

## นโยบายยุทธศาสตร์หน่วยงาน

เข็มมุ่ง โรงพยาบาลโนนไทย ปี 2564

“ผู้ป่วยปลอดภัย บุคลากรปลอดภัย สิ่งแวดล้อมปลอดภัย”

1. ผู้ป่วยปลอดภัย มุ่งเน้น 6 โรคสำคัญ คือ

- 1.1 STEMI
- 1.2 Sepsis
- 1.3 Stroke
- 1.4 Pneumonia
- 1.5 DHF
- 1.6 เชื้อดื้อยา
- 1.7 CKD

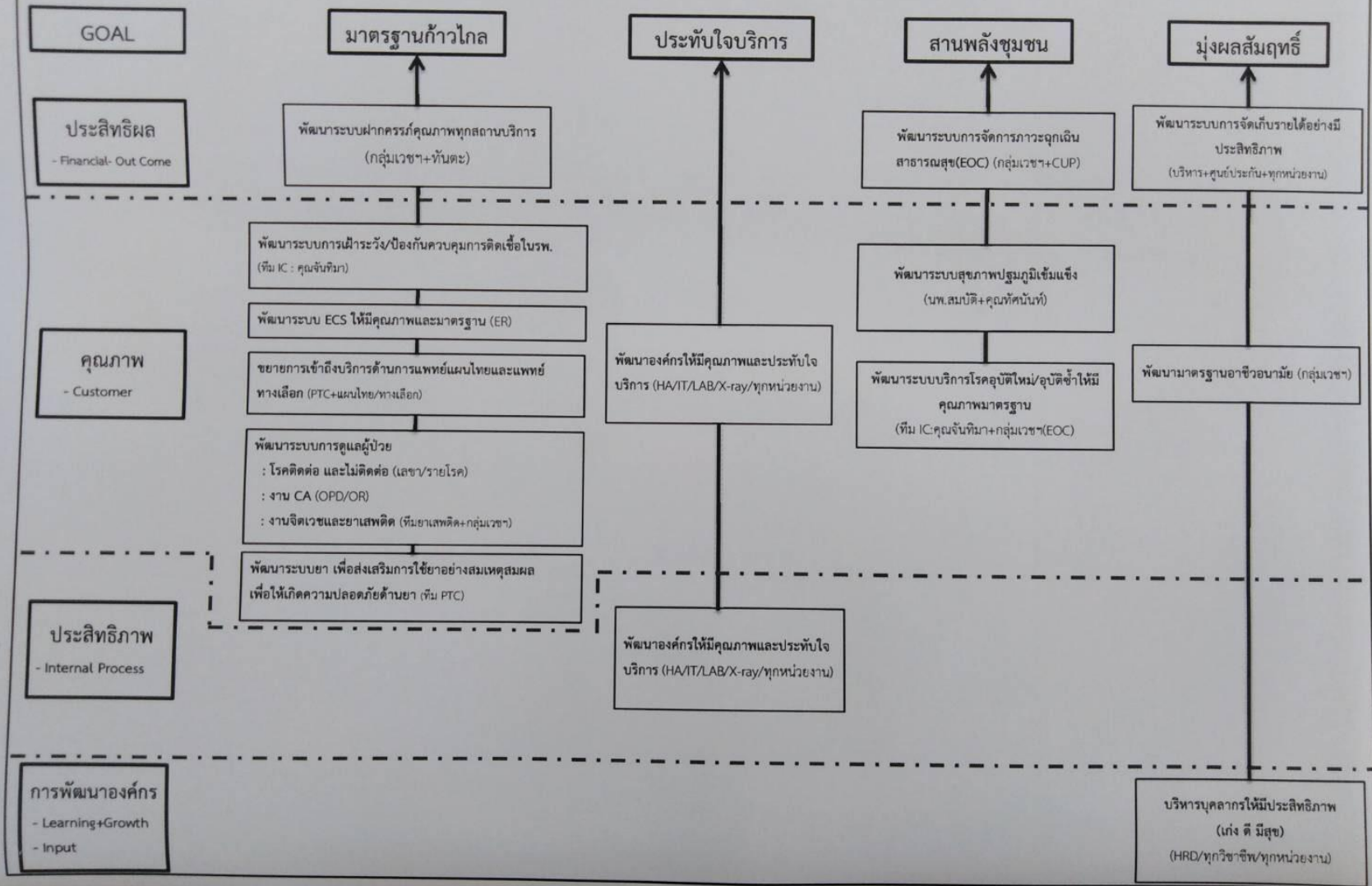
2. บุคลากรปลอดภัย (เก่ง ดี มีสุข)

- เก่ง (บุคลากรผ่านการประเมิน Core competency และ Competency ของแต่ละวิชาชีพ)
- ดี (สุขภาพดี อารมณ์ดี จริยธรรมดี)
- มีสุข (มีความสุขและสุขภาพดี)
  - Happinometer ต้องดีขึ้น
  - ปรับระบบการตรวจสุขภาพของเจ้าหน้าที่
  - มีกิจกรรมปรับเปลี่ยนกลุ่มเสี่ยง
  - เจ้าหน้าที่ไม่ป่วยด้วยโรคติดต่อจากการทำงาน (TB, Covid-19)

3. สิ่งแวดล้อมปลอดภัย

- Green & Clean ผ่านเกณฑ์การประเมิน
- การจัดการระบบบำบัดน้ำเสีย
- การจัดการคัดแยกขยะ

แผนที่ยุทธศาสตร์โรงพยาบาลโนนไทย ปีงบประมาณ 2564



ตัวชี้วัดโรงพยาบาลโนนไทยตามยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา ประจำปี 2564

ยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด
1. ยุทธศาสตร์พัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)	11. คุณภาพน้ำที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (มาตรฐานก้าวไกล) 16. สร้างชุมชนเข้มแข็งเป็นแบบอย่างด้านสุขภาพ (สานพลังชุมชน) 17. ร้อยละของหน่วยงานระดับอำเภอได้คะแนนการประเมินระบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงานระดับ 5 (สานพลังชุมชน) 18. ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ (สานพลังชุมชน)
2. ยุทธศาสตร์พัฒนาระบบบริการที่เป็นเลิศ (Service Excellence)	1. อัตราผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired (มาตรฐานก้าวไกล) 2. อัตราผู้ป่วย Stroke ที่มารักษาทัน fast track ภายใน 3 ชม. (Onset to door in 3 hrs) (มาตรฐานก้าวไกล) 3. อัตราผู้ป่วย Stroke fast track ได้รับการส่งต่อภายใน 30 นาที (มาตรฐานก้าวไกล) 4. อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (มาตรฐานก้าวไกล) 5. อัตราตายของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก(DHF) (มาตรฐานก้าวไกล) 6. อัตราการตกเลือดหลังคลอดเฉียบพลันกรณีคลอดทางช่องคลอด (มาตรฐานก้าวไกล) 7. อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (มาตรฐานก้าวไกล) 22. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล (RDU) ชั้นที่ 3 (มุ่งผลสัมฤทธิ์)
3. ยุทธศาสตร์พัฒนากำลังคน และภาคี เครือข่ายที่เป็นเลิศ (People Excellence)	10. บุคลากรผ่านการประเมิน Core competency และ Competency ของแต่ละวิชาชีพ (มาตรฐานก้าวไกล) 21. happinometer (มุ่งผลสัมฤทธิ์) 23. Case Mix Index (CMI) (มุ่งผลสัมฤทธิ์)
4. ยุทธศาสตร์พัฒนาระบบบริหารจัดการที่เป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)	8. จำนวนครั้งการให้บริการผิดคน/จำนวนAE ที่เกิดจากการให้บริการผิดคน (มาตรฐานก้าวไกล) 9. จำนวน Advers Event (AE) จากความคลาดเคลื่อนทางยา (มาตรฐานก้าวไกล) 12. อัตราความพึงพอใจ ของผู้ป่วยใน (ประทับใจบริการ) 13. อัตราความพึงพอใจ ของผู้ป่วยนอก (ประทับใจบริการ) 14. จำนวน(ครั้ง)ข้อร้องเรียนที่ส่งผลต่อชื่อเสียงรพ.และ/หรือต้องจ่ายค่าชดเชยตามเกณฑ์มาตรา 41 (ประทับใจบริการ) 15. ระยะเวลาเฉลี่ยในการรอคอยของผู้ป่วยนอก (ประทับใจบริการ) 19. อัตราเงินทุนหมุนเวียน (Current ratio) (มุ่งผลสัมฤทธิ์) 20. อัตราส่วนสินทรัพย์สภาพคล่อง (Quick ratio) (มุ่งผลสัมฤทธิ์) 24. หน่วยบริการที่มีระดับความสำเร็จในการบริหารจัดการระบบการจัดเก็บรายได้ที่มีประสิทธิภาพ ระดับ 5 (มุ่งผลสัมฤทธิ์)

๖. ยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา ประจำปี ๒๕๖๔

ยุทธศาสตร์ ที่ ๑ พัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค (PP&P Excellence)

ยุทธศาสตร์ ที่ ๒ พัฒนาระบบบริการที่เป็นเลิศ (Service Excellence)

ยุทธศาสตร์ ที่ ๓ พัฒนากำลังคนและภาคีเครือข่ายที่เป็นเลิศ (People Excellence)

ยุทธศาสตร์ ที่ ๔ พัฒนาระบบบริหารจัดการที่เป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

๗. ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา ประจำปี ๒๕๖๔

ยุทธศาสตร์	ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	กลุ่มงาน
๑. ยุทธศาสตร์ พัฒนาการส่งเสริม สุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครอง ผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)	๑	๑.๑ อัตราส่วนการตายมารดาไทย	-ไม่เกิน ๑๗ ต่อ แสนการเกิดมีชีพ	สส.
		๑.๒ ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์	-ร้อยละ ๘๐	
		๑.๓ ร้อยละของโรงพยาบาลมีการจัดตั้งและให้บริการคลินิก Pre-Conceptual ที่มีคุณภาพ	-ร้อยละ ๑๐๐	
		๑.๔ อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม (Low Birth Weight)	-ไม่เกินร้อยละ๗	
	๒	ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี พัฒนาการสมวัย	-ร้อยละ ๘๕	สส.
		๒.๑ ร้อยละของเด็ก ๙,๑๘,๓๐,๔๒ และ ๖๐เดือน ได้รับการ คัดกรองพัฒนาการเด็ก	ร้อยละ ๙๐	
		๒.๒ ร้อยละของเด็ก ๙,๑๘,๓๐,๔๒ และ ๖๐ เดือน ได้รับการ คัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า	-ร้อยละ ๒๐	
		๒.๓ ร้อยละของเด็ก ๙,๑๘,๓๐,๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่มี พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม	-ร้อยละ ๙๐	
		๒.๔ ร้อยละของเด็ก ๙,๑๘,๓๐,๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่มี พัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔	-ร้อยละ ๗๐	
	๓	ร้อยละของเด็กวัยเรียน ๖-๑๔ ปี สูงดีสมส่วน	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๗	สส.
	๔	อัตราการดอมมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ปี	ไม่เกิน ๓๒ ต่อพัน ปก	คร.
	๕	ร้อยละความครอบคลุมการได้รับวัคซีนในเด็ก ๐ - ๑๒ ปี ตามเกณฑ์	ร้อยละ ๙๐ / ๙๕	คร.
		๕.๑ ร้อยละของเด็กอายุ ๑ ปี ที่ได้รับวัคซีน MMR๑	ร้อยละ ๙๕	
๕.๒ ร้อยละของเด็กอายุ ๑ ปี ที่ได้รับวัคซีน BCG HB DTP- HB๓ OPV๓ IPV		ร้อยละ ๙๐		
๕.๓ ร้อยละของเด็กอายุ ๒ ปี ที่ได้รับวัคซีน DTP๔ OPV๔ LAJE๑		ร้อยละ ๙๐		
๕.๔ ร้อยละของเด็กอายุ ๒ ปี ที่ได้รับวัคซีน MMR๒		ร้อยละ ๙๕		
๕.๕ ร้อยละของเด็กอายุ ๓ ปี ที่ได้รับวัคซีน LAJE ๒		ร้อยละ ๙๐		
๕.๖ ร้อยละของเด็กอายุ ๕ ปี ที่ได้รับวัคซีน DTP๕ OPV๕		ร้อยละ ๙๐		
๕.๗ ร้อยละของเด็กนักเรียน ป๑ เฉพาะรายที่ได้รับวัคซีนไม่ ครบ		ร้อยละ ๙๕		
๕.๘ ร้อยละของเด็กนักเรียนหญิงป.๕ ที่ได้รับวัคซีน HPVs		ร้อยละ ๙๕		
๕.๙ ร้อยละของเด็กนักเรียน ป๖ ที่ได้รับวัคซีน dTs	ร้อยละ ๙๕			

ยุทธศาสตร์	ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	กลุ่มงาน
๑. ยุทธศาสตร์ พัฒนาการส่งเสริม สุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครอง ผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)	๖	ร้อยละของหน่วยงานระดับอำเภอได้คะแนนการประเมิน ระบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงาน ระดับ ๕	ร้อยละ ๖๐	คร.
	๗	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี	ร้อยละ ๙๕	สส.
		๗.๑ ผู้สูงอายุได้รับการประเมินคัดกรองADL	≥ร้อยละ ๙๕	
		๗.๒ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมมีสุขภาพดี	ร้อยละ ๙๘	
	๘	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลอื่นที่มีภาวะ พึ่งพิง ได้รับการดูแลตาม Care Plan	ร้อยละ ๘๕	สสม.
	๙	๙.๑ ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนา คุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	ร้อยละ ๘๐	สสม.
		๙.๒ ร้อยละของอำเภอมีธรรมนูญตำบล(อย่างน้อยอำเภอละ ๑ ตำบล)	ร้อยละ ๑๐๐	
	๑๐	ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบ ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ ๙๕	คป.
	๑๑	ร้อยละของโรงพยาบาล (สถานพยาบาล) ที่พัฒนาอนามัย สิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN AND CLEAN HOSPITAL -ระดับดีขึ้นไป	ร้อยละ ๘๐	อวล.
			ร้อยละ ๔๐	
	๑๒	อำเภอ /ตำบล มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อม และสุขภาพอย่างบูรณาการ มีประสิทธิภาพและยั่งยืน	ร้อยละ ๑๐๐	อวล.
			ร้อยละ ๑๐๐	
			ร้อยละ ๑๐๐	
			ร้อยละ ๑๐๐	
			ร้อยละ ๑๐๐	
	๑๓	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานอำเภอ TO BE NUMBER ONEผ่านระดับ ๕	ร้อยละ ๙๐	ยส.
๑๔	ร้อยละของเด็กกลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free)	ร้อยละ ๗๐	ทต.	
	๑๔.๑ หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจและป้องกันสุขภาพ ช่องปาก	ร้อยละ ๘๐		
	๑๔.๒ เด็ก ๔-๑๒ ปี ได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์	ร้อยละ ๕๐		
	๑๔.๓ เด็ก ๖-๑๒ ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันในฟัน กรมถาวร	ร้อยละ ๕๐		
๑๕	ลดเสี่ยง ลดโรค ลดพิการ จากโรคเบาหวาน และความดัน โลหิตสูง	ร้อยละการตรวจติดตามผู้สงสัยผู้ป่วย DM / HT	ร้อยละ ๘๐	NCD
		๑๕.๒ อัตราการเกิดผู้ป่วย DM รายใหม่ จากกลุ่มเสี่ยง	ไม่เกินร้อยละ ๑.๘๕	
		๑๕.๓ ร้อยละของกลุ่มสงสัย HT ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วย HT รายใหม่	ไม่เกินร้อยละ ๓	
		๑๕.๔ ร้อยละอัตราการคุมน้ำตาล (A๑C) ของผู้ป่วย DM	ร้อยละ ๔๐	
๑๖	การดำเนินการ "ตำบล Healthy All For NCDs"	อย่างน้อยอำเภอละ ๑ตำบล	NCD	โม

ยุทธศาสตร์	ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	กลุ่มงาน
๒. ยุทธศาสตร์พัฒนาระบบบริการที่เป็นเลิศ (Service Excellence)	๑๗	ระดับความสำเร็จ ของการลดภาวะแทรกซ้อน ลดตาย ด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	ระดับ ๓ ร้อยละ ๘๐	NCD
		๑๗.๑ ร้อยละผู้ป่วยเบาหวาน ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางเท้า	ร้อยละ ๖๐	
		๑๗.๒ ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตา	ร้อยละ ๖๐	
		๑๗.๓ ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานมีการฉีดปกติได้รับการส่งต่อ Laser	ร้อยละ ๘๐	
		๑๗.๔ ร้อยละของการคัดกรอง AF ในกลุ่มผู้ป่วย DM/HT กลุ่มอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป	ร้อยละ ๗๐	
		๑๗.๕ ร้อยละของผู้ป่วยCKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๕ ml/min/๑.๗๓m <sup>๒</sup> /yr	ร้อยละ ๖๖	
	๑๘	อัตราความสำเร็จของการรักษาโรคไตเรื้อรัง	ร้อยละ ๘๗	ศร.
	๑๙	ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดได้รับการตรวจ วินิจฉัยรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ร้อยละ ๒๐.๕	ผท.
		-รพท.	ร้อยละ ๕.๕	
		-รพท.	ร้อยละ ๑๒	
		-รพ.ม๒	ร้อยละ ๑๒.๕	
		-รพช.	ร้อยละ ๒๐	
		-รพ.สต.	ร้อยละ ๒๘	
	๒๐	อัตราการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	ไม่เกินร้อยละ ๒๘	พบ.
	๒๑	ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรกได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด	ร้อยละ ๘๐	NCD
		๒๑.๑ ร้อยละของการคัดกรองมะเร็งเต้านม	ร้อยละ ๙๐	
		๒๑.๒ ร้อยละของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	ร้อยละ ๒๐	
		๒๑.๓ ร้อยละของการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ /ไส้ตรง	ร้อยละ ๑๐	
	๒๒	๒๒.๑ ร้อยละของรพ.ระดับ M, F ในจังหวัดให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (Intermediate bed/ward)	ร้อยละ ๔๐	พบ.
		๒๒.๒ ผู้ป่วย Stroke , Traumatic brain injury และ Spinal cord injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel Index < ๗๕ รวมทั้ง Barthel Index ≥ ๗๕ with multiple impairment ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel Index = ๑๐๐	ร้อยละ ๖๕	
	๒๓	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ใน A/M๑/M๒	ร้อยละ ๖๐	พบ.
	๒๔	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน ECS ระดับ ๕	ร้อยละ ๖๐	EMS
	๒๕	ร้อยละของประชาชนในอำเภอ มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิดูแลด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว	ร้อยละ ๕๐	สสม.

ยุทธศาสตร์	ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	กลุ่มงาน	
๒. ยุทธศาสตร์พัฒนาระบบบริการที่เป็นเลิศ (Service Excellence)	๒๖	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้อย่างสมเหตุผล (RDU)		ค.บ.	
		- RDU ชั้น ๒	-ร้อยละ ๖๐		
		- RDU ชั้น ๓	-ร้อยละ ๔๐		
๒๗	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)	๒๗.๑ โรงพยาบาลระดับ A,S,M๑ มีการจัดการ AMR ระดับ intermediate	ร้อยละ ๑๐๐	ค.บ.	
		๒๗.๒ อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด (รพ.ระดับ A,S,M๑)	-น้อยกว่า ร้อยละ ๑๕ (เทียบกับปี ๖๑)		
๓. ยุทธศาสตร์พัฒนากำลังคนและภาคีเครือข่ายที่เป็นเลิศ (People Excellence)	๒๘	ร้อยละของหน่วยบริการที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ เกณฑ์ที่คะแนน	ร้อยละ ๑๐๐	บ.ค.	
	๒๙	ร้อยละของหน่วยบริการที่เป็นองค์กรแห่งความสุขผ่านระดับ ๕	ร้อยละ ๙๕	บ.ค.	
๔. ยุทธศาสตร์พัฒนาระบบบริหารจัดการที่เป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)	๓๐	ร้อยละของหน่วยบริการเป็น Smart Hospital		พ.ย.	
		- โรงพยาบาล A, M๑, M๒	ร้อยละ ๑๐๐		
		-โรงพยาบาล F๑-F๓	ร้อยละ ๑๐๐		
	๓๑	ร้อยละของหน่วยงานมีการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ(PMQA) ระดับ ๕	ร้อยละ ๑๐๐	พ.ย.	
	๓๒	ร้อยละของโรงพยาบาลทุกระดับผ่านเกณฑ์รับรองคุณภาพมาตรฐานHA	-รพศ./รพท./รพช. ผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓ คงสถานะรับรอง	ร้อยละ ๑๐๐	พ.บ.
			-รพช.แห่งใหม่ (รพ.เสีดา ,รพ.บัวลาย ,รพ.เทพารักษ์) ผ่านการรับรอง ชั้น ๒	ร้อยละ ๑๐๐	
	๓๓	ร้อยละของ รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพรพ.สต. ตีตราระดับ ๕ ดาว	-ร้อยละ ๙๐ (สะสม) -Re-acc อำเภอสละ๑แห่ง	ส.สม.	
	๓๔	จำนวนงานวิจัย หรือนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือพัฒนาต่อยอดของหน่วยงานผ่านเกณฑ์	- CUP เล็ก รพ. ๑ ผลงาน, สสอ. หรือ รพ.สต. ๑ ผลงาน	รวม ๒ ผลงาน	พ.ย.
			- CUP กลาง รพ. ๒ ผลงาน, สสอ. หรือ รพ.สต. ๑ ผลงาน	รวม ๓ ผลงาน	
			-CUP ใหญ่ รพ. ๒ ผลงาน, สสอ. หรือ รพ.สต. ๒ ผลงาน	รวม ๔ ผลงาน	
๓๕	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบความสำเร็จในการบริหารจัดการระบบการจัดเก็บรายได้ที่มีประสิทธิภาพ ระดับ ๕	ไม่เกิน ร้อยละ ๒	ป.ก.		
๓๖	ร้อยละของหน่วยบริการที่มีระดับความสำเร็จในการบริหารจัดการระบบการจัดเก็บรายได้ที่มีประสิทธิภาพ ระดับ ๕	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐	ป.ก.		
๓๗	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA : Integrity and Transparency Assessment	ร้อยละ ๙๒	ก.		
๓๘	ร้อยละของโรงพยาบาลมีระบบการควบคุมภายใน ๕ มิติ	ร้อยละ ๑๐๐	บ.		