



โรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital

แผนยุทธศาสตร์

โรงพยาบาลมหาสารคามปี ๒๕๖๑-๒๕๖๕



คำนำ

ด้วยโรงพยาบาลมหาสารคามได้มีการทบทวนแผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลมหาสารคามขึ้น เป็นแผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลมหาสารคาม ปี 2561-2565 เพื่อให้ครอบคลุมทั้งในส่วนของการพัฒนา องค์กร การบริหารการแพทย์ในระดับตติยภูมิ รวมถึงการแก้ปัญหาภัยสุขภาพในพื้นที่ โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุก ระดับ มีการวิเคราะห์ศักยภาพและผลการดำเนินงานที่ผ่านมา เทียบเคียงกับสถานบริการในระดับเดียวกัน พร้อมทั้งบูรณาการนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายและ ผลสัมฤทธิ์ตามภารกิจที่ได้บัญญัติไว้ คือ การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรคการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชน

วิสัยทัศน์ “บริการเป็นเลิศ เครือข่ายเข้มแข็ง” ประกอบด้วย 3 พันธกิจ 3 ประเด็นยุทธศาสตร์ 12 เป้าประสงค์ 16 ตัวชี้วัดหลัก 30 กลยุทธ์ 49 ตัวชี้วัดรอง การพัฒนากลยุทธ์ให้บรรลุผลสำเร็จได้นั้นจะต้อง อาศัยความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพทุกสาขา ทุกระดับในองค์กร โดยเฉพาะทีมผู้บริหารมีความสำคัญอย่างยิ่ง ในการขับเคลื่อนแผนงานอย่างเป็นระบบ ซึ่งจำเป็นต้องมีการเชื่อมโยงตัวชี้วัดสู่การปฏิบัติอย่างเป็นระบบ รวมทั้งติดตาม ประเมินผล ทบทวน พัฒนาอย่างต่อเนื่อง

สุดท้ายนี้ ในนามของโรงพยาบาลมหาสารคาม ขอขอบพระคุณ และชื่นชมทุกหน่วยงานที่ได้ ร่วมพัฒนาแผนยุทธศาสตร์นี้ เพื่อนำไปสู่การขับเคลื่อนพันธกิจของหน่วยงานให้บรรลุตามเป้าหมายอย่างมี ประสิทธิภาพ

งานนโยบายและยุทธศาสตร์

กลุ่มภารกิจพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ

ส่วนที่ 1

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

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 โทร. 043-711029, 711463, 740993-6 โทรสาร 043-711433 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 | สุวรรณนิก | พ.ศ. 2498 - 2500 |
| นายแพทย์สุพัฒน์ | ตระกูลดิษฐ์ | พ.ศ. 2500 - 2518 |
| แพทย์หญิงชูศรี | โพธิสุนทร | พ.ศ. 2518 - 2532 |
| นายแพทย์สมศักดิ์ | ธันวาคม | พ.ศ. 2532 - 2536 |
| นายแพทย์มงคล | เชษฐากุล | พ.ศ. 2536 - 2537 |
| นายแพทย์สุวัฒน์ | เลิศสุขประเสริฐ | พ.ศ. 2537 - 2542 |
| นายแพทย์ชาย | ธีระสุด | พ.ศ. 2542 - 2545 |
| นายแพทย์วิชิต | 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 |

ข้อมูลบุคลากร

ตาราง 1 อัตรากำลังเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมหาสารคาม ตามบัญชีถือจ่ายเงินเดือน ระดับปฏิบัติการ -
เชี่ยวชาญ (ตามเงินเดือนถือจ่าย จ.18) ปีงบประมาณ 2561

| ประเภท | ปีงบประมาณ | | | |
|----------------------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------|
| | 2558 | 2559 | 2560 | 2561 (ตค.60-ธค.60) |
| ข้าราชการ | 678 | 757 | 754 | 763 |
| ลูกจ้างประจำ | 115 | 109 | 108 | 90 |
| พนักงานกระทรวงสาธารณสุข | 486 | 535 | 483 | 503 |
| ลูกจ้างชั่วคราว (รายเดือน) | 93 | | 93 | 90 |
| ลูกจ้างชั่วคราว (รายวัน) | 161 | 172 | 188 | 182 |
| พนักงานราชการ | 33 | 38 | 42 | 41 |
| รวม | 1,566 | 1,611 | 1,668 | 1,669 |

ที่มา: ฝ่ายการเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลมหาสารคาม ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2560

ตาราง 2 อัตรากำลังเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมหาสารคาม (ข้าราชการ) ปีงบประมาณ 2561

| ประเภท | ตามบัญชีถือจ่ายเงินเดือน (จ.18) จำนวน (คน) | ปฏิบัติงานจริง จำนวน (คน) |
|----------------------|---|------------------------------|
| 1. แพทย์ | 98 | 98 |
| - แพทย์เพิ่มพูนทักษะ | - | 25 |
| 2. ทันตแพทย์ | 15 | 14 |
| 3. เภสัชกร | 39 | 39 |
| 4. นักเทคนิคการแพทย์ | 19 | 19 |
| 5. นักกายภาพบำบัด | 7 | 7 |
| 6. นักกิจกรรมบำบัด | 2 | 2 |
| 6. นักรังสีการแพทย์ | 10 | 10 |
| 7. พยาบาลวิชาชีพ | 479 | 479 |
| 8. อื่น ๆ | 94 | 97 |
| รวม | 763 | 790 |

ที่มา: ฝ่ายการเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลมหาสารคาม ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2560

ตาราง 3 จำแนกแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ ในโรงพยาบาลมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2561

| ลำดับที่ | แพทย์เฉพาะทาง | จำนวน (คน) |
|-------------------|-----------------------------|------------|
| 1 | อายุรกรรมทั่วไป | 13 |
| 2 | อายุรกรรมโรคเลือด | 1 |
| 3 | อายุรกรรมโรคไต | 1 |
| 4 | อายุรกรรมโรคหัวใจ | 1 |
| 5 | อายุรกรรมระบบประสาท | 1 |
| 6 | อายุรกรรมกระเพาะอาหารและตับ | 1 |
| 7 | กุมารเวชกรรม | 8 |
| 8 | รังสีแพทย์ | 5 |
| 9 | เวชกรรมฟื้นฟู | 2 |
| 10 | ศัลยกรรมทั่วไป | 11 |
| 11 | ศัลยกรรมระบบประสาท | 1 |
| 12 | ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ | 3 |
| 13 | ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ | 9 |
| 14 | สูติ-นรีเวชกรรม | 11 |
| 15 | จักษุแพทย์ | 1 |
| 16 | จักษุแพทย์ (จอประสาทตา) | 3 |
| 17 | หู คอ จมูก | 5 |
| 18 | วิสัญญีแพทย์ | 6 |
| 19 | จิตเวช | 3 |
| 20 | พยาธิวิทยากายวิภาค | 1 |
| 21 | เวชศาสตร์ครอบครัว | 4 |
| 22 | เวชศาสตร์ฉุกเฉิน | 3 |
| รวม | | 94 |
| 1 | แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP) | 5 |
| 2 | แพทย์เพิ่มพูนทักษะ | 25 |
| รวม | | 30 |
| รวมทั้งหมด | | 124 |

ที่มา: ฝ่ายการเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลมหาสารคาม ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2560

ข้อมูลทางการเงิน

ตาราง 4 ประมาณการรายรับและรับจริง ปีงบประมาณ 2561

| ลำดับที่ | รายการ | ประมาณการ (บาท) | รับจริง (บาท) | ร้อยละ |
|------------|--------------|-----------------------|-----------------------|-------------|
| 1 | เงินงบประมาณ | 150945,950.00, | 110,826,446.50 | 26.58- |
| 2 | เงิน UC | 141,506,850.50 | 184,710,538.67 | 30.53 |
| 3 | เงินอื่นๆ | 139,428,357.50 | 139,654,504.37 | 0.16 |
| รวม | | 431,881,158.00 | 432,123,995.16 | 0.06 |

ที่มา: ฝ่ายการเงินและบัญชี โรงพยาบาลมหาสารคาม ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2560

ตาราง 5 รายละเอียดงบประมาณรายรับ ปีงบประมาณ 2561

| ลำดับ | รายการ | ประมาณการ (บาท) | รับจริง | |
|------------|---|-----------------------|-----------------------|-------------|
| | | | (บาท) | ร้อยละ |
| 1 | รายได้ UC | 136,000,000.00 | 164,733,138.68 | 21.13 |
| 2 | รายได้ EMS | 512,500.00 | - | -100 |
| 3 | ค่ารักษาเบิกต้นสังกัด | 3,000,000.00 | 1,546,591.50 | -48.45 |
| 4 | รายได้ค่ารักษา อปท. | 7,250,000.00 | 8,489,394.35 | 17.10 |
| 5 | รายได้ค่ารักษาเบิกจ่ายตรง กรมบัญชีกลาง | 54,000,000.00 | 49,450,184.55 | -8.43 |
| 6 | รายได้ประกันสังคม | 20,000,000.00 | 21,320,731.55 | 6.60 |
| 7 | รายได้แรงงานต่างด้าว | 100,000.00 | 83,360.50 | -16.64 |
| 8 | รายได้ค่ารักษาและบริการอื่นๆ | 23,750,000.00 | 29,175,657.57 | 22.84 |
| 9 | รายได้งบประมาณส่วนบุคคลากร | 89,500,000.00 | 86,432,503.62 | -3.43 |
| 10 | รายได้อื่น | 31,328,357.50 | 29,588,584.35 | -5.55 |
| 11 | รายได้งบประมาณ | 66,440,300.50 | 41,303,848.49 | -37.83 |
| รวม | | 431,881,158.00 | 432,123,995.16 | 0.06 |

ที่มา: ฝ่ายการเงินและบัญชี โรงพยาบาลมหาสารคาม ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2560

ตาราง 6 สรุปรายจ่าย จำแนกรายหมวด ปีงบประมาณ 2561

| ลำดับที่ | รายการ | ประมาณการ (บาท) | จ่ายจริง (บาท) | ร้อยละ |
|------------|------------------------------|-----------------------|-----------------------|--------------|
| 1 | งบบุคลากร | 83,679,146.80 | 83,679,146.80 | 100 |
| 2 | งบดำเนินการ (รวมรายจ่ายอื่น) | 18,593,019.00 | 13,849,376.00 | 74.49 |
| 3 | งบลงทุน | 246,475,000.00, | 26,327,446.50 | 10.68 |
| 4 | งบกลาง | 1,003,629.00 | 1,003,629.00 | 100 |
| รวม | | 349,750,794.80 | 124,859,598.30 | 35.70 |

ที่มา: ฝ่ายการเงินและบัญชี โรงพยาบาลมหาสารคาม ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2560

ตาราง 7 แผนประมาณการรายจ่ายและรายจ่ายจริง ปีงบประมาณ 2561 หมวดงบบุคลากร

| ลำดับที่ | รายการ | ประมาณการ (บาท) | จ่ายจริง (บาท) | ร้อยละ |
|------------|------------------------------------|-----------------------|-----------------------|--------------|
| 1 | เงินเดือนข้าราชการ | 75,000,000.00, | 70,954,896.99, | -5.39 |
| 2 | ค่าจ้างลูกจ้างประจำ | 6,611,772.32 | 6,347,100.00 | -4.00 |
| 3 | พนักงานราชการ | 2,888,227.68 | 2,933,845.35 | 1.58 |
| 4 | เงินประจำตำแหน่ง | 5,000,000.00 | 6,196,661.28 | 23.93 |
| 5 | ค่าจ้างพนักงานกระทรวงสาธารณสุข | 17,100,000.00 | 15,410,944.32 | -9.88 |
| 6 | ค่าจ้างลูกจ้างชั่วคราว | 3,300,000.00 | 4,634,523.26 | 40.44 |
| 7 | ค่าจ้างชั่วคราวรายวัน | 4,600,000.00 | 3,042,388.52 | -33.86 |
| 8 | ค่าตอบแทน พตส. | 7,500,000.00 | 7,594,718.00 | 1.26 |
| 9 | ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลา)OT(| 33,750,000.00 | 37,288,358.27 | 10.48 |
| 10 | ค่าตอบแทนอื่นๆ ทั้งหมด | 15,000,000.00 | 7,195,000.00 | -52.08 |
| รวม | | 170,750,000.00 | 161,598,435.99 | -5.36 |

ที่มา: ฝ่ายการเงินและบัญชี โรงพยาบาลมหาสารคาม ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2560

ตาราง 8 แผนรายจ่าย และรายจ่ายจริง ปีงบประมาณ 2561 หมวดงบดำเนินการ

| ลำดับที่ | รายการ | ประมาณการ (บาท) | จ่ายจริง(บาท) | ร้อยละ |
|---|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|---------------|
| 1 | ค่าใช้สอย (M1) (รวมโครงการ) | 65,843,430.00 | 13,662,068.10 | -79.25 |
| 2 | ค่าสาธารณูปโภค (M2) | 8,000,000.00 | 7,029,786.17 | -12.13 |
| 3 | ค่าวัสดุ (M3) | 52,875,000.00 | 37,138,866.23 | -29.76 |
| 4 | ค่าวัสดุยา (M4) | 60,000,000 | 49,146,496.60 | -18.09 |
| รวมงบดำเนินการ | | 186,718,430.00 | 106,977,217.10 | -42.71 |
| 5 | การสนับสนุนเครือข่าย | 4,090,025.00 | 3,204,584.56 | -21.65 |
| รวมงบดำเนินการและสนับสนุนเครือข่าย | | 190,808,455.00 | 110,181,801.66 | -42.26 |
| 6 | งบสำรองฉุกเฉิน | - | - | - |
| | งบกลาง | 1,003,629.00 | 1,003,629.00 | 100 |
| รวมงบกลาง งบดำเนินการและสนับสนุน เครือข่าย | | 191,812,084.00 | 111,185,430.66 | -42.03 |

ที่มา: ฝ่ายการเงินและบัญชี โรงพยาบาลมหาสารคาม ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2560

ตาราง 9 แผนรายจ่าย และรายจ่ายจริง ปีงบประมาณ 2561 หมวดงบลงทุน

| ลำดับที่ | รายการ | ประมาณการ (บาท) | จ่ายจริง(บาท) | ร้อยละ |
|--------------------|------------------------|-----------------------|----------------------|--------------|
| 1 | ที่ดินและสิ่งก่อสร้าง | 229,987,800.00 | 21,326,446.50 | 9.27 |
| 2 | ครุภัณฑ์การแพทย์ | 26,948,000.00 | 4,985,000.00 | 18.50 |
| 3 | ครุภัณฑ์ไม่ใช่การแพทย์ | 5,945,000.00 | 16,000.00 | 0.27 |
| 4 | ครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์ | 117,200.00 | 0 | 0 |
| รวมครุภัณฑ์ | | 33,010,200.00 | 5,001,000.00 | 15.15 |
| รวม | | 262,998,000.00 | 26,327,446.50 | 10.01 |

ที่มา: ฝ่ายการเงินและบัญชี โรงพยาบาลมหาสารคาม ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2560

ข้อมูลการให้บริการ

ตาราง 12 การให้บริการของโรงพยาบาลมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2558 – 2561

| การให้บริการ | | ปีงบประมาณ | | | |
|--------------|---|------------|---------|---------|---------|
| | | 2558 | 2559 | 2560 | 2561 |
| 1 | จำนวนเตียง (เตียง) | 522 | 580 | 580 | 580 |
| 2 | จำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมด (ครั้ง) | 596,590 | 600,806 | 570,755 | 136,484 |
| 3 | จำนวนผู้ป่วยนอก (ครั้ง/วัน)* | 1,634 | 1,646 | 1,564 | 1,483 |
| 4 | จำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด (ครั้ง) | 46,132 | 50,016 | 49,585 | 12,293 |
| 5 | จำนวนผู้ป่วยใน (ครั้ง/วัน)** | 493 | 547 | 534 | 537 |
| 6 | จำนวนวันนอนผู้ป่วยใน (วัน) | 180,118 | 199,761 | 195,083 | 49,371 |
| 7 | อัตราครองเตียง (ร้อยละ)*** | 94.53 | 94.36 | 92.15 | 92.52 |
| 8 | จำนวนการผ่าตัดใหญ่ทั้งหมด (ครั้ง) | 26,082 | 31,409 | 26,779 | 6,581 |
| 9 | อัตราการผ่าตัดใหญ่ต่อผู้ป่วยใน (ร้อยละ) | 56.54 | 62.80 | 54.00 | 53.53 |
| 10 | จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย (วัน/คน) | 3.94 | 3.99 | 3.93 | 4.01 |
| 11 | จำนวนผู้ป่วยในเสียชีวิต | 929 | 983 | 999 | 278 |
| 12 | อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยในโรงพยาบาล (ร้อยละ) | 2.01 | 1.97 | 2.01 | 2.26 |
| 13 | จำนวนผู้ป่วยนอกเสียชีวิต (คน) | 123 | 153 | 157 | 62 |
| 14 | อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล (ร้อยละ) | 0.02 | 0.03 | 0.03 | 0.04 |
| 15 | จำนวนผู้ป่วยที่รับไว้รักษาต่อ (ครั้ง) | 81,588 | 82,213 | 92,537 | 24,441 |
| 16 | จำนวนผู้ป่วยที่ส่งไปรักษาต่อ (ครั้ง) | 8,134 | 7,568 | 11,577 | 3,028 |
| 17 | สัดส่วนการรับผู้ป่วยไว้รักษาต่อ/การส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อ | 10.03 | 10.86 | 7.99 | 8.07 |

ที่มา: ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาลมหาสารคาม ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2560

- หมายเหตุ:
1. จำนวนผู้ป่วยนอก (ครั้ง/วัน)* ปี 2561 = จำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมด (ครั้ง) / จำนวนวัน
 2. จำนวนผู้ป่วยใน (ครั้ง/วัน)** = จำนวนวันนอน / จำนวนวัน
 3. อัตราครองเตียง (ร้อยละ)*** = (จำนวนวันนอน x 100) / (จำนวนเตียง x จำนวนวัน)

ตาราง 13 สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาสารคาม 5 อันดับแรก ปีงบประมาณ 2558-2561

| ลำดับ ที่ | โรค | ปีงบประมาณ | | | | | | | |
|--------------|--|------------------|--------|------------------|--------|------------------|--------|------------------|--------|
| | | 2558 | | 2559 | | 2560 | | 2561 | |
| | | จำนวน (ครั้ง) | ร้อยละ | จำนวน (ครั้ง) | ร้อยละ | จำนวน (ครั้ง) | ร้อยละ | จำนวน (ครั้ง) | ร้อยละ |
| 1 | โรคความดันโลหิตสูง | 43,053 | 7.22 | 42,650 | 7.10 | 38,666 | 6.77 | 9,854 | 7.22 |
| 2 | เบาหวานชนิดที่ไม่ต้องพึ่ง อินซูลิน | 41,185 | 6.90 | 42,154 | 7.02 | 37,511 | 6.57 | 9,002 | 6.60 |
| 3 | ความผิดปกติของเมตาบอลิซึม ของ ไลโปโปรตีนและไลปิดดี เมียอื่นๆ | 38,801 | 6.50 | 37,274 | 6.20 | 33,273 | 5.83 | 8,116 | 5.95 |
| 4 | โรคที่เกี่ยวกับลม | 11,158 | 1.87 | 14,278 | 2.38 | 19,226 | 3.37 | 5,888 | 4.31 |
| 5 | โรคไตวาย | 19,518 | 3.72 | 20,655 | 3.44 | 21,321 | 3.74 | 5,065 | 3.71 |

ที่มา: ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาลมหาสารคาม ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2560

หมายเหตุ: จัดเป็นกลุ่มโรค 3 หลัก ร้อยละ เทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการทั้งหมด

ตาราง 14 สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมหาสารคาม 7 อันดับแรก

ปีงบประมาณ 2558-2561 (เรียงลำดับตามร้อยละการเกิดโรค ปี 2561)

| ลำดับ ที่ | โรค | ปีงบประมาณ | | | | | | | |
|--------------|------------------------------|------------------|--------|------------------|--------|------------------|--------|------------------|--------|
| | | 2558 | | 2559 | | 2560 | | 2561 | |
| | | จำนวน (ครั้ง) | ร้อยละ | จำนวน (ครั้ง) | ร้อยละ | จำนวน (ครั้ง) | ร้อยละ | จำนวน (ครั้ง) | ร้อยละ |
| 1 | การบาดเจ็บต่อสมอง | 1,078 | 2.34 | 1,324 | 2.65 | 1,254 | 2.53 | 444 | 3.61 |
| 2 | ไตวาย | 1,263 | 2.74 | 1,144 | 2.29 | 1,365 | 2.75 | 350 | 2.85 |
| 3 | ปอดอักเสบ | 691 | 1.50 | 988 | 1.98 | 1,150 | 2.32 | 336 | 2.73 |
| 4 | ไส้ติ่งอักเสบ | 1,277 | 2.77 | 1,448 | 2.90 | 1,405 | 2.83 | 310 | 2.52 |
| 5 | หลอดเลือดสมองอุดตัน | 808 | 1.75 | 816 | 1.63 | 978 | 1.97 | 306 | 2.49 |
| 6 | นิ่วในทางเดินปัสสาวะ | 1,087 | 2.36 | 1,144 | 2.29 | 1,117 | 2.25 | 296 | 2.41 |
| 7 | ต่อกระจุกที่เกิดในผู้สูงอายุ | 1,724 | 3.74 | 1,597 | 3.19 | 1,423 | 2.87 | 291 | 2.37 |

ที่มา: ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาลมหาสารคาม ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2560

หมายเหตุ: จัดเป็นกลุ่มโรค 3 หลัก ร้อยละ เทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการทั้งหมด

ตาราง 15 ผู้ป่วยในจำหน่ายต่อวัน โรงพยาบาลมหาสารคาม

| รายการ | | ปี 2558 | | ปี 2559 | | ปี 2560 | | ปี 2561 | |
|-------------------------------------|--------------------|------------------|-----------------|------------------|-----------------|------------------|-----------------|------------------|-----------------|
| | | จำนวน (ครั้ง) | เฉลี่ย / วัน | จำนวน (ครั้ง) | เฉลี่ย / วัน | จำนวน (ครั้ง) | เฉลี่ย / วัน | จำนวน (ครั้ง) | เฉลี่ย / วัน |
| ผู้ป่วยใน โรงพยาบาล มหาสารคาม | ในเขต อ.เมือง | 14,322 | 39 | 14,592 | 40 | 14,477 | 40 | 3,585 | 39 |
| | นอกเขต อ. เมือง | 31,809 | 87 | 35,425 | 97 | 35,108 | 96 | 8,708 | 95 |
| รวม | | 46,131 | 126 | 50,017 | 137 | 49,585 | 136 | 12,293 | 134 |

ที่มา: ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาลมหาสารคาม ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2560

หมายเหตุ: จำนวนผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมหาสารคามเฉลี่ยต่อวัน = จำนวนผู้ป่วยใน (ครั้ง) / จำนวนวัน

จำนวนผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมหาสารคามจำหน่ายเฉลี่ยต่อวัน ปี 2560 = จำนวนผู้ป่วยใน (ครั้ง) /
จำนวนวัน

ส่วนที่ 2

1. แผนกลยุทธ์พัฒนาระบบบริการสุขภาพ
2. ประเด็นยุทธศาสตร์โรงพยาบาลมหาสารคาม ปี 2561 – 2565
3. รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Profile)
 - KPI เป้าประสงค์ 16 KPI
 - KPI กลยุทธ์ 49 KPI

แผนกลยุทธ์พัฒนาระบบบริการสุขภาพ

วิสัยทัศน์

“บริการเป็นเลิศ เครือข่ายเข้มแข็ง”

ปรัชญา

“เชี่ยวชาญวิชาการ คุณภาพมาตรฐาน บริการดูญาติมิตร”

ค่านิยม

"M-S-K-H"

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

พันธกิจ (Mission)

1. ให้บริการครบมิติสุขภาพแบบได้มาตรฐานไร้รอยต่อ
2. จัดระบบบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ
3. ส่งเสริมให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ผลิตและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์

ประเด็นยุทธศาสตร์

1. พัฒนาคุณภาพการให้บริการด้านสุขภาพที่มีสมรรถนะสูง ทำงานแบบภาคีเครือข่าย (Standard & Seamless Service)
2. เพิ่มศักยภาพระบบบริหารจัดการภายใน (ระบบการเงิน การคลัง พัสดุ เทคโนโลยีสารสนเทศ การพัฒนาระบบบุคลากร งานสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย และการประชาสัมพันธ์องค์กร) ให้มีประสิทธิภาพ (Smart Organization)
3. พัฒนาระบบการจัดการความรู้ที่มีคุณภาพ ผลิตและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ ให้ได้มาตรฐาน (Learning Organization)

แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลมหาสารคาม ปี 2561-2565

วิสัยทัศน์ “บริการเป็นเลิศ เครือข่ายเข้มแข็ง”

พันธกิจ: 1. ให้บริการครบมิติสุขภาพแบบได้มาตรฐานไร้รอยต่อ 2. จัดระบบบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ 3. ส่งเสริมให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ผลิตและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์

| ประเด็นยุทธศาสตร์ | เป้าประสงค์ | ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ | ค่าเป้าหมาย | ผู้รับผิดชอบหลัก | กลยุทธ์ | ตัวชี้วัดกลยุทธ์ | ค่าเป้าหมาย (ปี 61) | ผู้รับผิดชอบรอง | ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด (เลขที่) |
|--|---|--|--|---|---|---|------------------------------------|----------------------------|------------------------------|
| 1. พัฒนาคุณภาพการให้บริการด้านสุขภาพที่มีสมรรถนะสูงทำงานแบบภาคีเครือข่าย (Standard & Seamless Service) | 1. เพิ่มศักยภาพระบบบริการสุขภาพสู่ความเป็นเลิศ | 1. ค่า CMI | 1.4 | รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ | 1. พัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพอย่างมีมาตรฐาน | 1. ลดการส่งต่อจาก รพช. และลดการส่งออกนอกจังหวัด (ทุกสาขา) | 10% | รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ | นางจุลินทร ศรีโพพันธ์ |
| | | | | | | 2. ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรกได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด | 80% | นพ.ประวิทย์ แสงดี | นางกมลรัตน์ สุปัญญาบุตร |
| | | 2. ระดับความสำเร็จการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพสู่การรับรองมาตรฐานขั้นก้าวหน้า (Advance HA) | ผ่านระดับ 2 | รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์/รองผู้อำนวยการด้านคุณภาพ/รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล | 2. พัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพสู่การรับรองมาตรฐานขั้นก้าวหน้า (Advance HA) | 3. ร้อยละผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One day surgery | ≥ 15% | นพ.ประวิทย์ แสงดี | นางอนงค์ คำบุตรดา |
| | | | | | | 4. ร้อยละผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด Minimally invasive surgery | ≥ 10% | นพ.ประวิทย์ แสงดี | นางอนงค์ คำบุตรดา |
| | | | | | | 5. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล RDU1 และ RDU2 | ผ่านขั้น 2 | ภก.สมชาย ประจัญกล้า | ภญ.ชุตินาภรณ์ ไชยสงค์ |
| | | | | | | 6. ร้อยละการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพผ่านมาตรฐานขั้นก้าวหน้า (Advance HA) | ร้อยละ 30 | นพ.เสนาห์ บุรณวรศิลป์ | คุณช่อทิพย์ ภาวิตปัญญา |
| | | | | | | 7. ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพบริการผู้ป่วยเฉพาะโรค (Disease specific certification :DSC) ระดับ 3 | อย่างน้อย 2 โรค (เอคส์ และ stroke) | นพ.เสนาห์ บุรณวรศิลป์ | คุณช่อทิพย์ ภาวิตปัญญา |
| | | | | | | 8. ผ่านการประเมินคุณภาพการพยาบาลจากสำนักการพยาบาล | ระดับ 3 | คุณคณิงนิจ ศรีชะโคตร | นางบุญมี สันโตษ |
| | | | | | | 9. ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยนอก | ร้อยละ 85 | นพ.เสนาห์ บุรณวรศิลป์ | คุณช่อทิพย์ ภาวิตปัญญา |
| | | | | | | 10. ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยใน | ร้อยละ 85 | นพ.เสนาห์ บุรณวรศิลป์ | คุณช่อทิพย์ ภาวิตปัญญา |
| 2. ลดการป่วยในโรคที่สำคัญ | 3. ร้อยละของผู้ป่วยโรคที่สำคัญลดลง (DM,HT,CKD,TB,การติดเชื้อ,ต่อกระเจก) | >10 % | รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์/รองผู้อำนวยการด้านบริการปฐมภูมิ/รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล | 3. พัฒนาระบบบริการเพื่อลดการป่วยในโรคที่สำคัญ | 11. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ | DM > 40% HT > 50% | พญ.จิราพร ฟิลัยกุล | คุณพูนทรัพย์ สมกล้า | |
| | | | | | 12. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ GFR<4 | < 66% | นพ.อมฤติ สุวัฒน์ศิลป์ | นส.ชวมัย ปินะเก | |
| | | | | | 13. ร้อยละผู้ป่วยต่อกระเจกชนิดบดเคี้ยวได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน | 85% | พญ.เพ็ญใจ ลวกุล | นางลลียงค์ เชื้อลิ้นฟ้า | |
| | | | | | 14. การติดเชื้อ Hospital acquired ลดลง | ไม่เกิน 1.35 | พญ.จรรย์ญา จุฬาริ | นางบุษกรกานต์ สารรัตน์โชติ | |
| | | | | | 15. อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค | > 85% | พญ.จรรย์ญา จุฬาริ | นางอุดมลักษณ์ สุทธิเจริญ | |
| 3. ลดการตายในโรคที่สำคัญ | 4. ร้อยละการเสียชีวิตรวมในโรงพยาบาล | 2.0 | รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์/รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล | 4. พัฒนาระบบบริการเพื่อลดการตายในโรคที่สำคัญ | 16. ร้อยละผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบที่ได้รับยา rTPA | > 5% | พญ.สุพิชชา ธีรศาสตร์ | นางเบญจพร เองวานิช | |
| | | | | | 17. อัตราการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้ป่วยที่เข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาลด้วย ในกลุ่มผู้ป่วย Community-acquired sepsis | < 30% | พญ.จิราพร ฟิลัยกุล | คุณสุนทิตพย์ ปัตติทานัง | |
| | | | | | 18. อัตราตายทารกแรกเกิด ภายใน 28 วัน | 4:1,000 LB | นพ.สถาวร ณ ราชสีมา | คุณเพิ่มพูน ศิริกิจ | |
| | | | | | 19. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน ภายใน 24 ชม. | ≤ 12% | รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ | นางจิราพร ropic | |
| 4. พัฒนาระบบบริการเพื่อลดความแออัด | 5. ร้อยละจำนวนผู้ป่วย OPD ลดลง | 20% | รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์/รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล | 5. พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยนอกให้ได้ประสิทธิภาพสูง | 20. อัตราการ Refer back เพิ่มขึ้น | 10% | รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ | คุณจุลินทร ศรีโพพันธ์ | |
| 5. ประชาชนได้รับบริการสุขภาพแบบยั่งยืน ไร้รอยต่อ | 6. ร้อยละตัวชี้วัดการดำเนินงาน PCC ผ่านเกณฑ์ | 80% | รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์/รองผู้อำนวยการด้านบริการปฐมภูมิ | 6. พัฒนาระบบการจัดการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย | 21. ร้อยละของจำนวนตัวชี้วัด PP excellent ผ่านเกณฑ์ | ≥ ร้อยละ 50 | □ | □ | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | 2) ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี สูงตีสมส่วนและส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี | ร้อยละ 54 | นพ.ไพบุลย์ อัครอนบติ | คุณวิศรดา ตีเมืองชัย | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | 4) อัตราการตั้งครภ์ซ้ำในหญิงอายุ 15-19 ปี | ไม่เกินร้อยละ 10 | นพ.ไพบุลย์ อัครอนบติ | คุณฉวีวรรณ เม่าพันธ์ | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | 6) ลดอัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ | ลดลงร้อยละ 2.5 ต่อปี เทียบกับปี 2560 | นพ.ไพบุลย์ อัครอนบติ | คุณวิศรดา ตีเมืองชัย | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | 7. ส่งเสริมการใช้ยาปลอดภัยในชุมชน | ≥ ระดับ 4 | นพ.ไพบุลย์ อัครอนบติ | ภญ.ปริญญา ฤมลธาทา | |

| ประเด็นยุทธศาสตร์ | เป้าประสงค์ | ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ | ค่าเป้าหมาย | ผู้รับผิดชอบหลัก | กลยุทธ์ | ตัวชี้วัดกลยุทธ์ | ค่าเป้าหมาย (ปี 61) | ผู้รับผิดชอบรอง | ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด (เลขฯ) | | | | |
|--|---|--------------------------|---------------------------------|--|--|--|---|--|---|--|-----------|--------------------------|----------------------|
| | | | | | 8. ส่งเสริมให้หน่วยบริการมีการดำเนินงานโดยใช้กลไก DHB | 23. จำนวนของหน่วยบริการที่แก้ไขปัญหาของพื้นที่โดยใช้กลไกประชารัฐ | จำนวน 5 แห่ง | นพ.ไพฑูริย์ อัครอนันต์ | คุณพัชรา พรหมอารักษ์ | | | | |
| | | | | | 9. พัฒนาสมรรถนะบุคลากรร่วมกับ Service Plan (DM, HT, Stroke, STEMI, Sepsis) | 24. ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการเพิ่มสมรรถนะตามวิชาชีพ | ร้อยละ 80 | ทพญ.เพ็ญภา เหลียงไพฑูริย์ | คุณทิพย์พณี มาริน | | | | |
| | | | | | 10. พัฒนาระบบบริการตามเกณฑ์การขึ้นทะเบียน | 25. จำนวนของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียน | จำนวน 5 แห่ง | นพ.ไพฑูริย์ อัครอนันต์ | คุณพัชรา พรหมอารักษ์ | | | | |
| | | | | | 11. สนับสนุนและจัดหาบุคลากรตามเกณฑ์ PCC | 26. จำนวนของหน่วยบริการที่มีการจัดบุคลากรได้ตามเกณฑ์ | จำนวน 3 แห่ง | นพ.ไพฑูริย์ อัครอนันต์ | คุณพัชรา พรหมอารักษ์ | | | | |
| 2. เพิ่มศักยภาพระบบบริหารจัดการภายใน (ระบบการเงิน การคลัง พัสดุ เทคโนโลยีสารสนเทศ การพัฒนาระบบบุคลากร งาน สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย และการประชาสัมพันธ์องค์กร) ให้มีประสิทธิภาพ (Smart Organization) | 6. ระบบการเงิน การคลัง มีความสมดุล | 7. I/E ratio | 1.1 | รองผู้อำนวยการด้านการเงินการคลัง | 12. พัฒนาการบริหารแผนการเงิน | 27. ร้อยละการดำเนินการตาม planfin | คลาดเคลื่อน <5% | คุณสุภาภรณ์ คณะเวทย์ | น.ส.สิริญาพร คงแสนคำ | | | | |
| | | | | | 13. พัฒนาระบบบัญชีและการเงิน | 28. ร้อยละการบริหารระบบบริหารเจ้าหน้าที่และลูกหนี้ | ได้ผล > 90% | คุณสุภาภรณ์ คณะเวทย์ | น.ส.สิริญาพร คงแสนคำ | | | | |
| | | | | | 14. พัฒนาระบบจัดเก็บรายได้และการบริการส่วนที่สร้างรายได้ | 29. ผ่านเกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินมีค่า Financial Administration Index : FAI | >90% | คุณสุภาภรณ์ คณะเวทย์ | น.ส.สิริญาพร คงแสนคำ | | | | |
| | | | | | 15. เพิ่มการเข้าถึงบริการที่สำคัญเพื่อเพิ่มผลผลิตในการให้บริการ (Product champion) | 30. รายได้จากการขายและให้บริการเพิ่มขึ้น 1) ร้อยละผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดต่อกระดูก 2) ร้อยละผู้ป่วยได้รับการฟอกไต 3) ร้อยละผู้ป่วยได้รับการสลายนิ่วเพิ่มขึ้น 4) ร้อยละจำนวนกลุ่มเป้าหมายที่เข้ารับการตรวจสุขภาพเพิ่มขึ้นจากเดิม 5) ร้อยละจำนวนกลุ่มเป้าหมายผู้ประกันตนเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ 6) ร้อยละผู้ป่วยรับบริการทันตกรรมเพิ่มขึ้น 7) ร้อยละผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อ 8) ร้อยละการรับบริการ sleep test ในข้าราชการ 9) ร้อยละผู้รับบริการหัดหม้อเกลือ 10) ร้อยละผู้รับบริการนวดผ่อนคลาย 11) ร้อยละการบริการห้องพิเศษที่ว่าง 12) ร้อยละมูลค่าผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพื่อสุขภาพ | ≥ 5 % เพิ่มขึ้น 20 % 80% เพิ่มขึ้น 10% เพิ่มขึ้น 3 % ≥ 80 % เพิ่มขึ้น 10% เพิ่มขึ้น 4 % 80% เพิ่มขึ้น 10% เพิ่มขึ้น 10% ลดลงร้อยละ 10 ≥2% | นพ.ประเสริฐ ศรีสารคาม พญ.เพ็ญใจ สวลกุล นพ.อมฤต สุวัฒน์ศิลป์ นพ.ประวีณ ทับแสง คุณทัศนีย์ ยศพล คุณทัศนีย์ ยศพล ทพญ.เพ็ญภา เหลียงไพฑูริย์ นพ.กฤษณ์ โสภณวิวัฒน์ พญ.ญาณพันธ์ุ ถายา พญ.พัชราพร ชมภูคำ พญ.พัชราพร ชมภูคำ ทพญ.นันทน์ รัตนเดชสกุล พญ.พัชราพร ชมภูคำ | นางสุจิตา เอี่ยมเกื้อกุล นางล้าญงค์ เชื้อลิ้นฟ้า นางกษณาภาภา ดวงมาตย์พล นางบุญมี สันโศษ นางศิริพร ศรีชะตา นางวิไลพร พิทักษ์รัตน ทพญ.ธนาพันธ์ อุณหันธ์ นางรัตติ เกตุธานี นางนงศ์ทิพย์ ญาณโกชน นางสาวประภมพร มาตย์วิเศษ นางสาวศิริพร ราชรามแก้ว ทพญ.นันทน์ รัตนเดชสกุล ภก.อดิศักดิ์ ฤมลุดทา | | | | |
| | | | | | 16. พัฒนาระบบควบคุมรายจ่าย | 31. ลดรายจ่ายค่ายา | ≥ 5 % | ภก.สมชาย ประจวบกล้า | ภก.วุฒิพงษ์ อักกะมานัง | | | | |
| | | | | | | 32. ลดรายจ่ายค่าวัสดุ-ครุภัณฑ์การแพทย์ | ≥ 5 % | นางคณิศจิ ศรีชะโคตร | น.ส.มยุรี ประคำทอง | | | | |
| | | | | | | 33. ลดรายจ่ายค่าวัสดุวิทยาศาสตร์ | ≥ 5 % | น.ส.สมพิศ ปินะเก | นางสุพัตรา โทธมาตย์ | | | | |
| | | | | | | 34. ลดรายจ่ายค่าวัสดุ x-ray | ≥ 5 % | นพ.ประเสริฐ ศรีสารคาม | นางสุชใจ โยชน | | | | |
| | | | | | 7. มีระบบบริหารจัดการอย่างมีธรรมาภิบาล | 8. ผ่านการรับรองมาตรฐาน ITA | ร้อยละ 90 | รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร | 17. พัฒนาเรื่องความโปร่งใส (Transparency) | 35. ผ่านการรับรองมาตรฐาน ITA | ร้อยละ 90 | นางสุภาภรณ์ คณะเวทย์ | น.ส.สุภาพร จันทร์ชัย |
| | | | | | 8. มีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ | 9. ระดับความสำเร็จของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่ตอบสนองต่อการบริการและบริหารของ | ระดับ 4 | รองผู้อำนวยการด้าน พรส. | 18. พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศให้มีประสิทธิภาพ (Digital Organization) | 36. มีระบบสารสนเทศที่ตอบสนองต่อยุทธศาสตร์โรงพยาบาล | > 70 % | นพ.สุดชาย เลวานิชย์เจริญ | ภญ.กาญจนาภรณ์ ตาราโต |
| 37. ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข | มี/ไม่มี | นพ.สุดชาย เลวานิชย์เจริญ | ภญ.กาญจนาภรณ์ ตาราโต | | | | | | | | | | |
| 38. ระดับการรับรองคุณภาพจากสมาคมเวชสารสนเทศไทย | ระดับ 2 | นพ.สุดชาย เลวานิชย์เจริญ | ภญ.กาญจนาภรณ์ ตาราโต | | | | | | | | | | |
| 9. มีระบบ ENV ที่มีประสิทธิภาพ | 10. ผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐาน Clean & Green Hospital | ระดับดีมาก | รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร | 19. การจัดการสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคารตามมาตรฐาน Clean & Green Hospital | 39. ผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐาน Clean & Green Hospital | ระดับดี | นางสุภาภรณ์ คณะเวทย์ | คุณอนุชิต พรหมรักษ์ | | | | | |
| 10. บุคลากรมีสมรรถนะตามสาขาวิชาชีพ มีความสุขในการทำงาน และมีสุขภาพดีตามเกณฑ์ | 11. ระดับความสำเร็จของการบริหารและพัฒนาบุคลากร | ระดับ 5 | รองผู้อำนวยการด้านทรัพยากรบุคคล | 20. พัฒนาระบบบริหารและพัฒนาบุคลากร | 40. ร้อยละหน่วยงานมีอัตรากำลังไม่เกินเกณฑ์ FTE | 0.8 | รองผู้อำนวยการด้านทรัพยากรบุคคล | นางสุวัฒนา แก้วกัลยา | | | | | |
| | | | | | 41. ร้อยละบุคลากรที่ผ่านการประเมิน competency | > 80% | ทพญ.เพ็ญภา เหลียงไพฑูริย์ | คุณทิพย์พณี มาริน | | | | | |
| | | | | | 42. ผลการประเมินการดำเนินงาน Learning Center ผ่านเกณฑ์ | ร้อยละ 60 | ทพญ.เพ็ญภา เหลียงไพฑูริย์ | คุณทิพย์พณี มาริน | | | | | |
| | | | | | 43. ร้อยละของบุคลากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการพัฒนาสมรรถนะที่จำเป็นในงาน | 0.8 | ทพญ.เพ็ญภา เหลียงไพฑูริย์ | คุณทิพย์พณี มาริน | | | | | |

| ประเด็นยุทธศาสตร์ | เป้าประสงค์ | ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ | ค่าเป้าหมาย | ผู้รับผิดชอบหลัก | กลยุทธ์ | ตัวชี้วัดกลยุทธ์ | ค่าเป้าหมาย (ปี 61) | ผู้รับผิดชอบรอง | ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด (เลขที่) |
|--|---|---|--|---|---|--|--|---|--|
| | | 12. ระดับดัชนีชี้วัดความสุขของบุคลากรในองค์กร | ร้อยละ 60 | รองผู้อำนวยการด้านทรัพยากรบุคคล | 22. การส่งเสริมความสุขของบุคลากรตามดัชนี Happinometer | 44. อัตราการคงอยู่ของบุคลากรด้านสุขภาพมากกว่าร้อยละ 95 45. ร้อยละบุคลากร มีความสุขตามเกณฑ์ Happinometer >60% 46. ร้อยละของบุคลากรมีภาวะสุขภาพกลุ่มเสี่ยงได้รับการส่งเสริมสุขภาพ 47. ร้อยละของบุคลากรมีความพึงพอใจต่อระบบสวัสดิการ | >95% ร้อยละ 80 ร้อยละ 80 >60% | รองผู้อำนวยการด้านทรัพยากรบุคคล ทพญ.เพ็ญภา เหลียงไพบูลย์ ทพญ.เพ็ญภา เหลียงไพบูลย์ ทพญ.เพ็ญภา เหลียงไพบูลย์ | นางสุวิณา แก้วกัลยา คุณทิพย์พณี มารีน คุณทิพย์พณี มารีน คุณทิพย์พณี มารีน |
| 3. พัฒนาระบบการจัดการความรู้ที่มีคุณภาพ ผลิตและพัฒนากุศลกรทางการแพทย์ให้ได้มาตรฐาน (Learning Organization) | 11. มีผลงานวิชาการ หรือนวัตกรรมด้านสุขภาพไปใช้ประโยชน์ | 13. จำนวนผลงานวิชาการ/ นวัตกรรมด้านสุขภาพ ที่ได้ประกาศใช้ในโรงพยาบาล มหาสารคาม/ได้รับรางวัลระดับ มหกรรมโรงพยาบาลมหาสารคาม ขึ้นไป/ได้เผยแพร่ ตีพิมพ์ | ≥ 10 เรื่อง/ปี | รองผู้อำนวยการด้าน พรส. | 23. พัฒนาคณะวิจัยครอบคลุมทุกสาขาวิชาชีพ 24. พัฒนาการเผยแพร่ผลงาน และการนำไปใช้ประโยชน์ 25. พัฒนาแนวทางหาเงินทุนวิจัย 26. พัฒนาระบบ IT สนับสนุนการทำวิจัย | 48. ร้อยละของจำนวนเรื่องผลงานวิชาการ/นวัตกรรมด้านสุขภาพนำมาใช้ประโยชน์ในองค์กร/ประชาชน | ≥ 50 % | พญ.กิตติยา ตียากักดี พญ.ณัฐวรรัดน์ เอนกวิทย์ นพ.ธนิฐ ฐิติพรรณกุล | คุณประภาพร ฝ่ายดี |
| | | 12. ผลิตบัณฑิตแพทย์ที่มีความรู้ตามเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพและมีคุณธรรม จริยธรรม | 14. ร้อยละความพึงพอใจผู้ใช้บัณฑิต | ≥ 80 % | ผู้อำนวยการศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก | | | | |
| | 15. ร้อยละของนักศึกษาแพทย์ สอบผ่าน NL2,NL3 | 90% | ผู้อำนวยการศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก | 28. พัฒนาศักยภาพนักเรียน | | | | | |
| | 16. ร่วมผลิต residency training อย่างน้อย 2 สาขาหลัก มี resident training (FM/ER) | 2 สาขา | ผู้อำนวยการศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก | 29. พัฒนาศักยภาพกลุ่มสนับสนุน 30. พัฒนาสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการเรียนรู้ | | | | | |

สรุปแผนยุทธศาสตร์ ปีงบประมาณ 2561-2565

| | | |
|----------------------|----|-------------|
| ประเด็นยุทธศาสตร์ | 3 | ประเด็น |
| เป้าประสงค์ | 12 | เป้าประสงค์ |
| ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ | 16 | ตัวชี้วัด |
| กลยุทธ์ | 30 | กลยุทธ์ |
| ตัวชี้วัดกลยุทธ์ | 49 | ตัวชี้วัด |

KPI เป้าประสงค์ 16 KPI

| | | | | | |
|--|---|---------------|---------|---------|------|
| ตัวชี้วัดที่ 2 | ระดับความสำเร็จการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพสู่การรับรองมาตรฐานขั้นก้าวหน้า (Advance HA) | | | | |
| วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด | ประเมินผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพสู่ความเป็นเลิศ | | | | |
| คำนิยาม | มาตรฐานขั้นก้าวหน้า เป็นการพัฒนาต่อยอดจากการรับรองขั้นสามปกติ โดยโรงพยาบาลมีการประเมินตนเองเพิ่มเติมตามแบบฟอร์มที่สถาบันรับรองคุณภาพกำหนด มีการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงอย่างยั่งยืน และมีผลลัพธ์การพัฒนาที่มุ่งสู่ความเป็นเลิศ | | | | |
| ค่าเป้าหมาย | ผ่านการรับรองมาตรฐานขั้นก้าวหน้า (Advance HA) | | | | |
| ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง(ระบุหน่วยงานและผลงาน ปี 2560) | - | | | | |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | ทีมนำ ทีมนำเฉพาะด้าน ทีมนำทางคลินิก หน่วยงาน โรงพยาบาลมหาสารคาม | | | | |
| แหล่งข้อมูล | สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) | | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | ระดับ 1 = มีกระบวนการเรียนรู้มาตรฐานขั้นก้าวหน้า (Advance HA) ระดับ 2 = การประเมินตนเองผ่านระดับ metural $\geq 30\%$ ระดับ 3 = การประเมินตนเองผ่านระดับ metura $\geq 40\%$ ระดับ 4 = การประเมินตนเองผ่านระดับ metural $\geq 50\%$ และผ่านการรับรอง ระดับ 5 = มีกระบวนการสรุปวิเคราะห์ส่วนขาด จัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อรักษาสถานะการรับรองคุณภาพ | | | | |
| ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน) | ปีละ 1 ครั้ง | | | | |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | หน่วยวัด | Baseline data | | | |
| | | 2558 | 2559 | 2560 | |
| | - | - | - | - | |
| เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ 5 ปี (ค่าเป็นร้อยละ) | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 | 2565 |
| | ระดับ 2 | ระดับ 3 | ระดับ 4 | ระดับ 5 | |
| เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน | | | | | |
| 1 คะแนน หมายถึง มีกระบวนการเรียนรู้มาตรฐานขั้นก้าวหน้า (Advance HA) | | | | | |
| 2 คะแนน หมายถึง การประเมินตนเองผ่านระดับ metural $\geq 30\%$ | | | | | |
| 3 คะแนน หมายถึง การประเมินตนเองผ่านระดับ metura $\geq 40\%$ | | | | | |
| 4 คะแนน หมายถึง การประเมินตนเองผ่านระดับ metural $\geq 50\%$ และผ่านการรับรอง | | | | | |
| 5 คะแนน หมายถึง มีกระบวนการสรุปวิเคราะห์ส่วนขาด จัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อรักษาสถานะการรับรองคุณภาพ | | | | | |
| ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด | นางช่อทิพย์ ภาวิตปัญญา | | | | |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | นพ.เสนห์ บุณวรรศิลป์ | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---------------|------|------|------|
| ตัวชี้วัดที่ 4 | ร้อยละการเสียชีวิตรวมในโรงพยาบาล | | | | |
| วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด | ประเมินผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาล | | | | |
| คำนิยาม | 1.ผู้ป่วย หมายถึง ผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษา ในโรงพยาบาลมหาสารคาม (ไม่รวมการเสียชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาล) 2. การเสียชีวิตของผู้ป่วย ทุกสาเหตุของการเสียชีวิตผู้ป่วย 3. การจำหน่ายทุกสถานะ หมายถึง การที่ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาล ในทุกสถานะ ทุกกรณี | | | | |
| ค่าเป้าหมาย | ปี 2561 2.00 | | | | |
| ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง(ระบุหน่วยงานและผลงาน ปี 2560) | หน่วยงาน โรงพยาบาล ผลงาน ปี 2560=2.01 | | | | |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมหาสารคาม | | | | |
| แหล่งข้อมูล | ศูนย์คอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลมหาสารคาม | | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | $(A/B)*100$ ตัวตั้ง(A)หมายถึง จำนวนครั้งของการจำหน่ายด้วยการเสียชีวิตของผู้ป่วย ตัวหาร(B)หมายถึง จำนวนครั้งของการจำหน่ายทุกสถานะของผู้ป่วย | | | | |
| ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน) | ปีละ 2 ครั้ง (พฤศจิกายน และเมษายน) | | | | |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | หน่วยวัด | Baseline data | | | |
| | | 2558 | 2559 | 2560 | |
| | ร้อยละการเสียชีวิตรวมในโรงพยาบาล | 2.01 | 1.96 | 2.01 | |
| เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ 5 ปี (ค่าเป็นร้อยละ) | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 | 2565 |
| | 2.0 | 1.8 | 1.6 | 1.4 | 1.2 |
| เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน | | | | | |
| 1 คะแนน หมายถึง ร้อยละผู้ป่วยเสียชีวิต มากกว่า 2.0 | | | | | |
| 2 คะแนน หมายถึง ร้อยละผู้ป่วยเสียชีวิต 1.8 -1.99 | | | | | |
| 3 คะแนน หมายถึง ร้อยละผู้ป่วยเสียชีวิต 1.6 -1.79 | | | | | |
| 4 คะแนน หมายถึง ร้อยละผู้ป่วยเสียชีวิต 1.4 -1.59 | | | | | |
| 5 คะแนน หมายถึง ร้อยละผู้ป่วยเสียชีวิต 1.2 -1.39 | | | | | |
| ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด | นางช่อทิพย์ ภาวิตปัญญา | | | | |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | นายแพทย์เสน่ห์ บุรณวรศิลป์ | | | | |

| | | | | | |
|---|--|---------------|------|------|------|
| ตัวชี้วัดที่ 7 | I/E Ratio | | | | |
| วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด | เพื่อวัดประสิทธิภาพในการดำเนินงาน และควบคุมให้รายได้สูงกว่าค่าใช้จ่าย | | | | |
| คำนิยาม | 1. I หมายถึง Income (รายได้รวม) 2. E หมายถึง Expene (ค่าใช้จ่ายรวม) | | | | |
| ค่าเป้าหมาย | ปี 2561 = 1.0 ปี 2562 = 1.0 | | | | |
| ค่าผลงานของหน่วยงาน ที่ใช้เทียบเคียง(ระบุหน่วยงาน และผลงาน ปี 2560) | หน่วยงาน โรงพยาบาลมหาสารคาม ผลงาน ปี 2560 = 1.04 | | | | |
| 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 | | | |
| | | 2558 | 2559 | 2560 | |
| | เท่า | 1.10 | 0.95 | 1.04 | |
| เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ 5 ปี (ค่าเป็นร้อยละ) | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 | 2565 |
| | 1.0 | 1.1 | 1.2 | 1.3 | 1.4 |
| เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน | | | | | |
| 1 คะแนน หมายถึง 0.2 เท่า | | | | | |
| 2 คะแนน หมายถึง 0.4 เท่า | | | | | |
| 3 คะแนน หมายถึง 0.6 เท่า | | | | | |
| 4 คะแนน หมายถึง 0.8 เท่า | | | | | |
| 5 คะแนน หมายถึง 1.0 เท่า | | | | | |
| ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด | นางสาวสิริญาพร คงแสนคำ | | | | |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | นางสุภาภรณ์ คณะเวทย์ | | | | |

| | |
|-----------------------|---|
| ตัวชี้วัดที่ 8 | ผ่านการรับรองมาตรฐาน ITA |
| วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด | <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินผลระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน 2. หน่วยงานภาครัฐได้รับทราบแนวทางในการปรับปรุงหรือพัฒนาในเรื่องคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน |
| คำนิยาม | <p>การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ(Integrity and Transparency Assessment : ITA) เป็นการประยุกต์แนวคิดของการประเมินคุณธรรมการดำเนินงานขององค์กรต่างประเทศที่ประสบความสำเร็จคือ คณะกรรมการต่อต้านการทุจริตและสิทธิพลเมือง สาธารณรัฐเกาหลี (Anti-Corruption and Civil Right Commission : ACRC) บูรณาการเข้ากับดัชนีวัดความโปร่งใสของหน่วยงานภาครัฐ ซึ่งดำเนินการโดยสำนักงาน ป.ป.ช. นำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ สันเคราะห์เป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญและจำเป็นในการประเมินการประเมิน ITA จำแนกองค์ประกอบหลัก องค์ประกอบย่อย ประเด็นการประเมิน และแปลงไปสู่คำถามที่ใช้ในการสอบถามความคิดเห็นหรือรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร/หลักฐานของหน่วยงาน</p> <p>ดัชนีการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency) แบ่งเป็น 5 ดัชนี ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ดัชนีความโปร่งใส (Transparency) ประเมินจากความคิดเห็นหรือประสบการณ์ของประชาชน ผู้รับบริการหรือผู้มีส่วนได้เสียในการรับบริการจากหน่วยงานภาครัฐ และประเมินจากข้อมูลเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based) บนพื้นฐานของข้อเท็จจริงในการดำเนินงานของหน่วยงาน 2. ดัชนีความพร้อมรับผิดชอบ (Accountability) ประเมินจากความคิดเห็นหรือประสบการณ์ของประชาชน ผู้รับบริการหรือผู้มีส่วนได้เสียในการรับบริการจากหน่วยงานภาครัฐ 3. ดัชนีความปลอดภัยจากการทุจริตในการปฏิบัติงาน (Corruption-Free Index) ประเมินจากการรับรู้ และประสบการณ์ตรงของประชาชนผู้รับบริการหรือผู้มีส่วนได้เสียที่มีต่อการให้บริการของหน่วยงานภาครัฐ 4. ดัชนีวัฒนธรรมในองค์กร (Integrity Culture) ประเมินจากความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานภาครัฐ และจากข้อมูลเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based) บนพื้นฐานของข้อเท็จจริงในการดำเนินงานของหน่วยงาน 5. ดัชนีคุณธรรมการทำงานในหน่วยงาน (Work Integrity) ประเมินจากความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานภาครัฐที่มีต่อการดำเนินงานของหน่วยงาน กระทรวงสาธารณสุขกำหนดมาตรการ 3 ป. 1 ค. ในการป้องกันการทุจริต |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---------------|---------------|---------------|---------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------|--------|-----|---------|-----|--------|-------|--------|----------|----------|----------|---------|
| | <p>ประกอบด้วย (1) ปลุกจิตสำนึก (2) ป้องกัน (3) ปราบปราม และ (4) เครือข่าย มุ่งเน้นกลยุทธ์การป้องกันตามแนวนโยบายรัฐบาล ดำเนินงานผ่านกระบวนการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ตามหลักธรรมาภิบาล ช่วยยกระดับค่าดัชนีการรับรู้การทุจริต (CPI) ให้สูงขึ้นตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในยุทธศาสตร์ชาติว่าด้วยการป้องกันละปราบปรามการทุจริต ระยะที่ 3 ในปี 2561 คือ 44 คะแนน จึงกำหนดให้หน่วยงานระดับกรม หน่วยงานระดับจังหวัด (สป.) หน่วยงานระดับอำเภอ (สป.) หน่วยงานของรัฐ ภายใต้กำกับของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข รัฐวิสาหกิจ และองค์การมหาชน จำนวนทั้งสิ้น 1,866 แห่ง ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) มุ่งเน้นการประเมินตนเอง (Self-Assessment) ตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) เพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานให้เกิดความโปร่งใส และตรวจสอบได้</p> <p>หากผลการประเมิน ITA สำหรับหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) ของกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์ร้อยละ 90 จะช่วยสนับสนุนการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ 2561 ตัวชี้วัดระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน และดัชนีการรับรู้การทุจริต (Corruption Perception Index : CPI) ของประเทศไทยมีลำดับคะแนนดีขึ้น</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>ค่าเป้าหมาย</p> | <p>ระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานอยู่ในระดับสูงมาก</p> <table border="1" data-bbox="485 1361 1445 1480"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 61</td> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 90</td> </tr> </table> <p>คะแนนระดับคุณธรรมในความโปร่งใสในการดำเนินงาน</p> <table border="1" data-bbox="485 1536 1445 1653"> <tr> <td>ระดับ</td> <td>สูงมาก</td> <td>สูง</td> <td>ปานกลาง</td> <td>ต่ำ</td> <td>ต่ำมาก</td> </tr> <tr> <td>คะแนน</td> <td>80-100</td> <td>60-79.99</td> <td>40-59.99</td> <td>20-39.99</td> <td>0-19.99</td> </tr> </table> | ปีงบประมาณ 61 | ปีงบประมาณ 62 | ปีงบประมาณ 63 | ปีงบประมาณ 64 | ร้อยละ 90 | ร้อยละ 90 | ร้อยละ 90 | ร้อยละ 90 | ระดับ | สูงมาก | สูง | ปานกลาง | ต่ำ | ต่ำมาก | คะแนน | 80-100 | 60-79.99 | 40-59.99 | 20-39.99 | 0-19.99 |
| ปีงบประมาณ 61 | ปีงบประมาณ 62 | ปีงบประมาณ 63 | ปีงบประมาณ 64 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ร้อยละ 90 | ร้อยละ 90 | ร้อยละ 90 | ร้อยละ 90 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ระดับ | สูงมาก | สูง | ปานกลาง | ต่ำ | ต่ำมาก | | | | | | | | | | | | | | | | |
| คะแนน | 80-100 | 60-79.99 | 40-59.99 | 20-39.99 | 0-19.99 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง(ระบุหน่วยงานและผลงานปี 2558)</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p> | <p>หน่วยงานย่อย ทั้งหมดในโรงพยาบาล</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>แหล่งข้อมูล</p> | <p>แบบประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ประจำปีงบประมาณ</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|----------|---------------|-------|-------|
| | พ.ศ. 2561 ของสำนักงาน ป.ป.ช. เฉพาะแบบประเมิน Evidence Base Integrity and Transparency Assessment | | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | (A/B)*100 ตัวตั้ง (A) หมายถึง จำนวนหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตนเองตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base) ตัวหาร (B) หมายถึง จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน ITA | | | | |
| ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน) | ไตรมาสที่ 1,2,3 และ 4 หมายเหตุ : หน่วยงานทั้งหมด ประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใสตรวจสอบได้ตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base) ประเมินตนเองไตรมาสที่ 1 รอบสามเดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 3 (เดือนมิถุนายนของทุกปี) และไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายนของทุกปี) | | | | |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | หน่วยวัด | หน่วยวัด | Baseline data | | |
| | | | 2558 | 2559 | 2560 |
| | ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Transparency Assessment : ITA) เฉพาะหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based) | ร้อยละ | 80 | 80.90 | 96.97 |

เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน : ระดับการทำงานที่คาดหวังแต่ละไตรมาส

ปี 2561 :

| รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน |
|-------------|-------------|-------------|--------------|
| ระดับ 3 (5) | 80 | 85 | 90 |

ปี 2562 :

| รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน |
|-------------|-------------|-------------|--------------|
| ระดับ 3 (5) | 80 | 85 | 90 |

ปี 2563 :

| รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน |
|-------------|-------------|-------------|--------------|
| ระดับ 3 (5) | 80 | 85 | 90 |

ปี 2564 :

| รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน |
|-------------|-------------|-------------|--------------|
| ระดับ 3 (5) | 80 | 85 | 90 |

ปี 2565 :

| รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน |
|-------------|-------------|-------------|--------------|
| ระดับ 3 (5) | 80 | 85 | 90 |

หมายเหตุ :

| รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน |
|---|--|--|--|
| หน่วยงานประเมินตนเอง ตามแบบประเมินหลักฐาน เชิงประจักษ์(Evidence Base Integrity & Transparency Assessment : EBIT) | หน่วยงานประเมินตนเอง ตามแบบประเมินหลักฐาน เชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity & Transparency Assessment : EBIT) | หน่วยงานประเมินตนเอง ตามแบบประเมินหลักฐาน เชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity & Transparency Assessment : EBIT) | หน่วยงานประเมินตนเอง ตามแบบประเมินหลักฐาน เชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity & Transparency Assessment : EBIT) |
| Small Success : ตรวจหลักฐาน เชิงประจักษ์ประเด็น การจัดซื้อจัดจ้างเท่านั้น ในไตรมาสที่ 1 เดือนธันวาคม ของทุกปี | ตรวจหลักฐาน เชิงประจักษ์ทุกข้อ ในไตรมาสที่ 2 เดือนมีนาคม ของทุกปี | ตรวจหลักฐาน เชิงประจักษ์ ทุกข้อ ในไตรมาสที่ 3 เดือนมิถุนายน ของทุกปี | ตรวจหลักฐาน เชิงประจักษ์ทุกข้อ ในไตรมาสที่ 4 เดือนกันยายน ของทุกปี |
| ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด | นางสาวสุภาพร จันทิชัย | | |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | นางสุภาภรณ์ คณะเวทย์ | | |

| | | | | | | |
|---|--|---------------|---------|---------|---------|---------|
| ตัวชี้วัดที่ 9 | ระดับความสำเร็จในการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศให้ตอบสนองต่อการบริการและบริหารขององค์กร | | | | | |
| วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด | ใช้วัดประสิทธิภาพในการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาลมหาสารคาม | | | | | |
| คำนิยาม | <p>ระดับความสำเร็จ หมายถึง มีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศให้มีประสิทธิภาพ คือ มีข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ตอบสนองต่อการบริการและบริหารขององค์กร</p> <p>ข้อมูล 43 แฟ้ม คือ โครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข Health Data Center (HDC)</p> <p>เกณฑ์คุณภาพข้อมูลตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข คือ คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย หมายถึง ข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ (Ill Defined) ของจังหวัดไม่เกินร้อยละ 25 ของการตายทั้งหมด ข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ หมายถึง การเขียนรูปแบบการตายเป็น สาเหตุการตาย และการระบุสาเหตุไม่ชัดเจน เช่น หัวใจล้มเหลว หายใจล้มเหลว ชรา ฯลฯ ประกอบด้วย รหัสโรคดังต่อไปนี้ - symptoms, signs and ill-defined conditions (ICD10 codes R00-R99) - injuries undetermined whether intentional or unintentional (ICD10 Code Y10-Y34, Y87.2) - ill-defined cancers (ICD10 Code C80, and C97) - ill-defined cardiovascular diseases (ICD10 Code I47.2, I49.0, I46, I50, I51.4, I51.5, I51.6, I51.9 and I70.9).</p> | | | | | |
| ค่าเป้าหมาย | ปี 2561 ...ระดับ4... | | | | | |
| ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง (ระบุหน่วยงานและผลงานปี 2560) | หน่วยงาน.....ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ รพ. มหาสารคาม..... ผลงาน ปี 2560=.....ระดับ 3..... | | | | | |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับข้อมูล 43 แฟ้ม และข้อมูลการเรียกเก็บ | | | | | |
| แหล่งข้อมูล | โปรแกรมตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูล 43 แฟ้ม และข้อมูลการเรียกเก็บ ได้แก่ ฐานข้อมูล HDC (http://mkm.hdc.moph.go.th), Cockpit ในการบริการจัดการองค์กร | | | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | วัดระดับความสำเร็จตามเกณฑ์ที่กำหนด | | | | | |
| ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน) | ทุก 6 เดือน | | | | | |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | หน่วยวัด | Baseline data | | | | |
| | | 2558 | 2559 | 2560 | 2561 | 2562 |
| | ระดับความสำเร็จ | ระดับ 3 | ระดับ 3 | ระดับ 3 | ระดับ 4 | ระดับ 5 |

เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน

1. 1คะแนน คือ ระดับ 1 : มีคณะกรรมการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ และกำหนดผู้รับผิดชอบข้อมูล 43 แฟ้ม และข้อมูลการเรียกเก็บครบถ้วนและข้อมูลการเรียกเก็บมีความครบถ้วนถูกต้อง <85%
2. 2คะแนน คือ ระดับ 2 : ระดับ 1 ร่วมกับข้อมูล 43 แฟ้ม และข้อมูลการเรียกเก็บมีความครบถ้วนถูกต้อง 85-89% พร้อมทั้งมีการทบทวน และแนวทางการแก้ไข
3. 3 คะแนน คือ ระดับ3 : ระดับ 2 ร่วมกับข้อมูล 43 แฟ้ม และข้อมูลการเรียกเก็บมีความครบถ้วนถูกต้อง 90-94% พร้อมทั้งมีการทบทวน และแนวทางการแก้ไข และผ่านการรับรองมาตรฐานระบบเทคโนโลยีสารสนเทศจากสมาคมเวชสารสนเทศไทย ระดับ1
4. 4 คะแนน คือ ระดับ 4 : ระดับ 3 ร่วมกับข้อมูล 43 แฟ้ม และข้อมูลการเรียกเก็บมีความครบถ้วนถูกต้อง 95-99% พร้อมทั้งมีการทบทวน และแนวทางการแก้ไข และผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข และผ่านการรับรองมาตรฐานระบบเทคโนโลยีสารสนเทศจากสมาคมเวชสารสนเทศไทย ระดับ2 ระบบ Monitoring & Evaluation KPI Cockpit
5. 5 คะแนน คือ ระดับ 5 : ระดับ 4 ร่วมกับข้อมูล 43 แฟ้ม และข้อมูลการเรียกเก็บมีความครบถ้วนถูกต้อง>99% ผ่านการรับรองมาตรฐานระบบเทคโนโลยีสารสนเทศจากสมาคมเวชสารสนเทศไทยใน ระดับ3 และผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลทั้งของกระทรวงสาธารณสุขพร้อมใช้ระบบ Monitoring & Evaluation KPI Cockpitอย่างต่อเนื่อง

| | |
|-----------------------|----------------------------|
| ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด | ภ.ญ. กาญจนารณ์ ตาราไต |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | นพ. สุกชาย เลยวานิชย์เจริญ |

| | |
|-----------------------|--|
| ตัวชี้วัดที่ 10 | ผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐาน Green & Clean Hospital |
| วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด | เพื่อความปลอดภัย เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของบุคลากรและผู้รับบริการ เป็นโรงพยาบาลที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม ไม่ส่งผลกระทบต่อชุมชน |
| คำนิยาม | <p>โรงพยาบาลที่พัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital หมายถึง โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข (รพศ.รพช.รพท และรพ.สังกัดกรมวิชาการ) ดำเนินงานตามเกณฑ์ ดังนี้</p> <p>ระดับพื้นฐาน</p> <p>ขั้นตอนที่ 1. การสร้างกระบวนการ</p> <p>1. การสร้างกระบวนการพัฒนาจัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนาศักยภาพ และ สร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร</p> <p>ขั้นตอนที่ 2. จัดกิจกรรม GREEN</p> <p>G: GARBAGE</p> <p>2. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย กฎกระทรวงว่าด้วย การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2535</p> <p>3. มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอินทรีย์ มูลฝอยอื่น ๆ ไปยังที่พักรวมมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ</p> <p>R : RESYROOM</p> <p>4. มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมสะอาด เพียงพอ และปลอดภัยที่อาคารผู้ป่วยนอก</p> <p>E : ENERGY</p> <p>5. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตาม มาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร</p> <p>E : ENVIRONMENT</p> <p>6. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียว และพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วยรวมทั้งผู้มารับบริการ</p> <p>7. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ</p> <p>N: NUTRITION</p> <p>8. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัยในระดับพื้นฐาน</p> <p>9. ร้อยละ 80 ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาล อาหารของกรมอนามัย</p> <p>10. จัดให้มีบริการน้ำดื่มสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน</p> |

| | | | | | |
|--|--|------------|---------------|------------|------------|
| | <p>ระดับดี</p> <p>11. มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภทถูกสุขลักษณะ</p> <p>12. มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยใน (OPD)</p> <p>ระดับดีมาก</p> <p>13. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์ และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน</p> <p>14. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community</p> | | | | |
| ค่าเป้าหมาย | ปี 2561 เป้าหมาย ระดับดีมาก | | | | |
| ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง (ระบุหน่วยงานและผลงาน ปี 2560) | ปี 2560 เป้าหมาย ระดับดี | | | | |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | โรงพยาบาลมหาสารคาม | | | | |
| แหล่งข้อมูล | คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย โรงพยาบาลมหาสารคาม | | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | <p>$(A/B)*100$</p> <p>ตัวตั้ง (A) หมายถึง โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐาน Green & Clean Hospital</p> <p>ตัวหาร (B) หมายถึง ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน Green & Clean Hospital ระดับดีมาก ทั้งหมด 14 ข้อ</p> | | | | |
| ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน) | ปีละ 4 ครั้ง | | | | |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | หน่วยวัด | | Baseline data | | |
| | | | 2558 | 2559 | 2560 |
| | โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐาน Green & Clean Hospital | | N/A | N/A | ระดับดี |
| เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ 5 ปี (ค่าเป็นร้อยละ) | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 | 2565 |
| | ระดับดีมาก | ระดับดีมาก | ระดับดีมาก | ระดับดีมาก | ระดับดีมาก |

| | |
|---|---|
| เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน | |
| 1 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำกว่าพื้นฐาน (1-5 ข้อ) | |
| 2 คะแนน หมายถึง ระดับพอใช้ (5-7 ข้อ) | |
| 3 คะแนน หมายถึง ระดับพื้นฐาน (7-10 ข้อ) | |
| 4 คะแนน หมายถึง ระดับดี (10-12 ข้อ) | |
| 5 คะแนน หมายถึง ระดับดีมาก (12-14 ข้อ) | |
| ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด | นายนิพนธ์ นาสุริวงศ์ / นายอนุชิต พรหมรักษ์ |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | แต่งตั้งคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย |

| | |
|-----------------------|---|
| ตัวชี้วัดที่ 11 | ระดับความสำเร็จของการบริหารและพัฒนาบุคลากร |
| วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด | เพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในโรงพยาบาลมหาสารคามให้มีความพร้อม ด้านสมรรถนะการปฏิบัติงานบริการเพื่อรองรับระบบบริการ (Service Plan) และพัฒนาบุคลากรด้านบริหารตลอดจนการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ |
| คำนิยาม | <p>การพัฒนาบุคลากร หมายถึง กระบวนการบริหารงานบุคคลที่ต้องปฏิบัติอยู่ตลอดเวลาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพให้กับบุคลากร ตลอดจนทำให้บุคลากรมีความเติบโตก้าวหน้าและทันต่อการเปลี่ยนแปลง ซึ่งการพัฒนาบุคลากรสามารถดำเนินการได้ 2 รูปแบบ คือ แบบที่เป็นทางการ เช่น การบรรยาย การฝึกอบรม และแบบที่ไม่เป็นทางการ เช่น การสอนงาน การเป็นพี่เลี้ยง การสอนแนะ (Coaching) และการสอนงานอย่างใกล้ชิด</p> <p>บุคลากร หมายถึง บุคลากร 5 กลุ่ม ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. บุคลากรวิชาชีพ (Health Professionals) มี 7 สายงาน ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด และนักวิชาการสาธารณสุข 2. บุคลากรสหวิชาชีพ (Allied Health Professionals) ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> 2.1 บุคลากรซึ่งเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ 7 สายงาน ได้แก่ นักรังสีการแพทย์ นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยาคลินิก/นักจิตวิทยา นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก นักฟิสิกส์รังสี และแพทย์แผนไทย 2.2 บุคลากรอื่น มี 7 สายงาน ได้แก่ นักวิชาการทันตสาธารณสุข นักโภชนาการ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการศึกษาพิเศษ นักกายอุปกรณ์ นักวิชาการอาหารและยา 3. บุคลากรสนับสนุน (Associates Health personal) ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานเวชสถิติ เจ้าหน้าที่งานเวชกิจฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่งานวิทยาศาสตร์การแพทย์ และเจ้าหน้าที่งานรังสีการแพทย์ 4. บุคลากรสายสนับสนุน (Back office) ประกอบด้วย นักวิชาการ/เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชี, นักทรัพยากรบุคคล, นักจัดการงานทั่วไป/นักวิชาการเจ้าหน้าที่งานพัสดุ, นิติกร, นักสถิติ, นักวิชาการ/เจ้าหน้าที่งานคอมพิวเตอร์, นักวิชาการ/เจ้าหน้าที่งานโสตทัศนศึกษา/เจ้าหน้าที่งานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์, เจ้าหน้าที่งานธุรการ 5. บุคลากรผู้ทำหน้าที่บริหารงาน ประกอบด้วย ระดับสูง ระดับกลาง ระดับต้น |

| | | | | | |
|---|---|---------------|-------|-------|------|
| ค่าเป้าหมาย | ค่าเป้าหมาย | 2559 | 2560 | 2561 | |
| | ร้อยละ | 70 | 75 | 80 | |
| ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง (ระบุหน่วยงานและผลงาน ปี 2560) | - | | | | |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | บุคลากรทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลมหาสารคาม | | | | |
| แหล่งข้อมูล | หน่วยงานในโรงพยาบาลมหาสารคาม | | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | (A/B)*100 ตัวตั้ง (A) หมายถึง จำนวนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาในปีที่วัดผล ตัวหาร (B) หมายถึง จำนวนบุคลากรเป้าหมายที่กำหนด | | | | |
| ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน) | ครั้งที่ 1 ภายใน 15 มีนาคม 2561 ครั้งที่ 2 ภายใน 15 กันยายน 2561 | | | | |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | หน่วยวัด | Baseline data | | | |
| | | 2558 | 2559 | 2560 | |
| | ร้อยละ | 68.96 | 80.68 | 90.81 | |
| เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ 5 ปี (ค่าเป็นร้อยละ) | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 | 2565 |
| | 90 | 90 | 95 | 95 | 98 |
| เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน 1 คะแนน หมายถึง หน่วยงานมีผลการวิเคราะห์ความต้องการและความจำเป็นในการพัฒนาบุคลากรตามสภาพปัญหาและบริบทของหน่วยงาน 2 คะแนน หมายถึง มีแผนการพัฒนาบุคลากรสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ความต้องการและความจำเป็นตามแผนพัฒนาบุคลากร 3 คะแนน หมายถึง หน่วยงานดำเนินการพัฒนาตามแผนอย่างน้อย ร้อยละ 70 ตามแผน 4 คะแนน หมายถึง หน่วยงานดำเนินการติดตามแผนและประเมินผลการพัฒนาบุคลากร รอบ 6 เดือน > 35% รอบ 12 เดือน > 70% 5 คะแนน หมายถึง สรุปรายงานผลการพัฒนาบุคลากร ปัญหา อุปสรรค และโอกาสพัฒนา | | | | | |
| ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด | นางทิพย์พาดิ มาริน | | | | |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | ทพญ.เพ็ญนภา เหลียงไพบูลย์ | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---------------|------|-------|------|
| ตัวชี้วัดที่ 12 | ระดับดัชนีชี้วัดความสุขของบุคลากรในองค์กร | | | | |
| วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด | เพื่อนำผลการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work life Index) มาใช้ในการพัฒนาองค์กร การบริหารงาน การดำเนินการต่างๆ เพื่อส่งเสริมความสุขในการทำงานอย่างตรงประเด็น ซึ่งจะส่งผลให้บุคลากรเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงานให้บรรลุเป้าหมายร่วมขององค์กร “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” | | | | |
| คำนิยาม | หน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงานไปใช้ หมายถึง หน่วยงานในโรงพยาบาลมหาสารคามทุกระดับที่มีการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) รายบุคคล และนำผลการวิเคราะห์มาใช้ | | | | |
| ค่าเป้าหมาย | ค่าเป้าหมาย | 2560 | 2561 | | |
| | ร้อยละ | 61.30 | 65 | | |
| ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง (ระบุหน่วยงานและผลงาน ปี 2560) | - รพ.ขอนแก่น ร้อยละ 60.21 - รพ.กาฬสินธุ์ ร้อยละ 60.75 | | | | |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | บุคลากรทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลมหาสารคาม | | | | |
| แหล่งข้อมูล | หน่วยงานในโรงพยาบาลมหาสารคาม | | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | (A/B)*100 ตัวตั้ง (A) หมายถึง จำนวนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาในปีที่วัดผล ตัวหาร (B) หมายถึง จำนวนบุคลากรเป้าหมายที่กำหนด | | | | |
| ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน) | ครั้งที่ 1 ภายในเดือนกรกฎาคม 2561 | | | | |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | หน่วยวัด | Baseline data | | | |
| | | 2558 | 2559 | 2560 | |
| | | - | - | 61.30 | |
| เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ 5 ปี (ค่าเป็นร้อยละ) | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 | 2565 |
| | 65 | 70 | 75 | 75 | 75 |
| เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน | | | | | |
| 1 คะแนน หมายถึง ชี้แจงแนวทางการวัดดัชนีความสุขของคนทำงานและการนำดัชนีความสุขของคนทำงานไปใช้ | | | | | |
| 2 คะแนน หมายถึง มีการสำรวจข้อมูล | | | | | |
| 3 คะแนน หมายถึง มีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล และนำเสนอผลต่อผู้บริหาร | | | | | |
| 4 คะแนน หมายถึง มีการทำแผนพัฒนาความสุขของคนทำงาน | | | | | |
| 5 คะแนน หมายถึง มีการใช้แผนพัฒนาความสุขของคนทำงาน | | | | | |

| | |
|-----------------------|---------------------------|
| ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด | นางทิพย์พาณี มารีน |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | ทพญ.เพ็ญนภา เหลียงไพบูลย์ |

| | |
|---|---|
| ตัวชี้วัดที่ 13 | จำนวนผลงานวิชาการ/นวัตกรรมด้านสุขภาพที่ได้ประกาศใช้ในโรงพยาบาล มหาสารคาม/ได้รับรางวัลระดับมทรรรมโรงพยาบาลมหาสารคามขึ้นไป/ได้เผยแพร่ ตีพิมพ์ |
| วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด | <ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผลงานวิชาการ/นวัตกรรมด้านสุขภาพ ได้เผยแพร่/ตีพิมพ์ ในทุกระดับ 2. เพื่อให้ผลงานวิชาการด้านสาธารณสุขของโรงพยาบาลมหาสารคามมีคุณภาพ ได้มาตรฐาน เป็นที่ยอมรับในระบบวิชาการสาธารณสุข 3. เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรโรงพยาบาลมหาสารคามทุกหน่วยงาน ทุกระดับด้านการวิจัย การนำเสนอผลงาน และการเผยแพร่ผลงานให้เป็นที่ยอมรับ โดยยึดกรอบและหลักเกณฑ์การจัดทำผลงานวิชาการ ตามสำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขกำหนด |
| คำนิยาม | <p>ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ หมายถึง องค์ความรู้ทางการแพทย์/การสาธารณสุขที่ผ่านการวิจัย/พัฒนา ได้แก่ นิพนธ์ต้นฉบับ (original article) บทปริทัศน์ (review article) บทความพิเศษ (special article) บทความฟื้นฟู (refresher course) รายงานเบื้องต้น (preliminary report) หรือรายงานสังเขป (short communication) รายงานผู้ป่วย (case report) ปกิณกะ (miscellany) และ นวัตกรรม (innovation)</p> <p>ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพได้เผยแพร่/ตีพิมพ์ หมายถึง องค์ความรู้ทางการแพทย์/การสาธารณสุขที่ผ่านการวิจัย/พัฒนา ได้รับการถ่ายทอด เผยแพร่สู่กลุ่มเป้าหมายที่กำหนดในช่องทาง/สื่อต่างๆ รวมถึงที่ได้เผยแพร่ในการประชุมวิชาการ ทั้งในระดับประเทศและต่างประเทศ และนำไปใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ที่ระบุในโครงการวิจัยหรือรายงานการวิจัย สามารถนำไปแก้ปัญหาได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยมีหลักฐานปรากฏอย่างชัดเจนถึงการนำไปใช้จนก่อให้เกิดประโยชน์ได้จริงอย่างชัดเจน หรือมีการใช้ประโยชน์เชิงวิชาการในการอ้างอิง (Citation) ในบทความวิชาการ ระดับชาติหรือนานาชาติ หรือลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารที่ได้มาตรฐานผ่านเกณฑ์คุณภาพของศูนย์ดัชนีอ้างอิงวารสารไทย (TCI: Thai-Journal Citation Index Centre) อยู่ในวารสารกลุ่มที่ 1</p> |
| ค่าเป้าหมาย | ≥ 10 เรื่อง/ปี |
| ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง(ระบุหน่วยงานและผลงาน ปี 2560) | - |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | ทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลมหาสารคาม |
| แหล่งข้อมูล | <ol style="list-style-type: none"> 1. เอกสารที่เกี่ยวข้อง 2. ฐานข้อมูลงานวิจัยระดับ รพ./สสจ./เขต 7/กระทรวงสาธารณสุข |

| | | | | | |
|--|---|----------------|----------------|----------------|----------------|
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | - | | | | |
| ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้อง รายงาน) | รายงาน 1 ครั้ง/ปี (เดือนกันยายน) | | | | |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | หน่วยวัด | Baseline data | | | |
| | | 2558 | 2559 | 2560 | |
| | | - | - | - | |
| เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ 5 ปี (ค่าเป็นร้อยละ) | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 | 2565 |
| | ≥ 10 เรื่อง/ปี | ≥ 12 เรื่อง/ปี | ≥ 14 เรื่อง/ปี | ≥ 16 เรื่อง/ปี | ≥ 18 เรื่อง/ปี |
| เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน | | | | | |
| <p>1 คะแนน หมายถึง จำนวนผลงานวิชาการ/นวัตกรรมด้านสุขภาพที่ได้ประกาศใช้/ได้รับรางวัล/ตีพิมพ์เผยแพร่ต่ำกว่า 8 เรื่อง/ปี</p> <p>2 คะแนน หมายถึง จำนวนผลงานวิชาการ/นวัตกรรมด้านสุขภาพที่ได้ประกาศใช้/ได้รับรางวัล/ตีพิมพ์เผยแพร่ 8 - 10 เรื่อง/ปี</p> <p>3 คะแนน หมายถึง จำนวนผลงานวิชาการ/นวัตกรรมด้านสุขภาพที่ได้ประกาศใช้/ได้รับรางวัล/ตีพิมพ์เผยแพร่ 10 - 12 เรื่อง/ปี</p> <p>4 คะแนน หมายถึง จำนวนผลงานวิชาการ/นวัตกรรมด้านสุขภาพที่ได้ประกาศใช้/ได้รับรางวัล/ตีพิมพ์เผยแพร่ 12 - 14 เรื่อง/ปี</p> <p>5 คะแนน หมายถึง จำนวนผลงานวิชาการ/นวัตกรรมด้านสุขภาพที่ได้ประกาศใช้/ได้รับรางวัล/ตีพิมพ์เผยแพร่ 14 เรื่อง/ปี ขึ้นไป</p> | | | | | |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดหลัก | นพ.สุตชาย เลยวานิชย์เจริญ | | | | |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดรอง | พญ.กิตติยา ตียาภักดิ์ พญ.ณัฐวรรีรัตน์ อเนกวิทย์ นพ.ธนิน ฐิติพรรณกุล | | | | |
| ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด | นางสาวประภาพร ฝ่ายดี | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---------------|------|-------|------|
| ตัวชี้วัดที่ 14 | ร้อยละความพึงพอใจผู้ใช้บัณฑิต | | | | |
| วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด | เพื่อให้สถาบันอุดมศึกษามุ่งพัฒนาศักยภาพในการจัดการเรียนการสอนและการให้บริการให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้บัณฑิต และผู้เรียน ตามเกณฑ์แพทยสภา | | | | |
| คำนิยาม | <ol style="list-style-type: none"> พิจารณาจากผลสำรวจความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิต โดยได้รับความร่วมมือจากโรงพยาบาลที่บัณฑิตแพทย์ไปฝึกปฏิบัติงานเป็นแพทย์เพิ่มพูนทักษะ (Intern) บัณฑิต หมายถึง นักศึกษาแพทย์ผู้สำเร็จการศึกษา และไปฝึกปฏิบัติงานเป็นแพทย์เพิ่ม (Intern) ผู้ใช้บัณฑิต หมายถึง ผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน และทีมสหวิชาชีพที่บัณฑิตแพทย์ได้ร่วมปฏิบัติงาน | | | | |
| ค่าเป้าหมาย | 100 | | | | |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | ผู้ใช้บัณฑิต | | | | |
| แหล่งข้อมูล | สถาบันปฏิบัติงาน | | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | $\frac{\text{จำนวนข้อที่ตอบความพึงพอใจระดับน้อย ถึงมากที่สุด} \times 100}{\text{จำนวนข้อคำถามในแบบสอบถามทั้งหมด}}$ | | | | |
| ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน) | พฤษภาคม | | | | |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | หน่วยวัด | Baseline data | | | |
| | | 2558 | 2559 | 2560 | |
| | ร้อยละ | NA | NA | 84.64 | |
| เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ 5 ปี (ค่าเป็นร้อยละ) | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 | 2565 |
| | ≥80 | ≥80 | ≥80 | ≥80 | ≥80 |
| เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน | | | | | |
| 1 คะแนน หมายถึง 40 - 49 | | | | | |
| 2 คะแนน หมายถึง 50 - 59 | | | | | |
| 3 คะแนน หมายถึง 60 - 69 | | | | | |
| 4 คะแนน หมายถึง 70 - 79 | | | | | |
| 5 คะแนน หมายถึง ≥80 | | | | | |
| ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด | นางปยุตย นุช ดาหาญ | | | | |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | งานการศึกษาหลังปริญญา | | | | |

| | | | | |
|--|--|---------------|------|---------|
| ตัวชี้วัดที่ 15 | ร้อยละของนักศึกษาแพทย์สอบผ่าน NL2,NL3 | | | |
| วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด | เพื่อควบคุมกำกับจัดการเรียนการสอนให้เป็นไปตามแผนการผลิตแพทย์ ให้สำเร็จการศึกษาและสอบผ่านเกณฑ์ภายในระยะเวลาที่กำหนดตามหลักสูตร | | | |
| คำนิยาม | ร้อยละนักศึกษาชั้นคลินิก สอบผ่าน NL2,NL3 ในครั้งแรก โดยคำนวณจากจำนวนนักศึกษาชั้นคลินิก ที่สอบผ่าน NL2,NL3 ในครั้งแรก x 100หารด้วยจำนวนนักศึกษาชั้นคลินิกทั้งหมดที่มีสิทธิ์สอบ NL2,NL3 ในครั้งแรก | | | |
| ค่าเป้าหมาย | 100 | | | |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | จำนวนนักศึกษาชั้นคลินิกทั้งหมดที่มีสิทธิ์สอบ | | | |
| แหล่งข้อมูล | ศรว. http://cmathai.org/ | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | $\frac{\text{จำนวนนักศึกษาชั้นคลินิกที่สอบผ่าน NL2 ในครั้งแรก} \times 100}{\text{จำนวนนักศึกษาชั้นคลินิกทั้งหมดที่มีสิทธิ์สอบ}}$ | | | |
| ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้อง รายงาน) | พฤษภาคม | | | |
| รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน | หน่วยวัด | Baseline data | | |
| | | 2558 | 2559 | 2560 |
| | ร้อยละ | 91 | 100 | รอผลสอบ |
| เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ 5 ปี (ค่าเป็นร้อยละ) | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 |
| | 100 | 100 | 100 | 100 |
| | 2565 | | | |
| เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน | | | | |
| 1 คะแนน หมายถึง ≤ 60 | | | | |
| 2 คะแนน หมายถึง 61-69 | | | | |
| 3 คะแนน หมายถึง 70-79 | | | | |
| 4 คะแนน หมายถึง 80-89 | | | | |
| 5 คะแนน หมายถึง 90-100 | | | | |
| ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด | นางสาวอนงค์ อรรถवाल | | | |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | งานทะเบียนและวัดผลการศึกษา | | | |

| | | | | | |
|--|--|---------------|------|--|------|
| ตัวชี้วัดที่ 16 | ร่วมผลิต residency training อย่างน้อย 2 สาขาหลัก มี resident training (FM/ER) | | | | |
| วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด | เพื่อให้ศูนย์แพทยศาสตร์สามารถผลิตแพทย์เฉพาะทางได้เอง | | | | |
| คำนิยาม | โรงพยาบาลมหาสารคามมีกรอบอัตรากำลังอาจารย์แพทย์ครบทุกสาขาวิชาและสามารถเปิดสอนนักศึกษาแพทย์ได้และมีความพร้อมในการผลิตแพทย์เฉพาะทางได้เอง | | | | |
| ค่าเป้าหมาย | 2 สาขาหลัก | | | | |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | แพทย์เพิ่มพูนทักษะที่มีความประสงค์ศึกษาแพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์ครอบครัว และ เวชศาสตร์ฉุกเฉิน | | | | |
| แหล่งข้อมูล | แพทยสภา / ราชวิทยาลัยเวชศาสตร์ครอบครัว เวชศาสตร์ฉุกเฉิน | | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | | | | | |
| ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน) | กรกฎาคม | | | | |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | หน่วยวัด | Baseline data | | | |
| | | 2558 | 2559 | 2560 | |
| | สาขา | NA | NA | ผ่านการรับรองจากราชวิทยาลัยเวชศาสตร์ครอบครัวแล้ว | |
| เป้าหมายการดำเนินงานระยะ 5 ปี (ค่าเป็นร้อยละ) | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 | 2565 |
| | 1 | 1 | 2 | 2 | 3 |
| เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน 1 คะแนน หมายถึง 2 คะแนน หมายถึง 3 คะแนน หมายถึง 4 คะแนน หมายถึง 5 คะแนน หมายถึง สามารถเปิดสอนแพทย์เฉพาะทางจำนวน 1 สาขา ในปี 2561 | | | | | |
| ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด | นางปยุตย นุช ดาหาญ | | | | |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | งานการศึกษาหลังปริญญา | | | | |

KPI กลยุทธ์ 49 KPI

| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="4">Baseline data</th> </tr> <tr> <th>หัวใจ</th> <th>มะเร็ง</th> <th>อุบัติเหตุ</th> <th>ทารกแรกเกิด</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2558 (รวมรายเก่า/รายใหม่)</td> <td>21</td> <td>36</td> <td>12</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2559 (รายใหม่)</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2560 (รายใหม่)</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> | หน่วยวัด | Baseline data | | | | หัวใจ | มะเร็ง | อุบัติเหตุ | ทารกแรกเกิด | 2558 (รวมรายเก่า/รายใหม่) | 21 | 36 | 12 | 0 | 2559 (รายใหม่) | 0 | 2 | 0 | 0 | 2560 (รายใหม่) | 0 | 0 | 1 | 0 |
|--|---|-----------|------------------|-------------|------------------|------|-------|--------|------------|---|------------------------------|-----|----|----|---|----------------|---|----|----|----|----------------|----|---|---|---|
| หน่วยวัด | Baseline data | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | หัวใจ | มะเร็ง | อุบัติเหตุ | ทารกแรกเกิด | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2558 (รวมรายเก่า/รายใหม่) | 21 | 36 | 12 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2559 (รายใหม่) | 0 | 2 | 0 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2560 (รายใหม่) | 0 | 0 | 1 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| เป้าหมายการดำเนินงานระยะ 5 ปี (ค่าเป็นลดลงร้อยละ) | <table border="1"> <thead> <tr> <th>2561</th> <th>2562</th> <th>2563</th> <th>2564</th> <th>2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>10</td> <td>20</td> <td>30</td> <td>40</td> <td>50</td> </tr> </tbody> </table> <p>แนวทางการดำเนินงาน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีโครงสร้างและการบริหารจัดการของศูนย์ประสานการส่งต่อระดับจังหวัด 2. มีคำสั่งคณะกรรมการ ในการพัฒนาระบบส่งต่อ 3. มีแผนงานโครงการในการพัฒนาระบบส่งต่อ 4. มีกระบวนการ Referral Audit 5. บุคลากรในระบบส่งต่อผ่านการพัฒนาทักษะในการดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อร้อยละ 100 6. พนักงานขับรถผ่านการอบรมหลักสูตร Ambulance Safety Driver ร้อยละ 100 7. คุณภาพการดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อตามแนวทางการปฏิบัติ ร้อยละ 90 | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 | 2565 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | | | | | | | | | | | | | | |
| 2561 | 2562 | 2563 | 2564 | 2565 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน <table border="1"> <thead> <tr> <th>ตัวชี้วัด</th> <th>หน่วยวัด</th> <th>น้ำหนัก</th> <th colspan="5">เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">จำนวนส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตบริการสุขภาพลดลง (ลดลงร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา ของ 4 สาขา คือ หัวใจ มะเร็ง อุบัติเหตุ และทารกแรกเกิด)</td> <td rowspan="2">ร้อยละ</td> <td rowspan="2">0.5</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>20</td> <td>30</td> <td>40</td> <td>50</td> </tr> </tbody> </table> | | ตัวชี้วัด | หน่วยวัด | น้ำหนัก | เกณฑ์การให้คะแนน | | | | | จำนวนส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตบริการสุขภาพลดลง (ลดลงร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา ของ 4 สาขา คือ หัวใจ มะเร็ง อุบัติเหตุ และทารกแรกเกิด) | ร้อยละ | 0.5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | | | |
| ตัวชี้วัด | หน่วยวัด | น้ำหนัก | เกณฑ์การให้คะแนน | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| จำนวนส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตบริการสุขภาพลดลง (ลดลงร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา ของ 4 สาขา คือ หัวใจ มะเร็ง อุบัติเหตุ และทารกแรกเกิด) | ร้อยละ | 0.5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | นายแพทย์อนันตเดช วงศรียา นางจุลินทร ศรีโพนทัน นางกนกวรรณ เจริญศิริ นางวิไลพร พิณนาดีเลิศ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|-----------------------|--|
| ตัวชี้วัดที่ 2 | ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรกได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด |
| วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด | เพื่อลดระยะเวลาการรอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก (แต่จังหวัดมหาสารคามกำหนดไว้ 3 โรคมะเร็ง ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ และมะเร็งทวารหนัก) |
| คำนิยาม | <p><u>ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด</u> หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์ (28 วันเต็ม) โดยนับจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> - วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่เกิดการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษา มะเร็ง) นับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา - วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา, เคมีบำบัด) โดย นับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา - ในกรณีที่ไม่มี การตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มี การรักษาด้วยวิธีอื่น ให้นับตั้งแต่วันที่ทำการตรวจ วินิจฉัย เช่น วันทำ Imaging โดยนับจากการตรวจวินิจฉัย ครั้งที่ผลนำมาซึ่งการตัดสินใจ รักษา มะเร็งเป็นต้น - กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่แต่ให้แยกรายงาน ออกจาก รายงานผู้ป่วยรายที่วินิจฉัยจากโรงพยาบาลที่รักษาเองเพื่อการสะท้อนกลับในการพัฒนาระบบการส่งต่อ <p>หมายเหตุ ในรายที่วินิจฉัยว่าเป็น Malignant Secondary (Metastatic) และมีแผนการ รักษา คือการผ่าตัด ให้นับจากวันวินิจฉัยว่าเป็น Metastatic ถึงวันที่ได้รับการผ่าตัด ไม่เกิน 4 สัปดาห์และ การรายงานให้แยกกลุ่ม Metastatic</p> <p><u>ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด</u> หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยเคมีบำบัดภายใน 6 สัปดาห์ (จำนวน 42 วันเต็ม) โดยนับจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> - วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่เกิดการวินิจฉัยเป็นมะเร็ง และนำมาสู่การรักษา มะเร็ง) นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก - วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา, ผ่าตัด) นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก (การรักษา ผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด) - กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่นและตัดสินใจแผนการรักษาเป็นเคมีบำบัด ให้นับ แบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่ แต่ให้แยกรายงาน ออกจากรายงานผู้ป่วยรายที่วินิจฉัยจาก โรงพยาบาลที่รักษาเอง เพื่อการสะท้อนกลับในการพัฒนาระบบการส่งต่อ <p><u>ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยรังสีรักษา</u> หมายถึง การกำหนดระยะเวลาใน การเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยรังสีรักษา ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายใน 6 สัปดาห์ (จำนวน 42 วันเต็ม) โดยนับจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> - วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่เกิดการวินิจฉัยเป็นมะเร็ง และนำมาสู่การรักษา มะเร็ง) นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา - วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น เคมีบำบัด, ผ่าตัด) นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับ รังสีรักษา (การรักษา ผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด) - กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่แต่ให้แยกรายงาน ออกจาก รายงานผู้ป่วยรายที่วินิจฉัยจากโรงพยาบาลที่รักษาเอง เพื่อการสะท้อนกลับใน การพัฒนาระบบการส่งต่อ หมายเหตุ ในรายที่วินิจฉัยว่าเป็น Malignant Secondary (Metastatic) และมีแผนการรักษา คือ เคมีบำบัด หรือรังสีรักษา 1) ให้นับจากวันที่ทำการตรวจและผลการตรวจระบุเป็น Metastatic ถึงวันที่ได้รับยาเคมี วันแรก ไม่เกิน 6 สัปดาห์ 2) ให้นับจากวันที่ทำการตรวจและผลการตรวจระบุเป็น Metastatic ถึงวันที่ได้รับรังสีรักษา วันแรก ไม่เกิน 6 สัปดาห์ การรายงานให้แยกกลุ่ม Metastatic |
| ค่าเป้าหมาย | 80% |

| วิธีการจัดเก็บข้อมูล | <ol style="list-style-type: none"> 1. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและมีแผนการรักษา จำแนกตามประเภท การรักษา 2. จำนวนผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการได้รับการรักษา โดยมีระยะเวลาการรอดคอยของแต่ละการ รักษาได้แก่ ศัลยกรรม(S) เคมีบำบัด (C)รังสีรักษา(R)ตามเกณฑ์ที่กำหนด 3. ข้อมูลวันที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ที่ต้องเก็บ ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> 3.1 วันตัดชิ้นเนื้อหรือเซลล์ (Obtained_date) วันที่ส่งตรวจวินิจฉัยโรค มะเร็งและเป็นครั้งที่ตัดชิ้นโรคและนำมาซึ่งการรักษานั้นๆ 3.2 วันผ่าตัด (Operation_date) ในกลุ่มการรักษาด้วยการผ่าตัด 3.3 วันที่ได้รับยาเคมีวันแรกและวันที่ได้รับเคมีวันสุดท้าย ในกลุ่ม การรักษาด้วยเคมีบำบัด 3.4 วันที่ฉายแสงวันแรกและ วันที่ฉายแสงวันสุดท้ายสำหรับการ รักษาด้วยรังสีรักษา กรณีการวินิจฉัยไม่ได้เกิดจากการตรวจชิ้นเนื้อ 3.5 วันที่ทำการตรวจ เช่น วันทำ CT, วันทำ MRI (วันที่ตรวจและผลการตรวจนำมาซึ่ง การรักษามะเร็ง) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|----------|---------------|--|--|------|------|------|---|----|-------|-------|---|-------|-------|-------|--|-----|-------|-------|--|--|
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีผ่าตัด 2. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีเคมีบำบัด 3. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีรังสีรักษา | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| แหล่งข้อมูล | <ol style="list-style-type: none"> 1. จาก Hospital Based Cancer Registry 2. จากหน่วยบริการผู้ป่วยศัลยกรรม ห้องผ่าตัด หน่วยที่ให้บริการผู้ป่วยเคมีบำบัด และ หน่วยที่ให้บริการผู้ป่วยรังสีรักษา | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | <p>(A/B)*100</p> <p>ตัวตั้ง A(S) = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดและได้รับการผ่าตัดรักษา ≤4 สัปดาห์นับตามเกณฑ์ที่กำหนด</p> <p>A(C) = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยเคมีบำบัดและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ≤6 สัปดาห์นับตามเกณฑ์ที่กำหนด</p> <p>A(R) = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยรังสีรักษาและได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ≤ 6 สัปดาห์นับตามเกณฑ์ที่กำหนด</p> <p>ตัวหาร B(S) = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน</p> <p>B(C) = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน</p> <p>B(R) = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน) | ประเมินทุก 6 เดือน วัดระดับเขตสุขภาพแยกรายจังหวัด | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">Baseline data</th> </tr> <tr> <th>2558</th> <th>2559</th> <th>2560</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์</td> <td>88</td> <td>95.39</td> <td>96.56</td> </tr> <tr> <td>2.ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์</td> <td>87.71</td> <td>94.37</td> <td>90.72</td> </tr> <tr> <td>3.ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์</td> <td>100</td> <td>85.94</td> <td>94.02</td> </tr> </tbody> </table> | หน่วยวัด | Baseline data | | | 2558 | 2559 | 2560 | 1.ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ | 88 | 95.39 | 96.56 | 2.ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ | 87.71 | 94.37 | 90.72 | 3.ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ | 100 | 85.94 | 94.02 | | |
| หน่วยวัด | Baseline data | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2558 | 2559 | 2560 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ | 88 | 95.39 | 96.56 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ | 87.71 | 94.37 | 90.72 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ | 100 | 85.94 | 94.02 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|------|------|------|------|
| เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ 5 ปี (ค่าเป็นร้อยละ) | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 | 2565 |
| | 80 | □2 | 82 | 85 | 85 |
| เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน 1. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ \geq 80% 2. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ \geq 80% 3. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ \geq 80% | | | | | |
| ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด | | | | | |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | นางกมลรัตน์ สุปัญญาบุตร รพ.มหาสารคาม โทรศัพท์มือถือ : 088-5629141 E-mail : K_su@windowlive.com | | | | |

| | | | | | |
|--|---|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| ตัวชี้วัดที่ 3-4 | ร้อยละผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One day surgery และ minimally invasive surgery | | | | |
| วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด | 1. ลดความแออัดของหอผู้ป่วยแผนกศัลยกรรม 2. พัฒนาศักยภาพการผ่าตัด และความเชี่ยวชาญระดับสูงในการผ่าตัด MIS | | | | |
| คำนิยาม | One day surgery หมายถึง การผ่าตัด Elective case แบบเข้าไป เย็นกลับ minimally invasive surgery หมายถึง การผ่าตัดโดยลงแผลผ่าตัดขนาดเล็ก หรือ ผ่าตัดผ่านกล้องวิดิทัศน์ | | | | |
| ค่าเป้าหมาย | ODS \geq 15 % MIS \geq 10 % | | | | |
| ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้ เทียบเคียง (ระบุหน่วยงานและ ผลงาน ปี 2560) | *** | | | | |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่แผนกศัลยกรรม เป็น Elective case ที่มีข้อบ่งชี้ในการ ผ่าตัดแบบ One day surgery และ minimally invasive surgery One day surgery ในแต่ละรายโรค Hemorrhoid ,IIH ,Hydroceal,EV minimally invasive surgery ในแต่ละรายโรค SGS , Acute cholecystitis ,CA colon,CA rectum,CA anus | | | | |
| แหล่งข้อมูล | หอผู้ป่วยศัลยกรรม / ห้องผ่าตัด | | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | (A/B)*100 ตัวตั้ง (A) หมายถึง จำนวนครั้งการผ่าตัด ods หรือ MIS ในแต่ละรายโรค ที่กำหนด ใน1 เดือน ตัวหาร (B) หมายถึง จำนวนครั้งการผ่าตัด ในแต่ละรายโรค ที่กำหนดทั้งหมดใน 1 เดือน | | | | |
| ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน) | ทุก 6 เดือน | | | | |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | หน่วยวัด | Baseline data | | | |
| | | 2558 | 2559 | 2560 | |
| | จำนวนครั้งการผ่าตัด ODS | ไม่มี | ไม่มี | ไม่มี | |
| | จำนวนครั้งการผ่าตัด MIS | 364 | 409 | 473 | |
| เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ 5 ปี (ค่าเป็นร้อยละ) | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 | 2565 |
| | ODS \geq 15 % | ODS \geq 15 % | ODS \geq 20 % | ODS \geq 20 % | ODS \geq 25 % |
| | MIS \geq 10 % | MIS \geq 10 % | MIS \geq 15 % | MIS \geq 15 % | MIS \geq 20 % |

เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน

- 1 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยในกลุ่มโรคที่กำหนดได้รับการผ่าตัดตามเป้าหมาย ODS \geq 5 - 9 % , MIS \geq 0-5 %
- 2 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยในกลุ่มโรคที่กำหนดได้รับการผ่าตัดตามเป้าหมาย ODS \geq 10-14% , MIS \geq 6-9 %
- 3 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยในกลุ่มโรคที่กำหนดได้รับการผ่าตัดตามเป้าหมาย ODS \geq 15 -20 % , MIS \geq 10 - 15 %
- 4 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยในกลุ่มโรคที่กำหนดได้รับการผ่าตัดตามมากกว่าเป้าหมาย ODS \geq 21-25 % , MIS \geq 16 -20 % หรือ พัฒนา ODS เป็นแผนกผ่าตัดโดยเฉพาะ, MIS แบบครบวงจร
- 5 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยในกลุ่มโรคที่กำหนดได้รับการผ่าตัดตามมากกว่าเป้าหมาย ODS \geq 26- 30% , MIS \geq 21 - 25 % หรือ พัฒนาเป็นศูนย์ผ่าตัด ODS ,MIS ระดับเขต

| | |
|---------------------|---------------------|
| ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด | นพ. ประวิทย์ แสงวดี |
|---------------------|---------------------|

| | |
|-----------------------|-------------------|
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | นาง อนงค์ คำบุตตา |
|-----------------------|-------------------|

| | | | | |
|---|---|---------------|--------|--------|
| ตัวชี้วัดที่ 5 | โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล RDU1 และ RDU2 | | | |
| วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด | เพื่อประเมินระดับการพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล | | | |
| คำนิยาม | <p>เกณฑ์ในการผ่านขั้นที่ 2 คือ</p> <p>โรงพยาบาล(RDU-1) ผ่านเกณฑ์ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัดตาม RDU ขั้นที่ 1 2. อัตราการใช้ ATB ใน URI, AD, STW, APL ผ่านเกณฑ์ทั้ง 4 ตัวชี้วัด 3. การใช้ NSAIDs ในโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไป <10% 4. การใช้ Glibenclamide ในผู้ป่วยสูงอายุ หรือไตบกพร่อง <5% 5. การไม่ใช้ยาที่ห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ warfarin, statins, ergots 6. อัตราการพบข้อต่อยาในกระแสเลือด ลดลง 10% <p>รพสต. (RDU-2) ต้องผ่านเกณฑ์ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จำนวน รพสต./หน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 มีอัตราการใช้ยา ATB ATBใน URI, AD ผ่านเป้าหมายทั้ง 2 โรค | | | |
| ค่าเป้าหมาย | ผ่านขั้น 2 | | | |
| ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง(ระบุหน่วยงานและผลงาน ปี 2560) | ไม่มี | | | |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วย URI, AD, STW, APL - ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง - ผู้ป่วย DM - ผป. ตั้งครรภ์ | | | |
| แหล่งข้อมูล | การรายงาน 43 แฟ้ม | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | $(A/B)*100$ ---- การประเมินเป็นขั้น ไม่ได้ประเมินเป็น% จึงไม่มีสูตรคำนวณตัวตั้ง (A) หมายถึงตัวหาร (B) หมายถึง | | | |
| ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน) | 4 ครั้ง ไตรมาส 1, 2, 3, 4 | | | |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | หน่วยวิ | Baseline data | | |
| | | 2558 | 2559 | 2560 |
| | | - | - | ขั้น 1 |
| เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ 5 ปี (ค่าเป็นร้อยละ) | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 |
| | ขั้น 2 | ขั้น 2 | ขั้น 3 | ขั้น 3 |
| | | | | ขั้น 3 |

| | |
|---------------------------------|-------------------|
| เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน | |
| 1 คะแนน หมายถึง - ไม่ผ่านชั้น 1 | |
| 2 คะแนน หมายถึง | |
| 3 คะแนน หมายถึง - ผ่านชั้น 1 | |
| 4 คะแนน หมายถึง | |
| 5 คะแนน หมายถึง - ผ่านชั้น 2 | |
| ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด | กลุ่มงานเภสัชกรรม |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | กลุ่มงานเภสัชกรรม |

| | | | | | |
|--|--|---------------|---------|---------|------|
| ตัวชี้วัดที่ 6 | ระดับความสำเร็จการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพสู่การรับรองมาตรฐานขั้นก้าวหน้า (Advance HA) | | | | |
| วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด | ประเมินผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพสู่ความเป็นเลิศ | | | | |
| คำนิยาม | มาตรฐานขั้นก้าวหน้า เป็นการพัฒนาต่อยอดจากการรับรองขั้นสามปกติ โดยโรงพยาบาลมีการประเมินตนเองเพิ่มเติมตามแบบฟอร์มที่สถาบันรับรองคุณภาพกำหนด มีการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงอย่างยั่งยืน และมีผลลัพธ์การพัฒนาที่มุ่งสู่ความเป็นเลิศ | | | | |
| คำเป้าหมาย | ผ่านการรับรองมาตรฐานขั้นก้าวหน้า (Advance HA) | | | | |
| ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง(ระบุหน่วยงานและผลงาน ปี 2560) | - | | | | |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | ทีมงาน ทีมนำเฉพาะด้าน ทีมนำทางคลินิก หน่วยงาน โรงพยาบาลมหาสารคาม | | | | |
| แหล่งข้อมูล | สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) | | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | ระดับ1=มีกระบวนการเรียนรู้มาตรฐานขั้นก้าวหน้า (Advance HA) ระดับ2=การประเมินตนเองผ่านระดับ metural $\geq 30\%$ ระดับ3=การประเมินตนเองผ่านระดับ metura $\geq 40\%$ ระดับ4=การประเมินตนเองผ่านระดับ metural $\geq 50\%$ และผ่านการรับรอง ระดับ5=มีกระบวนการสุ่ววิเคราะห์ส่วนขาด จัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อรักษาสถานะการรับรองคุณภาพ | | | | |
| ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน) | ปีละ 1 ครั้ง | | | | |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | หน่วยวัด | Baseline data | | | |
| | | 2558 | 2559 | 2560 | |
| | - | - | - | - | |
| เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ 5 ปี (ค่าเป็นร้อยละ) | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 | 2565 |
| | ระดับ 2 | ระดับ 3 | ระดับ 4 | ระดับ 5 | |
| เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน | | | | | |
| 1 คะแนน หมายถึง มีกระบวนการเรียนรู้มาตรฐานขั้นก้าวหน้า (Advance HA) | | | | | |
| 2 คะแนน หมายถึง การประเมินตนเองผ่านระดับ metural $\geq 30\%$ | | | | | |
| 3 คะแนน หมายถึง การประเมินตนเองผ่านระดับ metura $\geq 40\%$ | | | | | |
| 4 คะแนน หมายถึง การประเมินตนเองผ่านระดับ metural $\geq 50\%$ และผ่านการรับรอง | | | | | |
| 5 คะแนน หมายถึง มีกระบวนการสุ่ววิเคราะห์ส่วนขาด จัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อรักษาสถานะการรับรองคุณภาพ | | | | | |
| ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด | นางช่อทิพย์ ภาวิตปัญญา | | | | |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | นพ.เสนห์ บุรณวรศิลป์ | | | | |

| | | | | | |
|--|---|---------------|------|-------|------|
| ตัวชี้วัดที่ 7 | ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพบริการผู้ป่วยเฉพาะโรค (Disease specific certification :DSC) ระดับ 3 | | | | |
| วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด | ประเมินผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยเฉพาะโรค | | | | |
| คำนิยาม | การประเมินคุณภาพบริการผู้ป่วยเฉพาะโรค เป็นการพัฒนาคุณภาพเฉพาะประเด็น | | | | |
| คำเป้าหมาย | ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพบริการผู้ป่วยเฉพาะโรค (Disease specific certification :DSC) ระดับ 3 จำนวน 2 โรค | | | | |
| ค่าผลงานของหน่วยงาน ที่ใช้เทียบเคียง(ระบุหน่วยงาน และผลงาน ปี 2560) | - | | | | |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | ทีมนำ ทีมนำเฉพาะด้าน ทีมนำทางคลินิก หน่วยงาน โรงพยาบาลมหาสารคาม | | | | |
| แหล่งข้อมูล | สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) | | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพบริการผู้ป่วยเฉพาะโรค (Disease specific certification :DSC) ระดับ 3 จำนวน 2 โรค | | | | |
| ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน) | ปีละ 1 ครั้ง | | | | |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | หน่วยวัด | Baseline data | | | |
| | | 2558 | 2559 | 2560 | |
| | - | - | - | - | |
| เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ 5 ปี (ค่าเป็นร้อยละ) | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 | 2565 |
| | 1 โรค | - | - | 1 โรค | - |
| | | | | | |
| เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน | | | | | |
| 1 คะแนน หมายถึง มีกระบวนการเรียนรู้คุณภาพบริการผู้ป่วยเฉพาะโรค (Disease specific certification :DSC) | | | | | |
| 2 คะแนน หมายถึง การประเมินตนเองผ่านขั้นที่ 1 | | | | | |
| 3 คะแนน หมายถึง การประเมินตนเองผ่านขั้นที่ 2 | | | | | |
| 4 คะแนน หมายถึง ผ่านการรับรองคุณภาพบริการผู้ป่วยเฉพาะโรค (Disease specific certification :DSC) 1 โรค | | | | | |
| 5 คะแนน หมายถึง ผ่านการรับรองคุณภาพบริการผู้ป่วยเฉพาะโรค (Disease specific certification :DSC) 2 โรค | | | | | |
| ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด | นางช่อทิพย์ ภาวิตปัญญา | | | | |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | นพ.เสนห์ บุรณวรศิลป์ | | | | |

| | | | | |
|---|--|---------|--------|---------|
| ตัวชี้วัดที่ 8 | ผ่านการประเมินคุณภาพการพยาบาลจากสำนักการพยาบาล | | | |
| วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด | เพื่อกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาลผ่านมาตรฐานระดับประเทศ | | | |
| คำนิยาม | <p>1. คุณภาพการพยาบาล หมายถึง การพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาลขององค์กรพยาบาล โดยใช้มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาลจากสำนักการพยาบาล</p> <p>2. การประเมินคุณภาพการพยาบาลจากสำนักการพยาบาล หมายถึง องค์กรพยาบาล โรงพยาบาลมหาสารคาม มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง มีกระบวนการตรวจประเมินคุณภาพบริการภายในที่มีผลการตรวจประเมินระดับ 3 ทุกหน่วยงานทางการพยาบาล แล้วเขียนแบบประเมินตนเองส่งขอรับการตรวจประเมินรับรองมาตรฐานภายนอกจากสำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>3. ผ่านการตรวจประเมินคุณภาพการพยาบาล หมายถึง ผ่านการตรวจประเมินคุณภาพพยาบาลภายนอกจากสำนักการพยาบาล แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้</p> <p>ระดับ 3 ผลการประเมินได้มาตรฐานระดับดี คือ การพิจารณาว่าเป็นไปตามเกณฑ์การประเมินระดับ 3 และต้องมีหลักฐานต่างๆที่สนับสนุนที่เป็นลายลักษณ์อักษร/รูปธรรมอย่างครบถ้วนหรือเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานระดับ3แต่อาจขาดหลักฐานบางส่วนซึ่งเป็นส่วนน้อย</p> <p>ระดับ 2 ผลการประเมินได้มาตรฐานระดับผ่าน (ผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ) คือ การพิจารณาว่าเป็นไปตามเกณฑ์การประเมินระดับ 2 และต้องมีหลักฐานต่างๆที่สนับสนุนที่เป็นลายลักษณ์อักษร/รูปธรรมอย่างครบถ้วนหรือเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานระดับ 2 แต่อาจขาดหลักฐานบางส่วนซึ่งเป็นส่วนน้อย</p> <p>ระดับ 1 ผลการประเมินไม่ผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ ควรมีการปรับปรุง โดยพิจารณาว่าเป็นไปตามเกณฑ์ระดับ 1</p> <p>(อ้างอิงจาก ชุดปฏิญจน์ หฤทัย. คู่มือสำหรับผู้ตรวจประเมินคุณภาพการพยาบาล ภายนอกเพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศ. สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. บริษัทสามเจริญพาณิชย์(กรุงเทพฯ : 2552.)</p> | | | |
| คำเป้าหมาย | ผ่านระดับ 3 | | | |
| ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง(ระบุหน่วยงานและผลงาน ปี 2560) | ปี 2567 | ปี 2568 | ปี2569 | ปี 2560 |
| | NA | NA | NA | NA |
| | ในจังหวัดมหาสารคาม ผ่านการประเมินระดับ 3 เพียง 3 แห่ง คือ รพ.เชียงใหม่ รพ.แกดำ และรพ.กันทรวิชัย | | | |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | องค์กรพยาบาล โรงพยาบาลมหาสารคาม | | | |
| แหล่งข้อมูล | แฟ้มสรุปผลงานการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล กลุ่มการพยาบาล | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | ไม่มี | | | |

| | | | | | |
|--|---|---------------|------|------|--------|
| ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน) | เดือนกันยายน (ครั้งเดียว) | | | | |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | หน่วยวัด | Baseline data | | | |
| | | 2558 | 2559 | 2560 | |
| | ผ่านระดับ 3 | NA | NA | NA | |
| เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ 5 ปี (ค่าเป็นร้อยละ) | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 | 2565 |
| | ระดับ 3 | - | - | - | ระดับ3 |
| เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน | | | | | |
| 1 คะแนน หมายถึง | มีการจัดทำมาตรฐาน/นโยบายการพยาบาลครอบคลุมประเด็นสำคัญตามที่กำหนดของแต่ละงานบริการพยาบาล | | | | |
| 2 คะแนน หมายถึง | มีการถ่ายทอดนำสู่การปฏิบัติ การประเมินผลลัพธ์ | | | | |
| 3 คะแนน หมายถึง | มีกระบวนการตรวจประเมินคุณภาพพยาบาลภายในโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ | | | | |
| 4 คะแนน หมายถึง | ทุกหน่วยงานทางการพยาบาลและองค์กรพยาบาลมีการเขียนแบบประเมินตนเอง(SAR) ส่งเข้ารับประเมินจากคณะกรรมการผู้ตรวจประเมินสำนักการพยาบาล | | | | |
| 5 คะแนน หมายถึง | ทุกหน่วยงานทางการพยาบาลและองค์กรพยาบาลผ่านการตรวจประเมินคุณภาพการพยาบาลจากสำนักการพยาบาลในระดับ 3 | | | | |
| ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด | นางเพชรรุ่ง อัฐรัตน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | | | | |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | นางคณินิจ ศรีชะโคตร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ | | | | |

| | | | | | |
|---|--|---------------|-------|-------|------|
| ตัวชี้วัด 9 | ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยนอก | | | | |
| วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด | ประเมินความพึงพอใจ แยกตามกลุ่มผู้มารับบริการ | | | | |
| คำนิยาม | <p>1. การประเมินความพึงพอใจในภาพรวม หมายถึง การประเมินโดยใช้แบบสอบถามซึ่งมีข้อความ "ท่านมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับจากโรงพยาบาลโดยรวมในระดับใด" สุ่มสอบถามจากผู้รับบริการในกระบวนการบริการผู้ป่วยนอกทั้งหมด</p> <p>2. ระดับความพึงพอใจ หมายถึง ระดับความรู้สึกพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ ที่ระบุไว้ในแต่ละข้อคำถามของแบบสอบถาม ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับจากน้อยที่สุดไปถึงมากที่สุด</p> <p>3. การวัดระดับความพึงพอใจ หมายถึง การประเมินความรู้สึกต่อบริการที่ได้รับของผู้ป่วยโดยวัดเฉพาะผู้ป่วยที่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับ 4 - 5 เท่านั้น</p> | | | | |
| ค่าเป้าหมาย | ปี 2561 = 85 | | | | |
| ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง(ระบุหน่วยงานและผลงาน ปี 2560) | หน่วยงาน โรงพยาบาลทั่วไป ผลงาน ปี 2560 = 98% | | | | |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | ผู้มารับบริการผู้ป่วยนอก | | | | |
| แหล่งข้อมูล | งานพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลมหาสารคาม | | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | <p>a=จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามที่มีระดับความพึงพอใจระดับ 4 และ 5</p> <p>b=จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด</p> | | | | |
| ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน) | ทุก 6 เดือน (มกราคม และพฤษภาคม) | | | | |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | หน่วยวัด | Baseline data | | | |
| | | 2558 | 2559 | 2560 | |
| | ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยนอก | 83.74 | 84.96 | 85.46 | |
| เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะเวลา 5ปี (ค่าเป็นร้อยละ) | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 | 2565 |
| | 85 | 90 | 95 | 98 | 99 |
| เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน | | | | | |
| 1 คะแนน หมายถึง ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยนอก น้อยกว่า 85 | | | | | |
| 2 คะแนน หมายถึง ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยนอก 85-89 | | | | | |
| 3 คะแนน หมายถึง ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยนอก 90-94 | | | | | |

| | |
|--|---------------------------|
| 4 คะแนน หมายถึง ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยนอก 95-97 | |
| 5 คะแนน หมายถึง ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยนอก 98-100 | |
| ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด | นางช่อทิพย์ ภาวิตปัญญา |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | นายแพทย์เสนห์ บุรณวรศิลป์ |

| | | | | | |
|--|---|---------------|-------|-------|------|
| ตัวชี้วัดที่ 10 | 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 2561 = 85 | | | | |
| ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง(ระบุหน่วยงานและผลงานปี 2560) | หน่วยงาน โรงพยาบาลทั่วไป ผลงาน ปี 2560 = 98% | | | | |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | ผู้มารับบริการผู้ป่วยใน | | | | |
| แหล่งข้อมูล | งานพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลมหาสารคาม | | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | a=จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามที่มีระดับความพึงพอใจระดับ 4 และ 5 b=จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด | | | | |
| ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน) | ทุก 6 เดือน (มกราคม และ พฤษภาคม) | | | | |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | หน่วยวัด | Baseline data | | | |
| | | 2558 | 2559 | 2560 | |
| | ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยใน | 83.74 | 84.96 | 85.46 | |
| เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะเวลา 5ปี (ค่าเป็นร้อยละ) | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 | 2565 |
| | 85 | 90 | 95 | 98 | 99 |
| เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน | | | | | |
| 1 คะแนน หมายถึง ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยนอก น้อยกว่า 85 | | | | | |
| 2 คะแนน หมายถึง ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยนอก 85-89 | | | | | |
| 3 คะแนน หมายถึง ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยนอก 90-94 | | | | | |
| 4 คะแนน หมายถึง ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยนอก 95-97 | | | | | |
| 5 คะแนน หมายถึง ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยนอก 98-100 | | | | | |

| | |
|----------------------|---------------------------|
| ผู้จัดเก็บตัวชีวิต | นางช่อทิพย์ ภาวิตปัญญา |
| ผู้รับผิดชอบตัวชีวิต | นายแพทย์เสนต์ บุรณวรศิลป์ |

| | | | | | | |
|--|--|---------------|--------------|-------------|------------|----------------|
| ตัวชี้วัดที่ 11 | ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ | | | | | |
| วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด | เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน | | | | | |
| คำนิยาม | ผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีระดับ HbA1C น้อยกว่า 7 % หมายถึงผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจค่าระดับน้ำตาลที่จับกับ Hemoglobin ในกระแสเลือด ที่เรียกว่า HbA1C มีค่าน้อยกว่า 7 | | | | | |
| ค่าเป้าหมาย | มากกว่า ร้อยละ 40 หรือเพิ่มขึ้นจากเดิม 5 % | | | | | |
| ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง (ระบุหน่วยงานและผลงาน ปี 2560) | | รพ.มหาสารคาม | รพ.กาฬสินธุ์ | รพ.ร้อยเอ็ด | รพ.ขอนแก่น | เขตสุขภาพที่ 7 |
| | HbA1C (ร้อยละ) | 23.76 | 13.27 | 3.25 | 7.39 | 17.13 |
| | : จากฐานข้อมูล HCD หน่วยบริการจากแฟ้ม Chronic FU 2560 | | | | | |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นเบาหวาน จังหวัดมหาสารคาม | | | | | |
| แหล่งข้อมูล | เก็บข้อมูลจาก เวชระเบียน สมุดทะเบียน หรือฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ที่คลินิกเบาหวาน | | | | | |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล | Small success ระยะ 3 เดือน : ได้รับการตรวจ HbA1C ประจำปี มากกว่าร้อยละ 30 Complication success ระยะ 6 เดือน : ได้รับการตรวจ HbA1C มากกว่าร้อยละ 60 | | | | | |
| รายการข้อมูล 1 (ผลงาน) | A : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ในคลินิกบริการเครือข่ายทั้งหมดที่ควบคุมระดับเบาหวานได้ดีตามเกณฑ์ที่ควบคุมได้ | | | | | |
| รายการข้อมูล 2 (ตัวหาร) | B : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบในคลินิกบริการเครือข่ายทั้งหมด | | | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | ตัวตั้ง: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ในคลินิกบริการเครือข่ายทั้งหมดที่ควบคุมระดับเบาหวานได้ดีตามเกณฑ์ที่ควบคุมได้ ตัวหาร : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบในคลินิกบริการเครือข่ายทั้งหมด (A/B) X100 | | | | | |
| ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน) | 2 ครั้ง (6 เดือน 12 เดือน) | | | | | |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | หน่วยวัด | Baseline data | | | | |
| | | 2558 | 2559 | 2560 | | |
| | ร้อยละ | 23.68 | 23.09 | 23.76 | | |
| เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ 5 ปี (ค่าเป็นร้อยละ) | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 | 2565 | |
| | 25 | 30 | 35 | 40 | >40 | |

| | |
|---|---|
| เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน | |
| 1 คะแนน หมายถึง ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานควบคุม HbA1C มากกว่าร้อยละ 10 | |
| 2 คะแนน หมายถึง ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานควบคุม HbA1C มากกว่าร้อยละ 15 | |
| 3 คะแนน หมายถึง ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานควบคุม HbA1C มากกว่าร้อยละ 20 | |
| 4 คะแนน หมายถึง ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานควบคุม HbA1C มากกว่าร้อยละ 30 | |
| 5 คะแนน หมายถึง ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานควบคุม HbA1C มากกว่าร้อยละ 40 | |
| ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด | นส.พูนทรัพย์ สมกล้า เบอร์โทร : 091-4185443 ; 081-8727707 E-mail : n_aae9@hotmail.com |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | พญ.จิราพร พิลัยกุล อายุรแพทย์ รพท.มหาสารคาม น.ส.พูนทรัพย์ สมกล้า พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพท.มหาสารคาม |

| | | | | | |
|---|--|---------------|-------|-------|-------|
| ตัวชี้วัดที่ 12 | ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ $GFR < 4 \text{ mL/min/1.73m}^2/\text{yr}$ | | | | |
| วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด | เพื่อชะลอความเสื่อมไตในผู้ป่วย CKD | | | | |
| คำนิยาม | eGFR หมายถึง ค่าประมาณอัตราการกรองของไตที่คำนวณจาก serum creatinine ที่ตรวจโดยวิธี enzymatic method และคำนวณโดยใช้สมการ CKD-EPI ผู้ป่วย CKD จะเก็บข้อมูลเฉพาะผู้ป่วย CKD ระยะที่ 3-4 เท่านั้น หมายถึง ผู้ป่วยจากแพทย์ Diagnosis OPD ที่มีรหัสโรคเป็น N183-184, (N189 ที่มี $60 > eGFR \geq 15$) หรือ (E102, E112, E122, E132, E142 หรือ I12*, I13*, I151) ที่มี $60 > eGFR \geq 15$) และมีการตรวจคำนวณ eGFR (LABTEST 15) ≥ 2 ค่า หากมีค่า eGFR1 ค่าใน 1 ปี จะไม่ประเมิน KPI ข้อนี้ และ สัญชาติไทย (File PERSON: สัญชาติไทยรหัส 099) เท่านั้น | | | | |
| ค่าเป้าหมาย | $>66\%$ | | | | |
| ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง(ระบุหน่วยงานและผลงาน ปี 2560) | จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 7 จังหวัดขอนแก่น = 58.85 % , จังหวัดร้อยเอ็ด = 73.03 % จังหวัดมหาสารคาม = 56.96 % , จังหวัดกาฬสินธุ์ = 59.37 % , | | | | |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 3-4 | | | | |
| แหล่งข้อมูล | HDC กระทรวงสาธารณสุข | | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | $(A/B) * 100$ ตัวตั้ง (A) หมายถึง จำนวนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 3-4 ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 4 \text{ mL/min/1.73m}^2/\text{yr} \times 100$ ตัวหาร (B) หมายถึง จำนวนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 3-4 ทั้งหมด | | | | |
| ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน) | 1 ปี | | | | |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | หน่วยวัด | Baseline data | | | |
| | | 2558 | 2559 | 2560 | |
| | | 59.82 | 62.08 | 58.99 | |
| เป้าหมายการดำเนินงาน | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 | 2565 |
| ระยะ 5 ปี (ค่าเป็นร้อยละ) | >66 | >67 | >68 | >69 | >70 |

เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน

ปี 2561

| รอบ 3 เดือน | รอบ 6เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน |
|-------------|------------|-------------|--|
| | | | ผู้ป่วยCKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR > 66% |

ปี 2562

| รอบ 3 เดือน | รอบ 6เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน |
|-------------|------------|-------------|---|
| | | | ผู้ป่วยCKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR> 67% |

ปี 2563

| รอบ 3 เดือน | รอบ 6เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน |
|-------------|------------|-------------|---|
| | | | ผู้ป่วยCKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR >68% |

ปี 2564

| รอบ 3 เดือน | รอบ 6เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน |
|-------------|------------|-------------|---|
| | | | ผู้ป่วยCKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR> 69% |

ปี 2565

| รอบ 3 เดือน | รอบ 6เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน |
|-------------|------------|-------------|--|
| | | | ผู้ป่วยCKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR >70 % |

| | | | |
|-----------------------|-------------------|--|--|
| ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด | นางสาวชมัย ปินะเก | | |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | นางสาวชมัย ปินะเก | | |

| | | | | | |
|---|--|---------------|-------------|-------------|------|
| ตัวชี้วัดที่ 13 | ร้อยละผู้ป่วยต่อกระจกชนิดบอดได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน | | | | |
| วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด | เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดได้ทันเวลา ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากภาวะต่อกระจกสุกเกิน เช่น ต้อหิน | | | | |
| คำนิยาม | ต้อกระจก (Cataract) หมายถึง โรคที่อยู่ในรหัส H 250 – H 259 (ICD 10) ต้อกระจก หมายถึงภาวะที่เลนส์แก้วตา(Crystalline Lens) มีความขุ่นมัว(Len Opacity) ซึ่งเป็นโรคที่เป็นภาวะเสื่อมตามวัย พบมากในผู้สูงอายุ ซึ่งจะทำให้ลดประสิทธิภาพการมองเห็น(Visual Acuity, Contrast Sensitivity, Diplopia ฯลฯ) โดยผ่านการตรวจและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นต้อกระจกโดยจักษุแพทย์ – ต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) หมายถึง โรคที่อยู่ในรหัส H 544-549 (ICD 10) มีระดับสายตา VA (Visual Acuity) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5/200E | | | | |
| ค่าเป้าหมาย | ร้อยละ 85 | | | | |
| ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง(ระบุหน่วยงานและผลงาน ปี 2560) | ผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด(Blinding Cataract)ต้องได้รับการผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียมภายใน 30 วันหลังจากได้รับการตรวจวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนผ่าตัด | | | | |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | ต้อกระจกชนิดบอด(Blinding Cataract)ได้รับการตรวจวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนผ่าตัด | | | | |
| แหล่งข้อมูล | ฐานข้อมูลประชากรจากHDC, Vision2020,ทะเบียนนัดผ่าตัดต้อกระจก | | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | (A/B)*100 ตัวตั้ง(A) หมายถึง จำนวนผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด(Blinding Cataract)ที่ได้รับการผ่าตัดใน 30 วัน ในช่วงเวลานั้นๆ ตัวหาร(B) หมายถึง จำนวนผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด(Blinding Cataract)ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนรอผ่าตัดในช่วงเวลานั้นๆ | | | | |
| ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน) | รายไตรมาส | | | | |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | หน่วยวัด | Baseline data | | | |
| | | 2558 | 2559 | 2560 | |
| | จำนวน/ร้อยละ | 791 (82.14) | 799 (89.74) | 905 (93.27) | |
| เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ 5 ปี (ค่าเป็นร้อยละ) | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 | 2565 |
| | 85 | 85 | 90 | 90 | 95 |
| เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน | | | | | |
| 1 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอดได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน ร้อยละ 75 | | | | | |
| 2 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอดได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน ร้อยละ 80 | | | | | |
| 3 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอดได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน ร้อยละ 85 | | | | | |

| | |
|---|-------------------------|
| 4 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยต่อกระจกชนิดบอดได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน ร้อยละ 90 | |
| 5 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยต่อกระจกชนิดบอดได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน ร้อยละ 95 | |
| ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด | นางลำยองค์ เชื้อลิ้นฟ้า |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | พญ.เพียงใจ ลวกุล |

| | | | | | |
|---|--|---------------|-------------|-------------|-------------|
| ตัวชี้วัดที่ 14 | การติดเชื้อ Hospital acquired ลดลง | | | | |
| วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด | เพื่อลดการติดเชื้อในโรงพยาบาลทุกตำแหน่ง | | | | |
| คำนิยาม | HAI คือ การติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการให้บริการสุขภาพ | | | | |
| ค่าเป้าหมาย | ≤ 1.30 | | | | |
| ค่าผลงานของหน่วยงาน ที่ใช้เทียบเคียง(ระบุหน่วยงาน และผลงาน ปี 2560) | อัตราการติดเชื้อ | ปี 2558 | ปี 2559 | ปี 2560 | |
| | การติดเชื้อ Hospital acquired ลดลง | 3.28 | 3.23 | 1.34 | |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | ผู้ป่วยที่ติดเชื้อทุกตำแหน่งในโรงพยาบาล | | | | |
| แหล่งข้อมูล | หอผู้ป่วยทุกหอผู้ป่วยส่งมารายงานที่งานIC | | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | (A*1000)/B ตัวตั้ง (A) หมายถึง จำนวนการติดเชื้อรวมทั้งหมดในรอบเดือน ตัวหาร (B) หมายถึง จำนวนวันนอนรวมทั้งหมดในรอบเดือน | | | | |
| ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน) | 1 เดือน | | | | |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | หน่วยวัด | Baseline data | | | |
| | | 2558 | 2559 | 2560 | |
| | ต่อ 1,000 วันนอน | 3.28 | 3.23 | 1.34 | |
| เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ 5 ปี (ค่าเป็นร้อยละ) | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 | 2565 |
| | ≤ 1.30 | ≤ 1.20 | ≤ 1.10 | ≤ 1.00 | ≤ 1.00 |
| เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน | | | | | |
| 1 คะแนน หมายถึง ผลอัตราติดเชื้อ HAI ไม่ลดลงหรือมากกว่าเป้าหมายการดำเนินงาน | | | | | |
| 2 คะแนน หมายถึง ผลอัตราติดเชื้อ HAI ลดลงแต่น้อยกว่าเป้าหมายการดำเนินงาน | | | | | |
| 3 คะแนน หมายถึง ผลอัตราติดเชื้อ HAI ลดลงเท่ากับเป้าหมายการดำเนินงาน | | | | | |
| 4 คะแนน หมายถึง ผลอัตราติดเชื้อ HAI ลดลงมากกว่าเป้าหมายการดำเนินงาน | | | | | |
| 5 คะแนน หมายถึง ผลอัตราติดเชื้อ HAI ลดลงมากกว่าเป้าหมายการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง | | | | | |
| ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด | นางบุษฎกาญจน์ สารรัตน์ธนโชติ | | | | |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | 1. นางจรัญญา จุฬารี 2. นางบุษฎกาญจน์ สารรัตน์ธนโชติ | | | | |

| | | | | | |
|--|--|---------------|-------|-------|------|
| ตัวชี้วัดที่ 15 | อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค | | | | |
| วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด | เพื่อตัดวงจรการแพร่เชื้อวัณโรคและป้องกันการเกิดวัณโรคดื้อยา | | | | |
| คำนิยาม | อัตราการรักษาหายรวมกับอัตราการรักษาครบในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะพบเชื้อและไม่พบเชื้อและผู้ป่วยกลับมาเป็นซ้ำ | | | | |
| ค่าเป้าหมาย | ≥85% | | | | |
| ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง (ระบุหน่วยงานและผลงาน ปี 2560) | 73.18% | | | | |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และผู้ป่วยกลับมาเป็นซ้ำ | | | | |
| แหล่งข้อมูล | โปรแกรม TBCM (สคร.) | | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | $(A/B)*100$ ตัวตั้ง (A) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะพบเชื้อและไม่พบเชื้อและผู้ป่วยกลับมาเป็นซ้ำในระยะ..... ตัวหาร (B) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะพบเชื้อและไม่พบเชื้อและผู้ป่วยกลับมาเป็นซ้ำในรอบปี | | | | |
| ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน) | | | | | |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | หน่วยวัด | Baseline data | | | |
| | | 2558 | 2559 | 2560 | |
| | | 79.41 | 70.47 | 73.18 | |
| เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ 5 ปี (ค่าเป็นร้อยละ) | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 | 2565 |
| | ≥85% | ≥85% | ≥85% | ≥85% | ≥85% |
| เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน | 1 คะแนน หมายถึง ร้อยละ 70-74 2 คะแนน หมายถึง ร้อยละ 75-79 3 คะแนน หมายถึง ร้อยละ 80-84 4 คะแนน หมายถึง ร้อยละ 85-89 5 คะแนน หมายถึง ร้อยละ ≥85 | | | | |
| ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด | พญ.จรัญญา จุฬารี | | | | |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | นางอุดมลักษณ์ สุทธิเจริญ | | | | |

| | | | | | |
|--|---|---------------|-------------|--------------|------|
| ตัวชี้วัดที่ 16 | ร้อยละผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบที่ได้รับยา rTPA | | | | |
| วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด | อัตราการได้รับ Thrombolytic Agent ภายใน 4.5 ชั่วโมงแรกตั้งแต่เริ่มมีอาการแสดงของภาวะหลอดเลือดสมองตีบอุดตัน | | | | |
| คำนิยาม | สัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ Admit และได้รับยาละลายลิ่มเลือด(Thrombolytic Agent) ในโรงพยาบาลที่จำหน่ายด้วยการวินิจฉัยโรคหลัก ระบุมีภาวะโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน | | | | |
| ค่าเป้าหมาย | > 5% | | | | |
| ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง (ระบุหน่วยงานและผลงาน ปี 2560) | ค่าเฉลี่ยของประเทศไทย 4.25 % | | | | |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | ประชากรอายุ ≥ 18 ปีขึ้นไป | | | | |
| แหล่งข้อมูล | จากเวชระเบียนผู้ป่วย | | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | $(A/B) * 100$ ตัวตั้ง (A) หมายถึง A=จำนวนผู้ป่วยที่ Admit ตามการให้รหัสของการวินิจฉัยโรคหลัก(Principal Diagnosis) ว่าเป็น Cerebral infarction (I63) ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ตัวหาร (B) หมายถึง B=จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่จำหน่ายตามการให้รหัส ICD-10 ของการวินิจฉัยโรคหลัก (Principal Diagnosis) ว่าเป็น Cerebral infarction (I63) ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป 1. Principal Diagnosis - I63-I63.9 (Cerebral infarction) 2. อายุ ≥ 18 ปีขึ้นไป | | | | |
| ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน) | 1 ตุลาคม 2560 – 30 กันยายน 2561 | | | | |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | หน่วยวัด | Baseline data | | | |
| | | 2558 | 2559 | 2560 | |
| | | 4.9 | 5.1 | 6.2 | |
| เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ 5 ปี (ค่าเป็นร้อยละ) | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 | 2565 |
| | 5.4 | 5.8 | 6.2 | 6.6 | 7.0 |
| เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน | รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน | |
| | 0.1 % | 0.1 % | 0.1 % | 0.1 % | |
| ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด | พญ.สุพิชชา อีระศาสตร์ | | | | |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | นางเบญจพร เองวานิช | | | | |

| | |
|--|---|
| ตัวชี้วัดที่ 17 | อัตราการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้ป่วยที่เข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาลด้วย ในกลุ่มผู้ป่วย Community-acquired sepsis |
| วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด | เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดในกลุ่มผู้ป่วย Community-acquired sepsis ที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล |
| คำนิยาม | Sepsis คือ ภาวะที่เกิดจากการติดเชื้อร่วมกับผู้ป่วยมีอาการดังนี้ ข้อใดข้อหนึ่ง คือ <ul style="list-style-type: none"> - SIRS มากกว่าหรือเท่ากับ 2 ข้อ ร่วมกับมีอวัยวะต่างๆ ทำงานผิดปกติตั้งแต่ 1 อวัยวะขึ้นไป (organ dysfunction) - SOFA score มากกว่าหรือเท่ากับ 2 โดยในกรณีเมื่อเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยข้อใดข้อหนึ่ง ควรมีการเจาะ blood lactate (ค่ามากกว่า 2 mmol/L or 18 mg/dl) เพื่อยืนยันการเกิดภาวะ sepsis ที่มี tissue hypoxia จาก organ dysfunction Community-acquired sepsis คือ ภาวะ sepsis ที่เกิดการติดเชื้อมาจากที่บ้านหรือที่ชุมชน โดยต้องไม่อยู่ในกลุ่ม healthcare associated sepsis อัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดในกลุ่มผู้ป่วย Community-acquired sepsis ที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล |
| คำเป้าหมาย | เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล น้อยกว่า ร้อยละ 20 ในกลุ่มผู้ป่วย Community-acquired sepsis |
| ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง (ระบุหน่วยงานและผลงาน ปี 2560) | |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | ผู้ป่วย Sepsis/septic shock ทุกโรงพยาบาลระดับ A-F3 |
| แหล่งข้อมูล | Health data center กระทรวงสาธารณสุข/โปรแกรมเก็บข้อมูลรายโรค |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | อัตราการตายจาก Community-acquired sepsis $(A/B)*100$ ตัวตั้ง (A) หมายถึง จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดในกลุ่มผู้ป่วย Community-acquired sepsis ที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล (รหัส ICD 10 Principle Dx , Co-morbidity sepsis A40.0-A41.9 , Severe Sepsis R65.1, Septic Shock R57.2) ตัวหาร (B) หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่วินิจฉัยว่าติดเชื้อในกระแสเลือดในกลุ่มผู้ป่วย Community-acquired sepsis ที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด (รหัส ICD 10 Principle Dx , Co-morbidity sepsis A40.0-A41.9 , Severe Sepsis R65.1, Septic Shock R57.2) |
| ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน) | รายไตรมาส |

| | | | | | |
|--|---|---------------|------|-------|-------|
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | หน่วยวัด | Baseline data | | | |
| | | 2558 | 2559 | 2560 | |
| | ร้อยละ | NA | NA | 21.8% | |
| เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ 5 ปี (ค่าเป็นร้อยละ) | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 | 2565 |
| | < 30% | < 26% | <24% | <22% | < 20% |
| เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน 1 คะแนน หมายถึง อัตราการตายลดลงจากเดิมร้อยละ 1 2 คะแนน หมายถึง อัตราการตายลดลงจากเดิมร้อยละ 2 3 คะแนน หมายถึง อัตราการตายลดลงจากเดิมร้อยละ 3 4 คะแนน หมายถึง อัตราการตายลดลงจากเดิมร้อยละ 4 5 คะแนน หมายถึง อัตราการตายลดลงจากเดิมร้อยละ 5 | | | | | |
| ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด | สาขาอายุรกรรม | | | | |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | นางสาวสุคนธ์ทิพย์ ปัตติหานัง โทรศัพท์ 094-2874936 | | | | |

| | | | | | |
|--|--|---------------|------|------|------|
| ตัวชี้วัดที่ 18 | อัตราการตายทารกแรกเกิดที่เสียชีวิตภายใน 28 วัน | | | | |
| วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด | เพื่อลดอัตราการตายในกลุ่มทารกแรกเกิดภายใน 28 วัน | | | | |
| คำนิยาม | ทารกเสียชีวิตภายใน 28 วัน หมายถึง จำนวนทารกแรกเกิดน้ำหนักตั้งแต่ 500 กรัมขึ้นไป มีสถานะจำหน่ายตายภายในเวลา 28 วันหลังคลอดที่รับบริการจากหน่วยบริการภายในจังหวัดมหาสารคาม (รพท. /รพช./ รพสต.) ทารกเกิดมีชีพทั้งหมด จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพน้ำหนักแรกเกิดตั้งแต่ 500 กรัม ขึ้นไป ที่รับบริการจากหน่วยบริการภายในจังหวัดมหาสารคาม(รพท. /รพช./ รพสต.) | | | | |
| ค่าเป้าหมาย | 4:1,000 LB | | | | |
| ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง (ระบุหน่วยงานและผลงาน ปี 2560) | | | | | |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | ทารกแรกเกิดที่รับบริการในจังหวัดมหาสารคาม(รพท. /รพช./ รพสต.) | | | | |
| แหล่งข้อมูล | โรงพยาบาลมหาสารคาม โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดมหาสารคาม | | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | (A/B)*1000 ตัวตั้ง (A) หมายถึง จำนวนทารกเสียชีวิตภายใน 28 วัน ตัวหาร (B) หมายถึง จำนวนทารกเกิดมีชีพทั้งหมด | | | | |
| ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน) | ทุก 3 เดือน | | | | |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | หน่วยวัด | Baseline data | | | |
| | | 2558 | 2559 | 2560 | |
| | < 4:1,000 | 3.9 | 3.3 | 4.2 | |
| เป้าหมายการดำเนินงาน | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 | 2565 |
| ระยะ 5 ปี (ค่าเป็นร้อยละ) | <4.0 | <3.5 | <3.0 | <2.5 | <2.0 |
| เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน | | | | | |
| 1 คะแนน หมายถึง > 7 :1,000LB | | | | | |
| 2 คะแนน หมายถึง > 6:1,000 LB | | | | | |
| 3 คะแนน หมายถึง > 5:1,000LB | | | | | |
| 4 คะแนน หมายถึง > 4 :1,000LB | | | | | |
| 5 คะแนน หมายถึง < 4: 1,000 LB | | | | | |
| ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด | นางเพิ่มพูน ศิริกิจ เบอร์ 0934743253 | | | | |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | นายแพทย์ สถาพร ณ ราชสีมา เบอร์ 0815479446 | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---------------|------|------|------|
| ตัวชี้วัดที่ 19 | อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชม. | | | | |
| วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด | เพื่อพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน อย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติและภาวะภัยพิบัติ มุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ คือ การจัดบริการและพัฒนาคุณภาพการรักษาเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้รับบริการที่เท่าเทียม ทั้งถึง ทัศนเวลา ปลอดภัยและประทับใจ | | | | |
| คำนิยาม | ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน หมายถึงผู้มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉินและได้รับการคัดแยก เป็นTriage Level 1 และ 2 การเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง หมายถึง นับจากเวลาที่ผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉินถึงเวลาที่เสียชีวิต (Door to Death) ภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งรวมถึงการเสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน | | | | |
| ค่าเป้าหมาย | ≤12% | | | | |
| ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง(ระบุหน่วยงานและผลงาน ปี 2560) | เทียบเคียง ค่าร้อยละ โรงพยาบาลชลบุรี 14.7 % , โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร 12.8 % เขต 7 | | | | |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | ผู้รับบริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาสารคาม | | | | |
| แหล่งข้อมูล | มาตรฐาน 43 แฟ้มกระทรวงสาธารณสุข | | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | $(A/B)*100$ ตัวตั้ง (A) หมายถึง จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง ตัวหาร (B) หมายถึง จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินทั้งหมด | | | | |
| ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน) | ไตรมาส 4 | | | | |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | หน่วยวัด | Baseline data | | | |
| | | 2558 | 2559 | 2560 | |
| | ร้อยละ | 2.33 | 2.32 | 2.17 | |
| เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ 5 ปี (ค่าเป็นร้อยละ) | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 | 2565 |
| | 12 | 10 | 8 | 6 | 4 |

| | |
|-----------------------------|--------------------|
| เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน | |
| 1 คะแนน หมายถึง | |
| 2 คะแนน หมายถึง | |
| 3 คะแนน หมายถึง | |
| 4 คะแนน หมายถึง | |
| 5 คะแนน หมายถึง | |
| ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด | สุรัตน์ ทิพย์วัฒน์ |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | สุรัตน์ ทิพย์วัฒน์ |

| ตัวชี้วัดที่ 20 | อัตราการ Refer back เพิ่มขึ้น | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|---------------|-------|--|------|------|------|------------|-------|-------|-------|---------------------|--|--|--|
| วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด | เพื่อพัฒนาระบบส่งผู้ป่วยกลับไปรักษาใกล้บ้าน (Refer back) | | | | | | | | | | | | | | | |
| คำนิยาม | <p>การส่งต่อ หมายถึง การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปรับการรักษาต่อในสถานบริการระดับเดียวกันหรือสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า เช่นกรณีขาดแพทย์เฉพาะทาง ขาดเครื่องมืออุปกรณ์ จำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการวินิจฉัยรักษา ผ่าตัด ชั้นสูตร เป็นต้น และทำให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลปลายทางนั้นๆ</p> <p>(การส่งต่อรวมทั้งฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินและทุกสิทธิการรักษา)</p> <p>ส่งกลับ Refer Back หมายถึง การส่งกลับผู้ป่วย ไปยังสถานพยาบาลต้นทาง หลังจากได้รับการดูแลรักษา/วินิจฉัยเรียบร้อยแล้ว</p> | | | | | | | | | | | | | | | |
| ค่าเป้าหมาย | เพิ่มขึ้น ร้อยละ 20 | | | | | | | | | | | | | | | |
| ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง (ระบุหน่วยงานและผลงานปี 2558) | <table border="1"> <tr> <td rowspan="2">Refer back เพื่อรักษาต่อเนื่อง (ครั้ง)</td> <td>ปี 2560</td> </tr> <tr> <td>4,114</td> </tr> </table> | Refer back เพื่อรักษาต่อเนื่อง (ครั้ง) | ปี 2560 | 4,114 | | | | | | | | | | | | |
| Refer back เพื่อรักษาต่อเนื่อง (ครั้ง) | ปี 2560 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 4,114 | | | | | | | | | | | | | | | |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | โรงพยาบาลมหาสารคาม | | | | | | | | | | | | | | | |
| แหล่งข้อมูล | ศูนย์ข้อมูลและศูนย์ส่งต่อโรงพยาบาลมหาสารคาม | | | | | | | | | | | | | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | $(A/B)*100$ ตัวตั้ง (A) หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่refer backได้ในเวลาที่กำหนด ตัวหาร (B) หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่พร้อมส่งRefer back | | | | | | | | | | | | | | | |
| ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน) | ทุก 6 เดือน 12 เดือน | | | | | | | | | | | | | | | |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">หน่วยวัด (ครั้ง)</th> <th colspan="3">Baseline data</th> </tr> <tr> <th>2558</th> <th>2559</th> <th>2560</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Refer back</td> <td>1,896</td> <td>2,801</td> <td>4,114</td> </tr> <tr> <td>เพื่อรักษาต่อเนื่อง</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | หน่วยวัด (ครั้ง) | Baseline data | | | 2558 | 2559 | 2560 | Refer back | 1,896 | 2,801 | 4,114 | เพื่อรักษาต่อเนื่อง | | | |
| หน่วยวัด (ครั้ง) | Baseline data | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2558 | 2559 | 2560 | | | | | | | | | | | | | |
| Refer back | 1,896 | 2,801 | 4,114 | | | | | | | | | | | | | |
| เพื่อรักษาต่อเนื่อง | | | | | | | | | | | | | | | | |

| เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ 5 ปี (ค่าเป็นร้อยละ) | <table border="1" data-bbox="480 232 1441 349"> <tr> <td>2561</td> <td>2562</td> <td>2563</td> <td>2564</td> <td>2565</td> </tr> <tr> <td>20</td> <td>40</td> <td>60</td> <td>80</td> <td>100</td> </tr> </table> <p> แนวทางการดำเนินงาน โครงการ : พัฒนาเครือข่ายระบบส่งต่อ <u>กิจกรรม</u> พัฒนาระบบส่งผู้ป่วยกลับเพื่อรักษาต่อโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดมหาสารคาม (Refer back) <u>เป้าหมาย</u> เครือข่ายโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดมหาสารคามมีคู่มือแนวทางการผู้ป่วยกลับไปรักษาใกล้บ้าน (Refer back) </p> | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 | 2565 | 20 | 40 | 60 | 80 | 100 | | | | | | | | | | | |
|---|--|-----------|------------------|---------|------------------|------|-----|----|----|-------------------------------|--------|-----|---|---|---|---|---|----|----|----|----|-----|
| 2561 | 2562 | 2563 | 2564 | 2565 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | 40 | 60 | 80 | 100 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน <table border="1" data-bbox="185 909 1182 1084"> <thead> <tr> <th>ตัวชี้วัด</th> <th>หน่วยวัด</th> <th>น้ำหนัก</th> <th colspan="5">เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">อัตราการ Refer back เพิ่มขึ้น</td> <td rowspan="2">ร้อยละ</td> <td rowspan="2">0.5</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>20</td> <td>40</td> <td>60</td> <td>80</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table> | | ตัวชี้วัด | หน่วยวัด | น้ำหนัก | เกณฑ์การให้คะแนน | | | | | อัตราการ Refer back เพิ่มขึ้น | ร้อยละ | 0.5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 20 | 40 | 60 | 80 | 100 |
| ตัวชี้วัด | หน่วยวัด | น้ำหนัก | เกณฑ์การให้คะแนน | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| อัตราการ Refer back เพิ่มขึ้น | ร้อยละ | 0.5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 20 | 40 | 60 | 80 | 100 | | | | | | | | | | | | | | | |
| ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด: นายแพทย์อนันตเดช วงศรียา นางจุลินทร ศรีโพนทัน นางกนกวรรณ เจริญศิริ นางวิไลพร พิณนาดีเลย์ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | |
|--|---|---------------|------|-------|------|
| ตัวชี้วัด 21 | ร้อยละตัวชี้วัดการดำเนินงาน PCC Excellent ผ่านเกณฑ์ | | | | |
| ตัวชี้วัดย่อย 21 (1) | ร้อยละของเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 เดือนที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ | | | | |
| วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด | เพื่อให้เด็กอายุ 9, 18, 30, 42 เดือน ที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการและมีพัฒนาการสมวัย | | | | |
| คำนิยาม | เด็กอายุ 9, 18, 30, 42 เดือน หมายถึง เด็กอายุ 9, 18, 30, 42 เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วพบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ | | | | |
| ค่าเป้าหมาย | ร้อยละ 90 | | | | |
| ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง (ระบุหน่วยงานและผลงาน ปี 2560) | ผลงาน ปี 2560 หน่วยบริการที่สามารถติดตามเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้ตามเกณฑ์ คือ ศสม.สามัคคี คิดเป็นร้อยละ 95.70 | | | | |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | เด็กอายุ 9,18,30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าของหน่วยบริการทั้งหมดในเขตอำเภอเมือง ทั้งหมด 21 แห่ง | | | | |
| แหล่งข้อมูล | ฐานข้อมูล HDC ของสสจ. มหาสารคาม และฐานข้อมูลรายงาน 43 แฟ้ม ของหน่วยบริการ | | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | (A/B)*100 ตัวตั้ง (A) หมายถึง จำนวนเด็กอายุ 9,18,30และ42 เดือน มีพัฒนาการล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) ทั้งที่เด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย 30 วัน แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ 2 ตัวหาร (B) หมายถึง จำนวนเด็กอายุ 9,18,30และ42 เดือน มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) ที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย 30 วัน | | | | |
| ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่รายงาน) | ทุก 3 เดือน | | | | |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | หน่วยวัด | Baseline data | | | |
| | | 2558 | 2559 | 2560 | |
| | ร้อยละ | - | - | 75.90 | |
| เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ 5 ปี (ค่าร้อยละ) | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 | 2565 |
| | 90 | 95 | 100 | 100 | 100 |

เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน

- 1 คะแนน หมายถึง เด็กอายุ 9,18,30 และ42 เดือน ที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ \leq ร้อยละ 50
- 2 คะแนน หมายถึง เด็กอายุ 9,18,30 และ42 เดือน ที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ ร้อยละ 51-60
- 3 คะแนน หมายถึง เด็กอายุ 9,18,30 และ42 เดือน ที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ ร้อยละ 61-70
- 4 คะแนน หมายถึง เด็กอายุ 9,18,30 และ42 เดือน ที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ ร้อยละ 71-89
- 5 คะแนน หมายถึง เด็กอายุ 9,18,30 และ42 เดือน ที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ \geq ร้อยละ 90

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

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

| | | | | |
|--|---|---------------|------|-------|
| ตัวชี้วัด 21 | ร้อยละตัวชี้วัดการดำเนินงาน PCC Excellent ผ่านเกณฑ์ | | | |
| ตัวชี้วัดย่อย 21 (2) | ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี | | | |
| วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด | เพื่อให้เด็กอายุ 0-5 ปี มีการเจริญเติบโตเหมาะสมตามวัย | | | |
| คำนิยาม | <p>เด็กอายุ 0-5 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิดจนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน</p> <p>สูงดี หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป (สูงตามเกณฑ์ค่อนข้างสูง หรือสูง) เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ</p> <p>สมส่วน หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโต น้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ความสูง</p> <p>สูงดีสมส่วน หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไปและมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียวกัน)</p> <p>ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี หมายถึง ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงในเด็กชายและเด็กหญิงที่อายุ 5 ปี เต็ม ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน</p> | | | |
| ค่าเป้าหมาย | ร้อยละ 54 | | | |
| ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง (ระบุหน่วยงานและผลงาน ปี 2560) | ผลงาน ปี 2560 หน่วยบริการที่มีเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี ที่ผ่านเกณฑ์มีจำนวนทั้งหมด 7 แห่ง สูงเฉลี่ยชาย 110.01 เซนติเมตร สูงเฉลี่ยหญิง 110.32 เซนติเมตร | | | |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | เด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการตรวจประเมินการเจริญเติบโตในเขตอำเภอเมืองทั้งหมด จำนวน 21 แห่ง | | | |
| แหล่งข้อมูล | ฐานข้อมูล HDC ของสสจ. มหาสารคาม และฐานข้อมูลรายงาน 43 แฟ้ม ของหน่วยบริการ | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | $(A/B)*100$ ตัวตั้ง (A) หมายถึง จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ตัวหาร (B) หมายถึง จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด | | | |
| ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่รายงาน) | ทุก 3 เดือน | | | |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | หน่วยวัด | Baseline data | | |
| | | 2558 | 2559 | 2560 |
| | ร้อยละ | - | - | 45.63 |
| เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ 5 ปี (ค่าร้อยละ) | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 |
| | 54 | 57 | 60 | 63 |

| | |
|---|------------------------|
| เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน | |
| 1 คะแนน หมายถึง เด็กอายุ 0-5 ปี ที่สูงตีสมส่วน \leq ร้อยละ 44 | |
| 2 คะแนน หมายถึง เด็กอายุ 0-5 ปี ที่สูงตีสมส่วน ร้อยละ 45-47 | |
| 3 คะแนน หมายถึง เด็กอายุ 0-5 ปี ที่สูงตีสมส่วน ร้อยละ 48-50 | |
| 4 คะแนน หมายถึง เด็กอายุ 0-5 ปี ที่สูงตีสมส่วน ร้อยละ 51-53 | |
| 5 คะแนน หมายถึง เด็กอายุ 0-5 ปี ที่สูงตีสมส่วน \geq ร้อยละ 54 | |
| ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด | นางวิศรุดา ตีเมืองซ้าย |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | นพ.ไพบุลย์ อัครธนบดี |

| ตัวชี้วัดที่ 21 | ร้อยละของจำนวนตัวชี้วัด PP excellent ที่ผ่านเกณฑ์ | | | | | | | | | | |
|--|---|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|---|----|----|----|----|
| ตัวชี้วัดที่ 21(3) | ร้อยละของเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน (ร้อยละ 68) | | | | | | | | | | |
| วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด | เพื่อส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนแข็งแรงและฉลาด | | | | | | | | | | |
| คำนิยาม | <p>เด็กวัยเรียน หมายถึง เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 6 ปี จนถึง 14 ปี (โดยเริ่มนับตั้งแต่อายุ 6 ปีเต็ม – 14 ปี 11 เดือน 29 วัน) ที่ศึกษาในโรงเรียนระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ทุกสังกัด ของเครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม</p> <p>ภาวะเตี้ย หมายถึง ส่วนสูงของเด็กเมื่อเทียบกับเกณฑ์อายุเดียวกัน มีค่าต่ำกว่า -2 S.D.</p> <p>ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน หมายถึง น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง $> + 2$ S.D. ขึ้นไปโดยใช้กราฟ</p> <p>ภาวะผอม หมายถึง น้ำหนักของเด็กเมื่อเทียบกับเกณฑ์ส่วนสูงเดียวกัน มีค่าต่ำกว่า -2 S.D.</p> <p>สูงดี หมายถึง เด็กที่มีส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโต กรมอนามัย ปี 2542 มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -1.5 S.D. ของส่วนสูง ตามเกณฑ์อายุ</p> <p>สมส่วน หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกราฟการเจริญเติบโต กรมอนามัย ปี 2542 มีค่าระหว่าง $+1.5$ S.D. ถึง -1.5 S.D. ของน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง</p> <p>เด็กสูงดีสมส่วน หมายถึง เด็กที่มีส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป และมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียวกัน)</p> | | | | | | | | | | |
| คำเป้าหมาย | <table border="1"> <thead> <tr> <th>ตัวชี้วัด</th> <th>ปีงบประมาณ 2561</th> <th>ปีงบประมาณ 2562</th> <th>ปีงบประมาณ 2563</th> <th>ปีงบประมาณ 2564</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ร้อยละเด็กวัยเรียน (6-14 ปี) สูงดีสมส่วน</td> <td>68</td> <td>70</td> <td>72</td> <td>74</td> </tr> </tbody> </table> | ตัวชี้วัด | ปีงบประมาณ 2561 | ปีงบประมาณ 2562 | ปีงบประมาณ 2563 | ปีงบประมาณ 2564 | 1. ร้อยละเด็กวัยเรียน (6-14 ปี) สูงดีสมส่วน | 68 | 70 | 72 | 74 |
| ตัวชี้วัด | ปีงบประมาณ 2561 | ปีงบประมาณ 2562 | ปีงบประมาณ 2563 | ปีงบประมาณ 2564 | | | | | | | |
| 1. ร้อยละเด็กวัยเรียน (6-14 ปี) สูงดีสมส่วน | 68 | 70 | 72 | 74 | | | | | | | |
| ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง(ระบุหน่วยงานและผลงานปี 2560) | <ol style="list-style-type: none"> สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โรงพยาบาลมหาสารคาม | | | | | | | | | | |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | เด็กอายุ 6-14 ปี ในโรงเรียนระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษาทุกสังกัด (มัธยมศึกษาตอนต้น ม.1-ม.3) จำนวน 12,283 คน | | | | | | | | | | |
| แหล่งข้อมูล | ระบบรายงาน HDC กองยุทธศาสตร์และแผนงาน และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด | | | | | | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|---------------|------|------|------|
| | การสำรวจภาวะโภชนาการร่วมกับการสำรวจทัศนสุขภาพในเด็กอายุ 12 ปี | | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | $(A/B)*100$ ตัวตั้ง(A)หมายถึง A = จำนวนเด็กวัยเรียน อายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน ตัวหาร(B)หมายถึง B1 = จำนวนเด็กวัยเรียนอายุ 6-14 ปีที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด | | | | |
| ระยะเวลาที่ต้อง รายงาน(ระบุจำนวนครั้งที่ ต้องรายงาน) | วิเคราะห์และสรุปผล ปีละ 2 ครั้ง โดยจัดเก็บข้อมูล 2 ภาคเรียน คือ : ภาคเรียนที่ 1 พื้นที่ซึ่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูล เดือน พ.ค., มิ.ย., ก.ค. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 ส.ค. ภาคเรียนที่ 2 พื้นที่ซึ่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูล เดือน ต.ค., พ.ย., ธ.ค., ม.ค. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 ก.พ. | | | | |
| รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน | หน่วยวัด | Baseline data | | | |
| | | 2558 | 2559 | 2560 | |
| | ร้อยละ | - | 62 | 67 | |
| เป้าหมายการ ดำเนินงาน ระยะ 5 ปี (ค่าเป็นร้อย ละ) | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 | 2565 |
| | 68 | 72 | 74 | 76 | 78 |
| เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน | | | | | |
| 1 คะแนนหมายถึง ร้อยละเด็กดีสมส่วน 50 - 54 | | | | | |
| 2 คะแนน หมายถึง ร้อยละเด็กดีสมส่วน 55 - 59 | | | | | |
| 3 คะแนน หมายถึง ร้อยละเด็กดีสมส่วน 60 - 65 | | | | | |
| 4 คะแนน หมายถึง ร้อยละเด็กดีสมส่วน 65 - 67 | | | | | |
| 5 คะแนน หมายถึง ร้อยละเด็กดีสมส่วน 68 ขึ้นไป | | | | | |
| ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด | นางวัฒนา สว่างศรี | | | | |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | นายแพทย์ไพบุลย์ อัครธนบดี | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---------------|-------|-------|------|
| ตัวชี้วัดที่ 21(4) | ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุ15-19ปี | | | | |
| วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด | เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในกลุ่มเป้าหมาย | | | | |
| คำนิยาม | จำนวนหญิงอายุ15-19ปีที่มาคลอดหรือแท้งบุตรและเป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่2 ขึ้นไป ต่อจำนวนวัยรุ่นอายุ15-19ปีที่มาใช้บริการด้วยเรื่องคลอดหรือแท้งบุตรทั้งหมด | | | | |
| ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง(ระบุหน่วยงานและผลงานปี 2560 | -ไม่เกินร้อยละ10(เป้าหมายกรมอนามัย) -อัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิง15-19ปี = 14.40 (ปี2560) เครือข่ายสุขภาพ รพ.มหาสารคาม | | | | |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | จำนวนหญิงอายุ15-19ปีที่มาคลอดหรือแท้งบุตรและเป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่2 ขึ้นไป ต่อจำนวนวัยรุ่นอายุ15-19ปีที่มาใช้บริการด้วยเรื่องคลอดหรือแท้งบุตรทั้งหมดในพื้นที่อำเภอเมืองมหาสารคาม | | | | |
| แหล่งข้อมูล | ทะเบียนคลอด/เก็บรวบรวมข้อมูลจากหญิงตั้งครรภ์ อายุ15-19ปีที่มาใช้บริการด้วยเรื่องคลอดหรือแท้งบุตรในโรงพยาบาลมหาสารคาม | | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | (A/B)*100 ตัวตั้ง(A)หมายถึง จำนวนหญิงอายุ15-19ปีที่มาใช้บริการด้วยเรื่องคลอดหรือแท้งบุตรและเป็นการตั้งครรภ์ที่2ขึ้นไปX100 ตัวหาร(B)หมายถึง จำนวนหญิงอายุ15-19ปี ที่มาใช้บริการด้วยเรื่องคลอดหรือแท้งบุตรทั้งหมด | | | | |
| ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน) | ปีละ2ครั้ง ตามรอบการนิเทศราชการ | | | | |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | หน่วยวัด | Baseline Data | | | |
| | | 2558 | 2559 | 2560 | |
| | | NA | 15.92 | 14.40 | |
| เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ 5ปี(ค่าเป็นร้อยละ) | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 | 2565 |
| | 14 | 13 | 12 | 11 | 10 |
| เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน | 1คะแนนหมายถึง ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุ15-19ปีเท่ากับ18 2คะแนนหมายถึง ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุ15-19ปีเท่ากับ16 3คะแนนหมายถึง ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุ15-19ปีเท่ากับ14 4คะแนนหมายถึง ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุ15-19ปีเท่ากับ12 5คะแนนหมายถึง ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุ15-19ปีเท่ากับ10 | | | | |
| ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด | ฉวีวรรณ เฝ้าพันธุ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | | | | |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | นพ.ไพบุลย์ อัครธนบดี | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---------------|------|------|------|
| ตัวชี้วัดที่ 21 | ร้อยละของจำนวนตัวชี้วัด PP excellent ผ่านเกณฑ์ | | | | |
| ตัวชี้วัดที่ 21(7) | ร้อยละของผู้สูงอายุติดเตียงเข้าถึงระบบการดูแลที่บ้าน | | | | |
| วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด | เพื่อให้ผู้สูงอายุติดเตียงได้รับบริการด้านสุขภาพที่บ้าน | | | | |
| คำนิยาม | 1. ผู้สูงอายุติดเตียง หมายถึงบุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีระดับ ADL 0-4 คะแนน 2. ระบบการดูแลที่บ้าน หมายถึงการให้บริการด้านสุขภาพที่บ้านโดย care manager, care giver, care plan | | | | |
| ค่าเป้าหมาย | ร้อยละ 80 | | | | |
| ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง(ระบุหน่วยงานและผลงาน ปี 2560) | โรงพยาบาลมหาสารคาม | | | | |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | ผู้สูงอายุติดเตียง ในเขตอำเภอเมือง 140 ราย | | | | |
| แหล่งข้อมูล | ข้อมูลรายงานของหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม | | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | (A/B)*100 ตัวตั้ง(A)หมายถึง จำนวนผู้สูงอายุติดเตียงได้รับบริการด้านสุขภาพโดย care manager, care giver, care plan ตัวหาร(B)หมายถึง จำนวนผู้สูงอายุติดเตียงในเขตอำเภอเมือง | | | | |
| ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน) | ทุก 6 เดือน | | | | |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | หน่วยวัด | Baseline data | | | |
| | | 2558 | 2559 | 2560 | |
| | ราย | - | - | - | |
| เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ 5 ปี (ค่าเป็นร้อยละ) | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 | 2565 |
| | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 |
| เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน | | | | | |
| 1 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุติดเตียงได้รับบริการด้านสุขภาพ ร้อยละ 60 -64 | | | | | |
| 2 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุติดเตียงได้รับบริการด้านสุขภาพ ร้อยละ 65 - 69 | | | | | |
| 3 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุติดเตียงได้รับบริการด้านสุขภาพ ร้อยละ 70 -74 | | | | | |
| 4 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุติดเตียงได้รับบริการด้านสุขภาพ ร้อยละ 75 - 79 | | | | | |
| 5 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุติดเตียงได้รับบริการด้านสุขภาพ ร้อยละ 80 ขึ้นไป | | | | | |
| ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด | นางสุทธิรัตน์ บุษดี | | | | |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | นายแพทย์ไพฑูริย์ อัครธนบดี | | | | |

| | | | | |
|--|--|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| ตัวชี้วัดที่ 22 | ระดับความสำเร็จในการขับเคลื่อนกิจกรรมส่งเสริมการใช้จ่ายปลอดภัยในชุมชน | | | |
| วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด | เพื่อให้เครือข่ายบริการสุขภาพ CUP เมือง มีการขับเคลื่อนให้เกิดการส่งเสริมการใช้จ่ายปลอดภัยในชุมชนโดยชุมชนมีส่วนร่วม | | | |
| คำนิยาม | การใช้จ่ายปลอดภัยในชุมชน หมายถึง การส่งเสริมให้ประชาชนมีการใช้จ่ายอย่างปลอดภัยโดยชุมชนมีส่วนร่วม | | | |
| ค่าเป้าหมาย | ร้อยละหน่วยบริการใน CUP เมืองที่ดำเนินโครงการได้ระดับความสำเร็จ ≥ 4 ร้อยละ 20 | | | |
| ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง(ระบุหน่วยงานและผลงาน ปี 2560) | งานคุ้มครองผู้บริโภค กลุ่มงานเวชกรรม (ไม่มีผลงานเพราะยังไม่มีการทำงาน) | | | |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | CUP เมืองมหาสารคาม (อ.เมืองมหาสารคาม) | | | |
| แหล่งข้อมูล | 1.ข้อมูลจากกิจกรรมการดำเนินโครงการยาปลอดภัยในชุมชนในแต่ละ รพ.สต./ศสม. ของ CUP เมืองมหาสารคาม | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | $(A/B)*100$ ตัวตั้ง (A) หมายถึง จำนวนหน่วยบริการใน CUP เมืองที่ดำเนินโครงการยาปลอดภัยในชุมชนได้ระดับความสำเร็จ ≥ 4 ตัวหาร (B) หมายถึง จำนวนหน่วยบริการใน CUP เมืองทั้งหมด | | | |
| ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน) | 4 ครั้ง/ปีงบประมาณ (ไตรมาสละ 1 ครั้ง) | | | |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | หน่วยวัด | Baseline data | | |
| | | 2558 | 2559 | 2560 |
| | ระดับความสำเร็จในการขับเคลื่อนกิจกรรมส่งเสริมการใช้จ่ายปลอดภัยในชุมชน | 0 (ไม่มีการขับเคลื่อนตกเกณฑ์) | 0 (ไม่มีการขับเคลื่อนตกเกณฑ์) | 0 (ไม่มีการขับเคลื่อนตกเกณฑ์) |
| เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ 5 ปี (ค่าเป็นร้อยละ) | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 |
| | 20 | 40 | 60 | 80 |
| เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน | | | | |
| 1 คะแนน หมายถึง มีโครงการใช้จ่ายปลอดภัยในชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพการใช้จ่ายในครัวเรือน | | | | |
| 2 คะแนน หมายถึง มีกิจกรรมเยี่ยมบ้านเพื่อค้นหาปัญหาด้านยาของผู้ป่วย โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่าย มีการคัดกรองผู้ป่วยที่ | | | | |

| | |
|--|----------------------|
| ได้รับอันตรายจากการใช้ยาและส่งต่อเพื่อการรักษาที่เหมาะสม | |
| 3 คะแนน หมายถึง มีกิจกรรมเฝ้าระวังและควบคุมแหล่งกระจายยาในชุมชน | |
| 4 คะแนน หมายถึง มีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลตามเกณฑ์ที่กำหนด | |
| 5 คะแนน หมายถึง มีกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์เพื่อกระตุ้นให้ชุมชนมีการพัฒนากลไกการจัดการตนเองในระยะต่อไป | |
| ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด | ภญ.ปริญา ถมอุตทา |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | นพ.ไพบุลย์ อัครวนบดี |

| | | | | |
|--|---|---------------|------|------|
| ตัวชี้วัดที่ 23 | จำนวนของหน่วยบริการที่แก้ไขปัญหาของพื้นที่โดยใช้กลไกประชารัฐ | | | |
| วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด | เพื่อให้หน่วยบริการใช้กลไกประชารัฐในการแก้ไขปัญหาของพื้นที่ | | | |
| คำนิยาม | กลไกประชารัฐ หมายถึง การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ/ตำบลในการแก้ไขปัญหามีส่วนร่วมของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยมีนายอำเภอเป็นประธานระดับอำเภอ | | | |
| ค่าเป้าหมาย | จำนวน 21 แห่ง | | | |
| ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง(ระบุหน่วยงานและผลงาน ปี 2560) | ปี 2560 จำนวน 18 แห่ง ได้แก่ ศสม.สามัคคีและรพ.สต.17 แห่ง | | | |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | หน่วยบริการทั้งหมด จำนวน 21 แห่ง | | | |
| แหล่งข้อมูล | ข้อมูลผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | (A/B)*100 ตัวตั้ง(A)หมายถึง ตัวหาร(B)หมายถึง | | | |
| ระยะเวลาที่ต้องรายงาน(ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน) | ทุก 3 เดือน | | | |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | หน่วยวัด | Baseline data | | |
| | | 2558 | 2559 | 2560 |
| | แห่ง | - | - | 18 |
| เป้าหมายการดำเนินงานระยะ 5 ปี (ค่าเป็นร้อยละ) | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 |
| | 19 | 20 | 21 | - |
| เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน | | | | |
| 1 คะแนนหมายถึง หน่วยบริการจำนวน 17 แห่งที่มีการแก้ไขปัญหาของพื้นที่โดยใช้กลไกประชารัฐ | | | | |
| 2 คะแนน หมายถึงหน่วยบริการจำนวน 18แห่งที่มีการแก้ไขปัญหาของพื้นที่โดยใช้กลไกประชารัฐ | | | | |
| 3 คะแนน หมายถึง หน่วยบริการจำนวน 19 แห่งที่มีการแก้ไขปัญหาของพื้นที่โดยใช้กลไกประชารัฐ | | | | |
| 4 คะแนน หมายถึงหน่วยบริการจำนวน 20แห่งที่มีการแก้ไขปัญหาของพื้นที่โดยใช้กลไกประชารัฐ | | | | |
| 5 คะแนน หมายถึง หน่วยบริการจำนวน 21 แห่งที่มีการแก้ไขปัญหาของพื้นที่โดยใช้กลไกประชารัฐ | | | | |
| ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด | นางพัชรา พรหมอารักษ์ | | | |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | นายแพทย์ไพบุลย์ อัครวนบดี | | | |

| | | | | |
|---|---|---------------|------|------|
| ตัวชี้วัดที่ 25 | จำนวนของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ | | | |
| วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด | เพื่อให้หน่วยบริการมีการจัดบริการให้ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ | | | |
| คำนิยาม | เกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการหมายถึงเกณฑ์การตรวจประเมินของสปสช.เพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ พ.ศ.2558 เพื่อใช้ประเมินสถานบริการในการต่อสัญญาเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ | | | |
| ค่าเป้าหมาย | จำนวน 21 แห่ง | | | |
| ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง(ระบุหน่วยงานและผลงาน ปี 2560) | ปี 2560 หน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการจำนวน 14 แห่ง ได้แก่ ศสม.ราชภัฏศรีสวัสดิ์, ศสม.ส่องนางไย, ศสม.บูรพา, ศูนย์สามัคคี, รพ.สต.หัวนาคำ, โนนแต่, หนองแวง, หนองโน, ท่าตูม, หนองจิก, เกิ้ง, อุปราษ, โคกก่อ, เชียงเหียน | | | |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | หน่วยบริการทั้งหมด จำนวน 21 แห่ง | | | |
| แหล่งข้อมูล | ข้อมูลการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการของสปสช. | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | (A/B)*100 ตัวตั้ง(A)หมายถึง ตัวหาร(B)หมายถึง | | | |
| ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน) | ปีละ1ครั้ง | | | |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | หน่วยวัด | Baseline data | | |
| | | 2558 | 2559 | 2560 |
| | แห่ง | 5 | 5 | 14 |
| เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ 5 ปี | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 |
| | 16 | 18 | 19 | 20 |
| | | | | 2565 |
| เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน | | | | |
| 1 คะแนนหมายถึง หน่วยบริการจำนวน 16 แห่งที่ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ | | | | |
| 2 คะแนน หมายถึงหน่วยบริการจำนวน 18 แห่งที่ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ | | | | |
| 3 คะแนน หมายถึง หน่วยบริการจำนวน 19 แห่งที่ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ | | | | |
| 4 คะแนน หมายถึงหน่วยบริการจำนวน 20 แห่งที่ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ | | | | |
| 5 คะแนน หมายถึง หน่วยบริการจำนวน 21 แห่งที่ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ | | | | |
| ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด | นางพัชรา พรหมอารักษ์ | | | |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | นายแพทย์ไพบูลย์ อัครวนบดี | | | |

| | | | | | |
|---|---|---------------|------|------|------|
| ตัวชี้วัดที่ 26 | จำนวนของหน่วยบริการที่มีการจัดบุคลากรได้ตามเกณฑ์ PCC | | | | |
| วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด | เพื่อให้หน่วยบริการมีการจัดบุคลากรได้ตามเกณฑ์ PCC | | | | |
| คำนิยาม | การจัดบุคลากรตามเกณฑ์PCC หมายถึง การจัดบุคลากรให้ได้สัดส่วนที่เหมาะสมกับประชากรเช่นแพทย์ 1:10,000 พยาบาลวิชาชีพ 1:2,500 นักวิชาการสาธารณสุข 1:2,500 เป็นต้น | | | | |
| ค่าเป้าหมาย | จำนวน 5 แห่ง | | | | |
| ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง(ระบุหน่วยงานและผลงาน ปี 2560) | ปี 2560 หน่วยบริการที่มีการจัดบุคลากรได้ตามเกณฑ์ PCCจำนวน 2 แห่ง 1.ศสม.บูรพา 2.รพ.สต.โคกก่อ | | | | |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | หน่วยบริการทั้งหมดใน PCC 1-2 จำนวน 5 แห่ง ได้แก่ ศสม.สามัคคี,ศสม.ส่องนางใย,ศสม.ราชภัฏศรีสวัสดิ์ ,ศสม.บูรพา,รพ.สต.โคกก่อ | | | | |
| แหล่งข้อมูล | ข้อมูลการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการของคลินิกหมอครอบครัว | | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | $(A/B)*100$ ตัวตั้ง(A)หมายถึง ตัวหาร(B)หมายถึง | | | | |
| ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน) | ทุก 1 ปี | | | | |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | หน่วยวัด | Baseline data | | | |
| | | 2558 | 2559 | 2560 | |
| | แห่ง | - | - | 2 | |
| เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ 5 ปี (ค่าเป็นร้อยละ) | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 | 2565 |
| | 3 | 4 | 5 | - | - |
| เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน | | | | | |
| 1 คะแนนหมายถึง หน่วยบริการจำนวน 1 แห่งที่มีการจัดบุคลากรได้ตามเกณฑ์ PCC | | | | | |
| 2 คะแนน หมายถึงหน่วยบริการจำนวน 2 แห่งที่มีการจัดบุคลากรได้ตามเกณฑ์ PCC | | | | | |
| 3 คะแนน หมายถึง หน่วยบริการจำนวน 3 แห่งที่มีการจัดบุคลากรได้ตามเกณฑ์ PCC | | | | | |
| 4 คะแนน หมายถึงหน่วยบริการจำนวน 4 แห่งที่มีการจัดบุคลากรได้ตามเกณฑ์ PCC | | | | | |
| 5 คะแนน หมายถึง หน่วยบริการจำนวน 5 แห่งที่มีการการจัดบุคลากรได้ตามเกณฑ์ PCC | | | | | |
| ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด | นางพัชรา พรหมอารักษ์ | | | | |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | นายแพทย์ไพบูลย์ อัครธนบดี | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---------------|-------|------|------|
| ตัวชี้วัดที่ 27 | ร้อยละการดำเนินการตาม Planfin | | | | |
| วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด | ร้อยละของหน่วยบริการมีผลต่างของแผนและผลของรายได้และค่าใช้จ่ายไม่เกินร้อยละ 5 (รายได้และค่าใช้จ่ายสูงกว่าหรือต่ำกว่าแผนได้ ไม่เกินร้อยละ 5) | | | | |
| คำนิยาม | <ol style="list-style-type: none"> 1. จัดทำแผนทางการเงินให้เป็นไปตามนโยบายของเขต / จังหวัด 2. บริหารแผนทางการเงินให้เป็นไปตามเป้าหมาย 3. กำกับติดตามแผนและผลทางการเงินรายเดือน (ทั้ง 7 แผน) ให้มีผลต่างของแผนและผล ไม่เกินร้อยละ 5 <ol style="list-style-type: none"> 3.1 หน่วยบริการมีผลต่างของแผนและผลของ<u>รายได้</u> ไม่เกินร้อยละ 5 (รายได้สูงกว่าหรือต่ำกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ 5) 3.2 หน่วยบริการมีผลต่างของแผนและผลของ<u>ค่าใช้จ่าย</u> ไม่เกินร้อยละ 5 (ค่าใช้จ่ายสูงกว่าหรือต่ำกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ 5) | | | | |
| ค่าเป้าหมาย | คลาดเคลื่อนไม่เกินร้อยละ 5 | | | | |
| ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง(ระบุหน่วยงานและผลงาน ปี 2560) | หน่วยงาน โรงพยาบาลมหาสารคาม ผลงาน ปี 2560 รายได้ มีผลต่าง = 8.71 % ค่าใช้จ่าย มีผลต่าง = 8.87 % เฉลี่ย มีผลต่าง = 8.79 % | | | | |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | ทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลมหาสารคาม | | | | |
| แหล่งข้อมูล | จากการวิเคราะห์จากรายงานการเงินของหน่วยบริการที่ส่งส่วนกลาง (กองเศรษฐกิจ สุขภาพและหลักประกันสุขภาพ) รายไตรมาส | | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | $\text{รายได้} = \frac{\text{ค่าที่เป็นจริงตาม Planfin} - \text{ประมาณการที่ควรเป็น}}{\text{ประมาณการที่ควรเป็น}} \times 100$ $\text{ค่าใช้จ่าย} = \frac{\text{ค่าที่เป็นจริงตาม Planfin} - \text{ประมาณการที่ควรเป็น}}{\text{ประมาณการที่ควรเป็น}} \times 100$ | | | | |
| ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน) | รายไตรมาส | | | | |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | หน่วยวัด | Baseline data | | | |
| | | 2558 | 2559 | 2560 | |
| | ร้อยละ | 8.28 | -3.79 | 8.79 | |
| เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ 5 ปี (ค่าเป็นร้อยละ) | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 | 2565 |
| | <5% | <5% | <5% | <5% | <5% |

| | |
|-----------------------------|----------------------|
| เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน | |
| 1 คะแนน หมายถึง <25 % | |
| 2 คะแนน หมายถึง <20 % | |
| 3 คะแนน หมายถึง <15 % | |
| 4 คะแนน หมายถึง <10 % | |
| 5 คะแนน หมายถึง <5 % | |
| ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด | น.ส.สิริญาพร คงแสนคำ |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | นางสุภาภรณ์ คณะเวทย์ |

| | | | | | |
|---|--|---------------|------|------|------|
| ตัวชี้วัดที่ 28 | ร้อยละการบริหารระบบบริการเจ้าหน้าที่และลูกหนี้ | | | | |
| วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด | ร้อยละการบริหารระบบบริการเจ้าหน้าที่และลูกหนี้ ได้ผล >90% | | | | |
| คำนิยาม | การบริหารระบบเจ้าหน้าที่ต้องมีการจ่ายชำระหนี้ไม่เกิน 90 วัน และบริหารจัดการลูกหนี้ ต้องได้รับชำระหนี้ไม่เกิน 90 วัน ข้อมูลเจ้าหน้าที่และลูกหนี้ต้องสามารถนำมาบันทึกบัญชีได้ครบถ้วน เป็นปัจจุบันตามนโยบายกระทรวง มีทะเบียนคุมครบถ้วน | | | | |
| ค่าเป้าหมาย | ได้ผลมากกว่าร้อยละ 90 | | | | |
| ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง(ระบุหน่วยงานและผลงาน ปี 2560) | เปรียบเทียบระหว่างปีงบประมาณ 2560 – 2561 ในการบริหารระบบบริการเจ้าหน้าที่และลูกหนี้ เป็นระบบ ค้นหา ตรวจสอบง่าย ติดตามข้อมูลได้สะดวก ใช้เวลาน้อยและจัดทำทะเบียนได้ครบถ้วน | | | | |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | <ol style="list-style-type: none"> เจ้าหน้าที่หน่วยงานภาครัฐ รัฐวิสาหกิจ เจ้าหน้าที่บุคคลธรรมดา และเจ้าหน้าที่นิติบุคคล ลูกหนี้คำรักษาพยาบาลแยกตามประเภทสิทธิ์ที่เรียกเก็บ <ol style="list-style-type: none"> ลูกหนี้คำรักษาเบิกต้นสังกัด IPD ลูกหนี้คำรักษา พรบ. OPD ลูกหนี้คำรักษา พรบ. IPD ลูกหนี้คำรักษาประกันสังคม OPD นอกเครือข่าย ลูกหนี้คำรักษาประกันสังคม IPD นอกเครือข่าย ลูกหนี้คำรักษา OPD UC นอก CUP (ในจังหวัด) ลูกหนี้คำรักษา IPD UC นอก CUP (นอกจังหวัด) ลูกหนี้คำรักษาเบิกจ่ายตรง OPD ลูกหนี้คำรักษาเบิกจ่ายตรง IPD | | | | |
| แหล่งข้อมูล | โปรแกรมบริหารเจ้าหน้าที่ และ โปรแกรมการจัดเก็บลูกหนี้ | | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | ระยะเวลาชำระหนี้เจ้าหน้าที่ = $365 / \text{อัตราการหมุนเวียนเจ้าหน้าที่การค้า (วัน)}$ ระยะเวลาเรียกเก็บลูกหนี้ = $365 / \text{อัตราการหมุนเวียนลูกหนี้การค้า (วัน)}$ | | | | |
| ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน) | รายไตรมาส | | | | |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | หน่วยวัด | Baseline data | | | |
| | | 2558 | 2559 | 2560 | |
| | จำนวนวัน (เจ้าหน้าที่) | 89 | 88 | 105 | |
| | จำนวนวัน (ลูกหนี้) | 88 | 87 | 97 | |
| เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ 5 ปี (ค่าเป็นร้อยละ) | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 | 2565 |
| | >50% | >60% | >70% | >80% | >90% |

| | |
|-----------------------------|----------------------|
| เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน | |
| 1 คะแนน หมายถึง | 10% |
| 2 คะแนน หมายถึง | 20% |
| 3 คะแนน หมายถึง | 30% |
| 4 คะแนน หมายถึง | 40% |
| 5 คะแนน หมายถึง | >50% |
| ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด | น.ส.สิริญาพร คงแสนคำ |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | นางสุภาภรณ์ คณะเวทย์ |

| | | | |
|---|--|--|--|
| ตัวชี้วัดที่ 29 | ผ่านเกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินมีค่า Financial Administration Index : FAI > 90% | | |
| วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด | ร้อยละหน่วยบริการที่มีค่า Financial Administration Index : FAI > 90 % | | |
| คำนิยาม | <p>Financail Administration Index : FAI คือ เกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขโดยกลุ่มประกันสุขภาพ กำหนดเป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยกำหนดกรอบการประเมินผลการดำเนินงาน 4 กิจกรรมหลัก ประกอบด้วย</p> <p>กิจกรรมที่ 1 การพัฒนาคุณภาพบัญชี (Accounting Audit : AC)</p> <p>กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาการนำเข้าข้อมูลหน่วยบริการเข้าระบบ GFMIS</p> <p>กิจกรรมที่ 3 การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง (Financial Management : FM)</p> <p>กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาการจัดทำต้นทุนอย่างมีประสิทธิภาพ (Unit Cost : UC)</p> <p>สูตรการคำนวณ : จากผลการประเมินรายกิจกรรม โดยกำหนดน้ำหนักคะแนนแต่ละกิจกรรม ดังนี้</p> <p>กิจกรรมที่ 1 การพัฒนาคุณภาพบัญชี (AC) น้ำหนักคะแนนร้อยละ 30</p> <p>กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาการนำเข้าข้อมูลหน่วยบริการเข้าระบบ GFMIS น้ำหนักคะแนนร้อยละ 10</p> <p>กิจกรรมที่ 3 การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง (FM) น้ำหนักคะแนนร้อยละ 30</p> <p>กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาการจัดทำต้นทุนอย่างมีประสิทธิภาพ (UC) น้ำหนักคะแนนร้อยละ 30</p> | | |
| ค่าเป้าหมาย | มากกว่าร้อยละ 90 | | |
| ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง(ระบุหน่วยงานและผลงาน ปี 2560) | หน่วยงาน โรงพยาบาลมหาสารคาม ผลงาน ปี 2560 = ร้อยละ 90 | | |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | ทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลมหาสารคาม | | |
| แหล่งข้อมูล | Financial Administration Index | การจัดเก็บข้อมูล/เครื่องมือสนับสนุนการดำเนินงาน | หน่วยงานสนับสนุน |
| | 1. การพัฒนาคุณภาพบัญชี (Accounting Audit : AC) | 1. โปรแกรมตรวจประเมินคุณภาพบัญชีอิเล็กทรอนิกส์ 2. คู่มือตรวจสอบงบ | กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |

| | | | |
|---|---|--|--|
| | | ทดลอง 3. คู่มือตรวจสอบบัญชี | |
| | 2. การพัฒนาการนำเข้าข้อมูลหน่วยบริการเข้าระบบ GFMS | 1. แนวทางการนำเงินนอกเข้า GFMS ด้วย บข. 01 และ บข.11 2. โปรแกรม Mapping ผัง GL ไปสู่ GFMS | กองบริหารการคลัง สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข |
| | 3. การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง (Financial Management : FM) | 1. แผนทางการเงิน Planfin 2. ดัชนีวิเคราะห์ทางการเงิน 3. ค่ากลาง (รายได้-ค่าใช้จ่าย) กลุ่มระดับบริการ | กองเศรษฐกิจสุขภาพและ หลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข |
| | 4. การพัฒนาการจัดทำต้นทุนอย่างมีประสิทธิภาพ (Unit Cost : UC) | 1. ค่ากลาง (ต้นทุน) กลุ่มระดับบริการ | กองเศรษฐกิจสุขภาพและ หลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | สูตรการคำนวณ : จากผลการประเมินรายการกิจกรรม โดยกำหนดน้ำหนักคะแนนแต่ละกิจกรรม ดังนี้ A : กิจกรรมที่ 1 การพัฒนาคุณภาพบัญชี (AC) น้ำหนักคะแนนร้อยละ 30 B : กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาการนำเข้าข้อมูลหน่วยบริการเข้าระบบ GFMS น้ำหนักคะแนนร้อยละ 10 C : กิจกรรมที่ 3 การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง (FM) น้ำหนักคะแนนร้อยละ 30 D : กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาการจัดทำต้นทุนอย่างมีประสิทธิภาพ (UC) น้ำหนักคะแนนร้อยละ 30 รวม 4 กิจกรรม น้ำหนักคะแนนร้อยละ 100 กำหนดเกณฑ์น้ำหนักคะแนนผ่านตัวชี้วัด คือ มากกว่าร้อยละ 90 $A + B + C + D$ | | |
| ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน) | รายไตรมาส | | |

| | | | | | |
|---|----------|---------------|-------|-------|-------|
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | หน่วยวัด | Baseline data | | | |
| | | 2558 | 2559 | 2560 | |
| | ร้อยละ | 100 | 100 | 90 | |
| เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ 5 ปี (ค่าเป็นร้อยละ) | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 | 2565 |
| | > 90% | > 90% | > 90% | > 90% | > 90% |

เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน

ประเมินผลเป็นรายไตรมาส แต่ละไตรมาสจะแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละองค์ประกอบการประเมินเป็น 5 ขั้นตอน โดยพิจารณาจากความสำเร็จของแต่ละขั้นตอนการดำเนินงาน ทั้งนี้ ผู้ประเมินจะต้องทำเครื่องหมายในทุกๆ ขั้นตอนที่มีความสำเร็จ

เช่น : การประเมินผลการพัฒนาคุณภาพบัญชี Accounting Audit : AC ของโรงพยาบาล ก. ในไตรมาสที่ 1/2561 ดำเนินการสำเร็จในขั้นตอน 1, 2, 3, 4 ผลการประเมินเป็นดังนี้

ไตรมาส 1/2561

| องค์ประกอบการประเมิน | ความสำเร็จของแต่ละขั้นตอน | | | | |
|---|---------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | ขั้นตอนที่ ๑ | ขั้นตอนที่ ๒ | ขั้นตอนที่ ๓ | ขั้นตอนที่ ๔ | ขั้นตอนที่ ๕ |
| การพัฒนาคุณภาพบัญชี (Accounting Audit : AC) | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | |

แสดงว่า ในไตรมาส 1/2561 โรงพยาบาล ก. ได้ 4 คะแนน จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน

ต่อมาในไตรมาส 2/2561 การประเมินผลการพัฒนาคุณภาพบัญชี Accounting Audit : AC ของโรงพยาบาล ก. ดำเนินการสำเร็จในขั้นตอนที่ 1, 2, 4 ผลการประเมินเป็นดังนี้

ไตรมาส 2/2561

| องค์ประกอบการประเมิน | ความสำเร็จของแต่ละขั้นตอน | | | | |
|---|---------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | ขั้นตอนที่ ๑ | ขั้นตอนที่ ๒ | ขั้นตอนที่ ๓ | ขั้นตอนที่ ๔ | ขั้นตอนที่ ๕ |
| การพัฒนาคุณภาพบัญชี (Accounting Audit : AC) | ✓ | ✓ | | ✓ | |

รายละเอียดการดำเนินงานแต่ละองค์ประกอบ

| องค์ประกอบ การประเมิน | ขั้นตอนที่ 1 | ขั้นตอนที่ 2 | ขั้นตอนที่ 3 | ขั้นตอนที่ 4 | ขั้นตอนที่ 5 |
|----------------------------|-------------------------|----------------------------------|------------------------------------|----------------------------|--------------------------|
| 1. การพัฒนา คุณภาพบัญชี | มีคณะทำงาน พัฒนาระบบ | คณะทำงานมีการ ประชุมอย่างน้อย | มีรายงานการเงิน ของลูกข่าย (รพ. | มีการเสนอ รายงานการเงิน | ผลงานหรือ หลักฐานเชิง |

| | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|
| (Accounting Audit : AC) | บัญชีในหน่วยบริการซึ่งประกอบด้วยตัวแทนจากทุกหน่วยงาน | ทุกไตรมาส เพื่อกำหนดประเด็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพบัญชี | สต. ส่งส่วนกลาง ได้ครบทุกแห่ง | ผลการตรวจสอบงบทดลองเบื้องต้นต่อผู้บริหารและคณะกรรมการบริหารทราบทุกเดือน | ประจักษ์ถึงความสำเร็จเป็นที่ยอมรับ (คุณภาพบัญชีทางอิเล็กทรอนิกส์หน่วยบริการผ่านเกณฑ์) |
| 2. การพัฒนาการนำเข้าข้อมูลหน่วยบริการเข้าระบบ GFMIS | จังหวัดกำหนดเป็นนโยบายการนำเงินนอกงบประมาณฝากธนาคารพาณิชย์เข้า GFMIS | มีผู้รับผิดชอบในระดับจังหวัด ติดตามกำกับการนำข้อมูลเข้าเงินนอกงบประมาณฝากธนาคารพาณิชย์ เข้าระบบ GFMIS | ไม่มีบัญชีเงินนอกงบประมาณฝากธนาคารพาณิชย์ ประเภทฝากประจำ | - หน่วยบริการที่เป็นหน่วยเบิกจ่ายนำเงินนอกงบประมาณฝากเข้าระบบ GFMIS ด้วย บช. 01 - หน่วยบริการที่เป็นศูนย์ต้นทุนที่ไม่ใช่หน่วยเบิกจ่ายนำเข้า GFMIS ด้วย บช. 11 | มีการเสนอรายงานผลการนำข้อมูลเข้าเงินนอกงบประมาณฝากธนาคารพาณิชย์ เข้าระบบ GFMIS ทุกเดือน |
| 3. การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง (Financial Management : FM) | มีคณะกรรมการบริหารการเงินการคลังของหน่วยบริการและมีการประชุมเพื่อกำหนดประเด็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อการเงินการคลัง | มีคณะกรรมการจัดทำแผนทางการเงิน (PLANFIN) ของหน่วยบริการ ที่มีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย / ทุกกลุ่มงาน | มีการเสนอรายงานการเปรียบเทียบแผนทางการเงินกับผลการดำเนินงาน (PLANFIN) ต่อผู้บริหารและคณะกรรมการบริหารหน่วยบริการทุกเดือน | ใช้เครื่องมือทางการเงิน เพื่อเฝ้าระวังและเพิ่มประสิทธิภาพการบริหาร (ดัชนี 7 ระดับ ,ค่ากลางกลุ่มระดับ รพ., LOI ฯลฯ) | มีผลงานหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ถึงความสำเร็จ - ไม่มีความเสี่ยงทางการเงินระดับ 7 ตามเกณฑ์การประเมินวิฤติของกระทรวง |

| | | | | | |
|--|---|---|--|---|---|
| 4. การพัฒนาการ จัดทำต้นทุน อย่างมี ประสิทธิภาพ (Unit Cost : UC) | มีการแต่งตั้ง คณะทำงาน พัฒนาต้นทุน หน่วยบริการ (จากแผนกหรือ ฝ่ายที่เกี่ยวข้อง) | มีการตรวจสอบ คุณภาพความ ครบถ้วนของ ข้อมูลบริการทั้ง OP/IP ประจำเดือน | มีรายงานเสนอ ต้นทุนบริการ OP/IP ต่อ ผู้บริหาร (ผอ. รพ.)และ คณะกรรมการ บริหารประจำทุก ไตรมาส | มีแผนการพัฒนา ต้นทุนหน่วย บริการ OP/IP เพื่อให้เกิด ประสิทธิภาพใช้ ทรัพยากรที่มีให้ เกิดประโยชน์ สูงสุดต่อ ผู้รับบริการ | มีต้นทุนบริการ OP/IP อยู่ใน เกณฑ์เดียวกับ กลุ่มระดับบริการ ด้วยวิธีการ Quick Method (ค่า Mean + 1SD) |
| เกณฑ์การให้คะแนนหน่วยบริการที่ค่า Financial Administration Index : FAI มากกว่าร้อยละ 90 | | | | | |
| ระดับคะแนน 1 | | ระดับคะแนน 2 | | ระดับคะแนน 3 | |
| ๗๐% | | ๗๕% | | ๘๐% | |
| ระดับคะแนน 4 | | ระดับคะแนน 5 | | | |
| ๘๕% | | ≥ ๙๐% | | | |
| ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด | | น.ส.สิริธัญญาพร คงแสนคำ | | | |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | | นางสุภาภรณ์ คณะเวทย์ | | | |

| | | | | | |
|---|---|---------------|-------|-------|------|
| ตัวชี้วัดที่ 30 (1) | ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกได้รับการผ่าตัด | | | | |
| วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด | เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ และให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเพิ่มขึ้น | | | | |
| คำนิยาม | ต้อกระจก (Cataract) หมายถึง โรคที่อยู่ในรหัส H 250 – H 259 (ICD 10) ต้อกระจก หมายถึงภาวะที่เลนส์แก้วตา(Crystalline Lens) มีความขุ่นมัว(Len Opacity) ซึ่งเป็นโรคที่เป็นภาวะเสื่อมตามวัย พบมากในผู้สูงอายุ ซึ่งจะทำให้ลดประสิทธิภาพการมองเห็น(Visual Acuity, Contrast Sensitivity, Diplopia ฯลฯ) โดยผ่านการตรวจและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นต้อกระจกโดยจักษุแพทย์ | | | | |
| ค่าเป้าหมาย | เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 | | | | |
| ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง(ระบุหน่วยงานและผลงาน ปี 2560) | ผู้ป่วยต้อกระจกได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียม | | | | |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | ผู้สูงอายุได้รับการตรวจคัดกรองสายตาเพื่อค้นหาต้อกระจก ร้อยละ 75 ต้อกระจก(Cataract) ได้รับการตรวจ และวินิจฉัยว่าเป็นต้อกระจกโดยจักษุแพทย์ | | | | |
| แหล่งข้อมูล | ฐานข้อมูลประชากรจากHDC, รายงานสถิติการวินิจฉัยโรค, Vision2020, ทะเบียนผ่าตัดต้อกระจก | | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | $(A/B)*100$ ตัวตั้ง(A) หมายถึง จำนวนผู้ป่วยต้อกระจก(Cataract)ที่ได้รับการผ่าตัดเฉลี่ยใน 3 ปีที่ผ่านมา (1,634) ตัวหาร(B) หมายถึง จำนวนผู้ป่วยต้อกระจก(Cataract)ที่ได้รับการผ่าตัดในช่วงเวลานั้นๆ | | | | |
| ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน) | รายไตรมาส | | | | |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | หน่วยวัด | Baseline data | | | |
| | | 2558 | 2559 | 2560 | |
| | จำนวน/ร้อยละ | 1,772 | 1,628 | 1,503 | |
| เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ 5 ปี (ค่าเป็นร้อยละ) | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 | 2565 |
| | 10 | 15 | 20 | 25 | 30 |
| เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน | | | | | |
| 1 คะแนนหมายถึง ผู้ป่วยต้อกระจกได้รับการผ่าตัดคงเดิม ร้อยละ 0 | | | | | |
| 2 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยต้อกระจกได้รับการผ่าตัดเพิ่มขึ้น ร้อยละ 5 | | | | | |
| 3 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยต้อกระจกได้รับการผ่าตัดเพิ่มขึ้น ร้อยละ 10 | | | | | |
| 4 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยต้อกระจกได้รับการผ่าตัดเพิ่มขึ้น ร้อยละ 15 | | | | | |

| | |
|---|--------------------------|
| 5 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยต่อกระจกได้รับการผ่าตัดเพิ่มขึ้น ร้อยละ 20 | |
| ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด | นางลำยองค์ เชื้อกลิ่นฟ้า |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | พญ.เพียงใจ ลวกุล |

| | |
|-------------------------------------|---|
| ตัวชี้วัดที่ 30 (2) | ร้อยละผู้ป่วยได้รับการฟอกไต |
| วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด | เพิ่มผลผลิตในการให้บริการ (Product Champion) ผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในหน่วยไตเทียมโรงพยาบาลมหาสารคาม |
| คำนิยาม | <p>การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หมายถึง เป็นการนำเลือดผ่านเข้าเครื่องไตเทียม ผ่านไปยังเยื่อ Hemodialyzer ซึ่งเป็น semipermeable membrane ซึ่งจะกรองเอาของเสียเลือดออก เลือดที่ผ่านการกรองก็จะกลับเข้าสู่เครื่องไตเทียม และเข้าสู่ร่างกาย ทำให้กำจัดของเสีย คุมความสมดุลของน้ำและเกลือแร่ และรักษาระดับความดันโลหิตให้ปกติ ใช้เวลาฟอก 4-5 ชั่วโมงต่อครั้ง สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง</p> <p>การบริการฟอกเลือด ประจำ หมายถึง ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการรักษาบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และมีคิวฟอกเลือดสม่ำเสมอ กับทางหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลมหาสารคาม 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ ตามคำสั่งแพทย์</p> <p>ค่าบริการ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในผู้ป่วยสิทธิจ่ายตรง กรมบัญชีกลาง, สิทธิจ่ายตรง-ส่วนท้องถิ่น และสิทธิเบิกต้นสังกัด ในโรงพยาบาลมหาสารคาม เท่ากับ 2000 บาทต่อครั้ง</p> |
| ค่าเป้าหมาย | เพิ่มสัดส่วนของการให้บริการฟอกเลือดประจำ ในผู้ป่วยสิทธิจ่ายตรง กรมบัญชีกลาง, สิทธิจ่ายตรง-ส่วนท้องถิ่น และสิทธิเบิกต้นสังกัด |
| ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง | สัดส่วนการให้บริการฟอกเลือดประจำ ในผู้ป่วยสิทธิจ่ายตรง กรมบัญชีกลาง, สิทธิจ่ายตรง-ส่วนท้องถิ่น และสิทธิเบิกต้นสังกัด ในหน่วยไตเทียมโรงพยาบาลมหาสารคาม เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปีงบประมาณ 2560 |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการรักษาบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม |
| แหล่งข้อมูล | ทะเบียนการให้บริการผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | $(A/B) * 100$ <p>ตัวตั้ง A หมายถึง ผลรวมของจำนวนครั้งการให้บริการฟอกเลือดผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย สิทธิจ่ายตรง กรมบัญชีกลาง, สิทธิจ่ายตรง-ส่วนท้องถิ่น และสิทธิเบิกต้นสังกัด</p> <p>ตัวตั้ง B หมายถึง จำนวนครั้งการให้บริการฟอกเลือดผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ทั้งหมด</p> |
| ระยะเวลาที่ต้องรายงาน | ทุก 3 เดือน ตามไตรมาส (เริ่มรายงานผลเมื่อย้ายสถานที่ให้บริการ ไปยังอาคารบำบัด รักษาชั้น 4 เนื่องจากมีเครื่องพร้อม ขยายบริการ จากการรับบริจาค จากมูลนิธิ 1 เครื่อง / และเครื่องไตเทียม ตามงบเสื่อม ของ สปสช. ปี |

| | | | | | |
|--|---|------|---------------|-----------|-----------|
| | 2560 จำนวน 1 เครื่อง) | | | | |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | หน่วยวัด | | Baseline data | | |
| | | | 2558 | 2559 | 2560 |
| | จำนวนครั้งการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ทั้งหมด (ครั้ง) | | 8,408 | 8,744 | 8,959 |
| | จำนวนครั้งการฟอกเลือดประจำสิทธิ์จ่ายตรง-กรมบัญชีกลาง+ อปท. + เบิกต้นสังกัด (ครั้ง) | | NA | 4,418 | 4,384 |
| | รายรับค่าบริการฟอกเลือดประจำตามสิทธิ์จ่ายตรง-กรมบัญชีกลาง+ อปท. + เบิกต้นสังกัด (บาท) | | NA | 8,836,000 | 8,768,000 |
| เป้าหมายการดำเนินงานระยะ 5 ปี (ค่าเป็นร้อยละ) | - สัดส่วนการให้บริการฟอกเลือดประจำ ในผู้ป่วยสิทธิ์จ่ายตรง กรมบัญชีกลาง, สิทธิ์จ่ายตรง-ส่วนท้องถิ่น และสิทธิ์เบิกต้นสังกัด ในหน่วยไตเทียมโรงพยาบาลมหาสารคาม เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปีก่อน | | | | |
| | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 | 2565 |
| | 5% | 10% | 10% | - | - |
| | - มีเครื่องไตเทียมที่สามารถให้บริการ ครบ 19 เครื่อง ปี 2564 | | | | |
| เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน 1 คะแนน หมายถึง รอบ 6 เดือน ปีงบประมาณ 2561 สามารถ เพิ่ม 25%ของเกณฑ์เป้าหมาย และไม่สามารถขยาย บริการได้ตามกำหนด 2 คะแนน หมายถึง รอบ 6 เดือน ปีงบประมาณ 2561 สามารถ เพิ่ม 25%ของเกณฑ์เป้าหมาย และสามารถขยาย บริการได้ตามกำหนด 3 คะแนน หมายถึง รอบ 9 เดือน ปีงบประมาณ 2561 สามารถ เพิ่ม 50%ของเกณฑ์เป้าหมาย 4 คะแนน หมายถึง รอบ 9 เดือน ปีงบประมาณ 2561 สามารถ เพิ่ม 75%ของเกณฑ์เป้าหมาย 5 คะแนน หมายถึง รอบ 12เดือน ปีงบประมาณ 2561 สามารถ เพิ่ม 100%ของเกณฑ์เป้าหมาย | | | | | |
| ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด | Hemodialysis Nurse หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลมหาสารคาม | | | | |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | นางกชณาภิญญา ดวงมาตย์พล / พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลมหาสารคาม | | | | |

| ตัวชี้วัดที่ 30 (4) | ร้อยละจำนวนกลุ่มเป้าหมายที่เข้ารับการตรวจสุขภาพเพิ่มขึ้นจากเดิมมากกว่าร้อยละ 3 ต่อปี | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---------|---------|---------|----------|---------|---------|---------|------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด | เพื่อเพิ่มรายได้ให้โรงพยาบาล | | | | | | | | | | | | | |
| คำนิยาม | กลุ่มเป้าหมาย หมายถึง กลุ่มข้าราชการ ลูกจ้างประจำ สิทธิผู้ประกันตน หน่วยงานเอกชนที่สนใจที่เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีที่คลินิกตรวจสุขภาพ | | | | | | | | | | | | | |
| ค่าเป้าหมาย | ปี 2561 เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 3 ต่อปี | | | | | | | | | | | | | |
| ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง(ระบุหน่วยงานและผลงาน ปี 2560) | จำนวนผู้รับบริการในปี 2560 = 5,905 คน (ไม่รวมนักศึกษา 4,392 คน) ผลงาน ปี 2561 = 6,082 คน. คิดเป็นร้อยละ 3 ต่อปี | | | | | | | | | | | | | |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | กลุ่มข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว สิทธิผู้ประกันตน และหน่วยงานเอกชนที่สนใจในการตรวจสุขภาพประจำปี | | | | | | | | | | | | | |
| แหล่งข้อมูล | <ul style="list-style-type: none"> - จากโปรแกรมตรวจสุขภาพประจำปี โรงพยาบาลมหาสารคาม - ฐานข้อมูลได้จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพ - http://data.bopp-obec.info/emis/ | | | | | | | | | | | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | $(A/B)*100$ ตัวตั้ง (A) หมายถึง จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่เข้ารับการตรวจสุขภาพที่คลินิกตรวจสุขภาพในปี 2561 - จำนวนที่เข้ารับการตรวจสุขภาพในปี 2560 x 100 ตัวหาร (B) หมายถึง จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี 2560 | | | | | | | | | | | | | |
| ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน) | รายงานทุก 6 เดือน | | | | | | | | | | | | | |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">หน่วยวัด</th> <th style="width: 20%;">ปี 2558</th> <th style="width: 20%;">ปี 2559</th> <th style="width: 20%;">ปี 2560</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>จำนวน (คน)</td> <td>6,469</td> <td>6,249</td> <td>5,905</td> </tr> </tbody> </table> | | | | หน่วยวัด | ปี 2558 | ปี 2559 | ปี 2560 | จำนวน (คน) | 6,469 | 6,249 | 5,905 | | |
| หน่วยวัด | ปี 2558 | ปี 2559 | ปี 2560 | | | | | | | | | | | |
| จำนวน (คน) | 6,469 | 6,249 | 5,905 | | | | | | | | | | | |
| เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ 5 ปี (ค่าเป็นร้อยละ) กลุ่มข้าราชการ | <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">ปี 2561</th> <th style="width: 20%;">ปี 2562</th> <th style="width: 20%;">ปี 2563</th> <th style="width: 20%;">ปี 2564</th> <th style="width: 20%;">ปี 2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6,082</td> <td>6,265</td> <td>6,453</td> <td>6,647</td> <td>6,847</td> </tr> </tbody> </table> | | | | ปี 2561 | ปี 2562 | ปี 2563 | ปี 2564 | ปี 2565 | 6,082 | 6,265 | 6,453 | 6,647 | 6,847 |
| ปี 2561 | ปี 2562 | ปี 2563 | ปี 2564 | ปี 2565 | | | | | | | | | | |
| 6,082 | 6,265 | 6,453 | 6,647 | 6,847 | | | | | | | | | | |
| เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน | 1 คะแนน หมายถึง เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 1 2 คะแนน หมายถึง เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 2 | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|-----------------------|--------------------------|
| 3 คะแนน หมายถึง | เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 3 |
| 4 คะแนน หมายถึง | เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 4 |
| 5 คะแนน หมายถึง | เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 5 |
| ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด | นางศิริพร ศรีชะตา |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | นางทัศนีย์พร ยศพล |

| | | | | |
|---|---|-----------|-----------|----------|
| ตัวชี้วัดที่ 30 (5) | ร้อยละของจำนวนกลุ่มเป้าหมายผู้ประกันตนเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ | | | |
| วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด | เพื่อเพิ่มรายได้โรงพยาบาล | | | |
| คำนิยาม | ด้วยสำนักงานประกันสังคมได้เพิ่มสิทธิประโยชน์การเข้ารับบริการตรวจสุขภาพแก่ผู้ประกันตน โดยให้เข้ารับการตรวจในสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิ ตั้งแต่เดือน มกราคม 2560 โดยให้สถานพยาบาลเบิกค่าใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพจากสำนักงานประกันสังคม ผู้ประกันตนขึ้นทะเบียนสิทธิโรงพยาบาลมหาสารคามมีจำนวน 41,126 ราย (ข้อมูล ณ ตุลาคม 2560) กลุ่มงานอาชีพเวชกรรมได้จัดบริการตรวจสุขภาพปีละ 3,000 คน | | | |
| ค่าเป้าหมาย | มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 ของกลุ่มเป้าหมาย | | | |
| ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง(ระบุหน่วยงานและผลงาน ปี 2560) | รายการ | เป้าหมาย | ผลงาน | |
| | สถานประกอบการ | 28 แห่ง | 28 แห่ง | |
| | จำนวนผู้ประกันตน | 3,783 ราย | 2,219 ราย | |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | ผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียนสิทธิกับโรงพยาบาลมหาสารคามในสถานประกอบการกลุ่มเป้าหมายแต่ละปี | | | |
| แหล่งข้อมูล | สำนักงานประกันสังคมจังหวัดมหาสารคาม,โปรแกรมตรวจสุขภาพประจำปีโรงพยาบาลมหาสารคาม | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | $(A/B)*100$ ตัวตั้ง (A) หมายถึง จำนวนผู้ประกันตนที่เข้ารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี ตัวหาร (B) หมายถึง จำนวนกลุ่มเป้าหมายผู้ประกันตนในแต่ละปี | | | |
| ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน) | 2 ครั้ง/ปี (ทุก 6 เดือน) | | | |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | หน่วยวัด | ปี 2558 | ปี 2559 | ปี 2560 |
| | จำนวน (คน) | - | - | 2,219 |
| เป้าหมายการดำเนินงานระยะ 5 ปี (ค่าเป็นร้อยละ) กลุ่มผู้ประกันตน | ปี 2561 | ปี 2562 | ปี 2563 | ปี 2564 |
| | 3,000 คน | 3,000 คน | 3,000 คน | 3,000 คน |
| เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน | <p>1 คะแนน หมายถึง ร้อยละของจำนวนกลุ่มเป้าหมายผู้ประกันตนเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ = 70-74%</p> <p>2 คะแนน หมายถึง ร้อยละของจำนวนกลุ่มเป้าหมายผู้ประกันตนเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ = 75-79%</p> <p>3 คะแนน หมายถึง ร้อยละของจำนวนกลุ่มเป้าหมายผู้ประกันตนเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ = 80-84%</p> <p>4 คะแนน หมายถึง ร้อยละของจำนวนกลุ่มเป้าหมายผู้ประกันตนเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ = 85-89%</p> <p>5 คะแนน หมายถึง ร้อยละของจำนวนกลุ่มเป้าหมายผู้ประกันตนเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ = 90-94%</p> | | | |

| | |
|-----------------------|--------------------------|
| ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด | นางวิไลพร พิทักษานูรัตน์ |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | นางทัศนีย์พร ยศพล |

| | | | | | |
|--|---|---------------|------|------|------|
| ตัวชี้วัดที่ 30 (7) | ร้อยละผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 | | | | |
| วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด | 1. เพื่อเพิ่มรายลัพท์ให้กับโรงพยาบาล 2. เพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อ 3. เพิ่มประสิทธิภาพ และประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อ | | | | |
| คำนิยาม | ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้าและข้อสะโพกเทียมในโรงพยาบาลมหาสารคาม | | | | |
| ค่าเป้าหมาย | เพิ่มขึ้นร้อยละ 4 ต่อปี | | | | |
| ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง(ระบุหน่วยงานและผลงาน ปี 2560) | จำนวนผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อปี 2561เพิ่มขึ้นจาก ปี 2560 จำนวน 5 คน | | | | |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้าและข้อสะโพกเทียมในโรงพยาบาลมหาสารคาม | | | | |
| แหล่งข้อมูล | รพ.มหาสารคาม | | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | (A/B)*100 ตัวตั้ง (A) หมายถึง(จำนวนผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อปี 2561จำนวนผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อปี 2560) ตัวหาร (B) หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อปี 2561 | | | | |
| ระยะเวลาที่ต้องรายงาน(ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน) | รายงานประจำปี | | | | |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | หน่วยวัด | Baseline data | | | |
| | | 2558 | 2559 | 2560 | |
| | | 129 | 106 | 112 | |
| เป้าหมายการดำเนินงานระยะ 5 ปี (ค่าเป็นร้อยละ) | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 | 2565 |
| | 4% | 4% | 4% | 4% | 4% |
| เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน | | | | | |
| 1 คะแนน หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเพิ่มขึ้นจากปี 2560 จำนวน 1คน | | | | | |
| 2 คะแนน หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเพิ่มขึ้นจากปี 2560 จำนวน 2คน | | | | | |
| 3 คะแนน หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเพิ่มขึ้นจากปี 2560 จำนวน 3คน | | | | | |
| 4 คะแนน หมายถึงจำนวนผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเพิ่มขึ้นจากปี 2560 จำนวน 4คน | | | | | |
| 5 คะแนน หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเพิ่มขึ้นจากปี 2560 จำนวน 5คน | | | | | |
| ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด | นางรัศมี เกตุธานี | | | | |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | นายแพทย์กฤษณ์ โสภณวิวัฒน์ | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---------------|------|------|------|
| ตัวชี้วัดที่ 30 (8) | ร้อยละการรับบริการตรวจการนอนหลับ(Sleep test)ในข้าราชการ | | | | |
| วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด | เพื่อเพิ่มรายได้ให้โรงพยาบาล | | | | |
| คำนิยาม | รพ.มหาสารคามมีห้อง Sleep lab 1 ห้อง ให้บริการตรวจสัปดาห์ละ 3 คืน จำนวนผู้ป่วยคืนละ 1 คน ใช้สิทธิ์เบิกจ่ายตรงได้ | | | | |
| ค่าเป้าหมาย | มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ของจำนวนวันที่เปิดให้บริการตรวจการนอนหลับ | | | | |
| ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง(ระบุหน่วยงานและผลงาน ปี 2560) | | | | | |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | กลุ่มข้าราชการ | | | | |
| แหล่งข้อมูล | รพ.มหาสารคาม | | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | $(A/B)*100$ ตัวตั้ง (A) หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจการนอนหลับในแต่ละปี ตัวหาร (B) หมายถึง จำนวนวันที่เปิดให้บริการตรวจการนอนหลับในแต่ละปี | | | | |
| ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน) | 2 ครั้ง/ปี(ทุก 6 เดือน) | | | | |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | หน่วยวัด | Baseline data | | | |
| | | 2558 | 2559 | 2560 | |
| | ร้อยละการรับบริการตรวจการนอนหลับ | N/A | 37 | 42 | |
| เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ 5 ปี (ค่าเป็นร้อยละ) | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 | 2565 |
| | 80 | 80 | 80 | 85 | 85 |
| เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน | | | | | |
| 1 คะแนน หมายถึง ร้อยละการรับบริการตรวจการนอนหลับในข้าราชการ = 70-74 | | | | | |
| 2 คะแนน หมายถึง ร้อยละการรับบริการตรวจการนอนหลับในข้าราชการ = 75-79 | | | | | |
| 3 คะแนน หมายถึง ร้อยละการรับบริการตรวจการนอนหลับในข้าราชการ = 80-84 | | | | | |
| 4 คะแนน หมายถึง ร้อยละการรับบริการตรวจการนอนหลับในข้าราชการ = 85-89 | | | | | |
| 5 คะแนน หมายถึง ร้อยละการรับบริการตรวจการนอนหลับในข้าราชการ = 90-94 | | | | | |
| ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด | นางนงคิทิพย์ ญาณโกชน์ | | | | |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | แพทย์หญิงญาณพันธุ์ ถายา | | | | |

| | |
|---|---|
| ตัวชี้วัดที่ 30 (9) | ร้อยละผู้รับบริการทั่วมือเกลือ |
| วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด | เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการทั่วมือเกลือในหญิงหลังคลอด กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลมหาสารคาม |
| คำนิยาม | <p>1. ทั่วมือเกลือ หมายถึง เป็นการประคบหญิงหลังคลอดโดยใช้หม้อดินหรือหม้อทะนนวนใส่เกลือสมุทรหรือเกลือตัวผู้แล้วนำไปตั้งไฟให้ร้อน แล้วนำหม้อดินมาวางบนสมุนไพรรอบแล้วห่อด้วยผ้า แล้วนำไปประคบให้กับหญิงหลังคลอด</p> <p>2. หญิงหลังคลอด หมายถึง สตรีหลังคลอดบุตรที่สามารถมารับบริการทั่วมือเกลือได้ โดยมีเงื่อนไข ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - คลอดปกติหรือคลอดโดยใช้อุปกรณ์ช่วยคลอดแล้ว 7 วัน แต่ไม่เกิน 3 เดือน - คลอดด้วยวิธีการผ่าตัดหน้าท้อง รวมกรณีผ่าตัดทำหมันหลังคลอดแล้ว 1 เดือน แต่ไม่เกิน 3 เดือน <p>3. กิจกรรมการดูแลหญิงหลังคลอด หมายถึง กิจกรรมที่ต้องจัดให้กับหญิงหลังคลอดที่มารับบริการทุกราย ใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง</p> <p>กิจกรรมหลัก ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - การนวดไทย - การประคบสมุนไพรรอบ - การทั่วมือเกลือ - การอบไอน้ำสมุนไพรรอบ/ การเข้ากระโจม - การสอนพันผ้าหน้าท้อง - การให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาสมุนไพรรอบ และการปฏิบัติตัวหลังคลอด การดูแลความสะอาดของร่างกายและเต้านม หลักการให้นมทารกและการดูแลทารก อาหารที่ควรรับประทานและไม่ควรรับประทาน การออกกำลังกาย <p>หมายเหตุ ทำได้ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง ติดต่อกันทุกวัน อย่างน้อย 4 ครั้ง รวมไม่เกิน 5 ครั้ง ในกรณีที่หญิงหลังคลอดไม่สะดวกมารับบริการติดต่อกันทุกวัน จะต้องรับบริการทั้งหมดภายในระยะเวลาไม่เกิน 90 วันหลังการบริการครั้งแรก</p> <p>กิจกรรมอื่นๆ ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - การพอกผิวและขัดผิวด้วยสมุนไพรรอบ - การอบไอน้ำสมุนไพรรอบ |
| คำเป้าหมาย | ร้อยละผู้รับบริการทั่วมือเกลือในหญิงหลังคลอดต่อผู้คลอด โรงพยาบาลมหาสารคาม ร้อยละ 10 |
| ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง(ระบุหน่วยงาน) | จำนวนครั้งผู้คลอดที่มาคลอดที่โรงพยาบาลมหาสารคามทั้งหมด ปี 2560 จำนวน 3,573 ครั้ง |

| และผลงาน ปี 2560) | 1. จำนวนครั้งหญิงหลังคลอดที่มารับบริการที่หม้อเกลือที่กลุ่มงานการแพทย์แผนไทย ๆ ในโรงพยาบาล จำนวน 1,641 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 45.93 2. จำนวนครั้งหญิงหลังคลอดที่มารับบริการที่หม้อเกลือที่ศูนย์การแพทย์แผนไทยฯ จัมปาศรี จำนวน 65 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 1.82 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|-------|-------|------|----------|---------------|------|------|------|------|------|-----------------|-------|-------|-------|-------------------|---|---|------|
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | หญิงหลังคลอด ในเขตพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม พื้นที่ใกล้เคียง | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| แหล่งข้อมูล | - 43 แฟ้ม (Service/ Person/ Diagnosis_opd/ Drug_opd/ Procedure_opd/ Provider) - โปรแกรมคลินิก โรงพยาบาลมหาสารคาม | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | (A/B)*100 ตัวตั้ง (A) หมายถึง จำนวนครั้งหญิงหลังคลอดที่มารับบริการที่หม้อเกลือ ตัวหาร (B) หมายถึง จำนวนผู้คลอดที่มาคลอดที่โรงพยาบาลมหาสารคาม | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน) | รายงานผลการดำเนินงานทุกไตรมาสๆละ 1 ครั้ง ปีละ 4 ครั้ง | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">Baseline data</th> </tr> <tr> <th>2558</th> <th>2559</th> <th>2560</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ - ใน รพ.</td> <td>47.48</td> <td>59.51</td> <td>45.93</td> </tr> <tr> <td>- ศูนย์ฯ จัมปาศรี</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>1.82</td> </tr> </tbody> </table> | | | | หน่วยวัด | Baseline data | | | 2558 | 2559 | 2560 | ร้อยละ - ใน รพ. | 47.48 | 59.51 | 45.93 | - ศูนย์ฯ จัมปาศรี | - | - | 1.82 |
| หน่วยวัด | Baseline data | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2558 | 2559 | 2560 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ร้อยละ - ใน รพ. | 47.48 | 59.51 | 45.93 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - ศูนย์ฯ จัมปาศรี | - | - | 1.82 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ 5 ปี (ค่าเป็นร้อยละ) | <table border="1"> <thead> <tr> <th>2561</th> <th>2562</th> <th>2563</th> <th>2564</th> <th>2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>55</td> <td>60</td> <td>65</td> <td>70</td> <td>75</td> </tr> </tbody> </table> | | | | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 | 2565 | 55 | 60 | 65 | 70 | 75 | | | | | |
| 2561 | 2562 | 2563 | 2564 | 2565 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 55 | 60 | 65 | 70 | 75 | | | | | | | | | | | | | | | |
| เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน | <p>1 คะแนน หมายถึง ร้อยละผู้รับบริการที่หม้อเกลือ เพิ่มขึ้น ร้อยละ 2</p> <p>2 คะแนน หมายถึง ร้อยละผู้รับบริการที่หม้อเกลือ เพิ่มขึ้น ร้อยละ 4</p> <p>3 คะแนน หมายถึง ร้อยละผู้รับบริการที่หม้อเกลือ เพิ่มขึ้น ร้อยละ 6</p> <p>4 คะแนน หมายถึง ร้อยละผู้รับบริการที่หม้อเกลือ เพิ่มขึ้น ร้อยละ 8</p> <p>5 คะแนน หมายถึง ร้อยละผู้รับบริการที่หม้อเกลือ เพิ่มขึ้น ร้อยละ 10</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด | นางสาวประณพพร มาตย์วิเศษ โทร.062-6355596 e-mail:mskh.som@gmail.com | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | พญ.พัชรภาพร ชมภูคำ โทร.081-8729980 e-mail: chompukum@yahoo.com | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|-----------------------|--|
| ตัวชี้วัดที่ 30 (10) | ร้อยละผู้รับบริการนวดผ่อนคลาย |
| วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด | เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการนวดผ่อนคลายในคลินิกจัมปาศรีสัปปายะ กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลมหาสารคาม |
| คำนิยาม | <p>1.นวดผ่อนคลาย หมายถึง การให้บริการสุขภาพที่เน้นการให้บริการแบบองค์รวม หรือ สัปปายะ</p> <p>สัปปายะ เป็นคำมาจากภาษาบาลี แปลว่า สภาพเอื้อเอื้อหนุน ช่วยให้เป็นอย่าง ทำกิจกรรม หรือดำเนินกิจกรรมได้ผลดี</p> <p>จัมปาศรีสัปปายะจะเป็นการรวมภูมิความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย ทั้งองค์ความรู้ด้านการใช้สมุนไพรไทย หัตถบำบัดด้วยการนวดแผนไทย และสปาแบบไทยที่มีการรักษาด้วยอาหาร การบำบัดด้วยน้ำ การบำบัดด้วยกลิ่น การสร้างความแข็งแรงให้กับจิตใจด้วยการนั่งสมาธิ การทำฤๅษีตัดตน รวมทั้งกายบริหารแบบต่างๆ โดยทั้งหมด อยู่ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม</p> <p>2.การบริการนวดผ่อนคลาย(จัมปาศรีสัปปายะ) หมายถึง การบริการแบบองค์รวมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> -นวดตัวและประคบสมุนไพรเพื่อผ่อนคลาย -นวดฝ่าเท้า -การอบสมุนไพรเพื่อสุขภาพและความงาม -นวดน้ำมัน/นวดครีม -นวดหน้า มาร์คหน้า -ขัดพอกผิวด้วยสมุนไพร -คอร์สเจ้าสาว (นวดน้ำมัน/ขัดพอกผิว มาร์คหน้า ประคบ/อบสมุนไพร/วาริบำบัด/สุคนธบำบัด) -สำหรับผู้สูงอายุ เพื่อปรับหรือฟื้นฟูสุขภาพให้ดีขึ้น ผู้เข้ารับบริการสามารถเลือกการบริการที่เหมาะสมกับสุขภาพ โรคประจำตัว โดยมีแพทย์แผนไทยให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพ (นวดเพื่อสุขภาพ ประคบ/อบสมุนไพร/วาริบำบัด/สุคนธบำบัด สมาธิบำบัด ฤๅษีตัดตน อาหารเพื่อสุขภาพ) -สำหรับวัยทำงาน เพื่อผ่อนคลายความเมื่อยล้าจากการทำงานและดูแลสุขภาพ ความสวยงาม ตลอดจนอารมณ์ได้อีกด้วย (นวดเพื่อสุขภาพ/น้ำมัน/ครีม นวดหน้า / มาร์คหน้า ประคบ/อบสมุนไพร/วาริบำบัด/สุคนธบำบัด ฤๅษีตัดตน ดนตรีบำบัด อาหารเพื่อสุขภาพ) |

| | |
|---|---|
| | <p>3.การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการการรักษาพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - การรักษาด้วยยาสมุนไพร - การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การบำบัดหม้อเกลือ - นวดตัวและประคบสมุนไพรเพื่อผ่อนคลาย - นวดฝ่าเท้า - การอบสมุนไพรเพื่อสุขภาพและความงาม - นวดน้ำมัน/นวดครีม - นวดหน้า มาร์คหน้า - ชัดพอกผิวด้วยสมุนไพร - คอร์สเจ้าสาว (นวดน้ำมัน/ชัดพอกผิว มาร์คหน้า ประคบ/อบสมุนไพร/วาริบำบัด/สุคนธบำบัด) - สำหรับผู้สูงอายุ (นวดเพื่อสุขภาพ ประคบ/อบสมุนไพร/วาริบำบัด/สุคนธบำบัด สมานบำบัด ฤชิตัดตน อาหารเพื่อสุขภาพ) - สำหรับวัยทำงาน (นวดเพื่อสุขภาพ/น้ำมัน/ครีม นวดหน้า /มาร์คหน้า ประคบ/อบสมุนไพร/วาริบำบัด/สุคนธบำบัด ฤชิตัดตน ดนตรีบำบัด อาหารเพื่อสุขภาพ) |
| <p>คำเป้าหมาย</p> | <p>ร้อยละผู้รับบริการนวดผ่อนคลายในคลินิกจัมปาตรีสัปดาห์ต่อผู้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยในกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลมหาสารคาม ร้อยละ 10</p> |
| <p>ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง(ระบุหน่วยงานและผลงาน ปี 2560)</p> | <p>จำนวนครั้งที่มารับบริการการแพทย์แผนไทยทั้งหมด ปี 2560 จำนวน 35,693 ครั้ง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.จำนวนครั้งที่มารับบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาล จำนวน 18,936 ครั้ง ด้านการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 266 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 1.4 2.จำนวนครั้งที่มารับบริการการแพทย์แผนไทยในศูนย์การแพทย์แผนไทยฯจัมปาตรี จำนวน 16,757 ครั้ง ด้านการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 822 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 4.91 |
| <p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p> | <p>ประชาชนและญาติ ผู้ที่มารับบริการตรวจรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ ในเขตพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม พื้นที่ใกล้เคียง</p> |
| <p>แหล่งข้อมูล</p> | <ul style="list-style-type: none"> - 43 แฟ้ม (Service/ Person/ Diagnosis_opd/ Drug_opd/ Procedure_opd/ Provider) - โปรแกรมคลินิก โรงพยาบาลมหาสารคาม |
| <p>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</p> | <p>$(A/B)*100$ ตัวตั้ง (A) หมายถึง จำนวนครั้งที่มารับบริการคลินิกนวดผ่อนคลายใน</p> |

| | | | | | |
|--|--|----------------------|------|------|------|
| | คลินิกจัมปาศรีสัปปายะ ตัวหาร (B) หมายถึง จำนวนครั้งที่มารับบริการการแพทย์แผนไทยทั้งหมด | | | | |
| ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน) | รายงานผลการดำเนินงานทุกไตรมาสๆละ 1 ครั้ง ปีละ 4 ครั้ง | | | | |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | หน่วยวัด | Baseline data | | | |
| | | 2558 | 2559 | 2560 | |
| | ร้อยละ -รพ. | 1.03 | 1.52 | 1.4 | |
| | - จัมปาศรี | - | - | 4.91 | |
| เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ 5 ปี (ค่าเป็นร้อยละ) | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 | 2565 |
| | 6 | 8 | 10 | 15 | 20 |
| เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน 1 คะแนน หมายถึง ร้อยละผู้รับบริการนวดผ่อนคลายคลินิกจัมปาศรีสัปปายะ เพิ่มขึ้น ร้อยละ 2 2 คะแนน หมายถึง ร้อยละผู้รับบริการนวดผ่อนคลายคลินิกจัมปาศรีสัปปายะ เพิ่มขึ้น ร้อยละ 4 3 คะแนน หมายถึง ร้อยละผู้รับบริการนวดผ่อนคลายคลินิกจัมปาศรีสัปปายะ เพิ่มขึ้น ร้อยละ 6 4 คะแนน หมายถึง ร้อยละผู้รับบริการนวดผ่อนคลายคลินิกจัมปาศรีสัปปายะ เพิ่มขึ้น ร้อยละ 8 5 คะแนน หมายถึง ร้อยละผู้รับบริการนวดผ่อนคลายคลินิกจัมปาศรีสัปปายะ เพิ่มขึ้น ร้อยละ 10 | | | | | |
| ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด | นางสาวศิริพร ราชมรรค์แก้ว โทร.089-2787847 e-mail:siri.rach278@gmail.com | | | | |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | พญ.พัชรภาพร ชมภูคำ โทร.081-8729980 e-mail: chompukum@yahoo.com | | | | |

| ตัวชี้วัดที่ 30(11) | ร้อยละจำนวนห้องพิเศษที่ว่าง | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--------------------|------------|--------------------|-----------|--------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|--------------------|------------|--------------------|------------|--------------------|------------|-----|--------|-----|--------|-----|--------|--------|------|---------|------|---------|------|---------|-----|------|---------|------|---------|------|---------|
| วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด | เพื่อเพิ่มรายได้ให้โรงพยาบาล | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| คำนิยาม | ห้องพิเศษโรงพยาบาลมหาสารคาม เป็นการจัดบริการพิเศษให้ผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุ และเพื่อเพิ่มรายได้ให้โรงพยาบาล | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ค่าเป้าหมาย | ปี 2561 จำนวนห้องพิเศษที่ว่างลดลงร้อยละ 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง(ระบุหน่วยงานและผลงาน ปี 2560) | <p style="text-align: center;">สรุปห้องพิเศษที่ว่างทั้งหมดต่อปี ปี พ.ศ.2558 - 2560</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #92d050;"> <th>ปี</th> <th colspan="2">2558</th> <th colspan="2">2559</th> <th colspan="2">2560</th> </tr> <tr style="background-color: #92d050;"> <th>ห้อง</th> <th>จำนวนห้อง</th> <th>จำนวนเงินที่เสียไป</th> <th>จำนวนห้อง</th> <th>จำนวนเงินที่เสียไป</th> <th>จำนวนห้อง</th> <th>จำนวนเงินที่เสียไป</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>VIP</td> <td>408</td> <td>979200</td> <td>313</td> <td>751200</td> <td>319</td> <td>765600</td> </tr> <tr> <td>ธรรมดา</td> <td>3293</td> <td>5268800</td> <td>1956</td> <td>3129600</td> <td>1962</td> <td>3139200</td> </tr> <tr style="background-color: #d3d3d3;"> <td>รวม</td> <td>3701</td> <td>6248000</td> <td>2269</td> <td>3880800</td> <td>2281</td> <td>3904800</td> </tr> </tbody> </table> | ปี | 2558 | | 2559 | | 2560 | | ห้อง | จำนวนห้อง | จำนวนเงินที่เสียไป | จำนวนห้อง | จำนวนเงินที่เสียไป | จำนวนห้อง | จำนวนเงินที่เสียไป | VIP | 408 | 979200 | 313 | 751200 | 319 | 765600 | ธรรมดา | 3293 | 5268800 | 1956 | 3129600 | 1962 | 3139200 | รวม | 3701 | 6248000 | 2269 | 3880800 | 2281 | 3904800 |
| ปี | 2558 | | 2559 | | 2560 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ห้อง | จำนวนห้อง | จำนวนเงินที่เสียไป | จำนวนห้อง | จำนวนเงินที่เสียไป | จำนวนห้อง | จำนวนเงินที่เสียไป | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VIP | 408 | 979200 | 313 | 751200 | 319 | 765600 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ธรรมดา | 3293 | 5268800 | 1956 | 3129600 | 1962 | 3139200 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| รวม | 3701 | 6248000 | 2269 | 3880800 | 2281 | 3904800 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | จำนวนผู้รับบริการห้องพิเศษ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| แหล่งข้อมูล | จากการเก็บข้อมูลในศูนย์จองห้องพิเศษโรงพยาบาลมหาสารคาม | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | $(A/B)*100$ ตัวตั้ง (A) หมายถึง จำนวนห้องพิเศษปี 2560 – จำนวนห้องพิเศษปี 2561 ตัวหาร (B) หมายถึง จำนวนห้องพิเศษที่ว่าง ปี 2560 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน) | ทุก 2 เดือน | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ 5 ปี (ค่าเป็นร้อยละ) | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #92d050;"> <th>2561</th> <th>2562</th> <th>2563</th> <th>2564</th> <th>2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ห้องพิเศษ</td> <td>ห้องพิเศษ</td> <td>ห้องพิเศษ</td> <td>ห้องพิเศษ</td> <td>ห้องพิเศษ</td> </tr> <tr> <td>ลดลงร้อยละ</td> <td>ลดลงร้อยละ</td> <td>ลดลงร้อยละ</td> <td>ลดลงร้อยละ</td> <td>ลดลงร้อยละ</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>20</td> <td>30</td> <td>40</td> <td>50</td> </tr> </tbody> </table> | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 | 2565 | ห้องพิเศษ | ห้องพิเศษ | ห้องพิเศษ | ห้องพิเศษ | ห้องพิเศษ | ลดลงร้อยละ | ลดลงร้อยละ | ลดลงร้อยละ | ลดลงร้อยละ | ลดลงร้อยละ | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2561 | 2562 | 2563 | 2564 | 2565 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ห้องพิเศษ | ห้องพิเศษ | ห้องพิเศษ | ห้องพิเศษ | ห้องพิเศษ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ลดลงร้อยละ | ลดลงร้อยละ | ลดลงร้อยละ | ลดลงร้อยละ | ลดลงร้อยละ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|--------------------------------------|-----------------------|
| เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน | |
| 1 คะแนน หมายถึง ลดลงจากเดิมร้อยละ 5 | |
| 2 คะแนน หมายถึง ลดลงจากเดิมร้อยละ 10 | |
| 3 คะแนน หมายถึง ลดลงจากเดิมร้อยละ 15 | |
| 4 คะแนน หมายถึง ลดลงจากเดิมร้อยละ 20 | |
| 5 คะแนน หมายถึง ลดลงจากเดิมร้อยละ 25 | |
| ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด | นางสาวชลธิชชา ขจรภพ |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | ทพญ นันนพ รัตนเดชสกุล |

| | | | | | | |
|---|---|------|---------------|------|------|--|
| ตัวชี้วัดที่ 30(12) | ร้อยละมูลค่าผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพื่อสุขภาพ $\geq 2\%$ | | | | | |
| วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด | ขยายช่องทางการใช้ประโยชน์ เพิ่มมูลค่าและการตลาด | | | | | |
| คำนิยาม | ผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพื่อสุขภาพ คือ ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของสมุนไพร มุ่งเน้นใช้ในการอุปโภคบริโภค เป็นผลิตภัณฑ์ที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต และมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพอนามัย ตลอดจนผลิตภัณฑ์ที่อาจมีผลกระทบโดยตรงหรือโดยอ้อมต่อสุขภาพอนามัยของผู้บริโภค | | | | | |
| ค่าเป้าหมาย | ร้อยละมูลค่าผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพื่อสุขภาพ ($\geq 2\%$) | | | | | |
| ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง | - | | | | | |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | ประชาชนในจังหวัดมหาสารคาม | | | | | |
| แหล่งข้อมูล | ข้อมูลการเบิกจ่ายระบบงานคลังยาและเวชภัณฑ์สมุนไพร | | | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | $(A/B)*100$ ตัวตั้ง(A) หมายถึง มูลค่าผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพื่อสุขภาพ ตัวหาร(B) หมายถึง มูลค่ายาสมุนไพร | | | | | |
| ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน) | ปีละ 1 ครั้ง โดยกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เก็บรวบรวม และสรุปผล | | | | | |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | หน่วยวัด | | Baseline data | | | |
| | | | 2558 | 2559 | 2560 | |
| | ร้อยละ(%) | | 0.73 | 0.75 | 0.93 | |
| เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ 5 ปี (ค่าเป็นร้อยละ) | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 | 2565 | |
| | 2 | 4 | 6 | 8 | 10 | |
| เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน | | | | | | |
| 1 คะแนน หมายถึง ร้อยละมูลค่าผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพื่อสุขภาพ ร้อยละ 1.00 | | | | | | |
| 2 คะแนน หมายถึง ร้อยละมูลค่าผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพื่อสุขภาพ ร้อยละ 1.25 | | | | | | |
| 3 คะแนน หมายถึง ร้อยละมูลค่าผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพื่อสุขภาพ ร้อยละ 1.50 | | | | | | |
| 4 คะแนน หมายถึง ร้อยละมูลค่าผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพื่อสุขภาพ ร้อยละ 1.75 | | | | | | |
| 5 คะแนน หมายถึง ร้อยละมูลค่าผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพื่อสุขภาพ ร้อยละ 2.00 | | | | | | |
| ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด | ภก.อดิศักดิ์ ถมอดุทธา โทร.081-544-5327 e-mail : adisakrx15@hotmail.com | | | | | |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | พญ.พัชรพร ชมพุกำ โทร.081-872-9980 e-mail : chompukum@yahoo.com | | | | | |

| | | | | |
|---|--|---------------|---------|--------|
| ตัวชี้วัดที่ 33 | ลดรายจ่ายค่าวัสดุวิทยาศาสตร์ | | | |
| วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด | ลดรายจ่ายค่าวัสดุวิทยาศาสตร์ | | | |
| คำนิยาม | วัสดุวิทยาศาสตร์ หมายถึง วัสดุวิทยาศาสตร์ที่เป็นน้ำยาหรือสารเคมีที่ใช้เฉพาะกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ | | | |
| ค่าเป้าหมาย | ≥ 5 % | | | |
| ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง(ระบุหน่วยงานและผลงาน ปี 2560) | ปีงบประมาณ 2560 รายจ่ายวัสดุวิทยาศาสตร์ 40,069,958.05 บาท | | | |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | น้ำยาหรือสารเคมีที่ใช้เฉพาะกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ | | | |
| แหล่งข้อมูล | โปรแกรมพัสดุ ฝ่ายพัสดุโรงพยาบาลมหาสารคาม | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | (A/B)*100 ตัวตั้ง(A) หมายถึง รายจ่ายค่าจัดซื้อวัสดุวิทยาศาสตร์ ตัวหาร(B)หมายถึง รายจ่ายค่าจัดซื้อวัสดุวิทยาศาสตร์ปีงบประมาณ 2560 | | | |
| ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน) | ทุกไตรมาส (ปีละ 4 ครั้ง) | | | |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | หน่วยวัด | Baseline data | | |
| | | 2558 | 2559 | 2560 |
| | ร้อยละ | - 25.24 | + 18.19 | + 2.73 |
| เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ 5 ปี (ค่าเป็นร้อยละ) | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 |
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 2565 | | | |
| | 5 | | | |
| เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน | | | | |
| 1 คะแนน หมายถึง ลดรายจ่ายค่าวัสดุวิทยาศาสตร์ลงจากปีงบประมาณ 2560 ร้อยละ 1 | | | | |
| 2 คะแนน หมายถึง ลดรายจ่ายค่าวัสดุวิทยาศาสตร์ลงจากปีงบประมาณ 2560 ร้อยละ 2 | | | | |
| 3 คะแนน หมายถึง ลดรายจ่ายค่าวัสดุวิทยาศาสตร์ลงจากปีงบประมาณ 2560 ร้อยละ 3 | | | | |
| 4 คะแนน หมายถึง ลดรายจ่ายค่าวัสดุวิทยาศาสตร์ลงจากปีงบประมาณ 2560 ร้อยละ 4 | | | | |
| 5 คะแนน หมายถึง ลดรายจ่ายค่าวัสดุวิทยาศาสตร์ลงจากปีงบประมาณ 2560 ร้อยละ 5 | | | | |
| ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด | นางสุพัตรา โพธิมาตย์ | | | |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | นางสาวสมพิศ ปิณะเก | | | |

| | |
|-----------------------|--|
| ตัวชี้วัดที่ 35 | ผ่านการรับรองมาตรฐาน ITA |
| วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด | <ol style="list-style-type: none"> ประเมินผลระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน หน่วยงานภาครัฐได้รับทราบแนวทางในการปรับปรุงหรือพัฒนาในเรื่องคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน |
| คำนิยาม | <p>การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ(Integrity and Transparency Assessment : ITA) เป็นการประยุกต์แนวคิดของการประเมินคุณธรรมการดำเนินงานขององค์กรต่างประเทศที่ประสบความสำเร็จคือ คณะกรรมการต่อต้านการทุจริตและสิทธิพลเมือง สาธารณรัฐเกาหลี (Anti-Corruption and Civil Right Commission : ACRC) บูรณาการเข้ากับดัชนีวัดความโปร่งใสของหน่วยงานภาครัฐ ซึ่งดำเนินการโดยสำนักงาน ป.ป.ช. นำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ สันเคราะห์เป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญและจำเป็นในการประเมินการประเมิน ITA จำแนกองค์ประกอบหลัก องค์ประกอบย่อย ประเด็นการประเมิน และแปลงไปสู่คำถามที่ใช้ในการสอบถามความคิดเห็นหรือรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร/หลักฐานของหน่วยงาน</p> <p>ดัชนีการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency) แบ่งเป็น 5 ดัชนี ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ดัชนีความโปร่งใส (Transparency) ประเมินจากความคิดเห็นหรือประสบการณ์ของประชาชน ผู้รับบริการหรือผู้มีส่วนได้เสียในการรับบริการจากหน่วยงานภาครัฐ และประเมินจากข้อมูลเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based) บนพื้นฐานของข้อเท็จจริงในการดำเนินงานของหน่วยงาน ดัชนีความพร้อมรับผิดชอบ (Accountability) ประเมินจากความคิดเห็นหรือประสบการณ์ของประชาชน ผู้รับบริการหรือผู้มีส่วนได้เสียในการรับบริการจากหน่วยงานภาครัฐ ดัชนีความปลอดภัยจากการทุจริตในการปฏิบัติงาน (Corruption-Free Index) ประเมินจากการรับรู้ และประสบการณ์ตรงของประชาชนผู้รับบริการหรือผู้มีส่วนได้เสียที่มีต่อการให้บริการของหน่วยงานภาครัฐ ดัชนีวัฒนธรรมในองค์กร (Integrity Culture) ประเมินจากความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานภาครัฐ และจากข้อมูลเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based) บนพื้นฐานของข้อเท็จจริงในการดำเนินงานของหน่วยงาน ดัชนีคุณธรรมการทำงานในหน่วยงาน (Work Integrity) ประเมินจากความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานภาครัฐที่มีต่อการดำเนินงานของหน่วยงาน กระทรวงสาธารณสุขกำหนดมาตรการ 3 ป. 1 ค. ในการป้องกันการทุจริต |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---------------|---------------|---------------|---------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------|--------|-----|---------|-----|--------|-------|--------|----------|----------|----------|---------|
| | <p>ประกอบด้วย (1) ปลุกจิตสำนึก (2) ป้องกัน (3) ปราบปราม และ (4) เครือข่าย มุ่งเน้น กลยุทธ์การป้องกันตามแนวนโยบายรัฐบาล ดำเนินงานผ่านกระบวนการประเมิน คุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ตามหลักธรรมาภิบาล ช่วยยกระดับค่าดัชนีการรับรู้ การทุจริต (CPI) ให้สูงขึ้นตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในยุทธศาสตร์ชาติว่าด้วยการป้องกัน ะปราบปรามการทุจริต ระยะที่ 3 ในปี 2561 คือ 44 คะแนน จึงกำหนดให้หน่วยงาน ระดับกรม หน่วยงานระดับจังหวัด (สป.) หน่วยงานระดับอำเภอ (สป.) หน่วยงานของรัฐ ภายใต้อำนาจของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข รัฐวิสาหกิจ และองค์การมหาชน จำนวนทั้งสิ้น 1,866 แห่ง ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของ หน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) มุ่งเน้นการ ประเมินตนเอง (Self-Assessment) ตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) เพื่อปรับปรุงและพัฒนา กระบวนการปฏิบัติงานให้เกิดความโปร่งใส และตรวจสอบได้</p> <p>หากผลการประเมิน ITA สำหรับหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) ของกระทรวงสาธารณสุขผ่าน เกณฑ์ร้อยละ 90 จะช่วยสนับสนุนการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุง ประสิทธิภาพการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ 2561 ตัวชี้วัดระดับคุณธรรมและความ โปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน และดัชนีการรับรู้การทุจริต(Corruption Perception Index : CPI) ของประเทศไทยมีลำดับคะแนนดีขึ้น</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>คำเป้าหมาย</p> | <p>ระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานอยู่ในระดับสูงมาก</p> <table border="1" data-bbox="486 1361 1444 1478"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 61</td> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 90</td> </tr> </table> <p>คะแนนระดับคุณธรรมในความโปร่งใสในการดำเนินงาน</p> <table border="1" data-bbox="486 1534 1444 1646"> <tr> <td>ระดับ</td> <td>สูงมาก</td> <td>สูง</td> <td>ปานกลาง</td> <td>ต่ำ</td> <td>ต่ำมาก</td> </tr> <tr> <td>คะแนน</td> <td>80-100</td> <td>60-79.99</td> <td>40-59.99</td> <td>20-39.99</td> <td>0-19.99</td> </tr> </table> | ปีงบประมาณ 61 | ปีงบประมาณ 62 | ปีงบประมาณ 63 | ปีงบประมาณ 64 | ร้อยละ 90 | ร้อยละ 90 | ร้อยละ 90 | ร้อยละ 90 | ระดับ | สูงมาก | สูง | ปานกลาง | ต่ำ | ต่ำมาก | คะแนน | 80-100 | 60-79.99 | 40-59.99 | 20-39.99 | 0-19.99 |
| ปีงบประมาณ 61 | ปีงบประมาณ 62 | ปีงบประมาณ 63 | ปีงบประมาณ 64 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ร้อยละ 90 | ร้อยละ 90 | ร้อยละ 90 | ร้อยละ 90 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ระดับ | สูงมาก | สูง | ปานกลาง | ต่ำ | ต่ำมาก | | | | | | | | | | | | | | | | |
| คะแนน | 80-100 | 60-79.99 | 40-59.99 | 20-39.99 | 0-19.99 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>ค่าผลงานของหน่วยงาน ที่ใช้เทียบเคียง(ระบุ หน่วยงานและผลงานปี 2558)</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p> | <p>หน่วยงานย่อย ทั้งหมดในโรงพยาบาล</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>แหล่งข้อมูล</p> | <p>แบบประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ประจำปีงบประมาณ</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|----------|---------------|-------|-------|
| | พ.ศ. 2561 ของสำนักงาน ป.ป.ช. เฉพาะแบบประเมิน Evidence Base Integrity and Transparency Assessment | | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | (A/B)*100 ตัวตั้ง (A) หมายถึง จำนวนหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตนเองตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base) ตัวหาร (B) หมายถึง จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน ITA | | | | |
| ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้อง รายงาน) | ไตรมาสที่ 1,2,3 และ 4 หมายเหตุ : หน่วยงานทั้งหมด ประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใสตรวจสอบได้ตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base) ประเมินตนเองไตรมาสที่ 1 รอบสามเดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 3 (เดือนมิถุนายนของทุกปี) และไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายนของทุกปี) | | | | |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | หน่วยวัด | หน่วยวัด | Baseline data | | |
| | | | 2558 | 2559 | 2560 |
| | ร้อยละของหน่วยงานในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การ ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสใน การดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Transparency Assessment : ITA) เฉพาะหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based) | ร้อยละ | 80 | 80.90 | 96.97 |

เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน : ระดับการทำงานที่คาดหวังแต่ละไตรมาส

ปี 2561 :

| รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน |
|-------------|-------------|-------------|--------------|
| ระดับ 3 (5) | 80 | 85 | 90 |

ปี 2562 :

| รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน |
|-------------|-------------|-------------|--------------|
| ระดับ 3 (5) | 80 | 85 | 90 |

ปี 2563 :

| รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน |
|-------------|-------------|-------------|--------------|
| ระดับ 3 (5) | 80 | 85 | 90 |

ปี 2564 :

| รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน |
|-------------|-------------|-------------|--------------|
| ระดับ 3 (5) | 80 | 85 | 90 |

ปี 2565 :

| รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน |
|-------------|-------------|-------------|--------------|
| ระดับ 3 (5) | 80 | 85 | 90 |

หมายเหตุ :

| รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน |
|---|--|--|--|
| หน่วยงานประเมินตนเอง ตามแบบประเมินหลักฐาน เชิงประจักษ์(Evidence Base Integrity & Transparency Assessment : EBIT) | หน่วยงานประเมินตนเอง ตามแบบประเมินหลักฐาน เชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity & Transparency Assessment : EBIT) | หน่วยงานประเมินตนเอง ตามแบบประเมินหลักฐาน เชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity & Transparency Assessment : EBIT) | หน่วยงานประเมินตนเอง ตามแบบประเมินหลักฐาน เชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity & Transparency Assessment : EBIT) |
| Small Success : ตรวจหลักฐาน เชิงประจักษ์ประเด็น การจัดซื้อจัดจ้างเท่านั้น ในไตรมาสที่ 1 เดือนธันวาคม ของทุกปี | ตรวจหลักฐาน เชิงประจักษ์ทุกข้อ ในไตรมาสที่ 2 เดือนมีนาคม ของทุกปี | ตรวจหลักฐาน เชิงประจักษ์ ทุกข้อ ในไตรมาสที่ 3 เดือนมิถุนายน ของทุกปี | ตรวจหลักฐาน เชิงประจักษ์ทุกข้อ ในไตรมาสที่ 4 เดือนกันยายน ของทุกปี |
| ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด | นางสาวสุภาพร จันทิชัย | | |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | นางสุภาภรณ์ คณะเวทย์ | | |

| | | | | |
|---|--|---------------|-------|--------|
| ตัวชี้วัดกลยุทธ์ที่ 36 | มีระบบสารสนเทศที่ตอบสนองต่อยุทธศาสตร์โรงพยาบาล | | | |
| วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด | เพื่อพัฒนาระบบสารสนเทศให้ตอบสนองต่อยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล | | | |
| คำนิยาม | ยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลมหาสารคาม คือแผนยุทธศาสตร์ประจำปี 2561-2565 | | | |
| ค่าเป้าหมาย | >80% | | | |
| ค่าผลงานของหน่วยงาน ที่ใช้เทียบเคียง(ระบุหน่วยงาน และผลงาน ปี 2560) | ปี 2558 = 76% (16/21โปรแกรม) | | | |
| | ปี 2559 = 57.5% (23/40โปรแกรม) | | | |
| | ปี 2560 = 58.89% (11/19โปรแกรม) | | | |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | ระบบสารสนเทศ | | | |
| แหล่งข้อมูล | ระบบรายงานสารสนเทศ | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | $(A/B)*100$ ตัวตั้ง (A) หมายถึง จำนวนระบบสารสนเทศตามยุทธศาสตร์โรงพยาบาลที่ทำแล้วเสร็จ ตัวหาร (B) หมายถึง จำนวนระบบสารสนเทศตอบสนองต่อยุทธศาสตร์โรงพยาบาลทั้งหมด | | | |
| ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้อง รายงาน) | ทุกไตรมาส | | | |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | หน่วยวัด | Baseline data | | |
| | | 2558 | 2559 | 2560 |
| | | 76% | 57.5% | 58.89% |
| เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ 5 ปี (ค่าเป็นร้อยละ) | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 |
| | 80% | 85% | 90% | 95% |
| | 2565 | 95% | | |
| เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน | 1 คะแนน หมายถึง <60% 2 คะแนน หมายถึง 60-70% 3 คะแนน หมายถึง 80-90% 4 คะแนน หมายถึง >90-95% 5 คะแนน หมายถึง >95% | | | |
| ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด | ภ.ญ. กาญจนารัตน์ ตาราไต้ | | | |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | นพ. สุกชาย เลยวานิชย์เจริญ | | | |

| | | | | | |
|---|---|---------------|---------|---------|------|
| ตัวชี้วัดกลยุทธ์ที่ 37 | ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลตามเกณฑ์คุณภาพของกระทรวงสาธารณสุข | | | | |
| วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด | เพื่อให้ข้อมูลมีคุณภาพ | | | | |
| คำนิยาม | เกณฑ์คุณภาพข้อมูลตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข คือ คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย หมายถึง ข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ (Ill Defined) ของจังหวัดไม่เกินร้อยละ 25 ของการตายทั้งหมด ข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ หมายถึง การเขียนรูปแบบการตายเป็น สาเหตุการตาย และการระบุสาเหตุไม่ชัดเจน เช่น หัวใจล้มเหลว หายใจล้มเหลว ชรา ฯลฯ ประกอบด้วย รหัสโรคดังต่อไปนี้ - symptoms, signs and ill-defined conditions (ICD10 codes R00-R99) - injuries undetermined whether intentional or unintentional (ICD10 Code Y10-Y34, Y87.2) - ill-defined cancers (ICD10 Code C80, and C97) - ill-defined cardiovascular diseases (ICD10 Code I47.2, I49.0, I46, I50, I51.4, I51.5, I51.6, I51.9 and I70.9). | | | | |
| ค่าเป้าหมาย | มีข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ (Ill Defined) ของจังหวัดไม่เกินร้อยละ 25 ของการตายทั้งหมด | | | | |
| ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง(ระบุหน่วยงานและผลงาน ปี 2560) | 70% | | | | |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | ข้อมูลสาเหตุการตาย | | | | |
| แหล่งข้อมูล | HDC และข้อมูลจากกระทรวงมหาดไทย | | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | $(A/B)*100$ ตัวตั้ง (A) หมายถึง ข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ (Ill Defined) ตัวหาร (B) หมายถึง ข้อมูลสาเหตุการตายทั้งหมด | | | | |
| ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน) | ทุก 6 เดือน | | | | |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | หน่วยวัด | Baseline data | | | |
| | | 2558 | 2559 | 2560 | |
| | | - | - | 70% | |
| เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ 5 ปี (ค่าเป็นร้อยละ) | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 | 2565 |
| | 25% | 20%-24% | 15%-19% | 10%-14% | <10% |

| เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน | |
|-----------------------------|--|
| 1 คะแนน หมายถึง | มีข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ (Ill Defined) ของจังหวัด >75% |
| 2 คะแนน หมายถึง | มีข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ (Ill Defined) ของจังหวัด >50%-75% |
| 3 คะแนน หมายถึง | มีข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ (Ill Defined) ของจังหวัด >25%-50% |
| 4 คะแนน หมายถึง | มีข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ (Ill Defined) ของจังหวัด 25% |
| 5 คะแนน หมายถึง | มีข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ (Ill Defined) ของจังหวัด <25% |
| ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด | ภ.ญ. กาญจนารมณ์ ตาราไต้ |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | นพ. สุธชาย เลยวานิชย์เจริญ |

| | |
|-----------------------|---|
| ตัวชี้วัดที่ 39 | ผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐาน Green & Clean Hospital |
| วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด | เพื่อความปลอดภัย เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของบุคลากรและ ผู้รับบริการ เป็นโรงพยาบาลที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม ไม่ส่งผลกระทบต่อชุมชน |
| คำนิยาม | <p>โรงพยาบาลที่พัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital หมายถึง โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข (รพศ.รพช.รพท และรพ.สังกัดกรม วิชาการ) ดำเนินงานตามเกณฑ์ ดังนี้</p> <p>ระดับพื้นฐาน</p> <p>ขั้นตอนที่ 1. การสร้างกระบวนการ</p> <p>1. การสร้างกระบวนการพัฒนาจัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนาศักยภาพ และ สร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร</p> <p>ขั้นตอนที่ 2. จัดกิจกรรม GREEN</p> <p><u>G: GARBAGE</u></p> <p>2. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย กฎกระทรวงว่าด้วย การจัดการมูลฝอย ติดเชื้อ พ.ศ. 2535</p> <p>3. มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอินทรีย์ มูลฝอยอื่น ๆ ไปยังที่พักรวมมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ</p> <p><u>R : RESYROOM</u></p> <p>4. มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมสะอาด เพียงพอ และปลอดภัยที่อาคารผู้ป่วยนอก</p> <p><u>E : ENERGY</u></p> <p>5. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตาม มาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร</p> <p><u>E : ENVIRONMENT</u></p> <p>6. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียว และพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรม ต้องถิ่นสำหรับผู้ป่วยรวมทั้งผู้มารับบริการ</p> <p>7. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรม ทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการ ของผู้ป่วยและญาติ</p> <p><u>N: NUTRITION</u></p> <p>8. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของ กรมอนามัยในระดับพื้นฐาน</p> <p>9. ร้อยละ 80 ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาล อาหารของ</p> |

| | กรมอนามัย 10. จัดให้มีบริการน้ำดื่มสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ระดับดี 11. มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภทถูกสุขลักษณะ 12. มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่ อาคารผู้ป่วยใน (OPD) ระดับดีมาก 13. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์ และเกิดการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน 14. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|-------------------|-------------------|-------------------|------|------|-------------------|-------------------|---|-------------------|-------------------|----------------|--|--|--|--|
| ค่าเป้าหมาย | ปี 2561 เป้าหมาย ระดับดีมาก | | | | | | | | | | | | | | | |
| ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้ เทียบเคียง (ระบุหน่วยงานและ ผลงาน ปี 2560) | ปี 2560 เป้าหมาย ระดับดี | | | | | | | | | | | | | | | |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | โรงพยาบาลมหาสารคาม | | | | | | | | | | | | | | | |
| แหล่งข้อมูล | คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย โรงพยาบาลมหาสารคาม | | | | | | | | | | | | | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | $(A/B) * 100$ ตัวตั้ง (A) หมายถึง โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐาน Green & Clean Hospital ตัวหาร (B) หมายถึง ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน Green & Clean Hospital ระดับดีมาก ทั้งหมด 14 ข้อ | | | | | | | | | | | | | | | |
| ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน) | ปีละ 4 ครั้ง | | | | | | | | | | | | | | | |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">Baseline data</th> </tr> <tr> <th>2558</th> <th>2559</th> <th>2560</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน มาตรฐาน Green & Clean Hospital</td> <td>N/A</td> <td>N/A</td> <td>ระดับดี</td> </tr> </tbody> </table> | หน่วยวัด | Baseline data | | | 2558 | 2559 | 2560 | โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน มาตรฐาน Green & Clean Hospital | N/A | N/A | ระดับดี | | | | |
| หน่วยวัด | Baseline data | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2558 | 2559 | 2560 | | | | | | | | | | | | | |
| โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน มาตรฐาน Green & Clean Hospital | N/A | N/A | ระดับดี | | | | | | | | | | | | | |
| เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ 5 ปี (ค่าเป็นร้อยละ) | <table border="1"> <thead> <tr> <th>2561</th> <th>2562</th> <th>2563</th> <th>2564</th> <th>2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ระดับดีมาก</td> <td>ระดับดีมาก</td> <td>ระดับดีมาก</td> <td>ระดับดีมาก</td> <td>ระดับดีมาก</td> </tr> </tbody> </table> | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 | 2565 | ระดับดีมาก | ระดับดีมาก | ระดับดีมาก | ระดับดีมาก | ระดับดีมาก | | | | | |
| 2561 | 2562 | 2563 | 2564 | 2565 | | | | | | | | | | | | |
| ระดับดีมาก | ระดับดีมาก | ระดับดีมาก | ระดับดีมาก | ระดับดีมาก | | | | | | | | | | | | |

| | |
|---|---|
| เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน | |
| 1 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำกว่าพื้นฐาน (1-5 ข้อ) | |
| 2 คะแนน หมายถึง ระดับพอใช้ (5-7 ข้อ) | |
| 3 คะแนน หมายถึง ระดับพื้นฐาน (7-10 ข้อ) | |
| 4 คะแนน หมายถึง ระดับดี (10-12 ข้อ) | |
| 5 คะแนน หมายถึง ระดับดีมาก (12-14 ข้อ) | |
| ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด | นายนิพนธ์ นาสุริวงค์ / นายอนุชิต พรหมรักษ์ |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | แต่งตั้งคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย |

| | | | | | |
|---|---|---------------|------|------|------|
| ตัวชี้วัดที่ 41 | ร้อยละบุคลากรที่ผ่านการประเมิน Competency | | | | |
| วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด | เพื่อนำมาใช้วัดระดับความสามารถที่มีอยู่จริงของบุคลากรเปรียบเทียบกับระดับของสมรรถนะที่องค์กรคาดหวังในแต่ละตำแหน่งงาน | | | | |
| คำนิยาม | สมรรถนะหรือขีดความสามารถ (Competency) หมายถึง ความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Skill) และคุณลักษณะของบุคคล (Attributes) ซึ่งบุคคลนั้นจะแสดงออกเป็นวิธีคิดและพฤติกรรมในการทำงานที่จะส่งผลต่อการปฏิบัติงานของแต่ละบุคคล และมีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง อันจะส่งผลให้เกิดความสำเร็จตามมาตรฐานหรือสูงกว่ามาตรฐานที่องค์กรได้กำหนดเอาไว้ | | | | |
| ค่าเป้าหมาย | ค่าเป้าหมาย | 2560 | 2561 | | |
| | ร้อยละ | - | 60 | | |
| ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง(ระบุหน่วยงานและผลงาน ปี 2560) | - | | | | |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | บุคลากรทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลมหาสารคาม | | | | |
| แหล่งข้อมูล | หน่วยงานในโรงพยาบาลมหาสารคาม | | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | $(A/B)*100$ ตัวตั้ง (A) หมายถึง จำนวนบุคลากรที่ผ่านการประเมิน Competency ตัวหาร (B) หมายถึง จำนวนบุคลากรเป้าหมายที่กำหนด | | | | |
| ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน) | ครั้งที่ 1 ภายในเดือนกรกฎาคม 2561 | | | | |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | หน่วยวัด | Baseline data | | | |
| | | 2558 | 2559 | 2560 | |
| | | - | - | - | |
| เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ 5 ปี (ค่าเป็นร้อยละ) | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 | 2565 |
| | 60 | 65 | 70 | 75 | 80 |
| เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน | | | | | |
| 1 คะแนน หมายถึง ทำความเข้าใจนโยบายหลักองค์กรเพื่อเชื่อมโยงนำไปใช้กำหนด Competency | | | | | |
| 2 คะแนน หมายถึง กำหนด Competency แต่ละหน่วยงาน | | | | | |
| 3 คะแนน หมายถึง ตรวจสอบความถูกต้องเพื่อนำแบบประเมิน Competency มาใช้ในองค์กร | | | | | |
| 4 คะแนน หมายถึง ประเมินผล Competency ของบุคลากรแต่ละตำแหน่ง | | | | | |
| 5 คะแนน หมายถึง สรุปผลการประเมิน Competency | | | | | |
| ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด | นางทิพย์พาดิ มาริน | | | | |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | ทพญ.เพ็ญญา เหลียงไพบูลย์ | | | | |

| | | | | | |
|---|--|---------------|------|------|------|
| ตัวชี้วัดที่ 42 | ผลการประเมินการดำเนินงาน Learning Center ผ่านเกณฑ์ | | | | |
| วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด | เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรได้แสวงหาความรู้ด้วยตนเอง ฝึกการทำงานเป็นกลุ่มและความรับผิดชอบ ได้ทำกิจกรรมตามความถนัด ความสนใจและความสามารถของตนเอง | | | | |
| คำนิยาม | <p>การจัดการเรียนรู้แบบศูนย์การเรียนรู้ (Learning Center) หมายถึง เป็นกระบวนการที่ผู้สอนจัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้ผู้เรียน โดยให้ผู้เรียนศึกษาหาความรู้ตามความต้องการ ความสนใจและความสามารถจากศูนย์การเรียนรู้ที่ผู้สอนได้จัดเตรียมเนื้อหา</p> <p>ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้ 1. ขั้นเตรียมการ 2. ขั้นกำหนดหลักสูตร</p> <p>3. ขั้นพัฒนาตามหลักสูตร 4. ขั้นดำเนินการตามแผน 5. ขั้นนำแผนไปพัฒนา</p> | | | | |
| ค่าเป้าหมาย | | | | | |
| ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง(ระบุหน่วยงานและผลงาน ปี 2560) | - | | | | |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | บุคลากรทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลมหาสารคาม | | | | |
| แหล่งข้อมูล | หน่วยงานในโรงพยาบาลมหาสารคาม | | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | $(A/B)*100$ ตัวตั้ง (A) หมายถึง จำนวนบุคลากรที่ได้เข้าร่วมการจัดการเรียนรู้แบบศูนย์การเรียนรู้ ตัวหาร (B) หมายถึง จำนวนบุคลากรเป้าหมายที่กำหนด | | | | |
| ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน) | ครั้งที่ 1 ภายใน 15 มีนาคม 2561 ครั้งที่ 2 ภายใน 15 กันยายน 2561 | | | | |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | หน่วยวัด | Baseline data | | | |
| | | 2558 | 2559 | 2560 | |
| | | - | - | - | |
| เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ 5 ปี (ค่าเป็นร้อยละ) | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 | 2565 |
| | 50 | 55 | 60 | 65 | 70 |
| เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน | 1 คะแนน หมายถึง ขั้นเตรียมการ เตรียมผู้สอน เตรียมวัสดุอุปกรณ์ เตรียมสถานที่และแต่งตั้งคณะกรรมการ 2 คะแนน หมายถึง ขั้นตอนจัดเตรียมหลักสูตร 3 คะแนน หมายถึง แผนการพัฒนาตามหลักสูตรเป้าหมายและผู้เรียน 4 คะแนน หมายถึง ดำเนินการตามแผนการที่พัฒนาบุคลากรของศูนย์การเรียนรู้ 5 คะแนน หมายถึง ประเมินผล สรุปรายงานผล ปัญหา อุปสรรค และนำแผนพัฒนาในปีต่อไป | | | | |
| ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด | นางทิพย์พาณี มาริน | | | | |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | ทพญ.เพ็ญญา เหลียงไพบูลย์ | | | | |

| | | | | | |
|---|--|------|------|------|--|
| ตัวชี้วัดที่ 43 | ร้อยละของบุคลากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการพัฒนาสมรรถนะที่จำเป็นในงาน | | | | |
| วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด | <p>1. เพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในโรงพยาบาลมหาสารคามให้มีความพร้อม ด้านสมรรถนะการปฏิบัติงานบริการเพื่อรองรับระบบบริการ (Service Plan) และพัฒนาบุคลากรด้านบริหารตลอดจนการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น</p> <p>ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ</p> | | | | |
| คำนิยาม | <p>สมรรถนะในการทำงาน หมายถึง ความรู้ ทักษะและคุณลักษณะของบุคลากรที่จำเป็นต้องมีเพื่อใช้ในการปฏิบัติหน้าที่ให้ประสบผลสำเร็จตามที่กำหนดไว้</p> <p>บุคลากร หมายถึง บุคลากร 5 กลุ่ม ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. บุคลากรวิชาชีพ (Health Professionals) มี 7 สายงาน ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด และนักวิชาการสาธารณสุข 2. บุคลากรสหวิชาชีพ (Allied Health Professionals) ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> 2.1 บุคลากรซึ่งเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ 7 สายงาน ได้แก่ นักรังสีการแพทย์ นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยาคลินิก/นักจิตวิทยา นักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก นักฟิสิกส์รังสี และแพทย์แผนไทย 2.2 บุคลากรอื่น มี 7 สายงาน ได้แก่ นักวิชาการทันตสาธารณสุข นักโภชนาการ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการศึกษาพิเศษ นักกายอุปกรณ์ นักวิชาการอาหารและยา 3. บุคลากรสนับสนุน (Associates Health personal) ประกอบด้วย เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข เจ้าพนักงานเภสัชกรรม เจ้าพนักงานสาธารณสุข เจ้าพนักงานเวชสถิติ เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ และเจ้าพนักงานรังสีการแพทย์ 4. บุคลากรสายสนับสนุน (Back office) ประกอบด้วย นักวิชาการ/เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี, นักทรัพยากรบุคคล, นักจัดการงานทั่วไป/นักวิชาการเจ้าพนักงานพัสดุ, นิติกร, นักสถิติ, นักวิชาการ/เจ้าพนักงานคอมพิวเตอร์, นักวิชาการ/เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา/เจ้าพนักงานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์, เจ้าพนักงานธุรการ 5. บุคลากรผู้ทำหน้าที่บริหารงาน ประกอบด้วย ระดับสูง ระดับกลาง ระดับต้น | | | | |
| ค่าเป้าหมาย | ค่าเป้าหมาย | 2559 | 2560 | 2561 | |
| | ร้อยละ | 70 | 75 | 80 | |
| ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง(ระบุหน่วยงานและผลงาน ปี 2560) | - | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---------------|-------|-------|------|
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | บุคลากรทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลมหาสารคาม | | | | |
| แหล่งข้อมูล | หน่วยงานในโรงพยาบาลมหาสารคาม | | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | $(A/B)*100$ ตัวตั้ง (A) หมายถึง จำนวนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาในปีที่วัดผล ตัวหาร (B) หมายถึง จำนวนบุคลากรเป้าหมายที่กำหนด | | | | |
| ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน) | ครั้งที่ 1 ภายใน 15 มีนาคม 2561 ครั้งที่ 2 ภายใน 15 กันยายน 2561 | | | | |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | หน่วยวัด | Baseline data | | | |
| | | 2558 | 2559 | 2560 | |
| | | 68.96 | 80.68 | 90.81 | |
| เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ 5 ปี (ค่าเป็นร้อยละ) | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 | 2565 |
| | 90 | 90 | 95 | 95 | 98 |
| เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน 1 คะแนน หมายถึง หน่วยงานมีผลการวิเคราะห์ความต้องการและความจำเป็นในการพัฒนาบุคลากรตามสภาพปัญหาและบริบทของหน่วยงาน 2 คะแนน หมายถึง มีแผนการพัฒนาบุคลากรสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ความต้องการและความจำเป็นตามแผนพัฒนาบุคลากร 3 คะแนน หมายถึง หน่วยงานดำเนินการพัฒนาตามแผนอย่างน้อย ร้อยละ 70 ตามแผน 4 คะแนน หมายถึง หน่วยงานดำเนินการติดตามแผนและประเมินผลการพัฒนาบุคลากร รอบ 6 เดือน > 35% รอบ 12 เดือน > 70% 5 คะแนน หมายถึง สรุปรายงานผลการพัฒนาบุคลากร ปัญหา อุปสรรค และโอกาสพัฒนา | | | | | |
| ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด | นางทิพย์พาดิ มารีน | | | | |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | ทพญ.เพ็ญนภา เหลียงไพบูลย์ | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---------------|------|-------|------|
| ตัวชี้วัดที่ 45 | ร้อยละบุคลากรมีความสุขตามเกณฑ์ Happinometer >60% | | | | |
| วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด | เพื่อนำผลการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work life Index) มาใช้ในการพัฒนาองค์กร การบริหารงาน การดำเนินการต่างๆ เพื่อส่งเสริมความสุขในการทำงานอย่างตรงประเด็น ซึ่งจะส่งผลให้บุคลากรเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงานให้บรรลุเป้าหมายร่วมขององค์กร “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” | | | | |
| คำนิยาม | หน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงานไปใช้ หมายถึง หน่วยงานในโรงพยาบาลมหาสารคามทุกระดับที่มีการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) รายบุคคล และนำผลการวิเคราะห์มาใช้ | | | | |
| ค่าเป้าหมาย | ค่าเป้าหมาย | 2560 | 2561 | | |
| | ร้อยละ | 61.30 | 65 | | |
| ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง(ระบุหน่วยงานและผลงาน ปี 2560) | - รพ.ขอนแก่น ร้อยละ 60.21 - รพ.กาฬสินธุ์ ร้อยละ 60.75 | | | | |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | บุคลากรทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลมหาสารคาม | | | | |
| แหล่งข้อมูล | หน่วยงานในโรงพยาบาลมหาสารคาม | | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | $(A/B)*100$ ตัวตั้ง (A) หมายถึง จำนวนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาในปีที่วัดผล ตัวหาร (B) หมายถึง จำนวนบุคลากรเป้าหมายที่กำหนด | | | | |
| ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน) | ครั้งที่ 1 ภายในเดือนกรกฎาคม 2561 | | | | |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | หน่วยวัด | Baseline data | | | |
| | | 2558 | 2559 | 2560 | |
| | | - | - | 61.30 | |
| เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ 5 ปี (ค่าเป็นร้อยละ) | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 | 2565 |
| | 65 | 70 | 75 | 75 | 75 |
| เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน | | | | | |
| 1 คะแนน หมายถึง ชี้แจงแนวทางการวัดดัชนีความสุขของคนทำงานและการนำดัชนีความสุขของคนทำงานไปใช้ | | | | | |
| 2 คะแนน หมายถึง มีการสำรวจข้อมูล | | | | | |
| 3 คะแนน หมายถึง มีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล และนำเสนอผลต่อผู้บริหาร | | | | | |
| 4 คะแนน หมายถึง มีการทำแผนพัฒนาความสุขของคนทำงาน | | | | | |
| 5 คะแนน หมายถึง มีการใช้แผนพัฒนาความสุขของคนทำงาน | | | | | |
| ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด | นางทิพย์พาณี มาริน | | | | |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | ทพญ.เพ็ญญา เหลียงไพบูลย์ | | | | |

| | | | | | |
|--|---|---------------|------|------|------|
| ตัวชี้วัดที่ 46 | ร้อยละของบุคลากรที่มีภาวะสุขภาพกลุ่มเสี่ยงได้รับการส่งเสริมสุขภาพ | | | | |
| วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด | 1. ส่งเสริมให้บุคลากรมีการตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อประเมินความเสี่ยงภาวะสุขภาพของบุคลากรในองค์กร และนำข้อมูลไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาฟื้นฟูภาวะสุขภาพให้มีความพร้อมในการปฏิบัติงานและเป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพ 2. บุคลากรกลุ่มเสี่ยงในด้าน ระดับโคเลสเตอรอลสูง,ระดับน้ำตาลในเลือดสูง,ระดับไตรกลีเซอไรด์สูง,ความดันโลหิตสูง ต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพ | | | | |
| คำนิยาม | การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการปฏิบัติเพื่อให้เกิดสุขภาพกายแข็งแรง เจริญเติบโตปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข | | | | |
| ค่าเป้าหมาย | ค่าเป้าหมาย | 2559 | 2560 | 2561 | |
| | ร้อยละ | 97 | 98 | 99 | |
| ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง(ระบุหน่วยงานและผลงาน ปี 2560) | - | | | | |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | บุคลากรกลุ่มเสี่ยงทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลมหาสารคาม | | | | |
| แหล่งข้อมูล | บุคลากรทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลมหาสารคาม | | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | $(A/B) \times 100$ ตัวตั้ง (A) หมายถึง จำนวนบุคลากรที่รับการตรวจสุขภาพ $\times 100$ ตัวหาร (B) หมายถึง จำนวนบุคลากรทั้งหมด | | | | |
| ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน) | ภายใน 15 มีนาคม 2561 | | | | |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | หน่วยวัด | Baseline data | | | |
| | | 2558 | 2559 | 2560 | |
| | | - | - | - | |
| เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ 5 ปี (ค่าเป็นร้อยละ) | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 | 2565 |
| | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 |
| เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน | | | | | |
| 1 คะแนน หมายถึง มีการประชาสัมพันธ์การตรวจสุขภาพประจำปีตามแผนกำหนดกลุ่มเป้าหมาย | | | | | |
| 2 คะแนน หมายถึง มีโครงการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงและกำหนดบุคลากรกลุ่มเสี่ยง | | | | | |
| 3 คะแนน หมายถึง ดำเนินโครงการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยง | | | | | |
| 4 คะแนน หมายถึง วิเคราะห์ ประเมินผลโครงการร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพ | | | | | |
| 5 คะแนน หมายถึง นำผลการวิเคราะห์ทำแผนพัฒนาบุคลากรกลุ่มเสี่ยงในปีต่อไป | | | | | |
| ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด | นางทิพย์พาลี มาริน | | | | |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | ทพญ.เพ็ญญา เหลียงไพบูลย์ | | | | |

| | | | | | |
|--|---|---------------|-------|-------|------|
| ตัวชี้วัดที่ 47 | ร้อยละของบุคลากรมีความพึงพอใจต่อระบบสวัสดิการ | | | | |
| วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด | เพื่อนำผลการประเมินความพึงพอใจต่อระบบสวัสดิการที่ได้รับในปัจจุบันในด้านสุขภาพอนามัย ด้านความปลอดภัย ด้านความมั่นคง ด้านการศึกษา อบรม ด้านเศรษฐกิจและด้านสันตนาการ ซึ่งจะส่งผลให้บุคลากรมีคุณภาพชีวิตที่ดีในการทำงาน ส่งผลให้เกิดความรักความผูกพันและจงรักภักดีต่อองค์กร | | | | |
| คำนิยาม | หน่วยงานที่มีการนำผลการประเมินความพึงพอใจไปใช้ หมายถึง หน่วยงานในโรงพยาบาลมหาสารคามทุกระดับที่มีการประเมินความพึงพอใจต่อระบบสวัสดิการ และนำผลการประเมินมาใช้ในการวางแผนดำเนินการ | | | | |
| ค่าเป้าหมาย | ปี2560 ร้อยละ 60 ปี2561 ร้อยละ 62 | | | | |
| ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง(ระบุหน่วยงานและผลงาน ปี 2560) | | | | | |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | บุคลากรทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลมหาสารคาม | | | | |
| แหล่งข้อมูล | หน่วยงานในโรงพยาบาลมหาสารคาม | | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | $(A/B)*100$ ตัวตั้ง (A) หมายถึง จำนวนบุคลากรที่ได้รับสวัสดิการในปีที่วัดผล ตัวหาร (B) หมายถึง จำนวนบุคลากรเป้าหมายที่กำหนด | | | | |
| ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้องรายงาน) | ครั้งที่ 1 ภายในเดือนกรกฎาคม 2561 | | | | |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | หน่วยวัด | Baseline data | | | |
| | | 2558 | 2559 | 2560 | |
| | | - | 59.80 | 60.00 | |
| เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ 5 ปี (ค่าเป็นร้อยละ) | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 | 2565 |
| | 62 | 63 | 65 | 65 | 70 |
| เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน | | | | | |
| 1 คะแนน หมายถึง ชี้แจงแนวทางการวัดผลการประเมินความพึงพอใจต่อระบบสวัสดิการที่ได้รับ | | | | | |
| 2 คะแนน หมายถึง มีการออกแบบสอบถามและสำรวจข้อมูล | | | | | |
| 3 คะแนน หมายถึง มีการสำรวจข้อมูลการประเมินผลความพึงพอใจต่อระบบสวัสดิการ | | | | | |
| 4 คะแนน หมายถึง มีการวิเคราะห์ผลการประเมินจำแนกรายบุคคล รายวิชาชีพ รายหน่วยงาน | | | | | |
| 5 คะแนน หมายถึง นำผลการวิเคราะห์มาเสนอผู้บริหารและทำแผนพัฒนาในปีต่อไป | | | | | |
| ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด | นางทิพย์พาณี มารีน | | | | |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | ทพญ.เพ็ญนภา เหลียงไพบูลย์ | | | | |

| | |
|-----------------------|--|
| ตัวชี้วัดที่ 48 | ร้อยละของจำนวนเรื่องผลงานวิชาการ/นวัตกรรมด้านสุขภาพนำมาใช้ประโยชน์ในองค์กร/ประชาชน |
| วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด | <ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้หน่วยงานในโรงพยาบาลมหาสารคามมีผลงานวิชาการ/นวัตกรรมด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่าง ๆ นำไปใช้ประโยชน์ 2. เพื่อให้ผลงานวิชาการด้านสาธารณสุขของโรงพยาบาลมหาสารคามมีคุณภาพ ได้มาตรฐาน เป็นที่ยอมรับในระบบวิชาการสาธารณสุข 3. เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรโรงพยาบาลมหาสารคามทุกหน่วยงาน ทุกระดับด้านการวิจัย การนำเสนอผลงาน และการเผยแพร่ผลงานให้เป็นที่ยอมรับ โดยยึดกรอบและหลักเกณฑ์การจัดทำผลงานวิชาการ ตามสำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขกำหนด |
| คำนิยาม | <p>งานวิจัยด้านสุขภาพ หมายถึง งานวิชาการทางสุขภาพที่ดำเนินการและเขียนผลงานตามเกณฑ์ทางวิชาการ ในจำนวน 4 ประเภท คือ (1) งานวิจัย (Research) หมายถึง การศึกษาค้นคว้าใหม่อีกครั้ง เพื่อตอบคำถามหรือปัญหาสงสัยที่ผู้วิจัยต้องการคำตอบหรืออยากรู้ด้วยระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology) เป็นที่ยอมรับ เป็นสากล เชื่อถือได้ อ้างอิงได้ และอธิบายขั้นตอนการทำได้ตั้งแต่ขั้นต้นจนถึงขั้นตอนสุดท้าย ทั้งนี้ ให้รวมถึงงานวิจัยประเภทที่พัฒนามาจากงานประจำ (Routine to research –R2R) โดย R2R ให้ยึดกรอบและเกณฑ์ของงานวิจัย R2R ที่สำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (2) นวัตกรรม (Innovation) หมายถึง ความคิดการปฏิบัติ หรือสิ่งประดิษฐ์ใหม่ๆ ที่ยังไม่เคยมีใช้มาก่อนหรือเป็นการพัฒนาดัดแปลงมาจากของเดิมที่มีอยู่แล้ว ให้ทันสมัยและใช้ได้ผลดียิ่งขึ้น เมื่อนำนวัตกรรมมาใช้จะช่วยให้การทำงานนั้นได้ผลดีมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงกว่าเดิม (3) การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement Process : CQI) หมายถึง การใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์และความคิดสร้างสรรค์ในการปรับปรุงระบบงานเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงานอย่างไม่หยุดยั้งโดยมุ่งสู่ความเป็นเลิศ (4) การปฏิบัติที่ดี (Best Practice) หมายถึง วิธีการทำงานที่ดีที่สุดในเรื่องนั้นๆซึ่งอาจจะเป็นระบบบริหารเทคนิควิธีการต่างๆ ที่ทำให้ผลงานบรรลุเป้าหมายระดับสูงสุด ดังนั้น Best Practice จึงไม่ใช่เป็นแค่เพียงวิธีการทำงานที่ดีแต่เป็นการทำงานที่ดีกว่าหรือดีที่สุดซึ่งมีทั้งการทำงานในเชิงระบบบริหารและเทคนิควิธีการต่างๆ ทำให้ผลงานนั้นบรรลุเป้าหมายสูงสุด</p> <p>ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ หมายถึง องค์ความรู้ทางการแพทย์/การสาธารณสุขที่ผ่านการวิจัย/พัฒนา ได้แก่ นิพนธ์ต้นฉบับ (original article) บทปริทัศน์ (review article) บทความพิเศษ (special article) บทความฟื้นฟู (refresher</p> |

| | |
|---|--|
| | <p>course) รายงานเบื้องต้น (preliminary report) หรือรายงานสังเขป (short communication) รายงานผู้ป่วย (case report) ปกิณกะ (miscellany) และ นวัตกรรม (innovation)</p> <p>ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์ หมายถึง องค์กรความรู้ทางการแพทย์/การแพทย์/การสาธารณสุขที่ผ่านการวิจัย/พัฒนา ได้รับการถ่ายทอด เผยแพร่สู่กลุ่มเป้าหมายที่กำหนดในช่องทาง/สื่อต่างๆ รวมถึงที่ได้เผยแพร่ในการประชุมวิชาการทั้งในระดับประเทศและต่างประเทศ และนำไปใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ที่ระบุในโครงการวิจัยหรือรายงานการวิจัย สามารถนำไปแก้ปัญหาได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยมีหลักฐานปรากฏอย่างชัดเจนถึงการนำไปใช้จนก่อให้เกิดประโยชน์ได้จริงอย่างชัดเจน หรือมีการใช้ประโยชน์เชิงวิชาการในการอ้างอิง (Citation) ในบทความวิชาการระดับชาติหรือนานาชาติ หรือลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารที่ได้มาตรฐานผ่านเกณฑ์คุณภาพของศูนย์ดัชนีอ้างอิงวารสารไทย (TCI: Thai-Journal Citation Index Centre) อยู่ในวารสารกลุ่มที่ 1</p> <p>ประเภทของการใช้ประโยชน์จากงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ มี 4 ประเภท ดังนี้ (1) เชิงเศรษฐกิจและพาณิชย์ ได้แก่ ได้รับหนังสือหรือหลักฐานอื่น แสดงความสนใจเพื่อเจรจาธุรกิจ มีการซื้อขายเทคโนโลยีระหว่างนักวิจัยและผู้นำไปใช้ประโยชน์ การจดลิขสิทธิ์ของผลิตภัณฑ์จากผลงานวิจัย (2) เชิงวิชาการ ได้แก่ การปรับแนวทางเวชปฏิบัติ การอ้างอิงผลงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการระดับประเทศและหรือระดับนานาชาติ (3) เชิงนโยบาย หมายถึง จำนวนผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ ที่นำไปประกอบการตัดสินใจในการบริหาร และการกำหนดเป็นนโยบาย มาตรการ แนวทางสำคัญ ในการพัฒนาด้านส่งเสริม รักษา ป้องกันฟื้นฟูสุขภาพ และคุ้มครองผู้บริโภค โดยมีหลักฐานแสดงประกอบการนำไปใช้ และ (4) เชิงการพัฒนาสังคมและชุมชน โดยการถ่ายทอดเทคโนโลยีที่ได้จากงานวิจัยในกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด เช่น อบรม คู่มือ แผ่นพับ โปสเตอร์ เว็บไซต์ฯ</p> |
| ค่าเป้าหมาย | ≥ 50 % |
| ค่าผลงานของหน่วยงานที่ใช้เทียบเคียง(ระบุหน่วยงานและผลงาน ปี 2560) | - |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | ทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลมหาสารคาม |
| แหล่งข้อมูล | 1. เอกสารที่เกี่ยวข้อง 2. ฐานข้อมูลงานวิจัยระดับ รพ./สสจ./เขต 7/กระทรวงสาธารณสุข |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | (A/B)*100 ตัวตั้ง (A) หมายถึง จำนวนผลงานวิชาการ/นวัตกรรมด้านสุขภาพที่นำไปใช้ประโยชน์ |

| | | | | | |
|---|---|----------------------|--------|--------|--------|
| | ตัวหาร (B) หมายถึง จำนวนผลงานวิชาการ/นวัตกรรมด้านสุขภาพทั้งหมด | | | | |
| ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้อง รายงาน) | รายงาน 1 ครั้ง/ปี (เดือนกันยายน) | | | | |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | หน่วยวัด | Baseline data | | | |
| | | 2558 | 2559 | 2560 | |
| | | - | - | - | |
| เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ 5 ปี (ค่าเป็นร้อยละ) | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 | 2565 |
| | ≥ 50 % | ≥ 55 % | ≥ 60 % | ≥ 65 % | ≥ 70 % |
| เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน | | | | | |
| 1 คะแนน หมายถึง หน่วยงานนำผลงานไปใช้ประโยชน์ น้อยกว่าร้อยละ 35 | | | | | |
| 2 คะแนน หมายถึง หน่วยงานนำผลงานไปใช้ประโยชน์ ร้อยละ 35-50 | | | | | |
| 3 คะแนน หมายถึง หน่วยงานนำผลงานไปใช้ประโยชน์ ร้อยละ 50-65 | | | | | |
| 4 คะแนน หมายถึง หน่วยงานนำผลงานไปใช้ประโยชน์ ร้อยละ 65-80 | | | | | |
| 5 คะแนน หมายถึง หน่วยงานนำผลงานไปใช้ประโยชน์ ร้อยละ 80-100 | | | | | |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดหลัก | นพ.สุตชาย เลยวานิชย์เจริญ | | | | |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดรอง | พญ.กิตติยา ตียาภักดิ์ พญ.ณัฐวรรีรัตน์ อเนกวิทย์ นพ.ธนิน ฐิติพรรณกุล | | | | |
| ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด | นางสาวประภาพร ฝ่ายดี | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|------|---------------|------|------|--|
| ตัวชี้วัดที่ 49 | ร้อยละจำนวนนักศึกษาแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาภายในระยะเวลาที่กำหนด | | | | | |
| วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด | เพื่อควบคุมกำกับการจัดการเรียนการสอนให้เป็นไปตามแผนการผลิตแพทย์ ให้สำเร็จการศึกษาและสอบผ่านเกณฑ์ภายในระยะเวลาที่กำหนดตามหลักสูตร | | | | | |
| คำนิยาม | นักศึกษาแพทย์ชั้นคลินิกที่สำเร็จการศึกษาตามเกณฑ์ของแพทยสภา ภายใน 3 ปี โดยคำนวณจาก จำนวนนักศึกษาแพทย์ชั้นคลินิกที่สำเร็จการศึกษาภายใน 3 ปี x 100 หารด้วยจำนวนนักศึกษาที่รับเข้าชั้นปีที่ 4 ในแต่ละปีการศึกษา (รวมทุรุษนักศึกษา) | | | | | |
| ค่าเป้าหมาย | 100 | | | | | |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | จำนวนนักศึกษาที่รับเข้าชั้นปีที่ 4 ในแต่ละปีการศึกษา (รวมทุรุษนักศึกษา) | | | | | |
| แหล่งข้อมูล | มหาวิทยาลัยขอนแก่น | | | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | $\frac{\text{จำนวนนักศึกษาชั้นคลินิกจบการศึกษาตามเกณฑ์ของแพทยสภาภายใน 3 ปี} \times 100}{\text{จำนวนนักศึกษาที่รับเข้าชั้นปีที่ 4 ในแต่ละปีการศึกษา (รวมทุรุษนักศึกษา)}}$ | | | | | |
| ระยะเวลาที่ต้องรายงาน (ระบุจำนวนครั้งที่ต้อง รายงาน) | พฤษภาคม | | | | | |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | หน่วยวัด | | Baseline data | | | |
| | | | 2558 | 2559 | 2560 | |
| | ร้อยละ | | 94 | 75 | 82 | |
| เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ 5 ปี (ค่าเป็นร้อยละ) | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 | 2565 | |
| | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | |
| เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน | | | | | | |
| 1 คะแนน หมายถึง ≤ 60 | | | | | | |
| 2 คะแนน หมายถึง 60-69 | | | | | | |
| 3 คะแนน หมายถึง 70-79 | | | | | | |
| 4 คะแนน หมายถึง 80-89 | | | | | | |
| 5 คะแนน หมายถึง 90-100 | | | | | | |
| ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด | นางลัดดาวัลย์ บุรณวรศิลป์ | | | | | |
| ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก | | | | | |

ภาคผนวก

คณะผู้จัดทำ

❖ เจ้าของ

- โรงพยาบาลมหาสารคาม

❖ ที่ปรึกษา

- ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม
- รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคามทุกฝ่าย
- ผู้ช่วยผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคามทุกด้าน

❖ อำนวยการผลิต

- นพ.สุตชาย เลยวานิชย์เจริญ รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบบริการและ
สนับสนุนบริการสุขภาพ

❖ รวบรวมและเรียบเรียงข้อมูล

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

❖ วิเคราะห์และตรวจสอบข้อมูล

- | | | |
|-----------------|----------------|---|
| ○ นพ.กัมพล | เอี่ยมเกื้อกุล | ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ |
| ○ นายสุรสิทธิ์ | ศรีวิรัตน์ | หัวหน้างานนโยบายและแผนงาน |
| ○ นางเยาวลักษณ์ | ทอนมาตย์ | หัวหน้างานยุทธศาสตร์และประเมินผล |

❖ ออกแบบปก

- | | | |
|--------------|-------------|-------------------------|
| ○ นางสาวอรสา | สีละอามาตย์ | เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา |
|--------------|-------------|-------------------------|

❖ แหล่งข้อมูล

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