



โรงพยาบาลมหาสารคาม
MAHASARAKHAM HOSPITAL

แผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลมหาสารคาม ปี 2559 – 2560



งานยุทธศาสตร์และประเมินผล
กลุ่มภารกิจพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ

คำนำ

ด้วยโรงพยาบาลมหาสารคามได้มีการทบทวนแผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลมหาสารคามขึ้นเป็นแผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลมหาสารคาม ฉบับทบทวน ปี 2559-2560 เพื่อให้ครอบคลุมทั้งในส่วนของ การพัฒนาองค์กร การบริหารการแพทย์ในระดับตติยภูมิ รวมถึงการแก้ปัญหาภัยสุขภาพในพื้นที่ โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกระดับ มีการวิเคราะห์ศักยภาพและผลการดำเนินงานที่ผ่านมา เทียบเคียงกับสถานบริการในระดับเดียวกัน พร้อมทั้งบูรณาการนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้บรรลุตาม เป้าหมายและผลสัมฤทธิ์ตามภารกิจที่ได้บัญญัติไว้ คือ การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชน

วิสัยทัศน์ “โรงพยาบาลมหาสารคาม เป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่มีความเชี่ยวชาญระดับสูง ภายในปี พ.ศ.2560” ประกอบด้วย 4 พันธกิจ 7 ประเด็นยุทธศาสตร์ 16 เป้าประสงค์ 28 ตัวชี้วัดหลัก การพัฒนากลยุทธ์ให้บรรลุผลสำเร็จได้นั้น จะต้องอาศัยความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพทุกสาขา ทุกระดับ ในองค์กร โดยเฉพาะทีมผู้บริหารมีความสำคัญอย่างยิ่งในการขับเคลื่อนแผนงานอย่างเป็นระบบ ซึ่งจำเป็นต้อง มีการเชื่อมโยงตัวชี้วัดสู่การปฏิบัติอย่างเป็นระบบ รวมทั้งติดตาม ประเมินผล ทบทวน พัฒนาอย่างต่อเนื่อง

สุดท้ายนี้ ในนามของโรงพยาบาลมหาสารคาม ขอขอบพระคุณ และชื่นชมทุกหน่วยงานที่ได้ ร่วมพัฒนาแผนยุทธศาสตร์นี้ เพื่อนำไปสู่การขับเคลื่อนพันธกิจของหน่วยงานให้บรรลุตามเป้าหมายอย่างมี ประสิทธิภาพ

งานยุทธศาสตร์และประเมินผล

กลุ่มภารกิจพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ

สารบัญ

	หน้า
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป	
ประวัติโรงพยาบาลมหาสารคาม	1
ข้อมูลบุคลากร	2
ข้อมูลทางการเงิน	4
ข้อมูลการให้บริการ	7
ส่วนที่ 2 แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลมหาสารคาม ปี 2559 – 2560	
แผนกลยุทธ์พัฒนาระบบบริการสุขภาพ	10
ประเด็นยุทธศาสตร์โรงพยาบาลมหาสารคาม ปี 2559 – 2560	11
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดตามประเด็นยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลมหาสารคาม ปี 2559 – 2560	12
รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Profile)	15
1. ค่า CMI	15
2. ร้อยละผู้ป่วย retina (มหาสารคาม,ร้อยเอ็ด) refer out ลดลง	16
3. HA scoring	17
4. ร้อยละการเสียชีวิตรวมในโรงพยาบาล	19
5. ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยนอก (สรพ.)	20
6. ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยใน	21
7. ร้อยละของบุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านบริหารและบริการตามแผน	22
8. ร้อยละความพึงพอใจและความสุขในการปฏิบัติงานของบุคลากร	24
9. ร้อยละของบุคลากรมีสุขภาพดีตามเกณฑ์	25
10. ระดับการประเมินคุณภาพการศึกษาของสถาบันร่วมผลิต	26
11. ร้อยละของนักศึกษาแพทย์สอบผ่าน NL2	28
12. ร้อยละของนักศึกษาแพทย์สอบผ่าน NL3	30
13. ร้อยละความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิต	32
14. ร่วมผลิต residency training อย่างน้อย 2 สาขาหลัก	34
15. คุณภาพบัญชีผ่านเกณฑ์	35
16. Cash ratio	37
17. IE ratio	38
18. ร้อยละผลการประเมิน ITA	39
19. ระดับความสำเร็จในการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศให้ตอบสนองต่อการพัฒนาองค์กร	42
20. ร้อยละของหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน Healthy Work Place	44
21. ร้อยละของตัวชี้วัดตามกลุ่มวัยที่ผ่านเกณฑ์	

	หน้า
21.1 ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85)	46
21.2 อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี (25 ต่อประชากรพันคน)	48
21. 3 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการสุขภาพที่พึงประสงค์ (ร้อยละ 25)	49
22. ลดอัตราอุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคสำคัญ	
22.1 อุบัติการณ์โรคเบาหวาน	50
22.2 อุบัติการณ์โรคความดันโลหิตสูง	52
23. ระดับความสำเร็จของการควบคุมสถานการณ์ฉุกเฉินด้านโรคและภัยสุขภาพ	54
24. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ	56
25. จำนวนของ รพ.สต.ที่ผ่านการรับรองคุณภาพ PCA ชั้นที่ 5	58
26. สัดส่วนผู้รับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิกับโรงพยาบาลแม่ข่ายตามเกณฑ์ 60 : 40	59
27. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค	60
28. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาผลงานวิชาการด้านสาธารณสุข	61
ส่วนที่ 3 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลมหาสารคาม ปี 2559 – 2560	64
ภาคผนวก	
คณะผู้จัดทำ	

ส่วนที่ 1

1. ประวัติโรงพยาบาลมหาสารคาม
2. ข้อมูลบุคลากร
3. ข้อมูลทางการเงิน
4. ข้อมูลการให้บริการ

1. ประวัติโรงพยาบาลมหาสารคาม

ปี พ.ศ. 2490 โรงพยาบาลมหาสารคามเริ่มการก่อสร้างบนเนื้อที่ 12 ไร่เศษ ตั้งอยู่เลขที่ 168 ถนนผดุงวิทย์ ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม โดยได้รับโอนที่ดินจากสถานีสุศาลา เทศบาลเมืองมหาสารคาม

พ.ศ. 2532 เป็นต้นมาโรงพยาบาลมหาสารคามมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลอีกหลายท่าน ที่ทุ่มเททั้งแรงกายแรงใจเพื่อพัฒนาโรงพยาบาลมหาสารคามเป็นโรงพยาบาลขนาด 580 เตียง ในเนื้อที่ 34 ไร่เศษ ตั้งอยู่เลขที่ 168 ถ. ผดุงวิทย์ ต. ตลาด อ. เมือง จ. มหาสารคาม และได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลครั้งที่ 1 ในวันที่ 10 เดือนพฤศจิกายน 2548 ครั้งที่ 2 ได้รับการรับรองคุณภาพในวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2555 ถึงวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2557 จากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

รายนามผู้อำนวยการตั้งแต่เริ่มเปิดดำเนินการจนถึงปัจจุบัน

นายแพทย์บรรลุ	ศิริพานิช	พ.ศ. 2494 – 2496
นายแพทย์วุฒิ	โพธิสุนทร	พ.ศ. 2496 – 2498
นายแพทย์วิสิทธิ์	สุวรรณิก	พ.ศ. 2498 – 2500
นายแพทย์สุพัฒน์	ตระกูลดิษฐ์	พ.ศ. 2500 – 2518
แพทย์หญิงชูศรี	โพธิสุนทร	พ.ศ. 2518 – 2532
นายแพทย์สมศักดิ์	ธันวารชร	พ.ศ. 2532 – 2536
นายแพทย์มงคล	เชษฐากุล	พ.ศ. 2536 – 2537
นายแพทย์สุวัฒน์	เลิศสุขประเสริฐ	พ.ศ. 2537 – 2542
นายแพทย์ชาย	ธีระสุด	พ.ศ. 2542 – 2545
นายแพทย์วิจิต	ว่องสันพงษ์	พ.ศ. 2545 - 2547
นายแพทย์วีระพันธ์	สุพรรณไชยมาตย์	พ.ศ. 2547 – 2550
แพทย์หญิงเสาวลักษณ์	นาคะพงษ์	พ.ศ. 2550 – 2552
นายแพทย์สุนทร	ยนต์ตระกูล	พ.ศ. 2552 – 2558
นายแพทย์วีระศักดิ์	อนุดรอังกูร	พ.ศ. 2558 – 2560
นายแพทย์สุนทร	ยนต์ตระกูล	พ.ศ. 2560 – ปัจจุบัน

2. ข้อมูลบุคลากร

ตาราง 1 อัตรากำลังเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมหาสารคาม ตามบัญชีถือจ่ายเงินเดือน ระดับปฏิบัติการ –
เชี่ยวชาญ (ตามเงินเดือนถือจ่าย จ.18) ปีงบประมาณ 2560

ประเภท	ปีงบประมาณ			
	2557	2558	2559	2560
ข้าราชการ	635	678	757	754
ลูกจ้างประจำ	125	115	109	108
พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	571	486	} 535	483
ลูกจ้างชั่วคราว (รายเดือน)	42	93		93
ลูกจ้างชั่วคราว (รายวัน)	119	161	172	188
พนักงานราชการ	25	33	38	42
รวม	1,517	1,566	1,611	1,668

ที่มา: ฝ่ายการเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลมหาสารคาม ข้อมูล ณ วันที่ 1 มกราคม 2560

ตาราง 2 อัตรากำลังเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมหาสารคาม (ข้าราชการ) ปีงบประมาณ 2560

ประเภท	ตามบัญชีถือจ่ายเงินเดือน (จ.18) จำนวน (คน)	ปฏิบัติงานจริง จำนวน (คน)
1. แพทย์	112	92
- แพทย์เพิ่มพูนทักษะ	4	25
2. ทันตแพทย์	14	14
3. เภสัชกร	38	38
4. นักเทคนิคการแพทย์	19	19
5. นักกายภาพบำบัด	7	7
6. นักกิจกรรมบำบัด	2	2
6. นักรังสีการแพทย์	10	11
7. พยาบาลวิชาชีพ	458	453
8. อื่น ๆ	90	90
รวม	754	751

ที่มา: ฝ่ายการเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลมหาสารคาม ข้อมูล ณ วันที่ 1 มกราคม 2560

ตาราง 3 จำแนกแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ ในโรงพยาบาลมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2560

ลำดับที่	แพทย์เฉพาะทาง	จำนวน (คน)
1	อายุรกรรมทั่วไป	8
2	อายุรกรรมโรคเลือด	1
3	อายุรกรรมโรคไต	1
4	อายุรกรรมโรคหัวใจ	1
5	อายุรกรรมระบบประสาท	1
6	อายุรกรรมกระเพาะอาหารและตับ	1
7	กุมารเวชกรรม	6
8	รังสีแพทย์	5
9	เวชกรรมฟื้นฟู	2
10	ศัลยกรรมทั่วไป	9
11	ศัลยกรรมระบบประสาท	1
12	ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ	3
13	ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์	8
14	สูติ-นรีเวชกรรม	8
15	จักษุแพทย์	2
16	จักษุแพทย์ (จอประสาทตา)	1
17	หู คอ จมูก	5
18	วิสัญญีแพทย์	6
19	จิตเวช	2
20	พยาธิวิทยากายวิภาค	1
21	เวชศาสตร์ครอบครัว	2
22	เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	2
รวม		76
1	แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP)	14
2	แพทย์เพิ่มพูนทักษะ	25
รวม		39
รวมทั้งหมด		115

ที่มา: ฝ่ายการเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลมหาสารคาม ข้อมูล ณ วันที่ 1 มกราคม 2560

3. ข้อมูลทางการเงิน

ตาราง 4 ประมาณการรายรับและรับจริง ปีงบประมาณ 2560

ลำดับที่	รายการ	ประมาณการ (บาท)	รับจริง (บาท)	ร้อยละ
1	เงินงบประมาณ	809,831,800	150,301,783	18.56
2	เงิน UC	479,000,000	101,117,536	21.11
3	เงินอื่นๆ	262,400,000	60,104,186	22.91
	รวม	1,551,231,800	311,523,505	20.08

ที่มา: ฝ่ายการเงินและบัญชี โรงพยาบาลมหาสารคาม ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2559

ตาราง 5 รายละเอียดงบประมาณรายรับ ปีงบประมาณ 2560

ลำดับ	รายการ	ประมาณการ (บาท)	รับจริง	
			(บาท)	ร้อยละ
1	รายได้ UC	450,000,000.00	100,375,236.11	22.31
2	รายได้ EMS	2,000,000.00	742,300.00	37.12
3	ค่ารักษาเบิกต้นสังกัด	15,000,000.00	2,420,583.50	16.14
4	รายได้ค่ารักษา อปท.	35,000,000.00	5,797,577.63	16.56
5	รายได้ค่ารักษาเบิกจ่ายตรง กรมบัญชีกลาง	250,000,000.00	60,569,268.12	24.23
6	รายได้ประกันสังคม	75,000,000.00	16,150,995.58	21.53
7	รายได้แรงงานต่างด้าว	400,000.00	40,971.00	10.24
8	รายได้ค่ารักษาและบริการอื่นๆ	120,000,000.00	24,589,951.92	20.49
9	รายได้งบประมาณหมวดบุคลากร	325,000,000.00	81,514,353.63	25.08
10	รายได้อื่น	67,000,000.00	19,322,267.65	28.84
11	รายได้งบลงทุน	211,831,800.00	-	-
	รวม	1,551,231,800.00	311,523,505.14	20.08

ที่มา: ฝ่ายการเงินและบัญชี โรงพยาบาลมหาสารคาม ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2559

ตาราง 6 สรุปรายจ่าย จำแนกรายหมวด ปีงบประมาณ 2560

ลำดับที่	รายการ	ประมาณการ (บาท)	จ่ายจริง (บาท)	ร้อยละ
1	งบบุคลากร	694,000,000	146,407,988	21.10
2	งบดำเนินการ (รวมรายจ่ายอื่น)	645,408,456	124,455,870	19.28
3	งบลงทุน	74,000,000	-	-
4	งบกลาง	15,000,000	-	-
รวม		1,428,408,456	270,863,858	18.96

ที่มา: ฝ่ายการเงินและบัญชี โรงพยาบาลมหาสารคาม ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2559

ตาราง 7 แผนประมาณการรายจ่ายและรายจ่ายจริง ปีงบประมาณ 2560 หมวดงบบุคลากร

ลำดับที่	รายการ	ประมาณการ (บาท)	จ่ายจริง (บาท)	ร้อยละ
1	เงินเดือนข้าราชการ	255,284,743	66,687,995.56	26.12
2	ค่าจ้างลูกจ้างประจำ	27,817,006	6,250,188.07	22.47
3	พนักงานราชการ	10,712,085	2,457,610.00	22.94
4	เงินประจำตำแหน่ง	19,725,030	4,779,000.00	24.23
5	ค่าจ้างพนักงานกระทรวงสาธารณสุข	65,000,000	4,327,048.44	6.66
6	ค่าจ้างลูกจ้างชั่วคราว	28,000,000	11,803,936.94	42.16
7	ค่าจ้างชั่วคราวรายวัน	20,000,000	3,921,654.47	19.61
8	ค่าตอบแทน พตส.	20,665,581	425,000.00	2.06
9	ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลา (OT)	148,961,222	31,438,944.42	21.11
10	ค่าตอบแทนอื่นๆ ทุกหมวด	67,834,334	5,362,181	7.90
รวม		664,000,000	137,453,559	20.70

ที่มา: ฝ่ายการเงินและบัญชี โรงพยาบาลมหาสารคาม ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2559

ตาราง 8 แผนรายจ่าย และรายจ่ายจริง ปีงบประมาณ 2560 หมวดงบดำเนินการ

ลำดับที่	รายการ	ประมาณการ (บาท)	จ่ายจริง (บาท)	ร้อยละ
1	ค่าใช้สอย (M1) (รวมโครงการ)	71,710,069	8,465,714.79	11.81
2	ค่าสาธารณูปโภค (M2)	35,000,000	6,776,871.56	19.36
3	ค่าวัสดุ (M3)	120,000,000	26,462,974.23	22.05
4	ค่าวัสดุยา (M4)	210,000,000	35,002,620.13	16.67
รวมงบดำเนินการ		436,710,069	76,708,181	17.57
5	การสนับสนุนเครือข่าย	19,957,687	2,728,536.06	13.67
รวมงบดำเนินการและสนับสนุนเครือข่าย		456,667,756	79,436,717	17.39
6	งบสำรองฉุกเฉิน	15,000,000	-	
	งบกลาง	-	-	
รวมงบกลาง งบดำเนินการและสนับสนุนเครือข่าย		458,167,756	79,436,717	17.34

ที่มา: ฝ่ายการเงินและบัญชี โรงพยาบาลมหาสารคาม ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2559

ตาราง 9 แผนรายจ่าย และรายจ่ายจริง ปีงบประมาณ 2560 หมวดงบลงทุน

ลำดับที่	รายการ	ประมาณการ (บาท)	จ่ายจริง (บาท)	ร้อยละ
1	ที่ดิน และสิ่งก่อสร้าง	211,822,810	-	-
3	ครุภัณฑ์การแพทย์	58,316,360	1,209,000	2.07
	ครุภัณฑ์ไม่ใช้การแพทย์	7,875,840	366,000	4.65
	ครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์	6,794,950	-	-
	รวมครุภัณฑ์	72,987,150	1,575,000	2.16
รวม		284,809,960	1,575,000	0.55

ที่มา: ฝ่ายการเงินและบัญชี โรงพยาบาลมหาสารคาม ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2559

4. ข้อมูลการให้บริการ

ตาราง 10 การให้บริการของโรงพยาบาลมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2557 – 2560

การให้บริการ		ปีงบประมาณ			
		2557	2558	2559	2560
1	จำนวนเตียง (เตียง)	522	522	580	580
2	จำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมด (ครั้ง)	586,610	596,590	600,806	136,122
3	จำนวนผู้ป่วยนอก (ครั้ง/วัน)*	1,607	1,634	1,646	1,480
4	จำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด (ครั้ง)	45,993	46,132	50,016	12,625
5	จำนวนผู้ป่วยใน (ครั้ง/วัน)**	491	493	547	591
6	จำนวนวันนอนผู้ป่วยใน (วัน)	179,302	180,118	199,761	54,387
7	อัตราครองเตียง (ร้อยละ)***	94.11	94.53	94.20	101.92
8	จำนวนการผ่าตัดใหญ่ทั้งหมด (ครั้ง)	25,769	26,082	31,409	4,301
9	อัตราการผ่าตัดใหญ่ต่อผู้ป่วยใน (ร้อยละ)	56.03	56.54	62.80	34.07
10	จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย (วัน/คน)	3.90	3.94	3.99	4.31
11	จำนวนผู้ป่วยในเสียชีวิต	1037	929	983	217
12	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยใน โรงพยาบาล (ร้อยละ)	2.25	2.01	1.97	1.72
13	จำนวนผู้ป่วยนอกเสียชีวิต (คน)	113	123	153	41
14	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล (ร้อยละ)	0.02	0.02	0.03	0.03
15	จำนวนผู้ป่วยที่รับไว้รักษาต่อ (ครั้ง)	73,970	81,588	82,213	19,376
16	จำนวนผู้ป่วยที่ส่งไปรักษาต่อ (ครั้ง)	8,193	8,134	7,568	2,868
17	สัดส่วนการรับผู้ป่วยไว้รักษาต่อ/การส่ง ผู้ป่วยไปรักษาต่อ	9.03	10.03	10.86	6.76

ที่มา: ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาลมหาสารคาม ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2559

- หมายเหตุ:
1. จำนวนผู้ป่วยนอก (ครั้ง/วัน)* ปี 2560 = จำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมด (ครั้ง) / จำนวนวัน
 2. จำนวนผู้ป่วยใน (ครั้ง/วัน)** = จำนวนวันนอน / จำนวนวัน
 3. อัตราครองเตียง (ร้อยละ)*** = (จำนวนวันนอน × 100) / (จำนวนเตียง × จำนวนวัน)

ตาราง 11 สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาสารคาม 5 อันดับแรก ปีงบประมาณ 2557-2560

ลำดับ ที่	โรค	ปีงบประมาณ							
		2557		2558		2559		2560	
		จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ
1	โรคความดันโลหิตสูง	42,801	7.30	43,053	7.22	42,650	7.10	9,628	7.07
2	เบาหวานชนิดที่ไม่ต้องพึ่ง อินซูลิน	40,464	6.90	41,185	6.90	42,154	7.02	9,148	6.72
3	ความผิดปกติของเมตาบอลิซึมของ ไลโปโปรตีนและไลปิดตีเมียอื่นๆ	38,216	6.51	38,801	6.50	37,274	6.20	8,434	6.20
4	โรคไตวาย	19,402	3.31	19,518	3.72	20,655	3.44	5,271	3.87
5	โรคที่เกี่ยวข้องกับลม	11,759	2.00	11,158	1.87	14,278	2.38	3,859	2.83

ที่มา: ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาลมหาสารคาม ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2559

หมายเหตุ: จัดเป็นกลุ่มโรค 3 หลัก ร้อยละ เทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการทั้งหมด

ตาราง 12 สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมหาสารคาม 7 อันดับแรก ปีงบประมาณ 2557-2560

(เรียงลำดับตามร้อยละการเกิดโรค ปี 2560)

ลำดับ ที่	โรค	ปีงบประมาณ							
		2557		2558		2559		2560	
		จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ
1	การคลอดปกติ	1,094	2.38	1,197	2.59	1,097	2.19	375	2.97
2	ไส้ติ่งอักเสบ	1,406	3.06	1,277	2.77	1,448	2.90	374	2.96
3	ปอดอักเสบ	596	1.30	691	1.50	988	1.98	347	2.75
4	ต่อกระจกที่เกิดในผู้สูงอายุ	1,799	3.91	1,724	3.74	1,597	3.19	333	2.64
5	ไตวาย	1,211	2.63	1,263	2.74	1,144	2.29	309	2.45
6	การบาดเจ็บต่อสมอง	1,048	2.28	1,078	2.34	1,324	2.65	291	2.30
7	อาการท้องร่วง กระเพาะและ ลำไส้อักเสบซึ่งสันนิษฐานว่า เกิดจากการติดเชื้อ	1,399	3.04	1,064	2.31	1,419	2.84	285	2.26

ที่มา: ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาลมหาสารคาม ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2559

หมายเหตุ: จัดเป็นกลุ่มโรค 3 หลัก ร้อยละ เทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการทั้งหมด

ตาราง 13 ผู้ป่วยในจำหน่ายต่อวัน โรงพยาบาลมหาสารคาม

รายการ		ปี2557		ปี2558		ปี2559		ปี2560	
		จำนวน (ครั้ง)	เฉลี่ย / วัน	จำนวน (ครั้ง)	เฉลี่ย / วัน	จำนวน (ครั้ง)	เฉลี่ย / วัน	จำนวน (ครั้ง)	เฉลี่ย / วัน
ผู้ป่วยใน โรงพยาบาล มหาสารคาม	ในเขต อ.เมือง	14,211	39	14,322	39	14,616	40	3,600	39
	นอกเขต อ. เมือง	31,782	87	31,810	87	35,400	97	8,476	92
รวม		45,993	126	46,132	126	50,016	137	12,076	131

ที่มา: ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาลมหาสารคาม ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2559

หมายเหตุ: จำนวนผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมหาสารคามเฉลี่ยต่อวัน = จำนวนผู้ป่วยใน (ครั้ง) / จำนวนวัน

จำนวนผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมหาสารคามจำหน่ายเฉลี่ยต่อวัน ปี 2560 = จำนวนผู้ป่วยใน (ครั้ง) /
จำนวนวัน

ส่วนที่ 2

1. แผนกลยุทธ์พัฒนาระบบบริการสุขภาพ
2. ประเด็นยุทธศาสตร์โรงพยาบาลมหาสารคาม ปี 2559 – 2560
3. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดตามประเด็นยุทธศาสตร์
โรงพยาบาลมหาสารคาม ปี 2559 – 2560
4. รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Profile) 28 ตัวชี้วัด

1. แผนกลยุทธ์พัฒนาระบบบริการสุขภาพ

วิสัยทัศน์

“โรงพยาบาลมหาสารคาม เป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่มีความเชี่ยวชาญระดับสูงของประเทศ
ภายในปี พ.ศ. ๒๕๖๐”

ปรัชญา

“เชี่ยวชาญวิชาการ คุณภาพมาตรฐาน บริการดุจญาติมิตร”

ค่านิยม

"M-S-K-H"

M =	Morality	ความมีคุณธรรม จริยธรรม ยึดหลักธรรมาภิบาล
S =	Standard, Service mind,	ปฏิบัติตามมาตรฐาน พฤติกรรมบริการที่ดี
	Corporation social Responsibility	มีความรับผิดชอบต่อสังคม
K =	Knowledge	อุดมความรู้
H =	Humanized	บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

พันธกิจ (Mission)

1. ให้บริการด้านสุขภาพที่มุ่งเน้นการรักษาในระดับตติยภูมิ และยกระดับการบริการสู่ความเป็นเลิศ
2. ร่วมกับภาคีเครือข่ายในการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพ
3. ร่วมผลิตแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์
4. พัฒนาระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

ประเด็นยุทธศาสตร์

1. พัฒนาศักยภาพและคุณภาพการรักษาพยาบาลให้ได้มาตรฐานในระดับสากล ผู้ป่วยมีความปลอดภัยและพึงพอใจ
2. เสริมสร้างสมรรถนะของบุคลากรให้มีความพร้อมในการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ
3. เพิ่มศักยภาพในการเป็นสถาบันร่วมผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ
4. พัฒนาระบบการเงิน การคลังอย่างมีประสิทธิภาพ และประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศให้เหมาะสม
5. ปรับปรุงระบบบริหารจัดการงานสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย
6. พัฒนาศักยภาพและคุณภาพเครือข่ายปฐมภูมิและทุติยภูมิเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลและลดอัตราป่วยในโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ
7. พัฒนาระบบการจัดการความรู้ที่มีคุณภาพ

2. ประเด็นยุทธศาสตร์โรงพยาบาลมหาสารคาม ปี 2559 – 2560

ประเด็นยุทธศาสตร์	ผู้รับผิดชอบ	
	ประธานยุทธศาสตร์	เลขาธิการ
1. พัฒนาศักยภาพและคุณภาพการรักษาพยาบาลให้ได้มาตรฐานในระดับสากล ผู้ป่วยมีความปลอดภัยและพึงพอใจ	นพ.สุรภิจ ยศพล	นางช่อทิพย์ ภาวิทย์ปัญญา
2. เสริมสร้างสมรรถนะของบุคลากรให้มีความพร้อมในการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ	ทพญ.เพ็ญนภา เหลียงไพบูลย์	นางสาวทิพย์พาศน์ เพชรวิเชียรชัย
3. เพิ่มศักยภาพในการเป็นสถาบันร่วมผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ	นพ.บวร แสนสุโพธิ์	นางลัดดาวัลย์ บุรณวรรศิลป์
4. พัฒนาระบบการเงิน การคลังอย่างมีประสิทธิภาพ และประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศให้เหมาะสม	นพ.พรชัย พัวรัตนอรุณกร	นางสาวกาญจนารมณ์ ตาราไต
5. ปรับปรุงระบบบริหารจัดการงานสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย	นางสุภาภรณ์ คณะเวทย์	1. นางกัญญา คำพอ 2. นายสุรศักดิ์ จันทพิมพ์
6. พัฒนาศักยภาพและคุณภาพเครือข่ายปฐมภูมิและทุติยภูมิ เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลและลดอัตราป่วยในโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ	นพ.ไพบูลย์ อัครนบดี	1. นางวัฒนา สว่างศรี 2. นายสุรสิทธิ์ ศรีวิรัตน์
7. พัฒนาระบบการจัดการความรู้ที่มีคุณภาพ	นพ.สุดชาย เลยวานิชเจริญ	1. นางสุภาภรณ์ ผ่องอุดม 2. นางสาวประภาพร ฝ่ายดี

3. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดตามประเด็นยุทธศาสตร์โรงพยาบาลมหาสารคาม ปี 2559 – 2560

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ KPI	ผู้จัดเก็บ KPI
1. พัฒนาศักยภาพและคุณภาพการ รักษาพยาบาลให้ได้มาตรฐานใน ระดับสากล ผู้ป่วยมีความปลอดภัย และพึงพอใจ	1. โรงพยาบาลมีศักยภาพสูง และ รักษาโรคที่มีความซับซ้อนมากขึ้น	1. ค่า CMI	1.55	นพ.สุรกิจ ยศพล	นางช่อทิพย์ ภาวิത്യปัญญา
		2. ร้อยละผู้ป่วย retina (มหาสารคาม, ร้อยเอ็ด) refer out ลดลง	1.0 %	นพ.สุรกิจ ยศพล	นางช่อทิพย์ ภาวิത്യปัญญา
	2. ระบบบริการที่มีคุณภาพในระดับ สากล	3. HA scoring	3.00	นพ.สุรกิจ ยศพล	นางช่อทิพย์ ภาวิത്യปัญญา
		4. ร้อยละการเสียชีวิตรวมในโรงพยาบาล	1.8 %	นพ.สุรกิจ ยศพล	นางช่อทิพย์ ภาวิത്യปัญญา
		5. ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยนอก (สรพ.)	80 %	นพ.สุรกิจ ยศพล	นางช่อทิพย์ ภาวิത്യปัญญา
		6. ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยใน	80 %	นพ.สุรกิจ ยศพล	นางช่อทิพย์ ภาวิത്യปัญญา
2. เสริมสร้างสมรรถนะของบุคลากร ให้มีความพร้อมในการทำงานอย่างมี ประสิทธิภาพ	3. บุคลากรมีสมรรถนะตามสาขา วิชาชีพ	7. ร้อยละของบุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพ ด้านบริหารและบริการตามแผน	80 %	ทพญ.เพ็ญญา เหลียงไพบูลย์	นางสาวทิพย์พภาณี วิเชียรชัย
	4. บุคลากรมีความสุขในการทำงาน	8. ร้อยละความพึงพอใจและความสุขในการ ปฏิบัติงานของบุคลากร	80 %	ทพญ.เพ็ญญา เหลียงไพบูลย์	นางสาวทิพย์พภาณี วิเชียรชัย
	5. บุคลากรมีสุขภาพดีตามเกณฑ์	9. ร้อยละของบุคลากรมีสุขภาพดีตามเกณฑ์	50 %	ทพญ.เพ็ญญา เหลียงไพบูลย์	นางสาวทิพย์พภาณี วิเชียรชัย
3. เพิ่มศักยภาพในการเป็นสถาบัน ร่วมผลิตและพัฒนาบุคลากรด้าน สุขภาพ	6. ผลิตบัณฑิตแพทย์ที่มีความรู้ตาม เกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพและมีคุณธรรม จริยธรรม	10. ระดับการประเมินคุณภาพการศึกษาของ สถาบันร่วมผลิต	ผ่านระดับดี	นพ.บวร แสนสุโพธิ์	นางลัดดาวัลย์ บุรณวรศิลป์
		11. ร้อยละของนักศึกษาแพทย์สอบผ่าน NL2	100 %	นพ.บวร แสนสุโพธิ์	นางลัดดาวัลย์ บุรณวรศิลป์
		12. ร้อยละของนักศึกษาแพทย์สอบผ่าน NL3	100 %	นพ.บวร แสนสุโพธิ์	นางลัดดาวัลย์ บุรณวรศิลป์
		13. ร้อยละความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิต	≥ 80 %	นพ.บวร แสนสุโพธิ์	นางลัดดาวัลย์ บุรณวรศิลป์
	7. ร่วมผลิต residency training ในสาขาหลัก	14. ร่วมผลิต residency training อย่างน้อย 2 สาขาหลัก	2 สาขาหลัก	นพ.บวร แสนสุโพธิ์	นางลัดดาวัลย์ บุรณวรศิลป์

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ KPI	ผู้จัดเก็บ KPI
4. พัฒนาระบบการเงิน การคลัง อย่างมีประสิทธิภาพ และ ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ให้เหมาะสม	8. ระบบการเงิน การคลัง มีความสมดุล	15. คุณภาพบัญชีผ่านเกณฑ์	100 %	นางสุภาภรณ์ คณะเวช	นางสาวจรียา เขางาม
		16. Cash ratio	0.8-1.2	นางสุภาภรณ์ คณะเวช	นางสาวจรียา เขางาม
		17. IE ratio	0.8-1.2	นางสุภาภรณ์ คณะเวช	นางสาวจรียา เขางาม
	9. มีระบบบริหารจัดการอย่างมี ธรรมาภิบาล	18. ร้อยละผลการประเมิน ITA	80 %	นพ.เสนห์ บูรณวารศิลป์	นางสาวเบญจวรรณ พินธุทอง
5. ปรับปรุงระบบบริหารจัดการงาน สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย	10. ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่มี ประสิทธิภาพ	19. ระดับความสำเร็จในการพัฒนาเทคโนโลยี สารสนเทศให้ตอบสนองต่อการพัฒนาองค์กร	ระดับ 4	ภญ.กาญจนาภรณ์ ตาราไต	ภญ.กาญจนาภรณ์ ตาราไต
	11. โรงพยาบาลมีสิ่งแวดล้อมที่น่าอยู่ น่าทำงาน	20. ร้อยละของหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน Healthy Work Place	80 %	นางกัญดา คำพอ	นายอนุชิต พรหมรักษ์
6. พัฒนาศักยภาพและคุณภาพ เครือข่ายปฐมภูมิและทุติยภูมิเพื่อลด ความแออัดในโรงพยาบาลและลด อัตราป่วยในโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ ของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ	12. ประชาชนทุกกลุ่มวัยได้รับการ ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	21. ร้อยละของตัวชี้วัดตามกลุ่มวัยที่ผ่านเกณฑ์ 21.1 ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มี พัฒนาการสมวัย (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85) 21.2 อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี (25 ต่อประชากรพันคน) 21.3 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรม สุขภาพที่พึงประสงค์ (ร้อยละ 25)	80 %	นพ.ไพบุลย์ อัศวธนบดี	1. นางกาญจนาวดี แก้วตา 2. นางฉวีวรรณ เผ่าพันธุ์
	13. ลดอัตราป่วยของโรคที่สำคัญ รวมถึงการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทาง สาธารณสุขในเขตรับผิดชอบ	22. ลดอัตราอุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคสำคัญ (22.1) อุบัติการณ์โรคเบาหวาน	≤98 ต่อ ปชก. แสนคน	นพ.ไพบุลย์ อัศวธนบดี	นางวิศรุดา ตีเมืองซ้าย

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ KPI	ผู้จัดเก็บ KPI
		(22.2) อุบัติการณ์โรคความดันโลหิตสูง	≤164 ต่อ ปชก. แสนคน	นพ.ไพบุลย์ อัศวธนบดี	นางวิศรุดา ตีเมืองชัย
		23. ระดับความสำเร็จของการควบคุม สถานการณ์ฉุกเฉินด้านโรคและภัยสุขภาพ	ระดับ 4	นพ.ไพบุลย์ อัศวธนบดี	นายสุรสิทธิ์ ศรีวิรัตน์
	14. การพัฒนาคุณภาพระบบบริการ สุขภาพเชื่อมโยงการสร้างเสริมสุขภาพ ตั้งแต่ ระดับปฐมภูมิ ทูติยภูมิ ให้มี ศักยภาพ แบบไร้รอยต่อ	24. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนา ระบบสุขภาพอำเภอ	ระดับ 5	นพ.ไพบุลย์ อัศวธนบดี	นางพัชรา พรหมอารักษ์
		25. จำนวนของ รพ.สต.ที่ผ่านการรับรอง คุณภาพ PCA ชั้นที่ 5	PCA ชั้น 4	นพ.ไพบุลย์ อัศวธนบดี	นางพัชรา พรหมอารักษ์
		26. สัดส่วนผู้รับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ กับโรงพยาบาลแม่ข่ายตามเกณฑ์ 60 : 40	19 แห่ง	นพ.ไพบุลย์ อัศวธนบดี	นางพัชรา พรหมอารักษ์
	15. ประชาชนมีความปลอดภัยในการ บริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ	27. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน คุ้มครองผู้บริโภค	19 แห่ง	นพ.ไพบุลย์ อัศวธนบดี	นางอรุณรัตน์ แสนบุญรัตน์
7. พัฒนาระบบการจัดการความรู้ ที่มีคุณภาพ	16. ผลิตผลงานวิชาการด้านสุขภาพที่ มีคุณภาพ (งานวิจัย, R2R, นวัตกรรม, CQI)	28. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาผลงาน วิชาการด้านสาธารณสุข	ระดับ 5	น.พ.สุดชาย เลยวานิชย์เจริญ	นางสาวประภาพร ฝ่ายดี

สรุปแผนยุทธศาสตร์ ปีงบประมาณ 2559-2560

ประเด็นยุทธศาสตร์	7	ประเด็น
เป้าประสงค์	16	เป้าประสงค์
ตัวชี้วัด (KPI)	28	ตัวชี้วัด

4. รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Profile)

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 : พัฒนาศักยภาพและคุณภาพการรักษาพยาบาลให้ได้มาตรฐานในระดับสากล ผู้ป่วยมีความปลอดภัยและพึงพอใจ

ตัวชี้วัด	1. ค่า CMI			
วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์ศักยภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมหาสารคาม			
คำนิยาม	ค่า CMI (Case Mix Index) หมายถึง ค่าเฉลี่ยน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (Adjusted Relative Weights : Adj.Rw) ของผู้ป่วยในทั้งหมดที่จำหน่าย ในช่วงเวลาที่กำหนด			
ค่าเป้าหมาย	ปี 2559 = 1.52 ปี 2560 = 1.55			
ค่าผลงานของหน่วยงาน ที่ใช้เทียบเคียง(ระบุหน่วยงาน และผลงาน ปี 2558)	หน่วยงาน โรงพยาบาลทั่วไป ผลงาน ปี 2558 = 1.2			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยใน			
แหล่งข้อมูล	ศูนย์ข้อมูล โรงพยาบาลมหาสารคาม			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวน SUM Adj.Rw/จำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด			
ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน)	ทุก 6 เดือน (มีนาคม และ ตุลาคม)			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	หน่วยวัด	Baseline data		
		2556	2557	2558
	CMI	1.31	1.52	1.52
เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน				
1 คะแนน หมายถึง ค่า CMI น้อยกว่า 1.49				
2 คะแนน หมายถึง ค่า CMI 1.50 – 1.505				
3 คะแนน หมายถึง ค่า CMI 1.506 – 1.52				
4 คะแนน หมายถึง ค่า CMI 1.53 -1.535				
5 คะแนน หมายถึง ค่า CMI 1.536 -1.55				
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นางช่อทิพย์ ภาวิตปัญญา			
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นายแพทย์สุรกิจ ยศพล			

ตัวชี้วัด	2. ร้อยละผู้ป่วย retina (มหาสารคาม,ร้อยเอ็ด) refer out ลดลง		
วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด			
คำนิยาม			
ค่าเป้าหมาย			
ค่าผลงานของหน่วยงาน ที่ใช้เทียบเคียง (ระบุหน่วยงาน และผลงาน ปี 2558)			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย			
แหล่งข้อมูล			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B)*100$ ตัวตั้ง (A) หมายถึง ตัวหาร (B) หมายถึง		
ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุ จำนวนครั้งที่ต้องรายงาน)			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	หน่วยวัด	Baseline data	
		2556	2557
			2558
เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน			
1 คะแนน หมายถึง ร้อยละผู้ป่วยเสียชีวิต			
2 คะแนน หมายถึง ร้อยละผู้ป่วยเสียชีวิต			
3 คะแนน หมายถึง ร้อยละผู้ป่วยเสียชีวิต			
4 คะแนน หมายถึง ร้อยละผู้ป่วยเสียชีวิต			
5 คะแนน หมายถึง ร้อยละผู้ป่วยเสียชีวิต			
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด			
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด			

ตัวชี้วัด	3. HA scoring			
วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพในภาพรวมของโรงพยาบาล			
คำนิยาม	<p>HA scoring เป็นเครื่องมือสำหรับการประเมินmaturity ของการพัฒนาในโรงพยาบาล การผ่านการรับรองจะมีระดับต่างๆ ดังนี้</p> <p>ระดับพอผ่าน เมื่อ mode ของ score อยู่ระหว่าง 2.5-3.0</p> <p>ระดับดี เมื่อ mode ของ score อยู่ระหว่าง 3.0-3.5</p> <p>ระดับดีมาก เมื่อ mode ของ score อยู่ระหว่าง 3.5-4.0</p> <p>ระดับดีเยี่ยม เมื่อ mode ของ score มากกว่า 4.0</p> <p>HA scoring แบ่งออกเป็น 3 ระดับ</p> <p>1.ระดับที่มนำเฉพาะด้าน ใช้เครื่องมือ HA scoring 2011</p> <p>2.ระดับ PCT ใช้เครื่องมือ HA scoring 2011</p> <p>3.ระดับหน่วยงาน</p> <p>3.1 หน่วยงานทางคลินิก ใช้เครื่องมือกิจกรรมคุณภาพที่กำหนด ร่วมกับHA scoring 2011ในหน่วยงานดังนี้1)ห้องปฏิบัติการ 2)ห้องเอกซเรย์ 3)อุบัติเหตุ 4)ผู้ป่วยนอก 5)ห้องผ่าตัด 6)วิสัญญี 7)ระยะสุดท้าย 8)กายภาพบำบัด 9)ไตเทียม</p> <p>3.2 หน่วยงานทางคลินิก(หน่วยอื่นยกเว้น9หน่วยงาน)ใช้เครื่องมือกิจกรรมคุณภาพที่กำหนด</p> <p>3.3 หน่วยงานสนับสนุน ใช้เครื่องมือกิจกรรมคุณภาพที่กำหนด ร่วมกับHA scoring 2011ได้แก่หน่วยงานโภชนาการ</p> <p>3.4 หน่วยงานสนับสนุน หน่วยอื่นใช้เครื่องมือกิจกรรมคุณภาพที่กำหนด</p>			
ค่าเป้าหมาย	ปี 2559 =3.0 ปี 2560 =3.25			
ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง (ระบุหน่วยงานและผลงานปี 2558)	หน่วยงาน โรงพยาบาลทั่วไป กระทรวงสาธารณสุข ผลงาน ปี 2558=2.5			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกหน่วยงานของโรงพยาบาล			
แหล่งข้อมูล	SAR 2011 และคณะกรรมการเยี่ยมสำรวจภายใน			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	พิจารณาตามระดับ 5 ระดับ			
ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน)	ปีละ 1 ครั้ง			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	หน่วยวัด	Baseline data		
		2556	2557	2558
	HA scoring	-	-	2.

เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน

- 1 คะแนน หมายถึง ระดับ HA scoring 2.0
- 2 คะแนน หมายถึง ระดับ HA scoring 2.25
- 3 คะแนน หมายถึง ระดับ HA scoring 2.50
- 4 คะแนน หมายถึง ระดับ HA scoring 2.75
- 5 คะแนน หมายถึง ระดับ HA scoring 3.0

ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นางช่อทิพย์ ภาวิตปัญญา
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นายแพทย์เสนห์ บุรณวรศิลป์

ตัวชี้วัด	4. ร้อยละการเสียชีวิตรวมในโรงพยาบาล		
วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาล		
คำนิยาม	1. ผู้ป่วย หมายถึง ผู้ป่วยในที่เข้ารับการรักษ ในโรงพยาบาลมหาสารคาม (ไม่รวมการเสียชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาล) 2. การเสียชีวิตของผู้ป่วย ทุกสาเหตุของการเสียชีวิตผู้ป่วย 3. การจำหน่ายทุกสถานะ หมายถึง การที่ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาล ในทุกสถานะ ทุกกรณี		
ค่าเป้าหมาย	ปี 2559 = 1.8 ปี 2560 = 1.5		
ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง (ระบุหน่วยงานและผลงานปี 2558)	หน่วยงาน โรงพยาบาล..... ผลงาน ปี 2558 = 2.0		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมหาสารคาม		
แหล่งข้อมูล	สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B)*100$ ตัวตั้ง (A) หมายถึง จำนวนครั้งของการจำหน่ายด้วยการเสียชีวิตของผู้ป่วย ตัวหาร (B) หมายถึง จำนวนครั้งของการจำหน่ายทุกสถานะของผู้ป่วย		
ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน)	ปีละ 2 ครั้ง (พฤศจิกายน และเมษายน)		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	หน่วยวัด	Baseline data	
		2556	2557
		2558	
	ร้อยละการเสียชีวิตรวมในโรงพยาบาล	1.85	2.25
		2.0	
เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน			
1 คะแนน หมายถึง ร้อยละผู้ป่วยเสียชีวิต มากกว่า 2.20			
2 คะแนน หมายถึง ร้อยละผู้ป่วยเสียชีวิต 2.10 – 2.19			
3 คะแนน หมายถึง ร้อยละผู้ป่วยเสียชีวิต 2.20 - 2.00			
4 คะแนน หมายถึง ร้อยละผู้ป่วยเสียชีวิต 1.80 -1.99			
5 คะแนน หมายถึง ร้อยละผู้ป่วยเสียชีวิต น้อยกว่า 1.80			
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นางช่อทิพย์ ภาวิตปัญญา		
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นายแพทย์สุรกิจ ยศพล		

ตัวชี้วัด	5. ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยนอก		
วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด	ประเมินความพึงพอใจ แยกตามกลุ่มผู้มารับบริการ		
คำนิยาม	<p>1. การประเมินความพึงพอใจในภาพรวม หมายถึง การประเมินโดยใช้แบบสอบถามซึ่งมีข้อความ "ท่านมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับจากโรงพยาบาล.....โดยรวมในระดับใด" สุ่มสอบถามจากผู้รับบริการในกระบวนการบริการผู้ป่วยนอกทั้งหมด</p> <p>2. ระดับความพึงพอใจ หมายถึง ระดับความรู้สึกพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ ที่ระบุไว้ในแต่ละข้อความของแบบสอบถาม ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับจากน้อยที่สุดไปถึงมากที่สุด</p> <p>3. การวัดระดับความพึงพอใจ หมายถึง การประเมินความรู้สึกต่อบริการที่ได้รับของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับ 4 - 5 เท่านั้น</p>		
ค่าเป้าหมาย	ปี 2559= 80 ปี 2560 = 85		
ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง (ระบุหน่วยงานและผลงานปี 2558)	หน่วยงาน โรงพยาบาลทั่วไป (ตัวชี้วัด THIP) ผลงาน ปี 2558 = 66.97		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้มารับบริการผู้ป่วยนอก		
แหล่งข้อมูล	งานพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลมหาสารคาม		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	a=จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามที่มีระดับความพึงพอใจระดับ 4 และ 5 b=จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด		
ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน)	ทุก 6 เดือน (มกราคม และ พฤษภาคม)		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	หน่วยวัด	Baseline data	
		2556	2557
	ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยนอก	-	-
			66.97
เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน			
1 คะแนน หมายถึง ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยนอก น้อยกว่า 60			
2 คะแนน หมายถึง ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยนอก 61-65			
3 คะแนน หมายถึง ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยนอก 66-70			
4 คะแนน หมายถึง ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยนอก 71-75			
5 คะแนน หมายถึง ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยนอก 76-80			
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นางช่อทิพย์ ภาวิตปัญญา		
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นายแพทย์สุรกิจ ยศพล		

ตัวชี้วัด	6. ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยใน		
วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด	ประเมินความพึงพอใจ แยกตามกลุ่มผู้มารับบริการ		
คำนิยาม	<p>1. การประเมินความพึงพอใจในภาพรวม หมายถึง การประเมินโดยใช้แบบสอบถามซึ่งมีข้อคำถาม "ท่านมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับจากโรงพยาบาล.....โดยรวมในระดับใด" สุ่มสอบถามจากผู้รับบริการในกระบวนการบริการผู้ป่วยนอกทั้งหมด</p> <p>2. ระดับความพึงพอใจ หมายถึง ระดับความรู้สึกพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ ที่ระบุไว้ในแต่ละข้อคำถามของแบบสอบถาม ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับจากน้อยที่สุดไปถึงมากที่สุด</p> <p>3. การวัดระดับความพึงพอใจ หมายถึง การประเมินความรู้สึกต่อบริการที่ได้รับของผู้ป่วย โดยวัดเฉพาะผู้ป่วยที่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับ 4 - 5 เท่านั้น</p>		
ค่าเป้าหมาย	ปี 2559= 80 ปี 2560 = 85		
ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง (ระบุหน่วยงานและผลงานปี 2558)	หน่วยงาน โรงพยาบาลทั่วไป ผลงาน ปี 2558 =		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้มารับบริการผู้ป่วยใน		
แหล่งข้อมูล	งานพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลมหาสารคาม		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	a=จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามที่มีระดับความพึงพอใจระดับ 4 และ 5 b=จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด		
ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน)	ทุก 6 เดือน (มกราคม และพฤษภาคม)		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	หน่วยวัด	Baseline data	
		2556	2557
	ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยใน	-	-
			71.90
เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน			
1 คะแนน หมายถึง ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยนอก น้อยกว่า 64			
2 คะแนน หมายถึง ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยนอก 65-68			
3 คะแนน หมายถึง ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยนอก 69-72			
4 คะแนน หมายถึง ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยนอก 73-76			
5 คะแนน หมายถึง ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยนอก 77-80			
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นางช่อทิพย์ ภาวิตปัญญา		
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นายแพทย์สุรภกิจ ยศพล		

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 : เสริมสร้างสมรรถนะของบุคลากรให้มีความพร้อมในการทำงาน
อย่างมีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัด	7. ร้อยละของบุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านบริหารและบริการตามแผน			
วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด	เพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในโรงพยาบาลมหาสารคามให้มีความพร้อม ด้านสมรรถนะการปฏิบัติงานบริการเพื่อรองรับระบบบริการ (Service Plan) และพัฒนาบุคลากรด้านบริหารตลอดจนการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ			
คำนิยาม	<p>การพัฒนาศักยภาพบุคลากร หมายถึง กระบวนการที่จัดขึ้นอย่างเป็นระบบเพื่อเพิ่มพูนความรู้ ทักษะทางวิชาชีพ ยกระดับมาตรฐานการปฏิบัติงานตามภารกิจที่รับผิดชอบให้สูงขึ้น โดยมีการพัฒนาที่หลากหลายรูปแบบครอบคลุมประเด็นที่เกี่ยวข้อง ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. หน่วยงานมีการจัดทำแผนพัฒนารายบุคคล 2. ส่งบุคลากรเข้าร่วมพัฒนาตามแผนงานโครงการของ HRD (แผนพัฒนาสมรรถนะหลักและแผนพัฒนาสมรรถนะที่จำเป็นในงาน) 3. พัฒนาบุคลากรที่จำเป็นตามแผน Service Plan 4. แผนพัฒนาบุคลากรเพื่อความก้าวหน้าในอาชีพและแผนพัฒนาศักยภาพในด้านการบริการ <p>การพัฒนาด้านบริการ หมายถึง กระบวนการเรียนรู้ ที่เน้นเนื้อหาด้านบริการสุขภาพ ซึ่งมีการออกแบบหลักสูตร ที่เป็นการเพิ่มสมรรถนะการปฏิบัติงานบริการใน 15 สาขาที่จำเป็น ตาม Service Plan</p> <p>การพัฒนาด้านบริหาร หมายถึง กระบวนการเรียนรู้ที่เน้นเนื้อหาด้านบริหาร มีการออกแบบหลักสูตร ที่เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพและเตรียมความพร้อมในการก้าวสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น</p>			
ค่าเป้าหมาย	ค่าเป้าหมาย	2559	2560	2561
	ร้อยละ	70	75	80
ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง (ระบุหน่วยงานและผลงานปี 2558)	หน่วยงาน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด			ระดับ
	ผลงาน (ปี 2558)			
	ระดับความสำเร็จการบริหารแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลมหาสารคาม			
แหล่งข้อมูล	หน่วยงานในโรงพยาบาลมหาสารคาม			

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B)*100 ตัวตั้ง (A) หมายถึง จำนวนบุคลากรในหน่วยงานที่มีแผนพัฒนาบุคลากรโดยในแผนพัฒนาจะต้องมีการระบุจำนวนบุคลากรของสายวิชาชีพและสายสนับสนุนจำแนกตามระดับกลุ่มเป้าหมายและภารกิจโดยมีเนื้อหาการพัฒนาครอบคลุมด้านบริหารและบริการ ตัวหาร (B) หมายถึง จำนวนบุคลากรกลุ่มเป้าหมายทั้งหมดของทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลที่กำหนดไว้ในแผน			
ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน)	ครั้งที่ 1 ภายใน 15 มีนาคม 2559 ครั้งที่ 2 ภายใน 15 กันยายน 2559			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	หน่วยวัด	Baseline data		
		2556	2557	2558
	ร้อยละ	61.30%	62.60%	68.96 %
แนวทางการประเมินผล				
ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5
หน่วยงานมีผลการวิเคราะห์ความต้องการและความเป็นในการพัฒนาตามสภาพปัญหา และบริบทของหน่วยงาน	มีแผนการพัฒนาบุคลากรสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ความต้องการและความเป็นครอบคลุมแผนพัฒนาบุคลากรด้านบริหารและบริการ ทั้ง 4 ประเภท	หน่วยงานดำเนินการพัฒนาบุคลากรด้านบริหารและบริการตามแผน อย่างน้อยร้อยละ 70 ตามแผน	หน่วยงานดำเนินการติดตามแผนและประเมินผลการพัฒนาบุคลากรรอบ 6 เดือน 35 % รอบ 12 เดือน 70%	สรุปรายงานผลการพัฒนาบุคลากรด้านบริหารและบริการ ปัญหา อุปสรรค และโอกาสพัฒนา
เอกสารสนับสนุน 1. แผนพัฒนาบุคลากรทั้งด้านบริหารและบริการ ระดับรายบุคคลและระดับหน่วยงาน 2. นโยบายการพัฒนาระบบบริการและ Road map ในตำแหน่งงาน JD JS ของบุคลากรในหน่วยงาน 3. หลักสูตรและสถาบันที่ต้องการพัฒนาตามมาตรฐาน 4. Time line แผนพัฒนาบุคลากรด้านบริหารและบริการ งานพัฒนาทรัพยากรบุคคล (HRD)				
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นางสาวทิพย์พาณี เพชรวิเชียรชัย โทร 091 - 8133539			
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นางสาวเพ็ญญา เหลียงไพบูลย์			

ตัวชี้วัด	8. ร้อยละความพึงพอใจและความสุขในการปฏิบัติงานของบุคลากร				
วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด	เพื่อประเมินระดับความพึงพอใจ และความสุขในการปฏิบัติงานของบุคลากรในองค์กร และนำไปใช้พัฒนาการระบบการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ ส่งเสริมขวัญกำลังใจในการทำงาน และความสมดุลในคุณภาพชีวิตของบุคลากร				
คำนิยาม	ระดับความพึงพอใจและความสุขในการปฏิบัติงาน หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจในการปฏิบัติงาน และมีความสุขจากการปฏิบัติงานในหน่วยงานที่ระบุไว้ในแต่ละข้อคำถามของแบบสอบถาม ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับจากน้อยที่สุดไปถึงมากที่สุด โดยใช้แบบวัดความรู้สึกพึงพอใจในการปฏิบัติงาน และมีความสุขจากการปฏิบัติงานในหน่วยงานของสถาบันรับรองและพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล จำแนกตามตำแหน่งที่สำคัญ แพทย์, ทันตแพทย์, พยาบาลวิชาชีพ ผู้บริหาร และบุคลากรที่สนับสนุน				
ค่าเป้าหมาย	ค่าเป้าหมาย	2559	2560	2561	
	ร้อยละ	85	90	95	
ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง (ระบุหน่วยงานและผลงาน ปี 2558)	หน่วยงาน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์				
	ผลงาน	2557			
	ร้อยละ	79.38			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลมหาสารคาม				
แหล่งข้อมูล	บุคลากรทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลมหาสารคาม				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B)*100 ตัวตั้ง (A) หมายถึง ผลรวมคะแนนระดับความพึงพอใจของกลุ่มจำแนกตามตำแหน่งที่สำคัญที่ตอบแบบสอบถาม ตัวหาร (B) หมายถึง คะแนนเต็มระดับความพึงพอใจของบุคลากรที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด				
ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน)	ภายใน 15 มีนาคม 2559				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลบุคลากร				
เกณฑ์การประเมิน	1 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจน้อยที่สุด 2 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย 3 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลาง 4 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจมาก 5 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจมากที่สุด				
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นางสาวทิพย์พาดิ เพชรวิเชียรชัย โท				
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นางสาวเพ็ญภา เหลียงไพบูลย์				

ตัวชี้วัด	9. ร้อยละของบุคลากรที่มีการตรวจสุขภาพประจำปี				
วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด	ส่งเสริมให้บุคลากรมีการตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อประเมินความเสี่ยงภาวะสุขภาพของบุคลากรในองค์กร และนำข้อมูลไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาฟื้นฟูภาวะสุขภาพให้มีความพร้อมในการปฏิบัติงานและเป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพ				
คำนิยาม	การตรวจสุขภาพประจำปี หมายถึง กิจกรรมการตรวจประเมินสุขภาพ โดยที่ผู้รับการตรวจยังไม่มีอาการผิดปกติ ยังอยู่ในภาวะที่ร่างกายยังปกติ และผู้ป่วยรู้สึกว่าร่ากายยังสมบูรณ์ เป็นการตรวจที่ทำในทุกๆ ปี				
ค่าเป้าหมาย	ค่าเป้าหมาย	2559	2560	2561	
	ร้อยละ	97	98	99	
ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง (ระบุหน่วยงานและผลงานปี 2558)	หน่วยงาน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์				
	ผลงาน	2557			
	ร้อยละ	91.20			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลมหาสารคาม				
แหล่งข้อมูล	บุคลากรทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลมหาสารคาม				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B)*100$ ตัวตั้ง (A) หมายถึง จำนวนบุคลากรที่รับการตรวจสุขภาพ x 100 ตัวหาร (B) หมายถึง จำนวนบุคลากรทั้งหมด				
ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน)	ภายใน 15 มีนาคม 2559				
เกณฑ์การประเมิน	1 คะแนน หมายถึง ไม่ตรวจสุขภาพ 5 คะแนน หมายถึง ตรวจสุขภาพ				
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นางสาวทิพย์พานี เพชรวิเชียรชัย โทร 091 - 8133539				
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นางสาวเพ็ญญา เหลียงไพบูลย์				

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 : เพิ่มศักยภาพในการเป็นสถาบันร่วมผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ

ตัวชี้วัดที่	10. ระดับการประเมินคุณภาพการศึกษาของสถาบันร่วมผลิต
วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด	เพื่อประเมินคุณภาพการจัดการศึกษาของศูนย์แพทยศาสตรศึกษา โรงพยาบาลมหาสารคาม
คำนิยาม	<p>มาตรฐานการศึกษาระดับอุดมศึกษา มาตรฐานการศึกษาระดับอุดมศึกษา หมายถึง ข้อกำหนดเกี่ยวกับ คุณลักษณะคุณภาพที่พึงประสงค์ที่ต้องการให้เกิดขึ้นในสถาบันอุดมศึกษา ทุกแห่ง เพื่อใช้เป็นหลักในการเทียบเคียงสำหรับการส่งเสริมและกำกับดูแล การตรวจสอบ การประเมินผล และการพัฒนาคุณภาพการศึกษา ระดับอุดมศึกษา</p> <p>การประเมินคุณภาพภายนอกระดับอุดมศึกษา การประเมินคุณภาพภายนอกระดับอุดมศึกษา หมายถึง การประเมิน คุณภาพการจัดการศึกษา การติดตาม การตรวจสอบคุณภาพและมาตรฐาน การศึกษาของสถานศึกษาระดับอุดมศึกษา ซึ่งกระทำโดยสำนักงาน รับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา (สมศ.) หรือผู้ประเมิน ภายนอกที่ได้รับการรับรองจาก สมศ. เพื่อมุ่งให้มีการพัฒนาคุณภาพและ มาตรฐานการศึกษาของสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษาให้มีคุณภาพดี ยิ่งขึ้น</p> <p>ผู้ประเมินภายนอก หมายถึง บุคคลหรือหน่วยงานที่ได้รับการรับรองจาก สมศ. ให้ทำการประเมินคุณภาพภายนอกสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษา</p> <p>รายงานประจำปี หมายถึง รายงานสัมฤทธิ์ผลการดำเนินงานในรายปีของ สถาบันอุดมศึกษา ซึ่งถือว่าเป็นรายงานการประเมินตนเองที่สถาบัน อุดมศึกษาที่เสนอต่อหน่วยงานต้นสังกัด หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและ สาธารณชน เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการศึกษา</p>
ค่าเป้าหมาย	ปี 2559ดี ปี 2560ดีมาก
ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้ เทียบเคียง(ระบุหน่วยงานและ ผลงาน ปี 2558)	หน่วยงาน..... ผลงาน ปี 2558=.....ผ่านการประเมิน.....
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	คณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพการศึกษาจาก มข., ศรว., สปพช, แพทยสภา WFME
แหล่งข้อมูล	การประเมินคุณภาพจากภายในและภายนอก ผลการประเมินตนเอง

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>หลักเกณฑ์และวิธีการประกันคุณภาพการศึกษาให้เป็นไปตามกำหนดในกฎของกระทรวง ซึ่งกฎของกระทรวงศึกษาธิการมี 2 ฉบับ ดังนี้</p> <p>กฎกระทรวงว่าด้วยระบบ หลักเกณฑ์และวิธีการประกันคุณภาพการศึกษาภายในสถานศึกษา ระดับการศึกษาขั้นพื้นฐาน พ.ศ. 2546 ข้อ 2 วรรคสอง บัญญัติว่า ระบบการประกันคุณภาพการศึกษาภายในสถานศึกษา เป็นส่วนหนึ่งของการบริหารการศึกษา ซึ่งเป็นกระบวนการพัฒนาคุณภาพการศึกษาอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ระบบการบริหารจัดการและสารสนเทศ 2. การพัฒนามาตรฐานการศึกษา 3. การจัดแผนพัฒนาคุณภาพการศึกษา 4. การดำเนินงานตามแผนพัฒนาคุณภาพการศึกษา 5. การตรวจสอบและการทบทวนคุณภาพการศึกษา 6. การประเมินคุณภาพการศึกษา 7. การรายงานคุณภาพการศึกษาประจำปี 8. การผดุงระบบการประกันคุณภาพการศึกษา 9. ระดับการประเมิน <ul style="list-style-type: none"> - ไม่ผ่าน - ผ่าน ในระดับ พอใช้ ดี ดีมาก 			
ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน)	ทุก 1 ปี เดือน.....เดือน			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	หน่วยวัด	Baseline data		
		2556	2557	2558
	%	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน <ol style="list-style-type: none"> 1 คะแนน หมายถึง $\leq 60\%$ 2 คะแนน หมายถึง 61-69 % 3 คะแนน หมายถึง 70-79 % 4 คะแนน หมายถึง 80-89 % 5 คะแนน หมายถึง $\geq 90\%$ 				
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นางสาวอนงค์ เขตบุญไสย			
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นางลัดดาวัลย์ บุรณวรศิลป์			

ตัวชี้วัดที่	11. ร้อยละของนักศึกษาแพทย์สอบผ่าน NL2		
วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด	เพื่อให้ให้นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 5 สามารถสอบผ่านใบประกอบโรคศิลป์ ขั้นตอนที่ 2 ในครั้งแรก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90		
คำนิยาม	<p>การสอบ National License ของนักศึกษาแพทย์คืออะไร?</p> <p>การประเมินและรับรองความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือ National License เป็นของแพทยสภา ประกอบด้วย การสอบ 3 ขั้นตอน แต่ละขั้นตอนมีจุดประสงค์ดังนี้</p> <p>ขั้นตอนที่ 1 เป็นการสอบเพื่อประเมินความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์ การแพทย์พื้นฐาน (Basic Medical Sciences) สอบตอนจบปี 3 ความรู้ pre-clinic ถ้าสอบไม่ผ่านก็สอบใหม่ มีสอบปีละ 2 รอบ เดือนมีนาคมและเดือน ตุลาคม</p> <p>ขั้นตอนที่ 2 เป็นการสอบเพื่อประเมินความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์ การแพทย์คลินิก (Clinical Sciences) สอบตอนจบปี 5</p> <p>ขั้นตอนที่ 3 เป็นการสอบเพื่อประเมินทักษะและหัตถการทางคลินิก (Objective Structured Clinical Examination : OSCE) สอบตอนจบปี 6</p>		
ค่าเป้าหมาย	ปี 2559≥90%.... ปี 2560≥90%.		
ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้ เทียบเคียง (ระบุหน่วยงาน และผลงาน ปี 2558)	หน่วยงาน..... ผลงาน ปี 2558=.....100%.....		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 5		
แหล่งข้อมูล	ศรว.		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B)*100$ ตัวตั้ง (A) หมายถึง จำนวนนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 5 ที่สามารถสอบ NL2 ผ่าน ในครั้งแรกของศพค.มหาสารคาม ตัวหาร (B) หมายถึง จำนวนนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 5 ทั้งหมด.ของศพค. มหาสารคาม		
ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน)	ทุก 1 ปี เดือน.....		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	หน่วยวัด	Baseline data	
		2556	2557
			2558
	%	NA	NA
			100

เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน	
1 คะแนนหมายถึง.....≤.....60%.....	
2 คะแนน หมายถึง.....61-69..%.....	
3 คะแนน หมายถึง..... 70-79..%.....	
4 คะแนน หมายถึง.....80-89..%.....	
5 คะแนน หมายถึง.....≥90....%.....	
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นางสาวอนงค์ เขตบุญไสย
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นางลัดดาวัลย์ บุรณวรศิลป์

ตัวชี้วัดที่	12. ร้อยละของนักศึกษาแพทย์สอบผ่าน NL3											
วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด	เพื่อให้ให้นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 สามารถสอบผ่านใบประกอบโรคศิลป์ ขั้นตอนที่ 3 ในครั้งแรก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90											
คำนิยาม	<p>การสอบ National Lisenze ของนักศึกษาแพทย์คืออะไร?</p> <p>การประเมินและรับรองความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือ National License เป็นของแพทยสภา ประกอบด้วย การสอบ 3 ขั้นตอน แต่ละขั้นตอนมีจุดประสงค์ดังนี้</p> <p>ขั้นตอนที่ 1 เป็นการสอบเพื่อประเมินความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์ การแพทย์พื้นฐาน (Basic Medical Sciences) สอบตอนจบปี 3 ความรู้ pre-clinic ถ้าสอบไม่ผ่านก็สอบใหม่ มีสอบปีละ 2 รอบ เดือนมีนาคมและเดือน ตุลาคม</p> <p>ขั้นตอนที่ 2 เป็นการสอบเพื่อประเมินความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์ การแพทย์คลินิก (Clinical Sciences) สอบตอนจบปี 5</p> <p>ขั้นตอนที่ 3 เป็นการสอบเพื่อประเมินทักษะและหัตถการทางคลินิก (Objective Structured Clinical Examination : OSCE) สอบตอนจบปี 6</p>											
ค่าเป้าหมาย	ปี 2559≥90%.... ปี 2560≥90%.											
ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้ เทียบเคียง (ระบุหน่วยงาน และผลงาน ปี 2558)	หน่วยงาน..... ผลงาน ปี 2558=.....NA.....											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6											
แหล่งข้อมูล	ศรว.											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B)*100$ ตัวตั้ง (A) หมายถึง...จำนวนนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 ที่สามารถสอบ NL3 ผ่านในครั้งแรกของศพค.มหาสารคาม ตัวหาร (B) หมายถึง จำนวนนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 ทั้งหมดของ ศพค. มหาสารคาม											
ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน)	ทุก 1 ปี เดือน.....เดือนมกราคม											
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">Baseline data</th> </tr> <tr> <th>2556</th> <th>2557</th> <th>2558</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>%</td> <td>NA</td> <td>NA</td> <td>NA</td> </tr> </tbody> </table>	หน่วยวัด	Baseline data			2556	2557	2558	%	NA	NA	NA
หน่วยวัด	Baseline data											
	2556	2557	2558									
%	NA	NA	NA									

เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน	
1 คะแนนหมายถึง.....≤.....60%.....	
2 คะแนน หมายถึง.....61-69..%.....	
3 คะแนน หมายถึง..... 70-79..%.....	
4 คะแนน หมายถึง.....80-89..%.....	
5 คะแนน หมายถึง.....≥90....%.....	
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นางสาวอนงค์ เขตบุญไสย
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นางลัดดาวัลย์ บุรณวรศิลป์

ตัวชี้วัดที่	13. ร้อยละความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิต
วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด	เพื่อประเมินคุณภาพของบัณฑิต เพื่อสะท้อนระบบการจัดการเรียนสอน และเปรียบเทียบกับบัณฑิตแพทย์กับสถาบันอื่นๆ
คำนิยาม	<p>ระดับความพึงพอใจของนายจ้าง/ผู้ประกอบการ/ผู้ใช้บัณฑิต หมายถึง ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชาหรือนายจ้างหรือผู้ประกอบการ หรือผู้ใช้บัณฑิต โดยประเมินบัณฑิตใหม่ที่ทำงานในสถานประกอบการนั้นๆ มาแล้ว ประมาณ 2 – 3 ปี</p> <p>แบบสำรวจความพึงพอใจของนายจ้าง/ผู้ประกอบการ/ผู้ใช้บัณฑิต</p> <p>แบบสำรวจความพึงพอใจของนายจ้าง/ผู้ประกอบการ/ผู้ใช้บัณฑิต หมายถึง ควรครอบคลุมคุณสมบัติหลัก 3 ด้านของบัณฑิตที่สอดคล้องกับพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545 คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ด้านความรู้ความสามารถทางวิชาการตามลักษณะงานในสาขานั้นๆ โดยอาจสอบถามเกี่ยวกับความสามารถทางวิชาการตามสาขาที่เรียน ความสามารถในการปฏิบัติงานในด้านต่างๆ เช่น ความมุ่งมั่นที่จะทำให้งานสำเร็จ มีความสามารถในการจัดระบบงานและควบคุมงาน ความสามารถในการบริหารคน และการสร้างสรรค์งานใหม่ 2) ด้านความรู้ความสามารถพื้นฐานที่ส่งผลต่อการทำงาน โดยอาจสอบถามเกี่ยวกับความเป็นผู้นำ การมีทักษะในการสื่อสาร (การพูด การเขียน การแสดงออกต่อผู้ร่วมงาน) มีความสามารถในการคิดวิเคราะห์และแก้ปัญหา มีทักษะในการทำงานเป็นทีมการปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลง มีทักษะทางภาษาต่างประเทศ เช่น ภาษาอังกฤษ จีน ญี่ปุ่น ฝรั่งเศส สเปน ฯลฯ มีทักษะทางคอมพิวเตอร์ มีความใฝ่รู้ 3) ด้านคุณธรรมจริยธรรมและจรรยาบรรณในวิชาชีพ โดยอาจดูจากความซื่อสัตย์ การตรงต่อเวลา และเป็นผู้มีวินัย เป็นต้น
ค่าเป้าหมาย	ปี 2559 0 ปี 2560≥80%.
ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง (ระบุหน่วยงานและผลงาน ปี 2558)	หน่วยงาน ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลมหาสารคาม ผลงาน ปี 2558 =.....NA.....
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	นายจ้าง/ผู้ประกอบการ/ผู้ใช้บัณฑิต หมายถึง ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชาหรือนายจ้างหรือผู้ประกอบการ หรือผู้ใช้บัณฑิต โดยประเมินบัณฑิตใหม่ที่ทำงานในสถานประกอบการนั้นๆ มาแล้ว ประมาณ 2 – 3 ปี
แหล่งข้อมูล	แบบสอบถามจากนายจ้าง/ผู้บังคับบัญชา
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B)*100

	<p>ตัวตั้ง (A) หมายถึง ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชาหรือนายจ้างในระดับดีและดีมากที่ได้รับ</p> <p>ตัวหาร (B) หมายถึง ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชาหรือนายจ้างในระดับดีและดีมากทั้งหมด</p>		
ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน)	ทุก 1 ปี เดือน.....เดือนสิงหาคม		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	หน่วยวัด	Baseline data	
		2556	2557
	%	NA	NA
<p>เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน</p> <p>1 คะแนน หมายถึง..... ≤ 50%</p> <p>2 คะแนน หมายถึง..... 51-59 %.....</p> <p>3 คะแนน หมายถึง..... 60-69 %.....</p> <p>4 คะแนน หมายถึง..... 70-79 %.....</p> <p>5 คะแนน หมายถึง..... ≥80 %.....</p>			
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นางสาวอนงค์ เขตบุญไสย		
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นางลัดดาวัลย์ บุรณวรศิลป์		

ตัวชี้วัด	14. ร่วมผลิต residency training อย่างน้อย 2 สาขาหลัก		
วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด			
คำนิยาม			
ค่าเป้าหมาย			
ค่าผลงานของหน่วยงาน ที่ใช้เทียบเคียง (ระบุหน่วยงาน และผลงาน ปี 2558)			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย			
แหล่งข้อมูล			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B)*100$ ตัวตั้ง (A) หมายถึง ตัวหาร (B) หมายถึง		
ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุ จำนวนครั้งที่ต้องรายงาน)			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	หน่วยวัด	Baseline data	
		2556	2557
		2558	
เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน			
1 คะแนน หมายถึง ร้อยละผู้ป่วยเสียชีวิต			
2 คะแนน หมายถึง ร้อยละผู้ป่วยเสียชีวิต			
3 คะแนน หมายถึง ร้อยละผู้ป่วยเสียชีวิต			
4 คะแนน หมายถึง ร้อยละผู้ป่วยเสียชีวิต			
5 คะแนน หมายถึง ร้อยละผู้ป่วยเสียชีวิต			
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด			
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด			

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 : พัฒนาระบบการเงิน การคลังอย่างมีประสิทธิภาพ และประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศที่เหมาะสม

ตัวชี้วัดที่	15. คุณภาพบัญชีผ่านเกณฑ์
วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพท์โรงพยาบาล
คำนิยาม	<p>1. คุณภาพ หมายถึง คุณภาพตามเกณฑ์บัญชีหน่วยบริการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด ซึ่งประกอบด้วย ความทันเวลา(ส่งบททดลองภายในวันที่ 20 ของเดือนถัดไป) งบต้องดุล ค่าสุทธิไม่ผิดด้าน งบทดลองต้องสัมพันธ์กันทุกเดือน ต้องมียอดเงินคงเหลือบัญชีเงินฝากธนาคารนอกงบประมาณ-รอการจัดสรรและบัญชีเงินฝากธนาคารนอกงบประมาณ-ที่มีวัตถุประสงค์เฉพาะ ปรับปรุงลูกหนี้ค่ารักษา UC -OPD ใน CUP และ IPD ทุกเดือน ต้องมีลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลเบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลางทุกเดือน ต้องมีการบันทึกลูกหนี้ค่ารักษา UC-OPD-AE ทุกเดือน บันทึกวัสดุคงเหลือตามนโยบายบัญชีสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกเดือน ปรับปรุงค่าเสื่อมราคา/ค่าตัดจำหน่ายทุกเดือน ค่าเสื่อมราคาน้อยกว่าสินทรัพย์ ต้องมีการบันทึกเจ้าหนี้การค้าทุกเดือน ต้องมีการบันทึกค่าจ้างตรวจทางห้องปฏิบัติการ (LAB) บัญชีรายได้สูง(ต่ำ)กว่า ค่าใช้จ่ายสุทธิไม่มียอดคงเหลือ ส่งข้อมูลบริการประจำเดือน ส่งข้อมูลบริการประจำเดือนครบถ้วนทุกช่อง มีการบันทึกรายได้งบประมาณงบบุคลากร, รายได้งบประมาณงบบุคลากร UC และค่าใช้จ่ายงบบุคลากร</p> <p>2. บัญชี หมายถึง บัญชีเกณฑ์คงค้างของหน่วยบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
ค่าเป้าหมาย	ปี 2559 =100 ปี 2560 =100
ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง(ระบุหน่วยงานและผลงาน ปี 2558)	หน่วยงาน โรงพยาบาลมหาสารคาม ผลงาน ปี 2558=100
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลมหาสารคาม
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานประกันสุขภาพ (hfo.cfo.in.th)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	($\Sigma A/B$) ตัวตั้ง (ΣA) หมายถึง ผลรวมคะแนนทุกเดือนที่คำนวณ ตัวหาร (B) หมายถึง จำนวนเดือนที่คำนวณ
ระยะเวลาที่ต้องรายงาน	ปีละ 2 ครั้ง (พฤศจิกายน และเมษายน)

(ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน)				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	หน่วยวัด	Baseline data		
		2556	2557	2558
	ร้อยละคุณภาพบัญชี	100	100	100
<p>เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน</p> <p>1 คะแนน หมายถึง 60 คะแนน</p> <p>2 คะแนน หมายถึง 70 คะแนน</p> <p>3 คะแนน หมายถึง 80 คะแนน</p> <p>4 คะแนน หมายถึง 90 คะแนน</p> <p>5 คะแนน หมายถึง 100 คะแนน</p>				
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นางสาวจรรยา เขางาม			
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นางสุภาภรณ์ คณะเวทย์			

ตัวชี้วัดที่	16. Cash Ratio		
วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด	เพื่อบอกความสามารถในการชำระหนี้สินหมุนเวียนด้วยเงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด		
คำนิยาม	Cash Ratio เป็นอัตราส่วนทางการเงิน ระหว่างเงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสดหารด้วยหนี้สินที่ต้องชำระด้วยตัวเงิน		
ค่าเป้าหมาย	ปี 2559 = 0.8-1.2 ปี 2560 = 0.8-1.2		
ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง(ระบุหน่วยงานและผลงาน ปี 2558)	หน่วยงาน โรงพยาบาลมหาสารคาม ผลงาน ปี 2558=1.59		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลมหาสารคาม		
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานประกันสุขภาพ (hfo.cfo.in.th)		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) ตัวตั้ง A = เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด ตัวหาร B = หนี้สินที่ต้องชำระด้วยตัวเงิน		
ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน)	ปีละ 2 ครั้ง (พฤศจิกายน และเมษายน)		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	หน่วยวัด	Baseline data	
		2556	2557
	เท่า	1.61	1.27
		1.59	
เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน	<p>1 คะแนน หมายถึง 0.4 เท่า</p> <p>2 คะแนน หมายถึง 0.6 เท่า</p> <p>3 คะแนน หมายถึง 0.8 เท่า</p> <p>4 คะแนน หมายถึง 1.0 เท่า</p> <p>5 คะแนน หมายถึง 1.2 เท่า</p>		
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นางสาวจริยา เขางาม		
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นางสุภาภรณ์ คณะเวทย์		

ตัวชี้วัดที่	17. I/E Ratio			
วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด	เพื่อวัดประสิทธิภาพในการดำเนินงาน และควบคุมให้รายได้สูงกว่าค่าใช้จ่าย			
คำนิยาม	1. I หมายถึง Income (รายได้รวม) 2. E หมายถึง Expene (ค่าใช้จ่ายรวม)			
ค่าเป้าหมาย	ปี 2559 = 0.8-1.2 ปี 2560 = 0.8-1.2			
ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง(ระบุหน่วยงานและผลงาน ปี 2558)	หน่วยงาน โรงพยาบาลมหาสารคาม ผลงาน ปี 2558=1.1			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลมหาสารคาม			
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานประกันสุขภาพ (hfo.cfo.in.th)			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) ตัวตั้ง A = รายได้รวม Income ตัวหาร B = ค่าใช้จ่ายรวม Expene			
ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน)	ปีละ 2 ครั้ง (พฤศจิกายน และเมษายน)			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	หน่วยวัด	Baseline data		
		2556	2557	2558
	เท่า	1.02	1.06	1.1
เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน	<p>1 คะแนน หมายถึง 0.4 เท่า</p> <p>2 คะแนน หมายถึง 0.6 เท่า</p> <p>3 คะแนน หมายถึง 0.8 เท่า</p> <p>4 คะแนน หมายถึง 1.0 เท่า</p> <p>5 คะแนน หมายถึง 1.2 เท่า</p>			
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นางสาวจรรยา เขางาม			
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นางสุภาภรณ์ คณะเวทย์			

ตัวชี้วัด	18. ร้อยละผลการประเมิน ITA
วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด	เพื่อให้สอดคล้องกับตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขตัวที่ 21 ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์ประเมินระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน เฉพาะหลักฐานเชิงประจักษ์
คำนิยาม	<p>การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) เป็นการประยุกต์แนวคิดของการประเมินคุณธรรมการดำเนินงาน (Integrity Assessment) ของคณะกรรมการต่อต้านการทุจริตและสิทธิพลเมือง สาธารณรัฐเกาหลี (Anti-Corruption and Civil Right Commission : ACRC) บูรณาการเข้ากับดัชนีวัดความโปร่งใสของหน่วยงานภาครัฐซึ่งดำเนินการโดยสำนักงาน ป.ป.ช. แล้วนำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ และสังเคราะห์เป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญและจำเป็นในการประเมินการประเมินดังกล่าวได้จำแนกองค์ประกอบหลัก องค์ประกอบย่อย ประเด็นการประเมิน และแปลงไปสู่คำถามที่ใช้ในการสอบถามความคิดเห็นหรือรวบรวมจากข้อมูลเอกสาร/หลักฐานของหน่วยงานไป</p> <p>องค์ประกอบประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity & Transparency) แบ่งเป็น 5 องค์ประกอบ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ความโปร่งใส (Transparency) ประเมินจากความคิดเห็นหรือประสบการณ์ของประชาชน ผู้รับบริการหรือผู้มีส่วนเสียในการรับบริการจากหน่วยงานภาครัฐ และประเมินจากข้อมูลเอกสาร/หลักฐานเชิงประจักษ์บนพื้นฐานของข้อเท็จจริงในการดำเนินงานของหน่วยงาน 2. ความพร้อมรับผิด (Accountability) ประเมินจากความคิดเห็นหรือประสบการณ์ของประชาชน ผู้รับบริการหรือผู้มีส่วนได้เสียในการรับบริการจากหน่วยงานภาครัฐ 3. คุณธรรมการให้บริการของหน่วยงานหรือปัญหาการทุจริตคอร์รัปชันในองค์กร (Integrity in Service Delivery) ประเมินจากการรับรู้ และประสบการณ์ตรงของประชาชนผู้รับบริการหรือผู้มีส่วนได้เสียที่มีต่อการให้บริการของหน่วยงานภาครัฐ 4. วัฒนธรรมคุณธรรมในองค์กร (Integrity Culture) ประเมินจากความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานภาครัฐ และจากข้อมูลเอกสาร/หลักฐานเชิงประจักษ์บนพื้นฐานของข้อเท็จจริงในการดำเนินงานของหน่วยงาน 5. คุณธรรมการทำงานในหน่วยงาน (Work integrity) ประเมินจากความ

	<p>ความเห็นของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานภาครัฐที่มีต่อการดำเนินงานของหน่วยงาน กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการตามนโยบายรัฐบาลข้อ 10 การส่งเสริมการ บริหารราชการแผ่นดินที่มีธรรมาภิบาลและการป้องกันปราบปรามการทุจริตและ ประพฤติมิชอบในภาครัฐ นโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และ นโยบายของปลัดกระทรวงสาธารณสุขมุ่งกลยุทธ์การดำเนินงานโดยใช้หลักธรร มาภิบาลเป็นหลักในการขับเคลื่อนงาน จึงกำหนดให้หน่วยงานทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาคในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) โดยเฉพาะประเมินตนเอง (Self Assessment) สำหรับหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) เพื่อการปรับปรุงและพัฒนา กระบวนการปฏิบัติงานให้เกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้ โรงพยาบาล มหาสารคาม จึงกำหนดตัวชี้วัดให้ได้คะแนนเกณฑ์ประเมินระดับคุณธรรมและ ความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานมากกว่า 80 คะแนน เฉพาะหลักฐาน เชิงประจักษ์ เพื่อให้สอดคล้องกับตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ตัวที่ 21 ดังกล่าว</p>
ค่าเป้าหมาย	ปี 2559 80 คะแนน ปี 2560 -
ค่าผลงานของหน่วยงาน ที่ใช้เทียบเคียง(ระบุหน่วยงาน และผลงาน ปี 2558)	โรงพยาบาลมหาสารคาม ผลงาน ปี 2558 : ครั้งที่ 1 59 คะแนน ครั้งที่ 2 คะแนน 75 คะแนน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่ ฝ่ายพัสดุ คลังยา กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานเวชกรรมสังคม งาน ประชาสัมพันธ์ งานสวัสดิการสังคม งานนิติการ คณะกรรมการควบคุมภายในและ คณะกรรมการตรวจสอบภายใน
แหล่งข้อมูล	1) แบบประเมิน Internal Integrity & Transparency Assessment : IIT 2) แบบประเมิน External Integrity & Transparency Assessment : EIT 3) แบบประเมิน Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-
ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน)	ส่วนที่ 1 ประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานให้เกิด ความโปร่งใสตรวจสอบได้ ตามแบบประเมิน Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT ประเมินตนเองในไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคม 2559)

	ไตรมาสที่ 3 รอบ 9 เดือน (เดือนมิถุนายน 2559) และ ไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายน 2559) ส่วนที่ 2 เตรียมรองรับการประเมินจากสำนักงาน ป.ป.ช. (ประมาณเดือนเมษายน ถึงเดือนตุลาคม 2559)			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	หน่วยวัด (คะแนน)	Baseline data		
		2556	2557	2558
	เกณฑ์ประเมินระดับคุณธรรม และความโปร่งใสในการ ดำเนินงานของหน่วยงาน เฉพาะ หลักฐานเชิงประจักษ์	-	-	รอบที่ 1 : 59 รอบที่ 2 : 75
เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
-	ประเมินตนเองตามแบบ ประเมิน Evidence Based Integrity and Transparency Assessment ในไตรมาสที่ 2 เดือนมีนาคม 2559	ประเมินตนเองตามแบบ ประเมิน Evidence Based Integrity and Transparency Assessment ในไตรมาส ที่ 3 เดือนมิถุนายน 2559	ประเมินตนเองตามแบบ ประเมิน Evidence Based Integrity and Transparency Assessment ในไตรมาส ที่ 4 เดือนกันยายน 2559	
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นางสาวเบญจวรรณ พินธุทอง นิตกร			
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นายเสน่ห์ บุรณวรศิลป์ รองผู้อำนวยการฝ่ายพัฒนาคุณภาพและกิจกรรมพิเศษ			

ตัวชี้วัด	19. ระดับความสำเร็จในการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศให้ตอบสนองต่อการพัฒนาองค์กร			
วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด	ใช้วัดประสิทธิภาพในการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาลมหาสารคาม			
คำนิยาม	ระดับความสำเร็จ หมายถึง ขั้นตอนในการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศให้มีประสิทธิภาพ คือ มีข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ในการบริหารองค์กร ข้อมูล 43 แฟ้ม คือ โครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ข้อมูลการเรียกเก็บ คือ โครงสร้างของข้อมูลผู้ป่วยจ่ายตรงที่ส่งสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สภส.)			
ค่าเป้าหมาย	ปี 2559 ...ระดับ4.... ปี 2560ระดับ 5.....			
ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง(ระบุหน่วยงานและผลงาน ปี 2558)	หน่วยงาน.....ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ รพ. มหาสารคาม..... ผลงาน ปี 2558=.....ระดับ 3.....			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับข้อมูล 43 แฟ้ม และข้อมูลการเรียกเก็บ			
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูล 43 แฟ้ม และข้อมูลการเรียกเก็บ ได้แก่ ฐานข้อมูล HDC (http://mkm.hdc.moph.go.th), ระบบ OP/PP individual data ของ สปสช และข้อมูลการเรียกเก็บสิทธิจ่ายตรงของ สภส.			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	วัดระดับความสำเร็จตามเกณฑ์ที่กำหนด			
ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน)	ทุกไตรมาส			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	หน่วยวัด	Baseline data		
		2556	2557	2558
	ระดับความสำเร็จ	N/A	ระดับ 2	ระดับ 3
เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน				
ระดับ 1 : มีคณะกรรมการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ และกำหนดผู้รับผิดชอบข้อมูล 43 แฟ้ม และข้อมูลการเรียกเก็บครบถ้วน				
ระดับ 2 : ระดับ 1 ร่วมกับข้อมูล 43 แฟ้ม และข้อมูลการเรียกเก็บมีความครบถ้วนถูกต้อง85-89% พร้อมทั้งมีการทบทวน แก้ไข				
ระดับ 3 : ระดับ 2 ร่วมกับข้อมูล 43 แฟ้ม และข้อมูลการเรียกเก็บมีความครบถ้วนถูกต้อง90-94%พร้อมทั้งมีการทบทวน แก้ไข				
ระดับ 4 : ระดับ 3 ร่วมกับข้อมูล 43 แฟ้ม และข้อมูลการเรียกเก็บมีความครบถ้วนถูกต้อง95-99% พร้อมทั้งมีการทบทวน แก้ไข มีระบบ Monitoring & Evaluation KPI Cockpitและผ่านการรับรองมาตรฐาน				

<p>ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศจากสมาคมเวชสารสนเทศไทย</p> <p>ระดับ 5 : ระดับ 4 ร่วมกับข้อมูล 43 แฟ้ม และข้อมูลการเรียกเก็บมีความครบถ้วนถูกต้อง>99% และมีระบบ Monitoring & Evaluation KPI Cockpitอย่างต่อเนื่อง</p>	
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	ภ.ญ. กาญจนภรณ์ ตาราไต
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นพ. สุตชาย เลยวาณิชย์เจริญ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 5 : ปรับปรุงระบบบริหารจัดการงานสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย

ตัวชี้วัดที่	20. ร้อยละของหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน Healthy work place
วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด	โรงพยาบาลมีสิ่งแวดล้อมที่น่าอยู่ น่าทำงาน
คำนิยาม	<p>หน่วยงานหมายถึงหน่วยงานภายในโรงพยาบาลมหาสารคามตามการประกวดสถานที่ทำงานที่น่าอยู่ น่าทำงาน (5ส) ทั้งหมด 88 หน่วยงาน</p> <p>เกณฑ์มาตรฐาน Healthy work place หมายถึง ข้อกำหนดที่ใช้ประเมินสถานที่ทำงานที่มีการจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของคนทำงานทุกคนรวมทั้งจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้เกิดความสุขกาย สบายใจในการทำงานภายใต้เกณฑ์ "สะอาด ปลอดภัย สิ่งแวดล้อมดี มีชีวิตชีวา" โดยมีแนวทางในการดำเนินงาน "สถานที่ทำงานที่น่าอยู่น่าทำงาน" ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. กำหนดนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมโดยผู้บริหารขององค์กร 2. กำหนดกฎระเบียบในการทำงานที่เอื้อต่อสุขภาพและความปลอดภัยเช่น ห้ามสูบบุหรี่ ห้ามดื่มสุราในสถานที่ทำงาน 3. ทุกคนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสถานที่ทำงานให้น่าอยู่น่าทำงาน 4. ร่วมกันพัฒนาสิ่งแวดล้อมในการทำงานให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดีและมีความปลอดภัย 5. จัดกิจกรรม/โครงการจัดการสิ่งแวดล้อมและการส่งเสริมสุขภาพในที่ทำงานเช่น โครงการ 5 ส. 6. ประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้คนทำงานมีสุขภาพจิตที่ดี ทั้งกายและใจ 7. ติดตาม ตรวจสอบการดำเนินงาน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง <p>ระดับการรับรอง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ระดับพื้นฐานต้องผ่านเกณฑ์ สะอาด ปลอดภัย สิ่งแวดล้อมดีและมีชีวิตชีวา ระดับพื้นฐานทั้ง 5 ข้อ รวมทั้งเกณฑ์ส่วนที่ 1 ด้วย - ระดับดี ต้องผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน และเกณฑ์มีชีวิตชีวา ระดับดีทั้ง 2 ข้อ - ระดับดีมาก ต้องผ่านเกณฑ์ระดับดี และเกณฑ์มีชีวิตชีวา ระดับดีมาก 5 ข้อ ใน 7 ข้อ
ค่าเป้าหมาย	<p>ปี 2559 ...80%...</p> <p>ปี 2560 ...90%...</p>

ค่าผลงานของหน่วยงาน ที่ใช้เทียบเคียง(ระบุหน่วยงาน และผลงาน ปี 2558)	หน่วยงานภายในโรงพยาบาลมหาสารคามผ่านเกณฑ์ระดับดี 80% ผลงาน ปี 2558 N/A		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยงานภายในโรงพยาบาลมหาสารคามตามการประกวดสถานที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงาน (5 ส) ทั้งหมด 88 หน่วยงาน		
แหล่งข้อมูล			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B)*100 ตัวตั้ง (A) หมายถึง หน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน Healthy work place ตัวหาร (B) หมายถึง ทั้งหมด 88 หน่วยงาน		
ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน)	ปีละ 2 ครั้ง		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	หน่วยวัด	Baseline data	
		2556	2557
		2558	
<p>เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน</p> <p>ระดับพื้นฐาน หมายถึง ต้องผ่านเกณฑ์ สะอาด ปลอดภัย สิ่งแวดล้อมดี และมีชีวิตชีวาระดับพื้นฐานทั้ง 5 ข้อ รวมทั้ง เกณฑ์ส่วนที่ 1</p> <p>ระดับดี หมายถึง ต้องผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน และเกณฑ์มีชีวิตชีวา ระดับดีทั้ง 2 ข้อ</p> <p>ระดับดีมาก หมายถึง ต้องผ่านเกณฑ์ระดับดี และเกณฑ์มีชีวิตชีวา ระดับดีมาก 5 ข้อใน 7 ข้อ</p>			
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นางกัญญา คำพอ		
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นางสุภาภรณ์ คณะเวทย์		

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 6 : พัฒนาศักยภาพและคุณภาพเครือข่ายปฐมภูมิและทุติยภูมิเพื่อลดความแออัดใน
โรงพยาบาลและลดอัตราป่วยในโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ

ตัวชี้วัด	21.1 ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย		
วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด	เพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้สมวัย		
คำนิยาม	<p>เด็กที่มีพัฒนาการสมวัย หมายถึง เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการปกติ ซึ่งได้รับการประเมินพัฒนาการโดยใช้คู่มือ DSPM สำหรับเด็กกลุ่มปกติและคู่มือ DAIM สำหรับเด็กกลุ่มเสี่ยง</p> <p>คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM) หมายถึง คู่มือประเมินพัฒนาการเด็กในช่วงอายุน้อยกว่า 2 ปี ในเด็กที่คลินิกสุขภาพเด็กดี(Well Child Clinic)และศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ส่วนช่วงอายุมากกว่า 2 ปี ใช้สำหรับเด็กที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล ทั้งนี้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ รพ.สต./ศสม./รพท จะประเมินพัฒนาการเด็กด้วยคู่มือ DSPM</p>		
ค่าเป้าหมาย	ปี 2559/1 ร้อยละ 85		
ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง(ระบุหน่วยงานและผลงาน ปี 2558)	หน่วยงาน....กลุ่มงานพัฒนาระบบเวชกรรมสังคมและเครือข่าย ผลงาน ปี 2558 = ร้อยละ 100		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 9,18,30 และ 42 เดือน ทุกคนที่มีรับบริการที่สถานบริการและเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กทุกช่วงอายุที่บ้านโดยผู้ปกครอง โดยใช้เครื่องมือ DSPM/ DAIM		
แหล่งข้อมูล	- ข้อมูลจากรายงาน 43 แห่ง - จากการสำรวจ		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B)*100$ ตัวตั้ง(A)หมายถึง จำนวนเด็กอายุ 9,18,30และ42 เดือน ที่ได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการตามเกณฑ์และมีพัฒนาการปกติในช่วงเวลาที่กำหนด ตัวหาร(B)หมายถึง จำนวนเด็กอายุ 9,18,30และ42 เดือน ที่ได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการตามเกณฑ์ทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน		
ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่รายงาน)	ทุก 3 เดือน		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	หน่วยวัด	Baseline data	
		2556	2557
		2558	
	ร้อยละ	99.16	97.06
		100	

เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน

- 1 คะแนน หมายถึง ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 70-74.9
- 2 คะแนน หมายถึง ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 75-84.9
- 3 คะแนน หมายถึง ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 85-89.9
- 4 คะแนน หมายถึง ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 90-94.9
- 5 คะแนน หมายถึง ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 95-100

ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นางกาญจนาวดี แก้วตา
----------------------------	---------------------

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นพ.ไพบุลย์ อัครนบตี
------------------------------	---------------------

ตัวชี้วัด	21.2 อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี		
วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด	เพื่อลดอัตราการตั้งครรภ์ในหญิง 15-19 ปี		
คำนิยาม	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงตั้งครรภ์ อายุ 15-19 ปี หมายถึง กลุ่มประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี ในพื้นที่อำเภอเมืองมหาสารคามที่มีการตั้งครรภ์คลอด		
ค่าเป้าหมาย	ปี 2559 อัตราการตั้งครรภ์ในหญิง 15-19 ปี เท่ากับ 25 ต่อประชากรพันคน		
ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง(ระบุหน่วยงานและผลงาน ปี 2558)	หน่วยงาน....กลุ่มงานพัฒนาระบบเวชกรรมสังคมและเครือข่ายผลงาน ปี 2558= 30.86/ประชากรพันคน		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรหญิงอายุ15-19ปี อำเภอเมืองมหาสารคาม		
แหล่งข้อมูล	จำนวนหญิงคลอดจากห้องคลอด โรงพยาบาลมหาสารคาม จากฐานข้อมูล HDC สสจ.มหาสารคาม		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B)*1000 ตัวตั้ง (A) หมายถึง..จำนวนหญิงอายุ15-19ปีคลอด ตัวหาร (B) หมายถึงจำนวนหญิง15-19ทั้งหมด		
ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่รายงาน)	ทุก 3 เดือน		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ	หน่วยวัด	Baseline data	
		2556	2557
	อำเภอ	43.7	40.7
			30.86
เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน			
1คะแนน หมายถึง อัตราการคลอดมีชีพ คิดเป็น 35.00 ต่อประชากรพันคน			
2คะแนน หมายถึง อัตราการคลอดมีชีพ คิดเป็น 32.50 ต่อประชากรพันคน			
3 คะแนนหมายถึงอัตราการคลอดมีชีพ คิดเป็น 30.00 ต่อประชากรพันคน			
4 คะแนน หมายถึง อัตราการคลอดมีชีพ คิดเป็น 27.50 ต่อประชากรพันคน			
5 คะแนนหมายถึง อัตราการคลอดมีชีพ คิดเป็น 25.00 ต่อประชากรพันคน			
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นางฉวีวรรณ เฝ้าพันธ์		
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นพ.ไพบุลย์ อัครวนบดี		

ตัวชี้วัด	21.3 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์			
วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด	เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์และมีคุณภาพชีวิตที่ดี			
คำนิยาม	พฤติกรรมที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุ หมายถึง 1) ออกกำลังกาย 2) กินผัก/ผลไม้ 3) ดื่มน้ำ 8 แก้ว 4) ไม่สูบบุหรี่ 5) ไม่ดื่มสุรา			
ค่าเป้าหมาย	ปี 2559 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ 25			
ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง(ระบุหน่วยงานและผลงาน ปี 2558)	NA			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป อำเภอเมืองมหาสารคาม			
แหล่งข้อมูล	จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองและมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ จากฐานข้อมูล อำเภอเมือง จากฐานข้อมูล HDC สสจ.มหาสารคาม			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B)*1000 ตัวตั้ง (A) หมายถึง จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองและมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ครบ 5 ด้าน ตัวหาร (B) หมายถึง จำนวนประชากรอายุ60ปีขึ้นไปทั้งหมด			
ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่รายงาน)	ทุก 3 เดือน			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิที่มี การดำเนินงานพัฒนาระบบ สุขภาพอำเภอ	หน่วยวัด	Baseline data		
		2556	2557	2558
	อำเภอ	NA	NA	NA
เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน 1คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ คิดเป็นร้อยละ21 2คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ คิดเป็นร้อยละ22 3 คะแนนหมายถึงผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ คิดเป็นร้อยละ23 4 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ คิดเป็นร้อยละ24 5 คะแนนหมายถึง ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ คิดเป็นร้อยละ25				
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นาง ฉวีวรรณ เผ่าพันธ์			
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นพ.ไพบุลย์ อัครนบดี			

ตัวชี้วัด	22.1 อุบัติการณ์โรคเบาหวานลดลง		
วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด	เพื่อส่งเสริมสุขภาพประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในการป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน		
คำนิยาม	<p>ประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน หมายถึง ประชากรไทยตามทะเบียนราษฎรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว (Fasting Plasma Glucose) ระหว่าง 100 – 125 มก.ดล.</p> <p>การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การจัดบริการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน โดยใช้หลัก 3อ.2ส.ให้ประชาชนมองเห็นประโยชน์ที่จะได้รับ ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับอารมณ์ ละ เลิก สูราหรือ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์คสุบบุหรี่ โดยมุ่งเน้นการกระทำกิจกรรมในประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน</p>		
ค่าเป้าหมาย	ปี 2559/1 ไม่เกินร้อยละ 2 ปี 2559/2 ไม่เกินร้อยละ 5		
ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง(ระบุหน่วยงานและผลงาน ปี 2558)	หน่วยงาน กลุ่มงานพัฒนาระบบเวชกรรมสังคมและเครือข่าย ผลงาน ปี 2558 = ร้อยละ 3.80		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน หมายถึง ประชากรไทยตามทะเบียนราษฎรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว (Fasting Plasma Glucose) ระหว่าง 100 – 125 มก.ดล. จำนวน		
แหล่งข้อมูล	- จากฐานข้อมูล HosXP 43 แฟ้ม NCD screen - จากฐานข้อมูล HDC ของ สสจ.มหาสารคาม		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B)*100 ตัวตั้ง (A) หมายถึง จำนวนการเกิดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ตัวหาร (B) หมายถึง จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในช่วงเวลาเดียวกัน		
ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่รายงาน)	ทุก 3 เดือน		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ในประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานเกณฑ์ ไม่เกินร้อยละ 5	หน่วยวัด	Baseline data	
		2556	2557
	ร้อยละ	7.9	4.5
			2558
			3.8

เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน

- 1 คะแนน หมายถึง ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ในประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน อยู่ระหว่างร้อยละ 3.51 – 4.00
- 2 คะแนน หมายถึง ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ในประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน อยู่ระหว่างร้อยละ 3.01-3.50
- 3 คะแนน หมายถึง ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ในประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน อยู่ระหว่างร้อยละ 2.51- 3.00
- 4 คะแนน หมายถึง ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ในประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน อยู่ระหว่างร้อยละ 2.01-2.50
- 5 คะแนน หมายถึง ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ในประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกินร้อยละ 2

ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นางวิศรุดา ตีเมืองซ้าย
---------------------	------------------------

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นพ.ไพบุลย์ อัครธนบดี
-----------------------	----------------------

ตัวชี้วัด	22.2 อุบัติการณ์โรคความดันโลหิตสูงลดลง		
วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด	เพื่อส่งเสริมสุขภาพประชากรกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงในการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง		
คำนิยาม	<p>ประชากรกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชากรไทยตามทะเบียนราษฎรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่มีค่าระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic pressure)อยู่ระหว่าง120 -139 มม.ปรอท และ/หรือ ค่าระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic pressure)อยู่ระหว่าง 80 -89 มม.ปรอท</p> <p>การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การจัดบริการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง โดยใช้หลัก 3อ.2ส.ให้ประชาชนมองเห็นประโยชน์ที่จะได้รับ ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับอารมณ์ ละ เลิกสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ตราบเท่าที่ โดยมุ่งเน้นการกระทำกิจกรรมในประชาชนกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง</p>		
ค่าเป้าหมาย	ปี 2559/1 ไม่เกินร้อยละ 6 ปี 2559/2 ไม่เกินร้อยละ 4		
ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง(ระบุหน่วยงานและผลงาน ปี 2558)	หน่วยงาน กลุ่มงานพัฒนาระบบเวชกรรมสังคมและเครือข่าย ผลงาน ปี 2558 = ร้อยละ 1.90		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชากรไทยตามทะเบียนราษฎรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่มีค่าระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic pressure)อยู่ระหว่าง120 -139 มม.ปรอท และ/หรือ ค่าระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic pressure)อยู่ระหว่าง 80 -89 มม.ปรอท		
แหล่งข้อมูล	-จากฐานข้อมูล HosXP 43 เพิ่ม NCD screen -จากฐานข้อมูล HDC ของ สสจ.มหาสารคาม		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B)*100 ตัวตั้ง (A) หมายถึง จำนวนการเกิดผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ ตัวหาร (B)หมายถึง จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในช่วงเวลาเดียวกัน		
ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่รายงาน)	ทุก 3 เดือน		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ในประชากรกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงเกณฑ์ไม่เกินร้อยละ 10	หน่วยวัด	Baseline data	
		2556	2557
	ร้อยละ	6.2	2.7
			2558
			1.9

เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน

- 1 คะแนน หมายถึง ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ในประชากรกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง อยู่ระหว่างร้อยละ 5.51-6.00
- 2 คะแนน หมายถึง ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ในประชากรกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง อยู่ระหว่างร้อยละ 5.01-5.50
- 3 คะแนน หมายถึง ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ในประชากรกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง อยู่ระหว่างร้อยละ 4.51-5.00
- 4 คะแนน หมายถึง ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ในประชากรกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง อยู่ระหว่างร้อยละ 4.01- 4.50
- 5 คะแนน หมายถึง ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ในประชากรกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง ไม่เกินร้อยละ 4

ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นางวิศรุดา ตีเมืองซ้าย
---------------------	------------------------

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นพ.ไพบุลย์ อัครธนบดี
-----------------------	----------------------

ตัวชี้วัด	23. ระดับความสำเร็จของการควบคุมสถานการณ์ฉุกเฉินด้านโรคและภัยสุขภาพ
วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด	เพื่อให้หน่วยงานสามารถตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขที่มีการยกระดับ EOC ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
คำนิยาม	<p>Emergency Operation Center หมายถึง ศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขที่ประกอบด้วย 1) โครงสร้างการบริหารจัดการในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน 2) ระบบสารสนเทศที่สามารถส่งต่อข้อมูลการเฝ้าระวังโรคและภัยทางสาธารณสุขที่ได้รับการวิเคราะห์ประมวลผลแล้ว ไปยัง EOC เพื่อแจ้งเตือนผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจสั่งการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินจนสามารถควบคุมโรคและภัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>Incident Command System (ICS) หมายถึง ระบบการบัญชาการเหตุการณ์ในภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขของจังหวัด ได้แก่ โครงสร้างการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานภายใต้ ICS, แนวทางการประสานงาน, การส่งต่อข้อมูล, และสายการบัญชาการ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของ Emergency Operation Center ระดับจังหวัด</p> <p>แผนบริหารสถานการณ์ฉุกเฉิน (Incident Management Plan : IMP) หมายถึง แนวทางการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทั้งในด้านการดำเนินงาน การประสานงาน และการปฏิบัติการกับภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้น ให้สามารถระงับเหตุการณ์ฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขได้ทัน่วงทีและมีประสิทธิภาพ</p> <p>แผนปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (Incident Manage Plan : IAP) หมายถึง แผนปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ที่กำหนดขึ้นโดยผู้บัญชาการเหตุการณ์ร่วมกับผู้เกี่ยวข้องภายใต้ ICS ที่กำหนดเป้าหมาย ระยะเวลา ยุทธศาสตร์ และวิธีการปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งหน่วยงานที่นำไปปฏิบัติ</p> <p>ระดับความสำเร็จของการพัฒนาโครงสร้าง Incident Command System ของ Emergency Operation Center ระดับอำเภอ หมายถึง เครือข่ายระดับอำเภอ มีการดำเนินงานการบริหารจัดการศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข ที่ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) จัดการอบรม ICS เบื้องต้น สื่อสารและถ่ายทอดบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานตามโครงสร้างของ ICS ให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานรับทราบร้อยละ 100 2) ปรับแผนประคองกิจการ (Business Continuity Plan : BCP) ให้สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ตามโครงสร้าง ICS ที่หน่วยงานรับผิดชอบ 3) ร้อยละ 50 ของนักวิชาการสาธารณสุขแต่ละหน่วยงาน (ข้าราชการและพนักงานราชการ) ร่วมปฏิบัติงาน Situation awareness team : SAT หรือ Joint

	investigation team (JIT) 4) ร่วมปฏิบัติงานตามโครงสร้างและระบบ ICS ในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขได้ทุกเหตุการณ์ที่มีการยกระดับ EOC 5) มีการซ้อมแผนปฏิบัติการฉุกเฉินเมื่อเกิดภัยพิบัติในสถานการณ์จำลอง						
ค่าเป้าหมาย	ปี 2559 ระดับ 5 ปี 2560 ระดับ 5						
ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง (ระบุหน่วยงานและผลงาน ปี 2558)	หน่วยงาน.....ไม่มี..... ผลงาน ปี 2558=.....						
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	-						
แหล่งข้อมูล	แหล่งข้อมูล : งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ฝ่ายบริหารงานทั่วไป และกลุ่มงานเวชกรรมสังคม วิธีการจัดเก็บข้อมูล : หน่วยงานผู้รับผิดชอบรายงานผลการดำเนินงาน ความก้าวหน้าการดำเนินงานต่อผู้บริหารตามลำดับชั้น						
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	คิดตามระดับขั้นตอนที่กำหนด						
ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน)	ไตรมาสที่ 2 ภายในเดือน มีนาคม 2559 ไตรมาสที่ 3 ภายในเดือน มิถุนายน 2559 ไตรมาสที่ 4 ภายในเดือน กันยายน 2559						
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	หน่วยวัด	Baseline data					
		2556	2557	2558			
	ระดับ	เป็นตัวชี้วัดใหม่ปี 2559					
เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน : กำหนดเป็นระดับขั้นตอนของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ พิจารณาจากความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้							
	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ระดับคะแนน				
			1	2	3	4	5
	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาโครงสร้าง Incident Command System ของ Emergency Operation Center ระดับอำเภอ	1	✓				
		2	✓	✓			
		3	✓	✓	✓		
		4	✓	✓	✓	✓	
		5	✓	✓	✓	✓	✓
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นายสุรสิทธิ์ ศรีวิรัตน์						
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นายสุรกิจ ยสพล นายไพบุลย์ อัครธนบดี						

ตัวชี้วัด	24. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ		
วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด	เพื่อสนับสนุนให้รพ.สตมีการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพตำบลด้วยทีมหมอครอบครัว (FCT) ผ่านการประเมินระดับ 4 ใน 4 เรื่องได้แก่ DM,พัฒนาการ,OV,LTC		
คำนิยาม	ระบบสุขภาพระดับตำบล (Tumbol Health System : THSหมายถึง ระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับตำบลร่วมกันของทุกภาคส่วนด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ผ่านกระบวนการชื่นชมและ การจัดการความรู้ส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้และไม่ทอดทิ้งกัน โดยมีเป้าหมายร่วมเพื่อสุขภาพของประชาชน		
ค่าเป้าหมาย	ปี 2559/1 จำนวน 1 แห่ง ปี 2559/2 จำนวน 3 แห่ง		
ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง(ระบุหน่วยงานและผลงาน ปี 2558)	หน่วยงาน....กลุ่มงานพัฒนาระบบเวชกรรมสังคมและเครือข่าย ผลงาน ปี 2558= NA		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพ.สตโคกก่อ ห้วยแอ่ง ดอนหว้าน หนองจิก		
แหล่งข้อมูล	ผลการประเมิน ใน 4 กระบวนการ (A + B + C + D) A = ตำบลที่มีกระบวนการบูรณาการพัฒนาระบบสุขภาพระดับตำบล (Tumbol Health System : THS) ที่มีการเชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชน และท้องถิ่นอย่าง มีคุณภาพ ตามเกณฑ์ที่กำหนด UCCARE ระดับ 4 ขึ้นไป B = ทีมหมอครอบครัว (Family care team ; FCT) ที่เข้มแข็งมีองค์ประกอบครบตามเกณฑ์ที่กำหนด C = ตำบลจัดการสุขภาพ ตามเกณฑ์ที่กำหนด กรมสนับสนุนสุขภาพ D = สุขศาลา มีการพัฒนาผ่านเกณฑ์ประเมินมาตรฐาน เขตสุขภาพที่ 7 ตั้งแต่ 3 หมวดขึ้นไปไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B)*100$ ตัวตั้ง(A)หมายถึง..จำนวนรพ.สตที่มีผลการผ่านการประเมินตามกระบวนการ A + B + C + D ตัวหาร(B)หมายถึงจำนวนรพ.สต 4 แห่งที่เป็นเป้าหมาย		
ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่รายงาน)	ทุก 3 เดือน		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ	หน่วยวัด	Baseline data	
		2556	2557
	อำเภอ	NA	NA
		2558	NA

เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน	
1 คะแนน หมายถึง.....	
2 คะแนน หมายถึง.....	
3 คะแนน หมายถึง.....	
4 คะแนน หมายถึง.....	
5 คะแนน หมายถึง รพ.สต 1 แห่งที่มีการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอด้วยทีมหมอครอบครัว (FCT) ผ่านการประเมินระดับ 4 ใน 4 เรื่องได้แก่ DM,พัฒนาการ,OV,LTC	
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นางพัชรา พรหมอารักษ์
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นพ.ไพบุลย์ อัครนบดี

ตัวชี้วัด	25. จำนวนของ รพ.สต.ที่ผ่านการรับรองคุณภาพ PCA ชั้นที่ 4			
วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด	เพื่อพัฒนาคุณภาพระบบบริการปฐมภูมิ			
คำนิยาม	PCA คือการพัฒนาคุณภาพระบบบริการปฐมภูมิ 7หมวดชั้นที่4 คือการประเมินจากหน่วยงานภายนอก			
ค่าเป้าหมาย	ปี 2559 หน่วยบริการรพ.สต.ผ่านการรับรองคุณภาพ PCA 4 แห่ง			
ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง(ระบุหน่วยงานและผลงาน ปี 2558)	หน่วยงาน....กลุ่มงานพัฒนาระบบเวชกรรมสังคมและเครือข่ายผลงาน ปี 2558 = 2 แห่ง			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายสุขภาพ รพ.มค. 21 แห่ง			
แหล่งข้อมูล	จากฐานข้อมูล HDC สสจ.มหาสารคาม			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B)*1000 ตัวตั้ง (A) หมายถึง หน่วยบริการที่ผ่านการรับรอง PCA ชั้นที่ 4 ตัวหาร (B) หมายถึง จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมด			
ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่รายงาน)	ทุก 3 เดือน			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ	หน่วยวัด	Baseline data		
		2556	2557	2558
	อำเภอ	NA	NA	2
เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน				
1 คะแนน หมายถึง จำนวนรพ.สต.ผ่านการรับรองคุณภาพ PCA 1 แห่ง				
2 คะแนน หมายถึง จำนวนรพ.สต.ผ่านการรับรองคุณภาพ PCA 2 แห่ง				
3 คะแนนหมายถึงจำนวนรพ.สต.ผ่านการรับรองคุณภาพ PCA 3 แห่ง				
4 คะแนน หมายถึง จำนวนรพ.สต.ผ่านการรับรองคุณภาพ PCA 4 แห่ง				
5 คะแนนหมายถึง จำนวนรพ.สต.ผ่านการรับรองคุณภาพ PCA 5 แห่ง				
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นาง ฉวีวรรณ เผ่าพันธ์			
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นพ.ไพบุลย์ อัครวนบดี			

ตัวชี้วัด	26. สัดส่วนผู้รับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิกับโรงพยาบาลแม่ข่าย ตามเกณฑ์ 60:40		
วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด	เพื่อให้รพ.สตและศสม.สามารถจัดบริการผู้ป่วยนอกตามเกณฑ์60:40 ได้ผ่านเกณฑ์		
คำนิยาม	การจัดบริการผู้ป่วยนอกตามเกณฑ์60:40 หมายถึง การจัดบริการให้ผู้ป่วยในพื้นที่รับผิดชอบมารับบริการผู้ป่วยนอกของรพ.สต/ศสม.ไม่น้อยกว่าร้อยละ60และให้ผู้ป่วยในพื้นที่รับผิดชอบมารับบริการผู้ป่วยนอกของรพ. ไม่เกินร้อยละ40		
ค่าเป้าหมาย	ปี 2559/1 จำนวน 16 แห่ง ...ปี 2559/2 จำนวน 17แห่ง ปี 2560 จำนวน 19 แห่ง		
ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง(ระบุหน่วยงานและผลงาน ปี 2558)	หน่วยงาน....กลุ่มงานพัฒนาระบบเวชกรรมสังคมและเครือข่าย ผลงาน ปี 2558= จำนวน 15แห่ง		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพ.สต จำนวน 17 แห่งและศสม.จำนวน 4 แห่งในเขตอำเภอเมืองมหาสารคาม		
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลตัวชี้วัด QOF ปี 2559		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B)*100 ตัวตั้ง (A) หมายถึง จำนวนรพ.สตและศสม.ที่ผ่านเกณฑ์60:40 ตัวหาร (B) หมายถึง จำนวนรพ.สตและศสม.ทั้งหมดในเขตอำเภอเมืองมหาสารคาม		
ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่รายงาน)	ทุก 3 เดือน		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์สัดส่วนผู้รับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิกับโรงพยาบาลแม่ข่ายตามเกณฑ์ 60:40	หน่วยวัด	Baseline data	
		2556	2557
	แห่ง	8	13
		13	15
เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน			
1 คะแนน หมายถึงรพ.สตและศสม.ที่ผ่านเกณฑ์ 60:40 จำนวน 12 แห่ง			
2 คะแนน หมายถึงรพ.สตและศสม.ที่ผ่านเกณฑ์ 60:40 จำนวน 13 แห่ง			
3 คะแนน หมายถึงรพ.สตและศสม.ที่ผ่านเกณฑ์ 60:40 จำนวน 14 แห่ง			
4 คะแนน หมายถึงรพ.สตและศสม.ที่ผ่านเกณฑ์ 60:40 จำนวน 15 แห่ง			
5 คะแนน หมายถึงรพ.สตและศสม.ที่ผ่านเกณฑ์ 60:40 จำนวน 16 แห่ง			
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นางพัชรา พรหมอารักษ์		
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นางพัชรา พรหมอารักษ์		

ตัวชี้วัด	27. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค			
วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด	ประชาชนมีความปลอดภัยในการรับบริการและบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ			
คำนิยาม	งานคุ้มครองผู้บริโภค หมายถึง การดำเนินงานควบคุม กำกับ ดูแล หรือเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ หรือการบริการสุขภาพรวมถึงการเฝ้าระวังการโฆษณาผลิตภัณฑ์หรือสถานบริการสุขภาพ ระดับความสำเร็จของหน่วยงาน หมายถึง ระดับความสำเร็จของร้อยละเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพของทุกหน่วยงานที่ดำเนินการตามตัวชี้วัดที่กำหนด			
ค่าเป้าหมาย	ปี 2559 ระดับ 4 ปี 2560 ระดับ 5			
ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง (ระบุหน่วยงานและผลงาน ปี 2558)	ผลงาน ปี 2558 = NA			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผลิตภัณฑ์สุขภาพ สถานบริการด้านเสริมความงามหรือคลินิกที่ไม่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล			
แหล่งข้อมูล	สสจ.มหาสารคาม โรงพยาบาลมหาสารคาม สสอ.เมืองมหาสารคาม			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B)*100$ ตัวตั้ง (A) หมายถึง..หน่วยงานที่มีการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคผ่านระดับ4 ตัวหาร (B) หมายถึงหน่วยงานที่มีการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคทั้งหมดในปี 2559			
ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่รายงาน)	ทุก 6 เดือน			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	หน่วยวัด	Baseline data		
		2556	2557	2558
	แห่ง	NA	NA	2
เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน				
1 คะแนน หมายถึง มีข้อมูล มีแผน/โครงการ ตรวจสอบประเมินสถานที่และเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์				
2 คะแนน หมายถึง มีการดำเนินการตามแผนการที่กำหนด				
3 คะแนน หมายถึง มีกระบวนการแก้ไขปัญหา กรณีตรวจพบสถานที่ไม่ผ่านเกณฑ์				
4 คะแนน หมายถึง มีกระบวนการแก้ไขปัญหา กรณีผลวิเคราะห์ที่ไม่ผ่านเกณฑ์				
5 คะแนน หมายถึง มีรายงานผลการตรวจเฝ้าระวังสถานที่ผลิตอาหารตามเกณฑ์และรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์ เกลือ น้ำ น้ำแข็ง ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง				
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นางอรุณรัศม์ แสนบุญรัตน์			
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นพ.ไพบุลย์ อัครวนบดี			

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 7 : พัฒนาระบบการจัดการความรู้ที่มีคุณภาพ

ตัวชี้วัด	28. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาผลงานวิชาการด้านสาธารณสุข
วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด	เพื่อให้ผลงานวิชาการด้านสาธารณสุขของโรงพยาบาลมหาสารคาม มีคุณภาพได้มาตรฐานเป็นที่ยอมรับในระบบวิชาการสาธารณสุข และเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรโรงพยาบาลมหาสารคามทุกหน่วยงาน ทุกระดับด้านการวิจัย การนำเสนอผลงาน และการเผยแพร่ผลงานให้เป็นที่ยอมรับ โดยยึดกรอบและหลักเกณฑ์การจัดทำผลงานวิชาการ ตามสำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
คำนิยาม	<p>ผลงานวิชาการด้านสาธารณสุข หมายถึง งานวิชาการที่ดำเนินการและเขียนผลงานตามเกณฑ์ทางวิชาการ ใน 4 ประเภท ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. นวัตกรรม (Innovation) หมายถึง ความคิด การปฏิบัติ หรือสิ่งประดิษฐ์ใหม่ๆ ที่ยังไม่เคยมีใช้มาก่อน หรือเป็นการดัดแปลงมาจากของเดิมที่มีอยู่แล้ว ให้ทันสมัยและใช้ผลดียิ่งขึ้น เมื่อนำนวัตกรรมมาใช้จะช่วยให้การทำงานนั้นได้ผลดีมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงกว่าเดิม 2. การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement Process : CQI) หมายถึง การใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์และความคิดสร้างสรรค์ในการปรับปรุงระบบงานเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงานอย่างไม่หยุดยั้งโดยมุ่งสู่ความเป็นเลิศ 3. การปฏิบัติที่ดี (Best Practice) หมายถึง วิธีการทำงานที่ดีที่สุดในเรื่องนั้นๆ ซึ่งอาจจะเป็นระบบบริหารเทคนิควิธีต่างๆ ที่ทำให้ผลงานบรรลุเป้าหมายระดับสูงสุด ดังนั้น Best Practice จึงไม่ใช่เป็นแค่เพียงวิธีการทำงานที่ดี แต่เป็นการทำงานที่ดีกว่าหรือดีที่สุด ซึ่งมีทั้งการทำงานในเชิงระบบบริหารและเทคนิควิธีการต่างๆ ที่ทำให้ผลงานนั้นบรรลุเป้าหมายสูงสุด 4. งานวิจัย (Research) หมายถึง การศึกษาค้นคว้าใหม่อีกครั้ง เพื่อตอบคำถามหรือปัญหาสงสัยที่ผู้วิจัยต้องการตอบคำถามหรืออยากรู้ งานวิจัยเป็นการศึกษาค้นคว้าที่มีระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology) เป็นที่ยอมรับเป็นสากล เชื่อถือได้ อ้างอิงได้ และอธิบายขั้นตอนการทำงานได้ตั้งแต่ขั้นตอนเริ่มต้นจนถึงขั้นสุดท้าย ทั้งนี้ให้รวมถึงงานวิจัยประเภทที่พัฒนามาจากงานประจำ (Routine to Research : R2R) โดยให้ยึดกรอบการเกณฑ์ของงานวิจัย R2R ที่สำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

	<p>การพัฒนาผลงานวิชาการด้านสาธารณสุข หมายถึง การดำเนินงานในแต่ละหน่วยงานที่กำหนดไว้ตามเกณฑ์การประเมิน 5 ข้อ ได้แก่</p> <p>เกณฑ์ข้อที่ 1 : มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานหรือคณะทำงานวิชาการด้านสาธารณสุขของหน่วยงานและกำหนดให้มียุทธศาสตร์การส่งเสริมงานวิชาการด้านสาธารณสุขของหน่วยงานอย่างชัดเจน</p> <p>เกณฑ์ข้อที่ 2 : มีระบบในการผลิตผลงานวิชาการด้านสาธารณสุขและมีการจัดทำฐานข้อมูลผลงานวิชาการด้านสาธารณสุขของหน่วยงาน</p> <p>เกณฑ์ข้อที่ 3 : หน่วยงานมีผลงานวิชาการด้านสาธารณสุขเข้าคัดเลือกเพื่อนำเสนอและประกวดในระดับโรงพยาบาล/จังหวัด/เขต/ประเทศ อย่างน้อย 1 เรื่อง</p> <p>เกณฑ์ข้อที่ 4 : หน่วยงานนำเสนอผลงานวิชาการด้านสาธารณสุขในระดับโรงพยาบาล/จังหวัด/เขต/ประเทศ และหน่วยงานหรือบุคลากรในหน่วยงานมีผลงานวิชาการด้านสาธารณสุขตีพิมพ์ในวารสารทุกระดับ อย่างน้อย 1 เรื่อง</p> <p>เกณฑ์ข้อที่ 5 : มีหลักฐานการนำองค์ความรู้จากผลงานวิชาการด้านสาธารณสุขไปใช้ประโยชน์ของหน่วยงาน</p>											
ค่าเป้าหมาย	<table border="1" data-bbox="512 1055 1347 1173"> <tr> <td>ค่าเป้าหมาย</td> <td>2559</td> <td>2560</td> <td>2561</td> </tr> <tr> <td>ระดับความสำเร็จ 5 ระดับ</td> <td>ระดับ 3</td> <td>ระดับ 4</td> <td>ระดับ 5</td> </tr> </table>	ค่าเป้าหมาย	2559	2560	2561	ระดับความสำเร็จ 5 ระดับ	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5			
ค่าเป้าหมาย	2559	2560	2561									
ระดับความสำเร็จ 5 ระดับ	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5									
ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง (ระบุหน่วยงานและผลงาน ปี 2558)	-											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลมหาสารคาม											
แหล่งข้อมูล	คู่มือประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-											
ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน)	<p>รายงานผลการดำเนินงานจำนวน 2 ครั้ง/ปี ดังนี้</p> <p>ครั้งที่ 1 ภายใน 15 มีนาคม 2560</p> <p>ครั้งที่ 2 ภายใน 15 สิงหาคม 2560</p>											
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1" data-bbox="512 1742 1347 1910"> <tr> <td rowspan="2">หน่วยวัด</td> <td colspan="3">Baseline data</td> </tr> <tr> <td>2556</td> <td>2557</td> <td>2558</td> </tr> <tr> <td>ระดับความสำเร็จ 5 ระดับ</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </table>	หน่วยวัด	Baseline data			2556	2557	2558	ระดับความสำเร็จ 5 ระดับ	-	-	-
หน่วยวัด	Baseline data											
	2556	2557	2558									
ระดับความสำเร็จ 5 ระดับ	-	-	-									
เกณฑ์การประเมิน	ระดับความสำเร็จ 1 หมายถึง หน่วยงานดำเนินงานพัฒนาผลงานวิชาการด้านสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน จำนวน 1 ข้อ											

	<p>ระดับความสำเร็จ 2 หมายถึง หน่วยงานดำเนินงานพัฒนาผลงานวิชาการด้านสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การประเมิน จำนวน 2 ข้อ</p> <p>ระดับความสำเร็จ 3 หมายถึง หน่วยงานดำเนินงานพัฒนาผลงานวิชาการด้านสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การประเมิน จำนวน 3 ข้อ</p> <p>ระดับความสำเร็จ 4 หมายถึง หน่วยงานดำเนินงานพัฒนาผลงานวิชาการด้านสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การประเมิน จำนวน 4 ข้อ</p> <p>ระดับความสำเร็จ 5 หมายถึง หน่วยงานดำเนินงานพัฒนาผลงานวิชาการด้านสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การประเมิน จำนวน 5 ข้อ</p>
ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	นางสาวประภาพร ฝ่ายดี
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	น.พ.สุตชาย เลยวานิชย์เจริญ

ส่วนที่ 3

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดยุทธศาสตร์
โรงพยาบาลมหาสารคาม ปี 2559 – 2560

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลมหาสารคาม ปี 2559 – 2560

ประเด็นยุทธศาสตร์	จำนวน KPI ทั้งหมด	ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์			
		ปี 2559		ปี 2560	
		ผ่าน	ร้อยละ	ผ่าน	ร้อยละ
1. พัฒนาศักยภาพและคุณภาพการรักษาพยาบาลให้ได้มาตรฐานในระดับสากล ผู้ป่วยมีความปลอดภัยและพึงพอใจ	6	6	100.00	5	83.33
2. เสริมสร้างสมรรถนะของบุคลากรให้มีความพร้อมในการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ	3	2	66.67	2	66.67
3. เพิ่มศักยภาพในการเป็นสถาบันร่วมผลิต และพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ	5	4	80.00	4	80.00
4. พัฒนาระบบการเงิน การคลังอย่างมีประสิทธิภาพ และประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศให้เหมาะสม	5	5	100.00	4	80.00
5. ปรับปรุงระบบบริหารจัดการงาน สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย	1	0	0.00	0	0.00
6. พัฒนาศักยภาพและคุณภาพเครือข่ายปฐมภูมิและทุติยภูมิเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลและลดอัตราป่วยในโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ	7	5	71.43	6	85.71
7. พัฒนาระบบการจัดการความรู้ที่มีคุณภาพ	1	1	100.00	1	100.00
รวม	28	23	82.14	22	78.57

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน			
				ปี 2559	ผ่าน/ ไม่ผ่าน	ปี 2560	ผ่าน/ ไม่ผ่าน
1. พัฒนาศักยภาพและคุณภาพการ รักษาพยาบาลให้ได้มาตรฐานในระดับ สากล ผู้ป่วยมีความปลอดภัยและพึง พอใจ	1. โรงพยาบาลมีศักยภาพสูง และรักษาโรคที่มีความซับซ้อน มากขึ้น	1. ค่า CMI	1.55	1.39	✓	1.43	✓
		2. ร้อยละผู้ป่วย retina (มหาสารคาม, ร้อยเอ็ด) refer out ลดลง	1.0 %	ลดลง ร้อยละ 1	✓	ลดลง ร้อยละ 1	✓
	2. ระบบบริการที่มีคุณภาพใน ระดับสากล	3. HA scoring	3.00	3	✓	3	✓
		4. ร้อยละการเสียชีวิตรวมในโรงพยาบาล	1.8 %	1.97	✓	2.01	×
		5. ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยนอก	80 %	84.96	✓	85.46	✓
		6. ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยใน	80 %	90.18	✓	89.99	✓
2. เสริมสร้างสมรรถนะของบุคลากรให้ มีความพร้อมในการทำงานอย่างมี ประสิทธิภาพ	3. บุคลากรมีสมรรถนะตาม สาขาวิชาชีพ	7. ร้อยละของบุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพ ด้านบริหารและบริการตามแผน	80 %	80.68	✓	90.81	✓
	4. บุคลากรมีความสุขในการ ทำงาน	8. ร้อยละความพึงพอใจและความสุขในการ ปฏิบัติงานของบุคลากร	80 %	86.97	✓	82.08	✓
	5. บุคลากรมีสุขภาพดีตาม เกณฑ์	9. ร้อยละของบุคลากรมีสุขภาพดีตามเกณฑ์	50 %	38.53	×	22.14	×
3. เพิ่มศักยภาพในการเป็นสถาบันร่วม ผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ	6. ผลิตบัณฑิตแพทย์ที่มีความรู้ ตามเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพและ มีคุณธรรมจริยธรรม	10. ระดับการประเมินคุณภาพการศึกษาของ สถาบันร่วมผลิต	ผ่านระดับดี	3	✓	ผ่าน	✓
		11. ร้อยละของนักศึกษาแพทย์สอบผ่าน NL2	100 %	92	✓	100	✓
		12. ร้อยละของนักศึกษาแพทย์สอบผ่าน NL3	100 %	100	✓	100	✓
		13. ร้อยละความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิต	≥ 80 %	NA	✓	84.94	✓
	7. ร่วมผลิต residency training ในสาขาหลัก	14. ร่วมผลิต residency training อย่างน้อย 2 สาขาหลัก	2 สาขาหลัก	1	×	1	×

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน			
				ปี 2559	ผ่าน/ ไม่ผ่าน	ปี 2560	ผ่าน/ ไม่ผ่าน
4. พัฒนาระบบการเงิน การคลังอย่างมีประสิทธิภาพ และประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศให้เหมาะสม	8. ระบบการเงิน การคลัง มีความสมดุล	15. คุณภาพบัญชีผ่านเกณฑ์	100 %	100	✓	100	✓
		16. Cash ratio	0.8-1.2	1.99	✓	1.15	✓
		17. IE ratio	0.8-1.2	1.27	✓	1.12	✓
	9. มีระบบบริหารจัดการอย่างมีธรรมาภิบาล	18. ร้อยละผลการประเมิน ITA	80 %	80	✓	55.5	×
	10. ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ	19. ระดับความสำเร็จในการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศให้ตอบสนองต่อการพัฒนาองค์กร	ระดับ 4	ระดับ 4	✓	ระดับ 4	✓
5. ปรับปรุงระบบบริหารจัดการงาน สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย	11. โรงพยาบาลมีสิ่งแวดล้อมที่น่าอยู่ น่าทำงาน	20. ร้อยละของหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน Healthy Work Place	80 %	69.30	×	70	×
6. พัฒนาศักยภาพและคุณภาพเครือข่ายปฐมภูมิและทุติยภูมิเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลและลดอัตราป่วยในโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ	12. ประชาชนทุกกลุ่มวัยได้รับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	21. ร้อยละของตัวชี้วัดตามกลุ่มวัยที่ผ่านเกณฑ์ 21.1 ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85) 21.2 อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี (25 ต่อประชากรพันคน) 21. 3 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (ร้อยละ 25)	80 %	66.66	×	80	✓
	13. ลดอัตราป่วยของโรคที่สำคัญรวมถึงการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในเขตรับผิดชอบ	22. ลดอัตราอุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคสำคัญ (22.1) อุบัติการณ์โรคเบาหวาน (22.2) อุบัติการณ์โรคความดันโลหิตสูง	≤98 ต่อ ปชก. แสนคน ≤164 ต่อ	1.9 0.9	✓ ✓	2.48 0.97	✓ ✓

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน			
				ปี 2559	ผ่าน/ ไม่ผ่าน	ปี 2560	ผ่าน/ ไม่ผ่าน
			ปชก. แसनคน				
		23. ระดับความสำเร็จของการควบคุมสถานการณ์ ฉุกเฉินด้านโรคและภัยสุขภาพ	ระดับ 4	ระดับ 5	✓	ระดับ 5	✓
	14. การพัฒนาคุณภาพระบบ บริการสุขภาพเชื่อมโยงการสร้าง เสริมสุขภาพ ตั้งแต่ ระดับปฐม ภูมิ ทศตวรรษ ให้มีศักยภาพ แบบ ไร้รอยต่อ	24. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนา ระบบสุขภาพอำเภอ	ระดับ 5	ระดับ 5	✓	ระดับ 5	✓
		25. จำนวนของ รพ.สต.ที่ผ่านการรับรองคุณภาพ PCA ชั้นที่ 5	10 แห่ง	10	✓	10	✓
		26. สัดส่วนผู้รับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิกับ โรงพยาบาลแม่ข่ายตามเกณฑ์ 60 : 40	19 แห่ง	10	×	4	×
	15. ประชาชนมีความปลอดภัย ในการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ	27. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานคุ้มครอง ผู้บริโภค	ระดับ 4	ระดับ 5	✓	ระดับ 5	✓
7. พัฒนาระบบการจัดการความรู้ ที่มีคุณภาพ	16. ผลิตผลงานวิชาการด้าน สุขภาพที่มีคุณภาพ (งานวิจัย, R2R, นวัตกรรม, CQI)	28. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาผลงานวิชาการ ด้านสาธารณสุข	ระดับ 5	ระดับ 5	✓	ระดับ 5	✓

ภาคผนวก

คณะผู้จัดทำ

❖ เจ้าของ

- โรงพยาบาลมหาสารคาม

❖ ที่ปรึกษา

- ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม
- รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคามทุกฝ่าย
- ผู้ช่วยผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคามทุกด้าน

❖ อำนวยการผลิต

- นพ.สุตชาย เลยวานิชย์เจริญ รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ

❖ รวบรวมและเรียบเรียงข้อมูล

- | | | |
|------------------|-----------|--------------------------|
| ○ นางสาวประภาพร | ฝ่ายดี | นักวิชาการสาธารณสุข |
| ○ นางสาวฐานะมาศ | มะโนราช | นักวิเคราะห์นโยบายและแผน |
| ○ นางสาวรัตติกาล | ภูพานใบ | นักวิเคราะห์นโยบายและแผน |
| ○ นางสาวพินิตา | สีดาช่วย | นักวิชาการสาธารณสุข |
| ○ นายพิทักษ์ | ติวสร้อย | พนักงานช่วยเหลือคนไข้ |
| ○ นายธวัชชัย | สุขศรีงาม | เจ้าพนักงานธุรการ |

❖ วิเคราะห์และตรวจสอบข้อมูล

- | | | |
|-----------------|----------------|---|
| ○ นพ.กัมพล | เอี่ยมเกื้อกุล | ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ |
| ○ นางเยาวลักษณ์ | ทอนมาตย์ | หัวหน้างานยุทธศาสตร์และประเมินผล |
| ○ นายสมศักดิ์ | สุทธิเจริญ | หัวหน้างานนโยบายและแผนงาน |

❖ ออกแบบปก

- | | | |
|--------------|-------------|-------------------------|
| ○ นางสาวอรสา | สีละอามาศย์ | เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา |
|--------------|-------------|-------------------------|

❖ แหล่งข้อมูล

- | | |
|----------------------|---------------------|
| ○ ข้อมูลบุคลากร | ฝ่ายการเจ้าหน้าที่ |
| ○ ข้อมูลทางการเงิน | ฝ่ายการเงินและบัญชี |
| ○ ข้อมูลการให้บริการ | ศูนย์คอมพิวเตอร์ |