



# แผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลมหาสารคาม

พ.ศ. 2558-2560

(ฉบับทบทวน ปีงบประมาณ 2558)

## คำนำ

ด้วยโรงพยาบาลมหาสารคามได้มีการทบทวนแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลมหาสารคามขึ้น เป็นแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลมหาสารคาม พ.ศ. 2558-2560 (ฉบับทบทวน ปีงบประมาณ 2558) เพื่อให้ครอบคลุมทั้งในส่วนของการพัฒนาองค์กร การบริการทางการแพทย์ในระดับตติยภูมิ รวมถึงการแก้ปัญหา ภัยสุขภาพในพื้นที่ โดยผู้มีส่วนที่เกี่ยวข้องทุกระดับ มีการวิเคราะห์ศักยภาพและผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ของตนเอง เทียบเคียงกับสถานบริการในระดับเดียวกัน พร้อมทั้งบูรณาการนโยบายของกระทรวง สาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายและผลสัมฤทธิ์ตามภารกิจที่ได้บัญญัติไว้ คือ การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชน

วิสัยทัศน์ “โรงพยาบาลมหาสารคาม เป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่มีความเชี่ยวชาญระดับสูง ของประเทศ ภายในปี พ.ศ. 2560” ประกอบด้วย 4 พันธกิจ 6 ประเด็นยุทธศาสตร์ 10 เป้าประสงค์ 14 กลยุทธ์ 72 ตัวชี้วัดหลัก การพัฒนากลยุทธ์ให้บรรลุผลสำเร็จได้นั้น จะต้องอาศัยความร่วมมือจากทีมสห วิชาชีพทุกสาขา ทุกระดับในองค์กร โดยเฉพาะทีมผู้บริหารเป็นตัวจักรที่สำคัญยิ่งในการขับเคลื่อนแผนงาน อย่างเป็นระบบ ซึ่งจะต้องมีการรับ-ส่งต่อ-เชื่อมโยงตัวชี้วัดสู่การปฏิบัติอย่างเป็นระบบ รวมทั้งติดตาม ประเมินผลทบทวน พัฒนาอย่างต่อเนื่อง

สุดท้ายนี้ ในนามของโรงพยาบาลมหาสารคาม ขอขอบคุณ และชื่นชมทุกหน่วยงาน ที่ได้มาร่วมกันพัฒนาแผนยุทธศาสตร์นี้ เพื่อนำไปสู่การขับเคลื่อนพันธกิจของหน่วยงานให้ไปถึงจุดหมาย ที่ต้องการอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

งานแผนงาน

กลุ่มภารกิจพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ธันวาคม 2557

สารบัญ

ข

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
สารบัญตาราง	ค
<b>ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป</b>	<b>2</b>
- ประวัติโรงพยาบาลมหาสารคาม	3
- ข้อมูลบุคลากร	4
- ข้อมูลทางการเงิน	6
- ข้อมูลการให้บริการ	12
- การวิเคราะห์ศักยภาพเชิงการแข่งขันขององค์กร	17
<b>ส่วนที่ 2 นโยบายที่สำคัญ/แผนยุทธศาสตร์</b>	<b>20</b>
- คำแถลงนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี แถลงต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ	21
- นโยบายการดำเนินงาน ของ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน และรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์	23
- แผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพ เขตบริการสุขภาพที่ 7 ปีงบประมาณ 2558-2561	28
- แผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม พ.ศ. 2558-2561	30
- นโยบายการพัฒนาโรงพยาบาลมหาสารคาม ประจำปี 2558 โดยนายแพทย์สุนทร ยนต์ตระกูล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม	31
- นโยบายการจัดบริการโรงพยาบาลมหาสารคามประจำปีงบประมาณ2558 โดย นายแพทย์สุรกิจ ยศพล รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์โรงพยาบาล มหาสารคาม	32
<b>ส่วนที่ 3 แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลมหาสารคาม พ.ศ. 2556-2560 (ฉบับทบทวน ปีงบประมาณ 2558)</b>	<b>33</b>
- วิสัยทัศน์,ปรัชญา,ค่านิยม,พันธกิจ,ค่านิยม	34
- ประเด็นยุทธศาสตร์โรงพยาบาลมหาสารคาม ปี 2558-2560	35
- แผนที่ยุทธศาสตร์โรงพยาบาลมหาสารคาม ปี 2558-2560	36
- รายชื่อผู้รับผิดชอบประเด็นยุทธศาสตร์โรงพยาบาลมหาสารคาม	39

ปีงบประมาณ 2556-2560 (ฉบับทบทวน ปีงบประมาณ 2558)

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
- มาตรการ/แนวทาง,ตัวชี้วัดตามประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1	41
- มาตรการ/แนวทาง,ตัวชี้วัดตามประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2	48
- มาตรการ/แนวทาง,ตัวชี้วัดตามประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3	53
- มาตรการ/แนวทาง,ตัวชี้วัดตามประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4	56
- มาตรการ/แนวทาง,ตัวชี้วัดตามประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 5	59
- มาตรการ/แนวทาง,ตัวชี้วัดตามประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 6	63
<b>ส่วนที่ 4 รายละเอียดตัวชี้วัด(KPI Profile) 72 ตัวชี้วัด</b>	<b>69</b>
<b>ภาคผนวก</b>	
- สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล มหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ 2557(รอบ 6 เดือน)	ง
<b>คณะผู้จัดทำ</b>	<b>จ</b>

สารบัญตาราง

ค

ตารางที่	หน้า	
1	อัตรากำลังเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมหาสารคาม ตามบัญชีถือจ่ายเงินเดือน ระดับปฏิบัติการ - เชี่ยวชาญ( ตามเงินเดือนถือจ่าย จ.18 )	4
2	อัตรากำลังเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมหาสารคาม (ข้าราชการ)	4
3	จำแนกแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆในโรงพยาบาลมหาสารคาม(ทั้งข้าราชการและ ลูกจ้างชั่วคราว)	5
4	สถานะเงินบำรุงปีงบประมาณ 2554 - 2557	6
5	ประมาณการรายรับและรับจริง ปี 2557	6
6	รายละเอียดงบประมาณรายรับ ปี 2557 (ณ สิ้นสุดปีงบประมาณ)	7
7	สรุปรายจ่าย จำแนกรายหมวด ปี 2557 ( ณ สิ้นสุดปีงบประมาณ )	9
8	แผนรายจ่ายและรายจ่ายจริง ปี 2557 ช่วงเดือนตุลาคม 2556-กันยายน2557 หมวดงบบุคลากร	9
9	แผนรายจ่าย และรายจ่ายจริง ปี 2557 ช่วงเดือนตุลาคม 2556-กันยายน 2557 หมวดงบดำเนินการ	10
10	แผนรายจ่าย และรายจ่ายจริง ปี 2557 ช่วงเดือนตุลาคม 2556-กันยายน 2557 หมวดงบกลางและอื่นๆ	10
11	แผนรายจ่าย และรายจ่ายจริง ปี 2557 ช่วงเดือนตุลาคม 2556-กันยายน 2557 หมวดงบลงทุน	11
12	ดัชนีทางการเงินปี 2554-2557	11
13	การให้บริการของโรงพยาบาลมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2554-2557	12
14	สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคาม 5 อันดับแรก	13
15	สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมหาสารคาม 5 อันดับแรก	14
16	การให้บริการผู้ป่วยนอก เครือข่ายสถานบริการสุขภาพ โรงพยาบาลมหาสารคาม	15
17	ผู้ป่วยในจำหน่ายต่อวัน โรงพยาบาลมหาสารคาม	16
18	ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ย (Average RW) ของโรงพยาบาลทั่วไป ปีงบประมาณ 2556	17
19	อัตราผู้ป่วยที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์มากกว่า 4 ของโรงพยาบาลทั่วไป ปีงบประมาณ 2556	17
20	อัตราผู้ป่วยที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์น้อยกว่า 0.5 ปีงบประมาณ 2556	18
21	อัตราผู้ป่วยในที่มีความซับซ้อนของโรคสูงของโรงพยาบาลทั่วไป ปีงบประมาณ 2556	18
22	อัตราตายของผู้ป่วยในที่มีความซับซ้อนของโรคสูง ของโรงพยาบาลทั่วไป ปีงบประมาณ 2556	19
23	อัตราตายในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต (Septicemia Mortality Rate) ของโรงพยาบาลทั่วไป ปีงบประมาณ 2556	19

รายชื่อผู้รับผิดชอบประเด็นยุทธศาสตร์โรงพยาบาลมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2556-2560 (ฉบับทบทวน ปีงบประมาณ 2558)	39
มาตรการ/แนวทาง,ตัวชี้วัดตามประเด็นยุทธศาสตร์ รพ.มค. ปีงบประมาณ 2558	41
รายละเอียดตัวชี้วัด(KPI Profile) 72 ตัวชี้วัด	69

## ส่วนที่ 1

### ข้อมูลทั่วไป

1. ประวัติโรงพยาบาลมหาสารคาม
2. ข้อมูลบุคลากร
3. ข้อมูลทางการเงิน

๗ ๑ ๗ ๐

## 1. ข้อมูลทั่วไป

### ❖ ประวัติโรงพยาบาลมหาสารคาม

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

ปัจจุบันโรงพยาบาลมหาสารคามเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ระดับ S ขนาด 472 เตียง ในเนื้อที่ 33 ไร่เศษ มีบุคลากรกว่า 1,545 คน และได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล(Accreditation) จากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล(สรพ.) ในวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2555 และผ่านการ Re-Accreditation ครั้งที่ 1 ในวันที่ 30 พฤษภาคม 2557

### รายนามผู้อำนวยการตั้งแต่เริ่มเปิดดำเนินการจนถึงปัจจุบัน

นายแพทย์บรรลุ	ศิริพานิช	พ.ศ. 2494 - 2496
นายแพทย์วุฒิ	โพธิสุนทร	พ.ศ. 2496 - 2498
นายแพทย์วิศิษฐ์	สุวรรณิก	พ.ศ. 2498 - 2500
นายแพทย์สุพัฒน์	ตระกูลดิษฐ์	พ.ศ. 2500 - 2518
แพทย์หญิงชูศรี	โพธิสุนทร	พ.ศ. 2518 - 2532
นายแพทย์สมศักดิ์	ธันวารชร	พ.ศ. 2532 - 2536

นายแพทย์มงคล	เชษฐากุล	พ.ศ. 2536 - 2537
นายแพทย์สุวัฒน์	เลิศสุขประเสริฐ	พ.ศ. 2537 - 2542
นายแพทย์ชาย	ธีระสุด	พ.ศ. 2542 - 2545
นายแพทย์วิจิต	ว่องสัณพงษ์	พ.ศ. 2545 - 2547
นายแพทย์วีระพันธ์	สุพรรณไชยมาตย์	พ.ศ. 2547 - 2550
แพทย์หญิงเสาวลักษณ์	นาคะพงษ์	พ.ศ. 2550 - 2552
นายแพทย์สุนทร	ยนต์ตระกูล	พ.ศ. 2552 - ปัจจุบัน

## 2. ข้อมูลบุคลากร

ตารางที่ 1 อัตรากำลังเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมหาสารคาม ตามบัญชีถือจ่ายเงินเดือน

ระดับปฏิบัติการ - เชี่ยวชาญ(ตามเงินเดือนถือจ่าย จ.18)

ประเภท	ปีงบประมาณ			
	2554	2555	2556	2557
ข้าราชการ	569	565	619	666
ลูกจ้างประจำ	148	142	134	116
พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	-	-	-	507
ลูกจ้างชั่วคราว (รายเดือน)	591	530	605	95
ลูกจ้างชั่วคราว (รายวัน)	99	101	100	130
พนักงานราชการ	16	18	25	31
<b>รวม</b>	<b>1,323</b>	<b>1,356</b>	<b>1,479</b>	<b>1,545</b>

ที่มา : ฝ่ายการเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลมหาสารคาม ณ วันที่ 1 ต.ค. 2557

ตารางที่ 2 อัตรากำลังเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมหาสารคาม (ข้าราชการ)

ประเภท	ตามบัญชีถือจ่ายเงินเดือน (จ.18) จำนวน (คน)	ปฏิบัติงานจริง จำนวน (คน)
1. แพทย์	84	78
- แพทย์เพิ่มพูนทักษะ	-	16
2. ทันตแพทย์	13	13
3. เภสัชกร	35	36
4. นักเทคนิคการแพทย์	16	14
5. นักกายภาพบำบัด	7	7
6. นักกิจกรรมบำบัด	2	2
6. นักรังสีการแพทย์	4	4
7. พยาบาลวิชาชีพ	410	408
8. อื่น ๆ	95	96
<b>รวม</b>	<b>666</b>	<b>674</b>

ที่มา : ฝ่ายการเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลมหาสารคาม ณ วันที่ 1 ต.ค. 2557

ตารางที่ 3 จำแนกแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆในโรงพยาบาลมหาสารคาม(ทั้งข้าราชการและลูกจ้างชั่วคราว)

ลำดับที่	แพทย์เฉพาะทาง	จำนวน (คน)
1	อายุรกรรมทั่วไป	8
2	อายุรกรรมโรคไต	1
3	อายุรกรรมระบบประสาท	1
4	กุมารเวชกรรม	6
5	รังสีแพทย์	3
6	เวชกรรมฟื้นฟู	1
7	ศัลยกรรมทั่วไป	8
8	ศัลยกรรมระบบประสาท	2

9	ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ	2
10	ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์	7
11	สูติ-นรีเวชกรรม	6
12	จักษุแพทย์	4
13	หู คอ จมูก	4
14	วิสัญญีแพทย์	7
15	จิตเวช	1
16	พยาธิวิทยากายวิภาค	1
17	เวชศาสตร์ครอบครัว	1
18	เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	2
19	เวชกรรมป้องกัน	1
	<b>รวม</b>	<b>66</b>
1	แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP)	12
2	แพทย์เพิ่มพูนทักษะ	16
	<b>รวม</b>	<b>20</b>

ที่มา : ฝ่ายการเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลมหาสารคาม ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2557

### 3. ข้อมูลทางการเงิน

ตาราง 4 สถานะเงินบำรุงปีงบประมาณ 2554 – 2557

ที่	รายการ	ปีงบประมาณ (บาท)			
		2554	2555	2556	2557
1	เงินสด/เงินฝาก				
	ธนาคาร/เงินฝากคลัง	386,048,965.14	390,579,831.43	343,099,292.88	373,975,558.25
2	ลูกหนี้เงินยืม	1,584,617.00	1,441,706.00	2,038,732.74	1,639,017.00

ที่	รายการ	ปีงบประมาณ (บาท)			
		2554	2555	2556	2557
3	ลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลและอื่น ๆ สุทธิ	81,045,198.65	103,767,683.15	102,432,312.82	130,022,037.75
4	หนี้สิน	171,983,341.87	219,819,556.02	227,737,021.02	232,772,411.13
5	วัสดุคงคลัง	35,330,487.27	42,525,539.45	41,710,360.20	44,236,227.13
6	รายได้	1,023,608,712.67	1,064,425,626.25	1,082,662,297.40	282,016,592.18
7	ค่าใช้จ่าย	911,984,684.35	1,035,937,632.38	1,061,055,608.14	227,288,903.06

ที่มา : ฝ่ายบัญชี โรงพยาบาลมหาสารคาม ณ วันที่ 30 ก.ย. 2557

ตาราง 5 ประมาณการรายรับและรับจริง ปี 2557

ที่	รายการ	แผนประมาณการ ปี 2557	รับจริงปี 2557 (ต.ค.56-ก.ย.57)	รับจริงร้อยละ
1	เงินงบประมาณ	352,666,800	371,203,439	105.26
2	เงินบำรุง	834,853,415	775,659,363	92.91
	- UC	453,146,015	452,561,164	99.87
	- อื่นๆ	381,707,400	323,098,198	84.65
-	รวม	1,187,520,215	1,146,862,802	96.58

ที่มา : ฝ่ายบัญชี โรงพยาบาลมหาสารคาม ณ วันที่ 30 ก.ย. 2557

ตาราง 6 รายละเอียดงบประมาณรายรับ ปี 2557 (ณ สิ้นสุดปีงบประมาณ)

ที่	รายการ	ประมาณการรายรับ ปี 2557	รับจริงปี 2557 รวม 4 ไตรมาส	รับจริงร้อยละ
	งบบุคลากร	267,700,000.00	264,614,099.65	98.85

ที่	รายการ	ประมาณการรายรับ ปี 2557	รับจริงปี 2557 รวม 4 ไตรมาส	รับจริงร้อยละ
1	เงินเดือน(งบบุคลากร)	203,000,000.00	206,166,336.19	101.56
2	ค่าจ้างประจำ(งบบุคลากร)	24,000,000.00	28,193,043.54	117.47
3	เงินประจำตำแหน่ง(งบบุคลากร)	25,000,000.00	25,453,991.48	101.82
5	เงินค่าตอบแทนพิเศษ เงินเดือนค่าจ้างไม่ถึง 12,700 บาท (งบบุคลากร)ตอบแทนรายเดือน	700,000.00	117,351.82	16.76
6	เงินเดือนพนักงานราชการ (งบบุคลากร)	15,000,000.00	4,683,376.62	31.22
	<b>งบดำเนินงาน</b>	<b>29,528,000.00</b>	<b>20,744,725.68</b>	<b>70.25</b>
1	ค่าเช่าบ้าน(งบดำเนินงาน)	228,000.00	131,000.00	57.46
2	เงิน พตส.(ดำเนินงาน)	23,000,000.00	13,879,540.00	60.35
3	ประกันสังคม สมทบพนักงานราชการ (งบดำเนินงาน)	500,000.00	908,921.00	181.78
4	รับโอนสนับสนุนโครงการ(งบดำเนินงาน) สปสช.+สสจ.	5,000,000.00	5,190,306.58	103.81
5	ค่าตอบแทน เงินเดือนเต็มขั้น (งบดำเนินงาน)	800,000.00	634,958.10	79.37
	<b>งบลงทุน</b>	<b>66,364,815</b>	<b>76,652,677</b>	<b>116.00</b>
1	งบลงทุน ครุภัณฑ์ที่ดิน สิ่งก่อสร้าง (งบลงทุน)	66,364,814.61	76,652,677.00	115.50
	<b>งบกลางและอื่นๆ</b>	<b>14,520,000.00</b>	<b>14,064,855.86</b>	<b>96.87</b>
1	กบข.(งบอื่นๆ)	10,150,000.00	10,123,184.28	99.74
2	กสจ.(งบอื่นๆ)	870,000.00	760,147.08	87.37
3	ค่าเล่าเรียนบุตร(งบอื่นๆ)	2,000,000.00	2,083,836.00	104.19
4	ค่ารักษาพยาบาล(งบอื่นๆ)เงินช่วยเหลือชีวิต	1,500,000.00	1,097,688.50	73.18
	<b>รายรับจากค่าดำเนินการ</b>	<b>809,407,400.00</b>	<b>770,786,443.48</b>	<b>95.23</b>
1	เงินอุดหนุนศูนย์แพทย์	10,707,400.00	439,927.27	4.11
2	ค่าเหมาจ่ายรายหัว UC ค่าดำเนินการ	-	-	-
2.1	- ผู้ป่วยนอก	50,000,000.00	85,721,461.62	171.44

แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลมหาสารคาม พ.ศ. 2558-2560 (ฉบับทบทวน ปีงบประมาณ 2558)

ที่	รายการ	ประมาณการรายรับ ปี 2557	รับจริงปี 2557 รวม 4 ไตรมาส	รับจริงร้อยละ
2.2	- ผู้ป่วยใน	238,000,000.00	258,468,837.27	108.60
2.3	- ส่งเสริมสุขภาพ	15,000,000.00	12,147,742.99	80.98
2.4	- กองทุนโรคไต แพทย์แผนไทย พื้นฟูคน พิการ โรคเรื้อรัง,โรคจิตเวช,ทันตกรรม	22,000,000.00	23,988,261.77	109.04
2.5	- กองทุนโรคเอดส์	9,000,000.00	10,504,285.00	116.71
2.6	- กองทุน Central Reimburse	50,000,000.00	16,467,681.88	32.94
2.7	- ผลงาน	10,000,000.00	1,966,996.18	19.67
2.8	- ผู้มีปัญหาด้านสิทธิ์		2,014.00	-
3	รับจากการตามจ่าย	33,000,000.00	24,383,075.10	73.89
4	รายรับ UC โอนข้ามปีงบประมาณ	-	-	-
5	สวัสดิการข้าราชการ สวัสดิการรัฐวิสาหกิจ	200,000,000.00	195,117,085.72	97.56
6	กองทุนประกันสังคม	55,000,000.00	53,000,565.76	96.36
7	กองทุนผู้ประสบภัยจากรถ	20,000,000.00	20,503,694.00	102.52
8	ค่าธรรมเนียมผู้ป่วยจ่ายเอง	67,000,000.00	46,285,802.50	69.08
9	เงินบริจาค	2,000,000.00	2,796,187.61	139.81
10	รายจ่ายอื่น(พตส. จัดสรรให้ในหมวดนี้ เพิ่มเติม)	700,000.00	-	-
11	รายรับอื่นๆสนับสนุนพตส.จากสปสช.	27,000,000.00	18,992,824.81	70.34
-	<b>รวม</b>	<b>1,187,520,214.61</b>	<b>1,146,862,801.67</b>	<b>96.58</b>

ที่มา : ฝ่ายบัญชี โรงพยาบาลมหาสารคาม ณ วันที่ 30 ก.ย. 2557

หมายเหตุ : สมทบประกันสังคมและเงินอุดหนุนศูนย์แพทย์ไม่ไว้ในรายรับโรงพยาบาล

ตาราง 7 สรุปรายจ่าย จำแนกรายหมวด ปี 2557 ( ณ สิ้นสุดปีงบประมาณ )

ที่	รายการ	แผนประมาณการ ปี 2557	จ่ายจริงปี 2557 (ต.ค.56-ก.ย.57)	จ่ายจริง ร้อยละ
1	งบบุคลากร	543,520,000	494,605,724	91.00
2	งบดำเนินการ	490,352,400	433,689,971	88.44
3	งบกลางและอื่นๆ	29,850,000	13,745,165	46.05
5	งบลงทุน	122,632,400	127,613,460	104.06
-	<b>รวม</b>	<b>1,186,354,800</b>	<b>1,069,654,321</b>	<b>90.16</b>

ที่มา : ฝ่ายบัญชี โรงพยาบาลมหาสารคาม ณ วันที่ 30 ก.ย. 2557

ตาราง 8 แผนรายจ่าย และรายจ่ายจริง ปี 2557 ช่วงเดือนตุลาคม 2556 - กันยายน 2557

หมวดงบบุคลากร

ที่	รายการ	ประมาณการปี 2557	จ่ายจริงปี 2557 (ต.ค.56-ก.ย.57)	จ่ายจริง ร้อยละ
1	เงินเดือนข้าราชการ	203,000,000	206,166,336	101.56
2	ค่าจ้างลูกจ้างประจำ	24,000,000	28,193,044	117.47
3	เงินเดือนพนักงานราชการ	15,000,000	4,683,377	31.22
4	เงินประจำตำแหน่ง	25,000,000	25,453,991	101.82
5	ค่าจ้างลูกจ้างชั่วคราว (พนักงานกระทรวง)	100,000,000	78,891,194	78.89
6	ค่าจ้างชั่วคราวรายวัน	7,000,000	10,605,085	151.50
7	ค่าตอบแทน พตส.	25,000,000	13,879,540	55.52
8	ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอก เวลา (OT)	102,000,000	89,612,999	87.86
9	ค่าตอบแทนอื่นๆ ทั้งหมด	42,520,000	37,120,158	87.30
-	<b>รวม</b>	<b>543,520,000</b>	<b>494,605,724</b>	<b>91.00</b>

ที่มา : ฝ่ายการเงินและบัญชี โรงพยาบาลมหาสารคาม ณ 30 ก.ย. 2557

ตาราง 9 แผนรายจ่าย และรายจ่ายจริง ปี 2557 ช่วงเดือนตุลาคม 2556-กันยายน 2557

หมวดงบดำเนินการ

ที่	รายการ	ประมาณการ (บาท)	จ่ายจริงปี 2557 (ต.ค.56 - ก.ย.57)	ร้อยละ
1	ค่าใช้สอย (M1) (รวมโครงการ)	80,802,400	61,903,349.90	61.17
2	ค่าสาธารณูปโภค (M2)	28,750,000	26,638,627.30	71.18
3	ค่าวัสดุ (M3)	161,800,000	128,482,573.60	62.19
4	ค่าวัสดุยา (M4)	200,000,000	200,905,314.50	79.51
5	การสนับสนุนเครือข่าย	19,000,000	15,760,106.30	62.48
-	<b>รวมงบดำเนินงาน</b>	<b>490,352,400</b>	<b>433,689,971</b>	<b>69.62</b>

ที่มา: ฝ่ายการเงินและบัญชี โรงพยาบาลมหาสารคาม ณ วันที่ 30 ก.ย. 2557

หมายเหตุ : ลำดับที่ 5 การสนับสนุนเครือข่าย ถือเป็นรายจ่ายอื่น ไม่รวมอยู่ในงบดำเนินงาน

โอนเงินให้รพ.สต.= UC 2,092,447.43 บาท บำรุง 93,400 บาท โอนวัสดุให้รพ.สต.=1,703,265.87 บาท

ตาราง 10 แผนรายจ่าย และรายจ่ายจริง ปี 2557 ช่วงเดือนตุลาคม 2556-กันยายน 2557

หมวดงบกลางและอื่นๆ

ที่	รายการ	ประมาณการ (บาท)	จ่ายจริงปี 2557 (ต.ค.56 - ก.ย.57)	ร้อยละ
1	งบกลาง	15,000,000	-	-
2	งบอื่นๆ (พตส.เพิ่มเติม)	14,850,000	13,745,165.36	69.22
-	<b>รวมงบกลางและอื่นๆ</b>	<b>29,850,000</b>	<b>13,745,165</b>	<b>34.44</b>

ที่มา: ฝ่ายการเงินและบัญชี โรงพยาบาลมหาสารคาม ณ วันที่ 30 ก.ย. 2557

ตาราง 11 แผนรายจ่าย และรายจ่ายจริง ปี 2557 ช่วงเดือนตุลาคม 2556 - กันยายน 2557

หมวดงบประมาณ

ที่	รายการ	ประมาณการ (บาท)	จ่ายจริงปี 2557 (ต.ค.56 - ก.ย.57)	ร้อยละ
1	ที่ดิน	-	-	-
2	สิ่งก่อสร้างใหม่	65,317,400	75,711,770	96.17
3	ครุภัณฑ์การแพทย์	53,617,000	41,987,839	47.41
4	ครุภัณฑ์ไม่ใช้การแพทย์	6,444,150	6,554,571	67.7
5	ครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์	3,967,500	2,776,530	60.99
6	ครุภัณฑ์การศึกษา	1,470,000	582,750	39.64
-	<b>รวม</b>	<b>142,564,700</b>	<b>127,613,460</b>	<b>71.33</b>

ที่มา: ฝ่ายการเงินและบัญชี โรงพยาบาลมหาสารคาม ณ วันที่ 30 ก.ย. 2557

ตาราง 12 ดัชนีทางการเงินปี 2554-2557

ที่	ดัชนีทางการเงิน	ปี 2554	ปี 2555	ปี2556	ปี2557
1	อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน(Current ratio) (ค่ามาตรฐาน = 1.50)	2.69	2.44	2.2	2.37
2	อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนเร็ว(Quick ratio) (ค่ามาตรฐาน =1.00)	2.52	1.8	1.8	2.18
3	อัตราส่วนเงินสด(Cash ratio) (ค่ามาตรฐาน = 0.80)	2.08	1.77	1.77	1.61
4	ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเก็บลูกหนี้ค่ารักษาNON UC (ค่ามาตรฐาน=90 วัน)	53	64	64	86

ที่	ดัชนีทางการเงิน	ปี 2554	ปี 2555	ปี2556	ปี2557
5	ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการชำระหนี้การค้า (ค่ามาตรฐาน = 90 วัน)	64	69	69	78
6	อัตรากำไรสุทธิ รวมค่าเสื่อมฯ (ร้อยละ)	10.11	2.23	1.99	19.4
7	ต้นทุนดำเนินการต่อหน่วยการรักษา	10,497.10	7,044.00	8,886	10,218
8	รายได้ต่อค่าใช้จ่าย (I/E)	1.12	1.04	1.05	1.24
9	ทุนสำรองสุทธิ (Net Working Capital)หน่วย : ล้านบาท	333.12	317.6	317.6	318.25

ที่มา : ฝ่ายการเงินและบัญชี โรงพยาบาลมหาสารคาม ณ 30 ก.ย. 2557

#### 4. ข้อมูลการให้บริการ

ตาราง 13 การให้บริการของโรงพยาบาลมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2554-2557

	การให้บริการ	ปีงบประมาณ			
		2554	2555	2556	2557
1	จำนวนเตียง (เตียง)	472	472	472	522
2	จำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมด (ครั้ง)	488,872	506,608	506,230	535,300
3	จำนวนผู้ป่วยนอก (ครั้ง/วัน)**	1,339	1,388	1,387	1,467
4	จำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด (ราย)	45,414	47,258	45,552	45,993
5	จำนวนผู้ป่วยใน (ราย/วัน)***	479	501	482	491
6	อัตรารองเตียง (ร้อยละ)	101.44	106.24	102.10	94.11
7	จำนวนการผ่าตัดใหญ่ทั้งหมด (ครั้ง)	19,151	21,646	22,395	25,769
8	อัตรากำไรผ่าตัดใหญ่ต่อผู้ป่วยใน (ร้อยละ)	42.17	45.80	49.16	56.03
9	จำนวนวันอยู่โรงพยาบาลเฉลี่ย (วัน/คน)	3.85	3.87	3.86	3.90
10	จำนวนผู้ป่วยในเสียชีวิต	792	917	843	1,037
11	อัตรากำไรเสียชีวิตของผู้ป่วยในโรงพยาบาล (ร้อยละ)	1.74	1.94	1.85	2.25
12	จำนวนผู้ป่วยนอกเสียชีวิต (คน)	65	80	125	113
13	อัตรากำไรเสียชีวิตของผู้ป่วยนอก	0.01	0.02	0.02	0.02

	โรงพยาบาล (ร้อยละ)				
14	จำนวนผู้ป่วยที่รับไว้รักษาต่อ (คน)	72,905	73,431	72,952	73,970
15	จำนวนผู้ป่วยที่ส่งไปรักษาต่อ (คน)	6,525	6,326	6,453	8,193
16	สัดส่วนการรับผู้ป่วยไว้รักษาต่อ/การส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อ	11.17	11.61	11.31	9.03

ที่มา : ศูนย์ข้อมูล โรงพยาบาลมหาสารคาม ณ วันที่ 30 ก.ย. 2557

ตาราง 14 สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคาม 5 อันดับแรก

ที่มา : ศูนย์ข้อมูล โรงพยาบาลมหาสารคาม ณ วันที่ 30 ก.ย. 2557

ลำดับที่	โรค	ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ	
		2554		2555		2556		2557	
		จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ
1	โรคความดันโลหิตสูง	36,144	7.39	39,630	7.82	40,280	7.87	42,784	7.99
2	ความผิดปกติของเมตาบอลิซึมของไลโปโปรตีนและไลปิดที่เมื่อยอื่น ๆ	31,453	6.43	34,765	6.86	36,533	7.14	40,429	7.55
3	เบาหวานชนิดที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลิน	31,677	6.48	37,311	7.36	36,769	7.19	38,209	7.14
4	โรคไตวาย	16,720	3.42	18,320	3.62	18,545	3.62	19,366	3.62
5	ปวดท้อง	15,315	3.13	15,133	2.99	14,722	2.88	13,782	2.57

หมายเหตุ : จัดเป็นกลุ่มโรค 3 หลัก ร้อยละ เทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการทั้งหมด

ปีงบประมาณ 2557 ข้อมูลตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2556 - 30 กันยายน 2557

ตาราง 15 สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมหาสารคาม 5 อันดับแรก

ลำดับ ที่	โรค	ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ		ปีงบประมาณ	
		2554		2555		2556		2557	
		จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ
1	ต่อกระเจกที่เกิดในผู้สูงอายุ	1281	2.82	1335	2.82	1,443	3.17	1,799	3.91
2	ไส้ติ่งอักเสบ	1,497	3.3	1,579	3.34	1,416	3.11	1,406	3.06
3	กระเพาะอาหารกับลำไส้ อักเสบ	1,386	3.05	1,456	3.08	1,426	3.13	1,395	3.03
4	ปอดบวม	1,022	1.88	1,308	2.77	1088	2.39	1,322	2.87
5	ไตวายเรื้อรัง	897	1.65	962	2.04	973	2.14	1,197	2.60

ที่มา : ศูนย์ข้อมูล โรงพยาบาลมหาสารคาม ณ วันที่ 30 ก.ย. 2557

หมายเหตุ : จัดเป็นกลุ่มโรค 3 หลัก ร้อยละ เทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการทั้งหมด

ตาราง 16 การให้บริการผู้ป่วยนอก เครือข่ายสถานบริการสุขภาพ โรงพยาบาลมหาสารคาม

รายการ			ปี 2554		ปี 2555		ปี 2556		ปี 2557	
			จำนวน (ครั้ง)	เฉลี่ย / วัน	จำนวน (ครั้ง)	เฉลี่ย / วัน	จำนวน (ครั้ง)	เฉลี่ย / วัน*	จำนวน (ครั้ง)	เฉลี่ย / วัน*
ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล มหาสารคาม	ใน เขต	ในเขต เทศบาล	62,587	258	104,319	286	102,598	281	96,513	264
		นอกเขต เทศบาล	96,119	396	177,667	487	176,905	485	160,877	441
	นอกเขต อ.เมือง		150,616	620	224,574	615	279,900	767	260,752	714
	รวม		309,322	1,273	506,560	1,388	559,403	1,533	518,142	1,420
เครือข่าย โรงพยาบาล มหาสารคาม	สอ.17 แห่ง		148,880	613	248,547	681	244,498	670	328,945	901
	PCU ในเขตเมือง (4แห่ง)		22,679	93	24,666	68	84,590	232	113,708	312
	รวม		171,559	706	273,213	749	329,088	902	442,653	1,213
รวม			480,881	1,979	779,773	2,136	888,491	2,434	960,795	2,632

ที่มา : ศูนย์ข้อมูล โรงพยาบาลมหาสารคาม ณ วันที่ 30 ก.ย. 2557

หมายเหตุ : ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคามเฉลี่ยต่อวัน = จำนวนผู้ป่วย (ครั้ง)/365

ตาราง 17 ผู้ป่วยในจำหน่ายต่อวัน โรงพยาบาลมหาสารคาม

รายการ		ปี 2554		ปี 2555		ปี 2556		ปี 2557	
		จำนวนราย (ครั้ง)	เฉลี่ย / วัน	จำนวน ราย(ครั้ง)	เฉลี่ย / วัน	จำนวน ราย(ครั้ง)	เฉลี่ย / วัน	จำนวน ราย(ครั้ง)	เฉลี่ย / วัน
ผู้ป่วยใน โรงพยาบาล มหาสารคาม	ในเขต อ.เมือง	14,420	40	15,276	42	14,692	40	14,167	39
	นอกเขต อ. เมือง	30,994	85	31,982	88	30,860	85	28,416	78
รวม		45,414	124	47,258	129	45,552	125	42,583	117

ที่มา : ศูนย์ข้อมูล โรงพยาบาลมหาสารคาม ณ 30 ก.ย. 2557

หมายเหตุ : ผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมหาสารคามเฉลี่ยต่อวัน = จำนวนผู้ใน (ครั้ง)/365

### การวิเคราะห์ศักยภาพเชิงการแข่งขันขององค์กร

❖ เปรียบเทียบศักยภาพด้านการรักษาพยาบาล

ตารางที่ 18 คำนวณน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ย (Average RW) ของโรงพยาบาลทั่วไป ปีงบประมาณ 2556

ลำดับที่	โรงพยาบาลทั่วไป	RW รวม	ผู้ป่วยใน (ราย)	RW เฉลี่ย
1	รพ.นครพิงค์	67,459	35,667	1.89
2	รพ.พุทธโสธร	42,445	26,772	1.59
3	รพ.สกลนคร	62,892	40,525	1.55
4	รพ.หัวหิน	18,713	12,218	1.53
5	รพ.พระนารายณ์มหาราช	30,405	20,109	1.51
6	รพ.ร้อยเอ็ด	79,535	53,466	1.49
7	รพ.น่าน	49,288	33,105	1.49
8	รพ.พิจิตร	32,827	22,522	1.46
9	รพ.ศรีสะเกษ	64,110	44,078	1.45
10	รพ.กาฬสินธุ์	52,024	35,836	1.45
14	รพ.มหาสารคาม	52,354	38,022	1.38

ที่มา : โปรแกรมดัชนีชี้วัดข้อมูลงานบริการสุขภาพรายบุคคล สำนักบริหารการสาธารณสุข  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 19 อัตราผู้ป่วยที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์มากกว่า 4 ของโรงพยาบาลทั่วไป ปีงบประมาณ 2556

ลำดับที่	โรงพยาบาลทั่วไป	RW รวม มากกว่า4	ผู้ป่วยใน (ราย)	ร้อยละ
1	รพ.นครพิงค์	5,663	35,667	15.88
2	รพ.พุทธโสธร	3,509	26,772	13.11
3	รพ.พระนารายณ์มหาราช	2,512	20,109	12.49
4	รพ.สกลนคร	4,877	40,525	12.03
5	รพ.ศรีสะเกษ	5,110	44,078	11.59
6	รพ.หัวหิน	1,374	12,218	11.25
7	รพ.พิจิตร	2,523	22,522	11.2
8	รพ.ร้อยเอ็ด	5,971	53,466	11.17
9	รพ.กาฬสินธุ์	3,807	35,836	10.62
10	รพ.น่าน	3,481	33,105	10.52
26	รพ.มหาสารคาม	3,479	38,022	9.15

ที่มา : โปรแกรมดัชนีชี้วัดข้อมูลงานบริการสุขภาพรายบุคคล สำนักบริหารการสาธารณสุข  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 20 อัตราผู้ป่วยที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์น้อยกว่า 0.5 ของโรงพยาบาลทั่วไป ปีงบประมาณ 2556

ลำดับที่	โรงพยาบาลทั่วไป	RW รวม น้อยกว่า 0.5	ผู้ป่วยใน (ราย)	ร้อยละ
1	รพ.เบตง	6,940	10,637	65.24
2	รพ.เกาะสมุย	4,495	7,555	59.5
3	รพ.สุโขทัย	7,134	13,935	51.19
4	รพ.บ้านโป่ง	7,538	15,076	50
5	รพ.ระนอง	5,658	11,338	49.9
6	รพ.สมุทรสาคร	11,576	23,904	48.43
7	รพ.สตูล	7,792	16,125	48.32
8	รพ.สิรินธร(ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)	1,731	3,602	48.06
9	รพ.ดำเนินสะดวก	4,788	9,998	47.89

10	รพ.บึงกาฬ	7,957	16,631	47.84
57	รพ.มหาสารคาม	12,623	38,022	33.2

ที่มา : โปรแกรมดัชนีชี้วัดข้อมูลงานบริการสุขภาพรายบุคคล สำนักบริหารการสาธารณสุข  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 11 อัตราผู้ป่วยในที่มีความซับซ้อนของโรคสูงของโรงพยาบาลทั่วไป ปีงบประมาณ 2556

ลำดับที่	โรงพยาบาลทั่วไป	ผู้ป่วยในที่มีความซับซ้อนของโรคสูง	ผู้ป่วยในทั้งหมด (ราย)	ร้อยละ
1	รพ.อินทร์บุรี	1,453	6,016	24.15
2	รพ.กาฬสินธุ์	8,514	35,836	23.76
3	รพ.สมเด็จพระพุทธเลิศหล้า	3,347	14,086	23.76
4	รพ.บ้านหมี่	2,371	10,203	23.24
5	รพ.ศรีสะเกษ	10,168	44,078	23.07
6	รพ.นครพิงค์	8,089	35,667	22.68
7	รพ.สกลนคร	9,183	40,525	22.66
8	รพ.นครพนม	5,336	23,996	22.24
9	รพ.โพธาราม	2,521	11,349	22.21
10	รพ.พุทธโสธร	5,930	26,772	22.15
30	รพ.มหาสารคาม	6,535	38,022	17.19

ที่มา : โปรแกรมดัชนีชี้วัดข้อมูลงานบริการสุขภาพรายบุคคล สำนักบริหารการสาธารณสุข  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 22 อัตราตายของผู้ป่วยในที่มีความซับซ้อนของโรคสูง ของโรงพยาบาลทั่วไป ปีงบประมาณ 2556

ลำดับที่	โรงพยาบาลทั่วไป	จำนวนเสียชีวิต	จำนวนผู้ป่วยในที่มีความซับซ้อนของโรคสูง (ราย)	ร้อยละ
1	รพ.สมุทรปราการ	1,238	4,643	26.66
2	รพ.อุทัยธานี	714	2,860	24.97
3	รพ.พระนั่งเกล้า	1,004	4,093	24.53

4	รพ.พระนารายณ์มหาราช	965	4,068	23.72
5	รพ.ชัยนาทเรนทร	799	3,379	23.65
6	รพ.เกาะสมุย	105	447	23.49
7	รพ.ปทุมธานี	943	4,109	22.95
8	รพ.อ่างทอง	584	2,590	22.55
9	รพ.เสนา	341	1,569	21.73
10	รพ.สุโขทัย	485	2,239	21.66
60	รพ.มหาสารคาม	579	6,535	8.86

ที่มา : โปรแกรมดัชนีชี้วัดข้อมูลงานบริการสุขภาพรายบุคคล สำนักบริหารการสาธารณสุข  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 23 อัตราตายในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต (Septicemia Mortality Rate)  
ของโรงพยาบาลทั่วไป ปีงบประมาณ 2556

ลำดับที่	โรงพยาบาลทั่วไป	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อ ในกระแสโลหิต เสียชีวิต	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อ ในกระแสโลหิต (ราย)	ร้อยละ
1	รพ.อ่างทอง	149	245	60.82
2	รพ.สิงห์บุรี	144	277	51.99
3	รพ.สมุทรปราการ	257	510	50.39
4	รพ.อุทัยธานี	303	607	49.92
5	รพ.ตราด	112	234	47.86
6	รพ.พระนารายณ์มหาราช	173	365	47.4
7	รพ.พระนั่งเกล้า	331	709	46.69
8	รพ.พระจอมเกล้า	272	584	46.58
9	รพ.ระนอง	54	117	46.15
10	รพ.สมุทรสาคร	215	480	44.79
50	รพ.มหาสารคาม	353	1,447	24.4

ที่มา : โปรแกรมดัชนีชี้วัดข้อมูลงานบริการสุขภาพรายบุคคล สำนักบริหารการสาธารณสุข  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

## ส่วนที่ 2

### นโยบายที่สำคัญ/แผนยุทธศาสตร์

**1. คำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรี พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี แถลงต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ วันศุกร์ที่ 12 กันยายน 2557 มีทั้งหมด 11 ด้าน ดังนี้**

1. การปกครองและเขตอำนาจพระมหากษัตริย์
  2. การรักษาความมั่นคงของรัฐและการต่างประเทศ
  3. การลดความเหลื่อมล้ำของสังคม และการสร้างโอกาสการเข้าถึงบริการของรัฐ
  4. การศึกษาและเรียนรู้ การทะนุบำรุงศาสนา ศิลปะและวัฒนธรรม
  5. การยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุข และสุขภาพของประชาชน
  6. การเพิ่มศักยภาพทางเศรษฐกิจของประเทศ
  7. การส่งเสริมบทบาทและการใช้โอกาสในประชาคมอาเซียน
  8. การพัฒนาและส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี การวิจัยและพัฒนาและนวัตกรรม
  9. การรักษาความมั่นคงของฐานทรัพยากร และการสร้างสมดุลระหว่างการอนุรักษ์กับการใช้ประโยชน์อย่างยั่งยืน
  10. การส่งเสริมการบริหารราชการแผ่นดินที่มีธรรมาภิบาลและการป้องกันปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบในภาครัฐ
  11. การปรับปรุงกฎหมายและกระบวนการยุติธรรม
- ส่วนด้านที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม คือ ข้อ 5 การยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุข และสุขภาพของประชาชน ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้
- รัฐบาลจะวางรากฐาน พัฒนา และเสริมความเข้มแข็งให้แก่การให้บริการด้านสาธารณสุขและสุขภาพของประชาชนโดยเน้นความเข้าถึง ความมีคุณภาพ และประสิทธิภาพ ดังนี้
1. วางรากฐานให้ระบบหลักประกันสุขภาพครอบคลุมประชากรในทุกภาคส่วนอย่างมีคุณภาพโดยไม่มี ความเหลื่อมล้ำของคุณภาพบริการในแต่ละระบบ และบูรณาการข้อมูลระหว่างทุกระบบหลักประกันสุขภาพเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ

2. พัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยเน้นการป้องกันโรคมามากกว่ารอให้ป่วยแล้วจึงมารักษา สร้างกลไกการจัดการสุขภาพในระดับเขตแทนการกระจุกตัวอยู่ที่ส่วนกลาง ปรับระบบการจ้างงาน การกระจายบุคลากรและทรัพยากรสาธารณสุขให้เหมาะสมกับท้องถิ่นและให้ภาคเอกชนสามารถมีส่วนร่วมในการจ้างบุคลากรเพื่อจัดบริการสาธารณสุขโดยรัฐเป็นผู้กำกับดูแล สนับสนุนความร่วมมือระหว่างรัฐและเอกชนในการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยส่งเสริมการร่วมลงทุนและการใช้ทรัพยากรและบุคลากรร่วมกันโดยมีข้อตกลงที่รัดกุมและเป็นประโยชน์ต่อทุกฝ่าย

3. เสริมความเข้มแข็งของระบบเฝ้าระวังโรคระบาด โดยเฉพาะโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ โดยมีเครือข่ายหน่วยเฝ้าระวัง หน่วยตรวจวินิจฉัยโรค และหน่วยที่สามารถตัดสินใจเชิงนโยบายในการสกัดกั้นการแพร่กระจายได้อย่างทันท่วงที

4. ป้องกันและแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุในการจราจรอันนำไปสู่การบาดเจ็บและเสียชีวิต โดยการร่วมมือระหว่างฝ่ายต่างๆในการตรวจจับเพื่อป้องกัน การรายงานและการดูแลผู้บาดเจ็บ

5. ส่งเสริมการกีฬาสุขภาพ ใช้กีฬาเป็นสื่อในการพัฒนาลักษณะนิสัยเยาวชนให้มีน้ำใจนักกีฬามีวินัย ปฏิบัติตามกฎกติกา มารยาท และมีความสามัคคี อีกทั้งพัฒนานักกีฬาให้มีศักยภาพสามารถแข่งขันในระดับนานาชาติจนสร้างชื่อเสียงแก่ประเทศไทย

6. ประสานการทำงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ ในสังคม เพื่อป้องกันและแก้ปัญหาการตั้งครุฑในวัยรุ่น และปัญหาด้านการแพทย์และจริยธรรมของการอุ้มบุญ การปลูกถ่ายอวัยวะและสเต็มเซลล์ โดยจัดให้มีมาตรการและกฎหมายที่รัดกุม เหมาะสมกับประเด็นที่เป็นปัญหาใหม่ของสังคม

7. พัฒนาขีดความสามารถในการวิจัยด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข โดยจัดให้มีบุคลากรและเครื่องมือที่ทันสมัย และให้มีความร่วมมือทั้งระหว่างหน่วยงานภายในประเทศและหน่วยงานต่างประเทศ โดยเฉพาะในการป้องกันและรักษาโรคที่มีความสำคัญ

2. นโยบายการดำเนินงาน ของ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ศ. นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน และ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ ในบทบาทหน้าที่เจ้ากระทรวงสาธารณสุข และ กำกับดูแลองค์กรและหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวกับสุขภาพ

#### หลักการสำคัญของนโยบาย

1. มุ่งเน้นประโยชน์ที่จะเกิดกับประชาชนอย่างเป็นรูปธรรมและมีความเสมอภาค
2. มุ่งเน้น ทำให้เร็ว ทำให้จริง ทำให้ได้ผล และมีผลต่อเนื่องอย่างยั่งยืน ตามแนวทางท่าน

#### นายกรัฐมนตรี

3. มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมจากทุกส่วนอย่างกว้างขวาง บนพื้นฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์
4. มุ่งเน้นการพัฒนาบุคลากรสุขภาพ ให้สามารถทำงานได้อย่างมีความสุขและภาคภูมิใจ

#### นโยบาย

1. ให้ความสำคัญสูงสุดต่อการพัฒนางานสาธารณสุขตามแนวพระราชดำริและโครงการเฉลิมพระเกียรติเพื่อเทิดพระเกียรติพระบรมวงศานุวงศ์ทุกพระองค์ โดยขอให้ทุกหน่วยงานในสังกัดกระทรวง

สาธารณสุข ถือเป็นนโยบายสำคัญที่ต้องดำเนินการพัฒนาอย่างต่อเนื่องให้สมพระเกียรติ และให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน

2. พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้ทุกคนบนแผ่นดินไทยสามารถเข้าถึงการบริการที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึงโดยมีการใช้ทรัพยากรสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นระบบที่ยั่งยืน

2.1 พัฒนาและดำเนินการทศวรรษแห่งการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ โดยเน้นการพัฒนาขีดความสามารถในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง โดยการสนับสนุนของระบบบริการสาธารณสุขด้านสุขภาพ และการมีบุคลากรและแพทย์ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวให้ครอบครัวให้ครอบคลุมทั่วถึง ทั้งในเขตเมือง กทม. และชนบท

2.2 พัฒนาระบบบริการในแต่ละเขตพื้นที่ โดยเน้นความเข้มแข็งระบบบริการระดับปฐมภูมิ ระบบเครือข่ายการส่งต่อระหว่างสถานบริการสุขภาพ ทั้งในภาครัฐและเอกชน ที่มีประสิทธิภาพ การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานระบบบริการทุกระดับ ทั้งนี้ โดยมีระบบอภิบาลอย่างมีส่วนร่วมและโปร่งใส เพื่อให้เกิดการกระจายและการใช้ทรัพยากรอย่างเสมอภาคและมีประสิทธิภาพสูงสุด

2.3 พัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพให้ทุกกองทุนมีความกลมกลืนเป็นหนึ่งเดียว(harmonization) ในเรื่องสิทธิประโยชน์ การเข้าถึงบริการ การสนับสนุนทางการเงิน และระบบข้อมูล

2.4 เร่งรัดดำเนินการให้การบริการการแพทย์ฉุกเฉินตามนโยบาย “ใช้บริการได้ทุกที่ ฟรีทุกสิทธิ์” มีความเป็นจริงในทางปฏิบัติ

2.5 เร่งรัดการดำเนินการระบบสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุและผู้อยู่ในภาวะพึ่งพิง รวมทั้งผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต ให้เกิดผลเป็นรูปธรรมภายในหนึ่งปี และมีผลต่อเนื่องอย่างยั่งยืน โดยเน้นการดูแลโดยชุมชนและครอบครัว ด้วยการสนับสนุนและความร่วมมืออย่างใกล้ชิด ระหว่างสถานบริการสุขภาพและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2.6 เร่งรัดพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการสุขภาพและพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพสำหรับประชากรที่มีความต้องการบริการรูปแบบพิเศษโดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเข้าถึงบริการสำหรับคนพิการ ประชากรที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ์ ประชากรต่างด้าว/แรงงานต่างด้าว ประชาชนตามพื้นที่พิเศษ เช่น ชายแดนห่างไกล ห้าจังหวัดภาคใต้ และการสร้างเสริมสุขภาพของแรงงานนอกระบบ

2.7 พัฒนาประสิทธิภาพและการมีส่วนร่วมในการจัดการและการใช้ทรัพยากรของระบบบริการ โดยเน้นเรื่องการสร้างภาวะผู้นำและระบบความรับผิดชอบของผู้บริหาร การกระจายอำนาจ และการสร้างระบบความยืดหยุ่นในการบริหารสถานพยาบาลของรัฐ รวมทั้งการให้มีโรงพยาบาลองค์กรมหาชนในกำกับรัฐเพิ่มมากขึ้น

2.8 สนับสนุนการบูรณาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างครบวงจร โดยการสนับสนุนการเพิ่มการใช้ในสถานพยาบาล การเพิ่มการสนับสนุนทางการเงินในระบบหลักประกันสุขภาพ และการเพิ่มรายการยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ

2.9 เร่งรัดการดำเนินการพัฒนาคุณภาพบริการ ให้ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัยมากที่สุด และผู้ให้บริการมีความมั่นใจ รวมทั้งเกิดความเป็นกัลยาณมิตรระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการ โดยจัดให้มี ทศวรรษแห่งการพัฒนาคุณภาพบริการและความปลอดภัยของผู้ป่วย

### 3. สร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชากรไทยตลอดช่วงชีวิต

#### 3.1 จัดการกับปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพตามกลุ่มวัย

(1) ทารกและเด็กเล็ก เน้นการพัฒนาเชิงคุณภาพของศูนย์เด็กเล็กทั่วประเทศ การจัดทำชุดนโยบายเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็ก การออก พ.ร.บ.ควบคุมการตลาดอาหารทารกและเด็กเล็ก และการจัดการภาวการณ์ขาดสารอาหารเฉพาะอย่าง โดยเฉพาะธาตุเหล็กและไอโอดีน

(2) กลุ่มวัยเรียน (5-14) เน้นการปรับปรุงฉลากอาหารให้เอื้อต่อพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสม และการดำเนินการโรงเรียนสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งการเสริมสร้างทักษะชีวิต และทักษะด้านสุขภาพ

(3) กลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน (15-59 ปี) เน้นการจัดการกับปัญหาการบริโภคบุหรี่ยาสูบ สารเสพติด อนามัยการเจริญพันธุ์ (โดยเฉพาะการลดอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น รวมทั้งปัญหาสังคมที่ตามมา ความรุนแรงทางเพศ โรคเอดส์ และความปลอดภัยจากการตั้งครรภ์และการคลอด) พฤติกรรมการบริโภค กิจกรรมทางกาย การคัดกรองโรคและปัจจัยเสี่ยงตามกลุ่มวัย

(4) ผู้สูงอายุ เร่งรัดการดำเนินการพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

3.2 โภชนาการและอาหารปลอดภัย เน้นการแก้ปัญหาโภชนาการตามกลุ่มประชากร และการสร้างความเข้มแข็งของระบบการติดตามเฝ้าระวังและการบังคับใช้กฎหมายภายใต้หลักผลิตภัณฑ์ออกสู่ตลาด โดยเฉพาะการลักลอบนำเข้าอาหาร ปัญหาคุณภาพนมและอาหารโรงเรียน น้ำมันทอดซ้ำ ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร การใช้สเต็มเซลล์ในอาหาร รวมทั้งปัญหาการโฆษณาและการตลาดที่ไม่เหมาะสม

3.3 การป้องกันและการควบคุมการบาดเจ็บ โดยเฉพาะอุบัติเหตุจราจรและการบาดเจ็บในเด็ก โดยเน้นการพัฒนาและบังคับใช้กฎหมายที่มีอยู่อย่างเคร่งครัด

3.4 การดำเนินการเพื่อพัฒนาความเข้มแข็งของกลไกการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ ทั้งรัฐ เอกชน ประชาสังคมและชุมชนท้องถิ่น

4. สร้างเสริมความเข้มแข็งของกลไกนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ทำงานข้ามภาคส่วน ทั้งในภาครัฐ(กระทรวงอื่น ๆ มหาวิทยาลัย และสภาวิชาชีพ) เอกชน ประชาสังคม และชุมชนท้องถิ่น เพื่อร่วมกันดำเนินการฉันทกัลยาณมิตร ในการสร้างเสริมสุขภาพ การจัดการปัจจัยเสี่ยง ภัยคุกคามสุขภาพ และการจัดการสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต เช่น กลไกการทำงานข้ามภาคส่วนของกระทรวงสาธารณสุข กลไกภายใต้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ร.บ.กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และ พ.ร.บ.การแพทย์ฉุกเฉิน เป็นต้น

#### 5. พัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการบุคลากรสุขภาพ

5.1 สนับสนุนให้คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ดำเนินการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมทั้งประเภท คุณภาพ ปริมาณและการกระจาย

5.2 ดำเนินการสนับสนุนการผลิตและพัฒนาบุคลากรให้มีจำนวนเพียงพอและสอดคล้องกับความต้องการของระบบบริการสุขภาพและแผนกำลังคน โดยเน้นความร่วมมือระหว่างผู้ผลิต ผู้ใช้ ประชาสังคม และชุมชน ท้องถิ่น เน้นการผลิตที่มีฐานในระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ การศึกษาร่วมกันระหว่างสาขาวิชาชีพ และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการจัดการเรียนการสอน

5.3 เสริมสร้างระบบการบริหารจัดการบุคลากรให้มีระบบการจ้างงาน และระบบการสร้างฉันทะและแรงจูงใจ ที่ส่งเสริมการกระจายที่เหมาะสม ทั้งในภาพรวมและรายสาขา บุคลากรมีขวัญกำลังใจ มีความสุขและความภูมิใจ โดยใช้มาตรการทั้งด้านการศึกษา การบริหารจัดการ มาตรการทางสังคมและการเงิน อย่างครบวงจร โดยเฉพาะการทำให้สถานที่ทำงานทุกแห่งเป็น Healthy Workplace

#### 6. พัฒนาความมั่นคงของระบบยา วัคซีน เวชภัณฑ์ และเทคโนโลยีทางการแพทย์

6.1 ส่งเสริมและเร่งรัดการดำเนินการในการจัดตั้งโรงงานผลิตวัคซีน ชีววัตถุและวัตถุดิบในการผลิตยารวมทั้งเครื่องมือแพทย์ ทั้งในภาครัฐและเอกชน เพื่อความมั่นคงด้านสุขภาพ โดยเฉพาะวัคซีนใช้ขวดใหญ่ วัคซีนพื้นฐาน ชีววัตถุที่ใช้ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังและโรคเรื้อรังอื่นๆ ทั้งนี้ โดยได้รับการสนับสนุนจากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อย่างเหมาะสม

6.2 สร้างความเข้มแข็งและยั่งยืนของกลไกการพัฒนาระบบยาและเทคโนโลยีของประเทศ โดยศึกษาทบทวนกลไกการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ กลไกการประเมินเทคโนโลยีทางด้านสุขภาพ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนให้เกิดการใช้ยา วัคซีนและเทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างเหมาะสม คำนึงรวมทั้งการสนับสนุนอุตสาหกรรม

#### 7. จัดการโรคติดต่อและภัยคุกคามด้านสุขภาพ

7.1 เสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคและภัยคุกคามด้านสุขภาพ เพื่อให้ทันกับแนวโน้มการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ และสนับสนุนการดำเนินการของกฎอนามัย ระหว่าง ประเทศ(HIR) โดยสนับสนุนประเทศกำลังพัฒนา โดยเฉพาะประเทศเพื่อนบ้าน ในการสร้างขีดความสามารถด้านบุคลากรและเครือข่ายห้องปฏิบัติการ

7.2 เร่งรัดขับเคลื่อนการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อมป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ.2556-2559) โดยเน้นการดำเนินการตามหลักการ “สุขภาพหนึ่งเดียว” ให้มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ทั้งในภาครัฐและเอกชน ทุกระดับ

7.3 เร่งรัดและดำเนินการให้เกิดความยั่งยืนในการกำจัด กวาดล้างและควบคุมโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน โดยเฉพาะโรคโปลิโอ หัด คอตีบ บาดทะยัก ไอกรน และเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันควบคุมโรคติดต่อที่สำคัญ เช่น วัณโรค โรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคตับอักเสบบี และพยาธิ ไบโอมิในสัตว์

7.4 เสริมสร้างความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมจากท้องถิ่นและชุมชน ในการจัดการภัยคุกคาม ทางสุขภาพ การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพ โดยดำเนินการพัฒนาขีดความสามารถในการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพของชุมชนท้องถิ่น ภายใต้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ และการพัฒนากลไกควบคุมการทำงานของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขในโรงงานอย่างเข้มงวด

7.5 พัฒนาระบบและกลไกในการพิจารณาการนำวัคซีนและเทคโนโลยีใหม่เข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพ เช่น วัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก การทดสอบดีเอ็นเอในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก วัคซีนโรคตาไวรัสป้องกันท้องร่วงในเด็ก วัคซีนผสมห้าหรือหกชนิด(pentavalent and hexavalent) เป็นต้น ทั้งนี้ให้เป็นไปตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการประเมินเทคโนโลยีที่เข้มแข็ง

## 8. สนับสนุนการพัฒนาาระบบสุขภาพโลก(Global Health)

8.1 จัดทำและดำเนินการแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพโลกและภูมิภาคอาเซียนของประเทศไทย โดยอาศัยจุดแข็งระบบสุขภาพไทย เพื่อสนับสนุนการพัฒนาการเศรษฐกิจ สังคมและสุขภาพของประเทศ การประกันความมั่นคงของมนุษย์ การเสริมบทบาทและภาพลักษณ์ของไทยในเวทีระหว่างประเทศ การเป็นศูนย์กลางการผลิตและพัฒนาบุคลากรสุขภาพ รวมทั้งรองรับการเป็นประชาคมอาเซียน ทั้งนี้ โดยความร่วมมือระหว่างกระทรวงการต่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข และองค์กรด้านสุขภาพ ทั้งในภาครัฐและเอกชน รวมทั้งภาคประชาสังคม ทั้งนี้ โดยใช้กลไกสมัชชาสุขภาพ ภายใต้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

## 8.2 การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางด้านสุขภาพของภูมิภาคอย่างสมดุลและยั่งยืน

(1) พัฒนาระบบความสมดุลในการใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพ เพื่อมีให้นโยบายในการพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางด้านสุขภาพของภูมิภาค ส่งผลกระทบต่อค่าบริการสุขภาพแก่คนไทย ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(2) พัฒนาระบบสารสนเทศในการรองรับเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยและสถานพยาบาล ทั้งภายในและกับต่างประเทศ รวมทั้งการพัฒนา Health Logistics

(3) ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนด้านบริการสุขภาพ เพื่อผลักดันให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางด้านบริการสุขภาพอย่างยั่งยืน

9. สนับสนุนการวิจัยสุขภาพ โดยการผลักดันให้มีกฎหมายจัดตั้งสถาบันวิจัยสุขภาพ เพื่อให้สามารถ ส่งเสริม สนับสนุนการวิจัยสุขภาพที่จำเป็นได้อย่างมีประสิทธิภาพและครบวงจร ตั้งแต่งานวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพพื้นฐาน ไปจนถึงการวิจัยระบบสาธารณสุข

10. พัฒนาและส่งเสริมระบบธรรมาภิบาลในกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรด้านสุขภาพของรัฐ โดยการวางระบบและกลไกธรรมาภิบาล โดยเฉพาะในเรื่องการแต่งตั้งโยกย้าย การจัดซื้อจัดจ้าง การรับสิ่งของจากภาคเอกชน ให้เป็นไปตามหลักนิติธรรม ยึดหลักคุณธรรม ความคุ้มค่า ความโปร่งใส การมีส่วนร่วม และการมีความรับผิดชอบ (Accountability) ทั้งนี้ โดยร่วมมือกับการขับเคลื่อนในภาคเอกชน

### 3. แผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพ เขตบริการสุขภาพที่ 7 ปีงบประมาณ 2558-2561

**วิสัยทัศน์ :** ประชาชนชาวร้อยแก่นสารสินธุ์มีสุขภาพดี ด้วยการบริหารจัดการที่เป็นเลิศ

#### **พันธกิจ**

1. กำหนดนโยบายและแนวทางการพัฒนาระบบสาธารณสุขและระบบการบริการสุขภาพตามบริบท พื้นที่ของเขตบริการสุขภาพที่ 7
2. พัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพทุกระดับที่มีคุณภาพมาตรฐานครอบคลุมในการบริการ
3. พัฒนาระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ และเป็นเอกภาพ
4. พัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัยโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

#### **เป้าหมาย**

1. อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดไม่น้อยกว่า 80 ปี
2. อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีไม่น้อยกว่า 72 ปี

#### **ประเด็นยุทธศาสตร์**

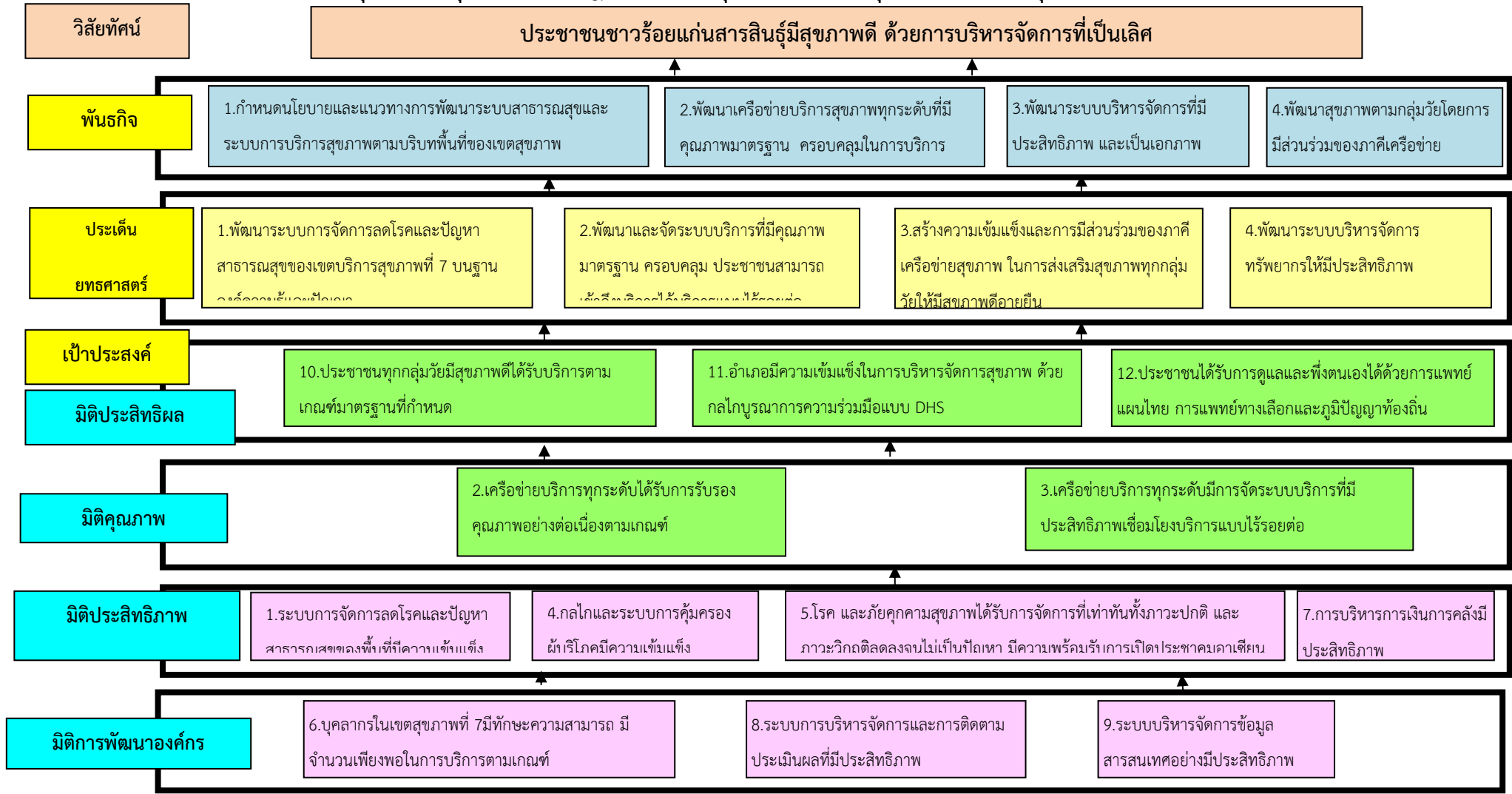
1. พัฒนาระบบการจัดการโรคและปัญหาสาธารณสุขของเขตบริการสุขภาพที่ 7 บนฐานองค์ความรู้ และปัญญา
2. พัฒนาและจัดระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน ครอบคลุม ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้
3. สร้างความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ในการส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัยให้มีสุขภาพดีอายุยืน

#### 4. พัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพ

##### เป้าประสงค์

1. ระบบการจัดการโรคและปัญหาสาธารณสุขของพื้นที่มีความเข้มแข็ง
2. เครือข่ายบริการทุกระดับได้รับการรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่องตามเกณฑ์
3. เครือข่ายบริการทุกระดับมีการจัดระบบบริการที่มีประสิทธิภาพเชื่อมโยงบริการแบบไร้รอยต่อ
4. กลไกและระบบการคุ้มครองผู้บริโภคมีความเข้มแข็ง
5. โรคและภัยคุกคามสุขภาพได้รับการจัดการที่เท่าทันทั้งภาวะปกติ และภาวะวิกฤติลดลงจนไม่  
เป็นปัญหา มีความพร้อมรับการเปิดประชาคมอาเซียน
6. บุคลากรในเขตสุขภาพที่ 7 มีทักษะความสามารถ มีจำนวนเพียงพอในการบริการตามเกณฑ์
7. การบริหารการเงินการคลังมีประสิทธิภาพ
8. ระบบการบริหารจัดการและการติดตามประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ
9. ระบบบริหารจัดการข้อมูลสารสนเทศอย่างมีประสิทธิภาพ
10. ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพดีได้รับการบริการตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด
11. อำเภอมุ่งความเข้มแข็งในการบริหารจัดการสุขภาพ ด้วยกลไกบูรณาการความร่วมมือ  
แบบDHS
12. ประชาชนได้รับการดูแลและพึ่งตนเองได้ด้วยการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกและ  
ภูมิปัญญาท้องถิ่น

แผนที่ทางยุทธศาสตร์สุขภาพ (Strategy Map) แผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพ เขตบริการสุขภาพที่ 7 ปีงบประมาณ 2558-2561



#### 4. แผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม พ.ศ. 2558-2561

วิสัยทัศน์ “ประชาชนจังหวัดมหาสารคาม มีสุขภาพดี ภาครัฐมีส่วนร่วมจัดระบบบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐาน ภายในปี 2561”

##### พันธกิจ

1. ส่งเสริม สนับสนุนประชาชนและภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพให้มีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน เพื่อสร้างสุขภาวะอย่างยั่งยืน
2. พัฒนาคุณภาพบริการและเครือข่ายบริการด้านสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน
3. พัฒนาระบบบริหารจัดการสุขภาพให้เป็นไปตามหลักธรรมาภิบาล

##### เป้าหมาย

1. อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด ไม่น้อยกว่า 80 ปี
2. อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี ไม่น้อยกว่า 72 ปี

##### ประเด็นยุทธศาสตร์

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 : พัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 : พัฒนาและจัดระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐาน ครอบคลุมประชาชน สามารถ เข้าถึงบริการได้ โดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 : พัฒนาระบบการบริหารจัดการสุขภาพเพื่อสนับสนุนการจัดบริการและเป็นไปตามหลักธรรมาภิบาล

## 5. นโยบายการพัฒนาโรงพยาบาลมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ 2558

โดย นายแพทย์สุนทร ยนต์ตระกูล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม

1. พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิ ให้ทุกคนสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึงโดยใช้ทรัพยากรสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดประสิทธิผลคนไทยมีสุขภาพดี มีความยั่งยืน โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายต่างๆ
2. พัฒนาระบบบริการตติยภูมิให้ได้มาตรฐานและคุณภาพ เน้นกลุ่มโรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่ด้วยความเชี่ยวชาญระดับสูงและเทคโนโลยีที่ทันสมัยอย่างคุ้มค่า เชื่อมโยงกับระบบบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิอย่างไร้รอยต่อ
3. พัฒนาระบบบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกให้ได้มาตรฐานและคุณภาพ บูรณาการเข้ากับระบบบริการสุขภาพอย่างครบวงจร
4. พัฒนาทรัพยากรบุคคลเน้นค่านิยมองค์กรเป็นหลัก สุขในการทำงาน
5. พัฒนาระบบสารสนเทศให้มีคุณภาพมาตรฐาน ประสิทธิภาพ ครอบคลุม และเชื่อมโยงทุกระดับ
6. พัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพเพื่อความยั่งยืนขององค์กร
7. พัฒนาคุณภาพการเรียนการสอนแพทยศาสตรศึกษาและสาขาวิชาชีพต่างๆให้มีความรู้คู่คุณธรรม
8. เสริมสร้างระบบธรรมาภิบาลในองค์กร

## 6. นโยบายการจัดการบริการโรงพยาบาลมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ 2558

โดย นายแพทย์สรกิจ ยศพล รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์โรงพยาบาลมหาสารคาม

1. พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้ดีขึ้น (Better Service) ตามนโยบายเร่งด่วนของกระทรวงสาธารณสุขปี 2558 เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพแบบองค์รวม ครอบคลุมทุกมิติอย่างมีคุณภาพ และมีความเสมอภาค

2. พัฒนาระบบบริการตติยภูมิภายในโรงพยาบาล ตามประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 ของแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลมหาสารคามปี พ.ศ.2558 เพื่อเพิ่มศักยภาพ และคุณภาพในการให้บริการ เชื่อมโยงไปสู่บริการระดับตติยภูมิและปฐมภูมิตามประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 6 และนำเอา Service Plan มาเป็นเครื่องมือในการบูรณาการเพื่อเชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพลงสู่เครือข่าย ภายใต้กระบวนการของการมีส่วนร่วมและการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า

## ส่วนที่ 3

แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลมหาสารคาม

พ ศ 2558-2560

❖ วิสัยทัศน์ (Vision)

“ โรงพยาบาลมหาสารคามเป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่มีความเชี่ยวชาญระดับสูงของประเทศ ภายในปี พ.ศ.2560 ”

❖ นิยามความเชี่ยวชาญระดับสูง ประกอบด้วย

กลุ่มที่ 1. โรคซับซ้อน 4 โรค สู่ความเชี่ยวชาญ : 1.โรคหัวใจและหลอดเลือด 2. โรคมะเร็ง 3. ทารกแรกเกิด 4. อุบัติเหตุ

กลุ่มที่ 2. โรค high technology 7 PCT

- สาขาสูติกรรม : Lap. Gynae(Ovary, Uterus), US prenatal diagnosis

- สาขาศัลยกรรม :

- General Surgery : Lap. Colectomy ,Endothyroid (transoral),Laser CBD stone

- Neuro surgery : Brain tumor surgery

- Uro surgery : Lap. Nephrectomy

- สาขาอายุรกรรม :

- อายุรกรรมโรคหัวใจ : โรคหัวใจและหลอดเลือด echo, CCU

- อายุรกรรมโรคเลือด : Hematologic malignancy

- สาขากุมารเวชกรรม : Laser ROP

- สาขาศัลยกรรมกระดูกและข้อ : Arthroplasty

- สาขาจักษุ : vitreoretinal surgery ,corneal transplant

- สาขาหู คอ จมูก : Endoscopic Sinus Surgery ,Obstructive sleep apnea

กลุ่มที่ 3. โรคท้องถิ่นที่เป็นปัญหา

1. เบาหวาน 2. ต้อกระจก 3. preterm 4. Head injury

❖ ปรัชญา

“เชี่ยวชาญวิชาการ คุณภาพมาตรฐาน บริการดูญาติมิตร”

❖ พันธกิจ (Mission )

1. ให้บริการสุขภาพครอบคลุมทุกมิติแบบองค์รวม
2. ร่วมกับภาคีเครือข่ายในการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพ
3. ร่วมผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ
4. วิจัยเผยแพร่และให้บริการทางวิชาการด้านสุขภาพ

❖ **ค่านิยม/สมรรถนะหลัก (Core Competency)**

**“M-S-K-H ”**

M = morality	ความมีคุณธรรม จริยธรรม ยึดหลักธรรมาภิบาล
S = standard, service mind, Corporation <u>social</u> Responsibility	ปฏิบัติงานตามมาตรฐาน พฤติกรรมบริการที่ดี มีความรับผิดชอบต่อสังคม
K = knowledge	อุดมความรู้
H = humanized	บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

**ประเด็นยุทธศาสตร์โรงพยาบาลมหาสารคาม ปี 2558 - 2560**

**ประเด็นยุทธศาสตร์ 6 ด้าน**

**ประเด็นยุทธศาสตร์ 1 :** พัฒนาระบบบริการเพื่อก้าวสู่ความเป็นโรงพยาบาลเชี่ยวชาญระดับสูง

**ประเด็นสนับสนุนการกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ :** เรายังมีการร้องเรียนและมีข้อเสนอให้พัฒนาคุณภาพบริการที่ชัดเจน

**ประเด็นยุทธศาสตร์ 2 :** เสริมสร้างสมรรถนะบุคลากรที่มีความพร้อมในการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ

**ประเด็นสนับสนุนการกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ :** เพราะมีวิสัยทัศน์ที่ต้องพัฒนาความเชี่ยวชาญและความพร้อมในการบริการ

**ประเด็นยุทธศาสตร์ 3 :** เพิ่มศักยภาพในการเป็นสถาบันร่วมผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ

**ประเด็นสนับสนุนการกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ :** ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นสถาบันร่วมผลิตบุคลากรทางการแพทย์

**ประเด็นยุทธศาสตร์ 4 :** พัฒนาระบบบริหารจัดการและประยุกต์ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม

**ประเด็นสนับสนุนการกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ :** มีความจำเป็นต้องลดความเสี่ยงในการบริหารจัดการ

**ประเด็นยุทธศาสตร์ 5 :** ปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานและพัฒนาสิ่งแวดล้อม

**ประเด็นสนับสนุนการกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ :** เรายังมีข้อจำกัดด้านกายภาพและสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการจัดบริการ

**ประเด็นยุทธศาสตร์ 6 :** สนับสนุนภาคีเครือข่ายให้เข้มแข็งในด้านสุขภาพ

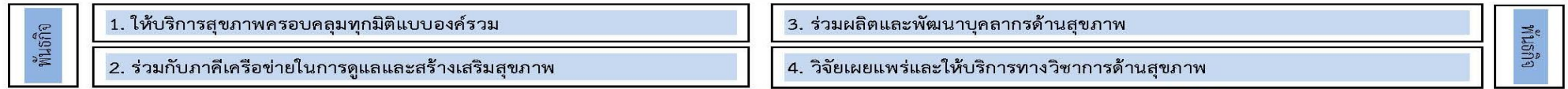
ประเด็นสนับสนุนการกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ : มีอัตลักษณ์และจุดเด่นด้านการทำงานร่วมกับภาคี  
เครือข่าย

แผนที่ยุทธศาสตร์โรงพยาบาลมหาสารคาม ปี 2558-2560 (ฉบับทบทวน ปีงบประมาณ 2558)

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลมหาสารคาม เป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่มีความเชี่ยวชาญระดับสูงของประเทศ ภายในปี พ.ศ. 2560

ปรัชญา : เชี่ยวชาญวิชาการ คุณภาพมาตรฐานบริการดูแลคนดีมีคุณ

คำนิยม: M S K H → M = Moral S = Standard, Service, Social K = Knowledge H = Humanized



แผนที่ยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลมหาสารคาม

ตัวชี้วัด : จำนวน 72 ตัวชี้วัด ในกระบวนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลมหาสารคาม ปี 2558 - 2560

**ยุทธศาสตร์ที่ 1. พัฒนาระบบบริการเพื่อก้าวสู่ความเป็นโรงพยาบาลเชี่ยวชาญ**

**กลยุทธ์ที่ 1.** ขยายขีดความสามารถในการให้บริการในกลุ่มโรคเป้าหมายสู่ความเชี่ยวชาญระดับสูง(หัวใจ มะเร็ง ทารกแรกเกิด อุบัติเหตุ) และ High technology ทุก PCT ปี 2558)

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

1. ร้อยละผู้ป่วย เฉพาะกลุ่มที่ Refer out ไปรพ. ที่มีศักยภาพสูงกว่าลดลง/(ลดลงร้อยละ10เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา)
2. ร้อยละผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มRefer in เพิ่มขึ้น/(เพิ่มขึ้นร้อยละ10เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา)
3. ร้อยละความพึงพอใจของการให้บริการด้วยเทคโนโลยีขั้นสูง/(≥80%)

**กลยุทธ์ที่ 2.** เพิ่มคุณภาพในการบริการผู้ป่วย

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

4. มีช่องทางด่วน(Fast track)และแนวทางปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉิน 6 กลุ่มโรค ในระดับเครือข่ายบริการและสถานบริการ / (มีระบบครบทุกFast track 100%)
5. มีระบบการให้คำปรึกษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในเครือข่ายและระดับจังหวัด/(มีระบบ)
6. ร้อยละผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน(สีแดง)ได้รับการรักษาโดยแพทย์ทุกราย/(100%)

**กลยุทธ์ที่ 3.** พัฒนาความปลอดภัยในการให้บริการทางคลินิก

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

7. ร้อยละการบรรลุตามตัวชี้วัด Safety goal 13ตัวชี้วัด/(≥80%)
8. ร้อยละการเสียชีวิตรวมในโรงพยาบาล/(≤2%)
9. ร้อยละการกลับมารักษาซ้ำ ER ภายใน 48 ชม./(≤1%)
10. ร้อยละการกลับมารักษาซ้ำ OPD ภายใน72ชม./(≤2%)
11. ร้อยละการกลับมารักษาซ้ำ IPD ภายใน 28วัน/(≤2%)
12. ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยนอก/(≥80%)
13. ร้อยละระยะเวลารอคอยผู้ป่วยนอกลดลง/(≥25%)
14. อัตราการติดเชื้อ ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องหายใจ / (≤10 ต่อ1,000 การใช้เครื่องช่วยหายใจ)

**ยุทธศาสตร์ที่ 2. เสริมสร้างสมรรถนะบุคลากรที่มีความพร้อมในการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ**

**กลยุทธ์ที่ 1.** พัฒนาความผูกพันระหว่างองค์กรกับบุคลากร

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

1. อัตราการลาออกของบุคลากร/(≤5%)
2. สัดส่วนชั่วโมงการฝึกอบรมต่อคนต่อปี/(≤80%)
3. ร้อยละของบุคลากรที่มีผลงานและสมรรถนะตามตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์/(80%)

**กลยุทธ์ที่ 2.** พัฒนาสภาพแวดล้อมของบุคลากรเพื่อการทำงาน

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

4. ร้อยละของหน่วยงานระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ มีอัตรากำลังเพียงพอตามเกณฑ์มาตรฐาน (FTE, Service Base, Population Base)/(≥80%)
5. อัตราความพึงพอใจต่อบรรยากาศองค์กรของแต่ละกลุ่ม/(≥80%)
6. ร้อยละของบุคลากรโรงพยาบาลมหาสารคามที่เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี/(100%)
7. อัตราของบุคลากรที่เจ็บป่วยจากการทำงาน/(0%)
8. อัตราของบุคลากรที่เจ็บป่วยจากการทำงาน/(0%)

**ยุทธศาสตร์ที่ 3. เพิ่มศักยภาพในการเป็นสถาบันร่วมผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ**

**กลยุทธ์ที่ 1.** พัฒนาระบบการเรียนการสอนให้นักศึกษามีความรู้และคุณธรรมจริยธรรม

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

1. ระดับการประเมินคุณภาพการศึกษาของสถาบันร่วมผลิต/(ผ่านการประเมินคุณภาพทั้ง7หมวด)
2. ร้อยละของนักศึกษาแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาในเวลาที่กำหนด/(≥90%)
3. ร้อยละของ นศพ.ที่สอบผ่าน NL2/(≥90%)
4. ร้อยละของ นศพ.ที่สอบผ่าน NL3/(≥90%)
5. ร้อยละความพึงพอใจของ นศพ.ต่อกระบวนการจัดการเรียนการสอน/(80%)
6. มีผลงานวิจัยด้านแพทยศาสตรศึกษาที่ได้รับการเผยแพร่ระดับชาติหรือระดับนานาชาติ/(≥5เรื่อง/ปี)
7. จำนวนข้อร้องเรียนของนักศึกษาแพทย์ด้านจริยธรรมคุณธรรม/(ไม่เกิน3เรื่อง/ปี)

**กลยุทธ์ที่ 2.** พัฒนาระบบการฝึกปฏิบัติงานในโรงพยาบาลให้ได้มาตรฐานตามสาขาวิชาชีพ

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

8. ร้อยละความพึงพอใจของนักศึกษาสาขาสุขภาพที่มาฝึกปฏิบัติงานในโรงพยาบาล/(80%)
9. หน่วยฝึกผ่านเกณฑ์มาตรฐานแหล่งฝึกของแต่ละสาขาวิชาชีพ/(≥80%)

**ยุทธศาสตร์ที่ 4. พัฒนาระบบบริหารจัดการและประยุกต์ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม**

**กลยุทธ์ที่ 1.** พัฒนาระบบบริหารจัดการงบประมาณให้มีประสิทธิภาพ  
ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

1. ตัวชี้วัดวิกฤติทางการเงิน 5 ตัว/(ผ่านค่าวิกฤติทั้ง5ตัว(0))
2. อัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์รวม ROA/(≥1.5%)
3. อัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์ถาวร/(≥0.15)
4. ระยะเวลาในการเรียกเก็บลูกหนี้/(ไม่เกิน 90 วัน)
5. อัตรากำไรสุทธิ Net profit margin(รวมค่าเสื่อม)/(≥1)
6. ร้อยละของรายรับที่ได้จากการขายและให้บริการเพิ่มขึ้น/( 3%)
7. ร้อยละของรายจ่ายในหมวดควบคุมลดลง/(5%)

**กลยุทธ์ที่ 2.** พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ให้เอื้อประโยชน์ต่อการเป็นโรงพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญระดับสูง  
ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

8. ร้อยละของโปรแกรมสำหรับระบบบริการสู่ความเชี่ยวชาญระดับสูงที่พัฒนาจนสำเร็จ (คิดร้อยละตามแผน)/(60%)
9. ร้อยละของตัวชี้วัดในระบบการติดตามประเมินผล KPI ของโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ที่กำหนด/(80%)

**ยุทธศาสตร์ที่ 5. ปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานและพัฒนาสิ่งแวดล้อม**

**กลยุทธ์ที่ 1.** พัฒนาสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย  
ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

1. ร้อยละของอุบัติเหตุการด้านความปลอดภัยทางกายภาพลดลง/(10%)
2. ร้อยละของความสำเร็จในการจัดทากายภาพสิ่งแวดล้อมตามแผนฯ 1, 6/(100%)
3. ร้อยละของอุบัติเหตุการด้านวัสดุและของเสียอันตรายลดลง/(10%)
4. จำนวนเรื่องร้องเรียนขอแผนตอบได้ภาวะฉุกเฉิน 1 ครั้ง/เรื่อง/ปี (ทุกเรื่อง)

**กลยุทธ์ที่ 2.** พัฒนาระบบสาธารณูปโภคและเครื่องมือ  
ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

5. ร้อยละของอุบัติเหตุการไม่พร้อมใช้ของเครื่องมือ/(10%)
6. ร้อยละของการความสำเร็จในการจัดหาเครื่องมือตามแผนฯ 1, 6/(100%)
7. ร้อยละของอุบัติเหตุการไม่พร้อมใช้ของสาธารณูปโภค/(10%)
8. ร้อยละของความสำเร็จในการจัดหาสาธารณูปโภค/(100%)

**กลยุทธ์ที่ 3.** พัฒนาสิ่งแวดล้อมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ  
ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

9. สัดส่วนของการเพิ่มขึ้นของกิจกรรมหรือพื้นที่เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ/(≥1)
10. ร้อยละค่าพารามิเตอร์ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน/(100%)
11. สัดส่วนของขยะรีไซเคิลเพิ่มขึ้น/(≥1)

**ยุทธศาสตร์ที่ 6. สนับสนุนภาคีเครือข่ายให้เข้มแข็งในด้านสุขภาพ**

**กลยุทธ์ที่ 1.** พัฒนาระบบบริการการแพทย์พอเพียง (Sufficiency Medicine)  
ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

1. ร้อยละของหมู่บ้านที่มีความรู้ในโรคสำคัญทางหอกระจายข่าว(80%)
2. ร้อยละประชากรอายุ15ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน,โรคความดันโลหิตสูง(90%)
3. ร้อยละประชากรอายุ15ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโรคซิฟิลิส(90%)
4. ร้อยละสตรีอายุ30-60ปีที่มีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง(≥80%)
5. ร้อยละของเด็กที่ได้รับวัคซีน BCG, DTP3-4-5, OPV3-4-5-HB 3 ครบชุดตามเกณฑ์(90%)
6. ร้อยละเด็กอายุ1ปีที่ได้รับวัคซีนหัด(95%)
7. ร้อยละเด็กอายุ2ปีที่ได้รับวัคซีนหัดE2-3(80%)
8. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ก่อน12สัปดาห์(60%)
9. ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิผ่านมาตรฐานการดำเนินงานWCC/ANCคุณภาพ(60%)
10. ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิผ่านเกณฑ์การดำเนินงานLTC(60%)
11. อัตราการเกิดอุบัติเหตุทางท้องถนน(ไม่เกินร้อยละ18/แสนประชากร)

12. อัตราการตั้งครรภ์ในกลุ่มมารดาอายุ15-19ปี(≤50/พันประชากร)
13. ร้อยละของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานความดันที่มีอาการฉุกเฉินด้วยอาการของstroke,STEMI ได้รับการส่งต่อทันเวลาตามเกณฑ์ (stroke/STEMI Fast tract) (80%)
14. ร้อยละของกลุ่มเสี่ยงป่วยเป็นโรคเบาหวานรายใหม่(≤5)
15. ร้อยละหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ(80%)
16. ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิผ่านเกณฑ์PCAขั้น3(85%)
17. ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีการดำเนินงานหมอครอบครัว(80%)
18. ร้อยละของผู้ป่วยเรื้อรังที่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีขึ้น(≥85%)

**กลยุทธ์ที่ 2.** พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิ  
ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

19. ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีการดำเนินงานหมู่บ้านต้นแบบส่งเสริมสุขภาพในโรคเรื้อรัง(80%)
20. ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยปฐมภูมิเพื่อการรักษาในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิได้ถูกต้องตามเกณฑ์(80%)
21. สัดส่วนการใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิต่อการใช้บริการที่โรงพยาบาล(≥1.5)

รายชื่อผู้รับผิดชอบประเด็นยุทธศาสตร์โรงพยาบาลมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2558-2560 (ฉบับทบทวน ปีงบประมาณ 2558)

ยุทธศาสตร์	ผู้รับผิดชอบ					
	ระดับปฐมภูมิ	ระดับทุติยภูมิ	ระดับตติยภูมิ	ประธานยุทธศาสตร์	เลขายุทธศาสตร์	ผู้ช่วยเลขายุทธศาสตร์
1. พัฒนาระบบบริการเพื่อก้าวสู่ความเป็นโรงพยาบาลเชี่ยวชาญระดับสูง	นพ.ไพบุลย์ อัครอนบตี	1. นพ.สุรกิจ ยศพล	1. นพ.สุรกิจ ยศพล (ด้านโรคซับซ้อน 4 โรค สู่ความเชี่ยวชาญ , Service plan)	นพ.สุรกิจ ยศพล	นางเสาวลักษณ์ ชมภูหลง	1. น.ส.พจนีย์ ชูลี้ง 2. นางบุญมี สันโดษ 3. นางช่อทิพย์ ภาวิตปัญญา
		2. พญ.ธนพร มุทาพร	2. นพ.วีระศักดิ์ ศรีชวนชื่นสกุล (ด้านพัฒนาคุณภาพ HA)			
			3. นพ.บวร แสนสุโพธิ์ (ด้านโรค high technology 7 PCT)			
2. เสริมสร้างสมรรถนะบุคลากร ให้มีความพร้อมในการทำงาน อย่างมีประสิทธิภาพ	ทพญ.เพ็ญนภา เหลียงไพบุลย์	ทพญ.เพ็ญนภา เหลียงไพบุลย์	ทพญ.เพ็ญนภา เหลียงไพบุลย์	ทพญ.เพ็ญนภา เหลียงไพบุลย์	น.ส.ทิพย์พาดิ เพชรวิเชียรชัย	นางสาววรัญชรี ตั้งอารยทรัพย์
3. เพิ่มศักยภาพในการเป็น สถาบันร่วมผลิตและพัฒนา บุคลากรด้านสุขภาพ	นพ.ไพบุลย์ อัครอนบตี	-	1. นพ.บวร แสนสุโพธิ์	นพ.บวร แสนสุโพธิ์	นพ.เนติ สาธิตสมิตพงษ์	นางลัดดาวัลย์ บูรณวรศิลป์
			2. นางเสาวลักษณ์ ชมภูหลง			

ยุทธศาสตร์	ผู้รับผิดชอบ					
	ระดับปฐมภูมิ	ระดับทุติยภูมิ	ระดับตติยภูมิ	ประธานยุทธศาสตร์	เลขายุทธศาสตร์	ผู้ช่วยเลขายุทธศาสตร์
4. พัฒนาระบบบริหารจัดการและประยุกต์ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม	1. นพ.ไพบุลย์ อัครอนบดี	นพ.บวร แสนสุโพธิ์	1. นพ.พรชัย พั่วกร	1. นพ.พรชัย พั่วตันอรุณกร	น.ส.กาญจนาภรณ์ ตาราไต	1. หัวหน้าฝ่ายการเงิน 2. หัวหน้าฝ่ายบัญชี
	2. นพ.บวร แสนสุโพธิ์		2. นพ.บวร แสนสุโพธิ์	2. นพ.บวร แสนสุโพธิ์ (รองประธาน)		
	3. รองผู้อำนวยการ ฝ่ายบริหาร					
5. ปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานและพัฒนาสิ่งแวดล้อม	1. นพ.ไพบุลย์ อัครอนบดี	รองผู้อำนวยการ ฝ่ายบริหาร	1. รองผู้อำนวยการ ฝ่ายบริหาร	1. รองผู้อำนวยการฝ่าย บริหาร	นางกัญตา คำพอ	1. นางจรีรัตน์ มุคผ่อง 2. นายสุระศักดิ์ จันทพิมพ์
	2. รองผู้อำนวยการ ฝ่ายบริหาร		2. นพ.เสนห์ บูรณวรศิลป์	2. นพ.เสนห์ บูรณวรศิลป์ (รองประธาน)		
6. สนับสนุนภาคีเครือข่ายให้เข้มแข็งในด้านสุขภาพ	นพ.ไพบุลย์ อัครอนบดี	-	-	นพ.ไพบุลย์ อัครอนบดี	นางวัฒนา สว่างศรี	1. นางฉวีวรรณ เผ่าพันธุ์ 2. นายนิพนธ์ นาสุริวงศ์



มาตรการ/แนวทางประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 : ตามแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลมหาสารคาม ปี 2558

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	กลยุทธ์	มิติคุณภาพ (core value)	มาตรการ/แนวทาง
1. พัฒนาระบบบริการเพื่อก้าวสู่ความเป็นโรงพยาบาลเชี่ยวชาญระดับสูง	1. โรงพยาบาลมหาสารคามมีระบบบริการสู่ความเชี่ยวชาญระดับสูง ด้าน หัวใจ มะเร็ง ทารกแรกเกิด อุบัติเหตุและมีความเชี่ยวชาญในการให้บริการสุขภาพด้วยเทคโนโลยีขั้นสูง	1. ขยายขีดความสามารถในการให้บริการในกลุ่มโรคเป้าหมายสู่ความเชี่ยวชาญระดับสูง (หัวใจ มะเร็ง ทารกแรกเกิด อุบัติเหตุ) และ High technology ทุก PCT ปี 2558)	M S K H	1. จัดระบบการบริการที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ 1.1 ขยายขีดความสามารถการให้บริการในกลุ่มโรค 4 กลุ่มโรคเป้าหมายตามระดับเกณฑ์ - โรคหัวใจและหลอดเลือด เป้าหมายระดับ 2 - โรคมะเร็ง เป้าหมายระดับ 2 - ทารกแรกเกิด เป้าหมายระดับ 2 - อุบัติเหตุ เป้าหมายระดับ 2 โดยการจัดทำแผนปีต่อไปเพื่อให้บรรลุระดับเป้าหมาย 1.2 เพิ่มศักยภาพและมีความพร้อมในการให้บริการ 4 กลุ่มโรคเป้าหมาย (ด้านสถานที่ ด้านอัตรากำลังและด้านอุปกรณ์เครื่องมือ)
			M S K H	2. พัฒนาการรักษาด้วยเทคโนโลยีขั้นสูง (High technology) 7 PCT 2.1 เพิ่มศักยภาพและมีความพร้อมในการให้บริการ 7 PCT (ด้านสถานที่ ด้าน





มาตรการ/แนวทางประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 : ตามแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลมหาสารคาม ปี 2558				
ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	กลยุทธ์	มิติคุณภาพ (core value)	มาตรการ/แนวทาง
	การเข้าถึงบริการ		H	<p>“ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน(สีแดง)ได้รับการรักษาโดยแพทย์ทุกราย”</p> <p>1) สร้างความตระหนักแก่ประชาชนต่ออาการเตือนของโรคฉุกเฉินเร่งด่วน</p> <p>2) ประชาสัมพันธ์เชิงรุก “เจ็บป่วยฉุกเฉิน โทร 1669”</p> <p>3) มีระบบให้คำปรึกษาและดูแลระหว่างส่งต่อ</p> <p>4) จัดระบบ Fast Track 6 กลุ่มโรคสำคัญ (STEMI/Stroke/Trauma/NB/HRP/Sepsis)</p>
		3. พัฒนาความปลอดภัยในการให้บริการทางคลินิก	M S K H	<p>1. พัฒนาระบบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย (Safety goal) ทุกหน่วยงาน</p> <p>1.1) จัดทำระบบฐานข้อมูลและบันทึก</p> <p>1.2) พัฒนาแนวทางปฏิบัติ ควบคุมกำกับ ติดตามและประเมินผล</p>
			M S K	<p>2. พัฒนาคูณภาพการบริการผู้ป่วย</p> <p>2.1) จัดทำระบบฐานข้อมูลและบันทึก</p> <p>2.2) แนวทางปฏิบัติ ควบคุมกำกับ ติดตาม</p>

แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลมหาสารคาม พ.ศ. 2558-2560 (ฉบับทบทวน ปีงบประมาณ 2558)

มาตรการ/แนวทางประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 : ตามแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลมหาสารคาม ปี 2558				
ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	กลยุทธ์	มิติคุณภาพ (core value)	มาตรการ/แนวทาง
			H	และประเมินผล 2.3) ทบทวนอุบัติการณ์ และรายงาน 2.4) จัดการโรคที่เป็นปัญหาของรพ.(Clinical Tracer)

ตัวชี้วัดตามประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 : พัฒนาระบบบริการเพื่อก้าวสู่ความเป็นโรงพยาบาลเชี่ยวชาญระดับสูง ปี 2558					
เป้าประสงค์	กลยุทธ์	KPI	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ KPI	ผู้จัดเก็บ KPI

ตัวชี้วัดตามประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 : พัฒนาระบบบริการเพื่อก้าวสู่ความเป็นโรงพยาบาลเชี่ยวชาญระดับสูง ปี 2558

เป้าประสงค์	กลยุทธ์	KPI	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ KPI	ผู้จัดเก็บ KPI
1. โรงพยาบาลมหาสารคาม มีระบบบริการสู่ความเชี่ยวชาญระดับสูง ด้านหัวใจ มะเร็ง ทารกแรกเกิด อุบัติเหตุและมีความเชี่ยวชาญในการให้บริการสุขภาพด้วยเทคโนโลยีขั้นสูง	1. ขยายขีดความสามารถในการให้บริการในกลุ่มโรคเป้าหมายสู่ความเชี่ยวชาญระดับสูง(หัวใจ มะเร็ง ทารกแรกเกิด อุบัติเหตุและ High technology ทุก PCT ปี 2558)	1. ร้อยละผู้ป่วย เฉพาะกลุ่มที่ Refer out ไปรพ.ที่มี ศักยภาพสูงกว่าลดลง	ลดลงร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา	นพ.สุรกิจ ยศพล	นางจุลินทร ศรีโพนทัน, นางกนกวรรณ เจริญศิริ
		2. ร้อยละผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม Refer in เพิ่มขึ้น	เพิ่มขึ้นร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา	นพ.สุรกิจ ยศพล	นางจุลินทร ศรีโพนทัน, นางกนกวรรณ เจริญศิริ
		3. ร้อยละความพึงพอใจของการให้บริการด้วยเทคโนโลยีขั้นสูง	≥80%	นพ.วีระศักดิ์ ศรีชวนชื่นสกุล, นางเพ็ญศรี บำรุง	นางช่อทิพย์ ภาวิตปัญญา
	2. เพิ่มคุณภาพในการบริการผู้ป่วย	4. มีช่องทางด่วน(Fast track)และแนวทางปฏิบัติ สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉิน 6 กลุ่มโรค ในระดับเครือข่ายบริการ	มีระบบครบทุก Fast track 100%	นพ.สุรกิจ ยศพล	นางช่อทิพย์ ภาวิตปัญญา

ตัวชี้วัดตามประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 : พัฒนาระบบบริการเพื่อก้าวสู่ความเป็นโรงพยาบาลเชี่ยวชาญระดับสูง ปี 2558

เป้าประสงค์	กลยุทธ์	KPI	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ KPI	ผู้จัดเก็บ KPI
		และสถานบริการ			
		5. มีระบบการให้คำปรึกษา โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ใน เครือข่ายและระดับจังหวัด	มีระบบ	นพ.สุรกิจ ยศพล	นางช่อทิพย์ ภาวิตปัญญา
		6. ร้อยละผู้ป่วยฉุกเฉิน เร่งด่วน(สีแดง)ได้รับการ รักษาโดยแพทย์ทุกราย	100%	นพ.สุรกิจ ยศพล	นางช่อทิพย์ ภาวิตปัญญา
	3. พัฒนาคความปลอดภัยใน การให้บริการทางคลินิก	7. ร้อยละการบรรลุตาม ตัวชี้วัด Safety goal (13 ตัวชี้วัด)	≥80%	นพ.วีระศักดิ์ ศรีชวณชื่นสกุล, นางเพ็ญศรี บำรุง	นางช่อทิพย์ ภาวิตปัญญา
		8. ร้อยละการเสียชีวิตรวมใน โรงพยาบาล	≤2%	นพ.วีระศักดิ์ ศรีชวณชื่นสกุล, นางเพ็ญศรี บำรุง	นางช่อทิพย์ ภาวิตปัญญา
		9. ร้อยละการกลับมารักษา ซ้ำ ER ภายใน 48 ชม.	≤1%	นพ.วีระศักดิ์ ศรีชวณชื่นสกุล, นางเพ็ญศรี บำรุง	นางช่อทิพย์ ภาวิตปัญญา
		10. ร้อยละการกลับมารักษา	≤2%	นพ.วีระศักดิ์	นางช่อทิพย์

ตัวชี้วัดตามประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 : พัฒนาระบบบริการเพื่อก้าวสู่ความเป็นโรงพยาบาลเชี่ยวชาญระดับสูง ปี 2558

เป้าประสงค์	กลยุทธ์	KPI	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ KPI	ผู้จัดเก็บ KPI
		ซ้ำ OPD ภายใน 72 ชม.		ศรีชวนชื่นสกุล, นางเพ็ญศรี บำรุง	ภาวิตปัญญา
		11. ร้อยละการกลับมารักษา ซ้ำ IPD ภายใน 28 วัน	≤ 2%	นพ.วีระศักดิ์ ศรีชวนชื่นสกุล, นางเพ็ญศรี บำรุง	นางช่อทิพย์ ภาวิตปัญญา
		12. ร้อยละความพึงพอใจ ผู้ป่วยนอก	≥ 80%	นพ.วีระศักดิ์ ศรีชวนชื่นสกุล, นางเพ็ญศรี บำรุง	นางช่อทิพย์ ภาวิตปัญญา
		13. ร้อยละระยะเวลารอคอย ผู้ป่วยนอกลดลง	ลดลงมากกว่าหรือ เท่ากับร้อยละ 25	นพ.วีระศักดิ์ ศรีชวนชื่นสกุล, นางเพ็ญศรี บำรุง	นางช่อทิพย์ ภาวิตปัญญา
		14. อัตราการติดเชื้อปอด อักเสบจากการใช้เครื่องหายใจ	≤ 10 ต่อ 1,000 การใช้เครื่องช่วย หายใจ	นพ.วีระศักดิ์ ศรีชวนชื่นสกุล, นางเพ็ญศรี บำรุง	นางช่อทิพย์ ภาวิตปัญญา

มาตรการ/แนวทางตามประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 : ตามแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลมหาสารคาม ปี 2558				
ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	กลยุทธ์	มิติคุณภาพ (core value)	มาตรการ/แนวทาง
2. เสริมสร้างสมรรถนะบุคลากรที่มีความพร้อมในการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ	1. พัฒนาสมรรถนะบุคลากรและผู้นำเพื่อความคงอยู่ของบุคลากร	1. พัฒนาความผูกพันระหว่างองค์กรกับบุคลากร	M S K H	<b>1. เพิ่มคุณค่าบุคลากร</b> 1.1 กำหนดปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันและความพึงพอใจ 1.2 เสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ช่วยให้อุคลากรมีผลงานที่ดีและมีแรงจูงใจ 1.3 มีระบบประเมินและพัฒนาผลงานบุคลากร <b>2. พัฒนาบุคลากรและผู้นำ</b> 2.1 มีระบบการพัฒนาและเรียนรู้สำหรับ

มาตรการ/แนวทางตามประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 : ตามแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลมหาสารคาม ปี 2558				
ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	กลยุทธ์	มิติคุณภาพ (core value)	มาตรการ/แนวทาง
				<p>บุคลากรเพื่อให้เกิดผลการดำเนินการที่ดี</p> <p>2.2 มีระบบการพัฒนาและเรียนรู้สำหรับผู้นำ เพื่อให้เกิดผลการดำเนินงานที่ดี</p> <p>2.3 มีการประเมินผลของระบบการพัฒนาและเรียนรู้สำหรับบุคลากรและผู้นำ</p> <p>2.4 จัดการเรื่องความก้าวหน้าในอาชีพ</p> <p><b>3. ประเมินความผูกพันของบุคลากร</b></p> <p>3.1 มีการประเมินความผูกพันและความพึงพอใจของบุคลากร</p> <p>3.2 นำผลการประเมินความผูกพันของบุคลากรมาเชื่อมโยงกับผลลัพธ์ของบริการสุขภาพ/กิจกรรมขององค์กร</p>
	2. ปรับสภาพแวดล้อม อัตรากำลังและสุขภาพบุคลากร เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการทำงานให้บรรลุเป้าหมายของ	2. พัฒนาสภาพแวดล้อมของบุคลากรเพื่อการทำงาน	M S K H	<p><b>1. เพิ่มขีดความสามารถและความเพียงพอของบุคลากร</b></p> <p>1.1 มีการประเมินขีดความสามารถของบุคลากรและระดับกำลังคนที่ต้องการ</p> <p>1.2 มีกระบวนการที่มีประสิทธิผล</p>

มาตรการ/แนวทางตามประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 : ตามแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลมหาสารคาม ปี 2558				
ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	กลยุทธ์	มิติคุณภาพ (core value)	มาตรการ/แนวทาง
	องค์กร			1.3 จัดโครงสร้างและบริหารบุคลากรเพื่อการทำงานให้บรรลุผล 1.4 เตรียมบุคลากรให้พร้อมกับการเปลี่ยนแปลงความต้องการด้านขีดความสามารถและความเพียงพอ <b><u>2. สร้างบรรยากาศในการทำงาน</u></b> 2.1 สร้างความมั่นใจและดำเนินการปรับปรุงเพื่อให้สถานที่ทำงานเอื้อต่อสุขภาพ ปลอดภัย และมีการป้องกันภัย 2.2 มีการดูแลและเกื้อหนุนบุคลากรด้วยนโยบาย <b><u>3. ดูแลสุขภาพบุคลากร</u></b> 3.1 บุคลากรมีส่วนร่วม เรียนรู้ ตัดสินใจและปฏิบัติในการดูแลสุขภาพกาย ใจ สังคม ของตน 3.2 บุคลากรมีข้อตกลงร่วมกันในการแบบอย่างพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและแบบอย่างวัฒนธรรมองค์กรในการสร้างเสริมสุขภาพ 3.3 มีการประเมินและจัดการความเสี่ยงต่อสุขภาพที่สำคัญอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง 3.4 บุคลากรทุกคนได้รับการประเมินสุขภาพแรก

มาตรการ/แนวทางตามประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 : ตามแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลมหาสารคาม ปี 2558

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	กลยุทธ์	มิติคุณภาพ (core value)	มาตรการ/แนวทาง
				เข้าทำงาน 3.5 บุคลากรได้รับการตรวจสอบสุขภาพเป็นระยะ 3.6 บุคลากรได้รับภูมิคุ้มกันโรคติดต่ออย่างเหมาะสม 3.7 บุคลากรที่เจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงานได้รับการประเมินและดูแลอย่างเหมาะสม

ตัวชี้วัดตามประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 : เสริมสร้างสมรรถนะบุคลากรที่มีความพร้อมในการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ

เป้าประสงค์	กลยุทธ์	KPI	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบKPI	ผู้จัดเก็บKPI
1. พัฒนาสมรรถนะบุคลากรและผู้นำเพื่อความคงอยู่ของบุคลากร	1. พัฒนาความผูกพันระหว่างองค์กรกับบุคลากร	1. อัตราการลาออกของบุคลากร	≤5%	รองผู้อำนวยการฯ ฝ่ายบริหาร	นางสมพร ดาวเรือง
		2. สัดส่วนชั่วโมงการฝึกอบรมต่อคนต่อปี	≥80%	ทพญ.เพ็ญนภา เหลียงไพบูลย์	น.ส.ทิพย์พาศน์ เพชรวิเชียรชัย
		3. ร้อยละของบุคลากรที่มีผลงานและสมรรถนะตามตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์	80%	ทพญ.เพ็ญนภา เหลียงไพบูลย์	น.ส.ทิพย์พาศน์ เพชรวิเชียรชัย
2. ปรับสภาพแวดล้อม อัตรากำลังและสุขภาพบุคลากรเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการทำงานให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร	2. พัฒนาสภาพแวดล้อมของบุคลากรเพื่อการทำงาน	4. ร้อยละของหน่วยงานระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ มีอัตรากำลังเพียงพอตามเกณฑ์มาตรฐาน (FTE, Service Base, Population Base)	≥80%	รองผู้อำนวยการฯ ฝ่ายบริหาร	นางสมพร ดาวเรือง
		5. อัตราความพึงพอใจต่อบรรยากาศองค์กรของแต่ละกลุ่ม	≥80%	รองผู้อำนวยการฯ ฝ่ายบริหาร	นางสมพร ดาวเรือง

ตัวชี้วัดตามประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 : เสริมสร้างสมรรถนะบุคลากรที่มีความพร้อมในการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ					
เป้าประสงค์	กลยุทธ์	KPI	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบKPI	ผู้จัดเก็บKPI
		6. ร้อยละของบุคลากร โรงพยาบาลมหาสารคาม ที่เข้ารับการตรวจสุขภาพ ประจำปี	100%	นางศิริพร ศรีชะตา	นางศิริพร ศรีชะตา
		7. อัตราของบุคลากรที่ บาดเจ็บจากการทำงาน	0%	นางทัศนีย์พร ยศพล	นางวิไลพร พิทักษานุรักษ์
		8. อัตราของบุคลากรที่ เจ็บป่วยจากการทำงาน	0%	นางทัศนีย์พร ยศพล	นางวิไลพร พิทักษานุรักษ์

มาตรการ/แนวทางประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 : ตามแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลมหาสารคาม ปี 2558				
ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	กลยุทธ์	มิติคุณภาพ (core value)	มาตรการ/แนวทาง
3. เพิ่มศักยภาพในการเป็นสถาบันร่วมผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ	1. ผลิตบัณฑิตแพทย์ที่มีความรู้ตามเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพและมีคุณธรรมจริยธรรม	1. พัฒนาระบบการเรียนการสอนให้นักศึกษามีความรู้และคุณธรรมจริยธรรม	M	1. พัฒนาระบบ 1.1 พัฒนาครู 1.2 พัฒนาผู้เรียน 1.3 พัฒนาสื่อการเรียนการสอน/เทคโนโลยี 1.4 พัฒนาสิ่งแวดล้อมเพื่อเอื้อต่อการเรียนการสอน 1.5. ส่งเสริมวิชาการและวิจัย
			S	
			K	
			H	
			M	2. พัฒนาด้านจริยธรรมและคุณธรรม 2.1 เข้าค่ายจริยธรรม 2.2 หลักสูตรที่เน้นการดูแลรักษาด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์
			S	
			K	
			H	

มาตรการ/แนวทางประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 : ตามแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลมหาสารคาม ปี 2558				
ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	กลยุทธ์	มิติคุณภาพ (core value)	มาตรการ/แนวทาง
	2. เป็นแหล่งฝึกบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐานวิชาชีพ	2. พัฒนาระบบการฝึกปฏิบัติงานในโรงพยาบาลให้ได้มาตรฐานตามสาขาวิชาชีพ	M S K H	1. พัฒนาระบบ 1.1 พัฒนาครู 1.2 พัฒนาผู้เรียน 1.3 พัฒนาสื่อการเรียนการสอน/เทคโนโลยี 1.4 พัฒนาสิ่งแวดล้อมเพื่อเอื้อต่อการเรียนการสอน 1.5 ส่งเสริมวิชาการและวิจัย

ตัวชี้วัดตามประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 : เพิ่มศักยภาพในการเป็นสถาบันร่วมผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ					
เป้าประสงค์	กลยุทธ์	KPI	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ KPI	ผู้จัดเก็บ KPI
1. ผลิตบัณฑิตแพทย์ที่มีความรู้ตามเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพและมีคุณธรรมจริยธรรม	1. พัฒนาระบบการเรียนการสอนให้นักศึกษามีความรู้และคุณธรรมจริยธรรม	1. ระดับการประเมินคุณภาพการศึกษาของสถาบันร่วมผลิต	ผ่านการประเมินคุณภาพทั้ง 7 หมวด	นพ.บวร แสนสุโพธิ์, นพ.เนติ สาธิตสมิตพงษ์	นางลัดดาวัลย์ บุรณวรศิลป์
		2. ร้อยละของนักศึกษาแพทย์ที่	≥90%	นพ.บวร แสนสุโพธิ์,	นางลัดดาวัลย์

ตัวชี้วัดตามประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 : เพิ่มศักยภาพในการเป็นสถาบันร่วมผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ

เป้าประสงค์	กลยุทธ์	KPI	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ KPI	ผู้จัดเก็บ KPI
		สำเร็จการศึกษาในเวลาที่กำหนด		นพ.เนติ สาธิตสมิตพงษ์	บูรณวรศิลป์
		3. ร้อยละของ นศพ.ที่สอบผ่าน NL2	≥90%	นพ.บวร แสนสุโพธิ์, นพ.เนติ สาธิตสมิตพงษ์	นางลัดดาวัลย์ บูรณวรศิลป์
		4. ร้อยละของนศพ.ที่สอบผ่าน NL3	≥90%	นพ.บวร แสนสุโพธิ์, นพ.เนติ สาธิตสมิตพงษ์	นางลัดดาวัลย์ บูรณวรศิลป์
		5. ร้อยละความพึงพอใจของ นศพ.ต่อกระบวนการจัดการเรียนการสอน	80%	นพ.บวร แสนสุโพธิ์, นพ.เนติ สาธิตสมิตพงษ์	นางลัดดาวัลย์ บูรณวรศิลป์
		6. มีผลงานวิจัยด้าน แพทยศาสตรศึกษาที่ได้รับการเผยแพร่ระดับชาติหรือระดับนานาชาติ	จำนวน ≥5 เรื่อง/ปี	นพ.บวร แสนสุโพธิ์, นพ.เนติ สาธิตสมิตพงษ์	นางลัดดาวัลย์ บูรณวรศิลป์
2. เป็นแหล่งฝึกบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐานวิชาชีพ	2. พัฒนาระบบการฝึกปฏิบัติงานในโรงพยาบาลให้ได้มาตรฐานตามสาขาวิชาชีพ	7. จำนวนข้อร้องเรียนของนักศึกษาแพทย์ด้านจริยธรรม คุณธรรม	ไม่เกิน 3 เรื่อง/ปี	นพ.บวร แสนสุโพธิ์, นพ.เนติ สาธิตสมิตพงษ์	นางลัดดาวัลย์ บูรณวรศิลป์
		8. ร้อยละความพึงพอใจของ	80%	ทพญ.เพ็ญนภา	น.ส.ทิพย์พาดิณี

ตัวชี้วัดตามประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 : เพิ่มศักยภาพในการเป็นสถาบันร่วมผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ

เป้าประสงค์	กลยุทธ์	KPI	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ KPI	ผู้จัดเก็บ KPI
		นักศึกษาสาขาสุขภาพที่มาฝึกปฏิบัติงานในโรงพยาบาล		เหลียงไพบูลย์	เพชรวิเชียรชัย
		9.หน่วยฝึกผ่านเกณฑ์มาตรฐานแหล่งฝึกของแต่ละสาขาวิชาชีพ	≥80%	ทพญ.เพ็ญนภา เหลียงไพบูลย์	น.ส.ทิพย์พาดิณี เพชรวิเชียรชัย

มาตรการ/แนวทางประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 ตามแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลมหาสารคาม ปี 2558

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	กลยุทธ์	มิติคุณภาพ (core value)	มาตรการ/แนวทาง
4. พัฒนาระบบบริหารจัดการและประยุกต์ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม	1. บริหารงบประมาณให้สมดุล	1. พัฒนาระบบบริหารจัดการงบประมาณให้มีประสิทธิภาพ	M S K H	1. เพิ่มรายได้จากการขายและให้บริการโรงพยาบาล 2. ลดรายจ่ายในหมวด ยา ,เวชภัณฑ์มีใช้ยา วัสดุการแพทย์, วัสดุวิทยาศาสตร์ 3. ประเมินความคุ้มค่า คุ้มทุนของครุภัณฑ์ การแพทย์ ที่ลงทุนพิเศษ(มูลค่า>1ล้านบาท) 4. ให้นำหน่วยงานที่ทำUR/UM อย่างเป็นระบบ
	2. บริหารระบบเทคโนโลยีสารสนเทศให้มีประสิทธิภาพตอบสนองต่อแผนยุทธศาสตร์	2. พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ให้เอื้อประโยชน์ต่อการเป็นโรงพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญระดับสูง	M S K H	1. จัดหาอุปกรณ์ด้านเทคโนโลยีให้เหมาะสม 2. พัฒนาโปรแกรมให้เอื้อต่อการปฏิบัติงาน 3. จัดระบบการติดตามประเมินผลการปฏิบัติงาน

ตัวชี้วัดตามประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 : พัฒนาระบบบริหารจัดการและประยุกต์ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม

เป้าประสงค์	กลยุทธ์	KPI	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ KPI	ผู้จัดเก็บ KPI
1. บริหารงบประมาณให้สมดุล	1. พัฒนาระบบบริหารจัดการงบประมาณให้มีประสิทธิภาพ	1. ตัวชี้วัดวิกฤติทางการเงิน 5 ตัว	ผ่านค่าวิกฤติทั้ง 5 ตัว (0)	นพ.พรชัย พัชรตันอรุณกร	นางสุภาภรณ์ คณะเวทย์
		2. อัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์รวม ROA	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 1.5	นพ.พรชัย พัชรตันอรุณกร	นางสุภาภรณ์ คณะเวทย์
		3. อัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์ถาวร	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 0.1	นพ.พรชัย พัชรตันอรุณกร	นางสุภาภรณ์ คณะเวทย์
		4. ระยะเวลาในการเรียกเก็บลูกหนี้	ไม่เกิน 90 วัน	นพ.พรชัย พัชรตันอรุณกร	นางสุภาภรณ์ คณะเวทย์
		5. อัตรากำไรสุทธิ Net profit margin (รวมค่าเสื่อม)	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 1	นพ.พรชัย พัชรตันอรุณกร	นางสุภาภรณ์ คณะเวทย์
		6. ร้อยละของรายรับที่ได้จากการขายและให้บริการเพิ่มขึ้น	เพิ่มขึ้นร้อยละ 3 ของรายรับแต่ละปี	นพ.สุศุขชาย เลยวานิชย์เจริญ	นางทัศนีย์พร ยศพล
		7. ร้อยละของรายจ่ายในหมวดควบคุมลดลง	ลดลงร้อยละ 5 ของรายจ่ายใน	นพ.ประเสริฐ ศรีสารคาม	นางทัศนีย์พร ยศพล

ตัวชี้วัดตามประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 : พัฒนาระบบบริหารจัดการและประยุกต์ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม					
เป้าประสงค์	กลยุทธ์	KPI	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ KPI	ผู้จัดเก็บ KPI
			หมวดควบคุม		
2. บริหารระบบเทคโนโลยีสารสนเทศให้มีประสิทธิภาพตอบสนองต่อแผนยุทธศาสตร์	2. พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ให้เอื้อประโยชน์ต่อการเป็นโรงพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญระดับสูง	8. ร้อยละของโปรแกรมสำหรับระบบบริการสู่ความเชี่ยวชาญระดับสูงที่พัฒนาจนสำเร็จ (คิดร้อยละตามแผน)	60%	นพ.บวร แสนสุโพธิ์	น.ส.กาญจนาภรณ์ ตาราไต
		9. ร้อยละของตัวชี้วัดในระบบการติดตามประเมินผล KPI ของโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	80%	นพ.ศักดิ์ชัย ทอนมาตย์	นางเยาวลักษณ์ ทอนมาตย์

มาตรการ/แนวทางประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 5 : ตามแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลมหาสารคาม ปี 2558

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	กลยุทธ์	มิติคุณภาพ (core value)	มาตรการ/แนวทาง
5. ปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานและพัฒนาสิ่งแวดล้อม	1. ปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานและสิ่งสนับสนุนให้ได้มาตรฐานที่เอื้อต่อสุขภาพและประชาชน	1. พัฒนาสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย	M S K H	<b>1. พัฒนาด้านความปลอดภัยและสวัสดิภาพ</b> 1.1 ปรับปรุงโครงสร้างให้มีความปลอดภัยเป็นไปตามมาตรฐาน 1.2 ปรับปรุงพื้นที่ใช้สอยให้มีความสะดวกต่อการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ 1.3 จัดระบบป้องกันความปลอดภัยของชีวิตและทรัพย์สินของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

มาตรการ/แนวทางประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 5 : ตามแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลมหาสารคาม ปี 2558				
ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	กลยุทธ์	มิติคุณภาพ (core value)	มาตรการ/แนวทาง
				<p><b>2. พัฒนาด้านวัสดุและของเสียอันตราย</b></p> <p>2.1 สำรวจและจัดทำแนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับวัสดุและของเสียอันตราย</p> <p>2.2 อบรมให้ความรู้แก่บุคลากร</p> <p><b>3. พัฒนาระบบการจัดการภาวะฉุกเฉิน</b></p> <p>3.1 มีการค้นหาภาวะฉุกเฉิน</p> <p>3.2 มีการทำแผนภาวะฉุกเฉิน</p> <p>3.3 ซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน</p> <p>3.4 ประเมินผล ควบคุม กำกับ ตามกิจกรรม</p>
		<p>2. พัฒนาระบบสาธารณสุขปโภคและเครื่องมือ</p>		<p><b>1. พัฒนาด้านเครื่องมือ</b></p> <p>การจัดมีตามความต้องการ จัดหา ตรวจสอบ บำรุงรักษา แนวทางปฏิบัติ ให้ความรู้ และการสำรองเครื่องมือ</p> <p><b>2. พัฒนาด้านระบบสาธารณสุขปโภค</b></p> <p>การจัดมีตามความต้องการ แผนผัง จัดหา ตรวจสอบ บำรุงรักษา แนวทางปฏิบัติ ให้ความรู้ และการสำรองเครื่องมือ</p>

มาตรการ/แนวทางประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 5 : ตามแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลมหาสารคาม ปี 2558				
ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	กลยุทธ์	มิติคุณภาพ (core value)	มาตรการ/แนวทาง
		3. พัฒนาสิ่งแวดล้อมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ		<b>1. พัฒนาเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ</b> 1.1 การส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้ให้และรับบริการ 1.2 จัดสภาพแวดล้อมที่ดีด้านสังคมจิตใจ 1.3 จัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะแก่การเรียนรู้ 1.4 สนับสนุนด้านอาหารเพื่อสุขภาพ 1.5 ส่งเสริมให้ใช้วัสดุที่ไม่อันตรายต่อสุขภาพ <b>2. พัฒนาการพิทักษ์สิ่งแวดล้อม</b> 2.1 มีระบบน้ำเสียที่มีประสิทธิภาพ 2.2 ลดปริมาณของเสียต่อสิ่งแวดล้อม 2.3 กำจัดขยะได้ถูกสุขลักษณะ 2.4 ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสิ่งแวดล้อม

ตัวชี้วัดตามประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 5 : ปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานและพัฒนาสิ่งแวดล้อม

เป้าประสงค์	กลยุทธ์	KPI	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบKPI	ผู้จัดเก็บKPI	
1. ปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานและสิ่งสนับสนุนให้ได้มาตรฐานที่เอื้อต่อสุขภาพและประชาชน	1. พัฒนาลingkunganทางกายภาพและความปลอดภัย	1. ร้อยละของอุบัติการณ์ด้านความปลอดภัยทางกายภาพลดลง	ลดลง10% จากปีที่ ผ่านมา	นางกัญตา คำพอ	นายสุระศักดิ์ จันทพิมพ์	
		2. ร้อยละของความสำเร็จในการจัดหาสภาพสิ่งแวดล้อมตามแผนฯ 1, 6	100 %	นางกัญตา คำพอ	นายสุระศักดิ์ จันทพิมพ์	
		3. ร้อยละของอุบัติการณ์ด้านวัสดุและของเสียอันตรายลดลง	ลดลง 10 % จากปีที่ ผ่านมา	นางกัญตา คำพอ	นายสุระศักดิ์ จันทพิมพ์	
	2. พัฒนาระบบสาธารณูปโภคและเครื่องมือ		4. จำนวนเรื่องการซ่อมแซมตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน 1 ครั้ง/เรื่อง/ปี	ทุกเรื่อง	นางกัญตา คำพอ	นายสุระศักดิ์ จันทพิมพ์
			5. ร้อยละของอุบัติการณ์จากการไม่พร้อมใช้ของเครื่องมือ	ลดลง 10 % จากปีที่ ผ่านมา	นางกัญตา คำพอ	นายสุระศักดิ์ จันทพิมพ์
			6. ร้อยละของการความสำเร็จในการจัดหาเครื่องมือตามแผนฯ 1, 6	100 %	นางกัญตา คำพอ	นายสุระศักดิ์ จันทพิมพ์

ตัวชี้วัดตามประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 5 : ปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานและพัฒนาสิ่งแวดล้อม

เป้าประสงค์	กลยุทธ์	KPI	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบKPI	ผู้จัดเก็บKPI
		7. ร้อยละของอุบัติการณ์จากการไม่พร้อมใช้ของสาธารณูปโภค	ลดลง 10 % จากปีที่ ผ่านมา	นางกัญตา คำพอ	นายสุระศักดิ์ จันทพิมพ์
		8. ร้อยละของความสำเร็จในการจัดหาสาธารณูปโภคตามแผนฯ1, 6	100 %	นางกัญตา คำพอ	นายสุระศักดิ์ จันทพิมพ์
	3. พัฒนาสิ่งแวดล้อมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ	9. สัดส่วนของการเพิ่มขึ้นของกิจกรรมหรือพื้นที่เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ	≥1	นางกัญตา คำพอ	นายสุระศักดิ์ จันทพิมพ์
		10. ร้อยละค่าพารามิเตอร์ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	100 %	นางกัญตา คำพอ	นายสุระศักดิ์ จันทพิมพ์
		11. สัดส่วนของขยะรีไซเคิล	≥1	นางกัญตา คำพอ	นายสุระศักดิ์ จันทพิมพ์

มาตรการ/แนวทางประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 6 ตามแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลมหาสารคาม ปี 2558

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	กลยุทธ์	มิติคุณภาพ (core value)	มาตรการ/แนวทาง
6. สนับสนุนภาคีเครือข่ายให้ เข้มแข็งในด้านสุขภาพ	1. พัฒนาระบบบริการด้าน สุขภาพแบบองค์รวม	1. พัฒนาระบบบริการ การแพทย์พอเพียง (Sufficiency Medicine)	M S K H	1. พัฒนาการให้ความรู้เพื่อส่งเสริมสุขภาพ เฉพาะรายโรคสำคัญ ได้แก่ 1.1 DM, HT 1.2 ตั้งครรภ์วัยรุ่น/Preterm 1.3 ต้อกระจก 1.4 ข้อเข่าเสื่อม 1.5 Head Injury 1.6 Stroke 1.7 STEMI

มาตรการ/แนวทางประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 6 ตามแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลมหาสารคาม ปี 2558				
ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	กลยุทธ์	มิติคุณภาพ (core value)	มาตรการ/แนวทาง
				1.8 ใช้เลือดออก 1.9 มะเร็งท่อน้ำดี 1.10 บุหรี่/สุรา
				2. จัดระบบป้องกันโรคในกลุ่มปกติ และกลุ่มเสี่ยง 2.1 การให้วัคซีนป้องกันโรค 2.2 การคัดกรองเบื้องต้น 2.3 การป้องกันอุบัติเหตุ 2.4 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 2.5 การพัฒนาทักษะ 2.6 การEmpowerment 2.7 การสร้างการมีส่วนร่วม
				2.8 การสร้างเครือข่ายแกนนำ 2.9 การใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ 2.10 การส่งเสริมสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ 2.11 การรณรงค์เฝ้าระวัง/สร้างกระแส

มาตรการ/แนวทางประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 6 ตามแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลมหาสารคาม ปี 2558				
ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	กลยุทธ์	มิติคุณภาพ (core value)	มาตรการ/แนวทาง
				2.12 การสร้างนโยบายสาธารณะ 2.13 การจัดทำมาตรการสังคม 2.14 การดำเนินงานหมู่บ้านจัดการด้าน สุขภาพ 2.15 ศูนย์เรียนรู้ชุมชน
				3. การวินิจฉัยโรคอย่างรวดเร็วและได้รับการ รักษาในระยะเริ่มก่อนรุนแรง 3.1 การพัฒนาสมรรถนะ 3.2 พัฒนาระบบการจัดการรายโรค
				4. ได้รักษาโรคสำคัญอย่างมีมาตรฐาน เท่า เทียม ใกล้เคียงใกล้เคียง ตามเกณฑ์การพัฒนา หน่วยบริการปฐมภูมิ และการพัฒนาคุณภาพ บริการปฐมภูมิ(PCA) 4.1 การดำเนินงานหมอบรรอบครัว 4.2 การดำเนินงานศาลาอนามัย
				5. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

มาตรการ/แนวทางประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 6 ตามแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลมหาสารคาม ปี 2558

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	กลยุทธ์	มิติคุณภาพ (core value)	มาตรการ/แนวทาง
				6. ประสานความร่วมมือทางการแพทย์ระดับต่างๆ เพื่อให้ประชาชนได้รับการรักษาอย่างเป็นระบบ มีประสิทธิภาพ และมีเครือข่ายในการดูแลเฝ้าระวัง ส่งต่อเพื่อการรักษาที่มีคุณภาพ 6.1 การพัฒนาระบบการเชื่อมโยงข้อมูลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนรายโรค/รายPCT/ตำบล
		2. พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิ		1. จัดระบบบริการให้ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย โดยแบ่งกลุ่มผู้ป่วยปฐมภูมิให้ได้รับการรักษาในหน่วยบริการปฐมภูมิ และส่งต่อในหน่วยบริการทุติยภูมิตามเกณฑ์ เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลด้วยโรคที่รักษาได้ในเบื้องต้น

ตัวชี้วัดตามประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 6 : สนับสนุนภาคีเครือข่ายให้เข้มแข็งในด้านสุขภาพ

เป้าประสงค์	กลยุทธ์	KPI	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ KPI	ผู้จัดเก็บ KPI
1. พัฒนาระบบบริการด้านสุขภาพแบบองค์รวม	1. พัฒนาระบบบริการการแพทย์พอเพียง (Sufficiency Medicine)	1. ร้อยละของหมู่บ้านที่มีการให้ความรู้ในโรคสำคัญทางหอกระจายข่าว	80%	นพ.ไพบุลย์ อัครธนบดี	นางนิรมล โทแก้ว
		2. ร้อยละประชากร อายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง	90%	นพ.ไพบุลย์ อัครธนบดี	นางวิศรุดา ตีเมืองซ้าย
		3. ร้อยละประชากร อายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคซึมเศร้า	90%	นพ.ไพบุลย์ อัครธนบดี	นางฉวีวรรณ เผ่าพันธุ์, นายปรีชา เสนาวงษ์
		4. ร้อยละสตรี อายุ 30 - 60 ปีที่มีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	≥80%	นพ.ไพบุลย์ อัครธนบดี	นางวิศรุดา ตีเมืองซ้าย
		5. ร้อยละของเด็กอายุ 5 ปีที่ได้รับวัคซีน BCG, DTP3-4-5 OPV3-4-5-HB 3ครบชุดตามเกณฑ์	≥90%	นพ.ไพบุลย์ อัครธนบดี	นางทิพย์จันทร์ ภูคำวงศ์, นางนงเยาว์ ทุมวัน
		6. ร้อยละเด็กเด็กอายุ 1 ปีที่ได้รับวัคซีนหัด	≥95%	นพ.ไพบุลย์ อัครธนบดี	นางทิพย์จันทร์ ภูคำวงศ์, นางนงเยาว์

ตัวชี้วัดตามประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 6 : สนับสนุนภาคีเครือข่ายให้เข้มแข็งในด้านสุขภาพ

เป้าประสงค์	กลยุทธ์	KPI	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ KPI	ผู้จัดเก็บ KPI
					ทุมวัน
		7. ร้อยละเด็กอายุ 2 ปี ที่ได้รับวัคซีนE2-3	≥80%	นพ.ไพบุลย์ อัครธนบดี	นางทิพย์จันทร์ ภูคำวงศ์ , นางนงเยาว์ ทุมมา
		8. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ฝาก ครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์	60%	นพ.ไพบุลย์ อัครธนบดี	นางฉวีวรรณ เผ่าพันธุ์
		9. ร้อยละของหน่วยบริการปฐม ภูมิผ่านมาตรฐานการดำเนินงาน WCC/ANCคุณภาพ	60%	นพ.ไพบุลย์ อัครธนบดี	นางฉวีวรรณ เผ่าพันธุ์
		10. ร้อยละของหน่วยบริการปฐม ภูมิผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน LTC(Long Term care )	60%	นพ.ไพบุลย์ อัครธนบดี	นางฉวีวรรณ เผ่าพันธุ์
		11. อัตราการเกิดอุบัติเหตุทาง ท้องถนน	ไม่เกินร้อยละ 18/แสน ประชากร	นพ.ไพบุลย์ อัครธนบดี	นางฉวีวรรณ เผ่าพันธุ์
		12. อัตราการตั้งครรถ์ในกลุ่ม มารดาอายุ15-19 ปี	ไม่เกินหรือ เท่ากับ50/พัน ประชากร	นพ.ไพบุลย์ อัครธนบดี	นางฉวีวรรณ เผ่าพันธุ์

ตัวชี้วัดตามประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 6 : สนับสนุนภาคีเครือข่ายให้เข้มแข็งในด้านสุขภาพ

เป้าประสงค์	กลยุทธ์	KPI	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ KPI	ผู้จัดเก็บ KPI
		13. ร้อยละของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานความดันที่มีอาการฉุกเฉินด้วยอาการของ stroke,STEMI ได้รับการส่งต่อทันเวลา ตามเกณฑ์ (stroke/STEMI Fast tract)	80%	นพ.ไพบุลย์ อัครนบดี	นางวิศรุดา ตีเมืองชัย
		14. ร้อยละของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ป่วยเป็นโรคเบาหวานรายใหม่	ไม่เกินร้อยละ5	นพ.ไพบุลย์ อัครนบดี	นางวิศรุดา ตีเมืองชัย
		15. ร้อยละหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ	80%	นพ.ไพบุลย์ อัครนบดี	นางพัชรา พรหมอารักษ์
		16. ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิผ่านเกณฑ์PCAชั้น3	85%	นพ.ไพบุลย์ อัครนบดี	นางฉวีวรรณ เผ่าพันธุ์
		17. ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีการดำเนินงานหออกรอครบถ้วน	80%	นพ.ไพบุลย์ อัครนบดี	นางพัชรา พรหมอารักษ์
		18. ร้อยละของผู้ป่วยเรื้อรังที่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีขึ้น	≥85%	นพ.ไพบุลย์ อัครนบดี	นางกาญจนาวดี แก้วตา
		19. ร้อยละของหน่วยบริการปฐม	80%	นพ.ไพบุลย์ อัครนบดี	นางวิศรุดา

ตัวชี้วัดตามประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 6 : สนับสนุนภาคีเครือข่ายให้เข้มแข็งในด้านสุขภาพ

เป้าประสงค์	กลยุทธ์	KPI	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ KPI	ผู้จัดเก็บ KPI
		ภูมิที่มีการดำเนินงานหมู่บ้านต้นแบบส่งเสริมสุขภาพในโรคเรื้อรัง			ตรีเมืองชัย
	2. พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิ	20. ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยปฐมภูมิเพื่อการรักษาในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิได้ถูกต้องตามเกณฑ์	80%	นพ.ไพบุลย์ อัครธนบดี	นางฉวีวรรณ เผ่าพันธุ์, นายนิพนธ์ นาสุรวงศ์
		21. สัดส่วนการใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิต่อการใช้บริการที่โรงพยาบาล	≥1.5	นพ.ไพบุลย์ อัครธนบดี	นางพัชรา พรหมอารักษ์



ตัวชี้วัด	1. ร้อยละผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มที่ Refer out ไปรพ.ที่มีศักยภาพสูงกว่าลดลง
-----------	--

<p><b>คำนิยาม</b></p>	<p>การส่งต่อ หมายถึง การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปรับการรักษาต่อในสถานบริการระดับเดียวกัน หรือสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า เช่น กรณีขาดแพทย์เฉพาะทาง ขาดเครื่องมือ อุปกรณ์ จำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการวินิจฉัยรักษา ผ่าตัด ชันสูตร เป็นต้น และทำให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลปลายทางนั้นๆ (การส่งต่อรวมทั้งฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินและทุกสิทธิการรักษา) เขตบริการ หมายถึง เครือข่ายบริการ 12 เขต ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ นอกเขตบริการ หมายถึง การส่งต่อไปจังหวัดที่อยู่นอกเขตเครือข่ายบริการของตนเองรวมถึงสถานบริการที่อยู่กลางผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม หมายถึง กลุ่มโรคเป้าหมายสู่ความเชี่ยวชาญระดับสูง(หัวใจ มะเร็ง ทารกแรกเกิด อุบัติเหตุ) พัฒนาการรักษาด้วยเทคโนโลยีขั้นสูง (High technology)ได้แก่</p> <p><u>1.สูติกรรม</u> : Lap. Gynae (Ovary, Uterus) : US prenatal diagnosis</p> <p><u>2.ศัลยกรรม</u> -General Surgery : Lap. Colectomy : Endothyroid (transoral) : Laser CBD stone -Neuro surgery : Brain tumor surgery -Uro surgery : Lap. Nephrectomy</p> <p><u>3.อายุรกรรม</u> - อายุรกรรมโรคหัวใจ : โรคหัวใจและหลอดเลือด echo, CCU - อายุรกรรมโรคเลือด : Hematologic - malignancy</p> <p><u>4.กุมารเวชกรรม</u> : Laser ROP</p> <p><u>5.ศัลยกรรมกระดูกและข้อ</u> : Arthroplasty</p> <p><u>6.จักษุ</u> : vitreoretinal surgery : corneal transplant</p> <p><u>7.หู คอ จมูก</u> : Endoscopic Sinus Surgery : Obstructive sleep apnea</p>
<p><b>เกณฑ์เป้าหมาย</b></p>	<p>ลดลงร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา</p>
<p><b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b></p>	<p>ผู้ป่วยกลุ่มโรคเป้าหมายสู่ความเชี่ยวชาญระดับสูง (หัวใจ มะเร็ง ทารกแรกเกิด อุบัติเหตุ High technologyทุก PCT)</p>
<p><b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b></p>	<p>วิเคราะห์ข้อมูล</p>
<p><b>แหล่งข้อมูล</b></p>	<p>ศูนย์ส่งต่อ /PCT กลุ่มโรคเป้าหมาย</p>
<p><b>รายการข้อมูล 1</b></p>	<p>A = จำนวนการส่งต่อผู้ป่วยที่ Refer out กลุ่มหัวใจ มะเร็ง ทารกแรกเกิด อุบัติเหตุ</p>

	High technology ไปรพ.ที่มีศักยภาพสูงกว่าปี 2557				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนการส่งต่อผู้ป่วยที่ Refer out กลุ่มหัวใจ มะเร็ง ทารกแรกเกิด อุบัติเหตุ High technology ไปรพ.ที่มีศักยภาพสูงกว่าปี 2558				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A-B) / A \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2555	2556	2557
	-	-	N/A	N/A	N/A
เกณฑ์การประเมิน :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	ลดลงร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา	ลดลงร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา	ลดลงร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา	ลดลงร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา	
วิธีการประเมินผล :	-				
เอกสารสนับสนุน :	-				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางจุลินทร ศรีโพนทัน นางกนกวรรณ เจริญศิริ				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล	ศูนย์ส่งต่อและสั่งการ				
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางจุลินทร ศรีโพนทัน นางกนกวรรณ เจริญศิริ				

ตัวชี้วัด	2. ร้อยละผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มRefer in เพิ่มขึ้น
คำนิยาม	<p>การRefer in หมายถึง การรับการส่งต่อผู้ป่วยจากสถานบริการระดับเดียวกันหรือสถานบริการที่มีศักยภาพต่ำกว่า เช่นกรณีขาดแพทย์เฉพาะทาง ขาดเครื่องมืออุปกรณ์ จำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยมาเพื่อการวินิจฉัยรักษา ผ่าตัด ชันสูตร เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อจากสถานพยาบาลต้นทางนั้นๆในผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม ผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม หมายถึงกลุ่มโรคเป้าหมายสู่ความเชี่ยวชาญระดับสูง (หัวใจ มะเร็ง ทารกแรกเกิด อุบัติเหตุ High technologyทุก PCT) พัฒนาการรักษาด้วยเทคโนโลยีขั้นสูง (High technology) ได้แก่</p> <p><u>1.สูติกรรม</u> : Lap Gynae (Ovary, Uterus) : US prenatal diagnosis</p> <p><u>2.ศัลยกรรม</u></p> <p>-General Surgery : Lap. Colectomy : Endothyroid (transoral) : Laser CBD stone</p> <p>-Neuro surgery : Brain tumor surgery</p> <p>-Uro surgery : Lap. Nephrectomy</p> <p><u>3.อายุรกรรม</u></p> <p>- อายุรกรรมโรคหัวใจ : โรคหัวใจและหลอดเลือด echo, CCU</p> <p>- อายุรกรรมโรคเลือด : Hematologic - malignancy</p> <p><u>4.กุมารเวชกรรม</u> : Laser ROP</p> <p><u>5.ศัลยกรรมกระดูกและข้อ</u> : Arthroplasty</p> <p><u>6.จักษุ</u> : vitreoretinal surgery : corneal transplant</p> <p><u>7.หู คอ จมูก</u> : Endoscopic Sinus Surgery : Obstructive sleep apnea</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	เพิ่มขึ้นร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม หมายถึงกลุ่มโรคเป้าหมายสู่ความเชี่ยวชาญระดับสูง (หัวใจ มะเร็ง ทารกแรกเกิด อุบัติเหตุ High technologyทุก PCT)				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	วิเคราะห์ข้อมูล				
แหล่งข้อมูล	ศูนย์ข้อมูล / ศูนย์ส่งต่อ / PCT กลุ่มโรคเป้าหมาย				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนการส่งต่อผู้ป่วยที่ Refer in มาโรงพยาบาลมหาสารคาม กลุ่มโรคหัวใจ มะเร็ง ทารกแรกเกิด อุบัติเหตุ High technology ปี 2557				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนการส่งต่อผู้ป่วยที่ Refer in มาโรงพยาบาลมหาสารคามหัวใจ กลุ่มมะเร็ง ทารกแรกเกิด อุบัติเหตุ High technologyปี 2558				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A-B) / A \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	รอบ 6 เดือนและรอบ 12 เดือน				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2555	2556	2557
	-	-	N/A	N/A	N/A
เกณฑ์การประเมิน :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	เพิ่มขึ้นร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา	-	เพิ่มขึ้นร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา	
วิธีการประเมินผล :	-				
เอกสารสนับสนุน :	-				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางจุลินทร ศรีโพนทัน นางกนกวรรณ เจริญศิริ				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล	ศูนย์ส่งต่อและสั่งการ				
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางจุลินทร ศรีโพนทัน นางกนกวรรณ เจริญศิริ				

ตัวชี้วัด	3. ร้อยละความพึงพอใจของการให้บริการด้วยเทคโนโลยีขั้นสูง
คำนิยาม	<p>1. การประเมินความพึงพอใจในการให้บริการด้วยเทคโนโลยีขั้นสูง หมายถึง การประเมินโดยใช้แบบสอบถามซึ่งมีข้อความ "ท่านมีความพึงพอใจต่อการให้บริการด้วยเทคโนโลยีขั้นสูงโดยรวมในระดับใด" สอบถามจากผู้รับบริการในผู้ป่วยที่ให้บริการด้วยเทคโนโลยีขั้นสูง</p> <p>2. ระดับความพึงพอใจ หมายถึง ระดับความรู้สึกพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับที่ระบุไว้ในแต่ละข้อความของแบบสอบถาม ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับจากน้อยที่สุดไปถึงมากที่สุด</p> <p>3. การวัดระดับความพึงพอใจ หมายถึง การประเมินความรู้สึกต่อการบริการที่ได้รับของผู้ป่วย โดยวัดเฉพาะผู้ป่วยที่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับ 4 - 5 เท่านั้น</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	≥80
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้รับบริการผู้ป่วยในที่ได้รับบริการด้วยเทคโนโลยีขั้นสูง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ผู้รับบริการผู้ป่วยในที่ได้รับบริการด้วยเทคโนโลยีขั้นสูง
แหล่งข้อมูล	แบบสำรวจ
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามที่มีระดับความพึงพอใจระดับ 4 และ 5
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 6 เดือน (ตัวชี้วัดรายครึ่งปี)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2555	2556	2557
	-	-	-	-	-

เกณฑ์การประเมิน :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	≥80	-	≥80

วิธีการประเมินผล :	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
เอกสารสนับสนุน :	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นพ.สุรกิจ ยศพล/ นางช่อทิพย์ ภาวิตปัญญา
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล	นางช่อทิพย์ ภาวิตปัญญา
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางช่อทิพย์ ภาวิตปัญญา

ตัวชี้วัด	4. มีช่องทางด่วน(Fast track)และแนวทางปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉิน 6 กลุ่มโรค ในระดับเครือข่ายบริการและสถานบริการ
คำนิยาม	ช่องทางด่วน(Fast track) คือระบบการให้บริการ 6กลุ่มโรคที่สำคัญได้แก่ STEMI /Stroke /Trauma/ NB/ High risk pregnancy /sepsisในโรงพยาบาลมหาสารคามและเครือข่าย
เกณฑ์เป้าหมาย	มีระบบครบทุกFast track 100%
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วย6กลุ่มโรคที่สำคัญได้แก่ STEMI /Stroke /Trauma/ NB/ High risk pregnancy /sepsisที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาสารคามและเครือข่าย
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	-
แหล่งข้อมูล	-
รายการข้อมูล 1	มี /ไม่มีช่องทางด่วน(Fast track)และแนวทางปฏิบัติ
รายการข้อมูล 2	-
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 6 เดือน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2555	2556	2557
	-	-	-	-	-
เกณฑ์การประเมิน :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	มีระบบครบทุก Fast track 100%	-	มีระบบครบทุก Fast track 100%	
วิธีการประเมินผล :	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี				
เอกสารสนับสนุน :	-				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นพ.สุรกิจ ยศพล/ นางช่อทิพย์ ภาวิตปัญญา				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล	นางช่อทิพย์ ภาวิตปัญญา				
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางช่อทิพย์ ภาวิตปัญญา				

ตัวชี้วัด	5. มีระบบการให้คำปรึกษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ในเครือข่ายและระดับจังหวัด
คำนิยาม	มีระบบการให้คำปรึกษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ในโรงพยาบาลมหาสารคาม
เกณฑ์เป้าหมาย	มีระบบ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลมหาสารคาม
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	-
แหล่งข้อมูล	-
รายการข้อมูล 1	มี/ไม่มีระบบการให้คำปรึกษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ในโรงพยาบาลมหาสารคามและ เครือข่าย

รายการข้อมูล 2	-				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-				
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 6 เดือน				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2555	2556	2557
	-	-	-	-	-
เกณฑ์การประเมิน :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	มีระบบ	-	มีระบบ	
วิธีการประเมินผล :	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี				
เอกสารสนับสนุน :	-				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นพ.สุรกิจ ยศพล/ นางช่อทิพย์ ภาวิตปัญญา				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล	นางช่อทิพย์ ภาวิตปัญญา				
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางช่อทิพย์ ภาวิตปัญญา				

ตัวชี้วัด	6. ร้อยละผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน(สีแดง)ได้รับการรักษาโดยแพทย์ทุกราย
คำนิยาม	ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน(สีแดง) หมายถึง ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินตามประเภทของ triage ระดับ 1 ฉุกเฉินมาก Emergency Condition ภาวะที่มีอันตราย 1A ความ

	เสียงสูงต่อชีวิต Immediate life Threatening ต้องการตรวจรักษาทันทีไม่เกิน 4 นาที ซึ่งเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ไม่รวมกรณีเสียชีวิตผู้ป่วยคลินิกนอกเวลา ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องนอนรักษาที่ Emergency Department หรือ admit)				
เกณฑ์เป้าหมาย	100 %				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินตามประเภทของ triage ระดับ 1				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูล โรงพยาบาลมหาสารคาม				
แหล่งข้อมูล	ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน				
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน(สีแดง)ได้รับการรักษาโดยแพทย์				
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน(สีแดง)ที่เข้ารับการรักษาในเดือนนั้น				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2555	2556	2557
	-	-	-	-	-
เกณฑ์การประเมิน :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	100 %	-	100 %	
วิธีการประเมินผล :	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี				
เอกสารสนับสนุน :	-				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นพ.สุรกิจ ยศพล/ นางช่อทิพย์ ภาวิตปัญญา				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล	นางช่อทิพย์ ภาวิตปัญญา				
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางช่อทิพย์ ภาวิตปัญญา				

ตัวชี้วัด	<b>7. ร้อยละการบรรลุตามตัวชี้วัด Safety goal (13ตัวชี้วัด)</b>	
คำนิยาม	1. Safety goal เป้าหมายความปลอดภัยที่ให้พิจารณาไปสู่การปฏิบัติอย่างจริงจัง ควบคู่กับการติดตามผล	
	2. การบรรลุตามตัวชี้วัด Safety goal 13 ตัวชี้วัด ที่รพ.มหาสารคามกำหนด และติดตามผล ดังนี้	
	<b>ตัวชี้วัด Safety goal</b>	<b>เป้าหมาย</b>
	1. อัตราการเสียชีวิตภายหลังการผ่าตัดภายใน24ชม.	< ร้อยละ 0.1
	2. อุบัติการณ์การทำผ่าตัดผิดข้างผิดคน ผิดตำแหน่ง	0
	3. อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (:1,000vent.days)	≤ ร้อยละ 10
	4. อัตราการติดเชื้อในแผลผ่าตัดสะอาด (clean wound)	≤ ร้อยละ 0.10
	5. อุบัติการณ์ medication error ระดับ F ขึ้นไป	0
	6. อุบัติการณ์การแพ้ยาซ้ำ	0
	7. อุบัติการณ์การให้เลือดผิดคน	0
	8. อัตราการส่งสิ่งส่งตรวจ/ผลชิ้นเนื้อ/ผิดคน/ผิดประเภท/ผิดชนิด	< ร้อยละ %
	9. อุบัติการณ์การทำหัตถการผิดข้าง ผิดคน ผิดตำแหน่ง	0
	10. อุบัติการณ์ผู้ป่วยพลัดตก หกล้ม	ลดลงร้อยละ 10/ปี
	11. อัตราท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด (: 1,000 vent.days)	< ร้อยละ 5
12. อัตราการเกิด Postpartum Hemorrhage	< ร้อยละ 1	
13. อัตราการเกิดBirth Asphyxia (: 1,000 vent.days)	< ร้อยละ 30	
เกณฑ์เป้าหมาย	≥80 %	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาสารคาม	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	-	
แหล่งข้อมูล	ศูนย์ข้อมูล,โปรแกรมความเสี่ยง,งานพัฒนาคุณภาพ	
รายการข้อมูล 1	A =จำนวนตัวชี้วัด Safety goal ที่บรรลุเป้าหมาย	
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนตัวชี้วัด Safety goal ทั้งหมด	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$	

ระยะเวลาประเมินผล	เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2555	2556	2557
	-	-	-	-	-
เกณฑ์การประเมิน :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	≥80%	-	≥80%	
วิธีการประเมินผล :	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี				
เอกสารสนับสนุน :	-				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางเพ็ญศรี บำรุง/ นางช่อทิพย์ ภาวิตปัญญา				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	นางช่อทิพย์ ภาวิตปัญญา				
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางช่อทิพย์ ภาวิตปัญญา				

ตัวชี้วัด	8. ร้อยละการเสียชีวิตรวมในโรงพยาบาล				
คำนิยาม	1. ผู้ป่วย หมายถึง ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษา ในโรงพยาบาลมหาสารคาม (ไม่รวมการเสียชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาล) 2. การเสียชีวิตของผู้ป่วย ทุกสาเหตุของการเสียชีวิตผู้ป่วย 3. การจำหน่ายทุกสถานะ หมายถึง การที่ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาล ในทุกสถานะ ทุกกรณี				
เกณฑ์เป้าหมาย	≤2%				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษา ในโรงพยาบาลมหาสารคาม				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูล โรงพยาบาลมหาสารคาม				
แหล่งข้อมูล	ศูนย์ข้อมูล โรงพยาบาลมหาสารคาม				
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนครั้งของการจำหน่ายด้วยการเสียชีวิตของผู้ป่วย				
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนครั้งของการจำหน่ายทุกสถานะของผู้ป่วย				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2555	2556	2557
	-	-	-	-	-
เกณฑ์การประเมิน :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	≤2%	-	≤2%	
วิธีการประเมินผล :	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี				
เอกสารสนับสนุน :	-				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางเพ็ญศรี บำรุง/ นางช่อทิพย์ ภาวิตปัญญา				

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	นางช่อทิพย์ ภาวิตปัญญา
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางช่อทิพย์ ภาวิตปัญญา

ตัวชี้วัด	9. ร้อยละการกลับมารักษาซ้ำ ER ภายใน 48 ชม.				
คำนิยาม	1. ผู้ป่วยแผนกฉุกเฉิน(ER) หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจรักษา ที่แผนกฉุกเฉิน (ER) โดยไม่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 2. การรับกลับเข้า รพ.ของผู้ป่วยฉุกเฉิน ภายใน 48 ชม. โดยไม่ได้วางแผนหลังจำหน่ายจาก รพ. ด้วยสถานการณ์อนุญาตหลังตรวจรักษา (status = improve) ยกเว้นผู้ป่วยที่ไปรักษาที่ รพ.อื่น				
เกณฑ์เป้าหมาย	≤1%				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยนอกที่ตรวจรักษาที่แผนกฉุกเฉิน (ER)				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูล โรงพยาบาลมหาสารคาม				
แหล่งข้อมูล	ศูนย์ข้อมูล โรงพยาบาลมหาสารคาม				
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนผู้ป่วยที่ต้องกลับมารับการตรวจซ้ำ ที่แผนกฉุกเฉิน (ER) ภายใน 48ชม. หลังออกจากโรงพยาบาล				
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนผู้ป่วยที่มารับการตรวจ ในเดือนเดียวกัน				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2555	2556	2557
	-	-	-	-	-

เกณฑ์การประเมิน :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	≤1%	-	≤1%
วิธีการประเมินผล :	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี		
เอกสารสนับสนุน :	-		
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางเพ็ญศรี บำรุง/ นางช่อทิพย์ ภาวิตปัญญา		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	นางช่อทิพย์ ภาวิตปัญญา		
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางช่อทิพย์ ภาวิตปัญญา		

ตัวชี้วัด	10. ร้อยละการกลับมารักษาซ้ำ OPD ภายใน 72 ชม.
คำนิยาม	1. ผู้ป่วยนอก(OPD) หมายถึง ผู้ป่วยที่รักษาใน รพ.ที่แผนกผู้ป่วยนอกโดยไม่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 2. การรับกลับเข้า รพ.ของผู้ป่วยนอกภายใน 72 ชม. โดยไม่ได้วางแผนหลังจำหน่ายจาก รพ. ด้วยสถานการณ์อนุญาตหลังตรวจรักษา (status = improve) ยกเว้นผู้ป่วยที่ไปรักษาที่ รพ.อื่น
เกณฑ์เป้าหมาย	≤2%
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยนอกที่ตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก(OPD)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูล โรงพยาบาลมหาสารคาม
แหล่งข้อมูล	ศูนย์ข้อมูล โรงพยาบาลมหาสารคาม
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนผู้ป่วยที่ต้องกลับมารับการตรวจซ้ำ ที่ผู้ป่วยนอก (OPD) ภายใน 72 ชม. หลังออกจากโรงพยาบาล
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ ในเดือนเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$

ระยะเวลาประเมินผล	เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2555	2556	2557
	-	-	-	-	-
เกณฑ์การประเมิน :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	≤2%	-	≤2%	
วิธีการประเมินผล :	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี				
เอกสารสนับสนุน :	-				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางเพ็ญศรี บำรุง/ นางช่อทิพย์ ภาวิตปัญญา				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	นางช่อทิพย์ ภาวิตปัญญา				
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางช่อทิพย์ ภาวิตปัญญา				

ตัวชี้วัด	11. ร้อยละการกลับมารักษาซ้ำ IPD ภายใน 28 วัน
คำนิยาม	1. ผู้ป่วยใน หมายถึง ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาใน รพ. (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป 2. การรับกลับเข้า รพ.ของผู้ป่วยในภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผนหลังจำหน่ายจากรพ. ด้วยสถานการณ์อนุญาตให้กลับบ้าน (status = improve) ยกเว้นผู้ป่วยที่ไปรักษาที่ รพ.อื่น หรือไม่ยินยอมรับการรักษาดังแผน
เกณฑ์เป้าหมาย	≤2%
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยใน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูล โรงพยาบาลมหาสารคาม
แหล่งข้อมูล	ศูนย์ข้อมูล โรงพยาบาลมหาสารคาม

รายการข้อมูล 1	A= จำนวนผู้ป่วยที่ต้องรับกลับเข้าโรงพยาบาลโดยไม่ได้วางแผน ภายใน 28 วัน หลังออกจากโรงพยาบาล				
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนผู้ป่วยที่จำหน่าย ในเดือนก่อนหน้านั้น				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2555	2556	2557
	-	-	-	-	-
เกณฑ์การประเมิน :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	≤2%	-	≤2%	
วิธีการประเมินผล :	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี				
เอกสารสนับสนุน :	-				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางเพ็ญศรี บำรุง/ นางช่อทิพย์ ภาวิตปัญญา				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	นางช่อทิพย์ ภาวิตปัญญา				
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางช่อทิพย์ ภาวิตปัญญา				

ตัวชี้วัด	<b>12. ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยนอก</b>
คำนิยาม	<p>1. การประเมินความพึงพอใจในภาพรวม หมายถึง การประเมินโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งมีข้อความถาม "ท่านมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับจากโรงพยาบาลโดยรวมในระดับใด" สุ่มสอบถามจากผู้รับบริการในกระบวนการให้บริการผู้ป่วยนอกทั้งหมด</p> <p>2. ระดับความพึงพอใจ หมายถึง ระดับความรู้สึกพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับที่ระบุไว้ในแต่ละข้อความของแบบสอบถาม ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับจากน้อยที่สุดไปถึงมาก</p>

	ที่สุด 3. การวัดระดับความพึงพอใจ หมายถึง การประเมินความรู้สึกต่อบริการที่ได้รับของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับ 4 - 5 เท่านั้น				
เกณฑ์เป้าหมาย	≥80%				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้รับบริการผู้ป่วยนอกในช่วงเวลานั้น				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สุ่มจำนวนผู้รับบริการผู้ป่วยนอก				
แหล่งข้อมูล	แบบสำรวจ				
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามที่มีระดับความพึงพอใจระดับ 4 และ 5				
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 6 เดือน (ตัวชี้วัดรายครึ่งปี)				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2555	2556	2557
	-	-	-	-	-
เกณฑ์การประเมิน :					
	รอบ 6 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	≥80%	-	≥80%	
วิธีการประเมินผล :	ยิ่งมาก = ยิ่งคุณภาพดี				
เอกสารสนับสนุน :	-				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางเพ็ญศรี บำรุง/ นางช่อทิพย์ ภาวิตปัญญา				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	นางช่อทิพย์ ภาวิตปัญญา				
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางช่อทิพย์ ภาวิตปัญญา				

ตัวชี้วัด	13. ร้อยละระยะเวลารอดอยผู้ป่วยนอกลดลง
-----------	---------------------------------------

คำนิยาม	ลดระยะเวลาการรอคอย หมายถึง ลดระยะเวลาที่ใช้ในการรับบริการของผู้รับบริการ นับเวลาตั้งแต่ผู้รับบริการลงทะเบียนเข้ารับบริการจนถึงได้รับยาแล้ว				
เกณฑ์เป้าหมาย	ลดลง $\geq$ 25%				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้มารับบริการผู้ป่วยนอก				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูล โรงพยาบาลมหาสารคาม				
แหล่งข้อมูล	ศูนย์ข้อมูล โรงพยาบาลมหาสารคาม				
รายการข้อมูล 1	A= ระยะเวลาการรอคอยผู้ป่วยนอกเฉลี่ย (นาที) ของช่วงเวลาก่อนหน้า				
รายการข้อมูล 2	B= ระยะเวลาการรอคอยผู้ป่วยนอกเฉลี่ย (นาที) ของช่วงเวลาปัจจุบัน				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$((A-B)/A) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 6 เดือน				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2555	2556	2557
	-	-	-	-	-
เกณฑ์การประเมิน :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	ลดลง $\geq$ 25%	-	ลดลง $\geq$ 25%	
วิธีการประเมินผล :	-				
เอกสารสนับสนุน :	-				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางเพ็ญศรี บำรุง/ นางช่อทิพย์ ภาวิตปัญญา				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	นางช่อทิพย์ ภาวิตปัญญา				
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางช่อทิพย์ ภาวิตปัญญา				

ตัวชี้วัด	14. อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องหายใจ				
คำนิยาม	การติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจสำหรับผู้ป่วยในจากทุกหอผู้ป่วย โดยเกิดจากผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจนานกว่า 48 ชั่วโมง หรือหลังจากการถอดเครื่องช่วยหายใจ ภายใน 48 ชั่วโมง				
เกณฑ์เป้าหมาย	≤ 10 ต่อ 1,000 การใช้เครื่องช่วยหายใจ				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจทั้งหมด				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	-				
แหล่งข้อมูล	IC				
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนครั้งของการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจทั้งหมด				
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนวันนอนผู้ป่วยใน ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 1,000$				
ระยะเวลาประเมินผล	รายเดือน				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2555	2556	2557
	-	-	-	-	-
เกณฑ์การประเมิน :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	≤ 10 ต่อ 1,000 การใช้เครื่องช่วยหายใจ	-	≤ 10 ต่อ 1,000 การใช้เครื่องช่วยหายใจ	
วิธีการประเมินผล :	ค่ายิ่งน้อย = ยิ่งมีคุณภาพดี				
เอกสารสนับสนุน :	THIP				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางเพ็ญศรี บำรุง/ นางช่อทิพย์ ภาวิตปัญญา				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	นางช่อทิพย์ ภาวิตปัญญา				
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางช่อทิพย์ ภาวิตปัญญา				

ตัวชี้วัด	1. อัตราการลาออกของบุคลากร
-----------	----------------------------

คำนิยาม	อัตราการลาออกหมายถึง การออกจากราชการทุกเหตุผลโดยเปรียบเทียบจำนวนบุคลากรที่ออกจากราชการกับจำนวนเฉลี่ยบุคลากรในโรงพยาบาลมหาสารคามและเครือข่าย รวมถึงการลาออก การถูกให้ออกโดยมีความผิดด้วยเหตุผลทางวินัย ซึ่งอัตราการลาออกของบุคลากรสะท้อนให้เห็นถึงความสามารถในการจัดการเพราะเป็นเรื่องที่ควรจะสามารถป้องกันหรือลดได้				
เกณฑ์เป้าหมาย	≤5%				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรภายในโรงพยาบาลมหาสารคามและเครือข่าย				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	วิเคราะห์ข้อมูลการลาออกของบุคลากร ดังนี้ - จัดเก็บข้อมูลการลาออกของกลุ่มที่เป็นตำแหน่งหลักขององค์กรและกลุ่มสายสนับสนุน				
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลอัตราการลาออกจากฝ่าย/กลุ่มงานต่างๆภายในโรงพยาบาลมหาสารคามและเครือข่าย				
รายการข้อมูล 1	จำนวนการลาออกของบุคลากร				
รายการข้อมูล 2	จำนวนบุคลากรทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	เดือนสิงหาคมของทุกปี				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2555	2556	2557
	-	เปอร์เซ็นต์	N/A	N/A	N/A
เกณฑ์การประเมิน :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	≤5%	
วิธีการประเมินผล :	ประเมินจากการ Turn overrate ของบุคลากรในโรงพยาบาล				
เอกสารสนับสนุน :	ข้อมูลการลาออกของข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน ของฝ่ายการเจ้าหน้าที่				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร/ นางสมพร ดาวเรือง				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	นางสมพร ดาวเรือง				
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางสมพร ดาวเรือง				

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2: เสริมสร้างสมรรถนะบุคลากรที่มีความพร้อมในการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัด	2. สัดส่วนชั่วโมงการฝึกอบรมต่อคนต่อปี
คำนิยาม	<p>1. การฝึกอบรมที่นับจำนวนชั่วโมง ได้แก่ การไปพัฒนาความรู้ตามวิชาชีพและด้านคุณภาพงาน ทั้งที่องค์กรเป็นผู้ดำเนินการจัดเอง, การไปพัฒนาความรู้ที่องค์กรภายนอกเป็นผู้จัด และการไปพัฒนาความรู้ ณ ต่างประเทศ โดยมีหลักในการนับชั่วโมงตามกรณี ดังนี้</p> <p>1.1 กรณีไปเป็นวิทยากรโดยไม่เข้าร่วมประชุม จะนับชั่วโมงจริงเฉพาะช่วงเวลาที่เป็นวิทยากรเท่านั้น</p> <p>1.2 กรณีไปเป็นวิทยากรและเข้าร่วมประชุม, กรณีประชุมและเสนอผลงาน จะนับชั่วโมงรวมเป็นประชุม</p> <p>2. การฝึกอบรมที่ไม่นับจำนวนชั่วโมง ได้แก่ การไปปฏิบัติงานตามภาระงานบริหารหรือที่ได้รับมอบหมายด้านการบริหาร (ไปราชการ) ทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ</p> <p>3. การคิดจำนวนชั่วโมงอบรม มีรายละเอียด ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 วัน = 6 ชั่วโมง (ไม่คิดช่วงเวลากักทานอาหารกลางวัน)</li> <li>- 1 เดือน = 23 วันทำการ (กรณีไม่มีกำหนดการอบรมจะไม่คิดวันเสาร์/อาทิตย์ ตามมาตรฐานการคิดเวลาทำงาน)</li> </ul>
เกณฑ์เป้าหมาย	≥80%
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรทางการแพทย์ (แพทย์, ทันตแพทย์, เภสัชกร, เทคนิคการแพทย์, พยาบาลวิชาชีพ, กายภาพบำบัด, รังสีวิทยา, นักกิจกรรมบำบัด)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. เก็บข้อมูลเป็นรายปี (ปีงบประมาณละ 1 ครั้ง) บันทึกข้อมูลของปีงบประมาณก่อนหน้า เข้าสู่ระบบภายในวันที่ 31 ตุลาคม ของปีงบประมาณปัจจุบัน โดยระบบจะปิดรับการบันทึกข้อมูลของปีงบประมาณก่อนหน้า ในวันที่ 1 ของเดือนพฤศจิกายน ในปีงบประมาณปัจจุบัน</p> <p>2. บันทึกผลรวมจำนวนชั่วโมงที่ได้รับการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาทักษะตามสายวิชาชีพของบุคลากรทางการแพทย์ ในรอบการประเมินของปีงบประมาณ</p> <p>3. บันทึกผลรวมบุคลากรทางการแพทย์ทั้งหมด ในรอบการประเมินของปีงบประมาณเดียวกัน</p>
แหล่งข้อมูล	THIP I
รายการข้อมูล 1	A=ผลรวมจำนวนชั่วโมงที่ได้รับการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาทักษะตามสายวิชาชีพบุคลากรทางการแพทย์
รายการข้อมูล 2	B=ผลรวมจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ทั้งหมด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100				
ระยะเวลาประเมินผล	ตัวชี้วัดรายปี				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2555	2556	2557
	-	-	-	-	-
เกณฑ์การประเมิน :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	≥80%	
วิธีการประเมินผล :	-				
เอกสารสนับสนุน :	-				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ทพญ.เพ็ญนภา เหลียงไพบูลย์/ น.ส.ทิพย์พาวณี เพชรวิเชียรชัย				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	น.ส.ทิพย์พาวณี เพชรวิเชียรชัย				
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	น.ส.ทิพย์พาวณี เพชรวิเชียรชัย				

ตัวชี้วัด	3. ร้อยละของบุคลากรที่มีผลงานและสมรรถนะตามตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์
คำนิยาม	1. บุคลากรทางการแพทย์ หมายถึง แพทย์, ทันตแพทย์, เภสัชกร, เทคนิคการแพทย์, พยาบาลวิชาชีพ, กายภาพบำบัด, รังสีวิทยา, นักกิจกรรมบำบัด 2. สมรรถนะ หมายถึง คุณลักษณะเชิงพฤติกรรมที่ทำให้บุคลากรในโรงพยาบาลมหาสารคามปฏิบัติงานได้ผลงานโดดเด่น
เกณฑ์เป้าหมาย	80%
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรทางการแพทย์ (แพทย์, ทันตแพทย์, เภสัชกร, เทคนิคการแพทย์, พยาบาลวิชาชีพ, กายภาพบำบัด, รังสีวิทยา, นักกิจกรรมบำบัด)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. เก็บข้อมูลเป็นรายปี (ปีงบประมาณละ 1 ครั้ง) บันทึกข้อมูลของ 1 ตุลาคม ปีงบประมาณก่อนหน้า เข้าสู่ระบบภายในวันที่ 30 กันยายน ของปีงบประมาณปัจจุบัน โดยระบบจะปิดรับการบันทึกข้อมูลของปีงบประมาณก่อนหน้า ในวันที่ 30 กันยายน ในปีงบประมาณปัจจุบัน 2. บันทึกผลรวมจำนวนชั่วโมงที่ได้รับการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาทักษะตามสายวิชาชีพของบุคลากรทางการแพทย์ ในรอบการประเมินของปีงบประมาณ 3. บันทึกผลรวมบุคลากรทางการแพทย์ทั้งหมด ในรอบการประเมินของปีงบประมาณเดียวกัน
แหล่งข้อมูล	THIP I
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนบุคลากรในสาขาเชี่ยวชาญที่ได้รับการพัฒนาให้เชี่ยวชาญเฉพาะทางตามแผน Service Plan ปี 2558
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนบุคลากรในสาขาเชี่ยวชาญตามแผน Service Plan ปี 2557 ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ตัวชี้วัดรายปี

ตัวชี้วัด	4. ร้อยละของหน่วยงานระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ มีอัตรากำลังเพียงพอตามเกณฑ์มาตรฐาน (FTE, Service Base, Population Base)
-----------	--

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2556	2557	2558
	-	-	-	-	-
เกณฑ์การประเมิน :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	80%	
วิธีการประเมินผล :	-				
เอกสารสนับสนุน :	-				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ทพญ.เพ็ญนภา เหลียงไพบุลย์/ น.ส.ทิพย์พาดิ เพชรวิเชียรชัย				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	น.ส.ทิพย์พาดิ เพชรวิเชียรชัย				
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	น.ส.ทิพย์พาดิ เพชรวิเชียรชัย				

คำนิยาม	อัตรากำลังเพียงพอของหน่วยงาน หมายถึง หน่วยงานระดับปฐมภูมิ,ระดับทุติยภูมิ และหน่วยงานระดับตติยภูมิที่มีบุคลากรเพียงพอทุกสาขาวิชาชีพตามเกณฑ์ที่กำหนดตามมาตรฐาน				
เกณฑ์เป้าหมาย	≥80%				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนบุคลากรภายในโรงพยาบาลมหาสารคามและเครือข่าย				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เกณฑ์ (FTE, Service Base, Population Base)				
แหล่งข้อมูล	การจัดเก็บข้อมูลของฝ่ายการเจ้าหน้าที่				
รายการข้อมูล 1	จำนวนหน่วยงานที่มีอัตรากำลังเพียงพอ				
รายการข้อมูล 2	จำนวนหน่วยงานทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	เดือนสิงหาคมของทุกปี				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2555	2556	2557
	-	เปอร์เซ็นต์	N/A	99.51%	99.60%
เกณฑ์การประเมิน :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	≥80%	
วิธีการประเมินผล :	ประเมินจากอัตรา Turn overrate ในกลุ่มวิชาชีพขาดแคลนสูงสุด				
เอกสารสนับสนุน :	ข้อมูลของฝ่าย/กลุ่มงานของแต่ละวิชาชีพ				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร/ นางสมพร ดาวเรือง				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	นางสมพร ดาวเรือง				
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางสมพร ดาวเรือง				

ตัวชี้วัด	5. อัตราความพึงพอใจต่อบรรยากาศองค์กรของแต่ละกลุ่ม
คำนิยาม	<p>1. การประเมินความพึงพอใจต่อบรรยากาศองค์กรโดยรวม หมายถึง การประเมินโดยใช้แบบสอบถามการประเมินบรรยากาศองค์กรซึ่งมีข้อความถาม “ท่านใดมีความพึงพอใจต่อบรรยากาศองค์กรโดยรวมในระดับใด” สุ่มสอบถามจากกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ทั้งหมดขององค์กร</p> <p>2. ระดับความพึงพอใจ หมายถึง ระดับความรู้สึกพึงพอใจต่อบรรยากาศองค์กรที่ระบุไว้ในแต่ละข้อความของแบบสอบถาม ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับจากน้อยที่สุดไปถึงมากที่สุด</p> <p>3. การวัดระดับความพึงพอใจ หมายถึง การประเมินความรู้สึกต่อบรรยากาศโดยรวมขององค์กรโดยวัดเฉพาะบุคลากรที่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับ 4 - 5 เท่านั้น</p> <p>4. บุคลากรทางการแพทย์ หมายถึง แพทย์, ทันตแพทย์, เภสัชกร, เทคนิคการแพทย์, พยาบาลวิชาชีพ, กายภาพบำบัด, รังสีวิทยา นักกิจกรรมบำบัด</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	≥80%
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรทางการแพทย์ (แพทย์, ทันตแพทย์, เภสัชกร, เทคนิคการแพทย์, พยาบาลวิชาชีพ, กายภาพบำบัด, รังสีวิทยา, นักกิจกรรมบำบัด )
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. เก็บข้อมูลเป็นรายปี (ปีงบประมาณละ 1 ครั้ง) บันทึกข้อมูลของปีงบประมาณก่อนหน้า เข้าสู่ระบบภายใน 31 ตุลาคม ของปีงบประมาณปัจจุบัน โดยระบบจะปิดรับการบันทึกข้อมูลของปีงบประมาณก่อนหน้า ในวันที่ 1 ของเดือนพฤศจิกายน ในปีงบประมาณปัจจุบัน</p> <p>2. บันทึกผลรวมจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามที่มีระดับความพึงพอใจระดับ 4 และ 5 ในรอบการประเมินของปีงบประมาณ</p> <p>3. บันทึกผลรวมจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมดในรอบการประเมินของปีงบประมาณเดียวกัน</p>
แหล่งข้อมูล	THIP I
รายการข้อมูล 1	A=ผลรวมจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามที่มีระดับความพึงพอใจระดับ 4 และ 5
รายการข้อมูล 2	B=ผลรวมจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ตัวชี้วัดรายปี

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2555	2556	2557
	-	-	-	-	-
เกณฑ์การประเมิน :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	≥80%	
วิธีการประเมินผล :	-				
เอกสารสนับสนุน :	-				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ทพญ.เพ็ญนภา เหลียงไพบูลย์/ น.ส.ทิพย์พาดิ เพชรวิเชียรชัย				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	น.ส.ทิพย์พาดิ เพชรวิเชียรชัย				
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	น.ส.ทิพย์พาดิ เพชรวิเชียรชัย				

ตัวชี้วัด	6. ร้อยละของบุคลากรโรงพยาบาลมหาสารคามที่เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี
คำนิยาม	<p>- ร้อยละของบุคลากรโรงพยาบาลมหาสารคามที่เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี</p> <p>- ตรวจสุขภาพประจำปี หมายถึง การเข้ารับการตรวจสุขภาพโดยแบ่งเป็น 2 โปรแกรมตามเกณฑ์อายุ</p> <p>1. โปรแกรม 1 อายุน้อยกว่า 35 ปี</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การคัดกรองพฤติกรรมสุขภาพ ทำแบบประเมินความเครียด ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต วัดรอบเอว</li> <li>- เจาะเลือด CBC UA STOOL DTX เอกซเรย์ปอด</li> <li>- ทนุึ่งเพิ่ม PAP SMEAR</li> </ul> <p>2. โปรแกรม 2 อายุมากกว่า 35 ปี</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การคัดกรองพฤติกรรมสุขภาพ ทำแบบประเมินความเครียด ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต วัดรอบเอว</li> <li>- เจาะเลือด CBC UA STOOL FBS BUN Cr Chol TG AST ALT ALP Uric acid เอกซเรย์ปอด</li> <li>- ทนุึ่งเพิ่ม PAP SMEAR</li> </ul> <p>หมายเหตุ : ในกรณีที่เจาะเลือดจากที่อื่นให้มาลงทะเบียนที่ห้องตรวจสุขภาพโดยเขียนแบบคัดกรองความเสี่ยงพฤติกรรมสุขภาพ</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	100%
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ ลูกจ้างชั่วคราว ของโรงพยาบาลมหาสารคาม

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. จากการเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีที่คลินิกตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลมหาสารคาม 2. ในกรณีมีโรคประจำตัว หรือตรวจที่โรงพยาบาลอื่น ๆ ขอผลการตรวจสุขภาพและให้ทำแบบคัดกรองความเสี่ยงส่งที่งานตรวจสุขภาพเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล				
แหล่งข้อมูล	งานตรวจสุขภาพโรงพยาบาลมหาสารคาม				
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนผู้เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี				
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนบุคลากรโรงพยาบาลมหาสารคามทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	เดือนกันยายนของทุกปี				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2555	2556	2557
		ร้อยละ	91.52	91.60	92.75
			N=1,415	N=1,453	N=1,448
เกณฑ์การประเมิน :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	100%	
วิธีการประเมินผล :	หาร้อยละผู้เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี				
เอกสารสนับสนุน :	-				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางศิริพร ศรีชะตา				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	นางศิริพร ศรีชะตา				
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางศิริพร ศรีชะตา				

ตัวชี้วัด	7. อัตราของบุคลากรที่บาดเจ็บจากการทำงาน
ค่านิยาม	<p>1. การบาดเจ็บจากการทำงานของบุคลากร หมายถึง บุคลากร ที่มีการบาดเจ็บ ซึ่งมีสาเหตุโดยตรงจากการทำงานหรือสภาพแวดล้อมในการทำงาน</p> <p>2. การบาดเจ็บจากการทำงานด้านกายภาพ หมายถึง การบาดเจ็บที่มีสาเหตุโดยตรงจากการทำงานหรือสภาพแวดล้อมในการทำงานด้านแสง เสียง ความร้อน รั้งสี ด้านกายศาสตร์ รวมถึงการบาดเจ็บจากของมีคมที่ไม่ได้สัมผัสสารคัดหลั่ง</p> <p>3. บุคลากรกลุ่มเสี่ยง หมายถึง บุคลากรทุกระดับซึ่งปฏิบัติงานในหน่วยงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีโอกาสสัมผัสกับเลือดและสารคัดหลั่ง ยกเว้นบุคลากรในส่วนธุรการ/ back office ซึ่งทำงานเกี่ยวกับเอกสาร</p> <p>4. สารคัดหลั่ง หมายถึง ของเหลวที่ออกมาจากร่างกายผู้ป่วย เช่น เลือด น้ำเหลือง หนอง น้ำลาย เสมหะ น้ำตา น้ำมูก</p> <p>5. บุคลากรป่วยวัณโรค หมายถึง</p> <p>5.1 บุคลากรที่มีผล PPD test เปลี่ยนจาก negative เป็น Positive (มากกว่า 10 มม.)</p>

	หลังจากเข้าทำงานในโรงพยาบาล (บุคลากรต้องทำ PPD test แรกรับเข้าทำงาน เป็น baseline) 5.2 บุคลากรที่ป่วยเป็นวัณโรค (แพทย์ให้การวินิจฉัย) และต้องเข้าทำงานในโรงพยาบาลมานานมากกว่าระยะฟักตัวของโรค หรืออย่างน้อยต้องมากกว่า 2 สัปดาห์				
เกณฑ์เป้าหมาย	0%				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรที่ทำงานด้านกายภาพ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. เก็บข้อมูลเป็นรายปี (ปีงบประมาณละ 1 ครั้ง) บันทึกข้อมูลของปีงบประมาณก่อนหน้า เข้าสู่ระบบภายในวันที่ 31 ตุลาคม ของปีงบประมาณปัจจุบัน โดยระบบจะปิดรับการบันทึกข้อมูลของปีงบประมาณก่อนหน้า ในวันที่ 1 ของเดือนพฤศจิกายน ในปีงบประมาณปัจจุบัน 2. บันทึกผลรวมจำนวนครั้งของบุคลากรที่บาดเจ็บจากการทำงานด้านกายภาพในรอบปีงบประมาณ 3. บันทึกผลรวมจำนวนบุคลากรทั้งหมด ณ วันที่ 30 ก.ย. ของปีงบประมาณเดียวกัน				
แหล่งข้อมูล	THIP I				
รายการข้อมูล 1	A=ผลรวมจำนวนครั้งของบุคลากรที่บาดเจ็บจากการทำงานด้านกายภาพในรอบปีงบประมาณ				
รายการข้อมูล 2	B=ผลรวมจำนวนบุคลากรทั้งหมด ณ วันที่ 30 ก.ย. ของปีงบประมาณเดียวกัน				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ตัวชี้วัดรายปี				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2555	2556	2557
	-	-	-	-	-
เกณฑ์การประเมิน :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	0%	
วิธีการประเมินผล :	-				
เอกสารสนับสนุน :	-				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางทัศนีย์พร ยศพล/ นางวิไลพร พิทักษานุรักษ์				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	นางวิไลพร พิทักษานุรักษ์				

ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางวิไลพร พิทักษานุกรักษ์
-------------------------	---------------------------

ตัวชี้วัด	8. อัตราของบุคลากรที่เจ็บป่วยจากการทำงาน
คำนิยาม	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การบาดเจ็บจากการทำงานของบุคลากร หมายถึง บุคลากร ที่มีการบาดเจ็บ ซึ่งมีสาเหตุโดยตรงจากการทำงานหรือสภาพแวดล้อมในการทำงาน</li> <li>2. การบาดเจ็บและการเจ็บป่วยจากการสัมผัสโรค การทำงานด้านชีวภาพ หมายถึง การบาดเจ็บที่ได้รับอุบัติเหตุ สัมผัสเลือด สารคัดหลั่งและโรคติดต่อต่างๆ</li> <li>3. บุคลากรกลุ่มเสี่ยง หมายถึง บุคลากรทุกระดับซึ่งปฏิบัติงานในหน่วยงานที่ให้การดูแล</li> </ol>

	<p>ผู้ป่วยที่มีโอกาสสัมผัสกับเลือดและสารคัดหลั่ง ยกเว้นบุคลากรในส่วนธุรการ/back office ซึ่งทำงานเกี่ยวกับเอกสาร</p> <p>4. สารคัดหลั่ง หมายถึง ของเหลวที่ออกมาจากร่างกายผู้ป่วย เช่น เลือด น้ำเหลืองหนอง น้ำลาย เสมหะ น้ำตา น้ำมูก</p> <p>5. บุคลากรป่วยวัณโรค หมายถึง</p> <p>5.1 บุคลากรที่มีผล PPD test เปลี่ยนจาก negative เป็น Positive (มากกว่า 10 มม.) หลังจากเข้าทำงานในโรงพยาบาล (บุคลากรต้องทำ PPD test แรกรับเข้าทำงาน เป็น baseline)</p> <p>5.2 บุคลากรที่ป่วยเป็นวัณโรค (แพทย์ให้การวินิจฉัย) และต้องเข้าทำงานในโรงพยาบาลมานานมากกว่าระยะฟักตัวของโรค หรืออย่างน้อยต้องมากกว่า 2 สัปดาห์</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย	0%				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรที่ทำงานด้านชีวภาพ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. เก็บข้อมูลเป็นรายปี (ปีงบประมาณละ 1 ครั้ง) บันทึกข้อมูลของปีงบประมาณก่อนหน้า เข้าสู่ระบบภายในวันที่ 31 ตุลาคม ของปีงบประมาณปัจจุบัน โดยระบบจะปิดรับการบันทึกข้อมูลของปีงบประมาณก่อนหน้า ในวันที่ 1 ของเดือนพฤศจิกายน ในปีงบประมาณปัจจุบัน</p> <p>2. บันทึกผลรวมจำนวนครั้งของบุคลากรที่บาดเจ็บจากการทำงานด้านชีวภาพในรอบปีงบประมาณ</p> <p>3. บันทึกผลรวมจำนวนบุคลากรทั้งหมด ณ วันที่ 30 ก.ย. ของปีงบประมาณเดียวกัน</p>				
แหล่งข้อมูล	THIP I				
รายการข้อมูล 1	ผลรวมจำนวนครั้งของบุคลากรที่บาดเจ็บจากการทำงานด้านชีวภาพในรอบปีงบประมาณ				
รายการข้อมูล 2	ผลรวมจำนวนบุคลากรทั้งหมด ณ วันที่ 30 ก.ย. ของปีงบประมาณเดียวกัน				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ตัวชี้วัดรายปี				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2555	2556	2557
	-	-	-	-	-
เกณฑ์การประเมิน :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	0%	

วิธีการประเมินผล :	-
เอกสารสนับสนุน :	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางทัศนีย์พร ยศพล/ นางวิไลพร พิทักษานุกรักษ์
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	นางวิไลพร พิทักษานุกรักษ์
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางวิไลพร พิทักษานุกรักษ์

ตัวชี้วัด	1. ระดับการประเมินคุณภาพการศึกษาของสถาบันร่วมผลิต
ค่านิยาม	1. การประเมินคุณภาพการศึกษา หมายถึง การประเมินโดยใช้แบบสอบถาม

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 : เพิ่มศักยภาพในการเป็นสถาบันร่วมผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ

	<p>รายงาน แบบประเมิน ต่างๆ ในแบบประเมินตนเอง ตามเกณฑ์คุณภาพจากมหาวิทยาลัยขอนแก่น ซึ่งมีทั้งหมด 7 หมวด</p> <p>2. ระดับความพึงพอใจ หมายถึง ระดับความรู้สึกพึงพอใจต่อกระบวนการจัดการเรียนการสอน แต่ละภาควิชา กิจกรรมเสริมหลักสูตรที่ได้รับของนักศึกษาแพทย์ อาจารย์ บุคลากรสายสนับสนุน ผู้ปกครอง ที่ระบุไว้ในแต่ละข้อคำถามของแบบสอบถาม ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับจากน้อยที่สุดไปถึงมากที่สุด</p> <p>3. การวัดระดับความพึงพอใจ หมายถึง การประเมินความรู้สึกต่อกระบวนการจัดการเรียนการสอนของนักศึกษาแพทย์ อาจารย์แพทย์ บุคลากรสายสนับสนุน ผู้ปกครอง โดยวัดเฉพาะผู้ที่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับ 3-5 เท่านั้น</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย	ผ่านการประเมินคุณภาพทั้ง 7 หมวด				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	นักศึกษาแพทย์ อาจารย์แพทย์ บุคลากรสายสนับสนุน ผู้ปกครอง ผู้บริหาร				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากรายงานในแบบประเมินตนเอง จากรายงานผลการตรวจประเมินคุณภาพ				
แหล่งข้อมูล	รายงาน การสัมภาษณ์ ผลการเรียน ผลการประเมินกระบวนการจัดการเรียนการสอน				
รายการข้อมูล 1	ผ่านการประเมิน ทั้ง 7 หมวด				
รายการข้อมูล 2	ผ่านการประเมิน ทั้ง 7 หมวด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ผ่าน				
ระยะเวลาประเมินผล	ปีการศึกษา				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2555	2556	2557
		ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	-
เกณฑ์การประเมิน :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	ผ่านการประเมินคุณภาพทั้ง 7 หมวด	-	ผ่านการประเมินคุณภาพทั้ง 7 หมวด	
วิธีการประเมินผล :	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี				
เอกสารสนับสนุน :	-				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นพ.บวร แสนสุโพธิ์, นพ.ธนิช ฐิติพรรณกุล/ นางลัดดาวัลย์ บุรณวรศิลป์				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	นางลัดดาวัลย์ บุรณวรศิลป์				
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางลัดดาวัลย์ บุรณวรศิลป์				

ตัวชี้วัด	2. ร้อยละของนักศึกษาแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาในเวลาที่กำหนด				
คำนิยาม	จำนวนนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 ที่สำเร็จการศึกษา ภายในระยะเวลาที่กำหนดคือ ในปีการศึกษานั้นๆ				
เกณฑ์เป้าหมาย	≥90%				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูลบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น				
แหล่งข้อมูล	ฝ่ายทะเบียน และวัดผล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น				
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 โรงพยาบาลมหาสารคามที่สำเร็จการศึกษา ภายในปีการศึกษา				
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 โรงพยาบาลมหาสารคาม ทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	สิ้นปีการศึกษา				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2555	2556	2557
		ร้อยละ	-	-	-
เกณฑ์การประเมิน :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	≥90%	
วิธีการประเมินผล :	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี				
เอกสารสนับสนุน :	-				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นพ.บวร แสนสุโพธิ์, นพ.เนติ สาธิตสมิตพงษ์/ นางลัดดาวัลย์ บุรณวรศิลป์				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	นางลัดดาวัลย์ บุรณวรศิลป์				
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางลัดดาวัลย์ บุรณวรศิลป์				

ตัวชี้วัด	3. ร้อยละของนศพ.ที่สอบผ่านNL2				
คำนิยาม	จำนวนนักศึกษาแพทย์ที่สอบใบประกอบโรคศิลป์ (national license) ขั้นตอนที่ 2 ได้				
เกณฑ์เป้าหมาย	≥90%				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 5 และ 6				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ผลการสอบใบประกอบโรคศิลป์ ขั้นตอนที่ 2 จาก ศรว.				
แหล่งข้อมูล	จากสอบถามนักศึกษา จากประกาศผลสอบมหาวิทยาลัย				
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนนักศึกษาแพทย์ที่สอบผ่าน NL2( national license )				
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนนักศึกษาแพทย์ที่สอบNL2ทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	เดือน พ.ค.และ เดือน พ.ย.ของทุกปี				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2555	2556	2557
	-	ร้อยละ	-	-	-
เกณฑ์การประเมิน :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	≥90%	
วิธีการประเมินผล :	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี				
เอกสารสนับสนุน :					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นพ.บวร แสสนสุโพธิ์,นพ.เนติ สาธิตสมิตพงษ์/ นางลัดดาวัลย์ บุรณวรศิลป์				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	นางลัดดาวัลย์ บุรณวรศิลป์				
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางลัดดาวัลย์ บุรณวรศิลป์				

ตัวชี้วัด	4. ร้อยละของนศพ.ที่สอบผ่านNL3				
คำนิยาม	จำนวนนักศึกษาแพทย์ที่สอบใบประกอบโรคศิลป์(national license) ขั้นตอนที่ 3 ได้				
เกณฑ์เป้าหมาย	≥90%				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	นักศึกษาแพทย์ชั้น ปีที่ 6				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ผลการสอบใบประกอบโรคศิลป์ ขั้นตอนที่ 3 จาก ศรว.				
แหล่งข้อมูล	จากสอบถามนักศึกษา จากประกาศผลสอบมหาวิทยาลัยในการเลื่อนชั้นของนักศึกษาแพทย์				
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนนักศึกษาแพทย์ที่สอบผ่าน NL2( national license )				
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนนักศึกษาแพทย์ที่สอบNL2ทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	เดือนมกราคม-มีนาคม ของทุกปี				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2555	2556	2557
	-	ร้อยละ	-	-	-
เกณฑ์การประเมิน :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	≥90%	
วิธีการประเมินผล :	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี				
เอกสารสนับสนุน :	-				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นพ.บวร แสสนสุโพธิ์,นพ.เนติ สาธิตสมิตพงษ์/ นางลัดดาวัลย์ บุรณวรศิลป์				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	นางลัดดาวัลย์ บุรณวรศิลป์				

ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางลัดดาวัลย์ บุรณวรศิลป์
-------------------------	---------------------------

ตัวชี้วัด	5. ร้อยละความพึงพอใจของนศพ.ต่อกระบวนการจัดการเรียนการสอน			
คำนิยาม	<p>1. การประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาแพทย์ต่อกระบวนการจัดการเรียนการสอน หมายถึง การประเมินโดยใช้แบบสอบถามซึ่งมีข้อความ "ท่านมีความพึงพอใจต่อกระบวนการจัดการเรียนการสอนโดยรวมในระดับใด" สอบถามจากนักศึกษาแพทย์</p> <p>2. ระดับความพึงพอใจ หมายถึง ระดับความรู้สึกพึงพอใจต่อกระบวนการจัดการเรียนการสอน ที่ระบุไว้ในแต่ละข้อความของแบบสอบถาม ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับ จากน้อยที่สุดไปถึงมากที่สุด</p> <p>3. การวัดระดับความพึงพอใจ หมายถึง การประเมินความรู้สึกต่อกระบวนการจัดการเรียนการสอนของนักศึกษาแพทย์</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย	80%			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	นักศึกษาแพทย์ชั้น ปี 4-6			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สอบถาม และประเมิน			
แหล่งข้อมูล	แบบสอบถามประเมินความพึงพอใจ			
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามที่มีระดับความพึงพอใจระดับ 4 และ 5			
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 6 เดือน (ตัวชี้วัดรายครึ่งปี)			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
			2555	2556

	-	-	-	-	-
<b>เกณฑ์การประเมิน :</b>					
	<b>รอบ 3 เดือน</b>	<b>รอบ 6 เดือน</b>	<b>รอบ 9 เดือน</b>	<b>รอบ 12 เดือน</b>	
	-	80%	-	80%	
<b>วิธีการประเมินผล :</b>	แบบสอบถามความพึงพอใจ				
<b>เอกสารสนับสนุน :</b>	-				
<b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b>	นพ.บวร แสนสุโพธิ์, นพ.เนติ สาทิตสมิตพงษ์/ นางลัดดาวัลย์ บุรณวรศิลป์				
<b>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล</b>	นางลัดดาวัลย์ บุรณวรศิลป์				
<b>ผู้รายงานผลการดำเนินงาน</b>	นางลัดดาวัลย์ บุรณวรศิลป์				

<b>ตัวชี้วัด</b>	<b>6. มีผลงานวิจัยด้านแพทยศาสตรศึกษาที่ได้รับการเผยแพร่ระดับชาติหรือระดับนานาชาติ</b>				
<b>คำนิยาม</b>	จำนวนผลงานวิชาการ/วิจัย ด้านแพทยศาสตรศึกษา โรงพยาบาลมหาสารคาม ได้รับการเผยแพร่ ทั้งในระดับประเทศและระดับชาติ				
<b>เกณฑ์เป้าหมาย</b>	จำนวน $\geq 5$ เรื่อง/ปี				
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	อาจารย์แพทย์ นักศึกษาแพทย์ บุคลากรสายสนับสนุน				
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	ผลงานวิจัยที่ได้รับการคัดเลือกนำเสนอในระดับประเทศหรือระดับชาติ				
<b>แหล่งข้อมูล</b>	การเผยแพร่ผลงานวิชาการ				
<b>รายการข้อมูล 1</b>	จำนวนผลงานวิชาการหรือวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแพทยศาสตรศึกษาที่ได้รับการนำเสนอในเวทีระดับชาติหรือระดับนานาชาติ				
<b>รายการข้อมูล 2</b>	-				
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>	นับจำนวนเรื่อง/ปี				
<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	ปีละ 1 ครั้ง				
<b>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</b>	<b>Baseline data</b>	<b>หน่วยวัด</b>	<b>ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</b>		
			2555	2556	2557

		จำนวน เรื่อง	0	0	3
<b>เกณฑ์การประเมิน :</b>					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	จำนวน≥5 เรื่อง/ปี	
<b>วิธีการประเมินผล :</b>	จำนวนผลงานวิชาการ/วิจัย ที่ได้เผยแพร่ในระดับชาติและนานาชาติ				
<b>เอกสารสนับสนุน :</b>	-				
<b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b>	นพ.บวร แสนสุโพธิ์,นพ.เนติ สาธิตสมิตพงษ์/ นางลัดดาวัลย์ บุรณวรศิลป์				
<b>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล</b>	นางลัดดาวัลย์ บุรณวรศิลป์				
<b>ผู้รายงานผลการดำเนินงาน</b>	นางลัดดาวัลย์ บุรณวรศิลป์				

<b>ตัวชี้วัด</b>	<b>7. จำนวนข้อร้องเรียนของนักศึกษาแพทย์ด้านจริยธรรมคุณธรรม</b>
<b>คำนิยาม</b>	ข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการ ด้านจริยธรรม คุณธรรม หมายถึง ข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการ ด้านความรับผิดชอบ ด้านคุณธรรม จริยธรรมจากผู้รับบริการ ทั้งลูกค้าภายในและลูกค้าภายนอก ที่มีต่อนักศึกษาแพทย์ ที่มาจาก ผู้รับความคิดเห็น โทรศัพท์ การแจ้งโดยตรง จากสื่อสาธารณะอื่นๆ
<b>เกณฑ์เป้าหมาย</b>	ไม่เกิน 3 เรื่อง / ปี
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	นักศึกษาแพทย์ทั้ง 3 ชั้นปี
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	ข้อร้องเรียน จากทุกแหล่งข้อมูล
<b>แหล่งข้อมูล</b>	โทรศัพท์ CCR การแจ้งโดยตรง และสื่อสาธารณะอื่นๆ
<b>รายการข้อมูล 1</b>	จำนวนข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการ/ปี
<b>รายการข้อมูล 2</b>	-

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	นับจากจำนวนข้อร้องเรียนของนักศึกษาแพทย์ด้านจริยธรรมคุณธรรม				
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2555	2556	2557
		จำนวนเรื่อง	-	0	0
เกณฑ์การประเมิน :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	ไม่เกิน 3 เรื่อง/ปี	
วิธีการประเมินผล :	นับจากจำนวนข้อร้องเรียนของนักศึกษาแพทย์ด้านจริยธรรมคุณธรรม				
เอกสารสนับสนุน :	-				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นพ.บวร แสสนสุโพธิ์, นพ.เนติ สาธิตสมิตพงษ์/ นางลัดดาวัลย์ บุรณวรศิลป์				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	นางลัดดาวัลย์ บุรณวรศิลป์				
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางลัดดาวัลย์ บุรณวรศิลป์				

ตัวชี้วัด	8. ร้อยละความพึงพอใจของนักศึกษาสาขาสุขภาพที่มาฝึกปฏิบัติงานในโรงพยาบาล
คำนิยาม	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาสาขาสุขภาพ หมายถึง การประเมินโดยใช้แบบสอบถามการประเมินความพึงพอใจของนักศึกษามาฝึกปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลมหาสารคาม</li> <li>2. ระดับความพึงพอใจ หมายถึง ระดับความรู้สึกพึงพอใจต่อแหล่งฝึกที่ระบุไว้ในแต่ละข้อคำถามของแบบสอบถาม ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับจากน้อยที่สุดไปจนถึงมากที่สุด</li> <li>3. นักศึกษาสาขาสุขภาพ หมายถึง นักศึกษาแพทย์ นักศึกษาทันตแพทย์ นักศึกษาเภสัชกร</li> </ol>

	นักศึกษาเทคนิคการแพทย์ นักศึกษาพยาบาล นักศึกษากายภาพบำบัด สาขาทางการแพทย์ อื่นๆ				
เกณฑ์เป้าหมาย	≥80%				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	นักศึกษาสาขาสุขภาพ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. เก็บข้อมูลเป็นรายปี (ปีงบประมาณละ 1 ครั้ง) บันทึกข้อมูลของ 1 ตุลาคมปีงบประมาณ ก่อนหน้า เข้าสู่ระบบภายในวันที่ 30 กันยายน ของปีงบประมาณปัจจุบัน โดยระบบจะปิดรับ การบันทึกข้อมูลของปีงบประมาณก่อนหน้า ในวันที่ 30 กันยายน ในปีงบประมาณปัจจุบัน 2. บันทึกผลรวมจำนวนชั่วโมงที่ได้รับการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาทักษะตามสายวิชาชีพของ บุคลากรทางการแพทย์ ในรอบการประเมินของปีงบประมาณ 3. บันทึกผลรวมบุคลากรทางการแพทย์ทั้งหมด ในรอบการประเมินของปีงบประมาณเดียวกัน				
แหล่งข้อมูล	THIP I				
รายการข้อมูล 1	A=ผลรวมจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามที่มีระดับความพึงพอใจระดับ4และ5				
รายการข้อมูล 2	B=ผลรวมจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ตัวชี้วัดรายปี				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2556	2557	2558
	-	-	-	-	-
เกณฑ์การประเมิน :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	≥80%	
วิธีการประเมินผล :	-				
เอกสารสนับสนุน :	-				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ทพญ.เพ็ญญา เหลียงไพบูลย์/น.ส.ทิพย์พภาณี เพชรวิเชียรชัย				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	น.ส.ทิพย์พภาณี เพชรวิเชียรชัย				
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	น.ส.ทิพย์พภาณี เพชรวิเชียรชัย				

ตัวชี้วัด	9. หน่วยฝึกผ่านเกณฑ์มาตรฐานแหล่งฝึกของแต่ละสาขาวิชาชีพ
คำนิยาม	1. แหล่งฝึก หมายถึง แหล่งฝึกในวิชาชีพทางการแพทย์ (ทันตแพทย์, เภสัชกร,เทคนิค

	<p>การแพทย์, พยาบาล)</p> <p>2. มาตรฐานแหล่งฝึก หมายถึง เกณฑ์การประเมินตามมาตรฐานแหล่งฝึก เช่น</p> <p>2.1 มีแหล่งฝึกปฏิบัติงานได้มาตรฐาน ครอบคลุมทุกระดับ ทั้งระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และมีการจัดการฝึกปฏิบัติร่วมกับแหล่งฝึก</p> <p>2.2 มีแหล่งฝึกปฏิบัติและมีจำนวนผู้ใช้บริการเพียงพอสำหรับการเรียนรู้ของนักศึกษา</p> <p>3. นักศึกษาสาขาสุขภาพ หมายถึง นักศึกษาที่กำลังศึกษาในสายสุขภาพ (นักศึกษาทันตแพทย์, นักศึกษาเภสัชกร, นักศึกษาเทคนิคการแพทย์, นักศึกษาพยาบาล)</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย	≥80%				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	แหล่งฝึกงานในสาขาวิชาชีพทางการแพทย์ (ทันตแพทย์, เภสัชกร, เทคนิคการแพทย์, พยาบาล)				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. เก็บข้อมูลเป็นรายปี (ปีงบประมาณละ 1 ครั้ง) บันทึกข้อมูลของ 1 ตุลาคมปีงบประมาณก่อนหน้า เข้าสู่ระบบภายในวันที่ 30 กันยายน ของปีงบประมาณปัจจุบัน โดยระบบจะปิดรับการบันทึกข้อมูลของปีงบประมาณก่อนหน้า ในวันที่ 30 กันยายน ในปีงบประมาณปัจจุบัน</p> <p>2. บันทึกผลรวมแหล่งฝึกวิชาชีพทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐาน ในรอบการประเมินของปีงบประมาณเดียวกัน</p>				
แหล่งข้อมูล	THIP I				
รายการข้อมูล 1	A=ผลรวมของคะแนนประเมินมาตรฐานตามจำนวนวิชาชีพ				
รายการข้อมูล 2	B=ผลรวมของคะแนนเต็มของชุดการประเมิน				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ตัวชี้วัดรายปี				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2556	2557	2558
	-	-	-	-	-
เกณฑ์การประเมิน :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	≥80%	
วิธีการประเมินผล :	-				
เอกสารสนับสนุน :	-				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ทพญ.เพ็ญนภา เหลียงไพบูลย์/ น.ส.ทิพย์พภาณี เพชรวิเชียรชัย				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	น.ส.ทิพย์พภาณี เพชรวิเชียรชัย				
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	น.ส.ทิพย์พภาณี เพชรวิเชียรชัย				

**ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 : พัฒนาระบบบริหารจัดการและประยุกต์ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม**

ตัวชี้วัด	1. ตัวชี้วัดวิกฤติทางการเงิน 5 ตัว				
คำนิยาม	วิกฤติทางการเงิน หมายถึง การประสบปัญหาทางการเงินของหน่วยบริการ เพื่อเฝ้าระวังสถานะทางการเงิน ให้มีประสิทธิภาพในการบริการการเงินการคลัง วิกฤติทางการเงิน 5 ตัว หมายถึง ระดับคะแนนความเสี่ยงตามเกณฑ์เฝ้าระวังทางการเงินในระดับสูงสุด 5 คะแนน ประกอบด้วย 1) Current Ratio < 1.5 = 1 คะแนน 2) Quick Ratio < 1.0 = 1 คะแนน 3) Cash Ratio < 0.8 = 1 คะแนน 4) ทุนสำรองสุทธิติดลบ (Net working capital) = 1 คะแนน 5) ผลประกอบการขาดทุน (Net Income) = 1 คะแนน				
เกณฑ์เป้าหมาย	ผ่านค่าวิกฤติทั้ง 5 ตัว (0)				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลมหาสารคาม				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการรับ-จ่ายเงิน และรายการที่เกี่ยวข้องกับการเพิ่ม ลด ของสินทรัพย์ หนี้สิน ทุน รายได้ และค่าใช้จ่าย มาบันทึกบัญชี 2. จัดเก็บจากรายงานสถานะทางการเงินของโรงพยาบาลมหาสารคาม				
แหล่งข้อมูล	งบทดลองของหน่วยบริการ /กลุ่มงานประกันสุขภาพ (hfo.cfo.in.th)				
รายการข้อมูล 1	A = Current ratio ( $\geq 1.5$ ให้ค่าวิกฤติเป็น 0) , ( $\leq 1.49$ ให้ค่าวิกฤติเป็น 1)				
รายการข้อมูล 2	B = Quick ratio ( $\geq 1.0$ ให้ค่าวิกฤติเป็น 0) , ( $\leq 0.99$ ให้ค่าวิกฤติเป็น 1)				
รายการข้อมูล 3	C = Cash ratio ( $\geq 0.8$ ให้ค่าวิกฤติเป็น 0) , ( $\leq 0.79$ ให้ค่าวิกฤติเป็น 1)				
รายการข้อมูล 4	D = Net working capital (ค่าเป็นบวกให้ค่าวิกฤติเป็น 0) , (ค่าเป็นลบให้ค่าวิกฤติเป็น 1)				
รายการข้อมูล 5	E = Net Income (ค่าเป็นบวกให้ค่าเป็น 0) , (ค่าเป็นลบให้ค่าเป็น 1)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A+B+C+D+E				
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผลทุกไตรมาส (ทุก 3 เดือน )				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2555	2556	2557
		ผลรวมค่าวิกฤติทางการเงิน	ผ่านค่าวิกฤติทั้ง 5 ตัว (0)	ผ่านค่าวิกฤติทั้ง 5 ตัว (0)	ผ่านค่าวิกฤติทั้ง 5 ตัว (0)
เกณฑ์การประเมิน :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	ผ่านค่าวิกฤติทั้ง 5 ตัว(0)	ผ่านค่าวิกฤติทั้ง 5 ตัว(0)	ผ่านค่าวิกฤติทั้ง 5 ตัว(0)	ผ่านค่าวิกฤติทั้ง 5 ตัว(0)	
วิธีการประเมินผล :	ส่วนกลางนำข้อมูลจากฐานข้อมูลงบทดลองที่หน่วยบริการนำส่งเข้ามาประมวลผลตัวชี้วัดทางการเงิน และวัดค่าวิกฤติทางการเงิน				
เอกสารสนับสนุน :	-				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /	นพ.พรชัย พัวรัตน์อรุณกร <sup>18</sup>				

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสุภาภรณ์ คณะเวทย์
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	นางสุภาภรณ์ คณะเวทย์
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางสุภาภรณ์ คณะเวทย์

ตัวชี้วัด	2. อัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์รวม ROA				
คำนิยาม	อัตราส่วนที่วัดความสามารถในการทำกำไรของสินทรัพย์ทั้งหมดที่ใช้ในการดำเนินงาน ให้นำผลตอบแทนจากการดำเนินงานได้มากน้อยเพียงใด ค่ายิ่งสูงยิ่งดี หากมีค่าสูงแสดงถึงการใช้สินทรัพย์อย่างมีประสิทธิภาพ				
เกณฑ์เป้าหมาย	≥1.5%				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลมหาสารคาม				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการรับ-จ่ายเงิน และรายการที่เกี่ยวข้องกับการเพิ่ม ลดของสินทรัพย์ หนี้สิน ทุน รายได้ และค่าใช้จ่าย มาบันทึกบัญชี 2. จัดเก็บจากรายงานสถานะทางการเงินของโรงพยาบาลมหาสารคาม				
แหล่งข้อมูล	งบการเงินหน่วยบริการ /กลุ่มงานประกันสุขภาพ (hfo.cfo.in.th)				
รายการข้อมูล 1	A = กำไรสุทธิ (Net Profit)				
รายการข้อมูล 2	B = สินทรัพย์รวม (Total Assets)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผลปีละ 2 ครั้ง (ทุก 6 เดือน )				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2555	2556	2557
		ร้อยละ	6.12	2.21	6.00
เกณฑ์การประเมิน :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	≥1.5%	-	≥1.5%	
วิธีการประเมินผล :	ฝ่ายการเงินและบัญชีโรงพยาบาลตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของการบันทึกบัญชี จากข้อมูลที่ฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้ดำเนินงาน และจากการตรวจสอบตามหลักเกณฑ์ของส่วนกลาง				
เอกสารสนับสนุน :	-				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นพ.พรชัย พัวรัตน์อรุณกร/ นางสุภาภรณ์ คณะเวทย์				
หน่วยงานประมวลผลและ	นางสุภาภรณ์ คณะเวทย์				

จัดทำข้อมูล	
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางสุภาภรณ์ คณะเวทย์

ตัวชี้วัด	3. อัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์ถาวร				
คำนิยาม	อัตราส่วนที่วัดประสิทธิภาพการดำเนินงานได้ว่าหน่วยงานได้ใช้สินทรัพย์ถาวรที่มีอยู่ภายใต้การควบคุมให้ก่อเกิดรายได้และควบคุมค่าใช้จ่ายให้เหมาะสม เพื่อประเมินว่าสินทรัพย์ที่มีอยู่ถูกนำไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งสูงยิ่งดี				
เกณฑ์เป้าหมาย	≥0.1%				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลมหาสารคาม				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการรับ-จ่ายเงิน และรายการที่เกี่ยวข้องกับการเพิ่ม ลด ของสินทรัพย์ หนี้สิน ทุน รายได้ และค่าใช้จ่าย มาบันทึกบัญชี 2. จัดเก็บจากรายงานสถานะทางการเงินของโรงพยาบาลมหาสารคาม				
แหล่งข้อมูล	งบการเงินหน่วยบริการ /กลุ่มงานประกันสุขภาพ (hfo.cfo.in.th)				
รายการข้อมูล 1	A = กำไรสุทธิ				
รายการข้อมูล 2	B = สินทรัพย์ถาวร				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$A/B \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผลปีละ 2 ครั้ง (ทุก 6 เดือน )				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2555	2556	2557
		ร้อยละ	0.14	0.04	0.14
เกณฑ์การประเมิน :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	≥0.1%	-	≥0.1%	
วิธีการประเมินผล :	ฝ่ายการเงินและบัญชีโรงพยาบาลตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของการบันทึกบัญชี จากข้อมูลที่ฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้ดำเนินงาน และจากการตรวจสอบตามหลักเกณฑ์ของส่วนกลาง				
เอกสารสนับสนุน :	-				

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นพ.พรชัย พัวรัตนอรุณกร/ นางสุภาภรณ์ คณະเวทย์
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	นางสุภาภรณ์ คณະเวทย์
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางสุภาภรณ์ คณະเวทย์

ตัวชี้วัด	4. ระยะเวลาในการเรียกเก็บลูกหนี้				
คำนิยาม	ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บลูกหนี้ค่ารักษาสุทธิ เป็นการหาค่าระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้ ที่แสดงให้เห็นถึงระยะเวลาในการเรียกเก็บหนี้ว่าสั้นหรือยาว (จำนวนวันที่ต้องรอเพื่อเก็บเงินจากลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล) เพื่อให้ทราบถึงคุณภาพของลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล ประสิทธิภาพในการเรียกเก็บหนี้ และนโยบายในการให้สินเชื่อ ค่ายิ่งต่ำยิ่งดี				
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่เกิน 90 วัน				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลมหาสารคาม				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการรับ-จ่ายเงิน และรายการที่เกี่ยวข้องกับการเพิ่ม ลด ของสินทรัพย์ หนี้สิน ทุน รายได้ และค่าใช้จ่าย มาบันทึกบัญชี 2. จัดเก็บจากรายงานสถานะทางการเงินของโรงพยาบาลมหาสารคาม				
แหล่งข้อมูล	งบการเงินหน่วยบริการ /กลุ่มงานประกันสุขภาพ (hfo.cfo.in.th)				
รายการข้อมูล 1	A = ยอดลูกหนี้สิทธิ ณ วันสิ้นปี				
	B = ยอดขายเชื่อเฉลี่ยต่อวัน				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A/B				
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผลปีละ 1 ครั้ง				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		จำนวนวัน	2555	2556	2557
			64	64	86

เกณฑ์การประเมิน :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ไม่เกิน 90 วัน
วิธีการประเมินผล :	ฝ่ายการเงินและบัญชีโรงพยาบาลตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของการบันทึกบัญชี จากข้อมูลที่ฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้ดำเนินงาน และจากการตรวจสอบตามหลักเกณฑ์ของส่วนกลาง		
เอกสารสนับสนุน :	-		
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นพ.พรชัย พัวรัตนอรุณกร/ นางสุภาภรณ์ คณะเวทย์		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	นางสุภาภรณ์ คณะเวทย์		
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางสุภาภรณ์ คณะเวทย์		

ตัวชี้วัด	5. อัตรากำไรสุทธิ Net profit margin (รวมค่าเสื่อม)
คำนิยาม	บอกลักษณะประสิทธิภาพของการทำกำไรสุทธิของหน่วยบริการ (รวมค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่ายทั้งหมด)
เกณฑ์เป้าหมาย	≥1%
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลมหาสารคาม
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการรับ-จ่ายเงิน และรายการที่เกี่ยวข้องกับการเพิ่ม ลด ของสินทรัพย์ หนี้สิน ทุน รายได้ และค่าใช้จ่าย มาบันทึกบัญชี 2. จัดเก็บจากรายงานสถานะทางการเงินของโรงพยาบาลมหาสารคาม
แหล่งข้อมูล	งบแสดงฐานะการเงินของโรงพยาบาลมหาสารคาม
รายการข้อมูล 1	A = กำไรสุทธิ
รายการข้อมูล 2	B = รายได้รวม
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผลปีละ 2 ครั้ง (ทุก 6 เดือน )

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2555	2556	2557
		ร้อยละ	0.06	1.99	5.35
เกณฑ์การประเมิน :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	≥1%	-	≥1%	
วิธีการประเมินผล :	ฝ่ายการเงินและบัญชีโรงพยาบาลตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของการบันทึกบัญชี จากข้อมูลที่ฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้ดำเนินงาน และจากการตรวจสอบตามหลักเกณฑ์ของส่วนกลาง				
เอกสารสนับสนุน :	-				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นพ.พรชัย พัวรัตนอรุณกร/ นางสุภาภรณ์ คณะเวทย์				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	นางสุภาภรณ์ คณะเวทย์				
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางสุภาภรณ์ คณะเวทย์				

ตัวชี้วัด	6. ร้อยละของรายรับที่ได้จากการขายและให้บริการเพิ่มขึ้น
คำนิยาม	เงิน ทรัพย์สินนอกงบประมาณ
เกณฑ์เป้าหมาย	เพิ่มขึ้น3%ของรายรับแต่ละปี
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รายรับของเงินนอกงบประมาณทั้งหมด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. บันทึกข้อมูลรายรับ แต่ละหน่วยบริการ 2. ฝ่ายการเงินบันทึกข้อมูลรายรับแยกประเภท
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการเงิน+บัญชี
รายการข้อมูล 1	A = เงินนอกงบประมาณที่ได้รับในปีงบประมาณ
รายการข้อมูล 2	B = เงินนอกงบประมาณที่ได้รับในปีที่แล้ว

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{(A - B) \times 100}{B} = \%$				
ระยะเวลาประเมินผล	จัดทำปีละ 2 ครั้ง				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2555	2556	2557
		ร้อยละ	5.78	-8.63	17.27
เกณฑ์การประเมิน :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	3%	3%	3%	3%	
วิธีการประเมินผล :	นำข้อมูลจากฐานข้อมูลบัญชีทางการเงินมาตรวจสอบ และคำนวณตามสูตร				
เอกสารสนับสนุน :	-				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นพ.สุตชาย เลี้ยวณิชย์เจริญ/ นางทัศนีย์พร ยศพล				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	นางทัศนีย์พร ยศพล				
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางทัศนีย์พร ยศพล				
หมายเหตุ	ปี 2554	ปี 2555	ปี 2556	ปี 2557	
รายรับเงินนอกงบประมาณ	733,505,214.94	775,922,349.67	708,956,784.61	831,414,675.48	

ตัวชี้วัด	7. ร้อยละของรายจ่ายในหมวดควบคุมลดลง
คำนิยาม	เงินที่ได้จ่ายไปในหมวดควบคุม ได้แก่ เวชภัณฑ์ยา, วัสดุวิทยาศาสตร์
เกณฑ์เป้าหมาย	ลดลง 5% ของรายจ่ายในหมวดควบคุม
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	มูลค่าการใช้เวชภัณฑ์ยาและการใช้วัสดุวิทยาศาสตร์
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลรายจ่ายในแต่ละหมวดของฝ่ายการเงิน

แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการเงิน+บัญชี				
รายการข้อมูล 1	A = รายจ่ายหมวดเวชภัณฑ์ยาในปีงบประมาณ B = รายจ่ายหมวดเวชภัณฑ์ยาในปีที่แล้ว C = รายจ่ายหมวดวัสดุวิทยาศาสตร์ในปีงบประมาณ D = รายจ่ายหมวดวัสดุวิทยาศาสตร์ในปีที่แล้ว				
รายการข้อมูล 2	-				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{(A - B) \times 100}{B}$ $\frac{(C - D) \times 100}{D}$				
ระยะเวลาประเมินผล	จัดทำปีละ 2 ครั้ง				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2555	2556	2557
	เวชภัณฑ์ยาใช้ไป	ร้อยละ	+15.88	-5.37	+1.60
	วัสดุวิทยาศาสตร์ใช้ไป	ร้อยละ	+13.67	-4.52	+31.49
เกณฑ์การประเมิน :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	5%	5%	5%	5%	
วิธีการประเมินผล :	-				
เอกสารสนับสนุน :	-				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นพ.ประเสริฐ ศรีสารคาม/ นางทัศนีย์พร ยศพล				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	นางทัศนีย์พร ยศพล				
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางทัศนีย์พร ยศพล				

หมายเหตุรายจ่าย	ปี 2554	ปี 2555	ปี 2556	ปี 2557
มูลค่าการใช้เวชภัณฑ์ยา	192,906,577	223,533,705.75	211,531,806.99	214,916,584.04
มูลค่าการใช้วัสดุวิทยาศาสตร์	26,244,130	29,832,723.84	28,485,174.01	37,453,936.68

ตัวชี้วัด	8. ร้อยละของโปรแกรมสำหรับระบบบริการสู่ความเชี่ยวชาญระดับสูง ที่พัฒนาจนสำเร็จ(คิดร้อยละตามแผน)				
คำนิยาม	เป็นโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นสำหรับการบริการด้าน 1. โรคหัวใจและหลอดเลือด 2. โรคมะเร็ง 3. ทารกแรกเกิด 4. อุบัติเหตุ				
เกณฑ์เป้าหมาย	60%				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	-				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	นับจำนวนโปรแกรม				
แหล่งข้อมูล	ศูนย์คอมพิวเตอร์				
รายการข้อมูล 1	A=ร้อยละโปรแกรมที่พัฒนาสำเร็จ				
รายการข้อมูล 2	B=โปรแกรมที่วางแผนพัฒนาทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	รายปี				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2555	2556	2557
	ร้อยละของโปรแกรม สำหรับระบบบริการสู่ ความเชี่ยวชาญ ระดับสูง ที่พัฒนาจนสำเร็จ(คิด ร้อยละตามแผน)	ร้อยละ	-	-	-
เกณฑ์การประเมิน :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	60%	
วิธีการประเมินผล :	นับจำนวน				
เอกสารสนับสนุน :	-				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นพ.บวร แสนสุโพธิ์/ น.ส.กาญจนาภรณ์ ตาราไต				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล	น.ส.กาญจนาภรณ์ ตาราไต				
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	น.ส.กาญจนาภรณ์ ตาราไต				

ตัวชี้วัด	9. ร้อยละของตัวชี้วัดในระบบการติดตามประเมินผล KPI ของโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ที่กำหนด				
คำนิยาม	ตัวชี้วัด หมายถึง ตัวชี้วัดตามคำรับรองปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุข+เขต+จังหวัด				
เกณฑ์เป้าหมาย	80%				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดตามคำรับรองปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุข+เขต+จังหวัด				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ผ่านโปรแกรมติดตามตัวชี้วัดทาง Internet				
แหล่งข้อมูล	electronic				
รายการข้อมูล 1	จำนวนตัวชี้วัดตามคำรับรองปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุข+เขต+จังหวัด ที่ผ่านเกณฑ์				
รายการข้อมูล 2	จำนวนตัวชี้วัดตามคำรับรองปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุข+เขต+จังหวัด ทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2555	2556	2557
		ร้อยละ	21.37	40.68	25.00
เกณฑ์การประเมิน :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	30%	60%	70%	80%	
วิธีการประเมินผล :	ติดตามผ่านโปรแกรมติดตามการดำเนินงานตามตัวชี้วัด				
เอกสารสนับสนุน :	-				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นพ.ศักดิ์ชัย ทอนมาตย์/ นางเยาวลักษณ์ ทอนมาตย์				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	นางเยาวลักษณ์ ทอนมาตย์				
ผู้รายงานผลการ	นางเยาวลักษณ์ ทอนมาตย์				

ดำเนินงาน	
-----------	--

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 5: ปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานและพัฒนาสิ่งแวดล้อม

ตัวชี้วัด	1. ร้อยละของอุบัติการณ์ด้านความปลอดภัยทางกายภาพลดลง				
คำนิยาม	ความปลอดภัยทางกายภาพ หมายถึง โรงพยาบาลมีโครงสร้างอาคารสถานที่เอื้อต่อการทำงาน แบ่งพื้นที่ใช้สอยของอาคารเอื้อต่อความปลอดภัย ความสะดวก สะอาด สบาย ความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย และมีความปลอดภัยจากการกระทำของบุคคลที่ไม่ประสงค์ดี ในทางปฏิบัตินั้นอาจไม่สามารถควบคุมอันตรายหรือความเสี่ยงในการทำงานที่มีผลต่อสุขภาพ การบาดเจ็บ การพิการ การตายได้ทั้งหมด แต่ต้องมีการดำเนินงาน มีการกำหนดกิจกรรมด้านความปลอดภัยเพื่อให้เกิดอันตรายหรือความเสี่ยงน้อยสุดเท่าที่จะทำได้				
เกณฑ์เป้าหมาย	ลดลง 10 % จากปีที่ผ่านมา				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรในโรงพยาบาล ผู้ป่วยญาติผู้ป่วยและผู้มาติดต่อราชการ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมจากฐานข้อมูลความเสี่ยงของโรงพยาบาล				
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลความเสี่ยงงานคุณภาพของโรงพยาบาล				
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนอุบัติการณ์ด้านความปลอดภัยทางกายภาพ ปี2558				
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนอุบัติการณ์ด้านความปลอดภัยทางกายภาพ ปี2557				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	1. ฐานข้อมูลความเสี่ยงงานคุณภาพ 2. ครบ1ปี				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2555	2556	2557
	-	-	-	-	-
เกณฑ์การประเมิน :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	จำนวนอุบัติการณ์ด้านความปลอดภัยทางกายภาพลดลง 10 % จากปีที่ผ่านมา	
วิธีการประเมินผล :	นำฐานข้อมูลความเสี่ยงมาตรวจสอบและเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา				
เอกสารสนับสนุน :	-				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางกัญญา คำพอ/ นายสุระศักดิ์ จันทิมพ์				

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	นายสุระศักดิ์ จันทพิมพ์
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นายสุระศักดิ์ จันทพิมพ์

ตัวชี้วัด	2. ร้อยละของความสำเร็จในการจัดทำกายภาพสิ่งแวดล้อมตามแผนฯ 1, 6				
คำนิยาม	กายภาพสิ่งแวดล้อม หมายถึง การก่อสร้าง ปรับปรุง เปลี่ยนแปลง องค์ประกอบของอาคารสถานที่ เช่น แสงสว่าง อุณหภูมิ ความชื้น โครงสร้าง ระบบระบายอากาศ และก๊าซต่างๆ ที่มีผลต่อการให้บริการทางการแพทย์ตามแผนยุทธศาสตร์ที่1,6 (แผนยุทธศาสตร์ที่ 1. พัฒนาระบบบริการเพื่อก้าวสู่ความเป็นโรงพยาบาลเชี่ยวชาญระดับสูง ,แผนยุทธศาสตร์ที่ 6. สนับสนุนภาคีเครือข่ายให้เข้มแข็งในด้านสุขภาพ )				
เกณฑ์เป้าหมาย	100%				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรและหน่วยงานในยุทธศาสตร์ที่1,6				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากงานจัดซื้อจัดจ้างของพัสดุ				
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลจากงานพัสดุโรงพยาบาลมหาสารคาม				
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนแผนทางกายภาพสิ่งแวดล้อมตามยุทธศาสตร์ 1,6 ที่จัดทำได้				
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนแผนทางกายภาพสิ่งแวดล้อมตามยุทธศาสตร์ 1,6 ที่อนุมัติ				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	1. ฐานข้อมูลงานจัดซื้อจัดจ้างพัสดุ 2. ครบ1ปี				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2555	2556	2557
	-	-	-	-	-
เกณฑ์การประเมิน :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	ครบ 100% จากแผนที่ได้รับการอนุมัติ	
วิธีการประเมินผล :	คำนวณจากฐานข้อมูลที่จัดทำได้ในรอบ1ปี เปรียบเทียบกับแผนที่ได้รับอนุมัติ				
เอกสารสนับสนุน :	-				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางกัญญา คำพอ/ นายสุระศักดิ์ จันทพิมพ์				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	นายสุระศักดิ์ จันทพิมพ์				

ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นายสุระศักดิ์ จันทิมพ์
-------------------------	------------------------

ตัวชี้วัด	3. ร้อยละของอุบัติการณ์ด้านวัสดุและของเสียอันตรายลดลง				
คำนิยาม	วัสดุและของเสียอันตราย หมายถึง สารเคมี ยาเคมีบำบัด วัตถุกัมมันตรังสี ของเสียทางการแพทย์ที่ติดเชื่อรวมทั้งของมีคม ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรม และอาจทำให้เกิดอันตรายแก่บุคคล สัตว์ พืช ทรัพย์สินหรือสิ่งแวดล้อม				
เกณฑ์เป้าหมาย	ลดลง 10 % จากปีที่ผ่านมา				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรในโรงพยาบาล ผู้ป่วยญาติผู้ป่วยและผู้มาติดต่อราชการ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมจากฐานข้อมูลความเสี่ยงของโรงพยาบาล				
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลความเสี่ยงงานคุณภาพของโรงพยาบาล				
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนอุบัติการณ์ด้านวัสดุและของเสียอันตราย ปี 2558				
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนอุบัติการณ์ด้านวัสดุและของเสียอันตราย ปี 2557				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	1. ฐานข้อมูลความเสี่ยงงานคุณภาพ 2. ครบ1ปี				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2555	2556	2557
	-	-	-	-	-
เกณฑ์การประเมิน :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	จำนวนอุบัติการณ์ด้านวัสดุและของเสียอันตรายลดลง 10 % จากปีที่ผ่านมา	
วิธีการประเมินผล :	นำฐานข้อมูลความเสี่ยงมาตรวจสอบและเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา				
เอกสารสนับสนุน :	-				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /	นางกัญญา คำพอ/				

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายสุระศักดิ์ จันทพิมพ์
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	นายสุระศักดิ์ จันทพิมพ์
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นายสุระศักดิ์ จันทพิมพ์

ตัวชี้วัด	4. จำนวนเรื่องการซ่อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน 1 ครั้ง/เรื่อง/ปี
คำนิยาม	แผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน หมายถึง แนวทางการบริหารจัดการ การประสานงาน และการปฏิบัติกรกับเหตุการณ์ซึ่งเกิดจากธรรมชาติหรือน้ำมือมนุษย์ที่มีผลสร้างความเสียหายต่อสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย(พายุ น้ำท่วม แผ่นดินไหว)ทำให้บริการผู้ป่วยต้องหยุดชะงัก(ไฟฟ้า ประปา การสื่อสาร ไม่สามารถใช้งานได้)หรือทำให้ความต้องการบริการเพิ่มขึ้นอย่างฉับพลัน(อาวุธชีวภาพ ติ๊กล่อม อุบัติเหตุหมู่ อัคคีภัย จลาจล)
เกณฑ์เป้าหมาย	ทุกเรื่อง
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรโรงพยาบาลและส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	-
แหล่งข้อมูล	-
รายการข้อมูล 1	จำนวนเรื่องการซ่อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทั้งหมด
รายการข้อมูล 2	-
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนเรื่องการซ่อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทั้งหมดของโรงพยาบาล
ระยะเวลาประเมินผล	1. ฐานข้อมูลงานคุณภาพ 2. ครบ1ปี

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2555	2556	2557
	-	-	-	-	-
เกณฑ์การประเมิน :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	จำนวนเรื่องการซ่อมแผน ตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ทั้งหมดของโรงพยาบาล	
วิธีการประเมินผล :	ฐานข้อมูลปริมาณการซ่อมแผนที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล				
เอกสารสนับสนุน :	-				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางกัญญา คำพอ/ นายสุระศักดิ์ จันทิมพ์				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	นายสุระศักดิ์ จันทิมพ์				
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นายสุระศักดิ์ จันทิมพ์				

ตัวชี้วัด	5. ร้อยละของอุบัติเหตุจากการไม่พร้อมใช้ของเครื่องมือ
คำนิยาม	เครื่องมือ หมายถึง เครื่องมือ เครื่องใช้ เครื่องกล วัสดุที่ใช้ใส่เข้าไปในร่างกายมนุษย์ หรือสัตว์ น้ำยาที่ใช้ตรวจในห้องปฏิบัติการ ผลิตภัณฑ์ ซอฟต์แวร์หรือวัตถุอื่นใด ที่ผู้ผลิตมุ่งหมายเฉพาะสำหรับใช้อย่างหนึ่งอย่างใด ไม่ว่าจะใช้โดยลำพัง ใช้ร่วมกันหรือใช้ ประกอบกับสิ่งอื่นใดที่มุ่งหมายสำหรับใช้ในการประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ เป็นต้น
เกณฑ์เป้าหมาย	ลดลง 10 % จากปีที่ผ่านมา
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ให้บริการทางการแพทย์และผู้ป่วย
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมจากฐานข้อมูลความเสี่ยงของโรงพยาบาล
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลความเสี่ยงงานคุณภาพของโรงพยาบาล
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนอุบัติเหตุจากการไม่พร้อมใช้ของเครื่องมือ ปี 2558
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนอุบัติเหตุจากการไม่พร้อมใช้ของเครื่องมือ ปี 2557

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B)x100				
ระยะเวลาประเมินผล	1. ฐานข้อมูลความเสี่ยงงานคุณภาพ 2. ครบ1ปี				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2555	2556	2557
	-	-	-	-	-
เกณฑ์การประเมิน :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	จำนวนอุบัติเหตุจากการไม่พร้อมใช้ของเครื่องมือ ลดลง 10 % จากปีที่ผ่านมา	
วิธีการประเมินผล :	นำฐานข้อมูลความเสี่ยงมาตรวจสอบและเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา				
เอกสารสนับสนุน :	-				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางกัญญา คำพอ/ นายสุระศักดิ์ จันทิมพ์				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	นายสุระศักดิ์ จันทิมพ์				
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นายสุระศักดิ์ จันทิมพ์				

ตัวชี้วัด	6. ร้อยละของการความสำเร็จในการจัดหาเครื่องมือตามแผนฯ 1, 6
คำนิยาม	เครื่องมือ หมายถึง เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่จำเป็นแก่หน่วยงานในแผนยุทธศาสตร์ที่ 1,6 ที่ขออนุมัติไว้ตามแผน (แผนยุทธศาสตร์ที่ 1.พัฒนาระบบบริการเพื่อก้าวสู่ความเป็นโรงพยาบาลเชี่ยวชาญระดับสูง ,แผนยุทธศาสตร์ที่ 6. สนับสนุนภาคีเครือข่ายให้เข้มแข็งในด้านสุขภาพ)
เกณฑ์เป้าหมาย	100%
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรและหน่วยงานในยุทธศาสตร์ที่1,6

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากงานจัดซื้อจัดจ้างของพัสดุ				
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลจากงานพัสดุโรงพยาบาลมหาสารคาม				
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนเครื่องมือตามยุทธศาสตร์ 1,6 ที่จัดหาได้				
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนเครื่องมือตามยุทธศาสตร์ 1,6 ที่อนุมัติ				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	1. ฐานข้อมูลงานจัดซื้อจัดจ้างพัสดุ 2. ครบ 1 ปี				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2555	2556	2557
	-	-	-	-	-
เกณฑ์การประเมิน :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	ครบ 100% จากแผนที่ได้รับการอนุมัติ	
วิธีการประเมินผล :	คำนวณจากฐานข้อมูลที่จัดหาได้ในรอบ 1 ปี เปรียบเทียบกับแผนที่ได้รับอนุมัติ				
เอกสารสนับสนุน :	-				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางกัญญา คำพอ/ นายสุระศักดิ์ จันทิมพ์				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	นายสุระศักดิ์ จันทิมพ์				
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นายสุระศักดิ์ จันทิมพ์				

ตัวชี้วัด	7. ร้อยละของอุบัติการณ์จากการไม่พร้อมใช้ของสาธารณูปโภค
คำนิยาม	อุบัติการณ์ หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในลักษณะเช่นเดียวกันกับการเกิดอุบัติเหตุ แต่ผลของอุบัติการณ์ไม่ทำให้ผู้ใดได้รับบาดเจ็บ ทรัพย์สินไม่เสียหาย หรืออาจเรียก

	<p>เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนี้อีกอย่างหนึ่งว่าเป็นเหตุการณ์เกือบเกิดอุบัติเหตุ (Incident or Near Miss) ซึ่งการเกิดอุบัติเหตุบ่อยครั้ง อาจนำมาซึ่งการเกิดอุบัติเหตุได้ ถ้าไม่ได้รับการควบคุมป้องกัน</p> <p><b>สาธารณสุขปโบค หมายถึง</b> ระบบสาธารณสุขที่จัดทำเพื่ออำนวยความสะดวกแก่บุคลากรในโรงพยาบาลแลประชาชนผู้ที่มารับบริการทางการแพทย์ ในสิ่งอุปโภคที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิต เช่น ระบบไฟฟ้า ไฟฟ้าสำรอง ประปา ระบบปรับอากาศ ระบายอากาศ ระบบก๊าซทางการแพทย์และสูญญากาศ ระบบขนส่ง การสื่อสาร</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย	ลดลง 10 % จากปีที่ผ่านมา				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ให้บริการทางการแพทย์และผู้ป่วย				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมจากฐานข้อมูลความเสี่ยงของโรงพยาบาล				
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลความเสี่ยงงานคุณภาพของโรงพยาบาล				
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนอุบัติเหตุจากการไม่พร้อมใช้ของสาธารณสุขปโบค ปี2558				
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนอุบัติเหตุจากการไม่พร้อมใช้ของสาธารณสุขปโบค ปี2557				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	1. ฐานข้อมูลความเสี่ยงงานคุณภาพ 2. ครบ1ปี				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2555	2556	2557
	-	-	-	-	-
<b>เกณฑ์การประเมิน :</b>					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	จำนวนอุบัติเหตุจำนวนอุบัติเหตุจากการไม่พร้อมใช้ของสาธารณสุขปโบคลดลง 10 % จากปีที่ผ่านมา	
วิธีการประเมินผล :	นำฐานข้อมูลความเสี่ยงมาตรวจสอบและเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา				
เอกสารสนับสนุน :	-				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางกัญญา คำพอ/ นายสุระศักดิ์ จันทิมพ์				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	นายสุระศักดิ์ จันทิมพ์				
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นายสุระศักดิ์ จันทิมพ์				

ตัวชี้วัด	8. ร้อยละของความสำเร็จในการจัดหาสาธารณูปโภคตามแผนฯ 1, 6				
คำนิยาม	สาธารณูปโภคตามแผนยุทธศาสตร์ที่1,6 หมายถึง การจัดหาระบบสาธารณูปโภคที่จำเป็นเพื่ออำนวยความสะดวกแก่หน่วยงานในแผนยุทธศาสตร์ที่ 1,6 ในสิ่งอุปโภคต่อการดำเนินงาน เช่น ระบบไฟฟ้า ไฟฟ้าสำรอง ประปา ระบบปรับอากาศ ระบายอากาศ ระบบก๊าซทางการแพทย์และสูญญากาศ ระบบขนส่ง การสื่อสาร เป็นต้น (แผนยุทธศาสตร์ที่ 1.พัฒนาระบบบริการเพื่อก้าวสู่ความเป็นโรงพยาบาลเชี่ยวชาญระดับสูง ,แผนยุทธศาสตร์ที่ 6.สนับสนุนภาคีเครือข่ายให้เข้มแข็งในด้านสุขภาพ )				
เกณฑ์เป้าหมาย	100%				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรและหน่วยงานในยุทธศาสตร์ที่1,6				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากงานจัดซื้อจัดจ้างของพัสดุ				
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลจากงานพัสดุโรงพยาบาลมหาสารคาม				
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนสาธารณูปโภคตามยุทธศาสตร์ 1,6 ที่จัดหาได้				
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนสาธารณูปโภคตามยุทธศาสตร์ 1,6 ที่อนุมัติ				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	1. ฐานข้อมูลงานจัดซื้อจัดจ้างพัสดุ 2. ครบ1ปี				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2555	2556	2557
	-	-	-	-	-
เกณฑ์การประเมิน :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	ครบ 100% จากแผนที่ได้รับการอนุมัติ	
วิธีการประเมินผล :	คำนวณจากฐานข้อมูลที่จัดหาได้ในรอบ1ปีเปรียบเทียบกับแผนที่ได้รับอนุมัติ				
เอกสารสนับสนุน :	-				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางกัญญา คำพอ/ นายสุระศักดิ์ จันทิมพ์				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	นายสุระศักดิ์ จันทิมพ์				
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นายสุระศักดิ์ จันทิมพ์				

ตัวชี้วัด	9. สัดส่วนของการเพิ่มขึ้นของกิจกรรมหรือพื้นที่เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ				
คำนิยาม	พื้นที่สร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง พื้นที่ที่บุคลากร ผู้ป่วย ผู้รับบริการอื่นๆ และประชาชนทั่วไป สามารถเข้าถึงเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาทักษะในการบรรลุซึ่งสุขภาวะอันสมบูรณ์ เช่น มุมเรียนรู้ สวนหย่อม มุมธรรมะ สถานที่ออกกำลังกาย ร้านค้าเพื่อสุขภาพ				
เกณฑ์เป้าหมาย	≥1				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรในโรงพยาบาล ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยและผู้มาติดต่อราชการ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากงานบริหารและสุขศึกษา				
แหล่งข้อมูล	-				
รายการข้อมูล 1	A=ปริมาณพื้นที่หรือกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ปี2558				
รายการข้อมูล 2	B=ปริมาณพื้นที่หรือกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ปี2557				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	1.ฐานข้อมูลงานจากงานบริหารและสุขศึกษา 2.ครบ1ปี				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2555	2556	2557
	-	-	-	-	-
เกณฑ์การประเมิน :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	ปริมาณพื้นที่หรือกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพที่เพิ่มขึ้น ≥1	
วิธีการประเมินผล :	นำฐานข้อมูลปริมาณพื้นที่หรือกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพที่มาตรวจสอบและเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา				
เอกสารสนับสนุน :	-				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางกัญญา คำพอ/ นายสุระศักดิ์ จันทพิมพ์				

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	นายสุระศักดิ์ จันทพิมพ์
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นายสุระศักดิ์ จันทพิมพ์

ตัวชี้วัด	10. ร้อยละค่าพารามิเตอร์ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน				
คำนิยาม	ค่าพารามิเตอร์ หมายถึง ค่ามาตรฐานน้ำทิ้งตามประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เรื่องกำหนดมาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้งจากอาคารบางประเภทและบางขนาด ปี 2548 อาคารประเภท ก หมายถึง โรงพยาบาลของราชการ รัฐวิสาหกิจหรือสถานพยาบาล ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลที่มีเตียงสำหรับผู้ป่วยไว้นอนค้างคืนรวมกันทุกชั้นของอาคารหรือกลุ่มของอาคารตั้งแต่ 30 เตียงขึ้นไป มีทั้งหมด 11 ค่า มีรายการดังนี้ pH, BOD, COD, SS, Settleable Solids, TDS, H <sub>2</sub> S, TKN, Oil & Grease, Coliform Bacteria, Fecal Coliform Bacteria				
เกณฑ์เป้าหมาย	100%				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	น้ำเสียจากกิจกรรมในโรงพยาบาลและน้ำทิ้งสู่ชุมชน				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	นำผลจากการวิเคราะห์จากห้องปฏิบัติการมาคำนวณเปรียบเทียบ				
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลผลการตรวจวัดค่าพารามิเตอร์งานน้ำเสีย				
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนค่าพารามิเตอร์ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน				
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนค่าพารามิเตอร์ตามเกณฑ์มาตรฐานทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2555	2556	2557
	-	-	-	-	-

เกณฑ์การประเมิน :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ค่าพารามิเตอร์ผ่านเกณฑ์ มาตรฐาน100%	ค่าพารามิเตอร์ผ่าน เกณฑ์มาตรฐาน100%	ค่าพารามิเตอร์ผ่าน เกณฑ์มาตรฐาน100%	ค่าพารามิเตอร์ผ่านเกณฑ์ มาตรฐาน100%
วิธีการประเมินผล :	งานบำบัดน้ำเสียนำข้อมูลมาตรวจสอบเปรียบเทียบความถูกต้องของข้อมูล		
เอกสารสนับสนุน :	-		
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางกัญญา คำพอ/ นายสุระศักดิ์ จันทิมพ์		
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล	นายสุระศักดิ์ จันทิมพ์		
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นายสุระศักดิ์ จันทิมพ์		

ตัวชี้วัด	11. สัดส่วนของขยะรีไซเคิล		
คำนิยาม	ขยะรีไซเคิล หมายถึง ขยะที่สามารถนำไปผ่านกระบวนการแปรสภาพ โดยเฉพาะ การหลอม เพื่อให้เป็นวัสดุใหม่แล้วนำกลับมาใช้ได้อีก ซึ่งวัสดุที่ผ่านการแปรสภาพนั้น อาจจะเป็นผลิตภัณฑ์เดิมหรือผลิตภัณฑ์ใหม่ ซึ่งการจัดการขยะภายในโรงพยาบาลได้ แยกออกเป็น กระดาษลัง กระดาษย่อย กระดาษขาวดำ ขวดน้ำเกลือ พีพี พลาสติก ใส สลิ่ง พลาสติกขุ่น ขวดแก้ว โลหะ โดยถูกรวบรวมที่โรงพักขยะรีไซเคิลโรงพยาบาล มหาสารคาม		
เกณฑ์เป้าหมาย	≥1		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรในโรงพยาบาล ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยและผู้มาติดต่อราชการ		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากปริมาณขยะรีไซเคิลของแต่ละปี		
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลปริมาณขยะรีไซเคิลของหน่วยงานบำบัดน้ำเสีย		
รายการข้อมูล 1	A=ปริมาณขยะรีไซเคิล ปี2558		
รายการข้อมูล 2	B=ปริมาณขยะรีไซเคิล ปี2557		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	1. ฐานข้อมูลปริมาณขยะรีไซเคิลของหน่วยงานบำบัดน้ำเสีย 2. ครบ1ปี		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.
			2555      2556      2557

	-	-	-	-	-
ตัวชี้วัด	1. ร้อยละของหมู่บ้านที่มีการให้ความรู้ในโรคสำคัญทางหอกระจายข่าว				

เกณฑ์การประเมิน :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ปริมาณขยะรีไซเคิลเพิ่มขึ้น ≥1
วิธีการประเมินผล :	งานบำบัดน้ำเสียนำข้อมูลขยะรีไซเคิลมาตรวจสอบเปรียบเทียบความถูกต้องของข้อมูล		
เอกสารสนับสนุน :	-		
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางกัญตา คำพอ/ นายสุระศักดิ์ จันทพิมพ์		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	นายสุระศักดิ์ จันทพิมพ์		
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นายสุระศักดิ์ จันทพิมพ์		

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 6 : สนับสนุนภาคีเครือข่ายให้เข้มแข็งในด้านสุขภาพ

คำนิยาม	<p>หอกระจายข่าว คือ เครื่องมือสื่อสารที่รัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดสร้างขึ้นในการกระจายเสียงในหมู่บ้าน ชุมชน เพื่อเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารและบริการสาธารณะที่อยู่ในอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและของรัฐให้ประชาชนได้รับประโยชน์รวมทั้งเผยแพร่ความคิดเห็นความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น</p> <p>หมู่บ้านที่มีการให้ความรู้ทางหอกระจายข่าว หมายถึง หมู่บ้านที่มีหอกระจายข่าว และมีการให้ความรู้ในเรื่องโรคที่สำคัญทางหอกระจายข่าว โดย ผู้นำชุมชน อสม. หรือบุคคลอื่นที่มีหน้าที่ดูแลและดำเนินงานประชาสัมพันธ์</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย	80%				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หมู่บ้านที่มีการให้ความรู้ในโรคที่สำคัญหอกระจายข่าว				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. จากการรายงาน 2. จากแบบสอบถาม				
แหล่งข้อมูล	สำรวจข้อมูล				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหมู่บ้านที่ให้ความรู้ทางหอกระจายข่าว				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหมู่บ้านทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	สำรวจปีละ 1 ครั้ง				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2555	2556	2557
	-	-	-	-	-
เกณฑ์การประเมิน :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	80%	80%	80%	80%	
วิธีการประเมินผล :	1. จากการรายงาน 2. จากแบบสอบถาม				
เอกสารสนับสนุน :	-				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นพ.ไพฑูลย์ อัครอนันต์/ นางนิรมล โทแก้ว				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	นางนิรมล โทแก้ว				
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางนิรมล โทแก้ว				

ตัวชี้วัด	2. ร้อยละประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง				
คำนิยาม	<p>การคัดกรองเบาหวาน สำหรับประชากรอายุ 15 ปี โดยการคัดกรองด้วยวาจา และตรวจน้ำตาลในเลือด ( Fasting plasma glucose หรือ Fasting capillary glucose) เมื่อมีความเสี่ยงตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไปต้องได้รับการเจาะเลือด โดยมีเกณฑ์การคัดกรอง ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน (รอบเอว <math>\geq</math> 90ซม.ในผู้ชาย หรือ <math>\geq</math> 80ซม.ในผู้หญิง และ/หรือดัชนีมวลกาย <math>\geq</math> 25 กก./ม.<sup>2</sup> )</li> <li>2. มีประวัติ พ่อ แม่ พี่ น้อง เป็นโรคเบาหวาน</li> <li>3. มีความดันโลหิตสูง (BP <math>\geq</math> 140/90 มม.ปรอท) หรือมีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง</li> <li>4. มีรอยพับรอบคอหรือได้รักแร้ดำ</li> </ol> <p>การคัดกรองความดันโลหิตสูง หมายถึง การตรวจวัดความดันโลหิตตามมาตรฐาน</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย	90%				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่อยู่ในโปรแกรม HosXP ที่เป็นประชากร type 1 และ type 3				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม HosXP ในแฟ้ม NCD screen				
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 21 / 43 แฟ้ม				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบ				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	4 ครั้ง/ปี เดือน ธันวาคม 2557 / มกราคม / กุมภาพันธ์ / มีนาคม 2558				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2555	2556	2557
	อ.เมือง จ.มค.	ร้อยละ	55.72	58.98	78.55
เกณฑ์การประเมิน :					
	ธันวาคม	มกราคม	กุมภาพันธ์	มีนาคม	
	85%	90%	95%	100%	
วิธีการประเมินผล :	ตรวจสอบจากการประมวลผลในเว็บไซต์ <a href="http://kpi.mhkdc.com/index.php">http://kpi.mhkdc.com/index.php</a>				
เอกสารสนับสนุน :	<a href="http://kpi.mhkdc.com/index.php">http://kpi.mhkdc.com/index.php</a>				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นพ.ไพบุลย์ อัครธนบดี/นางวิศรุดา ตีเมืองชัย				
หน่วยงานประมวลผลและ	นางวิศรุดา ตีเมืองชัย				

จัดทำข้อมูล	
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางวิศรุดา ตีเมืองซ้าย

ตัวชี้วัด	3. ร้อยละประชากร อายุ 15 ปี ขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคซึมเศร้า
คำนิยาม:	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีอาการสอดคล้องกับ Depressive Disorder ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD - 10: International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด F32, F33 และ F34.1 หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 4 (DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders IV) เป้าหมายการคัดกรอง : ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโรคซึมเศร้า
เกณฑ์เป้าหมาย	90%
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรตั้งแต่อายุ 15 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบอำเภอเมืองมหาสารคาม
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	- รวบรวมข้อมูลการใช้แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าแบบ 2คำถาม (2Q) และแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) - ข้อมูลจากการบันทึกกิจกรรมทาง program online - ข้อมูลจากการบันทึกกิจกรรมทาง program offline แล้วส่งเข้า program online ทาง internet หรือ copy file ส่งทาง e-mail - จากการรายงานทางเอกสารด้วยแบบฟอร์มที่กำหนด - ข้อมูลจากการบันทึกจากมาตรฐานข้อมูล ๒๑ หรือ ๔๓ แฟ้มที่มีข้อมูลสอดคล้องกับแบบรายงานที่กำหนด แล้วส่งเข้า program online ทาง internet หรือ copy file ส่งทาง e-mail
แหล่งข้อมูล	ประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไปในฐานประชากรในเขตรับผิดชอบ
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชากร อายุ 15 ปี ได้รับการคัดกรองโรคซึมเศร้า
รายการข้อมูล 2	B =จำนวนประชากร 15 ปีขึ้นไปทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$

ระยะเวลาประเมินผล	ทุก3เดือน				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2555	2556	2557
	จำนวนประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคซิมีเศร่า	ร้อยละ	28.11	32.60	51.30
เกณฑ์การประเมิน :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	60%	70%	80%	90%	
วิธีการประเมินผล :	ประมวลผลโดยโปรแกรม program offline และ program online ทาง internet ของฐานข้อมูล 43 แฟ้ม และ Data Center รพ.มค.				
เอกสารสนับสนุน :	- จำนวนประชากรที่ได้รับการคัดกรองโรคซิมีเศร่าทั้งปกติและมีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซิมีเศร่า - ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม และ Data Center รพ.มค.				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นพ.ไพบุลย์ อัครธนบดี/ นางฉวีวรรณ เผ่าพันธุ์, นายปรีชา เสนาวงษ์				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	นางฉวีวรรณ เผ่าพันธุ์, นายปรีชา เสนาวงษ์				
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางฉวีวรรณ เผ่าพันธุ์, นายปรีชา เสนาวงษ์				

ตัวชี้วัด	4. ร้อยละสตรี อายุ 30 - 60 ปี ที่มีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง				
คำนิยาม	สตรีอายุ 30 -60 ปี มีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ตามแบบประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกรมอนามัย				
เกณฑ์เป้าหมาย	≥80%				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สตรีอายุ 30 – 60 ปี				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม HosXP ในแฟ้ม service				
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 21 / 43 แฟ้ม				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนสตรีอายุ 30 -60 ปีที่ตรวจเต้านมด้วยตนเอง				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสตรีอายุ 30 -60 ปีทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2555	2556	2557
	อ.เมือง	ร้อยละ	17.37	25.18	59.67

	มหาสารคาม				
<b>เกณฑ์การประเมิน :</b>					
	<b>รอบ 3 เดือน</b>	<b>รอบ 6 เดือน</b>	<b>รอบ 9 เดือน</b>	<b>รอบ 12 เดือน</b>	
	≥50%	≥60%	≥70%	≥80%	
<b>วิธีการประเมินผล :</b>	ตรวจสอบจากการประมวลผลในเว็บไซต์ <a href="http://kpi.mhkdc.com/index.php">http://kpi.mhkdc.com/index.php</a>				
<b>เอกสารสนับสนุน :</b>	<a href="http://kpi.mhkdc.com/index.php">http://kpi.mhkdc.com/index.php</a>				
<b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b>	นพ.ไพบุลย์ อัครธนบดี/ นางวิศรุดา ตีเมืองซ้าย				
<b>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล</b>	นางวิศรุดา ตีเมืองซ้าย				
<b>ผู้รายงานผลการดำเนินงาน</b>	นางวิศรุดา ตีเมืองซ้าย				

<b>ตัวชี้วัด</b>	5. ร้อยละของเด็กอายุ 5 ปีที่ได้รับวัคซีน BCG, DTP3-4-5 OPV3-4-5-HB 3ครบชุดตามเกณฑ์
<b>คำนิยาม</b>	เด็ก 5 ปี หมายถึง เด็กอายุครบ 5 ปี ที่ได้รับวัคซีน BCG, DTP3-4-5 OPV3-4-5-HB 3
<b>เกณฑ์เป้าหมาย</b>	≥90%
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	เด็กอายุ 5 ปี ที่ได้รับวัคซีน BCG, DTP 3-4-5 OPV 3-4-5 -HB ครบชุดตามเกณฑ์
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	เก็บข้อมูลจากการรับวัคซีน BCG, DTP3-4-5 OPV3-4-5-HB 3 ของเด็กอายุ0-5ปีที่อยู่ในโปรแกรมบันทึกของสถานบริการ
<b>แหล่งข้อมูล</b>	ฐานข้อมูล OP/PP

รายการข้อมูล 1	A= จำนวนเด็กอายุครบ 5 ปี ที่ได้รับวัคซีน BCG, DTP 3-4-5 OPV 3-4-5 ,HB3				
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนเด็กอายุครบ 5 ปี ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินปีละ 1 ครั้ง				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2555	2556	2557
	ร้อยละของเด็กอายุ 5 ปี ที่ได้รับวัคซีน DTP3-4-5 OPV 3-4-5 – HB3ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	ร้อยละ	10.98	58.46	59.12
<b>เกณฑ์การประเมิน :</b>					
	<b>รอบ 3 เดือน</b>	<b>รอบ 6 เดือน</b>	<b>รอบ 9 เดือน</b>	<b>รอบ 12 เดือน</b>	
	ร้อยละความครอบคลุม $\geq 25$	ร้อยละความครอบคลุม $\geq 50$	ร้อยละความครอบคลุม $\geq 75$	ร้อยละความครอบคลุม $\geq 90$	
วิธีการประเมินผล :	จากระบบรายงาน				
เอกสารสนับสนุน :	-				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นพ.ไพบุลย์ อัครธนบดี/ นางทิพย์จันทร์ ภูคำวงศ์ , นางนงเยาว์ ทุมวัน				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	นางทิพย์จันทร์ ภูคำวงศ์ , นางนงเยาว์ ทุมวัน				
ผู้รายงานผลกาดำเนินงาน	นางทิพย์จันทร์ ภูคำวงศ์, นางนงเยาว์ ทุมวัน				

ตัวชี้วัด	6. ร้อยละเด็กอายุ 1 ปีที่ได้รับวัคซีนหัด
คำนิยาม	เด็กอายุ 1 ปี ที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด หมายถึง เด็กอายุครบ 1 ปี ในงวดที่รายงานได้รับวัคซีนที่มีองค์ประกอบของไวรัสหัด (M, MR, MMR)
เกณฑ์เป้าหมาย	$\geq 95\%$
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุครบ 1 ปี

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลจากการรับวัคซีนที่องค์ประกอบของไวรัสหัด (M, MR, MMR) ของเด็กอายุครบ 1 ปีที่อยู่ในโปรแกรมบันทึกของสถานบริการ				
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล OP/PP				
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนเด็กอายุครบ 1 ปี ที่อยู่ในพื้นที่ในงวดรายงานนั้น ที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด				
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนเด็กอายุครบ 1 ปี ที่อยู่อาศัยในพื้นที่ในงวดรายงานนั้น				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2555	2556	2557
	เด็กอายุ 1 ปี ที่ได้รับวัคซีนหัด	ร้อยละ	47.02	57.93	63.43
เกณฑ์การประเมิน:คะแนนที่ได้จากการประเมินมาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของแต่ละหน่วยบริการ (คิดเป็นร้อยละเมื่อเทียบกับคะแนนรวมทั้งหมด)					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	ร้อยละความครอบคลุม $\geq 25$	ร้อยละความครอบคลุม $\geq 50$	ร้อยละความครอบคลุม $\geq 75$	ร้อยละความครอบคลุม $\geq 95$	
วิธีการประเมินผล :	จากระบบรายงาน				
เอกสารสนับสนุน :	-				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นพ.ไพบุลย์ อัครธนบดี/ นางทิพย์จันทร์ ภูคำวงศ์, นางนงเยาว์ ทุมวัน				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	นางทิพย์จันทร์ ภูคำวงศ์, นางนงเยาว์ ทุมวัน				
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางทิพย์จันทร์ ภูคำวงศ์, นางนงเยาว์ ทุมวัน				

ตัวชี้วัด	7. ร้อยละเด็กอายุ 2 ปี ที่ได้รับวัคซีน JE 2-3				
คำนิยาม	เด็กอายุ 2 ปี หมายถึง เด็กที่อายุครบ 2 ปี ที่ได้รับวัคซีน JE 2-3				
เกณฑ์เป้าหมาย	≥80%				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุครบ 2 ปี ในเขตรับผิดชอบ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลจากการรับวัคซีน JE2-3ของเด็กอายุครบ2 ปีที่อยู่ในโปรแกรมบันทึกของสถานบริการ				
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล OP/PP				
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนเด็กอายุครบ 2 ปี ที่ได้รับวัคซีน JE2-3				
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนเด็กอายุครบ 2 ปี ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	งวดที่ 1 เดือน ม.ค-ก.พ. 2558 งวดที่ 2 เดือน ก.ย. 2558 (สรุปผลการดำเนินงานทุก6เดือน)				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2555	2556	2557
	ร้อยละเด็กอายุ2ปี ที่ได้รับวัคซีน JE 2	ร้อยละ	16.32	58.19	59.45
ร้อยละเด็กอายุ2ปี ที่ได้รับวัคซีน JE 3	ร้อยละ	15.20	53.74	54.13	
<b>เกณฑ์การประเมิน :</b>					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	ร้อยละความ ครอบคลุม≥25	ร้อยละความ ครอบคลุม≥50	ร้อยละความ ครอบคลุม≥75	ร้อยละความ ครอบคลุม≥80	
วิธีการประเมินผล :	จากระบบรายงาน				
เอกสารสนับสนุน :	-				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นพ.ไพบุลย์ อัครธนบดี/ นางทิพย์จันทร์ ภูคำวงศ์ , นางนงเยาว์ ทูมมา				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล	นางทิพย์จันทร์ ภูคำวงศ์ , นางนงเยาว์ ทูมมา				
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางทิพย์จันทร์ ภูคำวงศ์ , นางนงเยาว์ ทูมมา				

ตัวชี้วัด	8. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ก่อน12สัปดาห์				
คำนิยาม	หญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า12สัปดาห์				
เกณฑ์เป้าหมาย	60%				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่อำเภอเมืองมหาสารคาม				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สมุดบันทึกการฝากครรภ์				
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล43แฟ้ม				
รายการข้อมูล 1	หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ก่อน12สัปดาห์				
รายการข้อมูล 2	หญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 2 ครั้ง				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2555	2556	2557
		ร้อยละ	54.92	60.82	65.72
เกณฑ์การประเมิน :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	60%	-	60%	
วิธีการประเมินผล :	สำรวจข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์เทียบกับจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ทั้งหมด มีค่าร้อยละ 60 ขึ้นไปถือว่าผ่านเกณฑ์				
เอกสารสนับสนุน :	สมุดบันทึกการฝากครรภ์				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นพ.ไพบุลย์ อัครธนบดี/ นางฉวีวรรณ เผ่าพันธุ์				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	นางฉวีวรรณ เผ่าพันธุ์				
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางฉวีวรรณ เผ่าพันธุ์				

ตัวชี้วัด	9. ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิผ่านมาตรฐานการดำเนินงาน WCC/ANC คุณภาพ				
คำนิยาม	หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีการดำเนินงานWCC/ANCคุณภาพและผ่านการประเมินตาม เกณฑ์มาตรฐาน				
เกณฑ์เป้าหมาย	60%				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลมหาสารคาม				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากการประเมินตามแบบประเมินผลการดำเนินงานWCC/ANCคุณภาพ				
แหล่งข้อมูล	แบบประเมินผลการดำเนินงานWCC/ANCคุณภาพ				
รายการข้อมูล 1	หน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านมาตรฐานการดำเนินงานWCC/ANCคุณภาพ				
รายการข้อมูล 2	จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 2 ครั้ง				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2555	2556	2557
		ร้อยละ	NA	NA	100
เกณฑ์การประเมิน :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	60%	-	60%	
วิธีการประเมินผล :	สำรวจหน่วยบริการที่มีการจัด WCC/ANC คุณภาพเทียบกับจำนวนหน่วยบริการของ ปฐมภูมิทั้งหมด มีค่าร้อยละ 60ขึ้นไปถือว่าผ่านเกณฑ์				
เอกสารสนับสนุน :	แบบประเมินผลการดำเนินงานWCC/ANCคุณภาพ				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /	นพ.ไพบุลย์ อัครธนบดี/				

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางฉวีวรรณ เผ่าพันธุ์
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	นางฉวีวรรณ เผ่าพันธุ์
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางฉวีวรรณ เผ่าพันธุ์

ตัวชี้วัด	10. ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิผ่านเกณฑ์การดำเนินงานLTC (Long Term care )				
คำนิยาม	หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีกระบวนการดำเนินงานLTCตามเกณฑ์				
เกณฑ์เป้าหมาย	60%				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลมหาสารคาม				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากการประเมินมาตรฐานการดำเนินงาน LTC				
แหล่งข้อมูล	แบบประเมินผลการดำเนินงานมาตรฐาน LTC				
รายการข้อมูล 1	หน่วยบริการปฐมภูมิผ่านเกณฑ์การดำเนินงานLTC				
รายการข้อมูล 2	จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 2 ครั้ง				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2555	2556	2557
		ร้อยละ	100	100	100
เกณฑ์การประเมิน :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	60%	-	60%	

วิธีการประเมินผล :	สำรวจหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีการดำเนินงานผ่านมาตรฐานงานLTC เทียบกับจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดในพื้นที่มีค่าร้อยละ60ขึ้นไปถือว่าผ่านเกณฑ์
เอกสารสนับสนุน :	แบบประเมินมาตรฐาน LTC
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นพ.ไพบุลย์ อัครธนบดี/ นางฉวีวรรณ เผ่าพันธุ์
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	นางฉวีวรรณ เผ่าพันธุ์
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางฉวีวรรณ เผ่าพันธุ์

ตัวชี้วัด	11. อัตราการเกิดอุบัติเหตุทางท้องถนน				
คำนิยาม	จำนวนผู้ป่วยด้วยอุบัติเหตุจากการขนส่งทางถนน				
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่เกินร้อยละ18/แสนประชากร				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรในพื้นที่อำเภอเมืองมหาสารคาม				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สถิติผู้รับบริการ				
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม/ข้อมูล EMS สอจร.				
รายการข้อมูล 1	จำนวนผู้ป่วยที่เกิดอุบัติเหตุจากการขนส่งทางถนน				
รายการข้อมูล 2	จำนวนประชากรทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 2 ครั้ง				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2555	2556	2557
		ไม่เกินร้อย	NA	NA	67.71

		ละ18/ แสน ประชากร			
<b>เกณฑ์การประเมิน :</b>					
	<b>รอบ 3 เดือน</b>	<b>รอบ 6 เดือน</b>	<b>รอบ 9 เดือน</b>	<b>รอบ 12 เดือน</b>	
	-	ไม่เกินร้อยละ18/แสน ประชากร	-	ไม่เกินร้อยละ18/แสน ประชากร	
<b>วิธีการประเมินผล :</b>	สำรวจข้อมูลประชากรในพื้นที่ที่เกิดอุบัติเหตุจากการขนส่งเทียบกับจำนวนประชากร กลางปีต่อแสนประชากร มีค่าไม่เกิน18ต่อแสนประชากรถือว่าผ่านเกณฑ์				
<b>เอกสารสนับสนุน :</b>	-				
<b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b>	นพ.ไพบุลย์ อัครธนบดี/ นางฉวีวรรณ เผ่าพันธุ์				
<b>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล</b>	นางฉวีวรรณ เผ่าพันธุ์				
<b>ผู้รายงานผลการดำเนินงาน</b>	นางฉวีวรรณ เผ่าพันธุ์				

<b>ตัวชี้วัด</b>	<b>12. อัตราการตั้งครรภ์ในกลุ่มมารดาอายุ15-19ปี</b>
<b>คำนิยาม</b>	หญิงวัยรุ่นอายุ15-19ปีที่มีการตั้งครรภ์
<b>เกณฑ์เป้าหมาย</b>	ไม่เกินหรือเท่ากับ50/พันประชากร
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	หญิงอายุ15-19ปีพื้นที่อำเภอเมืองที่มีการตั้งครรภ์
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	สำรวจข้อมูลกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่
<b>แหล่งข้อมูล</b>	ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม
<b>รายการข้อมูล 1</b>	จำนวนหญิงอายุ15-19ปีที่ตั้งครรภ์

รายการข้อมูล 2	จำนวนหญิงอายุ15-19ปีทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 2 ครั้ง				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2555	2556	2557
		ไม่เกินหรือเท่ากับ50 /พัน ประชากร	32.34	23.37	30.08
เกณฑ์การประเมิน :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	ไม่เกินหรือเท่ากับ50/ พันประชากร	-	ไม่เกินหรือเท่ากับ50/พัน ประชากร	
วิธีการประเมินผล :	สำรวจหญิงอายุ15-19ปีตั้งครรภ์ในพื้นที่เทียบกับประชากรหญิงวัยรุ่นทั้งหมดในพื้นที่ มีค่าไม่เกิน50/พันประชากร ถือว่าผ่านเกณฑ์				
เอกสารสนับสนุน :	-				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นพ.ไพบุลย์ อัครธนบดี/ นางฉวีวรรณ เผ่าพันธุ์				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล	นางฉวีวรรณ เผ่าพันธุ์				
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางฉวีวรรณ เผ่าพันธุ์				

ตัวชี้วัด	13. ร้อยละของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานความดันที่มีอาการฉุกเฉินด้วยอาการของ stroke,STEMI ได้รับการส่งต่อทันเวลา ตามเกณฑ์ (stroke/stemi Fast tract)
-----------	---

คำนิยาม	Stroke Fast tract หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่มีอาการฉุกเฉินของ Stroke และได้รับการส่งต่อเพื่อรับยาละลายลิ่มเลือดได้ภายใน 270 นาที Stemi Fast tract หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่มีอาการฉุกเฉินของ Stemi และได้รับการส่งต่อเพื่อรับยาละลายลิ่มเลือดได้ภายใน 30 นาที				
เกณฑ์เป้าหมาย	80%				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงของอำเภอเมืองมหาสารคาม				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม HosXP ในแฟ้ม service				
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 21/43 แฟ้ม				
รายการข้อมูล 1	A = ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มีอาการฉุกเฉินได้รับการส่งต่อทันเวลาตามเกณฑ์ (stroke/stemi Fast tract)				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มีอาการฉุกเฉินทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	4 ครั้ง/ปี				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2555	2556	2557
	ระดับประเทศ	ร้อยละ	NA	NA	NA
	จ.มหาสารคาม	ร้อยละ	NA	NA	NA
อ.เมือง จ.มหาสารคาม	ร้อยละ	NA	NA	NA	
เกณฑ์การประเมิน :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	50%	60%	70%	80%	
วิธีการประเมินผล :	ตรวจสอบจากการประมวลผลในเว็บไซต์ <a href="http://kpi.mhkdc.com/index.php">http://kpi.mhkdc.com/index.php</a>				
เอกสารสนับสนุน :	<a href="http://kpi.mhkdc.com/index.php">http://kpi.mhkdc.com/index.php</a>				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นพ.ไพบุลย์ อัครธนบดี/ นางวิศรุดา ตีเมืองชัย				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	นางวิศรุดา ตีเมืองชัย				
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางวิศรุดา ตีเมืองชัย				

ตัวชี้วัด	14. ร้อยละของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ป่วยเป็นโรคเบาหวานรายใหม่				
คำนิยาม	กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน หมายถึง ประชาชนที่ได้รับการตรวจคัดกรองเบาหวานในปี 2557 และมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว ตั้งแต่ 100 มก.ดล.ขึ้นไป ป่วยเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ในปี 2558				
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่เกินร้อยละ 5				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่ได้รับการตรวจคัดกรองเบาหวานในปี 2557 และมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว ตั้งแต่ 100 มก.ดล.ขึ้นไป				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ตรวจสอบจากการประมวลผลในเว็บไซต์ <a href="http://kpi.mhkdc.com/index.php">http://kpi.mhkdc.com/index.php</a>				
แหล่งข้อมูล	<a href="http://kpi.mhkdc.com/index.php">http://kpi.mhkdc.com/index.php</a>				
รายการข้อมูล 1	A = กลุ่มเสี่ยงเบาหวานป่วยเป็นโรคเบาหวานรายใหม่ในปี 2558				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในปี 2557 ทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก3เดือน				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2555	2556	2557
	อ.เมือง จ.มค.	ร้อยละ	4.89	6.46	4.51
เกณฑ์การประเมิน :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	ไม่เกินร้อยละ 2	ไม่เกินร้อยละ 3	ไม่เกินร้อยละ 4	ไม่เกินร้อยละ 5	
วิธีการประเมินผล :	ตรวจสอบจากการประมวลผลในเว็บไซต์ <a href="http://kpi.mhkdc.com/index.php">http://kpi.mhkdc.com/index.php</a>				
เอกสารสนับสนุน :	<a href="http://kpi.mhkdc.com/index.php">http://kpi.mhkdc.com/index.php</a>				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นพ.ไพบุลย์ อัครธนบดี/ นางวิศรุดา ตีเมืองชัย				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	นางวิศรุดา ตีเมืองชัย				
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางวิศรุดา ตีเมืองชัย				

ตัวชี้วัด	15. ร้อยละหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ				
คำนิยาม	หน่วยบริการสาธารณสุขที่มีการพัฒนาการจัดบริการตามเกณฑ์มาตรฐานการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ				
เกณฑ์เป้าหมาย	80%				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอเมืองมหาสารคาม 21 แห่ง โดยแบ่งเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง จำนวน 4 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 17 แห่ง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากการออกประเมินมาตรฐานการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ				
แหล่งข้อมูล	จากรายงานของกลุ่มงานพัฒนาระบบเวชกรรมสังคมและเครือข่าย				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนศสม.และรพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนศสม.และรพ.สต.ทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	มกราคม-มีนาคม				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2555	2556	2557
	หน่วยบริการสาธารณสุขที่มีการพัฒนาการจัดบริการตามเกณฑ์มาตรฐานการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ	แห่ง	ร้อยละ100	ร้อยละ100	ร้อยละ100

<b>เกณฑ์การประเมิน :</b>			
<b>รอบ 3 เดือน</b>	<b>รอบ 6 เดือน</b>	<b>รอบ 9 เดือน</b>	<b>รอบ 12 เดือน</b>
-	80%	-	-
<b>วิธีการประเมินผล :</b>	จากการออกประเมินมาตรฐานการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ		
<b>เอกสารสนับสนุน :</b>	เกณฑ์มาตรฐานการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ		
<b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b>	นพ.ไพบุลย์อัศวธนบดี/ นางพัชรา พรหมอารักษ์		
<b>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล</b>	นพ.ไพบุลย์อัศวธนบดี/นางพัชรา พรหมอารักษ์		
<b>ผู้รายงานผลการดำเนินงาน</b>	นางพัชรา พรหมอารักษ์		

<b>ตัวชี้วัด</b>	<b>16. ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิผ่านเกณฑ์PCAชั้น3</b>				
<b>คำนิยาม</b>	หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพระบบบริการปฐมภูมิ ตามเกณฑ์(PCA Award)ในระดับที่3(มีแบบประเมินตนเองและBest practice)				
<b>เกณฑ์เป้าหมาย</b>	85%				
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	หน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลมหาสารคาม				
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	แบบประเมินตนเองPCAในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ				
<b>แหล่งข้อมูล</b>	ฐานข้อมูล 43 แห่ง/แบบประเมินตนเอง PCA				
<b>รายการข้อมูล 1</b>	หน่วยบริการปฐมภูมิผ่านเกณฑ์ PCAชั้น3				
<b>รายการข้อมูล 2</b>	จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมด				
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>	$(A/B) \times 100$				
<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	ปีละ 2 ครั้ง				
<b>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</b>	<b>Baseline data</b>	<b>หน่วยวัด</b>	<b>ผลการดำเนินในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</b>		
			<b>2555</b>	<b>2556</b>	<b>2557</b>
		ร้อยละ	NA	4.76	38.09
<b>เกณฑ์การประเมิน :</b>					
<b>รอบ 3 เดือน</b>	<b>รอบ 6 เดือน</b>	<b>รอบ 9 เดือน</b>	<b>รอบ 12 เดือน</b>		
-	85%	-	85%		
<b>วิธีการประเมินผล :</b>	ดูจากหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีการประเมินตนเองในชั้นที่3เทียบกับหน่วยบริการปฐม				

	ภูมิทั้งหมดมีค่าร้อยละ 85 ขึ้นไปถือว่าผ่านเกณฑ์
เอกสารสนับสนุน :	แบบประเมินตนเอง PCA
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นพ.ไพบุลย์ อัครธนบดี/ นางฉวีวรรณ เผ่าพันธุ์
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	นางฉวีวรรณ เผ่าพันธุ์
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางฉวีวรรณ เผ่าพันธุ์

ตัวชี้วัด	17. ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิมีการดำเนินงานหมอครอบครัว		
คำนิยาม	หน่วยบริการสาธารณสุขที่มีการดำเนินงานหมอครอบครัว เพื่อดูแลประชาชนทุกครัวเรือนตามบทบาทหน้าที่รับผิดชอบ โดยมีแพทย์เป็นที่ปรึกษา		
เกณฑ์เป้าหมาย	80%		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอเมืองมหาสารคาม 21 แห่ง โดยแบ่งเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง จำนวน 4 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 17 แห่ง		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากการประเมินตนเอง		
แหล่งข้อมูล	จากรายงานของกลุ่มงานพัฒนาระบบเวชกรรมสังคมและเครือข่าย		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนศสม.และรพ.สต.ที่มีการดำเนินงานหมอครอบครัว		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนศสม.และรพ.สต.ทั้งหมด		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ตุลาคม-กันยายน		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.

			2555	2556	2557
	ร้อยละหน่วย บริการปฐมภูมิ การดำเนินงาน หมอครอบครัว	แห่ง	ร้อยละ100	ร้อยละ100	ร้อยละ100
<b>เกณฑ์การประเมิน :</b>					
	<b>รอบ 3 เดือน</b>	<b>รอบ 6 เดือน</b>	<b>รอบ 9 เดือน</b>	<b>รอบ 12 เดือน</b>	
	-	-	-	80%	
<b>วิธีการประเมินผล :</b>	ประชาชนมีหมอครอบครัวดูแล พิจารณาจากจำนวนประชากรของหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีจำนวนบุคลากรตามเกณฑ์ขั้นต่ำเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิโดย 1. ผ่านเกณฑ์หรือผ่านเกณฑ์แบบมีเงื่อนไขตามหมวด3.1(แพทย์)และ 2. ผ่านเกณฑ์หมวด3.2(พยาบาล)3.3(บุคลากรวุฒิปริญญาตรี)3.4(บุคลากรอื่นวุฒิไม่ต่ำกว่าอนุปริญญา)				
<b>เอกสารสนับสนุน :</b>	เกณฑ์มาตรฐานบุคลากรตามเกณฑ์ขั้นต่ำเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ				
<b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b>	นพ.ไพบุลย์อัศวรบดี/ นางพัชรา พรหมอารักษ์				
<b>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล</b>	นางพัชรา พรหมอารักษ์				
<b>ผู้รายงานผลการดำเนินงาน</b>	นางพัชรา พรหมอารักษ์				

<b>ตัวชี้วัด</b>	<b>18. ร้อยละของผู้ป่วยเรื้อรังที่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีขึ้นไป</b>
<b>คำนิยาม</b>	ผู้ป่วยที่ส่งดูแลต่อเนื่องได้รับการดูแลและประเมินคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีและดีมาก
<b>เกณฑ์เป้าหมาย</b>	≥85%
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องในเขตอำเภอเมือง
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	จากการสำรวจตามแบบประเมินคุณภาพชีวิตของ WHO
<b>แหล่งข้อมูล</b>	แบบประเมินคุณภาพชีวิตของ WHO
<b>รายการข้อมูล 1</b>	A =ผู้ป่วยเรื้อรังที่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีขึ้นไป
<b>รายการข้อมูล 2</b>	B =จำนวนผู้ป่วยเรื้อรังทั้งหมด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A/B × 100				
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 2 ครั้ง				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2555	2556	2557
		ร้อยละ	97.75	98.54	95.50
เกณฑ์การประเมิน :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	≥85%	-	≥85%	
วิธีการประเมินผล :	สำรวจจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีขึ้นไปเทียบกับจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งหมด มีค่าคะแนน ≥85%				
เอกสารสนับสนุน :	แบบประเมินคุณภาพชีวิตWHO				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นพ.ไพบุลย์ อัครธนบดี/นางกาญจนาวดี แก้วตา				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล	นางกาญจนาวดี แก้วตา				
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางกาญจนาวดี แก้วตา				

ตัวชี้วัด	19. ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีการดำเนินงานหมู่บ้านต้นแบบส่งเสริมสุขภาพในโรคเรื้อรัง
คำนิยาม	หมู่บ้านต้นแบบส่งเสริมสุขภาพในโรคเรื้อรัง หมายถึง หมู่บ้านหรือชุมชนที่มีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหรือควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อาทิ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจขาดเลือด อัมพฤกษ์อัมพาต และมะเร็ง

	<p>ต่างๆโดยใช้กระบวนการการมีส่วนร่วมและชุมชนดำเนินงานด้วยตนเอง</p> <p><b>หน่วยบริการปฐมภูมิ</b> หมายถึง หน่วยบริการปฐมภูมิของอำเภอเมืองมหาสารคาม ประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 17 แห่ง และศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง จำนวน 4 แห่ง</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย	80%				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการปฐมภูมิของอำเภอเมืองมหาสารคาม จำนวน 21 แห่ง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากการสำรวจในพื้นที่				
แหล่งข้อมูล	แบบรายงานการนิเทศงาน				
รายการข้อมูล 1	A = หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีการดำเนินงานหมู่บ้านต้นแบบส่งเสริมสุขภาพในโรคเรื้อรัง				
รายการข้อมูล 2	B = หน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	1 ครั้งต่อปี				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2555	2556	2557
	อ.เมืองมหาสารคาม	ร้อยละ	75%	85%	100%
เกณฑ์การประเมิน :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	50%	60%	70%	80%	
วิธีการประเมินผล :	จากการนิเทศติดตามผลการดำเนินงานหน่วยบริการปฐมภูมิ				
เอกสารสนับสนุน :	แบบนิเทศติดตาม				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นพ.ไพบุลย์ อัครธนบดี/ นางวิศรุดา ตรีเมืองชัย				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล	นางวิศรุดา ตรีเมืองชัย				
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางวิศรุดา ตรีเมืองชัย				

ตัวชี้วัด	20. ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยปฐมภูมิเพื่อการรักษาในระดับทุติยภูมิและ
-----------	---

	<b>ตติยภูมิได้ถูกต้องตามเกณฑ์</b>				
<b>คำนิยาม</b>	ผู้ป่วยโรคทั่วไป(GP)ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากแพทย์เฉพาะทางได้รับการส่งต่อตามเกณฑ์				
<b>เกณฑ์เป้าหมาย</b>	80%				
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	ประชากรในเขตอำเภอเมืองมหาสารคาม				
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม HosXPในแฟ้ม Service				
<b>แหล่งข้อมูล</b>	ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม				
<b>รายการข้อมูล 1</b>	A = ผู้ป่วยโรคทั่วไป(GP)ที่ได้รับการส่งต่อตามเกณฑ์เพื่อพบแพทย์เฉพาะทาง				
<b>รายการข้อมูล 2</b>	B = จำนวนผู้ป่วยโรคทั่วไปที่ได้รับการส่งต่อทั้งหมด				
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>	$(A/B) \times 100$				
<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	ปีละ 2 ครั้ง				
<b>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</b>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2555	2556	2557
		ร้อยละ	NA	NA	NA
<b>เกณฑ์การประเมิน :</b>					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	80%	-	80%	
<b>วิธีการประเมินผล :</b>	สำรวจผู้ป่วยทั่วไปที่รับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลที่ซับซ้อนมากขึ้นจากแพทย์เฉพาะทางได้รับการส่งต่อพบแพทย์เฉพาะทางถูกต้องตามเกณฑ์เทียบกับจำนวนผู้ป่วยโรคทั่วไปที่ได้รับการส่งต่อพบแพทย์เฉพาะทางทั้งหมดมีค่าร้อยละ80ขึ้นไปถือว่าผ่านเกณฑ์				
<b>เอกสารสนับสนุน :</b>	-				
<b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b>	นพ.ไพบุลย์ อัครนบติ/ นางฉวีวรรณ เผ่าพันธุ์				
<b>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล</b>	นางฉวีวรรณ เผ่าพันธุ์				
<b>ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน</b>	นางฉวีวรรณ เผ่าพันธุ์				

ตัวชี้วัด	21. สัดส่วนการใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิต่อการใช้บริการที่โรงพยาบาล				
คำนิยาม	จำนวนผู้มีสิทธิUCที่ไปใช้บริการในเขตรพ.สต.17แห่งและศสม.4แห่งเทียบกับจำนวนผู้มีสิทธิUCในเขตรับผิดชอบที่ไปใช้บริการที่โรงพยาบาล				
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่า 1.5				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนผู้มีสิทธิUCในเขตรับผิดชอบที่ไปใช้บริการที่รพ.สต.17แห่ง,ศสม.4แห่งและโรงพยาบาลมหาสารคาม				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากการเก็บข้อมูลผู้รับบริการในรพ.สต,ศสม.และโรงพยาบาลมหาสารคาม				
แหล่งข้อมูล	จากรายงานของกลุ่มงานพัฒนาระบบเวชกรรมสังคมและเครือข่าย				
รายการข้อมูล 1	จำนวนผู้มีสิทธิUCที่ไปใช้บริการในเขตรพ.สต.17แห่งและศสม.4แห่ง				
รายการข้อมูล 2	จำนวนผู้มีสิทธิUCในเขตรับผิดชอบที่ไปใช้บริการที่โรงพยาบาล				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ตุลาคม-กันยายน				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2555	2556	2557
	สัดส่วนการใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิต่อการใช้บริการที่โรงพยาบาล		-	-	0.43
เกณฑ์การประเมิน :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	ไม่น้อยกว่า1.5	-	
วิธีการประเมินผล :	จากข้อมูลจำนวนผู้มีสิทธิUCในเขตรับผิดชอบที่ไปใช้บริการที่รพ.สต.17แห่ง,ศสม.4แห่งและโรงพยาบาลมหาสารคาม				
เอกสารสนับสนุน :	สรุปผลผู้รับบริการจำนวนผู้มีสิทธิUCในเขตรับผิดชอบที่ไปใช้บริการที่รพ.สต.17แห่ง,ศสม.4แห่งและโรงพยาบาลมหาสารคาม				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /	นพ.ไพบุลย์อัศวรณบดี/				

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางพัชรา พรหมอารักษ์
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	นางพัชรา พรหมอารักษ์
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางพัชรา พรหมอารักษ์

## คณะผู้จัดทำ

### ✧ เจ้าของ

โรงพยาบาลมหาสารคาม

### ✧ ที่ปรึกษา

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม

รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคามทุกฝ่าย

ผู้ช่วยผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคามทุกด้าน

### ✧ ที่ปรึกษาพิเศษ

นายแพทย์สุคชาย เลยวานิชย์เจริญ

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

### ✧ อำนวยการผลิต

นายแพทย์บวร แสนสุโพธิ์

รองผู้อำนวยการฝ่ายวิชาการ

### ✧ รวบรวมและเรียบเรียงข้อมูล

นางฐานะมาศ อรรคแสง

นางสาวรัตติกาล ภูพันใบ

นายพิทักษ์ ทิวสร้อย

นักวิเคราะห์นโยบายและแผน

นักวิเคราะห์นโยบายและแผน

พนักงานช่วยเหลือคนไข้

### ✧ วิเคราะห์และตรวจสอบข้อมูล

นายสมศักดิ์ สุทธิเจริญ

หัวหน้างานแผนงาน

### ✧ ออกแบบปก

นางสาวมารีสา ปัตตังเว

เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา

### ✧ แหล่งข้อมูล

ข้อมูลการให้บริการ

ข้อมูลทางการเงิน

ข้อมูลบุคลากร

ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ

ฝ่ายการเงิน/บัญชี

ฝ่ายการเจ้าหน้าที่

✧ ปีที่พิมพ์

เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2557