาน</p> <p>S6:ด้านอายุรกรรม: กลุ่มเสี่ยง NCD โรคลดลง, ผ่านการรับรอง NCD คลินิกคุณภาพ , ดูแลผู้ป่วย CAPD แบบ one-stop service</p> <p>S7:ด้านสูติกรรม:บริการ C/S เพิ่มขึ้นลด การ Refer case ตั้งครรภ์ ที่มีภาวะแทรกซ้อนและได้สายใยรัก</p>	<p>W1: ระบบ Hos-xp&สารสนเทศ ของรพ.ไม่เสถียร ไม่สมบูรณ์ ไม่ทันเวลาไม่เชื่อมโยง รพ.สต.</p> <p>W2: ขาดหน่วยHaemo backup รองรับ CAPD ฉุกเฉิน</p> <p>W3: ระบบบริหารความเสี่ยง ขาดขั้นตอน การกำกับติดตาม / ไม่ทันเวลา</p> <p>W4: ไม่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ(MI)</p> <p>W5: การคัดกรองภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย DM/HT ไม่ผ่านเกณฑ์</p> <p>W6: การควบคุมน้ำตาลในผู้ป่วย DM ไม่ดี</p> <p>W7: รถ Refer ไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้ป่วย</p> <p>W8: คณะกรรมการสิ่งแวดล้อม รพ. ขาดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน</p> <p>W9: อัตรากำลังแพทย์ไม่เพียงพอ</p> <p>W10:ระบบการสำรองยา ยังไม่เสถียร / ยาขาด/ อุปกรณ์/ ตู้เย็น /พื้นที่เก็บสำรองยาไม่เพียงพอ</p> <p>W11: Blood bank ไม่เพียงพอ</p> <p>W12:การออกแบบบริหาร การจัดการเชิงรุกหรือการดูแลต่อเนื่อง(เยี่ยมบ้าน/ COCยังไม่เสถียร)</p>

<p><u>T อุปสรรคภายนอก</u></p> <p>T1: ชอบกินส้มตำปลาสด, ก้อยปลาดิบ, ซกเล็ก, ข้าวเหนียว : ซึ้ออาหารเคลื่อนที่ (รถพุ่มพวง)นำไปสู่โรคอุจจาระร่วง, เบาหวาน, ถุงน้ำดีอักเสบ</p> <p>T2: เส้นทางการคมนาคมขนส่ง สินค้าจากประเทศลาว, อ้อยรถผ่านมาก เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ (HI)</p> <p>T3: ประเพณีบุญบั้งไฟ, ลอยกระทง ทำให้เกิดการทะเลาะวิวาท เมาสุรา</p> <p>T4: บางหมู่บ้านห่างไกลการเดินทางลำบากในฤดูฝนเช่น ทางขาด ขาดการรักษาต่อเนื่องไม่ทันเวลา</p> <p>T5: ซึ้อยามากินเอง, ยาชุด, ยาลูกกลอน, ยาสดียรอยด์ กินเอง</p> <p>T6: ผู้ป่วยเบาหวานซึ้ออาหารเสริมมากินเองแล้วไม่กินยา รพ.ทำให้เบาหวานกำเริบ</p> <p>T7: ศูนย์เด็กเล็กไม่ชอบล้างมือแล้วมายั้ตาทำให้เป็นโรคตาแดง</p> <p>T8: การควบคุมโรคDFในรอยต่อควบคุมได้ยาก</p>	<p>ระดับทอง</p> <p>S8:<u>ด้านอุบัติเหตุ</u> <u>ฉุกเฉิน</u>:ผู้ป่วยวิกฤติ ฉุกเฉินStroke /MI ได้รับบริการตามระบบ motorway fast Trask, ผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ได้รับบริการโดย ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ครอบคลุมและมีมาตรฐาน</p> <p>S9:<u>ด้านสุขภาพจิต</u>:อัตราการเข้าถึงผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น</p>	<p>W13:ห้องแยกโรคไม่เพียงพอ/ไม่ได้มาตรฐาน</p> <p>W14: บุคลากรขาดขวัญและกำลังใจ (คำตอบแทน/สวัสดิการ/ความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่)</p> <p>W15:ขาดพื้นที่ / ในการเก็บเสมหะใน การส่งตรวจ TB / คลินิก พิเศษ NCD จิตเวช</p> <p>W16: ขาดระบบการจัดการ Teenage Pregnancy หลังคลอด</p> <p>W17:การเชื่อมโยงข้อมูลระหว่าง รพ.&รพช.&รพศ. ไม่เป็นปัจจุบัน (Real-time)</p> <p>W18: การส่งต่อคนไข้ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินผู้ป่วยที่เกินขีดความสามารถการรักษาของแพทย์</p> <p>W19: จำนวนบุคลากร (ทันตภิบาล) ไม่เพียงพอใน รพ.สต.</p>
	<p><u>SO กลยุทธ์หลัก</u></p> <p>พัฒนาคุณภาพบริการ การแพทย์เฉพาะทางและบริการสุขภาพองค์กรร่วมสู่ความเป็นเลิศ</p>	<p><u>WO กลยุทธ์การพัฒนา</u></p> <p>พัฒนาคุณภาพการบริการเครือข่ายบริการสุขภาพชั้นนำในจังหวัดยโสธร</p>
	<p><u>ST กลยุทธ์ขยายงาน</u></p> <p>บริหารความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายสุขภาพในการจัดการปัจจัยเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพในเขตพื้นที่และรอยต่อระเบียงเศรษฐกิจตะวันออก</p>	<p><u>WT กลยุทธ์ปรับปรุงองค์การ</u></p> <p>เพิ่มประสิทธิภาพการจัดการสารสนเทศเครือข่ายบริการสุขภาพถึงนกทา</p>

④แผนกลยุทธ์ ได้แก่ วัตถุประสงค์พันธกิจ เป้าประสงค์เชิงกลยุทธ์ วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ค่านิยมหลักและกลยุทธ์
 วิทยาลัยศัลยกรรม “โรงพยาบาลชุมชนชั้นนำ ที่รวมพลังทางสังคมเพื่อประชาชนสุขภาพดี”

พันธกิจ ‘แห่งคุณภาพ’

M₁ ให้บริการการแพทย์เฉพาะทางครบทุกสาขาอย่างมีมาตรฐาน

M₂ พัฒนาความเป็นเลิศด้านการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและการสร้างสุขภาพภาคประชาชน

พันธกิจ “ผู้ให้บริการ เชื่อมัน ศรัทธา”

M₃ พัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพ

M₄ ให้บริการ โดยคำนึงถึงสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

เป้าประสงค์เชิงกลยุทธ์

1. ลดอัตราป่วย / ตาย ใน 5 กลุ่มโรค
2. โรงพยาบาลและเครือข่ายมีผลลัพธ์การบริหารจัดการสูงเป็นอันดับหนึ่งของจังหวัดยโสธร
3. โรงพยาบาลและเครือข่ายผ่านการรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน
4. ผู้ใช้บริการ ใจกว้างใจ เชื่อมัน ศรัทธา

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

1. พัฒนาขีดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญให้มีผลลัพธ์การดูแลรักษาที่ดี
2. การสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังและประชาชนในพื้นที่โดยภาคีเครือข่าย
3. การจัดการพัฒนานุเคราะห์ให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ
4. การบริหารจัดการการเงินการคลังโดยใช้หลักธรรมาภิบาล และการส่งเสริมการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาช่วยสนับสนุนระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ
6. พัฒนาสิ่งแวดล้อมและระบบการคุ้มครองสุขภาพประชาชน

ค่านิยมหลัก“คุณภาพ เชื่อมมั่น และ ศรัทธา”

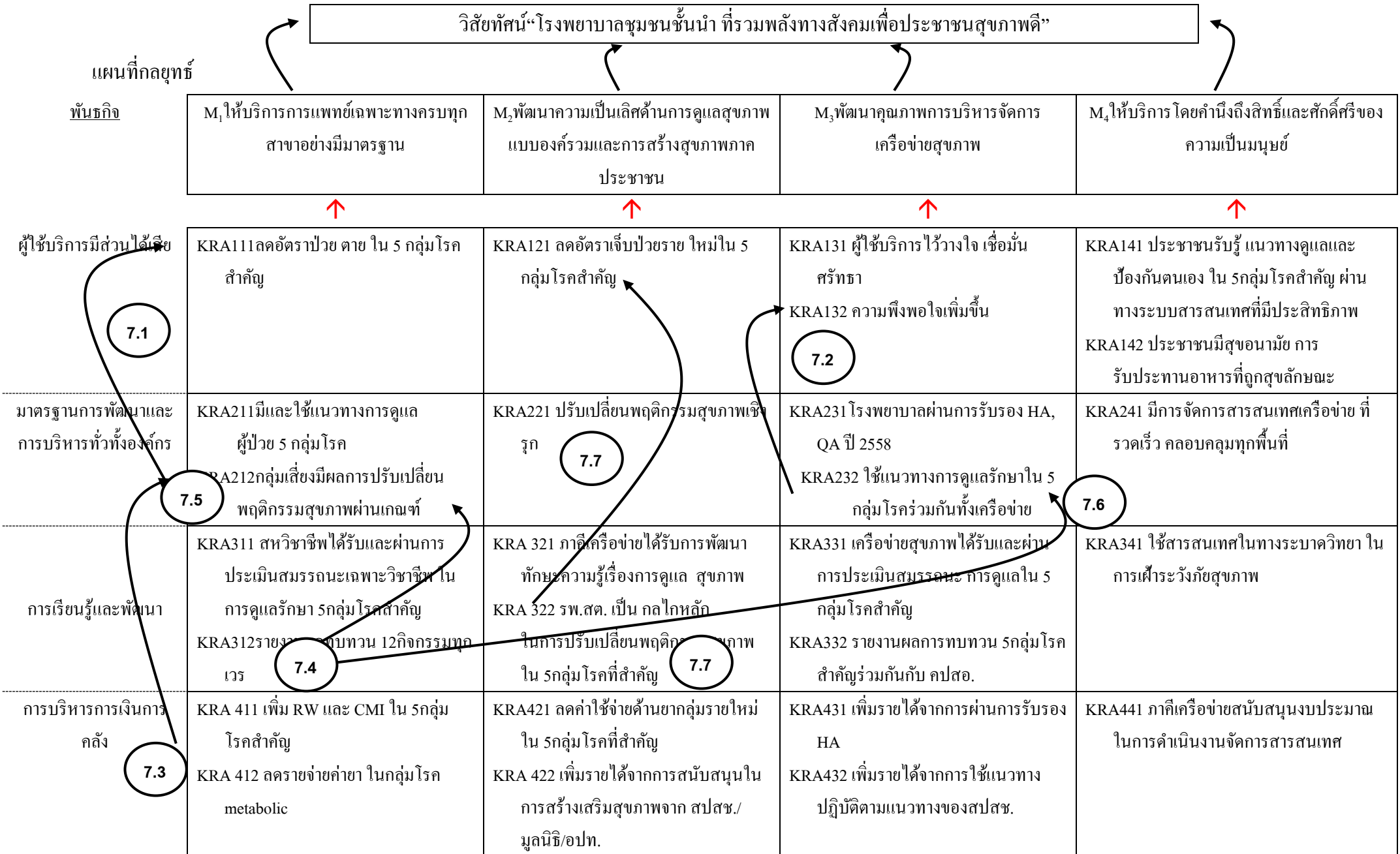
กลยุทธ์(Strategic)

- กลยุทธ์หลัก (SO) : พัฒนาคุณภาพบริการ การแพทย์เฉพาะทางและบริการสุขภาพองค์กรร่วมสู่ความเป็นเลิศ
- กลยุทธ์ขยายงาน(ST) :บริหารความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายสุขภาพในการจัดการปัจจัยเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพในเขตพื้นที่และรอยต่อระเบียบง
เศรษฐกิจตะวันออกจ.มุกดาหาร
- กลยุทธ์การพัฒนา(WO) :พัฒนาคุณภาพการบริการเครือข่ายบริการสุขภาพชั้นนำในจังหวัดยโสธร
- กลยุทธ์การปรับปรุงองค์กร (WT) :เพิ่มประสิทธิภาพการจัดการสารสนเทศเครือข่ายบริการสุขภาพเชิงนททา
- ⑤ แปลงแผนกลยุทธ์สู่การปฏิบัติ ด้วย Balanced Scorecard และแผนที่กลยุทธ์

ตาราง BSC Matrix

BSC \ Strategies	ผู้ให้บริการมีส่วนได้เสีย	มาตรฐานการพัฒนาและการบริหารทั่วทั้งองค์กร	การเรียนรู้และพัฒนา	การบริหารการเงินการคลัง
SO กลยุทธ์หลัก พัฒนาคุณภาพบริการ การแพทย์เฉพาะทางและ บริการสุขภาพองค์กรร่วมสู่ ความเป็นเลิศ	KRA111ลดอัตราป่วย ตาย ใน 5 กลุ่ม โรคสำคัญ	KRA211มีและใช้แนวทางการดูแล ผู้ป่วย 5 กลุ่มโรค KRA212กลุ่มเสี่ยงมีผลการ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพผ่าน เกณฑ์	KRA311 สหวิชาชีพได้รับและผ่าน การประเมินสมรรถนะ เฉพาะวิชาชีพ ในการดูแล รักษา 5กลุ่มโรคสำคัญ KRA312รายงานผลทบทวน 12 กิจกรรมทุกเวอร์	KRA 411 เพิ่ม RW และ CMI ใน 5กลุ่มโรคสำคัญ KRA 412 ลดรายจ่ายค่ายา ในกลุ่ม โรคmetabolic

<p><u>ST</u> กลยุทธ์ขยายงาน บริหารความร่วมมือกับ ภาคีเครือข่ายสุขภาพใน การจัดการปัจจัยเสี่ยงโรค และภัยสุขภาพในเขตพื้นที่ และรอยต่อระบียง เศรษฐกิจตะวันออก</p>	<p>KRA121 ลดอัตรา เจ็บป่วยราย ใหม่ใน 5 กลุ่มโรคสำคัญ</p>	<p>KRA221 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพเชิงรุก</p>	<p>KRA 321 ภาคีเครือข่ายได้รับการ พัฒนาทักษะความรู้เรื่องการ ดูแล สุขภาพ KRA 322 รพ.สต. เป็น กลไกหลัก ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพใน 5กลุ่มโรคที่ สำคัญ</p>	<p>KRA421 ลดค่าใช้จ่ายด้านยากลุ่ม รายใหม่ใน 5กลุ่มโรคที่ สำคัญ KRA 422 เพิ่มรายได้จากการ สนับสนุนในการสร้างเสริม สุขภาพจาก สปสช./ มูลนิธิ/ อปท.</p>
<p><u>WO</u> กลยุทธ์การพัฒนา พัฒนาคุณภาพการบริการ เครือข่ายบริการสุขภาพชั้น นำในจังหวัดยโสธร</p>	<p>KRA131 ผู้ใช้บริการไว้วางใจ เชื่อมั่น ศรัทธา KRA132 ความพึงพอใจเพิ่มขึ้น</p>	<p>KRA231 โรงพยาบาลผ่านการ รับรอง HA, QA ปี 2558 KRA232 ใช้แนวทางการดูแล รักษาใน 5 กลุ่มโรคร่วมกัน ทั้งเครือข่าย</p>	<p>KRA331 เครือข่ายสุขภาพได้รับและ ผ่านการประเมินสมรรถนะ การดูแลใน 5กลุ่มโรคสำคัญ KRA332 รายงานผลการทบทวน 5 กลุ่มโรค สำคัญร่วมกันกับ คป สอ.</p>	<p>KRA431 เพิ่มรายได้จากการผ่าน การรับรอง HA KRA432 เพิ่มรายได้จากการใช้ แนวทางปฏิบัติตามแนวทาง ของสปสช.</p>
<p><u>WT</u> กลยุทธ์ปรับปรุง องค์การ เพิ่มประสิทธิภาพการ จัดการสารสนเทศเครือข่าย บริการสุขภาพเชิงนททา</p>	<p>KRA141 ประชาชนรับรู้ แนวทาง ดูแลและป้องกันตนเอง ใน 5กลุ่มโรคสำคัญ ผ่านทาง ระบบสารสนเทศที่มี ประสิทธิภาพ KRA142 ประชาชนมีสุขอนามัย การรับประทานอาหารที่ถูก สุขลักษณะ</p>	<p>KRA241 มีการจัดการสารสนเทศ เครือข่าย ที่รวดเร็ว คลอบ คลุมทุกพื้นที่</p>	<p>KRA341 ใช้สารสนเทศในทาง ระบาดวิทยา ในการเฝ้าระวัง ภัยสุขภาพ</p>	<p>KRA441 ภาคีเครือข่ายสนับสนุน งบประมาณในการ ดำเนินงานจัดการ สารสนเทศ</p>



๕ ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายที่ท้าทายระดับองค์กร

ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายที่ท้าทาย 7 ด้าน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 – 2565

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	ผลสัมฤทธิ์รวมที่คาดหวังจากแผนกลยุทธ์ (KRA)	ชื่อตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน						ค่าเป้าหมายจากการพยากรณ์			
			56	57	58	59	60	61	62	63	64	65
7.1 ด้านการดูแลผู้ป่วย	KRA111 ลดอัตราการป่วยตาย ใน 5 กลุ่มโรคสำคัญ	1. อัตราตายผู้ป่วยเอดส์ลดลง >50%										
		2. อัตราการรักษาผู้ป่วยวันโรคสำเร็จ >85%	NA	78.9	79.6	82	86	92	50	95	95	95
		3. อัตราป่วยตายด้วยโรค DHF = 0	0	0	0.13	0	0	0	0	0	0	0
		4. อุบัติการณ์ การเกิดHypovolemic shock ในผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงขณะนอนรักษา = 0	NA	NA	0.22	1	0.2	3.65	0	0	0	0
		5.อุบัติการณ์การเกิด Hypovolemic shock ในผู้ป่วย PPH=0	0	3	1	0	1	2	1	0	0	0
		6. อัตราการเกิด BA in LR = 0	NA	11.8	4.02	3.9	3.38	3.57	7.85	0	0	0
		7. อัตราตายในผู้ป่วย CKD จากภาวะ Volume overload = 0 % & จากภาวะUremia = 0 %										
		8. อัตราตายในผู้ป่วย COPDจากภาวะ Respiratory Failure = <5%	NA	NA	6.34	2.20	4.17	3.52	0.84	2	2	2

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	ผลสัมฤทธิ์รวมที่คาดหวังจากแผนกลยุทธ์ (KRA)	ชื่อตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน						ค่าเป้าหมายจากการพยากรณ์			
			56	57	58	59	60	61	62	63	64	65
		9. ร้อยละผู้ป่วยบิดาเสพฤคิไม่เสพฤซ้ำ>80 %	NA	85	78	95	80					
		10. อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ<6.3: แส่น ปชก.	NA	1.05	8.4	6.3	7.3	1.04	2.08	1	1	1
		11. อุบัติการณ์ การเสียชีวิตด้วย HI = 0	NA	NA	7	1	1	1	1	0	0	0
		12. อุบัติการณ์การตัดอวัยวะในผู้ป่วย NF ลดลง>50%	NA	NA	00	0	1	0	1	0	0	0
2.ด้านการมุ่งเน้นของผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น	KRA131 ผู้ใช้บริการไว้วางใจ เชื่อมั่นศรัทธา KRA132 ความพึงพอใจเพิ่มขึ้น	13. ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ $\geq 80\%$	93	93	90	93	93	94	88	90	90	90
3.ด้านการเงิน	KRA 411 เพิ่ม RW และ CMI ใน 5 กลุ่มโรคสำคัญ KRA 412 ลดรายจ่ายค่ายา ในกลุ่มโรค metabolic	14. สถานการณ์ การเงิน (Risk score) ≤ 3	7	7	7	1	1	1	1	1	0	0
		15.Current ratio ≥ 1.5	NA	1.02	0.95	0.87	0.82	1.52	1.11	1.5	1.5	1.5
		16.Quick ratio ≥ 1	NA	0.92	0.81	0.75	0.72	1.44	1.02	1.5	1.5	1.5
		17.Cash ratio ≥ 1.8	NA	NA	0.61	0.87	0.84					
		18.I / E = 1	NA	NA	0.89	0.86	1.04	1	1	1	1	1
		19.CMI ≥ 1	NA	NA	0.77	0.73	0.79	0.81	0.66	1	1	1

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	ผลสัมฤทธิ์รวมที่คาดหวังจากแผนกลยุทธ์ (KRA)	ชื่อตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน						ค่าเป้าหมายจากการพยากรณ์			
			56	57	58	59	60	61	62	63	64	65
4.ด้าน ทรัพยากรบุคคล	KRA311 สหวิชาชีพได้รับ และผ่านการประเมินสมรรถนะเฉพาะวิชาชีพ ในการดูแลรักษา 5 กลุ่ม โรคสำคัญ KRA312รายงานผล ทบทวน 12 กิจกรรม ทุกเวอร์	20. ระดับความพึงพอใจของบุคลากร $\geq 80\%$	85	86	85	83	82	82	81	85	87	90
		21. อัตรากำลังเพียงพอเหมาะสมตามเกณฑ์ ไม่น้อยกว่า 80%	80	80	80	83	84	85	85	86	87	88
5.ด้าน ระบบงาน และกระบวนการสำคัญ	KRA211 มีและใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วย 5 กลุ่ม โรค	22. อัตราการ Re – Admit ของ NF ด้วยสาเหตุเดิม ใน 28วัน =0% ตัดอวัยวะ										
5.ด้าน ระบบงาน และกระบวนการสำคัญ	KRA211 มีและใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วย 5 กลุ่ม โรค KRA212 กลุ่มผู้ป่วยมี ผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	23. อัตราการเกิดHypoglycemia ขณะนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยเบาหวาน (< 20 ครั้ง ต่อ 1,000 วันนอน)	NA	N A	22.7	61.8	21.6	26.2	23.9	20	20	20
		24. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีภาวะ Hypertensive Crisis (BP >180/110mmHg) < 3%	NA	N A	3.63	3.62	3.03	3.85	2.03	1	1	1

๗ ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายระดับองค์กร (Roadmaps)

ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายระดับองค์กร (Roadmaps)

กลยุทธ์	เป้าประสงค์กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
SO:พัฒนาคุณภาพบริการการแพทย์เฉพาะทางและบริการสุขภาพองค์รวมสู่ความเป็นเลิศ	1. ลดอัตราป่วย / ตาย ใน 5 กลุ่มโรค	R ₁ : อายุรกรรม	PCT อายุรกรรม
		R ₂ : ศัลยกรรม	PCT ศัลยกรรม
		R ₃ : สูติ – นรีเวชกรรมและกุมารเวชกรรม	PCT สูติ – นรีเวชกรรมและกุมารเวชกรรม
		R ₄ : โรคติดเชื้อ	PCT อายุรกรรม
		R ₅ : ทันตสาธารณสุข	ทันตกรรม
		R ₆ : ระบบงานที่สำคัญ	ศูนย์พัฒนาคุณภาพ
ST : บริหารความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายสุขภาพในการจัดการปัจจัยเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพในเขตพื้นที่และรอยต่อระบียงเศรษฐกิจตะวันออก จ .	2. โรงพยาบาลและเครือข่ายผ่านการรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน	R ₇ : สร้างเสริมสุขภาพชุมชน	ทีมชุมชน
		R ₈ : เฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ	ทีมเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ
		R ₉ : Primary Care and Hospital Accredited (PCHA)	คปสอ.เล็งนกทา

กลยุทธ์	เป้าประสงค์กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
มุกดาหาร			
WO :พัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพชั้นนำในจังหวัดยโสธร	3. โรงพยาบาลและเครือข่ายมีผลลัพธ์การบริหารจัดการสูงเป็นอันดับหนึ่งของจังหวัดยโสธร	R ₁₀ : คุณภาพบริหารจัดการ	ทีมนำระดับสูง
		R ₁₁ : การจัดการทั่วไป	ทีมบริหาร
		R ₁₂ : การเงินการคลัง	ทีมบริหาร
WT :เพิ่มประสิทธิภาพการจัดการสารสนเทศเครือข่ายบริการสุขภาพ	4. ผู้ใช้บริการไว้วางใจเชื่อมั่นศรัทธา	R ₁₃ : สารสารสนเทศสร้างสุขภาพ	ทีมสารสนเทศ

ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย 4 ระดับ (R-P-U-I)

ระดับองค์การ (Roadmap : R) ระดับทีม (Profile :P) ระดับหน่วยงาน (Unit : U) และระดับบุคคล (Individual : I)

Road map 1:ระดับความสำเร็จในการบรรลุผลสัมฤทธิ์การดูแลรักษาในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ

กลยุทธ์หลัก (SO)				พัฒนาคุณภาพบริการการแพทย์เฉพาะทางและบริการสุขภาพองค์รวมสู่ความเป็นเลิศ				
รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัด				ผู้รับผิดชอบ
R	P	U	I					
R1	อายุรกรรม							
R1	P1	อัตราการเกิด Diabetic Coma < ร้อยละ 10						PCTอายุรกรรม
R1	P1	U1	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (HbA1C < 7%) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40					สุดธิมา
R1	P1	U1	I1	ผู้ป่วยเบาหวาน Coma ได้รับการดูแลต่อเนื่อง ร้อยละ 100				สุดธิมา
R1	P1	U1	I2	ผู้ป่วยเบาหวาน ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร้อยละ 100				สุดธิมา
R1	P1	U2	อัตราผู้ป่วยเบาหวาน ที่ Re-admit ด้วย Hypo/Hyperglycemia < ร้อยละ 2					สุทธดา
R1	P1	U2	I1	ผู้ป่วยเบาหวาน Re-admit ได้รับการวางแผนการจำหน่าย ร้อยละ 100				
R1	P1	U2	I2	ผู้ป่วยเบาหวานที่นอนโรงพยาบาล มีความร่วมมือ (Adherence) ในการใช้ยาเบาหวาน ร้อยละ 100				
R1	P1	U2	I3	ผู้ป่วยเบาหวานที่นอนโรงพยาบาล ได้รับอาหารถูกต้องตามโรค ร้อยละ 100				
R1	P1	U3	อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน(ตา เท้า ไต) < ร้อยละ10					สุดธิมา
R1	P1	U3	I1	ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการคัดกรองทาง ตา ไต เท้า > ร้อยละ 60				
R1	P1	U3	I2	ผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนทาง ตา ไต เท้า ได้รับการรักษา ร้อยละ 100				
R1	P1	U3	I3	ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการดูแลตาม CPG ร้อยละ 100				
R1	P1	U3	I4	ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะ Neuropathy ได้รับการบริการการแพทย์แผนไทย ร้อยละ 80				
R1	P1	U3	I5	อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ถูกตัดขาจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน <ร้อยละ 1				
R1	P1	U3	I6	ผู้ป่วยถูกตัดขาจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานได้รับกายอุปกรณ์ ร้อยละ 100				

กลยุทธ์หลัก (SO)				พัฒนาคุณภาพบริการการแพทย์เฉพาะทางและบริการสุขภาพองค์รวมสู่ความเป็นเลิศ	
รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัด	
R	P	U	I	ผู้รับผิดชอบ	
R1	P2	อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีภาวะHypertensive Crisis > 180/110 mmHg < ร้อยละ 3			จุฬารัตน์
R1	P2	U1	อัตราผู้ป่วยผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมความดันโลหิตได้ (ระดับความดันโลหิต 2 ครั้งสุดท้ายติดต่อกัน <140/90mmHg) >ร้อยละ 60		
R1	P2	U1	I1	อัตราผู้ป่วย Hypertensive crisis ได้รับการวางแผนจำหน่าย ร้อยละ 80	
R1	P2	U1	I2	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ร้อยละ 100	
R1	P2	U1	I3	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ได้รับการดูแลตาม CPG ร้อยละ 100	
R1	P2	U1	I4	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีความร่วมมือในการใช้ยา (Adherence) > ร้อยละ 90	
R1	P3	อุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เสียชีวิต = 0			พัชรกรรณ์
R1	P3	U1	อัตราการเข้าถึงบริการ (รพ.สต, รพร.เลิงนกทา)ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ตั้งแต่เริ่มมีอาการ ร้อยละ 80		
R1	P3	U1	I1	อัตราการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ร้อยละ 80	
R1	P3	U1	I2	อัตราผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน(EMS) ร้อยละ 80	
R1	P3	U1	I3	อัตราผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เข้าระบบ fast track ในโรงพยาบาล มากกว่าร้อยละ 80	
R1	P3	U1	I4	อัตราผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เข้าระบบ fast track ใน รพ.สต มากกว่าร้อยละ 80	
R1	P3	U1	I5	อัตราผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เข้าระบบ fast track โดย หน่วยกู้ชีพขั้นพื้นฐาน (FR) มากกว่าร้อยละ 80	
R1	P3	U1	I6	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้รับยาต้านเกร็ดเลือด(ASA)โดยรพ.สต. มากกว่าร้อยละ 80	
R1	P3	U1	I7	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในอำเภอเลิงนกทามีหน่วยกู้ชีพขั้นพื้นฐานร้อยละ 100	
R1	P3	U2	อุบัติการณ์การวินิจฉัยผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผิดพลาด = 0		

R1	P3	U2	I1	อัตราการประเมินผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ถูกต้อง ร้อยละ 100	
กลยุทธ์หลัก (SO)			พัฒนาคุณภาพบริการการแพทย์เฉพาะทางและบริการสุขภาพองค์รวมสู่ความเป็นเลิศ		
รหัสตัวชี้วัด			ชื่อตัวชี้วัด		ผู้รับผิดชอบ
R	P	U			
R1	P3	U2	I2	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้รับการรักษาตาม CPG ร้อยละ 100	
R1	P3	U2	I3	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้รับการรักษาตาม CNPG ร้อยละ 100	
R1	P3	U2	I4	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและแปลผลภายใน 10 นาที (Door to EKG) ร้อยละ 100	
R1	P3	U2	I5	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้รับการตรวจเลือดหาค่าแอนไซม์ของหัวใจ(Troponin -T) และรายงานผล ภายใน 20 นาที ร้อยละ 100	
R1	P3	U2	I6	อุบัติการณ์การเกิด Cardiogenic shock ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน=0	
R1	P3	U3	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้รับการส่งต่อทันเวลา ภายใน 30 นาที (Door to Refer) ร้อยละ 100		
R1	P3	U3	I1	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน(STEMI) ได้รับการประสานข้อมูลการส่งต่อกับโรงพยาบาลแม่ข่ายภายใน 10 นาที ร้อยละ 100	
R1	P3	U3	I2	อัตราความพร้อมใช้ของรถส่งต่อ ร้อยละ 100	
R1	P3	U4	อุบัติการณ์การเกิด Cardiac arrest ขณะส่งต่อในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน=0		
R1	P3	U5	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (SK) ร้อยละ 100 (ปัจจุบันยังไม่มี แผนปี 2559)		
R1	P3	U6	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เลิกบุหรี่ ร้อยละ 100		
R1	P3	U6	I1	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้รับคำแนะนำและส่งเข้าคลินิกเลิกบุหรี่ ร้อยละ 100	
R1	P3	U6	I2	ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (CVD Risk Score \geq 30%)เลิกบุหรี่ ร้อยละ 100	

กลยุทธ์หลัก (SO)				พัฒนาคุณภาพบริการการแพทย์เฉพาะทางและบริการสุขภาพองค์กรร่วมสู่ความเป็นเลิศ		
รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ	
R	P	U	I			
R1	P3	U7	อุบัติการณ์การเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในกลุ่มเสี่ยง (CVD Risk Score \geq 30%) น้อยกว่า ร้อยละ 5			
R1	P3	U7	I1	ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง (CVD Risk Score \geq 30%) ได้รับความ ร้อยละ 100		
R1	P3	U7	I2	ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง (CVD Risk Score \geq 30%) ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร้อยละ 100		
R1	P4	อุบัติการณ์การเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง = 0				
R1	P4	U1	อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงโรงพยาบาลภายใน 2.5 ชม. ร้อยละ 80			
R1	P4	U1	I1	อัตราการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 80		
R1	P4	U1	I2	อัตราการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 100		
R1	P4	U1	I3	อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เข้าระบบ fast track ในโรงพยาบาล มากกว่า ร้อยละ 80		
R1	P4	U1	I4	อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เข้าระบบ fast track ใน รพ.สต. มากกว่า ร้อยละ 80		
R1	P4	U1	I5	อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เข้าระบบ fast track โดย หน่วยกู้ชีพขั้นพื้นฐาน (FR) มากกว่าร้อยละ 80		
R1	P4	U1	I6	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในอำเภอเลิงนกทามีหน่วยกู้ชีพขั้นพื้นฐาน ร้อยละ 100		
R1	P4	U2	อุบัติการณ์การวินิจฉัยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผิดพลาด = 0			
R1	P4	U2	I1	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการรักษาตาม CPG ร้อยละ 100		
R1	P4	U2	I2	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการดูแลตาม CNPG ร้อยละ 100		
R1	P4	U3	อัตราความสำเร็จในการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทันเวลาภายใน 30 นาที (Door to Refer) ร้อยละ 100			
R1	P4	U3	I1	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการประสานข้อมูลการส่งต่อกับโรงพยาบาลแม่ข่ายภายใน 10 นาที ร้อยละ 100		

R1	P4	U3	I2	อัตราความพร้อมใช้ของรถส่งต่อ ร้อยละ 100	
กลยุทธ์หลัก (SO)			พัฒนาคุณภาพบริการการแพทย์เฉพาะทางและบริการสุขภาพองค์กรร่วมสู่ความเป็นเลิศ		
รหัสตัวชี้วัด			ชื่อตัวชี้วัด		ผู้รับผิดชอบ
R	P	U			
R1	P4	U4	อุบัติการณ์การเกิด Cardiac arrest ขณะส่งต่อในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง =0		
R1	P4	U5	อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในภาวะติดเตียง (แผลกดทับ ข้อติด ปอดติดเชื้อ CAUTI)-<ร้อยละ 5		
R1	P4	U5	I1	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการวางแผนจำหน่าย โดย สหสาขาวิชาชีพ ร้อยละ 100	
R1	P4	U5	I2	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ต่อเนื่องใน 6 เดือนแรก ร้อยละ 100	
R1	P4	U5	I3	ผู้ดูแล (care giver)มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 100	
R1	P4	U5	I4	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยทีม สหสาขาวิชาชีพจาก ร.พ.และเจ้าหน้าที่ รพ.สต ร้อยละ 100	
R1	P4	U5	I5	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการดูแลด้านโภชนาการ ร้อยละ 100	
R1	P4	U5	I6	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการบริการนวดประคบโดยแพทย์แผนไทย ร้อยละ 100	
R1	P4	U5	I7	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการบริการทันตกรรม โดยทันตภิบาล ร้อยละ 100	
R1	P4	U5	I8	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการเฝ้าระวังการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 100	
R1	P4	U5	I9	ผู้พิการด้านร่างกาย ทางารเคลื่อนไหว จาก โรคหลอดเลือดสมอง ได้รับกายอุปกรณ์ ร้อยละ 100	
R1	P4	U6	อัตราการเกิด recurrent stroke น้อยกว่าร้อยละ 5		
R1	P4	U7	อัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 5		
R1	P4	U7	I1	ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง(CVD Risk Score \geq 30%) ได้รับยา ร้อยละ 100	
R1	P4	U7	I2	ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง(CVD Risk Score \geq 30%)ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร้อยละ 100	
R1	P4	U8	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เลิกบุหรี่ ร้อยละ 100		
R1	P4	U8	I1	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับคำแนะนำและส่งเข้าคลินิกเลิกบุหรี่ ร้อยละ 100	

R1	P4	U8	I2	ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (CVD Risk Score \geq 30%) เลิกบุหรี่ ร้อยละ 100	
กลยุทธ์หลัก (SO)				พัฒนาคุณภาพบริการการแพทย์เฉพาะทางและบริการสุขภาพองค์รวมสู่ความเป็นเลิศ	
รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
R	P	U	I		
R1	P5	อัตราการเสียชีวิต CKD ลดลง ร้อยละ 50			
R1	P5	U1	อัตราการเข้าถึงบริการ CKD Clinic ของ ผู้ป่วย CKD Stage 3-5 ร้อยละ 90		
R1	P5	U1	I1	ผู้ป่วย CKD Stage 3-5 ได้รับการดูแลตาม CPG 100%	
R1	P5	U1	I2	ผู้ป่วย CKD Stage 3-5 ได้รับการดูแลตาม CNPG 100%	
R1	P5	U2	อัตราการเกิด CKD รายใหม่ในกลุ่มเสี่ยง (DM HT) ลดลง 50 %		
R1	P5	U2	I1	ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ได้รับการตรวจ Creatinine > 70%	
R1	P5	U2	I2	ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม > 80%	
R1	P5	U3	ผู้ป่วย CKD > 50% eGFR ลดลง < 4 ml /1.73 m ² /min / year		
R1	P5	U4	ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายได้รับอาหาร ถูกคน ถูกโรค 100 %		
R1	P5	U5	ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายได้รับการ RRT 100 %		
R1	P5	U6	อัตราการเกิด Peritonitis ใน ผู้ป่วย ESRD ที่ทำ CAPD น้อยกว่า 1 ครั้ง (1:18 episode/patient month)		
R1	P5	U6	I1	ผู้ป่วย CAPD ได้รับการ Re-training 100 %	
R1	P5	U6	I2	ผู้ป่วย CAPD ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 100 %	
R1	P6	อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วย COPD ไม่เกิน 1%			
R1	P6	U1	อัตราการมารับบริการที่ ER ของผู้ป่วย COPD ด้วยอาการ Exacerbation ลดลงมากกว่า 50 %		
R1	P6	U1	I1	ผู้ป่วย COPD ได้รับการสอนการใช้ยาโดยเภสัชทุกครั้งที่มาโรงพยาบาล 100 %	
R1	P6	U1	I2	ผู้ป่วย COPD ที่สูบบุหรี่ได้เข้า Clinic เลิกบุหรี่ 100 %	
R1	P6	U1	I3	ผู้ป่วย COPD มีสมรรถภาพปอดจากการเป่า Peak flow meter มีค่า PEFR >50% มากกว่า 80%	

R1	P6	U2	อัตราการ Re-Admit ด้วยอาการ Exacerbation ผู้ป่วย COPD ใน 28 วัน <10%		
กลยุทธ์หลัก (SO)			พัฒนาคุณภาพบริการการแพทย์เฉพาะทางและบริการสุขภาพองค์รวมสู่ความเป็นเลิศ		
รหัสตัวชี้วัด			ชื่อตัวชี้วัด		ผู้รับผิดชอบ
R	P	U			
R1	P6	U2	I1	ผู้ป่วย COPD ได้รับการวางแผนจำหน่าย 100 %	
R1	P6	U2	I2	ผู้ป่วย COPD ที่นอนพักรักษาในโรงพยาบาล ได้รับการดูแลตาม CPG 100 %	
R1	P6	U2	I3	ผู้ป่วย COPD ที่นอนพักรักษาในโรงพยาบาล ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดย Breathing exercise การออกกำลังกาย 100 %	
R1	P6	U3	ผู้ป่วย COPD เลิกบุหรี่ 100%		
R1	P6	U4	ผู้ป่วย COPD ได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่ 100 %		
R1	P6	U5	อัตราผู้ป่วย COPD ที่เข้าคลินิกสามารถปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันได้ตามเกณฑ์ >ร้อยละ 80		
R1	อายุรกรรม : Asthma				
R1	P7	อัตราการมารับบริการที่ ER ของผู้ป่วย Asthma ด้วยอาการ Acute Asthmatic attack <ร้อยละ 10			
R1	P7	U1	I1	ผู้ป่วย Asthma ได้รับการสอนการใช้ยาโดยเภสัช ทุกครั้งที่มาโรงพยาบาล 100 %	
R1	P7	U1	I2	ผู้ป่วย Asthma ที่สูบบุหรี่ได้เข้า Clinic เลิกบุหรี่ 100 %	
R1	P7	U1	I3	อัตราผู้ป่วยมีสมรรถภาพปอดดีขึ้นวัดจากการเป่า Peak flow meter มีค่า PEFr >80%	
R1	P7	U2	อัตราการ Re-Admit ด้วยอาการ Asthmatic attack ผู้ป่วย Asthma ใน 28 วัน <10%		
R1	P7	U2	I1	อัตราผู้ป่วย Asthma ในคลินิกใช้ยาสูดพ่นถูกต้อง > 85 %	
R1	P7	U2	I2	อัตราผู้ป่วย Asthma ที่ขาดนัดได้รับการติดตาม ร้อยละ 100	
R1	อายุรกรรม : Depression				
R1	P8	อัตราการฆ่าตัวตายคนไข้ Depression = 0			
R1	P8	U1	อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย Depression > 60 %		

R1	P8	U1	I1	ผู้ป่วย Depression ได้รับการรักษาทางยา จิต สังคม 100%	
กลยุทธ์หลัก (SO)				พัฒนาคุณภาพบริการการแพทย์เฉพาะทางและบริการสุขภาพองค์รวมสู่ความเป็นเลิศ	
รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
R	P	U	I		
R1	P8	U1	I2	ผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยง โรคเรื้อรัง NCD AIDS ผู้สูงอายุ กลุ่มไร้สารเสพติดได้รับการประเมินซึมเศร้าโดยใช้เครื่องมือ 2Q 8Q 9Q =100 %	
R1	P8	U1	I3	รพ.สต.มีการส่งต่อผู้ป่วยที่ประเมิน 9Q > 7 คะแนน เข้ารับการรักษาครบ 100 %	
R1	P8	U2		อัตราการของผู้ป่วย Depression ขาดยา = 0	
R1	P8	U2	I1	ผู้ป่วย Depression ขาดนัด ขาดยา ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านภายใน 2 สัปดาห์ =100%	
R1	P8	U2	I2	ผู้ป่วย Depression ได้รับการประเมิน ครอบคลุมทางกาย จิต สังคม ทุกครั้งที่มารับบริการตามนัด=100%	
R1	P8	U3		อัตราการเกิด Depression รายใหม่ลดลง 50 %	
R1	P8	U3	I1	รพร.เล็งนกทา รพ.สต. ในเขตอำเภอเล็งนกทามีคลินิกให้คำปรึกษา (Psychosocial clinic) 80%	
R1	P8	U3	I2	รพร.เล็งนกทา รพ.สต. ในเขตอำเภอเล็งนกทามีศูนย์การเรียนรู้โรคซึมเศร้าครอบคลุม 80 %	
R1	P8	U3	I3	ผู้ป่วย Mild depressive ได้รับการนัดผ่อนคลายโดยการแพทย์แผนไทย ร้อยละ 80	
R1	P9			อัตราฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเภท =0	
R1	P9	U1		อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิตเภท 100 %	
R1	P9	U1	I1	ผู้ป่วยจิตเภททุกราย ได้รับการรักษาทางยา จิต สังคม 100%	
R1	P9	U1	I2	รพร.เล็งนกทา รพ.สต. ในเขตอำเภอเล็งนกทามีคลินิกให้คำปรึกษา (Psychosocial clinic) 80%	
R1	P9	U2		อัตราการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทลดลง	
R1	P9	U2	I1	ผู้ป่วยจิตเภทขาดนัด ขาดยา ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน 100%	
R1	P9	U2	I2	ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการประเมิน ครอบคลุมทางกาย จิต สังคม ทุก 3 เดือน 100%	
R1	P9	U2	I2	ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการประเมิน ครอบคลุมทางกาย จิต สังคม ทุก 3 เดือน 100%	

R1	P9	U2	I3	ผู้ป่วยจิตเภทที่ที่อาการกำเริบได้รับการส่งต่อ พบจิตแพทย์ 100%	
----	----	----	----	---	--

Road map 2 :ระดับความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพบริการการแพทย์ด้านศัลยกรรมและบริการสุขภาพองค์รวม

กลยุทธ์หลัก (SO)				พัฒนาคุณภาพบริการการแพทย์เฉพาะทางและบริการสุขภาพองค์รวมสู่ความเป็นเลิศ	
รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
R	P	U	I		
R2	ศัลยกรรม				
R2	P1	อุบัติการณ์ผู้ป่วย ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ เสียชีวิต : 0 ราย			
R2	P1	U1	I1	การเข้าถึงบริการ EMS / FR ภายใน 10 นาที(หลังแจ้งเหตุ)ในระยะทาง10 กม.มากกว่าร้อยละ 80	
R2	P1	U1	I2	อัตราการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน(1669)มากกว่าร้อยละ 30	
R2	P1	U1	I3	ทุกตำบลในอำเภอเลิงนกทา มีหน่วยกู้ชีพ ร้อยละ 100	
R2	P1	U2	อุบัติการณ์วินิจนัยผิดพลาด : 0 ราย		
R2	P1	U2	I1	ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ได้รับการดูแลตาม CPG ร้อยละ 100	
R2	P1	U2	I2	ผู้ป่วย Mod, Severe HI ได้รับการส่งต่อภายใน 30 นาที ร้อยละ 100	
R2	P1	U3	อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ด้วยภาวะ ปอดบวม ,ช็อค,แผลกดทับ = 0		
R2	P1	U3	I1	ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะ sub acute ได้รับการฟื้นฟูต่อเนื่องใน 6 เดือนแรก ร้อยละ 100	
R2	P1	U3	I2	ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ได้รับการดูแลโภชนาการ โดยนักโภชนาการ ร้อยละ 100	
R2	P1	U3	I3	ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ได้รับการบริการนวดประคบโดยแพทย์แผนไทย ร้อยละ 100	
R2	P1	U3	I4	ผู้ดูแล มีความรู้และทักษะในการดูแล ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ร้อยละ 100	
R2	P1	U3	I5	ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะ sub acute สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น >= ร้อยละ 80	
R2	P1	U3	I6	ผู้พิการจากภาวะบาดเจ็บที่สมองได้รับกายอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการที่เหมาะสมร้อยละ 100	
R2	P1	U4	อัตราการเกิด ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ในกลุ่มเสี่ยงไม่สวมหมวกนิรภัย = 0		

R2	P1	U4	I1	อัตราการสวมหมวกนิรภัยในกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 100	
R2	P1	U4	I2	อัตราเจ้าหน้าที่ รพร.เล็งนกทา สวมหมวกนิรภัย ร้อยละ 100	

กลยุทธ์หลัก (SO)				พัฒนาคุณภาพบริการการแพทย์เฉพาะทางและบริการสุขภาพองค์กรร่วมสู่ความเป็นเลิศ		
รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ	
R	P	U	I			
R2	P2	อุบัติการณ์ผู้ป่วย Blunt Abdominal Trauma เสียชีวิต 0 ราย				
R2	P2	U1	การเข้าถึงบริการ EMS / FR ภายใน 10 นาที (หลังแจ้งเหตุ) ในระยะทาง 10 กม. > ร้อยละ 80			
R2	P2	U1	I1	ทุกหมู่บ้านในอำเภอเล็งนกทามีการประชาสัมพันธ์ EMS ร้อยละ 100		
R2	P2	U1	I2	ทุกตำบลในอำเภอเล็งนกทา มีหน่วยกู้ชีพ ร้อยละ 100		
R2	P2	U2	อุบัติการณ์วินิจฉัยผิดพลาด 0 ราย			
R2	P2	U2	I1	ผู้ป่วย Blunt Abdominal ได้รับการดูแลตาม CPG ร้อยละ 100		
R2	P2	U2	I2	ผู้ป่วย Blunt Abdominal ได้รับการดูแลตาม CNPG ร้อยละ 100		
R2	P2	U3	PT Mod , Severe Blunt Abdominal ได้รับการส่งต่อภายใน 30 นาที ร้อยละ 100			
R2	P2	U4	อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วย Blunt Abdominal ที่มีภาวะ CVA ด้วยภาวะ ปอดบวม , ข้อติด, แผลกดทับ = 0			
R2	P2	U4	I1	ผู้ป่วย Blunt Abdominal ได้รับการฟื้นฟูต่อเนื่องใน 6 เดือนแรก ร้อยละ 100		
R2	P2	U4	I2	ผู้ป่วย Blunt Abdominal ได้รับการดูแลโภชนาการ โดยรกรโภชนาการ ร้อยละ 100		
R2	P2	U4	I3	ผู้ป่วย Blunt Abdominal ได้รับการบริการนวดประคบโดยแพทย์แผนไทย ร้อยละ 100		
R2	P2	U4	I4	ผู้ดูแล มีความรู้ทักษะในการดูแล Blunt Abdominal ร้อยละ 100		
R2	P2	U5	ผู้ป่วย Blunt Abdominal มีภาวะ ดิดเตียง สามารถช่วยเหลือตัวเองได้โดยไม่มีผู้ช่วย ร้อยละ 80			
R2	P2	U6	อัตราการเกิด Blunt Abdominal ในกลุ่มเสี่ยงไม่คาดเข็มขัดนิรภัย = 0			
R2	P3	อุบัติการณ์การเกิด Peritonitis = 0				

กลยุทธ์หลัก (SO)				พัฒนาคุณภาพบริการการแพทย์เฉพาะทางและบริการสุขภาพองค์กรร่วมสู่ความเป็นเลิศ			
รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัด			ผู้รับผิดชอบ
R	P	U	I				
R2	P3	U1		อุบัติการณ์ การวินิจฉัย Appendicitis ผิดพลาด = 0			
R2	P3	U1	I1	อัตราการใช้ Alvarado score ที่ OPD,ER และ รพ.สต. ร้อยละ 100			
R2	P3	U1	I2	ผู้ป่วยที่สงสัย Ac . Appendicitis ได้รับการดูแลตาม CPG 100%			
R2	P3	U1	I3	ผู้ป่วยที่สงสัย Ac . Appendicitis ได้รับการดูแลตาม CNPG 100%			
R2	P3	U2		อัตรา Re-Visit ในผู้ป่วย Ac . Appendicitis = 8 %			
R2	P3	U3		อุบัติการณ์การเกิด Rupture Appendicitis น้อยกว่า ร้อยละ 5			
R2	P3	U3	I1	ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย Appendicitis ได้รับการผ่าตัดภายใน 6-10 ชั่วโมง ร้อยละ 100			
R2	P3	U3	I2	ผู้ป่วย Rupture Appendicitis ได้รับการทบทวนเวชระเบียนทุกราย ร้อยละ 100			
R2	P4			อัตราผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษารอดชีวิต มากกว่า 10 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 80			
R2	P4	U1		อัตราการตรวจพบระยะมะเร็งเต้านมระยะ 1 และ ระยะ 2 มากกว่าร้อยละ 70			
R2	P4	U1	I1	อัตราการรับรู้เรื่องมะเร็งเต้านมในสตรีกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 100			
R2	P4	U1	I2	สตรีกลุ่มเสี่ยงตรวจเต้านมด้วยตนเอง มากกว่าร้อยละ 90			
R2	P4	U1	I3	อัตราการสตรีกลุ่มเสี่ยงที่คลำพบก้อนที่เต้านม ได้รับการส่งต่อเข้าพบศัลยแพทย์ ร้อยละ 100			
R2	P4	U2		อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน (ข้อติด, ไหล่ติด, แขนบวม, เสียภาพลักษณ์) ลดลงร้อยละ 50			
R2	P4	U2	I1	ผู้ป่วยผ่าตัด MRM ที่มีภาวะแทรกซ้อนข้อติดได้รับการฟื้นฟูกายภาพบำบัด ร้อยละ 100			
R2	P4	U2	I2	ผู้ป่วยหลังผ่าตัด MRM ได้รับการดูแลและมีระดับ Pain score 0-3 คะแนน ร้อยละ 80			
R2	P4	U3		ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการรักษาสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปกติ ร้อยละ 100			
R2	P4	U3	I1	ผู้ป่วยหลังการรักษาได้รับการให้คำปรึกษาแบบองค์รวม ร้อยละ 100			
R2	P4	U3	I2	ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดได้รับเสียงทรงเสริมภาพลักษณ์ ร้อยละ 100			

กลยุทธ์หลัก (SO)				พัฒนาคุณภาพบริการการแพทย์เฉพาะทางและบริการสุขภาพองค์รวมสู่ความเป็นเลิศ			
รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัด			ผู้รับผิดชอบ
R	P	U	I				
R2	P4	U3	I3	ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้รับการตรวจเยี่ยมจากทีม FCT (Family care team) ร้อยละ 100			
R2	P5	อุบัติการณ์ Amputate organ จากโรคหนังเน่า ร้อยละ 0					
R2	P5	U1	อุบัติการณ์ได้รับวินิจฉัยผิดพลาด = 0				
R2	P5	U1	I1	ผู้ป่วยโรคหนังเน่าได้รับการดูแลตาม CPG 100%			
R2	P5	U1	I2	ผู้ป่วยโรคหนังเน่าได้รับการดูแลตาม CNPG 100%			
R2	P5	U2	อัตราการสวมอุปกรณ์ป้องกัน (ถุงมือ, ถุงเท้า) ในประชากรกลุ่มเสี่ยง(ชานา, เกษตรกร) ร้อยละ 80				
R2	P5	U2	I1	กลุ่มเสี่ยงรับรู้ข้อมูลข่าวสาร เรื่อง โรคหนังเน่า ร้อยละ 100			
R2	P5	U2	I2	กลุ่มเสี่ยงโรคหนังเน่าได้รับการดูแลและตรวจเท้าด้วยตัวเองร้อยละ 100			

Road map 3 :ระดับความสำเร็จในการบรรลุผลสำเร็จอำเภออนามัยเจริญพันธุ์

กลยุทธ์หลัก (SO)				พัฒนาคุณภาพบริการการแพทย์เฉพาะทางและบริการสุขภาพองค์กรร่วมสู่ความเป็นเลิศ				
รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัด				ผู้รับผิดชอบ
R	P	U	I					
R3	ระดับความสำเร็จในการบรรลุผลสำเร็จอำเภออนามัยเจริญพันธุ์							
R3	P1	อุบัติการณ์การเกิด PPH with Hypovolemic shock เท่ากับ 0						
R3	P1	U1	หญิงที่คลอดทารกน้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ 3500 กรัม มีภาวะ PPH ร้อยละ 0					
R3	P1	U1	I1	หญิงตั้งครรภ์ที่EBW มากกว่าหรือเท่ากับ 3500 กรัมได้รับการดูแลตาม CPG ร้อยละ 100				
R3	P1	U1	I2	หญิงตั้งครรภ์ที่EBW มากกว่าหรือเท่ากับ 3500 กรัมได้รับการดูแลตาม CNPG ร้อยละ 100				
R3	P1	U1	I3	หญิงที่คลอดทารกน้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ 3500 กรัมได้รับการดูแลตาม CPG ร้อยละ 100				
R3	P1	U1	I4	หญิงที่คลอดทารกน้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ 3500 กรัมได้รับการดูแลตาม CNPG ร้อยละ 100				
R3	P1	U2	อุบัติการณ์หญิงหลังคลอดที่มีภาวะPPH เกิด Hypovolemic shock เท่ากับ 0					
R3	P1	U2	I1	หญิงหลังคลอดที่มีภาวะPPH ได้รับการดูแลตาม CPG ร้อยละ 100				
R3	P1	U2	I2	หญิงหลังคลอดที่มีภาวะPPH ได้รับการดูแลตาม CNPG ร้อยละ 100				
R3	P1	U3	อุบัติการณ์หญิงหลังคลอด 24 ชม.ที่มีภาวะ Uterine Atony เกิด PPH with Hypovolemic shock เท่ากับ 0					
R3	P2	อัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุ 15-19ปีในเขตอำเภอเลิงนกทาลดลง ร้อยละ 50						
R3	P2	U1	อัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุ 15-19ปีในเขตอำเภอเลิงนกทา ไม่เกิน 50ต่อประชากรหญิง15-19 ปี 1,000 คน					
R3	P2	U1	I1	นักเรียนกลุ่มเสี่ยงในโรงเรียนมัธยมและโรงเรียนขยายโอกาสในเขตอำเภอเลิงนกทาผ่านหลักสูตรเพศวิถีรอบด้าน ร้อยละ 100 อย่างน้อย 1คน/ครั้ง/ปี				
R3	P2	U1	I2	หญิงตั้งครรภ์อายุ 15-19 ปีและคลอดมีชีพใน รพร.เลิงนกทาเข้าคลินิกวัยใสและใช้การคุมกำเนิด1วิธี ร้อยละ 100				
R3	P2	U2	เด็กที่เกิดจากมารดาอายุ 15-19ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 100					
R3	P3	อุบัติการณ์การเกิด Birth Asphixia ในห้องคลอด น้อยกว่า 20/1,000 ของทารกเกิดมีชีพ						

R3	P3	U1		หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนได้รับดูแลตาม CPG ร้อยละ 100	
R3	P3	U1	I1	หญิงตั้งครรภ์ที่มี Non-reassuring fetal heart rate pattern ได้รับการ Intrauterine Resuscitation แล้วมีภาวะปกติ ร้อยละ 100	
R3	P3	U1	I2	ทารกที่มีภาวะ Birth Asphixia ในห้องคลอด มี APGAR score นาทีที่ 5 มากกว่า 7 คะแนน ร้อยละ 100	
R3	P3	U2		ทารกที่มีภาวะ Birth Asphixia ในห้องคลอด มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 100	
R3	P4			ทารก Low Birth Weigh ที่คลอดใน รพร.เล็งนกทา ไม่เกิน ร้อยละ 7	
R3	P4	U1		หญิงตั้งครรภ์ในเขตอำเภอเล็งนกทาฝากครรภ์ก่อน หรือเท่ากับ 12 สัปดาห์มากกว่า ร้อยละ 70	
R3	P4	U2		ทารก Low Birth Weigh ที่คลอดใน รพร.เล็งนกทามีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 0	
R3	P4	U2	I1	ทารก Low Birth Weigh ที่คลอดใน รพร.เล็งนกทาได้รับการดูแลได้รับดูแลตาม CPG ร้อยละ 100	
R3	P4	U2	I2	ทารก Low Birth Weigh ที่คลอดใน รพร.เล็งนกทาได้รับดูแลตาม CNPG ร้อยละ 100	

Road map 4: ระดับความสำเร็จในการแก้ปัญหาโรคติดเชื้อ

กลยุทธ์หลัก (SO)				พัฒนาคุณภาพบริการการแพทย์เฉพาะทางและบริการสุขภาพองค์กรร่วมสู่ความเป็นเลิศ		
รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ	
R	P	U	I			
R4	ระดับความสำเร็จในการแก้ปัญหาโรคติดเชื้อ					
R4	P1	อัตราการป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออกเท่ากับ 0				
R4	P1	U1	อุบัติการณ์เกิด Profound Shock ในโรงพยาบาล = 0			
R4	P1	U2	อุบัติการณ์วินิจฉัยผิดพลาด = 0			
R4	P1	U3	ดัชนีความชุกกลูกล้ำยุงลาย (HI , BI ,CI < 10)			
R4	P1	U4	การมีผู้ป่วย DHF ซ้ำในพื้นที่เดิมภายใน 28 วัน (g.2)= 0			
R4	P2	อัตราการตายผู้ป่วยเอดส์ลดลง มากกว่า ร้อยละ 50				
R4	P2	U1	อัตราการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ในผู้ป่วย HIV น้อยกว่า ร้อย ละ 50			
R4	P2	U2	อัตราการกินยาต่อเนื่อง 100%			
R4	P3	อัตราการรักษาผู้ป่วยวัณโรค โรคปอด เสมหะบวก สำเร็จมากกว่า ร้อยละ 85				
R4	P3	U1	ร้อยละของผู้ป่วยวัณโรค โรคปอดเสมหะบวก ได้รับประทานยาแบบ DOTS โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ100			
R4	P3	U2	อัตราการขาดยาในผู้ป่วยเสมหะบวก น้อยกว่า ร้อยละ 5			
R4	P4	อุบัติการณ์ เกิด Hypovolemic Shock ในผู้ป่วยอุจจาระร่วง =0				
R4	P4	U1	อุบัติการณ์การเกิดภาวะ dehydration ในผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง=0			
R4	P4	U1	II	ผู้ป่วยและหรือผู้ดูแลสามารถประเมินและป้องกันภาวะขาดสารน้ำเบื้องต้นได้ร้อยละ100		

กลยุทธ์หลัก (SO)				พัฒนาคุณภาพบริการการแพทย์เฉพาะทางและบริการสุขภาพองค์รวมสู่ความเป็นเลิศ		
รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ	
R	P	U	I			
R4	P4	อุบัติการณ์ เกิด Hypovolemic Shock ในผู้ป่วยอุจจาระร่วง =0				
R4	P4	U1	I2	อัตราผู้ป่วยได้รับสารน้ำและเกลือแร่ทดแทนร้อยละ100		
R4	P4	U2	อุบัติการณ์การเกิดภาวะ Hypovolemic Shockขณะนอนในโรงพยาบาล			
R4	P4	U2	I1	อุบัติการณ์การประเมีนผู้ป่วยอุจจาระร่วงผิพลาต=0		
R4	P4	U2	I2	อัตราการปฏิบัติตามCPG โรคอุจจาระร่วงร้อยละ100		
R4	P4	U2	I3	อัตราการปฏิบัติตามCNPG โรคอุจจาระร่วงร้อยละ100		
R4	P5	อัตราการเกิดภาวะ respiratory failure ในผู้ป่วยpneumonia =0				
R4	P5	U1	อุบัติการณ์ผู้ป่วยpneumonia ไข้ ไอ หายใจหอบ ลดลง ร้อยละ100			
R4	P5	U1	I1	ผู้ป่วยpneumonia สามารถประเมีนและดูแลตนเองเบื้องต้นได้ร้อยละ100		
R4	P5	U1	I2	ผู้ป่วยpneumonia สามารถประเมีนอาการไข้ ไอ หายใจหอบ มากขึ้นได้ร้อยละ100		
R4	P5	U2	อัตราการเกิดภาวะsepsis ในผู้ป่วย pneumonia ร้อยละ0			
R4	P5	U2	I1	ผู้ป่วย pneumonia ได้รับการประเมีนและดูแลตามแนวทางSIRS ร้อยละ100		
R4	P5	U2	I2	อัตราการปฏิบัติตามCPG pneumonia ร้อยละ100		
R4	P5	U2	I3	อัตราการปฏิบัติตามCNPG pneumonia ร้อยละ100		

กลยุทธ์หลัก (SO)				พัฒนาคุณภาพบริการการแพทย์เฉพาะทางและบริการสุขภาพองค์รวมสู่ความเป็นเลิศ	
รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
R	P	U	I		
R4	P6	อุบัติการณ์ เกิด ภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบ ในผู้ป่วยโรคมือเท้าปาก =0			
R4	P6	U1	อุบัติการณ์ชักจากไข้สูงของผู้ป่วยโรคมือเท้าปาก=0		
R4	P6	U1	I1	อัตราการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร โรคมือเท้าปากของผู้ดูแลร้อยละ100	
R4	P6	U1	I2	ผู้ปกครองและผู้ดูแลสามารถดูแลเบื้องต้นในการป้องกันภาวะชักจากไข้สูงในผู้ป่วยมือเท้าปากร้อยละ100	
R4	P6	U2	อุบัติการณ์การเกิดภาวะชักซ้ำของผู้ป่วยโรคมือเท้าปากขณะรับไว้รักษาในโรงพยาบาล=0		
R4	P6	U2	I1	อัตราการวางแผนการดูแลผู้ป่วยตามเกณฑ์ร้อยละ100	
R4	P6	U2	I2	อัตราการปฏิบัติตามCPGร้อยละ100	
R4	P6	U2	I3	อัตราการปฏิบัติตามCNPGR้อยละ100	

กลยุทธ์หลัก (SO)				พัฒนาคุณภาพบริการการแพทย์เฉพาะทางและบริการสุขภาพองค์รวมสู่ความเป็นเลิศ							
รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัด				ผู้รับผิดชอบ			
R	P	U	I								
R5	ประชาชนในอำเภอเดินทางมาที่มีสุขภาพฟันดีและสุขภาพเหงือกแข็งแรง ร้อยละ 50										
R5	P1	เด็กอายุ 0-12 ปี มีฟันผุไม่เกินร้อยละ 50									
R5	P1	U1	เด็กอายุ 3 ปี ที่มีปัญหาฟันน้ำนมผุไม่เกินร้อยละ 50								
R5	P1	U1	I1	ผู้ปกครองเด็ก 0-3 ปี ได้รับการฝึกทักษะการดูแลสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 70							
R5	P1	U1	I2	เด็ก 0-3 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 80							
R5	P1	U1	I3	เด็กอายุ 0-3 ปี ที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากได้รับการรักษาตามความจำเป็น ร้อยละ 50							
R5	P1	U2	เด็กอายุ 12 ปี ปราศจากฟันแท้ผุ ร้อยละ 50								
R5	P1	U2	I1	เด็ก ป.1 ได้รับการทันตกรรมเบ็ดเสร็จปราศจากฟันแท้ผุ ร้อยละ 50							
R5	P1	U2	I2	เด็ก ป.6 ได้รับการทันตกรรมเบ็ดเสร็จปราศจากฟันแท้ผุ ร้อยละ 50							
R5	P2	อัตราการเกิดโรคปริทันต์ลดลง ร้อยละ 50									
R5	P2	U1	หญิงตั้งครรภ์มีสุขภาพช่องปากที่ดี ร้อยละ 50								
R5	P2	U1	I1	หญิงตั้งครรภ์ได้รับการสอนทันตสุขภาพ ร้อยละ 90							
R5	P2	U1	I2	หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 90							
R5	P2	U1	I3	หญิงตั้งครรภ์ได้รับการขูดหินน้ำลายจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 50							
R5	P2	U2	ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขูดหินน้ำลาย ร้อยละ 50								
R5	P2	U3	ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขูดหินน้ำลาย ร้อยละ 20								
R5	P2	U4	ผู้พิการผู้ป่วยติดเตียงได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 100								

Roadmap 6 :ระดับความสำเร็จในการพัฒนาระบบงานสำคัญในการสนับสนุนการรักษาพยาบาลใน 5 กลุ่มโรคสำคัญ

กลยุทธ์หลัก (SO)				พัฒนาคุณภาพบริการการแพทย์เฉพาะทางและบริการสุขภาพองค์รวมสู่ความเป็นเลิศ			
รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัด			ผู้รับผิดชอบ
R	P	U	I				
R6	ระดับความสำเร็จในการพัฒนาระบบงานสำคัญในการสนับสนุนการรักษาพยาบาลใน 5 กลุ่มโรคสำคัญ						
R6	P1	อุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ GHI ที่เกิดซ้ำ = 0					
R6	P1	U1	อัตราการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ GHI ลดลงอย่างน้อยร้อยละ 50				
R6	P1	U1	I1	อัตราการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ GHI ถูกทบทวน RCA ภายใน 24 ชั่วโมง \geq ร้อยละ 80			
R6	P1	U2	จำนวนหน่วยงานรายงานผลลัพธ์การจัดการความเสี่ยง จากการทบทวน 12 กิจกรรม (ความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป) มากกว่า 26 หน่วยงาน(ร้อยละ 80 ของหน่วยงานทั้งหมด)				
R6	P1	U2	I1	อัตราการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ E-F ถูกทบทวน RCA โดยคณะกรรมการผู้เกี่ยวข้องภายใน 1 สัปดาห์ ร้อยละ 100			
R6	P1	U2	I2	อัตราการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ A-D ถูกทบทวนภายในหน่วยงาน และรายงานศูนย์คุณภาพ 1 ครั้ง / เดือน \geq ร้อยละ 80			
R6	P1	U3	อัตราการจัดการอุบัติการณ์ความเสี่ยงตามเกณฑ์ระดับ GHI ร้อยละ 100				
R6	P1	U3	I1	อัตราการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับGHIถูกรายงานตามเกณฑ์ที่กำหนด (ภายใน 24 ชั่วโมง) ร้อยละ 100			
R6	P1	U3	I2	อัตราอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ GHI ถูกทบทวน RCA ร้อยละ 100			
R6	P1	U4	อัตราหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินตามหลัก SIMPLE ในการปฏิบัติงาน ร้อยละ 100				
R6	P1	U5	อัตราอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับ E-I ที่เกิดซ้ำลดลง \geq ร้อยละ 50				
R6	P1	U5	I1	อัตราอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้ (E-F) มีการจัดทำ CQI ร้อยละ 100			

กลยุทธ์หลัก (SO)				พัฒนาคุณภาพบริการการแพทย์เฉพาะทางและบริการสุขภาพองค์รวมสู่ความเป็นเลิศ	
รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
R	P	U	I		
R6	P1	U5	I1	อัตราอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้ (E – F) มีการจัดทำ CQI ร้อยละ 100	
R6	P1	U5	I2	อัตราอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับ G H I มีการจัดทำ R2R ร้อยละ 100	
R6	P2	ระดับความสำเร็จขององค์กรแพทย์ / พยาบาล จากการประเมินจากองค์กรวิชาชีพภายนอก			
R6	P2	U1	อัตราการตายในผู้ป่วย 5 กลุ่มโรคสำคัญลดลง $\geq 50\%$		
R6	P2	U1	I1	อัตราการดูแลผู้ป่วยโดยใช้หลัก (clinical practice guideline: CPG) ใน 5 กลุ่มโรคสำคัญ ร้อยละ 100	
R6	P2	U1	I2	อัตราการดูแลผู้ป่วยโดยใช้หลัก (clinical nursing practice guideline: CNPG) ใน 5 กลุ่มโรคสำคัญ ร้อยละ 100	
R6	P2	U2	อัตราเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย 5 กลุ่มโรคสำคัญลดลง ร้อยละ 50		
R6	P2	U2	I1	อัตราหน่วยงานบริการทางการแพทย์ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพการพยาบาล ร้อยละ 100	
R6	P2	U2	I2	อัตราบุคลากรทางการแพทย์ได้รับการพัฒนาและผ่านเกณฑ์การประเมิน specific competency ร้อยละ 100	
R6	P2	U2	I3	อัตราอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกที่ทบทวนโดยผู้ชำนาญกว่า ได้รับการแก้ไขตามเกณฑ์ ร้อยละ 100	

กลยุทธ์หลัก (SO)	พัฒนาคุณภาพบริการการแพทย์เฉพาะทางและบริการสุขภาพองค์รวมสู่ความเป็นเลิศ
------------------	--

รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
R	P	U	I		
R6	P3	ระดับความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพสิ่งแวดล้อม และ ความปลอดภัย			
R6	P3	U1	อุบัติการณ์ความเสี่ยงจากโครงสร้างอาคารที่ไม่ได้มาตรฐาน ≤ 5		
R6	P3	U1	I 1	ปัญหาของโครงสร้างอาคารสถานที่ที่ไม่ได้มาตรฐาน วิศวกรรมการแพทย์ ได้รับการแก้ไขตามเกณฑ์ 80 %	
R6	P3	U1	I 2	ห้องแยกโรคผ่านเกณฑ์ประเมินมาตรฐาน IC และ วิศวกรรมการแพทย์ 100 %	
R6	P3	U1	I 3	วัสดุ อุปกรณ์ไฟฟ้าที่เสื่อมสภาพ / หมาดอายุ ได้รับการเปลี่ยนมาตรฐาน อย่างน้อย 100 %	
R6	P3	U2	อุบัติการณ์ความไม่พร้อมของเครื่องมือแพทย์ ≤ 5		
R6	P3	U2	I 1	อัตราการบำรุงรักษาเครื่องมือสำคัญ ได้ตามเกณฑ์ 100 %	
R6	P3	U2	I 2	อัตราการสำรองเครื่องมือสำคัญขณะส่งซ่อม 100 %	
R6	P3	U3	อุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ของระบบสาธารณูปโภคในหน่วยงานสำคัญ = 0		
R6	P3	U3	I 1	อุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ของระบบประปา และ น้ำใช้ในหน่วยงานสำคัญ เท่ากับ 0	
R6	P3	U3	I 2	อุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ของระบบไฟฟ้า ในหน่วยงานสำคัญ = 0	
R6	P3	U3	I 3	อุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ของระบบ O ₂ ทางการแพทย์ ในหน่วยงานสำคัญ = 0	
R6	P3	U3	I 4	อัตราการบำรุงรักษาเครื่องปรับอากาศ เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 100	
R6	P3	U4	อุบัติการณ์การเตรียมรับภาวะฉุกเฉิน/ภัยพิบัติล่าช้า=0		
R6	P3	U4	I1	หน่วยงานมีการซ้อมรับภาวะฉุกเฉิน/ภัยพิบัติปีละ1ครั้งร้อยละ100	
R6	P3	U4	I2	หน่วยงานมีการซ้อมรับอัคคีภัย ปีละ1ครั้งร้อยละ100	

กลยุทธ์หลัก (SO)	พัฒนาคุณภาพบริการการแพทย์เฉพาะทางและบริการสุขภาพองค์กรร่วมสู่ความเป็นเลิศ
------------------	---

รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
R	P	U	I		
R6	P3	U5		อุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมและพิทักษ์สิ่งแวดล้อมไม่เกิน 5 ครั้ง/ปี	
R6	P3	U5	I 1	อุบัติการณ์ การบาดเจ็บและทรัพย์สิน เสียหายจากการตัดหญ้าไม่เกิน 3	
R6	P3	U5	I 2	อัตราการแต่งกิ่งไม้ ที่ขาดสายไฟ และ สายนำสัญญาณ โทรศัพท์ ตามเกณฑ์ ร้อยละ 100	
R6	P3	U5	I 3	อัตราการกำจัดขยะได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 100	
R6	P3	U5	I 4	อัตราหน่วยงานผ่านเกณฑ์ประเมิน 5 ส มากกว่าเท่ากับ ร้อยละ 80	
R6	P3	U5	I 5	ผลการตรวจคุณภาพน้ำเสียที่ผ่านการบำบัดโดยหน่วยงานภายนอกผ่านเกณฑ์ร้อยละ100	
R6	P3	U5	I 6	ผลการตรวจวัดบ่อบำบัดรายวันผ่านเกณฑ์ทุกข้อร้อยละ100	
R6	P3	U5	I 7	อัตราการซ่อมบำรุงเชิงป้องกันในการดูแลบ่อบำบัดน้ำเสียตามแผนปฏิบัติงานร้อยละ100	

กลยุทธ์หลัก (SO)				พัฒนาคุณภาพบริการการแพทย์เฉพาะทางและบริการสุขภาพองค์รวมสู่ความเป็นเลิศ		
รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ	
R	P	U	I			
R6	P 4	อัตราการติดเชื้อ น้อยกว่า 0.2 : 1000 วันนอน			นางรัตนา มั่นคง	
R6	P 4	U1	อัตราการติดเชื้อเฉพาะตำแหน่ง 0%			นางรัตนา มั่นคง
R6	P 4	U1	I 1	อัตราการติดเชื้อ Phlebitis = 0 %		นางอัจฉราวีดี บุญทศ
R6	P 4	U1	I 2	อัตราการติดเชื้อ clean wound = 0 %		นางมะลิวรรณ อินทนาม
R6	P 4	U1	I 3	อัตราการติดเชื้อ แผล Perineum = 0 %		นางสาวนันทิwa หมุนโย
R6	P 4	U1	I 4	อัตราการติดเชื้อ ที่สะดือทารก = 0 %		นางสาวนันทิwa หมุนโย
R6	P 4	U1	I 5	อัตราการติดเชื้อ ที่ตาทารก = 0 %		นางสาวนันทิwa หมุนโย
R6	P 4	U1	I 6	อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2-4 =0%		นางอัจฉราวีดี บุญทศ
R6	P 4	U1	I7	อัตราการติดเชื้อจากการฟอกไตด้วยเครื่องไตเทียม=0 %		นางสาวจันทร์สุดา โสมนวัฒน์
R6	P 4	U2	อัตราการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ(CAUTI) < 3 ต่อ 1000วันคาสายสวน			นางรัตนา มั่นคง
R6	P 4	U3	ประสิทธิภาพการทำให้ปราศจากเชื้อ 100 %			นางสาวชญาดา ทุมเสน
R6	P 4	U3	I 1	อัตราผลการทดสอบ spore test เป็นลบ 100 %		นางสาวดวงจันทร์ แสนอุบล
R6	P 4	U3	I 2	ผลการตรวจสอบ Bowedict Test ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 100 %		นางสาวดวงจันทร์ แสนอุบล
R6	P 4	U4	อุบัติการณ์ไม่พร้อมใช้เครื่องมือ / อุปกรณ์ / ยา / สารน้ำ / น้ำยาทำลายเชื้อ = 0			นางสาวชญาดา ทุมเสน
R6	P 4	U4	I 1	อุบัติการณ์เครื่องมือปราศจากเชื้อ / เวชภัณฑ์ หมดอายุ = 0		ICWN ทุกจุด
R6	P 4	U4	I 2	อุบัติการณ์น้ำยามาเชื้อหมดอายุ =0		ICWN ทุกจุด
R6	P 4	U4	I 3	อุบัติการณ์ สารน้ำ / ยา หมด อายุ = 0		ICWN ทุกจุด
R6	P 4	U5	อุบัติการณ์ติดเชื้อจากการปฏิบัติงานของบุคลากร = 0			นางรัตนา มั่นคง
R6	P 4	U5	I 1	อุบัติการณ์สัมผัสเลือด / สารคัดหลั่ง = 0		นางลดารัตน์ บุญขาว

กลยุทธ์หลัก (SO)				พัฒนาคุณภาพบริการการแพทย์เฉพาะทางและบริการสุขภาพองค์กรร่วมสู่ความเป็นเลิศ	
รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
R	P	U	I		
R6	P 4	U5	I 2	อุบัติการณ์เจ้าหน้าที่ป่วยเป็นวัณโรค=0	นางรัตนา มั่นคง
R6	P 4	U5	I3	อุบัติการณ์เจ้าหน้าที่เจ็บป่วยด้วยโรคระบาดในพื้นที่(ตาแดง สุกใส คางทูม)=0	นางรัตนา มั่นคง
R6	P 4	U6		อัตราการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ 100 %	นางรัตนา มั่นคง
R6	P 4	U6	I 1	อัตราการล้างมือถูกต้องตามหลัก 5 moment ถูกต้อง 100 %	นางรัตนา มั่นคง
R6	P 4	U6	I 2	อัตราการใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย(PPE) ถูกต้อง100 %	นางรัตนา มั่นคง
R6	P 4	U6	I 3	อัตราการคัดแยกขยะติดเชื้อถูกต้อง100 %	นางรัตนา มั่นคง
R6	P 4	U6	I4	อัตราการปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อคือยาของหน่วยงานถูกต้อง100%	นางรัตนา มั่นคง
R 6	P5	อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน ร้อยละ 90			
R 6	P5	U 1		อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก 90 %	นางนุชจรินทร์ บุญทัน
R 6	P5	U1	I 1	อัตราความถูกต้อง การส่งออกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก > 95 %	นางนุชจรินทร์ บุญทัน
R 6	P5	U1	I 2	อัตราการบันทึกรหัสโรค ผู้ป่วยนอกภายใน 1 วัน >90 %	
R 6	P5	U1	I 3	อัตราการติดตามเวชระเบียนเข้า – ออก ประจำวัน ได้ครบ >90 %	
R 6	P5	U1	I 4	อัตราการจัดทำเวชระเบียนผู้ป่วยนอกซ้ำ(HNซ้ำ) น้อยกว่าร้อยละ 1	
R 6	P5	U1	I 5	อัตราการคืนเวชระเบียนผู้ป่วยในพบภายใน 30 นาที น้อยกว่าร้อยละ 1	
R 6	P5	U 2		อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน 90 %	นางรัตนวดี อิศระภาพ
R 6	P5	U2	I 1	อัตราความถูกต้องการบันทึกโรค – หัตถการ ผู้ป่วยใน >95 %	
R 6	P5	U2	I 2	อัตราการบันทึกสรุปลเวชระเบียนในส่วนของแพทย์ภายใน 7 วัน >90 %	
R 6	P5	U2	I 3	อัตราการติดตามเวชระเบียน ให้ยืมครบภายในกำหนด >95 %	
R 6	P5	U2	I 4	อัตราความถูกต้องของการวินิจฉัยโรค/หัตถการ ผู้ป่วยใน > 90 %	

กลยุทธ์หลัก (SO)				พัฒนาคุณภาพบริการการแพทย์เฉพาะทางและบริการสุขภาพองค์กรร่วมสู่ความเป็นเลิศ		
รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ	
R	P	U	I			
R 6	P 5	U 2	I 5	อัตราความถูกต้องของการวินิจฉัยโรค/หัตถการ ผู้ป่วยใน > 90 %	นพ.ณรงค์ พิงพิตรกรมกุล	
R 6	P 5	U 3		อุบัติการณ์ความล้มเหลวผู้ป่วยถูกเปิดเผย เท่ากับ 0	นายนคร ชินพันธ์	
R 6	P 5	U 4		อุบัติการณ์เวชระเบียนสูญหาย เท่ากับ 0	นายนคร ชินพันธ์	
R 6	P 6			อุบัติการณ์การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาระดับ E ขึ้นไป = 0		
R 6	P 6	U 1		อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาผู้ป่วยนอก ไม่เกิน 1 ต่อ 1000 ใบสั่งยา		
R 6	P 6	U 1	I 1	อัตราความคลาดเคลื่อนจากการสั่งจ่ายยาโดยแพทย์ในผู้ป่วยนอก (prescribing error) ไม่เกิน 3 ต่อ 1000 ใบสั่งยา		
R 6	P 6	U 1	I 2	อัตราความคลาดเคลื่อนจากการจัดยาผู้ป่วยนอก (pre-dispensing error) ไม่เกิน 15 ต่อ 1000 ใบสั่งยา		
R 6	P 6	U 1	I 3	อัตราความคลาดเคลื่อน การจ่ายยาผู้ป่วยนอก (dispensing error) ไม่เกิน 1 ต่อ 1000 ใบสั่งยา		
R 6	P 6	U 1	I 4	อัตราความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ในผู้ป่วยนอก (administration error) ไม่เกิน 1 ต่อ 1000 ใบสั่งยา		
R 6	P 6	U 2		อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา ผู้ป่วยใน ไม่เกิน 1 ต่อ 1000 วันนอน		
R 6	P 6	U 2	I 1	อัตราความคลาดเคลื่อนจากการสั่งจ่ายยาโดยแพทย์ ผู้ป่วยใน (prescribing error) ไม่เกิน 5 ต่อ 1000 วันนอน		
R 6	P 6	U 2	I 2	อัตราความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งจ่ายยา ผู้ป่วยใน (transcribing error) ไม่เกิน 5 ต่อ 1000 วันนอน		
R 6	P 6	U 2	I 3	อัตราความคลาดเคลื่อนในการจัดยา ผู้ป่วยใน (pre-dispensing error) ไม่เกิน 15 ต่อ 1000 วันนอน		
R 6	P 6	U 2	I 4	อัตราความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา ผู้ป่วยใน (dispensing error) ไม่เกิน 1 ต่อ 1000 วันนอน		
R 6	P 6	U 2	I 5	อัตราความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ผู้ป่วยใน (administration error) ไม่เกิน 1 ต่อ 1000 วันนอน		

กลยุทธ์หลัก (SO)				พัฒนาคุณภาพบริการการแพทย์เฉพาะทางและบริการสุขภาพองค์รวมสู่ความเป็นเลิศ	
รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
R	P	U	I		
R6	P6	U3		อัตราการแพ้ยาซ้ำ = 0	
R6	P6	U3	I1	การบันทึกประวัติการแพ้ยาคนไข้ ลงในฐานข้อมูล computer = 100 %	
R6	P6	U3	I2	การติด sticker “ผู้ป่วยแพ้ยา” ที่หน้าแฟ้มเวชระเบียนคนไข้ที่มีประวัติแพ้ยา = 100 %	
R6	P6	U4		อัตราผู้ป่วยที่ได้รับยาความเสี่ยงสูง (High Alert drug) ถูกต้อง ปลอดภัย 100 %	
R6	P6	U4	I 1	อัตราความถูกต้องในการจ่ายยาความเสี่ยงสูง (High Alert drug) = 100 %	
R6	P6	U4	I 2	อัตราความถูกต้องในการจัดเก็บยาความเสี่ยงสูง (High Alert drug) ตามเกณฑ์มาตรฐาน = 100 %	
R6	P6	U4	I 3	อัตราความถูกต้องในการบริหารยาความเสี่ยงสูง (High Alert drug) ตามเกณฑ์มาตรฐาน = 100 %	
R6	P6	U4	I 4	อัตราความถูกต้องในการติดตามผู้ป่วยที่มีการใช้ยาความเสี่ยงสูง (High Alert drug)= 100 %	
R6	P6	U5		อัตราผู้ป่วยโรคเรื้อรังใช้ยาถูกต้อง ปลอดภัย 100%	
R6	P6	U5	I1	ผู้ป่วยโรคเบาหวานใช้ยาถูกต้อง ใช้อินซูลินถูกต้อง 100%	
R6	P6	U5	I2	ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังใช้ยาถูกต้องตาม CPG ของโรงพยาบาล 100%	
R6	P6	U5	I3	ผู้ป่วย Asthma และ COPD ใช้ยาพ่นถูกต้อง 100%	
R6	P6	U5	I4	ผู้ป่วยคลินิก ARV มีความร่วมมือในการใช้ยา มากกว่า 95 %	
R6	P6	U5	I5	ผู้ป่วยคลินิกวัณโรคมีความร่วมมือในการใช้ยา มากกว่า 95 %	
R6	P6	U6		อัตราการให้การบริการตอบคำถามด้านยาถูกต้อง ครบถ้วน 80 %	
R6	P6	U6	I1	การตอบคำถามด้านยาถูกต้อง ครบถ้วนตามมาตรฐาน มากกว่า 80%	
R6	P6	U6	I2	ข้อมูลการตอบคำถามด้านยาถูกจัดเก็บในฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ มากกว่า 100%	

กลยุทธ์หลัก (SO)				พัฒนาคุณภาพบริการการแพทย์เฉพาะทางและบริการสุขภาพองค์กรร่วมสู่ความเป็นเลิศ		
รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัด		ผู้รับผิดชอบ
R	P	U	I			
R6	P6	U7		อัตราการใช้จ่ายปฏิชีวนะ ในกลุ่มผู้ป่วย 3 โรค ได้แก่ Diarrhea, URI, Cleaned wound ลดลงมากกว่า 10%		
R6	P6	U8		อัตราการประเมินความเหมาะสมในการใช้ยา DUE มากกว่า 95%		
R6	P6	U8	I1	อัตราการประเมินความเหมาะสมในการใช้ยา DUE มากกว่า 80%		
R6	P6	U8	I2	ความสมบูรณ์ในการบันทึกแบบประเมิน DUE โดยแพทย์ 100%		
R6	P6	U9		อัตราการเกิดอุบัติการณ์การขาดยาฉุกเฉิน ณ คลังยาไม่เกิน 24 ชม.= 0		
R6	P6	U10		อัตราผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลและรพ.สต. ได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน (มากกว่า 18 %)		

กลยุทธ์หลัก (SO)				พัฒนาคุณภาพบริการการแพทย์เฉพาะทางและบริการสุขภาพองค์รวมสู่ความเป็นเลิศ		
รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ	
R	P	U	I			
R6	P7	ระดับความสำเร็จในการตรวจทดสอบประกอบการวินิจฉัยโรค			นางจารุวรรณ ชนะสีลังกูร	
R6	P7	U1	ระดับความสำเร็จในการบริหารห้องปฏิบัติการ		นางจารุวรรณ ชนะสีลังกูร	
R6	P7	U1	I1	อัตราการรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ค่าวิกฤติ ผิดพลาด <0.5 %	นางจารุวรรณ ชนะสีลังกูร	
R6	P7	U1	I2	รายการตรวจวิเคราะห์ ได้รับการควบคุมคุณภาพภายในครอบคลุม ร้อยละ 90	นางจารุวรรณ ชนะสีลังกูร	
R6	P7	U1	I3	ผลการประเมินคุณภาพภายนอก (EQA) ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 90	นางจารุวรรณ ชนะสีลังกูร	
R6	P7	U1	I4	อัตราการรายงานผลด่วนทันเวลา ร้อยละ 95	นายภูมินทร์ ในจิตร	
R6	P7	U1	I5	เครื่องมือได้รับการ สอบเทียบ ครอบคลุม 100 %	นางสาวปณิตา สนิท	
R6	P7	U2	ระดับความสำเร็จในการบริหารธนาคารเลือด		นางจารุวรรณ ชนะสีลังกูร	
R6	P7	U2	I1	อัตราการสำรองเลือดตามเกณฑ์ >90 %	นางสุวีรัตน์ หารีชัย	
R6	P7	U2	I2	อัตราการจ่ายเลือดผิดหมู่ = 0 %	นางสุวีรัตน์ หารีชัย	
R6	P7	U2	I3	อัตราเลือด stock หมดยุ อายุ <1%	นางสุวีรัตน์ หารีชัย	
R6	P7	U2	I4	อัตราการเกิดปฏิกิริยาจากการรับเลือด <0.2 %	นางสุวีรัตน์ หารีชัย	
R6	P7	U2	I5	อัตราการเตรียม/ จ่ายเลือดให้ผู้ป่วย กรณีฉุกเฉินไม่ทันเวลา = 0	นางสุวีรัตน์ หารีชัย	
R6	P7	U3	ระดับความสำเร็จในการพัฒนางานรังสี		นางสาววิจิตรา นครราช	
R6	P7	U3	I1	อัตราการ X-ray ซ้ำ ไม่เกินร้อยละ 3	นางสาววิจิตรา นครราช	
R6	P7	U3	I2	อัตราฟิล์ม สูญหาย และเสียหายทางการภาพ <3%	นางสาววิจิตรา นครราช	
R6	P7	U3	I3	เครื่องมือ X-ray ได้รับการตรวจสอบ ตามเกณฑ์ ร้อยละ	นางสาววิจิตรา นครราช	
R6	P7	U3	I4	อัตราการ X-ray ผิดคน ผิดตำแหน่ง = 0 %	นางสาววิจิตรา นครราช	

Roadmap7:ระดับความสำเร็จในการส่งเสริมสุขภาพกับภาคีเครือข่าย

กลยุทธ์ขยายงาน (ST)				บริหารความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายสุขภาพในการจัดการ ปัจจัยเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพในเขตพื้นที่และ รอยต่อระบียงเศรษฐกิจตะวันออก จ.มุกดาหาร		
รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ	
R	P	U	I			
R7				ระดับความสำเร็จในการส่งเสริมสุขภาพกับภาคีเครือข่าย		
R7	P1	ตำบลจัดการสุขภาพ อย่างน้อยร้อยละ50				
R7	P1	U1	ภาคีเครือข่ายให้ความร่วมมือด้านการสร้างเสริมสุขภาพร้อยละ100			
R7	P1	U2	รพ.สต.ทั้ง 18 แห่ง และ PCU.สวาท มีหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างน้อย 1 หมู่บ้าน ร้อยละ 100			
R7	P1	U3	โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร อย่างน้อย 1 โรงเรียน / อำเภอร้อยละ 100			
R7	P1	U4	เทศบาล / อบต. สนับสนุนงบประมาณด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ร้อยละ 100			
R7	P1	U5	อสม.เข้าร่วมโครงการบ้านปลอดขยะ ร้อยละ 100			
R7	P1	U6	ทุกตำบลมีหมู่บ้านตามโครงการหน้าบ้านสวย หลังบ้านสวน อย่างน้อย 1 หมู่บ้านร้อยละ 100			
R7	P1	U7	รพ.สต.มีชมรมสร้างเสริมสุขภาพ อย่างน้อยแห่งละ 1 ชมรมร้อยละ 100			
R7	P1	U8	ร้อยละ 50 ของตำบลมีวัดส่งเสริมสุขภาพ			
R7	P1	U9	ร้อยละ 90 ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กผ่านมาตรฐาน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กคุณภาพ			
R7	P1	U10	ร้อยละ 90 ของ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผ่านมาตรฐานศูนย์พัฒนาเด็กเล็กปลอดโรค			

กลยุทธ์ขยายงาน (ST)				บริหารความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายสุขภาพในการจัดการ ปัจจัยเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพในเขตพื้นที่และ รอยต่อระบียงเศรษฐกิจตะวันออก จ.มุกดาหาร			
รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย			ผู้รับผิดชอบ
R	P	U	I				
R7	P2	อัตราการเจ็บป่วยรายใหม่ใน 5 กลุ่มวัยไม่เกินค่ามาตรฐาน 5 ปี					
		1. กลุ่มวัยสตรีและเด็ก 0-5 ปี					
R7	P2	U1	หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ 5 ครั้งคุณภาพ ร้อยละ 60				
R7	P2	U2	รพ.สต. มีคลินิกเด็กคุณภาพร้อยละ 100				
R7	P2	U3	เด็ก 0-5 ปี ได้รับการฉีดวัคซีนตามเกณฑ์มาตรฐาน				
R7	P2	U3	I1	เด็กอายุ 9-12 เดือน ได้รับวัคซีน หัด $\geq 90\%$			
R7	P2	U3	I2	เด็กอายุ 1 ปีครึ่ง ถึง 3 ปี ได้รับวัคซีน JE $\geq 75\%$			
R7	P2	U3	I3	เด็กอายุ 0-5 ปี DTP,OPV,HBV $\geq 90\%$			
R7	P2	U3	I4	หน่วยบริการ สาธารณสุขทุกแห่งมีจัดเก็บวัคซีนตามระบบลูกโซ่ความเย็นตามเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 100			
		2. กลุ่มวัยเรียน					
R7	P2	U4		โรงเรียนผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง \geq ร้อยละ 80			
		3. กลุ่มวัยรุ่น					
R7	P2	U5		วัยรุ่นมีค่า BMI ตามเกณฑ์ปกติ $>$ ร้อยละ 80			
R7	P2	U6		วัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ตั้งครรภ์ซ้ำไม่เกิน ร้อยละ 10			
		4. กลุ่มวัยทำงาน : ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ได้รับการคัดกรอง โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง \geq ร้อยละ 90					
R7	P2	U6	I1	อัตราป่วยรายใหม่โรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงไม่เกินร้อยละ 5			
R7	P2	U6	I2	อัตราป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง ไม่เกินร้อยละ 10			
R7	P2	U7	การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดใน (CVD risk)DM,HT \geq ร้อยละ 80				
R7	P2	U8	สตรีอายุ 30-60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก \geq ร้อยละ 20 / ปีงบประมาณ(2558-2562)				

กลยุทธ์ขยายงาน (ST)				บริหารความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายสุขภาพในการจัดการ ปัจจัยเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพในเขตพื้นที่และ รอยต่อระบียงเศรษฐกิจตะวันออก จ.มุกดาหาร	
รหัสตัวชี้วัด					
R	P	U	I	ชื่อตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย	
R7	P2	U9	สตรีอายุ 30-60ปีได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม \geq ร้อยละ 80		ผู้รับผิดชอบ
5. วัยสูงอายุ					
R7	P2	U10	ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองประเมินสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ \geq ร้อยละ 60		
R7	P2	U10	I1	อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง = 0	
R7	P2	U10	I2	อุบัติการณ์การเกิดข้อยึดติดในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง = 0	
R7	P2	U11	มีตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ร้อยละ 100		
6. ผู้พิการ					
R7	P2	U12	I1	ผู้พิการได้รับการคัดกรองประเมินสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ ร้อยละ 100	
R7	P2	U13	I1	ผู้พิการที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ได้รับการเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 100	
R7	P2	U13	I2	อัตราคนพิการด้านการเคลื่อนไหวมีระดับADLเพิ่มขึ้นร้อยละ80	

Roadmap8:

กลยุทธ์ขยายงาน (ST)				บริหารความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายสุขภาพในการจัดการ ปัจจัยเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพในเขตพื้นที่และรอยต่อระบียงเศรษฐกิจตะวันออก จ. มุกดาหาร			
รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย			ผู้รับผิดชอบ
R	P	U	I				
R8	อัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ (DHF, HIV/AIDS, TB, AGE, มือเท้าปาก) ลดลงร้อยละ 20% ของค่ามัธยฐาน 5 ปี						
R8	P1	ระดับความสำเร็จในการบรรลุผลการประเมินอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งระดับดีมากในปีงบประมาณ 2559					
R8	P1	U1	พื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก มีการป้องกันการเกิดโรคร้อยละ 100				
R8	P1	U2	อัตราการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มวัยทำงาน เพิ่มขึ้น ร้อยละ 50				
R8	P1	U3	อัตราการคลอดคลุมค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ร้อยละ 80				
R8	P1	U3	I1	ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการคัดกรองวัณโรค ร้อยละ 100			
R8	P1	U3	I2	ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านได้รับการคัดกรองวัณโรค ร้อยละ 100			
R8	P1	U3	I3	กลุ่มนักร้องเพลงพื้นบ้านได้รับการคัดกรองวัณโรค ร้อยละ 80			
R8	P1	U3	I4	กลุ่มแรงงานไร่อ้อย ได้รับการตรวจคัดกรองวัณโรค ร้อยละ 80			
R8	P1	U4	แหล่งจำหน่ายอาหารทะเล ตลาดสด ตลาดเคลื่อนที่ ปลอดภัยตามเกณฑ์ป้องกันและควบคุมโรค ร้อย ละ80				
R8	P1	U5	ศูนย์เด็กเล็กได้รับการป้องกันโรคมือเท้าปาก ร้อยละ 100				
R8	P2	ระดับความสำเร็จในการจัดการภัยสุขภาพที่เป็นปัญหาของพื้นที่					
R8	P2	U1	ประชากรอายุ 15 – 18 ปี สูบบุหรี่ไม่เกินร้อยละ 10				
R8	P2	U2	สถานศึกษาไม่กระทำผิดกฎหมายควบคุมเครื่องดื่ม Alcohol ≥ 90				
R8	P2	U3	หมู่บ้านที่มีการดำเนินงาน งานศพปลอดเหล้า \geq ร้อยละ 60				
R8	P2	U4	รพ.สต. มีชมรม TO BE NUMBER ONE อย่างน้อย 1 ชมรม ร้อยละ 100				
R8	P2	U5	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นปฏิบัติตามระบบบริการงานอนามัยสิ่งแวดล้อมได้มาตรฐานที่กำหนด ร้อยละ 100				
R8	P2	U5	I1	สถานที่ประกอบการ ปฏิบัติตามกฎหมายบุหรี่ เครื่องดื่ม Alcohol ร้อยละ 100			

กลยุทธ์ขยายงาน (ST)				บริหารความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายสุขภาพในการจัดการ ปัจจัยเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพในเขตพื้นที่และ รอยต่อระบียงเศรษฐกิจตะวันออก จ.มุกดาหาร		
รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย		ผู้รับผิดชอบ
R	P	U	I			
R8	P2	U2	I2	ตำบลมีชมรมเกษตรอินทรีย์ ร้อยละ 100		
R8	อัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ (DHF, HIV/AIDS, TB, AGE, มือเท้าปาก) ลดลงร้อยละ 20% ของค่า มัชฐาน 5 ปี					
R8	P3	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค โภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพผ่านตามเกณฑ์				
R8	P3	U1	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค โภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพผ่านตามเกณฑ์ในระดับตำบลและอำเภอ ระดับ 5			
R8	P3	U1	I1	ร้านชำร้านค้าส่ง ปฏิบัติตามแนวทางบังคับใช้กฎหมายด้านยาร้อยละ 40		
R8	P3	U1	I2	สถานที่ผลิตอาหารตามเกณฑ์ GMPผ่านเกณฑ์ GMPร้อยละ 100		
R8	P3	U1	I3	ร้านขายยาปฏิบัติแนวทางบังคับใช้กฎหมายด้านยาร้อยละ 70		
R8	P3	U1	I4	สถานพยาบาลปฏิบัติตามข้อกำหนดข้อหาร้ายแรง(Major Defect) ร้อยละ 40		
R8	P3	U1	I5	ร้านเสริมสวย ร้านจำหน่ายเครื่องสำอาง ได้รับการตรวจสอบ 2 ร้าน/ตำบล		
R8	P3	U1	I6	เกลือบริโภค ได้รับการตรวจสอบ ไอโอดีนอย่างน้อย 2 ตัวอย่าง/หมู่บ้าน		
R8	P3	U1	I7	ยาแผนโบราณลูกกลอนได้รับการตรวจสอบอย่างน้อย 2 ตัวอย่าง /ตำบล		
R8	P3	U2	ระดับความสำเร็จของการจัดการงานคุ้มครองผู้บริโภค โภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพผ่านตามเกณฑ์ในระดับตำบลและอำเภอ ระดับ 5			
R8	P3	U2	I1	ผลตรวจสารปนเปื้อนในอาหาร พบอาหารปลอดภัย ร้อยละ 90		
R8	P3	U2	I2	ผลประเมินร้านอาหารและแผงลอยผ่านเกณฑ์อาหารสะอาด รสชาติอร่อย ร้อยละ 80 และมีการมอบป้าย ร้อยละ 50		
R8	P3	U2	I3	ผลการตรวจประเมินตลาดสดประเภทที่ 1 ผ่านเกณฑ์ตลาดสดนำร่องระดับดี หรือดีมาก ร้อยละ 80 (เฉพาะอำเภอ/ตำบล ที่มีตลาดสดประเภท 1)		
R8	P3	U3	ร้อยละของชิ้นงานการโฆษณาด้านสุขภาพผิดกฎหมายซึ่งเฝ้าระวังจากสื่อวิทยุกระจายเสียงหรือสื่ออื่นในพื้นที่ที่รับผิดชอบ ได้รับการจัดการระดับตำบลและระดับอำเภอร้อยละ 100			

Roadmap9:ระดับความสำเร็จในการบรรลุผลสัมฤทธิ์การพัฒนาคุณภาพการบริการจัดการโรงพยาบาลและเครือข่าย

กลยุทธ์ขยายงาน (ST)				บริหารความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายสุขภาพในการจัดการ ปัจจัยเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพในเขตพื้นที่และรอยต่อระบียงเศรษฐกิจตะวันออก จ.มุกดาหาร		
รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ	
R	P	U	I			
R9				ระดับความสำเร็จในการบรรลุผลสัมฤทธิ์การพัฒนาคุณภาพการบริการจัดการโรงพยาบาลและเครือข่าย รพ.สต. ผู้ความเป็นเลิศ		
R9	P1			รพ.สต.ผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานตามเกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการระดับปฐมภูมิร้อยละ80		
R9	P ₁	U ₁		บุคลากร รพ.สต. ได้รับความรู้ ทัศนคติ และค่านิยมหลัก ร้อยละ100		
R9	P ₁	U ₂		แผนปฏิบัติการ รพ.สต. บรรลุผลสัมฤทธิ์ ตามเกณฑ์ ร้อยละ80		
R9	P ₁	U ₃		ระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ รพ.สต. ร้อยละ80		
R9	P ₁	U ₄		รพ.สต.รายงานผลสัมฤทธิ์การปรับปรุงคุณภาพงานตามเกณฑ์ ร้อยละ100		
R9	P ₁	U ₅		ผลสัมฤทธิ์การจัดการความรู้ (CQI, Best Practice, Innovation, R to R) ของ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ การประเมินคุณภาพ ร้อยละ60		
R9	P ₁	U ₆		บุคลากร รพ.สต. ได้รับการพัฒนาและผ่านเกณฑ์การประเมินสมรรถนะเฉพาะวิชาชีพ (Specific Competency) ร้อยละ85		
R9	P ₁	U ₇		ระดับความสุขของบุคลากรรพ.สต.ร้อยละ80		
R9	P ₁	U ₈		รพ.สต. จัดบริการความเชี่ยวชาญพิเศษ ได้ตามเกณฑ์คุณภาพร้อยละ 80		
R9	P ₁	U ₉		อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้พิการ เด็ก และผู้ที่อยู่ในภาวะยากลำบากที่ต้องดูแลต่อเนื่อง เมื่อเกิดภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉิน ร้อยละ 100		
R9	P ₂			รพ.สต.ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพระบบงานที่สำคัญตามเกณฑ์ HA ผู้ PCA ร้อยละ90		
R9	P ₂	U ₁		รพ.สต.ผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานความปลอดภัย(SIMPLE) ร้อยละ90	คปสอ.	
R9	P ₂	U ₂		รพ.สต.ได้รับการรับรองคุณภาพทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิจากสภาการพยาบาลร้อยละ90	คปสอ.	

กลยุทธ์ขยายงาน (ST)				บริหารความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายสุขภาพในการจัดการ ปัจจัยเสี่ยง โรคและภัยสุขภาพในเขตพื้นที่และรอยต่อระบียงเศรษฐกิจตะวันออก จ.มุกดาหาร	
รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
R	P	U	I		
R9	P ₂	U ₃		รพ.สต.ผ่านเกณฑ์การประเมินสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วยและความปลอดภัยร้อยละ90	คปสอ.
R9	P ₂	U ₄		รพ.สต.ผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อร้อยละ90	นางรัตนา มั่นคง
R ₉	P ₂	U ₅		รพ.สต.ผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานระบบเวชระเบียน ร้อยละ90	นายนคร นพันธ์
R ₉	P ₂	U ₆		รพ.สต.ผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานการจัดการด้านยา ร้อยละ90	นางสาวพิชญาภา สีกา
R ₉	P ₂	U ₇		รพ.สต.ผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานชั้นมาตรฐานสุขารมณ์ร้อยละ100	นางจรรววรรณ ธนะสีลังกูร
R ₉	P ₃			ผู้ป่วยโรค AMI, STROKE ,HI และกลุ่มเสี่ยง ได้รับการดูแลเบื้องต้นจาก รพ.สต. (early detection) ตาม CPG ร้อยละ 100	คปสอ.
R ₉	P ₃	U ₁		ผู้ป่วยโรค AMI ได้รับการดูแลเบื้องต้น (early detection) ตาม CPG ร้อยละ 100	นางนริชรา โคตรประทุม
R ₉	P ₃	U ₂		ผู้ป่วยโรค STROKE ได้รับการดูแลเบื้องต้น (early detection) ตาม CPG ร้อยละ 100	นางนริชรา โคตรประทุม
R ₉	P ₃	U ₃		ผู้ป่วยโรค HI ได้รับการดูแลเบื้องต้น (early detection) ตาม CPG ร้อยละ 100	นางนริชรา โคตรประทุม
R ₉	P ₃	U ₄		ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง AMI ได้รับการดูแลเบื้องต้น (early detection) ตาม CPG ร้อยละ 100	นางนริชรา โคตรประทุม
R ₉	P ₃	U ₅		ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง stroke ได้รับการดูแลเบื้องต้น (early detection) ตาม CPG ร้อยละ 100	นางนริชรา โคตรประทุม

Roadmap10 : ระดับความสำเร็จในการบรรลุผลสัมฤทธิ์การบริหารเครือข่าย

กลยุทธ์ขยายงาน (ST)				บริหารความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายสุขภาพในการจัดการ ปัจจัยเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพในเขตพื้นที่และรอยต่อระบียงเศรษฐกิจตะวันออก จ.มุกดาหาร		
รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ	
R	P	U	I			
R10	ระดับความสำเร็จในการบรรลุผลสัมฤทธิ์การบริหารเครือข่ายอันดับ 1-3 ในจังหวัดยโสธร				นพ.สมชาติ อากมล	
R10	P1	โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพ (HA) ภายในปีงบประมาณ 2558			พญ.กิติมา เศรษฐ์บุญสร้าง	
R10	P1	U1	อัตราการรับรู้นโยบายจุดเน้นวิสัยทัศน์ของเจ้าหน้าที่ร้อยละ 100		นางรัตนา มั่นคง	
R10	P1	U2	ระดับคะแนนเกณฑ์คุณภาพเฉลี่ยรวม มากกว่าหรือเท่ากับ 3.00		นางรัตนา มั่นคง	
R10	P1	U3	ผลสัมฤทธิ์ผลงานระดับทีมบรรลุเกณฑ์คุณภาพร้อยละ 80		นางรัตนา มั่นคง	
R10	P2	ผลดำเนินงานทำทนายบรรลุผลสัมฤทธิ์ตามเกณฑ์ร้อยละ 80			นายพัชรวาท พงษ์สนธิ	
R10	P2	U1	แผนปฏิบัติการสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของหน่วยงานและพื้นที่ ร้อยละ 80		นายพัชรวาท พงษ์สนธิ	
R10	P2	U2	แผนปฏิบัติการมีการนำไปปฏิบัติได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดร้อยละ 80		นายพัชรวาท พงษ์สนธิ	
R10	P2	U3	แผนปฏิบัติการบรรลุผลสัมฤทธิ์ตามเกณฑ์คุณภาพ ร้อยละ 80		นายพัชรวาท พงษ์สนธิ	
R10	P3	ระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ร้อยละ 85			นางรัตนา มั่นคง	
R10	P3	U1	ระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการผู้ป่วยนอก ร้อยละ 90		นางรัตนา มั่นคง	
R10	P3	U2	ระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการผู้ป่วยใน ร้อยละ 85		นางรัตนา มั่นคง	
R10	P3	U3	ระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ รพ.สต. ร้อยละ 85		นางรัตนา มั่นคง	
R10	P3	U4	ข้อร้องเรียนได้รับการแก้ไขปัญหา ร้อยละ 100		นายนคร ชินพันธ์	

กลยุทธ์ขยายงาน (ST)				บริหารความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายสุขภาพในการจัดการ ปัจจัยเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพในเขตพื้นที่และรอยต่อระบียงเศรษฐกิจตะวันออก จ.มุกดาหาร		
รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ	
R	P	U	I			
R10	P4	ผลงานที่ทําภายใต้รับการปรับปรุงตามเกณฑ์ ร้อยละ 80			นายพรมมา หงษ์แปลง	
R10	P4	U1	อัตราการรายงานสารสนเทศ ที่ทําถูกต้องครบถ้วนและทันเวลา ร้อยละ 80		นายวจนศิลป์ ตรีนาคพันธ์	
R10	P4	U2	ผลลัพธ์การจัดการความรู้ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ ร้อยละ 80		นายวจนศิลป์ ตรีนาคพันธ์	
R10	P4	U3	I1	เรื่องเล่าและบทความผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ ร้อยละ 80	นางปิ่นฉัตร สายพฤกษ์	
R10	P4	U3	I2	ผลการประเมินปรับปรุงคุณภาพงาน (CQI) ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ ร้อยละ 80	นางปิ่นฉัตร สายพฤกษ์	
R10	P4	U3	I3	รูปแบบการปฏิบัติการที่ดีเลิศ (Best Practice) ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ ร้อยละ 80	นางปิ่นฉัตร สายพฤกษ์	
R10	P4	U3	I4	นวัตกรรมผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ ร้อยละ 80	นางปิ่นฉัตร สายพฤกษ์	
R10	P5	ระดับความสุขบุคลากรทุกระดับ ร้อยละ 80			นางกิ่งแก้ว เกษรสุมด	
R10	P5	U1	อัตรากำลังสหสาขาวิชาชีพเหมาะสมและเพียงพอตามเกณฑ์ ร้อยละ 80		นางกิ่งแก้ว เกษรสุมด	
R10	P5	U2	บุคลากรสหสาขาวิชาชีพได้รับการพัฒนาและผ่านเกณฑ์การประเมินสมรรถนะเฉพาะวิชาชีพ ร้อยละ 80		นางกิ่งแก้ว เกษรสุมด	
R10	P5	U3	อัตราการเจ็บป่วยจากการปฏิบัติงานไม่เกิน ร้อยละ 5		นางกิ่งแก้ว เกษรสุมด	
R10	P5	U4	บุคลากรมีค่า BMI อยู่ในช่วง 18.5 - 22.9 ร้อยละ 60		นางสุดธิมา การสมบัติ	
R10	P6	ระดับความสำเร็จในการจัดกระบวนการตามความเชี่ยวชาญและภาวะฉุกเฉิน			นพ.เจนวิทย์ เวชกามา	
R10	P6	U1	อัตราความพร้อมในการให้บริการตามแผนรูปแบบบริการตามความเชี่ยวชาญ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80		นพ.เจนวิทย์ เวชกามา	
R10	P6	U2	อัตราความพร้อมในการให้บริการในภาวะฉุกเฉิน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80		นพ.เจนวิทย์ เวชกามา	

Roadmap11:ระดับความสำเร็จในการบรรลุผลสัมฤทธิ์การบริหารจัดการที่ดี

กลยุทธ์ขยายงาน (ST)				บริหารความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายสุขภาพในการจัดการ ปัจจัยเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพในเขตพื้นที่และรอยต่อระบียงเศรษฐกิจตะวันออก จ.มุกดาหาร		
รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ	
R	P	U	I			
R11	ระดับความสำเร็จในการบรรลุผลสัมฤทธิ์การบริหารจัดการที่ดี ร้อยละ 80					
R11	P1	อัตราความสำเร็จในการบริหารจัดการที่ดี ร้อยละ 80			นายชัยวัฒน์ หอมสุตชา	
R11	P1	U1	หน่วยงานในเครือข่ายผ่านเกณฑ์การประเมินควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานได้ตามมาตรฐาน คตง. ร้อยละ80		นางสาวสายันต์ เนินทราย	
R11	P1	U2	อัตราการรายงานผลสัมฤทธิ์การปรับปรุงและพัฒนาระบบงานจากการมีส่วนร่วมงานนโยบายงานพิธีการและงานประชุมที่สำคัญมีส่วนร่วมในงานนโยบาย ร้อยละ 100		นางกิ่งแก้ว เกสรสุมล	
R11	P1	U3	อัตราเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักในการบรรลุผลสัมฤทธิ์การบริหารการเงินการคลังตามเกณฑ์ ร้อยละ 80		นางสาวสายันต์ เนินทราย	
R11	P1	U4	อัตราส่วนทุนหมุนเวียน (Current Ratio) มากกว่าร้อยละ 1.5		นางสาวสายันต์ เนินทราย	
R11	P1	U5	อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick Ratio) มากกว่าร้อยละ 1.5		นางสาวสายันต์ เนินทราย	
R11	P1	U6	อัตราส่วนเงินสดต่อหนี้สินหมุนเวียน Cash Ratio มากกว่าร้อยละ 1		นางสาวสายันต์ เนินทราย	
R11	P1	U7	อัตราส่วนของกำไรสุทธิเพิ่มขึ้น ร้อยละ 1		นางสาวสายันต์ เนินทราย	
R11	P1	U8	ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเก็บลูกหนี้ค่ารักษา Non UC และ Non SSS (วัน) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 90 วัน		นางสาวสายันต์ เนินทราย	
R11	P1	U9	ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการชำระเจ้าหนี้การค้า น้อยกว่าหรือเท่ากับ 90 วัน		นางสาวสุทธภรณ์ ขาวสมบุรณ์	
R11	P1	U10	ทุนสำรองสุทธิ Net working Capital มากกว่าหรือเท่ากับ 0.00		นายชัยวัฒน์ หอมสุตชา	
R11	P1	U11	กำไรสุทธิรวมค่าเสื่อมราคา มากกว่าหรือเท่ากับ 0.00		นายชัยวัฒน์ หอมสุตชา	
R11	P1	U12	ดัชนีเพื่อความปลอดภัยของหน่วยงานเท่ากับ 0		นายชัยวัฒน์ หอมสุตชา	

กลยุทธ์การพัฒนา (WO)				พัฒนาคุณภาพการบริการเครือข่ายบริการสุขภาพชั้นนำในจังหวัดยโสธร		
รหัสตัวชี้วัด				ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย		ผู้รับผิดชอบ
R	P	U	I			
R11	P1	U13	อัตราส่วนของต้นทุนการดำเนินงานทั้งหมดต่อ RW ลดลง ร้อยละ 2			นายนคร ชินพันธ์
R11	P1	U14	หน่วยงานย่อยในเครือข่ายใช้ธรรมนูญองค์การตามเกณฑ์ระดับความสำเร็จในการจัดทำธรรมนูญองค์การ เกณฑ์ 80			นายนคร ชินพันธ์
R11	P2	ระดับความสำเร็จในการบรรลุผลสัมฤทธิ์การบริหารงานทั่วไป				นายชัยวัฒน์ หอมสุตตา
R11	P2	U1	หน่วยงานย่อยใน รพร. ได้รับข้อมูลข่าวสารทางราชการ ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ร้อยละ 80			นางนริศรา ดันโพธิ์
R11	P2	U1	I1	การส่งหนังสือผิดหน่วยงานภายในโรงพยาบาลไม่เกินร้อยละ 80		นางนริศรา ดันโพธิ์
R11	P2	U1	I2	หนังสือราชการที่สำคัญสูญหายในหน่วยงานผู้รับไม่เกิน ร้อยละ 90		นางนริศรา ดันโพธิ์
R11	P2	U1	I3	หน่วยงานย่อยใน รพร. ปฏิบัติงานสารบรรณได้ถูกต้องตามมาตรฐาน ร้อยละ 90		นางนริศรา ดันโพธิ์
R11	P2	U2	หน่วยงานภายใน ภายนอก และบุคลากรได้รับบริการทางการเงิน-บัญชี ถูกต้องครบถ้วนทันเวลา ร้อยละ 80			นายชัยวัฒน์ หอมสุตตา
R11	P2	U2	I1	อัตราการตั้งเบิก-จ่ายถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ร้อยละ 80		นางสาวสายันต์ เนินทราย
R11	P2	U2	I2	อัตราการส่งเอกสารเบิก-จ่าย ค่าตอบแทน หน่วยงานย่อยใน รพร. ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ร้อยละ 80		นางสาวสายันต์ เนินทราย
R11	P2	U2	I3	หน่วยงานย่อยใน รพร. ส่งเอกสารการประกอบการบันทึกบัญชีเกณฑ์คงคลัง ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ร้อยละ 90		นางสาวสายันต์ เนินทราย
R11	P2	U2	I4	อัตราการจ่ายเงินยืม ถูกต้อง ครบถ้วนทันเวลา ร้อยละ 100		นางสาวสายันต์ เนินทราย
R11	P2	U2	I5	อัตราการคืนเงินยืมเมื่อทวงถามครบถ้วน ถูกต้อง ร้อยละ 80		นางสาวสายันต์ เนินทราย
R11	P2	U2	I6	หน่วยงานย่อยในโรงพยาบาลจัดส่งเอกสารเพื่อบันทึกทะเบียนคุมเจ้าหน้าที่ถูกต้องครบถ้วนทันเวลา ร้อยละ 100		นางสาวสายันต์ เนินทราย
R11	P2	U2	I7	หน่วยงานย่อยในโรงพยาบาลจัดส่งเอกสารเพื่อบันทึกทะเบียนคุมลูกหนี้ถูกต้องครบถ้วนทันเวลา ร้อยละ 100		นางสาวสายันต์ เนินทราย

R11	P2	U2	I8	อัตราความถูกต้องครบถ้วนทันเวลาในการจัดสรรเงินให้เครือข่ายร้อยละ 80	นายชัยวัฒน์ หอมสุตตา
R11	P2	U3	บุคลากรได้รับสิทธิประโยชน์ที่ตามระเบียบทางราชการ ร้อยละ 90 % (งานเจ้าหน้าที่)		นางกิ่งแก้ว เกษรสุมล
R11	P2	U3	I1	อัตราความถูกต้อง ทันเวลา ของการจัดส่งหนังสือขออนุญาตไปราชการ ร้อยละ 95	นางกิ่งแก้ว เกษรสุมล
R11	P2	U3	I2	บันทึก กพ.7 ของบุคลากรครบถ้วน ถูกต้อง ร้อยละ 100	นางกิ่งแก้ว เกษรสุมล
R11	P2	U3	I3	บุคลากรใหม่ได้รับการปฐมนิเทศ ร้อยละ 100	นางกิ่งแก้ว เกษรสุมล
กลยุทธ์การพัฒนา (WO)			พัฒนาคุณภาพการบริการเครือข่ายบริการสุขภาพชั้นนำในจังหวัดยโสธร		
รหัสตัวชี้วัด			ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย		ผู้รับผิดชอบ
R	P	U	I		
R11	P2	U3	I4	บุคลากรปฏิบัติตามธรรมเนียมของ รพร. ร้อยละ 100	นางกิ่งแก้ว เกษรสุมล
R11	P2	U4	อัตราความพร้อมใช้ครุภัณฑ์ทางการแพทย์จากการซ่อมบำรุง ร้อยละ 80		นางสาวพรพิมล ผ่านเมือง
R11	P2	U4	I1	อัตราการซ่อมครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่มีความเสี่ยงสูงตามเกณฑ์ที่กำหนดร้อยละ 80	นางสาวพรพิมล ผ่านเมือง
R11	P2	U4	I2	อัตราการซ่อมครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่มีความเสี่ยงกลางตามเกณฑ์ที่กำหนดร้อยละ 80	นางสาวพรพิมล ผ่านเมือง
R11	P2	U4	I3	อัตราการซ่อมครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่มีความเสี่ยงต่ำตามเกณฑ์ที่กำหนดร้อยละ 80	นางสาวพรพิมล ผ่านเมือง
R11	P2	U5	หน่วยงานย่อยภายในและภายนอกได้รับวัสดุครุภัณฑ์ ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ร้อยละ 100		นายนิคม สิทธิไกรพงษ์
R11	P2	U5	I1	การจัดทำทะเบียนครุภัณฑ์ ตามเกณฑ์ ถูกต้อง เป็นปัจจุบัน ร้อยละ 100	นายนิคม สิทธิไกรพงษ์
R11	P2	U5	I2	การจัดซื้อ/จัดจ้าง เป็นไปตามแผน ร้อยละ 80	นายนิคม สิทธิไกรพงษ์
R11	P2	U5	I3	การจัดซื้อ/จัดจ้าง วัสดุครุภัณฑ์ ถูกต้อง ทันเวลา ร้อยละ 80	นายนิคม สิทธิไกรพงษ์
R11	P2	U5	I4	หน่วยงานใน รพร. ได้รับวัสดุที่เบิก ตามระยะเวลาที่กำหนด ร้อยละ 90	นายนิคม สิทธิไกรพงษ์
R11	P2	U6	หน่วยงานภายในและภายนอกได้รับบริการงานยานพาหนะที่ปลอดภัยและทันเวลา ร้อยละ 100		นายพรศักดิ์ ไชยสัย
R11	P2	U6	I1	อุบัติเหตุการเกิดอุบัติเหตุจากงานยานพาหนะ = 0	นายพรศักดิ์ ไชยสัย
R11	P2	U6	I2	ยานพาหนะมีความพร้อมใช้ตามเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 100	นายพรศักดิ์ ไชยสัย
R11	P2	U7	อัตราความพร้อมใช้งานของพื้นที่ภายนอกอาคาร ร้อยละ 80		นายชัยวัฒน์ หอมสุตตา
R11	P2	U7	I1	การเกิดความเสียหายต่อทรัพย์สินทางราชการและผู้ใช้บริการไม่เกิน 5 ครั้งต่อปี	

R11	P2	U7	I2	พื้นที่ภายนอกอาคารโรงพยาบาล มีความพร้อมใช้ก่อนการให้บริการ ร้อยละ 80	
R11	P2	U8		บุคลากรและผู้ให้บริการมีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินในบริเวณโรงพยาบาล ร้อยละ 100	
R11	P2	U8	I1	อุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุจากการจราจรภายในโรงพยาบาล ไม่เกิน 5 ครั้งต่อปี	
R11	P2	U8	I2	อุบัติการณ์ทรัพย์สินทางราชการและของผู้ใช้บริการสูญหาย ไม่เกิน 5 ครั้งต่อปี	

กลยุทธ์การพัฒนา (WO)				พัฒนาคุณภาพการบริการเครือข่ายบริการสุขภาพชั้นนำในจังหวัดยโสธร		
รหัสตัวชี้วัด				ตัวชี้วัดและคำเป้าหมาย		ผู้รับผิดชอบ
R	P	U	I			
R11	P2	U9		หน่วยงานภายในและภายนอกได้รับบริการงาน โสตทัศนูปกรณ์ ร้อยละ 90		
R11	P2	U9	I1	อัตราการผลิตสื่อตามความต้องการของหน่วยบริการถูกต้องครบถ้วน ร้อยละ 90		
R11	P2	U9	I2	อัตราความพร้อมใช้ของห้องประชุมร้อยละ 100		
R11	P2	U9	I3	อัตราการนำภาพถ่ายและวีดีโอไปใช้ในหน่วยงานในโรงพยาบาล ร้อยละ 90		

Roadmap12:ระดับผลสำเร็จในการบรรลุผลสัมฤทธิ์การบริหารจัดการที่ดี

กลยุทธ์การพัฒนา (WO)				พัฒนาคุณภาพการบริการเครือข่ายบริการสุขภาพชั้นนำในจังหวัดยโสธร		
รหัสตัวชี้วัด				ตัวชี้วัดและคำเป้าหมาย		ผู้รับผิดชอบ
R	P	U	I			
R12	P1	ร้อยละเฉลี่ยต่อหน่วยงานในการบรรลุผลสัมฤทธิ์การบริหารการเงินการคลัง ร้อยละ 80				
R12	P1	U1	อัตรารายได้สิทธิ UC เพิ่มขึ้นร้อยละ 5			
R12	P1	U1	I1	อัตรารายได้จากงบ OP เพิ่มขึ้นร้อยละ 5		
R12	P1	U1	I2	อัตรารายได้จากงบ IP เพิ่มขึ้นร้อยละ 5		
R12	P1	U1	I3	อัตรารายได้จากงบ PP เพิ่มขึ้นร้อยละ 5		
R12	P1	U1	I4	อัตรารายได้จากงบ AE/ HC เพิ่มขึ้นร้อยละ 5		
R12	P1	U1	I5	อัตรารายได้จากงบคุณภาพบริการปฐมภูมิ/ On top payment เพิ่มขึ้นร้อยละ 5		
R12	P1	U1	I6	อัตรารายได้จากงบคุณภาพบริการส่งต่อ เพิ่มขึ้นร้อยละ 5		
R12	P1	U1	I7	อัตรารายได้จากงบฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์เพิ่มขึ้นร้อยละ 5		
R12	P1	U1	I8	อัตรารายได้จากงบบริการแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้นร้อยละ 5		
R12	P1	U1	I9	อัตรารายได้จากงบบริการสุขภาพผู้ติดเชื้อ HIV และ AIDS เพิ่มขึ้นร้อยละ 5		
R12	P1	U1	I10	อัตรารายได้ค่าบริการควบคุม ป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง เพิ่มขึ้นร้อยละ 5		

กลยุทธ์การพัฒนา (WO)				พัฒนาคุณภาพการบริการเครือข่ายบริการสุขภาพชั้นนำในจังหวัดยโสธร		
รหัสตัวชี้วัด				ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย		ผู้รับผิดชอบ
R	P	U	I			
R12	P1	U1	อัตราการรายได้สิทธิ UC เพิ่มขึ้นร้อยละ 5			
R12	P1	U1	I11	อัตราการได้จากงบบริการสุขภาพผู้ป่วย Asthma + COPD เพิ่มขึ้นร้อยละ 5		
R12	P1	U1	I12	อัตราการได้จากงบบริการผู้ป่วย TB เพิ่มขึ้นร้อยละ 5		
R12	P1	U1	I13	อัตราการได้จากงบบริการผ่าตัดต่อกระดูกเพิ่มขึ้นร้อยละ 5		
R12	P1	U1	I14	อัตราการส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ทันเวลาร้อยละ 100		
R12	P1	U1	I15	อัตราการปฏิเสธการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ลดลงร้อยละ 1		
R12	P1	U1	I16	อัตราการส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์คิด C ลดลงร้อยละ 1		
R12	P1	U2	อัตราการได้สิทธิข้าราชการ เพิ่มขึ้นร้อยละ 5			
R12	P1	U2	I1	อัตราฐาน Base Rate ของผู้ป่วยสิทธิข้าราชการ เพิ่มขึ้นร้อยละ 5		
R12	P1	U2	I2	อัตราการได้สิทธิข้าราชการผู้ป่วยนอก เพิ่มขึ้นร้อยละ 5		
R12	P1	U2	I3	อัตราการได้สิทธิข้าราชการผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นร้อยละ 5		
R12	P1	U2	I4	อัตราการได้จากการตรวจสุขภาพเชิงรุกเพิ่มขึ้นร้อยละ 5		
R12	P1	U2	I5	อัตราการส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ทันเวลาร้อยละ 100		
R12	P1	U2	I6	อัตราการปฏิเสธการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ลดลงร้อยละ 1		
R12	P1	U2	I7	อัตราการส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์คิด C ลดลงร้อยละ 1		
R12	P1	U2	I8	อุบัติเหตุรถที่ไม่ได้ใบเบิกค่ารักษาพยาบาล เท่ากับ 0		
R12	P1	U2	I9	อัตราการสแกนลายนิ้วมือจ่ายตรงผ่านการตรวจสอบและใช้สิทธิได้ทันรอบการตอบกลับ ร้อยละ 100		

กลยุทธ์การพัฒนา (WO)				พัฒนาคุณภาพการบริการเครือข่ายบริการสุขภาพชั้นนำในจังหวัดยโสธร		ผู้รับผิดชอบ
รหัสตัวชี้วัด				ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย		
R	P	U	I			
R12	P1	U3	อัตราการรายได้สิทธิ พรบ. เพิ่มขึ้นร้อยละ 5			
R12	P1	U3	I 1	อัตราการส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ ครบถ้วน ทันเวลาร้อยละ 100		
R12	P1	U3	I 2	อัตราการปฏิเสธการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ลดลงร้อยละ 1		
R12	P1	U4	อัตราการรายได้สิทธิประกันสังคม เพิ่มขึ้นร้อยละ 5			
R12	P1	U4	I1	อัตราการรายได้สิทธิประกันสังคมผู้ป่วยนอก เพิ่มขึ้นร้อยละ 5		
R12	P1	U4	I2	อัตราการรายได้สิทธิประกันสังคมผู้ป่วยใน เพิ่มขึ้นร้อยละ 5		
R12	P1	U4	I3	อัตราการส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ ครบถ้วน ทันเวลาร้อยละ 100		
R12	P1	U4	I4	อุบัติการณ์การปฏิเสธการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ เท่ากับ 0		
R12	P1	U4	I5	อัตราการส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ติด C ลดลงร้อยละ 1		
R12	P1	U5	ระดับค่า Adj Case Mixed Index (CMI) ในทุกสิทธิเพิ่มขึ้น > 1.0			
R12	P1	U5	I1	ระดับค่า Adj CMI ในกลุ่มอายุกรรม เพิ่มขึ้น > 0.65		
R12	P1	U5	I2	ระดับค่า Adj CMI ในกลุ่มศัลยกรรม เพิ่มขึ้น > 1.0		
R12	P1	U5	I3	ระดับค่า Adj CMI ในกลุ่มสูติ นรีเวชกรรม เพิ่มขึ้น > 0.65		
R12	P1	U5	I4	ระดับค่า Adj CMI ในกลุ่มกุมารเวชกรรม เพิ่มขึ้น > 0.40		
R12	P1	U5	I6	อัตราการ Refer Out ผู้ป่วยศัลยกรรมด้วยภาวะ Appendicitis ลดลงร้อยละ 1		
R12	P1	U5	I7	อัตราการ Refer Out ผู้ป่วยสูติกรรมเพื่อรับการผ่าตัด C/S ลดลงร้อยละ 1		
R12	P1	U5	I8	อัตราผู้ป่วยที่ Admitted length of Stay อยู่ในเกณฑ์ ร้อยละ 80		
R12	P1	U5	I9	อัตราการ Refer In จากโรงพยาบาลใกล้เคียงด้วยภาวะ Appendicitis เพิ่มขึ้นร้อยละ 1		
R12	P1	U5	I10	อัตราการ Refer In จากโรงพยาบาลใกล้เคียงเพื่อมารับการผ่าตัดทางหน้าท้อง เพิ่มขึ้นร้อยละ 1		

กลยุทธ์การพัฒนา (WO)				พัฒนาคุณภาพการบริการเครือข่ายบริการสุขภาพชั้นนำในจังหวัดยโสธร		
รหัสตัวชี้วัด				ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย		ผู้รับผิดชอบ
R	P	U	I			
R12	P1	U6		อัตราการประหยัดรายจ่าย ร้อยละ 1		
R12	P1	U6	I1	อัตราการใช้น้ำมันเชื้อเพลิงลดลง ร้อยละ 1		
R12	P1	U6	I2	อัตราการใช้ไฟฟ้าลดลง ร้อยละ 10		
R12	P1	U6	I3	อัตราการใช้วัสดุสิ้นเปลือง ลดลง ร้อยละ 1		
R12	P1	U7		อัตรา UR (Utilization Rate)เพื่อลดต้นทุนบริการ ร้อยละ 15		
R12	P1	U7	I1	มูลค่าการใช้จ่าย ต่อผลงานการให้บริการ น้อยกว่า 63 ต่อ คน		
R12	P1	U7	I2	มูลค่าการใช้วัสดุการแพทย์ วัสดุทันตกรรม และวัสดุเอกซเรย์ น้อยกว่า 32 ต่อ คน		
R12	P1	U7	I3	มูลค่าการใช้วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ ต่อผลงานการให้บริการ น้อยกว่า 32 ต่อ คน		
R12	P1	U7	I4	อัตราการส่งตรวจพิเศษ เช่น CT ,MRI ,U/S ใน โรงพยาบาลยโสธร ลดลงร้อยละ 1		
R12	P1	U7	I6	อัตราการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ รพ.อื่น ๆ ในจังหวัดยโสธร ลดลงร้อยละ 1		
R12	P1	U7	I7	อัตราการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ รพ.ยโสธร ลดลงร้อยละ 1		
R12	P1	U7	I8	อัตราการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์เขตรอยต่อของจังหวัดยโสธร ลดลงร้อยละ 1		
R12	P1	U7	I9	อัตรา IPD cost ลดลงร้อยละ 5		
R12	P1	U7	I10	อัตรา OPD cost ใน รพ. ลดลงร้อยละ 5 {HD}		
R12	P1	U7	I11	อัตรา OPD cost ใน รพ.สต. ลดลงร้อยละ 5		
R12	P2			ร้อยละเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักการบริหารงานเพื่อสนับสนุนเครือข่ายบริการสุขภาพ ร้อยละ 80		
R12	P2	U1		อัตราความถูกต้องครบถ้วน ทันเวลา ในการจัดสรรเงินให้เครือข่ายร้อยละ 80		
R12	P2	U2		อัตราการจัดทำบัญชีรายรับ - รายจ่าย รายเดือนของ CUP ถูกต้องครบถ้วน ร้อยละ 90		

กลยุทธ์การพัฒนา (WO)				พัฒนาคุณภาพการบริการเครือข่ายบริการสุขภาพชั้นนำในจังหวัดยโสธร	
รหัสตัวชี้วัด				ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย	
R	P	U	I	ผู้รับผิดชอบ	
R12	P2	ร้อยละเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักการบริหารงานเพื่อสนับสนุนเครือข่ายบริการสุขภาพ ร้อยละ 80			
R12	P2	U3	อัตราการบริหารงบประมาณในรอบปีได้ทันเวลา ร้อยละ 70		
R12	P2	U4	อัตราความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ในการได้รับจัดสรรเงินจากกองทุนสุขภาพตำบลร้อยละ100		
R12	P3	อัตราความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า \geq ร้อยละ 99.80 %			
R12	P3	U1	อัตราความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอำเภอเลิงนกทา \geq 99.80%		
R12	P3	U2	อัตราความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตำบลสวาท \geq 99.80%		
R12	P3	U2	I1	อัตราความครอบคลุมบัตรทองตามผลงานตำบลสวาท \geq 99.80%	
R12	P3	U2	I2	ร้อยละความถูกต้องของการบันทึกข้อมูลขึ้นทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพ \geq 99.70 %	
R12	P3	U2	I3	ร้อยละของประชาชน มีการรับรู้เรื่องสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพ \geq 80 %	
R12	P3	U2	I4	อุบัติการณ์ขึ้นทะเบียนผลการ	
R12	P3	U2	I5	อัตราเรื่องร้องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพได้รับการแก้ไข 100 %	
R12	P3	U2	I6	อัตราที่ลงสิทธิผิด / ไม่ถูกต้องใน โปรแกรม Hos xp (ผู้ป่วยใน)	
R12	P3	U2	I7	อัตราที่ลงสิทธิผิด / ไม่ถูกต้องใน โปรแกรม Hos xp (ผู้ป่วยนอก)	
R12	P3	U2	I8	อุบัติการณ์ที่เรียกเก็บเงินผู้ป่วย โดยไม่ถูกต้องตามสิทธิประโยชน์	
R12	P3	U2	I9	อัตราที่ได้รับการ Claim code ในสิทธิ์ว่าง และเด็กแรกเกิด ร้อยละ 100	

Roadmap13:ระดับความสำเร็จในการบรรลุผลสัมฤทธิ์ในการพัฒนาสารสนเทศสุขภาพ

กลยุทธ์การปรับปรุงองค์กร (WT)				เพิ่มประสิทธิภาพการจัดการสารสนเทศเครือข่ายบริการสุขภาพ			
รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัด			ผู้รับผิดชอบ
R	P	U	I				
R13	ระดับความสำเร็จในการบรรลุผลสัมฤทธิ์ในการพัฒนาสารสนเทศสุขภาพ						
R13	P1	ประสิทธิภาพการใช้สารสนเทศ เพื่อการบริหารจัดการในระบบสุขภาพ ร้อยละ 90					
R13	P1	U1	อัตราฐานข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ร้อยละ 100				
R13	P1	U1	I1	อัตราฐานข้อมูลความท้าทายถูกต้องครบถ้วนทันเวลาร้อยละ 100			
R13	P1	U1	I2	อัตราฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ถูกต้องครบถ้วนทันเวลา ร้อยละ 100			
R13	P1	U1	I3	อัตราฐานข้อมูล 43 แฟ้มงานถูกต้องครบถ้วนทันเวลาร้อยละ 90			
R13	P1	U2	อัตราความพร้อมใช้ของระบบคอมพิวเตอร์และการสื่อสารร้อยละ90				
R13	P1	U2	I1	อัตราความพร้อมใช้ของระบบ HARD Ware ร้อยละ 100			
R13	P1	U2	I2	อัตราความพร้อมใช้ของระบบ Soft Ware ร้อยละ100			
R13	P1	U2	I3	อัตราความพร้อมใช้ของเครื่องมือการสื่อสารร้อยละ90			
R13	P1	U3	อัตราการนำเสนอสารสนเทศเพื่อการตัดสินใจ ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ร้อยละ80				
R13	P1	U3	I1	อัตราการวิเคราะห์ข้อมูล ถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา ร้อยละ100			
R13	P1	U3	I2	อัตราการนำเสนอสารสนเทศ ถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา ร้อยละ 100			
R13	P2	อัตราการเรียนรู้สารสนเทศสุขภาพที่สำคัญ ร้อยละ60					
R13	P2	U1	อัตรากลุ่มป่วยในโรคที่สำคัญ 5 กลุ่มโรค รับรู้สารสนเทศ ร้อยละ 60				
R13	P2	U2	อัตรากลุ่มเสี่ยงในโรคที่สำคัญ 5 กลุ่มโรค รับรู้สารสนเทศ ร้อยละ60				

⑧ โครงการบูรณาการและแผนปฏิบัติการ