

แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง ปี พ.ศ.2563-2567



ประชาชนสุขภาพดี ภาคีเข้มแข็ง เทคโนโลยีทันสมัย ผู้ให้บริการมีความสุข

คำนำ

แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง จัดทำขึ้นโดยคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลและหัวหน้างาน เพื่อเป็นกรอบทิศทางในการพัฒนาระบบสุขภาพโรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้างให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน มีศักยภาพในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลกระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ได้มีการประชุมเชิงปฏิบัติการระดมข้อคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและตัวแทนจากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน สาระสำคัญของแผนยุทธศาสตร์ ฉบับนี้ ประกอบด้วย 3 บท ได้แก่ บทที่ 1 แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง บทที่ 2 การแปลงแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ บทที่ 3 การติดตามและประเมินผล มีข้อมูลการวิเคราะห์ภารกิจและสภาพแวดล้อมองค์กร ขอขอบคุณทุกหน่วยงาน ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ได้ร่วมกันจัดทำแผนยุทธศาสตร์ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

โรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง

บทที่ 1

แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง

ทิศทางการองค์กรโรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง ปีงบประมาณ พ.ศ.2563 -2567

วิสัยทัศน์ (Vision) : ประชาชนสุขภาพดี ภาครัฐเข้มแข็ง เทคโนโลยีทันสมัย ผู้ให้บริการมีความสุข

พันธกิจ (Mission)

1. ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขแบบบูรณาการครอบคลุมทุกมิติ แบบองค์รวม อย่างมีคุณภาพและต่อเนื่อง
2. ส่งเสริมและสนับสนุนความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายและชุมชนในการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ
3. ส่งเสริมและสนับสนุนเทคโนโลยีให้ทันสมัยตอบสนองระบบบริการ
4. พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการในโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ

ค่านิยม (Values) : CHANGS+MOPH

| | |
|---------------------|--|
| C = Community | = รับผิดชอบต่อชุมชน |
| H = Holistic | = มองสุขภาพแบบองค์รวม(People centered) |
| A = Associated | = ความเป็นหนึ่งเดียว |
| N = New | = สร้างสรรค์สิ่งใหม่ๆ (Originality) |
| G = Good governance | = ธรรมาภิบาล(บริหารจัดการที่ดีโปร่งใส ตรวจสอบได้) (Mastery) |
| S = Service mind | = การบริการด้วยหัวใจ (Humility) |

จุดเน้น/เข็มมุ่ง

1. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤติและฉุกเฉิน

- Stroke ,STEMI : การเข้าถึง บริการรวดเร็ว ส่งต่อทันเวลาปลอดภัย

ติดตามและวัดผลด้วยตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัว

1. ร้อยละผู้ป่วย Stroke ได้รับการรักษาเบื้องต้นและส่งต่อภายใน 4.5 ชม. หลังมีอาการ(onset to refer)
2. ร้อยละผู้ป่วย Stroke ได้รับการรักษาเบื้องต้นและส่งต่อภายใน 45 นาที(door to refer)
3. อัตราตาย Stroke : แส่นประชากร
4. ร้อยละผู้ป่วย Stroke แบบตีบ / ตัน ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชม. ได้รับ rt-PA
5. ร้อยละการเข้าถึง Stroke Fast tract
6. อัตราตาย STEM
7. ร้อยละของการให้การรักษา STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด

- Sepsis : ลดอัตราการเสียชีวิต : การเข้าถึงบริการรวดเร็ว การให้ ATB ทันเวลา

ติดตามและวัดผลด้วยตัวชี้วัด จำนวน 3 ตัว

1. อุบัติการณ์ตายจาก Sepsis
2. ร้อยละผู้ป่วยมีเกณฑ์ SIRS ได้รับ ATB ภายใน 1 ชม.
3. ร้อยละผู้ป่วย Sepsis การได้รับ ATB ภายใน 1 ชม.

2. พัฒนาระบบเทคโนโลยี

- Hart ware ทันสมัย Paper lass , Smart Queue (คิวรอตรวจ)
- เจ้าหน้าที่มีศักยภาพ

ติดตามและวัดผลด้วยตัวชี้วัด จำนวน 3 ตัว

1. คุณภาพข้อมูล 43 पै้ม
 - 1.1 ความถูกต้อง
 - 1.2 ความสอดคล้อง
 - 1.3 ความครบถ้วนสมบูรณ์
 - 1.4 ความทันเวลาของข้อมูล

2. ผ่าน smart hospital of MoPH (B108)(3ข้อ)

3. ร้อยละความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน

3.เพิ่มประสิทธิภาพการเงินการคลัง

- เพิ่มรายรับ : เพิ่มจำนวนผู้รับบริการ (ตรวจสุขภาพ แผนไทย กายภาพ ในสิทธิ CSCD อปท.) เพิ่มอัตราการครองเตียง

: ระบบการจัดเก็บรายได้: ข้อมูลการเรียกเก็บครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา (Dx ข้อมูลเวชระเบียน สิทธิการรักษา)

- ลดรายจ่าย : ประหยัดพลังงาน (หลอดไฟLED,โซล่าเซลล์ ,MOUการประหยัดพลังงาน,แยกขยะ,เครื่องใช้ไฟฟ้าประหยัดพลังงาน), Paper lass

ติดตามและวัดผลด้วยตัวชี้วัด จำนวน 7 ตัว

1.วิฤติการเงิน

2. Current Ratio

3. Quick Ratio

4. ร้อยละรายรับจากค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น(ผู้ป่วยนอก)

5. ร้อยละผลรวมน้ำหนักสัมพัทธ์ Sum Adjust RW ต่อปีเพิ่มขึ้น

6. ค่าเฉลี่ยจำนวนวัสดุคงคลัง/เดือน

7. ศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ

เป้าประสงค์สูงสุดของแผนยุทธศาสตร์ (Ultimate Goals)

1. ประชาชนสุขภาพดี สามารถดูแลตนเองได้ ลดการเจ็บป่วย ลดตายด้วยโรคที่ป้องกันได้
2. ระบบมีคุณภาพ ปลอดภัย ยั่งยืน
3. บุคลากรมีความสุข

ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issue)

1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ

เป้าประสงค์ ประชาชนสุขภาพดี สามารถดูแลตนเองได้ ลดการเจ็บป่วย ด้วยโรคที่ป้องกันได้และภาคีมีส่วนร่วมพัฒนาสุขภาพชุมชนเข้มแข็งและยั่งยืน

แผนกลยุทธ์

- แผนกลยุทธ์ 1.1 พัฒนาคุณภาพชีวิตทุกกลุ่มวัยโดยชุมชนมีส่วนร่วม
- แผนกลยุทธ์ 1.2 เสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายการดูแลสุขภาพ

2. พัฒนาระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขให้มีคุณภาพมาตรฐานเพื่อให้บริการที่เป็นเลิศ

เป้าประสงค์ ลดตายด้วยโรคที่ป้องกันได้

แผนกลยุทธ์

- แผนกลยุทธ์ 2.1 พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤติ
- แผนกลยุทธ์ 2.2 เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกระบวนการดูแลผู้ป่วยนอก
- แผนกลยุทธ์ 2.3 พัฒนาคุณภาพกับเครือข่ายบริการสุขภาพอย่างเชื่อมโยงไร้รอยต่อ

3. พัฒนาการบริหารจัดการด้านกำลังคนให้เพียงพอ และการพัฒนาบุคลากร

เป้าประสงค์ กำลังคนเพียงพอ มีความสุขในการทำงาน มีสมรรถนะเพียงพอ และเป็นต้นแบบที่ดีด้านสุขภาพ

แผนกลยุทธ์

- แผนกลยุทธ์ 3.1 พัฒนากำลังให้เพียงพอ และมีศักยภาพในการให้บริการ
- แผนกลยุทธ์ 3.2 เสริมสร้างบรรยากาศในการทำงานให้มีความสุขภายใต้การขับเคลื่อนด้วยค่านิยม
- แผนกลยุทธ์ 3.3 ส่งเสริมดูแลสุขภาพ ปลอดภัย ในการทำงาน

4. พัฒนาระบบบริหารจัดการด้านการแพทย์และสาธารณสุขอย่างมีธรรมาภิบาล

เป้าประสงค์ ระบบมีคุณภาพ ปลอดภัย ยั่งยืน การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ ได้มาตรฐาน และเอื้อต่อการสนับสนุนบริการสุขภาพ อย่างมีธรรมาภิบาล

แผนกลยุทธ์

แผนกลยุทธ์ 4.1 ขับเคลื่อนและติดตามการพัฒนาตามเกณฑ์มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง

แผนกลยุทธ์ 4.2 พัฒนาระบบ บริหารจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้ป่วย ผู้ให้บริการ อย่างเป็นระบบมีมาตรฐาน

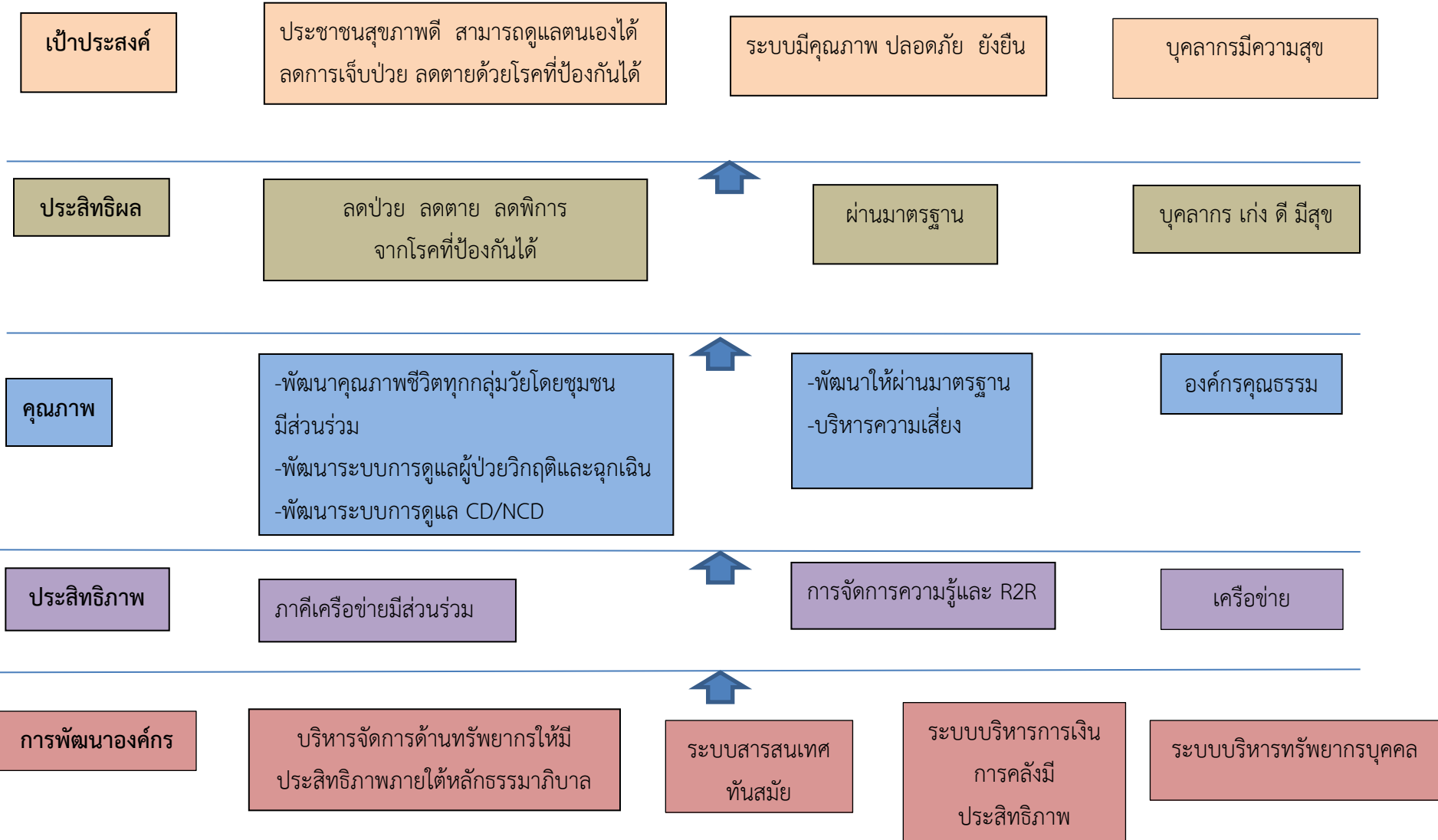
แผนกลยุทธ์ 4.3 พัฒนาระบบการตอบโต้ ภาวะฉุกเฉินให้มีมาตรฐาน

แผนกลยุทธ์ 4.4 พัฒนาระบบการบริหารจัดการ ควบคุมดูแลโรงพยาบาลตามหลักธรรมาภิบาล

แผนกลยุทธ์ 4.5 พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศให้มีประสิทธิภาพ

แผนกลยุทธ์ 4.6 บริหารจัดการโรงพยาบาลให้มีสภาพคล่องทางการเงินที่ดี เพิ่มรายได้ ลดรายจ่าย

แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ปี 2563-2567
วิสัยทัศน์: ประชาชนสุขภาพดี ภาควิชาเข้มแข็ง เทคโนโลยีทันสมัย ผู้ให้บริการมีความสุข



การวิเคราะห์ปัจจัยภายในใช้แนวทางวิเคราะห์ 7S' Model

| ปัจจัยภายในองค์กร | จุดแข็ง (Strength) | จุดอ่อน (Weakness) |
|-------------------|--|--|
| Structure | S1โครงสร้างระดับองค์กรชัดเจนสายบังคับบัญชาไม่ซับซ้อน S2กฎหมายเรื่องแรงงานชาวต่างด้าว ส่งผลให้แนวโน้มการบริการด้านสุขภาพในผู้ป่วย กลุ่มนี้มากขึ้น | O1สถานที่สำหรับให้บริการคับแคบไม่เหมาะสมกับการให้บริการ O2โครงสร้างประชากรเข้าสู่กลุ่มวัยสูงอายุ ส่งผลให้ภาระการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น วัย เด็กและวัยทำงานลดลง |
| Strategy | S3ทิศทางการบริหารขององค์กรสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของจังหวัด S4ผู้นำสูงสุดของโรงพยาบาลส่งเสริมนโยบายการมีส่วนร่วมในการพัฒนาองค์กร | |
| System | S5 ประชาชนมีความเชื่อมั่นในการรับบริการ S6ระบบการจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศทางด้านสาธารณสุข เป็นระบบเดียวกันและเชื่อมต่อกับระบบของจังหวัด S7 มีการวางแผน/โครงการที่ตอบสนองต่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นใน พื้นที่ S8ได้รับการรับรองมาตรฐาน HA S9ให้ความสำคัญวัฒนธรรมความปลอดภัย: 2P safety S10ระบบบริหารจัดการการเงินมีประสิทธิภาพ S11มีทีม Audit เข้มแข็ง S12มีระบบ Out Source ได้แก่ โรงครัว การทำความสะอาด การกำจัดขยะติดเชื้อ ช่วยลดภาระงานของบุคลากร S13การบริหารงานโปร่งใส ตรวจสอบได้ S14การบริหารงานโปร่งใส ตรวจสอบได้ S15มีความรับผิดชอบ ต่อชุมชน ระบบการจัดการขยะ น้ำเสีย ผ่านมาตรฐาน S16ระบบสนับสนุนประปา ไฟฟ้า พร้อมใช้ตลอด 24 ชม | O3ผู้มารับบริการมีจำนวนมาก ทำให้การให้บริการที่มีประสิทธิภาพไม่ทั่วถึง เกิดความแออัด และระยะเวลารอคอยนาน O4ระบบ STEMI & Stroke Fast Track & Trauma ยังเป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ O5คุณภาพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มNCD ยังไม่มีประสิทธิภาพ O6คุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงยังไม่มีประสิทธิภาพ O7การพัฒนาคุณภาพขาดความต่อเนื่อง O8การสื่อสารภายในองค์กรค่อนข้างน้อย O9 ระบบ Fax claim / การเรียกเก็บ สิทธิเบิกได้ จ่ายตรง ไม่ค่อยมีประสิทธิภาพ O10ผู้รับบริการกลุ่มสิทธิเบิกจ่าย จ่ายตรง ประกันสังคม มาตรวจสุขภาพประจำปีน้อย |

| ปัจจัยภายในองค์กร | จุดแข็ง (Strength) | จุดอ่อน (Weakness) |
|-------------------|---|---|
| Staff | S17 ทีมมีการบูรณาการทำงานร่วมกับเครือข่ายทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ S18 ผู้นำส่วนใหญ่ไม่มีโยกย้าย ทำให้มีนโยบายต่อเนื่อง S19 บุคลากรมีความมุ่งมั่นทุ่มเทเสียสละ S20 มีทีม Audit เข้มแข็ง | O11 ความผูกพันต่อองค์กรของเจ้าหน้าที่น้อย O12 เจ้าหน้าที่บางสายงานลาออกเนื่องจากไม่ได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการ |
| Style | S21 มีการกระจายอำนาจการตัดสินใจให้กับผู้รับผิดชอบงาน S22 ผู้บริหารมีความมุ่งมั่นสูง ทีมนำเข้มแข็งเน้นการทำงานแบบมีส่วนร่วม | |
| Skill | S23 บุคลากรมีความพร้อมในการเรียนรู้ ร่วมมือกันในการพัฒนาองค์กร S24 บุคลากรมีความรู้และทักษะการปฏิบัติงานตามมาตรฐานรพ. ระดับทุติยภูมิ | O13 ใช้ทักษะแบบเดิม ๆ ไม่มีนวัตกรรม และเทคนิคใหม่ๆ |
| Shared Value | S25 มีวัฒนธรรมองค์กรในการทำงานเป็นทีมและเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง | |

การวิเคราะห์ปัจจัยภายนอกด้วย PEST

| ด้าน | โอกาส (O) | ภัยคุกคาม (T) |
|--|---|--|
| Political and Legal (การเมือง/กฎหมาย) | <p>O1 นโยบายเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ การพัฒนาคุณภาพบริการทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี</p> <p>O2 นโยบายการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขสู่ท้องถิ่นทำให้เกิดการบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่าย</p> <p>O3 นโยบายระบบประกันสุขภาพส่งผลดีต่อการเข้าถึงบริการ</p> <p>O4 นโยบายการพัฒนาประเทศ Thailand 4.0 ขับเคลื่อนด้วยเทคโนโลยี และ นวัตกรรม</p> | <p>T1 กฎระเบียบ การบรรจุแต่งตั้งและค่าตอบแทนไม่เอื้อต่อการส่งเสริมขวัญและกำลังใจบุคลากร</p> <p>T2 นโยบายการถ่ายโอน รพ.สต. ให้ อบจ. ดูแล ยังไม่มีแนวทางในการให้บริการที่ รพ.สต.</p> <p>T3 กฎหมายเรื่องแรงงานชาวต่างด้าว ส่งผลให้แนวโน้มการบริการด้านสุขภาพในผู้ป่วย กลุ่มนี้มากขึ้น</p> |
| Economic (เศรษฐกิจ) | O5 ภาคีเครือข่ายสนับสนุนงบประมาณให้โรงพยาบาลมากขึ้น | <p>T4 โรงพยาบาลไม่ได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณที่เพียงพอ ทำให้การดำเนินงานไม่เป็นไปตามแผนที่กำหนด</p> <p>T5 ประชาชนบางกลุ่มเช่นกลุ่มปลูกส้มโอส่งออกมีฐานะด้านการเงินดีสามารถเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลเอกชนแทนโรงพยาบาลของรัฐบาล</p> <p>T6 ประชาชนไม่ตระหนักในการดูแลสุขภาพและมีพฤติกรรมเสี่ยง ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญในการรักษามากกว่าป้องกัน</p> |
| Socail | O6 มีชมรม/กลุ่มต่างๆที่เป็นเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนเข้มแข็ง เช่น ชมรม อสม., กู้ชีพ, กลุ่มออกกำลังกาย | T7 ใกล้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ |
| Technology | O7 มีช่องทางการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพที่หลากหลาย ง่าย สะดวก เช่น สื่อ Social media , Applocation ต่างๆ | <p>T8 ระบบคมนาคมไม่สะดวก เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ</p> <p>T9 การติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ และอินเทอร์เน็ตยังไม่ครอบคลุมทั่วถึง</p> <p>T10 ความทันสมัยของเทคโนโลยี ทำให้ประชาชนเข้าถึงและเผยแพร่การรับบริการทาง โลก social ทำให้ง่ายต่อการร้องเรียนและฟ้องร้อง</p> <p>T11 การเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว ส่งผลต่อภาคธุรกิจและการใช้ชีวิตของ ประชาชน (Technology Disruption) ในขณะที่โรงพยาบาลก้าวไม่ทันเทคโนโลยีใหม่ๆ</p> |

ตารางกำหนดกลยุทธ์จาก SWOT Matrix

| | | |
|--|---|---|
| <p>ปัจจัยภายใน</p> <p>ปัจจัยภายนอก</p> | <p>จุดแข็ง (Strengths = S)</p> <p>S1 โครงสร้างระดับองค์กรชัดเจนสายบังคับบัญชาไม่ซับซ้อน</p> <p>S2 ทิศทางการบริหารขององค์กรสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล</p> <p>S3 มีการกระจายอำนาจการตัดสินใจให้กับผู้รับผิดชอบงาน</p> <p>S4 ประชาชนมีความเชื่อมั่นในการรับบริการ</p> <p>S5 ผู้บริหารมีความมุ่งมั่นสูง ทีมนำเข้มแข็งเน้นการทำงานแบบมีส่วนร่วม</p> <p>S6 การเงินการคลังมีประสิทธิภาพ</p> <p>S7 มีวัฒนธรรมองค์กรในการทำงานเป็นทีมและบุคลากรมีศักยภาพ</p> | <p>จุดอ่อน (Weaknesses = W)</p> <p>W1 สถานที่ให้บริการคับแคบ</p> <p>W2 ระบบ STEMI & Stroke Fast Track & Trauma ยังเป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่</p> <p>W3 คุณภาพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม NCD ยังไม่มีประสิทธิภาพ-คุณภาพการ</p> <p>W4 ระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงยังไม่มีประสิทธิภาพ</p> <p>W5 บุคลากรขาดขวัญ/แรงจูงใจ</p> <p>W6 บุคลากรขาดทักษะด้านการวิเคราะห์ข้อมูลและขาดการพัฒนาองค์ความรู้</p> <p>W7 การสื่อสารภายในองค์กรค่อนข้างน้อย</p> <p>W8 ระบบ Fax claim / การเรียกเก็บ สิทธิเบิกได้ จ่ายตรงไม่ค่อยมีประสิทธิภาพ/กลุ่มสิทธิเบิกได้ ประกันสังคมไม่ค่อยมารับบริการ</p> |
| <p>โอกาส (Opportunities = O)</p> <p>O1 นโยบายเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ การพัฒนาคุณภาพบริการทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี</p> <p>O2 นโยบายการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขสู่ท้องถิ่นทำให้เกิดการบูรณาการร่วมกันกับภาคีเครือข่าย</p> | <p>SO Strategies</p> <p>-พัฒนาคุณภาพชีวิตทุกกลุ่มวัยโดยชุมชนมีส่วนร่วม(O1-O3,O6-O7,S1-S6)</p> <p>-เสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายสุขภาพ (O1-O3,O6,O7,S2,S4,S5,S7,)</p> | <p>WO Strategies</p> <p>-ปรับปรุงอาคารสถานที่สำหรับให้บริการ(O1,O3,O5 ,W1)</p> <p>-พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤติ (O1,O3,O5,O7,W2)</p> <p>-เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกระบวนการดูแลผู้ป่วยนอก(O1,O3,O5,O7,W3)</p> |

| | | |
|--|--|--|
| <p>○3นโยบายระบบประกันสุขภาพส่งผลดีต่อการเข้าถึงบริการประชาชน</p> <p>○4นโยบายการพัฒนาประเทศ Thailand 4.0 ขับเคลื่อนด้วยเทคโนโลยี และนวัตกรรม</p> <p>○5 ภาครัฐเครือข่ายสนับสนุนงบประมาณให้โรงพยาบาลมากขึ้น</p> | | <p>-พัฒนาระบบ บริหารจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้ป่วย ผู้ให้บริการ อย่างเป็นระบบมีมาตรฐาน (O1,O3,O5,O7,W4)</p> <p>-พัฒนากำลังคนให้เพียงพอและมีศักยภาพทุกระดับ (O1,O3,W5,W6)</p> <p>- เสริมสร้างบรรยากาศในการทำงานให้มีความสุข (O1,O3,W5,W6)</p> <p>-บริหารจัดการโรงพยาบาลให้มีสภาพคล่องทางการเงินที่ดี เพิ่มรายได้ ลดรายจ่าย(O1,O2,O5,W8)</p> |
|--|--|--|

| | | |
|--|---|--|
| <p style="text-align: center;">ปัจจัยภายใน</p> <p style="text-align: center;">ปัจจัยภายนอก</p> | <p style="text-align: center;">จุดแข็ง (Strengths = S)</p> <p>S1 โครงสร้างระดับองค์กรชัดเจนสายบังคับบัญชาไม่ซับซ้อน</p> <p>S2 ทิศทางการบริหารขององค์กรสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล</p> <p>S3 มีการกระจายอำนาจการตัดสินใจให้กับผู้รับผิดชอบงาน</p> <p>S4 ประชาชนมีความเชื่อมั่นในการรับบริการ</p> <p>S5 ผู้บริหารมีความมุ่งมั่นสูง ทิมนำเข้มแข็งเน้นการทำงานแบบมีส่วนร่วม</p> <p>S6 การเงินการคลังมีประสิทธิภาพ</p> <p>S7 มีวัฒนธรรมองค์กรในการทำงานเป็นทีมและบุคลากรมีศักยภาพ</p> | <p style="text-align: center;">จุดอ่อน (Weaknesses = W)</p> <p>W1 สถานที่ให้บริการคับแคบ</p> <p>W2 ระบบ STEMI & Stroke Fast Track & Trauma ยังเป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่</p> <p>W3 คุณภาพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม NCD ยังไม่มีประสิทธิภาพ-คุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงยังไม่มีประสิทธิภาพ</p> <p>W5 บุคลากรขาดขวัญ/แรงจูงใจ</p> <p>W6 บุคลากรขาดทักษะด้านการวิเคราะห์ข้อมูลและการพัฒนาองค์ความรู้</p> <p>W7 การสื่อสารภายในองค์กรค่อนข้างน้อย</p> <p>W8 ระบบ Fax claim / การเรียกเก็บ สิทธิเบิกได้ จ่ายตรงไม่ค่อยมีประสิทธิภาพ/กลุ่มสิทธิเบิกได้ ประกันสังคมไม่ค่อยมารับบริการ</p> |
| <p>O6 มีชมรม/กลุ่มต่างๆที่เป็นเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนเข้มแข็งเช่น ชมรม อสม., กู้ชีพ, กลุ่มออกกำลังกาย</p> <p>O7 มีช่องทางการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพที่หลากหลาย ง่าย สะดวก เช่น สื่อ Social media , Applocation ต่างๆ</p> | | |
| <p style="text-align: center;">ข้อจำกัด (Threats = T)</p> <p>T1 ภาวะเปียบ การบรรจุแต่งตั้งและค่าตอบแทนไม่เอื้อต่อการส่งเสริมขวัญ</p> | <p style="text-align: center;">ST Strategies</p> <p>-พัฒนาคุณภาพกับเครือข่ายบริการสุขภาพอย่างเชื่อมโยงไว้รอยต่อ(T2,T5,S2,S4,S5)</p> | <p style="text-align: center;">WT Strategies</p> <p>-พัฒนาระบบ บริหารจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้ป่วย ผู้ให้บริการ อย่างเป็นระบบมีมาตรฐาน(T3-T5,W4)</p> |

| | | |
|--|---|--|
| <p>และกำลังใจบุคลากรเช่น ไม่มีการบรรจุข้าราชการ</p> <p>T2นโยบายการถ่ายโอน รพ.สต. ให้ อบจ. ดูแลยังไม่มีแนวทางให้บริการที่รพ.สต.</p> <p>T3ประชาชนไม่ตระหนักในการดูแลสุขภาพและมีพฤติกรรมเสี่ยง ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญในการรักษามากกว่าป้องกัน</p> <p>T4ใกล้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ</p> | <p>-จัดหาเครื่องมือแพทย์/อุปกรณ์ที่ทันสมัยสำหรับให้บริการ (T4,T6,S4,S6)</p> | <p>-บริหารจัดการโรงพยาบาลให้มีสภาพคล่องทางการเงินที่ดี เพิ่มรายได้ ลดรายจ่าย(T1,T2,T3,W8)</p> <p>- พัฒนาระบบการจัดการทรัพยากรบุคคล (HRM) ที่มีประสิทธิภาพ (T1,W5,W6)</p> <p>-พัฒนาระบบเทคโนโลยีให้มีประสิทธิภาพ (T5,T6,W7,W8)</p> |
| <p>ปัจจัยภายใน</p> | <p>จุดแข็ง (Strengths = S)</p> <p>S1โครงสร้างระดับองค์กรชัดเจนสายบังคับบัญชาไม่ซับซ้อน</p> <p>S2 ทิศทางการบริหารขององค์กรสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล</p> <p>S3 มีการกระจายอำนาจการตัดสินใจให้กับผู้รับผิดชอบงาน</p> <p>S4ประชาชนมีความเชื่อมั่นในการรับบริการ</p> <p>S5ผู้บริหารมีความมุ่งมั่นสูง ที่มนำเข้มแข็งเน้นการทำงานแบบมีส่วนร่วม</p> <p>S6การเงินการคลังมีประสิทธิภาพ</p> <p>S7มีวัฒนธรรมองค์กรในการทำงานเป็นทีมและบุคลากรมีศักยภาพ</p> | <p>จุดอ่อน (Weaknesses = W)</p> <p>W1สถานที่ให้บริการคับแคบ</p> <p>W2 ระบบ STEMI & Stroke Fast Track & Trauma ยังเป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่</p> <p>W3คุณภาพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มNCD ยังไม่มีประสิทธิภาพ-คุณภาพการW4ระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงยังไม่มีประสิทธิภาพ</p> <p>W5บุคลากรขาดขวัญ/แรงจูงใจ</p> <p>W6 บุคลากรขาดทักษะด้านการวิเคราะห์ข้อมูลและขาดการพัฒนาองค์ความรู้</p> <p>W7การสื่อสารภายในองค์กรค่อนข้างน้อย</p> <p>W8ระบบ Fax claim / การเรียกเก็บ สิทธิเบิกได้ จ่ายตรงไม่ค่อยมีประสิทธิภาพ/กลุ่มสิทธิเบิกได้ ประกันสังคมไม่ค่อยมารับบริการ</p> |
| <p>ปัจจัยภายนอก</p> | | |
| <p>T5ระบบคมนาคมไม่สะดวก เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ</p> | | |

| | | |
|--|--|--|
| T6การเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีอย่างรวดเร็วทำให้เสี่ยงต่อการร้องเรียนผ่านช่องทางออนไลน์อีกทั้งโรงพยาบาลก้าวไม่ทันเทคโนโลยีใหม่ๆ | | |
|--|--|--|

สรุปแผนยุทธศาสตร์ กลยุทธ์ และตัวชี้วัดประจำปีงบประมาณ 2563-2567

| ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issue) | เป้าประสงค์ | กลยุทธ์ | ตัวชี้วัด | ค่าเป้าหมาย | | | | | ผู้รับผิดชอบ |
|---|--|--|--|-------------|-------|-------|-------|-------|--------------------|
| | | | | 2563 | 2564 | 2565 | 2566 | 2567 | |
| 1.ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค เป็นเลิศ | ประชาชน สุขภาพดี สามารถดูแลตนเองได้ ลดการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้และภาคีมีส่วนร่วมพัฒนาสุขภาพชุมชนเข้มแข็งและยั่งยืน | 1.1พัฒนาคุณภาพชีวิตทุกกลุ่มวัยโดยชุมชนมีส่วนร่วม | 1.พัฒนาการสมวัย 0-5ปี | 75 | 80 | 90 | 90 | 90 | กัญฐิกา/วไลญลักษณ์ |
| | | | 2.ร้อยละ ANC คุณภาพครบ 5 ครั้ง | 75 | 76 | 77 | 78 | 79 | เยาวลักษณ์ |
| | | | 3.ร้อยละทารกแรกเกิด - 6 เดือนกินนมแม่อย่างเดียว | 65 | 67 | 69 | 71 | 73 | เยาวลักษณ์ |
| | | | 4.ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน | 62 | 63 | 64 | 65 | 66 | เยาวลักษณ์ |
| | | | 5.อัตราหญิงอายุ < 15 ปี คลอด / ประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี พันคน | <0.5 | <0.5 | <0.5 | <0.5 | <0.5 | เยาวลักษณ์ |
| | | | 6.อัตราผู้ป่วยHT รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง HT | <12 | <10 | <8 | <6 | <4 | กัญฐิกา |
| | | | 7.อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน | <1.77 | <1.76 | <1.75 | <1.74 | <1.73 | กัญฐิกา |
| | | | 8. ร้อยละของ Healthy Ageing | 90 | 90 | 90 | 90 | 90 | กัญฐิกา |
| | | | 9.ร้อยละ 80 ของสตรีอายุ 30-70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยบุคลากรสาธารณสุข | ≥ 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | กัญฐิกา |
| | | | 10.ร้อยละ 60 ของสตรีอายุ 30-60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | สุพัตรา |
| | | | 11.ร้อยละ 10 ของประชากรอายุ 50-70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ | 9.5 | 10 | 10.5 | 11 | 11.5 | สุพัตรา |
| | | | 12.ร้อยละประชากรในพื้นที่ได้รับวัคซีน Covid 19 ครบ 2 เข็ม | NA | NA | 50 | 60 | 70 | วไลญลักษณ์ |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|-------|-------|------|------|------|-----------------------|
| | Sepsis | 1.อุบัติการณ์ตายจาก Sepsis | <3.5 | <3 | <2 | <1 | <1 | สุกัญญา |
| | | 2.ร้อยละผู้ป่วยมีเกณฑ์ SIRS ได้รับ ATB ภายใน 1 ชม. | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | นิภา/ นพ. นพณัฐ |
| | | 3.ร้อยละผู้ป่วย Sepsis การได้รับ ATB ภายใน 1 ชม. | 90 | 95 | 100 | 100 | 100 | นิภา/ นพ. นพณัฐ |
| | TBI | 1.อัตราการตาย Moderate TBI | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | วินัย |
| | 2.2 เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกระบวนการดูแลผู้ป่วยนอก | ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจวินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | มณฑา |
| | COPD | 1.ร้อยละการเกิด RF | 3 | 2.5 | <2 | <1.5 | <1 | ฉันทนา |
| | | 2.อัตราการ Re-admit ภายใน 28 วัน | <15 | <13 | <11 | <9 | <7 | สุกัญญา |
| | Pneumonia | 1.ร้อยละการเกิด Sepsis ใน Pneumonia | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | สุกัญญา |
| | | 2.ร้อยละการเกิด RF ใน Pneumonia | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | สุกัญญา |
| | Diarrhea | 1.อัตราป่วยด้วยอุจจาระร่วง : แขนประชากร | <1000 | < 900 | <800 | <700 | <600 | สาวิตรี |
| | | 2.ร้อยละการเกิด Hypovolemic shock ใน Diarrhea | <1.5 | <1.4 | <1.3 | <1.2 | <1.1 | สุกัญญา |
| | TB | 1.อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | วินัย |
| | | 3.อัตราการเกิด Relapse TB | 14 | 12 | 10 | 8 | 6 | วินัย |
| | | 4.อัตราความครอบคลุมการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มมุ่งเน้น | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 | วินัย |
| | Covid 19 | จำนวนผู้ป่วย Covid 19 เสียชีวิต | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | วินัย |
| | HIV | 1.ร้อยละการได้รับการติดตามการตรวจ CD4 และ Viral load | 86 | 88 | 90 | 92 | 94 | วินัย |

| | | | | | | | | |
|-----|--|---|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| | | 2. อุบัติการณ์การติดเชื้อฉวยโอกาส PCP และ Cryptococcosis | <1 | <1 | <1 | <1 | <1 | วินัย |
| DM | | 1. ร้อยละผู้ป่วย DM ได้รับการประเมิน CVD Risk | ≥91 | ≥92 | ≥93 | ≥94 | ≥95 | อัจฉรา |
| | | 2. ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี | ≥37 | ≥38 | ≥39 | ≥40 | ≥41 | มณฑา |
| | | 3. อัตราภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวาน | | | | | | |
| | | - Hyperglycemia | <3 | <2.5 | <2 | <1.5 | <1 | มณฑา |
| | | - Hypoglycemia | <0.4 | <0.3 | <0.2 | <0.1 | <0.1 | มณฑา |
| HT | | 1. ร้อยละผู้ป่วย HT ได้รับการประเมิน CVD Risk | ≥91.5 | ≥92 | ≥92.5 | ≥93 | ≥93.5 | อัจฉรา |
| | | 2. ร้อยละผู้ป่วย HT ควบคุมความดันโลหิตได้ดี | ≥45 | ≥50 | ≥55 | ≥60 | ≥65 | อัจฉรา |
| | | 3. ร้อยละผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหลอดเลือดสมอง | <1 | <1 | <1 | <1 | <1 | อัจฉรา |
| | | 4. ร้อยละผู้ป่วย DM / HT ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางไต | ≥80 | ≥80.5 | ≥81 | ≥81.5 | ≥82 | อัจฉรา |
| | | 5. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและความดัน ที่มี CVD Risk ≥ 20% ในช่วงไตรมาส 1, 2 และมีผล CVD Risk ลดลงเป็น < 20% ในไตรมาส 3, 4 | 50 | 51.5 | 52 | 52.5 | 53 | อัจฉรา |
| CKD | | 1. ร้อยละผู้ป่วย CKD ที่มี eGFR ลดลงน้อยกว่า 5 ml/min/1.73m ² /yr | ≥66 | ≥66.5 | ≥67 | ≥67.5 | ≥68 | อัจฉรา |
| | | 2. ร้อยละผู้ป่วย DM / HT ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางไต | ≥80 | ≥82 | ≥84 | ≥86 | ≥88 | อัจฉรา |
| PPH | | 1. จำนวนหญิงคลอดบุตรตกเลือดหลังคลอดเกิดภาวะช็อค | <3 | <2.5 | <2 | <1.5 | 1 | ชีวิน |
| | | 2. อุบัติการณ์ Shock จาก PPH | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | ชีวิน |
| BA | | อัตราการเกิด BA | <10 | <5 | 0 | 0 | 0 | ชีวิน |
| PIH | | อุบัติการณ์ PIH เกิด Eclampsia | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | ชีวิน |

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|----|------|----|-------|-----|------------|
| | | Palliative care | 1. ร้อยละผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 | สุกัญญา |
| | | | 2. ร้อยละผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาปวด Strong Opioid | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 | สุกัญญา |
| | | งานยาเสพติด | ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate) | 55 | 60 | 65 | 70 | 75 | วินัย |
| | | พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง | ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury และ Fracture Hip (Fragility fracture)* ได้รับการปรับสภาพระยะกลาง และติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 15 ก่อนครบ 6 เดือน | 35 | 37 | 39 | 40 | 41 | สุกัญญา |
| | | การดูแลทันตกรรม | ร้อยละเด็กอายุ 4-12 ปี ได้รับการ เคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | วิภาดา |
| | | | ร้อยละเด็ก 3 ปีปราศจากฟันผุ (Caries free) | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | วิภาดา |
| | | | ร้อยละเด็ก 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free) | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | วิภาดา |
| | | | ผู้สูงอายุ ที่มีฟันหลัง (แท้ หรือเทียม) ใช้งานที่เหมาะสม (ไม่น้อยกว่า 4 คู่สบ) | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 | วิภาดา |
| | | จิตเวช | อัตราผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับไปฆ่าตัวตายซ้ำใน 1 ปี | 85 | 90 | 95 | 100 | 100 | วรัญลักษณ์ |
| | | | อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | |
| | | การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย | ผู้ป่วย Palliative Care ที่ได้รับ การบรรเทา อาการปวดและจัดการ อาการต่างๆด้วย Strong Opioid (%) | 80 | 82.5 | 85 | 87.25 | 90 | สุกัญญา |
| | | 2.3 พัฒนาคุณภาพกับเครือข่ายบริการสุขภาพอย่างเชื่อมโยงไร้รอยต่อ | อุบัติการณ์การส่งต่อมีปัญหาระดับ E ขึ้นไป | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | นิภา |

| | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|------|------|------|------|------|----------|
| 3.พัฒนาการบริหารจัดการด้านกำลังคนให้เพียงพอ และการพัฒนาบุคลากร (People Excellence) | กำลังคนเพียงพอ มีความสุขในการทำงาน มีสมรรถนะเพียงพอ และเป็นต้นแบบที่ดีด้านสุขภาพ | 3.1พัฒนากำลังให้เพียงพอ และมีศักยภาพในการให้บริการ | | | | | | | จริยญา |
| | | อัตรากำลัง | อัตราการคงอยู่ของของบุคลากร (turn over rate) | 94 | 95 | 95.5 | 96 | 97 | จริยญา |
| | | | ร้อยละจำนวนเจ้าหน้าที่ตามกรอบ FTE | 83.5 | 84 | 84.5 | 85 | 85.5 | จริยญา |
| | | สุขภาพ | ร้อยละบุคลากรมีผลตรวจสุขภาพปกติ | 71 | 73 | 75 | 77 | 79 | ทุกฝ่าย |
| | | | ร้อยละของบุคลากรที่มีค่า BMI น้อยกว่า 25 | 78 | 80 | 82 | 84 | 86 | ทุกฝ่าย |
| | | สมรรถนะ | ร้อยละบุคลากรมีผลการประเมินCore competency ผ่านเกณฑ์ | 80 | 85 | 86 | 87 | 88 | กลุ่มการ |
| | | | ร้อยละบุคลากรมีผลการประเมินFunctional competency ผ่านเกณฑ์ | 80 | 85 | 86 | 87 | 88 | กลุ่มการ |
| | | | ร้อยละบุคลากรมีผลการประเมินSpecific competencyผ่านเกณฑ์ | 80 | 85 | 86 | 87 | 88 | กลุ่มการ |
| | | 3.2เสริมสร้างบรรยากาศในการทำงานให้มีความสุขภายใต้การขับเคลื่อนด้วยค่านิยม | ร้อยละของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขของคนทำงาน (Happinometer) | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | จริยญา |
| | | | ร้อยละเจ้าหน้าที่ที่มีความพึงพอใจและความผูกพันองค์กร | 64 | 64.5 | 65 | 65.5 | 66 | HRD |
| | | | อัตราการคงอยู่ของของบุคลากร | 95 | 96 | 97 | 98 | 98 | ทุกฝ่าย |
| | | 3.3ส่งเสริมดูแลสุขภาพ ความปลอดภัย ในการทำงาน | อัตราการได้รับวัคซีนที่กำหนด | | | | | | ทุกฝ่าย |
| | | | - ร้อยละบุคลากรที่ได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่ | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | |
| | | | - ร้อยละบุคลากรที่ได้รับวัคซีนติดเชื้อโรค Covid 2019 | 100 | NA | 100 | 100 | 100 | ทุกฝ่าย |
| | | | ร้อยละบุคลากรมีผลตรวจสุขภาพปกติ | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | ทุกฝ่าย |
| | | | บุคลากรมีค่า BMI อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน<25 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | |

| | | | | | | | | | |
|--|---|--|---|-------------|-------------|--------------------|--------------------|--------------------|-----------|
| 4.พัฒนาระบบบริหารจัดการด้านการแพทย์และสาธารณสุขอย่างมีธรรมาภิบาล (Governance Excellence) | ระบบมีคุณภาพปลอดภัย ยั่งยืน การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ โปร่งใส ตรวจสอบได้ และเอื้อต่อการสนับสนุนบริการสุขภาพ | 4.1 ขับเคลื่อนและติดตามการพัฒนาตามเกณฑ์มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง | ผ่านมาตรฐาน HA | - | - | ผ่านRe-ac 3 | - | - | ขนิษฐา |
| | | | ผ่านมาตรฐาน LA | | | ผ่านRe-ac 1 | | | ขนิษฐา |
| | | | ผ่านมาตรฐาน QA | ผ่าน | ผ่าน | ผ่าน | ผ่าน | ผ่าน | ขนิษฐา |
| | | | ผ่านมาตรฐาน Clean and green | ผ่านระดับดี | ผ่านระดับดี | ผ่านระดับดีมากพลัส | ผ่านระดับดีมากพลัส | ผ่านระดับดีมากพลัส | ธีมาพร |
| | | | ผ่านมาตรฐาน HA ยาเสพติด | ผ่าน | ผ่าน | ผ่าน | ผ่าน | ผ่าน | วินัย |
| | | | โรงพยาบาลผ่านใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) ชั้นที่ 3 | ชั้นที่ 2 | ชั้นที่ 2 | ชั้นที่ 3 | RDU community | RDU community | ภิสิตธิ |
| | | | ผ่านเกณฑ์ประเมิน โครงการลดภาระงานด้วยระบบ Refillยา | | | | | | |
| | | | - ลดภาระงานได้มากกว่า ร้อยละ80 (เปรียบเทียบระยะเวลาในแต่ละขั้นตอน กระบวนการทำงาน) | 85 | 90 | 95 | 95 | 95 | ภิสิตธิ |
| | | | - อัตราสำรองคลังน้อยกว่า (เดือน) | 2 | 1.5 | 1.5 | 1.5 | 1.5 | จนท.พัสดุ |
| | | 4.2 บริหารจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้ป่วย ผู้ให้บริการ อย่างเป็นระบบมีมาตรฐาน | ร้อยละหน่วยงานรายงานความเสี่ยง | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 | ทุกหน่วย |
| | | | อุบัติการณ์ระดับE up,3 ได้รับการวางมาตรการป้องกันการเกิดซ้ำ | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | ทุกหน่วย |
| | | 4.3พัฒนาระบบการตอบโต้ ภาวะฉุกเฉินให้มีมาตรฐาน | มีการซ้อมแผน รัับอุบัติเหตุหมู่ ,อัคคีภัย,SRRT อย่างน้อย1ครั้ง/ปี | มีการซ้อม | มีการซ้อม | มีการซ้อม | มีการซ้อม | มีการซ้อม | วินัย |
| | | 4.4บริหารจัดการด้านทรัพยากรให้มี | ร้อยละการผ่านเกณฑ์การประเมินITA | 90 | 95 | 100 | 100 | 100 | ขนิษฐา |
| | | | ร้อยละการผ่านเกณฑ์การประเมิน EIA | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 | |

| | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|---------|---------|---------|---------|---------|---------------|
| | | ประสิทธิภาพภายใต้หลักธรรมาภิบาล | | | | | | | |
| | | 4.5พัฒนาระบบการจัดการข้อมูลสารสนเทศให้ถูกต้องและรวดเร็ว | - คุณภาพข้อมูล 43 แฟ้ม | 98 | 98.5 | 98.5 | 99 | 99 | ศกลรัตน์ |
| | | | - ร้อยละความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | ทีมเวชระเบียน |
| | | | - คุณภาพข้อมูลที่หน่วยบริการส่งผ่าน Health Data Center (HDC) | | | | | | |
| | | | ความถูกต้อง | 99.9 | 99.9 | 99.9 | 99.9 | 100 | เพียวพันธ์ |
| | | | ความสอดคล้อง | 99.5 | 99.6 | 99.7 | 99.8 | 99.9 | เพียวพันธ์ |
| | | | ความครบถ้วนสมบูรณ์ | 99.5 | 99.6 | 99.7 | 99.8 | 99.9 | เพียวพันธ์ |
| | | | ความทันเวลาของข้อมูล | 85 | 90 | 95 | 100 | 100 | เพียวพันธ์ |
| | | 4.6พัฒนาระบบเทคโนโลยีให้มีประสิทธิภาพ | - ผ่าน smart hospital of MoPH (3ข้อ) | 1 | 2 | 3 | 3 | 3 | ศกลรัตน์ |
| | | 4.7บริหารจัดการให้โรงพยาบาลมีสภาพคล่องทางการเงินที่ดี เพิ่มรายได้ ลดรายจ่าย | ประสิทธิภาพบริหารจัดการด้านการเงินการคลังระดับ | A | A | A | A | A | ชนิภา |
| | | | วิกฤติการเงิน | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | | - Current Ratio | 1.5 | 2 | 2.5 | 3 | 3.5 | ชนิภา |
| | | | - Quick Ratio | 1 | 1.5 | 2 | 2.5 | 3 | ชนิภา |
| | | | ร้อยละรายรับจากค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | ทุกฝ่าย |
| | | | อัตราการครองเตียงห้องพิเศษ | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | สุกัญญา |
| | | | ร้อยละผลรวมน้ำหนักสัมพัทธ์ Sum Adjust RW ต่อปีเพิ่มขึ้น | 10(215) | 15(322) | 20(430) | 25(537) | 30(645) | ทีมเวชระเบียน |
| | | | ค่าเฉลี่ยจำนวนวัสดุคงคลัง | 3 | 2.5 | 2 | 1.5 | 1.5 | จนท.พัสดุ |
| | | | ศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพระดับดี | ดีมาก | ดีมาก | ดีมาก | ดีมาก | ดีมาก | |

สรุปโครงการตามแผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ 2566 โรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง

| ยุทธศาสตร์ | ชื่อโครงการ | หน่วยงานที่รับผิดชอบ |
|---|---|----------------------|
| 1.ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ | โครงการมหัศจรรย์1000 วันแรกแห่งชีวิต พิษิต เด็กไทยฉลาด สุขภาพดี พัฒนาการสมวัย เขต อบต.โพธิ์ประทับช้าง | PCU |
| | โครงการมหัศจรรย์ 1000 วัน พลัส เด็กโพธิ์ประทับช้าง สุขภาพดี พัฒนาการสมวัยเขต เทศบาล ต.โพธิ์ประทับช้าง | PCU |
| | โครงการพัฒนาระบบการดำเนินงานดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงอำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร | PCU |
| | โครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ เครื่องข่ายบริการสุขภาพอำเภอโพธิ์ประทับช้าง | กลุ่มการพยาบาล (IPD) |
| | โครงการคนโพธิ์ประทับช้างเปลี่ยนโรค (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) เขต อบต.โพธิ์ประทับช้าง | PCU |
| | โครงการ คนโพธิ์ประทับช้างเปลี่ยนโรค (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) เขต เทศบาล ต.โพธิ์ประทับช้าง | PCU |
| | โครงการพัฒนาศักยภาพด้านการคุ้มครองผู้บริโภคและแก้ไขปัญหาในชุมชน | เภสัช |
| 2.พัฒนาระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขให้มีคุณภาพมาตรฐานเพื่อให้บริการที่เป็นเลิศ (Service Excellence) | โครงการพอกเข้าด้วยยาสมุนไพรในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มารับบริการรพ. โพธิ์ประทับช้าง | แพทย์ไทย |
| | แผนงานการดูแลผู้ป่วยโรคทางจิตเวช | งานสุขภาพจิต |
| | โครงการพัฒนา ทีมโพธิ์ประทับช้างรักษิตไตชีวิตใส ชะลอไตวายเรื้อรัง | กลุ่มการพยาบาล (OPD) |
| | โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินและระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน | กลุ่มการพยาบาล (ER) |
| 3.พัฒนาการบริหารจัดการด้านกำลังคนให้เพียงพอ และการพัฒนาบุคลากร(People Excellence) | โครงการประชุมคณะทำงาน MCH Bord | งานปฐมนุฎิ (PCU) |
| | โครงการพัฒนากระบวนการด้านการเงิน | งานคุณภาพ |

| ยุทธศาสตร์ | ชื่อโครงการ | หน่วยงานที่รับผิดชอบ |
|---|---|----------------------|
| 4.พัฒนาระบบบริหารจัดการ ด้านการแพทย์และ สาธารณสุขอย่างมีธรรมาภิ บาล (Governance Excellence) | โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส | งานคุณภาพ |
| | โครงการพัฒนาองค์คุณภาพ | งานคุณภาพ |
| | โครงการเสริมพลังการพัฒนา รพ.สต.ติดดาว | งานคุณภาพ |
| | โครงการพัฒนาผลงานเด่น นวัตกรรมและการวิจัย | งานคุณภาพ |
| | โครงการพัฒนาระบบวางแผนและประเมินผล | งานแผนยุทธศาสตร์ |

บทที่ 2

การแปลงแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ

การวางแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้างมีกระบวนการให้ผู้เกี่ยวข้องร่วมประชุมระดมความคิดเห็นและพิจารณากำหนดทิศทางการทำงานขององค์กรภายใต้การประชุมเชิงปฏิบัติการของคณะทำงานแล้วจะนำเสนอให้คณะกรรมการบริหารให้ความเห็นชอบ ประกาศใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติราชการเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพให้บรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพดีของประชาชน

ดังนั้นเพื่อให้การดำเนินการบรรลุวิสัยทัศน์และเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้ จึงต้องมีการขับเคลื่อนแผนสู่การปฏิบัติ ซึ่งเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญมากที่จะผลักดันการทำงานของกลไกทั้งหมดให้สามารถบรรลุผลลัพธ์ตามที่กำหนดเป้าหมายไว้ ดังนั้นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต้องมีความรู้สึกเป็นเจ้าของและมีส่วนร่วม จำเป็นต้องมีกระบวนการและกลไกการผนึกกำลัง มีการประสานงานที่มีประสิทธิภาพทั้งแผนงาน แผนเงิน และแผนคน รวมทั้งต้องผลักดันให้ผู้ที่เกี่ยวข้อง ปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ ค่านิยม วิธีการทำงานและการสร้างสภาวะผู้นำร่วมกัน ในบุคลากรทุกระดับ เพื่อขับเคลื่อนองค์กรร่วมกันให้ประสานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อมุ่งสู่จุดมุ่งหมายสูงสุดขององค์กรคือการบรรลุวิสัยทัศน์ที่ตั้งไว้

แนวทางการขับเคลื่อนแผนสู่การปฏิบัติ

1. กำหนดผู้รับผิดชอบและบทบาทให้ชัดเจน กำหนดให้ทีมนำรับผิดชอบในการสนับสนุนและติดตาม กำกับ ให้การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ ให้บรรลุเป้าหมาย โดยมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบหลักในแต่ละยุทธศาสตร์ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1: ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค ทีม PCT รับผิดชอบหลัก

ยุทธศาสตร์ที่ 2: พัฒนาระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขให้มีคุณภาพมาตรฐานเพื่อให้บริการที่เป็นเลิศ ทีมPCT รับผิดชอบหลัก

ยุทธศาสตร์ที่ 3: พัฒนาการบริหารจัดการด้านกำลังคนให้เพียงพอ และการพัฒนาบุคลากร ฝ่ายบริหารและทีมHRD รับผิดชอบหลัก

ยุทธศาสตร์ที่ 4: พัฒนาระบบบริหารจัดการด้านการแพทย์และสาธารณสุขอย่างมีธรรมาภิบาล ฝ่ายบริหาร รับผิดชอบหลัก

2. ทีมนำขับเคลื่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและเพื่อกลไกในการสื่อสารทิศทางองค์กรให้แก่บุคลากรทุกระดับ ได้มีความเข้าใจ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนอย่างกว้างขวางรวมถึงจะต้องมีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องได้ทราบถึงทิศทางการทำงานขององค์กร เพื่อจะได้เข้าใจและให้การสนับสนุนการทำงาน โดยจัดประชุมชี้แจงนโยบายและถ่ายทอดยุทธศาสตร์แก่ผู้ปฏิบัติ และกำกับติดตามผลงานเป็นรายเดือน/ไตรมาส

3. ถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์ออกมาเป็นแผนปฏิบัติการ โดยนำกลยุทธ์และแนวทางการดำเนินงานมาแปลงเป็นแผนงาน/โครงการที่ปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยจะต้องมีการปรึกษาหารือระหว่างกัน เพื่อให้เกิดการบูรณาการแผนงาน/โครงการ ให้บรรลุเป้าหมายเดียวกัน โดยในกระบวนการวางแผนได้มีการหารือกับหน่วยงานเจ้าภาพหลักในการกำหนดค่าเป้าหมายและแผนงาน/โครงการรองรับในเบื้องต้นไว้แล้ว โดยเจ้าภาพหลักหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องนำแนวคิดแผนงาน/โครงการ ดังกล่าวมาจัดทำรายละเอียดแผนงาน/โครงการเพื่อทำแผนปฏิบัติราชการประจำปีให้ดำเนินการต่อไป

4. นอกจากการถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์สู่แผนปฏิบัติการแล้ว การถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์ไปสู่ระดับทีม ฝ่าย/กลุ่มงาน ต่างๆและระดับบุคคล เป็นอีกขั้นตอนหนึ่งที่สำคัญในการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติอย่างชัดเจน รวมทั้งต้องมีระบบในการจูงใจให้ทุกคนมุ่งมั่นในการทำงานนั้น เพื่อมุ่งผลสัมฤทธิ์ ดังนั้นจึงต้องแปลงเป้าประสงค์และตัวชี้วัดจากระดับองค์กรลงไปสู่ระดับทีม ฝ่าย/กลุ่มงาน ต่างๆ รวมทั้งลงไปถึงบุคลากรทุกคนในองค์กร โดยให้แต่ละทีม ฝ่าย/กลุ่มงาน ต่างๆนำเสนอแผน ปฏิบัติราชการประจำปี ให้ทีมนำโรงพยาบาลรับทราบและพิจารณาอนุมัติโดยให้สอดรับตัวชี้วัดของโรงพยาบาล และในส่วนรายบุคคลกำหนดให้ตัวชี้วัดในการประเมินผลการปฏิบัติงานรายบุคคลต้องสอดคล้องกับตัวชี้วัดระดับองค์กร ทีม ฝ่าย/กลุ่มงาน ต่างๆ

5. การจัดระบบการติดตามประเมินผลความก้าวหน้าของการดำเนินการในทุกๆระดับ เพื่อเป็นข้อมูลย้อนกลับในการปรับแผนยุทธศาสตร์และวางแผนแนวทางแก้ไขให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปและให้สามารถดำเนินการบรรลุเป้าประสงค์ โดยมีเวทีติดตามผลการดำเนินงานไว้ตามตัวชี้วัด ปีละ 2 ครั้ง การติดตามและประเมินผล

บทที่ 3

การติดตามและประเมินผล

การติดตามผลการดำเนินโครงการ

เป็นวิธีการในการเร่งรัดตรวจสอบการดำเนินงาน/โครงการ ให้ดำเนินการแล้วเสร็จตามเวลาที่กำหนด โดยจะต้องดำเนินการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องตลอดห้วงเวลาการดำเนินงาน/โครงการ ซึ่งอาจจะติดตามผลเป็นประจำทุก 1 เดือน หลังจากโครงการได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการ ซึ่งการติดตามผลจะมุ่งเน้นข้อมูลที่มีความสำคัญหลัก ๆ ของงาน/โครงการ ดังนี้

1. ผลการปฏิบัติงาน (ของผู้รับผิดชอบ) หรือกิจกรรม เพื่อตรวจสอบว่าได้ปฏิบัติงานตามระยะเวลาที่ได้กำหนดไว้ตามแผนหรือไม่เพียงใด
2. ผลการใช้ปัจจัยหรือทรัพยากร (Input) เพื่อตรวจสอบดูว่างาน/โครงการได้รับปัจจัยหรือทรัพยากร ทั้งด้านปริมาณและคุณภาพตามระยะเวลาที่กำหนดไว้หรือไม่เพียงใด
3. ผลการดำเนินงานหรือผลผลิต (Output) เพื่อตรวจสอบดูว่าได้ผลตรงเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่เพียงใด มีปัญหาอุปสรรคอะไรบ้าง
4. จัดเวทีเพื่อการติดตามความก้าวหน้าแผนงาน/โครงการอย่างต่อเนื่อง ปีละ 3 ครั้ง

ระบบการติดตามและประเมินผล

1. กำหนดให้ทีม ฝ่าย/กลุ่มงาน กำกับติดตามความก้าวหน้าผ่านโปรแกรม MIS ทุกเดือน และนำเสนอรายงานความก้าวหน้าของผลงานให้ทีมนำของโรงพยาบาลรับทราบ สรุปผลการดำเนินงาน ปีละ 2 ครั้ง