วิสัยทัศน์

เป็นผู้นำการแพทย์แบบฟิวชั่นของจังหวัดราชบุรี เทคโนโลยีทันสมัย ภายในปี 2566

พันธกิจ

1. ให้บริการสุขภาพอย่างมีมาตรฐาน โดยเฉพาะการแพทย์แบบฟิวชั่น ด้วยความสะดวกรวดเร็ว เทคโนโลยีทันสมัย โดยผู้ให้บริการที่เชี่ยวชาญและมีพฤติกรรมบริการดี ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่สวยงาม
2. สร้างเสริมสุขภาพชุมชนอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุม สอดคล้องกับวิถีชุมชน โดยชุมชนมีส่วนร่วม

เป้าประสงค์ (GOALS)

1. ผู้รับบริการได้รับการบริการอย่างปลอดภัย พึงพอใจ และประทับใจ ตลอดจนเกิดความเชื่อถือไว้วางใจ
2. ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวอย่างเหมาะสม ชุมชนเข้มแข็ง ยั่งยืน

ยุทธศาสตร์

1. พัฒนาการให้บริการทุกด้านให้ได้มาตรฐาน โดยใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม
2. พัฒนาบุคลากรให้มีองค์ความรู้ด้านการแพทย์ผสมผสาน และมีความเชี่ยวชาญด้านบริการสุขภาพ เพื่อมุ่งสู่การแพทย์ฟิวชั่น
3. สนับสนุนการพัฒนาบริการด้านการแพทย์ปฐมภูมิ และการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนแบบบูรณาการ
4. พัฒนาการเงินการคลังให้เข้มแข็ง โดยมุ่งเน้นการจัดเก็บรายได้อย่างมีประสิทธิภาพ
5. พัฒนาสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลให้เอื้อต่อการให้บริการสุขภาพ

ค่านิยมหลัก

MOPH

M = Mastery เป็นนายตนเอง

O = Originality เร่งสร้างสิ่งใหม่

P = People Centered ใส่ใจประชาชน

H = Humility อ่อนน้อมถ่อมตน

ค่านิยมร่วม

2CTF = Customer focus, Continuous improvement, Teamwork, Management by fact.

อัตลักษณ์ (โรงพยาบาลคุณธรรม)

เมตตา มีวินัย ใส่ใจส่วนรวม

Core Competency

1. การแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ฟิวชั่น
2. การดูแลแบบหมอครอบครัว
3. ทักษะด้านดิจิทัล
4. การสร้างนวัตกรรมคุณภาพ

เข็มมุ่ง ปี 2564

การถ่ายทอดและทำความเข้าใจแนวคิดของการแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ฟิวชั่น

เข็มมุ่ง ปี 2665

ขยายบริการการแพทย์ผสมผสานในหน่วยงานต่าง ๆ

ความหมายของการแพทย์ผสมผสาน (Complementary Medicine)

คือ การแพทย์ทางเลือกที่นำไปเสริมหรือใช้ร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งมีเกณฑ์ในการเลือกนำมาใช้โดยการพิจารณาถึง ความน่าเชื่อถือ (Rational) ที่เป็นที่ยอมรับมีการใช้อย่างแพร่หลาย มีความปลอดภัย (Safety) ต่อสุขภาพของผู้ใช้รวมทั้งการเป็นพิษแบบเฉียบพลันและพิษแบบเรื้อรัง มีประสิทธิผล (efficacy) โดยมีข้อมูลยืนยันว่าใช้แล้วได้ผล และมีความคุ้มค่า (Cost – Benefit – effectiveness) โดยเทียบกับค่าใช้จ่ายว่าคุ้มกับการรักษาโรคของผู้ป่วยแต่ละราย

ความหมายของการแพทย์ฟิวชั่น

คือ การนำเอาการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก รวมทั้งศาสตร์อื่น ๆ ที่สามารถประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพ (ส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู) ตั้งแต่ 2 อย่างขึ้นไป มาหลอมรวมจนเป็นเนื้อเดียวกัน เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการและเป็นองค์รวมอย่างแท้จริง โดยมีข้อมูลและหลักฐานทางวิทยาศาสตร์สนับสนุน อีกทั้งส่งผลให้เกิดความคุ้มค่ามากกว่าการแพทย์รูปแบบเดิม

สรุปประเด็นการวิเคราะห์ปัจจัยภายในภายนอกที่สำคัญของโรงพยาบาลบางแพจังหวัดราชบุรี ประจำปี 2565

จุดแข็ง(Strength)

1. ผู้นำเป็นคนในพื้นที่ ทำให้เข้าใจบริบทขององค์กรเป็นอย่างดี มีความเชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว รวมทั้งให้การสนับสนุนการแพทย์แบบผสมผสานและเทคโนโลยี
2. บุคลากรส่วนใหญ่มีความผูกพันกับองค์กร มีความสามัคคี ให้เกียรติผู้อาวุโส ได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะด้านเวชศาสตร์ครอบครัว บุคลากรบางส่วนมีความรู้ความสามารถที่ได้รับการยอมรับในระดับเขต/ประเทศ เช่น มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว นักกายภาพ และบุคลากรด้านITที่ได้รับเชิญไปเป็นอาจารย์พิเศษให้กับสถาบันศึกษาสมทบ วิทยาลัย และมหาวิทยาลัยต่างๆ รวมทั้งเป็นคณะทำงานให้กับหน่วยงานส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ฯลฯ
3. มีระบบงานและเครื่องมือที่เอื้อต่อการให้บริการการแพทย์ผสมผสานครบถ้วน เช่น การบริการการแพทย์แผนปัจจุบันที่มีคุณภาพ การบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกที่หลากหลาย ฯลฯ
4. มีบริการฟื้นฟูสภาพทั้งในโรงพยาบาลและชุมชนที่มีคุณภาพ และครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย
5. มีอาคารใหม่เฉพาะด้านกายภาพบำบัด ที่มีเครื่องมือเพียงพอ มีมุมที่จัดพื้นที่สีเขียว

จุดอ่อน(Weakness)

1. บุคลากรไม่เพียงพอหลายตำแหน่ง เช่น นวก.คอมพิวเตอร์, นวก.สาธารณสุข,การแพทย์แผนไทย,แพทย์ทางเลือก,พยาบาลเวชศาสตร์ฟื้นฟู,นักกายภาพ ฯลฯ บุคลากรส่วนใหญ่ขาดความรู้และทักษะที่จำเป็นด้าน IT การคิดสร้างสรรค์มีน้อย บางส่วนอายุมาก มีปัญหาด้านสุขภาพ บางส่วนขาดความรับผิดชอบต่อหน้าที่ พฤติกรรมบริการไม่ดี
2. สถานการณ์การเงินขาดสภาพคล่อง วิกฤติระดับ 7
3. การบริการการแพทย์ผสมผสานทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มโรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่
4. สิ่งแวดล้อมในบางที่ของ ร.พ.ขาดความสวยงาม ไม่สะอาด ขาดการควบคุมกำกับและดูแลอย่างต่อเนื่อง
5. การบันทึกข้อมูลบางส่วน ขาดความเชื่อมโยง ครบถ้วน ถูกต้อง และทันเวลา ตลอดจนขาดการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ประโยชน์อย่างมีประสิทธิภาพ

โอกาส(Opportunity)

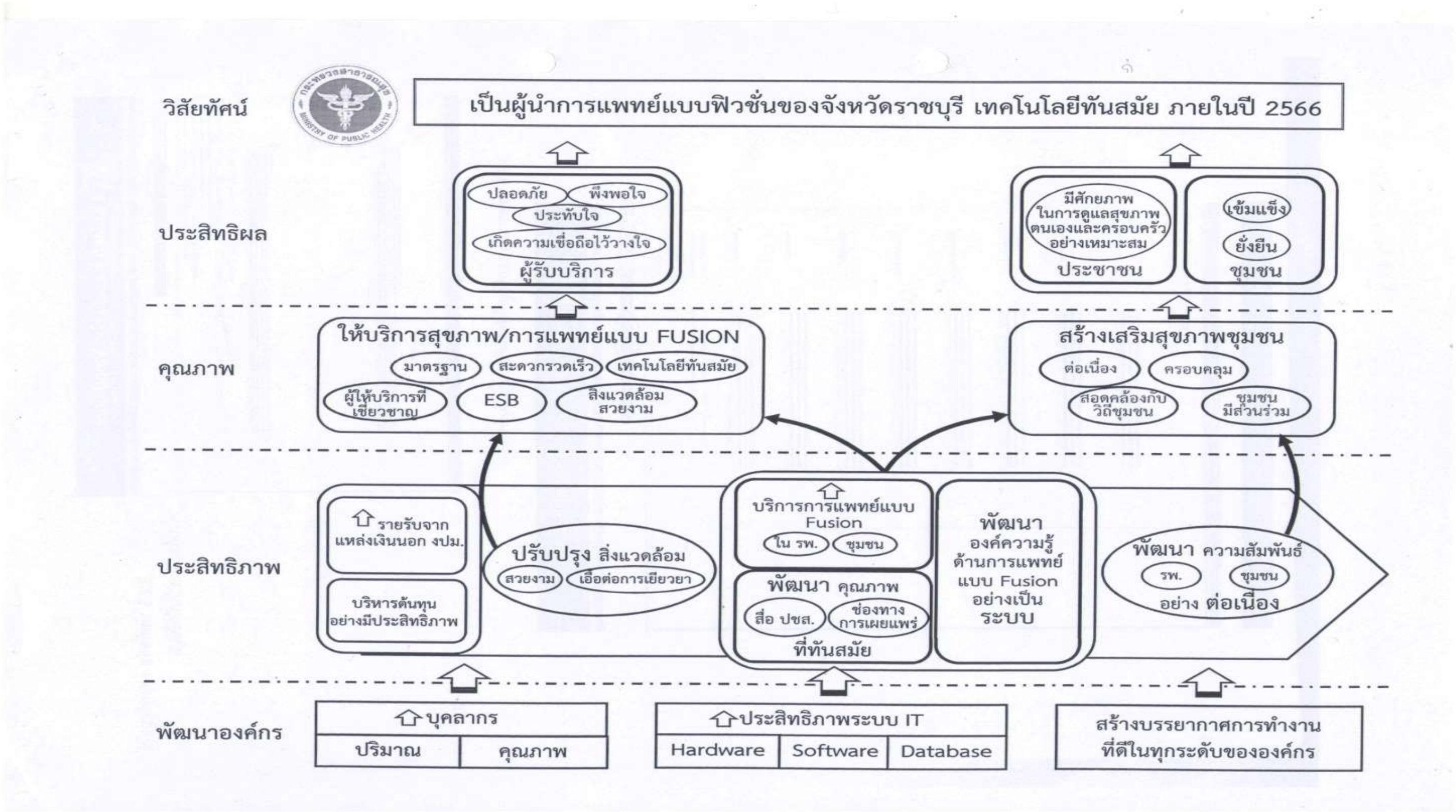
1. นโยบายของกระทรวงและผู้บริหารระดับจังหวัด(ผู้ว่าฯ,สสจ.) เอื้อต่อการพัฒนาโรงพยาบาลไปสู่วิสัยทัศน์ที่กำหนด เช่น
   นโยบาย พชอ., การสร้างสุขภาพของบุคลากรอย่างเป็นรูปธรรมโดยใช้หลักวิชาการ, ความเป็นเลิศ 4 ด้าน, Smart Hospital, Digital Transformation ฯลฯ
2. ได้รับการสนับสนุนทุนจากแหล่งเงินนอกงบประมาณทั้งหน่วยงานภาครัฐ อปท. และชุมชน เช่น สปสช. กองทุนสุขภาพตำบล วัด กลุ่มข้าราชการบำนาญ และประชาชนทั่วไป

3. ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานของโรงพยาบาลเป็นอย่างดี เช่น อสม. ปราชญ์ชาวบ้าน หมอชาวบ้าน ให้การสนับสนุนการปฏิบัติงาน, มูลนิธิฯ ดารา (โป๊ป ธนวรรธน์ จาตุรง โพธาราม ฯลฯ) ให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ/ช่วยหารายได้, สถาบันการศึกษาในพื้นที่ใกล้เคียง เช่น วพบ.ราชบุรี วพบ.จักรีรัช ว.ทางการแพทย์และสาธารณสุข ม.ราชภัฏนครปฐม ฯลฯ ให้การสนับสนุนองค์ความรู้และแหล่งเรียนรู้
4. มีกลุ่มเป้าหมายที่สามารถสร้างรายได้ให้โรงพยาบาลในพื้นที่เป็นจำนวนมาก เช่น ข้าราชการบำนาญ ข้าราชการ แรงงานต่างด้าว นักท่องเที่ยว ชมรมผู้สูงอายุ บริษัทเอกชน โรงงานอุตสาหกรรม ฯลฯ
5. การพัฒนาด้านเทคโนโลยีในปัจจุบัน(4G, Social Media etc.) เป็นช่องทางที่ช่วยให้การสื่อสารประชาสัมพันธ์บริการของโรงพยาบาลสะดวกและรวดเร็วมากขึ้น

อุปสรรค/ภัยคุกคาม (Threat)

1. ภาวะเศรษฐกิจในปัจจุบัน ทำให้ประชาชนส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการหารายได้ จนไม่มีเวลาดูแลตนเองและผู้ป่วยในบ้าน ส่งผลให้เพิ่มภาระงานของโรงพยาบาล
2. เป็น รพ. ที่ถูกล้อมรอบด้วยรพ.ขนาดใหญ่ (รพ.บ้านแพ้ว รพ.โพธาราม รพ.ดำเนินฯ) ทำให้ผู้ป่วยที่อยู่ใกล้รพ.เหล่านั้นย้ายสิทธิ์ไปใช้ที่โรงพยาบาลนั้นได้ ส่งผลให้รายรับ UC ลดลง
3. รูปแบบการดำเนินชีวิตที่เร่งรีบในปัจจุบัน ส่งผลให้เกิดการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ เช่น อาหารสำเร็จรูป อาหารขยะ ของทอด ปิ้ง ย่าง ฯลฯ ทำให้เกิดปัญหา NCDsและมะเร็งเพิ่มขึ้น
4. นโยบาย 30 บาท ส่งผลให้ประชาชนเกิดทัศนคติพึ่งพิงโรงพยาบาล ไม่ตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง รวมทั้งเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล
5. อิทธิพลของสื่อ social ทำให้ประชาชนมีการรับรู้ที่ผิดหรือเกินจริง เช่น ไม่รู้โทษของผงชูรส, อาหารเสริมที่ไม่มี อย. ฯลฯ

การวิเคราะห์ Balance Scorecard ในมิติ



รายละเอียดยุทธศาสตร์โรงพยาบาลบางแพ

1. ด้านประสิทธิผล(EFFECTIVENESS)

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objectives)	ตัวชี้วัด (KPI)	ผลงานเดิม 2563	เป้าหมาย(Targets)					กิจกรรมริเริ่ม (Initiatives)	ผู้รับผิดชอบ
			2562	2563	2564	2565	2566		
ET1. เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการบริการอย่างปลอดภัย พึงพอใจ ตลอดจนเกิดความเชื่อถือไว้วางใจในบริการของโรงพยาบาล	ET1.1.1 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการบริหารความเสี่ยงทาง Clinic ที่มีความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป ได้รับการทบทวน RCA	3	3	4	5	5	5	ET1.1.1 โครงการ **“ค้นหาความเสี่ยงเชิงลุก (Active Risk Round)”**	O = RM S = หัวหน้างาน
	ET1.1.2 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการบริหารความเสี่ยงทั่วไป ที่มีความรุนแรงระดับ 3 ขึ้นไป ได้รับการทบทวน RCA	3	3	4	5	5	5	ET1.1.2 โครงการ **“บางแพ 5 ดาว”** (ให้ผู้รับบริการรีวิวประสบการณ์การรับบริการที่โรงพยาบาลผ่านสื่อออนไลน์ เช่น FB Line Instar gram ฯลฯ **<u>วิธีเดิม</u>** - แบบสอบถามเดิมจากศูนย์พัฒนาคุณภาพ - แบบประเมินของ สรพ. (PEP) - แบบประเมินจาก QR Code จากแต่ละหน่วยงาน	O = IT ,ศูนย์พัฒนาคุณภาพ S = ทุกหน่วยบริการทางคลินิก
	ET1.2 ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ		Base line	90	90	90	90		
	ET1.3 ร้อยละของผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการแนะนำ/บอกต่อ (มากขึ้น)	(N/A)	Base line	5%	5%	10 %	10 %		

1. ด้านประสิทธิผล(EFFECTIVENESS) (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objectives)	ตัวชี้วัด (KPI)	ผลงานเดิม 2559-2561	เป้าหมาย(Targets)					กิจกรรมริเริ่ม (Initiatives)	ผู้รับผิดชอบ
			2562	2563	2564	2565	2566		
ET2. เพื่อให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวอย่างเหมาะสม ชุมชนเข้มแข็ง ยั่งยืน	ET2.1.1 ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่	DM=80	2.40	2.28	2.16	2.00	2.00	- ดูกิจกรรมริเริ่มที่ QT2.1.1	O = บริการด้านปฐมภูมิ S= NCD
	E.T 2.1.2 ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง (จากปีก่อน)	HT=141	10 %	20%	30 %	40 %	40 %		
	ET2.2 จำนวนของหมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน หมู่บ้านจัดการสุขภาพระดับดีมาก	1 หมู่	3	4	5	5	5		

2. ด้านคุณภาพ(QUALITY)

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objectives)	ตัวชี้วัด (KPI)	ผลงานเดิม 2559-2561	เป้าหมาย(Targets)					กิจกรรมริเริ่ม (Initiatives)	ผู้รับผิดชอบ
			2562	2563	2564	2565	2566		
QT1. เพื่อให้บริการสุขภาพอย่างมีมาตรฐาน โดยมุ่งเน้นการแพทย์ผสมผสาน สะดวกรวดเร็ว ด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย โดยผู้ให้บริการที่เชี่ยวชาญและมีพฤติกรรมบริการดี ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่เอื้อเยียวยา	QT1.1 คะแนน Overall Scoring (ปีละ 1 ครั้ง) ใช้เกณฑ์ปี 2018 2 ครั้ง (พฤษภาคม - มิถุนายน 63)	N/A (เนื่องจากใช้เกณฑ์ใหม่)	Base line (2.98)	ดีขึ้นอย่างน้อย 2 % จากปี 62	Re – ac 2 เพิ่มขึ้น 3 %	Over all scoring เพิ่มขึ้น 4 %	Over all scoring เพิ่มขึ้น 5 %	QT1.1.1 โครงการ **“All for 3”** (ใช้การสร้างแรงจูงใจทั้งภายในและภายนอก ในการกระตุ้นให้บุคลากรทุกระดับเกิดแรงบันดาลใจในการร่วมกันทำHA โดยมีเป้าหมายที่ Overall Scoring =3)	O = ศูนย์พัฒนาคุณภาพ S = ทุกหน่วยงาน
	QT1.2 ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั่วไป ที่มีระยะเวลารอรับการตรวจรักษาภายใน 50 นาที	11.68	20%	30%	40%	50%	60%	QT1.2.1 โครงการ **“หน้าไม่งอ รอไม่นาน”** (จัดบุคลากรที่มีพฤติกรรมบริการดีมาไว้ ณ จุดที่มีปัญหาเป็นประจำ, เพิ่มบริการ One Stop Service, ระบบนัดช่วงเวลา)	O = งานผู้ป่วยนอก,ผู้รับผิดชอบช่องทางรับข้อร้องเรียนต่างๆ S= ผู้เกี่ยวข้องที่ให้บริการ QT1.3= งานยุทธศาสตร์
	QT1.3 จำนวนข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการของบุคลากร ต่อ 6 เดือน	4 ครั้ง/ 6 เดือน	เก็บ Base line	ลดลง 20%	ลดลง 30%	ลดลง 40%	ลดลง 50%		

2. ด้านคุณภาพ(QUALITY) (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objectives)	ตัวชี้วัด (KPI)	ผลงานเดิม 2559-2561	เป้าหมาย(Targets) 2562	2563	2564	2565	2566	กิจกรรมริเริ่ม (Initiatives)	ผู้รับผิดชอบ
	QT1.4 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานตาม Smart Hospital (ทันสมัย บริบท อำนวยความสะดวกด้านการทำงาน Fusion medicine)		ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	ระดับ 5	QT1.4.1 โครงการ “**Smart Unit**”	S = งาน IT O = ผู้เกี่ยวข้องในแต่ละประเด็น
	QT1.5 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการพัฒนาบุคลากรให้เป็น Knowledge Worker(s) - ชำนาญ/เชี่ยวชาญ - ถ่ายทอดได้ - เป็นที่ปรึกษาได้ - มีการฟื้นฟูความรู้	N/A	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	QT1.5.1 โครงการ “**Bangphae Expert**” (พัฒนาและขึ้นทะเบียน Knowledge Worker(s) ของแต่ละหน่วย) จัดทำทะเบียนเสร็จภายใน ม.ค.62	O = HRD S = ทุกหน่วยงาน
	QT1.6 ระดับคะแนนประเมินตามเกณฑ์สิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยา (ที่โรงพยาบาลกำหนด?)	N/A	ริเริ่ม	สร้างสรรค์	ตั้นต้น	ต้นแบบ	ต้นแบบ	- ดูกิจกรรมริเริ่มที่ EF4.1.1 (เพิ่มพื้นที่สีเขียว บริเวณในและนอกอาคาร นอกอาคาร ได้แก่ สวนเกษตรปลอดภัย, สวนสมุนไพร(สวนเฉลิมพงศ์) และ ในอาคาร ได้แก่ ระเบียง OPD ,ห้องประชุม)	O = ENV S = บริหาร, แพทย์แผนไทย, โภชนากร, HRD, หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3.ด้านประสิทธิภาพ(EFFICIENCY)

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objectives)	ตัวชี้วัด (KPI)	ผลงานเดิม 2559-2561	เป้าหมาย(Targets)					กิจกรรมริเริ่ม (Initiatives)	ผู้รับผิดชอบ
			2562	2563	2564	2565	2566		
QT2. เพื่อสร้างเสริมสุขภาพชุมชนอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุม สอดคล้องกับวิถีชุมชน โดยชุมชนมีส่วนร่วม	QT2.1 ร้อยละของหมู่บ้านที่โรงพยาบาลมีการดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับชุนชน (ใช้ ET 2.2)	**NA**	**60**	**70**	**80**	**90**	**100**	QT2.1.1 โครงการ "สุขภาพดีที่บางแพ" (ดำเนินโครงการ "หมู่บ้านจัดการสุขภาพ"ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่โดยใช้แนวคิดเรื่อง Health Literacy และมีตัวแทนของชุมขนเข้ามาร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับผิดชอบในทุกขั้นตอน)	O = ปฐมภูมิ S = NCD
EF1. เพื่อเพิ่มบริการการแพทย์ผสมผสานให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน	EF1. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการดูแลรักษาด้วยการแพทย์แบบผสมผสาน	0	1	2	3	4	5	EF1.1.1 โครงการ **"Fusion Transformation"** (พัฒนาระบบการแพทย์ผสมผสานทั้งในโรงพยาบาลและรพสต.อย่างเป็นระบบ)	O = PCT
EF2. เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ด้านการแพทย์ผสมผสานอย่างระบบ	EF2.1 ระดับการทำ นวัตกรรม/ CQI/R2R/ผลงานวิจัยด้านการแพทย์แบบผสมผสานต่อปี	NA	0	0	1	1	1	EF2.1.1 โครงการ **"F2R"**	O = หน่วยงานต่าง ๆ S = ที่ปรึกษาวิจัย
	EF2.2 ระดับความสำเร็จการเผยแพร่นวัตกรรม/ CQI/ R2R/ผลงานวิจัย (ในเวที ทั้งนอกและในโรงพยาบาล)	NA	1	1	2	2	3	EF2.2.1 โครงการ **"Genius Hospital"**	

3.ด้านประสิทธิภาพ(EFFICIENCY) (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objectives)	ตัวชี้วัด (KPI)	ผลงานเดิม 2559-2561	เป้าหมาย(Targets) 2562	2563	2564	2565	2566	กิจกรรมริเริ่ม (Initiatives)	ผู้รับผิดชอบ
EF3. เพื่อเพิ่มรายรับจากแหล่งเงินนอกงบประมาณ ควบคู่กับการบริหารต้นทุนที่มีประสิทธิภาพ	EF 3.1 รายได้ที่ได้จากแหล่งเงินนอกงบประมาณ เพิ่มขึ้น (ยอดเงิน,ครั้ง)	N/A	10 %	15 %	20 %	25 %	30 %	EF3.1 โครงการ **"กองทุนคนบางแพไม่ทิ้งกัน"** (กองทุนในเงินบำรุง)	O = การเงิน S= กรรมการเพิ่มรายได้
	EF3.2 ประสิทธิภาพของการดำเนินงานตามแผนเพิ่มรายรับจากการให้บริการ	NA	Base line	80%	80%	80%	80%	EF3.2 โครงการ **"Low cost, not Low Class"** (เพิ่ม IPD Case ที่ได้กำไร โดยเฉพาะ UC, เพิ่มห้องพิเศษรวม	O = องค์กรแพทย์ S = เวชสถิติ
	EF3.3 ร้อยละความสำเร็จในการเพิ่มอัตราการครองเตียง	37%	40%	45%	45%	45%	45%		O = การเงิน (วัดผล)
	EF3.4 ประสิทธิภาพการดำเนินงานลดหน่วยไฟฟ้า	22 %	Base line	4 %	6%	8 %	10 %	EF 3.4 โครงการอนุรักษ์พลังงาน (แต่งตั้งคณะกรรมการอนุรักษ์พลังงาน	S = ทุกหน่วยบริการ (ดำเนินงาน)
EF4. เพื่อปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้สวยงามและเอื้อต่อการเยียวยา	EF4.1 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานตามโครงการ " สวนเฉลิมพงศ์"	N/A	1 (25% ของแผน)	2 แห่ง/ต้น	3 สวยงาม	4 นำไปใช้	5 ถ่ายทอดให้ประชาชนได้	EF4.1.1 โครงการ **"สวนเฉลิมพงศ์"** (สวนหย่อมที่ใช้พืชสมุนไพรในการจัดสวน เน้นความสวยงามและประโยชน์ใช้สอย เพื่อใช้เป็นแหล่งพักผ่อนและการเรียนรู้ รวมทั้งใช้ในการเยียวยาผู้ป่วย)	O= แพทย์แผนไทย,บริหาร S= HRD, ENV

3.ด้านประสิทธิภาพ(EFFICIENCY) (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objectives)	ตัวชี้วัด (KPI)	ผลงานเดิม 2559-2561	เป้าหมาย(Targets) 2562	2563	2564	2565	2566	กิจกรรมริเริ่ม (Initiatives)	ผู้รับผิดชอบ
EF5. เพื่อพัฒนาคุณภาพสื่อประชาสัมพันธ์และช่องทางการเผยแพร่ที่ทันสมัย	EF5.1 จำนวนยอด view ของสื่อที่โรงพยาบาลเผยแพร่ทางช่องทางเทคโนโลยี (จากช่องทาง Youtube, Facebook, Website) เพิ่มขึ้น	NA	Base line	10 %	25 %	35 %	50 %	EF5.1.1 โครงการ **“สื่อสารฉับไว โดนใจ..ใช่เลย ”** (การพัฒนาสื่อสร้างสรรค์ เพื่อใช้กับช่องทางสื่อที่หลากหลาย โดยเฉพาะสื่อดิจิตอล เช่น การจัดประกวดสื่อสุขศึกษา)	O = IT (วัดผล) O = HRD ,ทุกหน่วยงานที่ให้บริการเป็นผู้ผลิตสื่อ
	EF5.2 ระดับความสำเร็จของการใช้เทคโนโลยีในการประเมินความพึงพอใจ เพิ่มขึ้นปีละ 1 ช่องทาง	NA	QR Code	Web site	โปรแกรม				
EF6. เพื่อพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชนอย่างต่อเนื่อง	EF6.1 จำนวนกิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชนต่อปี (จำนวนครั้ง)	NA	Fun Run	Fun Run				EF6.1.1 โครงการ **“บางแพสัมพันธ์”** (กำหนดกิจกรรมสำคัญ ได้แก่ งานศพ งานบวช งานกฐิน งานพิธีต่างๆ)	O= ปฐมภูมิ S= บริหาร

4.ด้านการพัฒนาองค์กร(CAPACITY BUILDING)

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objectives)	ตัวชี้วัด (KPI)	ผลงานเดิม 2559-2561	เป้าหมาย(Targets)					กิจกรรมริเริ่ม (Initiatives)	ผู้รับผิดชอบ
			2562	2563	2564	2565	2566		
CB1. เพื่อเพิ่มบุคลากรทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ	CB1.1 ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาสมรรถนะเชิงกลยุทธ์ตามโรคที่เป็นจุดเน้นของโรงพยาบาล (ตามโรคที่เป็นจุดเน้น ได้แก่ DM, HT, ACS, Stroke)	NA	50%	60%	70%	80%	90%	CB1.2.1 โครงการ “**SMART BANGPHAE”** (เก่ง ดี มีสุข)	O = HRD
CB2. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพระบบ IT ให้สามารถรองรับการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ผสมผสาน	CB2.1 ระดับความสำเร็จของการดำเนินโครงการ “BPH 4.0” 4 (ตามโรคที่เป็นจุดเน้น ได้แก่ DM, HT, ACS, Stroke)	NA	2	3	4	5	5	CB2.1.1 โครงการ “**BPH 4.0”** (Hardware Software Database)	O= ยุทธศาสตร์และ IT ,PM smart hospital
CB3. เพื่อสร้างบรรยากาศการทำงานที่ดีในทุกระดับขององค์กร	CB3.1 อัตราความผูกพันของบุคลากร	93 %	90 %	95 %	98 %	98 %	100%	CB3.1.1 โครงการ “Happy ที่บางแพ” (สวัสดิการ, กิจกรรมส่งเสริมรายได้, ส่งเสริมสุขภาพ, ส่งเสริมความรัก สามัคคี)	O = HRD
	CB3.2 คะแนนความสุขของบุคลากร (วัดจาก Happinometer)	57 – 65 %	เพิ่มขึ้น 5 %	เพิ่มขึ้น 10 %	เพิ่มขึ้น 15 %	เพิ่มขึ้น 20 %	เพิ่มขึ้น 25%		

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

ตัวชี้วัด : E.T1 1.1 ร้อยละอุบัติการณ์ทางคลินิก ระดับ E ขึ้นไป ได้รับการทบทวนเบื้องต้นในหน่วยงานที่เกิดอุบัติการณ์ และหา RCA ภายในเวลาที่กำหนด (ประสิทธิภาพการทบทวนหา RCA ในความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป)

คำอธิบายตัวชี้วัด : ความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป ทางคลินิก หมายถึง ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นนั้นเป็นผลมาจากความผิดพลาดที่มีผลกระทบถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร เกิดอันตรายชั่วคราวที่ต้องแก้ไข/รักษาเพิ่มเติม หรือต้องใช้เวลาแก้ไขนานกว่าปกติหรือเกินกำหนด ผู้ป่วยหรือบุคลากรต้องรักษา/นอนโรงพยาบาลนานขึ้น หรือ เกิดความผิดพลาดจนทำให้เกิดความพิการ ผลกระทบทำให้เสียชื่อเสียง หรือมีผลต่อการดำรงชีวิต หรือมีการเรียกร้องค่าเสียหายจากโรงพยาบาล หรือต้องทำการช่วยชีวิต หรือเสียชีวิต เสียชื่อเสียงโดยมีการฟ้องร้องทางศาลหรือทางสื่อ

โดยมีแนวทางในการจัดการข้อร้องเรียน ดังนี้

1. เมื่อพบอุบัติการณ์ ให้แจ้งหัวหน้างานทันที
2. หัวหน้างาน ประเมินสถานการณ์เบื้องต้น แจ้งหัวหน้าฝ่าย แจ้งทีม RM และแจ้งผู้อำนวยการ
3. ประสานผู้เกี่ยวข้องเพื่อหา RCA และมาตรการแก้ไข ตามระดับความรุนแรง
4. หัวหน้าฝ่าย หัวหน้างาน ปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน ตามระดับความรุนแรง
5. ทีม RM ติดตามการปฏิบัติตามมาตรการแก้ไขป้องกัน ภายใน 28 วัน
6. ทีม RM ติดตามทุกเดือน เป็นเวลา 2 เดือน เพื่อไม่ให้เกิดซ้ำ
7. รายงานคณะกรรมการบริหารและทีมนำ ทุกเดือน

สูตรการคำนวณ (กรณีตัวชี้วัดเป็นอัตรา หรือ ร้อยละ)

$$\frac{\text{จำนวนอุบัติการณ์ทางคลินิกระดับ E ขึ้นไปที่มีการหา RCA} \times 100}{\text{จำนวนอุบัติการณ์ทางคลินิกระดับ E ทั้งหมด}}$$

การกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัด (ให้กำหนดว่าในแต่ละปี ต้องการตั้งเป้าหมายไว้เท่าใด)

ระดับ 1 ปฏิบัติได้ตามข้อ 1 – ข้อ 2 และ ข้อ 7 และมีผลการทบทวน ร้อยละ 50

ระดับ 2 ปฏิบัติได้ตามข้อ 1 – ข้อ 3 และ ข้อ 7 และมีผลการทบทวน ร้อยละ 60

ระดับ 3 ปฏิบัติได้ตามข้อ 1 – ข้อ 4 และข้อ 7 และมีผลการทบทวน ร้อยละ 70

ระดับ 4 ปฏิบัติได้ตามข้อ 1 – ข้อ 5 และข้อ 7 และมีผลการทบทวน ร้อยละ 80

ระดับ 5 ปฏิบัติได้ตามข้อ 1 – ข้อ 6 และ ข้อ 7 และมีผลการทบทวน ร้อยละ 90

หมายเหตุ : ระดับ E,F ทบทวนภายใน 7 วัน

ระดับ G,H ทบทวนภายใน 3 วัน

ระดับ I ทบทวนภายใน 24 ชั่วโมง

รายละเอียดตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ปี)				
	2562	2563	2564	2565	2566
1. ระดับความสำเร็จของการทบทวนหา RCA ในความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	ระดับ 5	ระดับ 5

รายละเอียดข้อมูล : รวบรวมรายงานจากใบรายงานอุบัติการณ์ของทีม RM
รวบรวมข้อมูลจากโปรแกรม HRMS
ประเมินทุกเดือน

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นางสาวศรีศุภรักษ์ สวนแก้ว เลขาทีมคร่อม RM

หน่วยงาน : งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน กลุ่มการพยาบาล

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

ตัวชี้วัด : E.T1 1.1 ร้อยละอุบัติการณ์ทั่วไป ระดับ 3 ขึ้นไป ได้รับการทบทวนเบื้องต้นในหน่วยงานที่เกิดอุบัติการณ์ และหา RCA ภายในเวลาที่กำหนด (ประสิทธิภาพการทบทวนหา RCA ในความเสี่ยงระดับ 3 ขึ้นไป)
คำอธิบายตัวชี้วัด : ความเสี่ยงทั่วไประดับ 3 ขึ้นไป หมายถึง เกิดความผิดพลาดขึ้นและมีผลกระทบต่อความสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน ทำให้ไม่บรรลุตามเป้าหมาย หรือทำให้ภารกิจขององค์การเสียหายอย่างร้ายแรงหรือเกิดมูลค่าการเสียหายตั้งแต่ 50001 – มากกว่า 10 ล้านบาท

โดยมีแนวทางในการจัดการข้อร้องเรียน ดังนี้

1. เมื่อพบอุบัติการณ์ ให้แจ้งหัวหน้างานทันที
2. หัวหน้างาน ประเมินสถานการณ์เบื้องต้น แจ้งหัวหน้าฝ่าย แจ้งทีม RM และแจ้งผู้อำนวยการ
3. ประสานผู้เกี่ยวข้องเพื่อหา RCA และมาตรการแก้ไข ตามระดับความรุนแรง
4. หัวหน้าฝ่าย หัวหน้างาน ปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน ตามระดับความรุนแรง
5. ทีม RM ติดตามการปฏิบัติตามมาตรการแก้ไขป้องกัน ภายใน 28 วัน
6. ทีม RM ติดตามทุกเดือน เป็นเวลา 2 เดือน เพื่อไม่ให้เกิดซ้ำ
7. รายงานคณะกรรมการบริหารและทีมนำ ทุกเดือน

รายละเอียดตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ปี)				
	2562	2563	2564	2565	2566
1. ระดับความสำเร็จของการทบทวนหา RCA ในความเสี่ยงระดับ 3 ขึ้นไป	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	ระดับ 5	ระดับ 5

รายละเอียดข้อมูล : รวบรวมรายงานจากใบรายงานอุบัติการณ์ของทีม RM
รวบรวมข้อมูลจากโปรแกรม HRMS
ประเมินทุกเดือน
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นางสาวศรีศุภรักษ์ สวนแก้ว เลขาทีมคร่อม RM
หน่วยงาน : งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน กลุ่มการพยาบาล

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

ตัวชี้วัด : E.T 1.2 ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ

คำอธิบายตัวชี้วัด : การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการจากแผนกต่าง ๆ โดยผู้ประเมินกลาง โดยการใช้แบบสัมภาษณ์ และการให้ความคิดเห็นต่อบริการของโรงพยาบาลบางแพผ่านสื่อออนไลน์ที่โรงพยาบาลสร้างขึ้น ใช้คะแนนภาพรวมของโรงพยาบาล โดยใช้วิธีการถ่วงน้ำหนัก และมีการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ

สูตรการคำนวณ (กรณีตัวชี้วัดเป็นอัตรา หรือ ร้อยละ)

$$\frac{\text{จำนวนผู้รับบริการที่ตอบแบบประเมินและให้คะแนนระดับ 4 ถึง 5}}{\text{จำนวนผู้รับบริการที่ตอบแบบประเมินทั้งหมด}}$$

รายละเอียดตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ปี)				
	2562	2563	2564	2565	2566
1. ร้อยละความพึงพอใจ	Base line 86 %	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90

รายละเอียดข้อมูล : รวบรวมคะแนนจากรายงานทุก 3 เดือน (ม.ค. เม.ย ก.ค. และ ก.ย.)
ประเมินทุกเดือน

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นางสาวศศิธร วงษ์ยะรา

หน่วยงาน : ศูนย์พัฒนาคุณภาพ

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

ตัวชี้วัด : ET 1.3 ร้อยละของผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับแนะคำ/บอกต่อ

คำอธิบายตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยรายใหม่ทุกรายที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบางแพในแต่ละเดือน จากการสอบถามที่ห้องเวชระเบียน ระบุเหตุผลที่มารับบริการเพราะมีผู้แนะนำให้มารับบริการ

สูตรการคำนวณ (กรณีตัวชี้วัดเป็นอัตรา หรือ ร้อยละ)

จำนวน (n)=ผู้ป่วยรายใหม่ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบางแพเพราะมีผู้แนะนำในเดือน x 100

จำนวน (N)=จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ทั้งหมดในเดือนนั้น ๆ

การกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัด (ให้กำหนดว่าในแต่ละปี ต้องการตั้งเป้าหมายไว้เท่าใด)

รายละเอียดตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ปี)				
	2562	2563	2564	2565	2566
- ร้อยละของผู้ป่วยรายใหม่ที่มารับบริการเพราะมีผู้แนะนำให้มา	Base line	3 %	> 5 %	> 8 %	> 10 %

รายละเอียดข้อมูล : จากแบบสอบถามของห้องบัตร

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นายอดิเรก จำปาทอง

หน่วยงาน : กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

ตัวชี้วัด : ET 2.1.1 อัตราผู้ป่วยรายใหม่ด้วยโรคเบาหวาน

คำอธิบายตัวชี้วัด : อัตราผู้ป่วยรายใหม่ด้วยโรคเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยรายใหม่ที่ผู้ป่วยรายใหม่ที่เกิดจากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ได้แก่ ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่มีค่าระดับน้ำตาล FBS 100 – 125 mg/dl ในปีที่ผ่านมา

สูตรการคำนวณ (กรณีตัวชี้วัดเป็นอัตรา หรือ ร้อยละ)

จำนวน (n)=ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงปีก่อนหน้านี้ * 100

จำนวน (N)=ปชก.ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปที่เป็นกลุ่มเสี่ยงในเขตตำบลบางแพ

การกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัด (ให้กำหนดว่าในแต่ละปี ต้องการตั้งเป้าหมายไว้เท่าใด)

รายละเอียดตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ปี)				
	2562	2563	2564	2565	2566
อัตราผู้ป่วยรายใหม่ด้วยโรคเบาหวาน	2.40 %	2.28 %	2.16 %	2.00 %	2.00 %

รายละเอียดข้อมูล : ข้อมูลที่จะใช้เก็บจาก HDC และ แบบรายงานต่าง ๆ

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นางนิตยา บุตรโพธิ์

หน่วยงาน : กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

ตัวชี้วัด : ET 2.1.2 อัตราผู้ป่วยรายใหม่ด้วยโรคความดันโลหิตสูงลดลง

คำอธิบายตัวชี้วัด : อัตราผู้ป่วยรายใหม่ด้วยโรคความดันโลหิตสูงลดลง หมายถึง จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ ที่เกิดจากกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง ได้แก่ ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่มีค่าความดันโลหิต ≥ 120-129 / < 80 mm.Hg ในปีที่ผ่านมา

สูตรการคำนวณ (กรณีตัวชี้วัดเป็นอัตรา หรือ ร้อยละ)

$$\frac{\text{จำนวน (n)=ผู้ป่วยรายใหม่ด้วยโรคความดันโลหิตจากกลุ่มเสี่ยงก่อนปีก่อนหน้านี้}}{\text{จำนวน (N)=ปชก.ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปทั้งหมดในเขตตำบลบางแพ}} \times 100$$

การกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัด (ให้กำหนดว่าในแต่ละปี ต้องการตั้งเป้าหมายไว้เท่าใด)

รายละเอียดตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ปี)				
	2562	2563	2564	2565	2566
-อัตราผู้ป่วยรายใหม่ด้วยโรคความดันโลหิตลดลง	10 %	20 %	30 %	40 %	40 %

รายละเอียดข้อมูล : จากแบบรายงานต่าง ๆ

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นางนิตยา บุตรโพธิ์

หน่วยงาน : กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

ตัวชี้วัด : ET 2.2 ร้อยละของหมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน หมู่บ้านจัดการสุขภาพระดับดี

คำอธิบายตัวชี้วัด : ร้อยละของหมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน หมู่บ้านจัดการสุขภาพระดับดี หมายถึงหมู่บ้านที่มีผลการประเมินขั้น และกระบวนการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพอยู่ในระดับดี (รายละเอียดการประเมินเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุข)

สูตรการคำนวณ (กรณีตัวชี้วัดเป็นอัตรา หรือ ร้อยละ)

จำนวน (n)= หมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน หมู่บ้านจัดการสุขภาพระดับดี x 100
จำนวน (N)=หมู่บ้านทั้งหมดในเขตตำบลบางแพ = 11 หมู่บ้าน

การกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัด (ให้กำหนดว่าในแต่ละปี ต้องการตั้งเป้าหมายไว้เท่าใด)

รายละเอียดตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ปี)				
	2562	2563	2564	2565	2566
-ร้อยละหมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน หมู่บ้านจัดการสุขภาพ”ระดับดี”	60	70	80	90	100

รายละเอียดข้อมูล : ข้อมูลที่จะใช้เก็บมาจาก แบบประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นางนิตยา บุตรโพธิ์

หน่วยงาน : กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

ตัวชี้วัด : QT 1.1 คะแนน Overall Scoring

คำอธิบายตัวชี้วัด : เป็นการประเมินตนเองของหน่วยงานหรือระบบงานต่าง ๆ ตามมาตรฐานHA เพื่อรับรู้ maturity ของการพัฒนาคุณภาพ ตาม Scoring guideline ตามมาตรฐาน HA ฉบับใหม่ (4)

แนวทางการให้คะแนนตาม Scoring guideline (หลักนี้ใช้กับมาตรฐานทุกข้อ ตอนที่ 1-3)

คะแนน	กิจกรรม
1	เริ่มมีการนำมาตรฐานไปปฏิบัติ เช่น มีการกำหนดโครงสร้างที่เกี่ยวข้อง วางแผน วางแนวทางปฏิบัติ (ใช้เป็นแนวทางการประเมินระดับ Score 1 กับมาตรฐานในส่วนนี้ทุกข้อ)
2	แนวทางปฏิบัติที่กำหนดมีความเหมาะสมกับบริบท เริ่มมีการนำแนวทางไปสู่การปฏิบัติ ความครอบคลุมอาจจะยังไม่สมบูรณ์ (ใช้เป็นแนวทางการประเมินระดับ Score 2 กับมาตรฐานในส่วนนี้ทุกข้อ)
3	มีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดอย่างครอบคลุมและได้ผล บรรลุเป้าหมายของมาตรฐาน
4	มีการประเมินและปรับปรุงกระบวนการสำคัญ มีการเชื่อมโยงกับกระบวนการ/ระบบงานที่เกี่ยวข้อง
5	เป็นแบบอย่างที่ดี มีการใช้นวตกรรมที่ส่งผลดี

การให้คะแนนตาม CTH , PCT

คะแนน	กิจกรรม
1	มีการวิเคราะห์จัดลำดับกลุ่มโรคที่สำคัญ (ใช้เป็นแนวทางการประเมินทีมนำทางคลินิกระดับ Score 1 กับทุกทีม)
2	มีการวิเคราะห์กระบวนการของกลุ่มโรคสำคัญ (ใช้เป็นแนวทางการประเมินทีมนำทางคลินิกระดับ Score 2 กับทุกทีม)
3	มีการออกแบบกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ดีในกลุ่มโรคสำคัญ มีการติดตามตัววัดที่ตรงประเด็น ครบถ้วน และมีการใช้ประโยชน์จากการติดตามตัววัด
4	มีการปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตัววัดสำคัญส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ดีกว่าค่าเฉลี่ย หรือมีแนวโน้มดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง
5	มีกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่เป็นต้นแบบให้กับผู้อื่นได้, ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับ top quartile

การกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัด (ให้กำหนดว่าในแต่ละปี ต้องการตั้งเป้าหมายไว้เท่าใด)

รายละเอียดตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ปี)				
	2562	2563	2564	2565	2566
ค่าคะแนนการประเมินตาม Scoring Guideline แต่ละหัวข้อมีคะแนน ≥ 2.5	แต่ละหัวข้อมีคะแนน ≥ 2.5 (2.98)	คะแนนดีขึ้นอย่างน้อย 2 %	Re – ac 2 Over all scoring เพิ่มขึ้น 3%	Over all scoring เพิ่มขึ้น 4 %	Over all scoring เพิ่มขึ้น 5 %

รายละเอียดข้อมูล : ข้อมูลที่ใช้ มาจาก แบบประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA ตาม Scoring guideline 2020 ตามหัวข้อของ สรพ.ตามมาตรฐาน HA

เกณฑ์การประเมิน : ปีละ 1 ครั้ง ใช้เกณฑ์ปี 2019 (เริ่มทำพฤษภาคม – มิถุนายน)

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นางสาวสุภาพร โชติศิริคุณวัฒน์

หน่วยงาน : ศูนย์พัฒนาคุณภาพ / กลุ่มการพยาบาล

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

ตัวชี้วัด : QT 1.2 ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั่วไป (ไม่มีการพิเศษเพิ่มเติมและไม่มีหัตถการ)ที่มีระยะเวลารอรับการตรวจรักษาภายใน 50 นาที (ตั้งแต่ส่งตรวจจนแพทย์บันทึก)

คำอธิบายตัวชี้วัด : ระยะเวลารอคอยการตรวจของผู้ป่วยนอกทั่วไปหมายถึง ระยะเวลารอคอยที่ผู้รับบริการได้ตรวจกับแพทย์ผู้รักษาโดยนับตั้งแต่ผู้ป่วยยื่นลงทะเบียนที่ห้องบัตรจนกระทั่งผู้ป่วยได้เข้าตรวจกับแพทย์ผู้รักษาและไม่ได้มีการพิเศษเพิ่มเติมและไม่มีหัตถการใด ๆ และไม่รวมผู้รับบริการจากคลินิกสุขภาพจิต(ทุกวันพฤหัสฯ) โดย Select ข้อมูลจากระบบคอมพิวเตอร์โปรแกรม HOS-XP มาจัดทำรายงานผลของระยะเวลารอคอยการรับบริการผู้ป่วยนอกและจัดให้เป็นตัวชี้วัดขององค์กร

สูตรการคำนวณ (กรณีตัวชี้วัดเป็นอัตรา หรือ ร้อยละ)

<u>จำนวนผู้ป่วยนอกทั่วไป(ไม่มีการพิเศษเพิ่มเติมและไม่มีหัตถการ)ที่มีระยะเวลารอรับการตรวจรักษาภายใน50นาที(ตั้งแต่ส่งตรวจจนแพทย์บันทึก)</u>

จำนวนผู้ป่วยนอกทั่วไป(ไม่มีการพิเศษเพิ่มเติมและไม่มีหัตถการ)

การกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัด (ให้กำหนดว่าในแต่ละปี ต้องการตั้งเป้าหมายไว้เท่าใด)

รายละเอียดตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ปี)					
	Base line	2562	2563	2564	2565	2566
1. จำนวนผู้ป่วยนอกทั่วไป (ไม่มีการตรวจพิเศษเพิ่มเติม ไม่มีหัตถการและไม่รวมคลินิกสุขภาพจิต) ที่มีระยะเวลารอรับการตรวจรักษาภายใน 50 นาที (ตั้งแต่ส่งตรวจจนแพทย์บันทึก)	11.68	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %

รายละเอียดข้อมูล : ข้อมูลจากระบบคอมพิวเตอร์โปรแกรมHOS-XP

ประเมินทุก 1เดือน

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นางสุนันทา มีบำรุง

หน่วยงาน : กลุ่มงานการพยาบาล งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางแพ

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

ตัวชี้วัด : QT 1.3 จำนวนข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่

คำอธิบายตัวชี้วัด : ข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่ หมายถึง การร้องเรียนผ่านช่องต่าง ๆ ที่ผู้รับบริการมีการร้องเรียนทางโรงพยาบาลกำหนดไว้ ได้แก่ กล่องรับความคิดเห็น ทาง Facebook website ของโรงพยาบาล (กรณีที่ร้องเรียนด้วยตนเอง ให้ผู้รับเรื่องแนะนำให้เขียนเป็นลายลักษณ์อักษรและใส่ตู้รับความคิดเห็นของโรงพยาบาล) โดยมีมาตรการในการดำเนินงาน ดังนี้

1. เมื่อพบข้อร้องเรียน กรรมการความเสี่ยงเขียนใบ FQMR 024 และลงทะเบียน
2. นำใบ FQMR ที่ลงทะเบียนแล้วให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
3. หน่วยงานที่ได้รับใบ FQMR 024 กำหนดมาตรการเพื่อหาแนวทางแก้ไข
4. ลงบันทึกความเสี่ยงใน ระบบร้องเรียน online ของ สปสช. (ตามมาตรา 57, 59)
5. นำเสนอคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลในที่ประชุมประจำเดือน

สูตรการคำนวณ (กรณีตัวชี้วัดเป็นอัตรา หรือ ร้อยละ)

$$\frac{\text{จำนวนเรื่องร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการต่อ 6 เดือนเฉลี่ย ในปี 2564 – ปี อื่น ๆ}}{\text{จำนวนเรื่องร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการต่อ 6 เดือนเฉลี่ย ในปี 2564}}$$

การกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัด (ให้กำหนดว่าในแต่ละปี ต้องการตั้งเป้าหมายไว้เท่าใด)

รายละเอียดตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ปี)				
	2562	2563	2564	2565	2566
1. ร้อยละของเรื่องที่ถูกร้องเรียนพฤติกรรมบริการ ลดลงในรอบ 1 ปี	เก็บ Base Line	ลดลง 4 เรื่อง : 6 เดือน	ลดลง < 4 เรื่อง : 6 เดือน	ลดลง < 3 เรื่อง : 6 เดือน	ลดลง < 2 เรื่อง : 6 เดือน

รายละเอียดข้อมูล : รวบรวมจากทุกช่องทางแล้วดึงจากระบบรายงาน online
ประเมินทุก 6 เดือน (มีนาคม กันยายน)

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นางสาวอรชร โวทวี (Admin โปรแกรมความเสี่ยง HRMS)

หน่วยงาน : กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

ตัวชี้วัด : QT 1.4 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน Smart Hospital

คำอธิบายตัวชี้วัด : Smart Hospital ประกอบด้วยองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่

1. Smart place/Infrastructure หมายถึง โรงพยาบาลมีการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital ของกรมอนามัยและจัดตกแต่งสถานที่ให้สวยงามดูมีความทันสมัย (Digital Look) ช่วยเพิ่มความสะดวกรวดเร็วในการรับบริการ
2. Smart Tools หมายถึง โรงพยาบาลมีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการและการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ให้มีความถูกต้องแม่นยำ สะดวกรวดเร็ว ลดความเสี่ยง ความผิดพลาดต่าง ๆ ลดระยะเวลา เพิ่มความปลอดภัย และเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ อาทิ เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์อัตโนมัติ ระบบบริหารจัดการคิว รูปแบบดิจิทัล รูปแบบออนไลน์
3. Smart Service หมายถึง โรงพยาบาสลมีการบริหารจัดการกระบวนงานที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการพัฒนาองค์กรตามแผนพัฒนารัฐบาลดิจิทัลของประเทศไทย และพระราชบัญญัติการบริหารงานและการให้บริการภาครัฐผ่านระบบดิจิทัล พ.ศ.2562 เช่น การยกเลิกการเรียกรับสำเนาบัตรประชาชนและเอกสารอื่นที่ออกโดยราชการจากผู้บริการ การจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเลคทรอนิคส์ (EMR : Electronic Medical Records) การใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ การลดระยะเวลารอคอยรับบริการ การมีบริการนัดหมายแบบเหลื่อมเวลา หรือมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการได้รับบริการตรงเวลาหรือแตกต่างเล็กน้อยอย่างเหมาะสม เป็นต้น
4. Smart Outcome หมายถึง โรงพยาบาลมีการบริหารจัดระบบงานให้มีความเชื่อมโยงกันได้อย่างอัตโนมัติโดยนำระบบ ERP (Enterprise Resource Planning) มาใช้ โดยเฉพาะระบบหลักของโรงพยาบาล (Core Business Process) เพื่อให้มีระบบสารสนเทศที่ตอบสนองต่อการบริหารจัดการได้อย่างรวดเร็ว ป้องกันความเสี่ยงด้านการเงินการบัญชี การจัดซื้อจัดจ้าง ป้องกันปัญหาการขาดแคลนและความไม่สมดุลด้านทรัพยากรบุคคล ทรัพยากรในระบบบริการ มีการบริหารจัดการ Unit Cost ให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมและเพื่อเพิ่มคุณภาพระบบบริการ จัดการระยะเวลารอคอยได้อย่างเหมาะสม
5. Smart Hospital หมายถึง โรงพยาบาลมีประสิทธิภาพในการมี Unit Cost ในเกณฑ์ทีเหมาะสม สมารถเปรียบเทียบ (Benchmarking) กับหน่วยงานอื่นได้ มีการจัดการและป้องกันความเสี่ยง (Proactive Risk Management) ที่ดีในทุกมิติ เพื่อให้การบริการมีคุณภาพดีในทุกมิติ และมีการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมและอนุรักษ์พลังงานอย่างยั่งยืน

สูตรการคำนวณ (กรณีตัวชี้วัดเป็นอัตรา หรือ ร้อยละ)

- ไม่มี

เกณฑ์การให้คะแนน (กรณีตัวชี้วัดเป็นระดับ)

ประเด็น	การประเมิน
1. Smart Place	1.1 ผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาล GREEN and CLEAN & Digital Look
2. Smart Tools (อย่างน้อย 2 ข้อ ไม่เรียงลำดับ)	2.1 Queue มีหน้าจอแสดงลำดับคิว ในจุดที่เหมาะสมเพื่อลดความแออัดบริเวณจุดบริการ และหน้าห้องตรวจ 2.2 Queue มีช่องทางออนไลน์ หรือ ช่องทางแจ้งเตือนคิวรับบริการ อย่างน้อย 1 จุด เช่น คิวพบแพทย์ 2.3 Device : มีการเชื่อมข้อมูลของเครื่องมือแพทย์ (Vital sing) อย่างน้อย 1 อุปกรณ์ เข้าสู่ HIS อัตโนมัติ
3. Smart Service (อย่างน้อย 4 ข้อ ไม่เรียงลำดับ)	3.1 BPM : ยกเลิกการเรียกรับสำเนาบัตรประชาชนและเอกสารอื่นที่ออกโดยราชการจากผู้รับบริการ 3.2 BPM : มีการจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMS : Electronic Medical Records) 3.3 BPM : มีการใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (OPD ทุกห้องตรวจ) 3.4 BPM : มีข้อมูลระยะเวลารอคอยรับบริการอย่างน้อย 1 จุด บริการ OPD 3.5 BPM : มีบริการจัดหมายแบบเหลื่อมเวลา หรือมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการได้รับบริการตรงเวลาหรือแตกต่างเล็กน้อยอย่างเหมาะสม

การกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัด (ให้กำหนดว่าในแต่ละปี ต้องการตั้งเป้าหมายไว้เท่าใด)

รายละเอียดตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ปี)				
	2562	2563	2564	2565	2566
1. Smart Place - ผ่านเกณฑ์ GREEN and CLEAN & Digital Look	Base line	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
2. Smart Tools	Base line	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
3. Smart Service	Base line	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน

รายละเอียดข้อมูล : จากการประเมินโดย PM Smart Hospital
ประเมินทุก 6 เดือน (มีนาคม กันยายน)

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นายอดิเรก จำปาทอง เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน (งานข้อมูลสารสนเทศ)

หน่วยงาน : กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

ตัวชี้วัด : QT 1.5 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการพัฒนาบุคลากรให้เป็น Knowledge Workers

คำอธิบายตัวชี้วัด : Knowledge Workers หมายถึง บุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องที่สำคัญของโรงพยาบาล ทั้งทางคลินิกและไม่ใช่คลินิก ความเชี่ยวชาญที่มาจากการอบรมหรือมีประสบการณ์ในการทำงานจนเกิดเป็นความชำนาญและเชี่ยวชาญจนสามารถถ่ายทอด เป็นที่ปรึกษาให้กับบุคลากรทั้งในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาลได้

ด้านบริหาร : การจัดการความเสี่ยง การทำ Risk Register
ด้านวิชาการ : การใช้โปรแกรม SPSS การจัดทำข้อมูล 43 แฟ้ม
ด้านเทคนิค : การตรวจอุลตราซาวน์ การประเมินพัฒนาการเด็ก การตรวจหาเชื้อโควิดทางโพรงจมูก

สูตรการคำนวณ (กรณีตัวชี้วัดเป็นอัตรา หรือ ร้อยละ)

$$\frac{\text{จำนวนบุคลากรที่เป็น Knowledge Workers} \times 100}{\text{จำนวนบุคคลากรทั้งหมดในโรงพยาบาล}}$$

เกณฑ์การให้คะแนน (กรณีตัวชี้วัดเป็นระดับ)

ระดับคะแนน	การดำเนินงาน
1	มีบุคลากรที่เป็น Knowledge Workers ครบทุกด้าน
2	บุคลากรที่เป็น Knowledge Workers มีการถ่ายทอดให้บุคลากรใน รพ. อย่างน้อย 1ครั้ง/ปี (อย่างน้อย 1 ด้าน)
3	บุคลากรที่เป็น Knowledge Workers มีการถ่ายทอดให้บุคลากรใน รพ. อย่างน้อย 1ครั้ง/ปี (อย่างน้อย 2 ด้าน)
4	บุคลากรที่เป็น Knowledge Workers มีการถ่ายทอดให้บุคลากรใน รพ. อย่างน้อย 1ครั้ง/ปี ทั้ง 3 ด้าน
5	บุคลากรที่เป็น Knowledge Workers ร้อยละ 50 และมีการถ่ายทอดหรือเป็นที่ปรึกษาไม่น้อยกว่า 1 ครั้ง/ปี/คน และสามารถสร้างความเชี่ยวชาญเบอร์ 2 ได้อย่างน้อย ร้อยละ 25 ของผู้ที่ได้รับการถ่ายทอด

การกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัด (ให้กำหนดว่าในแต่ละปี ต้องการตั้งเป้าหมายไว้เท่าใด)

รายละเอียดตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ปี)				
	2562	2563	2564	2565	2566
1. จำนวนบุคลากรที่เป็น Knowledge Workers และมีการถ่ายทอดความรู้หรือเป็นที่ปรึกษา	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 4	ระดับ 5	ระดับ 5

รายละเอียดข้อมูล : การสำรวจและการทบทวนในที่ประชุม HRD

สำรวจข้อมูล เดือน กุมภาพันธ์ 2563 เก็บข้อมูลทุก 1 ปี (สิงหาคม 2563)

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นางสาวอรชร โวทวี ประธานทีมคร่อม HRD

หน่วยงาน : กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

ตัวชี้วัด : QT 1.6 ระดับการพัฒนาสิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยา

คำอธิบายตัวชี้วัด : โรงพยาบาลมีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยา โดยมีการดำเนินงานตามเกณฑ์ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างกระบวนการพัฒนา

1) มีการกำหนดแนวทางการดำเนินงาน จัดทำแผนการขับเคลื่อนพัฒนาศักยภาพและสร้างกระบวนการสื่อสารเพื่อการพัฒนาสิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยา

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดให้มีการใช้เครื่องมือในการประเมินคุณภาพสิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยา

1) การใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพสิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยาของโครงการวิจัย การออกแบบสิ่งแวดล้อมสถานพยาบาลให้เอื้อต่อการเยียวยา โดยแบ่งเครื่องมือเป็น 2 หมวด คือ

<u>หมวดที่ 1</u> : พื้นที่ส่วนกลาง พื้นที่ใช้สอยเฉพาะทางและพื้นที่พิเศษ ประเมินโดยผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบส่วนกลาง เช่น กลุ่มงานบริหารฯ งานอาคารสถานที่ งานคุณภาพ ทีมสิ่งแวดล้อม

<u>หมวดที่ 2</u> : พื้นที่แยกตามหน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาล ประเมินโดยผู้รับผิดชอบของแต่ละหน่วยงานตนเอง

2) การประเมินภาพรวมระดับโรงพยาบาล นำคะแนนประเมินภาพรวมของหมวดที่ 1 รวมกับคะแนนประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงานในโรงพยาบาลมารวมกันและหารเฉลี่ยด้วยจำนวนหน่วยงาน (หมวดที่ 1 นับเป็น 1 หน่วยงาน)

ขั้นตอนที่ 3 การแปลผลการประเมิน

ระดับ	คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
ริเริ่ม	0-4	อยู่ในช่วงที่โอกาสการพัฒนาเปิดกว้าง การปรับปรุงเกิดขึ้นได้ง่าย
สร้างสรรค์	>4-6	อยู่ในเกณฑ์ดี มีจุดเริ่มต้นที่ดีที่จะพัฒนาต่อยอดไปได้
ดั้นด้น	>6-8	อยู่ในเกณฑ์ดีมาก พร้อมจะพัฒนาเป็นต้นแบบต่อไป
ต้นแบบ	>8-10	อยู่ในเกณฑ์ดีเยี่ยม สามารถเป็นต้นแบบได้

การกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัด (ให้กำหนดว่าในแต่ละปี ต้องการตั้งเป้าหมายไว้เท่าใด)

รายละเอียดตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ปี)				
	2562	2563	2564	2565	2566
ระดับคะแนนประเมินตามเกณฑ์สิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยา ระดับบริเริ่ม	✓				
ระดับคะแนนประเมินตามเกณฑ์สิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยา ระดับสร้างสรรค์		✓	✓		
ระดับคะแนนประเมินตามเกณฑ์สิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยา ระดับดั้นด้น				✓	
ระดับคะแนนประเมินตามเกณฑ์สิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยา ระดับต้นแบบ					✓

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับคะแนน	การดำเนินงาน
1	มีการกำหนดแนวทางการดำเนินงาน จัดทำแผนการขับเคลื่อนพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่
2	สร้างกระบวนการสื่อสารเพื่อการพัฒนาสิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยา
3	มีการใช้เครื่องมือในการประเมินคุณภาพสิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยาในระดับหน่วยงานและนำคะแนนประเมินภาพรวมของทุกหน่วยงาน มาประเมินภาพรวมระดับโรงพยาบาล
4	นำผลการประเมินมาวางแผนการปรับปรุง พัฒนาตามลำดับขั้นตอน
5	พัฒนาสิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยาผ่านในระดับสร้างสรรค์

รายละเอียดข้อมูล : วิธีการจัดเก็บข้อมูล

1. หน่วยงานทุกแห่งประเมินตนเอง ตามแบบเครื่องมือประเมินคุณภาพสิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยา และจัดส่งแบบประเมินให้แก่ผู้รับผิดชอบตามกำหนด
2. ผู้รับผิดชอบแปลผลข้อมูล นำข้อมูลการประเมินภาพรวมของโรงพยาบาลวิเคราะห์เพื่อวางแผน ปรับปรุงและพัฒนาตามลำดับ

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นางสาวเอมอร โพธิ์ประสิทธิ์

หน่วยงาน : กลุ่มงานสุขาภิบาลและป้องกันโรค

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

ตัวชี้วัด : QT 2.1 ร้อยละของหมู่บ้านที่มีการดำเนินงานโครงการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับชุมชน

คำอธิบายตัวชี้วัด : ร้อยละของหมู่บ้านที่มีการดำเนินงานโครงการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับชุมชน หมายถึงหมู่บ้านที่มีการดำเนินงานโครงการสร้างเสริมสุขภาพโดยมีตัวแทนของชุมชนเข้ามาร่วมคิดร่วมทำ และร่วมรับผิดชอบทุกขั้นตอน

สูตรการคำนวณ (กรณีตัวชี้วัดเป็นอัตรา หรือ ร้อยละ)

จำนวน (n)=หมู่บ้านทีมีการดำเนินงานโครงการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับชุมชน x 100

จำนวน (N)=หมู่บ้านทั้งหมดในเขตตำบลบางแพ = 11 หมู่บ้าน

เกณฑ์การให้คะแนน (กรณีตัวชี้วัดเป็นระดับ)

ระดับคะแนน	การดำเนินงาน
1	หมู่บ้านทีมีการดำเนินงานโครงการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับชุมชนร้อยละ <50
2	หมู่บ้านทีมีการดำเนินงานโครงการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับชุมชนร้อยละ 50 - 59
3	หมู่บ้านทีมีการดำเนินงานโครงการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับชุมชนร้อยละ 60 - 69
4	หมู่บ้านทีมีการดำเนินงานโครงการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับชุมชนร้อยละ 70 - 79
5	หมู่บ้านทีมีการดำเนินงานโครงการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับชุมชนร้อยละ > 80

การกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัด (ให้กำหนดว่าในแต่ละปี ต้องการตั้งเป้าหมายไว้เท่าใด)

รายละเอียดตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ปี)				
	2562	2563	2564	2565	2566
-ร้อยละของหมู่บ้านที่มีการดำเนินงานโครงการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับชุมชน	60	70	80	90	100

รายละเอียดข้อมูล : (หมายถึงข้อมูลที่จะใช้เก็บมาจากไหน เช่น จาก HDC หรือ แบบรายงานต่าง ๆ)

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นางนิตยา บุตรโพธิ์

หน่วยงาน : กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

ตัวชี้วัด : EF 1.1 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการดูแลรักษาแบบการแพทย์ผสมผสาน เพื่อมุ่งสู่การแพทย์แบบ Fusion Medicine

1. เปลี่ยนเป็นการแพทย์ผสมผสาน (เลือกกี่เรื่อง)
2. แผนการพัฒนา (step)
3. กำหนดการวัดการดำเนินงาน (ทำได้หรือไม่ มีบริการอะไร)

คำอธิบายตัวชี้วัด : โรคที่กำหนดให้มีการดูแลรักษาแบบผสมผสานจากทุกหน่วยบริการและทุกกลุ่มโรค

สูตรการคำนวณ (กรณีตัวชี้วัดเป็นอัตรา หรือ ร้อยละ)

$$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยจากโรคที่กำหนดได้รับการรักษาแบบผสมผสาน} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยโรคที่กำหนดทั้งหมด}}$$

เกณฑ์การให้คะแนน (กรณีตัวชี้วัดเป็นระดับ)

ระดับคะแนน	การดำเนินงาน
1	พัฒนาCPGแบบผสมผสาน ได้ 2 โรค
2	พัฒนาCPGแบบผสมผสานได้ 2 โรค และมีอัตราผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษา ≥10%
3	พัฒนาCPGแบบผสมผสานได้ 4 โรค และมีอัตราผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษา ≥20%
4	พัฒนาCPGแบบผสมผสาน ได้ 6 โรค และมีอัตราผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษา ≥35%
5	พัฒนาCPGแบบผสมผสานได้ 8 โรค และมีอัตราผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษา ≥50%

การกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัด (ให้กำหนดว่าในแต่ละปี ต้องการตั้งเป้าหมายไว้เท่าใด)

รายละเอียดตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ปี)				
	2562	2563	2564	2565	2566
ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการดูแลรักษาแบบ Fusion Medicine	1	2	3	4	5

รายละเอียดข้อมูล : ขอข้อมูลที่จะใช้เก็บมาจากงาน IT โดยดึงจากระบบ HOSxP ,ประเมินผลทุก 6 เดือน

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : น.ส.กิตติมา มัญญะหงษ์

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

ตัวชี้วัด : EF 1.2 ร้อยละของการใช้ยาสมุนไพรในผู้ป่วยนอก

คำอธิบายตัวชี้วัด :

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

ตัวชี้วัด : EF 2.1 จำนวนนวัตกรรม/ CQI/ R2R/ผลงานวิจัยด้านการแพทย์แบบผสมผสานต่อปี

คำอธิบายตัวชี้วัด : หน่วยงานที่ให้บริการด้วยการแพทย์แบบผสมผสาน มีการนำข้อมูลด้านการบริการและรูปแบบที่ให้มาบริการมาพัฒนาเป็นนวัตกรรม/CQI/ R2R/งานวิจัย เพื่อพัฒนาต่อยอดให้การบริการมีประสิทธิภาพมากขึ้น

สูตรการคำนวณ (กรณีตัวชี้วัดเป็นอัตรา หรือ ร้อยละ)

- ไม่มี

เกณฑ์การให้คะแนน (กรณีตัวชี้วัดเป็นระดับ)

ระดับคะแนน	การดำเนินงาน
1	มีนวัตกรรม/CQI การแพทย์แบบผสมผสาน อย่างน้อย 1 เรื่อง
2	มีนวัตกรรม/CQI การแพทย์แบบผสมผสาน เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 เรื่อง
3	มีการนำนวัตกรรม/CQI การแพทย์แบบผสมผสาน อย่างน้อย 1 เรื่องมาใช้ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
4	มีนวัตกรรม/CQI การแพทย์แบบผสมผสาน อย่างน้อย 2 เรื่อง มาใช้ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
5	มีนวัตกรรม/CQI/ R2R/งานวิจัยการแพทย์แบบผสมผสาน อย่างน้อย 1 เรื่อง และยังคงนำผลงาน นวัตกรรม/CQI เดิม มาใช้ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

การกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัด (ให้กำหนดว่าในแต่ละปี ต้องการตั้งเป้าหมายไว้เท่าใด)

รายละเอียดตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ปี)				
	2562	2563	2564	2565	2566
1. การนำการแพทย์แบบผสมผสานมาพัฒนาเป็น นวัตกรรม/CQI/R2R/งานวิจัย ในโรงพยาบาล	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5

รายละเอียดข้อมูล : (หมายถึงข้อมูลที่จะใช้เก็บมาจากไหน เช่น จาก HDC หรือ แบบรายงานต่าง ๆ)

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นางสาวอรชร โวทวี ประธานทีมคร่อม HRD

หน่วยงาน : กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

ตัวชี้วัด : EF 2.2 จำนวน R2R/ผลงานวิจัยทีได้รับการเผยแพร่

คำอธิบายตัวชี้วัด : มีการนำผลงาน R2R/งานวิจัยที่ได้ดำเนินการมาไม่เกิน 2 ปี ไปเผยแพร่ที่ในประชุมวิชาการตามที่หน่วยงานต่าง ๆ จัดขึ้น ทั้งในและนอกโรงพยาบาลบางแพ

สูตรการคำนวณ (กรณีตัวชี้วัดเป็นอัตรา หรือ ร้อยละ)

- ไม่มี

เกณฑ์การให้คะแนน (กรณีตัวชี้วัดเป็นระดับ)

ระดับคะแนน	การดำเนินงาน
1	มี นวัตกรรม/CQI/R2R/งานวิจัย นำเสนอในงานมหกรรมคุณภาพของโรงพยาบาล
2	มี นวัตกรรม/CQI/R2R/งานวิจัย อย่างน้อย 1 เรื่อง ที่ได้นำเสนอนอกโรงพยาบาล
3	มี นวัตกรรม/CQI/R2R/งานวิจัย อย่างน้อย 2 เรื่อง ที่ได้นำเสนอนอกโรงพยาบาล
4	มี นวัตกรรม/CQI/R2R/งานวิจัย อย่างน้อย 2 เรื่อง ที่ได้นำเสนอนอกโรงพยาบาล และได้รับรางวัลอย่างน้อย 1 เรื่อง
5	มี นวัตกรรม/CQI/R2R/งานวิจัย อย่างน้อย 3 เรื่อง ที่ได้นำเสนอนอกโรงพยาบาล และได้รับรางวัลอย่างน้อย 1 เรื่อง

การกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัด (ให้กำหนดว่าในแต่ละปี ต้องการตั้งเป้าหมายไว้เท่าใด)

รายละเอียดตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ปี)				
	2562	2563	2564	2565	2566
1. การนำเสนอผลงาน นวัตกรรม/CQI/R2R/งานวิจัย ของบุคลากรโรงพยาบาลบางแพ	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5

รายละเอียดข้อมูล : (หมายถึงข้อมูลที่จะใช้เก็บมาจากไหน เช่น จาก HDC หรือ แบบรายงานต่าง ๆ)
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นางสาวอรชร โวทวี ประธานทีมคร่อม HRD
หน่วยงาน : กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

ตัวชี้วัด : EF 3.1 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการเพิ่มประสิทธิภาพรายรับจากแหล่งเงินนอกงบประมาณ

คำอธิบายตัวชี้วัด : การจัดทำกระบวนการต่าง ๆ เพื่อเพิ่มรายได้ของโรงพยาบาล ที่นอกเหนือจากเงินเรียกเก็บจากการให้บริการ ซึ่งหมายรวมถึงเงินรายได้จากการให้บริการด้านสุขภาพ ได้แก่ การตรวจสุขภาพ และรายรับในรูปแบบของการบริจาคและการกุศล

1. การตรวจสุขภาพกลุ่มข้าราชการ
2. การตรวจสุขภาพพนักงานโรงงาน
3. การตรวจสุขภาพแรงงานต่างด้าว
4. ตู้รับบริจาค
5. กิจกรรมเพื่อการกุศล
6. เงินทำบุญเนื่องในโอกาสต่าง ๆ

สูตรการคำนวณ (กรณีตัวชี้วัดเป็นอัตรา หรือ ร้อยละ)

$$\frac{\text{จำนวนเงินนอกงบประมาณที่ได้รับ} \times 100}{2{,}000{,}000}$$

(ตั้งเป้าหมายเพิ่มขึ้นจากเดิมปีละ 2,000,000.- บาท (สองล้านบาทถ้วน)

เกณฑ์การให้คะแนน (กรณีตัวชี้วัดเป็นระดับ)

ระดับคะแนน	การดำเนินงาน
1	มีคณะกรรมการ และมีแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน และ สามารถเพิ่มได้ 50 % ของเป้าหมายที่ตั้งไว้
2	มีคณะกรรมการ และมีแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน และ สามารถเพิ่มได้ 51 - 60 % ของเป้าหมายที่ตั้งไว้
3	มีคณะกรรมการ และมีแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน และ สามารถเพิ่มได้ 61 - 70 % ของเป้าหมายที่ตั้งไว้
4	มีคณะกรรมการ และมีแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน และ สามารถเพิ่มได้ 71 - 80 % ของเป้าหมายที่ตั้งไว้
5	มีคณะกรรมการ และมีแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน และ สามารถเพิ่มได้ > 80 % ของเป้าหมายที่ตั้งไว้

การกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัด (ให้กำหนดว่าในแต่ละปี ต้องการตั้งเป้าหมายไว้เท่าใด)

รายละเอียดตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ปี)				
	2562	2563	2564	2565	2566
ดำเนินการเพิ่มรายรับจากเงินนอกงบประมาณ	ระดับ 3	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	ระดับ 5

รายละเอียดข้อมูล : จากรายงานของงานการเงิน (บัญชีการเงินการคลัง)

ประเมินโดย คณะกรรมการเพิ่มรายรับของโรงพยาบาล

การประเมิน ทุกเดือน (เริ่มเดือนมีนาคม 2562 เป็นต้นไป)

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : พญ.ธนิสตา นิธิเศรษฐทรัพย์ ประธานเพิ่มรายรับโรงพยาบาลบางแพ

หน่วยงาน : องค์กรแพทย์

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

ตัวชี้วัด : EF 3.2 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานตามแผนเพิ่มรายรับจากการให้บริการ

คำอธิบายตัวชี้วัด : การบันทึกข้อมูลการให้บริการอย่างครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา จากการให้บริการด้านการแพทย์ การตรวจสุขภาพและการคัดกรองโรคต่าง ๆ เพื่อให้การจัดเก็บรายได้จากการให้บริการตามสิทธิต่าง ๆ เป็นไปตามที่กำหนด ตามสิทธิการรักษา ดังนี้

1. การเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากสิทธิหลักประกันสุขภาพ
2. การเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากสิทธิเบิกได้ เบิกได้จ่ายตรง
3. การเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากสิทธิประกันอุบัติเหตุ
4. การเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากสิทธิ พ.ร.บ.จราจร
5. การเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลประชากรต่างด้าวต่าง ๆ
6. การเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลเฉพาะบริการ เช่น บริการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย บริการแพทย์แผนไทย บริการจิตบำบัด บริการเยี่ยมบ้าน ผลงาน QOF

สูตรการคำนวณ (กรณีตัวชี้วัดเป็นอัตรา หรือ ร้อยละ) Planfin

เกณฑ์การให้คะแนน (กรณีตัวชี้วัดเป็นระดับ)

1. มีการจัดทำแนวทางการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลในแต่ละสิทธิการรักษา
2. จัดส่งเอกสารเรียกเก็บไปยังหน่วยงานต่าง ๆ ตามระยะเวลาที่กำหนดของแต่ละ สิทธิการรักษา
3. มีการบัญชีลูกหนี้
4. **งานการเงิน** มีการลงบัญชีกรณีค้างชำระกรณีผู้รับบริการค้างชำระ
5. **งานการเงิน** มีการติดตามรายการจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่ยังไม่ได้ดำเนินการจัดส่งเงินตามที่เรียกเก็บ

ระดับคะแนน	การดำเนินงาน
1	มีการดำเนินการตาม ข้อ 1 และ ข้อ 2 ได้อย่างครบถ้วน
2	มีการดำเนินการตาม ข้อ1 - ข้อ 3 ได้อย่างครบถ้วนตามที่กำหนด (ทุกครั้ง)
3	มีการดำเนินการตาม ข้อ 1 - ข้อ 4 ได้อย่างครอบคลุม (ทุกหน่วยงาน)
4	มีการดำเนินการตามข้อ 1 – ข้อ 5 ได้อย่างครอบคลุม (ทุกหน่วยงาน)
5	มีการดำเนินการตามข้อ 1 – ข้อ 5 และได้รับจัดสรรยอดเรียกเก็บไม่น้อยกว่า 80 %

การกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัด (ให้กำหนดว่าในแต่ละปี ต้องการตั้งเป้าหมายไว้เท่าใด)

รายละเอียดตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ปี)				
	2562	2563	2564	2565	2566

ประสิทธิภาพการเรียกเก็บเงินจากการให้บริการ	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	ระดับ 5	ระดับ 5

รายละเอียดข้อมูล : จากรายงานของงานการเงิน (บัญชีการเงินการคลัง)

ประเมินโดย คณะกรรมการเพิ่มรายรับของโรงพยาบาล

การประเมิน ทุกเดือน (เริ่มเดือนเมษายน 2563 เป็นต้นไป)

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : พญ.ธนิสตา นิธิเศรษฐทรัพย์ ประธานเพิ่มรายรับโรงพยาบาลบางแพ

หน่วยงาน : องค์กรแพทย์

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

ตัวชี้วัด : EF 3.3 ร้อยละความสำเร็จในการเพิ่มอัตราการครองเตียง

คำอธิบายตัวชี้วัด : การเพิ่มการรับรักษาประเภทผู้ป่วยใน ในกลุ่มโรคที่เห็นสมควร โดยเฉพาะในผู้ป่วยสิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC) และสิทธิเบิกได้จ่ายตรง เพื่อเพิ่มจำนวนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลให้มากขึ้นกว่าเดิม ทำให้อัตราครองเตียงเพิ่มขึ้น

สูตรการคำนวณ (กรณีตัวชี้วัดเป็นอัตรา หรือ ร้อยละ)

$$\text{อัตราครองเตียง} = \frac{\text{ผลรวมจำนวนวันนอนผู้ป่วยใน} \times 100}{\text{จำนวนเตียง} \times \text{จำนวนวัน}}$$

การกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัด (ให้กำหนดว่าในแต่ละปี ต้องการตั้งเป้าหมายไว้เท่าใด)

รายละเอียดตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ปี)				
	2562	2563	2564	2565	2566
อัตราครองเตียง	40 %	45 %	45 %	45 %	45 %

รายละเอียดข้อมูล : จากรายงานของตึกผู้ป่วยใน

ประเมินโดย คณะกรรมการเพิ่มรายรับของโรงพยาบาล

การประเมิน ทุกเดือน

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : พญ.ธนิสตา นิธิเศรษฐทรัพย์ ประธานเพิ่มรายรับโรงพยาบาลบางแพ

หน่วยงาน : องค์กรแพทย์

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

ตัวชี้วัด : EF 3.4 ร้อยละของการดำเนินการลดหน่วยไฟฟ้า

คำอธิบายตัวชี้วัด : การใช้กระแสไฟฟ้าของแต่ละอาคารในแต่ละเดือน วัดโดยคิดหน่วยการใช้ไฟฟ้าของพื้นที่บริการเทียบช่วงเวลาเดียวกันของปี (รอบนี้ใช้ของปี 2561 เป็นฐาน)

หน่วยการใช้ไฟฟ้าของพื้นที่บริการในโรงพยาบาล คำนวณจากหน่วยการใช้ไฟฟ้าทั้งหมด ลบด้วยหน่วยการใช้ไฟฟ้าของบ้านพัก ฝ่ายบริหารเป็นผู้คำนวณตัวเลขให้) โดยกำหนดให้แต่ละหน่วยงานย่อยมีมาตรการในการประหยัดพลังงานไฟฟ้าของตนเอง แล้วนำมาและมีการประเมินการดำเนินการตามมาตรฐานโดยหัวหน้างาน/หัวหน้าฝ่าย ตามลำดับ เป็นระยะ ๆ

สูตรการคำนวณ (กรณีตัวชี้วัดเป็นอัตรา หรือ ร้อยละ)

ระดับคะแนน	รายการ
1	ปริมาณการใช้ไฟฟ้า เพิ่มขึ้น มากกว่า/เท่ากับ ร้อยละ 5
2	ปริมาณการใช้ไฟฟ้า เพิ่มขึ้น ร้อยละ 2 - 4.99
3	ปริมาณการใช้ไฟฟ้า อยู่ระหว่าง เพิ่มขึ้น ร้อยละ 1.99 ถึง ลดลง ร้อยละ 0.99
4	ปริมาณการใช้ไฟฟ้า ลดลง ร้อยละ 1 - 3.99
5	ปริมาณการใช้ไฟฟ้า ลดลง มากกว่า/เท่ากับ ร้อยละ 4

การกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัด (ให้กำหนดว่าในแต่ละปี ต้องการตั้งเป้าหมายไว้เท่าใด)

รายละเอียดตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ปี)				
	2562	2563	2564	2565	2566
อัตราการลดหน่วยไฟฟ้า	10 %	เพิ่มขึ้น 2 %	เพิ่มขึ้น 2 %	เพิ่มขึ้น 2 %	เพิ่มขึ้น 2 %

รายละเอียดข้อมูล : จากรายงานของฝ่ายบริหารงานทั่วไป

ประเมินโดย คณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาล

การประเมิน ทุกเดือน (เริ่มเดือนเมษายน 2562 เป็นต้นไป)

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นายหยุด ทองงาม หัวหน้ากลุ่มงานบริหารงานทั่วไป

หน่วยงาน : กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

ตัวชี้วัด : EF 4.1 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานตามโครงการ “สวนเฉลิมพงศ์”

คำอธิบายตัวชี้วัด : มีการจัดสวนภายนอกอาคารเพื่อเพิ่มพื้นที่สีเขียวให้กับโรงพยาบาล และสามารถจัดเป็นสถานที่พักผ่อนของญาติหรือผู้รับบริการได้อย่างเหมาะสม สะอาด เป็นระเบียบ และเป็นแหล่งเรียนรู้เรื่องการใช้สมุนไพรในการดูแลรักษาอาการเจ็บป่วยได้อย่างสอดรับกับการแพทย์แบบฟิวชั่น ในพื้นที่ดังต่อไปนี้

1. สวนข้างทางไปตึกกายภาพด้านทิศตะวันตกของทางเดิน
   ผู้รับผิดชอบพื้นที่ กลุ่มงานประกันฯ + คนสวน
2. สวนสวนทางไปตึกกายภาพทางทิศตะวันออกของทางเดิน
   ผู้รับผิดชอบพื้นที่ งานกายภาพ + คนสวน
3. สวนบริเวณเรือนเพาะชำเดิม
   ผู้รับผิดชอบพื้นที่ กลุ่มงานบริการอาหาร + คนสวน
4. สวนบริเวณร้านค้าและกลุ่มงานสุขาภิบาลฯ
   ผู้รับผิดชอบพื้นที่ กลุ่มงานสุขาภิบาลและป้องกันโรค + คนสวน
5. สวนบริเวณด้านหลังงานแพทย์แผนไทย
   ผู้รับผิดชอบพื้นที่ งานแพทย์แผนไทย + คนสวน
6. สวนบริเวณด้านหลังคลินิก DPAC (ตึกแผนไทยใหม่)
   ผู้รับผิดชอบพื้นที่ กลุ่มงานประกันฯ + งานแพทย์แผนไทย + คนสวน
7. ด้านหลังตึกผู้ป่วยใน
   ผู้รับผิดชอบพื้นที่ งานผู้ป่วยใน + คนสวน

หมายเหตุ

1. **ความเหมาะสม** หมายถึง กรณีเป็นไม้พุ่ม หรือไม้กอ 1 ตารางเมตรควรมีต้นไม้อย่างน้อย 1 – 2 ชนิด กรณีเป็นไม้ยืนต้น 2 ตารางเมตร ควรมีไม้ยืนต้น 1 ชนิด
2. **ความสวยงาม** หมายถึง บริเวณสวนเป็นระเบียบ ไม่มีต้นหญ้าอื่นขึ้นแซมในแปลง รอบ ๆ แปลงต้นหญ้าสูงไม่เกิน 3 นิ้ว
3. **การนำประโยชน์ไปใช้** หมายถึง กรณีเป็นสมุนไพร ต้องมีป้ายชื่อบอกสรรพคุณและการนำไปใช้
4. ผู้ดูแลในการตัดหญ้าในสวนคือ คนสวนของโรงพยาบาลบางแพ ส่วนผู้รับผิดชอบมีหน้าที่ปลูกต้นไม้ ใส่ปุ๋ย ดูแลรดน้ำ และการติดป้ายชื่อและสรรพคุณ โดยให้ช่างของโรงพยาบาลอำนวยความสะดวกเรื่องการติดป้ายชื่อ

สูตรการคำนวณ (กรณีตัวชี้วัดเป็นอัตรา หรือ ร้อยละ)

- ไม่มี

เกณฑ์การให้คะแนน (กรณีตัวชี้วัดเป็นระดับ)

ระดับคะแนน	การดำเนินงาน
1	มีสวน 25 % ของแผนที่กำหนดไว้
2	มีสวน 25 % และมีปริมาณต้นไม้เหมาะสม
3	มีสวน 50 % และมีต้นไม้สวยงาม
4	มีสวน 75 % และต้นไม้ สมุนไพร มีการติดป้ายชื่อบอกสรรพคุณและการนำไปใช้
5	มีสวน 100 % และมีรูปแบบการถ่ายทอดการใช้สมุนไพรให้กับประชาชนได้อย่างเป็นรูปธรรม

การกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัด (ให้กำหนดว่าในแต่ละปี ต้องการตั้งเป้าหมายไว้เท่าใด)

รายละเอียดตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ปี)				
	2562	2563	2564	2565	2566
จำนวนสวนภายนอกอาคาร	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5

เป้าหมาย ปี 2562 ได้แก่ 1. สวนข้างทางไปตึกกายภาพด้านทิศตะวันตกของทางเดิน

2. สวนบริเวณเรือนเพาะชำเดิม

รายละเอียดข้อมูล : จากการประเมินโดย PM

ประเมินโดย HRD และ ENV เดือน สิงหาคม 2562

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นางสาวอรชร โวทวี ประธานทีมคร่อม HRD

หน่วยงาน : กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

ตัวชี้วัด : EF 5.1 จำนวนยอด view ของสื่อที่โรงพยาบาลเผยแพร่ทางช่องทางเทคโนโลยี

คำอธิบายตัวชี้วัด : การนำสื่อความรู้ และการประชาสัมพันธ์ต่าง ๆ ของโรงพยาบาล โดยแต่ละจุดบริการที่นำสื่อมาเผยแพร่ผ่านช่องทางที่ทันสมัยที่จัดเตรียมไว้ให้ โดยช่องทางการเผยแพร่ผู้รับบริการต้องเข้าถึงง่าย ได้แก่ เฟสบุ๊คของโรงพยาบาล Line และ website ของโรงพยาบาล

สูตรการคำนวณ (กรณีตัวชี้วัดเป็นอัตรา หรือ ร้อยละ)

$$\frac{\text{ผลรวมยอดวิวของแต่ละสื่อที่เผยแพร่}}{\text{จำนวนสื่อทั้งหมดที่เผยแพร่}}$$

การกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัด (ให้กำหนดว่าในแต่ละปี ต้องการตั้งเป้าหมายไว้เท่าใด)

รายละเอียดตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ปี)				
	2562	2563	2564	2565	2566
1. จำนวนยอดวิว	Base line	มากขึ้น 20 %	มากขึ้น 30 %	มากขึ้น 40 %	มากขึ้น 50 %

รายละเอียดข้อมูล : มาจากสื่อที่บันทึกไว้ให้โดย Admin เป็นผู้ติดตามเรียกดู
ประเมินผลราย 3 เดือน (มีนาคม มิถุนายน กันยายน)

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นายอดิเรก จำปาทอง เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน (งานข้อมูลและสารสนเทศ)

หน่วยงาน : กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

ตัวชี้วัด : EF 5.2 ระดับความสำเร็จของการใช้เทคโนโลยีในการประเมินความพึงพอใจ

คำอธิบายตัวชี้วัด : การจัดเตรียม จัดหา อุปกรณ์ในการเพิ่มช่องทางการให้ผู้รับบริการแสดงความคิดเห็นและความพึงพอใจต่อบริการของโรงพยาบาล ผ่าน website โรงพยาบาลบางแพ

สูตรการคำนวณ (กรณีตัวชี้วัดเป็นอัตรา หรือ ร้อยละ)

- ไม่มี

เกณฑ์การให้คะแนน (กรณีตัวชี้วัดเป็นระดับ)

ระดับคะแนน	การดำเนินงาน
1	มีโปรแกรมการประเมินความพึงพอใจที่โรงพยาบาลผ่านระบบคอมพิวเตอร์ที่โรงพยาบาล
2	มีตามข้อ 1 และมีผู้เข้ามาประเมินอย่างน้อยเดือนละ 50 ราย
3	มีตามข้อ 1 และมีผู้เข้ามาประเมินอย่างน้อยเดือนละ 100 ราย
4	มีตามข้อ 3 และมีการนำผลการประเมินมาวิเคราะห์
5	มีตามข้อ 4 และนำผลการวิเคราะห์มาแก้ไขปรับปรุง

การกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัด (ให้กำหนดว่าในแต่ละปี ต้องการตั้งเป้าหมายไว้เท่าใด)

รายละเอียดตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ปี)				
	2562	2563	2564	2565	2566
1. เทคโนโลยีในการประเมินความพึงพอใจ	ระดับ 2	ระดับ 4	ระดับ 5	ระดับ 5	ระดับ 5

รายละเอียดข้อมูล : ระบบประมวลผลของ website โรงพยาบาลบางแพ หน้า “ประเมินความพึงพอใจ” เก็บข้อมูลทุกเดือน (เริ่มเดือนกุมภาพันธ์ 2562)

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นายอดิเรก จำปาทอง เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน (งานข้อมูลและสารสนเทศ)

หน่วยงาน : กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

ตัวชี้วัด : EF 6.1ร้อยละของกิจกรรมสร้างสัมพันธ์ระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชนต่อปี (จำนวนครั้ง)

คำอธิบายตัวชี้วัด : กิจกรรมสร้างสัมพันธ์ระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน หมายถึง งานบุญ งานบวช งานศพในชุมชน ต.บางแพ

สูตรการคำนวณ (กรณีตัวชี้วัดเป็นอัตรา หรือ ร้อยละ)

จำนวน (n)=จำนวนครั้งที่เข้าร่วมกิจกรรมสร้างสัมพันธ์ระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน x 100

จำนวน (N)=จำนวนกิจกรรมสร้างสัมพันธ์ระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชนทั้งหมด

เกณฑ์การให้คะแนน (กรณีตัวชี้วัดเป็นระดับ)

ระดับคะแนน	การดำเนินงาน
1	การเข้าร่วมกิจกรรมสร้างสัมพันธ์ระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชนร้อยละ 60
2	การเข้าร่วมกิจกรรมสร้างสัมพันธ์ระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชนร้อยละ 70
3	การเข้าร่วมกิจกรรมสร้างสัมพันธ์ระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชนร้อยละ 80
4	การเข้าร่วมกิจกรรมสร้างสัมพันธ์ระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชนร้อยละ 90
5	การเข้าร่วมกิจกรรมสร้างสัมพันธ์ระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชนร้อยละ 100

การกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัด (ให้กำหนดว่าในแต่ละปี ต้องการตั้งเป้าหมายไว้เท่าใด)

รายละเอียดตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ปี)				
	2562	2563	2564	2565	2566
-ร้อยละของการเข้าร่วมกิจกรรมสร้างสัมพันธ์ระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน	60	70	80	90	100

รายละเอียดข้อมูล : (หมายถึงข้อมูลที่เก็บจากกลุ่มงานต่างๆที่เข้าร่วมกิจกรรมสร้างสัมพันธ์ ในชุมงานบุญ งานบวช งานศพในชุมชน ต.บางแพ

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นางนิตยา บุตรโพธิ์

หน่วยงาน : กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

ตัวชี้วัด : CB 1.1 ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาสมรรถนะเชิงกลยุทธ์ตามโรคที่เป็นจุดเน้นของโรงพยาบาล

คำอธิบายตัวชี้วัด : โรงพยาบาลบางแพได้กำหนดโรคที่เป็นจุดเน้น ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดและหัวใจเฉียบพลัน โรคหลอดเลือดสมอง โดยกำหนดให้บุคลากรที่เป็น Project manager และทีมผู้ปฏิบัติงานในโรคดังกล่าว (ทุกวิชาชีพ) ต้องได้รับการพัฒนาทักษะด้านต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วย

ผู้ปฏิบัติงาน : โรคเบาหวาน จำนวน 3 คน, โรคความดันโลหิตสูง จำนวน คน, ผู้ปฏิบัติงาน ACS จำนวน, ผู้ปฏิบัติงาน Stroke จำนวน คน

สูตรการคำนวณ (กรณีตัวชี้วัดเป็นอัตรา หรือ ร้อยละ)

จำนวนบุคลากรผู้ปฏิบัติงานที่ได้รับการพัฒนา x 100

จำนวนบุคคลากรผู้ปฏิบัติงานทั้งหมด

การกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัด (ให้กำหนดว่าในแต่ละปี ต้องการตั้งเป้าหมายไว้เท่าใด)

รายละเอียดตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ปี)				
	2562	2563	2564	2565	2566
1. จำนวนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาทักษะ	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %

รายละเอียดข้อมูล : (หมายถึงข้อมูลที่จะใช้เก็บมาจากไหน เช่น จาก HDC หรือ แบบรายงานต่าง ๆ)

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นางสาวอรชร โวทวี ประธานทีมคร่อม HRD

หน่วยงาน : กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

ตัวชี้วัด : CB 2.1 ระดับความสำเร็จของการดำเนินโครงการ BPH 4.0

คำอธิบายตัวชี้วัด : ความสำเร็จของ BPH 4.0 หมายถึง ประสิทธิภาพของระบบ IT ที่สามารถรองรับการให้บริการด้านต่าง ๆ ของโรงพยาบาล และเพื่อให้โดยการดำเนินงานตามตัวชี้วัด Smart Hospital เป็นไปตามที่กำหนดโดยการ การจัดหาอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับ Hardware, Software, People ware ให้เพียงพอ พร้อมใช้ ดังนี้

1. Hardware ที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง คอมพิวเตอร์ที่สามารถใช้งานกับระบบฐานข้อมูลได้ มีอุปกรณ์พ่วงต่อเพียงพอต่อการใช้งาน เช่นเครื่อง Printer จอคอมพิวเตอร์ขนาดมาตรฐาน ตู้ KIOSK อุปกรณ์ WIFI มีอย่างเพียงพอ พร้อมใช้ (มีเครื่องสำรอง) และมีระบบการบำรุงดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง
2. Software ที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง มีโปรแกรมที่สามารถใช้งานได้ดีและสอดคล้องกับเทคโนโลยีในปัจจุบัน เช่นระบบคิว Online ระบบนัด Online ในระดับโรงพยาบาล
3. People ware ที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง บุคลากรที่มีศักยภาพในการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับ Hardware และ Software ของหน่วยงานได้ พร้อมทั้งมีบุคลากรที่สามารถแก้ไขปัญหาเบื้องต้น เมื่อระบบคอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลไม่สามารถใช้งานได้ ทั้งในและนอกเวลาราชการ
4. มี HIS Gateway เมื่อระบบส่วนกลางพร้อม

สูตรการคำนวณ (กรณีตัวชี้วัดเป็นอัตรา หรือ ร้อยละ)

- ไม่มี

เกณฑ์การให้คะแนน (กรณีตัวชี้วัดเป็นระดับ)

ระดับคะแนน	การดำเนินงาน
1	มี Hardware และ Software เพียงพอกับการใช้งานของบุคลากร แต่ไม่มีเครื่องสำรอง
2	มี Hardware และ Software เพียงพอกับการใช้งานของบุคลากร มีเครื่องสำรอง แต่การบำรุงรักษาไม่เป็นระบบ
3	มี Hardware และ Software เพียงพอกับการใช้งานของบุคลากร มีเครื่องสำรอง มีการบำรุงรักษาอย่างเป็นระบบ

4	มี Hardware และ Software เพียงพอกับการใช้งานของบุคลากร มีเครื่องสำรอง มีการบำรุงรักษาอย่างเป็นระบบ มีบุคลากรที่มีความรู้และให้บริการได้เมื่อร้องขอ
5	มี Hardware และ Software เพียงพอกับการใช้งานของบุคลากร มีเครื่องสำรอง มีการบำรุงรักษาอย่างเป็นระบบ มีบุคลากรที่มีความรู้และให้บริการได้เมื่อร้องขอ และมี HIS Gateway ตามที่ส่วนกลางกำหนด

การกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัด (ให้กำหนดว่าในแต่ละปี ต้องการตั้งเป้าหมายไว้เท่าใด)

รายละเอียดตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ปี)				
	2562	2563	2564	2565	2566
1. ระดับความสำเร็จของ BPH 4.0	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 5	ระดับ 5	ระดับ 5

รายละเอียดข้อมูล : จากการประเมินโดย PM Smart Hospital

ประเมินทุก 6 เดือน (มีนาคม กันยายน)

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นายอดิเรก จำปาทอง เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน (งานข้อมูลสารสนเทศ)

หน่วยงาน : กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

ตัวชี้วัด : CB 3.1 อัตราความผูกพันของบุคลากร

คำอธิบายตัวชี้วัด : หมายถึง จำนวนบุคลากรทุกประเภท ได้แก่ ข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว (ยกเว้นลูกจ้างรายคาบ/รายวัน/จ้างเหมาบริการ) พนักงานกระทรวงสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลบางแพเป็นระยะเวลา 1 ปี ขึ้นไป (นับตามปีงบประมาณ) โดยเริ่มนับตั้งแต่วันที่ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลบางแพ มีความผูกพันกับองค์กร ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85

สูตรการคำนวณ (กรณีตัวชี้วัดเป็นอัตรา หรือ ร้อยละ)

$$\frac{\text{จำนวนบุคลากรทั้งหมดที่ปฏิบัติงานจริง ณ วันเก็บข้อมูล} \times 100}{\text{จำนวนบุคลากร ณ ต้นปีงบประมาณ}}$$

การกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัด (ให้กำหนดว่าในแต่ละปี ต้องการตั้งเป้าหมายไว้เท่าใด)

รายละเอียดตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ปี)				
	2562	2563	2564	2565	2566
1. อัตราความผูกพันคงอยู่	≥ ร้อยละ 85	≥ ร้อยละ 85	≥ ร้อยละ 90	≥ ร้อยละ 90	≥ ร้อยละ 95

รายละเอียดข้อมูล : จากข้อมูลบุคลากรของโรงพยาบาลบางแพในโปรแกรม HROPS
ประเมินผลปีละ 1 ครั้ง (สิงหาคม 2562)
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นางสาวอรชร โวทวี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ประธาน HRD)
หน่วยงาน : กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

ตัวชี้วัด : CB 3.2 ร้อยละคะแนนความสุขของบุคลากร

คำอธิบายตัวชี้วัด : คะแนนความสุขของบุคลากร หมายถึง การนำคะแนนความสุขจากการทำงาน (Happinometer) จากการประเมิน เมื่อ มกราคม 2562 มาประมวลผล แล้วนำผลที่ได้ จำนวนอย่างน้อย 2 ด้าน มาจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้คะแนนความสุขของบุคลากรใน 2 ด้านนี้ค่าคะแนนความสุขเพิ่มมากขึ้นจากเดิม ร้อยละ 5 โดยมีกิจกรรมดำเนินงาน ดังนี้

1. ประเมิน Happinometer บุคลากรของโรงพยาบาล
2. วิเคราะห์หาความสุขรายด้าน โดยรวมและจำแนกตามประเภทของบุคลากร
3. นำผลรวมความสุขของบุคลากรที่มีระดับน้อย อย่างน้อย 2 ด้านมาจัดกิจกรรม
4. ประเมินความสุขเฉพาะรายด้านที่มีการจัดกิจกรรมซ้ำ

สูตรการคำนวณ (กรณีตัวชี้วัดเป็นอัตรา หรือ ร้อยละ)

$$\frac{\text{ร้อยละของความสุขครั้งแรก 2 ด้านที่นำมาจัดกิจกรรม}}{\text{ร้อยละความสุขครั้งที่สองของ 2 ด้านที่นำมาจัดกิจกรรม}}$$

การกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัด (ให้กำหนดว่าในแต่ละปี ต้องการตั้งเป้าหมายไว้เท่าใด)

รายละเอียดตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ปี)				
	2562	2563	2564	2565	2566
1. ร้อยละความสุข ด้าน.............. 2. ร้อยละความสุข ด้าน..............	≥ ร้อยละ 5	≥ ร้อยละ 10 จากปีก่อน	≥ ร้อยละ 10 จากปีก่อน	≥ ร้อยละ 10 จากปีก่อน	≥ ร้อยละ 10 จากปีก่อน

หมายเหตุ : กิจกรรมในปีถัดไป ให้พิจารณาเป็นปี ๆ ไป โดยดูจากบริบทของโรงพยาบาล

รายละเอียดข้อมูล : จากข้อมูลประเมินความสุขบุคลากรของโรงพยาบาลบางแพในโปรแกรม Happinometer

ประเมินผลครั้งที่ 1 : มกราคม 2562

ประเมินผลครั้งที่ 2 : กันยายน 2562

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นางสาวอรชร โวทวี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ประธาน HRD)

หน่วยงาน : กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์

ข้าพเจ้า นายเกียรติศักดิ์ นิธิเศรษฐทรัพย์ นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางแพ ได้ตรวจสอบยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลเป็นที่เรียบร้อยแล้ว มีความเห็นว่า ยุทธศาสตร์ฉบับนี้มีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลบางแพ จึงขอประกาศให้ยุทธศาสตร์ฉบับนี้เป็นยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2562 ถึง ปีงบประมาณ 2566 และขอให้ทุกหน่วยงานนำยุทธศาสตร์นี้ไปวางแผนการดำเนินงานในระดับหน่วยงานต่อไป จนครบปีที่ประกาศใช้ หรือจนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลง ปรับปรุงยุทธศาสตร์ฉบับนี้

ประกาศ ณ วันที่ 1 เมษายน 2563

(ลงชื่อ) ....

(นายเกียรติศักดิ์ นิธิเศรษฐทรัพย์)

นายแพทย์ชำนาญการ

รักษาการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางแพ