แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาโรงพยาบาล

ระยะ 3 ปี (พ.ศ. 2565 - 2567)

โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินฺธโร อุทิศ

วิสัยทัศน์ (Vision)

"มุ่งสู่โรงพยาบาลตติยภูมิอย่างมีมาตรฐาน

พัฒนาบริการทางการแพทย์เพื่อชาวกรุงธนใต้"

คำนำ

โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินฺธโร อุทิศ ได้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาของโรงพยาบาลเพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาขององค์กรอย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม ที่ผ่านมาได้ดำเนินการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ฯ จำนวน ๒ ฉบับ ซึ่งเป็นแผนระยะยาว ๔ ปี ฉบับแรกเป็นแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาโรงพยาบาล ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๗ – ๒๕๖๐) ฉบับที่ ๒ เป็นแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาโรงพยาบาล ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔) และฉบับล่าสุดที่ประกาศใช้ในโรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินฺธโร อุทิศ เป็นแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาของโรงพยาบาล ระยะ ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) เพื่อให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสำนักการแพทย์ ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เป็นแผนแม่บทในการกำหนดทิศทางการพัฒนาโรงพยาบาล และสอดคล้องกับยุทธศาสตร์กรุงเทพมหานคร แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสำนักการแพทย์ และเป็นการนำนโยบายผู้บริหารไปสู่การปฏิบัติให้เกิดสมฤทธิ์ผล อีกทั้ง ยังเป็นการสื่อสารวิสัยทัศน์ พันธกิจ ประเด็นยุทธศาสตร์ และกลยุทธ์หลักขององค์กรไปสู่บุคลากรระดับต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจ อันนำมาซึ่งการประสานความร่วมมือที่ดีระหว่างกันภายในหน่วยงาน โดยแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าวนี้เป็นแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาที่มีความยืดหยุ่น สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ที่ท้าทายและเปลี่ยนแปลงเพื่อให้การพัฒนาโรงพยาบาลเป็นไปอย่างรวดเร็ว ยั่งยืน และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

สุดท้าย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินฺธโร อุทิศ จะร่วมกันผลักดันและสนับสนุนการนำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาของโรงพยาบาล ระยะ ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินฺธโร อุทิศ ไปสู่การปฏิบัติร่วมกันเพื่อให้ประชาชนชาวกรุงเทพมหานครมีสุขภาพที่ดี คุณภาพชีวิตที่ดี และได้รับบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพมาตรฐานต่อไป

โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินฺธโร อุทิศ
ประกาศใช้ ณ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕

สารบัญ

หน้า

บทที่ ๑ บริบททั่วไปของโรงพยาบาล
ข้อมูลทั่วไป วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยมองค์กร ยุทธศาสตร์การพัฒนา ๑ - ๓

บทที่ ๒ การวิเคราะห์สถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อองค์กร
การวิเคราะห์ปัจจัยภายใน – การวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก ๔ - ๑๐

บทที่ ๓ ยุทธศาสตร์และแนวทางการเก็บข้อมูล
ยุทธศาสตร์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพและการบริการทางการแพทย์ด้านโรคเฉพาะทางผ่าน DSC และการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาล ๑๑ - ๒๖
ยุทธศาสตร์ที่ ๒ สร้างความเชื่อมั่นในระบบบริการ (Service Capability) ๒๗ - ๖๙
ยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนงานงานบริการและการบริหารเพื่อมุ่งสู่องค์กรดิจิทัล ๗๐ - ๗๙
ยุทธศาสตร์ที่ ๔ เพิ่มศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ สร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization) ๘๐ - ๑๐๒
ยุทธศาสตร์ที่ ๕ บริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ องค์กรคุณธรรม (Green Hospital / Moral Hospital) ๑๐๓ - ๑๑๗

ภาคผนวก ๑๑๘ - ๑๑๙
คณะกรรมการฯ ผู้จัดทำเล่มแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาของโรงพยาบาล ระยะ ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินฺธโร อุทิศ

บริบททั่วไป วิสัยทัศน์ ของโรงพยาบาล

บริบททั่วไปของโรงพยาบาล

ข้อมูลทั่วไป

โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินฺธโร อุทิศ เป็นหน่วยงานหนึ่งในสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร เป็นโรงพยาบาลทั่วไป มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการให้บริการบำบัดรักษาผู้ป่วย การส่งเสริมสุขภาพ อนามัยและป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพและสมรรถภาพ บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ส่งเสริม สนับสนุน ค้นคว้าและวิจัยทางการแพทย์ ฝึกอบรม การพัฒนาทางวิชาการทางการแพทย์และการพยาบาลปฏิบัติงานในภารกิจของโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องปฏิบัติงานร่วมกันหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของส่วนราชการอื่นที่เกี่ยวข้องหรือได้รับมอบหมาย ซึ่งปัจจุบันโรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินฺธโร อุทิศ เปิดบริการได้ ๑๓๙ เตียง ให้บริการแก่ผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี จากสถิติการให้บริการ ๓ ปีย้อนหลัง ผู้ป่วยนอก คือ ปี ๒๕๖๒ = ๓๑๒,๐๔๑ ครั้ง/ ๒๔๒,๒๒๔ ราย ปี ๒๕๖๓ = ๒๖๘,๖๖๓ ครั้ง/๒๒๗,๕๕๒ ราย และปี ๒๕๖๔ = ๒๖๘,๖๔๑ ครั้ง/ ๒๓๗,๖๑๘ ราย ตามลำดับ และผู้ป่วยใน คือ ปี ๒๕๖๒ = ๔,๙๒๘ ครั้ง/ ๔,๗๕๗ ราย ปี ๒๕๖๓ = ๔,๙๒๐ ครั้ง/ ๔,๗๓๒ ราย และปี ๒๕๖๔ = ๙,๓๕๖ ครั้ง/ ๙,๐๑๙ ราย ตามลำดับ

โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินฺธโร อุทิศ ได้แบ่งส่วนราชการภายใน เป็น ๕ กลุ่มภารกิจ ดังนี้

๑) กลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ ประกอบด้วย ๒ ฝ่าย คือ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป และฝ่ายงบประมาณ การเงินและบัญชี

๒) กลุ่มภารกิจด้านสนับสนุนบริการและระบบคุณภาพ ประกอบด้วย ๒ ฝ่าย ๑ กลุ่มงาน คือ ฝ่ายโภชนาการ ฝ่ายวิชาการและแผนงาน กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม

๓) กลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วย ๒ กลุ่มงาน คือ กลุ่มงานประกันสุขภาพ กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

๔) กลุ่มภารกิจด้านบริการทุติยภูมิระดับสูง ประกอบด้วย ๑๖ กลุ่มงาน คือ กลุ่มงานอายุรกรรม กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉินและบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กลุ่มงานนิติเวชวิทยา กลุ่มงานกุมารเวชกรรม กลุ่มงานศัลยกรรม กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม กลุ่มงานจักษุวิทยา กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา กลุ่มงานจิตเวช กุล่มงานเวชกรรมฟื้นฟู กลุ่มงานรังสีวิทยา กลุ่มงานทันตกรรม กลุ่มงานชันสูตรโรคกลางและธนาคารเลือด กลุ่มงานเภสัชกรรม

๕) กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ประกอบด้วย ๑ ฝ่าย คือ ฝ่ายการพยาบาล แบ่งการบริหาร จัดการภายในเป็นหน่วยงานต่าง ๆ ดังนี้

๕.๑ งานบริหารการพยาบาล

๕.๒ ห้องตรวจผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย ห้องอุบัติเหตุ - ฉุกเฉิน ห้องตรวจผู้ป่วยนอก ห้องตรวจสูติ - นรีเวชกรรม คลินิกนมแม่

๕.๓ หอผู้ป่วยใน ประกอบด้วย หออภิบาลผู้ป่วยหนัก (ICU) หอผู้ป่วยหญิง หอผู้ป่วยชาย หอผู้ป่วยหลังคลอดและเด็ก หอผู้ป่วยพิเศษ หอผู้ป่วยศัลยกรรม

๕.๔ หน่วยงานพิเศษ คือ ห้องคลอด ห้องผ่าตัด หน่วยวิสัญญี หน่วยเวชภัณฑ์กลาง ศูนย์เด็กเล็กน่าอยู่คู่นมแม่ คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ ศูนย์ไตเทียม คลินิกแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ศูนย์ BFC

ด้านกรอบอัตรากำลัง โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินฺธโร อุทิศ มีบุคลากรประกอบด้วย ข้าราชการกรุงเทพมหานครสามัญ จำนวน ๒๓๐ คน บุคลากรกรุงเทพมหานครที่เป็นลูกจ้างประจำ จำนวน ๗๕ คน และเป็นลูกจ้างชั่วคราว จำนวน ๕๘ คน บุคคลภายนอกที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินฺธโร อุทิศ ประกอบด้วย พนักงานประกันสังคม จำนวน ๓๓ คน ลูกจ้างโครงการฯ (รายวัน) จำนวน ๑๕๔ คน แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ห้วงเวลา จำนวน ๔๑ ราย รวมทั้งสิ้น ๕๙๑ ราย

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

Key words	ความหมายต่อคนทำงาน
L = LOVE : รักองค์กร	เสริมพลังเป็นกำลังใจให้ทั้งผู้ใช้บริการและเพื่อนร่วมงาน มีความพึงพอใจและยึดมั่นผูกพันองค์กร
P = Professional : ทำงานอย่างมืออาชีพ	ให้บริการที่มีมาตรฐาน มุ่งมั่นสู่ความสำเร็จของงาน สร้างผลงานร่วมกันเพื่อให้ภารกิจลุล่วง
T = Transparency : ราชการใสสะอาด	โรงพยาบาลคุณธรรม ให้บริการด้วยมาตรฐาน บริการที่เท่าเทียม ไม่ตีตรา สนใจ เข้าใจ ความต้องการของผู้ใช้บริการ

๔. ยุทธศาสตร์การพัฒนาของโรงพยาบาล มี ๕ ยุทธศาสตร์ ได้แก่

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพและการบริการทางการแพทย์ด้วยมาตรฐานและพัฒนาด้านโรคเฉพาะทาง

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ สร้างความเชื่อมั่นในระบบบริการ (Service Capability)

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนงานบริการและการบริหารเพื่อมุ่งสู่องค์กรดิจิทัล

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ เพิ่มศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ สร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization)

ยุทธศาสตร์ที่ ๕ บริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ องค์กรคุณธรรม (Green Hospital/ Moral Hospital)

การวิเคราะห์สถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อองค์กร

การวิเคราะห์สถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อองค์กร

การวิเคราะห์ปัจจัยภายใน

ลำดับ	จุดแข็ง (Strength)	จุดอ่อน (Weakness)
๑	**<u>บุคลากร</u>** ๑.๑ บุคลากรมีความเชี่ยวชาญโดเด่นในหลายสาขาวิชาชีพ/อาชีพ โดยเฉพาะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาหลักตามกรอบทุติยภูมิระดับสูงและตติยภูมิ ในบางสาขา ๑.๒ การส่งเสริมและการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่องและตรงสายงานทั้งภายในและภายนอกองค์กร ๑.๓ บุคลากรมีความรู้และทักษะที่ดีส่งผลให้เป็นแหล่งเรียนรู้และฝึกปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์แลสาธารณสุข ๑.๔ การจัดกิจกรรมยกย่องเชิดชูคนด ๑.๕ รพ.มีค่านิยมที่บุคลากรยอมรับและยึดมั่นร่วมกัน คือ "LPT" LOVE = รักษ์องค์กร, รักษ์โลก Professional = การทำงานอย่างมืออาชีพ Transparency = โปร่งใสและตรวจสอบได้ ทำให้บุคลากรทุ่มเทต่อการพัฒนาระบบงาน	**<u>บุคลากร</u>** ๑.๑ จำนวนบุคลากรยังไม่สมดุลกับภาระงาน เช่น พยาบาล, บุคลากรในส่วนระบบสนับสนุน ๑.๒ ระบบการประเมินผลงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ยังไม่สามารถมาใช้ได้จริง ๑.๓ ยังขาดการประเมินทักษะที่มีประสิทธิภาพและทำให้ไม่สามารถพัฒนาทักษะได้อย่างต่อเนื่อง ๑.๔ ยังพบบุคลากรเกิดอุบัติเหตุและเจ็บป่วยจากการทำงาน ๑.๕ ยังขาดความเข้าใจและการประยุกต์ค่านิยมการทำงานในหน้าที่และงานอื่นในองค์กร
๒	**<u>อุปกรณ์เครื่องมือ สถานที่ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน</u>** ๒.๑ ระบบเงินนอกงบประมาณที่เพิ่มความคล่องตัว ในการบริหารจัดการ ๒.๒ มีการจัดการสถานที่การให้บริการทางการแพทย์ในสาขารองเพิ่มเติม ได้แก่ จักษุ, โสต ศอ นาสิก,วิสัญญี,รังสีแพทย์, ทันตกรรม และเวชศาสตร์ฟื้นฟู ๒.๓ มีสวนสุขภาพสำหรับการพักผ่อน ศูนย์ออกกำลังกายสำหรับผู้มาใช้บริการและบริการแก่ประชาชนในชุมชนโดยรอบ	**<u>อุปกรณ์เครื่องมือ สถานที่ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน</u>** ๒.๑ ระบบโครงสร้างอาคารไม่เอื้อต่อการขยายบริการของโรงพยาบาล ๒.๒ ระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลยังไม่สมบูรณ์ ๒.๓ ระบบการบริหารการเงินงบประมาณ ยังไม่มีการนำระบบการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยต่อโรคและหัตถการมาใช้ ๒.๔ ยังไม่มีระบบบริหารจัดการวัสดุ เวชภัณฑ์สิ้นเปลืองที่ดีพอ

วิเคราะห์ปัจจัยภายใน (ต่อ)

ลำดับ	จุดแข็ง (Strength)	จุดอ่อน (Weakness)
	๒.๔ สถานที่บริการที่ได้มาตรฐานและได้รับการรับรอง ได้แก่ มาตรฐาน ECO Hospital มาตรฐาน GREEN -Hospital และ มาตรฐานอาคารปลอดขยะ	
๓	**<u>ระบบการทำงาน</u>** ๓.๑ โครงสร้างขององค์กรมีการแบ่งภารกิจการบริหารงานตามกรอบโรงพยาบาลทุติยภูมิระดับสูงอย่างชัดเจน และมีการแต่งตั้งคณะกรรมการฯ ๒ ชุดใหญ่เพื่อให้ครอบคลุมการถึงระดับปฏิบัติงาน ได้แก่ ๑) ด้านการบริหารงานตามกรอบภาระหน้าที่ ๒) ด้านการพัฒนาคุณภาพโดยมีคณะกรรมการและอนุกรมมการย่อย ๓.๒ บุคลากรมีส่วนร่วมในการกำหนดวิสัยทัศน์และจัดทำยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลทำให้นำไปสู่การปฏิบัติและขับเคลื่อนอย่างมีประสิทธิภาพ ๓.๓ มีการสรุปผลการดำเนินงาน และทบทวนแผนเป็นประจำทุกปี ๓.๔ การบริหารแบบส่งเสริมให้ทุกคนมีส่วนร่วมทำให้เกิดการยอมรับต่อการเปลี่ยนแปลงนำไปสู่การพัฒนาที่มีเป้าหมายร่วมกัน ๓.๕ ส่งเสริมการสื่อสารข้อมูลเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติและมีการกำกับติดตามอย่างสม่ำเสมอ เช่น การสื่อสารต่อการประชุม Morning talk การประชุมคณะกรรมการบริหาร รพ. เป็นต้น	**<u>ระบบการทำงาน</u>** ๓.๑ โครงสร้างบางกลุ่มงานในปัจจุบันไม่เหมาะสมกับการปฏิบัติงานจริง เช่น ควรแยกงานเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ออกจาก กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชน หรือควรแยก งานพัฒนา - คุณภาพ ออกจาก งานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น ๓.๒ กรรมการหลายท่านมีบทบาทภาระหน้าที่ของกรรมการซ้ำซ้อนกันหลายคณะทำให้การดำเนินงานบางส่วนมีความล่าช้าและอาจไม่เป็นไปตามแผนที่กำหนด ๓.๓ ยังขาดการกำกับติดตามและการวิเคราะห์ในแผนกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพ
๔	**<u>ผลการดำเนินงานคุณภาพในการจัดบริการ</u>** ๔.๑ มีโรงพยาบาลที่เป็นเครือข่ายเดียวกันให้บริการเกือบครอบคลุมทุกพื้นที่ประชาชนเข้าถึงบริการ ๔.๒ มีระบบการส่งต่อ ทั้งภายในและภายนอกองค์กร	**<u>ผลการดำเนินงานคุณภาพในการจัดบริการ</u>** ๔.๑ หลังการผ่านการประเมิน ยังพบปัญหาระบบกำกับติดตาม ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงานในบางเรื่อง ๔.๒ ระบบการวิเคราะห์ข้อมูลที่จะนำมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพในการจัดบริการยังไม่ดีพอ

วิเคราะห์ปัจจัยภายใน (ต่อ)

ลำดับ	จุดแข็ง (Strength)	จุดอ่อน (Weakness)
	๔.๓ มีเงินงบประมาณสนับสนุนและส่งเสริมการวิจัยแก่บุคลากรในสังกัด เกิดการศึกษาค้นคว้าและนำข้อมูลจากการวิจัยมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนางาน ๔.๔ ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลและมาตรฐาน ทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ - มาตรฐาน ISO๙๐๐๒, มาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพ, มาตรฐาน รพ. ส่งเสริมสุขภาพ, มาตรฐาน GREEN - Hospital การจัดบริการอาชีวอนามัย เป็นต้น - มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค เช่น โรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, ศูนย์เด็กเล็กน่าอยู่คู่นมแม่, คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ, แพทย์แผนไทย - มาตรฐานวิชาชีพ ได้แก่ มาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรม รับรองระบบบริหารงานคุณภาพตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์, รับรองห้องปฏิบัติการังสีวินิจฉัย เป็นต้น	
๕	**<u>ความพึงพอใจของประชาชนหรือผู้ใช้บริการ</u>** ๕.๑ ให้ความสำคัญกับผู้มาใช้บริการทุกคนส่งผลให้อัตราความพึงพอใจเพิ่มขึ้นทุกปี อยู่ในแนวโน้มที่ดี มากกว่าร้อยละ ๘๕ ๕.๒ มีระบบการประชาสัมพันธ์ผ่านทุกช่องทางเพื่อให้ผู้รับบริการทราบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรงพยาบาลมีการทำงานร่วมกับชุมชนอย่างใกล้ชิดและได้รับความร่วมมืออย่างดีจากชุมชนในพื้นที่	**<u>ความพึงพอใจของประชาชนหรือผู้ใช้บริการ</u>** ๕.๑ ยังพบปัญหาข้อร้องเรียน เรื่องพฤติกรรมการบริการ

การวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก

ลำดับ	โอกาส (Opportunity)	อุปสรรค (Threat)
๑	**<u>บุคลากร</u>** ๑.๑ นโยบายการพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีคุณภาพโดยศึกษาต่อทั้งในประเทศและต่างประเทศรวมถึงการอบรม ประชุม ศึกษาดูงาน	**<u>บุคลากร</u>** ๑.๑ นโยบายการจำกัดการขยายอัตรากำลังบุคลากรภาครัฐ (รายจ่ายหมวดค่าตอบแทนบุคลากรต้องไม่เกินร้อยละ ๔๐ ของงบประมาณร่ายจ่ายของกรุงเทพมหานคร) ๑.๒ กระบวนการในการพิจารณาและจัดทำกรอบอัตรากำลังล่าช้าไม่ทันต่อการเปลี่ยนแปลงในสถานการณ์ปัจจุบัน
๒	**<u>อุปกรณ์เครื่องมือ สถานที่ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน</u>** ๒.๑ มีเทคโนโลยี ความรู้วิทยาการสมัยใหม่ รวมถึงเครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัยช่วยสนับสนุนการทำงานของบุคลากร เช่น CT-scan, U/S, เครื่องวัดลานสายตา, ห้องตรวจการได้ยิน, เครื่องมือการผ่าตัดผ่านกล้อง การรายงานผ่านระบบ LIS, ระบบ PACS, เครื่องบริหารแขนขา ๒.๒ การพัฒนาความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการของโรงพยาบาลมากขึ้นช่วยในด้านวิชาการ ประชาสัมพันธ์ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพได้แก่ การใช้ QR code เพื่อให้บริการและความรู้แก่ประชาชน, การพัฒนาสื่อความรู้ผ่าน YOU TUBE ๒.๓ ประชาชนในชุมชนมีความใกล้ชิดและมีส่วนร่วมในการส่วนร่วมในการสนับสนุนกิจกรรมผ่านทางมูลนิธิโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง รวมถึงชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาล	**<u>อุปกรณ์เครื่องมือ สถานที่ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน</u>** ๒.๑ สถานที่ตั้งของโรงพยาบาล อยู่ในซอย ถนนแคบ เป็นอุปสรรคต่อการขอขยายอาคารสูงในอนาคต ๒.๒ ภาวะเศรษฐกิจถดถอยทำให้การจัดเก็บรายได้ของ กทม. ลดลง งบประมาณที่ได้รับเงินสนับสนุนจากกรุงเทพมหานครน้อยลงและคาดว่า การบริจาคเงินผ่านมูลนิธิลดลง ส่งผลให้งบประมาณสนับสนุนทำให้งบประมาณที่จะมาสนับสนุนการดำเนินงานบางส่วนลดลง เช่น การลงทุนกับเครื่องมือที่ทันสมัยมีราคาสูง ๒.๓ กฎระเบียบปฏิบัติทางด้านการเงิน การพัสดุ การก่อสร้างไม่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน ทำให้เกิดความล่าช้าในกระบวนการจัดซื้อจัดจ้าง
๓	**<u>ระบบการทำงาน</u>** ๓.๑ มีแผนบริหารราชการและแผนปฏิบัติราชการจากกรุงเทพมหานครและสำนักการแพทย์ที่เน้นการบูรณาการการทำงานร่วมกัน เกื้อหนุนต่อการนำยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ	**<u>ระบบการทำงาน</u>** ๓.๑ นโยบายบางส่วนยังไม่ได้รับงบประมาณสนับสนุน เช่น ระบบการจัดสรรงบประมาณในการจัดซื้อคุณภัณฑ์และปรับปรุง/ก่อสร้างอาคารทำให้ไม่เอื้อต่อการขยายบริการ

การวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก (ต่อ)

ลำดับ	โอกาส (Opportunity)	อุปสรรค (Threat)
	๓.๒ นโยบายระบบประกันสุขภาพของภาครัฐเอื้อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียมและครอบคลุมทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ๓.๓ นโยบายจ้างเอกชนมาดำเนินการ (Outsource) ในภารกิจบางอย่าง ได้แก่ พนักงานรักษาความปลอดภัย การจ้างเหมาระบบซักผ้าผู้ป่วย ระบบบำรุงรักษาดูแลลิฟท์ การสอบเทียบเครื่องมือแพทย์ ระบบบำรุงรักษาระบบคอมพิวเตอร์ ระบบจ้างเหมาการกำจัดแมลงและปลวก ระบบก๊าซทางการแพทย์ เป็นต้น ๓.๔ ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกรุงเทพมหานคร สำนักงานประกันสังคม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ๓.๕ ได้รับเงินสนับสนุนจากหน่วยงานอื่น ๆ เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพลังงาน เป็นต้น ๓.๖ ประชาชนในชุมชนมีความใกล้ชิดและมีส่วนร่วมในการสนับสนุนกิจกรรมผ่านทางมูลนิธิโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง	๓.๒ การเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนเสรีอาจมีผลต่อการเคลื่อนย้ายประชากรและเสี่ยงต่อการเกิดโรคระบาดและโรคอุบัติใหม่ซึ่งอาจมีการแพร่กระจายในโรงพยาบาลส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งผู้ป่วย/ญาติและบุคลากร ๓.๓ พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค ทำให้ประชาชนมีความคาดหวังสูง ทำให้มีปัญหาการร้องเรียน/ฟ้องร้อง
๔	**<u>ผลการดำเนินงานคุณภาพในการจัดบริการ</u>** ๔.๑ นโยบายให้โรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์ผ่านการรับรองมาตรฐานต่างๆ และการตรวจสอบจากองค์กรภายนอก ช่วยทำให้โรงพยาบาลมีโอกาสในการพัฒนา ได้แก่ การรับการประเมินมาตรฐานสถานพยาบาลจากสำนักงานประกันสังคม การประเมินการจัดบริการต่างๆ เช่น การบริการคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ การประเมินมาตรฐาน GMP ของฝ่ายโภชนาการ การประเมินมาตรฐานรังสีการแพทย์ การจัดบริการอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ฯลฯ	**<u>ผลการดำเนินงานคุณภาพในการจัดบริการ</u>** ๔.๑ ปัจจุบันประเทศไทยประสบปัญหาวัยรุ่นตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรส่งผลให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพอนามัยแม่และเด็กโรงพยาบาลภาครัฐต้องทำงานเชิงรุกเพิ่มขึ้น ๔.๒ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรเป็นสังคมผู้สูงอายุ ทำให้มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น ๔.๓ ประชาชนในพื้นที่ส่วนใหญ่ชาวสวน ค้าขาย หรือรับจ้าง ไม่ร่ำรวย และการที่ค่าบริการในโรงพยาบาลเอกชนสูงขึ้น ทำให้มีผู้มาใช้บริการในโรงพยาบาลรัฐมากขึ้น

การวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก (ต่อ)

ลำดับ	โอกาส (Opportunity)	อุปสรรค (Threat)
	๔.๒ มีโครงการกระจายความแออัดของผู้ประกันสุขภาพโยการขยาย OPD นอกโรงพยาบาล เนื่องจากการขึ้นทะเบียนของผู้ใช้บริการสิทธิต่างๆเพิ่มขึ้น ๔.๓ การแข่งขันของภาคเอกชนทำให้เกิดการตื่นตัวในการพัฒนาบริการได้แก่ การจัดตรวจสุขภาพต่างด้าวก่อนเข้าทำงาน	๔.๔ นโยบายให้โรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์ผ่านการรับรองมาตรฐานต่าง ๆ และการตรวจสอบจากองค์กรภายนอกส่งผลให้บุคลากรเกิดความเครียด
๕	**<u>ความพึงพอใจของประชาชนหรือผู้ใช้บริการ</u>** ๕.๑ ปัจจุบันเป็นสังคมไร้พรมแดนทำให้ประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพและการรักษาจากสื่อต่าง ๆ เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ประชาชนมีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพมากขึ้น ๕.๒ มีระบบการประชาสัมพันธ์ผ่านทุกช่องทางเพื่อให้ผู้รับบริการทราบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรงพยาบาลและมีการทำงานร่วมกับชุมชนอย่างใกล้ชิดและได้ความร่วมมืออย่างดีจากชุมชนในพื้นที่	**<u>ความพึงพอใจของประชาชนหรือผู้ใช้บริการ</u>** ๕.๑ ความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยี และสื่อสารสนเทศที่ทันสมัย ทำให้ประชาชนเข้าถึงแหล่งความรู้ที่หลากหลายและทันสมัย เกิดความคาดหวังสูงขึ้นทั้งในแง่องค์ความรู้และเครื่องมือ ทำให้เสี่ยงต่อการฟ้องร้องเพิ่มขึ้น

ยุทธศาสตร์ที่ ๑

พัฒนาระบบบริการสุขภาพและการบริการทางการแพทย์ ด้านโรคเฉพาะทางผ่าน DSC และการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาล

ยุทธศาสตร์ที่ ๑
พัฒนาระบบบริการสุขภาพและการบริการทางการแพทย์ด้วยมาตรฐานคุณภาพ และพัฒนาด้านโรคเฉพาะทาง

เป้าหมายหลัก : ระบบบริการสุขภาพและระบบบริการทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐาน ผู้รับบริการปลอดภัย

เป้าประสงค์ที่ ๑.๑ การบริหารจัดการด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่ได้มาตรฐาน และปลอดภัย
เป้าประสงค์ที่ ๑.๒ สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร
เป้าประสงค์ที่ ๑.๓ พัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use)

เป้าประสงค์	กลยุทธ์
เป้าประสงค์ที่ ๑.๑ การบริหารจัดการด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่ได้มาตรฐาน และปลอดภัย	**กลยุทธ์ที่ ๑.๑.๑** พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติที่ดีต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล **จำนวน ๒ ตัวชี้วัด** ประกอบด้วย **ตัวชี้วัดที่ ๑** ร้อยละคะแนนเฉลี่ยผลสำรวจการวินิจฉัยองค์กรของบุคลากรในโรงพยาบาล **ตัวชี้วัดที่ ๒** บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบคุณภาพโรงพยาบาลภายในองค์กร
	กลยุทธ์ที่ ๑.๑.๒ พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ตามแนวทางมาตรฐาน HA **จำนวน ๓ ตัวชี้วัด** ประกอบด้วย **ตัวชี้วัดที่ ๓** จำนวนครั้งของการเยี่ยมสำรวจคุณภาพภายในของทุกทีมนำ **ตัวชี้วัดที่ ๔** จำนวนครั้งของการทบทวนเวชระเบียนตาม Trigger ของทีม PCT **ตัวชี้วัดที่ ๕** จำนวนครั้งที่มีการนำตัวชี้วัดไปเทียบเคียงผลงานในกลุ่มโรคสำคัญ หรือระบบงานสำคัญกับหน่วยงานภายนอก
	กลยุทธ์ที่ ๑.๑.๓ ยกระดับการพัฒนากระบวนการคุณภาพโรงพยาบาลในระดับที่สูงขึ้น และพัฒนาความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านโรคเฉพาะทาง ผ่าน DSC **จำนวน ๕ ตัวชี้วัด** ประกอบด้วย **ตัวชี้วัดที่ ๖** ร้อยละความสำเร็จในการผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพ Re – Accreditation Survey (HA) **ตัวชี้วัดที่ ๗** ร้อยละความสำเร็จในการผ่านการประเมินรับรองเฉพาะโรค Disease Specific Certification (DSC) **ตัวชี้วัดที่ ๘** อัตราตัวชี้วัดคุณภาพที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล (THIP II) ผ่านเกณฑ์ค่าเฉลี่ย **ตัวชี้วัดที่ ๙** ร้อยละความสำเร็จในการผ่านการรับรองการประเมินระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการตามมาตรฐานเทคนิคการแพทย์ **ตัวชี้วัดที่ ๑๐** ร้อยละความสำเร็จในการผ่านการรับรองการประเมินคุณภาพและมาตรฐานบริการตามเกณฑ์มาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ ด้านรังสีวินิจฉัย

เป้าประสงค์	กลยุทธ์
	ตัวชี้วัดที่ ๑๑ ร้อยละความสำเร็จในการรับการเยี่ยมสำรวจขององค์กรวิชาชีพเภสัชกรรมโรงพยาบาล
เป้าประสงค์ที่ ๑.๒ สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร	**กลยุทธ์ที่ ๑.๒.๑** เพิ่มประสิทธิภาพระบบบริหารจัดการความเสี่ยง โดยมุ่งเน้นบริหารความเสี่ยงเชิงรุก **จำนวน ๕ ตัวชี้วัด** ประกอบด้วย **ตัวชี้วัดที่ ๑๒** ร้อยละของคะแนนเฉลี่ยผลสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรในโรงพยาบาล **ตัวชี้วัดที่ ๑๓** จำนวนครั้งของการจัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน **ตัวชี้วัดที่ ๑๔** อัตราความครอบคลุมการรายงานความเสี่ยงภาพรวมของหน่วยงาน **ตัวชี้วัดที่ ๑๕** อัตราความครอบคลุมการรายงานความเสี่ยงของหน่วยงานตนเอง Self report **ตัวชี้วัดที่ ๑๖** ร้อยละอุบัติการณ์ระดับสูงขึ้นไป ได้รับการทำการทบทวนและปรับปรุงแก้ไข
เป้าประสงค์ที่ ๑.๓ พัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use)	**กลยุทธ์ที่ ๑.๓.๑** ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพื่อให้เกิดความคุ้มค่า ปลอดภัยในการใช้ยา ลดการเกิดเชื้อดื้อยา และลดการป่วยจากเชื้อดื้อยา **จำนวน ๗ ตัวชี้วัด** ประกอบด้วย **ตัวชี้วัดที่ ๑๗** ผ่านการประเมินระดับโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุสมผล **ตัวชี้วัดที่ ๑๘** ร้อยละของการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด **ตัวชี้วัดที่ ๑๙** ร้อยละของผู้ป่วยเด็กได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ (ครอบคลุมโรคตามรหัส ICD - ๑๐ตาม RUA - URI) และได้รับยาต้านฮิสตามีนชนิด non – sedating **ตัวชี้วัดที่ ๒๐** ร้อยละของการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยที่ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนในผู้ป่วยนอก (Upper respiratory tract infections) **ตัวชี้วัดที่ ๒๑** ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยที่มีภาวะอุจจาระร่วงเฉียบพลัน **ตัวชี้วัดที่ ๒๒** ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ **ตัวชี้วัดที่ ๒๓** ร้อยละความสำเร็จการจัดการ การดื้อยา (AMR) : กรณีเป็นโรงพยาบาล ระดับ M๑ ต้องมีรายงานอัตราการติดเชื้อยา (AMR) ในกระแสเลือด ลดลง จาก Baseline

ยุทธศาสตร์ที่ ๑
พัฒนาระบบบริการสุขภาพและการบริการทางการแพทย์ด้วยมาตรฐานคุณภาพ และพัฒนาด้านโรคเฉพาะทาง

สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสำนักการแพทย์ ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) :

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ บริการสุขภาพด้วยมาตรฐานคุณภาพ พัฒนาด้านโรคเฉพาะทาง และมีเครือข่ายสุขภาพที่เข้มแข็ง (Service Special)

เป้าประสงค์ที่ ๑.๑ การบริหารจัดการด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่ได้มาตรฐาน และปลอดภัย

กลยุทธ์ที่ ๑.๑.๑ พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติที่ดีต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๑. ร้อยละคะแนนเฉลี่ยผลสำรวจการวินิจฉัยองค์กรของบุคลากรในโรงพยาบาล	>๖๕%	>๗๐%	>๗๕%	**นิยาม/คำอธิบาย :** เป็นการสำรวจความคิดเห็น/ ทัศนคติของบุคลากรในโรงพยาบาลที่มีต่อการพัฒนาองค์กร **วิธีคำนวณ :** จากแบบสำรวจความคิดเห็นโดยนำผลรวมคะแนนการสำรวจการวินิจฉัยขององค์กรของบุคลากรคูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย คะแนนเต็มของแบบสำรวจ	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ/ ทุกหน่วยงาน
๒. บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบคุณภาพโรงพยาบาลภายในองค์กร	≥๗๐%	≥๗๕%	≥๘๐%	**นิยาม/คำอธิบาย :** เป็นการทดสอบความรู้ความเข้าใจของบุคลากรในด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลจากการเข้าร่วมกิจกรรมให้ความรู้ **วิธีคำนวณ :** จากแบบทดสอบความรู้ความเข้าใจในเนื้อหาของกิจกรรมให้ความรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากร Post -test มากกว่าหรือเท่ากับ Pre - test	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ/ ทุกหน่วยงาน

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ/งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	
๑. กิจกรรมสำรวจการวินิจฉัยองค์กรของบุคลากรในโรงพยาบาล ผ่านระบบออนไลน์ (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ*

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ (ต่อ)

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ/งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	
๒. กิจกรรมการให้จัดการความรู้เกี่ยวกับระบบคุณภาพโรงพยาบาลภายในองค์กร (ปี ๒๕๖๕ - ๒๕๖๗) (เงินบำรุงฯ)	*๒๐,๐๐๐*	*๒๐,๐๐๐*	*๒๐,๐๐๐*	*กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ*
๓. กิจกรรมส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการพัฒนาคุณภาพภายนอกองค์กร (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) (เงิน กทม. และเงินบำรุงฯ) (TN ๒) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	*๙๘,๘๐๐*	*๙๗,๘๐๐*	*๑๕๓,๗๐๐*	*กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ*
๔. กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลด้วยระบบเครือข่ายกรุงเทพมหานคร (Quality Learning Network : QLN) (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) (เงินบำรุงฯ) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	*๗,๕๐๐*	*๗,๕๐๐*	*๗,๕๐๐*	*กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ ฯ*

กลยุทธ์ที่ ๑.๑.๒ พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ตามแนวทางมาตรฐาน HA

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๓. จำนวนครั้งของการเยี่ยมสำรวจคุณภาพภายในของทุกทีมนำ	๒ ครั้ง	๒ ครั้ง	๒ ครั้ง	**นิยาม/คำอธิบาย :** เป็นการเยี่ยมสำรวจความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานต่าง ๆ ภายในโรงพยาบาล **วิธีคำนวณ :** จำนวนนับ	คณะกรรมการ Lead team/ คณะกรรมการ PCT ทุกทีม/ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ
๔. จำนวนครั้งของการทบทวนเวชระเบียนตาม Trigger ของทีม PCT	๔ ครั้ง	๔ ครั้ง	๔ ครั้ง	**นิยาม/คำอธิบาย :** เป็นการทบทวนคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยตามอุบัติการณ์สำคัญ ๆ ที่เกิดขึ้นมาแล้ว เช่น เสียชีวิต/ส่งต่อ/ย้ายผู้ป่วยเข้า ICU โดยไม่วางแผน/ กลับมารักษาซ้ำ โดยไม่วางแผน เป็นต้น **วิธีคำนวณ :** จำนวนนับ	คณะกรรมการ Lead team/ คณะกรรมการ PCT ทุกทีม/ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๕. จำนวนครั้งที่มีการนำตัวชี้วัดไปเทียบเคียงผลงานในกลุ่มโรคสำคัญ หรือ ระบบงานสำคัญกับหน่วยงานภายนอก	๒ ครั้ง	๒ ครั้ง	๒ ครั้ง	**นิยาม/คำอธิบาย :** เป็นการเทียบเคียงผลลัพธ์การดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลกับองค์กรภายนอก **วิธีคำนวณ :** จำนวนนับ	คณะกรรมการ Lead team/ คณะกรรมการ PCT ทุกทีม/ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ/งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	
๑. กิจกรรมการเยี่ยมสำรวจคุณภาพภายในของทุกทีมนำ (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ*
๒. กิจกรรมการทบทวนเวชระเบียนตาม Trigger ของทีม PCT (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ*

กลยุทธ์ที่ ๑.๑.๓ ยกระดับการพัฒนากระบวนการคุณภาพโรงพยาบาลในระดับที่สูงขึ้น และพัฒนาความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านโรคเฉพาะทาง ผ่าน DSC

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๖. ร้อยละความสำเร็จในการผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล Re – Accreditation Survey (HA) ครั้งที่ ๓ (๒๕๖๕) และครั้งที่ ๔ (๒๕๖๖) (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 ๔	-	**นิยาม/คำอธิบาย :** เป็นการตรวจประเมินการรับรองกระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล Re – Accreditation Survey (HA) ครั้งที่ ๓ (๒๕๖๕) และครั้งที่ ๔ (๒๕๖๖) โดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) **วิธีคำนวณ :** ได้รับการรับรองกระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล Re – Accreditation Survey (HA) จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)	คณะกรรมการ Lead team / คณะกรรมการ PCT ทุกทีม / กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ ฯ
๗. ร้อยละความสำเร็จในการผ่านการประเมินรับรองเฉพาะโรค Disease Specific Certification (DSC)	-	๑๐๐% (HIV ซ้ำ)	๑๐๐% (DM)	**นิยาม/คำอธิบาย :** เป็นการตรวจประเมินมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค อาทิ ระบบการดูแลรักษาในคลินิกเบาหวาน และสำหรับระบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	คณะกรรมการ DM คณะกรรมการ TB & AIDS คณะกรรมการ PCT ทางคลินิก

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
(แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๑ กลยุทธ์ที่ ๑				**วิธีคำนวณ :** ได้รับการตรวจประเมินจากองค์กรภายนอก และได้รับการรับรองมาตรฐานการดูแลรักษาในโรคดังกล่าว	ฝ่ายโภชนาการ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ ฯ
๘. อัตราตัวชี้วัดคุณภาพที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบสารสนเทศเปรียบเทียบ วัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล (THIP II) ผ่านเกณฑ์ค่าเฉลี่ย (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๑ กลยุทธ์ที่ ๑	๘๐%	๘๓%	๘๕%	**นิยาม/คำอธิบาย :** ตัวชี้วัดคุณภาพที่เข้าร่วมโครงการ THIP ทุกตัวชี้วัดสามารถเปรียบเทียบระดับการวัดคุณภาพของโรงพยาบาลได้ในเกณฑ์มาตรฐานสากล หรือ KPI ที่สำนักการแพทย์กำหนด **วิธีคำนวณ :** จำนวน KPI ที่เข้าร่วมโครงการ THIP ผ่านเกณฑ์มาตรฐานสากล คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วยจำนวน KPI ที่เข้าโครงการ THIP ทั้งหมด	คณะกรรมการ Lead team / คณะกรรมการ PCT ทุกทีม / กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ ฯ
๙. ร้อยละความสำเร็จในการผ่านการรับรองการประเมินระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการตามมาตรฐานเทคนิคการแพทย์	-	๑๐๐%	-	**นิยาม/คำอธิบาย :** เป็นการตรวจประเมินระบบคุณภาพตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ ปี ๒๕๖๐ จากสภาเทคนิคการแพทย์ ในทุก ๓ ปี **วิธีคำนวณ :** ได้รับการตรวจประเมินระบบคุณภาพตามมาตรฐานงานเทคนิค - การแพทย์และได้รับการรับรองมาตรฐานจากสภาเทคนิคการแพทย์	กลุ่มงานชันสูตรโรคกลางและธนาคารเลือด
๑๐. ร้อยละความสำเร็จในการผ่านรับรองการประเมินคุณภาพและมาตรฐานบริการตามเกณฑ์มาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ด้านรังสีวินิจฉัย	๑๐๐%	-	-	**นิยาม/คำอธิบาย :** เป็นการตรวจประเมินระบบคุณภาพตามมาตรฐานงานห้องปฏิบัติงานทางการแพทย์ ด้านรังสีวินิจฉัย จากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ในทุก ๆ ๓ ปี **วิธีคำนวณ :** ได้รับการตรวจประเมินระบบคุณภาพตามมาตรฐานงานห้องปฏิบัติงานทางการแพทย์ ด้านรังสีวินิจฉัย และได้รับการรับรองมาตรฐานจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข	กลุ่มงานรังสีวิทยา

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๑๑. ร้อยละความสำเร็จในการรับการเยี่ยมสำรวจขององค์กรวิชาชีพเภสัชกรรมโรงพยาบาล	-	-	๑๐๐%	**นิยาม/คำอธิบาย :** ดำเนินการขอรับการเยี่ยมสำรวจระบบยาและงานเภสัชกรรมขององค์กรวิชาชีพเภสัชกรรมโรงพยาบาล โดยสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (แห่งประเทศไทย) **วิธีคำนวณ :** ได้รับการเยี่ยมสำรวจระบบยาและงานเภสัชกรรม จากองค์กรวิชาชีพเภสัชกรรมโรงพยาบาล โดยสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (แห่งประเทศไทย)	กลุ่มงานเภสัชกรรม

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ/งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	
๑. กิจกรรมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (HA) (ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๗) (เงินบำรุงฯ) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี) * หมายเหตุ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ได้ดำเนินการยื่นหนังสือแสดงความจำนงขอรับการประเมิน ฯ เนื่องจากสถานการณ์โควิด – 19 ทำให้เลื่อนกำหนดการเข้ารับการประเมินฯ จาก สรพ. ในปี ๒๕๖๕	*๑๔๔,๐๐๐ (ประเมิน ฯ ซ้ำครั้งที่ ๓)*	*๑๔๔,๐๐๐ (ประเมิน ฯ ซ้ำครั้งที่ ๔)*	*ไม่มีงบประมาณ*	*กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ*
๒. โครงการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลสู่การประเมินเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ สำหรับระบบการดูแลรักษาในคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาล (Program and Disease Specific Certification) (ปี ๒๕๖๖ - ๒๕๖๗) (เงินบำรุงฯ) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	-	-	*๗๕,๐๐๐*	*คณะกรรมการ PCT ทางคลินิก, ฝ่ายโภชนาการ, กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ*
๓. โครงการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลสู่การประเมินรายโรคหรือระบบ (Disease Specific Certification - DSC) สำหรับระบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ซ้ำ ครั้งที่ ๑) (ปี ๒๕๖๕ - ๒๕๖๖) (เงินบำรุงฯ) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	-	*๗๕,๐๐๐*	-	*คณะกรรมการ TB & AIDS ร่วมกับ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ*

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ (ต่อ)

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ/งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	
๔. โครงการพัฒนาระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล (THIP) ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) (เงินบำรุง) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	*๑๐,๐๐๐*	*๑๐,๐๐๐*	*๑๐,๐๐๐*	*กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ*
๕. กิจกรรมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (HA) Surveillance (ปี ๒๕๖๕ - ๒๕๖๖) (เงินบำรุงฯ) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	*๓๖,๐๐๐*	*๓๖,๐๐๐*	-	*กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ*
๖. กิจกรรมการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย (ปี ๒๕๖๕ - ๒๕๖๗)	*ไม่มีงบประมาณ*	*ไม่มีงบประมาณ*	*ไม่มีงบประมาณ*	*กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ*
๗. กิจกรรมทบทวนตัวชี้วัดคุณภาพที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน (๒ ครั้งต่อปี) (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)	*ไม่มีงบประมาณ*	*ไม่มีงบประมาณ*	*ไม่มีงบประมาณ*	*กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ*
๘. กิจกรรมการขอรับรองการประเมินระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการตามมาตรฐานเทคนิคการแพทย์ ๒๕๖๐ (ปี ๒๕๖๖) (เงินบำรุงฯ)	-	*๑๗,๐๐๐*	-	*กลุ่มงานชันสูตรโรคกลางและธนาคารเลือด*
๙. กิจกรรมการขอรับรองการประเมินระบบคุณภาพตามมาตรฐานงานห้องปฏิบัติงานทางการแพทย์ ด้านรังสีวินิจฉัย (ปี ๒๕๖๕) (เงินบำรุงฯ)	*๑๐,๐๐๐*	-	-	*กลุ่มงานรังสีวิทยา*
๑๐. กิจกรรมการเยี่ยมสำรวจขององค์กรวิชาชีพเภสัชกรรมโรงพยาบาล โดยสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) (ปี ๒๕๖๗) (เงินบำรุง)	-	-	*๖,๐๐๐*	*กลุ่มงานเภสัชกรรม*

เป้าประสงค์ที่ ๑.๒ สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร

กลยุทธ์ที่ ๑.๒.๑ เพิ่มประสิทธิภาพระบบบริหารจัดการความเสี่ยง โดยมุ่งเน้นบริหารความเสี่ยงเชิงรุก

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๑๒. ร้อยละของคะแนนเฉลี่ยผลสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรในโรงพยาบาล	≥๗๐%	≥๗๓%	≥๗๕%	**นิยาม/คำอธิบาย :** เป็นการสำรวจความคิดเห็น/ ทัศนคติ ของบุคลากรในโรงพยาบาลที่เกี่ยวกับระบบการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล **วิธีคำนวณ :** จากแบบสำรวจความคิดเห็น โดยคำนวณจากผลรวมคะแนนการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัย คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วยคะแนนเต็มของแบบสำรวจ	คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง(RM) / กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ/ ทุกฝ่าย/ กลุ่มงาน
๑๓. จำนวนครั้งของการจัดกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการบริหารจัดการความเสี่ยงของหน่วยงาน	๑ ครั้ง	๑ ครั้ง	๑ ครั้ง	**นิยาม/คำอธิบาย :** เป็นการจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน /สร้างแรงจูงใจ + กระตุ้นการพัฒนาคุณภาพ **วิธีคำนวณ :** จำนวนนับ	คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง(RM) / กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ/ ทุกฝ่าย/ กลุ่มงาน
๑๔. อัตราความครอบคลุมการรายงานความเสี่ยงภาพรวมของหน่วยงาน <u>กำหนดเกณฑ์ขั้นต่ำ</u> ทั่วไป : อย่างน้อย ๒ ฉบับ/ เดือน/ หน่วยงาน คลินิก : อย่างน้อย ๓ ฉบับ/ เดือน/ หน่วยงาน	≥๗๕%	≥๘๐%	≥๘๕%	**นิยาม/คำอธิบาย :** เป็นการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของแต่ละหน่วยงาน <u>กำหนดเกณฑ์ขั้นต่ำ</u> ทั่วไป : อย่างน้อย ๒ ฉบับ/ เดือน/ หน่วยงาน คลินิก : อย่างน้อย ๓ ฉบับ/ เดือน/ หน่วยงาน **วิธีคำนวณ :** จำนวนหน่วยงานที่มีการรายงานความเสี่ยงตามข้อกำหนด คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนหน่วยงานทั้งหมด	คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง(RM) / กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ/ ทุกฝ่าย/กลุ่มงาน
๑๕. อัตราความครอบคลุมการรายงานความเสี่ยงของหน่วยงานตนเอง (Self – report) <u>กำหนดเกณฑ์ขั้นต่ำ</u> ทั่วไป : อย่างน้อย ๑ ฉบับ/ เดือน/ หน่วยงาน คลินิก : อย่างน้อย ๒ ฉบับ/ เดือน/ หน่วยงาน	≥๗๐%	≥๗๕%	≥๘๐%	**นิยาม/คำอธิบาย :** เป็นการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของแต่ละหน่วยงาน <u>กำหนดเกณฑ์ขั้นต่ำ</u> ทั่วไป : อย่างน้อย ๑ ฉบับ/ เดือน/ หน่วยงาน คลินิก : อย่างน้อย ๒ ฉบับ/ เดือน/ หน่วยงาน **วิธีคำนวณ :** จำนวนหน่วยงานที่มีการรายงานความเสี่ยงของหน่วยงานตนเอง (Self – report) ตามข้อกำหนด คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วยจำนวนหน่วยงานทั้งหมด	คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง(RM) / กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ/ ทุกฝ่าย/ กลุ่มงาน

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๑๖. ร้อยละอุบัติการณ์ระดับสูงขึ้นไป ได้รับการทำการทบทวนและปรับปรุงแก้ไข	≥๗๕%	≥๗๕%	≥๘๐%	**นิยาม/คำอธิบาย :** เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเสี่ยงในระดับที่รุนแรง **วิธีคำนวณ :** จำนวนอุบัติการณ์ระดับ E และ ๓ ขึ้นไป ที่ได้ทำ RCA คูณด้วยทั้งหมด	คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง(RM) / กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ/ ทุกฝ่าย/ กลุ่มงาน

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ/งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	
๑. กิจกรรมการทอดแบบสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรในโรงพยาบาลผ่านระบบออนไลน์ (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)	*ไม่มีงบประมาณ*	*ไม่มีงบประมาณ*	*ไม่มีงบประมาณ*	*กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ*
๒. กิจกรรมพัฒนาระบบบริหารจัดการความเสี่ยง (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)	*ไม่มีงบประมาณ*	*ไม่มีงบประมาณ*	*ไม่มีงบประมาณ*	*กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ*
๓. กิจกรรมการให้ความรู้ เรื่อง การบริหารความเสี่ยง (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)	*ไม่มีงบประมาณ*	*ไม่มีงบประมาณ*	*ไม่มีงบประมาณ*	*คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง (RM) ร่วมกับ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ*
๔. กิจกรรม RM Quality round ตามรอยการบริหารความเสี่ยงที่หน้างานตามจุดเน้นความเสี่ยงขององค์กร (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)	*ไม่มีงบประมาณ*	*ไม่มีงบประมาณ*	*ไม่มีงบประมาณ*	*คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง (RM) ร่วมกับ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ*
๕. กิจกรรมการประชุมเพื่อติดตามงานการบริหารความเสี่ยงของทุกทีมนำ (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)	*ไม่มีงบประมาณ*	*ไม่มีงบประมาณ*	*ไม่มีงบประมาณ*	*คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง (RM) ร่วมกับ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ*

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ (ต่อ)

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ/งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	
๖. กิจกรรมการประชุมเพื่อติดตามงานการบริหารความเสี่ยงของทุกทีมนำ (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)	*ไม่มีงบประมาณ*	*ไม่มีงบประมาณ*	*ไม่มีงบประมาณ*	*คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง (RM) ร่วมกับ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ*

เป้าประสงค์ที่ ๑.๓ พัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use)

กลยุทธ์ที่ ๑.๓.๑ ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพื่อให้เกิดความคุ้มค่า ปลอดภัยในการใช้ยา ลดการเกิดเชื้อดื้อยาและลดการป่วยจากเชื้อดื้อยา

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๑๗. ร้อยละความสำเร็จในการผ่านการประเมินระดับโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล	>๘๐%	>๘๐%	>๙๐%	**นิยาม/คำอธิบาย :** ดำเนินการพัฒนาระบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล และดำเนินงานตามตัวชี้วัด RDU ให้เป็นไปตามที่กำหนดของคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล **วิธีคำนวณ :** จำนวนตัวชี้วัด RDU ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินในปีงบประมาณนั้น ๆ คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วยจำนวนตัวชี้วัด RDU ที่กำหนดทั้งหมดในปีงบประมาณนั้น ๆ	กลุ่มงานเภสัชกรรม
๑๘. ร้อยละของการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด	<๑๕%	<๑๕%	<๑๕%	**นิยาม/คำอธิบาย :** ๑) หญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด หมายถึง ผู้หญิงคลอดทารกครบกำหนดทางช่องคลอดด้วยวิธีปกติ (หมายเหตุ : ยาปฏิชีวนะอาจมีประโยชน์ในรายที่มีการฉีกขาดของฝีเย็บ ระดับที่ ๓ หรือ ๔ โดยให้ยาปฏิชีวนะชนิดฉีดก่อนการเย็บแผลที่ฉีกขาด) ๒) ยาปฏิชีวนะ หมายถึง ยากลุ่ม ATC JO๑ ทั้งชนิดรับประทานและชนิดฉีด ๓) เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยใน (AN) ระบุโรคตาม ICD – ๑๐ ที่กำหนด	กลุ่มงานสูติ – นรีเวชกรรม ร่วมกับ กลุ่มงานเภสัชกรรม (รายงานผล)

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
				วิธีคำนวณ : ตัวชี้วัดทุกตัวอ้างอิงมาจากตัวชี้วัด RDU ของกระทรวงสาธารณสุข สูตร (A/B) x ๑๐๐ A = จำนวนครั้งของสตรีคลอดปกติครบกำหนดที่ได้รับยาปฏิชีวนะ B = จำนวนครั้งของสตรีคลอดปกติครบกำหนดทั้งหมด	
๑๙. ร้อยละของผู้ป่วยเด็กได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ (ครอบคลุมโรคตามรหัส ICD – ๑๐ ตาม RUA-URI) และได้รับยาต้านฮิสตามีนชนิด non - sedating	≤๒๐%	≤๒๐%	≤๒๐%	**นิยาม/คำอธิบาย :** ๑) ผู้ป่วยเด็กได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจและได้รับยาต้านฮิสตามีนชนิด non-sedating ๒) ผู้ป่วยเด็กได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ (ครอบคลุมตามรหัส ICD – ๑๐ ตาม RUA – URI) **วิธีคำนวณ :** ตัวชี้วัดทุกตัวอ้างอิงมาจากตัวชี้วัด RDU ของกระทรวงสาธารณสุข สูตร (A/B) x ๑๐๐ A = จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วย URI ที่ได้รับยาปฏิชีวนะในช่วง ๖ เดือน B = จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วย URI ทั้งหมดในช่วงเวลาเดียว	กลุ่มงานกุมาร - เวชกรรม ร่วมกับ กลุ่มงานเภสัชกรรม (รายงานผล)
๒๐. ร้อยละของการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยที่ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนในผู้ป่วยนอก (Upper respiratory tract infections)	≤๓๐%	≤๓๐%	≤๓๐%	**นิยาม/คำอธิบาย :** ๑) ยาปฏิชีวนะ (Indication) หมายถึง ยาที่มีฤทธิ์ฆ่าเชื้อหรือยับยั้งเชื้อแบคทีเรีย ใช้ในการรักษาหรือป้องกันโรคที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย ๒) ผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน (Upper Respiratory Infection : UR) หมายถึง ผู้ป่วย (เฉพาะผู้ป่วยนอก) ที่ป่วยในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน ซึ่งมี Pdx ตามรหัสโรค ICD – ๑๐ ที่กำหนด **วิธีคำนวณ :** ตัวชี้วัดทุกตัวอ้างอิงมาจากตัวชี้วัด RDU ของกระทรวงสาธารณสุข สูตร (A/B) x ๑๐๐	กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก กลุ่มงานอายุรกรรม (GP) ร่วมกับ กลุ่มงานเภสัชกรรม (รายงานผล)

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
				A = จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วย URI ที่ได้รับยาปฏิชีวนะในช่วง ๖ เดือน B = จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วย URI ทั้งหมดในช่วงเวลาเดียว	
๒๑. ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยที่มีภาวะอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	≤๒๐%	≤๒๐%	≤๒๐%	**นิยาม/คำอธิบาย :** ๑) ยาปฏิชีวนะ (Indication) หมายถึง ยาที่มีฤทธิ์ฆ่าเชื้อหรือยับยั้งเชื้อแบคทีเรีย ใช้ในการรักษาหรือป้องกันโรคที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย ๒) ผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบ พลัน (Acute diarrhea : AD) หมายถึง ผู้ป่วย (เฉพาะผู้ป่วยนอก) ที่ป่วยในกลุ่มโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ซึ่งมี Pdx ตาม ICD – ๑๐ ที่กำหนด **วิธีคำนวณ :** ตัวชี้วัดทุกตัวอ้างอิงมาจากตัวชี้วัด RDU ของกระทรวงสาธารณสุข สูตร (A/B) x ๑๐๐ A = จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วย (Acute diarrhea : AD) ที่ได้รับยาปฏิชีวนะ ในช่วง ๖ เดือน B = จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วย (Acute diarrhea : AD) I ทั้งหมดในช่วงเวลาเดียว	กลุ่มงานอายุรกรรม (GP) ฝ่ายการพยาบาล (ER) กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉินฯ ร่วมกับ กลุ่มงานเภสัชกรรม (รายงานผล)
๒๒. ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ	≤๕๐%	≤๕๐%	≤๕๐%	**นิยาม/คำอธิบาย :** ๑) บาดแผลสดจากอุบัติเหตุ หมายถึง บาดแผลสดจากอุบัติเหตุที่เกิด ภายใน ๖ ชั่วโมง ก่อนได้รับการรักษา ๒) ยาปฏิชีวนะ หมายถึง ยากลุ่ม ATC๐๑ ยาชนิดรับประทานหรือยาฉีด ๓) เก็บข้อมูลการมารับบริการจากแผนกผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน ระบุโรคตาม ICD – ๑๐ ที่กำหนด **วิธีคำนวณ :** ตัวชี้วัดทุกตัวอ้างอิงมาจากตัวชี้วัด RDU ของกระทรวงสาธารณสุข สูตร (A/B) x ๑๐๐	ฝ่ายการพยาบาล (ER) กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉินฯ ร่วมกับ กลุ่มงานเภสัชกรรม (รายงานผล)

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
				A = จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกบาดแผลสดจากอุบัติเหตุที่ได้รับยาปฏิชีวนะ B = จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกบาดแผลสดจากอุบัติเหตุทั้งหมด	
๒๓. ดื้อยา (AMR) : กรณีเป็นโรงพยาบาล ระดับ M๑ ต้องมีรายงานอัตราการติดเชื้อยา (AMR) ในกระแสเลือด ลดลง จาก Baseline	ลดลง (เทียบปีงบประมาณที่ผ่านมา)	ลดลง (เทียบปีงบประมาณที่ผ่านมา)	ลดลง (เทียบปีงบประมาณที่ผ่านมา)	**นิยาม/คำอธิบาย :** อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดเพื่อเฝ้าระวังการติดเชื้อยาต้านจุลชีพโดยมีแหล่งข้อมูลจากฐานข้อมูลทางห้องปฏิบัติการจุลชีพวิทยาคลินิก **วิธีคำนวณ :** จำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดจากแบคทีเรียดื้อยา ๘ ชนิด คูณด้วย ๑๐๐หารด้วย จำนวนผู้ป่วยที่ส่งเลือดตรวจเพาะเชื้อทั้งหมด โดยต้องมีผลลดลงเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา	ทุกหน่วยงานในองค์กรแพทย์ ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มงานชันสูตรโรคกลาง ฯ ร่วมกับ กลุ่มงานเภสัชกรรม (รายงานผล)

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ/งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	
๑. กิจกรรมรณรงค์และประชาสัมพันธ์การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)	*ไม่มีงบประมาณ*	*ไม่มีงบประมาณ*	*ไม่มีงบประมาณ*	*กลุ่มงานเภสัชกรรม*
๒. กิจกรรมพัฒนาระบบลงข้อมูลของโรงพยาบาลเพื่อให้เอื้อ ต่อการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)	*ไม่มีงบประมาณ*	*ไม่มีงบประมาณ*	*ไม่มีงบประมาณ*	*กลุ่มงานเภสัชกรรม ร่วมกับฝ่ายวิชาการและแผนงาน (IT))*
๓. กิจกรรมพัฒนาการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลในผู้ป่วยที่มีภาวะอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)	*ไม่มีงบประมาณ*	*ไม่มีงบประมาณ*	*ไม่มีงบประมาณ*	*ฝ่ายการพยาบาล (ER) กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉินฯ*
๔. กิจกรรมพัฒนาระบบการเตือนแจ้งผลเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ ทั้งในระบบสารเทศของโรงพยาบาลและแอพพลิเคชั่นไลน์ (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)	*ไม่มีงบประมาณ*	*ไม่มีงบประมาณ*	*ไม่มีงบประมาณ*	*กลุ่มงานชันสูตรโรคกลางฯ ร่วมกับฝ่ายวิชาการและแผนงาน (IT))*

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ (ต่อ)

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ/งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	
๕. กิจกรรมพัฒนาระบบเชื่อมโยงข้อมูลผลเชื้อดื้อยาจากผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจนอกโรงพยาบาลให้สามารถเข้าถึงข้อมูลมายังระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)	*ไม่มีงบประมาณ*	*ไม่มีงบประมาณ*	*ไม่มีงบประมาณ*	*กลุ่มงานชันสูตรโรคกลางฯ ร่วมกับฝ่ายวิชาการและแผนงาน (IT)*
๖. กิจกรรมพัฒนาการประเมินการใช้ยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)	*ไม่มีงบประมาณ*	*ไม่มีงบประมาณ*	*ไม่มีงบประมาณ*	*กลุ่มงานเภสัชกรรม*

ยุทธศาสตร์ที่ ๒

สร้างความเชื่อมั่นในระบบบริการ (Service Capability)

ยุทธศาสตร์ที่ ๒
สร้างความเชื่อมั่นในระบบบริการ (Service Capability)

เป้าหมายหลัก : ประชาชนเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่ให้บริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน

เป้าประสงค์ที่ ๒.๑ พัฒนาคุณภาพระบบการบริการทางการแพทย์ให้มีความสะดวก รวดเร็ว และสร้างความเชื่อมั่นในการให้บริการต่อผู้รับบริการ
เป้าประสงค์ที่ ๒.๒ เพิ่มศักยภาพการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่สอดคล้องกับความต้องการและแนวโน้มการเจ็บป่วยของประชาชน
เป้าประสงค์ที่ ๒.๓ เพิ่มศักยภาพโรงพยาบาลในการรองรับโรคเฉพาะทางของผู้สูงอายุ
เป้าประสงค์ที่ ๒.๔ พัฒนาบริการและการรักษาพยาบาลรูปแบบใหม่ให้ทันต่อกระแสโลกาภิวัฒน์และเทคโนโลยีสุขภาพ
เป้าประสงค์ที่ ๒.๕ พัฒนาโครงสร้างและระบบบริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิเพื่อรองรับการให้บริการประชาชน
เป้าประสงค์ที่ ๒.๖ พัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้สอดคล้องกับสาธารณภัยที่มีในพื้นที่
เป้าประสงค์ที่ ๒.๗ สร้างเครือข่ายในการส่งต่อ

เป้าประสงค์	กลยุทธ์
เป้าประสงค์ที่ ๒.๑ พัฒนาคุณภาพระบบการบริการทางการแพทย์ให้มีความสะดวก รวดเร็ว และสร้างความเชื่อมั่นในการให้บริการต่อผู้รับบริการ	**กลยุทธ์ที่ ๒.๑.๑ เพื่อให้การบริการผู้ป่วยที่สะดวก และรวดเร็ว** **จำนวน ๖ ตัวชี้วัด** ประกอบด้วย **ตัวชี้วัดที่ ๑** ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก **ตัวชี้วัดที่ ๒** ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยใน **ตัวชี้วัดที่ ๓** ระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วยนอกลดลง **ตัวชี้วัดที่ ๔** ระยะเวลารอคอยรับยาของผู้ป่วยนอกลดลง **ตัวชี้วัดที่ ๕** อัตราผู้ป่วยได้รับการ Admit ภายใน ๓๐ นาที หลังส่งเวร **ตัวชี้วัดที่ ๖** ระยะเวลาการให้บริการผู้ป่วยห้องอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน แบ่งกลุ่มประเภทผู้ป่วย Emergency, Urgency
	กลยุทธ์ที่ ๒.๑.๒ นำข้อเสนอแนะที่สามารถดำเนินการได้จากผู้รับบริการและญาติ (actionable feedback) ไปปรับปรุงพัฒนาการบริการเพื่อตอบสนองต่อสิทธิผู้ป่วย **จำนวน ๓ ตัวชี้วัด** ประกอบด้วย **ตัวชี้วัดที่ ๗** อุบัติการณ์ข้อร้องเรียนที่ต้องเจรจาไกล่เกลี่ยลดลง **ตัวชี้วัดที่ ๘** ร้อยละของอุบัติการณ์ข้อร้องเรียนที่ได้รับการแก้ไข RCA และปิดประเด็น **ตัวชี้วัดที่ ๙** ร้อยละของอุบัติการณ์ข้อร้องเรียน/ข้อคิดเห็น ได้รับการแก้ไขหรือตอบสนองอย่างรวดเร็ว

เป้าประสงค์	กลยุทธ์
เป้าประสงค์ที่ ๒.๒ เพิ่มศักยภาพการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่สอดคล้องกับความต้องการและแนวโน้มการเจ็บป่วยของประชาชน	**กลยุทธ์ที่ ๒.๒.๑ พัฒนาบริการทางการแพทย์รองรับโรคสำคัญที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนและโรคคนเมือง** **จำนวน ๔๙ ตัวชี้วัด** ประกอบด้วย **๑) ด้านสูติ - นรีเวชกรรม** **๑.๑) เพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยรายโรค - ด้านสูตินรีเวชกรรม** **ตัวชี้วัดที่ ๑๐** จำนวนคลินิกเฉพาะโรค และ/หรือ พัฒนาช่องทางเพื่อรองรับการให้บริการ **ตัวชี้วัดที่ ๑๑** ร้อยละความสำเร็จของสตรีที่มีภาวะมีบุตรยากเข้ารับบริการในคลินิกรักษาภาวะผู้มีบุตรยากได้รับคำแนะนำและเข้าสู่กระบวนการรักษา **ตัวชี้วัดที่ ๑๒** จำนวนอุบัติการณ์เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวชลดลง **ตัวชี้วัดที่ ๑๓** ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลและมีอายุครรภ์น้อยกว่า ๑๖ สัปดาห์ ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคดาวน์ซินโดรมรวมถึงทางเลือกในการตรวจคัดกรอง **ตัวชี้วัดที่ ๑๔** ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการในแผนกสูติ – นรีเวชกรรม **๑.๒) เพิ่มศักยภาพการดูแลในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง Preterm** **ตัวชี้วัดที่ ๑๕** อัตราคัดกรองผู้ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ ๒๔ สัปดาห์ ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด **ตัวชี้วัดที่ ๑๖** อัตราสตรีตั้งครรภ์เดี่ยวตรวจพบปากมดลูกสั้นก่อนอายุครรภ์ ๒๔ สัปดาห์ ได้รับการรักษาตามแนวทางการป้องกันสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด **ตัวชี้วัดที่ ๑๗** อัตราสตรีตั้งครรภ์เดี่ยวที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนดได้รับโปรเจสเตอโรนตั้งแต่อายุครรภ์ ๑๖ – ๒๔ สัปดาห์ จนถึง ๓๖+๖ สัปดาห์ **ตัวชี้วัดที่ ๑๘** อัตราสตรีตั้งครรภ์ประสบความสำเร็จในการยับยั้งภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด **๑.๓) บูรณาการการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่น** **ตัวชี้วัดที่ ๑๙** ร้อยละหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับความรู้ด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ตลอดจนการวางแผนการคุมกำเนิดหลังคลอด **ตัวชี้วัดที่ ๒๐** จัดกิจกรรมให้ความรู้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
	๒) ด้านจักษุวิทยา **๒.๑) เพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยรายโรค - ด้านจักษุวิทยา** **ตัวชี้วัดที่ ๒๑** จำนวนคลินิกเฉพาะโรค และ/หรือ พัฒนาช่องทางเพื่อรองรับการให้บริการ **ตัวชี้วัดที่ ๒๒** ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจคัดกรองจอประสาทตา (๑ ครั้งต่อคนต่อปี) **ตัวชี้วัดที่ ๒๓** ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ระดับ Severe NPDR ขึ้นไปได้รับการรักษาด้วยการทำเลเซอร์ ภายใน ๓๐ วัน

เป้าประสงค์	กลยุทธ์
	๓) ด้านกุมารเวชกรรม **๓.๑) เพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยรายโรค - ด้านกุมารเวชกรรม** **ตัวชี้วัดที่ ๒๔** จำนวนคลินิกเฉพะโรค และ/หรือ พัฒนาช่องทางเพื่อรองรับการให้บริการ **ตัวชี้วัดที่ ๒๕** อัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตหลังรักษา ภายใน ๒๘ วัน หลังคลอด **ตัวชี้วัดที่ ๒๖** อัตราการเกิดภาวะหายใจลำบาก (RDS) ในทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนด
	๔) ด้านอายุรกรรม **๔.๑) เพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยรายโรค - ด้านอายุรกรรม** **ตัวชี้วัดที่ ๒๗** จำนวนคลินิกเฉพะโรค และ/หรือ พัฒนาช่องทางเพื่อรองรับการให้บริการ **๔.๒) เพิ่มศักยภาพการให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคไต** **ตัวชี้วัดที่ ๒๘** ร้อยละความสำเร็จในการให้บริการล้างไตทางช่องท้อง **ตัวชี้วัดที่ ๒๙** ร้อยละของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่สามารถชะลอความเสื่อมของไตได้ตามเป้าหมาย **ตัวชี้วัดที่ ๓๐** ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ (ศูนย์ไตเทียม) **๔.๓) เพิ่มศักยภาพการให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว** **ตัวชี้วัดที่ ๓๑** ร้อยละความสำเร็จในการเปิดคลินิกผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว
	๕) ด้านศัลยกรรม **๕.๑) เพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยรายโรค – ด้านศัลยกรรม** **ตัวชี้วัดที่ ๓๒** จำนวนคลินิกเฉพะโรค และ/หรือ พัฒนาช่องทางเพื่อรองรับการให้บริการ **๕.๒) เพิ่มศักยภาพการให้บริการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป** **ตัวชี้วัดที่ ๓๓** ร้อยละความสำเร็จในการปรับปรุงห้องผ่าตัด **ตัวชี้วัดที่ ๓๔** ร้อยละอุบัติการณ์การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง **ตัวชี้วัดที่ ๓๕** ร้อยละความสำเร็จในการคัดกรองผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่เพิ่มขึ้น **๕.๓) เพิ่มศักยภาพการให้บริการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ** **ตัวชี้วัดที่ ๓๖** ร้อยละความสำเร็จผู้เข้าร่วมโครงการที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคต่อมลูกหมากโต มะเร็งลูกหมาก และสุขภาพชาย แล้วพบว่ามีผลเลือดผิดปกติ เข้าสู่กระบวนการรักษา โดยนัดเข้าคลินิกโรคระบบทางเดินปัสสาวะ **ตัวชี้วัดที่ ๓๗** อัตราการเกิดเลือดออกหลังทำการตัดชิ้นเนื้อต่อมลูกหมากทางทวารหนัก (TRUS c Bx)
	๖) ด้านโสต ศอ นาสิก **๖.๑) เพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยรายโรค – ด้านโสต ศอ นาสิก** **ตัวชี้วัดที่ ๓๘** จำนวนคลินิกเฉพะโรค และ/หรือ พัฒนาช่องทางเพื่อรองรับการให้บริการ **ตัวชี้วัดที่ ๓๙** ร้อยละความสำเร็จในการเปิดให้บริการคลินิกเยื่อบุโพรงจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ **ตัวชี้วัดที่ ๔๐** ร้อยละความสำเร็จในการเพิ่มศักยภาพการให้บริการตรวจการได้ยิน

เป้าประสงค์	กลยุทธ์
	๗) ด้านออร์โธปิดิกส์ **๗.๑) เพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยรายโรค – ด้านออร์โธปิดิกส์** **ตัวชี้วัดที่ ๔๑** จำนวนคลินิกเฉพะโรค และ/หรือ พัฒนาช่องทางเพื่อรองรับการให้บริการ **ตัวชี้วัดที่ ๔๒** ร้อยละอุบัติการณ์การเกิดข้อเข่าติดหลังการผ่าตัด TKA **ตัวชี้วัดที่ ๔๓** อัตราการเกิดแผลติดเชื้อหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม **ตัวชี้วัดที่ ๔๔** ร้อยละอุบัติการณ์การเกิดข้อสะโพกหลุดหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก **ตัวชี้วัดที่ ๔๕** อัตราการเกิดแผลติดเชื้อหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม **ตัวชี้วัดที่ ๔๖** อัตราการเกิดแผลติดเชื้อหลังการผ่าตัดกระดูกสันหลัง
	๘) ด้านทันตกรรม **๘.๑) เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการผู้ป่วยทางด้านทันตกรรม** **ตัวชี้วัดที่ ๔๗** ร้อยละความสำเร็จในการปรับปรุงห้องทันตกรรม **ตัวชี้วัดที่ ๔๘** ร้อยละความสำเร็จในการเพิ่มศักยภาพการให้บริการห้องเอกซเรย์ฟัน **ตัวชี้วัดที่ ๔๙** ร้อยละความสำเร็จในการเพิ่มศักยภาพการให้บริการห้องทันตกรรม
	๙) ด้านเวชกรรมฟื้นฟู **๙.๑) เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการทางด้านเวชกรรมฟื้นฟู** **ตัวชี้วัดที่ ๕๐** ร้อยละความสำเร็จในการเพิ่มศักยภาพการให้บริการด้านเวชกรรมฟื้นฟู
	๑๐) การให้บริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก **๑๐.๑) เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการผู้มารับบริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก** **ตัวชี้วัดที่ ๕๑** ร้อยละความสำเร็จในการให้บริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกร่วมกับแพทย์แผนปัจจุบัน **ตัวชี้วัดที่ ๕๒** ร้อยละความสำเร็จในการรับหรือส่งต่อการรักษาผู้รับบริการโรคออฟฟิศ - ซินโดรมที่มีปัญหาร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ **ตัวชี้วัดที่ ๕๓** ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการในคลินิกแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก
เป้าประสงค์ที่ ๒.๓ เพิ่มศักยภาพโรงพยาบาลในการรองรับโรคเฉพาะทางของผู้สูงอายุ	**กลยุทธ์ที่ ๒.๓.๑ ผลักดันและพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลให้มีความพร้อมรองรับโรคเฉพาะทางของผู้สูงอายุ** **จำนวน ๕ ตัวชี้วัด** ประกอบด้วย **ตัวชี้วัดที่ ๕๔** คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพที่ผ่านเกณฑ์ (เกินเกณฑ์มาตรฐานสำนักการแพทย์) **ตัวชี้วัดที่ ๕๕** ร้อยละความสำเร็จในการพัฒนาคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพในโรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินฺธโร อุทิศ **ตัวชี้วัดที่ ๕๖** จัดโครงการหรือกิจกรรมเยี่ยมบ้านและดูแลผู้สูงอายุให้ปลอดภัยห่างไกลจากโควิด – 19 **ตัวชี้วัดที่ ๕๗** ร้อยละความสำเร็จในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยผู้สูงอายุเฉพาะโรคเข้าสู่ระบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ **ตัวชี้วัดที่ ๕๘** ร้อยละความพึงพอใจของผู้มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ

เป้าประสงค์	กลยุทธ์
เป้าประสงค์ที่ ๒.๔ พัฒนาบริการและการรักษาพยาบาลรูปแบบใหม่ให้ทันต่อกระแสโลกาภิวัฒน์และเทคโนโลยีสุขภาพ	**กลยุทธที่ ๒.๔.๑ ผลักดันและพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลที่มีความพร้อมรองรับ Precision Medicine การให้บริการรูปแบบใหม่และเทคโนโลยีด้านสุขภาพ** **จำนวน ๖ ตัวชี้วัด** ประกอบด้วย **ตัวชี้วัดที่ ๕๙** สามารถเผยแพร่สื่อประชาสัมพันธ์แนวทางด้านสาธารณสุขเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 (COVID – 19) และสื่อความรู้ COVID – 19 **ตัวชี้วัดที่ ๖๐** ร้อยละความสำเร็จของการจัดทำแผนบูรณาการเพื่อเตรียมความพร้อมรองรับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ (COVID – 19) ให้เป็นปัจจุบัน **ตัวชี้วัดที่ ๖๑** ร้อยละความสำเร็จในการเพิ่มศักยภาพการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในห้องคลอดเพื่อรองรับผู้ป่วยจากสถานการณ์โรคอุบัติใหม่ – อุบัติซ้ำ **ตัวชี้วัดที่ ๖๒** ร้อยละความสำเร็จในการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินหายใจแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (One Stop Service) (จัดตั้ง “เรือนอุรเวชช์”) **ตัวชี้วัดที่ ๖๓** ร้อยละความสำเร็จในการเพิ่มศักยภาพการให้บริการเพื่อรองรับการบริการในรูปแบบ One Day Surgery **ตัวชี้วัดที่ ๖๔** ร้อยละความสำเร็จในการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลด้วยระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine)
เป้าประสงค์ที่ ๒.๕ พัฒนาโครงสร้างและระบบการบริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิเพื่อรองรับการให้บริการประชาชน	**กลยุทธ์ที่ ๒.๕.๑ พัฒนาและผลักดันโรงพยาบาลให้เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิเพื่อรองรับการให้บริการประชาชนในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครฝั่งตะวันตกและพื้นที่ใกล้เคียง** **จำนวน ๑ ตัวชี้วัด** ประกอบด้วย **ตัวชี้วัดที่ ๖๕** ร้อยละความสำเร็จในการดำเนินการโครงการก่อสร้างอาคารโรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินฺธโร อุทิศ **ตัวชี้วัดที่ ๖๖** ร้อยละความสำเร็จ ในการดำเนินการปรับปรุงห้องตรวจประกันสังคม **ตัวชี้วัดที่ ๖๗** ร้อยละความสำเร็จ ในการดำเนินการปรับปรุงห้องเวชระเบียนเพิ่มจุดให้บริการอีก ๑ จุด (อาคารอเนกประสงค์ ชั้น ๑) **ตัวชี้วัดที่ ๖๘** ร้อยละความสำเร็จ ในการดำเนินการขยายส่วนพักคอยผู้ป่วยหน้าอาคารสามัคคีธรรม **ตัวชี้วัดที่ ๖๙** ร้อยละความสำเร็จ ในการดำเนินการขยายการให้บริการหอผู้ป่วยรวม **ตัวชี้วัดที่ ๗๐** ร้อยละความสำเร็จ ในการดำเนินการขยายการให้บริการหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง **ตัวชี้วัดที่ ๗๑** ร้อยละความสำเร็จในการดำเนินการขยายการให้บริการศูนย์บริบาลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู

เป้าประสงค์	กลยุทธ์
เป้าประสงค์ที่ ๒.๖ พัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินให้สอดคล้องกับสาธารณภัยที่มีในพื้นที่	**กลยุทธ์ที่ ๒.๖.๑ พัฒนาบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินให้รองรับรูปแบบของสาธารณภัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่** **จำนวน ๔ ตัวชี้วัด** ประกอบด้วย **ตัวชี้วัดที่ ๗๒** การจัดการซ้อมแผนรับเหตุสาธารณภัย/อุบัติภัยหมู่/การช่วยฟื้นคืนชีพในโรงพยาบาล **ตัวชี้วัดที่ ๗๓** บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการซ้อมแผนรับเหตุสาธารณภัย อุบัติภัยหมู่เพิ่มขึ้น **ตัวชี้วัดที่ ๗๔** บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพเพิ่มขึ้น
เป้าประสงค์ที่ ๒.๗ สร้างเครือข่ายในการส่งต่อ	**กลยุทธ์ที่ ๒.๗.๑ สร้างเครือข่ายในการส่งต่อ (ในโรคที่ยังมีศักยภาพไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วย)** **จำนวน ๑ ตัวชี้วัด** ประกอบด้วย **ตัวชี้วัดที่ ๗๕** ร้อยละความสำเร็จในการส่งต่อผู้ป่วยโรคสำคัญ
	กลยุทธ์ที่ ๒.๗.๒ พัฒนาศักยภาพการส่งต่อและตอบกลับข้อมูลผู้ป่วยที่ทำ discharge Plan **จำนวน ๒ ตัวชี้วัด** ประกอบด้วย **ตัวชี้วัดที่ ๗๖** อัตราการส่งต่อ และตอบกลับข้อมูลผู้ป่วยที่ทำ discharge Plan **ตัวชี้วัดที่ ๗๗** อัตราการวางแผนจำหน่ายร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและสามารถเยี่ยมบ้านได้ตามแผน

ยุทธศาสตร์ที่ ๒
พัฒนาระบบบริการสุขภาพและการบริการทางการแพทย์ด้วยมาตรฐานคุณภาพ และพัฒนาด้านโรคเฉพาะทาง

สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสำนักการแพทย์ ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) :

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ บริการสุขภาพด้วยมาตรฐานคุณภาพ พัฒนาด้านโรคเฉพาะทาง และมีเครือข่ายสุขภาพที่เข้มแข็ง (Service Special)

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนาบริการ งานวิจัย ยกระดับโรงพยาบาล และส่วนราชการในสังกัดสำนักการแพทย์เพื่อมุ่งสู่องค์กรดิจิทัล (Digital and Development)

เป้าประสงค์ที่ ๒.๑ พัฒนาคุณภาพระบบการบริการทางการแพทย์ให้มีความสะดวก รวดเร็ว และสร้างความเชื่อมั่นในการให้บริการต่อผู้รับบริการ

กลยุทธ์ที่ ๒.๑.๑ เพื่อให้การบริการผู้ป่วยที่สะดวก และรวดเร็ว

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๑. ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก	≥๘๐%	≥๘๓%	≥๘๕%	**นิยาม/คำอธิบาย : ความพึงพอใจ** หมายถึง ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกที่เข้ามารับบริการในโรงพยาบาล ตั้งแต่ระดับ “มาก” ขึ้นไป ตามแบบประเมินความพึงพอใจของสำนักการแพทย์ **วิธีคำนวณ :** จำนวนผู้รับบริการที่ตอบแบบประเมินความพึงพอใจในระดับ “มาก” ขึ้นไป หารด้วย จำนวนผู้รับบริการที่ตอบแบบประเมิน ฯ ทั้งหมด คูณด้วย ๑๐๐	คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ ฯ ทุกหน่วยงาน
๒. ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยใน	≥๘๐%	≥๘๓%	≥๘๕%	**นิยาม/คำอธิบาย : ความพึงพอใจ** หมายถึง ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยในที่เข้ามารับบริการในโรงพยาบาล ตั้งแต่ระดับ “มาก” ขึ้นไป ตามแบบประเมินความพึงพอใจของสำนักการแพทย์ **วิธีคำนวณ :** จำนวนผู้รับบริการที่ตอบแบบประเมินความพึงพอใจในระดับ “มาก” ขึ้นไป หารด้วย จำนวนผู้รับบริการที่ตอบแบบประเมิน ฯ ทั้งหมด คูณด้วย ๑๐๐	คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ ฯ ทุกหน่วยงาน

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๓. ระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วยนอกลดลง	๑๒๐ นาที	๑๒๐ นาที	๑๒๐ นาที	**นิยาม/คำอธิบาย :** ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมายื่นใบนัด ณ จุดซักประวัติจนกระทั่งผู้ป่วยได้รับใบนัดครั้งต่อไป **วิธีคำนวณ :** ผลรวมระยะเวลาผู้ป่วยที่มาตรวจรักษาที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก (นาที) (ซักประวัติ - รับใบนัด) หารด้วย จำนวนผู้ป่วย (คน) ที่มาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD)	คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ ฯ ทุกหน่วยงาน
๔. ระยะเวลารอคอยรับยาของผู้ป่วยนอกลดลง	≤๓๐ นาที	≤๓๐ นาที	≤๓๐ นาที	**นิยาม/คำอธิบาย :** ระยะเวลารอคอยรับยาของผู้ป่วยนอก เริ่มตั้งแต่ขั้นตอนการรับใบสั่งยา จนถึงระยะเวลารับยากลับบ้านของผู้ป่วย **วิธีคำนวณ :** จากส่วนต่างของระยะเวลารับใบสั่งยาจนถึงระยะเวลารับยา กลับบ้านของผู้ป่วย	คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ ฯ กลุ่มงานเภสัชกรรม
๕. อัตราผู้ป่วยได้รับการ Admit ภายใน ๓๐ นาที หลังส่งเวร	≥๘๐%	≥๘๐%	≥๘๕%	**นิยาม/คำอธิบาย :** ผู้ป่วยที่แพทย์มีคำสั่งให้รับไว้ในโรงพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD), ER และ ANC สามารถประสานส่งต่อ การ Admit กับหอผู้ป่วยและนำผู้ป่วยส่งไปหอผู้ป่วยได้ภายในไม่เกิน ๓๐ นาที **วิธีคำนวณ :** จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์มีคำสั่งให้รับไว้ในโรงพยาบาล สามารถประสานส่งต่อการ Admit กับหอผู้ป่วยและนำผู้ป่วยส่งไปหอผู้ป่วยได้ภายในไม่เกิน ๓๐ นาที คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนผู้ป่วย (คน) ที่ Admit ทั้งหมด	ฝ่ายการพยาบาล (ER, OPD, ANC, ศูนย์ BFC) กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ฯ
๖. ระยะเวลาการให้บริการห้องอุบัติเหตุ - ฉุกเฉิน แบ่งกลุ่มประเภทผู้ป่วย - Emergency - Urgency	< ๔ นาที < ๓๐ นาที	< ๔ นาที < ๓๐ นาที	< ๔ นาที < ๓๐ นาที	**นิยาม/คำอธิบาย : ผู้ป่วยฉุกเฉิน** หมายถึง ผู้ป่วยฉุกเฉินตามประเภทของ Triage ระดับ ๑ ฉุกเฉินมาก Emergency Condition ภาวะอันตรายต้องรักษาทันที ไม่เกิน ๔ นาที นับระยะเวลาตั้งแต่เข้าบริการ (Time in) จนถึงออกจากห้องฉุกเฉิน (Time out) ซึ่งอาจให้กลับบ้าน, Admit หรือ Refer (ทุกวันที่ ๕, ๑๕, ๒๕ ช่วงเวลา ๐๐.๐๐ – ๒๓.๕๙ น.) เก็บข้อมูลทุก ๑ เดือน ๆ ละ ๓ ครั้ง	ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ฯ

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
				วิธีคำนวณ : ระยะเวลา (นาที) รวมเวลาทั้งหมดของผู้ป่วยฉุกเฉินมากที่มารับบริการในช่วงเวลาที่กำหนด หารด้วย จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉิน (คน) ทั้งหมดที่มารับบริการในช่วงเวลาเดียวกัน	

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ/งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	
๑. กิจกรรมสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (ปี ๒๕๖๕ - ๒๕๖๗)	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ ฯ ฝ่ายการพยาบาล*
๒. กิจกรรมลดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยนอก (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ ฯ ฝ่ายการพยาบาล*
๓. กิจกรรมลดระยะเวลารอคอยรับยาของผู้ป่วยนอก (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ ฯ กลุ่มงานเภสัชกรรม*
๔. กิจกรรมการลดระยะเวลาในการ Admit (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ฝ่ายการพยาบาล (ศูนย์ BFC ER OPD ANC)*
๕. กิจกรรมการลดระยะเวลาในการให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ฯ*

กลยุทธ์ที่ ๒.๑.๒ นำข้อเสนอแนะที่สามารถดำเนินการได้จากผู้รับบริการและญาติ (actionable feedback) ไปปรับปรุงพัฒนาการบริการเพื่อตอบสนองต่อสิทธิผู้ป่วย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๗. อุบัติการณ์ข้อร้องเรียนที่ต้องเจรจาไกล่เกลี่ยลดลง	< ๕ ครั้งต่อปี	< ๕ ครั้งต่อปี	< ๕ ครั้งต่อปี	**นิยาม/คำอธิบาย :** เป็นการประเมินประสิทธิภาพการบริหารจัดการขององค์กร อีก ๑ ช่องทาง	คณะกรรมการรับฟังความคิดเห็นและข้อร้องเรียน

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
				วิธีคำนวณ : นับจำนวนอุบัติการณ์ข้อร้องเรียนที่ต้องมีการเจรจาไกล่เกลี่ยในรอบปีงบประมาณ	ฝ่ายการพยาบาล
๘. ร้อยละของอุบัติการณ์ข้อร้องเรียนที่ได้รับการแก้ไข RCA และปิดประเด็น	< ๕ ครั้งต่อปี	< ๕ ครั้งต่อปี	< ๕ ครั้งต่อปี	**นิยาม/คำอธิบาย :** เป็นการแสดงให้เห็นถึงการบริหารจัดการข้อร้องเรียนที่มีประสิทธิภาพ **วิธีคำนวณ :** นับจำนวนอุบัติการณ์ข้อร้องเรียนที่ได้รับการแก้ไขและปิดประเด็นได้ไม่มีการร้องเรียนในระดับที่สูงขึ้น	คณะกรรมการรับฟังความคิดเห็นและข้อร้องเรียน ฝ่ายการพยาบาล
๙. ร้อยละอุบัติการณ์ข้อร้องเรียน/ ข้อคิดเห็นได้รับการแก้ไขหรือตอบสนองอย่างรวดเร็ว	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	**นิยาม/คำอธิบาย :** อุบัติการณ์ข้อร้องเรียน/ ข้อคิดเห็น ได้รับการแก้ไขหรือตอบสนองอย่างรวดเร็ว หมายถึง มีการรับเรื่องร้องเรียนและแก้ไขทันที อาทิ ด้านพฤติกรรมบริการ, ด้านล่าช้า รอนาน, ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านอื่น ๆ **วิธีคำนวณ :** จำนวนอุบัติการณ์ข้อร้องเรียน/ ข้อคิดเห็น สามารถแก้ไขได้ทันภายในกำหนดเวลา คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วยจำนวนอุบัติการณ์ข้อร้องเรียน/ ข้อคิดเห็นทั้งหมดในปีงบประมาณนั้น ๆ	คณะกรรมการรับฟังความคิดเห็นและข้อร้องเรียน ฝ่ายการพยาบาลทุกหน่วยงาน

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ/งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	
๑. กิจกรรมการประชุมเพื่อติดตามการตอบสนองต่อข้อเสนอแนะจากผู้รับบริการและญาติ (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*คณะกรรมการรับฟังความคิดเห็นและข้อร้องเรียน ฯ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ*

เป้าประสงค์ที่ ๒.๒ เพิ่มศักยภาพการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่สอดคล้องกับความต้องการและแนวโน้มการเจ็บป่วยของประชาชน

กลยุทธ์ที่ ๒.๒.๑ พัฒนาบริการทางการแพทย์รองรับโรคสำคัญที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนและโรคคนเมือง

๑) ด้านสูติ - นรีเวชกรรม

๑.๑) เพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยรายโรค - ด้านสูตินรีเวชกรรม

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๑๐. จำนวนคลินิกเฉพาะโรคและ/หรือพัฒนาช่องทางเพื่อรองรับการให้บริการ	๑ คลินิก/ช่องทาง	๑ คลินิก/ช่องทาง	-	**นิยาม/คำอธิบาย :** สามารถเปิดให้บริการคลินิกเฉพาะทาง ด้านสูติ - นรีเวชกรรม เพื่อให้รองรับการให้บริการในโรงพยาบาลและตอบสนองความต้องการของประชาชน **วิธีคำนวณ :**	กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม
๑๑. ร้อยละความสำเร็จของสตรีที่มีภาวะมีบุตรยากเข้ารับบริการในคลินิกรักษาภาวะผู้มีบุตรยากได้รับคำแนะนำและเข้าสู่กระบวนการรักษา (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๑ กลยุทธ์ที่ ๒	๖๕%	๗๐%	๗๕%	**นิยาม/คำอธิบาย :** ๑) สามารถดำเนินการเปิดให้บริการคลินิกรักษาภาวะผู้มีบุตรยากโดยการฉีดน้ำเชื้อเข้าสู่โพรงมดลูก IUI (Intrauterine insemination) ๒) สตรีที่มีภาวะมีบุตรยากเข้ามารับบริการที่คลินิกรักษาภาวะผู้มีบุตรยากได้รับคำแนะนำเข้าสู่กระบวนการรักษา **วิธีคำนวณ :** ๑) สามารถเปิดให้บริการคลินิกดังกล่าว ภายในเดือนธันวาคม ๒๕๖๔ ๒) จำนวนผู้มารับบริการในคลินิกและได้รับคำแนะนำและเข้าสู่กระบวนการรักษาจริง คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนผู้มารับบริการทั้งหมด	กลุ่มงานสูติ – นรีเวชกรรม ฝ่ายการพยาบาล
๑๒. จำนวนอุบัติการณ์เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวชลดลง * คลินิกส่องกล้องทางนรีเวชเปิดให้ บริการตั้งแต่ปี ๒๕๖๑	< ๕ รายต่อปี	< ๕ รายต่อปี	< ๕ รายต่อปี	**นิยาม/คำอธิบาย :** ภาวะแทรกซ้อน คือ ภาวะที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวช เช่น การบาดเจ็บต่ออวัยวะข้างเคียง **วิธีคำนวณ :** จำนวนครั้งของอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวช คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนครั้งที่ให้บริการผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวชทั้งหมด	กลุ่มงานสูติ – นรีเวชกรรม

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๑๓. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลและมีอายุครรภ์น้อยกว่า ๑๖ สัปดาห์ ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคดาวน์ซินโดรมรวมถึงทางเลือกในการตรวจคัดกรอง	๘๐%	๘๐%	๘๕%	**นิยาม/คำอธิบาย :** หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า ๑๖ สัปดาห์ ได้รับความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองโรคดาวน์ซินโดรม **วิธีคำนวณ :** จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองโรคดาวน์ซินโดรม คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลตั้งแต่อายุครรภ์น้อยกว่า ๑๖ สัปดาห์	กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม ฝ่ายการพยาบาล
๑๔. ร้อยละความพึงพอใจของผู้มารับบริการในแผนกสูติ – นรีเวชกรรม	≥๘๐%	≥๘๐%	≥๘๕%	**นิยาม/คำอธิบาย : ความพึงพอใจ** หมายถึง ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์ตั้งแต่ระดับ “มาก” ขึ้นไป ที่มารับบริการผู้ป่วยในแผนกสูติ - นรีเวชกรรม **วิธีคำนวณ :** จำนวนผู้รับบริการที่ตอบแบบประเมินความพึงพอใจระดับมากขึ้นไป หารด้วยจำนวนผู้รับบริการที่ตอบแบบประเมินความพึงพอใจทั้งหมด คูณ ๑๐๐	กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม ฝ่ายการพยาบาล

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ/งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	
๑. โครงการเพิ่มศักยภาพการให้บริการในคลินิกรักษาภาวะผู้มีบุตรยาก โดยการฉีดน้ำเชื้อเข้าสู่โพรงมดลูก IUI (Intrauterine insemination) (ปี ๒๕๖๕) ** เป็นการโครงการต่อเนื่องในการดำเนินการเปิดให้บริการคลินิก ภายใน ปี ๒๕๖๔ – ๒๕๖๕ จัดซื้อครุภัณฑ์ทางการแพทย์ ดังนี้* *๑. กล้องจุลทรรศน์ ชนิด ๒ กระบอกตา เทคนิคเฟสคอนทราส ๑ เครื่อง เป็นเงิน ๑๗๑,๒๐๐ บาท (เงินบำรุงฯ)* *๒. ตู้ปลอดเชื้อ ๑ เครื่อง เป็นเงิน ๑๒๘,๔๐๐ บาท (เงินบำรุงฯ)* *๓. เครื่องให้ความร้อนสำหรับหลอดทดลอง ๑ เครื่อง เป็นเงิน ๘๘,๗๕๖ บาท (เงินบำรุงฯ)* *๔. ชุดให้สำหรับนับจำนวนอสุจิและเซลล์ ๒ ชุด เป็นเงิน ๗๔,๙๐๐ บาท (เงินบำรุงฯ)*	*๕๔๔,๕๗๖*	-	-	*กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม*

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ (ต่อ)

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ/งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	
๕. เครื่องปั่นเหวี่ยงชนิดตั้งโต๊ะ ๑ เครื่อง เป็นเงิน ๖๔,๒๐๐ บาท (เงินบำรุงฯ) *๖. ชุดอุปกรณ์ดูด - จ่ายสารละลายอัตโนมัติชนิดปรับปริมาตรได้ ๑ ชุด เป็นเงิน ๑๗,๑๒๐ บาท (เงินบำรุงฯ)* (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)				
๒. โครงการผ่าตัดผ่านกล้องโพรงมดลูกแบบวันเดียวกลับ (ปี ๒๕๖๖) (เงินบำรุงฯ)	-	*๓,๓๐๐,๐๐๐*	-	*กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม*
๓. กิจกรรมบริหารจัดการความเสี่ยงจากอุบัติการณ์ที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวช (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*คณะกรรมการ PCT ด้านสูติ - นรีเวชกรรม กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม*

๑.๒) เพิ่มศักยภาพการดูแลในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง Preterm

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๑๕. อัตราคัดกรองผู้ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ ๒๔ สัปดาห์ ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	**นิยาม/คำอธิบาย :** การคัดกรองสตรีที่ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ ๒๔ สัปดาห์ ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด **วิธีคำนวณ :** จำนวนสตรีที่ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนกำหนด ๒๔ สัปดาห์ ได้รับการคัดกรองเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนสตรีที่ฝากครรภ์ก่อน ๒๔ สัปดาห์ทั้งหมด	กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม ฝ่ายการพยาบาล
๑๖. อัตราสตรีตั้งครรภ์เดี่ยวตรวจพบปากมดลูกสั้นก่อนอายุครรภ์ ๒๔ สัปดาห์ ได้รับการรักษาตามแนวทางการป้องกันสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด	≥๘๐%	≥๘๕%	≥๙๐%	**นิยาม/คำอธิบาย :** สตรีตั้งครรภ์เดี่ยวตรวจพบปากมดลูกสั้นได้รับการรักษาตามแนวทางการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด **วิธีคำนวณ :** จำนวนสตรีตั้งครรภ์เดี่ยวตรวจพบปากมดลูกสั้นได้รับการรักษาตามแนวทาง คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนสตรีตั้งครรภ์เดี่ยวตรวจพบปากมดลูกสั้นทั้งหมด	กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม ฝ่ายการพยาบาล

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๑๗. อัตราสตรีตั้งครรภ์เดี่ยวที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนดได้รับโปรเจสเตอโรนตั้งแต่อายุครรภ์ ๑๖ – ๒๔ สัปดาห์ จนถึง ๓๖+๖ สัปดาห์	≥๗๕%	≥๘๐%	≥๘๕%	**นิยาม/คำอธิบาย :** สตรีตั้งครรภ์เดี่ยวที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนดได้รับโปรเจสเตอโรน **วิธีคำนวณ :** จำนวนสตรีตั้งครรภ์เดี่ยวที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนดได้รับโปรเจสเตอโรน คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนสตรีตั้งครรภ์เดี่ยว ที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนด	กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม ฝ่ายการพยาบาล
๑๘. อัตราสตรีตั้งครรภ์ประสบความสำเร็จในการยับยั้งภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	≥๗๐%	≥๗๕%	≥๘๐%	**นิยาม/คำอธิบาย :** ความสำเร็จของการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้สำเร็จ **วิธีคำนวณ :** จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่สามารถยับยั้งภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้สำเร็จ คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในปีงบประมาณนั้น ๆ	กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม ฝ่ายการพยาบาล

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ/งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	
๑. กิจกรรมให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ก่อนกำหนด (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*กลุ่มงานสูติ – นรีเวชกรรม ฝ่ายการพยาบาล*

๑.๓) เพื่อบูรณาการการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่น

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๑๙. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับความรู้ด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ตลอดจนการวางแผนการคุมกำเนิดหลังคลอด	๗๐%	๗๐%	๗๕%	**นิยาม/คำอธิบาย :** จัดให้ความรู้ด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ให้แก่มารดาวัยรุ่นตลอดจนการวางแผนการคุมกำเนิดหลังคลอด **วิธีคำนวณ :** จำนวนหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาคลอดที่โรงพยาบาลได้รับความรู้ฯ คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาคลอดที่โรงพยาบาลทั้งหมด	กลุ่มงานสูติ – นรีเวชกรรม ฝ่ายการพยาบาล

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๒๐. จัดกิจกรรมให้ความรู้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	๑ ครั้ง/ปี	๑ ครั้ง/ปี	๑ ครั้ง/ปี	**นิยาม/คำอธิบาย :** สามารถดำเนินการจัดกิจกรรมให้ความรู้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (ในโรงเรียนหรือในชุมชน) ทุก ๆ ปี ปีละ ๑ ครั้ง **วิธีคำนวณ :** นับจำนวน	กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชน ฯ (OSCC)

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ/งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	
๑. กิจกรรมให้ความรู้และส่งเสริมการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรเพื่อลดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*กลุ่มงานสูติ – นรีเวชกรรม ฝ่ายการพยาบาล*
๒. โครงการหรือกิจกรรมให้ความรู้ เกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น/การคุมกำเนิด/ลดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่เป็นกลุ่มเสี่ยง (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชน ฯ (OSCC)*

๒) ด้านจักษุวิทยา

๒.๑) เพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยรายโรค - ด้านจักษุวิทยา

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๒๑. จำนวนคลินิกเฉพาะโรคและ/หรือพัฒนาช่องทางเพื่อรองรับการให้บริการ	-	๑ คลินิก/ช่องทาง	-	**นิยาม/คำอธิบาย :** สามารถเปิดให้บริการคลินิกเฉพาะทาง ด้านจักษุวิทยา เพื่อให้รองรับการให้บริการในโรงพยาบาลและตอบสนองความต้องการของประชาชน **วิธีคำนวณ :** นับจำนวน	กลุ่มงานจักษุวิทยา
๒๒. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจคัดกรองจอประสาทตา (๑ ครั้งต่อคนต่อปี) (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๑ กลยุทธ์ที่ ๒	-	๕๐%	๕๕%	**นิยาม/คำอธิบาย :** ภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา คือ ความผิดปกติของจอประสาทตาที่เกิดจากโรคเบาหวาน โดยมีลักษณะสำคัญที่ความผิดปกติของเส้นเลือดขนาดเล็ก พบว่าการมีระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงอยู่เป็นเวลานานทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาของเส้นเลือดฝอยที่เลี้ยงจอประสาทตาจนนำไปสู่ความเสียหายของเส้นเลือด	กลุ่มงานจักษุวิทยา ฝ่ายการพยาบาล

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
				วิธีคำนวณ : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจคัดกรอง จอประสาทตา อย่างน้อย ๑ ครั้งต่อคนต่อปี คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มารักษาในคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาล ในรอบ ๑ ปี	
๒๓. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตาระดับ Severe NPDR ขึ้นไป ได้รับการรักษาด้วยการทำเลเซอร์ ภายใน ๓๐ วัน	-	๕๐%	๖๐%	**นิยาม/คำอธิบาย :** เบาหวานขึ้นจอประสาทตาระดับ Severe NPDR คือ ระดับรุนแรง วินิจฉัยจากการมีข้อใดข้อหนึ่ง พบจุดเลือดออก (microaneurysm/dot-blot hemorrhage) มากกว่าหรือเท่ากับ ๒๐ จุด พบจุดเส้นเลือดโป่ง (venous beading) อยู่อย่างน้อย ๒ quadrant และพบมีหลอดเลือดฝอยผิดปกติ (Intraretinal microvascular abnormality : IRMA) **วิธีคำนวณ :** จำนวนผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ระดับ Severe NPDR ขึ้นไป ได้รับการรักษาด้วยการทำเลเซอร์ ภายใน ๓๐ วัน คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ระดับ Severe NPDR ขึ้นไป ทั้งหมด	กลุ่มงานจักษุวิทยา ฝ่ายการพยาบาล

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ/งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	
๑. โครงการคลินิกจอประสาทตา (ปี ๒๕๖๖) ** จัดซื้อครุภัณฑ์ทางการแพทย์ ดังนี้* *๑. เครื่องผ่าตัดน้ำวุ้นลูกตาส่วนหลังพร้อมเลเซอร์พร้อมผ่าตัดต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง พร้อมอุปกรณ์ ๑ เครื่อง เป็นเงิน ๖,๐๐๐,๐๐๐ บาท (เงิน กทม.๖๖)* *๒. ชุดกระบอกตาชนิดกลับภาพด้วยมือหมุนและชุดแขวนเลนส์สำหรับผ่าตัดชนิดไม่สัมผัสตา ๑ ชุด เป็นเงิน ๑,๕๐๐,๐๐๐ บาท (เงิน กทม.๖๖)* (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	-	*๗,๕๐๐,๐๐๐*	-	*กลุ่มงานจักษุวิทยา*

๓) ด้านกุมารเวชกรรม

๓.๑) เพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยรายโรค – ด้านกุมารเวชกรรม

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๒๔. จำนวนคลินิกเฉพาะโรคและ/หรือพัฒนาช่องทางเพื่อรองรับการให้บริการ	-	-	๑ คลินิก/ช่องทาง	**นิยาม/คำอธิบาย :** สามารถเปิดให้บริการคลินิกเฉพาะทาง ด้านกุมารเวชกรรม เพื่อให้รองรับการให้บริการในโรงพยาบาลและตอบสนองความต้องการของประชาชน **วิธีคำนวณ :** นับจำนวน	กลุ่มงานกุมารเวชกรรม
๒๕. อัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิฤกตหลังรักษา ภายใน ๒๘ วัน หลังคลอด (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๑ กลยุทธ์ที่ ๒	≤๑๐ : ๑,๐๐๐LB (อัตราการเสียชีวิตต่อทารกแรกเกิดมีชีพ ๑,๐๐๐LB)	≤๑๐ : ๑,๐๐๐LB (อัตราการเสียชีวิตต่อทารกแรกเกิดมีชีพ ๑,๐๐๐LB)	≤๑๐ : ๑,๐๐๐LB (อัตราการเสียชีวิตต่อทารกแรกเกิดมีชีพ ๑,๐๐๐LB)	**นิยาม/คำอธิบาย : - ทารกแรกเกิดหมายถึง** ทารกน้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ ๕๐๐ กรัม ที่เกิดมามีชีวิตในโรงพยาบาล - **ทารกแรกเกิดวิฤกต** หมายถึง ทารกที่มีความผิดปกติในระบบต่าง ๆ เช่น การหายใจ ความผิดปกติของหัวใจ และภาวะที่ต้องผ่าตัด เป็นต้น **วิธีคำนวณ :** จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพน้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ ๕๐๐ กรัม ที่เสียชีวิต ภายใน ๒๘ วันหลังคลอด คูณด้วย ๑,๐๐๐ หารด้วย จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพน้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ๕๐๐กรัมทั้งหมด	กลุ่มงานกุมารเวชกรรม ฝ่ายการพยาบาล
๒๖. อัตราการเกิดภาวะหายใจลำบาก(RDS) ในทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนด (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๑ กลยุทธ์ที่ ๒	≤๑๐%	≤๑๐%	≤๑๐%	**นิยาม/คำอธิบาย :** - **RDS (Respiratory Distress Syndrome) หรือภาวะกลุ่มอาการหายใจลำบาก** หมายถึงภาวะความผิดปกติในระบบทางเดินหายใจของทารก ซึ่งเป็นผลมาจากสารลดแรงตึงผิว (Surfactant) ที่มีหน้าที่ช่วยให้ถุงลมในปอดทำงานได้อย่างปกติในทารกมีปริมาณไม่เพียงพอ ทำให้ทารกมีอาการผิดปกติ เช่น หายใจเสียงดังหรือเร็ว ตัวเขียว แสดงอาการคล้ายรู้สึกอึดอัดขณะหายใจ เป็นต้น - ทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนด อายุครรภ์น้อยกว่า ๓๗ สัปดาห์ **วิธีคำนวณ :** จำนวนทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า ๓๗ สัปดาห์ เกิดภาวะหายใจลำบาก (RDS) คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า ๓๗ สัปดาห์ทั้งหมด	กลุ่มงานกุมารเวชกรรม ฝ่ายการพยาบาล

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ/งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	
๑. โครงการ NICU (ปี ๒๕๖๗) ** ปรับปรุงสถานที่และระบบระบายอากาศ ไฟฟ้า ประปา พร้อมตกแต่งภายใน เป็นเงิน ๓๐๐,๐๐๐ บาท (เงิน กทม.๖๗ และ เงินบำรุงฯ)* ** จัดซื้อครุภัณฑ์ทางการแพทย์ ดังนี้* *๑. ตู้อบเด็กแรกเกิดชนิดควบคุมอุณหภูมิโดยอัตโนมัติแบบผนัง ๒ ชั้น พร้อมอุปกรณ์ชั่งน้ำหนักได้ ถาดเอกซเรย์ ระบบควบคุมความชื้น ปรับระดับสูงต่ำด้วยไฟฟ้า ๑ เครื่อง เป็นเงิน ๖๕๐,๐๐๐ บาท (เงิน กทม.๖๗) เป็นการประมาณการราคาอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ตามราคาท้องตลาดในปีงบประมาณนั้น ๆ* ** จัดซื้อครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์ และครุภัณฑ์สำนักงาน เป็นเงิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท (ปี ๒๕๖๗) (เงินบำรุงฯ)* (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	-	-	*๑,๐๕๐,๐๐๐*	*กลุ่มงานกุมารเวชกรรม*

๔) ด้านอายุรกรรม

๔.๑) เพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยรายโรค - ด้านอายุรกรรม

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๒๗. จำนวนคลินิกเฉพาะโรคและ/หรือพัฒนาช่องทางเพื่อรองรับการให้บริการ	-	-	๑ คลินิก/ช่องทาง	**นิยาม/คำอธิบาย :** สามารถเปิดให้บริการคลินิกเฉพาะทาง ด้านอายุรกรรม เพื่อให้รองรับการให้บริการในโรงพยาบาลและตอบสนองความต้องการของประชาชน **วิธีคำนวณ :** นับจำนวน	กลุ่มงานอายุรกรรม

๔.๒) เพิ่มศักยภาพการให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคไต

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๒๘. ร้อยละความสำเร็จในการเปิดให้บริการล้างไตทางช่องท้อง (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๑ กลยุทธ์ที่ ๑	-	-	๑๐๐%	**นิยาม/คำอธิบาย :** สามารถเปิดให้บริการคลินิกล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) ภายในปี ๒๕๖๗ **วิธีคำนวณ :** สามารถเปิดให้บริการคลินิกล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) ภายในปี ๒๕๖๗	กลุ่มงานอายุรกรรม

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๒๙. ร้อยละของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่สามารถชะลอความเสื่อมของไตได้ตามเป้าหมาย (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๑ กลยุทธ์ที่ ๑	≥๘๐%	≥๘๐%	≥๘๕%	**นิยาม/คำอธิบาย :** ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓ – ๔ สัญชาติไทย ที่มารับบริการที่คลินิโรคไตของโรงพยาบาล ได้รับการตรวจ Serum Creatinine โดยมีผล eGFR ≥ ๒ ค่าในช่วงเวลาที่ต่างกันของปีที่เก็บข้อมูลและมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงลดลง < ๔ ml/min/๑.๗๓ m๒/ Yr **วิธีคำนวณ :** จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ระยะที่ ๓ – ๔ สัญชาติไทย ที่มารับบริการที่คลินิโรคไตของโรงพยาบาล ได้รับการตรวจ Serum Creatinine โดยมีผล eGFR ≥ ๒ ค่าในช่วงเวลาที่ต่างกันของปีที่เก็บข้อมูลและมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงลดลง < ๔ ml/min/๑.๗๓ m๒/ Yr คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วยจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ระยะที่ ๓ – ๔ สัญชาติไทย ที่มารับบริการที่คลินิโรคไตของโรงพยาบาล ได้รับการตรวจ Serum Creatinine โดยมีผล eGFR ≥ ๒ ค่าในช่วงเวลาที่ต่างกันของปีที่เก็บข้อมูล	กลุ่มงานอายุรกรรม ฝ่ายการพยาบาล
๓๐. ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ (ศูนย์ไตเทียม)	≥๘๐%	≥๘๐%	≥๘๕%	**นิยาม/คำอธิบาย :** ความพึงพอใจของผู้มารับบริการศูนย์ไตเทียม โดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจผู้ป่วยนอก - ผู้ป่วยในที่ฝ่ายการพยาบาลนำมาปรับใช้ **วิธีคำนวณ :** จำนวนผู้มารับบริการที่มีความพึงพอใจ ในระดับดีมาก คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนผู้มารับบริการทั้งหมดที่ประเมินความพึงพอใจ	กลุ่มงานอายุรกรรม ฝ่ายการพยาบาล

๔.๓) เพิ่มศักยภาพการให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๓๑. ร้อยละความสำเร็จในการเปิดคลินิกผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว	-	-	๕๐%	**นิยาม/คำอธิบาย :** ดำเนินการจัดซื้อครุภัณฑ์ภายในปี ๒๕๖๗ ร้อยละ ๕๐ - สามารถเปิดให้บริการคลินิกผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวภายในปี ๒๕๖๘ ร้อยละ ๑๐๐	กลุ่มงานอายุรกรรม ฝ่ายการพยาบาล

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
(แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๑ กลยุทธ์ที่ ๒				**วิธีคำนวณ :** สามารถเปิดให้บริการคลินิกผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวภายในปี ๒๕๖๘	

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ/งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	
๑. โครงการคลินิกล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) (ปี ๒๕๖๗ - ๒๕๖๘) งบประมาณ ๙๐๐,๐๐๐ บาท ** ปรับปรุงสถานที่และระบบอากาศ ไฟฟ้า ประปา พร้อมตกแต่งภายใน เป็นเงิน ๕๐๐,๐๐๐ บาท (เงิน กทม. หรือ เงินบำรุงฯ) ปี ๒๕๖๘* ** จัดซื้อครุภัณฑ์ทางการแพทย์ ดังนี้* *๑. เครื่องตรวจและติดตามการทำงานของหัวใจสัญญาณชีพ ๑ ตัว ราคาประมาณ ๑๕๐,๐๐๐ บาท (เงินบำรุงฯ) ปี ๒๕๖๗ ราคานี้สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามราคาท้องตลาดในปีงบประมาณนั้น ๆ* ** จัดซื้อครุภัณฑ์ประเภทเครื่องมือแพทย์ ดังนี้* *๑. เตียงผู้ป่วยควบคุมด้วยระบบไฟฟ้า จำนวน ๒ เตียง ราคาเตียงละ ๗๕,๐๐๐ บาท รวม ๑๕๐,๐๐๐ บาท (เงิน กทม.๖๘)* ** จัดซื้อครุภัณฑ์สำนักงานและคอมพิวเตอร์ ๑๐๐,๐๐๐ บาท (เงิน กทม.๖๘)*	-	-	๑๕๐,๐๐๐	*กลุ่มงานอายุรกรรม ฝ่ายการพยาบาล ฝ่ายบริหารงานทั่วไป*
๒. โครงการคลินิกผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว (ปี ๒๕๖๗ - ๒๕๖๘) ** จัดซื้อครุภัณฑ์ทางการแพทย์ ดังนี้* *๑. เครื่องตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงที่มีระบบเซลล์ภาค ๓ มิติ แบบ Reat time ๑ เครื่อง เป็นเงิน ๗,๐๐๐,๐๐๐ บาท (เงิน กทม.๖๗)* *๒. เครื่องตรวจสมรรถภาพหัวใจขณะออกกำลังกายพร้อมลู่วิ่งและจักรยาน ๑ ชุด เป็นเงิน ๑,๖๐๐,๐๐๐ บาท (เงิน กทม.๖๗)*	-	-	๑๐,๐๐๐,๐๐๐	*กลุ่มงานอายุรกรรม ฝ่ายการพยาบาล ฝ่ายบริหารงานทั่วไป*

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ (ต่อ)

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ/งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	
๓. เครื่องบันทึกการทำงานของหัวใจผู้ป่วยชนิดแบบพกพาติดตัว พร้อมชุดโปรแกรมวิเคราะห์ผล (Hotter Workstation) และระบบวเคราะห์ข้อมูลคลื่นไฟฟ้าหัวใจผู้ป่วยแบบ ๑๒ ลีด ๑ เครื่อง เป็นเงิน ๑,๔๐๐,๐๐๐ บาท (เงิน กทม.๖๗) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ.ระยะ ๔ ปี)				

๕) ด้านศัลยกรรม

๕.๑) เพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยรายโรค - ด้านศัลยกรรม

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๓๒. จำนวนคลินิกเฉพาะโรคและ/หรือพัฒนาช่องทางเพื่อรองรับการให้บริการ	๑ คลินิก/ช่องทาง	๑ คลินิก/ช่องทาง	๑ คลินิก/ช่องทาง	**นิยาม/คำอธิบาย :** สามารถเปิดให้บริการคลินิกเฉพาะทาง ด้านศัลยกรรม เพื่อให้รองรับการให้บริการในโรงพยาบาลและตอบสนองความต้องการของประชาชน **วิธีคำนวณ :** นับจำนวน	กลุ่มงานศัลยกรรม

๕.๒) เพิ่มศักยภาพในการให้บริการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๓๓. ร้อยละความสำเร็จในการปรับปรุงห้องผ่าตัด (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๓ เป้าประสงค์ที่ ๓ กลยุทธ์ที่ ๔	-	๕๐%	๑๐๐%	**นิยาม/คำอธิบาย :** ๑) ขอจัดสรรงบประมาณ ภายในปี ๒๕๖๖ ร้อยละ ๕๐ ๒) ดำเนินการปรับปรุงห้องผ่าตัด ภายในปี ๒๕๖๖ และสามารถดำเนินการเปิดให้บริการห้องผ่าตัด ภายในปี ๒๕๖๗ **วิธีคำนวณ :** สามารถดำเนินการตามขั้นตอนที่กำหนด	กลุ่มงานศัลยกรรม
๓๔. ร้อยละอุบัติการณ์การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง	๐%	๐%	๐%	**นิยาม/คำอธิบาย :** มีแนวทางการเพิ่มความปลอดภัยให้ผู้ป่วยไม่ให้เกิดการทำหัตถการผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง	กลุ่มงานศัลยกรรม กลุ่มงานอายุรกรรม กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
				วิธีคำนวณ : จำนวนผู้ป่วยที่ทำหัตถการผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่งในปีงบประมาณนั้น ๆ คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนผู้ป่วยที่ทำหัตถการทั้งหมด ในปีงบประมาณนั้น ๆ	กลุ่มงานจักษุวิทยา กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม ฝ่ายการพยาบาล
๓๕. ร้อยละความสำเร็จในการคัดกรองผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ สามารถส่งต่อเข้ากระบวนการรักษาอย่างต่อเนื่อง	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	**นิยาม/คำอธิบาย :** ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะเกิดความผิดปกติของเซลล์ที่อยู่ภายในท่อน้ำนมหรือต่อมน้ำนม เซลล์เหล่านี้มีการแบ่งตัวผิดปกติไม่สามารถควบคุมได้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะต้องได้รับการคัดกรองและส่งต่อเข้ากระบวนการรักษาอย่างต่อเนื่อง **วิธีคำนวณ :** จำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ได้รับการตรวจคัดกรองและผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมสามารถส่งต่อเข้ากระบวนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ในปีงบประมาณนั้น ๆ คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทั้งหมด	กลุ่มงานศัลยกรรม ฝ่ายการพยาบาล

๕.๓) เพิ่มศักยภาพในการให้บริการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๓๖. ร้อยละความสำเร็จผู้เข้าร่วมโครงการที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคต่อมลูกหมากโต มะเร็งลูกหมาก และสุขภาพชาย แล้วพบว่ามีผลเลือดผิดปกติเข้าสู่กระบวนการรักษา โดยนัดเข้าคลินิกโรคระบบทางเดินปัสสาวะ	๘๐%	๘๐%	๘๕%	**นิยาม/คำอธิบาย :** ผู้เข้าร่วมโครงการประกอบด้วย บุคลากรในโรงพยาบาลและประชาชนทั่วไป ได้รับการคัดกรองตรวจโรค ต่อมลูกหมากโต มะเร็งลูกหมาก และสุขภาพชาย หากพบผลเลือดผิดปกติจะเข้าสู่กระบวนการรักษาต่อไป **วิธีคำนวณ :** จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการที่ได้รับการคัดกรอง ฯ แล้วมีผลเลือดผิดปกติเข้าสู่กระบวนการรักษา โดยการนัดเข้าคลินิกโรคระบบทางเดินปัสสาวะ คูณด้วย ๑๐๐หารด้วย จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการที่ได้รับการคัดกรอง ฯ แล้วพบว่ามีผลเลือดผิดปกติทั้งหมด	กลุ่มงานศัลยกรรม ฝ่ายการพยาบาล

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๓๗. อัตราการเกิดเลือดออกหลังทำการตัดชิ้นเนื้อต่อมลูกหมากทางทวารหนัก (TRUS c Bx)	< ๕%	< ๕%	< ๕%	**นิยาม/คำอธิบาย :** ผู้ป่วยต่อมลูกหมากโตได้รับการตรวจมะเร็งต่อมลูกหมาก โดยการสอดเครื่องมือ ultrasound ที่มีช่องใส่เข็มสปริงสำหรับตัดเอาชิ้นเนื้อจากต่อมลูกหมากไปตรวจทางพยาธิวิทยาผ่านทางทวารหนักหลังตัดชิ้นเนื้อมีเลือดออกมากกว่า ๓ วัน **วิธีคำนวณ :** จำนวนผู้ป่วยต่อมลูกหมากโต ได้รับการตรวจมะเร็งต่อมลูกหมากโดยการสอดเครื่องมือ ultrasound ที่มีช่องใส่เข็มสปริง สำหรับตัดเอาชิ้นเนื้อจากต่อมลูกหมากผ่านทางทวารหนักหลังตัดชิ้นเนื้อ มีเลือดออกมากกว่า ๓ วัน คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนผู้ป่วยลูกหมากโต ได้รับการตรวจมะเร็งต่อมลูกหมาก โดยการสอดเครื่องมือ ultrasound ที่มีช่องใส่เข็มสปริง สำหรับตัดเอาชิ้นเนื้อจากต่อมลูกหมากผ่านทางทวารหนักทั้งหมด	กลุ่มงานศัลยกรรม ฝ่ายการพยาบาล

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ/งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	
๑. โครงการศูนย์ส่องกล้องและผ่าตัดผ่านกล้อง (ปี ๒๕๖๖ – ๒๕๖๘) ** เป็นโครงการที่ดำเนินการร่วมกันระหว่าง กลุ่มงานสูติ – นรีเวชกรรม กลุ่มงานศัลยกรรม และกลุ่มงานอายุรกรรม)* ** จัดซื้อครุภัณฑ์ทางการแพทย์ ดังนี้* *๑. กล้องส่องตรวจโพรงมดลูกชนิดไฟเบอร์ออฟติกพร้อมชุดถ่ายทอดสัญญาณและเครื่องจ่ายน้ำชนิดควบคุมแรงดัน ๑ ชุด เป็นเงิน ๓,๓๐๐,๐๐๐ บาท (เงิน กทม. ๖๖)* *๒. กล้องส่องตรวจท่อไตและกรวยไตชนิดวีดีทัศน์ ๑ ชุด เป็นเงิน ๒,๐๐๐,๐๐๐ บาท (เงินมูลนิธิ ฯ ๖๖)*	-	*๗,๕๐๐,๐๐๐*	-	*กลุ่มงานศัลยกรรม กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม ฝ่ายการพยาบาล ฝ่ายบริหารงานทั่วไป*

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ (ต่อ)

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ/งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	
๓. เครื่องจี้ตัดเนื้อเยื่อพร้อมระบบการตัดต่อมลูกหมากผ่านกล้องแบบในน้ำเกลือ ๑ ชุด เป็นเงิน ๒,๒๐๐,๐๐๐ บาท (เงิน กทม.๖๖) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)				
๒. โครงการปรับปรุงห้องผ่าตัด (ปี ๒๕๖๖ - ๒๕๖๗) ** ปรับปรุงโครงสร้างและระบบระบายอากาศ เป็นเงิน ๓๐,๐๐๐,๐๐๐ บาท (ขอจัดสรรงบประมาณ - งบเพิ่มเติม ปี ๖๖)* ** จัดซื้อครุภัณฑ์ทางการแพทย์ ดังนี้* *๑. เตียงผ่าตัดระบบไฟฟ้าพร้อมขาหยั่งแบบปรับมือเดียว ๑ ชุด เป็นเงิน ๒,๒๐๐,๐๐๐ บาท (เงิน กทม. ๖๖) (ซื้อเพิ่มเติม)* *๒. โคมไฟผ่าตัดขนาดใหญ่แบบแอลอีดีชนิดติดเพดานแบบโคมคู่ พร้อมระบบถ่ายทอดสัญญาณภาพ ๑ ชุด เป็นเงิน ๑,๔๕๐,๐๐๐ บาท (เงิน กทม. ๖๖) (ซื้อเพิ่มเติม)* (ตอบสนองโครงกา/รกิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	-	*๓๐,๐๐๐,๐๐๐*	*๓,๖๕๐,๐๐๐*	*กลุ่มงานศัลยกรรม ฝ่ายการพยาบาล ฝ่ายบริหารงานทั่วไป*
๓. กิจกรรมเพิ่มศักยภาพการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมรายใหม่ (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*กลุ่มงานศัลยกรรม ฝ่ายการพยาบาล*
*๔. โครงการตรวจคัดกรองโรคต่อมลูกหมาก โต มะเร็งลูกหมาก และสุขภาพชาย และให้ความรู้สู่ประชาชน (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) * ใช้เงินมูลนิธิฯ **	*๗๐,๐๐๐*	*๗๐,๐๐๐*	*๗๐,๐๐๐*	*กลุ่มงานศัลยกรรม ฝ่ายการพยาบาล*

๖) ด้านโสต ศอ นาสิก

๖.๑) เพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยรายโรค - ด้านโสต ศอ นาสิก

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๓๘. จำนวนคลินิกเฉพาะโรคและ/หรือพัฒนาช่องทางเพื่อรองรับการให้บริการ	-	๑ คลินิก/ช่องทาง	-	**นิยาม/คำอธิบาย :** สามารถเปิดให้บริการคลินิกเฉพาะทาง ด้านโสต ศอ นาสิก เพื่อให้รองรับการให้บริการในโรงพยาบาลและตอบสนองความต้องการของประชาชน **วิธีคำนวณ :** นับจำนวน	กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๓๙. ร้อยละความสำเร็จในการเปิดให้บริการคลินิกเยื่อบุโพรงจมูกอักเสบจากภูมิแพ้	-	๑๐๐%	-	**นิยาม/คำอธิบาย :** สามารถเปิดให้เปิดให้บริการคลินิกเยื่อบุโพรงจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ และให้บริการทดสอบภูมิแพ้ที่ผิวหนัง (Skin prick test) ภายในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ **วิธีคำนวณ :** เปิดให้บริการ ภายในปีงบประมาณ ๒๕๖๖	กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก
๔๐. ร้อยละความสำเร็จในการเพิ่มศักยภาพการให้บริการตรวจการได้ยิน	-	๑๐๐%	๑๐๐%	**นิยาม/คำอธิบาย :** เพิ่มศักยภาพการให้บริการตรวจการได้ยิน ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ สามารถเปิดให้บริการ๑ วันต่อสัปดาห์ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ – ๒๕๖๗ ดำเนินการเปิดให้บริการ จาก ๑ วัน เพิ่มขึ้น เป็น ๒ วัน และมีการจ้างบุคคลภายนอกช่วยปฏิบัติราชการเพิ่มจาก ๑ คน เป็น ๒ คน **วิธีคำนวณ :** เปิดให้บริการ ภายในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ – ๒๕๖๗ จำนวน ๒ วันต่อสัปดาห์	กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ/งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	
๑. โครงการคลินิกเยื่อบุโพรงจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ (ปี ๒๕๖๖) ** จัดซื้อชุดทดสอบภูมิแพ้ทางผิวหนัง โดยการสะกิดผิวหนัง (Skin prick test) เป็นเงิน ๕๐,๐๐๐ บาท (เงินบำรุงฯ)*	-	*๕๐,๐๐๐*	-	*กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก*
๒. โครงการเพิ่มศักยภาพการให้บริการตรวจการได้ยิน (ปี ๒๕๖๖ - ๒๕๖๗) ** เปิดให้บริการ จาก ๑ วัน เป็น ๒ วันต่อสัปดาห์* ** HRM : จ้างบุคคลภายนอกช่วยปฏิบัติราชการ จาก ๑ คน เป็น ๒ คนต่อสัปดาห์ เป็นเงิน ๑๔๐,๐๐๐ บาทต่อปี รวม ๓ ปี รวมเป็นเงิน ๔๒๐,๐๐๐ บาท (เงินบำรุงฯ)*	-	*๑๔๐,๐๐๐*	*๑๔๐,๐๐๐*	*กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก*

๗) ด้านออร์โธปิดิกส์

๗.๑) เพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยรายโรค - ด้านออร์โธปิดิกส์

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๔๑. จำนวนคลินิกเฉพาะโรคและ/หรือพัฒนาช่องทางเพื่อรองรับการให้บริการ	-	๑ คลินิก/ช่องทาง	-	**นิยาม/คำอธิบาย :** สามารถเปิดให้บริการคลินิกเฉพาะทาง ด้านออร์โธปิดิกส์ เพื่อให้รองรับการให้บริการในโรงพยาบาลและตอบสนองความต้องการของประชาชน **วิธีคำนวณ :** นับจำนวน	กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์
๔๒. ร้อยละอุบัติการณ์การเกิดข้อเข่าติดหลังการผ่าตัด TKA	< ๕%	< ๕%	< ๕%	**นิยาม/คำอธิบาย :** การเกิดข้อเข่าติด หมายถึง ข้อเข่าเหยียดไม่สุดมากกว่า ๒๐ องศา หรือพิสัยการงอเข่า ๗๐ องศา **วิธีคำนวณ :** จำนวนผู้ป่วยข้อเข่าติดหลังการผ่าตัด TKA คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนผู้ป่วยที่เปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งหมด	กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ ฝ่ายการพยาบาล
๔๓. อัตราการเกิดแผลติดเชื้อหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม	<๐.๕%	<๐.๕%	<๐.๕%	**นิยาม/คำอธิบาย :** ภาวะการติดเชื้อของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ภายใน ๓๐ วัน **วิธีคำนวณ :** จำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ภายใน ๓๐ วัน คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งหมด	กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ ฝ่ายการพยาบาล
๔๔. ร้อยละอุบัติการณ์การเกิดข้อสะโพกหลุดหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก	<๓%	<๓%	<๓%	**นิยาม/คำอธิบาย :** ภาวะการเกิดข้อสะโพกหลุดหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก **วิธีคำนวณ :** จำนวนผู้ป่วยการเกิดข้อสะโพกหลุดหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกทั้งหมด	กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ ฝ่ายการพยาบาล
๔๕. อัตราการเกิดแผลติดเชื้อหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม	<๐.๕%	<๐.๕%	<๐.๕%	**นิยาม/คำอธิบาย :** ภาวะการติดเชื้อของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ภายใน ๓๐ วัน **วิธีคำนวณ :** จำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ภายใน ๓๐ วัน คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมทั้งหมด	กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ ฝ่ายการพยาบาล

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๔๖. อัตราการเกิดแผลติดเชื้อหลังการผ่าตัดกระดูกสันหลัง	<๐.๕%	<๐.๕%	<๐.๕%	**นิยาม/คำอธิบาย :** ภาวะการติดเชื้อของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดกระดูกสันหลังภายใน ๓๐ วัน **วิธีคำนวณ :** จำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อหลังการผ่าตัดกระดูกสันหลังภายใน ๓๐ วัน คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนผู้ป่วยที่ผ่าตัดกระดูกสันหลังทั้งหมด	กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ ฝ่ายการพยาบาล

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ/งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	
๑. โครงการคลินิกผ่าตัดกระดูกสันหลัง (ปี ๒๕๖๖ - ๒๕๖๗) ** จัดซื้อครุภัณฑ์ทางการแพทย์ ดังนี้* *๑. Mueller Set spine retractor* *๒. Kerrison Rongeur ๑, ๒, ๓ mm* *๓. Bone holding forceps (Knochenhaltezange) ขนาด ๑๖๐ mm , ๒๑๐ mm, ๓๓๐ mm* *๔. Zeiss Microscope* *๕. Medtronic Midas REX*	-	*งบประมาณไม่แน่นอน*	*งบประมาณไม่แน่นอน*	*กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์*
๒. โครงการเพิ่มศักยภาพขยายการให้บริการคลินิกเฉพาะทางโรคข้อ (คลินิกนอกเวลาราชการเวลา) (ปี ๒๕๖๖ – ๒๕๖๗) - ค่าตอบแทนหรือค่าอาหารทำการนอกเวลาราชการ	-	*งบประมาณไม่แน่นอน*	*งบประมาณไม่แน่นอน*	*กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์*

๘) ด้านทันตกรรม

๘.๑) เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการผู้ป่วยทางด้านทันตกรรม

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๔๗. ร้อยละความสำเร็จในการปรับปรุงห้องทันตกรรม	๑๐๐%	-	-	**นิยาม/คำอธิบาย :** เพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการโดยการปรับปรุงห้องทันตกรรมเพื่อให้ตอบสนองความต้องการของประชาชน **วิธีคำนวณ :** สามารถปรับปรุงห้องทันตกรรม ภายในปี ๒๕๖๕	กลุ่มงานทันตกรรม
๔๘. ร้อยละความสำเร็จในการเพิ่มศักยภาพการให้บริการห้องเอกซเรย์ฟัน	๑๐๐%	-	-	**นิยาม/คำอธิบาย :** เพิ่มศักยภาพในการให้บริการห้องเอกซเรย์ฟันเพื่อรองรับการให้บริการที่ได้มาตรฐานและปลอดภัย	กลุ่มงานทันตกรรม

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
				วิธีคำนวณ : สามารถปรับปรุงห้องทันตกรรม ภายในปี ๒๕๖๕	
๔๙. ร้อยละความสำเร็จในการเพิ่มศักยภาพการให้บริการห้องทันตกรรม	๑๐๐%	-	-	**นิยาม/คำอธิบาย :** เพิ่มศักยภาพการให้บริการห้องทันตกรรมเพื่อรองรับการให้บริการผู้มารับบริการ โดยการจัดซื้อยูนิตทำฟัน จำนวน ๑ ยูนิต ทดแทนของเดิม ให้มีความเพียงพอต่อการใช้งาน **วิธีคำนวณ :** สามารถปรับปรุงห้องทันตกรรม ภายในปี ๒๕๖๕	กลุ่มงานทันตกรรม

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ/งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	
๑. โครงการปรับปรุงห้องทันตกรรม (ปี ๒๕๖๕) (เงินบำรุงฯ)	*๔๙๘,๖๒๐*	-	-	*กลุ่มงานทันตกรรม*
๒. โครงการเพิ่มศักยภาพการให้บริการห้องเอกซเรย์ฟัน (ปี ๒๕๖๕) (เงินบำรุงฯ)	*๘๕,๖๐๐*	-	-	*กลุ่มงานทันตกรรม*
*๓. โครงการเพิ่มศักยภาพการให้บริการห้องทันตกรรมเพื่อรองรับผู้มารับบริการ (ปี ๒๕๖๕) * จัดซื้อยูนิตทำฟัน ทดแทนของเดิม จำนวน ๑ ยูนิต (งบฯ ค่าเสื่อม ปี ๖๔)*	*๙๘๐,๐๐๐*	-	-	*กลุ่มงานทันตกรรม*

๙) ด้านเวชกรรมฟื้นฟู

๙.๑) เพิ่มประสิทธิการการให้บริการทางด้านเวชกรรมฟื้นฟู

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๕๐. ร้อยละความสำเร็จในการเพิ่มศักยภาพการให้บริการด้านเวชกรรมฟื้นฟู	-	๕๐%	๑๐๐%	**นิยาม/คำอธิบาย :** เพิ่มศักยภาพการให้บริการด้านเวชกรรมฟื้นฟู คือ การจัดหาครุภัณฑ์ทางการแพทย์ให้เพียงพอ พร้อมใช้งาน และเพื่อรองรับให้บริการผู้ป่วยและผู้สูงอายุในการดูแลผู้ป่วยทางกายภาพบำบัด กลุ่มโรคกระดูกกล้ามเนื้อ กลุ่มโรคระบบประสาท เพื่อดูแลรักษา ฟื้นฟูผู้ป่วย **วิธีคำนวณ :** สามารถดำเนินการเพิ่มศักยภาพการให้บริการ ภายในปี ๒๕๖๖ - ๒๕๖๗	กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ/งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	
๑. โครงการเพิ่มศักยภาพการให้บริการด้านเวชกรรมฟื้นฟู (ปี ๒๕๖๖ – ๒๕๖๗) ** จัดซื้อเครื่องการรักษาด้วยกระแสไฟฟ้าพร้อมด้วยชุดดูดสูญญากาศ ๑ เครื่อง เป็นเงิน ๒๗๐,๐๐๐ บาท (ซื้อเพิ่ม) (เงินบำรุงฯ)* ** จัดซื้อเครื่องดึงคอและหลังอัตโนมัติพร้อมเตียงปรับระดับด้วยไฟฟ้า ๑ เครื่อง เป็นเงิน ๒๒๐,๐๐๐ บาท (ซื้อเพิ่ม) (เงิน กทม.๖๗)*	-	*๒๗๐,๐๐๐*	*๒๒๐,๐๐๐*	*กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู*

๑๐) การให้บริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก

๑๐.๑) เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการผู้มารับบริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๕๑. ร้อยละความสำเร็จในการให้บริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกร่วมกับแพทย์แผนปัจจุบัน (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๓ กลยุทธ์ที่ ๖	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	**นิยาม/คำอธิบาย :** สามารถดำเนินการเปิดให้ บริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ร่วมกับแพทย์แผนปัจจุบันได้ในปีงบประมาณนั้น ๆ **วิธีคำนวณ :** สามารถเปิดให้บริการตามเป้าหมายที่กำหนด	ฝ่ายการพยาบาล (คลินิกแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก)
๕๒. ร้อยละความสำเร็จในการรับหรือส่งต่อการรักษาผู้มารับบริการโรคออฟฟิศซินโดรมที่มีปัญหาร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๓ กลยุทธ์ที่ ๖	≥๗๕%	≥๗๕%	≥๘๐%	**นิยาม/คำอธิบาย :** ผู้มารับบริการที่เป็นผู้ที่มีภาวะบาดเจ็บจากโรคออฟฟิศซินโดรมที่มีปัญหาและสามารถรับหรือส่งต่อการรักษาได้สำเร็จ ๑) คลินิกแพทย์แผนไทยฯ ส่งต่อไปยัง คลินิกศัลยกรรมกระดูกและข้อ หรือ ๒) คลินิกศัลยกรรมกระดูกและข้อส่งต่อไปยัง คลินิกแพทย์แผนไทย ฯ **วิธีคำนวณ :** จำนวนผู้มารับบริการที่เป็นผู้ที่มีภาวะบาดเจ็บจากโรคออฟฟิศซินโดรมที่มีปัญหาสามารถรับหรือส่งต่อได้สำเร็จ คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนผู้มารับบริการที่เป็นผู้ที่มีภาวะบาดเจ็บจากโรคออฟฟิศซินโดรมที่มีปัญหาสามารถรับหรือส่งต่อได้ทั้งหมด	ฝ่ายการพยาบาล (คลินิกแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก)

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๕๓. ร้อยละความพึงพอใจของผู้มารับบริการในคลินิกแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก	≥๘๐%	≥๘๐%	≥๘๐%	**นิยาม/คำอธิบาย :** ความพึงพอใจของผู้มารับบริการคลินิกแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก โดยใช้แบบฟอร์มเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด **วิธีคำนวณ :** จำนวนผู้มารับบริการที่มีความพึงพอใจในระดับดีมาก คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนผู้มารับบริการทั้งหมดที่ประเมินความพึงพอใจ	ฝ่ายการพยาบาล (คลินิกแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก)

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ/งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	
๑. โครงการการพัฒนาบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินฺธโร อุทิศ (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) ** HRM : จ้างแพทย์แผนจีน แพทย์แผนไทยและบุคคลภายนอกช่วยปฏิบัติงานในคลินิก จำนวน ๓ ปี ปีละ ๑,๐๔๙,๗๕๑ บาท* (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ.ระยะ ๔ ปี)	*๑,๐๔๙,๗๕๐*	*๑,๐๔๙,๗๕๐*	*๑,๐๔๙,๗๕๐*	*ฝ่ายการพยาบาล (คลินิกแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก)*
๒. กิจกรรมพัฒนาระบบการให้บริการผู้มารับบริการที่เป็นผู้ที่มีภาวะบาดเจ็บจากโรคออฟฟิศซินโดรมที่มีปัญหาและสามารถรับหรือส่งต่อการรักษาร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ (ปี ๒๕๖๕ - ๒๕๖๗) ** คลินิกแพทย์แผนไทย ฯ ส่งต่อไปยัง คลินิกศัลยกรรมกระดูกและข้อ หรือ คลินิกศัลยกรรมกระดูกและข้อ ส่งต่อไปยัง คลินิกแพทย์แผนไทย ฯ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ฝ่ายการพยาบาล (คลินิกแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก) กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์*

เป้าประสงค์ที่ ๒.๓ เพิ่มศักยภาพโรงพยาบาลในการรองรับโรคเฉพาะทางของผู้สูงอายุ

กลยุทธ์ที่ ๒.๓.๑ ผลักดันและพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลให้มีความพร้อมรองรับโรคเฉพาะทางของผู้สูงอายุ

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๕๔. คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพที่ผ่านเกณฑ์ (เกินมาตรฐานสำนักการแพทย์)	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	**นิยาม/คำอธิบาย :** สามารถดำเนินการตามเกณฑ์การประเมินคลินิกผู้สูงอายุและต้องผ่านเกณฑ์การประเมินตามมาตรฐานที่สำนักการแพทย์กำหนด จำนวน ๒๐ ข้อ และคะแนนรวมไม่น้อยกว่า ๑๗ คะแนน **วิธีคำนวณ :** ผ่านเกณฑ์ประเมินคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ตามเกณฑ์ที่กำหนด	กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชนฯ (คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ)
๕๕. ร้อยละความสำเร็จในการพัฒนาคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพในโรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินฺธโร อุทิศ (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๑ กลยุทธ์ที่ ๓	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	**นิยาม/คำอธิบาย : -** มีการพัฒนาระบบการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุให้เป็นระบบและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น - มีการพัฒนาระบบการให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น - บริหารจัดการบุคลากรที่ให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพเพียงพอต่อความต้องการของผู้มารับบริการ **วิธีคำนวณ :** ดำเนินการพัฒนาระบบการให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องภายในปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๗	กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชนฯ (คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ)
๕๖. จัดโครงการหรือกิจกรรมเยี่ยมบ้านและดูแลผู้สูงอายุให้ปลอดภัยห่างไกลจากโควิด – 19 (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๑ กลยุทธ์ที่ ๓	๑ ครั้ง/ปี	๑ ครั้ง/ปี	๑ ครั้ง/ปี	**นิยาม/คำอธิบาย :** สามารถดำเนินการจัดโครงการหรือกิจกรรมเยี่ยมบ้านและดูแลผู้สูงอายุให้ปลอดภัยห่างไกลจากโควิด – 19 ทุก ๆ ปี ปีละ ๑ ครั้ง **วิธีคำนวณ :** นับจำนวน	กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชนฯ (คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ)
๕๗. ร้อยละความสำเร็จในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยผู้สูงอายุเฉพาะโรคเข้าสู่ระบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ	๑ – ๒ กลุ่มโรค	๑ – ๒ กลุ่มโรค	๑ – ๒ กลุ่มโรค	**นิยาม/คำอธิบาย : - การดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ** หมายถึง การให้บริการด้านการดูแลสุขภาพที่ไร้รอยต่อจากทีมสหสาขา-วิชาชีพ ตั้งแต่การคัดกรอง การให้คำปรึกษา คำแนะนำ การให้ความรู้ด้านสุขภาพ และการเข้าสู่กระบวนการรักษา	กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชนฯ (คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ) กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
				- เพิ่มศักยภาพในการค้นพบโรคเรื้อรังต่าง ๆ ในระยะเริ่มแรก มีการป้องกัน รักษา และเสริมสร้างสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง (Frail elderly) - ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการจะได้รับการประเมินปัญหาเฉพาะผู้สูงอายุ (Geriatric syndrome) และเข้าพบทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อรับการปรึกษา คำแนะนำ เพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ และเข้าสู่กระบวนการรักษาแบบบูรณาการ **วิธีคำนวณ :** นับจำนวนกลุ่มโรคที่ผู้ป่วยผู้สูงอายุได้รับการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ	กลุ่มงานอายุรกรรม กลุ่มงานจิตเวช กลุ่มงานจักษุวิทยา กลุ่มงานทันตกรรม กลุ่มงานเภสัชกรรม กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู ฝ่ายโภชนาการ
๕๘. ร้อยละความพึงพอใจของผู้มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ	≥๘๐%	≥๘๐%	≥๘๐%	**นิยาม/คำอธิบาย :** ความพึงพอใจของผู้มารับบริการคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ โดยใช้แบบฟอร์มเกณฑ์มาตรฐานที่สำนักการแพทย์กำหนด **วิธีคำนวณ :** จำนวนผู้มารับบริการที่มีความพึงพอใจในระดับดีมาก คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนผู้มารับบริการทั้งหมดที่ประเมินความพึงพอใจ	กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชนฯ (คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ)

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ/งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	
๑. กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินฺธโร อุทิศ (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) ** HRM : จ้างแพทย์ห้วงเวลาช่วยปฏิบัติงานในคลินิก จำนวน ๓ ปี ปีละ ๓๗๔,๔๐๐ บาท (เงินบำรุงฯ)* (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	*๓๗๔,๔๐๐*	*๓๗๔,๔๐๐*	*๓๗๔,๔๐๐*	*กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชนฯ (คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ)*
๒. โครงการเยี่ยมบ้านและดูแลผู้สูงอายุให้ปลอดภัยห่างไกลจากโควิด – 19 (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชนฯ (คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ)*

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ (ต่อ)

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ/งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	
๓. กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในหัวข้อการดูแลผู้สูงอายุต่อเนื่อง (ปี ๒๕๖๕) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	*ไม่ใช้งบประมาณ*	-	-	*กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชนฯ (คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ)*
๔. โครงการอบรมเพิ่มศักยภาพบุคลากรด้านการดูแลผู้สูงอายุครบวงจร (ปี ๒๕๖๗) (TN๑) (เงิน กทม.๖๗) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	-	-	*๒๗,๒๐๐*	*กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชนฯ (คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ)*
๕. โครงการส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุจิตอาสาในชุมชนเพื่อ การดูแลผู้ป่วยในชุมชน (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชนฯ (คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ)*
๖. โครงการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ให้กับผู้สูงอายุในชุมชน (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชนฯ (คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ)*

เป้าประสงค์ที่ ๒.๔ พัฒนาบริการและการรักษาพยาบาลรูปแบบใหม่ให้ทันต่อกระแสโลกาภิวัฒน์และเทคโนโลยีสุขภาพ

กลยุทธ์ที่ ๒.๔.๑ ผลักดันและพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลที่มีความพร้อมรองรับ Precision Medicine การให้บริการรูปแบบใหม่และเทคโนโลยีด้านสุขภาพ

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๕๙. สามารถเผยแพร่สื่อประชาสัมพันธ์แนวทางด้านสาธารณสุขเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และสื่อความรู้ COVID – 19 (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๓ กลยุทธ์ที่ ๕	๒ เรื่องต่อปี	๒ เรื่องต่อปี	๒ เรื่องต่อปี	**นิยาม/คำอธิบาย :** จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์แนวทางด้านสาธารณสุขเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และสื่อความรู้ COVID – 19 จำนวน ๒ เรื่องต่อปี **วิธีคำนวณ :** นับจำนวน	คณะกรรมการ IC ฝ่ายการพยาบาล

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๖๐. ร้อยละความสำเร็จของการจัดทำแผนบูรณาการเพื่อเตรียมความพร้อมรองรับสถานการณ์แพร่การระบาดของโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ (COVID – 19)ให้เป็นปัจจุบัน (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๓ กลยุทธ์ที่ ๕	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	**นิยาม/คำอธิบาย : ความสำเร็จของการจัดทำแผนเตรียมความพร้อมรองรับสถานการณ์การระบาดโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ** หมายถึง หน่วยงานมีการจัดทำแผนเตรียมความพร้อมรองรับสถานการณ์การระบาดโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ เช่น โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ เป็นต้น รวมถึงการซ้อมแผนเพื่อเตรียมความพร้อม **วิธีคำนวณ :** จำนวนแผนบูรณาการเพื่อเตรียมความพร้อมรองรับสถานการณ์การระบาดของโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ (COVID – 19) ที่ปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันหรือสร้างขึ้นใหม่ คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนแผนบูรณาการเพื่อเตรียมความพร้อมรองรับสถานการณ์การระบาดของโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ (COVID – 19) ทั้งหมด	คณะกรรมการ IC ฝ่ายการพยาบาล
๖๑. ร้อยละความสำเร็จในการเพิ่มศักยภาพการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในห้องคลอดเพื่อรองรับผู้ป่วยจากสถานการณ์โรคอุบัติใหม่ - อุบัติซ้ำ (แผนยุทธศาสตร์ สนพ.ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๓ กลยุทธ์ที่ ๕	-	๘๐%	๑๐๐%	**นิยาม/คำอธิบาย :** ๑. ดำเนินการจัดซื้อครุภัณฑ์ทางการแพทย์ ภายในปี ๒๕๖๖ (ร้อยละ ๘๐) ๒. ดำเนินการปรับปรุงสถานที่ ภายในปี ๒๕๖๗ (ร้อยละ ๑๐๐) **วิธีคำนวณ :** สามารถดำเนินการตามขั้นตอนที่กำหนด	กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม
๖๒. ร้อยละความสำเร็จในการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ แบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (One Stop Service) (จัดตั้ง “เรือนอุรเวชช์”)	-	๑๐๐%	-	**นิยาม/คำอธิบาย :** ดำเนินการจัดตั้ง “เรือน อุรเวชช์” เพื่อพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินหายใจแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ One Stop Service ภายในปี ๒๕๖๖ **วิธีคำนวณ :** สามารถเปิดให้บริการภายในปี ๒๕๖๖	ฝ่ายการพยาบาล (คกก.ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน รพ.) ฝ่ายบริหารงานทั่วไป (งานพัสดุ)
๖๓. ร้อยละความสำเร็จในการเพิ่มศักยภาพการให้บริการเพื่อรองรับการบริการในรูปแบบ One Day Surgery	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	**นิยาม/คำอธิบาย : บริการเพื่อลดความแออัด : One Day Surgery หมายถึง** การรับผู้ป่วยเข้ามาเพื่อรับการรักษาทำหัตถการหรือผ่าตัดที่ได้มีการเตรียมการไว้ล่วงหน้าก่อนแล้วและสามารถให้กลับบ้าน	ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม กลุ่มงานจักษุวิทยา

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
(แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๓ กลยุทธ์ที่ ๕				ในวันเดียวกับวันที่รับไว้ทำหัตถการและ/หรือผ่าตัดอยู่ในโรงพยาบาลตั้งแต่ ๒ ชม. ถึงเวลาจำหน่ายออกไม่เกิน ๒๔ ชม.ตามรายการหัตถการการผ่าตัดวันเดียวกลับที่ สปสช. หรือสำนักงานประกันสังคม (ICD9 - CM Procedures) กำหนด (กลุ่มโรคกรณีบริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery) จำนวน ๓๑ กลุ่มโรค **วิธีคำนวณ :** สามารถเปิดให้บริการภายในปี ๒๕๖๕ และเปิดให้บริการต่อเนื่องในปี ๒๕๖๖ - ๒๕๖๗	กลุ่มงานศัลยกรรม
๖๔. ร้อยละความสำเร็จในการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลด้วยระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๓ กลยุทธ์ที่ ๕	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	**นิยาม/คำอธิบาย : - บริการรูปแบบใหม่ภายใต้สถานการณ์โควิด - ๑๙** หมายถึง การจัดบริการดูแลรักษาด้วยระบบ Telemedicine - **ความสำเร็จในการพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลเพื่อรองรับบริการรูปแบบใหม่** หมายถึง โรงพยาบาลมีการจัดบริการ Telemedicine โดยผ่านระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล (HIS) - เป็นตัวชี้วัดต่อเนื่องจากปี ๒๕๖๔ และยังคงดำเนินการอย่างต่อเนื่อง **วิธีคำนวณ :** ดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้	ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มงานอายุรกรรม กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชนฯ กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ กลุ่มงานจิตเวช กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ/งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	
๑. โครงการ New Normal Post COVID – 19 (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) ** จัดกิจกรรมทำสื่อประชาสัมพันธ์ ** (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*คณะกรรมการ IC*

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ (ต่อ)

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ/งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	
๒. โครงการเพิ่มศักยภาพการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในห้องคลอดเพื่อรองรับผู้ป่วยจากสถานการณ์โรคอุบัติใหม่ - อุบัติซ้ำ (ปี ๒๕๖๖ – ๒๕๖๗) * ปรับปรุงสถานที่และระบบระบายอากาศ ไฟฟ้า ประปา พร้อมตกแต่งภายใน เป็นเงิน ๑๐๐,๐๐๐.- บาท (เงิน กทม.๖๗ หรือ เงินบำรุงฯ) * จัดซื้อครุภัณฑ์ทางการแพทย์ ดังนี้ ๑. รายการระบบการจัดการข้อมูลทางสูติกรรมสำหรับการตั้งครรภ์และการคลอดพร้อมเครื่องติดตามการทำงานของหัวใจทารกในครรภ์มารดา จำนวน ๑ ชุด เป็นเงิน ๓,๐๐๐,๐๐๐ บาท (เงิน กทม ๖๖) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	-	๓,๐๐๐,๐๐๐	๑๐๐,๐๐๐	กลุ่มงานสูติ – นรีเวชกรรม ฝ่ายการพยาบาล
๓. โครงการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ แบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (One Stop Service) (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๖) * ปรับปรุงสถานที่ (อาคารสำเร็จรูป จำนวน ๑ หลัง = ๒,๖๐๐,๐๐๐ บาท และระบบปรับอากาศและระบายอากาศ = ๑,๐๕๕,๘๐๐ บาท (เงินสนับสนุนจากเงินมูลนิธิเพื่อ รพท.) (ปี ๒๕๖๕) * จัดหาครุภัณฑ์ทางการแพทย์ ครุภัณฑ์สำนักงาน และเครื่องอ่านบาร์โค้ด = ๒๘๘,๐๐๐ บาท เงินสนับสนุนจากเงินมูลนิธิเพื่อ รพท.) (ปี ๒๕๖๕) * จัดซื้อครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์พร้อมอุปกรณ์ต่อพ่วงบางส่วนเพิ่มเติม = ๓๐๐,๘๐๐ บาท (เงินบำรุงฯ) (ปี ๒๕๖๖)	๓,๖๕๕,๘๐๐	๓๐๐,๘๐๐	-	ฝ่ายการพยาบาล ฝ่ายบริหารงานทั่วไป (พัสดุ)
๔. โครงการขยายศักยภาพการให้บริการเพื่อรองรับการบริการในรูปแบบ One Day Surgery (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) * จัดซื้อครุภัณฑ์ทางการแพทย์ ดังนี้ ๑. เครื่องมือ/ อุปกรณ์ผ่าตัดเล็ก จำนวน ๕ ชุด เป็นเงิน ๒๙๔,๓๐๐ บาท (เงินบำรุงฯ) * จัดซื้อครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์และครุภัณฑ์สำนักงาน เป็นเงิน ๑๙๘,๓๐๐ บาท (เงินบำรุงฯ) * ค่าจ้างบุคลากรที่ช่วยปฏิบัติงาน ๙๗๔,๔๐๐ บาท (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	๔๙๒,๖๐๐	-	-	ฝ่ายการพยาบาล ฝ่ายบริหารงานทั่วไป (พัสดุ)

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ (ต่อ)

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ/งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	
๕. กิจกรรมการรักษาพยาบาลด้วยระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ฝ่ายการพยาบาล*

เป้าประสงค์ที่ ๒.๕ พัฒนาโครงสร้างและระบบบริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิเพื่อรองรับการให้บริการประชาชนกลยุทธ์ที่ ๒.๕.๑ พัฒนาและผลักดันโรงพยาบาลให้เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิเพื่อรองรับการให้บริการประชาชนในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครฝั่งตะวันตกและพื้นที่ใกล้เคียง

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๖๕. ร้อยละความสำเร็จในการดำเนินการโครงการก่อสร้างอาคารโรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินฺธโร อุทิศ * หมายเหตุ จำนวน ๔ อาคาร พร้อมที่จอดรถยนต์ใต้ดิน และระบบสาธารณูปโภค * (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๓ เป้าประสงค์ที่ ๓ กลยุทธ์ที่ ๔	๓๐%	๔๐%	๖๐%	**นิยาม/คำอธิบาย :** ๑. ดำเนินการออกแบบและประมาณราคากลางจากสำนักการโยธา ภายในปี ๒๕๖๔ – ๒๕๖๕ (ร้อยละ ๓๐) ๒. ดำเนินการขออนุมัติจัดสรรงบประมาณปี ๒๕๖๖ (ร้อยละ ๔๐) ๓. หากได้รับอนุมัติงบประมาณดำเนินการตามขั้นตอนจัดจ้างเพื่อดำเนินการก่อสร้างอาคารฯ (ร้อยละ ๖๐) **วิธีคำนวณ :** ร้อยละความสำเร็จของการดำเนินการตามขั้นตอนที่กำหนด	ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๖๖. ร้อยละความสำเร็จในการดำเนินการปรับปรุงห้องตรวจประกันสังคม (ปี ๒๕๖๕)	๑๐๐%	-	-	**นิยาม/คำอธิบาย :** ปรับปรุงห้องตรวจประกันสังคมเพื่อรองรับการให้บริการผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม **วิธีคำนวณ :** สามารถเปิดให้บริการภายในปี ๒๕๖๕	กลุ่มงานประกันสุขภาพ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๖๗. ร้อยละความสำเร็จในการดำเนินการปรับปรุงห้องเวชระเบียนเพิ่มจุดให้บริการอีก ๑ จุด (อาคารอเนกประสงค์ ชั้น ๑) (ปี ๒๕๖๕)	๑๐๐%	-	-	**นิยาม/คำอธิบาย :** ปรับปรุงห้องเวชระเบียนเพิ่มจุดให้บริการอีก ๑ จุด (อาคารอเนกประสงค์ ชั้น ๑) **วิธีคำนวณ :** สามารถเปิดให้บริการภายในปี ๒๕๖๕	ฝ่ายวิชาการและแผนงาน (งานเวชระเบียน) ฝ่ายบริหารงานทั่วไป

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๖๘. ร้อยละความสำเร็จในการดำเนินการขยายส่วนพักคอยผู้ป่วยหน้าอาคารสามัคคีธรรม (ปี ๒๕๖๕)	๑๐๐%	-	-	**นิยาม/คำอธิบาย :** ปรับปรุงสถานที่เพื่อขยายส่วนพักคอยผู้ป่วยหน้าอาคารสามัคคีธรรมเพื่อรองรับผู้มารับบริการ **วิธีคำนวณ :** สามารถเปิดให้บริการภายในปี ๒๕๖๕	ฝ่ายการพยาบาล ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๖๙. ร้อยละความสำเร็จในการดำเนินการขยายการให้บริการหอผู้ป่วยแก้วเจ้าจอม (ปี ๒๕๖๖ - ๒๕๖๗)	-	๕๐%	๑๐๐%	**นิยาม/คำอธิบาย :** ปรับปรุงสถานที่ชั้น ๖ อาคารเมตตาธรรมเพื่อขยายการให้บริการหอผู้ป่วยรวม จำนวน ๒ ห้อง ๆ ละ ๓ เตียง เพื่อรองรับการให้บริการผู้ป่วยสิทธิประกันสังคมและผู้ป่วยสิทธิอื่น ๆ ดำเนินการปรับปรุงสถานที่เตรียมความพร้อมภายในปี ๒๕๖๖ (ร้อยละ ๕๐) เปิดให้บริการภายในปี ๒๕๖๗ (ร้อยละ ๑๐๐) **วิธีคำนวณ :** สามารถเปิดให้บริการภายในปี ๒๕๖๗	ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มงานประกันสุขภาพ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๗๐. ร้อยละความสำเร็จในการดำเนินการขยายการให้บริการหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง (ปี ๒๕๖๖ - ๒๕๖๗)	-	๕๐%	๑๐๐%	**นิยาม/คำอธิบาย :** ขยายการให้บริการหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ดำเนินการปรับปรุงสถานที่เตรียมความพร้อมภายในปี ๒๕๖๖ (ร้อยละ ๕๐) เปิดให้บริการภายในปี ๒๕๖๗ (ร้อยละ ๑๐๐) **วิธีคำนวณ :** สามารถเปิดให้บริการภายในปี ๒๕๖๗	ฝ่ายการพยาบาล ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๗๑. ร้อยละความสำเร็จในการดำเนินการขยายการให้บริการศูนย์บริบาลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู (ปี ๒๕๖๗ - ๒๕๖๘)	-	-	๕๐%	**นิยาม/คำอธิบาย :** ขยายการให้บริการศูนย์บริบาลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู (พื้นที่อาคาร ๓ ไร่) ดำเนินการปรับปรุงพื้นที่และปรับปรุงสถานที่เตรียมความพร้อมภายในปี ๒๕๖๗ (ร้อยละ ๕๐) เปิดให้บริการภายในปี ๒๕๖๘ (ร้อยละ ๑๐๐) **วิธีคำนวณ :** สามารถเปิดให้บริการภายในปี ๒๕๖๘	ฝ่ายการพยาบาล ฝ่ายบริหารงานทั่วไป

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ/งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	
๑. โครงการก่อสร้างอาคาร โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินฺธโร อุทิศ (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๗๑) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	-	-	๒,๙๐๐,๐๐๐,๐๐๐	ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๒. โครงการปรับปรุงห้องตรวจประกันสังคม (ปี ๒๕๖๕)	งบประมาณไม่แน่นอน	-	-	กลุ่มงานประกันสังคม ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๓. โครงการปรับปรุงห้องเวชระเบียนเพิ่มจุดให้บริการอีก ๑ จุด (อาคารอเนกประสงค์ ชั้น ๑) (ปี ๒๕๖๕)	งบประมาณไม่แน่นอน	-	-	กลุ่มงานประกันสังคม ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๔. โครงการขยายส่วนพักคอยผู้ป่วยหน้าอาคารสามัคคีธรรม (ปี ๒๕๖๕)	งบประมาณไม่แน่นอน	-	-	กลุ่มงานประกันสังคม ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๕. โครงการขยายการให้บริการหอผู้ป่วยแก้วเจ้าจอม (ปี ๒๕๖๖ - ๒๕๖๗)	-	๑,๔๖๗,๐๐๐	-	กลุ่มงานประกันสังคม ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๖. โครงการขยายการให้บริการหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง (ปี ๒๕๖๖ - ๒๕๖๗)	-	งบประมาณไม่แน่นอน	-	กลุ่มงานประกันสังคม ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๗. โครงการขยายการให้บริการศูนย์บริบาลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู (พื้นที่อาคาร ๓ ไร่) (ปี ๒๕๖๗ - ๒๕๖๘)	-	-	ประมาณการ ๑๐,๐๐๐,๐๐๐	กลุ่มงานประกันสังคม ฝ่ายบริหารงานทั่วไป

เป้าประสงค์ที่ ๒.๖ พัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินให้สอดคล้องกับสาธารณภัยที่มีในพื้นที่

กลยุทธ์ที่ ๒.๖.๑ พัฒนาบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินให้รองรับรูปแบบของสาธารณภัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๗๒. ร้อยละความสำเร็จขยายการให้บริการหน่วยแพทย์กู้ชีวิต (EMS)	-	-	๑๐๐%	**นิยาม/คำอธิบาย :** ขยายการให้บริการหน่วยแพทย์กู้ชีวิต (EMS) ออกเป็นสัดส่วนที่ชัดเจนจากงานฉุกเฉิน **วิธีคำนวณ :** สามารถเปิดให้บริการภายในปี ๒๕๖๗	ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ฯ
๗๓. การจัดการซ้อมแผนรับเหตุสาธารณภัย/ อุบัติภัยหมู่/ การช่วยฟื้นคืนชีพในโรงพยาบาล (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๔ กลยุทธ์ที่ ๗	๒ ครั้ง/ปี	๒ ครั้ง/ปี	๒ ครั้ง/ปี	**นิยาม/คำอธิบาย :** จัดให้มีการซ้อมเหตุสาธารณภัย หรืออุบัติภัยหมู่/ การช่วยฟื้นคืนชีพให้กับบุคลากรในโรงพยาบาล ปีละ ๒ ครั้ง **วิธีคำนวณ :** นับจำนวน	ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ฯ ทุกหน่วยงาน
๗๔. บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการซ้อมแผนรับเหตุสาธารณภัย อุบัติภัยหมู่ เพิ่มขึ้น	≥๘๐%	≥๘๐%	≥๘๕%	**นิยาม/คำอธิบาย :** บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องในเรื่องการซ้อมแผนรับเหตุสาธารณภัย อุบัติภัยหมู่ เพิ่มขึ้น **วิธีคำนวณ :** คะแนนความรู้ความเข้าใจของบุคลากร Post – testมากกว่าหรือเท่ากับ Pre - test	ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ฯ ทุกหน่วยงาน
๗๕. บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพเพิ่มขึ้น	≥๘๐%	≥๘๐%	≥๘๕%	**นิยาม/คำอธิบาย :** บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพเพิ่มขึ้น **วิธีคำนวณ :** คะแนนความรู้ความเข้าใจของบุคลากร Post – testมากกว่าหรือเท่ากับ Pre - test	ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ฯ ทุกหน่วยงาน

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ/งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	
๑. โครงการขยายการให้บริการหน่วยแพทย์กู้ชีวิต (EMS) (ปี ๒๕๖๗)	-	-	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ฯ*

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ (ต่อ)

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ/งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	
๒. โครงการอบรมและฝึกซ้อมแผนรับอุบัติเหตุหมู่ โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินฺธโร อุทิศ (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) (TN๑) (เงิน กทม.) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	*๓๔,๖๐๐*	*๓๔,๖๐๐*	*๓๔,๖๐๐*	*ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ฯ*
๓. โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ ช่วยฟื้นคืนชีพ (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) (TN๑) (เงิน กทม.) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	*๗๓,๔๐๐*	*๖๕,๐๐๐*	*๖๕,๐๐๐*	*ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ฯ*

เป้าประสงค์ที่ ๒.๗ สร้างเครือข่ายในการส่งต่อ

กลยุทธ์ที่ ๒.๗.๑ สร้างเครือข่ายในการส่งต่อ (ในโรคที่ยังมีศักยภาพไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วย)

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๗๖. ร้อยละความสำเร็จในการส่งต่อผู้ป่วยโรคสำคัญ	≥๘๐%	≥๘๐%	≥๘๕%	**นิยาม/คำอธิบาย : ระบบส่งต่อ หมายถึง** การประสานงานส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลทั้งในสังกัดสำนักการแพทย์และนอกสังกัดสำนักการแพทย์ ประกอบด้วย โรคสำคัญ ๕ โรค ได้แก่ อุบัติเหตุ ศัลยกรรมประสาทและสมอง ทารกเกิดก่อนกำหนด โรคหลอดเลือดสมองและออร์โธปิดิกส์ **วิธีคำนวณ :** จำนวนผู้ป่วยโรคสำคัญ ๕ โรค ได้แก่ อุบัติเหตุ ศัลยกรรมประสาทและสมอง ทารกเกิดก่อนกำหนด โรคหลอดเลือดสมองและออร์โธปิดิกส์ ที่ส่งต่อสำเร็จทั้งในและนอกโรงพยาบาลสังกัด สำนักการแพทย์ หารด้วย จำนวนผู้ป่วย ๕ โรคสำคัญที่ต้องการส่งต่อทั้งหมด คูณด้วย ๑๐๐	ฝ่ายการพยาบาล (ศูนย์ BFC) กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ฯ กลุ่มงานศัลยกรรม กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ/งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	
๑. กิจกรรมการพัฒนาระบบการรับ – ส่งต่อผู้ป่วยโรคสำคัญ (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ฝ่ายการพยาบาล (ศูนย์ BFC)*

กลยุทธ์ที่ ๒.๗.๒ พัฒนาศักยภาพการส่งต่อและตอบกลับข้อมูลผู้ป่วยที่ทำ discharge Plan

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๗๗. อัตราการส่งต่อและตอบกลับข้อมูลผู้ป่วยที่ทำ discharge Plan	๗๐%	๗๕%	๘๐%	**นิยาม/คำอธิบาย :** จำนวนผู้ป่วยที่ส่งต่อข้อมูลการเยี่ยมบ้านไปยังกลุ่มงาน เวชศาสตร์ชุมชน ฯ และได้รับการตอบกลับข้อมูลหลังผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านทั้งหมด **วิธีคำนวณ :** จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการตอบกลับข้อมูลหลังได้รับการเยี่ยมบ้าน (จากกลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชุนฯ/ศบส.) คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนผู้ป่วยที่ส่งข้อมูลการเยี่ยมบ้านทั้งหมดที่ต้องการส่งต่อทั้งหมด	ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชนฯ
๗๘. อัตราการวางแผนจำหน่ายร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและสามารถเยี่ยมบ้านได้ตามแผน	๗๐%	๗๕%	๘๐%	**นิยาม/คำอธิบาย :** แพทย์ พยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพ วางแผน การรักษาร่วมกันประเมินได้จาก ๑) Progerss note แพทย์ ๒) Nurse note ๓) D/C Plan **วิธีคำนวณ :** จำนวนผู้ป่วยในที่มีการวางแผนการจำหน่ายร่วมกันระหว่างแพทย์พยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ สามารถเยี่ยมบ้านได้ตามแผน คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนผู้ป่วยในที่มีการวางแผนการจำหน่ายทั้งหมด	ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชนฯ

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ/งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	
๑. กิจกรรมสำรวจข้อมูลส่งต่อและตอบกลับของผู้ป่วยที่ทำ discharge plan และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อวางแผนการรักษา (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ฝ่ายการพยาบาล (ศูนย์ BFC) กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชนฯ*
๒. กิจกรรมวางแผน การจำหน่าย และส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ฝ่ายการพยาบาล (ศูนย์ BFC) กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชนฯ*

ยุทธศาสตร์ที่ ๓

พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนงานบริการและการบริหารเพื่อมุ่งสู่องค์กรดิจิทัล

ยุทธศาสตร์ที่ ๓
พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนงานบริการและการบริหาร เพื่อมุ่งสู่องค์กรดิจิทัล

เป้าหมายหลัก : ระบบสารสนเทศที่มีคุณภาพเพื่อการบริการและการบริหาร

เป้าประสงค์ที่ ๓.๑ พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการให้บริการและบริหารงานที่มีประสิทธิภาพ

เป้าประสงค์	กลยุทธ์
เป้าประสงค์ที่ ๓.๑ พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการให้บริการและบริหารงานที่มีประสิทธิภาพ	**กลยุทธ์ที่ ๓.๑.๑ พัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนระบบฐานข้อมูลด้านสุขภาพ** **จำนวน ๑ ตัวชี้วัด** ประกอบด้วย **ตัวชี้วัดที่ ๑** ร้อยละความสำเร็จของการเตรียมความพร้อมเพื่อพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนระบบฐานข้อมูลด้านสุขภาพตามแผนที่กำหนด
	กลยุทธ์ที่ ๓.๑.๒ พัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนระบบบริการและระบบบริหารงานให้มีประสิทธิภาพ สามารถทำงานได้อย่างต่อเนื่องและมีเสถียรภาพ **จำนวน ๕ ตัวชี้วัด** ประกอบด้วย **ตัวชี้วัดที่ ๒** จำนวนการพัฒนาระบบบริการด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศ **ตัวชี้วัดที่ ๓** จำนวนการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่ใช้ในหน่วยงานสนับสนุน (Back Office) **ตัวชี้วัดที่ ๔** ร้อยละความสำเร็จในการพัฒนาและปรับปรุงเว็บไซต์โรงพยาบาล **ตัวชี้วัดที่ ๕** ร้อยละความสำเร็จในการพัฒนาและปรับปรุงอินทราเน็ตโรงพยาบาล **ตัวชี้วัดที่ ๖** ร้อยละความสำเร็จในการบริหารจัดการเมื่อเกิดเหตุการณ์ระบบคอมพิวเตอร์ขัดข้อง
	กลยุทธ์ที่ ๓.๑.๓ พัฒนาระบบฐานข้อมูลกลางของโรงพยาบาลเพื่อสนับสนุนงานบริการและงานบริหารด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศให้เป็นระบบ เข้าถึงง่าย **จำนวน ๑ ตัวชี้วัด** ประกอบด้วย **ตัวชี้วัดที่ ๗** ร้อยละความสำเร็จในการจัดทำฐานข้อมูลกลางของโรงพยาบาล เพื่อสนับสนุนงานบริการและงานบริหาร
	กลยุทธ์ที่ ๓.๑.๔ พัฒนาความปลอดภัยของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล **จำนวน ๑ ตัวชี้วัด** ประกอบด้วย **ตัวชี้วัดที่ ๘** ร้อยละความสำเร็จของการบริหารจัดการระบบความปลอดภัยของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในโรงพยาบาล **ตัวชี้วัดที่ ๙** ร้อยละความสำเร็จในการเตรียมความพร้อมรองรับพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒ (PDPA)

ยุทธศาสตร์ที่ ๓
พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนงานบริการและการบริหาร เพื่อมุ่งสู่องค์กรดิจิทัล

สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสำนักการแพทย์ ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) :

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนาบริการ งานวิจัย ยกระดับโรงพยาบาลและส่วนราชการในสังกัดสำนักการแพทย์เพื่อมุ่งสู่องค์กรดิจิทัล (Digital and Development)

เป้าประสงค์ ๓.๑ พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการให้บริการและบริหารงานที่มีประสิทธิภาพ

กลยุทธ์ที่ ๓.๑.๑ พัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนระบบฐานข้อมูลด้านสุขภาพ

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๑. ร้อยละความสำเร็จของการเตรียมความพร้อมเพื่อพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนระบบฐานข้อมูลด้านสุขภาพตามแผนที่กำหนด - Smart OPD - Smart IPD (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๓ เป้าประสงค์ที่ ๑ กลยุทธ์ที่ ๑	๑๐๐% OPD	๑๐๐% IPD	๑๐๐% วิเคราะห์ประเมินผลเพื่อให้การดำเนินงานต่อเนื่องใน Smart OPD/ IPD	**นิยาม/คำอธิบาย :** การเตรียมความพร้อมเพื่อสนับสนุนระบบฐานข้อมูลด้านสุขภาพตามแผนที่กำหนด มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้ ๑. ประชุมหารือเพื่อวางแผนการเตรียมความพร้อมร่วมกับสำนักการแพทย์และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในโรงพยาบาล (ร้อยละ ๕) ๒. วิเคราะห์และจัดทำแผน การดำเนินงานและบริหารความเสี่ยง (ร้อยละ ๔๕) ๓. จัดทำข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการปรับปรุงระบบ (ร้อยละ ๑๕) ๔. เตรียมความพร้อมด้าน Hardware (ร้อยละ ๒๐) ๕. เตรียมความพร้อมด้านบุคลากร (ร้อยละ ๑๕) ๖. วิเคราะห์ ประเมินรวบรวมข้อมูลปัญหาอุปสรรค และนำผลการดำเนินงานแจ้งสำนักการแพทย์เพื่อพัฒนาระบบให้สามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง ในระบบ Smart OPD และ Smart IPD (ปี ๒๕๖๗ – ๒๕๖๘) **วิธีคำนวณ :** จากร้อยละความสำเร็จจากขั้นตอนการดำเนินการ	คณะกรรมการ IM ฝ่ายวิชาการและแผนงาน (งานเทคโนโลยีสารสนเทศ)

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ/งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	
๑. กิจกรรมการเตรียมความพร้อมเพื่อพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนระบบฐานข้อมูลด้านสุขภาพตามแผนที่กำหนด (เงินบำรุงฯ หรือ เงินมูลนิธิฯ) *- Smart OPD (ปี ๒๕๖๕)* *- Smart IPD (ปี ๒๕๖๖)* (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ.ระยะ ๔ ปี)	*งบประมาณไม่แน่นอน*	*งบประมาณไม่แน่นอน*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ฝ่ายวิชาการและแผนงาน (งานเทคโนโลยีสารสนเทศ)*

กลยุทธ์ที่ ๓.๑.๒ พัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนระบบบริการและระบบบริหารให้มีประสิทธิภาพ สามารถทำงานได้อย่างต่อเนื่องและมีเสถียรภาพ

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๒. จำนวนการพัฒนาระบบบริการด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศ	๒ ระบบ	๒ ระบบ	๒ ระบบ	**นิยาม/คำอธิบาย :** การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ดังนี้ ๒๕๖๕ จำนวน ๒ ระบบ ๑. การพัฒนาระบบการแจ้งซ่อมงานซ่อมบำรุง ๒. การจัดทำ Line Official Account เพื่อเพิ่มช่องทางการสื่อสารของโรงพยาบาล ๒๕๖๖ จำนวน ๒ ระบบ ๑. การพัฒนาระบบคลังวัสดุงานซ่อมบำรุง ๒. การพัฒนาระบบห้องสมุดอิเล็กทรอนิกส์ ๒๕๖๗ จำนวน ๒ ระบบ ๑. การพัฒนาระบบงานเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานของบุคลากร จำนวน ๒ ระบบ **วิธีคำนวณ :** จำนวนนับ	คณะกรรมการ IM คณะกรรมการประชาสัมพันธ์ ฝ่ายวิชาการและแผนงาน (งานเทคโนโลยีสารสนเทศ) งานเวชระเบียนห้องตรวจผู้ป่วยนอก
๓. จำนวนการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในหน่วยงานสนับสนุน (Back Office) (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๓ เป้าประสงค์ที่ ๑ กลยุทธ์ที่ ๒	๑ ระบบ	๑ ระบบ	๑ ระบบ	**นิยาม/คำอธิบาย :** การนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในหน่วยงานสนับสนุน ๒๕๖๕ ระบบงานบุคลากร ๒๕๖๖ ระบบงานพัสดุ ๒๕๖๗ ระบบงานการเงิน/ค่าตอบแทน **วิธีคำนวณ :** จำนวนนับ	คณะกรรมการ IM ฝ่ายวิชาการและแผนงาน (งานเทคโนโลยีสารสนเทศ) ฝ่ายบริหารงานทั่วไป /ฝ่ายงบประมาณการเงินฯ

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๔. ร้อยละความสำเร็จในการพัฒนาและปรับปรุงเว็บไซต์โรงพยาบาล	๗๐%	๘๐%	๙๐%	**นิยาม/คำอธิบาย :** การพัฒนาและปรับปรุงเว็บไซต์โรงพยาบาล มีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้ ๑. ประชาสัมพันธ์ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดทำข้อมูลที่จำเป็นเพื่อนำมาพัฒนาและปรับปรุงในเว็บไซต์ (ร้อยละ ๑๐) ๒. ปรับเปลี่ยนรูปแบบ (Template) ปีละ ๑ ครั้ง (ร้อยละ ๑๐) ๓. พัฒนาและปรับปรุงข้อมูลในเว็บไซต์ให้เป็นปัจจุบัน (ร้อยละ ๖๐) ๔. จัดเก็บสถิติการปรับปรุงเว็บไซต์ และสถิติผู้เยี่ยมชมเว็บไซต์เพื่อนำมาวิเคราะห์และปรับปรุง (ร้อยละ ๑๐) ๕. นำผลการวิเคราะห์มาปรับปรุงให้เป็นปัจจุบัน (ร้อยละ ๑๐) **วิธีคำนวณ :** ร้อยละความสำเร็จจากขั้นตอนการดำเนินการ	ฝ่ายวิชาการและแผนงาน (งานเทคโนโลยีสารสนเทศ) ทุกหน่วยงาน
๕. ร้อยละความสำเร็จในการพัฒนาและปรับปรุงระบบอินทราเน็ตโรงพยาบาล	๖๐%	๗๐%	๘๐%	**นิยาม/คำอธิบาย :** การพัฒนาและปรับปรุงระบบอินทราเน็ตโรงพยาบาล มีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้ ๑. ประชาสัมพันธ์ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดทำข้อมูลที่จำเป็นเพื่อนำมาพัฒนาและปรับปรุงในอินทราเน็ตโรงพยาบาล (ร้อยละ ๑๐) ๒. ปรับเปลี่ยนรูปแบบ (Template) ปีละ ๑ ครั้ง (ร้อยละ ๑๐) ๓. พัฒนาและปรับปรุงข้อมูลในอินทราเน็ตให้เป็นปัจจุบัน (ร้อยละ ๖๐) ๔. จัดเก็บสถิติการปรับปรุงอินทราเน็ตและสถิติผู้เยี่ยมชมอินทราเน็ตเพื่อนำมาวิเคราะห์และปรับปรุง (ร้อยละ ๑๐) ๔. นำผลการวิเคราะห์มาปรับปรุงให้เป็นปัจจุบัน (ร้อยละ ๑๐) **วิธีคำนวณ :** ร้อยละความสำเร็จจากขั้นตอนการดำเนินการ	ฝ่ายวิชาการและแผนงาน (งานเทคโนโลยีสารสนเทศ) ทุกหน่วยงาน

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๖. ร้อยละความสำเร็จในการบริหารจัดการเมื่อเกิดเหตุการณ์ระบบคอมพิวเตอร์ขัดข้อง	๗๕%	๘๐%	๘๕%	**นิยาม/คำอธิบาย :** การบริหารจัดการเมื่อเกิดเหตุการณ์ระบบคอมพิวเตอร์ขัดข้อง มีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้ ๑. จัดทำและปรับปรุงขั้นตอนการปฏิบัติงานเมื่อเกิดเหตุการณ์ระบบคอมพิวเตอร์ขัดข้อง (๓๐ นาที) ๒. เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานสารสนเทศตอบสนองต่อการแจ้งปัญหาจากผู้ใช้งานและดำเนินการแจ้งบริษัทที่รับจ้างเหมาบริการฯ ภายใน ๕ นาที เพื่อดำเนินการตรวจสอบและแก้ไขปัญหาระบบคอมพิวเตอร์ขัดข้อง (ทั้งระบบ) พร้อมทั้งประสานหน่วยงานภายใน รพ. เพื่อแจ้งความคืบหน้าการแก้ไขและจัดเก็บข้อมูลเหตุการณ์เป็นระยะ ๆ ๓. แจ้งสำนักการแพทย์ให้รับทราบพร้อมทั้งประสานให้บริษัทที่รับจ้างเหมาบริการฯ ชี้แจงสาเหตุการแก้ไขและแนวทางการป้องกัน ๔. นำข้อมูลเข้าหารือในที่ประชุมคณะทำงานฯ ของสนพ. เพื่อหาแนวทาง แก้ไขปัญหาร่วมกัน **วิธีคำนวณ :** จำนวนครั้งที่เกิดเหตุการณ์ระบบคอมพิวเตอร์ขัดข้องสามารถตอบสนองได้ตามเวลาที่กำหนด และดำเนินการบริหารจัดการตามขั้นตอนที่กำหนดได้จริง คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วยจำนวนครั้งที่เกิดเหตุการณ์ระบบคอมพิวเตอร์ขัดข้องทั้งหมด	คณะกรรมการ IM ฝ่ายวิชาการและแผนงาน (งานเทคโนโลยีสารสนเทศ)

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ/งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	
๑. กิจกรรมการพัฒนาระบบบริการด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินฺธโร อุทิศ (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ฝ่ายวิชาการและแผนงาน (งานเทคโนโลยีสารสนเทศ)*

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ (ต่อ)

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ/งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	
๒. กิจกรรมการนำระบบเทคโนโลยีมาใช้ในหน่วยงานสนับสนุน (Back Office) (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ฝ่ายวิชาการและแผนงาน (งานเทคโนโลยีสารสนเทศ)*
๓. กิจกรรมการพัฒนาและปรับปรุงเว็บไซต์โรงพยาบาล (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ฝ่ายวิชาการและแผนงาน (งานเทคโนโลยีสารสนเทศ)*
๔. กิจกรรมการพัฒนาและปรับปรุงระบบอินทราเน็ตโรงพยาบาล (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ฝ่ายวิชาการและแผนงาน (งานเทคโนโลยีสารสนเทศ)*
๕. กิจกรรมการบริหารจัดการเมื่อเกิดเหตุการณ์ระบบคอมพิวเตอร์ขัดข้อง (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ฝ่ายวิชาการและแผนงาน (งานเทคโนโลยีสารสนเทศ)*

กลยุทธ์ที่ ๓.๑.๓ พัฒนาระบบฐานข้อมูลกลางของโรงพยาบาลเพื่อสนับสนุนงานบริการและงานบริหารด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศให้เป็นระบบ เข้าถึงง่าย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๗. ร้อยละความสำเร็จในการจัดทำฐานข้อมูลกลางของโรงพยาบาลเพื่อสนับสนุนงานบริการและงานบริหาร	๒๕%	๕๐%	๗๕%	**นิยาม/คำอธิบาย :** ฐานข้อมูลกลางของโรงพยาบาล ได้แก่ <u>ด้านตัวชี้วัด (๔ เรื่อง)</u> ๑. ตัวชี้วัดตามแผนปฏิบัติราชการประจำปี ๒. ตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ ๓. ตัวชี้วัดคุณภาพ ๔. ตัวชี้วัด THIP <u>ด้านสถิติ (๒ เรื่อง)</u> ๕. รายงาน/สถิติส่งสนพ. ๖. รายงานสถิติผู้ป่วยที่นำเสนอในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล	คณะกรรมการ IM ฝ่ายวิชาการและแผนงาน (งานเทคโนโลยีสารสนเทศ)

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
				<u>ด้านงบประมาณ (๑ เรื่อง)</u> ๗. รายงานด้านงบประมาณการเงินที่นำเสนอในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล <u>ด้านบุคลากร (๑ เรื่อง)</u> ๘. อัตรากำลังบุคลากร **วิธีคำนวณ :** จำนวนฐานข้อมูลกลางที่สามารถดำเนินการได้จริงในปีงบประมาณนั้น ๆ คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนฐานข้อมูลกลางที่กำหนดไว้ในแผนทั้งหมด (ทั้งหมด ๘ เรื่อง)	

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ/งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	
๑. กิจกรรมการจัดทำฐานข้อมูลกลางของโรงพยาบาลเพื่อสนับสนุนงานบริการและงานบริหาร (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ฝ่ายวิชาการและแผนงาน (งานเทคโนโลยีสารสนเทศ)*

กลยุทธ์ที่ ๓.๑.๔ พัฒนาความปลอดภัยของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๘. ร้อยละความสำเร็จของการบริหารจัดการระบบความปลอดภัยของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในโรงพยาบาล	๗๐%	๘๐%	๙๐%	**นิยาม/คำอธิบาย :** การบริหารจัดการระบบความปลอดภัยของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในโรงพยาบาล มีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้ ๑. จัดทำนโยบายความปลอดภัยระบบสารสนเทศ ประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรทุกระดับรับทราบและถือเป็นแนวทางปฏิบัติ (ร้อยละ ๕) ๒. จัดทำระบบคอมพิวเตอร์ ๒ ระบบ (e - PHIS, Internet) เพื่อจำกัดการใช้งานระบบ Internet (ร้อยละ ๑๐)	คณะกรรมการ IM ฝ่ายวิชาการและแผนงาน (งานเทคโนโลยีสารสนเทศ)

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
				๓. จำกัดการใช้งานอุปกรณ์จัดเก็บข้อมูลแบบภายนอก (ปิดการใช้งาน Flash Drive) (ร้อยละ ๑๐) ๔. ปรับปรุงอุปกรณ์/โปรแกรมเพื่อป้องกันความปลอดภัยระบบสารสนเทศ (เปลี่ยน Firewall และการจัดเก็บ Log Files) (ร้อยละ ๓๐) ๕. อบรมซ้อมแผนรับมือภัยคุกคามทางไซเบอร์ และเผยแพร่ความรู้ให้แก่บุคลากรในรพ. (ร้อยละ ๒๐) ๖. ตรวจสอบช่องโหว่งภัยคุกคามของระบบสารสนเทศ (ร้อยละ ๑๕) ๗. ติดตาม ประเมินและสรุปผลการดำเนินงาน (ร้อยละ ๑๐) **วิธีคำนวณ :** จากร้อยละความสำเร็จจากขั้นตอนการดำเนินการ	
๙. ร้อยละความสำเร็จในการเตรียมความพร้อมรองรับพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒ (PDPA)	๕๐%	๑๐๐%	-	**นิยาม/คำอธิบาย :** การเตรียมความพร้อมรองรับพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒ (PDPA) มีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้ ๑. อบรมเกี่ยวกับ พรบ. คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒ (PDPA) (ร้อยละ ๒๐) ๒. จัดทำนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (ร้อยละ ๑๐) ๓. จัดทำกระบวนการต่าง ๆหรือเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (ร้อยละ ๔๐) ๔. เผยแพร่ความรู้ให้แก่บุคลากรในโรงพยาบาล (ร้อยละ ๒๐) ๕. ติดตาม ประเมินและสรุปผลการดำเนินงาน (ร้อยละ ๑๐) **วิธีคำนวณ :** จากร้อยละความสำเร็จจากขั้นตอนการดำเนินการ	คณะกรรมการ IM ฝ่ายวิชาการและแผนงาน (งานเทคโนโลยีสารสนเทศ)

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ/งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	
๑. กิจกรรมการพัฒนาความปลอดภัยของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ฝ่ายวิชาการและแผนงาน (งานเทคโนโลยีสารสนเทศ)*
๒. กิจกรรมการเตรียมความพร้อมรองรับพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒ (PDPA) (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๖)	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ฝ่ายวิชาการและแผนงาน (งานเทคโนโลยีสารสนเทศ)*

ยุทธศาสตร์ที่ ๔

เพิ่มศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ สร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization)

ยุทธศาสตร์ที่ ๔
เพิ่มศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ สร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization)

เป้าหมายหลัก : บุคลากรมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ มีสมรรถนะที่สอดคล้องกับภารกิจขององค์กร

เป้าประสงค์ที่ ๔.๑ พัฒนาสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรสู่องค์กรสุขภาพดี บุคลากรมีความปลอดภัยในการให้บริการและได้รับการป้องกันการติดเชื้อจากการทำงานอย่างเหมาะสม

เป้าประสงค์ที่ ๔.๒ มีอัตรากำลังที่เหมาะสม 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

เป้าประสงค์	กลยุทธ์
เป้าประสงค์ที่ ๔.๑ พัฒนาสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรสู่องค์กรสุขภาพดี บุคลากรมีความปลอดภัยในการให้บริการและได้รับการป้องกันการติดเชื้อจากการทำงานอย่างเหมาะสม	**กลยุทธ์ที่ ๔.๑.๑** ส่งเสริมบุคลากรด้านวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพ พัฒนาระบบการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย รวมทั้งอาชีวอนามัยและป้องกันการติดเชื้อจากการทำงาน **จำนวน ๑๐ ตัวชี้วัด** ประกอบด้วย **ตัวชี้วัดที่ ๑** ร้อยละบุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี **ตัวชี้วัดที่ ๒** ร้อยละบุคลากรที่มีค่า BMI เกินเกณฑ์ มีค่า BMI ลดลง หลังจากเข้าร่วมโครงการ/กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลด BMI ให้ไร้พุง **ตัวชี้วัดที่ ๓** ร้อยละบุคลากรกลุ่มเสี่ยงจากการทำงานได้รับการตรวจคัดกรองด้านอาชีวอนามัย **ตัวชี้วัดที่ ๔** ร้อยละบุคลากรได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ **ตัวชี้วัดที่ ๕** ร้อยละของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบเอและบี **ตัวชี้วัดที่ ๖** ร้อยละของบุคลากรได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) **ตัวชี้วัดที่ ๗** ร้อยละของบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านหน้าเกี่ยวกับการคัดกรองผู้มารับบริการได้รับการตรวจ ATK และ/หรือ RT - PCR **ตัวชี้วัดที่ ๘** อัตราความถี่การบาดเจ็บ/เจ็บป่วยของบุคลากรที่เกี่ยวเนื่องจากการทำงาน **ตัวชี้วัดที่ ๙** บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น **ตัวชี้วัดที่ ๑๐** บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องอาชีวอนามัยและความปลอดภัยจากสิ่งคุกคามจากการทำงานเพิ่มขึ้น

เป้าประสงค์	กลยุทธ์
เป้าประสงค์ที่ ๔.๒ มีอัตรากำลังที่เหมาะสม สอดคล้องกับภารกิจทิศทางการพัฒนาองค์กร	**กลยุทธ์ที่ ๔.๒.๑** วางแผนอัตรากำลังและสรรหาบุคลากรอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับภารกิจและรองรับการเติบโตขององค์กร **จำนวน ๑ ตัวชี้วัด** ประกอบด้วย **ตัวชี้วัดที่ ๑๑** ร้อยละความสำเร็จในการดำเนินการตามขั้นตอนการสรรหา คัดเลือก เพื่อทดแทนอัตรากำลังในทุกสาขาวิชาชีพที่ว่างลง
เป้าประสงค์ที่ ๔.๓ เปิดโอกาสให้บุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพตามสายวิชาชีพ/ สายงาน และได้รับการพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติงาน	**กลยุทธ์ที่ ๔.๓.๑** สนับสนุนให้บุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพตามสายวิชาชีพ/ สายงาน ให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การพัฒนาขององค์กรและรูปแบบบริการ **จำนวน ๖ ตัวชี้วัด ประกอบด้วย** **ตัวชี้วัดที่ ๑๒** ร้อยละความสำเร็จในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรตามแผนพัฒนาบุคลากรประจำปีทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล **ตัวชี้วัดที่ ๑๓** ร้อยละความสำเร็จในการส่งบุคลากร**ตำแหน่งแพทย์ ทันตแพทย์** เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรเฉพาะทาง แพทย์เชี่ยวชาญ หรืออบรมหลักสูตรอื่น ๆ ที่มีความจำเป็นต่อการพัฒนาองค์กรเพื่อเพิ่มพูนความรู้ความเชี่ยวชาญ **ตัวชี้วัดที่ ๑๔** ร้อยละความสำเร็จในการส่งบุคลากร**ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ** เข้ารับการศึกษาต่ออบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง หรืออบรมหลักสูตรอื่น ๆ ที่มีความจำเป็นต่อการพัฒนาองค์กร **ตัวชี้วัดที่ ๑๕** ร้อยละความสำเร็จในการส่งบุคลากร**ตำแหน่งสายทางการแพทย์และสาธารณสุขและบุคลากรสายสนับสนุน** เข้ารับการศึกษาต่อ หรืออบรมหลักสูตรอื่น ๆ ที่มีความจำเป็นต่อการพัฒนาองค์กร **ตัวชี้วัดที่ ๑๖** ร้อยละความสำเร็จในการส่งเสริมสนับสนุนให้หน่วยงานดำเนินการจัดโครงการ/ กิจกรรม ด้านการฝึกอบรม ประชุม สัมมนา ศึกษาดูงาน ฯ เพื่อพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และเพิ่มสมรรถนะในการทำงาน
	กลยุทธที่ ๔.๓.๒ บุคลากรมีสมรรถนะในการปฏิบัติงาน มีความก้าวหน้าในอาชีพ และได้รับการพัฒนาศักยภาพความรู้ความสามารถเป็นรายบุคคล **จำนวน ๓ ตัวชี้วัด** ประกอบด้วย **ตัวชี้วัดที่ ๑๗** ร้อยละของบุคลากรที่มีการจัดทำแบบประเมินสมรรถนะเฉพาะวิชาชีพ/ สายงาน **ตัวชี้วัดที่ ๑๘** ร้อยละความสำเร็จของบุคลากรที่ผ่านเกณฑ์การประเมินสมรรถนะรายบุคคลในระดับที่กำหนด **ตัวชี้วัดที่ ๑๙** ร้อยละความสำเร็จในการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรรายบุคคล (Individual Development Plan – IDP)

เป้าประสงค์	กลยุทธ์
เป้าประสงค์ที่ ๔.๔ ต่อยอดการจัดการความรู้ (Knowledge Management) และสร้างเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Knowledge Sharing) อย่างต่อเนื่อง	**กลยุทธ์ที่ ๔.๔.๑** ส่งเสริมกระบวนการให้บุคลากรมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ **จำนวน ๗ ตัวชี้วัด** ประกอบด้วย **ตัวชี้วัดที่ ๒๐** ร้อยละความสำเร็จในการส่งเสริมให้บุคลากรนำองค์ความรู้จากการไปอบรม ประชุม สัมมนา ศึกษา ดูงาน ฯ จากหน่วยงานภายนอกมาถ่ายทอด และ/หรือ เผยแพร่ ด้วยวิธีต่าง ๆ **ตัวชี้วัดที่ ๒๑** ร้อยละความสำเร็จในการส่งเสริมสนับสนุนให้หน่วยงานจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และเพิ่มสมรรถนะในการทำงาน **ตัวชี้วัดที่ ๒๒** ร้อยละความสำเร็จของการจัดทำ และ/หรือ ปรับปรุงองค์ความรู้ให้เป็นปัจจุบัน **ตัวชี้วัดที่ ๒๓** สัดส่วนชั่วโมงการฝึกอบรม (ในส่วนของบุคลากรสายแพทย์และทันตแพทย์ สายพยาบาล สายทางการแพทย์และสาธารณสุข (Allied Health) และสายสนับสนุน ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว พนักงานประกันสังคม) **ตัวชี้วัดที่ ๒๔** บุคลากรได้รับการฝึกอบรม ประชุม สัมมนา ศึกษา ดูงาน ฯ ได้ตามเป้าหมาย ๒๐ ชั่วโมงต่อคนต่อปี (ในส่วนของบุคลากรสายแพทย์และทันตแพทย์ สายพยาบาล สายทางการแพทย์และสาธารณสุข (Allied Health) และสายสนับสนุน ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว พนักงานประกันสังคม) **ตัวชี้วัดที่ ๒๕** สัดส่วนชั่วโมงการฝึกอบรม (ในส่วนของลูกจ้างโครงการ ฯ) **ตัวชี้วัดที่ ๒๖** บุคลากรได้รับการฝึกอบรม ประชุม สัมมนา ศึกษา ดูงาน ฯ ได้ตามเป้าหมาย ๑๐ ชั่วโมงต่อคนต่อปี (ในส่วนของลูกจ้างโครงการ ฯ) **ตัวชี้วัดที่ ๒๗** จำนวนหน่วยงาน และ/หรือ สถาบันการศึกษา ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน เลือกโรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินฺธโร อุทิศ เป็นสถานที่ฝึกอบรม/ ดูงาน/ ฝึกปฏิบัติงาน/ ร่วมสอน/ วิทยากรให้ความรู้/ อาจารย์พี่เลี้ยง
เป้าประสงค์ที่ ๔.๕ สนับสนุนงานวิจัย ผลงานนวัตกรรม และผลงานวิชาการ ที่สอดคล้องกับรูปแบบบริการและการบริหารขององค์กรอย่างต่อเนื่อง	**กลยุทธ์ที่ ๔.๕.๑ ส่งเสริมให้บุคลากรพัฒนาต่อยอดองค์ความรู้ สร้างผลงานวิจัย ผลงานนวัตกรรม ผลงานวิชาการ และผลงานจากการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (R๒R)** **จำนวน ๓ ตัวชี้วัด** ประกอบด้วย **ตัวชี้วัดที่ ๒๘** จำนวนผลงานวิจัย และ/หรือ ผลงานวิชาการ **ตัวชี้วัดที่ ๒๙** จำนวนผลงานนวัตกรรม และ/หรือ ผลงานจากการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (R๒R) **ตัวชี้วัดที่ ๓๐** ร้อยละความสำเร็จในการนำผลงานวิจัย ผลงานนวัตกรรม ผลงานวิชาการ และผลงานจากการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (R๒R) ที่มีนำไปใช้กับการปฏิบัติงานภายในหน่วยงานหรือภายนอกหน่วยงาน

ยุทธศาสตร์ที่ ๔
เพิ่มศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ สร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้
(Learning Organization)

สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสำนักการแพทย์ ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) :

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ บริหารงานอย่างมีประสิทธิภาพ มุ่งสู่องค์กรคุณภาพคู่คุณธรรม (Moral Management)

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนาบริการ งานวิจัย ยกระดับโรงพยาบาลและส่วนราชการในสังกัดสำนักการแพทย์เพื่อมุ่งสู่องค์กรดิจิทัล (Digital and Development)

เป้าประสงค์ที่ ๔.๑ พัฒนาสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรสู่องค์กรสุขภาพดี บุคลากรมีความปลอดภัยในการให้บริการและได้รับการป้องกันการติดเชื้อจากการทำงานอย่างเหมาะสม

กลยุทธ์ที่ ๔.๑.๑ ส่งเสริมบุคลากรด้านวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพ พัฒนาระบบการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย รวมทั้งอาชีวอนามัยและการป้องกัน

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๑. ร้อยละบุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี	≥๙๐%	≥๙๕%	≥๙๘%	**นิยาม/คำอธิบาย : บุคลากรที่เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี** หมายถึง ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ได้รับการตรวจสุขภาพตามสิทธิ์กระทรวงการคลังกำหนด สำหรับลูกจ้างชั่วคราว ลูกจ้างโครงการ พนักงานประกันสังคม ได้รับการตรวจสุขภาพตามนโยบายขององค์กร/หน่วยงาน (ถ้ามี) นำผลการตรวจสุขภาพประจำปีมาวิเคราะห์ข้อมูลและส่งเสริมสุขภาพให้กับบุคลากร **วิธีคำนวณ :** จำนวนบุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีจริง คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนบุคลากรทั้งหมด	คณะกรรมการ HPH/DHS กลุ่มงาน - เวชศาสตร์ชุมชนฯ ทุกหน่วยงาน
๒. ร้อยละบุคลากรที่มีค่า BMI เกินเกณฑ์ มีค่า BMI ลดลง หลังจากเข้าร่วมโครงการ/ กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลด BMI ให้ไร้พุง	≥๗๕%	≥๘๐%	≥๘๕%	**นิยาม/คำอธิบาย :** ผู้เข้าร่วมโครงการหรือกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลด BMI ให้ไร้พุง หมายถึง บุคลากรในโรงพยาบาล - รอบเอว หรือ BMI ลดลง หมายถึง ผู้เข้าร่วมโครงการ หรือ กิจกรรม ที่วัดรอบเอวหรือ BMI หลังเข้าร่วมโครงการลดลงจากก่อนเข้าร่วมโครงการ หรือ กิจกรรม	คณะกรรมการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม กลุ่มงาน - เวชศาสตร์ชุมชนฯ ทุกหน่วยงาน

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
				วิธีคำนวณ : จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการหรือ กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลด BMI ให้ไร้พุง ที่มีรอบเอวหรือ BMI ลดลง คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการหรือกิจกรรมทั้งหมด	
๓. ร้อยละบุคลากรกลุ่มเสี่ยงจากการทำงานได้รับการตรวจคัดกรองด้านอาชีวอนามัย	≥๘๐%	≥๘๕%	≥๘๗%	**นิยาม/คำอธิบาย :** บุคลากรกลุ่มเสี่ยงจากการทำงานที่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ ฯ หมายถึง ข้าราชการ ลูกจ้าง - ประจำ ลูกจ้างชั่วคราว ลูกจ้างโครงการ พนักงานประกันสังคม ที่ทำงานสัมผัสสิ่งคุกคามได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงานตามนโยบายขององค์กร/หน่วยงาน นำผลการตรวจสุขภาพมาวิเคราะห์ข้อมูลและส่งเสริมสุขภาพให้กับบุคลากร **วิธีคำนวณ :** จำนวนบุคลากรกลุ่มเสี่ยงจากการทำงานที่ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงาน คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนบุคลากรกลุ่มเสี่ยงจากการทำงานทั้งหมด	คณะกรรมการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม กลุ่มงาน - พัฒนาคุณภาพฯ ทุกหน่วยงาน
๔. ร้อยละบุคลากรได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่	๘๐%	๘๕%	๙๐%	**นิยาม/คำอธิบาย : บุคลากรที่ต้องได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ หมายถึง** ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว ลูกจ้างโครงการ พนักงานประกันสังคม **วิธีคำนวณ :** จำนวนบุคลากรที่ได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่จริง คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนบุคลากรที่ต้องได้จัดสรรให้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ทั้งหมด	คณะกรรมการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม กลุ่มงาน - พัฒนาคุณภาพฯ ทุกหน่วยงาน
๕. ร้อยละของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบเอและบี	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	**นิยาม/คำอธิบาย : บุคลากรกลุ่มเสี่ยง หมายถึง** บุคลากรที่ปฏิบัติงานด่านหน้าในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย **วิธีคำนวณ :** จำนวนบุคลากรกลุ่มเสี่ยงได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบเอและบี คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนบุคลากรกลุ่มเสี่ยงทั้งหมด	คณะกรรมการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม กลุ่มงาน - พัฒนาคุณภาพฯ ทุกหน่วยงาน

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๖. ร้อยละของบุคลากรได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID – 19) แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๓ กลยุทธ์ที่ ๕	๙๕%	๙๕%	๙๕%	**นิยาม/คำอธิบาย :** บุคลากรที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID – 19) คือบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทุกคนทั้งหมด (ทุกตำแหน่งทุกระดับ) **วิธีคำนวณ :** จำนวนบุคลากรที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID – 19) คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนบุคลากรทั้งหมด	คณะกรรมการ IC/ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ ฝ่ายการพยาบาลทุกหน่วยงาน
๗. ร้อยละของบุคลากรที่ปฏิบัติงานด่านหน้าเกี่ยวกับการคัดกรองผู้มารับบริการได้รับการตรวจ ATK และ/หรือ RT – PCR แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๓ กลยุทธ์ที่ ๕	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	**นิยาม/คำอธิบาย :** บุคลากรที่ปฏิบัติงานด่านหน้าเกี่ยวกับการคัดกรองผู้มารับบริการทุกคนต้องได้รับการตรวจ ATK และ/หรือ RT – PCR **วิธีคำนวณ :** จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานด่านหน้าเกี่ยวกับการคัดกรองผู้มารับบริการได้รับการตรวจ ATK และ/หรือ RT – PCR คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานด่านหน้าเกี่ยวกับการคัดกรองผู้มารับบริการทั้งหมด	คณะกรรมการ IC/ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ ฝ่ายการพยาบาลทุกหน่วยงาน
๘. อัตราความถี่การบาดเจ็บ/เจ็บป่วยของบุคลากรที่เกี่ยวเนื่องจากการทำงาน	<๑๕ : ล้าน ชม. การทำงาน	<๑๕ : ล้าน ชม. การทำงาน	<๑๕ : ล้าน ชม. การทำงาน	**นิยาม/คำอธิบาย :** ๑) เป็นการวัดอัตราการบาดเจ็บของบุคลากรที่มีการบาดเจ็บซึ่งมีสาเหตุจากการปฏิบัติงานในหน้าที่และในเวลางานเท่านั้นเป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนผลการดำเนินงานในอดีตเท่านั้น ๒) จำนวนชั่วโมงการทำงานของบุคลากรเป็นการคิดคำนวณชั่วโงการทำงานของบุคลากรทั้งหมดในองค์กร ตามจำนวนเวรที่ปฏิบัติงานในเดือนนั้น ๆ คูณด้วย จำนวนชั่วโมงในแต่ละ ๒๐๐ เวร รวมชั่วโมงการทำงานทั้งหมดในเดือนนั้น คิดเป็น ๘ * ๒๐๐ = ๑,๖๐๐ ชั่วโมงการทำงาน) **วิธีคำนวณ :** A = จำนวนครั้งที่บุคลากรได้รับบาดเจ็บ/เจ็บป่วย เนื่องจากการทำงานในช่วงเวลาที่กำหนด	คณะกรรมการอาชีวอนามัยฯ กลุ่มงาน - พัฒนาคุณภาพฯ ทุกหน่วยงาน

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
				B = จำนวนชั่วโมงการทำงานทั้งสิ้นของบุคลากรในองค์กรในช่วงเวลาเดียวกัน สูตรการคำนวณ A/B x ๑,๐๐๐,๐๐๐	
๙. บุคลากรมีความรู้ความเข้าในเรื่องการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๓ กลยุทธ์ที่ ๕	≥๘๐%	≥๘๓%	≥๘๕%	**นิยาม/คำอธิบาย :** บุคลากรที่เข้าร่วมโครงการ/กิจกรรมในเรื่องการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้น **วิธีคำนวณ :** แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจของบุคลากรในเรื่องการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล Post - test มากกว่าหรือเท่ากับ Pre - test	คณะกรรมการ IC/ฝ่ายการพยาบาลทุกหน่วยงาน
๑๐. บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องอาชีวอนามัยและความปลอดภัยจากสิ่งคุกคามจากการทำงานเพิ่มขึ้น	≥๘๐%	≥๘๓%	≥๘๕%	**นิยาม/คำอธิบาย :** บุคลากรที่เข้าร่วมโครงการ/กิจกรรมในเรื่องอาชีวอนามัยและความปลอดภัยจากสิ่งคุกคามจากการทำงานมีความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้น **วิธีคำนวณ :** แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจของบุคลากรในเรื่องในเรื่องอาชีวอนามัยและความปลอดภัยจากสิ่งคุกคามจากการทำงาน Post – test มากกว่าหรือเท่ากับ Pre - test	คณะกรรมการอาชีวอนามัยฯ กลุ่มงาน - พัฒนาคุณภาพฯ ทุกหน่วยงาน

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ/งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	
๑. โครงการตรวจสุขภาพประจำปีให้แก่บุคลากร ปีละ ๑ ครั้ง (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชน ฯ*
๒. โครงการหรือกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลด BMI ให้ไร้พุง (ภายใน) (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) (เงินบำรุงฯ หรือ สปสช.)	*๑๐๐,๐๐๐*	*๑๐๐,๐๐๐*	*๑๐๐,๐๐๐*	*กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชน ฯ*
๓. โครงการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงทางอาชีวเวชศาสตร์ประจำปี (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*คณะกรรมการ HPH / DSC*

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ (ต่อ)

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ/งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	
๔. โครงการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ให้แก่บุคลากรในโรงพยาบาล (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*คณะกรรมการ HPH / DSC*
๕. โครงการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบเอและบีให้แก่บุคลากรในโรงพยาบาล (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*คณะกรรมการ HPH / DSC*
๖. กิจกรรมฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID – ๑๙) ให้กับบุคลากรในโรงพยาบาล (ปี ๒๕๖๕ - ๒๕๖๗) * (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*คณะกรรมการ HPH / DSC*
๗. กิจกรรมการจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดโควิด (COVID Free setting) (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) * (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*คณะกรรมการ IC กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ*
๘. โครงการอบรมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) (เงิน กทม.) (TN๑) * (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	*๒๕,๗๒๐*	*๒๕,๗๒๐*	*๑๕,๑๐๐*	*คณะกรรมการ IC ทุกหน่วยงาน*
๙. โครงการอบรมเพิ่มศักยภาพบุคลากรด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินฺธโร อุทิศ (ภายใน) (ปี ๒๕๖๖ - ๒๕๖๗) (เงิน กทม.) (TN๑)	-	*๑๖,๐๐๐*	*๑๖,๐๐๐*	*คณะกรรมการ IC ทุกหน่วยงาน*
๑๐. กิจกรรมให้ความรู้ในเรื่องอาชีวอนามัยและความปลอดภัยจากสิ่งคุกคามจากการทำงาน (ปี ๒๕๖๕)	*ไม่ใช้งบประมาณ*	-	-	*คณะกรรมการอาชีวอนามัยฯ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ*

เป้าประสงค์ที่ ๔.๒ มีอัตรากำลังที่เหมาะสม สอดคล้องกับภารกิจ ทิศทางการพัฒนาองค์กร

กลยุทธ์ที่ ๔.๒.๑ วางแผนอัตรากำลังและสรรหาบุคลากรอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับภารกิจและรองรับการเติบโตขององค์กร

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๑๑. ร้อยละความสำเร็จในการดำเนินการตามขั้นตอนการสรรหาคัดเลือก เพื่อทดแทนอัตรากำลังในทุกสาขาวิชาชีพที่ว่างลง	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	**นิยาม/คำอธิบาย :** การสำรวจ ตรวจสอบการวิเคราะห์อัตรากำลังเพื่อการกำหนดตำแหน่ง ประเภทบุคลากร และสายงาน ตลอดจนจำนวนที่ต้องการให้เหมาะสมสอดคล้องกับภารกิจของหน่วยงาน และเพื่อให้ทราบการคงอยู่ของบุคลากร ณ ปัจจุบัน อำนาจในการสรรหา คัดเลือก ดังนี้ ๑) บุคลากรที่เป็นอำนาจของโรงพยาบาลในการสรรหา คัดเลือก ได้โดยตรง คือ พนักงานประกันสังคม ลูกจ้างโครงการฯ บุคคลภายนอกช่วยปฏิบัติราชการ บุคลากรห้วงเวลา เป็นต้น ๒) บุคลากรที่เป็นอำนาจสำนักการแพทย์ในการสรรหา คัดเลือก คือ บุคลากรสายการแพทย์และสาธารณสุข อาทิ แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีวิทยา เภสัชกร ฯลฯ ๓) บุคลากรที่เป็นอำนาจกองการเจ้าหน้าที่ สำนักงานปลัดกรุงเทพมหานคร ในการสรรหาคัดเลือก คือ บุคลากรสายสนับสนุน อาทิ ตำแหน่งเจ้าพนักงานธุรการ เจ้าพนักงานพัสดุ เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี นักทรัพยากรบุคคล นักจัดการงานทั่วไป ฯลฯ **ขั้นตอนการดำเนินการ** ดังนี้ ขั้นตอนที่ ๑ สำรวจ ตรวจสอบอัตรากำลังที่คงอยู่ และอัตรากำลังว่าง (ร้อยละ ๑๐)	คณะกรรมการ HR ฝ่ายบริหารงานทั่วไป ทุกหน่วยงาน

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
				ขั้นตอนที่ ๒ นำเสนอคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และคณะกรรมการ HR ของโรงพยาบาล หรือสำนักการแพทย์ เพื่อพิจารณาวางการสรรหา คัดเลือก (ร้อยละ ๓๐) ขั้นตอนที่ ๓ กำหนดคุณลักษณะของลักษณะงาน และคุณลักษณะของตำแหน่ง (ร้อยละ ๒๐) ขั้นตอนที่ ๔ ดำเนินการประกาศสรรหา (ร้อยละ ๑๐) ขั้นตอนที่ ๕ คัดเลือก (ร้อยละ ๑๐) ขั้นตอนที่ ๖ บรรจุแต่งตั้ง หรือเซ็นสัญญาจ้าง (ร้อยละ ๒๐) **วิธีคำนวณ :** ร้อยละความสำเร็จจากขั้นตอนการดำเนินการ	

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ/งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	
๑. จัดทำแนวทางสรรหาและคัดเลือกบุคลากรตามคุณลักษณะที่ต้องการให้เป็นปัจจุบัน (ในกลุ่มที่โรงพยาบาลมีอำนาจหน้าที่ควบคุมการสรรหาและคัดเลือกได้โดยตรง) (ปี ๒๕๖๕ - ๒๕๖๗)	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ฝ่ายบริหารงานทั่วไป*

เป้าประสงค์ที่ ๔.๓ เปิดโอกาสให้บุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพตามสายวิชาชีพ/ สายงาน และได้รับการพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติงาน มีความก้าวหน้าในอาชีพ ตามแผนหรือเป้าหมายอย่างชัดเจนและเสมอภาค

กลยุทธ์ที่ ๔.๓.๑ สนับสนุนให้บุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพตามสายวิชาชีพ/ สายงาน ให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การพัฒนาขององค์กรและรูปแบบบริการ

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๑๒. ร้อยละความสำเร็จในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรตามแผนพัฒนาบุคลากรประจำปี ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๑	๗๐%	๗๕%	๘๐%	**นิยาม/คำอธิบาย :** บุคลากรที่ต้องได้รับการพัฒนาตามแผนพัฒนาบุคลากรประจำปี ประกอบด้วย ข้าราชการกรุงเทพมหานคร สามัญ บุคลากรกรุงเทพมหานคร ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว) ได้รับการส่งเสริมเพิ่มพูนความรู้ทักษะที่สามารถนำมาพัฒนาองค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพ **หลักสูตรตามแผนพัฒนาบุคลากรประจำปี** คือ ๑) หลักสูตรโครงการอบรม ประชุมฯ ที่หน่วยงานเป็นผู้จัด (TN๑) ๒) หลักสูตรศึกษาต่อ อบรมเฉพาะทาง อบรมระยะยาว อบรมระยะสั้น ระยะเวลาเกิน ๙๐วัน หน่วยงานภายนอกเป็นผู้จัด (TN๒) ๓) หลักสูตรอบรม ประชุมฯ ระยะเวลาไม่เกิน ๙๐ วัน เบิกค่าใช้จ่ายหน่วยงานภายนอกเป็นผู้จัด (TN๒) ๔) หลักสูตรศึกษาต่อ อบรม ประชุมฯ ณ ต่างประเทศ (TN๓) **วิธีคำนวณ :** จำนวนบุคลากรที่ได้รับอนุมัติให้พัฒนาศักยภาพเพิ่มพูนความรู้ความสามารถตามแผนพัฒนาบุคลากรประจำปีสามารถเข้ารับการพัฒนาได้จริง คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนบุคลากรได้รับความเห็นชอบให้พัฒนาศักยภาพจากผู้บริหารทั้งหมด	คณะกรรมการ HR ฝ่ายวิชาการและแผนงาน ทุกหน่วยงาน

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๑๓. ร้อยละความสำเร็จในการส่งบุคลากร**ตำแหน่งแพทย์ ทันตแพทย์** เข้าศึกษาต่อ ในหลักสูตรเฉพาะทาง แพทย์เชี่ยวชาญ หรืออบรมหลักสูตรอื่น ๆ ที่จำเป็นต่อการพัฒนาองค์กรเพื่อเพิ่มพูนความรู้ความเชี่ยวชาญ แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ที่ ๑ กลยุทธ์ที่ ๒)	๗๐%	๗๕%	๘๐%	**นิยาม/คำอธิบาย : บุคลากรที่ต้องได้รับการพัฒนา** ประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขสาขาอื่น ๆ บุคลากรสายสนับสนุน ดังนี้ ๑) **แพทย์ ทันตแพทย์ :** เข้ารับการศึกษาต่อหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านต่อยอด แพทย์ประจำบ้าน และอบรมหลักสูตรที่มีระยะเวลาเกิน ๙๐ วัน หรือไปศึกษาดูงาน อบรม ประชุม ณ ต่างประเทศ ๒) **พยาบาลวิชาชีพ :** เข้ารับการศึกษาต่อระดับปริญญาโท ปริญญาเอก อบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง หรืออบรมหลักสูตรอื่น ๆ ที่มีความจำเป็นต่อการพัฒนาองค์กร ระยะเวลาเกิน ๙๐ วัน หรือไปศึกษาดูงาน อบรม ประชุม ณ ต่างประเทศ ๓) **บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข บุคลากรสายสนับสนุน** อาทิ เภสัชกร นักโภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์ นักเทคนิคการแพทย์ นักวิชาการสุขาภิบาล นักจิตวิทยา เจ้าพนักงานเวชสถิติ ฯลฯ เข้ารับการศึกษาต่อระดับปริญญาตรี - โท - เอก หรืออบรมในหลักสูตรอื่น ๆ ที่จำเป็น ระยะเวลา ๙๐ วันหรือไปศึกษาดูงาน อบรม ประชุม ณ ต่างประเทศ **วิธีคำนวณ :** จำนวนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพโดยการส่งไปศึกษาต่อ อบรมเฉพาะทาง หรืออบรมในหลักสูตรที่มีความจำเป็นต่อการพัฒนาองค์กรจริง (ตามแผนพัฒนาบุคลากรประจำปี) คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนบุคลากรที่ได้รับความเห็นชอบไปศึกษาต่อ อบรมเฉพาะทาง หรืออบรมในหลักสูตรที่มีความจำเป็นต่อการพัฒนาองค์กร (ตามแผนพัฒนาบุคลากรประจำปี) ทั้งหมด	คณะกรรมการ HR ฝ่ายวิชาการและแผนงาน ทุกหน่วยงาน
๑๔. ร้อยละความสำเร็จในการส่งบุคลากร**ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ** เข้ารับการ ศึกษาต่อ อบรม หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง หรืออบรมหลักสูตรอื่น ๆ ที่มีความจำเป็นต่อการพัฒนาองค์กร แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ที่ ๑ กลยุทธ์ที่ ๒)	๗๐%	๗๕%	๘๐%		
๑๕. ร้อยละความสำเร็จในการส่งบุคลากร**ตำแหน่งสายทางการแพทย์และสาธารณสุขและบุคลากรสายสนับสนุน** เข้ารับการศึกษาต่อ หรืออบรม หลักสูตรอื่น ๆ ที่มีความจำเป็นต่อการพัฒนาองค์กร แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ที่ ๑ กลยุทธ์ที่ ๒)	๗๐%	๗๕%	๘๐%		

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๑๖. ร้อยละความสำเร็จในการส่งเสริมสนับสนุนให้หน่วยงานดำเนินการจัดโครงการหรือกิจกรรมด้านการฝึกอบรม ประชุม สัมมนา ศึกษาดูงาน ฯ เพื่อพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และเพิ่มสมรรถนะในการทำงาน แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ที่ ๑ กลยุทธ์ที่ ๒)	๘๐%	๘๓%	๘๕%	**นิยาม/คำอธิบาย :** จัดโครงการหรือกิจกรรม ด้านการฝึกอบรม ประชุม สัมมนา ศึกษาดูงาน ฯ เพื่อเพิ่มพูนความรู้ให้แก่บุคลากร ซึ่งโครงการหรือกิจกรรมดังกล่าวหน่วยงานในโรงพยาบาลเป็นผู้จัดทั้งที่กำหนดไว้ในแผน พัฒนาบุคลากรประจำปี และนอกแผนพัฒนาบุคลากรประจำปี ทั้งนี้โครงการหรือกิจกรรมสามารถปรับเปลี่ยนได้ ตามความจำเป็นและตามสถานการณ์ปัจจุบันตลอดจนสรุปรายงานผลการดำเนินงานจัดโครงการหรือกิจกรรมนำเสนอผู้บริหาร **วิธีคำนวณ :** จำนวนโครงการหรือกิจกรรมที่สามารถดำเนินการจัดได้จริงในปีงบประมาณนั้น ๆ หารด้วย ๑๐๐ คูณด้วย จำนวนโครงการหรือกิจกรรมที่ได้รับความเห็นชอบหรืออนุมัติให้ดำเนินการจัดจากผู้บริหารทั้งหมด	คณะกรรมการ HR ฝ่ายวิชาการและแผนงาน ทุกหน่วยงาน

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ/งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	
๑. จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรประจำปีของโรงพยาบาล ปีละ ๑ ครั้ง (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*คณะกรรมการ HR/ ฝ่ายวิชาการและแผนงาน*
๒. โครงการส่งข้าราชการไปศึกษาต่อ อบรมหลักสูตรเฉพาะทาง อบรมระยะยาว อบรมระยะสั้น หรืออบรมหลักสูตรที่มีความจำเป็นต่อการพัฒนาองค์กร ที่มีระยะเวลาเกิน ๙๐ วัน ทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ หน่วยงานภายนอกเป็นผู้จัด (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) (เงิน กทม. และ เงินบำรุงฯ) (TN๒) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	*๙๔๕,๐๐๐*	*๒,๗๒๐,๐๐๐*	*๑,๗๑๐,๐๐๐*	*คณะกรรมการ HR ฝ่ายวิชาการและแผนงาน*

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ (ต่อ)

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ/งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	
๓. กิจกรรมส่งเสริมให้บุคลากรเข้ารับการอบรม ประชุม สัมมนา ศึกษา ดูงาน ฯ ในหลักสูตรที่มีความจำเป็นต่อการพัฒนาองค์กร ที่มีระยะเวลาไม่เกิน ๙๐ วัน กรณีเบิกค่าใช้จ่าย หน่วยงานภายนอกเป็นผู้จัด (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) (เงิน กทม. และ เงินบำรุงฯ) (TN๒) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	*๖๐๕,๑๘๐*	*๖๑๖,๖๖๐*	*๖๓๙,๕๖๐*	*คณะกรรมการ HR ฝ่ายวิชาการและแผนงาน*
๔. กิจกรรมส่งเสริมให้บุคลากรเข้ารับการอบรม ประชุม สัมมนา ศึกษา ดูงาน ฯ ในหลักสูตรที่มีความจำเป็นต่อการพัฒนาองค์กร ที่มีระยะเวลาไม่เกิน ๙๐ วัน กรณีไม่เบิกค่าใช้จ่าย หน่วยงานภายนอกเป็นผู้จัด (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*คณะกรรมการ HR ฝ่ายวิชาการและแผนงาน*
๕. กิจกรรมส่งเสริมสนับสนุนให้หน่วยงานจัดโครงการหรือกิจกรรมด้านการฝึกอบรม ประชุม สัมมนา ศึกษา ดูงาน ฯ เพื่อเป็นการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และสมรรถนะในการทำงาน (หน่วยงานภายในโรงพยาบาลเป็นผู้จัด) (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) (เงิน กทม. และ เงินบำรุง) (เป็นโครงการตามแผนพัฒนาบุคลากรฯ TN๑ และนอกแผนพัฒนาบุคลากรฯ) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	*๓๔๘,๘๓๙*	*๓๔๙,๙๖๕*	*๓๔๙,๙๖๕*	*คณะกรรมการ HR ฝ่ายวิชาการและแผนงาน*

กลยุทธ์ที่ ๔.๓.๒ บุคลากรมีสมรรถนะในการปฏิบัติงาน มีความก้าวหน้าในอาชีพ และได้รับการพัฒนาศักยภาพความรู้ความสามารถเป็นรายบุคคล

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๑๗. ร้อยละของบุคลากรที่มีการจัดทำแบบประเมินสมรรถนะเฉพาะวิชาชีพ/สายงาน	๗๐%	๗๕%	๘๐%	**นิยาม/คำอธิบาย :** หน่วยงานมีการจัดทำแนวทางการประเมินสมรรถนะบุคลากร ๓ ด้าน ประกอบด้วย **ด้านที่ ๑** สมรรถนะหลัก	คณะกรรมการ HR ทุกหน่วยงาน

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
				ด้านที่ ๒ สมรรถนะประจำกลุ่มงาน **ด้านที่ ๓** สมรรถนะเฉพาะวิชาชีพ **ด้านที่ ๔** สมรรถนะประจำผู้บริหาร กรณีผู้บริหาร หัวหน้าฝ่าย หัวหน้ากลุ่มงาน เพิ่มเติม ปี ๒๕๖๕ = ประเมินสมรรถนะรายบุคคล บุคลากรสายพยาบาลวิชาชีพ ปี ๒๕๖๖ = ประเมินสมรรถนะรายบุคคล บุคลากรสายแพทย์ ทันตแพทย์ ปี ๒๕๖๗ = ประเมินสมรรถนะรายบุคคล บุคลากรสายทางการแพทย์และสาธารณสุข และสายสนับสนุน **วิธีคำนวณ :** จำนวนบุคลากรที่สามารถจัดทำแบบประเมินสมรรถนะเฉพาะวิชาชีพ/ สายงานได้จริง คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนบุคลากรตามกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด	
๑๘. ร้อยละความสำเร็จของบุคลากรที่ผ่านเกณฑ์การประเมินสมรรถนะรายบุคคลในระดับที่กำหนด	๗๐%	๗๕%	๘๐%	**นิยาม/คำอธิบาย :** กำหนดให้บุคลากรทุกระดับวิชาชีพ และทุกตำแหน่งต้องได้รับการประเมินสมรรถนะ ๓ ด้าน ประกอบด้วย **ด้านที่ ๑** สมรรถนะหลัก **ด้านที่ ๒** สมรรถนะประจำกลุ่มงาน **ด้านที่ ๓** สมรรถนะเฉพาะวิชาชีพ **ด้านที่ ๔** สมรรถนะประจำผู้บริหาร กรณีผู้บริหาร หัวหน้าฝ่าย หัวหน้ากลุ่มงาน เพิ่มเติม **วิธีคำนวณ :** จำนวนบุคลากรที่ได้รับการประเมินสมรรถนะรายบุคคลและผ่านเกณฑ์ที่กำหนด คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนบุคลากรที่ได้รับการประเมินสมรรถนะรายบุคคลทั้งหมด	คณะกรรมการ HR ทุกหน่วยงาน

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๑๙. ร้อยละความสำเร็จในการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรรายบุคคล (Individual Development Plan – IDP) แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ที่ ๑ กลยุทธ์ที่ ๒)	๘๕%	๙๐%	๙๕%	**นิยาม/คำอธิบาย : ๑) แผนพัฒนาบุคลากรรายบุคคล (Individual Development Plan – IDP)** หมายถึง กรอบหรือแนวทางที่จะช่วยให้ บุคลากรในองค์กรได้รับการพัฒนาศักยภาพตามแผนงานที่กำหนดไว้และสามารถนำความรู้กลับมาพัฒนางานให้บรรลุเป้าหมายได้ **๒) ผู้ที่จะต้องจัดทำแผนพัฒนาแผนพัฒนาบุคลากรรายบุคคล** ประกอบด้วย ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว พนักงานประกันสังคม ลูกจ้างโครงการฯ **วิธีคำนวณ :** จำนวนบุคลากรที่จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรในปีงบประมาณนั้น คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนบุคลากรในโรงพยาบาลทั้งหมด	คณะกรรมการ HR ฝ่ายวิชาการและแผนงาน ทุกหน่วยงาน

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ (ต่อ)

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ/งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	
๑. กิจกรรมสำรวจการจัดทำแบบประเมินสมรรถนะรายบุคคล และรายงานผลการประเมินสมรรถนะรายบุคคล (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*คณะกรรมการ HR ฝ่ายบริหารงานทั่วไป ฝ่ายวิชาการและแผนงาน*
๒. กิจกรรมสำรวจการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรรายบุคคล (Individual Development Plan – IDP) (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*คณะกรรมการ HR/ ฝ่ายวิชาการและแผนงาน*

เป้าประสงค์ที่ ๔.๔ ต่อยอดการจัดการความรู้ (Knowledge Management) และการสร้างเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Knowledge Sharing) อย่างต่อเนื่อง

กลยุทธ์ที่ ๔.๔.๑ ส่งเสริมกระบวนการให้บุคลากรมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๒๐. ร้อยละความสำเร็จในการส่งเสริมให้บุคลากรนำองค์ความรู้จากการไปอบรม ประชุม ฯ จากหน่วยงานภายนอก มาถ่ายทอด และ/หรือ เผยแพร่ด้วยวิธีต่าง ๆ	๗๕%	๘๐%	๘๕%	**นิยาม/คำอธิบาย :** ส่งเสริมสนับสนุนให้บุคลากรนำองค์ความรู้จากการไปอบรม ประชุม ฯ จาก หน่วยงานภายนอก มาถ่ายทอด และ/หรือ เผยแพร่ด้วยวิธีต่าง ๆ อาทิ ๑) นำองค์ความรู้จัดทำเป็นรูปแบบรายงานผลการอบรม ประชุม ฯ ประชาสัมพันธ์ผ่านทางอินทราเน็ตของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นสื่อที่บุคลากรทุกคนสามารถเข้าถึงได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว ๒) จัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เช่น ประชุม Morning take หรือ จัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในฝ่าย/กลุ่มงาน หรือภายในทีมสหสาขาวิชาชีพ **วิธีคำนวณ :** จำนวนบุคลากรนำองค์ความรู้จากการไปอบรม ประชุมฯ จากหน่วยงานภายนอก มาถ่ายทอด และ/หรือ เผยแพร่ด้วยวิธีต่าง ๆ คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนบุคลากรที่ได้รับความเห็นชอบหรืออนุมัติให้เข้ารับการอบรม ประชุมฯ กับหน่วยงานภายนอก จากผู้บริหารทั้งหมด	คณะกรรมการ HR ฝ่ายวิชาการและแผนงาน ทุกหน่วยงาน
๒๑. ร้อยละความสำเร็จในการส่งเสริมสนับสนุนให้หน่วยงานจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และเพิ่มสมรรถนะในการทำงาน	๗๕%	๘๐%	๘๕%	**นิยาม/คำอธิบาย : กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หมายถึง** การที่กลุ่มคนที่มีความสนใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่งร่วมกัน มารวมตัวกันมารวมตัวกันและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ด้วยความสมัครใจ เพื่อร่วมสร้างความเข้าใจหรือพัฒนาแนวปฏิบัติในเรื่องนั้น ๆ เช่น กิจกรรมแลกเปลี่ยนรู้ของทีม สหสาขาวิชาชีพ กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริการ เป็นต้น	คณะกรรมการ HR ฝ่ายวิชาการและแผนงาน ทุกหน่วยงาน

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
				วิธีคำนวณ : จำนวนกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่สามารถดำเนินการจัดได้ในปีงบประมาณนั้น ๆ คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่ได้รับอนุมัติจากผู้บริหารทั้งหมดในปีงบประมาณนั้น ๆ	
๒๒. ร้อยละความสำเร็จของการจัดทำ และ/หรือ ปรับปรุงองค์ความรู้ให้เป็นปัจจุบัน	๖๐%	๖๕%	๗๐%	**นิยาม/คำอธิบาย :** หน่วยงานของโรงพยาบาล มีการจัดทำองค์ความรู้ (Work Instruction) และ/หรือ มีการปรับปรุงองค์ความรู้ให้เป็นปัจจุบันเพื่อให้บุคลากรสามารถใช้เป็นคู่มือแนวทางการปฏิบัติงานได้ **วิธีคำนวณ :** จำนวนการจัดทำองค์ความรู้ (Work Instruction) ใหม่ รวมกับ จำนวนการปรับปรุงองค์ความรู้ (Work Instruction) เดิม โดยจัดทำให้เป็นปัจจุบัน คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย องค์ความรู้ (Work Instruction) ที่มีทั้งหมด	คณะกรรมการ HR กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ ฯ ทุกหน่วยงาน
๒๓. สัดส่วนชั่วโมงการฝึกอบรม * บุคลากรสายแพทย์และทันตแพทย์ * บุคลากรสายพยาบาล * บุคลากรสายทางการแพทย์และสาธารณสุข (Allied Health) * บุคลากรสายสนับสนุน * ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว พนักงานประกันสังคม แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ที่ ๑ กลยุทธ์ที่ ๒)	๒๐ ชั่วโมงต่อคนต่อปี	๖๐ ชั่วโมงต่อคนต่อปี	๖๐ ชั่วโมงต่อคนต่อปี	**นิยาม/คำอธิบาย :** สัดส่วนชั่วโมงการฝึกอบรม ประชุม ฯ คิดจาก ๑ วัน เท่ากับ ๖ ชั่วโมง - การนับจำนวนวัน เข้าร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การฝึกอบรม ประชุม ศึกษา ดูงาน การเข้าร่วมประชุมในนามคณะกรรมการฯ/คณะทำงาน ชุดต่าง ๆ ร่วมเป็นวิทยากร ทั้งในประเทศ และต่างประเทศ **วิธีคำนวณ :** สัดส่วนชั่วโมงการฝึกอบรมเป็นไปตามเกณฑ์ชั่วโมงที่กำหนด	คณะกรรมการ HR ฝ่ายวิชาการและแผนงาน ทุกหน่วยงาน

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๒๔. บุคลากรได้รับการฝึกอบรม ประชุม ฯ ได้ตามเป้าหมาย ๒๐ ชั่วโมงต่อคนต่อปี * บุคลากรสายแพทย์และทันตแพทย์ * บุคลากรสายพยาบาล * บุคลากรสายทางการแพทย์และสาธารณสุข (Allied Health) * บุคลากรสายสนับสนุน * ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว พนักงานประกันสังคม แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ที่ ๑ กลยุทธ์ที่ ๒)	๗๐%	๗๕%	๘๐%	**นิยาม/คำอธิบาย :** สัดส่วนชั่วโมงการฝึกอบรม ประชุม ฯ คิดจาก ๑ วัน เท่ากับ ๖ ชั่วโมง - การนับจำนวนวัน เข้าร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การฝึกอบรม ประชุม ศึกษา ดูงาน การเข้าร่วมประชุมในนามคณะกรรมการฯ/คณะทำงาน ชุดต่าง ๆ ร่วมเป็นวิทยากร ทั้งในประเทศ และต่างประเทศ **วิธีคำนวณ :** จำนวนบุคลากรที่มีสัดส่วนชั่วโมงการฝึกอบรมเป็นไปตามเกณฑ์ชั่วโมงที่กำหนดจริง คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วยจำนวนบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรม ประชุมฯ ทั้งหมด	คณะกรรมการ HR ฝ่ายวิชาการและแผนงาน ทุกหน่วยงาน
๒๕. สัดส่วนชั่วโมงการฝึกอบรม * ลูกจ้างโครงการฯ	๑๐ ชั่วโมงต่อคนต่อปี	๑๐ ชั่วโมงต่อคนต่อปี	๑๐ ชั่วโมงต่อคนต่อปี	**นิยาม/คำอธิบาย :** สัดส่วนชั่วโมงการฝึกอบรม ประชุม ฯ คิดจาก ๑ วัน เท่ากับ ๖ ชั่วโมง - การนับจำนวนวัน เข้าร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การฝึกอบรม ประชุม ศึกษา ดูงาน การเข้าร่วมประชุมในนามคณะกรรมการฯ/คณะทำงาน ชุดต่าง ๆ ร่วมเป็นวิทยากร ทั้งในประเทศ และต่างประเทศ **วิธีคำนวณ :** สัดส่วนชั่วโมงการฝึกอบรมเป็นไปตามเกณฑ์ชั่วโมงที่กำหนด	คณะกรรมการ HR ฝ่ายวิชาการและแผนงาน ทุกหน่วยงาน
๒๖. บุคลากรได้รับการฝึกอบรม ประชุม ฯ ได้ตามเป้าหมาย ๑๐ ชั่วโมงต่อคนต่อปี * ลูกจ้างโครงการ ฯ	๗๐%	๗๕%	๘๐%	**นิยาม/คำอธิบาย :** สัดส่วนชั่วโมงการฝึกอบรม ประชุม ฯ คิดจาก ๑ วัน เท่ากับ ๖ ชั่วโมง - การนับจำนวนวัน เข้าร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การฝึกอบรม ประชุม	คณะกรรมการ HR ฝ่ายวิชาการและแผนงาน ทุกหน่วยงาน

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
				ศึกษา ดูงาน การเข้าร่วมประชุมในนามคณะกรรมการฯ/คณะทำงาน ชุดต่าง ๆ ร่วมเป็นวิทยากร ทั้งในประเทศ และต่างประเทศ **วิธีคำนวณ :** จำนวนบุคลากรที่มีสัดส่วนชั่วโมงการฝึกอบรมเป็นไปตามเกณฑ์ชั่วโมงที่กำหนดจริง คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วยจำนวนบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรม ประชุมฯ ทั้งหมด	คณะกรรมการ HR ฝ่ายวิชาการและแผนงาน ทุกหน่วยงาน
๒๗. จำนวนหน่วยงานและ/หรือ สถาบัน - การศึกษา ทั้งภาครัฐหรือภาคเอกชน เลือกโรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินฺธโร อุทิศ เป็นสถานที่ฝึกอบรม ดูงาน ฝึกปฏิบัติงาน ร่วมสอนวิทยากรให้ความรู้ และอาจารย์พี่เลี้ยง	๒ หน่วยงาน/สถาบันฯ	๓ หน่วยงาน/สถาบันฯ	๔ หน่วยงาน/สถาบันฯ	**นิยาม/คำอธิบาย : ๑) หน่วยงาน และ/หรือ สถาบันการศึกษา คือ** สถาบันการศึกษาภาครัฐ หรือเอกชน หรือหน่วยงานภายนอก หรือ บุคคลภายนอกที่เลือกโรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินฺธโร อุทิศ เป็นสถานที่ฝึกอบรม ฝึกปฏิบัติงานของนิสิต นักศึกษา อาทิ มหาวิทยาลัยคริสเตียน, คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัย - นวมินทราธิราช เป็นต้น **๒) คำจำกัดความ ระยะเวลาฝึกอบรม ดูงาน หรือ ฝึกปฏิบัติงานของนิสิต นักศึกษา คือ** ไม่จำกัดระยะเวลา **๓) หน่วยงานของโรงพยาบาลที่รับเป็นสถานที่ฝึกอบรม ฝึกปฏิบัติงานของนิสิต นักศึกษา** อาทิ กลุ่มงานเภสัชกรรม ฝ่ายการพยาบาล หอผู้ป่วยต่าง ๆ เป็นต้น และให้เป็นไปตามระเบียบที่กำหนด **วิธีคำนวณ :** นับจำนวน	คณะกรรมการ HR ฝ่ายวิชาการและแผนงาน ทุกหน่วยงาน

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ/งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	
๑. กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้/ การถ่ายทอดองค์ความรู้ของบุคลากรภายในฝ่าย/ กลุ่มงาน หรือ ระหว่างฝ่าย/กลุ่มงาน หรือภายในทีมสหสาขาวิชาชีพ หรือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ (มากกว่าหรือเท่ากับ ๓ - ๔ เรื่องต่อปี) (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ฝ่ายวิชาการและแผนงาน*
๒. กิจกรรมติดตามและประเมินผลการพัฒนาบุคลากรรายบุคคล ปีละ ๒ ครั้ง (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ฝ่ายวิชาการและแผนงาน*
๓. กิจกรรมควบคุม ติดตาม การนำรายงานผลการอบรม ประชุม สัมมนา ศึกษา ดูงาน ฯ ทั้งภายในและภายนอกประเทศ ประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรรับทราบ และสามารถค้นคว้าข้อมูลด้วยตนเอง ทางอินทราเน็ตของโรงพยาบาล (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ฝ่ายวิชาการและแผนงาน*
๔. กิจกรรมรายงานสถิติการรับนิสิตนักศึกษาเข้าฝึกปฏิบัติงาน หรือบุคคลภายนอก เข้ามาฝึกอบรม ดูงาน หรือเข้ามาฝึกปฏิบัติงาน เพื่อนำเรียนผู้บริหารภายในกำหนด (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ฝ่ายวิชาการและแผนงาน*

เป้าประสงค์ที่ ๔.๕ สนับสนุนการวิจัย นวัตกรรม และผลงานวิชาการ ที่สอดคล้องกับรูปแบบบริการและการบริหารขององค์กรอย่างต่อเนื่อง

กลยุทธ์ที่ ๔.๕.๑ ส่งเสริมให้บุคลากรพัฒนาต่อยอดองค์ความรู้ สร้างงานวิจัย ผลงานวิชาการ ผลงานนวัตกรรม และผลงานจากงานประจำสู่งานวิจัย (R๒R)

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๒๘. จำนวนผลงานวิจัย และ/ หรือ ผลงานวิชาการ *แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๓ เป้าประสงค์ที่ ๒ กลยุทธ์ที่ ๓)*	๑ เรื่อง	๑ เรื่อง	๒ เรื่อง	**นิยาม/คำอธิบาย :** สนับสนุนให้บุคลากรในโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข บุคลากรสายสนับสนุน และบุคลากรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ให้มีการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ ทั้งงานวิจัย	คณะอนุกรรมการสนับสนุน ส่งเสริมและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๒๙. จำนวนผลงานนวัตกรรม และ/หรือ ผลงานจากการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (R๒R) แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๓ เป้าประสงค์ที่ ๒ กลยุทธ์ที่ ๓)	๓ เรื่อง	๔ เรื่อง	๕ เรื่อง	นวัตกรรม R๒R เพิ่มมากขึ้น และนำมาเผยแพร่เพื่อให้เกิดการใช้งานในวงกว้าง อันจะเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยและภาพลักษณ์ที่ดีต่อองค์กร **ใช้งาน** หมายถึง การนำผลงานวิจัย ผลงานนวัตกรรมผลงานวิชาการ และผลงาน R๒R ที่มีนำไปใช้ในการปฏิบัติงานได้จริงในโรงพยาบาล **วิธีคำนวณ :** ตัวชี้วัดที่ ๒๘ นับจำนวน ตัวชี้วัดที่ ๒๙ นับจำนวน ตัวชี้วัดที่ ๓๐ จำนวนผลงานวิชาการ ผลงานนวัตกรรม ผลงานวิชาการ และผลงานจากการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (R๒R) ที่นำไปใช้ได้จริงในปีงบประมาณนั้น ๆ คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย ผลงานวิชาการ ผลงานนวัตกรรม ผลงานวิชาการ และผลงานจากการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (R๒R) ทั้งหมดในปี งบประมาณนั้น ๆ	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ ฝ่ายวิชาการและแผนงาน ทุกหน่วยงาน
๓๐. ร้อยละของการนำงานวิจัย ผลงานนวัตกรรม ผลงานวิชาการ และผลงานจากการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (R๒R) ที่มีนำไปใช้ภายในหน่วยงาน หรือภายนอกหน่วยงาน แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๓ เป้าประสงค์ที่ ๒ กลยุทธ์ที่ ๓)	๔๐%	๕๐%	๖๐%		

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ/งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	
๑. โครงการทุนส่งเสริมการวิจัยทางการแพทย์ (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	*๑๒๐,๐๐๐*	*๒๐๐,๐๐๐*	*๓๐๐,๐๐๐*	*คณะกรรมการพิจารณาทุนสนับสนุนส่งเสริมการวิจัย ฝ่ายวิชาการและแผนงาน*
๒. กิจกรรมการนำผลงานวิจัย และ/หรือ ผลงานนวัตกรรม และ/หรือ ผลงานจากการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (R๒R) ไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	*๑๐,๐๐๐*	*๒๐,๐๐๐*	*๒๐,๐๐๐*	*คณะทำงานสนับสนุนส่งเสริมการพัฒนาผลงานนวัตกรรม กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ ฯ*

ยุทธศาสตร์ที่ ๕

บริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ องค์กรคุณธรรม

(Green Hospital/Moral Hospital)

ยุทธศาสตร์ที่ ๕
บริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ องค์กรคุณธรรม
(Green Hospital / Moral Hospital)

เป้าหมายหลัก : มีระบบบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อสนับสนุนการจัดบริการที่ดี สร้างองค์กรสู่โรงพยาบาลคุณธรรมและองค์กรแห่งความสุข

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

เป้าประสงค์	กลยุทธ์
เป้าประสงค์ที่ ๕.๑ สนับสนุนการพัฒนาองค์กรให้เป็น Green Hospital อย่างยั่งยืน	**กลยุทธ์ที่ ๕.๑.๑ พัฒนาสภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัยและเหมาะสม ต่อผู้ป่วย บุคลากร และชุมชน** **จำนวน ๓ ตัวชี้วัด** ประกอบด้วย **ตัวชี้วัดที่ ๑** ร้อยละความสำเร็จได้รับการตรวจประเมินโรงพยาบาลตามเกณฑ์มาตรฐาน Bangkok GREEN & CLEAN hospital Plus (BKKGC+) **ตัวชี้วัดที่ ๒** ร้อยละความสำเร็จผ่านเกณฑ์การตรวจประเมิน GMP in Mass Catering Check List **ตัวชี้วัดที่ ๓** ร้อยละความสำเร็จผ่านการรับรองคุณภาพตามแนวทางจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับสถานพยาบาล (Bangkok Environmental and Occupational Health (BEOH))
	กลยุทธ์ที่ ๕.๑.๒ การใช้พลังงานอย่างรู้คุณค่าและเกิดประโยชน์สูงสุด **จำนวน ๕ ตัวชี้วัด** ประกอบด้วย **ตัวชี้วัดที่ ๔** การใช้พลังงาน (เทียบกับค่าเฉลี่ยการใช้ของปีงบประมาณที่ผ่านมา) ลดลง **ตัวชี้วัดที่ ๕** ปริมาณการใช้น้ำประปา ลดลง **ตัวชี้วัดที่ ๖** ปริมาณการใช้น้ำมันเชื้อเพลิง ลดลง **ตัวชี้วัดที่ ๗** ปริมาณการใช้กระดาษ ลดลง **ตัวชี้วัดที่ ๘** ร้อยละของบุคลากรเข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมจิตสำนึกด้านอนุรักษ์พลังงาน
เป้าประสงค์ที่ ๕.๒ เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงาน	**กลยุทธ์ที่ ๕.๒.๑ มีระบบกลไกในการควบคุมการใช้จ่ายเงินให้โปร่งใส ตรวจสอบได้ และเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ** **จำนวน ๒ ตัวชี้วัด** ประกอบด้วย **ตัวชี้วัดที่ ๙** จัดการทำแผนการใช้จ่ายเงินประจำปี (ภายใน ๓๐ กันยายน ของทุกปี) **ตัวชี้วัดที่ ๑๐** รายงานการใช้จ่ายเงินเป็นไปตามแผนที่กำหนด (รายไตรมาส)

เป้าประสงค์	กลยุทธ์
	กลยุทธ์ที่ ๕.๒.๒ มีระบบติดตามการใช้จ่ายงบประมาณให้เป็นไปตามแผนที่กำหนดและมีประสิทธิภาพ **จำนวน ๑ ตัวชี้วัด** ประกอบด้วย **ตัวชี้วัดที่ ๑๑** ร้อยละความสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณประจำปี
เป้าประสงค์ที่ ๕.๓ การบริหารพัสดุอย่างเป็นระบบ โปร่งใส ตรวจสอบได้	**กลยุทธ์ที่ ๕.๓.๑ เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการสินค้าคงคลังอย่างเป็นระบบ มีประสิทธิภาพ ตรวจสอบได้** **จำนวน ๑ ตัวชี้วัด** ประกอบด้วย **ตัวชี้วัดที่ ๑๒** ร้อยละความสำเร็จในการตรวจนับวัสดุในคลังวัสดุส่วนกลางให้เป็นปัจจุบันในแต่ละปีงบประมาณ
	กลยุทธ์ที่ ๕.๓.๒ มีแผนการจัดซื้อจัดจ้างประจำปีที่ชัดเจน โปร่งใส ตรวจสอบได้ **จำนวน ๒ ตัวชี้วัด** ประกอบด้วย **ตัวชี้วัดที่ ๑๓** จัดทำแผนการจัดซื้อจัดจ้างประจำปี **ตัวชี้วัดที่ ๑๔** ร้อยละความสำเร็จในการตรวจนับทรัพย์สินของโรงพยาบาลให้เป็นปัจจุบันในแต่ละปีงบประมาณ
เป้าประสงค์ที่ ๕.๔ ขับเคลื่อนองค์กรคุณธรรมด้วยอัตลักษณ์ “รับผิดชอบ โปร่งใส ใส่ใจบริการ และจิตอาสา” พร้อมทั้งสืบสานศาสตร์พระราชา	**กลยุทธ์ที่ ๕.๔.๑ น้อมนำศาสตร์พระราชาและจิตอาสามาใช้ในการปฏิบัติงานและการบริหารจัดการองค์กรและสร้างวัฒนธรรมองค์กรสู่องค์กรคุณธรรม** **จำนวน ๕ ตัวชี้วัด** ประกอบด้วย **ตัวชี้วัดที่ ๑๕** จำนวนกิจกรรมตามรอยศาสตร์พระราชา และ/หรือ กิจกรรมจิตอาสา ที่สามารถดำเนินการจัดได้ **ตัวชี้วัดที่ ๑๖** ร้อยละของบุคลากรสามารถเข้าร่วมกิจกรรม อย่างน้อย ๒ กิจกรรม **ตัวชี้วัดที่ ๑๗** ร้อยละความสำเร็จในการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของโครงการโรงพยาบาลคุณธรรม จำนวน ๑๐ ตัวชี้วัด **ตัวชี้วัดที่ ๑๘** ร้อยละความสำเร็จในการจัดกิจกรรมรณรงค์ต่อต้านการทุจริตและประพฤติมิชอบ **ตัวชี้วัดที่ ๑๙** ร้อยละความสำเร็จในการชี้แจงแก้ไขเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการทุจริตและประพฤติมิชอบได้ภายในกำหนด
เป้าประสงค์ที่ ๕.๕ การเสริมสร้างองค์กรแห่งความสุข	**กลยุทธ์ที่ ๕.๕.๑ พัฒนารูปแบบการทำงานเพื่อสร้างสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน** **จำนวน ๕ ตัวชี้วัด** ประกอบด้วย **ตัวชี้วัดที่ ๒๐** การสำรวจความอยู่ดีมีสุขและความผูกพันของบุคลากรในโรงพยาบาล **ตัวชี้วัดที่ ๒๑** ร้อยละความผูกพันของบุคลากรที่มีต่อองค์กร **ตัวชี้วัดที่ ๒๒** บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการพัฒนาตนเองเพื่อความสมดุลของชีวิตและ/หรือ การทำงานและการใช้ชีวิตในสังคมอย่างสมดุลและมีความสุขในการทำงาน **ตัวชี้วัดที่ ๒๓** ร้อยละความพึงพอใจและความเชื่อมั่นของบุคลากรที่มีต่อองค์กรในระดับดีขึ้นไป

ยุทธศาสตร์ที่ ๕
บริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ องค์กรคุณธรรม
(Green Hospital / Moral Hospital)

สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสำนักการแพทย์ ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) :
ยุทธศาสตร์ที่ ๑ บริหารงานอย่างมีประสิทธิภาพ มุ่งสู่องค์กรคุณภาพคู่คุณธรรม (Moral Management)

เป้าประสงค์ที่ ๕.๑ สนับสนุนการพัฒนาองค์กรให้เป็น Green Hospital อย่างยั่งยืน

กลยุทธ์ที่ ๕.๑.๑ พัฒนาสภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัยและเหมาะสม ต่อผู้ป่วย บุคลากร และชุมชน

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๑. ร้อยละความสำเร็จได้รับการตรวจประเมินโรงพยาบาลตามเกณฑ์มาตรฐาน Bangkok GREEN & CLEAN hospital Plus (BKKGC+) (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ - ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ที่ ๓ กลยุทธ์ที่ ๔	๑๐๐% ผ่านเกณฑ์การประเมิน	๑๐๐%	๑๐๐% ผ่านเกณฑ์การประเมิน	**นิยาม/คำอธิบาย :** ผ่านเกณฑ์การประเมิน Bangkok GREEN & CLEAN Hospital Plus (BKKGC+) จากกรมอนามัยโดยจะต้องดำเนินการจัดกิจกรรม Green ระดับพื้นฐาน อย่างต่อเนื่อง ดังนี้ ๑. G : Garbage (การจัดการมูลฝอยทุกประเภท) ๒. R : RESTROOM (การพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาดเพียงพอ และปลอดภัย (HAS)) ๓. E : ENERGY (การจัดการด้านพลังงาน) ๔. E : ENVIRONMENT (การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล) ๕. NUTRITION (การจัดการสุขาภิบาลอาหารและการจัดการน้ำบริโภคในโรงพยาบาล) **วิธีคำนวณ :** ได้รับการรองการประเมิน Bangkok GREEN & CLEAN Hospital Plus (BKKGC+) ในระดับทอง (gold) โดยใช้เกณฑ์การประเมินตามแบบประเมิน ฯ ของกรมอนามัย	คณะกรรมการ ENV ฝ่ายบริหารงานทั่วไป กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ ฝ่ายโภชนาการ ทุกหน่วยงาน
๒. ร้อยละความสำเร็จผ่านเกณฑ์การตรวจประเมิน GMP in Mass Catering Check List	๑๐๐% ผ่านการรับรอง	๑๐๐% ผ่านการรับรอง	๑๐๐% ผ่านการรับรอง	**นิยาม/คำอธิบาย :** ๑. เป็นการพัฒนามาตรฐานโรงครัวของโรงพยาบาล ให้ผ่านเกณฑ์การตรวจประเมิน GMP	ฝ่ายโภชนาการ

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
(แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ - ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ที่ ๓ กลยุทธ์ที่ ๔				๒. เป็นการให้บริการอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลเป็นไปอย่างถูกต้องตามหลักสากลด้านอาหารและโภชนาการ ครอบคลุมทั้งหลักโภชนาการ หลักสุขาภิบาลอาหาร ความสะอาด และความปลอดภัย ด้านอาหาร และสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้ใช้บริการในคุณภาพอาหารที่มีความปลอดภัย ๓. เป้าหมายเกณฑ์การตรวจประเมิน GMP in Mass Catering Check List จำนวน ๓ ตัวชี้วัด ดังนี้ ๓.๑ ร้อยละของการผ่านเกณฑ์การตรวจประเมิน GMP in Mass Catering Check list (ร้อยละ ๑๐๐) ๓.๒ ร้อยละของการผ่านเกณฑ์การตรวจประเมินอาหารปลอดภัย (ร้อยละ ๑๐๐) ๓.๓ ร้อยละของการผ่านเกณฑ์การตรวจวิเคราะห์หาสารเคมีปนเปื้อนในอาหาร (ร้อยละ ๑๐๐) **วิธีคำนวณ :** ผ่านเกณฑ์การตรวจประเมิน GMP in Mass Catering Check List ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๖ เพื่อต่ออายุการรับรองฯ ปี ๒๕๖๗ ขอรับการประเมิน GMP ใหม่	
๓. ร้อยละความสำเร็จผ่านการรับรองคุณภาพตามแนวทางการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับสถานพยาบาล (Bangkok Environmental and Occupational Health (BEOH)) (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี ปี ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ที่ ๓ กลยุทธ์ที่ ๔	๑๐๐% ผ่านการรับรองฯ	-	๑๐๐% ผ่านการรับรองฯ	**นิยาม/คำอธิบาย :** ผ่านเกณฑ์การประเมินการรับรองคุณภาพตามแนวทางการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับสถานพยาบาล Bangkok Environmental and Occupational Health (BEOH) ทุก ๆ ๒ ปี **วิธีคำนวณ :** ได้รับการรับรองคุณภาพตามแนวทางการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับสถานพยาบาล Bangkok Environmental and Occupational Health (BEOH) โดยใช้เกณฑ์การประเมินตามแบบประเมินฯ ของศูนย์พัฒนาวิชาการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค	คณะกรรมการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ ทุกหน่วยงาน

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ/งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	
๑. กิจกรรมการพัฒนาอาชีวอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลสู่ Bangkok GREEN & CLEAN Hospital Plus (BKKGC+) (ปี ๒๕๖๕ - ๒๕๖๗) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*คณะกรรมการ ENV ฝ่ายบริหารงานทั่วไป*
๒. Garbage = การจัดการมูลฝอยทุกประเภท ● *กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านการบริหารจัดการคัดแยกขยะทุกประเภท และ/หรือ กิจกรรมประชาสัมพันธ์รณรงค์การคัดแยกขยะทุกประเภทให้ถูกต้องและปลอดภัย (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้บประมาณ*	*ไม่ใช้บประมาณ*	*คณะกรรมการ ENV ฝ่ายบริหารงานทั่วไป*
๓. Restroom = การพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาดเพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ● *กิจกรรมปรับปรุงห้องส้วมให้ได้มาตรฐานเหมาะสม สำหรับผู้มารับบริการ (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)*	*๑๐๐,๐๐๐*	*๑๐๐,๐๐๐*	*๑๐๐,๐๐๐*	*คณะกรรมการ ENV ฝ่ายบริหารงานทั่วไป*
๔. Energy = การจัดการด้านพลังงาน ● *กิจกรรมบริหารจัดการและเพิ่มปริมาณการนำน้ำเสียที่ผ่านการบำบัดมาใช้รถน้ำต้นไม้ (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)* ● *กิจกรรมรณรงค์ลดปริมาณการใช้ไฟฟ้า (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)* ● *กิจกรรมรณรงค์การลดปริมาณการใช้น้ำมันเชื้อเพลิง (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)* ● *กิจกรรมรณรงค์ลดการใช้กระดาษ (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)*	*ไม่ใช้งบประมาณ* *ไม่ใช้งบประมาณ* *ไม่ใช้งบประมาณ* *ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ* *ไม่ใช้งบประมาณ* *ไม่ใช้งบประมาณ* *ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ* *ไม่ใช้งบประมาณ* *ไม่ใช้งบประมาณ* *ไม่ใช้งบประมาณ*	*คณะกรรมการ ENV ฝ่ายบริหารงานทั่วไป*
๕. ENVIRONMENT = การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ● *โครงการก่อสร้างระบบบำบัดน้ำเสีย (ปี ๒๕๖๕) เป็นโครงการต่อเนื่องมาจาก ปี ๒๕๖๔* (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	*๑๓,๐๐๐,๐๐๐*	-	-	*คณะกรรมการ ENV ฝ่ายบริหารงานทั่วไป*

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ (ต่อ)

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ/งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	
● *โครงการปรับปรุงฝ้าเพดานและรั้ว (ปี ๒๕๖๕) เป็นโครงการต่อเนื่องมาจากปี ๒๕๖๔* (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	*๑,๕๕๐,๐๐๐*	*-*	*-*	*คณะกรรมการ ENV ฝ่ายบริหารงานทั่วไป*
● *โครงการหรือกิจกรรมพัฒนาปรับปรุงพื้นที่และเพิ่มพื้นที่สีเขียว (ปี ๒๕๖๕ - ๒๕๖๗)*	*๑๕,๐๐๐*	*๑๕,๐๐๐*	*๒๐,๐๐๐*	
๖. NUTRITION = การจัดการสุขาภิบาลและการจัดการน้ำบริโภคในโรงพยาบาล				*ฝ่ายโภชนาการ*
● *โครงการสร้างความเชื่อมั่นอาหารไทยปลอดภัยมีคุณภาพ (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) ประเมิน GMP* (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	*๑๙,๒๖๐ ต่ออายุการรับรอง GMP (รวม Vat ๗ % และค่าเดินทาง)*	*๑๙,๒๖๐ ต่ออายุการรับรอง GMP (รวม Vat ๗ % และค่าเดินทาง)*	*๓๕,๓๑๐ ขอรับรองประเมิน GMP (รวม Vat ๗ % และค่าเดินทาง)*	
๗. กิจกรรมส่งเสริมการจัดบริการอาชีว - อนามัยสำหรับสถานพยาบาล (BEOH) (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*คณะกรรมการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ*

กลยุทธ์ที่ ๕.๑.๒ การใช้พลังงานอย่างรู้คุณค่าและเกิดประโยชน์สูงสุด

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๔. การใช้พลังงานลง (เทียบกับค่าเฉลี่ยการใช้ของปีงบประมาณที่ผ่านมา) **ลดลง**	๒.๕%	๒.๕%	๒.๕%	**นิยาม/คำอธิบาย :** เปรียบเทียบการใช้พลังงานไฟฟ้า ประปา เฉลี่ยทั้งปีที่ผ่านมาเปรียบเทียบ กับการใช้พลังงานในปีปัจจุบันลดลง **วิธีคำนวณ :** จำนวนรวมยูนิตของปีงบประมาณที่ผ่านมา ลบด้วย จำนวนรวมยูนิต ปีปัจจุบัน เท่ากับ จำนวนผลต่าง (ตัวชี้วัดที่ ๔) คำนวณ = ผลต่าง x ๑๐๐ / จำนวนรวมยูนิตปีปัจจุบัน	คณะกรรมการ ENV ฝ่ายบริหารงานทั่วไป ทุกหน่วยงาน
๕. ปริมาณการใช้น้ำประปา **ลดลง**	๒.๕%	๒.๕%	๒.๕%		
๖. ปริมาณการใช้น้ำมันเชื้อเพลิง **ลดลง**	๒.๕%	๒.๕%	๒.๕%		
๗. ปริมาณการใช้กระดาษ **ลดลง**	๒.๕%	๒.๕%	๒.๕%		

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๘. ร้อยละของบุคลากรเข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมจิตสำนึกด้านอนุรักษ์พลังงาน	≥ ๖๕	≥ ๗๐	≥ ๗๕	**นิยาม/คำอธิบาย :** จัดให้มีกิจกรรมสร้างเสริมจิตสำนึกด้านอนุรักษ์พลังงานให้แก่บุคลากร ปีละ ๑ ครั้ง **วิธีคำนวณ :** จำนวนบุคลากรเข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมจิตสำนึกด้านอนุรักษ์พลังงานได้จริง คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วยจำนวนบุคลากรที่ได้รับอนุมัติให้เข้าร่วมกิจกรรมจากผู้บริหาร	คณะกรรมการ ENV ฝ่ายบริหารงานทั่วไป ทุกหน่วยงาน

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ/งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	
๑. กิจกรรมกำหนดมาตรการการลดใช้พลังงาน (ไฟฟ้า น้ำประปา น้ำมันเชื้อเพลิง ทรัพยากรกระดาษ) (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้บประมาณ*	*ไม่ใช้บประมาณ*	*คณะกรรมการ ENV ฝ่ายบริหารงานทั่วไป*
๒. โครงการหรือกิจกรรมปรับเปลี่ยนอุปกรณ์ไฟฟ้าที่มีประสิทธิภาพสูงทดแทนอุปกรณ์ไฟฟ้าที่เสื่อมสภาพ (ปี ๒๕๖๕ - ๒๕๖๗)	*๑๐๐,๐๐๐*	*๑๐๐,๐๐๐*	*๑๐๐,๐๐๐*	*คณะกรรมการ ENV ฝ่ายบริหารงานทั่วไป*
๓. โครงการปรับเปลี่ยนอุปกรณ์ประปาที่มีประสิทธิภาพสูงทดแทนอุปกรณ์ที่เสื่อมสภาพ หรือชำรุด (เพื่อลดการใช้น้ำประปา) (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)	*๑๐,๐๐๐*	*๑๐,๐๐๐*	*๑๒,๐๐๐*	*คณะกรรมการ ENV ฝ่ายบริหารงานทั่วไป*
๔. กิจกรรมเสริมสร้างจิตสำนึกด้านอนุรักษ์พลังงาน (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้บประมาณ*	*ไม่ใช้บประมาณ*	*คณะกรรมการ ENV ฝ่ายบริหารงานทั่วไป*

เป้าประสงค์ที่ ๕.๒ เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงาน

กลยุทธ์ที่ ๕.๒.๑ มีระบบกลไกในการควบคุมการใช้จ่ายเงินให้โปร่งใส ตรวจสอบได้ และเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๙. จัดทำแผนการใช้จ่ายเงินประจำปี (ภายใน ๓๐ กันยายน ของทุกปี)	๑ ครั้ง	๑ ครั้ง	๑ ครั้ง	**นิยาม/คำอธิบาย :** สามารถดำเนินการจัดทำแผนการใช้จ่ายเงินประจำปี ภายใน ๓๐ กันยายน ของทุกปี **วิธีคำนวณ :** นับจำนวน	ฝ่ายงบประมาณการเงินและบัญชี
๑๐. รายงานการใช้จ่ายเงินเป็นไปตามแผนที่กำหนด (รายไตรมาส)	๔ ครั้ง	๔ ครั้ง	๔ ครั้ง	**นิยาม/คำอธิบาย :** ดำเนินการรายงานการใช้จ่ายเงิน ปีละ ๔ ครั้ง (รายไตรมาส) เสนอต่อคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล **วิธีคำนวณ :** นับจำนวน	ฝ่ายงบประมาณการเงินและบัญชี

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ/งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	
๑. กิจกรรมจัดทำรายงานการใช้จ่ายเงินงบประมาณ/ เงินนอกงบประมาณประจำปี เปรียบเทียบปีก่อน (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้บประมาณ*	*ไม่ใช้บประมาณ*	*ฝ่ายงบประมาณการเงินและบัญชี*
๒. กิจกรรมควบคุมการใช้จ่ายเงินของหน่วยงานให้เป็นไปตามแผนที่กำหนด (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้บประมาณ*	*ไม่ใช้บประมาณ*	*ฝ่ายงบประมาณการเงินและบัญชี*

กลยุทธ์ที่ ๕.๒.๒ มีระบบติดตามการใช้จ่ายงบประมาณให้เป็นไปตามแผนที่กำหนดและมีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๑๑. ร้อยละความสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณประจำปี ภาพรวม	๙๐%	๙๓%	๙๕%	**นิยาม/คำอธิบาย :** ๑. มีการเร่งรัด/ ติดตาม การใช้จ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายประจำปีของหน่วยงานต่าง ๆ ๒. สามารถดำเนินการเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายประจำปีได้ตามแผนงานที่กำหนด **วิธีคำนวณ :** ผลการดำเนินงาน ตามแบบ รง. ๔๐๑ ในระบบ MIS	ฝ่ายงบประมาณการเงินและบัญชี

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ/งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	
๑. กิจกรรมเร่งรัด/ ติดตามการใช้จ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายประจำปีของหน่วยงานต่าง ๆ (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ฝ่ายงบประมาณการเงินและบัญชี*

เป้าประสงค์ที่ ๕.๓ มีการบริหารพัสดุอย่างเป็นระบบ โปร่งใส ตรวจสอบได้

กลยุทธ์ที่ ๕.๓.๑ เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการสินค้าคงคลังอย่างเป็นระบบ มีประสิทธิภาพ ตรวจสอบได้

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๑๒. ร้อยละความสำเร็จในการตรวจนับวัสดุในคลังวัสดุส่วนกลางให้เป็นปัจจุบันในแต่ละปีงบประมาณ	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	**นิยาม/คำอธิบาย :** ๑. จัดตั้งคณะกรรมการตรวจนับวัสดุในคลังวัสดุกลาง ๒. จัดทำเอกสารวัสดุคงเหลือในคลังวัสดุกลางให้เป็นปัจจุบัน ๓. คณะกรรมการตรวจนับวัสดุในคลังวัสดุกลางดำเนินการตรวจนับวัสดุและนำเรียนผู้บริหารโรงพยาบาล **วิธีคำนวณ :** สามารถดำเนินการตรวจนับวัสดุในคลังวัสดุกลางให้เป็นปัจจุบันภายในกำหนด	ฝ่ายบริหารงานทั่วไป (งานพัสดุ)

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ/งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	
๑. กิจกรรมควบคุมการเบิก – จ่าย วัสดุสำนักงาน และการตรวจนับวัสดุส่วนกลางให้เป็นปัจจุบัน (ปี ๒๕๖๕ - ๒๕๖๗)	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ฝ่ายบริหารงานทั่วไป (งานพัสดุ)*

กลยุทธ์ที่ ๕.๓.๒ มีแผนการจัดซื้อจัดจ้างประจำปีที่ชัดเจน โปร่งใส ตรวจสอบได้

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๑๓. จัดทำแผนการจัดซื้อจัดจ้างประจำปี	๑ ครั้ง	๑ ครั้ง	๑ ครั้ง	**นิยาม/คำอธิบาย :** สามารถดำเนินการจัดทำแผนจัดซื้อจัดจ้างในแต่ละปีงบประมาณ และนำเสนอที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล **วิธีคำนวณ :** นับจำนวน	ฝ่ายบริหารงานทั่วไป (งานพัสดุ)

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๑๔. ร้อยละความสำเร็จในการตรวจนับทรัพย์สินของโรงพยาบาลให้เป็นปัจจุบันในแต่ละปีงบประมาณ	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	**นิยาม/คำอธิบาย :** ๑. ดำเนินการจัดตั้งคณะกรรมการตรวจนับทรัพย์สินของโรงพยาบาล ๒. จัดทำเอกสารทรัพย์สินประจำปีงบประมาณนั้น ๆ ให้เป็นปัจจุบัน ๓. คณะกรรมการตรวจนับทรัพย์สินของโรงพยาบาล ดำเนินการตรวจนับและนำเรียนผู้บริหารโรงพยาบาล **วิธีคำนวณ :** สามารถดำเนินการตรวจนับทรัพย์สินของโรงพยาบาลให้เป็นปัจจุบันภายในกำหนด	ฝ่ายบริหารงานทั่วไป (งานพัสดุ)

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ/งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	
๑. กิจกรรมการตรวจนับทรัพย์สินของโรงพยาบาลให้เป็นปัจจุบันในแต่ละปีงบประมาณ (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ฝ่ายบริหารงานทั่วไป (งานพัสดุ)*

เป้าหมายที่ ๕.๔ ขับเคลื่อนสู่องค์กรคุณธรรมด้วยอัตลักษณ์ “รับผิดชอบ โปร่งใส ใส่ใจบริการ และจิตอาสา” พร้อมทั้งสืบสานศาสตร์พระราชา

กลยุทธ์ที่ ๕.๔.๑ น้อมนำศาสตร์พระราชาและจิตอาสามาใช้ในการปฏิบัติงานและการบริหารจัดการองค์กรและสร้างวัฒนธรรมองค์กรสู่องค์กรคุณธรรม

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๑๕. จำนวนกิจกรรมตามรอยศาสตร์พระราชา และ/หรือ กิจกรรมจิตอาสาที่สามารถดำเนินการจัดได้ (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี ปี ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ที่ ๒ กลยุทธ์ที่ ๕	๓ กิจกรรม	๓ กิจกรรม	๓ กิจกรรม	**นิยาม/คำอธิบาย :** โรงพยาบาลสามารถดำเนินการกิจกรรมตามรอยศาสตร์พระราชา และ/หรือ กิจกรรมจิตอาสาในปีงบประมาณนั้น ๆ อย่างน้อย ๓ กิจกรรม **วิธีคำนวณ :** นับจำนวน	ฝ่ายบริหารงานทั่วไป

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๑๖. ร้อยละของบุคลากรสามารถเข้าร่วมกิจกรรมอย่างน้อย ๒ กิจกรรม (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี ปี ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ที่ ๒ กลยุทธ์ที่ ๕	≥๘๐%	≥๘๐%	≥๘๐%	**นิยาม/คำอธิบาย :** บุคลากรสามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามรอยศาสตร์พระราชากิจกรรมจิตอาสา อย่างน้อยคนละ ๒ กิจกรรม **วิธีคำนวณ :** จำนวนบุคลากรที่เข้าร่วมกิจกรรมจริง อย่างน้อย ๒ กิจกรรม ในปีงบประมาณนั้น ๆ คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนบุคลากรทั้งหมดที่ลงทะเบียน	ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๑๗. ร้อยละความสำเร็จในการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของโครงการโรงพยาบาลคุณธรรม จำนวน ๑๐ ตัวชี้วัด (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี ปี ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ที่ ๒ กลยุทธ์ที่ ๕	๘๐%	๘๕%	๙๐%	**นิยาม/คำอธิบาย :** จำนวน ๑๐ ตัวชี้วัด ดังนี้ **ตัวชี้วัดที่ ๑** : ร้อยละของบุคลากรมีความตรงต่อเวลา **เป้าหมาย ≥ ๘๐%** **ตัวชี้วัดที่ ๒** : ร้อยละของบุคลากร ปฏิบัติงานอย่างเต็มเวลาที่กำหนด **เป้าหมาย ≥ ๘๕%** **ตัวชี้วัดที่ ๓** ร้อยละของบุคลากรแต่งกายตามระเบียบที่กำหนด **เป้าหมาย ≥ ๙๐%** **ตัวชี้วัดที่ ๔** ร้อยละของบุคลากรประชุมตรงเวลา **เป้าหมาย ≥ ๘๐%** **ตัวชี้วัดที่ ๕** ร้อยละของบุคลากรไม่มีเรื่องร้องเรียนทุจริตประพฤติมิชอบ **เป้าหมาย ๑๐๐%** **ตัวชี้วัดที่ ๖** ร้อยละของฝ่าย/กลุ่มงานเผยแพร่คู่มือการให้บริการ อย่างน้อย ๒ เรื่อง/ปี **เป้าหมาย ๑๐๐%** **ตัวชี้วัดที่ ๗** ร้อยละของผู้ใช้บริการได้รับความสนใจในการบริการ ในระดับดี – ดีมาก **เป้าหมาย ≥ ๙๕%** **ตัวชี้วัดที่ ๘** ร้อยละของผู้ใช้บริการ (ผู้ป่วยนอก) มีความพึงพอใจระดับมากขึ้นไป **เป้าหมาย ≥ ๘๐%** **ตัวชี้วัดที่ ๙** ร้อยละของผู้ใช้บริการ (ผู้ป่วยใน) มีความพึงพอใจระดับมากขึ้นไป **เป้าหมาย ≥ ๘๐%** **ตัวชี้วัดที่ ๑๐** ร้อยละของบุคลากร เข้าร่วมกิจกรรม จิตอาสา ไม่น้อยกว่า ๒ ครั้ง/ปี **เป้าหมาย ๑๐๐%** **วิธีคำนวณ:** จำนวนตัวชี้วัดโครงการโรงพยาบาลคุณธรรมที่ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนตัวชี้วัดของโครงการโรงพยาบาลคุณธรรมทั้งหมด	คณะกรรมการโรงพยาบาลคุณธรรม ฝ่ายบริหารงานทั่วไป ทุกหน่วยงาน

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๑๘. ร้อยละความสำเร็จในการจัดกิจกรรมรณรงค์ต่อต้านการทุจริต และประพฤติมิชอบ (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี ปี ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ที่ ๒ กลยุทธ์ที่ ๕	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	**นิยาม/คำอธิบาย :** สามารถดำเนินการจัดกิจกรรมรณรงค์ต่อต้านการทุจริตและประพฤติมิชอบ **วิธีคำนวณ :**สามารถดำเนินการจัดกิจกรรมรณรงค์ต่อต้านการทุจริต และประพฤติมิชอบ	คณะกรรมการโรงพยาบาลคุณธรรม ฝ่ายบริหารงานทั่วไป ทุกหน่วยงาน
๑๙. ร้อยละความสำเร็จในการชี้แจงแก้ไขเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการทุจริตและประพฤติมิชอบได้ภายในกำหนด (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี ปี ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ที่ ๒ กลยุทธ์ที่ ๕	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	**นิยาม/คำอธิบาย :** ชี้แจงแก้ไขข้อร้องเรียนที่เกี่ยวกับการทุจริตและประพฤติมิชอบของบุคลากรของโรงพยาบาลทุกช่องทางได้ภายในกำหนด **วิธีคำนวณ :** ไม่มีข้อร้องเรียน หรือ ถ้ามีจำนวนข้อร้องเรียนสามารถชี้แจงแก้ไขได้ทันภายใน ๓ วัน	คณะกรรมการรับฟังความคิดเห็นและรับเรื่องร้องเรียน ฝ่ายบริหารงานทั่วไป ทุกหน่วยงาน

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ/งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	
๑. โครงการศาสตร์พระราชาและจิตอาสาโรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินฺธโร อุทิศ (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	*ไม่ใช้บประมาณ*	*ไม่ใช้บประมาณ*	*ไม่ใช้บประมาณ*	*ฝ่ายบริหารงานทั่วไป*
๒. โครงการโรงพยาบาลคุณธรรม (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	*ไม่ใช้บประมาณ*	*ไม่ใช้บประมาณ*	*ไม่ใช้บประมาณ*	*คณะกรรมการโรงพยาบาลคุณธรรม ฝ่ายบริหารงานทั่วไป*
๓. โครงการราชการใสสะอาด (ITA) (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	*ไม่ใช้บประมาณ*	*ไม่ใช้บประมาณ*	*ไม่ใช้บประมาณ*	*ฝ่ายบริหารงานทั่วไป*
๔. กิจกรรมการแก้ไขเรื่องร้องเรียนจากประชาชน/ผู้รับบริการ (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)	*ไม่ใช้บประมาณ*	*ไม่ใช้บประมาณ*	*ไม่ใช้บประมาณ*	*ฝ่ายบริหารงานทั่วไป*

เป้าประสงค์ที่ ๕.๕ การเสริมสร้างองค์กรแห่งความสุข

กลยุทธ์ที่ ๕.๕.๑ พัฒนารูปแบบการทำงานเพื่อสร้างสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๒๐. การสำรวจความอยู่ดีมีสุขและความผูกพันของบุคลากรในโรงพยาบาล	๑ ครั้ง	๑ ครั้ง	๑ ครั้ง	**นิยาม/คำอธิบาย :** โรงพยาบาลดำเนินการประเมินตามแบบสำรวจความอยู่ดีมีสุขและความผูกพันของบุคลากรในโรงพยาบาล ปีละ ๑ ครั้ง ด้วยเครื่องมือ Happinometer หรือด้วยเครื่องมือ Emo – meter แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ข้อนำผลการวิเคราะห์ มาพัฒนาปรับปรุง **วิธีคำนวณ :** ๑. ดำเนินการสำรวจความอยู่ดีมีสุขและความผูกพันของบุคลากรในโรงพยาบาล ๒. วิเคราะห์ข้อมูล ๓. นำผลการวิเคราะห์มาพัฒนาปรับปรุง	คณะกรรมการ HR ฝ่ายบริหารงานทั่วไป ทุกหน่วยงาน
๒๑. ร้อยละความผูกพันของบุคลากรที่มีต่อองค์กร	≥๗๐%	≥๗๐%	≥๗๕%	**นิยาม/คำอธิบาย :** ประเมินผลจากแบบสำรวจความอยู่ดีมีสุขและความและความผูกพันของบุคลากรในโรงพยาบาล ปีละ ๑ ครั้ง ด้วยเครื่องมือ Happinometer หรือด้วยเครื่องมือ Emo – meter **วิธีคำนวณ :** มาจากผลการประเมินความอยู่ดีมีสุขและความและความผูกพันของบุคลากร	ฝ่ายบริหารงานทั่วไป ทุกหน่วยงาน
๒๒. บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการพัฒนาตนเองเพื่อความสมดุลของชีวิต และ/หรือ การทำงานและการใช้ชีวิตในสังคมอย่างสมดุลและมีความสุขในการทำงาน (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี ปี ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ที่ ๑ กลยุทธ์ที่ ๓	≥๘๐%	≥๘๐%	≥๘๕%	**นิยาม/คำอธิบาย :** สามารถดำเนินการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่องการพัฒนาตนเองเพื่อความสมดุลของชีวิต และ/หรือ กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่อง Happy work Happy life และ/หรือ กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่อง MindSet และบุคลากรมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องดังกล่าวและสามารถนำความรู้กลับไปพัฒนางานและพัฒนาตนเองได้ **วิธีคำนวณ :** จากแบบทดสอบความรู้ความเข้าใจของบุคลากร Post – test มากกว่าหรือเท่ากับ Pre - test	ฝ่ายบริหารงานทั่วไป ทุกหน่วยงาน

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			นิยาม/คำอธิบาย/วิธีคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗		
๒๓. ร้อยละความพึงพอใจและความเชื่อมั่นของบุคลากรที่มีต่อองค์กรในระดับดีขึ้นไป	≥๘๐%	≥๘๐%	≥๘๐%	**นิยาม/คำอธิบาย :** ความพึงพอใจ หมายถึง ระดับความพึงพอใจของบุคลากรโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ “มาก” ขึ้นไป ตามแบบประเมินความพึงพอใจของ กทม. **วิธีคำนวณ :** จำนวนบุคลากรที่ตอบแบบประเมินความพึงพอใจระดับมากขึ้นไป หารด้วยจำนวนบุคลากรที่ตอบแบบประเมินความพึงพอใจทั้งหมด คูณ ๑๐๐	ฝ่ายบริหารงานทั่วไป ทุกหน่วยงาน

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ/งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	
๑. กิจกรรมสำรวจความอยู่ดีมีสุขและความผูกพันของบุคลากรในโรงพยาบาล (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ฝ่ายบริหารงานทั่วไป*
๒. กิจกรรมสำรวจความพึงพอใจของบุคลากรต่อองค์กร (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ฝ่ายบริหารงานทั่วไป*
๓. กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในหัวข้อ Happy work Happy life (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) *ปี ๒๕๖๕ : กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในหัวข้อการพัฒนาตนเองเพื่อความสมดุลของชีวิต* *ปี ๒๕๖๖ – ๒๕๖๗ ฝ่ายบริหารงานทั่วไปเป็นผู้กำหนดหัวข้อในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้* (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ฝ่ายบริหารงานทั่วไป*
๔. กิจกรรมส่งเสริม Happy Work Place (๘ ด้าน) (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) ดังนี้ *๑) Happy Body (สุขภาพดี)* *๒) Happy Heart (น้ำใจงาม)* *๓) Happy Society (สังคมดี)* *๔) Happy Relax (ผ่อนคลาย)* *๕) Happy Brain (หาความรู้)* *๖) Happy Soul (คุณธรรม)* *๗) Happy Money (ใช้เงินเป็น)* *๘) Happy Family (ครอบครัวดี)*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ไม่ใช้งบประมาณ*	*ฝ่ายบริหารงานทั่วไป*

ภาคผนวก

คณะกรรมการฯ ผู้จัดทำเล่มแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาโรงพยาบาล ระยะ ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินฺธโร อุทิศ

๑. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ฯ	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. หัวหน้ากลุ่มงานชันสูตรโรคกลางและธนาคารเลือด	กรรมการ
๒๒. หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม	กรรมการ
๒๓. หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม	กรรมการ
๒๔. หัวหน้าฝ่ายวิชาการและแผนงาน	กรรมการและเลขานุการ
๒๕. นางสาวอารียาภรณ์ เหง้าเกษ ตำแหน่งนักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ (เป็นผู้รวบรวมข้อมูล ประสาน ออกแบบและจัดทำเล่มแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาของโรงพยาบาลฯ)