



# แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาโรงพยาบาล

ระยะ 4 ปี ( พ.ศ. 2568 - 2571 )

โรงพยาบาลหลวงพ่อทวิศักดิ์ ชุตินุรโร อุทิศ

วิสัยทัศน์ (Vision)

“มุ่งสู่โรงพยาบาลตติยภูมิต่างมีมาตรฐาน

พัฒนาบริการทางการแพทย์เพื่อชาวกรุงธนใต้”



## คำนำ

โรงพยาบาลหลวงพ่อกวีนศรีศกดิ์ ชุตินุโร อุทิส ได้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนารองพยาบาลเพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาขององค์กรอย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม ที่ผ่านมามีการดำเนินการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ๓ ฉบับ ซึ่งเป็นแผนระยะยาว ๓ - ๔ ปี ฉบับแรก เป็นแผนยุทธศาสตร์การพัฒนารองพยาบาล ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๗ - ๒๕๖๐) ฉบับที่ ๒ เป็นแผนยุทธศาสตร์การพัฒนารองพยาบาล ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๔) ฉบับที่ ๓ เป็นแผนยุทธศาสตร์การพัฒนารองพยาบาล ระยะ ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๒๕๖๗) และฉบับล่าสุดที่ประกาศใช้ในโรงพยาบาลหลวงพ่อกวีนศรีศกดิ์ ชุตินุโร อุทิส เป็นแผนยุทธศาสตร์การพัฒนารองพยาบาล ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๘ - ๒๕๗๑) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เป็นแผนแม่บทในการกำหนดทิศทางการพัฒนารองพยาบาล และสอดคล้องกับยุทธศาสตร์กรุงเทพมหานคร แผนยุทธศาสตร์การพัฒนารองพยาบาล และการนำนโยบายผู้บริหารไปสู่การปฏิบัติให้เกิดสมฤทธิ์ผล อีกทั้ง ยังเป็นการสื่อสารวิสัยทัศน์ พันธกิจ ประเด็นยุทธศาสตร์ และกลยุทธ์หลักขององค์กรไปสู่บุคลากรระดับต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจ อันนำมาซึ่งการประสานความร่วมมือที่ดีระหว่างกันภายในหน่วยงาน โดยแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าวนี้เป็นแผนยุทธศาสตร์การพัฒนารองพยาบาลที่มีความยืดหยุ่น สามารถปรับเปลี่ยนได้ในแต่ละปีตามสถานการณ์ที่ท้าทายและเปลี่ยนแปลงเพื่อให้การพัฒนารองพยาบาลเป็นไปอย่างรวดเร็ว ยั่งยืน และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

สุดท้าย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลหลวงพ่อกวีนศรีศกดิ์ ชุตินุโร อุทิส จะร่วมกันผลักดันและสนับสนุนการนำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนารองพยาบาล ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๘ - ๒๕๗๑) โรงพยาบาลหลวงพ่อกวีนศรีศกดิ์ ชุตินุโร อุทิส ไปสู่การปฏิบัติร่วมกันเพื่อให้ประชาชนชาวกรุงเทพมหานครมีสุขภาพที่ดี คุณภาพชีวิตที่ดี และได้รับบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพมาตรฐานต่อไป

โรงพยาบาลหลวงพ่อกวีนศรีศกดิ์ ชุตินุโร อุทิส  
ประกาศใช้ ณ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๗

## สารบัญ

	หน้า
<b>บทที่ ๑</b> บริบททั่วไปของโรงพยาบาล ข้อมูลทั่วไป วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยมองค์กร ยุทธศาสตร์การพัฒนา	๑ - ๓
<b>บทที่ ๒</b> การวิเคราะห์สถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อองค์กร การวิเคราะห์ปัจจัยภายใน – การวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก	๔ - ๙
<b>บทที่ ๓</b> ยุทธศาสตร์และแนวทางการเก็บข้อมูล	
<b>ยุทธศาสตร์ที่ ๑</b> พัฒนาระบบบริการสุขภาพและการบริการทางการแพทย์ ด้วยมาตรฐานคุณภาพ และพัฒนาด้านโรคเฉพาะทาง	๑๐ - ๒๘
<b>ยุทธศาสตร์ที่ ๒</b> สร้างความเชื่อมั่นในระบบบริการ (Service Capability)	๒๙ - ๑๐๒
<b>ยุทธศาสตร์ที่ ๓</b> พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนงานบริการ และการบริหารเพื่อมุ่งสู่องค์กรดิจิทัล	๑๐๓ - ๑๑๘
<b>ยุทธศาสตร์ที่ ๔</b> เพิ่มศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ สร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization)	๑๑๙ - ๑๕๔
<b>ยุทธศาสตร์ที่ ๕</b> บริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ องค์กรคุณธรรม (Green Hospital / Moral Hospital)	๑๕๕ - ๑๘๐
<b>ภาคผนวก</b>	๑๘๑ - ๑๘๔
คณะกรรมการ ฯ ผู้จัดทำเล่มแผนยุทธศาสตร์การพัฒนารองพยาบาล ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑) โรงพยาบาลหลวงพ่อกวีนศรี อุตุนโร อุตุน	

# บริบททั่วไป และวิสัยทัศน์

## บริบททั่วไปของโรงพยาบาล

### ข้อมูลทั่วไป

โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๓๓๓ ชุมชนบุรีรัมย์ เป็นหน่วยงานหนึ่งในสังกัดสำนักงานสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร เป็นโรงพยาบาลทั่วไป มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการให้บริการบำบัดรักษาผู้ป่วย การส่งเสริมสุขภาพอนามัยและป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพและสมรรถภาพ บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ส่งเสริม สนับสนุน ค้นคว้าและวิจัยทางการแพทย์ ฝึกอบรม การพัฒนาทางวิชาการทางการแพทย์และการพยาบาลปฏิบัติงานในการกิจของโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องปฏิบัติงานร่วมกันหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของส่วนราชการอื่นที่เกี่ยวข้องหรือได้รับมอบหมาย ซึ่งปัจจุบันโรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๓๓๓ ชุมชนบุรีรัมย์ เปิดบริการได้ ๑๖๓ เตียง ให้บริการแก่ผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี จากสถิติการให้บริการ ๔ ปีย้อนหลัง ผู้ป่วยนอก ดังนี้ ปี ๒๕๖๔ = ๒๓๗,๖๑๘ ราย/ ๒๖๘,๖๔๑ ครั้ง, ปี ๒๕๖๕ = ๒๒๑,๕๒๙ ราย/ ๒๖๘,๘๖๐ ครั้ง, ปี ๒๕๖๖ = ๒๐๘,๐๓๔ ราย/ ๒๖๑,๓๔๘ ครั้ง และปี ๒๕๖๗ = ๒๒๕,๙๔๖ ราย/ ๒๗๙,๔๘๗ ครั้ง ตามลำดับ และผู้ป่วยใน คือ ปี ๒๕๖๔ = ๙,๐๑๙ ราย/ ๙,๓๕๖ ครั้ง (รวม รพ.สนาม HI CI), ปี ๒๕๖๕ = ๘,๔๕๒ ราย/๘,๖๒๑ ครั้ง (รวม รพ.สนาม HI CI), ปี ๒๕๖๖ = ๖,๓๓๕ ราย/ ๖,๕๑๘ ครั้ง และปี ๒๕๖๗ = ๖,๒๕๗ ราย/ ๖,๖๐๕ ครั้ง

โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๓๓๓ ชุมชนบุรีรัมย์ ได้แบ่งส่วนราชการภายใน เป็น ๕ กลุ่มภารกิจ ดังนี้

**๑) กลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ** ประกอบด้วย ๒ ฝ่าย คือ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป และฝ่ายงบประมาณการเงินและบัญชี

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

**๓) กลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ** ประกอบด้วย ๒ กลุ่มงาน คือ กลุ่มงานประกันสุขภาพ กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

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

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

๕.๑ งานบริหารการพยาบาล

๕.๒ ห้องตรวจผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย ห้องอุบัติเหตุ - ฉุกเฉิน ห้องตรวจผู้ป่วยนอก ห้องตรวจสูติ - นรีเวชกรรม คลินิกนมแม่

๕.๓ หอผู้ป่วยใน ประกอบด้วย หออภิบาลผู้ป่วยหนัก (ICU) หอผู้ป่วยหญิง หอผู้ป่วยชาย หอผู้ป่วยหลังคลอดและเด็ก หอผู้ป่วยพิเศษ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง หอผู้ป่วยแก้วเจ้าจอม

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

ด้านกรอบอัตรากำลัง โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๓๓๓ ชุมชนโร อุตสาหกรรม มีบุคลากรประกอบด้วยข้าราชการกรุงเทพมหานครสามัญ จำนวน ๒๓๐ คน บุคลากรกรุงเทพมหานครที่เป็นลูกจ้างประจำ จำนวน ๗๒ คน และเป็นลูกจ้างชั่วคราว จำนวน ๕๕ คน บุคลากรภายนอกที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๓๓๓ ชุมชนโร อุตสาหกรรม ประกอบด้วย พนักงานประกันสังคม จำนวน ๔๐ คน ลูกจ้างโครงการฯ (รายวัน) จำนวน ๑๘๑ คน แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ห้วงเวลา จำนวน ๑๕๘ ราย รวมทั้งสิ้น ๗๓๙ ราย

## ๑. วิสัยทัศน์ (Vision)

**“มุ่งสู่โรงพยาบาลตติยภูมิอย่างมีมาตรฐาน พัฒนาบริการทางการแพทย์ เพื่อชาวกรุงธนใต้”**

## ๒. พันธกิจ (Mission)

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

## ๓. ค่านิยมองค์กร (Core Value)

LPT : Luangpho Taweesak Hospital

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

## ๔. ยุทธศาสตร์การพัฒนารองพยาบาล มี ๕ ยุทธศาสตร์ ได้แก่

๑. พัฒนาระบบบริการสุขภาพและการบริการทางการแพทย์ด้วยมาตรฐานและพัฒนาด้านโรคเฉพาะทาง
๒. สร้างความเชื่อมั่นในระบบบริการ (Service Capability)
๓. พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนงานบริการและการบริหารเพื่อมุ่งสู่องค์กรดิจิทัล
๔. เพิ่มศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ สร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization)
๕. บริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ องค์กรคุณธรรม (Green Hospital/ Moral Hospital)

# การวิเคราะห์สถานการณ์ที่มี ผลกระทบต่อองค์กร

## การวิเคราะห์สถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อองค์กร

### การวิเคราะห์ปัจจัยภายใน

#### จุดแข็ง (Strength)

##### ๑. บุคลากร

๑.๑ บุคลากรมีความเชี่ยวชาญโดดเด่นในหลายสาขาวิชาชีพ/อาชีพ โดยเฉพาะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาหลักตามกรอบโรงพยาบาลระดับตติยภูมิระดับสูง และตติยภูมิในบางสาขา

๑.๒ โรงพยาบาลมีการส่งเสริมและการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่องและตรงสายงานทั้งภายในและภายนอกองค์กร

๑.๓ บุคลากรมีความรู้และทักษะที่ทันสมัยและเป็นแหล่งเรียนรู้และฝึกปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

๑.๔ มีการจัดกิจกรรมยกย่องเชิดชูคนเก่ง คนดี

๑.๕ โรงพยาบาลมีค่านิยมที่บุคลากรยอมรับและยึดมั่นร่วมกัน คือ "LPT" ประกอบด้วย L (LOVE) = รักองค์กร รักโลก P (Professional) = การทำงานอย่างมืออาชีพ และ T (Transparency) = โปร่งใสและตรวจสอบได้ ทำให้บุคลากรทุ่มเทต่อการพัฒนาระบบงาน

##### ๒. อุปกรณ์เครื่องมือ สถานที่ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๒.๑ มีระบบเงินนอกงบประมาณที่เพิ่มความคล่องตัว ในการบริหารจัดการองค์กร

๒.๒ มีการจัดการสถานที่ให้บริการทางการแพทย์ในสาขารองเพิ่มเติม ได้แก่ จักษุ โสต ศอ นาสิก วิทยุวิทยา รังสีวิทยา ทันตกรรม และเวชศาสตร์ฟื้นฟู เป็นต้น

๒.๓ มีสวนสุขภาพสำหรับการพักผ่อน ศูนย์ออกกำลังกายสำหรับผู้มาใช้บริการ และบริการแก่ประชาชนในชุมชนโดยรอบ ตลอดจนให้บริการบุคลากรในโรงพยาบาลเช่นกัน

๒.๔ จัดหาอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัยพร้อมใช้งาน

๒.๕ สถานที่บริการที่ได้มาตรฐานและได้รับการรับรอง ได้แก่ มาตรฐาน ECO Hospital มาตรฐาน GREEN Hospital และมาตรฐานอาคารปลอดภัย

##### ๓. ระบบการทำงาน

๓.๑ โครงสร้างขององค์กรมีการแบ่งภารกิจการบริหารงานตามกรอบโรงพยาบาลตติยภูมิระดับสูงอย่างชัดเจน และมีการแต่งตั้งคณะกรรมการฯ ๒ ชุดใหญ่ เพื่อให้ครอบคลุมการถึงระดับปฏิบัติงาน ได้แก่

๓.๑.๑ ด้านการบริหารงานตามกรอบภาระหน้าที่

๓.๑.๒ ด้านการพัฒนาคุณภาพโดยมีคณะกรรมการและอนุกรรมการย่อย

๓.๒ บุคลากรมีส่วนร่วมในการกำหนดวิสัยทัศน์และจัดทำยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลทำให้นำไปสู่การปฏิบัติและขับเคลื่อนอย่างมีประสิทธิภาพ

๓.๓ มีการสรุปผลการดำเนินงาน และทบทวนแผนเป็นประจำทุกปี

๓.๔ การบริหารแบบส่งเสริมให้ทุกคนมีส่วนร่วม ทำให้เกิดการยอมรับต่อการเปลี่ยนแปลง นำไปสู่การพัฒนาที่มีเป้าหมายร่วมกัน

๓.๕ ส่งเสริมการสื่อสารข้อมูลเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติและมีการกำกับติดตามอย่างสม่ำเสมอ เช่น การสื่อสารต่อการประชุม Morning talk การประชุมคณะกรรมการบริหาร รพ. เป็นต้น

#### ๔. ผลการดำเนินงานคุณภาพในการจัดบริการ

๔.๑ มีโรงพยาบาลที่เป็นเครือข่ายเดียวกันให้บริการเกือบครอบคลุมทุกพื้นที่ ประชาชนเข้าถึงบริการ

๔.๒ มีระบบการส่งต่อทั้งภายในและภายนอกองค์กร

๔.๓ มีเงินงบประมาณสนับสนุนและส่งเสริมการวิจัยแก่บุคลากรในสังกัด เกิดการศึกษาค้นคว้าและนำข้อมูลจากการวิจัยมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนางาน

๔.๔ ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลและมาตรฐานทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

- มาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพ มาตรฐาน รพ.ส่งเสริมสุขภาพ มาตรฐาน GREEN Hospital การจัดบริการอาชีวอนามัย เป็นต้น

- มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค เช่น โรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ศูนย์เด็กเล็กนอ้ายู่ศูนย์แม่ คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ การแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก

- มาตรฐานวิชาชีพ ได้แก่ มาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรม รับรองระบบบริหารงานคุณภาพตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ รับรองห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย เป็นต้น

#### ๕. ความพึงพอใจของประชาชนหรือผู้ใช้บริการ

๕.๑ ให้ความสำคัญกับผู้มาใช้บริการทุกคนส่งผลให้อัตราความพึงพอใจเพิ่มขึ้นทุกปี อยู่ในแนวโน้มที่ดีมากกว่าร้อยละ ๘๕

๕.๒ มีระบบการประชาสัมพันธ์ผ่านทุกช่องทางเพื่อให้ผู้รับบริการทราบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรงพยาบาลมีการทำงานร่วมกับชุมชนอย่างใกล้ชิดและได้รับความร่วมมืออย่างดีจากชุมชนในพื้นที่

### จุดอ่อน (Weakness)

#### ๑. บุคลากร

๑.๑ จำนวนบุคลากรยังไม่สมดุลกับภาระงาน เช่น พยาบาล บุคลากรในส่วนระบบสนับสนุน เป็นต้น

๑.๒ ระบบการประเมินผลงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ยังไม่สามารถมาใช้ได้จริง

๑.๓ ยังขาดการประเมินทักษะที่มีประสิทธิภาพและทำให้ไม่สามารถพัฒนาทักษะได้อย่างต่อเนื่อง

๑.๔ ยังพบบุคลากรเกิดอุบัติเหตุและเจ็บป่วยจากการทำงาน

๑.๕ ยังขาดความเข้าใจและการประยุกต์ค่านิยมการทำงานในหน้าที่และงานอื่นในองค์กร

#### ๒. อุปกรณ์เครื่องมือ สถานที่ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๒.๑ ระบบโครงสร้างอาคารไม่เอื้อต่อการขยายบริการของโรงพยาบาล

๒.๒ ระบบการบริหารการเงินงบประมาณ ยังไม่มีการนำระบบการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยต่อโรคและหัตถการมาใช้

๒.๓ ยังไม่มีระบบบริหารจัดการวัสดุ เวชภัณฑ์สิ้นเปลืองที่ดีพอ

#### ๓. ระบบการทำงาน

๓.๑ โครงสร้างบางกลุ่มงานในปัจจุบันไม่เหมาะสมกับการปฏิบัติงานจริง เช่น ควรแยกงานเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ออกจาก กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชน หรือควรแยก งานพัฒนาคุณภาพ ออกจาก งานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

๓.๒ กรรมการหลายท่านมีบทบาทภาระหน้าที่ของกรรมการซ้ำซ้อนกันหลายคณะทำให้การดำเนินงานบางส่วนมีความล่าช้าและอาจไม่เป็นไปตามแผนที่กำหนด

๓.๓ ยังขาดการกำกับติดตาม และการวิเคราะห์ในแผนกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพ

#### ๔. ผลการดำเนินงานคุณภาพในการจัดบริการ

๔.๑ หลังการผ่านการประเมินยังพบปัญหาระบบกำกับติดตาม ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงานในบางเรื่อง

๔.๒ ระบบการวิเคราะห์ข้อมูลที่จะนำมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพในการจัดบริการยังไม่ดีพอ

#### ๕. ความพึงพอใจของประชาชนหรือผู้ใช้บริการ

๕.๑ ยังพบปัญหาข้อร้องเรียนเรื่องพฤติกรรมกรรมการบริการ

## การวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก

### โอกาส (Opportunity)

#### ๑. บุคลากร

๑.๑ นโยบายการพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีคุณภาพโดยศึกษาต่อทั้งในประเทศและต่างประเทศรวมถึงการอบรม ประชุม ศึกษาดูงาน

#### ๒. อุปกรณ์เครื่องมือ สถานที่ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๒.๑ มีเทคโนโลยีความรู้วิทยาการสมัยใหม่รวมถึงเครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัย ช่วยสนับสนุนการทำงานของบุคลากร เช่น CT - scan, U/S, เครื่องวัดลานสายตา, ห้องตรวจการได้ยิน, เครื่องมือการผ่าตัดผ่านกล้อง การรายงานผ่านระบบ LIS, ระบบ PACS, เครื่องบริหารแขนขา เป็นต้น

๒.๒ การพัฒนาความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการของโรงพยาบาลมากขึ้นช่วยในด้านวิชาการ ประชาสัมพันธ์การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ การใช้ QR code เพื่อให้บริการและความรู้แก่ประชาชน, การพัฒนาสื่อความรู้ผ่าน YOU TUBE, มีศูนย์ UMSC ที่ประชาชนสามารถติดต่อสื่อสารโดยตรง เป็นต้น

๒.๓ ประชาชนในชุมชนมีความใกล้ชิดและมีส่วนร่วมในการมีส่วนร่วมในการสนับสนุนกิจกรรมผ่านทางมูลนิธิโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง รวมถึงชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาล

#### ๓. ระบบการทำงาน

๓.๑ มีแผนบริหารราชการและแผนปฏิบัติราชการจากกรุงเทพมหานครและสำนักงานแพทย์ที่เน้นการบูรณาการการทำงานร่วมกันเกื้อหนุนต่อการนำยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ

๓.๒ นโยบายระบบประกันสุขภาพของภาครัฐเอื้อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียมและครอบคลุมทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพและ การป้องกันโรค

๓.๓ นโยบายจ้างเอกชนมาดำเนินการ (Outsource) ในภารกิจบางอย่าง ได้แก่ พนักงานรักษาความปลอดภัย การจ้างเหมาระบบซักผ้าผู้ป่วย ระบบบำรุงรักษาดูแลลิฟท์ การสอบเทียบเครื่องมือแพทย์ระบบบำรุงรักษาระบบคอมพิวเตอร์ ระบบจ้างเหมาการกำจัดแอมलगและปลวก ระบบก๊าซทางการแพทย์ เป็นต้น

๓.๔ ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกรุงเทพมหานคร สำนักงานประกันสังคม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๓.๕ ได้รับเงินสนับสนุนจากหน่วยงานอื่น ๆ เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพลังงาน เป็นต้น

๓.๖ ประชาชนในชุมชนมีความใกล้ชิดและมีส่วนร่วมในการสนับสนุนกิจกรรมผ่านทางมูลนิธิโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

#### ๔. ผลการดำเนินงานคุณภาพในการจัดบริการ

๔.๑ นโยบายให้โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์ผ่านการรับรองมาตรฐานต่าง ๆ และการตรวจสอบจากองค์กรภายนอก ช่วยทำให้โรงพยาบาลมีโอกาสในการพัฒนา ได้แก่ การรับการประเมินมาตรฐานสถานพยาบาลจากสำนักงานประกันสังคม การประเมินการจัดบริการต่าง ๆ เช่น การบริการคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ การประเมินมาตรฐาน GMP ของฝ่ายโภชนาการ การประเมินมาตรฐานรังสีการแพทย์ การจัดการบริการ อาชีวอนามัยและความปลอดภัย ฯลฯ

๔.๒ มีโครงการกระจายความแออัดของผู้ประกันสุขภาพโดยการขยาย OPD นอกโรงพยาบาลเนื่องจากการขึ้นทะเบียนของผู้ใช้บริการสิทธิต่างๆเพิ่มขึ้น

๔.๓ การแข่งขันของภาคเอกชนทำให้เกิดการตื่นตัวในการพัฒนาบริการได้แก่ การจัดตรวจสุขภาพต่างด้าวก่อนเข้าทำงาน

#### ๕. ความพึงพอใจของประชาชนหรือผู้ใช้บริการ

๕.๑ ปัจจุบันเป็นสังคมไร้พรมแดนทำให้ประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพและการรักษาจากสื่อต่าง ๆ เพิ่มขึ้นส่งผลให้ประชาชนมีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพมากขึ้น

๕.๒ มีระบบการประชาสัมพันธ์ผ่านทุกช่องทางเพื่อให้ผู้รับบริการทราบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรงพยาบาลและมีการทำงานร่วมกับชุมชนอย่างใกล้ชิดและได้ความร่วมมืออย่างดีจากชุมชนในพื้นที่

### อุปสรรค (Threat)

#### ๑. บุคลากร

๑.๑ นโยบายการจำกัดการขยายอัตรากำลังบุคลากรภาครัฐ (รายจ่ายหมวดค่าตอบแทนบุคลากรต้องไม่เกินร้อยละ ๔๐ ของงบประมาณรายจ่ายของกรุงเทพมหานคร)

๑.๒ กระบวนการในการพิจารณาและจัดทำกรอบอัตราค่าจ้างไม่ทันต่อการเปลี่ยนแปลงในสถานการณ์ปัจจุบัน

#### ๒. อุปกรณ์เครื่องมือ สถานที่ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๒.๑ สถานที่ตั้งของโรงพยาบาล อยู่ในซอย ถนนแคบเป็นอุปสรรคต่อการขยายอาคารสูงในอนาคต

๒.๒ ภาวะเศรษฐกิจถดถอยทำให้การจัดเก็บรายได้ของ กทม. ลดลง งบประมาณที่ได้รับเงินสนับสนุนจากกรุงเทพมหานครน้อยลงและคาดว่าค่าบริการการเงินผ่านมูลนิธิลดลง ส่งผลให้งบประมาณสนับสนุนทำให้งบประมาณที่จะมาสนับสนุนการดำเนินงานบางส่วนลดลง เช่น การลงทุนกับเครื่องมือที่ทันสมัยมีราคาสูง เป็นต้น

๒.๓ ภาวะเบี้ยปฏิบัติทางด้านการเงิน การพัสดุ การก่อสร้างไม่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน ทำให้เกิดความล่าช้าในกระบวนการจัดซื้อจัดจ้าง

#### ๓. ระบบการทำงาน

๓.๑ นโยบายบางส่วนยังไม่ได้รับงบประมาณสนับสนุน เช่น ระบบการจัดสรรงบประมาณในการจัดซื้อครุภัณฑ์และปรับปรุง/ก่อสร้างอาคารทำให้ไม่เอื้อต่อการขยายบริการ

๓.๒ การเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนเสรีอาจมีผลต่อการเคลื่อนย้ายประชากรและเสี่ยงต่อการเกิดโรคระบาดและโรคอุบัติใหม่ซึ่งอาจมีการแพร่กระจายในโรงพยาบาลส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งผู้ป่วย/ญาติและบุคลากร

๓.๓ พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค ทำให้ประชาชนมีความคาดหวังสูง ทำให้มีปัญหาการร้องเรียน/ฟ้องร้อง

#### **๔. ผลการดำเนินงานคุณภาพในการจัดบริการ**

๔.๑ ปัจจุบันประเทศไทยประสบปัญหาวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรส่งผลให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพอนามัยแม่และเด็กโรงพยาบาลภาครัฐต้องทำงานเชิงรุกเพิ่มขึ้น

๔.๒ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรเป็นสังคมผู้สูงอายุ ทำให้มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น

๔.๓ ประชาชนในพื้นที่ส่วนใหญ่ชาวสวน ค่าขายหรือรับจ้าง ไม่ร่ำรวย และการที่ค่าบริการในโรงพยาบาลเอกชนสูงขึ้น ทำให้มีผู้มาใช้บริการ ในโรงพยาบาลรัฐมากขึ้น

๔.๔ นโยบายให้โรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์ผ่านการรับรองมาตรฐานต่าง ๆ และการตรวจสอบจากองค์กรภายนอกส่งผลให้บุคลากรเกิดความเครียด

#### **๕. ความพึงพอใจของประชาชนหรือผู้ใช้บริการ**

๕.๑ ความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยี และสื่อสารสนเทศที่ทันสมัย ทำให้ประชาชนเข้าถึงแหล่งความรู้ที่หลากหลายและทันสมัย เกิดความคาดหวังสูงขึ้นทั้งในแง่องค์ความรู้และเครื่องมือทำให้เสี่ยงต่อการฟ้องร้องเพิ่มขึ้น

# ยุทธศาสตร์ที่ ๑

พัฒนาระบบบริการสุขภาพและ  
การบริการทางการแพทย์ด้วยมาตรฐานคุณภาพ  
และพัฒนาด้านโรคเฉพาะทาง

## ยุทธศาสตร์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพและการบริการทางการแพทย์ด้วยมาตรฐานคุณภาพและพัฒนาด้านโรคเฉพาะทาง

### เป้าหมายหลัก : ระบบบริการสุขภาพและระบบบริการทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐาน ผู้รับบริการปลอดภัย

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

\*\*\*\*\*

#### เป้าประสงค์ที่ ๑.๑ การบริหารจัดการด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่ได้มาตรฐาน และปลอดภัย

- กลยุทธ์ที่ ๑.๑.๑ พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติที่ดีต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล
- จำนวน ๒ ตัวชี้วัด ประกอบด้วย
- ตัวชี้วัดที่ ๑ ร้อยละคะแนนเฉลี่ยผลสำรวจการวินิจฉัยองค์กรของบุคลากรในโรงพยาบาล
- ตัวชี้วัดที่ ๒ บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบคุณภาพโรงพยาบาลภายในองค์กร

กลยุทธ์ที่ ๑.๑.๒ พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ตามแนวทางมาตรฐาน HA

จำนวน ๓ ตัวชี้วัด ประกอบด้วย

ตัวชี้วัดที่ ๓ จำนวนครั้งของการเยี่ยมสำรวจคุณภาพภายในของทุกทีมนำ

ตัวชี้วัดที่ ๔ จำนวนครั้งของการทบทวนเวชระเบียนตาม Trigger ของทีม PCT

ตัวชี้วัดที่ ๕ จำนวนครั้งที่มีการนำตัวชี้วัดไปเทียบเคียงผลงานในกลุ่มโรคสำคัญ หรือ ระบบงานสำคัญกับหน่วยงานภายนอก

กลยุทธ์ที่ ๑.๑.๓ ยกระดับการพัฒนาระบบการคุณภาพโรงพยาบาลในระดับที่สูงขึ้น และพัฒนาความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านโรคเฉพาะทาง ผ่าน DSC

จำนวน ๕ ตัวชี้วัด ประกอบด้วย

ตัวชี้วัดที่ ๖ ร้อยละความสำเร็จในการผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพ Re – Accreditation Survey (HA)

ตัวชี้วัดที่ ๗ ร้อยละความสำเร็จในการผ่านการประเมินรับรองเฉพาะโรค Disease Specific Certification (DSC)

ตัวชี้วัดที่ ๘ อัตราตัวชี้วัดคุณภาพที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล (THIP II) ผ่านเกณฑ์ค่าเฉลี่ย

ตัวชี้วัดที่ ๙ ร้อยละความสำเร็จในการผ่านการรับรองการประเมินระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการตามมาตรฐานเทคนิคการแพทย์  
ตัวชี้วัดที่ ๑๐ ร้อยละความสำเร็จในการผ่านการรับรองการประเมินคุณภาพและมาตรฐานบริการตามเกณฑ์มาตรฐานห้องปฏิบัติการ  
ทางการแพทย์ ด้านรังสีวินิจฉัย

## เป้าประสงค์ที่ ๑.๒ สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร

กลยุทธ์ที่ ๑.๒.๑ เพิ่มประสิทธิภาพระบบบริหารจัดการความเสี่ยง โดยมุ่งเน้นบริหารความเสี่ยงเชิงรุก

จำนวน ๕ ตัวชี้วัด ประกอบด้วย

- ตัวชี้วัดที่ ๑๑ ร้อยละของคะแนนเฉลี่ยผลสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรในโรงพยาบาล  
ตัวชี้วัดที่ ๑๒ จำนวนครั้งของการจัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน  
ตัวชี้วัดที่ ๑๓ อัตราความครอบคลุมการรายงานความเสี่ยงภาพรวมของหน่วยงาน  
ตัวชี้วัดที่ ๑๔ อัตราความครอบคลุมการรายงานความเสี่ยงของหน่วยงานตนเอง Self report  
ตัวชี้วัดที่ ๑๕ ร้อยละอุบัติการณ์ระดับสูงขึ้นไป ได้รับการทำการทบทวนและปรับปรุงแก้ไข

## เป้าประสงค์ที่ ๑.๓ พัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use)

กลยุทธ์ที่ ๑.๓.๑ ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพื่อให้เกิดความคุ้มค่า ปลอดภัยในการใช้ยา ลดการเกิดเชื้อดื้อยา และลดการป่วยจากเชื้อดื้อยา

จำนวน ๖ ตัวชี้วัด ประกอบด้วย

- ตัวชี้วัดที่ ๑๖ ผ่านการประเมินระดับโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล  
ตัวชี้วัดที่ ๑๗ ร้อยละของการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด  
ตัวชี้วัดที่ ๑๘ ร้อยละของการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยที่ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนในผู้ป่วยนอก (Upper respiratory tract infections)  
ตัวชี้วัดที่ ๑๙ ร้อยละของการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยที่มีภาวะอุจจาระร่วงเฉียบพลัน  
ตัวชี้วัดที่ ๒๐ ร้อยละของการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ  
ตัวชี้วัดที่ ๒๑ ร้อยละของการจัดการการดื้อยา (AMR) : กรณีเป็นโรงพยาบาล ระดับ M๑ (อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือด)

**ยุทธศาสตร์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพและการบริการทางการแพทย์ด้วยมาตรฐานคุณภาพ และพัฒนาด้านโรคเฉพาะทาง**

**เป้าหมายหลัก : ระบบบริการสุขภาพและระบบบริการทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐาน ผู้รับบริการปลอดภัย**

เป้าประสงค์ที่ ๑.๑ การบริหารจัดการด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่ได้มาตรฐานและปลอดภัย

กลยุทธ์ที่ ๑.๑.๑ พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้ความเข้าใจและทัศนคติที่ดีต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๑	ร้อยละคะแนนเฉลี่ยผลสำรวจการวินิจฉัยองค์กรของบุคลากรในโรงพยาบาล	ร้อยละ	> ๘๐	> ๘๐	> ๘๕	> ๘๕	เป็นการสำรวจความคิดเห็น/ ทัศนคติของบุคลากรในโรงพยาบาลที่มีต่อการพัฒนาองค์กร	จากแบบสำรวจความคิดเห็น โดยนำผลรวมคะแนนการสำรวจการวินิจฉัยขององค์กรของบุคลากรคูณด้วย ๑๐๐ หารด้วยคะแนนเต็มของแบบสำรวจ	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ/ ทุกหน่วยงาน
๒	บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล  สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๕	ร้อยละ	≥ ๘๐	≥ ๘๐	≥ ๘๕	≥ ๘๕	เป็นการทดสอบความรู้ความเข้าใจของบุคลากรในด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลจากการเข้าร่วมโครงการหรือกิจกรรมให้ความรู้	จากแบบทดสอบความรู้ความเข้าใจในเนื้อหาของโครงการ/กิจกรรมให้ความรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากร Post - test มากกว่าหรือเท่ากับ Pre - test	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ/ ทุกหน่วยงาน

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)					หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการโครงการ/กิจกรรม
		รวม	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐	ปี ๒๕๗๑	
๑	กิจกรรมสำรวจการวินิจฉัยองค์กรของบุคลากรในโรงพยาบาลผ่านระบบออนไลน์ (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑)	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ
๒	กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลด้วยระบบเครือข่ายกรุงเทพมหานคร (Quality Learning Network : QLN) (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑) (เงินบำรุงฯ)	๓๐,๐๐๐	๗,๕๐๐	๗,๕๐๐	๗,๕๐๐	๗,๕๐๐	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ ฯ
๓	กิจกรรมส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการพัฒนาคุณภาพภายนอกองค์กร (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑) (เงิน กทม. และเงินบำรุงฯ) (TN๒) สอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๕	๔๗๒,๗๘๓	๘๔,๓๙๙	๑๓๗,๕๘๖	๑๑๐,๗๙๘	๑๔๐,๐๐๐	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ
๔	โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มศักยภาพบุคลากรด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ขั้นพื้นฐาน ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ ๕ (ปี ๒๕๖๘) (เงิน กทม. หรือ เงินบำรุงฯ) (TN๑) สอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๕	๗๐,๘๐๐	๒๔,๘๐๐ (กลุ่มเป้าหมาย ๖๐ คน)	๒๑,๒๐๐ (กลุ่มเป้าหมาย ๖๐ คน)	-	๒๔,๘๐๐ (กลุ่มเป้าหมาย ๖๐ คน)	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ
๕	โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มศักยภาพบุคลากรด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ สนับสนุนบริการทางการแพทย์ (ปี ๒๕๗๐) (เงิน กทม. หรือ เงินบำรุงฯ) (TN๑) สอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๕	๘๘,๖๒๕	-	-	๘๘,๖๒๕ (กลุ่มเป้าหมาย ๕๖ คน)	-	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ (ต่อ)

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)					หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการโครงการ/กิจกรรม
		รวม	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐	ปี ๒๕๗๑	
๖	โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มศักยภาพบุคลากรด้านการรายงานประเมินตนเอง (SAR) ฉบับ ๒๐๒๒ ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ ๕ (ปี ๒๕๖๘,๒๕๗๑) (เงิน กทม.หรือ เงินบำรุงฯ) (TN๑) สอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ สทพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๕	๕๗,๐๐๐	๒๐,๒๐๐ (กลุ่มเป้าหมาย ๕๕ คน)	-	-	๒๐,๒๐๐ (กลุ่มเป้าหมาย ๕๖ คน)	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ
๗	โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มศักยภาพบุคลากรด้านการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ประเทศไทย (ปี ๒๕๖๙) (เงิน กทม.) (TN๑) สอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ สทพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๕	๓๔,๖๐๐	-	๓๔,๖๐๐ (กลุ่มเป้าหมาย ๕๐ คน)	-	-	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ
๘	โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มศักยภาพบุคลากรด้านการพัฒนาคุณภาพตามรอยคุณภาพของโรงพยาบาล (ปี ๒๕๖๙,๒๕๗๑) (เงิน กทม.) (TN๑) สอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ สทพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๕	๖๗,๒๐๐	-	๓๓,๖๐๐ (กลุ่มเป้าหมาย ๘๐ คน)	-	๓๓,๖๐๐ (กลุ่มเป้าหมาย ๘๐ คน)	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ
๙	โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มศักยภาพบุคลากรด้าน Risk Management/Risk Register Coordination (ปี ๒๕๗๐-๒๕๗๑) (เงิน กทม.) (TN๑) สอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ สทพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๕	๖๒,๔๐๐	-	-	๓๑,๒๐๐ (กลุ่มเป้าหมาย ๕๐ คน)	๓๑,๒๐๐ (กลุ่มเป้าหมาย ๕๐ คน)	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ

กลยุทธ์ที่ ๑.๑.๒ พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ตามแนวทางมาตรฐาน HA  
 ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๓	จำนวนครั้งของการเยี่ยมสำรวจคุณภาพภายในของทุกทีมนำ	ครั้ง	๒	๒	๒	๒	เป็นการเยี่ยมสำรวจความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานต่าง ๆ ภายในโรงพยาบาล	นับจำนวนครั้งของการเยี่ยมสำรวจคุณภาพภายใน	คณะกรรมการ Lead team/คณะกรรมการ PCT ทุกทีม/ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ ฯ
๔	จำนวนครั้งของการทบทวนเวชระเบียนตาม Trigger ของทีม PCT	ครั้ง/ทีม	๕	๕	๕	๕	เป็นการทบทวนคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย ตามอุบัติการณ์สำคัญ ๆ ที่เกิดขึ้นมาแล้ว เช่น เสียชีวิต/ส่งต่อ/ย้ายผู้ป่วยเข้า ICU โดยไม่วางแผน/ กลับมารักษาซ้ำ โดยไม่วางแผน เป็นต้น	นับจำนวนครั้งของการทบทวนเวชระเบียนของทุกทีม PCT	คณะกรรมการ Lead team/คณะกรรมการ PCT ทุกทีม / กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ ฯ
๕	จำนวนครั้งที่มีการนำตัวชี้วัดไปเทียบเคียงผลงานในกลุ่มโรคสำคัญหรือ ระบบงานสำคัญกับหน่วยงานภายนอก	ครั้ง/ทีม	๒	๒	๒	๒	เป็นการเทียบเคียงผลลัพธ์การดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลกับองค์กรภายนอก	นับจำนวนครั้งของการนำตัวชี้วัดคุณภาพไปเทียบเคียงกับองค์กรภายนอก	คณะกรรมการ Lead team/คณะกรรมการ PCT ทุกทีม / กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ ฯ

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)					หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการโครงการ/กิจกรรม
		รวม	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐	ปี ๒๕๗๑	
๑	กิจกรรมการเยี่ยมสำรวจคุณภาพภายในของ ทุกทีมนำ (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑)	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ
๒	กิจกรรมการทบทวนเวชระเบียนตาม Trigger ของทีม PCT (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑)	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ

กลยุทธ์ที่ ๑.๑.๓ ยกระดับการพัฒนากระบวนการคุณภาพโรงพยาบาลในระดับที่สูงขึ้น และพัฒนาความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านโรคเฉพาะทาง ผ่าน DSC

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๖	ร้อยละความสำเร็จในการผ่านการ รับรองกระบวนการคุณภาพ โรงพยาบาล Re – Accreditation Survey (HA) ครั้งที่ ๕ (๒๕๖๙) - ส่งเอกสารให้ สรพ. ภายในเดือน มี.ค.๖๙ - รับการประเมินภายในเดือน พ.ย.๖๙ <b>สอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ สรพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๕</b>	ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐ Re – Accreditation Survey ครั้งที่ ๕	๑๐๐	๑๐๐	เป็นการตรวจประเมินการ รับรองกระบวนการพัฒนา คุณภาพโรงพยาบาล Re – Accreditation Survey (HA) ครั้งที่ ๕ (๒๕๖๙) โดยสถาบันรับรองคุณภาพ สถานพยาบาล (องค์การมหาชน)	ได้รับการรับรอง กระบวนการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาล Re – Accreditation Survey (HA) จากสถาบันรับรอง คุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)	คณะกรรมการ Lead team / คณะกรรมการ PCT ทุกทีม / กลุ่มงานพัฒนา คุณภาพ ฯ
๗	ร้อยละความสำเร็จในการผ่านการ ประเมินรับรองเฉพาะโรค Disease Specific Certification (DSC)	ร้อยละ	๑๐๐ (HIV/STI) ซ้ำ ครั้งที่ ๑	-	๑๐๐ (Preterm)	๑๐๐ (ออร์โธ ปิกติกส์)	เป็นการตรวจประเมิน มาตรฐานการดูแลผู้ป่วย เฉพาะโรค ได้แก่	ได้รับการตรวจประเมิน จากองค์กรภายนอก และได้รับการรับรอง	คณะกรรมการ HIV/STI

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
	- ปี ๒๕๖๘ ประเมิน DSC - HIV/STI ข้ำ - ปี ๒๕๖๙ ไม่ได้ประเมิน DSC - ปี ๒๕๗๐ ประเมิน DSC - Preterm - ปี ๒๕๗๑ ประเมิน DSC - ออร์โธปิดิกส์  สอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๒						สำหรับระบบการดูแลรักษา ผู้ป่วย HIV/STI, Preterm, ออร์โธปิดิกส์	มาตรฐานการดูแล รักษาในโรคดังกล่าว	คณะกรรมการ PCT ด้านอายุรกรรม ศัลยกรรม ออร์โธปิดิกส์ กุมารเวชกรรม เวชศาสตร์ฉุกเฉินฯ สูติ - นรีเวชกรรม ฝ่ายโภชนาการ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ
๘	อัตราตัวชี้วัดคุณภาพที่เข้าร่วม โครงการพัฒนาระบบสารสนเทศ เปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพ โรงพยาบาล (THIP II) ผ่านเกณฑ์ ค่าเฉลี่ย  สอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๕	ร้อยละ	๘๐	๘๓	๘๕	๘๕	ตัวชี้วัดคุณภาพที่เข้าร่วม โครงการ THIP ทุกตัวชี้วัด สามารถเปรียบเทียบระดับ การวัดคุณภาพของ โรงพยาบาลได้ในเกณฑ์ มาตรฐานสากล หรือ KPI ที่สำนักงานแพทย์กำหนด	จำนวน KPI ที่เข้าร่วม โครงการ THIP ผ่าน เกณฑ์มาตรฐานสากล คุณด้วย ๑๐๐ หาก ด้วยจำนวน KPI ที่เข้า โครงการ THIP ทั้งหมด	คณะกรรมการ Lead team / คณะกรรมการ PCT ทุกทีม / กลุ่มงานพัฒนา คุณภาพ ฯ
๙	ร้อยละความสำเร็จในการผ่านการ รับรองการประเมินระบบคุณภาพ ห้องปฏิบัติการตามมาตรฐาน เทคนิคการแพทย์	ร้อยละ	-	๑๐๐	-	-	เป็นการตรวจประเมินระบบ คุณภาพตามมาตรฐานงาน เทคนิคการแพทย์ ปี ๒๕๖๐ จากสภาเทคนิคการแพทย์ ในทุก ๓ ปี	ได้รับการตรวจประเมิน ระบบคุณภาพตาม มาตรฐานงานเทคนิค - การแพทย์และได้รับ การรับรองมาตรฐาน จากสภาเทคนิคการแพทย์	กลุ่มงานชั้นสูต โรคกลางและ ธนาคารเลือด

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๑๐	ร้อยละความสำเร็จในการผ่านรับรองการประเมินคุณภาพและมาตรฐานบริการตามเกณฑ์มาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ ด้านรังสีวินิจฉัย	ร้อยละ	-	-	๑๐๐	-	เป็นการตรวจประเมินระบบคุณภาพตามมาตรฐานงานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ ด้านรังสีวินิจฉัย จากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ในทุก ๆ ๓ ปี	ได้รับการตรวจประเมินระบบคุณภาพตามมาตรฐานงานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ ด้านรังสีวินิจฉัย และได้รับการรับรองมาตรฐานจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข	กลุ่มงานรังสีวิทยา

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)					หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการโครงการ/กิจกรรม
		รวม	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐	ปี ๒๕๗๑	
๑	กิจกรรมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (HA) (ปี ๒๕๖๘ - ๒๕๗๑) (เงินบำรุงฯ) สอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๕	๑๔๔,๐๐๐	ไม่มีงบประมาณ	๑๔๔,๐๐๐ (ประเมินฯ ซ้ำ ครั้งที่ ๕)	ไม่มีงบประมาณ	ไม่มีงบประมาณ	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ ฯ
๒	โครงการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลสู่การประเมินโรคหรือระบบ (Disease Specific Certification – DSC) สำหรับการต่ออายุการรับรองเฉพาะโรค การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Re - Accreditation Survey DSC HIV & STI ซ้ำ) ครั้งที่ ๑ (ปี ๒๕๖๘) (เงินบำรุงฯ) สอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๒	๗๕,๐๐๐	๗๕,๐๐๐	-	-	-	คณะกรรมการ HIV/STI คณะกรรมการ PCT ด้านอายุรกรรม กลุ่มงานสูติ – นรีเวชกรรม กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชนฯ ฝ่ายโภชนาการ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ ฯ

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ (ต่อ)

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)					หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการโครงการ/กิจกรรม
		รวม	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐	ปี ๒๕๗๑	
๓	โครงการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลสู่การประเมิน โรคหรือระบบ (Disease Specific Certification - DSC) สำหรับระบบการดูแลรักษา กลุ่มเสี่ยง Preterm (ปี ๒๕๗๐) (เงินบำรุงฯ) สอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๒	๗๕,๐๐๐			๗๕,๐๐๐		คณะกรรมการ PCT ด้านสูติ - นรีเวชกรรม, กุมารเวชกรรม กลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพ ฯ
๔	โครงการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลสู่การประเมิน โรคหรือระบบ (Disease Specific Certification - DSC) สำหรับระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยออโรโธปีติกส์ (ปี ๒๕๗๑) (เงินบำรุงฯ) สอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๒	๗๕,๐๐๐	-	-	-	๗๕,๐๐๐	คณะกรรมการ PCT ด้าน ออโรโธปีติกส์ กลุ่มงานเวชกรรม ฟื้นฟู กลุ่มงานรังสีวิทยา กลุ่มงานชันสูตรโรคกลาง ฯ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ ฯ
๕	โครงการพัฒนาระบบสารสนเทศเปรียบเทียบ วัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล (THIP) ของสถาบัน - รับรองคุณภาพสถานพยาบาล (ปี ๒๕๖๘ - ๒๕๗๑) (เงินบำรุงฯ) สอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๒	๖๐,๐๐๐	๑๕,๐๐๐	๑๕,๐๐๐	๑๕,๐๐๐	๑๕,๐๐๐	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ ฯ
๖	กิจกรรมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (HA) Surveillance (ปี ๒๕๖๘ - ๒๕๗๑) (เงินบำรุงฯ) สอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๒	๑๔๔,๐๐๐	๓๖,๐๐๐	๓๖,๐๐๐	๓๖,๐๐๐	๓๖,๐๐๐	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ ฯ
๗	กิจกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย (ปี ๒๕๖๘ - ๒๕๗๑)	ไม่มีงบประมาณ	ไม่มีงบประมาณ	ไม่มีงบประมาณ	ไม่มีงบประมาณ	ไม่มีงบประมาณ	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ ฯ

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ (ต่อ)

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)					หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการโครงการ/กิจกรรม
		รวม	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐	ปี ๒๕๗๑	
๘	กิจกรรมทบทวนตัวชี้วัดคุณภาพที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน (๒ ครั้งต่อปี) (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑)	ไม่มีงบประมาณ	ไม่มีงบประมาณ	ไม่มีงบประมาณ	ไม่มีงบประมาณ	ไม่มีงบประมาณ	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ ฯ
๙	กิจกรรมการขอรับรองการประเมินระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการตามมาตรฐานเทคนิคการแพทย์ ๒๕๖๐ (ปี ๒๕๖๙) (เงินบำรุงฯ)	๑๗,๐๐๐	-	๑๗,๐๐๐	-	-	กลุ่มงานชั้นสูตรโรคกลางและธนาคารเลือด
๑๐	กิจกรรมการขอรับรองการประเมินระบบคุณภาพตามมาตรฐานงานห้องปฏิบัติงานทางการแพทย์ ด้านรังสีวินิจฉัย (ปี ๒๕๗๐) (เงินบำรุงฯ)	๑๐,๐๐๐	-	-	๑๐,๐๐๐	-	กลุ่มงานรังสีวิทยา

เป้าประสงค์ที่ ๑.๒ สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร

กลยุทธ์ที่ ๑.๒.๑ เพิ่มประสิทธิภาพระบบบริหารจัดการความเสี่ยง โดยมุ่งเน้นบริหารความเสี่ยงเชิงรุก

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๑๑	ร้อยละของคะแนนเฉลี่ยผลสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรในโรงพยาบาล	ร้อยละ	≥๗๕	≥๗๕	≥๘๐	≥๘๐	เป็นการสำรวจความคิดเห็น/ทัศนคติ ของบุคลากรในโรงพยาบาลที่เกี่ยวกับระบบการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล	จากแบบสำรวจความคิดเห็น โดยคำนวณจากผลรวมคะแนนการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัย คูณด้วย ๑๐๐หารด้วยคะแนนเต็มของแบบสำรวจ	คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง (RM) /กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ/ทุกฝ่าย/กลุ่มงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๑๒	จำนวนครั้งของการจัดกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการบริหารจัดการความเสี่ยงของหน่วยงาน	ครั้ง	๒	๒	๒	๒	เป็นการจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน / สร้างแรงจูงใจ + กระตุ้นการพัฒนาคุณภาพ	นับจำนวนครั้งของการจัดกิจกรรมให้ความรู้ในรอบปีงบประมาณ	คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง (RM) / กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ/ ทุกฝ่าย/กลุ่มงาน
๑๓	อัตราความครอบคลุมการรายงานความเสี่ยงภาพรวมของหน่วยงาน <u>กำหนดเกณฑ์ขั้นต่ำ</u> ทั่วไป : อย่างน้อย ๒ ฉบับ/ เดือน/ หน่วยงาน คลินิก : อย่างน้อย ๓ ฉบับ/ เดือน/ หน่วยงาน	ร้อยละ	≥๘๕	≥๘๕	≥๘๘	≥๘๘	เป็นการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของแต่ละหน่วยงาน <u>กำหนดเกณฑ์ขั้นต่ำ</u> ทั่วไป : อย่างน้อย ๒ ฉบับ/ เดือน/ หน่วยงาน คลินิก : อย่างน้อย ๓ ฉบับ/ เดือน/ หน่วยงาน	จำนวนหน่วยงานที่มีการรายงานความเสี่ยงตามข้อกำหนด คุณด้วย ๑๐๐ ทหารด้วย จำนวนหน่วยงานทั้งหมด	คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง (RM) / กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ/ ทุกฝ่าย/กลุ่มงาน
๑๔	อัตราความครอบคลุมการรายงานความเสี่ยงของหน่วยงานตนเอง (Self – report) <u>กำหนดเกณฑ์ขั้นต่ำ</u> ทั่วไป : อย่างน้อย ๑ ฉบับ/ เดือน/ หน่วยงาน คลินิก : อย่างน้อย ๒ ฉบับ/ เดือน/ หน่วยงาน	ร้อยละ	≥๘๐	≥๘๒	≥๘๕	≥๘๘	เป็นการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของแต่ละหน่วยงาน <u>กำหนดเกณฑ์ขั้นต่ำ</u> ทั่วไป : อย่างน้อย ๑ ฉบับ/ เดือน/ หน่วยงาน คลินิก : อย่างน้อย ๒ ฉบับ/ เดือน/ หน่วยงาน	จำนวนหน่วยงานที่มีการรายงานความเสี่ยงของหน่วยงานตนเอง (Self – report) ตามข้อกำหนด คุณด้วย ๑๐๐ ทหารด้วยจำนวนหน่วยงานทั้งหมด	คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง (RM) / กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ/ ทุกฝ่าย/กลุ่มงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๑๕	ร้อยละอุบัติการณ์ระดับสูงขึ้นไป ได้รับการทำการทบทวนและ ปรับปรุงแก้ไข	ร้อยละ	≥๘๕	≥๘๕	≥๘๕	≥๘๕	เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความ เสี่ยงในระดับที่รุนแรง	จำนวนอุบัติการณ์ ระดับ E และ ๓ ขึ้นไป ที่ได้ทำ RCA คุณด้วย ทั้งหมด	คณะกรรมการ บริหารความเสี่ยง (RM) /กลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพ/ ทุกฝ่าย/กลุ่มงาน

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)					หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
		รวม	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐	ปี ๒๕๗๑	
๑	กิจกรรมการทอแบบสำรวจวัฒนธรรม ความปลอดภัยของบุคลากรในโรงพยาบาล ผ่านระบบออนไลน์ (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑)	ไม่มีงบประมาณ	ไม่มีงบประมาณ	ไม่มีงบประมาณ	ไม่มีงบประมาณ	ไม่มีงบประมาณ	คณะกรรมการบริหาร ความเสี่ยง (RM) ร่วมกับ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ ฯ
๒	กิจกรรมพัฒนาระบบบริหารจัดการความเสี่ยง (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑)	ไม่มีงบประมาณ	ไม่มีงบประมาณ	ไม่มีงบประมาณ	ไม่มีงบประมาณ	ไม่มีงบประมาณ	คณะกรรมการบริหารความ เสี่ยง (RM) ร่วมกับ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ ฯ
๓	โครงการหรือกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เรื่อง การบริหารความเสี่ยง (ปี ๒๕๖๘ และ ปี ๒๕๗๑) (เงินบำรุงฯ)	๓๓,๖๐๐	๑๖,๘๐๐	-	๑๖,๘๐๐	-	คณะกรรมการบริหารความ เสี่ยง (RM) ร่วมกับ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ ฯ
๔	กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เรื่อง การบริหาร ความเสี่ยงการลงข้อมูลระบบ NRLS และการ ใช้ประโยชน์จากการข้อมูลในระบบ NRLS (ปี ๒๕๖๙ และ ปี ๒๕๗๐)	ไม่มีงบประมาณ	-	ไม่มีงบประมาณ	-	ไม่มีงบประมาณ	คณะกรรมการบริหารความ เสี่ยง (RM) ร่วมกับ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ ฯ

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ (ต่อ)

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)					หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
		รวม	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐	ปี ๒๕๗๑	
๕	กิจกรรม RM Quality round ตามรอยการบริหารความเสี่ยงที่หน้างานตามจุดเน้นความเสี่ยงขององค์กร (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑)	ไม่มีงบประมาณ	ไม่มีงบประมาณ	ไม่มีงบประมาณ	ไม่มีงบประมาณ	ไม่มีงบประมาณ	คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง (RM) ร่วมกับกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ ฯ
๖	กิจกรรมการประชุมเพื่อติดตามงานการบริหารความเสี่ยงของทุกทีมนำ (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑)	ไม่มีงบประมาณ	ไม่มีงบประมาณ	ไม่มีงบประมาณ	ไม่มีงบประมาณ	ไม่มีงบประมาณ	คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง (RM) ร่วมกับกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ ฯ

เป้าประสงค์ที่ ๑.๓ พัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use)

กลยุทธ์ที่ ๑.๓.๑ ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพื่อให้เกิดความคุ้มค่า ปลอดภัยในการใช้ยา ลดการเกิดเชื้อดื้อยา และลดการป่วยจากเชื้อดื้อยา

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๑๖	ร้อยละความสำเร็จในการผ่านการประเมินระดับโรงพยาบาล ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	ร้อยละ	> ๘๐	> ๙๐	> ๙๐	> ๙๐	ดำเนินการพัฒนาระบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และดำเนินงานตามตัวชี้วัด RDU ให้เป็นไปตามที่กำหนดของคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	จำนวนตัวชี้วัด RDU ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินในปีงบประมาณนั้น ๆ คูณด้วย ๑๐๐หารด้วยจำนวนตัวชี้วัด RDU ที่กำหนดทั้งหมดในปีงบประมาณนั้น ๆ	กลุ่มงานเภสัชกรรม

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๑๗	ร้อยละของการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิง คลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด	ร้อยละ	<๑๕	<๑๕	<๑๕	<๑๕	๑) หญิงคลอดปกติครบ กำหนดทางช่องคลอด หมายถึง ผู้หญิงคลอดทารก ครบกำหนดทางช่องคลอด ด้วยวิธีปกติ (หมายเหตุ : ยา ปฏิชีวนะอาจมีประโยชน์ใน รายที่มีการฉีกขาดของฝีเย็บ ระดับที่ ๓ หรือ ๔ โดยให้ ยาปฏิชีวนะชนิดฉีดก่อน การเย็บแผลที่ฉีกขาด) ๒) ยาปฏิชีวนะ หมายถึง ยากลุ่ม ATC JO๑ ทั้งชนิด รับประทานและชนิดฉีด ๓) เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยใน (AN) ระบุโรคตาม ICD – ๑๐ ที่กำหนด	ตัวชี้วัดทุกตัวอ้างอิงมา จากตัวชี้วัด RDU ของ กระทรวงสาธารณสุข สูตร (A/B) x ๑๐๐ A = จำนวนครั้งของ สตรีคลอดปกติครบ กำหนดที่ได้รับยาปฏิชีวนะ B = จำนวนครั้งของ สตรีคลอดปกติครบ กำหนดทั้งหมด	กลุ่มงานสูติ – นรีเวชกรรม ร่วมกับ กลุ่มงาน เภสัชกรรม (รายงานผล)
๑๘	ร้อยละของการใช้ยาปฏิชีวนะใน ผู้ป่วยที่ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน ในผู้ป่วยนอก (Upper respiratory tract infections)	ร้อยละ	≤๓๐	≤๓๐	≤๓๐	≤๓๐	๑) ยาปฏิชีวนะ (Indication) หมายถึง ยาที่มีฤทธิ์ฆ่าเชื้อ หรือยับยั้งเชื้อแบคทีเรีย ใช้ ในการรักษาหรือป้องกันโรค ที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย	ตัวชี้วัดทุกตัวอ้างอิงมา จากตัวชี้วัด RDU ของ กระทรวงสาธารณสุข สูตร (A/B) x ๑๐๐	กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก กลุ่มงาน อายุรกรรม (GP) ร่วมกับ กลุ่มงาน เภสัชกรรม (รายงานผล)

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
							๒) ผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน (Upper Respiratory Infection : UR) หมายถึง ผู้ป่วย (เฉพาะผู้ป่วยนอก) ที่ป่วยในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนซึ่งมี Pdx ตามรหัสโรค ICD – ๑๐ ที่กำหนด	A = จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วย URI ที่ได้รับยาปฏิชีวนะในช่วง ๖ เดือน B = จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วย URI ทั้งหมดในช่วงเวลาเดียว	กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก กลุ่มงานอายุรกรรม (GP) ร่วมกับ กลุ่มงานเภสัชกรรม (รายงานผล)
๑๙	ร้อยละของการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยที่มีภาวะอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	ร้อยละ	≤๒๐	≤๒๐	≤๒๐	≤๒๐	๑) ยาปฏิชีวนะ (Indication) หมายถึง ยาที่มีฤทธิ์ฆ่าเชื้อหรือยับยั้งเชื้อแบคทีเรีย ใช้ในการรักษาหรือป้องกันโรคที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย ๒) ผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute diarrhea : AD) หมายถึงผู้ป่วย (เฉพาะผู้ป่วยนอก) ที่ป่วยในกลุ่มโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ซึ่งมี Pdx ตาม ICD – ๑๐ ที่กำหนด	ตัวชี้วัดทุกตัวอ้างอิงมาจากตัวชี้วัด RDU ของกระทรวงสาธารณสุข สูตร (A/B) x ๑๐๐ A = จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วย (Acute diarrhea : AD) ที่ได้รับยาปฏิชีวนะในช่วง ๖ เดือน B = จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วย (Acute diarrhea : AD) ทั้งหมดในช่วงเวลาเดียว	กลุ่มงานอายุรกรรม (GP) กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉินฯ ร่วมกับ กลุ่มงานเภสัชกรรม (รายงานผล)

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๒๐	ร้อยละของการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ	ร้อยละ	≤๕๐	≤๕๐	≤๕๐	≤๕๐	๑) บาดแผลสดจากอุบัติเหตุ หมายถึง บาดแผลสดจากอุบัติเหตุที่เกิด ภายใน ๖ ชั่วโมง ก่อนได้รับการรักษา ๒) ยาปฏิชีวนะ หมายถึง ยากลุ่ม ATC๐๑ ยาชนิดรับประทานหรือยาฉีด ๓) เก็บข้อมูลการมารับบริการจากแผนกผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน ระบุโรคตาม ICD – ๑๐ ที่กำหนด	ตัวชี้วัดทุกตัวอ้างอิงมาจากตัวชี้วัด RDU ของกระทรวงสาธารณสุข สูตร (A/B) x ๑๐๐ A = จำนวนครั้งของ ผู้ป่วยนอกบาดแผลสดจากอุบัติเหตุที่ได้รับยาปฏิชีวนะ B = จำนวนครั้งของ ผู้ป่วยนอกบาดแผลสดจากอุบัติเหตุทั้งหมด	ฝ่ายการพยาบาล (ER) กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉินฯ ร่วมกับ กลุ่มงานเภสัชกรรม (รายงานผล)
๒๑	ร้อยละของการจัดการการดื้อยา (AMR) : กรณีเป็นโรงพยาบาลระดับ M๑ (อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือด)	เทียบ อัตรา จากปี ที่ผ่านมา	ลดลง ร้อยละ ๑๐ จาก ปี ๒๕๖๗	ลดลง ร้อยละ ๑๐ จาก ปี ๒๕๖๘	ไม่ เพิ่มขึ้น จาก ปี ๒๕๖๙	ไม่ เพิ่มขึ้น จาก ปี ๒๕๗๐	อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดเพื่อเฝ้าระวังการติดเชื้อยาด้านจุลชีพโดยมีแหล่งข้อมูลจากฐานข้อมูลทางห้องปฏิบัติการจุลชีพ วิทยาลัยคลินิก	จำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดจากแบคทีเรียดื้อยา ๘ ชนิด ที่ดื้อยา คุณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรีย ๘ ชนิดในกระแสเลือด	ทุกหน่วยงานใน องค์กรแพทย์ ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มงานชันสูตร โรคกลาง ฯ ร่วมกับ กลุ่มงาน เภสัชกรรม (รายงานผล)

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)					หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
		รวม	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐	ปี ๒๕๗๑	
๑	กิจกรรมพัฒนาระบบสารสนเทศโรงพยาบาลให้เอื้อต่อการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลและการใช้ยาต้านจุลชีพ (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑)	ไม่มีงบประมาณ	ไม่มีงบประมาณ	ไม่มีงบประมาณ	ไม่มีงบประมาณ	ไม่มีงบประมาณ	กลุ่มงานเภสัชกรรมร่วมกับฝ่ายวิชาการและแผนงาน (IT)
๒	กิจกรรมพัฒนาการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลในผู้ป่วยที่มีภาวะออกจากระวังเฉียบพลัน (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑)	ไม่มีงบประมาณ	ไม่มีงบประมาณ	ไม่มีงบประมาณ	ไม่มีงบประมาณ	ไม่มีงบประมาณ	องค์กรแพทย์ร่วมกับกลุ่มงานเภสัชกรรม
๓	กิจกรรมพัฒนาระยะเวลารอคอยผลการเพาะเชื้อแบคทีเรีย ภายใน ๗๒ ชั่วโมง (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑)	ไม่มีงบประมาณ	ไม่มีงบประมาณ	ไม่มีงบประมาณ	ไม่มีงบประมาณ	ไม่มีงบประมาณ	กลุ่มงานเภสัชกรรม
๔	กิจกรรมพัฒนาระบบเชื่อมโยงข้อมูลผลเชื้อดีดยาจากผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจนอกโรงพยาบาลให้สามารถเข้าถึงข้อมูลมายังระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑)	ไม่มีงบประมาณ	ไม่มีงบประมาณ	ไม่มีงบประมาณ	ไม่มีงบประมาณ	ไม่มีงบประมาณ	กลุ่มงานชั้นสูตรโรคกลางและธนาคารเลือดร่วมกับ ฝ่ายวิชาการและแผนงาน (งานเทคโนโลยีสารสนเทศ)
๕	กิจกรรมพัฒนา Antibiotic Stewardship (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑)	ไม่มีงบประมาณ	ไม่มีงบประมาณ	ไม่มีงบประมาณ	ไม่มีงบประมาณ	ไม่มีงบประมาณ	กลุ่มงานเภสัชกรรม
๖	กิจกรรมเรียนรู้ด้วยตนเอง E – Learning เพื่อลดเชื้อดีดยาในโรงพยาบาล (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑)	ไม่มีงบประมาณ	ไม่มีงบประมาณ	ไม่มีงบประมาณ	ไม่มีงบประมาณ	ไม่มีงบประมาณ	คณะกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อใน รพ. ร่วมกับกลุ่มงานเภสัชกรรม
๗	กิจกรรมส่งเสริมการล้างมือที่ถูกต้อง (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑)	ไม่มีงบประมาณ	ไม่มีงบประมาณ	ไม่มีงบประมาณ	ไม่มีงบประมาณ	ไม่มีงบประมาณ	คณะกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อใน รพ. ร่วมกับกลุ่มงานเภสัชกรรม

## ยุทธศาสตร์ที่ ๒

สร้างความเชื่อมั่นในระบบบริการ  
(Service Capability)

## ยุทธศาสตร์ที่ ๒ สร้างความเชื่อมั่นในระบบบริการ (Service Capability)

**เป้าหมายหลัก : ประชาชนเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่ให้บริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน**

- เป้าประสงค์ ๒.๑ พัฒนาคุณภาพระบบการบริการทางการแพทย์ให้มีความสะดวก รวดเร็ว และสร้างความเชื่อมั่นในการให้บริการต่อผู้รับบริการ
- ๒.๒ เพิ่มศักยภาพการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่สอดคล้องกับความต้องการและแนวโน้มการเจ็บป่วยของประชาชน
- ๒.๓ เพิ่มศักยภาพโรงพยาบาลในการรองรับโรคเฉพาะทางของผู้สูงอายุ
- ๒.๔ พัฒนาบริการและการรักษาพยาบาลรูปแบบใหม่ให้ทันต่อกระแสโลกาภิวัตน์และเทคโนโลยีสุขภาพ
- ๒.๕ พัฒนาโครงสร้างและระบบบริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิเพื่อรองรับการให้บริการประชาชน
- ๒.๖ พัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้สอดคล้องกับสาธารณสุขที่มีในพื้นที่
- ๒.๗ สร้างเครือข่ายในการส่งต่อ

- \*\*\*\*\*
- เป้าประสงค์ ๒.๑ พัฒนาคุณภาพระบบการบริการทางการแพทย์ให้มีความสะดวก รวดเร็ว และสร้างความเชื่อมั่นในการให้บริการต่อผู้รับบริการ
- กลยุทธ์ที่ ๒.๑.๑ เพื่อให้การบริการผู้ป่วยที่สะดวก และรวดเร็ว
- จำนวน ๖ ตัวชี้วัด ประกอบด้วย
- ตัวชี้วัดที่ ๑ ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก
  - ตัวชี้วัดที่ ๒ ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยใน
  - ตัวชี้วัดที่ ๓ ระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วยนอกลดลง
  - ตัวชี้วัดที่ ๔ ระยะเวลาการรอคอยรับยาของผู้ป่วยนอกลดลง
  - ตัวชี้วัดที่ ๕ อัตราผู้ป่วยได้รับการ Admit ภายใน ๓๐ นาที หลังส่งเวร
  - ตัวชี้วัดที่ ๖ ระยะเวลาการให้บริการผู้ป่วยห้องอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน แบ่งกลุ่มประเภทผู้ป่วย Emergency, Urgency ภายในเวลาที่กำหนด

กลยุทธ์ที่ ๒.๑.๒ นำข้อเสนอแนะที่สามารถดำเนินการได้จากผู้รับบริการและญาติ (actionable feedback) ไปปรับปรุงพัฒนาการบริการเพื่อตอบสนองต่อสิทธิผู้ป่วย  
จำนวน ๒ ตัวชี้วัด ประกอบด้วย

ตัวชี้วัดที่ ๗ อุบัติการณ์ข้อร้องเรียนที่ต้องเจรจาไกล่เกลี่ยลดลงจากเดิม (เทียบจากปีงบประมาณที่ผ่านมา)

ตัวชี้วัดที่ ๘ ร้อยละของอุบัติเหตุข้อร้องเรียนที่ได้รับการแก้ไข RCA และปิดประเด็น

เป้าประสงค์ที่ ๒.๒ เพิ่มศักยภาพการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่สอดคล้องกับความต้องการและแนวโน้มการเจ็บป่วยของประชาชน

กลยุทธ์ที่ ๒.๒.๑ พัฒนาการบริการทางการแพทย์รองรับโรคสำคัญที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนและโรคคนเมือง

จำนวน ๕๖ ตัวชี้วัด ประกอบด้วย

#### ๑) ด้านสูติ - นรีเวชกรรม

๑.๑) เพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยรายโรค - ด้านสูตินรีเวชกรรม

ตัวชี้วัดที่ ๙ จำนวนคลินิกเฉพาะโรค และ/หรือ พัฒนาช่องทางเพื่อรองรับการให้บริการ

ตัวชี้วัดที่ ๑๐ จำนวนอุบัติเหตุภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวชลดลง

ตัวชี้วัดที่ ๑๑ ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลและมีอายุครรภ์น้อยกว่า ๑๖ สัปดาห์ ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคดาวน์ซินโดรมรวมถึง  
ทางเลือกในการตรวจคัดกรอง

ตัวชี้วัดที่ ๑๒ ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการในแผนกสูติ - นรีเวชกรรม

๑.๒) เพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยรายโรค - ด้านมะเร็งนรีเวช

ตัวชี้วัดที่ ๑๓ ร้อยละของผู้ป่วยที่มีเซลล์มะเร็งปากมดลูกผิดปกติ มีข้อบ่งชี้ในการส่องกล้องปากมดลูก (colposcope) ได้รับการส่องกล้องปากมดลูก (colposcope)

ตัวชี้วัดที่ ๑๔ ร้อยละของผู้ป่วยวินิจฉัยมะเร็งนรีเวชได้รับการผ่าตัด ภายใน ๔ สัปดาห์

๑.๒) เพิ่มศักยภาพการดูแลในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง Preterm

ตัวชี้วัดที่ ๑๕ อัตราคัดกรองผู้ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ ๒๔ สัปดาห์ ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ตัวชี้วัดที่ ๑๖ อัตราสตรีตั้งครรภ์เดี่ยวตรวจพบปากมดลูกสั้นก่อนอายุครรภ์ ๒๔ สัปดาห์ ได้รับการรักษาตามแนวทางการป้องกันสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง  
ต่อการคลอดก่อนกำหนด

ตัวชี้วัดที่ ๑๗ อัตราสตรีตั้งครรภ์เดี่ยวที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนดได้รับโปรเจสเทอโรนตั้งแต่อายุครรภ์ ๑๖ - ๒๔ สัปดาห์ จนถึง ๓๖+๖ สัปดาห์

ตัวชี้วัดที่ ๑๘ อัตราสตรีตั้งครรภ์ประสบความสำเร็จในการยับยั้งภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

๑.๓) บูรณาการการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่น

ตัวชี้วัดที่ ๑๙ ร้อยละหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับความรู้ด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ตลอดจนการวางแผนการคุมกำเนิดหลังคลอด

ตัวชี้วัดที่ ๒๐ จัดกิจกรรมให้ความรู้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

๒) ด้านจักษุวิทยา

๒.๑) เพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยรายโรค - ด้านจักษุวิทยา

ตัวชี้วัดที่ ๒๑ จำนวนคลินิกเฉพาะโรค และ/หรือ พัฒนาช่องทางเพื่อรองรับการให้บริการ

ตัวชี้วัดที่ ๒๒ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจคัดกรองจอประสาทตา (๑ ครั้งต่อคนต่อปี)

ตัวชี้วัดที่ ๒๓ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ระดับ Severe NPDR ขึ้นไป ได้รับการรักษาด้วยการทำเลเซอร์ ภายใน ๓๐ วัน

๓) ด้านกุมารเวชกรรม

๓.๑) เพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยรายโรค - ด้านกุมารเวชกรรม

ตัวชี้วัดที่ ๒๔ จำนวนคลินิกเฉพาะโรค และ/หรือ พัฒนาช่องทางเพื่อรองรับการให้บริการ

ตัวชี้วัดที่ ๒๕ อัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตหลังรักษา ภายใน ๒๘ วัน หลังคลอด

ตัวชี้วัดที่ ๒๖ อัตราการเกิดภาวะหายใจลำบาก (RDS) ในทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนด

๔) ด้านอายุรกรรม

๔.๑) เพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยรายโรค - ด้านอายุรกรรม

ตัวชี้วัดที่ ๒๗ จำนวนคลินิกเฉพาะโรค และ/หรือ พัฒนาช่องทางเพื่อรองรับการให้บริการ

๔.๒) เพิ่มศักยภาพการให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคไต

ตัวชี้วัดที่ ๒๘ ร้อยละความสำเร็จในการให้บริการล้างไตทางช่องท้อง

ตัวชี้วัดที่ ๒๙ ร้อยละของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่สามารถชะลอความเสื่อมของไตได้ตามเป้าหมาย

ตัวชี้วัดที่ ๓๐ ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ (ศูนย์ไตเทียม)

๔.๓) เพิ่มศักยภาพการให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว

ตัวชี้วัด ๓๑ ร้อยละความสำเร็จในการเปิดคลินิกโรคหัวใจ (ตัวชี้วัดต่อเนื่องจากปี ๒๕๖๗ - ๒๕๖๘)

๔.๔) เพิ่มศักยภาพการให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคภูมิแพ้และภูมิคุ้มกันทางคลินิก

ตัวชี้วัด ๓๒ ร้อยละความสำเร็จในการพัฒนาศักยภาพการให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคภูมิแพ้และภูมิคุ้มกันทางคลินิก

๔.๕) เพิ่มศักยภาพการให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ตัวชี้วัด ๓๓ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกเบาหวานได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพ (ตา) ปีละ ๑ ครั้ง

ตัวชี้วัด ๓๔ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกเบาหวานได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพ (ไต) ปีละ ๑ ครั้ง

ตัวชี้วัด ๓๕ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกเบาหวานได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพ (เท้า) ปีละ ๑ ครั้ง

ตัวชี้วัด ๓๖ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกเบาหวานมีผล HbA๑C ลดลง เมื่อเทียบกับก่อนเข้าคลินิกเบาหวาน ภายใน ๖ เดือน

ตัวชี้วัด ๓๗ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินความเสี่ยง CVD Risk สูงและเข้ากระบวนการและมี CVD Risk ลดลง

ตัวชี้วัด ๓๘ ร้อยละความสำเร็จในการพัฒนาศักยภาพการให้บริการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม

## ๕) ด้านศัลยกรรม

๕.๑) เพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยรายโรค - ด้านศัลยกรรม

ตัวชี้วัดที่ ๓๙ จำนวนคลินิกเฉพาะโรค และ/หรือ พัฒนาช่องทางเพื่อรองรับการให้บริการ

๕.๒) เพิ่มศักยภาพการให้บริการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป

ตัวชี้วัดที่ ๔๐ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง (Laparoscopic cholecystectomy) ที่กลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำ ภายใน ๑ เดือน ลดลง

ตัวชี้วัดที่ ๔๑ ร้อยละของผู้ป่วยมีผลตรวจจรรยาบัตรการตรวจมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นบวกได้รับการตรวจคัดกรองโดยการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ ภายใน ๑ เดือน

ตัวชี้วัดที่ ๔๒ ร้อยละอุบัติการณ์การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง

ตัวชี้วัดที่ ๔๓ ร้อยละความสำเร็จผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมะเร็งเต้านม (คลินิกปฐมภูมิ) ได้รับการตรวจการตรวจแมมโมแกรม (mammogram)/ การตรวจ

อัลตราซาวด์เต้านม (breast ultrasound)

๕.๓) เพิ่มศักยภาพการให้บริการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ

ตัวชี้วัดที่ ๕๔ ร้อยละความสำเร็จผู้เข้าร่วมโครงการที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคต่อมลูกหมากโต มะเร็งลูกหมาก และสุขภาพชาย แล้วพบว่ามีผลเลือดผิดปกติ  
เข้าสู่กระบวนการรักษา โดยนัดเข้าคลินิกโรกระบบทางเดินปัสสาวะ

ตัวชี้วัดที่ ๕๕ อัตราการเกิดเลือดออกหลังทำการตัดชิ้นเนื้อต่อมลูกหมากทางทวารหนัก (TRUS c Bx)

๕.๔) เพิ่มศักยภาพการให้บริการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมมะเร็งวิทยา

ตัวชี้วัดที่ ๕๖ ร้อยละความสำเร็จในการพัฒนาศักยภาพการให้บริการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง

๖) ด้านโสต ศอ นาสิก

๖.๑) เพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยรายโรค – ด้านโสต ศอ นาสิก

ตัวชี้วัดที่ ๕๗ จำนวนคลินิกเฉพาะโรค และ/หรือ พัฒนาช่องทางเพื่อรองรับการให้บริการ

ตัวชี้วัดที่ ๕๘ ร้อยละความสำเร็จในการเพิ่มศักยภาพการให้บริการตรวจการได้ยิน

ตัวชี้วัดที่ ๕๙ ร้อยละความสำเร็จในการเพิ่มศักยภาพการให้บริการผู้ป่วยที่สูญเสียการได้ยิน

๗) ด้านออร์โธปิดิกส์

๗.๑) เพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยรายโรค – ด้านออร์โธปิดิกส์

ตัวชี้วัดที่ ๕๐ จำนวนคลินิกเฉพาะโรค และ/หรือ พัฒนาช่องทางเพื่อรองรับการให้บริการ

ตัวชี้วัดที่ ๕๑ ร้อยละอุบัติการณ์การเกิดข้อเข่าติดหลังการผ่าตัด TKA

ตัวชี้วัดที่ ๕๒ อัตราการเกิดแผลติดข้อหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

ตัวชี้วัดที่ ๕๓ ร้อยละอุบัติการณ์การเกิดข้อสะโพกหลุดหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก

ตัวชี้วัดที่ ๕๔ อัตราการเกิดแผลติดข้อหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

ตัวชี้วัดที่ ๕๕ อัตราการเกิดแผลติดข้อหลังการผ่าตัดกระดูกสันหลัง

## ๘) ด้านทันตกรรม

๘.๑) เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการผู้ป่วยทางด้านวิสัญญีวิทยา

ตัวชี้วัดที่ ๕๖ จำนวนคลินิกเฉพาะโรค และ/หรือ พัฒนาช่องทางเพื่อรองรับการให้บริการ

## ๙) ด้านนิติเวชวิทยา

(๙.๑) เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการผู้ป่วยทางด้านนิติเวชวิทยา

ตัวชี้วัดที่ ๕๗ จำนวนคลินิกเฉพาะโรค และ/หรือ พัฒนาช่องทางเพื่อรองรับการให้บริการ

## (๑๐) ด้านรังสีวิทยา

(๑๐.๑) เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการผู้ป่วยทางด้านรังสีวิทยา

ตัวชี้วัดที่ ๕๘ จำนวนคลินิกเฉพาะโรค และ/หรือ พัฒนาช่องทางเพื่อรองรับการให้บริการ

## (๑๑) ด้านชั้นสูตรโรคกลางและธนาการเลือด

(๑๑.๑) เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการผู้มารับบริการทางด้านชั้นสูตรโรคกลางและธนาการเลือด

ตัวชี้วัดที่ ๕๙ ร้อยละความสำเร็จในการปรับปรุงห้องเจาะเลือดให้เป็นไปตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์

## (๑๒) ด้านทันตกรรม

(๑๒.๑) เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการผู้ป่วยทางด้านทันตกรรม

ตัวชี้วัดที่ ๖๐ ร้อยละความสำเร็จในการเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการในการถ่ายภาพรังสีฟันทั้งปาก (ระบบดิจิทัลอล ชนิด ๓ มิติ)

## (๑๓) ด้านเวชกรรมฟื้นฟู

(๑๓.๑) เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการทางด้านเวชกรรมฟื้นฟู

ตัวชี้วัดที่ ๖๑ ร้อยละความสำเร็จในการเพิ่มศักยภาพการให้บริการด้านเวชกรรมฟื้นฟู

### (๑๔) การให้บริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก

(๑๔.๑) เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการผู้มารับบริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก

ตัวชี้วัดที่ ๖๒ ร้อยละความสำเร็จในการบูรณาการศาสตร์การแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกร่วมกับแพทย์แผนปัจจุบัน

ตัวชี้วัดที่ ๖๓ ร้อยละความสำเร็จในการรับหรือส่งต่อการรักษาผู้รับบริการโรคออฟฟิศซินโดรมที่มีปัญหาพร้อมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

ตัวชี้วัดที่ ๖๔ ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการในคลินิกแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก

### เป้าประสงค์ที่ ๒.๓ เพิ่มศักยภาพโรงพยาบาลในการรองรับโรคเฉพาะทางของผู้สูงอายุ

กลยุทธ์ที่ ๒.๓.๑ ผลักดันและพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลให้มีความพร้อมรองรับโรคเฉพาะทางของผู้สูงอายุ

จำนวน ๔ ตัวชี้วัด ประกอบด้วย

ตัวชี้วัดที่ ๖๕ คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพที่ผ่านเกณฑ์ (เกินเกณฑ์มาตรฐานสำนักงานการแพทย์)

ตัวชี้วัดที่ ๖๖ ร้อยละผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองพบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้มได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

ตัวชี้วัดที่ ๖๗ ร้อยละความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้าน Geriatric syndromes เข้าสู่ระบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ

ตัวชี้วัดที่ ๖๘ ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการในคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ

### เป้าประสงค์ที่ ๒.๔ พัฒนาบริการและการรักษาพยาบาลรูปแบบใหม่ให้ทันต่อกระแสโลกาภิวัตน์และเทคโนโลยีสุขภาพ

กลยุทธ์ที่ ๒.๔.๑ ผลักดันและพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลที่มีความพร้อมรองรับ Precision Medicine การให้บริการรูปแบบใหม่และเทคโนโลยีด้านสุขภาพ

จำนวน ๑ ตัวชี้วัด ประกอบด้วย

ตัวชี้วัดที่ ๖๙ ร้อยละความสำเร็จในการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลด้วยระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) ผ่านแอป หมอ กทม. เทียบกับทุก Platform เพิ่มขึ้น

### เป้าประสงค์ที่ ๒.๕ พัฒนาโครงสร้างและระบบการบริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิเพื่อรองรับการให้บริการประชาชน

กลยุทธ์ที่ ๒.๕.๑ พัฒนาและผลักดันโรงพยาบาลให้เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิเพื่อรองรับการให้บริการประชาชนในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครฝั่งตะวันตกและพื้นที่ใกล้เคียง

จำนวน ๕ ตัวชี้วัด ประกอบด้วย

ตัวชี้วัดที่ ๗๐ ร้อยละความสำเร็จในการดำเนินการโครงการก่อสร้างอาคารโรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑ (เป็นโครงการต่อเนื่องจากปี ๒๕๖๔ – ๒๕๗๑)

ตัวชี้วัดที่ ๗๑ ร้อยละความสำเร็จในการดำเนินการเปิดให้บริการศูนย์บริบาลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู (๒๐ เตียง) (เป็นโครงการต่อเนื่องจากปี ๒๕๖๗ – ๒๕๖๘)

ตัวชี้วัดที่ ๗๒ ร้อยละความสำเร็จในการดำเนินการขยายการให้บริการหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง (๖ เตียง) (เป็นโครงการต่อเนื่องจากปี ๒๕๖๗ – ๒๕๖๘)

ตัวชี้วัดที่ ๗๓ ร้อยละความสำเร็จในการดำเนินการเปิดให้บริการ Premium Clinics

ตัวชี้วัดที่ ๗๔ ร้อยละความสำเร็จในการดำเนินการขยายการให้บริการผู้ป่วยแก้วเจ้าจอม (ห้องพิเศษรวม) (๓ เตียง)

## เป้าประสงค์ที่ ๒.๖ พัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินให้สอดคล้องกับสาธารณสุขที่มีในพื้นที่

กลยุทธ์ที่ ๒.๖.๑ พัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินให้รองรับรูปแบบของสาธารณสุขที่มีการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่

จำนวน ๗ ตัวชี้วัด ประกอบด้วย

ตัวชี้วัดที่ ๗๕ การจัดการซ้อมแผนรับเหตุสาธารณสุข/ อุบัติภัยหมู่/ การช่วยฟื้นคืนชีพ/ แผนป้องกันอัคคีภัย/ การเตรียมความพร้อมและตอบสนองต่อโรคอุบัติใหม่ โรคติดต่อ ให้กับบุคลากรในโรงพยาบาล

ตัวชี้วัดที่ ๗๖ บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการซ้อมแผนรับเหตุสาธารณสุขอุบัติภัยหมู่ หรือ การเตรียมความพร้อมและตอบสนองต่อโรคอุบัติใหม่ โรคติดต่อ เพิ่มขึ้น

ตัวชี้วัดที่ ๗๗ บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพเพิ่มขึ้น

ตัวชี้วัดที่ ๗๘ บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการป้องกันการเกิดอัคคีภัยและรู้จักช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นตามแผนป้องกันอัคคีภัยของโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น

ตัวชี้วัดที่ ๗๙ ร้อยละของนักเรียน และ/หรือผู้ปกครอง และ/หรือประชาชน ที่เป็นกลุ่มเป้าหมายได้รับการฝึกทักษะการปฐมพยาบาลเบื้องต้นในการฟื้นคืน - สัญญาณชีพ (CPR)

ตัวชี้วัดที่ ๘๐ ร้อยละความสำเร็จในการเพิ่มจุดจอดเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพเข้าถึงผู้ป่วยฉุกเฉิน

ตัวชี้วัดที่ ๘๑ ร้อยละความสำเร็จในการใช้งานระบบ GPS Tracking เพื่อให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉิน

กลยุทธ์ที่ ๒.๗.๑ สร้างเครือข่ายในการส่งต่อ (ในโรคที่ยังมีศักยภาพไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วย)

จำนวน ๑ ตัวชี้วัด ประกอบด้วย

ตัวชี้วัดที่ ๘๒ ร้อยละความสำเร็จของการส่งต่อผู้ป่วยผ่านระบบ e-Referral ภายใน ๑๕ นาที

กลยุทธ์ที่ ๒.๗.๒ พัฒนาศักยภาพการส่งต่อและตอบกลับข้อมูลผู้ป่วยที่ทำ discharge Plan

จำนวน ๒ ตัวชี้วัด ประกอบด้วย

ตัวชี้วัดที่ ๘๓ อัตราการส่งต่อ และตอบกลับข้อมูลผู้ป่วยที่ทำ discharge Plan

ตัวชี้วัดที่ ๘๔ อัตราการวางแผนจำหน่ายร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและสามารถเยี่ยมบ้านได้ตามแผน

## ยุทธศาสตร์ที่ ๒ สร้างความเชื่อมั่นในระบบบริการ (Service Capability)

**เป้าหมายหลัก : ประชาชนเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่ให้บริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน**

เป้าประสงค์ที่ ๒.๑ พัฒนาคุณภาพระบบการบริการทางการแพทย์ให้มีความสะดวก รวดเร็ว และสร้างความเชื่อมั่นในการให้บริการต่อผู้รับบริการ

กลยุทธ์ที่ ๒.๑.๑ เพื่อให้การบริการผู้ป่วยที่สะดวก และรวดเร็ว

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๑	ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก	ร้อยละ	≥ ๘๐	≥ ๘๐	≥ ๘๕	≥ ๘๕	<b>ความพึงพอใจ</b> หมายถึง ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาล ตั้งแต่ระดับ “มาก” ขึ้นไป ตามแบบประเมินความพึงพอใจของสำนักการแพทย์	จำนวนผู้รับบริการที่ตอบแบบประเมินความพึงพอใจในระดับ “มาก” ขึ้นไปหารด้วยจำนวนผู้รับบริการที่ตอบแบบประเมิน ๑๐๐	คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ ๓ ทุกหน่วยงาน
๒	ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยใน	ร้อยละ	≥ ๘๐	≥ ๘๐	≥ ๘๕	≥ ๘๕	<b>ความพึงพอใจ</b> หมายถึง ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยในที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาล ตั้งแต่ระดับ “มาก” ขึ้นไป ตามแบบประเมินความพึงพอใจของสำนักการแพทย์	จำนวนผู้รับบริการที่ตอบแบบประเมินความพึงพอใจในระดับ “มาก” ขึ้นไปหารด้วยจำนวนผู้รับบริการที่ตอบแบบประเมิน ๑๐๐	คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ ๓ ทุกหน่วยงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๓	ระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วยนอก ลดลง	นาที	๑๒๐	๑๒๐	๑๒๐	๑๒๐	ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมา ยื่นใบนัด ณ จุดซักประวัติ จนกระทั่งผู้ป่วยได้รับใบนัด ครั้งต่อไป	ผลรวมระยะเวลาผู้ป่วย ที่มารับตรวจรักษาที่ห้องตรวจ ผู้ป่วยนอก(นาที) (ซักประวัติ - รับใบนัด) หารด้วย จำนวน ผู้ป่วย (คน) ที่มารับตรวจที่ แผนกผู้ป่วยนอก (OPD)	คณะกรรมการ พัฒนาระบบ บริการฯ ฝ่ายการพยาบาล ทุกหน่วยงาน
๔	ระยะเวลารอคอยรับยาของผู้ป่วยนอก ลดลง	นาที	≤๓๐	≤๓๐	≤๓๐	≤๓๐	ระยะเวลารอคอยรับยา ของผู้ป่วยนอก เริ่มตั้งแต่ ขั้นตอนการรับใบสั่งยา จนถึงระยะเวลารับยา กลับบ้านของผู้ป่วย	จากส่วนต่างของ ระยะเวลารับใบสั่งยา จนถึงระยะเวลารับยา กลับบ้านของผู้ป่วย	คณะกรรมการ พัฒนาระบบ บริการฯ กลุ่มงานเภสัชกรรม
๕	อัตราผู้ป่วยได้รับการ Admit ภายใน ๓๐ นาที หลังส่งเวร	ร้อยละ	≥ ๘๐	≥ ๘๐	≥ ๘๕	≥ ๘๕	ผู้ป่วยที่แพทย์มีคำสั่งให้รับ ไว้ในโรงพยาบาลที่แผนก ผู้ป่วยนอก (OPD), ER และ ANC สามารถประสานส่งต่อ การ Admit กับหอผู้ป่วย และนำผู้ป่วยส่งไปหอผู้ป่วย ได้ภายในไม่เกิน ๓๐ นาที	จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์มีคำสั่ง ให้รับไว้ในโรงพยาบาล สามารถประสานส่งต่อ การ Admit กับหอผู้ป่วย และนำผู้ป่วยส่งไปหอผู้ป่วย ได้ภายในไม่เกิน ๓๐ นาที คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวน ผู้ป่วย (คน) ที่ Admit ทั้งหมด	ฝ่ายการพยาบาล (ER, OPD, ANC, ศูนย์ UMSC)

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๖	ระยะเวลาการให้บริการห้องอุบัติเหตุ - ฉุกเฉิน แบ่งกลุ่มประเภทผู้ป่วย ภายในเวลาที่กำหนด  - Emergency  - Urgency	นาที  นาที	< ๔  < ๓๐	< ๔  < ๓๐	< ๔  < ๓๐	< ๔  < ๓๐	ผู้ป่วยฉุกเฉิน หมายถึง ผู้ป่วยฉุกเฉินตามประเภท ของ Triage ระดับ ๑ ฉุกเฉินมาก Emergency Condition ภาวะอันตราย ต้องรักษาทันที ไม่เกิน ๔ นาที นับระยะเวลาตั้งแต่เข้า บริการ (Time in) จนถึง ออกจากห้องฉุกเฉิน (Time out) ซึ่งอาจให้ กลับบ้าน, Admit หรือ Refer (ทุกวันที่ ๕, ๑๕, ๒๕ ช่วง ๐๐.๐๐ – ๒๓.๕๙ น.) เก็บข้อมูลทุก ๑ เดือน ๑ ละ ๓ ครั้ง	ระยะเวลา (นาที) รวม เวลาทั้งหมดของผู้ป่วย ฉุกเฉินมากที่มารับบริการ ในช่วงเวลาที่กำหนด ทหารด้วย จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉิน (คน) ทั้งหมดที่มารับบริการใน ช่วงเวลาเดียวกัน	ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มงาน เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ฯ

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)					หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการโครงการ/กิจกรรม
		รวม	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐	ปี ๒๕๗๑	
๑	กิจกรรมสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (ปี ๒๕๖๘ - ๒๕๗๑)	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	คณะกรรมการพัฒนาระบบ บริการ ฯ , ฝ่ายการพยาบาล
๒	กิจกรรมลดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยนอก (ปี ๒๕๖๘ - ๒๕๗๑)	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	คณะกรรมการพัฒนาระบบ บริการฯ , ฝ่ายการพยาบาล
๓	กิจกรรมลดระยะเวลารอคอยรับยาของผู้ป่วยนอก (ปี ๒๕๖๘ - ๒๕๗๑)	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	คณะกรรมการพัฒนาระบบ บริการฯ , กลุ่มงานเภสัชกรรม
๔	กิจกรรมการลดระยะเวลาในการ Admit (ปี ๒๕๖๘ - ๒๕๗๑)	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ฝ่ายการพยาบาล (ER OPD ANC และศูนย์ UMSC)
๕	กิจกรรมการลดระยะเวลาในการให้บริการผู้ป่วย อุบัติเหตุ - ฉุกเฉิน (ปี ๒๕๖๘ - ๒๕๗๑)	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ฯ

กลยุทธ์ที่ ๒.๑.๒ นำข้อเสนอแนะที่สามารถดำเนินการได้จากผู้รับบริการและญาติ (actionable feedback) ไปปรับปรุงพัฒนาการบริการเพื่อตอบสนองต่อสิทธิผู้ป่วย  
 ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๗	ร้อยละอุบัติการณ์ข้อร้องเรียนที่ต้องเจรจาไกล่เกลี่ยลดลงจากเดิม (เทียบจากปีที่ผ่านมา)	ร้อยละ	ลดลงจากเดิม $\geq ๑๐$	ลดลงจากเดิม $\geq ๑๐$	ลดลงจากเดิม $\geq ๑๐$	ลดลงจากเดิม $\geq ๑๐$	เป็นการประเมินประสิทธิภาพการบริหารจัดการขององค์กร อีก ๑ ช่องทาง	A = จำนวนอุบัติการณ์ข้อร้องเรียนที่ต้องมีการเจรจาไกล่เกลี่ยในรอบปีงบประมาณนั้น ๆ B = จำนวนจำนวนอุบัติการณ์ข้อร้องเรียนที่ต้องมีการเจรจาไกล่เกลี่ยในรอบปีงบประมาณที่ผ่านมา สูตร = $(B - A)/A \times ๑๐๐$	คณะกรรมการรับฟังความคิดเห็นและข้อร้องเรียน ฝ่ายการพยาบาล
๘	ร้อยละของอุบัติการณ์ข้อร้องเรียนที่ได้รับการแก้ไข RCA และปิดประเด็น	ร้อยละ	$\geq ๙๐$	$\geq ๙๐$	$\geq ๙๐$	$\geq ๙๐$	เป็นการแสดงให้เห็นถึงการบริหารจัดการข้อร้องเรียนที่มีประสิทธิภาพ	นับจำนวนอุบัติการณ์ข้อร้องเรียนที่ได้รับการแก้ไขและปิดประเด็นได้ไม่มีการร้องเรียนในระดับที่สูงขึ้น	คณะกรรมการรับฟังความคิดเห็นและข้อร้องเรียน ฝ่ายการพยาบาล

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)					หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการโครงการ/กิจกรรม
		รวม	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐	ปี ๒๕๗๑	
๑	กิจกรรมการประชุมเพื่อติดตามการตอบสนองต่อข้อเสนอแนะจากผู้รับบริการและญาติ (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑)	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	คณะกรรมการรับฟังความคิดเห็นและข้อร้องเรียน ฯ

เป้าประสงค์ที่ ๒.๒ เพิ่มศักยภาพการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่สอดคล้องกับความต้องการและแนวโน้มการเจ็บป่วยของประชาชน

กลยุทธ์ที่ ๒.๒.๑ พัฒนาการบริการทางการแพทย์รองรับโรคสำคัญที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนและโรคคนเมือง

(๑) ด้านสูติ - นรีเวชกรรม

(๑.๑) เพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยรายโรค - ด้านสูตินรีเวชกรรม

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๙	จำนวนคลินิกเฉพาะโรค และ/หรือ พัฒนาช่องทางเพื่อรองรับการ ให้บริการ  สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๒	คลินิก/ ช่องทาง	๑	๑	-	-	สามารถเปิดให้บริการ คลินิกเฉพาะทาง ด้าน สูติ - นรีเวชกรรม เพื่อให้ รองรับบริการให้บริการใน โรงพยาบาลและตอบสนอง ความต้องการของประชาชน	นับจำนวน - คลินิกแม่เร็งริเวช ปี ๒๕๖๘ - เพิ่มประสิทธิภาพการดูแล ผู้ป่วยผ่าตัดส่องกล้องโพรง มดลูก ปี ๒๕๖๙	กลุ่มงานสูติ - นรี เวชกรรม
๑๐	จำนวนอุบัติการณ์เกิดภาวะแทรกซ้อน จากการผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวช ลดลง	ราย/ปี	< ๕	< ๕	< ๕	< ๕	ภาวะแทรกซ้อน คือ ภาวะ ที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัด ผ่านกล้องทางนรีเวช เช่น การบาดเจ็บต่ออวัยวะ ข้างเคียง	จำนวนผู้ป่วยที่เกิด อุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อน จากการผ่าตัดผ่านกล้องทาง นรีเวช คุณด้วย ๑๐๐ ทารกด้วย จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับบริการผ่าตัด ผ่านกล้องทางนรีเวชทั้งหมด	กลุ่มงานสูติ - นรี เวชกรรม
๑๑	ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่ โรงพยาบาลและมีอายุครรภ์น้อยกว่า ๑๖ สัปดาห์ ได้รับความรู้เกี่ยวกับ โรคดาวน์ซินโดรมรวมถึงทางเลือก ในการตรวจคัดกรอง	ร้อยละ	๘๐	๘๐	๘๕	๘๕	หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ น้อยกว่า ๑๖ สัปดาห์ ได้รับ ความรู้เกี่ยวกับการตรวจ คัดกรองโรคดาวน์ซินโดรม	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ ได้รับความรู้เกี่ยวกับการ ตรวจคัดกรองโรคดาวน์ - ซินโดรม คุณด้วย ๑๐๐ ทารกด้วย จำนวนหญิงตั้งครรภ์	กลุ่มงานสูติ - นรี เวชกรรม ฝ่ายการพยาบาล

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
								ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล ตั้งแต่อายุครรภ์น้อยกว่า ๑๖ สัปดาห์	กลุ่มงานสูติ - นรี เวชกรรม ฝ่ายการพยาบาล
๑๒	ร้อยละความพึงพอใจของผู้มารับบริการ ในแผนกสูติ - นรีเวชกรรม	ร้อยละ	≥ ๘๐	≥ ๘๐	≥ ๘๕	≥ ๘๕	<b>ความพึงพอใจ</b> หมายถึง ระดับความพึงพอใจของ ผู้ป่วยของโรงพยาบาลใน สังกัดสำนักการแพทย์ ตั้งแต่ระดับ “มาก” ขึ้นไป ที่มารับบริการผู้ป่วยใน แผนกสูติ - นรีเวชกรรม	จำนวนผู้รับบริการที่ตอบ แบบประเมินความพึงพอใจ ระดับมากขึ้นไป หาดด้วย จำนวนผู้รับบริการที่ตอบ แบบประเมินความพึงพอใจ ทั้งหมด คูณ ๑๐๐	กลุ่มงานสูติ - นรี เวชกรรม ฝ่ายการพยาบาล

(๑.๒) เพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยรายโรค - ด้านมะเร็งนรีเวช

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๑๓	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีเซลล์มะเร็งปาก - มดลูกผิดปกติ มีข้อบ่งชี้ในการ ส่องกล้องปากมดลูก (colposcope) ได้รับการส่องกล้องปากมดลูก (colposcope)	ร้อยละ	≥ ๙๐	≥ ๙๐	≥ ๙๐	≥ ๙๐	ข้อบ่งชี้ในการส่องกล้อง ปากมดลูก (colposcope) ● ผลการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก ผิดปกติ	จำนวนผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ ในการส่องกล้องปากมดลูก (colposcope) ได้รับการ ส่องกล้องปากมดลูก (colposcope) คูณด้วย ๑๐๐	กลุ่มงานสูติ - นรี เวชกรรม ฝ่ายการพยาบาล

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
							<ul style="list-style-type: none"> <li>ผลพยาธิวิทยาของ ทวารหนักที่ผิดปกติ ตรวจพบการติดเชื้อ HPV ชนิดความเสี่ยงสูง</li> </ul>	ทารด้วย ผู้ป่วยที่มี เซลล์มะเร็งปากมดลูกผิดปกติ มีข้อบ่งชี้ในการส่องกล้อง ปากมดลูก (colposcope)	กลุ่มงานสูติ - นรี เวชกรรม ฝ่ายการพยาบาล
๑๔	ร้อยละของผู้ป่วยวินิจฉัยมะเร็งนรีเวช ได้รับการผ่าตัด ภายใน ๔ สัปดาห์	ร้อยละ	≥๙๐	≥๙๐	≥๙๐	≥๙๐	ผู้ป่วยวินิจฉัยมะเร็งนรีเวช ได้รับการรักษาขึ้นกับระยะ ของมะเร็ง โดยในระยะ เริ่มต้นสามารถรักษาโดย การผ่าตัดได้ และได้รับการ ผ่าตัด ภายใน ๔ สัปดาห์	จำนวนผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช ได้รับการผ่าตัด ภายใน ๔ สัปดาห์ คูณด้วย ๑๐๐ ทหารด้วย จำนวนผู้ป่วย มะเร็งนรีเวชทั้งหมด	กลุ่มงานสูติ - นรี เวชกรรม ฝ่ายการพยาบาล

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)				หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการโครงการ/กิจกรรม	
		รวม	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐		ปี ๒๕๗๑
๑	โครงการจัดตั้งคลินิกมะเร็งนรีเวช (ปี ๒๕๖๘) สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ สทพ.๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๒	ไม่ใช่ งบประมาณ	ไม่ใช่งบประมาณ	-	-	-	กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม
๒	โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด ส่องกล้องโพรงมดลูก (ปี ๒๕๖๙) จัดซื้อครุภัณฑ์ ทางกายภาพ รายการชุดเครื่องตัดดูดเนื้อเยื่อภายใน โพรงมดลูก ๑ ชุด (เงิน กทม.) สอดคล้องกับแผน ยุทธศาสตร์ สทพ.๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๒	๒,๐๐๐,๐๐๐	-	๒,๐๐๐,๐๐๐	-	-	กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ (ต่อ)

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)					หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการโครงการ/กิจกรรม
		รวม	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐	ปี ๒๕๗๑	
๓	กิจกรรมให้ความรู้ในเรื่องมะเร็งนรีเวช	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	คณะกรรมการ PCT ด้าน สูติ - นรีเวชกรรม กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม
๔	กิจกรรมบริหารจัดการความเสี่ยงจากอุบัติเหตุ ที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดผ่านกล้อง ทางนรีเวช (ปี ๒๕๖๕ - ๒๕๖๘)	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	คณะกรรมการ PCT ด้าน สูติ - นรีเวชกรรม กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม

(๑.๓) เพิ่มศักยภาพการดูแลในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง Preterm

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๑๕	อัตราคัดกรองผู้ฝากครรภ์ครั้งแรก ก่อนอายุครรภ์ ๒๔ สัปดาห์ ที่เป็น กลุ่มเสี่ยงของการเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนด	ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	การคัดกรองสตรีที่ฝาก ครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุ ครรภ์ ๒๔ สัปดาห์ ที่เป็น กลุ่มเสี่ยงของการเจ็บครรภ์ คลอดก่อนกำหนด	จำนวนสตรีที่ฝากครรภ์ ครั้งแรกก่อนกำหนด ๒๔ สัปดาห์ ได้รับการ คัดกรองเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนสตรีที่ฝากครรภ์ ก่อน ๒๔ สัปดาห์ทั้งหมด	กลุ่มงานสูติ - นรี เวชกรรม ฝ่ายการพยาบาล

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๑๖	อัตราสตรีตั้งครรภ์เดี่ยวตรวจพบปากมดลูกสั้นก่อนอายุครรภ์ ๒๔ สัปดาห์ ได้รับการรักษาตามแนวทางการป้องกันสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด	ร้อยละ	≥๘๐	≥๘๕	≥๙๐	≥๙๐	สตรีตั้งครรภ์เดี่ยวตรวจพบปากมดลูกสั้นได้รับการรักษาตามแนวทางการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด	จำนวนสตรีตั้งครรภ์เดี่ยวตรวจพบปากมดลูกสั้นได้รับการรักษาตามแนวทาง คุณด้วย ๑๐๐ ทารกด้วย จำนวนสตรีตั้งครรภ์เดี่ยวตรวจพบปากมดลูกสั้นทั้งหมด	กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม ฝ่ายการพยาบาล
๑๗	อัตราสตรีตั้งครรภ์เดี่ยวที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนดได้รับโปรเจสเทอโรนตั้งแต่อายุครรภ์ ๑๖ – ๒๔ สัปดาห์จนถึง ๓๖+๖ สัปดาห์	ร้อยละ	≥๗๕	≥๘๐	≥๘๕	≥๙๐	สตรีตั้งครรภ์เดี่ยวที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนดได้รับโปรเจสเทอโรน	จำนวนสตรีตั้งครรภ์เดี่ยวที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนดได้รับโปรเจสเทอโรน คุณด้วย ๑๐๐ ทารกด้วย จำนวนสตรีตั้งครรภ์เดี่ยวที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนด	กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม ฝ่ายการพยาบาล
๑๘	อัตราสตรีตั้งครรภ์ประสบความสำเร็จในการยับยั้งภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	ร้อยละ	≥๗๐	≥๗๕	≥๘๐	≥๘๐	ความสำเร็จของการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้สำเร็จ	จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่สามารถยับยั้งภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้สำเร็จ คุณด้วย ๑๐๐ ทารกด้วย จำนวนสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในปีงบประมาณนั้น ๆ	กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม ฝ่ายการพยาบาล

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)					หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการโครงการ/กิจกรรม
		รวม	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐	ปี ๒๕๗๑	
๑	กิจกรรมให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ก่อนกำหนด (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑)	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	กลุ่มงานสูติ – นรีเวชกรรม ฝ่ายการพยาบาล

(๑.๔) เพื่อบูรณาการการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่น

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๑๙	ร้อยละหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับความรู้ด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ตลอดจนการวางแผนการคุมกำเนิดหลังคลอด	ร้อยละ	๗๐	๗๐	๗๕	๗๕	จัดให้ความรู้ด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ให้แก่นักเรียนวัยรุ่น ตลอดจนการวางแผนการคุมกำเนิดหลังคลอด	จำนวนหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาคลอดที่โรงพยาบาล ได้รับความรู้ ๓ คนด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาคลอดที่โรงพยาบาลทั้งหมด	กลุ่มงานสูติ – นรีเวชกรรม ฝ่ายการพยาบาล
๒๐	จัดกิจกรรมให้ความรู้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	ครั้ง/ปี	๑	๑	๑	๑	สามารถดำเนินการจัดกิจกรรมให้ความรู้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (ในโรงเรียนหรือในชุมชน) ทุก ๆ ปี ปีละ ๑ ครั้ง	นับจำนวน	กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชน (OSCC)

โครงการ/กิจกรรมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)					หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการโครงการ/กิจกรรม
		รวม	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐	ปี ๒๕๗๑	
๑	กิจกรรมให้ความรู้และส่งเสริมการคุมกำเนิดแบบ กิ่งถาวรเพื่อลดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑)	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	กลุ่มงานสูติ – นรีเวชกรรม ฝ่ายการพยาบาล
๒	โครงการหรือกิจกรรมให้ความรู้ เกี่ยวกับการ ป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น/ การคุมกำเนิด/ ลดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่เป็น กลุ่มเสี่ยง (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑)	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชนฯ

(๒) ด้านจักษุวิทยา

(๒.๑) เพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยรายโรค - ด้านจักษุวิทยา

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๒๑	จำนวนคลินิกเฉพาะโรค และ/หรือ พัฒนาช่องทางเพื่อรองรับการ ให้บริการ  สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๒	คลินิก/ ช่องทาง	๑	-	-	๑	สามารถเปิดให้บริการ คลินิกเฉพาะทาง ด้าน จักษุวิทยาเพื่อให้รองรับ การให้บริการในโรงพยาบาล และตอบสนองความต้องการ ของประชาชน	นับจำนวน - คลินิกเฉพาะทางนอกเวลา (จักษุ) ปี ๒๕๖๘ - คลินิกต่อหิน ปี ๒๕๗๑	กลุ่มงานจักษุ วิทยา

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๒๒	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจคัดกรองจอประสาทตา (๑ ครั้งต่อคนต่อปี)	ร้อยละ	๕๐	๕๐	๕๕	๕๕	ภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา คือ ความผิดปกติของจอประสาทตาที่เกิดจากโรคเบาหวาน โดยมีลักษณะสำคัญที่ความผิดปกติของเส้นเลือดขนาดเล็ก พบว่าการมีระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงอยู่เป็นเวลานานทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาของเส้นเลือดฝอยที่เลี้ยงจอประสาทตาจนนำไปสู่ความเสียหายของเส้นเลือด	จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจคัดกรองจอประสาทตา อย่างน้อย ๑ ครั้งต่อคนต่อปี คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มารักษาในคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาล ในรอบ ๑ ปี	กลุ่มงานจักษุวิทยา ฝ่ายการพยาบาล
๒๓	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ระดับ Severe NPDR ขึ้นไป ได้รับการรักษาด้วยการทำเลเซอร์ ภายใน ๓๐ วัน	ร้อยละ	๕๐	๕๕	๖๐	๗๐	เบาหวานขึ้นจอประสาทตา ระดับ Severe NPDR คือ ระดับรุนแรงวินิจฉัยจากการมีข้อใดข้อหนึ่ง พบจุดเลือดออก (microaneurysm/ dot-blot hemorrhage) มากกว่าหรือเท่ากับ ๒๐ จุด พบจุดเส้นเลือดโป่ง (venous beading) อยู่อย่างน้อย ๒ quadrant	จำนวนผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ระดับ Severe NPDR ขึ้นไป ได้รับการรักษาด้วยการทำเลเซอร์ ภายใน ๓๐ วัน คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ระดับ Severe NPDR ขึ้นไป ทั้งหมด	กลุ่มงานจักษุวิทยา ฝ่ายการพยาบาล

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
							และพบมีหลอดเลือดฝอย ผิดปกติ (Intraretinal microvascular abnormality : IRMA) มากกว่าหรือเท่ากับ ๒๐ จุด พบจุดเส้นเลือดโป่ง (venous beading) อยู่ อย่างน้อย ๒ quadrant และพบมีหลอดเลือดฝอย ผิดปกติ (Intraretinal microvascular abnormality : IRMA)		กลุ่มงานจักษุวิทยา ฝ่ายการพยาบาล

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)					หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการโครงการ/กิจกรรม
		รวม	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐	ปี ๒๕๗๑	
๑	โครงการคลินิกเฉพาะทางนอกเวลา (จักษุ) (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑) สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๒	ไม่ใช้ งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	กลุ่มงานจักษุวิทยา/ ฝ่ายการพยาบาล
๒	โครงการจัดตั้งคลินิกต้อหิน (ปี ๒๕๗๑) (เงิน กทม. หรือเงินบำรุงฯ หรือเงินที่ผู้บริหารอนุมัติ) จัดซื้อครุภัณฑ์ ทางการแพทย์และปรับปรุงห้อง สอดคล้องกับแผน ยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๒	งบประมาณไม่ แน่นอน	-	-	-	งบประมาณไม่ แน่นอน	ฝ่ายบริหารงานทั่วไป/ กลุ่มงานจักษุวิทยา/ ฝ่ายการพยาบาล

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)					หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการโครงการ/กิจกรรม
		รวม	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐	ปี ๒๕๗๑	
๓	กิจกรรมคัดกรองจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวาน (๑ ครั้งต่อคนต่อปี)	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	กลุ่มงานจักษุวิทยา ฝ่ายการพยาบาล

(๓) ด้านกุมารเวชกรรม

(๓.๑) เพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยรายโรค - ด้านกุมารเวชกรรม

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๒๔	จำนวนคลินิกเฉพาะโรค และ/หรือพัฒนาช่องทางเพื่อรองรับการให้บริการ  สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๒	คลินิก/ ช่องทาง	-	๑	๑	-	สามารถเปิดให้บริการคลินิกเฉพาะทาง ด้านกุมารเวชกรรม เพื่อให้รองรับการให้บริการในโรงพยาบาลและตอบสนองความต้องการของประชาชน	นับจำนวน - NICU จาก ๔ เตียง เป็น ๖ เตียง (ปี ๒๕๖๙) - พัฒนาศักยภาพการให้บริการผู้ป่วยทารกคลอดก่อนกำหนด (Preterm) (ปี ๒๕๗๐)	กลุ่มงาน กุมารเวชกรรม
๒๕	อัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตหลังรักษา ภายใน ๒๘ วัน หลังคลอด	อัตราการเสียชีวิตต่อทารกแรกเกิด มีชีพ ๑,๐๐๐LB	≤ ๑๐: ๑,๐๐๐LB	≤ ๑๐: ๑,๐๐๐LB	≤ ๑๐: ๑,๐๐๐LB	≤ ๑๐: ๑,๐๐๐LB	- ทารกแรกเกิด หมายถึงทารกน้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ ๕๐๐ กรัม ที่เกิดมามีชีวิตในโรงพยาบาล	จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ น้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ ๕๐๐ กรัม ที่เสียชีวิต ภายใน ๒๘ วัน หลังคลอด คูณด้วย ๑๐๐	กลุ่มงาน กุมารเวชกรรม ฝ่ายการพยาบาล

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
							- ทารกแรกเกิดวิกฤต หมายถึง ทารกที่มีความ ผิดปกติในระบบต่าง ๆ เช่น การหายใจ ความ ผิดปกติของหัวใจ และ ภาวะที่ต้องผ่าตัด เป็นต้น	หารด้วย จำนวนทารกแรก เกิดมีซีพน้ำหนักมากกว่า หรือเท่ากับ ๕๐๐ กรัม ทั้งหมด	กลุ่มงาน กุมารเวชกรรม ฝ่ายการพยาบาล
๒๖	อัตราการเกิดภาวะหายใจลำบาก (RDS) ในทารกแรกเกิดที่คลอดก่อน กำหนด	ร้อยละ	≤ ๑๐	≤ ๑๐	≤ ๑๐	≤ ๑๐	- RDS (Respiratory Distress Syndrome) หรือภาวะกลุ่มอาการ หายใจลำบาก หมายถึง ภาวะความผิดปกติในระบบ ทางเดินหายใจของทารก ซึ่งเป็นผลมาจากสารลด แรงตึงผิว (Surfactant) ที่มี หน้าที่ช่วยให้ถุงลมในปอด ทำงานได้อย่างปกติในทารกมี ปริมาณไม่เพียงพอทำให้ ทารกมีอาการผิดปกติ เช่น หายใจเสียงดังหรือเร็ว ตัวเขียว แสดงอาการคล้ายรูสีก็อิตอัด ขณะหายใจ เป็นต้น	จำนวนทารกแรกเกิดที่ คลอดก่อนกำหนดที่มีอายุ ครรภ์น้อยกว่า ๓๗ สัปดาห์ เกิดภาวะหายใจลำบาก (RDS) คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนทารกแรกเกิดที่ คลอดก่อนกำหนดที่มีอายุ ครรภ์น้อยกว่า ๓๗ สัปดาห์ ทั้งหมด	กลุ่มงาน กุมารเวชกรรม ฝ่ายการพยาบาล

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
							- ทารกแรกเกิดที่คลอด ก่อนกำหนด อายุครรภ์ น้อยกว่า ๓๗ สัปดาห์		กลุ่มงาน กุมารเวชกรรม ฝ่ายการพยาบาล

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)					หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการโครงการ/กิจกรรม
		รวม	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐	ปี ๒๕๗๑	
๑	<p>โครงการ NICU (ปี ๒๕๖๘ - ๒๕๖๙)</p> <p>* จัดซื้อครุภัณฑ์ทางการแพทย์ ดังนี้</p> <p>๑. เครื่องหายใจสำหรับเด็กทารกชนิดความถี่สูงพร้อม การันตีปริมาณอากาศ และชนิดดั้งเดิมแบบควบคุมความดัน ๑ เครื่อง = ๑,๘๐๐,๐๐๐ บาท (ปี ๒๕๖๘) (เงิน กทม.)</p> <p>๒. เครื่องให้ความอบอุ่นทารกแรกเกิดพร้อมชุดช่วยชีวิต ปรับระดับสูงต่ำได้ ชั่งน้ำหนักได้ ๑ เครื่อง=๘๗๐,๐๐๐ บาท (เงินค่าเสื่อม ปี ๒๕๖๘)</p> <p>๓. ตู้อบเด็กชนิดเคลื่อนย้าย จำนวน ๑ ตู้ = ๙๘๐,๐๐๐ บาท (เงินค่าเสื่อม ปี ๒๕๖๘)</p> <p>๔. ชุดควบคุมศูนย์กลางระบบติดตามสัญญาณชีพ ผู้ป่วย (Central monitor) จำนวน ๑ ชุด งบประมาณ ไม่แน่นอน (ปี ๒๕๗๐) (เงิน กทม. หรือที่ผู้บริหารอนุมัติ) สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๒</p>	๓,๖๕๐,๐๐๐ + งบประมาณ ไม่แน่นอน	๓,๖๕๐,๐๐๐	-	งบประมาณไม่ แน่นอน	-	กลุ่มงานกุมารเวชกรรม ฝ่ายการพยาบาล
๒	กิจกรรมพัฒนาศักยภาพการให้บริการผู้ป่วย ทารกคลอดก่อนกำหนด (ปี ๒๕๗๐)	ไม่ใช้งบประมาณ	-	-	ไม่ใช้งบประมาณ	-	กลุ่มงานกุมารเวชกรรม ฝ่ายการพยาบาล

**(๔) ด้านอายุรกรรม**

**(๔.๑) เพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยรายโรค - ด้านอายุรกรรม**

ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๒๗	จำนวนคลินิกเฉพาะโรค และ/หรือพัฒนาช่องทางเพื่อรองรับการให้บริการ  สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๒	คลินิก/ ช่องทาง	๒	๑	-	๑	สามารถเปิดให้บริการคลินิกเฉพาะทาง ด้านอายุรกรรม เพื่อให้รองรับการให้บริการในโรงพยาบาล และตอบสนองความต้องการของประชาชน	นับจำนวน - คลินิกรักษหทัย (ปี ๒๕๖๘) - คลินิกโรคมภูมิแพ้ (Allergy Clinic) (ปี ๒๕๖๘) - เพิ่มศักยภาพการให้บริการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม (ปี ๒๕๖๙) - คลินิกลำไส้ทางช่องท้อง (APD) (ปี ๒๕๗๑)	กลุ่มงานอายุรกรรม กลุ่มงานเวชศาสตร์ ชุมชนฯ ฝ่ายการพยาบาล

**(๔.๒) เพิ่มศักยภาพการให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคไต**

ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๒๘	ร้อยละความสำเร็จในการเปิดให้บริการลำไส้ทางช่องท้อง	ร้อยละ	-	-	-	๑๐๐	สามารถเปิดให้บริการคลินิกลำไส้ทางช่องท้อง (CAPD) ภายในปี ๒๕๗๑	สามารถเปิดให้บริการคลินิกลำไส้ทางช่องท้อง (CAPD) ภายในปี ๒๕๗๑	กลุ่มงานอายุรกรรม ฝ่ายการพยาบาล

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๒๙	ร้อยละของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่สามารถชะลอความเสื่อมของไตได้ตามเป้าหมาย	ร้อยละ	≥ ๖๐	≥ ๖๐	≥ ๖๐	≥ ๖๐	ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ ๓ - ๔ สัญชาติไทย ที่มารับบริการที่คลินิกโรคไตของโรงพยาบาล ได้รับการตรวจ Serum Creatinine โดยมีผล eGFR ≥ ๒ ค่าในช่วงเวลาที่ต่างกันของปีที่เก็บข้อมูลและมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงลดลง < ๔ l/min/๑.๗๓ m <sup>๒</sup> / Yr	จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ระยะที่ ๓ - ๔ สัญชาติไทย ที่มารับบริการที่คลินิกโรคไตของโรงพยาบาล ได้รับการตรวจ Serum Creatinine โดยมีผล eGFR ≥ ๒ ค่าในช่วงเวลาที่ต่างกันของปีที่เก็บข้อมูลและมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงลดลง < ๔ ml/min/๑.๗๓ m <sup>๒</sup> / Yr คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วยจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ระยะที่ ๓ - ๔ สัญชาติไทย ที่มารับบริการที่คลินิกโรคไตของโรงพยาบาล ได้รับการตรวจ Serum Creatinine โดยมีผล eGFR ≥ ๒ ค่าในช่วงเวลาที่ต่างกันของปีที่เก็บข้อมูล	กลุ่มงานอายุรกรรม ฝ่ายการพยาบาล

	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๓๐	ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ (ศูนย์ไต่เตียม)	ร้อยละ	≥ ๘๐	≥ ๘๐	≥ ๘๕	≥ ๘๕	ความพึงพอใจของผู้มารับบริการศูนย์ไต่เตียม โดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจผู้ป่วยนอก - ผู้ป่วยใน ที่ฝ่ายการพยาบาลนำมาปรับใช้	จำนวนผู้มารับบริการที่มีความพึงพอใจในระดับดีมาก คูณด้วย ๑๐๐หารด้วย จำนวนผู้มารับบริการทั้งหมดที่ประเมินความพึงพอใจ	กลุ่มงานอายุรกรรม ฝ่ายการพยาบาล

(๔.๓) เพิ่มศักยภาพการให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว

ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๓๑	ร้อยละความสำเร็จในการเปิดคลินิกโรคหัวใจ  สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๒	ร้อยละ	๑๐๐	-	-	-	ดำเนินการจัดซื้อครุภัณฑ์ภายในปี ๒๕๖๗ ร้อยละ ๕๐ - สามารถเปิดให้บริการคลินิกโรคหัวใจภายในปี ๒๕๖๘ ร้อยละ ๑๐๐	สามารถเปิดให้บริการคลินิกโรคหัวใจ ภายในปี ๒๕๖๘	กลุ่มงานอายุรกรรม

๔.๔) เพิ่มศักยภาพการให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคภูมิแพ้และภูมิคุ้มกันทางคลินิก

ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๓๒	ร้อยละความสำเร็จในการเพิ่ม ศักยภาพการให้บริการดูแลผู้ป่วย โรคภูมิแพ้และภูมิคุ้มกันทางคลินิก  สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๒	ร้อยละ	๑๐๐	-	-	-	ดำเนินการจัดซื้อครุภัณฑ์ ภายในปี ๒๕๖๗ ร้อยละ ๕๐ - สามารถเปิดให้บริการ คลินิกภูมิแพ้ ภายใน ปี ๒๕๖๘ ร้อยละ ๑๐๐	สามารถเปิดให้บริการ คลินิกภูมิแพ้ (Allergy Clinic) ภายใน ปี ๒๕๖๘	กลุ่มงานอายุรกรรม กลุ่มงานเวชศาสตร์ ชุมชนฯ

๔.๕) เพิ่มศักยภาพการให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๓๓	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานในคลินิก เบาหวานได้รับการตรวจคัดกรอง สุขภาพ (ตา) ปีละ ๑ ครั้ง  สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๔ ตัวชี้วัด NCD Clinic Plus	ร้อยละ	≥๘๐	≥๘๐	≥๘๐	≥๘๐	ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน (E๑๐ - E๑๔) ที่มารับ บริการในคลินิกเบาหวาน ได้รับการตรวจคัดกรอง สุขภาพ (ตา) ปีละ ๑ ครั้ง ในปีงบประมาณนั้น ๆ	จำนวนผู้ป่วยที่ป่วย ด้วยโรคเบาหวาน (E๑๐ - E๑๔) ที่มารับบริการใน คลินิกเบาหวานได้รับการ ตรวจคัดกรองสุขภาพ (ตา) ปีละ ๑ ครั้ง ใน ปีงบประมาณนั้น ๆ คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย	กลุ่มงานอายุรกรรม ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มงานจักษุวิทยา (คลินิก DM รายงาน)

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
								จำนวนผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน (E๑๐ - E๑๔) ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานทั้งหมด	กลุ่มงานอายุรกรรม ฝ่ายการพยาบาล (คลินิก DM รายงาน)
๓๔	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกเบาหวานได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพ (ไต) ปีละ ๑ ครั้ง  สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๔ ตัวชี้วัด NCD Clinic Plus	ร้อยละ	≥๘๐	≥๘๐	≥๘๐	≥๘๐	ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน (E๑๐ - E๑๔) ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพ (ไต) ปีละ ๑ ครั้ง ในปีงบประมาณนั้น ๆ	จำนวนผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน (E๑๐ - E๑๔) ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพ (ไต) ปีละ ๑ ครั้ง ในปีงบประมาณนั้น ๆ คูณด้วย ๑๐๐หารด้วยจำนวนผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน (E๑๐ - E๑๔) ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานทั้งหมด	กลุ่มงานอายุรกรรม ฝ่ายการพยาบาล (คลินิก DM รายงาน)
๓๕	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกเบาหวานได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพ (เท้า) ปีละ ๑ ครั้ง  สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๔ ตัวชี้วัด NCD Clinic Plus	ร้อยละ	≥๘๐	≥๘๐	≥๘๐	≥๘๐	ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน (E๑๐ - E๑๔) ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน ได้รับการตรวจคัดกรอง	จำนวนผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน (E๑๐ - E๑๔) ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานที่ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพ	กลุ่มงานอายุรกรรม ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู (คลินิก DM รายงาน)

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
							สุขภาพ (เท้า) ปีละ ๑ ครั้ง ในปีงบประมาณนั้น ๆ	(เท้า) ปีละ ๑ ครั้ง ใน ปีงบประมาณนั้น ๆ คูณด้วย ๑๐๐หารด้วย จำนวนผู้ป่วยที่ป่วย ด้วยโรคเบาหวาน (E๑๐ - E๑๔) ที่มารับบริการใน คลินิกเบาหวานทั้งหมด	กลุ่มงานอายุรกรรม ฝ่ายการพยาบาล (คลินิก DM รายงาน)
๓๖	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานในคลินิก เบาหวานมีผล HbA1C ลดลง เมื่อ เทียบกับก่อนเข้าคลินิกเบาหวาน ภายใน ๖ เดือน  สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๔ ตัวชี้วัด NCD Clinic Plus	ร้อยละ	≥๔๐	≥๔๐	≥๔๐	≥๔๐	<b>ผู้ป่วยเบาหวาน</b> หมายถึง ผู้ป่วยที่ป่วยด้วย โรคเบาหวาน (E๑๐-E๑๔) ที่มารับบริการในคลินิก เบาหวานในปีงบประมาณ นั้น ๆ มีผล HbA๑C ลดลง เมื่อเทียบกับก่อนเข้า คลินิกเบาหวาน ภายใน ๖ เดือน	จำนวนผู้ป่วยที่ป่วยด้วย โรคเบาหวาน (E๑๐-E๑๔) ที่มารับบริการในคลินิก เบาหวานในปีงบประมาณ นั้น ๆ มีผล HbA๑C ลดลง เมื่อเทียบกับก่อนเข้า เบาหวาน ภายใน ๖ เดือน คูณด้วย ๑๐๐หารด้วย จำนวนผู้ป่วยที่ป่วยด้วย โรคเบาหวาน (E๑๐ - E๑๔) ที่มารับบริการในคลินิก เบาหวานทั้งหมด	กลุ่มงานอายุรกรรม ฝ่ายการพยาบาล (คลินิก DM รายงาน)

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๓๗	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินความเสี่ยง CVD Risk สูง และเข้ากระบวนการและมี CVD Risk ลดลง	ร้อยละ	≥๔๐	≥๔๐	≥๔๐	≥๔๐	(๑) ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E๑๐-E๑๔) และ/หรือ ความดันโลหิตสูง (I๖๐-I๖๙) อายุ ๓๕-๖๐ ปี ที่ขึ้นทะเบียน ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน ๑๐ ปีข้างหน้า ที่มีระดับความเสี่ยงสูง CVD Risk ≥ ๒๐% ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและ/หรือได้รับการรักษาที่เหมาะสม อาทิ การได้รับยาลดไขมัน การควบคุมระดับน้ำตาล และความดันโลหิตได้ ฯลฯ แล้วมีระดับความเสี่ยง CVD Risk ลดลง	ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E๑๐ - E๑๔) และ/หรือความดันโลหิตสูง (I๖๐-I๖๙) อายุ ๓๕ - ๖๐ ปีที่ขึ้นทะเบียน ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน ๑๐ ปีข้างหน้า ที่มีระดับความเสี่ยงสูง CVD Risk ≥ ๒๐% เข้าสู่กระบวนการ แล้วมีระดับความเสี่ยง CVD Risk ลดลง	กลุ่มงานอายุรกรรม ฝ่ายการพยาบาล (คลินิก DM รายงาน)
			สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๔ ตัวชี้วัด NCD Clinic Plus						

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๓๘	ร้อยละความสำเร็จในการเพิ่ม ศักยภาพการให้บริการดูแลผู้ป่วย ในกลุ่มโรคต่อมไร้ท่อและ เมแทบอลิซึม  สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ สทพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๒	ร้อยละ	-	-	๑๐๐	-	- ดำเนินการเพิ่มศักยภาพ การให้บริการดูแลผู้ป่วย ในกลุ่มโรคต่อมไร้ท่อและ เมแทบอลิซึม ภายในปี ๒๕๗๐	- ดำเนินการเพิ่มศักยภาพ การให้บริการดูแลผู้ป่วย ในกลุ่มโรคต่อมไร้ท่อและ เมแทบอลิซึม ภายในปี ๒๕๗๐	กลุ่มงานอายุรกรรม

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)					หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการโครงการ/กิจกรรม
		รวม	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐	ปี ๒๕๗๑	
๑	โครงการคลินิกทางเดินหายใจ (CAPD) (ปี ๒๕๗๐ – ๒๕๗๑) * จัดซื้อครุภัณฑ์ทางการแพทย์ ดังนี้ ๑. เครื่องตรวจและติดตามการทำงานของหัวใจสัญญาณชีพ ๑ ตัว ราคาประมาณ ๒๐๐,๐๐๐ บาท (เงิน กทม.) ราคาที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามราคาท้องตลาดในปีงบประมาณนั้น ๆ * จัดซื้อครุภัณฑ์ประเภทเครื่องมือแพทย์ ดังนี้ ๑. เตียงผู้ป่วยควบคุมด้วยระบบไฟฟ้า รุ่น Priomab๐๐ จำนวน ๒ เตียง ราคาเตียงละ ๗๕,๐๐๐ บาท รวม ๑๕๐,๐๐๐ บาท (เงิน กทม.) ๒. โต๊ะคร่อมเตียง ๒ ตัว ราคาตัวละ ๕,๐๐๐ บาท รวมเป็นเงิน ๑๐,๐๐๐ บาท (เงิน กทม.) ๓. รถเข็นสแตนเลส ๒ ชั้น ๑ ตัว เป็นเงิน ๑๐,๐๐๐ บาท (เงิน กทม.)	๔๙๐,๐๐๐	-	-	๓๙๐,๐๐๐	๑๐๐,๐๐๐	กลุ่มงานอายุรกรรม ฝ่ายการพยาบาล ฝ่ายบริหารงานทั่วไป

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ (ต่อ)

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)				หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการโครงการ/กิจกรรม	
		รวม	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐		ปี ๒๕๗๑
	๔. รถทำแผลสแตนเลส ๑ ตัว เป็นเงิน ๒๐,๐๐๐ บาท (เงิน กทม.) * ลำดับที่ ๑ - ๔ ราคาสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามราคาท้องตลาด ในปีงบประมาณนั้น ๆ * จัดซื้อครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์และครุภัณฑ์สำนักงาน เป็นเงิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท (ปี ๒๕๗๑) (เงิน กทม.หรือเงินบำรุงฯ)						
๒	โครงการคลินิกโรคหัวใจ (ปี ๒๕๖๘) * จัดซื้อครุภัณฑ์ทางการแพทย์ ดังนี้ (๑) เครื่องวิเคราะห์และบันทึกคลื่นไฟฟ้าชนิดพกพาติดตัว ประกอบด้วย เครื่องวิเคราะห์ ๑ เครื่อง และเครื่องบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจชนิดพกพาติดตัว ๕ เครื่อง ๑ ชุด = ๑,๖๐๐,๐๐๐ บาท (ปี ๒๕๖๘) (เงิน กทม.) (๒) เครื่องทดสอบสมรรถภาพหัวใจขณะออกกำลังกาย พร้อมลู่วิ่ง ๑ ชุด = ๑,๓๐๐,๐๐๐ บาท (ปี ๒๕๖๘) (เงิน กทม.) สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๒	๒,๙๐๐,๐๐๐	๒,๙๐๐,๐๐๐	-	-	-	กลุ่มงานอายุรกรรม ฝ่ายการพยาบาล ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๓	โครงการจัดตั้งคลินิกโรคภูมิแพ้ (Allergy Clinic) (ปี ๒๕๖๘) ค่าจัดซื้ออุปกรณ์และเวชภัณฑ์ที่ใช้ในคลินิกโรคภูมิแพ้ (Allergy Clinic) (เงินบำรุง) สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๒	๓๕๒,๐๐๐	๓๕๒,๐๐๐	-	-	-	กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชนฯ

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ (ต่อ)

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)					หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการโครงการ/กิจกรรม
		รวม	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐	ปี ๒๕๗๑	
๔	โครงการเพิ่มศักยภาพการให้บริการดูแลผู้ป่วย ในกลุ่มโรคต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม (ปี ๒๕๖๙) (เงิน กทม. หรือเงินบำรุงฯ หรือเงินที่ผู้บริหารอนุมัติ) สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๒	งบประมาณ ไม่แน่นอน	-	งบประมาณ ไม่แน่นอน	-	-	กลุ่มงานอายุรกรรม ฝ่ายบริหารงานทั่วไป

๕) ด้านศัลยกรรม

๕.๑) เพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยรายโรค - ด้านศัลยกรรม

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๓๙	จำนวนคลินิกเฉพาะโรค และ/หรือ พัฒนาช่องทางเพื่อรองรับการ ให้บริการ  สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๒	คลินิก/ ช่องทาง	๑	๑	๑	-	สามารถเปิดให้บริการ คลินิกเฉพาะทาง ด้าน ศัลยกรรม เพื่อให้รองรับ การให้บริการในโรงพยาบาล และตอบสนองความ ต้องการของประชาชน	นับจำนวน - คลินิกโรคมะเร็ง ปี ๒๕๗๐ - เพิ่มศักยภาพการให้บริการ ศูนย์ส่องกล้องและผ่าตัด ผ่านกล้อง (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๖๙)	กลุ่มงานศัลยกรรม

(๕.๒) เพิ่มศักยภาพในการให้บริการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๔๐	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ถุงน้ำดีผ่านกล้อง (Laparoscopic cholecystectomy) ที่กลับมาอน โรงพยาบาลซ้ำ ภายใน ๑ เดือน ลดลง	ร้อยละ	< ๑๐	< ๑๐	< ๑๐	< ๑๐	ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ถุงน้ำดีผ่านกล้อง (Laparoscopic cholecystectomy) ที่เข้า ร่วมโครงการ ODS/MIS กลับมาอนโรงพยาบาล ซ้ำ ภายใน ๑ เดือน ลดลง เทียบกับปีที่ผ่านมา	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการ ผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง (Laparoscopic cholecystectomy) ที่กลับมาอนโรงพยาบาล ซ้ำ ภายใน ๑ เดือน เมื่อ เทียบกับปีที่ผ่านมา	กลุ่มงานศัลยกรรม ฝ่ายการพยาบาล
๔๑	ร้อยละของผู้ป่วยมีผลตรวจอูจจาระ คัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นบวก ได้รับการตรวจคัดกรองโดยการ ส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ ภายใน ๑ เดือน	ร้อยละ	≥ ๘๐	≥ ๘๐	≥ ๘๐	≥ ๘๐	ผู้ป่วยเข้ารับการคัดกรอง มะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยการ ตรวจอูจจาระตาม โครงการคลินิกคัดกรอง มะเร็งลำไส้ใหญ่ และถ้า ผลตรวจเป็นบวกได้รับการ ตรวจคัดกรองโดยการส่อง กล้องตรวจลำไส้ใหญ่ ภายใน ๑ เดือน	จำนวนผู้ป่วยมีผลตรวจ อูจจาระคัดกรองมะเร็ง - ลำไส้ใหญ่เป็นบวกได้รับการ ตรวจ คัดกรองโดยการส่อง กล้องตรวจลำไส้ใหญ่ ภายใน ๑ เดือน คุณด้วย ๑๐๐ หารด้วย ผู้ป่วยมีผลตรวจ อูจจาระ คัดกรองมะเร็งลำไส้ ใหญ่เป็นบวกได้รับการตรวจ คัดกรองโดยการส่องกล้อง ตรวจลำไส้ใหญ่	กลุ่มงานศัลยกรรม ฝ่ายการพยาบาล

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๔๒	ร้อยละอุบัติการณ์การฆ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง	ร้อยละ	๐	๐	๐	๐	มีแนวทางการเพิ่มความ ปลอดภัยให้ผู้ป่วยไม่ให้ เกิดการฆ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง	จำนวนผู้ป่วยที่ทำให้เกิดการ ผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ในปีงบประมาณนั้น ๆ คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนผู้ป่วยที่ทำให้เกิดการ ทั้งหมด ในปีงบประมาณ นั้น ๆ	กลุ่มงานศัลยกรรม กลุ่มงานอายุรกรรม กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ กลุ่มงานจักษุวิทยา กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก กลุ่มงานสูติ - นรี เวชกรรม ฝ่ายการพยาบาล
๔๓	ร้อยละความสำเร็จของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง มะเร็งเต้านมที่ได้รับการตรวจ แมมโมแกรม (mammogram)/ การตรวจอัลตราซาวด์เต้านม (breast ultrasound)	ร้อยละ	≥ ๙๐	≥ ๙๐	≥ ๙๐	≥ ๙๐	<b>ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม</b> หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะเกิดความ ผิดปกติของเซลล์ที่อยู่ ภายในท่อน้ำนมหรือต่อม น้ำนม เซลล์เหล่านี้มีการ แบ่งตัวผิดปกติไม่สามารถ ควบคุมได้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ จะต้องได้รับการตรวจ แมมโมแกรม (mammogram)/ การตรวจอัลตราซาวด์ เต้านม (breast ultrasound) และส่งต่อเข้ากระบวนการ รักษาอย่างต่อเนื่อง	จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง มะเร็งเต้านม (คลินิกพุ่มรังษ์) ที่ได้รับการตรวจแมมโมแกรม (mammogram)/ การตรวจอัลตราซาวด์ - เต้านม (breast ultrasound) คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง มะเร็งเต้านม (คลินิกพุ่มรังษ์) ทั้งหมด	กลุ่มงานศัลยกรรม ฝ่ายการพยาบาล

๕.๓) เพิ่มศักยภาพในการให้บริการดูแลผู้ป่วยคัดสรรระบบทางเดินปัสสาวะ

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๔๔	ร้อยละความสำเร็จผู้เข้าร่วมโครงการที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคต่อมลูกหมากโต มะเร็งลูกหมาก และสุขภาพชาย แล้วพบว่าผลเลือดผิดปกติเข้าสู่กระบวนการรักษา โดยนัดเข้าคลินิกโรกระบบทางเดินปัสสาวะ	ร้อยละ	๘๐	๘๐	๘๕	๘๕	ผู้เข้าร่วมโครงการประกอบด้วย บุคลากรในโรงพยาบาล และประชาชนทั่วไป ได้รับการคัดกรองตรวจโรคต่อมลูกหมากโต มะเร็งลูกหมาก และสุขภาพชาย หากพบผลเลือดผิดปกติจะเข้าสู่กระบวนการรักษาต่อไป	จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการที่ได้รับการคัดกรอง ฯ แล้วมีผลเลือดผิดปกติเข้าสู่กระบวนการรักษา โดยการนัดเข้าคลินิกโรกระบบทางเดินปัสสาวะ คูณด้วย ๑๐๐หารด้วย จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการที่ได้รับการคัดกรอง ฯ แล้วพบว่าผลเลือดผิดปกติทั้งหมด	กลุ่มงานคัดสรร ฝ่ายการพยาบาล
๔๕	อัตราการเกิดเลือดออกหลังทำการตัดชิ้นเนื้อต่อมลูกหมากทางทวารหนัก (TRUS c Bx)	ร้อยละ	< ๕	< ๕	< ๕	< ๕	ผู้ป่วยต่อมลูกหมากโตได้รับการตรวจมะเร็งต่อมลูกหมากโดยการสอดเครื่องมือ ultrasound ที่มีช่องใส่เข็มสปริงสำหรับตัดเอาชิ้นเนื้อจากต่อมลูกหมากไปตรวจทางพยาธิวิทยาผ่านทางทวารหนักหลังตัดชิ้นเนื้อ มีเลือดออกมากกว่า ๓ วัน	จำนวนผู้ป่วยต่อมลูกหมากโตที่ได้รับการตรวจมะเร็งต่อมลูกหมาก โดยการสอดเครื่องมือ ultrasound ที่มีช่องใส่เข็มสปริงสำหรับตัดเอาชิ้นเนื้อจากต่อมลูกหมากผ่านทางทวารหนักหลังตัดชิ้นเนื้อ มีเลือดออกมากกว่า ๓ วัน	กลุ่มงานคัดสรร ฝ่ายการพยาบาล

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
								คุณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนผู้ป่วยลูกหมากโต ได้รับการตรวจมะเร็งต่อม ลูกหมาก โดยการสอด เครื่องมือ ultrasound ที่มีช่องใส่เข็มสปริง สำหรับตัดเอาชิ้นเนื้อจาก ต่อมลูกหมากผ่านทาง ทวารหนักทั้งหมด	

๕.๔) เพิ่มศักยภาพในการให้บริการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมมะเร็งวิทยา

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๔๖	ร้อยละความสำเร็จในการเปิด ให้บริการคลินิกโรคมะเร็ง  สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๒	ร้อยละ	-	-	๑๐๐	-	- ดำเนินการเพิ่มศักยภาพ การให้บริการดูแลผู้ป่วย มะเร็ง ภายในปี ๒๕๗๐	- ดำเนินการเพิ่มศักยภาพ การให้บริการดูแลผู้ป่วย ภายในปี ๒๕๗๐	กลุ่มงานศัลยกรรม

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)					หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการโครงการ/กิจกรรม
		รวม	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐	ปี ๒๕๗๑	
๑	<p>โครงการเพิ่มศักยภาพการให้บริการศูนย์ส่องกล้องและผ่าตัดผ่านกล้อง (ปี ๒๕๖๘ - ๒๕๖๙)</p> <p>* จัดซื้อครุภัณฑ์ทางการแพทย์ สำหรับผ่าตัดผ่านกล้องทางศัลยกรรม ดังนี้</p> <p>(๑) เครื่องจี้และตัดพร้อมระบบเชื่อมปิดหลอดเลือดด้วยระบบไฟฟ้า ๑ เครื่อง = ๑,๘๐๐,๐๐๐ บาท (ปี ๒๕๖๘) (เงิน กทม.)</p> <p>(๒) ชุดเครื่องมือถ่างขยายผ่าตัดเปิดช่องท้อง ๑ ชุด = ๘๐๐,๐๐๐ บาท (ปี ๒๕๖๘) (เงิน กทม.)</p> <p>(๓) เครื่องเอกซเรย์ฟลูโอโรสโคปเคลื่อนที่ แบบซีอาร์เอ็ม กำลังไม่น้อยกว่า ๑๕ KW ๑ เครื่อง = ๕,๕๐๐,๐๐๐ บาท (เงินงบกลาง ปี ๒๕๖๘)</p> <p>(๔) ชุดกล้องส่องตรวจท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อนและกล้องส่องตรวจกระเพาะอาหาร ชนิดสายส่องตรวจขนาดเล็กพร้อมชุดถ่ายทอคลื่นความถี่ ๑ ชุด = ๘,๐๐๐,๐๐๐ บาท (ปี ๒๕๖๙) (เงิน กทม.)</p> <p>สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๒</p>	๑๖,๑๐๐,๐๐๐	๘,๑๐๐,๐๐๐	๘,๐๐๐,๐๐๐	-	-	<p>กลุ่มงานศัลยกรรม</p> <p>กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม</p> <p>กลุ่มงานอายุรกรรม</p> <p>ฝ่ายการพยาบาล</p> <p>ฝ่ายบริหารงานทั่วไป</p>
๒	<p>โครงการจัดตั้งคลินิกโรคมะเร็ง (ปี ๒๕๗๐)</p> <p>(เงิน กทม. หรือเงินบำรุงฯ หรือเงินที่ผู้บริหารอนุมัติ)</p> <p>สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๒</p>	งบประมาณ ไม่แน่นอน	-	-	งบประมาณ ไม่แน่นอน	-	<p>กลุ่มงานศัลยกรรม</p> <p>ฝ่ายบริหารงานทั่วไป</p>

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ (ต่อ)

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)					หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการโครงการ/กิจกรรม
		รวม	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐	ปี ๒๕๗๑	
๓	โครงการเพิ่มศักยภาพการให้บริการผ่าตัดเฉพาะทางนอกเวลาราชการ (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑) เพื่อเป็นค่าตอบแทนบุคลากรปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ (เงินบำรุง) สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ สทพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๒	๑,๕๖๐,๐๐๐	-	๕๒๐,๐๐๐	๕๒๐,๐๐๐	๕๒๐,๐๐๐	องค์กรแพทย์ ฝ่ายการพยาบาล
๔	กิจกรรมเพิ่มศักยภาพการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม (คลินิกปทุมรักษ์) (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑)	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	กลุ่มงานศัลยกรรม ฝ่ายการพยาบาล
๕	กิจกรรมเพิ่มศักยภาพการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑)	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	กลุ่มงานศัลยกรรม ฝ่ายการพยาบาล
๖	โครงการตรวจคัดกรองโรคต่อมลูกหมากโต มะเร็งลูกหมาก และสุขภาพชาย และให้ความรู้สู่ประชาชน (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑) *ใช้เงินมูลนิธิ*	๒๘๐,๐๐๐	๗๐,๐๐๐	๗๐,๐๐๐	๗๐,๐๐๐	๗๐,๐๐๐	กลุ่มงานศัลยกรรม ฝ่ายการพยาบาล

(๖) ด้านโสต ศอ นาสิก

(๖.๑) เพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยรายโรค - ด้านโสต ศอ นาสิก

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๔๗	จำนวนคลินิกเฉพาะโรค และ/หรือพัฒนาช่องทางเพื่อรองรับการให้บริการ สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ สทพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๒	คลินิก/ ช่องทาง	๑	๑	-	๑	เพิ่มช่องทางการให้บริการด้านการตรวจการได้ยิน เพื่อให้รองรับการให้บริการในโรงพยาบาลและ	นับจำนวน - คลินิกเฉพาะทางนอกเวลา (ENT) (ปี ๒๕๖๘) (ทุกวันพุธ เวลา ๑๖.๐๐ - ๒๐.๐๐ น.)	กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
							ตอบสนองความต้องการ ของประชาชน	- เพิ่มศักยภาพการให้บริการ ตรวจคัดกรองการได้ยินและ เพิ่มการตรวจการได้ยินระดับ ก้านสมองในผู้ใหญ่ ปี ๒๕๖๙ - เพิ่มศักยภาพการให้บริการ ผู้ป่วยที่สูญเสียการได้ยิน ปี ๒๕๗๑	
๔๘	ร้อยละความสำเร็จในการเพิ่ม ศักยภาพการให้บริการตรวจ การได้ยิน	ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑. เพิ่มศักยภาพการให้บริการ ตรวจการได้ยิน ในปี ๒๕๖๘ - ๒๕๗๑ สามารถเปิดให้บริการ จาก ๑ วัน เพิ่มขึ้น เป็น ๒ วัน และมีการจ้างบุคคลภายนอก ช่วยปฏิบัติราชการเพิ่ม จาก ๑ คน เป็น ๒ คน ๒. สามารถดำเนินการ คัดกรองการได้ยินในกลุ่มเด็ก ทารกแรกเกิดทั่วไปและทารก กลุ่มเสี่ยงและสามารถตรวจ คัดกรองการได้ยินระดับก้าน สมองในกลุ่มผู้ใหญ่ เพื่อลด การส่งต่อผู้ป่วย	๑. เปิดให้บริการ ภายใน ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ – ๒๕๗๑ จำนวน ๒ วันต่อ สัปดาห์ ๒. สามารถดำเนินการ ตรวจคัดกรองการได้ยินใน เด็ก เพื่อลดการส่งต่อ ภายในปี ๒๕๖๙	กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๔๙	ร้อยละความสำเร็จในการเพิ่ม ศักยภาพการให้บริการผู้ป่วย ที่สูญเสียการได้ยิน	ร้อยละ	-	-	-	๑๐๐	สามารถเพิ่มศักยภาพการ ให้บริการผู้ป่วยที่สูญเสีย การได้ยิน โดยการใส่ เครื่องช่วยฟัง ภายในปี ๒๕๗๑	สามารถเพิ่มศักยภาพการ ให้บริการผู้ป่วยที่สูญเสีย การได้ยิน โดยการใส่ เครื่องช่วยฟัง ภายในปี ๒๕๗๑	กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)					หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการโครงการ/กิจกรรม
		รวม	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐	ปี ๒๕๗๑	
๑	โครงการคลินิกเฉพาะทางนอกเวลา (ENT) (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑) สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๒	ไม่ใช้ งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก ฝ่ายการพยาบาล
๒	โครงการเพิ่มศักยภาพการให้บริการตรวจการได้ยิน (ปี ๒๕๖๘ - ๒๕๗๑) * จัดซื้อครุภัณฑ์ทางการแพทย์ (๑) เครื่องตรวจการได้ยินระดับก้านสมอง (Auditory brainstem response; ABR) งบประมาณไม่แน่นอน (ปี ๒๕๖๙) (เงิน กทม.หรือเงินบำรุง หรือเงินตามที่ผู้บริหารอนุมัติ) (๒) เครื่องตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิด (OAE + AABR) งบประมาณไม่แน่นอน (ปี ๒๕๖๙) (เงิน กทม.หรือ เงินบำรุง หรือเงินตามที่ผู้บริหารอนุมัติ) * เปิดให้บริการ จาก ๑ วัน เป็น ๒ วันต่อสัปดาห์ * HRM : จ้างบุคคลภายนอกช่วยปฏิบัติราชการ จาก ๑ คน เป็น ๒ คนต่อสัปดาห์ เป็นเงิน ๑๔๐,๐๐๐ บาทต่อปี รวม ๔ ปี รวมเป็นเงิน ๕๖๐,๐๐๐ บาท (เงินบำรุงฯ)	งบประมาณ ไม่แน่นอน + ๕๖๐,๐๐๐	๑๔๐,๐๐๐	งบประมาณ ไม่แน่นอน + ๑๔๐,๐๐๐	๑๔๐,๐๐๐	๑๔๐,๐๐๐	กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก ฝ่ายบริหารงานทั่วไป

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ (ต่อ)

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)					หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการโครงการ/กิจกรรม
		รวม	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐	ปี ๒๕๗๑	
๓	โครงการเพิ่มศักยภาพการให้บริการผู้ป่วยที่สูญเสียการได้ยิน * จัดซื้อครุภัณฑ์ทางการแพทย์ (๑) เครื่องตรวจใส่และวิเคราะห์เครื่องช่วยฟัง (Real Ear Measurement) จำนวน ๑ เครื่อง = ๑,๐๐๐,๐๐๐ บาท (เงิน กทม. หรือที่ผู้บริหารอนุมัติ) ราคาสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามราคาท้องตลาดในปีงบประมาณนั้น ๆ	๑,๐๐๐,๐๐๐	-	-	-	๑,๐๐๐,๐๐๐	กลุ่มงานโสต คอ นาสิก ฝ่ายบริหารงานทั่วไป

(๗) ด้านออร์โธปิดิกส์

(๗.๑) เพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยรายโรค - ด้านออร์โธปิดิกส์

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๕๐	จำนวนคลินิกเฉพาะโรค และ/หรือ พัฒนาช่องทางเพื่อรองรับการให้บริการ	คลินิก/ ช่องทาง	-	๑	-	-	สามารถเปิดให้บริการคลินิกเฉพาะทาง ด้านออร์โธปิดิกส์ เพื่อให้รองรับการให้บริการในโรงพยาบาลและตอบสนองความต้องการของประชาชน	นับจำนวน - คลินิกเฉพาะทางศัลยกรรมกระดูก (นอกเวลาราชการ) ปี ๒๕๖๙	กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๕๑	ร้อยละอุบัติการณ์การเกิดข้อเข่าติด หลังการผ่าตัด TKA	ร้อยละ	< ๕	< ๕	< ๕	< ๕	การเกิดข้อเข่าติด หมายถึง ข้อเข่าเหยียดไม่สุดมากกว่า ๒๐ องศา หรือพิสัยการ งอเข่า ๗๐ องศา	จำนวนผู้ป่วยข้อเข่าติด หลังการผ่าตัด TKA คุณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนผู้ป่วยที่เปลี่ยน ข้อเข่าเทียมทั้งหมด	กลุ่มงาน ออร์โธปิดิกส์ ฝ่ายการพยาบาล
๕๒	อัตราการเกิดแผลติดเชื้อหลังการ ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม	ร้อยละ	< ๐.๕	< ๐.๕	< ๐.๕	< ๐.๕	ภาวะการติดเชื้อของผู้ป่วย หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า เทียม ภายใน ๓๐ วัน	จำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อหลัง การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า เทียม ภายใน ๓๐ วัน คุณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนผู้ป่วยที่ผ่าตัด เปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งหมด	กลุ่มงาน ออร์โธปิดิกส์ ฝ่ายการพยาบาล
๕๓	ร้อยละอุบัติการณ์การเกิดข้อสะโพก หลุดหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก	ร้อยละ	< ๓	< ๓	< ๓	< ๓	ภาวะการเกิดข้อสะโพก หลุดหลังการผ่าตัดเปลี่ยน ข้อสะโพก	จำนวนผู้ป่วยการเกิดข้อ สะโพกหลุดหลังการผ่าตัด เปลี่ยนข้อสะโพก คุณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนผู้ป่วย ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกทั้งหมด	กลุ่มงาน ออร์โธปิดิกส์ ฝ่ายการพยาบาล
๕๔	อัตราการเกิดแผลติดเชื้อหลังการ ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม	ร้อยละ	< ๐.๕	< ๐.๕	< ๐.๕	< ๐.๕	ภาวะการติดเชื้อของผู้ป่วย หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก เทียม ภายใน ๓๐ วัน	จำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อหลัง การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก เทียม ภายใน ๓๐ วัน คุณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวน ผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อ สะโพกเทียมทั้งหมด	กลุ่มงาน ออร์โธปิดิกส์ ฝ่ายการพยาบาล

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๕๕	อัตราการเกิดแผลติดเชื้อหลังการ ผ่าตัดกระดูกสันหลัง	ร้อยละ	< ๐.๕	< ๐.๕	< ๐.๕	< ๐.๕	ภาวะการติดเชื้อของผู้ป่วย หลังการผ่าตัดกระดูกสันหลัง ภายใน ๓๐ วัน	จำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อหลัง การผ่าตัดกระดูกสันหลัง ภายใน ๓๐ วัน คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนผู้ป่วยที่ ผ่าตัดกระดูกสันหลังทั้งหมด	กลุ่มงาน ออร์โธปิดิกส์ ฝ่ายการพยาบาล

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)					หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการโครงการ/กิจกรรม
		รวม	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐	ปี ๒๕๗๑	
๑	กิจกรรมเพิ่มศักยภาพขยายการให้บริการคลินิก เฉพาะทางศัลยกรรมกระดูก (คลินิกนอกเวลาราชการ - เวลา) (ปี ๒๕๖๙ – ๒๕๗๑) (เงิน กทม.หรือเงินบำรุง หรือ เงินตามที่ผู้บริหารอนุมัติ) เพื่อเป็นค่าตอบแทนหรือค่าอาหาร ทำการนอกเวลาราชการ	งบประมาณ ไม่แน่นอน	-	งบประมาณ ไม่แน่นอน	งบประมาณ ไม่แน่นอน	งบประมาณ ไม่แน่นอน	กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ ฝ่ายการพยาบาล

## (๘) ด้านวิสัญญีวิทยา

### (๘.๑) เพิ่มศักยภาพการให้บริการด้านวิสัญญีวิทยา

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๕๖	จำนวนคลินิกเฉพาะโรค และ/หรือพัฒนาช่องทางเพื่อรองรับการให้บริการ  สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๒	คลินิก/ช่องทาง	๑	-	-	-	สามารถเปิดให้บริการคลินิกเฉพาะทาง ด้านวิสัญญีวิทยา เพื่อให้รองรับการให้บริการในโรงพยาบาลและตอบสนองความต้องการของประชาชน	นับจำนวน - เพิ่มศักยภาพระบบงานการระงับความรู้สึกของผู้ป่วยปี ๒๕๖๘	กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา

### โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)				หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการโครงการ/กิจกรรม	
		รวม	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐		ปี ๒๕๗๑
๑	โครงการเพิ่มศักยภาพระบบงานการระงับความรู้สึกของผู้ป่วย (ปี ๒๕๖๘) จัดซื้อครุภัณฑ์ทางการแพทย์รายการเครื่องติดตามการทำงานของหัวใจ ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด ความดันโลหิตแบบภายนอกและภายในอุณหภูมิกาย ๑ เครื่อง = ๔๗๐,๐๐๐ บาท (เงิน กทม.) สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๒	๔๗๐,๐๐๐	๔๗๐,๐๐๐	-	-	-	กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา ฝ่ายการพยาบาล ฝ่ายบริหารงานทั่วไป

### (๙) ด้านนิติเวชวิทยา

(๙.๑) เพิ่มศักยภาพการให้บริการด้านนิติเวชวิทยา

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๕๗	จำนวนคลินิกเฉพาะโรค และ/หรือ พัฒนาช่องทางเพื่อรองรับการ ให้บริการ  สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ สทพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๒	คลินิก/ ช่องทาง	๑	๑	๑	๑	เพิ่มศักยภาพการ ให้บริการด้านนิติเวช เพื่อให้รองรับการให้บริการ ในโรงพยาบาลและ ตอบสนองความต้องการ ของประชาชน	นับจำนวน - คลินิกนิติเวช (ปี ๒๕๖๘) - เพิ่มศักยภาพการให้บริการ ด้านนิติเวช เสดศดีความ (ปี ๒๕๖๙ – ๒๕๗๑)	กลุ่มงานนิติเวช วิทยา

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)				หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการโครงการ/กิจกรรม	
		รวม	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐		ปี ๒๕๗๑
๑	โครงการคลินิกนิติเวช (ปี ๒๕๖๘) เสดศดีความ (ปี ๒๕๖๙ – ๒๕๗๑) ฐานสูตรศพร่วมกับสถานีตำรวจ หนองแวม)  สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ สทพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๒	ไม่ใช้ งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	กลุ่มงานนิติเวชวิทยา ฝ่ายการพยาบาล

## (๑๐) ด้านรังสีวิทยา

### (๑๐.๑) เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการผู้มารับบริการทางด้านรังสีวิทยา

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๕๘	จำนวนคลินิกเฉพาะโรค และ/หรือพัฒนาช่องทางเพื่อรองรับการให้บริการ  สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๑	คลินิก/ช่องทาง	-	๑	๑	๑	เพิ่มศักยภาพการให้บริการด้านรังสีวิทยาเพื่อให้รองรับการให้บริการในโรงพยาบาลและตอบสนองความต้องการของประชาชน	นับจำนวน - เพิ่มศักยภาพการให้บริการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT-SCAN) และเครื่องตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (ปี ๒๕๖๙)	กลุ่มงานรังสีวิทยา

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)				หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการโครงการ/กิจกรรม	
		รวม	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐		
๑	โครงการจ้างเหมาบริการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT-SCAN) และเครื่องตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (ปี ๒๕๖๙) จ้าง Outsource (เงินบำรุง หรือเงินที่ผู้บริหารอนุมัติ)  สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๑	๑๓,๗๙๓,๑๐๐	-	๑๓,๗๙๓,๑๐๐	-	-	กลุ่มงานรังสีวิทยา ฝ่ายบริหารงานทั่วไป

**(๑๑) ด้านชั้นสูตรโรคกลางและธนาคารเลือด**

(๑๑.๑) เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการผู้มารับบริการทางด้านชั้นสูตรโรคกลางและธนาคารเลือด

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๕๙	ร้อยละความสำเร็จในการปรับปรุงห้องเจาะเลือดให้เป็นไปตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์	ร้อยละ	-	-	-	๑๐๐	สามารถปรับปรุงห้องเจาะเลือดให้เป็นไปตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์	สามารถปรับปรุงห้องเจาะเลือดให้เป็นไปตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ ภายในปีงบประมาณ ๒๕๗๑	กลุ่มงานชั้นสูตรโรคกลางและธนาคารเลือด

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)					หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการโครงการ/กิจกรรม
		รวม	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐	ปี ๒๕๗๑	
๑	โครงการปรับปรุงห้องเจาะเลือดให้เป็นไปตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ (ปี ๒๕๗๑) (เงินกทม. หรือเงินบำรุงฯ หรือเงินตามที่ผู้บริหารอนุมัติ) ปี ๒๕๖๙ ปรับปรุงสถานที่ หลังจากนั้นซื้อครุภัณฑ์เพื่อให้ได้ตามมาตรฐานเทคนิคการแพทย์ ภายในปี ๒๕๗๑	งบประมาณไม่แน่นอน	-	-	-	งบประมาณไม่แน่นอน	กลุ่มงานชั้นสูตรโรคกลางและธนาคารเลือด

**(๑๒) ด้านทันตกรรม**

**(๑๒.๑) เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการผู้ป่วยทางด้านทันตกรรม**

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๖๐	ร้อยละความสำเร็จในการเพิ่มประสิทธิภาพในการถ่ายภาพรังสีฟันทั้งปาก (ระบบดิจิตอล ชนิด ๓ มิติ)	ร้อยละ	-	-	-	๑๐๐	สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการถ่ายภาพรังสีฟันทั้งปาก (ระบบดิจิตอล ชนิด ๓ มิติ) ภายในปี ๒๕๗๑	สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการถ่ายภาพรังสีฟันทั้งปาก (ระบบดิจิตอล ชนิด ๓ มิติ) ภายในปี ๒๕๗๑	กลุ่มงานทันตกรรม

**โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์**

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)				หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการโครงการ/กิจกรรม	
		รวม	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐		
๑	โครงการเพิ่มเพิ่มประสิทธิภาพในการถ่ายภาพรังสีฟันทั้งปาก (ระบบดิจิตอล ชนิด ๓ มิติ) * จัดซื้อครุภัณฑ์ทางการแพทย์ (๑) เครื่องถ่ายภาพรังสีฟันทั้งปาก (ระบบดิจิตอล ชนิด ๓ มิติ) จำนวน ๑ เครื่อง = ๓,๐๘๐,๐๐๐ บาท (เงิน กทม. หรือที่ผู้บริหารอนุมัติ) ราคาสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามราคาท้องตลาดในปีงบประมาณนั้น ๆ	๓,๐๘๐,๐๐๐	-	-	-	๓,๐๘๐,๐๐๐	กลุ่มงานทันตกรรม ฝ่ายบริหารงานทั่วไป

**(๑๓) ด้านเวชกรรมฟื้นฟู**

**(๑๓.๑) เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการทางด้านเวชกรรมฟื้นฟู**

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๖๑	ร้อยละความสำเร็จในการเพิ่ม ศักยภาพการให้บริการด้านเวชกรรม ฟื้นฟู	ร้อยละ	๒๕	๕๐	๗๕	๑๐๐	เพิ่มศักยภาพการให้บริการด้าน เวชกรรมฟื้นฟู คือ การจัดหา ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ให้ เพียงพอพร้อมใช้งานและเพื่อ รองรับให้บริการผู้ป่วยและ ผู้สูงอายุในการดูแลผู้ป่วยทาง กายภาพบำบัด กลุ่มโรคกระดูก กล้ามเนื้อ กลุ่มโรคระบบประสาท เพื่อดูแลรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยดังนี้ ปี ๒๕๖๘ = จำนวนกายภาพบำบัด ทั้งหมดช่วยปฏิบัติงานร้อยละ ๒๕ ปี ๒๕๖๙ = จัดซื้อครุภัณฑ์ ทางการแพทย์ ๑ รายการ ร้อยละ ๕๐ ปี ๒๕๗๐ = จัดซื้อครุภัณฑ์ ทางการแพทย์ ๑ รายการ ร้อยละ ๗๕ ปี ๒๕๗๑ = จัดซื้อครุภัณฑ์ ทางการแพทย์ ๒ รายการ ร้อยละ ๑๐๐	สามารถดำเนินการเพิ่ม ศักยภาพการให้บริการ ภายในปี ๒๕๖๘ - ๒๕๗๑	กลุ่มงานเวชกรรม ฟื้นฟู

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)					หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการโครงการ/กิจกรรม
		รวม	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐	ปี ๒๕๗๑	
๑	โครงการเพิ่มศักยภาพการให้บริการด้านเวชกรรมฟื้นฟู (ปี ๒๕๖๙ – ๒๕๗๑) จัดซื้อครุภัณฑ์เครื่องมือกายภาพบำบัด (๑) เครื่องมือรักษาโดยใช้ความเย็น เพื่อลดอาการปวดกล้ามเนื้อ Cryo therapy ๑ เครื่อง = ๔๕๐,๐๐๐ บาท (ปี ๒๕๖๙) (เงิน กทม. หรือที่ผู้บริหารอนุมัติ) ราคาสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามราคาท้องตลาดในปีงบประมาณนั้น ๆ (๒) เครื่อง Physio Magneto super transduction จำนวน ๑ ชุด = ๑,๕๐๐,๐๐๐ บาท (ปี ๒๕๗๐) (เงิน กทม. หรือที่ผู้บริหารอนุมัติ) ราคาสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามราคาท้องตลาดในปีงบประมาณนั้น ๆ (๓) จัดซื้อเตียงดัดตั้งทางกายภาพบำบัดปรับไฟฟ้า จำนวน ๑ เตียง = ๒๕๐,๐๐๐ บาท (ปี ๒๕๗๑) (เงิน กทม. หรือที่ผู้บริหารอนุมัติ) ราคาสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามราคาท้องตลาดในปีงบประมาณนั้น ๆ (๔) เครื่องช็อคเวฟ (Shock Wave) จำนวน ๑ เครื่อง ๑,๖๐๐,๐๐๐ บาท (ปี ๒๕๗๑) (เงิน กทม. หรือที่ผู้บริหารอนุมัติ) ราคาสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามราคาท้องตลาดในปีงบประมาณนั้น ๆ	๓,๘๐๐,๐๐๐	-	๔๕๐,๐๐๐	๑,๕๐๐,๐๐๐	๑,๘๕๐,๐๐๐	กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู
๒	โครงการจ้างนักกายภาพบำบัดห้วงเวลา (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑) * จ้าง ๒๔๐ วันต่อปี x วันละ ๗ ชั่วโมง x ชั่วโมงละ ๒๐๐ บาท x ๓ คน = ๑,๐๐๘,๐๐๐ บาทต่อปี x ๔ ปี รวมเป็นเงิน ๔,๐๓๒,๐๐๐ บาท (เงินบำรุงฯ)	๔,๐๓๒,๐๐๐	๑,๐๐๘,๐๐๐	๑,๐๐๘,๐๐๐	๑,๐๐๘,๐๐๐	๑,๐๐๘,๐๐๐	กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู

**(๑๔) การให้บริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก**

**(๑๔.๑) เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการผู้มารับบริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก**

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๖๒	ร้อยละความสำเร็จในการบูรณาการ - ศาสตร์การแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกร่วมกับแพทย์แผนปัจจุบัน	ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	สามารถดำเนินการเปิดให้บริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกร่วมกับแพทย์แผนปัจจุบันได้ในปีงบประมาณนั้น ๆ	สามารถเปิดให้บริการตามเป้าหมายที่กำหนด - ดำเนินการบูรณาการร่วมกับ สาขา ศัลยกรรมกระดูก (ผู้ป่วย Office syndrome) สูติ - นรีเวชกรรม (มารดาหลังคลอด กระตุ้นน้ำนม อยู่ไฟหลังคลอด) ศัลยกรรม ยังไม่ได้ประสานแพทย์แต่ให้บริการนั่งถ่านในผู้ป่วยริดสีดวง (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑) - ผู้ป่วย IMC เริ่มปี ๒๕๖๙	ฝ่ายการพยาบาล (คลินิกแพทย์ แผนไทยและแพทย์ทางเลือก) กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ กลุ่มงานศัลยกรรม กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู
๖๓	ร้อยละความสำเร็จในการรับหรือส่งต่อการรักษาผู้มารับบริการโรคออฟฟิศซินโดรมที่มีปัญหาพร้อมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ	ร้อยละ	≥ ๗๕	≥ ๗๕	≥ ๘๐	≥ ๘๐	ผู้มารับบริการที่เป็นผู้ที่มีภาวะบาดเจ็บจากโรคออฟฟิศซินโดรมที่มีปัญหาและสามารถรับหรือส่งต่อการรักษาได้สำเร็จ	จำนวนผู้มารับบริการที่เป็นผู้ที่มีภาวะบาดเจ็บจากโรคออฟฟิศซินโดรมที่มีปัญหาสามารถรับหรือส่งต่อได้สำเร็จ คุณด้วย ๑๐๐	ฝ่ายการพยาบาล (คลินิกแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก) กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
							๑) คลินิกแพทย์แผนไทย ฯ ส่งต่อไปยัง คลินิกศัลยกรรม กระดูกและข้อ หรือ ๒) คลินิกศัลยกรรมกระดูก และข้อ ส่งต่อไปยัง คลินิก แพทย์แผนไทย ฯ	หารด้วย จำนวนผู้มารับ บริการที่เป็นผู้ที่มีภาวะ บาดเจ็บจากโรคออฟฟิศ ซินโดรมที่มีปัญหาสามารถ รับหรือส่งต่อได้ทั้งหมด	
๖๔	ร้อยละความพึงพอใจของผู้มารับบริการ ในคลินิกแพทย์แผนไทยและแพทย์ ทางเลือก	ร้อยละ	≥ ๘๐	≥ ๘๐	≥ ๘๐	≥ ๘๐	ความพึงพอใจของผู้มารับ บริการคลินิกแพทย์แผน ไทยและแพทย์ทางเลือก โดยใช้แบบฟอร์มเกณฑ์ มาตรฐานที่กำหนด	จำนวนผู้มารับบริการที่มี ความพึงพอใจในระดับดีมาก คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนผู้มารับบริการทั้งหมดที่ ประเมินความพึงพอใจ	ฝ่ายการพยาบาล (คลินิกแพทย์ แผนไทยและ แพทย์ทางเลือก)

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)					หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการโครงการ/กิจกรรม
		รวม	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐	ปี ๒๕๗๑	
๑	โครงการพัฒนาบริการแพทย์แผนไทยและ แพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๓๓๓ ชูติณโร อุทิศ (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑) (เงินบำรุงฯ) * HRM : จ้างแพทย์แผนจีน แพทย์แผนไทย และ บุคคลภายนอกช่วยปฏิบัติงานในคลินิก จำนวน ๔ ปี ปีละ ๑,๔๒๓,๒๐๐ บาท รวมเป็นเงิน ๕,๖๙๒,๘๐๐ บาท จ้างแผนไทย ๒ คน แพทย์จีน ๑ คน ผู้ช่วยแพทย์ ๒ คน ธุรการ ๑ คน	๕,๖๙๒,๘๐๐	๑,๔๒๓,๒๐๐	๑,๔๒๓,๒๐๐	๑,๔๒๓,๒๐๐	๑,๔๒๓,๒๐๐	ฝ่ายการพยาบาล (คลินิกแพทย์แผนไทยและ แพทย์ทางเลือก)

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ (ต่อ)

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)					หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการโครงการ/กิจกรรม
		รวม	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐	ปี ๒๕๗๑	
๒	กิจกรรมพัฒนาระบบการให้บริการผู้มารับบริการที่เป็นผู้ที่มีภาวะบาดเจ็บจากโรคออฟฟิศซินโดรมที่มีปัญหาและสามารถรับหรือส่งต่อการรักษาร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ (ปี ๒๕๖๘ - ๒๕๗๑) * คลินิกแพทย์แผนไทย ฯ ส่งต่อไปยัง คลินิกศัลยกรรมกระดูกและข้อ หรือ คลินิกศัลยกรรมกระดูกและข้อ ส่งต่อไปยัง คลินิกแพทย์แผนไทย ฯ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ฝ่ายการพยาบาล (คลินิกแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก) กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์

เป้าประสงค์ที่ ๒.๓ เพิ่มศักยภาพโรงพยาบาลในการรองรับโรคเฉพาะทางของผู้สูงอายุ

กลยุทธ์ที่ ๒.๓.๑ ผลักดันและพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลให้มีความพร้อมรองรับโรคเฉพาะทางของผู้สูงอายุ

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๖๕	คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพที่ผ่านเกณฑ์ (เกินมาตรฐานสำนักงานการแพทย์)	ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	สามารถดำเนินการตามเกณฑ์การประเมินคลินิกผู้สูงอายุ และต้องผ่านเกณฑ์การประเมินตามมาตรฐานที่สำนักงานการแพทย์กำหนด จำนวน ๒๐ ข้อ และคะแนนรวมไม่น้อยกว่า ๑๗ คะแนน	ผ่านเกณฑ์ประเมินคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ตามเกณฑ์ที่กำหนด	กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชนฯ (คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ)

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๖๖	ร้อยละผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองพบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้มได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ  สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ สภพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๑	ร้อยละ	-	>๔๐	>๔๐	>๔๐	ผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองพบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้มได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	จำนวนผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองพบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้มได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองพบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้มทั้งหมด	กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชนฯ (คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ)
๖๗	ร้อยละความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้าน Geriatric syndromes เข้าสู่ระบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ	กลุ่มโรค	๑ - ๒	๑ - ๒	๑ - ๒	๑ - ๒	<b>การดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ</b> หมายถึง การให้บริการด้านการดูแลสุขภาพที่ไร้รอยต่อจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่การคัดกรองการให้คำปรึกษา คำแนะนำการให้ความรู้ด้านสุขภาพ และการเข้าสู่กระบวนการรักษา - เพิ่มศักยภาพในการค้นพบโรคเรื้อรังต่าง ๆ ในระยะเริ่มแรก มีการป้องกัน รักษา และเสริมสร้างสุขภาพ	นับจำนวนกลุ่มโรคที่ผู้ป่วยผู้สูงอายุได้รับการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ	กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชนฯ (คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ) กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ กลุ่มงานอายุรกรรม กลุ่มงานจิตเวช กลุ่มงานจักษุวิทยา กลุ่มงานทันตกรรม กลุ่มงานเภสัชกรรม กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู ฝ่ายโภชนาการ

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
							ของผู้สูงอายุได้อย่าง เหมาะสม โดยเฉพาะในกลุ่ม ผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง (Frail elderly) - ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการจะ ได้รับการประเมินปัญหา เฉพาะผู้สูงอายุ (Geriatric syndrome) และเข้าพบทีม สหสาขาวิชาชีพเพื่อรับการ ปรึกษา คำแนะนำ เพิ่มความ รอบรู้ด้านสุขภาพ และเข้าสู่ กระบวนการรักษาแบบ บูรณาการ		
๖๘	ร้อยละความพึงพอใจของผู้มารับบริการ ในคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ	ร้อยละ	≥ ๘๐	≥ ๘๐	≥ ๘๐	≥ ๘๐	ความพึงพอใจของผู้มารับ บริการคลินิกผู้สูงอายุ คุณภาพโดยใช้แบบฟอร์ม เกณฑ์มาตรฐานที่ สำนักการแพทย์กำหนด	จำนวนผู้มารับบริการที่มี ความพึงพอใจในระดับ ดีมาก คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนผู้มารับบริการทั้งหมด ที่ประเมินความพึงพอใจ	กลุ่มงานเวชศาสตร์ ชุมชนฯ (คลินิก ผู้สูงอายุคุณภาพ)

โครงการ/กิจกรรมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)					หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการโครงการ/กิจกรรม
		รวม	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐	ปี ๒๕๗๑	
๑	กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุใน โรงพยาบาลหลวงพ่отวิศกดิ์ ชุติณโร อุทิศ (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑) * HRM : จ้างแพทย์ห้วงเวลาช่วยปฏิบัติงานในคลินิก จำนวน ๔ ปี ปีละ ๓๗๔,๔๐๐ บาท รวมเป็นเงิน ๑,๔๙๗,๖๐๐ บาท (เงินบำรุงฯ)	๑,๔๙๗,๖๐๐	๓๗๔,๔๐๐	๓๗๔,๔๐๐	๓๗๔,๔๐๐	๓๗๔,๔๐๐	กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชน ฯ (คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ)
๒	กิจกรรมการคัดกรองและผู้ป่วยสมองเสื่อม/ ภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑) สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๑	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชน ฯ (คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ)
๓	โครงการส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุจิตอาสาในชุมชน เพื่อการดูแลผู้ป่วยในชุมชน (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑)	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชน ฯ (คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ)
๔	โครงการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันให้กับผู้สูงอายุในชุมชน (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑)	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชน ฯ (คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ)

เป้าประสงค์ที่ ๒.๔ พัฒนาการและการรักษาพยาบาลรูปแบบใหม่ให้ทันต่อกระแสโลกาภิวัตน์และเทคโนโลยีสุขภาพ

กลยุทธ์ที่ ๒.๔.๑ ผลักดันและพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลที่มีความพร้อมรองรับ Precision Medicine การให้บริการรูปแบบใหม่และเทคโนโลยีด้านสุขภาพ

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๖๙	ร้อยละความสำเร็จในการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลด้วยระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) ผ่านแอป หมอ กทม. เทียบกับทุก Platform เพิ่มขึ้น	ร้อยละ	๒๐	๒๐	๒๐	๒๐	การรักษาผู้ป่วยด้วยระบบ Telemedicine ผ่านแอป หมอ กทม. หมายถึง การตรวจรักษา/การพบแพทย์/การให้บริการด้านการรักษาผู้ป่วยด้วยระบบ Telemedicine ที่มีการรับบริการผ่านแอป หมอ กทม. การรักษาผู้ป่วยด้วยระบบ Telemedicine ทุก Platform หมายถึง โรงพยาบาลมีการให้บริการครอบคลุมการรักษา การประเมินอาการ ความรุนแรง การให้คำปรึกษา การส่งต่อ	จำนวนผู้ป่วยที่มีการตรวจรักษา/พบแพทย์/การให้บริการด้านการรักษาผู้ป่วยด้วยระบบ Telemedicine ผ่านแอป หมอ กทม. คูณด้วย ๑๐๐หารด้วย จำนวนผู้ป่วยที่มีการตรวจรักษา/พบแพทย์/การให้บริการด้านการรักษาผู้ป่วยด้วยระบบ Telemedicine ทุก Platform	ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มงานอายุรกรรม กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม กลุ่มงานศัลยกรรม กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ กลุ่มงานกุมารเวชกรรม กลุ่มงานจักษุวิทยา กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชน ฯ กลุ่มงานเภสัชกรรม กลุ่มงานจิตเวช

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
							หรือการติดตามอาการ เช่น ผ่านทางแอป หมอ กทม. ผ่านทางระบบ สารสนเทศโรงพยาบาล (e-phis) หรือ ผ่านทาง ไลน์ เป็นต้น		ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มงานอายุรกรรม กลุ่มงานสูติ - นรี เวชกรรม กลุ่มงานศัลยกรรม กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ กลุ่มงานกุมารเวชกรรม กลุ่มงานจักษุวิทยา กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก กลุ่มงานเวชศาสตร์ ชุมชน ฯ กลุ่มงานเภสัชกรรม กลุ่มงานจิตเวช

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)					หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการโครงการ/กิจกรรม
		รวม	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐	ปี ๒๕๗๑	
๑	กิจกรรมการรักษาพยาบาลด้วยระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑)	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ฝ่ายการพยาบาล

เป้าประสงค์ที่ ๒.๕ พัฒนาโครงสร้างและระบบบริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิเพื่อรองรับการให้บริการประชาชน

กลยุทธ์ที่ ๒.๕.๑ พัฒนาและผลักดันโรงพยาบาลให้เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิเพื่อรองรับการให้บริการประชาชนในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครฝั่งตะวันตกและพื้นที่ใกล้เคียง

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๗๐	ร้อยละความสำเร็จในการดำเนินการ โครงการก่อสร้างอาคาร โรงพยาบาล หลวงพ่อดำ ภูเก็ต ชูติณโร อุทิศ  * หมายเหตุ จำนวน ๔ อาคาร พร้อมทั้งจัด รถยนต์ใต้ดิน และระบบสาธารณูปโภค* เป็นโครงการต่อเนื่องจากปี ๒๕๖๔ - ๒๕๗๑  <b>สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๓ เป้าประสงค์ที่ ๔</b>	ร้อยละ	๔๐	๖๐	๘๐	๑๐๐	เป็นโครงการต่อเนื่องจากปี ๒๕๖๗ ซึ่งได้ดำเนินการจัดทำ รายละเอียดแบบก่อสร้าง, แต่งตั้ง คกก.จัดทำรูปแบบ รายการงานก่อสร้าง, คกก. กำหนดราคากลางจัดทำราคา กลางและดำเนินการจ้าง, ประกาศจัดซื้อจัดจ้างในระบบ e-GP และเว็บไซต์ กทม.สนย. (ผู้ค้ายื่นเอกสารและเสนอราคา) ปี ๒๕๖๘ : ประกาศผู้ชนะ พร้อมกันในระบบ e-GP และ เผยแพร่ในเว็บไซต์, ตรวจสอบ การอุทธรณ์, ตรวจสอบร่างสัญญา และลงนามในสัญญา และ เผยแพร่สัญญาในระบบ e-GP และเว็บไซต์ กทม.สนย. ร้อยละ ๔๐	สามารถดำเนินการตาม เป้าหมายที่กำหนด	ฝ่ายบริหารงาน ทั่วไป

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
							ปี ๒๕๖๘ : ผู้รับจ้าง ดำเนินการก่อสร้างตาม สัญญา, รายงานผลการ ปฏิบัติงานของผู้รับจ้าง และ ตรวจรับงานก่อสร้างตาม งานงวด ร้อยละ ๖๐ ปี ๒๕๗๐ : ผู้รับจ้าง ดำเนินการก่อสร้างตาม สัญญา, รายงานผลการ ปฏิบัติงานของผู้รับจ้าง และ ตรวจรับงานก่อสร้างตาม งานงวด ร้อยละ ๘๐ ปี ๒๕๗๑ : ดำเนินการ ก่อสร้างตามสัญญา และ ตรวจรับงานก่อสร้าง พร้อมทั้งส่งมอบ ร้อยละ ๑๐๐		ฝ่ายบริหารงาน ทั่วไป

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๗๑	ร้อยละความสำเร็จในการเปิดให้บริการศูนย์บริบาลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู (Intermediate Care: IMC) (๒๐ เตียง) * เป็นโครงการต่อเนื่องจากปีงบประมาณ ๒๕๖๗ – ๒๕๖๘ <b>สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ สทพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๑</b>	ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	-	-	ในปี ๒๕๖๗ : ปรับพื้นที่สร้างรั้ว และสร้างอาคารศูนย์บริบาลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู ในปี ๒๕๖๘	สามารถเปิดให้บริการศูนย์บริบาลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู - ปี ๒๕๖๘ เปิดบริการ OPD case - ปี ๒๕๖๙ เปิด IPD ๒๐ เตียง	กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู ฝ่ายการพยาบาล ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๗๒	ร้อยละความสำเร็จในการดำเนินการขยายการให้บริการหอผู้ป่วย ศัลยกรรมหญิง (๖ เตียง)	ร้อยละ	๑๐๐	-	-	-	ในปี ๒๕๖๘ : เริ่มเปิดให้บริการ เพิ่มอีก จำนวน ๖ เตียง รวมทั้งหมด ๒๖ เตียง	สามารถเปิดให้บริการเพิ่มอีก ๖ เตียง ภายในปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ฝ่ายการพยาบาล
๗๓	ร้อยละความสำเร็จในการดำเนินการเปิดให้บริการ Premium Clinics <b>สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ สทพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๓ เป้าประสงค์ที่ ๔</b>	ร้อยละ	-	-	๑๐๐	-	ในปี ๒๕๗๐ : เริ่มเปิดให้บริการ Premium Clinics (จักษุ ENT)	สามารถเปิดให้บริการ Premium Clinics (จักษุ ENT) ภายในปีงบประมาณ ๒๕๗๐	กลุ่มงานจักษุวิทยา กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก ฝ่ายการพยาบาล
๗๔	ร้อยละความสำเร็จในการดำเนินการขยายการให้บริการหอผู้ป่วย แก้วเจ้าจอม (ห้องพิเศษรวม)	ร้อยละ	-	๑๐๐	-	-	ในปี ๒๕๖๙ : เริ่มเปิดให้บริการ เพิ่มอีก จำนวน ๓ เตียง + เดิม ๙ เตียง รวมทั้งหมด ๑๒ เตียง	สามารถเปิดให้บริการเพิ่มอีก ๓ เตียง ภายในปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ฝ่ายการพยาบาล

โครงการ/กิจกรรมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)				หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการโครงการ/กิจกรรม	
		รวม	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐		ปี ๒๕๗๑
๑	โครงการก่อสร้างอาคาร โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ภูเก็ต ชูติณโร อุทิศ (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑) (เงิน กทม.) * เป็นโครงการต่อเนื่องตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ – ๒๕๗๓ โอนงบให้กับสำนักการโยธาเป็นผู้ดำเนินการจัดจ้าง	๒,๐๑๗,๒๒๒,๐๐๐		๒,๐๑๗,๒๒๒,๐๐๐			ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๒	โครงการจัดตั้งศูนย์บริการผู้ป่วยระยะฟื้นฟู (Intermediate Care : IMC) (ปี ๒๕๖๘) * ค่าใช้จ่ายในการสร้างอาคารบริการผู้ป่วยระยะฟื้นฟู (Intermediate Care : IMC) และระบบระบายอากาศ และระบบปรับอากาศ = ๒๔,๗๓๕,๑๑๔.๒๓ บาท (เงินมูลนิธิฯ) * ค่าใช้จ่ายในการจัดซื้อครุภัณฑ์ทางการแพทย์ = ๒,๕๕๗,๕๐๐ บาท (เงินบำรุงฯ) * ค่าใช้จ่ายในการจัดซื้อครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์พร้อมอุปกรณ์ต่อพ่วง = ๔๖๓,๑๐๒ บาท (เงินบำรุงฯ) * ค่าใช้จ่ายในการจัดซื้อครุภัณฑ์ทางกายภาพบำบัด = ๙๓๓,๔๐๐ บาท (เงินบำรุงฯ) * ค่าใช้จ่ายในการจัดซื้อครุภัณฑ์สำนักงาน = ๗๑๙,๘๗๕ บาท (เงินบำรุงฯ)	๒๙,๖๒๗,๓๖๒.๗๓	๒๙,๖๒๗,๓๖๒.๗๓	-	-	-	กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู ฝ่ายการพยาบาล ฝ่ายบริหารงานทั่วไป

โครงการ/กิจกรรมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ (ต่อ)

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)				หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการโครงการ/กิจกรรม	
		รวม	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐		ปี ๒๕๗๑
	* ค่าใช้จ่ายในการจัดซื้อวัสดุครุภัณฑ์ = ๗,๑๕๕,๐๐๐ บาท (เงินบำรุงฯ) * ค่าใช้จ่ายในการติดตั้งระบบโทรศัพท์พร้อม IP Phone = ๑๒๓,๒๑๐.๕๐ บาท (เงินบำรุงฯ) * ค่าใช้จ่ายในการติดตั้งระบบเครือข่าย (LAN) และสายสัญญาณ จำนวน ๒๕ จุด = ๒๘,๕๐๐ บาท (เงินบำรุงฯ) สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๑						กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู ฝ่ายการพยาบาล ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๓	โครงการขยายการให้บริการหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง (๖ เตียง) (ปี ๒๕๖๘) (เงินบำรุงฯ)	งบประมาณ ไม่แน่นอน	งบประมาณ ไม่แน่นอน	-	-	-	ฝ่ายการพยาบาล ฝ่ายบริหารทั่วไป
๔	โครงการ Premium Clinics (ปี ๒๕๗๐) (เงินบำรุงฯ) สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๓ เป้าประสงค์ที่ ๔	งบประมาณ ไม่แน่นอน	-	-	งบประมาณ ไม่แน่นอน	-	กลุ่มงานจักษุวิทยา กลุ่มงานโสต คอ นสิก ฝ่ายการพยาบาล
๕	โครงการขยายการให้บริการหอผู้ป่วยแก้วเจ้าจอม (ห้องพิเศษรวม) (๓ เตียง) (ปี ๒๕๖๙) (เงินบำรุงฯ)	งบประมาณ ไม่แน่นอน	-	งบประมาณ ไม่แน่นอน	-	-	ฝ่ายการพยาบาล ฝ่ายบริหารทั่วไป

เป้าประสงค์ที่ ๒.๖ พัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินให้สอดคล้องกับสาธารณสุขที่มีในพื้นที่

กลยุทธ์ที่ ๒.๖.๑ พัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินให้รองรับรูปแบบของสาธารณสุขที่มีการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๗๕	การจัดการซ้อมแผนรับเหตุสาธารณสุข/อุบัติเหตุ/ การช่วยฟื้นคืนชีพ / แผนป้องกันอัคคีภัย/ การเตรียมความพร้อมและตอบสนองต่อโรคอุบัติใหม่ โรคติดต่อ ให้กับบุคลากรในโรงพยาบาล <b>สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๓ เป้าประสงค์ที่ ๔</b>	ครั้ง/ปี	๓	๓	๓	๓	จัดให้มีการซ้อมเหตุ – สาธารณภัยหรืออุบัติเหตุ/ การช่วยฟื้นคืนชีพ/ แผนป้องกันอัคคีภัย ให้กับบุคลากรในโรงพยาบาล ปีละ ๓ ครั้ง	นับจำนวน	ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มงานเวชศาสตร์ ฉุกเฉิน ฯ ทุกหน่วยงาน
๗๖	บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการซ้อมแผนรับเหตุสาธารณสุขอุบัติเหตุ หรือการเตรียมความพร้อมและตอบสนองต่อโรคอุบัติใหม่ โรคติดต่อเพิ่มขึ้น	ร้อยละ	≥ ๘๐	≥ ๘๐	≥ ๘๕	≥ ๘๕	บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องในเรื่องการซ้อมแผนรับเหตุสาธารณสุขอุบัติเหตุเพิ่มขึ้น	คะแนนความรู้ความเข้าใจของบุคลากร Post – test มากกว่าหรือเท่ากับ Pre – test	ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มงานเวชศาสตร์ ฉุกเฉิน ฯ ทุกหน่วยงาน
๗๗	บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพเพิ่มขึ้น	ร้อยละ	≥ ๘๐	≥ ๘๐	≥ ๘๕	≥ ๘๕	บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพเพิ่มขึ้น	คะแนนความรู้ความเข้าใจของบุคลากร Post – test มากกว่าหรือเท่ากับ Pre – test	ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มงานเวชศาสตร์ ฉุกเฉิน ฯ ทุกหน่วยงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๗๘	บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการป้องกันการเกิดอหิวาต์และรู้จักช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นตามแผนป้องกันอหิวาต์ของโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น	ร้อยละ	≥ ๘๐	≥ ๘๐	≥ ๘๕	≥ ๘๕	บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องเรื่องการป้องกันการเกิดอหิวาต์และรู้จักช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นตามแผนป้องกันอหิวาต์ของโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น	คะแนนความรู้ความเข้าใจของบุคลากร Post – test มากกว่าหรือเท่ากับ Pre – test	ฝ่ายบริหารงานทั่วไป ทุกหน่วยงาน
๗๙	ร้อยละของนักเรียน หรือประชาชนที่เป็นกลุ่มเป้าหมายได้รับการฝึกทักษะการปฐมพยาบาลเบื้องต้นในการฟื้นคืนชีพสัญญาณชีพ (CPR)	ร้อยละ	≥ ๙๐	≥ ๙๐	≥ ๙๐	≥ ๙๐	นักเรียน หรือประชาชนที่ขอรับการฝึกทักษะการปฐมพยาบาลเบื้องต้นในการฟื้นคืนชีพสัญญาณชีพ (CPR) โดยผู้ฝึกสอนที่ผ่านการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและการใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจไฟฟ้าอัตโนมัติ (AED)	จำนวนนักเรียน หรือประชาชน ที่ได้รับการฝึกทักษะการปฐมพยาบาลเบื้องต้นในการฟื้นคืนชีพสัญญาณชีพ (CPR) โดยผู้ฝึกสอนที่ผ่านการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและการใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจไฟฟ้าอัตโนมัติ (AED) คูณด้วย ๑๐๐หารด้วย จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่ขอรับการฝึกทักษะทั้งหมด	ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มงานเวชศาสตร์ ฉุกเฉิน ฯ

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๘๐	ร้อยละความสำเร็จในการเพิ่มจุดจุด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพเข้าถึงผู้ป่วย ฉุกเฉิน  สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๓	ร้อยละ	-	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	ในปี ๒๕๖๙ – ๒๕๗๑ จ้างบุคคลภายนอกตำแหน่ง พนักงานขับรถ เข้ามาช่วย ปฏิบัติงานให้บริการ รถจักรยานยนต์ฉุกเฉิน ทางการแพทย์ (Moter lance) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ เข้าถึงผู้ป่วยฉุกเฉินได้รวดเร็ว	จ้างพนักงานขับรถ จำนวน ๒ คน เข้ามาช่วย ปฏิบัติงาน	ฝ่ายบริหารงาน ทั่วไป/ กลุ่มงาน เวชศาสตร์ฉุกเฉินฯ/ ฝ่ายการพยาบาล
๘๑	ร้อยละความสำเร็จในการใช้งาน ระบบ GPS Tracking เพื่อให้บริการ ผู้ป่วยฉุกเฉิน  สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๓	ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	-	-	ดำเนินการจัดซื้อครุภัณฑ์ ทางการแพทย์เพื่อพัฒนา ระบบเทคโนโลยี สารสนเทศเพื่อรองรับการ ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน	สามารถดำเนินการจัดหา ระบบ GPS Tracking เพื่อ ให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉิน ตามที่กำหนดไว้ในแผน	ฝ่ายบริหารงาน ทั่วไป/ กลุ่มงาน เวชศาสตร์ฉุกเฉินฯ/ ฝ่ายการพยาบาล

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)				หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการโครงการ/กิจกรรม	
		รวม	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐		ปี ๒๕๗๑
๑	โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการฝึกซ้อมแผนรับมือ โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ภูเก็ต ชูติณโร อุทิศ (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑) (TN๑) (เงิน กทม.)	๑๒๓,๘๗๕	๒๙,๐๗๕ (กลุ่มเป้าหมาย ๑๑๐ คน)	๓๑,๖๐๐ (กลุ่มเป้าหมาย ๑๒๐ คน)	๓๑,๖๐๐ (กลุ่มเป้าหมาย ๑๒๐ คน)	๓๑,๖๐๐ (กลุ่มเป้าหมาย ๑๒๐ คน)	ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ฯ
๒	โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มศักยภาพ บุคลากรด้านการช่วยฟื้นคืนชีพ (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑) (TN๑) (เงิน กทม.)	๒๗๓,๓๑๐	๖๓,๓๑๐ (กลุ่มเป้าหมาย ๒๒๐)	๗๐,๐๐๐ (กลุ่มเป้าหมาย ๒๕๓)	๗๐,๐๐๐ (กลุ่มเป้าหมาย ๒๕๓)	๗๐,๐๐๐ (กลุ่มเป้าหมาย ๒๕๓)	ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ฯ

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนารองพยาบาล ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑)  
 โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๓๖๓ ชุมชนโร อุตสาหกรรม

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)					หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการโครงการ/กิจกรรม
		รวม	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐	ปี ๒๕๗๑	
๓	โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ การระงับเหตุเพลิงไหม้ และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอพยพหนีไฟ (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑) (TN๑) (เงิน กทม.)	๒๗๓,๓๑๐	๔๔,๖๐๐ (กลุ่มเป้าหมาย ๙๖)	๔๔,๖๐๐ (กลุ่มเป้าหมาย ๙๖)	๔๗,๔๐๐ (กลุ่มเป้าหมาย ๑๑๐)	๔๗,๔๐๐ (กลุ่มเป้าหมาย ๑๑๐)	ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๔	โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มศักยภาพบุคลากรด้านการเตรียมความพร้อมและตอบสนองต่อโรคอุบัติใหม่ โรคติดต่อ หรือสาธารณสุขภัย (ปี ๒๕๗๑) (TN๑) (เงิน กทม.) สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๔		-	-	-	๓๕,๐๐๐ (กลุ่มเป้าหมาย ๖๐)	ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ฯ กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชน ฯ
๕	กิจกรรมให้การสนับสนุนวิทยากรฝึกอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (CPR) และการใช้เครื่องกระตุกไฟฟ้าอัตโนมัติ (AED) (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑)	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ฯ
๖	กิจกรรมจัดบริการรถจักรยานยนต์ฉุกเฉินทางการแพทย์ (Moter lance) (ปี ๒๕๖๙ – ๒๕๗๑) (เงินบำรุงฯ หรือเงินที่ผู้บริหารอนุมัติ) เพื่อเป็นค่าตอบแทนบุคลากรและค่าน้ำมันเชื้อเพลิง สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๓	๑๘๐,๐๐๐	-	๖๐,๐๐๐	๖๐,๐๐๐	๖๐,๐๐๐	ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ฯ
๗	โครงการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อรองรับการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๖๙) (เงินงบค่าเสื่อม ปี ๖๘ และเงินประกันสังคม) จัดซื้อครุภัณฑ์ทางการแพทย์ ระบบ GPS Tracking สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๓	๒,๔๐๐,๐๐๐	๑,๒๐๐,๐๐๐	๑,๒๐๐,๐๐๐	-	-	ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ฯ

เป้าประสงค์ที่ ๒.๗ สร้างเครือข่ายในการส่งต่อ

กลยุทธ์ที่ ๒.๗.๑ สร้างเครือข่ายในการส่งต่อ (ในโรคที่ยังมีศักยภาพไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วย)

ตัวชี้วัดการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๘๒	ร้อยละความสำเร็จของการส่งต่อผู้ป่วย ผ่านระบบ e – Referral ภายใน ๑๕ นาที  สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๑	ร้อยละ	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕	ผู้ป่วยต้องได้รับการส่งต่อจากปฐมภูมิไปยังโรงพยาบาลได้รับการส่งต่อภายในเวลา ๑๕ นาที หมายถึง ศูนย์บริการสาธารณสุขสามารถส่งต่อผู้ป่วยผ่านระบบ e-Referral ให้มารับการรักษาต่อที่ รพท. โดยโรงพยาบาลสามารถให้วันนัดหมายและศูนย์บริการสาธารณสุขตอบรับการนัดหมายได้ภายใน ๑๕ นาที ยกเว้นกรณีฉุกเฉินหรือไม่เป็นไปตามสิทธิของผู้ป่วย และกรณีมีเหตุขัดข้องของระบบ	วิธีการคำนวณ จำนวนครั้งของผู้ป่วยที่ส่งต่อผ่านระบบ e-Referral ได้รับการนัดหมายภายใน ๑๕ นาที ทหารด้วย จำนวนครั้งของผู้ป่วยที่ส่งต่อจากศูนย์บริการสาธารณสุขทั้งหมด คูณด้วย ๑๐๐	ศูนย์ UMSC ฝ่ายการพยาบาล

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)					หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการโครงการ/กิจกรรม
		รวม	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐	ปี ๒๕๗๑	
๑	กิจกรรมการรับ – ส่งต่อผู้ป่วย ผ่านระบบ e – Referral (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑) สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป้าประสงค์ที่ ๑	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ศูนย์ UMSC ฝ่ายการพยาบาล

กลยุทธ์ที่ ๒.๗.๒ พัฒนาศักยภาพการส่งต่อและตอบกลับข้อมูลผู้ป่วยที่ทำ discharge Plan

ตัวชี้วัดการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๘๓	อัตราการส่งต่อและตอบกลับข้อมูลผู้ป่วยที่ทำ discharge Plan	ร้อยละ	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	จำนวนผู้ป่วยที่ส่งต่อข้อมูลการเยี่ยมบ้านไปยังกลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชน ฯ และได้รับการตอบกลับข้อมูลหลังผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านทั้งหมด	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการตอบกลับข้อมูลหลังได้รับการเยี่ยมบ้าน (จากกลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชนฯ/ศบส.) คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วยจำนวนผู้ป่วยที่ส่งข้อมูลการเยี่ยมบ้านทั้งหมด	ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชนฯ
๘๔	อัตราการวางแผนจำหน่ายร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและสามารถเยี่ยมบ้านได้ตามแผน	ร้อยละ	๗๕	๗๕	๘๐	๘๐	แพทย์ พยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพ วางแผนการรักษาร่วมกันประเมินได้จาก	จำนวนผู้ป่วยในที่มีการวางแผนการจำหน่ายร่วมกันระหว่างแพทย์	ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชน ฯ

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
							๑) Progerss note แพทย์ ๒) Nurse note ๓) D/C Plan	พยาบาลและทีมสหสาขา - วิชาชีพ สามารถเยี่ยมบ้านได้ ตามแผน คุณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนผู้ป่วยในที่ มีการวางแผนการจำหน่าย ทั้งหมด	ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มงานเวชศาสตร์ ชุมชน ฯ

โครงการ/กิจกรรมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)					หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการโครงการ/กิจกรรม
		รวม	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐	ปี ๒๕๗๑	
๑	กิจกรรมสำรวจข้อมูลส่งต่อและตอบกลับของ ผู้ป่วยที่ทำ discharge plan และนำข้อมูล มาวิเคราะห์ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อ วางแผนการรักษา (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑)	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ฝ่ายการพยาบาล ศูนย์ UMCS กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชน ฯ
๒	กิจกรรมวางแผน การจำหน่าย และส่งต่อเพื่อ การดูแลต่อเนื่องที่บ้านร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑)	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ฝ่ายการพยาบาล ศูนย์ UMCS กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชน ฯ

## ยุทธศาสตร์ที่ ๓

พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ  
สนับสนุนงานบริการและการบริหาร  
เพื่อมุ่งสู่องค์กรดิจิทัล

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนงานบริการและการบริหารเพื่อมุ่งสู่องค์กรดิจิทัล

เป้าหมายหลัก : ระบบสารสนเทศที่มีคุณภาพเพื่อการบริหารและการบริการ

เป้าประสงค์ ๓.๑ พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการให้บริการและบริหารงานที่มีประสิทธิภาพ

\*\*\*\*\*

เป้าประสงค์ ๓.๑ พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการให้บริการและบริหารงานที่มีประสิทธิภาพ

กลยุทธ์ที่ ๓.๑.๑ พัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนระบบฐานข้อมูลด้านสุขภาพ

จำนวน ๑ ตัวชี้วัด ประกอบด้วย

ตัวชี้วัดที่ ๑ ร้อยละความสำเร็จของการเตรียมความพร้อมเพื่อพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนระบบฐานข้อมูลด้านสุขภาพตามแผนที่กำหนด

กลยุทธ์ที่ ๓.๑.๒ พัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนระบบบริการและระบบบริหารงานให้มีประสิทธิภาพ สามารถทำงานได้อย่างต่อเนื่องและมีเสถียรภาพ

จำนวน ๔ ตัวชี้วัด ประกอบด้วย

ตัวชี้วัดที่ ๒ จำนวนการพัฒนาระบบบริการด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศ

ตัวชี้วัดที่ ๓ ร้อยละความสำเร็จในการพัฒนาและปรับปรุงเว็บไซต์โรงพยาบาล

ตัวชี้วัดที่ ๔ ร้อยละความสำเร็จในการพัฒนาและปรับปรุงอินทราเน็ตโรงพยาบาล

ตัวชี้วัดที่ ๕ ร้อยละความสำเร็จในการบริหารจัดการเมื่อเกิดเหตุการณ์ระบบคอมพิวเตอร์ขัดข้อง

กลยุทธ์ที่ ๓.๑.๓ พัฒนาระบบฐานข้อมูลกลางของโรงพยาบาลเพื่อสนับสนุนงานบริการและงานบริหารด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศให้เป็นระบบ เข้าถึงง่าย

จำนวน ๑ ตัวชี้วัด ประกอบด้วย

ตัวชี้วัดที่ ๖ ร้อยละความสำเร็จในการจัดทำฐานข้อมูลกลางของโรงพยาบาล เพื่อสนับสนุนงานบริการและงานบริหาร

กลยุทธ์ที่ ๓.๑.๔ พัฒนาความปลอดภัยของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

จำนวน ๒ ตัวชี้วัด ประกอบด้วย

ตัวชี้วัดที่ ๗ ร้อยละความสำเร็จของการบริหารจัดการระบบความปลอดภัยของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในโรงพยาบาล

ตัวชี้วัดที่ ๘ ร้อยละความสำเร็จของการปรับปรุงอุปกรณ์ด้านความปลอดภัยของระบบเครือข่ายของโรงพยาบาล

กลยุทธ์ที่ ๓.๑.๕ การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน (Infrastructure) เพื่อรองรับระบบสารสนเทศโรงพยาบาลและสามารถเชื่อมโยงกับระบบอื่น ๆ ได้อย่างที่มี  
ประสิทธิภาพ

จำนวน ๒ ตัวชี้วัด ประกอบด้วย

ตัวชี้วัดที่ ๙ จัดหาระบบเชื่อมโยงกลางระหว่างระบบสารสนเทศโรงพยาบาลกับระบบสารสนเทศอื่น อุปกรณ์อื่น ๆ หรือพัฒนาระบบสารสนเทศเฉพาะกิจ  
ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านสุขภาพ

ตัวชี้วัดที่ ๑๐ ร้อยละความสำเร็จของการเตรียมความพร้อมโครงสร้างพื้นฐาน (Infrastructure) ๔ อาคารใหม่ ของโรงพยาบาลหลวงพ่อกวีนาคคี ฯ ภายในปี ๒๕๗๓

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนงานบริการและการบริหารเพื่อมุ่งสู่องค์กรดิจิทัล

เป้าหมายหลัก : ระบบสารสนเทศที่มีคุณภาพเพื่อการบริหารและการบริการ

เป้าประสงค์ ๓.๑ พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการให้บริการและบริหารงานที่มีประสิทธิภาพ

กลยุทธ์ที่ ๓.๑.๑ พัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนระบบฐานข้อมูลด้านสุขภาพ

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๑	ร้อยละความสำเร็จของการดำเนินการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนระบบฐานข้อมูลด้านสุขภาพตามแผนที่กำหนด - Smart IPD	ร้อยละ	๑๐๐ วิเคราะห์ประเมินผลเพื่อให้การดำเนินงานต่อเนื่องใน Smart IPD	-	-	-	วิเคราะห์ ประเมิน รวบรวมข้อมูล ปัญหา อุปสรรค และนำผลการดำเนินงานแจ้งสำนักการแพทย์ เพื่อพัฒนาระบบให้สามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง ในระบบ Smart IPD (ปี ๒๕๖๘)	คำนวณร้อยละความสำเร็จจากขั้นตอนการดำเนินการ	คณะกรรมการ IM ฝ่ายวิชาการและแผนงาน (งานเทคโนโลยีสารสนเทศ)

โครงการ/กิจกรรม ชั้นเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)					หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการโครงการ/กิจกรรม
		รวม	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐	ปี ๒๕๗๑	
๑	กิจกรรมการดำเนินการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนระบบฐานข้อมูลด้านสุขภาพ ตามแผนที่กำหนด (เงินบำรุงฯ หรือ เงินมูลนิธิฯ) เป็นกิจกรรมต่อเนื่องจาก ปี ๒๕๖๗ - Smart IPD (ปี ๒๕๖๘)	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	-	-	-	ฝ่ายวิชาการและแผนงาน (งานเทคโนโลยีสารสนเทศ)

กลยุทธ์ที่ ๓.๑.๒ พัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนระบบบริการและระบบบริหารให้มีประสิทธิภาพ สามารถทำงานได้อย่างต่อเนื่องและมีเสถียรภาพ

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๒	จำนวนการพัฒนาระบบบริการด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศ	ระบบ	๑	๑	๑	๑	การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ดังนี้ ๒๕๖๘ ระบบแจ้งซ่อมงานเทคโนโลยีสารสนเทศ ๒๕๖๙ ระบบสนับสนุนการให้บริการผู้ป่วย ๒๕๗๐ ระบบสนับสนุนการให้บริการของบุคลากร ๒๕๗๑ ระบบสนับสนุนงานด้านประชาสัมพันธ์	นับจำนวนระบบ	คณะกรรมการ IM คณะกรรมการประชาสัมพันธ์ ฝ่ายวิชาการและแผนงาน (งานเทคโนโลยีสารสนเทศ)

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๓	ร้อยละความสำเร็จในการพัฒนาและปรับปรุงเว็บไซต์โรงพยาบาล	ร้อยละ	๗๐	๘๐	๙๐	๑๐๐	การพัฒนาและปรับปรุงเว็บไซต์โรงพยาบาล มีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้ ๑. ประชาสัมพันธ์ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดทำข้อมูลที่เป็นเพื่อนำมาพัฒนาและปรับปรุงในเว็บไซต์ (ร้อยละ ๑๐) ๒. ปรับเปลี่ยนรูปแบบ (Template) ปีละ ๑ ครั้ง (ร้อยละ ๑๐) ๓. พัฒนาและปรับปรุงข้อมูลในเว็บไซต์ให้เป็นปัจจุบัน (ร้อยละ ๖๐) ๔. จัดเก็บสถิติการปรับปรุงและสถิติผู้เยี่ยมชมเว็บไซต์เพื่อนำมาวิเคราะห์และปรับปรุง (ร้อยละ ๑๐) ๕. นำผลการวิเคราะห์มาปรับปรุงให้เป็นปัจจุบัน (ร้อยละ ๑๐)	คำนวณร้อยละความสำเร็จจากขั้นตอนการดำเนินการ	ฝ่ายวิชาการและแผนงาน (งานเทคโนโลยีสารสนเทศ) ทุกหน่วยงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๔	ร้อยละความสำเร็จในการพัฒนาและปรับปรุงระบบอินทราเน็ตโรงพยาบาล	ร้อยละ	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐	๑. พัฒนาและปรับปรุงข้อมูลในอินทราเน็ตให้เป็นปัจจุบัน (ร้อยละ ๖๐) ๒. จัดเก็บสถิติการปรับปรุงอินทราเน็ต และสถิติผู้เยี่ยมชมอินทราเน็ต เพื่อนำมาวิเคราะห์และปรับปรุง (ร้อยละ ๑๐) ๓. นำผลการวิเคราะห์มาปรับปรุงให้เป็นปัจจุบัน (ร้อยละ ๑๐)	คำนวณร้อยละความสำเร็จจากขั้นตอนการดำเนินการ	ฝ่ายวิชาการและแผนงาน (งานเทคโนโลยีสารสนเทศ) ทุกหน่วยงาน
๕	ร้อยละความสำเร็จในการบริหารจัดการเมื่อเกิดเหตุการณ์ระบบคอมพิวเตอร์ขัดข้อง	ร้อยละ	๙๐	๙๐	๙๐	๙๐	การบริหารจัดการเมื่อเกิดเหตุการณ์ระบบคอมพิวเตอร์ขัดข้อง มีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้ ๑. จัดทำและปรับปรุงขั้นตอนการปฏิบัติงานเมื่อเกิดเหตุการณ์ระบบคอมพิวเตอร์ขัดข้อง (๓๐ นาที)	จำนวนครั้งที่เกิดเหตุการณ์ระบบคอมพิวเตอร์ขัดข้องสามารถตอบสนองได้ตามเวลาที่กำหนด และดำเนินการบริหารจัดการตามขั้นตอนที่กำหนดได้จริง คุณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนครั้งที่เกิดเหตุการณ์ระบบคอมพิวเตอร์ขัดข้องทั้งหมด	ฝ่ายวิชาการและแผนงาน (งานเทคโนโลยีสารสนเทศ) ทุกหน่วยงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
							๒. เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน สารสนเทศตอบสนองต่อ การแจ้งปัญหาจากผู้ใช้งาน และดำเนินการแจ้งบริษัทที่ รับจ้างเหมาบริการฯ ภายใน ๕ นาที เพื่อดำเนินการ ตรวจสอบและแก้ไขปัญหา ระบบคอมพิวเตอร์ซ์ของ (ทั้งระบบ) พร้อมทั้ง ประสานหน่วยงานภายใน รพ. เพื่อแจ้งความคืบหน้า การแก้ไขและจัดเก็บข้อมูล เหตุการณ์เป็นระยะๆ ๓. แจ้งสำนักการแพทย์ให้ รับทราบพร้อมทั้งประสานให้ บริษัทที่รับจ้างเหมาบริการฯ ชี้แจงสาเหตุการแก้ไขและ แนวทางการป้องกัน ๔. นำข้อมูลเข้าหารือในที่ ประชุมคณะทำงานฯ ของ สนพ. เพื่อหาแนวทางแก้ไข ปัญหาร่วมกัน		ฝ่ายวิชาการ และแผนงาน (งานเทคโนโลยี สารสนเทศ) ทุกหน่วยงาน

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)					หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการโครงการ/กิจกรรม
		รวม	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐	ปี ๒๕๗๑	
๑	กิจกรรมการพัฒนาระบบบริการด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลหลวงพ่อกวักดิ์ ชูตินโร อูทิส (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑)	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ฝ่ายวิชาการและแผนงาน (งานเทคโนโลยีสารสนเทศ)
๒	กิจกรรมการพัฒนาและปรับปรุงเว็บไซต์โรงพยาบาล (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑)	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ฝ่ายวิชาการและแผนงาน (งานเทคโนโลยีสารสนเทศ)
๓	กิจกรรมการพัฒนาและปรับปรุงระบบอินทราเน็ตโรงพยาบาล (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑)	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ฝ่ายวิชาการและแผนงาน (งานเทคโนโลยีสารสนเทศ)
๔	กิจกรรมการบริหารจัดการเมื่อเกิดเหตุการณ์ระบบคอมพิวเตอร์ขัดข้อง (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑)	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ฝ่ายวิชาการและแผนงาน (งานเทคโนโลยีสารสนเทศ)

กลยุทธ์ที่ ๓.๑.๓ พัฒนาระบบฐานข้อมูลกลางของโรงพยาบาลเพื่อสนับสนุนงานบริการและงานบริหารด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศให้เป็นระบบ เข้าถึงง่าย

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๖	ร้อยละความสำเร็จในการจัดทำฐานข้อมูลกลางของโรงพยาบาลเพื่อสนับสนุนงานบริการและงานบริหาร <b>สอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ สทพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๓ เป้าประสงค์ที่ ๒</b>	ร้อยละ	๒๕	๕๐	๗๕	๑๐๐	ฐานข้อมูลกลางของโรงพยาบาล ได้แก่ <u>ด้านตัวชี้วัด (๔ เรื่อง)</u>	จำนวนฐานข้อมูลกลางที่สามารถดำเนินการได้จริงในปีงบประมาณนั้น ๆ	คณะกรรมการ IM ฝ่ายวิชาการ และแผนงาน (IT)

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
							๑. ตัวชี้วัดตามแผนปฏิบัติการประจำปี ๒. ตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ ๓. ตัวชี้วัดคุณภาพ ๔. ตัวชี้วัด THIP <u>ด้านสถิติ (๒ เรื่อง)</u> ๕. รายงาน/สถิติส่ง สนพ. ๖. รายงานสถิติผู้ป่วยที่นำเสนอในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล <u>ด้านงบประมาณ (๑ เรื่อง)</u> ๗. รายงานด้านงบประมาณการเงินที่นำเสนอในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล <u>ด้านบุคลากร (๑ เรื่อง)</u> ๘. อัตรากำลังบุคลากร	คูณด้วย ๑๐๐ หาดด้วย จำนวนฐานข้อมูลกลาง ที่กำหนดไว้ในแผนทั้งหมด (ทั้งหมด ๘ เรื่อง)	คณะกรรมการ IM ฝ่ายวิชาการ และแผนงาน (IT)

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)					หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการโครงการ/กิจกรรม
		รวม	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐	ปี ๒๕๗๑	
๑	กิจกรรมการจัดทำฐานข้อมูลกลางของโรงพยาบาล เพื่อสนับสนุนงานบริการและงานบริหาร (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑) สอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๓ เป้าประสงค์ที่ ๒	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ฝ่ายวิชาการและแผนงาน (งานเทคโนโลยีสารสนเทศ)

กลยุทธ์ที่ ๓.๑.๔ พัฒนาความปลอดภัยของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๗	ร้อยละความสำเร็จของการบริหารจัดการระบบความปลอดภัยของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในโรงพยาบาล	ร้อยละ	๗๐	๘๐	๙๐	๑๐๐	การบริหารจัดการระบบความปลอดภัยของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในโรงพยาบาล มีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้ ๑. จัดทำ/เผยแพร่นโยบายความปลอดภัยระบบสารสนเทศ ประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรทุกระดับรับทราบและถือเป็นแนวทางปฏิบัติ (ร้อยละ ๑๐)	คำนวณร้อยละความสำเร็จจากขั้นตอนการดำเนินการ	คณะกรรมการ IM ฝ่ายวิชาการ และแผนงาน (งานเทคโนโลยีสารสนเทศ)

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
							๒. จำกัดการใช้งาน อุปกรณ์จัดเก็บข้อมูลแบบ ภายนอก (เปิดการใช้งาน Flash Drive) (ร้อยละ ๓๐) ๓.อบรมซ่อมแผนรับมือภัย คุกคามทางไซเบอร์ และ เผยแพร่ความรู้ให้แก่ บุคลากรในรพ. (ร้อยละ ๓๐) ๔. ตรวจสอบช่องโหว่ภัย คุกคามของระบบ สารสนเทศ (ร้อยละ ๒๐) ๕. ติดตาม ประเมินและ สรุปผลการดำเนินงาน (ร้อยละ ๑๐)		
๘	ร้อยละความสำเร็จของการปรับปรุง อุปกรณ์ด้านความปลอดภัยของ ระบบเครือข่ายของโรงพยาบาล สอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๓ เป้าประสงค์ที่ ๔	ร้อยละ	๑๐๐	-	-	-	สามารถดำเนินการ ปรับปรุงซอฟต์แวร์ (Subscription) อุปกรณ์ ด้านความปลอดภัยของ ระบบเครือข่ายของ โรงพยาบาล	สามารถดำเนินการภายใน ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	คณะกรรมการ IM ฝ่ายวิชาการ และแผนงาน (งานเทคโนโลยี สารสนเทศ)

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)					หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการโครงการ/กิจกรรม
		รวม	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐	ปี ๒๕๗๑	
๑	กิจกรรมการพัฒนาความปลอดภัยของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (ปี ๒๕๖๘ - ๒๕๗๑)	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ฝ่ายวิชาการและแผนงาน (งานเทคโนโลยีสารสนเทศ)
๒	โครงการปรับปรุงซอฟต์แวร์ (Subscription) อุปกรณ์ด้านความปลอดภัยของระบบเครือข่ายของโรงพยาบาล (ปี ๒๕๖๘ - ๒๕๗๑) (เงินบำรุง) สอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ สทพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๓ เป้าประสงค์ที่ ๔	๑๓๙,๑๐๐ + งบประมาณไม่แน่นอน	๑๓๙,๑๐๐	งบประมาณไม่แน่นอน	งบประมาณไม่แน่นอน	งบประมาณไม่แน่นอน	ฝ่ายวิชาการและแผนงาน (งานเทคโนโลยีสารสนเทศ)
๓	กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หรือ ส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมด้านความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์ (ปี ๒๕๖๘ - ๒๕๗๑) สอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ สทพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๓ เป้าประสงค์ที่ ๔	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ฝ่ายวิชาการและแผนงาน (งานเทคโนโลยีสารสนเทศ) ทุกหน่วยงาน

กลยุทธ์ที่ ๓.๑.๕ การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน (Infrastructure) เพื่อรองรับระบบสารสนเทศโรงพยาบาลและสามารถเชื่อมโยงกับระบบอื่น ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๙	จัดหาระบบเชื่อมโยงกลางระหว่างระบบสารสนเทศโรงพยาบาลกับระบบสารสนเทศอื่น อุปกรณ์อื่น ๆ หรือพัฒนาระบบสารสนเทศเฉพาะกิจที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านสุขภาพ สอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ สทพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๓ เป้าประสงค์ที่ ๔	ร้อยละ	-	๑๐๐	-	-	สามารถดำเนินการติดตั้ง/ปรับปรุงระบบอินเทอร์เน็ตของภายในโรงพยาบาล เพื่อให้สามารถรองรับการให้บริการ	สามารถดำเนินการภายในปี ๒๕๖๙	คณะกรรมการ IM ฝ่ายวิชาการและแผนงาน (งานเทคโนโลยีสารสนเทศ)

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๑๐	ร้อยละความสำเร็จของการเตรียมความพร้อมโครงสร้างพื้นฐาน (Infrastructure) ๔ อาคารใหม่ของโรงพยาบาลหลวงพ่อกวักดีฯ (ดำเนินการก่อสร้างแล้วเสร็จภายในปี ๒๕๗๓)	ร้อยละ		๒๐	๔๐	๖๐	การเตรียมความพร้อมโครงสร้างพื้นฐาน (Infrastructure) ๔ อาคารใหม่ของโรงพยาบาลหลวงพ่อกวักดีฯ มีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้ ๑. ประชุมหารือเพื่อวางแผนการเตรียมความพร้อมร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในโรงพยาบาล (ร้อยละ ๕) ๒. วิเคราะห์และจัดทำแผนการดำเนินงานและบริหารความเสี่ยง (ร้อยละ ๑๕) ๓. เตรียมความพร้อมด้านระบบเครือข่าย (ร้อยละ ๑๐) ๔. เตรียมความพร้อมด้านอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ (ร้อยละ ๑๐) ๕. การติดตั้งระบบเครือข่ายพร้อมทดสอบและใช้งานระบบ (ร้อยละ ๒๐)	คำนวณร้อยละความสำเร็จจากขั้นตอนการดำเนินการ	คณะกรรมการ IM ฝ่ายวิชาการและแผนงาน (งานเทคโนโลยีสารสนเทศ)

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
							๖. การติดตั้งอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ พร้อมทดสอบการใช้งาน (ร้อยละ ๒๐) ๗. การทดสอบการใช้งานโปรแกรมที่เกี่ยวข้อง (ร้อยละ ๑๐) ๘. ประเมินผลและนำผลการดำเนินงานแจ้งผู้บริหาร (ร้อยละ ๑๐)		คณะกรรมการ IM ฝ่ายวิชาการและแผนงาน (งานเทคโนโลยีสารสนเทศ)

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)					หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการโครงการ/กิจกรรม
		รวม	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐	ปี ๒๕๗๑	
๑	โครงการติดตั้ง/ปรับปรุงระบบอินเทอร์เน็ตภายในโรงพยาบาล (ปี ๒๕๖๙) (เงินบำรุงฯ) งบประมาณไม่แน่นอน สอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ สทพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๓ เป้าประสงค์ที่ ๔	งบประมาณไม่แน่นอน	-	งบประมาณไม่แน่นอน	-	-	ฝ่ายวิชาการและแผนงาน (งานเทคโนโลยีสารสนเทศ)
๒	กิจกรรมการเตรียมความพร้อมโครงสร้างพื้นฐาน (Infrastructure) ๔ อาคารใหม่ของโรงพยาบาลหลวงพ่อกวักดิ์ฯ (ปี ๒๕๖๘ - ๒๕๗๑) (เงิน กทม.หรือเงินบำรุงฯ หรือเงินที่ผู้บริหารอนุมัติ)	งบประมาณไม่แน่นอน	งบประมาณไม่แน่นอน	งบประมาณไม่แน่นอน	งบประมาณไม่แน่นอน	งบประมาณไม่แน่นอน	ฝ่ายวิชาการและแผนงาน (งานเทคโนโลยีสารสนเทศ)



# ยุทธศาสตร์ที่ ๔

เพิ่มศักยภาพทรัพยากรมนุษย์  
สร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้  
(Learning Organization)

## ยุทธศาสตร์ที่ ๔ เพิ่มศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ สร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization)

### เป้าหมายหลัก : บุคลากรมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ มีสมรรถนะที่สอดคล้องกับภารกิจขององค์กร

- เป้าประสงค์ ๔.๑ พัฒนาสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรสู่องค์กรสุขภาพดี บุคลากรมีความปลอดภัยในการให้บริการและได้รับการป้องกันการติดเชื้อจากการทำงานอย่างเหมาะสม
- ๔.๒ มีอัตรากำลังที่เหมาะสม สอดคล้องกับภารกิจทิศทางการพัฒนาองค์กร
- ๔.๓ เปิดโอกาสให้บุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพตามสายวิชาชีพ/ สายงาน และได้รับการพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติงาน มีก้าวหน้าในอาชีพ ตามแผนหรือเป้าหมายอย่างชัดเจนและเสมอภาค
- ๔.๔ ต่อยอดการจัดการความรู้ (Knowledge Management) และสร้างเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Knowledge Sharing) อย่างต่อเนื่อง
- ๔.๕ สนับสนุนงานวิจัย ผลงานนวัตกรรม และผลงานวิชาการ ที่สอดคล้องกับรูปแบบบริการและการบริหารขององค์กรอย่างต่อเนื่อง

\*\*\*\*\*

เป้าประสงค์ที่ ๔.๑ พัฒนาสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรสู่องค์กรสุขภาพดี บุคลากรมีความปลอดภัยในการให้บริการและได้รับการป้องกันการติดเชื้อจากการทำงานอย่างเหมาะสม

- กลยุทธ์ที่ ๔.๑.๑ ส่งเสริมบุคลากรด้านวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพ พัฒนาระบบการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย รวมทั้งอาชีวอนามัยและป้องกันการติดเชื้อจากการทำงาน
- จำนวน ๘ ตัวชี้วัด ประกอบด้วย
- ตัวชี้วัดที่ ๑ ร้อยละบุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี
- ตัวชี้วัดที่ ๒ ร้อยละบุคลากรที่มีค่า BMI เกินเกณฑ์ มีค่า BMI ลดลง หลังจากเข้าร่วมโครงการ หรือ กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- ตัวชี้วัดที่ ๓ ร้อยละบุคลากรกลุ่มเสี่ยงจากการทำงานได้รับการตรวจคัดกรองด้านอาชีวอนามัย
- ตัวชี้วัดที่ ๔ ร้อยละบุคลากรได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่
- ตัวชี้วัดที่ ๕ ร้อยละของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี

- ตัวชี้วัดที่ ๖ อัตราความถี่การบาดเจ็บ/ เจ็บป่วยของบุคลากรที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงาน
- ตัวชี้วัดที่ ๗ บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น
- ตัวชี้วัดที่ ๘ บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องอาชีวอนามัยและความปลอดภัยจากสิ่งคุกคามจากการทำงานเพิ่มขึ้น

#### เป้าประสงค์ที่ ๔.๒ มีอัตรากำลังที่เหมาะสม สอดคล้องกับภารกิจทิศทางการพัฒนาองค์กร

กลยุทธ์ที่ ๔.๒.๑ วางแผนอัตรากำลังและสรรหาบุคลากรอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับภารกิจและรองรับการเติบโตขององค์กร

จำนวน ๑ ตัวชี้วัด ประกอบด้วย

ตัวชี้วัดที่ ๙ ร้อยละความสำเร็จในการจัดโครงสร้างและกรอบอัตรากำลังให้เหมาะสมกับภารกิจและสภาพแวดล้อม  
(วิธีดำเนินงานคือ การกำหนดอำนาจหน้าที่/ โครงสร้าง/ กรอบอัตรากำลัง เพื่อรองรับ รพ. ตติยภูมิ)

กลยุทธ์ที่ ๔.๒.๒ เพิ่มประสิทธิภาพกระบวนการสรรหาบุคลากรเข้าสู่ตำแหน่งอย่างมีคุณภาพ โปร่งใส และตรวจสอบได้

จำนวน ๑ ตัวชี้วัด ประกอบด้วย

ตัวชี้วัดที่ ๑๐ ร้อยละความสำเร็จในการจัดทำแนวทางสรรหาและคัดเลือกบุคลากรให้สอดคล้องกับสมรรถนะตำแหน่ง

#### เป้าประสงค์ที่ ๔.๓ เปิดโอกาสให้บุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพตามสายวิชาชีพ/ สายงาน และได้รับการพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติงาน

มีก้าวหน้าในอาชีพ ตามแผนหรือเป้าหมายอย่างชัดเจนและเสมอภาค

กลยุทธ์ที่ ๔.๓.๑ สนับสนุนให้บุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพตามสายวิชาชีพ/ สายงาน ให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การพัฒนารองพยาบาลและรูปแบบบริการ

จำนวน ๕ ตัวชี้วัด ประกอบด้วย

ตัวชี้วัดที่ ๑๑ ร้อยละความสำเร็จในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรตามแผนพัฒนาบุคลากรประจำปีทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล

ตัวชี้วัดที่ ๑๒ ร้อยละความสำเร็จในการส่งบุคลากรตำแหน่งแพทย์ ทันตแพทย์ เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรเฉพาะทาง แพทย์เชี่ยวชาญ หรืออบรมหลักสูตรอื่น ๆ ที่มีความจำเป็นต่อการพัฒนาองค์กรเพื่อเพิ่มพูนความรู้ความเชี่ยวชาญ

ตัวชี้วัดที่ ๑๓ ร้อยละความสำเร็จในการส่งบุคลากรตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ เข้ารับการศึกษาคู่ต่อ อบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง หรืออบรมหลักสูตรอื่น ๆ ที่มีความจำเป็นต่อการพัฒนาองค์กร

ตัวชี้วัดที่ ๑๔ ร้อยละความสำเร็จในการส่งบุคลากรสายทางการแพทย์และสาธารณสุข และบุคลากรสายสนับสนุน เข้ารับการศึกษาต่อ หรืออบรม หลักสูตรอื่น ๆ ที่มีความจำเป็นต่อการพัฒนาองค์กร

ตัวชี้วัดที่ ๑๕ ร้อยละความสำเร็จในการจัดโครงการ/กิจกรรม ด้านการฝึกอบรม ประชุม สัมมนา ศึกษาดูงาน ฯ เพื่อพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ และเพิ่มสมรรถนะในการทำงาน

กลยุทธ์ที่ ๔.๓.๒ บุคลากรมีสมรรถนะในการปฏิบัติงาน มีความก้าวหน้าในอาชีพ และได้รับการพัฒนาศักยภาพความรู้ความสามารถเป็นรายบุคคล จำนวน ๓ ตัวชี้วัด ประกอบด้วย

ตัวชี้วัดที่ ๑๖ ร้อยละของบุคลากรที่มีการจัดทำแบบประเมินสมรรถนะเฉพาะวิชาชีพ/ สายงาน

ตัวชี้วัดที่ ๑๗ ร้อยละความสำเร็จของบุคลากรที่ผ่านเกณฑ์การประเมินสมรรถนะรายบุคคลในระดับที่กำหนด

ตัวชี้วัดที่ ๑๘ ร้อยละความสำเร็จของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพตนเองตามแผนพัฒนาบุคลากรรายบุคคล (Individual Development Plan – IDP)

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

กลยุทธ์ที่ ๔.๔.๑ ส่งเสริมกระบวนการให้บุคลากรมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

จำนวน ๘ ตัวชี้วัด ประกอบด้วย

ตัวชี้วัดที่ ๑๙ ร้อยละความสำเร็จในการส่งเสริมให้บุคลากรนำองค์ความรู้จากการไปอบรม ประชุม สัมมนา ศึกษา ดูงาน ฯ จากหน่วยงานภายนอก มาถ่ายทอด และ/หรือ เผยแพร่ด้วยวิธีต่าง ๆ

ตัวชี้วัดที่ ๒๐ ร้อยละความสำเร็จในการส่งเสริมสนับสนุนให้หน่วยงานจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และเพิ่มสมรรถนะในการทำงาน

ตัวชี้วัดที่ ๒๑ ร้อยละความสำเร็จของการจัดทำ และ/หรือ ปรับปรุงองค์ความรู้ให้เป็นปัจจุบัน

ตัวชี้วัดที่ ๒๒ ร้อยละความสำเร็จในการดำเนินการส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม ประชุมฯ ให้ได้สัดส่วนชั่วโมงการฝึกอบรมตามแผน (ในส่วนของบุคลากร สายแพทย์และทันตแพทย์ สายพยาบาล สายทางการแพทย์และสาธารณสุข (Allied Health) และสายสนับสนุน)

ตัวชี้วัดที่ ๒๓ บุคลากรได้รับการฝึกอบรม ประชุม สัมมนา ศึกษา ดูงาน ฯ ได้ตามเป้าหมาย ๒๐ ชั่วโมงต่อคนต่อปี (ในส่วนของบุคลากรสายแพทย์และทันตแพทย์ สายพยาบาล สายทางการแพทย์และสาธารณสุข (Allied Health) และสายสนับสนุน)

- 
- ตัวชี้วัดที่ ๒๔ ร้อยละความสำเร็จในการดำเนินการส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม ประชุมฯ ให้ได้สัดส่วนชั่วโมงการฝึกอบรมตามแผน (ในส่วนของบุคลากร ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว พนักงานประกันสังคม และลูกจ้างโครงการ ฯ)
- ตัวชี้วัดที่ ๒๕ บุคลากรได้รับการฝึกอบรม ประชุม สัมมนา ศึกษา ดูงาน ฯ ได้ตามเป้าหมาย ๑๐ ชั่วโมงต่อคนต่อปี (ในส่วนของลูกจ้างประจำ ลูกจ้าง – ชั่วคราว พนักงานประกันสังคม และลูกจ้างโครงการ ฯ)
- ตัวชี้วัดที่ ๒๖ จำนวนหน่วยงาน และ/หรือ สถาบันการศึกษา ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน เลือกโรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๓๓๓ ชุมชนบุรีรัมย์ อุทิศ เป็นสถานที่ ฝึกอบรม/ ดูงาน/ ฝึกปฏิบัติงาน/ ร่วมสอน/ วิทยากรให้ความรู้/ อาจารย์พี่เลี้ยง

**เป้าประสงค์ที่ ๔.๕ สนับสนุนงานวิจัย ผลงานนวัตกรรม และผลงานวิชาการ ที่สอดคล้องกับรูปแบบบริการและการบริหารขององค์กรอย่างต่อเนื่อง**

กลยุทธ์ที่ ๔.๕.๑ ส่งเสริมให้บุคลากรพัฒนาต่อยอดองค์ความรู้ สร้างผลงานวิจัย ผลงานนวัตกรรม ผลงานวิชาการ และผลงานจากการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (R๒R)

จำนวน ๓ ตัวชี้วัด ประกอบด้วย

ตัวชี้วัดที่ ๒๗ จำนวนผลงานวิจัย และ/หรือ ผลงานวิชาการ

ตัวชี้วัดที่ ๒๘ จำนวนผลงานนวัตกรรม และ/หรือ ผลงานจากการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (R๒R)

ตัวชี้วัดที่ ๒๙ ร้อยละความสำเร็จในการนำผลงานวิจัย ผลงานนวัตกรรม ผลงานวิชาการ และผลงานจากการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (R๒R) ที่มี นำไปใช้กับการปฏิบัติงานภายในหน่วยงานหรือภายนอกหน่วยงาน

## ยุทธศาสตร์ที่ ๔ เพิ่มศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ สร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization)

**เป้าหมายหลัก : บุคลากรมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ มีสมรรถนะที่สอดคล้องกับภารกิจขององค์กร**

เป้าประสงค์ที่ ๔.๑ พัฒนาสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรสู่องค์กรสุขภาพดี บุคลากรมีความปลอดภัยในการให้บริการและได้รับการป้องกันการติดเชื้อจากการทำงานอย่างเหมาะสม

กลยุทธ์ที่ ๔.๑.๑ ส่งเสริมบุคลากรด้านวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพ พัฒนาระบบการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย รวมทั้งอาชีวอนามัยและการป้องกันการติดเชื้อจากการทำงาน  
ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๑	ร้อยละบุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี	ร้อยละ	≥ ๙๘	≥ ๙๘	≥ ๙๙	๑๐๐	บุคลากรที่เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี หมายถึง ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ได้รับการตรวจสุขภาพตามสิทธิ์ กระทบวงการค้าปลีกกำหนด สำหรับลูกจ้างชั่วคราว ลูกจ้างโครงการ พนักงานประกันสังคม ได้รับการตรวจสุขภาพตามนโยบายขององค์กร/หน่วยงาน (ถ้ามี)	จำนวนบุคลากรที่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีจริง คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนบุคลากรทั้งหมด	คณะกรรมการ HPH/DHS กลุ่มงาน - เวชศาสตร์ชุมชนฯ ทุกหน่วยงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
							นำผลการตรวจสอบสุขภาพประจำปีมาวิเคราะห์ข้อมูลและส่งเสริมสุขภาพให้กับบุคลากรและวางแผนดูแลเฉพาะโรค		
๒	ร้อยละบุคลากรที่มีค่า BMI เกินเกณฑ์ มีค่า BMI ลดลง หลังจากเข้าร่วมโครงการ หรือ กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	ร้อยละ	≥๘๐	≥๘๐	≥๘๕	≥๙๐	- ผู้เข้าร่วมโครงการ หรือ กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลด BMI ให้ไร้พุง หมายถึง บุคลากรใน รพ - รอบเอว หรือ BMI ลดลง หมายถึง ผู้เข้าร่วมโครงการ หรือ กิจกรรมที่วัดรอบเอวหรือ BMI หลังเข้าร่วมโครงการลดลงจากก่อนเข้าร่วมโครงการ หรือ กิจกรรม	จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการ หรือ กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลด BMI ให้ไร้พุง ที่มีรอบเอวหรือ BMI ลดลง คุณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการ หรือกิจกรรมทั้งหมด	คณะกรรมการอาชีวอนามัย และสิ่งแวดล้อม กลุ่มงาน - เวชศาสตร์ชุมชนฯ ทุกหน่วยงาน
๓	ร้อยละบุคลากรกลุ่มเสี่ยงจากการทำงานได้รับการตรวจคัดกรองด้านอาชีวอนามัย	ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	บุคลากรกลุ่มเสี่ยงจากการทำงานที่ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพฯ หมายถึง ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว ลูกจ้างโครงการ	จำนวนบุคลากรกลุ่มเสี่ยงจากการทำงานที่ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงาน คุณด้วย ๑๐๐ หารด้วย	คณะกรรมการอาชีวอนามัยฯ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ ทุกหน่วยงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
							พนักงานประกันสังคม ที่ทำงานสัมผัสสิ่งคุกคาม ได้รับการตรวจคัดกรอง สุขภาพตามความเสี่ยงจาก การทำงาน ตามนโยบาย ขององค์กร/ หน่วยงาน นำผลการตรวจสุขภาพมา วิเคราะห์ข้อมูลและส่งเสริม สุขภาพให้กับบุคลากร	จำนวนบุคลากรกลุ่มเสี่ยง จากการทำงานทั้งหมด	
๔	ร้อยละบุคลากรได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่	ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	<b>บุคลากรที่ต้องได้รับ วัคซีนไข้หวัดใหญ่</b> หมายถึง ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้าง ชั่วคราว ลูกจ้างโครงการ พนักงานประกันสังคม	จำนวนบุคลากรที่ได้รับ วัคซีนไข้หวัดใหญ่จริง คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนบุคลากรที่ต้อง ได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ทั้งหมด	คณะกรรมการ อาชีวอนามัย และสิ่งแวดล้อม กลุ่มงาน - พัฒนาคุณภาพฯ ทุกหน่วยงาน
๕	ร้อยละของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงได้รับ วัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับ อักเสบบีและซี	ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	<b>บุคลากรกลุ่มเสี่ยง</b> หมายถึง บุคลากรที่ ปฏิบัติงานด้านหน้าในการ ดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย ที่ยังไม่มีภูมิคุ้มกันไวรัสตับ อักเสบบีและซี	จำนวนบุคลากรกลุ่มเสี่ยง ที่ได้รับวัคซีนป้องกันการ ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และซี คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนบุคลากร กลุ่มเสี่ยงทั้งหมด	คณะกรรมการ อาชีวอนามัย และสิ่งแวดล้อม กลุ่มงาน - พัฒนาคุณภาพฯ ทุกหน่วยงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๖	อัตราความถี่การบาดเจ็บ/เจ็บป่วย ของบุคลากรที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการ ทำงาน	ร้อยละ	<๑๕ : ล้าน ชม. การ ทำงาน	<๑๕ : ล้าน ชม. การ ทำงาน	<๑๕ : ล้าน ชม. การ ทำงาน	<๑๕ : ล้าน ชม. การ ทำงาน	๑) เป็นการวัดอัตราการ บาดเจ็บของบุคลากรที่มี การบาดเจ็บซึ่งมีสาเหตุ จากการปฏิบัติงานใน หน้าที่และในเวลางาน เท่านั้นเป็นตัวชี้วัดที่ สะท้อนผลการดำเนินงาน ในอดีตเท่านั้น ๒) จำนวนชั่วโมงการ ทำงานของบุคลากรเป็น การคิดคำนวณชั่วโมงการ ทำงานของบุคลากร ทั้งหมดในองค์กร ตาม จำนวนเวรที่ปฏิบัติงานใน เดือนนั้น ๆ คูณด้วย จำนวนชั่วโมงในแต่ละ ๒๐๐ เวน รวมชั่วโมงการ ทำงานทั้งหมดในเดือนนั้น คิดเป็น ๘ * ๒๐๐ = ๑,๖๐๐ ชั่วโมงการทำงาน)	A = จำนวนครั้งที่ บุคลากรได้รับบาดเจ็บ/ เจ็บป่วย เนื่องจากการ ทำงานในช่วงเวลาที่ กำหนด B = จำนวนชั่วโมงการ ทำงานทั้งสิ้นของบุคลากร ในองค์กรในช่วงเวลา เดียวกัน วิธีการคำนวณ = $A/B \times ๑,๐๐๐,๐๐๐$	คณะกรรมการ อาชีวอนามัยฯ กลุ่มงาน - พัฒนาคุณภาพฯ ทุกหน่วยงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๗	บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น	ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	บุคลากรที่เข้าร่วมโครงการ/กิจกรรมในเรื่องการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้น	แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจของบุคลากรในเรื่องการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล Post – test มากกว่าหรือเท่ากับ Pre - test	คณะกรรมการ IC ฝ่ายการพยาบาล ทุกหน่วยงาน
๘	บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องอาชีวอนามัยและความปลอดภัยจากสิ่งคุกคามจากการทำงานเพิ่มขึ้น	ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	บุคลากรที่เข้าร่วมโครงการ/กิจกรรมในเรื่องอาชีวอนามัยและความปลอดภัยจากสิ่งคุกคามจากการทำงานมีความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้น	แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจของบุคลากรในเรื่องอาชีวอนามัยและความปลอดภัยจากสิ่งคุกคามจากการทำงาน Post – test มากกว่าหรือเท่ากับ Pre - test	คณะกรรมการ อาชีวอนามัยฯ กลุ่มงาน - พัฒนาคุณภาพฯ ทุกหน่วยงาน

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)					หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการโครงการ/กิจกรรม
		รวม	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐	ปี ๒๕๗๑	
๑	โครงการตรวจสอบสุขภาพประจำปีให้แก่บุคลากร ปีละ ๑ ครั้ง (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑)	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชน ฯ

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ (ต่อ)

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)					หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการโครงการ/กิจกรรม
		รวม	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐	ปี ๒๕๗๑	
๒	โครงการหรือกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลด BMI ให้ไร้พุง หรือกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามที่กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชนฯ กำหนดหัวข้อ (ภายใน) (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑) (เงินบำรุงฯ หรือ สปสช.)	๔๐๐,๐๐๐	๑๐๐,๐๐๐	๑๐๐,๐๐๐	๑๐๐,๐๐๐	๑๐๐,๐๐๐	กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชน ฯ
๓	โครงการตรวจสอบสุขภาพตามความเสี่ยงทางอาชีพเวชศาสตร์ประจำปี (พ.ศ. ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑)	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	คณะกรรมการ HPH / DSC
๔	โครงการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ให้แก่บุคลากรในโรงพยาบาล (พ.ศ. ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑)	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	คณะกรรมการ HPH / DSC
๕	โครงการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและบีให้แก่บุคลากรในโรงพยาบาล (พ.ศ. ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑)	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	คณะกรรมการ HPH / DSC
๖	โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มศักยภาพบุคลากรด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑) (เงิน กทม.) (TN๑)	๕๙,๘๐๐	๑๒,๙๐๐ (กลุ่มเป้าหมาย ๔๐ คน)	๑๒,๙๐๐ (กลุ่มเป้าหมาย ๔๐ คน)	๑๗,๐๐๐ (กลุ่มเป้าหมาย ๕๐ คน)	๑๗,๐๐๐ (กลุ่มเป้าหมาย ๕๐ คน)	คณะกรรมการ IC ทุกหน่วยงาน

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)					หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการโครงการ/กิจกรรม
		รวม	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐	ปี ๒๕๗๑	
๗	โครงการอบรมเพิ่มศักยภาพบุคลากรด้าน อาชีวอนามัยและความปลอดภัย โรงพยาบาล หลวงพ่อกวีนุช ๒๕๖๘ - ๒๕๗๑ (เงิน กทม.) (TN๑)	๙๒,๘๐๐	๒๓,๒๐๐ (กลุ่มเป้าหมาย ๗๐ คน)	๒๓,๒๐๐ (กลุ่มเป้าหมาย ๗๐ คน)	๒๓,๒๐๐ (กลุ่มเป้าหมาย ๗๐ คน)	๒๓,๒๐๐ (กลุ่มเป้าหมาย ๗๐ คน)	คณะกรรมการอาชีว - อนามัยฯ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ
๘	กิจกรรมให้ความรู้ในเรื่องอาชีวอนามัยและ ความปลอดภัยจากสิ่งคุกคามจากการทำงาน (ปี ๒๕๖๘ - ๒๕๗๑)	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	คณะกรรมการอาชีว - อนามัยฯ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ

### เป้าประสงค์ที่ ๔.๒ มีอัตรากำลังที่เหมาะสม สอดคล้องกับภารกิจ ทิศทางการพัฒนาองค์กร

กลยุทธ์ที่ ๔.๒.๑ วางแผนอัตรากำลังและสรรหาบุคลากรอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับภารกิจและรองรับการเติบโตขององค์กร

#### ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๙	ร้อยละความสำเร็จในการจัด โครงสร้างองค์กรและกรอบ อัตรากำลังให้เหมาะสมกับภารกิจ และสภาพแวดล้อม	ร้อยละ	๘๐	๘๕	๙๐	๑๐๐	โครงสร้าง หมายถึง โครงสร้างองค์กรที่แสดง ให้เห็นถึงการแบ่งงานใน แต่ละหน่วยงาน มีอำนาจ หน้าที่ความรับผิดชอบ ที่ชัดเจนตามภารกิจที่ ได้รับมอบหมาย	(๑) สามารถปรับปรุง โครงสร้างองค์กรให้เป็น ปัจจุบัน ร้อยละ ๒๐ - รองรับโครงสร้างใน อนาคต ร้อยละ ๒๐ (๒) วิเคราะห์และจัดทำ กรอบอัตรากำลัง	คณะกรรมการ HR ฝ่ายบริหารงาน ทั่วไป ทุกหน่วยงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
							<p><b>กรอบอัตรากำลัง</b> หมายถึง การจัดทำข้อมูล กรอบอัตรากำลังให้ เหมาะสมและเป็นปัจจุบัน ให้สอดคล้องกับภาระงาน ที่เกิดขึ้นจริง</p>	<p>ให้เหมาะสมกับภารกิจให้ เป็นปัจจุบัน (ข้าราชการ) ร้อยละ ๒๐ - รองรับกรอบอัตรากำลัง ในอนาคต (ข้าราชการ) (ร้อยละ ๒๐) (๓) วิเคราะห์และจัดทำ กรอบอัตรากำลังให้ เหมาะสมกับภารกิจให้เป็น ปัจจุบัน (ลูกจ้างประจำ, ลูกจ้างชั่วคราว, พนักงาน ประกันสังคม, บุคคลภายนอก ช่วยปฏิบัติงานใน รพ.) ร้อยละ ๑๐ - รองรับกรอบอัตรากำลัง ในอนาคต (ลูกจ้างประจำ, ลูกจ้างชั่วคราว, พนักงาน ประกันสังคม, บุคคลภายนอก ช่วยปฏิบัติงานใน รพ.) ร้อยละ ๑๐</p>	<p>คณะกรรมการ HR ฝ่ายบริหารงาน ทั่วไป ทุกหน่วยงาน</p>

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
							<p><b>กรอบอัตรากำลัง</b> หมายถึง การจัดทำข้อมูล กรอบอัตรากำลังให้ เหมาะสมและเป็นปัจจุบัน ให้สอดคล้องกับภาระงาน ที่เกิดขึ้นจริง</p>	<p>ให้เหมาะสมกับภารกิจให้ เป็นปัจจุบัน (ข้าราชการ) ร้อยละ ๒๐ - รองรับกรอบอัตรากำลัง ในอนาคต (ข้าราชการ) (ร้อยละ ๒๐) (๓) วิเคราะห์และจัดทำ กรอบอัตรากำลังให้ เหมาะสมกับภารกิจให้เป็น ปัจจุบัน (ลูกจ้างประจำ, ลูกจ้างชั่วคราว, พนักงาน ประกันสังคม, บุคคลภายนอก ช่วยปฏิบัติงานใน รพ.) ร้อยละ ๑๐ - รองรับกรอบอัตรากำลัง ในอนาคต (ลูกจ้างประจำ, ลูกจ้างชั่วคราว, พนักงาน ประกันสังคม, บุคคลภายนอก ช่วยปฏิบัติงานใน รพ.) ร้อยละ ๑๐</p>	<p>คณะกรรมการ HR ฝ่ายบริหารงาน ทั่วไป ทุกหน่วยงาน</p>

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)					หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการโครงการ/กิจกรรม
		รวม	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐	ปี ๒๕๗๑	
๑	จัดทำโครงสร้างและแผนอัตรากำลังให้เหมาะสมของโรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๓๓๓ ชุมชนวิเศษ อู่ทิว (พ.ศ. ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑)	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	คณะกรรมการ HRD ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๒	โครงการจ้างบุคคลภายนอกช่วยปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๓๓๓ ชุมชนวิเศษ อู่ทิว (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑) (เงิน กทม./เงินบำรุง) ตำแหน่ง พนักงานประกันสังคม บุคคลภายนอกช่วยปฏิบัติราชการ บุคคลภายนอกห้วงเวลา ลูกจ้างโครงการ สอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ที่ ๒	๓๕๒,๐๘๐,๐๐๐	๗๘,๖๐๐,๐๐๐	๘๗,๖๐๐,๐๐๐	๙๑,๘๖๐,๐๐๐	๙๔,๓๒๐,๐๐๐	คณะกรรมการ HRD ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๓	โครงการจ้างเหมาบริการรักษาความปลอดภัยเพื่อดูแลรักษาความปลอดภัยและทรัพย์สินให้แก่โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๓๓๓ ชุมชนวิเศษ อู่ทิว (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑) (เงิน กทม.) สอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ที่ ๒	๑๐,๗๔๘,๐๐๐	๒,๖๔๘,๔๐๐	๒,๗๐๐,๐๐๐	๒,๗๐๐,๐๐๐	๒,๗๐๐,๐๐๐	คณะกรรมการ HRD ฝ่ายบริหารงานทั่วไป

กลยุทธ์ที่ ๔.๒.๒ เพิ่มประสิทธิภาพกระบวนการสรรหาบุคลากรเข้าสู่ตำแหน่งอย่างมีคุณภาพ โปร่งใส และตรวจสอบได้  
ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๑๐	ร้อยละความสำเร็จในการคัดเลือกบุคลากรในตำแหน่งที่ว่างตามแนวทางการสรรหาให้สอดคล้องกับสมรรถนะตำแหน่ง	ร้อยละ	๕๐	๖๐	๗๐	๘๐	๑) กลุ่มเป้าหมาย คือ เป็นกลุ่มที่โรงพยาบาลมีอำนาจหน้าที่ควบคุมการสรรหาและคัดเลือกได้โดยตรง คือ พนักงานประกันสังคม ลูกจ้างโครงการ ฯ แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข (ห้วงเวลา) และบุคคลภายนอกช่วยปฏิบัติราชการ ๒) สามารถกำหนดตำแหน่งและคุณลักษณะการปฏิบัติงานในแต่ละตำแหน่งตามที่หน่วยงานต้องการ ๓) มีแนวทางการสรรหาและคัดเลือกที่โปร่งใสและตรวจสอบได้ โดยแนวทางการดำเนินงาน ดังนี้	จำนวนคน/ตำแหน่งที่ว่างลงสามารถดำเนินการสรรหาและคัดเลือกตามแนวทางคุณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนคน/ตำแหน่งที่ว่างลงทั้งหมดในปีงบประมาณนั้น	คณะกรรมการ HR ฝ่ายบริหารงานทั่วไป ทุกหน่วยงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
							๑. ปรับปรุงแนวทางการ สรรหาและคัดเลือก บุคลากรตามคุณลักษณะ ที่ต้องการให้เป็นปัจจุบัน ในตำแหน่ง พนักงาน ประกันสังคม ลูกจ้างโครงการฯ แพทย์และบุคลากร ทางกายภาพและ สาธารณสุข (ห้วงเวลา) และบุคลากรภายนอกช่วย ปฏิบัติราชการ ๒. มีการเสนอขอความ อนุมัติติดประกาศรับสมัคร สอบคัดเลือกไว้ที่เปิดเผย ในตำแหน่งที่ว่างลง ระยะเวลา ๑๕ วันทำการ ๓. ดำเนินรับสมัครและ ยื่นเอกสารจากผู้สนใจ ระยะเวลา ๑๕ วันทำการ	จำนวนคน/ตำแหน่งที่ว่าง ลงทั้งหมดในปีงบประมาณ นั้น	

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
							๔. ดำเนินการคัดเลือก โดยคณะกรรมการสรรหาฯ ระยะเวลา ๑ วันทำการ ๕. มีการจัดทำสัญญา จ้างงาน และคำสั่งแต่งตั้ง ภายใน ๑ สัปดาห์		

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)					หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการโครงการ/กิจกรรม
		รวม	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐	ปี ๒๕๗๑	
๑	จัดทำแนวทางสรรหาและคัดเลือกบุคลากรให้ สอดคล้องกับสมรรถนะของตำแหน่ง (ในกลุ่ม บุคลากรที่โรงพยาบาลมีอำนาจหน้าที่ควบคุม การสรรหา และคัดเลือกได้โดยตรง) (พ.ศ. ๒๕๖๘ - ๒๕๗๑)	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	คณะกรรมการ HRD ฝ่ายบริหารงานทั่วไป

เป้าประสงค์ที่ ๔.๓ เปิดโอกาสให้บุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพตามสายวิชาชีพ/ สายงาน และได้รับการพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติงาน มีความก้าวหน้าในอาชีพ ตามแผนหรือเป้าหมายอย่างชัดเจนและเสมอภาค

กลยุทธ์ที่ ๔.๓.๑ สนับสนุนให้บุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพตามสายวิชาชีพ/ สายงาน ให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การพัฒนารององค์กรและรูปแบบบริการ  
ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๑๑	ร้อยละความสำเร็จในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรตามแผนพัฒนาบุคลากรประจำปี ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล <b>สอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ที่ ๒</b>	ร้อยละ	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	บุคลากรที่ต้องได้รับการพัฒนาตามแผนพัฒนาบุคลากรประจำปี ประกอบด้วย ข้าราชการกรุงเทพมหานครสามัญ บุคลากรกรุงเทพมหานคร (ลูกจ้างประจำ ลูกจ้าง - ชั่วโมง) ได้รับการส่งเสริมเพิ่มพูนความรู้ทักษะที่สามารถนำมาพัฒนาองค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพ หลักสูตรการพัฒนาตามแผนพัฒนาบุคลากรประจำปี คือ ๑) หลักสูตรโครงการอบรม ประชุม ฯ ที่หน่วยงานเป็นผู้จัด (TN๑)	จำนวนบุคลากรที่ได้รับอนุมัติให้พัฒนาศักยภาพเพิ่มพูนความรู้ความสามารถตามแผนพัฒนาบุคลากรประจำปีสามารถเข้ารับการพัฒนาดำเนินการได้จริง คุณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนบุคลากรได้รับความเห็นชอบให้พัฒนาศักยภาพจากผู้บริหารทั้งหมด	คณะกรรมการ HR ฝ่ายวิชาการ และแผนงาน ทุกหน่วยงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
							๒) หลักสูตรศึกษาต่อ อบรมเฉพาะทาง อบรม ระยะยาว อบรมระยะสั้น ระยะเวลาเกิน ๙๐ วันหน่วยงาน ภายนอกเป็นผู้จัด (TN๒) ๓) หลักสูตรอบรม ประชุม ฯ ระยะเวลาไม่เกิน ๙๐ วัน เบิกค่าใช้จ่ายหน่วยงาน ภายนอกเป็นผู้จัด (TN๒) ๔) หลักสูตรศึกษาต่อ อบรม ประชุม ฯ ณ ต่างประเทศ (TN๓)		
๑๒	ร้อยละความสำเร็จในการส่งบุคลากร ตำแหน่งแพทย์ ทันตแพทย์ เข้าศึกษาต่อ ในหลักสูตรเฉพาะทาง แพทย์เชี่ยวชาญ หรืออบรมหลักสูตรอื่น ๆ ที่จำเป็นต่อการ พัฒนางค์กรเพื่อเพิ่มพูนความรู้ความ เชี่ยวชาญ สอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ที่ ๒	ร้อยละ	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	บุคลากรที่ต้องได้รับการ พัฒนา ประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ บุคลากร ทางกายภาพและ สาธารณสุขสาขาอื่น ๆ บุคลากรสายสนับสนุน ดังนี้	จำนวนบุคลากรที่ได้รับ การพัฒนาศักยภาพโดย การส่งไปศึกษาต่อ อบรม เฉพาะทาง หรืออบรมใน หลักสูตรที่มีความจำเป็น ต่อการพัฒนางานจริง (ตามแผนพัฒนาบุคลากร ประจำปี) คูณด้วย ๑๐๐	คณะกรรมการ HR ฝ่ายวิชาการ และแผนงาน ทุกหน่วยงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๑๓	ร้อยละความสำเร็จในการส่งบุคลากร ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ เข้ารับการ ศึกษา ต่อ อบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง หรืออบรมหลักสูตรอื่นๆ ที่มีความ จำเป็นต่อการพัฒนาองค์กร <b>สอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ที่ ๒</b>	ร้อยละ	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๑) แพทย์ ทันตแพทย์ : เข้ารับการ ศึกษาต่อ หลักสูตรแพทย์ประจำ บ้านต่อยอด แพทย์ประจำ บ้าน และอบรมหลักสูตรที่ มีระยะเวลาเกิน ๙๐ วัน หรือไปศึกษาดูงาน อบรม ประชุม ณ ต่างประเทศ ๒) พยาบาลวิชาชีพ : เข้ารับการ ศึกษาต่อระดับ ปริญญาโท ปริญญาเอก อบรมหลักสูตรการ พยาบาลเฉพาะทางหรือ อบรมหลักสูตรอื่น ๆ ที่มี ความจำเป็นต่อการพัฒนา องค์กร (ตามแผนพัฒนา บุคลากรประจำปี) ทั้งหมด	หารด้วย จำนวนบุคลากร ที่ได้รับความเห็นชอบไป ศึกษาต่อ อบรมเฉพาะทาง หรืออบรมในหลักสูตรที่มี ความจำเป็นต่อการพัฒนา องค์กร (ตามแผนพัฒนา บุคลากรประจำปี) ทั้งหมด	คณะกรรมการ HR ฝ่ายวิชาการ และแผนงาน ทุกหน่วยงาน
๑๔	ร้อยละความสำเร็จในการส่งบุคลากร สายทางการแพทย์และสาธารณสุข และบุคลากรสายสนับสนุน เข้ารับ การ ศึกษาต่อ หรืออบรมหลักสูตรอื่น ๆ ที่มีความจำเป็นต่อการพัฒนาองค์กร <b>สอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ที่ ๒</b>	ร้อยละ	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	ปริญญาโท ปริญญาเอก อบรมหลักสูตรการ พยาบาลเฉพาะทางหรือ อบรมหลักสูตรอื่น ๆ ที่มี ความจำเป็นต่อการพัฒนา องค์กร ระยะเวลาเกิน ๙๐ วัน หรือไปศึกษา ดูงาน อบรม ประชุม ณ ต่างประเทศ		

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๑๕	ร้อยละความสำเร็จในการส่งเสริมสนับสนุนให้หน่วยงานดำเนินการจัดโครงการหรือกิจกรรม ด้านการฝึกอบรม ประชุม สัมมนา ศึกษาดูงาน ฯ เพื่อพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และเพิ่มสมรรถนะในการทำงาน	ร้อยละ	๘๐	๘๕	๘๗	๙๐	จัดโครงการหรือกิจกรรมด้านการฝึกอบรม ประชุม สัมมนา ศึกษาดูงาน ฯ เพื่อเพิ่มพูนความรู้ให้แก่บุคลากร ซึ่งโครงการหรือกิจกรรมดังกล่าวหน่วยงานในโรงพยาบาลเป็นผู้จัดตั้งที่กำหนดไว้ในแผนพัฒนาบุคลากรประจำปี และนอกแผนพัฒนาบุคลากรประจำปี ทั้งนี้โครงการหรือกิจกรรมสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความจำเป็นและตามสถานการณ์ปัจจุบัน ตลอดจนสรุปรายงานผลการดำเนินงานจัดโครงการหรือกิจกรรมนำเสนอผู้บริหาร	จำนวนโครงการหรือกิจกรรมที่สามารถดำเนินการจัดได้จริงในปีงบประมาณนั้น ๆ ทหารด้วย ๑๐๐ คูณด้วย จำนวนโครงการหรือกิจกรรมที่ได้รับความเห็นชอบหรืออนุมัติให้ดำเนินการจัดจากผู้บริหารทั้งหมด	คณะกรรมการ HR ฝ่ายวิชาการ และแผนงาน ทุกหน่วยงาน

สอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี  
ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ที่ ๒

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)					หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการโครงการ/กิจกรรม
		รวม	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐	ปี ๒๕๗๑	
๑	จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรประจำปีของ โรงพยาบาล ปีละ ๑ ครั้ง (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑) สอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ที่ ๒	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	คณะกรรมการ HR ฝ่ายวิชาการและแผนงาน
๒	โครงการส่งข้าราชการไปศึกษาต่อ อบรมหลักสูตร เฉพาะทาง อบรมระยะยาว อบรมระยะสั้น หรือ อบรมหลักสูตรที่มีความจำเป็นต่อการพัฒนา องค์กร ที่มีระยะเวลาเกิน ๙๐ วัน ทั้งภายในประเทศ และต่างประเทศ หน่วยงานภายนอกเป็นผู้จัด (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑) (เงิน กทม. และ เงินบำรุงฯ) (TN๒ + TN๓) สอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ที่ ๒	๕,๗๕๙,๘๖๔ (ในประเทศ) + ๕,๑๔๓,๑๘๐ (ต่างประเทศ) รวม ๑๐,๙๐๓,๐๔๔	๑,๐๗๓,๐๐๐ + ๖๔๓,๑๘๐	๑,๒๘๗,๖๐๐ + ๑,๕๐๐,๐๐๐	๑,๕๔๕,๑๒๐ + ๑,๕๐๐,๐๐๐	๑,๘๕๔,๑๔๔ + ๑,๕๐๐,๐๐๐	คณะกรรมการ HR ฝ่ายวิชาการและแผนงาน
๓	กิจกรรมส่งเสริมให้บุคลากรเข้ารับการอบรม ประชุม สัมมนา ศึกษา ดูงาน ฯ ในหลักสูตรที่มี ความจำเป็นต่อการพัฒนาองค์กร ที่มีระยะเวลา ไม่เกิน ๙๐ วัน กรณีเบิกค่าใช้จ่าย หน่วยงาน ภายนอกเป็นผู้จัด (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑) (เงิน กทม. และ เงินบำรุงฯ) (TN๒) สอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ที่ ๒	๓,๗๑๐,๒๓๐	๖๔๑,๓๖๒	๘๒๙,๖๓๔	๙๙๕,๕๖๑	๑,๑๙๔,๖๗๓	คณะกรรมการ HR ฝ่ายวิชาการและแผนงาน

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ (ต่อ)

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)					หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการโครงการ/กิจกรรม
		รวม	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐	ปี ๒๕๗๑	
๔	กิจกรรมส่งเสริมให้บุคลากรเข้ารับการอบรม ประชุม สัมมนา ศึกษา ดูงาน ฯ ในหลักสูตรที่มี ความจำเป็นต่อการพัฒนาองค์กร <u>ที่มีระยะเวลา</u> <u>ไม่เกิน ๙๐ วัน กรณีไม่เบิกค่าใช้จ่าย</u> หน่วยงาน ภายนอกเป็นผู้จัด (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑) สอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ที่ ๒	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	คณะกรรมการ HR ฝ่ายวิชาการและแผนงาน
๕	กิจกรรมส่งเสริมสนับสนุนให้หน่วยงานจัด โครงการหรือกิจกรรมด้านการฝึกอบรม ประชุม สัมมนา ศึกษา ดูงาน ฯ เพื่อเป็นการ พัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และสมรรถนะ ในการทำงาน (หน่วยงานภายในโรงพยาบาล เป็นผู้จัด) (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑) (เงิน กทม. และ เงินบำรุง) (เป็นโครงการตามแผนพัฒนาบุคลากร ประจำปี ใน TN๑ และนอกแผนพัฒนาบุคลากร) สอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ที่ ๒	๑,๙๓๔,๐๐๙	๓๖๐,๒๘๕	๔๓๒,๓๔๒	๕๑๘,๘๑๐	๖๒๒,๕๗๒	คณะกรรมการ HR ฝ่ายวิชาการและแผนงาน

กลยุทธ์ที่ ๔.๓.๒ บุคลากรมีสมรรถนะในการปฏิบัติงาน มีความก้าวหน้าในอาชีพ และได้รับการพัฒนาศักยภาพความรู้ความสามารถเป็นรายบุคคล  
ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๑๖	ร้อยละของบุคลากรที่มีการจัดทำแบบประเมินสมรรถนะเฉพาะวิชาชีพ/ สายงาน	ร้อยละ	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	หน่วยงานมีการจัดทำแนวทางการประเมินสมรรถนะบุคลากร ๓ ด้าน ประกอบด้วย <b>ด้านที่ ๑</b> สมรรถนะหลัก <b>ด้านที่ ๒</b> สมรรถนะประจำกลุ่มงาน <b>ด้านที่ ๓</b> สมรรถนะเฉพาะวิชาชีพ เพิ่มเติม <b>ด้านที่ ๔</b> สมรรถนะประจำผู้บริหาร กรณีผู้บริหาร หัวหน้าฝ่าย หัวหน้ากลุ่มงาน	จำนวนบุคลากรที่สามารถจัดทำแบบประเมินสมรรถนะเฉพาะวิชาชีพ/สายงานได้จริง คูณด้วย ๑๐๐หารด้วย จำนวนบุคลากรตามกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด	คณะกรรมการ HR ทุกหน่วยงาน
๑๗	ร้อยละความสำเร็จของบุคลากรที่ผ่านเกณฑ์การประเมินสมรรถนะรายบุคคลในระดับที่กำหนด	ร้อยละ	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	กำหนดให้บุคลากรทุกระดับวิชาชีพ และทุกตำแหน่งต้องได้รับการประเมินสมรรถนะ ๓ ด้าน	จำนวนบุคลากรที่ได้รับการประเมินสมรรถนะรายบุคคลและผ่านเกณฑ์ที่กำหนด คูณด้วย ๑๐๐	คณะกรรมการ HR ทุกหน่วยงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
							ประกอบด้วย <b>ด้านที่ ๑</b> สมรรถนะหลัก <b>ด้านที่ ๒</b> สมรรถนะ ประจำกลุ่มงาน <b>ด้านที่ ๓</b> สมรรถนะเฉพาะ วิชาชีพ เพิ่มเติม <b>ด้านที่ ๔</b> สมรรถนะ ประจำผู้บริหาร กรณี ผู้บริหาร หัวหน้าฝ่าย หัวหน้ากลุ่มงาน	หารด้วย จำนวนบุคลากร ที่ได้รับการประเมิน สมรรถนะรายบุคคล ทั้งหมด	คณะกรรมการ HR ฝ่ายวิชาการ และแผนงาน ฝ่ายบริหารงาน ทั่วไป ทุกหน่วยงาน
๑๘	ร้อยละความสำเร็จของบุคลากร ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพตนเอง ตามแผนพัฒนาบุคลากรรายบุคคล (Individual Development Plan – IDP)  สอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ที่ ๒	ร้อยละ	๘๕	๙๐	๙๕	๑๐๐	๑) <b>แผนพัฒนาบุคลากร รายบุคคล (Individual Development Plan – IDP)</b> หมายถึง กรอบหรือ แนวทางที่จะช่วยให้ บุคลากรในองค์กรได้รับการ พัฒนาศักยภาพตามแผนงาน ที่กำหนดไว้และสามารถนำ ความรู้กลับมาพัฒนางานให้ บรรลุเป้าหมายได้	จำนวนบุคลากรที่จัดทำ แผนพัฒนาบุคลากรใน ปีงบประมาณนั้น คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวน บุคลากรในโรงพยาบาล ทั้งหมด	คณะกรรมการ HR ฝ่ายวิชาการ และแผนงาน ทุกหน่วยงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
							๒) ผู้ที่จะต้องจัดทำ แผนพัฒนาแผนพัฒนา บุคลากรรายบุคคล ประกอบด้วย ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว พนักงานประกันสังคม ลูกจ้างโครงการฯ ๓) รูปแบบการพัฒนา เรียนรู้ ตามแบบประเมิน ๗๐ : ๒๐ : ๑๐		คณะกรรมการ HR ฝ่ายวิชาการ และแผนงาน ทุกหน่วยงาน

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)					หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการโครงการ/กิจกรรม
		รวม	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐	ปี ๒๕๗๑	
๑	กิจกรรมสำรวจการจัดทำแบบประเมินสมรรถนะ รายบุคคล และรายงานผลการประเมินสมรรถนะ รายบุคคล (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑)	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	คณะกรรมการ HR ฝ่ายบริหารงานทั่วไป ฝ่ายวิชาการและแผนงาน
๒	กิจกรรมสำรวจการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากร รายบุคคล (Individual Development Plan – IDP) (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑) สอดคล้องแผน ยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ที่ ๒	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	คณะกรรมการ HR ฝ่ายวิชาการและแผนงาน

เป้าประสงค์ที่ ๔.๔ ต่อยอดการจัดการความรู้ (Knowledge Management) และการสร้างเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Knowledge Sharing) อย่างต่อเนื่อง  
 กลยุทธ์ที่ ๔.๔.๑ ส่งเสริมกระบวนการให้บุคลากรมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๑๙	ร้อยละความสำเร็จในการส่งเสริมให้บุคลากรนำองค์ความรู้จากการไปอบรม ประชุม ฯ จากหน่วยงานภายนอกนำมาถ่ายทอด และ/หรือเผยแพร่ด้วยวิธีต่าง ๆ	ร้อยละ	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐	ส่งเสริมสนับสนุนให้บุคลากรนำองค์ความรู้จากการไปอบรม ประชุม ฯ จาก หน่วยงานภายนอก มาถ่ายทอด และ/หรือเผยแพร่ด้วยวิธีต่าง ๆ อาทิ ๑) นำองค์ความรู้จัดทำเป็นรูปแบบรายงานผลการอบรม ประชุม ฯ ประชาสัมพันธ์ผ่านทางอินเทอร์เน็ตของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นสื่อที่บุคลากรทุกคนสามารถเข้าถึงได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว หรือ จัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในฝ่าย/กลุ่มงาน หรือภายในทีมสหสาขาวิชาชีพ	จำนวนบุคลากรนำองค์ความรู้จากการไปอบรม ประชุม ฯ จากหน่วยงานภายนอก มาถ่ายทอด และ/หรือเผยแพร่ด้วยวิธีต่าง ๆ คูณด้วย ๑๐๐	คณะกรรมการ HR ฝ่ายวิชาการ และแผนงานทุกหน่วยงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๒๐	ร้อยละความสำเร็จในการส่งเสริมสนับสนุนให้หน่วยงานจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และเพิ่มสมรรถนะในการทำงาน	ร้อยละ	๘๐	๘๕	๘๗	๙๐	<p><b>กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้</b> หมายถึง การที่กลุ่มคนที่มีความสนใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่งร่วมกันมารวมตัวกัน มารวมตัวกัน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ด้วยความสมัครใจ เพื่อร่วมสร้างความเข้าใจหรือพัฒนาแนวปฏิบัติในเรื่องนั้น ๆ เช่น กิจกรรมแลกเปลี่ยนรู้ของทีมสหสาขาวิชาชีพ กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริการ เป็นต้น</p>	<p>จำนวนกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่สามารถดำเนินการจัดได้ในปีงบประมาณนั้น ๆ คูณด้วย ๑๐๐หารด้วยจำนวนกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่ได้รับอนุมัติจากผู้บริหารทั้งหมดในปีงบประมาณนั้น ๆ</p>	คณะกรรมการ HR ฝ่ายวิชาการ และแผนงานทุกหน่วยงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๒๑	ร้อยละความสำเร็จของการจัดทำ และ/หรือ ปรับปรุงองค์ความรู้ให้ เป็นปัจจุบัน	ร้อยละ	๘๐	๘๕	๘๗	๙๐	หน่วยงานของโรงพยาบาล มีการจัดทำองค์ความรู้ (Work Instruction) SD,CNPG,CPG และ/หรือ มีการปรับปรุงองค์ความรู้ ให้เป็นปัจจุบันเพื่อให้ บุคลากรสามารถ ใช้เป็นคู่มือแนวทางการ ปฏิบัติงานได้	จำนวนการจัดทำองค์ ความรู้ (Work Instruction) ใหม่ รวมกับ จำนวนการ ปรับปรุงองค์ความรู้ (Work Instruction) เดิม โดยจัดทำให้เป็นปัจจุบัน คุณด้วย ๑๐๐ หารด้วย องค์ความรู้ (Work Instruction) ที่มีทั้งหมด	คณะกรรมการ HR กลุ่มงานพัฒนา คุณภาพ ฯ ทุกหน่วยงาน
๒๒	ร้อยละความสำเร็จในการดำเนินการ ส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม ประชุม ฯ ให้ได้สัดส่วนชั่วโมงการฝึกอบรมตามแผน * บุคลากรสายแพทย์และทันตแพทย์ * บุคลากรสายพยาบาล * บุคลากรสายทางการแพทย์และ สาธารณสุข (Allied Health) * บุคลากรสายสนับสนุน  สอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ที่ ๒	ชั่วโมงต่อ คนต่อปี	๒๐	๒๐	๒๐	๒๐	- สัดส่วนชั่วโมงการฝึกอบรม ประชุม ฯ คิดจาก ๑ วัน เท่ากับ ๖ ชั่วโมง - การนับจำนวนวัน เข้า ร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยน เรียนรู้ การฝึกอบรม ประชุม ศึกษา ดูงาน ร่วม เป็นวิทยากร ทั้งใน ประเทศ และต่างประเทศ	จำนวนบุคลากรที่มีสัดส่วน ชั่วโมงการฝึกอบรมเป็นไป ตามเกณฑ์ชั่วโมงที่กำหนด ที่กำหนด	คณะกรรมการ HR ฝ่ายวิชาการ และแผนงาน ทุกหน่วยงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๒๓	บุคลากรได้รับการฝึกอบรม ประชุม ฯ ได้ตามเป้าหมาย ๒๐ ชั่วโมงต่อคนต่อปี * บุคลากรสายแพทย์และทันตแพทย์ * บุคลากรสายพยาบาล * บุคลากรสายทางการแพทย์และ สาธารณสุข (Allied Health) * บุคลากรสายสนับสนุน <b>สอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ที่ ๒</b>	ร้อยละ	๘๐	๘๕	๘๗	๙๐	ยกเว้น การเข้าร่วมประชุม ในนามคณะกรรมการฯ/ คณะทำงาน ชุดต่าง ๆ ไม่ นับรวมสถิติการอบรม ประชุมฯ	จำนวนบุคลากรที่มีสัดส่วน ชั่วโมงการฝึกอบรมเป็นไป ตามเกณฑ์ชั่วโมงที่กำหนด คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวนบุคลากรที่ได้รับ การฝึกอบรม ประชุม ฯ ทั้งหมด	คณะกรรมการ HR ฝ่ายวิชาการ และแผนงาน ทุกหน่วยงาน
๒๔	ร้อยละความสำเร็จในการดำเนินการ ส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม ประชุมฯ ให้ได้สัดส่วนชั่วโมงการฝึกอบรมตามแผน * ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว * พนักงานประกันสังคม * ลูกจ้างโครงการ ฯ	ชั่วโมงต่อ คนต่อปี	๑๐	๑๐	๑๐	๑๐		จำนวนบุคลากรที่มีสัดส่วน ชั่วโมงการฝึกอบรมเป็นไป ตามเกณฑ์ชั่วโมงที่กำหนด ที่กำหนด	คณะกรรมการ HR ฝ่ายวิชาการ และแผนงาน ทุกหน่วยงาน
๒๕	บุคลากรได้รับการฝึกอบรม ประชุม ฯ ได้ตามเป้าหมาย ๑๐ ชั่วโมงต่อคนต่อปี * ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว * พนักงานประกันสังคม * ลูกจ้างโครงการ ฯ	ร้อยละ	๗๐	๗๕	๗๗	๘๐		จำนวนบุคลากรที่มีสัดส่วน ชั่วโมงการฝึกอบรมเป็นไปตาม เกณฑ์ชั่วโมงที่กำหนด คูณ ด้วย ๑๐๐ หารด้วย จำนวน บุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรม ประชุม ฯ ทั้งหมด	คณะกรรมการ HR ฝ่ายวิชาการ และแผนงาน ทุกหน่วยงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๒๖	จำนวนหน่วยงาน และ/หรือ สถาบันการศึกษา ทั้งภาครัฐหรือ ภาคเอกชน เลือกโรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ทวิศกดิ์ ชูตินุโร อุทิศ เป็นสถานที่ ฝึกอบรม ติวงาน ฝึกปฏิบัติงาน ร่วมสอน วิทยากรให้ความรู้ และ อาจารย์พี่เลี้ยง	แห่ง	๕	๕	๖	๖	๑) หน่วยงาน และ/หรือ สถาบันการศึกษา คือ สถาบันการศึกษาภาครัฐ หรือเอกชน หรือ หน่วยงาน ภายนอก หรือบุคคลภายนอก ที่เลือกโรงพยาบาลหลวง พ่อดำทวิศกดิ์ ชูตินุโร อุทิศ เป็นสถานที่ฝึกอบรม ฝึกของนิสิต นักศึกษา อาทิ มหาวิทยาลัย คริสเตียน, คณะพยาบาลศาสตร์ เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัย - นวมินทรราชินี เป็นต้น ๒) คำจำกัดความ ระยะเวลาฝึกอบรม ติวงาน หรือ ฝึกงานของนิสิต นักศึกษา คือ ไม่จำกัด ระยะเวลา ๓) หน่วยงานของ โรงพยาบาลที่รับเป็น สถานที่ฝึกอบรม	นับจำนวน	คณะกรรมการ HR ฝ่ายวิชาการ และแผนงาน ทุกหน่วยงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
							ฝึกงานของนิสิต นักศึกษา อาทิจ ักุ่่งงาน เภสัชกรรม ฝ่ายการพยาบาล ห่อผู้ป่วยต่าง ๆ เป็นต้น และให้ เป็นไปตามระเบียบที่กำหนด		

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)					หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการโครงการ/กิจกรรม
		รวม	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐	ปี ๒๕๗๑	
๑	กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้/ การถ่ายทอดองค์ ความรู้ของบุคลากรภายในฝ่าย/ ักุ่่งงาน หรือ ระหว่างฝ่าย/ักุ่่งงาน หรือภายในทีมสหสาขาวิชาชีพ หรือ ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ (มากกว่าหรือ เท่ากับ ๓ - ๔ เรื่องต่อปี)(ปี ๒๕๖๘ - ๒๕๗๑) สอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ที่ ๒	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	คณะกรรมการ HR ฝ่ายวิชาการและแผนงาน ทุกหน่วยงาน
๒	กิจกรรมติดตามและประเมินผลการพัฒนาบุคลากร รายบุคคล ปีละ ๒ ครั้ง (ปี ๒๕๖๘ - ๒๕๗๑) สอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ที่ ๒	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ฝ่ายวิชาการและแผนงาน

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ (ต่อ)

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)					หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการโครงการ/กิจกรรม
		รวม	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐	ปี ๒๕๗๑	
๓	กิจกรรมควบคุม ติดตาม การนำรายงานผลการอบรม ประชุม สัมมนา ศึกษา ดูงาน ฯ ทั้งภายในและภายนอกประเทศประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรรับทราบ และสามารถค้นคว้าข้อมูลด้วยตนเองทางอินเทอร์เน็ตของโรงพยาบาล (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑)	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ฝ่ายวิชาการและแผนงาน
๔	กิจกรรมรายงานสถิติการรับนิสิต นักศึกษาเข้าฝึกปฏิบัติงาน หรือบุคคลภายนอก เข้ามาฝึกอบรม ดูงาน หรือเข้ามาฝึกปฏิบัติงาน เพื่อนำเรียนผู้บริหารภายในกำหนด (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑)	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ฝ่ายวิชาการและแผนงาน

เป้าประสงค์ที่ ๔.๕ สนับสนุนการวิจัย นวัตกรรม และผลงานวิชาการ ที่สอดคล้องกับรูปแบบบริการและการบริหารขององค์กรอย่างต่อเนื่อง

กลยุทธ์ที่ ๔.๕.๑ ส่งเสริมให้บุคลากรพัฒนาต่อยอดองค์ความรู้ สร้างงานวิจัย ผลงานวิชาการ ผลงานนวัตกรรม และผลงานจากงานประจำสู่งานวิจัย (R๒R)

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๒๗	จำนวนผลงานวิจัย และ/หรือ ผลงานวิชาการ  สอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๓ เป้าประสงค์ที่ ๒	เรื่อง/ปี	๑	๑	๒	๒	สนับสนุนให้บุคลากรในโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข	ตัวชี้วัดที่ ๒๙ จำนวนนับ	คณะอนุกรรมการสนับสนุนส่งเสริมและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนทุกหน่วยงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๒๘	จำนวนผลงานนวัตกรรม และ/หรือ ผลงานจากการพัฒนางานประจำ สู่งานวิจัย (R๒R) <b>สอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๓ เป้าประสงค์ที่ ๒</b>	เรื่อง/ปี	๕	๕	๕	๕	บุคลากรสายสนับสนุน และบุคลากรอื่น ๆ ที่ เกี่ยวข้อง ให้มีการ ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ ทั้งงานวิจัย นวัตกรรม R๒R เพิ่มมากขึ้น และ นำมาเผยแพร่เพื่อให้เกิด การใช้งานในวงกว้างอันจะ เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยและ ภาพลักษณ์ที่ดีต่อองค์กร <b>ใช้งาน</b> หมายถึง การนำ ผลงานวิจัย ผลงานนวัตกรรม ผลงานวิชาการ และ ผลงาน R๒R ที่มี นำไปใช้ ในการปฏิบัติงานได้จริง ในโรงพยาบาล	ตัวชี้วัดที่ ๓๐ นับจำนวน ตัวชี้วัดที่ ๓๑ จำนวน ผลงานวิชาการ ผลงาน นวัตกรรม ผลงานวิชาการ และผลงานจากการพัฒนา งานประจำสู่งานวิจัย (R๒R) ที่นำไปใช้ได้จริง ในปีงบประมาณนั้น ๆ คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย ผลงานวิชาการ ผลงาน นวัตกรรม ผลงานวิชาการ และผลงานจากการพัฒนา งานประจำสู่งานวิจัย (R๒R) ทั้งหมด ในปี งบประมาณนั้น ๆ	คณะกรรมการ สนับสนุน ส่งเสริมและ พิจารณา จริยธรรมการ วิจัยในคน กลุ่มงานพัฒนา คุณภาพฯ ฝ่ายวิชาการ และแผนงาน ทุกหน่วยงาน
๒๙	ร้อยละของการนำงานวิจัย ผลงาน นวัตกรรม ผลงานวิชาการ และ ผลงานจากการพัฒนางานประจำ สู่งานวิจัย (R๒R) ที่มีนำไปใช้ภายใน หน่วยงาน หรือภายนอกหน่วยงาน  <b>สอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๓ เป้าประสงค์ที่ ๒</b>	ร้อยละ	๕๐	๖๐	๖๕	๗๐			

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ (ต่อ)

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)					หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการโครงการ/กิจกรรม
		รวม	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐	ปี ๒๕๗๑	
๑	โครงการทุนส่งเสริมการวิจัยทางการแพทย์ (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑) (เงินบำรุงฯ) สอดคล้องแผน ยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๓ เป้าประสงค์ที่ ๒	๘๐๐,๐๐๐	๒๐๐,๐๐๐	๒๐๐,๐๐๐	๒๐๐,๐๐๐	๒๐๐,๐๐๐	คณะกรรมการพิจารณา ทุนสนับสนุนส่งเสริมการวิจัย ฝ่ายวิชาการและแผนงาน
๒	กิจกรรมการนำผลงานวิจัย และ/หรือ ผลงาน นวัตกรรม และ/หรือ ผลงานจากการพัฒนางาน ประจำสู่งานวิจัย (R๒R) ไปใช้ในการปฏิบัติงาน จริงในการพัฒนาระบบบริการ (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑) (เงินบำรุงฯ หรือเงินมูลนิธิฯ) สอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๓ เป้าประสงค์ที่ ๒	๘๐,๐๐๐	๒๐,๐๐๐	๒๐,๐๐๐	๒๐,๐๐๐	๒๐,๐๐๐	คณะทำงานสนับสนุน ส่งเสริมการพัฒนาผลงาน นวัตกรรม กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ ฯ

# ยุทธศาสตร์ที่ ๕

บริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ  
องค์กรคุณธรรม  
(Green Hospital/Moral Hospital)

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

**เป้าหมายหลัก : มีระบบบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อสนับสนุนการจัดบริการที่ดี สร้างองค์กรสู่โรงพยาบาลคุณธรรมและองค์กรแห่งความสุข**

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

เป้าประสงค์ที่ ๕.๑ สนับสนุนการพัฒนาองค์กรให้เป็น Green Hospital อย่างยั่งยืน

กลยุทธ์ที่ ๕.๑.๑ พัฒนาสภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัยและเหมาะสม ต่อผู้ป่วย บุคลากร และชุมชน

จำนวน ๓ ตัวชี้วัด ประกอบด้วย

ตัวชี้วัดที่ ๑ ร้อยละความสำเร็จผ่านเกณฑ์การตรวจประเมินโรงพยาบาลตามเกณฑ์มาตรฐาน Bangkok GREEN & CLEAN hospital Plus (BKKG+)

ตัวชี้วัดที่ ๒ ร้อยละความสำเร็จผ่านเกณฑ์การประเมินตามเกณฑ์การประเมินสำนักงานสีเขียวกรุงเทพมหานคร (Bangkok Green Office)

ตัวชี้วัดที่ ๓ ร้อยละความสำเร็จผ่านเกณฑ์การตรวจประเมิน GMP in Mass Catering Check List

กลยุทธ์ที่ ๕.๑.๒ การใช้พลังงานอย่างรู้คุณค่าและเกิดประโยชน์สูงสุด

จำนวน ๕ ตัวชี้วัด ประกอบด้วย

ตัวชี้วัดที่ ๔ การใช้พลังงาน (เทียบกับค่าเฉลี่ยการใช้ของปีงบประมาณที่ผ่านมา) ลดลง

ตัวชี้วัดที่ ๕ ปริมาณการใช้น้ำประปา ลดลง

ตัวชี้วัดที่ ๖ ปริมาณการใช้น้ำมันเชื้อเพลิง ลดลง

ตัวชี้วัดที่ ๗ ปริมาณการใช้กระดาษ ลดลง

ตัวชี้วัดที่ ๘ ร้อยละของบุคลากรเข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมจิตสำนึกด้านอนุรักษ์พลังงาน

เป้าประสงค์ที่ ๕.๒ เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงาน

- กลยุทธ์ที่ ๕.๒.๑ มีระบบกลไกในการควบคุมการใช้จ่ายเงินให้โปร่งใส ตรวจสอบได้ และเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ  
จำนวน ๒ ตัวชี้วัด ประกอบด้วย  
ตัวชี้วัดที่ ๙ จัดการทำแผนการใช้จ่ายเงินประจำปี (ภายใน ๓๐ กันยายน ของทุกปี)  
ตัวชี้วัดที่ ๑๐ รายงานการใช้จ่ายเงินเป็นไปตามแผนที่กำหนด (รายไตรมาส)
- กลยุทธ์ที่ ๕.๒.๒ มีระบบติดตามการใช้จ่ายงบประมาณให้เป็นไปตามแผนที่กำหนดและมีประสิทธิภาพ  
จำนวน ๑ ตัวชี้วัด ประกอบด้วย  
ตัวชี้วัดที่ ๑๑ ร้อยละความสำเร็จของการเบิกจ่ายงบประมาณประจำปี

เป้าประสงค์ที่ ๕.๓ การบริหารพัสดุอย่างเป็นระบบ โปร่งใส ตรวจสอบได้

- กลยุทธ์ที่ ๕.๓.๑ เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการสินค้าคงคลังอย่างเป็นระบบ มีประสิทธิภาพ ตรวจสอบได้  
จำนวน ๑ ตัวชี้วัด ประกอบด้วย  
ตัวชี้วัดที่ ๑๒ ร้อยละความสำเร็จในการตรวจนับวัสดุในคลังวัสดุส่วนกลางให้เป็นปัจจุบันในแต่ละปีงบประมาณ
- กลยุทธ์ที่ ๕.๓.๒ มีแผนการจัดซื้อจัดจ้างประจำปีที่ชัดเจน โปร่งใส ตรวจสอบได้  
จำนวน ๒ ตัวชี้วัด ประกอบด้วย  
ตัวชี้วัดที่ ๑๓ จัดทำแผนการจัดซื้อจัดจ้างประจำปี  
ตัวชี้วัดที่ ๑๔ ร้อยละความสำเร็จในการตรวจนับทรัพย์สินของโรงพยาบาลให้เป็นปัจจุบันในแต่ละปีงบประมาณ

เป้าประสงค์ที่ ๕.๔ ขับเคลื่อนองค์กรคุณธรรมด้วยอัตลักษณ์ “รับผิดชอบ โปร่งใส ใส่ใจบริการ และจิตอาสา” พร้อมทั้งสืบสานศาสตร์พระราชา

- กลยุทธ์ที่ ๕.๔.๑ น้อมนำศาสตร์พระราชาและจิตอาสาใช้ในการปฏิบัติงานและการบริหารจัดการองค์กรและสร้างวัฒนธรรมองค์กรสู่องค์กรคุณธรรม  
จำนวน ๖ ตัวชี้วัด ประกอบด้วย  
ตัวชี้วัดที่ ๑๕ จำนวนกิจกรรมตามรอยศาสตร์พระราชา และ/หรือ กิจกรรมจิตอาสา ที่สามารถดำเนินการจัดได้  
ตัวชี้วัดที่ ๑๖ ร้อยละของบุคลากรสามารถเข้าร่วมกิจกรรม อย่างน้อย ๒ กิจกรรม  
ตัวชี้วัดที่ ๑๗ ร้อยละความสำเร็จในการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของโครงการโรงพยาบาลคุณธรรม (จำนวน ๙ ตัวชี้วัด)

- ตัวชี้วัดที่ ๑๘ ร้อยละความสำเร็จในการจัดกิจกรรมส่งเสริมการปฏิบัติงานตามกฎหมาย ก.ก. ว่าด้วยประมวลจริยธรรมสำหรับข้าราชการ –  
กรุงเทพมหานคร บุคลากรกรุงเทพมหานคร และผู้ปฏิบัติงานอื่นในกรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๖๔
- ตัวชี้วัดที่ ๑๙ ร้อยละความสำเร็จในการชี้แจงแก้ไขเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการทุจริตและประพฤติมิชอบได้ภายในกำหนด
- ตัวชี้วัดที่ ๒๐ ร้อยละของความพึงพอใจผู้รับบริการ/ญาติผู้ป่วยที่มีต่อการให้บริการอาหารปั่นผสม

## เป้าประสงค์ที่ ๕.๕ การเสริมสร้างองค์กรแห่งความสุข

### กลยุทธ์ที่ ๕.๕.๑ พัฒนารูปแบบการทำงานเพื่อสร้างสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน

จำนวน ๔ ตัวชี้วัด ประกอบด้วย

- ตัวชี้วัดที่ ๒๑ การสำรวจความอยู่ดีมีสุขและความผูกพันของบุคลากรในโรงพยาบาล
- ตัวชี้วัดที่ ๒๒ ร้อยละความผูกพันของบุคลากรที่มีต่อองค์กร
- ตัวชี้วัดที่ ๒๓ บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจในเรื่อง การพัฒนาตนเองเพื่อความสมดุลของชีวิต หรือ การทำงานและการใช้ชีวิตในสังคมอย่างสมดุล  
และมีความสุขในการทำงาน หรือ พฤติกรรมการบริการ หรือ กิจกรรมตามที่ฝ่ายบริหารงานทั่วไปกำหนดข้อ
- ตัวชี้วัดที่ ๒๔ ร้อยละความพึงพอใจและความเชื่อมั่นของบุคลากรที่มีต่อองค์กรในระดับดีขึ้นไป

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

**เป้าหมายหลัก : มีระบบบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อสนับสนุนการจัดบริการที่ดี สร้างองค์กรสู่โรงพยาบาลคุณธรรมและองค์กรแห่งความสุข**

เป้าประสงค์ที่ ๕.๑ สนับสนุนการพัฒนาองค์กรให้เป็น Green Hospital อย่างยั่งยืน

กลยุทธ์ที่ ๕.๑.๑ พัฒนาสภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัยและเหมาะสม ต่อผู้ป่วย บุคลากร และชุมชน

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๑	ร้อยละความสำเร็จผ่านเกณฑ์การตรวจประเมินโรงพยาบาลตามเกณฑ์มาตรฐาน Bangkok GREEN & CLEAN hospital Plus (BKKGC+)	ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐ ผ่าน เกณฑ์ การ ประเมิน	๑๐๐	๑๐๐ ผ่าน เกณฑ์ การ ประเมิน	ผ่านเกณฑ์การประเมิน Bangkok GREEN & CLEAN Hospital Plus (BKKGC+) จากกรมอนามัย+ สำนักการแพทย์ โดยจะต้องดำเนินการจัดกิจกรรม Green ระดับพื้นฐานอย่างต่อเนื่อง ดังนี้ ๑. CLEAN (สร้างกระบวนการพัฒนา) ๒. G : Garbage (การจัดการมูลฝอยทุกประเภท) ๓. R : RESTROOM (การพัฒนาสิ่งแวดล้อมสะอาดเพียงพอ และปลอดภัย (HAS))	ผ่านเกณฑ์การตรวจประเมินโรงพยาบาลตามเกณฑ์มาตรฐาน Bangkok GREEN & CLEAN Hospital Plus (BKKGC+) แบ่งเป็น ๓ ระดับ คือ ระดับเงิน (silver) ระดับทอง (gold) และระดับเพชร (diamond) โดยใช้เกณฑ์การประเมินตามแบบประเมิน ฯ ของกรมอนามัย + สำนักการแพทย์	คณะกรรมการ BKKGC+ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ ฝ่ายโภชนาการ ทุกหน่วยงาน

สอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี  
 ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ที่ ๔

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
							๔. E : ENERGY (การจัดการด้านพลังงาน) ๕. E : ENVIRONMENT (การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล) ๖. NUTRITION (การจัดการสุขภาพอาหารและการจัดการน้ำบริโภคในโรงพยาบาล) ๗. Innovation (การพัฒนานวัตกรรมและงานวิจัย GREEN) ๘. Network (การสร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN) ๙. Carbon Footprint (การคำนวณปริมาณการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจก)		คณะกรรมการ BKKGC+ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ ฝ่ายโภชนาการ ทุกหน่วยงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๒	ร้อยละความสำเร็จผ่านเกณฑ์การประเมินตามเกณฑ์การประเมินสำนักงานสีเขียวกรุงเทพมหานคร (Bangkok Green Office)	ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	ผ่านเกณฑ์การประเมินสำนักงานสีเขียว กรุงเทพมหานคร (Bangkok Green Office) โดยจะต้องดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ดังนี้ ๑. การบริหารจัดการสำนักงานสีเขียว ๒. การจัดการสิ่งแวดล้อม ๓. การจัดการความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน	ผ่านเกณฑ์การประเมินตามเกณฑ์การประเมินสำนักงานสีเขียว กรุงเทพมหานคร (Bangkok Green Office) แบ่งเป็น ๓ ระดับ คือ ระดับทองแดง (ดี) ระดับเงิน (ดีมาก) และระดับทอง (ดีเยี่ยม) โดยใช้เกณฑ์การประเมินตามแบบการประเมินฯ ของสำนักสิ่งแวดล้อม กรุงเทพมหานคร	คณะกรรมการ Bangkok Green Office ฝ่ายบริหารงานทั่วไป กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ ทุกหน่วยงาน
๓	ร้อยละความสำเร็จผ่านเกณฑ์การตรวจประเมิน GMP in Mass Catering Check List	ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑. เป็นการพัฒนามาตรฐานโรงครัวของโรงพยาบาล ให้ผ่านเกณฑ์การตรวจประเมิน GMP ๒. เป็นการให้บริการอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลเป็นไปอย่างถูกต้องตามหลักสากล ด้านอาหารและโภชนาการ	ผ่านเกณฑ์การตรวจประเมิน GMP in Mass Catering Check List	ฝ่ายโภชนาการ

สอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ที่ ๔

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
							ครอบคลุมทั้งหลักโภชนาการ หลักสุขาภิบาลอาหาร ความสะอาดและความปลอดภัย ด้านอาหารและสร้างความ เชื่อมมั่นให้แก่ผู้ใช้บริการใน คุณภาพอาหารที่มีความ ปลอดภัย ๓. เป้าหมายเกณฑ์การ ตรวจสอบประเมิน GMP in Mass Catering Check List จำนวน ๓ ตัวชี้วัด ดังนี้ ๓.๑ ร้อยละของการผ่าน เกณฑ์การตรวจสอบประเมิน GMP in Mass Catering Check list (ร้อยละ ๑๐๐) ๓.๒ ร้อยละของการผ่าน เกณฑ์การตรวจสอบประเมิน อาหารปลอดภัย (ร้อยละ ๑๐๐) ๓.๓ ร้อยละของการผ่าน เกณฑ์การตรวจวิเคราะห์หา สารเคมีปนเปื้อนในอาหาร (ร้อยละ ๑๐๐)		

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)					หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการโครงการ/กิจกรรม
		รวม	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐	ปี ๒๕๗๑	
๑	กิจกรรมการพัฒนางานอาชีวอนามัยสิ่งแวดล้อม ในโรงพยาบาลสู่ Bangkok GREEN & CLEAN Hospital Plus (BKKGC+) โดยใช้กลยุทธ์ CLEAN เป็นกลยุทธ์สร้าง กระบวนการพัฒนา (ปี ๒๕๖๘ - ๒๕๗๑) สอดคล้อง แผนยุทธศาสตร์ สทพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ที่ ๔	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	คณะกรรมการ BKKGC+ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๒	<b>Garbage = การจัดการมูลฝอยทุกประเภท</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านการบริหารจัดการ คัดแยกขยะทุกประเภท และ/หรือ กิจกรรมประชาสัมพันธ์ รณรงค์การคัดแยกขยะทุกประเภทให้ถูกต้องและ ปลอดภัย (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑)</li> <li>กิจกรรมศึกษาดูงานการบริหารจัดการคัดแยกขยะ ทุกประเภท (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑) สอดคล้องแผน ยุทธศาสตร์ สทพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ที่ ๔</li> </ul>	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	คณะกรรมการ BKKGC+ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
		ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	
๓	<b>Restroom = การพัฒนาสิ่งแวดล้อมสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>กิจกรรมปรับปรุงห้องส้วมให้ได้มาตรฐานเหมาะสม สำหรับผู้มารับบริการ (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑) (เงินบำรุงฯ)</li> </ul>	๕๐๐,๐๐๐	๑๐๐,๐๐๐	๑๐๐,๐๐๐	๑๐๐,๐๐๐	๑๐๐,๐๐๐	คณะกรรมการ BKKGC+ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๔	<b>Energy = การจัดการด้านพลังงาน</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>กิจกรรมบริหารจัดการและเพิ่มปริมาณการนำน้ำเสีย ที่ผ่านการบำบัดมาใช้รดน้ำต้นไม้ (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑)</li> </ul>	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	คณะกรรมการ BKKGC+ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ (-ต่อ-)

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)					หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการโครงการ/กิจกรรม
		รวม	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐	ปี ๒๕๗๑	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● กิจกรรมรณรงค์ลดปริมาณการใช้ไฟฟ้า(ปี ๒๕๖๘-๒๕๗๑)</li> <li>● กิจกรรมรณรงค์การลดปริมาณการใช้น้ำมันเชื้อเพลิง (ปี ๒๕๖๘ - ๒๕๗๑)</li> <li>● กิจกรรมรณรงค์ลดการใช้กระดาษ(ปี ๒๕๖๘ - ๒๕๗๑)</li> </ul> สอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ที่ ๔	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	คณะกรรมการ BKKGC+ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๕	ENVIRONMENT = การจัดการสิ่งแวดล้อมใน รพ. <ul style="list-style-type: none"> <li>● โครงการก่อสร้างระบบบำบัดน้ำเสีย (ปี ๒๕๖๘) เป็นโครงการต่อเนื่องของปี ๒๕๖๖ - ๒๕๖๗ (เงินงบแปร)</li> <li>● โครงการหรือกิจกรรมพัฒนาปรับปรุงพื้นที่และเพิ่มพื้นที่สีเขียว (ปี ๒๕๖๘ - ๒๕๗๑) (เงินบำรุงฯ)</li> <li>● โครงการปรับปรุงหอพักโรงพยาบาลหลวงพ่อดำ (ปี ๒๕๖๘ - ๒๕๗๑) (เงินบำรุงฯ)</li> </ul> สอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ที่ ๔	๒๕,๖๕๐,๐๐๐	-	๒๕,๖๕๐,๐๐๐	-	-	คณะกรรมการ BKKGC+ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● โครงการหรือกิจกรรมพัฒนาปรับปรุงพื้นที่และเพิ่มพื้นที่สีเขียว (ปี ๒๕๖๘ - ๒๕๗๑) (เงินบำรุงฯ)</li> </ul>	๗๐,๐๐๐	๑๕,๐๐๐	๑๕,๐๐๐	๑๕,๐๐๐	๑๕,๐๐๐	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● โครงการปรับปรุงหอพักโรงพยาบาลหลวงพ่อดำ (ปี ๒๕๖๘ - ๒๕๗๑) (เงินบำรุงฯ)</li> </ul>	๑,๒๐๐,๐๐๐	๓๐๐,๐๐๐	๓๐๐,๐๐๐	๓๐๐,๐๐๐	๓๐๐,๐๐๐	
๖	NUTRITION = การจัดการสุขาภิบาลและการจัดการน้ำบริโภคในโรงพยาบาล <ul style="list-style-type: none"> <li>● โครงการสร้างความเชื่อมั่นอาหารไทยปลอดภัยมีคุณภาพ (ปี ๒๕๖๘ - ๒๕๗๑) ประเมิน GMP (เงินบำรุงฯ) สอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ที่ ๔</li> </ul>	๘๐,๐๐๐	๒๐,๐๐๐ ค่าตรวจประเมิน รักษาระบบ (รวม Vat ๗ % และค่าเดินทาง)	ฝ่ายโภชนาการ			

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ (-ต่อ-)

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)					หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการโครงการ/กิจกรรม
		รวม	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐	ปี ๒๕๗๑	
๗	<b>Innovation = การพัฒนานวัตกรรมและงานวิจัยด้าน GREEN</b> • โครงการส่งเสริมการประกวดนวัตกรรมหรืองานวิจัยด้าน GREEN (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑)	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	คณะกรรมการ BKKGC+ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๘	<b>Network = การสร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN</b> • โครงการสร้างเครือข่ายงานด้าน GREEN ร่วมกับชุมชน วัด โรงเรียนในพื้นที่ใกล้เคียงโรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	คณะกรรมการ BKKGC+ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๙	<b>Carbon Footprint = การคำนวณปริมาณการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจก</b> • กิจกรรมการนำผลการใช้ทรัพยากรมาคำนวณปริมาณการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกในองค์กร (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑)	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	คณะกรรมการ BKKGC+ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๑๐	<b>โครงการสำนักงานสีเขียว (Green Office)</b> (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑) สอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ที่ ๔	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	คณะกรรมการ Green Office ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๑๑	<b>โครงการส่งเสริมการผลิตไฟฟ้าจากพลังงานหมุนเวียนแบบมุ่งเป้า (ติดตั้ง Solar Rooftop)</b> (ปี ๒๕๖๙) (เงินสนับสนุนจากกองทุนประเภทพลังงานฯ) สอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ที่ ๔	๖,๓๐๐,๐๐๐	-	๖,๓๐๐,๐๐๐	-	-	ฝ่ายบริหารงานทั่วไป

กลยุทธ์ที่ ๕.๑.๒ การใช้พลังงานอย่างรู้คุณค่าและเกิดประโยชน์สูงสุด

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานรพท. (ฝ่ายวิชาการและแผนงาน)/หน้าที่ ๑๕๕

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๔	การใช้พลังงานลง (เทียบกับค่าเฉลี่ย การใช้ของปีงบประมาณที่ผ่านมา) <b>ลดลง</b>	ร้อยละ	๒.๕	๒.๕	๒.๕	๒.๕	เปรียบเทียบการใช้ พลังงานไฟฟ้า ประปา เฉลี่ยทั้งปีที่ผ่านมา เปรียบเทียบกับการใช้ พลังงานในปีปัจจุบันลดลง	คำนวณ = $\frac{\text{ผลต่าง} \times 100}{\text{จำนวนรวมยูนิตปีปัจจุบัน}}$	คณะกรรมการ ENV ฝ่ายบริหารงาน ทั่วไป ทุกหน่วยงาน
๕	ปริมาณการใช้น้ำประปา <b>ลดลง</b>	ร้อยละ	๒.๕	๒.๕	๒.๕	๒.๕			
๖	ปริมาณการใช้น้ำมันเชื้อเพลิง <b>ลดลง</b>	ร้อยละ	๒.๕	๒.๕	๒.๕	๒.๕			
๗	ปริมาณการใช้กระดาษ <b>ลดลง</b>	ร้อยละ	๒.๕	๒.๕	๒.๕	๒.๕			
๘	ร้อยละของบุคลากรเข้าร่วมกิจกรรม สร้างเสริมจิตสำนึกการใช้พลังงานให้ เหมาะสม	ร้อยละ	≥ ๘๐	≥ ๘๐	≥ ๘๐	≥ ๘๐	จัดให้มีกิจกรรมสร้างเสริม จิตสำนึกการใช้พลังงานให้ เหมาะสมให้แก่บุคลากร ปีละ ๑ ครั้ง	จำนวนบุคลากรเข้าร่วม กิจกรรมสร้างเสริม จิตสำนึกการใช้พลังงาน ให้เหมาะสมจริง คูณด้วย ๑๐๐หารด้วย จำนวน บุคลากรที่ได้รับอนุมัติให้ เข้าร่วมกิจกรรมจาก ผู้บริหาร	คณะกรรมการ ENV ฝ่ายบริหารงาน ทั่วไป ทุกหน่วยงาน

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)					หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการโครงการ/กิจกรรม
		รวม	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐	ปี ๒๕๗๑	
๑	กิจกรรมกำหนดมาตรการการลดใช้พลังงาน (ไฟฟ้า น้ำประปา น้ำมันเชื้อเพลิง ทรัพยากรกระดาษ) (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑) สอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ที่ ๔	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	คณะกรรมการ ENV ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๒	โครงการหรือกิจกรรมปรับเปลี่ยนอุปกรณ์ไฟฟ้าที่มีประสิทธิภาพสูงทดแทนอุปกรณ์ไฟฟ้าที่เสื่อมสภาพ (ปี ๒๕๖๘ - ๒๕๗๑) (เงินบำรุงฯ) สอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ที่ ๔	๔๐๐,๐๐๐	๑๐๐,๐๐๐	๑๐๐,๐๐๐	๑๐๐,๐๐๐	๑๐๐,๐๐๐	คณะกรรมการ ENV ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๓	โครงการปรับเปลี่ยนอุปกรณ์ประปาทดแทนอุปกรณ์ที่เสื่อมสภาพหรือชำรุด (เพื่อลดการใช้น้ำประปา) (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑) (เงินบำรุงฯ) สอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ที่ ๔	๔๔,๐๐๐	๑๐,๐๐๐	๑๐,๐๐๐	๑๒,๐๐๐	๑๒,๐๐๐	คณะกรรมการ ENV ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๔	กิจกรรมเสริมสร้างจิตสำนึกด้านอนุรักษ์พลังงาน (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑) สอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ที่ ๔	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	คณะกรรมการ ENV ฝ่ายบริหารงานทั่วไป

เป้าประสงค์ที่ ๕.๒ เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงาน

กลยุทธ์ที่ ๕.๒.๑ มีระบบกลไกในการควบคุมการใช้จ่ายเงินให้โปร่งใส ตรวจสอบได้ และเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๙	จัดทำแผนประมาณการรายรับ - รายจ่ายเงินงบประมาณ/เงินนอกงบประมาณประจำปี (ภายใน ๓๐ กันยายน ของทุกปี)	ครั้ง	๑	๑	๑	๑	สามารถดำเนินการจัดทำแผนประมาณการรายรับ - รายจ่ายเงินงบประมาณ/เงินนอกงบประมาณประจำปี ภายใน ๓๐ กันยายน ของทุกปี	นับจำนวน	ฝ่ายงบประมาณการเงินและบัญชี
๑๐	รายงานความก้าวหน้าการเบิกจ่ายงบประมาณประจำปีเป็นไปตามแผนที่กำหนด (รายไตรมาส)	ปีละ	๔	๔	๔	๔	ดำเนินการรายงานความก้าวหน้าการเบิกจ่ายงบประมาณประจำปีเป็นไปตามแผนที่กำหนด ปีละ ๔ ครั้ง (รายไตรมาส) เสนอต่อคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล	นับจำนวน	ฝ่ายงบประมาณการเงินและบัญชี

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)					หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการโครงการ/กิจกรรม
		รวม	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐	ปี ๒๕๗๑	
๑	กิจกรรมจัดทำรายงานการใช้จ่ายเงินงบประมาณ/ เงินนอกงบประมาณประจำปี เปรียบเทียบปีก่อน (ปี ๒๕๖๘ - ๒๕๗๑)	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ฝ่ายงบประมาณการเงินและบัญชี
๒	กิจกรรมควบคุมการใช้จ่ายเงินของหน่วยงานให้เป็นไปตามแผนที่กำหนด (ปี ๒๕๖๘ - ๒๕๗๑)	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ฝ่ายงบประมาณการเงินและบัญชี

กลยุทธ์ที่ ๕.๒.๒ มีระบบติดตามการใช้จ่ายงบประมาณให้เป็นไปตามแผนที่กำหนดและมีประสิทธิภาพ  
 ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๑๑	ร้อยละความสำเร็จของการเบิก จ่ายเงินงบประมาณประจำปี ภาพรวม	ร้อยละ	๙๐	๙๓	๙๕	๙๕	๑. มีการเร่งรัด/ ติดตาม การใช้จ่ายเงินงบประมาณ รายจ่ายประจำปีของ หน่วยงานต่าง ๆ ๒. สามารถดำเนินการ เบิกจ่ายงบประมาณ รายจ่ายประจำปีได้ตาม แผนงานที่กำหนด	ผลการดำเนินงาน ตาม แบบ รง. ๔๐๑ ในระบบ MIS	ฝ่ายงบประมาณ การเงินและบัญชี

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)					หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการโครงการ/กิจกรรม
		รวม	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐	ปี ๒๕๗๑	
๑	กิจกรรมเร่งรัด/ ติดตามการใช้จ่ายเงินงบประมาณ รายจ่ายประจำปีของหน่วยงานต่าง ๆ (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑)	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ฝ่ายงบประมาณการเงินและ บัญชี

เป้าประสงค์ที่ ๕.๓ มีการบริหารพัสดุอย่างเป็นระบบ โปร่งใส ตรวจสอบได้

กลยุทธ์ที่ ๕.๓.๑ เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการสินค้าคงคลังอย่างเป็นระบบ มีประสิทธิภาพ ตรวจสอบได้

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๑๒	ร้อยละความสำเร็จในการตรวจนับวัสดุในคลังวัสดุส่วนกลางให้เป็นปัจจุบันในแต่ละปีงบประมาณ	ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑. จัดตั้งคณะกรรมการตรวจนับวัสดุในคลังวัสดุกลาง ๒. จัดทำเอกสารวัสดุคงเหลือในคลังวัสดุกลางให้เป็นปัจจุบัน ๓. คณะกรรมการตรวจนับวัสดุในคลังวัสดุกลางดำเนินการตรวจนับวัสดุและนำเรียนผู้บริหารโรงพยาบาล	สามารถดำเนินการตรวจนับวัสดุในคลังวัสดุกลางให้เป็นปัจจุบันภายในกำหนด	ฝ่ายบริหารงานทั่วไป (งานพัสดุ)

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)					หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการโครงการ/กิจกรรม
		รวม	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐	ปี ๒๕๗๑	
๑	กิจกรรมควบคุมการเบิก - จ่าย วัสดุสำนักงาน และการตรวจนับวัสดุส่วนกลางให้เป็นปัจจุบัน (ปี ๒๕๖๘ - ๒๕๗๑)	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ฝ่ายบริหารงานทั่วไป (งานพัสดุ)

กลยุทธ์ที่ ๕.๓.๒ มีแผนการจัดซื้อจัดจ้างประจำปีที่ชัดเจน โปร่งใส ตรวจสอบได้  
 ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๑๓	จัดทำแผนการจัดซื้อจัดจ้างประจำปี	ครั้ง	๑	๑	๑	๑	สามารถดำเนินการจัดทำ แผนจัดซื้อจัดจ้างในแต่ละ ปีงบประมาณ และ นำเสนอที่ประชุม คณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาล	นับจำนวน	ฝ่ายบริหารงาน ทั่วไป (งานพัสดุ)
๑๔	ร้อยละความสำเร็จในการตรวจนับ ทรัพย์สินของโรงพยาบาลให้เป็น ปัจจุบันในแต่ละปีงบประมาณ	ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑. ดำเนินการจัดตั้ง คณะกรรมการตรวจนับ ทรัพย์สินของโรงพยาบาล ๒. จัดทำเอกสารทรัพย์สิน ประจำปีงบประมาณนั้น ๆ ให้เป็นปัจจุบัน ๓. คณะกรรมการตรวจนับ ทรัพย์สินของโรงพยาบาล ดำเนินการตรวจนับและ นำเรียนผู้บริหารโรงพยาบาล	สามารถดำเนินการตรวจ นับทรัพย์สินของ โรงพยาบาลให้เป็นปัจจุบัน ภายในกำหนด	ฝ่ายบริหารงาน ทั่วไป (งานพัสดุ)

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)					หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการโครงการ/กิจกรรม
		รวม	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐	ปี ๒๕๗๑	
๑	กิจกรรมการตรวจนับทรัพย์สินของโรงพยาบาลให้เป็นปัจจุบันในแต่ละปีงบประมาณ (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑)	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ฝ่ายบริหารงานทั่วไป (งานพัสดุ)

เป้าหมายที่ ๕.๔ ขับเคลื่อนสู่องค์กรคุณธรรมด้วยอัตลักษณ์ “รับผิดชอบต่อ โปร่งใส ใส่ใจบริการ และจิตอาสา” พร้อมทั้งสืบสานศาสตร์พระราชา

กลยุทธ์ที่ ๕.๔.๑ น้อมนำศาสตร์พระราชาและจิตอาสาใช้ในการปฏิบัติงานและการบริหารจัดการองค์กรและสร้างวัฒนธรรมองค์กรสู่องค์กรคุณธรรม

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงานรับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๑๕	จำนวนกิจกรรมตามรอยศาสตร์พระราชา และ/หรือ กิจกรรมจิตอาสาที่สามารถดำเนินการจัดได้ <b>สอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ที่ ๑</b>	กิจกรรม	๓	๓	๓	๓	โรงพยาบาลสามารถดำเนินการกิจกรรมตามรอยศาสตร์พระราชา และ/หรือ กิจกรรมจิตอาสาในปีงบประมาณนั้น ๆ อย่างน้อย ๓ กิจกรรม	นับจำนวน	ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๑๖	ร้อยละของบุคลากรสามารถเข้าร่วมกิจกรรม อย่างน้อย ๒ กิจกรรม <b>สอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ที่ ๑</b>	ร้อยละ	≥ ๘๐	≥ ๘๐	≥ ๘๐	≥ ๘๐	บุคลากรสามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามรอยศาสตร์พระราชา กิจกรรมจิตอาสาในปีงบประมาณนั้น ๆ คนละอย่างน้อย ๒ กิจกรรม	จำนวนบุคลากรที่เข้าร่วมกิจกรรมจริง อย่างน้อย ๒กิจกรรม ในปีงบประมาณนั้น ๆ คูณด้วย ๑๐๐หารด้วยจำนวนบุคลากรทั้งหมดที่ลงทะเบียน	ฝ่ายบริหารงานทั่วไป

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๑๗	ร้อยละความสำเร็จในการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของโครงการโรงพยาบาลคุณธรรม (จำนวน ๙ ตัวชี้วัด)  <b>สอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ สรพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ที่ ๑</b>	ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	ดำเนินการตามตัวชี้วัดจำนวน ๑๐ ตัวชี้วัด ดังนี้ ตัวชี้วัดที่ ๑ : ร้อยละของบุคลากรมีความตรงต่อเวลา เป้าหมาย $\geq ๘๐\%$ ตัวชี้วัดที่ ๒ : ร้อยละของบุคลากร ปฏิบัติงานอย่างเต็มเวลาที่กำหนด เป้าหมาย $\geq ๘๕\%$ ตัวชี้วัดที่ ๓ ร้อยละของบุคลากรแต่งกายตามระเบียบที่กำหนด เป้าหมาย $\geq ๙๐\%$ ตัวชี้วัดที่ ๔ ร้อยละของบุคลากรประชุมตรงเวลา เป้าหมาย $\geq ๘๐\%$ ตัวชี้วัดที่ ๕ ร้อยละของบุคลากรไม่มีเรื่องร้องเรียนทุจริตประพฤติมิชอบ เป้าหมาย ๑๐๐% ตัวชี้วัดที่ ๖ ร้อยละของฝ่าย/กลุ่มงานเผยแพร่คู่มือการให้บริการ อย่างน้อย ๒ เรื่อง/ปี เป้าหมาย ๑๐๐%	จำนวนตัวชี้วัดของโครงการโรงพยาบาลคุณธรรมที่ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย คูณด้วย ๑๐๐หารด้วย จำนวนตัวชี้วัดของโครงการโรงพยาบาลคุณธรรมทั้งหมด	คณะกรรมการโรงพยาบาล คุณธรรม ฝ่ายบริหารงานทั่วไป ทุกหน่วยงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
							ตัวชี้วัดที่ ๗ ร้อยละของ ผู้ใช้บริการ (ผู้ป่วยนอก) มีความพึงพอใจระดับมาก ขึ้นไป เป้าหมาย $\geq ๘๐\%$ ตัวชี้วัดที่ ๘ ร้อยละของ ผู้ใช้บริการ (ผู้ป่วยใน) มีความพึงพอใจระดับมาก ขึ้นไป เป้าหมาย $\geq ๘๐\%$ ตัวชี้วัดที่ ๙ ร้อยละของ บุคลากร เข้าร่วมกิจกรรม จิตอาสา ไม่น้อยกว่า ๒ ครั้ง/ปี เป้าหมาย ๑๐๐%		คณะกรรมการ โรงพยาบาล คุณธรรม ฝ่ายบริหารงาน ทั่วไป ทุกหน่วยงาน
๑๘	ร้อยละความสำเร็จในการจัด กิจกรรมส่งเสริมการปฏิบัติงานตาม กฎ ก.ก. ว่าด้วยประมวลจริยธรรม สำหรับข้าราชการกรุงเทพมหานคร บุคลากรกรุงเทพมหานคร และ ผู้ปฏิบัติงานอื่นในกรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๖๔	ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	สามารถเผยแพร่ กฎ ก.ก. ว่าด้วยประมวลจริยธรรม สำหรับข้าราชการ กรุงเทพมหานคร บุคลากรกรุงเทพมหานคร และผู้ปฏิบัติงานอื่นใน กรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๖๔	สามารถเผยแพร่ กฎ ก.ก. ว่าด้วยประมวลจริยธรรม สำหรับข้าราชการ กรุงเทพมหานคร บุคลากรกรุงเทพมหานคร และผู้ปฏิบัติงานอื่นใน กรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๖๔	คณะกรรมการ โรงพยาบาล คุณธรรม ฝ่ายบริหารงาน ทั่วไป ทุกหน่วยงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๑๙	ร้อยละความสำเร็จในการชี้แจงแก้ไข เรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการทุจริตและ ประพฤติมิชอบได้ภายในกำหนด  <span style="background-color: yellow;">สอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ที่ ๑</span>	ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	ชี้แจงแก้ไขข้อร้องเรียนที่ เกี่ยวกับการทุจริตและ ประพฤติมิชอบของ บุคลากรของโรงพยาบาล ทุกช่องทางได้ภายใน กำหนด	ไม่มีข้อร้องเรียน หรือ ถ้ามี จำนวนข้อร้องเรียน สามารถชี้แจงแก้ไขได้ทัน ภายใน ๓ วัน	คณะกรรมการรับ ฟังความคิดเห็น และรับเรื่อง ร้องเรียน ฝ่ายบริหารงาน ทั่วไป ทุกหน่วยงาน
๒๐	ร้อยละของความพึงพอใจ ผู้รับบริการ/ญาติผู้ป่วยที่มีต่อการ ให้บริการอาหารปั่นผสม	ร้อยละ	≥๙๕	≥๙๕	≥๙๕	≥๙๕	การให้บริการอาหาร - ปั่นผสมแก่ผู้ป่วยที่บ้าน ให้ได้พลังงานและ สารอาหารที่เพียงพอ และครบถ้วนต่อเนื้ออย่าง สม่ำเสมอ ซึ่งอยู่ใน โครงการศาสตร์พระราช หลักการทรงงาน ๒๓ ประการ ประการที่ ๑๖ ขาดทุนเป็นการได้กำไร เป็นการอำนวยความสะดวก สะดวกให้ผู้ป่วยที่มา รับบริการเมื่อกลับบ้านได้รับ อาหารทางสายให้อาหาร	เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม ความพึงพอใจที่มีต่อการ ให้บริการอาหารปั่นผสม สูตร : จำนวนคะแนน ความพึงพอใจรวมทั้งหมด คูณด้วย ๑๐๐ หารด้วย คะแนนเต็มทั้งหมด	คณะกรรมการ โรงพยาบาล คุณธรรม ฝ่ายโภชนาการ

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)					หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการโครงการ/กิจกรรม
		รวม	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐	ปี ๒๕๗๑	
๑	โครงการศาสตร์พระราชาและจิตอาสา โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินธโร อุทิศ (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑) สอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ที่ ๑	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๒	โครงการโรงพยาบาลคุณธรรม (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑) สอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ที่ ๑	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	คณะกรรมการโรงพยาบาล คุณธรรม ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๓	โครงการราชการใสสะอาด (ITA) (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑) สอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ที่ ๑	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๔	กิจกรรมการแก้ไขเรื่องร้องเรียนจากประชาชน/ผู้รับบริการ (ปี ๒๕๖๘ - ๒๕๗๑) สอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ที่ ๑	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ฝ่ายบริหารงานทั่วไป

เป้าประสงค์ที่ ๕.๕ การเสริมสร้างองค์กรแห่งความสุข

กลยุทธ์ที่ ๕.๕.๑ พัฒนารูปแบบการทำงานเพื่อสร้างสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๒๑	การสำรวจความอยู่ดีมีสุขและความ ผูกพันของบุคลากรในโรงพยาบาล  สอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ที่ ๓	ครั้ง/ปี	๑	๑	๑	๑	โรงพยาบาลดำเนินการ ประเมินตามแบบสำรวจ ความอยู่ดีมีสุขและความ ผูกพันของบุคลากรใน โรงพยาบาล ปีละ ๑ ครั้ง ด้วยเครื่องมือ Happinometer หรือ Employee Engagement on meter (Emo-meter) นำข้อมูล/ปัญหาที่สำรวจ มาวิเคราะห์และวาง แผนการแก้ไขพัฒนา/ ปรับปรุง	๑. ดำเนินการสำรวจความ อยู่ดีมีสุขและความผูกพัน ของบุคลากรในโรงพยาบาล ๒. วิเคราะห์ข้อมูล ๓. นำผลการวิเคราะห์มา พัฒนาปรับปรุง	คณะกรรมการ บริหารทรัพยากร บุคคล ฝ่ายบริหารงาน ทั่วไป ทุกหน่วยงาน
๒๒	ร้อยละความผูกพันของบุคลากร ที่มีต่อองค์กร  สอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ที่ ๓	ร้อยละ	≥ ๗๐	≥ ๗๐	≥ ๗๕	≥ ๗๕	โรงพยาบาลดำเนินการ ประเมินตามแบบสำรวจ ความอยู่ดีมีสุขและความ ผูกพันของบุคลากรใน โรงพยาบาล ปีละ ๑ ครั้ง	มาจากผลการประเมิน Happinometer หรือ Employee Engagement on meter (Emo-meter)	ฝ่ายบริหารงาน ทั่วไป ทุกหน่วยงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
							ด้วยเครื่องมือ Happinometer หรือ Employee Engagement on meter (Emo-meter) นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อนำ ผลการวิเคราะห์มาพัฒนา ปรับปรุง		ฝ่ายบริหารงาน ทั่วไป ทุกหน่วยงาน
๒๓	บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจในเรื่อง การพัฒนาตนเองเพื่อความสมดุล ของชีวิต หรือ การทำงานและการใช้ ชีวิตในสังคมอย่างสมดุล และมี ความสุขในการทำงาน หรือ พฤติกรรมการบริการ หรือ กิจกรรม ตามที่ฝ่ายบริหารงานทั่วไปกำหนดข้อ	ร้อยละ	≥ ๘๐	≥ ๘๐	≥ ๘๕	≥ ๘๕	สามารถดำเนินการจัด กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในเรื่อง การพัฒนาตนเอง เพื่อความสมดุลของชีวิต หรือ การทำงานและการ ใช้ชีวิตในสังคมอย่างสมดุล และมีความสุขในการ ทำงาน หรือ พฤติกรรม การบริการ หรือ กิจกรรม ตามที่ฝ่ายบริหารงานทั่วไป กำหนดข้อ และบุคลากรมี ความรู้ความเข้าใจในเรื่อง ดังกล่าว	จากแบบทดสอบความรู้ ความเข้าใจของบุคลากร Post – test มากกว่าหรือ เท่ากับ Pre – test	ฝ่ายบริหารงาน ทั่วไป ทุกหน่วยงาน

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ				นิยาม/คำอธิบาย	วิธีการคำนวณ	หน่วยงาน รับผิดชอบ
			๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑			
๒๔	ร้อยละความพึงพอใจและความ เชื่อมั่นของบุคลากรที่มีต่อองค์กร ในระดับดีขึ้น	ร้อยละ	≥ ๘๐	≥ ๘๐	≥ ๘๐	≥ ๘๐	ความพึงพอใจ หมายถึง ระดับความพึงพอใจของ บุคลากรโรงพยาบาลตั้งแต่ ระดับ “มาก” ขึ้นไป ตาม แบบประเมินความพึงพอใจ ของกรุงเทพมหานคร	จำนวนบุคลากรที่ตอบ แบบประเมินความพึงพอใจ ระดับมากขึ้นไปหารด้วย จำนวนบุคลากรที่ตอบ แบบประเมินความพึงพอใจ ทั้งหมด คูณ ๑๐๐	ฝ่ายบริหารงาน ทั่วไป ทุกหน่วยงาน

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)					หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการโครงการ/กิจกรรม
		รวม	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐	ปี ๒๕๗๑	
๑	กิจกรรมสำรวจความอยู่ดีมีสุขและความผูกพันของ บุคลากรในโรงพยาบาล ความพึงพอใจของบุคลากร ต่อองค์กร (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑) สอดคล้องแผน ยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ที่ ๓	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๒	กิจกรรมสำรวจความพึงพอใจของบุคลากรต่อองค์กร (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑) สอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ที่ ๓	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ฝ่ายบริหารงานทั่วไป

โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ (ต่อ)

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)					หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการโครงการ/กิจกรรม
		รวม	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐	ปี ๒๕๗๑	
๓	กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในหัวข้อ Happy work Happy life และ/หรือ การพัฒนาตนเองเพื่อความสมดุลของชีวิต และ/หรือ การทำงานและการใช้ชีวิตในสังคมอย่างสมดุลและมีความสุขในการทำงาน และ/หรือพฤติกรรมบริการ และกิจกรรมตามที่ฝ่ายบริหารงานทั่วไปกำหนดหัวข้อ (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑) (เงินบำรุง)	๖๘,๘๐๐	๑๗,๒๐๐	๑๗,๒๐๐	๑๗,๒๐๐	๑๗,๒๐๐	ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
๔	กิจกรรมส่งเสริม Happy Work Place (๘ ด้าน) (ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๑) ประกอบด้วย ๑) Happy Body (สุขภาพดี) ๒) Happy Heart (น้ำใจงาม) ๓) Happy Society (สังคมดี) ๔) Happy Relax (ผ่อนคลาย) ๕) Happy Brain (หาความรู้) ๖) Happy Soul (คุณธรรม) ๗) Happy Money (ใช้เงินเป็น) ๘) Happy Family (ครอบครัวดี) สอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ สนพ. ๔ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป้าประสงค์ที่ ๓	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ไม่ใช้งบประมาณ	ฝ่ายบริหารงานทั่วไป

# ภาคผนวก



คำสั่งโรงพยาบาลหลวงพ่อกี้ ชุติโนโร อุทิศ  
ที่ ๑๕๕๗ / ๒๕๖๗

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาจัดทำแผนปฏิบัติราชการประจำปี  
ของโรงพยาบาลหลวงพ่อกี้ ชุติโนโร อุทิศ

เพื่อให้การพิจารณาจัดทำแผนปฏิบัติราชการประจำปีของโรงพยาบาลหลวงพ่อกี้ ชุติโนโร อุทิศ เป็นไปด้วยความเรียบร้อย และสามารถกำหนดแนวทางในการดำเนินงานที่เหมาะสม พร้อมทั้งนำแนวทางการบริหารจัดการตามแผนปฏิบัติราชการประจำปีไปสู่การปฏิบัติให้บรรลุตามวัตถุประสงค์และมีประสิทธิภาพสูงสุด จึงเห็นควรยกเลิคำสั่งโรงพยาบาลหลวงพ่อกี้ ชุติโนโร อุทิศ ที่ ๑๕๐๐/๒๕๖๖ ลงวันที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๖ และแต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาจัดทำแผนปฏิบัติราชการประจำปีของโรงพยาบาลหลวงพ่อกี้ ชุติโนโร อุทิศ ดังนี้

- |   |                  |
|---|------------------|
| ๑. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหลวงพ่อกี้                           | ประธานกรรมการ    |
| ๒. รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล (ฝ่ายการแพทย์)                   | รองประธานกรรมการ |
| ๓. รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล (ฝ่ายบริหาร)                     | รองประธานกรรมการ |
| ๔. หัวหน้าพยาบาล  | กรรมการ          |
| ๕. หัวหน้าฝ่ายบริหารงานทั่วไป                               | กรรมการ          |
| ๖. หัวหน้าฝ่ายงบประมาณการเงินและบัญชี                       | กรรมการ          |
| ๗. หัวหน้าฝ่ายโภชนาการ                                      | กรรมการ          |
| ๘. หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ                              | กรรมการ          |
| ๙. หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ      | กรรมการ          |
| ๑๐. หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉินและบริการการแพทย์ฉุกเฉิน | กรรมการ          |
| ๑๑. หัวหน้ากลุ่มงานกุมารเวชกรรม                             | กรรมการ          |
| ๑๒. หัวหน้ากลุ่มงานอายุรกรรม                                | กรรมการ          |
| ๑๓. หัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรม                                 | กรรมการ          |
| ๑๔. หัวหน้ากลุ่มงานออร์โธปิดิกส์                            | กรรมการ          |
| ๑๕. หัวหน้ากลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม                        | กรรมการ          |
| ๑๖. หัวหน้ากลุ่มงานโสต คอ นาสสิก                            | กรรมการ          |
| ๑๗. หัวหน้ากลุ่มงานวิสัญญีวิทยา                             | กรรมการ          |
| ๑๘. หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู                            | กรรมการ          |
| ๑๙. หัวหน้ากลุ่มงานรังสีวิทยา                               | กรรมการ          |
| ๒๐. หัวหน้ากลุ่มงานจักษุวิทยา                               | กรรมการ          |
| ๒๑. หัวหน้ากลุ่มงานนิติเวชวิทยา                             | กรรมการ          |
| ๒๒. หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม                                 | กรรมการ          |
| ๒๓. หัวหน้ากลุ่มงานชั้นสูตโรคกลางและธนาคารเลือด             | กรรมการ          |
| ๒๔. หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม                                | กรรมการ          |
| ๒๕. หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม     | กรรมการ          |

๒๖. หัวหน้าฝ่ายวิชาการ...

-๒-

๒๖. หัวหน้าฝ่ายวิชาการและแผนงาน

กรรมการ  
และเลขานุการ

๒๗. นางสาวอารีย์ภรณ์ เห่งเกษ นักรัพยากรบุคคลชำนาญการ

กรรมการ  
และผู้ช่วยเลขานุการ

โดยให้คณะกรรมการฯ ดังกล่าวมีหน้าที่รับผิดชอบ ดังนี้

๑. พิจารณาจัดทำแผนปฏิบัติราชการประจำปีของโรงพยาบาลหลวงพ่อกวีนศิริกิติ์ ชูตินุโร อุทิศ ให้สอดคล้องเป็นไปตามแผนปฏิบัติราชการประจำปีของสำนักงานการแพทย์และกระจายตัวชี้วัดระดับสำนักงานการแพทย์ลงสู่ระดับหน่วยงานของโรงพยาบาลเป็นไปตามด้วยความเรียบร้อยและร่วมกันผลักดันให้หน่วยงานมีการดำเนินการให้เป็นไปตามแผนที่กำหนดตามโครงการ/กิจกรรมที่ตอบสนองตัวชี้วัดที่บรรจุไว้ในแผนปฏิบัติราชการประจำปีให้บรรลุผลสำเร็จ
๒. พิจารณากระจายตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาลตามแผนปฏิบัติราชการประจำปีลงสู่ผู้ปฏิบัติเพื่อประกอบตัวชี้วัดระดับบุคคล
๓. ร่วมพิจารณาการดำเนินงาน ควบคุม กำกับ ติดตาม ประเมินผล และพิจารณาเพื่อแก้ไขปัญหาอุปสรรค รวมทั้งข้อขัดข้องในการปฏิบัติงานเพื่อให้เป็นไปตามแผนปฏิบัติราชการประจำปีที่ได้กำหนดไว้
๔. ปฏิบัติหน้าที่อื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๕ พ.ย. ๒๕๖๗



(นายสมเกียรติ อัครโรจน์พงษ์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหลวงพ่อกวีนศิริกิติ์ ชูตินุโร อุทิศ

**คณะกรรมการ ฯ ผู้จัดทำเล่มแผนยุทธศาสตร์การพัฒนารองพยาบาล ระยะ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๘ - ๒๕๗๑)**

๑. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหลวงพ่อดำศรีศักดิ์ฯ	ประธานกรรมการ
๒. รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล (ฝ่ายการแพทย์)	รองประธานกรรมการ
๓. รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล (ฝ่ายบริหาร)	รองประธานกรรมการ
๔. หัวหน้าพยาบาล	กรรมการ
๕. หัวหน้าฝ่ายบริหารงานทั่วไป	กรรมการ
๖. หัวหน้าฝ่ายงบประมาณการเงินและบัญชี	กรรมการ
๗. หัวหน้าฝ่ายโภชนาการ	กรรมการ
๘. หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ	กรรมการ
๙. หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ	กรรมการ
๑๐. หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉินและบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	กรรมการ
๑๑. หัวหน้ากลุ่มงานกุมารเวชกรรม	กรรมการ
๑๒. หัวหน้ากลุ่มงานอายุรกรรม	กรรมการ
๑๓. หัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรม	กรรมการ
๑๔. หัวหน้ากลุ่มงานออร์โธปิดิกส์	กรรมการ
๑๕. หัวหน้ากลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม	กรรมการ
๑๖. หัวหน้ากลุ่มงานโสต ศอ นาสิก	กรรมการ
๑๗. หัวหน้ากลุ่มงานวิสัญญีวิทยา	กรรมการ
๑๘. หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู	กรรมการ
๑๙. หัวหน้ากลุ่มงานรังสีวิทยา	กรรมการ
๒๐. หัวหน้ากลุ่มงานจักษุวิทยา	กรรมการ
๒๑. หัวหน้ากลุ่มงานนิติเวชวิทยา	กรรมการ
๒๒. หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม	กรรมการ
๒๓. หัวหน้ากลุ่มงานชั้นสูตโรคกลางและธนาคารเลือด	กรรมการ
๒๔. หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม	กรรมการ
๒๕. หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม	กรรมการ
๒๖. หัวหน้าฝ่ายวิชาการและแผนงาน	กรรมการและเลขานุการ
๒๗. นางสาวอารียาภรณ์ เหง้าเกษ ตำแหน่งนักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ	กรรมการและผู้ช่วย เลขานุการ (เป็นผู้รวบรวม ข้อมูล ประสาน ออกแบบ และจัดทำเล่มแผนยุทธศาสตร์)

