

เป้าประสงค์ และตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอไผะโกษา จังหวัดสุราษฎร์ธานี  
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๙

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ผู้รับผิดชอบ
วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลคุณภาพชั้นนำด้านการแพทย์เฉพาะทางองค์รวม ที่ได้รับความศรัทธาจากประชาชน		
ยุทธศาสตร์ : ยกระดับคุณภาพการแพทย์เฉพาะทางองค์รวมดิจิทัล		
เป้าประสงค์ : เพิ่มการเข้าถึงบริการช่องทางด่วนในโรคฉุกเฉินวิกฤต ลดอัตราป่วย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิตและลดการส่งต่อในโรคยุทธศาสตร์ที่สำคัญ		
กลยุทธ์ : R๑_ศูนย์การแพทย์		
<b>KPI ๑ อัตราผู้ป่วย stroke เสียชีวิต</b>	<b>น้อยกว่าร้อยละ ๒</b>	<b>ศศิธร</b>
๑.๑ อัตราผู้ป่วย Stroke fast Track มารับบริการภายในเวลา ๔.๕ ชั่วโมง	ร้อยละ ๘๐	ศศิธร
๑.๒ อุบัติการณ์ EWS stroke ล่าช้า	เท่ากับ ๐	ศศิธร
๑.๓. อุบัติการณ์ EWS stroke ผิดพลาด	เท่ากับ ๐	ศศิธร
๑.๔ อัตราผู้ป่วย stroke เกิด aspiration pneumonia ขณะรักษา	น้อยกว่าร้อยละ ๐	ศศิธร
๑.๕ อัตราผู้ป่วย stroke กลับมารักษาซ้ำด้วย aspiration pneumonia ภายใน ๒๘ วัน	ร้อยละ ๐	ศศิธร
<b>KPI ๒ อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย STEMI</b>	<b>น้อยกว่าร้อยละ ๕</b>	<b>ศศิธร</b>
๒.๑ อัตรากลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย STEMI เข้าถึงบริการทางการแพทย์ตั้งแต่เริ่มมีอาการภายในเวลา ๓๐ นาที	ร้อยละ ๑๐๐	ศศิธร
๒.๒ อุบัติการณ์ EWS STEMI ล่าช้า	เท่ากับ ๐	ศศิธร
๒.๓ อุบัติการณ์ EWS STEMI ผิดพลาด	เท่ากับ ๐	ศศิธร
๒.๔ อัตราผู้ป่วย STEMI เข้าถึงการรักษาภายใน ๓๐ นาที	ร้อยละ ๑๐๐	ศศิธร
๒.๕ อัตราผู้ป่วย STEMI ได้รับยา SK ภายใน ๓๐ นาที ภายหลังจากวินิจฉัย	ร้อยละ ๑๐๐	ศศิธร
๒.๖ อัตราผู้ป่วย STEMI ได้รับการส่งต่อเพื่อทำ PCI ภายใน ๑๒๐ นาที ภายหลังจากวินิจฉัย	ร้อยละ ๑๐๐	ศศิธร
๒.๗ อุบัติการณ์วินิจฉัย STEMI ล่าช้า	เท่ากับ ๐	ศศิธร
๒.๘ อุบัติการณ์วินิจฉัย STEMI ผิดพลาด	เท่ากับ ๐	ศศิธร

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ผู้รับผิดชอบ
วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลคุณภาพชั้นนำด้านการแพทย์เฉพาะทางองค์รวม ที่ได้รับความศรัทธาจากประชาชน		
ยุทธศาสตร์ : ยกระดับคุณภาพการแพทย์เฉพาะทางองค์รวมดิจิทัล		
เป้าประสงค์ : เพิ่มการเข้าถึงบริการช่องทางด่วนในโรคฉุกเฉินวิกฤต ลดอัตราป่วย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิตและลดการส่งต่อในโรคยุทธศาสตร์ที่สำคัญ		
KPI ๓ อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Sepsis	เท่ากับ ๐	ศศิธร
๓.๑ กลุ่มเสี่ยง Sepsis (DM Poor control/ผู้ป่วยติดเชื้อ ได้รับทักษะ qSOFA & SIRS Sepsis	ร้อยละ ๑๐๐	ศศิธร
๓.๒ อุบัติการณ์ EWS ในผู้ป่วย Sepsis ผิดพลาด	เท่ากับ ๐	ศศิธร
๓.๓ อุบัติการณ์ EWS ในผู้ป่วย Sepsis ล่าช้า	เท่ากับ ๐	ศศิธร
๓.๔ อุบัติการณ์ วินิจฉัย Sepsis ผิดพลาด	เท่ากับ ๐	ศศิธร
๓.๕ อุบัติการณ์ วินิจฉัย Sepsis ล่าช้า	เท่ากับ ๐	ศศิธร
๓.๖ อุบัติการณ์การให้สารน้ำไม่เหมาะสม (๓๐ cc./Kg. per ๑ hr. แรก) ในรายที่ไม่มีข้อจำกัด	เท่ากับ ๐	ศศิธร
KPI ๔ อัตราการเสียชีวิตของ STBI	ไม่เกินร้อยละ ๑๒	ศศิธร
๔.๑ อัตราผู้ป่วย STBI มาถึงโรงพยาบาลนับจากเวลาเกิดเหตุไม่เกิน ๔๕ นาที	ร้อยละ ๗๐	ศศิธร
๔.๒ อัตราผู้ป่วย mide HI high risk ที่ได้รับกรทำ CT เพื่อประกอบการวินิจฉัยความรุนแรงของโรค	ร้อยละ ๑๐๐	ศศิธร
๔.๓ อัตราการเสียชีวิตขณะส่งต่อ	เท่ากับ ๐	ศศิธร
KPI ๕ อัตราการเสียชีวิตของ Multiple injury	ไม่เกินร้อยละ ๗	ศศิธร
๕.๑ อัตราผู้ป่วย Multiple injury มาถึงโรงพยาบาลนับจากเวลาเกิดเหตุไม่เกิน ๔๕ นาที	ร้อยละ ๗๐	ศศิธร
๕.๒ อัตราผู้ป่วย mide HI high risk ที่ได้รับกรทำ CT เพื่อประกอบการวินิจฉัยความรุนแรงของโรค	ร้อยละ ๑๐๐	ศศิธร
๕.๓ อัตราการเสียชีวิตขณะส่งต่อ	เท่ากับ ๐	ศศิธร
KPI ๖ อัตราการเกิดภาวะ แทรกซ้อน (DKA/ Hypoglycemic coma/ DR/ CKD/ DM Foot/ stroke/ STEMI )	ลดลงร้อยละ ๕	จิณณพัท
๖.๑ อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมโรคได้ (HbA๑C<๗%)	เพิ่มขึ้นร้อยละ ๕	จิณณพัท
๖.๒ อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดภาวะแทรกซ้อนทางตา	ลดลงร้อยละ ๕	จิณณพัท

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ผู้รับผิดชอบ
วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลคุณภาพชั้นนำด้านการแพทย์เฉพาะทางองค์รวม ที่ได้รับความศรัทธาจากประชาชน		
ยุทธศาสตร์ : ยกระดับคุณภาพการแพทย์เฉพาะทางองค์รวมดิจิทัล		
เป้าประสงค์ : เพิ่มการเข้าถึงบริการช่องทางด่วนในโรคฉุกเฉินวิกฤต ลดอัตราป่วย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิตและลดการส่งต่อในโรคยุทธศาสตร์ที่สำคัญ		
๖.๓ อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวาน เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต ลดลงร้อยละ ๕	ลดลงร้อยละ ๕	จិនณพัต
๖.๔ อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวาน เกิดภาวะแทรกซ้อนแผลที่เท้า (DM foot) น้อยกว่าร้อยละ ๕	น้อยกว่าร้อยละ ๕	จិនณพัต
๖.๕ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการคัดกรอง CVD risk และมีค่า >๒๐% ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๐	จិនณพัต
KPI ๗ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน (CKD/ stroke/ STEMI )	ลดลงร้อยละ ๕	จិនณพัต
๗.๑ อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมโรคได้ (BP<๑๔๐/๙๐ mmHg)	เพิ่มขึ้นร้อยละ ๕	จិនณพัต
๗.๒ อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต	ลดลงร้อยละ ๑๐	จិនณพัต
๗.๓ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการคัดกรอง CVD risk และมีค่า >๒๐% ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	ร้อยละ ๘๐	จិនณพัต
KPI ๘ อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง (CKD๓-๔) ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชะลอความเสื่อมของไตได้	มากกว่าร้อยละ ๗๐	จិនณพัต
๘.๑ อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูงเกิดภาวะไตวายเรื้อรังรายใหม่	ลดลงร้อยละ ๕	จិនณพัต
๘.๒ อัตราการคัดกรอง CKD ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิต (ผู้ป่วย CKD Stage ๓b ได้รับการติดตาม เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม)	เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ ๘๐	จិនณพัต
๘.๓ ACEi ARB	ร้อยละ ๖๐	จិនณพัต
๘.๔ ล้างไตทางหน้าท้อง ได้รับการเยี่ยมบ้าน	ร้อยละ ๑๐๐	จិនณพัต
KPI ๙ อัตราผู้ป่วยรับการผ่าตัดทาง Orthopedic Surgery แบบ One Day Surgery มีระยะเวลาในการอยู่ในโรงพยาบาลตั้งแต่ ๒ ชั่วโมงถึงเวลาจำหน่ายออกไม่เกิน ๒๔ ชั่วโมง	ร้อยละ ๑๐๐	จารุวรรณ/สุมนา
๙.๑ อุบัติการณ์การคัดกรองผู้ป่วยผ่าตัด Orthopedic Surgery แบบ One Day Surgery ผิดพลาด	เท่ากับ ๐	จารุวรรณ/สุมนา
๙.๒ อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำผ่าตัด ของ Orthopedic Surgery แบบ One Day Surgery	เท่ากับ ๐	จารุวรรณ/สุมนา

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ผู้รับผิดชอบ
วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลคุณภาพชั้นนำด้านการแพทย์เฉพาะทางองค์รวม ที่ได้รับความศรัทธาจากประชาชน		
ยุทธศาสตร์ : ยกระดับคุณภาพการแพทย์เฉพาะทางองค์รวมดิจิทัล		
เป้าประสงค์ : เพิ่มการเข้าถึงบริการช่องทางด่วนในโรคฉุกเฉินวิกฤต ลดอัตราป่วย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิตและลดการส่งต่อในโรคยุทธศาสตร์ที่สำคัญ		
๙.๓ ร้อยละผู้ป่วยรับการผ่าตัด Orthopedic Surgery แบบ One Day Surgery จำหน่ายออกไม่เกิน ๒๔ ชั่วโมง	ร้อยละ ๑๐๐	จากรุวรรณ/สุมนา
KPI ๑๐ ผู้ป่วย intertrochanteric fracture เกิดภาวะ bedridden	น้อยกว่าร้อยละ ๒๐	นพ.ธนพัฒน์
๑๐.๑ อุบัติการณ์วินิจฉัยผิดพลาด	เท่ากับ ๐	นพ.ธนพัฒน์
๑๐.๒ อัตราผู้ป่วย Fracture HIP ได้รับการผ่าตัดภายใน ๗๒ ชั่วโมง	ร้อยละ ๑๐๐	นพ.ธนพัฒน์
๑๐.๓ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน (Pulmonary embolism/DVT / ปอดอักเสบ / UTI)	เท่ากับ ๐	นพ.ธนพัฒน์
KPI ๑๑ อัตราผู้ป่วยที่มีโรคทางมือมีความสามารถในการใช้งานของมือที่ดีขึ้น	ร้อยละ ๑๐๐	นพ.ธนพัฒน์
๑๑.๑ ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดมี DASH score	เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๑๐๐	จากรุวรรณ
๑๑.๒ ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูหลังผ่าตัดมีความสามารถทางมือดีขึ้น	ร้อยละ ๑๐๐	จากรุวรรณ
KPI ๑๒ High risk pregnancy: เข้าถึงคลินิกครรภ์เสี่ยง	ร้อยละ ๑๐๐	กานดา
๑๒.๑ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงได้รับการฝากครรภ์ก่อน ๑๒ สัปดาห์	ร้อยละ ๗๐	กานดา
๑๒.๒ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงได้รับการฝากครรภ์ครบ ๘ ครั้ง	ร้อยละ ๗๐	กานดา
๑๒.๓ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงได้รับการฝากครรภ์ต่อเนื่อง	ร้อยละ ๑๐๐	กานดา
๑๒.๔ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงได้รับการดูแลโดยสูติแพทย์	ร้อยละ ๑๐๐	กานดา
KPI ๑๓ อัตราการเสียชีวิตของมารดาจากการตกเลือดหลังคลอด	ร้อยละ ๐	กานดา
๑๓.๑ อุบัติการณ์ EWS PPH ล่าช้า	เท่ากับ ๐	กานดา
๑๓.๒ อุบัติการณ์ TAH จากภาวะ PPH ที่ป้องกันได้	เท่ากับ ๐	กานดา
๑๓.๓ อัตราการเกิด Tetanic contraction จากการใช้ยาแรงคลอด	น้อยกว่าร้อยละ ๕	กานดา
KPI ๑๔ High risk preterm ได้รับการคลอดหลัง ๓๖ สัปดาห์	ร้อยละ ๘๐	กานดา

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ผู้รับผิดชอบ
วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลคุณภาพชั้นนำด้านการแพทย์เฉพาะทางองค์รวม ที่ได้รับความศรัทธาจากประชาชน		
ยุทธศาสตร์ : ยกระดับคุณภาพการแพทย์เฉพาะทางองค์รวมดิจิทัล		
เป้าประสงค์ : เพิ่มการเข้าถึงบริการช่องทางด่วนในโรคฉุกเฉินวิกฤต ลดอัตราป่วย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิตและลดการส่งต่อในโรคยุทธศาสตร์ที่สำคัญ		
๑๔.๑ การยับยั้งการคลอด GA>๒๕ สัปดาห์ได้สำเร็จ	ร้อยละ ๙๐	กานดา
๑๔.๒ High risk preterm รับประทาน Progesterone	ร้อยละ ๑๐๐	กานดา
KPI ๑๕ อัตราการเกิด Birth Asphyxia	ไม่เกิน ๓๐: ๑๐๐๐ การเกิดมีชีพ	กานดา
๑๕.๑ อุบัติการณ์ EWS BA ล่าช้า	เท่ากับ ๐	กานดา
๑๕.๒ อัตราการ Refer ด้วย BA	ลดลงร้อยละ ๕๐	กานดา
KPI ๑๖ อัตราผู้ป่วย Pneumonia ในเด็กเกิดภาวะ respiratory failure	น้อยกว่าร้อยละ ๑	พญ.นัทธพร
๑๖.๑ อุบัติการณ์ EWS pneumonia ในเด็กผิวดำ	เท่ากับ ๐	พญ.นัทธพร
๑๖.๒ อัตราการช่วยหายใจโดยการใช้ HHHFNC ในผู้ป่วย pneumonia ที่มีภาวะ respiratory distress	ร้อยละ ๑๐๐	พญ.นัทธพร
KPI ๑๗ อัตราผู้ป่วยเด็กที่นอนโรงพยาบาลด้วย asthmatic attack เกิดภาวะ Respiratory failure	เท่ากับ ๐	พญ.นัทธพร
KPI ๑๘ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	≤ ๗.๘ ต่อ ประชากรแสนคน	สายพิณ
๑๘.๑ กลุ่มสูงอายุ (มากกว่า ๖๐ ปี) ได้รับการคัดกรองโรคซึมเศร้า	ร้อยละ ๙๐	สายพิณ
๑๘.๒ กลุ่มเสี่ยง/ป่วยซึมเศร้าจากการคัดกรองเข้าถึงบริการ	ร้อยละ ๘๐	สายพิณ
KPI ๑๙ ผู้ป่วยจิตเภทเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	ร้อยละ ๘๐	สายพิณ
๑๙.๑ ผู้ป่วยจิตเภทขาดยา ได้รับการติดตาม	ร้อยละ ๘๐	สายพิณ
KPI ๒๐ กลุ่มวัยรุ่นเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	ร้อยละ ๘๐	สายพิณ
๒๐.๑ กลุ่มวัยรุ่น (๑๓-๑๙ ปี /ม.๑-ม.๖) ได้รับการคัดกรองโรคซึมเศร้า	ร้อยละ ๘๐	สายพิณ
๒๐.๒ วัยรุ่น (๑๓-๑๙ ปี) กลุ่มป่วย/เสี่ยงซึมเศร้า เข้าถึงการรักษา	ร้อยละ ๘๐	สายพิณ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ผู้รับผิดชอบ
วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลคุณภาพชั้นนำด้านการแพทย์เฉพาะทางองค์รวม ที่ได้รับความศรัทธาจากประชาชน		
ยุทธศาสตร์ : ยกระดับคุณภาพการแพทย์เฉพาะทางองค์รวมดิจิทัล		
เป้าประสงค์ : เพิ่มการเข้าถึงบริการช่องทางด่วนในโรคฉุกเฉินวิกฤต ลดอัตราป่วย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิตและลดการส่งต่อในโรคยุทธศาสตร์ที่สำคัญ		
KPI ๒๑ ผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (เฉพาะสมัครใจ) (Retention Rate)	ร้อยละ ๗๐	สายพิณ
๒๑.๑ ค้นหาคัดกรองผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา	ร้อยละ ๘๐	สายพิณ
๒๑.๒ ผู้เสพสารเสพติดเข้ารับการบำบัดครบตามเกณฑ์ ไม่กลับไปเสพซ้ำ	ร้อยละ ๗๐	สายพิณ
KPI ๒๒ ผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในเขตสุขภาพได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ	ร้อยละ ๘๗	สายพิณ
๒๒.๑ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง	ร้อยละ ๙๐	สายพิณ
KPI ๒๓ ผู้สูงอายุตาบอดจากต้อกระจก	เท่ากับ ๐	ลลิตา
๒๓.๑ ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองต้อกระจก	ร้อยละ ๙๕	ลลิตา
๒๓.๒ ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองต้อกระจกผิดปกติได้พบจักษุแพทย์	ร้อยละ ๑๐๐	ลลิตา
๒๓.๓ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยต้อกระจกได้รับการผ่าตัด	ร้อยละ ๘๐	ลลิตา
๒๓.๔ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยต้อกระจกได้รับการผ่าตัดภายใน ๑ เดือน	ร้อยละ ๑๐๐	ลลิตา
๒๓.๕ ผู้สูงอายุที่ปฏิเสธการผ่าตัดได้รับการดูแลติดตามต่อเนื่อง	ร้อยละ ๑๐๐	ลลิตา
KPI ๒๔ เด็กอายุ ๓ ปี ปราศจากฟันผุ	ร้อยละ ๗๗	ชญญา
๒๔.๑ เด็กอายุ ๐-๒ ปี ได้รับจากตรวจฟัน	ร้อยละ ๕๕	ชญญา
๒๔.๒ เด็กอายุ ๐-๒ ปี ได้รับการทาฟลูออไรด์	ร้อยละ ๕๕	ชญญา
๒๔.๓ เด็กอายุ ๓ ปี ได้รับการการตรวจฟัน	ร้อยละ ๕๐	ชญญา
KPI ๒๕ เด็กอายุ ๑๒ ปี มีฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free)	ร้อยละ ๗๐	ชญญา
๒๕.๑ เด็กอายุ ๖-๑๒ ปี ได้รับการตรวจฟัน	ร้อยละ ๖๐	ชญญา

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ผู้รับผิดชอบ
วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลคุณภาพชั้นนำด้านการแพทย์เฉพาะทางองค์รวม ที่ได้รับความศรัทธาจากประชาชน		
ยุทธศาสตร์ : ยกระดับคุณภาพการแพทย์เฉพาะทางองค์รวมดิจิทัล		
เป้าประสงค์ : เพิ่มการเข้าถึงบริการช่องทางด่วนในโรคฉุกเฉินวิกฤต ลดอัตราป่วย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิตและลดการส่งต่อในโรคยุทธศาสตร์ที่สำคัญ		
๒๕.๒ เด็กอายุ ๖-๑๒ ปีได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้	ร้อยละ ๑๐	ชัยญา
KPI ๒๖ การรับบริการทันตกรรมช่วงวัยแรงงาน (๒๕ - ๕๙ ปี )	ร้อยละ ๑๕	ชัยญา
KPI ๒๗ ผู้สูงอายุ มีฟันหลังแท้หรือเทียมใช้งานได้ไม่น้อยกว่า ๔ คู่สบ	ร้อยละ ๓๐	ชัยญา
๒๗.๑ ผู้สูงอายุได้รับการตรวจฟัน	ร้อยละ ๔๐	ชัยญา
๒๗.๒ ผู้สูงอายุได้รับการใส่ฟันเทียม (ทันตแพทย์ ๑ คน : คนใส่ฟันเทียม ๑๐ ราย)	จำนวน ๖๐ ราย	ชัยญา
KPI ๒๘ การให้บริการเฉพาะทาง (นอกสิทธิ์ UC) ปลุกกระดูก รากฟันเทียม รักษาคลองรากฟัน ฟันเทียมครอบฟัน จัดฟัน	เพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๐	ชัยญา
กลยุทธ์ : R๒_ ศูนย์บริการเฉพาะ		
KPI ๒๙ อัตราอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนด้านระบบหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ ASA status Class II,III จากการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั้งตัว	น้อยกว่าร้อยละ ๐.๕	จารุวรรณ
๒๙.๑ ผู้ป่วยสูงอายุมากกว่า ๗๐ ปี ASA status Class II,III ได้รับการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์และเกิดภาวะแทรกซ้อนด้านระบบหัวใจและหลอดเลือดจากการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั้งตัว	น้อยกว่าร้อยละ ๐.๕	จารุวรรณ
KPI ๓๐ อุบัติการณ์ผู้ป่วย Intra-operative cardiac arrest จากการให้บริการทาง วิสัญญีในกลุ่มผู้ป่วย ASA physical status I,II	เท่ากับ ๐	จารุวรรณ
๓๐.๑ จำนวนอุบัติการณ์ผู้ป่วยเสียชีวิตใน ห้องผ่าตัดเนื่องจากการให้บริการทาง วิสัญญี	เท่ากับ ๐	จารุวรรณ
KPI ๓๑ ระดับความสำเร็จในการเปิดให้บริการห้องผ่าตัด	๔ ห้อง	สุนนา
๓๑.๑ อัตราความสำเร็จในการเปิดให้บริการห้องผ่าตัด	๑ ห้องในปี ๒๕๖๙	สุนนา
๓๑.๒ อัตราความสำเร็จในการเปิดให้บริการห้องผ่าตัด	๑ ห้องในปี ๒๕๗๐	สุนนา
KPI ๓๒ ระดับความสำเร็จในการเปิดให้บริการ ICU	๔ เตียง	สุนนา

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ผู้รับผิดชอบ
วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลคุณภาพชั้นนำด้านการแพทย์เฉพาะทางองค์รวม ที่ได้รับความศรัทธาจากประชาชน		
ยุทธศาสตร์ : ยกระดับคุณภาพการแพทย์เฉพาะทางองค์รวมดิจิทัล		
เป้าประสงค์ : เพิ่มการเข้าถึงบริการช่องทางด่วนในโรคฉุกเฉินวิกฤต ลดอัตราป่วย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิตและลดการส่งต่อในโรคยุทธศาสตร์ที่สำคัญ		
๓๒.๑ อัตราความสำเร็จในการเปิดให้บริการ	ICU ๒ เดือน ในปี ๒๕๖๙	สุมนา
๓๒.๒ อัตราความสำเร็จในการเปิดให้บริการ	ICU ๒ เดือน ในปี ๒๕๗๐	สุมนา
กลยุทธ์ : R๓_ ศูนย์การแพทย์ผสมผสาน		
KPI ๓๓ อัตราผู้ป่วย Intermediate care ๔ กลุ่มโรค เกิดความพิการด้านการเคลื่อนไหวและร่างกาย		
๓๓.๑ อัตราผู้ป่วย stroke ที่มีคะแนน BI ระหว่าง ๐-๑๑ ได้รับการติดตามฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องตามเกณฑ์ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (คะแนน BI เพิ่มขึ้นอย่างน้อย ๓ คะแนน)	ร้อยละ ๘๐	ทอรัฐ
๓๓.๒ อัตราผู้ป่วย Hip fracture ที่มีคะแนน BI ระหว่าง ๐-๑๑ ได้รับการติดตามฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องตามเกณฑ์และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (คะแนน BI เพิ่มขึ้นอย่างน้อย ๑ คะแนน)	ร้อยละ ๘๐	ทอรัฐ
๓๓.๓ อัตราผู้ป่วย Spinal cord injury ที่มีคะแนน BI ระหว่าง ๐-๑๑ ได้รับการติดตามฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องตามเกณฑ์และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (คะแนน BI เพิ่มขึ้นอย่างน้อย ๑ คะแนน)	ร้อยละ ๘๐	ทอรัฐ
๓๓.๔ อัตราผู้ป่วย traumatic brain injury ที่มีคะแนน BI ระหว่าง ๐-๑๑ ได้รับการติดตามฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องตามเกณฑ์และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (คะแนน BI เพิ่มขึ้นอย่างน้อย ๑ คะแนน)	ร้อยละ ๘๐	ทอรัฐ
๓๓.๕ มีศูนย์ฟื้นฟูร่วมกับศูนย์ไชยรักษ์ ในเขตอำเภอไชยาเพิ่มขึ้น	เพิ่มขึ้น ๑ แห่ง	ทอรัฐ
KPI ๓๔ อัตราผู้ป่วย OA knee บรรลุเป้าหมายการรักษาและฟื้นฟูสภาพทางกายภาพบำบัด		
๓๔.๑ อัตราผู้ป่วย OA knee เข้าถึงบริการรักษาและฟื้นฟูแบบบูรณาการ (กายภาพบำบัด/แพทย์แผนไทย)	ร้อยละ ๗๐	ทอรัฐ
๓๔.๒ อัตราผู้ป่วย OA knee ที่มีภาวะน้ำหนักเกินได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยทีมสหวิชาชีพ (บูรณาการร่วม คลินิก DPAC)	ร้อยละ ๖๐	ทอรัฐ
KPI ๓๕ อัตราผู้ป่วย DM ที่มีภาวะ polyneuropathy และ peripheral neuropathy ได้รับการฟื้นฟูสภาพอาการดีขึ้น	ร้อยละ ๔๐	ทอรัฐ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ผู้รับผิดชอบ
วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลคุณภาพชั้นนำด้านการแพทย์เฉพาะทางองค์รวม ที่ได้รับความศรัทธาจากประชาชน		
ยุทธศาสตร์ : ยกระดับคุณภาพการแพทย์เฉพาะทางองค์รวมดิจิทัล		
เป้าประสงค์ : เพิ่มการเข้าถึงบริการช่องทางด่วนในโรคฉุกเฉินวิกฤต ลดอัตราป่วย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิตและลดการส่งต่อในโรคยุทธศาสตร์ที่สำคัญ		
๓๕.๑ อัตราผู้ป่วย DM ที่มีภาวะpolyneuropathy และ peripheral neuropathy เข้าถึงการรักษาและฟื้นฟูด้วยศาสตร์กายภาพบำบัดและแพทย์แผนไทย	ร้อยละ ๘๐	ทอรุ่ง
๓๕.๒ อัตราผู้ป่วย DM ที่มีภาวะpolyneuropathy และ peripheral neuropathy ได้รับการรักษาและฟื้นฟูแบบบูรณาการ (กายภาพบำบัดและแพทย์แผนไทย) อย่างต่อเนื่อง	ร้อยละ ๖๐	ทอรุ่ง
<b>KPI ๓๖ อัตราผู้ป่วย Stroke ได้รับการเข้าถึงและดูแลด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย</b>		
๓๖.๑ อัตราผู้ป่วย IMC กลุ่มโรค Stroke ได้รับการดูแลเนื่องด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย มากกว่าหรือเท่ากับ ๖ ครั้ง ภายในระยะเวลา ๖ เดือน	ร้อยละ ๙๐	พัชญา
๓๖.๒ อัตราผู้ป่วย Stroke ทั่วไป ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะการกลืนมีผลลัพธ์ดีขึ้น	ร้อยละ ๖๐	พัชญา
๓๖.๓ อัตราผู้ป่วย Stroke ทั่วไป ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีใบหน้าเบี้ยวมีผลลัพธ์ดีขึ้น	ร้อยละ ๖๐	พัชญา
๓๖.๔ อัตราผู้ป่วย Stroke ทั่วไป ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะพูดไม่ชัดมีผลลัพธ์ดีขึ้น	ร้อยละ ๖๐	พัชญา
<b>KPI ๓๗ อัตราผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง NCDs (PRE-DM/PRE-HT/CKD Stage ๓/CVD risk) ได้รับการเข้าถึงและดูแลด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย</b>		
๓๗.๑ อัตรากลุ่มเสี่ยง NCDs (PRE-DM) ได้รับการเข้าถึงการบริการด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย	ร้อยละ ๖๐	ณัฐนิชา
๓๗.๒ อัตรากลุ่มเสี่ยง NCDs (PRE-DM) ได้รับการดูแลและปรับพฤติกรรมด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย มีค่าน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ปกติ	ร้อยละ ๕๐	ณัฐนิชา

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ผู้รับผิดชอบ
วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลคุณภาพชั้นนำด้านการแพทย์เฉพาะทางองค์รวม ที่ได้รับความศรัทธาจากประชาชน		
ยุทธศาสตร์ : ยกระดับคุณภาพการแพทย์เฉพาะทางองค์รวมดิจิทัล		
เป้าประสงค์ : เพิ่มการเข้าถึงบริการช่องทางด่วนในโรคฉุกเฉินวิกฤต ลดอัตราป่วย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิตและลดการส่งต่อในโรคยุทธศาสตร์ที่สำคัญ		
๓๗.๓ อัตราโรคเบาหวานที่มีภาวะทางเท้าได้รับการรักษาฟื้นฟูด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย มีภาวะทางเท้าดีขึ้น	ร้อยละ ๕๐	ณัฐนิชา
๓๗.๔ อัตราผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง NCDs (PRE-HT) ได้รับการเข้าถึงการบริการด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย	ร้อยละ ๒๐	ณัฐนิชา
๓๗.๕ อัตรากลุ่มเสี่ยง NCDs (PRE-HT) ได้รับการดูแลและปรับพฤติกรรมด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยจนค่าความดันอยู่ในเกณฑ์ปกติ	ร้อยละ ๕๐	ณัฐนิชา
๓๗.๖ อัตราผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง NCDs (CKD stage ๓) ได้รับการเข้าถึงการบริการด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย	ร้อยละ ๕๐	ณัฐนิชา
๓๗.๗ อัตราผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง NCDs (CKD stage ๓) มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรที่เสี่ยงในโรคไต	ร้อยละ ๘๐	ณัฐนิชา
๓๗.๘ อัตราผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง NCDs (CVD risk) ได้รับการเข้าถึงการบริการด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย	ร้อยละ ๒๐	ณัฐนิชา
๓๗.๙ อัตราผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง NCDs (CVD risk) ที่สูบบุหรี่ลดการสูบบุหรี่ได้ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย	ร้อยละ ๕๐	ณัฐนิชา
KPI ๓๘ อัตราผู้ป่วย NCDs (DM / HT / CKD / CVD Risk) และหญิงตั้งครรภ์ ที่มีความเสี่ยงสูง (BMI น้อยกว่า ๑๘.๕/ BMI มากกว่า ๓๐/ HCT ≤ ๓๓ %) PIH / GDM) ได้รับการดูแลแบบ Individual Nutrition care plan และมีผลลัพธ์ดีขึ้น	ร้อยละ ๙๐	ชนิกา
๓๘.๑ อัตราผู้ป่วย DM ที่มี HbA๑c มากกว่า ๘ mg% ได้รับการดูแลด้วย Individual Nutrition care plan	ร้อยละ ๕๐	ชนิกา
๓๘.๒ อัตราผู้ป่วย HT ที่ระดับความดันโลหิต ๑๖๐/๑๐๐ mmHg ได้รับการดูแลด้วย Individual Nutrition care plan	ร้อยละ ๕๐	ชนิกา
๓๘.๓ อัตราผู้ป่วย CKD stage ๓b ได้รับการดูแลด้วย Individual Nutrition care plan	ร้อยละ ๕๐	ชนิกา
๓๘.๔ อัตราผู้ป่วย CVD risk ≥ ๒๐ ขึ้นไปได้รับการดูแลด้วย Individual Nutrition care plan	ร้อยละ ๕๐	ชนิกา
๓๘.๕ อัตราหญิงตั้งครรภ์ ที่มีความเสี่ยงสูง (BMI น้อยกว่า ๑๘.๕/ BMI มากกว่า ๓๐ / HCT ≤ ๓๓ %) PIH / GDM ) ได้รับการดูแลด้วย Individual Nutrition care plan	ร้อยละ ๘๐	ชนิกา

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ผู้รับผิดชอบ
วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลคุณภาพชั้นนำด้านการแพทย์เฉพาะทางองค์รวม ที่ได้รับความศรัทธาจากประชาชน		
ยุทธศาสตร์ : ยกระดับคุณภาพการแพทย์เฉพาะทางองค์รวมดิจิทัล		
เป้าประสงค์ : เพิ่มการเข้าถึงบริการช่องทางด่วนในโรคฉุกเฉินวิกฤต ลดอัตราป่วย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิตและลดการส่งต่อในโรคยุทธศาสตร์ที่สำคัญ		
๓๘.๖ อัตราผู้ป่วย IMC Stroke ได้รับ individual nutrition care plan และมีผลลัพธ์ดีขึ้น ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๕๐	ชนิกา
KPI ๓๙ อัตราผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น	ร้อยละ ๙๕	สุจิตรา
๓๙.๑ อัตราผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง ๙ ด้านทุกราย (basic/community screen step ๑ )	ร้อยละ ๙๐	สุจิตรา
๓๙.๒ อัตราผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพและมีภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพที่สำคัญ ได้รับการดูแลในคลินิกผู้สูงอายุ	ร้อยละ ๔๐	สุจิตรา
๓๙.๓ อัตราผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพและมีภาวะสุขภาพที่ดี (ADL มากกว่า ๑๒ คะแนน) ได้รับการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกัน Geriatric Syndrome	ร้อยละ ๖๐	สุจิตรา
๓๙.๔ อัตราผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดบ้าน ADL = ๕ - ๑๑ คะแนน) และกลุ่มติดเตียง ADL = ๐ - ๔ คะแนน ได้รับการดูแลในระบบ LTC	ร้อยละ ๑๐๐	สุจิตรา
๓๙.๕ อัตราผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงทั้ง ๙ ด้านที่ปฏิเสธการรักษาได้รับการติดตามเข้ารับบริการคลินิกผู้สูงอายุ	ร้อยละ ๑๐๐	สุจิตรา
KPI ๔๐ ผู้ป่วยระดับประคองเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี	ร้อยละ ๘๐	สุจิตรา
๔๐.๑ ผู้ป่วยระดับประคองได้รับการทำ advance care plan	ร้อยละ ๙๐	สุจิตรา
๔๐.๒ ผู้ป่วยระดับประคองที่มีข้อบ่งชี้ ได้รับการจัดการบรรเทาอาการปวดด้วย Strong Opioid	ร้อยละ ๑๐๐	สุจิตรา
๔๐.๓ มีชุมชนต้นแบบในการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง	ร้อยละ ๑๐๐	สุจิตรา
กลยุทธ์ : R๔_ศูนย์สนับสนุนรักษาพยาบาล		
KPI ๔๑ จำนวนอุบัติการณ์ F-I ซ้ำ ลดลง ...	ลดลง ...	ศุภกานต์
๔๑.๑ ความสมบูรณ์ของ risk profile และ risk register ในโรคยุทธศาสตร์	ร้อยละ ๘๐	ศุภกานต์
๔๑.๒ อุบัติการณ์ AE ที่ป้องกันได้ เน้น ๓P Safety	เท่ากับ ๐	ศุภกานต์
๔๑.๓ จำนวนอุบัติการณ์ AE ที่ได้จากการทบทวนเวชระเบียน	น้อยกว่าร้อยละ ๒๐	ศุภกานต์

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ผู้รับผิดชอบ
วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลคุณภาพชั้นนำด้านการแพทย์เฉพาะทางองค์รวม ที่ได้รับความศรัทธาจากประชาชน		
ยุทธศาสตร์ : ยกระดับคุณภาพการแพทย์เฉพาะทางองค์รวมดิจิทัล		
เป้าประสงค์ : เพิ่มการเข้าถึงบริการช่องทางด่วนในโรคฉุกเฉินวิกฤต ลดอัตราป่วย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิตและลดการส่งต่อในโรคยุทธศาสตร์ที่สำคัญ		
๔๑.๔ อัตราการรายงานอุบัติการณ์ได้รับการยืนยันภายใน ๓๐ วัน มากกว่า	ร้อยละ ๘๐	ศุภกานต์
๔๑.๕ อัตราการรายงานอุบัติการณ์ได้รับการแก้ไขภายใน ๓๐ วัน มากกว่า	ร้อยละ ๘๐	ศุภกานต์
๔๑.๖ ระดับการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาลโดยบุคลากร อยู่ในระดับยอมรับได้-ระดับดีเยี่ยม	มากกว่าร้อยละ ๙๐	ศุภกานต์
<b>KPI ๔๒ อุตการณ์วินิจฉัยผิดพลาด</b>		
๔๒.๑ อุตการณ์วินิจฉัยผิดพลาด	เท่ากับ ๐	แพทย์..
๔๒.๒ อุตการณ์วินิจฉัยล่าช้า	เท่ากับ ๐	แพทย์..
<b>KPI ๔๓ อัตราอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางการพยาบาลระดับ E-I ลดลง</b>		
๔๓.๑ Productivity ทุกหน่วยงานฝ่ายการพยาบาลตามเกณฑ์	ร้อยละ ๑๐๐	ทิพวรรณ
๔๓.๒ บุคลากรทางการพยาบาล มีสมรรถนะเฉพาะ (Specific competency) ในโรคยุทธศาสตร์ และโรคที่สำคัญ	ร้อยละ ๘๕	ทิพวรรณ
๔๓.๓ ผ่านการประเมิน NQA	ผ่าน NQA	ทิพวรรณ
<b>KPI ๔๔ อุตการณ์ความเสี่ยงทาง ENV ระดับ ๔ ขึ้นไป</b>		
๔๔.๑ อุตการณ์เครื่องกำเนิดไฟฟ้าไม่พร้อมใช้	เท่ากับ ๐	นครินทร์
๔๔.๒ น้ำทิ้งผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ทั้ง ๑๑ Parameter	ร้อยละ ๑๐๐	นครินทร์
๔๔.๓ อุตการณ์ขยะติดเชื้อเกินมาตรฐาน	เท่ากับ ๐	นครินทร์
๔๔.๔ อุตการณ์เจ้าหน้าที่ติดเชื้อจากการทำงาน	เท่ากับ ๐	นครินทร์
๔๔.๕ อุตการณ์ระบบก๊าซทางการแพทย์ไม่พร้อมใช้	เท่ากับ ๐	นครินทร์
KPI ๔๕ อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลต่อพันวันนอน	≤ ๑:๑,๐๐๐ วันนอน	มุกิตา

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ผู้รับผิดชอบ
วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลคุณภาพชั้นนำด้านการแพทย์เฉพาะทางองค์รวม ที่ได้รับความศรัทธาจากประชาชน		
ยุทธศาสตร์ : ยกระดับคุณภาพการแพทย์เฉพาะทางองค์รวมดิจิทัล		
เป้าประสงค์ : เพิ่มการเข้าถึงบริการช่องทางด่วนในโรคฉุกเฉินวิกฤต ลดอัตราป่วย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิตและลดการส่งต่อในโรคยุทธศาสตร์ที่สำคัญ		
๔๕.๑ อัตราการติดเชื้อ CAUTI	เท่ากับ ๐	มุทิตา
๔๕.๒ อุบัติการณ์ การไม่ปฏิบัติตาม CAUTI BUNDLE	เท่ากับ ๐	มุทิตา
๔๕.๓ อุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยา	เท่ากับ ๐	มุทิตา
๔๕.๔ อุบัติการณ์ การไม่ปฏิบัติตาม Care BUNDLE ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา	เท่ากับ ๐	มุทิตา
๔๕.๕ อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด	เท่ากับ ๐	มุทิตา
๔๕.๖ อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการนอนโรงพยาบาล( HAP)	เท่ากับ ๐	มุทิตา
๔๕.๗ อัตราการติดเชื้อแผลฝีเย็บ	เท่ากับ ๐	มุทิตา
๔๕.๘ อัตราการติดเชื้อสะดือทารก	เท่ากับ ๐	มุทิตา
๔๕.๙ อัตราการติดเชื้อ CLABSI	เท่ากับ ๐	มุทิตา
KPI ๔๖ อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนของโรคยุทธศาสตร์	ร้อยละ ๘๕	เยาวมาลย์
๔๖.๑ อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนโรคยุทธศาสตร์ผู้ป่วยนอก	ร้อยละ ๘๕	เยาวมาลย์
๔๖.๒ ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนโรคยุทธศาสตร์ผู้ป่วยใน	ร้อยละ ๘๕	เยาวมาลย์
KPI ๔๗ หน่วยงานในโรงพยาบาล เครือข่ายบริการสุขภาพและภาคีเครือข่ายสุขภาพใช้สารสนเทศสุขภาพ ในการแก้ไขปัญหาด้านบริหารจัดการ พัฒนาระบบบริการสุขภาพในระดับพื้นที่หน่วยงานละ ๑ คน	ร้อยละ ๖๐	ภาณุ/เยาวมาลย์
๔๗.๑ อัตราความสมบูรณ์ของฐานข้อมูลด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และการบริหารจัดการ	ร้อยละ ๘๐	ภาณุ/เยาวมาลย์
๔๗.๒ อัตราบุคลากรได้รับการพัฒนาสมรรถนะการจัดการสารสนเทศดิจิทัล	ร้อยละ ๖๐	ภาณุ/เยาวมาลย์
๔๗.๓ อัตราหน่วยงานภายใน รพ.ใช้สารสนเทศสุขภาพในการแก้ไขปัญหาด้านบริหารจัดการ พัฒนาระบบบริการสุขภาพในระดับพื้นที่	ร้อยละ ๗๐	ภาณุ/เยาวมาลย์

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ผู้รับผิดชอบ
วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลคุณภาพชั้นนำด้านการแพทย์เฉพาะทางองค์รวม ที่ได้รับความศรัทธาจากประชาชน		
ยุทธศาสตร์ : ยกระดับคุณภาพการแพทย์เฉพาะทางองค์รวมดิจิทัล		
เป้าประสงค์ : เพิ่มการเข้าถึงบริการช่องทางด่วนในโรคฉุกเฉินวิกฤต ลดอัตราป่วย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิตและลดการส่งต่อในโรคยุทธศาสตร์ที่สำคัญ		
๔๗.๔ อัตราเครือข่ายบริการสุขภาพใช้สารสนเทศสุขภาพในการแก้ไขปัญหาด้านบริหารจัดการ พัฒนาการ และระบบบริการสุขภาพในระดับพื้นที่	ร้อยละ ๗๐	ภาณุ/เยาวมาลย์
๔๗.๕ อัตราภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนใช้สารสนเทศสุขภาพในการแก้ไขปัญหาด้านบริหารจัดการ พัฒนาวิชาการและระบบบริการสุขภาพในระดับพื้นที่	ร้อยละ ๗๐	ภาณุ/เยาวมาลย์
๔๗.๖ ระบบ HIS ของโรงพยาบาล พร้อมใช้งาน	ร้อยละ ๑๐๐	ภาณุ/เยาวมาลย์
KPI ๔๘ ความคลาดเคลื่อนทางยา HAD ระดับ E ขึ้นไป	เท่ากับ ๐	เจริญชัย
๔๘.๑ อุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำ จากการบกพร่องของระบบโรงพยาบาล	เท่ากับ ๐	เจริญชัย
๔๘.๒ Medication error ระดับ D ขึ้นไป ผู้ป่วยนอก	เท่ากับ ๐	เจริญชัย
๔๘.๓ อัตราการเกิด Prescribing errors ผู้ป่วยใน	≤ ๑๐ ต่อ ๑,๐๐๐ วันนอน	เจริญชัย
๔๘.๔ อัตราการเกิด Administration errors ผู้ป่วยใน	≤ ๓ ต่อ ๑,๐๐๐ วันนอน	เจริญชัย
๔๘.๕ ความเหมาะสมของ ขนาดยาปฏิชีวนะ ตามการทำงานของไต	มากกว่าเท่ากับ ร้อยละ ๘๐	เจริญชัย
๔๘.๖ ร้อยละการสั่งใช้ยา NSAIDs ในผู้ป่วย CKD ระดับ ๓ ขึ้นไป	≤ ร้อยละ ๑๐	เจริญชัย
๔๘.๗ ความเหมาะสมของขนาดยา Metformin ตามการทำงานของไต	ร้อยละ ๑๐๐	เจริญชัย
๔๘.๘ อุบัติการณ์การได้รับยา ACEI ร่วมกับยา ARB	เท่ากับ ๐	เจริญชัย
๔๘.๙ ร้านขายของชำไม่ขายยาผิดกฎหมาย	เท่ากับ ๐	เจริญชัย
๔๘.๑๐ อัตราการได้รับยาของผู้ป่วยภายใน ๑วัน (๒๔ชั่วโมง)	ร้อยละ ๑๐๐	เจริญชัย
๔๘.๑๑ ร้อยละของการบริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) ในผู้ป่วยรับบริการส่งยาถึงบ้านที่มีการปรับยา	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๗๐	เจริญชัย
๔๘.๑๒ DRPs จากการใช้ยาผิดเบาหวาน	น้อยกว่าร้อยละ ๑๐	เจริญชัย

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ผู้รับผิดชอบ
วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลคุณภาพชั้นนำด้านการแพทย์เฉพาะทางองค์รวม ที่ได้รับความศรัทธาจากประชาชน		
ยุทธศาสตร์ : ยกระดับคุณภาพการแพทย์เฉพาะทางองค์รวมดิจิทัล		
เป้าประสงค์ : เพิ่มการเข้าถึงบริการช่องทางด่วนในโรคฉุกเฉินวิกฤต ลดอัตราป่วย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิตและลดการส่งต่อในโรคยุทธศาสตร์ที่สำคัญ		
KPI ๔๙ อุบัติการณ์ความเสี่ยงทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ ระดับ E ขึ้นไป	เท่ากับ ๐	วรารงค์ศิริ
๔๙.๑ อัตราการรายงานผลผิดพลาด	เท่ากับ ๐	วรารงค์ศิริ
๔๙.๒ อุบัติการณ์การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่	เท่ากับ ๐	วรารงค์ศิริ
๔๙.๓ อุบัติการณ์รายงานค่าวิกฤติล่าช้า	เท่ากับ ๐	วรารงค์ศิริ
๔๙.๔ การรายงานผลในผู้ป่วยกลุ่มโรค sepsis, stroke, STEMI และ Blood gas ในผู้ป่วย arrest ภายใน ๓๐ นาที	ร้อยละ ๑๐๐	วรารงค์ศิริ
KPI ๕๐ อัตราอุบัติเหตุความเสี่ยงทางรังสี ระดับ C ขึ้นไป	น้อยกว่าร้อยละ ๒	ศิริณัฏฐ์
๕๐.๑ อุบัติการณ์การถ่ายรังสีซ้ำ	น้อยกว่า ร้อยละ ๒	ศิริณัฏฐ์
๕๐.๒ อุบัติการณ์ถ่ายรังสีล่าช้า	เท่ากับ ๐	ศิริณัฏฐ์
๕๐.๓ ส่งภาพรังสีเข้าระบบ Imaging hub ได้	ร้อยละ ๑๐๐	ศิริณัฏฐ์
๕๐.๔ ระดับความสำเร็จการจัดการบริการ AI X-ray อ่านผลภาพรังสีสมอง	มี AI X-ray	ศิริณัฏฐ์
๕๐.๕ จัดตั้งศูนย์บริการ CT ยกระดับการบริการโรงพยาบาล A	๑ หน่วย	ละไม/ศิริณัฏฐ์

เป้าประสงค์ และตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี  
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๙

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ผู้รับผิดชอบ
วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลคุณภาพชั้นนำด้านการแพทย์เฉพาะทางองค์รวม ที่ได้รับความศรัทธาจากประชาชน		
ยุทธศาสตร์ : บริหารความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกแห่งเมืองศรีวิชัย		
เป้าประสงค์ : เพิ่มการเข้าถึงบริการในโรคฉุกเฉินวิกฤต ลดอัตราการเจ็บป่วยรายใหม่ และเพิ่มคุณภาพชีวิตในโรคยุทธศาสตร์ที่สำคัญ		
กลยุทธ์ : R๕_ศูนย์เวชศาสตร์ครอบครัว		
KPI ๕๑ อัตราการเข้าถึงบริการปฐมภูมิ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ	ร้อยละ ๕๐	สุจิตรา
๕๑.๑ ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน การพัฒนาตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ	ร้อยละ ๑๐๐	สุจิตรา
๕๑.๒ อัตรากลุ่มเสี่ยง (Pre HT/ Pre DM) อัตรากลุ่มเสี่ยงสุขภาพวัยทำงาน (อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป) ที่มี BMI เกิน และ/หรือมีพฤติกรรมสูบบุหรี่หรือดื่มแอลกอฮอล์ อย่างใดอย่างหนึ่ง เข้าถึงการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ	ร้อยละ ๕๐	สุจิตรา
KPI ๕๒ กลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (DM/HT) ได้ไม่ดี เข้าถึงบริการเวชศาสตร์ครอบครัว	ร้อยละ ๕๐	สุจิตรา
๕๒.๑ ผู้ป่วย DM ที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี เข้าถึงบริการเวชศาสตร์ครอบครัว	ร้อยละ ๕๐	สุจิตรา
๕๒.๒ ผู้ป่วย HT ที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี เข้าถึงบริการเวชศาสตร์ครอบครัว	ร้อยละ ๕๐	สุจิตรา
KPI ๕๓ จำนวนผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้เข้าเกณฑ์ได้รับการรักษาดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน Home ward (DM/HT)	ร้อยละ ๖๐	สุจิตรา
๕๓.๑ อัตราผู้ป่วย Home Ward Step up เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน	≤ ร้อยละ ๕	สุจิตรา
๕๓.๒ อัตรา Re-admit ภายใน ๒๘ วัน	≤ ร้อยละ ๓	สุจิตรา
๕๓.๓ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ Phlebitis	๐:๑๐๐๐:วันนอน	สุจิตรา
๕๓.๔ อัตราการเกิด Admin error	<๓:๑๐๐๐	สุจิตรา

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ผู้รับผิดชอบ
วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลคุณภาพชั้นนำด้านการแพทย์เฉพาะทางองค์รวม ที่ได้รับความศรัทธาจากประชาชน		
ยุทธศาสตร์ : บริหารความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกแห่งเมืองศรีวิชัย		
เป้าประสงค์ : เพิ่มการเข้าถึงบริการในโรคฉุกเฉินวิกฤต ลดอัตราการเจ็บป่วยรายใหม่ และเพิ่มคุณภาพชีวิตในโรคยุทธศาสตร์ที่สำคัญ		
กลยุทธ์ : R๖_ศูนย์สร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก		
KPI ๕๔ อัตรากลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยในกลุ่มโรค NCDs/จิตเวชและยาเสพติด(DM/HT/Stroke/STEMI/CKD/ซึมเศร้าผู้ใหญ่/ซึมเศร้าวัยรุ่น/จิตเภท/SMIV/ผู้สูงอายุ) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ร้อยละ ๘๐	สุจิตรา
๕๔.๑ อัตรากลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรค NCDs เข้าถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ร้อยละ ๘๐	สุจิตรา
๕๔.๒ อัตรากลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยจิตเวชและยาเสพติด(ซึมเศร้าผู้ใหญ่ /ซึมเศร้าวัยรุ่น/จิตเภท/SMIV) เข้าถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ร้อยละ ๘๐	สุจิตรา
๕๔.๓ อัตรากลุ่มผู้สูงอายุ เข้าถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ร้อยละ ๘๐	สุจิตรา
๕๔.๔ อัตราของหมู่บ้านที่ดำเนินกิจกรรมหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	ร้อยละ ๘๐	สุจิตรา
KPI ๕๕ multi task skill ของภาคีเครือข่าย		
๕๕.๑ อสม.มีทักษะการคัดกรองของผู้สูงอายุ ๙ ด้าน / ซึมเศร้าในเด็กและครู/ และ ผู้ป่วยHT/DM	ร้อยละ ๘๐	สุจิตรา
KPI ๕๖ อัตราผู้ป่วยรายใหม่ DM/HT		
๕๖.๑ อัตราความสมบูรณ์ของฐานข้อมูล กลุ่มโรค DM/HT	ร้อยละ ๑๐๐	สุจิตรา
๕๖.๒ อัตราความครอบคลุมการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงมีความครอบคลุมมากขึ้น (เน้นกลุ่มที่ไม่เคย คัดกรองมาก่อน)	ร้อยละ ๙๐	สุจิตรา
๕๖.๓ อัตรากลุ่มสงสัยป่วย (Pre-DM/HT) ได้รับการติดตามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง (individual lifestyle modification)	ร้อยละ ๑๐๐	สุจิตรา
๕๖.๔ อัตรากลุ่มสงสัยป่วยได้รับการตรวจติดตามยืนยัน	ร้อยละ ๑๐๐	สุจิตรา
KPI ๕๗ อัตราป่วยโรค Scrub typhus ลดลงจากปีที่ผ่านมา	ลดลงจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ ๑๐	บงกช

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ผู้รับผิดชอบ
วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลคุณภาพชั้นนำด้านการแพทย์เฉพาะทางองค์รวม ที่ได้รับความศรัทธาจากประชาชน		
ยุทธศาสตร์ : บริหารความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกแห่งเมืองศรีวิชัย		
เป้าประสงค์ : เพิ่มการเข้าถึงบริการในโรคฉุกเฉินวิกฤต ลดอัตราการเจ็บป่วยรายใหม่ และเพิ่มคุณภาพชีวิตในโรคยุทธศาสตร์ที่สำคัญ		
๕๗.๑ กลุ่มเสี่ยง (ตัดปาล์ม/กรีดยาง/สวนทุเรียน) ได้รับทักษะในการป้องกันโรค scrub typhus ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๐	บงกช
๕๗.๒ อุบัติการณ์ผู้ป่วย scrub typhus วินิจฉัยผิดพลาด	เท่ากับ ๐	บงกช
๕๗.๓ อุบัติการณ์ผู้ป่วย scrub typhus เกิด severe sepsis	เท่ากับ ๐	บงกช
KPI ๕๘ ทีม SRRT/ประชาชนได้รับความรู้ ความเข้าใจ ในการเฝ้าระวังป้องกันการระบาดของโรคฝีดาษลิงด้วยตนเอง		บงกช
๕๘.๑ ทีม SRRT ได้รับความรู้ ความเข้าใจ ในการเฝ้าระวังป้องกันการระบาดของโรคฝีดาษลิงด้วยตนเอง ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๐	บงกช
๕๘.๒ ประชาชน (กลุ่มเสี่ยง MSM) ได้รับความรู้ ความเข้าใจ ในการเฝ้าระวังป้องกันการระบาดของโรคฝีดาษลิงด้วยตนเอง	ร้อยละ ๘๐	บงกช

เป้าประสงค์ และตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี  
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๙

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ผู้รับผิดชอบ
วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลคุณภาพชั้นนำด้านการแพทย์เฉพาะทางองค์รวม ที่ได้รับความศรัทธาจากประชาชน		
ยุทธศาสตร์ : พัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการโรงพยาบาลไชยาและเครือข่ายบริการสุขภาพดิจิทัล		
เป้าประสงค์ : องค์การสมรรถนะสูง อันดับที่ ๑ ใน ๕ จ.สุราษฎร์ธานี และอันดับที่ ๑ ใน ๑๐ เขตสุขภาพที่ ๑๑		
กลยุทธ์ : R๗_ศูนย์บริหารจัดการโรงพยาบาลและเครือข่าย : ๗.๑ องค์การสมรรถนะสูง		
KPI ๕๙ ระดับความสำเร็จในการพัฒนาโรงพยาบาล ไชยาได้รับการรับรองมาตรฐาน โรงพยาบาลระดับ A	โรงพยาบาลระดับ A	นพ.ศราวุธ
๕๙.๑ ระดับความสำเร็จในการบริหารอัตรากำลังแพทย์เฉพาะทางตามมาตรฐานโรงพยาบาลระดับ A	ระดับ A	นพ.ศราวุธ
๕๙.๒ ระดับความสำเร็จในการบริหารอัตรากำลังแพทย์เฉพาะทาง Part time	ระดับ.....	นพ.ศราวุธ
๕๙.๓ ระดับความสำเร็จในการพัฒนา รพ.ไชยา ให้เป็นสถาบันพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และ สาธารณสุข	ระดับ.....	นพ.ศราวุธ
๕๙.๔ มีผลงานวิจัยและนวัตกรรมมาใช้ในการปรับปรุงพัฒนาระบบงานและใช้ในการพัฒนางาน	อย่างน้อยหน่วยงานละ ๑ เรื่อง	ถาวรณ
KPI ๖๐ นักบริหารระดับต้น ระดับกลาง ระดับสูง มีสมรรถนะทางการบริหาร (managerial competency)	ร้อยละ ๙๕	HRD
KPI ๖๑ ภาคีเครือข่ายสุขภาพอำเภอไชยานำนโยบายและจุดเน้นการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกใน ๓ กลุ่มโรค (NCDs, Trauma, จิตเวช)	ร้อยละ ๑๐๐	รัชนิกร
KPI ๖๒ อัตราการบรรลุผลลัพธ์ยุทธศาสตร์	ร้อยละ ๘๐	นพดล
๖๒.๑ โครงการและแผนปฏิบัติการ(R๑- R๙) มีคุณภาพสอดคล้องกับ Agenda, functional ,Area	ร้อยละ ๘๐	นพดล

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ผู้รับผิดชอบ
วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลคุณภาพชั้นนำด้านการแพทย์เฉพาะทางองค์รวม ที่ได้รับความศรัทธาจากประชาชน		
ยุทธศาสตร์ : พัฒนาคูณภาพการบริหารจัดการโรงพยาบาลไชยาและเครือข่ายบริการสุขภาพดิจิทัล		
เป้าประสงค์ : องค์การสมรรถนะสูง อันดับที่ ๑ ใน ๕ จ.สุราษฎร์ธานี และอันดับที่ ๑ ใน ๑๐ เขตสุขภาพที่ ๑๑		
๖๒.๒ โครงการแผนปฏิบัติการ(R๑- R๙) มีการนำสู่การปฏิบัติและได้รับการกำกับและติดตาม	ร้อยละ ๘๐	นพดล
๖๒.๓ โครงการแผนปฏิบัติการ(R๑- R๙) ได้รับการประเมินผล	ร้อยละ ๘๐	นพดล
KPI ๖๓ ชุมชนนักปฏิบัติในการจัดการความรู้ในแผนยุทธศาสตร์ (Informal CoP R๑-R๙)	ร้อยละ...	
KPI ๖๔ อัตราบุคลากรมีความผูกพันต่อองค์กร	≥ ร้อยละ ๘๐	รัตนา
๖๔.๑ อัตรากำลังสหสาขาวิชาชีพเพียงพอ เหมาะสม ตามแผนยุทธศาสตร์ระยะ ๕ ปี รองรับโรงพยาบาลระดับ A	ร้อยละ ๑๐๐	รัตนา
๖๔.๒ บุคลากรสหสาขาวิชาชีพมีสมรรถนะเฉพาะ (Specific competency) ตามแผนยุทธศาสตร์ระยะ ๕ ปี รองรับโรงพยาบาลระดับ A และอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระบบงาน ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๐	รัตนา
๖๔.๓ บุคลากรมีระดับความสุข	≥ ร้อยละ ๗๐	รัตนา
๖๔.๔ บุคลากรกลุ่มเป้าหมายที่มีคะแนนระดับความสุขต่ำกว่าเกณฑ์ได้รับการแก้ไขให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น	ร้อยละ ๑๐	รัตนา
๖๔.๕ บุคลากรกลุ่มเป้าหมายที่มีคะแนนระดับความสุขสูงกว่าเกณฑ์ได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างต่อเนื่อง	ร้อยละ ๔๐	รัตนา
KPI ๖๕ อุบัติการณ์การจذبบริการสนับสนุนการตรวจวินิจฉัยและรักษาพยาบาลในภาวะฉุกเฉินล่าช้า	เท่ากับ ๐	วรงค์ศิริ
๖๕.๑ อุบัติการณ์ความไม่พร้อมของการบริหารจัดการเลือดในภาวะฉุกเฉิน	เท่ากับ ๐	วรงค์ศิริ
๖๕.๒ อุบัติการณ์ความไม่พร้อมของการบริหารจัดการการตรวจทดสอบประกอบการวินิจฉัยโรคในระบบ Fast track	เท่ากับ ๐	วรงค์ศิริ
๖๕.๓ อุบัติการณ์ยาขาดคร่าว	เท่ากับ ๐	เจริญชัย

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ผู้รับผิดชอบ
วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลคุณภาพชั้นนำด้านการแพทย์เฉพาะทางองค์รวม ที่ได้รับความศรัทธาจากประชาชน		
ยุทธศาสตร์ : พัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการโรงพยาบาลไชยาและเครือข่ายบริการสุขภาพดิจิทัล		
เป้าประสงค์ : องค์การสมรรถนะสูง อันดับที่ ๑ ใน ๕ จ.สุราษฎร์ธานี และอันดับที่ ๑ ใน ๑๐ เขตสุขภาพที่ ๑๑		
KPI ๖๖ ผู้ใช้บริการเข้าถึงบริการเพิ่มพิเศษ premium เพิ่มขึ้น	อย่างน้อยร้อยละ ๑๐	นพดล
๖๖.๑ ผู้ใช้บริการเข้าถึงบริการเพิ่มพิเศษ premium เพิ่มขึ้น (ทันตกรรม)	ร้อยละ ๑๐	นพดล
๖๖.๒ ผู้ใช้บริการเข้าถึงบริการเพิ่มพิเศษ premium เพิ่มขึ้น (กายภาพบำบัด)	ร้อยละ ๑๐	นพดล
๖๖.๓ ผู้ใช้บริการเข้าถึงบริการเพิ่มพิเศษ premium เพิ่มขึ้น (แพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก)	ร้อยละ ๑๐	นพดล
๖๖.๔ ผู้ใช้บริการเข้าถึงบริการเพิ่มพิเศษ premium เพิ่มขึ้น (เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ)	ร้อยละ ๒๐	นพดล
๖๖.๕ ผู้ใช้บริการเข้าถึงบริการเพิ่มพิเศษ premium เพิ่มขึ้น (ห้องพิเศษ)	ร้อยละ ๒๐	นพดล
๖๖.๖ ผู้ใช้บริการเข้าถึงบริการเพิ่มพิเศษ premium เพิ่มขึ้น (หลักประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ)	ร้อยละ ๒๐	นพดล
KPI ๖๗ ระดับความสำเร็จในการจัดทำแผนตอบโต้ภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉินโรงพยาบาลและเครือข่ายไชยา	ไม่น้อยกว่าระดับ ๓	ศศิธร
KPI ๖๘ ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลและเครือข่ายในการบรรลุผลสัมฤทธิ์		
๖๘.๑ ผลลัพธ์จากการดำเนินงานที่ท้าทาย (Composite KPI) สูงขึ้น (ค่ามัธยฐาน ๕ ปี ย้อนหลัง)	ร้อยละ ๒๐	
๖๘.๒ ผลลัพธ์จากการดำเนินงานที่ท้าทาย สูงกว่า รพ.คู่ เทียบขนาดเดียวกัน (Benchmark)	ร้อยละ ๑๐	

เป้าประสงค์ และตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี  
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๙

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ผู้รับผิดชอบ
วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลคุณภาพชั้นนำด้านการแพทย์เฉพาะทางองค์รวม ที่ได้รับความศรัทธาจากประชาชน		
ยุทธศาสตร์ : พัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการโรงพยาบาลไชยาและเครือข่ายบริการสุขภาพดิจิทัล		
เป้าประสงค์ : โรงพยาบาลและเครือข่าย ได้รับการรับรองคุณภาพระบบบริการสุขภาพขึ้นก้ำวหน้าอย่างต่อเนื่อง (HA Re accreditation & DHSA to AHA)		
กลยุทธ์ : R๗_ศูนย์บริหารจัดการโรงพยาบาลและเครือข่าย : ๗.๒ โรงพยาบาลคุณภาพบริการสุขภาพขึ้นก้ำวหน้า		
KPI ๖๙ โรงพยาบาลไชยาผ่านการรับรองคุณภาพซ้ำ (Re-ac) ชั้น ๓	ผ่านการรับรองคุณภาพซ้ำ (Re-ac) ชั้น ๓	ทิพวรรณ
๖๙.๑ รพ.ได้รับการรับรองคุณภาพซ้ำ ภายในปี ๒๕๖๘ - ๒๕๗๑	ภายในปี ๒๕๖๘ - ๒๕๗๑	ทิพวรรณ
KPI ๗๐ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอไชยาได้รับการรับรอง DHSA	ได้รับการรับรอง DHSA	ถาวรณ
๗๐.๑ ระบบสุขภาพระดับอำเภอไชยาได้รับการรับรองคุณภาพ DHSA ใน ปี ๒๕๖๙	DHSA ใน ปี ๒๕๖๙	ถาวรณ

เป้าประสงค์ และตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอไผะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี  
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๙

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ผู้รับผิดชอบ
วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลคุณภาพชั้นนำด้านการแพทย์เฉพาะทางองค์รวม ที่ได้รับความศรัทธาจากประชาชน		
ยุทธศาสตร์ : ปฏิรูประบบการควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง ๑) ด้านการเงินการคลัง ๒) ด้านสารสนเทศสุขภาพ		
เป้าประสงค์ : ผู้ใช้บริการ มีความพึงพอใจเพิ่มสูงขึ้น เชื่อมมั่นและศรัทธา		
กลยุทธ์ : R๗_ศูนย์บริหารจัดการโรงพยาบาลและเครือข่าย : ๗.๓ ระบบสนับสนุนทรัพยากรการบริหาร		
KPI ๗๑ หน่วยงานในโรงพยาบาลและเครือข่ายได้รับการ สนับสนุนทรัพยากรทางการบริหาร (คน,เงิน,ของ)ระบบงาน อย่างมี ประสิทธิภาพ	ร้อยละ ๑๐๐	นครินทร์
๗๑.๑ อุบัติการณ์หน่วยงานใน รพ. และเครือข่ายได้รับหนังสือราชการที่สำคัญ (ด่วนที่สุด,ด่วนมาก ,ด่วน) ถูกต้อง ทันเวลา	ร้อยละ ๙๕	สุริษา
๗๑.๒ อุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ของรถ EMS และ Refer	เท่ากับ ๐	สุพรรณณี
๗๑.๓ อุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ของเครื่องมืออุปกรณ์ Newborn และ Pediatric	เท่ากับ ๐	สุพรรณณี
๗๑.๔ อุบัติการณ์ความไม่พร้อมของพนักงานขับรถยนต์ (สุขภาพ) /Response time	เท่ากับ ๐	สุพรรณณี
๗๑.๕ หน่วยงานในรพ.และเครือข่ายได้รับการ สนับสนุนการเงิน ในแผนงาน/ โครงการ ทันตาม ช่วงเวลาที่กำหนด	ร้อยละ ๑๐๐	คมคาย
๗๑.๖ หน่วยงานใน รพ.และเครือข่ายได้รับรายงาน สารสนเทศทางบัญชีต้นทุนอย่างถูกต้องและ ทันเวลา	ร้อยละ ๑๐๐	คมคาย
๗๑.๗ หน่วยงานในรพ.และเครือข่ายได้รับการ สนับสนุนพัสดุ ในแผนงาน/ โครงการ ตามลำดับ ความสำคัญ เร่งด่วนของแผนยุทธศาสตร์	ร้อยละ ๙๕	สุพรรณณี
๗๑.๘ บุคลากรสหสาขาวิชาชีพได้รับการสนับสนุนสิทธิประโยชน์ในการเตรียมความพร้อมก่อนการ เลื่อนระดับ(อวข.)	ร้อยละ ๑๐๐	รัตนา

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ผู้รับผิดชอบ
วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลคุณภาพชั้นนำด้านการแพทย์เฉพาะทางองค์รวม ที่ได้รับความศรัทธาจากประชาชน		
ยุทธศาสตร์ : ปฏิรูประบบการควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง ๑) ด้านการเงินการคลัง ๒) ด้านสารสนเทศสุขภาพ		
เป้าประสงค์ : ผู้ใช้บริการ มีความพึงพอใจเพิ่มสูงขึ้น เชื่อมั่นและศรัทธา		
๗๑.๙ หน่วยงานในรพ.และเครือข่าย ได้รับการสนับสนุนบุคลากรสายสนับสนุนตามความเร่งด่วนของหน่วยงาน(เช่น เวชระเบียน ฯลฯ)	ร้อยละ ๑๐๐	รัตนา
๗๑.๑๐ บุคลากรสายสนับสนุนรับรู้และได้รับการสนับสนุนสิทธิประโยชน์ในการปรับตำแหน่ง	ร้อยละ ๑๐๐	รัตนา
๗๑.๑๑ หน่วยงานภายใน รพ. และเครือข่ายได้รับการ สนับสนุน งานบำรุงรักษา ตามลำดับความสำคัญและความเร่งด่วนของหน่วยงานวิกฤติ (OR/LR/Stroke unit/ER/LAB/ฯลฯ)	ร้อยละ ๑๐๐	นครินทร์
๗๑.๑๒ อัตราความล่าช้าในการซ่อมบำรุงเครื่องมือ อุปกรณ์ที่สำคัญในการรักษาพยาบาลลดลง	ร้อยละ ๙๕	นครินทร์
กลยุทธ์ : R๗_ศูนย์บริหารจัดการโรงพยาบาลและเครือข่าย : ๗.๔ โรงพยาบาลไชยาดีจีทัล		
KPI ๗๒ โรงพยาบาลผ่านการประเมินระดับเพชร	ระดับเพชร	ภาณุ
KPI ๗๓ พัฒนาและใช้งานระบบ Smart OPD/ IPD ครบคลุม	≥ ร้อยละ ๙๐ ของหน่วยบริการ ภายใน ๑๒ เดือน	ภาณุ
๗๓.๑ ระบบ EMR (Electronic Medical Record) เชื่อมโยงกับ HIE/Health Cloud ได้	อย่างน้อย ร้อยละ ๙๕ ของข้อมูลผู้ป่วย	ภาณุ
๗๓.๒ ลดเวลารอของผู้ป่วยเฉลี่ยในแผนก OPD ลง ด้วยระบบ Smart Queue, Telemedicine, และ Telepharmacy	≥ ร้อยละ ๓๐	ภาณุ
KPI ๗๔ ผ่านการประเมินมาตรฐาน Cybersecurity มาตรฐาน	สทกข. ระดับสูงสุด	ภาณุ
๗๔.๑ ลดจำนวนเหตุการณ์ด้านข้อมูลรั่วไหล (Data Breach) เป็น ๐ กรณี ในปีงบประมาณ ๒๕๖๙	เท่ากับ ๐	ภาณุ
๗๔.๒ บุคลากรผ่านการฝึกอบรม Cybersecurity Awareness	≥ ร้อยละ ๘๕%	ภาณุ
KPI ๗๕ ติดตั้งและใช้งานระบบ AI Triage หรือ AI-assisted Diagnosis	อย่างน้อย ๒ แผนกภายในปี ๒๕๖๙	ภาณุ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ผู้รับผิดชอบ
วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลคุณภาพชั้นนำด้านการแพทย์เฉพาะทางองค์รวม ที่ได้รับความศรัทธาจากประชาชน		
ยุทธศาสตร์ : ปฏิรูประบบการควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง ๑) ด้านการเงินการคลัง ๒) ด้านสารสนเทศสุขภาพ		
เป้าประสงค์ : ผู้ใช้บริการ มีความพึงพอใจเพิ่มสูงขึ้น เชื่อมั่นและศรัทธา		
KPI ๗๖ ความพึงพอใจของผู้ป่วยจากระบบ Smart Service	≥ ร้อยละ ๙๐	ภาณุ
๗๖.๑ เพิ่มจำนวนบุคลากรที่ผ่านการอบรม Smart Healthcare / Digital Transformation	≥ ร้อยละ ๘๐ ของเป้าหมายประจำปี ๒๕๖๙	ภาณุ
KPI ๗๗ ระดับความสำเร็จในการใช้งานระบบ Health Cloud	...	ภาณุ
๗๗.๑ ประชาชนในพื้นที่อำเภอไชยาลงทะเบียน Health ID	ร้อยละ ๘๐	ภาณุ
๗๗.๒ ประชาชนกลุ่ม จิตเวช NCD ทันตกรรมกายภาพ แพทย์แผนไทย แพทย์แผนจีน เข้าถึงบริการ Health Cloud	ร้อยละ.....	ภาณุ
๗๗.๓ บุคลากรทางการแพทย์สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของผู้รับบริการในระบบ Health Cloud	ร้อยละ ๑๐๐	ภาณุ
KPI ๗๘ ระดับความสำเร็จในการพัฒนาประสิทธิภาพระบบสารสนเทศทางการแพทย์ในระบบ cloud ใน stage ๕-๗	.....	ภาณุ
๗๘.๑ บุคลากรทางการแพทย์สามารถเข้าถึงข้อมูลการให้บริการ	ร้อยละ ๑๐๐	ภาณุ
๗๘.๒ หน่วยงานใช้ระบบ AI Xray	ร้อยละ .....	ภาณุ
กลยุทธ์ : R๘_ศูนย์สร้างศรัทธาประชาชน		
KPI ๗๙ อัตราความพึงพอใจผู้ใช้บริการระดับ ๔-๕	ร้อยละ ๙๐	
๗๙.๑ ความพึงพอใจผู้ใช้บริการ OPD (รพ./รพ.สต.)	ร้อยละ ๙๐	ลลิตา
๗๙.๒ ความพึงพอใจผู้ใช้บริการ IPD (รพ.)	ร้อยละ ๙๐	นภาพร
๗๙.๓ ความพึงพอใจผู้ใช้บริการ เครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (รพ./รพ.สต.)	ร้อยละ ๙๐	สุจิตรา
๗๙.๔ ความพึงพอใจผู้ใช้บริการ Home ward (รพ.)	ร้อยละ ๙๐	สุจิตรา
๗๙.๕ ความพึงพอใจผู้ใช้บริการ บริการเพิ่มพิเศษ (VIP) (รพ.)	ร้อยละ ๙๐	นภาพร

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ผู้รับผิดชอบ
วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลคุณภาพชั้นนำด้านการแพทย์เฉพาะทางองค์รวม ที่ได้รับความศรัทธาจากประชาชน		
ยุทธศาสตร์ : ปฏิรูประบบการควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง ๑) ด้านการเงินการคลัง ๒) ด้านสารสนเทศสุขภาพ		
เป้าประสงค์ : ผู้ใช้บริการ มีความพึงพอใจเพิ่มสูงขึ้น เชื่อมั่นและศรัทธา		
KPI ๘๐ อุบัติการณ์ข้อร้องเรียนที่รุนแรง (G H I) (รพ)	เท่ากับ ๐	ทิพวรรณ
KPI ๘๑ อัตราความพึงพอใจของผู้รับผลงานและภาคีเครือข่าย (สสอ.)	ร้อยละ ๙๐	สุจิตรา
กลยุทธ์ : R๙ ศูนย์บริหารการเงินการคลัง		
KPI ๘๒ ประสิทธิภาพการจัดเก็บรายได้		
๘๒.๑ แพทย์วินิจฉัยโรคถูกต้อง ครบถ้วนตามเกณฑ์เวชระเบียน (SA)	ร้อยละ ๙๐	เยาวมาลย์
๘๒.๒ ๒ ผู้ให้รหัสโรคให้รหัสโรคถูกต้อง (CA)	ร้อยละ ๙๐	เยาวมาลย์
๘๒.๓ อัตราการบันทึกข้อมูล E-Claim /Financial Data Hub (FDH) ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา	ร้อยละ ๑๐๐	นพดล
๘๒.๔ การสรุปเวชระเบียนพร้อมส่ง Claim ทันเวลาภายใน ๑๗ วัน	ร้อยละ ๑๐๐	นพดล
๘๒.๕ การตั้งลูกหนี้ค่ารักษาครบถ้วนทุกกองทุน	ร้อยละ ๑๐๐	นพดล
๘๒.๖ อุบัติการณ์ข้อมูลติด C จากการบันทึกข้อมูลที่สามารถแก้ไขได้	เท่ากับ ๐	นพดล
๘๒.๗ ลูกหนี้เงินสดค้างชำระค่ารักษาพยาบาลได้รับการติดตามจนชำระหนี้	ร้อยละ ๖๕	คมคาย
๘๒.๘ สิทธิอุบัติเหตุจรรยาจร จ่ายเงินเอง (H๕) ที่ค้างชำระค่ารักษาพยาบาลได้รับการติดตามจนชำระหนี้	ร้อยละ ๗๐	สุจีรา
๘๒.๙ การขอเบิกชดเชยลูกหนี้ผู้ป่วยในทุกสิทธิก่อน ๒๐ วัน	ร้อยละ ๑๐๐	สุดา
๘๒.๑๐ กองทุนทุกกองทุนได้รับการกำกับและติดตามอย่างต่อเนื่อง	ร้อยละ ๑๐๐	สุดา
๘๒.๑๑ การบันทึก PPFS ถูกต้อง ครบถ้วน	ร้อยละ ๑๐๐	สุดา
๘๒.๑๒ ผลงาน PPFS บรรลุเป้าหมาย	ร้อยละ ๘๐	สุดา
๘๒.๑๓ ลูกหนี้ I claim ได้รับการจ่ายชดเชย	ร้อยละ ๑๐๐	นพดล
๘๒.๑๔ การบันทึกโปรแกรมอื่นๆนอกโปรแกรม E-claim	ร้อยละ ๑๐๐	นพดล

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ผู้รับผิดชอบ	
วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลคุณภาพชั้นนำด้านการแพทย์เฉพาะทางองค์รวม ที่ได้รับความศรัทธาจากประชาชน			
ยุทธศาสตร์ : ปฏิรูประบบการควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง ๑) ด้านการเงินการคลัง ๒) ด้านสารสนเทศสุขภาพ			
เป้าประสงค์ : ผู้ใช้บริการ มีความพึงพอใจเพิ่มสูงขึ้น เชื่อมั่นและศรัทธา			
๘๒.๑๕	อุบัติการณ์การลงลูกหนี้ผิดพลาด	เท่ากับ ๐	นพดล
๘๒.๑๖	อุบัติการณ์การกระทบลูกหนี้คลาดเคลื่อน	เท่ากับ ๐	นพดล
๘๒.๑๗	อัตราการตั้งลูกหนี้โปรแกรมอื่น ๆ นอกโปรแกรม E-claim	ร้อยละ ๑๐๐	นพดล
๘๒.๑๘	Sum AdjRw รวมทุกสิทธิ	มากกว่าหรือเท่ากับ ๘,๐๐๐	เยาวมาลย์
๘๒.๑๙	อัตราการครองเตียง	มากกว่าร้อยละ ๙๐	เยาวมาลย์
๘๒.๒๐	CMI	> ๐.๙	เยาวมาลย์
KPI ๘๓	ประสิทธิภาพการจัดการรายได้เพิ่มเติมเชิงรุกและตั้งรับ	ร้อยละ ๘๐	นพดล
๘๓.๑	กำไรสุทธิตรวจสุขภาพ premium ทุกสิทธิ	ร้อยละ ๕๐	อัญมณี
๘๓.๒	กำไรสุทธิทันตกรรม premium	ร้อยละ ๕๐	ชญญา
๘๓.๓	กำไรสุทธิกายภาพบำบัด premium	ร้อยละ ๓๐	ทอรุ่ง
๘๓.๔	กำไรสุทธิแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก premium	ร้อยละ ๓๐	ณัฐนิชา
๘๓.๕	กำไรสุทธิเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ premium (ฉีดข้อเข่า)	ร้อยละ ๓๐	สุนนา/จารุวรรณ
๘๓.๖	ผู้สูงอายุที่เข้าข่ายส่งเข้าคลินิก PRP เข้าคลินิก PRP	ร้อยละ ๑๐๐	สุนนา/จารุวรรณ
๘๓.๗	ผู้สูงอายุที่ส่งเข้าคลินิก PRP ได้ฉีดข้อเข่า	ร้อยละ ๑๐๐	สุนนา/จารุวรรณ
๘๓.๘	ห้องพิเศษ premium	ร้อยละ ๒๐	กัญญารัตน์
๘๓.๙	กำไรสุทธิหลักประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ	ร้อยละ ๕๐	อัญมณี
KPI ๘๔	ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังตามเกณฑ์การให้คะแนนประสิทธิภาพ (Total Performance Score : TPS) ได้รับคะแนนอยู่ในระดับ > ๑๒-๑๕ คะแนน (A ดีมาก)	> ๑๒-๑๕ คะแนน (A ดีมาก)	นพดล
๘๔.๑	แผน planfin ด้านรายได้ผ่านเกณฑ์ (กองทุน UC/กองทุนต่างด้าว/กองทุน ปกส./งบค่าเสื่อม)	ร้อยละ ๘๐	นพดล

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ผู้รับผิดชอบ
วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลคุณภาพชั้นนำด้านการแพทย์เฉพาะทางองค์รวม ที่ได้รับความศรัทธาจากประชาชน		
ยุทธศาสตร์ : ปฏิรูประบบการควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง ๑) ด้านการเงินการคลัง ๒) ด้านสารสนเทศสุขภาพ		
เป้าประสงค์ : ผู้ใช้บริการ มีความพึงพอใจเพิ่มสูงขึ้น เชื่อมั่นและศรัทธา		
๘๔.๒ แผน planfin ด้านรายจ่ายผ่านเกณฑ์ (๖ รายการ)	ร้อยละ ๘๐	นครินทร์
๘๔.๓ ต้นทุนค่าแรงบุคลากรไม่เกิน แผน planfin	ไม่เกิน แผน planfin	นครินทร์
๘๔.๔ ห้องปฏิบัติการส่งต่อ	ลดลงร้อยละ ๕	วรงค์ศิริ
๘๔.๕ วัสดุสิ้นเปลือง	ลดลงร้อยละ ๕	นครินทร์
๘๔.๖ ค่าพลังงาน (น้ำ ไฟฟ้า น้ำมันเชื้อเพลิง)	ลดลง ร้อยละ ๕	นครินทร์
๘๔.๗ ต้นทุนเฉลี่ยรายโรคในผู้ป่วยใน NCDs ลดลง (DM/HT/CKD)	ลดลง ร้อยละ ๑๐	นพดล
KPI = ๘๔ / OKR = ๒๘๔	<b>รวม ๓๖๘</b>	