

# แผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลศีลาลาด

ปีงบประมาณ ๒๕๖๖-๒๕๗๐



โรงพยาบาลศีลาลาด  
อำเภอศีลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ

## สารบัญ

สารบัญ.....	ก
ทิศทางยุทธศาสตร์ตามแผนยุทธศาสตร์ รพ.ศีลาลาด พ.ศ. ๒๕๖๖- พ.ศ.๒๕๗๐ .....	1
แผนที่ยุทธศาสตร์ (Strategic map) .....	2
แผนปฏิบัติราชการตาม ยุทธศาสตร์ รพ.ศีลาลาด พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐ .....	3
คำอธิบายตัวชี้วัด KPI Profiles .....	7

ทิศทางยุทธศาสตร์ตามแผนยุทธศาสตร์ รพ.ศิลาลาด พ.ศ. ๒๕๖๖- พ.ศ.๒๕๗๐

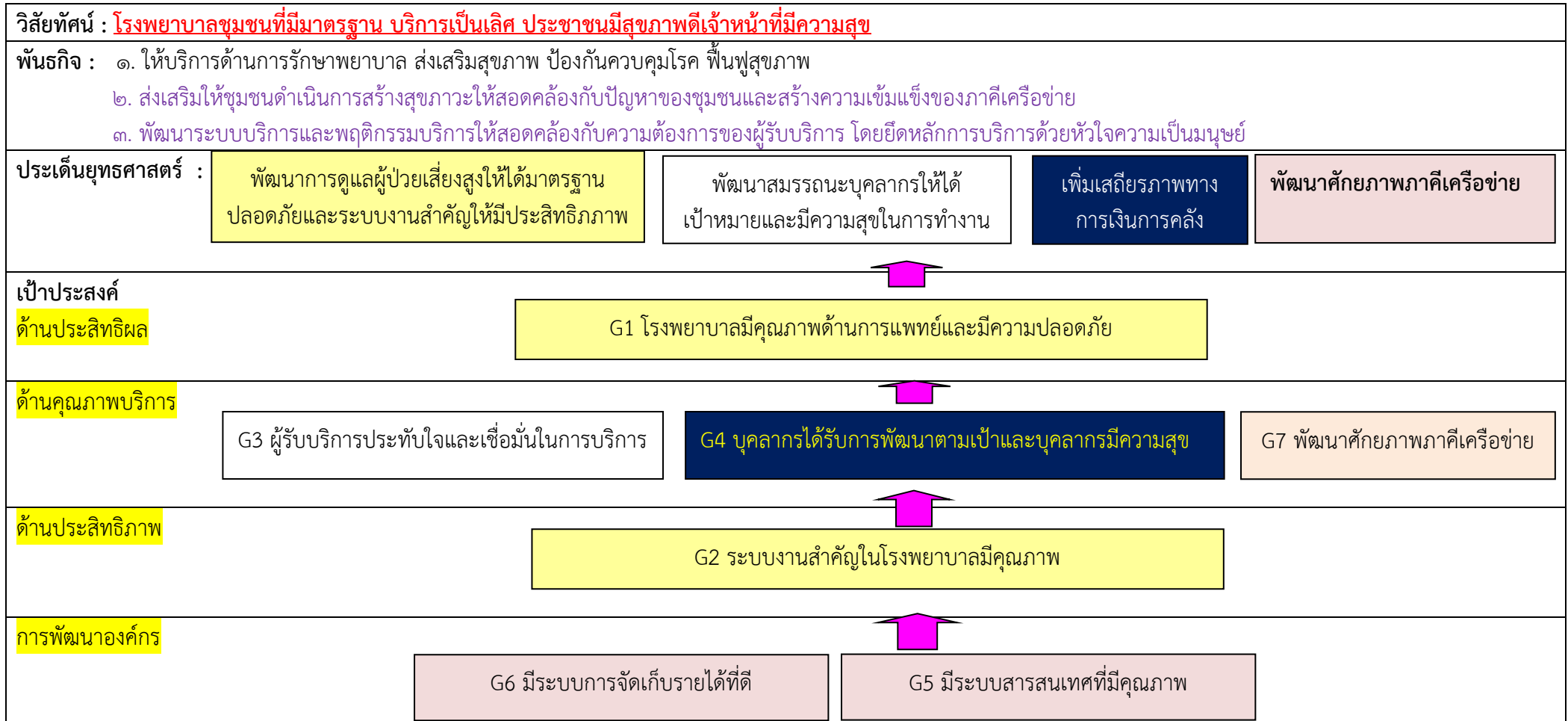
วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีมาตรฐาน บริการเป็นเลิศ ประชาชนมีสุขภาพดีเจ้าหน้าที่มีความสุข

พันธกิจ	ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ให้บริการด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค ฟื้นฟูสุขภาพ</li> </ul>	พัฒนาการดูแลผู้ป่วยเสี่ยงสูงให้ได้มาตรฐานและปลอดภัย	G๑ โรงพยาบาลมีคุณภาพด้านการแพทย์และมีความปลอดภัย
	พัฒนาระบบงานสำคัญให้มีประสิทธิภาพ	G๒ ระบบงานสำคัญในโรงพยาบาลมีคุณภาพ
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ส่งเสริมให้ชุมชนดำเนินการสร้างสุขภาพให้สอดคล้องกับปัญหาของชุมชนและสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย</li> </ul>	พัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้ได้เป้าหมายและมีความสุขในการทำงาน	G๓ ผู้รับบริการประทับใจและเชื่อมั่นในการบริการ G๔ บุคลากรมีความสุขและภาคภูมิใจ
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ พัฒนาระบบบริการและพฤติกรรมบริการให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ โดยยึดหลักการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์</li> </ul>	เพิ่มเสถียรภาพทางการเงินการคลัง	G๕ มีระบบสารสนเทศที่มีคุณภาพ G๖ มีระบบการจัดเก็บรายได้ที่ดี
	พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย	G๗ ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม

### Core value

บริการด้วยใจ ปลอดภัยได้มาตรฐาน ผสานภาคีเครือข่าย

### แผนที่ยุทธศาสตร์ (Strategic map)



แผนปฏิบัติการตาม  
ยุทธศาสตร์ รพ.ศิลาลาด  
พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐

แผนปฏิบัติการตามยุทธศาสตร์สาธารณสุข รพ. ศีลาลาด (พ.ศ. ๒๕๖๖- พ.ศ. ๒๕๗๐)

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	น้ำหนัก ร้อยละ	ระดับเป้าหมาย					กลยุทธ์	แผนงาน/ โครงการ/ กิจกรรม	เจ้าภาพ
				๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐			หลัก
๑. พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและระบบงานสำคัญ	G๑ โรงพยาบาลมีคุณภาพด้านการแพทย์และมีความปลอดภัย	๑.ระดับความสำเร็จของการบรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัดคุณภาพตาม SIMPLE	๓๐	ระดับ ๔	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕	- ทบทวนและพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงสูงให้ได้มาตรฐานและปลอดภัย	-โครงการพัฒนาคุณภาพบริการทางการแพทย์ด้วยระบบHA	สุนิสา
	G๒ ระบบงานสำคัญในโรงพยาบาลมีคุณภาพ	๒.ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพระบบงานสำคัญ	๑๐	ระดับ ๔	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕	-พัฒนาระบบงานสำคัญโดยการเชื่อมประสานระหว่างทีมอย่างต่อเนื่อง	-โครงการพัฒนาทีมและบุคลากรผู้รับผิดชอบทีมคุณภาพ	จิรัฐติกา
๒. พัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้ได้ตามเป้าหมาย	G๓ ผู้รับบริการมีความประทับใจและเชื่อมั่นในบริการ	๓.ร้อยละความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ	๑๕ ๒๐	ระดับ ๘๐	ระดับ ๘๕	ระดับ ๘๕	ระดับ ๙๐	ระดับ ๙๕	- ประเมินความพึงพอใจและแก้ไขตามโอกาสและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง - มุ่งเน้นการประชาสัมพันธ์การบริการของโรงพยาบาลมากขึ้นและหลากหลายช่องทาง	-โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากร	รุ่งทิวา
	G๔ บุคลากรมีความสุขและภาคภูมิใจ	๔.ร้อยละของบุคลากรผ่านเกณฑ์ Core Competency ตามข้อบ่งชี้	๑๐ ๑๐	๘๐ ๗๕	๘๕ ๘๐	๙๐ ๘๕	๙๕ ๙๐	๙๕ ๙๕	- ประเมินความพึงพอใจและแก้ไขตามโอกาสพัฒนาอย่างต่อเนื่อง - มุ่งเน้นการดูแลบุคลากรให้มี	-โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากร	ณิชา



ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	ระดับเป้าหมาย					กลยุทธ์	แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	เจ้าภาพ
				ร้อยละ	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙			๒๕๗๐
		๑๒. อัตราส่วนเงินสดต่อการชำระหนี้ (Cash Ratio) ๑๓. ร้อยละขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านสุขภาพ ๑๔. ร้อยละของเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนได้รับการพัฒนาทักษะด้านสุขภาพ								ให้มีความรู้ด้านการจัดเก็บรายได้	
๔. พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย	G๗ ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมและได้รับการพัฒนา	๑๓. ร้อยละขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านสุขภาพ ๑๔. ร้อยละของเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนได้รับการพัฒนาทักษะด้านสุขภาพ	๑๕  ๑๐	๘๐  ๘๐	๘๕  ๘๕	๙๐  ๙๐	๙๐  ๙๐	๙๐  ๙๐	-พัฒนาระบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู ระวังโรค ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	-โครงการพัฒนาแกนนำคุณภาพ -โครงการพัฒนาทักษะบุคลากร -โครงการ ๕ ส.	จิรัฐติกา



คำอธิบายตัวชี้วัด  
KPI Profiles

ตัวชี้วัดที่ ๑ : ระดับความสำเร็จของการบรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัดคุณภาพบริการทางการแพทย์และความปลอดภัย

หน่วยวัด : ระดับ

น้ำหนัก : ๓๐

คำอธิบาย :

ระดับความสำเร็จของการบรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัดคุณภาพบริการทางการแพทย์ หมายถึง ความสำเร็จในการดำเนินงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัด ดังต่อไปนี้

ลำดับที่	ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
๑	จำนวนการเสียชีวิตในโรงพยาบาลทุกประเภท(ราย)	๐	PCT
๒	จำนวนผู้ป่วย Refer ผู้ป่วย ER,IPD (ราย)	ลดลง ๕%	PCT
๓	อัตราผู้ป่วย ER Re-visit ภายใน ๔๘ ชม. ด้วยโรคเดิม	<๒%	ER
๔	อัตราการ Re-admission ด้วยโรคเดิม ใน ๒๘ วัน	<๕%	IPD
๕	อัตราการส่งต่อผู้ป่วย stroke fast track ภายใน ๓๐ นาที	>๘๐	ER
๖	ร้อยละ Door to SK ภายใน ๓๐ นาที ในกลุ่ม STEMI	๑๐๐ %	PCT
๗	อัตราผู้ป่วย Sepsis ที่มีภาวะ Severe sepsis/septic shock	< ๕%	PCT
๘	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะ HbA๑C <๗%	>๔๐%	OPD
๙	อัตรารักษาสำเร็จผู้ป่วยวัณโรค	>๙๐%	ปฐมภูมิ
๑๐	อุบัติการณ์การเกิดการติดเชื้อหลังผ่าตัด	๐	ทันตกรรม
๑๑	อุบัติการณ์การใส่ ICD ผิดคน/ผิดข้าง	๐	PCT
๑๒	๒ : ๑,๐๐๐ วันที่ On Catheter	IC	
๑๓	อุบัติการณ์เจ้าหน้าที่ติดเชื้อจากการทำงาน	๐	IC
๑๔	อัตราdispensing error ผู้ป่วยนอก	≤ ๕ ต่อ พันใบสั่ง ยา	PTC
๑๕	อัตราadmin error ผู้ป่วยใน	≤ ๕ ต่อ พันวัน นอน	PTC
๑๖	อัตราการคลาดเคลื่อนทางยากลุ่มยาที่ต้องระมัดระวังสูง	๐	PTC
๑๗	อุบัติการณ์จากการให้เลือดผิดหมู่ ผิดคน	๐	IPD
๑๘	อุบัติการณ์ Misdiagnosis or delay diagnosis จนเกิดความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป*	๐	PCT
๑๙	อุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดทั้งหมด	๐	PCT
๒๐	จำนวนอุบัติการณ์ผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม	๐	PCT
๒๑	อุบัติการณ์การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน* (under triage หรือ over triage) ทั้งหมด/ ระดับ E ขึ้นไป*	๐	PCT
๒๒	รายงานผลค่า LAB วิฤติคลาดเคลื่อน	0	LAB
๒๓	อุบัติการณ์การคลอดฉุกเฉินที่ไม่ปลอดภัย ระดับ E ขึ้นไป	๐	PCT
๒๔	อุบัติการณ์เครื่องมือช่วยเหลือฉุกเฉินไม่พร้อมใช้	๐	EQM

คำอธิบายตัวชี้วัดย่อย

<b>ตัวชี้วัด</b>	<b>๑. อัตราการเสียชีวิตรวม (ไม่รวม End of life)</b>
เกณฑ์เป้าหมาย	ราย
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วย ER,IPD
แหล่งข้อมูล	เวชระเบียนผู้ป่วย
รายการข้อมูลที่ ๑	จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในช่วงเวลาหนึ่ง
รายการข้อมูลที่ ๑	จำนวนผู้ป่วยในที่กำหนดช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(จำนวนผู้ป่วยในที่เสียชีวิตในช่วงเวลาหนึ่ง/จำนวนผู้ป่วยในที่กำหนดช่วงเวลาเดียวกัน) x๑๐๐
หน่วยงานที่จัดเก็บ	PCT
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
หน่วยงานที่จัดเก็บ	PCT
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
<b>ตัวชี้วัด</b>	<b>๒.จำนวนผู้ป่วย Refer ผู้ป่วย ER,IPD (ราย)</b>
เกณฑ์เป้าหมาย	ลดลง ๕ %
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วย ER,IPD
แหล่งข้อมูล	ระเบียนผู้ป่วย
รายการข้อมูลที่ ๑	จำนวนผู้ป่วยที่ Refer
รายการข้อมูลที่ ๑	จำนวนผู้ป่วย ER,IPD ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(จำนวนผู้ป่วย Refer /จำนวนผู้ป่วย IPR,ER ทั้งหมด) x๑๐๐
หน่วยงานที่จัดเก็บ	PCT
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
หน่วยงานที่จัดเก็บ	PCT
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
<b>ตัวชี้วัด</b>	<b>๓.อัตราผู้ป่วย ER Re-visit ภายใน ๔๘ ชม. ด้วยโรคเดิม</b>
เกณฑ์เป้าหมาย	< ๒ %
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วย ER Re-visit ภายใน ๔๘ ชม. ด้วยโรคเดิม
แหล่งข้อมูล	ระเบียนผู้ป่วย
รายการข้อมูลที่ ๑	จำนวนผู้ป่วยที่ ER Re-visit ภายใน ๔๘ ชม. ด้วยโรคเดิม
รายการข้อมูลที่ ๑	จำนวนผู้ป่วย ER ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(จำนวนผู้ป่วย ER Re-visit ภายใน ๔๘ ชม. ด้วยโรคเดิม /จำนวนผู้ป่วย ER ทั้งหมด) x๑๐๐
หน่วยงานที่จัดเก็บ	PCT
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
หน่วยงานที่จัดเก็บ	PCT

ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
<b>ตัวชี้วัด</b>	<b>๔.อัตราการ Re-admission ด้วยโรคเดิม ใน ๒๘ วัน</b>
เกณฑ์เป้าหมาย	< ๕ %
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วย Re-admission ด้วยโรคเดิม ใน ๒๘ วัน
แหล่งข้อมูล	ระเบียบผู้ป่วย
รายการข้อมูลที่ ๑	จำนวนผู้ป่วยที่ Re-admission ด้วยโรคเดิม ใน ๒๘ วัน
รายการข้อมูลที่ ๑	จำนวนผู้ป่วย IPD ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(จำนวนผู้ป่วย Re-admission ด้วยโรคเดิม ใน ๒๘ วัน /จำนวนผู้ป่วย IPD ทั้งหมด) x๑๐๐
หน่วยงานที่จัดเก็บ	PCT
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
หน่วยงานที่จัดเก็บ	PCT
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
<b>ตัวชี้วัด</b>	<b>๕.อัตราการส่งต่อผู้ป่วย stroke fast track ภายใน ๓๐ นาที</b>
เกณฑ์เป้าหมาย	>๘๐ %
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วย Stroke fast track ที่เข้ารับการรักษาที่ ER
แหล่งข้อมูล	ระเบียบผู้ป่วย
รายการข้อมูลที่ ๑	จำนวนผู้ป่วย stroke fast track ส่งต่อภายใน ๓๐ นาที
รายการข้อมูลที่ ๑	จำนวนผู้ป่วย stroke fast track ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(จำนวนผู้ป่วย stroke fast track ส่งต่อภายใน ๓๐ นาที/จำนวนผู้ป่วย stroke fast track ทั้งหมด) x๑๐๐
หน่วยงานที่จัดเก็บ	PCT
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
หน่วยงานที่จัดเก็บ	PCT
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
<b>ตัวชี้วัด</b>	<b>๖.ร้อยละ Door to SK ภายใน ๓๐ นาที ในกลุ่ม STEMI</b>
เกณฑ์เป้าหมาย	>๘๐ %
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วย STEMI ที่เข้ารับการรักษาที่ ER
แหล่งข้อมูล	ระเบียบผู้ป่วย
รายการข้อมูลที่ ๑	จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับ SK ภายใน ๓๐ นาที
รายการข้อมูลที่ ๑	จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่เข้ารับการรักษาที่ ER ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับ SK ภายใน ๓๐ นาที/จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่เข้ารับการรักษาที่ ER ทั้งหมด) x๑๐๐
หน่วยงานที่จัดเก็บ	PCT
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน

ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
หน่วยงานที่จัดเก็บ	PCT
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
<b>ตัวชี้วัด</b>	<b>๗. อัตราผู้ป่วย Sepsis ที่มีภาวะ Severe sepsis/septic shock</b>
เกณฑ์เป้าหมาย	< ๕ %
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วย SEPSIS ทั้งหมด
แหล่งข้อมูล	ทะเบียนผู้ป่วย
รายการข้อมูลที่ ๑	จำนวนผู้ป่วย Severe sepsis/septic shock
รายการข้อมูลที่ ๑	จำนวนผู้ป่วย SEPSIS ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(จำนวนผู้ป่วย Severe sepsis/septic shock / จำนวนผู้ป่วย SEPSIS ทั้งหมด) × ๑๐๐
หน่วยงานที่จัดเก็บ	PCT
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
หน่วยงานที่จัดเก็บ	PCT
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
<b>ตัวชี้วัด</b>	<b>๘. อัตราผู้ป่วยเบาหวานมีค่า HbA๑C น้อยกว่า ๗</b>
เกณฑ์เป้าหมาย	> ๔๐ %
นิยาม	ฮีโมโกลบิน เอวันซี(Hemoglobinหรือ HbA๑C) ซึ่งเป็นสารชนิดหนึ่งในเลือด เกิดจากการที่น้ำตาลกลูโคสไปเกาะที่โมเลกุลของฮีโมโกลบิน เป็นสัดส่วนโดยตรงกับระดับน้ำตาลในเลือด แสดงว่าระดับน้ำตาลในเลือดยิ่งสูงเท่าไร อัตราการแปลงตัวจากฮีโมโกลบินไปเป็น HbA๑C จะเร็วขึ้นเท่านั้น และเนื่องจาก HbA๑C จะอยู่ในเลือดนานประมาณ ๓ เดือน การที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงอยู่เรื่อยๆจะส่งผลให้HbA๑Cสะสมในเลือดสูงขึ้น ตามกันไป HbA๑C มีชื่อเรียกทั่วไปว่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยหรือระดับน้ำตาลสะสม การแจ้งผลการวัด HbA๑C ใช้การแจ้งเป็นเปอร์เซ็นต์ของฮีโมโกลบินในเลือดทั้งหมด คนปกติที่ไม่เป็นเบาหวานระดับ HbA๑C จะไม่เกิน ๖% แต่สำหรับคนที่คุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ HbA๑C อาจขึ้นสูงถึง ๑๕-๑๖%
แหล่งข้อมูล	คลินิกผู้ป่วยเบาหวาน
รายการข้อมูลที่๑	จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ HbA๑C น้อยกว่า ๗
รายการข้อมูลที่๒	จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกที่ได้รับการตรวจ HbA๑C ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ HbA๑C น้อยกว่า ๗/จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกที่ได้รับการตรวจ HbA๑C ทั้งหมด×๑๐๐
หน่วยงานที่จัดเก็บ	OPD
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๓ เดือน
<b>ตัวชี้วัด</b>	<b>๙. อัตราการรักษาหายในผู้ป่วย TB (Success Rate)</b>

เกณฑ์เป้าหมาย	> ๙๐%
นิยาม	ความสำเร็จของการรักษาวัณโรค เป็นการประเมินผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ยื่นทะเบียนรักษาทุกรายย้อนหลัง ๑ ปี (๑๒ เดือน) ความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อรายใหม่ซึ่งประกอบด้วยจำนวน การรักษาหาย(cure) และจำนวนการรักษาครบ (complete) รวมกันเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยวัณโรคพบเชื้อรายใหม่ที่ยื่นทะเบียน การรักษาหาย (cure) หมายถึงผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการรักษาจนครบกำหนด และในระหว่างการรักษามีผลการตรวจเสมหะเปลี่ยนเป็นลบ อย่างน้อย ๒ ครั้ง โดยเน้นมีการตรวจครั้งสุดท้ายเมื่อสิ้นสุดการรักษาเปลี่ยนเป็นลบด้วย การรักษาครบ(complete) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อ ที่ได้รับการรักษาจนครบกำหนด ในระหว่างการรักษามีผลการตรวจเสมหะเปลี่ยนเป็นลบ แต่ไม่มีผลกาตรวจครั้งสุดท้ายเมื่อสิ้นสุดการรักษา
แหล่งข้อมูล	คลินิกวัณโรค
รายการข้อมูลที่๑	จำนวนผู้ป่วยพบเชื้อรายใหม่ที่ได้รับการรักษาหายและรักษาครบรวมกัน
รายการข้อมูลที่๒	จำนวนผู้ป่วยพบเชื้อรายใหม่ที่ยื่นทะเบียนรักษา
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนผู้ป่วยพบเชื้อรายใหม่ที่ได้รับการรักษาหายและรักษาครบรวมกัน / จำนวนผู้ป่วยพบเชื้อรายใหม่ที่ยื่นทะเบียนรักษา X ๑๐๐
หน่วยงานที่จัดเก็บ	ปทุมภูมิ
ความถี่ของการรายงาน	ทุก๑เดือน
<b>ตัวชี้วัด</b>	<b>๑๐. อุบัติการณ์การเกิดการติดเชื้อหลังผ่าฟันคุด</b>
เกณฑ์เป้าหมาย	๐
แหล่งข้อมูล	รายงานอุบัติการณ์เกิดการติดเชื้อหลังผ่าฟันคุด
หน่วยงานที่จัดเก็บ	ทันตกรรม
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๓ เดือน
<b>ตัวชี้วัด</b>	<b>๑๑. อุบัติการณ์การใส่ ICD ผิดข้าง ผิดคน</b>
เกณฑ์เป้าหมาย	๐
แหล่งข้อมูล	รายงานอุบัติการณ์การใส่ ICD ผิดข้าง ผิดคน
หน่วยงานที่จัดเก็บ	PCT
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
<b>ตัวชี้วัด</b>	<b>๑๒. อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ</b>
เกณฑ์เป้าหมาย	< ๒ :๑๐๐๐ วันที่ ON สาย
แหล่งข้อมูล	รายงานอุบัติการณ์การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ
หน่วยงานที่จัดเก็บ	IC
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน

<b>ตัวชี้วัด</b>	<b>๑๓. อุบัติการณ์เจ้าหน้าที่ติดเชื่อจากการทำงาน</b>
เกณฑ์เป้าหมาย	๐
แหล่งข้อมูล	รายงานอุบัติการณ์การเจ้าหน้าที่ติดเชื่อจากการทำงาน
หน่วยงานที่จัดเก็บ	IC
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
<b>ตัวชี้วัด</b>	<b>๑๔. อัตราการคลาดเคลื่อนทางยาผู้ป่วยนอก</b>
เกณฑ์เป้าหมาย	≤๕/๑๐๐๐ ใบสั่งยา
นิยาม	อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาผู้ป่วยนอก (OPD Medication error rate) ไม่เกิน ๑๐ ต่อพันใบสั่งยา เป็นการวัดความคลาดเคลื่อนทางยาของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ใน ๓ ด้าน ได้แก่ การสั่งยา (Prescribing error) การคัดลอกคำสั่ง (Transcribing error) การจ่ายยา (Dispensing error)
แหล่งข้อมูล	รายงานสรุปความคลาดเคลื่อนทางยา
รายการข้อมูลที่ ๑	จำนวนครั้งความคลาดเคลื่อนทางยาที่แผนก OPD ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูลที่ ๑	จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยนอกในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(จำนวนครั้งความคลาดเคลื่อนทางยาที่แผนก OPD ในช่วงเวลาที่กำหนด / จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยนอกในช่วงเวลาเดียวกัน) × ๑๐๐๐
หน่วยงานที่จัดเก็บ	OPD
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
<b>ตัวชี้วัด</b>	<b>๑๕. อัตราการคลาดเคลื่อนทางยาผู้ป่วยใน</b>
เกณฑ์เป้าหมาย	≤๕/๑๐๐๐ วันนอน
นิยาม	อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาผู้ป่วยใน (IPD Medication error rate) ไม่เกิน ๕ ต่อพันใบสั่งยาเป็นการวัดความคลาดเคลื่อนทางยาของผู้ป่วยในโรงพยาบาล ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน ใน ๔ ด้าน ได้แก่ การสั่งยา (Prescribing error) การคัดลอกคำสั่ง (Transcribing error) การจ่ายยา (Dispensing error) และการบริหารยา (Administration error)
แหล่งข้อมูล	ทะเบียนผู้ป่วยใน
รายการข้อมูลที่ ๑	จำนวนครั้งความคลาดเคลื่อนทางยาที่แผนก IPD ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูลที่ ๑	จำนวนวันนอนของผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(จำนวนครั้งความคลาดเคลื่อนทางยาที่แผนก IPD ในช่วงเวลาที่กำหนด / จำนวนวันนอนของผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน) × ๑๐๐๐
หน่วยงานที่จัดเก็บ	PTC
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
<b>ตัวชี้วัด</b>	<b>๑๖. อุบัติการณ์เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา HAD</b>
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ ๐
นิยาม	ยาที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert Drugs) คือ กลุ่มยาที่มีโอกาสสูงที่จะเกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย เพราะมีดัชนีการรักษาแคบหรือมีผลข้างเคียงร้ายแรงต่อ

	<p>อวัยวะสำคัญ เช่น สมอง หัวใจ ไต ฯลฯ รายการยาที่ประกาศเป็น High Alert Drugs ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ยากลุ่ม Cardiogenic drugs <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 Adrenaline injection</li> <li>1.2 Adenosine injection</li> <li>1.3 Amiodarone injection</li> <li>1.4 Atropine injection</li> <li>1.5 Digoxin injection</li> <li>1.6 Dopamine injection</li> <li>1.7 Norepinephrine injection</li> </ol> </li> <li>2. ยากลุ่ม Anti-diabetic agent (Insulin IV form) <ol style="list-style-type: none"> <li>๒.๑ Regular Insulin</li> </ol> </li> <li>3. ยากลุ่ม Thrombolytic Agent <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1 Warfarin tablet</li> <li>3.2 Streptokinase injection</li> </ol> </li> <li>4. ยากลุ่ม Electrolyte <ol style="list-style-type: none"> <li>4.1 Calcium gluconate injection</li> <li>4.2 ๕๐% MgSO<sub>๔</sub> injection</li> <li>4.3 ๓% NaCl solution</li> <li>4.4 Potassium chloride injection</li> </ol> </li> <li>5. ยากลุ่ม Anti-epileptic drug <ol style="list-style-type: none"> <li>5.1 Phenytoin injection</li> </ol> </li> <li>6. ยากลุ่ม Narcotics and Opiates <ol style="list-style-type: none"> <li>6.1 Morphine injection</li> <li>6.2 Pethidine injection</li> </ol> </li> </ol>
แหล่งข้อมูล	รายงานอุบัติการณ์อุบัติการณ์เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา HAD
หน่วยงานที่จัดเก็บ	เภสัชกรรม
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
ตัวชี้วัด	๑๗.อุบัติการณ์จากการให้เลือดผิดหมู่ ผิดคน
เกณฑ์เป้าหมาย	๐
แหล่งข้อมูล	รายงานอุบัติการณ์จากการให้เลือดผิดหมู่ ผิดคน
หน่วยงานที่จัดเก็บ	IPD
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
ตัวชี้วัด	๑๘.อุบัติการณ์ Misdiagnosis or delay diagnosis จนเกิดความรุนแรง



	<b>ระดับ E ขึ้นไป*</b>
เกณฑ์เป้าหมาย	o
แหล่งข้อมูล	รายงานอุบัติการณ์ Misdiagnosis or delay diagnosis จนเกิดความรุนแรง ระดับ E ขึ้นไป*
หน่วยงานที่จัดเก็บ	PCT
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
<b>ตัวชี้วัด</b>	<b>๑๙.อุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดทั้งหมด</b>
เกณฑ์เป้าหมาย	o
แหล่งข้อมูล	รายงานอุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดทั้งหมด
หน่วยงานที่จัดเก็บ	PCT
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
<b>ตัวชี้วัด</b>	<b>๒๐.จำนวนอุบัติการณ์ผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม</b>
เกณฑ์เป้าหมาย	o
แหล่งข้อมูล	รายงานอุบัติการณ์พลัดตกหกล้ม
หน่วยงานที่จัดเก็บ	PCT
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
<b>ตัวชี้วัด</b>	<b>๒๑.อุบัติการณ์การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน* (under triage หรือ over triage) ทั้งหมด/ ระดับ E ขึ้นไป</b>
เกณฑ์เป้าหมาย	o
แหล่งข้อมูล	รายงานอุบัติการณ์การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน* (under triage หรือ over triage) ทั้งหมด/ ระดับ E ขึ้นไป
หน่วยงานที่จัดเก็บ	PCT
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
<b>ตัวชี้วัด</b>	<b>๒๒.อุบัติการณ์รายงานผลค่า LAB วิฤติคลาดเคลื่อน</b>
เกณฑ์เป้าหมาย	o
แหล่งข้อมูล	รายงานอุบัติการณ์รายงานผลค่า LAB วิฤติคลาดเคลื่อน
หน่วยงานที่จัดเก็บ	LAB
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
<b>ตัวชี้วัด</b>	<b>๒๓.อุบัติการณ์การคลอดฉุกเฉินที่ไม่ปลอดภัย ระดับ E ขึ้นไป</b>
เกณฑ์เป้าหมาย	o
แหล่งข้อมูล	รายงานอุบัติการณ์การคลอดฉุกเฉินที่ไม่ปลอดภัย ระดับ E ขึ้นไป
หน่วยงานที่จัดเก็บ	PCT
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน
<b>ตัวชี้วัด</b>	<b>๒๔.อุบัติการณ์เครื่องมือช่วยเหลือฉุกเฉินไม่พร้อมใช้</b>

เกณฑ์เป้าหมาย	๐
แหล่งข้อมูล	รายงานปฏิบัติการเครื่องมือช่วยเหลือฉุกเฉินไม่พร้อมใช้
หน่วยงานที่จัดเก็บ	EQM
ความถี่ของการรายงาน	ทุก ๑ เดือน

### เกณฑ์การประเมิน

รายละเอียด	ระดับ
ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด ๑-๖ ข้อ	๑
ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด ๗-๑๒ ข้อ	๒
ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด ๑๓-๑๗ ข้อ	๓
ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด ๑๘-๒๒ ข้อ	๔
ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด ๒๓ ข้อ ขึ้นไป	๕

### แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

- ข้อมูลจากระเบียน รายงานของหน่วยงานในโรงพยาบาล
- การประเมินโดยทีมคณะกรรมการคุณภาพโรงพยาบาลศีลาลาด

ระยะเวลาดำเนินงาน ประเมินปีละ ๒ ครั้ง ครั้งที่ ๑ เดือน มีนาคม ๒๕๖๖  
และครั้งที่ ๒ เดือน กรกฎาคม ๒๕๖๖

ผู้บริหารตัวชี้วัด: นพ.ธนา คลองงาม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศีลาลาด ตำแหน่ง ประธาน คปสอ.ศีลาลาด

เบอร์ติดต่อ: ๐๔๕-๖๘๘๑๑๗

ผู้กำกับตัวชี้วัด: กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ เบอร์ติดต่อ : ๐๘๑-๓๙๓๕๓๘๑