

แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลสว่างอารมณ์ อำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี

วิสัยทัศน์

โรงพยาบาลคุณภาพ ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข

พันธกิจ

- 1.จัดบริการรักษา ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู ค้ำครองผู้บริโภคนโยบายเชื่อมโยงทุกระดับ
- 2.จัดระบบการส่งต่ออย่างมีมาตรฐาน
- 3.บริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ
- 4.สร้างการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายและประชาชน
- 5.สนับสนุนความรู้ด้านวิชาการในพื้นที่

ค่านิยมองค์กร

“ ทีมเด่น เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง สร้างสรรค์งานนวัตกรรม ”

(T2C: Team / Customer Focus / Creative and innovation)



จากการทำยุทธศาสตร์ปี 2562 เพิ่มค่านิยมใหม่ รวมเป็น 7 ตัว (7' Core Value of Sawangarom = 7' S) ดังนี้

1.Team = 2.Value on Staff

3.Customer Focus = Patient&Customer Focus

4.Creative and innovation= 5.Systems Perspective, 6.Continuous Process Improvement, 7.Learning

ดังนั้น โรงพยาบาลยังคงค่านิยม T2C แต่ในคำอธิบาย T2C ขอให้เข้าใจตรงกันว่ามีค่านิยมเป็น 7' S

เปรียบเทียบค่านิยมกระทรวงสาธารณสุขและค่านิยมโรงพยาบาลสว่างอารมณ์

| ค่านิยมกระทรวงสาธารณสุข 2561 | ค่านิยมโรงพยาบาล(เดิม)2556-2561 (มาตรฐาน HA) | ค่านิยมโรงพยาบาล(ใหม่) เพิ่มรายละเอียดของ T2C 2562-2566 (มาตรฐาน HA) |
|--|---|--|
| M : Mastery เป็นนายตนเอง | Team work | ➤ Value on Staff (ให้คุณค่าคนทำงาน) |
| O : Originality เร่งสร้างสิ่งใหม่ | Creative and innovation | ➤ Systems Perspective (มองเชิงระบบ) ➤ Continuous Process Improvement (พัฒนากระบวนการอย่างต่อเนื่อง) ➤ Learning_(การเรียนรู้และพัฒนา) |
| P : People centered approach ใส่ใจประชาชน | Customer Focus | ➤ Patient&Customer Focus (ปชช.เป็นศูนย์กลาง) |
| H : Humility ถ่อมตนอ่อนน้อม | | |

เปรียบเทียบวิสัยทัศน์และค่านิยมโรงพยาบาลสว่างอารมณ์

| Vision | Core Values |
|----------------------|--|
| โรงพยาบาลคุณภาพ | สร้างสรรค์งานนวัตกรรม <ul style="list-style-type: none"> ➤ Creative and innovation ➤ Systems Perspective ➤ Continuous Process Improvement ➤ Learning |
| ประชาชนสุขภาพดี | เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง <ul style="list-style-type: none"> ➤ Patient & Customer Focus |
| เจ้าหน้าที่มีความสุข | ทีมเด่น <ul style="list-style-type: none"> ➤ Team work ➤ Value on Staff |

เปรียบเทียบยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขและยุทธศาสตร์โรงพยาบาลสว่างอารมณ์

| | |
|--|---|
| ยุทธศาสตร์โรงพยาบาล : P-S-M | ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข : 4 Excellence |
| ยุทธศาสตร์ที่ 1. พัฒนาระบบการสร้างสุขภาพระดับปฐมภูมิร่วมกับภาคีเครือข่ายและประชาชน (Primary Strategy) | ยุทธศาสตร์ที่ 1. ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion , Prevention & Protection Excellence) |
| ยุทธศาสตร์ที่ 2. พัฒนาระบบบริการสุขภาพองค์รวมแบบบูรณาการอย่างมีคุณภาพครอบคลุมระดับทุติยภูมิ (Secondary Strategy) | ยุทธศาสตร์ที่ 2. บริการเป็นเลิศ (Service Excellence) |
| ยุทธศาสตร์ที่ 3. เพิ่มขีดสมรรถนะการบริหารและสนับสนุนระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการที่ดี. (Management Strategy) | ยุทธศาสตร์ที่ 3. บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) ยุทธศาสตร์ที่ 4. บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) |

ยุทธศาสตร์โรงพยาบาลสว่างอารมณ์

ยุทธศาสตร์ที่ 1. พัฒนาระบบการสร้างสุขภาพพระดีปฐมภูมิร่วมกับภาคีเครือข่ายและประชาชน

(Primary Strategy)

ยุทธศาสตร์ที่ 2. พัฒนาระบบบริการสุขภาพองค์รวมแบบบูรณาการอย่างมีคุณภาพครอบคลุมระดับทุติยภูมิ

(Secondary Strategy)

ยุทธศาสตร์ที่ 3. เพิ่มขีดสมรรถนะการบริหารและสนับสนุนระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการที่ดี

(Management Strategy)

เป้าประสงค์

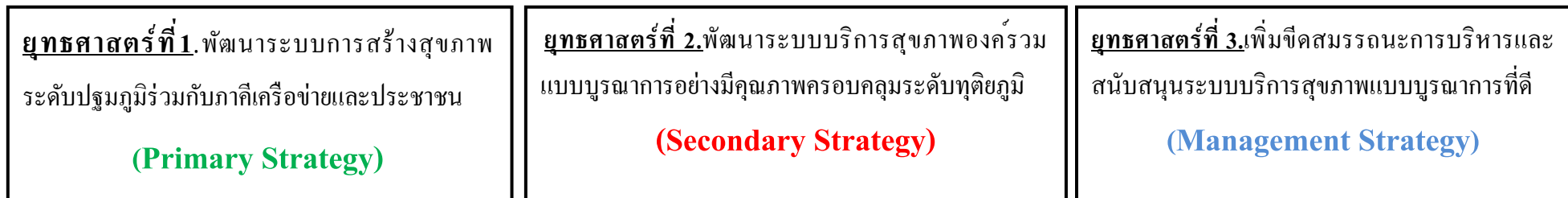
1. ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชาชนลดลงโดยภาคีเครือข่ายและประชาชนมีส่วนร่วม
2. ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ ปลอดภัย พึงพอใจ
3. ระบบบริหารจัดการ ระบบสนับสนุนบริการมีประสิทธิภาพและธรรมาภิบาล

เข็มมุ่ง ปี 2562

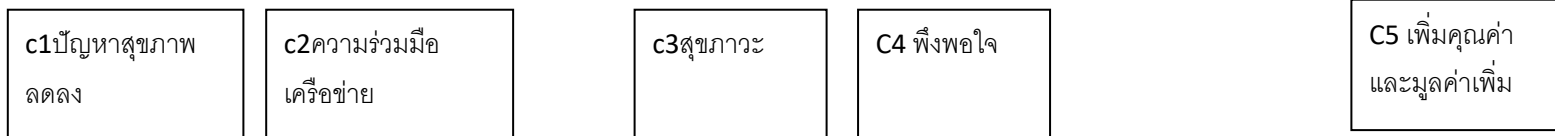
1. โรงพยาบาลต้นแบบการพัฒนาคุณภาพแบบองค์รวมครอบคลุมทุกระดับ

แผนที่ยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี

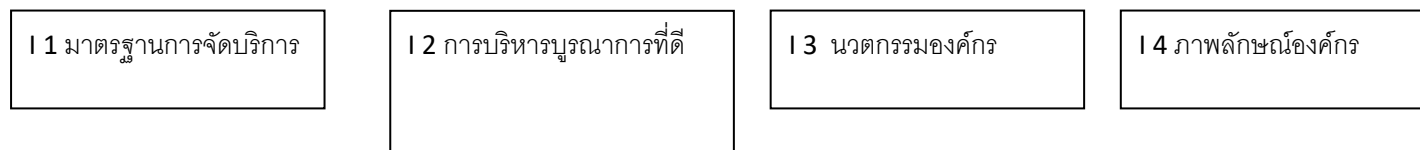
Vision :โรงพยาบาลคุณภาพ ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข



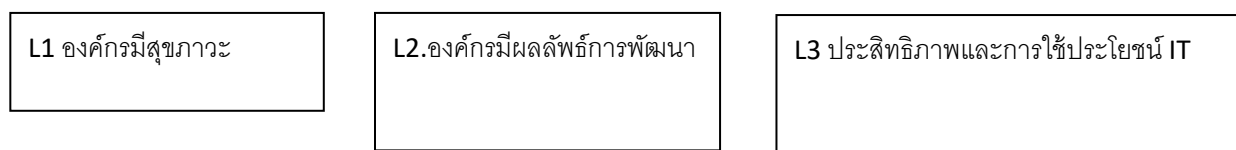
มุมมองด้านผู้รับบริการ



มุมมองกระบวนการภายใน



มุมมองด้านการเรียนรู้และการพัฒนา



มุมมองด้านการเงิน



| ประเด็นยุทธศาสตร์ | เป้าประสงค์ | กลยุทธ์ | วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ | ตัวชี้วัดระดับ ร.พ. | ผู้รับผิดชอบ |
|--|---|--|--|--|--|
| 1.พัฒนาระบบการ สร้างสุขภาพระดับ ปฐมภูมิร่วมกับ ภาคีเครือข่ายและ ประชาชน (Primary Strategy) | ปัญหาสุขภาพที่ สำคัญของ ประชาชนลดลง โดยภาคี เครือข่ายและ ประชาชนมีส่วน ร่วม | P1: พัฒนาระบบ บริการปฐมภูมิ บูรณา การความร่วมมือกับ ภาคีเครือข่ายและ ประชาชน -PCC -รพ.สต.ติดตาม -พขอ. | P1.1: เพื่อพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ ต้นแบบตามแนวทาง PCC P1.2: เพื่อพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิให้ สามารถจัดบริการได้อย่างมีคุณภาพและ ประสิทธิภาพภายใต้มาตรฐานรพ.สต.ติด ดาว P1.3: เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพระดับ อำเภอ | (1)P1.1 หน่วยบริการปฐมภูมิต้นแบบ ตามแนวทาง PCC ได้รับการพัฒนา ตามแผน (2)P1.2 รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ระดับ 5 ดาว ปี 2562 ร้อยละ 25 (3) P1.3 พขอ.คุณภาพ ผ่านเกณฑ์ มาตรฐาน | -คณะกก.PCC -คณะกก.ติดตาม -คณะกก.พขอ. |
| | | P2: พัฒนาระบบการ สร้างสุขภาพ ครอบคลุม 5 กลุ่มวัย และกลุ่มความ ต้องการเฉพาะ | P2: เพื่อลดปัญหาสุขภาพที่สำคัญ | (4)P2.1 ร้อยละของตัวชี้วัดกระทรวง ยุทธศาสตร์ที่ 1 ผ่านเกณฑ์ ≥ 85 (ปี 2561 เกณฑ์ร้อยละ 80) | กลุ่มเวชฯ /คณะ กก.PCT |
| | | P3: พัฒนาระบบการ คุ้มครองผู้บริโภคด้าน ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มี คุณภาพ | P3: เพื่อพัฒนาระบบการคุ้มครอง ผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มี คุณภาพ | (5)P3.1 ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้รับการตรวจสอบมาตรฐานตาม เกณฑ์ ร้อยละ 90 | คณะกก.PTC |

| ประเด็นยุทธศาสตร์ | เป้าประสงค์ | กลยุทธ์ | วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ | ตัวชี้วัด | ผู้รับผิดชอบ |
|---|--|--|---|---|---|
| 2.พัฒนาระบบ บริการสุขภาพ องค์รวมแบบ บูรณาการอย่างมี คุณภาพ ครอบคลุมระดับ ทุติยภูมิ (Secondary Strategy) | ประชาชนได้รับ บริการที่มี คุณภาพ ปลอดภัย พึงพอใจ | S1:พัฒนาระบบบริการ ทุติยภูมิ | S1:เพื่อพัฒนาหน่วยบริการทุติยภูมิให้ สามารถจัดบริการได้อย่างมีคุณภาพและ ประสิทธิภาพตามมาตรฐาน HA ISO9001:2008 และมาตรฐานที่รพ.เข้า ร่วม | (6)S1.1รพ.ได้รับการรับรองตามมาตรฐาน HA บันไดขั้นที่ 3 | QMR |
| | | S2: พัฒนาระบบบริการ ตามกลุ่มโรค (Service plan) | S2.1:เพื่อให้ผู้รับบริการมีสุขภาวะจากการ จัดบริการสุขภาพ S2.2:เพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจจาก บริการสุขภาพองค์รวมทุกระดับ | (7)S2.1.1อัตราตายรวมของผู้รับบริการใน โรงพยาบาลไม่เกิน 5:1,000 ผู้รับบริการ (8)S2.1.2ภาวะแทรกซ้อนจากการรับบริการ สุขภาพไม่เกิน 20:1,000 ครั้ง (9)S2.1.3ร้อยละของตัวชี้วัดกระทรวงฯ 2 ผ่านเกณฑ์ ≥ 80 (10)S2.2.1ความพึงพอใจของผู้รับบริการ \geq ร้อย ละ 85 (11)S2.2.2ข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการ ลดลงมากกว่าร้อยละ 30 | PCT PCT PCT QMR QMR |
| | | S3: พัฒนาระบบการส่ง ต่อ | S3: เพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อในโรค สำคัญให้รวดเร็ว ปลอดภัย ครอบคลุมทุก ระดับ | (12)S3.1ผู้รับบริการในกลุ่มโรคสำคัญ (stroke,MI,sepsis,อุบัติเหตุ)ได้รับการส่งต่อตาม แนวทางที่กำหนด ร้อยละ 80 | PCT |

| ประเด็นยุทธศาสตร์ | เป้าประสงค์ | กลยุทธ์ | วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ | ตัวชี้วัด | ผู้รับผิดชอบ |
|---|--|--|---|--|---|
| 3.เพิ่มขีดสมรรถนะการบริหารและสนับสนุนระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการที่ดี (Management Strategy) | 3.ระบบบริหารจัดการ ระบบสนับสนุน บริการมี ประสิทธิภาพ และธรรมาภิบาล | M1.เพิ่มขีดสมรรถนะการบริหารจัดการแบบบูรณาการและธรรมาภิบาล 1.1 เพิ่มขีดสมรรถนะในการบริหารจัดการที่ดีตามแนวทาง Value Chain - เพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานจัดซื้อจัดจ้าง งบลงทุนและการเบิกจ่าย งบประมาณ - การบริหารยา เวชภัณฑ์ และพัสดุ - อื่นๆ 1.2 พัฒนาระบบการเงินการคลัง 1.3 เสริมสร้างธรรมาภิบาลทุกระดับ 1.4 ติดตามผลลัพธ์การดำเนินงาน | M1.1 เพื่อให้ระบบการบริหารจัดการมีประสิทธิภาพ M1.2 เพื่อสร้างระบบการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพและเป็นเลิศ M1.3 เพื่อให้ระบบการบริหารจัดการมีธรรมาภิบาล (โปร่งใส ถูกต้อง ตรวจสอบได้) M1.4 เพื่อให้มีระบบการติดตามผลลัพธ์การดำเนินงาน | (13)M1.1 ความทันเวลาในการดำเนินการตามแผนงานงบลงทุน/ค่าเฉลี่ยร้อยละ 90 (14)M1.2.ระดับวิกฤตทางการเงินของกระทรวงไม่เป็นระดับ 7 (15)M1.3 ITA ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 90 (16)M1.4.1มีการติดตามผลการดำเนินงานทุกไตรมาสโดยทีมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลมากกว่าร้อยละ 80 (17)M1.4.2ร้อยละของตัวชี้วัดกระทรวงยุทธศาสตร์ 4 ผ่านเกณฑ์ ≥ 80 | บริหาร/ ปยส. กบร./CFO กบร. กบร./ทีมนำ กบร. |

| ประเด็นยุทธศาสตร์ | เป้าประสงค์ | กลยุทธ์ | วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ | ตัวชี้วัด | ผู้รับผิดชอบ |
|--|--|--|--|--|--------------|
| 3.เพิ่มขีดสมรรถนะการบริหารและสนับสนุนระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการที่ดี (Management) | 3.ระบบบริหารจัดการระบบสนับสนุนบริการมีประสิทธิภาพและธรรมาภิบาล | M2.พัฒนาระบบสนับสนุนบริการสุขภาพโดยเชื่อมประสานทุกระดับ 2.1พัฒนาระบบบริหารความเสี่ยง 2.2พัฒนาระบบสิ่งแวดล้อมและการติดเชื้อ 2.3พัฒนาระบบสารสนเทศและเวชระเบียน 2.4พัฒนาบุคลากร 2.5เพิ่มขีดสมรรถนะภาพลักษณ์การให้บริการสุขภาพองค์กรรวม 2.6เพิ่มขีดสมรรถนะด้านนวัตกรรมจัดการบริการสุขภาพองค์กรรวม 2.7 พัฒนานวัตกรรมทางสังคม (Social enterprise) | M2.1 เพื่อพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย(RM) | (18)M2.1 ร้อยละความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป ได้รับการทำ RCAและแก้ไขอย่างเป็นระบบ | QMR |
| | | | M2.2 เพื่อให้ระบบสนับสนุนบริการสุขภาพมีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน (ENV IC) | (19)M2.2.1 โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ระดับดีมาก | ENV |
| | | | M2.3 เพื่อพัฒนาระบบสารสนเทศเวชระเบียน ให้ทันสมัยเพียงพอพร้อมใช้ได้ประโยชน์ | (20) M2.2 อัตราการติดเชื้อในรพ.เป็น 0 | IC |
| | | | M2.4 เพื่อพัฒนาระบบทรัพยากรมนุษย์ให้เป็นไปตามมาตรฐาน | (21)M2.3 ผลการ Audit เวชระเบียนมากกว่าร้อยละ 85 | IM |
| | | | M2.5 เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่น ศรัทธา ให้ปช.มารับบริการ | (22)M2.4.1บุคลากรได้รับการอบรมตามสมรรถนะที่กำหนดร้อยละ 80 | HRD |
| | | | M2.6 เพื่อกระตุ้นการพัฒนาวิชาการและการคิดค้นนวัตกรรมจัดการบริการ | (23)M2.4.2ความพึงพอใจบุคลากรมากกว่าร้อยละ 80 | QMR |
| | | | M2.7 เพื่อสร้างระบบพัฒนาองค์กรทางสังคม (Social enterprise) | (24)M2.4.3ความผูกพันองค์กรมากกว่าร้อยละ 70 (25)M2.5ประชาชนกลับมาใช้บริการซ้ำและแนะนำผู้อื่น(จากแบบสำรวจ)ร้อยละ 80 | QMR QMR |
| | (26)M2.6 ทุกกลุ่มงาน มีการจัดทำนวัตกรรม อย่างน้อย 1 เรื่อง/รอบนำเสนอ | PTC | | | |
| | (27)M2.7 รพ.มีระบบพัฒนาองค์กรทางสังคม (CSR and/or CSV) อย่างน้อย 1 เรื่อง/ปี | กบร. | | | |

ยุทธศาสตร์ที่ 1.พัฒนาระบบการสร้างสุขภาพระดับปฐมภูมิร่วมกับภาคีเครือข่ายและประชาชน (Primary Strategy)

วัตถุประสงค์ :

เพื่อส่งเสริมให้ประชาชน ทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพดี ได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพโดย มีระบบตอบสนองต่อภัยสุขภาพต่างๆ ตลอดจนมีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพที่ดี อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีส่งผลให้อายุขัยเฉลี่ยและคุณภาพชีวิตดีขึ้น รวมถึงการขยายบริการที่มีคุณภาพให้ครอบคลุม เข้าถึงประชาชน และประชาชน ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพเพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้

เป้าประสงค์ :

ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชาชนลดลงโดยภาคีเครือข่ายและประชาชนมีส่วนร่วม

ยุทธศาสตร์ที่ 1 มี 3 กลยุทธ์ 3 แผนงาน 17 โครงการ ตัวชี้วัดระดับยุทธศาสตร์ 5 ตัว (20 หน่วยวัด) ตัวชี้วัดระดับโครงการตัว

| กลยุทธ์ | แผนงาน | โครงการ | ตัวชี้วัดระดับยุทธศาสตร์(Functional KPIs) | ผู้รับผิดชอบ |
|--|---|---|--|--|
| P1: พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ บูรณาการความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายและประชาชน -PCC -รพ.สต.ติดดาว -พขอ. | แผนงานที่ 1 การพัฒนาคุณภาพบริการระดับปฐมภูมิ PCC รพ.สต.ติดดาว พขอ. | 1.โครงการการพัฒนาคุณภาพระดับปฐมภูมิ | (1)P1.1 หน่วยบริการปฐมภูมิตันแบบตามแนวทาง PCC ได้รับการพัฒนาตามแผน (2)P1.2 รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ระดับ 5 ดาว ปี 2562 ร้อยละ 25 (3) P1.3 พขอ.คุณภาพ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน | -คณะกก.PCC -คณะกก.ติดดาว -คณะกก.พขอ. |
| P2: พัฒนาระบบการสร้างสุขภาพครอบคลุม 5 กลุ่มวัยและกลุ่มความต้องการเฉพาะ | แผนงานที่ 2 การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทย 5 กลุ่มวัยและกลุ่มความต้องการเฉพาะ | 1.โครงการมหัศจรรย์ 1000 วันแรกของชีวิต 2.โครงการคัดกรองความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์ สูงดีสมส่วน 3.โครงการรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากกลุ่มเด็กอายุ 0-3 ปี "ลูกรักฟันดี เริ่มต้นที่ฟันซี่แรก" ประจำปีงบประมาณพ.ศ. 2562 4.โครงการพัฒนาระบบบริการวัยรุ่นในสถานบริการสาธารณสุขครอบคลุมทั้งอำเภอ 5.โครงการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตและความสุขคนวัยทำงาน | (4)P2.1.ร้อยละของตัวชี้วัดกระทรวงยุทธศาสตร์ที่ 1 ผ่านเกณฑ์ \geq 85 (ปี 2561 เกณฑ์ร้อยละ 80) - อัตราการตายมารดาไทย - อัตราตายทารกแรกเกิด - ร้อยละของเด็กอายุ 0 - 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย - ร้อยละเด็ก 0-3 ปี ได้รับการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก - เด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน ร้อยละ 60 - อัตราการตั้งครรภ์ใน วัยรุ่น 15-19 ปี ไม่เกิน 50 ต่อ 1000 ประชากร | กลุ่มเวชฯ /คณะ กก.PCT |

| | | | | |
|--|--|---|---|--|
| | | <p>6.โครงการพัฒนาการตรวจคัดกรองสุขภาพเคลื่อนที่ (Mobile unit) "รถหมอเคลื่อนที่ เครือข่ายบริการสุขภาพ สว่างอารมณ์"</p> <p>7.โครงการคัดกรองและพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วย มะเร็ง</p> <p>8.การดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง (Palliative Care) โรงพยาบาลสว่างอารมณ์</p> <p>9.โครงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว Long Term Care</p> <p>10.โครงการบูรณาการ การพัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ปี 2562 ภายใต้แผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ประเทศไทย พ.ศ. 2558 – 2565</p> <p>11.โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตในสถาน บริการสาธารณสุข</p> <p>12.โครงการพัฒนาระบบบริการยาเสพติดในสถาน บริการสาธารณสุข</p> <p>13.โครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาวัณโรค</p> <p>14.โครงการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก</p> <p>15.โครงการป้องกันการป้องกันอุบัติเหตุบนท้องถนน</p> <p>16.โครงการป้องกันการจมน้ำในเด็กอำเภอสว่าง อารมณ์</p> | <ul style="list-style-type: none"> - อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุ ต่ำกว่า 15 ปี น้อยกว่าหรือเท่ากับ 4.5 - อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 6.25 ต่อ ประชากรแสนคน - อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ ไม่เกิน 16 ต่อ ประชากรแสนคน - ผู้เสพ ผู้ติด ยาเสพติดได้รับการบำบัด ร้อยละ 70 - ความครอบคลุมการคัดกรองประชาชนกลุ่ม เสี่ยง ร้อยละ 90 - อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ ร้อยละ 85 - อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ไม่เกิน ค่ามัธย ฐาน 5 ปีย้อนหลัง - ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 90 - โรงพยาบาลได้รับการรับรองตามมาตรฐาน LTC | |
|--|--|---|---|--|

| | | | | |
|--|---|---|--|-----------|
| P3:พัฒนาระบบการ คุ้มครองผู้บริโภคด้าน ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มี คุณภาพ | แผนงานที่ 3 การ คุ้มครองผู้บริโภคด้าน ผลิตภัณฑ์สุขภาพ | - | (5)P3.1 ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการ ตรวจสอบมาตรฐานตามเกณฑ์ ร้อยละ 90 | คณะกก.PTC |
|--|---|---|--|-----------|

ยุทธศาสตร์ที่ 2. พัฒนาระบบบริการสุขภาพองค์รวมแบบบูรณาการอย่างมีคุณภาพครอบคลุมระดับทุติยภูมิ

(Secondary Strategy)

วัตถุประสงค์ :

เพื่อให้ประชาชนได้รับการบริการที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพครอบคลุมทั่วถึง ปลอดภัย ฟังพอใจ รวมทั้งมีระบบการส่งต่อที่มีคุณภาพเมื่อเกินขีดความสามารถ

เป้าประสงค์ :

ประชาชนได้รับการบริการที่มีคุณภาพ ปลอดภัย ฟังพอใจ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 มี 3 กลยุทธ์ 3 แผนงาน 10 โครงการ ตัวชี้วัดระดับยุทธศาสตร์ 7 ตัว (12 หน่วยวัด) ตัวชี้วัดระดับโครงการ

| กลยุทธ์ | แผนงาน | โครงการ | ตัวชี้วัดระดับยุทธศาสตร์(Functional KPIs) | ผู้รับผิดชอบ |
|---|--|--|--|--------------|
| S1:พัฒนาระบบบริการทุติยภูมิ | แผนงานที่ 1 การพัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน | 1.โครงการพัฒนาคุณภาพเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย | (6)S1.1รพ.ได้รับการรับรองตามมาตรฐาน HA บันไดขั้นที่ 3 | QMR |
| S2: พัฒนาระบบบริการตามกลุ่มโรค (Service plan) | แผนงานที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพตามรายโรค (Service Plan) | 1.โครงการพัฒนาระบบบริการตาม Service Plan | (7)S2.1.1อัตราตายรวมของผู้รับบริการในโรงพยาบาลไม่เกิน 5:1,000 ผู้รับบริการ | PCT |
| | | 2.โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง | (8)S2.1.2ภาวะแทรกซ้อนจากการรับบริการสุขภาพไม่เกิน 20:1,000 ครั้ง | PCT |
| | | 3.โครงการ SMBG | (9)S2.1.3ร้อยละของตัวชี้วัดกระทรวงยุทธ 2 ผ่านเกณฑ์ ≥ 80 -ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73m ² /yr | PCT |
| | | 4.โครงการการวัดความดันโลหิตที่บ้าน HBPM | -ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ | QMR |
| | | 5.โครงการจัดป้องกันความเสี่ยงจากCVD Risk | -ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่เป็นกลุ่มเสี่ยงรายใหม่ต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) | QMR |
| | | 6.โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดบวม | -อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง -อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (10)S2.2.1ความพึงพอใจของผู้รับบริการ \geq ร้อยละ 85 (11)S2.2.2ข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการ ลดลงมากกว่าร้อยละ 30 | |

| | | | | |
|----------------------------|--|---|---|-----|
| | | 7.โครงการป้องกันความ เสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด เลือด 8.โครงการแพทย์แผนไทย | | |
| S3: พัฒนาระบบการ ส่งต่อ | แผนงานที่ 3 การพัฒนา ระบบบริการการแพทย์ ฉุกเฉินครบวงจรและระบบ การส่งต่อ | 1.โครงการพัฒนาระบบส่ง ต่อไร้รอยต่อ | (12)S3.1ผู้รับบริการในกลุ่มโรคสำคัญ(stroke,MI,sepsis,อุบัติเหตุ) ได้รับการส่งต่อตามแนวทางที่กำหนด ร้อยละ80 | PCT |

ยุทธศาสตร์ที่ 3 เพิ่มขีดสมรรถนะการบริหารและสนับสนุนระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการที่ดี

(Management

วัตถุประสงค์:

เพื่อพัฒนาคุณภาพทุกระบบให้มีคุณภาพ โปร่งใส ตรวจสอบได้ มีธรรมาภิบาลและลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ และมีส่วนช่วยเหลือสังคมตามศักยภาพของโรงพยาบาล

เป้าประสงค์

ระบบบริหารจัดการ ระบบสนับสนุนบริการมีประสิทธิภาพและธรรมาภิบาล

ยุทธศาสตร์ที่ 3 มี 2 กลยุทธ์ 11 แผนงาน 16 โครงการ ตัวชี้วัดระดับยุทธศาสตร์ 15 ตัว ตัวชี้วัดระดับโครงการตัว

| กลยุทธ์ | แผนงาน | โครงการ | ตัวชี้วัดระดับยุทธศาสตร์(Functional KPIs) | ผู้รับผิดชอบ |
|---|---|---|---|---|
| M1.เพิ่มขีดสมรรถนะ การบริหารจัดการแบบ บูรณาการและธรรมาภิ บาล | <u>แผนงานที่ 1</u> เพิ่มขีด สมรรถนะในการบริหาร จัดการที่ดีตามแนวทาง Value Chain <u>แผนงานที่ 2</u> พัฒนา ระบบการเงินการคลัง <u>แผนงานที่ 3</u> เสริมสร้าง ระบบธรรมาภิบาลทุก ระดับ <u>แผนงานที่ 4</u> ติดตาม ผลลัพธ์การดำเนินงาน | 1.โครงการประชุมเผยแพร่ความรู้ เรื่องการจัดวางระบบ การควบคุมภายใน 2.โครงการประชุมเผยแพร่ความรู้การป้องกัน ผลประโยชน์ทับซ้อนแก่เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานด้านพัสดุ 3.โครงการพัฒนาระบบการเงินการคลัง 4.โครงการโรงพยาบาลคุณธรรม 5.โครงการเสริมสร้างผลการปฏิบัติงานที่เป็นเลิศ | (13)M1.1 ความทันเวลาในการดำเนินการ ตามแผนงานงบประมาณ/ค่าเสื่อมร้อยละ 90 (14)M1.2.ระดับวิกฤตทางการเงินของ กระทรวงไม่เป็นระดับ 7 (15)M1.3 ITA ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 90 (16)M1.4.1มีการติดตามผลการดำเนินงาน ทุกไตรมาสโดยทีมคณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาลมากกว่าร้อยละ 80 (17)M1.4.2ร้อยละของตัวชี้วัดกระทรวงยุทธ 4 ผ่านเกณฑ์ > 80 | บริหาร/ ปยส. กบร./CFO กบร. กบร./ทีมนำ กบร. |

| กลยุทธ์ | แผนงาน | โครงการ | ตัวชี้วัดระดับยุทธศาสตร์(Functional KPIs) | ผู้รับผิดชอบ |
|--|--|--|--|--------------|
| M2.พัฒนาระบบสนับสนุน บริการสุขภาพโดยเชื่อมโยง ประสานทุกระดับ | <u>แผนงานที่ 5</u> พัฒนา ระบบบริหารความเสี่ยง และความปลอดภัย | 6.โครงการโรงพยาบาลลดโลกร้อน (GREEN&CLEAN Hospital) | (18)M2.1 ร้อยละความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป ได้รับการทำ RCAและแก้ไขอย่างเป็นระบบ | QMR |
| | <u>แผนงานที่ 6</u> พัฒนา ระบบสิ่งแวดล้อม และการติดเชื้อ | 7.โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพ eHealth Hospital 4.0 ปี 2562 | (19)M2.2.1 โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ระดับดีมาก | ENV |
| | <u>แผนงานที่ 7</u> พัฒนา ระบบสารสนเทศและ เวชระเบียน | 8.โครงการพัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพ (Data Hospital 4.0) ปี 2562ด้านการบริหารจัดการความ เสี่ยงด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ | (20) M2.2 อัตราการติดเชื้อในรพ.เป็น 0 (21)M2.3 ผลการ Audit เวชระเบียนมากกว่า ร้อยละ 85 | IC IM |
| | <u>แผนงานที่ 8</u> พัฒนา บุคลากร | 9.โครงการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรทุกด้าน | (22)M2.4.1บุคลากรได้รับการอบรมตาม สมรรถนะที่กำหนดร้อยละ 80 | HRD |
| | <u>แผนงานที่ 9</u> เพิ่มขีด สมรรถนะภาพลักษณ์ การให้บริการสุขภาพ องค์กรรวม | 10.โครงการพัฒนาสมรรถนะตามกลุ่มโรคสำคัญของ โรงพยาบาล | (23)M2.4.2ความพึงพอใจบุคลากรมากกว่าร้อยละ 80 | QMR |
| | <u>แผนงานที่ 10</u> เพิ่มขีด สมรรถนะด้าน นวัตกรรมการจัดบริการ สุขภาพองค์กรรวม | 11.โครงการพัฒนาสมรรถนะเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพ การเคลื่อนย้ายและซ้อมแผนรับมืออุบัติเหตุหมู่ | (24)M2.4.3ความผูกพันองค์กรมากกว่าร้อยละ 70 | QMR |
| | | 12.โครงการจัดการกำลังคนสู่มืออาชีพ | (25)M2.5ประชาชนกลับมาใช้บริการซ้ำและ แนะนำผู้อื่น(จากแบบสำรวจ)ร้อยละ 80 | QMR |
| | | 13.โครงการบุคลากรปลอดโรค ปลอดภัย ใส่ใจสุขภาพ | (26)M2.6 ทุกกลุ่มงาน มีการจัดทำนวัตกรรม อย่างน้อย 1 เรื่อง/รอบนำเสนอ | QMR |
| | | 14.โครงการเสริมสร้างความสุขของบุคลากรโรงพยาบาล สว่างอารมณ์ | (27)M2.7 รพ.มีระบบพัฒนาองค์กรทางสังคม (CSR and/or CSV) อย่างน้อย 1 เรื่อง/ปี | PTC |
| | | 15.โครงการกีฬาสามัคคีสัมพันธ์ ระหว่างภาคีเครือข่าย | | กปร. |
| | | 16.โครงการพัฒนาองค์กรทางสังคม (Social enterprise) | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | <u>แผนงานที่ 11</u> พัฒนา องค์กรทางสังคม (Social enterprise) | | | |
|--|--|--|--|--|