

ทิศทางขององค์กร

1. วิสัยทัศน์

โรงพยาบาลสร้างคอมเป็นโรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพ ประชาชนพึงพอใจและเป็นองค์กรแห่งการพัฒนา

2. พันธกิจ

1. ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่องครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ได้แก่ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันโรค ด้านการรักษาและด้านการฟื้นฟูร่างกาย โดยเน้นด้านการส่งเสริมสุขภาพและด้านการป้องกันโรค

2. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการให้บริการสุขภาพเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ โดยให้ชุมชนสามารถดูแลสุขภาพเบื้องต้นของตนเองได้

3. บริหารจัดการองค์กรให้มีประสิทธิภาพ (efficiency) และประสิทธิผล (effectiveness) ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1.ด้านบุคลากร (man) 2.ด้านการเงิน (money) 3.ด้านอุปกรณ์และเครื่องมือ (material) และ 4.ด้านการบริหารจัดการ (management)

3. ค่านิยม/ปรัชญา (core Values and Concepts)

โรงพยาบาลสร้างคอมได้กำหนดค่านิยมร่วมขององค์กร คือ **CCTV FM PAL**

ค่านิยมของ สถาบันรับรอง คุณภาพโรงพยาบาล	ค่านิยมของโรงพยาบาลสร้างคอม			คำขวัญโรงพยาบาล
	ค่านิยม	ตัวย่อ	ความหมาย	
หมวดที่ 2 ผู้รับผล	Community Responsibility	C	สามารถช่วยเหลือและดูแลสุขภาพโดยชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล	บริการดูญาติมิตร ทุกชีวิตมีคุณค่า มุ่งมั่นพัฒนา สามัคคีเป็นหนึ่งเดียว
หมวดที่ 4 การพัฒนา	Continuous Process Improvement	C	มีการพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการต่างอย่างต่อเนื่อง มีการขยับเป้าหมายของผลงานขึ้นอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับความเป็นไปได้ โดยกำหนดให้แต่ละหน่วยงานมีการค้นหาปัญหาหรือโอกาสพัฒนาและดำเนินการอย่างต่อเนื่อง (CQI)	
หมวดที่ 3 คนทำงาน	Teamwork	T	มีการทำงานเป็นทีมอย่างมีความสุข เน้นการรับฟังความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ทั่วทั้งองค์กร	
หมวดที่ 3 คนทำงาน	Value on Staff	V	เจ้าหน้าที่ทุกคนมีคุณค่า โดยมีการเสริมสร้างศักยภาพและแรงจูงใจในการทำงาน เน้นการทำงานอย่างมีความสุข สร้างขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน และสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อในการทำงาน	
หมวดที่ 2 ผู้รับผล	Focus on Health	F	มีการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและเน้นการส่งเสริมสุขภาพ (HPH)	
หมวดที่ 4 การพัฒนา	Management by Fact	M	มีการบริหารจัดการบนพื้นฐานของข้อมูลที่เป็นจริง มีการวิเคราะห์ ประเมิน ติดตามและแก้ไขผลงานอย่างต่อเนื่อง	
หมวดที่ 2 ผู้รับผล	Patient & Customer Focus	P	มุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานเป็นศูนย์กลาง โดยตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและผู้รับผลงาน เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี และผู้รับผลพึงพอใจ	
หมวดที่ 1 ทิศทางนำ	Agility	A	มีความสามารถในการปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้อย่างเหมาะสม	
หมวดที่ 5 พาเรียนรู้	Learning	L	ใฝ่รู้และพัฒนาตนเอง	

4. เข้มมุ่ง/จุดเน้นโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2562

1. ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานและมีความปลอดภัย ตามหลัก Patient Safety Goals and Personnel Safety Goals (2P Safety): SIMPLE ในกลุ่มโรคต่างๆ ดังนี้

1.1 กลุ่มโรคสำคัญที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง: SPHInX (3S3H) 3S ได้แก่ Sepsis, Stroke and STEMI และ 3H ได้แก่ High Risk Pregnancy, New Born High Risk and High Risk Trauma/Head Injury เพื่อให้เกิดการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการที่มีศักยภาพที่สูงกว่า

1.2 กลุ่มโรคที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก ได้แก่ โรค HT DM และ CKD เพื่อการรักษาผู้ป่วยไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและสามารถส่งกลับผู้ป่วยไปรักษาที่ รพ.สต. ใกล้บ้านได้

1.3 กลุ่มโรคตามงานนโยบาย ได้แก่ งานอนามัยแม่และเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง อุบัติเหตุ และกลุ่มโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ

2. พัฒนาความรู้ ความสามารถและทักษะการปฏิบัติงานของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยตาม service plan โดยในปีงบประมาณ 2562 เน้นการค้นหาผู้ป่วยในกลุ่มโรคมะเร็งต่างๆ เพื่อส่งไปรักษาต่ออย่างรวดเร็ว

3. ส่งเสริมและสนับสนุนภาคีเครือข่ายสุขภาพให้สามารถดูแลรักษาและให้บริการแก่ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดความปลอดภัย

4. พัฒนาสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลให้เอื้อต่อการเยียวยา การส่งเสริมสุขภาพและความปลอดภัยของการให้บริการและชุมชน

5. พัฒนาระบบการบริหารจัดการด้านการเงิน การจัดการข้อมูลสารสนเทศและการจัดการองค์กรให้มีประสิทธิภาพ เพื่อให้องค์กรสามารถจัดเก็บและจัดหารายได้อย่างเต็มที่และไม่ให้องค์กรขาดสภาพคล่องทางการเงิน

5. ประเด็นยุทธศาสตร์

1. พัฒนาระบบบริการสุขภาพ การรักษาพยาบาลและการส่งต่อผู้ป่วยให้มีคุณภาพอย่างรวดเร็วและปลอดภัย

2. ส่งเสริมและสนับสนุนภาคีเครือข่ายสุขภาพให้สามารถให้บริการแก่ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ร่วมกับการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเยียวยา/ส่งเสริมสุขภาพและความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่และชุมชน

3. พัฒนาความรู้และศักยภาพของบุคลากรในการให้บริการแก่ผู้ป่วย รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรทั้งทางร่างกายและจิตใจ

4. พัฒนาระบบการบริหารจัดการด้านการเงิน การจัดการข้อมูลสารสนเทศและการจัดการองค์กรให้มีประสิทธิภาพ

6. เป้าประสงค์ของโรงพยาบาล

พันธกิจที่ 1 ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่องครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ได้แก่ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันโรค ด้านการรักษาและด้านการฟื้นฟูร่างกาย โดยเน้นด้านการส่งเสริมสุขภาพและด้านการป้องกันโรค

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบบริการสุขภาพ การรักษาพยาบาลและการส่งต่อผู้ป่วยให้มีคุณภาพอย่างรวดเร็วและปลอดภัย

เป้าประสงค์ที่ 1 ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานและได้รับความปลอดภัยจากการให้บริการ

กลยุทธ์ที่ 1 ปรับปรุงระบบในการดูแลรักษาผู้ป่วยให้เกิดความปลอดภัย รวดเร็วและลดอัตราการตาย

กลยุทธ์ที่ 2 ลดอัตราการตายของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในโรคที่มีอัตราเสี่ยงต่อการตายสูง

เป้าประสงค์ที่ 2 ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่รวดเร็ว “ใกล้บ้าน...ใกล้ใจ”

กลยุทธ์ที่ 3 พัฒนาระบบการส่งต่อเพื่อลดความแออัดและระยะเวลารอคอย

กลยุทธ์ที่ 4 พัฒนาระบบการบริหารจัดการคลินิก NCD ที่มีคุณภาพ

พันธกิจที่ 2 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการให้บริการสุขภาพเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ โดยให้ชุมชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 ส่งเสริมและสนับสนุนภาคีเครือข่ายสุขภาพให้สามารถให้บริการแก่ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ร่วมกับการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเยียวยา/ส่งเสริมสุขภาพและความปลอดภัยของชุมชน

เป้าประสงค์ที่ 3 ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการคัดกรองโรคและภัยสุขภาพ พร้อมทั้งสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพในชุมชนแบบบูรณาการร่วมสู่การเป็นอำเภอจัดการสุขภาพที่เข้มแข็ง (District Health System Accreditation: DHSA)

กลยุทธ์ที่ 5 พัฒนาระบบคัดกรองโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อลดอัตราการเกิดโรค

กลยุทธ์ที่ 6 พัฒนาระบบเฝ้าระวัง สอบสวนและควบคุมโรคที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

กลยุทธ์ที่ 7 พัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่ายสุขภาพให้การร่วมปฏิบัติงานเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี

เป้าประสงค์ที่ 4 สิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลให้เอื้อต่อการเยียวยา การส่งเสริมสุขภาพและความปลอดภัยของชุมชน

กลยุทธ์ที่ 8 พัฒนาด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการให้บริการและความปลอดภัย

พันธกิจที่ 3 บริหารจัดการองค์กรให้มีประสิทธิภาพ (efficiency) และประสิทธิผล (effectiveness) ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1.ด้านบุคลากร (man) 2.ด้านการเงิน (money) 3.ด้านอุปกรณ์และเครื่องมือ (material) และ 4.ด้านการบริหารจัดการ (management)

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาความรู้และศักยภาพของบุคลากรในการให้บริการแก่ผู้ป่วย รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรทั้งทางร่างกายและจิตใจ

เป้าประสงค์ที่ 7 บุคลากรมีศักยภาพและสมรรถนะตามภาระกิจในการปฏิบัติงาน

กลยุทธ์ที่ 12 ปรับปรุงแผนการพัฒนาบุคลากรตาม HR score card และ service plan

เป้าประสงค์ที่ 8 บุคลากรเป็นแบบอย่างที่ดีด้านพฤติกรรมสุขภาพ

กลยุทธ์ที่ 13 ส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพของบุคลากรให้มีสุขภาพที่ดี

เป้าประสงค์ที่ 9 บุคลากรมีพฤติกรรมบริการที่ดีและมีความผาสุกในการปฏิบัติงาน

กลยุทธ์ที่ 14 เสริมสร้างขวัญกำลังใจและความก้าวหน้าในการปฏิบัติงานของบุคลากร

กลยุทธ์ที่ 15 พัฒนาพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่และส่งเสริมชื่นชมยกย่องเจ้าหน้าที่ที่มีพฤติกรรมบริการดีเด่น

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบการบริหารด้านการเงิน การจัดการข้อมูลสารสนเทศและการจัดการองค์กรให้มีประสิทธิภาพ

เป้าประสงค์ที่ 10 ระบบบริหารจัดการด้านการเงิน การคลังและการบริหารทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กลยุทธ์ที่ 16 พัฒนาระบบคุณภาพทางการบัญชีให้มีความน่าเชื่อถือและเป็นปัจจุบัน

กลยุทธ์ที่ 17 พัฒนาระบบการบริหารการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มโรงพยาบาลระดับเดียวกัน

กลยุทธ์ที่ 18 พัฒนาระบบการบริหารทรัพยากรและการจัดหาเครื่องมือที่เพียงพอ

กลยุทธ์ที่ 19 พัฒนาระบบการตรวจสอบภายในที่มีประสิทธิภาพ

เป้าประสงค์ที่ 11 ระบบการจัดการข้อมูลที่มีประสิทธิภาพและสามารถนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

กลยุทธ์ที่ 20 พัฒนาศักยภาพของบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถในการการบันทึกข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศ

กลยุทธ์ที่ 21 พัฒนาระบบงานเรียกเก็บค่าชุดเซชบริการทางการแพทย์ การจัดเก็บและการรายงานข้อมูลสารสนเทศที่ถูกต้องและทันเวลา

เป้าประสงค์ที่ 12 องค์กรเป็นแบบอย่างในการเรียนรู้และสร้างสรรค์ไว้ซึ่งการเป็นโรงพยาบาลคุณภาพตามมาตรฐาน HA

กลยุทธ์ที่ 23 สนับสนุนนโยบายด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย

กลยุทธ์ที่ 24 ส่งเสริมระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ

กลยุทธ์ที่ 25 พัฒนาบุคลากรให้เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง เพื่อการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้

SWOT Analysis: โรงพยาบาลสร้างคอม

จุดแข็ง (Strength: S)	จุดอ่อน (Weakness: W)
<ol style="list-style-type: none"> 1) จำนวนประชากรในพื้นที่รับผิดชอบมีไม่มากนัก ทำให้เจ้าหน้าที่สามารถให้บริการดูแลผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึง 2) มีโครงสร้างการบริหารที่ชัดเจน 3) โรงพยาบาลมีการแบ่งงานชัดเจนและมีรูปแบบในการให้บริการเป็นแนวทางเดียวกัน 4) ทีมนำมีความมุ่งมั่นในการพัฒนางาน 5) บุคลากรมีความสามัคคีและมีการทำงานร่วมกันเป็นทีม 6) บุคลากรมีการพัฒนาความรู้ ความสามารถอย่างต่อเนื่องและมีนโยบายในการพัฒนาบุคลากรที่ชัดเจน 7) บุคลากรส่วนใหญ่เป็นคนในพื้นที่ทำให้เอื้อต่อการประสานงานกับภาคชุมชน 8) โรงพยาบาลมีสิ่งแวดล้อมที่ดี 9) มีเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัย 	<ol style="list-style-type: none"> 1) การประเมินผลการปฏิบัติงาน/การวัดผลงานขาดความชัดเจนและต่อเนื่อง 2) บุคลากรมีการโยกย้ายบ่อย โดยเฉพาะสายวิชาชีพแพทย์ 3) การนิเทศงานบุคลากรที่เข้ามาปฏิบัติงานใหม่ไม่มีความชัดเจน และบุคลากรใหม่ที่หมุนเวียนขาดทักษะ/ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 4) การดำเนินงานไม่ได้เรียงลำดับความสำคัญของงาน ยังคงเน้นการดำเนินงานตามนโยบาย ซึ่งไม่ครอบคลุมตัวชี้วัดอื่นๆ 5) การจัดการข้อมูลและสารสนเทศยังขาดการนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด 6) สถานการณ์ด้านการเงินการคลังไม่ค่อยดีนัก
โอกาส (Opportunities: O)	ภัย/ภาวะคุกคาม/อุปสรรค (Threats: T)
<ol style="list-style-type: none"> 1) นโยบายการทำงานที่มาจากหน่วยงานระดับสูงมีความชัดเจน 2) สถานบริการเครือข่ายสุขภาพ มีความเข้มแข็งและให้ความร่วมมือ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) 3) ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพอย่างเข้มแข็ง และสามารถประสานงานได้ง่าย (อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนประจำหมู่บ้านและผู้นำ 	<ol style="list-style-type: none"> 1) นโยบายของรัฐบาลมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย 2) งบประมาณที่ได้รับการจัดสรรไม่เพียงพอในการปฏิบัติงาน 3) โรคและภัยคุกคามประจำท้องถิ่นยังคงระบาดอย่างต่อเนื่อง 4) เป็นเขตพื้นที่รอยต่อระหว่างอำเภอเพ็ญ (ตำบลบ้านยวด) และระหว่างจังหวัด (ตำบลนาหนึ่งและตำบลสร้างนางขาว อำเภอโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย) ทำให้เกิดปัญหา

<p>ชุมชน)</p> <p>4) ท้องถิ่นมีการจัดสรรกองทุนสุขภาพตำบล</p> <p>5) มีหมู่บ้านจัดการสุขภาพครบทุกตำบล</p> <p>6) ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างสะดวก เนื่องจากมีหน่วยกู้ชีพทุกตำบล</p> <p>7) เป็นสถานพยาบาลเดียวในอำเภอ</p> <p>8) ประชาชนในอำเภอและอำเภอใกล้เคียงมีทัศนคติที่ดีและมีความไว้วางใจในโรงพยาบาล</p>	<p>ในการให้บริการและการเรียกเก็บค่าบริการ</p> <p>5) ประชาชนบางกลุ่มยังคงมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ค่าครองชีพสูง รายได้น้อย</p> <p>6) ประชาชนมีความเชื่อในการดูแลสุขภาพไม่ถูกต้อง</p> <p>7) ประชาชนรู้จักสิทธิประโยชน์ของตนเองมากขึ้น ทำให้เสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง</p> <p>8) มีการเปลี่ยนผู้บริหารระดับท้องถิ่นบ่อย/ทำให้นโยบายด้านสุขภาพไม่ต่อเนื่อง และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขาดความตระหนักในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข และการสนับสนุนงบประมาณที่เพียงพอ</p>
--	---

7. กลยุทธ์/กิจกรรมหลัก/มาตรการ

1. ปรับปรุงระบบในการกำกับ ติดตามและประเมินผลลัพธ์ขององค์กร เพื่อให้เกิดความรวดเร็วและสม่ำเสมอ
2. สร้างค่านิยมและวัฒนธรรมองค์กร เพื่อให้บุคลากรตระหนักถึงวัฒนธรรมคุณภาพและความปลอดภัยของโรงพยาบาลอย่างแท้จริง
3. วางแผนการพัฒนากุศลกรทั้งในส่วนของการพัฒนาสมรรถนะที่ทันสมัย และการวางแผนด้านอัตรากำลังคนที่เพียงพอ
4. พัฒนาระบบเทคโนโลยีและสารสนเทศในการบันทึก จัดเก็บและการส่งออกข้อมูลที่รวดเร็ว ถูกต้อง เพื่อให้สามารถนำข้อมูลมาใช้ให้เกิดประโยชน์อย่างสูงสุดแก่องค์กร
5. ปรับปรุงและกำกับติดตามการจัดทำและวิเคราะห์แผนการเงินการคลังที่รัดกุม และการดำเนินมาตรการด้านการเงินต่างๆ เพื่อการประหยัดงบประมาณและทรัพยากร

8. วัตถุประสงค์และจุดเน้น (ปี พ.ศ.2561 - พ.ศ.2563)

แผนกลยุทธ์ วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ แผนปฏิบัติการหลักและตัวชี้วัด

พันธกิจที่ 1 ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่องครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ได้แก่ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันโรค ด้านการรักษา และด้านการฟื้นฟูร่างกาย โดยเน้นด้านการส่งเสริมสุขภาพและด้านการป้องกันโรค

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบบริการสุขภาพ การรักษาพยาบาลและการส่งต่อผู้ป่วยให้มีคุณภาพอย่างรวดเร็วและปลอดภัย

เป้าประสงค์ที่ 1 ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานและได้รับความปลอดภัยจากการให้บริการ

กลยุทธ์ที่ 1 พัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยให้เกิดความปลอดภัยและรวดเร็ว

กลยุทธ์ที่ 2 ลดอัตราการตายของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในโรคที่มีอัตราเสี่ยงต่อการตายสูง

เป้าประสงค์ที่ 2 ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่รวดเร็ว “ใกล้บ้าน...ใกล้ใจ”

กลยุทธ์ที่ 3 พัฒนาระบบการส่งต่อเพื่อลดความแออัดและระยะเวลารอคอย

กลยุทธ์ที่ 4 พัฒนาระบบการบริหารจัดการคลินิก NCD ที่มีคุณภาพ

เป้าประสงค์ (Goal)	กลยุทธ์	ตัวชี้วัด (Key Performance Indicator)	เป้าหมาย	ผลงานในปีที่ผ่านมาปี (59/60/61)	ค่าเป้าหมาย (Target)			
					ค่าเป้าหมาย 4 ปี			
					2560	2561	2562	2563
1. ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานและได้รับความปลอดภัยจากการให้บริการ	1. พัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยให้เกิดความปลอดภัยและรวดเร็ว	K1 อัตราผู้ป่วยในกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองมาถึงโรงพยาบาลภายในเวลา 2 ชั่วโมง (Onset to Hospital) นับจากมีอาการ	≥ 80%	14.13/23.68/42.42	80	80	100	100
		K2 อัตราผู้ป่วยในกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองได้รับการส่งต่อภายใน 30 นาที (Door to Refer) นับจากผู้ป่วยมีอาการ	100%	100/100/100	100	100	100	100

เป้าประสงค์ (Goal)	กลยุทธ์	ตัวชี้วัด (Key Performance Indicator)	เป้าหมาย	ผลงานในปีที่ผ่านมาปี (59/60/61)	ค่าเป้าหมาย (Target)			
					ค่าเป้าหมาย 4 ปี			
					2560	2561	2562	2563
		K3 อัตราผู้ป่วยในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดมาถึงโรงพยาบาลภายในเวลา 150 นาที (Onset to Hospital) นับจากมีอาการ	≥ 50%	91.66/75.00/63.63	50	60	65	70
		K4 อัตราผู้ป่วยในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดได้รับยา SK ภายใน 30 นาที (Door to Needle Time) นับจากเวลาที่ EKG มี ST elevation	≥ 70%	38.33/50.00/42.89	70	80	90	100
	2. ลดอัตราการตายของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในโรคที่มีอัตราเสี่ยงต่อการตายสูง	K7 อัตราการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด (ต่อแสนประชากร)	-	NA/NA/NA	≤ 20	≤ 20	≤ 20:	≤ 20:
K8 อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ (ต่อแสนประชากร)		-	NA/NA/NA	≤ 12%	≤ 12%	≤ 12%	≤ 12%	
K9 อัตราตายในกลุ่มมารดาและทารกแรกเกิด: ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย		0	0/0/0	0	0	0	0	
K10 อัตราตายจากอุบัติเหตุ								
		- ทางถนน (ต่อแสนประชากร)	< 18	20.81/10.36/13.73	< 18	< 18	< 18	< 18
		- ทางน้ำ (ต่อแสนประชากร)	< 4.5	3.43/0/6.86	0	0	0	0

เป้าประสงค์ (Goal)	กลยุทธ์	ตัวชี้วัด (Key Performance Indicator)	เป้าหมาย	ผลงานในปีที่ผ่านมาปี (59/60/61)	ค่าเป้าหมาย (Target)			
					ค่าเป้าหมาย 4 ปี			
					2560	2561	2562	2563
2. ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่รวดเร็ว “ใกล้บ้าน...ใกล้ใจ”	3. พัฒนาระบบการส่งต่อเพื่อลดความแออัดและระยะเวลารอคอย	K11 สัดส่วนผู้ป่วยนอกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับบริการใน รพ.สต. เทียบกับ รพ.แม่ข่าย						
		- HT	40:60	NA/NA/33.94:66.06	40:60	40:60	40:60	40:60
	- DM	40:60	NA/NA/33.92:66.08	40:60	40:60	40:60	40:60	
	4. พัฒนาระบบการบริหารจัดการคลินิก NCD ที่มีคุณภาพ	K12 ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพผ่านเกณฑ์	ผ่าน	-/ผ่าน/ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
	K13 ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานคลินิก CKD คุณภาพผ่านเกณฑ์	ผ่าน	-/-/ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	

พันธกิจที่ 2 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการให้บริการสุขภาพเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ โดยให้ชุมชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 ส่งเสริมและสนับสนุนภาคีเครือข่ายสุขภาพให้สามารถให้บริการแก่ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ร่วมกับการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเยียวยา/ส่งเสริมสุขภาพและความปลอดภัยของชุมชน

เป้าประสงค์ที่ 3 ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการคัดกรองโรคและภัยสุขภาพ พร้อมทั้งสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพในชุมชนแบบบูรณาการร่วมสู่การเป็นอำเภอจัดการสุขภาพที่เข้มแข็ง (District Health System Accreditation: DHSA)

กลยุทธ์ที่ 5 พัฒนาระบบคัดกรองโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อลดอัตราการเกิดโรค

กลยุทธ์ที่ 6 พัฒนาระบบเฝ้าระวัง สอบสวนและควบคุมโรคที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

กลยุทธ์ที่ 7 พัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่ายสุขภาพให้การร่วมปฏิบัติงานเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี

เป้าประสงค์ที่ 4 จัดการสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลให้เอื้อต่อการเยียวยา การส่งเสริมสุขภาพและความปลอดภัยของชุมชน

กลยุทธ์ที่ 8 พัฒนาด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการให้บริการและความปลอดภัย

เป้าประสงค์ (Goal)	กลยุทธ์	ตัวชี้วัด (Key Performance Indicator)	เป้าหมาย	ผลงานในปีที่ผ่านมาปี (59/60/61)	ค่าเป้าหมาย (Target)			
					ค่าเป้าหมาย 4 ปี			
					2560	2561	2562	2563
3. ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชนมีส่วน ร่วมในการคัดกรองโรค และภัยสุขภาพ พร้อมทั้ง สนับสนุนการจัดบริการสุขภาพใน ชุมชนแบบบูรณาการ ร่วมสู่การเป็นอำเภอ จัดการสุขภาพที่ เข้มแข็ง (District Health System Accreditation: DHSA)	5. พัฒนาระบบคัดกรอง โรคในประชาชนกลุ่ม เสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อลด อัตราการเกิดโรค	K14 อัตราป่วยรายใหม่ด้วยวัณโรค เรื้อรังลดลง: ต่อแสน ปชก. - DM - HT	< 182 < 255	180.35/145.07/84.91 201.16/158.88/98.49	< 182 < 255	< 182 < 255	< 182 < 255	< 182 < 255
		K15 อัตราการเกิดผู้ป่วยรายใหม่ใน กลุ่มที่สำคัญตามนโยบายลดลง: ต่อ แสน ปชก. - มะเร็งปากมดลูก - มะเร็งเต้านม - มะเร็งท่อน้ำดี	< 7.45 < 14.82 < 9.81	0/0/0 3.47/0/6.94 7.03/17.65/6.94	0 6.94 6.96	0 3.47 16.71	0 3 10	0 0 9
		K16 อัตราป่วยด้วยโรคที่ต้องเฝ้าระวัง และควบคุม: ต่อแสน ปชก. ● ไข้เลือดออก ● อูจจาระร่วง	< 18 < 1,000	6.95/6.94/13.88 952.75/798.06/787.51	< 18 < 1,000	< 18 < 1,000	< 18 < 1,000	< 18 < 1,000
		K17 ทีม SRRT ผ่านการประเมิน มาตรฐาน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน

เป้าประสงค์ (Goal)	กลยุทธ์	ตัวชี้วัด (Key Performance Indicator)	เป้าหมาย	ผลงานในปีที่ผ่านมาปี (59/60/61)	ค่าเป้าหมาย (Target)			
					ค่าเป้าหมาย 4 ปี			
					2560	2561	2562	2563
7. พัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่ายสุขภาพให้การร่วมปฏิบัติงานเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี	K18 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน DHS ด้านต่างๆ	- งานตรวจรักษา	ผ่าน	-/ผ่าน/ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
		- งานควบคุมการติดเชื้อ	ผ่าน	-/ผ่าน/ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
		- งานเภสัชกรรมชุมชน/คปส.	ผ่าน	-/ผ่าน/ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
		- งานแพทย์แผนไทย	ผ่าน	-/ผ่าน/ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
		- งานผู้พิการ	ผ่าน	-/ผ่าน/ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
		- งานทันตสาธารณสุข	ผ่าน	-/ผ่าน/ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
		- งานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน	ผ่าน	-/ผ่าน/ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
		- งานเทคนิคการแพทย์	ผ่าน	-/ผ่าน/ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
4. จัดการสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลให้อึดต่อการเยียวยา การส่งเสริมสุขภาพและความปลอดภัยของชุมชน	8. พัฒนาด้านสิ่งแวดล้อมที่ให้อึดต่อการให้บริการและความปลอดภัย	K19 ผลการตรวจด้านต่างๆผ่านเกณฑ์						
- น้ำเสียที่ปล่อยสู่ชุมชน	ผ่าน	ผ่าน/ผ่าน/ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน		
- น้ำดื่มในโรงพยาบาล	ผ่าน	ผ่าน/ผ่าน/ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน		
- น้ำใช้ในโรงพยาบาล	ผ่าน	ผ่าน/ผ่าน/ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน		
- คุณภาพสิ่งปนเปื้อนในอาหารของโรงพยาบาล	ผ่าน	ผ่าน/ผ่าน/ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน		
- การกำจัดขยะติดเชื้อในโรงพยาบาลและชุมชน	ผ่าน	ผ่าน/ผ่าน/ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน		

พันธกิจที่ 3 บริหารจัดการองค์กรให้มีประสิทธิภาพ (efficiency) และประสิทธิผล (effectiveness) ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1.ด้านบุคลากร (man) 2.ด้านการเงิน (money) 3.ด้านอุปกรณ์และเครื่องมือ (material) และ 4.ด้านการจัดการ (management)

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาความรู้และศักยภาพของบุคลากรในการให้บริการแก่ผู้ป่วย รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรทั้งทางร่างกายและจิตใจ

เป้าประสงค์ที่ 5 บุคลากรมีศักยภาพและสมรรถนะตามภาระกิจในการปฏิบัติงาน

กลยุทธ์ที่ 9 ปรับปรุงแผนการพัฒนาบุคลากรตาม HR score card และ service plan

เป้าประสงค์ที่ 6 บุคลากรเป็นแบบอย่างที่ดีด้านพฤติกรรมสุขภาพ

กลยุทธ์ที่ 10 ส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพของบุคลากรให้มีสุขภาพที่ดี

เป้าประสงค์ที่ 7 บุคลากรมีพฤติกรรมบริการที่ดีและมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

กลยุทธ์ที่ 11 เสริมสร้างขวัญกำลังใจและความก้าวหน้าในการปฏิบัติงานของบุคลากร

กลยุทธ์ที่ 12 พัฒนาพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่และส่งเสริมชื่นชมยกย่องเจ้าหน้าที่ที่มีพฤติกรรมบริการดีเด่น

เป้าประสงค์ (Goal)	กลยุทธ์	ตัวชี้วัด (Key Performance Indicator)	เป้าหมาย	ผลงานในปีที่ผ่านมาปี (59/60/61)	ค่าเป้าหมาย (Target)			
					ค่าเป้าหมาย 4 ปี			
					2560	2561	2562	2563
5. บุคลากรมีศักยภาพและสมรรถนะตามภาระกิจในการปฏิบัติงาน	9. ปรับปรุงแผนการพัฒนาบุคลากรตาม HR score card และ service plan	K20 ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาสมรรถนะหลักตามเกณฑ์ที่คณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (กพ.) กำหนดครบทั้ง 5 ด้าน	≥ 80%	90.91/90.50/93.43	80	85	90	95
		- กลุ่มวิชาชีพ	≥ 80%	NA/87.44/92.05	80	85	90	95
		- กลุ่มทั่วไป	100%	NA/100/100	100	100	100	100
		K21 ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาสมรรถนะที่ครอบคลุมตาม service plan						

เป้าประสงค์ (Goal)	กลยุทธ์	ตัวชี้วัด (Key Performance Indicator)	เป้าหมาย	ผลงานในปีที่ผ่านมาปี (59/60/61)	ค่าเป้าหมาย (Target)			
					ค่าเป้าหมาย 4 ปี			
					2560	2561	2562	2563
6. บุคลากรเป็นแบบอย่างที่ดีด้านพฤติกรรมสุขภาพ	10. ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรให้มีสุขภาพที่ดี	K22 ผลการตรวจสอบสุขภาพของบุคลากรมีสุขภาพดีขึ้น - กลุ่มเสี่ยง - อัตราป่วยรายใหม่	≤ 35% ≤ 5%	45.87/41.90/21.52 13.76/14.28/11.71	≤ 35% ≤ 10%	≤ 30% ≤ 8%	≤ 25% ≤ 7%	≤ 20% ≤ 5%
		K23 ร้อยละของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงมีสุขภาพผ่านเกณฑ์ในการประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพจากสิ่งแวดล้อมในการทำงาน	≥ 80%	NA/88.34/85.72	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%
		7. บุคลากรมีพฤติกรรมบริการที่ดีและมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน	11. เสริมสร้างขวัญกำลังใจและความก้าวหน้าในการปฏิบัติงานของบุคลากร	K24 ร้อยละของการประเมินความสุขของบุคลากร - ความพึงพอใจในการทำงานตามบทบาทภารกิจที่ได้รับมอบหมาย - ความยึดมั่นผูกพันกับองค์กร	≥ 80% ≥ 80%	NA/NA/72.87 86.41/84.50/85.30	≥ 70 ≥ 70	≥ 75 ≥ 75
		K25 อัตราการคงอยู่ของบุคลากร	≥ 95%	NA/98.22/92.33	> 95%	> 96%	> 97%	> 98%
		K26 อัตราการลาออก/ขอย้าย (Turn Over Rate) ในกลุ่มวิชาชีพ	< 1%	0.96/2.85/3.62	< 1%	< 1%	< 1%	< 1%

เป้าประสงค์ (Goal)	กลยุทธ์	ตัวชี้วัด (Key Performance Indicator)	เป้าหมาย	ผลงานในปีที่ผ่านมาปี (59/60/61)	ค่าเป้าหมาย (Target)			
					ค่าเป้าหมาย 4 ปี			
					2560	2561	2562	2563
	12. พัฒนาพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่และส่งเสริมชื่นชมยกย่องเจ้าหน้าที่ที่มีพฤติกรรมบริการดีเด่น	K27 ร้อยละของความพึงพอใจของผู้มารับบริการ						
		- ผู้ป่วยนอก	≥ 80%	90.90/90.79/88.97	≥ 85	≥ 90	≥ 95	≥ 95
		- ผู้ป่วยใน	≥ 80%	84.69/83.00/82.92	≥ 85	≥ 90	≥ 95	≥ 95
		K28 จำนวนเรื่องร้องเรียนและการฟ้องร้องด้านพฤติกรรมบริการของบุคลากรในระดับที่รุนแรง	0	0/0/0	0	0	0	0

พันธกิจที่ 3 บริหารจัดการองค์กรให้มีประสิทธิภาพ (efficiency) และประสิทธิผล (effectiveness) ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1.ด้านบุคลากร (man) 2.ด้านการเงิน (money) 3.ด้านอุปกรณ์และเครื่องมือ (material) และ 4.ด้านการจัดการ (management)

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบการบริหารด้านการเงิน การจัดการข้อมูลสารสนเทศและการจัดการองค์กรให้มีประสิทธิภาพ

เป้าประสงค์ที่ 8 ระบบบริหารจัดการด้านการเงิน การคลังและการบริหารทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กลยุทธ์ที่ 13 พัฒนาระบบคุณภาพทางการบัญชีให้มีความน่าเชื่อถือและเป็นปัจจุบัน

กลยุทธ์ที่ 14 พัฒนาระบบการบริหารการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มโรงพยาบาลระดับเดียวกัน

กลยุทธ์ที่ 15 พัฒนาระบบการบริหารทรัพยากรและการจัดหาเครื่องมือที่เพียงพอ

กลยุทธ์ที่ 16 พัฒนาระบบการตรวจสอบภายในที่มีประสิทธิภาพ

เป้าประสงค์ที่ 9 ระบบการจัดการข้อมูลที่มีประสิทธิภาพและสามารถนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

กลยุทธ์ที่ 17 พัฒนาศักยภาพของบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถในการการบันทึกข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศ

กลยุทธ์ที่ 18 พัฒนาระบบงานเรียกเก็บค่าชดเชยบริการทางการแพทย์ การจัดเก็บและการรายงานข้อมูลสารสนเทศที่ถูกต้องและทันเวลา

เป้าประสงค์ที่ 10 องค์กรเป็นแบบอย่างในการเรียนรู้และำรงค์ไว้ซึ่งการเป็นโรงพยาบาลคุณภาพตามมาตรฐาน HA

กลยุทธ์ที่ 19 สนับสนุนนโยบายด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย

กลยุทธ์ที่ 20 ส่งเสริมระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ

กลยุทธ์ที่ 21 พัฒนาบุคลากรให้เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง เพื่อการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้

เป้าประสงค์ (Goal)	กลยุทธ์	ตัวชี้วัด (Key Performance Indicator)	เป้าหมาย	ผลงานในปีที่ผ่านมาปี (59/60/61)	ค่าเป้าหมาย (Target)			
					ค่าเป้าหมาย 4 ปี			
					2560	2561	2562	2563
8. ระบบบริหารจัดการด้านการเงิน การคลัง และการบริหารทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ	13. พัฒนาระบบคุณภาพทางการบัญชีให้มีความน่าเชื่อถือและเป็นปัจจุบัน	K29 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพบัญชีตามระบบบัญชีเกณฑ์คงค้าง	ระดับ A	B/A/A	ระดับ A	ระดับ A	ระดับ A	ระดับ A
	14. พัฒนาระบบ	K30 ประสิทธิภาพการบริหาร	ระดับ	NA/NA/ระดับ 7	ระดับ	ระดับ	ระดับ	ระดับ

เป้าประสงค์ (Goal)	กลยุทธ์	ตัวชี้วัด (Key Performance Indicator)	เป้าหมาย	ผลงานในปีที่ผ่านมาปี (59/60/61)	ค่าเป้าหมาย (Target)			
					ค่าเป้าหมาย 4 ปี			
					2560	2561	2562	2563
	การบริหารการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มโรงพยาบาลระดับเดียวกัน	การเงินสามารถควบคุมให้หน่วยบริการไม่ประสบปัญหาการเงินระดับ 7 K31 ความสำเร็จของหน่วยบริการที่สามารถควบคุมต้นทุนบริการไม่เกินเฉลี่ยกลุ่มโรงพยาบาลระดับเดียวกัน	0 - 4 ไม่เกินค่าเฉลี่ยกลุ่ม	NA/ผ่าน/ผ่าน	0 - 4 ไม่เกินค่าเฉลี่ยกลุ่ม	0 - 4 ไม่เกินค่าเฉลี่ยกลุ่ม	0 - 4 ไม่เกินค่าเฉลี่ยกลุ่ม	0 - 4 ไม่เกินค่าเฉลี่ยกลุ่ม
15. พัฒนาระบบการบริหารจัดการทรัพยากรและการจัดการเครื่องมือให้เพียงพอ	K32 อัตราการสำรองเวชภัณฑ์ที่ - ยา - เวชภัณฑ์มีใช้ยา K33 อัตราการลดลงของการใช้ทรัพยากร - ยา - วัสดุห้องปฏิบัติการ K34 ร้อยละของการจัดซื้อจัดหาเครื่องมือแพทย์เป็นไปตามแผนความต้องการใช้ขององค์กร	≤ 3 ≤ 3 $\geq 10\%$ $\geq 10\%$ 100	4.04/1.64/3.77 2.16/4.00/6.08 NA/NA/NA NA/NA/NA NA/NA/NA	≤ 3 ≤ 3 $\geq 10\%$ $\geq 10\%$ -	≤ 3 ≤ 3 $\geq 10\%$ $\geq 10\%$ -	≤ 3 ≤ 3 $\geq 10\%$ $\geq 10\%$ 90	≤ 3 ≤ 3 $\geq 10\%$ $\geq 10\%$ 95	
16. พัฒนาระบบ	K35 ระดับความสำเร็จของการ	ผ่าน	NA/NA/NA	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	

เป้าประสงค์ (Goal)	กลยุทธ์	ตัวชี้วัด (Key Performance Indicator)	เป้าหมาย	ผลงานในปีที่ผ่านมาปี (59/60/61)	ค่าเป้าหมาย (Target)			
					ค่าเป้าหมาย 4 ปี			
					2560	2561	2562	2563
		จัดการข้อมูลเชื่อมโยงกับ 3 กองทุน (National Health Information Center) โดยสามารถส่งออกครบถ้วนทันเวลา และไม่ติด C (ข้อมูลโปรแกรม E-claim UC กรมบัญชีกลาง/ข้าราชการส่วนท้องถิ่นและประกันสังคม)						
10. องค์กรเป็นแบบอย่างในการเรียนรู้และธำรงค์ไว้ซึ่งการเป็นโรงพยาบาลคุณภาพตามมาตรฐาน HA	19. สนับสนุนนโยบายด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย	K40 โรงพยาบาลผ่านการประเมินคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน HA	ผ่าน	-/ผ่าน/-	-	-	ผ่าน	-
		K41 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพผ่านการรับรองตามเกณฑ์มาตรฐานของกรมอนามัยและสำนักงานป้องกันควบคุมโรค	ผ่าน	ผ่าน	-	-	ผ่าน	-
		K42 โรงพยาบาลผ่านการรับรองมาตรฐานระบบบริหารงานคุณภาพงานเทคนิคการแพทย์ (LA)	ผ่าน	ผ่าน	-	-	-	ผ่าน
		K43 โรงพยาบาลผ่านการ	ผ่าน	ผ่าน	-	-	ผ่าน	-

เป้าประสงค์ (Goal)	กลยุทธ์	ตัวชี้วัด (Key Performance Indicator)	เป้าหมาย	ผลงานในปีที่ผ่านมาปี (59/60/61)	ค่าเป้าหมาย (Target)			
					ค่าเป้าหมาย 4 ปี			
					2560	2561	2562	2563
		รับรองคุณภาพงานบำบัดรักษา ยาเสพติด จากสถาบัน วิทยุราษฎร์ร่วมกับสถาบัน รับรองคุณภาพมาตรฐาน โรงพยาบาล	ผ่าน	ผ่าน	-	ผ่าน	-	ผ่าน
		K44 โรงพยาบาลผ่านการ ประเมินอาชีวอนามัยหรือผ่าน การประเมินด้านวิศวกรรมความ ปลอดภัยและสิ่งแวดล้อม						
	20. ส่งเสริมระบบ การบริหารจัดการ ความเสี่ยงที่มี ประสิทธิภาพ	K45 การจัดการความเสี่ยง - ระดับความสำเร็จใน การบริหารจัดการ ความเสี่ยงทาง clinic - ระดับความสำเร็จใน การบริหารจัดการ ความเสี่ยงทั่วไป - อุบัติการณ์การเกิด ความคลาดเคลื่อนทาง ยาในระดับ G - I	4 4 0	-/-/ -/-/ 0/0/0	- - 0	3 3 0	4 4 0	4 4 0
	21. พัฒนา บุคลากรให้เกิด	K46 จำนวนรายงานการวิจัย/ ผลงานทางวิชาการ/นวัตกรรมที่	2	2	2	2	2	2

เป้าประสงค์ (Goal)	กลยุทธ์	ตัวชี้วัด (Key Performance Indicator)	เป้าหมาย	ผลงานในปีที่ผ่านมาปี (59/60/61)	ค่าเป้าหมาย (Target)			
					ค่าเป้าหมาย 4 ปี			
					2560	2561	2562	2563
การเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง เพื่อการเป็นองค์กรแห่งการพัฒนา	ได้รับการเผยแพร่ (ทั้งภายในและภายนอกองค์กร)							

ผลการดำเนินงานขององค์กร

ผลการดำเนินงานขององค์กร

โรงพยาบาลสร้างคอมได้สรุปผลการดำเนินงานในประเด็นสำคัญทั้ง 7 ด้าน ดังนี้

ด้านที่	การดำเนินงาน	จำนวนตัวชี้วัด	ผลการติดตามตัวชี้วัด (ปี 2561)	
			ผ่านเกณฑ์	ไม่ผ่านเกณฑ์
IV - 1	ผลด้านการดูแลผู้ป่วย (PCR)	37	23 (61.16%)	14 (37.84%)
IV - 2	ผลด้านการมุ่งเน้นของผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น (CFR)	5	5 (100.00%)	0 (0.00%)
IV - 3	ผลด้านการเงิน (FNR)	4	0 (0.00%)	4 (100.00%)
IV - 4	ผลด้านทรัพยากรบุคคล (HRR)	5	4 (80.00%)	1 (20.00%)
IV - 5	ผลด้านระบบงานและกระบวนการสำคัญ (SPR)	13	12 (92.31%)	1 (7.69%)
IV - 6	ผลด้านการนำ (LDR)	3	3 (100.00%)	0 (100.00 %)
IV - 7	ผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (HPR)	8	5 (62.50%)	3 (37.50%)
รวมตัวชี้วัดโรงพยาบาล		75	52 (69.33)	23 (30.67%)

4.1 ผลด้านการดูแลผู้ป่วย (PCR)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2555	2556	2557	2558	2559	2560	2561	2562
4.1.1 ตัวชี้วัดทั่วไป									
ผู้ป่วยเสียชีวิตและ Un-plan ประเภทต่าง ๆ									
1.จำนวนการเสียชีวิตในโรงพยาบาลทุกประเภท									
• ภายในโรงพยาบาล	-	2	3	5	3	4	5	2	1
• ระหว่าง refer	-	1	0	2	0	0	0	0	0
2.จำนวนผู้ป่วย Un-plan CPR	-	2	1	2	2	4	-	-	-
3.จำนวนผู้ป่วย Un-plan Refer	-	2	1	1	2	2	-	-	-
4.อัตราการตายปริกำเนิด (Perinatal Mortality Rate) (ต่อ 1,000 การเกิดทั้งหมด)	< 9	0	0	8.54	0	0	0	0	0
5.Neonatal Mortality Rate (ต่อพันของการเกิดทั้งหมด)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
การกลับมารักษาซ้ำ									
6.อัตราการ Re-visit ภายใน 48 ชม. ที่ ER หลังจำหน่าย	< 2	2.5	1.98	0.47	0.30	0.33	6.00	0.81	0.10
7.อัตราการ Re-admit ภายใน 28 วัน หลังจำหน่ายด้วยโรคเดิม	< 2	1.24	2.66	0.54	0.77	3.74	3.33	6.50	3.40
การคลอด									
8.อัตราการตายตกเลือดหลังคลอด	< 5	1.84	2.11	4.27	0	2.24	1.77	2.82	0.00
9.อัตราการแรกเกิดขาดออกซิเจน (ต่อพันของการเกิดมีชีพ)	< 30	30.07	14.08	34.18	8.62	7.46	17.69	0.00	0.00
4.1.2 ตัวชี้วัดกลุ่มโรคสำคัญขององค์กร									

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2555	2556	2557	2558	2559	2560	2561	2562
กลุ่มโรคเรื้อรัง									
DM									
10. อัตราผู้ป่วยหวานที่มี HbA1C < 7	> 40	18.98	28.45	60.50	44.80	9.99	15.85	24.06	19.27
11. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังทางตา	< 10	2.56	1.70	1.77	10.80	1.72	2.74	2.22	2.79
12. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังทางไต	< 10	10.60	6.89	3.14	10.51	17.04	-	-	-
13. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังทางเท้า									
• ตัดเท้า	0	0	0	0	0	0	0	0	0
• ตัดนิ้วเท้า	0	0	2	1	0	0	0.21	0.14	0.07
14. อัตราการ Re-admit ด้วยภาวะ Hypoglycemia /Hyperglycemia ภายใน 28 วัน หลังจำหน่าย	< 2	5.40	1.06	1.43	0.52	0.42	1.00	4.76	-
HT									
15. ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มา F/U มี BP เฉลี่ย <140/90 mmHg	> 60	52.21	73.04	41.97	54.26	59.99	58.93	58.29	48.42
16. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดสมอง	< 5	0.69	0.73	0.54	1.24	1.30	0.44	0.65	0.12
17. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือด	< 5	1.4	0	0.43	0.66	0.06	0.25	0.06	0.15
18. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต	≤ 10	3.44	2.22	15.96	23.50	28.50	-	-	-
CKD									
19. การชะลอความเสื่อมของไตผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 mm/min/1.73ML/gr	≥ 66	NA	NA	NA	82.62	75.82	58.51	51.79	69.23
Asthma/COPD									
20. อัตราผู้ป่วยที่สามารถควบคุมโรคได้ดีตาม									

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2555	2556	2557	2558	2559	2560	2561	2562
เกณฑ์ของ Easy Asthma/COPD Clinic									
• Asthma	≥ 20	-	-	-	37.80	26.54	4.32	64.37	50
• COPD	≥ 20	-	-	-	8.95	6.66	14.54	32.73	25
จิตเวช									
21. อัตราผู้ป่วยจิตเวชขาดยาที่มีอาการกำเริบ	< 10	2.04 (2 ราย)	4.76 (4 ราย)	3.06 (3 ราย)	2.83 (3 ราย)	0.79 (1 ราย)	1.28 (1 ราย)	3.27 (4 ราย)	-
22. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ									
• สำเร็จ (ต่อแผนประชากร)	< 6.3	0	0	3.46 (1 ราย)	3.47 (1 ราย)	0	3.45	0	-
• ไม่สำเร็จ						NA	NA	NA	-
กลุ่มโรคเฉียบพลัน									
กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ									
23. ร้อยละผู้ป่วย ACS มาถึง ER ภายใน 150 นาที หลังจากมีอาการ	≥ 50%	-	-	-	46.15	91.66	75	63.63	60
24. อัตราผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ภายใน 30 นาที (door to needle time <30min) นับจากเวลาที่ EKG มี ST elevation	≥ 70%	-	-	-	100	20	80	100	100
กลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง									
25. อัตราผู้ป่วยในกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองมาถึงโรงพยาบาลภายในเวลา 2 ชั่วโมง นับจากมีอาการ (Onset to Hospital)	≥ 80%	46.67	56.25	15.38	10.00	14.13	23.68	42.42	12.50
26. อัตราผู้ป่วยในกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองได้รับการส่งต่อภายใน 30 นาที นับจากผู้ป่วยมาโรงพยาบาล (Door to Refer): Fast track	100	50	100	25	75	100	100	100	100

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2555	2556	2557	2558	2559	2560	2561	2562
27.อุบัติการณ์การเกิดภาวะ Stroke/CVA รายใหม่ ในผู้ป่วย (ลดลงจากรฐานเดิม)	ลดลง ร้อยละ 5								
• DM		NA	NA	NA	0.55	0.18	0	0.03	-
• HT		NA	NA	NA	0.66	0.95	0.44	0.33	-
• DM with HT		NA	NA	NA	1.40	0.75	0.12	0.21	-
งานอนามัยแม่และเด็ก									
28.อัตราการติดเชื้อ HIV ในหญิงตั้งครรภ์รายใหม่	< 1	0	0	3	3	0	1	0	0
29.อัตราการคาดคลอดอายุต่ำกว่า 20 ปี	< 20	35.50	30.00	38.46	47.41	20.41	18.80	25.35	35.71
30.อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	< 7	7.40	3.54	1.70	8.62	8.95	8.77	11.26	14.28
31.อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุคครบ 6 เดือน	> 30	38.48	37.43	36.04	43.47	59.45	63.15	62.49	-
กลุ่มโรคติดต่อ									
TB									
32.ร้อยละผลสำเร็จของการรักษาวัณโรค	≥ 85	75	100	100	100	87.5	100.00	83.33	-
การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง (Continuing of Care: CoC) และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative Care)									
33.อัตราการ turn เติงของผู้ป่วยที่ตีขึ้น (จาก เติง 3 มาเติง 2 หรือเติง 1)	≥ 40	66.74	76.55	84.52	78.17	33.33	55.48	40.67	-
34.อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่ ป้องกันได้	< 5	2.87	2.92	4.27	14.87	7.41	10.02	12.44	-
การติดเชื้อ (sepsis)									
35.อัตราการตายของผู้ป่วย sepsis	ลดลง < 20	NA	NA	2.06	3.46	3.45	0	0	0

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2555	2556	2557	2558	2559	2560	2561	2562
36. อัตราการเกิด severe sepsis (ลดลง < 20 หรือ < 134.27)	ลดลง < 20	NA	NA	27.6	114.4	193.42	0	8.25	0
HIV/AIDS									
37. อัตราผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อที่รับยาต้านไวรัสที่มีผล ตรวจ viral load น้อยกว่า 50 copies/ml	≥ 90	NA	NA	89.03	91.40	89.74	90.91	90.47	-

4.2 ผลด้านการมุ่งเน้นของผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น (CFR)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2555	2556	2557	2558	2559	2560	2561	2562
4.2.1 ความพึงพอใจของผู้ป่วย									
38. ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยนอก	≥ 80 %	89.72	87.10	92.10	89.60	90.90	90.79	88.97	86.60
39. ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยใน	≥ 80 %	82.25	83.23	82.22	81.93	84.69	83.00	82.92	83.65
40. ร้อยละความพึงพอใจของชุมชน	≥ 80 %	85.37	90.25	94.99	83.00	83.47	86.71	85.23	-
4.2.2 ข้อร้องเรียนของผู้มารับบริการ									
41. จำนวนข้อร้องเรียนของผู้รับบริการในระดับ รุนแรง (ระดับ G - I)	0	1	3	0	0	0	0	0	0
42. ร้อยละข้อร้องเรียนที่สามารถตอบสนองผู้ ร้องเรียนได้	≥ 70 %	100	100	100	100	100	100	100	100

4.3 ผลด้านการเงิน (FNR)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2555	2556	2557	2558	2559	2560	2561	2562
4.3.1 ความอยู่รอดด้านการเงิน									

43.อัตราส่วนเงินสด (cash ratio)	> 1.0	0.41	0.37	0.40	0.99	1.06	1.61	1.81	2.26
44.อัตราส่วนทุนหมุนเวียน (current ratio)	> 1.5	0.50	0.78	0.51	0.80	1.05	1.47	1.70	2.12
45.อัตราส่วนเงินทุนหมุนเร็ว (quick ratio)	> 1.0	0.45	0.49	0.75	0.61	0.85	1.28	1.54	1.92
4.3.2 การตรวจสอบทางบัญชี									
46.คุณภาพทางด้านบัญชี	A	-	-	A	B	B	A	A	A

4.4 ผลด้านทรัพยากรบุคคล (HRR)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2555	2556	2557	2558	2559	2560	2561	2562
47.ร้อยละความพึงพอใจของบุคลากร	≥ 80%	72.25	73.12	68.30	70.50	72.60	73.80	74.50	-
48.ร้อยละความผูกพันและความผูกพันกับองค์กร	≥ 80%	74.50	75.60	74.44 84.30	75.50 85.00	76.39 86.41	84.50	85.30	-
49.อัตราการ Turn Over Rate	< 1%	0	1.78	7.69	0.95	0.96	2.85	3.62	-
50.ร้อยละของเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการพัฒนาตามสมรรถนะหลักตามเกณฑ์ที่ กพ.กำหนดทั้ง 5 ด้าน	> 80%	91.50	96.00	95.45	92.05	90.91	90.50	93.43	-
51.จำนวน CQI นวัตกรรมหรืองานวิจัย (เรื่อง/ปี)	≥ 2	5	6	5	2	2	1	1	-

4.5 ผลด้านระบบงานและกระบวนการสำคัญ (SPR)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2555	2556	2557	2558	2559	2560	2561	2562
4.5.1 ระบบบริหารและจัดการความเสี่ยง (Risk Management: RM)									

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2555	2556	2557	2558	2559	2560	2561	2562
52.อุบัติการณ์ของการเกิดความเสี่ยงในระดับ G-I ที่เกิดซ้ำ	0	0	0	0	1	0	2	3	0
53.อัตราส่วนของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระดับ near miss:miss ที่เพิ่มขึ้น	≥ 70:30	73:27	75:25	76:24	71:29	66:34	72:28	70:30	69:31
4.5.2 ระบบยา									
54.อุบัติการณ์ของการเกิดแพ้ยาซ้ำ	0	0	0	0	0	0	0	0	0
55.อุบัติการณ์ของการเกิดความปลอดภัยเคลื่อนทางยา (Medication Error: ME) ระดับ G - I	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4.5.3 ระบบบริหารจัดการเทคโนโลยี (IT) สารสนเทศ (IM) และ เวชระเบียน									
55.อัตราความครอบคลุมของเวชระเบียนของผู้ป่วยนอก	> 80 %	84.40	83.98	83.64	82.88	83.64	79.89	77.61	-
57.อัตราความครอบคลุมของเวชระเบียนของผู้ป่วยใน	> 80 %	85.70	74.70	82.34	88.10	82.34	78.08	79.59	-
58.อัตราการส่ง claim เวชระเบียนผู้ป่วยในที่ทันเวลา	100	100	100	100	100	100	100	100	100
59.ร้อยละของความถูกต้อง ครบถ้วนและส่งออกข้อมูลที่ทันเวลา	100	100	100	100	100	100	100	100	100
4.5.4 ระบบการจัดการสิ่งแวดล้อม (Environment: ENV)									
60.ผลการตรวจน้ำเสียที่ปล่อยสู่ชุมชน	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
61.ผลการกำจัดขยะติดเชื้อในโรงพยาบาลและชุมชน	ได้มาตรฐาน	ได้มาตรฐาน	ได้มาตรฐาน	ได้มาตรฐาน	ได้มาตรฐาน	ได้มาตรฐาน	ได้มาตรฐาน	ได้มาตรฐาน	ได้มาตรฐาน
4.5.5 ระบบควบคุมการติดเชื้อ (Infection Control: IC)									
62.อุบัติการณ์ การเกิดอุบัติเหตุจากการ									

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2555	2556	2557	2558	2559	2560	2561	2562
ปฏิบัติงาน									
• อุบัติการณ์เจ้าหน้าที่ถูกข้อมีคมทิ่มตำ	0	2	2	10	6	6	2	0	-
63. อัตราการติดเชื้อรวมในโรงพยาบาล	< 3:1,00 วันนอน	0	0	0	0.16	0.15	0.09	0.11	-
64. ประสิทธิภาพของการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล	ผ่านเกณฑ์	ผ่าน เกณฑ์	ผ่าน เกณฑ์	ผ่าน เกณฑ์	ผ่าน เกณฑ์	ผ่าน เกณฑ์	ผ่าน เกณฑ์	ผ่าน เกณฑ์	ผ่าน เกณฑ์

4.6 ผลด้านการนำ (LDR)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2555	2556	2557	2558	2559	2560	2561	2562
65. ร้อยละของตัวชี้วัดในระดับโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์	70%	NA	56.25	66.18	69.33	72.48	74.56	69.33	-
66. ร้อยละของตัวชี้วัดเชิงกลยุทธ์ผ่านเกณฑ์	70%	-	-	NA	NA	75.83	78.31	72.33	-
67. ตำบล/อำเภอจัดการสุขภาพบูรณาการติดดาว (District Health System Accreditation: DHSA ผ่านเกณฑ์การประเมิน) *DHSA เริ่มดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ.2562	ผ่าน เกณฑ์การ ประเมิน	-	-	ผ่าน เกณฑ์การ ประเมิน	ผ่าน เกณฑ์การ ประเมิน	ผ่าน เกณฑ์การ ประเมิน	ผ่าน เกณฑ์การ ประเมิน	ผ่าน เกณฑ์การ ประเมิน	-

4.7 ผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (HPR)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2555	2556	2557	2558	2559	2560	2561	2562
-----------	----------	------	------	------	------	------	------	------	------

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2555	2556	2557	2558	2559	2560	2561	2562
4.7.1 บุคลากร									
68..สภาวะสุขภาพของเจ้าหน้าที่									
• กลุ่มดี	≥ 60%	40.37	43.80	66.67	37.61	19.42	19.44	36.36	-
• กลุ่มเสี่ยง	≤ 35%	45.87	41.90	21.52	50.45	57.28	57.41	40.01	-
• กลุ่มป่วย	≤ 5%	13.76	14.28	11.71	11.71	23.30	23.15	23.63	-
69.ร้อยละของบุคลากรที่มีค่า BMI สูงกว่าเกณฑ์ (BMI เกิน 22.9)	≤ 30%	36.70	40.00	41.59	42.85	48.57	29.62	30.00	-
4.7.2 ผู้รับบริการ									
70.อัตราการเกิดผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่: แส่น ปชก.	< 7.45	6.91	0	0	6.94	0	0	0	0
71.อัตราการเกิดผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่: แส่น ปชก.	< 14.82	3.45	3.45	0	6.94	3.47	0	6.94	-
72.อัตราการเกิดผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีรายใหม่: แส่น ปชก.	< 9.81	6.91	6.91	17.27	6.91	7.03	17.65	6.94	-
73.อัตราการเกิดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่: แส่น ปชก.	< 182	NA	10.37	158.89	177.06	180.35	145.07	84.91	-
74.อัตราการเกิดผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่: แส่น ปชก.	< 255	NA	24.18	96.71	367.75	201.16	158.88	98.49	-
4.7.3 ชุมชน									
75.ร้อยละของหมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์การประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ	100	-	-	-	100	100	100	100	-