



รายงานผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. 2565
แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาโรงพยาบาล
ระยะ 3 ปี (พ.ศ. 2565 – 2567)
โรงพยาบาลหลวงพ่อกวีศักดิ์ ชุติบุตรโร อุทิศ

วิสัยทัศน์ (Vision)

“มุ่งสู่โรงพยาบาลตติยภูมิอย่างมีมาตรฐาน

พัฒนาบริการทางการแพทย์เพื่อชาวกรุงธนใต้”

คำนำ

การติดตาม ประเมินผล และรายงานผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๕ ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนารองพยาบาล ระยะ ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ พัทลุง ชุมพร ภูเก็ต ถือว่ามีความสำคัญในการดำเนินงานเพื่อติดตามและประเมินความสำเร็จในการดำเนินงานที่สอดคล้องกับนโยบายในการบริหารงานโรงพยาบาลของผู้บริหารโรงพยาบาล ผู้บริหารสำนักงานการแพทย์และกรุงเทพมหานครที่กำหนดไว้ และช่วยให้ทราบถึงความก้าวหน้าปัญหา อุปสรรค หรือผลกระทบที่เกิดขึ้น อันจะช่วยให้ผู้บริหารใช้เป็นเครื่องมือในการวางแผน ค้นหาวิธีปรับปรุงงาน และบริหารจัดการนโยบาย แผนงาน โครงการให้ได้ผลในระยะต่อไป โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ พัทลุง ชุมพร ภูเก็ต ได้กำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดสำหรับเป็นเครื่องมือในการกำกับติดตามและประเมินความสำเร็จในการดำเนินงานของโรงพยาบาล ตลอดจนการนำผลการประเมินไปใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

สำหรับในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕) โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ พัทลุง ชุมพร ภูเก็ต ได้กำหนดเป้าหมายตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์การพัฒนารองพยาบาล ระยะ ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ พัทลุง ชุมพร ภูเก็ต ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพและการบริการทางการแพทย์ด้วยมาตรฐาน และพัฒนาด้านโรคเฉพาะทาง จำนวน ๒๐ ตัวชี้วัด จำนวน ๒๓ โครงการ/กิจกรรม

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ สร้างความเชื่อมั่นในระบบบริการ (Service Capability) จำนวน ๕๗ ตัวชี้วัด จำนวน ๓๕ โครงการ/กิจกรรม

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนงานบริการและการบริหาร เพื่อมุ่งสู่องค์กรดิจิทัล จำนวน ๙ ตัวชี้วัด จำนวน ๙ โครงการ/กิจกรรม

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ เพิ่มศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ สร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization) จำนวน ๓๐ ตัวชี้วัด จำนวน ๒๓ โครงการ/กิจกรรม

ยุทธศาสตร์ที่ ๕ บริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ องค์กรคุณธรรม (Green Hospital/ Moral Hospital) จำนวน ๒๓ ตัวชี้วัด จำนวน ๒๔ โครงการ/กิจกรรม

จึงได้ติดตามและรายงานผลการดำเนินงานและความก้าวหน้าของโครงการ/กิจกรรม ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๕ ตามตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์การพัฒนารองพยาบาล ระยะ ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ พัทลุง ชุมพร ภูเก็ต ว่ามีการดำเนินการแล้วมากน้อยเพียงใด

การติดตาม ประเมินผล และรายงานผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๕ ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนารองพยาบาล ระยะ ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ พัทลุง ชุมพร ภูเก็ต สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความร่วมมืออย่างดียิ่งจากผู้บริหารโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่าย/หัวหน้ากลุ่มงาน และผู้ที่เกี่ยวข้องหวังเป็นอย่างยิ่งว่ารายงานผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๕ ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนารองพยาบาล ระยะ ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ พัทลุง ชุมพร ภูเก็ต ฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อการขับเคลื่อนการพัฒนาโรงพยาบาล และการปรับทิศทางการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนารองพยาบาล ในอนาคตต่อไป

โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ พัทลุง ชุมพร ภูเก็ต (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕)

สารบัญ

	หน้า
วิสัยทัศน์ พันธกิจ ยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล และสรุปผลการดำเนินงาน	๑
รายงานผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๕ ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนารองโรงพยาบาล ระยะ ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๒๕๖๕ ชุมชนบุรีรัมย์ อุทิศ	
ยุทธศาสตร์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพและการบริการทางการแพทย์ ด้วยมาตรฐานและพัฒนาด้านโรคเฉพาะทาง	๒ - ๑๐
ยุทธศาสตร์ที่ ๒ สร้างความเชื่อมั่นในระบบบริการ (Service Capability)	๑๑ - ๓๕
ยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนงานบริการ และการบริหารเพื่อมุ่งสู่องค์กรดิจิทัล	๓๖ - ๔๐
ยุทธศาสตร์ที่ ๔ เพิ่มศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ สร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization)	๔๑ - ๕๘
ยุทธศาสตร์ที่ ๕ บริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ องค์กรคุณธรรม (Green Hospital/Moral Hospital)	๕๙ - ๗๔
สรุปโครงการ/กิจกรรม ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๕ ที่ตอบสนองตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ การพัฒนาของโรงพยาบาลระยะ ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๒๕๖๕ ชุมชนบุรีรัมย์ อุทิศ	๗๕ - ๙๑
ภาคผนวก	๙๒ - ๙๓
คณะกรรมการฯ ผู้จัดทำเล่มแผนยุทธศาสตร์การพัฒนารองโรงพยาบาล ระยะ ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๒๕๖๕ ชุมชนบุรีรัมย์ อุทิศ	

๑. วิสัยทัศน์ (Vision)

“มุ่งสู่โรงพยาบาลตติยภูมิอย่างมีมาตรฐาน พัฒนาบริการทางการแพทย์ เพื่อชาวกรุงธนใต้”

๒. พันธกิจ (Mission)

๑. ให้การบริการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพด้วยคุณภาพมาตรฐาน และเป็นที่น่าเชื่อถือให้กับประชาชนทุกระดับ
๒. สนับสนุนการพัฒนาบริการทางการแพทย์ ร่วมกับเครือข่ายบริการสุขภาพและสถาบันทางการแพทย์
๓. พัฒนาขีดความสามารถ โดยการนำวิทยาการทางการแพทย์ เทคโนโลยี มาประยุกต์ใช้ในการบริหารจัดการ
๔. ส่งเสริมให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้เพื่อให้เกิดคุณค่า กับผู้รับบริการ บุคลากร ชุมชน สถานที่และสภาพแวดล้อม
๕. บริหารจัดการทรัพยากรให้ได้อย่างคุ้มค่า ถูกต้องตามหลักธรรมาภิบาล และนำไปสู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

๓. ค่านิยมองค์กร (Core Value)

LPT : Luangpho Taweesak Hospital

L = LOVE : รักองค์กร ➔ เสริมพลังเป็นกำลังใจให้ทั้งผู้ให้บริการและเพื่อนร่วมงาน มีความพึงพอใจ และยึดมั่นผูกพันองค์กร

P = Professional : ทำงานอย่างมืออาชีพ ➔ ให้บริการที่มีมาตรฐาน มุ่งมั่นสู่ความสำเร็จของงาน สร้างผลงานร่วมกันเพื่อให้ภารกิจลุล่วง

T = Transparency : ราชการใสสะอาด ➔ โรงพยาบาลคุณธรรม ให้บริการด้วยมาตรฐาน บริการที่เท่าเทียมไม่ตีตรา สนใจ เข้าใจ ความต้องการของผู้ใช้บริการ

๔. ยุทธศาสตร์การพัฒนาของโรงพยาบาล มี ๕ ยุทธศาสตร์ ได้แก่

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพและการบริการทางการแพทย์ด้วยมาตรฐานและพัฒนา
ด้านโรคเฉพาะทาง

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ สร้างความเชื่อมั่นในระบบบริการ (Service Capability)

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนงานบริการและการบริหารเพื่อมุ่งสู่องค์กรดิจิทัล

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ เพิ่มศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ สร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization)

ยุทธศาสตร์ที่ ๕ บริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ องค์กรคุณธรรม (Green Hospital/Moral Hospital)

๕. สรุปผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๕ ตามแผนยุทธศาสตร์ฯ คิดเป็นร้อยละ ๙๒.๘๖

ยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด, โครงการ/กิจกรรม	ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย/ สามารถดำเนินการได้	ร้อยละ
ยุทธศาสตร์ที่ ๑	๒๐ ตัวชี้วัด	๑๘ ตัวชี้วัด	๙๐%
	๒๓ โครงการ/กิจกรรม	๒๑ โครงการ/กิจกรรม	๙๑.๓๐%
ยุทธศาสตร์ที่ ๒	๕๗ ตัวชี้วัด	๕๓ ตัวชี้วัด	๙๒.๙๘%
	๓๕ โครงการ/กิจกรรม	๓๕ โครงการ/กิจกรรม	๑๐๐%
ยุทธศาสตร์ที่ ๓	๙ ตัวชี้วัด	๙ ตัวชี้วัด	๑๐๐%
	๙ โครงการ/กิจกรรม	๙ โครงการ/กิจกรรม	๑๐๐%
ยุทธศาสตร์ที่ ๔	๓๐ ตัวชี้วัด	๒๗ ตัวชี้วัด	๙๐%
	๒๓ โครงการ/กิจกรรม	๒๓ โครงการ/กิจกรรม	๑๐๐%
ยุทธศาสตร์ที่ ๕	๒๓ ตัวชี้วัด	๒๑ ตัวชี้วัด	๙๑.๓๐%
	๒๔ โครงการ/กิจกรรม	๒๓ โครงการ/กิจกรรม	๙๕.๘๓%

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : พัฒนาระบบบริการสุขภาพ และการบริหารทางการแพทย์ด้วยมาตรฐานคุณภาพ และพัฒนาด้านโรคเฉพาะทาง

ยุทธศาสตร์ที่ ๑

พัฒนาระบบบริการสุขภาพและการบริการทางการแพทย์ด้วยมาตรฐานคุณภาพและพัฒนาด้านโรคเฉพาะทาง

เป้าหมายหลัก : ระบบบริการสุขภาพและระบบบริการทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐานผู้รับบริการปลอดภัย

เป้าประสงค์ที่ ๑.๑ การบริหารจัดการด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่ได้มาตรฐาน และปลอดภัย

เป้าประสงค์ที่ ๑.๒ สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร

เป้าประสงค์ที่ ๑.๓ พัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use)

ผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๕ ตามยุทธศาสตร์ที่ ๑ มีตัวชี้วัดทั้งหมด ๒๐ ตัวชี้วัด ผลสำเร็จ ๑๘ ตัวชี้วัด ไม่สำเร็จ ๒ ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ ๙๐

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕	โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
๑. การบริหารจัดการ ด้านการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลที่ได้มาตรฐาน และปลอดภัย	๑.๑ พัฒนาศักยภาพบุคลากร ให้มีความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติที่ดีต่อการ พัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาล	ตัวชี้วัดที่ ๑ ร้อยละคะแนนเฉลี่ย ผลสำรวจการวินิจฉัยองค์กรของ บุคลากรในโรงพยาบาล	> ๖๕%	๖๕.๙๓%	ดำเนินการจัดกิจกรรมสำรวจการวินิจฉัย องค์กรของบุคลากรในโรงพยาบาลผ่าน ระบบออนไลน์
		ตัวชี้วัดที่ ๒ บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบคุณภาพ โรงพยาบาลภายในองค์กร	≥ ๗๐%	๑๐๐%	ดำเนินการจัดกิจกรรมดังนี้ ๑. กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับระบบ คุณภาพโรงพยาบาล ในวันที่ ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๕ บุคลากรเข้าร่วม ๘๓ คน มีความรู้ความเข้าใจ เพิ่มขึ้น ๘๓ คน ๒. กิจกรรมส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพ บุคลากร จำนวน ๑๖ คน เข้ารับการ อบรม ประชุมฯ ด้านการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาล (สรพ. เป็นหน่วยงานผู้จัด)

ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาของโรงพยาบาล ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) โรงพยาบาลหลวงพ่отวิศศักดิ์ ชูตินโร อุทิศ

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕	โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
๑. การบริหารจัดการ ด้านการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลที่ได้มาตรฐาน และปลอดภัย (ต่อ)	๑.๑ พัฒนาศักยภาพบุคลากร ให้มีความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติที่ดีต่อการ พัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาล (ต่อ)				ใช้งบประมาณทั้งสิ้น ๖๙,๓๐๐ บาท อาทิ HA๓๐๓ การพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อคุณภาพ HA๓๐๔ HA กับการบริหารการพยาบาล HA๓๐๕ การพัฒนาคุณภาพสำหรับงานสนับสนุนบริการ HA๕๐๑ การนำมาตราฐานสู่การปฏิบัติ ฯลฯ ๓. กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล ด้วยระบบเครือข่ายกรุงเทพมหานคร (Quality Learning Network : QLN) วันที่ ๒๘ – ๒๙ กันยายน ๒๕๖๕
	๑.๒ พัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลอย่าง ต่อเนื่อง ตามแนวทาง มาตรฐาน HA	ตัวชี้วัดที่ ๓ จำนวนครั้งของการ เยี่ยมสำรวจคุณภาพภายในของ ทุกทีม	๒ ครั้ง	๒ ครั้ง	ดำเนินการจัดกิจกรรมการเยี่ยมสำรวจ คุณภาพภายในของทุกทีม
		ตัวชี้วัดที่ ๔ จำนวนครั้งของการ ทบทวนเวชระเบียนตาม Trigger ของทีม PCT	๔ ครั้ง	๔ ครั้ง	ดำเนินการจัดกิจกรรมการทบทวนเวชระเบียน ตาม Trigger ของทีม PCT
		ตัวชี้วัดที่ ๕ จำนวนครั้งที่มีการนำ ตัวชี้วัดไปเทียบเคียงผลงานใน กลุ่มโรคสำคัญ หรือระบบงานสำคัญ กับหน่วยงานภายนอก	๒ ครั้ง	๒ ครั้ง	ดำเนินการนำตัวชี้วัดไปเทียบเคียงผลงาน ในกลุ่มโรคสำคัญหรือระบบงานสำคัญกับ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.)

ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนารองพยาบาล ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) โรงพยาบาลหลวงพ่อบุญศรี ชุมพร อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕	โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
๑. การบริหารจัดการด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่ได้มาตรฐานและปลอดภัย (ต่อ)	๑.๓ ยกระดับการพัฒนากระบวนการคุณภาพโรงพยาบาลในระดับที่สูงขึ้น และพัฒนาความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านโรคเฉพาะทางผ่าน DSC	ตัวชี้วัดที่ ๖ ร้อยละความสำเร็จในการผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล Re – Accreditation Survey (HA) ครั้งที่ ๓ (๒๕๖๕) (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๑ กลยุทธ์ที่ ๑)	๑๐๐% Re – Accreditation Survey ครั้งที่ ๓	๑๐๐% Re – Accreditation Survey ครั้งที่ ๓	๑. ดำเนินการจัดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (HA) อย่างต่อเนื่อง ใช้งบประมาณในการขอรับรองประเมินฯ ๗๒,๐๐๐ บาท เป็นการเยี่ยมสำรวจแบบลดรูป) ๒. ผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล Re – Accreditation Survey (HA) ครั้งที่ ๓ วันที่ ๕ เมษายน ๒๕๖๕ มีผลการรับรองตั้งแต่วันที่ ๑๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ ถึงวันที่ ๑๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๖
		ตัวชี้วัดที่ ๗ ร้อยละความสำเร็จในการผ่านการประเมินรับรองเฉพาะโรค Disease Specific Certification (DSC) (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๑ กลยุทธ์ที่ ๑)	-	-	ดำเนินการ ปี ๒๕๖๖ และ ปี ๒๕๖๗
		ตัวชี้วัดที่ ๘ อัตราตัวชี้วัดคุณภาพที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบสารสนเทศเปรียบเทียบ วัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล (THIP II) ผ่านเกณฑ์ค่าเฉลี่ย	๘๐%	๘๑.๕๕%	ดำเนินการจัดโครงการพัฒนาระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล (THIP) ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ใช้งบประมาณ ๑๐,๐๐๐ บาท

ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาของโรงพยาบาล ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) โรงพยาบาลหลวงพ่อบุญศรี อู่ทิด

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕	โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
๑. การบริหารจัดการ ด้านการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลที่ได้มาตรฐาน และปลอดภัย (ต่อ)	๑.๓ ยกระดับการพัฒนา กระบวนการคุณภาพ โรงพยาบาลในระดับที่ สูงขึ้น และพัฒนาความ เป็นเลิศทางการแพทย์ ด้านโรคเฉพาะทาง ผ่าน DSC (ต่อ)	(แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๑ กลยุทธ์ที่ ๑			- จำนวน KPI ที่เข้าโครงการ THIP ทั้งหมด จำนวน ๑๐๓ ตัวชี้วัด และจำนวน KPI ที่เข้าร่วมโครงการ THIP ผ่านเกณฑ์ มาตรฐานสากล จำนวน ๘๔ ตัวชี้วัด - กิจกรรมทบทวนตัวชี้วัดคุณภาพที่ไม่ เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน ๒ ครั้ง
		ตัวชี้วัดที่ ๙ ร้อยละความสำเร็จ ในการผ่านการรับรองการประเมิน ระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการ ตามมาตรฐานเทคนิคการแพทย์	-	-	ดำเนินการ ปี ๒๕๖๖
		ตัวชี้วัดที่ ๑๐ ร้อยละความสำเร็จ ในการผ่านรับรองการประเมิน คุณภาพและมาตรฐานบริการตาม เกณฑ์มาตรฐานห้องปฏิบัติการ ทางการแพทย์ด้านรังสีวินิจฉัย	๑๐๐%	๐%	ในปี ๒๕๖๕ ไม่ได้รับการตรวจประเมิน ระบบคุณภาพตามมาตรฐานงานห้อง ปฏิบัติงานทางการแพทย์ ด้านรังสีวินิจฉัย เนื่องจากเกิดสถานการณ์แพร่ระบาดโควิด -19 หน่วยงานที่ประเมินฯ จึงขอให้โรงพยาบาล ยื่นขอรับการประเมินฯ ภายในปี ๒๕๖๖
		ตัวชี้วัดที่ ๑๑ ร้อยละความสำเร็จ ในการรับการเยี่ยมสำรวจของ องค์กรวิชาชีพเภสัชกรรม โรงพยาบาล	-	-	ดำเนินการ ปี ๒๕๖๗

ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนารองพยาบาล ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) โรงพยาบาลหลวงพ่อบุญศรี ชุมพร อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕	โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
๒. สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร	๒.๑ เพิ่มประสิทธิภาพระบบบริหารจัดการความเสี่ยงโดยมุ่งเน้นบริหารความเสี่ยงเชิงรุก	ตัวชี้วัดที่ ๑๒ ร้อยละของคะแนนเฉลี่ยผลสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรในโรงพยาบาล	≥๗๐%	๗๕.๘๒%	ดำเนินการจัดกิจกรรมการทบทวนวิจัยวัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรในโรงพยาบาล ผ่านระบบออนไลน์
		ตัวชี้วัดที่ ๑๓ จำนวนครั้งของการจัดกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการบริหารจัดการความเสี่ยงของหน่วยงาน	๑ ครั้ง	๑ ครั้ง	๑. ดำเนินการจัดกิจกรรมพัฒนาระบบบริหารจัดการความเสี่ยง จำนวน ๑ ครั้งในรูปแบบประชุมวิชาการประจำปีในวันที่ ๒๒ กรกฎาคม ๒๕๖๖ มีผู้เข้าร่วมประชุมทั้งสิ้น ๗๐ คน ๒. กิจกรรมตามรอยการบริหารความเสี่ยงที่หน่วยงานตามจุดเน้นความเสี่ยงขององค์กร ๒. จัดกิจกรรมประชุมเพื่อติดตามงานการบริหารความเสี่ยงของทุกทีม
		ตัวชี้วัดที่ ๑๔ อัตราความครอบคลุมการรายงานความเสี่ยงภาพรวมของหน่วยงาน กำหนดเกณฑ์ขั้นต่ำ ทั่วไป : อย่างน้อย ๒ ฉบับ/เดือน/หน่วยงาน คลินิก : อย่างน้อย ๓ ฉบับ/เดือน/หน่วยงาน	≥๗๕%	๘๔.๐๙%	๑. จำนวนหน่วยงานที่มีการรายงานความเสี่ยงตามข้อกำหนด จำนวน ๓๗ หน่วยงาน ด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนหน่วยงานทั้งหมด จำนวน ๔๔ คน ๒. จำนวนรายงานความเสี่ยงภาพรวมของหน่วยงาน ทั้งสิ้น ๓,๖๐๗ ฉบับ

ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาของโรงพยาบาล ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) โรงพยาบาลหลวงพ่отวิศักดิ์ ชูตินธร อุทิศ

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕	โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
๒. สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร (ต่อ)	๒.๑ เพิ่มประสิทธิภาพระบบบริหารจัดการความเสี่ยงโดยมุ่งเน้นบริหารความเสี่ยงเชิงรุก (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๑๕ อัตราความครอบคลุมการรายงานความเสี่ยงของหน่วยงานตนเอง (Self – report) <u>กำหนดเกณฑ์ขั้นต่ำ</u> ทั่วไป : อย่างน้อย ๑ ฉบับ/เดือน/หน่วยงาน คลินิก: อย่างน้อย ๒ ฉบับ/เดือน/หน่วยงาน	≥ ๗๐%	๗๗.๒๗%	๑. จำนวนหน่วยงานที่มีการรายงานความเสี่ยงของหน่วยงานตนเอง (Self – report) ตามข้อกำหนด จำนวน ๓๔ หน่วยงาน คุณด้วย ๑๐๐ ทารด้วย จำนวนหน่วยงานทั้งหมด จำนวน ๔๔ หน่วยงาน ๒. จำนวนรายงานความเสี่ยงของหน่วยงานตนเอง (Self – report) ทั้งสิ้น ๘๒๗ ฉบับ
		ตัวชี้วัดที่ ๑๖ ร้อยละอุบัติการณ์ระดับสูงขึ้นไป ได้รับการทำการทบทวนและปรับปรุงแก้ไข	≥ ๗๐%	๗๖.๖๒%	จำนวนอุบัติการณ์ระดับ E และ ๓ ขึ้นไปที่ได้ทำ RCA จำนวน ๕๙ เรื่อง คุณด้วยทั้งหมด จำนวน ๗๗ เรื่อง
๓. พัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use)	๓.๑ ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพื่อให้เกิดความคุ้มค่า ปลอดภัยในการใช้ยา ลดการเกิดเชื้อดื้อยา และลดการป่วยจากเชื้อดื้อยา	ตัวชี้วัดที่ ๑๗ ร้อยละความสำเร็จในการผ่านการประเมินระดับโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	> ๘๐%	๙๑.๖๗% (ผ่านเกณฑ์การประเมินของกระทรวงสาธารณสุข)	๑. ดำเนินการจัดกิจกรรมรณรงค์และประชาสัมพันธ์การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ๒. จำนวนตัวชี้วัด RDU ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน จำนวน ๑๑ ตัวชี้วัด คุณด้วย ๑๐๐ ทารด้วย จำนวนตัวชี้วัด RDU ที่กำหนดทั้งหมด จำนวน ๑๒ ตัวชี้วัด
		ตัวชี้วัดที่ ๑๘ ร้อยละของการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด	< ๑๕%	๗.๙๒%	จำนวนครั้งของสตรีคลอดปกติครบกำหนดที่ได้รับยาปฏิชีวนะ จำนวน ๑๙ ครั้ง คุณด้วย ๑๐๐ ทารด้วย จำนวนครั้งของสตรีคลอดปกติครบ จำนวน ๒๔๐ ครั้ง

ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนารองพยาบาล ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) โรงพยาบาลหลวงพ่อบุญศรี ชุมชนโร อุตสาหกรรม

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕	โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
๓. พัฒนาระบบบริการให้มี การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use) (ต่อ)	๓.๑ ส่งเสริมการใช้ยาอย่าง สมเหตุผลเพื่อให้เกิด ความคุ้มค่า ปลอดภัยใน การใช้ยา ลดการเกิดเชื้อ ดื้อยา และลดการป่วย จากเชื้อดื้อยา (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๑๙ ร้อยละของผู้ป่วย เด็กได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ (ครอบคลุมโรค ตามรหัส ICD – ๑๐ ตาม RUA- URI) และได้รับยาต้านฮิสตามีน ชนิด non - sedating	≤๒๐%	๑๕.๒๖%	จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วย URI ที่ได้รับยา ปฏิชีวนะในช่วง ๖ เดือน จำนวน ๓๓๘ ใบ คุณด้วย ๑๐๐ ทารด้วย จำนวนใบสั่งยา ผู้ป่วย URI ทั้งหมดในช่วงเวลาเดียว จำนวน ๒,๒๑๕ ใบ
		ตัวชี้วัดที่ ๒๐ ร้อยละของการใช้ ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยที่ติดเชื้อ ทางเดินหายใจส่วนบนในผู้ป่วยนอก (Upper respiratory tract infections)	≤๓๐%	๒๖.๖๘%	จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วย URI ที่ได้รับยา ปฏิชีวนะในช่วง ๖ เดือน จำนวน ๘๘๐ ใบ คุณด้วย ๑๐๐ ทารด้วย จำนวนใบสั่งยา ผู้ป่วย URI ทั้งหมดในช่วงเวลาเดียว จำนวน ๓,๒๙๘ ใบ
		ตัวชี้วัดที่ ๒๑ ร้อยละการใช้ยา ปฏิชีวนะในผู้ป่วยที่มีภาวะอุจจาระ ร่วงเฉียบพลัน	≤๒๐%	๒๖.๕๖% (แจ้งองค์กรแพทย์ ทบทวนตัวชี้วัด)	จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วย (Acute diarrhea : AD) ที่ได้รับยาปฏิชีวนะ ในช่วง ๖ เดือน จำนวน ๕๖๔ ใบ คุณด้วย ๑๐๐ ทารด้วย จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วย (Acute diarrhea : AD) ทั้งหมดในช่วงเวลาเดียว จำนวน ๒,๒๑๓ ใบ
		ตัวชี้วัดที่ ๒๒ ร้อยละการใช้ยา ปฏิชีวนะในผู้ป่วยที่เข้ารับการ รักษาบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ	≤๕๐%	๔๕.๙๔%	จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกบาดแผลสดจาก อุบัติเหตุที่ได้รับยาปฏิชีวนะ จำนวน ๑,๐๐๗ ครั้ง คุณด้วย ๑๐๐ ทารด้วย จำนวนครั้งของ ผู้ป่วยนอกบาดแผลสดจากอุบัติเหตุทั้งหมด จำนวน ๒,๑๙๒ ครั้ง

ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาของโรงพยาบาล ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชูตินโร อูทิศ

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕	โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
๓. พัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use) (ต่อ)	๓.๑ ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพื่อให้เกิดความคุ้มค่า ปลอดภัยในการใช้ยา ลดการเกิดเชื้อดื้อยา และลดการป่วยจากเชื้อดื้อยา (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๒๓ ดื้อยา (AMR) : กรณีเป็นโรงพยาบาล ระดับ M๑ ต้องมีรายงานอัตราการติดเชื้อยา (AMR) ในกระแสเลือด ลดลง จาก Baseline	ลดลง (เทียบกับปีงบประมาณที่ผ่านมา)	๑๕.๓๘% ลดลงเมื่อเทียบกับปีงบประมาณ ๒๕๖๔ = ๒๑%)	จำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดจากแบคทีเรียดื้อยา ๘ ชนิด จำนวน ๕๖ คน คุณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนผู้ป่วยที่ส่งเลือดตรวจเพาะเชื้อทั้งหมด โดยต้องมีผลลดลงเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา จำนวน ๓๖๔ คน

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ : สร้างความเชื่อมั่นในระบบบริการ (Service Capability)

ยุทธศาสตร์ที่ ๒					
สร้างความเชื่อมั่นในระบบบริการ (Service Capability)					
เป้าหมายหลัก : ประชาชนเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่ให้บริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน					
เป้าประสงค์ที่ ๒.๑ พัฒนาคูณภาพระบบการบริการทางการแพทย์ให้มีความสะดวก รวดเร็ว และสร้างความเชื่อมั่นในการให้บริการต่อผู้รับบริการ					
เป้าประสงค์ที่ ๒.๒ เพิ่มศักยภาพการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่สอดคล้องกับความต้องการและแนวโน้มการเจ็บป่วยของประชาชน					
เป้าประสงค์ที่ ๒.๓ เพิ่มศักยภาพโรงพยาบาลในการรองรับโรคเฉพาะทางของผู้สูงอายุ					
เป้าประสงค์ที่ ๒.๔ พัฒนาศักยภาพและการรักษาพยาบาลรูปแบบใหม่ให้ทันต่อกระแสโลกาภิวัตน์และเทคโนโลยีสุขภาพ					
เป้าประสงค์ที่ ๒.๕ พัฒนาโครงสร้างและระบบบริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิเพื่อรองรับการให้บริการประชาชน					
เป้าประสงค์ที่ ๒.๖ พัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้สอดคล้องกับสาธารณสุขที่มีในพื้นที่					
เป้าประสงค์ที่ ๒.๗ สร้างเครือข่ายในการส่งต่อ					
ผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๕ ตามยุทธศาสตร์ที่ ๒ มีจำนวนทั้งหมด ๕๗ ตัวชี้วัด ผลสำเร็จ ๕๓ ตัวชี้วัด ไม่สำเร็จ ๔ ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ ๙๒.๙๘					
เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕	โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
๒.๑ พัฒนาคูณภาพระบบการบริการทางการแพทย์ให้มีความสะดวก รวดเร็ว และสร้างความเชื่อมั่นในการให้บริการต่อผู้รับบริการ	๒.๑.๑ เพื่อให้การบริการผู้ป่วยที่สะดวก และรวดเร็ว	ตัวชี้วัดที่ ๑ ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก	≥๘๐%	๘๘.๘๗%	ดำเนินการสำรวจความพึงพอใจของผู้มารับบริการทั้งผู้ป่วยนอก
		ตัวชี้วัดที่ ๒ ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยใน	≥๘๐%	๘๐.๘๑%	ดำเนินการสำรวจความพึงพอใจของผู้มารับบริการทั้งผู้ป่วยใน
		ตัวชี้วัดที่ ๓ ระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วยนอกลดลง	๑๒๐ นาที	๑๐๑.๗๐ นาที	ดำเนินการจัดกิจกรรมลดระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วยนอก

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕	โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
๒.๑ พัฒนาคูณภาพระบบการบริการทางการแพทย์ให้มีความสะดวก รวดเร็ว และสร้างความเชื่อมั่นในการให้บริการต่อผู้รับบริการ (ต่อ)	๒.๑.๑ เพื่อให้การบริการผู้ป่วยที่สะดวก และรวดเร็ว (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๔ ระยะเวลารอคอยรับยาของผู้ป่วยนอกลดลง	≤ ๓๐ นาที	๒๔ นาที	ดำเนินการจัดกิจกรรมลดระยะเวลารอคอยรับยาของผู้ป่วยนอก
		ตัวชี้วัดที่ ๕ อัตราผู้ป่วยได้รับการ Admit ภายใน ๓๐ นาทีหลังส่งเวร	≥ ๘๐%	๘๕%	ดำเนินการจัดกิจกรรมการลดระยะเวลาในการ Admit
		ตัวชี้วัดที่ ๖ ระยะเวลารอคอยบริการห้องอุบัติเหตุ -ฉุกเฉิน แบ่งกลุ่มประเภทผู้ป่วย - Emergency - Urgency	< ๔ นาที < ๓๐ นาที	๓.๐๓ นาที ๔.๙๙ นาที	ดำเนินการจัดกิจกรรมลดระยะเวลารอคอยในการให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉิน
	๒.๑.๒ นำข้อเสนอแนะที่สามารถดำเนินการได้จากผู้รับบริการและญาติ (actionable feedback) ไปปรับปรุงพัฒนาการบริการเพื่อตอบสนองต่อสิทธิผู้ป่วย	ตัวชี้วัดที่ ๗ อุบัติการณ์ข้อร้องเรียนที่ต้องเจรจาไกล่เกลี่ยลดลง	< ๕ ครั้งต่อปี	๒ ครั้ง	๑. ดำเนินการประชุมเพื่อติดตามการตอบสนองต่อข้อเสนอแนะจากผู้รับบริการและญาติ ๒. จำนวนอุบัติการณ์ข้อร้องเรียนที่ต้องมีการเจรจาไกล่เกลี่ยในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ จำนวน ๒ ครั้ง
		ตัวชี้วัดที่ ๘ ร้อยละของอุบัติการณ์ข้อร้องเรียนที่ได้รับการแก้ไข RCA และปิดประเด็น	< ๕ ครั้งต่อปี	๑ ครั้ง	จำนวนอุบัติการณ์ข้อร้องเรียนที่ได้รับการแก้ไขและปิดประเด็นได้ไม่มีการร้องเรียนในระดับที่สูงขึ้น

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕	โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
๒.๑ พัฒนาคุณภาพระบบการบริการทางการแพทย์ ให้มีความสะดวก รวดเร็ว และสร้างความเชื่อมั่นในการให้บริการต่อผู้รับบริการ (ต่อ)	๒.๑.๒ นำข้อเสนอแนะที่สามารถดำเนินการได้จากผู้รับบริการและญาติ (actionable feedback) ไปปรับปรุงพัฒนาการบริการเพื่อตอบสนองต่อสิทธิผู้ป่วย (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๙ ร้อยละอุบัติการณ์ข้อร้องเรียน/ ข้อคิดเห็น ได้รับการแก้ไขหรือตอบสนองอย่างรวดเร็ว	๑๐๐%	๑๐๐%	จำนวนอุบัติการณ์ข้อร้องเรียน/ข้อคิดเห็นสามารถแก้ไขได้ทันภายในกำหนดเวลา จำนวน ๓๑ เรื่อง คุณด้วย ๑๐๐ หากด้วยจำนวนอุบัติการณ์ข้อร้องเรียน/ข้อคิดเห็นทั้งหมดในปีงบประมาณนั้น ๆ จำนวน ๓๑ เรื่อง
๒.๒ เพิ่มศักยภาพการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่สอดคล้องกับความต้องการและแนวโน้มการเจ็บป่วยของประชาชน	๒.๒.๑ พัฒนาการบริการทางการแพทย์รองรับโรคสำคัญที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนและโรคคนเมือง ๑) ด้านสูติ - นรีเวชกรรม ๑.๑) เพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยรายโรค – ด้านสูตินรีเวชกรรม	ตัวชี้วัดที่ ๑๐ จำนวนคลินิกเฉพาะโรคและ/หรือพัฒนาช่องทางเพื่อรองรับการให้บริการ	๑ คลินิก/ ช่องทาง	๑ ช่องทาง	ดำเนินการเพิ่มศักยภาพการให้บริการในคลินิกรักษาภาวะผู้มีบุตรยาก โดยการฉีดน้ำเชื้อเข้าสู่โพรงมดลูก IUI (Intrauterine insemination) เริ่มตั้งแต่เดือนธันวาคม ๒๕๖๕ เป็นต้นไป
		ตัวชี้วัดที่ ๑๑ ร้อยละความสำเร็จของสตรีที่มีภาวะมีบุตรยากเข้ารับบริการในคลินิกรักษาภาวะผู้มีบุตรยากได้รับคำแนะนำและเข้าสู่กระบวนการรักษา (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๑ กลยุทธ์ที่ ๒	๖๕%	๑๐๐%	จำนวนผู้มารับบริการในคลินิกและได้รับคำแนะนำและเข้าสู่กระบวนการรักษาจริง จำนวน ๘ คน คุณด้วย ๑๐๐ หากด้วยจำนวนผู้มารับบริการทั้งหมด จำนวน ๘ คน

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕	โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
๒.๒ เพิ่มศักยภาพการบริการ ทางการแพทย์และ สาธารณสุขที่สอดคล้อง กับความต้องการและ แนวโน้มนโยบายของ ประชาชน (ต่อ)	๒.๒.๑ พัฒนาการทาง การแพทย์รองรับโรค สำคัญที่เป็นปัญหา ด้านสุขภาพของ ประชาชนและ โรคคนเมือง (ต่อ) ๑) ด้านสูติ - นรีเวชกรรม ๑.๑) เพิ่มศักยภาพการ ดูแลผู้ป่วยรายโรค - ด้านสูตินรีเวชกรรม (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๑๒ จำนวนอุบัติการณ์เกิด ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดผ่าน กล้องทางนรีเวชลดลง * คลินิกส่องกล้องทางนรีเวช เปิดให้ บริการตั้งแต่ปี ๒๕๖๑	< ๕ รายต่อปี	๐ ราย	๑. จำนวนครั้งของอุบัติการณ์ของ ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดผ่านกล้อง ทางนรีเวช จำนวน ๐ คน คุณด้วย ๑๐๐ ร้อยด้วย จำนวนครั้งที่ให้บริการ ผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวชทั้งหมด จำนวน ๙ คน ร้อยละ ๐ ๒. ดำเนินการจัดกิจกรรมบริหารจัดการ ความเสี่ยงจากอุบัติการณ์ที่เกิด ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดผ่าน กล้องทางนรีเวชอย่างต่อเนื่อง
		ตัวชี้วัดที่ ๑๓ ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลและ มีอายุครรภ์น้อยกว่า ๑๖ สัปดาห์ ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคดาวน์ซินโดรม รวมถึงทางเลือกในการตรวจ คัดกรอง	๘๐%	๑๐๐%	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับ การตรวจคัดกรองโรคดาวน์ซินโดรม จำนวน ๓๗๓ คน คุณด้วย ๑๐๐ ร้อยด้วย จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่ โรงพยาบาลตั้งแต่อายุครรภ์น้อยกว่า ๑๖ สัปดาห์ จำนวน ๓๗๓ คน - ตรวจ Quad test ๓๓.๒๔% (๑๒๔/๓๗๓) - เจาะน้ำคร่ำ ๑๒.๓๓% (๔๖/๓๗๓)
		ตัวชี้วัดที่ ๑๔ ร้อยละความพึงพอใจ ของผู้มารับบริการในแผนกสูติ - นรีเวชกรรม	≥ ๘๐%	๘๙.๙๐%	

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕	โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
๒.๒ เพิ่มศักยภาพการบริการ ทางการแพทย์และ สาธารณสุขที่สอดคล้อง กับความต้องการและ แนวโน้มการเจ็บป่วยของ ประชาชน (ต่อ)	๒.๒.๑ พัฒนาการทาง การแพทย์รองรับโรค สำคัญที่เป็นปัญหา ด้านสุขภาพของ ประชาชนและ โรคคนเมือง (ต่อ) ๑) ด้านสูติ - นรีเวชกรรม ๑.๒) เพิ่มศักยภาพการ ดูแลในหญิงตั้งครรภ์กลุ่ม เสี่ยง Preterm	ตัวชี้วัดที่ ๑๕ อัตราคัดกรอง ผู้ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ ๒๔ สัปดาห์ ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงของ การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	๑๐๐%	๑๐๐%	จำนวนสตรีที่ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนกำหนด ๒๔ สัปดาห์ ได้รับการคัดกรองเจ็บครรภ์ ก่อนกำหนด จำนวน ๑๕ คน คุณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนสตรีที่ฝากครรภ์ก่อน ๒๔ สัปดาห์ทั้งหมด จำนวน ๑๕ คน
		ตัวชี้วัดที่ ๑๖ อัตราสตรีตั้งครรภ์ เดียวตรวจพบปากมดลูกสั้นก่อน อายุครรภ์ ๒๔ สัปดาห์ ได้รับการ รักษาตามแนวทางการป้องกัน สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อ การคลอดก่อนกำหนด	≥๘๐%	๑๐๐%	จำนวนสตรีตั้งครรภ์เดียวตรวจพบปากมดลูกสั้น ได้รับการรักษาตามแนวทาง จำนวน ๐ คน คุณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนสตรี ตั้งครรภ์เดียวตรวจพบปากมดลูกสั้นทั้งหมด จำนวน ๐ คน (ไม่พบสตรีตั้งครรภ์ที่มีปาก มดลูกสั้น)
		ตัวชี้วัดที่ ๑๗ อัตราสตรีตั้งครรภ์ เดียวที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนด ได้รับโปรเจสเตอโรน ตั้งแต่อายุ ครรภ์ ๑๖ – ๒๔ สัปดาห์ จนถึง ๓๖+๖ สัปดาห์	≥๗๕%	๖๕% (ตัวชี้วัดนี้ไม่ผ่าน เนื่องจากพบปัญหา เรื่องค่าใช้จ่ายจ่ายเอง)	จำนวนสตรีตั้งครรภ์เดียวที่มีประวัติคลอด ก่อนกำหนดได้รับโปรเจสเตอโรน จำนวน ๑๓ คน คุณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวน สตรีตั้งครรภ์เดียวที่มีประวัติคลอดก่อน กำหนด จำนวน ๒๐ คน
		ตัวชี้วัดที่ ๑๘ อัตราสตรีตั้งครรภ์ ประสบความสำเร็จในการยับยั้ง ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	≥๗๐%	๙๖%	จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่สามารถยับยั้งภาวะ เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้สำเร็จ จำนวน ๔๘ คน คุณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อน กำหนดในปีงบประมาณนั้น ๆ จำนวน ๕๐ คน

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕	โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
๒.๒ เพิ่มศักยภาพการบริการ ทางการแพทย์และ สาธารณสุขที่สอดคล้อง กับความต้องการและ แนวโน้มการเจ็บป่วยของ ประชาชน (ต่อ)	๒.๒.๑ พัฒนาการทาง การแพทย์รองรับโรค สำคัญที่เป็นปัญหา ด้านสุขภาพของ ประชาชนและ โรคคนเมือง (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๑๙ ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ วัยรุ่นที่ได้รับความรู้ด้านการป้องกัน การตั้งครรภ์ตลอดจนการ วางแผนการคุมกำเนิดหลังคลอด	๗๐%	๑๐๐%	จำนวนหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มากลดที่ โรงพยาบาลได้รับความรู้ จำนวน ๘๒ คน คุณด้วย ๑๐๐ ทารกด้วย จำนวนหญิงตั้งครรภ์ วัยรุ่นที่มากลดที่โรงพยาบาลทั้งหมด จำนวน ๘๒ คน
		ตัวชี้วัดที่ ๒๐ จัดกิจกรรมให้ ความรู้ในการป้องกันและแก้ไข ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชนฯ)	๑ ครั้ง/ปี	๑ ครั้ง/ปี	ดำเนินการจัดกิจกรรมให้ความรู้ทางออนไลน์ ผ่านเพจ “เพื่อนใจ วัยทีน หนองแขม บางบอน” ครั้งที่ ๑ ให้ความรู้ออนไลน์ เรื่อง New Normal New Safe SEX วันที่ ๑๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ ครั้งที่ ๒ ให้ความรู้ออนไลน์ เรื่อง วัยรุ่นยุค ใหม่ใส่ใจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วันที่ ๓ ธันวาคม ๒๕๖๔
	๒) ด้านจักษุวิทยา ๒.๑) เพิ่มศักยภาพการ ดูแลผู้ป่วยรายโรค - ด้านจักษุวิทยา	ตัวชี้วัดที่ ๒๑ จำนวนคลินิกเฉพาะโรค และ/หรือพัฒนาช่องทางเพื่อ รองรับการให้บริการ	-	-	ในปี ๒๕๖๕ ไม่มี ในปี ๒๕๖๖ โครงการคลินิกจอประสาทตา ในปี ๒๕๖๗ ไม่มี
		ตัวชี้วัดที่ ๒๒ ร้อยละของผู้ป่วย เบาหวานที่ได้รับการตรวจคัดกรอง จอประสาทตา (๑ ครั้งต่อคนต่อปี) (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๙) ยุทธศาสตร์ ที่ ๒ เป้าประสงค์ ที่ ๑ กลยุทธ์ที่ ๒	-	-	ในปี ๒๕๖๖ จัดซื้อครุภัณฑ์ทางการแพทย์ และเปิดให้บริการคลินิกจอประสาทตา

รายงานผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๕

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนารองพยาบาล ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๙) โรงพยาบาลหลวงพ่อบุญศรี อู่ทอง

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕	โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
๒.๒ เพิ่มศักยภาพการบริการ ทางการแพทย์และ สาธารณสุขที่สอดคล้อง กับความต้องการและ แนวโน้มการเจ็บป่วยของ ประชาชน (ต่อ)	๒.๒.๑ พัฒนาการทาง การแพทย์รองรับโรค สำคัญที่เป็นปัญหา ด้านสุขภาพของ ประชาชนและ โรคคนเมือง (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๒๓ ร้อยละของผู้ป่วย เบาหวานขึ้นจอประสาทตา ระดับ Severe NPDR ขึ้นไป ได้รับการ รักษาด้วยการทำเลเซอร์ ภายใน ๓๐ วัน	-	-	ในปี ๒๕๖๖ จัดซื้อครุภัณฑ์ทางการแพทย์ และเปิดให้บริการคลินิกจอประสาทตา
	๒) ด้านจักษุวิทยา ๒.๑) เพิ่มศักยภาพการ ดูแลผู้ป่วยรายโรค - ด้านจักษุวิทยา				
	๓) ด้านกุมารเวชกรรม ๓.๑) เพิ่มศักยภาพการ ดูแลผู้ป่วยรายโรค - ด้านกุมารเวชกรรม	ตัวชี้วัดที่ ๒๔ จำนวนคลินิกเฉพาะโรค และ/หรือพัฒนาช่องทางเพื่อ รองรับการให้บริการ	-	-	ในปี ๒๕๖๕ ไม่มี ในปี ๒๕๖๖ ไม่มี ในปี ๒๕๖๗ โครงการ NICU
		ตัวชี้วัดที่ ๒๕ อัตราการเสียชีวิต ของทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต หลังรักษา ภายใน ๒๘ วัน หลังคลอด (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๙) ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๑ กลยุทธ์ที่ ๒	≤ ๑๐ : ๑,๐๐๐LB (อัตราการ เสียชีวิตต่อ ทารกแรก เกิดมีชีพ ๑,๐๐๐LB)	๔.๔๗ : ๑,๐๐๐LB	จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพน้ำหนักมากกว่า หรือเท่ากับ ๕๐๐ กรัมที่เสียชีวิต ภายใน ๒๘ วัน หลังคลอด จำนวน ๓ คน คุณด้วย ๑,๐๐๐ หารด้วย จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ น้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ ๕๐๐ กรัม ทั้งหมด จำนวน ๖๗๑ คน

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕	โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
๒.๒ เพิ่มศักยภาพการบริการ ทางการแพทย์และ สาธารณสุขที่สอดคล้อง กับความต้องการและ แนวโน้มการเจ็บป่วยของ ประชาชน (ต่อ)	๒.๒.๑ พัฒนาการทาง การแพทย์รองรับโรค สำคัญที่เป็นปัญหา ด้านสุขภาพของ ประชาชนและ โรคคนเมือง (ต่อ) ๓) ด้านการเวชกรรม ๓.๑) เพิ่มศักยภาพการ ดูแลผู้ป่วยรายโรค - ด้านการเวชกรรม (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๒๖ อัตราการเกิดภาวะ หายใจลำบาก(RDS) ในทารกแรกเกิด ที่คลอดก่อนกำหนด (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ ที่ ๑ กลยุทธ์ที่ ๒	≤๑๐%	๑๔.๘๖%	จำนวนทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนด ที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า ๓๗ สัปดาห์ เกิด ภาวะหายใจลำบาก (RDS) จำนวน ๑๑ คน ด้วย ๑๐๐ ทารกด้วย จำนวนทารกแรก เกิดที่คลอดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า ๓๗ สัปดาห์ทั้งหมด จำนวน ๗๔คน
	๔) ด้านอายุรกรรม ๔.๑) เพิ่มศักยภาพการ ดูแลผู้ป่วยรายโรค - ด้านอายุรกรรม	ตัวชี้วัดที่ ๒๗ จำนวนคลินิกเฉพาะโรค และ/หรือพัฒนาช่องทางเพื่อ รองรับการให้บริการ	-	-	ในปี ๒๕๖๕ ไม่มี ในปี ๒๕๖๖ ไม่มี ในปี ๒๕๖๗ โครงการคลินิกทางไตทางช่องท้อง
	๔.๒) เพิ่มศักยภาพการ ให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคไต	ตัวชี้วัดที่ ๒๘ ร้อยละความสำเร็จ ในการเปิดให้บริการทางไตทาง ช่องท้อง (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๑ กลยุทธ์ที่ ๑	-	-	ในปี ๒๕๖๗ จัดซื้อครุภัณฑ์ทางการแพทย์ และเปิดให้บริการคลินิกทางไตทางช่องท้อง ภายในปี ๒๕๖๗ หรือ ปี ๒๕๖๘

รายงานผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๕

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาของโรงพยาบาล ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) โรงพยาบาลหลวงพ่отวิศักดิ์ ชุติโนโร อุทิศ

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕	โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
๒.๒ เพิ่มศักยภาพการบริการ ทางการแพทย์และ สาธารณสุขที่สอดคล้อง กับความต้องการและ แนวโน้มการเจ็บป่วยของ ประชาชน (ต่อ)	๒.๒.๑ พัฒนาศักยภาพการ การแพทย์รองรับโรค สำคัญที่เป็นปัญหา ด้านสุขภาพของ ประชาชนและ โรคคนเมือง (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๒๙ ร้อยละของผู้ป่วย ไตวายเรื้อรังที่สามารถชะลอความ เสื่อมของไต ได้ตามเป้าหมาย (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๑ กลยุทธ์ที่ ๑	≥๘๐%	๙๖.๖๙%	จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ระยะที่ ๓ – ๔ สัญชาติไทย ที่มารับบริการที่คลินิกโรคไตของ โรงพยาบาล ได้รับการตรวจ Serum Creatinine โดยมีผล eGFR ≥ ๒ ค่าใน ช่วงเวลาที่ต่างกันของปีที่เก็บข้อมูลและมี ค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงลดลง < ๔ ml/min/๑.๗๓ m๒/ Yr จำนวน ๕๘๕ คน ด้วย ๑๐๐ ทารด้วยจำนวนผู้ป่วยโรคไต เรื้อรัง (CKD) ระยะที่ ๓ – ๔ สัญชาติไทย ที่มารับบริการที่คลินิกโรคไตของโรงพยาบาล ได้รับการตรวจ Serum Creatinine โดยมี ผล eGFR ≥ ๒ ค่า ในช่วงเวลาที่ต่างกันของ ปีที่เก็บข้อมูล จำนวน ๖๐๕ คน ร้อยละ ๙๖.๖๙
	๔) ด้านอายุรกรรม ๔.๒) เพิ่มศักยภาพการ ให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคไต (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๓๐ ร้อยละความพึงพอใจ ของผู้รับบริการ (ศูนย์ไตเทียม)	≥๘๐%	๑๐๐%	
	๔.๓) เพิ่มศักยภาพการ ให้บริการดูแลผู้ป่วย โรคหัวใจล้มเหลว	ตัวชี้วัดที่ ๓๑ ร้อยละความสำเร็จ ในการเปิดคลินิกผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๑ กลยุทธ์ที่ ๒	-	-	ในปี ๒๕๖๗ จัดซื้อครุภัณฑ์ทางการแพทย์ และเปิดให้บริการคลินิกผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ภายในปี ๒๕๖๗ หรือปี ๒๕๖๘

รายงานผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๕

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาของโรงพยาบาล ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) โรงพยาบาลหลวงพ่อบุญศรี อู่ทิส

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕	โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
๒.๒ เพิ่มศักยภาพการบริการ ทางการแพทย์และ สาธารณสุขที่สอดคล้อง กับความต้องการและ แนวโน้มการเจ็บป่วยของ ประชาชน (ต่อ)	๒.๒.๑ พัฒนาการทาง การแพทย์รองรับโรค สำคัญที่เป็นปัญหา ด้านสุขภาพของ ประชาชนและ โรคคนเมือง (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๓๒ จำนวนคลินิกเฉพาะโรค และ/หรือพัฒนาช่องทางเพื่อ รองรับการให้บริการ	๑ คลินิก/ ช่องทาง	๑ ช่องทาง	ในปี ๒๕๖๕ กิจกรรมเพิ่มศักยภาพการ ให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมรายใหม่
	๕) ด้านคัลยกรรม ๕.๑) เพิ่มศักยภาพการ ดูแลผู้ป่วยรายโรค – ด้านคัลยกรรม				
	๕.๒) เพิ่มศักยภาพในการ ให้บริการดูแลผู้ป่วย คัลยกรรมทั่วไป	ตัวชี้วัดที่ ๓๓ ร้อยละความสำเร็จ ในการปรับปรุงห้องผ่าตัด (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ ที่ ๓ เป้าประสงค์ที่ ๓ กลยุทธ์ที่ ๔	-	-	ดำเนินการในปี ๒๕๖๖ สามารถเปิด ให้บริการห้องผ่าตัด ภายในปี ๒๕๖๗
		ตัวชี้วัดที่ ๓๔ ร้อยละอุบัติการณ์ การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง	๐%	๐%	จำนวนผู้ป่วยที่ทำหัตถการผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่งในปีงบประมาณ นั้น ๆ จำนวน ๐ คน คุณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนผู้ป่วย ที่ทำหัตถการทั้งหมด ในปีงบประมาณนั้น ๆ จำนวน ๐ คน ร้อยละ ๐

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕	โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
๒.๒ เพิ่มศักยภาพการบริการ ทางการแพทย์และ สาธารณสุขที่สอดคล้อง กับความต้องการและ แนวโน้มการเจ็บป่วยของ ประชาชน (ต่อ)	๒.๒.๑ พัฒนารูปแบบการ การแพทย์รองรับโรค สำคัญที่เป็นปัญหา ด้านสุขภาพของ ประชาชนและ โรคคนเมือง (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๓๕ ร้อยละความสำเร็จ ในการคัดกรองผู้ป่วยมะเร็งเต้านม รายใหม่ สามารถส่งต่อเข้าสู่ กระบวนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ปี ๒๕๖๕ = ๑๒ ราย	๑๐๐%	๑๐๐%	๑. คัดกรองสตรีที่สงสัยว่ามีภาวะเสี่ยงเป็น มะเร็งเต้านมได้รับการคัดกรองและเมื่อ วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม สามารถส่ง ต่อเข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ๒. จำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ได้รับ การตรวจคัดกรองและผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย ว่าเป็นมะเร็งเต้านมสามารถส่งต่อเข้า กระบวนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ในปี งบประมาณนั้น ๆ จำนวน ๑๒ คน คุณด้วย ๑๐๐ รายด้วย จำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ทั้งหมด จำนวน ๑๒ คน ร้อยละ ๑๐๐
	๕) ด้านศักยภาพ ๕.๒) เพิ่มศักยภาพในการ ให้บริการดูแลผู้ป่วย ศักยภาพทั่วไป	ตัวชี้วัดที่ ๓๖ ร้อยละความสำเร็จ ผู้เข้าร่วมโครงการที่ได้รับการตรวจ คัดกรองโรคต่อมลูกหมากโต มะเร็งลูกหมาก และสุขภาพชาย แล้วพบว่าผลเลือดผิดปกติเข้าสู่ สู่กระบวนการรักษา โดยนัดเข้า คลินิกโรกระบบทางเดินปัสสาวะ	๘๐%	๑๐๐%	จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการที่ได้รับการ คัดกรอง ฯ แล้วมีผลเลือดผิดปกติเข้าสู่ กระบวนการรักษา โดยการนัดเข้าคลินิก โรกระบบทางเดินปัสสาวะ จำนวน ๑๖ คน คุณด้วย ๑๐๐รายด้วย จำนวนผู้เข้าร่วม โครงการที่ได้รับการคัดกรอง ฯ แล้วพบว่า มีผลเลือดผิดปกติทั้งหมด จำนวน ๑๖ คน
	๕.๓) เพิ่มศักยภาพในการ ให้บริการดูแลผู้ป่วย ศักยภาพระบบทางเดิน ปัสสาวะ	ตัวชี้วัดที่ ๓๗ อัตราการเกิด เลือดออกหลังทำการตัดชิ้นเนื้อ ต่อมลูกหมากทางทวารหนัก (TRUS c Bx)	< ๕%	๐%	จำนวนผู้ป่วยต่อมลูกหมากโต ได้รับการ ตรวจมะเร็งต่อมลูกหมาก โดยการสอด เครื่องมือ ultrasound ที่มีช่องใส่เข็มสปริง สำหรับตัดเอาชิ้นเนื้อจากต่อมลูกหมาก

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕	โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
๒.๒ เพิ่มศักยภาพการบริการ ทางการแพทย์และ สาธารณสุขที่สอดคล้อง กับความต้องการและ แนวโน้มการเจ็บป่วยของ ประชาชน (ต่อ)	๒.๒.๑ พัฒนาการทาง การแพทย์รองรับโรค สำคัญที่เป็นปัญหา ด้านสุขภาพของ ประชาชนและ โรคคนเมือง (ต่อ) ๕) ด้านคัลยกรรม ๕.๓) เพิ่มศักยภาพในการ ให้บริการดูแลผู้ป่วย ศัลยกรรมระบบทางเดิน ปัสสาวะ				ผ่านทางทวารหนักหลังตัดชิ้นเนื้อ มี เลือดออกมากกว่า ๓ วัน จำนวน ๐ คน คุณด้วย ๑๐๐ ทารด้วย จำนวนผู้ป่วย ลูกหมากโต ได้รับการตรวจมะเร็งต่อมลูกหมาก โดยการสอดเครื่องมือ ultrasound ที่มีช่อง ใส่เข็มสปริงสำหรับตัดเอาชิ้นเนื้อจาก ต่อมลูกหมากผ่านทางทวารหนักทั้งหมด จำนวน ๑๖ คน
	๖) ด้านโสต ศอ นาสิก ๖.๑) เพิ่มศักยภาพการ ดูแลผู้ป่วยรายโรค - ด้านโสต ศอ นาสิก	ตัวชี้วัดที่ ๓๘ จำนวนคลินิกเฉพาะโรค และ/หรือพัฒนาช่องทางเพื่อ รองรับการให้บริการ	-	-	ในปี ๒๕๖๕ ไม่มี ในปี ๒๕๖๖ โครงการคลินิกเย็บโพรงจมูก อีกเสบจากภูมิแพ้, โครงการเพิ่มศักยภาพ การให้บริการตรวจการได้ยิน ในปี ๒๕๖๗ ไม่มี

รายงานผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๕

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนารองพยาบาล ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) โรงพยาบาลหลวงพ่อบุญศรี อู่ทิส

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕	โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
๒.๒ เพิ่มศักยภาพการบริการ ทางการแพทย์และ สาธารณสุขที่สอดคล้อง กับความต้องการและ แนวโน้มการเจ็บป่วยของ ประชาชน (ต่อ)	๒.๒.๑ พัฒนารับบริการทาง การแพทย์รองรับโรค สำคัญที่เป็นปัญหา ด้านสุขภาพของ ประชาชนและ โรคคนเมือง (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๓๙ ร้อยละความสำเร็จ ในการเปิดให้บริการคลินิกเย็บ โพรงจมูกอักเสบจากภูมิแพ้	-	-	ดำเนินการในปี ๒๕๖๖ - ๒๕๖๗
		ตัวชี้วัดที่ ๔๐ ร้อยละความสำเร็จ ในการเพิ่มศักยภาพการให้บริการ ตรวจการได้ยิน	-	-	ดำเนินการในปี ๒๕๖๖ - ๒๕๖๗
	๖) ด้านโสต ศอ นาสิก ๖.๑) เพิ่มศักยภาพการ ดูแลผู้ป่วยรายโรค - ด้านโสต ศอ นาสิก (ต่อ)				
	๗) ด้านออร์โธปิดิกส์ ๗.๑) เพิ่มศักยภาพการ ดูแลผู้ป่วยรายโรค - ด้านออร์โธปิดิกส์	ตัวชี้วัดที่ ๔๑ จำนวนคลินิกเฉพาะโรค และ/หรือพัฒนาช่องทางเพื่อ รองรับการให้บริการ	-	-	ในปี ๒๕๖๕ ไม่มี ในปี ๒๕๖๖ โครงการคลินิกผ่าตัดกระดูก สันหลัง, โครงการเพิ่มศักยภาพขยายการ ให้บริการคลินิกเฉพาะทางโรคข้อ (คลินิก นอกเวลาราชการ) ในปี ๒๕๖๗ ไม่มี
		ตัวชี้วัดที่ ๔๒ ร้อยละอุบัติการณ์ การเกิดข้อเข่าติดหลังการผ่าตัด TKA	< ๕%	๐%	จำนวนผู้ป่วยข้อเข่าติดหลังการผ่าตัด TKA จำนวน ๐ คน คุณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนผู้ป่วยที่เปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งหมด จำนวน ๓๔ คน

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕	โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
๒.๒ เพิ่มศักยภาพการบริการ ทางการแพทย์และ สาธารณสุขที่สอดคล้อง กับความต้องการและ แนวโน้มการเจ็บป่วยของ ประชาชน (ต่อ)	๒.๒.๑ พัฒนาการทาง การแพทย์รองรับโรค สำคัญที่เป็นปัญหา ด้านสุขภาพของ ประชาชนและ โรคคนเมือง (ต่อ) ๗) ด้านออร์โธปิดิกส์ ๗.๑) เพิ่มศักยภาพการ ดูแลผู้ป่วยรายโรค – ด้านออร์โธปิดิกส์ (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๔๓ อัตราการเกิดแผล ติดเชื้อหลังการผ่าตัดเปลี่ยน ข้อเข่าเทียม	< ๕%	๐%	จำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อหลังการผ่าตัดเปลี่ยน ข้อเข่าเทียม ภายใน ๓๐ วัน จำนวน ๐ คน คุณด้วย ๑๐๐ หาดด้วย จำนวนผู้ป่วยที่ผ่าตัด เปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งหมด จำนวน ๓๔ คน
		ตัวชี้วัดที่ ๔๔ ร้อยละอุบัติการณ์ การเกิดข้อสะโพกหลุดหลังการ ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก	< ๕%	๐%	จำนวนผู้ป่วยการเกิดข้อสะโพกหลุดหลังการ ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก จำนวน ๐ คน คุณด้วย ๑๐๐ หาดด้วย จำนวนผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยน ข้อสะโพกทั้งหมด จำนวน ๒๖ คน
		ตัวชี้วัดที่ ๔๕ อัตราการเกิดแผล ติดเชื้อหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อ สะโพกเทียม	< ๕%	๓.๘๕%	จำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อหลังการผ่าตัดเปลี่ยน ข้อสะโพกเทียม ภายใน ๓๐ วัน จำนวน ๑ คน คุณด้วย ๑๐๐ หาดด้วย จำนวนผู้ป่วยที่ผ่าตัด เปลี่ยนข้อสะโพกเทียมทั้งหมด จำนวน ๒๖ คน
		ตัวชี้วัดที่ ๔๖ อัตราการเกิดแผล ติดเชื้อหลังการผ่าตัดกระดูกสันหลัง	< ๕%	๖.๒๕%	จำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อหลังการผ่าตัดกระดูกสันหลัง ภายใน ๓๐ วัน จำนวน ๑ คน คุณด้วย ๑๐๐ หาดด้วย จำนวนผู้ป่วยที่ผ่าตัดกระดูกสันหลัง ทั้งหมด จำนวน ๑๖ คน
	๘) ด้านทันตกรรม ๘.๑) เพิ่มประสิทธิภาพ การให้บริการผู้ป่วย ทางด้านทันตกรรม	ตัวชี้วัดที่ ๔๗ ร้อยละความสำเร็จ ในการปรับปรุงห้องทันตกรรม	๑๐๐%	๑๐๐%	ดำเนินการเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการ โดยการปรับปรุงห้องทันตกรรมเพื่อให้ ตอบสนองความต้องการของประชาชน
		ตัวชี้วัดที่ ๔๘ ร้อยละความสำเร็จ ในการเพิ่มศักยภาพการให้บริการ ห้องเอกซเรย์ฟัน	๑๐๐%	๑๐๐%	ดำเนินการเพิ่มศักยภาพในการให้บริการห้อง เอกซเรย์ฟันเพื่อรองรับการให้บริการที่ได้ มาตรฐานและปลอดภัย

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕	โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
๒.๒ เพิ่มศักยภาพการบริการ ทางการแพทย์และ สาธารณสุขที่สอดคล้อง กับความต้องการและ แนวโน้มการเจ็บป่วยของ ประชาชน (ต่อ)	๒.๒.๑ พัฒนารับบริการทาง การแพทย์รองรับโรค สำคัญที่เป็นปัญหา ด้านสุขภาพของ ประชาชนและ โรคคนเมือง (ต่อ) ๘) ด้านทันตกรรม ๘.๑) เพิ่มประสิทธิภาพ การให้บริการผู้ป่วย ทางด้านทันตกรรม (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๔๙ ร้อยละความสำเร็จ ในการเพิ่มศักยภาพการให้บริการ ห้องทันตกรรม	๑๐๐%	๑๐๐%	ดำเนินการเพิ่มศักยภาพการให้บริการ ห้องทันตกรรมเพื่อรองรับการให้บริการ ผู้มารับบริการ โดยการจัดซื้อยูนิตทำฟัน จำนวน ๑ ยูนิต ทดแทนของเดิม ให้มี ความเพียงพอต่อการใช้งาน ในปี ๒๕๖๕
	๙) ด้านเวชกรรมฟื้นฟู ๙.๑) เพิ่มประสิทธิภาพ การให้บริการทางด้าน เวชกรรมฟื้นฟู	ตัวชี้วัดที่ ๕๐ ร้อยละความสำเร็จ ในการเพิ่มศักยภาพการให้บริการ ด้านเวชกรรมฟื้นฟู	-	-	ในปี ๒๕๖๕ ไม่มี ในปี ๒๕๖๖ จัดซื้อครุภัณฑ์ทางการแพทย์เพื่อ พัฒนาศักยภาพการให้บริการด้านเวชกรรมฟื้นฟู ในปี ๒๕๖๗ จัดซื้อครุภัณฑ์ทางการแพทย์ (เพิ่มเติม) เพื่อพัฒนาศักยภาพการให้บริการ ด้านเวชกรรมฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง
	๑๐) การให้บริการการแพทย์ แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ๑๐.๑) เพิ่มประสิทธิภาพ การให้บริการผู้มารับ บริการการแพทย์แผน ไทยและแพทย์ทางเลือก	ตัวชี้วัดที่ ๕๑ ร้อยละความสำเร็จ ในการให้บริการการแพทย์แผนไทยและ แพทย์ทางเลือกร่วมกับแพทย์แผนปัจจุบัน (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ ที่ ๓ กลยุทธ์ที่ ๖	๑๐๐%	๑๐๐%	ดำเนินการเปิดให้บริการแพทย์แผนไทย และแพทย์ทางเลือกร่วมกับแพทย์แผน ปัจจุบันอย่างต่อเนื่อง เปิดให้บริการทุก วันราชการ วันจันทร์ – วันศุกร์ ผู้รับบริการ ๒,๓๓๗ คน/๔,๙๘๖ ครั้ง

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕	โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
๒.๒ เพิ่มศักยภาพการบริการ ทางการแพทย์และ สาธารณสุขที่สอดคล้อง กับความต้องการและ แนวโน้มการเจ็บป่วยของ ประชาชน (ต่อ)	๒.๒.๑ พัฒนาการทาง การแพทย์รองรับโรค สำคัญที่เป็นปัญหา ด้านสุขภาพของ ประชาชนและ โรคคนเมือง (ต่อ) ๑๐) การให้บริการการแพทย์ แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ๑๐.๑) เพิ่มประสิทธิภาพ การให้บริการผู้รับ บริการการแพทย์แผน ไทยและแพทย์ทางเลือก (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๕๒ ร้อยละความสำเร็จ ในการรับหรือส่งต่อการรักษา ผู้มารับบริการโรคออฟฟิศซินโดรม ที่มีปัญหาร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๙) ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๓ กลยุทธ์ที่ ๖	≥๗๕%	๙๒%	จำนวนผู้มารับบริการที่เป็นผู้ที่มีภาวะบาดเจ็บ จากโรคออฟฟิศซินโดรมที่มีปัญหา ทั้งหมด ส่งต่อการรักษา จากแพทย์แผนปัจจุบัน (คลินิกศัลยกรรมกระดูกและข้อ) ไปยัง คลินิกแพทย์แผนไทยฯ หรือจากคลินิก แพทย์แผนไทยฯ ไปยังแพทย์แผนปัจจุบัน (คลินิกศัลยกรรมกระดูกและข้อ) จำนวน ๒๕ คน ส่งต่อได้สำเร็จ จำนวน ๒๓ คน ร้อยละ ๙๒
		ตัวชี้วัดที่ ๕๓ ร้อยละความพึงพอใจ ของผู้มารับบริการในคลินิกแพทย์ แผนไทยและแพทย์ทางเลือก	≥๘๐%	๑๐๐%	
๒.๓ เพิ่มศักยภาพโรงพยาบาล ในการรองรับโรคเฉพาะทาง ของผู้สูงอายุ	๒.๓.๑ ผลักดันและพัฒนา ศักยภาพโรงพยาบาล ให้มีความพร้อม รองรับโรคเฉพาะทาง ของผู้สูงอายุ	ตัวชี้วัดที่ ๕๔ คลินิกผู้สูงอายุ คุณภาพที่ผ่านเกณฑ์ (เกินมาตรฐาน สำนักงานการแพทย์)	๑๐๐%	๐%	ในปี ๒๕๖๕ ไม่ได้ประเมินคลินิกผู้สูงอายุ คุณภาพ เนื่องจากเกิดสถานการณ์แพร่ ระบาดของโควิด – ๑๙

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕	โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
๒.๓ เพิ่มศักยภาพโรงพยาบาล ในการรองรับโรคเฉพาะทาง ของผู้สูงอายุ (ต่อ)	๒.๓.๑ ผลักดันและพัฒนา ศักยภาพโรงพยาบาล ให้มีความพร้อม รองรับโรคเฉพาะทาง ของผู้สูงอายุ (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๕๕ ร้อยละความสำเร็จ ในการพัฒนาคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ ในโรงพยาบาลหลวงพ่отวิศักดิ์ ชุติโนโร อุทิศ (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๑ กลยุทธ์ที่ ๓	๑๐๐%	๑๐๐%	๑. ดำเนินการพัฒนาระบบการให้บริการ ในคลินิกผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เปิด ให้บริการ สัปดาห์ละ ๒ วัน คือวันจันทร์ และวันพฤหัสบดี เวลา ๐๘.๐๐ - ๑๒.๐๐ น. ๒. กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในหัวข้อ การดูแลผู้สูงอายุต่อเนื่อง วันที่ ๑๗ - ๒๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ บุคลากร ๓๐ คน
		ตัวชี้วัดที่ ๕๖ จัดโครงการหรือ กิจกรรมเยี่ยมบ้านและดูแล ผู้สูงอายุให้ปลอดภัยห่างไกลจาก โควิด - 19 (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๑ กลยุทธ์ที่ ๓	๑ ครั้ง/ปี	๑ ครั้ง	โครงการส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุจิตอาสา ในชุมชนเพื่อการดูแลผู้ป่วยในชุมชน และ เยี่ยมบ้านและดูแลผู้สูงอายุให้ปลอดภัย ห่างไกลจากโควิด - 19 จำนวน ๑ ครั้ง ระหว่างวันที่ ๑๗ - ๒๑ ตุลาคม ๒๕๖๕
		ตัวชี้วัดที่ ๕๗ ร้อยละความสำเร็จ ในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยผู้สูงอายุ เฉพาะโรคเข้าสู่ระบบการดูแล สุขภาพแบบบูรณาการ	๑ - ๒ กลุ่มโรค	๗ กลุ่มโรค	จำนวนกลุ่มโรคที่ผู้ป่วยผู้สูงอายุได้รับการ ดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ ดังนี้ ๑. อายุรกรรม ๒. ศัลยกรรมกระดูก ๓. กายภาพบำบัด ๔. โภชนาการ ๕. จิตเวช ๖. ทันตกรรม ๗. เภสัชกรรม (ด้านยา)

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕	โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
๒.๔ พัฒนาศักยภาพและการ รักษาพยาบาลรูปแบบ ใหม่ให้ทันต่อกระแส โลกาภิวัตน์ และ เทคโนโลยีสุขภาพ	๒.๔.๑ พัฒนาศักยภาพ ศักยภาพโรงพยาบาล ที่มีความพร้อมรองรับ Precision Medicine การให้บริการรูปแบบ ใหม่และเทคโนโลยี ด้านสุขภาพ	ตัวชี้วัดที่ ๕๙ สามารถเผยแพร่ สื่อประชาสัมพันธ์แนวทางด้าน สาธารณสุขเพื่อป้องกันการแพร่ ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และสื่อความรู้ COVID – 19 (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๙) ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๓ กลยุทธ์ที่ ๕	๒ เรื่องต่อปี	๖เรื่อง	ดำเนินการเผยแพร่สื่อประชาสัมพันธ์ จำนวน ๖ เรื่อง ดังนี้ ๑. เตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจผู้ป่วย COVID-19 เด็ก วัยรุ่น ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ๒. การปรับวิถีชีวิตใหม่ (New Normal) และมาตรการ DMHTTA หลังปรับเป็น โรคประจำถิ่น ๓. การตรวจ ATK (Self test) ที่ถูกต้อง ๔. การปฏิบัติตัวสำหรับผู้ติดเชื้อ COVID-19 (โรคประจำถิ่น) ๕. การปฏิบัติตัวเมื่อเข้ารับบริการในโรงพยาบาล และการเข้าเยี่ยม ๖. จุดเสี่ยงในที่สาธารณะที่จะต้องทำความสะอาด สม่ำเสมอบ่อยครั้ง
		ตัวชี้วัดที่ ๖๐ ร้อยละความสำเร็จ ของการจัดทำแผนบูรณาการเพื่อ เตรียมความพร้อมรองรับสถานการณ์ แพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่/ อุบัติซ้ำ (COVID – 19) ให้เป็นปัจจุบัน (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๙) ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๓ กลยุทธ์ที่ ๕	๑๐๐%	๑๐๐%	ดำเนินการจัดทำแผนบูรณาการเพื่อเตรียม ความพร้อมรองรับสถานการณ์แพร่ระบาด ระบาดของโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ (COVID – 19) ให้เป็นปัจจุบัน

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕	โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
๒.๔ พัฒนาศักยภาพและการ รักษาพยาบาลรูปแบบ ใหม่ให้ทันต่อกระแส โลกาภิวัตน์ และ เทคโนโลยีสุขภาพ	๒.๔.๑ พัฒนาศักยภาพ ศักยภาพโรงพยาบาล ที่มีความพร้อมรองรับ Precision Medicine การให้บริการรูปแบบ ใหม่และเทคโนโลยี ด้านสุขภาพ	ตัวชี้วัดที่ ๖๑ ร้อยละความสำเร็จ ในการเพิ่มศักยภาพการดูแลหญิง ตั้งครรภ์ในท้องคลอดเพื่อรองรับ ผู้ป่วยจากสถานการณ์โรคอุบัติใหม่ - อุบัติซ้ำ (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๙) ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ ที่ ๓ กลยุทธ์ที่ ๕	-	-	ดำเนินการภายในปี ๒๕๖๖
		ตัวชี้วัดที่ ๖๒ ร้อยละความสำเร็จ ในการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วย ติดเชื้ระบบทางเดินหายใจ (One Stop Service) (จัดตั้ง “เรือนอูรเวชช์”)	-	-	ดำเนินการภายในปี ๒๕๖๖
		ตัวชี้วัดที่ ๖๓ ร้อยละความสำเร็จ ในการเพิ่มศักยภาพการให้บริการ เพื่อรองรับการบริการในรูปแบบ One Day Surgery (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๙) ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๓ กลยุทธ์ที่ ๕	๑๐๐%	๑๐๐%	โรงพยาบาลหลวงพ่อบุญศรี ชุมชนบุรีรัมย์ สามารถให้บริการผู้ป่วยได้ในบางกลุ่มโรค - ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) ในปี ๒๕๖๕ จำนวน ๙๑ คน - ผ่าตัดเล็ก Minimally Invasive Surgery จำนวน ๓๗ คน

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕	โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
๒.๔ พัฒนาศักยภาพและการ รักษาพยาบาลรูปแบบ ใหม่ให้ทันต่อกระแส โลกาภิวัตน์ และ เทคโนโลยีสุขภาพ (ต่อ)	๒.๔.๑ ผลักดันและพัฒนา ศักยภาพโรงพยาบาล ที่มีความพร้อมรองรับ Precision Medicine การให้บริการรูปแบบ ใหม่และเทคโนโลยี ด้านสุขภาพ (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๖๔ ร้อยละความสำเร็จ ในการให้บริการด้านการ รักษาพยาบาลด้วยระบบ โทรเวชกรรม (Telemedicine) (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๓ กลยุทธ์ที่ ๕	๑๐๐%	๑๐๐%	ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่มีความพร้อมและ ยินยอมรับการ (Consent Form) ผ่าน โทรเวชกรรม (Telemedicine) ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ควบคุมได้ อาทิ ผู้ป่วย โรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง, ผู้ป่วยกลุ่ม ที่มีความเหมาะสมกับการรักษาด้วยระบบ โทรเวชกรรม ได้แก่ ผู้ป่วยโรคผิวหนังเรื้อรัง ผู้ป่วย ARV และผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง และ ผู้ป่วยติดเชื้อที่เป็นโรคเบาหวาน โรคความดัน โลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง เป็นต้น จำนวนผู้รับบริการ ๑,๗๖๕ คน/ ๑,๘๕๒ ครั้ง
๒.๕ พัฒนาโครงสร้างและ ระบบบริการทาง การแพทย์ระดับตติยภูมิ เพื่อรองรับการให้บริการ ประชาชน	๒.๕.๑ พัฒนาและผลักดัน โรงพยาบาลให้เป็น โรงพยาบาลตติยภูมิ เพื่อรองรับการ ให้บริการประชาชน ในเขตพื้นที่ กรุงเทพมหานคร ฝั่งตะวันตกและพื้นที่ ใกล้เคียง	ตัวชี้วัดที่ ๖๕ ร้อยละความสำเร็จ ในการดำเนินการโครงการก่อสร้าง อาคาร โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ภูเก็ต ชุมพร ภูเก็ต * หมายเหตุ จำนวน ๔ อาคาร พร้อมทั้ง จอดรถยนต์ใต้ดิน และระบบ สาธารณูปโภค * (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ ที่ ๓ เป้าประสงค์ที่ ๓ กลยุทธ์ที่ ๔	๓๐%	๔๐%	สำนักการโยธาได้ประสานส่งแบบสรุป ประมาณราคาก่อสร้าง (ราคาเบื้องต้น) ภายในวงเงิน ๒,๑๙๑,๙๑๗,๐๐๐ บาท และโรงพยาบาลดำเนินการขอจัดสรร งบประมาณรายจ่ายประจำปี ๒๕๖๗ อยู่ในระหว่างพิจารณาจัดสรรงบประมาณ ประจำปี ๒๕๖๗ จากสำนักงบประมาณ กรุงเทพมหานคร ซึ่งได้นำเสนอขอ งบประมาณเข้าสภาและรอการพิจารณาผล

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕	โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
๒.๕ พัฒนาโครงสร้างและระบบบริการทาง การแพทย์ระดับตติยภูมิ เพื่อรองรับการให้บริการ ประชาชน (ต่อ)	๒.๕.๑ พัฒนาและผลักดัน โรงพยาบาลให้เป็น โรงพยาบาลตติยภูมิ เพื่อรองรับการ ให้บริการประชาชน ในเขตพื้นที่ กรุงเทพมหานคร ฝั่งตะวันตกและพื้นที่ ใกล้เคียง (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๖๖ ร้อยละความสำเร็จ ในการดำเนินการปรับปรุงห้อง ตรวจประกันสังคม (ปี ๒๕๖๕)	๑๐๐%	๑๐๐%	ปรับปรุงห้องตรวจประกันสังคม (บริเวณ ชั้น ๑ อาคารเวชระเบียน ๓ ชั้น) เพื่อ รองรับการให้บริการผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม และเปิดให้บริการในปี ๒๕๖๕
		ตัวชี้วัดที่ ๖๗ ร้อยละความสำเร็จ ในการดำเนินการปรับปรุงห้อง เวชระเบียนเพิ่มจุดให้บริการอีก ๑ จุด (อาคารอเนกประสงค์ ชั้น ๑) (ปี ๒๕๖๕)	๑๐๐%	๑๐๐%	ปรับปรุงห้องเวชระเบียนเพิ่มจุดให้บริการ อีก ๑ จุด (อาคารอเนกประสงค์ ชั้น ๑) และเปิดให้บริการในปี ๒๕๖๕
		ตัวชี้วัดที่ ๖๘ ร้อยละความสำเร็จ ในการดำเนินการขยายส่วนพัก คอยผู้ป่วยหน้าอาคารสามัคคีธรรม (ปี ๒๕๖๕)	-	-	ดำเนินการปรับปรุงสถานที่เตรียมความ พร้อมภายในปี ๒๕๖๖ (ร้อยละ ๕๐) เปิดให้บริการภายในปี ๒๕๖๗ (ร้อยละ ๑๐๐)
		ตัวชี้วัดที่ ๖๙ ร้อยละความสำเร็จ ในการดำเนินการขยายการ ให้บริการหอผู้ป่วยแก้วเจ้าจอม (ปี ๒๕๖๖ - ๒๕๖๗)	-	-	ดำเนินการปรับปรุงสถานที่เตรียมความ พร้อมภายในปี ๒๕๖๖ (ร้อยละ ๕๐) เปิดให้บริการภายในปี ๒๕๖๗ (ร้อยละ ๑๐๐)
		ตัวชี้วัดที่ ๗๐ ร้อยละความสำเร็จ ในการดำเนินการขยายการ ให้บริการผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง (ปี ๒๕๖๖ - ๒๕๖๗)	-	-	ดำเนินการปรับปรุงสถานที่เตรียมความ พร้อมภายในปี ๒๕๖๖ (ร้อยละ ๕๐) เปิดให้บริการภายในปี ๒๕๖๗ (ร้อยละ ๑๐๐)

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕	โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
๒.๕ พัฒนาโครงสร้างและระบบบริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิเพื่อรองรับการให้บริการประชาชน (ต่อ)	๒.๕.๑ พัฒนาและผลักดันโรงพยาบาลให้เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิเพื่อรองรับการให้บริการประชาชนในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ฝั่งตะวันตกและพื้นที่ใกล้เคียง (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๗๑ ร้อยละความสำเร็จในการดำเนินการขยายการให้บริการศูนย์รับผู้ป่วยระยะฟื้นฟู (ปี ๒๕๖๗ - ๒๕๖๘)	-	-	ดำเนินการปรับปรุงพื้นที่และปรับปรุงสถานที่เตรียมความพร้อม ภายในปี ๒๕๖๗ (ร้อยละ ๕๐) เปิดให้บริการภายในปี ๒๕๖๘ (ร้อยละ ๑๐๐)
๒.๖ พัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินให้สอดคล้องกับสาธารณสุขที่มีในพื้นที่	๒.๖.๑ พัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินให้รองรับรูปแบบของสาธารณสุขที่มีการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่	ตัวชี้วัดที่ ๗๒ ร้อยละความสำเร็จขยายการให้บริการหน่วยแพทย์กู้ชีวิต (EMS)	-	-	เปิดให้บริการในปี ๒๕๖๗
		ตัวชี้วัดที่ ๗๓ การจัดการซ่อมแผนรับเหตุสาธารณสุข/อุบัติเหตุ/การช่วยฟื้นคืนชีพในโรงพยาบาล (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๙) ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๔ กลยุทธ์ที่ ๓	๒ ครั้ง/ปี	๒ ครั้ง/ปี	๑. โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ รุ่นที่ ๑ วันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๕ รุ่นที่ ๒ วันที่ ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๕ รุ่นที่ ๓ วันที่ ๒๗ พฤษภาคม ๒๕๖๕ รุ่นที่ ๔ วันที่ ๓๐ พฤษภาคม ๒๕๖๕ ๒. โครงการอบรมและฝึกซ้อมแผนรับอุบัติเหตุหมู่ โรงพยาบาลหลวงพ่отวิศศักดิ์ ชุติโนโร อุทิศ วันที่ ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๖๕

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕	โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
๒.๖ พัฒนาระบบบริการทาง การแพทย์ฉุกเฉินให้ สอดคล้องกับมาตรฐาน ที่มีในพื้นที่ (ต่อ)	๒.๖.๑ พัฒนาระบบบริการทาง การแพทย์ฉุกเฉินให้ รองรับรูปแบบของ สาธารณสุขที่มีการ เปลี่ยนแปลงในพื้นที่ (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๗๔ บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการซ้อมแผน รับเหตุสาธารณสุขอุบัติภัยหมู่ เพิ่มขึ้น	≥๘๐%	๑๐๐%	จัดโครงการอบรมและฝึกซ้อมแผนรับ อุบัติภัยหมู่ โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ จังหวัด ชลบุรี วันที่ ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๖๕ มีผู้เข้ารับการอบรม จำนวน ๑๐๐ คน มีความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพเพิ่มขึ้น จาก การประเมินผลแบบทดสอบ Post – test มากกว่าหรือเท่ากับ Pre – test ร้อยละ ๑๐๐
		ตัวชี้วัดที่ ๗๕ บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการช่วยฟื้นคืน ชีพเพิ่มขึ้น	≥๘๐%	๑๐๐%	จัดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ ระหว่างวันที่ ๒๕ – ๒๖, ๒๗ – ๓๐ พฤษภาคม ๒๕๖๕ มีผู้เข้ารับการอบรม จำนวน ๑๘๖ คน มีความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพเพิ่มขึ้น จาก การประเมินผลแบบทดสอบ Post – test มากกว่าหรือเท่ากับ Pre – test ร้อยละ ๑๐๐
๒.๗ สร้างเครือข่ายในการส่งต่อ	๒.๗.๑ สร้างเครือข่ายในการ ส่งต่อ (ในโรคที่ยังมี ศักยภาพไม่เพียงพอ ในการดูแลผู้ป่วย)	ตัวชี้วัดที่ ๗๖ ร้อยละความสำเร็จ ในการส่งต่อผู้ป่วยโรคสำคัญ	≥๘๐%	๙๔.๗๑%	จำนวนผู้ป่วยโรคสำคัญ ๕ โรค ได้แก่ อุบัติเหตุ ศัลยกรรมประสาทและสมอง ทารกเกิดก่อนกำหนด โรคหลอดเลือดสมอง และออร์โธปิดิกส์ ที่ส่งต่อสำเร็จทั้งในและ นอกโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุข จำนวน ๑๙๗ คน หาดด้วย จำนวนผู้ป่วย ๕ โรคสำคัญ ที่ต้องการส่งต่อทั้งหมด คุณด้วย ๑๐๐ จำนวน ๒๐๘ คน ร้อยละ ๙๔.๗๑

รายงานผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๕

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาของโรงพยาบาล ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๙) โรงพยาบาลหลวงพ่อบุญศรี อู่ทิส

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕	โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
๒.๗ สร้างเครือข่ายในการส่งต่อ (ต่อ)	๒.๗.๒ พัฒนาศักยภาพ การส่งต่อและ ตอบกลับข้อมูลผู้ป่วย ที่ทำ discharge Plan	ตัวชี้วัดที่ ๗๗ อัตราการส่งต่อและ ตอบกลับข้อมูลผู้ป่วยที่ทำ discharge Plan	๗๐%	๘๐%	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการตอบกลับข้อมูลหลัง ได้รับการเยี่ยมบ้าน (จากกลุ่มงานเวชศาสตร์ ชุมชนฯ ๙๔ คน/ศบส. ๓๐ คน) จำนวน ๑๒๔ คน คุณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนผู้ป่วยที่ส่ง ข้อมูลการเยี่ยมบ้านทั้งหมดที่ต้องการส่งต่อ ทั้งหมด จำนวน ๑๕๕ คน ร้อยละ ๘๐
		ตัวชี้วัดที่ ๗๘ อัตราการวางแผน จำหน่ายร่วมกันระหว่างทีมสห สาขาวิชาชีพและสามารถเยี่ยมบ้าน ได้ตามแผน	๗๐%	๗๕.๒๐%	๑. แพทย์ พยาบาล และทีมสหสาขา วิชาชีพ วางแผน การรักษาร่วมกัน ประเมินได้จาก ๑) Progerss note แพทย์ ๒) Nurse note ๓) D/C Plan ๒. จำนวนผู้ป่วยในที่มีการวางแผน การจำหน่ายร่วมกันระหว่างแพทย์ พยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ สามารถเยี่ยมบ้านได้ตามแผน จำนวน ๙๔ คน คุณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวน ผู้ป่วยในที่มีการวางแผนการจำหน่าย ทั้งหมด (เป็นผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์เยี่ยมบ้าน) จำนวน ๑๒๕ คน ร้อยละ ๗๕.๒๐ (เยี่ยมบ้านเอง ๙๔ คน, ไม่ยินยอม ๑๔ คน, ติดต่อไม่ได้ ๑๗ คน)

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ สนับสนุนงานบริการและการบริหาร เพื่อมุ่งสู่องค์กร ดิจิทัล

ยุทธศาสตร์ที่ ๓					
พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนงานบริการและการบริหารเพื่อมุ่งสู่องค์กรดิจิทัล					
เป้าหมายหลัก : ระบบสารสนเทศที่มีคุณภาพเพื่อการบริหารและการบริการ					
เป้าประสงค์ที่ ๓.๑ พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการให้บริการและบริหารงานที่มีประสิทธิภาพ					
ผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๕ ตามยุทธศาสตร์ที่ ๓ มีตัวชี้วัดจำนวนทั้งหมด ๙ ตัวชี้วัด ผลสำเร็จ ๙ ตัวชี้วัด ไม่สำเร็จ ๐ ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐					
เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕	โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
๑. พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการให้บริการและบริหารงานที่มีประสิทธิภาพ	๑.๓ พัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนระบบฐานข้อมูลด้านสุขภาพ	ตัวชี้วัดที่ ๑ ร้อยละความสำเร็จของการเตรียมความพร้อมเพื่อพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนระบบฐานข้อมูลด้านสุขภาพตามแผนที่กำหนด - Smart OPD - Smart IPD (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๓ เป้าประสงค์ ที่ ๑ กลยุทธ์ที่ ๑	๑๐๐% OPD	๑๐๐%	ดำเนินการจัดกิจกรรมการเตรียมความพร้อมเพื่อพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนระบบฐานข้อมูลด้านสุขภาพตามแผนที่กำหนด ตามขั้นตอนดังนี้ โครงการ Smart OPD ๑. ประชุมเตรียมความพร้อมในระดับโรงพยาบาลและในระดับสำนักการแพทย์ ๒. วิเคราะห์และจัดทำแผนการดำเนินงานและบริหารความเสี่ยง โดยประชุมหารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ๓. จัดทำข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการปรับปรุงระบบ ได้แก่ ข้อมูลMini PC ข้อมูลเครื่องคอมพิวเตอร์ที่ใช้กดเรียกผู้ป่วยเข้ารับบริการ ข้อมูลสถิติการรักษา ข้อมูลห้องตรวจ/คลินิก

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕	โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
๑. พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการให้บริการและบริหารงานที่มีประสิทธิภาพ (ต่อ)	๑.๓ พัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนระบบฐานข้อมูลด้านสุขภาพ (ต่อ)				๔. เตรียมความพร้อมด้าน Hardware ในการติดตั้งระบบหรือโปรแกรมที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการติดตั้งสายสัญญาณเพื่อเชื่อมต่อระบบ ๕. เตรียมความพร้อมด้านบุคลากรโดยการอบรมการใช้งาน และซักซ้อมความเข้าใจในการใช้งานระบบและทดสอบการใช้งานระบบ ๖. จัดตั้ง LINE กลุ่มเพื่อใช้ในการแจ้งและรวบรวมปัญหาที่พบในการใช้งานระบบ และสรุปข้อมูลแจ้งสำนักการแพทย์
	๒. พัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนระบบบริการและระบบบริหารให้มีประสิทธิภาพสามารถทำงานได้อย่างต่อเนื่องและมีเสถียรภาพ	ตัวชี้วัดที่ ๒ จำนวนการพัฒนา ระบบบริการด้วยเทคโนโลยี สารสนเทศ	๒ ระบบ	๒ ระบบ (ระบบแจ้งซ่อมงาน ซ่อมบำรุง และ LINE OA)	๑. ดำเนินการพัฒนาระบบการแจ้งซ่อมงาน ซ่อมบำรุงได้แล้วเสร็จ และเริ่มใช้งาน ตั้งแต่วันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๕ ๒. ดำเนินการจัดทำ LINE OA เป็นที่ เรียบร้อยแล้ว แต่ยังไม่ได้เริ่มใช้งาน เนื่องจากติดปัญหาในการจัดหาผู้ดูแลระบบ (Admin ในการให้บริการตอบข้อซักถาม ข้อร้องเรียน)

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕	โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
๑. พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการให้บริการและบริหารงานที่มีประสิทธิภาพ (ต่อ)	๒. พัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนระบบบริการและระบบบริหารให้มีประสิทธิภาพสามารถทำงานได้อย่างต่อเนื่องและมีเสถียรภาพ (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๓ จำนวนการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในหน่วยงานสนับสนุน (Back Office) (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๓ เป้าประสงค์ ที่ ๑ กลยุทธ์ที่ ๒	๑ ระบบ	๑ ระบบ ระบบงานบุคลากร	ฝ่ายบริหารงานทั่วไป มีการใช้งานระบบบุคลากรในโปรแกรม e - Phis โดยบันทึกประวัติบุคลากรทั้งหมดเรียบร้อยแล้ว
		ตัวชี้วัดที่ ๔ ร้อยละความสำเร็จในการพัฒนาและปรับปรุงเว็บไซต์โรงพยาบาล	๗๐%	๘๐%	๑. ปรับปรุงข้อมูลบนเว็บไซต์ให้เป็นปัจจุบัน ๒. ปรับเปลี่ยน Template ให้มีความทันสมัยและน่าใช้งานมากขึ้น
		ตัวชี้วัดที่ ๕ ร้อยละความสำเร็จในการพัฒนาและปรับปรุงระบบอินเทอร์เน็ตโรงพยาบาล	๖๐%	๘๐%	๑. ปรับปรุงข้อมูลบนอินเทอร์เน็ตให้เป็นปัจจุบัน ๒. ปรับเปลี่ยน Template ให้มีความทันสมัยและน่าใช้งานมากขึ้น
		ตัวชี้วัดที่ ๖ ร้อยละความสำเร็จในการบริหารจัดการเมื่อเกิดเหตุการณ์ระบบคอมพิวเตอร์ขัดข้อง	๗๕%	๑๐๐%	๑. ดำเนินการจัดกิจกรรมการบริหารจัดการเมื่อเกิดเหตุการณ์ระบบคอมพิวเตอร์ขัดข้อง ๒. จำนวนครั้งที่เกิดเหตุการณ์ระบบคอมพิวเตอร์ขัดข้องสามารถตอบสนองได้ตามเวลาที่กำหนด และดำเนินการบริหารจัดการตามขั้นตอนที่กำหนดได้จริง จำนวน ๔ ครั้ง คุณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนครั้งที่เกิดเหตุการณ์ระบบคอมพิวเตอร์ขัดข้องทั้งหมด จำนวน ๔ ครั้ง

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕	โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
๑. พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการให้บริการและบริหารงานที่มีประสิทธิภาพ (ต่อ)	๓. พัฒนาระบบฐานข้อมูลกลางของโรงพยาบาลเพื่อสนับสนุนงานบริการและงานบริหารด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศให้เป็นระบบเข้าถึงง่าย	ตัวชี้วัดที่ ๗ ร้อยละความสำเร็จในการจัดทำฐานข้อมูลกลางของโรงพยาบาลเพื่อสนับสนุนงานบริการและงานบริหาร	๒๕%	๒๕%	จัดทำฐานข้อมูลกลาง เรื่อง - รายงานสถานการณ์ COVID รพท. - รายงานสถิติผู้ป่วยที่นำเสนอในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล
	๔. พัฒนาระบบความปลอดภัยของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล	ตัวชี้วัดที่ ๘ ร้อยละความสำเร็จของการบริหารจัดการระบบความปลอดภัยของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในโรงพยาบาล	๗๐%	๘๐%	การบริหารจัดการระบบความปลอดภัยของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในโรงพยาบาล ๑. จัดทำนโยบายความปลอดภัยระบบสารสนเทศและประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรทุกระดับรับทราบและถือเป็นแนวทางปฏิบัติ ๒. จัดทำระบบคอมพิวเตอร์ ๒ ระบบ (e -Phis, Internet) ๓. จำกัดการใช้งาน Flash Drive ๔. เปลี่ยน Firewall และการจัดเก็บ Log Files ๕. เผยแพร่ความรู้ให้แก่บุคลากรในรพ. ๖. ตรวจสอบช่องโหว่ภัยคุกคามของระบบ
		ตัวชี้วัดที่ ๙ ร้อยละความสำเร็จในการเตรียมความพร้อมรองรับพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒ (PDPA)	๕๐%	๕๐%	การเตรียมความพร้อมรองรับ พรบ. คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒ (PDPA) ๑. อบรมเกี่ยวกับ พรบ. คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒ (PDPA) ๒. จัดทำ RoPA ของระบบงานต่าง ๆ ร่วมกับสำนักงานแพทย์

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : เพิ่มศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ สร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization)

ยุทธศาสตร์ที่ ๔					
เพิ่มศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ สร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization)					
เป้าหมายหลัก : บุคลากรมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์มีสมรรถนะที่สอดคล้องกับภารกิจขององค์กร					
เป้าประสงค์ที่ ๔.๑ พัฒนาร่างเสริมสุขภาพของบุคลากรสู่องค์กรสุขภาพดี บุคลากรมีความปลอดภัยในการให้บริการและได้รับการป้องกันการติดเชื้อจากการทำงานอย่างเหมาะสม					
เป้าประสงค์ที่ ๔.๒ มีอัตราค่าจ้างที่เหมาะสม สอดคล้องกับภารกิจทิศทางการพัฒนาองค์กร					
เป้าประสงค์ที่ ๔.๓ เปิดโอกาสให้บุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพตามสายวิชาชีพ/ สายงาน และได้รับการพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติงานมีก้าวหน้าในอาชีพ ตามแผนหรือเป้าหมายอย่างชัดเจนและเสมอภาค					
เป้าประสงค์ที่ ๔.๔ ต่อยอดการจัดการความรู้ (Knowledge Management) และสร้างเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Knowledge Sharing) อย่างต่อเนื่อง					
เป้าประสงค์ที่ ๔.๕ สนับสนุนงานวิจัย ผลงานนวัตกรรม และผลงานวิชาการ ที่สอดคล้องกับรูปแบบบริการและการบริหารขององค์กรอย่างต่อเนื่อง					
ผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๕ ตามยุทธศาสตร์ที่ ๔ มีตัวชี้วัดจำนวนทั้งหมด ๓๐ ตัวชี้วัด ผลสำเร็จ ๒๗ ตัวชี้วัด ไม่สำเร็จ ๓ ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ ๙๐					
เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงานปี ๒๕๖๕	โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
๔.๑ พัฒนาร่างเสริมสุขภาพของบุคลากรสู่องค์กรสุขภาพดีบุคลากรมีความปลอดภัยในการให้บริการและได้รับการป้องกันการติดเชื้อจากการทำงานอย่างเหมาะสม	๔.๑.๑ ส่งเสริมบุคลากรด้านวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพพัฒนาระบบการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยรวมทั้งอาชีวอนามัยและการป้องกัน	ตัวชี้วัดที่ ๑ ร้อยละบุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ไม่ได้รับการตรวจ ๑๑ คน - ลาออก ๒ คน - ลาคลอด ๑ คน - อบรมเฉพาะทาง ๔ คน - ศึกษาต่อ ๔ คน	≥๙๐%	๙๗.๘๘%	๑. จัดโครงการตรวจสุขภาพประจำปีให้แก่บุคลากร ระหว่างวันที่ ๒๑ - ๒๔ มิถุนายน ๒๕๖๕ ๒. จำนวนบุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีจริง จำนวน ๕๐๘ คน (ชาย = ๑๒๘ คน หญิง ๓๘๐ คน) คูณด้วย ๑๐๐ หาดด้วย จำนวนบุคลากรทั้งหมดจำนวน ๕๑๙ คน (ชาย = ๑๒๙ คน, หญิง = ๓๙๐ คน)

รายงานผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๕

ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาของโรงพยาบาล ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) โรงพยาบาลหลวงพ่отวิศศักดิ์ ชูตินโร อุทิศ

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕	โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
๔.๑ พัฒนาสร้างเสริมสุขภาพ ของบุคลากรผู้องค์กร สุขภาพดีบุคลากรมี ความปลอดภัยในการ ให้บริการและได้รับการ ป้องกันการติดเชื้อจาก การทำงานอย่างเหมาะสม (ต่อ)	๔.๑.๑ ส่งเสริมบุคลากร ด้านวัฒนธรรม การดูแลสุขภาพ พัฒนาระบบการ จัดการด้านสิ่งแวดล้อม และความปลอดภัย รวมทั้งอาชีวอนามัย และการป้องกัน (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๒ ร้อยละบุคลากรที่มี ค่า BMI เกินเกณฑ์ มีค่า BMI ลดลง หลังจากเข้าร่วมโครงการ/ กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลด BMI ให้ไร้พุง	≥๗๕%	๙๓.๓๐%	๑. จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลด BMI ให้ไร้พุง ครั้งที่ ๑ วันที่ ๑๙ มีนาคม ๒๕๖๕, ครั้งที่ ๒ วันที่ ๑๙ เมษายน ๒๕๖๕, ครั้งที่ ๓ วันที่ ๑๗ พฤษภาคม ๒๕๖๕ ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด ๓๐ คน ๒. จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยน พฤติกรรมลด BMI ให้ไร้พุง ที่มี BMI ลดลง จำนวน ๒๘ คน คุณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด จำนวน ๓๐ คน ร้อยละ ๙๓.๓๐
		ตัวชี้วัดที่ ๓ ร้อยละบุคลากร กลุ่มเสี่ยงจากการทำงานได้รับการ ตรวจคัดกรองด้านอาชีวอนามัย	≥๘๐%	๙๐.๒๙%	๑. จัดโครงการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยง ทางอาชีวเวชศาสตร์ประจำปี ระหว่าง วันที่ ๒๘ มิถุนายน – ๗ กรกฎาคม ๒๕๖๕ ๒. จำนวนบุคลากรกลุ่มเสี่ยงจากการ ทำงานที่ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพ ตามความเสี่ยงจากการทำงาน จำนวน ๑๕๘ คน คุณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนบุคลากรกลุ่มเสี่ยงจากการ ทำงานทั้งหมด จำนวน ๑๗๕ คน ร้อยละ ๙๐.๒๙

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕	โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
๔.๑ พัฒนาร่างเสริมสุขภาพ ของบุคลากรผู้องค์กร สุขภาพดีบุคลากรมี ความปลอดภัยในการ ให้บริการและได้รับการ ป้องกันการติดเชื้อจาก การทำงานอย่างเหมาะสม (ต่อ)	๔.๑.๑ ส่งเสริมบุคลากร ด้านวัฒนธรรม การดูแลสุขภาพ พัฒนาระบบการ จัดการด้านสิ่งแวดล้อม และความปลอดภัย รวมทั้งอาชีวอนามัย และการป้องกัน (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๔ ร้อยละบุคลากรได้รับ วัคซีนไข้หวัดใหญ่	๘๐%	๑๐๐%	๑. จัดโครงการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ให้แก่ บุคลากรในโรงพยาบาล ระหว่างวันที่ ๗ – ๙ มิถุนายน ๒๕๖๕ ๒. จำนวนบุคลากรที่ได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ จริง จำนวน ๔๐๐ คน คุณด้วย ๑๐๐ หาร ด้วย จำนวนบุคลากรที่ต้องได้จัดสรรให้ รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ทั้งหมด จำนวน ๔๐๐ คน ร้อยละ ๑๐๐
		ตัวชี้วัดที่ ๕ (ปรับปรุง) ร้อยละ ของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงได้รับวัคซีน หัดเยอรมัน (ตัวชี้วัดเดิม) ร้อยละของบุคลากร กลุ่มเสี่ยงได้รับวัคซีนป้องกันการ ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี	๑๐๐%	๑๐๐%	๑. ในปี ๒๕๖๕ ไม่ได้รับจัดสรรวัคซีน ป้องกันตับอักเสบบี และบีจาก สปสช. แต่ได้รับจัดสรรวัคซีนหัดเยอรมันแทน ๒. จัดโครงการฉีดวัคซีนหัดเยอรมันให้แก่ บุคลากรในโรงพยาบาล ระหว่างวันที่ ๓๐ สิงหาคม ๒๕๖๖ ๒. จำนวนบุคลากรที่ได้รับวัคซีนหัดเยอรมัน จริง จำนวน ๑๐๘ คน คุณด้วย ๑๐๐ หาร ด้วย จำนวนบุคลากรที่ต้องได้จัดสรรให้ รับวัคซีนหัดเยอรมันทั้งหมด จำนวน ๑๐๘ คน ร้อยละ ๑๐๐

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕	โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
๔.๑ พัฒนาสร้างเสริมสุขภาพ ของบุคลากรผู้องค์กร สุขภาพดีบุคลากรมี ความปลอดภัยในการ ให้บริการและได้รับการ ป้องกันการติดเชื้อจาก การทำงานอย่างเหมาะสม (ต่อ)	๔.๑.๑ ส่งเสริมบุคลากร ด้านวัฒนธรรม การดูแลสุขภาพ พัฒนาระบบการ จัดการด้านสิ่งแวดล้อม และความปลอดภัย รวมทั้งอาชีวอนามัย และการป้องกัน (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๖ ร้อยละของบุคลากร ได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 (COVID – 19) แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ ที่ ๒ เป้าประสงค์ ที่ ๓ กลยุทธ์ที่ ๕	๙๕%	๙๖.๓๓%	๑. กิจกรรมฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 (COVID – 19) ให้กับ บุคลากรในโรงพยาบาล ๒. จำนวนบุคลากรที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรค ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID – 19) จำนวน ๔๙๙ คน คุ้มด้วย ๑๐๐ หาร ด้วย จำนวนบุคลากรทั้งหมด จำนวน ๕๑๘ คน ร้อยละ ๙๖.๓๓
		ตัวชี้วัดที่ ๗ ร้อยละของบุคลากร ที่ปฏิบัติงานด้านหน้าเกี่ยวกับการ คัดกรองผู้มารับบริการได้รับ การตรวจ ATK และ/หรือ RT – PCR แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ ที่ ๒ เป้าประสงค์ ที่ ๓ กลยุทธ์ที่ ๕	๑๐๐%	๑๐๐%	๑. กิจกรรมการจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอด โควิด (COVID Free setting) ๒. จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านหน้า เกี่ยวกับการคัดกรองผู้มารับบริการได้รับการ ตรวจ ATK และ/หรือ RT – PCR จำนวน ๑๕๐ คน คุ้มด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนบุคลากรที่ ปฏิบัติงานด้านหน้าเกี่ยวกับการคัดกรอง ผู้มารับบริการทั้งหมด จำนวน ๑๕๐ คน
		ตัวชี้วัดที่ ๘ อัตราความถี่การ บาดเจ็บ/เจ็บป่วยของบุคลากรที่ เกี่ยวเนื่องจากการทำงาน	<๑๕ : ล้าน ชม. การทำงาน	๒.๔๓ : ล้าน ชม. การทำงาน	จำนวนครั้งที่บุคลากรได้รับบาดเจ็บ/เจ็บป่วย เนื่องจากการทำงานในช่วงเวลาที่กำหนด จำนวน ๓ ครั้ง คุ้มด้วย ๑,๐๐๐,๐๐๐ หารด้วย จำนวนชั่วโมงการทำงานทั้งสิ้นของบุคลากร ในองค์กรในช่วงเวลาเดียวกัน จำนวน ๑,๒๓๔,๔๕๗ ชั่วโมง

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕	โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
๔.๑ พัฒนาสร้างเสริมสุขภาพ ของบุคลากรผู้องค์กร สุขภาพดีบุคลากรมี ความปลอดภัยในการ ให้บริการและได้รับการ ป้องกันการติดเชื้อจาก การทำงานอย่างเหมาะสม (ต่อ)	๔.๑.๑ ส่งเสริมบุคลากร ด้านวัฒนธรรม การดูแลสุขภาพ พัฒนาระบบการ จัดการด้านสิ่งแวดล้อม และความปลอดภัย รวมทั้งอาชีวอนามัย และการป้องกัน (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๙ บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการป้องกันและ ควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เพิ่มขึ้น แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ ที่ ๒ เป้าประสงค์ ที่ ๓ กลยุทธ์ที่ ๕	≥๘๐%	๑๐๐%	๑. โครงการอบรมป้องกันและควบคุมการ ติดเชื้อในโรงพยาบาล วันที่ ๙ มีนาคม ๒๕๖๕ มีผู้เข้ารับการอบรมทั้งหมด ๔๘ คน ๒. แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจของ บุคลากรในเรื่องการป้องกันและควบคุม การติดเชื้อในโรงพยาบาล Post - test มากกว่าหรือเท่ากับ Pre - test ร้อยละ ๑๐๐
		ตัวชี้วัดที่ ๑๐ บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องอาชีวอนามัย และความปลอดภัยจากสิ่งคุกคาม จากการทำงานเพิ่มขึ้น	≥๘๐%	๐%	ไม่ได้ดำเนินการจัดกิจกรรมให้ความรู้ในเรื่อง อาชีวอนามัยและความปลอดภัยจาก สิ่งคุกคามจากการทำงาน เนื่องจากเกิด สถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด – 19
๔.๒ มีอัตรากำลังที่เหมาะสม สอดคล้องกับภารกิจ ทิศทางการพัฒนาองค์กร	๔.๒.๑ วางแผนอัตรากำลัง และสรรหาบุคลากรอย่าง เป็นระบบ สอดคล้องกับ ภารกิจและรองรับการ เติบโตขององค์กร	ตัวชี้วัดที่ ๑๑ ร้อยละความสำเร็จ ในการดำเนินการตามขั้นตอน การสรรหา คัดเลือก เพื่อทดแทน อัตรากำลังในทุกสาขาวิชาชีพ ที่ว่างลง	๑๐๐%	๑๐๐% สามารถดำเนินการ ครบทุกขั้นตอน	ดำเนินการสรรหา คัดเลือก เพื่อทดแทน อัตรากำลังในทุกสาขาวิชาชีพที่ว่างลง ดังนี้ ขั้นตอนที่ ๑ สำรวจ ตรวจสอบ อัตรากำลัง ที่คงอยู่ และอัตรากำลังว่าง ขั้นตอนที่ ๒ นำเสนอคณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาล และคณะกรรมการ HR ของ โรงพยาบาล หรือสำนักงานแพทย์เพื่อ พิจารณาวางแผนการสรรหา คัดเลือก ขั้นตอนที่ ๓ กำหนดคุณลักษณะของ ลักษณะงาน และคุณลักษณะของตำแหน่ง

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕	โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
๔.๒ มีอัตราค่าจ้างที่เหมาะสมสอดคล้องกับภารกิจทิศทางการพัฒนาองค์กร (ต่อ)	๔.๒.๑ วางแผนอัตราค่าจ้างและสรรหาบุคลากรอย่างเป็นระบบสอดคล้องกับภารกิจและรองรับการเติบโตขององค์กร (ต่อ)				ขั้นตอนที่ ๔ ดำเนินการประกาศสรรหา ขั้นตอนที่ ๕ คัดเลือก โดยคณะกรรมการสอบคัดเลือกฯ ที่ผู้บริหารแต่งตั้ง ขั้นตอนที่ ๖ บรรจุแต่งตั้งหรือเซ็นสัญญาจ้าง
๔.๓ เปิดโอกาสให้บุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพตามสายวิชาชีพ/ สายงาน และได้รับการพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติงาน มีความก้าวหน้าในอาชีพตามแผนหรือเป้าหมายอย่างชัดเจนและเสมอภาค	๔.๓.๑ สนับสนุนให้บุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพตามสายวิชาชีพ/ สายงาน ให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การพัฒนารองพยาบาลและรูปแบบบริการ	ตัวชี้วัดที่ ๑๒ ร้อยละความสำเร็จในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรตามแผนพัฒนาบุคลากรประจำปีทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๙) ยุทธศาสตร์ที่ ๑	๗๐%	๘๗.๖๕%	๑. จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรประจำปีของโรงพยาบาล ปี ๒๕๖๕ ๒. จำนวนบุคลากรที่ได้รับการอนุมัติให้พัฒนาศักยภาพเพิ่มพูนความรู้ความสามารถตามแผนพัฒนาบุคลากรประจำปีสามารถเข้ารับการพัฒนาลงทะเบียน จำนวน ๖๗๒ คน ด้วย ๑๐๐ ชั่วโมงด้วย จำนวนบุคลากรได้รับความเห็นชอบให้พัฒนาศักยภาพจากผู้บริหารทั้งหมด จำนวน ๕๘๘ คน ร้อยละ ๘๗.๖๕
		ตัวชี้วัดที่ ๑๓ ร้อยละความสำเร็จในการส่งบุคลากรตำแหน่งแพทย์ ทันตแพทย์ เข้าศึกษาต่อ ในหลักสูตรเฉพาะทาง แพทย์เชี่ยวชาญหรืออบรมหลักสูตรอื่น ๆ ที่จำเป็นต่อการพัฒนาองค์กรเพื่อเพิ่มพูนความรู้ความเชี่ยวชาญ	๗๐%	๑๔.๒๙%	๑. จำนวนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพโดยการส่งไปศึกษาต่อฯ จริง (ตามแผนพัฒนาบุคลากรประจำปี) (แพทย์ ทันตแพทย์) จำนวน ๑๔ คน ด้วย ๑๐๐ ชั่วโมงด้วย จำนวนบุคลากรที่ได้รับความเห็นชอบไปศึกษาต่อฯ (ตามแผนพัฒนาบุคลากรประจำปี) ทั้งหมด จำนวน ๒ คน ร้อยละ ๑๔.๒๙

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕	โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
๔.๓ เปิดโอกาสให้บุคลากร ได้รับการพัฒนาศักยภาพ ตามสายวิชาชีพ/ สายงาน และได้รับการพัฒนา สมรรถนะในการปฏิบัติงาน มีความก้าวหน้าในอาชีพ ตามแผนหรือเป้าหมายอย่าง ชัดเจนและเสมอภาค (ต่อ)	๔.๓.๑ สนับสนุนให้บุคลากร ได้รับการพัฒนาศักยภาพตามสาย วิชาชีพ/ สายงาน ให้สอดคล้องกับ ยุทธศาสตร์การพัฒนา ขององค์กรและ รูปแบบบริการ (ต่อ)	แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ ที่ ๑ เป้าประสงค์ ที่ ๑ กลยุทธ์ที่ ๒)			๒. เนื่องจากการส่งแพทย์ไปศึกษาต่อตามแผน พัฒนาฯ คือ จะต้องระบุตัวบุคคล หรือขอเมื่อ สำหรับบุคคลที่จะรับการคัดเลือกและมา บรรจุใหม่ เหตุผลตัวชี้วัดนี้ไม่ผ่านเนื่องจาก แพทย์ที่ระบุตัวบุคคลได้ลาออกจากราชการ และที่ขอเมื่อไม่มีแพทย์มาสมัครคัดเลือก
		ตัวชี้วัดที่ ๑๔ ร้อยละความสำเร็จ ในการส่งบุคลากรตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ เข้ารับการ ศึกษา ต่อ อบรมหลักสูตรการพยาบาล เฉพาะทาง หรืออบรมหลักสูตรอื่น ๆ ที่มีความจำเป็นต่อการพัฒนาองค์กร แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ ที่ ๑ เป้าประสงค์ ที่ ๑ กลยุทธ์ที่ ๒)	๗๐%	๔๒.๘๖%	๑. จำนวนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ โดยการส่ง ไปอบรมเฉพาะทางฯ จริง (ตามแผน พัฒนาบุคลากรประจำปี) (พยาบาลวิชาชีพ) จำนวน ๗ คน कुณด้วย ๑๐๐ ทหารด้วย จำนวน บุคลากรที่ได้รับความเห็นชอบไปอบรมเฉพาะทาง (ตามแผนพัฒนาบุคลากรประจำปี) ทั้งหมด จำนวน ๓ คน ร้อยละ ๔๒.๘๖ ๒. เนื่องจากการส่งพยาบาลไปอบรมเฉพาะทาง ตามแผนพัฒนาฯ คือ จะต้องระบุตัวบุคคล หรือขอเมื่อสำหรับบุคคลที่จะรับการคัดเลือก และมาบรรจุใหม่ เหตุผลตัวชี้วัดนี้ไม่ผ่าน เนื่องจากพยาบาลที่ระบุตัวบุคคลได้ลาออก จากราชการและบางรายสมัครเข้ารับการอบรม ไม่ผ่านเกณฑ์ตามที่สถาบันกำหนด และบางราย สถาบันที่เปิดรับสมัครยกเลิกการสอนเนื่องจาก เกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด - 19

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕	โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
๔.๓ เปิดโอกาสให้บุคลากร ได้รับการพัฒนาศักยภาพ ตามสายวิชาชีพ/ สายงาน และได้รับการพัฒนา สมรรถนะในการปฏิบัติงาน มีความก้าวหน้าในอาชีพ ตามแผนหรือเป้าหมายอย่าง ชัดเจนและเสมอภาค (ต่อ)	๔.๓.๑ สนับสนุนให้บุคลากร ได้รับการพัฒนาศักยภาพตามสาย วิชาชีพ/ สายงาน ให้สอดคล้องกับ ยุทธศาสตร์การพัฒนารอง ขององค์กรและ รูปแบบบริการ (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๑๕ ร้อยละความสำเร็จ ในการส่งบุคลากรตำแหน่งสาย ทางการแพทย์และสาธารณสุข และบุคลากรสายสนับสนุน เข้า รับการศึกษาคู่ หรืออบรม หลักสูตรอื่น ๆ ที่มีความจำเป็นต่อ การพัฒนารอง แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๙) ยุทธศาสตร์ ที่ ๑ เป้าประสงค์ ที่ ๑ กลยุทธ์ที่ ๒)	๗๐%	๑๐๐%	๑. จำนวนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพโดยการส่งไปอบรมในหลักสูตรที่มีความจำเป็นต่อการพัฒนารององค์กรจริง (ตามแผนพัฒนาบุคลากรประจำปี) (นักโภชนาการ) จำนวน ๑ คน คุณด้วย ๑๐๐ ชั่วโมง จำนวนบุคลากรที่ได้รับความเห็นชอบไปอบรมในหลักสูตรที่มีความจำเป็นต่อการพัฒนารององค์กร (ตามแผนพัฒนาบุคลากรประจำปี) ทั้งหมด จำนวน ๑ คน ร้อยละ ๑๐๐
		ตัวชี้วัดที่ ๑๖ ร้อยละความสำเร็จ ในการส่งเสริมสนับสนุนให้ หน่วยงานดำเนินการจัด โครงการ หรือกิจกรรม ด้านการฝึกอบรม ประชุม สัมมนา ศึกษาดูงาน ฯ เพื่อ พัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และ เพิ่มสมรรถนะในการทำงาน แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๙) ยุทธศาสตร์ ที่ ๑ เป้าประสงค์ ที่ ๑ กลยุทธ์ที่ ๒)	๘๐%	๑๐๐%	๑. จำนวนโครงการหรือกิจกรรมที่สามารถดำเนินการจัดได้จริง ในปีงบประมาณ นั้น ๆ จำนวน ๑๖ โครงการ ชั่วโมง ๑๐๐ ชั่วโมง จำนวนโครงการหรือกิจกรรมที่ได้รับความเห็นชอบหรืออนุมัติให้ดำเนินการจัดจากผู้บริหาร ทั้งหมด จำนวน ๑๖ โครงการ ร้อยละ ๑๐๐ ๒. ดำเนินการจัดกิจกรรมส่งเสริมให้บุคลากรเข้ารับการอบรม ประชุมฯ กรณีไม่เบิกค่าใช้จ่าย จำนวน ๘๒ หลักสูตร จำนวน ๑๐๑ คน

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕	โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
๔.๓ เปิดโอกาสให้บุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพตามสายวิชาชีพ/ สายงาน และได้รับการพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติงาน มีความก้าวหน้าในอาชีพตามแผนหรือเป้าหมายอย่างชัดเจนและเสมอภาค (ต่อ)	๔.๓.๒ บุคลากรมีสมรรถนะในการปฏิบัติงาน มีความก้าวหน้าในอาชีพ และได้รับการพัฒนาศักยภาพความรู้ความสามารถเป็นรายบุคคล	ตัวชี้วัดที่ ๑๗ ร้อยละของบุคลากรที่มีการจัดทำแบบประเมินสมรรถนะเฉพาะวิชาชีพ/สายงาน	๗๐%	๑๐๐%	จัดทำแนวทางการประเมินสมรรถนะบุคลากร ๓ ด้าน ประกอบด้วย ด้านที่ ๑ สมรรถนะหลัก ด้านที่ ๒ สมรรถนะประจำกลุ่มงาน ด้านที่ ๓ สมรรถนะเฉพาะวิชาชีพ
		ตัวชี้วัดที่ ๑๘ ร้อยละความสำเร็จของบุคลากรที่ผ่านเกณฑ์การประเมินสมรรถนะรายบุคคลในระดับที่กำหนด	๗๐%	๑๐๐%	๑. ปี ๒๕๖๕ ประเมินสมรรถนะรายบุคคล บุคลากรสายพยาบาลวิชาชีพมีบุคลากรที่ผ่านเกณฑ์การประเมินสมรรถนะรายบุคคลในระดับที่กำหนด ร้อยละ ๑๐๐ ๒. พยาบาลวิชาชีพมีการประเมินสมรรถนะรายโรค - ด้านความรู้ ร้อยละ ๘๙.๕๔ - ด้านทักษะ ร้อยละ ๙๔.๕๘
		ตัวชี้วัดที่ ๑๙ ร้อยละความสำเร็จในการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรรายบุคคล (Individual Development Plan – IDP) แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๙) ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ ที่ ๑ กลยุทธ์ที่ ๒)	๘๕%	๑๐๐%	๑. บุคลากรในโรงพยาบาล ประกอบด้วย ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว พนักงานประกันสังคม ลูกจ้างโครงการฯ ๒. จำนวนบุคลากรที่จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรในปีงบประมาณนั้น จำนวน ๔๙๗ คน คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนบุคลากรในโรงพยาบาลทั้งหมด ๔๙๗ คน ร้อยละ ๑๐๐

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕	โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
๔.๔ ต่อยอดการจัดการความรู้ (Knowledge Management) และการสร้างเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Knowledge Sharing) อย่างต่อเนื่อง	๔.๔.๑ ส่งเสริมกระบวนการให้บุคลากรมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้	ตัวชี้วัดที่ ๒๐ ร้อยละความสำเร็จในการส่งเสริมให้บุคลากรนำองค์ความรู้จากการไปอบรม ประชุม ฯ จากหน่วยงานภายนอก มาถ่ายทอด และ/หรือ เผยแพร่ ด้วยวิธีต่าง ๆ	๗๕%	๑๐๐%	จำนวนบุคลากรนำองค์ความรู้จากการไปอบรม ประชุม ฯ จากหน่วยงานภายนอก มาถ่ายทอด และ/หรือ เผยแพร่ ด้วยวิธีต่าง ๆ จำนวน ๖๔ คน คุณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนบุคลากรที่ได้รับความเห็นชอบหรืออนุมัติให้เข้ารับการอบรม ประชุม ฯ กับหน่วยงานภายนอกจากผู้บริหารทั้งหมด จำนวน ๖๔ คน (จำนวน ๕๓ เรื่อง)
		ตัวชี้วัดที่ ๒๑ ร้อยละความสำเร็จในการส่งเสริมสนับสนุนให้หน่วยงานจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และเพิ่มสมรรถนะในการทำงาน	๗๕%	๑๐๐%	จำนวนกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่สามารถดำเนินการจัดได้ในปีงบประมาณนั้น ๆ จำนวน ๙ เรื่อง คุณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่ได้รับอนุมัติจากผู้บริหารทั้งหมดในปีงบประมาณนั้น ๆ จำนวน ๙ เรื่อง (มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด ๔๘๐ คน)
		ตัวชี้วัดที่ ๒๒ ร้อยละความสำเร็จของการจัดทำ และ/หรือ ปรับปรุงองค์ความรู้ให้เป็นปัจจุบัน	๖๐%	๗๐.๔๘%	จำนวนการจัดทำองค์ความรู้ (Work Instruction) ใหม่ รวมกับ จำนวนการปรับปรุงองค์ความรู้ (Work Instruction) เดิม จำนวน ๒๘๙ เรื่อง โดยจัดทำให้เป็นปัจจุบัน คุณด้วย ๑๐๐ หารด้วย องค์ความรู้ (Work Instruction) ที่มีทั้งหมด จำนวน ๔๑๐ เรื่อง

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕	โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
๔.๔ ต่อยอดการจัดการความรู้ (Knowledge Management) และการสร้างเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Knowledge Sharing) อย่างต่อเนื่อง	๔.๔.๑ ส่งเสริมกระบวนการให้บุคลากรมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๒๓ สัดส่วนชั่วโมงการฝึกอบรม * บุคลากรสายแพทย์และทันตแพทย์ * บุคลากรสายพยาบาล * บุคลากรสายทางการแพทย์และสาธารณสุข (Allied Health) * บุคลากรสายสนับสนุน * ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว พนักงานประกันสังคม แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ ที่ ๑ กลยุทธ์ที่ ๒)	๒๐ ชั่วโมงต่อคนต่อปี	๖๗.๙๖ ชั่วโมงต่อคนต่อปี	ผลการดำเนินงาน ดังนี้ * บุคลากรสายแพทย์และทันตแพทย์ จำนวน ๓๒ คน จำนวนทั้งหมด ๓,๑๑๒ ชั่วโมง เท่ากับ ๙๗.๒๕ ชั่วโมงต่อคนต่อปี * บุคลากรสายพยาบาล จำนวน ๑๑๕ คน จำนวนทั้งหมด ๑๒,๓๘๕ ชั่วโมง เท่ากับ ๑๐๗.๖๙ ชั่วโมงต่อคนต่อปี * บุคลากรสายทางการแพทย์และสาธารณสุข (Allied Health) จำนวน ๓๔ คน จำนวนทั้งหมด ๓,๐๓๔ ชั่วโมง เท่ากับ ๘๙.๒๓ ชั่วโมงต่อคนต่อปี * บุคลากรสายสนับสนุน จำนวน ๒๑ คน จำนวนทั้งหมด ๒,๒๑๓ ชั่วโมง เท่ากับ ๑๐๕.๓๘ ชั่วโมงต่อคนต่อปี * ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว พนักงานประกันสังคม จำนวน ๑๖๐ คน จำนวนทั้งหมด ๓,๘๕๖ ชั่วโมง เท่ากับ ๒๔.๑๐ ชั่วโมงต่อคนต่อปี สรุป จำนวน ๓๖๒ คน รวมสัดส่วนชั่วโมงทั้งหมด ๒๔,๖๐๐ ชั่วโมง เท่ากับ ๖๗.๙๖ ชั่วโมงต่อคนต่อปี

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕	โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
๔.๔ ต่อยอดการจัดการความรู้ (Knowledge Management) และการสร้างเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Knowledge Sharing) อย่างต่อเนื่อง	๔.๔.๑ ส่งเสริมกระบวนการให้บุคลากรมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๒๔ บุคลากรได้รับการฝึกอบรม ประชุมฯ ได้ตามเป้าหมาย ปี ๒๕๖๕ ดังนี้ * บุคลากรสายแพทย์และทันตแพทย์ : ๒๐ ชั่วโมงต่อคนต่อปี * บุคลากรสายพยาบาล : ๒๐ ชั่วโมงต่อคนต่อปี * บุคลากรสายทางการแพทย์และสาธารณสุข (Allied Health) : ๒๐ ชั่วโมงต่อคนต่อปี * บุคลากรสายสนับสนุน : ๒๐ ชั่วโมงต่อคนต่อปี * ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว พนักงานประกันสังคม ปี ๒๕๖๕ : ๑๐ ชั่วโมงต่อคนต่อปี ในปี ๒๕๖๖ จะปรับเป็น ๖๐ ชั่วโมงต่อคนต่อปี เท่ากับเป้าหมายของข้าราชการ แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๙) ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ ที่ ๑ กลยุทธ์ที่ ๒)	๗๐%	๙๘.๙๐%	ผลการดำเนินงาน ดังนี้ * บุคลากรสายแพทย์และทันตแพทย์ จำนวน ๓๒ คน ได้รับการพัฒนาตามเป้าหมายจริง ๓๒ คน ร้อยละ ๑๐๐ * บุคลากรสายพยาบาล จำนวน ๑๑๕ คน ได้รับการพัฒนาตามเป้าหมายจริง ๑๑๕ คน ร้อยละ ๑๐๐ * บุคลากรสายทางการแพทย์และสาธารณสุข (Allied Health) จำนวน ๓๔ คน ได้รับการพัฒนาตามเป้าหมายจริง ๓๔ คน ร้อยละ ๑๐๐ * บุคลากรสายสนับสนุน จำนวน ๒๑ คน ได้รับการพัฒนาตามเป้าหมายจริง ๒๑ คน ร้อยละ ๑๐๐ * ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว พนักงานประกันสังคม จำนวน ๑๖๐ คน ได้รับการพัฒนาตามเป้าหมายจริง ๑๕๖ คน ร้อยละ ๙๗.๕๐ สรุป จำนวน ๓๖๒ คน ได้รับการพัฒนาตามเป้าหมายจริง ๓๕๘ คน ร้อยละ ๙๘.๙๐

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕	โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
๔.๔ ต่อยอดการจัดการความรู้ (Knowledge Management) และการสร้างเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Knowledge Sharing) อย่างต่อเนื่อง	๔.๔.๑ ส่งเสริมกระบวนการให้บุคลากรมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๒๕ สัดส่วนชั่วโมงการฝึกอบรม * ลูกจ้างโครงการฯ	๑๐ ชั่วโมงต่อคนต่อปี	๒๐.๘๑ ชั่วโมงต่อคนต่อปี	ผลการดำเนินงาน ลูกจ้างโครงการฯ จำนวน ๑๓๕ คน จำนวนทั้งหมด ๒,๘๐๙ ชั่วโมง เท่ากับ ๒๐.๘๑ ชั่วโมงต่อคนต่อปี
		ตัวชี้วัดที่ ๒๖ บุคลากรได้รับการฝึกอบรม ประชุม ฯ ได้ตามเป้าหมาย ๑๐ ชั่วโมงต่อคนต่อปี * ลูกจ้างโครงการ ฯ	๗๐%	๙๔.๐๗%	ผลการดำเนินงาน ลูกจ้างโครงการฯ จำนวน ๑๓๕ คน ได้รับการพัฒนาตามเป้าหมายจริง ๑๒๗ คน ร้อยละ ๙๔.๐๗
		ตัวชี้วัดที่ ๒๗ จำนวนหน่วยงานและ/หรือ สถาบันการศึกษา ทั้งภาครัฐหรือภาคเอกชน เลือกโรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๒๕๖๕ ชุติโนโร อุทิศ เป็นสถานที่ฝึกอบรม ดูงาน ฝึกปฏิบัติงาน ร่วมสอน วิทยากรให้ความรู้ และอาจารย์พี่เลี้ยง	๒ หน่วยงาน/สถาบันฯ	๘ สถาบันการศึกษา	๑. กิจกรรมรายงานสถิติการรับนิสิต นักศึกษา เข้าฝึกปฏิบัติงาน หรือบุคคลภายนอก เข้ามาฝึกอบรม ดูงาน หรือเข้ามาฝึกปฏิบัติงาน เพื่อนำเรียนผู้บริหารภายในกำหนด จำนวน ๑๒ ครั้ง ๒. จำนวนหน่วยงาน/สถาบันการศึกษา ที่มาฝึกงาน ณ โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๒๕๖๕ ชุติโนโร อุทิศ จำนวน ๒.๑ นักศึกษาเภสัชศาสตร์ จากมหาวิทยาลัยสยาม ๒.๒ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ จากมหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕	โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
๔.๔ ต่อยอดการจัดการความรู้ (Knowledge Management) และการสร้างเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Knowledge Sharing) อย่างต่อเนื่อง (ต่อ)	๔.๔.๑ ส่งเสริมกระบวนการให้บุคลากรมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (ต่อ)				๒.๓ นักศึกษาเภสัชศาสตร์ จากมหาวิทยาลัยศิลปากร ๒.๔ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ จากมหาวิทยาลัยสวนสุนันทา ๒.๕ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ จากคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ๒.๖ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ จากคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ๒.๗ นักศึกษาเภสัชศาสตร์ จากมหาวิทยาลัยรังสิต ๒.๘ นักศึกษาสาขาวิชาเทคโนโลยีเครื่องมือแพทย์ฯ จากคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
๔.๕ สนับสนุนการวิจัย นวัตกรรม และผลงานวิชาการ ที่สอดคล้องกับรูปแบบบริการและการบริหารขององค์กรอย่างต่อเนื่อง	๔.๕.๑ ส่งเสริมให้บุคลากรพัฒนาต่อยอดองค์ความรู้ สร้างงานวิจัย ผลงานวิชาการ ผลงาน นวัตกรรม และผลงานจากงานประจำสู่งานวิจัย(R&D)	ตัวชี้วัดที่ ๒๘ จำนวนผลงานวิจัย และ/ หรือ ผลงานวิชาการ แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๙) ยุทธศาสตร์ที่ ๓ เป้าประสงค์ ที่ ๒ กลยุทธ์ที่ ๓)	๑ เรื่อง	๑ เรื่อง	๑. โครงการทุนส่งเสริมการวิจัยทางการแพทย์ จำนวน ๒๐๐,๐๐๐ บาท (เงินบำรุง) ๒. โครงการวิจัย เรื่อง “ระดับภูมิคุ้มกันต่อต้านต่อไวรัสซาร์ส-โควี-๒ ในสายสะดือของทารกและมารดาที่ได้รับวัคซีนป้องกันโควิดระหว่างการตั้งครรภ์

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕	โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
๔.๕ สนับสนุนการวิจัย นวัตกรรม และผลงาน วิชาการ ที่สอดคล้องกับ รูปแบบบริการและการ บริหารขององค์กรอย่าง ต่อเนื่อง (ต่อ)	๔.๕.๑ ส่งเสริมให้บุคลากร พัฒนาต่อยอดองค์ ความรู้ สร้างงานวิจัย ผลงานวิชาการ ผลงาน นวัตกรรม และผลงาน จากงานประจำสู่ งานวิจัย (R๒R) (ต่อ)				ที่มาตลอดที่โรงพยาบาลหลวงพ่отวิศัคดี ชูติโนโร อุทิศ” (Level of SARS - CoV-๒ Antibodies in Neonatal Cord Blood and Parturients Who Received SARS-CoV-๒ Vaccination during Pregnancy at Venerable Thawisak Jutindharo Hospital) งบประมาณ ๙๕,๗๑๐.- บาท ของ แพทย์หญิงสดากานต์ เลิศวรรณวิทย์ ตำแหน่งนายแพทย์ชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม
		ตัวชี้วัดที่ ๒๙ จำนวนผลงาน นวัตกรรม และ/หรือ ผลงานจาก การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (R๒R) แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ ที่ ๓ เป้าประสงค์ ที่ ๒ กลยุทธ์ที่ ๓)	๓ เรื่อง	๖ เรื่อง	๑. กิจกรรมการนำผลงานวิจัย และ/หรือ ผลงานนวัตกรรม และ/หรือ ผลงานจาก การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (R๒R) ไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง ๒. จำนวน ๖ เรื่อง ดังนี้ ๒.๑ ผลงานนวัตกรรม Mobile x – ray cabinet (ตู้ X – RAY เคลื่อนที่) เจ้าของ ผลงานคือ นางสาวศรียา เชื้อมสุข ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไป ฝ่ายบริหารงานทั่วไป

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕	โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
๔.๕ สนับสนุนการวิจัย นวัตกรรม และผลงาน วิชาการ ที่สอดคล้องกับ รูปแบบบริการและการ บริหารขององค์กรอย่าง ต่อเนื่อง (ต่อ)	๔.๕.๑ ส่งเสริมให้บุคลากร พัฒนาต่อยอดองค์ ความรู้ สร้างงานวิจัย ผลงานวิชาการ ผลงาน นวัตกรรม และผลงาน จากงานประจำสู่ งานวิจัย (R๒R) (ต่อ)				๒.๒ ผลงานนวัตกรรม Rule engine เพื่อ พัฒนาการรายงานผลตรวจ HbA๑c ในระบบ LIS ด้วย โปรแกรม Cobas IT ๕๐๐๐ THE เจ้าของผลงานคือ นางสาวปวีณา ดีแจ่ม ตำแหน่งนักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการ กลุ่มงานชั้นสูตรโรคกลางและธนาคารเลือด ๒.๓ ผลงานนวัตกรรม ปาดัน เจ้าของ ผลงานคือ นายวิทยา สีหะวงษ์ตำแหน่ง พยาบาลเทคนิคชำนาญงาน งานเวชภัณฑ์กลาง ฝ่ายการพยาบาล ๒.๔ ผลงานนวัตกรรม NOTES swab for bowel packing in the Vaginal NOTES Hysterectomy เจ้าของผลงานคือ นางสาวศิวพร ศิริเพ็ญพงศ์ ตำแหน่งนายแพทย์ชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม และนางสาวประนัสดา ชานุสิทธิ์ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ๒.๕ ผลงานนวัตกรรม ถังขยะติดเชื้อแบบ เหยียบ เจ้าของผลงานคือ นายสมพล ไม้ทอง ตำแหน่งนายช่างเทคนิค (ลูกจ้างโครงการ) งานซ่อมบำรุง ฝ่ายบริหารงานทั่วไป

รายงานผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๕

ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาของโรงพยาบาล ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) โรงพยาบาลหลวงพ่отวิศศักดิ์ ชูตินโร อูทิศ

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕	โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
๔.๕ สนับสนุนการวิจัย นวัตกรรม และผลงาน วิชาการ ที่สอดคล้องกับ รูปแบบบริการและการ บริหารขององค์กรอย่าง ต่อเนื่อง (ต่อ)	๔.๕.๑ ส่งเสริมให้บุคลากร พัฒนาต่อยอดองค์ ความรู้ สร้างงานวิจัย ผลงานวิชาการ ผลงาน นวัตกรรม และผลงาน จากงานประจำสู่ งานวิจัย (R๒R) (ต่อ)				๒.๖ ผลงานนวัตกรรม Social distance เจ้าของผลงานคือ นายอนันต์ แยมสาดี ตำแหน่งพนักงานธุรการ (ลูกจ้างโครงการ) งานเวชภัณฑ์กลาง ฝ่ายการพยาบาล
		ตัวชี้วัดที่ ๓๐ ร้อยละของการนำ งานวิจัย ผลงานนวัตกรรม ผลงาน วิชาการ และผลงานจากการ พัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (R๒R) ที่มีนำไปใช้ภายในหน่วยงาน หรือ ภายนอกหน่วยงาน แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ ที่ ๓ เป้าประสงค์ ที่ ๒ กลยุทธ์ที่ ๓)	๔๐%	๑๐๐%	จำนวนผลงานวิชาการ ผลงานนวัตกรรม ผลงานวิชาการและผลงานจากการพัฒนา งานประจำสู่งานวิจัย (R๒R) ที่นำไปใช้ได้จริง ในปีงบประมาณนั้น ๆ จำนวน ๖ เรื่อง คุณด้วย ๑๐๐ ทหารด้วย ผลงานวิชาการ ผลงาน นวัตกรรม ผลงานวิชาการ และผลงานจาก การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (R๒R) ทั้งหมด ในปีงบประมาณนั้น ๆ จำนวน ๖ เรื่อง ร้อยละ ๑๐๐

ยุทธศาสตร์ที่ ๕ : บริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ องค์กรคุณธรรม (Green Hospital/ Moral Hospital)

ยุทธศาสตร์ที่ ๕

บริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ องค์กรคุณธรรม (Green Hospital / Moral Hospital)

เป้าหมายหลัก : มีระบบบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อสนับสนุนการจัดบริการที่ดี สร้างองค์กรสู่โรงพยาบาลคุณธรรม และองค์กรแห่งความสุข

- เป้าประสงค์ที่ ๕.๑ สนับสนุนการพัฒนาองค์กรให้เป็น Green Hospital อย่างยั่งยืน
- เป้าประสงค์ที่ ๕.๒ เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานตามภารกิจหลักและภารกิจพิเศษ
- เป้าประสงค์ที่ ๕.๓ มีการบริหารพัสดุอย่างเป็นระบบ โปร่งใส ตรวจสอบได้
- เป้าประสงค์ที่ ๕.๔ ขับเคลื่อนองค์กรคุณธรรมด้วยอัตลักษณ์ “รับผิดชอบ โปร่งใส ใส่ใจบริการ และจิตอาสา” พร้อมทั้งสืบสานศาสตร์พระราชา
- เป้าประสงค์ที่ ๕.๕ การเสริมสร้างองค์กรแห่งความสุข

ผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๕ ตามยุทธศาสตร์ที่ ๕ มีตัวชี้วัดจำนวนทั้งหมด ๒๓ ตัวชี้วัด ผลสำเร็จ ๒๑ ตัวชี้วัด ไม่สำเร็จ ๒ ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ ๙๑.๓๐

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕	โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
๕.๑ สนับสนุนการพัฒนา องค์กรให้เป็น Green Hospital อย่างยั่งยืน	๕.๑.๑ พัฒนาสภาพแวดล้อม การทำงานที่ปลอดภัย และเหมาะสม ต่อ ผู้ป่วย บุคลากร และ ชุมชน	ตัวชี้วัดที่ ๑ ร้อยละความสำเร็จ ได้รับการตรวจประเมิน โรงพยาบาลตามเกณฑ์มาตรฐาน Bangkok GREEN & CLEAN hospital Plus (BKKGC+) (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ - ๒๕๖๙) ยุทธศาสตร์ ที่ ๑ เป้าประสงค์ ที่ ๓ กลยุทธ์ที่ ๔	๑๐๐% ผ่านเกณฑ์ การประเมิน	๑๐๐% ผ่านเกณฑ์ การประเมินมีผลการ ประเมิน = ๙๘% (ระดับเพชร)	๑. ได้รับการรองการประเมิน Bangkok GREEN & CLEAN Hospital Plus (BKKGC+) ระดับเพชร (ร้อยละ ๙๘) ๒. ใช้เกณฑ์การประเมินตามแบบประเมิน Bangkok GREEN & CLEAN Hospital Plus (BKKGC+) ของกรมอนามัย ๓. ดำเนินการจัดกิจกรรมรณรงค์การคัดแยก ขยะทุกประเภทให้ถูกต้องและปลอดภัย

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕	โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
๕.๑ สนับสนุนการพัฒนาองค์กรให้เป็น Green Hospital อย่างยั่งยืน (ต่อ)	๕.๑.๑ พัฒนาสภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัยและเหมาะสม ต่อผู้ป่วย บุคลากร และชุมชน (ต่อ)				๔. ดำเนินการปรับปรุงห้องส้วมให้ได้มาตรฐานเหมาะสม สำหรับผู้มารับบริการ ๕. ดำเนินการรณรงค์อนุรักษ์พลังงาน - บริหารจัดการและเพิ่มปริมาณการนำน้ำเสียที่ผ่านการบำบัดมาใช้รดน้ำต้นไม้ - รณรงค์ลดปริมาณการใช้ไฟฟ้า - รณรงค์การลดปริมาณการใช้น้ำมันเชื้อเพลิง เช่น ทางเดียวกันไปด้วยกัน - รณรงค์ลดการใช้กระดาษ เช่น การจัดทำแจ้งซ่อมผ่านระบบออนไลน์ จองห้องประชุมผ่านระบบออนไลน์ ฯลฯ ๖. โครงการก่อสร้างระบบบำบัดน้ำเสีย ในปี ๒๕๖๕ ยังไม่สามารถดำเนินการได้ เนื่องจากอยู่ระหว่างประสานกับสำนักโยธาในการออกแบบและประมาณราคากลางใหม่ จึงทำให้โรงพยาบาลจะต้องเลื่อนดำเนินการออกไปปี ๒๕๖๖ – ๒๕๖๗ ๗. โครงการปรับปรุงผ้าเพดานและรั้ว ดำเนินการในปี ๒๕๖๕ เป็นที่เรียบร้อยแล้ว งบประมาณ ๑,๕๕๐,๐๐๐ บาท ๘. ดำเนินการพัฒนาปรับปรุงพื้นที่และเพิ่มพื้นที่สีเขียวบริเวณโรงพยาบาล

รายงานผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๕

ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาของโรงพยาบาล ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) โรงพยาบาลหลวงพ่отวิศศักดิ์ ชูตินโร อุทิศ

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕	โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
๕.๑ สนับสนุนการพัฒนาองค์กรให้เป็น Green Hospital อย่างยั่งยืน (ต่อ)	๕.๑.๑ พัฒนาสภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัยและเหมาะสม ต่อผู้ป่วย บุคลากร และชุมชน (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๒ ร้อยละความสำเร็จผ่านเกณฑ์การตรวจประเมิน GMP in Mass Catering Check List	๑๐๐% ผ่านการรับรอง	๑๐๐% ผ่านการรับรอง	๑. ดำเนินการจัดโครงการสร้างความเชื่อมั่นอาหารไทย ปลอดภัยมีคุณภาพ ดำเนินการขอรับการประเมิน GMP ผ่านการประเมินเรียบร้อยแล้ว ตั้งแต่วันที่ ๑๖ กันยายน ๒๕๖๕ มีผลตั้งแต่วันที่ ๑๙ มกราคม ๒๕๖๕ ถึงวันที่ ๒๒ กันยายน ๒๕๖๗ ใช้งบประมาณ ๑๙,๒๖๐ บาท ๒. ผลการดำเนินงาน ๓ ตัวชี้วัด ดังนี้ ๒.๑ ร้อยละของการผ่านเกณฑ์การตรวจประเมิน GMP in Mass Catering Check list (เป้าหมาย ร้อยละ ๑๐๐) ผลการดำเนินงาน : ร้อยละ ๑๐๐ ๒.๒ ร้อยละของการผ่านเกณฑ์การตรวจประเมินอาหารปลอดภัย (เป้าหมาย ร้อยละ ๑๐๐) ผลการดำเนินงาน : ร้อยละ ๑๐๐ ๒.๓ ร้อยละของการผ่านเกณฑ์การตรวจวิเคราะห์หาสารเคมีปนเปื้อนในอาหาร (เป้าหมาย ร้อยละ ๑๐๐) ผลการดำเนินงาน : ร้อยละ ๑๐๐

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕	โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
๕.๑ สนับสนุนการพัฒนาองค์กรให้เป็น Green Hospital อย่างยั่งยืน (ต่อ)	๕.๑.๑ พัฒนาสภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัยและเหมาะสม ต่อผู้ป่วย บุคลากร และชุมชน (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๓ ร้อยละความสำเร็จผ่าน การรับรองคุณภาพตามแนวทางการจัด บริการอาชีวอนามัยและเวชกรรม สิ่งแวดล้อมสำหรับสถานพยาบาล (Bangkok Environmental and Occupational Health (BEOH)) (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี ปี ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ ที่ ๓ กลยุทธ์ที่ ๔	๑๐๐% ผ่านการ รับรองฯ	๑๐๐% ผ่านการรับรองฯ	ดำเนินการจัดกิจกรรมส่งเสริมการบริการ อาชีวอนามัยสำหรับสถานพยาบาล (BEOH) โรงพยาบาลได้ดำเนินการยื่นแบบประเมิน ตนเองผ่านออนไลน์ และได้รับการรับรองฯ อัตโนมัติ เป็นที่เรียบร้อยแล้ว
	๕.๑.๒ การใช้พลังงาน อย่างรู้คุณค่าและ เกิดประโยชน์สูงสุด	ตัวชี้วัดที่ ๔ การใช้พลังงาน (เทียบกับค่าเฉลี่ยการใช้ของ ปิงปประมาณที่ผ่านมา) ลดลง	๒.๕%	+ ๑.๓๘% (เพิ่มขึ้น)	เนื่องจากการปรับปรุงอาคาร สถานที่ เพื่อรองรับการให้บริการประชาชน จึงทำให้ ค่าไฟฟ้าเพิ่มขึ้น
		ตัวชี้วัดที่ ๕ ปริมาณการใช้น้ำประปา ลดลง	๒.๕%	- ๔.๗๑% (เพิ่มขึ้น)	
		ตัวชี้วัดที่ ๖ ปริมาณการใช้น้ำมัน เชื้อเพลิง ลดลง	๒.๕%	+ ๕.๑๑% (เพิ่มขึ้น)	เนื่องจากเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของ โรค โควิด – 19 มีความจำเป็นจะต้องออก หน่วยงานสถานที่ของหน่วยฉุกเฉินเพื่อ ให้บริการรับผู้ป่วยทั้งผู้ป่วยโรคโควิด – 19 และผู้ป่วยวิกฤต/ผู้ป่วยฉุกเฉิน
		ตัวชี้วัดที่ ๗ ปริมาณการใช้กระดาษ ลดลง	๒.๕%	- ๑๒.๓๗% ลดลง	

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕	โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
๕.๑ สนับสนุนการพัฒนาองค์กรให้เป็น Green Hospital อย่างยั่งยืน (ต่อ)	๕.๑.๒ การใช้พลังงานอย่างรู้คุณค่าและเกิดประโยชน์สูงสุด (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๘ ร้อยละของบุคลากรเข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมจิตสำนึกด้านอนุรักษ์พลังงาน	≥ ๖๕	๑๐๐%	๑. กำหนดมาตรการการลดใช้พลังงาน (ไฟฟ้า น้ำประปา น้ำมันเชื้อเพลิง ทรัพยากรกระดาษ) ประชาสัมพันธ์ รณรงค์ขอความร่วมมือจากบุคลากร ๒. ดำเนินการปรับเปลี่ยนอุปกรณ์ไฟฟ้าที่มีประสิทธิภาพสูงทดแทนอุปกรณ์ไฟฟ้าที่เสื่อมสภาพ ในปี ๒๕๖๕ จำนวน ๓๐ จุด ใช้งบประมาณ ๘๗๐,๐๐๐ บาท (ปรับเปลี่ยนเครื่องปรับอากาศ) ๓. ดำเนินการปรับเปลี่ยนอุปกรณ์ประปาที่มีประสิทธิภาพสูงทดแทนอุปกรณ์ที่เสื่อมสภาพ หรือชำรุด ในปี ๒๕๖๕ ไม่มี ๔. ดำเนินการจัดกิจกรรมเสริมสร้างจิตสำนึกด้านอนุรักษ์พลังงาน (เดินรณรงค์) มีจำนวนบุคลากรเข้าร่วมกิจกรรมได้จริงจำนวน ๔๔ คน คุณด้วย ๑๐๐ ทารด้วยจำนวนบุคลากรที่ได้รับอนุมัติให้เข้าร่วมกิจกรรมจากผู้บริหาร จำนวน ๔๔ คน
๕.๒ เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงาน	๕.๒.๑ มีระบบกลไกในการควบคุมการใช้จ่ายเงินให้โปร่งใส ตรวจสอบได้ และเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ	ตัวชี้วัดที่ ๙ จัดทำแผนการใช้จ่ายเงินประจำปี (ภายใน ๓๐ กันยายน ของทุกปี)	๑ ครั้ง	๑ ครั้ง	ดำเนินการจัดกิจกรรมทำรายงานการใช้จ่ายเงินงบประมาณ/เงินนอกงบประมาณประจำปี เปรียบเทียบปีก่อน จำนวน ๑ ครั้ง (วันที่ ๒๗ กันยายน ๒๕๖๕)

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕	โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
๕.๒ เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงาน (ต่อ)	๕.๒.๑ มีระบบกลไกในการควบคุมการใช้จ่ายเงินให้โปร่งใส ตรวจสอบได้ และเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๑๐ รายงานการใช้จ่ายเงินเป็นไปตามแผนที่กำหนด (รายไตรมาส)	๔ ครั้ง	๔ ครั้ง	ดำเนินการจัดกิจกรรมควบคุมการใช้จ่ายเงินของหน่วยงานให้เป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้ จำนวน ๔ ครั้ง ครั้งที่ ๑ วันที่ ๓๐ ธันวาคม ๒๕๖๔ (๔.๗๓%) ครั้งที่ ๒ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕ (๑๘.๔๑%) ครั้งที่ ๓ วันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕ (๕๙.๔๙%) ครั้งที่ ๔ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕ (๙๗.๗๗%)
	๕.๒.๒ มีระบบติดตามการใช้จ่ายงบประมาณให้เป็นไปตามแผนที่กำหนดและมีประสิทธิภาพ	ตัวชี้วัดที่ ๑๑ ร้อยละความสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณประจำปีภาพรวม	๙๐%	๙๗.๗๗%	ดำเนินการจัดกิจกรรมเร่งรัด/ติดตามการใช้จ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายประจำปีของหน่วยงาน
๕.๓ มีการบริหารพัสดุอย่างเป็นระบบ โปร่งใส ตรวจสอบได้	๕.๓.๑ เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการสินค้าคงคลังอย่างเป็นระบบมีประสิทธิภาพ ตรวจสอบได้	ตัวชี้วัดที่ ๑๒ ร้อยละความสำเร็จในการตรวจนับวัสดุในคลังวัสดุส่วนกลางให้เป็นปัจจุบันในแต่ละปีงบประมาณ	๑๐๐%	๑๐๐%	ดำเนินการควบคุมการเบิก - จ่าย วัสดุสำนักงาน และการตรวจนับวัสดุส่วนกลางให้เป็นปัจจุบันเป็นที่เรียบร้อย และได้ดำเนินการนำเรียนผู้บริหารเป็นที่เรียบร้อยแล้วตามหนังสือที่ ฝบ.๖๑๗/๒๕๖๕ ลงวันที่ ๒๑ ตุลาคม ๒๕๖๕
	๕.๓.๒ มีแผนการจัดซื้อจัดจ้างประจำปีที่ชัดเจน โปร่งใส ตรวจสอบได้	ตัวชี้วัดที่ ๑๓ จัดทำแผนการจัดซื้อจัดจ้างประจำปี	๑ ครั้ง	๑ ครั้ง	

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕	โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
๕.๓ มีการบริหารพัสดุอย่างเป็นระบบ โปร่งใส ตรวจสอบได้ (ต่อ)	๕.๓.๒ มีแผนการจัดซื้อจัดจ้างประจำปีที่ชัดเจน โปร่งใส ตรวจสอบได้ (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๑๔ ร้อยละความสำเร็จในการตรวจนับทรัพย์สินของโรงพยาบาลให้เป็นปัจจุบันในแต่ละปีงบประมาณ	๑๐๐%	๑๐๐%	ดำเนินการตรวจนับทรัพย์สินของโรงพยาบาลให้เป็นปัจจุบันในแต่ละปีงบประมาณเป็นที่เรียบร้อย และได้ดำเนินการนำเรียนผู้บริหารเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ตามหนังสือที่ ผบ.๖๘๔/๒๕๖๕ ลงวันที่ ๒๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๕
๕.๔ ขับเคลื่อนสู่องค์กรคุณธรรมด้วยอัตลักษณ์ “รับผิดชอบ โปร่งใส ใส่ใจ บริการ และจิตอาสา” พร้อมทั้งสืบสานศาสตร์พระราชา	๕.๔.๑ น้อมนำศาสตร์พระราชามาใช้ในการปฏิบัติงาน และการบริหารจัดการองค์กรและสร้างวัฒนธรรมองค์กรสู่องค์กรคุณธรรม	ตัวชี้วัดที่ ๑๕ จำนวนกิจกรรมตามรอยศาสตร์พระราชา และ/หรือกิจกรรมจิตอาสาที่สามารถดำเนินการจัดได้ (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี ปี ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ ที่ ๒ กลยุทธ์ที่ ๕	๓ กิจกรรม	๓ กิจกรรม	ดำเนินการโครงการศาสตร์พระราชาและจิตอาสาโรงพยาบาลหลวงพ่отวิศศักดิ์ ชูตินโร อุทิศ โดยมีกิจกรรมย่อย ๆ ดังนี้ ๑. กิจกรรมขาดทุนอันมีผลเป็นกำไร (จัดอาหารเข้าบริการให้กับผู้ป่วยหลังจากเจาะเลือดทุกเช้าวันจันทร์ – ศุกร์) ทุกเดือน เพื่อบริการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ๒. กิจกรรมจิตอาสาบำเพ็ญสาธารณ - ประโยชน์ ประกอบด้วย - กิจกรรมจิตอาสาบำเพ็ญฯ เนื่องในวันคล้ายวันพระราชสมภพพระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราชบรมนาถบพิตร วันพ่อแห่งชาติ

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕	โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
๕.๔ ขับเคลื่อนสู่องค์กร คุณธรรมด้วยอัตลักษณ์ “รับผิดชอบ โปร่งใส ใส่ใจ บริการ และจิตอาสา” พร้อมทั้งสืบสานศาสตร์ พระราชา (ต่อ)	๕.๔.๑ น้อมนำศาสตร์ พระราชาและจิตอาสา มาใช้ในการปฏิบัติงาน และการบริหารจัดการ องค์กรและสร้าง วัฒนธรรมองค์กร สู่องค์กรคุณธรรม (ต่อ)				โดยทำความสะอาดที่โรงพยาบาล วันที่ ๓ ธ.ค.๖๔ - กิจกรรมจิตอาสาบำเพ็ญฯ เนื่องใน วันเฉลิมพระชนมพรรษาสมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินี โดยมอบแอลกอฮอล์ และหน้ากาก อนามัย ให้แก่ โรงเรียนวัดศรีนวล ธรรมวิมล โรงเรียนมัธยมวัดหนองแขม (สหราษฎร์บูรณะ) วันที่ ๒ มิ.ย.๖๕ - กิจกรรมจิตอาสาพัฒนาปรับปรุง ภูมิทัศน์ พัฒนาสิ่งแวดล้อมและ กำจัดลูกน้ำยุงลาย ภายใน รพท. เนื่องในวันคล้ายวันเสด็จสวรรคต ของพระบาทสมเด็จพระปรเมนทรมหาอานันทมหิดลฯ วันที่ ๙ มิ.ย.๖๕ บุคลากรเข้าร่วมฯ จำนวน ๕๐๐ คน ๓. กิจกรรม Big Cleaning Day จำนวน ๒ ครั้ง ประกอบด้วย ครั้งที่ ๑ วันที่ ๙ ก.ย.๖๕ ณ OPD อาคารอเนกประสงค์ รพท. และครั้งที่ ๒ วันที่ ๑๖ ก.ย. ๖๕ ณ OPD อาคารเมตตาธรรม รพท. บุคลากรเข้าร่วมฯ จำนวน ๕๐๐ คน

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕	โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
๕.๔ ขับเคลื่อนสู่องค์กร คุณธรรมด้วยอัตลักษณ์ “รับผิดชอบ โปร่งใส ใส่ใจ บริการ และจิตอาสา” พร้อมทั้งสืบสานศาสตร์ พระราชา (ต่อ)	๕.๔.๑ น้อมนำศาสตร์ พระราชาและจิตอาสา มาใช้ในการปฏิบัติงาน และการบริหารจัดการ องค์กรและสร้าง วัฒนธรรมองค์กร สู่องค์กรคุณธรรม (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๑๖ ร้อยละของบุคลากร สามารถเข้าร่วมกิจกรรม อย่างน้อย ๒ กิจกรรม (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี ปี ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ ที่ ๒ กลยุทธ์ที่ ๕	≥๘๐%	๑๐๐%	จำนวนบุคลากรที่เข้าร่วมกิจกรรมจริง อย่าง น้อย ๒ กิจกรรม ในปีงบประมาณนั้น ๆ จำนวน ๕๐๐ คน คุณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนบุคลากรทั้งหมดที่ลงทะเบียน จำนวน ๕๐๐ คน
		ตัวชี้วัดที่ ๑๗ ร้อยละความสำเร็จ ในการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของ โครงการโรงพยาบาลคุณธรรม จำนวน ๑๐ ตัวชี้วัด (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี ปี ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ ที่ ๒ กลยุทธ์ที่ ๕	๘๐%	๙๐%	ผลการดำเนินงาน จำนวน ๑๐ ตัวชี้วัด ดังนี้ ตัวชี้วัดที่ ๑ : ร้อยละของบุคลากรมีความ ตรงต่อเวลา เป้าหมาย ≥ ๘๐% ผลการดำเนินงาน = ร้อยละ ๙๖ ตัวชี้วัดที่ ๒ : ร้อยละของบุคลากร ปฏิบัติงาน อย่างเต็มเวลาที่กำหนด เป้าหมาย ≥ ๘๕% ผลการดำเนินงาน = ร้อยละ ๙๙ ตัวชี้วัดที่ ๓ ร้อยละของบุคลากรแต่งกาย ตามระเบียบที่กำหนด เป้าหมาย ≥ ๙๐% ผลการดำเนินงาน = ร้อยละ ๙๙ ตัวชี้วัดที่ ๔ ร้อยละของบุคลากรประชุม ตรงเวลา เป้าหมาย ≥ ๘๐% ผลการดำเนินงาน = ร้อยละ ๑๐๐

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕	โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
๕.๔ ขับเคลื่อนสู่องค์กร คุณธรรมด้วยอัตลักษณ์ “รับผิดชอบ โปร่งใส ใส่ใจ บริการ และจิตอาสา” พร้อมทั้งสืบสานศาสตร์ พระราชา (ต่อ)	๕.๔.๑ น้อมนำศาสตร์ พระราชทานและจิตอาสา มาใช้ในการปฏิบัติงาน และการบริหารจัดการ องค์กรและสร้าง วัฒนธรรมองค์กร สู่องค์กรคุณธรรม (ต่อ)				ตัวชี้วัดที่ ๕ ร้อยละของบุคลากรไม่มีเรื่องร้องเรียนทุจริตประพฤติมิชอบ เป้าหมาย ๑๐๐% ผลการดำเนินงาน = ร้อยละ ๑๐๐ ตัวชี้วัดที่ ๖ ร้อยละของฝ่าย/กลุ่มงานเผยแพร่คู่มือการให้บริการ อย่างน้อย ๒ เรื่อง/ปี เป้าหมาย ๑๐๐% ผลการดำเนินงาน = ร้อยละ ๑๐๐ ตัวชี้วัดที่ ๗ ร้อยละของผู้ใช้บริการได้รับความสนใจในการบริการ ในระดับดี – ดีมาก เป้าหมาย $\geq ๙๕\%$ ผลการดำเนินงาน = ไม่มีข้อมูล ตัวชี้วัดที่ ๘ ร้อยละของผู้ใช้บริการ (ผู้ป่วยนอก) มีความพึงพอใจระดับมากขึ้นไป เป้าหมาย $\geq ๘๐\%$ ผลการดำเนินงาน = ร้อยละ ๘๓.๗๓ ตัวชี้วัดที่ ๙ ร้อยละของผู้ใช้บริการ (ผู้ป่วยใน) มีความพึงพอใจระดับมากขึ้นไป เป้าหมาย $\geq ๘๐\%$ ผลการดำเนินงาน = ร้อยละ ๙๗.๔๓ ตัวชี้วัดที่ ๑๐ ร้อยละของบุคลากร เข้าร่วมกิจกรรมจิตอาสา ไม่น้อยกว่า ๒ ครั้ง/ปี เป้าหมาย ๑๐๐% ผลการดำเนินงาน = ร้อยละ ๑๐๐ สรุป จำนวนตัวชี้วัดโครงการที่ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย จำนวน ๙ ตัวชี้วัด คุณด้วย ๑๐๐ ทหารด้วย จำนวนตัวชี้วัดของโครงการทั้งหมด จำนวน ๑๐ ตัวชี้วัด ร้อยละ ๙๐

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕	โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
๕.๔ ขับเคลื่อนสู่องค์กร คุณธรรมด้วยอัตลักษณ์ “รับผิดชอบ โปร่งใส ใส่ใจ บริการ และจิตอาสา” พร้อมทั้งสืบสานศาสตร์ พระราชา (ต่อ)	๕.๔.๑ น้อมนำศาสตร์ พระราชาและจิตอาสา มาใช้ในการปฏิบัติงาน และการบริหารจัดการ องค์กรและสร้าง วัฒนธรรมองค์กร สู่องค์กรคุณธรรม (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๑๘ ร้อยละความสำเร็จ ในการจัดกิจกรรมรณรงค์ต่อต้าน การทุจริต และประพฤติมิชอบ (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี ปี ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ ที่ ๒ กลยุทธ์ที่ ๕	๑๐๐%	๑๐๐%	๑. ดำเนินการโครงการราชการใสสะอาด (ITA) ๒. ดำเนินการเวียนแจ้งประกาศ รพท. ประกอบด้วย - มาตรการคุ้มครองผู้แจ้งเบาะแสการ ทุจริตประพฤติมิชอบ - ประกาศเจตจำนงต่อต้านการทุจริต - จัดบอร์ดประชาสัมพันธ์การสร้าง ราชการใสสะอาด - แผ่นพับประชาสัมพันธ์พร้อมทั้ง ข้อความประชาสัมพันธ์ณรงค์ให้ ประชาชน ข้าราชการ และบุคลากร กทม. เฝ้าระวังพฤติกรรมอันอาจเป็นภัย ต่อการบริหารราชการใสสะอาด ๓. บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานซึ่งเป็น ผู้มีส่วนได้เสีย กลุ่มที่ปฏิบัติงานด้าน จัดซื้อจัดจ้างด้านงบประมาณและ การเงิน ได้มีการเฝ้าระวังพฤติกรรม อันอาจเป็นภัยต่อการบริหารราชการ ใสสะอาด และพัฒนาศักยภาพความรู้ เพิ่มเติม จำนวน ๔๐ คน

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕	โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
๕.๔ ขับเคลื่อนสู่องค์กร คุณธรรมด้วยอัตลักษณ์ “รับผิดชอบ โปร่งใส ใส่ใจ บริการ และจิตอาสา” พร้อมทั้งสืบสานศาสตร์ พระราชา (ต่อ)	๕.๔.๑ น้อมนำศาสตร์ พระราชาและจิตอาสา มาใช้ในการปฏิบัติงาน และการบริหารจัดการ องค์กรและสร้าง วัฒนธรรมองค์กร สู่องค์กรคุณธรรม (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๑๙ ร้อยละความสำเร็จ ในการชี้แจงแก้ไขเรื่องร้องเรียน เกี่ยวกับการทุจริตและประพฤติ มิชอบได้ภายในกำหนด (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี ปี ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ที่ ๒ กลยุทธ์ที่ ๕	๑๐๐%	๑๐๐%	๑. ดำเนินการจัดกิจกรรมการแก้ไขเรื่อง ร้องเรียนจากประชาชน/ผู้รับบริการ ๒. ไม่มีเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการทุจริต และประพฤติมิชอบของบุคลากรแต่ อย่างใด
๕.๕. การเสริมสร้างองค์กร แห่งความสุข	๕.๕.๑ พัฒนารูปแบบการ ทำงานเพื่อสร้างสมดุล ระหว่างชีวิตและ การทำงาน	ตัวชี้วัดที่ ๒๐ การสำรวจความอยู่ดี มีสุข และความผูกพันของบุคลากร ในโรงพยาบาล	๑ ครั้ง	๑ ครั้ง	ดำเนินการจัดกิจกรรมสำรวจความอยู่ดีมีสุข และความผูกพันของบุคลากรในโรงพยาบาล ด้วยเครื่องมือ Happinometer ทางออนไลน์
		ตัวชี้วัดที่ ๒๑ ร้อยละความผูกพัน ของบุคลากรที่มีต่อองค์กร	≥๗๐%	๖๐.๒๑%	
		ตัวชี้วัดที่ ๒๒ บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการพัฒนา ตนเองเพื่อความสุขของชีวิต และ/หรือ การทำงานและการใช้ ชีวิตในสังคมอย่างสมดุลและ มีความสุขในการทำงาน (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี ปี ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ ที่ ๑ กลยุทธ์ที่ ๓	≥๘๐%	๑๐๐%	ดำเนินการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในหัวข้อ การพัฒนาตนเองเพื่อความสมดุล ของชีวิต (Mind Vaccine) มีผู้เข้าร่วมกิจกรรม ทั้งสิ้น ๗๘ คน มีการทดสอบความรู้ความ เข้าใจในเรื่องดังกล่าวข้างต้น และการนำกลับไป ปรับใช้ในชีวิตประจำวันและพัฒนาการปฏิบัติงาน โดยมีคะแนน Post – test มากกว่าหรือเท่ากับ Pre – test จำนวน ๗๘ คน ร้อยละ ๑๐๐

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕	โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
๕.๕. การเสริมสร้างองค์กร แห่งความสุข (ต่อ)	๕.๕.๑ พัฒนารูปแบบการ ทำงานเพื่อสร้างสมดุล ระหว่างชีวิตและ การทำงาน (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๒๓ ร้อยละความพึงพอใจ และความเชื่อมั่นของบุคลากรที่มี ต่อองค์กรในระดับดีขึ้นไป	≥๘๐%	๘๖.๒๑%	๑. ดำเนินการสำรวจความพึงพอใจและ ความเชื่อมั่นของบุคลากรที่มีต่อองค์กร ความพึงพอใจของบุคลากร = ร้อยละ ๘๕.๕๘ ความเชื่อมั่นของบุคลากร = ร้อยละ ๘๖.๘๓ (๘๕.๕๘ + ๘๖.๘๓/๒ = ร้อยละ ๘๖.๒๑) ๒. ดำเนินการจัดกิจกรรมส่งเสริม Happy Work Place ทั้งหมด ๘ ด้าน ดังนี้ ๑) Happy Body (สุขภาพดี) - กิจกรรมออกกำลังกาย ณ ลานแอโรบิก รพท. ทุกวันจันทร์ - ศุกร์ เวลา ๑๗.๐๐ - ๑๘.๐๐ น. - กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เรื่อง ให้ความรู้ สู่ประชาชนและบุคลากร โรคต่อมลูกหมากโต มะเร็งลูกหมาก และสุขภาพชาย ๒๓ ก.พ.๖๕ - กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เรื่อง Diabetic retinopathy (DR) เบาหวานขึ้นจอประสาทตา ๒๓ มี.ค.๖๕ - โครงการอบรมควบคุมและป้องกันการติด เชื้อ รพ. ๙ มี.ค.๖๕ - ฉีดวัคซีนไข้วัดใหญ่ ๗ - ๙ มี.ย. ๖๕ - ฉีดวัคซีนหัดเยอรมัน ๓๐ ส.ค.๖๕ - ตรวจสอบสุขภาพประจำปีให้กับบุคลากร ๒๑ - ๒๔ มี.ย.๖๕ - ตรวจสอบสุขภาพตามความเสี่ยงทางอาชีวเวชศาสตร์ ประจำปี ระหว่างวันที่ ๒๘ มี.ย - ๗ ก.ค.๖๕

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕	โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
๕.๕. การเสริมสร้างองค์กร แห่งความสุข (ต่อ)	๕.๕.๑ พัฒนารูปแบบการ ทำงานเพื่อสร้างสมดุล ระหว่างชีวิตและ การทำงาน (ต่อ)				๒) Happy Heart (น้ำใจงาม) - กิจกรรมจิตอาสา ถวายเป็นพระราชกุศลในวันคล้ายวันพระราชสมภพ พระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราชบรมนาถบพิตร วันพ่อแห่งชาติทำความสะอาดบริเวณหน้าตึกอาคารเมตตาธรรม และอาคารอำนวยการ ๓ ธ.ค.๖๔ - กิจกรรมจิตอาสามอบของให้กับโรงเรียนต่าง ๆ ๒ มิ.ย.๖๕ - กิจกรรมจิตอาสาเนื่องในวันอันนันทมหิตล ๙ มิ.ย.๖๕ ๓) Happy Society (สังคมดี) - กิจกรรมให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด – 19 ให้กับนักเรียนโรงเรียนมัธยมวัดหนองแขม ๒๐ ต.ค.๖๔ - กิจกรรมวันทันตสาธารณสุขของกลุ่มงานทันตกรรม ๒๐ ต.ค.๖๔ - กิจกรรมงานวันแพทย์ ๒๕ พ.ย.๖๔ - กิจกรรมตลาดนัด รพท. ทุกวันศุกร์ของสัปดาห์ - กิจกรรมเดินรณรงค์อนุรักษ์พลังงาน ๕ ส.ค.๖๕ ๔) Happy Relax (ผ่อนคลาย) - ร่วมแสดงความยินดีกับผู้บริหาร รพ.ไปดำรงตำแหน่งที่สูงขึ้น ๕ ครั้ง (๔ ต.ค.๖๔, ๕ ต.ค.๖๔, ๑๖ ธ.ค.๖๔, ๗ ต.ค.๖๔ และ ๑๐ ม.ค.๖๕) - งานวันสถาปนา รพ. ครบรอบ ๓๓ ปี ๑๙ พ.ค.๖๕

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕	โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
๕.๕. การเสริมสร้างองค์กร แห่งความสุข (ต่อ)	๕.๕.๑ พัฒนารูปแบบการ ทำงานเพื่อสร้างสมดุล ระหว่างชีวิตและ การทำงาน (ต่อ)				๕) Happy Brain (หาความรู้) - กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในหน่วยงานภายใน รพ. จำนวน ๙ ครั้ง อาทิ เรื่องการรับ - ส่งไฟล์ ปลอดภัยมัลแวร์ เรื่องความรู้เบื้องต้นการใช้ลิฟท์ เรื่องการพัฒนาตนเองเพื่อความสมดุลของชีวิต เรื่องการพัฒนาความเชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง ฯลฯ - โครงการอบรม ประชุมฯ จัดภายใน รพ. จำนวน ๖ ครั้ง อาทิ เรื่องอบรมการให้คำปรึกษา ขั้นสูง และ Couple Counseling เรื่องการ ซ่อมแผนและอพยพหนีไฟ เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพ เรื่องอบรมและฝึกซ้อมแผนรับมือภัยพิบัติฯ ฯลฯ ๖) Happy Soul (คุณธรรม) - ร่วมงานเวียนเทียนในวันวิสาขบูชา ณ วัดศรีนวล ธรรมวิมล ๑๕ พ.ค.๖๕ - ประเพณีแห่เทียนและถวายเทียนในวัน เข้าพรรษา ณ วัดศรีนวลธรรมวิมล ๘ ก.ค.๖๕ - ร่วมตักบาตรเนื่องในวันอาสาฬหบูชา ณ วัด ศรีนวลธรรมวิมล ๑๒ ก.ค.๖๕ ๗) Happy Money (ใช้เงินเป็น) - ตลาดนัด รพท. ทุกวันศุกร์ของสัปดาห์ - ตลาดนัด รพท. ทางแอปพลิเคชันไลน์ ๘) Happy Family (ครอบครัวดี) - กิจกรรมวันเด็กและมอบของขวัญให้เด็ก ในวัน เด็กแห่งชาติ ณ ศูนย์เด็กเล็กน่ายู่คุณแม่ ๑๒ มค๖๕

โครงการ/กิจกรรม ที่ตอบสนองแผนยุทธศาสตร์การพัฒนารองพยาบาล

โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองยุทธศาสตร์

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพและการบริการทางการแพทย์ด้วยมาตรฐานคุณภาพและพัฒนา
ด้านโรคเฉพาะทาง

- จำนวน ๒๓ โครงการ/กิจกรรม สามารถดำเนินการ สำเร็จ ๒๑ โครงการ/กิจกรรม ไม่สำเร็จ ๒ โครงการ/กิจกรรม
คิดเป็นร้อยละ ๙๑.๓๐

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕			หน่วยงาน ผู้รับผิดชอบหลัก
	งบประมาณ (บาท)	สามารถดำเนินการ ได้สำเร็จ	ไม่สามารถ ดำเนินการได้	
๑. กิจกรรมสำรวจการวินิจฉัยองค์กรของบุคลากรในโรงพยาบาล ผ่านระบบออนไลน์ (ปี ๒๕๖๕)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ
๒. กิจกรรมการให้จัดการความรู้เกี่ยวกับระบบคุณภาพโรงพยาบาลภายในองค์กร (ปี ๒๕๖๕)	๒๐,๐๐๐ (เงินบำรุงฯ)	✓	-	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ
๓. กิจกรรมส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการพัฒนาคุณภาพภายนอกองค์กร (ปี ๒๕๖๕) (TN ๒) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	๖๙,๓๐๐ (เงิน กทม. และเงินบำรุงฯ)	✓	-	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ
๔. กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลด้วยระบบเครือข่ายกรุงเทพมหานคร (Quality Learning Network : QLN) (ปี ๒๕๖๕) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	๗,๕๐๐ (เงินบำรุงฯ)	✓	-	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ
๕. กิจกรรมการเยี่ยมสำรวจคุณภาพภายในของทุกทีมนำ (ปี ๒๕๖๕)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ
๖. กิจกรรมการทบทวนเวชระเบียนตาม Trigger ของทีม PCT (ปี ๒๕๖๕)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ
๗. กิจกรรมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (HA) (ปี ๒๕๖๔) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี) * หมายเหตุ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ได้ดำเนินการยื่นหนังสือแสดงความจำนงขอรับการประเมินฯ เนื่องจากสถานการณ์โควิด - 19 ทำให้เลื่อนกำหนดการเข้ารับการประเมินฯ จาก สรพ. ในปี ๒๕๖๕	๗๒,๐๐๐ (ประเมิน ๓ ครั้ง (เงินบำรุงฯ) เป็นการเยี่ยม สำรวจแบบลดรูป	✓	-	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนารองพยาบาล ระยะ ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๓๓๓ ชูติโนโร อุตติ

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕			หน่วยงาน ผู้รับผิดชอบหลัก
	งบประมาณ (บาท)	สามารถดำเนินการ ได้สำเร็จ	ไม่สามารถ ดำเนินการได้	
๘. โครงการพัฒนาระบบสารสนเทศ เปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล (THIP) ของสถาบันรับรองคุณภาพ สถานพยาบาล (ปี ๒๕๖๕) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ใน แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	๑๐,๐๐๐ (เงินบำรุง)	✓	-	กลุ่มงานพัฒนา คุณภาพฯ
๙. กิจกรรมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (HA) Surveillance (ปี ๒๕๖๕) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ใน แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	-	-	✓ ไม่ได้ดำเนินการ เนื่องจากเป็นการ เยี่ยมชมสำรวจจุดรูป ผ่านออนไลน์	กลุ่มงานพัฒนา คุณภาพฯ
๑๐. กิจกรรมการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย (ปี ๒๕๖๕)	ไม่มีงบประมาณ	✓	-	กลุ่มงานพัฒนา คุณภาพฯ
๑๑. กิจกรรมทบทวนตัวชี้วัดคุณภาพที่ไม่ เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน (๒ ครั้งต่อปี) (ปี ๒๕๖๕)	ไม่มีงบประมาณ	✓	-	กลุ่มงานพัฒนา คุณภาพ
๑๒. กิจกรรมการขอรับรองการประเมิน ระบบคุณภาพตามมาตรฐานงานห้อง ปฏิบัติการทางการแพทย์ ด้านรังสีวินิจฉัย (ปี ๒๕๖๕)	-	-	✓ เนื่องจาก สถานการณ์ Covid หน่วยงาน ผู้ประเมินฯ ของด เข้าเยี่ยมประเมิน ในปี ๒๕๖๕	กลุ่มงานรังสี วิทยา
๑๓. กิจกรรมการถอดแบบสำรวจ วัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรใน โรงพยาบาล ผ่านระบบออนไลน์ (ปี ๒๕๖๕)	ไม่มีงบประมาณ	✓	-	กลุ่มงานพัฒนา คุณภาพฯ
๑๔. กิจกรรมพัฒนาระบบบริหารจัดการ ความเสี่ยง (ปี ๒๕๖๕)	ไม่มีงบประมาณ	✓	-	กลุ่มงานพัฒนา คุณภาพฯ
๑๕. กิจกรรมการให้ความรู้ เรื่อง การ บริหารความเสี่ยง (ปี ๒๕๖๕)	ไม่มีงบประมาณ	✓	-	คณะกรรมการ บริหารความ เสี่ยง (RM) ร่วมกับกลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพฯ

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนารองพยาบาล ระยะ ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ จังหวัด ชลบุรี

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕			หน่วยงาน ผู้รับผิดชอบหลัก
	งบประมาณ (บาท)	สามารถดำเนินการ ได้สำเร็จ	ไม่สามารถ ดำเนินการได้	
๑๖. กิจกรรม RM Quality round ตาม รอยการบริหารความเสี่ยงที่หน้างานตาม จุดเน้นความเสี่ยงขององค์กร (ปี ๒๕๖๕)	ไม่มีงบประมาณ	✓	-	คณะกรรมการ บริหารความ เสี่ยง (RM) ร่วมกับกลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพ
๑๗. กิจกรรมการประชุมเพื่อติดตามงาน การบริหารความเสี่ยงของทุกทีมนำ (ปี ๒๕๖๕)	ไม่มีงบประมาณ	✓	-	คณะกรรมการ บริหารความ เสี่ยง (RM) ร่วมกับกลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพ
๑๘. กิจกรรมรณรงค์และประชาสัมพันธ์การ เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้อย่างสม เหตุผล (ปี ๒๕๖๕)	ไม่มีงบประมาณ	✓	-	กลุ่มงาน เภสัชกรรม
๑๙. กิจกรรมพัฒนาระบบลงข้อมูลของ โรงพยาบาลเพื่อให้เอื้อต่อการเฝ้าระวังเชื้อ ดื้อยาในโรงพยาบาล (ปี ๒๕๖๕)	ไม่มีงบประมาณ	✓	-	กลุ่มงาน เภสัชกรรม ร่วมกับ ฝ่ายวิชาการและ แผนงาน (IT))
๒๐. กิจกรรมพัฒนาการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะ อย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยที่มีภาวะอวัยวะ ร่วงเฉียบพลัน (ปี ๒๕๖๕)	ไม่มีงบประมาณ	✓	-	ฝ่ายการพยาบาล (ER) กลุ่มงาน เวชศาสตร์ฉุกเฉินฯ
๒๑. กิจกรรมพัฒนาระบบการเตือนแจ้งผล เชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการทั้งในระบบสาร เทศของโรงพยาบาลและแอปพลิเคชันไลน์ (ปี ๒๕๖๕)	ไม่มีงบประมาณ	✓	-	กลุ่มงานชั้นสูตร โรคกลางๆ ร่วมกับ ฝ่ายวิชาการและ แผนงาน (IT))
๒๒. กิจกรรมพัฒนาระบบเชื่อมโยงข้อมูลผล เชื้อดื้อยาจากผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ที่ส่งตรวจนอกโรงพยาบาลให้สามารถเข้าถึง ข้อมูลมายังระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล (ปี ๒๕๖๕)	ไม่มีงบประมาณ	✓	-	กลุ่มงานชั้นสูตร โรคกลางๆ ร่วมกับ ฝ่ายวิชาการและ แผนงาน (IT))
๒๓. กิจกรรมพัฒนาการประเมินการใช้อยา ต้านจุลชีพในโรงพยาบาล (ปี ๒๕๖๕)	ไม่มีงบประมาณ	✓	-	กลุ่มงาน เภสัชกรรม

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนารองพยาบาล ระยะ ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) โรงพยาบาลหลวงพ่อดำศรีศักดิ์ ชูตินันท์โร อู่ทิด

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ พัฒนาระบบบริการสุขภาพและการบริการทางการแพทย์ด้วยมาตรฐานคุณภาพ และพัฒนา ด้านโรคเฉพาะทาง

- จำนวน ๓๕ โครงการ/กิจกรรม สามารถดำเนินการ สำเร็จ ๓๕ โครงการ/กิจกรรม ไม่สำเร็จ ๐ โครงการ/กิจกรรม คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕			หน่วยงาน ผู้รับผิดชอบหลัก
	งบประมาณ (บาท)	สามารถดำเนินการ ได้สำเร็จ	ไม่สามารถ ดำเนินการได้	
๑. กิจกรรมสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (ปี ๒๕๖๕)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	คณะกรรมการ พัฒนาระบบ บริการ ฯ ฝ่ายการพยาบาล
๒. กิจกรรมลดระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วยนอก (ปี ๒๕๖๕)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	คณะกรรมการ พัฒนาระบบ บริการ ฯ ฝ่ายการพยาบาล
๓. กิจกรรมลดระยะเวลาการรอคอยรับยาของ ผู้ป่วยนอก (ปี ๒๕๖๕)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	คณะกรรมการ พัฒนาระบบ บริการ ฯ กลุ่มงานเภสัชกรรม
๔. กิจกรรมการลดระยะเวลาในการ Admit (ปี ๒๕๖๕)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	ฝ่ายการพยาบาล (ศูนย์ BFC ER OPD ANC)
๕. กิจกรรมการลดระยะเวลาในการให้บริการ ผู้ป่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน (ปี ๒๕๖๕)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มงานเวชศาสตร์ ฉุกเฉิน ฯ
๖. กิจกรรมการประชุมเพื่อติดตามการตอบสนอง ต่อข้อเสนอแนะจากผู้รับบริการและญาติ (ปี ๒๕๖๕)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	คณะกรรมการ รับฟังความ คิดเห็นและ ข้อร้องเรียน ฯ กลุ่มงานพัฒนา คุณภาพ ฯ
๗. โครงการเพิ่มศักยภาพการให้บริการ ในคลินิกรักษาภาวะผู้มีบุตรยาก โดยการฉีด น้ำเชื้อเข้าสู่โพรงมดลูก IUI (Intrauterine insemination) (ปี ๒๕๖๕)	๕๔๔,๕๗๖ (เงินบำรุง ฯ)	-	-	กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนารองพยาบาล ระยะ ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ภูเก็ต ชูตินโร อุทิศ

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕			หน่วยงาน ผู้รับผิดชอบหลัก
	งบประมาณ (บาท)	สามารถดำเนินการ ได้สำเร็จ	ไม่สามารถ ดำเนินการได้	
๘. กิจกรรมบริหารจัดการความเสี่ยงจากอุบัติการณ์ที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวช (ปี ๒๕๖๕)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	คณะกรรมการ PCT ด้านสูติ - นรีเวชกรรม กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม
๙. กิจกรรมให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ก่อนกำหนด (ปี ๒๕๖๕)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม ฝ่ายการพยาบาล
๑๐. กิจกรรมให้ความรู้และส่งเสริมการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรเพื่อลดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (ปี ๒๕๖๕)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม ฝ่ายการพยาบาล
๑๑. โครงการหรือกิจกรรมให้ความรู้ เกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น/การคุมกำเนิด/ลดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่เป็นกลุ่มเสี่ยง (ปี ๒๕๖๕)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	กลุ่มงาน เวชศาสตร์ชุมชนฯ (OSCC)
๑๒. กิจกรรมเพิ่มศักยภาพการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมรายใหม่ (ปี ๒๕๖๕)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	กลุ่มงานรังสีวิทยา ฝ่ายการพยาบาล
๑๓. โครงการตรวจคัดกรองโรคต่อมลูกหมากโต มะเร็งลูกหมาก และสุขภาพชาย และให้ความรู้สู่ประชาชน (ปี ๒๕๖๕)	๗๐,๐๐๐ (เงินมูลนิธิฯ)	✓	-	กลุ่มงานรังสีวิทยา ฝ่ายการพยาบาล
๑๔. โครงการปรับปรุงห้องทันตกรรม (ปี ๒๕๖๕)	๔๙๘,๖๒๐ (เงินบำรุงฯ)	-	-	กลุ่มงานทันตกรรม
๑๕. โครงการเพิ่มศักยภาพการให้บริการห้องเอกซเรย์ฟัน (ปี ๒๕๖๕)	๘๕,๖๐๐ (เงินบำรุงฯ)	-	-	กลุ่มงานทันตกรรม
๑๖. โครงการเพิ่มศักยภาพการให้บริการห้องทันตกรรมเพื่อรองรับผู้มารับบริการ (ปี ๒๕๖๕) *จัดซื้อยูนิตทำฟัน ทดแทนของเดิม จำนวน ๑ ยูนิต	๙๘๐,๐๐๐ (งบฯ ค่าเสื่อม ปี ๖๔)	-	-	กลุ่มงานทันตกรรม
๑๗. โครงการการพัฒนาบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ภูเก็ต ชูตินโร อุทิศ (ปี ๒๕๖๕) * HRM : จ้างแพทย์แผนจีน แพทย์แผนไทย และบุคคลภายนอกช่วยปฏิบัติงานในคลินิก (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ.ระยะ ๔ ปี)	๑,๐๔๙,๗๕๐ (เงินบำรุงฯ)	-	-	ฝ่ายการพยาบาล (คลินิกแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก)

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนารองพยาบาล ระยะ ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๓๓๓ ชุติโนโร อุทิศ

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕			หน่วยงาน ผู้รับผิดชอบหลัก
	งบประมาณ (บาท)	สามารถดำเนินการ ได้สำเร็จ	ไม่สามารถ ดำเนินการได้	
๑๘. กิจกรรมพัฒนาระบบการให้บริการผู้มารับบริการ ที่เป็นผู้ที่มีภาวะบาดเจ็บจากโรคออฟฟิศซินโดรม ที่มีปัญหาและสามารถรับหรือส่งต่อการรักษา ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ (ปี ๒๕๖๕) * คลินิกแพทย์แผนไทย ฯ ส่งต่อไปยัง คลินิกศัลยกรรม กระดูกและข้อ หรือ คลินิกศัลยกรรมกระดูกและข้อ ส่งต่อไปยัง คลินิกแพทย์แผนไทย ฯ	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	ฝ่ายการพยาบาล (คลินิกแพทย์ แผนไทยและ แพทย์ทางเลือก)
๑๙. กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๓๓๓ ชุติโนโร อุทิศ (ปี ๒๕๖๕) * HRM : จ้างแพทย์ห้วงเวลาช่วย ปฏิบัติงานในคลินิก (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	๓๗๔,๔๐๐ (เงินบำรุงฯ)	✓	-	กลุ่มงาน เวชศาสตร์ชุมชน (คลินิกผู้สูงอายุ คุณภาพ)
๒๐. โครงการเยี่ยมบ้านและดูแลผู้สูงอายุให้ ปลอดภัยห่างไกลจากโควิด – ๑๙ (ปี ๒๕๖๕) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	กลุ่มงาน เวชศาสตร์ชุมชน (คลินิกผู้สูงอายุ คุณภาพ)
๒๑. กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในหัวข้อ การดูแล ผู้สูงอายุต่อเนื่อง (ปี ๒๕๖๕) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	กลุ่มงาน เวชศาสตร์ชุมชน (คลินิกผู้สูงอายุ คุณภาพ)
๒๒. โครงการส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุจิตอาสา ในชุมชนเพื่อ การดูแลผู้ป่วยในชุมชน (ปี ๒๕๖๕)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	กลุ่มงาน เวชศาสตร์ชุมชน (คลินิกผู้สูงอายุ คุณภาพ)
๒๓. โครงการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ให้กับ ผู้สูงอายุในชุมชน (ปี ๒๕๖๕)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	กลุ่มงาน เวชศาสตร์ชุมชน (คลินิกผู้สูงอายุ คุณภาพ)
๒๔. โครงการ New Normal Post COVID – ๑๙ (ปี ๒๕๖๕) * จัดกิจกรรมทำสื่อประชาสัมพันธ์ * (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	ไม่ใช้งบประมาณ	-	-	คณะกรรมการ IC

รายงานผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๕

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนารองพยาบาล ระยะ ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ภูเก็ต ชูตินันท์ ฤทธิศ

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕			หน่วยงาน ผู้รับผิดชอบหลัก
	งบประมาณ (บาท)	สามารถดำเนินการ ได้สำเร็จ	ไม่สามารถ ดำเนินการได้	
๒๕. โครงการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วย ติดเชื้ระบบทางเดินหายใจ แบบจุดเดียว เบ็ดเสร็จ (One Stop Service) (ปี ๒๕๖๕)	๓,๖๕๕,๘๐๐ (เงินมูลนิธิและ เงินบำรุงฯ)	✓	-	ฝ่ายการพยาบาล ฝ่ายบริหารงาน ทั่วไป (พัสดุ)
๒๖. โครงการขยายศักยภาพการให้บริการเพื่อรองรับ การบริการในรูปแบบ One Day Surgery (ปี ๒๕๖๕) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	๔๙๒,๖๐๐ (เงินบำรุงฯ)	✓	-	ฝ่ายการพยาบาล ฝ่ายบริหารงาน ทั่วไป (พัสดุ)
๒๗. กิจกรรมการรักษาพยาบาลด้วยระบบ โทรเวชกรรม (Telemedicine) (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	ฝ่ายการพยาบาล
๒๘. โครงการปรับปรุงห้องตรวจประกันสังคม (ปี ๒๕๖๕)	๔๘๑,๕๐๐ (เงินบำรุงฯ)	✓	-	ฝ่ายบริหารงาน ทั่วไป (พัสดุ)
๒๙. โครงการปรับปรุงห้องเวชระเบียนเพิ่มจุดให้บริการ อีก ๑ จุด (อาคารอเนกประสงค์ ชั้น ๑) (ปี ๒๕๖๕)	ไม่ใช้ งบประมาณ	✓	-	ฝ่ายบริหารงาน ทั่วไป (พัสดุ)
๓๐. โครงการขยายส่วนพักคอยผู้ป่วยหน้า อาคารสามัคคีธรรม (ปี ๒๕๖๕)	๔๘๙,๘๓๔ (เงินบำรุงฯ)	✓	-	ฝ่ายบริหารงาน ทั่วไป (พัสดุ)
๓๑. โครงการอบรมและฝึกซ้อมแผนรับมืออุบัติเหตุหมู่ โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ภูเก็ตฯ (ปี ๒๕๖๕) (TN๑) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	๒๕,๕๒๐ (เงิน กทม.)	✓	-	ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มงานเวชศาสตร์ ฉุกเฉิน ฯ
๓๒. โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ ช่วยฟื้นคืนชีพ (ปี ๒๕๖๕) (TN๑) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	๕๖,๐๙๘ (เงิน กทม.)	✓	-	ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มงานเวชศาสตร์ ฉุกเฉิน ฯ
๓๓. กิจกรรมการพัฒนาระบบการรับ – ส่งต่อ ผู้ป่วยโรคสำคัญ (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	ฝ่ายการพยาบาล (ศูนย์ BFC)
๓๔. กิจกรรมสำรวจข้อมูลส่งต่อและตอบกลับของ ผู้ป่วยที่ทำ discharge plan และ นำข้อมูล มาวิเคราะห์ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อวาง แผนการรักษา (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	ฝ่ายการพยาบาล (ศูนย์ BFC) กลุ่มงาน เวชศาสตร์ชุมชนฯ
๓๕. กิจกรรมวางแผน การจำหน่าย และส่งต่อ เพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านร่วมกับสหสาขา วิชาชีพ (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	ฝ่ายการพยาบาล (ศูนย์ BFC) กลุ่มงาน เวชศาสตร์ชุมชนฯ

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนารองพยาบาล ระยะ ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๓๓๓ ชุติโนโร อุตติ

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนงานบริการและการบริหาร เพื่อมุ่งสู่องค์กรดิจิทัล

- จำนวน ๙ โครงการ/กิจกรรม สามารถดำเนินการ สำเร็จ ๙ โครงการ/กิจกรรม ไม่สำเร็จ ๐ โครงการ/กิจกรรม

คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕			หน่วยงาน ผู้รับผิดชอบหลัก
	งบประมาณ (บาท)	สามารถดำเนินการ ได้สำเร็จ	ไม่สามารถ ดำเนินการได้	
๑. กิจกรรมการเตรียมความพร้อมเพื่อพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนระบบฐานข้อมูลด้านสุขภาพตามแผนที่กำหนด - Smart OPD (ปี ๒๕๖๕) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ.ระยะ ๔ ปี)	๑๓๘,๐๘๐ (เงินบำรุงฯ) ๒๔๓,๕๗๔.๘๐ (มูลนิธิ รพท.) รวม ๓๘๑,๖๕๔.๘๐	✓	-	ฝ่ายวิชาการ และแผนงาน (งานเทคโนโลยีสารสนเทศ)
๒. กิจกรรมการพัฒนาระบบบริการด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๓๓๓ ชุติโนโร อุตติ (ปี ๒๕๖๕)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	ฝ่ายวิชาการ และแผนงาน (งานเทคโนโลยีสารสนเทศ)
๓. กิจกรรมการนำระบบเทคโนโลยีมาใช้ในหน่วยงานสนับสนุน (Back Office) (ปี ๒๕๖๕) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	ฝ่ายวิชาการ และแผนงาน (งานเทคโนโลยีสารสนเทศ)
๔. กิจกรรมการพัฒนาและปรับปรุงเว็บไซต์โรงพยาบาล (ปี ๒๕๖๕)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	ฝ่ายวิชาการ และแผนงาน (งานเทคโนโลยีสารสนเทศ)
๕. กิจกรรมการพัฒนาและปรับปรุงระบบอินเทอร์เน็ตโรงพยาบาล (ปี ๒๕๖๕)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	ฝ่ายวิชาการ และแผนงาน (งานเทคโนโลยีสารสนเทศ)
๖. กิจกรรมการบริหารจัดการเมื่อเกิดเหตุการณ์ระบบคอมพิวเตอร์ขัดข้อง(ปี ๒๕๖๕)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	ฝ่ายวิชาการ และแผนงาน (งานเทคโนโลยีสารสนเทศ)

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนารองพยาบาล ระยะ ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ จังหวัด ชลบุรี

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕			หน่วยงาน ผู้รับผิดชอบหลัก
	งบประมาณ (บาท)	สามารถดำเนินการ ได้สำเร็จ	ไม่สามารถ ดำเนินการได้	
๗. กิจกรรมการจัดทำฐานข้อมูลกลางของ โรงพยาบาลเพื่อสนับสนุนงานบริการและงาน บริหาร (ปี ๒๕๖๕)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	ฝ่ายวิชาการ และแผนงาน (งานเทคโนโลยี สารสนเทศ)
๘. กิจกรรมการพัฒนาความปลอดภัยของ ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	ฝ่ายวิชาการ และแผนงาน (งานเทคโนโลยี สารสนเทศ)
๙. กิจกรรมการเตรียมความพร้อมรองรับ พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒ (PDPA) (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๖)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	ฝ่ายวิชาการ และแผนงาน (งานเทคโนโลยี สารสนเทศ)

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนารองพยาบาล ระยะ ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ จังหวัด ชลบุรี

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ เพิ่มศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ สร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization)

- จำนวน ๒๓ โครงการ/กิจกรรม สามารถดำเนินการ สำเร็จ ๒๓ โครงการ/กิจกรรม ไม่สำเร็จ ๐ โครงการ/กิจกรรม

คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕			หน่วยงาน ผู้รับผิดชอบหลัก
	งบประมาณ (บาท)	สามารถดำเนินการ ได้สำเร็จ	ไม่สามารถ ดำเนินการได้	
๑. โครงการตรวจสอบสุขภาพประจำปีให้แก่บุคลากร ปีละ ๑ ครั้ง (ปี ๒๕๖๕)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	กลุ่มงาน เวชศาสตร์ชุมชน ฯ
๒. กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลด BMI ให้ไร้พุง (ภายใน) (ปี ๒๕๖๕)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	กลุ่มงาน เวชศาสตร์ชุมชน ฯ
๓. โครงการตรวจสอบสุขภาพตามความเสี่ยงทางอาชีพเวชศาสตร์ประจำปี (ปี ๒๕๖๕)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	คณะกรรมการ HPH / DSC
๔. โครงการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ให้แก่บุคลากรในโรงพยาบาล (ปี ๒๕๖๕)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	คณะกรรมการ HPH / DSC
๕. โครงการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและบีให้แก่บุคลากรในโรงพยาบาล (๒๕๖๕)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	คณะกรรมการ HPH / DSC
๖. กิจกรรมฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID – 19) ให้กับบุคลากรในโรงพยาบาล (ปี ๒๕๖๕) * (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	คณะกรรมการ HPH / DSC
๗. กิจกรรมการจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดโควิด (COVID Free setting) (ปี ๒๕๖๕) * (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	คณะกรรมการ IC กลุ่มงานพัฒนา คุณภาพฯ
๘. โครงการอบรมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ปี ๒๕๖๕) (TN๑) * (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	๒๕,๗๒๐ (เงิน กทม.)	✓	-	คณะกรรมการ IC ทุกหน่วยงาน
๙. กิจกรรมให้ความรู้ในเรื่องอาชีวอนามัยและความปลอดภัยจากสิ่งคุกคามจากการทำงาน (ปี ๒๕๖๕)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	คณะกรรมการ อาชีวอนามัยฯ กลุ่มงานพัฒนา คุณภาพฯ

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนารองพยาบาล ระยะ ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ภูเก็ต ชูตินโร อุตติ

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕			หน่วยงาน ผู้รับผิดชอบหลัก
	งบประมาณ (บาท)	สามารถดำเนินการ ได้สำเร็จ	ไม่สามารถ ดำเนินการได้	
๑๐. จัดทำแนวทางสรรหาและคัดเลือกบุคลากรตามคุณลักษณะที่ต้องการให้เป็นปัจจุบัน (ในกลุ่มที่โรงพยาบาลมีอำนาจหน้าที่ควบคุมการสรรหาและคัดเลือกได้โดยตรง) (ปี. ๒๕๖๕)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๑๑. จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรประจำปีของโรงพยาบาล ปีละ ๑ ครั้ง (ปี ๒๕๖๕)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	คณะกรรมการ HR/ ฝ่ายวิชาการและแผนงาน
๑๒. โครงการส่งข้าราชการไปศึกษาต่อ อบรมหลักสูตรเฉพาะทาง อบรมระยะยาว อบรมระยะสั้น หรืออบรมหลักสูตรที่มีความจำเป็นต่อการพัฒนาองค์กร ที่มีระยะเวลาไม่เกิน ๙๐ วัน ทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ หน่วยงานภายนอกเป็นผู้จัด (ปี ๒๕๖๕) (TN๒) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	๙๔๕,๐๐๐ (เงิน กทม. และเงินบำรุงฯ)	✓	-	คณะกรรมการ HR ฝ่ายวิชาการและแผนงาน
๑๓. กิจกรรมส่งเสริมให้บุคลากรเข้ารับการอบรม ประชุม สัมมนา ศึกษา ดูงานฯ ในหลักสูตรที่มีความจำเป็นต่อการพัฒนาองค์กร ที่มีระยะเวลาไม่เกิน ๙๐ วัน กรณีเบิกค่าใช้จ่าย หน่วยงานภายนอกเป็นผู้จัด (ปี ๒๕๖๕) (TN๒) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	๖๐๕,๑๘๐ (เงิน กทม. และเงินบำรุงฯ)	✓	-	คณะกรรมการ HR ฝ่ายวิชาการและแผนงาน
๑๔. กิจกรรมส่งเสริมให้บุคลากรเข้ารับการอบรม ประชุม สัมมนา ศึกษา ดูงานฯ ในหลักสูตรที่มีความจำเป็นต่อการพัฒนาองค์กร ที่มีระยะเวลาไม่เกิน ๙๐ วัน กรณีไม่เบิกค่าใช้จ่าย หน่วยงานภายนอกเป็นผู้จัด (ปี ๒๕๖๕)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	คณะกรรมการ HR ฝ่ายวิชาการและแผนงาน
๑๕. กิจกรรมส่งเสริมสนับสนุนให้หน่วยงานจัดโครงการหรือกิจกรรมด้านการฝึกอบรม ประชุม สัมมนา ศึกษา ดูงานฯ เพื่อเป็นการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และสมรรถนะในการทำงาน (หน่วยงานภายในโรงพยาบาลเป็นผู้จัด) (ปี ๒๕๖๕) (เป็นโครงการตามแผนพัฒนาบุคลากรฯ TN๑ และนอกแผนพัฒนาบุคลากรฯ) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	๓๔๘,๘๓๙ (เงิน กทม. และเงินบำรุงฯ)	✓	-	คณะกรรมการ HR ฝ่ายวิชาการและแผนงาน

รายงานผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๕

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนารายบุคคลของโรงพยาบาล ระยะ ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ จังหวัด ชลบุรี

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕			หน่วยงาน ผู้รับผิดชอบหลัก
	งบประมาณ (บาท)	สามารถดำเนินการ ได้สำเร็จ	ไม่สามารถ ดำเนินการได้	
๑๖. กิจกรรมสำรวจการจัดทำแบบประเมิน สมรรถนะรายบุคคล และรายงานผลการ ประเมินสมรรถนะรายบุคคล (ปี ๒๕๖๕)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	คณะกรรมการ HR /ฝ่าย บริหารงานทั่วไป ฝ่ายวิชาการ และแผนงาน
๑๗. กิจกรรมสำรวจการจัดทำแผนพัฒนา บุคลากรรายบุคคล (Individual Development Plan – IDP) (ปี ๒๕๖๕) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ใน แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	คณะกรรมการ HR/ ฝ่ายวิชาการ และแผนงาน
๑๘. กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้/ การถ่ายทอด องค์ความรู้ของบุคลากรภายในฝ่าย/ กลุ่มงาน หรือ ระหว่างฝ่าย/กลุ่มงาน หรือภายในทีมสห สาขาวิชาชีพ หรือ ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ (มากกว่าหรือเท่ากับ ๓ - ๔ เรื่องต่อปี) (ปี ๒๕๖๕)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	ฝ่ายวิชาการ และแผนงาน
๑๙. กิจกรรมติดตามและประเมินผลการพัฒนา บุคลากรรายบุคคล ปีละ ๒ ครั้ง (ปี ๒๕๖๕)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	ฝ่ายวิชาการ และแผนงาน
๒๐. กิจกรรมควบคุม ติดตาม การนำรายงาน ผลการอบรม ประชุม สัมมนา ศึกษา ดูงาน ฯ ทั้ง ภายในและภายนอกประเทศประชาสัมพันธ์ให้ บุคลากรรับทราบ และสามารถค้นคว้าข้อมูลด้วยตนเอง ทางอินเทอร์เน็ตของโรงพยาบาล (ปี ๒๕๖๕)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	ฝ่ายวิชาการ และแผนงาน
๒๑. กิจกรรมรายงานสถิติการรับนิสิต นักศึกษาเข้าฝึกปฏิบัติงาน หรือบุคคลภายนอก เข้ามาฝึกอบรม ดูงาน หรือเข้ามาฝึกปฏิบัติงาน เพื่อนำเรียนผู้บริหารภายในกำหนด (ปี ๒๕๖๕)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	ฝ่ายวิชาการ และแผนงาน
๒๒. โครงการทุนส่งเสริมการวิจัยทางการแพทย์ (ปี ๒๕๖๕) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ใน แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	๙๕,๗๑๐ (เงินบำรุงฯ) งานวิจัย ๑ เรื่อง	✓	-	คณะกรรมการ พิจารณาทุน สนับสนุน ส่งเสริมการวิจัย ฝ่ายวิชาการ และแผนงาน

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕			หน่วยงาน ผู้รับผิดชอบหลัก
	งบประมาณ (บาท)	สามารถดำเนินการ ได้สำเร็จ	ไม่สามารถ ดำเนินการได้	
๒๓. กิจกรรมการนำผลงานวิจัย และ/หรือ ผลงานนวัตกรรม และ/หรือ ผลงานจากการ พัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (R๒R) ไปใช้ในการ ปฏิบัติงานจริง (ปี ๒๕๖๕) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	๑๐,๐๐๐ เงินมูลนิธิฯ	✓	-	คณะกรรมการ HR /ฝ่าย บริหารงานทั่วไป ฝ่ายวิชาการ และแผนงาน

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนารองพยาบาล ระยะ ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ จังหวัด ชลบุรี

ยุทธศาสตร์ที่ ๕ บริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ องค์การคุณธรรม (Green Hospital/ Moral Hospital)

- จำนวน ๒๔ โครงการ/กิจกรรม สามารถดำเนินการ สำเร็จ ๒๓ โครงการ/กิจกรรม ไม่สำเร็จ ๑ โครงการ/กิจกรรม

คิดเป็นร้อยละ ๙๕.๘๓

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕			หน่วยงาน ผู้รับผิดชอบหลัก
	งบประมาณ (บาท)	สามารถดำเนินการ ได้สำเร็จ	ไม่สามารถ ดำเนินการได้	
๑. กิจกรรมการพัฒนาอาคารนิเวศน์สิ่งแวดล้อม ในโรงพยาบาลสู่ Bangkok GREEN & CLEAN Hospital Plus (BKKGC+) (ปี ๒๕๖๕) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ใน แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	คณะกรรมการ ENV ฝ่ายบริหารงาน ทั่วไป
๒. Garbage = การจัดการมูลฝอยทุกประเภท ● กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านการบริหาร จัดการคัดแยกขยะทุกประเภท และ/หรือ กิจกรรม ประชาสัมพันธ์รณรงค์การคัดแยกขยะทุกประเภท ให้ถูกต้องและปลอดภัย (ปี ๒๕๖๕)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	คณะกรรมการ ENV ฝ่ายบริหารงาน ทั่วไป
๓. Restroom = การพัฒนาส้วมมาตรฐาน สะอาดเพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ● กิจกรรมปรับปรุงห้องส้วมให้ได้มาตรฐาน เหมาะสม สำหรับผู้มารับบริการ (ปี ๒๕๖๕)	๑๐๐,๐๐๐ (เงินบำรุงฯ)	✓	-	คณะกรรมการ ENV ฝ่ายบริหารงาน ทั่วไป
๔. Energy = การจัดการด้านพลังงาน ● กิจกรรมบริหารจัดการและเพิ่มปริมาณการ นำน้ำเสียที่ผ่านการบำบัดมาใช้รดน้ำต้นไม้ (ปี ๒๕๖๕) ● กิจกรรมรณรงค์ลดปริมาณการใช้ไฟฟ้า (ปี ๒๕๖๕) ● กิจกรรมรณรงค์การลดปริมาณการใช้น้ำมัน เชื้อเพลิง (ปี ๒๕๖๕) ● กิจกรรมรณรงค์ลดการใช้กระดาษ (ปี ๒๕๖๕)	ไม่ใช้งบประมาณ ไม่ใช้งบประมาณ ไม่ใช้งบประมาณ ไม่ใช้งบประมาณ	✓ ✓ ✓ ✓	- - - -	คณะกรรมการ ENV ฝ่ายบริหารงาน ทั่วไป
๕. ENVIRONMENT = การจัดการสิ่งแวดล้อม ในโรงพยาบาล ● โครงการก่อสร้างระบบบำบัดน้ำเสีย (ปี ๒๕๖๕) เป็นโครงการต่อเนื่องจาก ปี ๒๕๖๔ (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ใน แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี) * ดำเนินการออกแบบและประมาณราคาจากสำนักโยธา เลื่อนจัดโครงการออกไปเป็น ปี ๒๕๖๖ - ๒๕๖๗	๑๓,๐๐๐,๐๐๐	-	✓ ไม่สามารถ ดำเนินการได้ เนื่องจากมีการ ปรับการ ออกแบบฯ	คณะกรรมการ ENV ฝ่ายบริหารงาน ทั่วไป

รายงานผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๕

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนารองพยาบาล ระยะ ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) โรงพยาบาลหลวงพ่อบุญศรี อู่ทอง

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕			หน่วยงาน ผู้รับผิดชอบหลัก
	งบประมาณ (บาท)	สามารถดำเนินการ ได้สำเร็จ	ไม่สามารถ ดำเนินการได้	
- โครงการปรับปรุงผ้าเปดานและรั้ว (ปี ๒๕๖๕) เป็นโครงการต่อเนื่องมาจากปี ๒๕๖๔ (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี) - โครงการหรือกิจกรรมพัฒนาปรับปรุงพื้นที่และเพิ่มพื้นที่สีเขียว (ปี ๒๕๖๕)	๑,๕๕๐,๐๐๐	✓	-	คณะกรรมการ ENV ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๖. NUTRITION = การจัดการสุขาภิบาลและการจัดการน้ำบริโภคในโรงพยาบาล โครงการสร้างความเชื่อมั่นอาหารไทยปลอดภัยมีคุณภาพ (ปี ๒๕๖๕) ประเมิน GMP (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	๑๙,๒๖๐ ต่ออายุการรับรอง GMP (รวม Vat ๗ % และค่าเดินทาง)	✓	-	ฝ่ายโภชนาการ
๗. กิจกรรมส่งเสริมการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับสถานพยาบาล (BEOH) (ปี ๒๕๖๕) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	คณะกรรมการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ
๘. กิจกรรมกำหนดมาตรการการลดใช้พลังงาน (ไฟฟ้า น้ำประปา น้ำมันเชื้อเพลิง ทรัพยากรกระดาษ) (ปี ๒๕๖๕)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	คณะกรรมการ ENV/ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๙. โครงการหรือกิจกรรมปรับเปลี่ยนอุปกรณ์ไฟฟ้าที่มีประสิทธิภาพสูงทดแทนอุปกรณ์ไฟฟ้าที่เสื่อมสภาพ (ปี ๒๕๖๕)	๘๗๐,๐๐๐ (เงินบำรุงฯ)	✓	-	คณะกรรมการ ENV/ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๑๐. โครงการปรับเปลี่ยนอุปกรณ์ประปาที่มีประสิทธิภาพสูงทดแทนอุปกรณ์ที่เสื่อมสภาพ หรือชำรุด (เพื่อลดการใช้ น้ำประปา) (ปี ๒๕๖๕)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	คณะกรรมการ ENV/ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๑๑. กิจกรรมเสริมสร้างจิตสำนึกด้านอนุรักษ์พลังงาน (ปี ๒๕๖๕)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	คณะกรรมการ ENV/ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๑๒. กิจกรรมจัดทำรายการการใช้จ่ายเงินงบประมาณ/ เงินนอกงบประมาณประจำปี เปรียบเทียบปีก่อน (ปี ๒๕๖๕)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	ฝ่ายงบประมาณ การเงินและบัญชี
๑๓. กิจกรรมควบคุมการใช้จ่ายเงินของหน่วยงานให้เป็นไปตามแผนที่กำหนด (ปี ๒๕๖๕)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	ฝ่ายงบประมาณ การเงินและบัญชี

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนารองพยาบาล ระยะ ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๓๓๓ ชุติโนโร อุตติ

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕			หน่วยงาน ผู้รับผิดชอบหลัก
	งบประมาณ (บาท)	สามารถดำเนินการ ได้สำเร็จ	ไม่สามารถ ดำเนินการได้	
๑๔. กิจกรรมเร่งรัด/ ติดตามการใช้จ่ายเงิน งบประมาณรายจ่ายประจำปีของหน่วยงานต่าง ๆ (ปี ๒๕๖๕)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	ฝ่ายงบประมาณ การเงินและบัญชี
๑๕. กิจกรรมควบคุมการเบิก – จ่าย วัสดุ สำนักงาน และการตรวจนับวัสดุส่วนกลางให้ เป็นปัจจุบัน (ปี ๒๕๖๕)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	ฝ่ายบริหารงาน ทั่วไป (งานพัสดุ)
๑๖. กิจกรรมการตรวจนับทรัพย์สินของโรงพยาบาลให้ เป็นปัจจุบันในแต่ละปีงบประมาณ (ปี ๒๕๖๕)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	ฝ่ายบริหารงาน ทั่วไป (งานพัสดุ)
๑๗. โครงการศาสตร์พระราชาและจิตอาสา โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ (ปี ๒๕๖๕) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	ฝ่ายบริหารงาน ทั่วไป
๑๘. โครงการโรงพยาบาลคุณธรรม (ปี ๒๕๖๕) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	คณะกรรมการ โรงพยาบาล คุณธรรม/ฝ่าย บริหารงานทั่วไป
๑๙. โครงการราชการใสสะอาด (ITA) (ปี ๒๕๖๕) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	ฝ่ายบริหารงาน ทั่วไป
๒๐. กิจกรรมการแก้ไขเรื่องร้องเรียนจาก ประชาชน/ผู้รับบริการ (ปี ๒๕๖๕)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	ฝ่ายบริหารงาน ทั่วไป
๒๑. กิจกรรมสำรวจความอยู่ดีมีสุขและ ความผูกพันของบุคลากรในโรงพยาบาล (ปี ๒๕๖๕)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	ฝ่ายบริหารงาน ทั่วไป
๒๒. กิจกรรมสำรวจความพึงพอใจของบุคลากร ต่อองค์กร (ปี ๒๕๖๕)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	ฝ่ายบริหารงาน ทั่วไป
๒๓. กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในหัวข้อ การพัฒนาตนเองเพื่อความสุขของชีวิต (ปี ๒๕๖๕) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	ฝ่ายบริหารงาน ทั่วไป
๒๔. กิจกรรมส่งเสริม Happy Work Place (๘ ด้าน) (ปี ๒๕๖๕)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	ฝ่ายบริหารงาน ทั่วไป

ภาคผนวก

รายงานผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๕
ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนารองพยาบาล ระยะ ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)
โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๒๕๖๕ ชุติโนโร อุทิศ

คณะกรรมการฯ ผู้จัดทำเล่มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนารองพยาบาล
ระยะ ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๒๕๖๕ ชุติโนโร อุทิศ

๑. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๒๕๖๕	ประธานกรรมการ
๒. รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล (ฝ่ายการแพทย์)	รองประธานกรรมการ
๓. รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล (ฝ่ายบริการ)	รองประธานกรรมการ
๔. หัวหน้าพยาบาล	กรรมการ
๕. หัวหน้าฝ่ายบริหารงานทั่วไป	กรรมการ
๖. หัวหน้าฝ่ายงบประมาณการเงินและบัญชี	กรรมการ
๗. หัวหน้าฝ่ายโภชนาการ	กรรมการ
๘. หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ	กรรมการ
๙. หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ	กรรมการ
๑๐. หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉินและบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	กรรมการ
๑๑. หัวหน้ากลุ่มงานกุมารเวชกรรม	กรรมการ
๑๒. หัวหน้ากลุ่มงานอายุรกรรม	กรรมการ
๑๓. หัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรม	กรรมการ
๑๔. หัวหน้ากลุ่มงานออร์โธปิดิกส์	กรรมการ
๑๕. หัวหน้ากลุ่มงานสูติ – นรีเวชกรรม	กรรมการ
๑๖. หัวหน้ากลุ่มงานโสต ศอ นาสิก	กรรมการ
๑๗. หัวหน้ากลุ่มงานวิสัญญีวิทยา	กรรมการ
๑๘. หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู	กรรมการ
๑๙. หัวหน้ากลุ่มงานรังสีวิทยา	กรรมการ
๒๐. หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม	กรรมการ
๒๑. หัวหน้ากลุ่มงานชั้นสูติโรคกลางและธนาคารเลือด	กรรมการ
๒๒. หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม	กรรมการ
๒๓. หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม	กรรมการ
๒๔. หัวหน้าฝ่ายวิชาการและแผนงาน	กรรมการและเลขานุการ
๒๕. นางสาวอารียาภรณ์ เหง้าเกษ ตำแหน่งนักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ	กรรมการและผู้ช่วย เลขานุการ (เป็นผู้รวบรวม ข้อมูล ประสาน ออกแบบ และจัดทำเล่มรายงานผลการ ดำเนินงานตามแผน ยุทธศาสตร์ การพัฒนาของโรงพยาบาลฯ)

