



รายงานผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. 2566
แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาโรงพยาบาล
ระยะ 3 ปี (พ.ศ. 2565 – 2567)
โรงพยาบาลหลวงพ่อกวีศักดิ์ ชุติบุตรโร อุทิศ

วิสัยทัศน์ (Vision)

“มุ่งสู่โรงพยาบาลตติยภูมิอย่างมีมาตรฐาน

พัฒนาบริการทางการแพทย์เพื่อชาวกรุงธนใต้”

คำนำ

การติดตาม ประเมินผล และรายงานผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๖ ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนารองพยาบาล ระยะ ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๒๕๖๖ มีความสำคัญในการดำเนินงานเพื่อติดตามและประเมินความสำเร็จในการดำเนินงานที่สอดคล้องกับนโยบายในการบริหารงานโรงพยาบาลของผู้บริหารโรงพยาบาล ผู้บริหารสำนักงานการแพทย์และกรุงเทพมหานครที่กำหนดไว้ และช่วยให้ทราบถึงความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรค หรือผลกระทบที่เกิดขึ้น อันจะช่วยให้ผู้บริหารใช้เป็นเครื่องมือในการวางแผน ค้นหาวิธีปรับปรุงงาน และบริหารจัดการนโยบาย แผนงาน โครงการให้ได้ผลในระยะต่อไป โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๒๕๖๖ ได้กำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดสำหรับเป็นเครื่องมือในการกำกับติดตามและประเมินความสำเร็จในการดำเนินงานของโรงพยาบาล ตลอดจนการนำผลการประเมินไปใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

สำหรับในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖) โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๒๕๖๖ ได้กำหนดเป้าหมายตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์การพัฒนารองพยาบาล ระยะ ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๒๕๖๖ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพและการบริการทางการแพทย์ด้วยมาตรฐาน และพัฒนาด้านโรคเฉพาะทาง จำนวน ๑๙ ตัวชี้วัด จำนวน ๒๓ โครงการ/กิจกรรม

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ สร้างความเชื่อมั่นในระบบบริการ (Service Capability) จำนวน ๖๖ ตัวชี้วัด จำนวน ๓๗ โครงการ/กิจกรรม

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

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

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

จึงได้ติดตามและรายงานผลการดำเนินงานและความก้าวหน้าของโครงการ/กิจกรรม ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๖ ตามตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์การพัฒนารองพยาบาล ระยะ ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๒๕๖๖ ว่ามีการดำเนินการแล้วมากน้อยเพียงใด

การติดตาม ประเมินผล และรายงานผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๖ ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนารองพยาบาล ระยะ ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๒๕๖๖ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความร่วมมืออย่างดียิ่งจากผู้บริหารโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่าย/หัวหน้ากลุ่มงาน และผู้ที่เกี่ยวข้องหวังเป็นอย่างยิ่งว่า รายงานผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๖ ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนารองพยาบาล ระยะ ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๒๕๖๖ ฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อการขับเคลื่อนการพัฒนาโรงพยาบาล และการปรับทิศทางการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนารองพยาบาลในอนาคตต่อไป

โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๒๕๖๖ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕)

สารบัญ

หน้า

วิสัยทัศน์ พันธกิจ ยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล และสรุปผลการดำเนินงาน	๑
รายงานผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๖ ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนารองโรงพยาบาล ระยะ ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๒๕๖๖ ชุมชนบุรีรัมย์ อุทิศ	
ยุทธศาสตร์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพและการบริการทางการแพทย์ ด้วยมาตรฐานและพัฒนาด้านโรคเฉพาะทาง	๒ - ๑๑
ยุทธศาสตร์ที่ ๒ สร้างความเชื่อมั่นในระบบบริการ (Service Capability)	๑๒ - ๓๖
ยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนงานบริการ และการบริหารเพื่อมุ่งสู่องค์กรดิจิทัล	๓๗ - ๔๑
ยุทธศาสตร์ที่ ๔ เพิ่มศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ สร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization)	๔๒ - ๕๘
ยุทธศาสตร์ที่ ๕ บริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ องค์กรคุณธรรม (Green Hospital/Moral Hospital)	๕๙ - ๗๙
สรุปโครงการ/กิจกรรม ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๖ ที่ตอบสนองตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์	๘๐ - ๙๗
การพัฒนาของโรงพยาบาลระยะ ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๒๕๖๖ ชุมชนบุรีรัมย์ อุทิศ	
ภาคผนวก	๙๘ - ๙๙
คณะกรรมการฯ ผู้จัดทำเล่มแผนยุทธศาสตร์การพัฒนารองโรงพยาบาล ระยะ ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๒๕๖๖ ชุมชนบุรีรัมย์ อุทิศ	

๑. วิสัยทัศน์ (Vision)

“มุ่งสู่โรงพยาบาลตติยภูมิอย่างมีมาตรฐาน พัฒนาบริการทางการแพทย์ เพื่อชาวกรุงธนใต้”

๒. พันธกิจ (Mission)

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

๓. ค่านิยมองค์กร (Core Value)

LPT : Luangpho Taweesak Hospital

L = LOVE : รักองค์กร → เสริมพลังเป็นกำลังใจให้ทั้งผู้ให้บริการและเพื่อนร่วมงาน มีความพึงพอใจและยึดมั่นผูกพันองค์กร

P = Professional : ทำงานอย่างมืออาชีพ → ให้บริการที่มีมาตรฐาน มุ่งมั่นสู่ความสำเร็จของงาน สร้างผลงานร่วมกันเพื่อให้ภารกิจลุล่วง

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

๔. ยุทธศาสตร์การพัฒนาของโรงพยาบาล มี ๕ ยุทธศาสตร์ ได้แก่

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพและการบริการทางการแพทย์ด้วยมาตรฐานและพัฒนา
ด้านโรคเฉพาะทาง

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ สร้างความเชื่อมั่นในระบบบริการ (Service Capability)

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนงานบริการและการบริหารเพื่อมุ่งสู่องค์กรดิจิทัล

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ เพิ่มศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ สร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization)

ยุทธศาสตร์ที่ ๕ บริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ องค์กรคุณธรรม (Green Hospital/Moral Hospital)

๕. สรุปผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๖ ตามแผนยุทธศาสตร์ฯ คิดเป็นร้อยละ ๙๑.๖๑

ยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด, โครงการ/กิจกรรม	ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย/ สามารถดำเนินการได้	ร้อยละ
ยุทธศาสตร์ที่ ๑	๑๙ ตัวชี้วัด	๑๖ ตัวชี้วัด	๘๔.๒๑%
	๒๓ โครงการ/กิจกรรม	๒๑ โครงการ/กิจกรรม	๙๑.๓๐%
ยุทธศาสตร์ที่ ๒	๖๖ ตัวชี้วัด	๖๔ ตัวชี้วัด	๙๖.๙๗%
	๓๗ โครงการ/กิจกรรม	๓๕ โครงการ/กิจกรรม	๙๔.๕๙%
ยุทธศาสตร์ที่ ๓	๙ ตัวชี้วัด	๘ ตัวชี้วัด	๘๘.๘๙%
	๙ โครงการ/กิจกรรม	๘ โครงการ/กิจกรรม	๘๘.๘๙%
ยุทธศาสตร์ที่ ๔	๓๐ ตัวชี้วัด	๒๙ ตัวชี้วัด	๙๖.๖๗%
	๒๓ โครงการ/กิจกรรม	๒๓ โครงการ/กิจกรรม	๑๐๐%
ยุทธศาสตร์ที่ ๕	๒๔ ตัวชี้วัด	๒๓ ตัวชี้วัด	๙๕.๘๓%
	๒๔ โครงการ/กิจกรรม	๒๓ โครงการ/กิจกรรม	๙๕.๘๓%

รายงานผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๖

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาของโรงพยาบาล ระยะ ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ :

พัฒนาระบบบริการสุขภาพและการบริหารทางการแพทย์
ด้วยมาตรฐานคุณภาพ และพัฒนาด้านโรคเฉพาะทาง

ยุทธศาสตร์ที่ ๑

พัฒนาระบบบริการสุขภาพและการบริการทางการแพทย์ด้วยมาตรฐานคุณภาพและพัฒนาด้านโรคเฉพาะทาง

เป้าหมายหลัก : ระบบบริการสุขภาพและระบบบริการทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐานผู้รับบริการปลอดภัย

เป้าประสงค์ที่ ๑.๑ การบริหารจัดการด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่ได้มาตรฐาน และปลอดภัย

เป้าประสงค์ที่ ๑.๒ สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร

เป้าประสงค์ที่ ๑.๓ พัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use)

ผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๖ ตามยุทธศาสตร์ที่ ๑ มีตัวชี้วัดทั้งหมด ๑๙ ตัวชี้วัด ผลสำเร็จ ๑๖ ตัวชี้วัด ไม่สำเร็จ ๓ ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ ๘๔.๒๑

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๑. การบริหารจัดการ ด้านการพัฒนา คุณภาพโรงพยาบาล ที่ได้มาตรฐาน และ ปลอดภัย	๑.๑ พัฒนาศักยภาพ บุคลากรให้มี ความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติที่ดีต่อ การพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาล	ตัวชี้วัดที่ ๑ ร้อยละคะแนนเฉลี่ย ผลสำรวจการวินิจฉัยองค์กรของ บุคลากรในโรงพยาบาล	> ๗๐%	๗๕.๙๕ %	๗๗.๐๖%	ดำเนินการจัดกิจกรรมสำรวจการวินิจฉัยองค์กร ของบุคลากรในโรงพยาบาลผ่านระบบออนไลน์
		ตัวชี้วัดที่ ๒ บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบคุณภาพ โรงพยาบาลภายในองค์กร	≥ ๗๕%	๑๐๐%	๑๐๐%	๑. กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับระบบคุณภาพ โรงพยาบาล ในวันที่ ๗ เม.ย.๖๖ บุคลากรเข้า ร่วมกิจกรรม ๖๐ ราย มีความรู้ความเข้าใจ เพิ่มขึ้น ๖๐ ราย ๒. กิจกรรมส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพบุคลากร จำนวน ๙ ราย เข้ารับการอบรม ประชุม ฯ ด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (สรพ. เป็น หน่วยงานผู้จัด)

รายงานผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๖

ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาของโรงพยาบาล ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๙) โรงพยาบาลหลวงพ่отวิศศักดิ์ ชุติณโร อุทิศ

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๑. การบริหารจัดการ ด้านการพัฒนา คุณภาพโรงพยาบาล ที่ได้มาตรฐาน และ ปลอดภัย (ต่อ)	๑.๑ พัฒนาศักยภาพ บุคลากรให้มี ความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติที่ดีต่อ การพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาล (ต่อ)					ใช้งบประมาณ ๔๒,๐๐๐ บาท จำนวน หลักสูตร ๒.๑ HA National Forum ๒.๒ HA๓๐๓ การพัฒนาการปฏิบัติการ พยาบาลเพื่อคุณภาพ ๒.๓ HA๓๐๕ การพัฒนาคุณภาพสำหรับงาน สนับสนุน บริการ ๒.๔ HA๖๐๑ ระบบบริหารความเสี่ยงใน โรงพยาบาลคุณภาพ ๓. กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลด้วย ระบบเครือข่ายกรุงเทพมหานคร (Quality Learning Network : QLN) วันที่ ๑๑ กันยายน ๒๕๖๖ ๔. ส่งบุคลากรเข้าร่วมประชุมกับคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลด้วยระบบเครือข่าย กรุงเทพมหานคร ในเรื่อง " Shared Vision การ ทำงานเครือข่ายเพื่อความสำเร็จ" วันที่ ๑๔ ธันวาคม ๒๕๖๕ ในรูปแบบ Online ๖. พัฒนาฐานข้อมูลความรู้ในระบบอินทราเน็ต รพ. อย่างต่อเนื่อง อาทิ ฐานข้อมูลตัวชี้วัดตาม แผนปฏิบัติราชการประจำปี ฐานข้อมูลตัวชี้วัดผล การดำเนินงานของคณะกรรมการ DSC – DM เป็นต้น

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๑. การบริหารจัดการ ด้านการพัฒนา คุณภาพโรงพยาบาล ที่ได้มาตรฐาน และ ปลอดภัย (ต่อ)	๑.๒ พัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลอย่าง ต่อเนื่อง ตาม แนวทางมาตรฐาน HA	ตัวชี้วัดที่ ๓ จำนวนครั้งของการ เยี่ยมสำรวจคุณภาพภายในของ ทุก ทีมนำ	๒ ครั้ง	๒ ครั้ง	๒ ครั้ง	ดำเนินการจัดกิจกรรมการเยี่ยมสำรวจคุณภาพ ภายในของทุกทีมนำ
		ตัวชี้วัดที่ ๔ จำนวนครั้งของการ ทบทวนเวชระเบียนตาม Trigger ของทีม PCT	๔ ครั้ง	๔ ครั้ง	๔ ครั้ง	ดำเนินการจัดกิจกรรมการทบทวนเวชระเบียนตาม Trigger ของทีม PCT
		ตัวชี้วัดที่ ๕ จำนวนครั้งที่มีการนำ ตัวชี้วัดไปเทียบเคียงผลงานใน กลุ่ม โรคสำคัญ หรือระบบงานสำคัญกับ หน่วยงานภายนอก	๒ ครั้ง	๒ ครั้ง	๒ ครั้ง	ดำเนินการนำตัวชี้วัดไปเทียบเคียงผลงาน ใน กลุ่มโรคสำคัญหรือระบบงานสำคัญกับ สถาบัน รับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.)
		ตัวชี้วัดที่ ๖ ร้อยละความสำเร็จ ในการผ่านการรับรองกระบวนการ คุณภาพโรงพยาบาล (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๑ กลยุทธ์ที่ ๑	๑๐๐% Re – Accreditation Survey ครั้งที่ ๓	๑๐๐% Re – Accreditation Survey ครั้งที่ ๓	๑๐๐%	๑. ดำเนินการจัดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาล (HA) อย่างต่อเนื่อง ๒. ดำเนินการขอรับรองกระบวนการคุณภาพ Re – Accreditation HA เข้า ครั้งที่ ๔ อีกครั้ง ภายในปี ๒๕๖๗

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๑. การบริหารจัดการ ด้านการพัฒนา คุณภาพโรงพยาบาล ที่ได้มาตรฐาน และ ปลอดภัย (ต่อ)	๑.๓ ยกระดับการพัฒนา กระบวนการ คุณภาพ โรงพยาบาลใน ระดับที่สูงขึ้น และ พัฒนาความเป็น เลิศทางการแพทย์ ด้านโรคเฉพาะทาง ผ่าน DSC	ตัวชี้วัดที่ ๗ ร้อยละความสำเร็จใน การผ่านการประเมินรับรองเฉพาะโรค Disease Specific Certification (DSC) (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๙) ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๑ กลยุทธ์ที่ ๑	๑๐๐% ต่ออายุ DSC HIV/STI	๑๐๐% Re – Accreditation DSC – HIV/STI ซ้ำ ครั้งที่ ๑	๑๐๐%	๑. ดำเนินการพัฒนาด้านโรคเฉพาะทาง DSC HIV/STI อย่างต่อเนื่อง ๒. ผ่านการประเมินรับรองเฉพาะโรครับรอง เฉพาะโรค Disease Specific Certification (DSC – HIV/STI) ในปี ๒๕๖๕ ๓. จะดำเนินการขอรับรองกระบวนการคุณภาพ Re – Accreditation DSC – HIV/STI ซ้ำ ครั้งที่ ๒ ภายใน ปี ๒๕๖๙
		ตัวชี้วัดที่ ๘ อัตราตัวชี้วัดคุณภาพ ที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบ สารสนเทศเปรียบเทียบระดับ คุณภาพโรงพยาบาล (THIP II) ผ่าน เกณฑ์ค่าเฉลี่ย (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๙) ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๑ กลยุทธ์ที่ ๑	๘๓%	๘๑.๕๕%	๕๕.๙๖%	๑. ดำเนินการจัดโครงการพัฒนาระบบ สารสนเทศเปรียบเทียบระดับคุณภาพ โรงพยาบาล (THIP) ของสถาบันรับรอง คุณภาพสถานพยาบาล ใช้งบประมาณ ๑๐,๐๐๐ บาท ๒. จำนวน KPI ที่เข้าโครงการ THIP ทั้งหมด จำนวน ๑๐๙ ตัวชี้วัด และจำนวน KPI ที่เข้า ร่วมโครงการ THIP ผ่านเกณฑ์มาตรฐานสากล จำนวน - ตัวชี้วัด (รอผลประเมินเดือน ธ.ค.๖๖) ๓. กิจกรรมทบทวนตัวชี้วัดคุณภาพที่ไม่เป็นไป ตามเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน ๒ ครั้ง

รายงานผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๖

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

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๑. การบริหารจัดการ ด้านการพัฒนา คุณภาพโรงพยาบาล ที่ได้มาตรฐาน และ ปลอดภัย (ต่อ)	๑.๓ ยกระดับการพัฒนา กระบวนการ คุณภาพ โรงพยาบาลใน ระดับที่สูงขึ้น และ พัฒนาความเป็น เลิศทางการแพทย์ ด้านโรคเฉพาะทาง ผ่าน DSC	ตัวชี้วัดที่ ๙ ร้อยละความสำเร็จ ในการผ่านการรับรองการประเมิน ระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการ ตามมาตรฐานเทคนิคการแพทย์	๑๐๐%	-	๑๐๐%	ได้รับการรับรองการประเมินระบบคุณภาพ ห้องปฏิบัติการตามมาตรฐานเทคนิคการแพทย์ ต่ออายุมีผลตั้งแต่วันที่ ๒ ก.ย.๖๖ – ๑ ก.ย.๖๗
		ตัวชี้วัดที่ ๑๐ ร้อยละความสำเร็จ ในการผ่านรับรองการประเมิน คุณภาพและมาตรฐานบริการตาม เกณฑ์มาตรฐานห้องปฏิบัติการทาง การแพทย์ด้านรังสีวินิจฉัย	-	-	-	เลื่อนการประเมินออกไปเป็นปีงบประมาณ ๒๕๖๗ วันที่ ๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๖
		ตัวชี้วัดที่ ๑๑ ร้อยละความสำเร็จ ในการรับการเยี่ยมชมสำรวจของ องค์กรวิชาชีพเภสัชกรรม โรงพยาบาล			-	ดำเนินการ ปี ๒๕๖๗

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๒. สร้างวัฒนธรรม ความปลอดภัยใน องค์กร	๒.๑ เพิ่มประสิทธิภาพ ระบบบริหารจัดการ ความเสี่ยง โดย มุ่งเน้นบริหาร ความเสี่ยงเชิงรุก	ตัวชี้วัดที่ ๑๒ ร้อยละของคะแนน เฉลี่ยผลสำรวจวัฒนธรรมความ ปลอดภัยของบุคลากรในโรงพยาบาล	≥๗๓%	๗๕.๘๒%	๗๖.๘๐%	ดำเนินการจัดกิจกรรมการทอสำรวจวินิจฉัย วัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรใน โรงพยาบาล ผ่านระบบออนไลน์
		ตัวชี้วัดที่ ๑๓ จำนวนครั้งของการ จัดกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับ การบริหารจัดการความเสี่ยงของ หน่วยงาน	๑ ครั้ง	๑ ครั้ง	๑ ครั้ง	๑. กิจกรรมตามรอยการบริหารความเสี่ยงที่ หน้างานตามจุดเน้นความเสี่ยงขององค์กร ๒. จัดกิจกรรมประชุมเพื่อติดตามงานการ บริหารความเสี่ยงของทุกทีม
		ตัวชี้วัดที่ ๑๔ อัตราความ ครอบคลุมการรายงานความเสี่ยง ภาพรวมของหน่วยงาน <u>กำหนดเกณฑ์ขั้นต่ำ</u> ทั่วไป : อย่างน้อย๒ฉบับ/เดือน/หน่วยงาน คลินิก : อย่างน้อย๓ฉบับ/เดือน/หน่วยงาน	≥๘๐%	๘๔.๐๙%	๘๔%	๑. จำนวนหน่วยงานที่มีการรายงานความเสี่ยง ตามข้อกำหนด จำนวน ๕๕ หน่วยงาน คุณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนหน่วยงาน ทั้งหมด จำนวน ๕๔ คน ๒. จำนวนรายงานความเสี่ยงภาพรวมของ หน่วยงาน ทั้งสิ้น ๔,๑๖๒ ฉบับ
		ตัวชี้วัดที่ ๑๕ อัตราความ ครอบคลุมการรายงานความเสี่ยง ของหน่วยงานตนเอง (Self – report) <u>กำหนดเกณฑ์ขั้นต่ำ</u> ทั่วไป : อย่างน้อย๑ฉบับ/เดือน/หน่วยงาน คลินิก : อย่างน้อย๒ฉบับ/เดือน/หน่วยงาน	≥๗๕%	๗๗.๒๗%	๖๖%	๑. จำนวนหน่วยงานที่มีการรายงานความเสี่ยง ของหน่วยงานตนเอง (Self – report) ตาม ข้อกำหนด จำนวน ๓๕ หน่วยงาน คุณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนหน่วยงานทั้งหมด จำนวน ๕๔ หน่วยงาน ๒. จำนวนรายงานความเสี่ยงของหน่วยงาน ตนเอง (Self – report) ทั้งสิ้น ๑,๔๓๘ ฉบับ

รายงานผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๖

ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาของโรงพยาบาล ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) โรงพยาบาลหลวงพ่отวิศัคดี ชูติโนโร อุทิศ

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๒. สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร (ต่อ)	๒.๑ เพิ่มประสิทธิภาพระบบบริหารจัดการความเสี่ยงโดยมุ่งเน้นบริหารความเสี่ยงเชิงรุก (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๑๖ ร้อยละอุบัติการณ์ระดับสูงขึ้นไป ได้รับการทำการทบทวนและปรับปรุงแก้ไข	≥๗๕%	๗๖.๖๒%	๘๘%	จำนวนอุบัติการณ์ระดับ E และ ๓ ขึ้นไป ที่ได้ทำ RCA จำนวน ๑๓๓ เรื่อง คุณด้วยทั้งหมด จำนวน ๑๕๒ เรื่อง
๓. พัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use)	๓.๑ ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เพื่อให้เกิดความคุ้มค่า ปลอดภัยในการใช้ยาลดการเกิดเชื้อดื้อยา และลดการป่วยจากเชื้อดื้อยา	ตัวชี้วัดที่ ๑๗ ร้อยละความสำเร็จในการผ่านการประเมินระดับโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	>๘๐%	๙๑.๖๗% (ผ่านเกณฑ์การประเมินของกระทรวงสาธารณสุข)	๙๑.๖๗%	๑. ดำเนินการจัดกิจกรรมรณรงค์และประชาสัมพันธ์การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ๒. จำนวนตัวชี้วัด RDU ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน จำนวน ๑๑ ตัวชี้วัด คุณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนตัวชี้วัด RDU ที่กำหนดทั้งหมด จำนวน ๑๒ ตัวชี้วัด
		ตัวชี้วัดที่ ๑๘ ร้อยละของการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด	<๑๕%	๗.๙๒%	๖.๐๘%	จำนวนครั้งของสตรีคลอดปกติครบกำหนดที่ได้รับยาปฏิชีวนะ จำนวน ๑๙ ครั้ง คุณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนครั้งของสตรีคลอดปกติครบกำหนด จำนวน ๓๑๒ ครั้ง

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๓. พัฒนาระบบบริการ ให้มีการใช้ยาอย่าง สมเหตุผล (Rational Drug Use) (ต่อ)	๓.๑ ส่งเสริมการใช้ยา อย่างสมเหตุผล เพื่อให้เกิดความ คุ้มค่า ปลอดภัย ในการใช้ยา ลดการเกิดเชื้อดื้อยา และลดการป่วย จากเชื้อดื้อยา (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๑๙ ร้อยละของผู้ป่วย เด็กได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อ ทางเดินหายใจ (ครอบคลุมโรคตาม รหัส ICD – ๑๐ ตาม RUA-URI) และได้รับยาต้านฮิสตามีนชนิด non - sedating	≤๒๐%	๑๕.๒๖%	๑๕.๘๖%	จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วย URI ที่ได้รับยาปฏิชีวนะ ในช่วง ๖ เดือน จำนวน ๓๑๕ ใบ คุณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วย URI ทั้งหมด ในช่วงเวลาเดียว จำนวน ๑,๙๘๕ ใบ
		ตัวชี้วัดที่ ๒๐ ร้อยละของการใช้ยา ปฏิชีวนะในผู้ป่วยที่ติดเชื้อทางเดิน หายใจส่วนบนในผู้ป่วยนอก (Upper respiratory tract infections)	≤๓๐%	๒๖.๖๘%	๒๖.๐๑%	จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วย URI ที่ได้รับยาปฏิชีวนะ ในช่วง ๖ เดือน จำนวน ๑,๒๑๙ ใบ คุณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วย URI ทั้งหมดในช่วงเวลาเดียว จำนวน ๔,๖๖๒ ใบ
		ตัวชี้วัดที่ ๒๑ ร้อยละการใช้ยา ปฏิชีวนะในผู้ป่วยที่มีภาวะอุจจาระ ร่วงเฉียบพลัน	≤๒๐%	๒๖.๕๖% (แจ้งองค์กร แพทย์ ทบทวน แนวทางการ สั่งใบยา)	๒๗.๓๖% (แจ้งองค์กร แพทย์ ทบทวน แนวทางการ สั่งใบยา)	จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วย (Acute diarrhea : AD) ที่ได้รับยาปฏิชีวนะ ในช่วง ๖ เดือน จำนวน ๗๕๑ ใบ คุณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วย (Acute diarrhea : AD) I ทั้งหมดในช่วงเวลาเดียว จำนวน ๒,๓๔๔ ใบ

รายงานผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๖

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

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๓. พัฒนาระบบบริการ ให้มีการใช้ยาอย่าง สมเหตุผล (Rational Drug Use) (ต่อ)	๓.๑ ส่งเสริมการใช้ยา อย่างสมเหตุผล เพื่อให้เกิดความ คุ้มค่า ปลอดภัย ในการใช้ยา ลดการเกิดเชื้อดื้อยา และลดการป่วย จากเชื้อดื้อยา (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๒๒ ร้อยละการใช้ยา ปฏิชีวนะในผู้ป่วยที่เข้ารับการ รักษาบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ	≤๕๐%	๔๕.๙๔%	๔๔.๕๘%	จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกบาดแผลสดจาก อุบัติเหตุที่ได้รับยาปฏิชีวนะ จำนวน ๘๗๒ ครั้ง คูณด้วย ๑๐๐หารด้วย จำนวนครั้งของผู้ป่วย นอกบาดแผลสดจากอุบัติเหตุทั้งหมด จำนวน ๑,๘๖๖ ครั้ง
		ตัวชี้วัดที่ ๒๓ ดื้อยา (AMR) : กรณี เป็นโรงพยาบาล ระดับ M๑ ต้องมี รายงานอัตราการติดเชื้อยา (AMR) ในกระแสเลือด ลดลง จาก Baseline	ลดลง (เทียบกับประมณ ที่ผ่านมา)	๑๕.๓๘% ลดลงเมื่อ เทียบกับ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ = ๒๑%)	๓.๗๗%	จำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดจาก แบคทีเรียดื้อยา ๘ ชนิด จำนวน ๕๓ คน คูณด้วย ๑๐๐หารด้วย จำนวนผู้ป่วยที่ส่งเลือด ตรวจเพาะเชื้อทั้งหมด โดยต้องมีผลลดลงเมื่อ เทียบกับปีที่ผ่านมา จำนวน ๑,๔๐๕ คน

รายงานผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๖

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาของโรงพยาบาล ระยะ ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ :

สร้างความเชื่อมั่นในระบบบริการ
(Service Capability)

ยุทธศาสตร์ที่ ๒						
สร้างความเชื่อมั่นในระบบบริการ (Service Capability)						
เป้าหมายหลัก : ประชาชนเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่ให้บริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน						
เป้าประสงค์ที่ ๒.๑ พัฒนาคูณภาพระบบการบริการทางการแพทย์ให้มีความสะดวก รวดเร็ว และสร้างความเชื่อมั่นในการให้บริการต่อผู้รับบริการ						
เป้าประสงค์ที่ ๒.๒ เพิ่มศักยภาพการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่สอดคล้องกับความต้องการและแนวโน้มการเจ็บป่วยของประชาชน						
เป้าประสงค์ที่ ๒.๓ เพิ่มศักยภาพโรงพยาบาลในการรองรับโรคเฉพาะทางของผู้สูงอายุ						
เป้าประสงค์ที่ ๒.๔ พัฒนาศักยภาพและการรักษาพยาบาลรูปแบบใหม่ให้ทันต่อกระแสโลกาภิวัตน์และเทคโนโลยีสุขภาพ						
เป้าประสงค์ที่ ๒.๕ พัฒนาโครงสร้างและระบบบริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิเพื่อรองรับการให้บริการประชาชน						
เป้าประสงค์ที่ ๒.๖ พัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้สอดคล้องกับสาธารณสุขที่มีในพื้นที่						
เป้าประสงค์ที่ ๒.๗ สร้างเครือข่ายในการส่งต่อ						
ผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๕ ตามยุทธศาสตร์ที่ ๒ มีจำนวนทั้งหมด ๖๖ ตัวชี้วัด ผลสำเร็จ ๖๔ ตัวชี้วัด ไม่สำเร็จ ๒ ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ ๙๖.๙๗						
เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๒.๑ พัฒนาคูณภาพระบบการบริการทางการแพทย์ให้มีความสะดวก รวดเร็ว และสร้างความเชื่อมั่นในการให้บริการต่อผู้รับบริการ	๒.๑.๑ เพื่อให้การบริการผู้ป่วยที่สะดวกและรวดเร็ว	ตัวชี้วัดที่ ๑ ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก	≥๘๓%	๘๘.๘๗%	๗๗.๒๙%	ดำเนินการสำรวจความพึงพอใจของผู้มารับบริการทั้งผู้ป่วยนอกพบปัญหาประเมินพฤติกรรมการบริการความแออัดสถานที่ ความสะอาดห้องน้ำได้นำเข้าที่ประชุมคณะกรรมการรับฟังความคิดเห็นเพื่อหาแนวทางการปรับปรุงแก้ไขต่อไป
		ตัวชี้วัดที่ ๒ ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยใน	≥๘๓%	๘๐.๘๑%	๘๓.๑๔%	ดำเนินการสำรวจความพึงพอใจของผู้มารับบริการทั้งผู้ป่วยใน

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๒.๑ พัฒนาคุณภาพระบบการบริการทางการแพทย์ ให้มีความสะดวก รวดเร็ว และสร้างความเชื่อมั่น ในการให้บริการต่อ ผู้รับบริการ (ต่อ)	๒.๑.๑ เพื่อให้การบริการ ผู้ป่วยที่สะดวก และ รวดเร็ว (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๓ ระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วยนอกลดลง	๑๒๐ นาที	๑๐๑.๗๐ นาที	๑๐๑.๕๐ นาที	ดำเนินการจัดกิจกรรมลดระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วยนอก
		ตัวชี้วัดที่ ๔ ระยะเวลาการรอคอยรับยาของผู้ป่วยนอกลดลง	≤ ๓๐ นาที	๒๔ นาที	๒๒.๗๕ นาที	ดำเนินการจัดกิจกรรมลดระยะเวลาการรอคอยรับยาของผู้ป่วยนอก
		ตัวชี้วัดที่ ๕ อัตราผู้ป่วยได้รับการ Admit ภายใน ๓๐ นาที หลังส่งเวร	≥ ๘๐%	๘๕%	๘๐%	ดำเนินการจัดกิจกรรมการลดระยะเวลาในการ Admit
		ตัวชี้วัดที่ ๖ ระยะเวลาการให้บริการห้องอุบัติเหตุ -ฉุกเฉิน แบ่งกลุ่มประเภทผู้ป่วย - Emergency - Urgency	< ๔ นาที < ๓๐ นาที	๓.๐๓ นาที ๔.๙๙ นาที	๒.๖๘ ๓.๙๒	ดำเนินการจัดกิจกรรมลดระยะเวลาในการให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉิน
	๒.๑.๒ นำข้อเสนอแนะที่สามารถดำเนินการได้จากผู้รับบริการและญาติ (actionable feedback) ไปปรับปรุงพัฒนาการบริการเพื่อตอบสนองต่อสิทธิผู้ป่วย	ตัวชี้วัดที่ ๗ อุบัติการณ์ข้อร้องเรียนที่ต้องเจรจาไกล่เกลี่ยลดลง	< ๕ ครั้งต่อปี	๒ ครั้ง	๑ ครั้ง	๑. ดำเนินการประชุมเพื่อติดตามการตอบสนองต่อข้อเสนอแนะจากผู้รับบริการและญาติ ๒. จำนวนอุบัติการณ์ข้อร้องเรียนที่ต้องมีการเจรจาไกล่เกลี่ยในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ จำนวน ๑ ครั้ง
		ตัวชี้วัดที่ ๘ ร้อยละของอุบัติการณ์ข้อร้องเรียนที่ได้รับการแก้ไข RCA และปิดประเด็น	< ๕ ครั้งต่อปี	๑ ครั้ง	๑ ครั้ง	จำนวนอุบัติการณ์ข้อร้องเรียนที่ได้รับการแก้ไขและปิดประเด็นได้ไม่มีการร้องเรียน ในระดับที่สูงขึ้น

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๒.๑ พัฒนาคุณภาพระบบการบริการทางการแพทย์ให้มีความสะดวก รวดเร็ว และสร้างความเชื่อมั่นในการให้บริการต่อผู้รับบริการ (ต่อ)	๒.๑.๒ นำข้อเสนอแนะที่สามารถดำเนินการได้จากผู้รับบริการและญาติ (actionable feedback) ไปปรับปรุงพัฒนาการบริการเพื่อตอบสนองต่อสิทธิผู้ป่วย (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๙ ร้อยละอุบัติการณ์ข้อร้องเรียน/ข้อคิดเห็น ได้รับการแก้ไขหรือตอบสนองอย่างรวดเร็ว	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	จำนวนอุบัติการณ์ข้อร้องเรียน/ข้อคิดเห็นสามารถแก้ไขได้ทันภายในกำหนดเวลา จำนวน ๗๕ เรื่อง คุณด้วย ๑๐๐ ทารด้วยจำนวนอุบัติการณ์ข้อร้องเรียน/ข้อคิดเห็นทั้งหมดในปีงบประมาณนั้น ๆ จำนวน ๗๕ เรื่อง
๒.๒ เพิ่มศักยภาพการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่สอดคล้องกับความต้องการและแนวโน้มการเจ็บป่วยของประชาชน	๒.๒.๑ พัฒนาบริการทางการแพทย์รองรับโรคสำคัญที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนและโรคคนเมือง ๑) ด้านสูติ - นรีเวชกรรม ๑.๑) เพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยรายโรค – ด้านสูติ - นรีเวชกรรม	ตัวชี้วัดที่ ๑๐ จำนวนคลินิกเฉพาะโรค และ/หรือพัฒนาช่องทางเพื่อรองรับการให้บริการ	๑ คลินิก/ ช่องทาง	๑ ช่องทาง	๓ ช่องทาง	๑. ดำเนินการเพิ่มศักยภาพการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในท้องคลอดเพื่อรองรับผู้ป่วยจากสถานการณ์โรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ ๒. ดำเนินการพัฒนาระบบการให้บริการโดยการผ่าตัดผ่านกล้องโพรคมดูแบบวันเดียวกลับ ๓. ดำเนินการเปิดให้บริการคลินิกมะเร็งนรีเวชกรรม
		ตัวชี้วัดที่ ๑๑ ร้อยละความสำเร็จของสตรีที่มีภาวะมีบุตรยากเข้ารับบริการในคลินิกรักษาภาวะผู้มีบุตรยากได้รับคำแนะนำและเข้าสู่กระบวนการรักษา (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๑ กลยุทธ์ที่ ๒	๗๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	๑. ดำเนินการตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ๒. ปี ๒๕๖๖ สตรีที่มีภาวะมีบุตรยากเข้ารับบริการในคลินิกรักษาภาวะผู้มีบุตรยากได้รับคำแนะนำและเข้าสู่กระบวนการรักษา จำนวน ๓๗ ราย

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๒.๒ เพิ่มศักยภาพการบริการ ทางการแพทย์และ สาธารณสุขที่สอดคล้อง กับความต้องการและ แนวโน้มการเจ็บป่วยของ ประชาชน (ต่อ)	๒.๒.๑ พัฒนาการทาง การแพทย์รองรับโรค สำคัญที่เป็นปัญหา ด้านสุขภาพของ ประชาชนและ โรคคนเมือง (ต่อ) ๑) ด้านสูติ - นรีเวชกรรม ๑.๑) เพิ่มศักยภาพการ ดูแลผู้ป่วยรายโรค - ด้านสูติ - นรีเวชกรรม (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๑๒ จำนวนอุบัติเหตุ เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการ ผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวชลดลง * คลินิกส่องกล้องทางนรีเวช เปิดให้ บริการ ตั้งแต่ปี ๒๕๖๑	< ๕ รายต่อปี	๐ ราย	๐ ราย	๑. จำนวนครั้งของอุบัติเหตุของ ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดผ่านกล้อง ทางนรีเวช จำนวน ๐ ราย คุณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนครั้งที่ให้บริการผ่าตัด ผ่านกล้องทางนรีเวชทั้งหมด จำนวน ๑๘ ราย ร้อยละ ๐ ๒. ดำเนินการจัดกิจกรรมบริหารจัดการ ความเสี่ยงจากอุบัติเหตุที่เกิด ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดผ่าน กล้องทางนรีเวชอย่างต่อเนื่อง
		ตัวชี้วัดที่ ๑๓ ร้อยละหญิง ตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่ โรงพยาบาลและ มีอายุครรภ์ น้อยกว่า ๑๖ สัปดาห์ ได้รับความรู้ เกี่ยวกับโรคดาวน์ซินโดรม รวมถึง ทางเลือกในการตรวจคัดกรอง	๘๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับ การตรวจคัดกรองโรคดาวน์ซินโดรม จำนวน ๑๓๕ ราย คุณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวน หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล ตั้งแต่อายุครรภ์น้อยกว่า ๑๖ สัปดาห์ จำนวน ๑๓๕ ราย - ตรวจ Quad test = ๖๕.๑๘% (๘๘/ ๑๓๕) - เจาะน้ำคร่ำ = ๒๕.๙๒% (๓๕/ ๑๓๕)
		ตัวชี้วัดที่ ๑๔ ร้อยละความพึงพอใจ ของผู้มารับบริการในแผนก สูติ - นรีเวชกรรม	≥ ๘๐%	๘๙.๙๐%	๙๑%	

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๒.๒ เพิ่มศักยภาพการบริการ ทางการแพทย์และ สาธารณสุขที่สอดคล้อง กับความต้องการและ แนวโน้มการเจ็บป่วยของ ประชาชน (ต่อ)	๒.๒.๑ พัฒนาศูนย์บริการทาง การแพทย์รองรับโรค สำคัญที่เป็นปัญหา ด้านสุขภาพของ ประชาชนและ โรคคนเมือง (ต่อ) ๑) ด้านสูติ - นรีเวชกรรม ๑.๒) เพิ่มศักยภาพการ ดูแลในหญิงตั้งครรภ์กลุ่ม เสี่ยง Preterm	ตัวชี้วัดที่ ๑๕ อัตราคัดกรอง ผู้ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุ ครรภ์ ๒๔ สัปดาห์ ที่เป็น กลุ่มเสี่ยงของการเจ็บครรภ์ คลอดก่อนกำหนด	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	จำนวนสตรีที่ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนกำหนด ๒๔ สัปดาห์ ได้รับการคัดกรองเจ็บครรภ์ก่อน กำหนด จำนวน ๕๒๐ ราย คุณด้วย ๑๐๐% หารด้วย จำนวนสตรีที่ฝากครรภ์ก่อน ๒๔ สัปดาห์ ทั้งหมด จำนวน ๕๒๐ ราย
		ตัวชี้วัดที่ ๑๖ อัตราสตรีตั้งครรภ์ เดียวตรวจพบปากมดลูกสั้นก่อน อายุครรภ์ ๒๔ สัปดาห์ ได้รับการ รักษาตามแนวทางการป้องกันสตรี ตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการ คลอดก่อนกำหนด	≥๘๕%	๑๐๐%	๑๐๐%	จำนวนสตรีตั้งครรภ์เดียวตรวจพบปากมดลูกสั้น ได้รับการรักษาตามแนวทาง จำนวน ๑ ราย คุณด้วย ๑๐๐% หารด้วย จำนวนสตรีตั้งครรภ์ เดียวตรวจพบปากมดลูกสั้นทั้งหมด จำนวน ๑ ราย
		ตัวชี้วัดที่ ๑๗ อัตราสตรี ตั้งครรภ์เดียวที่มีประวัติคลอด ก่อนกำหนดได้รับโปรเจสเตอโรน ตั้งแต่อายุครรภ์ ๑๖-๒๔ สัปดาห์ จนถึง ๓๖+๖ สัปดาห์	≥๘๐%	๖๕% (ตัวชี้วัดนี้ไม่ผ่าน เนื่องจากพบ ปัญหาเรื่อง ค่าใช้จ่าย เอง)	๙๓.๓๓%	จำนวนสตรีตั้งครรภ์เดียวที่มีประวัติคลอด ก่อนกำหนดได้รับโปรเจสเตอโรน จำนวน ๒๘ ราย คุณด้วย ๑๐๐% หารด้วย จำนวนสตรี ตั้งครรภ์เดียวที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนด จำนวน ๓๐ ราย
		ตัวชี้วัดที่ ๑๘ อัตราสตรีตั้งครรภ์ ประสบความสำเร็จในการยับยั้ง ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อน กำหนด	≥๗๕%	๙๖%	๙๖%	จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่สามารถยับยั้งภาวะเจ็บ ครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้สำเร็จ จำนวน ๗๒ ราย คุณด้วย ๑๐๐% หารด้วย จำนวนสตรี ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดใน ปีงบประมาณนั้น ๆ จำนวน ๗๕ ราย

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๒.๒ เพิ่มศักยภาพการบริการ ทางการแพทย์และ สาธารณสุขที่สอดคล้อง กับความต้องการและ แนวโน้มการเจ็บป่วยของ ประชาชน (ต่อ)	๒.๒.๑ พัฒนาการทาง การแพทย์รองรับโรค สำคัญที่เป็นปัญหา ด้านสุขภาพของ ประชาชนและ โรคคนเมือง (ต่อ) ๑) ด้านสติ - นรีเวชกรรม ๑.๓) เพื่อบูรณาการการ ป้องกันและแก้ไขปัญหา การตั้งครรภ์วัยรุ่น	ตัวชี้วัดที่ ๑๙ ร้อยละหญิง ตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับความรู้ ด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ ตลอดจนการวางแผนการ คุมกำเนิดหลังคลอด	๗๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	จำนวนหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาคลอดที่ โรงพยาบาลได้รับความรู้ จำนวน ๗๗ ราย คุณด้วย ๑๐๐ ทารด้วย จำนวนหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลทั้งหมด จำนวน ๗๗ ราย
		ตัวชี้วัดที่ ๒๐ จัดกิจกรรมให้ ความรู้ในการป้องกันและแก้ไข ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชน)	๑ ครั้ง/ปี	๑ ครั้ง	๒ ครั้ง	ดำเนินการจัดกิจกรรมให้ความรู้ จำนวน ๒ ครั้ง ดังนี้ ครั้งที่ ๑ วันที่ ๑๔ ก.พ. ๖๖ ครั้งที่ ๒ วันที่ ๑๓ ก.ค.๖๖
	๒) ด้านจักษุวิทยา ๒.๑) เพิ่มศักยภาพการ ดูแลผู้ป่วยรายโรค - ด้านจักษุวิทยา	ตัวชี้วัดที่ ๒๑ จำนวนคลินิก เฉพาะโรค และ/หรือพัฒนา ช่องทางเพื่อรองรับการให้บริการ	๑ คลินิก/ ช่องทาง	-	๑ ช่องทาง	ในปี ๒๕๖๖ โครงการคลินิกจักษุประสาทตา
		ตัวชี้วัดที่ ๒๒ ร้อยละของ ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการ ตรวจคัดกรองจอประสาทตา (๑ ครั้งต่อคนต่อปี) (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๑ กลยุทธ์ที่ ๒	๕๐%	-	๔๖.๔๔%	๑. ในปี ๒๕๖๖ จัดซื้อครุภัณฑ์ทางการแพทย์ และเปิดให้บริการคลินิกจักษุประสาทตา ๒. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ คัดกรองจอประสาทตา อย่างน้อย ๑ ครั้งต่อคน ต่อปี จำนวน ๑,๖๗๗ ราย คุณด้วย ๑๐๐ ทารด้วย จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มารักษาในคลินิก เบาหวานของโรงพยาบาล ในรอบ ๑ ปี จำนวน ๓,๖๑๑ ราย

รายงานผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๖

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาของโรงพยาบาล ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) โรงพยาบาลหลวงพ่отวิศัคดี ชูติณธโร อุทิศ

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๒.๒ เพิ่มศักยภาพการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่สอดคล้องกับความต้องการและแนวโน้มการเจ็บป่วยของประชาชน (ต่อ)	๒.๒.๑ พัฒนาศูนย์บริการทางการแพทย์รองรับโรคสำคัญที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนและโรคคนเมือง (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๒๓ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ระดับ Severe NPDR ขึ้นไป ได้รับการรักษาด้วยการทำเลเซอร์ ภายใน ๓๐ วัน	๕๐%	-	๑๐๐%	จำนวนผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ระดับ Severe NPDR ขึ้นไป ได้รับการรักษาด้วยการทำเลเซอร์ ภายใน ๓๐ วัน จำนวน ๑๕ ราย คุณด้วย ๑๐๐ ร้อยด้วย จำนวนผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ระดับ Severe NPDR ขึ้นไป ทั้งหมด จำนวน ๑๕ ราย
	๒) ด้านจักษุวิทยา ๒.๑) เพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยรายโรค - ด้านจักษุวิทยา	ตัวชี้วัดที่ ๒๔ จำนวนคลินิกเฉพาะโรค และ/หรือพัฒนาช่องทางเพื่อรองรับการให้บริการ	-	-	-	ดำเนินการในปี ๒๕๖๖ โครงการ NICU
	๓) ด้านกุมารเวชกรรม ๓.๑) เพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยรายโรค - ด้านกุมารเวชกรรม	ตัวชี้วัดที่ ๒๕ อัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตหลังรักษา ภายใน ๒๘ วัน หลังคลอด (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๑ กลยุทธ์ที่ ๒	≤ ๑๐ : ๑,๐๐๐LB (อัตราการเสียชีวิตต่อทารกแรกเกิด มีชีพ ๑,๐๐๐LB)	๔.๔๗ : ๑,๐๐๐LB	๐ : ๑,๐๐๐LB	จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพน้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ ๕๐๐ กรัมที่เสียชีวิต ภายใน ๒๘ วัน หลังคลอด จำนวน ๐ ราย คุณด้วย ๑,๐๐๐ ร้อยด้วย จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพน้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ ๕๐๐ กรัมทั้งหมด จำนวน ๗๖๘ ราย

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๒.๒ เพิ่มศักยภาพการบริการ ทางการแพทย์และ สาธารณสุขที่สอดคล้อง กับความต้องการและ แนวโน้มการเจ็บป่วยของ ประชาชน (ต่อ)	๒.๒.๑ พัฒนาการทาง การแพทย์รองรับโรค สำคัญที่เป็นปัญหา ด้านสุขภาพของ ประชาชนและ โรคคนเมือง (ต่อ) ๓) ด้านกุมารเวชกรรม ๓.๑) เพิ่มศักยภาพการ ดูแลผู้ป่วยรายโรค - ด้านกุมารเวชกรรม (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๒๖ อัตราการเกิด ภาวะหายใจลำบาก(RDS) ใน ทารกแรกเกิดที่คลอดก่อน กำหนด (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๙) ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ ที่ ๑ กลยุทธ์ที่ ๒	≤๑๐%	๑๔.๘๖%	๓๒.๗๙ %	จำนวนทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนด ที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า ๓๗ สัปดาห์ เกิดภาวะ หายใจลำบาก (RDS) จำนวน ๒๐ ราย คุณด้วย ๑๐๐ ทารกด้วย จำนวนทารกแรกเกิดที่คลอด ก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า ๓๗ สัปดาห์ ทั้งหมด จำนวน ๖๑ ราย
	๔) ด้านอายุรกรรม ๔.๑) เพิ่มศักยภาพการ ดูแลผู้ป่วยรายโรค - ด้านอายุรกรรม	ตัวชี้วัดที่ ๒๗ จำนวนคลินิก เฉพาะโรค และ/หรือพัฒนา ช่องทางเพื่อรองรับการ ให้บริการ	-	-	-	ขอเลื่อนโครงการคลินิกล้างไตทางช่องท้อง ออกไปปีงบประมาณ ๒๕๖๑ เนื่องจากระหว่าง ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ – ๒๕๖๙ อยู่ในระหว่าง ก่อสร้างอาคารโรงพยาบาล และจะดำเนินการ ส่งพยาบาลวิชาชีพไปฝึกอบรมเฉพาะทางเพื่อ เตรียมความพร้อมในการเปิดคลินิก
	๔.๒) เพิ่มศักยภาพการ ให้บริการดูแลผู้ป่วย โรคไต	ตัวชี้วัดที่ ๒๘ ร้อยละความสำเร็จ ในการเปิดให้บริการล้างไตทางช่องท้อง (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๙) ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๑ กลยุทธ์ที่ ๑	-	-	-	

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๒.๒ เพิ่มศักยภาพการบริการ ทางการแพทย์และ สาธารณสุขที่สอดคล้อง กับความต้องการและ แนวโน้มการเจ็บป่วยของ ประชาชน (ต่อ)	๒.๒.๑ พัฒนาการทาง การแพทย์รองรับโรค สำคัญที่เป็นปัญหา ด้านสุขภาพของ ประชาชนและ โรคคนเมือง (ต่อ) ๔ ด้านยุทธศาสตร์ ๔.๒) เพิ่มศักยภาพการ ให้บริการดูแลผู้ป่วย โรคไต (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๒๙ ร้อยละของ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่สามารถ ชะลอความเสื่อมของไต ได้ตาม เป้าหมาย (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๙) ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๑ กลยุทธ์ที่ ๑	≥๘๐%	๘๖.๖๙%	๙๔.๕๙%	จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ระยะที่ ๓ – ๔ สัญชาติไทย ที่มารับบริการที่คลินิกโรคไตของ โรงพยาบาล ได้รับการตรวจ Serum Creatinine โดยมีผล eGFR ≥ ๒ ค่าใน ช่วงเวลาที่ต่างกันของปีที่เก็บข้อมูลและมี ค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงลดลง < ๔ ml/min/๑.๗๓ m ² / Yr จำนวน ๕๗๗ คน ด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนผู้ป่วยโรคไต เรื้อรัง (CKD) ระยะที่ ๓ – ๔ สัญชาติไทย ที่มา รับบริการที่คลินิกโรคไตของโรงพยาบาล ได้รับ การตรวจ Serum Creatinine โดยมีผล eGFR ≥ ๒ ค่า ในช่วงเวลาที่ต่างกันของปีที่เก็บข้อมูล จำนวน ๖๑๐ คน ร้อยละ ๙๔.๕๙
		ตัวชี้วัดที่ ๓๐ ร้อยละความพึงพอใจ ของผู้รับบริการ (ศูนย์ไตเทียม)	≥๘๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	
	๔.๓) เพิ่มศักยภาพการ ให้บริการดูแลผู้ป่วย โรคหัวใจล้มเหลว	ตัวชี้วัดที่ ๓๑ ร้อยละ ความสำเร็จในการเปิดคลินิก ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๙) ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๑ กลยุทธ์ที่ ๒	-	-	-	ในปี ๒๕๖๗ จัดซื้อครุภัณฑ์ทางการแพทย์ และเปิดให้บริการคลินิกผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ภายในปี ๒๕๖๘ ปรับชื่อคลินิกจาก “คลินิกผู้ป่วยหัวใจ ล้มเหลว” เป็น “คลินิกโรคหัวใจ”

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๒.๒ เพิ่มศักยภาพการบริการ ทางการแพทย์และ สาธารณสุขที่สอดคล้อง กับความต้องการและ แนวโน้มการเจ็บป่วยของ ประชาชน (ต่อ)	๒.๒.๑ พัฒนาบริการทาง การแพทย์รองรับโรค สำคัญที่เป็นปัญหา ด้านสุขภาพของ ประชาชนและ โรคคนเมือง (ต่อ) ๕) ด้านศัลยกรรม ๕.๑) เพิ่มศักยภาพการ ดูแลผู้ป่วยรายโรค – ด้านศัลยกรรม	ตัวชี้วัดที่ ๓๒ จำนวนคลินิก เฉพาะโรค และ/หรือพัฒนา ช่องทางเพื่อรองรับการ ให้บริการ	๑ คลินิก/ ช่องทาง	๑ ช่องทาง	๑ ช่องทาง	ดำเนินการพัฒนาระบบการให้บริการผ่าตัด ต่อมลูกหมากผ่านกล้องแบบในน้ำเกลือ
	๕.๒) เพิ่มศักยภาพใน การให้บริการดูแลผู้ป่วย ศัลยกรรมทั่วไป	ตัวชี้วัดที่ ๓๓ ร้อยละ ความสำเร็จในการปรับปรุง ห้องผ่าตัด (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๓ เป้าประสงค์ที่ ๓ กลยุทธ์ที่ ๔	๕๐%	-	๕๐%	ปี ๒๕๖๖ ได้รับอนุมัติงบประมาณจาก สำนักงบประมาณกรุงเทพมหานคร ปัจจุบัน อยู่ระหว่างสำนักการโยธาปรับประมาณราคา กลางใหม่ เลื่อนดำเนินการปรับปรุง ในปี ๒๕๖๗
		ตัวชี้วัดที่ ๓๔ ร้อยละ อุบัติการณ์การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง	๐%	๐%	๐%	จำนวนผู้ป่วยที่ทำให้เกิดการผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่งในปีงบประมาณ นั้น ๆ จำนวน ๐ ราย คุณด้วย ๑๐๐ ร้อยด้วย จำนวนผู้ป่วย ที่ทำให้เกิดการทั้งหมด ในปีงบประมาณนั้น ๆ จำนวน ๒,๙๖๐ ราย ร้อยละ ๐

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๒.๒ เพิ่มศักยภาพการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่สอดคล้องกับความต้องการและแนวโน้มการเจ็บป่วยของประชาชน (ต่อ)	๒.๒.๑ พัฒนาระบบบริการทางการแพทย์รองรับโรคสำคัญที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนและโรคคนเมือง (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๓๕ ร้อยละความสำเร็จในการคัดกรองผู้ป่วยมะเร็งเต้านมแล้วพบความผิดปกติและวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม สามารถเข้าสู่กระบวนการรักษา/ ส่งต่อเพื่อรับการรักษอย่างต่อเนื่อง	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	๑. คัดกรองสตรีที่สงสัยว่ามีภาวะเสี่ยงเป็นมะเร็งเต้านมได้รับการคัดกรองและเมื่อวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม สามารถเข้าสู่กระบวนการรักษา/ส่งต่อเพื่อรับการรักษอย่างต่อเนื่อง ๒. จำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้รับการตรวจคัดกรองและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม สามารถเข้าสู่กระบวนการรักษา/ส่งต่อเพื่อการรักษอย่างต่อเนื่อง ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ จำนวน ๔๙ ราย คุณด้วย ๑๐๐ หาดด้วย จำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทั้งหมด จำนวน ๔๙ ราย ร้อยละ ๑๐๐
	๕) ด้านศักยภาพ ๕.๒) เพิ่มศักยภาพในการให้บริการดูแลผู้ป่วย ศัลยกรรมทั่วไป	ตัวชี้วัดที่ ๓๖ ร้อยละความสำเร็จของผู้เข้าร่วมโครงการที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคต่อมลูกหมากโต มะเร็งลูกหมาก และสุขภาพชาย แล้วพบว่ามีผลเลือดผิดปกติเข้าสู่กระบวนการรักษา โดยนัดเข้าคลินิกโรคระบบทางเดินปัสสาวะ	๘๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการที่ได้รับการคัดกรองแล้วมีผลเลือดผิดปกติเข้าสู่กระบวนการรักษาโดยการนัดเข้าคลินิกโรคระบบทางเดินปัสสาวะ จำนวน ๓๔ ราย คุณด้วย ๑๐๐ หาดด้วย จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีผลเลือดผิดปกติทั้งหมด จำนวน ๓๔ คน
		ตัวชี้วัดที่ ๓๗ อัตราการเกิดเลือดออกหลังทำการตัดชิ้นเนื้อต่อมลูกหมากทางทวารหนัก (TRUS c Bx)	< ๕%	๐%	๐%	จำนวนผู้ป่วยต่อมลูกหมากโต ได้รับการตรวจมะเร็งต่อมลูกหมาก โดยการสอดเครื่องมือ ultrasound ที่มีช่องใส่เข็มสปริง สำหรับตัดเอาชิ้นเนื้อจากต่อมลูกหมาก

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๒.๒ เพิ่มศักยภาพการบริการ ทางการแพทย์และ สาธารณสุขที่สอดคล้อง กับความต้องการและ แนวโน้มการเจ็บป่วยของ ประชาชน (ต่อ)	๒.๒.๑ พัฒนารูปแบบการ การแพทย์รองรับโรค สำคัญที่เป็นปัญหา ด้านสุขภาพของ ประชาชนและ โรคคนเมือง (ต่อ) ๕) ด้านศัลยกรรม ๕.๓) เพิ่มศักยภาพใน การให้บริการดูแลผู้ป่วย ศัลยกรรมระบบทางเดิน ปัสสาวะ					ผ่านทางทวารหนักหลังตัดชิ้นเนื้อ มีเลือดออก มากกว่า ๓ วัน จำนวน ๐ ราย คุณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนผู้ป่วยลูกหมากโต ได้รับการ ตรวจมะเร็งต่อมลูกหมาก โดยการสอด เครื่องมือ ultrasound ที่มีช่องใส่เข็มสปริง สำหรับตัดเอาชิ้นเนื้อจากต่อมลูกหมากผ่าน ทางทวารหนักทั้งหมด จำนวน ๒๗ ราย
	๖) ด้านโสต ศอ นาสิก ๖.๑) เพิ่มศักยภาพการ ดูแลผู้ป่วยรายโรค - ด้านโสต ศอ นาสิก	ตัวชี้วัดที่ ๓๘ จำนวนคลินิก เฉพาะโรค และ/หรือพัฒนา ช่องทางเพื่อรองรับการ ให้บริการ	๑ ช่องทอง	-	๑ ช่องทาง	ปี ๒๕๖๖ สามารถดำเนินการโครงการเพิ่ม ศักยภาพการให้บริการตรวจการได้ยิน

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๒.๒ เพิ่มศักยภาพการบริการ ทางการแพทย์และ สาธารณสุขที่สอดคล้อง กับความต้องการและ แนวโน้มการเจ็บป่วยของ ประชาชน (ต่อ)	๒.๒.๑ พัฒนารับบริการทาง การแพทย์รองรับโรค สำคัญที่เป็นปัญหา ด้านสุขภาพของ ประชาชนและ โรคคนเมือง (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๓๙ ร้อยละ ความสำเร็จในการเปิด ให้บริการคลินิกส่องกล้อง ทางเดินหายใจส่วนต้น	-	-	-	ปี ๒๕๖๖ ไม่สามารถดำเนินการเปิด ให้บริการคลินิกเย็บโพรงจมูกอักเสบ จากภูมิแพ้ จึงขอยกเลิกคลินิกดังกล่าวและ ในปี ๒๕๖๗ วางแผนจะดำเนินการเปิด ให้บริการคลินิกส่องกล้องทางเดินหายใจ ส่วนต้น
		ตัวชี้วัดที่ ๔๐ ร้อยละ ความสำเร็จในการเพิ่ม ศักยภาพการให้บริการตรวจ การได้ยิน	๑๐๐%	-	๑๐๐	
	๓) ด้านออร์โธปิดิกส์ ๓.๑) เพิ่มศักยภาพการ ดูแลผู้ป่วยรายโรค - ด้านออร์โธปิดิกส์	ตัวชี้วัดที่ ๔๑ จำนวนคลินิก เฉพาะโรค และ/หรือพัฒนา ช่องทางเพื่อรองรับการ ให้บริการ	๑ ช่องทาง	-	๑ ช่องทาง	ปี ๒๕๖๖ โครงการคลินิกผ่าตัดกระดูก สันหลัง
		ตัวชี้วัดที่ ๔๒ ร้อยละ อุบัติการณ์การเกิดข้อเข่าติด หลังการผ่าตัด TKA	< ๕%	๐%	๐%	จำนวนผู้ป่วยข้อเข่าติดหลังการผ่าตัด TKA จำนวน ๐ ราย คุณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนผู้ป่วยที่เปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งหมด จำนวน ๖๐ ราย

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๒.๒ เพิ่มศักยภาพการบริการ ทางการแพทย์และ สาธารณสุขที่สอดคล้อง กับความต้องการและ แนวโน้มการเจ็บป่วยของ ประชาชน (ต่อ)	๒.๒.๑ พัฒนาบริการทาง การแพทย์รองรับโรค สำคัญที่เป็นปัญหา ด้านสุขภาพของ ประชาชนและ โรคคนเมือง (ต่อ) ๗) ด้านออร์โธปิดิกส์ ๗.๑) เพิ่มศักยภาพการ ดูแลผู้ป่วยรายโรค – ด้านออร์โธปิดิกส์ (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๔๓ อัตราการเกิด แผลติดเชื้อหลังการผ่าตัด เปลี่ยนข้อเข่าเทียม	< ๐.๕%	๐%	๐%	จำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อหลังการผ่าตัดเปลี่ยน ข้อเข่าเทียม ภายใน ๓๐ วัน จำนวน ๐ ราย คุณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนผู้ป่วยที่ผ่าตัด เปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งหมด จำนวน ๒๘ ราย
		ตัวชี้วัดที่ ๔๔ ร้อยละอุบัติการณ์ การเกิดข้อสะโพกหลุดหลัง การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก	< ๓%	๐%	๐%	จำนวนผู้ป่วยการเกิดข้อสะโพกหลุดหลังการ ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก จำนวน ๐ ราย คุณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนผู้ป่วยผ่าตัด เปลี่ยนข้อสะโพกทั้งหมด จำนวน ๒๘ ราย
		ตัวชี้วัดที่ ๔๕ อัตราการเกิด แผลติดเชื้อหลังการผ่าตัด เปลี่ยนข้อสะโพกเทียม	< ๐.๕%	๓.๘๕%	๐%	จำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อหลังการผ่าตัดเปลี่ยน ข้อสะโพกเทียม ภายใน ๓๐ วัน จำนวน ๐ ราย คุณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนผู้ป่วยที่ผ่าตัด เปลี่ยนข้อสะโพกเทียมทั้งหมด จำนวน ๖๐ ราย
		ตัวชี้วัดที่ ๔๖ อัตราการเกิด แผลติดเชื้อหลังการผ่าตัด กระดูกสันหลัง	< ๐.๕%	๖.๒๕%	๐%	จำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อหลังการผ่าตัดกระดูกสันหลัง ภายใน ๓๐ วัน จำนวน ๐ ราย คุณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนผู้ป่วยที่ผ่าตัดกระดูกสันหลัง ทั้งหมด จำนวน ๔๑ ราย
	๘) ด้านทันตกรรม ๘.๑) เพิ่มประสิทธิภาพ การให้บริการผู้ป่วย ทางด้านทันตกรรม	ตัวชี้วัดที่ ๔๗ ร้อยละ ความสำเร็จในการปรับปรุง ห้องทันตกรรม	๑๐๐%	๑๐๐%	-	ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕
		ตัวชี้วัดที่ ๔๘ ร้อยละ ความสำเร็จในการเพิ่มศักยภาพ การให้บริการห้องเอกซเรย์ฟัน	๑๐๐%	๑๐๐%	-	ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๒.๒ เพิ่มศักยภาพการบริการ ทางการแพทย์และ สาธารณสุขที่สอดคล้อง กับความต้องการและ แนวโน้มการเจ็บป่วยของ ประชาชน (ต่อ)	๒.๒.๑ พัฒนาการทาง การแพทย์รองรับโรค สำคัญที่เป็นปัญหา ด้านสุขภาพของ ประชาชนและ โรคคนเมือง (ต่อ) ๘) ด้านทันตกรรม ๘.๑) เพิ่มประสิทธิภาพ การให้บริการผู้ป่วย ทางด้านทันตกรรม (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๔๙ ร้อยละ ความสำเร็จ ในการเพิ่ม ศักยภาพการให้บริการ ห้องทันตกรรม	๑๐๐%	๑๐๐%	-	ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕
	๙) ด้านเวชกรรมฟื้นฟู ๙.๑) เพิ่มประสิทธิภาพ การให้บริการทาง ด้านเวชกรรมฟื้นฟู	ตัวชี้วัดที่ ๕๐ ร้อยละ ความสำเร็จในการเพิ่ม ศักยภาพการให้บริการ ด้านเวชกรรมฟื้นฟู	๕๐%	-	๕๐%	ในปี ๒๕๖๖ จัดซื้อครุภัณฑ์ทางการแพทย์เพื่อ พัฒนาศักยภาพการให้บริการด้านเวชกรรม ฟื้นฟู
	๑๐) การให้บริการ การแพทย์แผนไทยและ แพทย์ทางเลือก ๑๐.๑) เพิ่มประสิทธิภาพ การให้บริการผู้มารับ บริการการแพทย์แผน ไทยและแพทย์ทางเลือก	ตัวชี้วัดที่ ๕๑ ร้อยละ ความสำเร็จในการให้บริการ การแพทย์แผนไทยและแพทย์ ทางเลือกร่วมกับแพทย์แผนปัจจุบัน (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๙) ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๓ กลยุทธ์ที่ ๖	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	ดำเนินการเปิดให้บริการแพทย์แผนไทยและ แพทย์ทางเลือกร่วมกับแพทย์แผนปัจจุบัน อย่างต่อเนื่อง เปิดให้บริการทุกวันราชการ วันจันทร์ – วันศุกร์ มีผู้มารับบริการในคลินิก แพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก จำนวน ๓,๖๘๑ ราย/๗,๙๓๒ ครั้ง

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๒.๒ เพิ่มศักยภาพการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่สอดคล้องกับความต้องการและแนวโน้มการเจ็บป่วยของประชาชน (ต่อ)	๒.๒.๑ พัฒนารับบริการทางการแพทย์รองรับโรคสำคัญที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนและโรคคนเมือง (ต่อ) ๑๐) การให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ๑๐.๑) เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการผู้มารับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๕๒ ร้อยละความสำเร็จในการรับหรือส่งต่อการรักษาผู้มารับบริการโรคออฟฟิศซินโดรมที่มีปัญหาร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๙) ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๓ กลยุทธ์ที่ ๖	≥๗๕%	๙๒%	๑๐๐%	จำนวนผู้มารับบริการที่เป็นผู้ที่มีภาวะบาดเจ็บจากโรคออฟฟิศซินโดรมที่มีปัญหา ทั้งหมด ส่งต่อการรักษา จากแพทย์แผนปัจจุบัน (คลินิกศัลยกรรมกระดูกและข้อ) ไปยังคลินิกแพทย์แผนไทยฯ หรือจากคลินิกแพทย์แผนไทยฯ ไปยังแพทย์แผนปัจจุบัน (คลินิกศัลยกรรมกระดูกและข้อ) จำนวน ๗ ราย ส่งต่อได้สำเร็จจำนวน ๗ ราย ร้อยละ ๑๐๐
		ตัวชี้วัดที่ ๕๓ ร้อยละความพึงพอใจของผู้มารับบริการในคลินิกแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	≥๘๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	
๒.๓ เพิ่มศักยภาพโรงพยาบาลในการรองรับโรคเฉพาะทางของผู้สูงอายุ	๒.๓.๑ ผลักดันและพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลให้มีความพร้อมรองรับโรคเฉพาะทางของผู้สูงอายุ	ตัวชี้วัดที่ ๕๔ คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพที่ผ่านเกณฑ์ (เกินมาตรฐานสำนักการแพทย์)	๑๐๐%	๐%	๑๐๐%	ในปี ๒๕๖๖ รับการตรวจประเมินประเมินคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ วันที่ ๒๘ เมษายน ๒๕๖๖ ผลการประเมินคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ ผ่านการประเมิน ระดับเงิน

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๒.๓ เพิ่มศักยภาพโรงพยาบาล ในการรองรับโรคเฉพาะทาง ของผู้สูงอายุ (ต่อ)	๒.๓.๑ ผลักดันและพัฒนา ศักยภาพ โรงพยาบาลให้มี ความพร้อมรองรับ โรคเฉพาะทางของ ผู้สูงอายุ (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๕๕ ร้อยละ ความสำเร็จในการพัฒนา คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพใน โรงพยาบาลหลวงพ่отวิศศักดิ์ ชุติโนโร อุทิศ (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๑ กลยุทธ์ที่ ๓	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	๑. ดำเนินการพัฒนาระบบการให้บริการ ในคลินิกผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เปิดให้บริการ สัปดาห์ละ ๒ วัน คือวันจันทร์ และวันพฤหัสบดี เวลา ๐๘.๐๐ - ๑๒.๐๐ น. ๒. กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในหัวข้อ การดูแล ผู้สูงอายุต่อเนื่อง เดือนตุลาคม ๒๕๖๖ บุคลากร จำนวน ๓๐ คน
		ตัวชี้วัดที่ ๕๖ จัดโครงการ หรือกิจกรรมเยี่ยมบ้านและ ดูแลผู้สูงอายุให้ปลอดภัย ห่างไกลจากโควิด - 19 (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๑ กลยุทธ์ที่ ๓	๑ ครั้ง/ปี	๑ ครั้ง	๕ ครั้ง	โครงการส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุจิตอาสาในชุมชน เพื่อการดูแลผู้ป่วยในชุมชน และ เยี่ยมบ้านและดูแล ผู้สูงอายุให้ปลอดภัยห่างไกลจากโควิด - 19 จำนวน ๕ ครั้ง ระหว่างเดือน ก.ค. - ส.ค. ๖๖
		ตัวชี้วัดที่ ๕๗ ร้อยละ ความสำเร็จ ในการดูแลกลุ่ม ผู้ป่วยผู้สูงอายุเฉพาะโรคเข้า สู่ระบบการดูแลสุขภาพแบบ บูรณาการ	๑ - ๒ กลุ่มโรค	๗ กลุ่มโรค	๗ กลุ่มโรค	จำนวนกลุ่มโรคที่ผู้ป่วยผู้สูงอายุได้รับการดูแล สุขภาพแบบบูรณาการ ดังนี้ ๑. อายุรกรรม ๒. ศัลยกรรมกระดูก ๓. กายภาพบำบัด ๔. โภชนาการ ๕. จิตเวช ๖. ทันตกรรม ๗. เภสัชกรรม (ด้านยา)

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
		ตัวชี้วัดที่ ๕๘ ร้อยละความพึงพอใจของผู้มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ	≥๘๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	
๒.๔ พัฒนาศักยภาพและรักษาพยาบาลรูปแบบใหม่ให้ทันต่อกระแสโลกาภิวัตน์ และเทคโนโลยีสุขภาพ	๒.๔.๑ ผลักดันและพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลที่มีความพร้อมรองรับ Precision Medicine การให้บริการรูปแบบใหม่และเทคโนโลยีด้านสุขภาพ	ตัวชี้วัดที่ ๕๙ สามารถเผยแพร่สื่อประชาสัมพันธ์แนวทางด้านสาธารณสุขเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ และสื่อความรู้ COVID – 19 (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๙) ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๓ กลยุทธ์ที่ ๕	๒ เรื่องต่อปี	๖ เรื่อง	๕ เรื่อง	๑) ดำเนินการจัดทำคู่มือการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลสำหรับบุคลากรใหม่ ๒) คู่มือการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล ๓) ดำเนินการเผยแพร่สื่อประชาสัมพันธ์ New Normal ๔) ดำเนินการเผยแพร่สื่อประชาสัมพันธ์การคัดกรองความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรค COVID – 19 การปฏิบัติตัวเมื่อมีความเสี่ยง และมีอาการผิดปกติ ที่ต้องมาพบแพทย์ ๕) ดำเนินการเผยแพร่สื่อประชาสัมพันธ์การทำสะอาดสิ่งแวดล้อม เป็นต้น
		ตัวชี้วัดที่ ๖๐ ร้อยละความสำเร็จของการจัดทำแผนบูรณาการเพื่อเตรียมความพร้อมรองรับสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ(COVID-19)ให้เป็นปัจจุบัน (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๙) ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๓ กลยุทธ์ที่ ๕	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	ดำเนินการจัดทำแผนบูรณาการเพื่อเตรียมความพร้อมรองรับสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ (COVID – 19) ให้เป็นปัจจุบัน

รพท. (ฝ่ายวิชาการและแผนงาน) / หน้าที่ ๓๑

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๒.๔ พัฒนาบริการและการรักษาพยาบาลรูปแบบใหม่ให้ทันต่อกระแสโลกาภิวัตน์ และเทคโนโลยีสุขภาพ (ต่อ)	๒.๔.๑ ผลักดันและพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลที่มีความพร้อมรองรับ Precision Medicine การให้บริการรูปแบบใหม่และเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๖๔ ร้อยละความสำเร็จ ในการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลด้วยระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๙) ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๓ กลยุทธ์ที่ ๕	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่มีความพร้อมและยินยอมรับบริการ (Consent Form) ผ่านโทรเวชกรรม (Telemedicine) ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ควบคุมได้ อาทิ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง, ผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเหมาะสมกับการรักษาด้วยระบบโทรเวชกรรม ได้แก่ ผู้ป่วยโรคผิวหนังเรื้อรังผู้ป่วย ARV และผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง และผู้ป่วยติดเชื้อที่เป็นโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง เป็นต้น จำนวนผู้รับบริการ ๖,๘๘๙ ครั้ง
๒.๕ พัฒนาโครงสร้างและระบบบริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิเพื่อรองรับการให้บริการประชาชน	๒.๕.๑ พัฒนาและผลักดันโรงพยาบาลให้เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิเพื่อรองรับการให้บริการประชาชนในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ฝั่งตะวันตกและพื้นที่ใกล้เคียง	ตัวชี้วัดที่ ๖๕ ร้อยละความสำเร็จในการดำเนินการโครงการก่อสร้างอาคารโรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ภูเก็ต * หมายเหตุ จำนวน ๔ อาคารพร้อมที่จอดรถยนต์ใต้ดิน และระบบสาธารณูปโภค * (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๙) ยุทธศาสตร์ที่ ๓ เป้าประสงค์ที่ ๓ กลยุทธ์ที่ ๔	๔๐%	๔๐%	๔๐%	สำนักการโยธาได้ประสานส่งแบบสรุปประมาณราคาค่าก่อสร้าง (ราคาเบื้องต้น) ภายในวงเงิน ๒,๑๙๑,๙๑๗,๐๐๐ บาท และโรงพยาบาลดำเนินการขอจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปี ๒๕๖๗ อยู่ในระหว่างพิจารณาจัดสรรงบประมาณประจำปี ๒๕๖๗ จากสำนักงบประมาณกรุงเทพมหานคร ซึ่งได้นำเสนอของบประมาณเข้าสภาและรอการพิจารณาผล

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๒.๕ พัฒนาโครงสร้างและระบบบริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิเพื่อรองรับการให้บริการประชาชน (ต่อ)	๒.๕.๑ พัฒนาและผลักดันโรงพยาบาลให้ เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิเพื่อรองรับการให้บริการประชาชนในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครฝั่งตะวันตกและพื้นที่ใกล้เคียง (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๖๖ ร้อยละความสำเร็จ ในการดำเนินการปรับปรุงห้องตรวจประกันสังคม	๑๐๐%	๑๐๐%	-	ดำเนินการในปี ๒๕๖๕ เรียบร้อยแล้ว (บริเวณชั้น ๑ อาคารเวชระเบียน ๓ ชั้น) เพื่อรองรับการให้บริการผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม และเปิดให้บริการในปี ๒๕๖๕
		ตัวชี้วัดที่ ๖๗ ร้อยละความสำเร็จ ในการดำเนินการปรับปรุงห้องเวชระเบียนเพิ่มจุดให้บริการอีก ๑ จุด (อาคารอเนกประสงค์ ชั้น ๑)	๑๐๐%	๑๐๐%	-	ดำเนินการในปี ๒๕๖๕ เป็นที่เรียบร้อยแล้วปรับปรุงห้องเวชระเบียนเพิ่มจุดให้บริการอีก ๑ จุด (อาคารอเนกประสงค์ ชั้น ๑) และเปิดให้บริการในปี ๒๕๖๕
		ตัวชี้วัดที่ ๖๘ ร้อยละความสำเร็จในการดำเนินการขยายส่วนพักคอยผู้ป่วยหน้าอาคารสามัคคีธรรม	๑๐๐%	-	๑๐๐%	ดำเนินการในปี ๒๕๖๖ เป็นที่เรียบร้อยแล้วดำเนินการปรับปรุงสถานที่และเปิดให้บริการภายในปี ๒๕๖๖ (ร้อยละ ๑๐๐)
		ตัวชี้วัดที่ ๖๙ ร้อยละความสำเร็จ ในการดำเนินการขยายการให้บริการหอผู้ป่วยแก้วเจ้าจอม	๕๐%	-	๑๐๐%	ดำเนินการในปี ๒๕๖๖ เป็นที่เรียบร้อยแล้วดำเนินการปรับปรุงสถานที่ และเปิดให้บริการภายในปี ๒๕๖๖ (ร้อยละ ๑๐๐)
		ตัวชี้วัดที่ ๗๐ ร้อยละความสำเร็จในการดำเนินการขยายการให้บริการผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง	๕๐%	-	๕๐%	ดำเนินการปรับปรุงสถานที่เตรียมความพร้อมภายในปี ๒๕๖๖ (ร้อยละ ๕๐) เปิดให้บริการภายในปี ๒๕๖๗ (ร้อยละ ๑๐๐)

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๒.๕ พัฒนาโครงสร้างและระบบบริการทาง การแพทย์ระดับตติยภูมิ เพื่อรองรับการให้บริการ ประชาชน (ต่อ)	๒.๕.๑ พัฒนาและผลักดัน โรงพยาบาลให้เป็น โรงพยาบาลตติยภูมิ เพื่อรองรับการ ให้บริการประชาชน ในเขตพื้นที่ กรุงเทพมหานคร ฝั่งตะวันตกและพื้นที่ ใกล้เคียง (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๗๑ ร้อยละ ความสำเร็จในการดำเนินการ ขยายการให้บริการศูนย์ บริการผู้ป่วยระยะฟื้นฟู (ปี ๒๕๖๗ - ๒๕๖๘)	-	-	-	ดำเนินการปรับปรุงพื้นที่และปรับปรุงสถานที่ เตรียมความพร้อม ภายในปี ๒๕๖๗ (ร้อยละ ๕๐) เปิดให้บริการภายในปี ๒๕๖๗ (ร้อยละ ๑๐๐)
๒.๖ พัฒนาระบบบริการทาง การแพทย์ฉุกเฉินให้ สอดคล้องกับสาธารณสุข ที่มีในพื้นที่	๒.๖.๑ พัฒนาระบบบริการทาง การแพทย์ฉุกเฉินให้ รองรับรูปแบบของ สาธารณสุขที่มีการ เปลี่ยนแปลงในพื้นที่	ตัวชี้วัดที่ ๗๒ ร้อยละ ความสำเร็จขยายการ ให้บริการหน่วยแพทย์ กู้ชีพ (EMS)	-	-	-	เปิดให้บริการในปี ๒๕๖๗
		ตัวชี้วัดที่ ๗๓ การจัดการ ซ้อมแผนรับเหตุสาธารณสุข/ อุบัติเหตุหมู่/ การช่วยฟื้นคืน ชีพในโรงพยาบาล (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๔ กลยุทธ์ที่ ๗	๒ ครั้ง/ปี	๒ ครั้ง	๒ ครั้ง	๑. ดำเนินการจัดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ ช่วยฟื้นคืนชีพ จำนวน ๔ รุ่น ๆ ละ ๑ วัน ดังนี้ รุ่นที่ ๑ วันที่ ๑ พ.ค.๖๖ รุ่นที่ ๒ วันที่ ๒ พ.ค.๖๖ รุ่นที่ ๓ วันที่ ๓ พ.ค.๖๖ รุ่นที่ ๔ วันที่ ๔ พ.ค.๖๖ มีผู้เข้ารับการอบรม ๒๐๐ ราย ๒. โครงการอบรมและฝึกซ้อมแผนรับอุบัติเหตุหมู่ โรงพยาบาลหลวงพ่отวิศศักดิ์ ชุติณโร อุทิศ วันที่ ๑๒ มิ.ย.๖๖ มีผู้เข้ารับการอบรม ๘๖ ราย

รายงานผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๖

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาของโรงพยาบาล ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) โรงพยาบาลหลวงพ่отวิศศักดิ์ ชุติณโร อุทิศ

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๒.๖ พัฒนาระบบบริการทาง การแพทย์ฉุกเฉินให้ สอดคล้องกับสาธารณสุข ที่มีในพื้นที่ (ต่อ)	๒.๖.๑ พัฒนาระบบบริการทาง การแพทย์ฉุกเฉินให้ รองรับรูปแบบของ สาธารณสุขที่มีการ เปลี่ยนแปลงในพื้นที่ (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๗๔ บุคลากรมี ความรู้ความเข้าใจในเรื่องการ ซ้อมแผนรับเหตุสาธารณสุข อุบัติภัยหมู่ เพิ่มขึ้น	≥๘๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	จัดโครงการอบรมและฝึกซ้อมแผนรับอุบัติภัยหมู่ โรงพยาบาลหลวงพ่отวิศศักดิ์ ชุติณโร อุทิศ วันที่ ๑๒ มิ.ย. ๖๖ มีผู้เข้ารับการอบรม จำนวน ๘๖ ราย มีความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพเพิ่มขึ้น ทุกคน จากการประเมินผลแบบทดสอบ Post – test มากกว่าหรือเท่ากับ Pre – test ร้อยละ ๑๐๐
		ตัวชี้วัดที่ ๗๕ บุคลากรมี ความรู้ความเข้าใจในเรื่องการ ช่วยฟื้นคืนชีพ เพิ่มขึ้น	≥๘๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	จัดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ ระหว่างวันที่ ๑ – ๒, ๓ และ ๘ พ.ค.๖๖ มีผู้เข้ารับ การอบรม จำนวน ๒๐๐ ราย มีความรู้ในการ ช่วยฟื้นคืนชีพเพิ่มขึ้นทุกคน จากการประเมินผล แบบทดสอบ Post – test มากกว่าหรือเท่ากับ Pre – test ร้อยละ ๑๐๐
๒.๗ สร้างเครือข่ายในการส่งต่อ	๒.๗.๑ สร้างเครือข่ายในการ ส่งต่อ (ในโรคที่ยังมี ศักยภาพไม่เพียงพอ ในการดูแลผู้ป่วย)	ตัวชี้วัดที่ ๗๖ ร้อยละ ความสำเร็จในการส่งต่อผู้ป่วย โรคสำคัญ	≥๘๐%	๙๔.๗๑%	๙๗.๐๙%	จำนวนผู้ป่วยโรคสำคัญ ๕ โรค ได้แก่ อุบัติเหตุ ศัลยกรรมประสาทและสมอง ทารกเกิดก่อน กำหนด โรคหลอดเลือดสมอง และออร์โธปิดิกส์ ที่ส่งต่อสำเร็จทั้งในและนอกสังกัดสำนักงานแพทย์ จำนวน ๒๓๔ ราย หาดด้วย จำนวนผู้ป่วย ๕ โรคสำคัญ ที่ต้องการส่งต่อทั้งหมด คุณด้วย ๑๐๐ จำนวน ๒๔๑ ราย ร้อยละ ๙๗.๐๙

รายงานผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๖

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาของโรงพยาบาล ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๙) โรงพยาบาลหลวงพ่отวิศัคดี ชูติณโร อุทิศ

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๒.๗ สร้างเครือข่ายในการส่งต่อ (ต่อ)	๒.๗.๒ พัฒนาศักยภาพ การส่งต่อและ ตอบกลับข้อมูล ผู้ป่วยที่ทำ discharge Plan	ตัวชี้วัดที่ ๗๗ อัตราการส่งต่อ และตอบกลับข้อมูลผู้ป่วยที่ทำ discharge Plan	๗๕%	๘๐%	๘๘.๑๔%	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการตอบกลับข้อมูลหลังได้รับ การเยี่ยมบ้าน (จากกลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชนฯ ๒๘๖ ราย/ศบส. ๕๖ ราย) จำนวน ๓๔๒ ราย คุณด้วย ๑๐๐ หาดด้วย จำนวนผู้ป่วยที่ส่ง ข้อมูลการเยี่ยมบ้านทั้งหมดที่ต้องการส่งต่อ ทั้งหมด จำนวน ๓๘๘ ราย คน ร้อยละ ๘๘.๑๔
		ตัวชี้วัดที่ ๗๘ อัตราการวางแผน จำหน่ายร่วมกันระหว่างทีมสห สาขาวิชาชีพและสามารถเยี่ยมบ้าน ได้ตามแผน	๗๕%	๗๕.๒๐%	๘๘.๕๗%	๑. แพทย์ พยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพ วางแผน การรักษาร่วมกันประเมินได้จาก ๑) Progerss note แพทย์ ๒) Nurse note ๓) D/C Plan ๒. จำนวนผู้ป่วยในที่มีการวางแผนการจำหน่าย ร่วมกันระหว่างแพทย์ พยาบาลและทีม สหสาขาวิชาชีพ สามารถเยี่ยมบ้านได้ตาม แผน จำนวน ๓๗๒ ราย คน คุณด้วย ๑๐๐ หาดด้วย จำนวนผู้ป่วยในที่มีการ วางแผนการจำหน่ายทั้งหมด (เป็นผู้ป่วยที่ เข้าเกณฑ์เยี่ยมบ้าน) จำนวน ๔๒๐ ราย ร้อยละ ๘๘.๕๗ (เยี่ยมบ้านเอง ๓๗๒ ราย, ไม่ยินยอม ๑๑ ราย, ติดต่อไม่ได้ ๓๕ ราย, เสียชีวิต ๑ ราย, Readmit ๑ ราย)

รายงานผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๖

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาของโรงพยาบาล ระยะ ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ :

พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนงานบริการ
และการบริหาร เพื่อมุ่งสู่องค์กรดิจิทัล

ยุทธศาสตร์ที่ ๓						
พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนงานบริการและการบริหารเพื่อมุ่งสู่องค์กรดิจิทัล						
เป้าหมายหลัก : ระบบสารสนเทศที่มีคุณภาพเพื่อการบริหารและการบริการ						
เป้าประสงค์ที่ ๓.๑ พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการให้บริการและบริหารงานที่มีประสิทธิภาพ						
ผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๖ ตามยุทธศาสตร์ที่ ๓ มีตัวชี้วัดจำนวนทั้งหมด ๙ ตัวชี้วัด ผลสำเร็จ ๘ ตัวชี้วัด ไม่สำเร็จ ๑ ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ ๘๘.๘๙						
เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๑. พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการให้บริการและบริหารงานที่มีประสิทธิภาพ	๑.๓ พัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนระบบฐานข้อมูลด้านสุขภาพ	ตัวชี้วัดที่ ๑ ร้อยละความสำเร็จของการเตรียมความพร้อมเพื่อพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนระบบฐานข้อมูลด้านสุขภาพตามแผนที่กำหนด - Smart OPD - Smart IPD (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๙) ยุทธศาสตร์ที่ ๓ เป้าประสงค์ ที่ ๑ กลยุทธ์ที่ ๑	๑๐๐% OPD	๑๐๐%	ยังไม่สามารถดำเนินการได้	๑. โครงการ Smart IPD อยู่ระหว่างการจัดซื้อจัดจ้าง ในภาพรวมของสำนักการแพทย์ จึงยังไม่สามารถเริ่มดำเนินการได้ ๒. คาดว่าจะสามารถดำเนินการได้ในปีงบประมาณ ๒๕๖๗

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๑. พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการให้บริการและบริหารงานที่มีประสิทธิภาพ (ต่อ)	๒. พัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนระบบบริการและระบบบริหารให้มีประสิทธิภาพ สามารถทำงานได้อย่างต่อเนื่องและมีเสถียรภาพ	ตัวชี้วัดที่ ๒ จำนวนการพัฒนาระบบบริการด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศ	๑ ระบบ	๒ ระบบ (ระบบแจ้งซ่อมงานซ่อมบำรุงและ LINE OA)	๑ ระบบ (ระบบการลงทะเบียนประวัติผู้ป่วยใหม่เพื่อดำเนินการนัดหมายล่วงหน้าในคลินิก Smart OPD)	๑. ในปี ๒๕๖๖ ปรับตัวชี้วัดคงเหลือ ๑ ระบบเนื่องจากในแต่ละระบบจะต้องมีการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง เพื่อหาความสมบูรณ์ทั้งของระบบงานและข้อมูลให้ครบถ้วน ถูกต้อง ในปี ๒๕๖๕ มีการพัฒนาระบบแจ้งซ่อมงานซ่อมบำรุงซึ่งในปี ๒๕๖๖ พบปัญหาาระบบแจ้งซ่อมงานซ่อมบำรุงขัดข้อง เกิดเหตุการณ์ได้รับการโจมตีจาก Ransomware ทำให้ต้องปิดการเชื่อมต่อ การใช้งานระบบและดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าว เมื่อดำเนินการแก้ไขเรียบร้อยแล้วพบว่า ระบบแจ้งซ่อมไม่สามารถกลับมาใช้งานได้ตามปกติ จึงต้องดำเนินการตรวจสอบและแก้ไขปัญหาการใช้งานระบบแจ้งซ่อม ซึ่งใช้ระยะเวลาในการแก้ไขปัญหา นาน เนื่องจากบุคลากรไม่เพียงพอในการปฏิบัติงาน ๒. ดำเนินการจัดทำระบบการลงทะเบียนประวัติผู้ป่วยใหม่เพื่อดำเนินการนัดหมายล่วงหน้าในคลินิก Smart OPD

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๑. พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการให้บริการและบริหารงานที่มีประสิทธิภาพ (ต่อ)	๒. พัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนระบบบริการและระบบบริหารให้มีประสิทธิภาพ สามารถทำงานได้อย่างต่อเนื่องและมีเสถียรภาพ (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๓ จำนวนการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการดำเนินงานสนับสนุน (Back Office) (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๓ เป้าประสงค์ที่ ๑ กลยุทธ์ที่ ๒	๑ ระบบ	๑ ระบบ ระบบงานบุคลากร	๑ ระบบ ระบบ คำตอบแทน	ทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลมีการใช้งานระบบคำตอบแทนเพื่อจัดทำตารางการปฏิบัติงาน การมอบหมายเวร และการเบิกคำตอบแทนการปฏิบัติงานในโปรแกรม ePhis เป็นที่เรียบร้อยแล้ว
		ตัวชี้วัดที่ ๔ ร้อยละความสำเร็จในการพัฒนาและปรับปรุงเว็บไซต์โรงพยาบาล	๗๐%	๘๐%	๘๐%	๑. ปรับปรุงข้อมูลบนเว็บไซต์ให้เป็นปัจจุบัน ๒. ปรับเปลี่ยน Template ให้มีความน่าสนใจและน่าใช้งานมากขึ้น
		ตัวชี้วัดที่ ๕ ร้อยละความสำเร็จในการพัฒนาและปรับปรุงระบบอินเทอร์เน็ตโรงพยาบาล	๖๐%	๘๐%	๘๐%	๑. ปรับปรุงข้อมูลบนเว็บไซต์ให้เป็นปัจจุบัน ๒. ปรับเปลี่ยน Template ให้มีความน่าสนใจและน่าใช้งานมากขึ้น
		ตัวชี้วัดที่ ๖ ร้อยละความสำเร็จในการบริหารจัดการเมื่อเกิดเหตุการณ์ระบบคอมพิวเตอร์ขัดข้อง	๗๕%	๑๐๐%	๑๐๐%	๑. ดำเนินการจัดกิจกรรมการบริหารจัดการเมื่อเกิดเหตุการณ์ระบบคอมพิวเตอร์ขัดข้อง ๒. จำนวนครั้งที่เกิดเหตุการณ์ระบบคอมพิวเตอร์ขัดข้องสามารถตอบสนองได้ตามเวลาที่กำหนดและดำเนินการบริหารจัดการตามที่กำหนดได้จริงจำนวน ๓ ครั้ง คุณด้วย ๑๐๐ หารด้วยจำนวนครั้งที่เกิดเหตุการณ์ระบบคอมพิวเตอร์ขัดข้องทั้งหมด ๓ ครั้ง

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๑. พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการให้บริการและบริหารงานที่มีประสิทธิภาพ (ต่อ)	๓. พัฒนาระบบฐานข้อมูลกลางของโรงพยาบาลเพื่อสนับสนุนงานบริการและงานบริหารด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศให้เป็นระบบเข้าถึงง่าย	ตัวชี้วัดที่ ๓ ร้อยละความสำเร็จในการจัดทำฐานข้อมูลกลางของโรงพยาบาลเพื่อสนับสนุนงานบริการและงานบริหาร	๒๕%	๒๕%	๕๐%	จัดทำฐานข้อมูลกลาง เรื่อง ๑. ตัวชี้วัด THIP ทีม PCT สูติ-นรีเวชกรรม ๒. ตัวชี้วัด DSC DM
	๔. พัฒนาความปลอดภัยของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล	ตัวชี้วัดที่ ๔ ร้อยละความสำเร็จของการบริหารจัดการระบบความปลอดภัยของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในโรงพยาบาล	๗๐%	๘๐%	๘๐%	มีการบริหารจัดการระบบความปลอดภัยของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในโรงพยาบาลเพิ่มเติมจากปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ได้มีการดำเนินการตรวจสอบช่องโหว่ภัยคุกคามของระบบในเบื้องต้นเนื่องจากการเหตุการณ์โจมตีจาก Ransome ware
		ตัวชี้วัดที่ ๕ ร้อยละความสำเร็จในการเตรียมความพร้อมรองรับพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒ (PDPA)	๕๐%	๕๐%	๗๐%	มีการเตรียมความพร้อมรองรับ พรบ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลโดยมีการจัดทำ RoPA ร่วมกับสำนักงานแพทย์ในระบบงานต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง

รายงานผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๖

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

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ :

เพิ่มศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ สร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้
(Learning Organization)

ยุทธศาสตร์ที่ ๔						
เพิ่มศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ สร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization)						
เป้าหมายหลัก : บุคลากรมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์มีสมรรถนะที่สอดคล้องกับภารกิจขององค์กร						
เป้าประสงค์ที่ ๔.๑ พัฒนาร่างเสริมสุขภาพของบุคลากรสู่องค์กรสุขภาพดี บุคลากรมีความปลอดภัยในการให้บริการและได้รับการป้องกันการติดเชื้อจากการทำงานอย่างเหมาะสม						
เป้าประสงค์ที่ ๔.๒ มีอัตราค่าจ้างที่เหมาะสม สอดคล้องกับภารกิจทิศทางการพัฒนาองค์กร						
เป้าประสงค์ที่ ๔.๓ เปิดโอกาสให้บุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพตามสายวิชาชีพ/ สายงาน และได้รับการพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติงานมีก้าวหน้าในอาชีพ ตามแผนหรือเป้าหมายอย่างชัดเจนและเสมอภาค						
เป้าประสงค์ที่ ๔.๔ ต่อยอดการจัดการความรู้ (Knowledge Management) และสร้างเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Knowledge Sharing) อย่างต่อเนื่อง						
เป้าประสงค์ที่ ๔.๕ สนับสนุนงานวิจัย ผลงานนวัตกรรม และผลงานวิชาการ ที่สอดคล้องกับรูปแบบบริการและการบริหารขององค์กรอย่างต่อเนื่อง						
ผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๖ ตามยุทธศาสตร์ที่ ๔ มีตัวชี้วัดจำนวนทั้งหมด ๓๐ ตัวชี้วัด ผลสำเร็จ ๒๙ ตัวชี้วัด ไม่สำเร็จ ๑ ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ ๙๖.๖๗						
เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมาปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๔.๑ พัฒนาร่างเสริมสุขภาพของบุคลากรสู่องค์กรสุขภาพดีบุคลากรมีความปลอดภัยในการให้บริการและได้รับการป้องกันการติดเชื้อจากการทำงานอย่างเหมาะสม	๔.๑.๑ ส่งเสริมบุคลากรด้านวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพพัฒนาระบบการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยรวมทั้งอาชีวอนามัยและการป้องกัน	ตัวชี้วัดที่ ๑ ร้อยละบุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ไม่ได้รับการตรวจ ๑๐ ราย - ลาออก ๑ ราย - ลาคลอด ๑ ราย - อบรมเฉพาะทาง ๕ ราย - ศึกษาต่อ ๒ ราย - ลาป่วย ๑ ราย	≥๙๐%	๙๗.๘๘%	๙๘.๐๗%	๑. จัดโครงการตรวจสุขภาพประจำปีให้แก่บุคลากร ระหว่างวันที่ ๒๐ – ๓๐ มิ.ย.๖๖ ๒. จำนวนบุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีจริง จำนวน ๕๑๐ ราย (ชาย = ๑๒๖ ราย หญิง ๓๘๔ ราย) कुณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนบุคลากรทั้งหมด จำนวน ๕๒๐ ราย (ชาย = ๑๒๘ ราย, หญิง = ๓๙๒ ราย) ข้อมูลบุคลากรเดือน มิ.ย.๖๖ ๓. กลุ่มปกติ ๑๕๖ ราย กลุ่มเสี่ยง ๒๑๒ ราย และกลุ่มที่ป่วย ๑๔๒ ราย

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๔.๑ พัฒนาร่างเสริมสุขภาพ ของบุคลากรผู้องค์กร สุขภาพดีบุคลากรมี ความปลอดภัยในการ ให้บริการและได้รับการ ป้องกันการติดเชื้อจาก การทำงานอย่างเหมาะสม (ต่อ)	๔.๑.๑ ส่งเสริมบุคลากร ด้านวัฒนธรรม การดูแลสุขภาพ พัฒนาระบบการ จัดการด้านสิ่งแวดล้อม และความปลอดภัย รวมทั้งอาชีวอนามัย และการป้องกัน (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๒ ร้อยละ บุคลากรที่มีค่า BMI เกิน เกณฑ์ มีค่า BMI ลดลง หลังจากเข้าร่วมโครงการ/ กิจกรรมปรับเปลี่ยน พฤติกรรมลด BMI ให้ไร้พุง	≥๗๕%	๙๓.๓๐%	๙๓.๑๐%	๑. จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลด BMI ให้ ไร้พุง จำนวน ๒ ครั้ง ๆ ละครั้งวัน ดังนี้ - ครั้งที่ ๑ ในวันที่ ๖ กันยายน ๒๕๖๖ - ครั้งที่ ๒ ในวันที่ ๒๐ กันยายน ๒๕๖๖ ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด ๒๙ ราย ๒. จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลด BMI ให้ไร้พุง ที่มี BMI ลดลง จำนวน ๒๗ ราย คุณด้วย ๑๐๐ หาดด้วย จำนวนผู้เข้าร่วม กิจกรรมทั้งหมด จำนวน ๒๙ ราย ร้อยละ ๙๓.๑๐
		ตัวชี้วัดที่ ๓ ร้อยละ บุคลากรกลุ่มเสี่ยงจาก การทำงานได้รับการตรวจ คัดกรองด้านอาชีวอนามัย	≥๘๐%	๙๐.๒๙%	๙๘.๐๑%	๑. จัดโครงการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยง ทางอาชีวเวชศาสตร์ประจำปี ระหว่างวันที่ ๓ – ๗ ก.ค.๖๖ ๒. จำนวนบุคลากรกลุ่มเสี่ยงจากการทำงานที่ ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพตามความเสี่ยง จากการทำงาน จำนวน ๑๔๘ ราย คุณด้วย ๑๐๐ หาดด้วย จำนวนบุคลากรกลุ่มเสี่ยงจาก การทำงานทั้งหมด จำนวน ๑๕๑ ราย ร้อยละ ๙๘.๐๑

รายงานผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๖

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

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๔.๑ พัฒนาสร้างเสริมสุขภาพ ของบุคลากรผู้องค์กร สุขภาพดีบุคลากรมี ความปลอดภัยในการ ให้บริการและได้รับการ ป้องกันการติดเชื้อจาก การทำงานอย่าง เหมาะสม (ต่อ)	๔.๑.๑ ส่งเสริมบุคลากร ด้านวัฒนธรรม การดูแลสุขภาพ พัฒนาระบบการ จัดการด้าน สิ่งแวดล้อมและความ ปลอดภัย รวมทั้งอาชี วอนามัยและการ ป้องกัน (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๔ ร้อยละ บุคลากรได้รับวัคซีน ไขหวัดใหญ่	๘๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	๑. จัดโครงการฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่ให้แก่บุคลากร ในโรงพยาบาล ประจำปี ๒๕๖๖ ๒. ดำเนินการให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันไขหวัด ใหญ่ตามฤดูกาลให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ และเจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยง ในวันที่ ๒๒ มิ.ย. ๖๖ และวันที่ ๖ ก.ค.๖๖ จำนวน ๓๙๐ ราย ๓. ดำเนินการให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันไขหวัด ใหญ่ตามฤดูกาลให้แก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยง ระหว่างวันที่ ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ถึงวันที่ ๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๖ จำนวน ๑,๒๐๐ ราย ๔. จำนวนบุคลากรและประชาชนที่ได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่ จริง จำนวน ๑,๕๙๐ ราย คุ้มด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนบุคลากรที่ต้องได้จัดสรรให้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่ ทั้งหมด จำนวน ๑,๕๙๐ ราย ร้อยละ ๑๐๐
		ตัวชี้วัดที่ ๕ (ปรับปรุง) ร้อยละของบุคลากรกลุ่ม เสี่ยงได้รับวัคซีนหัดเยอรมัน (ตัวชี้วัดเดิม) ร้อยละของ บุคลากรกลุ่มเสี่ยงได้รับวัคซีน ป้องกันการติดเชื้อไวรัส ตับอักเสบบีและบี	๑๐๐%	๑๐๐%	๙๘%	๑. ในปี ๒๕๖๖ ไม่ได้รับจัดสรรวัคซีนป้องกัน ตับอักเสบบีและบีจาก สปสช. แต่ได้รับ จัดสรรวัคซีนหัดเยอรมันแทน ๒. จัดโครงการฉีดวัคซีนหัดเยอรมันให้แก่บุคลากร ในโรงพยาบาล วันที่ ๘ เม.ย.๖๖ ๓. จำนวนบุคลากรที่ได้รับวัคซีนหัดเยอรมันจริง จำนวน ๔๙ คน คุ้มด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวน บุคลากรที่ต้องได้จัดสรรให้รับวัคซีนหัดเยอรมัน ทั้งหมด จำนวน ๕๐ คน ร้อยละ ๑๐๐

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๔.๑ พัฒนาสร้างเสริมสุขภาพ ของบุคลากรผู้องค์กร สุขภาพดีบุคลากรมี ความปลอดภัยในการ ให้บริการและได้รับการ ป้องกันการติดเชื้อจาก การทำงานอย่าง เหมาะสม (ต่อ)	๔.๑.๑ ส่งเสริมบุคลากร ด้านวัฒนธรรม การดูแลสุขภาพ พัฒนาระบบการ จัดการด้าน สิ่งแวดล้อมและ ความปลอดภัย รวมทั้งอาชีวอนามัย และการ ป้องกัน (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๖ ร้อยละของ บุคลากรได้รับวัคซีนป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัส โควิด 2019 (COVID – 19) แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๓ กลยุทธ์ที่ ๕	๙๕%	๙๖.๓๓%	๙๖.๗๓%	๑. กิจกรรมฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 (COVID – 19) ให้กับบุคลากร ในโรงพยาบาล ๒. จำนวนบุคลากรที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคติด เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID – 19) จำนวน ๕๐๓ ราย คุณด้วย ๑๐๐ หาดด้วย จำนวนบุคลากร ทั้งหมด จำนวน ๕๒๐ ราย ร้อยละ ๙๖.๗๓ ๓. เดือน ก.ค.๖๖ ประกาศเป็นโรคประจำถิ่น
		ตัวชี้วัดที่ ๗ ร้อยละของ บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านหน้า เกี่ยวกับการคัดกรองผู้มารับ บริการได้รับการตรวจ ATK และ/หรือ RT – PCR แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๓ กลยุทธ์ที่ ๕	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	๑. กิจกรรมการจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดโควิด (COVID Free setting) ๒. จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านหน้าเกี่ยวกับ การคัดกรองผู้มารับบริการได้รับการตรวจ ATK และ/หรือ RT – PCR จำนวน ๑๕๐ คน คุณด้วย ๑๐๐ หาดด้วย จำนวนบุคลากรที่ ปฏิบัติงานด้านหน้าเกี่ยวกับการคัดกรอง ผู้มารับบริการทั้งหมด จำนวน ๑๕๐ คน ๓. เดือน ก.ค.๖๖ ประกาศเป็นโรคประจำถิ่น
		ตัวชี้วัดที่ ๘ อัตราความถี่ การบาดเจ็บ/เจ็บป่วยของ บุคลากรที่เกี่ยวข้องเนื่องจาก การทำงาน	<๑๕ : ล้าน ชม. การทำงาน	๑๕.๗๒ : ล้าน ชม. การทำงาน	๔.๙๐ : ล้าน ชม. การทำงาน	จำนวนครั้งที่บุคลากรได้รับบาดเจ็บ/เจ็บป่วย เนื่องจาก การทำงานในช่วงเวลาที่กำหนด จำนวน ๖ ครั้ง คุณด้วย ๑,๐๐๐,๐๐๐ หาดด้วย จำนวนชั่วโมงการ ทำงานทั้งสิ้นของบุคลากรในองค์กรในช่วงเวลา เดียวกัน จำนวน ๑,๒๓๔,๔๕๗ ชั่วโมง

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๔.๑ พัฒนาสร้างเสริมสุขภาพ ของบุคลากรผู้องค์กร สุขภาพดีบุคลากรมี ความปลอดภัยในการ ให้บริการและได้รับการ ป้องกันการติดเชื้อจาก การทำงานอย่าง เหมาะสม (ต่อ)	๔.๑.๑ ส่งเสริมบุคลากร ด้านวัฒนธรรม การดูแลสุขภาพ พัฒนาระบบการ จัดการด้าน สิ่งแวดล้อมและ ความปลอดภัย รวมทั้งอาชีวอนามัย และการ ป้องกัน (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๙ บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อ ในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๙) ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๓ กลยุทธ์ที่ ๕	≥๘๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	๑. โครงการอบรมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ใน รพ. ดำเนินการจัดในวันที่ ๒๓ ก.พ.๖๖ บุคลากรเข้ารับการอบรม จำนวน ๕๐ คน ๒. แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจของบุคลากร ในเรื่องการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน โรงพยาบาล Post - test มากกว่าหรือเท่ากับ Pre - test ร้อยละ ๑๐๐
		ตัวชี้วัดที่ ๑๐ บุคลากรมี ความรู้ความเข้าใจในเรื่อง อาชีวอนามัยและความ ปลอดภัยจากสิ่งคุกคามจาก การทำงานเพิ่มขึ้น	≥๘๐%	๐%	๑๐๐%	๑. โครงการอบรมเพิ่มศักยภาพบุคลากรด้าน อาชีวอนามัยและความปลอดภัย โรงพยาบาล หลวงพ่อบุญศรี ชุมพรบุรี อุทิศ ดำเนินการจัด ในวันที่ ๒๐ ก.ค.๖๖ บุคลากรเข้ารับการอบรม จำนวน ๖๘ คน ๒. แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจของบุคลากร ในเรื่องอาชีวอนามัยและความปลอดภัยจาก สิ่งคุกคามจากการทำงานเพิ่มขึ้น Post - test มากกว่าหรือเท่ากับ Pre - test ร้อยละ ๑๐๐
๔.๒ มีอัตรากำลังใจที่เหมาะสม สอดคล้องกับภารกิจ ทิศทางการพัฒนาองค์กร	๔.๒.๑ วางแผนอัตรากำลังใจ และสรรหาบุคลากรอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับ ภารกิจและรองรับ การเติบโตขององค์กร	ตัวชี้วัดที่ ๑๑ ร้อยละ ความสำเร็จในการดำเนินการ ตามขั้นตอน การสรรหา คัดเลือก เพื่อทดแทนอัตรากำลังใจ ในทุกสาขาวิชาชีพที่ว่างลง	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	ดำเนินการสรรหา คัดเลือก เพื่อทดแทน อัตรากำลังใจในทุกสาขาวิชาชีพที่ว่างลง ดังนี้ ขั้นตอนที่ ๑ สรรหา ตรวจสอบ อัตรากำลังใจ ที่คงอยู่ และอัตรากำลังใจว่าง

รายงานผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๖
ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนารองโรงพยาบาล ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๙) โรงพยาบาลหลวงพ่отวิศศักดิ์ ชูตินโร อุทิศ

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๔.๒ มีอัตรากำลังที่เหมาะสมสอดคล้องกับภารกิจทิศทางการพัฒนาองค์กร (ต่อ)	๔.๒.๑ วางแผนอัตรากำลังและสรรหาบุคลากรอย่างเป็นระบบสอดคล้องกับภารกิจและรองรับการเติบโตขององค์กร (ต่อ)					ขั้นตอนที่ ๒ นำเสนอคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และคณะกรรมการ HR ของโรงพยาบาล หรือสำนักการแพทย์เพื่อพิจารณา วางแผนการสรรหา คัดเลือก ขั้นตอนที่ ๓ กำหนดคุณลักษณะของลักษณะงานและคุณลักษณะของตำแหน่ง ขั้นตอนที่ ๔ ดำเนินการประกาศสรรหา ขั้นตอนที่ ๕ คัดเลือก โดยคณะกรรมการสอบคัดเลือกฯ ที่ผู้บริหารแต่งตั้ง ขั้นตอนที่ ๖ บรรจุแต่งตั้งหรือเซ็นสัญญาจ้าง
๔.๓ เปิดโอกาสให้บุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพตามสายวิชาชีพ/ สายงาน และได้รับการพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติงานมีความก้าวหน้าในอาชีพตามแผนหรือเป้าหมายอย่างชัดเจนและเสมอภาค	๔.๓.๑ สนับสนุนให้บุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพตามสายวิชาชีพ/ สายงาน ให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การพัฒนารององค์กรและรูปแบบบริการ	ตัวชี้วัดที่ ๑๒ ร้อยละความสำเร็จ ในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรตามแผนพัฒนาบุคลากรประจำปีทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๙) ยุทธศาสตร์ที่ ๑	๗๕%	๘๗.๖๕%	๙๔.๕๐%	๑. จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรประจำปีของโรงพยาบาล ปี ๒๕๖๖ ๒. จำนวนบุคลากรที่ได้รับอนุมัติให้พัฒนาศักยภาพเพิ่มพูนความรู้ความสามารถตามแผนพัฒนาบุคลากรประจำปีสามารถเข้ารับการพัฒนาศักยภาพประจำปีสามารถเข้ารับการพัฒนาศักยภาพได้จริง จำนวน ๖๗๐ ราย คุณด้วย ๑๐๐ หารด้วยจำนวนบุคลากรได้รับความเห็นชอบให้พัฒนาศักยภาพจากผู้บริหารทั้งหมดจำนวน ๗๐๙ ราย ร้อยละ ๙๔.๕๐

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๔.๓ เปิดโอกาสให้บุคลากร ได้รับการพัฒนาศักยภาพ ตามสายวิชาชีพ/ สายงาน และได้รับการพัฒนา สมรรถนะในการปฏิบัติงาน มีความก้าวหน้าในอาชีพ ตามแผนหรือเป้าหมาย อย่างชัดเจนและเสมอภาค (ต่อ)	๔.๓.๑ สนับสนุนให้ บุคลากรได้รับการ พัฒนาศักยภาพ ตามสายวิชาชีพ/ สายงาน ให้ สอดคล้องกับ ยุทธศาสตร์การ พัฒนาขององค์กร และรูปแบบ บริการ (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๑๓ ร้อยละความสำเร็จ ในการส่งบุคลากร ตำแหน่ง แพทย์ ทันตแพทย์ เข้าศึกษาต่อ ในหลักสูตรเฉพาะทาง แพทย์ เชี่ยวชาญ หรืออบรมหลักสูตร อื่น ๆ ที่จำเป็นต่อการพัฒนา องค์กรเพื่อเพิ่มพูนความรู้ ความเชี่ยวชาญ แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ที่ ๑ กลยุทธ์ที่ ๒)	๗๕%	๑๔.๒๙%	๕๗.๑๔%	๑. จำนวนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพโดย การส่งไปศึกษาต่อฯ จริง (ตามแผนพัฒนาบุคลากร ประจำปี) (แพทย์ ทันตแพทย์) จำนวน ๔ ราย คุณ ด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนบุคลากร ที่ได้รับความ เห็นชอบไปศึกษาต่อ ฯ (ตามแผน พัฒนาบุคลากร ประจำปี) ทั้งหมด จำนวน ๗ ราย ร้อยละ ๕๗.๑๔ ๒. เนื่องจากการส่งแพทย์ที่จะส่งไปศึกษาต่อตาม แผนฯ คือจะต้องระบุตัวบุคคลหรือขอเผื่อสำหรับ บุคคลที่จะรับการคัดเลือกและมาบรรจุใหม่ เหตุผล ตัวชี้วัดนี้ไม่ผ่านเนื่องจากแพทย์ที่ระบุตัวบุคคล ได้ลาออกจากราชการและไม่มีการบรรจุเข้ามาใหม่
		ตัวชี้วัดที่ ๑๔ ร้อยละความสำเร็จ ในการส่งบุคลากร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ เข้ารับการ ศึกษาต่ออบรมหลักสูตรการพยาบาล เฉพาะทางหรืออบรมหลักสูตรอื่น ๆ ที่มีความจำเป็นต่อการพัฒนาองค์กร แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ที่ ๑ กลยุทธ์ที่ ๒)	๗๕%	๔๒.๘๖%	๑๐๐%	จำนวนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ โดยการส่งไปอบรมเฉพาะทางฯ จริง (ตาม แผนพัฒนาบุคลากรประจำปี) (พยาบาลวิชาชีพ) จำนวน ๕ คน คุณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวน บุคลากรที่ได้รับความเห็นชอบไปอบรมเฉพาะทาง (ตามแผนพัฒนาบุคลากรประจำปี) ทั้งหมด จำนวน ๕ คน ร้อยละ ๑๐๐

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๔.๓ เปิดโอกาสให้บุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพตามสายวิชาชีพ/ สายงาน และได้รับการพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติงาน มีความก้าวหน้าในอาชีพตามแผนหรือเป้าหมายอย่างชัดเจนและเสมอภาค (ต่อ)	๔.๓.๑ สนับสนุนให้บุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพตามสายวิชาชีพ/ สายงาน ให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การพัฒนารองพยาบาลและรูปแบบบริการ (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๑๕ ร้อยละความสำเร็จในการส่งบุคลากรตำแหน่งสายทางการแพทย์และสาธารณสุขและบุคลากรสายสนับสนุน เข้ารับการฝึกอบรมหรืออบรมหลักสูตรอื่น ๆ ที่มีความจำเป็นต่อการพัฒนาองค์กร แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๙) ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ ที่ ๑ กลยุทธ์ที่ ๒)	๗๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	จำนวนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ โดยการส่งไปอบรมในหลักสูตรที่มีความจำเป็นต่อการพัฒนาองค์กรจริง (ตามแผนพัฒนาบุคลากรประจำปี) (เภสัชกร นักจิตวิทยา) จำนวน ๒ คน คุณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนบุคลากรที่ได้รับความเห็นชอบไปอบรมในหลักสูตรที่มีความจำเป็นต่อการพัฒนาองค์กร (ตามแผนพัฒนาบุคลากรประจำปี) ทั้งหมด จำนวน ๒ คน ร้อยละ ๑๐๐
		ตัวชี้วัดที่ ๑๖ ร้อยละความสำเร็จ ในการส่งเสริมสนับสนุนให้หน่วยงานดำเนินการจัดโครงการหรือกิจกรรมด้านการฝึกอบรม ประชุม สัมมนา ศึกษาดูงาน ฯ เพื่อพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ และเพิ่มสมรรถนะในการทำงาน แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๙) ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ ที่ ๑ กลยุทธ์ที่ ๒)	๘๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	๑. จำนวนโครงการ/กิจกรรมที่สามารถดำเนินการจัดได้จริง ในปีงบประมาณนั้น ๆ จำนวน ๒๐ โครงการ/กิจกรรม หารด้วย ๑๐๐ คุณด้วย จำนวนโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับความเห็นชอบหรืออนุมัติให้ดำเนินการ จัดจากผู้บริหารทั้งหมด จำนวน ๒๐ โครงการ/ กิจกรรม ร้อยละ ๑๐๐ ๒. ดำเนินการจัดกิจกรรมส่งเสริมให้บุคลากรเข้ารับการอบรม ประชุมฯ กรณีไม่เบิกค่าใช้จ่าย จำนวน ๘๐ หลักสูตร จำนวน ๘๔ ราย

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๔.๓ เปิดโอกาสให้บุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพตามสายวิชาชีพ/ สายงาน และได้รับการพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติงาน มีความก้าวหน้าในอาชีพ และได้รับการพัฒนาตามแผนหรือเป้าหมายอย่างชัดเจนและเสมอภาค (ต่อ)	๔.๓.๒ บุคลากรมีสมรรถนะ ในการปฏิบัติงาน มีความก้าวหน้าในอาชีพ และได้รับการพัฒนา ศักยภาพความรู้ความสามารถ เป็นรายบุคคล	ตัวชี้วัดที่ ๑๗ ร้อยละของบุคลากรที่มีการจัดทำแบบประเมินสมรรถนะเฉพาะวิชาชีพ/สายงาน	๗๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	จัดทำแนวทางการประเมินสมรรถนะบุคลากร ๓ ด้าน ประกอบด้วย ด้านที่ ๑ สมรรถนะหลัก ด้านที่ ๒ สมรรถนะประจำกลุ่มงาน ด้านที่ ๓ สมรรถนะเฉพาะวิชาชีพ
		ตัวชี้วัดที่ ๑๘ ร้อยละความสำเร็จของบุคลากรที่ผ่านเกณฑ์การประเมินสมรรถนะรายบุคคลในระดับที่กำหนด	๗๐%	๑๐๐%	๘๙.๕๑%	๑. ปี ๒๕๖๖ ผ่านเกณฑ์การประเมินสมรรถนะรายบุคคลในระดับที่กำหนด - แพทย์/ทันตแพทย์ : ร้อยละ ๙๑.๕๐/๘๗.๑๑ - พยาบาลวิชาชีพ : ร้อยละ ๙๓.๕๐ - บุคลากรสาย Allied Health : ร้อยละ ๘๖.๖๑ - บุคลากรสายสนับสนุน : ร้อยละ ๘๘.๘๓ ๒. พยาบาลวิชาชีพมีการประเมินสมรรถนะรายโรค - ด้านความรู้ ร้อยละ ๙๓.๔๐ - ด้านทักษะ ร้อยละ ๙๓.๖๐
		ตัวชี้วัดที่ ๑๙ ร้อยละความสำเร็จในการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรรายบุคคล (Individual Development Plan – IDP) แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๙) ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ ที่ ๑ กลยุทธ์ที่ ๒)	๘๕%	๑๐๐%	๑๐๐%	๑. บุคลากรในโรงพยาบาล ประกอบด้วย ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว พนักงานประกันสังคม ลูกจ้างโครงการฯ ๒. จำนวนบุคลากรที่จัดทำแผนพัฒนาบุคลากร ในปีงบประมาณนั้น จำนวน ๕๑๙ ราย คูณด้วย ๑๐๐หารด้วย จำนวนบุคลากรใน โรงพยาบาลทั้งหมด ๕๑๙ ราย ร้อยละ ๑๐๐

รายงานผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๖

ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนารองโรงพยาบาล ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๙) โรงพยาบาลหลวงพ่отวิศค์ดี ชูติณโร อุทิศ

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๔.๔ ต่อยอดการจัดการความรู้ (Knowledge Management) และ การสร้างเวทีแลกเปลี่ยน เรียนรู้ (Knowledge Sharing) อย่างต่อเนื่อง	๔.๔.๑ ส่งเสริม กระบวนการให้ บุคลากรมีการ แลกเปลี่ยน เรียนรู้	ตัวชี้วัดที่ ๒๐ ร้อยละ ความสำเร็จในการส่งเสริมให้ บุคลากรนำองค์ความรู้จากการ ไปอบรม ประชุม ฯ จาก หน่วยงานภายนอก มาถ่ายทอด และ/หรือ เผยแพร่ด้วยวิธีต่าง ๆ	๗๕%	๑๐๐%	๑๐๐%	จำนวนบุคลากรนำองค์ความรู้จากการไปอบรม ประชุมฯ จากหน่วยงานภายนอก มาถ่ายทอด และ/หรือเผยแพร่ด้วยวิธีต่าง ๆ จำนวน ๕๓ ราย คุณด้วย ๑๐๐ ทารด้วย จำนวนบุคลากรที่ได้รับ ความเห็นชอบหรืออนุมัติให้เข้ารับการอบรม ประชุมฯ กับหน่วยงานภายนอกจากผู้บริหาร ทั้งหมด จำนวน ๕๓ ราย คน (จำนวน ๔๐ เรื่อง)
		ตัวชี้วัดที่ ๒๑ ร้อยละ ความสำเร็จในการส่งเสริม สนับสนุนให้หน่วยงานจัด กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อ พัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และ เพิ่มสมรรถนะในการทำงาน	๗๕%	๑๐๐%	๑๐๐%	จำนวนกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่สามารถ ดำเนินการจัดได้ในปีงบประมาณนั้น ๆ จำนวน ๑๒ เรื่อง คุณด้วย ๑๐๐ ทารด้วย จำนวนกิจกรรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่ได้รับอนุมัติจากผู้บริหาร ทั้งหมดในปีงบประมาณนั้น ๆ จำนวน ๑๒ เรื่อง (มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด ๕๑๙ ราย)
		ตัวชี้วัดที่ ๒๒ ร้อยละ ความสำเร็จของการจัดทำ และ/หรือ ปรับปรุงองค์ความรู้ ให้เป็นปัจจุบัน	๖๕%	๗๐.๔๘%	๖๘.๒๕%	จำนวนการจัดทำองค์ความรู้ (Work Instruction) ใหม่ รวมกับ จำนวนการปรับปรุงองค์ความรู้ (Work Instruction) เดิม จำนวน ๘๖ เรื่อง โดย จัดทำให้เป็นปัจจุบัน คุณด้วย ๑๐๐ ทารด้วย องค์ความรู้ (Work Instruction) ที่มีทั้งหมด จำนวน ๑๒๖ เรื่อง

รายงานผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๖

ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนารองพยาบาล ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๙) โรงพยาบาลหลวงพ่อบุญศรี ชุมพรบุรี อุทิศ

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๔.๔ ต่อยอดการจัดการความรู้ (Knowledge Management) และการสร้างเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Knowledge Sharing) อย่างต่อเนื่อง	๔.๔.๑ ส่งเสริมกระบวนการให้บุคลากรมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๒๓ สัดส่วนชั่วโมงการฝึกอบรม * บุคลากรสายแพทย์และทันตแพทย์ * บุคลากรสายพยาบาล * บุคลากรสายทางการแพทย์และสาธารณสุข (Allied Health) * บุคลากรสายสนับสนุน * ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว พนักงานประกันสังคม แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๙) ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ ที่ ๑ กลยุทธ์ที่ ๒)	๒๐ ชั่วโมงต่อคนต่อปี	๖๗.๙๖ ชั่วโมงต่อคนต่อปี	๑๐๑.๖๖ ชั่วโมงต่อคนต่อปี	ผลการดำเนินงาน ข้อมูลเดือน ก.ย.๖๖ ดังนี้ * บุคลากรสายแพทย์และทันตแพทย์ จำนวน ๓๔ ราย จำนวนทั้งหมด ๑๐,๔๗๖ ชั่วโมง เท่ากับ ๓๐๘.๑๒ ชั่วโมงต่อคนต่อปี * บุคลากรสายพยาบาล จำนวน ๑๑๗ ราย จำนวนทั้งหมด ๑๔,๗๒๑.๐๓ ชั่วโมง เท่ากับ ๑๒๕.๘๒ ชั่วโมงต่อคนต่อปี * บุคลากรสายทางการแพทย์และสาธารณสุข (Allied Health) จำนวน ๓๓ ราย จำนวนทั้งหมด ๓,๕๐๐.๗๒ ชั่วโมง เท่ากับ ๑๐๖.๐๘ ชั่วโมงต่อคนต่อปี * บุคลากรสายสนับสนุน จำนวน ๒๕ ราย จำนวนทั้งหมด ๒,๗๓๔.๓๓ ชั่วโมง เท่ากับ ๑๐๕.๓๘ ชั่วโมงต่อคนต่อปี * ลูกจ้างประจำ จำนวน ๗๒ ราย จำนวนทั้งหมด ๒,๕๔๑.๕๐ ชั่วโมง เท่ากับ ๓๕.๓๐ ชั่วโมงต่อคนต่อปี * ลูกจ้างชั่วคราว จำนวน ๕๔ ราย จำนวนทั้งหมด ๒,๓๒๑.๕๐ ชั่วโมง เท่ากับ ๕๐.๔๐ ชั่วโมงต่อคนต่อปี * พนักงานประกันสังคม จำนวน ๓๕ ราย จำนวนทั้งหมด ๙๑๙ ชั่วโมง เท่ากับ ๒๖.๒๖ ชั่วโมงต่อคนต่อปี สรุป จำนวน ๓๗๐ ราย รวมสัดส่วนชั่วโมงทั้งหมด ๓๗,๖๑๔.๐๘ ชั่วโมง เท่ากับ ๑๐๑.๖๖ ชั่วโมงต่อคนต่อปี

รายงานผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๖

ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนารองพยาบาล ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) โรงพยาบาลหลวงพ่отวิศศักดิ์ ชุติณโร อุทิศ

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๔.๔ ต่อยอดการจัดการความรู้ (Knowledge Management) และการสร้างเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Knowledge Sharing) อย่างต่อเนื่อง	๔.๔.๑ ส่งเสริมกระบวนการให้บุคลากรมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๒๔ บุคลากรได้รับการฝึกอบรม ประชุมฯ ได้ตามเป้าหมาย ปี ๒๕๖๖ ดังนี้ * บุคลากรสายแพทย์และทันตแพทย์ : ๒๐ ชั่วโมงต่อคนต่อปี * บุคลากรสายพยาบาล : ๒๐ ชั่วโมงต่อคนต่อปี * บุคลากรสายทางการแพทย์และสาธารณสุข (Allied Health) : ๒๐ ชั่วโมงต่อคนต่อปี * บุคลากรสายสนับสนุน : ๒๐ ชั่วโมงต่อคนต่อปี * ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว พนักงานประกันสังคม ปี ๒๕๖๕ : ๑๐ ชั่วโมงต่อคนต่อปี แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ ที่ ๑ กลยุทธ์ที่ ๒)	๗๐%	๘๘.๙๐%	๙๗.๐๓%	ผลการดำเนินงาน ข้อมูลเดือน ก.ย.๖๖ ดังนี้ * บุคลากรสายแพทย์และทันตแพทย์ จำนวน ๓๔ ราย คน ได้รับการพัฒนาตามเป้าหมายจริง ๓๔ ราย ร้อยละ ๑๐๐ * บุคลากรสายพยาบาล จำนวน ๑๑๗ ราย ได้รับการพัฒนาตามเป้าหมายจริง ๑๑๖ ราย ร้อยละ ๙๙.๑๔ * บุคลากรสายทางการแพทย์และสาธารณสุข (Allied Health) จำนวน ๓๓ ราย ได้รับการพัฒนาตามเป้าหมายจริง ๓๒ ราย ร้อยละ ๙๖.๙๗ * บุคลากรสายสนับสนุน จำนวน ๒๕ ราย ได้รับการพัฒนาตามเป้าหมายจริง ๒๕ ราย ร้อยละ ๑๐๐ * ลูกจ้างประจำ จำนวน ๗๒ ราย ได้รับการพัฒนาตามเป้าหมายจริง ๖๙ ราย ร้อยละ ๙๕.๘๓ * ลูกจ้างชั่วคราว จำนวน ๕๔ ราย ได้รับการพัฒนาตามเป้าหมายจริง ๕๐ ราย ร้อยละ ๙๒.๕๙ * พนักงานประกันสังคม จำนวน ๓๕ ราย ได้รับการพัฒนาตามเป้าหมายจริง ๓๓ ราย ร้อยละ ๙๔.๒๙ สรุป จำนวน ๓๗๐ ราย ได้รับการพัฒนา ตามเป้าหมายจริง ๓๕๙ ราย ร้อยละ ๙๗.๐๓

รายงานผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๖

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

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๔.๔ ต่อยอดการจัดการ ความรู้ (Knowledge Management) และ การสร้าง เวทีแลกเปลี่ยน เรียนรู้ (Knowledge Sharing) อย่าง ต่อเนื่อง	๔.๔.๑ ส่งเสริม กระบวนการให้ บุคลากรมีการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๒๕ สัดส่วนชั่วโมง การฝึกอบรม * ลูกจ้างโครงการฯ	๑๐ ชั่วโมงต่อ คนต่อปี	๒๐.๘๑ ชั่วโมงต่อ คนต่อปี	๑๔.๔๐ ชั่วโมงต่อ คนต่อปี	ผลการดำเนินงาน ลูกจ้างโครงการฯ จำนวน ๑๔๙ ราย จำนวนทั้งหมด ๒,๑๔๕.๕๐ ชั่วโมง เท่ากับ ๑๔.๔๐ ชั่วโมงต่อคนต่อปี
		ตัวชี้วัดที่ ๒๖ บุคลากรได้รับ การฝึกอบรม ประชุม ฯ ได้ ตามเป้าหมาย ๑๐ ชั่วโมงต่อ คนต่อปี * ลูกจ้างโครงการ ฯ	๗๐%	๙๔.๐๗%	๗๗.๑๘%	ผลการดำเนินงาน ลูกจ้างโครงการฯ จำนวน ๑๔๙ ราย ได้รับการพัฒนาตามเป้าหมายจริง ๑๑๕ ราย ร้อยละ ๗๗.๑๘
		ตัวชี้วัดที่ ๒๗ จำนวน หน่วยงาน และ/หรือ สถาบันการศึกษา ทั้งภาครัฐ หรือภาคเอกชน เลือก โรงพยาบาลหลวงพ่отวิศศักดิ์ ชุติโนโร อุทิศ เป็นสถานที่ ฝึกอบรม ดูงาน ฝึกปฏิบัติงาน	๒ หน่วยงาน/ สถาบันฯ	๘ สถาบัน การศึกษา	๘ สถาบัน การศึกษา	๑. กิจกรรมรายงานสถิติการรับนิสิต นักศึกษาเข้า ฝึกปฏิบัติงาน หรือบุคคลภายนอก เข้ามา ฝึกอบรม ดูงาน หรือเข้ามาฝึกปฏิบัติงานเพื่อ นำเรียนผู้บริหารภายในกำหนด จำนวน ๑๒ ครั้ง ๒. จำนวนหน่วยงาน/สถาบันการศึกษาที่มา ฝึกงาน ณ โรงพยาบาลหลวงพ่отวิศศักดิ์ ชุติโนโร อุทิศ จำนวน ๘ สถาบัน ฯ ดังนี้

รายงานผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๖

ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาของโรงพยาบาล ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๙) โรงพยาบาลหลวงพ่отิวัดคีต ชูตินันโร อุทิศ

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๔.๔ ต่อยอดการจัดการ ความรู้ (Knowledge Management) และ การสร้าง เวทีแลกเปลี่ยน เรียนรู้ (Knowledge Sharing) อย่าง ต่อเนื่อง (ต่อ)	๔.๔.๑ ส่งเสริม กระบวนการให้ บุคลากรมีการ แลกเปลี่ยน เรียนรู้ (ต่อ)	ร่วมสอน วิทยากรให้ความรู้ และอาจารย์พี่เลี้ยงอุทิศ เป็นสถานที่ฝึกอบรม/ ดูงาน/ ฝึกปฏิบัติงาน/ ร่วมสอน/ วิทยากรให้ความรู้/ พี่เลี้ยง				๒.๑ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ จาก มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี ๒.๒ นักศึกษาเภสัชศาสตร์ จากมหาวิทยาลัย ศิลปากร ๒.๓ นักศึกษาเภสัชศาสตร์ จากมหาวิทยาลัย สวนดุสิต ๒.๔ นักศึกษาเภสัชศาสตร์ จากจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย ๒.๕ นักเรียนจากโรงเรียนสถานศึกษานานาชาติ ๒.๖ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ จาก คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัย นวมินทราชินราชมงคล ๒.๗ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ จาก คณะ - แพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัย มหิดล ๒.๘ แพทย์ทุนจากโรงพยาบาลมหาราชนคร เชียงใหม่

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๔.๕ สนับสนุนการวิจัย นวัตกรรม และผลงาน วิชาการ ที่สอดคล้อง กับรูปแบบบริการและ การบริหารขององค์กร อย่างต่อเนื่อง (ต่อ)	๔.๕.๑ ส่งเสริมให้บุคลากร พัฒนาต่อยอดองค์ ความรู้ สร้าง งานวิจัย ผลงาน วิชาการ ผลงาน นวัตกรรม และ ผลงานจากงาน ประจำสู่งานวิจัย (R๒R) (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๒๘ จำนวน ผลงานวิจัย และ/ หรือ ผลงานวิชาการ แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๙) ยุทธศาสตร์ที่ ๓ เป้าประสงค์ที่ ๒ กลยุทธ์ที่ ๓)	๑ เรื่อง	๑ เรื่อง	๑ เรื่อง	๑. โครงการทุนส่งเสริมการวิจัยทางการแพทย์ จำนวน ๒๐๐,๐๐๐ บาท (เงินบำรุง) ๒. โครงการวิจัย เรื่อง โครงการวิจัย เรื่อง “อาการ ทางระบบโรค สอ นาสึก ในเจ้าหน้าที่และบุคลากร ทางการแพทย์ภายในโรงพยาบาลหลังการติดเชื้อ COVID - 19 ณ โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ จังหวัด ชลบุรี” ของ นางสาวเพชรรัตน์ เอี่ยมพงษ์ไพบูลย์ ตำแหน่งนายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
		ตัวชี้วัดที่ ๒๙ จำนวน ผลงานนวัตกรรม และ/ หรือ ผลงานจากการ พัฒนางานประจำสู่ งานวิจัย (R๒R) แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๙) ยุทธศาสตร์ที่ ๓ เป้าประสงค์ที่ ๒ กลยุทธ์ที่ ๓)	๓ เรื่อง	๖ เรื่อง	๕ เรื่อง	๑. กิจกรรมการนำผลงานวิจัย และ/หรือ ผลงาน นวัตกรรม และ/หรือ ผลงานจากการพัฒนางานประจำ สู่งานวิจัย (R๒R) ไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง ๒. จำนวน ๕ เรื่อง ดังนี้ ๒.๑ แพทย์ พาสุข นวัตกรรม คือ นางสาววิมล ศักดิ์ณรงค์ชูกย์ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และนางสาวณัฐมน ศรีคำแหง ตำแหน่งพยาบาล วิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชน ฯ ๒.๒ ขวด ICD นวัตกรรม คือ นายวิทยา สีหะวงษ์ ตำแหน่งพยาบาลเทคนิคชำนาญงาน งานเวชภัณฑ์กลาง ฝ่ายการพยาบาล ๒.๓ DENTAL & CSSD MIX นวัตกรรม คือ นางสาวบุญมา จันทร์น้อย ตำแหน่งพนักงานทั่วไป งานเวชภัณฑ์กลาง ฝ่ายการพยาบาล และนางมาลัย กลิ่นเจริญ ตำแหน่ง พนักงานทั่วไป กลุ่มงานทันตกรรม

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๔.๕ สนับสนุนการวิจัย นวัตกรรม และผลงาน วิชาการ ที่สอดคล้อง กับรูปแบบบริการและ การบริหารขององค์กร อย่างต่อเนื่อง (ต่อ)	๔.๕.๑ ส่งเสริมให้ บุคลากรพัฒนาต่อ ยอดองค์ความรู้ สร้างงานวิจัย ผลงานวิชาการ ผลงานนวัตกรรม และผลงานจาก งานประจำสู่ งานวิจัย (R๒R) (ต่อ)					๒.๔ รถชนของจักรยาน ๓ ล้อ โซล่าเซลล์ นวัตกรรม คือ นายปณัฏฐ์ คล้ายเพ็ง ตำแหน่งช่างเทคนิค งานซ่อมบำรุง ฝ่ายบริหารงานทั่วไป ๒.๕ งานวิจัยเพื่อเลื่อนระดับ เรื่อง ระดับภูมิคุ้มกัน ต่อต้านต่อไวรัสซาร์ส - โควี - ๒ ในสายสะดือของ ทารกและมารดาที่ได้รับวัคซีนป้องกันโควิดระหว่าง การตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลหลวงพ่อบุญศรี อู่ทศ ผู้วิจัย คือ นางสาวกานต์ เลิศวรรณวิทย์ ตำแหน่งนายแพทย์ชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม
		ตัวชี้วัดที่ ๓๐ ร้อยละของ การนำงานวิจัย ผลงาน นวัตกรรม ผลงานวิชาการ และผลงานจากการพัฒนา งานประจำสู่งานวิจัย (R๒R) ที่มีนำไปใช้ภายในหน่วยงาน หรือภายนอกหน่วยงาน แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๙) ยุทธศาสตร์ที่ ๓ เป้าประสงค์ที่ ๒ กลยุทธ์ที่ ๓)	๔๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	จำนวนผลงานวิชาการ ผลงานนวัตกรรม ผลงาน วิชาการและผลงานจากการพัฒนางานประจำสู่ งานวิจัย (R๒R) ที่นำไปใช้ได้จริง ในปีงบประมาณ นั้น ๆ จำนวน ๕ เรื่อง คุณด้วย ๑๐๐ หารด้วย ผลงานวิชาการ ผลงานนวัตกรรม ผลงานวิชาการ และผลงานจากการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (R๒R) ทั้งหมด ในปีงบประมาณนั้น ๆ จำนวน ๕ เรื่อง ร้อยละ ๑๐๐

รายงานผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๖

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

ยุทธศาสตร์ที่ ๕ :

บริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ องค์กรคุณธรรม
(Green Hospital/ Moral Hospital)

บริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ องค์คุณธรรม (Green Hospital / Moral Hospital)

เป้าหมายหลัก : มีระบบบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อสนับสนุนการจัดบริการที่ดี สร้างองค์กรสู่โรงพยาบาลคุณธรรม และองค์กรแห่งความสุข

เป้าประสงค์ที่ ๕.๑ สนับสนุนการพัฒนาองค์กรให้เป็น Green Hospital อย่างยั่งยืน

เป้าประสงค์ที่ ๕.๒ เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานตามภารกิจหลักและภารกิจพิเศษ

เป้าประสงค์ที่ ๕.๓ มีการบริหารพัสดุอย่างเป็นระบบ โปร่งใส ตรวจสอบได้

เป้าประสงค์ที่ ๕.๔ ขับเคลื่อนองค์กรคุณธรรมด้วยอัตลักษณ์ “รับผิดชอบ โปร่งใส ใส่ใจบริการ และจิตอาสา” พร้อมทั้งสืบสานศาสตร์พระราชา

เป้าประสงค์ที่ ๕.๕ การเสริมสร้างองค์กรแห่งความสุข

ผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๖ ตามยุทธศาสตร์ที่ ๕ มีตัวชี้วัดจำนวนทั้งหมด ๓๓ ตัวชี้วัด ผลสำเร็จ ๒๑ ตัวชี้วัด ไม่สำเร็จ ๒ ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ ๙๑.๓๐

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๕.๑ สนับสนุนการพัฒนาองค์กรให้เป็น Green Hospital อย่างยั่งยืน	๕.๑.๑ พัฒนาสภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัยและเหมาะสมต่อผู้ป่วย บุคลากร และชุมชน	ตัวชี้วัดที่ ๑ ร้อยละความสำเร็จได้รับการตรวจประเมินโรงพยาบาลตามเกณฑ์มาตรฐาน Bangkok GREEN & CLEAN hospital Plus (BKKGC+) (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ - ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ ที่ ๓ กลยุทธ์ที่ ๔	๑๐๐% ผ่านเกณฑ์ การประเมิน	๑๐๐% ผ่านเกณฑ์ การประเมิน มีผลการ ประเมิน = ๙๘% (ระดับเพชร)	๑๐๐% ผ่านเกณฑ์ การประเมิน มีผลการ ประเมิน = ๙๖% (ระดับเพชร)	๑. ดำเนินงานพัฒนาสภาพแวดล้อมการทำงานให้ปลอดภัยและเหมาะสมต่อผู้ป่วย บุคลากร และชุมชนอย่างต่อเนื่อง ตามมาตรฐาน BKKGC+ ของกรมอนามัย ๒. รับการประเมินฯ อีกครั้ง ในปีงบประมาณ ๒๕๖๗ (อายุการรับรอง ๒ ปี) ๓. ดำเนินการจัดกิจกรรมรณรงค์การคัดแยกขยะทุกประเภทให้ถูกต้องและปลอดภัย

รายงานผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๖

ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาของโรงพยาบาล ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) โรงพยาบาลหลวงพ่อบุ๊คีคี ชูติณโร อุทิศ

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๕.๑ สนับสนุนการพัฒนาองค์กรให้เป็น Green Hospital อย่างยั่งยืน (ต่อ)	๕.๑.๑ พัฒนาสภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัยและเหมาะสมต่อผู้ป่วย บุคลากร และชุมชน (ต่อ)					๔. ดำเนินการปรับปรุงห้องส้วมให้ได้มาตรฐานเหมาะสมสำหรับผู้รับบริการ ๕. ดำเนินการรณรงค์อนุรักษ์พลังงาน - บริหารจัดการและเพิ่มปริมาณการนำน้ำเสียที่ผ่านการบำบัดมาใช้รดน้ำต้นไม้ - รณรงค์ลดปริมาณการใช้ไฟฟ้า - รณรงค์การลดปริมาณการใช้น้ำมันเชื้อเพลิง เช่น ทางเดียวกันไปด้วยกัน - รณรงค์ลดการใช้กระดาษ ๖. โครงการก่อสร้างระบบบำบัดน้ำเสีย ในปี ๒๕๖๖ อยู่ระหว่างออกแบบและประมาณราคากลางจากสำนักการโยธา คาดว่าจะสามารถดำเนินการได้ในปี ๒๕๖๗ ๗. ดำเนินการพัฒนาปรับปรุงพื้นที่และเพิ่มพื้นที่สีเขียวบริเวณโรงพยาบาล ปลูกต้นไม้ในวันสำคัญ
		ตัวชี้วัดที่ ๒ ร้อยละความสำเร็จผ่านเกณฑ์การตรวจประเมิน GMP in Mass Catering Check List	๑๐๐% ผ่านการรับรอง	๑๐๐% ผ่านการรับรอง	๑๐๐% ผ่านการรับรอง	๑. ดำเนินการจัดโครงการสร้างความเชื่อมั่นอาหารไทย ปลอดภัยมีคุณภาพ รับการตรวจประเมินวันที่ ๒๒ ส.ค.๖๖ เป็นการต่ออายุเพื่อรักษาระบบ (อายุการรับรองตั้งแต่วันที่ ๑๙ ม.ค. ๖๕ – ๒๒ ก.ย.๖๗) ใช้งบประมาณ ๑๙,๒๖๐ บาท

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๕.๑ สนับสนุนการพัฒนาองค์กรให้เป็น Green Hospital อย่างยั่งยืน (ต่อ)	๕.๑.๑ พัฒนาสภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัยและเหมาะสม ต่อผู้ป่วย บุคลากร และชุมชน (ต่อ)					๒. ผลการดำเนินงาน ๓ ตัวชี้วัด ดังนี้ ๒.๑ ร้อยละของการผ่านเกณฑ์การตรวจประเมิน GMP in Mass Catering Check list (เป้าหมาย ร้อยละ ๑๐๐)ผลการดำเนินงาน:ร้อยละ ๑๐๐ ๒.๒ ร้อยละของการผ่านเกณฑ์การตรวจประเมินอาหารปลอดภัย (เป้าหมาย ร้อยละ ๑๐๐) ผลการดำเนินงาน : ร้อยละ ๑๐๐ ๒.๓ ร้อยละของการผ่านเกณฑ์การตรวจวิเคราะห์หาสารเคมีปนเปื้อนในอาหาร (เป้าหมาย ร้อยละ ๑๐๐) ผลการดำเนินงาน : ร้อยละ ๑๐๐
		ตัวชี้วัดที่ ๓ ร้อยละความสำเร็จผ่านการรับรองคุณภาพตามแนวทางการจัดการบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับสถานพยาบาล (Bangkok Environmental and Occupational Health (BEOH)) (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๙) ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ ที่ ๓ กลยุทธ์ที่ ๔	๑๐๐% ผ่านการรับรองฯ	๑๐๐% ผ่านการรับรองฯ	๑๐๐%	๑. ปี ๒๕๖๕ ผ่านการรับรองผ่านการรับรองคุณภาพตามแนวทางการจัดการบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับสถานพยาบาล (Bangkok Environmental and Occupational Health (BEOH)) ซึ่งมีอายุการรับรอง ระยะ ๒ ปี (๒๕๖๕ – ๒๕๖๖) ๒. ปี ๒๕๖๖ สำนักการแพทย์อยู่ระหว่างปรับคณะกรรมการดำเนินงานและปรับแบบประเมินตนเอง ซึ่งจะครบกำหนดประเมินในปี ๒๕๖๗ ๓. ดำเนินการพัฒนาระบบบริหารอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับสถานพยาบาลของโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

รายงานผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๖
ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาของโรงพยาบาล ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) โรงพยาบาลหลวงพ่отวิศศักดิ์ ชูตินโร อุทิศ

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๕.๑ สนับสนุนการพัฒนาองค์กรให้เป็น Green Hospital อย่างยั่งยืน (ต่อ)	๕.๑.๒ การใช้พลังงานอย่างรู้คุณค่าและเกิดประโยชน์สูงสุด	ตัวชี้วัดที่ ๔ การใช้พลังงาน (เทียบกับค่าเฉลี่ยการใช้ของปีงบประมาณที่ผ่านมา) ลดลง	๒.๕%	+ ๑.๓๘% (เพิ่มขึ้น)	+ ๙.๓๗ (เพิ่มขึ้น)	เนื่องจากการปรับปรุงอาคารสถานที่เพื่อรองรับการให้บริการประชาชนจึงทำให้ค่าไฟฟ้าเพิ่มขึ้น
		ตัวชี้วัดที่ ๕ ปริมาณการใช้น้ำประปา ลดลง	๒.๕%	- ๔.๗๑% (ลดลง)	- ๕.๑๘ (ลดลง)	
		ตัวชี้วัดที่ ๖ ปริมาณการใช้น้ำมันเชื้อเพลิง ลดลง	๒.๕%	+ ๕.๑๑% (เพิ่มขึ้น)	+ ๖.๖๘ (เพิ่มขึ้น)	เนื่องจากเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด - 19 มีความจำเป็นต้องออกหน่วยนอกสถานที่ของหน่วยฉุกเฉิน เพื่อรับผู้ป่วยโควิด - 19 ผู้ป่วยวิกฤต/ฉุกเฉิน
		ตัวชี้วัดที่ ๗ ปริมาณการใช้กระดาษ ลดลง	๒.๕%	- ๑๒.๓๗% (ลดลง)	- ๑๕.๐๔ (ลดลง)	
		ตัวชี้วัดที่ ๘ ร้อยละของบุคลากร เข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมจิตสำนึกด้านอนุรักษ์พลังงาน	≥ ๖๕	๑๐๐%	๑๐๐%	๑. กำหนดมาตรการการลดใช้พลังงาน (ไฟฟ้า น้ำประปา น้ำมันเชื้อเพลิง ทรัพยากรกระดาษ) ประชาสัมพันธ์รณรงค์ขอความร่วมมือจากบุคลากร ๒. ดำเนินการปรับเปลี่ยนอุปกรณ์ไฟฟ้าที่มีประสิทธิภาพสูงทดแทนอุปกรณ์ไฟฟ้าที่เสื่อมสภาพ ในปี ๒๕๖๖ จำนวน ๓๗๒ จุด

รายงานผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๖

ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาของโรงพยาบาล ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๙) โรงพยาบาลหลวงพ่отวิศักดิ์ ชูตินธร อุทิศ

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๕.๑ สนับสนุนการพัฒนาองค์กรให้เป็น Green Hospital อย่างยั่งยืน (ต่อ)	๕.๑.๒ การใช้พลังงานอย่างรู้คุณค่าและเกิดประโยชน์สูงสุด (ต่อ)					ใช้งบประมาณ ๙๘,๑๑๔ บาท (ปรับเปลี่ยนหลอดไฟแบบประหยัด) ๓. ดำเนินการปรับเปลี่ยนอุปกรณ์ประปาที่มีประสิทธิภาพสูงทดแทนอุปกรณ์ที่เสื่อมสภาพหรือชำรุด ในปี ๒๕๖๖ ใช้งบประมาณ ๗๓,๓๒๕ บาท ๔. ดำเนินการจัดกิจกรรมเสริมสร้างจิตสำนึกด้านอนุรักษ์พลังงาน (เดิณรณรงค์) มีจำนวนบุคลากรเข้าร่วมกิจกรรมได้จริง จำนวน ๔๐ ราย คุณด้วย ๑๐๐ ทหารด้วย จำนวนบุคลากรที่ได้รับอนุมัติให้เข้าร่วมกิจกรรมจากผู้บริหาร จำนวน ๔๐ ราย
๕.๒ เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงาน	๕.๒.๑ มีระบบกลไกในการควบคุมการใช้จ่ายเงินให้โปร่งใส ตรวจสอบได้และเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ	ตัวชี้วัดที่ ๙ จัดทำแผนการใช้จ่ายเงินประจำปี (ภายใน ๓๐ กันยายน ของทุกปี)	๑ ครั้ง	๑ ครั้ง	๑ ครั้ง	ดำเนินการจัดกิจกรรมทำรายงานการใช้จ่ายเงินงบประมาณ/เงินนอกงบประมาณประจำปีเปรียบเทียบกับปีก่อน จำนวน ๑ ครั้ง (วันที่ ๒๖ ก.ย.๖๖)

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๕.๒ เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงาน (ต่อ)	๕.๒.๑ มีระบบกลไกในการควบคุมการใช้ จ่ายเงินให้โปร่งใส ตรวจสอบได้ และเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๑๐ รายงานการใช้ จ่ายเงินเป็นไปตามแผนที่กำหนด (รายไตรมาส)	๔ ครั้ง	๔ ครั้ง	๔ ครั้ง	ดำเนินการจัดกิจกรรมควบคุมการใช้จ่ายเงินของหน่วยงานให้เป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้ จำนวน ๔ ครั้ง ครั้งที่ ๑ วันที่ ๓๑ ธ.ค.๖๕ (๔.๐๑%) ครั้งที่ ๒ วันที่ ๓๑ มี.ค.๖๖ (๑๘.๔๒%) ครั้งที่ ๓ วันที่ ๓๐ มิ.ย.๖๖ (๓๗.๐๑%) ครั้งที่ ๔ วันที่ ๓๐ ก.ย.๖๖ (๙๘.๘๗%)
	๕.๒.๒ มีระบบติดตามการใช้จ่ายงบประมาณให้เป็นไปตามแผนที่กำหนดและมีประสิทธิภาพ	ตัวชี้วัดที่ ๑๑ ร้อยละความสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณประจำปีภาพรวม	๙๐%	๙๗.๗๗%	๙๘.๘๗%	ดำเนินการจัดกิจกรรมเร่งรัด/ติดตามการใช้จ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายประจำปีของหน่วยงาน
๕.๓ มีการบริหารพัสดุอย่างเป็นระบบ โปร่งใส ตรวจสอบได้	๕.๓.๑ เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการสินค้าคงคลังอย่างเป็นระบบ มีประสิทธิภาพ ตรวจสอบได้	ตัวชี้วัดที่ ๑๒ ร้อยละความสำเร็จ ในการตรวจนับวัสดุในคลังวัสดุส่วนกลางให้เป็นปัจจุบันในแต่ละปีงบประมาณ	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	ดำเนินการควบคุมการเบิก - จ่าย วัสดุสำนักงาน และการตรวจนับวัสดุส่วนกลางให้เป็นปัจจุบันเป็นที่เรียบร้อย และได้ดำเนินการนำเรียนผู้บริหารเป็นที่เรียบร้อยแล้ว
	๕.๓.๒ มีแผนการจัดซื้อจัดจ้างประจำปีที่ชัดเจน โปร่งใส ตรวจสอบได้	ตัวชี้วัดที่ ๑๓ จัดทำแผนการจัดซื้อจัดจ้างประจำปี	๑ ครั้ง	๑ ครั้ง	๑ ครั้ง	

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

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๕.๓ มีการบริหารพัสดุ อย่างเป็นระบบ โปร่งใส ตรวจสอบ ได้ (ต่อ)	๕.๓.๒ มีแผนการจัดซื้อจัด จ้างประจำปีที่ชัดเจน โปร่งใส ตรวจสอบได้ (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๑๔ ร้อยละ ความสำเร็จ ในการตรวจ นับทรัพย์สินของโรงพยาบาลให้ เป็นปัจจุบันในแต่ละปีงบประมาณ	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	ดำเนินการตรวจนับทรัพย์สินของโรงพยาบาลให้เป็น ปัจจุบันในแต่ละปีงบประมาณเป็นที่เรียบร้อย และ ได้ดำเนินการนำเรียนผู้บริหารเป็นที่เรียบร้อยแล้ว
๕.๔ ขับเคลื่อนสู่องค์กร คุณธรรมด้วยอัต ลักษณ์ “รับผิดชอบ โปร่งใส ใส่ใจ บริการ และจิต อาสา” พร้อมทั้งสืบ สานศาสตร์ พระราชา	๕.๔.๑ น้อมนำศาสตร์ พระราชาและจิต อาสาใช้ในการ ปฏิบัติงานและการ บริหารจัดการองค์กร และสร้างวัฒนธรรม องค์กรสู่องค์กร คุณธรรม	ตัวชี้วัดที่ ๑๕ จำนวนกิจกรรม ตามรอยศาสตร์พระราชา และ/ หรือ กิจกรรมจิตอาสาที่สามารถ ดำเนินการจัดได้ (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี ปี ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ ที่ ๒ กลยุทธ์ที่ ๕	๓ กิจกรรม	๓ กิจกรรม	๑๑ กิจกรรม	ดำเนินการโครงการศาสตร์พระราชาและจิตอาสา โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๓ ครั้ง ชูตินธร อุทิศ โดยมี กิจกรรมย่อย ๆ ดังนี้ ๑. กิจกรรมขาดทุนอันมีผลเป็นกำไร (จัดอาหาร เข้าบริการให้กับผู้ป่วยหลังจากเจาะเลือดทุกเช้า วันจันทร์ - ศุกร์) ทุกเดือน เพื่อบริการผู้ป่วย อย่างต่อเนื่อง ๒. กิจกรรมจิตอาสาบำเพ็ญสาธารณประโยชน์ ประกอบด้วย ๒.๑ กิจกรรมทำบุญตักบาตรข้าวสาร อาหารแห้ง และกิจกรรมจิตอาสาบำเพ็ญประโยชน์ทำ ความสะอาดบริเวณวัดเนื่องในวันคล้าย วันพระราชสมภพ พระบาทสมเด็จพระบรม - ชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราชฯ ณ วัดศรีนวลธรรมวิมล วันที่ ๕ ธันวาคม ๒๕๖๕ ๒.๒ กิจกรรมจิตอาสาบำเพ็ญสาธารณกุศลเฉลิม พระเกียรติทำความสะอาดบริเวณวัด

รายงานผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๖
ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาของโรงพยาบาล ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๙) โรงพยาบาลหลวงพ่อบุญศรี อู่ทิส

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๕.๔ ขับเคลื่อนสู่องค์กร คุณธรรมด้วยอัต ลักษณ์ “รับผิดชอบ โปร่งใส ใส่ใจบริการ และจิตอาสา” พร้อมทั้งสืบสาน ศาสตร์พระราช (ต่อ)	๕.๔.๑ น้อมนำศาสตร์ พระราชและจิต อาสาใช้ในการ ปฏิบัติงานและการ บริหารจัดการองค์กร และสร้างวัฒนธรรม องค์กรสู่องค์กร คุณธรรม (ต่อ)					เนื่องในโอกาสวันเฉลิม พระชนมพรรษา พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ณ วัดศรีนวล ธรรมวิมล วันที่ ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ๒.๓ กิจกรรมจิตอาสาบำเพ็ญสาธารณกุศลเฉลิม พระเกียรติ เนื่องในโอกาสวันเฉลิมพระชนมพรรษา สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง ทำความสะอาด บริเวณจุดคัดกรองหน้าห้องเวชระเบียน อาคาร เมตตาธรรม วันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๖ ๓) ดำเนินการจัดกิจกรรม Big Cleaning Day ประกอบด้วย ๓.๑ กิจกรรม Big Cleaning Day ทำความ สะอาดบริเวณหน้าเวชระเบียน อาคารเมตตาธรรม วันที่ ๒๔ ตุลาคม ๒๕๖๕ ๓.๒ กิจกรรม Big Cleaning Day ทำความ สะอาดบริเวณสนามฟุตบอล วันที่ ๑๗ ธันวาคม ๒๕๖๕ ๓.๓ กิจกรรม Big Cleaning Day ทำความ สะอาดบริเวณหน้าอาคารเมตตาธรรมและ อาคารอำนวยการ วันที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๕

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๕.๔ ขับเคลื่อนสู่องค์กร คุณธรรมด้วยอัต ลักษณ์ “รับผิดชอบ โปร่งใส ใส่ใจบริการ และจิตอาสา” พร้อมทั้งสืบสาน ศาสตร์พระราชา (ต่อ)	๕.๔.๑ น้อมนำศาสตร์ พระราชาและจิต อาสาใช้ในการ ปฏิบัติงานและการ บริหารจัดการองค์กร และสร้างวัฒนธรรม องค์กรสู่องค์กร คุณธรรม (ต่อ)					๓.๔ โรงพยาบาลหลวงพ่отวิศศักดิ์ ฯ ร่วมกับ เจ้าหน้าที่จากสำนักงานเขตหนองแขมทำความสะอาด ลาด้างพื้นถนนเพื่อลดปริมาณฝุ่นละออง PM ๒.๕ ภายในโรงพยาบาล วันที่ ๒๔ ธันวาคม ๒๕๖๕ ๓.๕ กิจกรรม Big Cleaning Day ทำความ สะอาดบริเวณจุดตรวจ - ซักประวัติ รอรับยา อาคารเมตตธรรม วันที่ ๑๓ พฤษภาคม ๒๕๖๖ ๓.๖ โรงพยาบาลหลวงพ่отวิศศักดิ์ ฯ ร่วมกับ เจ้าหน้าที่จากสำนักงานเขตหนองแขม กวาด ลาด้างพื้นถนนและลอกท่อ ณ บริเวณรอบ โรงพยาบาล วันที่ ๑๗ พฤษภาคม ๒๕๖๖ ๓.๗ กิจกรรม Big Cleaning Day ทำความ สะอาด OPD อาคารอเนกประสงค์ วันที่ ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๖๖
		ตัวชี้วัดที่ ๑๖ ร้อยละของ บุคลากรสามารถเข้าร่วม กิจกรรมอย่างน้อย ๒ กิจกรรม (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ ที่ ๒ กลยุทธ์ที่ ๕	≥๘๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	จำนวนบุคลากรที่เข้าร่วมกิจกรรมจริง อย่างน้อย ๒ กิจกรรม ในปีงบประมาณนั้น ๆ จำนวน ๕๐๐ ราย คุณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนบุคลากร ทั้งหมดที่ลงทะเบียน จำนวน ๕๐๐ ราย

รายงานผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๖

ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนารองพยาบาล ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๙) โรงพยาบาลหลวงพ่อบุญศรี ชุมชนโร อุต

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๕.๔ ขับเคลื่อนสู่องค์กร คุณธรรมด้วยอัต ลักษณ์ “รับผิดชอบ โปร่งใส ใส่ใจบริการ และจิตอาสา” พร้อมทั้งสืบสาน ศาสตร์พระราช (ต่อ)	๕.๔.๑ น้อมนำศาสตร์ พระราชและจิต อาสาใช้ในการ ปฏิบัติงานและการ บริหารจัดการองค์กร และสร้างวัฒนธรรม องค์กรสู่องค์กร คุณธรรม (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๑๗ ร้อยละ ความสำเร็จในการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดของโครงการ โรงพยาบาลคุณธรรม จำนวน ๑๐ ตัวชี้วัด (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๙) ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ ที่ ๒ กลยุทธ์ที่ ๕	๘๐%	๙๐%	๘๐%	ผลการดำเนินงาน จำนวน ๑๐ ตัวชี้วัด ดังนี้ ตัวชี้วัดที่ ๑ : ร้อยละของบุคลากรมีความตรงต่อ เวลา เป้าหมาย $\geq ๘๐\%$ ผลการดำเนินงาน = ร้อยละ ๙๐ ตัวชี้วัดที่ ๒ : ร้อยละของบุคลากร ปฏิบัติงานอย่าง เต็มเวลาที่กำหนด เป้าหมาย $\geq ๘๕\%$ ผลการดำเนินงาน = ร้อยละ ๙๗ ตัวชี้วัดที่ ๓ ร้อยละของบุคลากรแต่งกายตาม ระเบียบที่กำหนด เป้าหมาย $\geq ๙๐\%$ ผลการดำเนินงาน = ร้อยละ ๙๗ ตัวชี้วัดที่ ๔ ร้อยละของบุคลากรประชุมตรงเวลา เป้าหมาย $\geq ๘๐\%$ ผลการดำเนินงาน = ร้อยละ ๑๐๐ ตัวชี้วัดที่ ๕ ร้อยละของบุคลากรไม่มีเรื่องร้องเรียน ทุจริตประพฤติมิชอบ เป้าหมาย ๑๐๐% ผลการดำเนินงาน = ร้อยละ ๑๐๐ ตัวชี้วัดที่ ๖ ร้อยละของฝ่าย/กลุ่มงานเผยแพร่คู่มือ การให้บริการ อย่างน้อย ๒ เรื่อง/ปี เป้าหมาย ๑๐๐% ผลการดำเนินงาน = ร้อยละ ๑๐๐ ตัวชี้วัดที่ ๗ ร้อยละของผู้ใช้บริการได้รับความสนใจ ในการบริการ ในระดับดี – ดีมาก เป้าหมาย $\geq ๙๕\%$ ผลการดำเนินงาน = NA ไม่มีข้อมูล

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๕.๔ ขับเคลื่อนสู่องค์กร คุณธรรมด้วยอัต ลักษณ์ “รับผิดชอบ โปร่งใส ใส่ใจบริการ และจิตอาสา” พร้อมทั้งสืบสาน ศาสตร์พระราชา (ต่อ)	๕.๔.๑ น้อมนำศาสตร์ พระราชและจิต อาสาใช้ในการ ปฏิบัติงานและการ บริหารจัดการองค์กร และสร้างวัฒนธรรม องค์กรสู่องค์กร คุณธรรม (ต่อ)					ตัวชี้วัดที่ ๘ ร้อยละของผู้ใช้บริการ (ผู้ป่วยนอก) มี ความพึงพอใจระดับมากขึ้นไป เป้าหมาย $\geq 80\%$ ผลการดำเนินงาน = ร้อยละ ๗๗ ตัวชี้วัดที่ ๙ ร้อยละของผู้ใช้บริการ (ผู้ป่วยใน) มี ความพึงพอใจระดับมากขึ้นไป เป้าหมาย $\geq 80\%$ ผลการดำเนินงาน = ร้อยละ ๘๒ ตัวชี้วัดที่ ๑๐ ร้อยละของบุคลากร เข้าร่วมกิจกรรม จิตอาสา ไม่น้อยกว่า ๒ ครั้ง/ปี เป้าหมาย ๑๐๐% ผลการดำเนินงาน = ร้อยละ ๑๐๐ สรุป จำนวนตัวชี้วัดโครงการที่ผ่านเกณฑ์ตาม เป้าหมาย จำนวน ๘ ตัวชี้วัด คุณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนตัวชี้วัดของโครงการทั้งหมด จำนวน ๑๐ ตัวชี้วัด ร้อยละ ๘๐
		ตัวชี้วัดที่ ๑๘ ร้อยละ ความสำเร็จในการจัดกิจกรรม รณรงค์ต่อต้านการทุจริต และ ประพฤติมิชอบ (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๙) ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ ที่ ๒ กลยุทธ์ที่ ๕	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	ดำเนินการเวียนแจ้งประกาศโรงพยาบาล ดังนี้ - มาตรการคุ้มครองผู้แจ้งเบาะแสการทุจริต ประพฤติมิชอบ - มาตรการคุ้มครองผู้แจ้งเบาะแสการทุจริต ประพฤติมิชอบ - ประกาศเจตจำนงต่อต้านการทุจริต - ได้มีการเฝ้าระวังพฤติกรรมอันอาจเป็นภัย ต่อการบริหารราชการใสสะอาด และพัฒนา ศักยภาพความรู้เพิ่มเติมให้กับบุคลากรด้าน งบประมาณ การจัดซื้อจัดจ้าง จำนวน ๔๐ คน

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๕.๔ ขับเคลื่อนสู่องค์กร คุณธรรมด้วยอัต ลักษณ์ “รับผิดชอบ โปร่งใส ใส่ใจบริการ และจิตอาสา” พร้อมทั้งสืบสาน ศาสตร์พระราชา (ต่อ)	๕.๔.๑ น้อมนำศาสตร์ พระราชและจิต อาสาใช้ในการ ปฏิบัติงานและการ บริหารจัดการองค์กร และสร้างวัฒนธรรม องค์กรสู่องค์กร คุณธรรม (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๑๙ ร้อยละ ความสำเร็จในการชี้แจงแก้ไข เรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการทุจริต และประพฤติมิชอบได้ภายใน กำหนด (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๙) ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ที่ ๒ กลยุทธ์ที่ ๕	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	๑. ดำเนินการจัดกิจกรรมการแก้ไขเรื่องร้องเรียน จากประชาชน/ผู้รับบริการ (ร้องเรียนผ่าน ๑๕๕๕) ๒. มีเรื่องร้องเรียนจากประชาชน/ผู้รับบริการ ผ่าน ๑๕๕๕ จำนวน ๒ เรื่อง ประกอบด้วย - ระบบการทำงานการจองคิวฉีดวัคซีนโควิด – 19 เมื่อมาถึง รพ. เพื่อฉีดวัคซีน แต่กลับไม่ได้ฉีด รพ. ได้ชี้แจงแก้ไขภายในระยะเวลาที่กำหนด และได้ประสานให้ไปฉีดที่ รพ. เรียบร้อยแล้ว - มีรถแท็กซี่มารับส่งผู้โดยสารแบบขาประจำ รพ. ได้มอบหมายให้ฝ่ายบริหารงานทั่วไป กำชับห้ามให้มีรถแท็กซี่มาจอดประจำเพื่อ ลดข้อร้องเรียน ได้ดำเนินการแก้ไขภายใน ระยะเวลาที่กำหนด
๕.๕. การเสริมสร้าง องค์กร แห่งความสุข	๕.๕.๑ พัฒนารูปแบบการ ทำงานเพื่อสร้าง สมดุลระหว่างชีวิต และการทำงาน	ตัวชี้วัดที่ ๒๐ การสำรวจความ อยู่ดีมีสุข และความผูกพันของ บุคลากรในโรงพยาบาล	๑ ครั้ง	๑ ครั้ง	๑ ครั้ง	ดำเนินการจัดกิจกรรมสำรวจความอยู่ดีมีสุขและ ความผูกพันของบุคลากรในโรงพยาบาล ด้วยเครื่องมือ Happinometer ทางออนไลน์
		ตัวชี้วัดที่ ๒๑ ร้อยละความ ผูกพันของบุคลากรที่มีต่อองค์กร	≥๗๐%	๖๐.๒๑%	๗๒.๖๕%	

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๕.๕. การเสริมสร้าง องค์กรแห่งความสุข (ต่อ)	๕.๕.๑ พัฒนารูปแบบการ ทำงานเพื่อสร้าง สมดุลระหว่างชีวิต และการทำงาน (ต่อ)	ตัวชี้วัดที่ ๒๒ บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการพัฒนา ตนเองเพื่อความสุขของชีวิต และ/หรือ การทำงานและการ ใช้ชีวิตในสังคมอย่างสมดุลและ มีความสุขในการทำงาน (แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี ปี ๒๕๖๔ – ๒๕๖๙) ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ ที่ ๑ กลยุทธ์ที่ ๓	≥๘๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในหัวข้อ “การ ปรับเปลี่ยน Mindset เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและ ความสุขในการทำงาน” (The Power of Mindset) มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งสิ้น ๑๒๔ คน มีการทดสอบ ความรู้ความเข้าใจในเรื่องดังกล่าวข้างต้น และการ นำกลับปรับใช้ในชีวิตประจำวัน และการนำกลับไป ปรับใช้ในชีวิตประจำวันและพัฒนาการปฏิบัติงาน โดยประเมินจากคะแนน Post – test มากกว่าหรือ เท่ากับ Pre – test จำนวน ๑๒๔ คน ร้อยละ ๑๐๐
		ตัวชี้วัดที่ ๒๓ ร้อยละความพึงพอใจ และความเชื่อมั่นของบุคลากร ที่มีต่อองค์กรในระดับดีขึ้น	≥๘๐%	๘๖.๒๑%	๘๔.๘๖%	๑. ดำเนินการสำรวจความพึงพอใจและ ความเชื่อมั่นของบุคลากรที่มีต่อองค์กร ความพึงพอใจของบุคลากร = ร้อยละ ๘๕.๑๒ ความเชื่อมั่นของบุคลากร = ร้อยละ ๘๔.๖๕ (๘๕.๑๒ + ๘๔.๖๕/๒= ร้อยละ ๘๔.๘๖) ๒. ดำเนินการจัดกิจกรรมส่งเสริม Happy Work Place ทั้งหมด ๘ ด้าน ดังนี้ ๑) Happy Body (สุขภาพดี) ๑.๑ นวดผ่อนคลายให้ทั่วตัวใหญ่ ประจำปี ๒๕๖๖ ให้กับบุคลากร ๒๒ มิ.ย.๖๖ ๑.๒ โครงการตรวจสุขภาพประจำปี ๒๐ – ๒๓, ๒๗ – ๒๙, ๓๐ มิ.ย.๖๖

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๕.๕. การเสริมสร้าง องค์กรแห่งความสุข (ต่อ)	๕.๕.๑ พัฒนารูปแบบการ ทำงานเพื่อสร้าง สมดุลระหว่างชีวิต และการทำงาน (ต่อ)					๑.๓ กิจกรรม MediKind MediRun ๒๐๒๒ งานวิ่งเพื่อการกุศล จัดโดย คณะนักเรียน Grade ๑๐ รร. นานาชาติกรุงเทพฯ ๓๐ ต.ค.๖๕ ๒) Happy Heart (น้ำใจงาม) ๒.๑ กิจกรรมจิตอาสาบำเพ็ญประโยชน์ทำ ความสะอาดบริเวณวัดศรีนวล เนื่องในวัน คล้ายวันพระราชสมภพ พระบาทสมเด็จพระ บรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดช มหาราชบรมนาถบพิตร ๕ ธ.ค.๖๕ ๑.๒ กิจกรรมล้างพื้นถนนเพื่อลดปริมาณฝุ่น ละออง PM๒.๕ ภายใน รพ. ๒๔ ธ.ค.๖๕ ๑.๓ กิจกรรม Big Cleaning Day ณ บริเวณจุด รอซักประวัติ รอตรวจ และรอรับยา ๑๓ พ.ค.๖๖ ๑.๔ กิจกรรมกวาดล้างถนน และลอกท่อ บริเวณรอบโรงพยาบาล ร่วมกับเจ้าหน้าที่เขต หนองแขม ๑๗ พ.ค.๖๖ ๑.๕ กิจกรรม Big Cleaning Day ณ บริเวณห้อง ตรวจผู้ป่วยนอก อาคารอเนกประสงค์ ๑๘ พ.ค.๖๖ ๑.๖ กิจกรรมจิตอาสาบำเพ็ญสาธารณกุศล เฉลิมพระเกียรติ ทำความสะอาดบริเวณ วัดศรีนวลธรรมวิมล เนื่องในโอกาสวันเฉลิม พระชนมพรรษา พระบาทสมเด็จพระ เจ้าอยู่หัว (รัชกาลที่ ๑๐) ๒๖ ก.ค.๖๖

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๕.๕. การเสริมสร้าง องค์กรแห่งความสุข (ต่อ)	๕.๕.๑ พัฒนารูปแบบการ ทำงานเพื่อสร้าง สมดุลระหว่างชีวิต และการทำงาน (ต่อ)					๓) Happy Relax (ผ่อนคลาย) ๓.๑ จัดงาน “ร้อยรักดวงใจผูกพัน วันเกษียณ ราชการ” เพื่อแสดงมุทิตาจิตแก่ผู้เกษียณอายุ ราชการ ประจำปี ๒๕๖๖ ๒๗ ก.ย.๖๖ ๔) Happy Relax (ผ่อนคลาย) ๔.๑ กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หัวข้อ ปัสสาวะบ่อย ในผู้หญิง ปัญหาเล็กที่ไม่ใช่เรื่องเล็ก ๖ ต.ค.๖๕ ๔.๒ โครงการอบรมเฝ้าระวังตนเองต่อการติดเชื้อ การรักษาสุขลักษณะส่วนบุคคลให้ความรู้แก่ บุคลากรของโรงพยาบาล ๒๕ พ.ย.๖๕ ๔.๓ กิจกรรมอบรมการวิเคราะห์ภาระงาน ผู้ป่วยในและผลิตภาพทางการพยาบาล และการนำมาใช้เพื่อบริหารจัดการอัตรากำลัง ทางการพยาบาล ๒๙ พ.ย. ๖๕ ๔.๔ กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในหัวข้อ "EKG Interpretation and Management สำหรับพยาบาล" ๒๐ ธ.ค.๖๕ ๔.๕ โครงการอบรมป้องกันและควบคุมการ ติดเชื้อในโรงพยาบาล ๒๓ ก.พ.๖๖ ๔.๖ โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ การให้ คำปรึกษาขั้นสูง และ Couple Counselling ๗ – ๙ มี.ค.๖๖

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๕.๕. การเสริมสร้าง องค์กรแห่งความสุข (ต่อ)	๕.๕.๑ พัฒนารูปแบบการ ทำงานเพื่อสร้าง สมดุลระหว่างชีวิต และการทำงาน (ต่อ)					๕.๗ กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หัวข้อ เบาหวาน อย่างเข้าใจ ๓๐ มี.ค.๖๖ ๕.๘ โครงการประชุมวิชาการประจำปี ๒๕๖๖ หัวข้อ "การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ ๕ (HA) ๗ เม.ย.๖๖ ๕.๙ กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หัวข้อ ภาวะ เบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ ๑๑ เม.ย.๖๖ ๕.๑๐ โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการช่วยฟื้น คืนชีพ ๑ – ๒, ๓ และ ๘ พ.ค.๖๖ ๕.๑๑ กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในหัวข้อ “การ ปรับเปลี่ยน Mindset เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและ ความสุขในการทำงาน” (The Power of Mindset) ๑๙ พ.ค.๖๖ ๕.๑๒ กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หัวข้อ การ รักษาต่อมลูกหมากและมะเร็งลูกหมาก และการรักษา ภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชายในผู้ชายสูงวัย ๒๕ พ.ค.๖๖ ๕.๑๓ กิจกรรมการแลกเปลี่ยนรู้ (KM) หัวข้อ “รู้เร็ว แก้ปัญหาทัน!! กับโรคกระดูกใกล้ตัว” ๓๐ พ.ค.๖๖ ๕.๑๔ กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ “การจัดเก็บสิ่ง ส่งตรวจที่ถูกต้อง และการป้องกันและควบคุมการ แพร่กระจายเชื้อ” รุ่นที่ ๑ ๙ มิ.ย.๖๖

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๕.๕. การเสริมสร้าง องค์กรแห่งความสุข (ต่อ)	๕.๕.๑ พัฒนารูปแบบการ ทำงานเพื่อสร้าง สมดุลระหว่างชีวิต และการทำงาน (ต่อ)					๕.๑๕ โครงการอบรมและฝึกซ้อมแผนรับมือภัย หมู่ ๑๒ มิ.ย.๖๖ ๕.๑๖ โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการระงับเหตุ เพลิงไหม้และอพยพหนีไฟ ๑๕ มิ.ย.๖๖ ๕.๑๗ กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ “การจัดเก็บสิ่ง ส่งตรวจที่ถูกต้อง และการป้องกันและควบคุมการ แพร่กระจายเชื้อ” รุ่นที่ ๒ ๑๖ มิ.ย.๖๖ ๕.๑๘ จัดการอบรมในหัวข้อ “เครื่องมือทาง การแพทย์ : การใช้และการบำรุงรักษา” เพื่อให้ บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจในการใช้และการ ดูแลรักษาเครื่องมือทางการแพทย์ได้อย่างมี ประสิทธิภาพ ๒๒ มิ.ย.๖๖ ๕.๑๙ กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในหัวข้อ “โรค ทางหู รู้ก่อน ป้องกันได้” ๑๐ ก.ค.๖๖ ๕.๒๐ โครงการอบรมเพิ่มศักยภาพบุคลากรด้าน อาชีวอนามัยและความปลอดภัยในโรงพยาบาล ๒๐ ก.ค.๖๖ ๕.๒๑ กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในหัวข้อ "ภาวะโภชนาการกับไขมันภายใน" รุ่นที่ ๑ - ๒ ๒๖ - ๒๗ ก.ค.๖๖

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๕.๕. การเสริมสร้าง องค์กรแห่งความสุข (ต่อ)	๕.๕.๑ พัฒนารูปแบบการ ทำงานเพื่อสร้าง สมดุลระหว่างชีวิต และการทำงาน (ต่อ)					๕) Happy Soul (คุณธรรม) ๕.๑ กิจกรรมทำบุญตักบาตรข้าวสาร อาหารแห่งวันศรีนวลธรรมวิมล เนื่องในวัน คล้ายวันพระราชสมภพ พระบาทสมเด็จพระ พระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดช มหาราชบรมนาถบพิตร ๕ ธ.ค.๖๕ ๕.๒ ร่วมทอดผ้าป่าสามัคคีและพิธีวางศลา ฤกษ์เข็มอาคารปฏิบัติธรรม วัดศรีนวลธรรม วิมล ๒๘ พ.ค.๖๖ ๕.๓ ร่วมงานสมโภชเทียนพรรษาพระราชทานฯ วัดศรีนวลธรรมวิมล ๒๓ ก.ค.๖๖ ๕.๔ ร่วมพิธีถวายเทียนพรรษา วัดศรีนวล ธรรมวิมล ๒๖ ก.ค.๖๖ ๕.๕ ร่วมพิธีเจริญพระพุทธมนต์ ถวาย ภัตตาหารเช้าแด่พระภิกษุสงฆ์และพิธีถวาย พานพุ่ม เนื่องในโอกาสวันเฉลิมพระ ชนมพรรษา พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว (รัชกาลที่ ๑๐) ๒๗ ก.ค.๖๖ ๖) Happy Society (สังคมดี) ๖.๑ กิจกรรมสัปดาห์รณรงค์วันล้างมือโลก ๑๑ ต.ค.๖๕ ๖.๒ กิจกรรมวันเบาหวานโลก ๑๑ พ.ย.๖๕

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๕.๕. การเสริมสร้าง องค์กรแห่งความสุข (ต่อ)	๕.๕.๑ พัฒนารูปแบบการ ทำงานเพื่อสร้าง สมดุลระหว่างชีวิต และการทำงาน (ต่อ)					๖.๓ กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชนฯ ออกหน่วย ให้บริการฉีดวัคซีนโควิด ที่ชุมชน ๒,๗,๙,๑๔, ๑๖,๒๓,๒๖ จ.ค.๖๖ ๖.๔ กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชนฯ ออกเยี่ยมผู้ป่วย โรคชุกชุมในชุมชน ๒๑ จ.ค.๖๕ ๖.๕ กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชนฯ สสำรวจและกำจัด ลูกน้ำยุงลายในชุมชน ๒๑ ก.พ.๖๖ ๖.๖ จัดงานครบรอบ ๓๔ ปี ของ รพท. ๑๙ พ.ค.๖๖ ๖.๗ จัดบูธตรวจสุขภาพ และคัดกรอง HIV เบาหวานให้กับนักเรียน ๑๓ ก.ค.๖๖ ๖.๘ กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชนฯ ออกหน่วย ให้บริการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในชุมชน ๔,๘, ๙,๑๑,๑๘,๒๓,๒๙ ส.ค.๖๖ และ ๒๖ ก.ย.๖๖ ๖.๙ กิจกรรมเดินรณรงค์และมอบนโยบายในการ ขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ๑๑ ส.ค.๖๖ ๖.๑๐ คณะผู้บริหาร ข้าราชการ และบุคลากรร่วม เข้าแถวเคารพธงชาติและร้องเพลงชาติ เนื่องใน วันพระราชทานธงชาติไทย ๒๘ ก.ย.๖๖

เป้าประสงค์ที่	กลยุทธ์ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัด (ระบุรายละเอียดที่บรรลุผลสำเร็จ หรือไม่บรรลุผลสำเร็จ)
				ที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	
๕.๕. การเสริมสร้าง องค์กรแห่งความสุข (ต่อ)	๕.๕.๑ พัฒนารูปแบบการ ทำงานเพื่อสร้าง สมดุลระหว่างชีวิต และการทำงาน (ต่อ)					๗) Happy Money (ปลอดหนี้) - ส่งเสริมให้บุคลากรขายของสร้างรายได้ ตลาดนัด รพท. ในแอปพลิเคชันไลน์กลุ่ม ซึ่ง จะให้ส่งมอบสินค้าได้ในเวลาพักกลางวัน ๘) Happy Family (ครอบครัวดี) ๘.๑ รพ.จัดให้มีศูนย์เด็กเล็กน่าน้อยคุณแม่ เพื่อรับเลี้ยงดูแลบุตรของบุคลากร ๘.๒ กิจกรรมงานวันเด็กแห่งชาติ ๑๓ ม.ค.๖๖

รายงานผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๖
แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาของโรงพยาบาล ระยะ ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)

โครงการ/กิจกรรม ที่ตอบสนองแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาโรงพยาบาล

โครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองยุทธศาสตร์

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพและการบริการทางการแพทย์ด้วยมาตรฐานคุณภาพและพัฒนา ด้านโรคเฉพาะทาง

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

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖			หน่วยงาน ผู้รับผิดชอบหลัก
	งบประมาณ (บาท)	สามารถดำเนินการ ได้สำเร็จ	ไม่สามารถ ดำเนินการได้	
๑. กิจกรรมสำรวจการวินิจฉัยของบุคลากรในโรงพยาบาล ผ่านระบบออนไลน์ (ปี ๒๕๖๖)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	กลุ่มงานพัฒนา คุณภาพฯ
๒. กิจกรรมการให้จัดการความรู้เกี่ยวกับระบบคุณภาพโรงพยาบาลภายในองค์กร (ปี ๒๕๖๖)	๒๐,๐๐๐ (เงินบำรุงฯ)	✓	-	กลุ่มงานพัฒนา คุณภาพฯ
๓. กิจกรรมส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการพัฒนาคุณภาพภายนอกองค์กร (ปี ๒๕๖๖) (TN ๒) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	๖๙,๓๐๐ (เงิน กทม. และ เงินบำรุงฯ)	✓	-	กลุ่มงานพัฒนา คุณภาพฯ
๔. กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลด้วยระบบเครือข่ายกรุงเทพมหานคร (Quality Learning Network : QLN) (ปี ๒๕๖๖) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	ไม่ใช้ งบประมาณ	-	✓ รอ สนพ. ออก แนวทาง ปฏิบัติใหม่	กลุ่มงานพัฒนา คุณภาพ ฯ
๕. กิจกรรมการเยี่ยมสำรวจคุณภาพภายในของทุกทีมนำ (ปี ๒๕๖๖)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	กลุ่มงานพัฒนา คุณภาพฯ
๖. กิจกรรมการทบทวนเวชระเบียนตาม Trigger ของทีม PCT (ปี ๒๕๖๖)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	กลุ่มงานพัฒนา คุณภาพฯ
๗. กิจกรรมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (HA) (ปี ๒๕๖๖) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี) * หมายเหตุ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ได้ดำเนินการยื่นหนังสือแสดงความจำนงขอรับการประเมินฯ เนื่องจากสถานการณ์โควิด - 19 ทำให้เลื่อนกำหนดการเข้ารับการประเมินฯ จาก สรพ. ในปี ๒๕๖๓	ไม่ใช้งบประมาณ เนื่องจากยังไม่ได้ รับการประเมิน แต่ดำเนินการจัด กิจกรรมต่อเนื่อง	✓	-	กลุ่มงานพัฒนา คุณภาพฯ

รายงานผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๖

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาของโรงพยาบาล ระยะ ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๓๖๓ ชุมชนโร อุตสาหกรรม

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖			หน่วยงาน ผู้รับผิดชอบหลัก
	งบประมาณ (บาท)	สามารถดำเนินการ ได้สำเร็จ	ไม่สามารถ ดำเนินการได้	
๘. โครงการพัฒนาระบบสารสนเทศ เปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล (THIP) ของสถาบันรับรองคุณภาพ สถานพยาบาล (ปี ๒๕๖๖) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ใน แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	๑๐,๐๐๐ (เงินบำรุง)	✓	-	กลุ่มงานพัฒนา คุณภาพฯ
๙. กิจกรรมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (HA) Surveillance (ปี ๒๕๖๖) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ใน แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	๓๖,๐๐๐ (เงินบำรุง)	✓ ๑๒ พ.ค.๖๖		กลุ่มงานพัฒนา คุณภาพฯ
๑๐. กิจกรรมการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย (ปี ๒๕๖๖)	ไม่มีงบประมาณ	✓	-	กลุ่มงานพัฒนา คุณภาพฯ
๑๑. กิจกรรมทบทวนตัวชี้วัดคุณภาพที่ไม่ เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน (๒ ครั้งต่อปี) (ปี ๒๕๖๖)	ไม่มีงบประมาณ	✓	-	กลุ่มงานพัฒนา คุณภาพ
๑๒. กิจกรรมการขอรับรองการประเมิน ระบบคุณภาพตามมาตรฐานงานห้อง ปฏิบัติการทางการแพทย์ ด้านรังสีวินิจฉัย (ปี ๒๕๖๖)	-	-	✓ เนื่องจาก สถานการณ์ Covid หน่วยงาน ผู้ประเมินฯ ของ เข้าเยี่ยมประเมิน ในปี ๒๕๖๖	กลุ่มงานรังสี วิทยา
๑๓. กิจกรรมการถอดแบบสำรวจ วัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรใน โรงพยาบาล ผ่านระบบออนไลน์ (ปี ๒๕๖๖)	ไม่มีงบประมาณ	✓	-	กลุ่มงานพัฒนา คุณภาพฯ
๑๔. กิจกรรมพัฒนาระบบบริหารจัดการ ความเสี่ยง (ปี ๒๕๖๖)	ไม่มีงบประมาณ	✓	-	กลุ่มงานพัฒนา คุณภาพฯ
๑๕. กิจกรรมการให้ความรู้ เรื่อง การ บริหารความเสี่ยง (ปี ๒๕๖๖)	ไม่มีงบประมาณ	✓	-	คณะกรรมการ บริหารความ เสี่ยง (RM) ร่วมกับกลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพฯ

รายงานผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๖

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

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖			หน่วยงาน ผู้รับผิดชอบหลัก
	งบประมาณ (บาท)	สามารถดำเนินการ ได้สำเร็จ	ไม่สามารถ ดำเนินการได้	
๑๖. กิจกรรม RM Quality round ตาม รอยการบริหารความเสี่ยงที่หน้างานตาม จุดเน้นความเสี่ยงขององค์กร (ปี ๒๕๖๖)	ไม่มีงบประมาณ	✓	-	คณะกรรมการ บริหารความ เสี่ยง (RM) ร่วมกับกลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพฯ
๑๗. กิจกรรมการประชุมเพื่อติดตามงาน การบริหารความเสี่ยงของทุกทีม (ปี ๒๕๖๖)	ไม่มีงบประมาณ	✓	-	คณะกรรมการ บริหารความ เสี่ยง (RM) ร่วมกับกลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพฯ
๑๘. กิจกรรมรณรงค์และประชาสัมพันธ์การ เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้อย่างสม เหตุผล (ปี ๒๕๖๖)	ไม่มีงบประมาณ	✓	-	กลุ่มงาน เภสัชกรรม
๑๙. กิจกรรมพัฒนาระบบลงข้อมูลของ โรงพยาบาลเพื่อให้เอื้อต่อการเฝ้าระวังเชื้อ ดื้อยาในโรงพยาบาล (ปี ๒๕๖๖)	ไม่มีงบประมาณ	✓	-	กลุ่มงาน เภสัชกรรม ร่วมกับ ฝ่ายวิชาการและ แผนงาน (IT))
๒๐. กิจกรรมพัฒนาการส่งใช้ยาปฏิชีวนะ อย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยที่มีภาวะอูจาระ ร่วงเฉียบพลัน (ปี ๒๕๖๖)	ไม่มีงบประมาณ	✓	-	ฝ่ายการพยาบาล (ER) กลุ่มงาน เวชศาสตร์ฉุกเฉินฯ
๒๑. กิจกรรมพัฒนาระบบการเตือนแจ้งผล เชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการทั้งในระบบสาร เทศของโรงพยาบาลและแอปพลิเคชันไลน์ (ปี ๒๕๖๖)	ไม่มีงบประมาณ	✓	-	กลุ่มงานชั้นสูตร โรคกลางฯ ร่วมกับ ฝ่ายวิชาการและ แผนงาน (IT))
๒๒. กิจกรรมพัฒนาระบบเชื่อมโยงข้อมูลผล เชื้อดื้อยาจากผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ที่ส่งตรวจนอกโรงพยาบาลให้สามารถเข้าถึง ข้อมูลมายังระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล (ปี ๒๕๖๖)	ไม่มีงบประมาณ	✓	-	กลุ่มงานชั้นสูตร โรคกลางฯ ร่วมกับ ฝ่ายวิชาการและ แผนงาน (IT))
๒๓. กิจกรรมพัฒนาการประเมินการใช้อยา ต้านจุลชีพในโรงพยาบาล (ปี ๒๕๖๖)	ไม่มีงบประมาณ	✓	-	กลุ่มงาน เภสัชกรรม

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

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ พัฒนาระบบบริการสุขภาพและการบริการทางการแพทย์ด้วยมาตรฐานคุณภาพ และพัฒนา ด้านโรคเฉพาะทาง

- จำนวน ๓๗ โครงการ/กิจกรรม สามารถดำเนินการ สำเร็จ ๓๕ โครงการ/กิจกรรม ไม่สำเร็จ ๒ โครงการ/กิจกรรม คิดเป็นร้อยละ ๙๔.๕๙

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖			หน่วยงาน ผู้รับผิดชอบหลัก
	งบประมาณ (บาท)	สามารถดำเนินการ ได้สำเร็จ	ไม่สามารถ ดำเนินการได้	
๑. กิจกรรมสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (ปี ๒๕๖๖)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ ๑ ฝ่ายการพยาบาล
๒. กิจกรรมลดระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วยนอก (ปี ๒๕๖๖)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ ๑ ฝ่ายการพยาบาล
๓. กิจกรรมลดระยะเวลาการรอคอยรับยาของผู้ป่วยนอก (ปี ๒๕๖๖)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ ๑ กลุ่มงานเภสัชกรรม
๔. กิจกรรมการลดระยะเวลาในการ Admit (ปี ๒๕๖๖)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	ฝ่ายการพยาบาล (ศูนย์ BFC ER OPD ANC)
๕. กิจกรรมการลดระยะเวลาในการให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ –ฉุกเฉิน (ปี ๒๕๖๖)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ๑
๖. กิจกรรมการประชุมเพื่อติดตามการตอบสนองต่อข้อเสนอแนะจากผู้รับบริการและญาติ (ปี ๒๕๖๖)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	คณะกรรมการรับฟังความคิดเห็นและข้อร้องเรียน ๑ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ
๗. กิจกรรมพัฒนาระบบการให้บริการโดยการผ่าตัดผ่านกล้องโพรกมดลูกแบบวันเดียวกลับ (ปี ๒๕๖๖)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม

รายงานผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๖

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

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖			หน่วยงาน ผู้รับผิดชอบหลัก
	งบประมาณ (บาท)	สามารถดำเนินการ ได้สำเร็จ	ไม่สามารถ ดำเนินการได้	
๘. โครงการเปิดให้บริการคลินิกมะเร็ง - นรีเวชกรรม (ปี ๒๕๖๖)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม
๙. กิจกรรมบริหารจัดการความเสี่ยงจาก อุบัติการณ์ที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ผ่านกล้องทางนรีเวช (ปี ๒๕๖๖)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	คณะกรรมการ PCT ด้านสูติ - นรีเวชกรรม กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม
๑๐. กิจกรรมให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝาก ครรภ์เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ก่อนกำหนด (ปี ๒๕๖๖)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม ฝ่ายการพยาบาล
๑๑. กิจกรรมให้ความรู้และส่งเสริมการคุมกำเนิด แบบกึ่งถาวรเพื่อลดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (ปี ๒๕๖๖)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม ฝ่ายการพยาบาล
๑๒. โครงการหรือกิจกรรมให้ความรู้ เกี่ยวกับการ ป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ใน วัยรุ่น/การคุมกำเนิด/ลดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง (ปี ๒๕๖๖)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	กลุ่มงาน เวชศาสตร์ชุมชนฯ (OSCC)
๑๓. โครงการคลินิกจอประสาทตา (ปี ๒๕๖๖)	๗,๕๐๐,๐๐๐ (เงิน กทม.)	✓	-	กลุ่มงานจักษุ
๑๔. กิจกรรมเพิ่มศักยภาพการให้บริการตรวจคัดกรอง มะเร็งเต้านมรายใหม่ (ปี ๒๕๖๖)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	กลุ่มงานรังสีวิทยา ฝ่ายการพยาบาล
๑๕. โครงการตรวจคัดกรองโรคต่อมลูกหมากโต มะเร็งลูกหมาก และสุขภาพชาย และให้ความรู้ สู่ประชาชน (ปี ๒๕๖๖)	๗๐,๐๐๐ (เงินมูลนิธิฯ)	✓	-	กลุ่มงานรังสีวิทยา ฝ่ายการพยาบาล
๑๖. โครงการปรับปรุงห้องผ่าตัด (ปี ๒๕๖๖ - ๒๕๖๗)	๓๐ ล้านบาท (เงิน กทม.)	-	✓ รอ สน.โยธา ปรับปรุง สถานที่	ฝ่ายบริหารทั่วไป กลุ่มงานรังสีวิทยา ฝ่ายการพยาบาล
๑๗. โครงการเพิ่มศักยภาพให้บริการตรวจการ ได้ยิน (ปี ๒๕๖๖)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก
๑๘. โครงการเปิดให้บริการคลินิกผ่าตัดกระดุก สันหลัง (ปี ๒๕๖๖)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	กลุ่มงาน ออร์โธปิดิกส์

รายงานผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๖

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

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖			หน่วยงาน ผู้รับผิดชอบหลัก
	งบประมาณ (บาท)	สามารถดำเนินการ ได้สำเร็จ	ไม่สามารถ ดำเนินการได้	
๑๙. โครงการการพัฒนาบริการแพทย์แผนไทย และแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๓๓๓ ชุติโนโร อุทิศ (ปี ๒๕๖๖) * HRM : จ้างแพทย์แผนจีน แพทย์แผนไทย และบุคคลภายนอกช่วยปฏิบัติงานในคลินิก (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	๑,๐๔๙,๗๕๐ (เงินบำรุงฯ)	-	-	ฝ่ายการพยาบาล (คลินิกแพทย์ แผนไทยและ แพทย์ทางเลือก)
๒๐. กิจกรรมพัฒนาระบบการให้บริการผู้มารับบริการ ที่เป็นผู้ที่มีภาวะบาดเจ็บจากโรคออฟฟิศซินโดรม ที่มีปัญหาและสามารถรับหรือส่งต่อการรักษา ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ (ปี ๒๕๖๖) * คลินิกแพทย์แผนไทย ฯ ส่งต่อไปยัง คลินิกศัลยกรรม กระดูกและข้อ หรือ คลินิกศัลยกรรมกระดูกและข้อ ส่งต่อไปยัง คลินิกแพทย์แผนไทย ฯ	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	ฝ่ายการพยาบาล (คลินิกแพทย์ แผนไทยและ แพทย์ทางเลือก)
๒๑. กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๓๓๓ ชุติโนโร อุทิศ (ปี ๒๕๖๖) * HRM : จ้างแพทย์หัตถเวช ปฏิบัติงานในคลินิก (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	๓๗๔,๔๐๐ (เงินบำรุงฯ)	✓	-	กลุ่มงาน เวชศาสตร์ชุมชน (คลินิกผู้สูงอายุ คุณภาพ)
๒๒. โครงการเยี่ยมบ้านและดูแลผู้สูงอายุให้ ปลอดภัยห่างไกลจากโควิด - 19 (ปี ๒๕๖๖) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	กลุ่มงาน เวชศาสตร์ชุมชน (คลินิกผู้สูงอายุ คุณภาพ)
๒๓. กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในหัวข้อ การดูแล ผู้สูงอายุต่อเนื่อง (ปี ๒๕๖๖) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	กลุ่มงาน เวชศาสตร์ชุมชน (คลินิกผู้สูงอายุ คุณภาพ)
๒๔. โครงการส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุจิตอาสา ในชุมชนเพื่อ การดูแลผู้ป่วยในชุมชน (ปี ๒๕๖๖)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	กลุ่มงาน เวชศาสตร์ชุมชน (คลินิกผู้สูงอายุ คุณภาพ)
๒๕. โครงการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ให้กับ ผู้สูงอายุในชุมชน (ปี ๒๕๖๖)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	กลุ่มงาน เวชศาสตร์ชุมชน (คลินิกผู้สูงอายุ คุณภาพ)

รายงานผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๖

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

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖			หน่วยงาน ผู้รับผิดชอบหลัก
	งบประมาณ (บาท)	สามารถดำเนินการ ได้สำเร็จ	ไม่สามารถ ดำเนินการได้	
๒๖. โครงการ New Normal Post COVID – 19 (ปี ๒๕๖๖) * จัดกิจกรรมทำสื่อประชาสัมพันธ์ * (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	ไม่ใช้งบประมาณ	-	-	คณะกรรมการ IC
๒๗. โครงการเพิ่มศักยภาพการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในท้องคลอดเพื่อรองรับผู้ป่วยจากสถานการณ์โรคอุบัติใหม่ - อุตุนิษฐ์ (ปี ๒๕๖๖)	๓,๐๐๐,๐๐๐ (เงิน กทม.)	✓	-	กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม
๒๘. โครงการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยติดเชื้ระบบทางเดินหายใจ แบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (One Stop Service) (ปี ๒๕๖๖)	๓,๖๕๕,๘๐๐ (เงินมูลนิธิและเงินบำรุงฯ)	✓	-	ฝ่ายการพยาบาล ฝ่ายบริหารงานทั่วไป (พัสดุ)
๒๙. โครงการขยายศักยภาพการให้บริการเพื่อรองรับการบริการในรูปแบบ One Day Surgery (ปี ๒๕๖๖) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	๔๙๒,๖๐๐ (เงินบำรุงฯ)	✓	-	ฝ่ายการพยาบาล ฝ่ายบริหารงานทั่วไป (พัสดุ)
๓๐. กิจกรรมการรักษาพยาบาลด้วยระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) (ปี ๒๕๖๖ – ๒๕๖๗) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	ฝ่ายการพยาบาล
๓๑. โครงการขยายส่วนพักคอยผู้ป่วยหน้าอาคารสามัคคีธรรม (ปี ๒๕๖๖)	๔๘๙,๘๓๔ (เงินบำรุงฯ)	✓	-	ฝ่ายบริหารงานทั่วไป (พัสดุ)
๓๒. โครงการขยายการให้บริการหอผู้ป่วยแคว้เจ้าจอม (ปี ๒๕๖๖)	-	✓	-	ฝ่ายบริหารงานทั่วไป (พัสดุ)
๓๓. โครงการขยายการให้บริการหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง (ปี ๒๕๖๖ – ๒๕๖๗)	ไม่ใช้งบประมาณ	-	✓ ปรับปรุง สถานที่ร่อบเปิด ให้บริการ ปี ๒๕๖๗	ฝ่ายบริหารงาน ทั่วไป (พัสดุ)
๓๔. โครงการอบรมและฝึกซ้อมแผนรับอุบัติเหตุหมู่โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ (ปี ๒๕๖๖) (TN๑) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	๒๓,๓๒๐ (เงิน กทม.)	✓	-	ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มงานเวชศาสตร์ ฉุกเฉิน ฯ
๓๕. โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ ช่วยฟื้นคืนชีพ (ปี ๒๕๖๖) (TN๑) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	๖๒,๕๐๐ (เงิน กทม.)	✓	-	ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มงานเวชศาสตร์ ฉุกเฉิน ฯ

รายงานผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๖

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนารองพยาบาล ระยะ ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ภูเก็ต ชูตินันท์โร อูทิศ

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖			หน่วยงาน ผู้รับผิดชอบหลัก
	งบประมาณ (บาท)	สามารถดำเนินการ ได้สำเร็จ	ไม่สามารถ ดำเนินการได้	
๓๖. กิจกรรมสำรวจข้อมูลส่งต่อและตอบกลับของ ผู้ป่วยที่ทำ discharge plan และ นำข้อมูล มาวิเคราะห์ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อวาง แผนการรักษา (ปี ๒๕๖๖)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	ฝ่ายการพยาบาล (ศูนย์ BFC) กลุ่มงาน เวชศาสตร์ชุมชนฯ
๓๗. กิจกรรมวางแผน การจำหน่าย และส่งต่อ เพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านร่วมกับสหสาขา วิชาชีพ (ปี ๒๕๖๖)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	ฝ่ายการพยาบาล (ศูนย์ BFC) กลุ่มงาน เวชศาสตร์ชุมชนฯ

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนงานบริการและการบริหาร เพื่อมุ่งสู่องค์กรดิจิทัล

- จำนวน ๙ โครงการ/กิจกรรม สามารถดำเนินการ สำเร็จ ๘ โครงการ/กิจกรรม ไม่สำเร็จ ๑ โครงการ/กิจกรรม

คิดเป็นร้อยละ ๘๘.๘๙

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖			หน่วยงาน ผู้รับผิดชอบหลัก
	งบประมาณ (บาท)	สามารถดำเนินการ ได้สำเร็จ	ไม่สามารถ ดำเนินการได้	
๑. กิจกรรมการเตรียมความพร้อมเพื่อพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนระบบฐานข้อมูลด้านสุขภาพตามแผนที่กำหนด - Smart IPD (ปี ๒๕๖๖) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ.ระยะ ๔ ปี)	งบประมาณไม่แน่นอน	-	✓ ยังไม่ได้ดำเนินการ รอ สนพ.	ฝ่ายวิชาการและแผนงาน (งานเทคโนโลยีสารสนเทศ)
๒. กิจกรรมการพัฒนาระบบบริการด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ชูติณโร อูทิศ (ปี ๒๕๖๖)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	ฝ่ายวิชาการและแผนงาน (งานเทคโนโลยีสารสนเทศ)
๓. กิจกรรมการนำระบบเทคโนโลยีมาใช้ในหน่วยงานสนับสนุน (Back Office) (ปี ๒๕๖๖) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	ฝ่ายวิชาการและแผนงาน (งานเทคโนโลยีสารสนเทศ)
๔. กิจกรรมการพัฒนาและปรับปรุงเว็บไซต์โรงพยาบาล (ปี ๒๕๖๖)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	ฝ่ายวิชาการและแผนงาน (งานเทคโนโลยีสารสนเทศ)
๕. กิจกรรมการพัฒนาและปรับปรุงระบบอินเทอร์เน็ตโรงพยาบาล (ปี ๒๕๖๖)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	ฝ่ายวิชาการและแผนงาน (งานเทคโนโลยีสารสนเทศ)
๖. กิจกรรมการบริหารจัดการเมื่อเกิดเหตุการณ์ระบบคอมพิวเตอร์ขัดข้อง (ปี ๒๕๖๖)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	ฝ่ายวิชาการและแผนงาน (งานเทคโนโลยีสารสนเทศ)

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

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

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ เพิ่มศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ สร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization)

- จำนวน ๒๓ โครงการ/กิจกรรม สามารถดำเนินการ สำเร็จ ๒๓ โครงการ/กิจกรรม ไม่สำเร็จ ๐ โครงการ/กิจกรรม คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖			หน่วยงาน ผู้รับผิดชอบหลัก
	งบประมาณ (บาท)	สามารถดำเนินการ ได้สำเร็จ	ไม่สามารถ ดำเนินการได้	
๑. โครงการตรวจสอบสุขภาพประจำปีให้แก่บุคลากร ปีละ ๑ ครั้ง (ปี ๒๕๖๖)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	กลุ่มงาน เวชศาสตร์ชุมชน ฯ
๒. กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลด BMI ให้ไร้พุง (ภายใน) (ปี ๒๕๖๖)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	กลุ่มงาน เวชศาสตร์ชุมชน ฯ
๓. โครงการตรวจสอบสุขภาพตามความเสี่ยงทางอาชีพเวชศาสตร์ประจำปี (ปี ๒๕๖๖)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	คณะกรรมการ HPH / DSC
๔. โครงการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ให้แก่บุคลากรในโรงพยาบาล (ปี ๒๕๖๖)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	คณะกรรมการ HPH / DSC
๕. โครงการฉีดวัคซีนป้องกันหัดเยอรมันให้แก่บุคลากรในโรงพยาบาล (๒๕๖๖)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	คณะกรรมการ HPH / DSC
๖. กิจกรรมฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID – 19) ให้กับบุคลากรในโรงพยาบาล (ปี ๒๕๖๖) * (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	คณะกรรมการ HPH / DSC
๗. กิจกรรมการจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดโควิด (COVID Free setting) (ปี ๒๕๖๖) * (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	คณะกรรมการ IC กลุ่มงานพัฒนา คุณภาพฯ
๘. โครงการอบรมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ปี ๒๕๖๖) (TN๑) * (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	๑๕,๐๘๕ (เงิน กทม.)	✓	-	คณะกรรมการ IC ทุกหน่วยงาน
๙. กิจกรรมให้ความรู้ในเรื่องอาชีวอนามัยและความปลอดภัยจากสิ่งคุกคามจากการทำงาน (ปี ๒๕๖๖)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	คณะกรรมการ อาชีวอนามัยฯ กลุ่มงานพัฒนา คุณภาพฯ

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖			หน่วยงาน ผู้รับผิดชอบหลัก
	งบประมาณ (บาท)	สามารถดำเนินการ ได้สำเร็จ	ไม่สามารถ ดำเนินการได้	
๑๐. จัดทำแนวทางสรรหาและคัดเลือกบุคลากรตามคุณลักษณะที่ต้องการให้เป็นปัจจุบัน (ในกลุ่มที่โรงพยาบาลมีอำนาจหน้าที่ควบคุมการสรรหาและคัดเลือกได้โดยตรง) (ปี ๒๕๖๖)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๑๑. จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรประจำปีของโรงพยาบาล ปีละ ๑ ครั้ง (ปี ๒๕๖๖)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	คณะกรรมการ HR/ ฝ่ายวิชาการและแผนงาน
๑๒. โครงการส่งข้าราชการไปศึกษาต่อ อบรมหลักสูตรเฉพาะทาง อบรมระยะยาว อบรมระยะสั้น หรืออบรมหลักสูตรที่มีความจำเป็นต่อการพัฒนาองค์กร ที่มีระยะเวลาไม่เกิน ๙๐ วัน ทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ หน่วยงานภายนอกเป็นผู้จัด (ปี ๒๕๖๖) (TN๒) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	๖๕๐,๐๐๐ (เงิน กทม. และเงินบำรุงฯ)	✓	-	คณะกรรมการ HR ฝ่ายวิชาการและแผนงาน
๑๓. กิจกรรมส่งเสริมให้บุคลากรเข้ารับการอบรม ประชุม สัมมนา ศึกษา ดูงานฯ ในหลักสูตรที่มีความจำเป็นต่อการพัฒนาองค์กร ที่มีระยะเวลาไม่เกิน ๙๐ วัน กรณีเบิกค่าใช้จ่าย หน่วยงานภายนอกเป็นผู้จัด (ปี ๒๕๖๖) (TN๒) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	๗๑๑,๔๖๐ (เงิน กทม. และเงินบำรุงฯ)	✓	-	คณะกรรมการ HR ฝ่ายวิชาการและแผนงาน
๑๔. กิจกรรมส่งเสริมให้บุคลากรเข้ารับการอบรม ประชุม สัมมนา ศึกษา ดูงานฯ ในหลักสูตรที่มีความจำเป็นต่อการพัฒนาองค์กร ที่มีระยะเวลาไม่เกิน ๙๐ วัน กรณีไม่เบิกค่าใช้จ่าย หน่วยงานภายนอกเป็นผู้จัด (ปี ๒๕๖๖)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	คณะกรรมการ HR ฝ่ายวิชาการและแผนงาน
๑๕. กิจกรรมส่งเสริมสนับสนุนให้หน่วยงานจัดโครงการหรือกิจกรรมด้านการฝึกอบรม ประชุม สัมมนา ศึกษา ดูงานฯ เพื่อเป็นการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และสมรรถนะในการทำงาน (หน่วยงานภายในโรงพยาบาลเป็นผู้จัด) (ปี ๒๕๖๖) (เป็นโครงการตามแผนพัฒนาบุคลากรฯ TN๑ และนอกแผนพัฒนาบุคลากรฯ) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	๒๔๐,๗๙๐ (เงิน กทม. และเงินบำรุงฯ)	✓	-	คณะกรรมการ HR ฝ่ายวิชาการและแผนงาน

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

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖			หน่วยงาน ผู้รับผิดชอบหลัก
	งบประมาณ (บาท)	สามารถดำเนินการ ได้สำเร็จ	ไม่สามารถ ดำเนินการได้	
๑๖. กิจกรรมสำรวจการจัดทำแบบประเมิน สมรรถนะรายบุคคล และรายงานผลการ ประเมินสมรรถนะรายบุคคล (ปี ๒๕๖๖)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	คณะกรรมการ HR /ฝ่าย บริหารงานทั่วไป ฝ่ายวิชาการ และแผนงาน
๑๗. กิจกรรมสำรวจการจัดทำแผนพัฒนา บุคลากรรายบุคคล (Individual Development Plan – IDP) (ปี ๒๕๖๖) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ใน แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	คณะกรรมการ HR/ ฝ่ายวิชาการ และแผนงาน
๑๘. กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้/ การถ่ายทอด องค์ความรู้ของบุคลากรภายในฝ่าย/ กลุ่มงาน หรือ ระหว่างฝ่าย/กลุ่มงาน หรือภายในทีมสห สาขาวิชาชีพ หรือ ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ (มากกว่าหรือเท่ากับ ๓ - ๔ เรื่องต่อปี) (ปี ๒๕๖๖)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	ฝ่ายวิชาการ และแผนงาน
๑๙. กิจกรรมติดตามและประเมินผลการพัฒนา บุคลากรรายบุคคล ปีละ ๒ ครั้ง (ปี ๒๕๖๖)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	ฝ่ายวิชาการ และแผนงาน
๒๐. กิจกรรมควบคุม ติดตาม การนำรายงาน ผลการอบรม ประชุม สัมมนา ศึกษา ดูงาน ฯ ทั้ง ภายในและภายนอกประเทศประชาสัมพันธ์ให้ บุคลากรรับทราบ และสามารถค้นคว้าข้อมูลด้วยตนเอง ทางอินเทอร์เน็ตของโรงพยาบาล (ปี ๒๕๖๖)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	ฝ่ายวิชาการ และแผนงาน
๒๑. กิจกรรมรายงานสถิติการรับนิสิต นักศึกษาเข้าฝึกปฏิบัติงาน หรือบุคคลภายนอก เข้ามาฝึกอบรม ดูงาน หรือเข้ามาฝึกปฏิบัติงาน เพื่อนำเรียนผู้บริหารภายในกำหนด (ปี ๒๕๖๖)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	ฝ่ายวิชาการ และแผนงาน
๒๒. โครงการทุนส่งเสริมการวิจัยทางการแพทย์ (ปี ๒๕๖๖) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ใน แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	๓๕,๒๐๐ (เงินบำรุงฯ) งานวิจัย ๑ เรื่อง	✓	-	คณะกรรมการ พิจารณาทุน สนับสนุน ส่งเสริมการวิจัย ฝ่ายวิชาการ และแผนงาน

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖			หน่วยงาน ผู้รับผิดชอบหลัก
	งบประมาณ (บาท)	สามารถดำเนินการ ได้สำเร็จ	ไม่สามารถ ดำเนินการได้	
๒๓. กิจกรรมการนำผลงานวิจัย และ/หรือ ผลงานนวัตกรรม และ/หรือ ผลงานจากการ พัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (R๒R) ไปใช้ในการ ปฏิบัติงานจริง (ปี ๒๕๖๖) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	๑๐,๐๐๐ เงินมูลนิธิฯ	✓	-	คณะกรรมการ HR /ฝ่าย บริหารงานทั่วไป ฝ่ายวิชาการ และแผนงาน

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

ยุทธศาสตร์ที่ ๕ บริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ องค์การคุณธรรม (Green Hospital/ Moral Hospital)

- จำนวน ๒๔ โครงการ/กิจกรรม สามารถดำเนินการ สำเร็จ ๒๓ โครงการ/กิจกรรม ไม่สำเร็จ ๑ โครงการ/กิจกรรม คิดเป็นร้อยละ ๙๕.๘๓

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

รายงานผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๖

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

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖			หน่วยงาน ผู้รับผิดชอบหลัก
	งบประมาณ (บาท)	สามารถดำเนินการ ได้สำเร็จ	ไม่สามารถ ดำเนินการได้	
โครงการหรือกิจกรรมพัฒนาปรับปรุงพื้นที่และเพิ่มพื้นที่สีเขียว (ปี ๒๕๖๖)	ไม่ใช้ งบประมาณ	✓	-	คณะกรรมการ ENV ฝ่ายบริหารงาน ทั่วไป
๖. NUTRITION = การจัดการสุขาภิบาลและ การจัดการน้ำบริโภคในโรงพยาบาล โครงการสร้างความเชื่อมั่นอาหารไทย ปลอดภัยมีคุณภาพ (ปี ๒๕๖๖) ประเมิน GMP (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ใน แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	๑๙,๒๖๐ ต่ออายุการรับรอง GMP (รวม Vat ๗ % และค่าเดินทาง)	✓	-	ฝ่ายโภชนาการ
๗. กิจกรรมส่งเสริมการจัดการบริการอาชีวอนามัย สำหรับสถานพยาบาล (BEOH) (ปี ๒๕๖๖) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ใน แผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	คณะกรรมการ อาชีวอนามัย และสิ่งแวดล้อม กลุ่มงานพัฒนา คุณภาพฯ
๘. กิจกรรมกำหนดมาตรการการลดใช้พลังงาน (ไฟฟ้า น้ำประปา น้ำมันเชื้อเพลิง ทรัพยากร กระดาษ) (ปี ๒๕๖๖)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	คณะกรรมการ ENV/ ฝ่าย บริหารงานทั่วไป
๙. โครงการหรือกิจกรรมปรับเปลี่ยนอุปกรณ์ ไฟฟ้าที่มีประสิทธิภาพสูงทดแทนอุปกรณ์ไฟฟ้า ที่เสื่อมสภาพ (ปี ๒๕๖๖)	๙๘,๑๑๔ (เงินบำรุงฯ)	✓	-	คณะกรรมการ ENV/ ฝ่าย บริหารงานทั่วไป
๑๐. โครงการปรับเปลี่ยนอุปกรณ์ประปา ที่มีประสิทธิภาพสูงทดแทนอุปกรณ์ที่ เสื่อมสภาพ หรือชำรุด (เพื่อลดการใช้ น้ำประปา) (ปี ๒๕๖๖)	๗๓,๓๒๕ (เงินบำรุงฯ)	✓	-	คณะกรรมการ ENV/ ฝ่าย บริหารงานทั่วไป
๑๑. กิจกรรมเสริมสร้างจิตสำนึกด้านอนุรักษ์ พลังงาน (ปี ๒๕๖๖)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	คณะกรรมการ ENV/ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๑๒. กิจกรรมจัดทำรายงานการใช้จ่ายเงิน งบประมาณ/ เงินนอกงบประมาณประจำปี เปรียบเทียบกับปีก่อน (ปี ๒๕๖๖)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	ฝ่ายงบประมาณ การเงินและบัญชี
๑๓. กิจกรรมควบคุมการใช้จ่ายเงินของ หน่วยงานให้เป็นไปตามแผนที่กำหนด (ปี ๒๕๖๖)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	ฝ่ายงบประมาณ การเงินและบัญชี
๑๔. กิจกรรมเร่งรัด/ ติดตามการใช้จ่ายเงิน งบประมาณรายจ่ายประจำปีของหน่วยงานต่าง ๆ (ปี ๒๕๖๖)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	ฝ่ายงบประมาณ การเงินและบัญชี

รายงานผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๖

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนารองพยาบาล ระยะ ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๓๓๓ ชุมชนโร อุตสาหกรรม

โครงการ/กิจกรรม	ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖			หน่วยงาน ผู้รับผิดชอบหลัก
	งบประมาณ (บาท)	สามารถดำเนินการ ได้สำเร็จ	ไม่สามารถ ดำเนินการได้	
๑๕. กิจกรรมควบคุมการเบิก – จ่าย วัสดุ สำนักงาน และการตรวจนับวัสดุส่วนกลางให้ เป็นปัจจุบัน (ปี ๒๕๖๖)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	ฝ่ายบริหารงาน ทั่วไป (งานพัสดุ)
๑๖. กิจกรรมการตรวจนับทรัพย์สินของโรงพยาบาลให้ เป็นปัจจุบันในแต่ละปีงบประมาณ (ปี ๒๕๖๖)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	ฝ่ายบริหารงาน ทั่วไป (งานพัสดุ)
๑๗. โครงการศาสตร์พระราชาและจิตอาสา โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ (ปี ๒๕๖๖) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	ฝ่ายบริหารงาน ทั่วไป
๑๘. โครงการโรงพยาบาลคุณธรรม (ปี ๒๕๖๖) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	คณะกรรมการ โรงพยาบาล คุณธรรม/ฝ่าย บริหารงานทั่วไป
๑๙. โครงการราชการใสสะอาด (ITA) (ปี ๒๕๖๖) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	ฝ่ายบริหารงาน ทั่วไป
๒๐. กิจกรรมการแก้ไขเรื่องร้องเรียนจาก ประชาชน/ผู้รับบริการ (ปี ๒๕๖๖)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	ฝ่ายบริหารงาน ทั่วไป
๒๑. กิจกรรมสำรวจความอยู่ดีมีสุขและ ความผูกพันของบุคลากรในโรงพยาบาล (ปี ๒๕๖๖)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	ฝ่ายบริหารงาน ทั่วไป
๒๒. กิจกรรมสำรวจความพึงพอใจของบุคลากร ต่อองค์กร (ปี ๒๕๖๖)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	ฝ่ายบริหารงาน ทั่วไป
๒๓. กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในหัวข้อ การพัฒนาตนเองเพื่อความสุขของชีวิต (ปี ๒๕๖๖) (ตอบสนองโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ ในแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ระยะ ๔ ปี)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	ฝ่ายบริหารงาน ทั่วไป
๒๔. กิจกรรมส่งเสริม Happy Work Place (๘ ด้าน) (ปี ๒๕๖๖)	ไม่ใช้งบประมาณ	✓	-	ฝ่ายบริหารงาน ทั่วไป

รายงานผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๖
แผนยุทธศาสตร์การพัฒนารองพยาบาล ระยะ ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗)

ภาคผนวก

**คณะกรรมการฯ ผู้จัดทำเล่มรายงานผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาโรงพยาบาล
ระยะ ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗) โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๓๖๓ ชูติธโร อุทิศ**

๑. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๓๖๓ ชูติธโร อุทิศ	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. หัวหน้ากลุ่มงานชั้นสูตโรคกลางและธนาคารเลือด	กรรมการ
๒๒. หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม	กรรมการ
๒๓. หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม	กรรมการ
๒๔. หัวหน้าฝ่ายวิชาการและแผนงาน	กรรมการและเลขานุการ
๒๕. นางสาวอารียาภรณ์ เหง้าเกษ ตำแหน่งนักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ	กรรมการและผู้ช่วย เลขานุการ (เป็นผู้รวบรวม ข้อมูล ประสาน ออกแบบ และจัดทำเล่มรายงานผลการ ดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ การพัฒนาของโรงพยาบาลฯ)

