# แผนยุทธศาสตร์และรายละเอียดตัวชี้วัด
# โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

## ปีงบประมาณ 2564

กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ

# สารบัญ


| | หน้า |
|---|---|
| วิสัยทัศน์ (Vision) | 3 |
| พันธกิจ (Mission) | 3 |
| ค่านิยม (Core values) | 4 |
| สมรรถนะหลักขององค์กร (Core competency) | 5 |
| ประเด็นยุทธศาสตร์และวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ตามมุมมอง 7 ด้าน | 5 - 6 |
| 4 Clusters driver | 6 |
| เข็มมุ่ง (Focus in action) | 7 |
| ตัวชี้วัดโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ตามมุมมอง 7 ด้าน จำนวน 19 ตัวชี้วัด | 7 - 8 |
| กลยุทธ์ตามตัวชี้วัดโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ตามมุมมอง 7 ด้าน | 9 - 11 |
| รายละเอียดตัวชี้วัดโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จำนวน 19 ตัวชี้วัด | 12 - 25 |

## วิสัยทัศน์ (Vision)

**“สถาบันทางการแพทย์และการสาธารณสุขชั้นเลิศที่ได้มาตรฐานสากล ปี 2567”**

## 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 วัดได้ โปร่งใส

S = Social Responsibility รับผิดชอบต่อสังคม

I = Innovation สร้างสรรค์นวัตกรรม

T = Technology โรงพยาบาลดิจิตอล

## สมรรถนะหลักองค์กร (Core competency)

1) Clinical Expertise
2) Learning Organization
3) Network Collaboration
4) Utilization Management (UM) and Utilization Review (UR)
5) IT Organization

## ประเด็นยุทธศาสตร์และวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ตามมุมมอง 7 ด้าน

| มุมมอง | ประเด็นยุทธศาสตร์ | | วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ | |
|---|---|---|---|---|
| Financial & Budget | S1 | พัฒนาประสิทธิภาพการบริหารทางการเงิน การคลัง | SO1.1 | เพื่อป้องกันความเสี่ยงทางการเงิน |
| | | | SO1.2 | เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการทางการเงิน การคลัง |
| Customer & Stakeholder | S2 | ยกระดับระบบบริการ | SO2 | เพื่อเพิ่มระดับความพึงพอใจผู้ใช้บริการ |
| People | S3 | พัฒนาระบบการศึกษา วิจัย ทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ | SO3 | เพื่อให้ผู้ผ่านการศึกษา/อบรม มีสมรรถนะตามเกณฑ์มาตรฐาน |
| | S4 | ยกระดับองค์กรแห่งการเรียนรู้ | SO4 | เพื่อให้บุคลากรมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์สอดคล้องต่อการเรียนรู้ เพื่อพัฒนางานประจำให้เป็นงานวิจัย และสามารถนำไปประยุกต์ใช้พัฒนางานได้ |
| | S5 | สร้างองค์กรแห่งความสุข | SO5 | เพื่อให้บุคลากรอยู่ดี มีสุข และผูกพัน |

| มุมมอง | ประเด็นยุทธศาสตร์ | | วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ | |
|---|---|---|---|---|
| Core process | S6 | เพิ่มศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทางระดับตติยภูมิ | SO6.1 | เพิ่มสมรรถนะบุคลากรเฉพาะทางระดับตติยภูมิ |
| | | | SO6.2 | เพื่อลดอัตราตาย ภาวะทุพพลภาพ และภาวะแทรกซ้อน |
| | S7 | พัฒนาระบบบริการแบบไร้รอยต่อ (Lean and seamless) | SO7.1 | ลดแออัดและลดระยะเวลารอคอย |
| | | | SO7.2 | เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงต่อเนื่องทุกจุดบริการ (Fast tract / LEAN / One stop service) |
| | S8 | พัฒนาระบบ Logistics | SO8 | เพื่อเพิ่มความรวดเร็วในการขนส่งทรัพยากร |
| | S9 | พัฒนาระบบการจัดหาทรัพยากร | SO9 | เพื่อให้มีทรัพยากรเพียงพอและพร้อมใช้ |
| Technology | S10 | พัฒนาคุณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล | S10 | Smart hospital |
| Infrastructure | S11 | ยกระดับระบบโครงสร้างอาคารและสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัย | SO11 | เพื่อความปลอดภัยของบุคลากรและผู้มาใช้บริการ |
| | S12 | พัฒนาระบบสาธารณูปโภค และสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล | SO12 | เพื่อให้ระบบสาธารณูปโภคเพียงพอ พร้อมใช้ ปลอดภัย |
| Social /Network | S13 | พัฒนาศักยภาพระบบเครือข่ายการดูแลสุขภาพในเขตฯ 10 | SO13.1 | เพื่อยกระดับภาคีเครือข่ายสุขภาพ (ปฐมภูมิ รพช. รพท.) |
| | | | SO13.2 | เพื่อมุ่งพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิร่วมกัน |

## 4 Clusters driver

| | |
|---|---|
| Cluster driver 1 | ความสะอาด ความปลอดภัยและ ภูมิสถาปัตย์ |
| Cluster driver 2 | พัฒนาบุคลากรตามอัตลักษณ์โรงพยาบาล |
| Cluster driver 3 | ระบบสวัสดิการค่าตอบแทน ศูนย์อาหาร ร้านสะดวกซื้อ และ ที่จอดรถ |
| Cluster driver 4 | ลดค่าใช้จ่าย |

## เข็มมุ่ง (Focus in action)

| | |
|---|---|
| **Patient Safety goal (SIMPLE)** | - ลดอัตราการเสียชีวิตในกลุ่มโรคสำคัญ<br>- ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ |
| **Specific functional competency** | - พัฒนาบุคลากรสายวิชาชีพให้มีทักษะทางวิชาชีพเฉพาะด้าน |
| **Network** | - พัฒนาศักยภาพระบบเครือข่ายการดูแลสุขภาพในเขต 10 |
| **HA Re-accreditation / ITA** | - ผ่านการประเมินการรับรอง |
| **Smart hospital** | - ผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐานเทคโนโลยีสารสนเทศในโรงพยาบาล |

## ตัวชี้วัดโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ตามมุมมอง 7 ด้าน

| มุมมอง | ที่ | ชื่อตัววัด | ค่าเป้าหมาย |
|---|---|---|---|
| **Financial & Budget** | 1 | ระดับความเสี่ยงทางการเงิน (Risk Scoring) | ระดับ 0 ทุกไตรมาส |
| | 2 | ระดับการบริหารประสิทธิภาพการเงินการคลังหน่วยบริการ TPS (Total Performance Score) | ระดับ B ดี ขึ้นไป |
| **Customer & Stakeholder** | 3 | ร้อยละความพึงพอใจ และความผูกพันของผู้ใช้บริการ | มากกว่าร้อยละ 90 |
| | 4 | ร้อยละของผู้ศึกษา/อบรมที่สอบผ่านตามเกณฑ์มาตรฐาน | มากกว่าร้อยละ 80 |
| **People** | 5 | จำนวนผลงานวิจัยของผู้ศึกษาอบรมที่ตีพิมพ์นำเสนอ ระดับประเทศ/ต่างประเทศ | มากกว่า 5 เรื่อง |
| | 6 | จำนวนของงานวิจัยประเภท R2R (Routine to Research) | มากกว่า 5 เรื่อง |
| | 7 | ค่าคะแนนระดับความอยู่ดี มีสุข และผูกพัน ทุกด้าน | มากกว่าร้อยละ 60 |
| | 8 | ร้อยละบุคลากรที่ผ่านการอบรมเฉพาะสาขา | มากกว่าร้อยละ 80 |

| มุมมอง | ที่ | ชื่อตัววัด | ค่าเป้าหมาย |
|---|---|---|---|
| Core process | 9 | อัตราการเสียชีวิตของกลุ่มโรคสำคัญ | ลดลงตามเป้าหมายของแต่ละโรคสำคัญ (9 โรคสำคัญ) รวมทุกโรคสำคัญมากกว่าร้อยละ 80 |
| | 10 | อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ | ลดลงตามเป้าหมายของแต่ละภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ (13 ภาวะฯ ที่สำคัญ) รวมทุกภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญมากกว่าร้อยละ 80 |
| | 11 | ระยะเวลารอคอยของผู้รับบริการ (ผู้ป่วย) | ได้ตามระยะประกันเวลาการให้บริการ มากกว่าร้อยละ 80 |
| | 12 | ร้อยละความสำเร็จของการดำเนินงานระบบ Fast track ในกลุ่มโรคสำคัญ | ผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญระบบ Fast track (STEMI, Sepsis, Stroke, Newborn, Major trauma, ER to OR) ได้รับเข้ารับการรับไว้ในหน่วยบริการวิกฤติ/พิเศษ เป็นไปตามเกณฑ์ ร้อยละ 100 |
| | 13 | ร้อยละของการประกันเวลาการให้บริการตามที่กำหนดของระบบงานภายในโรงพยาบาล | ได้ตามระยะประกันเวลาการให้บริการ มากกว่าร้อยละ 80 |
| | 14 | อุบัติการณ์ความไม่เพียงพอของทรัพยากรเครื่องมือแพทย์เสี่ยงสูง | 0 ครั้ง |
| Technology | 15 | ระดับความสำเร็จของการประเมิน IT HA | ระดับ 1 |
| Infrastructure | 16 | อุบัติการณ์เจ้าหน้าที่และผู้มาใช้บริการได้รับอันตรายจากโครงสร้างทางกายภาพและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล | 0 ครั้ง |
| | 17 | อุบัติการณ์การไม่พร้อมใช้ของระบบสาธารณูปโภค (ระบบไฟฟ้า ระบบน้ำประปา ระบบระบายอากาศและปรับอากาศ ระบบก๊าซทางการแพทย์ ระบบสุญญากาศ) | 0 ครั้ง |
| Social / Network | 18 | ระดับความสำเร็จในการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายสุขภาพ (ระดับ 1-5) | ระดับ 5 |
| | 19 | ประชาชนทุกกลุ่มวัยในเครือข่ายฯ มีสุขภาพที่ดี (ตามเกณฑ์) | ระดับ 3 |

# กลยุทธ์ตามตัวชี้วัดโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ตามมุมมอง 7 ด้าน

| มุมมอง | ที่ | ชื่อตัววัด | กลยุทธ์ | |
|---|---|---|---|---|
| Financial & Budget | 1 | ระดับความเสี่ยงทางการเงิน (Risk Scoring) | T1 | โปรแกรมการบริหารการเงินอัจฉริยะ |
| | 2 | ระดับการบริหารประสิทธิภาพการเงินการคลังหน่วยบริการ TPS (Total Performance Score) | T2 | CFO Meeting |
| Customer & Stakeholder | 3 | ร้อยละความพึงพอใจ และความผูกพันของผู้ใช้บริการ | T3 | ใส่ใจบริการดุจ VIP และญาติมิตร (ยากดีมีจน รพ.อุบลฯ ยินดีต้อนรับ) |
| | 4 | ร้อยละของผู้ศึกษา/อบรมที่สอบผ่านตามเกณฑ์มาตรฐาน | T4.1 | การจัดการเรียนการสอนที่ได้มาตรฐาน |
| | | | T4.2 | สร้าง Brand แหล่งฝึก "สปส. BRAND" ฝึกครบจบแล้วมีงานทำ |
| People | 5 | จำนวนผลงานวิจัยของผู้ศึกษาอบรมที่ตีพิมพ์นำเสนอ ระดับประเทศ/ต่างประเทศ | T5 | ศูนย์การเรียนรู้ การวิจัย |
| | 6 | จำนวนของงานวิจัยประเภท R2R (Routine to Research) | T6 | ส่งเสริมการสร้างงานวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ |
| | 7 | ค่าคะแนนระดับความอยู่ดี มีสุข และผูกพัน ทุกด้าน | T7.1 | HAPPY FAMILY FOCUS GROUP |
| | | | T7.2 | หมดหนี้มีออม (Happy Money) |
| | | | T7.3 | HAPPY ROOM for HAPPY Relax ให้กับบุคลากรทุกระดับ |
| | | | T7.4 | บรรจุลูกจ้างชั่วคราวสายสนับสนุนเป็นตำแหน่ง พกส. |
| | 8 | ร้อยละบุคลากรที่ผ่านการอบรมเฉพาะสาขา | T8.1 | CPR Update |
| | | | T8.2 | Specific/Functional competency |
| | | | T8.3 | Smart ICU |

| มุมมอง | ที่ | ชื่อตัววัด | กลยุทธ์ | |
|---|---|---|---|---|
| Core process | 9 | อัตราการเสียชีวิตของกลุ่มโรคสำคัญ | **T9.1** | Prevention: ลดความรุนแรงของการบาดเจ็บ และ Interfar: SEAMLESS |
| | | | **T9.2** | Fast Track to OR & Network collaboration (Triage level 1) |
| | | | **T9.3** | Fast Track (กลุ่มโรคสำคัญ) |
| | | | **T9.4** | Prevention: ลดความรุนแรงของการบาดเจ็บ และ Interfar: SEAMLESS |
| | | | **T9.5** | TEA Unit คุณภาพ |
| | | | **T9.6** | ECS คุณภาพ |
| | 10 | อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ | **T10** | กำหนดเกณฑ์ Competency ในการปฏิบัติตาม WI |
| | 11 | ระยะเวลารอคอยของผู้รับบริการ (ผู้ป่วย) | **T11.1** | ให้บริการเชิงรุก/ขยายบริการ |
| | | | **T11.2** | ระบบนัด Online |
| | | | **T11.3** | ONE stop service |
| | 12 | ร้อยละความสำเร็จของการดำเนินงานระบบ Fast track ในกลุ่มโรคสำคัญ | **T12.1** | Lean and Seamless care process |
| | | | **T12.2** | Rapid response care team |
| | 13 | ร้อยละของการประกันเวลาการให้บริการตามที่กำหนดของระบบงานภายในโรงพยาบาล | **T13.1** | LEAN process |
| | | | **T13.2** | กำหนดเวลาการให้บริการ (Service level agreement: SLA) |
| | | | **T13.3** | Barcode system |
| | 14 | อุบัติการณ์ความไม่เพียงพอของทรัพยากรเครื่องมือแพทย์เสี่ยงสูง | **T14.1** | ระบบ PM (Prevention Maintenance) |
| | | | **T14.2** | Round system |

| มุมมอง | ที่ | ชื่อตัววัด | กลยุทธ์ | |
|---|---|---|---|---|
| Technology | 15 | ระดับความสำเร็จของการประเมิน IT HA | T15 | Smart hospital |
| Infrastructure | 16 | อุบัติการณ์เจ้าหน้าที่และผู้มาใช้บริการได้รับอันตรายจากโครงสร้างทางกายภาพและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล | T16 | บำรุงรักษาเชิงรุก (ช่างเชิงรุก) |
| | 17 | อุบัติการณ์การไม่พร้อมใช้ของระบบสาธารณูปโภค (ระบบไฟฟ้า ระบบน้ำประปา ระบบระบายอากาศและปรับอากาศ ระบบก๊าซทางการแพทย์ ระบบสุญญากาศ) | T17 | Online Alarm System |
| Social / Network | 18 | ระดับความสำเร็จในการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายสุขภาพ (ระดับ 1-5) | T18.1 | ศูนย์ SPS Information center |
| | | | T18.2 | Resource sharing |
| | | | T18.3 | Win-Win Situation |
| | | | T18.4 | MOU |
| | 19 | ประชาชนทุกกลุ่มวัยในเครือข่ายฯ มีสุขภาพที่ดี (ตามเกณฑ์) | T19.1 | ระบบป้องกัน ควบคุมโรค ระบบเฝ้าระวังโรค ที่สามารถตอบสนองได้ทันที |
| | | | T19.2 | ระบบคุ้มครองผู้บริโภค |
| | | | T19.3 | ระบบบริการจัดการสิ่งแวดล้อม |
| | | | T19.4 | ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม |

**รายละเอียดตัวชี้วัด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์**
**ปีงบประมาณ 2564**

## มุมมองที่ 1
## ด้าน Financial & Budget

| ตัวชี้วัดที่ 1 | ระดับความเสี่ยงทางการเงิน (Risk Scoring) |
|---|---|
| ผู้กำกับ | รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ คนที่ 1<br>รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ คนที่ 2<br>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ<br>รองผู้อำนวยการด้านตรวจสอบภายใน |
| หัวหน้ากลุ่มงานฯ | กลุ่มงานการเงิน และกลุ่มงานบัญชี |
| ประเด็นยุทธศาสตร์ | พัฒนาประสิทธิภาพการบริหารทางการเงิน |
| วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ | เพื่อป้องกันความเสี่ยงทางการเงิน |
| กลยุทธ์ | โปรแกรมการบริหารการเงินอัจฉริยะ |
| นิยาม | เกณฑ์ประเมินวิกฤตทางการเงินระดับกระทรวง 7 ระดับ ประเมินทุกสิ้นไตรมาส<br>0 – 1 ปกติ<br>2 คาดว่าจะดีขึ้นภายใน 3 เดือน<br>3 คาดว่าจะดีขึ้นภายหลัง 3 เดือน<br>4 คาดว่าจะประสบปัญหาภายหลัง 6 เดือน<br>5 คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน 6 เดือน<br>6 คาดว่าจะประสบปัญหาใน 6 เดือน<br>7 มีภาวะวิกฤติทางการเงินขั้นรุนแรง |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | CR < 1.5 = 1<br>QR < 1.0 = 1<br>Cash < 0.8 = 1<br>NWC < 0 = 1<br>NI < 0 = 1<br>NWC/ANI < 3 เดือน<br>NWC/ANI < 6 เดือน |
| ค่าเป้าหมาย | ระดับ 0 ทุกไตรมาส |
| ระดับความสำเร็จ | ระดับ 0 ทุกไตรมาส |
| ระยะเวลาประเมินผล | ทุกไตรมาส |

| ตัวชี้วัดที่ 2 | ระดับการบริหารประสิทธิภาพการเงินการคลังหน่วยบริการ TPS (Total Performance Score) |
|---|---|
| ผู้กำกับ | รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ คนที่ 1<br>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านการคลังและประกันสุขภาพ<br>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ |
| หัวหน้ากลุ่มงานฯ | กลุ่มงานประกันสุขภาพ, กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์, กลุ่มงานการเงิน และกลุ่มงานบัญชี |
| ประเด็นยุทธศาสตร์ | พัฒนาประสิทธิภาพการบริหารทางการเงิน |
| วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ | เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการทางการเงินการคลัง |
| กลยุทธ์ | CFO Meeting |
| นิยาม | เกณฑ์การวิเคราะห์ประสิทธิภาพการเงินการคลังหน่วยบริการระดับกระทรวง เป็นการประเมินผลประจำปี ประเมินจาก 6 หัวข้อ<br>1. การบริหารแผน Plan Fin : ประเมินผ่านแผน-ผลในช่วง± 5% (รายได้ และ รายจ่าย) ( 2 คะแนน)<br>2. การบริหารต้นทุน : Unit Cost ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ. (2 คะแนน)<br>3. การบริหารค่าใช้จ่าย : ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ HGR ( 2 คะแนน)<br>3.1 LC ไม่เกินค่ากลาง ค่าแรง (0.5 คะแนน)<br>3.2 MC ไม่เกินค่ากลาง ค่ายา ( 0.5 คะแนน)<br>3.3 MC ไม่เกินค่ากลาง ค่า lab (0.5 คะแนน)<br>3.4 MC ไม่เกินค่ากลางค่าเวชภัณฑ์ (0.5 คะแนน)<br>4. Productivity ที่ยอมรับได้ ( 2 คะแนน)<br>4.1 อัตราครองเตียง ≥ 80 %<br>4.2 CMI เกินค่ากลางกลุ่ม รพ.<br>5. การบริหารจัดการภายในด้านการเงิน 7 ด้าน (Risk Score Plus) Z 1 คะแนน) EBITDA, รายได้ 3 กองทุนหลัก, บริหารสินทรัพย์ถาวร, บริหารหนี้สินและวัสดุคงคลัง ผ่าน 4 ใน 7 ด้าน<br>6. คะแนนตรวจสอบงบทดลองเบื้องต้น (1 คะแนน) |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | ≥ 8 = A ดีมาก<br>≥ 7-8 = B ดี<br>≥ 6-7 = C พอใช้<br>≥ 5-6 = D ต้องปรับปรุง<br>< 5 = F ไม่ผ่าน |
| ค่าเป้าหมาย | ระดับ B ดี ขึ้นไป |

## มุมมองที่ 2
## ด้าน Customer & Stakeholder

| ตัวชี้วัดที่ 3 | ร้อยละความพึงพอใจ และความผูกพันของผู้ใช้บริการ |
|---|---|
| ผู้กำกับ | รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ คนที่ 1<br>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ<br>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ<br>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้าน พรส.<br>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านผลิตบุคลากรทางการแพทย์<br>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ<br>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล<br>รองผู้อำนวยการด้านการสื่อสารองค์กร |
| หัวหน้ากลุ่มงานฯ | 21 กลุ่มงานฯ ตามโครงสร้างฯ ที่สังกัดรองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ<br>6 กลุ่มงานฯ ตามโครงสร้างฯ ที่สังกัดรองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ<br>กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน<br>ศูนย์แพทยศาสตร์ศึกษา กลุ่มงานฝึกอบรมพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์<br>กลุ่มงานพัสดุ<br>กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล<br>กลุ่มภารกิจที่เกี่ยวข้องด้านการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ |
| ประเด็นยุทธศาสตร์ | ยกระดับระบบบริการ |
| วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ | เพื่อเพิ่มระดับความพึงพอใจผู้ใช้บริการ |
| กลยุทธ์ | ใส่ใจบริการดุจ VIP และญาติมิตร (ยากดีมีจน รพ.อุบลฯ ยินดีต้อนรับ) |
| นิยาม | ผู้ใช้บริการ หมายถึง ประชาชนผู้มาใช้บริการ เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน พนักงานรัฐวิสาหกิจ เจ้าหน้าที่ของสถาบันการศึกษา สถาบันวิจัย องค์กร สมาคม มูลนิธิ รวมทั้งนักเรียน นิสิต และนักศึกษา<br>ประเด็นการสำรวจความพึงพอใจ ประกอบด้วยประเด็นสำคัญ ดังนี้<br>- ความพึงพอใจด้านกระบวนการ ขั้นตอนการให้บริการ<br>- ความพึงพอใจด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ<br>- ความพึงพอใจด้านสิ่งอำนวยความสะดวก<br>- ความพึงพอใจด้านข้อมูลที่ได้รับ |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | **- ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วย**<br>คะแนนความพึงพอใจจากการประเมินของผู้ป่วย X 100<br>คะแนนเต็ม<br>**- ร้อยละความพึงพอใจของผู้ใช้บริการอื่น (พัสดุ เภสัชกรรม นิสิต นักศึกษา)**<br>คะแนนความพึงพอใจจากการประเมินของผู้ใช้บริการ X 100<br>คะแนนเต็ม |

| ตัวชี้วัดที่ 3 | ร้อยละความพึงพอใจ และความผูกพันของผู้ใช้บริการ |
|---|---|
| ค่าเป้าหมาย | มากกว่าร้อยละ 90 |
| ระยะเวลาประเมินผล | ทุกไตรมาส |

| ตัวชี้วัดที่ 4 | ร้อยละของผู้ศึกษา/อบรมที่สอบผ่านตามเกณฑ์มาตรฐาน |
|---|---|
| ผู้กำกับ | รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ คนที่ 1<br>รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ คนที่ 2<br>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้าน พรส.<br>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านผลิตบุคลากรทางการแพทย์ |
| หัวหน้ากลุ่มงานฯ | กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล<br>ศูนย์แพทยศาสตร์ศึกษา<br>กลุ่มงานฝึกอบรมพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ |
| ประเด็นยุทธศาสตร์ | พัฒนาระบบการศึกษา วิจัย ทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ |
| วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ | เพื่อให้ผู้ผ่านการศึกษา/อบรมมีสมรรถนะตามเกณฑ์มาตรฐาน |
| กลยุทธ์ | - การจัดการเรียนการสอนที่ได้มาตรฐาน<br>- สร้าง Brand แหล่งฝึก "สปส. BRAND" ฝึกครบจบแล้วมีงานทำ |
| นิยาม | นิสิต นักศึกษา ในหลักสูตรที่โรงพยาบาลฯ เป็นสถาบันร่วม สอบผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละหลักสูตร |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | **ร้อยละของนิสิต นักศึกษา ที่สอบผ่านตามเกณฑ์มาตรฐาน**<br>จำนวนนิสิต นักศึกษา ที่สอบผ่านตามเกณฑ์ฯ ของแต่ละหลักสูตร X 100<br>จำนวนนิสิต นักศึกษา ทั้งหมดที่เข้าศึกษาในแต่ละหลักสูตร |
| ค่าเป้าหมาย | มากกว่าร้อยละ 80 |
| ระยะเวลาประเมินผล | ปีงบประมาณละ 1 ครั้ง |

## มุมมองที่ 3
## ด้าน People

| ตัวชี้วัดที่ 5 | จำนวนผลงานวิจัยของผู้ศึกษาอบรมที่ตีพิมพ์นำเสนอ ระดับประเทศ/ต่างประเทศ |
|---|---|
| ผู้กำกับ | รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ คนที่ 1<br>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้าน พรส.<br>ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านวิจัย |
| หัวหน้ากลุ่มงานฯ | กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล<br>กลุ่มงานพัฒนาและส่งเสริมงานวิจัย |
| ประเด็นยุทธศาสตร์ | พัฒนาระบบการศึกษา วิจัย ทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ |
| วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ | เพื่อให้ผู้ผ่านการศึกษา/อบรมมีสมรรถนะตามเกณฑ์มาตรฐาน |

| ตัวชี้วัดที่ 5 | จำนวนผลงานวิจัยของผู้ศึกษาอบรมที่ตีพิมพ์นำเสนอ ระดับประเทศ/ต่างประเทศ |
|---|---|
| กลยุทธ์ | ศูนย์การเรียนรู้ การวิจัย |
| นิยาม | ผลงานวิจัยตีพิมพ์ระดับประเทศ/ระดับนานาชาติ หมายถึง ผลงานวิจัยที่บุคลากรในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารระดับประเทศหรือระดับนานาชาติ |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | จำนวนผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารระดับประเทศหรือระดับนานาชาติ |
| ค่าเป้าหมาย | มากกว่า 5 เรื่อง |
| ระยะเวลาประเมินผล | ปีงบประมาณละ 1 ครั้ง |

| ตัวชี้วัดที่ 6 | จำนวนของงานวิจัยประเภท R2R (Routine to Research) |
|---|---|
| ผู้กำกับ | รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ คนที่ 1<br>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้าน พรส.<br>ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านวิจัย |
| หัวหน้ากลุ่มงานฯ | กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล<br>กลุ่มงานพัฒนาและส่งเสริมงานวิจัย |
| ประเด็นยุทธศาสตร์ | ยกระดับองค์กรแห่งการเรียนรู้ |
| วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ | เพื่อให้บุคลากรมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์สอดคล้องต่อการเรียนรู้<br>เพื่อพัฒนางานประจำให้เป็นงานวิจัย และสามารถนำไปประยุกต์ใช้พัฒนางานได้ |
| กลยุทธ์ | ส่งเสริมการสร้างงานวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ |
| นิยาม | R2R (Routine to Research) หมายถึง การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย ผลลัพธ์ของ R2R ไม่ได้หวังเพียงได้ผลงานวิจัย แต่มีเป้าหมายเพื่อนำผลงานวิจัยไปใช้เพื่อพัฒนางานประจำนั้นๆ R2R จึงเป็นเครื่องมือในการพัฒนาคน เพื่อพัฒนางานขับเคลื่อนองค์กรไปสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization) |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | จำนวนผลงานวิจัยประเภท R2R (Routine to Research) ที่ได้เข้าร่วมการนำเสนอในงานฯ/มหกรรมฯ |
| ค่าเป้าหมาย | มากกว่า 5 เรื่อง |
| ระยะเวลาประเมินผล | ปีงบประมาณละ 1 ครั้ง |

| ตัวชี้วัดที่ 7 | ค่าคะแนนระดับความอยู่ดี มีสุข และผูกพัน ทุกด้าน |
|---|---|
| ผู้กำกับ | รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ คนที่ 1<br>รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ คนที่ 2<br>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้าน พรส.<br>ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านกิจกรรมพิเศษและวิเทศสัมพันธ์ |
| หัวหน้ากลุ่มงานฯ | กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล |
| ประเด็นยุทธศาสตร์ | สร้างองค์กรแห่งความสุข |
| วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ | เพื่อให้บุคลากรอยู่ดี มีสุข และผูกพัน |
| กลยุทธ์ | - HAPPY FAMILY FOCUS GROUP<br>- หมดหนี้มีออม (Happy Money) |

| ตัวชี้วัดที่ 7 | ค่าคะแนนระดับความอยู่ดี มีสุข และผูกพัน ทุกด้าน |
|---|---|
| | - HAPPY ROOM for HAPPY Relax ให้กับบุคลากรทุกระดับ<br>- บรรจุลูกจ้างชั่วคราวสายสนับสนุนเป็นตำแหน่ง พกส. |
| นิยาม | ความอยู่ดีมีสุขและผูกพัน (Happinometer) เป็นเครื่องมือในการวัดคุณภาพชีวิตและความสุขด้วยตนเองของคนทางานในองค์กร เป็นแบบสำรวจความสุขด้วยตนเองอย่างเป็นรูปธรรมที่มีคู่มืออธิบายให้บุคคลพร้อมใช้ได้ทุกที่ ทุกเวลาโดยสามารถตอบแบบสอบถามแบบออนไลน์ ประกอบด้วย<br>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 (การงานดี)<br>2. ความผูกพันในองค์กร (Engagement)<br>3. สุขภาวะองค์กร (Happy Public Organization Index : HPI) |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | **ร้อยละของค่าเฉลี่ย Average Happy**<br>ผลรวมของค่าเฉลี่ยทั้ง 9 มิติ X 100<br>9 |
| ค่าเป้าหมาย | มากกว่าร้อยละ 60 |
| ระยะเวลาประเมินผล | ปีงบประมาณละ 1 ครั้ง |

| ตัวชี้วัดที่ 8 | ร้อยละบุคลากรที่ผ่านการอบรมเฉพาะสาขา |
|---|---|
| ผู้กำกับ | รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ คนที่ 1<br>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้าน พรส. |
| หัวหน้ากลุ่มงานฯ | กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล |
| ประเด็นยุทธศาสตร์ | เพิ่มศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทางระดับตติยภูมิ |
| วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ | เพื่อเพิ่มสมรรถนะบุคลากรเฉพาะทางระดับตติยภูมิ |
| กลยุทธ์ | - CPR Update<br>- Specific/Functional competency<br>- Smart ICU |
| นิยาม | บุคลากร หมายถึง บุคลากรทั้งสายวิชาชีพ และสายสนับสนุน ที่เข้ารับการอบรมเฉพาะทาง หรือ เฉพาะสาขา |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | **ร้อยละของบุคลากรที่ผ่านการอบรมเฉพาะสาขา**<br>จำนวนของบุคลากรที่ผ่านการอบรม X 100<br>จำนวนบุคลากรทั้งหมดที่ส่งเข้ารับการอบรม |
| ค่าเป้าหมาย | มากกว่าร้อยละ 80 |
| ระยะเวลาประเมินผล | ปีงบประมาณละ 1 ครั้ง |

# มุมมองที่ 4
# ด้าน Core Process

| ตัวชี้วัดที่ 9 | อัตราการเสียชีวิตของกลุ่มโรคสำคัญ |
|---|---|
| ผู้กำกับ | รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ คนที่ 1<br>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ<br>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้าน พรส.<br>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล |
| หัวหน้ากลุ่มงานฯ | กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน<br>กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล |
| ประเด็นยุทธศาสตร์ | เพิ่มศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทางระดับตติยภูมิ |
| วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ | เพื่อลดอัตราตาย ภาวะทุพพลภาพ และภาวะแทรกซ้อน |
| กลยุทธ์ | - Prevention: ลดความรุนแรงของการบาดเจ็บ และ Interfar: SEAMLESS<br>- Fast Track to OR & Network collaboration (Triage level 1)<br>- Fast Track (กลุ่มโรคสำคัญ)<br>- Prevention: ลดความรุนแรงของการบาดเจ็บ และ Interfar: SEAMLESS<br>- TEA Unit คุณภาพ<br>- ECS คุณภาพ |
| นิยาม | อัตราการเสียชีวิตในกลุ่มโรคสำคัญ หมายถึง<br>1. อัตราการเสียชีวิตใน ICU < 16.4<br>2. อัตราการเสียชีวิตทารกแรกเกิดอายุ 0-28 วัน < 3.8 : 1,000 การเกิดมีชีพ<br>3. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย STEMI < 10%<br>4. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Open heart surgery < 4.6<br>5. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Sepsis < 25.22%<br>6. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Stroke < 8%<br>7. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Multiple injury < 20%<br>8. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มี PS > 0.75 = 0% (อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชม. < ร้อยละ 12 อัตราของผู้ป่วย Triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดสามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 อัตราของผู้ป่วย Trauma Triage level 1-2 ที่มีข้อบ่งชี้ในการ admit ได้รับการ admit ภายใน 2 ชม. ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60 อัตราของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมองไม่เกินร้อยละ 45 อัตราของ TEA Unit ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 และอัตราของ รพ. ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80)<br>9. อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยปลูกถ่ายอวัยวะ > 80% |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | **อัตราการเสียชีวิตของกลุ่มโรคสำคัญ**<br>ผลรวมของประเภทอัตราการเสียชีวิตที่ได้ตามค่าเป้าหมาย x 100<br>9 |

| ตัวชี้วัดที่ 9 | อัตราการเสียชีวิตของกลุ่มโรคสำคัญ |
|---|---|
| ค่าเป้าหมาย | ลดลงตามเป้าหมายของแต่ละโรคสำคัญ (9 โรคสำคัญ) รวมทุกโรคสำคัญมากกว่าร้อยละ 80 |
| ระยะเวลาประเมินผล | ทุกไตรมาส |

| ตัวชี้วัดที่ 10 | อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ |
|---|---|
| ผู้กำกับ | รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ คนที่ 1<br>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ<br>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้าน พรส.<br>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล |
| หัวหน้ากลุ่มงานฯ | กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน<br>กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล |
| ประเด็นยุทธศาสตร์ | เพิ่มศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทางระดับตติยภูมิ |
| วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ | เพื่อลดอัตราตาย ภาวะทุพพลภาพ และภาวะแทรกซ้อน |
| กลยุทธ์ | กำหนดเกณฑ์ Competency ในการปฏิบัติตาม WI |
| นิยาม | ภาวะแทรกซ้อน หมายถึง ภาวะที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลรักษาผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยบาดเจ็บ จำเป็นต้องรักษานานขึ้น นอนโรงพยาบาลนานขึ้น หรือมีอาการรุนแรงมากขึ้น ซึ่งอาจรุนแรงจนเกิดความพิการหรือเสียชีวิต<br>ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาที่สำคัญ หมายถึง อุบัติการณ์ผ่าตัดผิดคนผิดข้าง อัตราการติดเชื้อดื้อยา MDR อัตราการติดเชื้อ VAP อัตราการติดเชื้อ CABSI อัตราการติดเชื้อ CAUTI อัตราการติดเชื้อดื้อยา AMRs อุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาเสี่ยงสูง (HADs) อัตราการติดเชื้อ HAI อุบัติการณ์การให้เลือดหรือส่วนประกอบของเลือดผิด อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด CABG และอัตราการติดเชื้อ Craniotomy/Craniectomy<br>- ค่าเป้าหมาย<br>1. อุบัติการณ์ผ่าตัดผิดคนผิดข้าง = 0<br>2. อัตราการติดเชื้อ VAP < 5 : 1,000 การใช้เครื่อง<br>3. อัตราการติดเชื้อ CABSI < 1.5 : 1,000 คาสายสวน<br>4. อัตราการติดเชื้อ CAUTI < 2 : 1,000 คาสายสวน<br>5. อัตราการติดเชื้อดื้อยา AMRs < 0.56<br>6. อุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาเสี่ยงสูง (HADs) = 0<br>7. อัตราการติดเชื้อ HAI < 2 ครั้ง : 1,000 วันนอน<br>8. อุบัติการณ์การให้เลือดหรือส่วนประกอบของเลือดผิด = 0<br>9. อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด CABG < 0.1%<br>10. อัตราการติดเชื้อ Craniotomy/Craniectomy = 0<br>11. อุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ E-I ลดลง เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | **ร้อยละของอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาที่สำคัญลดลง**<br>ผลรวมของประเภทอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ได้ตามค่าเป้าหมาย X 100<br>11 |
| ค่าเป้าหมาย | ลดลงตามเป้าหมายของแต่ละภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ (13 ภาวะฯ ที่สำคัญ)<br>รวมทุกภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญมากกว่าร้อยละ 80 |

| ตัวชี้วัดที่ 10 | อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ |
|---|---|
| ระยะเวลาประเมินผล | ทุกไตรมาส |

| ตัวชี้วัดที่ 11 | ระยะเวลารอคอยของผู้รับบริการ (ผู้ป่วย) |
|---|---|
| ผู้กำกับ | รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ คนที่ 1<br>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ<br>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ<br>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล<br>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ |
| หัวหน้ากลุ่มงานฯ | ห้องตรวจ<br>กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์<br>กลุ่มงานเภสัชกรรม<br>ศูนย์แพทย์ชุมชน<br>กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล<br>กลุ่มงานการเงิน |
| ประเด็นยุทธศาสตร์ | พัฒนาระบบบริการแบบไร้รอยต่อ (lean and Seamless) |
| วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ | ลดแออัดและลดระยะเวลารอคอย |
| กลยุทธ์ | - ให้บริการเชิงรุก/ขยายบริการ<br>- ระบบนัด Online<br>- ONE stop service |
| นิยาม | ระยะเวลารอคอยของผู้รับบริการ (ผู้รับบริการ หมายถึง ผู้ป่วย): ระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยนอก (ผู้ป่วยตรวจกลับ) ตั้งแต่เข้ารับบริการจนถึงรับยากลับบ้าน |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | **ร้อยละของการประกันเวลาการให้บริการผู้ป่วย**<br>จำนวนผู้ป่วยที่ระยะเวลารอคอยของการรับบริการได้ตามระยะประกันเวลา X 100<br>จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด |
| ค่าเป้าหมาย | ได้ตามระยะประกันเวลาการให้บริการ มากกว่าร้อยละ 80 |
| ระยะเวลาประเมินผล | ปีงบประมาณละ 1 ครั้ง |

| ตัวชี้วัดที่ 12 | ร้อยละความสำเร็จของการดำเนินงานระบบ Fast track ในกลุ่มโรคสำคัญ |
|---|---|
| ผู้กำกับ | รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ คนที่ 1<br>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ<br>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล |
| หัวหน้ากลุ่มงานฯ | กลุ่มงานอายุรกรรม<br>กลุ่มงานศัลยกรรม<br>กลุ่มงานกุมารเวชกรรม<br>กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน<br>กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล |

| ตัวชี้วัดที่ 12 | ร้อยละความสำเร็จของการดำเนินงานระบบ Fast track ในกลุ่มโรคสำคัญ |
|---|---|
| ประเด็นยุทธศาสตร์ | พัฒนาระบบบริการแบบไร้รอยต่อ (lean and Seamless) |
| วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ | เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงต่อเนื่องทุกจุดบริการ (Fast tract / LEAN / One stop service) |
| กลยุทธ์ | - Lean and Seamless care process<br>- Rapid response care team |
| นิยาม | ผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญระบบ Fast track ได้แก่ 1) STEMI 2) Sepsis 3) Stroke 4) Newborn 5) Major trauma และ 6) ER to OR ได้รับเข้ารับการรับไว้ในหน่วยบริการวิกฤติ/พิเศษ และได้รับการดูแลรักษาเป็นไปตามเกณฑ์ Fast track |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | **ร้อยละความสำเร็จของการดำเนินงานระบบ Fast track ในกลุ่มโรคสำคัญ**<br>ผลรวมของกลุ่มโรคสำคัญที่มีผลการดำเนินงานได้ตามที่กำหนด (ตามนิยาม) X 100<br>6 (ระบบฯ ตามนิยาม) |
| ค่าเป้าหมาย | ผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญระบบ Fast track<br>1) STEMI 2) Sepsis 3) Stroke 4) Newborn 5) Major trauma และ 6) ER to OR ได้รับเข้ารับการรับไว้ในหน่วยบริการวิกฤติ/พิเศษ และได้รับการดูแลรักษาเป็นไปตามเกณฑ์ Fast track ร้อยละ 100 |
| ระยะเวลาประเมินผล | ปีงบประมาณละ 1 ครั้ง |

| ตัวชี้วัดที่ 13 | ร้อยละของการประกันเวลาการให้บริการตามที่กำหนดของระบบงานภายในโรงพยาบาล |
|---|---|
| ผู้กำกับ | รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ คนที่ 1<br>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ<br>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ<br>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้าน พรส.<br>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล |
| หัวหน้ากลุ่มงานฯ | กลุ่มงานพัสดุ<br>กลุ่มงานโครงสร้างพื้นฐานและวิศวกรรมทางการแพทย์<br>งานซักฟอก<br>กลุ่มงานโภชนศาสตร์<br>กลุ่มงานเภสัชกรรม<br>กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์<br>กลุ่มงานธนาคารเลือด<br>กลุ่มงานรังสีวิทยา<br>กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์<br>งานจ่ายกลาง |
| ประเด็นยุทธศาสตร์ | พัฒนาระบบ Logistics |
| วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ | เพื่อเพิ่มความรวดเร็วในการขนส่งทรัพยากร |
| กลยุทธ์ | - LEAN process<br>- กำหนดเวลาการให้บริการ (Service level agreement: SLA) |

| ตัวชี้วัดที่ 13 | ร้อยละของการประกันเวลาการให้บริการตามที่กำหนดของระบบงานภายในโรงพยาบาล |
|---|---|
| | - Barcode system |
| นิยาม | การประกันเวลาการให้บริการตามกำหนดของระบบงานภายใน (Service Level Agreement: SLA) ได้แก่ 1) ระบบการเบิกจ่ายพัสดุ 2) ระบบการซ่อมบำรุง 3) ระบบสารสนเทศ 4) ระบบซักฟอก 5) ระบบจ่ายกลาง 6) ระบบโภชนาการ 7) ระบบยา 8) ระบบการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 9) ระบบเลือด 10) ระบบเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | **ร้อยละของการประกันเวลาการให้บริการตามที่กำหนดของระบบงานภายใน**<br>ผลรวมของระบบงานภายในที่ให้บริการได้ตามที่กำหนด X 100<br>10 (ระบบฯ ตามนิยาม) |
| ค่าเป้าหมาย | ได้ตามระยะประกันเวลาการให้บริการ มากกว่าร้อยละ 80 |
| ระยะเวลาประเมินผล | ปีงบประมาณละ 1 ครั้ง |

| ตัวชี้วัดที่ 14 | อุบัติการณ์ความไม่เพียงพอของทรัพยากรเครื่องมือแพทย์เสี่ยงสูง |
|---|---|
| ผู้กำกับ | รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ<br>ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านบริหารเครื่องมือแพทย์<br>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้าน พรส. |
| หัวหน้ากลุ่มงานฯ | กลุ่มงานพัสดุ<br>กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ |
| ประเด็นยุทธศาสตร์ | พัฒนาระบบการจัดหาทรัพยากร |
| วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ | เพื่อให้มีทรัพยากรเพียงพอและพร้อมใช้ |
| กลยุทธ์ | - ระบบ PM (Prevention Maintenance)<br>- Round system |
| นิยาม | เครื่องมือแพทย์เสี่ยงสูง ได้แก่ เครื่องดมยาสลบ, เครื่องช่วยหายใจ, เครื่องกระตุกหัวใจ, เครื่องติดตามการทำงานของหัวใจ, เครื่องจี้และตัดด้วยไฟฟ้า, Infusion/Syringe pump และตู้อบเด็ก |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | จำนวนอุบัติการณ์ (ครั้ง) |
| ค่าเป้าหมาย | 0 ครั้ง |
| ระยะเวลาประเมินผล | ทุกไตรมาส |

## มุมมองที่ 5
## ด้าน Technology

| ตัวชี้วัดที่ 15 | ระดับความสำเร็จของการประเมิน IT HA |
|---|---|
| ผู้กำกับ | รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ คนที่ 1<br>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้าน พรส. |

| ตัวชี้วัดที่ 15 | ระดับความสำเร็จของการประเมิน IT HA |
|---|---|
| หัวหน้ากลุ่มงานฯ | กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ |
| ประเด็นยุทธศาสตร์ | พัฒนาคุณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล |
| วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ | Smart hospital |
| กลยุทธ์ | Smart hospital |
| นิยาม | ผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐานเทคโนโลยีสารสนเทศในโรงพยาบาลตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | คณะกรรมการประเมิน |
| ค่าเป้าหมาย | ระดับ 1 |
| ระยะเวลาประเมินผล | ปีงบประมาณละ 1 ครั้ง |

## มุมมองที่ 6
## ด้าน Infrastructure

| ตัวชี้วัดที่ 16 | อุบัติการณ์เจ้าหน้าที่และผู้มาใช้บริการได้รับอันตรายจากโครงสร้างทางกายภาพและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล |
|---|---|
| ผู้กำกับ | รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ |
| หัวหน้ากลุ่มงานฯ | กลุ่มงานบริหารทั่วไป กลุ่มงานโครงสร้างพื้นฐานและวิศวกรรมทางการแพทย์ |
| ประเด็นยุทธศาสตร์ | ยกระดับระบบโครงการสร้างอาคารและสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัย |
| วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ | เพื่อความปลอดภัยของบุคลากรและผู้มาใช้บริการ |
| กลยุทธ์ | บำรุงรักษาเชิงรุก (ช่างเชิงรุก) |
| นิยาม | อันตรายจากโครงสร้างทางกายภาพและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ได้แก่ อันตรายที่ผู้ใช้บริการได้รับจากโครงสร้าง อาคาร สถานที่ รวมถึงวัสดุและของเสียอันตราย |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | จำนวนอุบัติการณ์ (ครั้ง) |
| ค่าเป้าหมาย | 0 ครั้ง |
| ระยะเวลาประเมินผล | ทุกไตรมาส |

| ตัวชี้วัดที่ 17 | อุบัติการณ์การไม่พร้อมใช้ของระบบสาธารณูปโภค (ระบบไฟฟ้า ระบบน้ำประปา ระบบก๊าซทางการแพทย์ ระบบสุญญากาศ) |
|---|---|
| ผู้กำกับ | รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ |
| หัวหน้ากลุ่มงานฯ | กลุ่มงานโครงสร้างพื้นฐานและวิศวกรรมทางการแพทย์ |
| ประเด็นยุทธศาสตร์ | พัฒนาระบบสาธารณูปโภค และสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล |
| วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ | เพื่อให้ระบบสาธารณูปโภคเพียงพอ พร้อมใช้ ปลอดภัย |
| กลยุทธ์ | Online Alarm System |

| ตัวชี้วัดที่ 17 | อุบัติการณ์การไม่พร้อมใช้ของระบบสาธารณูปโภค (ระบบไฟฟ้า ระบบน้ำประปา ระบบก๊าซทางการแพทย์ ระบบสุญญากาศ) |
|---|---|
| นิยาม | ระบบสาธารณูปโภค ได้แก่ ระบบไฟฟ้า ระบบน้ำประปา ระบบก๊าซทางการแพทย์ ระบบสุญญากาศ |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | จำนวนอุบัติการณ์ (ครั้ง) ของระบบสาธารณูปโภค (ตามนิยาม) ที่ใช้งานไม่ได้ตามกำหนดเวลาเมื่อเกิดเหตุขัดข้องหรือเหตุฉุกเฉิน |
| ค่าเป้าหมาย | 0 ครั้ง |
| ระยะเวลาประเมินผล | ทุกไตรมาส |

## มุมมองที่ 7
## ด้าน Social/Network

| ตัวชี้วัดที่ 18 | ระดับความสำเร็จในการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายสุขภาพ (ระดับ 1-5) |
|---|---|
| ผู้กำกับ | รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ คนที่ 1<br>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ |
| หัวหน้ากลุ่มงานฯ | กลุ่มงานผู้ป่วยนอก<br>กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก<br>กลุ่มงานเวชกรรมสังคม<br>กลุ่มงานสุขศึกษา<br>กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม<br>กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน |
| ประเด็นยุทธศาสตร์ | พัฒนาศักยภาพระบบเครือข่ายการดูแลสุขภาพในเขต 10 |
| วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ | เพื่อยกระดับภาคีเครือข่ายสุขภาพ (ปฐมภูมิ รพช. รพท.) |
| กลยุทธ์ | - ศูนย์ SPS Information center<br>- Resource sharing<br>- Win-Win Situation<br>- MOU |
| นิยาม | ระดับความสำเร็จในการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายสุขภาพ |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | ผลการดำเนินงานเป็นระดับตามนิยาม |
| ค่าเป้าหมาย | ระดับ 5 |
| ระดับความสำเร็จ | ระดับ 1 มีการประชุมวางแผนร่วมกัน<br>ระดับ 2 มีคณะกรรมการ<br>ระดับ 3 มีแผนปฏิบัติงาน<br>ระดับ 4 ปฏิบัติตามแผนได้ร้อยละ 50<br>ระดับ 5 ปฏิบัติตามแผนได้ร้อยละ 100 |
| ระยะเวลาประเมินผล | ปีงบประมาณละ 1 ครั้ง |

| ตัวชี้วัดที่ 19 | ประชาชนทุกกลุ่มวัยในเครือข่ายฯ มีสุขภาพที่ดี (ตามเกณฑ์) |
|---|---|
| ผู้กำกับ | รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ คนที่ 1<br>ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านส่งเสริมสุขภาพ |
| หัวหน้ากลุ่มงานฯ | กลุ่มงานผู้ป่วยนอก<br>กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก<br>กลุ่มงานเวชกรรมสังคม<br>กลุ่มงานสุขศึกษา<br>กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม<br>กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน |
| ประเด็นยุทธศาสตร์ | พัฒนาศักยภาพระบบเครือข่ายการดูแลสุขภาพในเขต 10 |
| วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ | เพื่อมุ่งพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิร่วมกัน |
| กลยุทธ์ | - ระบบป้องกัน ควบคุมโรค ระบบเฝ้าระวังโรค ที่สามารถตอบสนองได้ทันที<br>- ระบบคุ้มครองผู้บริโภค<br>- ระบบบริการจัดการสิ่งแวดล้อม<br>- ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม |
| นิยาม | ประชาชนตามกลุ่มวัย หมายถึง กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย กลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มวัยสูงอายุ และกลุ่มอนามัยสิ่งแวดล้อม (อ้างอิง: ตัวชี้วัดราย Cluster กระทรวงสาธารณสุข http://dashboard.anamai.moph.go.th) |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | กลุ่มที่ 1 กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย จำนวน 52 KPI<br>กลุ่มที่ 2 กลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น จำนวน 34 KPI<br>กลุ่มที่ 3 กลุ่มวัยทำงาน จำนวน 17 KPI<br>กลุ่มที่ 4 กลุ่มวัยสูงอายุ จำนวน 6 KPI<br>กลุ่มที่ 5 กลุ่มอนามัยสิ่งแวดล้อม จำนวน 13 KPI<br>รวม 122 KPI<br><br>สูตร = จำนวนผลการดำเนินงานตาม KPI ที่ได้ตามค่าเป้าหมาย x 100<br>122 KPI |
| ค่าเป้าหมาย | ระดับ 3 |
| ระดับความสำเร็จ | ระดับ 1 ผลการดำเนินงานตาม KPI ได้ตามเป้าหมาย ร้อยละ 20<br>ระดับ 2 ผลการดำเนินงานตาม KPI ได้ตามเป้าหมาย ร้อยละ 30<br>ระดับ 3 ผลการดำเนินงานตาม KPI ได้ตามเป้าหมาย ร้อยละ 40<br>ระดับ 4 ผลการดำเนินงานตาม KPI ได้ตามเป้าหมาย ร้อยละ 50<br>ระดับ 5 ผลการดำเนินงานตาม KPI ได้ตามเป้าหมาย ร้อยละ 60 |
| ระยะเวลาประเมินผล | ปีงบประมาณละ 1 ครั้ง |

**แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์**
**ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**
**เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ. ๒๕๖๔**
**สำหรับหน่วยงานในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์**

**แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**

ชื่อหน่วยงาน : โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
วัน/เดือน/ปี : ๑๖ ธันวาคม ๒๕๖๔
หัวข้อ : หน่วยงานมีการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารที่เป็นปัจจุบัน

รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ)

๑. นโยบายและยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน

๒. แผนปฏิบัติการประจำปีของหน่วยงาน และการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ตามแผนปฏิบัติการประจำปีของหน่วยงาน (แผนปฏิบัติการประจำปีของหน่วยงาน ทุกแผน)

๓. แผนการใช้จ่ายงบประมาณประจำปีของหน่วยงาน และผลการใช้จ่ายงบประมาณประจำปีของหน่วยงาน ตามแผนการใช้จ่ายงบประมาณประจำปีของหน่วยงาน

Linkภายนอก .....
หมายเหตุ..... .....

| ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล | ผู้อนุมัติรับรอง |
|---|---|
| ทรงชัย เขียวขำ | ดนุภพ ศรศิลป์ |
| (นายทรงชัย เขียวขำ) | (นายดนุภพ ศรศิลป์) |
| ตำแหน่ง นักวิชาการพัสดุ | ตำแหน่ง รองผู้อำนวยการด้านตรวจสอบภายใน |
| วันที่ ๑๖ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ | วันที่ ๑๖ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ |

ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่
ทรงชัย เขียวขำ
(นายทรงชัย เขียวขำ)
ตำแหน่ง นักวิชาการพัสดุ
ตำแหน่ง วันที่ ๑๖ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๔