

แผนยุทธศาสตร์และรายละเอียดตัวชี้วัด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์



ปีงบประมาณ 2568 - 2569

กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ

สารบัญ

	หน้า
วิสัยทัศน์ (Vision)	3
พันธกิจ (Mission)	3
ค่านิยม (Core values)	4
สมรรถนะหลักขององค์กร (Core competency)	4
Balanced Scorecard (BSC)	5
จุดหมาย (Ultimate Goals)	6
จุดเน้น/เข้มมุ่ง (Focus on action)	6
ประเด็นยุทธศาสตร์และวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	7
ตัวชี้วัดโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ตามมุมมองวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	8 - 10
รายละเอียดตัวชี้วัดโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จำนวน 26 ตัวชี้วัด	11 - 33

วิสัยทัศน์ (Vision)

สถาบันทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่ได้คุณภาพตามมาตรฐานสากล
ปี 2568 - 2569

พันธกิจ (Mission)

- 1) ให้บริการทางการแพทย์เฉพาะทางขั้นสูงโดยเน้นระดับตติยภูมิและให้บริการดูแลสุขภาพองค์รวมแบบผสมผสาน
- 2) ผลิตแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน และพัฒนาศักยภาพแพทย์และบุคลากรวิทยาศาสตร์สุขภาพ ในด้านวิชาการ การวิจัย และนวัตกรรมเพื่อพัฒนาระบบบริการ
- 3) เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายในเขตบริการสุขภาพที่ 10 และบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายในการจัดการระบบสุขภาพแบบยั่งยืน
- 4) มีระบบบริหารจัดการด้านสุขภาพ และระบบสนับสนุนบริการที่ได้มาตรฐานสากล
- 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 รับผิดชอบ โปร่งใส

S = Social Responsibility รับผิดชอบต่อสังคม

I = Innovation สร้างสรรค์นวัตกรรม

T = Technology โรงพยาบาลดิจิทัล



สมรรถนะหลักองค์กร (Core competency)

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

Balanced Scorecard

VISION

สถาบันทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่ได้คุณภาพ
ตามมาตรฐานสากล ปี 2568-2569

🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1	🎯 2	🎯 3	🎯 4	🎯 5
🎯 1</				

หมุดหมาย (Ultimate Goals)

1. ได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพสถานพยาบาล ได้รับการรับรอง Re-ac แบบรับรอง 4 ปี
2. ได้รับการรับรองประเมินเฉพาะโรค (Disease Specific Certification; DSC) ในปี 2568 /เพิ่มรับรอง DSC/PDSC อย่างน้อยปีละ 1 เรื่อง: 2 ใน 3 เรื่องเดิมต้องผ่านในปี 2568 (HIV, Fracture pelvis acetabulum, Stroke)
3. สร้างเสถียรภาพทางการเงิน Risk score = 0
4. HR เพิ่มศักยภาพและสมรรถนะบุคลากรด้านการบริหาร
5. เพิ่มศักยภาพเครือข่ายด้านบริการสุขภาพ

จุดเน้น/เข้มมุ่ง (Focus on action)

1	Patient Safety Goal (SIMPLE)	มาตรฐานสำคัญจำเป็นอย่างยิ่งต่อความปลอดภัยที่กำหนดเป็น Zero event และ Harm Free Care
2	Digital Technology and Health informatic	พัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศ โดยใช้เครื่องมือ HAIT level 1 (ผ่านการรับรองระดับที่ 1)
3	DSC/PDSC	ได้รับการรับรองรายโรค (DSC) หรือโปรแกรมเฉพาะ (PDSC) อย่างน้อย 2 ใน 3 โรค (HIV, Fracture pelvis acetabulum, Stroke)
4	specific functional competency	เพิ่มศักยภาพและสมรรถนะบุคลากรด้านการบริหาร
5	Network	เพิ่มศักยภาพระบบเครือข่ายการบริการสุขภาพ (Service Plan, ปฐมภูมิ, 3 สหาย 5 พี่น้อง)

ประเด็นยุทธศาสตร์และวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

S	ยุทธศาสตร์ (Strategies; S)	SO	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objectives; SO)
S1	Performance excellence	SO1.1	เพื่อเพิ่มการบริการเฉพาะทางสาขาใหม่ ที่สนับสนุนนโยบาย Medical Hub ได้แก่ body intervention, neuro intervention, infertile clinic, Hyperbaric, sleep lab center, scope center, transplantation
		SO1.2	เพื่อยกระดับขีดความสามารถการเป็นสถาบันทางการแพทย์และการสาธารณสุขในการผลิต บุคลากร หรือหลักสูตร
		SO1.3	เพื่อพัฒนาศักยภาพระบบเครือข่ายการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ในเขตสุขภาพที่ 10
		SO1.4	เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตในกลุ่มโรคสำคัญ (3 กลุ่มโรคที่ยังทำไม่ได้ตามเป้าหมาย และ 5 อัตราการตายตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข)
S2	Systematic process design & Implementation	SO2.1	เพื่อทบทวนและปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยทั้งกระบวนการหลัก และกระบวนการสนับสนุนให้มีประสิทธิภาพ (DALI)
		SO2.2	เพื่อพัฒนาระบบ AOC (Ambulance Operation Center)
		SO2.3	ความพร้อม/ไม่เพียงพอของเครื่องมือแพทย์
		SO2.4	เพื่อพัฒนาระบบความปลอดภัย ด้านสิ่งแวดล้อม/โครงสร้าง/อาคาร/สถานที่ (ENV)
S3	Quality Improvement, Learning & Innovation	SO3.1	เพื่อพัฒนางานวิจัย นวัตกรรม (ได้แก่ CQI / R2R / Research / Innovation)
		SO3.2	เพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารของบุคลากร
		SO3.3	เพื่อให้บุคลากรโรงพยาบาลมีสุขภาพดี
S4	Core value drive organization	SO4.1	เพื่อพัฒนาระบบการบริหารจัดการองค์กร ให้มีคุณธรรมและความโปร่งใส
S5	ได้รับการรับรองรายโรค (DSC) หรือโปรแกรมเฉพาะ (PDSC)	SO5.1	ได้รับการรับรองรายโรค (DSC) หรือโปรแกรมเฉพาะ (PDSC) อย่างน้อย 1 โรค
S6	สร้างความสมดุลทางการเงิน	SO6.1	เพื่อเพิ่มรายได้และควบคุมค่าใช้จ่ายที่มีประสิทธิภาพ
S7	ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (Digital Technology and Health informatic)	SO7.1	เพื่อพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (Digital Technology and Health informatic)

ตัวชี้วัดโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ตามมุมมองวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

SO	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objectives; SO)	KPI	ตัวชี้วัด (Key Performance Indicators; KPI)
SO1.1	เพื่อเพิ่มการบริการเฉพาะทางสาขาใหม่ ที่สนับสนุนนโยบาย Medical Hub ได้แก่ body intervention, neuro intervention, infertile clinic, Hyperbaric, sleep lab center, scope center, transplantation	KPI1	บริการเฉพาะทางสาขาใหม่เพิ่มมากขึ้น อย่างน้อย 1 สาขา เช่น Liver transplant, scope center
		KPI2	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน Medical Hub
SO1.2	เพื่อยกระดับขีดความสามารถการเป็นสถาบันทางการแพทย์และการสาธารณสุขในการผลิตบุคลากร หรือหลักสูตร	KPI3	ผ่านการรับรองมาตรฐานหลักสูตร WFME (World Federation for Medical Education) ทุกหลักสูตรระดับหลังปริญญาตรี 100% จำนวน 6 หลักสูตรหลัก ได้แก่ สูติ-นรีเวชกรรม/ ศัลยกรรม/อายุรกรรม/กุมารเวชกรรม/ออร์โธปิดิกส์/เวชศาสตร์ครอบครัว
		KPI4	จำนวนหลักสูตรระดับหลังปริญญาที่ได้รับการรับรองเพิ่มขึ้นจากเดิม ได้แก่ EP, วิสัญญี, เภสัชกรรม, ทันตกรรม
SO1.3	เพื่อพัฒนาศักยภาพระบบเครือข่ายการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ในเขตสุขภาพที่ 10	KPI5	ระดับความสำเร็จในการทำงานของ Service plan ทุกสาขา (ที่ประธาน Service plan เป็นแพทย์โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์)
		KPI6	ประชากรทุกกลุ่มวัยที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบมีสุขภาวะที่ดี (ตามเกณฑ์)

ตัวชี้วัดโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ตามมุมมองวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (ต่อ)

SO	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objectives; SO)	KPI	ตัวชี้วัด (Key Performance Indicators; KPI)
SO1.4	เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตในกลุ่มโรคสำคัญ (3 กลุ่มโรคที่ยังทำไม่ได้ตามเป้าหมาย และ 5 อัตราการตายตามตัวชี้วัด ของกระทรวงสาธารณสุข)	KPI7	ลดอัตราการเสียชีวิตในกลุ่มโรคสำคัญ ได้แก่ 1. Open heart surgery < 10 % 2. อัตราตายของผู้ป่วย Sepsis ชนิด community-acquired < 26% 3. อัตราตายของผู้ป่วย Sepsis ในโรงพยาบาล < 25.22% 4. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69) < 7% 5. อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน < 3.6 : 1,000 การเกิดมีชีพ 6. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI < 9% 7. การให้การรักษ STEMI ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด 7.1 ผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที นับจากผู้ป่วย ได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล ≥ 60% 7.2 ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาทีนับจาก ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล ≥ 60%
SO2.1	เพื่อทบทวนและปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยทั้งกระบวนการหลัก และกระบวนการสนับสนุนให้มีประสิทธิภาพ (DALI)	KPI8	อุบัติการณ์ความเสี่ยงสำคัญที่กำหนดเป็น Zero event
		KPI9	อุบัติการณ์ความเสี่ยงสำคัญที่กำหนดเป็น Harm Free Care น้อยกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนด
SO2.2	เพื่อพัฒนาระบบ AOC (Ambulance Operation Center)	KPI10	ระดับความสำเร็จของ ECS คุณภาพ
SO2.3	ความพร้อม/ไม่เพียงพอของเครื่องมือแพทย์	KPI11	รายงานอุบัติการณ์ความพร้อม/ไม่เพียงพอของเครื่องมือแพทย์
SO2.4	เพื่อพัฒนาระบบความปลอดภัย ด้านสิ่งแวดล้อม/โครงสร้าง/อาคาร/ สถานที่ (ENV)	KPI12	ระดับความสำเร็จของเกณฑ์มาตรฐานความปลอดภัยด้าน ENV

ตัวชี้วัดโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ตามมุมมองวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (ต่อ)

SO	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objectives; SO)	KPI	ตัวชี้วัด (Key Performance Indicators; KPI)
SO3.1	เพื่อพัฒนางานวิจัย นวัตกรรม (ได้แก่ CQI / R2R / Research / Innovation)	KPI13	หน่วยงานในโรงพยาบาลที่มีผลงานวิชาการ/งานวิจัย/R2R/best practice/CQI/Lean อย่างน้อยปีละ 1 เรื่อง/หน่วยงาน
SO3.2	เพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารของบุคลากร	KPI14	ผ่านเกณฑ์การประเมินสมรรถนะด้านการบริหารของบุคลากร อย่างน้อยร้อยละ 80
SO3.3	เพื่อให้บุคลากรโรงพยาบาลมีสุขภาพดี	KPI15	บุคลากรโรงพยาบาลได้รับการดูแลสุขภาพตามมาตรฐาน
SO4.1	เพื่อพัฒนาระบบการบริหารจัดการองค์กร ให้มีคุณธรรม และความโปร่งใส	KPI16	ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรม และความโปร่งใสในการดำเนินงาน ITA
SO5.1	ได้รับการรับรองรายโรค (DSC) หรือโปรแกรมเฉพาะ (PDSC) อย่างน้อย 1 โรค	KPI17	ได้รับการรับรองเฉพาะโรค (DSC) หรือโปรแกรมเฉพาะ (PDSC)
SO6.1	เพื่อเพิ่มรายได้และควบคุมค่าใช้จ่ายที่มีประสิทธิภาพ	KPI18	ร้อยละของหน่วยงานที่สามารถดำเนินการได้ตามบัญชีเสมือนจริงประจำปี (แผนงานโครงการ/แผนวัสดุ/แผนครุภัณฑ์)
		KPI19	เพิ่มรายได้ non UC อย่างน้อยร้อยละ 10
		KPI20	สถานการณ์การเงินอยู่ในระดับปกติ (NI เป็นบวก, risk score เป็น 0)
SO7.1	เพื่อพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (Digital Technology and Health informatic)	KPI21	ผ่านการรับรอง HAIT (Level 1)
		KPI22	ผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลอัจฉริยะระดับทอง

รายละเอียดตัวชี้วัดโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
ตามมุมมองวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ปีงบประมาณ 2568 – 2569

มุมมอง
เพื่อเพิ่มการบริการเฉพาะทางสาขาใหม่ ที่สนับสนุนนโยบาย Medical Hub

ตัวชี้วัดที่ 1	บริการเฉพาะทางสาขาใหม่เพิ่มมากขึ้น อย่างน้อย 1 สาขา
ผู้กำกับ	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบและสนับสนุนบริการสุขภาพ
ประเด็นยุทธศาสตร์	Performance Excellence
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	เพื่อเพิ่มการบริการเฉพาะทางสาขาใหม่ ที่สนับสนุนนโยบาย Medical Hub
นิยาม/ความหมาย	การเปิดบริการคลินิกเฉพาะทางสาขาใหม่ เช่น body intervention, neuro intervention, infertile clinic, Hyperbaric, Sleep lab center, Scope center, transplantation
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนการเปิดบริการสาขาใหม่
ค่าเป้าหมาย	มีบริการใหม่เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 สาขา
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส
ผู้รับผิดชอบติดตามตัวชี้วัด	ศูนย์คุณภาพ (QCC) โทร.2326
หมายเหตุ	-

มุมมอง
เพื่อเพิ่มการบริการเฉพาะทางสาขาใหม่ ที่สนับสนุนนโยบาย Medical Hub

ตัวชี้วัดที่ 2	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน Medical Hub
ผู้กำกับ	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ
ประเด็นยุทธศาสตร์	Performance Excellence
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	เพื่อเพิ่มการบริการเฉพาะทางสาขาใหม่ ที่สนับสนุนนโยบาย Medical Hub
นิยาม/ความหมาย	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน Medical Hub ประกอบด้วย 5 ระดับ ได้แก่ ระดับ 1: มีบริการคลินิกเฉพาะทางที่สนับสนุนนโยบายระดับจังหวัด อย่างน้อย 1 สาขา ระดับ 2: มีบริการคลินิกเฉพาะทางที่สนับสนุนนโยบายระดับเขต อย่างน้อย 1 สาขา ระดับ 3: มีบริการคลินิกเฉพาะทางที่สนับสนุนนโยบายระดับภูมิภาค อย่างน้อย 1 สาขา ระดับ 4: มีบริการคลินิกเฉพาะทางที่สนับสนุนนโยบายระดับประเทศ อย่างน้อย 1 สาขา ระดับ 5: มีบริการคลินิกเฉพาะทางที่สนับสนุนนโยบายระดับนานาชาติ อย่างน้อย 1 สาขา
ค่าเป้าหมาย	ระดับ 3
ระยะเวลาประเมินผล	ปีงบประมาณละ 1 ครั้ง
ผู้รับผิดชอบติดตามตัวชี้วัด	ผู้ประสานงานการบริการเฉพาะทางสาขาใหม่ 1. Body intervention 2. Neuro intervention 3. Infertile clinic 4. Hyperbaric 5. Sleep lab center 6. Scope center 7. Transplantation
หมายเหตุ	-

มุมมอง
เพื่อยกระดับขีดความสามารถเป็นสถาบันทางการแพทย์และการสาธารณสุข
ในการผลิตบุคลากร หรือหลักสูตร

ตัวชี้วัดที่ 3	ผ่านการรับรองมาตรฐานหลักสูตร WFME (World Federation for Medical Education) ทุกหลักสูตรระดับหลังปริญญาตรี 100%
ผู้กำกับ	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านผลิตบุคลากรทางการแพทย์
ประเด็นยุทธศาสตร์	Performance Excellence
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	เพื่อยกระดับขีดความสามารถเป็นสถาบันทางการแพทย์และการสาธารณสุขในการผลิตบุคลากร หรือหลักสูตร
นิยาม/ความหมาย	จำนวน 6 หลักสูตรหลัก ได้แก่ สูติ-นรีเวชกรรม/ศัลยกรรม/อายุรกรรม/กุมารเวชกรรม/ออร์โธปิดิกส์/เวชศาสตร์ครอบครัว ระดับความสำเร็จ: จำนวนหลักสูตรหลังระดับปริญญาตรีที่ได้รับการรับรองมาตรฐานหลักสูตร WFME ประกอบด้วย 5 ระดับ ได้แก่ ระดับ 1: 2 หลักสูตร ระดับ 2: 3 หลักสูตร ระดับ 3: 4 หลักสูตร ระดับ 4: 5 หลักสูตร ระดับ 5: ครบทุกหลักสูตร (6 หลักสูตร)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ผ่านตัวชี้วัดตามค่าเป้าหมาย
ค่าเป้าหมาย	ระดับ 5
ระยะเวลาประเมินผล	ปีงบประมาณละ 1 ครั้ง
ผู้รับผิดชอบติดตามตัวชี้วัด	ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โทร.2007, 2009, 2010, 2004
หมายเหตุ	-

มุมมอง
เพื่อยกระดับขีดความสามารถเป็นสถาบันทางการแพทย์และการสาธารณสุข
ในการผลิตบุคลากร หรือหลักสูตร

ตัวชี้วัดที่ 4	จำนวนหลักสูตรหลังระดับปริญญาที่ได้รับการรับรองเพิ่มขึ้นจากเดิม
ผู้กำกับ	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบและสนับสนุนบริการสุขภาพ รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านผลิตบุคลากรทางการแพทย์
ประเด็นยุทธศาสตร์	Performance Excellence
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	เพื่อยกระดับขีดความสามารถเป็นสถาบันทางการแพทย์และการสาธารณสุข ในการผลิตบุคลากร หรือหลักสูตร
นิยาม/ความหมาย	ระดับความสำเร็จ: จำนวนหลักสูตรหลังระดับปริญญาที่ได้รับการรับรองเพิ่มขึ้นจากเดิม ประกอบด้วย 5 ระดับ ได้แก่ EP, วิสัยทัศน์, เกสซ์กรรม, ทันตกรรม ระดับ 1: จำนวนหลักสูตรคงเดิม ระดับ 2: จำนวนหลักสูตรเพิ่มขึ้น 1 หลักสูตร ระดับ 3: จำนวนหลักสูตรเพิ่มขึ้น 2 หลักสูตร ระดับ 4: จำนวนหลักสูตรเพิ่มขึ้น 3 หลักสูตร ระดับ 5: จำนวนหลักสูตรเพิ่มขึ้น 4 หลักสูตร
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ผ่านตัวชี้วัดตามค่าเป้าหมาย
ค่าเป้าหมาย	ระดับ 3
ระยะเวลาประเมินผล	อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
ผู้รับผิดชอบติดตามตัวชี้วัด	กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล (HRD) โทร.1427
หมายเหตุ	-

มุมมอง
เพื่อพัฒนาศักยภาพระบบเครือข่ายการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ในเขตสุขภาพที่ 10

ตัวชี้วัดที่ 5	ระดับความสำเร็จในการทำงานของ Service plan ทุกสาขา (ที่ประธาน Service plan เป็นแพทย์โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์)
ผู้กำกับ	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ คนที่ 1 รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านบริการหัตถุกรรมและตติยภูมิ
ประเด็นยุทธศาสตร์	Performance Excellence
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	เพื่อพัฒนาศักยภาพระบบเครือข่ายการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ในเขตสุขภาพที่ 10
นิยาม/ความหมาย	ระดับความสำเร็จในการทำงานของ Service plan ประกอบด้วย 5 ระดับ ได้แก่ ระดับ 1: บรรลุค่าเป้าหมายหลักตามตัวชี้วัด อย่างน้อย 4 สาขา ระดับ 2: บรรลุค่าเป้าหมายหลักตามตัวชี้วัด อย่างน้อย 5 สาขา ระดับ 3: บรรลุค่าเป้าหมายหลักตามตัวชี้วัด อย่างน้อย 6 สาขา ระดับ 4: บรรลุค่าเป้าหมายหลักตามตัวชี้วัด อย่างน้อย 7 สาขา ระดับ 5: บรรลุค่าเป้าหมายหลักตามตัวชี้วัด อย่างน้อย 8 สาขา
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนสาขา Service Plan ปี 2568 ที่ประธานสาขาอยู่ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ทั้งหมด 12 สาขา คือ 1. สาขา STEMI (นพ.ประพจน์ รัตนกิจจาร์) 2. สาขา Cancer (นพ.ศรัณย์ กิจศรัณย์) 3. สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (นพ.ไพวัฒน์ วัฒนราษฎร์) 4. สาขาทารกแรกเกิดและกุมารเวชกรรม (พญ.ชาลีญา ธานี) 5. สาขา Transplant (นพ.พิเชฐ หล่อวินิจันท์) 6. สาขาสูติศาสตร์ (พญ.ปิยวดี วุฒิกรสัมมากิจ) 7. สาขา Orthopedic (นพ.ณอมชัย โคตรวงษา) 8. สาขาอายุรกรรม (นพ.ประพจน์ รัตนกิจจาร์) 9. สาขา IMC (พญ.สุรางคณา อินทร์สุข) 10. สาขา นิติเวช (นพ.ศักดิ์สิทธิ์ บุญลักษณ์) 11. สาขา ENT (นพ.ธวัชชัย ทองประเสริฐ) 12. สาขา Uro (นพ.วัฒนชัย อึ้งเจริญวัฒนา)
ค่าเป้าหมาย	ระดับ 3
ระยะเวลาประเมินผล	อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
ผู้รับผิดชอบติดตามตัวชี้วัด	คณะทำงานและเลขานุการ service plan แต่ละสาขา
หมายเหตุ	-

มุมมอง
เพื่อพัฒนาศักยภาพระบบเครือข่ายการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ในเขตสุขภาพที่ 10

ตัวชี้วัดที่ 6	ประชากรทุกกลุ่มวัยที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบมีสุขภาพที่ดี (ตามเกณฑ์)
ผู้กำกับ	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ
ประเด็นยุทธศาสตร์	Performance Excellence
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	เพื่อพัฒนาศักยภาพระบบเครือข่ายการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ในเขตสุขภาพที่ 10
นิยาม/ความหมาย	ประชาชนตามกลุ่มวัย หมายถึง กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย กลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น กลุ่มวัยทำงาน และกลุ่มวัยสูงอายุ (อ้างอิง: HDC - Dashboard (moph.go.th)) ระดับความสำเร็จผลการดำเนินงานตาม KPI ได้ตามเป้าหมาย ประกอบด้วย 5 ระดับ ได้แก่ ผลการดำเนินงานการดูแลสุขภาพประชาชนตามกลุ่มวัยได้ผลลัพธ์ผ่านตาม KPI กระทรวงสาธารณสุข ระดับความสำเร็จ ประกอบด้วย 5 ระดับ ได้แก่ ระดับ 1: ผลการดำเนินงานตามเป้าหมาย KPI น้อยกว่าร้อยละ 20 (1 ข้อ) ระดับ 2: ผลการดำเนินงานตามเป้าหมาย KPI ร้อยละ 20 - 39 (2 - 3 ข้อ) ระดับ 3: ผลการดำเนินงานตามเป้าหมาย KPI ร้อยละ 40 - 59 (4 - 5 ข้อ) ระดับ 4: ผลการดำเนินงานตามเป้าหมาย KPI ร้อยละ 60 - 79 (6 - 7 ข้อ) ระดับ 5: ผลการดำเนินงานตามเป้าหมาย KPI ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 (8 - 10 ข้อ)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ผ่านตัวชี้วัดตามค่าเป้าหมาย
ค่าเป้าหมาย	ระดับ 4
ระยะเวลาประเมินผล	ปีงบประมาณละ 1 ครั้ง
ผู้รับผิดชอบติดตามตัวชี้วัด	นางสาวสุพัตรา ชายแก้ว โทร.1390
หมายเหตุ	แหล่งที่มาของข้อมูล 1. โปรแกรม HDC 2. โปรแกรม JHCIS 3. โปรแกรมโรงพยาบาล OPServe 4. โปรแกรมสอน บัดดี้ 5. โปรแกรม Smart COC 6. Audit จากเอกสาร

มุมมอง
เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตในกลุ่มโรคสำคัญ
(3 กลุ่มโรคที่ยังทำไม่ได้ตามเป้าหมาย และ 5 อัตราการตายตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข)

ตัวชี้วัดที่ 7	ลดอัตราการเสียชีวิตในกลุ่มโรคสำคัญ
ผู้กำกับ	รองผู้อำนวยการด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ
ประเด็นยุทธศาสตร์	Performance Excellence
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตในกลุ่มโรคสำคัญ (3 กลุ่มโรคที่ยังทำไม่ได้ตามเป้าหมาย และ 5 อัตราการตายตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข)
นิยาม/ความหมาย	ลดอัตราการเสียชีวิตในกลุ่มโรคสำคัญ ได้แก่ 1. Open heart surgery < 10 % 2. อัตราตายของผู้ป่วย Sepsis ชนิด community-acquired < 26% 3. อัตราตายของผู้ป่วย Sepsis ในโรงพยาบาล < 25.22% 4. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69) < 7% 5. อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน < 3.6 : 1,000 การเกิดมีชีพ 6. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI < 9% 7. การให้การรักษ STEMI ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด 7.1 ผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล ≥ 60% 7.2 ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาทีนับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล ≥ 60%
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนการผ่านค่าเป้าหมายของตัวชี้วัดทั้ง 8 ข้อ ระดับ 1: ผ่านค่าเป้าหมายจำนวน 3 ข้อ จากทั้งหมด 8 ข้อ ระดับ 2: ผ่านค่าเป้าหมายจำนวน 4 ข้อ จากทั้งหมด 8 ข้อ ระดับ 3: ผ่านค่าเป้าหมายจำนวน 5 ข้อ จากทั้งหมด 8 ข้อ ระดับ 4: ผ่านค่าเป้าหมายจำนวน 6 ข้อ จากทั้งหมด 8 ข้อ ระดับ 5: ผ่านค่าเป้าหมายจำนวนมากกว่า 6 ข้อ จากทั้งหมด 8 ข้อ
ค่าเป้าหมาย	ระดับ 3
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส
ผู้รับผิดชอบติดตามตัวชี้วัด	คณะทำงานและเลขานุการ service plan แต่ละสาขา Open heart surgery: นางแจ่มจันทร์ พวงจันทร์ โทร.1562 Sepsis: นางศศิณาพร อยู่สุข โทร.1613 ทารกแรกเกิด: นางนิภา ไกรเสวกวิสัย โทร.4105, 4106 STEMI: นางแจ่มจันทร์ พวงจันทร์ โทร.1562 Stroke: นางอรรพพร เถาว์โท โทร.1695
หมายเหตุ	

มุมมอง
เพื่อทบทวนและปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยทั้งกระบวนการหลัก
และกระบวนการสนับสนุนให้มีประสิทธิภาพ (DALI)

ตัวชี้วัดที่ 8	อุบัติการณ์ความเสี่ยงสำคัญที่กำหนดเป็น Zero event				
ผู้กำกับ	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ คนที่ 2 รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล				
ประเด็นยุทธศาสตร์	Systematic Process Design & Implementation				
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	เพื่อทบทวนและปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยทั้งกระบวนการหลักและกระบวนการสนับสนุนให้มีประสิทธิภาพ (DALI)				
นิยาม/ความหมาย	Zero event หมายถึง อุบัติการณ์สำคัญของโรงพยาบาล กำหนดนโยบาย ที่จะไม่ยอมให้เกิดขึ้นในโรงพยาบาล (Zero events) 5 เรื่อง ได้แก่ 1. การผ่าตัดผิดคน/ผิดข้าง/ ผิดตำแหน่ง 2. การให้เลือดผิดคน/ผิดหมู่/ ผิดชนิด 3. การแพ้ยาซ้ำ 4. เครื่องมือ/วัสดุอุปกรณ์ตกค้างในร่างกายของผู้ป่วย 5. สวมสิทธิการรักษา				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	เทียบกับจำนวนอุบัติการณ์ ปี 2565				
ค่าเป้าหมาย	จำนวนอุบัติการณ์ = 0				
	หมายเหตุ (จำนวนครั้ง)				
	อุบัติการณ์	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568
	1. การผ่าตัดผิดคน/ผิดข้าง/ ผิดตำแหน่ง	1	0	0	
	2. การให้เลือดผิดคน/ผิดหมู่/ ผิดชนิด	0	3	0	
	3. การแพ้ยาซ้ำ	1	10	8	
	4. เครื่องมือ/วัสดุอุปกรณ์ตกค้างในร่างกายของผู้ป่วย	0	0	2	
5. สวมสิทธิการรักษา	NA	NA	1		
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส				
ผู้รับผิดชอบติดตามตัวชี้วัด	นางอุบลวรรณ วงค์หนายโกด โทร.1484				
หมายเหตุ					

มุมมอง
เพื่อทบทวนและปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยทั้งกระบวนการหลัก
และกระบวนการสนับสนุนให้มีประสิทธิภาพ (DALI)

ตัวชี้วัดที่ 9	อุบัติการณ์ความเสี่ยงสำคัญที่กำหนดเป็น Harm Free Care น้อยกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนด																														
ผู้กำกับ	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ คนที่ 2 รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล																														
ประเด็นยุทธศาสตร์	Systematic Process Design & Implementation																														
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	เพื่อทบทวนและปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยทั้งกระบวนการหลักและกระบวนการสนับสนุนให้มีประสิทธิภาพ (DALI)																														
นิยาม/ความหมาย	Harm Free Care หมายถึง อุบัติการณ์สำคัญของโรงพยาบาล กำหนดนโยบายเป็นเหตุการณ์ที่ไม่ยอมให้เกิดอันตรายต่อผู้รับบริการ 3 เรื่อง ได้แก่ 1. เกิดแผลกดทับระดับ 2 – 4 2. เกิดการบาดเจ็บจากลื่น ตก หกล้ม 3. ภาวะแทรกซ้อนจากการบริหารยา High Alert Drug ได้แก่ phlebitis และ extravasation																														
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	เทียบกับจำนวนอุบัติการณ์ ปี 2565																														
ค่าเป้าหมาย	อุบัติการณ์ความเสี่ยง Harm Free Care น้อยกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนด หมายเหตุ <table><thead><tr><th>อุบัติการณ์ความเสี่ยง</th><th>เกณฑ์</th><th>ปี 2565</th><th>ปี 2566</th><th>ปี 2567</th><th>ปี 2568</th></tr></thead><tbody><tr><td>1. อัตราการเกิดแผลกดทับ ระดับ 2-4</td><td>2 ครั้ง/1000 วันนอน</td><td>2.17</td><td>2.11</td><td>1.90</td><td></td></tr><tr><td>2. อัตราการบาดเจ็บจากการลื่นตกหกล้ม</td><td>0 ครั้ง/1000 วันนอน</td><td>0.13</td><td>0.11</td><td>0.21</td><td></td></tr><tr><td>3. ภาวะแทรกซ้อนจากยา HAD ได้แก่ 3.1 ร้อยละการเกิด phlebitisในการบริหารยาเสี่ยงสูง (HAD)</td><td>ลดลง 10%</td><td>NA</td><td>0.20</td><td>0.63</td><td></td></tr><tr><td>3.2 ร้อยละการเกิด extravasationในการบริหารยาเสี่ยงสูง (HAD)</td><td>ลดลง 10%</td><td>NA</td><td>0.04</td><td>0.26</td><td></td></tr></tbody></table>	อุบัติการณ์ความเสี่ยง	เกณฑ์	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	1. อัตราการเกิดแผลกดทับ ระดับ 2-4	2 ครั้ง/1000 วันนอน	2.17	2.11	1.90		2. อัตราการบาดเจ็บจากการลื่นตกหกล้ม	0 ครั้ง/1000 วันนอน	0.13	0.11	0.21		3. ภาวะแทรกซ้อนจากยา HAD ได้แก่ 3.1 ร้อยละการเกิด phlebitisในการบริหารยาเสี่ยงสูง (HAD)	ลดลง 10%	NA	0.20	0.63		3.2 ร้อยละการเกิด extravasationในการบริหารยาเสี่ยงสูง (HAD)	ลดลง 10%	NA	0.04	0.26	
อุบัติการณ์ความเสี่ยง	เกณฑ์	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568																										
1. อัตราการเกิดแผลกดทับ ระดับ 2-4	2 ครั้ง/1000 วันนอน	2.17	2.11	1.90																											
2. อัตราการบาดเจ็บจากการลื่นตกหกล้ม	0 ครั้ง/1000 วันนอน	0.13	0.11	0.21																											
3. ภาวะแทรกซ้อนจากยา HAD ได้แก่ 3.1 ร้อยละการเกิด phlebitisในการบริหารยาเสี่ยงสูง (HAD)	ลดลง 10%	NA	0.20	0.63																											
3.2 ร้อยละการเกิด extravasationในการบริหารยาเสี่ยงสูง (HAD)	ลดลง 10%	NA	0.04	0.26																											
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส																														
ผู้รับผิดชอบติดตามตัวชี้วัด	นางอุบลวรรณ วงค์นายโกด โทร.1484																														
หมายเหตุ																															

มุมมอง
เพื่อพัฒนาระบบ AOC (Ambulance Operation Center)

ตัวชี้วัดที่ 10	ระดับความสำเร็จของ ECS คุณภาพ
ผู้กำกับ	รองผู้อำนวยการด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ
ประเด็นยุทธศาสตร์	Systematic Process Design & Implementation
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	เพื่อพัฒนาระบบ AOC (Ambulance Operation Center)
นิยาม/ความหมาย	ECS: Emergency Care System (ระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน) หมายถึง ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ และป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และภาวะภัย สุขภาพด้านต่าง ๆ ประกอบด้วย การป้องกันก่อนเกิด (prevention) การดูแล ณ จุดเกิดเหตุ (pre hospital care) ต่อเนื่องถึง การดูแล ณ ห้องฉุกเฉิน (ER) การดูแลรักษาใน โรงพยาบาล (In hospital care) การดูแลเฉพาะทาง (Definitive care) การส่งต่อ (Inter hospital care/ Referral System) รวมถึง การจัดระบบบริหาร กรณีเกิดอุบัติเหตุหมู่ (Mass Casualties Incident) และการเตรียมแผนรองรับภัยพิบัติ ของสถานพยาบาล/โรงพยาบาล (Disaster preparedness & Hospital preparedness for Emergency) การเตรียมพร้อมรับภาวะฉุกเฉินหมู่ การพัฒนาตัวชี้วัด ECS คุณภาพ ในโรงพยาบาล ประกอบด้วย มิติที่ 1 มิติบริการ และนโยบาย หมายถึง การประเมินผู้อำนวยการและทีมบริหาร เกี่ยวกับนโยบาย การสนับสนุนการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน มิติที่ 2 มิติผู้ให้บริการ จะเน้นในประเด็น ความพร้อมของทรัพยากร ได้แก่ อาคาร สถานที่ บุคลากร ระบบการให้คำปรึกษา การวิเคราะห์ข้อมูล มิติที่ 3 มิติด้านผู้รับบริการคือ เน้นในด้านผลลัพธ์จากการเข้ารับบริการรักษาพยาบาล
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ Emergency Care System (ECS) ระดับ 1: 60% ระดับ 2: 70% ระดับ 3: 80% ระดับ 4: 90% ระดับ 5: 100%
ค่าเป้าหมาย	ระดับ 3
ระยะเวลาประเมินผล	ปีงบประมาณละ 1 ครั้ง
ผู้รับผิดชอบติดตามตัวชี้วัด	นางสาวนุสรรา วิชัยโกวิทย์เทน โทร.1102, 1298
หมายเหตุ	เก็บข้อมูลการประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลในภาพรวม ทั้ง 12 องค์ประกอบ และเลือกองค์ประกอบที่ 4 เรื่อง ความสามารถในการรองรับภาวะฉุกเฉินหมู่ และภาวะภัยพิบัติ (MCI และ Disaster management) เป็นหัวข้อหลักเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ผล และสรุปเป็นข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ (output) นำไปสู่การพัฒนา ECS คุณภาพ รวบรวมโดยกลุ่ม/ฝ่าย ที่รับผิดชอบงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินและสาธารณสุข หรืองานที่เกี่ยวข้องที่ได้รับมอบหมาย

มุมมอง
ความพร้อม/ไม่เพียงพอของเครื่องมือแพทย์

ตัวชี้วัดที่ 11	รายงานอุบัติการณ์ความพร้อม/ไม่เพียงพอของเครื่องมือแพทย์
ผู้กำกับ	รองผู้อำนวยการด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ
ประเด็นยุทธศาสตร์	Systematic Process Design & Implementation
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	ความพร้อม/ไม่เพียงพอของเครื่องมือแพทย์
นิยาม/ความหมาย	เครื่องมือทางการแพทย์เสี่ยงสูง ประกอบด้วย 7 ชนิด 1. Ventilator 2. Defibrillation 3. Infusion pump 4. Syringe pump 5. Patient monitor 6. Anesthesia machine 7. เครื่อง EKG
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนครั้งการเกิดอุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ของเครื่องมือทางการแพทย์เสี่ยงสูง 7 ชนิด 1. Ventilator 2. Defibrillation 3. Infusion pump 4. Syringe pump 5. Patient monitor 6. Anesthesia machine 7. เครื่อง EKG
ค่าเป้าหมาย	น้อยกว่า 3 ครั้ง ต่อปี
ระยะเวลาประเมินผล	เก็บข้อมูลทุกเดือน
ผู้รับผิดชอบติดตามตัวชี้วัด	ศูนย์เครื่องมือแพทย์ โทร.1362
หมายเหตุ	-

มุมมอง
เพื่อพัฒนาระบบความปลอดภัย ด้านสิ่งแวดล้อม/โครงสร้าง/อาคาร/สถานที่ (ENV)

ตัวชี้วัดที่ 12	ระดับความสำเร็จของเกณฑ์มาตรฐานความปลอดภัยด้าน ENV
ผู้กำกับ	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ
ประเด็นยุทธศาสตร์	Systematic Process Design & Implementation
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	เพื่อพัฒนาระบบความปลอดภัย ด้านสิ่งแวดล้อม/โครงสร้าง/อาคาร/สถานที่ (ENV)
นิยาม/ความหมาย	1. การประเมิน GREEN & CLEAN Hospital ระดับท้าทาย (Challenge) การพัฒนาสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้าน ระดับท้าทาย (Challenge) หมายถึง ผ่านการประเมินระดับมาตรฐาน ระดับดีเยี่ยม และผ่านการประเมินการพัฒนาสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้านตามเกณฑ์ระดับท้าทายจำนวน 1 ด้าน ประเด็นงานสำคัญ ได้แก่ 1.1. การจัดการบริหารอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาล (ระดับดีขึ้นไป) 1.2. การจัดการของเสียทางการแพทย์ (Medical Waste Management) 1.3. การจัดการพลังงานอย่างมีประสิทธิภาพ 1.4. การพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Low Carbon d Climate Resilient Health Care) 2. การประเมินการพัฒนาสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามนโยบาย EMS ประกอบด้วย 2.1. สิ่งแวดล้อมดี (Environment) 2.2. ความทันสมัย (Modernization) 2.3. บริการด้วยหัวใจ (Smart Service) 3. ผ่านมาตรฐานความปลอดภัยด้านอัคคีภัย 4. การประเมินมาตรฐานระบบบริการสุขภาพระดับ คุณภาพ 9 ด้าน (HS4) ประกอบด้วย 4.1 ด้านการบริหารจัดการ 4.2 ด้านการบริการสุขภาพ 4.3 มาตรฐานด้านอาคาร สถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก 4.4 ด้านสิ่งแวดล้อม 4.5 ความปลอดภัย 4.6 ด้านเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์และสาธารณสุข 4.7 ระบบสนับสนุนบริการที่สำคัญ 4.8 ด้านสุขศึกษา 4.9 การรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. ผ่านมาตรฐานผ่านการประเมิน Green & Clean ระดับ Challenge ด้านการจัดการพลังงานอย่างมีประสิทธิภาพ 2. ผ่านมาตรฐาน EMS ด้าน Environment 3. ผ่านมาตรฐานความปลอดภัยด้านอัคคีภัย (อบรมเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลด้านอัคคีภัย 40% , ซ้อมแผนอัคคีภัยและการอพยพผู้ป่วยประจำปี (กลางวันหรือกลางคืน), มีแผนประจำหน่วยงานและซ้อมแผนในหน่วยงานปีละ 1 ครั้ง 100%) 4. ผ่านการประเมินมาตรฐานระบบบริการสุขภาพระดับ คุณภาพ 9 ด้าน HS4

ตัวชี้วัดที่ 12	ระดับความสำเร็จของเกณฑ์มาตรฐานความปลอดภัยด้าน ENV
ค่าเป้าหมาย	1. ผ่านการประเมินระดับท้าทาย (Challenge) จากกรมอนามัย สำนักอนามัยและสิ่งแวดล้อม 2. ผ่านการประเมินการพัฒนาสถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามนโยบาย EMS ด้านสิ่งแวดล้อมดี (Environment) 3. ผ่านมาตรฐานความปลอดภัยด้านอัคคีภัย (อบรมเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลด้านอัคคีภัย 40%, ซ้อมแผนอัคคีภัยและการอพยพผู้ป่วยประจำปี (กลางวันหรือกลางคืน), มีแผนประจำหน่วยงานและซ้อมแผนในหน่วยงานปีละ 1 ครั้ง 100%) 4. ผ่านการประเมินมาตรฐานระบบบริการสุขภาพระดับ คุณภาพ 9 ด้าน HS4
ระยะเวลาประเมินผล	ปีงบประมาณละ 1 ครั้ง
ผู้รับผิดชอบติดตามตัวชี้วัด	กลุ่มงานบริหารทั่วไป คณะกรรมการ ENV / ERT / HS4 กลุ่มงานโครงสร้างพื้นฐานและวิศวกรรมทางการแพทย์ กลุ่มงานอาชีพเวชกรรม
หมายเหตุ	-

มุมมอง
เพื่อพัฒนางานวิจัย นวัตกรรม (ได้แก่ CQI / R2R / Research / Innovation)

ตัวชี้วัดที่ 13	หน่วยงานในโรงพยาบาลที่มีผลงานวิชาการ/งานวิจัย/R2R/best practice/CQI/Lean อย่างน้อยปีละ 1 เรื่อง/หน่วยงาน
ผู้กำกับ	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ
ประเด็นยุทธศาสตร์	Quality Improvement, Learning, Innovation
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	เพื่อพัฒนางานวิจัย นวัตกรรม (ได้แก่ CQI / R2R / Research / Innovation)
นิยาม/ความหมาย	หน่วยงานในโรงพยาบาลที่มีผลงานวิชาการ/งานวิจัย/R2R/best practice/CQI/Lean
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	หน่วยเบิกปีงบประมาณ 2568 มีจำนวน 243 หน่วยเบิก (หน่วยเบิกพัสดุ) ระดับ 1: ร้อยละ 40 ของหน่วยเบิกพัสดุทั้งหมด มีผลงานอย่างน้อย 1 เรื่อง ระดับ 2: ร้อยละ 50 ของหน่วยเบิกพัสดุทั้งหมด มีผลงานอย่างน้อย 1 เรื่อง ระดับ 3: ร้อยละ 60 ของหน่วยเบิกพัสดุทั้งหมด มีผลงานอย่างน้อย 1 เรื่อง ระดับ 4: ร้อยละ 70 ของหน่วยเบิกพัสดุทั้งหมด มีผลงานอย่างน้อย 1 เรื่อง ระดับ 5: ร้อยละ 80 ของหน่วยเบิกพัสดุทั้งหมด มีผลงานอย่างน้อย 1 เรื่อง
ค่าเป้าหมาย	ระดับที่ 3
ระยะเวลาประเมินผล	ปีงบประมาณละ 1 ครั้ง
ผู้รับผิดชอบติดตามตัวชี้วัด	1. ผู้ประสานงาน กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล (HRD) โทร.1427 2. ผู้ประสานงาน กลุ่มงานพัฒนาและส่งเสริมงานวิจัยคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ โทร.1395
หมายเหตุ	-

มุมมอง
เพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารของบุคลากร

ตัวชี้วัดที่ 14	ผ่านเกณฑ์การประเมินสมรรถนะด้านการบริหารของบุคลากร
ผู้กำกับ	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล
ประเด็นยุทธศาสตร์	Quality Improvement, Learning, Innovation
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	เพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารของบุคลากร
นิยาม/ความหมาย	หัวหน้ากลุ่มงาน (37 กลุ่มงาน) ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้บริหาร/ได้รับการเตรียมตัวสู่ระดับที่สูงขึ้น
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{\text{จำนวนหัวหน้ากลุ่มงานที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้บริหาร}}{\text{จำนวนหัวหน้ากลุ่มงานทั้งหมด}} \times 100$
ค่าเป้าหมาย	อย่างน้อยร้อยละ 80
ระยะเวลาประเมินผล	ปีงบประมาณละ 1 ครั้ง
ผู้รับผิดชอบติดตามตัวชี้วัด	กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล (HRD) โทร.1427
หมายเหตุ	ปีงบประมาณ 2567 มีผู้เข้ารับการอบรมหลักสูตรผู้บริหาร - ระดับต้น 3 กลุ่มงาน - ระดับกลาง 4 กลุ่มงาน - ระดับสูง 1 กลุ่มภารกิจ

มุมมอง
เพื่อให้บุคลากรโรงพยาบาลมีสุขภาพดี

ตัวชี้วัดที่ 15	บุคลากรโรงพยาบาลได้รับการดูแลสุขภาพตามมาตรฐาน
ผู้กำกับ	รองผู้อำนวยการด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ
ประเด็นยุทธศาสตร์	Quality Improvement, Learning & Innovation
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	เพื่อให้บุคลากรโรงพยาบาลมีสุขภาพดี
นิยาม/ความหมาย	1. ร้อยละการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี มากกว่าร้อยละ 80 2. ร้อยละบุคลากรที่เป็นโรค/บาดเจ็บจากการทำงาน ได้รับการติดตามเพื่อชดเชยเยียวยา ร้อยละ 100 3. อุบัติการณ์การเกิดวินโรคปอดในบุคลากรลดลง เปรียบเทียบกับปีที่แล้ว 4. ร้อยละบุคลากรกลุ่มเสี่ยงมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น มากกว่าร้อยละ 50 5. ร้อยละของบุคลากรที่เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ มากกว่าร้อยละ 5
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ระดับ 1: ผ่าน 1 ข้อ ระดับ 2: ผ่าน 2 ข้อ ระดับ 3: ผ่าน 3 ข้อ ระดับ 4: ผ่าน 4 ข้อ ระดับ 5: ผ่าน 5 ข้อ
ค่าเป้าหมาย	ระดับ 3 ผ่านอย่างน้อย 3 ข้อขึ้นไป
ระยะเวลาประเมินผล	สิ้นปีงบประมาณ
ผู้รับผิดชอบติดตามตัวชี้วัด	1. การเข้ารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี/กลุ่มงานอาชีพเวชกรรม โทร.1140, 1217 2. บุคลากรที่เป็นโรค/บาดเจ็บจากการทำงาน ได้รับการติดตามเพื่อชดเชยเยียวยา/กลุ่มงาน อาชีพเวชกรรม โทร.1140, 1217 3. อุบัติการณ์การเกิดวินโรคปอดในบุคลากรลดลง/งานควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (IC) โทร.1234 4. บุคลากรกลุ่มเสี่ยงมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น/กลุ่มงานอาชีพเวชกรรม โทร.1140, 1217 5. บุคลากรที่เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ/กลุ่มงานอาชีพเวชกรรม โทร.1140, 1217
หมายเหตุ	การเก็บข้อมูล 1. ร้อยละการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี/โปรแกรม HomC 2. ร้อยละบุคลากรที่เป็นโรค/บาดเจ็บจากการทำงาน ได้รับการติดตามเพื่อชดเชยเยียวยา/โปรแกรม HomC 3. อุบัติการณ์การเกิดวินโรคปอดในบุคลากรลดลง เปรียบเทียบกับปีที่แล้ว/โปรแกรม HomC 4. ร้อยละบุคลากรกลุ่มเสี่ยงมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น/แบบประเมิน 5. ร้อยละของบุคลากรที่เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ/แบบประเมิน

มุมมอง
เพื่อพัฒนาระบบการบริหารจัดการองค์กร ให้มีคุณธรรมและความโปร่งใส

ตัวชี้วัดที่ 16	ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรม และความโปร่งใสในการดำเนินงาน ITA
ผู้กำกับ	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ
ประเด็นยุทธศาสตร์	Core Value & Drive Organization
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	เพื่อพัฒนาระบบการบริหารจัดการองค์กร ให้มีคุณธรรมและความโปร่งใส
นิยาม/ความหมาย	สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ(สำนักงาน ป.ป.ช.) ได้พัฒนาเครื่องมือการประเมินเชิงบวก เพื่อเป็นมาตรการป้องกันการทุจริตและเป็นกลไกในการสร้างความตระหนัก ให้หน่วยงานภาครัฐมีการดำเนินงานอย่างโปร่งใสและมีคุณธรรม โดยใช้ชื่อว่า “การประเมินคุณธรรม และความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment)” หรือเรียกสั้น ๆ ว่า ITA เพื่อให้หน่วยงานภาครัฐได้รับทราบถึงสถานะและปัญหาการดำเนินงาน ด้านคุณธรรมและความโปร่งใสขององค์กร ผลการประเมินที่ได้จะช่วยให้หน่วยงานภาครัฐสามารถนำไปใช้ในการปรับปรุงพัฒนาองค์กรให้มีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน การให้บริการ สามารถอำนวยความสะดวก และตอบสนองต่อประชาชนได้ดียิ่งขึ้น
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	มีค่าคะแนนเต็ม 100 คะแนน วิเคราะห์คะแนนตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOIT) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ในระบบ MITAS ทุกไตรมาส ระดับผลการประเมินจะปรากฏในไตรมาสที่ 4 จำแนกออกเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ ระดับ 1: ต้องปรับปรุงโดยด่วน (0 - 64.99) ระดับ 2: ต้องปรับปรุง (65.00 - 74.99) ระดับ 3: ผ่าน (75.00 - 84.99) ระดับ 4: ผ่านดี (85.00 - 94.99) ระดับ 5: ผ่านดีเยี่ยม (95.00 - 100)
ค่าเป้าหมาย	ระดับที่ 5
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสละ 1 ครั้ง ในทุกไตรมาสของปีงบประมาณ
ผู้รับผิดชอบติดตามตัวชี้วัด	ศูนย์ตรวจสอบภายใน โทร.1535
หมายเหตุ	-

มุมมอง
ได้รับการรับรองรายโรค (DSC) หรือโปรแกรมเฉพาะ (PDSC) อย่างน้อย 1 โรค

ตัวชี้วัดที่ 17	ได้รับการรับรองเฉพาะโรค (DSC) หรือโปรแกรมเฉพาะ (PDSC)
ผู้กำกับ	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบและสนับสนุนบริการสุขภาพ
ประเด็นยุทธศาสตร์	ได้รับการรับรองรายโรค (DSC) หรือโปรแกรมเฉพาะ (PDSC)
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	ได้รับการรับรองรายโรค (DSC) หรือโปรแกรมเฉพาะ (PDSC) อย่างน้อย 1 โรค
นิยาม/ความหมาย	ได้รับการรับรองรายโรค (DSC) หรือโปรแกรมเฉพาะ (PDSC) จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน): สรพ. ได้แก่ HIV, Fracture pelvis acetabulum, Stroke
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนบริการหรือโปรแกรมที่ได้รับการรับรองคุณภาพ
ค่าเป้าหมาย	ได้รับการรับรองเฉพาะโรค (DSC) หรือโปรแกรมเฉพาะ (PDSC) อย่างน้อย 2 ใน 3 โรคที่กำหนด ได้แก่ HIV, Fracture pelvis acetabulum, Stroke
ระยะเวลาประเมินผล	ปีงบประมาณละ 1 ครั้ง
ผู้รับผิดชอบติดตามตัวชี้วัด	ผู้ประสานงานหลัก ศูนย์คุณภาพ (QCC) โทร.2326 1. HIV (คณะกรรมการรับรองรายโรค DSC HIV/STI) 2. Fracture pelvis acetabulum (PCT Ortho) 3. Stroke (นางอัคราพร เถาว์โท โทร.1695)
หมายเหตุ	-

มุมมอง
เพื่อเพิ่มรายได้และควบคุมค่าใช้จ่ายที่มีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดที่ 18	ร้อยละของหน่วยงานที่สามารถดำเนินการได้ตามบัญชีเสมือนจริงประจำปี (แผนงานโครงการ/แผนวัสดุ/แผนครุภัณฑ์)
ผู้กำกับ	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ คนที่ 1 รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านการคลังและประกันสุขภาพ รองผู้อำนวยการด้านยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ
ประเด็นยุทธศาสตร์	สร้างความสมดุลทางการเงิน
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	เพื่อเพิ่มรายได้และควบคุมค่าใช้จ่ายที่มีประสิทธิภาพ
นิยาม/ความหมาย	หน่วยงานสามารถดำเนินการได้ตามบัญชีเสมือนจริง (Virtual Account) ประจำปี ซึ่งประกอบด้วย - หน่วยงานดำเนินการได้ตามแผนงานโครงการ/แผนวัสดุ/แผนครุภัณฑ์ อย่างน้อยร้อยละ 40 - โรงพยาบาลจัดซื้อนอกแผนไม่เกินวงเงินตามที่กำหนดรายปี (วงเงินนอกแผน, ทดแทน, ประกันสังคม, ผู้อำนวยการ)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ระดับความสามารถในการดำเนินงาน ระดับ 1: ดำเนินการได้ตามแผนงานโครงการ/แผนวัสดุ/แผนครุภัณฑ์ อย่างน้อยร้อยละ 10 หรือโรงพยาบาลจัดซื้อนอกแผนไม่เกินวงเงินตามที่กำหนดรายปี ระดับ 2: ดำเนินการได้ตามแผนงานโครงการ/แผนวัสดุ/แผนครุภัณฑ์ อย่างน้อยร้อยละ 20 หรือโรงพยาบาลจัดซื้อนอกแผนไม่เกินวงเงินตามที่กำหนดรายปี ระดับ 3: ดำเนินการได้ตามแผนงานโครงการ/แผนวัสดุ/แผนครุภัณฑ์ อย่างน้อยร้อยละ 30 หรือโรงพยาบาลจัดซื้อนอกแผนไม่เกินวงเงินตามที่กำหนดรายปี ระดับ 4: ดำเนินการได้ตามแผนงานโครงการ/แผนวัสดุ/แผนครุภัณฑ์ อย่างน้อยร้อยละ 40 หรือโรงพยาบาลจัดซื้อนอกแผนไม่เกินวงเงินตามที่กำหนดรายปี ระดับ 5: ดำเนินการได้ตามแผนงานโครงการ/แผนวัสดุ/แผนครุภัณฑ์ อย่างน้อยร้อยละ 40 และโรงพยาบาลจัดซื้อนอกแผนไม่เกินวงเงินตามที่กำหนดรายปี
ค่าเป้าหมาย	ระดับ 5
ระยะเวลาประเมินผล	ปีงบประมาณละ 1 ครั้ง
ผู้รับผิดชอบติดตามตัวชี้วัด	คณะกรรมการการบริหารการเงินการคลังด้านสุขภาพ (CFO) กลุ่มงานบัญชี (น.ส.ณฤดี วิเศษรุ่งเจริญ) โทร.1282
หมายเหตุ	-

มุมมอง
เพื่อเพิ่มรายได้และควบคุมค่าใช้จ่ายที่มีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดที่ 19	เพิ่มรายได้ non UC อย่างน้อยร้อยละ 10
ผู้กำกับ	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ คนที่ 1
ประเด็นยุทธศาสตร์	สร้างความสมดุลทางการเงิน
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	เพื่อเพิ่มรายได้
นิยาม/ความหมาย	โรงพยาบาลมีรายได้ประเภท non UC
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	แยกประเภทรายได้ non UC
ค่าเป้าหมาย	จำนวนรายได้ non UC เพิ่มขึ้นคิดเป็นอย่างน้อยร้อยละ 10
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส
ผู้รับผิดชอบติดตามตัวชี้วัด	คณะกรรมการการบริหารการเงินการคลังด้านสุขภาพ (CFO) กลุ่มงานบัญชี (น.ส.ณฤดี วิเศษรุ่งเจริญ) โทร.1282
หมายเหตุ	-

มุมมอง
เพื่อเพิ่มรายได้และควบคุมค่าใช้จ่ายที่มีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดที่ 20	สถานการณ์การเงินอยู่ในระดับปกติ (NI เป็นบวก, risk score เป็น 0)								
ผู้กำกับ	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านการคลังและประกันสุขภาพ รองผู้อำนวยการด้านยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ								
ประเด็นยุทธศาสตร์	สร้างความสมดุลทางการเงิน								
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	เพื่อเพิ่มรายได้และควบคุมค่าใช้จ่ายที่มีประสิทธิภาพ								
นิยาม/ความหมาย	1. Net Income หมายถึง กำไรสุทธิรวม 2. Risk Score เกณฑ์ประเมินวิกฤตทางการเงินระดับกระทรวง 7 ระดับ ประเมินทุกสิ้นไตรมาส ระดับ 0 – 1: ปกติ ระดับ 2: คาดว่าจะดีขึ้นภายใน 3 เดือน ระดับ 3: คาดว่าจะดีขึ้นภายใน 3 เดือน ระดับ 4: คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน 6 เดือน ระดับ 5: คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน 6 เดือน ระดับ 6: คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน 3 เดือน ระดับ 7: มีภาวะวิกฤตทางการเงินขั้นรุนแรง								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. Net Income กำไรสุทธิรวม = รายได้รวม – ค่าใช้จ่ายรวม 2. Risk Score <table><tr><td>CR > 1.5 = 1</td><td>QR < 1.0 = 1</td><td>Cash < 0.8 = 1</td></tr><tr><td>NWC < 0 = 1</td><td>NI < 0 = 1</td><td></td></tr></table> มิติ NMC หรือทุนหมุนเวียน ที่เพียงพอรับการระดมทุนเฉลี่ยต่อเดือน (กรณี NWC เป็นบวก & มี NI ติดลบ) 1. ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอาจหมด > 6 เดือน = 0 2. ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอยู่ได้ > 3 เดือน ไม่เกิน 6 เดือน = 1 3. ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอยู่ได้ < หรือ = 3 เดือน = 2 มิติผลกำไรจากการดำเนินการ เพียงพอรับการหนี้สินหมุนเวียน (กรณี NWC ติดลบ & มี NI ติดบวก) 1. ผลกำไรสามารถปรับ NWC เป็นบวก > 6 เดือน = 2 2. ผลกำไรสามารถปรับ NWC เป็นบวก > 3 เดือนไม่เกิน 6 เดือน = 1 3. ผลกำไรสามารถปรับ NWC เป็นบวก < หรือ = 3 เดือน = 0 กรณี NWC ติดลบ & มี NI เป็นบวก = 0 กรณี NWC ติดลบ & มี NI ติดลบ = 2			CR > 1.5 = 1	QR < 1.0 = 1	Cash < 0.8 = 1	NWC < 0 = 1	NI < 0 = 1	
CR > 1.5 = 1	QR < 1.0 = 1	Cash < 0.8 = 1							
NWC < 0 = 1	NI < 0 = 1								
ค่าเป้าหมาย	1. NI เป็นบวกทุกไตรมาส รายได้ มากกว่า ค่าใช้จ่าย 2. Risk Score ระดับ 0 ทุกไตรมาส								
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส								
ผู้รับผิดชอบติดตามตัวชี้วัด	กลุ่มงานบัญชี (น.ส.ณฤดี วิเศษรุ่งเจริญ) โทร.1282								
หมายเหตุ	-								

มุมมอง
เพื่อพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (Digital Technology and Health informatic)

ตัวชี้วัดที่ 21	ผ่านการรับรอง HAIT (Level 1)
ผู้กำกับ	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์คนที่ 1 รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ รองผู้อำนวยการกลุ่มงานภารกิจสุขภาพดิจิทัล
ประเด็นยุทธศาสตร์	ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (Digital Technology and Health informatic)
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	เพื่อพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (Digital Technology and Health informatic)
นิยาม/ความหมาย	ผ่านเกณฑ์มาตรฐานของสมาคมเวชสารสนเทศไทย (TMI) ซึ่งมี 4 Level ประกอบด้วย Level 0: โรงพยาบาลยังไม่มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพระบบสารสนเทศ Level 1: โรงพยาบาลเริ่มกระบวนการพัฒนาระบบสารสนเทศ มีการค้นหาและจัดการความเสี่ยงจนมั่นใจว่าระบบมีความมั่นคงปลอดภัย และใช้งานระบบให้ตอบสนองต่อวิสัยทัศน์และพันธกิจทุกด้าน Level 2: โรงพยาบาลมั่นใจว่าระบบสารสนเทศดำเนินการได้ตรงตาม Service Level Agreement (SLA) มีการจัดการให้ระบบดำเนินการได้อย่างต่อเนื่องและกู้คืนระบบได้เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน Level 3: โรงพยาบาลมั่นใจว่ามีการควบคุมและติดตามการดำเนินการของระบบสารสนเทศสม่ำเสมอตลอดเวลา สามารถค้นพบและแก้ไขความผิดพลาดได้ตลอดเวลา และมีการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง Level 4: โรงพยาบาลมั่นใจว่าระบบสารสนเทศมีการดำเนินการเป็นเลิศในระดับต้นของประเทศ ระบบสารสนเทศเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนโรงพยาบาลให้เจริญก้าวหน้าตามวิสัยทัศน์
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ระดับการผ่านเกณฑ์ ค่าเป้าหมาย
ค่าเป้าหมาย	HAIT Level 1
ระยะเวลาประเมินผล	ปีงบประมาณละ 1 ครั้ง
ผู้รับผิดชอบติดตามตัวชี้วัด	นายปรเม บัญอุ้ม โทร.1432
หมายเหตุ	ประเมินโดยคณะกรรมการ HAIT

มุมมอง
เพื่อพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (Digital Technology and Health informatic)

ตัวชี้วัดที่ 22	ผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลอัจฉริยะระดับทอง
ผู้กำกับ	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์คนที่ 1 รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ รองผู้อำนวยการกลุ่มงานภารกิจสุขภาพดิจิทัล
ประเด็นยุทธศาสตร์	ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (Digital Technology and Health informatic)
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	เพื่อพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (Digital Technology and Health informatic)
นิยาม/ความหมาย	ผ่านเกณฑ์มาตรฐานของสำนักสุขภาพดิจิทัล ในการประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะ ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน 1. ด้านโครงสร้างพื้นฐาน 250 คะแนน 2. ด้านการบริหารจัดการ 250 คะแนน 3. ด้านการให้บริการ 250 คะแนน 4. ด้านความปลอดภัยและธรรมาภิบาล 250 คะแนน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนคะแนนที่ผ่านการประเมินรวมทั้งหมด
ค่าเป้าหมาย	ระดับทอง (800 คะแนน ขึ้นไป)
ระยะเวลาประเมินผล	ปีงบประมาณละ 1 ครั้ง
ผู้รับผิดชอบติดตามตัวชี้วัด	นายณที ทองเลิศ โทร.1432
หมายเหตุ	-