

ขั้นที่ 1 การจัดอันดับโรคและกลุ่มโรค

โรค	กลุ่มโรค	เกณฑ์การจัดอันดับโรคและกลุ่มโรค																		รวมคะแนน	ร้อยละ	ลำดับโรค
		Risk			Cost			Volume			Policy			โรคที่ต้องประสานงานกัน สูงเป็นพิเศษ			โรคที่มีผลลัพธ์การ รักษาที่ไม่ดี					
		น้ำหนัก	คะแนน	คะแนนที่ได้	น้ำหนัก	คะแนน	คะแนนที่ได้	น้ำหนัก	คะแนน	คะแนนที่ได้	น้ำหนัก	คะแนน	คะแนนที่ได้	น้ำหนัก	คะแนน	คะแนนที่ได้	น้ำหนัก	คะแนน	คะแนนที่ได้			
MI		30	5	150	20	5	100	20	4	80	20	5	100	5	5	25	5	4	20	475	95	1
DM		30	3	90	20	4	80	20	5	100	20	5	100	5	5	25	5	2	10	405	81	4
HT		30	3	90	20	4	80	20	5	100	20	5	100	5	2	10	5	2	10	390	78	6
STROKE		30	5	150	20	4	80	20	2	40	20	5	100	5	2	10	5	5	25	405	81	4
CKD		30	4	120	20	5	100	20	3	60	20	5	100	5	2	10	5	2	10	400	80	5
FX		30	2	60	20	3	60	20	2	40	20	3	60	5	5	25	5	2	10	255	51	19
TEENAGE		30	4	120	20	3	60	20	3	60	20	5	100	5	2	10	5	5	25	375	75	9
PRETERM		30	3	90	20	2	40	20	3	60	20	2	40	5	5	25	5	2	10	265	53	18
BA		30	5	150	20	4	80	20	1	20	20	5	100	5	2	10	5	4	20	380	76	8
PPH		30	3	90	20	3	60	20	1	20	20	3	60	5	5	25	5	2	10	265	53	16
ฟันผุ		30	2	60	20	3	60	20	4	80	20	3	60	5	2	10	5	2	10	280	56	15
เหงือกอักเสบ		30	2	60	20	3	60	20	4	80	20	2	40	5	3	15	5	2	10	265	53	17
DHF		30	4	120	20	4	80	20	4	80	20	5	100	5	5	25	5	2	10	415	83	3
TB		30	4	120	20	4	80	20	2	40	20	3	60	5	4	20	5	5	25	345	69	12
COPD		30	4	120	20	4	80	20	3	60	20	3	60	5	2	10	5	3	15	345	69	11
ASTHMA		30	3	90	20	4	80	20	3	60	20	3	60	5	2	10	5	2	10	310	62	14
HT		30	3	90	20	4	80	20	5	100	20	5	100	5	2	10	5	2	10	390	78	6
PSYCHO		30	3	90	20	3	60	20	3	60	20	5	100	5	5	25	5	5	25	360	72	10
HIV		30	3	90	20	5	100	20	3	60	20	2	40	5	4	20	5	5	25	335	67	13
HI		30	5	150	20	5	100	20	5	100	20	3	60	5	5	25	5	4	20	455	91	2

สรุปผลการจัดกลุ่มโรคและโรค ด้วยการใช้เกณฑ์การจัดอันดับโรคและกลุ่มโรค ด้วยเกณฑ์ (1) Risk : เน้นสรุปผล RSQ ต่อยอดจากผลงานปีงบประมาณ พ.ศ.2558 เน้นพิเศษระดับ G - H - I (2) Cost : เน้น Total Cost รายโรค รพ.สต.+ OPD + IPD เน้นพิเศษ ค่ายาและค่าตรวจทดสอบประกอบการวินิจฉัยโรค (3) Volume : เน้นการเปลี่ยนแปลง Visit /Re-visit /Re-admit ฯลฯ เน้นพิเศษอัตราการเจ็บป่วย อัตราการป่วยตาย อัตราการตาย (4) Policy : นโยบายสาธารณสุขปี 59 เขตสุขภาพ สสจ. เน้นพิเศษปัญหาเฉพาะเจาะจงของพื้นที่ (5) โรคที่ต้องประสานงานสูงเป็นพิเศษ และ (6) โรคที่มีผลลัพธ์จากการดูแลรักษาที่ไม่ดี รวมถึงโรคที่มีศักยภาพในการดูแลรักษา

①กลุ่มโรคเรื้อรัง	②กลุ่มโรคติดเชื้อ	③กลุ่มโรคแม่และเด็ก	④กลุ่มโรคทันตสาธารณสุข	⑤กลุ่มโรคฉุกเฉิน
<ul style="list-style-type: none"> <li>- โรคเบาหวาน (Diabetic Mellitus : DM)</li> <li>- โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension : HT)</li> <li>- โรคไต/ภาวะไตวายเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease : CKD)</li> <li>- โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease : COPD)</li> <li>- โรคจิตเภท (Schizophrenia)</li> <li>- โรคหอบหืด (Asthma)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- โรควัณโรค (Tuberculosis :TB)</li> <li>- ติดเชื้อ HIV&amp;AIDS</li> <li>- โรคไข้เลือดออก (Dengue hemorrhagic fever : DHF)</li> <li>- ภาวะการติดเชื้อ (Sepsis)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (Teenage Pregnancy)</li> <li>ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด (Birth Asphyxia : BA)</li> <li>ภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum hemorrhage : PPH)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>โรคฟันผุ</li> <li>โรคเหงือกอักเสบ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (myocardial infarction : MI)</li> <li>โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)</li> <li>บาดเจ็บทางศีรษะ (Head Injuries)</li> </ul>

## ขั้นที่ 2 การวิเคราะห์ TOWS Analysis

ตารางวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก			
ปัจจัยภายนอก	ประเด็น	โอกาส (ความได้เปรียบ) O	ภาวะคุกคาม (ความท้าทาย) T พฤติกรรมของคนเทพสถิต
ประชากร	5 กลุ่มวัย -ผู้สูงอายุ		มีจำนวนผู้สูงอายุมากและมีโรคเรื้อรังมากขึ้นและขาดผู้ดูแล ตัดบ้านติดเตียง มีภาระเพิ่มขึ้น เช่น การดูแลหลาน การดูแลตนเอง(พฤติกรรมสุขภาพ)ไม่เหมาะสม เช่น สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า ไม่รับยาตามนัด การเคี้ยวหมากเสี่ยงต่อ CAช่องปาก, กินยา,ฉีดยาDMไม่ถูกต้อง
	-วัยรุ่น		Teenage pregnancy สูง (18%) ปัญหาเรื่องการคุมกำเนิด (safe sex) ลดลง ร่วมกับ อุบัติการณ์การติดเชื้อ HIV ใน teenage เพิ่มขึ้น
	-ต่างด้าว		ผู้ใช้แรงงานต่างด้าวเพิ่มขึ้น(เขมรและลาว)มาทำงานไร้สัมกับโรงงานถั่วและ แต่งงานกับคนไทย(มีผลต่อระบบหลักประกันสุขภาพ)ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพ
	-นักท่องเที่ยว		นักท่องเที่ยวมาท่องเที่ยวเทศกาลดอกกระเจียวบานทำให้เกิดอุบัติเหตุเพิ่มขึ้น มีผลต่อคำรักษาพยาบาล (พรบ.)บางครั้งต้องค้างชำระคำรักษาที่ทางโรงพยาบาล
สังคม	-การตั้งถิ่นฐาน		เนื่องจากมีปัญหาเรื่องระยะทางอยู่ห่างไกลมีผลต่อการเข้าถึงบริการทั้งทาง รพสต.และโรงพยาบาล คนไข้อยู่ในพื้นที่รอยต่อ เช่น หนองบัวระเหว ภูคคีชุมพล บำเหน็จณรงค์ ชับใหญ่ มีผลต้องตามไปจ่าย
	-ความเชื่อ,วัฒนธรรม, ประเพณี	หมู่บ้านรักษาดีล 5 เป็นตัวอย่างในการลดปัญหาสุขภาพที่สำคัญ เช่น ด่าน ชุมชนเมาไม่ขับ,ศูนย์สร้างเมา	การกินยาสมุนไพรรักษานี้
	-โครงสร้างอำนาจทางสังคม (ภาคีเครือข่าย)	ศูนย์เมตตาธรรมวังตาทำวตั้งศูนย์กู้ชีพ EMS อบต. นายากลัก เป็นองค์กรหลักในการบริหารชมรมผู้สูงอายุ อบจ.ชัยภูมิ สนับสนุนกายอุปกรณ์ให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้พิการ	
	-โครงสร้างอำนาจทางสังคม	- กองทุนตำบลสนับสนุนงบประมาณในการสร้างสุขภาพ	(3ก)กรรมการ-กองทุน-การบริหารจัดการ ยังไม่เข้มแข็งในการบริหารจัดการ

ตารางวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก			
ปัจจัยภายนอก	ประเด็น	โอกาส (ความได้เปรียบ) O	ภาวะคุกคาม (ความท้าทาย) T พฤติกรรมของคนเทพสถิต
			<p>ปัญหาสุขภาพในพื้นที่</p> <p>เครือข่ายชมรม อสม และ แกนนำสุขภาพในพื้นที่ยังไม่เข้มแข็ง</p> <p>ไม่มีคณะกรรมการที่ปรึกษาและพัฒนาโรงพยาบาล</p>
	-สิ่งแวดล้อม		<p>มีการใช้ปุ๋ยจากซีเมนต์ทำให้เกิดแหล่งเพาะพันธุ์แมลงวันและส่งกลิ่นเหม็นเสี่ยงต่อ Diarrhea</p> <p>ฝุ่น กลิ่น น้ำเสียจากลานมันส่งผลต่อ Asthma เกิดเหตุรำคาญส่งกลิ่นเหม็น บ้านเรือนรกรุงรัง,บ้านร้าง,ขยะ,น้ำขัง,ป่า เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย</p> <p>ถนนสาย 205 (ช่วงวะตะแบก-หนองจะบก)มีลักษณะแคบ,ไม่มีไหล่ทาง,เสี่ยงต่ออุบัติเหตุทางถนน</p> <p>มีจุดตัดรถไฟ ที่ไม่มีที่กั้นรถไฟส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุ</p> <p>วิद्यชุมชน มีการโฆษณาชวนเชื่อ</p> <p>การขายสินค้าในตลาดนัดยังขาดการควบคุมความปลอดภัยของผู้บริโภค</p> <p>รถเร่ขายอาหารและเครื่องดื่มมีจำนวนมากและยังขาดการควบคุมตรวจสอบ</p> <p>สารปนเปื้อนในอาหาร ซึ่งอาจเกิดโรคและภัยตามมา เช่น อุจจาระร่วง อาหารเป็นพิษ เบาหวาน เป็นต้น</p>
<b>เศรษฐกิจ</b>		<p>ในช่วงเทศกาลดอกกระเจียว ชาวบ้านมีรายได้เพิ่มมากขึ้น มีความสามารถในการเข้าถึงบริการ เช่น มีเงินเหมารถมาโรงพยาบาล</p> <p>มีแหล่งจ้างงาน เช่น รีสอร์ท,กักหั่นลม,ทำไร่ ทำให้ประชาชน ในพื้นที่มีงานทำ</p> <p>มีรายได้สามารถเข้าถึงเครื่องมือสื่อสาร(โทรศัพท์)ทำให้ติดต่อสื่อสารได้ดี</p> <p>สามารถเข้าถึงบริการได้เร็วขึ้น</p>	<p>ผู้ที่ประกอบอาชีพทำไร่ ไร่มัน,ไร่อ้อย,ข้าวโพด,พริก มีการใช้ยาฆ่าแมลงและยาฆ่าหญ้าทำให้ผู้ป่วยผิวหนัง,วิงเวียน,อาเจียน,พบปริมาณสารเคมีตกค้างในเลือดสูง ทำให้มีผู้มีความคิดฆ่าตัวตาย สามารถนำยาฆ่าแมลง ฆ่าตัวตายได้ง่ายและสำเร็จ</p> <p>ไปจับไก่ที่ฟาร์มไก่ (ทำงานที่ต่างจังหวัด) และไปตัดอ้อยส่วนใหญ่จะขาดยาในโรคเรื้อรัง,เป็นโรคผิวหนัง,ใช้สารเสพติดเพื่อทำให้ทำงานได้มากขึ้น ใช้เครื่องดื่มชูกำลัง น้ำหวาน กาแฟ เกิดโรคติดต่อ เช่น ไข้เลือดออก, HIV,</p>

ตารางวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก			
ปัจจัยภายนอก	ประเด็น	โอกาส (ความได้เปรียบ) O	ภาวะคุกคาม (ความท้าทาย) T พฤติกรรมของคนเทพสถิต
			ใช้หวัดใหญ่, ANCไม่ต่อเนื่อง, ตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อม
การเมือง	-นโยบายภาครัฐและนโยบายกระทรวง	มี service plan 13 สาขาหลักส่งผลให้เกิดการเข้าถึงบริการที่ปลอดภัยในโรคฉุกเฉินที่สำคัญ ในผู้สูงอายุและผู้พิการได้รับการดูแลและการทำให้มีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้น	
	-ประชากร	มีประชากรจำนวนมากทำให้มีรายได้(UC)เพิ่มมากขึ้น นโยบายส่งเสริมให้พัฒนาMIS(management information system) เตรียมการเพื่อให้เกิด information center นโยบาย DHS ส่งผลต่อระบบการป้องกันควบคุมโรค(DHF)อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง	หน่วยกู้ชีพพื้นฐานเทศบาลตำบลละตะแบกไม่มีเจ้าหน้าที่
เทคโนโลยี		กระทรวงสาธารณสุข สนับสนุนนโยบายคุณภาพ(DHS,PCA,QA,HA)ทำให้สถานพยาบาลเร่งรัดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง(รพช.เทพสถิต และเครือข่าย) Line , facebook ทำให้มีการสร้างกลุ่มเครือข่ายงาน ง่ายต่อการสื่อสารและสางต่อข้อมูลพื้นฐานเบื้องต้น เช่นกลุ่ม อสม. กลุ่มควบคุมโรค กลุ่มโรงเรียน กลุ่ม EMT เป็นต้น	การสื่อสารข้อมูลบางสื่อ เช่น facebook ส่งผลเสียต่อภาพลักษณ์องค์กร หากผู้รับบริการไม่พึงพอใจในบริการ

ตารางวิเคราะห์ปัจจัยภายใน			
ปัจจัยภายใน	ประเด็น	จุดแข็ง (S) ความได้เปรียบ	จุดอ่อน (W) โอกาสในการปรับปรุงและพัฒนา
1.การนำองค์กร	1.1 การนำองค์กรโดยมีผู้นำระดับสูง	ผู้บริหารในระดับสูงมีวิสัยทัศน์ในการพัฒนาคุณภาพ ผู้บริหารในระดับสูงสนับสนุนการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ สวยงามทำให้ รพ.เกิดทัศนียภาพที่สวยงาม รพ.นำอยู่ นำทำงาน	ขาดการถ่ายทอดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ไปยังบุคลากรในระดับ ต่างๆ ยังขาดความครอบคลุมทุกกลุ่ม ขาดการสร้างแรงจูงใจและการให้รางวัลในการทำงาน และยังไม่มีติดตามกำกับการทำงานตามKPI

ตารางวิเคราะห์ปัจจัยภายใน			
ปัจจัยภายใน	ประเด็น	จุดแข็ง (S) ความได้เปรียบ	จุดอ่อน (W) โอกาสในการปรับปรุงและพัฒนา
	1.2 การกำกับดูแลและความรับผิดชอบต่อสังคมในภาพใหญ่	การจัดการซื้อเครื่องเรียนได้ในระยะเวลาที่กำหนด โดยความร่วมมือกันของ ภาคีเครือข่าย เช่น คปสอ. อปท. ทั้ง 6 แห่ง ในอำเภอเทพสถิต ปกครองอำเภอ ผู้นำชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน และอสม.	ระบบบำบัดน้ำเสียไม่มีการควบคุมคุณภาพก่อนปล่อยสู่ชุมชน (ตามเกณฑ์มาตรฐาน)
2.การวางแผนกลยุทธ์	2.1 การจัดทำกลยุทธ์	ผลลัพธ์ของงานนโยบายอยู่ในระดับปานกลางถึงดี	รพ.ขาดแผนการพัฒนาคุณภาพในระยะยาว
	2.2 การถ่ายทอดกลยุทธ์เพื่อนำไปปฏิบัติ		กกบ. ยังขาดการถ่ายทอด พุดคุย แนวทางการปฏิบัติงานตามแผนกลยุทธ์ให้ผู้ปฏิบัติเข้าใจได้ทุกระดับ
3.การมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน	3.1 ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยและผู้รับผลงาน		
	3.2 ความสัมพันธ์และความพึงพอใจของผู้รับผลงาน	การเงินการคลังมีเสถียรภาพติดต่อกันหลายปี	ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการลดลง มีข้อร้องเรียนหนักและรุนแรงเกิดขึ้นต่อเนื่องทุกปี ไม่มีการติดตามลูกหนี้ค้างชำระทุกประเภท
	3.3 สิทธิผู้ป่วย		การปกปิดความลับของผู้ป่วย และการเข้าถึงข้อมูลของผู้ใช้บริการ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา/การเปลี่ยนสถานพยาบาล/ขั้นตอนการให้บริการ/เลือกผู้ให้บริการได้
4.การวัดวิเคราะห์และการจัดการความรู้	4.1 การวัดวิเคราะห์และการจัดการความรู้		ไม่มีการวิเคราะห์ ติดตาม จัดการความรู้
	4.2 การจัดการสารสนเทศ ความรู้ และเทคโนโลยีสารสนเทศ	มีงบประมาณในการจัดหาอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ และระบบโปรแกรมที่สนับสนุนการปฏิบัติงานอย่างเพียงพอ	ระบบการจัดการความรู้ ไม่มีการจัดการที่เป็นระบบ อุปกรณ์ที่ต้องการไม่มีคุณภาพ ระบบของเครือข่ายไม่เสถียรเช่น IP ขนกันบ่อยครั้ง ระบบ HOS xp ล้มบ่อยครั้ง และเจ้าหน้าที่ไม่มีความรู้ที่เพียงพอในการจัดการ
5.การมุ่งเน้นบุคลากร	5.1 ความผูกพันของบุคลากร		ระดับความผูกพันในองค์กรอยู่ในระดับต่ำ เช่น บุคลากรขาดสวัสดิการ แรงจูงใจในการทำงาน การยกย่องบุคลากรที่ปฏิบัติงานดีเด่น ค่าตอบแทนที่ไม่เหมาะสม ไม่มีการจัดกิจกรรมเพื่อการสร้างความสัมพันธ์ในองค์กร เงินสวัสดิการของโรงพยาบาลน้อย

ตารางวิเคราะห์ปัจจัยภายใน			
ปัจจัยภายใน	ประเด็น	จุดแข็ง (S) ความได้เปรียบ	จุดอ่อน (W) โอกาสในการปรับปรุงและพัฒนา
			<p>การไม่เข้าร่วมกิจกรรมของ ผอ. ไม่มีการจัดการเพื่อให้เกิดวัฒนธรรมที่ดีขององค์กร</p>
	5.2 สภาพแวดล้อมของบุคลากร	<p>มีการตรวจสอบสุขภาพประจำปีของบุคลากรทุกปี ตรวจสอบสุขภาพแรกเข้าทำงานของเจ้าหน้าที่</p>	<p>อัตรากำลังของสาขาวิชาชีพยังไม่เพียงพอตามภาระงานในการจัดการโรคที่สำคัญ แผนพัฒนาบุคลากรด้านสมรรถนะเฉพาะ (specific competency) ยังไม่สอดคล้องกับการให้บริการในโรคที่สำคัญ รวมถึงการให้บริการให้บริการผ่าตัดทางศัลยกรรม อัตราการ turnover rate สูง ห้องคลอดอยู่ติดโรงเก็บออกซิเจน คลินิกโรคเรื้อรังอยู่ไกล ห้องฉุกเฉินคับแคบ ไม่มีห้องสังเกตอาการผู้ป่วย ห้องประเมินพัฒนาเด็ก ANC คลินิกนมแม่คับแคบ ห้อง PV + d&amp;c คับแคบ ห้องเก็บ server ไม่มี คนไข้และญาติไม่มีที่พักส่งเสียงรบกวนการทำงานของงานอื่น</p>
6.การจัดการกระบวนการ	6.1 สสจ. (ระบบสนับสนุน) ด้านบริหาร	<p>มีทีมนิเทศจาก สสจ. เข้ามานิเทศงานให้กับ รพ ปีละ 2 ครั้ง และมีการติดตามกำกับนิเทศเฉพาะงาน เช่น NCD อนามัยสิ่งแวดล้อม SRRT</p>	<p>มีแนวทางการบริหารจัดการด้านกระบวนการแต่ไม่ได้รับการแก้ไขหรือรับข้อเสนอแนะจาก สสจ. เพื่อยุติหรือแก้ไข ปัญหา ไม่ได้มีการบูรณาการงานต่าง ๆ จาก สสจ. ตัวชี้วัดและ service เปลี่ยนแปลงบ่อยและไม่ชัดเจน การขอข้อมูลตัวนเกิดขึ้นบ่อยครั้ง ประเมินบ่อย</p>

ตารางวิเคราะห์ปัจจัยภายใน			
ปัจจัยภายใน	ประเด็น	จุดแข็ง (S) ความได้เปรียบ	จุดอ่อน (W) โอกาสในการปรับปรุงและพัฒนา
	ด้านวิชาการ	สสจ สนับสนุนวิชาการการประชุมวิชาการ / ประชุมเชิงปฏิบัติการตามงานต่าง ๆ	ไม่มีการบูรณาการงานวิชาการงานต่าง ๆ เข้าด้วยกัน ประชุมบ่อยครั้งจากงาน ๆ เดียว
	6.2 สสอ. ด้านบริหาร	คปสอ เอื้อต่อการจัดการงบประมาณ ให้แต่ละ รพสต สามารถบริหารจัดการงบประมาณเองได้	ขาดการประสานงานข้อมูลระหว่าง สสอ กับ รพ ข้อมูลสารสนเทศของ สสอ และ รพ ไม่เชื่อมต่อกัน โดยเฉพาะโปรแกรม HOSxp ไม่มีการวิเคราะห์ข้อมูลของแม่ข่าย
	ด้านวิชาการ	มีการบูรณาการงานวิชาการเช่น การซ่อมแผนอุบัติเหตุ หมู่ การช่วยฟื้นคืนชีพ ร่วมกันทั้ง คปสอ	CPG ไม่ครบถ้วนทุกโรคที่สำคัญ ไม่มีการทบทวนการดูแลผู้ป่วยที่รับส่งต่อร่วมกันระหว่าง สสอ และ รพ
	6.3 กลุ่มงานบริหารทั่วไปและกลุ่มงาน พบส. ระบบสนับสนุนด้านบริหาร		ไม่มีนักจัดการ (พ่อบ้าน) การบริหารงานล่าช้า เช่น งานสารบรรณหนังสือราชการล่าช้า การเบิกพัสดุ สำนักงาน งานการเงินการเบิกจ่ายไม่ทันเวลาเช่น การเบิกเงินตกเบิก การเงินยืมเงินโครงการทำได้ยาก เงินยืมต่าง ๆ แนวทางการปฏิบัติในงานบริหารไม่สื่อสารให้ผู้ปฏิบัติเข้าใจและสามารถปฏิบัติได้เช่น การเขียนเบี้ยเลี้ยงประชุม การบริการถ่ายเอกสาร การค้นหาหนังสือราชการ การรับส่งแฟกซ์ ระบบการจัดการเอกสาร จดหมาย ไม่มีระเบียบ การบริหารคนไม่เหมาะสมกับงาน
	6.4. ระบบงานสำคัญ		
	6.4.1 การบริหารความเสี่ยง,ความปลอดภัยและคุณภาพ		ระบบการควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยงยังทำได้ไม่ดี ระบบการจัดการความเสี่ยงยังไม่ชัดเจนและล่าช้าช่องทางในการรายงานและการจัดการแก้ไขปัญหาตามงานซ้ำ



ตารางวิเคราะห์ปัจจัยภายใน			
ปัจจัยภายใน	ประเด็น	จุดแข็ง (S) ความได้เปรียบ	จุดอ่อน (W) โอกาสในการปรับปรุงและพัฒนา
			ขาดการรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ความเสี่ยงในแต่ละหน่วยงานร่วมกัน CPG และ CNPG ยังไม่ครอบคลุมทุกโรคที่สำคัญ การจัดเก็บถึงออกซิเจนไม่ถูกต้องตามหลักมาตรฐานความปลอดภัย
	6.4.2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ		มีแผนการนิเทศแต่ขาดการนิเทศ กำกับ ติดตาม เช่น หัวหน้างานไม่ได้กำกับ นิเทศงานจากงานประจำ
	6.4.3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วยและความปลอดภัย	ทำเลที่ตั้งอาคาร สถานที่ เหมาะสมให้เป็น healing environment(สิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยา ปลอดภัย สุขสบาย)green hospital และการประหยัดพลังงาน (ENV)	ระบบบำบัดน้ำเสียยังไม่ผ่านเกณฑ์ (ENV) ความปลอดภัยของสถานที่ไม่เหมาะกับการดูแลผู้ป่วยเช่น สายไฟไม่เป็นระเบียบ โรงเก็บออกซิเจนอยู่ใกล้ห้องคลอด การจัดเก็บที่ไม่ได้มาตรฐาน ทางต่างระดับลาดชันมาก มี ทรัพย์สินของผู้ป่วยและญาติหาย ทรัพย์สินทางราชการหาย ไม่มีเวร รปภ ในเวลาราชการ ไม่มีการตรวจสอบความปลอดภัยของโครงสร้างอาคาร สถานที่และการซ่อมแผนอัคคีภัย พื้นที่รอบอาคารมีขยะ และสกปรก น้ำเสียและมีกลิ่นเหม็น
	6.4.4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลมีแนวโน้มลดลง(IC)	การกำกับติดตามการให้บริการยังไม่ต่อเนื่องทำให้เกิด อุบัติการณ์การเกิดเข็มทิ่ม(IC) การนำแนวทางสู่ผู้ปฏิบัติไม่ครบถ้วนเช่น hand hygiene การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ไม่มีห้องคัดกรองแยกโรค ห้องแยกโรคใช้ไม่ได้ในหอ ผู้ป่วยใน สถานที่สำหรับคลินิกโรคติดเชื้อยังใช้ร่วมกับคลินิกโรค เรื้อรังอื่น
	6.4.5 ระบบเวชระเบียน	อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนมีแนวโน้มดีขึ้น เรื่อยๆทั้ง OPD และ IPD	การสรุปโรคมีความล่าช้าและไม่ครบถ้วนตามแนวทาง มาตรฐาน

ตารางวิเคราะห์ปัจจัยภายใน			
ปัจจัยภายใน	ประเด็น	จุดแข็ง (S) ความได้เปรียบ	จุดอ่อน (W) โอกาสในการปรับปรุงและพัฒนา
			การบันทึกเวชระเบียนไม่สอดคล้องกับสหสาขาวิชาชีพ การเข้าถึงข้อมูลความปลอดภัยเวชระเบียนของบุคลากร ในโรงพยาบาล และการขอประวัติการรักษาของผู้ป่วยและ ญาติ ผู้ป่วยหนึ่งคนมีหลาย HN type ประชากรยังไม่ถูกต้อง สิทธิการรักษาของผู้ป่วยยังไม่ถูกต้อง ประวัติการรักษาของผู้ป่วยไม่ได้ scene
	6.4.6 ระบบจัดการด้านยา	ไม่พบผู้ป่วยที่แพ้ยาซ้ำในระบบการให้บริการของ โรงพยาบาล ความคลาดเคลื่อนทางยาต่ำ ยาเบาหวาน ความดันมีจำนวนยาพอเพียงและพร้อมใช้ มีระบบการกระจายวัคซีนที่เหมาะสมให้แก่ รพสต.	stock ยาเกินความจำเป็นในจุดบริการ ER, ward ไม่มีระบบยา first in – first out ความคลาดเคลื่อนทางยาของหน่วยงานย่อยไม่มีการ จัดเก็บหรือรายงานข้อมูล โรงพยาบาลไม่ทราบข้อมูลการใช้ยาของ รพสต. การใช้ยา ในโรงพยาบาลและ รพสต.ไม่เชื่อมโยงกัน ยังไม่วางระบบ HAD เช่นการติดตามการใช้ยา SK antibiotic smart use มีการใช้ยาเกินความจำเป็นทำให้ เกิดเชื้อดื้อยา
	6.4.7 การตรวจทดสอบประกอบการวินิจฉัยโรคและ บริการที่เกี่ยวข้อง	LAB รังสี เครื่องมือพิเศษ ห้อง x-ray ได้รับมาตรฐานสาธารณสุข 58-60 การ x-ray ใช้น้อยลง ห้อง LAB ผ่านมาตรฐาน LA	การตรวจสอบมาตรฐานของเครื่องมือบางชนิดไม่ผ่าน ขาดความรู้และทักษะของผู้ใช้เครื่องมือ
	6.4.8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ	ทีม SRRT ของ รพ ควบคุมโรคได้ตามระยะเวลาที่ กำหนด เช่น การควบคุมโรคไข้เลือดออก ไข้หัด ไข้หวัด	ไม่มีการซ้อมแผนเพื่อเตรียมรับภัยสุขภาพ ทีม SRRT ของตำบล (สสอ) ไม่มีผู้รับผิดชอบงาน
	6.4.9 การทำงานร่วมกับชุมชน	โครงสร้างชุมชนชัดเจนมีหมอบรรอบครัวประจำ หมู่บ้าน การดูแลสุขภาพของประชาชนในหมู่บ้านดีขึ้น สามารถเข้าถึงบริการ รับทราบข้อมูลสุขภาพได้ง่ายขึ้น	ข้อมูลสุขภาพชุมชนไม่ครบ เช่น บัญชี 1 ไม่มีการประเมินความต้องการและศักยภาพของชุมชน (ขาดการวินิจฉัยชุมชน) เช่น

ตารางวิเคราะห์ปัจจัยภายใน			
ปัจจัยภายใน	ประเด็น	จุดแข็ง (S) ความได้เปรียบ	จุดอ่อน (W) โอกาสในการปรับปรุงและพัฒนา
		เกิดความร่วมมือระหว่าง อสม กำนัน ผญบ อบต ที่ดี งานอนามัยครอบครัวผ่านอำเภออนามัยเจริญพันธุ์แห่งเดียวของจังหวัดชัยภูมิ จากความร่วมมือกันระหว่าง โรงเรียน อบต และชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่น	-การส่งเสริมสุขภาพกลุ่ม/ชมรม ในกลุ่มปกติยังไม่ดี -ไม่มีการสรุปและประเมินภาวะสุขภาพ -ไม่มีการออกแบบและวางแผนสุขภาพในชุมชน การให้บริการสุขภาพยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย เช่น pap smear LTC -ไม่มียานพาหนะพาออกเยี่ยมชุมชน -ไม่มีการทำประชาคมหมู่บ้านเรื่องสุขภาพ (ขาดการวินิจฉัยชุมชน)
	6.5 กระบวนการดูแลผู้ป่วย		
	1. การเข้าถึงและการรับบริการ	มีระบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคแบบ one stop service เช่น DM, HT, OSCC, Wafarin, TB มีทีมสหสาขาวิชาชีพออก ศสช. จำนวน 8 แห่ง ทีมกู้ชีพฉุกเฉิน 31 และเมตตาธรรมวังตาทำนำส่งผู้ป่วยวิกฤตสีแดงเพิ่มขึ้น 100%	ไม่กำหนดระดับการเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วย โดยเฉพาะข้อมูลสำคัญในผู้ป่วย HIV และผู้ป่วยที่ตรวจสารเสพติด ยังไม่มีแนวทางการให้ข้อมูลผู้ป่วยที่ admit one stop service ยังไม่ครอบคลุมทุกกลุ่มโรค ระยะเวลารอคอยยังไม่ผ่านตามเกณฑ์ ไม่มีพยาบาลคัดกรองในจุดบริการ
	2. การประเมินผู้ป่วย	-Lab ตรวจได้ทุกระบบและสามารถรายงานค่าวิกฤตได้ทันเวลา	การวินิจฉัยโรคล่าช้าและวินิจฉัยโรคไม่ถูกต้องในกลุ่มโรค MI และ Abdomen ขาดการบันทึกในเวชระเบียนและการประเมินผู้ป่วยในกลุ่มโรคสำคัญ ไม่มี lab นอกเวลา ไม่มีเกณฑ์การ admit ผู้ป่วย ไม่มีการประเมินอาการผู้ป่วยร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ
	3. การวางแผนการดูแลผู้ป่วย	ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยก่อนการจำหน่ายกลับบ้านโดยทีมวิชาชีพเภสัชกร กายภาพบำบัด พยาบาล สอน caregiver มีอุปกรณ์สนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยเฉพาะกลุ่มโรค COPD และ ผู้ป่วยที่มีอุปกรณ์	ขาดการประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ เรื่องการวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยในแต่ละราย ไม่ครอบคลุมกลุ่มโรคสำคัญ

ตารางวิเคราะห์ปัจจัยภายใน			
ปัจจัยภายใน	ประเด็น	จุดแข็ง (S) ความได้เปรียบ	จุดอ่อน (W) โอกาสในการปรับปรุงและพัฒนา
		<p>ติดตัวและเคสที่มีการ readmit บ่อยครั้ง</p> <p>มีการส่งข้อมูลย้อนกลับให้กับผู้ปฏิบัติงานในการติดตามผู้ป่วยที่บ้าน</p>	<p>ขาดการกำหนดแนวทางการจำหน่ายในแต่ละกลุ่มโรค</p> <p>ไม่มีโภชนาการในการสอนทำอาหารให้กับผู้ป่วยที่ต้องใช้อาหารปั่น</p>
	4. การดูแลผู้ป่วย	<p>จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ฟันปลอมเกินเป้าที่จังหวัด</p> <p>กำหนดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในด้านการบดเคี้ยวดีขึ้น</p> <p>มีความพร้อมในการให้บริการผู้ป่วยสแต็ปโตรโคเนสที่ใช้ยา และในผู้ป่วย STEMI</p> <p>พัฒนาระบบ early detect ของ รพสต.,รพช. ในผู้ป่วย MI ได้รวดเร็วขึ้น</p> <p>มีระบบการจ่ายยาผู้ป่วยเบาหวาน ความดัน ที่ รพสต. ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ง่าย สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันได้ดีขึ้น</p> <p>มีศักยภาพในการผ่าตัดใส่เส้น,ใส่ตั้ง,ริดสีดวง ได้</p> <p>ผู้ป่วย CKD สามารถควบคุมระดับการทำงานของไตผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด</p> <p>ผู้ป่วย COPD มีแนวโน้ม readmit และ revisit ภายใน 28 วันลดลงเนื่องจากมีคลินิก COPD และมีออกซิเจนให้ผู้ป่วยกลับไปที่บ้าน(7.2)</p> <p>ผู้ป่วยจิตเวชเข้าถึงบริการมากขึ้นด้วยความร่วมมือของภาคีเครือข่าย ได้แก่ ตำรวจ,ผู้ใหญ่บ้าน,อสม.,อบท (7.5)</p> <p>จำนวนผู้ป่วย HIV เข้ามาสู่คลินิกเพิ่มขึ้น รับยาต่อเนื่อง และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น</p> <p>อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงเมื่อเทียบกับค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี(ปี 59 ลดลง&gt;12)(ผลงาน 82.92%) HI(House container index),CI(ดัชนีลูกน้ำ</p>	<p>การให้บริการทางทันตกรรมในด้านป้องกันฟันผุยังไม่ครอบคลุม</p> <p>ระบบการคัดกรองผู้ป่วยที่มีความดันสูงซึ่งเสี่ยงต่อstroke ทีมผ่าตัด บุคลากรไม่เพียงพอส่งผลให้เคสผ่าตัดลดลงมากกว่า 5 ปี</p> <p>ผู้ป่วย stroke เข้าถึงบริการช้าเนื่องจากความรู้เรื่องโรค การคมนาคมที่ไม่สะดวกส่งผลให้ refer ช้า(7.5)</p> <p>คนไข้ในเขต อ.เทพสถิตมีแนวโน้มติดเชื้อ HIV</p> <p>การคัดกรองผู้ป่วย TB ยังไม่ครอบคลุมและผู้ป่วย TB ต้อ ยามาจากที่อื่น ไม่มียารักษาที่โรงพยาบาล</p> <p>ยังไม่ปฏิบัติตาม CPG ในการรักษาไข้เลือดออกและขาดการรายงานเคสโดยทีม PCT</p> <p>ระบบการประเมินซ้ำในผู้ป่วย head injury เน้นไปที่ mild,moderate,severe</p> <p>การวินิจฉัยล่าช้าในผู้ป่วยกระดูกหัก ทำให้เกิดความพิการ และผิดรูปของกระดูก เกิดข้อร้องเรียน</p> <p>MCH Board ของอำเภอเทพสถิตยังไม่มีกำหนดนโยบายและแนวทางการปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาต่อเนื่อง</p> <p>มีข้อร้องเรียนบริการการคลอดและการเสียชีวิต</p> <p>teenage pregnancy และหญิงตั้งครรภ์ไม่มาตรวจตามนัดฝากครรภ์ซ้ำทำให้มีการคลอดฉุกเฉินและคลอดก่อน</p>

ตารางวิเคราะห์ปัจจัยภายใน			
ปัจจัยภายใน	ประเด็น	จุดแข็ง (S) ความได้เปรียบ	จุดอ่อน (W) โอกาสในการปรับปรุงและพัฒนา
		<p>ยุ่งลาย)ลดลงจากการรณรงค์มีส่วนร่วมของภาคี เครือข่าย บ้าน,วัด,โรงเรียน</p> <p>ผู้ป่วย head injury มีการเข้าถึงบริการได้รวดเร็วขึ้น</p> <p>เนื่องจากมีความร่วมมือของ EMS มีความพร้อมมากขึ้น</p> <p>ระบบการดูแลก่อนคลอดและให้บริการการคลอดมีความปลอดภัยตั้งแต่ระยะตั้งครรถ์จนถึงหลังคลอด</p> <p>มีอุปกรณ์ช่วยชีวิตฉุกเฉินตามหน่วยงานต่างๆ ที่ไม่ใช่จุดบริการตลอดเวลา เช่น งานส่งเสริม คลินิกโรคเรื้อรังมีพร้อมใช้</p> <p>มี staff calling สำหรับเรียกทีมฉุกเฉินทุกจุดบริการ</p> <p>ห้องหลังคลอดแยกจากผู้ป่วยทั่วไป</p> <p>มีอุปกรณ์ช่วยชีวิตฉุกเฉินตามหน่วยงานต่างๆ ที่ไม่ใช่จุดบริการตลอดเวลา เช่น งานส่งเสริมสุขภาพ คลินิกโรคเรื้อรัง</p> <p>มี staff calling สำหรับเรียกทีมฉุกเฉิน</p> <p>มีห้องหลังคลอดแยกจากห้องผู้ป่วยทั่วไป</p> <p>ใช้ระบบประเมินความเจ็บปวดในทิศทางเดียวกัน</p> <p>งานกายภาพมีอาคารสถานที่และเครื่องมือพอใช้</p>	<p>กำหนด</p> <p>ห้องแยกโรคไม่เพียงพอ</p> <p>แนวทางการดูแลผู้ป่วยบางโรคมีความเสี่ยงสูง ไม่ครอบคลุม</p> <p>จำนวนแพทย์เวรประจำวันมี 1 คน แพทย์ไม่สามารถให้บริการฉุกเฉินได้เมื่อเกิดวิกฤตพร้อมกันหลายจุดบริการ</p> <p>ไม่มีการซ้อมแผนเมื่อเกิดกรณีวิกฤต</p> <p>ไม่มีการซ้อมแผนอัคคีภัย</p> <p>ไม่มีการแบ่งระดับ pain score</p> <p>การตอบสนองด้านยาในผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่รวดเร็วและ case emergency ไม่สามารถให้บริการได้</p>
	5. การให้ข้อมูลและการเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว	<p>มีการประเมินผู้ป่วย DM ภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรังแบบ 2Q, 9Q</p> <p>มีเจ้าหน้าที่เฉพาะทางในแต่ละหน่วยงาน</p>	<p>ไม่มีการประสานและติดตามผู้ป่วยเชิงรุก</p>
	6. การดูแลต่อเนื่อง	<p>การสร้างเสริมสุขภาพ</p> <p>ความครอบคลุมในการคัดกรองโรคที่สำคัญมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น</p> <p>SRRT อำเภอ/ตำบลเข้มแข็ง</p>	<p>การสร้างเสริมสุขภาพ</p> <p>ผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากการทำงานเชิงรุกร่น้อย การให้สูขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพในโรคที่สำคัญ</p>

วิเคราะห์ผลลัพธ์การดำเนินงาน		
ปัจจัยภายใน	ประเด็น	ความท้าทาย
7. คุณภาพการบริหารจัดการ	7.1 ผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วย	<p>MI : drip SK ได้ร้อยละ 50 , door to EKG 100%</p> <p>HI : อัตราตายของผู้ป่วยบาดเจ็บต่อสมองลดลง</p> <p>DHF : ไม่มีคนไข้ Shock DHF</p> <p>DM : ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน</p> <p>HT : ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันได้ไม่ดี ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น</p> <p>Stroke : การส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองล่าช้า</p> <p>CKD : อัตราการควบคุมค่าการกรองของไตในผู้ป่วยโรคไตเสื่อม</p> <p>BA : อัตราการเกิด BA มีแนวโน้มลดลง</p> <p>Teenage pregnancy : อัตราการตั้งครรภ์ใน teenage pregnancy เพิ่มขึ้น</p> <p>Psychosis : การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิตเวชยังน้อย</p> <p>Preterm : หญิงตั้งครรภ์มีภาวะเสี่ยงสูง แนวโน้มการคลอดก่อนกำหนด</p> <p>COPD : ผู้ป่วยโรค COPD กลับมารักษาซ้ำเพิ่มขึ้น</p> <p>HIV : คุณภาพชีวิตผู้ป่วย HIV ดีขึ้น เช่น CD4 เพิ่มขึ้นและภาวะแทรกซ้อนลดลง / ผู้ป่วย HIV มี adherences มากกว่า 95%</p> <p>Asthma : ผู้ป่วยโรค Asthma กลับมารักษาซ้ำเพิ่มขึ้น</p>
	7.2 ผลลัพธ์ด้านการมุ่งเน้นลูกค้า	<p>ความพึงพอใจของผู้รับบริการลดลง</p> <p>ข้อร้องเรียนเพิ่มขึ้น</p>
	7.3 ผลลัพธ์ด้านการเงินและการตลาด	<p>ไม่มีคณะกรรมการตรวจสอบภายในโรงพยาบาล</p> <p>การเงินการคลังมีเสถียรภาพติดต่อกันหลายปี</p> <p>ไม่มีการพัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยง</p>
	7.4 ผลลัพธ์ด้านการมุ่งเน้นบุคลากร	<p>จัดสวัสดิการเพิ่มขวัญและกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน</p> <p>จัดอบรมประชุมเจ้าหน้าที่</p> <p>เพิ่มความพึงพอใจและความสุขในการทำงาน</p> <p>อัตรากำลังของสหสาขาวิชาชีพเพียงพอกับกลุ่มโรค</p> <p>แผนพัฒนาบุคลากรไม่สอดคล้องกับแผน รพ</p>

วิเคราะห์ผลลัพธ์การดำเนินงาน		
ปัจจัยภายใน	ประเด็น	ความท้าทาย
	7.5 ผลลัพธ์ด้านประสิทธิภาพของกระบวนการ	ขาดระบบการควบคุมกำกับติดตามและขาดการปฏิบัติตามแผนงาน ขาดการประชุมร่วมกันของทีมคร่อมสายงาน เช่น RM, PCT, IC / ขาดการควบคุมกำกับติดตามและการเชื่อมโยงข้อมูลของ 9 ระบบงาน ขาดกระบวนการกำกับติดตามงานและสื่อสารร่วมกันในภาพ คปสอ.
	7.6 ผลลัพธ์ด้านการนำ	ขาดการกำกับติดตามประเมินผลตัวชี้วัด (KPI) สำคัญและผลการปฏิบัติงานของแต่ละหน่วยงานย่อย
	7.7 ผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	<b>บุคลากร :</b> บุคลากรใน รพ มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค NCD เพิ่มขึ้น <b>ผู้รับบริการ :</b> ผู้ป่วย 5 โรคสำคัญ 5 อันดับแรก MI, HI, DHF, DM, stroke มีแนวโน้มผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มมากขึ้น <b>ชุมชน :</b> ประชาชนมีแนวโน้มการเกิดโรค NCD เพิ่มขึ้น เนื่องจากงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเชิงรุกยังไม่ครอบคลุม

ขั้นที่ 3 ตารางวิเคราะห์ TOWS Matrix (นำผลที่ได้จากการวิเคราะห์ TOWS Analysis มาสังเคราะห์เป็นกลยุทธ์ด้วย TOWS Matrix)

ตารางวิเคราะห์ TOWS Matrix

<p>ปัจจัยภายใน</p> <p>ปัจจัยภายนอก</p>	<p>S</p> <p>จุดแข็งภายในองค์กร : ผลที่ได้จาก S คือ ความได้เปรียบ (สรุปจากขั้นที่2 มา 5-10 ประเด็น)</p>	<p>W</p> <p>จุดอ่อนภายในองค์กร : ผลที่ได้จาก W คือ โอกาสในการพัฒนา (สรุปจากขั้นที่2 มา 5-10 ประเด็น)</p>
<p>O : โอกาสภายนอก: ผลที่ได้จาก O คือ ได้เปรียบ (สรุปจากขั้นที่2 มา 5-10 ประเด็น)</p>		
<p>T : อุปสรรคภายนอก: ผลที่ได้จาก T คือ ความท้าทาย (สรุปจากขั้นที่2 มา 5-10 ประเด็น)</p>	<p><u>SO</u></p> <p><b>กลยุทธ์หลัก</b></p> <p>(ใช้ความได้เปรียบจากจุดแข็งที่มีอยู่มาบูรณาการกับความได้เปรียบจากโอกาส)</p> <p>“พัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพของครอบครัวและมุ่งสู่ความเป็นเลิศด้านการแพทย์ฉุกเฉิน”</p>	<p><u>WO</u></p> <p><b>กลยุทธ์การพัฒนา</b></p> <p>(ใช้ความได้เปรียบจากโอกาสมาปรับปรุงและพัฒนาจุดอ่อน)</p> <p>“พัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเทพสถิต”</p>
	<p><u>ST</u></p> <p><b>กลยุทธ์ขยายงาน</b></p> <p>(ใช้ความได้เปรียบจากจุดแข็งมาบริหารจัดการความท้าทายจากภาวะคุกคาม)</p> <p>“บริหารความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการสร้างสุขภาพเชิงรุกแห่งเมืองสุดแผ่นดินถิ่นตอกระเจียว”</p>	<p><u>WT</u></p> <p><b>กลยุทธ์ปรับปรุงองค์กร</b></p> <p>(นำจุดอ่อนและภาวะคุกคาม มาสร้างความท้าทายในการพัฒนาขององค์กร)</p> <p>“เพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการระบบสารสนเทศสุขภาพ”</p>



ขั้นที่ 4 แผนกลยุทธ์ [วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าประสงค์เชิงกลยุทธ์ วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ค่านิยมหลัก กลยุทธ์ SO – ST – WO – WT] มากำหนดแผนกลยุทธ์ ปี 2565

แผนกลยุทธ์โรงพยาบาลเทพสถิต อำเภอเทพสถิต จังหวัดชัยภูมิ ปี พ.ศ. 2565

วิสัยทัศน์ (Vision) : นำเอา SO + ST มากำหนดเป็นวิสัยทัศน์ “เป็นโรงพยาบาลชุมชนชั้นนำด้านการดูแลสุขภาพ ในจังหวัดชัยภูมิ”

①องค์รวม ②การแพทย์ฉุกเฉิน ③สร้างสุขภาพ  
=ผู้ป่วย ..... กลุ่มโรคที่สำคัญ (14/19)

พันธกิจ (Missions) เป็นแนวทางที่จะทำให้วิสัยทัศน์บรรลุ (ให้กำหนดคำสำคัญของวิสัยทัศน์ว่ามีค่าเงื่อนไขที่ต้องทำ ใช้ภาษากฎหมาย รัดกุม ไม่ขยาย (กิจที่เป็นพันธะ)

M1 : พัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพองค์รวม (การดูแลผู้ป่วยทุกมิติ) (SO)

M2 : พัฒนาคุณภาพบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (SO)

M3 : พัฒนาคุณภาพการสร้างสุขภาพเชิงรุก (ST)

M4 : พัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการโรงพยาบาลเทพสถิตและเครือข่ายระดับปฐมภูมิ (WO+WT)

เป้าประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Purposes)	→	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Objectives)				
1 <sup>M1</sup> . ลดการตายในกลุ่มโรคที่สำคัญ	→	1. สร้างแกนนำเครือข่ายสุขภาพครบทุกตำบล				
		สร้างแกนนำเครือข่าย 1 ต.วะ ตะแบก	สร้างแกนนำเครือข่าย 2 ต.วะ ตะแบกและห้วยยายจิว	สร้างแกนนำเครือข่าย 3 ต. วะตะแบก ต.ห้วยยายจิว และต.นาयाงกลัก	สร้างแกนนำเครือข่าย 4 ต.วะ ตะแบก ต.ห้วยยายจิว ต.นาयाง กลัก และ ต.บ้านไร่	สร้างแกนนำเครือข่าย 5 ต.วะ ตะแบก ต.ห้วยยายจิว ต.นา याงกลัก ต.บ้านไร่และต.โป่ง นก
2 <sup>M2</sup> . ผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินเข้าถึงและได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย	→	2. ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเข้าถึงและได้รับการดูแลอย่างรวดเร็วในเวลา 30 นาที				
		ER คุณภาพ	EMS คุณภาพ	รพ.สต. Node คุณภาพ 2 แห่ง ต.นาयाงกลักและโป่งนก	FR คุณภาพ (อดช)	นวัตกรรมแลกเปลี่ยนความรู้
3 <sup>M3</sup> . ลดการเจ็บป่วยรายใหม่ในกลุ่มโรคที่สำคัญ	→	3. ลดอัตราการเกิดโรคไม่ติดต่อรายใหม่				
		DHS 2 ตำบล นาयाงกลักและ ห้วยยายจิว	DHS 3 ตำบล นาयाงกลัก ห้วยยายจิว ตะแบก	DHS 4 ตำบล นาयाงกลัก ห้วยยายจิว ตะแบก และ นาयाงกลัก	DHS 4 ตำบล นาयाงกลัก ห้วยยายจิว ตะแบก และนา याงกลัก	KM DHS 5 ตำบล
4 <sup>M4</sup> . ผลลัพธ์จากการดำเนินงาน คปสอ.เทพสถิตอยู่ในอันดับ 1-5 ของจังหวัดชัยภูมิ	→	4. โรงพยาบาลผ่านคุณภาพ HA เครือข่ายปฐมภูมิผ่านมาตรฐาน PCA DHS				
		Ranging ผลงานของ คปสอ. เทพสถิตจากการนิเทศของ สสจ. ชัยภูมิลำดับที่ 5	Ranging ผลงานของ คปสอ. เทพสถิตจากการนิเทศของ สสจ. ชัยภูมิลำดับที่ 4	Ranging ผลงานของ คปสอ. เทพสถิตจากการนิเทศของ สสจ. ชัยภูมิลำดับที่ 3	Ranging ผลงานของ คปสอ. เทพสถิตจากการนิเทศของ สสจ. ชัยภูมิลำดับที่ 2	Ranging ผลงานของ คปสอ.เทพ สถิตจากการนิเทศของ สสจ. ชัยภูมิลำดับที่ 1

**กลยุทธ์ (Strategies)**

- กลยุทธ์หลัก (ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์) (SO) : **พัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพองค์รวมและมุ่งสู่ความเป็นเลิศด้านการแพทย์ฉุกเฉิน**
- กลยุทธ์ขยายงาน (ความท้าทาย) (ST) : **บริหารความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการสร้างสุขภาพเชิงรุกแห่งเมืองสุดแผ่นดินถิ่นตอกระเจียว**
- กลยุทธ์การพัฒนา (ความท้าทายและโอกาสพัฒนา) (WO) : **พัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเทพสถิต**
- กลยุทธ์ปรับปรุงองค์กร (การปรับปรุงและการพัฒนา) (WT) : **เพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการระบบสารสนเทศสุขภาพ**

**ค่านิยมหลัก** : บริการดี มีคุณธรรม มุ่งมั่นพัฒนา

**บริการดี** : ได้มาตรฐาน, ดูแลดูญาติมิตร เท่าเทียม ใส่ใจบริการ (สะดวก รวดเร็ว ปลอดภัย)

**มีคุณธรรม** : ซื่อสัตย์ สุจริต สามัคคี พรหมวิหาร 4 เสียสละ มีน้ำใจ

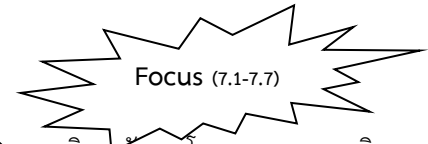
**มุ่งมั่นพัฒนา** : เพิ่มพูนฟื้นฟูความรู้และทักษะของบุคลากรอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาองค์กร

ค่านิยมหลัก รพ.เทพสถิต (Core Values)	สมรรถนะหลัก (Core Competency)	ค่านิยมระบบคุณภาพ	
		HA & QA	แก่นคุณค่าของการทำงานพัฒนาคุณภาพ PCA
<b>บริการดี</b> <b>มีคุณธรรม</b> <b>มุ่งมั่นพัฒนา</b> <i>(พฤติกรรมบังคับซึ่งต้องกำหนัดให้สมาชิกทุกคนปฏิบัติตาม เพื่อผลักดันวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และเป้าประสงค์เชิงกลยุทธ์บรรลุ)</i>	การมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Achievement Motivation) บริการที่ดี (Service Mind) การสั่งสมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ (Expertise) การยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรม และ จริยธรรม (Integrity) การทำงานเป็นทีม (Teamwork)  <i>(ที่มา : หนังสือสำนักงาน ก.พ.ที่ นร 1008/ว 27 ลงวันที่ 29            กันยายน 2552 เรื่อง มาตรฐานและแนวทางการกำหนด            ความรู้ความสามารถ ทักษะ และสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับ            ตำแหน่งข้าราชการพลเรือนสามัญ)</i>	<b>ทิศทางนำ</b> : visionary leadership, systems perspective, agility <b>ผู้รับผล</b> : patient & customer focus, focus on health, community responsibility <b>คนทำงาน</b> : value on staff, individual commitment, teamwork, ethic & professional standard <b>การพัฒนา</b> : creativity & innovation, management by fact, continuous process improvement, focus on results, evidence-based approach <b>พาเรียนรู้</b> : learning, empowerment  <i>(ที่มา : มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระ            เกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี)</i>	การนำหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายบริการปฐมภูมิอย่างมีวิสัยทัศน์ ความรับผิดชอบต่อชุมชน และสังคม มุมมองเชิงระบบ การมุ่งเน้นอนาคต และการใช้ประโยชน์จากการคาดการณ์แนวโน้มในอนาคต การมองประชาชนเป็นศูนย์กลาง หรือ ความเป็นเลิศที่ต้องได้มาจากการให้ ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย การทำงานเป็นทีม และมีส่วนร่วมกับกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐและเอกชน การมีความคล่องตัว การยึด “ผลสัมฤทธิ์” และ “การสร้างคุณค่า” เป็นเป้าหมายในการทำงาน การบริหารจัดการเพื่อสร้างนวัตกรรม การเรียนรู้ของหน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายบริการปฐมภูมิ และทีมสุขภาพ การบริหารจัดการด้วยการใช้ข้อมูล และข้อเท็จจริง <i>(ที่มา : หนังสือเกณฑ์คุณภาพ เครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Award            : PCA)</i>

ขั้นที่ 5 การแปลงแผนกลยุทธ์สู่การปฏิบัติด้วย Balanced Scorecard (BSC Matrix) นำแผนกลยุทธ์ที่ได้จากขั้นที่ ๔ แปลงสู่การปฏิบัติด้วย Balanced Scorecard เพื่อกำหนด

ผลสัมฤทธิ์รวมที่คาดหวัง (Key Results Area : KRA) ตามตาราง BSC Matrix

Strategies \ BSC	ผู้ให้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Customers & Stakeholders)	มาตรฐานการพัฒนาและการบริหารทั่วทั้งองค์กร (Internal Process)	การเรียนรู้และการพัฒนา (Learning and Growth)	การบริหารการเงินการคลัง (Financial & Budgeting)
SO : พัฒนาคูณภาพการดูแล สุขภาพของ <u>ครุวม</u> และมุ่งสู่ความ เป็นเลิศด้าน <u>การแพทย์ฉุกเฉิน</u>	KRA <sub>11.1</sub> ลดป่วยตายในโรคที่สำคัญ(14/19)	KRA <sub>21.1</sub> บริหารความเสี่ยงรอบด้านเชิงรุก	KRA <sub>31.1</sub> เชี่ยวชาญสมรรถนะเฉพาะ(Specific Competency) การดูแลผู้ป่วยในโรคที่สำคัญ	KRA <sub>41.1</sub> CMIเพิ่มขึ้น (โรคที่สำคัญ)
	KRA <sub>11.2</sub> ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เข้าถึง บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ปลอดภัย	KRA <sub>21.2</sub> เพิ่มประสิทธิภาพการใช้ EMS	KRA <sub>31.2</sub> เชี่ยวชาญการให้ ณ จุดเกิดเหตุ และ นำส่ง ในโรคที่สำคัญ	KRA <sub>41.2</sub> CMIเพิ่มขึ้นจากการให้การ Dx ที่ถูกต้อง
ST : บริหารความร่วมมือกับ ภาคีเครือข่ายในการ <u>สร้าง</u> <u>สุขภาพเชิงรุก</u> แห่งเมืองสุด แผ่นดินถิ่นดอกกระเจียว	KRA <sub>12</sub> ลดการเกิดโรครายใหม่ที่สำคัญ -รายใหม่ในกลุ่มเสี่ยง -รายใหม่ในกลุ่มป่วย -รายใหม่ในโรคติดต่อที่สำคัญ	KRA <sub>22</sub> ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเชิง รุกร่วมกับภาคีเครือข่าย สู่ชุมชนและ ครอบครัว (รพ.สต.และชุมชน)	KRA <sub>32</sub> เชี่ยวชาญการเสริมพลังชุมชน (Empowerment)	KRA <sub>42</sub> กองทุนหลักประกันสุขภาพ ตำบลสนับสนุนงบประมาณมากขึ้น
WO : พัฒนาคูณภาพการ บริหารจัดการเครือข่ายบริการ สุขภาพอำเภอเทพสถิต	KRA <sub>13</sub> ผู้ให้บริการพึงพอใจ iva ว่างใจ เชื่อมั่น และศรัทธา	KRA <sub>23</sub> ได้รับการรับรองคุณภาพอย่าง ต่อเนื่อง (มาตรฐาน HA+QA+PCA+DHS)	KRA <sub>33</sub> เชี่ยวชาญการบริหารจัดการ โรงพยาบาลและเครือข่าย	KRA <sub>43</sub> การเงินการคลังมีเสถียรภาพ (ประหยัดค่าใช้จ่าย รายได้เพิ่มขึ้น ต้นทุนลดลง มีเงินเหลือใช้เพื่อการ พัฒนา)
WT : เพิ่มประสิทธิภาพในการ บริหารจัดการระบบสารสนเทศ สุขภาพ	KRA <sub>14</sub> ผู้ให้บริการได้รับบริการที่รวดเร็ว และเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ เพิ่มขึ้น	KRA <sub>24</sub> ศูนย์กลางสารสนเทศสุขภาพ อำเภอเทพสถิต	KRA <sub>34</sub> บุคลากรใช้สารสนเทศสุขภาพในการ บริหารจัดการและบริการสุขภาพ	KRA <sub>44</sub> ต้นทุนในการบริหาร และต้นทุน ในการบริการลดลง



แผนที่กลยุทธ์ (Strategy Map)

วิสัยทัศน์ “เป็นโรงพยาบาลชุมชนชั้นนำ ด้านการดูแลสุขภาพ ในจังหวัดชัยภูมิ”

M<sub>1</sub>พัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพองค์รวม (การดูแลผู้ป่วยทุกมิติ) (SO)    M<sub>2</sub>พัฒนาคุณภาพบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (SO)    M<sub>3</sub>พัฒนาคุณภาพการสร้างสุขภาพเชิงรุก (ST)    M<sub>4</sub>พัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการโรงพยาบาลเทพสถิต และเครือข่ายระดับปฐมภูมิ (WO+WT)

ผู้ใช้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย [C]

KRA <sub>11.1</sub> ลดป่วยตายในโรคที่สำคัญ..... (7.1) KRA <sub>11.2</sub> ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ปลอดภัย	KRA <sub>12</sub> ลดการเกิดโรครายใหม่ที่สำคัญ (7.7) -รายใหม่ในกลุ่มเสี่ยง -รายใหม่ในกลุ่มป่วย -รายใหม่ในโรคติดต่อที่สำคัญ	KRA <sub>13</sub> ผู้ใช้บริการพึงพอใจ ไว้วางใจ เชื่อมั่น และศรัทธา (7.2)	KRA <sub>14</sub> ผู้ใช้บริการได้รับบริการที่รวดเร็ว และเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น
---	--	--	---

มาตรฐานการพัฒนาและการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร [I]

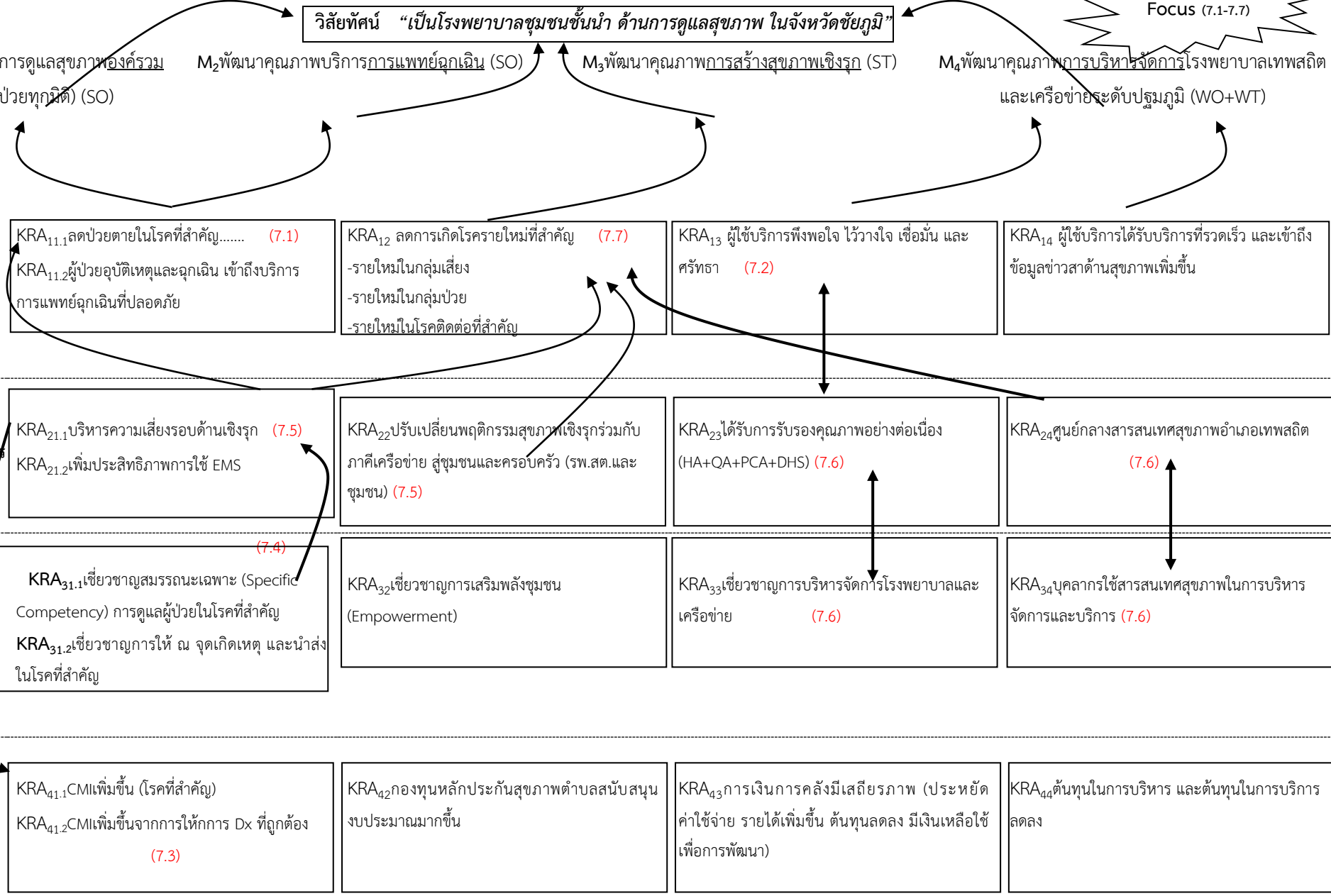
KRA <sub>21.1</sub> บริหารความเสี่ยงรอบด้านเชิงรุก (7.5) KRA <sub>21.2</sub> เพิ่มประสิทธิภาพการใช้ EMS	KRA <sub>22</sub> ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเชิงรุกร่วมกับภาคีเครือข่าย สุขชุมชนและครอบครัว (รพ.สต.และชุมชน) (7.5)	KRA <sub>23</sub> ได้รับการรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (HA+QA+PCA+DHS) (7.6)	KRA <sub>24</sub> ศูนย์กลางสารสนเทศสุขภาพอำเภอเทพสถิต (7.6)
--	---	---	---

การเรียนรู้และการพัฒนา [L & G]

KRA <sub>31.1</sub> เชี่ยวชาญสมรรถนะเฉพาะ (Specific Competency) การดูแลผู้ป่วยในโรคที่สำคัญ KRA <sub>31.2</sub> เชี่ยวชาญการให้ ณ จุดเกิดเหตุ และนำส่งในโรคที่สำคัญ (7.4)	KRA <sub>32</sub> เชี่ยวชาญการเสริมพลังชุมชน (Empowerment)	KRA <sub>33</sub> เชี่ยวชาญการบริหารจัดการโรงพยาบาลและเครือข่าย (7.6)	KRA <sub>34</sub> บุคลากรใช้สารสนเทศสุขภาพในการบริหารจัดการและบริการ (7.6)
--	--	---	--

การเงินการคลัง [F]

KRA <sub>41.1</sub> CMIเพิ่มขึ้น (โรคที่สำคัญ) KRA <sub>41.2</sub> CMIเพิ่มขึ้นจากการให้กการ Dx ที่ถูกต้อง (7.3)	KRA <sub>42</sub> กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลสนับสนุนงบประมาณมากขึ้น	KRA <sub>43</sub> การเงินการคลังมีเสถียรภาพ (ประหยัดค่าใช้จ่าย รายได้เพิ่มขึ้น ต้นทุนลดลง มีเงินเหลือใช้เพื่อการพัฒนา)	KRA <sub>44</sub> ต้นทุนในการบริหาร และต้นทุนในการบริการลดลง
---	---	--	--















ขั้นที่ 7 นำตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายท้าทาย มาถ่ายทอดสู่การปฏิบัติด้วยการกำหนดตัวชี้วัด 4 ระดับ คือ

ระดับองค์กร (Roadmap) ระดับทีม (Profile) ระดับหน่วยงาน (Unit) และระดับบุคคล (Individual) (R-P-U-I)

ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย 4 ระดับ Roadmap, Profile, Unit, Individual (R - P - U - I) ปีงบประมาณ 2565

รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
R	P	U	I		
R <sup>1</sup>	อัตราผู้ป่วยตายในโรคเรื้อรังที่สำคัญ (DM , HT , CKD , COPD , จิตเภท , Asthma ) ลดลง				โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>1</sup>	อัตราผู้ป่วย DM เกิดภาวะ Disbetic Coma ลดลง < 5%			โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>1</sup>	U <sup>1</sup>	อัตราผู้ป่วยรายใหม่ในโรค DM ลดลง ≤ 5%		โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>1</sup>	U <sup>1</sup>	I <sup>1</sup>	อัตราความครอบคลุมในการคัดกรองผู้ป่วย DM > 90%	โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>1</sup>	U <sup>1</sup>	I <sup>2</sup>	อัตรากลุ่มเสี่ยงที่มีผลการคัดกรองเสี่ยงสูงได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มข้น ≥ 90%	โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>1</sup>	U <sup>1</sup>	I <sup>3</sup>	อัตรากลุ่มเสี่ยงที่มีผลการคัดกรองเสี่ยงปานกลางได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มข้น ≥ 70%	โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>1</sup>	U <sup>2</sup>	อัตราผู้ป่วย DM สามารถควบคุมน้ำตาล HbA1C < 7 mg%		โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>1</sup>	U <sup>2</sup>	I <sup>1</sup>	อุบัติการณ์ผู้ป่วย DM ขาดยา = 0	โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>1</sup>	U <sup>2</sup>	I <sup>2</sup>	อัตราผู้ป่วย DM มีระดับน้ำตาล 180 mg% ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามรูปแบบ DPAC 100%	โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>1</sup>	U <sup>3</sup>	อัตราผู้ป่วย DM เกิดภาวะแทรกซ้อน (ตา , ไต , เท้า) ลดลง ≤ 5%		โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>1</sup>	U <sup>3</sup>	I <sup>1</sup>	อุบัติการณ์ผู้ป่วย DM ไม่ได้รับการคัดกรองตา	โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>1</sup>	U <sup>3</sup>	I <sup>2</sup>	อุบัติการณ์ผู้ป่วย DM ไม่ได้รับการคัดกรองไต	โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>1</sup>	U <sup>3</sup>	I <sup>3</sup>	อุบัติการณ์ผู้ป่วย DM ไม่ได้รับการคัดกรองเท้า	โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>1</sup>	U <sup>4</sup>	อัตราผู้ป่วย DM เกิดภาวะ Hypo-Hyperglycemia ในหอผู้ป่วยในลดลง < 5%		โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>1</sup>	U <sup>4</sup>	I <sup>1</sup>	อัตราผู้ป่วย DM ได้รับอาหารเฉพาะโรค 100%	โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>1</sup>	U <sup>4</sup>	I <sup>2</sup>	อัตราการประเมิน Eary wanting sign 100%	โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>1</sup>	U <sup>5</sup>	อัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วยสาเหตุชนิด Insulin ผิด, กินยาไม่สัมพันธ์กับมื้ออาหาร, ปรับยาเอง ภายใน 28 วันลดลง ≤ 5%		โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>1</sup>	U <sup>5</sup>	I <sup>1</sup>	อุบัติการณ์ผู้ป่วย DM ฉีด Insulin ไม่ถูก = 0	โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>1</sup>	U <sup>5</sup>	I <sup>2</sup>	อุบัติการณ์ผู้ป่วย DM กินอาหารไม่สัมพันธ์กับมื้ออาหารไม่ถูก = 0	โรคเรื้อรัง

รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	
R	P	U	I			
R <sup>1</sup>	P <sup>1</sup>	U <sup>5</sup>	I <sup>3</sup>	อุบัติการณ์ผู้ป่วย DM ปรึกษาเอง เท่ากับ 1	โรคเรื้อรัง	
R <sup>1</sup>	อัตราการป่วยตายในโรคเรื้อรังที่สำคัญ (DM , HT , CKD , COPD , จิตเภท , Asthma ) ลดลง				โรคเรื้อรัง	
R <sup>1</sup>	P <sup>2</sup>	อัตราผู้ป่วย HT เกิดภาวะ STROKE ลดลง < 5%			โรคเรื้อรัง	
R <sup>1</sup>	P <sup>2</sup>	U <sup>1</sup>	อัตราผู้ป่วยรายใหม่ในโรค HT ลดลง < 5%			โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>2</sup>	U <sup>1</sup>	I <sup>1</sup>	อัตราความครอบคลุมในการคัดกรองผู้ป่วย HT > 90%	โรคเรื้อรัง	
R <sup>1</sup>	P <sup>2</sup>	U <sup>1</sup>	I <sup>2</sup>	อัตรากลุ่มเสี่ยงที่มีผลการคัดกรองเสี่ยงสูงได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มข้น $\geq 80\%$	โรคเรื้อรัง	
R <sup>1</sup>	P <sup>2</sup>	U <sup>1</sup>	I <sup>3</sup>	อัตรากลุ่มเสี่ยงที่มีผลการคัดกรองเสี่ยงที่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มข้น $\geq 70\%$	โรคเรื้อรัง	
R <sup>1</sup>	P <sup>2</sup>	U <sup>2</sup>	อัตราผู้ป่วย HT สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต < 140/90 mmHg ติดต่อกัน 2 Visit			โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>2</sup>	U <sup>2</sup>	I <sup>1</sup>	อุบัติการณ์ผู้ป่วย HT ฆาตยา = 0	โรคเรื้อรัง	
R <sup>1</sup>	P <sup>2</sup>	U <sup>2</sup>	I <sup>2</sup>	อัตราผู้ป่วย HT มความดันโลหิต > 140/90 mmHg ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามรูปแบบ DPAC $\geq 60\%$	โรคเรื้อรัง	
R <sup>1</sup>	P <sup>2</sup>	U <sup>3</sup>	อัตราผู้ป่วย HT เกิดภาวะ Hypertensive Crisis ( $\geq 180/120$ mmHg) ลดลง			โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>2</sup>	U <sup>3</sup>	I <sup>1</sup>	อัตราผู้ป่วย HT (คนทั่วไป) ฆาตยาลดลง < 5%	โรคเรื้อรัง	
R <sup>1</sup>	P <sup>2</sup>	U <sup>3</sup>	I <sup>2</sup>	อัตราผู้ป่วย HT (ผู้สูงอายุ/ไม่มีผู้ดูแล) ฆาตยาลดลง < 5%	โรคเรื้อรัง	
R <sup>1</sup>	P <sup>2</sup>	U <sup>3</sup>	I <sup>3</sup>	อัตราผู้ป่วย HT มีระดับ BMI อยู่ในเกณฑ์ปกติ เพิ่มขึ้น 5%	โรคเรื้อรัง	
R <sup>1</sup>	อัตราการป่วยตายในโรคเรื้อรังที่สำคัญ (DM , HT , CKD , COPD , จิตเภท , Asthma ) ลดลง				โรคเรื้อรัง	
R <sup>1</sup>	P <sup>3</sup>	ลดอัตราการตายในผู้ป่วย CKD			โรคเรื้อรัง	
R <sup>1</sup>	P <sup>3</sup>	U <sup>1</sup>	อัตราผู้ป่วย CKD มีระยะคงที่/ดีขึ้น $\geq 50\%$			โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>3</sup>	U <sup>1</sup>	I <sup>1</sup>	อัตราคัดกรอง GFR ในผู้ป่วย DM และ HT $\geq 60\%$	โรคเรื้อรัง	
R <sup>1</sup>	P <sup>3</sup>	U <sup>1</sup>	I <sup>2</sup>	อัตราผู้ป่วย CKD stage 3-5 ได้รับทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเรื่องอาหาร $\geq 100\%$	โรคเรื้อรัง	
R <sup>1</sup>	P <sup>3</sup>	U <sup>1</sup>	I <sup>3</sup>	อัตราผู้ป่วย CKD stage 3-5 ได้รับการปรับยาตามระดับค่า GRR และ Eleetrolyte $\geq 100\%$	โรคเรื้อรัง	
R <sup>1</sup>	P <sup>3</sup>	U <sup>1</sup>	I <sup>4</sup>	อัตราผู้ป่วย CKD stage 3-5 ได้รับการปรับยาตามระดับค่า GFR และ CBC Electrolyte $\geq 100\%$	โรคเรื้อรัง	
R <sup>1</sup>	P <sup>3</sup>	U <sup>2</sup>	อัตราผู้ป่วย CKD stage 5 ได้รับการบำบัดทดแทนไต ในเวลาที่เหมาะสม 100%			โรคเรื้อรัง

รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
R	P	U	I		
R <sup>1</sup>	P <sup>3</sup>	U <sup>2</sup>	I <sup>1</sup>	อัตราผู้ป่วย CKD stage 5 ได้รับการส่งต่อไปที่ รพ.ชัยภูมิ 100%	โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>3</sup>	U <sup>2</sup>	I <sup>2</sup>	อัตราผู้ป่วย CKD stage 5 ได้รับการส่งต่อไปที่ รพ.ชัยภูมิ 100%	โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	อัตราผู้ป่วยตายในโรคเรื้อรังที่สำคัญ (DM , HT , CKD , COPD , จิตเภท , Asthma ) ลดลง				โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>4</sup>	อุบัติการณ์ผู้ป่วย COPD เกิดภาวะ respiratory Failure ≤ 5%			โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>4</sup>	U <sup>1</sup>	อัตราผู้ป่วยรายใหม่ในโรค COPD ลดลง < 5%		โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>4</sup>	U <sup>1</sup>	I <sup>1</sup>	อัตราการเลิกบุหรี่ในกลุ่มอายุ 35 ปี ≥ 25%	โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>4</sup>	U <sup>1</sup>	I <sup>2</sup>	อัตราผู้สูบบุหรี่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ 100%	โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>4</sup>	U <sup>2</sup>	อุบัติการณ์ผู้ป่วย COPD เกิดภาวะ Exacerbation < 2%		โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>4</sup>	U <sup>2</sup>	I <sup>1</sup>	อุบัติการณ์การประเมีนผู้ป่วย COPD ผิดพลาด = 0	โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>4</sup>	U <sup>2</sup>	I <sup>2</sup>	อัตราผู้สูบบุหรี่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ 100%	โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>4</sup>	U <sup>3</sup>	อัตราการ Re-Visit ภายใน 48 ชั่วโมงที่ ER ด้วยสาเหตุพ่นยาไม่ถูกต้อง / มีสิ่งกระตุ้น ≤ 5%		โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>4</sup>	U <sup>3</sup>	I <sup>1</sup>	อุบัติการณ์การประเมีนผู้ป่วย COPD ผิดพลาด = 0	โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>4</sup>	U <sup>3</sup>	I <sup>2</sup>	อุบัติการณ์ผู้ป่วย COPD ไม่หลีกเลี่ยงและไม่สวมอุปกรณ์ป้องกันสิ่งกระตุ้น = 0	โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>4</sup>	U <sup>4</sup>	อุบัติการณ์ผู้ป่วย COPD เกิดภาวะ Respiratory Failure ที่หอผู้ป่วยใน = 0		โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>4</sup>	U <sup>4</sup>	I <sup>1</sup>	อัตราการประเมีน Early warning Sign 100%	โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>4</sup>	U <sup>4</sup>	I <sup>2</sup>	อุบัติการณ์ผู้ป่วย COPD ได้รับการส่งต่อล่าช้า = 0	โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>4</sup>	U <sup>4</sup>	I <sup>3</sup>	อัตราผู้ป่วย COPD มีทักษะการ Exercise ≥ 50%	โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>4</sup>	U <sup>5</sup>	อัตราการ Re-Admit ภายใน 48 ชั่วโมงที่หอผู้ป่วยใน ด้วยสาเหตุพ่นยาไม่ถูกต้อง / มีสิ่งกระตุ้น ≤ 5%		โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>4</sup>	U <sup>5</sup>	I <sup>1</sup>	อัตราผู้ป่วย COPD เลิกบุหรี่ ≥ 70%	โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>4</sup>	U <sup>5</sup>	I <sup>2</sup>	อุบัติการณ์ผู้ป่วย COPD ใช้จ่ายพ่นไม่ถูกต้อง = 0	โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>4</sup>	U <sup>5</sup>	I <sup>3</sup>	อุบัติการณ์ผู้ป่วย COPD ไม่หลีกเลี่ยงและไม่สวมอุปกรณ์ป้องกันสิ่งกระตุ้น = 0	โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>4</sup>	U <sup>5</sup>	I <sup>4</sup>	อัตราผู้ป่วย COPD ที่ได้รับ O2 Home ได้รับการเยี่ยมบ้าน 100 %	โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	อัตราผู้ป่วยตายในโรคเรื้อรังที่สำคัญ (DM , HT , CKD , COPD , จิตเภท , Asthma ) ลดลง				โรคเรื้อรัง

รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	
R	P	U	I			
R <sup>1</sup>	P <sup>5</sup>	อุบัติการณ์ผู้ป่วย Schizophrenia ฆ่าตัวตายสำเร็จ เท่ากับ 0			โรคเรื้อรัง	
R <sup>1</sup>	P <sup>5</sup>	U <sup>1</sup>	อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย Schizophrenia $\geq 60\%$			โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>5</sup>	U <sup>1</sup>	I <sup>1</sup>	อัตราความครอบคลุมในการคัดกรองผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดใน รพ.สต. เพิ่มขึ้น $\geq 80\%$		โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>5</sup>	U <sup>1</sup>	I <sup>2</sup>	อัตราความครอบคลุมในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในโรงเรียน $\geq 80\%$		โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>5</sup>	U <sup>1</sup>	I <sup>3</sup>	อัตราความครอบคลุมในการคัดกรองกลุ่มติดสุราเรื้อรังในชุมชน $\geq 80\%$		โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>5</sup>	U <sup>1</sup>	I <sup>4</sup>	อัตราความครอบคลุมในการคัดกรองกลุ่มครอบครัวและเครือข่ายญาติที่เป็น Schizophrenia $\geq 80\%$		โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>5</sup>	U <sup>1</sup>	I <sup>5</sup>	อัตราผู้ที่มีผลการคัดกรองว่าเป็น Schizophrenia เข้าสู่ระบบการรักษา 100%		โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>5</sup>	U <sup>2</sup>	อุบัติการณ์ผู้ป่วย Schizophrenia มีอาการกำเริบ เท่ากับ 0			โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>5</sup>	U <sup>2</sup>	I <sup>1</sup>	อัตราผู้ป่วย Schizophrenia และครอบครัวได้รับการเตรียมทักษะในการดูแลตนเอง 100%		โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>5</sup>	U <sup>2</sup>	I <sup>2</sup>	อัตราการเตรียมชุมชนเพื่อดูแลผู้ป่วย Schizophrenia $\geq 80\%$		โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>5</sup>	U <sup>2</sup>	I <sup>3</sup>	อัตราความร่วมมือในการไต่ถาม $\geq 80\%$		โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>5</sup>	U <sup>3</sup>	อัตราผู้ป่วย Schizophrenia มีระดับสมรรถนะทางจิตดีขึ้นตามเกณฑ์			โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>5</sup>	U <sup>3</sup>	I <sup>1</sup>	อัตราผู้ป่วย Schizophrenia ได้รับทักษะการฝึกทางด้านสังคม 100%		โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>5</sup>	U <sup>3</sup>	I <sup>2</sup>	อัตราผู้ป่วย Schizophrenia ได้รับทักษะการฝึกทางด้านอาชีพ 100%		โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>5</sup>	U <sup>3</sup>	I <sup>3</sup>	อัตราผู้ป่วย Schizophrenia ได้รับการฝึกทักษะทางการสื่อสาร 100%		โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>5</sup>	U <sup>3</sup>	I <sup>4</sup>	อัตราผู้ป่วย Schizophrenia ได้รับการฝึกทักษะทางด้าน ADL 100%		โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>5</sup>	U <sup>3</sup>	I <sup>5</sup>	อุบัติการณ์ผู้ป่วย Schizophrenia ฆาตยา เท่ากับ 0		โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>5</sup>	U <sup>3</sup>	I <sup>6</sup>	อัตราผู้ป่วย Schizophrenia ที่ไม่มีคนดูแลเป็นภาระทางสังคมได้รับการส่งต่อให้พัฒนาสังคมมนุษย์หรือสถานสงเคราะห์ 100%		โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>5</sup>	U <sup>3</sup>	I <sup>7</sup>	อัตราผู้ป่วย Schizophrenia ที่เข้าเกณฑ์ผู้พิการทางจิตได้รับการขึ้นทะเบียนผู้พิการทางจิต 100%		โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	อัตราผู้ป่วยตายในโรคเรื้อรังที่สำคัญ (DM , HT , CKD , COPD , จิตเภท , Asthma ) ลดลง				โรคเรื้อรัง	
R <sup>1</sup>	P <sup>6</sup>	อุบัติการณ์ผู้ป่วย Asthma เกิดภาวะ Respiratory Failure < 5%			โรคเรื้อรัง	
R <sup>1</sup>	P <sup>6</sup>	U <sup>1</sup>	อุบัติการณ์ผู้ป่วย Asthma เกิดภาวะ Exacerbation			โรคเรื้อรัง

รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
R	P	U	I		
R <sup>1</sup>	P <sup>6</sup>	U <sup>1</sup>	I <sup>1</sup>	อัตราผู้ป่วย Asthma เข้ารับการรักษาที่คลินิก Asthma $\geq 90\%$	โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>6</sup>	U <sup>1</sup>	I <sup>2</sup>	อัตราผู้ป่วย Asthma ได้รับการประเมินสมรรถภาพปอด $\geq 60\%$	โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>6</sup>	U <sup>1</sup>	I <sup>3</sup>	อัตราผู้ป่วย Asthma ที่สูบบุหรี่เข้ารับบริการคลินิกอดบุหรี่ $\geq 100\%$	โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>6</sup>	U <sup>2</sup>		อัตราการ Re-Visit ภายใน 48 ชั่วโมงที่ ER ด้วยสาเหตุพ่นยาไม่ถูกต้อง/ มีสิ่งกระตุ้น $\leq 5\%$	โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>6</sup>	U <sup>2</sup>	I <sup>1</sup>	อุบัติการณ์ผู้ป่วย Asthma ไข้ยาพ่นไม่ถูกต้อง เท่ากับ 0	โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>6</sup>	U <sup>2</sup>	I <sup>2</sup>	อุบัติการณ์ผู้ป่วย Asthma ไม่หลีกเลี่ยงและไม่สวมอุปกรณ์ป้องกันสิ่งกระตุ้น เท่ากับ 0	โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>6</sup>	U <sup>3</sup>		อุบัติการณ์ผู้ป่วย Asthma เกิดภาวะ Respiratory Failure ที่หอผู้ป่วยใน = 0	โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>6</sup>	U <sup>3</sup>	I <sup>1</sup>	อัตราการประเมิน Eary warning Sign เพิ่มขึ้น 50%	โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>6</sup>	U <sup>3</sup>	I <sup>2</sup>	อุบัติการณ์ผู้ป่วย Asthma ได้รับการส่งต่อล่าช้า เท่ากับ 0	โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>6</sup>	U <sup>4</sup>		อัตราการ Re-admit ภายใน 28 วัน ที่หอผู้ป่วยใน ด้วยสาเหตุพ่นยาไม่ถูกต้อง / มีสิ่งกระตุ้น $\leq 5$	โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>6</sup>	U <sup>4</sup>	I <sup>1</sup>	อัตราผู้ป่วย Asthma เลิกบุหรี่ $\geq 80\%$	โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>6</sup>	U <sup>4</sup>	I <sup>2</sup>	อุบัติการณ์ผู้ป่วย Asthma ไข้ยาพ่นไม่ถูกต้อง เท่ากับ 0	โรคเรื้อรัง
R <sup>1</sup>	P <sup>6</sup>	U <sup>4</sup>	I <sup>3</sup>	อุบัติการณ์ผู้ป่วย Asthma ไม่หลีกเลี่ยงและไม่สวมอุปกรณ์ป้องกันสิ่งกระตุ้น เท่ากับ 0	โรคเรื้อรัง
R <sup>2</sup>				อัตราผู้ป่วยตายในโรคติดเชื้อที่สำคัญ (TB , HIV , DHF , Sepsis) ลดลง	
R <sup>2</sup>	P <sup>1</sup>			อัตราการรักษาสำเร็จในผู้ป่วยวัณโรค $\geq 90\%$	
R <sup>2</sup>	P <sup>1</sup>	U <sup>1</sup>		อัตราการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ เพิ่มขึ้น 5%	
R <sup>2</sup>	P <sup>1</sup>	U <sup>1</sup>	I <sup>1</sup>	อัตราการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงวัณโรค (DM , HT , COPD , HIV , ผู้สูงอายุ , ผู้สัมผัสร่วมบ้าน) $\geq 70\%$	
R <sup>2</sup>	P <sup>1</sup>	U <sup>1</sup>	I <sup>2</sup>	อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์สงสัยวัณโรค ไม่ได้รับการตรวจ AFB , CXR เท่ากับ 0	
R <sup>2</sup>	P <sup>1</sup>	U <sup>2</sup>		อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิต เท่ากับ 0	
R <sup>2</sup>	P <sup>1</sup>	U <sup>2</sup>	I <sup>1</sup>	อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยวัณโรค ไม่ได้รับการส่งรับการรักษาในคลินิกวัณโรคภายใน 2 สัปดาห์ เท่ากับ 0	
R <sup>2</sup>	P <sup>1</sup>	U <sup>2</sup>	I <sup>2</sup>	อัตราผู้ป่วยวัณโรคได้รับการเฝ้าระวังผลข้างเคียงทางยา 100%	
R <sup>2</sup>	P <sup>1</sup>	U <sup>2</sup>	I <sup>3</sup>	อัตราผู้ป่วยวัณโรคที่เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางตับได้รับการปรับเปลี่ยนสูตรยา 100%	
R <sup>2</sup>	P <sup>1</sup>	U <sup>2</sup>	I <sup>4</sup>	อุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรคมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคปอดอักเสบติดเชื้อ (Pneumonia) เท่ากับ 0	

รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
R	P	U	I		
		U3		อุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรคขาดยา เท่ากับ 0	
			I1	อัตราผู้ป่วยวัณโรคได้รับการเยี่ยมบ้านเพื่อทำ DOT 100%	
			I2	อัตราผู้ป่วยวัณโรคได้รับทักษะการรับประทานยา 100%	
		U4		อุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา เท่ากับ 0	
			I1	อัตราการส่ง Sputum for C/S ในกลุ่มเสี่ยง (ผู้สัมผัส MDR. Recurrent TB , HIV และผู้ป่วยที่เสสมหะเดือนที่2เป็นบวก) $\geq$ 70%	
			I2	อัตราผู้ป่วยวัณโรคที่ผล C/S เป็น MDR ได้รับการส่งต่อ รพ.ชัยภูมิ 100%	
R2				อัตราผู้ป่วยตายในโรคติดเชื้อที่สำคัญ (TB , HIV , DHF , Sepsis) ลดลง	
	P2			อัตราผู้ป่วยตายในโรค HIV < 2%	
		U1		อัตราผู้ป่วยรายใหม่ในโรค HIV ลดลงปีละ $\geq$ 10%	
			I1	อัตราการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มเสี่ยง (วัยทำงาน 30-40 ปี อาชีพรับจ้างจับไก่) $\geq$ 80%	
			I2	อัตราการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มเสี่ยง (วัยทำงาน 30-40 ปี อาชีพรับจ้างแรงงานตัดอ้อย) $\geq$ 80%	
			I3	อัตราการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มวัยเรียน (กลุ่มที่มีครอบครัวเนื่องจากไม่ได้เรียนหนังสือ/มีครอบครัว) $\geq$ 80%	
		U2		อัตราการผู้ป่วยเข้าถึงบริการทางการแพทย์ในผู้ป่วย HIV 100%	
			I1	อัตราผู้ป่วย HIV รับประทานไวรัสต่อเนื่อง 100%	
			I2	อัตราการไม่มาตรวจตามนัดที่คลินิกของผู้ป่วยรายใหม่ $\leq$ 10%	
		U3		อัตราผู้ป่วย HIV มีคุณภาพชีวิตที่ดี $\geq$ 80%	
			I1	อัตราการขาดนัดของผู้ป่วย HIV $\leq$ 5 %	
			I2	อัตราผู้ป่วย HIV ที่ได้รับยาต้านไวรัสที่คลินิกได้รับการคัดกรองโรคติดเชื้อฉวยโอกาส 100%	
			I3	อัตราผู้ป่วย HIV มีค่า CD4 อยู่ในเกณฑ์ $\geq$ 200 cell/mm3 $\geq$ 80%	
			I4	อัตราการสร้างแกนนำผู้ป่วย HIV ประจำตำบล 100%	
			I5	อัตราผู้ป่วย HIV ได้รับการติดตามเยี่ยมจากแกนนำเครือข่ายผู้ติดเชื้อด้วยความสมัครใจ 100%	
		U4		อัตราผู้ป่วย HIV ติดเชื้อฉวยโอกาส < 2%	

รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
R	P	U	I		
			I1	อุบัติการณ์ผู้ป่วย HIV ที่ได้รับการตรวจ CD4 ตามกำหนด 100%	
			I2	อุบัติการณ์ผู้ป่วย HIV ติดเชื้อโรคระบบทางตา (Retina)	
R2	อัตราการป่วยตายในโรคติดเชื้อที่สำคัญ (TB , HIV , DHF , Sepsis) ลดลง				
	P3	อุบัติการณ์ผู้ป่วย DHF เสียชีวิต เท่ากับ 0			
		U1	ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย CI,HI < 10%		
			I1	อัตราการรายงานดัชนีลูกน้ำยุงลายโดย อสม. 100%	
			I2	อัตราการใส่ทรายเคมีภัณฑ์ (3 เดือน/ครั้ง) ทุกครัวเรือน 100 %	
			I3	ประสิทธิภาพในการพ่นเคมีภัณฑ์ในพื้นที่ระบาด 100%	
		U2	อัตราผู้ป่วยที่มีไข้สูงลอย 3 วัน เข้าถึงบริการทางการแพทย์		
			I1	อัตราผู้ป่วยสงสัย DHF และผู้ดูแลได้รับทักษะการประเมินอาการไข้เลือดออก $\geq 90\%$	
			I2	อัตราผู้สงสัย DHF ได้รับการคัดกรองตรวจ Tournique Test ที่ รพ.สต. 100%	
			I3	อัตราผู้สงสัย DHF ได้รับการคัดกรองตรวจ Tournique Test & CBC ที่ รพ. 100%	
		U3	อุบัติการณ์ผู้ป่วย DHF เกิดภาวะ Hypovolemic Shock เท่ากับ 0		
			I1	อุบัติการณ์ผู้ป่วย DHF ไม่ได้รับการประเมิน Early Warning Sign (Pulse,Plase Pressure) เท่ากับ 0	
			I2	อุบัติการณ์ผู้ป่วย DF ไม่มาตรวจตามนัด เท่ากับ 0	
		U4	อุบัติการณ์ผู้ป่วย DHF เกิดภาวะ Profound Shock เท่ากับ 0		
			I1	อุบัติการณ์ผู้ป่วย DHF ไม่ได้รับสารน้ำตรงตามแผนการรักษา เท่ากับ 0	
			I2	อัตราผู้ป่วย DHF ที่ Pit อยู่ในระยะวิกฤตได้รับการส่งต่อ 100%	
		U5	อุบัติการณ์การระบาดซ้ำ (Generation2) เท่ากับ 0		
			I1	อุบัติการณ์ศูนย์สั่งการ SRRT รายงานล่าช้าภายใน 3 ชั่วโมง เท่ากับ 0	
			I2	อุบัติการณ์ไม่พ่นเคมีภัณฑ์ในพื้นที่ระบาด (SRRT ตำบล) ภายใน 24 ชั่วโมง เท่ากับ 0	
			I3	อุบัติการณ์ทีม SRRT ตำบลไม่เขียนรายงานการสอบสวน Index Case เท่ากับ 0	
R2	อัตราการป่วยตายในโรคติดเชื้อที่สำคัญ (TB , HIV , DHF , Sepsis) ลดลง				



รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	
R	P	U	I			
	P4	อัตราการการเสียชีวิตด้วย Sepsis $\leq 10\%$				
		U1	อุบัติการณ์ผู้ป่วย Sepsis เข้าถึงบริการทางการแพทย์ล่าช้าเกิน 48 ชั่วโมง $\leq 10$ ครั้ง			
			I1	อัตราผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง (Bed ridden , CKD , DM , HT) ได้รับทักษะในการประเมินตนเอง $\geq 80\%$		
			I2	อัตราการใช้บริการ EMS 1669 ในผู้ป่วย Sepsis เพิ่มขึ้นปีละ 10%		
		U2	อุบัติการณ์ผู้ป่วย Sepsis เกิดภาวะ Septic Shock เท่ากับ 0			
			I1	อุบัติการณ์การประเมินผู้ป่วย Sepsis ผิดพลาด เท่ากับ 0		
			I2	อุบัติการณ์การประเมินผู้ป่วย Sepsis ผิดพลาด เท่ากับ 0		
			I3	อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัย Sepsis ไม่เข้าสู่ระบบ Antibiotic fast track เท่ากับ 0		
			I4	อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย Sepsis ได้รับยา Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง 100%		
		U3	อุบัติการณ์ผู้ป่วย Septic Shock ได้รับการส่งต่อล่าช้า เท่ากับ 0			
			I1	อุบัติการณ์ผู้ป่วย Sepsis ที่มี SOS Score $\geq 4$ ไม่ได้รับการรายงานแพทย์ทันที เท่ากับ 0		
			I2	อุบัติการณ์ผู้ป่วย Sepsis ที่มี SOS Score $\geq 4$ ไม่ได้รับการดูแลตามแนวทาง เท่ากับ 0		
			I3	อุบัติการณ์ผู้ป่วย Septic Shock ไม่ได้รับการดูแลตาม CPG เท่ากับ 0		
R3	อัตราการตายของมารดาและทารกในภานอนามัยแม่และเด็ก					
	P1	อัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี $\leq 30\%$				
		U1	อัตราการคลอดในมารดาอายุน้อยกว่า 20ปี $\leq 20\%$			
			I1	อัตราการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาในโรงเรียนกลุ่มเป้าหมายป.1-ป.6,ม.1-ม.6 100%		
			I2	ร้อยละของเด็กและเยาวชน ม.5 ที่มีการป้องกันตนเองโดยใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ 100%		
			I3	อัตราการคุมกำเนิดทุกวิธีของหญิงหลังคลอดอายุต่ำกว่า 20 ปี $\geq 80\%$		
		U2	อัตราทารกคลอดก่อนกำหนดในมารดาที่อายุน้อยกว่า 20 ปี $\leq 2\%$			
			I <sup>1</sup>	อุบัติการณ์หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเข้าถึงบริการก่อนเข้าสู่ระยะ Active Phase 100%		
			I <sup>2</sup>	อัตราหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด GA 28 -34+6 wks.ได้รับการดูแลรักษาเป็นไปในแนวทางเดียวกัน 100%		

รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
R	P	U	I		
			I <sup>3</sup>	อัตราหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด GA 35 -36+6 wks. ได้รับการดูแลรักษาเป็นไปในแนวทางเดียวกัน 100%	
			I <sup>4</sup>	อัตราหญิงตั้งครรภ์ที่ยับยั้งการคลอดไม่สำเร็จได้รับการส่งต่ออย่างปลอดภัย 100 %	
		U <sup>3</sup>		อุบัติการณ์การทำแท้งในมารดาอายุ $\leq 20$ ปี	
			I <sup>1</sup>	อุบัติการณ์การยุติการตั้งครรภ์ในมารดาอายุต่ำกว่า 20 ปี (Save Abortion) เท่ากับ 0	
R <sup>3</sup>	อัตราการตายของมารดาและทารกในงานอนามัยแม่และเด็ก				
	P <sup>2</sup>	อัตราการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนในทารกแรกเกิด $\leq 25$ : 1,000 LB			
		U <sup>1</sup>	อัตราการฝากครรภ์ GA $\leq 12$ Wks. $\geq 80\%$		
			I <sup>1</sup>	อัตราการฝากครรภ์ในกลุ่ม Teenage ครบตามเกณฑ์ เท่ากับ 80%	
			I <sup>2</sup>	อัตราการฝากครรภ์กลุ่มปกติ ครบตามเกณฑ์ เท่ากับ 80%	
			I <sup>3</sup>	อัตราการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง ครบตามเกณฑ์ เท่ากับ 80 %	
		U <sup>2</sup>	อัตราการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ ANC คุณภาพ เท่ากับ 80%		
			I <sup>1</sup>	อัตราการคัดกรองภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์ 100 %	
			I <sup>2</sup>	อัตราหญิงตั้งครรภ์ได้รับทักษะในการประเมินภาวะเสี่ยงในระยะฝากครรภ์ 100%	
		U <sup>3</sup>	อัตราหญิงตั้งครรภ์มีภาวะน้ำเดินเข้าถึงบริการทางการ แพทย์ภายใน 12 ชั่วโมง 100%		
			I <sup>1</sup>	อัตราการใช้บริการของหญิงตั้งครรภ์ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้น 50%	
			I <sup>2</sup>	อุบัติการณ์ผู้คลอดและญาติได้รับข้อมูลไม่ถูกต้องที่ส่งผลต่อการร้องเรียน เท่ากับ 0	
		U <sup>4</sup>	อุบัติการณ์การเกิดภาวะ Cardiac arrest ในทารกแรกเกิดจากภาวะพร่องออกซิเจน เท่ากับ 0		
			I <sup>1</sup>	อุบัติการณ์การประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงผิดพลาด เท่ากับ 0	
			I <sup>2</sup>	อุบัติการณ์หญิงตั้งครรภ์ไม่ได้รับการตรวจ NST เท่ากับ 0	
			I <sup>3</sup>	อุบัติการณ์การแปลผล EFM ผิดพลาด เท่ากับ 0	
			I <sup>4</sup>	อุบัติการณ์การเกิด Tetanic Contraction จากการได้รับยาแรงคลอด เท่ากับ 0	
			I <sup>5</sup>	อัตราการรายงานผลทางห้องปฏิบัติการด่วนในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงในเวลาที่กำหนด	

รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
R	P	U	I		
			I <sup>6</sup>	อุบัติการณ์การคลอดติดไหล่/คลอดติดขัด เท่ากับ 0	
			I <sup>7</sup>	อุบัติการณ์การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ล่าช้าตามมาตรฐาน MCH Board เท่ากับ 0	
		U <sup>5</sup>		อุบัติการณ์ทารกพร่องออกซิเจน เกิดภาวะ แทรกซ้อนขณะ นำส่ง เท่ากับ 0	
			I <sup>1</sup>	อุบัติการณ์ท่อหลอดลมคอเลื่อน/หลุดขณะนำส่ง เท่ากับ 0	
			I <sup>2</sup>	อุบัติการณ์ทารกเกิดภาวะ Hypo/Hyperthermia ขณะนำส่ง เท่ากับ 0	
R <sup>3</sup>	อัตราการตายของมารดาและทารกในงานอนามัยแม่และเด็ก				
	P <sup>3</sup>	อัตราการเกิดภาวะ PPH $\leq$ 5%			
		U <sup>1</sup>	อุบัติการณ์หญิงตั้งครรภ์เกิดภาวะ Cardiac arrest จากภาวะ PPH ในห้องคลอด เท่ากับ 0		
			I <sup>1</sup>	อัตราหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการประเมินคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดแต่ได้รับการป้องกัน(ซีด, รกค้าง) 100 %	
			I <sup>2</sup>	อุบัติการณ์การทำคลอดรกผิดพลาด เท่ากับ 0	
			I <sup>3</sup>	อุบัติการณ์การประเมินการเสียเลือดหลังคลอดผิดพลาด เท่ากับ 0	
			I <sup>4</sup>	อุบัติการณ์การเกิดภาวะ Hypovolemic Shock เท่ากับ 0	
		U <sup>2</sup>	อุบัติการณ์มารดาหลังคลอดเกิดภาวะ Cardiac arrest จากภาวะ PPH หลังคลอด เท่ากับ 0		
			I <sup>1</sup>	อัตรามารดาหลังคลอดได้รับการดูแลหลังคลอด 2 ชั่วโมงตามแนวทางปฏิบัติ 100 %	
			I <sup>2</sup>	อัตรามารดาหลังคลอดได้รับทักษะการประเมินแผลฝีเย็บก่อนจำหน่าย 100 %	
			I <sup>3</sup>	อัตรามารดาตกเลือดหลังคลอดรุนแรงได้รับการดูแลรักษาและส่งต่ออย่างปลอดภัย 100%	
			I <sup>4</sup>	อัตราหญิงหลังคลอดได้รับการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์ภายใน 15วัน 100%	
R <sup>3</sup>	อัตราการตายของมารดาและทารกในงานอนามัยแม่และเด็ก				
	P <sup>1</sup>	การคลอดก่อนกำหนด $\leq$ 10%			
		U <sup>1</sup>	อัตราการยับยั้งการคลอดสำเร็จ 100%		
			I <sup>1</sup>	อุบัติการณ์หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเข้าถึงบริการก่อนเข้าสู่ระยะ Active Phase 100%	
			I <sup>2</sup>	อัตราหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด GA 28 -34+6 wks. ได้รับการดูแลรักษาเป็นไปในแนวทางเดียวกัน 100%	

รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
R	P	U	I		
			I <sup>3</sup>	อัตราหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด GA 35 -36+6 wks. ได้รับการดูแลรักษาเป็นไปในแนวทางเดียวกัน 100%	
			I <sup>4</sup>	อัตราหญิงตั้งครรภ์ที่ยับยั้งการคลอดไม่สำเร็จได้รับการส่งต่ออย่างปลอดภัย 100%	
		U <sup>2</sup>		อัตราทารกน้ำหนักน้อยได้รับการประเมินพัฒนาการ 100%	
			I <sup>1</sup>	อัตราทารกน้ำหนักน้อยได้รับการประเมินพัฒนาการก่อนจำหน่าย 100%	
			I <sup>2</sup>	อัตราทารกน้ำหนักน้อยได้รับการส่งต่อข้อมูลติดตามประเมินพัฒนาการ 100%	
R <sup>4</sup>	อัตราผู้ป่วยมีสภาวะปลอดโรคฟันผุและเหงือกอักเสบเพิ่มขึ้น				
	P <sup>1</sup>	อัตราผู้ป่วยมีสภาวะปลอดโรคฟันผุเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 5			
		U <sup>1</sup>	เด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ที่มารับบริการที่คลินิกเด็กดี (WBC) ได้รับการทาฟลูออไรด์วานิชไม่น้อยกว่าร้อยละ 50		
			I <sup>1</sup>	ร้อยละ 90 ของหญิงมีครรภ์ที่มาฝากครรภ์ได้รับทันตสุขศึกษาและฝึกทักษะการแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ	
			I <sup>2</sup>	เด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ที่มารับบริการที่คลินิกเด็กดี (WBC) ได้รับการตรวจช่องปากและผู้ดูแลเด็กได้รับการฝึกทักษะการแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ (Hands-on) ในเด็ก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	
			I <sup>3</sup>	เด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ที่มารับบริการที่คลินิกเด็กดี (WBC) ได้รับการทาฟลูออไรด์วานิชไม่น้อยกว่าร้อยละ 50	
		U <sup>2</sup>	เด็กอายุ 12 ปี มีฟันแท้ไม่เกินร้อยละ 50		
			I <sup>1</sup>	เด็ก ป.1 – ป.6 ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากร้อยละ 90	
			I <sup>2</sup>	เด็ก ป.1 ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน ฟันกรามแท้ซี่ 1 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50	
			I <sup>3</sup>	โรงเรียนปลอดน้ำอัดลมและขนมกรุบกรอบ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75	
		U <sup>3</sup>	ประชาชนอำเภอเทพสถิตได้รับการสุขภาพช่องปากร้อยละ 30		
			I <sup>1</sup>	รพ.สต. มีการจัดบริการสุขภาพช่องปากแก่ประชาชนตามเกณฑ์ ร้อยละ 50	
			I <sup>2</sup>	ทันตบุคลากรให้บริการสุขภาพช่องปาก 2,000 ครั้ง/ทันตบุคลากร/ปี	
R <sup>4</sup>	อัตราผู้ป่วยมีสภาวะปลอดโรคฟันผุและเหงือกอักเสบเพิ่มขึ้น				
	P <sup>2</sup>	อัตราผู้ป่วยมีสภาวะปลอดเหงือกอักเสบมากกว่าร้อยละ 20			
		U <sup>1</sup>	เด็กอายุ 12 ปี มีภาวะเหงือกอักเสบไม่เกินร้อยละ 60		

รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
R	P	U	I		
			I <sup>1</sup>	เด็ก ป.1 – ป.6 ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 90	
			I <sup>2</sup>	เด็กอายุ 6 – 12 ปี (ป.1 – ป.6) ได้รับการบริการทันตกรรมไม่น้อยกว่าร้อยละ 20	
		U <sup>2</sup>		ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะโรคปริทันต์อักเสบได้รับการรักษามากกว่าร้อยละ 20	
			I <sup>1</sup>	ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก มากกว่าร้อยละ 50	
			I <sup>2</sup>	ผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรังได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก มากกว่าร้อยละ 20	
		U <sup>3</sup>		ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีฟันเคี้ยวอาหารได้อย่างเหมาะสม อย่างน้อย 4 คู่สบ ร้อยละ 60	
			I <sup>1</sup>	ผู้สูงอายุได้รับการใส่ฟันเทียมร้อยละ 80 (ของเป้าหมาย)	
			I <sup>2</sup>	ผู้สูงอายุรอคิวฟันเทียม ไม่เกิน 4 เดือน นับเมื่อเตรียมช่องปากเสร็จในฟันเทียมทุกประเภท	
P <sup>5</sup>	อัตราการป่วยตายในโรคฉุกเฉิน ( MI , Stroke , HI ) ลดลง				
	P <sup>1</sup>	อัตราการป่วยตายในโรค MI ลดลง 10%			
		U <sup>1</sup>	อัตราผู้ป่วยรายใหม่ในโรค MI ลดลง 10%		
			I <sup>1</sup>	อัตราความครอบคลุมในการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรค MI (DM,HT,DLP) $\geq 90\%$	
			I <sup>2</sup>	อัตรากลุ่มเสี่ยงที่มีผลการคัดกรอง (เสี่ยงสูง) ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มข้น $\geq 70\%$	
		U <sup>2</sup>	อัตราการผู้ป่วย MI และกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการทางการแพทย์ภายใน 30 นาทีตั้งแต่เริ่มมีอาการภายในรัศมี 10 กม. ร้อยละ 100		
			I <sup>1</sup>	อัตราผู้ป่วย MI และกลุ่มเสี่ยงได้รับทักษะในการประเมินตนเอง 80%	
			I <sup>2</sup>	อัตราการออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินภายในเวลา 10 นาที 80%	
			I <sup>3</sup>	อัตราการใช้บริการบริการ EMS 1669 เพิ่มขึ้น 50%	
		U <sup>3</sup>	อุบัติการณ์ผู้ป่วย MI และกลุ่มเสี่ยงเกิดภาวะ Cardiac arrest เท่ากับ 0		
			I <sup>1</sup>	อุบัติการณ์ประเมินผู้ป่วย MI และกลุ่มเสี่ยงผิดพลาด เท่ากับ 0	
			I <sup>2</sup>	อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่สงสัยภาวะ MI ไม่ได้รับการทำ EKG ภายใน 10 นาที	
			I <sup>3</sup>	อัตราการรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการด่วนภายในเวลาที่กำหนด 100%	
			I <sup>4</sup>	อุบัติการณ์วินิจฉัยโรค MI ผิดพลาด เท่ากับ 0	
		U <sup>4</sup>	อุบัติการณ์ผู้ป่วย MI และกลุ่มเสี่ยงเกิดภาวะ Cardiac arrest = 0		

รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	
R	P	U	I			
			I <sup>1</sup>	อัตราผู้ป่วย STEMI รับประทาน SK 100%		
			I <sup>2</sup>	อุบัติการณ์การแปลผล EKG ระหว่างส่งต่อผิดพลาด เท่ากับ 0		
			I <sup>3</sup>	อุบัติการณ์การส่งต่อผู้ป่วย STEMI ล่าช้า		
		U <sup>5</sup>		อุบัติการณ์ผู้ป่วย MI กลับเป็นซ้ำ		
			I <sup>1</sup>	อัตราผู้ป่วย MI เลิกบุหรี่ 70%		
			I <sup>2</sup>	อัตราผู้ป่วย MI ควบคุมระดับน้ำตาล HbA1C		
			I <sup>3</sup>	อัตราผู้ป่วย MI ควบคุมความดันโลหิตที่ 140/90 mmHg		
			I <sup>4</sup>	อัตราผู้ป่วย MI ควบคุมระดับ LDL < 100 mg/dl $\geq$ 80%		
			I <sup>5</sup>	อัตราการเยี่ยมบ้าน 100%		
P <sup>5</sup>	อัตราผู้ป่วยตายในโรคฉุกเฉิน ( MI , Stroke , HI ) ลดลง					
	U <sup>1</sup>	อัตราการป่วยตายในโรค Stroke ลดลง 10%				
			I <sup>1</sup>	อัตราความครอบคลุมในการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง(สุรา ยาเสพติด) 100%		
			I <sup>2</sup>	อัตราความครอบคลุมในการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรค Stroke (DM,HT,DLP) $\geq$ 90.%		
			I <sup>3</sup>	อัตรากลุ่มเสี่ยงที่มีผลการคัดกรองเสี่ยงสูงได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มข้น $\geq$ 70%		
		U <sup>2</sup>	อัตราการผู้ป่วย Stroke และกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการทางการแพทย์ภายใน 1 ชม.ตั้งแต่เริ่มมีอาการร้อยละ 100			
			I1	อัตราผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง(DM,HT,DLP) ได้รับทักษะในการประเมินตนเอง 80%		
			I2	อัตราการออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินภายในเวลา 10 นาที 80%		
			I3	อัตราการใช้บริการบริการ EMS 1669 เพิ่มขึ้น 50%		
		U3	อุบัติการณ์ผู้ป่วย Stroke และกลุ่มเสี่ยงเกิดภาวะ Cardiac arrest = 0			
			I1	อุบัติการณ์ประเมินผู้ป่วย Stroke เสี่ยงและกลุ่มผิดพลาด เท่ากับ 0		
			I2	อุบัติการณ์วินิจฉัยโรค Stroke ผิดพลาด เท่ากับ 0		
			I3	อุบัติการณ์การส่งต่อผู้ป่วย Stroke Fast track ได้รับการส่งต่อภายใน 30 นาทีตั้งแต่เข้ารับการรักษาที่ ER		
		U4	อุบัติการณ์ผู้ป่วย Stroke กลับเป็นซ้ำ			

รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
R	P	U	I		
			I1	อัตราผู้ป่วย Stroke เลิกบุหรี่ 70%	
			I2	อัตราผู้ป่วย Stroke ควบคุมความดันโลหิตที่ 140/90 mmHg	
			I3	อัตราผู้ป่วย Stroke ควบคุมระดับ LDL < 100 mg/dl $\geq$ 80%	
			I4	อัตราการเยี่ยมบ้าน 100%	
R5	อัตราผู้ป่วยตายในโรคฉุกเฉิน ( MI , Stroke , HI ) ลดลง				
	P3	อัตราตายในผู้ป่วย Head Injury ลดลง 10%			
		U1	อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย HI ได้รับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินตั้งแต่แจ้งเหตุจนถึง รพ. ภายใน 30 นาทีในรัศมี 10 กม. 100%		
			I1	อัตราผู้ป่วย HI ได้รับการประเมิน ณ จุดเกิดเหตุ 100%	
			I2	อัตราการออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินภายใน 10 นาที	
			I3	อัตราการใช้บริการ EMS 1669 เพิ่มขึ้น 50%	
		U2	อุบัติการณ์ผู้ป่วย Mild & moderate เกิดภาวะ sever HI		
			I1	อัตราผู้ป่วย HI ได้รับการประเมิน GCS ภายใน 10 นาที 100%	
			I2	อุบัติการณ์วินิจฉัย HI ผิดพลาด เท่ากับ 0	
		U3	อุบัติการณ์ผู้ป่วย HI เกิดภาวะ Cardiac arrest เท่ากับ 0		
			I1	อัตรา Moderate & Severe HI ได้รับการส่งต่อภายใน 1 ชม.ผู้ป่วย	
R6	ระดับความสำเร็จการจัดการกระบวนการระบบงานสำคัญ ( RSQ , NSO/MSO , ENV , IC , เวชระเบียน , ยา , LAB+รังสี )				
	P1	อุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ G-I ซ้ำ เท่ากับ 0			
		U1	อุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ E-I < 30 ครั้ง		
			I1	อัตราการรายงานความเสี่ยง A-C/1-2 ภายในวันที่ 25 ของเดือน	
			I2	อัตราการรายงานความเสี่ยง D-F/3 ภายในเวลา 72 ชั่วโมง	
			I3	อัตราการรายงานความเสี่ยง G-I/4 ภายในเวลา 24 ชั่วโมง	
			I4	อัตราหน่วยงานมีรายงานความเสี่ยง มากกว่าร้อยละ 80	

รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
R	P	U	I		
			I5	อัตราความครอบคลุมในการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกหน่วยงานเดือนละ 1 ครั้ง 100	
			I6	อุบัติการณ์การประเมินระดับความเสี่ยงในหน่วยงานผิดพลาด เท่ากับ 0	
		U2		อัตราความเสี่ยงระดับ E-I ได้รับการแก้ไข 80 %	
			I1	อัตราความเสี่ยงระดับ A-C/1-2 ได้รับการแก้ไขภายใน 1 เดือน	
			I2	อัตราความเสี่ยงระดับ D-F/3 ได้รับการแก้ไขภายในเวลา 7-14 วัน	
			I3	อัตราความเสี่ยงระดับ G-I/4 ได้รับการแก้ไขภายในเวลา 7 วัน	
			I4	อัตราความเสี่ยงทุกระดับได้รับการจัดการความเสี่ยงภายในเวลาที่กำหนด 100	
		U3		อุบัติการณ์การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่สามารถป้องกันได้ เท่ากับ 0	
			I1	หน่วยงานผ่านการประเมิน SIMPLE ร้อยละ 60	
			I2	อัตราการทำ Triger Tool ในหน่วยงานมากกว่าร้อยละ 60	
		U4		อัตราหน่วยงานนำผลลัพธ์คุณภาพมาใช้ป้องกันการเกิดความเสี่ยงซ้ำ 80 %	
			I1	อัตราความเสี่ยงระดับ A-C/1-2 ได้มีการทำ CQI ร้อยละ 60	
			I2	อัตราความเสี่ยงระดับ D-F/3 ได้มีการทำ Best Practice ร้อยละ 60	
			I3	อัตราความเสี่ยงระดับ G-I/4 ได้มีการทำ R to R ร้อยละ 60	
R6				ระดับความสำเร็จการจัดการกระบวนการระบบงานสำคัญ ( RSQ , NSO/MSO , ENV , IC , เวชระเบียน , ยา , LAB+รังสี )	
	P2			ระดับความสำเร็จทางวิชาชีพผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	
		U1		อุบัติการณ์การเกิดความเสี่ยงจากการรักษาทางการแพทย์ระดับ G-I เท่ากับ 0	
			I1	อัตรากำลังทางการแพทย์เพียงพอเหมาะสมตามเกณฑ์ (Productivity) ร้อยละ 70	
			I2	อัตรากำลังทางการแพทย์เพียงพอเหมาะสมตามเกณฑ์ (FTE) ร้อยละ 70	
		U2		อัตรากำลังทางการแพทย์เพียงพอเหมาะสมตามเกณฑ์ ร้อยละ 70	
			I1	บุคลากรสนับสนุนทางการแพทย์มีสมรรถนะตามเกณฑ์ ร้อยละ 70	
			I2	บุคลากรทางการแพทย์มีสมรรถนะทั่วไป (Common Competcy) ตามเกณฑ์ ร้อยละ 70	
			I3	บุคลากรทางการแพทย์มีสมรรถนะเฉพาะวิชาชีพ (Specificy Competecy) ตามเกณฑ์ร้อยละ 70	



รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
R	P	U	I		
		U3		บุคลากรทางการแพทย์มีสมรรถนะเหมาะสมตามเกณฑ์ ร้อยละ 70	
			I1	การปฏิบัติตาม CNPG ของบุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 80	
			I2	อัตราการนิเทศทางการแพทย์ (Specific Clinic Risk) ร้อยละ 80	
			I3	อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการแพทย์ร้อยละ80	
		U4		อุบัติการณ์ความเสี่ยงทางการแพทย์ (E-I) <2	
			I1	การปฏิบัติตาม CNPG ของบุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 80	
			I2	อัตราการนิเทศทางการแพทย์ (Specific Clinic Risk) ร้อยละ 80	
			I3	อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการแพทย์ร้อยละ80	
		U5		ระดับความสุขของบุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ70	
			I1	บุคลากรทางการแพทย์ได้รับสวัสดิการบ้านพักเพียงพอและเหมาะสม ร้อยละ70	
			I2	ระดับความผูกพันของบุคลากรทางการแพทย์ร้อยละ 70	
			I3	จำนวนข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการพฤติกรรมบริการได้รับการแก้ไขร้อยละ 100	
	P3			อุบัติการณ์ความเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย ระดับ 2-3 ≤ 5 ครั้ง	
		U1		อุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุจากโครงสร้างอาคารและสิ่งแวดล้อม เท่ากับ 0	
			I1	อุบัติการณ์หลังคารั่ว เท่ากับ 0	
			I2	อุบัติการณ์ท่อ น้ำรั่วซึม เท่ากับ 0	
			I3	อุบัติการณ์การได้รับบาดเจ็บจากพื้นต่างระดับ เท่ากับ 0	
			I4	อุบัติการณ์การพบสัตว์มาเลี้ยง (สุนัข แมว นก) บนอาคาร เท่ากับ 0	
			I5	อุบัติการณ์การพบรังนกในอาคาร เท่ากับ 0	
		U2		อุบัติการณ์เครื่องกำเนิดไฟฟ้า(Generator)ไม่ทำงานตามเวลาที่กำหนด เท่ากับ 0	
			I1	อุบัติการณ์พบสายไฟเก็บบไม่เป็นระเบียบ เท่ากับ 0	
			I2	อุบัติการณ์การระบบไฟฟ้าฉุกเฉินไม่ทำงาน เท่ากับ 0	
			I3	อุบัติการณ์แผงควบคุมการทำงานของเครื่องปั่นไฟไม่ทำงาน เท่ากับ 0	

รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
R	P	U	I		
			14	อุบัติการณ์น้ำมันเชื้อเพลิงเพื่อใช้ในเครื่องปั้นไฟหมุด เท่ากับ 0	
			15	อุบัติการณ์แบตเตอรี่เพื่อใช้ในเครื่องปั้นไฟหมุด เท่ากับ 0	
		U3		อุบัติการณ์น้ำอุปโภคบริโภคไม่เพียงพอและไม่พร้อมใช้ เท่ากับ 0	
			11	อุบัติการณ์พบน้ำประปาขุ่น เท่ากับ 0	
			12	อุบัติการณ์น้ำประปามีกลิ่น เท่ากับ 0	
			13	อุบัติการณ์การระบบประปาบาดาลไม่ทำงาน เท่ากับ 0	
			14	อุบัติการณ์การนำอุปโภคบริโภคไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจคุณภาพน้ำ เท่ากับ 0	
		U4		อุบัติการณ์ระบบแก๊สไม่พร้อมใช้ เท่ากับ 0	
			11	อุบัติการณ์พบO <sub>2</sub> ไม่ปิดฝาครอบ เท่ากับ 0	
			12	อุบัติการณ์การไม่ล็อกบันทึกข้อมูลประจำวัน เท่ากับ 0	
			13	อุบัติการณ์O <sub>2</sub> หมด เท่ากับ 0	
			14	อุบัติการณ์ไม่คลอโรไซยด์กับถัง O <sub>2</sub> เท่ากับ 0	
		U5		อุบัติการณ์ระบบระบบขนส่งไม่พร้อมใช้ เท่ากับ 0	
			11	อุบัติการณ์รถเข็นผู้ป่วยไม่พร้อมใช้ เท่ากับ 0	
			12	อุบัติการณ์รถเข็นขยะไม่พร้อมใช้ เท่ากับ 0	
			13	อุบัติการณ์รถเข็นอุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่พร้อมใช้ เท่ากับ 0	
			14	อุบัติการณ์การใช้รถเข็นในการขนส่งผิดประเภท เท่ากับ 0	
		U6		อุบัติการณ์ห้องแยกโรคไม่พร้อมใช้ เท่ากับ 0	
			11	อุบัติการณ์การไม่ตรวจสอบระบบการทำงานของห้องแยกโรคตามระยะเวลาที่กำหนด เท่ากับ 0	
			12	อุบัติการณ์การไม่รายงานความชำรุดของห้องแยกห้อง เท่ากับ 0	
			13	อุบัติการณ์ห้องแยกโรคไม่ได้รับการบำรุงรักษาตามระยะเวลาที่กำหนด เท่ากับ 0	
		U7		อุบัติการณ์เครื่องปรับอากาศไม่พร้อมใช้ เท่ากับ 0	
			11	อุบัติการณ์การเครื่องปรับอากาศไม่ได้รับการล้างทำความสะอาดตามระยะเวลาที่กำหนด เท่ากับ 0	

รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
R	P	U	I		
			I2	อุบัติการณ์ความล่าช้าในการซ่อมเครื่องปรับอากาศที่ชำรุดเกิน 24 ชม. เท่ากับ 0	
		U8		อัตราการบำบัดน้ำเสียผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 100%	
			I1	ค่าบีโอดี (BOD, Ph)ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน(<20mg/L)	
			I2	Total coliforms ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน(ไม่เกิน5,000ml)	
			I3	อุบัติการณ์เครื่องเติมอากาศไม่พร้อมใช้ เท่ากับ 0	
			I4	ส่งน้ำเสียดูแลตรวจสอบกับองค์กรภายนอก 1ครั้ง/ปี	
		U9		อัตราขยะติดเชื้อลดลง $\geq 10\%$ /ปี	
			I1	อุบัติการณ์การคัดแยกขยะติดเชื้อผิดพลาด เท่ากับ 0	
			I2	อุบัติการณ์การคัดแยกขยะอันตรายผิดพลาด เท่ากับ 0	
			I3	อุบัติการณ์การคัดแยกขยะทั่วไปผิดพลาด เท่ากับ 0	
			I4	อุบัติการณ์การคัดแยกขยะรีไซเคิลผิดพลาด เท่ากับ 0	
		U10		อุบัติการณ์การความไม่ปลอดภัย ของชีวิตและทรัพย์สิน เท่ากับ 0	
			I1	อุบัติการณ์การทรัพย์สินผู้ป่วยและญาติสูญหาย เท่ากับ 0	
			I2	อุบัติการณ์การกล้อง CCTV ไม่พร้อมใช้ เท่ากับ 0	
		U11		อุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางการจราจร เท่ากับ 0	
			I1	อุบัติการณ์การจอดรถในที่ห้ามจอด เท่ากับ 0	
			I2	อุบัติการณ์การที่จอดรถไม่เพียงพอ เท่ากับ 0	
		U12		หน่วยงานผ่านเกณฑ์สิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยา Healing environment	
			I1	ทุกหน่วยงานผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 5 ส. 100%	
			I2	รพ.ปลอดบุหรี่ 100%	
			I3	อัตราการสวมหมวกนิรภัย 100%	
			I4	ร้านอาหารผ่านเกณฑ์ CFGT 100%	
R6	ระดับความสำเร็จการจัดการกระบวนการระบบงานสำคัญ ( RSQ , NSO/MSO , ENV , IC , เวชระเบียน , ยา ,				

รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	
R	P	U	I			
	P4	อัตราการติดเชื้อรวมในโรงพยาบาลน้อยกว่า 0.5 ครั้ง / 1,000 วันนอนโรงพยาบาล				
		U1	อัตราการติดเชื้อดื้อยารายใหม่ลดลง $\geq 5\%$			
			I1	อัตราความครอบคลุมในการคัดกรองผู้ป่วยดื้อยาและกลุ่มเสี่ยงที่ส่งต่อมารักษา 100%		
			I2	อัตราผู้ป่วยดื้อยาและกลุ่มเสี่ยงที่ส่งต่อกลับมารักษาต่อได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา 100%		
			I3	อัตราผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา Admitted < 1%		
			I4	อัตราการใช้ยา Antibiotic สมเหตุสมผล $\geq 80\%$		
		U2	อัตราการติดเชื้อตามตำแหน่งลดลงตามเกณฑ์ของแต่ละตำแหน่ง $\geq 0.5\%$			
			I1	อัตราการติดเชื้อ CA-UTI $\leq 2/1,000$ on catheter day		
			I2	อัตราการติดเชื้อในกระแสโลหิตในทารกอายุต่ำกว่า 30 วัน (clinical sepsis) $\leq 2/1,000$ วันนอน		
			I3	อัตราการติดเชื้อที่สะดือในทารกอายุต่ำกว่า 30 วันเท่ากับ 0		
			I4	อัตราการติดเชื้อที่ตำแหน่งแผลฝีเย็บ เท่ากับ 0		
			I5	อัตราการติดเชื้อที่ตำแหน่งแผลผ่าตัดสะอาดเท่ากับ 0		
			I6	อัตราการเกิด Phlebitis ระดับ 3 ขึ้นไป < 0.5/1,000 วันใส่ IV Catheter		
			I7	อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2-4 < 0.5/1,000 วันนอน		
		U3	อุบัติการณ์อุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่สะอาดปราศจากเชื้อ เท่ากับ 0			
			I1	อัตราการทำ Spore Test ผล Positive เท่ากับ 0		
			I2	อุบัติการณ์แถบเคมีภายในที่ผ่านการฆ่าเชื้อแล้วแปรผลไม่ผ่าน เท่ากับ 0		
			I3	อุบัติการณ์หีบห่อเครื่องมือที่ผ่านการฆ่าเชื้อแล้วชำรุด เท่ากับ 0		
		U4	อุบัติการณ์การส่งคืนผ้าซักร์ เท่ากับ 0			
			I1	อุบัติการณ์แยกผ้าผัดประเภท เท่ากับ 0		
			I2	อุบัติการณ์ไม่ซักร์ผ้าก่อนซักร์ เท่ากับ 0		
			I3	อุบัติการณ์การซักร์ผ้าซ้ำ เท่ากับ 0		
R6	ระดับความสำเร็จการจัดการกระบวนการระบบงานสำคัญ ( RSQ , NSO/MSO , ENV , IC , เวชระเบียน , ยา , LAB+รังสี )					

รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	
R	P	U	I			
	P5	อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนเพิ่มขึ้น				
		U1	อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก > 80%			
			I1	อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกข้อมูลแผนก ER > 80%		
			I2	อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกข้อมูลแผนก OPD > 80%		
			I3	อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกข้อมูลแผนก NCD > 80%		
			I4	อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกข้อมูลแผนก ศสช. > 80%		
		U2	อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน > 80%			
			I1	อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกProgress Note > 80%		
			I2	อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกNurse Note > 80%		
			I3	อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกPE > 80%		
			I4	อัตราความสมบูรณ์ของการให้รหัสโรค > 80%		
R6	ระดับความสำเร็จการจัดการกระบวนการระบบงานสำคัญ ( RSQ , NSO/MSO , ENV , IC , เวชระเบียน , ยา , LAB+รังสี )					
	P6	อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา ระดับ E ขึ้นไปลดลง				
		U1	Med error ระดับ E ขึ้นไป ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก < 10 ครั้ง : 1000 ใบสั่งยา/วันนอน			
			I1	อัตรา prescribing error < 30 ครั้ง : 1000 ใบสั่งยา/วันนอน		
			I2	อัตรา pre-dispensing error < 30 ครั้ง : 1000 ใบสั่งยา/วันนอน		
			I3	อัตรา dispensing error < 10 ครั้ง : 1000 ใบสั่งยา/วันนอน		
			I4	อัตรา administration error < 10 ครั้ง : 1000 ใบสั่งยา/วันนอน		
			I5	อัตรา transcribing error < 10 ครั้ง : 1000 ใบสั่งยา/วันนอน		
		U2	อัตราความเหมาะสมในการสั่งใช้ยาที่ทำ DUE > 80%			
			I1	อัตราใบสั่งยาที่มีสั่งใช้ยาที่ต้องทำ DUE ได้รับการประเมินความเหมาะสมในการสั่งใช้ยามากกว่า > 80%		
			I2	อัตราใบสั่งยาที่ได้รับการประเมิน DUE มีความเหมาะสมในการใช้ยา > 80%		
		U3	อัตราการทำ Medication reconciliation ของผู้ป่วยใน > 80%			

รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
R	P	U	I		
			I1	อัตราผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลได้รับการสอบถามประวัติยาเดิม 100%	
			I2	อัตราผู้ป่วยที่มีประวัติยาเดิมมีความต่อเนื่องในการใช้ยาขณะ admit > 80%	
			I3	อัตราผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจาก รพ. มีความต่อเนื่องในการใช้ยามากกว่า > 80%	
		U4		อุบัติการณ์การแพ้ยาซ้ำ เท่ากับ 0	
			I1	อุบัติการณ์ผู้ป่วยแพ้ยาไม่ได้รับการซักประวัติแพ้ยาตั้งแต่ต้นทาง (ER,OPD) กลางทาง (IPD, แพทย์) เท่ากับ 0	
			I2	อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่ถูกส่งมาซักประวัติแพ้ยาแต่ไม่ได้รับการประเมินแพ้ยา เท่ากับ 0	
			I3	อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินว่าแพ้ยาแล้วไม่ได้บันทึกข้อมูลในระบบ HosXp , เวชระเบียน เท่ากับ 0	
			I4	อุบัติการณ์ผู้ป่วยได้รับการสั่งใช้ยาที่มีประวัติแพ้ยา เท่ากับ 0	
		U5		อุบัติการณ์ administration error ในยา HAD เท่ากับ 0	
			I1	อัตราผู้ป่วยผู้ป่วยที่ได้รับยา HAD ได้รับการ Monitor ขณะบริหารยา 100%	
			I2	อัตราผู้ป่วยที่ได้รับยา HAD ได้รับการประเมินผลการให้ยา หลังบริหารยา 100%	
		U6		อุบัติการณ์ข้อร้องเรียนในการให้บริการเภสัชสนเทศ เท่ากับ 0	
			I1	อุบัติการณ์การรายงานการให้บริการที่ผิดพลาด เท่ากับ 0	
			I2	อุบัติการณ์การรายงานการให้บริการเภสัชสนเทศไม่ทันเวลาที่ต้องการการใช้ข้อมูล เท่ากับ 0	
		U7		อุบัติการณ์ยาเวชภัณฑ์ขาด/เสื่อมคุณภาพ/หมดอายุ เท่ากับ 0	
			I1	จำนวนเดือนสำรองคลัง ไม่เกิน 2 เดือน	
			I2	อัตราของ รพ.สต. ได้รับการตรวจประเมินคลังเก็บเวชภัณฑ์ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐาน มากกว่า 80	
R6				ระดับความสำเร็จการจัดการกระบวนการระบบงานสำคัญ ( RSQ , NSO/MSO , ENV , IC , เวชระเบียน , ยา , LAB+รังสี )	
	P1			อุบัติการณ์การรายงานผล LAB และภาพ X-RAY ไม่สอดคล้องกับอาการคนไข้ เท่ากับ 0	
		U1		อัตราการรายงานผลห้องปฏิบัติการ(Lab ด่วน)ภายในเวลาที่กำหนด 100%	
			I1	ทบทวนปัญหาและการแก้ไขการรายงานผลแล็บในคนไข้สั่งแล็บด่วนเกิน Turn around Time เดือนละ 1 ครั้งเท่ากับ 100%	
			I2	บันทึกปัญหาและการแก้ไขการรายงานผลแล็บในคนไข้สั่งแล็บด่วนเกิน Turn around Time เท่ากับ 100%	
			I3	อุบัติการณ์การตรวจวิเคราะห์ ไม่ได้ทำ IQC <10%	

รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
R	P	U	I		
			I4	อุบัติการณ์ผลการตรวจวิเคราะห์ EQC ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน < 5%	
			I5	อุบัติการณ์การรายงานLab วิฤติไม่ทันเวลา เท่ากับ 0	
			I6	อัตราการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด < 1%	
		U2		อุบัติการณ์การ x – ray ซ้ำ เท่ากับ 0	
			I1	ทบทวนปัญหาและการแก้ไขการ X ray ซ้ำในกลุ่มคนไข้ฉุกเฉินและคนไข้เด็กเดือนละ 1 ครั้งเท่ากับ 100%	
			I2	บันทึกปัญหาและการแก้ไขการ X ray ซ้ำกลุ่มคนไข้ฉุกเฉินและคนไข้เด็กเท่ากับ 100%	
			I3	อุบัติการณ์ระบบเอกซเรย์ไม่พร้อมใช้ เท่ากับ 0	
			I4	อัตราการคัดกรองหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ 12-50 ปี เท่ากับ 0	
R7	สร้างสุขภาพเชิงรุก				
	P1	อัตราการรับรู้ข้อมูลข่าวสารการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 5 กลุ่มโรค ร้อยละ 80			
		U1	อัตราการรับรู้ข้อมูลข่าวสารโรคเรื้อรัง ร้อยละ 80		
			I1	อัตราการรับรู้ข้อมูลข่าวสารการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค DM ร้อยละ 80	
			I2	อัตราการรับรู้ข้อมูลข่าวสารการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค HT ร้อยละ 80	
			I3	อัตราการรับรู้ข้อมูลข่าวสารการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค CKD ร้อยละ 80	
			I4	อัตราการรับรู้ข้อมูลข่าวสารการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค COPD ร้อยละ 80	
			I5	อัตราการรับรู้ข้อมูลข่าวสารการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจิตเภท ร้อยละ 80	
			I6	อัตราการรับรู้ข้อมูลข่าวสารการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค Asthma ร้อยละ 80	
		U2	อัตราการรับรู้ข้อมูลข่าวสารโรคติดต่อ ร้อยละ 80		
			I1	อัตราการรับรู้ข้อมูลข่าวสารโรค TB ร้อยละ 80	
			I2	อัตราการรับรู้ข้อมูลข่าวสารโรค HIV ร้อยละ 80	
			I3	อัตราการรับรู้ข้อมูลข่าวสารโรค DHF ร้อยละ 80	
		U3	อัตราการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับงานอนามัยแม่และเด็ก ร้อยละ 80		
			I1	อัตราการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในวัยรุ่น ร้อยละ 80	

รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
R	P	U	I		
			I2	อัตราการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ ร้อยละ 100	
		U4		อัตราการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านทันตสาธารณสุข ร้อยละ 80	
			I1	อัตราการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านพันธุ ร้อยละ 80	
			I2	อัตราการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านเหงือกอักเสบ ร้อยละ 80	
		U5		อัตราการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านโรคฉุกเฉิน ร้อยละ 80	
			I1	อัตราการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านโรค MI ร้อยละ 80	
			I2	อัตราการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านโรค Stoke ร้อยละ 80	
			I3	อัตราการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านโรค HI ร้อยละ 80	
R7	สร้างสุขภาพเชิงรุก				
	P2	ประชากรกลุ่มเป้าหมาย 5 กลุ่มวัย ได้รับการส่งเสริมสุขภาพตามเกณฑ์ 80 %			
		U1	เด็ก 0 – 5 ปี พัฒนาการสมวัยไม่น้อยกว่าร้อยละ 85		
			I1	พัฒนาการล่าช้าด้านการเคลื่อนไหว ร้อยละ 85	
			I2	พัฒนาการล่าช้าด้านการเข้าใจภาษา ร้อยละ 85	
			I3	พัฒนาการล่าช้าด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก ร้อยละ 85	
			I4	พัฒนาการล่าช้าด้านการใช้ภาษา ร้อยละ 85	
			I5	พัฒนาการล่าช้าด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม ร้อยละ 85	
		U2	อัตราความครอบคลุมการได้รับวัคซีนในเด็ก 0- 5 ปี $\geq 95$ %		
			I1	ร้อยละของเด็กอายุครบ 1 ปี ได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด $\geq 95$ %	
			I2	ร้อยละของเด็กอายุ 4 เดือนได้รับวัคซีน IPV $\geq 80$ %	
		U3	เด็กนักเรียนมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน (ไม่เกินร้อยละ 10 ภายในปี 2560)		
			I1	อัตราเด็กวัยเรียนได้รับการคัดกรองภาวะโภชนาการ 100%	
			I2	อัตราของโรงเรียนมีการนำแผนการเรียนรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพไปใช้ $\geq 70$ %	
			I3	อัตราเด็กวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินได้รับการจัดการเรื่องน้ำหนัก 100 %	



รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
R	P	U	I		
			I4	อัตราเด็กวัยเรียน (6 – 14 ปี) มีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน 70%	
		U4		อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี (ไม่เกิน 6.5 ต่อประชากรเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี แสนคน)	
			I1	อัตราการจัดการความเสี่ยงของแหล่งน้ำ 100%	
			I2	ศูนย์เด็กเล็กได้รับการจัดการพัฒนาองค์ความรู้ที่เชื่อมโยงกับระบบเฝ้าระวังปัญหาการจมน้ำ 100%	
			I <sup>3</sup>	อัตราเด็กอายุ 5 – 15 ปี ได้รับการฝึกทักษะหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด ร้อยละ 80	
		U <sup>5</sup>		สัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 1 และ 2 (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70)	
			I <sup>1</sup>	ร้อยละของสตรีที่มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 %	
			I <sup>2</sup>	ร้อยละสะสมของสตรีที่มีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่น้อยกว่า 80 %	
		U <sup>6</sup>		ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้พิการต้องการความช่วยเหลือในการดำเนินกิจกรรมประจำวันพื้นฐาน ไม่เกินร้อยละ 15	
			I <sup>1</sup>	อัตราผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง ADL $\geq$ 80 %	
			I <sup>2</sup>	อัตราผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาทักษะ $\geq$ 80 %	
			I <sup>3</sup>	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลต่อที่บ้านโดยทีม FCT $\geq$ 80 %	
R <sup>7</sup>	สร้างสุขภาพเชิงรุก				
	P <sup>3</sup>	อำเภอมี District Health System (DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ ใช้ SRM หรือเครื่องมืออื่น ๆ ในการทำแผนพัฒนาสุขภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 25			
		U <sup>1</sup>	ตำบลละตะแบก จัดการสุขภาพแบบบูรณาการ ร้อยละ 70		
			I <sup>1</sup>		
		U <sup>2</sup>	ตำบลห้วยยายจิว จัดการสุขภาพแบบบูรณาการ ร้อยละ 70		
			I <sup>1</sup>		
		U <sup>3</sup>	ตำบลบ้านไร่ จัดการสุขภาพแบบบูรณาการ ร้อยละ 70		
			I <sup>1</sup>		
		U <sup>4</sup>	ตำบลโป่งนก จัดการสุขภาพแบบบูรณาการ ร้อยละ 70		
			I <sup>1</sup>		

รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
R	P	U	I		
		U <sup>5</sup>	ตำบลนายางหลัก จัดการสุขภาพแบบบูรณาการ ร้อยละ 70		
			I <sup>1</sup>		
R <sup>7</sup>	สร้างสุขภาพเชิงรุก				
	P <sup>4</sup>	ภาคีเครือข่ายสุขภาพมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพชุมชน ร้อยละ 100			
		U <sup>1</sup>	โรงเรียนที่ดำเนินกิจกรรมโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ 100%		
			I <sup>1</sup>		
		U <sup>2</sup>	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผ่านเกณฑ์คุณภาพ ระดับดีและดีมาก $\geq 70\%$		
			I <sup>1</sup>		
		U <sup>3</sup>	วัดผ่านเกณฑ์ส่งเสริมสุขภาพในเขตรับผิดชอบร้อยละ 80		
			I <sup>1</sup>		
		U <sup>4</sup>	หมู่บ้านจัดการสุขภาพผ่านเกณฑ์ประเมินร้อยละ 80		
			I <sup>1</sup>		
		U <sup>5</sup>	อปท. สนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนร้อยละ 100		
			I <sup>1</sup>		
		U <sup>6</sup>	อสม.ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม.เชี่ยวชาญ $\geq 60\%$		
			I <sup>1</sup>		
		U <sup>7</sup>	อัตราผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้รับการดูแลจาก อสค. ร้อยละ 100		
			I <sup>1</sup>		
R <sup>7</sup>	สร้างสุขภาพเชิงรุก				
	P <sup>5</sup>	อัตราโรคจากการประกอบอาชีพลดลง ร้อยละ 50			
		U <sup>1</sup>	อัตราการสัมผัสสารเคมีของเกษตรกร ลดลง ร้อยละ 50		
			I <sup>1</sup>	อัตราการเลือกใช้สารเคมีถูกประเภท 100%	
			I <sup>2</sup>	อัตราการผสมสารเคมีถูกต้องตามหลักเกณฑ์ 100%	

รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
R	P	U	I		
			I <sup>3</sup>	อัตราการพ้นสารเคมีถูกวิธี 100%	
			I <sup>4</sup>	อัตราการทำความสะอาดร่างกายและเครื่องมือ 100%	
		U <sup>2</sup>		อัตราการเกิดอุบัติเหตุจากการประกอบอาชีพลดลง ร้อยละ 50	
			I <sup>1</sup>	อัตราการเกิดอุบัติเหตุจากเครื่องจักร ลดลงร้อยละ 50	
			I <sup>2</sup>	อัตราการเกิดอุบัติเหตุจากอุปกรณ์การเกษตร ลดลงร้อยละ 50	
			I <sup>3</sup>	อัตราการเกิดอุบัติเหตุจากตัวบุคคล ลดลงร้อยละ 50	
R <sup>8</sup>	การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (ระบาดวิทยา ภัยสุขภาพ คบส.)				
	P <sup>1</sup>	ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานด้านระบาดวิทยา ผ่านมาตรฐานตามเกณฑ์			
		U <sup>1</sup>	อุบัติการณ์การไม่รายงานโรคเพื่อเตือนภัยในระบบเฝ้าระวัง (รง.506) ตามระยะเวลาที่กำหนด เท่ากับ 0		
			I <sup>1</sup>	อัตราการรายงานโรคเพื่อเตือนภัยหลังจากได้รับรายงานตามระยะเวลาที่กำหนด 100%	
			I <sup>2</sup>	อุบัติการณ์การสื่อสารความเสี่ยงผิดพลาด เท่ากับ 0	
		U <sup>2</sup>	อัตราการรายงานการควบคุมโรคครบถ้วน ทันเวลา ตามเกณฑ์มาตรฐาน 100%		
			I <sup>1</sup>	อุบัติการณ์การเขียนใบรายงานโรคไม่ถูกต้องครบถ้วนตามเกณฑ์ เท่ากับ 0	
			I <sup>2</sup>	อุบัติการณ์การรายงานโรคไม่ทันเวลา เท่ากับ 0	
		U <sup>3</sup>	อัตราการรายงานการยุติการระบาดหลังการเกิดโรค (รายงานการสอบสวนโรค) ตามเกณฑ์ที่กำหนด 100%		
			I <sup>1</sup>	อุบัติการณ์การไม่เขียนรายงานการสอบสวนโรค เท่ากับ 0	
			I <sup>2</sup>	อัตราการเขียนรายงานการสอบสวนโรคถูกต้องตามเกณฑ์ 100%	
R <sup>8</sup>	การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (ระบาดวิทยา ภัยสุขภาพ คบส.)				
	P <sup>1</sup>	ระดับความสำเร็จในการดำเนินการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐาน			
		U1	อัตราหมู่บ้านปลอดบุหรี่ $\geq 80\%$		
			I <sup>1</sup>		
		U <sup>2</sup>	อัตราของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา $\geq 90\%$		
			I <sup>1</sup>		

รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
R	P	U	I		
		U <sup>3</sup>		อัตราหมู่บ้านงานศพปลอดเหล้า $\geq 80\%$	
			I <sup>1</sup>		
		U <sup>4</sup>		อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ $\leq 6.3$ /ประชากร 1 แสนคน	
			I <sup>1</sup>	อัตราการคัดกรอง 2Q ในผู้ป่วยคลินิกโรคเรื้อรัง (DM , HT , COPD) $\geq 80\%$	
			I <sup>2</sup>	อัตราการคัดกรอง 2Q ในผู้ป่วยคลินิกโรคเรื้อรัง (DM , HT , COPD) $\geq 80\%$	
			I <sup>3</sup>	อัตราการคัดกรอง 2Q ในกลุ่มอายุ 15-59 ปี $\geq 80\%$	
			I <sup>4</sup>	อัตราการคัดกรอง 2Q ในผู้ป่วยคลินิกANC $\geq 100\%$	
			I <sup>5</sup>	ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่ส่งเข้ารับการรักษาที่คลินิกรักษใจได้รับการคัดกรอง 2Q 100%	
			I <sup>6</sup>	ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดยาเสพติดได้รับการคัดกรอง 2Q 100%	
			I <sup>7</sup>	ผู้ป่วยที่มีผล 2Q +ve ได้รับการประเมิน 9Q และเข้าสู่กระบวนการรักษา 100%	
			I <sup>8</sup>	ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและมีความคิดฆ่าตัวตายได้รับการเยี่ยมบ้าน 100%	
			I <sup>9</sup>	อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า $\geq 50\%$	
		U <sup>5</sup>		อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน $\leq 14$ /ประชากร 1 แสนคน	
			I <sup>1</sup>	อุบัติการณ์การเหตุ ฆ จุดเสี่ยง เท่ากับ 0	
			I <sup>2</sup>	อัตราการประเมิน ณ จุดเกิดเหตุของ FR ถูกต้อง 100%	
			I <sup>3</sup>	อุบัติการณ์การเสียชีวิตของผู้ป่วย Head injury เท่ากับ 0	
R <sup>8</sup>				การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (ระบาดวิทยา ภัยสุขภาพ คบส.)	
	P <sup>3</sup>			ระดับความสำเร็จในการดำเนินการด้านระบาดวิทยาผ่านมาตรฐานตามเกณฑ์	
		U <sup>1</sup>		ร้อยละของผู้ประกอบการอาหารแปรรูปที่บรรจุในภาชนะพร้อมจำหน่าย (Primary GMP) ได้รับอนุญาตตามกฎหมาย $\geq 70\%$	
			I <sup>1</sup>		
		U <sup>2</sup>		ร้อยละของร้านขายยาที่ไม่พบข้อบกพร่องด้านการจำหน่ายยากลุ่มเสี่ยง $\geq 80\%$	
			I <sup>1</sup>		
		U <sup>3</sup>		ร้อยละของผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางที่วางจำหน่าย ไม่พบเครื่องสำอางตามที่ได้มีการประกาศผลวิเคราะห์ และ อย. ได้จัดทำเอกสาร	

รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
R	P	U	I		
				แผ่นพับ	
		U <sup>4</sup>		ร้อยละการดำเนินการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์นำดื่มในภาชนะปิดสนิท ณ สถานที่ผลิตได้คุณภาพผ่านเกณฑ์ที่กำหนด $\geq 80\%$	
			I <sup>1</sup>		
		U <sup>5</sup>		ร้อยละของสถานพยาบาล ร้านยาได้รับการประเมินตามมาตรฐานอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 100%	
			I <sup>1</sup>		
		U <sup>6</sup>		ร้อยละของร้านชำไม่ตรวจพบการขายยาชุด 100%	
			I <sup>1</sup>		
		U <sup>7</sup>		สถานประกอบอาหารและจำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานอาหารสะอาด รสชาติอร่อย (CFGT) $\geq 90\%$	
R <sup>9</sup>				ผลลัพธ์จากการดำเนินงาน คปสอ.เทพสถิตอยู่ในระดับ 1-5 ของจังหวัดชัยภูมิ	
	P <sup>1</sup>			ระดับความสำเร็จในการรับรองคุณภาพ รพ. (HA) และ รพ.สต. (PCA+DHS)	
		U <sup>1</sup>		อัตราการรับรู้นโยบาย จุดเน้น และวิสัยทัศน์ของบุคลากร ร้อยละ 100	
			I <sup>1</sup>		
		U <sup>2</sup>		ผลสัมฤทธิ์ของทีมผ่านเกณฑ์คุณภาพ $\geq$ ร้อยละ 80	
			I <sup>1</sup>		
		U <sup>3</sup>		ผลสัมฤทธิ์ของหน่วยงานผ่านเกณฑ์คุณภาพ ร้อยละ 100	
			I <sup>1</sup>		
		U <sup>4</sup>		อัตราข้อบกพร่องจากการตรวจประเมินและตรวจสอบจากภายในและภายนอกได้รับการแก้ไขตามเกณฑ์ ร้อยละ 80	
			I <sup>1</sup>		
R <sup>9</sup>				ผลลัพธ์จากการดำเนินงาน คปสอ.เทพสถิตอยู่ในระดับ 1-5 ของจังหวัดชัยภูมิ	
	P <sup>2</sup>			ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายทำทนายบรรลุผลสัมฤทธิ์ $\geq$ ร้อยละ 80	
		U <sup>1</sup>	I	คุณภาพแผนปฏิบัติการสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ทำทนาย $\geq$ ร้อยละ 80	
		U <sup>2</sup>	I	แผนปฏิบัติการมีการนำไปปฏิบัติได้ตามเกณฑ์ $\geq$ ร้อยละ 60	
		U <sup>3</sup>	I	อัตราการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการบรรลุผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ 80	

รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
R	P	U	I		
		U <sup>4</sup>	I	ระดับคะแนนเกณฑ์คุณภาพเฉลี่ยรวม (Overall Scoring) $\geq$ 3.00	
R <sup>9</sup>	ผลลัพธ์จากการดำเนินงาน คปสอ.เทพสถิตอยู่ในระดับ 1-5 ของจังหวัดชัยภูมิ				
	P <sup>3</sup>	ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ $\geq$ ร้อยละ 85			
		U <sup>1</sup>	I <sup>1</sup>	ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก $\geq$ ร้อยละ 85	
		U <sup>2</sup>	I <sup>1</sup>	ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยใน $\geq$ ร้อยละ 85	
		U <sup>3</sup>	I <sup>1</sup>	ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ รพ.สต. $\geq$ ร้อยละ 85	
		U <sup>4</sup>	I <sup>1</sup>	ระดับความพึงพอใจของผู้รับผลงาน $\geq$ ร้อยละ 85	
		U <sup>5</sup>	I <sup>1</sup>	อัตราเรื่องร้องเรียนได้รับการแก้ไขให้แล้วเสร็จในเวลาที่กำหนด $\geq$ ร้อยละ 50	
R <sup>9</sup>	ผลลัพธ์จากการดำเนินงาน คปสอ.เทพสถิตอยู่ในระดับ 1-5 ของจังหวัดชัยภูมิ				
	P <sup>4</sup>	วัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้			
		U <sup>1</sup>	อัตราการรายงานสารสนเทศทำหายถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา $\geq$ ร้อยละ 80		
		U <sup>2</sup>	ผลลัพธ์ของการจัดการความรู้ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ $\geq$ ร้อยละ 80		
			I <sup>1</sup>	เรื่องเล่าและบทความผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ $\geq$ ร้อยละ 60	
			I <sup>2</sup>	ผลการประเมินปรับปรุงคุณภาพงาน (CQI) ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ $\geq$ ร้อยละ 80	
			I <sup>3</sup>	รูปแบบการปฏิบัติที่ดีเลิศผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ $\geq$ ร้อยละ 60	
			I <sup>4</sup>	นวัตกรรมผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ $\geq$ ร้อยละ 60	
R <sup>9</sup>	ผลลัพธ์จากการดำเนินงาน คปสอ.เทพสถิตอยู่ในระดับ 1-5 ของจังหวัดชัยภูมิ				
R <sup>9</sup>	P <sup>5</sup>	ระดับความพึงพอใจบุคลากรทุกระดับ $\geq$ ร้อยละ 85			
R <sup>9</sup>	P <sup>5</sup>	U <sup>1</sup>	ระดับความพึงพอใจของบุคลากรต่อการตอบสนองจากผลปัจจัยความผูกพัน $\geq$ ร้อยละ 80		
R <sup>9</sup>	P <sup>5</sup>	U <sup>2</sup>	ผลสัมฤทธิ์ระดับบุคคลในระดับดีมากและดีเด่น $\geq$ ร้อยละ 5		
R <sup>9</sup>	P <sup>5</sup>	U <sup>2</sup>	I <sup>1</sup>	บุคลากรรับรู้ตัวชี้วัดและเกณฑ์การประเมินของหน่วยงานร้อยละ 100	
R <sup>9</sup>	P <sup>5</sup>	U <sup>2</sup>	I <sup>2</sup>	บุคลากรมีการรายงานการทบทวน/ปรับปรุงการปฏิบัติงานร้อยละ 100	

รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
R	P	U	I		
R <sup>9</sup>	P <sup>5</sup>	U <sup>3</sup>		อัตรากำลังบุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่สำคัญเพียงพอและเหมาะสมตามเกณฑ์ $\geq$ ร้อยละ 60	
R <sup>9</sup>	P <sup>5</sup>	U <sup>4</sup>		บุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่สำคัญได้รับการพัฒนาและผ่านเกณฑ์การประเมินสมรรถนะเฉพาะวิชาชีพ $\geq$ ร้อยละ 80	
R <sup>9</sup>	P <sup>5</sup>	U <sup>5</sup>		อัตราการเจ็บป่วยจากการปฏิบัติงาน $\leq$ ร้อยละ 2	
R <sup>9</sup>	P <sup>6</sup>			ระดับความสำเร็จในการจัดกระบวนการตามความเชี่ยวชาญและภาวะฉุกเฉิน	
R <sup>9</sup>	P <sup>6</sup>	U <sup>1</sup>		อัตราความพร้อมในการให้บริการตามแผนรูปแบบบริการตามความเชี่ยวชาญ ร้อยละ 70	
R <sup>9</sup>	P <sup>6</sup>	U <sup>2</sup>		อัตราความพร้อมในการให้บริการในภาวะฉุกเฉิน ร้อยละ 70	
R <sup>10</sup>				ระดับความสำเร็จของการบริหารงานทั่วไป (ธุรการ , การเงินการบัญชี , พัสดุ+บำรุงรักษา , การเจ้าหน้าที่)	
R <sup>10</sup>	P <sup>1</sup>			หน่วยงานได้รับการสนับสนุนงานธุรการถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา 100%	
R <sup>10</sup>	P <sup>1</sup>	U <sup>1</sup>		หน่วยงานได้รับการสนับสนุนงานธุรการถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา 100%	
R <sup>10</sup>	P <sup>1</sup>	U <sup>1</sup>	I <sup>1</sup>	อุบัติการณ์หนังสือราชการสูญหาย เท่ากับ 0	
R <sup>10</sup>	P <sup>1</sup>	U <sup>1</sup>	I <sup>2</sup>	อุบัติการณ์หนังสือราชการล่าช้า เท่ากับ 0	
R <sup>10</sup>	P <sup>1</sup>	U <sup>1</sup>	I <sup>3</sup>	อุบัติการณ์หนังสือราชการผิดหน่วยงาน เท่ากับ 0	
R <sup>10</sup>	P <sup>1</sup>	U <sup>1</sup>	I <sup>4</sup>	อุบัติการณ์การบันทึกประชุมไม่ถูกต้อง ครบถ้วน เท่ากับ 0	
R <sup>10</sup>	P <sup>1</sup>	U <sup>2</sup>		อุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ของห้องประชุม เท่ากับ 0	
R <sup>10</sup>	P <sup>1</sup>	U <sup>2</sup>	I <sup>1</sup>	อุบัติการณ์เครื่องฉายภาพข้ามศีรษะไม่พร้อมใช้ เท่ากับ 0	
R <sup>10</sup>	P <sup>1</sup>	U <sup>2</sup>	I <sup>2</sup>	อุบัติการณ์เครื่องเสียง โปรเจคเตอร์ ไมโครโฟน และคอมพิวเตอร์ ไม่พร้อมใช้ เท่ากับ 0	
R <sup>10</sup>	P <sup>1</sup>	U <sup>2</sup>	I <sup>3</sup>	อุบัติการณ์ห้องประชุมและห้องน้ำไม่ได้ทำความสะอาดก่อนเข้าประชุม เท่ากับ 0	
R <sup>10</sup>	P <sup>1</sup>	U <sup>2</sup>	I <sup>4</sup>	อุบัติการณ์ห้องประชุมไม่ได้จัดโต๊ะก่อนเข้าประชุม เท่ากับ 0	
R <sup>10</sup>	P <sup>1</sup>	U <sup>3</sup>		อุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ของยานพาหนะ เท่ากับ 0	
R <sup>10</sup>	P <sup>1</sup>	U <sup>3</sup>	I <sup>1</sup>	อุบัติการณ์ไม่มียานพาหนะนำส่ง จนท. ไปราชการ เท่ากับ 0	
R <sup>10</sup>	P <sup>1</sup>	U <sup>3</sup>	I <sup>2</sup>	อุบัติการณ์ยานพาหนะไปราชการไม่ตรงเวลา เท่ากับ 0	
R <sup>10</sup>	P <sup>1</sup>	U <sup>3</sup>	I <sup>3</sup>	อุบัติการณ์ยานพาหนะเสียหายขณะไปราชการ เท่ากับ 0	
R <sup>10</sup>	P <sup>1</sup>	U <sup>3</sup>	I <sup>4</sup>	อุบัติการณ์ พชร. มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมขณะไปราชการ เท่ากับ 0	

รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
R	P	U	I		
R <sup>10</sup>				ระดับความสำเร็จของการบริหารงานทั่วไป (ธุรการ , การเงินการบัญชี , พัสดุ+บำรุงรักษา , การเจ้าหน้าที่)	
R <sup>10</sup>	P <sup>2</sup>			ระดับการเงินโรงพยาบาลอยู่ในสภาพคล่อง $\leq 2$	
R <sup>10</sup>	P <sup>2</sup>	U <sup>1</sup>		อัตรารายได้ของโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น $\geq 60\%$	
R <sup>10</sup>	P <sup>2</sup>	U <sup>1</sup>	I <sup>1</sup>	อัตราเรียกเก็บเงิน พรบ. $\geq 60\%$	
R <sup>10</sup>	P <sup>2</sup>	U <sup>1</sup>	I <sup>2</sup>	อัตราเรียกเก็บลูกหนี้เบิกต้นสังกัด $\geq 60\%$	
R <sup>10</sup>	P <sup>2</sup>	U <sup>1</sup>	I <sup>3</sup>	อัตราเรียกเก็บลูกหนี้ประกันสังคม $\geq 60\%$	
R <sup>10</sup>	P <sup>2</sup>	U <sup>2</sup>		อัตราคำนวณหนี้สัมพัทธ์เฉลี่ย (CMI) $\geq 0.60$	
R <sup>10</sup>	P <sup>2</sup>	U <sup>2</sup>	I <sup>1</sup>	อัตราความถูกต้องของข้อมูลการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขถูกต้อง ครบถ้วน 100%	
R <sup>10</sup>	P <sup>2</sup>	U <sup>2</sup>	I <sup>2</sup>	อัตราการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนแผนกผู้ป่วยในเพิ่มขึ้น $\geq 100\%$	
R <sup>10</sup>	P <sup>2</sup>	U <sup>2</sup>	I <sup>3</sup>	อัตราการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนแผนกห้องคลอดเพิ่มขึ้น $\geq 100\%$	
R <sup>10</sup>	P <sup>2</sup>	U <sup>2</sup>	I <sup>4</sup>	อัตรารายได้กองทุนผู้ป่วยนอก $\geq 60\%$	
R <sup>10</sup>	P <sup>2</sup>	U <sup>2</sup>	I <sup>5</sup>	อัตรารายได้กองทุนผู้ป่วยใน $\geq 60\%$	
R <sup>10</sup>	P <sup>2</sup>	U <sup>2</sup>	I <sup>6</sup>	อัตรารายได้กองทุนส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค $\geq 60\%$	
R <sup>10</sup>	P <sup>2</sup>	U <sup>2</sup>	I <sup>7</sup>	อัตรารายได้กองทุน ENTRAL REIMBURSE $\geq 60\%$	
R <sup>10</sup>	P <sup>2</sup>	U <sup>2</sup>	I <sup>8</sup>	อัตรารายได้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ $\geq 60\%$	
R <sup>10</sup>	P <sup>2</sup>	U <sup>2</sup>	I <sup>9</sup>	อัตรารายได้กองทุนแพทย์แผนไทย $\geq 60\%$	
R <sup>10</sup>	P <sup>2</sup>	U <sup>2</sup>	I <sup>10</sup>	อัตรารายได้กองทุนเอดส์ $\geq 60\%$	
R <sup>10</sup>	P <sup>2</sup>	U <sup>2</sup>	I <sup>11</sup>	อัตรารายได้กองทุนควบคุมป้องกันโรคเบาหวาน $\geq 60\%$	
R <sup>10</sup>	P <sup>2</sup>	U <sup>2</sup>	I <sup>12</sup>	อัตรารายได้กองทุนสวัสดิการรักษาพยาบาลของพนักงานท้องถิ่น $\geq 60\%$	
R <sup>10</sup>	P <sup>2</sup>	U <sup>2</sup>	I <sup>13</sup>	อัตรารายได้กองทุนค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง $\geq 60\%$	
R <sup>10</sup>	P <sup>2</sup>	U <sup>3</sup>		อัตรารายจ่ายของโรงพยาบาลลดลง $\geq 10\%$	
R <sup>10</sup>	P <sup>2</sup>	U <sup>3</sup>	I <sup>1</sup>	อัตราการลดต้นทุนค่ายา $\geq 10\%$	



รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
R	P	U	I		
R <sup>10</sup>	P <sup>2</sup>	U <sup>3</sup>	I <sup>2</sup>	อัตราการลดต้นทุนค่าวัสดุทางการแพทย์ $\geq 10\%$	
R <sup>10</sup>	P <sup>2</sup>	U <sup>3</sup>	I <sup>3</sup>	อัตราการลดต้นทุนค่าเวชภัณฑ์มีไชยา $\geq 10\%$	
R <sup>10</sup>	P <sup>2</sup>	U <sup>3</sup>	I <sup>4</sup>	อัตราการลดต้นทุนทางทันตกรรม $\geq 10\%$	
R <sup>10</sup>	P <sup>2</sup>	U <sup>3</sup>	I <sup>5</sup>	อัตราการลดต้นทุนค่าวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ $\geq 10\%$	
R <sup>10</sup>	P <sup>2</sup>	U <sup>3</sup>	I <sup>6</sup>	อัตราการลดต้นทุนค่าวัสดุใช้สอยสิ้นเปลือง $\geq 5\%$	
R <sup>10</sup>	P <sup>2</sup>	U <sup>4</sup>	อัตราต้นทุนผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน อยู่ในระดับมาตรฐาน		
R <sup>10</sup>	P <sup>2</sup>	U <sup>4</sup>	I <sup>1</sup>	ต้นทุนผู้ป่วยนอก ต่อ visit ไม่เกินค่ากลางของประเทศ	
R <sup>10</sup>	P <sup>2</sup>	U <sup>4</sup>	I <sup>2</sup>	ต้นทุนผู้ป่วยใน ต่อ Adj. RW ไม่เกินค่ากลางของประเทศ	
R <sup>10</sup>	P <sup>2</sup>	U <sup>4</sup>	I <sup>3</sup>	ต้นทุนผู้ป่วยนอกในรายโรคที่สำคัญไม่เกินค่ากลางของประเทศ	
R <sup>10</sup>	P <sup>2</sup>	U <sup>5</sup>	หน่วยงานได้รับการสนับสนุนการเงินถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา		
R <sup>10</sup>	P <sup>2</sup>	U <sup>5</sup>	I <sup>1</sup>	ปฏิบัติการการจัดทำเอกสารค่าตอบแทนต่างๆ ภายในวันที่ 15 ทุกเดือน ไม่ทันเวลา เท่ากับ 0	
R <sup>10</sup>	P <sup>2</sup>	U <sup>5</sup>	I <sup>2</sup>	ปฏิบัติการเขียนเช็คผิด เท่ากับ 0	
R <sup>10</sup>	P <sup>2</sup>	U <sup>5</sup>	I <sup>3</sup>	ปฏิบัติการการออกไปเสร็จผิดพลาด เท่ากับ 0	
R <sup>10</sup>	P <sup>2</sup>	U <sup>5</sup>	I <sup>4</sup>	ปฏิบัติการการคืนเงินยืมประชุม/อบรม ของ รพ. ภายใน 30 วัน ไม่ตรงตามกำหนด เท่ากับ 0	
R <sup>10</sup>	P <sup>2</sup>	U <sup>5</sup>	I <sup>5</sup>	ปฏิบัติการการเขียนรายงานเงินคงเหลือประจำวันในเล่ม 407 ผิดพลาด เท่ากับ 0	
R <sup>10</sup>	P <sup>2</sup>	U <sup>5</sup>	I <sup>6</sup>	ปฏิบัติการการรับเงินค่าบริการและค่ารักษาพยาบาล รพ. ไม่ครบถ้วน เท่ากับ 0	
R <sup>10</sup>	P <sup>2</sup>	U <sup>6</sup>	อัตราการรายงานสารสนเทศทางการบัญชี ถูกต้อง ตรงถ้วน ทันเวลา 100%		
R <sup>10</sup>	P <sup>2</sup>	U <sup>6</sup>	I <sup>1</sup>	อัตราการจัดทำบัญชีเกณฑ์คงค้างผ่านเกณฑ์คะแนนคุณภาพทั้งแม่ข่ายและลูกข่าย 100%	
R <sup>10</sup>	P <sup>2</sup>	U <sup>6</sup>	I <sup>2</sup>	อัตราการจัดทำรายงานการเงินและบัญชีเสนอต่อผู้บริหารถูกต้อง ครบถ้วน ตามเวลาที่กำหนด 100%	
R <sup>10</sup>	P <sup>2</sup>	U <sup>6</sup>	I <sup>3</sup>	อัตราการพัฒนาคุณภาพโปรแกรมเพื่อใช้ในการจัดเก็บข้อมูลในการจัดทำรายงานการเงินและต้นทุน Unit cost สให้มีประสิทธิภาพ สะดวกรวดเร็วและตรวจสอบได้ 100%	
R <sup>10</sup>	P <sup>2</sup>	U <sup>6</sup>	I <sup>4</sup>	อัตราการจัดทำบัญชีระบบเกณฑ์คงค้างให้มีคุณภาพ ทันเวลา ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ถือใช้ในปัจจุบัน 100%	

รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	
R	P	U	I			
R <sup>10</sup>	P <sup>3</sup>	หน่วยงานได้รับการจัดหาพัสดุ ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา 100%				
R <sup>10</sup>	P <sup>3</sup>	U <sup>1</sup>	อัตราความสมบูรณ์ในการจัดทำแผนพัสดุประจำปี 100%			
R <sup>10</sup>	P <sup>3</sup>	U <sup>1</sup>	I <sup>1</sup>	อัตราความสมบูรณ์ของแผนพัสดุตามแผนปฏิบัติการประจำปี 100%		
R <sup>10</sup>	P <sup>3</sup>	U <sup>1</sup>	I <sup>2</sup>	อัตราความสมบูรณ์ของแผนพัสดุกรณีฉุกเฉิน 100%		
R <sup>10</sup>	P <sup>3</sup>	U <sup>2</sup>	อัตราการจัดหาพัสดุ ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา 100%			
R <sup>10</sup>	P <sup>3</sup>	U <sup>2</sup>	I <sup>1</sup>	อุบัติการณ์การจัดหาพัสดุล่าช้า $\geq 30$ วัน เท่ากับ 0		
R <sup>10</sup>	P <sup>3</sup>	U <sup>2</sup>	I <sup>2</sup>	อุบัติการณ์หนังสือขออนุมัติจัดซื้อจัดจ้างสูญหาย เท่ากับ 0		
R <sup>10</sup>	P <sup>3</sup>	U <sup>2</sup>	I <sup>3</sup>	อุบัติการณ์การเขียนรายละเอียดในหนังสือขออนุมัติจัดซื้อจัดจ้างไม่ถูกต้องครบถ้วน เท่ากับ 0		
R <sup>10</sup>	P <sup>3</sup>	U <sup>3</sup>	อัตราการควบคุมพัสดุ ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา 100%			
R <sup>10</sup>	P <sup>3</sup>	U <sup>3</sup>	I <sup>1</sup>	อุบัติการณ์ไม่ได้ลงทะเบียนครุภัณฑ์ในบัญชีทรัพย์สิน เท่ากับ 0		
R <sup>10</sup>	P <sup>3</sup>	U <sup>3</sup>	I <sup>2</sup>	อัตราการลงบัญชีคุมวัสดุและตัดจ่ายจากบัญชีถูกต้อง ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน 100%		
R <sup>10</sup>	P <sup>3</sup>	U <sup>3</sup>	I <sup>3</sup>	อัตราการตรวจสอบพัสดुकงเหลือประจำปีถูกต้อง ครบถ้วน ตามบัญชี 100%		
R <sup>10</sup>	P <sup>3</sup>	U <sup>4</sup>	อัตราการจำหน่ายพัสดุ ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา 100%			
R <sup>10</sup>	P <sup>3</sup>	U <sup>4</sup>	I <sup>1</sup>	อัตราการจำหน่ายทรัพย์สินที่มีสภาพใช้งานไม่ได้ ได้ถูกต้อง ครบถ้วน 100%		
R <sup>10</sup>	P <sup>3</sup>	U <sup>4</sup>	I <sup>2</sup>	อัตราการลงจ่ายทรัพย์สินออกจากบัญชี หรือทะเบียนถูกต้อง ครบถ้วน 100%		
R <sup>10</sup>	ระดับความสำเร็จของการบริหารงานทั่วไป (ธุรการ , การเงินการบัญชี , พัสดุ+บำรุงรักษา , การเจ้าหน้าที่)					
R <sup>10</sup>	P <sup>4</sup>	อัตราบุคลากรได้รับสิทธิประโยชน์ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา 100%				
R <sup>10</sup>	P <sup>4</sup>	U <sup>1</sup>	อุบัติการณ์การดำเนินการเลื่อนระดับล่าช้า เท่ากับ 0			
R <sup>10</sup>	P <sup>4</sup>	U <sup>1</sup>	I <sup>1</sup>	อุบัติการณ์การเลื่อนระดับของข้าราชการที่มีคุณสมบัติตามการเลื่อนระดับ ไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง ไม่ทันเวลา เท่ากับ 0		
R <sup>10</sup>	P <sup>4</sup>	U <sup>1</sup>	I <sup>2</sup>	อุบัติการณ์การเลื่อนระดับของลูกจ้างประจำที่มีคุณสมบัติตามการเลื่อนระดับ ไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง ไม่ทันเวลา เท่ากับ 0		
R <sup>10</sup>	P <sup>4</sup>	U <sup>2</sup>	อุบัติการณ์การดำเนินการเลื่อนขั้นเงินเดือนประจำปีล่าช้า เท่ากับ 0			
R <sup>10</sup>	P <sup>4</sup>	U <sup>2</sup>	I <sup>1</sup>	อัตราการดำเนินการการเลื่อนขั้นเงินเดือนข้าราชการประจำปี ปีละ 2 ครั้ง (1 เม.ย , 1 ต.ค) ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา 100%		

รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
R	P	U	I		
R <sup>10</sup>	P <sup>4</sup>	U <sup>2</sup>	I <sup>2</sup>	อัตราการดำเนินการการเลื่อนขึ้นเงินเดือนลูกจ้างประจำประจำปี ปีละ 2 ครั้ง (1 เม.ย , 1 ต.ค) ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา 100%	
R <sup>10</sup>	P <sup>4</sup>	U <sup>2</sup>	I <sup>3</sup>	อัตราการดำเนินการการเลื่อนขึ้นเงินเดือนพนักงานราชการ ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา 100%	
R <sup>10</sup>	P <sup>4</sup>	U <sup>2</sup>	I <sup>4</sup>	อัตราการดำเนินการการเลื่อนขึ้นเงินเดือนพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา 100%	
R <sup>10</sup>	P <sup>4</sup>	U <sup>2</sup>	I <sup>5</sup>	อัตราการดำเนินการการเลื่อนขึ้นเงินเดือนลูกจ้างชั่วคราว ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา 100%	
R <sup>10</sup>	P <sup>4</sup>	U <sup>3</sup>		ปฏิบัติการดำเนินการเลื่อนระดับล่าช้า เท่ากับ 0	
R <sup>10</sup>	P <sup>4</sup>	U <sup>3</sup>	I <sup>1</sup>	ปฏิบัติการส่งใบย้าย/โอนของข้าราชการที่ไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง ไม่ทันเวลา เท่ากับ 0	
R <sup>10</sup>	P <sup>4</sup>	U <sup>3</sup>	I <sup>2</sup>	ปฏิบัติการส่งใบย้าย/โอนของลูกจ้างประจำที่ไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง ไม่ทันเวลา เท่ากับ 0	
R <sup>11</sup>	ระดับความสำเร็จระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลผ่านมาตรฐาน HIMSS Stage 2 (ฐานข้อมูล , Hardware , Software , People Ware , MIS)				
R <sup>11</sup>	P <sup>1</sup>	ปฏิบัติการหยุดชะงักของระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล (Server โปรแกรม HOSxP) เท่ากับ 0			
R <sup>11</sup>	P <sup>1</sup>	U <sup>1</sup>	ปฏิบัติการ Server ล่มไม่ได้รับการแก้ไขภายใน 30 นาที หลังจากได้รับแจ้ง เท่ากับ 0		
R <sup>11</sup>	P <sup>1</sup>	U <sup>1</sup>	I <sup>1</sup>	ปฏิบัติการตรวจสอบระบบสำรองไฟของ Server $\geq$ 1 ครั้ง/วัน	
R <sup>11</sup>	P <sup>1</sup>	U <sup>1</sup>	I <sup>2</sup>	ปฏิบัติการตรวจสอบการทำงานของ Server $\geq$ 1 ครั้ง/วัน	
R <sup>11</sup>	P <sup>1</sup>	U <sup>2</sup>	ปฏิบัติการข้อมูลผู้มารับบริการสูญหาย เท่ากับ 0		
R <sup>11</sup>	P <sup>1</sup>	U <sup>2</sup>	I <sup>1</sup>	ปฏิบัติการไม่ได้สำรองข้อมูลฐานข้อมูล เท่ากับ 0	
R <sup>11</sup>	P <sup>1</sup>	U <sup>2</sup>	I <sup>2</sup>	ปฏิบัติการไม่ได้ตรวจสอบระบบ Replication ของ My Sql เท่ากับ 0	
R <sup>11</sup>	P <sup>1</sup>	U <sup>2</sup>	I <sup>3</sup>	ปฏิบัติการไม่ได้ตรวจสอบข้อมูลที่สำรองข้อมูลไว้ เท่ากับ 0	
R <sup>11</sup>	ระดับความสำเร็จระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลผ่านมาตรฐาน HIMSS Stage 2 (ฐานข้อมูล , Hardware , Software , People Ware , MIS)				
R <sup>11</sup>	P <sup>2</sup>	ปฏิบัติการคอมพิวเตอร์และอุปกรณ์ต่อพ่วงไม่พร้อมใช้ เท่ากับ 0			
R <sup>11</sup>	P <sup>2</sup>	U <sup>1</sup>	อัตราความพร้อมใช้ของเครื่องคอมพิวเตอร์ 100%		
R <sup>11</sup>	P <sup>2</sup>	U <sup>1</sup>	I <sup>1</sup>	ปฏิบัติการหาเครื่องคอมพิวเตอร์ภายในระยะเวลา 30 นาที หลังจากได้รับแจ้ง เท่ากับ 0	
R <sup>11</sup>	P <sup>2</sup>	U <sup>1</sup>	I <sup>2</sup>	ปฏิบัติการไม่มีอุปกรณ์ต่อพ่วงพร้อมทดแทน เท่ากับ 0	

รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
R	P	U	I		
R <sup>11</sup>	ระดับความสำเร็จระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลผ่านมาตรฐาน HIMSS Stage 2 (ฐานข้อมูล , Hardware , Software , People Ware , MIS)				
R <sup>11</sup>	P <sup>3</sup>	อุบัติการณ์การเกิดความผิดพลาดของ Software เท่ากับ 0			
R <sup>11</sup>	P <sup>3</sup>	U <sup>1</sup>	อุบัติการณ์การแก้ไขปัญหาคอมพิวเตอร์ไม่สำเร็จ ภายใน 30 นาที หลังรับแจ้งจากลูกข่าย $\geq 3$ ครั้ง		
R <sup>11</sup>	P <sup>3</sup>	U <sup>1</sup>	I <sup>1</sup>	อัตราการ Scan Virus ทุกเครื่องต่อเดือน 100%	
R <sup>11</sup>	P <sup>3</sup>	U <sup>1</sup>	I <sup>2</sup>	อัตราความพร้อมใช้ของ HIS 100%	
R <sup>11</sup>	P <sup>3</sup>	U <sup>2</sup>	อุบัติการณ์ค่ารักษาพยาบาล ของ รพ. ที่ไม่ถูกต้องตามระเบียบกรมกรมบัญชีกลาง เท่ากับ 0		
R <sup>11</sup>	P <sup>3</sup>	U <sup>2</sup>	I <sup>1</sup>	อุบัติการณ์ค่ารักษาพยาบาลไม่เป็นปัจจุบันตามระเบียบกรมกรมบัญชีกลาง เท่ากับ 0	
R <sup>11</sup>	P <sup>3</sup>	U <sup>2</sup>	I <sup>2</sup>	อุบัติการณ์ค่ารักษาพยาบาลในโปรแกรม HOSxP มีมากกว่า 1 รายการ เท่ากับ 0	
R <sup>11</sup>	ระดับความสำเร็จระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลผ่านมาตรฐาน HIMSS Stage 2 (ฐานข้อมูล , Hardware , Software , People Ware , MIS)				
R <sup>11</sup>	P <sup>4</sup>	บุคลากรสามารถใช้คอมพิวเตอร์ในการบันทึกข้อมูล 100%			
R <sup>11</sup>	P <sup>4</sup>	U <sup>1</sup>	อัตราการบันทึกข้อมูลวินิจฉัยโรคและการให้หัตถการผ่านคอมพิวเตอร์โดยแพทย์ 100%		
R <sup>11</sup>	P <sup>4</sup>	U <sup>2</sup>	อัตราการบันทึกข้อมูล การให้หัตถการ และการใช้เวชภัณฑ์ผ่านคอมพิวเตอร์โดยพยาบาล 100%		
R <sup>11</sup>	P <sup>4</sup>	U <sup>2</sup>	I <sup>1</sup>		
R <sup>11</sup>	P <sup>4</sup>	U <sup>3</sup>	อัตราการบันทึกข้อมูลผู้มารับบริการผ่านคอมพิวเตอร์โดยเจ้าหน้าที่ 100%		
R <sup>11</sup>	P <sup>4</sup>	U <sup>3</sup>	I <sup>1</sup>		
R <sup>11</sup>	ระดับความสำเร็จระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลผ่านมาตรฐาน HIMSS Stage 2 (ฐานข้อมูล , Hardware , Software , People Ware , MIS)				
R <sup>11</sup>	P <sup>5</sup>	อัตราการใช้สารสนเทศในการบริหารจัดการและบริการสุขภาพ 100%			
R <sup>11</sup>	P <sup>5</sup>	U <sup>1</sup>	อัตราการคุณภาพข้อมูลถูกต้อง $\geq 80\%$		
R <sup>11</sup>	P <sup>5</sup>	U <sup>1</sup>	I <sup>1</sup>	อุบัติการณ์ตรวจสอบข้อมูลตาม สปสช.กำหนด $\geq 1$ ครั้ง/เดือน	
R <sup>11</sup>	P <sup>5</sup>	U <sup>1</sup>	I <sup>2</sup>	อัตราการบันทึกข้อมูลผู้มารับบริการ $\geq 80\%$	
R <sup>11</sup>	P <sup>5</sup>	U <sup>2</sup>	อัตราการใช้สารสนเทศทำทนาย ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา $\geq 80\%$		
R <sup>11</sup>	P <sup>5</sup>	U <sup>2</sup>	I <sup>1</sup>	อัตราการใช้สารสนเทศด้านการดูแลผู้ป่วย $\geq 80\%$	

รหัสตัวชี้วัด				ชื่อตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
R	P	U	I		
R <sup>11</sup>	P <sup>5</sup>	U <sup>2</sup>	I <sup>2</sup>	อัตราการใช้สารสนเทศด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน $\geq 80\%$	
R <sup>11</sup>	P <sup>5</sup>	U <sup>2</sup>	I <sup>3</sup>	อัตราการใช้สารสนเทศด้านการเงิน $\geq 80\%$	
R <sup>11</sup>	P <sup>5</sup>	U <sup>2</sup>	I <sup>4</sup>	อัตราการใช้สารสนเทศด้านทรัพยากรบุคคล $\geq 80\%$	
R <sup>11</sup>	P <sup>5</sup>	U <sup>2</sup>	I <sup>5</sup>	อัตราการใช้สารสนเทศด้านระบบงานและกระบวนการที่สำคัญ $\geq 80\%$	
R <sup>11</sup>	P <sup>5</sup>	U <sup>2</sup>	I <sup>6</sup>	อัตราการใช้สารสนเทศด้านการนำ $\geq 80\%$	
R <sup>11</sup>	P <sup>5</sup>	U <sup>2</sup>	I <sup>7</sup>	อัตราการใช้สารสนเทศด้านการส่งเสริมสุขภาพ $\geq 80\%$	

กลยุทธ์ (Strategies)	ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย ระดับ Roadmap และ ระดับ Profile					
SO : พัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพองค์รวมและมุ่งสู่ความเป็นเลิศด้านการแพทย์ฉุกเฉิน	R <sub>1</sub> : โรคเรื้อรัง P <sub>1</sub> DM P <sub>2</sub> HT P <sub>3</sub> CKD P <sub>4</sub> COPD P <sub>5</sub> จิตเภท P <sub>6</sub> ASTHMA	R <sub>2</sub> : โรคติดเชื้อ P <sub>1</sub> TB P <sub>2</sub> HIV P <sub>3</sub> DHF P <sub>4</sub> Sepsis	R <sub>3</sub> : MCH P <sub>1</sub> Teenage P <sub>2</sub> BA P <sub>3</sub> PPH P <sub>4</sub> Preterm	R <sub>4</sub> : ทันตสาธารณสุข P <sub>1</sub> ฟันผุ P <sub>2</sub> เหงือกอักเสบ	R <sub>5</sub> : โรคฉุกเฉิน P <sub>1</sub> MI P <sub>2</sub> Stroke P <sub>3</sub> HI	R <sub>6</sub> :ระบบงานฯ P <sub>1</sub> RSQ P <sub>2</sub> กำกับวิชาชีพ [NSO/MSO] P <sub>3</sub> ENV P <sub>4</sub> IC P <sub>5</sub> เวชระเบียน P <sub>6</sub> ยา P <sub>7</sub> Lab+รังสี
ST : บริหารความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการสร้างสุขภาพเชิงรุกแห่งเมืองสุดแผ่นดินถิ่นดอกกระเจียว	R <sub>7</sub> : สร้างสุขภาพเชิงรุก P <sub>1</sub> สุขศึกษาและพฤติกรรม P <sub>5</sub> อาชีวอนามัย P <sub>2</sub> สร้างสุขภาพ 5 กลุ่มวัย P <sub>6</sub> ดูแลต่อเนื่องและ palliative care P <sub>3</sub> ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเชิงรุก P <sub>4</sub> ภาคีเครือข่ายสุขภาพ			R <sub>8</sub> : เฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ P <sub>1</sub> ระบาดวิทยา P <sub>2</sub> ภัยสุขภาพ P <sub>3</sub> คุ่มครองผู้บริโภคร		
WO : พัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเทพสถิต	R9: คุณภาพการบริหารจัดการ P <sub>1</sub> การนำ P <sub>2</sub> บริหารเชิงยุทธศาสตร์ P <sub>3</sub> มุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน P <sub>4</sub> วัต วิเคราะห์ และจัดการความรู้ P <sub>5</sub> มุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล P <sub>6</sub> การจัดการกระบวนการ P <sub>7</sub> ผลลัพธ์			R10: ประสิทธิภาพงานบริหารทั่วไป P <sub>1</sub> สุจริต P <sub>2</sub> การเงินการบัญชี P <sub>3</sub> พัสดุ+บำรุงรักษา P <sub>4</sub> การเจ้าหน้าที่		
WT : เพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการระบบสารสนเทศสุขภาพ	R11: สารสนเทศ P <sub>1</sub> ฐานข้อมูล P <sub>2</sub> Hardware P <sub>3</sub> Software P <sub>4</sub> People Ware P <sub>5</sub> MIS					

