



แผนยุทธศาสตร์การพัฒนามหาวิทยาลัย ระยะ 4 ปี (พ.ศ.2561-2564)

โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินุรโร อุทิศ
สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร



คำนำ

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนารองพยาบาล ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔) โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินฺธโร อุทิศ เป็นแผนยุทธศาสตร์ที่จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เป็นแผนแม่บทในการกำหนดทิศทางการพัฒนารองพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์กรุงเทพมหานคร แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศูนย์การแพทย์ และการนำนโยบายผู้บริหารไปสู่การปฏิบัติให้เกิดสมฤทธิ์ผล อีกทั้ง ยังเป็นการสื่อสารวิสัยทัศน์ พันธกิจ ประเด็นยุทธศาสตร์ และกลยุทธ์หลักขององค์กรไปสู่บุคลากรระดับต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจ อันนำมาซึ่งการประสานความร่วมมือที่ดีระหว่างกันภายในหน่วยงาน โดยแผนยุทธศาสตร์การพัฒนารองพยาบาลฯ ดังกล่าวนี้นี้เป็นแผนยุทธศาสตร์การพัฒนารองพยาบาลที่มีความยืดหยุ่น สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ที่ท้าทายและเปลี่ยนแปลงไป เพื่อให้การพัฒนารองพยาบาลเป็นไปอย่างรวดเร็ว และยั่งยืน

สุดท้าย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินฺธโร อุทิศ จะร่วมกันผลักดันและสนับสนุนการนำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนารองพยาบาล ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔) โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินฺธโร อุทิศ ไปสู่การปฏิบัติร่วมกัน เพื่อให้ประชาชนชาวกรุงเทพมหานครมีสุขภาพที่ดี คุณภาพชีวิตที่ดี และได้รับการบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพมาตรฐานต่อไป

โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินฺธโร อุทิศ
๑ ตุลาคม ๒๕๖๐

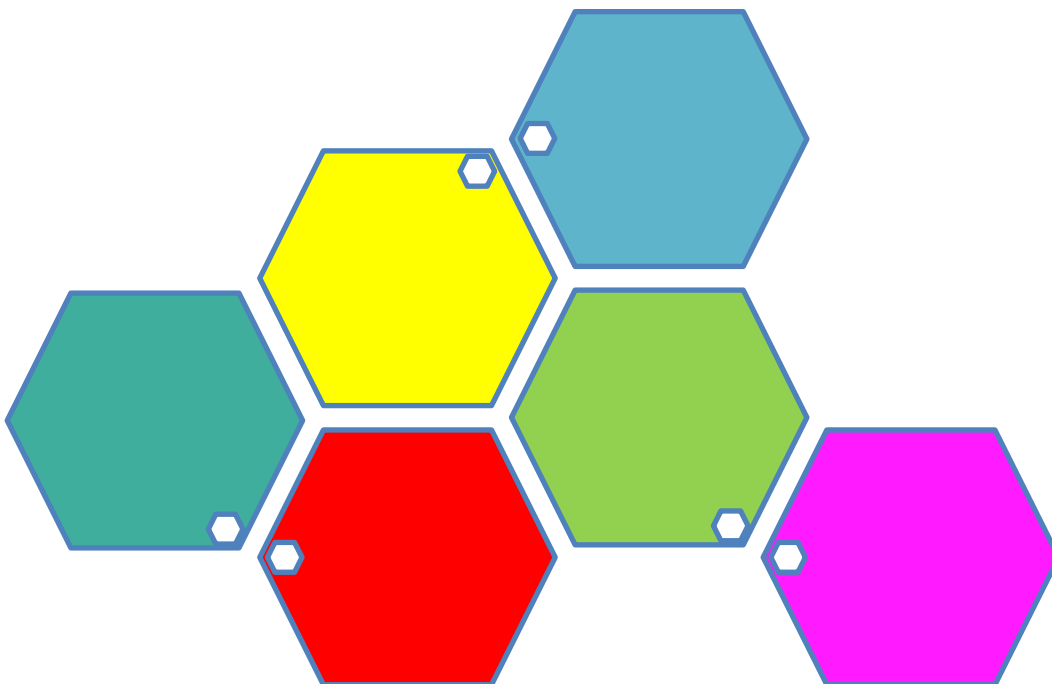
สารบัญ

หน้า

บทที่ ๑	บริบททั่วไปของโรงพยาบาล	
	วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยมของโรงพยาบาล ประเด็นยุทธศาสตร์	๑ - ๗
บทที่ ๒	การวิเคราะห์สถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อองค์กร	
	การวิเคราะห์ปัจจัยภายใน – ภายนอก	๘ - ๑๓
บทที่ ๓	ประเด็นยุทธศาสตร์และแนวทางการเก็บข้อมูล	
	ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และมาตรฐาน (Service Quality)	๑๔ - ๓๒
	ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒ สร้างความเชื่อมั่นในระบบบริการ (Service Capability)	๓๓ - ๘๐
	ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๓ เทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนงานบริการและการบริหาร (Smart IT)	๘๑ - ๘๘
	ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔ เพิ่มศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ สร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization)	๘๙ - ๑๐๕
	ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๕ บริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ องค์กรคุณธรรม (Green Hospital / Moral Hospital)	๑๐๖ - ๑๒๓
บทที่ ๔	สรุปโครงการ/กิจกรรม และงบประมาณ	๑๒๔ - ๑๓๓
ภาคผนวก		๑๔๑ - ๑๕๖
	ประกอบด้วย - แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสำนักการแพทย์ ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๓) (หน้า ๑๔๒ – ๑๕๑)	
	- รายละเอียดค่านิยาม ตัวชี้วัดที่ ๔๘ เกณฑ์การประเมิน คลินิกผู้สูงอายุ จำนวน ๒๐ ข้อ (หน้า ๑๕๒)	
	- คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาจัดทำ แผนปฏิบัติการประจำปีของโรงพยาบาล หลวงพ่อดำ อ.สัตหีบ จ.ชลบุรี (หน้า ๑๕๓ – ๑๕๔)	
	- คณะกรรมการฯ ผู้จัดทำเล่มแผนยุทธศาสตร์ การพัฒนาของโรงพยาบาล ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔) โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ อ.สัตหีบ จ.ชลบุรี (หน้า ๑๕๕)	
	- รูปภาพประชุมคณะกรรมการฯ เพื่อจัดทำเล่มแผนยุทธศาสตร์ การพัฒนาของโรงพยาบาล ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔) (หน้า ๑๕๖)	

บทที่ ๑

บริบททั่วไปของโรงพยาบาล



บริบททั่วไปของโรงพยาบาล

ข้อมูลทั่วไป

โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔ เป็นหน่วยงานหนึ่งในสังกัดสำนักงานสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร เป็นโรงพยาบาลทั่วไป มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการให้บริการบำบัดรักษาผู้ป่วย การส่งเสริมสุขภาพอนามัยและป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพและสมรรถภาพ บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ส่งเสริม สนับสนุน ค้นคว้าและวิจัยทางการแพทย์ ฝึกอบรม การพัฒนาทางวิชาการทางการแพทย์และการพยาบาลปฏิบัติงานในการกิจของโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องปฏิบัติงานร่วมกันหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของส่วนราชการอื่นที่เกี่ยวข้องหรือได้รับมอบหมาย ซึ่งปัจจุบันโรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔ เปิดบริการได้ ๑๒๖ เตียง ให้บริการแก่ผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี จากสถิติการให้บริการ ๓ ปีย้อนหลัง ผู้ป่วยนอกคือ ในปี ๒๕๕๘ = ๓๔๓,๖๘๐ ครั้ง/ ๒๐๗,๘๕๓ ราย ปี ๒๕๕๙ = ๓๘๐,๘๑๒ ครั้ง/ ๒๕๐,๗๘๘ ราย และ ปี ๒๕๖๐ = ๓๗๓,๕๒๘ ครั้ง/ ๒๕๑,๖๖๔ ราย ตามลำดับ และผู้ป่วยในคือ ปี ๒๕๕๘ = ๔,๗๒๕ ครั้ง/ ๔,๕๑๐ ราย ปี ๒๕๕๙ = ๔,๖๔๒ ครั้ง/ ๔,๕๒๐ ราย และปี ๒๕๖๐ = ๔,๑๐๖ ครั้ง/ ๔,๔๔๕ ราย ตามลำดับ

โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔ ได้แบ่งส่วนราชการภายใน เป็น ๕ กลุ่มภารกิจ ดังนี้

- ๑) กลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ ประกอบด้วย ๒ ฝ่าย คือ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป และฝ่ายงบประมาณการเงินและบัญชี
- 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 กลุ่มงานสูติรีเวชกรรม กลุ่มงานจักษุวิทยา กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา กลุ่มงานจิตเวช กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู กลุ่มงานรังสีวิทยา กลุ่มงานทันตกรรม กลุ่มงานชันสูตรโรคกลางและธนาคารเลือด กลุ่มงานเภสัชกรรม
- ๕) กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ประกอบด้วย ๑ ฝ่าย คือ ฝ่ายการพยาบาล แบ่งการบริหาร จัดการภายในเป็นหน่วยงานต่าง ๆ ดังนี้

๕.๑ งานบริหารการพยาบาล

๕.๒ ห้องตรวจผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ห้องตรวจผู้ป่วยนอก ห้องตรวจสูติ - นรีเวชกรรม คลินิกนมแม่

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

๕.๔ หน่วยงานพิเศษ คือ ห้องคลอด ห้องผ่าตัด หน่วยวิสัญญี หน่วยเวชภัณฑ์กลาง ศูนย์เด็กเล็ก น่ายุ่ศูนย์แม่

โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔ มีอัตรากำลังข้าราชการ จำนวน ๒๓๘ ราย ลูกจ้างประจำจำนวน ๖๘ ราย ลูกจ้างชั่วคราว จำนวน ๗๒ ราย แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ห้วงเวลา จำนวน ๓๕ ราย ลูกจ้างประกันสังคม จำนวน ๒๕ ราย และลูกจ้างโครงการฯ (รายวัน) จำนวน ๑๑๓ ราย รวมทั้งสิ้น ๕๕๑ ราย

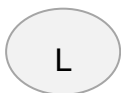
วิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล

“ โรงพยาบาลคุณภาพคู่คุณธรรม ประสานเครือข่าย ประทับใจผู้รับบริการ
บริหารทรัพยากรอย่างคุ้มค่า ”

พันธกิจ

- ให้บริการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพด้วยคุณภาพมาตรฐาน และเป็นที่น่าเชื่อถือให้กับประชาชนทุกระดับ
- สนับสนุนการพัฒนาบริการทางการแพทย์ ร่วมกับเครือข่ายบริการสุขภาพและสถาบันทางการแพทย์
- พัฒนาขีดความสามารถ โดยการนำวิทยาการทางการแพทย์ เทคโนโลยี มาประยุกต์ใช้ในการบริหารจัดการ
- ส่งเสริมให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้เพื่อให้เกิดคุณค่า กับผู้รับบริการ บุคลากร ชุมชน สถานที่และสภาพแวดล้อม
- บริหารจัดการทรัพยากรให้ได้อย่างคุ้มค่า ถูกต้องตามหลักธรรมาภิบาลและนำไปสู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ค่านิยมของโรงพยาบาล (LPT)



Love

รักองค์กร



Professional

ทำงานอย่างมืออาชีพ



Transparency

ข้าราชการใสสะอาด

ประเด็นยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล

- ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และมาตรฐาน (Service Quality)
- ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒ สร้างความเชื่อมั่นในระบบบริการ (Service Capability)
- ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๓ เทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนงานบริการและการบริหาร (Smart IT)
- ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔ เพิ่มศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ สร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization)
- ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๕ บริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ องค์กรคุณธรรม (Green Hospital/Moral Hospital)

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และมาตรฐาน (Service Quality)

เป้าหมายหลัก : ระบบบริการสุขภาพที่มีมาตรฐาน ผู้รับบริการปลอดภัย

กลยุทธ์ที่ ๑.๑ การจัดการด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (Quality management)

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

- ๑.๑.๑ เพื่อเสริมสร้างศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติที่ดีต่อการพัฒนาคุณภาพ
- ๑.๑.๒ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง
- ๑.๑.๓ สร้างเครือข่ายความร่วมมือด้านการพัฒนาคุณภาพกับองค์กรภายนอก
- ๑.๑.๔ เพื่อยกระดับการพัฒนาระบบคุณภาพโรงพยาบาลในระดับที่สูงขึ้น

กลยุทธ์ที่ ๑.๒ ส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

- ๑.๒.๑ ส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมคุณภาพและความปลอดภัย

กลยุทธ์ที่ ๑.๓ พัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use)

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

- ๑.๓.๑ เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าและปลอดภัยในการใช้ยา และเพื่อลดการเกิดเชื้อดื้อยา และลดการป่วยจากเชื้อดื้อยา

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒ สร้างความเชื่อมั่นในระบบบริการ (Service Capability)

เป้าหมายหลัก : ประชาชนเข้าถึงระบบบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน

กลยุทธ์ที่ ๒.๑ เพิ่มคุณภาพของระบบบริการให้ถูกต้องรวดเร็ว

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

- ๒.๑.๑ เพื่อให้การบริการผู้ป่วยนอกที่สะดวก ถูกต้อง และรวดเร็ว
- ๒.๑.๒ นำระบบ Lean process มาใช้ลดขั้นตอนในการบริการผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

กลยุทธ์ที่ ๒.๒ เพิ่มความเชื่อมั่นในการให้บริการต่อผู้รับบริการ

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

- ๒.๒.๑ เพื่อนำ actionable feedback จากผู้รับบริการและญาติไปปรับปรุงพัฒนาการบริการ เพื่อตอบสนองต่อสิทธิผู้ป่วย

กลยุทธ์ที่ ๒.๓ เพิ่มศักยภาพการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

- ๒.๒.๑ เพิ่มศักยภาพโรงพยาบาลในการรองรับโรคเฉพาะทางและพัฒนาศักยภาพในการรักษาโรค
 - ๑) เพิ่มศักยภาพการให้บริการด้านสูติ - นรีเวชกรรม
 - (๑.๑) เพิ่มศักยภาพกระบวนการดูแลผู้ป่วยรายโรค
 - (๑.๒) เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง Preterm
 - (๑.๓) เพื่อบูรณาการการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่น
 - ๒) เพิ่มศักยภาพการให้บริการด้านกุมารเวชกรรม
 - (๒.๑) เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลทารกแรกเกิด
 - (๒.๒) ป้องกัน/ลดภาวะแทรกซ้อนภายในโรงพยาบาลของทารกแรกเกิดก่อนกำหนด

- (๒.๓) พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกุมารที่มีภาวะหอบหืดปอดติดเชื้อวิกฤติที่เสี่ยงต่อการใส่ท่อช่วยหายใจ
 - ๓) เพิ่มศักยภาพการให้บริการด้านศัลยกรรม
 - (๓.๑) เพิ่มศักยภาพในการให้บริการศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ
 - (๓.๒) เพิ่มศักยภาพในการให้บริการศัลยกรรมทั่วไป
 - ๔) เพิ่มศักยภาพในการให้บริการระบบทางเดินอาหารส่วนต้นและส่วนปลาย
 - ๕) เพิ่มศักยภาพการให้บริการด้านโสต ศอ นาสิก
 - (๕.๑) เพื่อเพิ่มคุณภาพในการบริการผู้ป่วยที่มีปัญหาการได้ยิน
 - ๖) เพิ่มศักยภาพการให้บริการด้านจักษุวิทยา
 - (๖.๑) เพื่อเพิ่มศักยภาพในการตรวจผู้ป่วยที่มีความดันตาสูง
 - ๗) เพิ่มศักยภาพการให้บริการด้านรังสีวิทยา
 - (๗.๑) เพื่อเพิ่มศักยภาพการให้บริการรังสีวิทยาให้เพียงพอ
 - ๘) เพิ่มศักยภาพการให้บริการด้านอายุรกรรม
 - (๘.๑) เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคไต
 - (๘.๒) เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง
 - (๘.๓) เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคระบบการหายใจและภาวะวิกฤติ
 - ๙) เพิ่มศักยภาพการให้บริการด้านออร์โธปิดิกส์
 - (๙.๑) เพื่อเพิ่มศักยภาพการให้บริการผู้ป่วยโรคกระดูกพรุน ข้อเข่า ข้อสะโพก
 - ๑๐) เพิ่มศักยภาพการให้บริการด้านทันตกรรม
 - (๑๐.๑) เพื่อขยายงานทันตกรรมเฉพาะทางและเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการทันตกรรม
 - ๑๑) เพิ่มศักยภาพการให้บริการด้านผู้สูงอายุ
 - (๑๑.๑) เพื่อพัฒนาศักยภาพการให้บริการผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม
 - ๑๒) เพิ่มศักยภาพการให้บริการผู้ป่วยระยะท้าย แบบประคับประคอง (Palliative Care)
 - (๑๒.๑) เพื่อพัฒนาศักยภาพการให้บริการผู้ป่วยระยะท้าย แบบประคับประคอง Palliative Care
 - ๑๓) เพิ่มศักยภาพการให้บริการการแพทย์แผนไทย
 - (๑๓.๑) เพื่อพัฒนาศักยภาพการให้บริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน
- กลยุทธ์ที่ ๒.๔ เพิ่มศักยภาพการแพทย์ฉุกเฉินให้สอดคล้องกับสาธารณสุขที่มีในพื้นที่**
- วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์**
- ๒.๔.๑ เพื่อเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลในการให้บริการทางการแพทย์ในกรณีเกิดสาธารณภัย
 - ๑) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและสร้างความเชื่อมั่น เตรียมความพร้อม รองรับรูปแบบของสาธารณภัยที่มีการเปลี่ยนแปลง
 - ๒) เพื่อเพิ่มศักยภาพการดูแลการแพทย์ฉุกเฉิน

กลยุทธ์ที่ ๒.๕ สร้างเครือข่ายในการส่งต่อ

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

๒.๕.๑ เพื่อสร้างเครือข่ายในการส่งต่อ (ในโรคที่ยังมีศักยภาพไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วย

๑) เพิ่มศักยภาพในการส่งต่อภาครัฐ

๒) เพื่อเพิ่มศักยภาพการส่งต่อ และตอบกลับข้อมูลผู้ป่วยที่ทำ discharge plan

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๓ เทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนงานบริการและการบริหาร (Smart IT)

เป้าหมายหลัก : ระบบสารสนเทศที่มีคุณภาพเพื่อการบริหาร บริการและการเชื่อมโยงข้อมูลเครือข่าย

บริการสุขภาพ

กลยุทธ์ที่ ๓.๑ ส่งเสริมให้มีการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด
ในงานบริการและงานบริหาร

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

๓.๑.๑ พัฒนาระบบการสื่อสารและการบริการให้ผู้ป่วยบริการ

๓.๑.๒ ปรับปรุงโครงสร้าง (Infrastructure) ระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล

๓.๑.๓ พัฒนาระบบข้อมูลให้มีความถูกต้อง รวดเร็ว

๓.๑.๔ พัฒนาระบบ Less Paper

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔ เพิ่มศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ สร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization)

เป้าหมายหลัก : บุคลากรมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ มีสมรรถนะที่สอดคล้องกับภารกิจ

กลยุทธ์ที่ ๔.๑ พัฒนาสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรสู่องค์กรสุขภาพดี

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

๔.๑.๑ เพื่อให้บุคลากรด้านวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพ พัฒนาระบบการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม
และความปลอดภัยรวมทั้งอาชีวอนามัยในการทำงาน

กลยุทธ์ที่ ๔.๒ วางแผนอัตรากำลังและระบบการสรรหาบุคลากรอย่างเป็นระบบ

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

๔.๒.๑ เพื่อจัดหาบุคลากรให้มีความเพียงพอ

๔.๒.๒ เพื่อกำหนดกระบวนการสรรหาบุคลากรเข้าสู่ตำแหน่งอย่างมีคุณภาพโปร่งใส
และตรวจสอบได้

กลยุทธ์ที่ ๔.๓ พัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และสมรรถนะในการทำงานให้สอดคล้องกับทิศทางการ
พัฒนาโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

๔.๓.๑ เพื่อพัฒนาความรู้ ความสามารถ เพิ่มศักยภาพบุคลากรให้ตรงสายงาน และความต้องการ
ของโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

กลยุทธ์ที่ ๔.๔ ต่อยอดการจัดการความรู้ (KM) และสร้างเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

- ๔.๔.๑ เพื่อพัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้ได้รับการพัฒนาศักยภาพความรู้ความสามารถรายบุคคล
- ๔.๔.๒ พัฒนาส่งเสริมกระบวนการให้การแลกเปลี่ยนเรียนรู้

กลยุทธ์ที่ ๔.๕ พัฒนา ส่งเสริม งานวิจัย ผลงานวิชาการ ผลงานนวัตกรรม และงานประจำสู่งานวิจัย
(R๒R) อย่างเป็นระบบ

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

- ๔.๕.๑ เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้บุคลากรพัฒนาองค์ความรู้ (งานวิจัย งานวิชาการ นวัตกรรม งานประจำสู่งานวิจัย (R๒R)

**ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๕ บริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ องค์คุณธรรม (Green Hospital/
Moral Hospital)**

เป้าหมายหลัก : มีระบบบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อสนับสนุนการจัดบริการที่ดี

กลยุทธ์ที่ ๕.๑ สนับสนุนการพัฒนาให้เป็น Green Hospital อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

- ๕.๑.๑ มีระบบการจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล มีความปลอดภัยต่อผู้ป่วย บุคลากร และชุมชน
- ๕.๑.๒ เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้พลังงานอย่างรู้คุณค่า อย่างคุ้มค่าและเกิดประโยชน์สูงสุด

กลยุทธ์ที่ ๕.๒ เพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการทางการเงินให้มีความรวดเร็ว โปร่งใส ตรวจสอบได้

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

- ๕.๒.๑ มีระบบกลไกในการควบคุมการใช้จ่ายเงินให้โปร่งใส ตรวจสอบได้ และเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ
- ๕.๒.๒ ติดตามการใช้จ่ายงบประมาณให้เป็นไปตามแผนที่กำหนดและมีประสิทธิภาพ

กลยุทธ์ที่ ๕.๓ จัดระบบบริหารสินค้าคงคลัง (Inventory Turnover Period) อย่างเป็นระบบ
ตรวจสอบได้

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

- ๕.๓.๑ เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการสินค้าคงคลังให้เป็นระบบ มีประสิทธิภาพ ตรวจสอบได้
- ๕.๓.๒ มีระบบการจัดทำแผนการจัดซื้อจัดจ้างประจำปี โปร่งใส ตรวจสอบได้

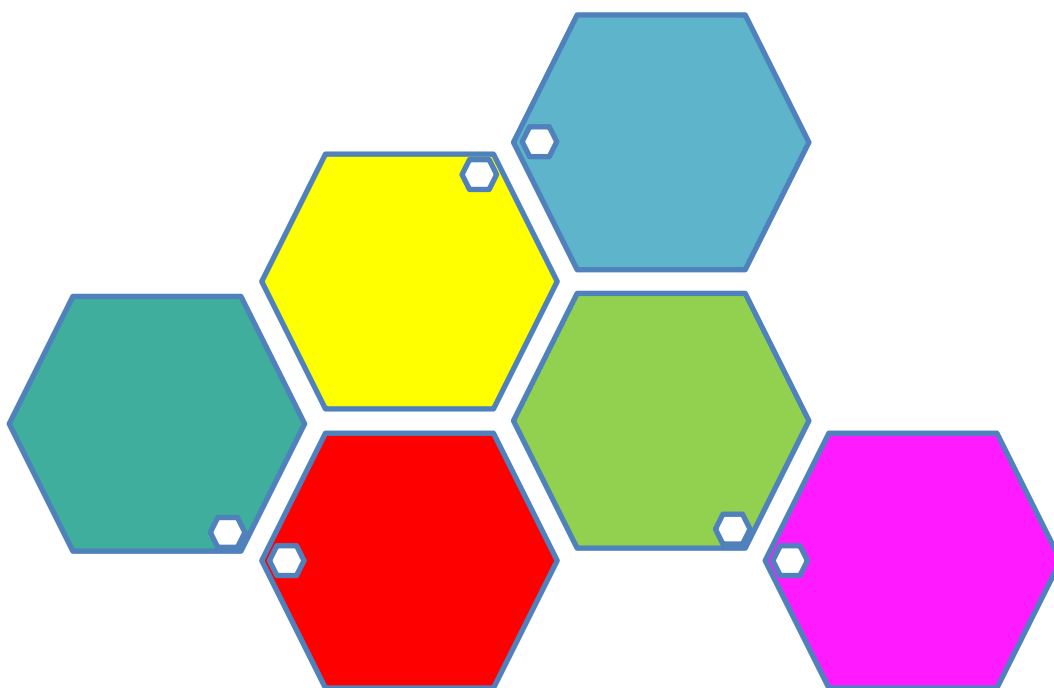
กลยุทธ์ที่ ๕.๔ สนับสนุน ส่งเสริม พัฒนาองค์กรสู่โรงพยาบาลคุณธรรม

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

- ๕.๔.๑ สร้างและพัฒนาหน่วยงานให้เป็นโรงพยาบาลคุณธรรม
- ๕.๔.๒ บุคลากรมีความสุขและความผูกพันต่อองค์กร

บทที่ ๒

การวิเคราะห์สถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อองค์กร



การวิเคราะห์สถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อองค์กร

การวิเคราะห์ปัจจัยภายใน

ลำดับ	จุดแข็ง (Strength)	จุดอ่อน (Weakness)
๑	บุคลากร ๑.๑ บุคลากรมีความเชี่ยวชาญโดดเด่นในหลายสาขาวิชาชีพ/อาชีพ โดยเฉพาะ แพทย์ – ผู้เชี่ยวชาญสาขาหลักตามกรอบโรงพยาบาล ทุติยภูมิระดับสูง เช่น ระบบทางเดินปัสสาวะ โรคผิวหนัง ผ่าตัดผ่านกล้อง การผ่าตัดข้อเข่าเทียม การผ่าตัดตา ต้อกระจก เป็นต้น ๑.๒ มีการส่งเสริมและการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง และตรงสายงาน ทั้งด้านการศึกษา การจัดอบรมในหลักสูตรต่าง ๆ การศึกษาดูงาน เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทั้งภายในและภายนอกองค์กร ๑.๓ บุคลากรมีความรู้ และทักษะที่ดีส่งผลให้เป็นแหล่งเรียนรู้และฝึกปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ๑.๔ มีการจัดกิจกรรมยกย่องเชิดชูคนดี เช่น การคัดเลือกบุคลากรดีเด่น บุคคลต้นแบบ ๑.๕ โรงพยาบาล มีค่านิยมขององค์กร ที่บุคลากรยอมรับและยึดถือร่วมกัน คือ “LPT” Love = รักองค์กร,รักขัโลก Professional = การทำงานอย่างมืออาชีพ Transparency = โปร่งใสและตรวจสอบได้ ทำให้บุคลากรส่วนใหญ่มีความมุ่งมั่นทุ่มเทต่อการพัฒนาคุณภาพฯ ส่งผลให้โรงพยาบาลประสบความสำเร็จในการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติราชการประจำปีได้ ๑๐๐%	บุคลากร ๑.๑ จำนวนบุคลากรยังไม่สมดุลกับภาระงาน เช่น พยาบาล, บุคลากรในส่วนระบบสนับสนุน ๑.๒ ระบบการประเมินผลงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ยังไม่สามารถมาใช้ได้จริง ๑.๓ ยังขาดการประเมินทักษะที่มีประสิทธิภาพ และทำให้ไม่สามารถพัฒนาทักษะได้อย่างต่อเนื่อง ๑.๔ ยังพบบุคลากรเกิดอุบัติเหตุและเจ็บป่วยจากการทำงาน ๑.๕ ยังขาดความเข้าใจและการประยุกต์ค่านิยมการทำงานในหน้าที่และงานอื่นในองค์กร
๒	อุปกรณ์เครื่องมือ สถานที่ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน ๒.๑ มีระบบเงินนอกงบประมาณที่เพิ่มความคล่องตัว ในการบริหารจัดการ ๒.๒ มีการจัดสถานที่ให้บริการทางการแพทย์ในสาธารณะ เพิ่มเติม ได้แก่ จักรู หู-คอ-จมูก วัสดุยู่ รังสีแพทย์ และเวชศาสตร์ฟื้นฟู	อุปกรณ์เครื่องมือ สถานที่ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน ๒.๑ ระบบโครงสร้างอาคารไม่เอื้อต่อการขยายบริการของโรงพยาบาล ๒.๒ ระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลยังไม่สมบูรณ์

ลำดับ	จุดแข็ง (Strength)	จุดอ่อน (Weakness)
๒ (ต่อ)	๒.๓ มีสวนสุขภาพ สำหรับการพักผ่อน ศูนย์ออกกำลังกายสำหรับผู้มาใช้บริการ และ บริการแก่ประชาชนในชุมชนโดยรอบ ๒.๔ สถานที่ให้บริการที่ได้มาตรฐาน และได้รับการรับรอง ได้แก่ มาตรฐาน ECO-Hospital มาตรฐาน GREEN-Hospital และมาตรฐานอาคาร ปลอดภัย	๒.๓ ระบบการบริหารการเงินงบประมาณ ยังไม่มีการนำระบบการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยต่อโรค และหัตถการมาใช้ ๒.๔ ยังไม่มีระบบบริหารจัดการวัสดุ เวชภัณฑ์ สิ้นเปลืองที่ดีพอ
๓	ระบบการทำงาน ๓.๑ โครงสร้างขององค์กรมีการแบ่งภารกิจ การบริหารงานตามกรอบโรงพยาบาลทุติยภูมิอย่าง ชัดเจน นอกจากการบริหารงานตามโครงสร้างของ องค์กร ยังมีการแบ่งงานให้มีความครอบคลุมไป ถึงระดับการปฏิบัติงานโดยการแต่งตั้ง คณะกรรมการฯ ๒ ชุดใหญ่ ประกอบด้วย ๑) ด้านการบริหารงานตามกรอบภาระหน้าที่ ได้แก่ คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และ มีคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการย่อย ๆ ๒) ด้านการพัฒนาคุณภาพ และมีคณะกรรมการ และคณะอนุกรรมการย่อย ๓.๒ บุคลากรมีส่วนร่วมในการกำหนดวิสัยทัศน์ โรงพยาบาล และจัดทำยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล ทำให้นำไปสู่การปฏิบัติและขับเคลื่อนอย่างมี ประสิทธิภาพ ๓.๓ มีการสรุปผลการดำเนินงาน และทบทวนแผน เป็นประจำทุกปี ๓.๔ การบริหารแบบส่งเสริมให้ทุกคนมีส่วนร่วม ทำให้เกิดการยอมรับต่อการเปลี่ยนแปลง นำไป สู่การพัฒนาที่มีเป้าหมายร่วมกัน ๓.๕ ส่งเสริมการสื่อสารข้อมูลเพื่อนำไปสู่การ ปฏิบัติและมีการกำกับติดตามอย่างสม่ำเสมอ เช่น การสื่อสารต่อการประชุม Morning talk	ระบบการทำงาน ๓.๑ โครงสร้างบางกลุ่มงานในปัจจุบันไม่เหมาะสมกับ การปฏิบัติงานจริง เช่น ควรแยกงานเวชศาสตร์ ผู้สูงอายุออกจาก กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชน เป็นต้น ๓.๒ กรรมการหลายท่านมีบทบาทภาระหน้าที่ ของกรรมการซ้ำซ้อนกันหลายคณะทำให้การ ดำเนินงานบางส่วนมีความล่าช้าและอาจไม่เป็นไป ตามแผนที่กำหนด ๓.๓ ยังขาดการกำกับติดตามและการวิเคราะห์ใน แผนกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพ

ลำดับ	จุดแข็ง (Strength)	จุดอ่อน (Weakness)
๔	ผลการดำเนินงานคุณภาพในการจัดบริการ ๔.๑ มีโรงพยาบาลที่เป็นเครือข่ายเดียวกันให้บริการเกือบครอบคลุมทุกพื้นที่ ประชาชนเข้าถึงบริการ ๔.๒ มีระบบการส่งต่อ ทั้งภายในและภายนอกองค์กร ๔.๓ มีเงินงบประมาณสนับสนุนและส่งเสริมการวิจัยแก่บุคลากรในสังกัด เกิดการศึกษาค้นคว้าและนำข้อมูลจากการวิจัยมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนางาน ๔.๔ ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และมาตรฐาน การแพทย์ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ - มาตรฐานระดับองค์กร เช่น มาตรฐาน ISO ๙๐๐๒ มาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพ มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ มาตรฐาน ECO-Hospital มาตรฐาน GREEN-Hospital เป็นต้น - มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค เช่น ผู้ป่วยโรค ศูนย์เด็กเล็กน่ายุคคุณแม่ คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ - มาตรฐานวิชาชีพ ได้แก่ มาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรม มาตรฐานวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ มาตรฐานบริการพยาบาลและผดุงครรภ์	ผลการดำเนินงานคุณภาพในการจัดบริการ ๔.๑ หลังการผ่านการประเมิน ยังพบปัญหาระบบกำกับติดตาม ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงานในบางเรื่อง ๔.๒ ระบบการวิเคราะห์ข้อมูลที่จะนำมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพในการจัดบริการยังไม่ดีพอ
๕	ความพึงพอใจของประชาชนหรือผู้ใช้บริการ ๕.๑ ให้ความสำคัญกับผู้มาใช้บริการทุกคนส่งผลให้อัตราความพึงพอใจเพิ่มขึ้นทุกปี ๕.๒ มีระบบการประชาสัมพันธ์ผ่านทุกช่องทาง เพื่อให้ผู้รับบริการทราบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรงพยาบาลมีการทำงานร่วมกับชุมชนอย่างใกล้ชิดและได้รับความร่วมมืออย่างดีจากชุมชนในพื้นที่	ความพึงพอใจของประชาชนหรือผู้ใช้บริการ ๕.๑ ยังพบปัญหาข้อร้องเรียน เรื่องระยะเวลา รอคอยในการรักษาพยาบาล และพฤติกรรม การบริการ

การวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก

ลำดับ	โอกาส (Opportunity)	อุปสรรค (Threat)
๑	บุคลากร ๑.๑ นโยบายการพัฒนาบุคลากรให้มีคุณภาพ โดยเปิดโอกาสให้บุคลากรไปศึกษาต่อทั้งในประเทศและต่างประเทศ รวมถึงการฝึกอบรม ประชุม ศึกษาดูงาน	บุคลากร ๑.๑ นโยบายการจำกัดการขยายอัตรากำลังบุคลากรภาครัฐ (รายจ่ายหมวดค่าตอบแทนบุคลากรต้องไม่เกินร้อยละ ๔๐ ของงบประมาณรายจ่ายของกรุงเทพมหานคร) ๑.๒ กระบวนการในการพิจารณาและจัดทำกรอบอัตราค่าจ้างไม่ทันต่อการเปลี่ยนแปลงในสถานการณ์ปัจจุบัน
๒	อุปกรณ์เครื่องมือ สถานที่ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน ๒.๑ เทคโนโลยีและความรู้วิทยาการสมัยใหม่ รวมถึงเครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัย ช่วยสนับสนุนการทำงานของบุคลากร ๒.๒ การพัฒนาความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการของโรงพยาบาลมากขึ้นช่วยในด้านวิชาการ ประชาสัมพันธ์การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ๒.๓ ประชาชนในชุมชนมีความใกล้ชิดและมีส่วนร่วมในการสนับสนุนกิจกรรมผ่านทางมูลนิธิโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง	อุปกรณ์เครื่องมือ สถานที่ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน ๒.๑ สถานที่ตั้งของโรงพยาบาล อยู่ในซอย ถนนแคบ เป็นอุปสรรคต่อการขยายอาคารสูงในอนาคต ๒.๒ ภาวะเศรษฐกิจถดถอยทำให้การจัดเก็บรายได้ของ กทม. ลดลง งบประมาณที่ได้รับเงินสนับสนุนจากกรุงเทพมหานครน้อยลงและคาดว่าจะการบริจาคเงินผ่านมูลนิธิลดลง ส่งผลให้งบประมาณสนับสนุนทำให้งบประมาณที่จะมาสนับสนุนการดำเนินงานบางส่วนลดลง เช่น การลงทุนกับเครื่องมือที่ทันสมัยมีราคาสูง ๒.๓ กฎระเบียบปฏิบัติทางด้านการเงิน การพัสดุ การก่อสร้างไม่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน ทำให้เกิดความล่าช้าในกระบวนการจัดซื้อจัดจ้าง
๓	ระบบการทำงาน ๓.๑ มีแผนบริหารราชการและแผนปฏิบัติราชการจากกรุงเทพมหานครและสำนักงานการแพทย์ที่เน้นการบูรณาการการทำงานร่วมกัน เกื้อหนุนต่อการนำยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ ๓.๒ นโยบายระบบประกันสุขภาพของภาครัฐเอื้อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียมและครอบคลุม ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ๓.๓ นโยบายจ้างเอกชนมาดำเนินการ (Outsource) ในภารกิจบางอย่างได้แก่ พนักงานรักษาความปลอดภัย พนักงานทำความสะอาด เป็นต้น	ระบบการทำงาน ๓.๑ นโยบายบางส่วนยังไม่ได้รับงบประมาณสนับสนุน เช่น ระบบการจัดสรรงบประมาณในการจัดซื้ออุปกรณ์และปรับปรุง/ก่อสร้างอาคารทำให้ไม่เอื้อต่อการขยายบริการ ๓.๒ การเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนเสรีอาจมีผลต่อการเคลื่อนย้ายประชากรและเสี่ยงต่อการเกิดโรคระบาดและโรคอุบัติใหม่ซึ่งอาจมีการแพร่กระจายในโรงพยาบาลส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งผู้ป่วย/ญาติ และบุคลากร

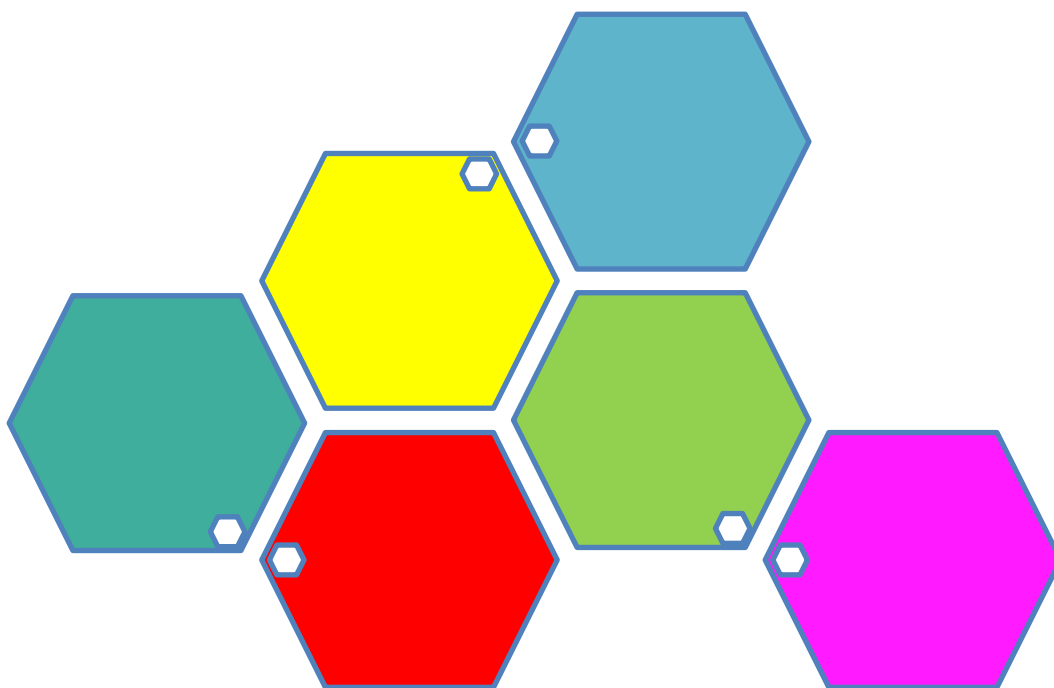
ลำดับ	โอกาส (Opportunity)	อุปสรรค (Threat)
๓ (ต่อ)	๓.๔ ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกรุงเทพมหานคร สำนักงานประกันสังคม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ๓.๕ ได้รับเงินสนับสนุนจากหน่วยงานอื่น ๆ ทำให้มีงบประมาณในการจัดทำโครงการต่าง ๆ เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพลังงาน สสส. เป็นต้น	๓.๓ พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค ทำให้ประชาชนมีความคาดหวังสูง ทำให้มีปัญหาการร้องเรียน/ฟ้องร้อง
๔	ผลการดำเนินงานคุณภาพในการจัดบริการ ๔.๑ นโยบายให้โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์ผ่านการรับรองมาตรฐานต่าง ๆ และการตรวจสอบจากองค์กรภายนอก สนับสนุนทำให้โรงพยาบาลมีโอกาสในการพัฒนา ๔.๒ มีโครงการกระจายความแออัดของผู้ประกันสุขภาพโดยการเพิ่ม OPD นอกโรงพยาบาล เนื่องจากการขึ้นทะเบียนของผู้ใช้บริการสิทธิต่าง ๆ เพิ่มขึ้น ๔.๓ การแข่งขันทำให้เกิดการตื่นตัวในการพัฒนาบริการ	ผลการดำเนินงานคุณภาพในการจัดบริการ ๔.๑ ปัจจุบันประเทศไทยประสบปัญหาภัยรุมตึงครมร์ก่อนวัยอันควรส่งผลให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพอนามัยแม่และเด็กโรงพยาบาลภาครัฐต้องทำงานเชิงรุกเพิ่มขึ้น ๔.๒ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรเป็นสังคมผู้สูงอายุ ทำให้มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น ๔.๓ ประชาชนในพื้นที่ส่วนใหญ่ชาวสวน ค้าขาย หรือรับจ้าง ไม่ร่ำรวย และการที่ค่าบริการในโรงพยาบาลเอกชนสูงขึ้น ทำให้มีผู้มาใช้บริการในโรงพยาบาลรัฐมากขึ้น ๔.๔ นโยบายให้โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์ผ่านการรับรองมาตรฐานต่าง ๆ และการตรวจสอบจากองค์กรภายนอกส่งผลให้บุคลากรเกิดความเครียด
๕	ความพึงพอใจของประชาชนหรือผู้ใช้บริการ ๕.๑ สังคมปัจจุบันที่เปลี่ยนไปเป็นสังคม social (ยุคโลกไร้พรมแดน) ทำให้คนมีความรู้ในเรื่องสุขภาพและการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นส่งผลให้ประชาชนให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพมากขึ้น ๕.๒ สังคมในชุมชนรอบ ๆ โรงพยาบาลให้การยอมรับ ส่งผลให้เกิดร่วมมือ และสนับสนุนกิจกรรมต่างๆของโรงพยาบาล เช่น ชมรมผู้สูงอายุที่มีความเข้มแข็งมาช่วยปฏิบัติงานในการประชาสัมพันธ์แนะนำการใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกเป็นประจำทุกวันราชการ	ความพึงพอใจของประชาชนหรือผู้ใช้บริการ ๕.๑ ความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยี และสื่อสารสนเทศที่ทันสมัย ทำให้ประชาชนเข้าถึงแหล่งความรู้ที่หลากหลายและทันสมัย เกิดความคาดหวังสูงขึ้นทั้งในแง่องค์ความรู้และเครื่องมือทำให้เสี่ยงต่อการฟ้องร้องเพิ่มขึ้น

บทที่ ๓

ประเด็นยุทธศาสตร์และแนวทางการเก็บข้อมูล

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑

พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมาตรฐาน
(Service Quality)



ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และมาตรฐาน (Service Quality)

เป้าหมายหลัก : ระบบบริการสุขภาพที่มีมาตรฐาน ผู้รับบริการปลอดภัย

กลยุทธ์

- ๑.๑ การจัดการด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (Quality management)
- ๑.๒ ส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล
- ๑.๓ พัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use)

กลยุทธ์ที่ ๑.๑ การจัดการด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (Quality management)

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

๑.๑.๑	เพื่อเสริมสร้างศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติที่ดีต่อการพัฒนาคุณภาพ
๑.๑.๒	เพื่อส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง
๑.๑.๓	สร้างเครือข่ายความร่วมมือด้านการพัฒนาคุณภาพกับองค์กรภายนอก
๑.๑.๔	เพื่อยกระดับการพัฒนาระบบคุณภาพโรงพยาบาลในระดับที่สูงขึ้น

กลยุทธ์ที่ ๑.๒ ส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

๑.๒.๑	ส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมคุณภาพและความปลอดภัย
-------	---

กลยุทธ์ที่ ๑.๓ พัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use)

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

๑.๓.๑	เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าและปลอดภัยในการใช้ยา และเพื่อลดการเกิดเชื้อดื้อยา และลดการป่วยจากเชื้อดื้อยา
-------	---

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ ยกระดับคุณภาพมาตรฐานให้มีคุณภาพสูงขึ้น (Service Quality)

กลยุทธ์ที่ ๑.๑ การจัดการด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (Quality management)

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ ๑.๑.๑ เพื่อเสริมสร้างศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติที่ดีต่อการพัฒนาคุณภาพ

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				หน่วยงานรับผิดชอบ
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๑	ร้อยละคะแนนเฉลี่ยผลสำรวจการวินิจฉัยองค์กรของบุคลากรในโรงพยาบาล	ร้อยละ	> ๖๐	> ๖๕	> ๗๐	> ๗๕	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ
๒	ผู้เข้าร่วมประชุมมีความรู้ความเข้าใจในเนื้อหาของการประชุมในระดับดีขึ้น	ร้อยละ	> ๗๐	> ๘๐	> ๘๐	> ๘๐	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ

โครงการ/กิจกรรมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑	กิจกรรมการจัดการความรู้เกี่ยวกับระบบคุณภาพโรงพยาบาลภายในองค์กร (ปี ๒๕๖๑)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ
๒	โครงการประชุมวิชาการเครือข่ายโรงพยาบาลคุณภาพสำนักงานแพทย์ ครั้งที่ ๑๒ (ปี ๒๕๖๑)	๒๐๐,๐๐๐.๐๐	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ
๓	โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (ปี ๒๕๖๒)	๕๖,๓๒๐.๐๐	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ
๔	โครงการมหกรรมคุณภาพโรงพยาบาล (ปี ๒๕๖๓)	๗๐,๐๐๐.๐๐	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ
๕	กิจกรรมส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการพัฒนาคุณภาพภายนอกองค์กร (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔) (งบประมาณ ปี ๖๑ = ๑๓๔,๐๐๐.- บาท/ ปี ๖๒ – ๖๔ ปีละ ๑๐๐,๐๐๐.- บาท)	๔๓๔,๐๐๐.๐๐	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ ๑.๑.๒ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				หน่วยงานรับผิดชอบ
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๓	จำนวนครั้งของการเยี่ยมสำรวจคุณภาพภายในของทุกทีม	ครั้ง	๑	๒	๒	๒	คณะกรรมการ Lead team / คณะกรรมการ PCT ทุกทีม / กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ
๔	จำนวนครั้งของการทบทวนเวชระเบียนตาม Trigger ของทีม PCT	ครั้ง	๑	๒	๒	๒	คณะกรรมการ Lead team / คณะกรรมการ PCT ทุกทีม / กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ
๕	จำนวนครั้งที่มีการนำตัวชี้วัดไปเทียบเคียงผลงานในกลุ่มโรคสำคัญหรือระบบงานสำคัญกับหน่วยงานภายนอก	ครั้ง	๒	๓	๓	๓	คณะกรรมการ Lead team / คณะกรรมการ PCT ทุกทีม / กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ

โครงการ/กิจกรรมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑	กิจกรรมการเยี่ยมสำรวจคุณภาพภายในของทุกทีม (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คณะกรรมการ Lead team/ คณะกรรมการ PCT ทุกทีม / กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ
๒	กิจกรรมการทบทวนเวชระเบียนตาม Trigger ของทีม PCT (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คณะกรรมการ Lead team/ คณะกรรมการ PCT ทุกทีม / กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ

โครงการ/กิจกรรมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ (ต่อ)

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๓	โครงการพัฒนาระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับ คุณภาพโรงพยาบาล (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๕) (งบประมาณปีละ ๑๐,๐๐๐.- บาท)	สนับสนุนจาก เงินมูลนิธิ ๔๐,๐๐๐.๐๐	คณะกรรมการ Lead team /คณะกรรมการ PCT ทุกทีม / กลุ่มงานพัฒนา คุณภาพฯ

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ ๑.๑.๓ สร้างเครือข่ายความร่วมมือด้านการพัฒนาคุณภาพกับองค์กรภายนอก

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๖	จำนวนครั้งของกิจกรรม Pre Survey เพื่อนเยี่ยมเพื่อนโดยทีมพัฒนา คุณภาพภายนอกองค์กรอย่างน้อย ๑ ครั้ง ก่อนการรับรองกระบวนการ คุณภาพโรงพยาบาลซ้ำ (Re – Accreditation Survey ครั้งที่ ๓)	ครั้ง	-	๑	๑	-	คณะกรรมการ Lead team / คณะกรรมการ PCT ทุกทีม / กลุ่มงานพัฒนา คุณภาพฯ

โครงการ/กิจกรรมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑	โครงการตรวจประเมินกระบวนการรับรองคุณภาพซ้ำ (Re – Accreditation Survey ครั้งที่ ๓) จาก สรพ. (ปี ๒๕๖๓)	๑๒๐,๐๐๐.๐๐	คณะกรรมการ Lead team/ คณะกรรมการ PCT ทุกทีม/กลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพฯ

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ ๑.๑.๔ เพื่อยกระดับการพัฒนากระบวนการคุณภาพโรงพยาบาลในระดับที่สูงขึ้น

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				หน่วยงานรับผิดชอบ
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๗	ผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาลซ้ำ (Re – Accreditation Survey ครั้งที่ ๓) ** ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่โครงการ Advance HA ในปี ๒๕๖๔	-	-	-	-	ได้รับการคัดเลือก	คณะกรรมการ Lead team / คณะกรรมการ PCT ทุกทีม / กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ
๘	ผ่านการรับรองมาตรฐานเฉพาะโรค DSC - HIV/STI	ร้อยละ	-	๑๐๐	-	-	คณะกรรมการ TB & AIDS
๙	อัตราตัวชี้วัดคุณภาพที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล (THIP II) ผ่านเกณฑ์ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ

โครงการ/กิจกรรมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑	กิจกรรมการรับรองมาตรฐานเฉพาะโรค DSC (ปี ๒๕๖๒)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คณะกรรมการ TB & AIDS
๒	กิจกรรมการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย (ปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ
๓	กิจกรรมทบทวนตัวชี้วัดคุณภาพที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน (๒ ครั้งต่อปี) (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ

กลยุทธ์ที่ ๑.๒ ส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ ๑.๒.๑ ส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมคุณภาพและความปลอดภัย

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๑๐	ร้อยละของคะแนนเฉลี่ยผลสำรวจ วัฒนธรรมความปลอดภัยของ บุคลากรในโรงพยาบาล	ร้อยละ	> ๖๕	> ๗๐	> ๗๕	> ๘๐	คณะกรรมการ บริหารความเสี่ยง (RM) /กลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพ/ ทุกฝ่าย/กลุ่มงาน
๑๑	จำนวนครั้งของการจัดกิจกรรม ประกวด RM Award	ครั้ง	-	๑	-	๑	คณะกรรมการ บริหารความเสี่ยง (RM) /กลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพ/ ทุกฝ่าย/กลุ่มงาน
๑๒	อัตราความครอบคลุมการรายงาน ความเสี่ยงภาพรวมของหน่วยงาน <u>กำหนดเกณฑ์ขั้นต่ำ</u> ทั่วไป : อย่างน้อย ๒ ฉบับ/เดือน/หน่วยงาน คลินิก : อย่างน้อย ๓ ฉบับ/เดือน/หน่วยงาน	ร้อยละ	> ๗๕	> ๘๐	> ๘๕	> ๙๐	กลุ่มงานพัฒนา คุณภาพ / ทุกฝ่าย/กลุ่มงาน
๑๓	อัตราความครอบคลุมการรายงาน ความเสี่ยงของหน่วยงานตนเอง Self report <u>กำหนดเกณฑ์ขั้นต่ำ</u> ทั่วไป : อย่างน้อย ๑ ฉบับ/เดือน/หน่วยงาน คลินิก : อย่างน้อย ๒ ฉบับ/เดือน/หน่วยงาน	ร้อยละ	> ๖๕	> ๗๐	> ๗๕	> ๘๐	กลุ่มงานพัฒนา คุณภาพ/ ทุกฝ่าย/กลุ่มงาน
๑๔	ร้อยละอุบัติการณ์ระดับสูงขึ้นไป ได้รับการทำการทบทวนและ ปรับปรุงแก้ไข	ร้อยละ	> ๖๐	> ๖๕	> ๗๐	> ๗๕	คณะกรรมการ บริหารความเสี่ยง (RM) /กลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพ/ ทุกฝ่าย/กลุ่มงาน

โครงการ/กิจกรรมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑	กิจกรรมการจัดการความรู้ เรื่อง การบริหารความเสี่ยง (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง(RM) /กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ/
๒	กิจกรรมการถอดแบบสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรในโรงพยาบาลผ่านระบบออนไลน์ (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง(RM) /กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ/
๓	กิจกรรมการวิเคราะห์ระบบบริหารความเสี่ยง (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง(RM) /กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ/
๔	กิจกรรม RM Quality round ตามรอยการบริหารความเสี่ยงที่หน้างานตามจุดเน้นความเสี่ยงขององค์กร (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง(RM) /กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ/
๕	กิจกรรมการประชุมเพื่อติดตามงานการบริหารความเสี่ยงของทุกทีมนำ (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง(RM) /กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ/

กลยุทธ์ที่ ๑.๓ พัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use)

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ ๑.๓.๑ เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าและปลอดภัยในการใช้ยา และเพื่อลดการเกิดเชื้อดื้อยา และลดการป่วยจากเชื้อดื้อยา

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				หน่วยงานรับผิดชอบ
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๑๕	ผ่านการประเมินระดับโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	ชั้นที่	๑	๒	๒	๓	กลุ่มงานเภสัชกรรม
๑๖	ร้อยละของการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด	ร้อยละ	< ๑๐	< ๑๐	< ๑๐	< ๑๐	กลุ่มงานสูติ – นรีเวชกรรม
๑๗	ร้อยละของการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนในผู้ป่วยนอก (Upper respiratory tract infections)	ร้อยละ	≤ ๒๕	≤ ๒๐	≤ ๒๐	≤ ๒๐	กลุ่มงานกุมาร - เวชกรรม

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (ต่อ)

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๑๘	ร้อยละของการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยที่ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนในผู้ป่วยนอก (Upper respiratory tract infections)	ร้อยละ	≤ ๒๕	≤ ๒๐	≤ ๒๐	≤ ๒๐	กลุ่มงานอายุรกรรม
๑๙	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	ร้อยละ	≤ ๒๕	≤ ๒๐	≤ ๒๐	≤ ๒๐	กลุ่มงานกุมาร - เวชกรรม
๒๐	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยที่มีภาวะอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	ร้อยละ	≤ ๒๕	≤ ๒๐	≤ ๒๐	≤ ๒๐	กลุ่มงานอายุรกรรม
๒๑	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้านแผลสดจากอุบัติเหตุ	ร้อยละ	≤ ๒๐	≤ ๒๕	≤ ๓๐	≤ ๔๐	กลุ่มงานศัลยกรรม

โครงการ/กิจกรรมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑	กิจกรรมรณรงค์และประชาสัมพันธ์การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	กลุ่มงานเภสัชกรรม
๒	กิจกรรมการกำหนดแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม
๓	กิจกรรมการกำหนดแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนในผู้ป่วยนอก (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	กลุ่มงานกุมารเวชกรรม
๔	กิจกรรมการกำหนดแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยที่เป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนในผู้ป่วยนอก (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	กลุ่มงานอายุรกรรม
๕	กิจกรรมการกำหนดแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	กลุ่มงานกุมารเวชกรรม

โครงการ/กิจกรรมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ (ต่อ)

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๖	กิจกรรมการกำหนดแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะอย่าง สมเหตุสมผลในผู้ป่วยที่มีภาวะอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	กลุ่มงานอายุรกรรม
๗	กิจกรรมการกำหนดแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะอย่าง สมเหตุสมผลในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาดูแลสดจาก อุบัติเหตุ (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	กลุ่มงานศัลยกรรม

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ ยกระดับคุณภาพมาตรฐานให้มีคุณภาพสูงขึ้น (Service Quality)

แนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูล

กลยุทธ์ที่ ๑.๑ การจัดการด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (Quality management)

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ ๑.๑.๑ เพื่อเสริมสร้างศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติที่ดีต่อการพัฒนาคุณภาพ

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๑	ร้อยละคะแนนเฉลี่ยผลสำรวจการวินิจฉัย องค์กรของบุคลากรในโรงพยาบาล <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ > ร้อยละ ๖๐ ปี ๖๒ > ร้อยละ ๖๕ ปี ๖๓ > ร้อยละ ๗๐ ปี ๖๔ > ร้อยละ ๗๕	เป็นการสำรวจความคิดเห็น/ ทัศนคติ ของบุคลากรใน โรงพยาบาลที่มีต่อการพัฒนาองค์กร	จากแบบสำรวจความคิดเห็นโดยนำ ผลรวมคะแนนการสำรวจการวินิจฉัย ขององค์กรของบุคลากร คูณด้วย ๑๐๐ หาดด้วยคะแนนเต็มของแบบ สำรวจ	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพอาชีวอนามัย และสิ่งแวดล้อม รวบรวมข้อมูล จัดทำรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือ เมื่อสิ้นปีงบประมาณ
๒	ผู้เข้าร่วมประชุมมีความรู้ ความเข้าใจใน เนื้อหาของการประชุมในระดับดีขึ้น <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ > ร้อยละ ๗๐ ปี ๖๒ > ร้อยละ ๘๐ ปี ๖๓ > ร้อยละ ๘๐ ปี ๖๔ > ร้อยละ ๘๐	เป็นการทดสอบความรู้ ความเข้าใจของผู้เข้าร่วม ประชุม อบรมฯ ด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	จากแบบทดสอบความรู้ ความเข้าใจ ในเนื้อหาของการประชุมในบุคลากร ที่เข้ารับการอบรม ประชุมฯ คูณด้วย ๑๐๐ หาดด้วยจำนวนบุคลากรที่ เข้ารับการอบรมที่ทำแบบทดสอบ ความรู้ฯ ทั้งหมด	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพอาชีวอนามัย และสิ่งแวดล้อม รวบรวมข้อมูล จัดทำรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือ เมื่อสิ้นปีงบประมาณ

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ ๑.๑.๒ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๓	จำนวนครั้งของการเยี่ยมสำรวจคุณภาพภายในของทุกทีม <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ = ๑ ครั้ง ปี ๖๒ – ๖๔ = ปีละ ๒ ครั้ง	เป็นการเยี่ยมสำรวจความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานต่าง ๆ ภายในโรงพยาบาล	นับจำนวนครั้งของการเยี่ยมสำรวจคุณภาพภายใน	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม รวบรวมข้อมูลจัดทำรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ
๔	จำนวนครั้งของการทบทวนเวชระเบียนตาม Trigger ของทีม PCT <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ = ๑ ครั้ง ปี ๖๒ – ๖๔ = ปีละ ๒ ครั้ง	เป็นการทบทวนคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยตามอุบัติการณ์สำคัญ ๆ ที่เกิดขึ้นมาแล้ว เช่น เสียชีวิต / ส่งต่อ / ย้ายผู้ป่วยเข้า ICU โดยไม่วางแผน / กลับมารักษาซ้ำ โดยไม่วางแผน เป็นต้น	นับจำนวนครั้งของการทบทวนเวชระเบียนของทุกทีม PCT	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม รวบรวมข้อมูลจัดทำรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ
๕	จำนวนครั้งที่มีการนำตัวชี้วัดไปเทียบเคียงผลงานในกลุ่มโรคสำคัญ หรือ ระบบงานสำคัญกับหน่วยงานภายนอก <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ = ๒ ครั้ง ปี ๖๒ – ๖๔ = ปีละ ๓ ครั้ง	เพื่อเป็นการเทียบเคียงผลลัพธ์การดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลกับองค์กรภายนอก	นับจำนวนครั้งของการนำตัวชี้วัดคุณภาพไปเทียบเคียงกับองค์กรภายนอก	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม รวบรวมข้อมูลจัดทำรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ ๑.๑.๓ สร้างเครือข่ายความร่วมมือด้านการพัฒนาคุณภาพกับองค์กรภายนอก

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๖	จำนวนครั้งของกิจกรรม Pre Survey เพื่อน เยี่ยมเพื่อนโดยทีมพัฒนาคุณภาพภายนอก องค์กรอย่างน้อย ๑ ครั้ง ก่อนการรับรอง กระบวนการคุณภาพโรงพยาบาลซ้ำ (Re – Accreditation Survey ครั้งที่ ๓) <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๒ = ๑ ครั้ง ปี ๖๓ = ๑ ครั้ง	เพื่อเป็นหารกระตุ้นให้เกิดการตื่นตัวในการพัฒนาคุณภาพ จึงได้มีการตรวจเยี่ยมจากผู้ทรงคุณวุฒิจากองค์กร ภายนอก ในลักษณะการตรวจเสมือนจริง (Pre Survey)	นับจำนวนครั้งของการ Pre Survey จากผู้ทรงคุณวุฒิ หรือ ทีมจากหน่วยงานภายนอก	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพอาชีวอนามัย และสิ่งแวดล้อม รวบรวมข้อมูล จัดทำรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือ เมื่อสิ้นปีงบประมาณ

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ ๑.๑.๔ เพื่อยกระดับการพัฒนากระบวนการคุณภาพโรงพยาบาลในระดับที่สูงขึ้น

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๗	ผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพ โรงพยาบาลซ้ำ (Re – Accreditation Survey ครั้งที่ ๓) <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๔ = ได้รับการคัดเลือก เข้าสู่โครงการ Advance HA	เป็นการตรวจประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาล (HA) โดยสถาบันรับรองคุณภาพ สถานพยาบาล (องค์การมหาชน)	ได้รับการรับรองกระบวนการ พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ซ้ำ (Re – Accreditation Survey ครั้งที่ ๓) จาก สถาบันรับรองคุณภาพ สถานพยาบาล (องค์การมหาชน)	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพอาชีวอนามัย และสิ่งแวดล้อม รวบรวมข้อมูล จัดทำรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือ เมื่อสิ้นปีงบประมาณ
๘	ผ่านการรับรองมาตรฐานเฉพาะโรค DSC - HIV/STI <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๒ = ร้อยละ ๑๐๐	เป็นการตรวจประเมินมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค ได้แก่ โรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (HIV/STI)	ได้รับการตรวจประเมินจาก องค์กรภายนอก และได้รับการ รับรองมาตรฐานการดูแลรักษา ในโรคดังกล่าว	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพอาชีวอนามัย และสิ่งแวดล้อม รวบรวมข้อมูล จัดทำรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือ เมื่อสิ้นปีงบประมาณ

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๙	อัตราตัวชี้วัดคุณภาพที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล (THIP II) ผ่านเกณฑ์ค่าเฉลี่ย <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ = ร้อยละ ๖๕ ปี ๖๒ = ร้อยละ ๗๐ ปี ๖๓ = ร้อยละ ๗๕ ปี ๖๔ = ร้อยละ ๘๐	ตัวชี้วัดคุณภาพที่เข้าร่วมโครงการ THIP ทุกตัวชี้วัดสามารถเปรียบเทียบระดับการวัดคุณภาพของโรงพยาบาลได้ในเกณฑ์มาตรฐานสากล หรือ KPI ที่สำนักการแพทย์กำหนด	จำนวน KPI ที่เข้าร่วมโครงการ THIP ผ่านเกณฑ์มาตรฐานสากลคูณด้วย ๑๐๐หารด้วยจำนวน KPI ที่เข้าโครงการ THIP ทั้งหมด	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม รวบรวมข้อมูลจัดทำรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ

กลยุทธ์ที่ ๑.๒ ส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ ๑.๒.๑ ส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมคุณภาพและความปลอดภัย

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๑๐	ร้อยละของคะแนนเฉลี่ยผลสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรในโรงพยาบาล <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ > ร้อยละ ๖๕ ปี ๖๒ > ร้อยละ ๗๐ ปี ๖๓ > ร้อยละ ๗๕ ปี ๖๔ > ร้อยละ ๘๐	เป็นการสำรวจความคิดเห็น/ ทศนคติ ของบุคลากรในโรงพยาบาลที่เกี่ยวกับระบบการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล	จากแบบสำรวจความคิดเห็น โดยคำนวณจากผลรวมคะแนนการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยคูณด้วย ๑๐๐หารด้วยคะแนนเต็มของแบบสำรวจฯ	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม รวบรวมข้อมูลจัดทำรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ
๑๑	จำนวนครั้งของการจัดกิจกรรมประกวด RM Award <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๒ = จำนวน ๑ ครั้ง ปี ๖๔ = จำนวน ๑ ครั้ง	เป็นกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การบริหารจัดการความเสี่ยงของหน่วยงาน/ สร้างแรงจูงใจ + กระตุ้นการพัฒนาคุณภาพ	นับจำนวนครั้งของการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ฯ ในรอบปีงบประมาณ	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม รวบรวมข้อมูลจัดทำรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๑๒	อัตราความครอบคลุมการรายงานความเสี่ยงภาพรวมของหน่วยงาน <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ > ร้อยละ ๗๕ ปี ๖๒ > ร้อยละ ๘๐ ปี ๖๓ > ร้อยละ ๘๕ ปี ๖๔ > ร้อยละ ๙๐	เป็นการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของแต่ละหน่วยงาน <u>กำหนดเกณฑ์ขั้นต่ำ</u> ทั่วไป : อย่างน้อย ๒ ฉบับ/เดือน/หน่วยงาน คลินิก : อย่างน้อย ๓ ฉบับ/เดือน/หน่วยงาน	จำนวนหน่วยงานที่มีการรายงานความเสี่ยงตามข้อกำหนด คุณด้วย ๑๐๐ หากด้วยจำนวนหน่วยงานทั้งหมด	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม รวบรวมข้อมูลจัดทำรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ
๑๓	อัตราความครอบคลุมการรายงานความเสี่ยงของหน่วยงานตนเอง Self report <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ > ร้อยละ ๖๕ ปี ๖๒ > ร้อยละ ๗๐ ปี ๖๓ > ร้อยละ ๗๕ ปี ๖๔ > ร้อยละ ๘๐	เป็นการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของแต่ละหน่วยงาน <u>กำหนดเกณฑ์ขั้นต่ำ</u> ทั่วไป : อย่างน้อย ๑ ฉบับ/เดือน/หน่วยงาน คลินิก : อย่างน้อย ๒ ฉบับ/เดือน/หน่วยงาน	จำนวนหน่วยงานที่มีการรายงานความเสี่ยงของหน่วยงานตนเอง Self report ตามข้อกำหนด คุณด้วย ๑๐๐ หากด้วยจำนวนหน่วยงานทั้งหมด	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม รวบรวมข้อมูลจัดทำรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ
๑๔	ร้อยละอุบัติการณ์ระดับสูงขึ้นไปได้รับการทบทวนและปรับปรุงแก้ไข <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ > ร้อยละ ๖๐ ปี ๖๒ > ร้อยละ ๖๕ ปี ๖๓ > ร้อยละ ๗๐ ปี ๖๔ > ร้อยละ ๗๕	เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเสี่ยงในระดับที่รุนแรง	จำนวนอุบัติการณ์ระดับ E และ ๓ ขึ้นไป ที่ได้ทำ RCA คุณด้วยทั้งหมด	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม รวบรวมข้อมูลจัดทำรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ

กลยุทธ์ที่ ๑.๓ พัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use)

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ ๑.๓.๑ เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าและปลอดภัยในการใช้ยาและเพื่อลดการเกิดเชื้อดื้อยาและลดการป่วยจากเชื้อดื้อยา

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๑๕	ผ่านการประเมินระดับโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ = ขั้นที่ ๑ ปี ๖๒ = ขั้นที่ ๑ และขั้นที่ ๒ ปี ๖๓ = ขั้นที่ ๑ และขั้นที่ ๒ ปี ๖๔ = ขั้นที่ ๑ ขั้นที่ ๒ และขั้นที่ ๓	ระดับการพัฒนาจะต้องผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัด RDU ดังนี้ <u>ขั้นที่ ๑</u> ๑) อัตราการสั่งจ่ายในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ๒) การพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานของ PCT ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ ๓) รายการที่ควรพิจารณาตัดออก ๘ รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชียาของโรงพยาบาลไม่เกิน ๑ รายการ ๔) จัดทำฉลากยามาตรฐาน ๑๓ กลุ่มยา ๕) การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อหายา และการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ ๓ <u>ขั้นที่ ๒</u> ๑) ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน ๕ ตัวชี้วัด ตาม RDU ขั้นที่ ๑ ๒) อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสดจากอุบัติเหตุ และสตรีคลอดปกติ ครบกำหนดคลอดทางช่องคลอดผ่านเกณฑ์ทั้ง ๔ ตัวชี้วัด ๓) การใช้ยา NSAID ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ ๓ ขึ้นไปไม่เกินร้อยละ ๑๐	คำนวณตัวชี้วัดทุกตัวอ้างอิงจากตัวชี้วัด RDU ของกระทรวง – สาธารณสุข โดยผ่านการประเมินระดับโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	กลุ่มงานเภสัชกรรม รวบรวมข้อมูลจัดทำรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
		๔) การใช้ยา Glibenclamide ในผู้ป่วยผู้สูงอายุ หรือ ไตทำงานบกพร่อง ไม่เกินร้อยละ ๕ ๕) การไม่ใช้ยาที่ห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ Warfarin* statins (*ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve) ๖) การจัดการ การดื้อยา (AMR) : กรณีเป็นโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ต้องมีรายงานอัตราการติดเชื้อยา (AMR) ในกระแสเลือด ขั้นที่ ๓ ๑) ตัวชี้วัด RDU ผ่านเกณฑ์ทั้ง ๑๘ ตัวชี้วัด ๒) การจัดการ การดื้อยา (AMR) : กรณีเป็นโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ต้องมีรายงานอัตราการติดเชื้อยา (AMR) ในกระแสเลือด ลดลงร้อยละ ๕๐ จาก Baseline date	คำนวณตัวชี้วัดทุกตัวอ้างอิงจากตัวชี้วัด RDU ของกระทรวง – สาธารณสุข โดยผ่านการประเมินระดับโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	
๑๖	ร้อยละของการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด เป้าหมาย ปี ๖๑ < ร้อยละ ๑๐ ปี ๖๒ < ร้อยละ ๑๐ ปี ๖๓ < ร้อยละ ๑๐ ปี ๖๔ < ร้อยละ ๑๐	๑) หญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด หมายถึง ผู้หญิงคลอดทารกครบกำหนดทางช่องคลอดด้วยวิธีปกติ (หมายเหตุ : ยาปฏิชีวนะอาจมีประโยชน์ในรายที่มีการฉีกขาดของฝีเย็บระดับที่ ๓ หรือ ๔ โดยให้ยาปฏิชีวนะชนิดฉีดก่อนการเย็บแผลที่ฉีกขาด) ๒) ยาปฏิชีวนะ หมายถึง ยากลุ่ม ATC JO๑ ทั้งชนิดรับประทานและชนิดฉีด ๓) เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยใน (AN) ระบุโรคตาม ICD – ๑๐ ที่ระบุข้างล่าง	ตัวชี้วัดทุกตัวอ้างอิงมาจากตัวชี้วัด RDU ของกระทรวง – สาธารณสุข สูตร (A/B) x ๑๐๐ A = จำนวนครั้งของสตรีคลอดปกติครบกำหนดที่ได้รับยาปฏิชีวนะ B = จำนวนครั้งของสตรีคลอดปกติครบกำหนดทั้งหมด	กลุ่มงานเภสัชกรรม ร่วมกับ กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม รวบรวมข้อมูลจัดทำรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๑๗	ร้อยละของการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนในผู้ป่วยนอก (Upper respiratory tract infections) <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ ≤ ร้อยละ ๒๕ ปี ๖๒ ≤ ร้อยละ ๒๐ ปี ๖๓ ≤ ร้อยละ ๒๐ ปี ๖๔ ≤ ร้อยละ ๒๐	๑) ยาปฏิชีวนะ (Andication) หมายถึง ยาที่มีฤทธิ์ฆ่าเชื้อหรือยับยั้งเชื้อแบคทีเรีย ใช้ในการรักษาหรือป้องกันโรคที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย ๒) ผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน (Upper Respiratory Infection : UR) หมายถึง ผู้ป่วย (เฉพาะผู้ป่วยนอก) ที่ป่วยในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนซึ่งมี Pdx ตามรหัสโรค ICD – ๑๐ ที่กำหนด	ตัวชี้วัดทุกตัวอ้างอิงมาจากตัวชี้วัด RDU ของกระทรวง – สาธารณสุข สูตร $(A/B) \times 100$ A = จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วย URI ที่ได้รับยาปฏิชีวนะในช่วง ๖ เดือน B = จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วย URI ทั้งหมดในช่วงเวลาเดียว	กลุ่มงานเภสัชกรรม ร่วมกับ กลุ่มงานกุมารเวชกรรม รวบรวมข้อมูล จัดทำรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือ เมื่อสิ้นปีงบประมาณ
๑๘	ร้อยละของการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยที่ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนในผู้ป่วยนอก (Upper respiratory tract infections) <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ ≤ ร้อยละ ๒๕ ปี ๖๒ ≤ ร้อยละ ๒๐ ปี ๖๓ ≤ ร้อยละ ๒๐ ปี ๖๔ ≤ ร้อยละ ๒๐	๑) ยาปฏิชีวนะ (Andication) หมายถึง ยาที่มีฤทธิ์ฆ่าเชื้อหรือยับยั้งเชื้อแบคทีเรีย ใช้ในการรักษาหรือป้องกันโรคที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย ๒) ผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน (Upper Respiratory Infection : UR) หมายถึง ผู้ป่วย (เฉพาะผู้ป่วยนอก) ที่ป่วยในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนซึ่งมี Pdx ตามรหัสโรค ICD – ๑๐ ที่กำหนด	ตัวชี้วัดทุกตัวอ้างอิงมาจากตัวชี้วัด RDU ของกระทรวง – สาธารณสุข สูตร $(A/B) \times 100$ A = จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วย URI ที่ได้รับยาปฏิชีวนะในช่วง ๖ เดือน B = จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วย URI ทั้งหมดในช่วงเวลาเดียว	กลุ่มงานเภสัชกรรม ร่วมกับ กลุ่มงานอายุรกรรม รวบรวมข้อมูล จัดทำรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือ เมื่อสิ้นปีงบประมาณ
๑๙	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะอุจจาระร่วงเฉียบพลัน <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ ≤ ร้อยละ ๒๕ ปี ๖๒ ≤ ร้อยละ ๒๐ ปี ๖๓ ≤ ร้อยละ ๒๐ ปี ๖๔ ≤ ร้อยละ ๒๐	๑) ยาปฏิชีวนะ (Andication) หมายถึง ยาที่มีฤทธิ์ฆ่าเชื้อหรือยับยั้งเชื้อแบคทีเรีย ใช้ในการรักษาหรือป้องกันโรคที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย ๒) ผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute diarrhea : AD) หมายถึง ผู้ป่วย (เฉพาะผู้ป่วยนอก) ที่ป่วยในกลุ่มโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ซึ่งมี Pdx ตาม ICD – ๑๐ ที่กำหนด	ตัวชี้วัดทุกตัวอ้างอิงมาจากตัวชี้วัด RDU ของกระทรวงสาธารณสุข สูตร $(A/B) \times 100$ กำหนดให้ A = จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วย (Acute diarrhea : AD) ที่ได้รับยาปฏิชีวนะในช่วง ๖ เดือน , B = จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วย (Acute diarrhea : AD) ทั้งหมดในช่วงเวลาเดียว	กลุ่มงานเภสัชกรรม ร่วมกับ กลุ่มงานกุมารเวชกรรม รวบรวมข้อมูล จัดทำรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือ เมื่อสิ้นปีงบประมาณ

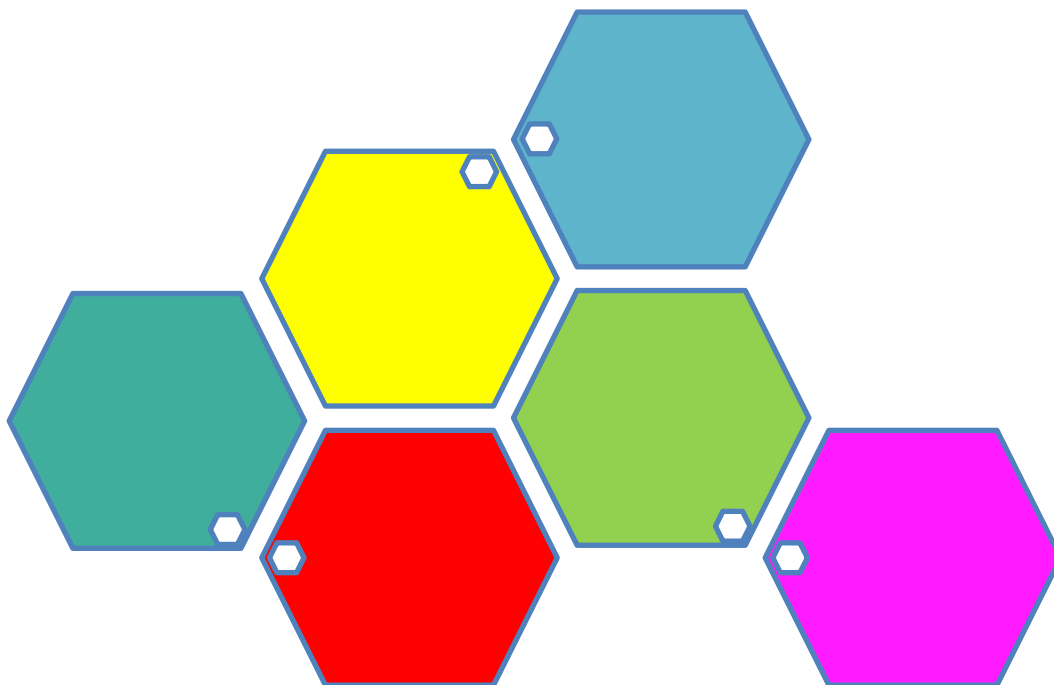
ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๒๐	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยที่มีภาวะอุจจาระร่วงเฉียบพลัน <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ ≤ ร้อยละ ๒๕ ปี ๖๒ ≤ ร้อยละ ๒๐ ปี ๖๓ ≤ ร้อยละ ๒๐ ปี ๖๔ ≤ ร้อยละ ๒๐	๑) ยาปฏิชีวนะ (Andication) หมายถึง ยาที่มีฤทธิ์ฆ่าเชื้อหรือยับยั้งเชื้อแบคทีเรีย ใช้ในการรักษาหรือป้องกันโรคที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย ๒) ผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute diarrhea : AD) หมายถึง ผู้ป่วย (เฉพาะผู้ป่วยนอก) ที่ป่วยในกลุ่มโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ซึ่งมี Pdx ตาม ICD – ๑๐ ที่กำหนด	ตัวชี้วัดทุกตัวอ้างอิงมาจากตัวชี้วัด RDU ของกระทรวง – สาธารณสุข สูตร (A/B) x ๑๐๐ A = จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วย (Acute diarrhea : AD) ที่ได้รับยาปฏิชีวนะ ในช่วง ๖ เดือน B = จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วย (Acute diarrhea : AD) ทั้งหมดในช่วงเวลาเดียว	กลุ่มงานเภสัชกรรม ร่วมกับ กลุ่มงานอายุรกรรม รวบรวมข้อมูล จัดทำรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือ เมื่อสิ้นปีงบประมาณ
๒๑	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ ≤ ร้อยละ ๒๐ ปี ๖๒ ≤ ร้อยละ ๒๕ ปี ๖๓ ≤ ร้อยละ ๓๐ ปี ๖๔ ≤ ร้อยละ ๔๐	๑) บาดแผลสดจากอุบัติเหตุ หมายถึง บาดแผลสดจากอุบัติเหตุที่เกิดภายใน ๖ ชั่วโมง ก่อนได้รับการรักษา ๒) ยาปฏิชีวนะ หมายถึง ยากลุ่ม ATC๐๑ ยาชนิดรับประทานหรือยาฉีด ๓) เก็บข้อมูลการมารับบริการจากแผนกผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน ระบุโรคตาม ICD – ๐๑ ที่ระบุข้างล่าง	ตัวชี้วัดทุกตัวอ้างอิงมาจากตัวชี้วัด RDU ของกระทรวง – สาธารณสุข สูตร (A/B) x ๑๐๐ A = จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอก บาดแผลสดจากอุบัติเหตุที่ได้รับยาปฏิชีวนะ B = จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอก บาดแผลสดจากอุบัติเหตุทั้งหมด	กลุ่มงานเภสัชกรรม ร่วมกับ กลุ่มงานศัลยกรรม รวบรวมข้อมูล จัดทำรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือ เมื่อสิ้นปีงบประมาณ

บทที่ ๓

ประเด็นยุทธศาสตร์และแนวทางการเก็บข้อมูล

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒

สร้างความเชื่อมั่นในระบบบริการ (Service Capability)



ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒ สร้างความเชื่อมั่นในระบบบริการ (Service Capability)

เป้าหมายหลัก : ประชาชนเข้าถึงระบบบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน

กลยุทธ์

- ๒.๑ เพิ่มคุณภาพของระบบบริการให้ถูกต้องรวดเร็ว
- ๒.๒ เพิ่มความเชื่อมั่นในการให้บริการต่อผู้รับบริการ
- ๒.๓ เพิ่มศักยภาพการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข
- ๒.๔ เพิ่มศักยภาพการแพทย์ฉุกเฉินให้สอดคล้องกับสาธารณสุขที่มีในพื้นที่
- ๒.๕ สร้างเครือข่ายในการส่งต่อ

กลยุทธ์ที่ ๒.๑ เพิ่มคุณภาพของระบบบริการให้ถูกต้องรวดเร็ว

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

๒.๑.๑	เพื่อให้การบริการผู้ป่วยนอกที่สะดวก ถูกต้อง และรวดเร็ว
๒.๑.๒	นำระบบ Lean process มาใช้ลดขั้นตอนในการบริการผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

กลยุทธ์ที่ ๒.๒ เพิ่มความเชื่อมั่นในการให้บริการต่อผู้รับบริการ

๒.๒.๒	เพื่อนำ actionable feedback จากผู้รับบริการและญาติไปปรับปรุงพัฒนาการบริการเพื่อตอบสนองต่อสิทธิผู้ป่วย
-------	---

กลยุทธ์ที่ ๒.๓ เพิ่มศักยภาพการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

๒.๒.๑	เพิ่มศักยภาพโรงพยาบาลในการรองรับโรคเฉพาะทางและพัฒนาศักยภาพในการรักษาโรค
	๑) เพิ่มศักยภาพการให้บริการด้านสูติรีเวชกรรม (๑.๑) เพิ่มศักยภาพกระบวนการดูแลผู้ป่วยรายโรค (๑.๒) เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง Preterm (๑.๓) เพื่อบูรณาการการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่น
	๒) เพิ่มศักยภาพการให้บริการด้านกุมารเวชกรรม (๒.๑) เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลทารกแรกเกิด (๒.๒) ป้องกัน/ลดภาวะแทรกซ้อนภายในโรงพยาบาลของทารกแรกเกิดก่อนกำหนด (๒.๓) พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกุมารที่มีภาวะหอบหืดปอดติดเชื้อวิกฤติที่เสี่ยงต่อการใส่ท่อช่วยหายใจ
	๓) เพิ่มศักยภาพการให้บริการด้านศัลยกรรม (๓.๑) เพิ่มศักยภาพในการให้บริการศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ (๓.๒) เพิ่มศักยภาพในการให้บริการศัลยกรรมทั่วไป

กลยุทธ์ที่ ๒.๒ เพิ่มศักยภาพการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

๒.๒.๑ (ต่อ)	๔) เพิ่มศักยภาพในการให้บริการระบบทางเดินอาหารส่วนต้นและส่วนปลาย
	๕) เพิ่มศักยภาพการให้บริการด้านโสต ศอ นาสิก (๕.๑) เพื่อเพิ่มคุณภาพในการบริการผู้ป่วยที่มีปัญหาการได้ยิน
	๖) เพิ่มศักยภาพการให้บริการด้านจักษุวิทยา (๖.๑) เพื่อเพิ่มศักยภาพในการตรวจผู้ป่วยต้อหินให้ได้รับการรักษาครบวงจร
	๗) เพิ่มศักยภาพการให้บริการด้านรังสีวิทยา (๗.๑) เพื่อเพิ่มศักยภาพการให้บริการรังสีวิทยาให้เพียงพอ
	๘) เพิ่มศักยภาพการให้บริการด้านอายุรกรรม (๘.๑) เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคไต (๘.๒) เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง (๘.๓) เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคระบบการหายใจและภาวะวิกฤติ
	๙) เพิ่มศักยภาพการให้บริการด้านออร์โธปิดิกส์ (๙.๑) เพื่อเพิ่มศักยภาพการให้บริการผู้ป่วยโรคกระดูกพรุน ข้อเข่า ข้อสะโพก
	๑๐) เพิ่มศักยภาพการให้บริการด้านทันตกรรม (๑๐.๑) เพื่อขยายงานทันตกรรมเฉพาะทางและเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการทันตกรรม
	๑๑) เพิ่มศักยภาพการให้บริการด้านผู้สูงอายุ (๑๑.๑) เพื่อพัฒนาศักยภาพการให้บริการผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม
	๑๒) เพิ่มศักยภาพการให้บริการผู้ป่วยระยะท้าย แบบประคับประคอง (Palliative Care) (๑๒.๑) เพื่อพัฒนาศักยภาพการให้บริการผู้ป่วยระยะท้าย แบบประคับประคอง Palliative Care
	๑๓) เพิ่มศักยภาพการให้บริการการแพทย์แผนไทย (๑๓.๑) เพื่อพัฒนาศักยภาพการให้บริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

กลยุทธ์ที่ ๒.๓ เพิ่มศักยภาพการแพทย์ฉุกเฉินให้สอดคล้องกับสาธารณสุขที่มีในพื้นที่

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

๒.๓.๑	เพื่อเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลในการให้บริการทางการแพทย์ในกรณีเกิดสาธารณภัย
	๑) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและสร้างความเชื่อมั่น เตรียมความพร้อม รองรับรูปแบบของสาธารณภัยที่มีการเปลี่ยนแปลง
	๒) เพื่อเพิ่มศักยภาพการดูแลการแพทย์ฉุกเฉิน

กลยุทธ์ที่ ๒.๔ สร้างเครือข่ายในการส่งต่อ

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

๒.๔.๑	เพื่อสร้างเครือข่ายในการส่งต่อ (ในโรคที่ยังมีศักยภาพไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วย)
	๑) เพิ่มศักยภาพในการส่งต่อภาครัฐ
	๒) เพื่อเพิ่มศักยภาพการส่งต่อ และตอบกลับข้อมูลผู้ป่วยที่ทำ discharge plan

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒ สร้างความเชื่อมั่นในระบบบริการ (Service Capability)

กลยุทธ์ที่ ๒.๑ เพิ่มคุณภาพของระบบบริการให้ถูกต้องรวดเร็ว
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ ๒.๑.๑ เพื่อให้การบริการผู้ป่วยนอกที่สะดวก ถูกต้อง และรวดเร็ว
ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				หน่วยงานรับผิดชอบ
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๑	ร้อยละความสำเร็จในการขยายการให้บริการเจาะเลือดบริเวณแขนผู้ป่วยนอก (อาคารอเนกประสงค์ ๖ ชั้น)	ร้อยละ	๑๐๐	-	-	-	ก.ชั้นสูตรโรคกลางๆ
๒	ร้อยละความสำเร็จในการเปิดให้บริการผู้ป่วยนอก (อาคารอเนกประสงค์ ๖ ชั้น) ประกอบด้วย กุมารเวชกรรม ศัลยกรรม ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ โสต ศอ นาสิก จักษุ	ร้อยละ	๑๐๐	-	-	-	ฝ่ายการพยาบาล ก.กุมารเวชกรรม ก.ศัลยกรรม ก.โสต ศอ นาสิก ก.จักษุวิทยา ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๓	ระยะเวลารอคอยรับยาของผู้ป่วยนอก	นาที	< ๓๐	< ๓๐	< ๓๐	< ๓๐	ก.เภสัชกรรม
๔	อัตราความพึงพอใจในการรับบริการของผู้ป่วยนอก (ห้องจ่ายยา)	ร้อยละ	> ๘๐	> ๘๒	> ๘๕	> ๙๐	ก.เภสัชกรรม

โครงการ/กิจกรรมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑	ขยายการให้บริการงานชั้นสูตรโรคกลางๆ (เจาะเลือดผู้ป่วย) แขนผู้ป่วยนอก อาคารอเนกประสงค์ ๖ ชั้น (ช่วงเวลา ๐๘.๐๐ - ๑๒.๐๐ น.) (ปี ๒๕๖๑)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ก.ชั้นสูตรโรคกลางๆ
๒	โครงการปรับปรุงห้องตรวจผู้ป่วยนอก (เป็นโครงการต่อเนื่องตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ – ๒๕๖๑) เป็นงบประมาณต่อเนื่องจาก ๑๔,๐๐๐,๐๐๐.๐๐ บาท เงินบ กทม. ๖๐	ปี ๖๑ ไม่ได้ใช้งบประมาณ	ฝ่ายการพยาบาล ฝ่ายบริหารงานทั่วไป

โครงการ/กิจกรรมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ (ต่อ)

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๓	กิจกรรมพัฒนาระบบการจัดยาให้ถูกต้องและรวดเร็ว (ปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ก.เภสัชกรรม
๔	โครงการย้ายคลังยาและเวชภัณฑ์ (ปี ๒๕๖๑)	๕๐๐,๐๐๐	ก.เภสัชกรรม
๕	ขยายการให้บริการห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก อาคาร อเนกประสงค์ ๖ ชั้น (ช่วงเวลา ๐๘.๐๐ - ๑๒.๐๐ น.) (ปี ๒๕๖๑)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ก.เภสัชกรรม
๖	ขยายการให้บริการห้องรับ - จ่ายเงิน แผนกผู้ป่วยนอก อาคารอเนกประสงค์ ๖ ชั้น (ช่วงเวลา ๐๘.๐๐ - ๑๒.๐๐ น.) (ปี ๒๕๖๑)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ฝ่ายงบประมาณการเงิน และบัญชี

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ ๒.๑.๒ นำระบบ Lean process มาใช้ลดขั้นตอนในการบริการผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๕	จำนวนหน่วยงานภายในโรงพยาบาล สามารถนำระบบ Lean process มา ใช้ลดขั้นตอนการให้บริการ	ระบบงาน/ หน่วยงาน/ ปี	๑	๑	๑	๑	ทุกหน่วยงาน
๖	ระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยนอก ลดลง	นาที	๑๐๘	๑๐๘	๑๐๘	๑๐๘	คกก.พัฒนาระบบ บริการฯ ฝ่ายการพยาบาล
๗	อัตราความพึงพอใจผู้มารับบริการ ผู้ป่วยนอก	ร้อยละ	>๘๐	>๘๐	>๘๕	>๙๐	คกก.พัฒนาระบบ บริการฯ ฝ่ายการพยาบาล
๘	ระยะเวลาการจำหน่ายผู้ป่วยใน ลดลง	นาที	≤ ๓๐	≤ ๓๐	≤ ๓๐	≤ ๓๐	ฝ่ายการพยาบาล ปี ๖๑ = หอผู้ป่วยชาย ปี ๖๒ = หอผู้ป่วยหญิง ปี ๖๓ = หอผู้ป่วยพิเศษ ปี ๖๔ = หอผู้ป่วย ศัลยกรรม

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (ต่อ)

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๙	อัตราผู้ป่วยได้รับการ Admit ภายใน ๓๐ นาที หลังส่งเวร	ร้อยละ	>๘๐	>๘๐	>๘๐	>๘๐	ฝ่ายการพยาบาล ER, OPD, ANC
๑๐	ค่าเฉลี่ยระยะเวลาของผู้ป่วยฉุกเฉิน ที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน แบ่งกลุ่ม ประเภทผู้ป่วย ๑) Emergency ๒) Urgency	นาที นาที	๔ ๓๐	๔ ๓๐	๔ ๓๐	๔ ๓๐	ฝ่ายการพยาบาล ก.เวชศาสตร์ ฉุกเฉินฯ

โครงการ/กิจกรรมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑	กิจกรรมการนำระบบ Lean process มาใช้ลดขั้นตอน การบริการของหน่วยงาน (ปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ฝ่ายการพยาบาล
๒	กิจกรรมลดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยนอก (ปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ฝ่ายการพยาบาล
๓	กิจกรรมลดระยะเวลาในการจำหน่ายผู้ป่วยใน (ปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ฝ่ายการพยาบาล
๔	กิจกรรมการลดระยะเวลาในการ Admit (ปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ฝ่ายการพยาบาล
๕	กิจกรรมการลดระยะเวลาในการให้บริการผู้ป่วย อุบัติเหตุ - ฉุกเฉิน (ปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ฝ่ายการพยาบาล

กลยุทธ์ที่ ๒.๒ เพิ่มความเชื่อมั่นในการให้บริการต่อผู้รับบริการ

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ ๒.๒.๑ เพื่อนำ actionable feedback จากผู้รับบริการและญาติไปปรับปรุงพัฒนา

การบริการเพื่อตอบสนองต่อสิทธิผู้ป่วย

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๑๑	จำนวนครั้งของการสำรวจความพึงพอใจ และข้อเสนอแนะจากผู้รับบริการ และญาติ (Listening and Learning) ในผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ ของทีมงานทางคลินิก	ครั้ง	๑	๒	๓	๓	คณะกรรมการรับ ฟังความคิดเห็น และข้อร้องเรียนฯ / กลุ่มงานพัฒนา คุณภาพฯ/
๑๒	อัตราความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ตามกลุ่มผู้ป่วยที่สำคัญ	ร้อยละ	≥ ๗๕	≥ ๘๐	≥ ๘๐	≥ ๘๕	คณะกรรมการรับ ฟังความคิดเห็น และข้อร้องเรียนฯ / กลุ่มงานพัฒนา คุณภาพฯ/
๑๓	อุบัติการณ์ข้อร้องเรียนที่ต้องเจรจา ไกล่เกลี่ยลดลง	ครั้ง	< ๕	< ๕	< ๕	< ๕	คณะกรรมการรับ ฟังความคิดเห็น และข้อร้องเรียนฯ / กลุ่มงานพัฒนา คุณภาพฯ/
๑๔	ร้อยละของอุบัติการณ์ข้อร้องเรียนที่ ได้รับการแก้ไข RCA และปิดประเด็น	ร้อยละ	> ๘๐	> ๘๕	> ๙๐	> ๙๐	คณะกรรมการรับ ฟังความคิดเห็น และข้อร้องเรียนฯ / กลุ่มงานพัฒนา คุณภาพฯ/
๑๕	อัตราความสำเร็จของการวางแผนการ รักษาผู้ป่วยใน (IPD) ร่วมกัน ระหว่างแพทย์ พยาบาล และทีม สหสาขาวิชาชีพ	ร้อยละ	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	ฝ่ายการพยาบาล ปี ๒๕๖๑ หอผู้ป่วยชายและ หอผู้ป่วยศัลยกรรม ปี ๒๕๖๒ ทุกหอผู้ป่วย

โครงการ/กิจกรรมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานรับผิดชอบ
๑	กิจกรรมการสำรวจความพึงพอใจและข้อเสนอแนะจากผู้รับบริการและญาติ ((Listening and Learning) ในผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญของทีมนำทางคลินิก (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คณะกรรมการรับฟังความคิดเห็นและข้อร้องเรียนฯ/กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ/
๒	กิจกรรมการประชุมเพื่อติดตามการตอบสนองต่อข้อเสนอแนะจากผู้รับบริการและญาติ (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คณะกรรมการรับฟังความคิดเห็นและข้อร้องเรียนฯ/กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ/
๓	กิจกรรมวางแผนการรักษาผู้ป่วยใน (IPD) ร่วมกันระหว่างแพทย์ พยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพ (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ฝ่ายการพยาบาล

กลยุทธ์ที่ ๒.๓ เพิ่มศักยภาพการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ ๒.๓.๑ เพิ่มศักยภาพโรงพยาบาลในการรองรับโรคเฉพาะทางและพัฒนาศักยภาพในการรักษาโรค

๑) เพิ่มศักยภาพการให้บริการด้านสูตินรีเวชกรรม

(๑.๑) เพิ่มศักยภาพกระบวนการดูแลผู้ป่วยรายโรค

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				หน่วยงานรับผิดชอบ
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๑๖	จำนวนคลินิกเฉพาะโรคที่เพิ่มขึ้น	ช่องทาง	๑	๑	๑	๑	ก.สูติ – นรีเวชกรรม
๑๗	ระดับความสำเร็จในการพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาล ในส่วนขยายการให้บริการหอผู้ป่วยหลังคลอดและเด็ก	ร้อยละ	-	๑๐๐	-	-	ฝ่ายการพยาบาล ก.สูติ – นรีเวชกรรม
๑๘	อัตราความพึงพอใจของผู้มารับบริการผู้ป่วยหลังคลอดและเด็ก	ร้อยละ	>๘๐	>๘๐	>๘๕	>๘๕	ฝ่ายการพยาบาล

โครงการ/กิจกรรมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑	โครงการจัดตั้งคลินิกเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ (ปี ๒๕๖๑)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ก.สูติ – นรีเวชกรรม
๒	โครงการจัดตั้งคลินิกผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวช - ตรวจคัดกรองและการวินิจฉัยโรค (ปี ๒๕๖๑) - - จัดซื้อชุดผ่าตัดกล้องระบบวิดีโอทัศนียภาพความละเอียดสูง ๔K UHD พร้อมชุดบันทึกวิดีโอทัศนียภาพความละเอียดสูง ๔K - จัดซื้อเครื่องจี้และตัดพร้อมระบบเชื่อมปิดหลอดเลือดด้วยระบบไฟฟ้า	ไม่มีค่าใช้จ่าย ๖,๐๐๐,๐๐๐ ๑,๘๐๐,๐๐๐	ก.สูติ – นรีเวชกรรม
๓	โครงการจัดตั้งคลินิกวัยทอง (ปี ๒๕๖๓)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ก.สูติ – นรีเวชกรรม
๔	ขยายการให้บริการผ่าตัดส่องกล้องในโพรงมดลูก (Hysteroscopy) (ปี ๒๕๖๓)	งบประมาณไม่แน่นอน	ก.สูติ – นรีเวชกรรม
๕	โครงการจัดตั้งคลินิกมีบุตรยาก (ปี ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ก.สูติ – นรีเวชกรรม
๖	โครงการส่วนขยายบริการหอผู้ป่วยหลังคลอดและเด็ก โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๕๕๕ ชุมชนบุรี อุตสาหกรรม (ปี ๒๕๖๒)	๒๔๕,๕๒๐	ก.สูติ – นรีเวชกรรม ฝ่ายการพยาบาล

(๑.๒) เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง Preterm

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				หน่วยงานรับผิดชอบ
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๑๙	อัตราการรอดชีวิตของผู้ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ ๒๔ สัปดาห์ ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	ก.สูติ – นรีเวชกรรม
๒๐	อัตราการรอดชีวิตของผู้ฝากครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับการวัดความยาวปากมดลูกที่อายุครรภ์ ๑๖ – ๒๔ สัปดาห์	ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	ก.สูติ – นรีเวชกรรม
๒๑	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	ก.สูติ – นรีเวชกรรม

โครงการ/กิจกรรมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑	กิจกรรมให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์เกี่ยวกับการ ครรภ์ก่อนกำหนด (ปี ๒๕๖๑)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ก.สูติ – นรีเวชกรรม

(๑.๓) เพื่อบูรณาการการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่น

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๒๒	ร้อยละหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับการ คุมกำเนิดกึ่งถาวร	ร้อยละ	๗๐	๗๕	๗๕	๘๐	ก.สูติ – นรี เวชกรรม
๒๓	ผู้เข้ารับการอบรมที่เป็นกลุ่มทีม สหวิชาชีพมีความรู้ความเข้าใจในการ ป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ ในวัยรุ่น	ร้อยละ	-	๘๐	-	-	ก.เวชศาสตร์ ชุมชนฯ

โครงการ/กิจกรรมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑	กิจกรรมส่งเสริมการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรเพื่อลดการตั้งครรภ์ใน วัยรุ่น (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ก.สูติ – นรีเวชกรรม
๒	โครงการ “ใกล้ใจวัยรุ่น” (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ก.เวชศาสตร์ชุมชนฯ
๓	โครงการอบรมเพิ่มประสิทธิภาพทีมสหวิชาชีพในการป้องกันและ แก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (ปี ๒๕๖๒)	๑๗,๒๖๐	ก.เวชศาสตร์ชุมชนฯ
๔	โครงการ/กิจกรรม เกี่ยวกับการให้ความรู้ป้องกัน/ การคุมกำเนิด / ลดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่เป็นกลุ่มเสี่ยง (ปี ๒๕๖๓ – ๒๕๖๔)	งบประมาณไม่ แน่นอน	ก.เวชศาสตร์ชุมชนฯ

๒) เพิ่มศักยภาพการให้บริการด้านกุมารเวชกรรม
(๒.๑) เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลทารกแรกเกิด

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				หน่วยงานรับผิดชอบ
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๒๔	อัตราการตรวจคัดกรองการได้ยิน (OAE) ในทารกแรกเกิดทุกราย	ร้อยละ	-	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	ก.กุมารเวชกรรม
๒๕	อัตราการคัดกรองภาวะหัวใจพิการแต่กำเนิดวิกฤตในทารกแรกเกิดด้วยเครื่องวัดเปอร์เซ็นต์ออกซิเจนปลายนิ้ว	ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	ก.กุมารเวชกรรม

โครงการ/กิจกรรมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑	โครงการตรวจคัดกรองการได้ยิน (OAE) ในทารกแรกเกิดทุกราย (ปี ๒๕๖๒) *จัดซื้อเครื่องตรวจคัดกรองการได้ยินในเด็กแรกเกิด	๓๒๐,๐๐๐	ก.กุมารเวชกรรม
๒	โครงการคัดกรองภาวะหัวใจพิการแต่กำเนิดวิกฤตโดยเครื่องวัดเปอร์เซ็นต์ออกซิเจนปลายนิ้ว (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ก.กุมารเวชกรรม

(๒.๒) ป้องกัน/ลดภาวะแทรกซ้อนภายในโรงพยาบาลของทารกแรกเกิดก่อนกำหนด

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				หน่วยงานรับผิดชอบ
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๒๖	อัตราการตรวจภาวะจอประสาทตาลอกโดยจักษุแพทย์ ในช่วงเวลาที่เหมาะสมในทารกคลอดก่อนกำหนด	ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	ก.กุมารเวชกรรม ก.จักษุวิทยา
๒๗	อัตราการตรวจภาวะเลือดออกในโพรงสมองโดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูง โดยรังสีแพทย์ในช่วงเวลาที่เหมาะสมในทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีข้อบ่งชี้	ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	ก.กุมารเวชกรรม ก.รังสีวิทยา

โครงการ/กิจกรรมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑	โครงการตรวจคัดกรองภาวะจอประสาทตาเสื่อมในทารกคลอดก่อนกำหนด (โดยจักษุแพทย์) (ปี ๒๕๖๒ – ๒๕๖๔)	๓๕๐,๐๐๐	ก.กุมารเวชกรรม ก.จักษุวิทยา
๒	โครงการตรวจคัดกรองภาวะเลือดออกในโพรงสมองโดยการใช้คลื่นเสียงความถี่สูงในทารกคลอดก่อนกำหนด (โดยรังสีแพทย์) (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ก.กุมารเวชกรรม ก.รังสีวิทยา

(๒.๓) พัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยกุมารที่มีภาวะหอบหืดปอดติดเชื้อวิกฤติที่เสี่ยงต่อการใส่ท่อช่วยหายใจ

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๒๘	ลดอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะหอบหืดปอดติดเชื้อ	ร้อยละ	-	๘๐	๘๐	๘๐	ก.กุมารเวชกรรม

โครงการ/กิจกรรมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑	โครงการจัดซื้อเครื่องช่วยหายใจโดยปรับอัตราการไหลของออกซิเจน (Oxygen cannula high flow) (เป็นโครงการต่อเนื่องดำเนินการในปี ๒๕๖๐ – ๒๕๖๑)	๒๒๐,๐๐๐	ก.กุมารเวชกรรม

๓) เพิ่มศักยภาพการให้บริการด้านศัลยกรรม

(๓.๑) เพิ่มศักยภาพในการให้บริการศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๒๙	ร้อยละความสำเร็จในการจัดตั้งระบบ Fast Track ในการเข้ารับ การตรวจ Urodynamic	ร้อยละ	๑๐๐	-	-	-	ก.ศัลยกรรม

โครงการ/กิจกรรมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑	กิจกรรมเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาผู้ป่วยศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ (ปี ๒๕๖๑)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ก.ศัลยกรรม

(๓.๒) เพิ่มศักยภาพในการให้บริการศัลยกรรมทั่วไป

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๓๐	ระดับความสำเร็จในการพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาล ในส่วนขยายการ ให้บริการหอผู้ป่วยศัลยกรรม	ร้อยละ	-	๑๐๐	-	-	ก.ศัลยกรรม ฝ่ายการพยาบาล ฝ่ายบริหารงาน ทั่วไป
๓๑	ระดับความสำเร็จในการพัฒนา ศักยภาพของโรงพยาบาล ให้บริการ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง	ร้อยละ	-	-	๑๐๐	-	ก.ศัลยกรรม ฝ่ายการพยาบาล ฝ่ายบริหารงาน ทั่วไป
๓๒	ระดับความสำเร็จในการพัฒนา ศักยภาพของโรงพยาบาล ในส่วน ขยายการให้บริการห้องผ่าตัดใหญ่	ร้อยละ	-	๑๐๐	-	-	ก.ศัลยกรรม ฝ่ายการพยาบาล ฝ่ายบริหารงาน ทั่วไป

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				หน่วยงานรับผิดชอบ
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๓๓	ระดับความสำเร็จในการพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาล ในส่วนขยายการให้บริการห้องผ่าตัดเล็ก	ร้อยละ	-	๑๐๐	-	-	ก.ศัลยกรรม ฝ่ายการพยาบาล ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๓๔	ระดับความสำเร็จในการพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาล ในส่วนขยายการให้บริการหอผู้ป่วยใน	ร้อยละ	-	๖๐	๑๐๐	-	ก.ศัลยกรรม ฝ่ายการพยาบาล ฝ่ายบริหารงานทั่วไป

โครงการ/กิจกรรมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑	โครงการส่วนขยายบริการหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาล - หลวงพ่อดำ ๓๓๓ ชุมชนโร อุตสาหกรรม (ปี ๒๕๖๒)	๑๐๖,๑๑๐	ก.ศัลยกรรม ฝ่ายการพยาบาล ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๒	โครงการเปิดให้บริการหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาล - หลวงพ่อดำ ๓๓๓ ชุมชนโร อุตสาหกรรม (ปี ๒๕๖๓)	งบประมาณไม่แน่นอน	ก.ศัลยกรรม ฝ่ายการพยาบาล ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๓	โครงการส่วนขยายบริการห้องผ่าตัดใหญ่ โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๓๓๓ ชุมชนโร อุตสาหกรรม (ปี ๒๕๖๒)	๑,๕๐๐,๐๐๐	ก.ศัลยกรรม ฝ่ายการพยาบาล ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๔	โครงการส่วนขยายบริการห้องผ่าตัดเล็ก โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๓๓๓ ชุมชนโร อุตสาหกรรม (ปี ๒๕๖๒)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ก.ศัลยกรรม ฝ่ายการพยาบาล ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๕	โครงการขยายการให้บริการหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๓๓๓ ชุมชนโร อุตสาหกรรม (ปี ๒๕๖๒ – ๒๕๖๓)	๑๐,๐๐๐,๐๐๐	ก.ศัลยกรรม ฝ่ายการพยาบาล ฝ่ายบริหารงานทั่วไป

๔) เพิ่มศักยภาพในการให้บริการระบบทางเดินอาหารส่วนต้นและส่วนปลาย
ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๓๕	ร้อยละความสำเร็จในการขยายการให้บริการส่องกล้อง - เพื่อการวินิจฉัย - เพื่อการรักษา (ระดับความสำเร็จในการให้บริการรักษาโรคเส้นเลือดโป่งพองบริเวณหลอดอาหารส่วนต้น โดยวิธีการรัดยาง (Banding ligation)	ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	ก.อายุรกรรม
๓๖	ระดับความสำเร็จในการพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาล ในส่วนของการพัฒนาหน่วยบริการส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร	ร้อยละ	-	๕๐	๑๐๐	-	ฝ่ายการพยาบาล ก.ศัลยกรรม ก.อายุรกรรม

โครงการ/กิจกรรมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑	โครงการจัดตั้งคลินิกโรคระบบทางเดินอาหารและโรคตับ (ปี ๒๕๖๑)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ก.อายุรกรรม
๒	โครงการจัดตั้งคลินิกส่องกล้องทางเดินอาหาร *จัดซื้อกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้น (gastroscopy) (ปี ๒๕๖๓ – ๒๕๖๔)	งบประมาณไม่แน่นอน	ก.อายุรกรรม
๓	โครงการพัฒนาหน่วยบริการส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชูตินุโร อุทิศ (ปี ๒๕๖๒)	๒๐๐,๐๐๐	ฝ่ายการพยาบาล. อายุรกรรม

๕) เพิ่มศักยภาพการให้บริการด้านโสต ศอ นาสิก
 (๕.๑) เพื่อเพิ่มคุณภาพในการบริการผู้ป่วยที่มีปัญหาการได้ยิน

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๓๗	ร้อยละความสำเร็จในการเปิดคลินิก ตรวจการได้ยินในผู้ใหญ่	ร้อยละ	-	-	๑๐๐	-	ก.โสต ศอ นาสิก
๓๘	อัตรากลุ่มผู้ป่วยที่ต้องได้รับการตรวจ การได้ยินทันที ภายใน ๑ สัปดาห์ ได้รับการตรวจที่โรงพยาบาล - หลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุติโนโร อุทิศ	ร้อยละ	-	-	๑๐๐	๑๐๐	ก.โสต ศอ นาสิก

โครงการ/กิจกรรมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑	โครงการจัดซื้อเครื่องตรวจการได้ยินพร้อมตู้ตรวจ (ปี ๒๕๖๓)	๑,๐๐๐,๐๐๐	ก.โสต ศอ นาสิก
๒	โครงการจ้างบุคคลภายนอกตำแหน่งนักตรวจการได้ยิน (Audiologist) (ปี ๒๕๖๓)	๔๘,๐๐๐	ก.โสต ศอ นาสิก

๖) เพิ่มศักยภาพการให้บริการด้านจักษุวิทยา
 ๖.๑) เพื่อเพิ่มศักยภาพในการตรวจผู้ป่วยต้อหินให้ได้รับการรักษาครบวงจร

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๓๙	ร้อยละของการส่งต่อผู้ป่วยต้อหิน ลดลงจากปีก่อน	ลดลง	-	ลดลง (เทียบกับ ปีก่อน)	ลดลง (เทียบกับ ปีก่อน)	ลดลง (เทียบกับ ปีก่อน)	ก.จักษุวิทยา

โครงการ/กิจกรรมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑	โครงการเพิ่มศักยภาพการให้บริการผู้ป่วยที่มีภาวะความดันตาสูง ตรวจพบได้เร็วขึ้น * จัดซื้อเครื่องตรวจลานสายตาแบบอัตโนมัติ) (ปี ๒๕๖๒)	๒,๑๐๐,๐๐๐	ก.จักษุวิทยา

๗) เพิ่มศักยภาพการให้บริการด้านรังสีวิทยา

๗.๑) เพื่อเพิ่มศักยภาพการให้บริการรังสีวิทยาให้เพียงพอ

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๔๐	ร้อยละความสำเร็จในการขยายเพิ่ม ศักยภาพทางการแพทย์บริการห้อง ตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT)	ร้อยละ	๘๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	ก.รังสีวิทยา
๔๑	ร้อยละความสำเร็จในการขยาย บริการให้บริการด้วยเครื่องเอกซเรย์ เคลื่อนที่	ร้อยละ	-	-	๓๐	๑๐๐	ก.รังสีวิทยา
๔๒	ร้อยละความสำเร็จในการขยาย บริการห้องตรวจเอกซเรย์เต้านม	ร้อยละ	-	-	-	๑๐๐	ก.รังสีวิทยา

โครงการ/กิจกรรมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงาน ผู้รับผิดชอบ
๑	โครงการขยายบริการห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT) (ปี ๒๕๖๑)	๑๒,๕๐๐,๐๐๐	ก.รังสีวิทยา
๒	โครงการเพิ่มศักยภาพให้บริการด้วยเครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ระบบ ดิจิทัลขนาดไม่น้อยกว่า ๓๒ KW พร้อมการเชื่อมต่อระบบรังสีวิทยา (Digital Mobile System) (ปี ๒๕๖๓)	๕,๐๐๐,๐๐๐	ก.รังสีวิทยา
๓	โครงการขยายบริการห้องตรวจเอกซเรย์เต้านม (ปี ๒๕๖๔)	๗,๐๐๐,๐๐๐	ก.รังสีวิทยา

๘) เพิ่มศักยภาพการให้บริการด้านอายุรกรรม

๘.๑) เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคไต

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๔๓	ร้อยละความสำเร็จในการให้บริการ ศูนย์ไตเทียม	ร้อยละ	๕๐	๑๐๐	-	-	ก.อายุรกรรม ฝ่ายการพยาบาล

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (ต่อ)

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๔๔	ร้อยละความสำเร็จในการให้บริการ ล้างไตทางช่องท้อง	ร้อยละ	-	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	ก.อายุรกรรม ฝ่ายการพยาบาล
๔๕	อัตราความพึงพอใจของผู้มารับ บริการ	ร้อยละ	-	๘๐	๘๕	๘๐	ก.อายุรกรรม ฝ่ายการพยาบาล

โครงการ/กิจกรรมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงาน ผู้รับผิดชอบ
๑	โครงการศูนย์ไตเทียม โรงพยาบาลหลวงพ่อดำศักดิ์ ชุติโนโร อุทิศ (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๒)	๘,๔๒๖,๕๐๐	ก.อายุรกรรม ฝ่ายการพยาบาล ฝ่ายบริหารงานทั่วไป

๘.๒) เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๔๖	ร้อยละของความสำเร็จในการ ให้บริการเคมีบำบัด	ร้อยละ	-	-	-	๑๐๐	ก.อายุรกรรม ฝ่ายการพยาบาล ก.เภสัชกรรม ก.ชันสูตรโรค กลางฯ

โครงการ/กิจกรรมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑	โครงการจัดทำห้องเตรียมยาเคมีบำบัด (*ค่าเครื่อง Isolator ๒,๕๐๐,๐๐๐ บาท ปรับปรุงห้องตามมาตรฐาน ๓,๐๐๐,๐๐๐ บาท) (ปี ๒๕๖๔)	๕,๕๐๐,๐๐๐	ก.อายุรกรรม ก.เภสัชกรรม ฝ่ายบริหารงานทั่วไป

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๔๗	ร้อยละความสำเร็จในการเปิดบริการ ส่องกล้องเพื่อตรวจทางเดินหายใจ (Bronchoscopy)	ร้อยละ	-	-	๑๐๐	๑๐๐	ก.อายุรกรรม
๔๘	ร้อยละความสำเร็จในการขยาย บริการหออภิบาลผู้ป่วยหนัก * เพิ่มจากจำนวน ๕ เตียง เพิ่มอีก ๓ เตียง รวม ๘ เตียง	ร้อยละ	-	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	ฝ่ายการพยาบาล
๔๙	อัตราความพึงพอใจของผู้มารับ บริการหออภิบาลผู้ป่วยหนัก	ร้อยละ	-	๘๐	๘๕	๙๐	ก.อายุรกรรม ฝ่ายการพยาบาล

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑	โครงการเพิ่มศักยภาพในการตรวจทางเดินหายใจ (Bronchoscopy) (*จัดซื้อกล้องเพื่อตรวจทางเดินหายใจ) (ปี ๒๕๖๓)	งบประมาณไม่ แน่นอน	ก.อายุรกรรม
๒	โครงการส่วนขยายบริการหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาล - หลวงพ่อดำ ๓๖๖๒ ชุติณฺโรรุ อุตฺต (ปี ๒๕๖๒) *จัดซื้อชุดควบคุมศูนย์กลางเฝ้าติดตามสัญญาณชีพผู้ป่วยวิกฤตมีภาค ติดตามการทำงานของหัวใจ ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด ความดัน โลหิตแบบภายนอกและภายในคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก ๓ จุด ๓ เติ่ง * เติ่งผู้ป่วยปรับด้วยไฟฟ้า โครงสร้างสแตนเลส ๓ เติ่ง	๑,๘๑๕,๐๐๐	ฝ่ายการพยาบาล

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๕๐	ร้อยละความสำเร็จในการขยายเพิ่ม ศักยภาพทางการแพทย์คลินิกโรค กระดูกพรุน	ร้อยละ	-	๑๐๐	-	-	ก.ออริโอปิติกส์

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (ต่อ)

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๕๑	ร้อยละความสำเร็จในการขยายเพิ่ม ศักยภาพทางการแพทย์ด้านการ ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ข้อสะโพกเทียม และการผ่าตัด revision arthroplasty	ร้อยละ	-	-	๑๐๐	-	ก.ออร์โธปิดิกส์

โครงการ/กิจกรรมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑	โครงการเปิดให้บริการคลินิกโรคกระดูกพรุน (ปี ๒๕๖๒)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ก.ออร์โธปิดิกส์
๒	โครงการขยายเพิ่มศักยภาพทางการแพทย์ด้านการผ่าตัด เปลี่ยนข้อเข่า ข้อสะโพกเทียม และการผ่าตัด revision arthroplasty (ปี ๒๕๖๓)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ก.ออร์โธปิดิกส์

๑๐) เพิ่มศักยภาพการให้บริการด้านทันตกรรม

๑๐.๑) เพื่อขยายงานทันตกรรมเฉพาะทางและเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการทันตกรรม

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๕๒	ร้อยละความสำเร็จในการขยายงาน ทันตกรรมรักษารากฟันเต็มรูปแบบ	ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	ก.ทันตกรรม
๕๓	ร้อยละความสำเร็จในการขยายงาน ทันตกรรมประดิษฐ์	ร้อยละ	-	๑๐๐	๑๐๐	-	ก.ทันตกรรม
๕๔	ร้อยละความสำเร็จในการเพิ่มศักยภาพ การให้บริการโดยเปลี่ยนระบบภาพ เอกซเรย์ฟันเป็นแบบดิจิทัล	ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	ก.ทันตกรรม

โครงการ/กิจกรรมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑	โครงการปรับปรุงคุณภาพการให้บริการห้องทันตกรรม *จัดซื้อเก้าอี้ทำฟันใหม่ทดแทนของเดิม) ปี ๒๕๖๑ (๓ ยูนิต)	๙๘๐,๐๐๐ (เงินค่าเสื่อม)	ก.ทันตกรรม
๒	โครงการขยายพื้นที่ห้องทันตกรรม (** เพิ่มเก้าอี้ทำฟัน ๑ ยูนิต/จ้าง Part time ทันตแพทย์ และ ผู้ช่วยทันตแพทย์เพิ่ม ๑ ต่อ ๑ / ทำเรื่องขยายกรอบอัตราจ้าง ทันตแพทย์และผู้ช่วยทันตแพทย์ต่อไป) (ปี ๒๕๖๔)	ไม่มี ค่าใช้จ่าย	ก.ทันตกรรม
๓	ขยายบริการงานทันตกรรมประดิษฐ์ (ปี ๒๕๖๒ - ๒๕๖๓)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ก.ทันตกรรม
๔	โครงการเพิ่มศักยภาพการให้บริการโดยเปลี่ยนระบบภาพ เอกซเรย์เป็นแบบดิจิทัล (**ชุดอ่านและแปลงสัญญาณภาพเอกซเรย์เป็นระบบดิจิทัล พร้อมอุปกรณ์คุณภาพแต่ละเก้าอี้ทำฟัน) (ปี ๒๕๖๑)	๕๕๐,๐๐๐ (เงินงบ กทม.๖๑)	ก.ทันตกรรม

๑๑) เพิ่มศักยภาพการให้บริการด้านผู้สูงอายุ

๑๑.๑) เพื่อพัฒนาศักยภาพการให้บริการผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๕๕	คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพที่ผ่านเกณฑ์ (เกินมาตรฐานสำนักการแพทย์)	ร้อยละ	๑๐๐ วชช.	๑๐๐ คลินิก ผู้สูงอายุ	๑๐๐ คลินิก ผู้สูงอายุ	๑๐๐ คลินิก ผู้สูงอายุ	ก.เวชศาสตร์ ชุมชนฯ ฝ่ายการพยาบาล
๕๖	ร้อยละความสำเร็จในการบูรณาการ กับคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพในการดูแล ผู้ป่วยผู้สูงอายุ	ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	ก.เวชศาสตร์ ชุมชนฯ ก.ออร์โธปิดิกส์ ก.อายุรกรรม

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				หน่วยงานรับผิดชอบ
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๕๗	กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุเฉพาะโรคเข้าสู่ระบบการดูแลอย่างเป็นองค์รวมเพิ่มขึ้น	กลุ่มโรค	๑- ๒ กลุ่มโรค (จิตเวช, กายภาพบำบัด) วชช.	๑- ๒ กลุ่มโรค คลินิก ผู้สูงอายุ กำหนด	๑- ๒ กลุ่มโรค คลินิก ผู้สูงอายุ กำหนด	๑- ๒ กลุ่มโรค คลินิก ผู้สูงอายุ กำหนด	ก.เวชศาสตร์ชุมชนฯ ก.ออร์โธปิดิกส์ ก.อายุรกรรม ก.ศัลยกรรม ก.จิตเวช ก.เวชกรรมฟื้นฟู

โครงการ/กิจกรรมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑	โครงการพัฒนาระบบบริการคลินิกผู้สูงอายุ (ปี ๒๕๖๑)	๗๙๙,๙๒๑	ฝ่ายการพยาบาล
๒	กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุติโนโร อุทิศ (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ก.เวชศาสตร์ชุมชนฯ
๓	จัดให้มีระบบ Fast track ในการให้บริการผู้สูงอายุ (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการฯ

๑๒) เพิ่มศักยภาพการให้บริการผู้ป่วยระยะท้าย แบบประคับประคอง (Palliative Care)

๑๒.๑) เพื่อพัฒนาศักยภาพการให้บริการผู้ป่วยระยะท้าย แบบประคับประคอง Palliative Care

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๕๘	ขยายบริการ Palliative Care ใน การดูแลผู้ป่วยทุกหอผู้ป่วยและชุมชน ปี ๖๑ = หอผู้ป่วยชาย, หอผู้ป่วยหญิง, หอผู้ป่วยผู้ป่วยหนัก ปี ๖๒ = ๓ หน่วยงำนปี ๖๑ คงเดิม เพิ่ม อีก ๓ หน่วยงำน ประกอบด้วย หอผู้ป่วย พิเศษ, หอผู้ป่วยศัลยกรรม, หอผู้ป่วยหลัง คลอดและเด็ก ปี ๖๓ = ๖ หน่วยงำนปี ๖๒ คงเดิม เพิ่ม อีก ๓ หน่วยงำน ประกอบด้วย ห้องอุบัติเหตุ, OPD, ห้องตรวจสูติ - นรี เวชกรรม ปี ๖๔ = ๙ หน่วยงำนปี ๖๓ คงเดิม เพิ่ม อีก ๑ หน่วยงำน คือ ชุมชน	หน่วยงำน	๓ หน่วยงำน	๖ หน่วยงำน	๙ หน่วยงำน	๑๐ หน่วยงำน	คกก.Palliative care ฝ่ายการพยาบาล ก.เวชศาสตร์ชุมชนฯ ก.อายุรกรรม ก.ศัลยกรรม ก.เภสัชกรรม ก.สูติ - นรี เวชกรรม ก.จิตเวช ฝ่ายโภชนาการ ก.เวชกรรมฟื้นฟู

โครงการ/กิจกรรมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑	โครงการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้าย Palliative Care ครบวงจร (ปี ๒๕๖๓)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คกก.Palliative care ฝ่ายการพยาบาล ก.เวชศาสตร์ชุมชนฯ

๑๓) เพิ่มศักยภาพการให้บริการการแพทย์แผนไทย

๑๓.๑) เพื่อพัฒนาศักยภาพการให้บริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๕๙	ร้อยละความสำเร็จของโรงพยาบาล เปิดให้บริการคลินิกแพทย์แผนไทย/ แพทย์ทางเลือก	ร้อยละ	๑๐๐	-	-	-	คกก.พัฒนาศักยภาพ แพทย์แผนไทยและ แพทย์ทางเลือก ฝ่ายการพยาบาล

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (ต่อ)

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				หน่วยงานรับผิดชอบ
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๖๐	อัตราความพึงพอใจผู้มารับบริการคลินิกแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก	ร้อยละ	≥๘๐	≥๘๐	≥๘๐	≥๘๐	คกก.พัฒนาศูนย์แพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกฝ่ายการพยาบาล
๖๑	คลินิกแพทย์แผนไทยและแผนทางเลือกได้รับการประเมินผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	ร้อยละ	≥๘๐	≥๘๐	≥๘๐	≥๘๐	คกก.พัฒนาศูนย์แพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกฝ่ายการพยาบาล

โครงการ/กิจกรรมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑	โครงการจัดตั้งคลินิกแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลหลวงพ่อดำศรีศักดิ์ ชุติโนโร อุทิศ(ปี ๒๕๖๑)	๑,๕๕๗,๓๐๐	คกก.พัฒนาศูนย์แพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก/ฝ่ายการพยาบาล

กลยุทธ์ที่ ๒.๔ เพิ่มศักยภาพการแพทย์ฉุกเฉินให้สอดคล้องกับสาธารณสุขที่มีในพื้นที่

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ ๒.๔.๑ เพื่อเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลในการให้บริการทางการแพทย์ในกรณีเกิดสาธารณภัย

๑) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและสร้างความเชื่อมั่น เตรียมความพร้อม รองรับรูปแบบของสาธารณภัยที่มีการเปลี่ยนแปลงตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				หน่วยงานรับผิดชอบ
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๖๒	ปรับปรุงแผนป้องกัน ระวังอัคคีภัยและอพยพหนีไฟของโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องและให้เป็นปัจจุบัน	ครั้ง/ปี	๑	๑	๑	๑	ก.เวชศาสตร์ฉุกเฉินฝ่ายการพยาบาลทุกหน่วยงาน

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (ต่อ)

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๖๓	การจัดการซ้อมรับเหตุสาธารณภัย อุบัติภัยในโรงพยาบาล	ครั้ง/ปี	๑	๑	๑	๑	ก.เวชศาสตร์ ฉุกเฉินฯ ฝ่ายการพยาบาล ทุกหน่วยงาน
๖๔	ร้อยละบุคลากรเข้าร่วมซ้อมแผนรับ สาธารณภัย	ร้อยละ	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	ก.เวชศาสตร์ ฉุกเฉินฯ ฝ่ายการพยาบาล ทุกหน่วยงาน

โครงการ/กิจกรรมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑	กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมจัดการวิเคราะห์ความ เปราะบางของโรงพยาบาล (Hospital Vulnerability Analysis) และปรับปรุงแผนรับสาธารณภัยของโรงพยาบาล (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ก.เวชศาสตร์ฉุกเฉินฯ ฝ่ายการพยาบาล ทุกหน่วยงาน
๒	โครงการอบรมและฝึกซ้อมแผนรับอุบัติภัยหมู่ โรงพยาบาล หลวงพ่отวิศัคดี ชุติณโร อุทิศ (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	๒๐๐,๐๐๐	ก.เวชศาสตร์ฉุกเฉินฯ ฝ่ายการพยาบาล
๓	โครงการปรับปรุงพื้นที่ให้บริการในส่วนของห้องอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน เพื่อรองรับสารพิษ/สารเคมี (ปี ๒๕๖๓)	งบประมาณไม่ แน่นอน	ก.เวชศาสตร์ฉุกเฉินฯ ฝ่ายการพยาบาล

๒) เพื่อเพิ่มศักยภาพการดูแลการแพทย์ฉุกเฉิน
ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๖๕	ร้อยละของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินที่ ขอรับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ขั้นสูง (Advance) สามารถรับบริการ ภายใน ๑๐ นาที	ร้อยละ	๔๐	๔๐	๔๐	๔๕	ก.เวชศาสตร์ ฉุกเฉินฯ ฝ่ายการพยาบาล
๖๖	ระดับความสำเร็จในส่วนขยาย บริการห้องทำแผล - ฉีดยา (ห้อง อุบัติเหตุ - ฉุกเฉิน)	ร้อยละ	๑๐๐	-	-	-	ก.เวชศาสตร์ ฉุกเฉินฯ ฝ่ายการพยาบาล
๖๗	อัตราความพึงพอใจผู้มารับบริการ งานอุบัติเหตุ - ฉุกเฉิน	ร้อยละ	>๘๐	>๘๐	>๘๕	>๘๕	ก.เวชศาสตร์ ฉุกเฉินฯ ฝ่ายการพยาบาล

โครงการ/กิจกรรมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑	กิจกรรมการเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย ฉุกเฉิน (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ก.เวชศาสตร์ฉุกเฉินฯ ฝ่ายการพยาบาล
๒	โครงการหน่วยแพทย์กู้ชีวิต โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๓๓๓ – ชุมชนโร อุตสาหกรรม (ปี ๒๕๖๑)	๓,๓๖๗,๒๐๐	ก.เวชศาสตร์ฉุกเฉินฯ ฝ่ายการพยาบาล
๓	โครงการห้องทำแผล - ฉีดยา (ห้องอุบัติเหตุ - ฉุกเฉิน) (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ก.เวชศาสตร์ฉุกเฉินฯ ฝ่ายการพยาบาล

กลยุทธ์ที่ ๒.๕ สร้างเครือข่ายในการส่งต่อ
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ ๒.๕.๑ เพื่อสร้างเครือข่ายในการส่งต่อ (ในโรคที่ยังมีศักยภาพไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วย)
๑) เพิ่มศักยภาพในการส่งต่อภาครัฐ

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๖๘	ร้อยละความสำเร็จของการส่งต่อ ผู้ป่วยโรคที่สำคัญ	ร้อยละ	๘๐	๘๐	๘๕	๘๕	คกก.ส่งต่อฯ ฝ่ายการพยาบาล
๖๙	ความสำเร็จในการส่งต่อระหว่าง โรงพยาบาลกับศูนย์บริการ สาธารณสุข	ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	คกก.ส่งต่อฯ ฝ่ายการพยาบาล ก.เวชศาสตร์ ชุมชนฯ

โครงการ/กิจกรรมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑	กิจกรรมการพัฒนาระบบการรับ – ส่งต่อ ผู้ป่วยโรคสำคัญ (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คกก.ส่งต่อฯ ฝ่ายการพยาบาล
๒	กิจกรรมการพัฒนาระบบส่งต่อระหว่างศูนย์บริการ สาธารณสุขและโรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๕๕๕ ชุมชนโร อุต (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คกก.ส่งต่อฯ ฝ่ายการพยาบาล ก.เวชศาสตร์ชุมชนฯ

๒) เพื่อเพิ่มศักยภาพการส่งต่อ และตอบกลับข้อมูลผู้ป่วยที่ทำ discharge plan

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๗๐	อัตราการส่งต่อ และตอบกลับข้อมูล ผู้ป่วยที่ทำ discharge plan	ร้อยละ	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	ฝ่ายการพยาบาล ก.เวชศาสตร์ ชุมชนฯ

โครงการ/กิจกรรมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑	กิจกรรมสำรวจข้อมูลส่งต่อ และตอบกลับของผู้ป่วยที่ทำ discharge plan และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ร่วมกับ ทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อวางแผนการรักษา (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คกก.ส่งต่อฯ ฝ่ายการพยาบาล
๒	กิจกรรมวางแผน การจำหน่ายและส่งต่อเพื่อการดูแล ต่อเนื่องที่บ้านร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ฝ่ายการพยาบาล ก.เวชศาสตร์ชุมชนฯ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒ สร้างความเชื่อมั่นในระบบบริการ (Service Capability)

แนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูล

กลยุทธ์ที่ ๒.๑ เพิ่มคุณภาพของระบบบริการให้ถูกต้องรวดเร็ว

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ ๒.๑.๑ เพื่อให้การบริการผู้ป่วยนอกที่สะดวก ถูกต้อง และรวดเร็ว

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๑	ร้อยละความสำเร็จในการขยายการให้บริการเจาะเลือดบริเวณแขนผู้ป่วยนอก (อาคารอเนกประสงค์ ๖ ชั้น) <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ = ร้อยละ ๑๐๐	เปิดบริการเจาะเลือดผู้ป่วยบริเวณแผนกผู้ป่วยนอก ณ อาคารอเนกประสงค์ ๖ ชั้น (บริเวณชั้น ๑) จำนวน ๑ ห้อง โดยเปิดให้บริการทุกวันราชการ เวลา ๐๘.๐๐ - ๑๒.๐๐ น.	สามารถเปิดให้บริการเจาะเลือดบริเวณแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลที่อาคารอเนกประสงค์ ๖ ชั้น (บริเวณชั้น ๑) สำเร็จในปี ๒๕๖๑	กลุ่มงานชั้นสูตรโรคกลางและธนาคารเลือด รวบรวมข้อมูล และรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือ เมื่อสิ้นปีงบประมาณ
๒	ร้อยละความสำเร็จในการเปิดให้บริการผู้ป่วยนอก (อาคารอเนกประสงค์ ๖ ชั้น) ประกอบด้วย กุมารเวชกรรม ศัลยกรรม ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ โสต ศอ นาสิก จักษุ <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ = ร้อยละ ๑๐๐	เปิดให้บริการผู้ป่วยนอก ณ อาคารอเนกประสงค์ ๖ ชั้น (บริเวณชั้น ๑) ประกอบด้วย กุมารเวชกรรม, ศัลยกรรม, ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ, โสต ศอ นาสิก, จักษุ โดยเปิดให้บริการทุกวันราชการ เวลา ๐๘.๐๐ - ๑๒.๐๐ น.	สามารถเปิดให้บริการประชาชนแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลที่อาคารอเนกประสงค์ ๖ ชั้น (บริเวณชั้น ๑) สำเร็จในปี ๒๕๖๑	ฝ่ายการพยาบาล ร่วมกับ ฝ่ายบริหาร - งานทั่วไป รวบรวมข้อมูล และรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ
๓	ระยะเวลารอคอยรับยาของผู้ป่วยนอก <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ - ๖๔ ปีละ < ๓๐ นาที	ระยะเวลารอคอยรับยาของผู้ป่วยนอก เริ่มตั้งแต่ขั้นตอนการรับใบสั่งยาจนถึงระยะเวลารับยากลับบ้านของผู้ป่วย	จากส่วนต่างของระยะเวลารับใบสั่งยาจนถึงระยะเวลารับยากลับบ้านของผู้ป่วย	กลุ่มงานเภสัชกรรม รวบรวมข้อมูล และรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือ เมื่อสิ้นปีงบประมาณ
๔	อัตราความพึงพอใจในการรับบริการของผู้ป่วยนอก (ห้องจ่ายยา) <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ > ร้อยละ ๘๐ ปี ๖๒ > ร้อยละ ๘๒ ปี ๖๓ > ร้อยละ ๘๕ ปี ๖๔ > ร้อยละ ๘๐	ความพึงพอใจของประชาชนผู้มารับบริการต่อการให้บริการของกลุ่มงานเภสัชกรรม โดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจของกลุ่มงานเภสัชกรรมเป็นข้อกำหนด	จำนวนประชาชนผู้มารับบริการที่มีความพึงพอใจในระดับดีมาก คุณด้วย ๑๐๐ หาดด้วย จำนวนประชาชนผู้มารับบริการทั้งหมดที่ประเมินความพึงพอใจ	กลุ่มงานเภสัชกรรม รวบรวมข้อมูล และรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ ๒.๑.๒ นำระบบ Lean process มาใช้ลดขั้นตอนในการให้บริการได้อย่างถูกต้อง

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๕	จำนวนหน่วยงานภายในโรงพยาบาลสามารถนำระบบ Lean process มาใช้ลดขั้นตอนในการให้บริการ <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ – ๖๔ = ๑ ระบบงาน/หน่วยงาน/ปี	ระบบงานในหน่วยงานของโรงพยาบาลที่นำระบบ Lean process เข้ามาใช้ลดขั้นตอนในการทำงานทำให้ระยะเวลาในการทำงานลดลงแต่ประสิทธิภาพในการให้บริการคงเดิมหรือดีกว่าเดิม	นับเป็นจำนวน ตามระบบงานหรือหน่วยงานที่สามารถลดขั้นตอนการทำงานทำให้ระยะเวลาในการทำงานลดลงแต่ประสิทธิภาพในการให้บริการคงเดิมหรือดีกว่าเดิม	ฝ่ายการพยาบาล และทุกหน่วยงาน รวบรวมข้อมูล และรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือ เมื่อสิ้นปีงบประมาณ
๖	ระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยนอกลดลง <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ – ๖๔ ปีละ ๑๐๘ นาที	ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมายื่นใบนัด ณ จุดซักประวัติ จนกระทั่งผู้ป่วยได้รับใบนัดครั้งต่อไป	ผลรวมระยะเวลาผู้ป่วยที่มาตรวจรักษาที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก (นาทิจาก) (ซักประวัติ – รับใบนัด)หารด้วยจำนวนผู้ป่วย (คน) ที่มาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD)	คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ ร่วมกับ ฝ่ายการพยาบาล รวบรวมข้อมูล และรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือ เมื่อสิ้นปีงบประมาณ
๗	อัตราความพึงพอใจผู้มารับบริการผู้ป่วยนอก <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ > ร้อยละ ๘๐ ปี ๖๒ > ร้อยละ ๘๐ ปี ๖๓ > ร้อยละ ๘๕ ปี ๖๔ > ร้อยละ ๙๐	ความพึงพอใจ หมายถึง ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์ตั้งแต่ระดับ “มาก” ขึ้นไป ตามแบบประเมินความพึงพอใจของ สำนักการแพทย์	จำนวนผู้รับบริการที่ตอบแบบประเมินความพึงพอใจระดับมากขึ้นไปหารด้วยจำนวนผู้รับบริการที่ตอบแบบประเมินความพึงพอใจทั้งหมด คูณ ๑๐๐	คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ ร่วมกับ ฝ่ายการพยาบาล รวบรวมข้อมูล และรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือ เมื่อสิ้นปีงบประมาณ
๘	ระยะเวลาการจำหน่ายผู้ป่วยในลดลง <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ – ๖๔ ปีละ ≤ ๓๐ นาที	ระยะเวลาตั้งแต่แพทย์ยืนยันคำสั่งการจำหน่ายผู้ป่วยจนผู้ป่วยได้รับยากลับบ้านโดยนำ Lean process มาใช้ทำให้ระยะเวลาการจำหน่ายลดลง (เปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยเดิมก่อนใช้ Lean process)	ระยะเวลารวม (นาทิจาก) นับเวลาตั้งแต่แพทย์ยืนยันคำสั่งจำหน่ายในเดือนหารด้วย จำนวนผู้ป่วยจำหน่ายทั้งหมดในเดือน	ฝ่ายการพยาบาล และทุกหน่วยงาน รวบรวมข้อมูล และรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือ เมื่อสิ้นปีงบประมาณ

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๙	อัตราผู้ป่วยได้รับการ Admit ภายใน ๓๐ นาที หลังส่งเวร <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ - ๖๔ ปีละ > ร้อยละ ๘๐	ผู้ป่วยที่แพทย์มีคำสั่งให้รับไว้ในโรงพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยนอก, ER และ ANC สามารถประสานส่งต่อการ Admit กับหอผู้ป่วยและนำผู้ป่วยส่งไปหอผู้ป่วยได้ภายในไม่เกิน ๓๐ นาที	จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์มีคำสั่งให้รับไว้ในโรงพยาบาล สามารถประสานส่งต่อการ Admit กับหอผู้ป่วยและนำผู้ป่วยส่งไปหอผู้ป่วยได้ภายในไม่เกิน ๓๐ นาที คูณด้วย ๑๐๐หารด้วย จำนวนผู้ป่วย (คน) ที่ Admit ทั้งหมด	ฝ่ายการพยาบาล และทุกหน่วยงาน รวบรวมข้อมูล และรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือ เมื่อสิ้นปีงบประมาณ
๑๐	ค่าเฉลี่ยระยะเวลาของผู้ป่วยฉุกเฉินที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน แบ่งกลุ่มประเภทผู้ป่วย ๑) Emergency <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ - ๖๔ ปีละ ๔ นาที ๒) Urgency <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ - ๖๔ ปีละ ๓๐ นาที	ผู้ป่วยฉุกเฉิน หมายถึง ผู้ป่วยฉุกเฉินตามประเภทของ Triage ระดับ ๑ ฉุกเฉินมาก Emergency Condition ภาวะอันตราย ต้องรักษาทันทีไม่เกิน ๔ นาที นับระยะเวลาตั้งแต่เข้ารับบริการ (Time in) จนถึงออกจากห้องฉุกเฉิน (Time out) ซึ่งอาจให้กลับบ้าน, Admit หรือ Refer (ทุกวันที่ ๕, ๑๕, ๒๕ ช่วง ๐๐.๐๐ – ๒๓.๕๕ น.) เก็บข้อมูลทุก ๑ เดือนๆ ละ ๓ ครั้ง	ระยะเวลา (นาที) รวมเวลาทั้งหมดของผู้ป่วยฉุกเฉินมากที่มาใช้บริการในช่วงเวลาที่กำหนด หารด้วย จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉิน (คน) ทั้งหมดที่มาใช้บริการในช่วงเวลาเดียวกัน	ฝ่ายการพยาบาล ร่วมกับกลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ฯ รวบรวมข้อมูล และรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือ เมื่อสิ้นปีงบประมาณ

กลยุทธ์ที่ ๒.๒ เพิ่มความเชื่อมั่นในการให้บริการต่อผู้รับบริการ

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ ๒.๒.๑ เพื่อนำ actionable feedback จากผู้รับบริการและญาติไปปรับปรุงพัฒนาการบริการเพื่อตอบสนองต่อสิทธิผู้ป่วย

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๑๑	จำนวนครั้งของการสำรวจความพึงพอใจและข้อเสนอแนะจากผู้รับบริการและญาติ (Listening and Learning) ในผู้ป่วย กลุ่มโรคสำคัญของทีมทางคลินิก <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ = ๑ ครั้ง ปี ๖๒ = ๒ ครั้ง ปี ๖๓ – ๖๔ = ปีละ ๓ ครั้ง	เป็นการสำรวจความพึงพอใจ + ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนาจากผู้ให้บริการเฉพาะกลุ่ม	นับจำนวนครั้งของการสำรวจ ผู้ใช้บริการเฉพาะกลุ่มในรอบ ปีงบประมาณ	คณะกรรมการรับฟังความคิดเห็น และข้อร้องเรียน ร่วมกับ กลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพ ฯ รวบรวมข้อมูล และรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือ เมื่อสิ้นปีงบประมาณ
๑๒	อัตราความพึงพอใจของผู้ใช้บริการตาม กลุ่มผู้ป่วยที่สำคัญ <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ $\geq$ ร้อยละ ๗๕ ปี ๖๒ $\geq$ ร้อยละ ๘๐ ปี ๖๓ $\geq$ ร้อยละ ๘๐ ปี ๖๔ $\geq$ ร้อยละ ๘๕	เป็นการสำรวจความพึงพอใจ + ข้อเสนอแนะจากผู้ให้บริการเฉพาะกลุ่ม	ผลคะแนนรวมความพึงพอใจของผู้ป่วยแต่ละกลุ่มที่สำรวจ คูณด้วย ๑๐๐หารด้วย ผลคะแนนรวมทั้งหมด	คณะกรรมการรับฟังความคิดเห็น และข้อร้องเรียน ร่วมกับ กลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพ ฯ รวบรวมข้อมูล และรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือ เมื่อสิ้นปีงบประมาณ
๑๓	อุบัติการณ์ข้อร้องเรียนที่ต้องเจรจาไกล่เกลี่ยลดลง <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ – ๖๔ ปีละ < ๕ ครั้ง	เป็นการประเมินประสิทธิภาพการบริหารจัดการขององค์กรอีก ๑ ช่องทาง	นับจำนวนอุบัติการณ์ข้อร้องเรียน ที่ต้องมีการเจรจาไกล่เกลี่ยในรอบปีงบประมาณ	คณะกรรมการรับฟังความคิดเห็น และข้อร้องเรียน ร่วมกับ กลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพ ฯ รวบรวมข้อมูล และรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือ เมื่อสิ้นปีงบประมาณ

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๑๔	ร้อยละของอุบัติการณ์ข้อร้องเรียนที่ได้รับการแก้ไข RCA และปิดประเด็น <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ > ร้อยละ ๘๐ ปี ๖๒ > ร้อยละ ๘๕ ปี ๖๓ > ร้อยละ ๙๐ ปี ๖๔ > ร้อยละ ๙๐	เป็นการแสดงให้เห็นถึงการบริหารจัดการข้อร้องเรียนที่มีประสิทธิภาพ	นับจำนวนอุบัติการณ์ข้อร้องเรียนที่ได้รับการแก้ไขและปิดประเด็นได้ไม่มีการร้องเรียนในระดับที่สูงขึ้น	คณะกรรมการรับฟังความคิดเห็นและข้อร้องเรียน ร่วมกับ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ ฯ รวบรวมข้อมูลและรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ
๑๕	อัตราความสำเร็จของการวางแผนการรักษาผู้ป่วยใน (IPD) ร่วมกันระหว่างแพทย์ พยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพ <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ = ร้อยละ ๗๐ ปี ๖๒ = ร้อยละ ๗๕ ปี ๖๓ = ร้อยละ ๘๐ ปี ๖๔ = ร้อยละ ๘๕	แพทย์ พยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพ วางแผนการรักษาร่วมกันประเมินได้จาก ๑) Progerss note แพทย์ ๒) Nurse note ๓) D/C Plan ปี ๖๑ = หอผู้ป่วยชายและหอผู้ป่วยศัลยกรรม ปี ๖๒ = ทุกหอผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วยใน (หอผู้ป่วยชาย/ศัลยกรรม) ที่มีการวางแผนการรักษา ร่วมกับ ทีมฯ คุณด้วย ๑๐๐ หารด้วยจำนวนผู้ป่วยใน (หอผู้ป่วยชาย/ศัลยกรรม)	ฝ่ายการพยาบาล รวบรวมข้อมูลและรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ

กลยุทธ์ที่ ๒.๓ เพิ่มศักยภาพการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ ๒.๓.๑ เพิ่มศักยภาพโรงพยาบาลในการรองรับโรคเฉพาะทางและพัฒนาศักยภาพในการรักษาโรค

๑) เพิ่มศักยภาพการให้บริการด้านสูติ - นรีเวชกรรม

(๑.๑) เพิ่มศักยภาพกระบวนการดูแลผู้ป่วยรายโรค

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๑๖	จำนวนคลินิกเฉพาะโรคที่เพิ่มขึ้น <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ – ๖๔ ปีละ ๑ ช่องทาง/ปี	สามารถเปิดให้บริการด้านสูติ – นรีเวชกรรม เพื่อรองรับการให้บริการในโรงพยาบาล และตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น	นับเป็นจำนวนคลินิกเฉพาะโรค/ช่องทางการให้บริการที่เพิ่มขึ้น	กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม รวบรวมข้อมูล และรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๑๗	ระดับความสำเร็จในการพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาล ในส่วนขยายการให้บริการหอผู้ป่วยหลังคลอดและเด็ก <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๒ = ร้อยละ ๑๐๐	ขยายการให้บริการหอผู้ป่วยหลังคลอดและเด็ก และเพิ่มจำนวนเตียงหอผู้ป่วยหลังคลอดและเด็ก จาก จำนวน ๒๔ เตียง เพิ่มอีก ๖ เตียง รวมเป็น ๓๐ เตียง ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒	สามารถขยายการให้บริการหอผู้ป่วยหลังคลอดและเด็กสำเร็จในปี ๒๕๖๒	ฝ่ายการพยาบาล ร่วมกับ กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม รวบรวมข้อมูลและรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ
๑๘	อัตราความพึงพอใจของผู้มารับบริการผู้ป่วยหลังคลอดและเด็ก <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ > ร้อยละ ๘๐ ปี ๖๒ > ร้อยละ ๘๐ ปี ๖๓ > ร้อยละ ๘๕ ปี ๖๔ > ร้อยละ ๘๕	ความพึงพอใจ หมายถึง ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์ตั้งแต่ระดับ “มาก” ขึ้นไป ที่มารับบริการผู้ป่วยหลังคลอดและเด็ก	จำนวนผู้รับบริการที่ตอบแบบประเมินความพึงพอใจระดับมากขึ้นไปหารด้วยจำนวนผู้รับบริการที่ตอบแบบประเมินความพึงพอใจทั้งหมด คูณ ๑๐๐	ฝ่ายการพยาบาล ร่วมกับ กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม รวบรวมข้อมูลและรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ

(๑.๒) เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง Preterm

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๑๙	อัตราคัดกรองผู้ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ ๒๔ สัปดาห์ ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ – ๖๔ ปีละร้อยละ ๑๐๐	คัดกรองสตรีที่ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ ๒๔ สัปดาห์ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	จำนวนสตรีที่ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนกำหนด ๒๔ สัปดาห์ ได้รับการคัดกรองเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด หารด้วย จำนวนสตรีที่ฝากครรภ์ก่อน ๒๔ สัปดาห์	กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม รวบรวมข้อมูล และรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ
๒๐	อัตรากลุ่มเสี่ยงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้รับการวัดความยาวปากมดลูกที่อายุครรภ์ ๑๖ – ๒๔ สัปดาห์ <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ – ๖๔ ปีละร้อยละ ๑๐๐	สตรีที่เสี่ยงคลอดก่อนกำหนดได้รับการวัดความยาวปากมดลูกที่อายุครรภ์ ๑๖ – ๒๔ สัปดาห์	จำนวนสตรีกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการวัดความยาวปากมดลูก หารด้วยจำนวนสตรีกลุ่มเสี่ยงเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด	กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม รวบรวมข้อมูล และรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๒๑	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ – ๖๔ ปีละร้อยละ ๑๐๐	สตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	จำนวนสตรีกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการดูแลตนเองตามแนวทางที่คลอดก่อนกำหนดหารด้วยจำนวนกลุ่มเสี่ยงที่คลอดในเดือนนั้น ๆ	กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม รวบรวมข้อมูล และรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ

(๑.๓) เพื่อบูรณาการการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่น

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๒๒	ร้อยละหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาคลอดที่โรงพยาบาลได้รับความรู้ด้านการป้องกันการตั้งครรภ์และการวางแผนการคุมกำเนิดหลังคลอด <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ = ร้อยละ ๘๐ ปี ๖๒ – ๖๓ = ปีละร้อยละ ๙๐ ปี ๖๔ = ร้อยละ ๑๐๐	จัดให้ความรู้ด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ให้แก่มารดาวัยรุ่น ตลอดจนการวางแผนการคุมกำเนิดหลังคลอด	จำนวนหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาคลอดที่โรงพยาบาลได้รับความรู้ คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาคลอดที่โรงพยาบาลทุกคน	กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม รวบรวมข้อมูล และรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ
๒๓	ผู้เข้ารับการอบรมที่เป็นกลุ่มทีมสหวิชาชีพมีความรู้ความเข้าใจในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๒ = ร้อยละ ๘๐	สามารถดำเนินการจัดโครงการอบรมเพิ่มประสิทธิภาพทีมสหวิชาชีพในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ผู้เข้ารับการอบรมเป็นกลุ่มสหวิชาชีพ ประกอบด้วย โรงพยาบาล โรงเรียน ศบส. สำนักงานเขต	จำนวนผู้เข้ารับการอบรมตามโครงการมีความรู้ความเข้าใจในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น Post test มากกว่า Pre test	กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ รวบรวมข้อมูล และรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ

๒) เพิ่มศักยภาพการให้บริการด้านกุมารเวชกรรม

(๒.๑) เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลทารกแรกเกิด

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๒๔	อัตราการตรวจคัดกรองการได้ยิน (OAE) ในทารกแรกเกิดทุกราย <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๒ – ๖๔ ปีละร้อยละ ๑๐๐	ทารกแรกเกิดมีชีพทุกรายที่คลอดในโรงพยาบาลหลวงพ่отวิศัคดี ฯ ได้รับการคัดกรองการได้ยิน (OAE) ก่อนกลับบ้าน	จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพทุกรายที่คลอดในโรงพยาบาลหลวงพ่отวิศัคดี ฯ ได้รับการคัดกรองการได้ยิน (OAE) ก่อนกลับบ้านหารด้วยจำนวนทารกแรกเกิดที่คลอดมีชีพในโรงพยาบาลหลวงพ่отวิศัคดี ฯ	กลุ่มงานกุมารเวชกรรม รวบรวมข้อมูล และรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ
๒๕	อัตราการคัดกรองภาวะหัวใจพิการแต่กำเนิดวิกฤตในทารกแรกเกิดด้วยเครื่องวัดเปอร์เซ็นต์ออกซิเจนปลายนิ้ว <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ – ๖๔ ปีละร้อยละ ๑๐๐	ทารกแรกเกิดทุกรายที่คลอดในโรงพยาบาลหลวงพ่отวิศัคดี ฯ ได้รับการคัดกรองภาวะหัวใจพิการแต่กำเนิดวิกฤตในทารกแรกเกิดด้วยเครื่องวัดเปอร์เซ็นต์ออกซิเจนปลายนิ้วภายใน ๔๘ ชั่วโมงหลังคลอด	จำนวนทารกแรกเกิดทุกรายที่คลอดมีชีพในโรงพยาบาลหลวงพ่отวิศัคดี ฯ ได้รับการคัดกรองภาวะหัวใจพิการแต่กำเนิดวิกฤตในทารกแรกเกิดด้วยเครื่องวัดเปอร์เซ็นต์ออกซิเจนปลายนิ้วภายใน ๔๘ ชั่วโมงหลังคลอดหารด้วยจำนวนทารกแรกเกิดมีชีพที่คลอดในโรงพยาบาลหลวงพ่отวิศัคดี ฯ	กลุ่มงานกุมารเวชกรรม รวบรวมข้อมูล และรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ

(๒.๒) ป้องกัน/ลดภาวะแทรกซ้อนภายในโรงพยาบาลของทารกแรกเกิดก่อนกำหนด

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๒๖	อัตราการตรวจภาวะจอประสาทตาลอกโดยจักษุแพทย์ ในช่วงเวลาที่เหมาะสมในทารก คลอดก่อนกำหนด <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ – ๖๔ ปีละร้อยละ ๑๐๐	ทารกแรกเกิดทุกรายที่มีข้อบ่งชี้ ดังนี้ ๑. น้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า ๑,๕๐๐ กรัมหรืออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๓๐ สัปดาห์ ๒. น้ำหนักแรกคลอด ๑,๕๐๐-๒๐๐๐ กรัมหรืออายุครรภ์มากกว่า ๓๐ สัปดาห์และมีอาการไม่ในช่วงแรกคลอดทารกกลุ่มดังกล่าวได้รับการตรวจจอประสาทตาลอกโดยจักษุแพทย์ ครบจำนวนครั้งตามเกณฑ์ในช่วงเวลาที่เหมาะสม	ทารกแรกเกิดทุกรายที่มีข้อบ่งชี้ ได้รับการตรวจจอประสาทตาลอกโดยจักษุแพทย์ ครบจำนวนครั้งตามเกณฑ์ในช่วงเวลาที่เหมาะสม ทารกด้วยทารกแรกเกิดทุกรายที่มีข้อบ่งชี้	กลุ่มงานกุมารเวชกรรม ร่วมกับกลุ่มงานจักษุวิทยา รวบรวมข้อมูลและรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ
๒๗	อัตราการตรวจภาวะเลือดออกในโพรงสมองโดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูงโดยรังสีแพทย์ในช่วงเวลา ที่เหมาะสม ในทารก คลอดก่อนกำหนดที่มีข้อบ่งชี้ <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ – ๖๔ ปีละร้อยละ ๑๐๐	ทารกแรกเกิดทุกรายที่มีข้อบ่งชี้ ดังนี้ ๑. ทารกคลอดก่อนกำหนดทุกรายที่อายุครรภ์ น้อยกว่า ๓๒ สัปดาห์หรือน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า ๑,๕๐๐ กรัม ๒. ทารกคลอดก่อนกำหนดทุกรายที่อายุครรภ์ มากกว่า ๓๒ สัปดาห์และมีความเสี่ยงสูงทารกกลุ่มดังกล่าวได้รับการตรวจภาวะเลือดออกในโพรงสมองโดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูงโดยรังสีแพทย์ในช่วงเวลาที่เหมาะสม	ทารกแรกเกิดทุกรายที่มีข้อบ่งชี้ ได้รับการตรวจภาวะเลือดออกในโพรงสมองโดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูงโดยรังสีแพทย์ในช่วงเวลาที่เหมาะสม ทารกด้วยทารกแรกเกิดทุกรายที่มีข้อบ่งชี้	กลุ่มงานกุมารเวชกรรม ร่วมกับกลุ่มงานรังสีวิทยา รวบรวมข้อมูลและรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ

(๒.๓) พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกุมารที่มีภาวะหอบหืดปอดติดเชื้อวิกฤติที่เสี่ยงต่อการใส่ท่อช่วยหายใจ

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๒๘	ลดอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะหอบหืดปอดติดเชื้อ <u>เป้าหมาย</u> ร้อยละ ๘๐	ผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะหอบหืด หรือปอดติดเชื้อที่มีโอกาสเสี่ยงในการใส่ท่อช่วยหายใจได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจชนิด non-invasive ก่อน ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจลดลง	จำนวนผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะหอบหืด หรือปอดติดเชื้อที่มีโอกาสเสี่ยงในการใส่ท่อช่วยหายใจได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจชนิด non-invasive ทุกราย ทารกด้วยจำนวนผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะหอบหืด หรือปอดติดเชื้อที่มีโอกาสเสี่ยง ในการใส่ท่อช่วยหายใจทุกราย	กลุ่มงานกุมารเวชกรรม รวบรวมข้อมูล และรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ

๓) เพิ่มศักยภาพการให้บริการด้านศัลยกรรม

(๓.๑) เพิ่มศักยภาพในการให้บริการศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๒๙	ร้อยละความสำเร็จในการจัดตั้งระบบ Fast Track ในการเข้ารับการรักษา Urodynamic <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ = ร้อยละ ๑๐๐	ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ Urodynamic ทุกสิทธิ์, ทุกราย สามารถเข้ารับการรักษาที่ห้องผ่าตัดได้ ทุกวันศุกร์ เวลา ๐๘.๐๐ – ๑๖.๐๐ น. โดยไม่ต้องผ่านการคัดกรองจาก OPD (ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นผู้ประสานนัดล่วงหน้า)	จำนวนผู้ป่วยที่มาตรวจ Urodynamic ได้รับการ Fast Track ทั้งหมด	กลุ่มงานศัลยกรรม รวบรวมข้อมูล และรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือ เมื่อสิ้นปีงบประมาณ

(๓.๒) เพิ่มศักยภาพในการให้บริการศัลยกรรมทั่วไป

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๓๐	ระดับความสำเร็จในการพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาล ในส่วนขยายการให้บริการห่อผู้ป่วยศัลยกรรม <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๒ = ร้อยละ ๑๐๐	ขยายการให้บริการห่อผู้ป่วยศัลยกรรม ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒	สามารถขยายการให้บริการห่อผู้ป่วยศัลยกรรม สำเร็จในปี ๒๕๖๒	กลุ่มงานศัลยกรรม รวบรวมข้อมูล และรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือ เมื่อสิ้นปีงบประมาณ
๓๑	ระดับความสำเร็จในการพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาล ให้บริการห่อผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๓ = ร้อยละ ๑๐๐	เปิดให้บริการห่อผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ในปีงบประมาณ ๒๕๖๓	สามารถเปิดให้บริการห่อผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง สำเร็จในปี ๒๕๖๓	กลุ่มงานศัลยกรรม รวบรวมข้อมูล และรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือ เมื่อสิ้นปีงบประมาณ
๓๒	ระดับความสำเร็จในการพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาล ในส่วนขยายการให้บริการห้องผ่าตัดใหญ่ <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๒ = ร้อยละ ๑๐๐	ขยายการให้บริการห้องผ่าตัดใหญ่ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒	สามารถขยายการให้บริการห้องผ่าตัดใหญ่ สำเร็จในปี ๒๕๖๒	กลุ่มงานศัลยกรรม รวบรวมข้อมูล และรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือ เมื่อสิ้นปีงบประมาณ

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๓๓	ระดับความสำเร็จในการพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาล ในส่วนขยายการให้บริการห้องผ่าตัดเล็ก <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๒ = ร้อยละ ๑๐๐	ขยายการให้บริการห้องผ่าตัดเล็ก ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒	สามารถขยายการให้บริการห้องผ่าตัดเล็ก สำเร็จในปี ๒๕๖๒	กลุ่มงานศัลยกรรม รวบรวมข้อมูลและรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ
๓๔	ระดับความสำเร็จในการพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาล ในส่วนขยายการให้บริการหผู้ป่วยใน <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๒ = ร้อยละ ๖๐ ปี ๖๓ = ร้อยละ ๑๐๐	ขยายการให้บริการหผู้ป่วยใน ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ - ๒๕๖๓	สามารถขยายการให้บริการหผู้ป่วยใน สำเร็จในปี ๒๕๖๓	กลุ่มงานศัลยกรรม รวบรวมข้อมูลและรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ

๔) เพิ่มศักยภาพในการให้บริการระบบทางเดินอาหารส่วนต้นและส่วนปลาย

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๓๕	ร้อยละความสำเร็จในการขยายการให้บริการส่องกล้อง ๑) เพื่อการวินิจฉัย และ ๒) เพื่อการรักษา (ระดับความสำเร็จในการให้บริการรักษาโรคเส้นเลือดโป่งพองบริเวณหลอดอาหารส่วนต้น โดยวิธีการรัดยาง (Banding ligation) <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ – ๖๔ ร้อยละ ๑๐๐	สามารถเปิดให้บริการคลินิกโรกระบบทางเดินอาหารและตับ สามารถให้การวินิจฉัย การรักษาโดยวิธีการรัดยาง สำเร็จภายในปี ๒๕๖๑	สามารถเปิดให้บริการคลินิกโรคระบบทางเดินอาหารและตับ สามารถให้การวินิจฉัย การรักษาโดยวิธีการรัดยางสำเร็จภายในปี ๒๕๖๑	กลุ่มงานอายุรกรรม รวบรวมข้อมูลและรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ
๓๖	ระดับความสำเร็จในการพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาล ในส่วนของการพัฒนาหน่วยบริการส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๒ = ร้อยละ ๕๐	ขยายการให้บริการหน่วยบริการส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒	สามารถขยายการให้บริการหน่วยบริการส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร สำเร็จในปี ๒๕๖๒	ฝ่ายการพยาบาล ร่วมกับ กลุ่มงานอายุรกรรม ร่วมกับ กลุ่มงานศัลยกรรม รวบรวมข้อมูล และรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ

๕) เพิ่มศักยภาพการให้บริการด้านโสต ศอ นาสิก

(๕.๑) เพื่อเพิ่มคุณภาพในการบริการผู้ป่วยที่มีปัญหาการได้ยิน

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๓๗	ร้อยละความสำเร็จในการเปิดคลินิกตรวจการได้ยินในผู้ใหญ่ <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๓ = ร้อยละ ๑๐๐	สามารถเปิดให้บริการคลินิกตรวจการได้ยินในผู้ใหญ่ให้กับผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการได้ยิน	สามารถเปิดคลินิกตรวจการได้ยินในผู้ใหญ่ของโรงพยาบาล ภายในปี ๒๕๖๒	กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก รวบรวมข้อมูล และรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ
๓๘	อัตราการกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องได้รับการตรวจการได้ยินทันที ภายใน ๑ สัปดาห์ ได้รับการตรวจที่โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๒๕๖๑ – ๒๕๖๒ <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๓ – ๖๔ ปีละ ร้อยละ ๑๐๐	ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการตรวจการได้ยินทันทีภายใน ๑ สัปดาห์ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะหูตึงหรือการได้ยินลดลงเฉียบพลันภายใน ๒ สัปดาห์ ที่ผ่านมา	จำนวนผู้ป่วยที่ต้องได้รับการตรวจการได้ยินทันทีภายใน ๑ สัปดาห์ คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วยจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ต้องได้รับการตรวจการได้ยินทันทีภายในช่วงเวลาเดือนเดียวกัน	กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก รวบรวมข้อมูล และรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ

๖) เพิ่มศักยภาพการให้บริการด้านจักษุวิทยา

(๖.๑) เพื่อเพิ่มศักยภาพในการตรวจผู้ป่วยต้อหินให้ได้รับการรักษาครบวงจร

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๓๙	ร้อยละของการส่งต่อผู้ป่วยต้อหินลดลงจากปีก่อน <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๒ – ๖๔ แต่ละปีลดลงกว่าปีที่ผ่านมา (เทียบกับปีก่อน)	ผู้ป่วยต้อหิน คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติสูญเสียการมองเห็นโดยมีความดันลูกตา และมีค่าความดันสูงผิดปกติ การรักษาคือ ผู้ป่วยที่มีภาวะเป็นต้อหิน ได้รับการตรวจวินิจฉัย และเข้ารับการรักษามากกว่า ๒ ครั้ง การส่งต่อไปยังหน่วยงานอื่น	จำนวนผู้ป่วยปีก่อน ลบด้วยจำนวนผู้ป่วยปีที่ผ่านมา ประเมินคูณด้วย ๑๐๐ หารด้วยจำนวนผู้ป่วยปีก่อน	กลุ่มงานจักษุวิทยา รวบรวมข้อมูล และรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ

๗) เพิ่มศักยภาพการให้บริการด้านรังสีวิทยา
 (๗.๑) เพื่อเพิ่มศักยภาพการให้บริการรังสีวิทยาให้เพียงพอ

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๔๐	ร้อยละความสำเร็จในการขยายเพิ่มศักยภาพทางการแพทย์บริการห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT) <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ = ร้อยละ ๘๐ ปี ๖๒ – ๖๔ ปีละ ร้อยละ ๑๐๐	ปี ๒๕๖๑ สามารถดำเนินการ ๑) ติดตั้งเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์และอุปกรณ์แล้วเสร็จ (ร้อยละ ๖๐) ๒) สามารถเปิดให้บริการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เบื้องต้นได้ (ร้อยละ ๘๐) ปี ๒๕๖๒ – ๒๕๖๔ สามารถดำเนินการเปิดให้บริการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ได้ครบสมบูรณ์ ร้อยละ ๑๐๐)	สามารถเปิดให้บริการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ได้สำเร็จ และครบสมบูรณ์ ภายในปี ๒๕๖๔	กลุ่มงานรังสีวิทยา รวบรวมข้อมูลและรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ
๔๑	ร้อยละความสำเร็จในการขยายบริการให้บริการด้วยเครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๓ = ร้อยละ ๓๐ ปี ๖๔ = ร้อยละ ๑๐๐	ปี ๒๕๖๓ ขอจัดสรรงบประมาณเพื่อจัดซื้อเครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ (ร้อยละ ๓๐) และ ปี ๒๕๖๔ หากได้รับงบประมาณสามารถดำเนินการจัดซื้อเครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่และสามารถเปิดให้บริการได้ (ร้อยละ ๑๐๐)	สามารถเปิดให้บริการเอกซเรย์เคลื่อนที่ได้สำเร็จ ภายในปี ๒๕๖๔	กลุ่มงานรังสีวิทยา รวบรวมข้อมูลและรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ
๔๒	ร้อยละความสำเร็จในการขยายบริการห้องตรวจเอกซเรย์เต้านม <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๔ = ร้อยละ ๑๐๐	ปี ๒๕๖๓ ขอจัดสรรงบประมาณเพื่อจัดซื้อเครื่องตรวจเอกซเรย์เต้านม และ ปี ๒๕๖๔ ๑) หากได้รับงบประมาณสามารถดำเนินการจัดซื้อเครื่องเต้านม (ร้อยละ ๖๐) ๒) ติดตั้งเครื่องตรวจเอกซเรย์เต้านมและอุปกรณ์แล้วเสร็จ (ร้อยละ ๘๐) และ ๓) สามารถเปิดให้บริการตรวจเอกซเรย์เต้านมเป็นเบื้องต้นได้ (ร้อยละ ๑๐๐)	สามารถเปิดให้บริการเอกซเรย์เต้านมได้สำเร็จ ภายในปี ๒๕๖๔	กลุ่มงานจักษุวิทยา รวบรวมข้อมูลและรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ

๘) เพิ่มศักยภาพการให้บริการด้านอายุรกรรม
(๘.๑) เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคไต

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๔๓	ร้อยละความสำเร็จในการให้บริการ ศูนย์ไตเทียม <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ = ร้อยละ ๑๐๐ ปี ๖๒ = ๑๐๐	ปี ๒๕๖๑ ขยายและปรับปรุงสถานที่ให้บริการศูนย์ ไตเทียม (ร้อยละ ๕๐) และ ปี ๒๕๖๒ สามารถเปิด ให้บริการแก่ผู้ป่วยในกลุ่มไตวายเรื้อรัง ไตวายฉับพลัน ได้ ภายในระยะเวลาที่กำหนด (ร้อยละ ๑๐๐)	สามารถเปิดให้บริการศูนย์ไตเทียม ได้สำเร็จ ภายในปี ๒๕๖๒	กลุ่มงานอายุรกรรม รวบรวมข้อมูล และรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือ เมื่อสิ้นปีงบประมาณ
๔๔	ร้อยละความสำเร็จในการให้บริการล้าง ไตทางช่องท้อง <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๒ – ๖๔ ปีละร้อยละ ๑๐๐	สามารถเปิดให้บริการแก่ผู้ป่วยในกลุ่มไตวายเรื้อรัง ไตวาย ฉับพลัน ที่มีความจำเป็นจะต้องได้รับการล้างไตทางช่อง ท้องและเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีสิทธิ์ประกันสุขภาพ ๓๐ บาท	สามารถเปิดให้บริการล้าง ไตทางช่องท้อง ได้สำเร็จ ภายใน ปี ๒๕๖๒	กลุ่มงานอายุรกรรม รวบรวมข้อมูล และรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือ เมื่อสิ้นปีงบประมาณ
๔๕	อัตราความพึงพอใจของผู้มารับบริการ <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๒ = ร้อยละ ๘๐ ปี ๖๓ = ร้อยละ ๘๕ ปี ๖๔ = ร้อยละ ๙๐	ความพึงพอใจของผู้มารับบริการศูนย์ไตเทียม โดยใช้แบบ ประเมินความพึงพอใจผู้ป่วยนอก – ผู้ป่วยใน ที่ฝ่ายการพยาบาลนำมาปรับใช้	จำนวนผู้มารับบริการที่มีความ พึงพอใจในระดับดีมาก คูณด้วย ๑๐๐หารด้วยจำนวนผู้มารับบริการ ทั้งหมดที่ประเมินความพึงพอใจ	กลุ่มงานอายุรกรรม ร่วมกับ ฝ่ายการพยาบาล รวบรวมข้อมูล และรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือ เมื่อสิ้นปีงบประมาณ

(๘.๒) เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๔๖	ร้อยละของความสำเร็จในการให้บริการ เคมีบำบัด <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๔ ร้อยละ ๑๐๐	สามารถเปิดให้บริการเคมีบำบัดแก่ผู้ป่วย สำเร็จได้ในปี ๒๕๖๔	สามารถเปิดให้บริการเคมีบำบัด แก่ผู้ป่วย สำเร็จได้ในปี ๒๕๖๔	กลุ่มงานอายุรกรรม ร่วมกับ ฝ่ายการพยาบาล ร่วมกับ กลุ่มงาน เภสัชกรรม ร่วมกับ กลุ่มงานชันสูตร โรคกลาง ๆ รวบรวมข้อมูล และ รายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้น ปีงบประมาณ

(๘.๓) เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคระบบการหายใจและภาวะวิกฤติ

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๔๗	ร้อยละความสำเร็จในการเปิดบริการส่องกล้องเพื่อตรวจทางเดินหายใจ (Bronchoscopy) <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๓ – ๖๔ ปีละร้อยละ ๑๐๐	สามารถเปิดให้บริการส่องกล้องเพื่อตรวจทางเดินหายใจ (Bronchoscopy) สำเร็จได้ในปี ๒๕๖๓	สามารถเปิดให้บริการส่องกล้องเพื่อตรวจทางเดินหายใจ (Bronchoscopy) สำเร็จได้ในปี ๒๕๖๓	กลุ่มงานอายุรกรรม รวบรวมข้อมูลและรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ
๔๘	ร้อยละความสำเร็จในการขยายบริการหอบหืดผู้ป่วยหนัก * เพิ่มจากจำนวน ๕ เตียง เพิ่มอีก ๓ เตียง รวม ๘ เตียง <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๒ – ๖๔ ปีละร้อยละ ๑๐๐	ขยายการให้บริการหอบหืดผู้ป่วยหนัก เพิ่มจากจำนวน ๕ เตียง เพิ่มอีก ๓ เตียง รวม ๘ เตียง ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒	สามารถขยายการให้บริการหอบหืดผู้ป่วยหนัก เพิ่มจากจำนวน ๕ เตียง เพิ่มอีก ๓ เตียง รวม ๘ เตียง สำเร็จในปี ๒๕๖๒	ฝ่ายการพยาบาล รวบรวมข้อมูลและรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ
๔๙	อัตราความพึงพอใจของผู้มารับบริการหอบหืดผู้ป่วยหนัก <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๒ = ร้อยละ ๘๐ ปี ๖๓ = ร้อยละ ๘๕ ปี ๖๔ = ร้อยละ ๙๐	ความพึงพอใจของผู้มารับบริการศูนย์ไตเทียม โดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจผู้ป่วยนอก – ผู้ป่วยใน ที่ฝ่ายการพยาบาลนำมาปรับใช้	จำนวนผู้มารับบริการที่มีความพึงพอใจในระดับดีมาก คุณด้วย ๑๐๐ ทหารด้วย จำนวนผู้มารับบริการทั้งหมดที่ประเมินความพึงพอใจ	กลุ่มงานอายุรกรรม ร่วมกับฝ่ายการพยาบาล รวบรวมข้อมูลและรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ

๙) เพิ่มศักยภาพการให้บริการด้านออร์โธปิดิกส์

(๙.๑) เพื่อเพิ่มศักยภาพการให้บริการผู้ป่วยโรคกระดูกพรุน ข้อเข่า ข้อสะโพก

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๕๐	ร้อยละความสำเร็จในการขยายเพิ่มศักยภาพทางการแพทย์คลินิกโรคกระดูกพรุน <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๒ = ร้อยละ ๑๐๐	สามารถเปิดให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคกระดูกพรุนได้อย่างมีประสิทธิภาพ กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะโรคกระดูกพรุน	สามารถเปิดให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคกระดูกพรุน ได้สำเร็จ ภายในปี ๒๕๖๒	กลุ่มงานศัลยกรรม รวบรวมข้อมูลและรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๕๑	ร้อยละความสำเร็จในการขยายเพิ่ม ศักยภาพทางการแพทย์ด้านการผ่าตัด เปลี่ยนข้อเข่า ข้อสะโพกเทียม และการ ผ่าตัด revision arthroplasty <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๓ = ร้อยละ ๑๐๐	สามารถเปิดให้บริการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะข้อเข่า ข้อ สะโพกเทียมเสื่อมคุณภาพและต้องได้รับการผ่าตัด revision arthroplasty	สามารถเปิดให้บริการด้านการ ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ข้อสะโพก เทียม และการผ่าตัด revision arthroplasty ได้สำเร็จ ภายใน ปี ๒๕๖๓	กลุ่มงานศัลยกรรม รวบรวมข้อมูล และรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือ เมื่อสิ้นปีงบประมาณ

๑๐) เพิ่มศักยภาพการให้บริการด้านทันตกรรม
 (๑๐.๑) เพื่อขยายงานทันตกรรมเฉพาะทางและเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการทันตกรรม

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๕๒	ร้อยละความสำเร็จในการขยายงาน ทันตกรรมรักษารากฟันเต็มรูปแบบ <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ - ปี ๖๔ ปีละร้อยละ ๑๐๐	สามารถดำเนินการเปิดให้บริการทันตกรรมรักษารากฟัน ให้กับผู้ป่วยได้ ทั้งในฟันหน้า ฟันกรามน้อย และฟันกราม ใหญ่ ภายในปี ๒๕๖๑	ความสำเร็จในการขยายงาน ทันตกรรมรักษารากฟันเต็มรูปแบบ ภายในปี ๒๕๖๑	กลุ่มงานทันตกรรม รวบรวมข้อมูล และรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือ เมื่อสิ้นปีงบประมาณ
๕๓	ร้อยละความสำเร็จในการขยายงาน ทันตกรรมประดิษฐ์ <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๒ - ปี ๖๓ ปีละร้อยละ ๑๐๐	สามารถเปิดให้บริการงานฟันปลอมให้กับผู้ป่วยได้ ภายใน ปี ๒๕๖๒ (มีการจ้างผู้เชี่ยวชาญห้องเวลา ๑ ราย เพื่อใช้ในการปฏิบัติงาน) เนื่องจากบุคลากรไม่เพียงพอต่อการให้บริการ	ความสำเร็จในการขยายงาน ทันตกรรมประดิษฐ์ ภายในปี ๒๕๖๒	กลุ่มงานทันตกรรม รวบรวมข้อมูล และรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือ เมื่อสิ้นปีงบประมาณ
๕๔	ร้อยละความสำเร็จในการเพิ่มศักยภาพ การให้บริการโดยเปลี่ยนระบบภาพ เอกซเรย์ฟันเป็นแบบดิจิทัล <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ - ปี ๖๔ ปีละร้อยละ ๑๐๐	- สามารถเปลี่ยนภาพเอกซเรย์ฟันจากระบบภาพเป็นแบบ ดิจิตอลได้ภายในปี ๒๕๖๑ - จัดซื้อชุดอ่านและแปลงสัญญาณภาพเอกซเรย์เป็นระบบ ดิจิตอลพร้อมอุปกรณ์ดูภาพแต่ละเก้าอี้ทำฟัน (งบประมาณ ๕๙๐,๐๐๐.- บาท)	ความสำเร็จในการเพิ่มศักยภาพ การให้บริการเอกซเรย์ฟันโดย เปลี่ยนจากระบบภาพเอกซเรย์ ฟันโดยเปลี่ยนจากระบบภาพ เอกซเรย์ฟันเป็นแบบดิจิทัล ภายในปี ๒๕๖๑	กลุ่มงานทันตกรรม รวบรวมข้อมูล และรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือ เมื่อสิ้นปีงบประมาณ

๑๑) เพิ่มศักยภาพการให้บริการด้านผู้สูงอายุ

(๑๑.๑) เพื่อพัฒนาศักยภาพการให้บริการผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๕๕	คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพที่ผ่านเกณฑ์ (เกินมาตรฐานสำนักการแพทย์) <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ – ๖๔ ปีละร้อยละ ๑๐๐	สามารถดำเนินการตามเกณฑ์การประเมินคลินิกผู้สูงอายุ และต้องผ่านเกณฑ์การประเมินตามมาตรฐานที่สำนักการแพทย์ กำหนด จำนวน ๒๐ ข้อ และคะแนนรวมไม่น้อยกว่า ๑๗ คะแนน (ตามรายละเอียดในภาคผนวก)	ผ่านเกณฑ์ประเมินคลินิกผู้สูงอายุ คุณภาพโรงพยาบาลสังกัด สำนักการแพทย์ตามเกณฑ์ที่ กำหนด	คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ รวบรวม ข้อมูล และรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ
๕๖	ร้อยละความสำเร็จในการบูรณาการ คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย ผู้สูงอายุ <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ – ๖๔ ปีละร้อยละ ๑๐๐	- มีการปรับปรุงสถานที่ให้บริการคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ เพื่ออำนวยความสะดวกต่อการให้บริการผู้สูงอายุ - มีการพัฒนาระบบการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุให้เป็น ระบบและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น - มีการพัฒนาระบบการให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุให้มี ประสิทธิภาพยิ่งขึ้น	๑. สามารถปรับปรุงสถานที่ ให้บริการ ๒. มีขั้นตอนการปฏิบัติงานที่ ชัดเจน	คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ รวบรวม ข้อมูล และรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ
๕๗	กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุเฉพาะโรคเข้าสู่ระบบ การดูแลอย่างเป็นองค์รวมเพิ่มขึ้น <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ – ๖๔ ปีละ ๑ – ๒ กลุ่มโรค	มีการส่งต่อผู้ป่วยสูงอายุเฉพาะโรคเข้าสู่ระบบดูแลอย่าง เป็นองค์รวมที่คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ	จำนวนคลินิกมีการส่งต่อผู้ป่วย ผู้สูงอายุเฉพาะโรค	คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ ร่วมกับ กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชน ฯ ร่วมกับ กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ ร่วมกับ กลุ่มงานอายุรกรรม ร่วมกับ กลุ่มงาน ศัลยกรรม ร่วมกับ กลุ่มงานจิตเวช และร่วมกับกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู รวบรวมข้อมูล และรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ

๑๒) เพิ่มศักยภาพการให้บริการผู้ป่วยระยะท้าย แบบประคับประคอง (Palliative Care)

(๑๒.๑) เพื่อพัฒนาศักยภาพการให้บริการผู้ป่วยระยะท้าย แบบประคับประคอง Palliative Care

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๕๘	ขยายบริการ Palliative Care ในการดูแลผู้ป่วยทุกหอผู้ป่วยและชุมชน <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ = ๓ หน่วยงาน ปี ๖๒ = ๖ หน่วยงาน ปี ๖๓ = ๙ หน่วยงาน ปี ๖๔ = ๑๐ หน่วยงาน	ระบบการดูแลผู้ป่วยในฝ่ายการพยาบาล (หน่วยงาน/หอผู้ป่วย) ที่นำระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) เข้ามาใช้ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและผู้ป่วยแบบประคับประคองให้มีประสิทธิภาพคงเดิม/เพิ่มมากขึ้น ปี ๖๑ คือ หอผู้ป่วยชาย หอผู้ป่วยหญิง หออภิบาลผู้ป่วยหนัก ปี ๖๒ เพิ่มอีก คือ หอผู้ป่วยพิเศษ, หอผู้ป่วยศัลยกรรม, หอผู้ป่วยหลังคลอดและเด็ก ปี ๖๓ เพิ่มอีก คือ ห้องอุบัติเหตุ, OPD, ห้องตรวจสูติ - นรีเวชกรรม ปี ๖๔ เพิ่มอีก คือ ชุมชน	นับเป็นจำนวนหน่วยงาน/หอผู้ป่วยที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและผู้ป่วยประคับประคอง (Palliative Care) ทำให้ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและผู้ป่วยประคับประคอง คงเดิม/เพิ่มมากขึ้น	ฝ่ายการพยาบาล ร่วมกับ กลุ่มงานอายุรกรรม ร่วมกับ กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม ร่วมกับ กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชน ฯ รวบรวมข้อมูล และรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ

๑๓) เพิ่มศักยภาพการให้บริการการแพทย์แผนไทย

(๑๓.๑) เพื่อพัฒนาศักยภาพการให้บริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๕๙	ร้อยละความสำเร็จของโรงพยาบาลเปิดให้บริการคลินิกแพทย์แผนไทย/แพทย์ทางเลือก <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ = ร้อยละ ๑๐๐	การจัดตั้งให้มีสถานที่ในการเปิดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานโดยมีสิ่งอำนวยความสะดวกที่ได้มาตรฐานในจุดบริการทั้งห้องตรวจโรค ที่พักคอยผู้รับบริการ ห้องนวด ห้องกระโจม ตู้อบไอน้ำสมุนไพร ห้องปรุยาผู้ป่วย เฉพาะราย ห้องจ่ายยา ห้องเตรียมอุปกรณ์ทำหม้อเกลือ ห้องเปลี่ยนเสื้อผ้า ห้องน้ำ และ อื่น ๆ ตามที่กำหนด	สามารถเปิดให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานสำเร็จได้ในปี ๒๕๖๑	ฝ่ายการพยาบาล รวบรวมข้อมูล และรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๖๐	อัตราความพึงพอใจผู้มารับบริการคลินิกแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ – ๖๔ ปีละ $\geq$ ร้อยละ ๘๐	ความพึงพอใจของผู้มารับบริการคลินิกแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก โดยใช้แบบฟอร์มเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด	จำนวนผู้มารับบริการที่มีความพึงพอใจในระดับดีมาก คูณด้วย ๑๐๐หารด้วยจำนวนผู้มารับบริการทั้งหมดที่ประเมินความพึงพอใจ	ฝ่ายการพยาบาล รวบรวมข้อมูลและรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ
๖๑	คลินิกแพทย์แผนไทยและแผนทางเลือกได้รับการประเมินผ่านเกณฑ์มาตรฐาน <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ – ๖๔ ปีละ $\geq$ ร้อยละ ๘๐	สามารถดำเนินการตามเกณฑ์การประเมินคลินิกแพทย์แผนไทยและแผนทางเลือกและได้รับการประเมินผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	ผ่านเกณฑ์ประเมินคลินิกแพทย์แผนไทยและแผนทางเลือก	ฝ่ายการพยาบาล รวบรวมข้อมูลและรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ

กลยุทธ์ที่ ๒.๔ เพิ่มศักยภาพการแพทย์ฉุกเฉินให้สอดคล้องกับสาธารณสุขที่มีในพื้นที่
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ ๒.๔.๑ เพื่อเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลในการให้บริการทางการแพทย์ในกรณีเกิดสาธารณภัย
๑) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและสร้างความเชื่อมั่น เตรียมความพร้อม รองรับรูปแบบของสาธารณภัยที่มีการเปลี่ยนแปลง

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๖๒	ปรับปรุงแผนรับสาธารณภัยของโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องและให้เป็นปัจจุบัน <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ – ๖๔ ปีละ ๑ ครั้ง/ปี	คณะกรรมการฯ มีการประชุมปรับปรุงแผนรับสาธารณภัยของโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องและให้เป็นปัจจุบันเพื่อให้เกิดความพร้อมหากเกิดเหตุการณ์จริง	นับจำนวนการปรับปรุงแผนฯ	ฝ่ายการพยาบาล ร่วมกับคณะกรรมการสาธารณสุข รพท. รวบรวมข้อมูล และรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ
๖๓	การจัดการซ้อมรับเหตุสาธารณภัยอุบัติภัยมวลชน หรือ บุคลากรในโรงพยาบาล <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ – ๖๔ ปีละ ๑ ครั้ง/ปี	จัดให้มีการซ้อมเหตุสาธารณภัยอุบัติภัย ให้แก่มวลชนหรือบุคลากรในโรงพยาบาล ปีละ ๑ ครั้ง	นับจำนวนการซ้อมรับเหตุสาธารณภัยฯ	ฝ่ายการพยาบาล ร่วมกับคณะกรรมการสาธารณสุข รพท. รวบรวมข้อมูล และรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๖๔	ร้อยละบุคลากรเข้าร่วมซ้อมแผนรับ สาธารณภัย <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ = ร้อยละ ๗๐ ปี ๖๒ = ร้อยละ ๗๕ ปี ๖๓ = ร้อยละ ๘๐ ปี ๖๔ = ร้อยละ ๘๕	บุคลากรที่มีรายชื่อตามคำสั่งให้เข้าร่วมซ้อมแผนรับ สาธารณภัย สามารถเข้าร่วมตลอดหลักสูตร	รายชื่อบุคลากรที่เข้าร่วมซ้อม แผนรับสาธารณภัย หรือ อุบัติภัย หมู่จริง คุณด้วย ๑๐๐ ทหารด้วย รายชื่อบุคลากรที่มีในคำสั่งให้เข้า ร่วมแผนฯ	ฝ่ายการพยาบาล ร่วมกับ คณะกรรมการสาธารณภัย รพท. รวบรวมข้อมูล และรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ

๒) เพื่อเพิ่มศักยภาพการดูแลการแพทย์ฉุกเฉิน

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๖๕	ร้อยละของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินที่ขอรับบริการ ทางการแพทย์ฉุกเฉินขั้นสูง (Advance) สามารถรับบริการภายใน ๑๐ นาที <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ – ๖๔ ปีละ ร้อยละ ๔๐	ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินในเขตพื้นที่รับผิดชอบที่ขอรับบริการ ศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่เป็น <u>บริการขั้นสูง ได้รับ</u> <u>บริการภายใน ๑๐ นาที</u>	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับบริการขั้นสูง ภายใน ๑๐ นาที ทหารด้วย จำนวนผู้ป่วยที่ขอรับบริการ ทั้งหมด คุณ ๑๐๐	ฝ่ายการพยาบาล ร่วมกับ กลุ่มงาน เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ฯ รวบรวมข้อมูล และรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือ เมื่อสิ้นปีงบประมาณ
๖๖	ระดับความสำเร็จในส่วนขยายบริการห้อง ทำแผล - ฉีดยา (ห้องอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน) <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ = ร้อยละ ๑๐๐	สามารถขยายการให้บริการห้องทำแผล - ฉีดยา (ห้อง อุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน) ในปี ๒๕๖๑	เปิดให้บริการห้องทำแผล - ฉีดยา (ห้องอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน) สำเร็จ ในปี ๒๕๖๑	ฝ่ายการพยาบาล ร่วมกับ กลุ่มงาน เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ฯ รวบรวมข้อมูล และรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือ เมื่อสิ้นปีงบประมาณ
๖๗	อัตราความพึงพอใจผู้มารับบริการ งานอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ = > ร้อยละ ๘๐ ปี ๖๒ = > ร้อยละ ๘๐ ปี ๖๓ = > ร้อยละ ๘๕ ปี ๖๔ = > ร้อยละ ๘๕	ความพึงพอใจของผู้มารับบริการงานอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน โดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจผู้ป่วยนอก ที่ฝ่ายการพยาบาลนำมาปรับใช้	จำนวนผู้มารับบริการที่มีความ พึงพอใจในระดับดีมาก คุณด้วย ๑๐๐ ทหารด้วย จำนวนผู้มารับบริการ ทั้งหมดที่ประเมินความพึงพอใจ	ฝ่ายการพยาบาล ร่วมกับ กลุ่มงาน เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ฯ รวบรวมข้อมูล และรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือ เมื่อสิ้นปีงบประมาณ

กลยุทธ์ที่ ๒.๕ สร้างเครือข่ายในการส่งต่อ

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ ๒.๕.๑ เพื่อสร้างเครือข่ายในการส่งต่อ (ในโรคที่ยังมีศักยภาพไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วย)

๑) เพิ่มศักยภาพในการส่งต่อภาครัฐ

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๖๘	ร้อยละความสำเร็จของการส่งต่อผู้ป่วยโรคที่สำคัญ <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ = ร้อยละ ๘๐ ปี ๖๒ = ร้อยละ ๘๐ ปี ๖๓ = ร้อยละ ๘๕ ปี ๖๔ = ร้อยละ ๘๕	ระบบส่งต่อ หมายถึง การประสานงานส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลทั้งในและนอกสังกัดสำนักงานสาธารณสุข ประกอบด้วยโรคสำคัญ ๕ โรค ได้แก่ อุบัติเหตุ ศัลยกรรมประสาทและสมอง ทารกเกิดก่อนกำหนด โรคหลอดเลือดสมอง และออร์โธปิดิกส์	จำนวนผู้ป่วยโรคสำคัญ ๕ โรค ได้แก่ อุบัติเหตุ ศัลยกรรมประสาทและสมอง ทารกเกิดก่อนกำหนด โรคหลอดเลือดสมอง และออร์โธปิดิกส์ ที่ส่งต่อสำเร็จทั้งในและนอกโรงพยาบาล สังกัด สำนักงานสาธารณสุขด้วย จำนวนผู้ป่วย ๕ โรคสำคัญที่ต้องการส่งต่อทั้งหมด คูณ ๑๐๐	ฝ่ายการพยาบาล ร่วมกับ ศูนย์ BFC รวบรวมข้อมูล และรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ
๖๙	ความสำเร็จในการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลกับศูนย์บริการสาธารณสุข <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ – ๖๔ ปีละ ร้อยละ ๑๐๐	ความสำเร็จในการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลกับศูนย์บริการสาธารณสุข หมายถึง ศูนย์บริการสาธารณสุขสามารถส่งตัวผู้ป่วยมารับบริการรักษาต่อที่โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขได้แล้วเสร็จ	จำนวนผู้ป่วยที่ส่งต่อสำเร็จจากศูนย์บริการสาธารณสุขมารับบริการรักษาในรพ. สังกัด สนพ. ด้วย จำนวนผู้ป่วยที่ ส่งต่อทั้งหมดจาก ศบส. คูณ ๑๐๐	ฝ่ายการพยาบาล ร่วมกับ ศูนย์ BFC รวบรวมข้อมูล และรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ

๒) เพื่อเพิ่มศักยภาพการส่งต่อ และตอบกลับข้อมูลผู้ป่วยที่ทำ discharge plan

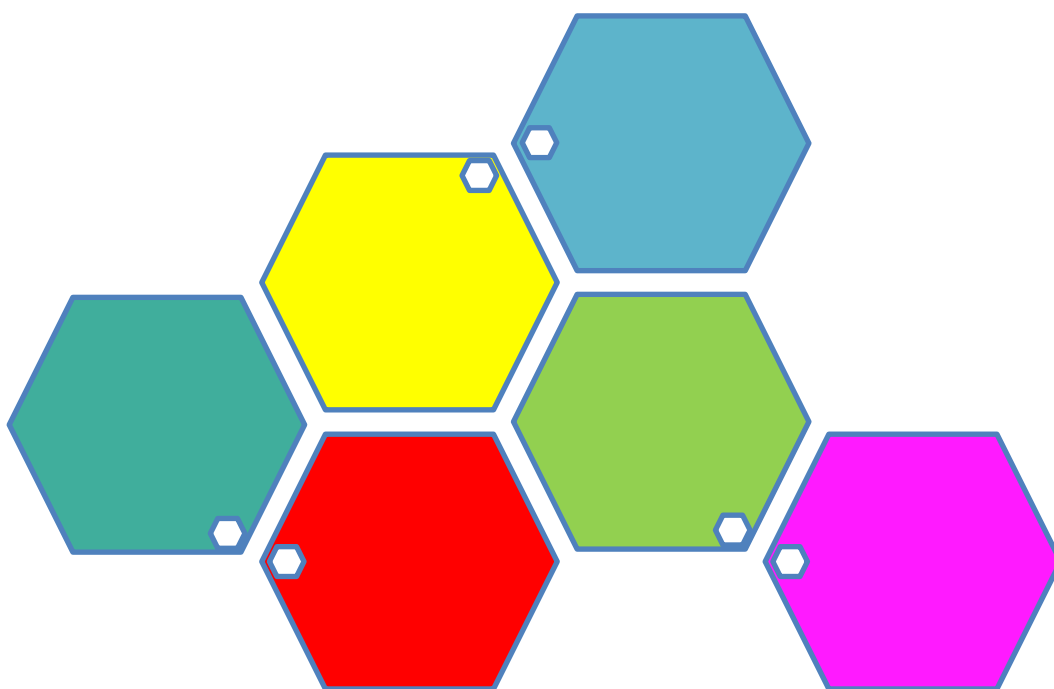
ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๓๐	อัตราการส่งต่อ และตอบกลับข้อมูลผู้ป่วย ที่ทำ discharge plan <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ = ร้อยละ ๓๐ ปี ๖๒ = ร้อยละ ๓๕ ปี ๖๓ = ร้อยละ ๔๐ ปี ๖๔ = ร้อยละ ๔๕	จำนวนผู้ป่วยที่ส่งต่อข้อมูลการเยี่ยมบ้านไปยังกลุ่มงาน เวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และได้รับการ ตอบกลับข้อมูลหลังผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านทั้งหมด ในเดือน	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการตอบกลับ ข้อมูลหลังได้รับการเยี่ยมบ้าน (จากกลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชนฯ/ ศูนย์บริการสาธารณสุข) คูณด้วย ๑๐๐หารด้วย จำนวนผู้ป่วยที่ส่ง ข้อมูลการเยี่ยมบ้านทั้งหมด ในเดือน	ฝ่ายการพยาบาล ร่วมกับ กลุ่มงาน เวชศาสตร์ชุมชน ฯ ร่วมกับกลุ่มงาน อายุรกรรม รวบรวมข้อมูล และ รายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้น ปีงบประมาณ

บทที่ ๓

ประเด็นยุทธศาสตร์และแนวทางการเก็บข้อมูล

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๓

เทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนงานบริการและการบริหาร
(Smart IT)



ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๓ เทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนงานบริการและการบริหาร (Smart IT)

เป้าหมายหลัก : ระบบสารสนเทศที่มีคุณภาพเพื่อการบริหาร บริการ และการเชื่อมโยงข้อมูลเครือข่าย
บริการสุขภาพ

กลยุทธ์

๓.๑ ส่งเสริมให้มีการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดในงานบริการและงานบริหาร

กลยุทธ์ที่ ๓.๑ ส่งเสริมให้มีการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดในงานบริการ
และงานบริหาร

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

๓.๑.๑	พัฒนาระบบการสื่อสารและการบริการให้ผู้รับบริการ
๓.๑.๒	ปรับปรุงโครงสร้าง (Infrastructure) ระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล
๓.๑.๓	พัฒนาระบบข้อมูลให้มีความถูกต้อง รวดเร็ว
๓.๑.๔	พัฒนาระบบ Less Paper

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๓ เทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนงานบริการและการบริหาร (Smart IT)

กลยุทธ์ที่ ๓.๑ ส่งเสริมให้มีการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดในงานบริการและงานบริหาร

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ ๓.๑.๑ พัฒนาระบบการสื่อสารและการบริการให้ผู้รับบริการ
ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				หน่วยงานรับผิดชอบ
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๑	ร้อยละความสำเร็จของการพัฒนาระบบนัดหมายทาง Smartphone	ร้อยละ	๒๐	๕๐	๑๐๐	-	คณะกรรมการ IT/ฝ่ายวิชาการฯ (งานสารสนเทศฯ)
๒	ร้อยละของผู้ใช้งานระบบนัดหมายทาง Smartphone	ร้อยละ	-	-	๑๐๐	-	คณะกรรมการ IT/ฝ่ายวิชาการฯ (งานสารสนเทศฯ)

โครงการ/กิจกรรมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑	โครงการ การพัฒนาระบบนัดหมายทาง Smartphone (on Android) (*มีการส่งบุคลากรอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาความรู้กลับมาพัฒนาระบบงาน) (ปี ๒๕๖๑)	๑๖,๕๐๐.๐๐	ฝ่ายวิชาการฯ (งานสารสนเทศฯ)

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ ๓.๑.๒ ปรับปรุงโครงสร้าง (Infrastructure) ระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล
ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				หน่วยงานรับผิดชอบ
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๓	ร้อยละความสำเร็จของการปรับปรุงระบบเครือข่าย	ร้อยละ	๕๐	๑๐๐	-	-	คณะกรรมการ IT

โครงการ/กิจกรรมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑	โครงการปรับปรุงระบบเครือข่ายของโรงพยาบาล (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๒)	๑๕,๐๐๐,๐๐๐.๐๐	คณะกรรมการ IT

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ ๓.๑.๓ พัฒนาระบบข้อมูลให้มีความถูกต้อง รวดเร็ว
ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๔	ร้อยละความสำเร็จของการจัดทำ ข้อมูลรายงาน/ สถิติตามตัวชี้วัด ที่สำคัญ	ร้อยละ	๕๐	๗๐	๙๐	๑๐๐	คณะกรรมการ IT/ ฝ่ายวิชาการฯ (งานสารสนเทศฯ)
๕	ร้อยละความถูกต้องของข้อมูล รายงาน/ สถิติตามตัวชี้วัดที่สำคัญ	ร้อยละ	๕๐	๖๐	๘๐	๙๐	คณะกรรมการ IT/ ฝ่ายวิชาการฯ (งานสารสนเทศฯ)

โครงการ/กิจกรรมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑	กิจกรรมการพัฒนาระบบข้อมูลรายงาน/ สถิติตามตัวชี้วัด ที่สำคัญ (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คณะกรรมการ IT/ ฝ่ายวิชาการฯ (งานสารสนเทศฯ)
๒	กิจกรรมการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลรายงาน/ สถิติ ตามตัวชี้วัดที่สำคัญ (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คณะกรรมการ IT/ ฝ่ายวิชาการฯ (งานสารสนเทศฯ)

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ ๓.๑.๔ พัฒนาระบบ Less Paper
ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๖	ร้อยละความสำเร็จของการพัฒนา ระบบ Less Paper	ร้อยละ	๒๕	๕๐	๗๐	๑๐๐	คณะกรรมการ IT/

โครงการ/กิจกรรมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑	โครงการ การพัฒนาระบบ Less Paper (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คณะกรรมการ IT

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๓ เทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนงานบริการและการบริหาร (Smart IT)

แนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูล

กลยุทธ์ที่ ๓.๑ ส่งเสริมให้มีการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดในงานบริการและงานบริหาร
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ ๓.๑.๑ พัฒนาระบบการสื่อสารและการบริการให้ผู้รับบริการ

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๑	ร้อยละความสำเร็จของการพัฒนาระบบ นัดหมายทาง Smartphone <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ = ร้อยละ ๒๐ ปี ๖๒ = ร้อยละ ๕๐ ปี ๖๓ = ร้อยละ ๑๐๐	ความสำเร็จของการพัฒนาระบบนัดหมายทาง Smartphone คือ สามารถดำเนินการ ดังนี้ ๑) ส่งนักวิชาการคอมพิวเตอร์เข้ารับการอบรมการ พัฒนาโปรแกรม (ร้อยละ ๒๐) ๒) ออกแบบและจัดทำ Application (ร้อยละ ๕๐) ๓) ทดสอบ ปรับปรุง Implement และเริ่มเปิดใช้งาน (ร้อยละ ๘๐) ๔) ประเมินผลการใช้งาน (ร้อยละ ๑๐๐) ผู้ใช้งาน ระบบนัดหมายทาง Smartphone คือ กลุ่มผู้ป่วย ทั่วไปที่ต้องการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลและนัด พบแพทย์	โดยร้อยละของผู้ใช้งานระบบ นัดหมายฯ คำนวณจากจำนวนผู้ป่วย นัดหมายทาง Smartphone หาค ด้วย จำนวนผู้ป่วยนัดหมายของ ห้องตรวจผู้ป่วยนอกทั้งหมด คูณด้วย ๑๐๐	ฝ่ายวิชาการและแผนงาน (งานเทคโนโลยีและสารสนเทศ) รวบรวมข้อมูล และรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือ เมื่อสิ้น ปีงบประมาณ
๒	ร้อยละของผู้ใช้งานระบบนัดหมายทาง Smartphone <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๓ = ร้อยละ ๑๐๐	ความสำเร็จของการพัฒนาระบบนัดหมายทาง Smartphone คือ สามารถดำเนินการ ดังนี้ ๑) ส่งนักวิชาการคอมพิวเตอร์เข้ารับการอบรมการ พัฒนาโปรแกรม (ร้อยละ ๒๐)	โดยร้อยละของผู้ใช้งานระบบนัดหมาย ฯ คำนวณจากจำนวนผู้ป่วยนัดหมายทาง Smartphone หาคด้วย จำนวนผู้ป่วย นัดหมายของห้องตรวจผู้ป่วยนอก ทั้งหมด คูณด้วย ๑๐๐	ฝ่ายวิชาการและแผนงาน (งานเทคโนโลยีและสารสนเทศ) รวบรวมข้อมูล และรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือ เมื่อสิ้น ปีงบประมาณ

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
		๒) ออกแบบและจัดทำ Application (ร้อยละ ๕๐) ๓) ทดสอบ ปรับปรุง Implement และเริ่มเปิดใช้งาน (ร้อยละ ๘๐) ๔) ประเมินผลการใช้งาน (ร้อยละ ๑๐๐) ผู้ใช้งานระบบนัดหมายทาง Smartphone คือ กลุ่มผู้ป่วยทั่วไปที่ต้องการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลและนัดพบแพทย์		

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ ๓.๑.๒ ปรับปรุงโครงสร้าง (Infrastructure) ระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๓	ร้อยละความสำเร็จของการปรับปรุงระบบเครือข่าย <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ = ร้อยละ ๕๐ ปี ๖๒ = ร้อยละ ๑๐๐	การดำเนินการปรับปรุงระบบเครือข่าย ประกอบด้วย ๑) การเปลี่ยนอุปกรณ์เครือข่าย ได้แก่ Core Switch, Distribute Swith และ Firewall ๒) การนำเทคโนโลยี Load Balance มาใช้งานรวมทั้งการเดินสาย LAN ทั้งโรงพยาบาล เพื่อให้เพียงพอต่อการใช้งานเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานและลดการเกิด Downtime ของระบบเครือข่าย	๑) ภายในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ สามารถดำเนินการจัดซื้อ – จัดจ้าง (ร้อยละ ๕๐) ๒) ภายในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ สามารถติดตั้งปรับปรุงระบบเครือข่ายสำเร็จ (ร้อยละ ๑๐๐)	ฝ่ายวิชาการและแผนงาน (งานเทคโนโลยีและสารสนเทศ) รวบรวมข้อมูล และรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือ เมื่อสิ้นปีงบประมาณ

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ ๓.๑.๓ พัฒนาระบบข้อมูลให้มีความถูกต้อง รวดเร็ว

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๔	ร้อยละความสำเร็จของการจัดทำข้อมูล รายงาน/ สถิติตามตัวชี้วัดที่สำคัญ <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ = ร้อยละ ๕๐ ปี ๖๒ = ร้อยละ ๗๐ ปี ๖๓ = ร้อยละ ๙๐ ปี ๖๔ = ร้อยละ ๑๐๐	ข้อมูลรายงานหลักของโรงพยาบาล คือ รายงาน/สถิติ ที่โรงพยาบาลจัดส่งให้กับสำนักงานการแพทย์ <u>ตัวชี้วัด</u> คือ ตัวชี้วัดของโรงพยาบาล ตัวชี้วัดของ หน่วยงาน	สามารถดำเนินการ ดังนี้ ขั้นตอนที่ ๑ – ๔ (ร้อยละ ๕๐) ๑) จัดตั้งคณะทำงานพัฒนาข้อมูล ๒) รวบรวมรายงานหลักของ โรงพยาบาล, ตัวชี้วัดหน่วยงาน ๓) จัดทำนิยาม, ประสานกับบริษัท Abstract ๔) ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล รายงาน/สถิติ ขั้นตอนที่ ๕ (ร้อยละ ๗๐ - ๑๐๐) ๕) ปรับปรุงเพื่อเพิ่มความถูกต้อง (การบันทึก, การวิเคราะห์) ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ : รายงานหลัก ของโรงพยาบาล ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ : ตัวชี้วัดของ โรงพยาบาล ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ : ตัวชี้วัดของ หน่วยงาน	

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๕	ร้อยละความถูกต้องของข้อมูลรายงาน/สถิติตามตัวชี้วัดที่สำคัญ <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ = ร้อยละ ๕๐ ปี ๖๒ = ร้อยละ ๖๐ ปี ๖๓ = ร้อยละ ๘๐ ปี ๖๔ = ร้อยละ ๑๐๐	การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลรายงาน/สถิติตามตัวชี้วัดที่สำคัญ กำหนดเป็น ๓ ส่วน ประกอบด้วย ๑) ความถูกต้องของการบันทึกข้อมูล (Input) ๒) ความถูกต้องของการวิเคราะห์ข้อมูล (Analysis) ๓) ความถูกต้องของข้อมูล (Correction)	จากจำนวนรายงานตามตัวชี้วัดที่สำคัญที่มีความถูกต้อง ร้อยละ ๑๐๐ หารด้วย จำนวนรายงานตามตัวชี้วัดที่สำคัญทั้งหมด คูณด้วย ๑๐๐	ฝ่ายวิชาการและแผนงาน (งานเทคโนโลยีและสารสนเทศ) รวบรวมข้อมูล และรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือ เมื่อสิ้น ปีงบประมาณ

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ ๓.๑.๔ พัฒนาระบบ Less Paper

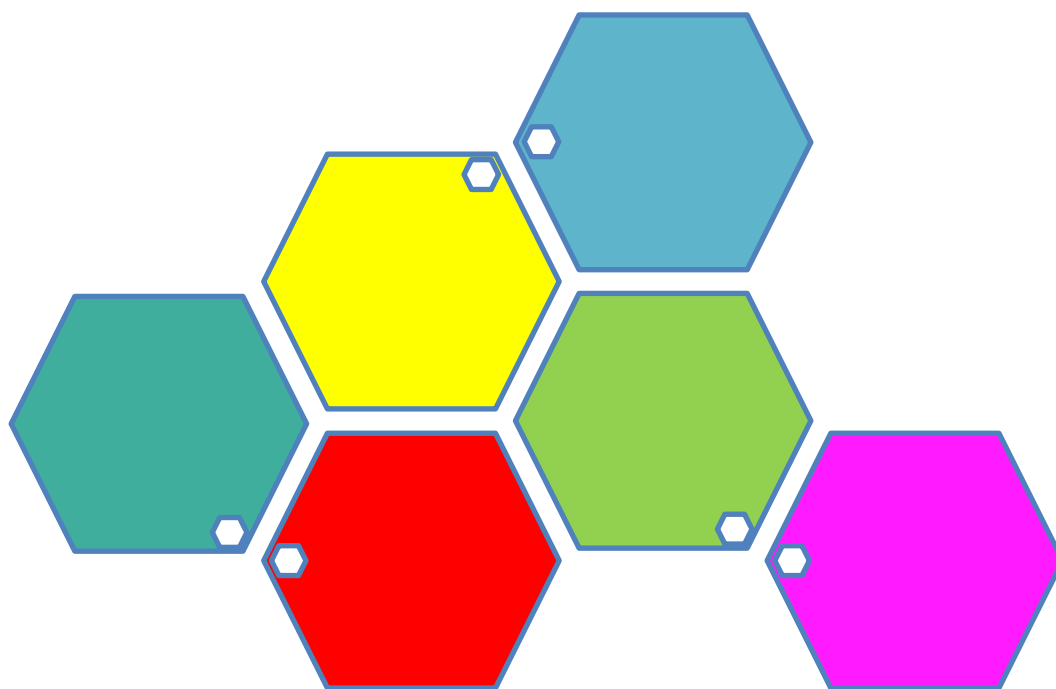
ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๖	ร้อยละความสำเร็จของการพัฒนาระบบ Less Paper <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ = ร้อยละ ๒๕ ปี ๖๒ = ร้อยละ ๕๐ ปี ๖๓ = ร้อยละ ๗๐ ปี ๖๔ = ร้อยละ ๑๐๐	ระบบ Less Paper คือ การใช้งานระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HIS) ด้วยระบบคอมพิวเตอร์ทั้งหมด โดยลดการใช้เอกสารหรือไม่ใช้เอกสาร	๑) พัฒนาระบบ Less Paper ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกในห้องตรวจ ศัลยกรรมกระดูก และข้อ, ห้องตรวจ จักษุ และห้องตรวจโสต คอ นาสิก (ร้อยละ ๒๕) ๒) พัฒนาระบบ Less Paper ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกในห้องตรวจที่เหลือทั้งหมด (ร้อยละ ๕๐) ๓) พัฒนาระบบ Less Paper ในหอผู้ป่วย และหน่วยงานระบบสนับสนุนบางส่วน (ร้อยละ ๗๕) ๔) พัฒนาระบบ Less Paper ในหอผู้ป่วย และหน่วยงานระบบสนับสนุนทั้งหมด (ร้อยละ ๑๐๐)	ฝ่ายวิชาการและแผนงาน (งานเทคโนโลยีและสารสนเทศ) รวบรวมข้อมูล และรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือ เมื่อสิ้น ปีงบประมาณ

บทที่ ๓

ประเด็นยุทธศาสตร์และแนวทางการเก็บข้อมูล

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔

เพิ่มศักยภาพทรัพยากรมนุษย์สร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้
(Learning Organization)



ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔ เพิ่มศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ สร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้
(Learning Organization)

เป้าหมายหลัก : บุคลากรมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ มีสมรรถนะที่สอดคล้องกับภารกิจ

กลยุทธ์

- ๔.๑ พัฒนาสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรสู่องค์กรสุขภาพดี
- ๔.๒ วางแผนอัตรากำลังและระบบการสรรหาบุคลากรอย่างเป็นระบบ
- ๔.๓ พัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และสมรรถนะในการทำงานให้สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาโรงพยาบาล
- ๔.๔ ต่อยอดการจัดการความรู้ (KM) และสร้างเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง
- ๔.๕ พัฒนา ส่งเสริม งานวิจัย ผลงานวิชาการ ผลงานนวัตกรรม งานประจำสู่งานวิจัย (R๒R) อย่างเป็นระบบ

กลยุทธ์ที่ ๔.๑ พัฒนาสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรสู่องค์กรสุขภาพดี

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

๔.๑.๑	เพื่อส่งเสริมบุคลากรด้านวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพ พัฒนาระบบการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยรวมทั้งอาชีวอนามัยในการทำงาน
-------	---

กลยุทธ์ที่ ๔.๒ วางแผนอัตรากำลังและระบบการสรรหาบุคลากรอย่างเป็นระบบ

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

๔.๒.๑	เพื่อจัดหาบุคลากรให้มีความเพียงพอ
๔.๒.๒	เพื่อกำหนดกระบวนการสรรหาบุคลากรเข้าสู่ตำแหน่งอย่างมีคุณภาพ โปร่งใส และตรวจสอบได้

กลยุทธ์ที่ ๔.๓ พัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และสมรรถนะในการทำงานให้สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

๔.๓.๑	เพื่อพัฒนาความรู้ความสามารถ เพิ่มศักยภาพบุคลากรให้ตรงสายงาน และความต้องการของโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง
-------	--

กลยุทธ์ที่ ๔.๔ ต่อยอดการจัดการความรู้ (KM) และสร้างเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

๔.๔.๑	เพื่อพัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้ได้รับการพัฒนาศักยภาพความรู้ความสามารถรายบุคคล
๔.๔.๒	พัฒนา ส่งเสริมกระบวนการให้การแลกเปลี่ยนเรียนรู้

กลยุทธ์ที่ ๔.๕ พัฒนา ส่งเสริม งานวิจัย/ ผลงานวิชาการ/ ผลงานนวัตกรรม และงานประจำสู่งานวิจัย (R๒R) อย่างเป็นระบบ

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

๔.๕.๑	เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้บุคลากรพัฒนาองค์ความรู้ (งานวิจัย/ผลงานวิชาการ/นวัตกรรม และงานประจำสู่งานวิจัย (R๒R)
-------	--

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔ เพิ่มศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ สร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้
(Learning Organization)

กลยุทธ์ที่ ๔.๑ พัฒนาร่างเสริมสุขภาพของบุคลากรสู่องค์กรสุขภาพดี

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ ๔.๑.๑ เพื่อส่งเสริมบุคลากรด้านวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพ พัฒนาระบบการจัดการ
ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยรวมทั้งอาชีวอนามัยในการทำงาน

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๑	ร้อยละบุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี	ร้อยละ	≥๘๐	≥๘๐	≥๘๕	≥๙๐	คกก. HPH / DHS ทุกหน่วยงาน
๒	ร้อยละบุคลากรที่มี BMI เกินเข้าร่วมโครงการ/กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถลด BMI ได้	ร้อยละ	≥๗๕	≥๘๐	≥๘๕	≥๘๕	คกก. HPH / DHS ก.เวชศาสตร์ชุมชน/ ทุกหน่วยงาน
๓	ร้อยละบุคลากรกลุ่มเสี่ยงจากการทำงานได้รับการตรวจคัดกรองด้านอาชีวอนามัย	ร้อยละ	≥๘๐	≥๘๐	≥๘๐	≥๘๐	คกก. HPH / DHS ทุกหน่วยงาน

โครงการ/กิจกรรมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑	โครงการตรวจสุขภาพประจำปีให้แก่บุคลากร ปีละ ๑ ครั้ง (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คกก. HPH / DHS ก.เวชศาสตร์ชุมชนฯ
๒	โครงการ/กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพบุคลากรกรของโรงพยาบาล (ภายใน) (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	งบประมาณ ไม่แน่นอน (เงินบำรุง รพท./หรือ เงินสนับสนุนจาก สปสช.)	ก.เวชศาสตร์ชุมชนฯ
๓	โครงการอบรมบุคลากรโรคจากการทำงานภายในโรงพยาบาล (ภายใน) (ปี ๒๕๖๓)	งบประมาณ ไม่แน่นอน (เงินบำรุง รพท.)	คกก. HPH / DHS ก.พัฒนาคุณภาพ – อาชีวอนามัย
๔	โครงการการตรวจคัดกรองสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงาน (ปี ๒๕๖๑)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คกก. HPH / DHS
๕	โครงการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงทางอาชีพเวชศาสตร์ประจำปี (ปี ๒๕๖๒ – ๒๕๖๔)	งบประมาณไม่แน่นอน ขออนุมัติวงเงินค่าใช้จ่าย เนื่องจากยังไม่พบการ ระบุโรคที่ชัดเจน	คกก. HPH / DHS ก.พัฒนาคุณภาพฯ

กลยุทธ์ที่ ๔.๒ วางแผนอัตรากำลังและระบบการสรรหาบุคลากรอย่างเป็นระบบ
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ ๔.๒.๑ เพื่อจัดหาบุคลากรให้มีความเพียงพอ

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				หน่วยงานรับผิดชอบ
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๔	ระดับความสำเร็จของแผนอัตรากำลังให้เหมาะสมกับภารกิจของหน่วยงาน	ร้อยละ	๕๐	๗๐	๘๐	๑๐๐	คณะกรรมการ HR/ฝ่ายบริหารงานทั่วไป

โครงการ/กิจกรรมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑	จัดทำแผนความต้องการอัตรากำลัง	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คกก.บริหารทรัพยากรบุคคลฯ/ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ ๔.๒.๒ เพื่อกำหนดกระบวนการสรรหาบุคลากรเข้าสู่ตำแหน่งอย่างมีคุณภาพ โปร่งใส และตรวจสอบได้

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				หน่วยงานรับผิดชอบ
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๕	สรรหาบุคลากรได้ตามคุณลักษณะที่ต้องการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ (ในกลุ่มบุคลากรห้วงเวลา พนักงานประกันสังคม ลูกจ้าง โครงการฯ บุคลากรกรุงเทพมหานคร)	ร้อยละ	๕๐	๘๐	๑๐๐	๑๐๐	คณะกรรมการ HR/ฝ่ายบริหารงานทั่วไป

โครงการ/กิจกรรมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑	มีขั้นตอนและกำหนดคุณสมบัติการสรรหาบุคลากรในแต่ละตำแหน่งอย่างชัดเจน (ในกลุ่มบุคลากรห้วงเวลา พนักงานประกันสังคม ลูกจ้าง โครงการฯ บุคลากรกรุงเทพมหานคร) (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๓)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คกก.บริหารทรัพยากรบุคคลฯ/ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป

โครงการ/กิจกรรมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๒	ปรับปรุงแบบประเมินการคัดเลือกบุคลากรได้ตรงตาม คุณลักษณะที่ต้องการ (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คกก.บริหารทรัพยากร บุคคลฯ/ ฝ่าย บริหารงานทั่วไป

กลยุทธ์ที่ ๔.๓ พัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และสมรรถนะในการทำงานให้สอดคล้องกับทิศทางในการพัฒนาโรงพยาบาล
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ ๔.๓.๑ เพื่อพัฒนาความรู้ ความสามารถ เพิ่มศักยภาพบุคลากรให้ตรงสายงาน
และความต้องการของโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง
ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๖	แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/แพทย์เฉพาะทาง ได้รับการส่งเข้าศึกษาต่อในหลักสูตร เฉพาะทาง แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ หรือ อบรมหลักสูตรอื่น ๆ ที่เพิ่มความ เชี่ยวชาญ	ร้อยละ	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	คกก.บริหาร ทรัพยากรบุคคลฯ/ ฝ่ายวิชาการฯ/ ทุกหน่วยงาน
๗	พยาบาลได้รับการส่งเข้ารับการศึกษ ต่อ อบรมในหลักสูตรเฉพาะทาง	ร้อยละ	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	คกก.บริหาร ทรัพยากรบุคคลฯ/ ฝ่ายวิชาการฯ/ ทุกหน่วยงาน
๘	บุคลากรทางการแพทย์และบุคลากร สายสนับสนุนได้รับการส่งเข้าศึกษา ต่อ อบรมในหลักสูตรที่มีความจำเป็น ต่อการพัฒนาองค์กร	ร้อยละ	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	คกก.บริหาร ทรัพยากรบุคคลฯ/ ฝ่ายวิชาการฯ/ ทุกหน่วยงาน
๙	ร้อยละความสำเร็จในการพัฒนา บุคลากรตามแผนพัฒนาข้าราชการ กรุงเทพมหานครและบุคลากร กรุงเทพมหานครประจำปีภายใน โรงพยาบาลและภายนอกโรงพยาบาล	ร้อยละ	๗๐	๘๐	๘๕	๙๐	คกก.บริหาร ทรัพยากรบุคคลฯ/ ฝ่ายวิชาการฯ/ ทุกหน่วยงาน
๑๐	ร้อยละความสำเร็จในการส่งเสริม สนับสนุนให้หน่วยงานดำเนินการ จัดโครงการ/กิจกรรมด้านการ ฝึกอบรม ประชุมฯ เพื่อพัฒนา บุคลากรให้มีความรู้และสมรรถนะ ในการทำงาน	ร้อยละ	๘๐	๘๐	๘๕	๘๕	คกก.บริหาร ทรัพยากรบุคคลฯ/ ฝ่ายวิชาการและ แผนงาน/ ทุกหน่วยงาน

โครงการ/กิจกรรมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑	จัดทำแผนพัฒนาข้าราชการและบุคลากรกรุงเทพมหานคร ประจำปีของโรงพยาบาล ปีละ ๑ ครั้ง (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คกก.บริหารทรัพยากรบุคคลฯ/ ฝ่ายวิชาการฯ/ ทุกหน่วยงาน
๒	โครงการส่งข้าราชการไปศึกษาต่อ อบรมหลักสูตรเฉพาะทาง อบรมระยะยาว อบรมระยะสั้น หรืออบรมหลักสูตรที่มีความจำเป็นต่อการพัฒนาองค์กร (ที่มีระยะเวลาไม่เกิน ๙๐ วัน ทั้งภายในประเทศ และต่างประเทศ) (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	๖,๐๐๐,๐๐๐.๐๐ (ประมาณการ ปีละ ๑,๕๐๐,๐๐๐ บาท)	คกก.บริหารทรัพยากรบุคคลฯ/ ฝ่ายวิชาการ และแผนงาน
๓	โครงการส่งบุคลากรของโรงพยาบาลเข้ารับการอบรม ประชุม สัมมนา ศึกษาดูงาน ฯ ในหลักสูตรที่มีความจำเป็นต่อการพัฒนาองค์กร (ที่มีระยะเวลาไม่เกิน ๙๐ วัน ทั้งภายในโรงพยาบาลและหน่วยงานภายนอก) (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๒)	๕,๐๐๐,๐๐๐.๐๐	คกก.บริหารทรัพยากรบุคคลฯ/ ฝ่ายวิชาการ และแผนงาน
๔	กิจกรรมส่งเสริมให้บุคลากรเข้ารับการอบรม ประชุมฯ เพื่อพัฒนาศักยภาพ นอกแผนพัฒนาฯ กรณีไม่เบิกค่าใช้จ่าย (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๒)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คกก.บริหารทรัพยากรบุคคลฯ/ ฝ่ายวิชาการ และแผนงาน
๕	ส่งเสริมสนับสนุนให้ฝ่าย/กลุ่มงาน จัดโครงการ/กิจกรรม ด้านการฝึกอบรม ประชุม สัมมนา ศึกษาดูงาน เพื่อเป็นการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และสมรรถนะในการทำงาน (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๒)	งบประมาณไม่แน่นอน	คกก.บริหารทรัพยากรบุคคลฯ/ ฝ่ายวิชาการ และแผนงาน

กลยุทธ์ที่ ๔.๔ ต่อยอดการจัดการความรู้ (KM) และสร้างเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ๔.๔.๑ เพื่อพัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้ได้รับการพัฒนาศักยภาพความรู้ความสามารถรายบุคคล
ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๑๑	ร้อยละของหน่วยงานที่มีการจัดทำ การประเมินสมรรถนะเฉพาะวิชาชีพ	ร้อยละ	๗๐	๘๐	๙๐	๑๐๐	คกก.บริหาร ทรัพยากรบุคคลฯ/ ทุกหน่วยงาน
๑๒	อัตราบุคลากรที่ผ่านเกณฑ์การ ประเมินสมรรถนะในระดับที่กำหนด	ร้อยละ	๗๐	๘๐	๘๐	๘๐	คกก.บริหาร ทรัพยากรบุคคลฯ/ ทุกหน่วยงาน
๑๓	ร้อยละความสำเร็จของหน่วยงานที่มี การจัดทำ และ/หรือปรับปรุงองค์ ความรู้ให้เป็นปัจจุบัน	ร้อยละ	๖๐	๖๕	๗๐	๘๐	คกก.บริหาร ทรัพยากรบุคคลฯ/ ทุกหน่วยงาน

โครงการ/กิจกรรมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑	สำรวจ ควบคุม กำกับ ให้บุคลากรจัดทำแบบประเมิน สมรรถนะรายบุคคลและรายงานผลการประเมินทุก ๆ ปี (ปีละ ๒ ครั้ง) (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๒)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คกก.บริหารทรัพยากร บุคคลฯ / ทุกหน่วยงาน

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ๔.๔.๒ พัฒนา ส่งเสริมกระบวนการให้การแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๑๔	ร้อยละความสำเร็จในการส่งเสริมให้ บุคลากรมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จาก การอบรม ประชุม ภายนอกโรงพยาบาล หรือแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในฝ่าย/ กลุ่มงาน หรือระหว่างฝ่าย/กลุ่มงาน หรือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ	ร้อยละ	๖๐	๖๕	๗๐	๘๐	คกก.บริหาร ทรัพยากรบุคคลฯ/ ทุกหน่วยงาน
๑๕	สัดส่วนชั่วโมงการฝึกอบรม * บุคลากรสายแพทย์และทันตแพทย์ * บุคลากรสายพยาบาล * บุคลากรสาย Allied Health * บุคลากรสายสนับสนุน	ชั่วโมงต่อ คนต่อปี	๒๐	๒๐	๒๐	๒๐	คกก.บริหาร ทรัพยากรบุคคลฯ/ ฝ่ายวิชาการและ แผนงาน/ ทุกหน่วยงาน
๑๖	ส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม ประชุมฯ ได้ตามเป้าหมาย ๒๐ ชั่วโมงต่อคนต่อปี * บุคลากรสายแพทย์และทันตแพทย์ * บุคลากรสายพยาบาล * บุคลากรสาย Allied Health * บุคลากรสายสนับสนุน	ร้อยละ	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	คกก.บริหาร ทรัพยากรบุคคลฯ/ ฝ่ายวิชาการและ แผนงาน/ ทุกหน่วยงาน
๑๗	ส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม ประชุมฯ ได้ตามเป้าหมาย ๑๐ ชั่วโมงต่อคนต่อปี * บุคลากรกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว * บุคคลภายนอกที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาล ประกอบด้วย พนักงาน ประกันสังคม ลูกจ้างโครงการฯ	ร้อยละ	๕๐	๖๐	๗๐	๘๐	คกก.บริหาร ทรัพยากรบุคคลฯ/ ฝ่ายวิชาการและ แผนงาน/ ทุกหน่วยงาน
๑๘	จำนวนหน่วยงาน/สถาบันภายนอก ที่เลือกโรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๓๓๓ ชุมชนบุรีรัมย์ อุทิศ เป็นสถานที่ฝึกอบรม / ดูงาน/ ฝึกปฏิบัติงาน/ร่วมสอน/พี่เลี้ยง	แห่ง	๓	๓	๓	๓	คกก.บริหาร ทรัพยากรบุคคลฯ/ ทุกหน่วยงาน

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (ต่อ)

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๑๙	จำนวนครั้งของการประเมินผลการ ดำเนินการและใช้ผลการประเมินเพื่อ พัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้ ๖.๑ จำนวนครั้งของการประเมินผล การดำเนินการบริหารจัดการความรู้แล การรับรู้ลักษณะองค์กรแห่งการเรียนรู้ จำแนกตามบุคลากรในองค์กร	ครั้ง/ปี	๑	๑	๑	๑	ทุกฝ่าย/กลุ่มงาน
	๖.๒ ใช้ผลประเมินการดำเนินการ บริหารจัดการความรู้และการรับรู้ ลักษณะองค์กรแห่งการเรียนรู้มาพัฒนา อย่างต่อเนื่องและดีขึ้น	ครั้ง/ปี	-	๑	๑	๑	ทุกฝ่าย/กลุ่มงาน

โครงการ/กิจกรรมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑	จำนวนครั้งของการให้ความรู้ด้านการบริหารพัสดุ หรือ งบประมาณและการเงิน หรือ การใช้รถราชการ หรือ สวัสดิการ ของบุคลากร อาทิ ระเบียบว่าด้วยการลา, สิทธิด้านการ รักษาพยาบาล ฯลฯ หรือ ระเบียบฯ ต่าง ๆ ที่บุคลากรควร รับรู้เพื่อประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานหรือสิทธิของตนเอง (มากกว่าหรือเท่ากับ ๑ เรื่องต่อปี) (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คกก.บริหารทรัพยากร บุคคลฯ/ ฝ่ายงบประมาณ การเงินและบัญชี/ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๒	กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้/การถ่ายทอดความรู้ของบุคลากร ภายในฝ่าย/กลุ่มงาน หรือระหว่างฝ่าย/กลุ่มงาน หรือทีม สหสาขาวิชาชีพ (มากกว่าหรือเท่ากับ ๓ เรื่องต่อปี) (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คกก.บริหารทรัพยากร บุคคลฯ/ ทุกหน่วยงาน
๓	สำรวจ ควบคุม กำกับให้บุคลากรจัดทำแผนพัฒนาบุคลากร รายบุคคล และรายงานผลการดำเนินงานตามแผนพัฒนา บุคลากรรายบุคคล ทุก ๆ ปี (ปีละ ๒ ครั้ง) (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๒)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คกก.บริหารทรัพยากร บุคคลฯ/ ฝ่ายวิชาการ และแผนงาน
๔	กิจกรรมการนำรายงานผลการอบรม ประชุม สัมมนา ศึกษา ดูงานฯ กับหน่วยงานภายนอก ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรรับทราบและสามารถค้นคว้าหา ข้อมูลด้วยตนเอง ทางอินทราเน็ตของโรงพยาบาล (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ฝ่ายวิชาการและ แผนงาน
๕	กิจกรรมรายงานนักศึกษาเข้าฝึกปฏิบัติงานเพื่อนำเรียน ผู้บริหารภายในกำหนด (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ฝ่ายวิชาการและ แผนงาน

กลยุทธ์ที่ ๔.๕ พัฒนา ส่งเสริม งานวิจัย ผลงานวิชาการ ผลงานนวัตกรรม และงานประจำสู่งานวิจัย (R๒R) อย่างเป็นระบบ

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ๔.๕.๑ เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้บุคลากรพัฒนางานองค์ความรู้ (งานวิจัย ผลงานวิชาการ นวัตกรรม และงานประจำสู่งานวิจัย (R๒R)

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				หน่วยงานรับผิดชอบ
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๒๐	จำนวนงานวิจัย หรือ ผลงานวิชาการ (แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เทคนิค - การแพทย์ หรือบุคลากรสายวิชาชีพอื่น ๆ)	เรื่อง/ปี	๑	๒	๓	๓	คณะกรรมการสนับสนุนส่งเสริมและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนทุกหน่วยงาน
๒๑	จำนวนนวัตกรรม หรือ งานประจำสู่งานวิจัย (R๒R)	เรื่อง/ปี	๑	๑	๑	๑	คณะกรรมการสนับสนุนส่งเสริมและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนทุกหน่วยงาน
๒๒	จำนวนนวัตกรรมที่มีการเผยแพร่และถูกนำไปใช้จริงในงานบริการหรืองานบริหาร	ชิ้นงาน/ปี	๑	๑	๑	๑	คณะกรรมการสนับสนุนส่งเสริมและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนทุกหน่วยงาน
๒๓	จำนวนผลงานวิจัย หรือ นวัตกรรม หรือ งานประจำสู่งานวิจัย (R๒R) ที่ถูกนำไปตีพิมพ์ / เผยแพร่ภายนอกโรงพยาบาล	เรื่อง/ปี	๑	๑	๑	๑	คณะกรรมการสนับสนุนส่งเสริมและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนทุกหน่วยงาน

โครงการ/กิจกรรมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑	โครงการทุนส่งเสริมการวิจัยทางการแพทย์ (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๒) (งบประมาณ ปีละ ๑๒๐,๐๐๐.- บาท)	๔๘๐,๐๐๐.๐๐	คณะกรรมการสนับสนุนส่งเสริมและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน
๒	กิจกรรมการนำผลงานวิจัย หรือนวัตกรรม หรืองานวิจัยจากงานประจำสู่งานวิจัย (R๒R) ไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๒)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คณะกรรมการสนับสนุนส่งเสริมและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน/ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔ เพิ่มศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ สร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization)

แนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูล

กลยุทธ์ที่ ๔.๑ พัฒนาสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรสู่องค์กรสุขภาพดี
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ ๔.๑.๑ เพื่อส่งเสริมบุคลากรด้านวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพ พัฒนาระบบการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยรวมทั้งอาชีวอนามัยในการทำงาน

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๑	ร้อยละบุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ ≥ ร้อยละ ๘๐ ปี ๖๒ ≥ ร้อยละ ๘๐ ปี ๖๓ ≥ ร้อยละ ๘๕ ปี ๖๔ ≥ ร้อยละ ๙๐	บุคลากรที่เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี หมายถึง กรณีเป็นข้าราชการ และลูกจ้างประจำ ตรวจสุขภาพตามสิทธิ์กระทรวงการคลังกำหนด สำหรับลูกจ้างชั่วคราว ลูกจ้างโครงการ จะตรวจสุขภาพตามนโยบายขององค์กร/ หน่วยงาน (ถ้ามี)	จำนวนบุคลากรที่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี คูณด้วย ๑๐๐หารด้วย จำนวนบุคลากรทั้งหมด	กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ รวบรวมข้อมูลและรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ
๒	ร้อยละบุคลากรที่มี BMI เกินเข้าร่วมโครงการ/กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถลด BMI ได้ <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ ≥ ร้อยละ ๗๕ ปี ๖๒ ≥ ร้อยละ ๘๐ ปี ๖๓ ≥ ร้อยละ ๘๕ ปี ๖๔ ≥ ร้อยละ ๘๕	- ผู้เข้าร่วมโครงการอ้วน ลงพุง หมายถึง บุคลากรในสังกัดสำนักการแพทย์และหรือประชาชนทั่วไป - รอบเอว หรือ BMI ลดลง หมายถึง ผู้เข้าร่วมโครงการที่วัดรอบเอวหรือ BMI หลังเข้าร่วมโครงการลดลงจากก่อนเข้าร่วมโครงการ	จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการอ้วนลงพุงที่มีรอบเอวหรือ BMI ลดลง คูณ ๑๐๐หารด้วยจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการอ้วนลงพุงทั้งหมด	กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ รวบรวมข้อมูลและรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ
๓	ร้อยละบุคลากรกลุ่มเสี่ยงจากการทำงานได้รับการตรวจคัดกรองด้านอาชีวอนามัย <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ – ๖๔ ปีละ ≥ ร้อยละ ๘๐	บุคลากรกลุ่มเสี่ยงจากการทำงาน ที่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงาน หมายถึง ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว และลูกจ้างโครงการ ที่ทำงานสัมผัสสิ่งคุกคามได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงาน ตามนโยบายขององค์กร/ หน่วยงาน	จำนวนบุคลากรกลุ่มเสี่ยงจากการทำงานที่ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงาน คูณด้วย ๑๐๐หารด้วยจำนวนบุคลากรกลุ่มเสี่ยงจากการทำงานทั้งหมด	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพอาชีวอนามัยฯ รวบรวมข้อมูล และรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือ เมื่อสิ้นปีงบประมาณ

กลยุทธ์ที่ ๔.๒ วางแผนอัตรากำลังและระบบการสรรหาบุคลากรอย่างเป็นระบบ

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ ๔.๒.๑ เพื่อจัดหาบุคลากรให้มีความเพียงพอ

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๔	ระดับความสำเร็จของแผนอัตรากำลังให้เหมาะสมกับภารกิจของหน่วยงาน <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ = ร้อยละ ๕๐ ปี ๖๒ = ร้อยละ ๗๐ ปี ๖๓ = ร้อยละ ๘๐ ปี ๖๔ = ร้อยละ ๘๐	แผนอัตรากำลัง หมายถึง การจัดทำข้อมูลอัตรากำลังเพื่อเป็นกรอบอัตราในการกำหนดตำแหน่ง ประเภทบุคลากรและสายงาน ตลอดจนจำนวนที่ต้องการให้เหมาะสมกับภารกิจของหน่วยงาน และเพื่อให้ทราบการคงอยู่ของบุคลากร ณ ปัจจุบัน เพื่อวางแผนการสรรหาคัดเลือก	สามารถจัดแผนอัตรากำลังได้ ร้อยละ ๕๐ = สามารถจัดแผนอัตรากำลังข้าราชการ ร้อยละ ๗๐ = สามารถจัดแผนอัตรากำลัง (เพิ่ม) บุคลากร กทม. ร้อยละ ๘๐ = สามารถจัดทำแผนอัตรากำลัง (เพิ่ม) ลูกจ้างประกันสังคม ลูกจ้างชั่วคราว บุคลากรห้วงเวลา ร้อยละ ๑๐๐ = สามารถจัดทำแผนอัตรากำลังทุกสายงานได้	คณะกรรมการบริหารทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาล ร่วมกับฝ่ายบริหารงานทั่วไป รวบรวมข้อมูลและรายงานงานผล ปีละ ๒ ครั้งหรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ ๔.๒.๑ เพื่อจัดหาบุคลากรให้มีความเพียงพอ

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๕	สรรหาบุคลากรได้ตามคุณลักษณะที่ต้องการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ (ในกลุ่มบุคลากรห้วงเวลา พนักงานประกันสังคม ลูกจ้าง โครงการฯ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว) <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ = ร้อยละ ๕๐ ปี ๖๒ = ร้อยละ ๘๐ ปี ๖๓ = ร้อยละ ๑๐๐ ปี ๖๔ = ร้อยละ ๑๐๐	- บุคลากร หมายถึง บุคลากรในกลุ่มที่โรงพยาบาลสามารถควบคุมการสรรหา คัดเลือกได้ ประกอบด้วย ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว ลูกจ้างประกันสังคม ลูกจ้างชั่วคราว บุคลากรห้วงเวลา - สามารถกำหนดตำแหน่งและคุณลักษณะการปฏิบัติงานในแต่ละตำแหน่งตามที่หน่วยงานต้องการได้ - สามารถสรรหา คัดเลือกได้ภายในกำหนดเวลา - มีกระบวนการสรรหา คัดเลือก ที่โปร่งใส ตรวจสอบได้	ร้อยละ ๕๐ สามารถกำหนดตำแหน่งและคุณลักษณะการปฏิบัติในแต่ละตำแหน่งตามที่หน่วยงานต้องการได้ ร้อยละ ๘๐ สามารถสรรหา คัดเลือกได้ภายในกำหนดเวลา ร้อยละ ๑๐๐ มีกระบวนการสรรหาคัดเลือกที่โปร่งใส ตรวจสอบได้	คณะกรรมการบริหารทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาล ร่วมกับฝ่ายบริหารงานทั่วไป รวบรวมข้อมูลและรายงานงานผล ปีละ ๒ ครั้งหรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ

กลยุทธ์ที่ ๔.๓ พัฒนาและเพิ่มศักยภาพบุคลากร

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ ๔.๓.๑ เพื่อพัฒนาความรู้และเพิ่มศักยภาพบุคลากรให้ตรงความรู้ความสามารถและความต้องการของโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง (สอดคล้องกับแผนพัฒนาข้าราชการกรุงเทพมหานครและบุคลากรกรุงเทพมหานครประจำปีของโรงพยาบาล)

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๖	แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/แพทย์เฉพาะทาง ได้รับการส่งเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรเฉพาะทาง แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ หรืออบรมหลักสูตรอื่น ๆ ที่เพิ่มความเชี่ยวชาญ <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ = ร้อยละ ๗๐ ปี ๖๒ = ร้อยละ ๗๕ ปี ๖๓ = ร้อยละ ๘๐ ปี ๖๔ = ร้อยละ ๘๕	บุคลากรของโรงพยาบาล ประกอบด้วย ตำแหน่ง แพทย์ ทันตแพทย์ ได้รับการส่งเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรแพทย์ประจำบ้าน แพทย์ประจำบ้าน ต่อยอดหรืออบรมในหลักสูตรที่จำเป็นเพื่อเพิ่มพูนความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขาที่สามารถให้การรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ได้รับการส่งเข้าศึกษาต่ออบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง หรืออบรมในหลักสูตรที่มีความจำเป็นต่อการพัฒนาองค์กรและเพื่อพัฒนาสมรรถนะการทำงานของบุคลากรให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นตำแหน่ง บุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรสายสนับสนุน อาทิ เภสัชกร นักโภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์ นักเทคนิคการแพทย์ นักวิชาการสุขภาพ	จำนวนบุคลากรที่ได้รับการส่งไปศึกษาต่อ อบรมเฉพาะทาง หรืออบรมในหลักสูตรที่มีความจำเป็นต่อการพัฒนาองค์กร (ที่เป็นไปตามแผนพัฒนาฯ ประจำปี) คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนบุคลากรที่ได้รับความเห็นชอบไปศึกษาต่อ อบรมเฉพาะทาง หรืออบรมในหลักสูตรที่มีความจำเป็นต่อการพัฒนาองค์กร (ที่บรรจุไว้ตามแผนพัฒนาฯ ประจำปี) ทั้งหมด	คณะกรรมการบริหารทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาล ร่วมกับฝ่ายวิชาการและแผนงาน รวบรวมข้อมูล และรายงานงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ
๗	พยาบาลได้รับการส่งเข้ารับการศึกษาคือ อบรมในหลักสูตรเฉพาะทาง <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ = ร้อยละ ๗๐ ปี ๖๒ = ร้อยละ ๗๕ ปี ๖๓ = ร้อยละ ๘๐ ปี ๖๔ = ร้อยละ ๘๕	อบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง หรืออบรมในหลักสูตรที่มีความจำเป็นต่อการพัฒนาองค์กรและเพื่อพัฒนาสมรรถนะการทำงานของบุคลากรให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นตำแหน่ง บุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรสายสนับสนุน อาทิ เภสัชกร นักโภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์ นักเทคนิคการแพทย์ นักวิชาการสุขภาพ	อบรมเฉพาะทาง หรืออบรมในหลักสูตรที่มีความจำเป็นต่อการพัฒนาองค์กร (ที่บรรจุไว้ตามแผนพัฒนาฯ ประจำปี) ทั้งหมด	คณะกรรมการบริหารทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาล ร่วมกับฝ่ายวิชาการและแผนงาน รวบรวมข้อมูล และรายงานงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ
๘	บุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรสายสนับสนุนได้รับการส่งเข้าศึกษาต่อ อบรมให้หลักสูตรที่มีความจำเป็นต่อการพัฒนาองค์กร <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ = ร้อยละ ๗๐ ปี ๖๒ = ร้อยละ ๗๕ ปี ๖๓ = ร้อยละ ๘๐ ปี ๖๔ = ร้อยละ ๘๕	ศึกษาต่อ อบรมในหลักสูตรที่มีความจำเป็นต่อการพัฒนาองค์กรและเพื่อพัฒนาสมรรถนะการทำงานของบุคลากรให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น หลักสูตรการอบรม ศึกษาต่อ คือ หลักสูตรแพทย์ประจำบ้าน แพทย์ประจำบ้านต่อยอด การพยาบาลเฉพาะทาง อบรมหลักสูตรอื่น ๆ ที่มีระยะเวลาเกิน ๙๐ วัน ทั้งภายในและต่างประเทศ		คณะกรรมการบริหารทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาล ร่วมกับฝ่ายวิชาการและแผนงาน รวบรวมข้อมูล และรายงานงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๙	อัตราการพัฒนาศักยภาพบุคลากรตามแผนพัฒนา ข้าราชการกรุงเทพมหานครและบุคลากร กรุงเทพมหานครประจำปี ภายใน โรงพยาบาลและภายนอกโรงพยาบาล <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ = ร้อยละ ๗๐ ปี ๖๒ = ร้อยละ ๘๐ ปี ๖๓ = ร้อยละ ๘๕ ปี ๖๔ = ร้อยละ ๙๐	บุคลากรของโรงพยาบาล ประกอบด้วย บุคลากรสาย แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ บุคลากรทาง การแพทย์และสาธารณสุข บุคลากรสายสนับสนุน บุคลากรกรุงเทพมหานคร (ประกอบด้วย ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว) บุคคลภายนอกที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔ (ลูกจ้าง โครงการฯ พนักงานประกันสังคม ฯลฯ) ได้รับการ ส่งเสริม เพิ่มพูนความรู้ ทักษะ ที่สามารถนำมาพัฒนา องค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพ หลักสูตรการอบรม ประชุมฯ คือ โครงการอบรม ประชุมฯ ที่จัดภายในโรงพยาบาล หรือหลักสูตรอบรม ประชุมฯ ที่หน่วยงานภายนอกจัด ที่ระยะเวลาไม่เกิน ๙๐ วัน	จำนวนบุคลากรที่ได้รับอนุมัติให้เข้า รับการอบรม ประชุมฯ สามารถเข้า รับการอบรม ประชุมฯ ตามที่ได้รับ อนุมัติจริง คูณด้วย ๑๐๐หารด้วย จำนวนบุคลากรที่ได้รับอนุมัติให้เข้า รับการอบรม ประชุมฯ จากผู้บริหาร ทั้งหมด	คณะกรรมการบริหารทรัพยากร บุคคลของโรงพยาบาล ร่วมกับ ฝ่ายวิชาการและแผนงาน รวบรวม ข้อมูล และรายงานงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ
๑๐	ร้อยละความสำเร็จในการส่งเสริม สนับสนุนให้หน่วยงานดำเนินการจัด โครงการ/กิจกรรมด้านการฝึกอบรม ประชุมฯ เพื่อพัฒนาศักยภาพให้มีความรู้ และสมรรถนะในการทำงาน <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ = ร้อยละ ๘๐ ปี ๖๒ = ร้อยละ ๘๐ ปี ๖๓ = ร้อยละ ๘๕ ปี ๖๔ = ร้อยละ ๘๕	จัดโครงการ/กิจกรรมด้านการฝึกอบรม ประชุม สัมมนา ศึกษาดูงาน เพื่อเพิ่มพูนความรู้ให้แก่บุคลากร ซึ่ง โครงการ/กิจกรรมที่จัด กำหนดไว้ในแผนพัฒนาฯ และ นอกแผนพัฒนาฯ สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความ จำเป็นและสถานการณ์ ตลอดจนสามารถสรุป ความ พึงพอใจของบุคลากรต่อการเข้าร่วมโครงการ/ กิจกรรมได้	จำนวนโครงการที่สามารถดำเนินการ จัดภายในโรงพยาบาล/นอก โรงพยาบาลทั้งหมด หารด้วย ๑๐๐ คูณด้วย จำนวนโครงการที่ได้รับความ เห็นชอบให้ดำเนินการจัดจากผู้บริหาร ทั้งหมด	คณะกรรมการบริหารทรัพยากร บุคคลของโรงพยาบาล ร่วมกับ ฝ่ายวิชาการและแผนงาน รวบรวม ข้อมูล และรายงานงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ

กลยุทธ์ที่ ๔.๔ ต่อยอดการจัดการความรู้ (KM) และสร้างเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ๔.๔.๑ เพื่อพัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้ได้รับการพัฒนาศักยภาพความรู้ความสามารถรายบุคคล

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๑๑	ร้อยละของหน่วยงานที่มีการจัดทำ การประเมินสมรรถนะเฉพาะวิชาชีพ <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ = ร้อยละ ๗๐ ปี ๖๒ = ร้อยละ ๘๐ ปี ๖๓ = ร้อยละ ๙๐ ปี ๖๔ = ร้อยละ ๑๐๐	มีการกำหนดให้หน่วยงานจัดทำประเมินสมรรถนะ บุคลากร อย่างน้อย ๓ ด้าน ประกอบด้วย ด้านที่ ๑ สมรรถนะหลัก ด้านที่ ๒ สมรรถนะประจำกลุ่มงาน ด้านที่ ๓ สมรรถนะเฉพาะวิชาชีพ ครบทุกระดับวิชาชีพและทุกตำแหน่ง	จำนวนหน่วยงานที่มีการจัดทำ สมรรถนะบุคลากรครบทั้ง ๓ ด้าน ในทุกระดับวิชาชีพและทุกตำแหน่ง คูณด้วย ๑๐๐หารด้วยจำนวน หน่วยงานทั้งหมด	คณะกรรมการบริหารทรัพยากร บุคคลของโรงพยาบาล ร่วมกับ ฝ่ายการพยาบาล ร่วมกับ กลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพอาชีวอนามัย ฯ รวบรวมข้อมูล และรายงานงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ
๑๒	อัตราบุคลากรที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน สมรรถนะในระดับที่กำหนด <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ = ร้อยละ ๗๐ ปี ๖๒ = ร้อยละ ๘๐ ปี ๖๓ = ร้อยละ ๘๐ ปี ๖๔ = ร้อยละ ๘๐	กำหนดให้บุคลากรทุกระดับวิชาชีพ และทุกตำแหน่ง ต้องได้รับการประเมินสมรรถนะอย่างน้อย ๓ ด้าน ประกอบด้วย ด้านที่ ๑ สมรรถนะหลัก ด้านที่ ๒ สมรรถนะประจำกลุ่มงาน ด้านที่ ๓ สมรรถนะเฉพาะวิชาชีพ และเพิ่มเติมในด้านการบริหารสำหรับตำแหน่งระดับ หัวหน้าทีมขึ้นไป	จำนวนบุคลากรที่ได้รับการประเมิน สมรรถนะและผ่านเกณฑ์ที่กำหนด คูณด้วย ๑๐๐หารด้วย จำนวน บุคลากรทั้งหมด	คณะกรรมการบริหารทรัพยากร บุคคลของโรงพยาบาล ร่วมกับ ฝ่ายการพยาบาล ร่วมกับ กลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพอาชีวอนามัย ฯ รวบรวมข้อมูล และรายงานงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ
๑๓	ร้อยละความสำเร็จของหน่วยงานที่มีการ จัดทำ และ/หรือปรับปรุงองค์ความรู้ให้ เป็นปัจจุบัน <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ = ร้อยละ ๖๐ ปี ๖๒ = ร้อยละ ๖๕ ปี ๖๓ = ร้อยละ ๗๐ ปี ๖๔ = ร้อยละ ๘๐	หน่วยงานของโรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๒๕๖๑-๒๕๖๔ อูทิศ มีการจัดทำองค์ความรู้ (Work Instruction) หรือมีการปรับปรุงองค์ความรู้ให้เป็นปัจจุบันเพื่อให้ บุคลากรสามารถใช้เป็นคู่มือแนวทางการปฏิบัติงานได้	หน่วยงานของโรงพยาบาลสามารถ ดำเนินการการจัดทำ และ/หรือ ปรับปรุงองค์ความรู้ให้เป็นปัจจุบัน อย่างน้อย ๑ เรื่อง/หน่วยงาน/ปี	คณะกรรมการบริหารทรัพยากร บุคคลของโรงพยาบาล ร่วมกับ ฝ่ายการพยาบาล ร่วมกับ กลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพอาชีวอนามัย ฯ รวบรวมข้อมูล และรายงานงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ ๔.๔.๒ พัฒนา ส่งเสริมกระบวนการให้การแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๑๔	ร้อยละความสำเร็จในการส่งเสริมให้บุคลากรมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการอบรม ประชุม ภายนอกโรงพยาบาล หรือแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในฝ่าย/กลุ่มงาน หรือระหว่างฝ่าย/กลุ่มงาน หรือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ = ร้อยละ ๖๐ ปี ๖๒ = ร้อยละ ๖๕ ปี ๖๓ = ร้อยละ ๗๐ ปี ๖๔ = ร้อยละ ๘๐	ส่งเสริมสนับสนุนให้บุคลากรของโรงพยาบาลมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการอบรม ประชุม ภายนอก โรงพยาบาล หรือวิธีต่าง ๆ อาทิ ๑) จัดให้มีการประชาสัมพันธ์รายงานผลการอบรม ประชุม ทางอินทราเน็ตของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นสื่อที่บุคลากรทุกคนสามารถเข้าถึงได้ง่าย ๒) จัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เช่น ประชุม Morning take หรือ กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของฝ่าย/กลุ่มงาน หรือของทีมสหสาขาวิชาชีพ	จำนวนบุคลากรที่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งหมด คูณด้วย ๑๐๐หารด้วย จำนวนบุคลากรที่ได้รับอนุมัติให้เข้ารับการอบรม ประชุม หน่วยงาน ภายนอกโรงพยาบาล	คณะกรรมการบริหารทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาล ร่วมกับฝ่ายวิชาการและแผนงาน รวบรวมข้อมูล และรายงานงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ
๑๕	สัดส่วนชั่วโมงการฝึกอบรม * บุคลากรสายแพทย์และทันตแพทย์ * บุคลากรสายพยาบาล * บุคลากรสาย Allied Health * บุคลากรสายสนับสนุน <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ – ๖๔ (๒๐ ชั่วโมงต่อคนต่อปี)	- สัดส่วนชั่วโมงการฝึกอบรม คิดจาก ๑ วัน เท่ากับ ๖ ชั่วโมง - การนับจำนวนวันฝึกอบรม ประชุมฯ นับทั้งไปอบรม ประชุมฯ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ยกเว้น การเข้าร่วมประชุมคณะกรรมการฯ/คณะทำงาน ชุดต่าง ๆ	จำนวนชั่วโมงการฝึกอบรมของบุคลากรในแต่ละสายงาน สายวิชาชีพ ทั้งหมด หารด้วย จำนวนบุคลากรในแต่ละสายงาน สายวิชาชีพทั้งหมด	คณะกรรมการบริหารทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาล ร่วมกับฝ่ายวิชาการและแผนงาน รวบรวมข้อมูล และรายงานงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ
๑๖	ส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม ประชุมฯ ได้ตามเป้าหมาย ๒๐ ชั่วโมงต่อคนต่อปี * บุคลากรสายแพทย์และทันตแพทย์ * บุคลากรสายพยาบาล * บุคลากรสาย Allied Health * บุคลากรสายสนับสนุน <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ = ร้อยละ ๗๐ ปี ๖๒ = ร้อยละ ๗๕ ปี ๖๓ = ร้อยละ ๘๐ ปี ๖๔ = ร้อยละ ๘๕	- สัดส่วนชั่วโมงการฝึกอบรม คิดจาก ๑ วัน เท่ากับ ๖ ชั่วโมง - การนับจำนวนวันฝึกอบรม ประชุมฯ นับทั้งไปอบรม ประชุมฯ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ยกเว้น การเข้าร่วมประชุมคณะกรรมการฯ/คณะทำงาน ชุดต่าง ๆ	จำนวนบุคลากรในแต่ละสายงาน สายวิชาชีพที่สามารถเข้ารับการอบรม ประชุมฯ ตามเกณฑ์ชั่วโมงที่กำหนดทั้งหมด หารด้วย จำนวนบุคลากรในแต่ละสายงาน สายวิชาชีพทั้งหมด	คณะกรรมการบริหารทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาล ร่วมกับฝ่ายวิชาการและแผนงาน รวบรวมข้อมูล และรายงานงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๑๗	ส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม ประชุมฯ ได้ตาม เป้าหมาย ๑๐ ชั่วโมงต่อคนต่อปี * บุคลากรกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว * บุคลากรนอกที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ประกอบด้วย พนักงานประกันสังคม ลูกจ้างโครงการฯ เป้าหมาย ปี ๖๑ = ร้อยละ ๕๐ ปี ๖๒ = ร้อยละ ๖๐ ปี ๖๓ = ร้อยละ ๗๐ ปี ๖๔ = ร้อยละ ๘๐	- สัดส่วนชั่วโมงการฝึกอบรม คิดจาก ๑ วัน เท่ากับ ๖ ชั่วโมง - การนับจำนวนวันฝึกอบรม ประชุมฯ นับทั้งไปอบรม ประชุมฯ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ยกเว้น การเข้าร่วมประชุมคณะกรรมการฯ/คณะทำงาน ชุดต่าง ๆ	จำนวนบุคลากรในแต่ละสายงาน ที่สามารถเข้ารับการอบรม ประชุมฯ ตามเกณฑ์ชั่วโมงที่กำหนดทั้งหมดหารด้วย จำนวนบุคลากรในแต่ละสายงานทั้งหมด	คณะกรรมการบริหารทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาล ร่วมกับ ฝ่ายวิชาการและแผนงาน รวบรวมข้อมูล และรายงานงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ
๑๘	จำนวนหน่วยงาน/สถาบันภายนอก ที่เลือกโรงพยาบาลหลวงพ่อดำ อ.สัตหีบ จ.ชลบุรี เป็นสถานที่ฝึกอบรม / ฝึกปฏิบัติงาน/ ร่วมสอน/ ฝึกเลี้ยง เป้าหมาย ปี ๖๑ – ๖๓ ปีละ ๓ แห่ง	หน่วยงาน, สถาบันภายนอก คือ สถาบันการศึกษา หรือ หน่วยงานภายนอกโรงพยาบาลที่เลือกโรงพยาบาลหลวงพ่อดำ อ.สัตหีบ จ.ชลบุรี เป็นสถานที่ฝึกอบรม อาทิ มหาวิทยาลัยคริสเตียน, คณะพยาบาลศาสตร์เกษรพัฒน์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ฯลฯ คำจำกัดความ ฝึกอบรม คือ ไม่จำกัดระยะเวลา หน่วยงานของโรงพยาบาลที่รับเป็นสถานที่ฝึกอบรม อาทิ กลุ่มงานเภสัชกรรม, ฝ่ายการพยาบาล, กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู, ฝ่ายโภชนาการ ฯลฯ และให้เป็นไปตามระเบียบที่กำหนด	นับจำนวนสถาบันภายนอกที่เข้ามาให้บริการฝึกอบรม	คณะกรรมการบริหารทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาล ร่วมกับ ฝ่ายวิชาการและแผนงาน ร่วมกับ ฝ่ายงบประมาณ ร่วมกับ ฝ่ายโภชนาการ ฝ่ายการพยาบาล ร่วมกับ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู รวบรวมข้อมูล และรายงานงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ
๑๙	จำนวนครั้งของการประเมินผลการดำเนินการและใช้ผลการประเมินเพื่อพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้ ๑๗.๑ จำนวนครั้งของการประเมินผลการดำเนินการบริหารจัดการความรู้และการรับรู้ลักษณะองค์กรแห่งการเรียนรู้จำแนกตามบุคลากรในองค์กร	มีการประเมินผลการดำเนินการองค์กรแห่งการเรียนรู้ และสามารถนำผลการประเมินมาพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้ได้อย่างต่อเนื่อง โดยใช้แนวทางการสร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้ อย่างน้อย ๕ องค์ประกอบ Learning, Organization, People, Knowledge, Technology อาทิ การเรียนรู้ร่วมกันเป็นทีม (Team Learning)	นับจำนวน	คณะกรรมการบริหารทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาล ร่วมกับ ฝ่ายวิชาการและแผนงาน รวบรวมข้อมูล และรายงานงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
	เป้าหมาย ปี ๖๑ – ๖๔ ปีละ ๑ ครั้ง/ปี ๑๗.๒ ใช้ผลประเมินการดำเนินการบริหารจัดการความรู้และการรับรู้ลักษณะองค์กรแห่งการเรียนรู้มาพัฒนาอย่างต่อเนื่องและดีขึ้น เป้าหมาย ปี ๖๒ – ๖๔ ปีละ ๑ ครั้ง/ปี			

กลยุทธ์ที่ ๔.๕ พัฒนา ส่งเสริม งานวิจัย/ ผลงานวิชาการ/ ผลงานนวัตกรรม และงานประจำสู่งานวิจัย (R๒R) อย่างเป็นระบบ
 วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ๔.๕.๑ เพื่อส่งเสริมสนับสนุนผลของการพัฒนาองค์ความรู้ (วิจัย/ ผลงานวิชาการ/ นวัตกรรมงานประจำสู่งานวิจัย (R๒R))

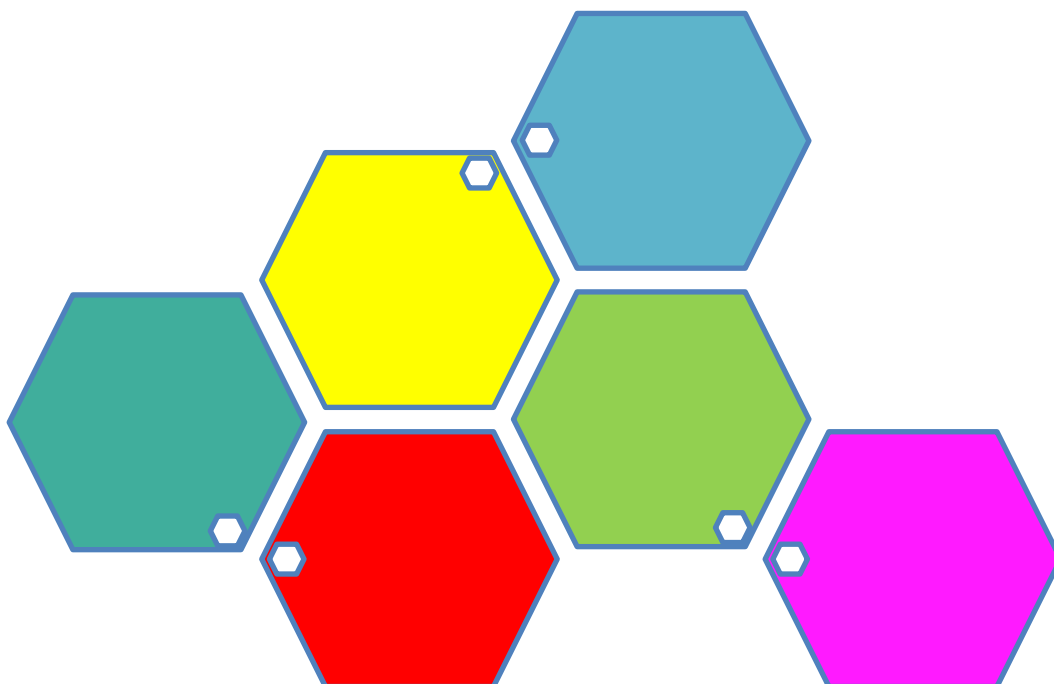
ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๒๐	จำนวนงานวิจัย หรือ ผลงานวิชาการ (แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เทคนิคการแพทย์ หรือ บุคลากรสายวิชาชีพอื่น ๆ) เป้าหมาย ปี ๖๑ = ๑ เรื่อง ปี ๖๒ = ๒ เรื่อง ปี ๖๓ – ๖๔ ปีละ ๓ เรื่อง	เป็นการสนับสนุนบุคลากรในโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข บุคลากรสายสนับสนุน และบุคลากรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ให้มีการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพทั้งงานด้าน วิจัย นวัตกรรม R๒R เพิ่มมากขึ้น และนำมาเผยแพร่ เพื่อให้เกิดการใช้งานในวงกว้างอันจะเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยและภาพลักษณ์ที่ดีต่อองค์กร ใช้งาน หมายถึง การนำงานวิจัย หรือนวัตกรรม หรือ R๒R ที่ถูกนำไปใช้ในการปฏิบัติงานได้จริงในโรงพยาบาล	นับจำนวน	คณะอนุกรรมการสนับสนุนส่งเสริม และพิจารณาจริยธรรมในคน ร่วมกับฝ่ายวิชาการและแผนงาน ร่วมกับกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพอาชีวอนามัยฯ รวบรวมข้อมูล และรายงานงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ
๒๑	จำนวนนวัตกรรม หรือ งานประจำสู่งานวิจัย (R๒R) เป้าหมาย ปี ๖๑ - ๖๔ ปีละ ๑ เรื่อง			
๒๒	จำนวนนวัตกรรมที่มีการเผยแพร่และถูกนำไปใช้จริงในงานบริการหรืองานบริหาร เป้าหมาย ปี ๖๑ - ๖๔ ปีละ ๑ ชิ้นงาน			
๒๓	จำนวนผลงานวิจัย หรือ นวัตกรรม หรือ งานประจำสู่งานวิจัย (R๒R) ที่ถูกนำไปตีพิมพ์/ เผยแพร่ภายนอกโรงพยาบาล เป้าหมาย ปี ๖๑ - ๖๔ ปีละ ๑ เรื่อง			

บทที่ ๓

ประเด็นยุทธศาสตร์และแนวทางการเก็บข้อมูล

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๕

บริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพองค์คุณธรรม
(Green Hospital/Moral Hospital)



**ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๕ บริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ องค์คุณธรรม
(Green Hospital / Moral Hospital)**

เป้าหมายหลัก : มีระบบบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อสนับสนุนการจัดบริการที่ดี

กลยุทธ์

- ๕.๑ สนับสนุนการพัฒนาให้เป็น Green Hospital อย่างยั่งยืน
- ๕.๒ เพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการทางการเงินให้มีความรวดเร็ว โปร่งใส ตรวจสอบได้
- ๕.๓ จัดระบบบริหารสินค้าคงคลัง (Inventory Turnover Period) อย่างเป็นระบบ ตรวจสอบได้
- ๕.๔ สนับสนุน ส่งเสริม พัฒนาองค์กรสู่โรงพยาบาลคุณธรรม

กลยุทธ์ที่ ๕.๑ สนับสนุนการพัฒนาให้เป็น Green Hospital อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

๕.๑.๑	มีระบบการจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล มีความปลอดภัยต่อผู้ป่วย บุคลากร และชุมชน
๕.๑.๒	เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้พลังงานอย่างรู้คุณค่า และเกิดประโยชน์สูงสุด

กลยุทธ์ที่ ๕.๒ เพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการทางการเงินให้มีความรวดเร็ว โปร่งใส ตรวจสอบได้

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

๕.๒.๑	มีระบบกลไกในการควบคุมการใช้จ่ายเงินให้โปร่งใส ตรวจสอบได้ และเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ
๕.๒.๒	ติดตามการใช้จ่ายงบประมาณให้เป็นไปตามแผนที่กำหนดและมีประสิทธิภาพ

กลยุทธ์ที่ ๕.๓ จัดระบบบริหารสินค้าคงคลัง (Inventory Turnover Period) อย่างเป็นระบบ ตรวจสอบได้

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

๕.๓.๑	เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการสินค้าคงคลังให้เป็นระบบ มีประสิทธิภาพ ตรวจสอบได้
๕.๓.๒	มีระบบการจัดทำแผนการจัดซื้อจัดจ้างประจำปี โปร่งใส ตรวจสอบได้

กลยุทธ์ที่ ๕.๔ สนับสนุน ส่งเสริม พัฒนาองค์กรสู่โรงพยาบาลคุณธรรม

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

๕.๔.๑	สร้างและพัฒนาหน่วยงานให้เป็นโรงพยาบาลคุณธรรม
๕.๔.๒	บุคลากรมีความสุขและความผูกพันต่อองค์กร

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๕ บริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ องค์กรคุณธรรม
(Green Hospital / Moral Hospital)

กลยุทธ์ที่ ๕.๑ สนับสนุนการพัฒนาให้เป็น Green Hospital อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ ๕.๑.๑ มีระบบการจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล มีความปลอดภัยต่อผู้ป่วย

บุคลากร และชุมชน

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๑	ผ่านเกณฑ์การประเมิน Bangkok GREEN & CLEAN Hospital Plus (BKKGC+) ระดับทอง (gold)	ผ่าน เกณฑ์ การ ประเมิน	ผ่าน	-	ผ่าน	-	คกก. ENV ของ โรงพยาบาล/ ฝ่ายบริหารงาน ทั่วไป ทุกหน่วยงาน
๒	ร้อยละการผ่านเกณฑ์การตรวจประเมิน GMP in Mass Catering Check List	ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	ฝ่ายโภชนาการ

โครงการ/กิจกรรมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑	โครงการพัฒนาอาชีวอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลสู่ Bangkok GREEN & CLEAN Hospital Plus (BKKGC+) (ปี ๒๕๖๒)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คกก. ENV ของ โรงพยาบาล
๒	* Garbage = การจัดการมูลฝอยทุกประเภท - กิจกรรมอบรมให้ความรู้ด้านการจัดการมูลฝอยทุกประเภท (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คกก. ENV ของ โรงพยาบาล/ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๓	* Restroom = การพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาดเพียงพอและปลอดภัย (HAS) - กิจกรรมปรับปรุงห้องส้วมให้ได้มาตรฐานเหมาะสมสำหรับผู้พิการและผู้สูงอายุ (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	๕๐๐,๐๐๐.๐๐	คกก. ENV ของ โรงพยาบาล/ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๔	* Energy = การจัดการด้านพลังงาน - กิจกรรมบริหารจัดการและเพิ่มปริมาณการนำน้ำเสียที่ผ่านการบำบัดมาใช้รดน้ำต้นไม้ (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔) - กิจกรรมรณรงค์ลดปริมาณการใช้ไฟฟ้า (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย ไม่มีค่าใช้จ่าย	คกก. ENV ของ โรงพยาบาล/ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป/ ทุกหน่วยงาน

โครงการ/กิจกรรมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ (ต่อ)

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
	- กิจกรรมรณรงค์การลดปริมาณการใช้น้ำมันเชื้อเพลิง (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔) - กิจกรรมรณรงค์ลดการใช้กระดาษ (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย ไม่มีค่าใช้จ่าย	คกก. ENV ของ โรงพยาบาล/ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป/ ทุกหน่วยงาน
๕	* ENVIRONMENT = การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล - โครงการจัดทำค่ายกักกันน้ำที่บ่อบำบัดน้ำเสีย (ปี ๒๕๖๒) - โครงการปรับปรุงห้องเก็บวัสดุอันตราย (ปี ๒๕๖๑) - โครงการปรับปรุงพื้นที่และเพิ่มพื้นที่สีเขียวและจัดหา สถานที่ออกกำลังกาย (ปี ๒๕๖๒) - โครงการจัดทำสวนหย่อมบริเวณด้านข้างอาคาร เอนกประสงค์ ๓ ชั้น (ปี ๒๕๖๒)	๑,๐๐๐,๐๐๐.๐๐ ๒๐๐,๐๐๐.๐๐ ๕๐๐,๐๐๐.๐๐ ยังไม่แน่นอน	คกก. ENV ของ โรงพยาบาล/ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๖	* NUTRITION = การจัดการสุขาภิบาลและการจัดการน้ำ บริโภคในโรงพยาบาล - โครงการสร้างความเชื่อมั่นอาหารไทย ปลอดภัย มีคุณภาพ (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔) (งบประมาณปี ๖๑ = ๑๖,๐๕๐.- บาท เพื่อรักษาระบบ, ปี ๖๒ – ๖๔ ปีละ ๑๕,๐๐๐.- บาท เพื่อต่อ อายุการรับรอง)	๖๐,๐๐๐.๐๐	ฝ่ายโภชนาการ

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ ๕.๑.๒ เกิดการเปลี่ยนแปลงการใช้พลังงานอย่างรู้คุณค่า และเกิดประโยชน์สูงสุด

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๓	ลดการใช้พลังงานเทียบกับค่าเฉลี่ย การใช้ของปีงบประมาณที่ผ่านมา	ร้อยละ	> ๑๐	> ๑๐	> ๑๐	> ๑๐	คกก. ENV ของ โรงพยาบาล/ ฝ่ายบริหารงาน ทั่วไป/ทุกหน่วยงาน
๔	ปริมาณการใช้น้ำประปาลดลง	ร้อยละ	๒.๕	๒.๕	๒.๕	๒.๕	
๕	ปริมาณการใช้น้ำมันเชื้อเพลิงลดลง	ร้อยละ	๒.๕	๒.๕	๒.๕	๒.๕	
๖	ปริมาณการใช้กระดาษลดลง	ร้อยละ	๒.๕	๒.๕	๒.๕	๒.๕	
๗	บุคลากรของโรงพยาบาลได้เข้าร่วม กิจกรรมสร้างเสริมจิตสำนึกด้าน อนุรักษ์พลังงาน	ร้อยละ	๒๕	๒๕	๒๕	๒๕	คกก. ENV ของ โรงพยาบาล/ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป/ ทุกหน่วยงาน

โครงการ/กิจกรรมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑	กิจกรรมกำหนดมาตรการการลดใช้พลังงาน (ไฟฟ้า) (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คกก. ENV ของ โรงพยาบาล/ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๒	โครงการปรับเปลี่ยนอุปกรณ์ไฟฟ้าที่มีประสิทธิภาพสูง ทดแทนอุปกรณ์ไฟฟ้าที่เสื่อมสภาพ (ปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๔)	๕๐๐,๐๐๐.๐๐	คกก. ENV ของ โรงพยาบาล/ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๓	จัดซื้อรถยนต์นั่งส่วนบุคคลเพื่อทดแทนของเดิม จำนวน ๓ คัน (ปี ๒๕๖๒ = ๒ คัน, ปี ๒๕๖๓ = ๑ คัน)	๓,๘๖๔,๐๐๐.๐๐	ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๔	กิจกรรมเสริมสร้างจิตสำนึกด้านอนุรักษ์พลังงาน (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๕	โครงการปรับเปลี่ยนอุปกรณ์ประปาที่มีประสิทธิภาพสูง ทดแทนอุปกรณ์ที่เสื่อมสภาพ หรือชำรุด (เพื่อลดการใช้ น้ำประปา) (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	๑๐๐,๐๐๐.๐๐	ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๖	กิจกรรมเสริมสร้างความรู้ในการบริหารจัดการคัดแยกขยะ ให้กับบุคลากรในโรงพยาบาล (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	๔๐,๐๐๐.๐๐	ฝ่ายบริหารงานทั่วไป

กลยุทธ์ที่ ๕.๒ เพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการทางการเงินให้มีความรวดเร็ว โปร่งใส และตรวจสอบได้
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ ๕.๒.๑ มีระบบกลไกในการควบคุมการใช้จ่ายเงินให้โปร่งใส ตรวจสอบได้ และเป็นไป
อย่างมีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๘	ความสำเร็จการจัดทำแผนการใช้จ่ายเงินประจำปี (ภายใน ๓๐ กันยายน ของทุกปี)	ภายใน ๓๐ กันยายน ของทุกปี	๑ ครั้ง	๑ ครั้ง	๑ ครั้ง	๑ ครั้ง	ฝ่ายงบประมาณ การเงินและบัญชี
๙	ความสำเร็จของการรายงานการใช้จ่ายเงินเป็นไปตามแผนที่กำหนด	ปีละ ๔ ครั้ง (รายไตรมาส)	๔ ครั้ง	๔ ครั้ง	๔ ครั้ง	๔ ครั้ง	ฝ่ายงบประมาณ การเงินและบัญชี

โครงการ/กิจกรรมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑	จัดทำรายงานการใช้จ่ายเงินงบประมาณ/ เงินนอก งบประมาณประจำปี เปรียบเทียบปีก่อน (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ฝ่ายงบประมาณ การเงินและบัญชี
๒	ควบคุมการใช้จ่ายเงินของหน่วยงานให้เป็นไปตามแผนที่ กำหนด (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ฝ่ายงบประมาณ การเงินและบัญชี

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ ๕.๒.๒ ติดตามการใช้จ่ายงบประมาณให้เป็นไปตามแผนที่กำหนด และมีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๑๐	ความสำเร็จของการเบิกจ่ายเงิน งบประมาณประจำปี	ร้อยละ	๙๕	๙๖	๙๖	๙๖	ฝ่ายงบประมาณ การเงินและบัญชี

โครงการ/กิจกรรมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑	กิจกรรมเร่งรัด/ ติดตามการใช้จ่ายเงินงบประมาณรายจ่าย ประจำปีของหน่วยงานต่าง ๆ (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ฝ่ายงบประมาณ การเงินและบัญชี

กลยุทธ์ที่ ๕.๓ จัดระบบบริหารสินค้าคงคลัง (Inventory Turnover Period) อย่างเป็นระบบ ตรวจสอบได้
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ ๕.๓.๑ เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการสินค้าคงคลังให้เป็นระบบ มีประสิทธิภาพ
ตรวจสอบได้
ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๑๑	ร้อยละความสำเร็จของการเบิกจ่าย ควบคุมวัสดุของแต่ละหน่วยงาน	ร้อยละ	๒๕	๕๐	๗๕	๑๐๐	ฝ่ายบริหารงาน ทั่วไป / งานพัสดุ
๑๒	ร้อยละความสำเร็จในการตรวจนับ วัสดุในคลังวัสดุส่วนกลางให้เป็น ปัจจุบันในแต่ละปีงบประมาณ	ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	ฝ่ายบริหารงาน ทั่วไป / งานพัสดุ

โครงการ/กิจกรรมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑	กิจกรรมให้ความรู้ความเข้าใจในการควบคุมการเบิกจ่ายวัสดุ สำนักงาน (ปี ๒๕๖๒)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ฝ่ายบริหารงานทั่วไป / งานพัสดุ

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ ๕.๓.๒ มีระบบการจัดทำแผนการจัดซื้อจัดจ้างประจำปี โปร่งใส ตรวจสอบได้
ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๑๓	ร้อยละความสำเร็จของการจัดทำ แผนการจัดซื้อจัดจ้างประจำปี งบประมาณ	ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	ฝ่ายบริหารงาน ทั่วไป / งานพัสดุ
๑๔	ร้อยละความสำเร็จในการตรวจนับ ทรัพย์สินของโรงพยาบาลให้เป็น ปัจจุบันในแต่ละปีงบประมาณ	ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	ฝ่ายบริหารงาน ทั่วไป / งานพัสดุ

โครงการ/กิจกรรมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑	จัดทำแผนการจัดซื้อจัดจ้างประจำปีงบประมาณ (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๒)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ฝ่ายบริหารงานทั่วไป / งานพัสดุ

กลยุทธ์ที่ ๕.๔ สนับสนุน ส่งเสริม พัฒนาองค์กรสู่โรงพยาบาลคุณธรรม
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ ๕.๔.๑ สร้างและพัฒนาหน่วยงานให้เป็นโรงพยาบาลคุณธรรม
ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๑๕	บุคลากรในหน่วยงานเข้าร่วม กิจกรรมการสร้างเสริมพัฒนา คุณธรรม จริยธรรม	ร้อยละ	๒๕	๕๐	๗๕	๘๐	คณะกรรมการ โรงพยาบาล คุณธรรม/ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๑๖	จำนวนเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการ ทุจริตและประพฤติมิชอบ (ไม่มีข้อร้องเรียน หรือ ถ้ามีสามารถ ชี้แจงแก้ไขได้ทันภายใน ๓ วัน)	ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	คณะกรรมการรับฟัง ความคิดเห็นและข้อ ร้องเรียนฯ / ฝ่ายบริหารงานทั่วไป

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (ต่อ)

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				หน่วยงานรับผิดชอบ
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๑๗	อัตราความพึงพอใจของประชาชนที่มารับบริการเพิ่มขึ้น	ร้อยละ	๖๐	๗๕	๘๐	๘๕	คณะกรรมการโรงพยาบาล คุณธรรม/ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๑๘	จำนวนกิจกรรมด้านจิตอาสาเพื่อส่งเสริมโครงการโรงพยาบาลคุณธรรมให้แก่บุคลากร	ครั้ง/ปี	๑	๑	๒	๒	คณะกรรมการโรงพยาบาล คุณธรรม/ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๑๙	ร้อยละความสำเร็จในการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของโครงการโรงพยาบาลคุณธรรม จำนวน ๑๐ ตัวชี้วัด	ผ่านทุกตัวชี้วัด	ผ่านทุกตัวชี้วัด	ผ่านทุกตัวชี้วัด	ผ่านทุกตัวชี้วัด	ผ่านทุกตัวชี้วัด	คณะกรรมการโรงพยาบาล คุณธรรม/ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป

โครงการ/กิจกรรมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑	โครงการโรงพยาบาลคุณธรรม (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๒) - กิจกรรมประกาศคำมั่นสัญญาของทุกหน่วยงาน - ประเมินหน่วยงานตามประกาศคำมั่นสัญญา - จัดกิจกรรมที่ส่งเสริมโครงการโรงพยาบาลคุณธรรม - ติดตามตัวชี้วัดโครงการโรงพยาบาลคุณธรรม	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คณะกรรมการโรงพยาบาลคุณธรรม/ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๒	กิจกรรมการแก้ไขเรื่องร้องเรียนจากประชาชน/ผู้รับบริการ (ปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คณะกรรมการรับฟังความคิดเห็นและข้อร้องเรียนฯ/ฝ่ายบริหารงานทั่วไป

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ ๕.๔.๒ บุคลากรมีความสุขและความผูกพันต่อองค์กร
ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๒๐	บุคลากรในโรงพยาบาลมีความสุขเพิ่มขึ้น	ร้อยละ	-	๖๐	๗๐	๘๐	คณะกรรมการHR/ คณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาล/ ฝ่ายบริหารงานทั่วไปทุก หน่วยงาน
๒๑	โรงพยาบาลสามารถนำดัชนีความสุข ของพนักงานไปใช้	ระดับ	-	๔	๕	๕	คณะกรรมการHR/ คณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาล/ ฝ่ายบริหารงานทั่วไปทุก หน่วยงาน
๒๒	ร้อยละความพึงพอใจและความ เชื่อมั่นผูกพันของบุคลากรที่มีต่อ องค์กรในระดับดีขึ้นไป	ร้อยละ	๘๐	๘๐	๘๕	๘๕	คณะกรรมการHR/ คณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาล/ ฝ่ายบริหารงานทั่วไปทุก หน่วยงาน

โครงการ/กิจกรรมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑	กิจกรรมสำรวจความพึงพอใจของบุคลากรต่อองค์กรโดยใช้ แบบประเมินความพึงพอใจของสำนักงานแพทย์ (ปี ๒๕๖๑)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คณะกรรมการHR/ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๒	กิจกรรมสำรวจดัชนีความสุขโดยใช้แบบ Emometer (ปี ๒๕๖๒ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คณะกรรมการHR/ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๓	กิจกรรมส่งเสริม Happy Work Place (๘ ด้าน) ประกอบด้วย 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) (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๒)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คณะกรรมการHR/ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๕ บริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ องค์คุณธรรม (Green Hospital / Moral Hospital)

แนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูล

กลยุทธ์ที่ ๕.๑ สนับสนุนการพัฒนาให้เป็น Green Hospital อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ ๕.๑.๑ มีระบบการจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล มีความปลอดภัยต่อผู้ป่วยบุคลากร และชุมชน

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๑	ผ่านเกณฑ์การประเมิน Bangkok GREEN & CLEAN Hospital Plus (BKKG+C) ระดับทอง (gold) <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ และ ปี ๖๓ (ผ่าน)	ผ่านเกณฑ์การประเมิน Bangkok GREEN & CLEAN Hospital Plus (BKKG+C) จากกรมอนามัย โดยจะต้องดำเนินการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้ กิจกรรม Green ระดับพื้นฐาน ๑. G : Garbage (การจัดการมูลฝอยทุกประเภท) ๒. R : RESTROOM (การพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาดเพียงพอ และปลอดภัย (HAS)) ๓. E : ENERGY (การจัดการด้านพลังงาน) ๔. E : ENVIRONMENT (การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล) ๕. NUTRITION (การจัดการสุขาภิบาลอาหารและการจัดการน้ำบริโภคในโรงพยาบาล)	ผ่านการประเมิน Bangkok GREEN & CLEAN Hospital Plus (BKKG+C) ในระดับทอง (gold) โดยใช้เกณฑ์การประเมินตามแบบประเมินฯ ของกรมอนามัย	ฝ่ายบริหารงานทั่วไป ร่วมกับ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพอาชีวอนามัย ฯ รวบรวมข้อมูล และรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๒	ร้อยละการผ่านเกณฑ์การตรวจประเมิน GMP in Mass Catering Check List <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ – ๖๔ (ผ่าน)	๑. เป็นการพัฒนามาตรฐานโรงครัวของโรงพยาบาลให้ผ่านเกณฑ์การตรวจประเมิน GMP ๒. เป็นการให้บริการอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลเป็นไปอย่างถูกต้องตามหลักสากลด้านอาหารและโภชนาการ ครอบคลุมทั้งหลักโภชนาการ หลักสุขาภิบาลอาหาร ความสะอาด และความปลอดภัยด้านอาหาร และสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้ใช้บริการในคุณภาพอาหารที่มีความปลอดภัย ๓. เป้าหมายเกณฑ์การตรวจประเมิน GMP in Mass Catering Check List มีจำนวน ๓ ตัวชี้วัด ๓.๑ ร้อยละของการผ่านเกณฑ์การตรวจประเมิน GMP in Mass Catering Check list (ร้อยละ ๑๐๐) ๓.๒ ร้อยละของการผ่านเกณฑ์การตรวจประเมินอาหารปลอดภัย (ร้อยละ ๑๐๐) ๓.๓ ร้อยละของการผ่านเกณฑ์การตรวจวิเคราะห์หาสารเคมีปนเปื้อนในอาหาร (ร้อยละ๑๐๐)	ผ่านเกณฑ์การตรวจประเมิน GMP in Mass Catering Check List ปี ๖๑ เพื่อรักษาระบบ ปี ๖๒ – ๓๔ เพื่อต่ออายุการรับรอง	ฝ่ายโภชนาการ รวบรวมข้อมูล และรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๓	ลดการใช้พลังงานเทียบกับค่าเฉลี่ยการใช้ของปีงบประมาณที่ผ่านมา <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ > ร้อยละ ๑๐/ปี ๖๒ > ร้อยละ ๑๐ ปี ๖๓ > ร้อยละ ๑๐/ปี ๖๔ > ร้อยละ ๑๐	เปรียบเทียบการใช้พลังงานไฟฟ้า ประปา เฉลี่ยทั้งปีที่ผ่านมาเปรียบเทียบกับการใช้พลังงานในปีนี้อลดลง	จำนวนรวมยูนิตของปีงบประมาณที่ผ่านมา ลบด้วย จำนวนรวมยูนิตปีปัจจุบันหารด้วย จำนวนยูนิตที่ใช้เท่ากับผลต่าง $\text{คำนวณ} = \frac{\text{ผลต่าง} \times 100}{\text{จำนวนรวมยูนิตปีปัจจุบัน}}$	คณะกรรมการ ENV ร่วมกับฝ่ายบริหารงานทั่วไป รวบรวมข้อมูลและรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ
๔	ปริมาณการใช้น้ำประปาลดลง <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ – ๖๔ ปีละลดลงร้อยละ ๒.๕ (เทียบกับปีก่อน)			
๕	ปริมาณการใช้น้ำมันเชื้อเพลิงลดลง <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ – ๖๔ ปีละลดลงร้อยละ ๒.๕ (เทียบกับปีก่อน)			
๖	ปริมาณการใช้กระดาษลดลง <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ – ๖๔ ปีละลดลงร้อยละ ๒.๕ (เทียบกับปีก่อน)			
๗	บุคลากรของโรงพยาบาลได้เข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมจิตสำนึกด้านอนุรักษ์พลังงาน <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ – ๖๔ ปีละ ร้อยละ ๒๕ (ร้อยละของยอดบุคลากรคงเหลือที่ยังไม่ได้รับการอบรมในแต่ละปี)	จัดให้มีกิจกรรมสร้างเสริมจิตสำนึกด้านอนุรักษ์พลังงานให้แก่บุคลากรปีละ ๑ ครั้ง	บุคลากรทุกคนได้เข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมจิตสำนึกด้านอนุรักษ์พลังงานปีละ ๒๕ ของบุคลากรทั้งหมด	คณะกรรมการ ENV ร่วมกับฝ่ายบริหารงานทั่วไป รวบรวมข้อมูลและรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ

กลยุทธ์ที่ ๕.๒ เพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการทางการเงินให้มีความรวดเร็ว โปร่งใส และตรวจสอบได้
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ ๕.๒.๑ มีระบบกลไกในการควบคุมการใช้จ่ายเงินให้โปร่งใส ตรวจสอบได้ และเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๘	ความสำเร็จการจัดทำแผนการใช้จ่ายเงินประจำปี <u>เป้าหมาย</u> ภายใน ๓๐ กันยายน ของทุกปี ปี ๖๑ - ๖๔	ดำเนินการจัดทำแผนการใช้จ่ายเงินประจำปี ภายใน ๓๐ กันยายน ของทุกปี	สามารถดำเนินการจัดทำแผนการใช้จ่ายเงินประจำปีทันภายในกำหนด	ฝ่ายงบประมาณการเงินและบัญชี รวบรวมข้อมูล และรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือ เมื่อสิ้นปีงบประมาณ
๙	ความสำเร็จของการรายงานการใช้จ่ายเงินเป็นไปตามแผนที่กำหนด <u>เป้าหมาย</u> จำนวน ๔ ครั้งต่อปี (รายไตรมาส) ปี ๖๑ - ๖๔	ดำเนินการรายงานการใช้จ่ายเงิน ปีละ ๔ ครั้ง (รายไตรมาส) เสนอต่อคณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาล	สามารถดำเนินการรายงานการใช้จ่ายเงินครบภายในกำหนด	ฝ่ายงบประมาณการเงินและบัญชี รวบรวมข้อมูล และรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือ เมื่อสิ้นปีงบประมาณ

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ ๕.๒.๒ ติดตามการใช้จ่ายงบประมาณให้เป็นไปตามแผนที่กำหนดและมีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๑๐	ความสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณประจำปี <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ = ร้อยละ ๙๕ ปี ๖๒ – ๖๔ ปีละ ร้อยละ ๙๖	มีการเร่งรัด/ ติดตามการใช้จ่ายเงินงบประมาณ รายจ่ายประจำปีของหน่วยงานต่าง ๆ	สามารถดำเนินการเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายประจำปีได้ตามแผนงานที่กำหนด	ฝ่ายงบประมาณการเงินและบัญชี รวบรวมข้อมูล และรายงานผล ปีละ ๒ ครั้ง หรือ เมื่อสิ้นปีงบประมาณ

กลยุทธ์ที่ ๕.๓ จัดระบบบริหารสินค้าคงคลัง (Inventory Turnover Period) อย่างเป็นระบบ ตรวจสอบได้
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ ๕.๓.๑ เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการสินค้าคงคลังให้เป็นระบบ มีประสิทธิภาพตรวจสอบได้

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๑๑	ร้อยละความสำเร็จของการเบิก – จ่าย ควบคุมวัสดุของแต่ละหน่วยงาน <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ = ร้อยละ ๒๕ ปี ๖๒ = ร้อยละ ๕๐ ปี ๖๓ = ร้อยละ ๗๕ ปี ๖๔ = ร้อยละ ๑๐๐	จัดทำกิจกรรมให้มีความรู้ความเข้าใจในการควบคุมการ เบิกจ่ายวัสดุของฝ่าย/กลุ่มงานต่าง ๆ ๑๗ หน่วยงาน ดังนี้ <u>ปี ๖๑</u> = คลังส่วนกลางในโรงพยาบาล <u>ปี ๖๒</u> = สามารถดำเนินการได้ไม่น้อยกว่า ๕ หน่วยงานต่อปี <u>ปี ๖๓</u> = สามารถดำเนินการได้ไม่น้อยกว่า ๕ หน่วยงานต่อปี <u>ปี ๖๔</u> = สามารถดำเนินการได้ไม่น้อยกว่า ๕ หน่วยงานต่อปี หน่วยงานที่เก็บข้อมูล และให้ความรู้ในการควบคุม การเบิกจ่ายวัสดุคือ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป	จำนวนหน่วยงานที่สามารถจัดทำ เอกสารควบคุมการเบิกจ่ายวัสดุ สำนักงานได้สำเร็จ	ฝ่ายบริหารงานทั่วไป รวบรวมข้อมูล และจัดทำรายงาน ปีละ ๒ ครั้ง หรือ เมื่อสิ้นปีงบประมาณ
๑๒	ร้อยละความสำเร็จในการตรวจนับวัสดุใน คลังวัสดุกลางให้เป็นปัจจุบันในแต่ละ ปีงบประมาณ <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ – ๖๔ ปีละ ร้อยละ ๑๐๐	๑. ดำเนินการจัดตั้งคณะกรรมการตรวจนับวัสดุในคลัง วัสดุกลาง ๒. จัดทำเอกสารวัสดุคงเหลือในคลังวัสดุกลางให้เป็น ปัจจุบัน ๓. คณะกรรมการตรวจนับวัสดุในคลังวัสดุกลาง ดำเนินการตรวจนับวัสดุและนำเรียนผู้บริหาร โรงพยาบาล	สามารถดำเนินการตรวจนับวัสดุใน คลังวัสดุกลางให้เป็นปัจจุบันภายใน กำหนด	ฝ่ายบริหารงานทั่วไป รวบรวมข้อมูล และจัดทำรายงาน ปีละ ๒ ครั้ง หรือ เมื่อสิ้นปีงบประมาณ

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ ๕.๓.๒ มีระบบการจัดทำแผนการจัดซื้อจัดจ้างประจำปี โปร่งใส ตรวจสอบได้

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๑๓	ร้อยละความสำเร็จของการจัดทำแผนการจัดซื้อจัดจ้างประจำปีงบประมาณ <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ – ๖๔ ปีละ ร้อยละ ๑๐๐	สามารถดำเนินการจัดทำแผนจัดซื้อจัดจ้างในแต่ละปีงบประมาณ และนำเสนอที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล	มีแผนการจัดซื้อจัดจ้างในแต่ละปีงบประมาณ	ฝ่ายบริหารงานทั่วไป รวบรวมข้อมูล และจัดทำรายงาน ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ
๑๔	ร้อยละความสำเร็จในการตรวจนับทรัพย์สินของโรงพยาบาลให้เป็นปัจจุบันในแต่ละปีงบประมาณ <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ – ๖๔ ปีละ ร้อยละ ๑๐๐	๑. ดำเนินการจัดตั้งคณะกรรมการตรวจนับทรัพย์สินของโรงพยาบาล ๒. จัดทำเอกสารทรัพย์สินประจำปีงบประมาณนั้น ๆ ให้เป็นปัจจุบัน ๓. คณะกรรมการตรวจนับทรัพย์สินของโรงพยาบาล ดำเนินการตรวจนับและนำเรียนผู้บริหารโรงพยาบาล	สามารถดำเนินการตรวจนับทรัพย์สินของโรงพยาบาลให้เป็นปัจจุบันภายในกำหนด	ฝ่ายบริหารงานทั่วไป รวบรวมข้อมูล และจัดทำรายงาน ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ

กลยุทธ์ที่ ๕.๔ สนับสนุน ส่งเสริม พัฒนาองค์กรสู่โรงพยาบาลคุณธรรม
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ ๕.๔.๑ สร้างและพัฒนาหน่วยงานให้เป็นโรงพยาบาลคุณธรรม

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๑๕	บุคลากรในหน่วยงานเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเสริมพัฒนาคุณธรรม จริยธรรม <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ = ร้อยละ ๒๕ ปี ๖๒ = ร้อยละ ๕๐ ปี ๖๓ = ร้อยละ ๗๕ ปี ๖๔ = ร้อยละ ๑๐๐	บุคลากร หมายถึง ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว พนักงานประกันสังคม และลูกจ้างโครงการฯ เข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับคุณธรรม จริยธรรม	จำนวนบุคลากรที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ คูณด้วย ๑๐๐หารด้วยจำนวนบุคลากรของโรงพยาบาลทั้งหมด	ฝ่ายบริหารงานทั่วไป ร่วมกับคณะกรรมการโรงพยาบาลคุณธรรม รวบรวมข้อมูล และจัดทำรายงาน ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๑๖	จำนวนเรื่องต้องเรียนเกี่ยวกับการทุจริตและประพฤติมิชอบ <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ - ๖๔ ไม่มีข้อร้องเรียนหรือถ้ามีข้อร้องเรียน สามารถชี้แจงแก้ไขได้ทันภายใน ๓ วัน)	ข้อร้องเรียนที่เกี่ยวกับการทุจริตและประพฤติมิชอบทุกช่องทางของบุคลากรของโรงพยาบาล	จำนวนข้อร้องเรียนทั้งหมด	คณะกรรมการรับฟังความคิดเห็นและข้อร้องเรียน ฯ ร่วมกับฝ่ายบริหารงานทั่วไป ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ
๑๗	อัตราความพึงพอใจของประชาชนที่มารับบริการเพิ่มขึ้น <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ = ร้อยละ ๖๐ ปี ๖๒ = ร้อยละ ๗๕ ปี ๖๓ = ร้อยละ ๘๐ ปี ๖๔ = ร้อยละ ๘๕	ความพึงพอใจ หมายถึง ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์ตั้งแต่ระดับ “มาก” ขึ้นไป ตามแบบประเมินความพึงพอใจของสำนักการแพทย์	จำนวนผู้รับบริการที่ตอบแบบประเมินความพึงพอใจระดับมากขึ้นไปหารด้วยจำนวนผู้รับบริการที่ตอบแบบประเมินความพึงพอใจทั้งหมด คูณ ๑๐๐	ฝ่ายบริหารงานทั่วไป ร่วมกับคณะกรรมการโรงพยาบาลคุณธรรม รวบรวมข้อมูล และจัดทำรายงาน ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ
๑๘	จำนวนกิจกรรมด้านจิตอาสาเพื่อส่งเสริมโครงการโรงพยาบาลคุณธรรมให้แก่บุคลากร <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ – ๖๒ ปีละ ๑ ครั้ง ปี ๖๓ – ๖๔ ปีละ ๑ ครั้ง	สามารถจัดกิจกรรมจิตอาสาทำความดีให้แก่บุคลากร	จำนวนครั้งในการจัดกิจกรรม	ฝ่ายบริหารงานทั่วไป ร่วมกับคณะกรรมการโรงพยาบาลคุณธรรม รวบรวมข้อมูล และจัดทำรายงาน ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ
๑๙	ร้อยละความสำเร็จในการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของโครงการโรงพยาบาลคุณธรรม จำนวน ๑๐ ตัวชี้วัด <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ - ปี ๖๔ ผ่านทุกตัวชี้วัด	ดำเนินการตามตัวชี้วัด จำนวน ๑๐ ตัวชี้วัด ดังนี้ ๑. ร้อยละของบุคลากร มีความตรงต่อเวลา $\geq ๘๐\%$ ๒. ร้อยละของบุคลากร ปฏิบัติงานอย่างเต็มเวลาที่กำหนด $\geq ๘๕\%$ ๓. ร้อยละของบุคลากร แต่งกายตามระเบียบที่กำหนด $\geq ๙๐\%$	ผ่านเกณฑ์การประเมินตัวชี้วัดทุกตัว	ฝ่ายบริหารงานทั่วไป ร่วมกับคณะกรรมการโรงพยาบาลคุณธรรม รวบรวมข้อมูล และจัดทำรายงาน ปีละ ๒ ครั้ง หรือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
		๔. ร้อยละของบุคลากรประชุมตรงเวลา $\geq 80\%$ ๕. ร้อยละของบุคลากรไม่มีเรื่องร้องเรียนทุจริตประพฤติดีมีชอบ 100% ๖. ร้อยละของฝ่าย/กลุ่มงานเผยแพร่คู่มือการให้บริการอย่างน้อย 2 เรื่อง/ปี 100% ๗. ร้อยละของผู้ใช้บริการได้รับความสนใจในการบริการในระดับดี – ดีมาก $\geq 85\%$ ๘. ร้อยละของผู้ใช้บริการ (ผู้ป่วยนอก) มีความพึงพอใจระดับมากขึ้นไป $\geq 80\%$ ๙. ร้อยละของผู้ใช้บริการ (ผู้ป่วยใน) มีความพึงพอใจระดับมากขึ้นไป $\geq 80\%$ ๑๐. ร้อยละของบุคลากร เข้าร่วมกิจกรรมจิตอาสา ไม่น้อยกว่า 2 ครั้ง/ปี 100%		

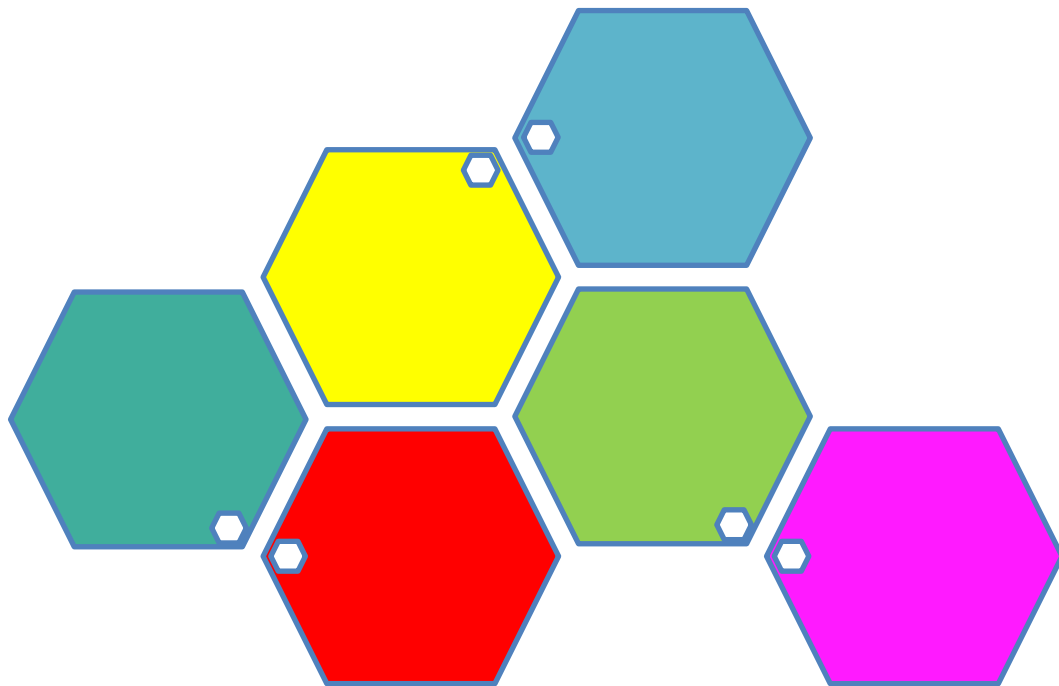
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ ๕.๔.๒ บุคลากรมีสุขภาพและความผูกพันต่อองค์กร

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๒๐	บุคลากรในโรงพยาบาลมีความสุขเพิ่มขึ้น <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ = ร้อยละ ๕๐ ปี ๖๒ = ร้อยละ ๖๐ ปี ๖๓ = ร้อยละ ๗๐ ปี ๖๔ = ร้อยละ ๘๐	ใช้แบบสำรวจความสุขของบุคลากรในโรงพยาบาล ตามแบบ Employee Engagement on meter (Emo – meter) มาวิเคราะห์ข้อมูล	มาจากดัชนีความสุข หรือ Emo - meter	คณะกรรมการบริหารทรัพยากรบุคคลโรงพยาบาล ร่วมกับคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ร่วมกับ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป ปีละ ๒ ครั้ง หรือ เมื่อสิ้นปีงบประมาณ

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	การรายงานผล
๒๑	โรงพยาบาลสามารถนำดัชนีความสุขของ คนทำงานไปใช้ <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ = ระดับ ๓ ปี ๖๒ = ระดับ ๔ ปี ๖๓ = ระดับ ๕ ปี ๖๔ = ระดับ ๕	ระดับที่ ๑ ชี้แจงแนวทางการวัดดัชนีความสุขของ คนทำงานและการนำดัชนีความสุขของคนทำงานไปใช้ ระดับที่ ๒ มีการสำรวจข้อมูล ระดับที่ ๓ มีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล ระดับที่ ๔ มีการทำแผนพัฒนาความสุขของคนทำงาน ระดับที่ ๕ มีการใช้แผนพัฒนาความสุขของคนทำงาน หมายเหตุ มีการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน รายบุคคลร้อยละ ๑๐๐ ของจำนวนบุคลากรใน โรงพยาบาล (อ้างอิงจาก คู่มือตรวจสอบสภาวะระดับองค์กร ด้วย Happy Work Place)	ปี ๖๑ สามารถดำเนินการใน ระดับที่ ๑ – ๓, ปี ๖๒ สามารถ ดำเนินการในระดับที่ ๔, และใน ปี ๖๓ – ๖๔ สามารถดำเนินการ ในระดับที่ ๕	คณะกรรมการบริหารทรัพยากร บุคคลโรงพยาบาล ร่วมกับ คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ร่วมกับ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป ปีละ ๒ ครั้ง หรือ เมื่อสิ้นปีงบประมาณ
๒๒	ร้อยละความพึงพอใจและความเชื่อมั่น ผูกพันของบุคลากรที่มีต่อองค์กร <u>เป้าหมาย</u> ปี ๖๑ = ร้อยละ ๘๐ ปี ๖๒ = ร้อยละ ๘๐ ปี ๖๓ = ร้อยละ ๘๕ ปี ๖๔ = ร้อยละ ๘๕	ความพึงพอใจ หมายถึง ระดับความพึงพอใจของบุคลากร โรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ “มาก” ขึ้นไป ตามแบบประเมิน ความพึงพอใจของกรุงเทพมหานคร	จำนวนบุคลากรที่ตอบแบบ ประเมินความพึงพอใจระดับมาก ขึ้นไปหารด้วยจำนวนบุคลากรที่ ตอบแบบประเมินความพึงพอใจ ทั้งหมด คูณ ๑๐๐	คณะกรรมการบริหารทรัพยากร บุคคลโรงพยาบาล ร่วมกับ คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ร่วมกับ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป ปีละ ๒ ครั้ง หรือ เมื่อสิ้นปีงบประมาณ

บทที่ ๔

สรุปโครงการ กิจกรรม และงบประมาณ



สรุปโครงการ/กิจกรรม และงบประมาณ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และมาตรฐาน (Service Quality)

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑	กิจกรรมการจัดการความรู้เกี่ยวกับระบบคุณภาพโรงพยาบาลภายในองค์กร (ปี ๒๕๖๑)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ
๒	โครงการประชุมวิชาการเครือข่ายโรงพยาบาลคุณภาพสำนักงานแพทย์ ครั้งที่ ๑๒ (ปี ๒๕๖๑)	๒๐๐,๐๐๐.๐๐ (เงินบำรุง สนพ.)	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ
๓	โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (ปี ๒๕๖๒)	๕๖,๓๒๐.๐๐ (เงินบำรุง รพท.)	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ
๔	โครงการมหกรรมคุณภาพโรงพยาบาล (ปี ๒๕๖๓)	๗๐,๐๐๐.๐๐ (เงินบำรุง รพท.)	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ
๕	กิจกรรมส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการพัฒนาคุณภาพภายนอกองค์กร (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔) (งบประมาณ ปี ๖๑ = ๑๓๔,๐๐๐.- บาท/ ปี ๖๒ – ๖๔ ปีละ ๑๐๐,๐๐๐.- บาท)	๔๓๔,๐๐๐.๐๐ (เงินบำรุง รพท.)	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ
๖	กิจกรรมการเยี่ยมสำรวจคุณภาพภายในของทุกทีม (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คณะกรรมการ Lead team/ คณะกรรมการ PCT ทุกทีม / กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ
๗	กิจกรรมการทบทวนเวชระเบียนตาม Trigger ของทีม PCT (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คณะกรรมการ Lead team/ คณะกรรมการ PCT ทุกทีม / กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ
๘	โครงการพัฒนาระบบสารสนเทศเปรียบเทียบระดับคุณภาพโรงพยาบาล (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๕) (งบประมาณปีละ ๑๐,๐๐๐.- บาท)	๔๐,๐๐๐.๐๐ (เงินมูลนิธิเพื่อ รพท.)	คณะกรรมการ Lead team /คณะกรรมการ PCT ทุกทีม / กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ
๙	โครงการตรวจประเมินกระบวนการรับรองคุณภาพซ้ำ (Re – Accreditation Survey ครั้งที่ ๓) จาก สรพ. (ปี ๒๕๖๓)	๑๒๐,๐๐๐.๐๐ (เงินบำรุง รพท.)	คณะกรรมการ Lead team/ คณะกรรมการ PCT ทุกทีม/กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑๐	กิจกรรมการรับรองมาตรฐานเฉพาะโรค DSC (ปี ๒๕๖๒)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คณะกรรมการ TB & AIDS
๑๑	กิจกรรมการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ
๑๒	กิจกรรมทบทวนตัวชี้วัดคุณภาพที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน (๒ ครั้งต่อปี) (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ
๑๓	กิจกรรมการจัดการความรู้ เรื่อง การบริหารความเสี่ยง (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง(RM) /กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ/
๑๔	กิจกรรมการถอดแบบสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรในโรงพยาบาลผ่านระบบออนไลน์ (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง(RM) /กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ/
๑๕	กิจกรรมการวิเคราะห์ระบบบริหารความเสี่ยง (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง(RM) /กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ/
๑๖	กิจกรรม RM Quality round ตามรอยการบริหารความเสี่ยงที่หน้างานตามจุดเน้นความเสี่ยงขององค์กร (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง(RM) /กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ/
๑๗	กิจกรรมการประชุมเพื่อติดตามงานการบริหารความเสี่ยงของทุกทีม (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง(RM) /กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ/
๑๘	กิจกรรมรณรงค์และประชาสัมพันธ์การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	กลุ่มงานเภสัชกรรม
๑๙	กิจกรรมการกำหนดแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	กลุ่มงานสูติ – นรีเวชกรรม
๒๐	กิจกรรมการกำหนดแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนในผู้ป่วยนอก (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	กลุ่มงานกุมารเวชกรรม
๒๑	กิจกรรมการกำหนดแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยที่เป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนในผู้ป่วยนอก (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	กลุ่มงานอายุรกรรม
๒๒	กิจกรรมการกำหนดแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะออกจากระวังเฉียบพลัน (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	กลุ่มงานกุมารเวชกรรม

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๒๓	กิจกรรมการกำหนดแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะอย่าง สมเหตุสมผลในผู้ป่วยที่มีภาวะอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	กลุ่มงานอายุรกรรม
๒๔	กิจกรรมการกำหนดแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะอย่าง สมเหตุสมผลในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาดูแลสดจาก อุบัติเหตุ (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	กลุ่มงานศัลยกรรม

สรุป	รวมโครงการ/กิจกรรม ตามประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ ทั้งหมด	จำนวน.....๒๔.....โครงการ/กิจกรรม
	โครงการ/กิจกรรม (ที่ใช้งบประมาณ)	จำนวน.....๖.....โครงการ/กิจกรรม
	- เงิน งบ กทม.	จำนวนเงิน.....-.....บาท
	- เงินนอกงบประมาณ ประเภทเงินบำรุง รพท.	จำนวนเงิน.....๖๘๐,๓๒๐.๐๐ บาท (๔)
	- เงินนอกงบประมาณ ประเภทเงินบำรุง สนพ.	จำนวนเงิน.....๔๐,๐๐๐.๐๐ บาท (๑)
	- สนับสนุนเงินมูลนิธิเพื่อ รพท.	จำนวนเงิน.....๒๐๐,๐๐๐.๐๐ บาท (๑)
	โครงการ/กิจกรรม (ไม่ใช้งบประมาณ)	จำนวน.....๑๘.....โครงการ/กิจกรรม

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒ สร้างความเชื่อมั่นในระบบบริการ (Service Capability)

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑	ขยายการให้บริการงานชันสูตรโรคกลางๆ (เจาะเลือดผู้ป่วย) แผนกผู้ป่วยนอก อาคารอเนกประสงค์ ๖ ชั้น (ช่วงเวลา ๐๘.๐๐ - ๑๒.๐๐ น.) (ปี ๒๕๖๑)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ก.ชันสูตรโรคกลางๆ
๒	โครงการปรับปรุงห้องตรวจผู้ป่วยนอก (เป็นโครงการต่อเนื่องตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ - ๒๕๖๑) งบประมาณ ๑๔,๐๐๐,๐๐๐ บาท เป็นเงินบ กทม. ๖๐	ปี ๖๑ ไม่ได้ ใช้งบประมาณ	ฝ่ายการพยาบาล ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๓	กิจกรรมพัฒนาระบบการจัดยาให้ถูกต้องและรวดเร็ว (ปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ก.เภสัชกรรม
๔	โครงการย้ายคลังยาและเวชภัณฑ์ (ปี ๒๕๖๑)	๕๐๐,๐๐๐ (เงินบำรุง รพท).	ก.เภสัชกรรม
๕	ขยายการให้บริการห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก อาคารอเนกประสงค์ ๖ ชั้น (ช่วงเวลา ๐๘.๐๐ - ๑๒.๐๐ น.) (ปี ๒๕๖๑)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ก.เภสัชกรรม
๖	ขยายการให้บริการห้องรับ - จ่ายเงิน แผนกผู้ป่วยนอก อาคารอเนกประสงค์ ๖ ชั้น (ช่วงเวลา ๐๘.๐๐ - ๑๒.๐๐ น.) (ปี ๒๕๖๑)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ฝ่ายงบประมาณการเงิน และบัญชี
๗	กิจกรรมการนำระบบ Lean process มาใช้ลดขั้นตอนการบริการของหน่วยงาน (ปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ฝ่ายการพยาบาล
๘	กิจกรรมลดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยนอก (ปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ฝ่ายการพยาบาล
๙	กิจกรรมลดระยะเวลาในการจำหน่ายผู้ป่วยใน (ปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ฝ่ายการพยาบาล
๑๐	กิจกรรมการลดระยะเวลาในการ Admit (ปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ฝ่ายการพยาบาล
๑๑	กิจกรรมการลดระยะเวลาในการให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉิน (ปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ฝ่ายการพยาบาล
๑๒	กิจกรรมการสำรวจความพึงพอใจและข้อเสนอแนะจากผู้รับบริการและญาติ ((Listening and Learning) ในผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญของทีมนำทางคลินิก (ปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ก.ชันสูตรโรคกลางๆ

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑๓	กิจกรรมการประชุมเพื่อติดตามการตอบสนองต่อข้อเสนอแนะจากผู้รับบริการและญาติ (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ฝ่ายการพยาบาล ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๑๔	กิจกรรมวางแผนการรักษาผู้ป่วยใน (IPD) ร่วมกันระหว่างแพทย์ พยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพ (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ก.เภสัชกรรม
๑๕	โครงการจัดตั้งคลินิกเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ (ปี ๒๕๖๑)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ก.สูติ – นรีเวชกรรม
๑๖	โครงการจัดตั้งคลินิกผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวช (ปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๒) - ตรวจคัดกรองและการวินิจฉัยโรค - จัดซื้อชุดผ่าตัดกล้องระบบวิดีโอทัศนียภาพความละเอียดสูง ๔K UHD พร้อมชุดบันทึกวิดีโอทัศนียภาพความละเอียดสูง ๔K - จัดซื้อเครื่องจี้และตัดพร้อมระบบเชื่อมปิดหลอดเลือดด้วยระบบไฟฟ้า	ไม่มีค่าใช้จ่าย ๖,๐๐๐,๐๐๐ (เงินงบ กทม. ๖๒) ๑,๘๐๐,๐๐๐ (เงินงบ กทม. ๖๒)	ก.สูติ – นรีเวชกรรม
๑๗	โครงการจัดตั้งคลินิกวัยทอง (ปี ๒๕๖๓)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ก.สูติ – นรีเวชกรรม
๑๘	ขยายการให้บริการผ่าตัดส่องกล้องในโพรงมดลูก (Hysteroscopy) (ปี ๒๕๖๓)	งบประมาณไม่แน่นอน	ก.สูติ – นรีเวชกรรม
๑๙	โครงการจัดตั้งคลินิกมีบุตรยาก (ปี ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ก.สูติ – นรีเวชกรรม
๒๐	โครงการส่วนขยายบริการหอผู้ป่วยหลังคลอดและเด็ก โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๓๓๓ ชุมชนบุรีรัมย์ (ปี ๒๕๖๒)	๒๔๕,๕๒๐ (เงินบำรุง รพท.)	ก.สูติ – นรีเวชกรรม ฝ่ายการพยาบาล
๒๑	กิจกรรมให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์เกี่ยวกับการครรภ์ก่อนกำหนด (ปี ๒๕๖๑)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ก.สูติ – นรีเวชกรรม
๒๒	กิจกรรมส่งเสริมการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรเพื่อลดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (ปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ก.สูติ – นรีเวชกรรม
๒๓	โครงการ “ใกล้ใจวัยรุ่น” (ปี ๒๕๖๑)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ก.เวชศาสตร์ชุมชนฯ
๒๔	โครงการอบรมเพิ่มประสิทธิภาพทีมสหวิชาชีพในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (ปี ๒๕๖๒)	๑๗,๒๖๐ (เงิน บำรุง รพท.)	ก.เวชศาสตร์ชุมชนฯ
๒๕	โครงการ/กิจกรรม เกี่ยวกับการให้ความรู้ป้องกัน/การคุมกำเนิด / ลดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่เป็นกลุ่มเสี่ยง (ปี ๒๕๖๒ - ๒๕๖๔)	งบประมาณไม่แน่นอน	ก.เวชศาสตร์ชุมชนฯ

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๒๖	โครงการตรวจคัดกรองการได้ยิน (OAE) ในทารกแรกเกิดทุกราย (ปี ๒๕๖๒) * จัดซื้อเครื่องตรวจการคัดกรองการได้ยินในเด็กแรกเกิด	๓๕๐,๐๐๐ (เงิน งบ กทม.๖๒)	ก.กุมารเวชกรรม
๒๗	โครงการคัดกรองภาวะหัวใจพิการแต่กำเนิดวิกฤติโดยเครื่องวัดเปอร์เซ็นต์ออกซิเจนปลายนิ้ว (ปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ก.กุมารเวชกรรม
๒๘	โครงการตรวจคัดกรองภาวะจอประสาทตาต้อในทารกคลอดก่อนกำหนด (โดยจักษุแพทย์) (ปี ๒๕๖๒ - ๒๕๖๔)	๓๕๐,๐๐๐ (เงิน บำรุง รพท.)	ก.กุมารเวชกรรม ก.จักษุวิทยา
๒๙	โครงการตรวจคัดกรองภาวะเลือดออกในโพรงสมองโดยการอัลตราซาวด์ความถี่สูงในทารกคลอดก่อนกำหนด (โดยรังสีแพทย์) (ปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ก.กุมารเวชกรรม ก.รังสีวิทยา
๓๐	โครงการจัดซื้อเครื่องช่วยหายใจโดยปรับอัตราการไหลของออกซิเจน (Oxygen cannula high flow) (เป็นโครงการต่อเนื่องดำเนินการในปี ๒๕๖๐ – ๒๕๖๑)	๒๒๐,๐๐๐ (เงินงบ กทม. ๖๐)	ก.กุมารเวชกรรม
๓๑	กิจกรรมเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาผู้ป่วยศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ (ปี ๒๕๖๑)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ก.ศัลยกรรม
๓๒	โครงการส่วนขยายบริการหอผู้ป่วยศัลยกรรมโรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๕๕๕ ชุมชนโร อุตสาหกรรม (ปี ๒๕๖๑)	๑๐๖,๑๑๐ (เงินบำรุง รพท.)	ก.ศัลยกรรม ฝ่ายการพยาบาล ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๓๓	โครงการเปิดให้บริการหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงโรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๕๕๕ ชุมชนโร อุตสาหกรรม (ปี ๒๕๖๑)	งบประมาณไม่แน่นอน	ก.ศัลยกรรม ฝ่ายการพยาบาล ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๓๔	โครงการส่วนขยายบริการห้องผ่าตัดใหญ่ โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๕๕๕ ชุมชนโร อุตสาหกรรม (ปี ๒๕๖๒)	๑,๕๐๐,๐๐๐ (เงินบำรุง รพท.)	ก.ศัลยกรรม ฝ่ายการพยาบาล ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๓๕	โครงการส่วนขยายบริการห้องผ่าตัดเล็ก โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๕๕๕ ชุมชนโร อุตสาหกรรม (ปี ๒๕๖๑)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ก.ศัลยกรรม ฝ่ายการพยาบาล ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๓๖	โครงการขยายการให้บริการหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๕๕๕ ชุมชนโร อุตสาหกรรม (ปี ๒๕๖๒ - ๒๕๖๓)	๑๐,๐๐๐,๐๐๐ (เงินมูลนิธิเพื่อ รพท.)	ก.ศัลยกรรม ฝ่ายการพยาบาล ฝ่ายบริหารงานทั่วไป

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานรับผิดชอบ
๓๗	โครงการจัดตั้งคลินิกโรคระบบทางเดินอาหารและ โรคตับ (ปี ๒๕๖๑)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ก.อายุรกรรม
๓๘	โครงการจัดตั้งคลินิกส่องกล้องทางเดินอาหาร *จัดซื้อกล้องตรวจทางเดินอาหาร ส่วนต้น (gastroscopy) (ปี ๒๕๖๓ – ๒๕๖๔)	งบประมาณไม่ แน่นอน	ก.อายุรกรรม
๓๙	โครงการพัฒนาหน่วยบริการส่องกล้องระบบทางเดิน อาหาร โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๓๓๓ ชุมชนบุรี อุทิศ (ปี ๒๕๖๒)	๒๐๐,๐๐๐ (เงินบำรุง รพท.)	ฝ่ายการพยาบาลก.อายุร กรรม
๔๐	โครงการจัดซื้อเครื่องตรวจการได้ยินพร้อมผู้ตรวจ (ปี ๒๕๖๓)	๑,๐๐๐,๐๐๐ (เงิน งบ กทม. ๖๓)	ก.โสต ศอ นาสิก
๔๑	โครงการจ้างบุคลากรภายนอกตำแหน่งนักตรวจการได้ยิน (Audiologist) (ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔)	๔๘,๐๐๐ (เงินบำรุง รพท.)	ก.โสต ศอ นาสิก
๔๒	โครงการเพิ่มศักยภาพการให้บริการผู้ป่วยต่อหิน * จัดซื้อเครื่องตรวจลานสายตาแบบอัตโนมัติ (ปี ๒๕๖๒)	๒,๑๐๐,๐๐๐ (เงิน งบ กทม. ๖๒)	ก.จักษุวิทยา
๔๓	โครงการขยายบริการห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT) (ปี ๒๕๖๑)	๑๒,๕๐๐,๐๐๐ (เงิน งบ กทม. ๖๑)	ก.รังสีวิทยา
๔๔	โครงการเพิ่มศักยภาพให้บริการด้วยเครื่องเอกซเรย์ เคลื่อนที่ระบบดิจิตอลขนาดไม่น้อยกว่า ๓๒ KW พร้อม การเชื่อมต่อระบบรังสีวิทยา (Digital Mobile System) (ปี ๒๕๖๓)	๕,๐๐๐,๐๐๐ (เงินงบ กทม. ๖๓)	ก.รังสีวิทยา
๔๕	โครงการขยายบริการห้องตรวจเอกซเรย์เต้านม (ปี ๒๕๖๔)	๗,๐๐๐,๐๐๐ (เงิน งบ กทม. ๖๔)	ก.รังสีวิทยา
๔๖	โครงการศูนย์ไตเทียม โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๓๓๓ - ชุมชุมบุรี อุทิศ (ปี ๒๕๖๑)	๘,๔๒๖,๕๐๐ (เงินมูลนิธิเพื่อ รพท.)	ก.อายุรกรรม ฝ่ายการพยาบาล ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๔๗	โครงการจัดทำห้องเตรียมยาเคมีบำบัด (*ค่าเครื่อง Isolator ๒,๕๐๐,๐๐๐ บาท ปรับปรุงห้องตาม มาตรฐาน ๓,๐๐๐,๐๐๐ บาท) (ปี ๒๕๖๔)	๕,๕๐๐,๐๐๐ (เงินบำรุง รพท.)	ก.อายุรกรรม ก.เภสัชกรรม ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๔๘	โครงการเพิ่มศักยภาพในการตรวจทางเดินหายใจ (Bronchoscopy) (*จัดซื้อกล้องเพื่อตรวจทางเดินหายใจ) (ปี ๒๕๖๓)	งบประมาณไม่ แน่นอน	ก.อายุรกรรม
๔๙	โครงการส่วนขยายบริการหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๓๓๓ ชุมชนบุรี อุทิศ (ปี ๒๕๖๒)	๑,๘๑๕,๐๐๐ (เงินบำรุง รพท.)	ฝ่ายการพยาบาล

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๕๐	โครงการเปิดให้บริการคลินิกโรคกระดูกพรุน (ปี ๒๕๖๒)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ก.ออร์โธปิดิกส์
๕๑	โครงการขยายเพิ่มศักยภาพทางการแพทย์ด้านการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ข้อสะโพกเทียม และการผ่าตัด revision arthroplasty (ปี ๒๕๖๓)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ก.ออร์โธปิดิกส์
๕๒	โครงการปรับปรุงคุณภาพการให้บริการห้องทันตกรรม *จัดซื้อเก้าอี้ทำฟันใหม่ทดแทนของเดิม (ปี ๒๕๖๑ จำนวน ๓ ยูนิต)	๙๘๐,๐๐๐ (เงินค่าเสื่อมฯ)	ก.ทันตกรรม
๕๓	โครงการขยายพื้นที่ห้องทันตกรรม (เพิ่มเก้าอี้ทำฟัน ๑ ยูนิต/จ้าง Part time ทันตแพทย์ และผู้ช่วย-ทันตแพทย์เพิ่ม ๑ ต่อ ๑ /ทำเรื่องขยายกรอบอัตรากำลังทันตแพทย์และผู้ช่วยทันตแพทย์ต่อไป) (ปี ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ก.ทันตกรรม
๕๔	ขยายบริการงานทันตกรรมประดิษฐ์ (ปี ๒๕๖๒ - ๒๕๖๓)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ก.ทันตกรรม
๕๕	โครงการเพิ่มศักยภาพการให้บริการโดยเปลี่ยนระบบภาพเอกซเรย์เป็นแบบดิจิทัล (ปี ๒๕๖๑) (*ชุดอ่านและแปลงสัญญาณภาพเอกซเรย์เป็นระบบดิจิทัล พร้อมอุปกรณ์คุณภาพแต่ละเก้าอี้ทำฟัน)	๕๙๐,๐๐๐ (เงินบำรุง รพท.)	ก.ทันตกรรม
๕๖	โครงการพัฒนาระบบบริการคลินิกผู้สูงอายุ (ปี ๒๕๖๑)	งบประมาณไม่แน่นอน	ฝ่ายการพยาบาล
๕๗	กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๓๓๓ ชุติโนโร อุทิศ (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ก.เวชศาสตร์ชุมชนฯ
๕๘	จัดให้มีระบบ Fast track ในการให้บริการผู้สูงอายุ (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการฯ
๕๙	โครงการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้าย Palliative Care ครบวงจร (ปี ๒๕๖๓)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คกก.Palliative care ฝ่ายการพยาบาล ก.เวชศาสตร์ชุมชนฯ
๖๐	โครงการจัดตั้งคลินิกแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๓๓๓ ชุติโนโร อุทิศ (ปี ๒๕๖๑)	๑,๕๕๗,๓๐๐ (เงินมูลนิธิเพื่อ รพท.)	คกก.พัฒนาคลินิกแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก/ฝ่ายการพยาบาล
๖๑	กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมจัดการวิเคราะห์ความเปราะบางของโรงพยาบาล (Hospital Vulnerability Analysis) และปรับปรุงแผนรับสาธารณภัยของโรงพยาบาล(ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ก.เวชศาสตร์ฉุกเฉินฯ ฝ่ายการพยาบาล ทุกหน่วยงาน

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๖๒	โครงการอบรมและฝึกซ้อมแผนรับมือภัยพิบัติ โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ชุมชนโร อุตสาหกรรม (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	๒๐๐,๐๐๐ (เงินงบ กทม.๖๑-๖๔)	ก.เวชศาสตร์ฉุกเฉินฯ ฝ่ายการพยาบาล
๖๓	โครงการปรับปรุงพื้นที่ให้บริการในส่วนห้องอุบัติเหตุ –ฉุกเฉิน เพื่อรองรับสารพิษ/สารเคมี (ปี ๒๕๖๓)	งบประมาณไม่ แน่นอน	ก.เวชศาสตร์ฉุกเฉินฯ ฝ่ายการพยาบาล
๖๔	กิจกรรมการเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ก.เวชศาสตร์ฉุกเฉินฯ ฝ่ายการพยาบาล
๖๕	โครงการหน่วยแพทย์กู้ชีวิต โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ชุมชนโร อุตสาหกรรม (ปี ๒๕๖๑)	๓,๓๖๗,๒๐๐ (เงินบำรุง รพท.)	ก.เวชศาสตร์ฉุกเฉินฯ ฝ่ายการพยาบาล
๖๖	โครงการห้องทำแผล – ฉีดยา (ห้องอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน) (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ก.เวชศาสตร์ฉุกเฉินฯ ฝ่ายการพยาบาล
๖๗	กิจกรรมการพัฒนาระบบการรับ – ส่งต่อ ผู้ป่วยโรคสำคัญ (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คกก.ส่งต่อฯ ฝ่ายการพยาบาล
๖๘	กิจกรรมการพัฒนาระบบส่งต่อระหว่างศูนย์บริการสาธารณสุขและโรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ชุมชนโร อุตสาหกรรม (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คกก.ส่งต่อฯ ฝ่ายการพยาบาล ก.เวชศาสตร์ชุมชนฯ
๖๙	กิจกรรมสำรวจข้อมูลส่งต่อ และตอบกลับของผู้ป่วยที่ทำ discharge plan และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อวางแผนการรักษา (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คกก.ส่งต่อฯ ฝ่ายการพยาบาล
๗๐	กิจกรรมวางแผน การจำหน่าย และส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ฝ่ายการพยาบาล ก.เวชศาสตร์ชุมชนฯ

สรุป	รวมโครงการ/กิจกรรม ตามประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒	จำนวน ๗๐ โครงการ/กิจกรรม
	โครงการ/กิจกรรม (ที่ใช้งบประมาณ)	จำนวน ๒๕ โครงการ/กิจกรรม
	- เงิน งบ กทม.	จำนวนเงิน ๓๗,๕๕๕,๐๐๐.๐๐ บาท (๙)
	- เงินนอกงบประมาณ ประเภทเงินบำรุง รพท.	จำนวนเงิน ๑๒,๔๒๔,๐๕๐.๐๐ บาท (๑๑)
	- เงินนอกงบประมาณ ประเภทเงินบำรุง สทพ.	จำนวนเงิน - บาท
	- เงินนอกงบประมาณ ประเภทค่าเสื่อมฯ	จำนวนเงิน ๕๘๐,๐๐๐.๐๐ บาท (๑)
	- สนับสนุนเงินมูลนิธิเพื่อ รพท.	จำนวนเงิน ๒๐,๗๘๓,๗๒๑.๐๐ บาท (๔)
	โครงการ/กิจกรรม (ไม่ใช้งบประมาณ)	จำนวน ๓๘ โครงการ/กิจกรรม
	โครงการ/กิจกรรม (งบประมาณไม่แน่นอน)	จำนวน ๗ โครงการ/กิจกรรม

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๓ เทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนงานบริการและการบริหาร (Smart IT)

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑	โครงการ การพัฒนาระบบนัดหมายทาง Smartphone (on Android) (*มีการส่งบุคลากรอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาความรู้กลับมาพัฒนาระบบงาน) (ปี ๒๕๖๑)	๑๖,๕๐๐.๐๐	ฝ่ายวิชาการฯ (งานสารสนเทศฯ)
๒	โครงการปรับปรุงระบบเครือข่ายของโรงพยาบาล (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๒)	๑๕,๐๐๐,๐๐๐.๐๐	คณะกรรมการ IT
๓	กิจกรรมการพัฒนาระบบข้อมูลรายงาน/ สถิติตามตัวชี้วัดที่สำคัญ (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คณะกรรมการ IT/ ฝ่ายวิชาการฯ (งานสารสนเทศฯ)
๔	กิจกรรมการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลรายงาน/ สถิติตามตัวชี้วัดที่สำคัญ (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คณะกรรมการ IT/ ฝ่ายวิชาการฯ (งานสารสนเทศฯ)
๕	โครงการ การพัฒนาระบบ Less Paper (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คณะกรรมการ IT

สรุป	รวมโครงการ/กิจกรรม ตามประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๓	จำนวน ๕ โครงการ/กิจกรรม
	โครงการ/กิจกรรม (ที่ใช้งบประมาณ)	จำนวน ๒ โครงการ/กิจกรรม
	- เงิน งบ กทม.	จำนวนเงิน ๑๖,๕๐๐.๐๐ บาท (๑)
	- เงินนอกงบประมาณ ประเภทเงินบำรุง รพท.	จำนวนเงิน ๑๕,๐๐๐,๐๐๐.๐๐ บาท (๒)
	- เงินนอกงบประมาณ ประเภทเงินบำรุง สนพ.	จำนวนเงิน - บาท
	- เงินนอกงบประมาณ ประเภทค่าเสื่อมฯ	จำนวนเงิน - บาท
	- สนับสนุนเงินมูลนิธิเพื่อ รพท.	จำนวนเงิน - บาท
	โครงการ/กิจกรรม (ไม่ใช้งบประมาณ)	จำนวน ๓ โครงการ/กิจกรรม

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔ เพิ่มศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ สร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้
(Learning Organization)

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑	โครงการตรวจสอบสุขภาพประจำปีให้แก่บุคลากร ปีละ ๑ ครั้ง (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คกก. HPH / DHS ก.เวชศาสตร์ชุมชนฯ
๒	โครงการ/กิจกรรม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพบุคลากร ของโรงพยาบาล (ภายใน) (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	งบประมาณ ไม่แน่นอน (เงินบำรุง รพท.)	ก.เวชศาสตร์ชุมชนฯ
๓	โครงการอบรมบุคลากรโรคจากการทำงานภายใน โรงพยาบาล (ภายใน) (ปี ๒๕๖๓)	งบประมาณ ไม่แน่นอน (เงินบำรุง รพท.)	คกก. HPH / DHS ก.พัฒนาคุณภาพ – อาชีวอนามัย
๔	โครงการการตรวจคัดกรองสุขภาพตามความเสี่ยงจากการ ทำงาน (ปี ๒๕๖๑)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คกก. HPH / DHS
๕	โครงการตรวจสอบสุขภาพตามความเสี่ยงทางอาชีพเวชศาสตร์ ประจำปี (ปี ๒๕๖๒ - ๒๕๖๔)	งบประมาณไม่แน่นอน ขออนุมัติวงเงินค่าใช้จ่าย เนื่องจากยังไม่พบการ ระบุโรคที่ชัดเจน	คกก. HPH / DHS ก.พัฒนาคุณภาพฯ
๖	จัดทำแผนความต้องการอัตรากำลัง	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คกก.บริหารทรัพยากร บุคคลฯ/ ฝ่ายบริหารงาน ทั่วไป
๗	มีขั้นตอนและกำหนดคุณสมบัติการสรรหาบุคลากรในแต่ละ ตำแหน่งอย่างชัดเจน (ในกลุ่มบุคลากรห้วงเวลา พนักงาน ประกันสังคม ลูกจ้าง โครงการฯ บุคลากรกรุงเทพมหานคร) (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๓)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คกก.บริหารทรัพยากร บุคคลฯ/ ฝ่าย บริหารงานทั่วไป
๘	ปรับปรุงแบบประเมินการคัดเลือกบุคลากรได้ตรงตาม คุณลักษณะที่ต้องการ (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คกก.บริหารทรัพยากร บุคคลฯ/ ฝ่าย บริหารงานทั่วไป
๙	จัดทำแผนพัฒนาข้าราชการและบุคลากรกรุงเทพมหานคร ประจำปีของโรงพยาบาล ปีละ ๑ ครั้ง (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คกก.บริหารทรัพยากร บุคคลฯ/ ฝ่ายวิชาการฯ/ ทุกหน่วยงาน
๑๐	โครงการส่งข้าราชการไปศึกษาต่อ อบรมหลักสูตรเฉพาะทาง อบรมระยะยาว อบรมระยะสั้น หรืออบรมหลักสูตรที่มีความ จำเป็นต่อการพัฒนาองค์กร (ที่มีระยะเวลาเกิน ๙๐ วัน ทั้ง ภายในประเทศ และต่างประเทศ) (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	๖,๐๐๐,๐๐๐.๐๐ (ประมาณการ ปีละ ๑,๕๐๐,๐๐๐ บาท) (เงินบ ๖๑-๖๔)	คกก.บริหารทรัพยากร บุคคลฯ/ ฝ่ายวิชาการ และแผนงาน

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑๑	โครงการส่งบุคลากรของโรงพยาบาลเข้ารับการอบรม ประชุม สัมมนา ศึกษาดูงาน ฯ ในหลักสูตรที่มีความจำเป็นต่อการพัฒนาองค์กร (ที่มีระยะเวลาไม่เกิน ๙๐ วัน ทั้งภายใน โรงพยาบาลและหน่วยงานภายนอก) (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	๕,๐๐๐,๐๐๐.๐๐ (เงินบ ๖๑-๖๔)	คกก.บริหารทรัพยากรบุคคล/ ฝ่ายวิชาการ และแผนงาน
๑๒	กิจกรรมส่งเสริมให้บุคลากรเข้ารับการอบรม ประชุม ฯ เพื่อพัฒนาศักยภาพ นอกแผนพัฒนาฯ กรณีไม่เบิกค่าใช้จ่าย (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๒)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คกก.บริหารทรัพยากรบุคคล/ ฝ่ายวิชาการ และแผนงาน
๑๓	ส่งเสริมสนับสนุนให้ฝ่าย/กลุ่มงาน จัดโครงการ/กิจกรรม ด้านการฝึกอบรม ประชุม สัมมนา ศึกษาดูงาน เพื่อเป็นการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และสมรรถนะในการทำงาน (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๒)	งบประมาณไม่แน่นอน	คกก.บริหารทรัพยากรบุคคล/ ฝ่ายวิชาการ และแผนงาน
๑๔	สำรวจ ควบคุม กำกับ ให้บุคลากรจัดทำแบบประเมินสมรรถนะรายบุคคลและรายงานผลการประเมินทุก ๆ ปี (ปีละ ๒ ครั้ง) (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๒)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คกก.บริหารทรัพยากรบุคคล / ทุกหน่วยงาน
๑๕	จำนวนครั้งของการให้ความรู้ด้านการบริหารพัสดุ หรือ งบประมาณและการเงิน หรือ การใช้รถรา หรือ สวัสดิการของบุคลากร อาทิ ระเบียบว่าด้วยการลา, สิทธิด้านการรักษาพยาบาล ฯลฯ หรือ ระเบียบฯ ต่าง ๆ ที่บุคลากรควรรับรู้เพื่อประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานหรือสิทธิของตนเอง (มากกว่าหรือเท่ากับ ๑ เรื่องต่อปี) (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คกก.บริหารทรัพยากรบุคคล/ ฝ่ายงบประมาณ การเงินและบัญชี/ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๑๖	กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้/การถ่ายทอดความรู้ของบุคลากรภายในฝ่าย/กลุ่มงาน หรือระหว่างฝ่าย/กลุ่มงาน หรือทีมสหสาขาวิชาชีพ (มากกว่าหรือเท่ากับ ๓ เรื่องต่อปี) (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คกก.บริหารทรัพยากรบุคคล/ ทุกหน่วยงาน
๑๗	สำรวจ ควบคุม กำกับให้บุคลากรจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรรายบุคคล และรายงานผลการดำเนินงานตามแผนพัฒนาบุคลากรรายบุคคล ทุกๆ ปี (ปีละ ๒ ครั้ง) (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๒)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คกก.บริหารทรัพยากรบุคคล/ ฝ่ายวิชาการ และแผนงาน
๑๘	กิจกรรมการนำรายงานผลการอบรม ประชุม สัมมนา ศึกษาดูงาน ฯ กับหน่วยงานภายนอก ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรรับทราบและสามารถค้นคว้าหาข้อมูลด้วยตนเอง ทางอินเทอร์เน็ตของโรงพยาบาล (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ฝ่ายวิชาการและแผนงาน
๑๙	กิจกรรมรายงานนักศึกษาเข้าฝึกปฏิบัติงานเพื่อนำเรียนผู้บริหารภายในกำหนด (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ฝ่ายวิชาการและแผนงาน
๒๐	โครงการทุนส่งเสริมการวิจัยทางการแพทย์ (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๒) (งบประมาณปีละ ๑๒๐,๐๐๐.- บาท)	๔๘๐,๐๐๐.๐๐ (เงินบำรุง รพท.)	คณะกรรมการสนับสนุนส่งเสริมและพิจารณาจริยธรรมฯ

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๒๑	กิจกรรมการนำผลงานวิจัย หรือนวัตกรรม หรืองานวิจัย จากงานประจำสู่งานวิจัย (R๒R) ไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๒)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คณะกรรมการ สนับสนุนส่งเสริมและ พิจารณาจริยธรรมฯ

สรุป	รวมโครงการ/กิจกรรม ตามประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔	จำนวน ๒๑ โครงการ/กิจกรรม
	โครงการ/กิจกรรม (ที่ใช้งบประมาณ)	จำนวน ๓ โครงการ/กิจกรรม
	- เงิน งบ กทม.	จำนวนเงิน ๑๒,๕๐๐.๐๐๐.๐๐ บาท (๒)
	- เงินนอกงบประมาณ ประเภทเงินบำรุง รพท.	จำนวนเงิน ๔๘๐.๐๐๐.๐๐ บาท (๑)
	- เงินนอกงบประมาณ ประเภทเงินบำรุง สนพ.	จำนวนเงิน - บาท
	- เงินนอกงบประมาณ ประเภทค่าเสื่อมฯ	จำนวนเงิน - บาท
	- สนับสนุนเงินมูลนิธิเพื่อ รพท.	จำนวนเงิน - บาท
	โครงการ/กิจกรรม (ไม่ใช้งบประมาณ)	จำนวน ๑๔ โครงการ/กิจกรรม
	โครงการ/กิจกรรม (งบประมาณไม่แน่นอน)	จำนวน ๔ โครงการ/กิจกรรม

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๕ บริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ องค์กรคุณธรรม
(Green Hospital / Moral Hospital)

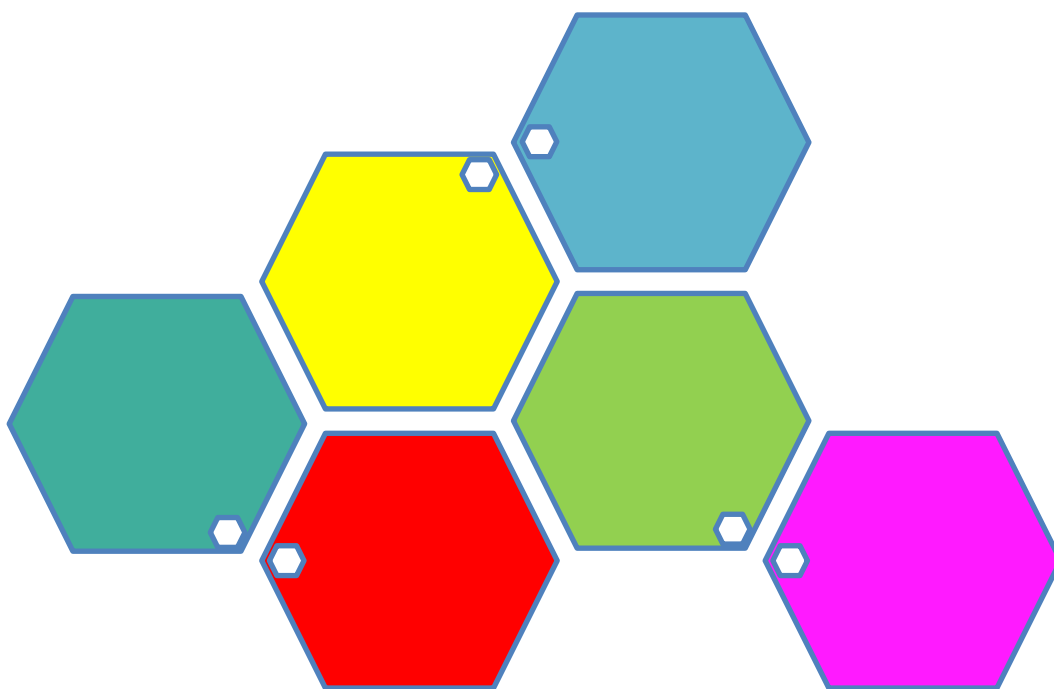
ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑	โครงการพัฒนาอาชีวอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลสู่ Bangkok GREEN & CLEAN Hospital Plus (BKKGC+) (ปี ๒๕๖๒)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คกก. ENV ของโรงพยาบาล
๒	* Garbage = การจัดการมูลฝอยทุกประเภท - กิจกรรมอบรมให้ความรู้ด้านการจัดการมูลฝอยทุกประเภท (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คกก. ENV ของโรงพยาบาล/ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๓	* Restroom = การพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาดเพียงพอและปลอดภัย (HAS) - กิจกรรมปรับปรุงห้องส้วมให้ได้มาตรฐานเหมาะสมสำหรับผู้พิการและผู้สูงอายุ (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	๕๐๐,๐๐๐.๐๐ (เงินบำรุง รพท.)	คกก. ENV ของโรงพยาบาล/ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๔	* Energy = การจัดการด้านพลังงาน - กิจกรรมบริหารจัดการและเพิ่มปริมาณการนำน้ำเสียที่ผ่านการบำบัดมาใช้รดน้ำต้นไม้ (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔) - กิจกรรมรณรงค์ลดปริมาณการใช้ไฟฟ้า (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔) - กิจกรรมรณรงค์การลดปริมาณการใช้น้ำมันเชื้อเพลิง (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔) - กิจกรรมรณรงค์ลดการใช้กระดาษ (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย ไม่มีค่าใช้จ่าย ไม่มีค่าใช้จ่าย ไม่มีค่าใช้จ่าย	คกก. ENV ของโรงพยาบาล/ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป/ ทุกหน่วยงาน
๕	* ENVIRONMENT = การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล - โครงการจัดทำค่ายกักกันที่บ่อบำบัดน้ำเสีย (ปี ๒๕๖๒) - โครงการปรับปรุงห้องเก็บวัสดุอันตราย (ปี ๒๕๖๑) - โครงการปรับปรุงพื้นที่และเพิ่มพื้นที่สีเขียวและจัดหาสถานที่ออกกำลังกาย (ปี ๒๕๖๒) - โครงการจัดทำสวนหย่อมบริเวณด้านข้างอาคารเอนกประสงค์ ๓ ชั้น (ปี ๒๕๖๒)	๑,๐๐๐,๐๐๐.๐๐ ๒๐๐,๐๐๐.๐๐ ๕๐๐,๐๐๐.๐๐ (เงินบำรุง รพท.) ยังไม่แน่นอน	คกก. ENV ของโรงพยาบาล/ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๖	* NUTRITION = การจัดการสุขาภิบาลและการจัดการน้ำบริโภคในโรงพยาบาล - โครงการสร้างความเชื่อมั่นอาหารไทย ปลอดภัย มีคุณภาพ (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔) (งบประมาณปี ๖๑ = ๑๖,๐๕๐.- บาท เพื่อรักษาระบบ, ปี ๖๒ – ๖๔ ปีละ ๑๕,๐๐๐.- บาท เพื่อต่ออายุการรับรอง)	๖๐,๐๐๐.๐๐ (เงินมูลนิธิเพื่อ รพท.)	ฝ่ายโภชนาการ

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๗	กิจกรรมกำหนดมาตรการการลดใช้พลังงาน (ไฟฟ้า) (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คกก. ENV ของ โรงพยาบาล/ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๘	โครงการปรับเปลี่ยนอุปกรณ์ไฟฟ้าที่มีประสิทธิภาพสูง ทดแทนอุปกรณ์ไฟฟ้าที่เสื่อมสภาพ (ปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๔)	๕๐๐,๐๐๐.๐๐ (เงินบำรุง รพท.)	คกก. ENV ของ โรงพยาบาล/ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๙	จัดซื้อรถยนต์นั่งส่วนบุคคลเพื่อทดแทนของเดิม จำนวน ๓ คัน (ปี ๒๕๖๒ = ๒ คัน, ปี ๒๕๖๓ = ๑ คัน)	๓,๘๖๔,๐๐๐.๐๐ (เงินงบ กทม.๖๒,๖๓)	ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๑๐	กิจกรรมเสริมสร้างจิตสำนึกด้านอนุรักษ์พลังงาน (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๑๑	โครงการปรับเปลี่ยนอุปกรณ์ประปาที่มีประสิทธิภาพสูง ทดแทนอุปกรณ์ที่เสื่อมสภาพ หรือชำรุด (เพื่อลดการใช้ น้ำประปา) (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	๑๐๐,๐๐๐.๐๐ (เงินบำรุง รพท.)	ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๑๒	กิจกรรมเสริมสร้างความรู้ในการบริหารจัดการคัดแยกขยะ ให้กับบุคลากรในโรงพยาบาล (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	๔๐,๐๐๐.๐๐ (เงินบำรุง รพท.)	ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๑๓	จัดทำรายงานการใช้จ่ายเงินงบประมาณ/ เงินนอก งบประมาณประจำปี เปรียบเทียบปีก่อน (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ฝ่ายงบประมาณ การเงินและบัญชี
๑๔	ควบคุมการใช้จ่ายเงินของหน่วยงานให้เป็นไปตามแผนที่ กำหนด (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ฝ่ายงบประมาณ การเงินและบัญชี
๑๕	กิจกรรมเร่งรัด/ ติดตามการใช้จ่ายเงินงบประมาณรายจ่าย ประจำปีของหน่วยงานต่าง ๆ (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ฝ่ายงบประมาณ การเงินและบัญชี
๑๖	กิจกรรมให้ความรู้ความเข้าใจในการควบคุมการเบิกจ่ายวัสดุ สำนักงาน (ปี ๒๕๖๒)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ฝ่ายบริหารงานทั่วไป / งานพัสดุ
๑๗	จัดทำแผนการจัดซื้อจัดจ้างประจำปีงบประมาณ (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๒)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ฝ่ายบริหารงานทั่วไป / งานพัสดุ
๑๘	โครงการโรงพยาบาลคุณธรรม (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๒) - กิจกรรมประกาศคำมั่นสัญญาของทุกหน่วยงาน - ประเมินหน่วยงานตามประกาศคำมั่นสัญญา - จัดกิจกรรมที่ส่งเสริมโครงการโรงพยาบาลคุณธรรม - ติดตามตัวชี้วัดโครงการโรงพยาบาลคุณธรรม	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คณะกรรมการ โรงพยาบาลคุณธรรม/ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๑๙	กิจกรรมการแก้ไขร้องเรียนจากประชาชน/ผู้รับบริการ (ปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คณะกรรมการรับฟัง ความคิดเห็นและข้อ ร้องเรียนฯ/ ฝ่าย บริหารงานทั่วไป

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๒๐	กิจกรรมสำรวจความพึงพอใจของบุคลากรต่อองค์กรโดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจในระดับสำนักงานแพทย์ (ปี ๒๕๖๑)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คณะกรรมการHR/ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๒๑	กิจกรรมสำรวจดัชนีความสุขโดยใช้แบบ Emometer (ปี ๒๕๖๒ – ๒๕๖๔)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คณะกรรมการHR/ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๒๒	กิจกรรมส่งเสริม Happy Work Place (๘ ด้าน) ประกอบด้วย 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) (ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๒)	ไม่มีค่าใช้จ่าย	คณะกรรมการHR/ฝ่ายบริหารงานทั่วไป

สรุป	รวมโครงการ/กิจกรรม ตามประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๕	จำนวน ๒๒ โครงการ/กิจกรรม
	โครงการ/กิจกรรม (ที่ใช้งบประมาณ)	จำนวน ๗ โครงการ/กิจกรรม
	- เงิน งบ กทม.	จำนวนเงิน ๓,๘๖๔,๐๐๐.๐๐ บาท (๑)
	- เงินนอกงบประมาณ ประเภทเงินบำรุง รพท.	จำนวนเงิน ๒,๘๔๐,๐๐๐.๐๐ บาท (๕)
	- เงินนอกงบประมาณ ประเภทเงินบำรุง สนพ.	จำนวนเงิน - บาท
	- เงินนอกงบประมาณ ประเภทค่าเสื่อมฯ	จำนวนเงิน - บาท
	- สนับสนุนเงินมูลนิธิเพื่อ รพท.	จำนวนเงิน ๖๐,๐๐๐.๐๐ บาท (๑)
	โครงการ/กิจกรรม (ไม่ใช้งบประมาณ)	จำนวน ๑๕ โครงการ/กิจกรรม

ภาคผนวก



แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสำนักการแพทย์ ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๓)

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ ประชาชนมีความเสมอภาคในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่เป็นเลิศในโรคเฉพาะทางหรือโรคที่มีความซับซ้อนสูง (Service Excellence)

เป้าประสงค์

- ๑.๑ เพิ่มศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ให้มีศักยภาพในการรักษาโรคเฉพาะทางที่สอดคล้องกับความต้องการหรือแนวโน้มการเจ็บป่วยของประชาชนได้อย่างเบ็ดเสร็จ
- ๑.๒ ส่งเสริมและสนับสนุนให้ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์มีความยั่งยืนและได้รับการยอมรับทั้งในระดับประเทศและสากล
- ๑.๓ เพิ่มศักยภาพโรงพยาบาลในการรองรับโรคเฉพาะทางของผู้สูงอายุ
- ๑.๔ พัฒนารูปแบบบริการใหม่ ๆ ให้เป็นทางเลือกแก่ประชาชน

กลยุทธ์ที่เกี่ยวข้อง

๑. พัฒนารูปแบบการให้บริการผู้สูงอายุและการดูแลต่อเนื่องในโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์
๒. พัฒนาศูนย์ผู้สูงอายุ
๓. ขยายศักยภาพในการรองรับผู้ป่วยใน
๔. อำนวยความสะดวกในการเข้าถึงบริการ
๕. พัฒนาและเผยแพร่องค์ความรู้เกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุ

โครงการ/กิจกรรม

ลำดับ ที่	โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ				หน่วยงานรับผิดชอบ
		๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๑	ร่วมจัดทำคู่มือแนวทางการจัดบริการผู้สูงอายุในโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ (กว./ รพ. ๔ แห่ง)	✓	-	-		กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชน / ฝ่ายการพยาบาล / สนพ. เป็นเจ้าภาพ
๒	แผนการพัฒนาศูนย์ผู้สูงอายุ (กว./ รพ. ๔ แห่ง) (ปย.๔ กลยุทธ์ที่ ๔.๑)	✓	✓	✓	✓	กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชน / ฝ่ายการพยาบาล / ฝ่ายวิชาการและแผนงาน
๓	จัดให้มีระบบ Fast Track ในการดูแลผู้สูงอายุ (กว./ รพ. ๔ แห่ง) (ปย.๒ กลยุทธ์ที่ ๒.๒)	✓	✓	✓	✓	คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ / ฝ่ายการพยาบาล

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒ ยกระดับคุณภาพการรักษาพยาบาลของบุคลากรทางการแพทย์ให้เทียบเท่าโรงเรียนแพทย์ (Learning Organization)

เป้าประสงค์

- ๒.๑ พัฒนาโรงพยาบาลขนาดใหญ่ของสำนักงานการแพทย์ให้เป็นโรงพยาบาลที่มีการเรียนการสอนแพทยศาสตรศึกษา โดยการเข้าเป็นสถาบันร่วมสอนกับมหาวิทยาลัย เพื่อผลิตแพทย์ทั้งในระดับปริญญาและหลังปริญญา
- ๒.๒ เปิดโอกาสให้โรงพยาบาลขนาดกลางและขนาดเล็กทุกโรงพยาบาลมีส่วนร่วมตามศักยภาพในการจัดการศึกษา
- ๒.๓ สนับสนุนการวิจัยและพัฒนาให้มีทิศทางที่ชัดเจนสอดคล้องกับศูนย์ความเป็นเลิศ การเป็นโรงเรียนแพทย์ เวชศาสตร์เขตเมือง หรือปัญหาร่วมกัน
- ๒.๔ เปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ระหว่างโรงพยาบาลในโรคสำคัญอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ
- ๒.๕ เปิดโอกาสให้บุคลากรสามารถนำนวัตกรรมที่ได้จากคิดค้นหรือการปฏิบัติได้รับการพัฒนาต่อยอดและจดสิทธิบัตร

กลยุทธ์ที่เกี่ยวข้อง

๑. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับสำนักงานการแพทย์

โครงการ/กิจกรรม

ลำดับ ที่	โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ				หน่วยงานรับผิดชอบ
		๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๑	ร่วมประชุมวิชาการระหว่าง โรงพยาบาล (Inter – hospital conference) (รพ. ๙ แห่ง)	✓	✓	✓	✓	สนพ.เป็นเจ้าภาพ
๒	โครงการประชุมวิชาการเครือข่าย โรงพยาบาลคุณภาพ สำนักงานการแพทย์ ครั้งที่ ๑๒ (เงินนอกงบประมาณ ประเภทเงินบำรุงสำนักงานการแพทย์ ๒๐๐,๐๐๐ บาท) (รพท.) (ปย.๑ กลยุทธ์ที่ ๑.๑)	✓	-	-	-	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ เป็นเจ้าภาพจัด ในปี ๒๕๖๑
๓	สร้างความร่วมมือกับสถาบันต่าง ๆ เช่น สวทช. MTECH ม.เกษตรศาสตร์ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้า คุณทหารลาดกระบัง เป็นต้น (กว./ รพ. ๙ แห่ง)	✓	✓	✓	✓	สนพ.เป็นเจ้าภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ ประชาชนมีความเชื่อมั่นในบริการของโรงพยาบาลทุกแห่ง (Branding)

เป้าประสงค์

- ๓.๑ คงไว้ซึ่งมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล (HA) และพยายามยกระดับการประเมินคุณภาพโรงพยาบาลไปสู่การรับรองกระบวนการคุณภาพสถานพยาบาลขั้นก้าวหน้า (Advanced HA)
- ๓.๒ สร้างมาตรฐานกลางในการดูแลผู้ป่วย
- ๓.๓ พัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Service Plan : Rational Drug Use)
- ๓.๔ สร้างเอกลักษณ์ของโรงพยาบาลให้เป็นหนึ่งเดียว (Unified Branding) ซึ่งสะท้อนถึงความเป็นโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร
- ๓.๕ แสดงความเป็นเลิศให้เป็นที่ประจักษ์ทั้งในระดับกรุงเทพมหานคร ระดับประเทศ และระดับภูมิภาค

กลยุทธ์ที่เกี่ยวข้อง

๑. เตรียมความพร้อมสู่การรับรอง HA Advance
๒. ศึกษาแนวทางและนำวิธีที่เป็นเลิศมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย (Best Practices)
๓. สร้างระบบติดตามการใช้ยาอย่างสมเหตุผลทั้งในระดับโรงพยาบาลและในระดับสำนักงานการแพทย์
๔. พัฒนาภาพลักษณ์การให้บริการในระบบก่อนนำส่งโรงพยาบาล (Pre Hospital Care) และระบบบริการในโรงพยาบาล (Hospital Care) ภายใต้แนวคิด BMA Fast and Clear Moving towards Smart and Smile Bangkok)

โครงการ/กิจกรรม

ลำดับ ที่	โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ				หน่วยงานรับผิดชอบ
		๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๑	ร่วมทีม HA Surveyors ของระดับสำนักงานการแพทย์ (กว./ รพ. ๔ แห่ง)	✓	✓	✓	✓	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ/ สนพ. เป็นเจ้าภาพ
๒	ผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาลซ้ำ (Re – Accreditation Survey ครั้งที่ ๓) ** ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่โครงการ Advance HA ในปี ๒๕๖๔ (ปย.๑ กลยุทธ์ที่ ๑.๑)	-	-	-	✓	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ/ ทุกหน่วยงาน
๓	รับรองมาตรฐานเฉพาะโรค (รพ.๔ แห่ง/ยกเว้น รพช.) (ปย.๑ กลยุทธ์ที่ ๑.๑)	-	✓	-	-	คณะกรรมการ TB & AIDS/ PCT ออร์โธปิดิกส์
๔	พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (BMA Palliative Care Model) (กว./ รพ.๔ แห่ง) (ปย.๒ กลยุทธ์ที่ ๒.๒)	✓	✓	✓	✓	ฝ่ายการพยาบาล

ลำดับ ที่	โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ				หน่วยงานรับผิดชอบ
		๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๔	สร้างระบบติดตามงาน RDU (กว./ รพ. ๙ แห่ง) (ปย.๑ กลยุทธ์ที่ ๑.๓)	✓	✓	✓	✓	สนพ.เป็นเจ้าภาพ/ กลุ่มงานเภสัชกรรม/ กลุ่มงานสูติ – นรีฯ/ กลุ่มงานกุมารเวชกรรม/ กลุ่มงานอายุรกรรม/ กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก/ กลุ่มงานศัลยกรรม/
๕	ร่วมจัดทำแผนประชาสัมพันธ์ระดับ สำนักงานแพทย์ (กว./ทุกส่วน ราชการ)	✓	✓	✓	✓	คณะกรรมการ – ประชาสัมพันธ์ รพท. / สนพ.เป็นเจ้าภาพ
๙	ปรับภาพลักษณ์ตึกผู้ป่วยนอก (OPD) ให้มีความเป็นเอกลักษณ์เดียวกันของ กรุงเทพมหานคร (กว./ รพ.๙ แห่ง)	-	-	✓	✓	คณะกรรมการ – ประชาสัมพันธ์ รพท./ ฝ่ายวิชาการและแผนงาน (งานเวชนิทัศน์)
๑๐	ประกวดรางวัลคุณภาพ กรุงเทพมหานคร (กว./ รพ. ๙ แห่ง)	✓	✓	✓	✓	สนพ.เป็นเจ้าภาพ
๑๑	ประกวดรางวัลการให้บริการที่ดีที่สุด (Best Service) (กว./ รพ. ๙ แห่ง)	✓	✓	✓	✓	สนพ.เป็นเจ้าภาพ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔ พัฒนาศักยภาพการให้บริการทางการแพทย์ให้ทั่วถึงและเพียงพอ (Expansion Capacity)

เป้าประสงค์

๔.๑ ดำเนินการสานต่อนโยบายการสร้างโรงพยาบาล ๔ มุมเมือง อย่างต่อเนื่อง

๔.๒ เพิ่มศักยภาพให้โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครฯ ขึ้นเป็นโรงพยาบาล
ระดับตติยภูมิระดับสูง

๔.๓ เพิ่มศักยภาพให้โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครฯ ขึ้นนอกและชานเมืองให้
เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิระดับสูง

๔.๔ เพิ่มศักยภาพให้ รพ.สิรินธร ให้เป็นระดับตติยภูมิเพื่อรองรับประชาชนจากพื้นที่รอยต่อและสนามบินสุวรรณภูมิ

กลยุทธ์ที่เกี่ยวข้อง

๑. พัฒนาศักยภาพในการรักษาโรคโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครฯ ชั้นนอกและชานเมืองให้เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิระดับสูง

โครงการ/กิจกรรม

ลำดับ ที่	โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ				หน่วยงานรับผิดชอบ
		๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๑	เปิดคลินิกเฉพาะทางในสาขาย่อยครบทุกสาขาตามความจำเป็น (รพท. รพร. รพว. รพล.) (พย. ๒)	✓	✓	✓	✓	คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการฯ

ยุทธศาสตร์ที่ ๕ บูรณาการระบบการให้บริการทางการแพทย์ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร (Service Plan)

เป้าประสงค์

- ๕.๑ เสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
 ๕.๒ พัฒนาระบบการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
 ๕.๓ พัฒนาระบบส่งต่อระหว่างศูนย์บริการสาธารณสุขและโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์

กลยุทธ์ที่เกี่ยวข้อง

๑. สร้างและเชื่อมโยงระบบรายงานผลการรักษา (Feedback) ในระบบการส่งต่อระหว่างหน่วยงาน

โครงการ/กิจกรรม

ลำดับ ที่	โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ				หน่วยงานรับผิดชอบ
		๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๑	ร่วมพิจารณาพัฒนาตัวชี้วัดตามสาขากลุ่มโรค (กว./ รพ. ๔ แห่ง)	✓	✓	✓	✓	ทุกกลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง / สนพ. เป็นเจ้าภาพ
๒	ร่วมพิจารณาปรับปรุงเกณฑ์มาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์ (กว./ รพ. ๔ แห่ง)	✓	✓	✓	✓	ศูนย์ BFC / สนพ. เป็นเจ้าภาพ

โครงการ/กิจกรรม

ลำดับ ที่	โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ				หน่วยงานรับผิดชอบ
		๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๓	ร่วมพิจารณาปรับปรุงคู่มือมาตรฐาน การปฏิบัติงานระบบการส่งต่อ ผู้ป่วย (กว./ รพ. ๙ แห่ง)	✓	✓	✓	✓	ศูนย์ BFC / สนพ. เป็นเจ้าภาพ
๔	ร่วมพิจารณาปรับปรุงโปรแกรม ระบบส่งต่อ (กว. / รพ. ๙ แห่ง)	✓	✓	✓	✓	ศูนย์ BFC / สนพ. เป็นเจ้าภาพ
๕	ร่วมโครงการศึกษาความเป็นไปได้ใน การเชื่อมโยงฐานข้อมูลระหว่าง ๒ สำนัก (กว./ รพ. ๙ แห่ง)	✓	✓	✓	✓	ทุกกลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง / สนพ. เป็นเจ้าภาพ
๖	กิจกรรมการพัฒนาระบบส่งต่อ ระหว่างศูนย์บริการสาธารณสุข และโรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๒๕๖๑ ศูนย์โร อุตสาหกรรม (ปย.๒ กลยุทธ์ที่ ๒.๔)	✓	✓	✓	✓	ศูนย์ BFC / ฝ่ายการพยาบาล / กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชนฯ
๗	กิจกรรมพัฒนาระบบรับ – ส่งต่อ ผู้ป่วยโรคสำคัญ ๕ กลุ่มโรค ประกอบด้วย อุบัติเหตุ ศัลยกรรม ประสาทและสมอง ทารกคลอดก่อน กำหนด โรคออร์โธปิดิกส์ โรคหัวใจ และหลอดเลือด (ปย.๒ กลยุทธ์ที่ ๒.๔)	✓	✓	✓	✓	ศูนย์ BFC/ กลุ่มงานกุมารเวชกรรม/ กลุ่มงานสูติ – นรีฯ/ กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์/ กลุ่มงานศัลยกรรม/ กลุ่มงานอายุรกรรม

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เพิ่มประสิทธิภาพและสร้างความเชื่อมั่นในการบริหารจัดการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)

เป้าประสงค์

๖.๑ เครือข่ายผู้ทำหน้าที่ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (First Responder) มีความรู้ ความสามารถและประสบการณ์
ทางการแพทย์ฉุกเฉินเป็นอย่างดี

๖.๒ ประชาชนมีความรู้และสามารถดูแลตัวเองเบื้องต้นเมื่อประสบเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน

๖.๓ โรงพยาบาลชั้นพื้นฐานและชั้นสูงของสำนักงานการแพทย์มีเพียงพอที่จะสนับสนุน (Back up) เครือข่ายการให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างทั่วถึง

๖.๔ การปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินในสถานการณ์ต่าง ๆ มีความชัดเจนทั้งในเชิงโครงสร้างและระบบการบังคับบัญชาสั่งการในพื้นที่กรุงเทพมหานคร (Consolidate all emergency planning and executing)

๖.๕ การเพิ่มศักยภาพการแพทย์ฉุกเฉินในการรองรับรูปแบบของสาธารณภัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งระดับความรุนแรงและประเภทที่หลากหลายมากขึ้น (Flexible responsiveness)

กลยุทธ์ที่เกี่ยวข้อง

๑. บุคลากรของส่วนราชการในสังกัดฯ มีความพร้อมในการรับเหตุสาธารณภัย

โครงการ/กิจกรรม

ลำดับ ที่	โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ				หน่วยงานรับผิดชอบ
		๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๑	โครงการอบรมและฝึกซ้อมแผนรับอุบัติภัยหมู่ โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินฺธโร อุทิศ (เงิน - งบประมาณ กทม. ประมาณการปีละ ๕๐,๐๐๐.- บาท รวมเป็นเงิน ๒๐๐,๐๐๐.- บาท) (รพท.) (ปย.๒ กลยุทธ์ที่ ๒.๓)	✓	✓	✓	✓	คณะกรรมการสาธารณสุขฯ / ฝ่ายการพยาบาล / กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉินฯ
๒	กิจกรรมการเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน (รพท.) (ปย.๒ กลยุทธ์ที่ ๒.๓)	✓	✓	✓	✓	คณะกรรมการสาธารณสุขฯ / ฝ่ายการพยาบาล / กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉินฯ

ยุทธศาสตร์ที่ ๗ พัฒนาบุคลากรและสร้างอัตลักษณ์องค์กรเพื่อบูชาโรงพยาบาลคุณธรรมและองค์กรแห่งความสุข (Moral Hospital and Happy Work Place)

เป้าประสงค์

๗.๑ เปิดโอกาสให้บุคลากรมีความก้าวหน้าตามสายงานและได้รับการพัฒนาตามแผนหรือเป้าหมายอย่างชัดเจนและเสมอภาค

๗.๒ บุคลากรได้รับการยอมรับ เปิดโอกาสให้แสดงออก และรับฟังความคิดเห็นอย่างทั่วถึง

๗.๓ มีระบบการประเมินบุคคลที่โปร่งใสและเป็นธรรม รวมถึงคนเก่ง คนดี ได้รับการยกย่องชมเชย

- ๗.๔ สภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัยและเอื้ออำนวยให้ทำงานประสบความสำเร็จได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- ๗.๕ ขับเคลื่อนสำนักการแพทย์ สู่องค์กรคุณธรรม ด้วยอัตลักษณ์ “รับผิดชอบ โปร่งใส ใส่ใจบริการ” พร้อมทั้งสืบสานศาสตร์พระราชาของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช
- ๗.๖ สนับสนุนระบบค่าตอบแทนและสวัสดิการที่มีความเหมาะสมกับการะงานและกลุ่มอาชีพของบุคลากรประเภทต่าง ๆ

กลยุทธ์ที่เกี่ยวข้อง

๑. จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรของหน่วยงานทุกระดับ
๒. พัฒนาระบบการประเมินบุคคลให้มีประสิทธิภาพ
๓. ประกาศบุคคลต้นแบบด้านคุณธรรม จริยธรรม
๔. การพัฒนาสภาพแวดล้อมในการทำงาน
๕. สร้างบรรยากาศและแรงจูงใจในการทำงาน เพื่อนำไปสู่ความพึงพอใจต่อองค์กรในระดับดี
๖. สร้างวัฒนธรรมองค์กรให้มีอัตลักษณ์ “รับผิดชอบ โปร่งใส ใส่ใจบริการ”
๗. ดำเนินโครงการ/กิจกรรม ภายใต้แนวคิด ๒๓ ข้อ ตามศาสตร์พระราชาของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช
๘. พัฒนาระบบการสร้างราชการใสสะอาด

โครงการ/กิจกรรม

ลำดับ ที่	โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ				หน่วยงานรับผิดชอบ
		๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๑	ผู้แทนองค์กรวิชาชีพ (สก./ทุกส่วนราชการ)	✓	✓	✓	✓	สก. สนพ. เป็นเจ้าภาพ
๒	ระบบการประเมินบุคลากรที่มี ประสิทธิภาพ (สก./ทุกส่วนราชการ)	✓	✓	✓	✓	สก. สนพ. เป็นเจ้าภาพ/ คณะกรรมการ HR
๓	คัดเลือกบุคคลต้นแบบ (สก./ทุกส่วนราชการ) (เปย.๕ กลยุทธ์ที่ ๕.๔)	✓	✓	✓	✓	คณะกรรมการ HR / ทุกหน่วยงาน/ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๔	Green and Clean Hospital (สก./ ทุกส่วนราชการ) (เปย.๕ กลยุทธ์ที่ ๕.๔)	✓	✓	✓	✓	คณะกรรมการ ENV / ทุกหน่วยงาน/ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป

โครงการ/กิจกรรม

ลำดับ ที่	โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ				หน่วยงานรับผิดชอบ
		๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๕	โครงการ Happy Work Place (สก./ ทุกส่วนราชการ) (ปย.๕ กลยุทธ์ที่ ๕.๔)	✓	✓	✓	✓	คณะกรรมการ HR / ทุกหน่วยงาน/ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๖	โครงการโรงพยาบาลคุณธรรม (หรือ โครงการตลาดนัดคุณธรรม) (สก./ ทุกส่วนราชการ) (ปย.๕ กลยุทธ์ที่ ๕.๔)	✓	✓	✓	✓	คณะกรรมการ โรงพยาบาลคุณธรรมฯ/ ทุกหน่วยงาน/ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๗	โครงการศูนย์อำนวยความสะดวกใน การบริการผู้ป่วย (BFC) (รพท.) (ปย.๒ กลยุทธ์ที่ ๒.๒)	✓	-	-	-	ศูนย์ BFC / ฝ่ายการพยาบาล
๘	ความสำเร็จของการสร้างราชการ ใสสะอาด (สก./ ทุกส่วนราชการ)					คณะกรรมการรับเรื่อง ร้องเรียนฯ/ ทุกหน่วยงาน/ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการให้บริการและการบริหารงานที่มีประสิทธิภาพ (Smart IT)

เป้าประสงค์

พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการให้บริการและการบริหารงานที่มีประสิทธิภาพ

กลยุทธ์ที่เกี่ยวข้อง

๑. ปรับ platform และเชื่อมโยงระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลในสังกัดรวมทั้งศูนย์บริการสาธารณสุข
๒. พัฒนาระบบข้อมูลรายงานสถิติให้มีความถูกต้องน่าเชื่อถือและสามารถนำมาใช้สนับสนุนการบริหารงานและการตัดสินใจของผู้บริหาร
๓. พัฒนารูปแบบการให้บริการประชาชนด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (e – service)
๔. นำเทคโนโลยีมาช่วยลดการใช้ทรัพยากรและลดต้นทุนในการบริหารจัดการ

โครงการ/กิจกรรม

ลำดับ ที่	โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ				หน่วยงานรับผิดชอบ
		๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๑	ปรับเปลี่ยนระบบสารสนเทศ โรงพยาบาล (HIS) จาก PHIS เป็น E – HIS (กว.)	✓	✓	-	-	คณะกรรมการ IT
๒	พัฒนาระบบการดูภาพทาง Digital (PACS) แบบครบวงจร (๙ รพ.)	✓	✓	✓	✓	คณะกรรมการ IT
๓	พัฒนาระบบการจัดคิวผ่าน Smartphone (กว./ รพ. ๙ แห่ง) (ปย.๓ กลยุทธ์ที่ ๓.๑)	✓	✓	✓	✓	คณะกรรมการ IT
๔	พัฒนาระบบการนัดหมาย เลือก แพทย์ วันนัดได้ (กว./ รพ. ๙ แห่ง) (ปย.๓ กลยุทธ์ที่ ๓.๑)	✓	✓	✓	✓	คณะกรรมการ IT
๕	พัฒนาระบบ paper Less (รพก. รพท.) (ปย.๓ กลยุทธ์ที่ ๓.๑)	✓	✓	✓	✓	คณะกรรมการ IT

รายละเอียดค่านิยามตัวชี้วัด (KPI) เพิ่มเติม

รายละเอียดค่านิยามตัวชี้วัดที่ ๕๓ เกณฑ์การประเมินคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพของสำนักงานการแพทย์ จำนวน ๒๐ ข้อ

นิยาม/คำอธิบาย คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ หมายถึง คลินิกที่ดำเนินกิจกรรม ดังนี้

๑. มีสถานที่ชัดเจนเป็นส่วนในแบบการบริการผู้ป่วยนอก
๒. สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม เช่น ป้าย รวบรวม ทางลาด ห้องน้ำ
๓. เปิดบริการอย่างน้อย ๑ ครั้งต่อสัปดาห์
๔. พยาบาลที่ดำเนินงานเคยผ่านการฝึกอบรมเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
๕. ทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ กายภาพบำบัด เภสัชกร
๖. รวบรวมจำนวน case geriatric syndrome ทุก ๓ เดือน
๗. Geriatric Assessment ; ADL
๘. Geriatric Assessment ; cognitive impairment
๙. ประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุ
๑๐. บุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยในคลินิกผู้สูงอายุ ได้รับการฝึกอบรมอย่างน้อย ปีละ ๑ ครั้ง
๑๑. คัดกรอง incontinence
๑๒. คัดกรอง fall
๑๓. คัดกรอง malnutrition
๑๔. คัดกรอง depression
๑๕. มีแพทย์รับผิดชอบ
๑๖. มีฐานข้อมูลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ(เป็นฐานข้อมูลผู้สูงอายุของโรงพยาบาล ได้แก่ ประชากรผู้สูงอายุ UC / catch up area /กลุ่มชมรมผู้สูงอายุ)
๑๗. ความครอบคลุมของ vaccine ใช้หัวใจใหญ่ในกลุ่มผู้สูงอายุ
๑๘. งานวิชาการ / วิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุ / นำเสนอ presentation (ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมดูแลงานคลินิกผู้สูงอายุ เป็น co)
๑๙. นวัตกรรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
๒๐. ส่งปรึกษาภายในโรงพยาบาลกับทีมคลินิกผู้สูงอายุ

ทั้งนี้ เกณฑ์การประเมินคลินิกผู้สูงอายุ ต้องผ่านเกณฑ์การประเมินดังกล่าวตามมาตรฐานที่กำหนดอย่างน้อย

๑๖ ข้อใน ๒๐ ข้อ และคะแนนรวมไม่น้อยกว่า ๑๗ คะแนน



คำสั่งโรงพยาบาลหลวงพ่อดำศรีศักดิ์ ชุติโนโร อุทิศ

ที่ ๘๖๒ / ๒๕๖๑

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาจัดทำแผนปฏิบัติราชการประจำปี
ของโรงพยาบาลหลวงพ่อดำศรีศักดิ์ ชุติโนโร อุทิศ

เพื่อให้การพิจารณาจัดทำแผนปฏิบัติราชการประจำปีของโรงพยาบาลหลวงพ่อดำศรีศักดิ์ ชุติโนโร อุทิศ เป็นไปด้วยความเรียบร้อย และสามารถกำหนดแนวทางในการดำเนินงานที่เหมาะสม พร้อมทั้งนำแนวทางการบริหารจัดการตามแผนปฏิบัติราชการประจำปีไปสู่การปฏิบัติให้บรรลุตามวัตถุประสงค์และมีประสิทธิภาพสูงสุด จึงเห็นควรยกเลิคำสั่งโรงพยาบาลหลวงพ่อดำศรีศักดิ์ ชุติโนโร อุทิศ ที่ ๔๘๐/๒๕๕๖ ลงวันที่ ๑๑ กรกฎาคม ๒๕๕๖ และแต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาจัดทำแผนปฏิบัติราชการประจำปีของโรงพยาบาลหลวงพ่อดำศรีศักดิ์ ชุติโนโร อุทิศ ดังนี้

- | | |
|---|------------------|
| ๑. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหลวงพ่อดำศรีศักดิ์ | ประธานกรรมการ |
| ๒. รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล (ฝ่ายการแพทย์) | รองประธานกรรมการ |
| ๓. รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล (ฝ่ายบริหาร) | 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. หัวหน้าฝ่ายวิชาการ...

-๒-

๒๔. หัวหน้าฝ่ายวิชาการและแผนงานงาน

กรรมการ

และเลขานุการ

๒๕. นางสาวอารียาภรณ์ เห่งาเกษ นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ

กรรมการ

และผู้ช่วยเลขานุการ

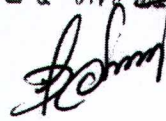
โดยให้คณะกรรมการฯ ดังกล่าวมีหน้าที่รับผิดชอบ ดังนี้

๑. พิจารณาจัดทำแผนปฏิบัติราชการประจำปีของโรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินธโร อุทิศ ให้สอดคล้องเป็นไปตามแผนปฏิบัติราชการประจำปีของสำนักงานการแพทย์และกระจายตัวชีวิตระดับสำนักงานการแพทย์ลงสู่ระดับหน่วยงานของโรงพยาบาลเป็นไปด้วยความเรียบร้อย และร่วมกันผลักดันให้หน่วยงานมีการดำเนินการให้เป็นไปตามแผนที่กำหนดตามโครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัดที่บรรจุไว้ในแผนปฏิบัติราชการประจำปีให้บรรลุผลสำเร็จ
๒. พิจารณากระจายตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาลตามแผนปฏิบัติราชการประจำปีลงสู่ผู้ปฏิบัติ เพื่อประกอบตัวชี้วัดระดับบุคคล
๓. ร่วมพิจารณาการดำเนินงาน ควบคุม กำกับ ติดตาม ประเมินผล และพิจารณาเพื่อแก้ไข ปัญหาอุปสรรค รวมทั้งข้อขัดข้องในการปฏิบัติงานเพื่อให้เป็นไปตามแผนปฏิบัติราชการประจำปีที่ได้กำหนดไว้

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่

๒๕ ต.ค. ๒๕๖๑



(นายขจร อินทรบุหรณ์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินธโร อุทิศ

คณะกรรมการฯ ผู้จัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาโรงพยาบาล ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)
โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๓๓๓ ชุมชนบุรีรัมย์ อุทิศ

๑. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๓๓๓	ประธานกรรมการ
๒. รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล (ฝ่ายการแพทย์)	รองประธานกรรมการ
๓. รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล (ฝ่ายบริการ)	รองประธานกรรมการ
๔. หัวหน้าพยาบาล	กรรมการ
๕. หัวหน้าฝ่ายบริหารงานทั่วไป	กรรมการ
๖. หัวหน้าฝ่ายงบประมาณการเงินและบัญชี	กรรมการ
๗. หัวหน้าฝ่ายโภชนาการ	กรรมการ
๘. หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ	กรรมการ
๙. หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ	กรรมการ
๑๐. หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉินและบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	กรรมการ
๑๑. หัวหน้ากลุ่มงานกุมารเวชกรรม	กรรมการ
๑๒. หัวหน้ากลุ่มงานอายุรกรรม	กรรมการ
๑๓. หัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรม	กรรมการ
๑๔. หัวหน้ากลุ่มงานออร์โธปิดิกส์	กรรมการ
๑๕. หัวหน้ากลุ่มงานสูติ – นรีเวชกรรม	กรรมการ
๑๖. หัวหน้ากลุ่มงานโสต ศอ นาสิก	กรรมการ
๑๗. หัวหน้ากลุ่มงานวิสัญญีวิทยา	กรรมการ
๑๘. หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู	กรรมการ
๑๙. หัวหน้ากลุ่มงานรังสีวิทยา	กรรมการ
๒๐. หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม	กรรมการ
๒๑. หัวหน้ากลุ่มงานชั้นสูติโรคกลางและธนาคารเลือด	กรรมการ
๒๒. หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม	กรรมการ
๒๓. หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม	กรรมการ
๒๔. หัวหน้าฝ่ายวิชาการและแผนงาน	กรรมการและเลขานุการ
๒๕. นางสาวอารียาภรณ์ เหง้าเกษ ตำแหน่งนักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ	กรรมการและผู้ช่วย เลขานุการ (เป็นผู้รวบรวม ข้อมูล ประสาน ออกแบบ และจัดทำแผนยุทธศาสตร์ การพัฒนาของโรงพยาบาลฯ)

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนารองพยาบาล ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔)

โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินฺธโร อุทิศ

รูปภาพประชุมคณะกรรมการฯ เพื่อจัดทำเล่มแผนยุทธศาสตร์การพัฒนารองพยาบาล ระยะ ๔ ปี
(พ.ศ. ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔) โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินฺธโร อุทิศ



