

แผนยุทธศาสตร์และรายละเอียดตัวชี้วัด

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์



ปีงบประมาณ 2563

กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ

สารบัญ

	หน้า
วิสัยทัศน์ (Vision)	3
พันธกิจ (Mission)	3
ค่านิยม (Core values)	4
สมรรถนะหลักขององค์กร (Core competencies)	4
ประเด็นยุทธศาสตร์	5
Clusters driver	5
เป้าประสงค์ (เข็มมุ่ง)	5
แผนที่กลยุทธ์	6
ความสัมพันธ์ระหว่างกลยุทธ์และตัวชี้วัดกับมาตรฐาน HA และพันธกิจ ตามมุมมอง 4 ด้าน	7
ความสัมพันธ์ระหว่างตัวชี้วัดกับประเด็นยุทธศาสตร์/เข็มมุ่ง และ Clusters driver ตามมุมมอง 4 ด้าน	8
ตัวชี้วัดโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ตามมุมมอง 4 ด้าน	9
รายละเอียดตัวชี้วัดโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์	10-31



วิสัยทัศน์ (Vision)

“สถาบันทางการแพทย์และการสาธารณสุขชั้นนำระดับโลกที่ได้มาตรฐานสากล”

พันธกิจ (Mission)

- 1) ให้บริการทางการแพทย์เฉพาะทางขั้นสูงโดยเน้นระดับตติยภูมิและให้บริการดูแลสุขภาพองค์รวมแบบผสมผสาน
- 2) ผลิตแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน และพัฒนาศักยภาพแพทย์และบุคลากรวิทยาศาสตร์สุขภาพ ในด้านวิชาการ การวิจัยและนวัตกรรมเพื่อพัฒนาระบบบริการ
- 3) เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายในเขตบริการสุขภาพที่ 10 และบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายในการจัดการระบบสุขภาพแบบยั่งยืน
- 4) มีระบบบริหารจัดการด้านสุขภาพและระบบสนับสนุนบริการที่ได้มาตรฐานสากล
- 5) บริหารจัดการระบบสารสนเทศให้ตอบสนองต่อการบริการสุขภาพ

ค่านิยม (Core Values)

S - U - N - P - A - S - I - T

S = Service Excellence บริการเป็นเลิศ

U = Unity ความร่วมมือร่วมใจ

N = Nobleness มีคุณธรรมสูง

P = Professional mastery เป็นมืออาชีพในงาน

A = Accountability วัตได้ โปร่งใส

S = Social Responsibility รับผิดชอบต่อสังคม

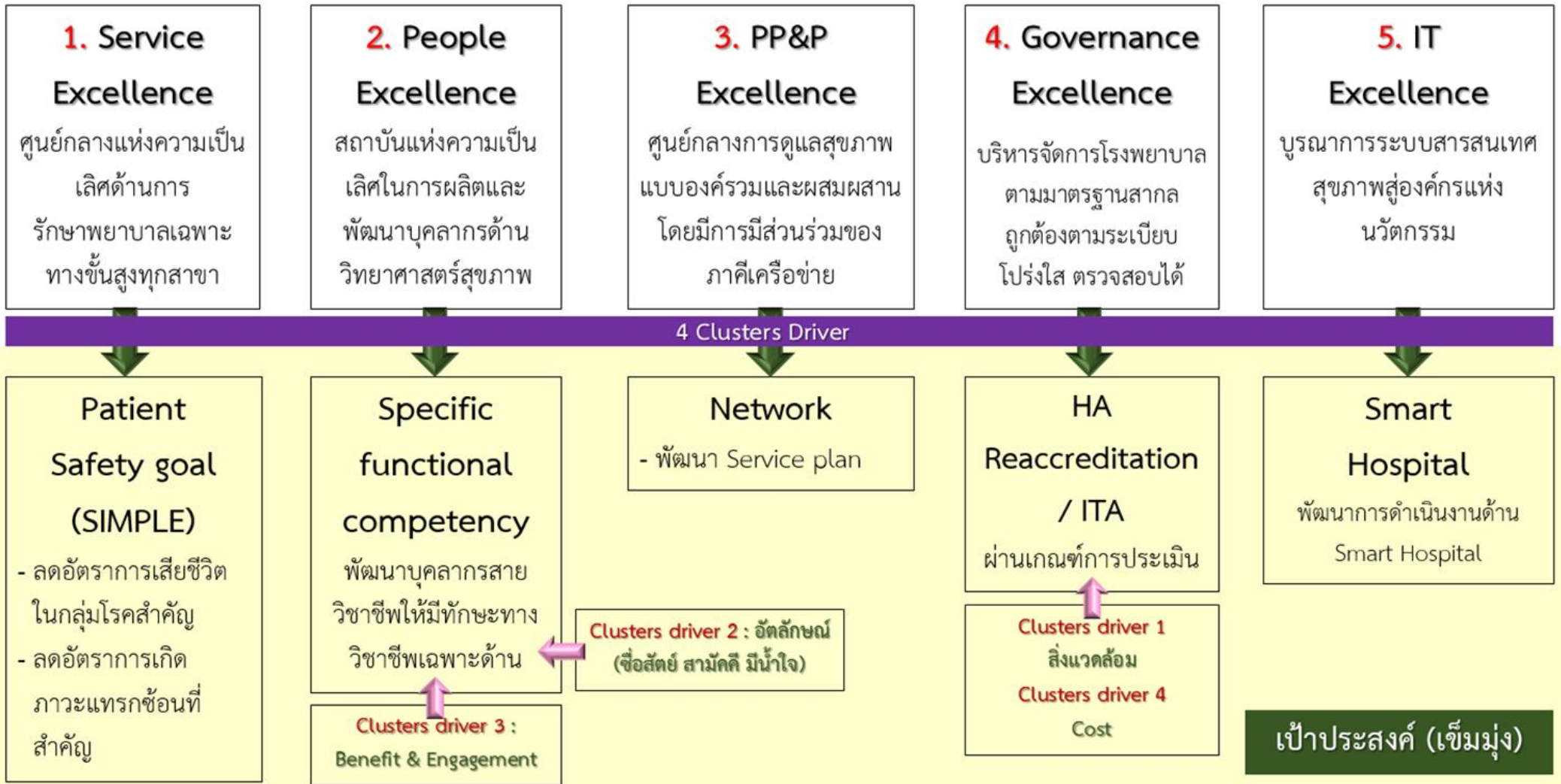
I = Innovation สร้างสรรค์นวัตกรรม

T = Technology โรงพยาบาลดิจิทัล



สมรรถนะหลักองค์กร (Core competencies)

- 1) ให้บริการทางการแพทย์ในระดับสูง (Excellence Center) 5 สาขา (มะเร็ง, หัวใจ, อุบัติเหตุ, ทารกแรกเกิด, ปลูกถ่ายอวัยวะ)
- 2) ผลิตและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์



แผนที่กลยุทธ์

	SO1 ศูนย์กลางแห่งความ เป็นเลิศระดับสูง	SO2 ผลิตภัณฑ์การ ทางการแพทย์	ST ศูนย์กลางร่วม แห่ง วิสัยทัศน์	WO การบริหารจัดการมี ประสิทธิภาพ	WT Digital Hospital
C ผู้ใช้บริการและผู้มี ส่วนได้ส่วนเสีย (Customer & Stakeholder)	KRA ₁₁ ลดอัตราตายใน กลุ่มโรคที่สำคัญทุก สาขา ลดแทรกซ้อน QOL ดีขึ้นในกลุ่ม โรคที่สำคัญ (readmit ลดลง) 7.1	KRA ₁₂ ผู้จบการศึกษา/ ฝึกอบรมมี คุณภาพตาม เกณฑ์ 7.4	KRA ₁₃ ลดการเจ็บป่วย รุนแรงในโรคที่ ป้องกันได้(ราย ใหม่ในกลุ่มเสียง, รายใหม่ในกลุ่ม ป่วย) 7.7	KRA ₁₄ ผู้รับบริการ ไว้วางใจ เชื่อมั่น ศรัทธา และ ผูกพัน 7.2	KRA ₁₅ ได้รับบริการ รวดเร็ว และ ปลอดภัย
I มาตรฐานการพัฒนา และการบริหารทั่วทั้ง องค์กร (Internal Process)	KRA ₂₁ มาตรฐานการ รักษาขั้นสูงทุก สาขา บริหารความเสี่ยง รอบด้านครบวงจร 7.5	KRA ₂₂ การเรียนการ สอนมีมาตรฐาน	KRA ₂₃ PCC มาตรฐาน สูง ลด RSQ ใน ชุมชน Premium ผู้สูงอายุ 7.5	KRA ₂₄ การรับรอง คุณภาพต่อเนื่อง และมีนัย 7.6	KRA ₂₅ ปัญญาประดิษฐ์(AI) สารสนเทศทาง การแพทย์ สารสนเทศในการ เข้าถึงบริการ
L การเรียนรู้และการ พัฒนา (Learning and Growth)	KRA ₃₁ สหสาขาวิชาชีพ เชี่ยวชาญทุก สาขา 7.4	KRA ₃₂ เชี่ยวชาญการ สอนและวิจัย	KRA ₃₃ เชี่ยวชาญเวช ศาสตร์ ครอบครัว ชุมชน และ สังคม	Talent Management KRA ₃₄ เชี่ยวชาญด้าน บริหารจัดการ รพ.	KRA ₃₅ Innovative Organization 7.4
F การบริหารการเงิน การคลัง (Financial & Budget)	KRA ₄₁ CMI เพิ่มในกลุ่ม โรคซับซ้อน 7.3	New Leader KRA ₄₂ มีรายได้จากการ ผลิตและพัฒนา บุคลากร	KRA ₄₃ ลดต้นทุนโรคที่ ป้องกันได้	KRA ₄₄ การเงินการคลัง มีเสถียรภาพ 7.3	KRA ₄₅ ลดต้นทุน และเพิ่ม รายได้จาก นวัตกรรม

SO : กลยุทธ์เชิงรุก (นำข้อมูลการประเมินสภาพแวดล้อมที่เป็นจุดแข็งและโอกาสมาพิจารณาด้วยกัน)

ST : กลยุทธ์เชิงป้องกัน (นำข้อมูลการประเมินสภาพแวดล้อมที่เป็นจุดแข็งและข้อจำกัดมาพิจารณาด้วยกัน)

WO : กลยุทธ์เชิงแก้ไข (นำข้อมูลการประเมินสภาพแวดล้อมที่เป็นจุดอ่อนและโอกาสมาพิจารณาด้วยกัน)

WT : กลยุทธ์เชิงรับ (นำข้อมูลการประเมินสภาพแวดล้อมที่เป็นจุดอ่อนและข้อจำกัดมาพิจารณาด้วยกัน)

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ตามมุมมอง BSC

ด้าน Customer & Stakeholder

- พัฒนาเครือข่ายฯ ในเขตสุขภาพที่ 10
- พัฒนาระบบบริการเพื่อเพิ่มระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ
- ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อน

ด้าน Internal Process

- พัฒนาระบบงานตามมาตรฐานและตามหลักธรรมาภิบาล
- พัฒนาระบบสารสนเทศและนวัตกรรมทางสารสนเทศ
- พัฒนาการรักษาเฉพาะทางขั้นสูง
- พัฒนาระบบการเรียนการสอนตามมาตรฐาน

ด้าน Learning and Growth

- พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านความรู้และสมรรถนะเฉพาะด้าน

ด้าน Financial & Budget

- พัฒนาการบริหารจัดการงบประมาณและการคลัง

ความสอดคล้องระหว่างกลยุทธ์และตัวชี้วัดกับมาตรฐาน HA และพันธกิจ ตามมุมมอง 4 ด้าน

มุมมองตาม BSC	กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	มาตรฐาน HA / พันธกิจ	
ด้าน Customer & Stakeholder	พัฒนาเครือข่ายฯ ในเขตสุขภาพที่ 10	1. ผลสำเร็จของการดำเนินงานตาม Service plan	IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ / พันธกิจ-3	
		2. อัตราการ Refer in ในกลุ่ม RW ≤ 1	IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ / พันธกิจ-3	
	พัฒนาระบบบริการเพื่อเพิ่มระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ	3. ร้อยละความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ	I-3 ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (PCM) , IV-2 ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น (CFR)	
		ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อน	4. ลดอัตราการเสียชีวิตในกลุ่มโรคสำคัญ	III-1 ถึง III-6 , IV-1 ผลการดูแลด้านสุขภาพ (HCR)
			5. ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาที่สำคัญ	II-1, III-1 ถึง III-6 , IV-1 ผลการดูแลด้านสุขภาพ (HCR)
ด้าน Internal Process	พัฒนาระบบงานตามมาตรฐานและตามหลักธรรมาภิบาล	6. ผ่านเกณฑ์การประเมิน HA และ ITA	ตอนที่ I-ตอนที่ IV / พันธกิจ-4	
		7. ผ่านเกณฑ์การประเมินด้านสิ่งแวดล้อม (GREEN & CLEAN Hospital)	II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย (ENV)	
	พัฒนาระบบสารสนเทศและนวัตกรรมทางสารสนเทศ	8. ผลการดำเนินงานด้าน Smart hospital	I-4 / พันธกิจ-5 / นโยบายกระทรวงฯ	
		พัฒนาการรักษาเฉพาะทางขั้นสูง	9. ระดับค่า CMI (Case Mix Index)	III-1 ถึง III-6 / พันธกิจ-1
			10. อัตราการ Refer out ไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า	III-1 ถึง III-6 / พันธกิจ-1
	11. จำนวนผู้ป่วยคovid และ การปลูกถ่ายอวัยวะ	III-1 ถึง III-6 / พันธกิจ-1		
	พัฒนากระบวนการเรียนการสอนตามมาตรฐาน	12. หลักสูตรการเรียนการสอนเฉพาะทาง ได้รับการรับรองจากสถาบันหรือสภาวิชาชีพ หรือสมาคมวิชาชีพฯ	I-5, I-6 / พันธกิจ-2	
ด้าน Learning and Growth	พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านความรู้และสมรรถนะเฉพาะด้าน	13. บุคลากรวิชาชีพผ่านเกณฑ์การประเมินสมรรถนะเฉพาะด้าน (Specific functional competency)	I-5 กำลังคน (WKF), IV-3 ผลด้านกำลังคน (WFR)	
		14. ร้อยละของค่าคะแนนความอยู่ดีมีสุขและผูกพัน (Happinometer)	I-5 กำลังคน (WKF), IV-3 ผลด้านกำลังคน (WFR)	
		15. ผลงานวิจัยตีพิมพ์ระดับประเทศ/ระดับนานาชาติ	I-5 กำลังคน (WKF) IV-3 ผลด้านกำลังคน (WFR)	
ด้าน Financial & Budget	พัฒนาการบริหารจัดการงบประมาณและการคลัง	16. ต้นทุนต่อหน่วย ทั้ง OP/IP ไม่เกินค่าเฉลี่ยโรงพยาบาลในระดับประเทศ	IV-4 ผลด้านการนำ, IV-6 ผลด้านการเงิน	
		17. รายรับและรายจ่ายเป็นไปตาม plan fin	IV-4 ผลด้านการนำ, IV-6 ผลด้านการเงิน	

ความสอดคล้องระหว่างตัวชี้วัดกับประเด็นยุทธศาสตร์/เข็มมุ่ง และ Clusters driver ตามมุมมอง 4 ด้าน

มุมมองตาม BSC	ตัวชี้วัด	ประเด็นยุทธศาสตร์/เข็มมุ่ง	Clusters driver
ด้าน Customer & Stakeholder	1. ผลสำเร็จของการดำเนินงานตาม Service plan	PP & P Excellence/Network	
	2. อัตราการ Refer in ในกลุ่ม RW ≤ 1	PP & P Excellence/Network	
	3. ร้อยละความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ	Service Excellence	
	4. ลดอัตราการเสียชีวิตในกลุ่มโรคสำคัญ	Service Excellence/Patient safety goal	
	5. ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาที่สำคัญ	Service Excellence/Patient safety goal	
ด้าน Internal Process	6. ผ่านเกณฑ์การประเมิน HA และ ITA	Governance Excellence/HA Re-ac, ITA	Cluster driver-2 (เชื้อสัตย์)
	7. ผ่านเกณฑ์การประเมินด้านสิ่งแวดล้อม (GREEN & CLEAN Hospital)	Governance Excellence	Cluster driver -1
	8. ผลการดำเนินงานด้าน Smart hospital	IT Excellence/Smart hospital	
	9. ระดับค่า CMI (Case Mix Index)	Service Excellence	
	10. อัตราการ Refer out ไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า	Service Excellence	
	11. จำนวนผู้บริจาคอวัยวะและการปลูกถ่ายอวัยวะ	Service Excellence	
	12. หลักสูตรการเรียนการสอนเฉพาะทาง ได้รับการรับรองจากสถาบัน หรือสภาวิชาชีพ หรือสมาคมวิชาชีพ	People Excellence	
ด้าน Learning and Growth	13. บุคลากรวิชาชีพผ่านเกณฑ์การประเมินสมรรถนะเฉพาะด้าน (Specific functional competency)	People Excellence/Specific functional competency	
	14. ร้อยละของค่าคะแนนความอยู่ดีมีสุขและผูกพัน (Happinometer)	People Excellence	Cluster driver-2, Cluster driver-3
	15. ผลงานวิจัยตีพิมพ์ระดับประเทศ/ระดับนานาชาติ	People Excellence	
ด้าน Financial & Budget	16. ต้นทุนต่อหน่วย ทั้ง OP/IP ไม่เกินค่าเฉลี่ยโรงพยาบาลในระดับประเทศ	Governance Excellence	Cluster driver-4
	17. รายรับและรายจ่ายเป็นไปตาม Plan fin	Governance Excellence	Cluster driver-4

ตัวชี้วัดโรงพยาบาลสรพลสิทธิประสงค์ ตามมุมมอง 4 ด้าน

ด้าน Customer & Stakeholder	KPI 1	ผลสำเร็จของการดำเนินงานตาม Service plan
	KPI 2	อัตราการ Refer in ในกลุ่ม RW ≤ 1
	KPI 3	ร้อยละความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ
	KPI 4	ลดอัตราการเสียชีวิตในกลุ่มโรคสำคัญ
	KPI 5	ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาที่สำคัญ
ด้าน Internal Process	ระบบงานตามมาตรฐานและหลักธรรมาภิบาล	
	KPI 6	ผ่านเกณฑ์การประเมิน HA และ ITA
	KPI 7	ผ่านเกณฑ์การประเมินด้านสิ่งแวดล้อม (GREEN & CLEAN Hospital)
	ระบบสารสนเทศและนวัตกรรมทางสารสนเทศ	
	KPI 8	ผลการดำเนินงานด้าน Smart hospital
	การรักษาเฉพาะทางขั้นสูง	
	KPI 9	ระดับค่า CMI (Case Mix Index)
	KPI 10	อัตราการ Refer out ไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า
	KPI 11	จำนวนผู้ป่วยจาคอวียะและการปลูกถ่ายอวัยวะ
	ระบบการเรียนการสอนตามมาตรฐาน	
	KPI 12	หลักสูตรการเรียนการสอนเฉพาะทาง ได้รับการรับรองจากสถาบันหรือสภาวิชาชีพ หรือสมาคมวิชาชีพ
	ด้าน Learning and Growth	KPI 13
KPI 14		ร้อยละของค่าคะแนนความอยู่ดีมีสุขและผูกพัน (Happinometer)
KPI 15		ผลงานวิจัยตีพิมพ์ระดับประเทศ/ระดับนานาชาติ
ด้าน Financial & Budget	KPI 16	ต้นทุนต่อหน่วย ทั้ง OP/IP ไม่เกินค่าเฉลี่ยโรงพยาบาลในระดับประเทศ
	KPI 17	รายรับและรายจ่ายเป็นไปตาม Plan fin

รายละเอียดตัวชี้วัด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
ปีงบประมาณ 2563

ด้านผู้ให้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
Customer & Stakeholder

กลยุทธ์ที่ 1 พัฒนาเครือข่ายในเขตบริการสุขภาพที่ 10

ตัวชี้วัดที่ 1	ผลสำเร็จของการดำเนินงานตาม Service plan และด้านปฐมภูมิ
ผู้กำกับ	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ 1* รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านทุติยภูมิและตติยภูมิ รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล รองผู้อำนวยการด้านการคลังและประกันสุขภาพ รองผู้อำนวยการด้านยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ
ประเด็นยุทธศาสตร์	PP & P Excellence
เป้าประสงค์ (เข็มมุ่ง)	พัฒนาระบบเครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 10 (Network)
นิยาม	<p>ผลสำเร็จของการดำเนินงานตาม Service plan หมายถึง ผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 10 ตามแผนงานที่ 6 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) และแผนงานที่ 7 การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจร และระบบส่งต่อจำนวน 15 โครงการ ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาหัวใจ (2) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขามะเร็ง (3) โครงการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ (4) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (5) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาเยาเสพติด (6) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ One Day Surgery (7) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (8) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาไต (9) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิด (10) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขา (สูติกรรม ศัลยกรรม กุมารเวชกรรม อายุรกรรม และออโรโธปิดิกส์) (11) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาจักษุวิทยา

ตัวชี้วัดที่ 1	ผลสำเร็จของการดำเนินงานตาม Service plan และด้านปฐมภูมิ
	<p>(12) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช</p> <p>(13) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาการดูแลแบบประคับประคอง</p> <p>(14) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพการดูแลระยะกลาง (Intermediate care)</p> <p>(15) โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจร และระบบส่งต่อ</p> <p>ผลสำเร็จของการดำเนินงานด้านปฐมภูมิ หมายถึง ผลลัพธ์ของจำนวนโครงการด้านปฐมภูมิที่มีการดำเนินงานได้ตามค่าเป้าหมายของโครงการ</p>
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>ผลสำเร็จของการดำเนินงานตาม Service plan</p> <p>ร้อยละของตัวชี้วัด*ที่มีผลการดำเนินงานได้ตามค่าเป้าหมาย</p> <p>เท่ากับ $\frac{\text{จำนวนตัวชี้วัดที่มีผลการดำเนินงานได้ตามค่าเป้าหมาย}}{19} \times 100$</p> <p>*มีจำนวน 19 ตัวชี้วัด ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ที่ได้มาตรฐานเวลาที่กำหนด (เป้าหมาย ร้อยละ 50) 2. ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาในระยะเวลาที่กำหนด 3. อัตราการส่งออกนอกเขตลดลง 4. ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและระยะเวลาที่ได้รับการรักษาเหมาะสม 5. Retention Rate > ร้อยละ 20 , Remission Rate > ร้อยละ 40 6. ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ร้อยละ 20 7. ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก > ร้อยละ 18.5 8. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 mL/min/1.73 m³/yr 9. ลดอัตราการตายทารกแรกเกิด 0-28 วัน < 3.8 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีวิต 10. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community acquire ≤ 30% 11. การจัดตั้งทีม Refracture prevention ใน รพ.ระดับ M1 ขึ้นไปอย่างน้อย 1 ทีม 12. ร้อยละของผู้ป่วยต่อกระดูกชนิดบอด ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน > ร้อยละ 80 13. อัตราการฆ่าตัวตายไม่เกิน 6.0 ต่อแสนประชากร 14. ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำภายใน 1 ปี ≥ ร้อยละ 90 15. ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นในเด็กวัยเรียน เข้าถึงบริการสุขภาพจิต ร้อยละ 30 16. ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ ร้อยละ 40 17. ร้อยละของ รพ. ระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (Intermediate bed/ward) > 50 18. อัตราตายผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (Triage level I) ภายใน 24 ชั่วโมง ใน รพ. A S M1 19. ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน <p>ผลสำเร็จของการดำเนินงานด้านปฐมภูมิ</p> <p>เท่ากับ $\frac{\text{จำนวนโครงการด้านปฐมภูมิที่มีผลการดำเนินงานได้ตามค่าเป้าหมาย}}{\text{จำนวนโครงการด้านปฐมภูมิทั้งหมดที่มีการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2563}} \times 100$</p>
ค่าเป้าหมาย	ระดับ 3
ระดับความสำเร็จ	ระดับ 1 น้อยกว่าร้อยละ 60

ตัวชี้วัดที่ 1	ผลสำเร็จของการดำเนินงานตาม Service plan และด้านปฐมภูมิ
	ระดับ 2 ร้อยละ 61 - 70 ระดับ 3 ร้อยละ 71 - 80 ระดับ 4 ร้อยละ 81 - 90 ระดับ 5 มากกว่าร้อยละ 90
ระยะเวลาประเมินผล	ติดตามทุก 3 เดือน
วิธีการเก็บข้อมูล	ข้อมูลจากเขตสุขภาพที่ 10
ผู้รับผิดชอบในการเก็บข้อมูล	หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ

*ผู้กำกับหลัก

ตัวชี้วัดที่ 2	อัตราการ Refer in ในกลุ่ม RW ≤ 1
ผู้กำกับ	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ 1 * รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านทุติยภูมิและตติยภูมิ* รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล รองผู้อำนวยการด้านการคลังและประกันสุขภาพ รองผู้อำนวยการด้านยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ
ประเด็นยุทธศาสตร์	PP & P Excellence
เป้าประสงค์ (เข็มมุ่ง)	พัฒนาระบบเครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 10 (Network)
นิยาม	อัตราการ Refer in หมายถึง การส่งต่อรักษาผู้ป่วยที่มี RW ≤ 1 จากโรงพยาบาลเครือข่ายมายังโรงพยาบาลสรรพลิทธิประสงค์
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	เท่ากับ $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่มี RW} \leq 1 \text{ ในรอบปีงบประมาณ}}{\text{จำนวนผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมารักษาทั้งหมดในปีงบประมาณเดียวกัน}} \times 100$
ค่าเป้าหมาย	ระดับ 4
ระดับความสำเร็จ	ระดับ 1 มากกว่าร้อยละ 61 ระดับ 2 ร้อยละ 59-61 ระดับ 3 ร้อยละ 56-58 ระดับ 4 ร้อยละ 54-55 ระดับ 5 น้อยกว่าร้อยละ 54
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 1 เดือน และ ทุก 1 ปี
วิธีการเก็บข้อมูล	ดึงข้อมูลจากระบบสารสนเทศโดยเขียนคำสั่งทางเทคนิคของโปรแกรมเมอร์
ผู้รับผิดชอบในการเก็บข้อมูล	หัวหน้ากลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์

กลยุทธ์ที่ 2

พัฒนาระบบบริการเพื่อเพิ่มระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

ตัวชี้วัดที่ 3	ร้อยละความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ
ผู้กำกับ	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ* รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล* รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ รองผู้อำนวยการด้านการสื่อสารองค์กร
ประเด็นยุทธศาสตร์	Service excellence
นิยาม	ผู้ให้บริการ หมายถึง ประชาชนผู้มาใช้บริการ เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน พนักงานรัฐวิสาหกิจ เจ้าหน้าที่ของสถาบันการศึกษา สถาบันวิจัย องค์กร สมาคม มูลนิธิ รวมทั้งนักเรียน นิสิต และนักศึกษา ประเด็นการสำรวจความพึงพอใจ ประกอบด้วยประเด็นสำคัญ ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> - ความพึงพอใจด้านกระบวนการ ขั้นตอนการให้บริการ - ความพึงพอใจด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ - ความพึงพอใจด้านสิ่งอำนวยความสะดวก - ความพึงพอใจด้านข้อมูลที่ได้รับ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	- ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วย $\frac{\text{เท่ากับ } \text{คะแนนความพึงพอใจจากการประเมินของผู้ป่วย}}{\text{คะแนนเต็ม}} \times 100$ - ร้อยละความพึงพอใจของผู้ใช้บริการอื่น (พัสดุ และเภสัชกรรม) $\frac{\text{เท่ากับ } \text{คะแนนความพึงพอใจจากการประเมินของผู้ใช้บริการ}}{\text{คะแนนเต็ม}} \times 100$
ค่าเป้าหมาย	ระดับ 3
ระดับความสำเร็จ	ระดับ 1 น้อยกว่าร้อยละ 76 ระดับ 2 ร้อยละ 76-80 ระดับ 3 ร้อยละ 81-85 ระดับ 4 ร้อยละ 86-90 ระดับ 5 มากกว่าร้อยละ 90
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 6 เดือน
วิธีการเก็บข้อมูล	ผลการสำรวจความพึงพอใจ

ตัวชี้วัดที่ 3	ร้อยละความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ
ผู้รับผิดชอบในการเก็บข้อมูล	<p>กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล</p> <p>กลุ่มงานพัสดุ</p> <p>กลุ่มงานเภสัชกรรม</p>

*ผู้กำกับหลัก

กลยุทธ์ที่ 3 ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อน

ตัวชี้วัดที่ 4	ลดอัตราการเสียชีวิตในกลุ่มโรคสำคัญ
ผู้กำกับ	<p>รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ 1</p> <p>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านทุติยภูมิและตติยภูมิ*</p> <p>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล*</p>
ประเด็นยุทธศาสตร์	Service excellence
เป้าประสงค์ (เข็มมุ่ง)	Patient Safety Goal
นิยาม	<p>- อัตราการเสียชีวิตในกลุ่มโรคสำคัญ หมายถึง อัตราการเสียชีวิตรวม อัตราการเสียชีวิตใน ICU อัตราการเสียชีวิตทารกแรกเกิดอายุ 0-28 วัน อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย STEMI อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Open heart surgery อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Sepsis อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Stroke อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Multiple injury และ อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มี PS > 0.75</p> <p>- ค่าเป้าหมาย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อัตราการเสียชีวิตรวม < 2.84 2. อัตราการเสียชีวิตใน ICU < 16.4 3. อัตราการเสียชีวิตทารกแรกเกิดอายุ 0-28 วัน < 3.8 : 1,000 การเกิดมีชีพ 4. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย STEMI < 10% 5. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Open heart surgery < 4.6 6. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Sepsis < 25.22% 7. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Stroke < 8% 8. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Multiple injury < 20% 9. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มี PS > 0.75 = 0%
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>ร้อยละของกลุ่มโรคสำคัญที่มีอัตราการเสียชีวิตลดลง</p> <p>เท่ากับ $\frac{\text{ผลรวมของประเภทอัตราการเสียชีวิตที่ได้ตามค่าเป้าหมาย}}{9} \times 100$</p>
ค่าเป้าหมาย	ระดับ 3
ระดับความสำเร็จ	ระดับ 1 น้อยกว่าร้อยละ 40

ตัวชี้วัดที่ 4	ลดอัตราการเสียชีวิตในกลุ่มโรคสำคัญ
	ระดับ 2 ร้อยละ 41-50 ระดับ 3 ร้อยละ 51-60 ระดับ 4 ร้อยละ 61-70 ระดับ 5 มากกว่าร้อยละ 70
ระยะเวลาประเมินผล	ติดตามทุก 1 เดือน
วิธีการเก็บข้อมูล	ข้อมูลจาก PCT Excellence
ผู้รับผิดชอบในการเก็บข้อมูล	ประธานคณะกรรมการ PCT/Excellence เลขาธิการคณะกรรมการ PCT/Excellence

*ผู้กำกับหลัก

ตัวชี้วัดที่ 5	ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาที่สำคัญ
ผู้กำกับ	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ 1 รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านทุติยภูมิและตติยภูมิ* รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล*
ประเด็นยุทธศาสตร์	Service excellence
เป้าประสงค์ (เข็มมุ่ง)	Patient Safety Goal
นิยาม	<p>- ภาวะแทรกซ้อน หมายถึง ภาวะที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลรักษาผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยบาดเจ็บ จำเป็นต้องรักษานานขึ้น นอนโรงพยาบาลนานขึ้น หรือมีอาการรุนแรงมากขึ้น ซึ่งอาจรุนแรงจนเกิดความพิการหรือเสียชีวิต</p> <p>- ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาที่สำคัญ หมายถึง อุบัติการณ์ผ่าตัดผิดคนผิดข้าง อัตราการติดเชื้อดื้อยา MDR อัตราการติดเชื้อ VAP อัตราการติดเชื้อ CABSİ อัตราการติดเชื้อ CAUTI อัตราการติดเชื้อดื้อยา AMRs อุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาเสี่ยงสูง (HADS) อัตราการติดเชื้อ HAI อุบัติการณ์การให้เลือดหรือส่วนประกอบของเลือดผิด อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด CABG และอัตราการติดเชื้อ Craniotomy/Craniectomy</p> <p>- ค่าเป้าหมาย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อุบัติการณ์ผ่าตัดผิดคนผิดข้าง = 0 2. อัตราการติดเชื้อ VAP < 5 : 1,000 การใช้เครื่อง 3. อัตราการติดเชื้อ CABSİ < 1.5 : 1,000 คาสายสวน 4. อัตราการติดเชื้อ CAUTI < 2 : 1,000 คาสายสวน 5. อัตราการติดเชื้อดื้อยา AMRs 6. อุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาเสี่ยงสูง (HADS) = 0 7. อัตราการติดเชื้อ HAI < 2 ครั้ง : 1,000 วันนอน 8. อุบัติการณ์การให้เลือดหรือส่วนประกอบของเลือดผิด = 0 9. อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด CABG < 0.1% 10. อัตราการติดเชื้อ Craniotomy/Craniectomy 11. อุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ E-I ลดลง

ตัวชี้วัดที่ 5	ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาที่สำคัญ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาที่สำคัญลดลง เท่ากับ $\frac{\text{ผลรวมของประเภทอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ได้ตามค่าเป้าหมาย}}{11} \times 100$
ค่าเป้าหมาย	ระดับ 4
ระดับความสำเร็จ	ระดับ 1 น้อยกว่าร้อยละ 65 ระดับ 2 ร้อยละ 65-70 ระดับ 3 ร้อยละ 71-75 ระดับ 4 ร้อยละ 76-80 ระดับ 5 มากกว่าร้อยละ 80
ระยะเวลาประเมินผล	ติดตามทุก 1 เดือน
วิธีการเก็บข้อมูล	ข้อมูลจาก PCT, Excellence และระบบงานสำคัญ
ผู้รับผิดชอบในการเก็บข้อมูล	ประธานคณะกรรมการ PCT/Excellence และระบบงานสำคัญ เลขาธิการคณะกรรมการ PCT/Excellence และระบบงานสำคัญ

*ผู้กำกับหลัก

ด้านมาตรฐานการพัฒนาและการบริหารทั่วทั้งองค์กร Internal Process

กลยุทธ์ที่ 4 พัฒนาระบบงานตามมาตรฐานและหลักธรรมาภิบาล

ตัวชี้วัดที่ 6	ผ่านเกณฑ์การประเมิน HA
ผู้กำกับ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ* รองผู้อำนวยการฯ ทุกคน
ประเด็นยุทธศาสตร์	Governance excellence
เป้าประสงค์ (เข็มมุ่ง)	HA 4 th Reaccreditation
นิยาม	ผ่านเกณฑ์การประเมิน HA หมายถึง การรับรองจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) เพื่อกระตุ้นให้สถานพยาบาลพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย โดยอาศัยมาตรฐานที่อิงหลักการสากลเป็นกรอบในการพัฒนา
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-

ตัวชี้วัดที่ 6	ผ่านเกณฑ์การประเมิน HA
ค่าเป้าหมาย	ผ่านการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
ระดับความสำเร็จ	ผ่านการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 ปี
วิธีการเก็บข้อมูล	ผลการเยี่ยมสำรวจจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.)
ผู้รับผิดชอบในการเก็บข้อมูล	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและมาตรฐาน

*ผู้กำกับหลัก

ตัวชี้วัดที่ 6	ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA
ผู้กำกับ	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ 1 รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ รองผู้อำนวยการด้านตรวจสอบภายในและประเมินผล
ประเด็นยุทธศาสตร์	Governance excellence
เป้าประสงค์ (เข็มมุ่ง)	ITA
นิยาม	<p>การประเมิน ITA หมายถึง การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส ในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ จำแนกออกเป็น 12 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1) การจัดซื้อจัดจ้าง 2) การมีส่วนร่วม (ตามภารกิจหลักที่หน่วยงานเลือก) 3) การเปิดเผยข้อมูล 4) การดำเนินงานตามภารกิจ 5) การปฏิบัติงานตามหน้าที่ 6) เจตจำนงสุจริตของผู้บริหาร 7) การจัดการร้องเรียน 8) การรับสินบน 9) การเสริมสร้างวัฒนธรรมสุจริต 10) การป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน 11) แผนป้องกันและปราบปรามการทุจริต 12) มาตรฐานและความเป็นธรรมในการปฏิบัติงาน และการให้บริการ</p> <p>สำหรับโรงพยาบาลใช้เกณฑ์การประเมิน ITA เพื่อระดับความสำเร็จของระบบควบคุมภายใน และ ธรรมภิบาลตามนโยบายรัฐบาลและภารกิจสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข ระบบควบคุมภายใน หมายถึง กระบวนการ/ขั้นตอนการปฏิบัติงานที่กำหนดไว้เพื่อใช้ในการปฏิบัติงาน เพื่อป้องกันความผิดพลาดและป้องกันการทุจริต</p> <p>กระบวนการ/ขั้นตอนการปฏิบัติงาน หมายถึง กระบวนการปฏิบัติงานที่บุคลากรทุกระดับของหน่วยงานจัดให้มีขึ้นเพื่อสร้างความมั่นใจว่าการดำเนินงานของหน่วยงานจะบรรลุผล 5 ดัชนีคือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ดัชนีความโปร่งใส 2. ดัชนีความพร้อมรับผิด 3. ดัชนีปลอดจากการทุจริตในการปฏิบัติงาน 4. ดัชนีวัฒนธรรมและคุณธรรมในองค์กร 5. ดัชนีคุณธรรมการทำงานในหน่วยงาน

ตัวชี้วัดที่ 6	ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-
ค่าเป้าหมาย	ระดับ 3
ระดับความสำเร็จ	ระดับ 1 โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA อย่างน้อยร้อยละ 80 ระดับ 2 โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA อย่างน้อยร้อยละ 85 ระดับ 3 โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA อย่างน้อยร้อยละ 90 ระดับ 4 โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA อย่างน้อยร้อยละ 95 ระดับ 5 โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ร้อยละ 100
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง
วิธีการเก็บข้อมูล	ผลการประเมิน
ผู้รับผิดชอบในการเก็บข้อมูล	งานตรวจสอบภายในและประเมินผล

*ผู้กำกับหลัก

ตัวชี้วัดที่ 7	ผ่านเกณฑ์การประเมินด้านสิ่งแวดล้อม (GREEN & CLEAN Hospital)
ผู้กำกับ	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ
ประเด็นยุทธศาสตร์	Governance excellence
นิยาม	<p>โรงพยาบาลพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีกระบวนการดำเนินงาน (C-L-E-A-N) และดำเนินกิจกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (G-R-E-E-N) ดังนี้</p> <p>C-L-E-A-N</p> <p>C: Communication มีการสื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างความเข้าใจ</p> <p>L: Leader มีการสร้างบทบาทนำเพื่อเป็นตัวอย่างในการดำเนินงาน</p> <p>E: Effectiveness มีการดำเนินงานให้บังเกิดผลอย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>A: Activity สร้างกิจกรรมเพื่อสร้างจิตสำนึกอย่างมีส่วนร่วม</p> <p>N: Networking ร่วมกับภาคีเครือข่ายในการดำเนินงาน</p> <p>G-R-E-E-N</p> <p>1. G: Garbage การจัดการมูลฝอยทุกประเภทตามหลักวิชาการ (มูลฝอยทั่วไป/มูลฝอย ติดเชื้อ/มูลฝอยอันตราย/5R : Reuse, Reduce, Recycle, Reject, repair)</p> <p>2. R: Restroom การพัฒนาส้วมในสถานบริการสาธารณสุข ให้ได้มาตรฐานส้วม สาธารณะไทย (HAS) ลดการใช้สารเคมีในห้องส้วมและมีระบบการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ ถูกหลักสุขาภิบาล</p>

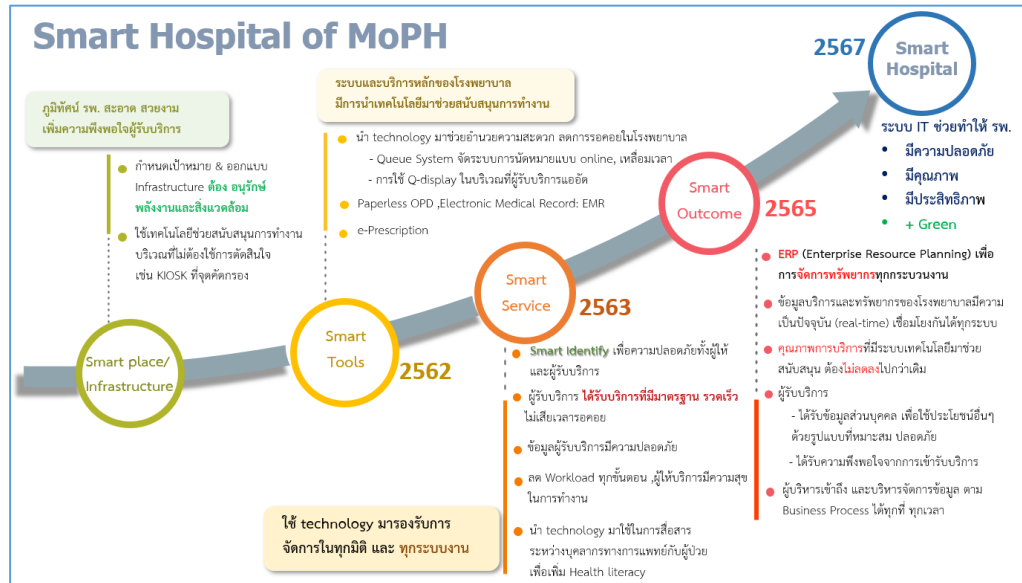
ตัวชี้วัดที่ 7	ผ่านเกณฑ์การประเมินด้านสิ่งแวดล้อม (GREEN & CLEAN Hospital)
	<p>3. E: Energy มีมาตรการประหยัดพลังงาน การส่งเสริมการใช้พลังงานทดแทนและมีการดำเนินงานอาคารอนุรักษ์พลังงาน (Green Building)</p> <p>4. E: Environment การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ โดยนำแนวทางการพัฒนาสถานที่ทำงาน นำอยู่ นำทำงาน (Healthy Work Place) มาประยุกต์ใช้</p> <p>5. N: Nutrition มีการจัดการด้านสุขาภิบาลอาหารและน้ำ การรณรงค์อาหารปลอดภัย สารพิษ การใช้ผักพื้นบ้านเป็นอาหารพื้นเมือง มีกิจกรรมที่ก่อให้เกิดการขยายเครือข่าย</p> <p>เกณฑ์การประเมินฯ มีจำนวน 16 ข้อ ดังนี้</p> <p>ขั้นตอนที่ 1 การสร้างกระบวนการพัฒนา</p> <p>(1) มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนปฏิบัติการ พัฒนาศักยภาพบุคลากร และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN hospital โดยการมีส่วนร่วมของคนในองค์กร</p> <p>ขั้นตอนที่ 2 จัดกิจกรรม G-R-E-E-N</p> <p>(2) มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย กฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545</p> <p>(3) มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอันตราย มูลฝอยอื่นๆ ไปยังที่พักรวมมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ</p> <p>(4) มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย ที่อาคารผู้ป่วยนอก</p> <p>(5) มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการ ที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร</p> <p>(6) มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่ สีเขียว และพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วยรวมทั้งผู้มารับบริการ</p> <p>(7) มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ</p> <p>(8) สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัยในระดับดีมาก</p> <p>(9) ร้อยละ 100 ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย</p> <p>(10) จัดให้มีบริการน้ำดื่มสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน</p> <p>(11) มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภทถูกสุขลักษณะ</p> <p>(12) มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยใน (IPD)</p> <p>(13) มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน</p> <p>(14) สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community</p>

ตัวชี้วัดที่ 7	ผ่านเกณฑ์การประเมินด้านสิ่งแวดล้อม (GREEN & CLEAN Hospital)
	(15)โรงพยาบาลมีการดำเนินงานนโยบายโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ (16)โรงพยาบาลดำเนินงานผ่านมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและ เวชกรรม สิ่งแวดล้อม สำหรับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน ระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-
ค่าเป้าหมาย	ระดับ 5
ระดับความสำเร็จ	ระดับ 1 โรงพยาบาลสามารถดำเนินการขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2 บางข้อ ระดับ 2 ระดับพื้นฐาน หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2 เกณฑ์ข้อที่ 2-10 ระดับ 3 ระดับดี หมายถึง โรงพยาบาลดำเนินการผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน และดำเนินการได้ตาม เกณฑ์ข้อที่ 11-12 ระดับ 4 ระดับดีมาก หมายถึง โรงพยาบาลดำเนินการผ่านเกณฑ์ระดับดี และดำเนินการได้ตาม เกณฑ์ ข้อที่ 13-14 ระดับ 5 ระดับดีมาก Plus หมายถึง โรงพยาบาลดำเนินการผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก และดำเนินการ ได้ตามเกณฑ์ข้อที่ 15-16
ระยะเวลาประเมินผล	1 ครั้ง ต่อปี
วิธีการเก็บข้อมูล	ผลการตรวจประเมิน
ผู้รับผิดชอบในการเก็บ ข้อมูล	หัวหน้ากลุ่มงานอาชีวเวชกรรม หัวหน้ากลุ่มงานอาชีวอนามัย ประธานและเลขานุการคณะกรรมการ ENV ประธานและเลขานุการคณะกรรมการตรวจประเมิน 5ส

กลยุทธ์ที่ 5 พัฒนาระบบสารสนเทศและนวัตกรรมทางสารสนเทศ

ตัวชี้วัดที่ 8	ผลการดำเนินงานด้าน Smart hospital
ผู้กำกับ	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ
ประเด็นยุทธศาสตร์	IT excellence
เป้าประสงค์ (เชิงมุ่ง)	Smart hospital
นิยาม	Smart Hospital หมายถึง โรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการ ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อสนับสนุนการจัดบริการภายในโรงพยาบาล ลดขั้นตอนการ

ปฏิบัติ และเพื่อความสะดวกรวดเร็วในการรับบริการที่มีคุณภาพดี มีความปลอดภัย และทันสมัยอย่างเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม



1) Smart Place/Infrastructure

โรงพยาบาลมีการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน GREEN&CLEAN Hospital ของกรมอนามัย และจัดตกแต่งสถานที่ให้สวยงาม ดูมีความทันสมัย (Digital Look) ช่วยเพิ่มความสะดวกรวดเร็วในการรับบริการ

2) Smart Tools

โรงพยาบาลมีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ และการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ให้มีความถูกต้องแม่นยำ สะดวกรวดเร็ว ลดความเสี่ยงความผิดพลาดต่างๆ ลดระยะเวลา เพิ่มความปลอดภัย และเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ อาทิ เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์อัตโนมัติ ระบบบริหารจัดการคิว รูปแบบดิจิทัล รูปแบบออนไลน์

3) Smart Services

โรงพยาบาลมีการบริหารจัดการกระบวนการที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการพัฒนาองค์กรตามแผนพัฒนารัฐบาลดิจิทัลของประเทศไทย และ พระราชบัญญัติการบริหารงานและการให้บริการภาครัฐผ่านระบบดิจิทัล พ.ศ. 2562 เช่น การยกเลิกการเรียกรับสำเนาบัตรประชาชนและเอกสารอื่นที่ออกโดยราชการจากผู้รับบริการ การจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic Medical Records) การใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ การลดระยะเวลาการคอยรับบริการ การมีบริการนัดหมายแบบเหลื่อมเวลา หรือมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการ ได้รับบริการตรงเวลาหรือแตกต่างกันเล็กน้อยอย่างเหมาะสม เป็นต้น

4) Smart Outcome

โรงพยาบาลมีการบริหารจัดการระบบงานให้มีความเชื่อมโยงกันได้อย่างอัตโนมัติ โดยนำระบบ ERP (Enterprise Resource Planning) มาใช้ โดยเฉพาะระบบหลักของโรงพยาบาล (Core Business Process) เพื่อให้มีระบบสารสนเทศที่ตอบสนองต่อการบริหารจัดการได้อย่างรวดเร็ว ป้องกันความเสี่ยงด้านการเงินการบัญชี การจัดซื้อจัดจ้าง ป้องกันปัญหาการขาดแคลนและความไม่สมดุลด้านทรัพยากรบุคคล ทรัพยากรในระบบบริการ มีการบริหารจัดการ Unit Cost ให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม และเพื่อเพิ่มคุณภาพระบบบริการ จัดการระยะเวลารอคอยได้อย่างเหมาะสม

5) Smart Hospital

โรงพยาบาลมีประสิทธิภาพในการจัดการ มี Unit Cost ในเกณฑ์ที่เหมาะสมสามารถเปรียบเทียบ (Benchmarking) กับหน่วยงานอื่นได้ มีการจัดการและป้องกันความเสี่ยง (Proactive Risk Management) ที่ดีในทุกมิติ เพื่อให้การบริการมีคุณภาพดีในทุกมิติ และมีการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม และอนุรักษ์พลังงาน อย่างยั่งยืน

เกณฑ์การประเมินผล

On Digital Process	
Smart Hospital	5.4 Safety : มี Proactive Risk Management ที่ดีในทุกมิติ 5.3 Quality : มีการให้บริการอย่างมีคุณภาพในทุกมิติ 5.2 Efficiency : มีประสิทธิภาพในการจัดการ , มี Unit Cost ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ที่สามารถเปรียบเทียบกับหน่วยงานอื่นได้ 5.1 Green : มีการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม และอนุรักษ์พลังงาน อย่างยั่งยืน
Smart Outcome	4.4 Outcome : มีระยะเวลารอคอยที่เหมาะสม มีการบริหารจัดการ Unit Cost ให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม 4.3 Output: มีข้อมูล Unit Cost ในแต่ละแผนก 4.2 BPM : มีระบบ ERP ที่เชื่อมโยงทุก Core Business Process แบบอัตโนมัติ 4.1 BPM : มีการบริหารจัดการ Core Business Process
Smart Services	3.5 BPM : มีบริการนัดหมายแบบเรียลไทม์เวลา หรือมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการ ได้รับบริการตรงเวลาหรือแตกต่างกัน้อยอย่างเหมาะสม 3.4 BPM : มีข้อมูลระยะเวลาคอยรับบริการ อย่างน้อย 1 จุด บริการ OPD 3.3 BPM : มีการใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (OPD ทุกห้องตรวจ) 3.2 BPM : มีการจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic Medical Records) 3.1 BPM : ยกเลิกการเรียกรับสำเนาบัตรประชาชนและเอกสารอื่นที่ออกโดยราชการ จากผู้รับบริการ
Smart Tools	2.3 Devices: มีการเชื่อมต่อข้อมูลของเครื่องมือแพทย์(Vital Sign) อย่างน้อย 1 อุปกรณ์ เช้าสู HIS อัตโนมัติ 2.2 Queue: มีช่องทางออนไลน์ หรือ ช่องทางแจ้งเตือนคิวรับบริการ อย่างน้อย 1 จุด เช่น คิวพบแพทย์ 2.1 Queue: มีหน้าจอแสดงลำดับคิว ในจุดที่เหมาะสม เพื่อลดความแออัดบริเวณจุดบริการ และหน้าห้องตรวจ
Smart Place	1.1 ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โรงพยาบาล Green and Clean & Digital Look

*** BPM: Business Process Management : การบริหารจัดการกระบวนการที่มีประสิทธิภาพ ***

เกณฑ์การประเมินหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital มีการดำเนินงาน ดังนี้

1) **Smart Place**

1.1 ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โรงพยาบาล Green and Clean & Digital Look

2) **Smart Tools** (อย่างน้อย 2 ข้อ ไม่เรียงลำดับ)

2.1 Queue: มีหน้าจอแสดงลำดับคิว ในจุดที่เหมาะสม เพื่อลดความแออัดบริเวณจุดบริการ และหน้าห้องตรวจ

2.2 Queue: มีช่องทางออนไลน์ หรือ ช่องทางแจ้งเตือนคิวรับบริการ อย่างน้อย 1 จุด เช่น คิวพบแพทย์

ตัวชี้วัดที่ 8	ผลการดำเนินงานด้าน Smart hospital
	<p>2.3 Devices: มีการเชื่อมต่อข้อมูลของเครื่องมือแพทย์ (Vital Sign) อย่างน้อย 1 อุปกรณ์ เข้าสู่ HIS อัตโนมัติ</p> <p>3) Smart Services (อย่างน้อย 4 ข้อ ไม่เรียงลำดับ)</p> <p>3.1 BPM : ยกเลิกการเรียกรับสำเนาบัตรประชาชนและเอกสารอื่นที่ออกโดยราชการ จากผู้รับบริการ</p> <p>3.2 BPM : มีการจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic Medical Records)</p> <p>3.3 BPM : มีการใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (OPD ทุกห้องตรวจ)</p> <p>3.4 BPM : มีข้อมูลระยะเวลารอคอยรับบริการ อย่างน้อย 1 จุด บริการ OPD</p> <p>3.5 BPM : มีบริการนัดหมายแบบเสมือนเวลา หรือมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการ ได้รับบริการตรงเวลาหรือแตกต่างเล็กน้อยอย่างเหมาะสม</p>
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-
ค่าเป้าหมาย	ระดับ 4
ระดับความสำเร็จ	<p>ระดับ 1 ผ่านเกณฑ์ Smart Place</p> <p>ระดับ 2 ผ่านเกณฑ์ Smart Place และ เกณฑ์ Smart Tools 1 ข้อ</p> <p>ระดับ 3 ผ่านเกณฑ์ Smart Place และ เกณฑ์ Smart Tools 2 ใน 3 ข้อ</p> <p>ระดับ 4 ผ่านเกณฑ์ Smart Place ผ่านเกณฑ์ Smart Tools ทั้ง 3 ข้อ และผ่านเกณฑ์ Smart Service 4 ใน 5 ข้อ</p> <p>ระดับ 5 ผ่านเกณฑ์ Smart Place ผ่านเกณฑ์ Smart Tools ทั้ง 3 ข้อ และผ่านเกณฑ์ Smart Services ทั้ง 5 ข้อ</p>
ระยะเวลาประเมินผล	1 ครั้งต่อปี
วิธีการเก็บข้อมูล	ผลการประเมินตามเกณฑ์ฯ
ผู้รับผิดชอบในการเก็บข้อมูล	หัวหน้ากลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์

กลยุทธ์ที่ 6 พัฒนาการรักษาเฉพาะทางขั้นสูง

ตัวชี้วัดที่ 9	ระดับค่า CMI (Case Mix Index)
ผู้กำกับ	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ 1 รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านทุติยภูมิและตติยภูมิ
ประเด็นยุทธศาสตร์	Service excellence

ตัวชี้วัดที่ 9	ระดับค่า CMI (Case Mix Index)
นิยาม	CMI (Case Mix Index) หมายถึง ค่าเฉลี่ยน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (Adjusted Relative Weights : AdjRw) ของผู้ป่วยในทั้งหมดที่จำหน่ายในช่วงเวลาที่กำหนด โดยรพศ.(A) มีค่า CMI ไม่น้อยกว่า 1.6 ไม่นับรวมกลุ่มเด็กแรกเกิดที่ไม่ป่วย และ ค่า RW=0
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	เท่ากับ <u>ผลรวมค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว</u> จำนวนผู้ป่วยในที่จำหน่ายทั้งหมด
ค่าเป้าหมาย	ระดับ 4
ระดับความสำเร็จ	ระดับ 1 < 2.0 ระดับ 2 2.0-2.1 ระดับ 3 2.2-2.3 ระดับ 4 2.4-2.5 ระดับ 5 > 2.5
ระยะเวลาประเมินผล	ติดตามทุก 1 เดือน
วิธีการเก็บข้อมูล	รายงานข้อมูลเวชสถิติ
ผู้รับผิดชอบในการเก็บข้อมูล	หัวหน้ากลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์

ตัวชี้วัดที่ 10	อัตราการ Refer out ไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า
ผู้กำกับ	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ 1 (ด้านบริหาร) รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านทุติยภูมิและตติยภูมิ
ประเด็นยุทธศาสตร์	Service excellence
นิยาม	การส่งต่อรักษา (refer out) หมายถึง การที่ผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลระดับสูงกว่าเพื่อไปรับการรักษาต่อ โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า หมายถึง โรงพยาบาลที่สูงกว่าระดับ A เช่น โรงพยาบาล ในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย สถาบันการแพทย์เฉพาะทาง เป็นต้น
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	เท่ากับ <u>จำนวนผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า</u> จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (OP Visit)
ค่าเป้าหมาย	ระดับ 4
ระดับความสำเร็จ	ระดับ 1 > 0.27 ระดับ 2 0.21-0.27 ระดับ 3 0.14-0.20 ระดับ 4 0.07-0.13 ระดับ 5 < 0.07

ตัวชี้วัดที่ 10	อัตราการ Refer out ไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า
ระยะเวลาประเมินผล	ติดตามทุก 1 เดือน
วิธีการเก็บข้อมูล	รายงานข้อมูลเวชสถิติ
ผู้รับผิดชอบในการเก็บข้อมูล	กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์

ตัวชี้วัดที่ 11	จำนวนผู้บริจาคอวัยวะและการปลูกถ่ายอวัยวะ
ผู้กำกับ	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ 1 รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านทุติยภูมิและตติยภูมิ
ประเด็นยุทธศาสตร์	Service excellence
นิยาม	ผู้บริจาคอวัยวะ หมายถึง ผู้บริจาคอวัยวะ การปลูกถ่ายอวัยวะ หมายถึง การปลูกถ่ายไขกระดูก การปลูกถ่ายกระจกตา การปลูกถ่ายไต การปลูกถ่ายกระดูก
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	- จำนวนผู้บริจาคอวัยวะ (ราย/ปี) - จำนวนปลูกถ่ายไต (ราย/ปี) - อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไขกระดูกสำเร็จ (ร้อยละ) เท่ากับ $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไขกระดูกสำเร็จ}}{\text{จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไขกระดูก}} \times 100$ - จำนวนปลูกถ่ายกระดูก (ราย/ปี) - จำนวนปลูกถ่ายกระจกตา (ราย/ปี)
ค่าเป้าหมาย	1. จำนวนผู้บริจาคอวัยวะ 24 ราย/ปี 2. จำนวนปลูกถ่ายไต 12 ราย/ปี 3. อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไขกระดูกสำเร็จ > ร้อยละ 80 4. จำนวนปลูกถ่ายกระดูก 12 ราย/ปี 5. จำนวนปลูกถ่ายกระจกตา 20 ราย/ปี
ระดับความสำเร็จ	ระดับ 1 ผลการดำเนินงานบรรลุตามค่าเป้าหมาย < 2 ข้อ ใน 5 ข้อ ระดับ 2 ผลการดำเนินงานบรรลุตามค่าเป้าหมาย 2 ข้อ ใน 5 ข้อ ระดับ 3 ผลการดำเนินงานบรรลุตามค่าเป้าหมาย 3 ข้อ ใน 5 ข้อ ระดับ 4 ผลการดำเนินงานบรรลุตามค่าเป้าหมาย 4 ข้อ ใน 5 ข้อ ระดับ 5 ผลการดำเนินงานบรรลุตามค่าเป้าหมายทั้ง 5 ข้อ
ระยะเวลาประเมินผล	ติดตามทุก 1 เดือน
วิธีการเก็บข้อมูล	ข้อมูลทางสถิติจากศูนย์บริจาคอวัยวะ และ Transplant Excellence
ผู้รับผิดชอบในการเก็บข้อมูล	ประธานและเลขาธิการคณะกรรมการ Transplant Excellence หัวหน้าศูนย์บริจาคอวัยวะ

กลยุทธ์ที่ 7 พัฒนาระบบการเรียนการสอนตามมาตรฐาน

ตัวชี้วัดที่ 12	หลักสูตรการเรียนการสอนเฉพาะทาง ได้รับการรับรองจากสถาบันหรือสภาวิชาชีพฯ หรือสมาคมวิชาชีพฯ
ผู้กำกับ	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ 2 รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านผลิตบุคลากรทางการแพทย์ รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล
ประเด็นยุทธศาสตร์	People excellence
นิยาม	หลักสูตรที่เป็นผลผลิตจากโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ได้แก่ 1. ศูนย์แพทยศาสตรศึกษา Training 2 หลักสูตร ได้แก่ แพทยศาสตรบัณฑิต และแพทย์ประจำบ้าน 2. หลักสูตรที่ผลิตหรือร่วมผลิต และผ่านการรับรองจากสภาวิชาชีพ/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พยาบาลหลังปริญญา มี 6 สาขา (วิกฤติ,วิสัญญี,บริหาร, OR,ENP,ICU) เป็นต้น
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-
ค่าเป้าหมาย	ระดับ 4
ระดับความสำเร็จ	ระดับ 1 < 12 หลักสูตร ระดับ 2 จำนวน 12 หลักสูตร ระดับ 3 จำนวน 13 หลักสูตร ระดับ 4 จำนวน 14 หลักสูตร ระดับ 5 > 14 หลักสูตร
ระยะเวลาประเมินผล	1 ครั้ง ต่อปี
วิธีการเก็บข้อมูล	ผลการรับรองจากสถาบันหรือสภาวิชาชีพฯ หรือสมาคมวิชาชีพฯ
ผู้รับผิดชอบในการเก็บข้อมูล	ศูนย์แพทยศาสตรศึกษา หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล

ด้านการเรียนรู้และการพัฒนา

Learning and Growth

กลยุทธ์ที่ 8 พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านความรู้และสมรรถนะเฉพาะด้าน

ตัวชี้วัดที่ 13	บุคลากรวิชาชีพผ่านเกณฑ์การประเมินสมรรถนะเฉพาะด้าน (Specific functional competency)
ผู้กำกับ	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ 2 รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านผลิตบุคลากรทางการแพทย์
ประเด็นยุทธศาสตร์	People excellence
นิยาม	วิชาชีพ หมายถึง พยาบาลวิชาชีพ สมรรถนะตามบทบาทหน้าที่ (Specific Functional Competency) หมายถึง ความรู้ ทักษะและคุณลักษณะที่บุคลากรจำเป็นต้องมี เพื่อใช้ในการปฏิบัติหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ เป็นสมรรถนะเพิ่มเติมตามขอบเขต/ความรับผิดชอบ เฉพาะในงานของบุคคล/กลุ่มบุคคล
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของบุคลากรวิชาชีพผ่านเกณฑ์การประเมินสมรรถนะเฉพาะด้าน (Specific functional competency) เท่ากับ $\frac{\text{จำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านเกณฑ์การประเมินสมรรถนะเฉพาะด้าน}}{\text{จำนวนพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด}} \times 100$
ค่าเป้าหมาย	ระดับ 4
ระดับความสำเร็จ	ระดับ 1 ≤ ร้อยละ 50 ระดับ 2 ร้อยละ 51-60 ระดับ 3 ร้อยละ 61-70 ระดับ 4 ร้อยละ 71-80 ระดับ 5 ร้อยละ > 80
ระยะเวลาประเมินผล	1 ครั้ง ต่อปี
วิธีการเก็บข้อมูล	ผลการประเมินสมรรถนะเฉพาะด้าน (Specific functional competency)

ตัวชี้วัดที่ 13	บุคลากรวิชาชีพผ่านเกณฑ์การประเมินสมรรถนะเฉพาะด้าน (Specific functional competency)
ผู้รับผิดชอบในการเก็บข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล

ตัวชี้วัดที่ 14	ร้อยละของค่าคะแนนความอยู่ดีมีสุขและผูกพัน (Happinometer)
ผู้กำกับ	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ 1 รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ 2 รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ รองผู้อำนวยการด้านการสื่อสารองค์กร
ประเด็นยุทธศาสตร์	People excellence
นิยาม	ความอยู่ดีมีสุขและผูกพัน (Happinometer) เป็นเครื่องมือในการวัดคุณภาพชีวิตและความสุขด้วยตนเองของคนทำงานในองค์กร เป็นแบบสำรวจความสุขด้วยตนเองอย่างเป็นรูปธรรมที่มีคู่มืออธิบายให้บุคคลพร้อมใช้ได้ทุกที่ ทุกเวลาโดยสามารถตอบแบบสอบถามแบบออนไลน์ประกอบด้วย 1. ความสุขของบุคลากร (Happinometer) ประกอบด้วย 9 มิติ ได้แก่ Happy Body (สุขภาพดี) Happy Relax (ผ่อนคลายดี) Happy Heart (น้ำใจดี) Happy Soul (จิตวิญญาณดี) Happy Family (ครอบครัวดี) Happy Society (สังคมดี) Happy Brain (ใฝ่รู้ดี) Happy Money (สุขภาพเงินดี) และ Happy Work Life (การทำงานดี) 2. ความผูกพันในองค์กร (Engagement) 3. สุขภาวะองค์กร (Happy Public Organization Index : HPI)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของค่าเฉลี่ย Average Happy เท่ากับ $\frac{\text{ผลรวมของค่าเฉลี่ยทั้ง 9 มิติ}}{9} \times 100$
ค่าเป้าหมาย	ระดับ 4
ระดับความสำเร็จ	ระดับ 1 ร้อยละของค่าเฉลี่ย Average Happy < 56 ระดับ 2 ร้อยละของค่าเฉลี่ย Average Happy เท่ากับ 56-60 ระดับ 3 ร้อยละของค่าเฉลี่ย Average Happy เท่ากับ 61-65 ระดับ 4 ร้อยละของค่าเฉลี่ย Average Happy เท่ากับ 66-70 ระดับ 5 ร้อยละของค่าเฉลี่ย Average Happy > 70
ระยะเวลาประเมินผล	1 ครั้ง ต่อปี
วิธีการเก็บข้อมูล	ผลการตอบแบบสอบถามออนไลน์

ตัวชี้วัดที่ 14	ร้อยละของค่าคะแนนความอยู่ดีมีสุขและผูกพัน (Happinometer)
ผู้รับผิดชอบในการเก็บข้อมูล	หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล

ตัวชี้วัดที่ 15	ผลงานวิจัยตีพิมพ์ระดับประเทศ/ระดับนานาชาติ
ผู้กำกับ	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านผลิตบุคลากรทางการแพทย์
ประเด็นยุทธศาสตร์	People excellence
นิยาม	ผลงานวิจัยตีพิมพ์ระดับประเทศ/ระดับนานาชาติ หมายถึง ผลงานวิจัยที่บุคลากรในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารระดับประเทศหรือระดับนานาชาติ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนผลงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารระดับประเทศหรือระดับนานาชาติ
ค่าเป้าหมาย	ระดับ 4
ระดับความสำเร็จ	ระดับ 1 < 2 เรื่อง ระดับ 2 จำนวน 2-6 ระดับ 3 จำนวน 7-11 ระดับ 4 จำนวน 12-16 ระดับ 5 > 16 เรื่อง
ระยะเวลาประเมินผล	1 ครั้ง ต่อปี
วิธีการเก็บข้อมูล	ข้อมูลจากศูนย์วิจัย
ผู้รับผิดชอบในการเก็บข้อมูล	หัวหน้าศูนย์วิจัย หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล

ด้านการบริหารการเงิน การคลัง
Financial & Budget

กลยุทธ์ที่ 9 พัฒนาการบริหารจัดการงบประมาณและการคลัง

ตัวชี้วัดที่ 16	ต้นทุนต่อหน่วย ทั้ง IP/OP ไม่เกินค่าเฉลี่ยโรงพยาบาลในระดับประเทศ
ผู้กำกับ	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ 1 รองผู้อำนวยการด้านการคลังและประกันสุขภาพ

ตัวชี้วัดที่ 16	ต้นทุนต่อหน่วย ทั้ง IP/OP ไม่เกินค่าเฉลี่ยโรงพยาบาลในระดับประเทศ
	รองผู้อำนวยการด้านตรวจสอบภายในและประเมินผล
ประเด็นยุทธศาสตร์	Governance excellence
นิยาม	การวิเคราะห์ประสิทธิภาพในการ การใช้ทรัพยากร ต้นทุน OP และ IP เปรียบเทียบด้าน รายจ่ายหน่วย บริการในระดับกลุ่มบริการ เดียวกัน โดยใช้ค่ากลางเทียบ ผลความแตกต่าง ต้นทุนต่อหน่วยทั้ง OP และ IP ไม่เกินเกณฑ์ค่าเฉลี่ย รพศ.ในระดับประเทศ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ประเมินผลความแตกต่าง เปรียบเทียบด้านต้นทุนต่อหน่วย OP IP ในระดับกลุ่มบริการ เดียวกัน : ค่าเฉลี่ย (Mean) : ค่าเฉลี่ย+ส่วนเบี่ยงเบน (Mean+1SD) 1. ใช้วิธีคำนวณต้นทุนแบบ Quick Method ได้ค่าไม่เกินค่ากลางในระดับ S 2. $\frac{\text{มูลค่าการจัดซื้อวัสดุปี 2563}}{\text{มูลค่ารายจ่ายค่าวัสดุรวม}} \times 100$
ระดับความสำเร็จ	- ต้นทุนต่อหน่วย OP ไม่เกินค่าเฉลี่ยโรงพยาบาลในระดับประเทศ - ต้นทุนต่อหน่วย IP ไม่เกินค่าเฉลี่ยโรงพยาบาลในระดับประเทศ
ระยะเวลาประเมินผล	1 ครั้ง ต่อปี
วิธีการเก็บข้อมูล	ติดตามทุก 3 เดือน
ผู้รับผิดชอบในการเก็บข้อมูล	หัวหน้ากลุ่มงานบัญชี

ตัวชี้วัดที่ 17	รายรับและรายจ่าย เป็นไปตามแผน Plan fin
ผู้กำกับ	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ 1 รองผู้อำนวยการด้านยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ รองผู้อำนวยการด้านการคลังและประกันสุขภาพ รองผู้อำนวยการด้านตรวจสอบภายในและประเมินผล
ประเด็นยุทธศาสตร์	Governance excellence
นิยาม	รายรับเป็นไปตามแผน Plan fin หมายถึง รายรับของโรงพยาบาลมากกว่าหรือเท่ากับรายรับที่คาดการณ์ไว้ใน Plan fin รายจ่ายเป็นไปตามแผน Plan fin หมายถึง รายจ่ายของโรงพยาบาลน้อยกว่าหรือเท่ากับ รายจ่ายที่คาดการณ์ไว้ใน Plan fin
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-
ระดับความสำเร็จ	- รายรับเป็นไปตามแผน Plan fin ไม่เกิน \pm ร้อยละ 5 - รายจ่ายเป็นไปตามแผน Plan fin ไม่เกิน \pm ร้อยละ 5
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 1 เดือน
วิธีการเก็บข้อมูล	ข้อมูลจากกลุ่มงานบัญชี

ตัวชี้วัดที่ 17	รายรับและรายจ่าย เป็นไปตามแผน Plan fin
ผู้รับผิดชอบในการเก็บข้อมูล	หัวหน้ากลุ่มงานบัญชี หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ

