

การกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดการปฏิบัติงานระดับฝ่าย ประจำปี พ.ศ. 2569													
หน่วยงาน เทศบาลนครแพทย์													
ชื่อแผนงานของระดับสูงขึ้นไป	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	แผนปฏิบัติงานของหน่วยงาน (action plan)	ตัวชี้วัด	base line ปีก่อน	เป้าหมาย				ค่า cutoff	วิธีการวัดผล	น้ำหนัก	ผู้รับผิดชอบ
						Q1	Q2	Q3	Q4				
งานตามนโยบายของกระทรวงฯ จังหวัด และโรงพยาบาล													
1	พัฒนาระบบความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety),บุคลากร (Personnel Safety) และประชาชนโดยรวม (People Safety)	การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด การระบุตัวผิดพลาต เเจาะเลือดหรือทำหัตถการผิดคนผิดข้าง การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยา คลาดเคลื่อน	0	กำกับและติดตามการให้บริการให้ได้ตามมาตรฐาน	1) อัตราการเตรียมส่วนประกอบเลือดได้ถูกต้อง	> 90%	100%	100%	100%	100%		LIS,Hos xp	จุฬาทิพย์
					3) อัตราการรายงานผลทางห้องปฏิบัติการคลาดเคลื่อน ลดลง	< 3	< 3	< 3	< 3	< 3		LIS,Hos xp	จุฬาทิพย์
					4) ลดจำนวนการเจาะเลือดผิดคน (ครั้ง)	2 ครั้ง	2 ครั้ง	2 ครั้ง	2 ครั้ง	1 ครั้ง		LIS,Hos xp	วิลาสินี
					5) อัตราการติดเชื้อในบุคลากร	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง		ระบบ IC	ไตรรัตน์
2	ลดอัตราการส่งตรวจLABเกินความจำเป็นและการส่งตรวจLABน้อยกว่าความจำเป็น ลง 3% (RLU)	ลดอัตราการส่งตรวจLABโดยเกินความจำเป็น การส่งตรวจLABน้อยกว่าความจำเป็น	< 10	1) ประชุมชี้แจงแนวทางปฏิบัติกำหนดตัวชี้วัดให้แก่หน่วยงานรับทราบ 2) ติดตามและประเมินผล 3) ประชุมชี้แจงข้อจำกัดและแจ้งผลการดำเนินงาน	1) ร้อยละการตรวจHbA1cตรวจซ้ำภายใน 90 วัน	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10		HDC	ไตรรัตน์
					2) ร้อยละการตรวจHbA1cอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	>70	>70	>70	>70	>70		HDC	ไตรรัตน์
					3) ร้อยละการส่งตรวจHb typing ซ้ำ	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10		HDC	ไตรรัตน์
					4) ร้อยละการส่งตรวจHb typing หลังผู้ป่วยได้รับเลือดภายใน 90 วัน	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10		HDC	ไตรรัตน์
					5) อัตราการไม่ตรง Anti-HCV ภายในระยะเวลา 9๐ วันเป้าหมายมากกว่าร้อยละ ๙๐ (คนที่เคยตรวจให้ได้ผลบวกแล้วไม่ควรตรวจซ้ำ)	ไม่มีการประเมิน	< 90	< 90	< 90	< 100		LIS,Hos xp	ไตรรัตน์
					6) ร้อยละของการส่งตรวจเลือดโทรยด์ กรณี เพื่อการ follow up ต่อตามผลเป้าหมายส่งตรวจแบบชุด (Profile) และติดตามไม่น้อยกว่า 60วัน	ไม่มีการประเมิน	< 50	< 50	< 50	< 50		LIS,Hos xp	ไตรรัตน์
3	พัฒนาคุณภาพการให้บริการ (Service Quality)	เพิ่มคะแนนความพึงพอใจโดยรวมทั้งผู้ป่วยและผู้ร่วมงาน	90	1) เจ้าหน้าที่ service mind ให้บริการดูญาติมิตร 2) ให้คำแนะนำและข้อมูลการรับบริการอย่างถูกต้อง ครบถ้วน 3)ลดระยะเวลารอคอยไม่ให้เกิน Turn around time ของแต่ละการทดสอบ 4) กำหนดให้ความพึงพอใจของผู้รับบริการ เป็น KPI	1) ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการภายนอก ต่อการให้บริการของห้องปฏิบัติการ (ด้านพฤติกรรมบริการ การได้รับข้อมูลการรักษาที่ครบถ้วน สถานที่ และระยะเวลารอคอย)	85%	90%	90%	90%	90%		แบบประเมินความพึงพอใจ	ทุกคน
					2) ร้อยละความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่แต่ละหน่วยงานต่อการให้บริการของห้องปฏิบัติการ (ด้านพฤติกรรมบริการ การได้รับข้อมูลการรักษาที่ครบถ้วน สถานที่ และระยะเวลารอคอย)	90%	95%	95%	95%	95%		แบบประเมินความพึงพอใจ	ทุกคน
6	การพัฒนาคุณภาพ/บริหารความเสี่ยง	1. มีการบันทึกความเสี่ยงทุกเหตุการณ์ที่พบ 2. ร้อยละความสำเร็จของการบริหารความเสี่ยง (ติดตามจากทะเบียนความเสี่ยง)	12 75%	มีการทบทวนความเสี่ยงทุกเดือนที่มีการประชุมฝ่ายประจำเดือน โดยทบทวนจาก ความเสี่ยงจากความเสี่ยงที่พบ เพื่อนำมาพัฒนางานประจำให้ดีขึ้นมีการกำกับติดตามผลการมีมีการกำหนดแนวทางการรวมกับทีมอื่น	1. จำนวนเรื่องที่ยรายงานภายในหน่วยงานและการรายงานในระบบบริหารความเสี่ยงโดย RM network 2. ร้อยละความสำเร็จของการบริหารความเสี่ยง (ติดตามจากทะเบียนความเสี่ยง)	> 80%	> 60%	> 70%	> 80%	> 90%		risk register	จุฬาทิพย์
7	การพัฒนาคุณภาพทางห้องปฏิบัติการ	1. ผ่านการประเมินระบบการประเมินคุณภาพทางห้องปฏิบัติการ (MOPH ,LA) และคงสถานะ	ผ่านการประเมิน	ปฏิบัติงานตามมาตรฐานคุณภาพทางห้องปฏิบัติการ	1.ผ่านการประเมินระบบการประเมินคุณภาพทางห้องปฏิบัติการ (MOPH ,LA) และคงสถานะ	ผ่านการประเมิน	ผ่านการประเมิน	ผ่านการประเมิน	ผ่านการประเมิน	ผ่านการประเมิน		การประเมินจากกระทรวงสาธารณสุขหรือสภาเทคนิคการแพทย์	ทุกคน
งานประจำที่สำคัญ (routine jobs)													
1	จัดระบบบริการ สถานที่ อุปกรณ์ พร้อมใช้งาน	1) ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการภายนอกต่อการให้บริการของห้องปฏิบัติการ (ด้านพฤติกรรมบริการ การได้รับข้อมูลการรักษาที่ครบถ้วน สถานที่ และระยะเวลารอคอย)	100%	1) ปรับปรุงสถานที่ให้บริการให้สะอาด สะอาด ปลอดภัยตามมาตรฐานห้องปฏิบัติการ 2) ทบทวนการเตรียมตัวอย่างสิ่งส่งตรวจเป็นประจำทุกเดือน 3) จัดทำแผนและทะเบียนการบำรุงรักษาเครื่องมือสำคัญเพื่อให้พร้อมต่อการใช้งาน	1. ร้อยละความพร้อมใช้ของเครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ในห้องปฏิบัติการ และวัสดุสำนักงานในหน่วยงาน	90%	90%	95%	95%	100%		แบบประเมิน	พงศ์เทพ
					2.ร้อยละเตรียมตัวอย่างสิ่งส่งตรวจได้ถูกต้องตามTest ทันเวลา	90	90%	95%	95%	100%		แบบประเมิน	พงศ์เทพ
					3. ร้อยละทำหนังสือส่งและบรรจุสิ่งส่งตรวจ กรณีส่งสิ่งส่งตรวจภายนอกหน่วยงานสมบูรณ์ ทันเวลา	90	90%	95%	95%	100%		แบบประเมิน	พงศ์เทพ
					4. ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อความสะอาดอาคารและสถานที่ตรวจห้องปฏิบัติ	90	90%	90%	90%	95%		แบบประเมินความพึงพอใจ	พงศ์เทพ
2	กระบวนการตรวจวิเคราะห์ Preanalysis , Analysis , Post analysis	ลดอัตราการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ ลดร้อยละการไม่ได้อายงานคำวิฤต	< 3 < 3	< 3 < 3	1) ทบทวนการเก็บตัวอย่างแก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องปีละ 1 ครั้ง	< 5%	< 5%	< 5%	< 5%	< 5%		แบบบันทึกการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ	ไตรรัตน์

การกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดการปฏิบัติงานระดับฝ่าย ประจำปี พ.ศ. 2569

หน่วยงาน เทคนิคการแพทย์

ชื่อแผนงานของระดับสูงขึ้นไป		ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	แผนปฏิบัติงานของหน่วยงาน (action plan)	ตัวชี้วัด	base line ปีก่อน	เป้าหมาย				ค่า cutoff	วิธีการวัดผล	น้ำหนัก	ผู้รับผิดชอบ
							Q1	Q2	Q3	Q4				
		ลดอัตราการรายงานผลทางห้องปฏิบัติการคลาดเคลื่อน ลดลง		2) จัดทำแผนและทะเบียนการบำรุงรักษาเครื่องมือสำคัญ 3) จัดทำแผนและทะเบียนการบำรุงรักษาเครื่องมือสำคัญเพื่อให้พร้อมต่อการใช้งาน 4) ทบทวนปฏิบัติงานตามมาตรฐาน IC	2.การควบคุมคุณภาพห้องปฏิบัติการภายนอก (EQA) ได้รับใบรับรองคุณภาพทุกกลุ่มงาน	90%	90%	95%	95%	100%		ระบบรายงานผลE QA กรมวิทย์		จุฑาทิพย์
					3.การตรวจANCทั้งหมดถูกต้องและทันเวลา	90%	90%	95%	95%	100%		ทะเบียนANC		จุฑาทิพย์
					4. อัตราจัดการระบบการส่งตัวอย่างตรวจจุลพยาธิวิทยาในหญิงตั้งครรภ์และสามีและก ารคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ซินโดรมได้ถูกต้อง มีคุณภาพเป็นไปตามข้อกำหนดของสถาบันที่รับการตรวจวิเคราะห์ ทันเวลา	100%	90%	95%	95%	100%		ระบบสปสข		จุฑาทิพย์
					5.การส่งตัวอย่างตรวจผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง สงสัยวินโรคได้ถูกต้อง มีคุณภาพเป็นไปตามข้อกำหนดของสถาบันที่รับการตรวจวิเคราะห์ ทันเวลา	100%	80%	85%	90%	100%		NTIP		ไตรรัตน์
					6.อัตราการรายงานคำวินิจฉัยถูกต้อง ทันเวลา	100%	100%	100%	100%	100%		LIS,Hos xp		วิลาสินี
3	อัตราการพร้อมใช้ของวัสดุและน้ำยาในการทดสอบทางห้องปฏิบัติการ	เพิ่มการบริหารจัดการคลังและจัดซื้อวัสดุและน้ำยาในการทดสอบทางห้องปฏิบัติการให้เพียงพอต่อความต้องการ	100%	1) การรายงาน Strock วัสดุและน้ำยาเป็นประจำ 2) เพิ่มการ Strock น้ำยา	1.อัตราการรายงานน้ำยาและวัสดุวิทยาศาสตร์ประจำเดือนทุกเดือน 2.อัตราการรายงานคลัง การจัดซื้อครบถ้วนทุกเดือน	80% 100%	85% 85%	90% 90%	95% 95%	100% 100%		แบบประเมินความพึงพอใจ		ไตรรัตน์
4	learning and imporovement มีการเรียนรู้และพัฒนางานประจำอย่างต่อเนื่อง	มีการพัฒนางาน CQI R2R อย่างต่อเนื่อง	100%	1.มีผลงานการพัฒนางานประจำภายในกลุ่มงานปีละ 1 ผลงาน	1.มีผลงานการพัฒนางานประจำภายในกลุ่มงานปีละ 1 ผลงาน	100%	100%	100%	100%	100%				ทุกคน
5	ปรับปรุงกระบวนการให้ราบรื่นและลดอุปสรรค Lean ช่วยให้ทีมงานสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ลดเวลาที่เสียไปกับขั้นตอนที่ไม่ก่อให้เกิดมูลค่า	พัฒนาระบบการรายงานผลการควบคุมคุณภาพผ่านระบบ QR Code แทนการใช้กระดาษ	100%	1.อัตราการรายงานผลผ่านระบบQR Code ทุกการทดสอบ มีการรายงานประจำทุกวัน	1.อัตราการรายงานผล IQCผ่านระบบQR Code ทุกการทดสอบ มีการรายงานประจำทุกวัน 2.อัตราการรายงานผลการควบคุมอุณหภูมิตู้เย็นผ่านระบบQR Code ทุกการทดสอบ มีการรายงานประจำทุกวัน	100% 100%	100% 100%	100% 100%	100% 100%	100% 100%		แบบบันทึกIQC, อุณหภูมิตู้เย็น ประจำวัน		วิลาสินี วิลาสินี, พงศ์เทพ