

หน่วยงาน องค์การแพทย์ (ปฐมภูมิ, PCT, MRA, Home ward,.....)

ชื่อแผนงานของระดับสูงขึ้น		ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	แผนปฏิบัติงานของหน่วยงาน (action plan)	ตัวชี้วัด	base line ปัจจุบัน	เป้าหมาย				ค่า cutoff	วิธีการวัดผล	น้ำหนัก	ผู้รับผิดชอบ
							Q1	Q2	Q3	Q4				
แผนงานเชิงกลยุทธ์ (strategic jobs)														
1	พัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิให้มีคุณภาพ เข้าถึงง่าย มีความเชื่อมโยงต่อเนื่องกับระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ เพื่อลดความแออัด และเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลสุขภาพประชาชน	1. ประชาชนได้รับการดูแลโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ผ่านการอบรม และคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ (ทีมสหวิชาชีพ) 1 ครั้ง/สัปดาห์	1 ครั้ง/สัปดาห์	1. จัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิ(Maecharim PCU center) ที่กลุ่มงานฝ่ายเวชและกำหนดคณะกรรมการทำงาน 2. จัดตั้งทีมหมอครอบครัว ประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว, หัวหน้ากลุ่มงานปฐมภูมิรพ.แม่จริม, ผู้อำนวยการรพ.สต.งานIT รพ.แม่จริม, นักกายภาพบำบัด, หัวหน้าพยาบาลผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน/ห้องฉุกเฉิน /ห้องคลอด 3. ออกแบบระบบการทำงานเชื่อมต่อกับรพ.สต โดยมีรพ.แม่จริมเป็นศูนย์กลาง 4. กำหนดแผนออกตรวจPCC สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทุกวันศุกร์เช้า 5. ประชุมทีมPCCร่วมกับทีมรพ.สตทุกแห่ง 4. ลงตรวจเคสและเยี่ยมบ้านในกลุ่มผู้ป่วย HT, DM poor control, กลุ่มเสี่ยงสูงพลัดตกหกล้ม, ผู้สูงอายุติดเตียง, old CVA น้อยกว่า 6 เดือน, LTC/IMC, palliative care เป็นต้น 6. เก็บข้อมูลการลงตรวจและเยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง 7. ประชุมติดตามการลงเยี่ยมกับทุก 4 เดือน	1 มีรพ.แม่จริมเป็น PCC center 1 ศูนย์ 2) มีทีมแพทย์ออกตรวจPCC สัปดาห์ละ 1 ครั้ง 3.ผู้ป่วย old CVA เริ่มวินิจัยภายใน 6 เดือน มี ADL ดีขึ้น ร้อยละ 10 4. ผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าร้อยละ 20 5. อัตราการเกิดกระดูกหักในผู้สูงอายุลดลง 6.ผู้ป่วย palliative care ได้รับการเยี่ยมบ้านภายในระยะเวลา 6 เดือนหลังการวินิจฉัยมากกว่าร้อยละ 80	0 0 ** ** **	25 25 0 0 20	50 50 5 5 40	75 75 10 10 60	100 100 10 15 80		1. ข้อมูลการลงเยี่ยมบ้าน 2. ตารางการออกตรวจPCC C		1.นพ.คณิน 2.บุษบา 3.นิภาพรรณ 4.จุรีรัตน์ 5. ณรงค์ฤทธิ์ 6. ทีมรพ.สต.
		2. ร้อยละของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐาน	100%	1. ตรวจสอบPCUที่ยังไม่ผ่านมาตรฐานและวิเคราะห์หาจุดที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ 2. จัดทำคำสั่งคณะกรรมการ คปคม. ระดับอำเภอ กำหนดทีมพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ เช่นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ผู้อำนวยการรพ.สตทุกแห่ง, หัวหน้าฝ่ายปฐมภูมิรพ.แม่จริม, หัวหน้าแผนกผู้ป่วยใน/ผู้ป่วยนอก/ห้องฉุกเฉิน/ห้องคลอด,งานIT 3. กำหนดแผนการลงเยี่ยมทุกรพ.สตปีละ 1 ครั้ง 4. ลงเยี่ยมแต่ละรพ.สต โดยใช้การไขว้เปลี่ยนกันเป็นคู่รพ.สต	1. หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐาน ร้อยละ 100	**	20	40	60	80	80	1. ข้อมูลการรับรองมาตรฐานหน่วยบริการ 2. การออกตรวจเยี่ยมแต่ละ รพ.สต		1.นพ.คณิน 2.เบญจมาภรณ์ 3.บุษบา 4.ไทรรัตน์ 5. หัตถยา 6.เซ่ง 7.ทีมรพ.สต. 8.IT
	การAdmit คนใช้ Homeward ได้อย่าง	3..เพิ่มการให้บริการผู้ป่วยเคส homeward	จำนวนเคสที่เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันในปีที่ผ่านมา	1.จัดตั้ง Homeward Team” มีแพทย์ พยาบาล OPD/ IPD 2.กำหนดกลุ่มโรคเป้าหมาย”ที่เหมาะสมกับการ Admit Homeward (เช่น HT, DM, UTI, pneumonia, covid-19, pressure sore, active dying เป็นต้น 3.จัดทำแนวทางตามแนวทาง Homeward 4..กำหนดระบบบันทึกข้อมูล Admit Homeward ให้ครบถ้วนใน HOSxP version 3,4 5..ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนส่งทุกเดือน 6.สร้าง Dashboard แสดงจำนวน Admit Homeward ที่ขึ้นทะเบียนและผ่านเกณฑ์ 7. ประชุมติดตามผลร่วมกับ สา/สข จังหวัดราชโอรมาส	1.จำนวนเคส เข้าบริการ Home wardเพิ่มขึ้น 2.จำนวนรายรับจาก home ward เพิ่มขึ้น	** **						Hosexp OPD, IPD		1.พ.พรนับพัน 2.นิภาพรรณ 3.สุพรรณษา

การกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดการปฏิบัติงานระดับฝ่าย ประจำปี พ.ศ. 2568

หน่วยงาน องค์กรแพทย์ (ปฐมภูมิ, PCT, MRA, Home ward,.....)

ชื่อแผนงานของระดับสูงขึ้นไป		ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	แผนปฏิบัติงานของหน่วยงาน (action plan)	ตัวชี้วัด	base line ปัจจุบัน	เป้าหมาย				ค่า cutoff	วิธีการวัดผล	น้ำหนัก	ผู้รับผิดชอบ
							Q1	Q2	Q3	Q4				
การให้บริการการแพทย์ทางไกล (telemedicine) ครอบคลุมทุกพื้นที่		4. มีระบบบริการ Telemedicine ครอบคลุมทุกตำบล	จัดบริการ Telemedicine ทุกตำบล 100%	1..กำหนดทีม ประกอบด้วยแพทย์, ผอ.รพ.สต,งาน IT, พยาบาล NCD/OPD 2.จัดทำแผนดำเนินงานในรพ. แม่จริมและเตรียมเชื่อมโยงเครือข่ายแต่ละรพ.สต 3.ประชุมทำความเข้าใจกับทีมรพ.สต 4.กำหนดเคสที่เข้าร่วม เช่น HT, DM yearly lab รพ.สต เป็นต้น 5.ให้บริการ ทุกวันอังคารหรือพฤหัสบดีบ่าย	1.มีระบบบริการtelemedicine ครอบคลุมทุกตำบล	0	0	20	40	80	80	1. ข้อมูลการให้บริการ Telemedicine จาก HDC		1.น.พ.ณิน 2.กรรณิการ์ 3.IT 4.ทีมรพ.สต.
งานประจำที่สำคัญ (routine jobs)														
1	พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้มีคุณภาพปลอดภัย และผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง	1.ทีม PCT มีระบบการดูแลผู้ป่วยตาม Clinical Pathway และแนวทางมาตรฐาน ≥ 90%	90%	1.มีการจัดทำ/ทบทวน Clinical Pathway สำหรับโรคสำคัญ เช่น -Stroke, STEMI, DM, HT, CKD, -COPD, sepsis, appendicitis, MCH -HIV, TB, STD, Hep B, C 2.มีการติดตามการปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline – CPG) ทุก 1 เดือน	1.มีการกำหนด CPGครอบคลุมโรคสำคัญ มากกว่า ร้อยละ 90 2.มีการติดตามการปฏิบัติตามแนวทาง มากกว่าร้อยละ 90	80 0	50 50	70 70	80 80	90 90	80 80	Hosexp, HDC		1.พ.ณิน 2.พ.พรนันทน์ 3.พ.ปวิณนุช 4.พ.จิรจิตต์
		2. ตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางคลินิกของโรคเป้าหมาย (Clinical Outcome Indicators) ผ่านตามเกณฑ์ ≥ 60%	60%	1.ใช้ข้อมูลจากระบบ HDC / HosXPในการเก็บข้อมูล 2.กำหนดตัวชี้วัดแต่ละกลุ่มโรค เช่น - ผู้ป่วยเบาหวานควบคุม HbA1c ตามเกณฑ์ ≥ ร้อยละ 50 - ผู้ป่วย HT สามารถควบคุม BPได้ตามเกณฑ์ ≥ ร้อยละ 60% - ผู้ป่วย Stroke รายใหม่ลดลง - ผู้ป่วย Stroke fast tarctได้รับการส่งต่อภายใน 30 นาที ≥ 80% - ผู้ป่วย STEMI ได้รับ SK ภายใน 30 นาที ≥ 80% - อัตราการเสียชีวิตจาก STEMI < 10 % - ผู้ป่วย sepsis ได้รับ IV ATB, สารน้ำเหมาะสม ≥ 90 % - ผู้ป่วย sepsis เกิด septic shockขณะadmit <10 % - ผู้ป่วย COPD admission เข้าใน 28 วัน < 10% - Cure rate TB ≥ 80% - STD, HIV, Hep b/Hep C, covid-19 ได้รับการดูแลตามแนวทาง - อัตราการเกิด rupture appendicitis ขณะadmit < 10% 3.ติดตามผลลัพธ์โรคสำคัญทุก 3 เดือน	ร้อยละตัวชี้วัดโรคสำคัญ ผ่านเกณฑ์ มากกว่าร้อยละ 60	50	30	40	50	60	50	HoseXp, HDC		1.พ.ณิน 2.พ.พรนันทน์ 3.พ.ปวิณนุช 4.พ.จิรจิตต์
	การกระตุ้นการรายงานความเสี่ยงมทบทวน และติดตามแนวทางความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง	3. ไม่เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิก ระดับ E ขึ้นไปซ้ำ	0	1.รวบรวมอุบัติการณ์ทางคลินิกระดับ E ขึ้นไปร่วมกับทีม RM 2.ทบทวนวิเคราะห์ RCA (Root Cause Analysis) และสรุปบทเรียนเชิงระบบ 3.จัดทำแนวทางป้องกันซ้ำ (Preventive Action) และสื่อสารให้ทีมทุกหน่วยทราบ 4.ติดตามผลการนำมาตรการไปปฏิบัติจริง(risk monitoring) ทุก 1 เดือน	ไม่พบความเสี่ยงทางคลินิกระดับ E up ซ้ำ	0	0	0	0	0	0	แบบการเก็บข้อมูลของทีม RM		1.พ.ณิน 2.พ.จิรจิตต์

การกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดการปฏิบัติงานระดับฝ่าย ประจำปี พ.ศ. 2568

หน่วยงาน องค์กรแพทย์ (ปฐมภูมิ, PCT, MRA, Home ward,.....)

ชื่อแผนงานของระดับสูงขึ้นไป		ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	แผนปฏิบัติงานของหน่วยงาน (action plan)	ตัวชี้วัด	base line ปีก่อน	เป้าหมาย				ค่า cutoff	วิธีการวัดผล	น้ำหนัก	ผู้รับผิดชอบ
							Q1	Q2	Q3	Q4				
2		4. เพิ่มการรายงานความเสี่ยงโดยองค์กรแพทย์	เพิ่มขึ้นจากช่วงเดียว กันของปีที่ผ่าน มา	1.กำหนดช่องทางการรายงานความเสี่ยง 2.กระตุ้นการรายงานความเสี่ยงของแพทย์ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง 3.รวบรวมและติดตามการรายงานความเสี่ยงโดยแพทย์ ทุก 1 เดือน	จำนวนการรายงานความเสี่ยงของแพทย์ เพิ่มขึ้น	0	10	20	30	40	20 ครั้ง	แบบการเก็บข้อมูลของทีม RM		พ.จิรจิตต์
	การป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล	5. การทำตามแนวทางผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล 100 %	100%	1.กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล 2.รายงานผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาให้ทีมรับทราบ 3.ติดตามการปฏิบัติตามแนวทางทุก 1 เดือน	ร้อยละการปฏิบัติตามแนวทางผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ร้อยละ 100	80	100	100	100	100	80	Hosexp, ข้อมูลแผนกผู้ป่วยใน		พ.พรนับพัน
งานเป้าหมายรวม (policy KPI)														
1	พัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยให้ครบถ้วน ถูกต้อง และสะท้อนคุณภาพการดูแลรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ	1. ร้อยละของเวชระเบียนผู้ป่วยในที่มีผ่านการตรวจสอบคุณภาพตามเกณฑ์ $\geq 90\%$	$\geq 90\%$	1.แต่งตั้งคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพเวชระเบียน 2.ตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยในรายสัปดาห์ 3.วิเคราะห์จุดอ่อนและสื่อสาร feedback กลับแพทย์และพยาบาล	ร้อยละของเวชระเบียนผู้ป่วยในที่มีการตรวจสอบคุณภาพตามเกณฑ์ $\geq 90\%$	80	100	100	100	100	80	ข้อมูลจากฝ่ายงานประกัน		1.พ.คณิน, 2.พ.จิรจิตต์
		2. ร้อยละของเวชระเบียนผู้ป่วยในที่มีการบันทึก diagnosis และ procedure code (ICD-10, ICD-9CM) ถูกต้องตามมาตรฐาน $\geq 90\%$	$\geq 90\%$	1. ตรวจสอบความถูกต้องของ ICD code โดย coder 2. ทบทวนคู่มือมาตรฐานการบันทึกโรค (ICD-10/9CM) 3. จัดประชุมทบทวน error coding รายสัปดาห์ 4. จัดอบรมทบทวนมาตรฐานเวชระเบียนและการ codingโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ปีละ 1 ครั้ง แพทย์ พยาบาล และ coder ร้อยละ 100	ร้อยละของเวชระเบียนผู้ป่วยในที่มีการบันทึก diagnosis/procedure code ถูกต้องตามมาตรฐาน $\geq 90\%$	80	90	90	90	90	80	ข้อมูลจากฝ่ายงานประกัน		1.คณิน, 2.จิรจิตต์
		3.ค่าดัชนี CMI เฉลี่ยของเวชระเบียนผู้ป่วยใน ≥ 0.60	≥ 0.60	1.วิเคราะห์ค่า CMI รายไตรมาส 2. สรุปผลและวางแผนพัฒนาคุณภาพเวชระเบียน 3. ประชุมfeedback ให้แพทย์เข้าใจความสัมพันธ์ระหว่าง CMI กับคุณภาพเวชระเบียน 4.ตรวจสอบเวชระเบียนที่มีค่า CMI ต่ำ เพื่อหาสาเหตุและแนวทางแก้ไข	ค่าดัชนี CMI เฉลี่ยของเวชระเบียนผู้ป่วยใน ≥ 0.60						0.6	ข้อมูลจากฝ่ายงานประกัน		1.คณิน, 2.จิรจิตต์