โรงพยาบาลกุยบุรี
Kuiburi Hospital

แผนยุทธศาสตร์ ระยะ 5 ปี (2568 – 2572)

โรงพยาบาลกุยบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
1. ข้อมูลทั่วไป	1
2. วิเคราะห์โครงร่างองค์การ เพื่อกำหนดความท้าทายเชิงยุทธศาสตร์	4
3. การนำโรคยุทธศาสตร์มาวิเคราะห์สภาพแวดล้อมปัจจัยภายนอก	6
4. วิเคราะห์สภาพแวดล้อมปัจจัยภายใน	11
5. สรุปประเด็นการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมด้วย TOWS Analysis	25
6. การสังเคราะห์ยุทธศาสตร์ด้วย TOWS Matrix	30
7. วิสัยทัศน์ ค่านิยม พันธกิจ	31
8. ยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	32
9. เส้นทางสู่ความสำเร็จ Roadmap	34
10. ตารางกำหนดวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด และค่าเป้าหมาย KPI & OKRs ด้วยวิธี Project based	39
11. ตารางกำหนดโครงการ งาน และกิจกรรม	98
12.แผนปฏิบัติการ	165

โรงพยาบาลกุยบุรี

ข้อมูลทั่วไป

โรงพยาบาลกุยบุรี เป็นโรงพยาบาลชุมชน ระดับ F2 ขนาด 30 เตียง ตั้งอยู่เลขที่ 41/1 หมู่ 5 ถนนเพชรเกษม ต.กุยบุรี อ.กุยบุรี จ.ประจวบคีรีขันธ์ อยู่ในเขตพื้นที่ อบต.กุยบุรี มีพื้นที่ 26 ไร่ 1 งาน 11 ตารางวา เป็นที่ดินบริจาคของ นายประสิทธิ์ ชลอสันติสกุล จำนวน 20 ไร่ และ นายสวัสดิ์ เจียเจริญ จำนวน 6 ไร่ 1 งาน 11 ตารางวา เดิมใช้ชื่อว่า "โรงพยาบาลกุยบุรี แห่งที่ 2" ต่อมาได้เปลี่ยนชื่อเป็น โรงพยาบาลกุยบุรี

วันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2538 เริ่มบริหารจัดการ มีขนาดเตียง 10 เตียง

วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ.2538 เริ่มเปิดให้บริการแผนกผู้ป่วยใน

วันที่ 18 ตุลาคม พ.ศ.2539 เปลี่ยนชื่อโรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลกุยบุรี

เดือน เมษายน พ.ศ.2542 ขยายขนาดโรงพยาบาล เป็นขนาด 30 เตียง

อาณาเขต

ทิศเหนือ ติดกับตำบลไร่ใหม่อำเภอสามร้อยยอด

ทิศตะวันออก ติดกับอ่าวไทยตลอดแนว

ทิศใต้ ติดกับตำบลบ่อนอกอำเภอเมืองประจวบคีรีขันธ์

ทิศตะวันตก ติดกับเทือกเขาตะนาวศรี (ประเทศพม่า)

เขตการปกครอง

อำเภอกุยบุรี มีเขตการปกครองประกอบด้วย 6 ตำบล 47 หมู่บ้าน ได้แก่

1. ตำบลกุยบุรี จำนวน 8 หมู่บ้าน
2. ตำบลหาดขาม จำนวน 11 หมู่บ้าน

3. ตำบลสามกระทาย จำนวน 10 หมู่บ้าน
4. ตำบลดอนยายหนู จำนวน 4 หมู่บ้าน
5. ตำบลเขาแดง จำนวน 3 หมู่บ้าน
6. ตำบลกุยเหนือ จำนวน 11 หมู่บ้าน

ลักษณะภูมิประเทศ

สภาพพื้นที่โดยทั่วไปเป็นที่ราบแบบเชิงเขา ลาดจากเทือกเขาตะนาวศรีทางทิศตะวันตกลงสู่ทะเลทางทิศตะวันออก พื้นที่ส่วนใหญ่ ลักษณะเป็นดินร่วนปนทราย เหมาะกับการทำเกษตรกรรม เช่น การทำนา และ การทำไร่ สำหรับพื้นที่ฝั่งตะวันออกของถนนเพชรเกษมเป็นดินเค็มไม่สามารถทำการเกษตรกรรมเพาะปลูกได้ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพประมง

สถานบริการสาธารณสุข

1. โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 1 แห่ง
2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 1 แห่ง
3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 11 แห่ง

ลำดับ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	ระยะทาง (กม.)	ระยะเวลา (นาที)
1	รวมไทย	30	34
2	โป่งกระสัง	20.2	20
3	ไร่บน	14	14
4	หนองมะซาง	6	9
5	ดอนกลาง	15	14
6	ป่าถล่ม	19	20
7	ดอนยายหนู	22	20
8	พระครูนิยุติธรรมสุนทร	15	22
9	เขาแดง	22	27
10	หนองเตาปูน	12	10
11	กุยบุรี	8.7	10

4. ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน จำนวน 14 แห่ง

โรงพยาบาลคู่เทียบ เขตสุขภาพที่ 5		
ประจวบคีรีขันธ์	**รพ.ขนาด F2**	รพ.กุยบุรี
	รพ.ขนาด F1	รพ.สามร้อยยอด
นครปฐม	**รพ.ขนาด F2**	รพ.ดอนตูม
	รพ.ขนาด F1	รพ.บางเลน
เพชรบุรี	**รพ.ขนาด F2**	รพ.บ้านลาด , รพ.เขาย้อย
	รพ.ขนาด F1	รพ.ท่ายาง
ราชบุรี	**รพ.ขนาด F2**	รพ.บางแพ , รพ.ปากท่อ
	รพ.ขนาด F1	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชจอมบึง
สมุทรสงคราม	**รพ.ขนาด F2**	โรงพยาบาลอัมพวา
	รพ.ขนาด F1	โรงพยาบาลนภาลัย
สุพรรณบุรี	**รพ.ขนาด F2**	โรงพยาบาลสามชุก , โรงพยาบาลดอนเจดีย์
	รพ.ขนาด F1	โรงพยาบาลด่านช้าง , โรงพยาบาลเดิมบางนางบวช
กาญจนบุรี	**รพ.ขนาด F2**	โรงพยาบาลด่านมะขามเตี้ย
	รพ.ขนาด F1	โรงพยาบาลบ่อพลอย

ขั้นที่ 1 วิเคราะห์โครงร่างองค์การ เพื่อกำหนดความท้าทายเชิงยุทธศาสตร์

การกำหนดโรคยุทธศาสตร์

สรุปผลการกำหนดโรคยุทธศาสตร์ ด้วยการใช้เกณฑ์การจัดอันดับโรคและกลุ่มโรค ด้วยเกณฑ์ (1) Risk : เน้นสรุปผล RSQ ต่อยอดจากผลงานปีงบประมาณ พ.ศ.2565-2566 เน้นพิเศษระดับ G - H – I ซ้ำและไม่ซ้ำ (มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นหรือลดลง หาข้อมูลย้อนหลัง 3-5ปี) (2) Cost : เน้น Total Cost รายโรค รพ.สต.+ OPD + IPD เน้นพิเศษค่ายาและค่าตรวจทดสอบประกอบการวินิจฉัยโรค / ทบทวน Utilization Management (3) Volume: เน้นการเปลี่ยนแปลง Visit /Re-visit /Re-admit ฯลฯ เน้นพิเศษอัตราการเจ็บป่วย อัตราการป่วยตาย อัตราการตาย / การใช้หลักระบาดวิทยาดูแนวโน้มในโรคที่สำคัญ เน้นรายใหม่ที่เพิ่มขึ้น (4) Policy: นโยบายสาธารณสุขปี 2567 และ สธ. 13 ข้อ เขตสุขภาพ Service plan สสจ.ประจวบฯ เน้นพิเศษปัญหาเฉพาะเจาะจงของพื้นที่

สรุปโรคยุทธศาสตร์

1. กลุ่มโรควิกฤตฉุกเฉิน	2. กลุ่มโรคเรื้อรังและโรคติดเชื้อ	3. กลุ่มโรคสูตินรีเวชกรรม
1.TBI	1.DM	1.High risk pregnancy
2.Multiple injury	2.HT	2.ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด
3.Stroke	3.CKD	2.1 Preterm
4.STEMI	4.DHF	2.2 PPH
	5.Cataract	2.3 PIH
		2.4 GDM

4. กลุ่มโรคจิตเวชและยาเสพติด	5. กลุ่มโรคทันตกรรม
1.ซึมเศร้า	1.ฟันน้ำนมผุ 0-3ปี
2.จิตเภท	2.ฟันแท้ผุในเด็ก 6-12ปี
3.สารเสพติด SMI-V	3.ฟันคู่สบผู้สูงอายุ
4.จิตเวชเด็ก	4.วัยทำงานเข้าถึงบริการทันตกรรม
5.จิตเวชวัยรุ่น	5.ทันตกรรมเฉพาะทาง
	5.1 รากเทียม
	5.2 รักษารากฟัน
	5.3 ฟันปลอม
	5.4 รักษาฟันเด็ก

สรุปโรค+/-

โรค+	โรค-
1. กลุ่มโรควิกฤตฉุกเฉิน	**1. กลุ่มโรควิกฤตฉุกเฉิน**
1. Sepsis	1. TBI
	2. Multiple injury
	3. Stroke
	4. STEMI
2. กลุ่มโรคเรื้อรังและโรคติดเชื้อ	**2. กลุ่มโรคเรื้อรังและโรคติดเชื้อ**
1. DHF	1. DM
	2. HT
	3. CKD
	4. Cataract
3. กลุ่มโรคสูตินรีเวชกรรม	**3.กลุ่มโรคสูตินรีเวชกรรม**
2. ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด	1. High risk pregnancy
2.1 Preterm	
2.2 PPH	
2.3 PIH	
2.4 GDM	
4. กลุ่มโรคจิตเวชและยาเสพติด	**4. กลุ่มโรคจิตเวชและยาเสพติด**
1. จิตเวชเด็ก	1. ซึมเศร้า
2. จิตเวชวัยรุ่น	2. จิตเภท
	3. สารเสพติด SMI-V
5. กลุ่มโรคทันตกรรม	**5. กลุ่มโรคทันตกรรม**
1. ฟันน้ำนมผุ 0-3ปี	1. ฟันแท้ผุในเด็ก 6-12ปี
2. ทันตกรรมเฉพาะทาง	2. ฟันคู่สบผู้สูงอายุ
2.1 รากเทียม	3. วัยทำงานเข้าถึงบริการทันตกรรม
2.2 รักษารากฟัน	
2.3 ฟันปลอม	
2.4 รักษาฟันเด็ก	
2.5 ศัลยกรรมช่องปาก	

ขั้นที่ 2 การนำโรคยุทธศาสตร์มาวิเคราะห์สภาพแวดล้อมด้วย TOWS Analysis

ตารางวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก		
ปัจจัยภายนอก ตัวแปร/ประเด็น	**ความท้าทายที่จะเอาชนะภาวะคุกคาม T (Threats).....**	**ความได้เปรียบจากโอกาส O (Opportunities).....**
① ประชากร		
1.1 โครงสร้างอายุประชากร (พีรมิดตามเวลาของแผนฯ)	1. ผู้สูงอายุปี 2567 22.62 % และภายในปี 2572 มีประมาณ 25-26% และมีอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง / ปัญหาสุขภาพในช่องปาก / ตาต้อกระจก / ฯลฯ มีแนวโน้มสูงขึ้น 2. วัยทำงานปี 2567 53.69 % และภายในปี 2572 มีประมาณ 52.48 % และมีอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และ SMI-V มีแนวโน้มสูงขึ้น	-
1.2 สัดส่วนประชากร (ถิ่น/แฝง/ท่องเที่ยว)	-	-
1.3 อัตราการเกิด/ตาย/ย้ายถิ่น	-	-
	T1_นำประเด็นปัญหาสุขภาพ 2 กลุ่มวัย ผลักดันให้ อปท. / พชอ. / พชต. นำไปกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะในการขับเคลื่อนอำเภอเข้มแข็งด้านสุขภาพ ดังนี้ 1. ศูนย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2. ขับเคลื่อนประเด็นความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มโรค NCDs / จิตเวชและยาเสพติด / อุบัติเหตุ ให้เข้าถึงระดับบุคคล ครัวเรือนและชุมชนในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพในอนาคต	

ตารางวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก		
ปัจจัยภายนอก ตัวแปร/ประเด็น	**ความท้าทายที่จะเอาชนะภาวะคุกคาม T (Threats).....**	**ความได้เปรียบจากโอกาส O (Opportunities).....**
② สังคม		
2.1 การตั้งถิ่นฐานและการประกอบอาชีพ (กระจุก / กระจาย) (เน้นการเข้าถึงบริการ เช่น อยู่ห่างไกล รพ.)	1. กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรควิกฤตฉุกเฉิน (3s) เข้าถึงบริการช้าเนื่องจากขาดความตระหนักและบางพื้นที่มีระยะทางห่างไกลจาก รพ.มากถึง 30 กม. 2. อำเภอกุยบุรีมี 6 ตำบล แต่มีหน่วยกู้ชีพเบื้องต้น 1 แห่ง ยังขาดอีก 5 แห่ง และมีมูลนิธิหลวงพ่อในกุฏิ (วัดกุยบุรี) 1 หน่วย ทำให้การจัดบริการไม่ครอบคลุมพื้นที่	
2.2 ความเชื่อ วัฒนธรรมและประเพณี, (ปัญหาที่ก่อให้เกิดโรค ยุทธศาสตร์)	3. ประชาชนส่วนใหญ่ขาดความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีวิถีชีวิต (Lifestyle) ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรัง จิตเวชและยาเสพติด 4. ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งยังมีความเชื่อที่ผิดในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากและการดูแลรักษาทางทันตกรรม 5. ผู้ปกครองและชุมชนเกิดความหวาดระแวงในผู้ที่เสพสารเสพติดและผู้ป่วย SMI-V ขาดการดูแลเอาใจใส่จึงเป็นผลให้เกิดความรุนแรงในชุมชน	
2.3 โครงสร้างอำนาจในชุมชนและสังคม (Opinion leader) [ผู้ที่มีอิทธิพลทางความคิดในชุมชน / คนที่ชุมชนให้ความนับถือ / ชี้นำ ชวนเชื่อ ให้คนอื่นคล้อยตามได้ / การรวมกลุ่มในชุมชน]		1. ภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน (พชอ. / ศปถ. / อบจ. / อบต. / เทศบาล /ตำบล /กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน / อสม. /ฯลฯ) มีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาที่สำคัญ เช่น ในกลุ่มโรค NCDs

ตารางวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก		
ปัจจัยภายนอก ตัวแปร/ประเด็น	**ความท้าทายที่จะเอาชนะภาวะคุกคาม T (Threats).....**	**ความได้เปรียบจากโอกาส O (Opportunities).....**
		และร่วมเป็นคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาล
2.4 สถาบันทางสังคม (ที่มีผลต่อโรคยุทธศาสตร์)		2. วัดกุยบุรีสนับสนุนโครงการโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ (แจกไข่ แจกนม) ซึ่งเป็นโครงการร่วมกันระหว่าง อปท. กับ สำนักพุทธศาสนา
2.5 สิ่งแวดล้อม เช่น น้ำเสีย ขยะ การใช้สารพิษ (ถ้าไม่ชนโรคยุทธศาสตร์ให้ตัดออก)	-	-
	T2_ร่วมขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับจังหวัดและอำเภอในการจัดการปัญหาสุขภาพระดับพื้นที่ ดังนี้ 1. จัดตั้งหน่วยกู้ชีพพื้นฐานในอบต. 2. อำเภอสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก NCDs / จิตเวชและยาเสพติด / ทันตกรรมผู้สูงอายุ	O2_ยกระดับความร่วมมือภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนวัดกุยบุรีและวัดในอำเภอกุยบุรีเป็นคณะกรรมการที่ปรึกษาและพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอใน 5 กลุ่มโรค
③ เศรษฐกิจและเทคโนโลยี		
3.1 การค้าและการลงทุนในพื้นที่		1. อำเภอกุยบุรีมีแผนได้รับการสนับสนุนส่งเสริมการท่องเที่ยวชายทะเลและภูเขา (หมู่บ้านทุ่งน้อย / อุทยานแห่งชาติกุยบุรี) มีการก่อสร้างสะพานข้ามทางรถไฟรางคู่ การป้องกันอุบัติเหตุในจุดเสี่ยงซ้ำถนนเพชรเกษมและถนนสายรอง และทำให้การคมนาคมสะดวก มีประชาชน

ตารางวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก		
ปัจจัยภายนอก ตัวแปร/ประเด็น	**ความท้าทายที่จะเอาชนะภาวะคุกคาม T (Threats).....**	**ความได้เปรียบจากโอกาส O (Opportunities).....**
		มาท่องเที่ยวเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เศรษฐกิจระดับชุมชนมีแนวโน้มดีขึ้น
3.2 ฐานะทางเศรษฐกิจโดยรวม (รายได้ครัวเรือนสูงขึ้น? หนี้สินครัวเรือนลดต่ำลง?) [อ้างอิงข้อมูล สนง.สถิติจังหวัด]		2. ประชาชนส่วนใหญ่มีฐานะทางเศรษฐกิจมีแนวโน้วดีขึ้น มีการประกอบอาชีพที่มั่นคง ประมงชายฝั่ง เลี้ยงปลา เลี้ยงกุ้ง เลี้ยงปู ทำไร่สับปะรด สวนยางพารา สวนปาล์ม สวนมะพร้าว สวนมะม่วง สวนขนุน สวนกล้วย ว่านหางจระเข้ มีโรงงานสับปะรด โรงงานกะทิ โรงงานผลไม้อบแห้ง โรงงานว่านฯลฯ
3.3 เทคโนโลยีสารสนเทศดิจิทัล 1) เทคโนโลยีด้านการแพทย์และการสาธารณสุข (HIMSS/AI/Application) 2) เทคโนโลยีสารสนเทศทางการบริหารดิจิทัล		3. วิทยาการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศดิจิทัลมีความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง สามารถที่จะนำมายกระดับการพัฒนาด้านการแพทย์ การสาธารณสุขและการบริหารจัดการ รพ.กุยบุรีอย่างต่อเนื่อง
		O3_วางแผนยุทธศาสตร์ในการยกระดับคุณภาพบริการ รพ.กุยบุรีให้สูงขึ้น ดังนี้ 1. บริการระดับ premium เพื่อหารายได้เพิ่มพิเศษ

ตารางวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก		
ปัจจัยภายนอก ตัวแปร/ประเด็น	**ความท้าทายที่จะเอาชนะภาวะคุกคาม T (Threats).....**	**ความได้เปรียบจากโอกาส O (Opportunities).....**
		2. พัฒนา รพ.กุยบุรีดิจิทัล
④ การเมืองและการบริหาร		
4.1 นโยบายและยุทธศาสตร์ชาติ & รัฐบาลชุดใหม่ / สธ. / เขตสุขภาพที่ 5 / สสจ.ประจวบฯ		1. นโยบายและยุทธศาสตร์ สธ. / เขตสุขภาพที่ 5 / สสจ. ประจวบฯ มุ่งส่งเสริมให้สถานพยาบาลทุกแห่งมีคุณภาพสูง จัดบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของชุมชน
4.2 การบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ (New Public Management: NPM) One Stop Service / HA / DHSA		
		O4_พัฒนายุทธศาสตร์ด้านการแพทย์ ด้านการสาธารณสุข และด้านบริหารจัดการเข้าสู่กระบวนการรับรองคุณภาพ รพ. และเครือข่ายระดับปฐมภูมิ ภายในปี 2568 (HA ขั้น3)

ตารางวิเคราะห์ปัจจัยภายใน

ปัจจัยภายใน ตัวแปร/ประเด็น	ประเด็นการปรับปรุงและพัฒนาจาก จุดอ่อน W (Weaknesses)	ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths)
① ด้านการดูแลผู้ป่วยและการสร้างเสริมสุขภาพ		
	กลุ่มโรควิกฤตฉุกเฉิน 1. TBI 2. Multiple injury 3. Stroke 4. STEMI	**กลุ่มโรควิกฤตฉุกเฉิน** 1. Sepsis
	กลุ่มโรคเรื้อรังและโรคติดเชื้อ 1. DM 2. HT 3. CKD 4. Cataract	**กลุ่มโรคเรื้อรังและโรคติดเชื้อ** 1. DHF
	กลุ่มโรคสูตินรีเวชกรรม 1. High risk pregnancy	**กลุ่มโรคสูตินรีเวชกรรม** 1. ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด 1.1 Preterm 1.2 PPH 1.3 PIH 1.4 GDM
	กลุ่มโรคจิตเวชและยาเสพติด 1. ซึมเศร้า 2. จิตเภท 3. สารเสพติด SMI-V	**กลุ่มโรคจิตเวชและยาเสพติด** 1. จิตเวชเด็ก 2. จิตเวชวัยรุ่น
	กลุ่มโรคทันตกรรม 1. ฟันแท้ผุในเด็ก 6-12ปี 2. ฟันคู่สบผู้สูงอายุ 3. วัยทำงานเข้าถึงบริการทันตกรรม	**กลุ่มโรคทันตกรรม** 1. ฟันน้ำนมผุ 0-3ปี 2. ทันตกรรมเฉพาะทาง 2.1 รากเทียม 2.2 รักษารากฟัน 2.3 ฟันปลอม 2.4 รักษาฟันเด็ก 2.5 ศัลยกรรมช่องปาก

ปัจจัยภายใน ตัวแปร/ประเด็น	ประเด็นการปรับปรุงและพัฒนาจาก จุดอ่อน W (Weaknesses)	ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths)
1.1 ผลด้านการดูแลผู้ป่วย: Clinical Outcome ตาย พิการ เพิ่มคุณภาพชีวิต	1. Stroke (ตาย/พิการ) 2. STEMI (ตาย) 3. TBI (ตาย/พิการ) 4. Sepsis (ตาย) 5. Cataract (พิการ)	1. พัฒนาการสมวัย 2. DHF อัตราตาย = 0 3. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด 3.1 Preterm 3.2 PPH 3.3 PIH 3.4 GDM 4. ซึมเศร้า
	W1_เร่งรัดปรับปรุงระบบการบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพในกลุ่มโรคฉุกเฉินวิกฤต (3S+1T) โดยเน้นการทบทวนเคสเสียชีวิตใน รพ. และ unplan refer	S1_พัฒนาคุณภาพบริการในกลุ่มโรคจิตเวช (โรคซึมเศร้าและจิตเวชเด็ก) และมุ่งสู่ความเป็นเลิศในกลุ่มโรคสูติกรรม
1.2 ผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ: รายใหม่ในโรคที่สำคัญ	1. DM (รายใหม่) 2. HT (รายใหม่) 3. CKD (รายใหม่) 4. Stroke (รายใหม่) 5. STEMI (รายใหม่) 6. SMI-V (รายใหม่) 7. High risk pregnancy (เพิ่มขึ้น)	1. ฟันน้ำนมเด็ก 0-3 ปี ไม่ผุ 2. ซึมเศร้า (รายใหม่)
	W2_เร่งรัดปรับระบบงานสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกร่วมกับภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิในกลุ่มโรค ดังนี้ 1. NCDs (DM, HT, CKD, Stroke, STEMI) 2. สารเสพติด/SMI-V 3. ANC (High risk pregnancy)	S2_พัฒนาคุณภาพบริการทันตกรรมเชิงรุกในกลุ่มเด็ก 0-3 ปี และสุขภาพจิตชุมชน

ปัจจัยภายใน ตัวแปร/ประเด็น	ประเด็นการปรับปรุงและพัฒนาจาก จุดอ่อน W (Weaknesses)	ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths)
② ด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน		
2.1 เข้าถึงบริการช่องทางด่วน (Fast track)- 1) บ้าน ถึง รพ. (Pre-hos): ระยะเวลา 3 ชั่วโมง 2) รพ.เครือข่าย ถึง รพ.: ระยะเวลา 3 ชั่วโมง 3) ภายใน รพ. (IN-hos) ER เข้า ICU 4) Refer out	1. Stroke (การเข้าถึงบริการ) 2. STEMI (การเข้าถึงบริการ) 3. Sepsis (Fast track)	1. Stroke (ระบบ Fast track ใน รพ.) 2. STEMI (ระบบ Fast track ใน รพ.) 3. การเข้าถึงทันตกรรมเฉพาะทาง 3.1 รากเทียม 3.2 รักษารากฟัน 3.3 ฟันปลอม 3.4 รักษาฟันเด็ก 3.5 ศัลยกรรมช่องปาก 4. วัยทำงานเข้าถึงบริการทันตกรรม 5. SMI-V
	W2_เร่งรัดปรับปรุงระบบ Fast track ในโรค 3S เน้น pre-hospital care ในการเข้าถึงบริการที่รวดเร็วและปลอดภัย	S2_พัฒนาระบบ Fast track ในรพ. ให้มีความเป็นเลิศในการดูแลรักษาโรค Stroke , STEMI , SMI-V และการเข้าถึงบริการทันตกรรมเฉพาะทาง
2.2 ลดความแออัด (เริ่มที่ OPD / IPD) (PCU + รพ.สต. /Telemedicine)	1. ไม่ได้แยกคลินิก DM HT CKD	
	W3_ปรับปรุงระบบบริการคลินิก NCDs แบบเบ็ดเสร็จครบวงจร (one stop service)	-
2.3 ลดระยะเวลารอคอย (OPD / IPD)		1. จัดบริการคลินิก NCDs ใน รพ.สต. 2. จัดบริการคลินิกทันตกรรมใน รพ.สต.
		S3_พัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ
2.4 ความพึงพอใจและข้อร้องเรียน (Clinical Population)	1. เคส ม.41 การดูแลหัตถการ IV เด็ก 2. ข้อร้องเรียนเรื่องการพฤติกรรมบริการ	1. ความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก ปี 2566 ร้อยละ 82.5

ปัจจัยภายใน ตัวแปร/ประเด็น	ประเด็นการปรับปรุงและพัฒนาจาก จุดอ่อน W (Weaknesses)	ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths)
เอา GHI & ม.41 ที่ออกสื่อต้องรีบจัดการ/จริยธรรมต้องจัดการ		2. ความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยใน ปี 2566 ร้อยละ 86.33 3. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ER ปี 2566 ร้อยละ 86.67
		S4_พัฒนาคุณภาพบริการด้วยหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์และยกระดับให้เป็นโรงพยาบาลในดวงใจของผู้ใช้บริการทุกคน
③ ด้านอัตรากำลังคน		
3.1 อัตรากำลังสหสาขาวิชาชีพต่อโรคยุทธศาสตร์เพียงพอ เหมาะสม ตามเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพ (มองไปข้างหน้า 5 ปี ตามอายุของแผนฯ Full time / Part time / Outsource ต่อโรคยุทธศาสตร์ เพื่อนำมาบริหารจัดการ / ให้เน้นอัตรากำลังสายสนับสนุนที่ผลักดันยุทธศาสตร์และการรักษาโรคก่อน เช่น Nurse Aids)	1. แพทย์ 5/14 2. พยาบาล 31/47 3. นักรังสีการแพทย์ 1/2 4. เภสัชกร 4/6 5. นักโภชนาการ 1/2 6. แพทย์แผนไทย 3/4 7. นักกายภาพบำบัด 3/4 8. เทคนิคการแพทย์ 5/6 9. สายสนับสนุน 10. เวชศาสตร์ยาเสพติดสำหรับพยาบาล	1. พยาบาลเวชปฏิบัติ 2. พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน 3. พยาบาล PC 4. พยาบาล NCM 5. สูติแพทย์ 6. ทันตแพทย์เฉพาะทาง (ด้านรากฟันเทียม)
	W4_ปรับปรุงแผนการวางแผนอัตรากำลังในการยกระดับคุณภาพบริการตามแผนยุทธศาสตร์ระยะ 5 ปี ดังนี้ 1. จัดทำแผนอัตรากำลังเสนอ สสจ. 2. จัดทำโครงการคู่ความร่วมมือแพทย์เฉพาะทางมาจัดบริการบางเวลา (part time)	

ปัจจัยภายใน ตัวแปร/ประเด็น	ประเด็นการปรับปรุงและพัฒนาจาก จุดอ่อน W (Weaknesses)	ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths)
	3. จ้างเหมาบุคลากรสหวิชาชีพที่เกษียณอายุราชการ 4. จัดทำโครงการคู่ความร่วมมือพยาบาลวิชาชีพใน รพ.สต.	
3.2 สมรรถนะเฉพาะต่อโรคยุทธศาสตร์ (Specific Competency) ทำแผนพัฒนาสมรรถนะเฉพาะต่อโรคยุทธศาสตร์ ในปัจจุบันและอนาคต / พัฒนาสมรรถนะระยะสั้นเพื่อป้องกันความเสี่ยงทั้งที่เคยเกิดและอาจจะเกิดขึ้นในอนาคต (Learning Need)	1. ไม่มีพยาบาลเฉพาะทางด้าน ตา ไต IMC จิตเวช 2. มีการประเมินสมรรถนะ แต่ไม่ได้นำผลการประเมินมาพัฒนาบุคลากร 3. การรายงานความเสี่ยงที่สำคัญด้าน clinical ยังไม่ได้รับการรายงาน ส่งผลให้ไม่สามารถพัฒนาทักษะบุคลากรได้โดยตรง	1. มีบุคลากรเฉพาะทางในสาขาสำคัญดังนี้ 1.1 สูติแพทย์ 1.2 ทันตกรรมเฉพาะทางและทันตกรรมประดิษฐ์ 1.3 พยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติฉุกเฉิน เวชปฏิบัติทั่วไป PC NCM เวชศาสตร์พยาบาลยาเสพติด
	W5_ปรับปรุงแผนพัฒนาสมรรถนะบุคลากรเน้นสหสาขาวิชาชีพ ดังนี้ 1. สมรรถนะหลัก 5 ด้านของ กพ. (IDP) 2. สมรรถนะพื้นฐาน (common competency) 3. สมรรถนะเฉพาะวิชาชีพ (specific competency) ในการจัดการโรคยุทธศาสตร์	S5_พัฒนาคุณภาพบริการรักษาพยาบาลเฉพาะทาง ดังนี้ 1) สูติกรรม 2) ทันตกรรมเฉพาะทางและทันตกรรมประดิษฐ์ 3) พยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติฉุกเฉินเวชปฏิบัติทั่วไป PC NCM เวชศาสตร์พยาบาลยาเสพติด
3.3 ความสุข คุณภาพชีวิตของบุคลากร (Happinometer / Engage Model) Engage Model: 1) ความพึงพอใจต่อคุณภาพงาน	1. สุขภาพเงินดี = 57.03 % 2. ผ่อนคลายดี = 59.47 % 3. ความสมดุลระหว่างงานและชีวิตส่วนตัว = 52.69 %	1. สุขภาพกายดี = 67.63 % 2. น้ำใจดี = 69.41 % 3. จิตวิญญาณดี = 68.90 % 4. ครอบครัวดี = 69.94 % 5. สังคมดี = 63 % 6. ใฝ่รู้ดี = 60.57 % 7. การงานดี = 62.57 %

ปัจจัยภายใน ตัวแปร/ประเด็น	ประเด็นการปรับปรุงและพัฒนาจาก จุดอ่อน W (Weaknesses)	ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths)
2) ความสมดุลระหว่างงานและชีวิตส่วนตัว 3) ค่านิยมของผู้นำองค์กร 4) สร้างสภาพแวดล้อมในการทำงาน 5) โอกาสก้าวหน้าในการทำงาน 6) ผลตอบแทน		8. ความผูกพันในการทำงาน = 64.60 %
	W6_ปรับปรุงระบบสวัสดิการ 3 ด้าน ดังนี้ 1. ด้านลดค่าใช้จ่ายและเพิ่มรายได้ของบุคลากร 2. ด้านภาระงานและชั่วโมงการทำงาน 3. ด้านความสมดุลระหว่างงานและชีวิตส่วนตัว	S6_วางแผนยุทธศาสตร์พัฒนารพ. ให้เป็นบ้านหลังที่ 2 ของทุกคน
④ ด้านการนำ		
4.1 นำการบริหารยุทธศาสตร์: การบริหารยุทธศาสตร์ (วางแผน นำแผนสู่การปฏิบัติ ประเมินผล และการควบคุม) 5/7S Model: Structure, Strategy, Systems, Styles, Shared value -> Managerial Competency ทำอย่างไรให้มีมาตรฐานในการนำแม้มีการเปลี่ยนผอ. เปลี่ยนผู้บริหาร ก็สามารถดำเนินการต่อได้อย่างมี	1. Strategy - มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ แต่ไม่ได้รับการทบทวน และไม่สอดคล้องกับบริบทในพื้นที่ รวมถึงไม่ได้นำลงสู่การปฏิบัติอย่างจริงจัง 2. System - มีระบบการดูแลผู้ป่วยในโรคที่สำคัญ แต่ไม่ได้มีการกำกับติดตาม และวิเคราะห์ข้อมูลตัวชี้วัดอย่างต่อเนื่อง 3. Styles - กลุ่มผู้บริหารองค์กรยังไม่ได้มีการอบรม พัฒนาสมรรถนะครบทุกคน เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านงบประมาณและกำลังคน	1. Strategy - มีการตอบสนองนโยบายจากกระทรวง เขต และ สสจ. ได้ตามเป้าหมายเป็นส่วนใหญ่ 2. System - มีการพัฒนาโดยนำเทคโนโลยีเข้ามาใช้ในการให้บริการ เพื่อเข้าสู่ความเป็น Smart Hospital 3. Styles - กลุ่มผู้บริหารองค์กรมีความพร้อมรับต่อการเปลี่ยนแปลงในทุกสถานการณ์

ปัจจัยภายใน ตัวแปร/ประเด็น	ประเด็นการปรับปรุงและพัฒนาจาก จุดอ่อน W (Weaknesses)	ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths)
มาตรฐาน / managerial competency ทำอย่างมืออาชีพ	4.Structure - 5. Staffs - มีบุคลากรมีความสามารถเฉพาะด้านแต่จำกัดในอัตรากำลัง - บุคลากรทางการแพทย์มีการหมุนเวียนทุกปี 6 Skill - 7. Shared value - ไม่ได้ทบทวนค่านิยมองค์กรให้สอดคล้องกับบริบทโรงพยาบาลในปัจจุบัน	4. Structure - โครงสร้างการบริหารงานชัดเจน 5.Staffs - 6. Skill - มีบุคลากรเฉพาะทางในสาขาสำคัญดังนี้ 1) สูติแพทย์ 2) ทันตกรรมเฉพาะทางและทันตกรรมประดิษฐ์ 3) พยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติฉุกเฉินเวชปฏิบัติทั่วไป PC NCM เวชศาสตร์พยาบาลยาเสพติด 7. Shared value -
4.2 นำคุณภาพ HA & DHSA: การรับรองคุณภาพ	- ได้รับการรับรอง HA ขั้นที่ 1 และยังไม่ผ่านการประเมิน HA ขั้นที่ 2 เนื่องจากการถ่ายทอดนโยบายจากเบื้องบนสู่เบื้องล่างไม่ชัดเจน และจำกัดด้วยงบประมาณและบุคลากร	- มีผู้นำเข้มแข็งนโยบายชัดเจน
4.3 นำสารสนเทศ (รพ.ดิจิทัล) การใช้สารสนเทศสุขภาพดิจิทัล	- โปรแกรม Hos os ไม่ตอบสนองการใช้งานในปัจจุบัน	-

ปัจจัยภายใน ตัวแปร/ประเด็น	ประเด็นการปรับปรุงและพัฒนาจาก จุดอ่อน W (Weaknesses)	ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths)
เพื่อการบริหารจัดการบริการและวิชาการ: Health Cloud System-> Strategic Information Center (Dashboard)	- ขาดการจัดการสารสนเทศด้านการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ	
4.4 นำอย่างมีธรรมาภิบาล: หลักธรรมาภิบาล: 1) หลักนิติธรรม 2) หลักคุณธรรม 3) หลักความโปร่งใสตรวจสอบได้ 4) หลักความมีส่วนร่วม 5) หลักความรับผิดชอบ 6) หลักความคุ้มค่า เน้นคณะกรรมการควบคุมภายใน (ควบคุมระบบให้เป็นไปตามยุทธศาสตร์)	- การประเมินควบคุมภายในยังไม่ผ่านเกณฑ์หลักความคุ้มค่า - Dead stock คลังยา การแพทย์ - Over stock คลังยา การแพทย์	
	W7_ปรับปรุงระบบบริหารโรงพยาบาลในรูปแบบใหม่ ดังนี้ 1. ระบบบริหารยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และการบริหารจัดการ 2. ระบบการพัฒนาและรับรองคุณภาพ รพ. 3. ระบบสารสนเทศดิจิทัล 4. ระบบควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง	
⑤ ด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานที่สำคัญ		
1. RSQ	1. หัตถการ IV ในเด็ก 2. ถอนฟันผิดข้าง 3. ผู้ป่วยได้ยาที่แพ้ซ้ำ	

ปัจจัยภายใน ตัวแปร/ประเด็น	ประเด็นการปรับปรุงและพัฒนาจาก จุดอ่อน W (Weaknesses)	ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths)
2. MSO	1. อัตรากำลังไม่เพียงพอกับภาระงาน 2. มีความเสี่ยง miss / delay diagnosis	
3. NSO	1. การดูแลหัตถการให้สารน้ำ 2. การให้เลือดผิด 3. การบริหารยาผิดพลาด	1. พยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติฉุกเฉิน เวชปฏิบัติทั่วไป PC NCM เวชศาสตร์พยาบาลยาเสพติด
4. ENV	1. ขนาดบ่อบำบัดไม่เหมาะสมกับขนาดบริการ 2. การอำนวยความสะดวกให้กับผู้พิการและผู้สูงอายุมีไม่เพียงพอ (โครงสร้างทางเชื่อม ทางลาด) 3. ไม่มีศูนย์เครื่องมือแพทย์ 4. ไม่มีทางหนีไฟ 5. มีการควบคุมการระบายอากาศ อุณหภูมิ ความชื้น ฝุ่น แสงสว่าง เสียง ยังไม่ครอบคลุมครบทุกฝ่ายงาน 6. ระบบเรียกพยาบาลจากเตียง/ห้องน้ำผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุม (ห้องคลอด)	1. ผลการตรวจน้ำผ่านทุกพารามิเตอร์ 2. ขยะมีการดำเนินงานเป็นไปตามมาตรฐาน 3. ระบบสำรองน้ำประปาเพียงพอ
5. IC	1. อุบัติการณ์การบาดเจ็บจากการปฏิบัติงาน (ของมีคมทิ่มตำ)	1. สามารถควบคุมการระบาดของเชื้อดื้อยาจากผู้ป่วยที่ Refer Back
6. IM	1. การบันทึกข้อมูลเวชระเบียนไม่สมบูรณ์ 2. OPD แพทย์บันทึกผลการตรวจร่างกายไม่ครบถ้วน 3. OPD พยาบาลเป็นผู้ Ddx แต่แพทย์ไม่ได้มีการ Audit ซ้ำ	1. อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน ปี 2566 = 88 % (เป้าหมายเกิน 80%) 2. อัตราความสมบูรณ์ของการให้รหัส ICD-10 / ICD-9 ปี 2566 = 85% (เป้าหมายเกิน 80%) 3. มีการ Audit เวชระเบียนผู้ป่วยใน 100% ก่อนส่งเคลม
7. PTC	- พบยาหมดอายุใช้ไม่ทัน	- ไม่พบ ME ระดับ D ในปีงบประมาณ (เก็บปี ต.ค. 2566 - ส.ค. 2567)

ปัจจัยภายใน ตัวแปร/ประเด็น	ประเด็นการปรับปรุงและพัฒนาจาก จุดอ่อน W (Weaknesses)	ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths)
	- การให้คำปรึกษาการใช้ยาเทคนิคพิเศษได้ไม่ครอบคลุม - ขาดการติดตามการใช้ยา AMR	- มีระบบจัดการยา HAD
8. Lab+Blood		1. การรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ถูกต้อง 2. การรายงาน lab ด่วน / lab วิกฤติทันทีที่พบทั้งในและนอกเวลา 3. การสำรองเลือดเพียงพอต่อการใช้งาน
9. รังสี + เครื่องมือพิเศษฯ		1. อัตราการเอกซเรย์ซ้ำ< 8% (6.21%) 2. นำระบบถ่ายภาพดิจิตอลมาใช้ 3. มีการส่งภาพระบบ cloud ไป รพ.แม่ข่าย 4. มีการนำระบบ AI อ่านภาพรังสีทรวงอกมาใช้ 5. จัดตั้งศูนย์ CT ใน รพ.
	W7_เร่งรัดปรับปรุงระบบการบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ clinical risk / non clinical risk 1. จัดทำ risk register & risk profile 2. SIMPLE (focus 3P safety) 3. หน่วยงานจัดทำ RCA/CQI/R2R	S7_เพิ่มประสิทธิภาพในการตรวจวินิจฉัยและรักษาพยาบาลในกลุ่มโรคฉุกเฉินวิกฤตและโรคสำคัญอื่นๆ วางแผนยกระดับการพัฒนาให้มีคุณภาพสูงรองรับกับการขยายบริการตามโครงการคู่ความร่วมมือแพทย์เฉพาะทาง
10. กายภาพบำบัด	1. ผู้ป่วย Stroke ขาดการเข้าถึงการรักษาฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด 2. ผู้ป่วย Stroke ขาดความต่อเนื่องของการมารับการรักษาฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดส่งผลให้ไม่มีความก้าวหน้าทางการรักษา	1. จำนวนผู้ป่วย Stroke ที่ได้รับการรักษาฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่องมีอาการดีขึ้นโดยประเมินจาก ADL

ปัจจัยภายใน ตัวแปร/ประเด็น	ประเด็นการปรับปรุงและพัฒนาจาก จุดอ่อน W (Weaknesses)	ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths)
11. แพทย์แผนไทย	1. ผู้ป่วย Stroke ขาดการเข้าถึงการรักษาทางการแพทย์แผนไทย	1. พัฒนาระบบบริการทางการแพทย์แผนไทยเพื่อให้ผู้ป่วย Stroke ได้รับบริการทางการแพทย์แผนไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น
12. โภชนาการ	1. ขาดการลงบันทึกข้อมูลและการติดตามผู้ป่วยในคลินิก DM,HT,CKD	1. การบริการอาหารถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ 97% 2. โรงครัวผ่านมาตรฐานสุขภิบาลอาหารระดับดีมาก
13. Palliative Care		1. ทำ ACP ทุกราย 2. มีทีมสหวิชาชีพเยี่ยมบ้านผู้ป่วย PC ทุกเคส 3. มีพยาบาลเฉพาะทาง PC
	W8_ปรับปรุงระบบงานการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยแบบบูรณาการดังนี้ 1. กลุ่มผู้ป่วย IMC (Stroke / TBI / SCI / hip Fx.) ในงานกายภาพบำบัดและแพทย์แผนไทย 2. วางแผนจัดบริการ individual care plan ในการดูแลผู้ป่วย NCDs แบบบูรณาการในงานการแพทย์แผนไทยและโภชนศาสตร์	S8_วางแผนยุทธศาสตร์พัฒนาศูนย์ชีวาภิบาลบูรณาการอำเภอกุยบุรี ดังนี้ 1. ศูนย์สุขภาพผู้สูงอายุ 2. ศูนย์ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 3. ศูนย์กุฏิชีวาภิบาล 4. ระบบ LTC
⑥ ด้านการเงิน: สถานะทางการเงิน		
1. ประสิทธิภาพการจัดเก็บรายได้	1. มิติเวชระเบียน (OPD/IPD) 1.1 อัตราการบันทึกข้อมูล Financial. Data Hub (FDH) ไม่สมบูรณ์ 2. มิติการบริหารลูกหนี้ทุกกองทุน	1. มิติเวชระเบียน (OPD/IPD) 1.1 แพทย์วินิจฉัยโรคถูกต้องครบถ้วนตามเกณฑ์เวชระเบียน (SA) 1.2 ผู้ให้รหัสโรคให้รหัสโรคถูกต้อง 1.3 การสรุปเวชระเบียนภายใน (IPD) 30 วัน 2. มิติการบริหารลูกหนี้ทุกกองทุน -

ปัจจัยภายใน ตัวแปร/ประเด็น	ประเด็นการปรับปรุงและพัฒนาจาก จุดอ่อน W (Weaknesses)	ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths)
	2.1 การตั้งลูกหนี้ค่ารักษายังมีการปรับปรุงลูกหนี้ (ไม่เกิน 10%) 2.2 อุบัติการณ์ข้อมูลติด C จากการบันทึกข้อมูล 2.3 ลูกหนี้ค้างชำระค่ารักษาพยาบาลส่วนใหญ่ติดตามแล้วแต่ไม่ได้มาชำระหนี้ 2.4 ลูกหนี้ พรบ. ที่ค้างชำระค่ารักษาพยาบาล ส่วนใหญ่ติดตามแล้วแต่ไม่ได้มาชำระหนี้ 3. มิติกระบวนการจัดเก็บรายได้ 3.1 ยังมีการบันทึกโปรแกรมอื่นๆ นอกโปรแกรม E-claim คือ บันทึกในโปรแกรม FDH แต่โปรแกรมไม่ได้รองรับกับ HOS os ของโรงพยาบาลกุยบุรี 4. มิติคุณภาพทางบัญชี 4.1 อุบัติการณ์การลงลูกหนี้ผิดพลาด (แก้ไขข้อมูลจากงานประกันที่ส่งมา) 4.2 อุบัติการณ์การกระทบลูกหนี้คลาดเคลื่อน (แก้ไขข้อมูลจากงานประกันที่ส่งมา) 5. อัตราการครองเตียง ปี 2565 = 161.23 % ปี 2566 = 59.21 % ปี 2567 (ต.ค.66-มี.ค.67) = 71.15 %	3. มิติกระบวนการจัดเก็บรายได้ 3.1 การขอเบิกชดเชยลูกหนี้ผู้ป่วยในทุกสิทธิก่อน 30 วัน 3.2 กองทุนทุกกองทุนได้รับการกำกับและติดตามอย่างต่อเนื่อง 4. มิติคุณภาพทางบัญชี - 5. ค่า CMI (Sum AdjRw) Sum AdjRw เกินค่ามาตรฐาน เกิน 0.6 (จากข้อมูลสารสนเทศ รพช. F1 ต้องไม่น้อยกว่า 0.6)
2. ประสิทธิภาพจากรายได้เพิ่มพิเศษ		1. กำไรสุทธิจากรายได้เพิ่มพิเศษตรวจสุขภาพ (Premium) 2. กำไรสุทธิจากรายได้เพิ่มพิเศษจากกายภาพบำบัด

ปัจจัยภายใน ตัวแปร/ประเด็น	ประเด็นการปรับปรุงและพัฒนาจาก จุดอ่อน W (Weaknesses)	ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths)
		3. กำไรสุทธิจากรายได้เพิ่มพิเศษจากห้องพิเศษ (แต่มีจำกัด)
3. ประสิทธิภาพการบริหารรายจ่ายและต้นทุน	1. ประสิทธิภาพในการบริหารแผนการเงินการคลัง (Plan Fin) ยังไม่เป็นไปตามแผน ค่าพลังงานไฟฟ้าเพิ่มขึ้น (เปรียบเทียบ 3-6 เดือน) 2. Over stock จากคลังวัสดุการแพทย์ / ยา 3. Dead stock จากคลังวัสดุการแพทย์ / ยา 4. tps ระดับ F คะแนน 6.5 เต็ม 15 <u>ตัวชี้วัดกระบวนการ (Process Indicators)</u> 1. การบริหารแผนทางการเงินเปรียบเทียบผลการดำเนินงานผลต่างบวกหรือลบไม่เกิน 5% 1.1 มิติรายได้ไม่เป็นไปตามแผน 1.2 มิติค่าใช้จ่ายไม่เป็นไปตามแผน 2. การบริหารสินทรัพย์หมุนเวียนและหนี้สินหมุนเวียน 2.1 ระยะเวลาชำระเจ้าหนี้การค้ายา & เวชภัณฑ์มิใช่ยามากกว่า 90 วัน 2.2 ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิ UC มากกว่า 60 วัน 2.3 การบริหารสินคงคลัง (Inventory Management) มากกว่า 60 วัน	

ปัจจัยภายใน ตัวแปร/ประเด็น	ประเด็นการปรับปรุงและพัฒนาจาก จุดอ่อน W (Weaknesses)	ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths)
	3. การบริหารจัดการ 3.1 อัตราครองเตียงผู้ป่วยใน ≥ 80 % (ที่มา cmi@moph กบรส. ณ 26/4/67) โรงพยาบาลกุยบุรีได้ 68 % <u>ตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงาน</u> 1. ความสามารถในการทำกำไร 1.1 ประสิทธิภาพในการดำเนินงาน (Operating Margin) = 0 นำรายได้มาลบ กับค่าใช้จ่าย รพ. ไม่ได้กำไร 1.2 อัตราผลตอบแทนจาก สินทรัพย์ (Return on Asset) = 0 สินทรัพย์รวมเยอะ รายได้น้อย 1.3 ผลกำไรขาดทุนก่อนหักค่า เสื่อม (EBITDA) ≥ 0 ผลของ รพ. ติดลบ 5 Risk Score = 1	
	W9_เร่งรัดปรับปรุงและบริหารการเปลี่ยนแปลงการเงินการคลังของ รพ. ดังนี้ 1. ระบบควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง 2. ประสิทธิภาพในการจัดเก็บรายได้ 3. ประสิทธิภาพในการหารายได้เพิ่มพิเศษ 4. ประสิทธิในการบริหารายจ่าย 5. ประสิทธิภาพในการจัดการต้นทุน	

สรุปประเด็นจากการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมด้วย TOWS Analysis ดังนี้

ปัจจัยภายนอก		ปัจจัยภายใน	
ความท้าทายที่จะเอาชนะภาวะคุกคาม T (Threats)	**ความได้เปรียบจากโอกาส O (Opportunities)**	**การปรับปรุงและพัฒนาจากจุดอ่อน W (Weaknesses)**	**ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths)**
T1: นำประเด็นปัญหาสุขภาพ 2 กลุ่มวัย ผลักดันให้ อปท. / พชอ. / พชต. นำไปกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะในการขับเคลื่อนอำเภอเข้มแข็งด้านสุขภาพ ดังนี้ 1) ศูนย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2) ขับเคลื่อนประเด็นความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ในกลุ่มโรค NCDs / จิตเวชและยาเสพติด / อุบัติเหตุ ให้เข้าถึงระดับบุคคล ครัวเรือน และชุมชน ในการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพในอนาคต	O1: ภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน (พชอ. / ศปถ. / อบจ. / อบต. / ทต. / กำนัน / ผู้ใหญ่บ้าน /ฯลฯ) มีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาสุขภาพที่สำคัญในกลุ่มโรค ① กลุ่มโรควิกฤตฉุกเฉิน ② กลุ่มโรคเรื้อรังและโรคติดเชื้อ ③ กลุ่มโรคสูตินรีเวชกรรม ④ กลุ่มโรคจิตเวชและยาเสพติด ⑤ กลุ่มโรคทันตกรรม และร่วมเป็นคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาล	W1: เร่งรัดปรับปรุงระบบการบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ ในกลุ่มโรควิกฤตฉุกเฉิน (3S+1T) โดยเน้นการทบทวน Case เสียชีวิตใน รพ. และ Unplan Refer	S1: พัฒนาคุณภาพบริการในกลุ่มโรคจิตเวช (โรคซึมเศร้า / จิตเวชเด็ก) มุ่งสู่ความเป็นเลิศในกลุ่มโรคสูติกรรม

ปัจจัยภายนอก		ปัจจัยภายใน	
ความท้าทายที่จะเอาชนะภาวะคุกคาม T (Threats)	**ความได้เปรียบจากโอกาส O (Opportunities)**	**การปรับปรุงและพัฒนาจากจุดอ่อน W (Weaknesses)**	**ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths)**
T2: ร่วมขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับจังหวัดและอำเภอในการจัดการปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่ ดังนี้ 1) จัดตั้งหน่วยกู้ชีพพื้นฐานใน อบต. 2) อำเภอสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกในกลุ่มโรค NCDs / จิตเวชและยาเสพติด / ทันตกรรมผู้สูงอายุ	O2: ยกระดับความร่วมมือภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน วัดกุยบุรี และวัดในอำเภอกุยบุรีเป็นคณะกรรมการที่ปรึกษาและพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ ใน 5 กลุ่มโรค	W2: เร่งรัดปรับปรุง Fast Track ในโรค 3S+1T (Stroke STEMI Sepsis+TBI) เน้น Pre-hospital Care ในการเข้าถึงบริการที่รวดเร็วและปลอดภัย	S2: พัฒนาระบบ Fast Track ใน รพ. ให้มีความเป็นเลิศในการดูแลรักษาโรค Stroke / STEM I/ SMI-V และการเข้าถึงบริการทันตกรรมเฉพาะทาง
	O3: วางแผนยุทธศาสตร์ในการยกระดับคุณภาพบริการโรงพยาบาลกุยบุรีให้สูงขึ้น ดังนี้ 1) บริการระดับ Premium เพื่อหารายได้เพิ่มพิเศษ 2) พัฒนาโรงพยาบาลกุยบุรีดิจิทัล	W3: ปรับปรุงระบบบริการ NCDs Clinic แบบเบ็ดเสร็จครบวงจร (One Stop Service)	S3: พัฒนาคุณภาพบริการระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ปัจจัยภายนอก		ปัจจัยภายใน	
ความท้าทายที่จะเอาชนะภาวะคุกคาม T (Threats)	**ความได้เปรียบจากโอกาส O (Opportunities)**	**การปรับปรุงและพัฒนาจากจุดอ่อน W (Weaknesses)**	**ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths)**
	O4: พัฒนายุทธศาสตร์ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และการบริหารจัดการ เข้าสู่กระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลและเครือข่ายระดับปฐมภูมิ ภายในปี 2568 (HA ขั้น 3)	W4: ปรับปรุงการวางแผนอัตรากำลังในการยกระดับคุณภาพบริการตามแผนยุทธศาสตร์ ระยะ 5 ปี ดังนี้ 1) จัดทำแผนอัตรากำลังเสนอ สสจ. ประจวบคีรีขันธ์ 2) จัดทำโครงการคู่ความร่วมมือแพทย์เฉพาะทางมาจัดบริการบางเวลา (Part-time) 3) จ้างเหมาบุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่เกษียณอายุราชการ 4) จัดทำโครงการคู่ความร่วมมือพยาบาลวิชาชีพใน รพ.สต.	S4: พัฒนาคุณภาพบริการด้วยหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์ และยกระดับให้เป็นโรงพยาบาลในดวงใจของผู้ใช้บริการทุกคน
		W5: ปรับปรุงแผนพัฒนาสมรรถนะบุคลากรเน้นสหสาขาวิชาชีพ ดังนี้ 1) สมรรถนะหลัก 5 ด้านของ กพ. (IDP) 2) สมรรถนะพื้นฐาน (Common Competency)	S5: พัฒนาคุณภาพบริการรักษาพยาบาลเฉพาะทาง ดังนี้ 1) สูติกรรม 2) ทันตกรรมเฉพาะทางและทันตกรรมประดิษฐ์ 3) พยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติฉุกเฉินเวชปฏิบัติทั่วไป PC NCM เวชศาสตร์พยาบาลยาเสพติด

ปัจจัยภายนอก		ปัจจัยภายใน	
ความท้าทายที่จะเอาชนะภาวะคุกคาม T (Threats)	**ความได้เปรียบจากโอกาส O (Opportunities)**	**การปรับปรุงและพัฒนาจากจุดอ่อน W (Weaknesses)**	**ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths)**
		3) สมรรถนะเฉพาะวิชาชีพ (Specific Competency) ในการจัดการโรคยุทธศาสตร์	
		W6: ปรังปรุงระบบสวัสดิการ 3 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านลดค่าใช้จ่ายและเพิ่มรายได้ของบุคลากร 2) ด้านภาระงาน และชั่วโมงการทำงาน 3) ด้านความสมดุลระหว่างงานและชีวิตส่วนตัว	S6: วางแผนยุทธศาสตร์พัฒนาโรงพยาบาลให้เป็นบ้านหลังที่สองของบุคลากรทุกคน
		W7: ปรับปรุงระบบบริหารโรงพยาบาลในรูปแบบใหม่ ดังนี้ 1) ระบบบริหารยุทธศาสตร์ ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และการบริหารจัดการ 2) ระบบการพัฒนาและรับรองคุณภาพ รพ. 3) ระบบสารสนเทศดิจิทัล 4) ระบบควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง	S7: เพิ่มประสิทธิภาพในการตรวจวินิจฉัยและรักษาพยาบาลในกลุ่มโรควิกฤติฉุกเฉินและโรคที่สำคัญอื่นๆ วางแผนยกระดับการพัฒนาให้คุณภาพสูงรองรับการขยายบริการตามโครงการคู่ความร่วมมือแพทย์เฉพาะทาง

ปัจจัยภายนอก		ปัจจัยภายใน	
ความท้าทายที่จะเอาชนะภาวะคุกคาม T (Threats)	**ความได้เปรียบจากโอกาส O (Opportunities)**	**การปรับปรุงและพัฒนาจากจุดอ่อน W (Weaknesses)**	**ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths)**
		W8: เร่งรัดปรับปรุงระบบการบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ Clinical Risk / Non-Clinical Risk ดังนี้ 1) จัดทำ Risk Register & Risk Profile 2) SIMPILE (Focus 3P Safety) 3) หน่วยงานจัดทำ RCA / CQI / R2R	S8: วางแผนยุทธศาสตร์พัฒนาศูนย์ชีวาภิบาลแบบบูรณาการ อำเภอกุยบุรี ดังนี้ 1) ศูนย์สุขภาพผู้สูงอายุ 2) ศูนย์ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 3) ศูนย์กุฎิชีวภิบาล 4) ระบบ long term care
		W9: ปรับปรุงระบบงานการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยแบบบูรณาการ ดังนี้ 1) กลุ่มผู้ป่วย IMC (Stroke / TBI / SCI / HIP Fx.) ในงานกายภาพบำบัดและการแพทย์แผนไทย 2) วางแผนจัดบริการ Individual Care Plan ในการดูแลผู้ป่วย NCDs แบบบูรณาการ ในงานการแพทย์แผนไทยและโภชนศาสตร์	

ปัจจัยภายนอก		ปัจจัยภายใน	
ความท้าทายที่จะเอาชนะภาวะคุกคาม T (Threats)	ความได้เปรียบจากโอกาส O (Opportunities)	การปรับปรุงและพัฒนาจากจุดอ่อน W (Weaknesses)	ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths)
		W10: เร่งรัดปรับปรุงและบริหารการเปลี่ยนแปลงในระบบบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลดังนี้ 1) ระบบควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง 2) ประสิทธิภาพในการจัดเก็บรายได้ 3) ประสิทธิภาพในการหารายได้เพิ่มพิเศษ 4) ประสิทธิภาพในการบริหารรายจ่าย 5) ประสิทธิภาพในการบริหารต้นทุน	
T = 2 ประเด็น	O = 4 ประเด็น	W = 10 ประเด็น	S = 8 ประเด็น

ขั้นที่ 3 การสังเคราะห์ยุทธศาสตร์ด้วย TOWS Matrix : *(นำผลที่ได้จากการวิเคราะห์ TOWS Analysis [ความท้าทาย (T)/ความได้เปรียบ (O+S)/ปรับปรุงพัฒนา (W)] มาสังเคราะห์เป็นกลยุทธ์ด้วย TOWS Matrix [SO/ST/WO/WT]*

SO	ST	WO	WT
ยกระดับคุณภาพการแพทย์องค์รวม	พัฒนาความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมุ่งสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกในกลุ่มโรค NCDs / SMI-V / High risk pregnancy	พัฒนาระบบบริหารยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์การสาธารณสุข และการบริหารจัดการ มุ่งสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง	ปฏิรูประบบบริหารจัดการการเงินการคลังให้มีประสิทธิภาพ

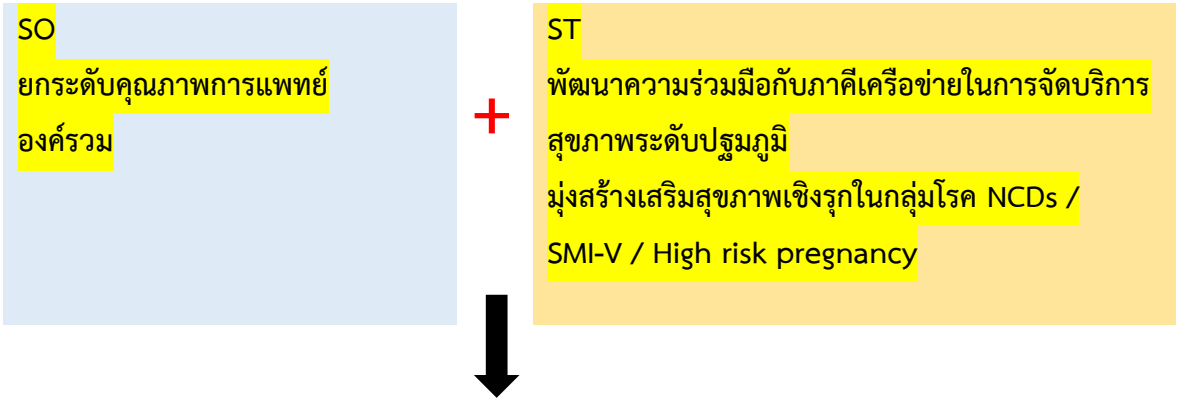
ขั้นที่ 4 นำผลที่ได้จาก TOWS Matrix มาวางแผนยุทธศาสตร์

แผนยุทธศาสตร์

โรงพยาบาลกุยบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

ระยะ 5 ปี (2568 – 2572)

วิสัยทัศน์ (Vision) การได้มาของวิสัยทัศน์คือ การนำเอา SO+ST มากำหนดเป็นวิสัยทัศน์



วิสัยทัศน์ (Vision) "โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพองค์รวม ประชาชนไว้วางใจ"

คำสำคัญของวิสัยทัศน์ : (คำสำคัญ : โรงพยาบาลชุมชน คุณภาพ ดูแลสุขภาพองค์รวม ประชาชนไว้วางใจ)

กำหนดคำสำคัญจากวิสัยทัศน์

คำที่ 1	คำที่ 2	คำที่ 3	คำที่ 4
โรงพยาบาลชุมชน	คุณภาพ	ดูแลสุขภาพองค์รวม	ประชาชนไว้วางใจ

กลุ่ม	คำสำคัญ	พันธกิจ (Missions)
กลุ่ม 1_ SO+ ST	โรงพยาบาลชุมชน	พัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ
	คุณภาพ	พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
กลุ่ม 2_ WO+WT	ดูแลสุขภาพองค์รวม	พัฒนาระบบบริการการแพทย์องค์รวมที่มีคุณภาพ
	ประชาชนไว้วางใจ	พัฒนาระบบบริการสุขภาพด้วยหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์

สรุปค่านิยม : มุ่งสู่มาตรฐานบริการด้วยใจ กลับไปด้วยรอยยิ้ม

พันธกิจ (Missions)

คำสำคัญ	พันธกิจ (Missions)
ดูแลสุขภาพองค์รวม	**M1 พัฒนาระบบบริการการแพทย์องค์รวมที่มีคุณภาพ**
โรงพยาบาลชุมชน	**M2 พัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ**
คุณภาพ	**M3 พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง**
ประชาชนไว้วางใจ	**M4 พัฒนาระบบบริการสุขภาพด้วยหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์**

ยุทธศาสตร์ (Strategies)

ยุทธศาสตร์หลัก (ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์)	SO: ยกระดับคุณภาพการแพทย์องค์รวม S; S5 O; O3
ยุทธศาสตร์ขยายงาน (ความท้าทาย)	ST: พัฒนาความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มุ่งสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกในกลุ่มโรค NCDs /SMI-V /High risk pregnancy S; S3 T; T1-T2
ยุทธศาสตร์การพัฒนา (ความท้าทายและโอกาสพัฒนา)	WO: พัฒนาระบบบริหารยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และการบริหารจัดการ มุ่งสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง W; W1 - W9 O; O3 - O4
ยุทธศาสตร์ปรับปรุงองค์กร (การปรับปรุงและการพัฒนา)	WT: ปฏิรูประบบบริหารจัดการการเงินการคลังให้มีประสิทธิภาพ W; W10 T; T1-T2

เป้าประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Purposes)

คำสำคัญ	ยุทธศาสตร์ (Strategies)	พันธกิจ (Missions)	เป้าประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Purposes)
ดูแลสุขภาพองค์รวม	WO_พัฒนาระบบบริหารยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และการบริหารจัดการ มุ่งสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง	M1_พัฒนาระบบบริการการแพทย์องค์รวมที่มีคุณภาพ	● โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
โรงพยาบาลชุมชน	SO_ ยกระดับคุณภาพการแพทย์องค์รวม	M2_พัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ	● ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพใกล้บ้านใกล้ใจ
คุณภาพ	ST_พัฒนาความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มุ่งสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกในกลุ่มโรค NCDs / SMI-V / High risk pregnancy	M3_พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง	● ลดอัตราป่วยรายใหม่ในกลุ่มโรค NCDs / SMI-V / high risk pregnancy
ประชาชนไว้วางใจ	WT_ปฏิรูประบบบริหารจัดการการเงินการคลังให้มีประสิทธิภาพ	M4_พัฒนาระบบบริการสุขภาพด้วยหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์	● ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ

ค่านิยมหลัก (Core Values) : มุ่งสู่มาตรฐานบริการด้วยใจกลับไปด้วยรอยยิ้ม

นโยบายและจุดเน้น (เข็มมุ่ง) :

- ด้านการแพทย์ : 3P safety

- ด้านการสาธารณสุข : ลดรายใหม่ NCDs / SMI-V

- ด้านบริหารจัดการ : การเงินการคลัง

ผังโครงสร้างเส้นทางสู่ความสำเร็จ (Roadmap)

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพองค์รวม ประชาชนไว้วางใจ				
พันธกิจ	M1: พัฒนาระบบบริการการแพทย์องค์รวมที่มีคุณภาพ	M2: พัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ	M3: พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง	M4: พัฒนาระบบบริการสุขภาพด้วยหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์
ยุทธศาสตร์	SO: ยกระดับคุณภาพการแพทย์องค์รวม	ST: พัฒนาความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มุ่งสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกในกลุ่มโรค NCDs / SMI-V / High risk pregnancy	WO: พัฒนาระบบบริหารยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และการบริหารจัดการ มุ่งสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องประชาชนไว้วางใจ	WT: ปฏิรูประบบบริหารจัดการการเงินการคลังให้มีประสิทธิภาพ
Roadmap	**Roadmap 1:** กลุ่มโรควิกฤตฉุกเฉิน **Roadmap 2:** กลุ่มโรคเรื้อรังและโรคติดเชื้อ **Roadmap 3:** กลุ่มโรคสูติกรรม **Roadmap 4:** กลุ่มโรคทันตกรรม **Roadmap 5:** บริการแบบผสมผสาน **Roadmap 6:** ระบบงานที่สำคัญ	**Roadmap 7:** ระบบบริการปฐมภูมิ **Roadmap 8:** สร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก	**Roadmap 9:** การนำองค์กร (HA 1) **Roadmap 10:** ระบบสนับสนุนทรัพยากรการบริหาร **Roadmap 11:** ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศดิจิทัล **Roadmap 12:** ระบบบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล	

เส้นทางสู่ความสำเร็จ โรงพยาบาลกุยบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

คำสำคัญ / พันธกิจ / ยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	Roadmap / วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์
ดูแลสุขภาพองค์รวม **M1: พัฒนาระบบบริการการแพทย์องค์รวมที่มีคุณภาพ** **SO: ยกระดับคุณภาพการแพทย์องค์รวม**	ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต	**Roadmap 1: กลุ่มโรควิกฤตฉุกเฉิน** 1. TBI 2. Multiple Injury 3. Stroke 4. STEMI 5. Sepsis **Roadmap 2: กลุ่มโรคเรื้อรังและโรคติดเชื้อ** 1. DM 2. HT 3. CKD 4. Cataract **Roadmap 3: กลุ่มโรคสูติกรรม** 1. High Risk Pregnancy (บูรณาการร่วมกับ R8) 2. ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด 2.1. Preterm 2.2. PPH 2.3. PIH 2.4. GDM **Roadmap 4: กลุ่มโรคทันตกรรม** 1. ฟันน้ำนมผุในเด็ก 0-3 ปี 2. ฟันแท้ผุในเด็ก 6-12 ปี 3. ฟันคู่สบในผู้สูงอายุ

คำสำคัญ / พันธกิจ / ยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	Roadmap / วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์
		4. วัยทำงานเข้าถึงบริการทันตกรรม 5. ทันตกรรมเฉพาะทาง 5.1. รากฟันเทียม 5.2. รักษารากฟัน 5.3. ฟันปลอม 5.4. รักษาฟันเด็ก **Roadmap 5: บริการแบบผสมผสาน** 1.กายภาพบำบัด 2.การแพทย์แผนไทย 3.โภชนศาสตร์ **Roadmap 6: ระบบงานที่สำคัญ** 1. RSQ 2. MSO 3. NSO 4. ENV 5. IC 6. IM 7. PTC 8. Lab+Blood 9. รังสี+เครื่องมือพิเศษฯ
โรงพยาบาลชุมชน **M2: พัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ** **ST: พัฒนาความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการจัดบริการ**	- ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพใกล้บ้านใกล้ใจ - ลดอัตราป่วยรายใหม่ในกลุ่มโรค NCDs / SMI-V / high risk pregnancy	**Roadmap 7: ระบบบริการปฐมภูมิ** 1. คลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว 2. ศูนย์ชีวาภิบาล 2.1 ศูนย์สุขภาพผู้สูงอายุ 2.2 ศูนย์ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

คำสำคัญ / พันธกิจ / ยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	Roadmap / วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์
สุขภาพระดับปฐมภูมิ มุ่งสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกในกลุ่มโรค NCDs / SMI-V /High risk pregnancy		2.3 ศูนย์กุฎีชีวาภิบาล 2.4 ระบบ long term care **Roadmap 8: สร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก** **1. ลดอัตราป่วยรายใหม่** 1.1 NCDs 1.2 จิตเวชและยาเสพติด 1.2.1 ซึมเศร้า 1.2.2 จิตเภท 1.2.3 สารเสพติด SIM-V 1.2.4 จิตเวชเด็ก 1.2.5 จิตเวชวัยรุ่น 1.3 High risk pregnancy **2. ภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง** 2.1 อสม. 2.2 อสค. / ผู้ดูแล /นักบริบาล 2.3 แกนนำสุขภาพในชุมชน (กำนัน / ผญบ. /ฯลฯ) 2.4 พชอ. / ศปถ. / พชต.
คุณภาพ **M3: พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง** **M4: พัฒนาระบบบริการสุขภาพด้วยหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์** **WO: พัฒนาระบบบริหารยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์การสาธารณสุข และ**	- โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง - ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ	**Roadmap 9: การนำองค์กร (HA 1)** 1. การนำ 2. การบริหารยุทธศาสตร์ 3. การมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน 4. การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้ 5. การมุ้งเน้นทรัพยากรบุคคล 6. การจัดกระบวนการ 7. ผลลัพธ์

คำสำคัญ / พันธกิจ / ยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	Roadmap / วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์
การบริหารจัดการ มุ่งสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ประชาชนไว้วางใจ **WT: ปฏิรูประบบบริหารจัดการการเงินการคลังให้มีประสิทธิภาพ**		**Roadmap 10: ระบบสนับสนุนทรัพยากรการบริหาร** 1. ธุรการ 2. ยานพาหนะ 3. การเงิน 4. บัญชี 5. พัสดุ 6. ซ่อมบำรุง **Roadmap 11: รพ.กุยบุรีดิจิทัล** 1. HAIT มาตรฐาน 7 หมวด วิเคราะห์ปัญหา 2. Health cloud system 3. ศูนย์สารสนเทศสุขภาพดิจิทัล **Roadmap 12: ระบบบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล** 1. ระบบควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง 2. ประสิทธิภาพในการจัดเก็บรายได้ 3. ประสิทธิภาพในการหารายได้เพิ่มพิเศษ 4. ประสิทธิภาพในการบริหารรายจ่าย 5. ประสิทธิภาพในการบริหารต้นทุน

ตารางกำหนดวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย KPI & OKRs และแผนยุทธศาสตร์ ระยะ 5 ปี ด้วยวิธี Project based

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพองค์รวม ประชาชนไว้วางใจ

พันธกิจที่ M1: พัฒนาระบบบริการการแพทย์องค์รวมที่มีคุณภาพ

ยุทธศาสตร์ ☐SO: ยกระดับคุณภาพการแพทย์องค์รวม

Roadmap 1: กลุ่มโรควิกฤตฉุกเฉิน

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์: ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต						
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based				
		2568	2569	2570	2571	2572
1. TBI: ลดอัตราการเสียชีวิต 1.1 กลุ่มเสี่ยง (วัยรุ่นและวัยทำงาน) ขับขี่ปลอดภัย (สวมหมวก / ไม่เมา) เพิ่มขึ้น 1.2 จุดเสี่ยงซ้ำทั้งถนนสายหลักและสายรองได้รับการแก้ไขจำนวน 4 จุด - แยกดอนกลาง (สายหลัก) - แยกบ้านบน (สายหลัก) - แยกสำโหรง (สายหลัก) - แยกโรงกาแฟ (สายรอง)	**KPI :1 อัตราผู้บาดเจ็บ TBI เสียชีวิตน้อยกว่าร้อยละ 25** OKRs 1.1 อัตรากลุ่มเสี่ยง (วัยรุ่นและวัยทำงาน) ขับขี่ MCA ปลอดภัย (สวมหมวก / ไม่เมา) ร้อยละ 80 1.2 จุดเสี่ยงซ้ำทั้งถนนสายหลักและสายรองได้รับการแก้ไขจำนวน 4 จุด - แยกดอนกลาง (สายหลัก) - แยกบ้านบน (สายหลัก) - แยกสำโหรง (สายหลัก) - แยกโรงกาแฟ (สายรอง)	อำเภอลดอุบัติเหตุทางถนน 1. ศปถ. / พชอ. ขับเคลื่อนนโยบาย 2. รณรงค์ขับขี่ปลอดภัย 3. Excellent Fast track trauma		อำเภอต้นแบบในการลดอุบัติเหตุทางถนนโซนใต้ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์		อำเภอต้นแบบในการลดอุบัติเหตุทางถนนจังหวัดประจวบคีรีขันธ์

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์: ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต						
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**				
		2568	**2569**	**2570**	**2571**	**2572**
1.3 หน่วยกู้ชีพพื้นฐานนำส่งผู้บาดเจ็บอย่างมีคุณภาพ 1.4 ไม่พบอุบัติการณ์ EWS TBI ล่าช้า 1.5 ไม่พบอุบัติการณ์ EWS TBI ผิดพลาด 1.6 ไม่พบอุบัติการณ์สำรองเลือดไม่เพียงพอ 1.7 ไม่พบอุบัติการณ์การวินิจฉัย TBI ล่าช้า 1.8 ไม่พบอุบัติการณ์การวินิจฉัย TBI ผิดพลาด	1.3 อัตราหน่วยกู้ชีพพื้นฐานนำส่งผู้บาดเจ็บอย่างมีคุณภาพ ร้อยละ 80 1.4 อุบัติการณ์ EWS TBI ล่าช้า = 0 1.5 อุบัติการณ์ EWS TBI ผิดพลาด = 0 1.6 อุบัติการณ์สำรองเลือดไม่เพียงพอ = 0 1.7 อุบัติการณ์การวินิจฉัย TBI ล่าช้า = 0 1.8 อุบัติการณ์การวินิจฉัย TBI ผิดพลาด = 0					
2. Multiple Injury: ลดอัตราการเสียชีวิต 2.1 กลุ่มเสี่ยง (วัยรุ่นและวัยทำงาน) ขับขี่ปลอดภัย (สวมหมวก / ไม่เมา) เพิ่มขึ้น 2.2 จุดเสี่ยงซ้ำทั้งถนนสายหลักและสายรองได้รับการแก้ไขจำนวน 4 จุด - แยกดอนกลาง (สายหลัก)	**KPI :2 อัตราผู้บาดเจ็บ Multiple injury เสียชีวิตร้อยละ 0** OKRs 2.1 อัตรากลุ่มเสี่ยง (วัยรุ่นและวัยทำงาน) ขับขี่ปลอดภัย (สวมหมวก / ไม่เมา) ร้อยละ 80 2.2 จุดเสี่ยงซ้ำทั้งถนนสายหลักและสายรองได้รับการแก้ไขจำนวน 4 จุด - แยกดอนกลาง (สายหลัก)					

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์: ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต						
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**				
		2568	**2569**	**2570**	**2571**	**2572**
- แยกบ้านบน (สายหลัก) - แยกสำโหรง (สายหลัก) - แยกโรงกาแฟ (สายรอง) 2.3 หน่วยกู้ชีพพื้นฐานนำส่งผู้บาดเจ็บอย่างมีคุณภาพ 2.4 ไม่พบอุบัติการณ์ EWS Multiple Injury ล่าช้า 2.5 ไม่พบอุบัติการณ์ EWS Multiple Injury ผิดพลาด 2.6 ไม่พบอุบัติการณ์สำรองเลือดไม่เพียงพอ 2.7 ไม่พบอุบัติการณ์การวินิจฉัย Multiple Injury ล่าช้า 2.8 ไม่พบอุบัติการณ์การวินิจฉัย Multiple Injury ผิดพลาด	- แยกบ้านบน (สายหลัก) - แยกสำโหรง (สายหลัก) - แยกโรงกาแฟ (สายรอง) 2.3 อัตราหน่วยกู้ชีพพื้นฐานนำส่งผู้บาดเจ็บอย่างมีคุณภาพร้อยละ 80 2.4 อุบัติการณ์ EWS Multiple Injury ล่าช้า = 0 2.5 อุบัติการณ์ EWS Multiple Injury ผิดพลาด = 0 2.6 อุบัติการณ์สำรองเลือดไม่เพียงพอ = 0 2.7 อุบัติการณ์การวินิจฉัย Multiple Injury ล่าช้า = 0 2.8 อุบัติการณ์การวินิจฉัย Multiple Injury ผิดพลาด = 0					
3. Stroke: ลดอัตราการเสียชีวิต	KPI :3 อัตราผู้ป่วย Stroke เสียชีวิตน้อยกว่าร้อยละ 5 (7%) OKRs	Excellent Stroke Fast track 1. Pre-hospital 2. ER (CT scan)		Stroke Unit 4 เตียง		Excellent Stroke management โซนใต้ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์: ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต						
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**				
		2568	**2569**	**2570**	**2571**	**2572**
3.1 กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย Stroke เข้าถึงบริการทางการแพทย์ตั้งแต่เริ่มมีอาการภายในเวลา 3 ชั่วโมงเพิ่มขึ้น 3.2 ไม่พบอุบัติการณ์ EWS Stroke ล่าช้า 3.3 ไม่พบอุบัติการณ์ EWS Stroke ผิดพลาด 3.4 ไม่พบอุบัติการณ์วินิจฉัย Stroke ล่าช้า	3.1 อัตรากลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย Stroke เข้าถึงบริการทางการแพทย์ตั้งแต่เริ่มมีอาการภายในเวลา 3 ชั่วโมงร้อยละ 50 (≥50%) 3.2 อุบัติการณ์ EWS Stroke ล่าช้า = 0 3.3 อุบัติการณ์ EWS Stroke ผิดพลาด = 0 3.4 อุบัติการณ์วินิจฉัย Stroke ล่าช้า = 0					
4. STEMI: ลดอัตราการเสียชีวิต 4.1 กลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการทางการแพทย์ตั้งแต่เริ่มมีอาการภายในเวลา 60 นาที เพิ่มขึ้น 4.2 ไม่พบอุบัติการณ์ EWS STEMI ล่าช้า 4.3 ไม่พบอุบัติการณ์ EWS STEMI ผิดพลาด 4.4 ไม่พบอุบัติการณ์การทำ EKG ล่าช้า เกิน 10 นาที	**KPI :4 อัตราผู้ป่วย STEMI เสียชีวิตน้อยกว่าร้อยละ 5 (8%)** OKRs 4.1 อัตรากลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการทางการแพทย์ตั้งแต่เริ่มมีอาการภายในเวลา 60 นาที ร้อยละ 60 4.2 อุบัติการณ์ EWS STEMI ล่าช้า = 0 4.3 อุบัติการณ์ EWS STEMI ผิดพลาด = 0 4.4 อุบัติการณ์ การทำ EKG ล่าช้า เกิน 10 นาที = 0	Excellent STEMI Fast track 1.Pre-hospital 2. ER / OPD (EWS / EKG / วินิจฉัย)	Excellent STEMI Management	Excellent STEMI management โซนใต้ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์		

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์: ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต						
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**				
		2568	**2569**	**2570**	**2571**	**2572**
4.5 ไม่พบอุบัติการณ์การวินิจฉัย STEMI ล่าช้า 4.6 ไม่พบอุบัติการณ์การวินิจฉัย STEMI ผิดพลาด	4.5 อุบัติการณ์การวินิจฉัย STEMI ล่าช้า = 0 4.6 อุบัติการณ์การวินิจฉัย STEMI ผิดพลาด = 0					
5. Sepsis: ลดอัตราการเสียชีวิต 5.1 กลุ่มเสี่ยงและผู้ดูแล Sepsis (ผู้สูงอายุ / ผู้ป่วยติดเตียง /DM poor control / ฯลฯ) ได้รับทักษะ SIRS / SOS score ทุกราย 5.2 ไม่พบอุบัติการณ์ EWS Sepsis ล่าช้า ใน OPD ER 5.3 ไม่พบอุบัติการณ์ EWS Sepsis ผิดพลาด ใน OPD / ER 5.4 ไม่พบอุบัติการณ์ EWS Sepsis ซ้ำล่าช้า ใน IPD 5.5 ไม่พบอุบัติการณ์วินิจฉัย Sepsis ล่าช้า 5.6 ไม่พบอุบัติการณ์วินิจฉัย Sepsis ผิดพลาด	**KPI :5 อัตราผู้ป่วย sepsis เสียชีวิตน้อยกว่าร้อยละ 5 (< 26%)** OKRs 5.1 อัตรากลุ่มเสี่ยงและผู้ดูแล Sepsis (ผู้สูงอายุ / ผู้ป่วยติดเตียง / DM poor control / ฯลฯ) ได้รับทักษะ SIRS / SOS score ร้อยละ100 5.2 อุบัติการณ์ EWS Sepsis ล่าช้าใน OPD / ER = 0 5.3 อุบัติการณ์ EWS Sepsis ผิดพลาด ใน OPD / ER = 0 5.4 อุบัติการณ์ EWS Sepsis ซ้ำล่าช้าใน IPD = 0 5.5 อุบัติการณ์วินิจฉัย Sepsis ล่าช้า = 0 5.6 อุบัติการณ์วินิจฉัย Sepsis ผิดพลาด = 0	Excellent Sepsis Fast track 1. Pre / Post-hospital (SIRS / SOS score / D / C plan) 2. OPD / ER / IPD (EWS / วินิจฉัย)	Excellent Sepsis Management	Excellent Sepsis management โซนใต้ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์		

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพองค์รวม ประชาชนไว้วางใจ

พันธกิจที่ M1: พัฒนาระบบบริการการแพทย์องค์รวมที่มีคุณภาพ

ยุทธศาสตร์ ☐SO: ยกระดับคุณภาพการแพทย์องค์รวม

Roadmap 2: กลุ่มโรคเรื้อรังและโรคติดเชื้อ

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์: ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based				
		2568	2569	2570	2571	2572
1. DM: ลดอัตราเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน (DKA / hypoglycemia / DR / CKD / DM foot / STROKE /STEMI) 1.1 ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาล HbA1c <7 % เพิ่มขึ้น 1.1.1 ผู้ป่วย DM ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี ได้รับการติดตามเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบเข้มข้น (Life style modification) เพิ่มขึ้น 1.2 ลดอัตราผู้ป่วย DM เป็น DKA	**KPI :1 อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน (DKA /hypoglycemia /DR /CKD / DM foot / STROKE / STEMI) ลดลงร้อยละ 2** OKRs 1.1 อัตราผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาล HbA1c <7 % เพิ่มขึ้นร้อยละ40 1.1.1 อัตราผู้ป่วย DM ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี ได้รับการติดตามเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบเข้มข้น (Life style modification) ร้อยละ 2 1.2 อัตราผู้ป่วย DM เป็น DKA ลดลง ร้อยละ 2	Excellent NCDs CUP Clinic (DM / HT /CKD) 1. Life style modification Program 2. telemedicine 3. Remission Clinic (DM / HT)		Excellent NCDs CUP Clinic management (DM / HT / CKD) โซนใต้ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์		Excellent NCDs CUP Clinic management (DM / HT / CKD) จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์: ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต						
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**				
		2568	**2569**	**2570**	**2571**	**2572**
1.2.1 ผู้ป่วย DM ที่ขาดยาได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องทุกราย	1.2.1 อัตราผู้ป่วย DM ที่ขาดยาได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ100					
1.2.2 ผู้ป่วย DM ที่มีภาวะติดเชื้อรุนแรง/ติดสุราเรื้อรัง /ฯลฯ ได้รับการติดตามรักษาอย่างต่อเนื่องทุกราย	1.2.2 อัตราผู้ป่วย DM ที่มีภาวะติดเชื้อรุนแรง / ติดสุราเรื้อรัง /ฯลฯ ได้รับการติดตามรักษาอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ100					
1.3 ลดอัตราผู้ป่วย DM มีภาวะ Hypoglycemia coma	1.3 อัตราผู้ป่วย DM ที่มีภาวะ Hypoglycemia coma ลดลงร้อยละ 2					
1.3.1 ผู้ป่วย DM ที่ฉีดยาอินซูลิน ได้รับการติดตามบริหารยาทุกราย	1.3.1 อัตราผู้ป่วย DM ที่ฉีดยาอินซูลิน ได้รับการติดตามบริหารยา ร้อยละ100					
1.3.2 ผู้ป่วย DM ที่นอนรักษาใน รพ. ได้รับการติดตามบริหารยาทุกราย	1.3.2 อัตราผู้ป่วย DM ที่นอนรักษาใน รพ. ได้รับการติดตามบริหารยา ร้อยละ 100					
1.4 ลดอัตราผู้ป่วย DM เป็น DR	1.4 อัตราผู้ป่วย DM เป็น DR ลดลง ร้อยละ 60					
1.4.1 ผู้ป่วย DM ได้รับการคัดกรอง DR เพิ่มขึ้น	1.4.1 อัตราผู้ป่วย DM ได้รับการคัดกรอง DR ร้อยละ 2					
1.4.2 ผู้ป่วย DM ที่มีภาวะแทรกซ้อน ระดับ mild และ moderate ได้รับการติดตามเข้ารับ	1.4.2 อัตราผู้ป่วย DM ที่มีภาวะแทรกซ้อน ระดับ mild และ moderate ได้รับการ					

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์: ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต						
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**				
		2568	**2569**	**2570**	**2571**	**2572**
การรักษาอย่างต่อเนื่องทุกราย 1.4.3 ผู้ป่วย DM ที่มีภาวะแทรกซ้อนระดับ severe ได้รับการส่งต่อพบจักษุแพทย์ทุกราย 1.5 ลดอัตราผู้ป่วย DM เป็น DM foot 1.5.1 ผู้ป่วย DM ได้รับการคัดกรอง DM foot เพิ่มขึ้น 1.5.2 ผู้ป่วย DM ที่มีภาวะแทรกซ้อน ทางตา ไต และเท้า ได้รับการติดตามเข้ารับการรักษาต่อเนื่องทุกราย 1.5.3 ผู้ป่วย DM ที่เป็นแผลที่เท้าได้รับการส่งต่อรักษากับศัลยแพทย์ทุกราย 1.6 ลดอัตราผู้ป่วย DM เป็น CKD 1.6.1 ผู้ป่วย DM ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไตเพิ่มมากขึ้น	ติดตามเข้ารับการรักษา ร้อยละ 100 1.4.3 อัตราผู้ป่วย DM ที่มีภาวะแทรกซ้อนระดับ severe ได้รับการส่งต่อพบจักษุแพทย์ ร้อยละ 100 1.5 อัตราผู้ป่วย DM เป็น DM foot ร้อยละ 2 1.5.1 อัตราผู้ป่วย DM ได้รับการคัดกรอง DM foot ร้อยละ 60 1.5.2 อัตราผู้ป่วย DM ที่มีภาวะแทรกซ้อนทาง ตา ไต และเท้า ได้รับการติดตามเข้ารับการรักษา ร้อยละ 100 1.5.3 อัตราผู้ป่วย DM ที่เป็นแผลที่เท้าได้รับการส่งต่อรักษากับศัลยแพทย์ ร้อยละ100 1.6 อัตราผู้ป่วย DM เป็น CKD ลดลง ร้อยละ 2 1.6.1 อัตราผู้ป่วย DM ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 60					

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์: ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต						
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**				
		2568	**2569**	**2570**	**2571**	**2572**
1.6.2 ผู้ป่วย DM ที่ตรวจพบภาวะไตเรื้อรังได้รับการติดตามได้รับการตรวจซ้ำทุก 3 เดือน ทุกราย	1.6.2 อัตราผู้ป่วย DM ที่ตรวจพบภาวะไตเรื้อรังได้รับการติดตามได้รับการตรวจซ้ำทุก 3 เดือน ร้อยละ 100					
1.6.3 ผู้ป่วย DM ที่เป็น CKD Stage 3b ได้รับการส่งต่ออายุรแพทย์ทุกราย	1.6.3 อัตราผู้ป่วย DM ที่เป็น CKD Stage 3b ได้รับการส่งต่ออายุรแพทย์ ร้อยละ100					
1.7 ลดอัตราผู้ป่วย DM เป็น STROKE / STEMI	1.7 อัตราผู้ป่วย DM เป็น STROKE/ STEMI ลดลง ร้อยละ 2					
1.7.1 ผู้ป่วย DM ในคลินิก NCDs ที่ควบคุมโรคได้ดี ได้รับการคัดกรอง CVD risk ทุกราย	1.7.1 อัตราผู้ป่วย DM ในคลินิก NCDs ที่ควบคุมโรคได้ดี ได้รับการคัดกรอง CVD risk ร้อยละ 100					
1.7.2 ผู้ป่วย DM ที่มี CVD risk > 20 % ได้รับการติดตาม เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและมี CVD risk ลดลง มีจำนวนเพิ่มขึ้น	1.7.2 อัตราผู้ป่วย DM ที่มี CVD risk > 20% ได้รับการติดตามเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและมี CVD risk ลดลง ร้อยละ 50					
1.7.3 ผู้ป่วย DM ที่ควบคุมโรคไม่ดี ได้รับการติดตาม เข้ารับการคัดกรอง CVD risk ทุกราย	1.7.3 อัตราผู้ป่วย DM ที่ควบคุมโรคไม่ดี ได้รับการติดตาม เข้ารับการคัดกรอง CVD risk ร้อยละ 100					

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์: ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต						
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**				
		2568	**2569**	**2570**	**2571**	**2572**
1.7.4 ผู้ป่วย DM ที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี ที่ได้รับการคัดกรอง CVD risk และมี CVD risk > 20 % ได้รับการติดตาม เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและมี CVD risk ลดลง มีจำนวนเพิ่มขึ้น	1.7.4 อัตราผู้ป่วย DM ที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี ที่ได้รับการคัดกรอง CVD risk และมี CVD risk > 20 % ได้รับการติดตาม เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและมี CVD risk ลดลง ร้อยละ 50					
2. HT: ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (Stroke / STEMI / CKD) 2.1 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงคุมระดับ BP < 140/90 mmHg. (ควบคุมโรคได้ดีขึ้น) เพิ่มขึ้น 2.1.1 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีระดับ BP > 140/90 mmHg. (ที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี) ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทุกราย 2.1.2 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรค	**KPI :2 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (Stroke / STEMI / CKD)ลดลง ร้อยละ 2** OKRs 2.1 อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงคุมระดับ BP < 140/90 mmHg . (ควบคุมโรคได้ดีขึ้น) ร้อยละ 50 2.1.1 อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีระดับ BP > 140/90 mmHg. (ที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี) ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร้อยละ 100 2.1.2 อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง					

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์: ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต						
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**				
		2568	**2569**	**2570**	**2571**	**2572**
ได้ไม่ดี ที่ปฏิเสธการรักษา ได้รับการติดตามเข้ารับการรักษาทุกราย	ที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี ที่ปฏิเสธการรักษา ได้รับการติดตามเข้ารับการรักษา ร้อยละ100					
2.2 ลดอัตราผู้ป่วย HT เป็น CKD	2.2 อัตราผู้ป่วย HT เป็น CKD ลดลง ร้อยละ 2					
2.2.1 อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไตเพิ่มขึ้น	2.2.1 อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 100					
2.2.2 ผู้ป่วย HT ที่เป็น CKD Stage 3b ได้รับการส่งต่ออายุรแพทย์ทุกราย	2.2.2 อัตราผู้ป่วย HT ที่เป็น CKD Stage 3b ได้รับการส่งต่ออายุรแพทย์ ร้อยละ 100					
2.3 ลดอัตราผู้ป่วย HT เป็น STROKE/ STEMI	2.3 อัตราผู้ป่วย HT เป็น STROKE / STEMI ลดลง ร้อยละ 2					
2.3.1 ผู้ป่วย HT ในคลินิก NCDs ที่ควบคุมโรคได้ดี ได้รับการคัดกรอง CVD risk ทุกราย	2.3.1 อัตราผู้ป่วย HT ในคลินิก NCDs ที่ควบคุมโรคได้ดี ได้รับการคัดกรอง CVD risk ร้อยละ 100					
2.3.2 ผู้ป่วย HT ที่มี CVD risk> 20% ได้รับการติดตาม เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	2.3.2 อัตราผู้ป่วย HT ที่มี CVD risk> 20% ได้รับการติดตาม เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ					

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์: ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต						
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**				
		2568	**2569**	**2570**	**2571**	**2572**
สุขภาพและมี CVD risk ลดลง มีจำนวนเพิ่มขึ้น 2.3.3 ผู้ป่วย HT ที่ควบคุมโรคไม่ดี ได้รับการติดตาม เข้ารับการคัดกรอง CVD risk ทุกราย 2.3.4 ผู้ป่วย HT ที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี ที่ได้รับการคัดกรอง CVD risk และมี CVD risk > 20% ได้รับการติดตาม เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและมี CVD risk ลดลง มีจำนวนเพิ่มขึ้น	และมี CVD risk ลดลง ร้อยละ 50 2.3.3 อัตราผู้ป่วย HT ที่ควบคุมโรคไม่ดี ได้รับการติดตาม เข้ารับการคัดกรอง CVD risk ร้อยละ 100 2.3.4 อัตราผู้ป่วย HT ที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี ที่ได้รับการคัดกรอง CVD risk และมี CVD risk > 20% ได้รับการติดตาม เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและมี CVD risk ลดลง ร้อยละ 50					
3. CKD: ลดอัตราการเกิด ESRD รายใหม่ 3.1 ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลง eGFR < 5ml/min/1.73m^2/yr. ได้เพิ่มขึ้น 3.2 ผู้ป่วย CKD stage 1-4 ได้รับยา ACE I/ ARB เพิ่มขึ้น	**KPI :3 อัตราการเกิด ESRD รายใหม่ ลดลง ร้อยละ 10** OKRs 3.1 อัตราผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลง eGFR < 5ml/min/1.73m^2/yr. ร้อยละ 66 3.2 อัตราผู้ป่วย CKD stage 1-4 ได้รับยา ACEI / ARB ร้อยละ 60					

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์: ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต						
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**				
		2568	**2569**	**2570**	**2571**	**2572**
4. Cataract: ลดภาวะพิการ ตาบอดในผู้สูงอายุ 4.1 ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปได้รับการตรวจคัดกรอง Cataract ทุกราย 4.2 ผู้สูงอายุโรคตาต้อกระจกชนิดเลือนราง (Sever Low Vision) ได้รับการส่งต่อพบจักษุแพทย์ทุกราย 4.3 ผู้ป่วยโรคตาต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัด ภายใน 30 วันทุกราย 4.4 ผู้ป่วยโรคตาต้อกระจกที่ปฏิเสธการรักษาได้รับการติดตามเข้ารับการรักษาต่อเนื่องทุกราย	**KPI :4 อัตราผู้ป่วยสูงอายุ Cataract เกิดภาวะพิการตาบอดลดลง ร้อยละ 5** OKRs 4.1 อัตราผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปได้รับการตรวจคัดกรอง Cataract ร้อยละ100 4.2 อัตราผู้สูงอายุโรคตาต้อกระจกชนิดเลือนราง (Sever Low Vision) ได้รับการส่งต่อพบจักษุแพทย์ ร้อยละ 100 4.3 อัตราผู้ป่วยโรคตาต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัด ภายใน 30 วัน ร้อยละ 100 4.4 อัตราผู้ป่วยโรคตาต้อกระจกที่ปฏิเสธการรักษาได้รับการติดตามเข้ารับการรักษา ร้อยละ 100	Excellent Cataract CUP Clinic		Excellent Cataract CUP Clinic โซนใต้ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์		Excellent Cataract CUP Clinic จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพองค์รวม ประชาชนไว้วางใจ

พันธกิจที่ M1: พัฒนาระบบบริการการแพทย์องค์รวมที่มีคุณภาพ

ยุทธศาสตร์ ☐ SO: ยกระดับคุณภาพการแพทย์องค์รวม

Roadmap 3: กลุ่มโรคสูติกรรม

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based				
		2568	2569	2570	2571	2572
1. High Risk Pregnancy, ไม่พบอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด (Pre-term / PPH / PIH) 1.1 หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์เพิ่มขึ้น 1.1.1 อายุน้อยกว่า 20 ปี 1.1.2 อายุ 20-34 ปี 1.1.3 อายุ 35 ปีขึ้นไป 1.2 หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ 8 ครั้งเพิ่มขึ้น 1.3 หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงได้เข้ารับการรักษากับสูติแพทย์ทุกราย 1.4 ไม่พบอุบัติการณ์ EWS (Pre-term / PPH / PIH) ผิดพลาด	**KPI :1อุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด (Pre-term / PPH / PIH) เท่ากับ 0** OKRs 1.1 หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 75 1.1.1 อายุน้อยกว่า 20 ปี 1.1.2 อายุ 20-34 ปี 1.1.3 อายุ 35 ปีขึ้นไป 1.2 หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ 8 ครั้ง ร้อยละ 75 1.3 หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูงได้เข้ารับการรักษากับสูติแพทย์ ร้อยละ 100 1.4 อุบัติการณ์ EWS (Pre-term / PPH / PIH) ผิดพลาด = 0	สูติกรรมคุณภาพ 1. ANC สัญจร รพ.สต. 11 แห่ง 2. High Risk Pregnancy Clinic 3. LR คุณภาพ 4. PP คุณภาพ	Excellent สูติกรรมคุณภาพ CUP Clinic โซนใต้ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์	Excellent สูติกรรมคุณภาพ CUP Clinic จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต						
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**				
		2568	**2569**	**2570**	**2571**	**2572**
1.5 ไม่พบอุบัติการณ์วินิจฉัย (Pre-term /PPH/PIH) ผิดพลาด	1.5 อุบัติการณ์วินิจฉัย (Pre-term/PPH/PIH) ผิดพลาด = 0					

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพองค์รวม ประชาชนไว้วางใจ

พันธกิจที่ M1: พัฒนาระบบบริการการแพทย์องค์รวมที่มีคุณภาพ

ยุทธศาสตร์ ☐**SO: ยกระดับคุณภาพการแพทย์องค์รวม**

Roadmap 4: กลุ่มโรคทันตกรรม

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต						
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**				
		2568	**2569**	**2570**	**2571**	**2572**
1. ฟันน้ำนมผุในเด็ก 0-3 ปี: ลดอัตราการเกิดฟันน้ำนมผุ 1.1 เด็กอายุ 0-3 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้น 1.2 ผู้ปกครองเด็กอายุ 0-3 ปีได้รับการฝึกแปรงฟันแบบปฏิบัติและ plaque control เพิ่มขึ้น	**KPI :1 อัตราเด็ก 0-3 ปี ปราศจากฟันผุ (Caries Free) ลดลง ร้อยละ 75** OKRs 1.1 เด็กอายุ 0-3 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 70 1.2 ผู้ปกครองเด็กอายุ 0-3 ปีได้รับการฝึกแปรงฟันแบบปฏิบัติและ plaque control ร้อยละ 70	WBC ต้นแบบด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก		ตำบลต้นแบบด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก WBC		

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต						
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**				
		2568	**2569**	**2570**	**2571**	**2572**
1.3 เด็กอายุ 0-3 ปีได้รับการเคลือบทาฟลูออไรด์เฉพาะที่เพิ่มขึ้น	1.3 เด็กอายุ 0-3 ปีได้รับการเคลือบทาฟลูออไรด์เฉพาะที่ ร้อยละ 50					อำเภอต้นแบบด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
2. ฟันแท้ผุในเด็ก 6-12 ปี: ลดอัตราฟันแท้ผุ 2.1 เด็กอายุ 6-12 ปีได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก เพิ่มขึ้น 2.2 เด็กอายุ 6-12 ปีได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันแท้ เพิ่มขึ้น	**KPI :2 อัตราเด็ก 6-12 ปี ปราศจากฟันผุ (Caries Free) ลดลง ร้อยละ 72** OKRs 2.1 เด็กอายุ 6-12 ปีได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากร้อยละ 70 2.2 เด็กอายุ 6-12 ปีได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันแท้ ร้อยละ 30	โรงเรียนประถมศึกษาต้นแบบด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก		ตำบลต้นแบบด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียน		
3. ฟันคู่สบในผู้สูงอายุ : เพิ่มจำนวนฟันหลังที่ใช้งานได้มากกว่า 4 คู่สบ 3.1 ผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้น 3.2 ผู้สูงอายุได้รับการใส่ฟันเทียม มากกว่า 16 ซี่หรือฟันเทียมทั้งปาก เพิ่มขึ้น	**KPI :3 อัตราผู้สูงอายุที่มีฟันหลัง (แท้หรือเทียม) ใช้งานเหมาะสม (ไม่น้อยกว่า 4 คู่สบ) เพิ่มขึ้น ร้อยละ 64** OKRs 3.1 ผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากร้อยละ 75 3.2 ผู้สูงอายุที่ได้รับใส่ฟันเทียม มากกว่า 16 ซี่หรือฟันเทียมทั้งปาก ร้อยละ 100 (ของเป้าหมาย)	คลินิกฟันเทียมใน รพ.สต.		อำเภอต้นแบบการทำฟันเทียมผู้สูงอายุโซนใต้ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์		

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต						
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**				
		2568	**2569**	**2570**	**2571**	**2572**
4. วัยทำงานเข้าถึงบริการทันตกรรม: เพิ่มการเข้าถึงการรับบริการทันตกรรม	**KPI :4 อัตราการเข้าถึงบริการทันตกรรมของวัยทำงาน เพิ่มขึ้นร้อยละ 25**	หน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ ในรพ.สต.		หน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ในสถานประกอบการ		
5. ทันตกรรมเฉพาะทาง: เพิ่มอัตราการเข้าถึงทันตกรรมเฉพาะทาง 5.1 รากฟันเทียม 5.2 รักษารากฟัน 5.3 ฟันปลอม 5.4 รักษาฟันเด็ก 5.5 ศัลยกรรมช่องปาก	**KPI :5 อัตราการให้บริการทันตกรรมเฉพาะทาง ร้อยละ5** OKRs 5.1 รากฟันเทียม ร้อยละ 5 5.2 รักษารากฟัน ร้อยละ 5 5.3 ฟันปลอม ร้อยละ 5 5.4 รักษาฟันเด็ก ร้อยละ 5 5.5 ศัลยกรรมช่องปาก ร้อยละ 5	คลินิกทันตกรรม 1. รากฟันเทียม 2. รักษารากฟัน		คลินิกทันตกรรม 1. ฟันปลอม 2. รักษาฟันเด็ก 3. ศัลยกรรมช่องปาก		ศูนย์ทันตกรรมเฉพาะทาง อำเภอกุยบุรี

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพองค์รวม ประชาชนไว้วางใจ

พันธกิจที่ M1: พัฒนาระบบบริการการแพทย์องค์รวมที่มีคุณภาพ

ยุทธศาสตร์ ☐SO: ยกระดับคุณภาพการแพทย์องค์รวม

Roadmap 5: บริการแบบผสมผสาน

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based				
		2568	2569	2570	2571	2572
1. กายภาพบำบัด: ผู้ป่วย IMC 4 กลุ่มโรค (Stroke ,TBI, SCI, Hip Fracture) ที่ได้รับการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดมีค่า BI ดีขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับ เพิ่มขึ้น 1.1 ผู้ป่วย Stroke ได้รับการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดมีค่า BI ดีขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับ เพิ่มขึ้น 1.2 ผู้ป่วย TBI ได้รับการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดมีค่า BI ดีขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับ เพิ่มขึ้น 1.3 ผู้ป่วย SCIได้รับการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดมีค่า BI ดีขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับ เพิ่มขึ้น 1.4 ผู้ป่วย Hip Fracture ได้รับการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดมีค่า BI	**KPI :1 ผู้ป่วย IMC 4 กลุ่มโรค (Stroke, TBI, SCI, Hip Fracture) ที่ได้รับการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดมีค่า BI ดีขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับ ร้อยละ 80** OKRs 1.1 ผู้ป่วย Stroke ได้รับการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดมีค่า BI ดีขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับ ร้อยละ 80 1.2 ผู้ป่วย TBI ได้รับการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดมีค่า BI ดีขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับร้อยละ 80 1.3 ผู้ป่วย SCI ได้รับการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดมีค่า BI ดีขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับ ร้อยละ 80 1.4 ผู้ป่วย Hip Fracture ได้รับการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดมีค่า BI	คลินิกกายภาพบำบัด		ศูนย์บริการแบบผสมผสาน โซนใต้ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ 1. กายภาพบำบัด 2. แพทย์แผนไทย 3. โภชนศาสตร์	ศูนย์บริการแบบผสมผสาน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ 1. กายภาพบำบัด 2. แพทย์แผนไทย 3. โภชนศาสตร์

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต						
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**				
		2568	**2569**	**2570**	**2571**	**2572**
ดีขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับ เพิ่มขึ้น	ดีขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับ ร้อยละ 80					
2. แพทย์แผนไทย: ผู้ป่วย NCDs ที่มีข้อบ่งชี้ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย เพิ่มขึ้น 2.1 ผู้ป่วยโรค Stroke ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย เพิ่มขึ้น 2.2 ผู้ป่วยโรค DM ที่มี HbA1c <7% ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย เพิ่มขึ้น 2.3 ผู้ป่วยโรค HT ที่มีความดันโลหิต >140/90 mmHg. ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้น 2.4 ผู้ป่วย CKD Stage 3b ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้น	**KPI :2 อัตราผู้ป่วย NCDs ที่มีข้อบ่งชี้ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย เพิ่มขึ้น ร้อยละ 60** OKRs 2.1 อัตราผู้ป่วยโรค Stroke ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้น ร้อยละ 60 2.2 อัตราผู้ป่วยโรค DM ที่มี HbA1c <7% ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้นร้อยละ 60 2.3 อัตราผู้ป่วยโรค HT ที่มีความดันโลหิต > 140/90 mmHg. ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้นร้อยละ 60 2.4 อัตราผู้ป่วย CKD Stage 3b ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์การแพทย์	คลินิกแพทย์แผนไทย				

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต						
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**				
		2568	**2569**	**2570**	**2571**	**2572**
2.5 ผู้ป่วย CVD risk > 20% ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้น	แผนไทยเพิ่มขึ้น ร้อยละ 60 2.5 อัตราผู้ป่วย CVD risk > 20% ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้นร้อยละ 60					
3. โภชนศาสตร์: ผู้ป่วยNCDs (DM / HT / CKD / CVD risk)และหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง(BMI<18/>25, Hct<33%,PIH /GDM) มีผลลัพธ์จากการดูแลด้วย individual nutrition care plan เพิ่มขึ้น 3.1 ผู้ป่วย DM ที่มี HbA1C > 7% มีผลลัพธ์จากการดูแลด้วย individual nutrition care plan เพิ่มขึ้น 3.2 ผู้ป่วยHT ที่มีระดับ BP > 140/90 mmHg. มีผลลัพธ์จากการดูแลด้วย individual nutrition care plan เพิ่มขึ้น	**KPI :3 อัตราผู้ป่วย NCDs (DM / HT / CKD /CVD risk) และหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง (BMI<18/> 25, Hct<33%, PIH / GDM) มีผลลัพธ์จากการดูแลด้วยindividual nutrition care plan ร้อยละ 60** OKRs 3.1 ผู้ป่วย DM ที่มี HbA1C > 7% มีผลลัพธ์จากการดูแลด้วย individual nutrition care plan ร้อยละ 60 3.2 ผู้ป่วย HT ที่มีระดับ BP > 140/90 mmHg. มีผลลัพธ์จากการดูแลด้วย individual nutrition care plan ร้อยละ 60	คลินิกโภชนศาสตร์				

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต						
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**				
		2568	**2569**	**2570**	**2571**	**2572**
3.3 ผู้ป่วย CKD stage 3b ขึ้นไป มีผลลัพธ์จากการดูแลด้วยindividual nutritioncare plan เพิ่มขึ้น 3.4 ผู้ป่วยCVD risk> 20% ขึ้นไป มีผลลัพธ์จากการดูแลด้วยindividual nutritioncare plan เพิ่มขึ้น 3.5 หญิงตั้งครรภ์ที่มีเสี่ยงสูง (BMI<18/>25, Hct<33%, PIH/GDM) มีผลลัพธ์จากการดูแลด้วย individual nutrition care plan เพิ่มขึ้น	3.3 ผู้ป่วย CKD stage 3b ขึ้นไป มีผลลัพธ์จากการดูแลด้วย individual nutrition care plan ร้อยละ 60 3.4 ผู้ป่วยCVD risk> 20% ขึ้นไป มีผลลัพธ์จากการดูแลด้วยindividual nutritioncare plan ร้อยละ 60 3.5 หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง (BMI<18/>25, Hct<33%, PIH/GDM) มีผลลัพธ์จากการดูแลด้วย individual nutrition care plan ร้อยละ 60					

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพองค์รวม ประชาชนไว้วางใจ

พันธกิจที่ M1: พัฒนาระบบบริการการแพทย์องค์รวมที่มีคุณภาพ

ยุทธศาสตร์ ☐SO: ยกระดับคุณภาพการแพทย์องค์รวม

Roadmap 6: ระบบงานที่สำคัญ

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based				
		2568	2569	2570	2571	2572
1. RSQ: ไม่พบอุบัติการความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป 1.1 อัตราความสมบูรณ์ของ risk register & risk profile โรคยุทธศาสตร์และโรคที่สำคัญเพิ่มขึ้น 1.2 ไม่พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระดับ D ขึ้นไป 1.2.1 S: ไม่พบอุบัติการณ์หัตถการผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง และผิดหัตถการ 1.2.2 I: ไม่พบอุบัติการณ์บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน 1.2.3 M: อัตราอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา (Opd / Ipd) ลดลง	**KPI :1 อุบัติการความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป = 0** OKRs 1.1 อัตราความสมบูรณ์ของ risk register & risk profile โรคยุทธศาสตร์และโรคที่สำคัญเพิ่มขึ้น ร้อยละ 80 1.2 อุบัติการณ์ความเสี่ยงในระดับ D ขึ้นไป = 0 1.2.1 อุบัติการณ์หัตถการผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง และผิดหัตถการ = 0 1.2.2 อุบัติการณ์บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน = 0 1.2.3 อัตราอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา (Opd / Ipd) ลดลง ร้อยละ 20 /	RSQ Management 1. risk register & risk profile 2. SIMPLE (9 มาตรฐาน) 3. RCA / CQI (ระดับ E ขึ้นไป) 4. มหกรรม 12 กิจกรรมทุกหน่วยงาน 5. มหกรรม 3P Safety ทุกหน่วยงาน		มหกรรมวัฒนธรรมความปลอดภัยทั่วทั้งองค์กร	มหกรรมวัฒนธรรมความปลอดภัยทั่วทั้งองค์กร

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต						
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**				
		2568	**2569**	**2570**	**2571**	**2572**
/ การให้เลือดผิดคน, ผิดหมู่ลดลง 1.2.4 P: ไม่พบอุบัติการณ์ระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด/ผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม 1.2.5 L: ไม่พบอุบัติการณ์tube เลื่อนหลุดขณะนำส่ง refer 1.2.6 E: ไม่พบอุบัติการณ์ความไม่พร้อมของทีม RRT 1.3 อัตราอุบัติการณ์ความเสี่ยงได้รับการจัดทำ RCA / CQI / R2R ทุกอุบัติการณ์	อัตราการให้เลือดผิดคน, ผิดหมู่ เท่ากับ 0 1.2.4 อุบัติการณ์ระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด /ผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม = 0 1.2.5 อุบัติการณ์ tube เลื่อนหลุดขณะนำส่ง refer = 0 1.2.6 อุบัติการณ์ความไม่พร้อมของทีม RRT = 0 1.3 อัตราอุบัติการณ์ความเสี่ยงได้รับการจัดทำ RCA / CQ I/ R2R ร้อยละ 100					
2. MSO: ไม่พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางการแพทย์ระดับ E ขึ้นไป 2.1 ไม่พบอุบัติการณ์วินิจฉัยล่าช้า 2.2 ไม่พบอุบัติการณ์วินิจฉัยผิดพลาด 2.3 ไม่พบอุบัติการณ์รักษาพยาบาลล่าช้า	**KPI :2 อุบัติการณ์ความเสี่ยงทางการแพทย์ระดับ E ขึ้นไป = 0** OKRs 2.1 อุบัติการณ์การวินิจฉัยล่าช้า = 0 2.2 อุบัติการณ์การวินิจฉัยผิดพลาด = 0 2.3 อุบัติการณ์รักษาพยาบาลล่าช้า = 0					

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต						
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**				
		2568	**2569**	**2570**	**2571**	**2572**
3. NSO: ไม่พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป 3.1 อัตรากำลังหน่วยงานทางการพยาบาลเพียงพอ (ER / OPD) 3.2 บุคลากรทางการพยาบาลมีสมรรถนะเฉพาะโรค (specific competency) 3.3 หน่วยงานทางการพยาบาลได้รับการนิเทศด้านความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรคทางการพยาบาล 3.4 ไม่พบอุบัติการณ์ข้อร้องเรียนทางด้านจริยธรรมทางการพยาบาล	**KPI :3 อุบัติการณ์ความเสี่ยงทางการพยาบาลระดับ E ขึ้นไป = 0** OKRs 3.1 อัตรากำลังหน่วยงานทางการพยาบาล ในหน่วยบริการเพียงพอเหมาะสม (productivity management) ร้อยละ 80 3.2 อัตราบุคลากรทางการพยาบาลมีสมรรถนะเฉพาะ (specific competency) ในโรคยุทธศาสตร์ ร้อยละ 80 3.3 อัตราหน่วยงานทางการพยาบาลได้รับการนิเทศความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรคทางการพยาบาล ร้อยละ 80 3.4 อุบัติการณ์ข้อร้องเรียนทางด้านจริยธรรมของพยาบาล = 0	Nursing RSQ management 1. Productivity (ER / IPD / OPD / LR) 2. Nursing Specific Competency 3. Nursing super vision 4. Nursing ethical management		Nursing RSQ management 1. Productivity (ER / IPD / OPD / LR) 2. Nursing Specific Competency 3. Nursing super vision 4. Nursing ethical management		Nursing RSQ management 1. Productivity (ER / IPD / OPD / LR) 2. Nursing Specific Competency 3. Nursing super vision 4. Nursing ethical management
4. ENV: ระบบ ENV ผ่านเกณฑ์ประเมินมาตราฐาน	**KPI :4 ระบบสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วยและความปลอดภัยผ่าน**	**Safety Env**		**Master Plan Healing Env**		โรงพยาบาล Healing Env โซนใต้ จังหวัด

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต						
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**				
		2568	**2569**	**2570**	**2571**	**2572**
	เกณฑ์ประเมิน มาตราฐาน ร้อยละ 60 4.1 5ส. 4.2 ห้องแยกโรค 4.3 จุดพ่นยาคนไข้ 4.4 พื้นที่บริเวรหน้าห้องบัตร 4.5 โถงพักคอย 4.6 บริเวณที่รับส่งคนไข้ฉุกเฉิน 4.7 กริ่งฉุกเฉิน 4.8 อัคคีภัย ทางหนีไฟ 4.9 การจัดการขยะ 4.10 ฝ่าเพดานผู้ป่วยใน/โรงครัวชำรุด 4.11 ฉากกั้นยูนิตห้องฟัน 4.12 ศูนย์เครื่องมือแพทย์ 4.13 อ่างทิ้งของเสีย 4.14 จุดล้างเปล 4.15 บ่อบำบัดน้ำเสีย (Coliform / E.coli) 4.16 กรองฝุ่นจากเครื่องอบผ้า 4.17 พื้นที่ทำงานห้อง LAB 4.18 ไฟฉุกเฉิน 4.19 ทางลาดทางเชื่อม	4.1 5ส. 4.2 ห้องแยกโรค 4.3 จุดพ่นยาคนไข้ 4.4 พื้นที่บริเวรหน้าห้องบัตร 4.5 ฉากกั้นยูนิตห้องฟัน 4.6 บริเวณที่รับส่งคนไข้ฉุกเฉิน 4.7 กริ่งฉุกเฉิน 4.8 อัคคีภัย ทางหนีไฟ 4.9 การจัดการขยะ 4.10 ฝ่าเพดานผู้ป่วยใน/โรงครัวชำรุด 4.11 โถงพักคอย 4.12 ศูนย์เครื่องมือแพทย์ 4.13 อ่างทิ้งของเสีย 4.14 จุดล้างเปล 4.15 บ่อบำบัดน้ำเสีย (Coliform / E.coli) 4.16 กรองฝุ่นจากเครื่องอบผ้า 4.17 พื้นที่ทำงานห้อง LAB 4.18 ไฟฉุกเฉิน 4.19 ทางลาดทางเชื่อม	4.1 5ส. 4.2 ห้องแยกโรค 4.3 จุดพ่นยาคนไข้ 4.4 บริเวณที่รับส่งคนไข้ฉุกเฉิน 4.5 กริ่งฉุกเฉิน 4.6 อัคคีภัย ทางหนีไฟ 4.7 การจัดการขยะ 4.8 ฝ่าเพดานผู้ป่วยใน/โรงครัวชำรุด 4.9 ฉากกั้นยูนิตห้องฟัน 4.10 ศูนย์เครื่องมือแพทย์ 4.11 อ่างทิ้งของเสีย 4.12 จุดล้างเปล 4.13 บ่อบำบัดน้ำเสีย (Coliform/E.coli) 4.14 กรองฝุ่นจากเครื่องอบผ้า	1. Safety Env 1.1 โถงพักคอย 1.2 พื้นที่บริเวณหน้าห้องบัตร 2. Handy Env 3. Beauty Env	ประจวบคีรีขันธ์

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต						
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**				
		2568	**2569**	**2570**	**2571**	**2572**
4.20 สัตว์ขึ้นบนอาคาร (รังนก/สุนัข/แมว) 4.21 ถังดับเพลิง 4.22 เครื่องดักจับควัน 4.23 รางน้ำฝน 4.24 สายไฟ 4.25 ระบบน้ำประปา 4.26 ระบบจราจร 4.27 ก๊าซทางการแพทย์ 4.28 จุดเก็บถังออกซิเจน 4.29 จุดพักศพ 4.30 ห้องเซิร์ฟเวอร์ 4.31 ที่ตั้งถังแก๊สโรงครัว 4.32 ภูมิสถาปัตย์ 4.33 เครื่องกำเนิดไฟฟ้า	4.20 สัตว์ขึ้นบนอาคาร (รังนก/สุนัข/แมว) 4.21 ถังดับเพลิง 4.22 เครื่องดักจับควัน 4.23 รางน้ำฝน 4.24 สายไฟ 4.25 ระบบน้ำประปา 4.26 ระบบจราจร 4.27 ก๊าซทางการแพทย์ 4.28 จุดเก็บถังออกซิเจน 4.29 จุดพักศพ 4.30 ห้องเซิร์ฟเวอร์ 4.31 ที่ตั้งถังแก๊สโรงครัว 4.32 ภูมิสถาปัตย์ 4.33 เครื่องกำเนิดไฟฟ้า	4.15 พื้นที่ทำงานห้อง LAB 4.16 ไฟฉุกเฉิน 4.17 ทางลาดทางเชื่อม 4.18 สัตว์ขึ้นบนอาคาร (รังนก / สุนัข / แมว) 4.19 ถังดับเพลิง 4.20 เครื่องดักจับควัน 4.21 รางน้ำฝน 4.22 สายไฟ 4.23 ระบบน้ำประปา 4.24 ระบบจราจร 4.25 ก๊าซทางการแพทย์ 4.26 จุดเก็บถังออกซิเจน 4.27 จุดพักศพ 4.28 ห้องเซิร์ฟเวอร์ 4.29 ที่ตั้งถังแก๊สโรงครัว 4.30 ภูมิสถาปัตย์ 4.31 เครื่องกำเนิดไฟฟ้า			

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต						
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**				
		2568	**2569**	**2570**	**2571**	**2572**
5. IC: ลดอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล 5.1 HAP: อัตราการติดเชื้อ HAP น้อยกว่า 0 ต่อ 1,000 วันนอน 5.2 CAUTI: อัตราการติดเชื้อ CAUTI น้อยกว่า 3 ครั้ง ต่อ 1,000 วันนอน วันที่คาสายสวน 5.3 ติดเชื้อดื้อยา: อัตราการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลน้อยกว่า 3 ครั้ง ต่อ 1,000 วันนอน 5.4 แผลกดทับ: อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2 ขึ้นไปเป็น 0	**KPI :5 อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลน้อยกว่า 0.5 ต่อ1,000วันนอน** OKRs 5.1 อัตราการเกิด HAP เป็น 0 ต่อ 1,000 วันนอน 5.2 อัตราการติดเชื้อ CAUTI น้อยกว่า 3 ครั้ง ต่อ 1,000 วันนอนวันที่คาสายสวน 5.3 อัตราการติดเชื้อดื้อยา ในโรงพยาบาลน้อยกว่า 3 ครั้ง ต่อ 1,000 วันนอน 5.4 อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2 ขึ้นไป เป็น 0 (<3ครั้งต่อ1000วันนอน)	IC campaign 1. ทีมลดการติดเชื้อ (IC / ENV / PCT/RSQ) 2. BUNDLE 2.1 HAP 2.2 CAUTI 2.3 ดื้อยา 2.4 แผลกดทับ		โรงพยาบาลปลอดเชื้อโซนใต้ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์		โรงพยาบาลปลอดเชื้อจังหวัดประจวบคีรีขันธ์
6. IM: อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนเพิ่มขึ้น 6.1 อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน (OPD) เพิ่มขึ้น 6.2 อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน (IPD) เพิ่มขึ้น	**KPI :6 อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนร้อยละ 100** OKRs 6.1 อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน (OPD) ร้อยละ 100 6.2 อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน (IPD) ร้อยละ 100	1. ศูนย์เวชระเบียนคุณภาพ 1.1 เวชระเบียนโรคยุทธศาสตร์ 100% 1.2 เวชระเบียนโรคทั่วไป 90% 2. IPD paperless		1. ศูนย์เวชระเบียนคุณภาพ (100%) 2. ใช้ประโยชน์จากความสมบูรณ์ของเวชระเบียน 2.1 claim 2.2 CPG/CNPG		ศูนย์เวชระเบียนคุณภาพ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต						
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**				
		2568	**2569**	**2570**	**2571**	**2572**
				2.3 Trigger tool		
7. PTC: ไม่พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางด้านยา ระดับ E ขึ้นไป 7.1 ลดอัตราความคลาดเคลื่อนทางยา ในแผนกผู้ป่วยนอก 7.2 ลดอัตราความคลาดเคลื่อนทางยา ในแผนกผู้ป่วยใน 7.3 ไม่พบอุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำ 7.4 ไม่พบอุบัติการณ์จากยา HAD 7.5 ไม่พบอุบัติการณ์จ่ายยาหมดอายุ 7.6 การใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุสมผล	**KPI :7 อุบัติการณ์ความเสี่ยงทางด้านยาระดับ E ขึ้นไป = 0** OKRs 7.1 อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา ในแผนกผู้ป่วยนอก น้อยกว่า 10 ต่อ 1,000 ใบสั่งยา 7.2 อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา ในแผนกผู้ป่วยใน น้อยกว่า 10 ต่อ 1,000 วันนอน 7.3 อุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำ = 0 7.4 อุบัติการณ์จากยา HAD =0 7.4.1 warfarin 7.4.2 Magnesium sulfate 7.4.3 Insulin 7.5 อุบัติการณ์จ่ายยาหมดอายุใน LR/IPD = 0 7.6 อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุสมผล	Drug Safety 1. OPD: Prescribing error 2. IPD: Transcribing/Administration error 3. มาตรการ Zero event แพ้ยาซ้ำ 4. ติวเข้ม HAD แพทย์/พยาบาลใหม่ 5. PTC ติวเข้ม RDU (การใช้ ATB) 6. PTC round หน่วยงานการใช้ยา	Drug safety โซนใต้ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์	Drug safety จังหวัดประจวบคีรีขันธ์		

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต						
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**				
		2568	**2569**	**2570**	**2571**	**2572**
	(แผลสด,ท้องเสีย,หญิงคลอด) ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100					
8. Lab+ Blood: ไม่พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางห้องปฏิบัติการที่มีระดับ C ขึ้นไป 8.1 ไม่พบอุบัติการณ์รายงานผลผิดพลาด 8.2 ไม่พบอุบัติการณ์รายงานผลด่วน/ค่าวิกฤตมากกว่า 5 นาที 8.3 ไม่พบอุบัติการณ์การสำรองเลือดไม่เพียงพอ	**KPI :8 อุบัติการณ์ความเสี่ยงทางห้องปฏิบัติการระดับ C ขึ้นไป =0** OKRs 8.1 อุบัติการณ์รายงานผลผิดพลาด = 0 8.2 อุบัติการณ์รายงานผลด่วน/ค่าวิกฤตมากกว่า 5 นาที = 0 8.3 อุบัติการณ์การสำรองเลือดไม่เพียงพอ = 0	1. เครื่องติดฉลาก (Barcode) สำหรับหลอดเก็บเลือด 2. ตรวจวิเคราะห์ Calcium, Magnesium, Phosphorus 3. RLU (Rational Lab Use)	1. ตรวจวิเคราะห์ Thyroid 2. ตรวจวิเคราะห์ Hemoculture		Blood Bank	
9. รังสี+เครื่องมือพิเศษฯ: ไม่พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงในงาน X-Ray สูงกว่าระดับ C 9.1 ไม่พบอุบัติการณ์ส่งภาพผิดคน ผิดอวัยวะ 9.2 ไม่พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยล้มในห้อง X-Ray 9.3 ลดอัตราการถ่ายภาพรังสีซ้ำ	**KPI :9 อุบัติการณ์ความเสี่ยง ที่สูงกว่าระดับ C = 0** OKRs 9.1 อุบัติการณ์ส่งภาพผิดคน ผิดอวัยวะ = 0 9.2 อุบัติการณ์ผู้ป่วยล้มในห้อง X-Ray = 0 9.3 อัตราการถ่ายภาพรังสีซ้ำน้อยกว่าร้อยละ 5	1. Skull 2. Digital x-ray image on cloud และ smart phone 3. AI Chest x-ray 4. CT center	ผ่านมาตรฐานห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย (MOPH)		Smart x-ray	

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพองค์รวม ประชาชนไว้วางใจ

พันธกิจที่ M2: พัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ

ยุทธศาสตร์ ☐ST: พัฒนาความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มุ่งสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกในกลุ่มโรค NCDs / SMI-V /High risk pregnancy

Roadmap 7: ระบบบริการปฐมภูมิ

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์: ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพใกล้บ้านใกล้ใจ ลดอัตราป่วยรายใหม่ในกลุ่มโรค NCDs / SMI-V						
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**				
		2568	**2569**	**2570**	**2571**	**2572**
1. คลินิกหมอครอบครัว: อัตราส่วนผู้ป่วย NCDs ใช้บริการใน OPD ต่อ รพ.สต.	**KPI :1 อัตราส่วนผู้ป่วย NCDs ใช้บริการใน OPD ต่อ รพ.สต เป็น 40:60**	NCDs clinic management 1. ตำบลกุยบุรี (ม.1/7/8) 2. พื้นที่รับผิดชอบ รพ.สต.		PCU รพ.กุยบุรี		อำเภอต้นแบบจัดบริการใกล้บ้าน ใกล้ใจ โซนใต้ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์
2. ศูนย์สุขภาพผู้สูงอายุ: ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิต (ADL) ดีเพิ่มขึ้น 2.1 ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะสุขภาพ 9 ด้านเพิ่มขึ้น 2.2 ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะสุขภาพ 9 ด้านและมีภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพได้รับการดูแลรักษาในคลินิกสุขภาพผู้สูงอายุทุกราย 2.2.1หกล้ม	**KPI :2 ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิต (ADL) ดี ร้อยละ 20** OKRs 2.1 ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะสุขภาพ 9 ด้าน ร้อยละ 100 2.2 ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะสุขภาพ 9 ด้านและมีภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพได้รับการดูแลรักษาในคลินิกสุขภาพผู้สูงอายุทุกราย ร้อยละ 100 2.2.1 หกล้ม ร้อยละ 100	ศูนย์ชีวาภิบาล 1. คลินิกผู้สูงอายุ 2. ศูนย์ดูแลผู้ป่วยประคับประคอง		ศูนย์ชีวาภิบาลต้นแบบระดับจังหวัด		ศูนย์ชีวาภิบาลต้นแบบระดับเขต

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์: ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพใกล้บ้านใกล้ใจ ลดอัตราป่วยรายใหม่ในกลุ่มโรค NCDs / SMI-V						
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**				
		2568	**2569**	**2570**	**2571**	**2572**
2.2.2 สมองเสื่อม 2.3 ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะสุขภาพ 9 ด้านและมีสุขภาพที่ดีได้รับการสร้างเสริมสุขภาพทุกราย 2.4 ผู้สูงอายุที่มีผลการประเมิน 0-11 ได้รับการดูแลในกองทุน long term care	2.2.2 สมองเสื่อม ร้อยละ 100 2.3 ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะสุขภาพ 9 ด้านและมีสุขภาพที่ดีได้รับการสร้างเสริมสุขภาพทุกราย ร้อยละ 100 2.4 ผู้สูงอายุที่มีผลการประเมิน 0-11 ได้รับการดูแลในกองทุน long term care ร้อยละ 95					
3. ผู้ป่วยประคับประคอง: เสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี 3.1 ผู้ป่วยประคับประคองได้รับการ ACP ทุกราย 3.2 ผู้ป่วยประคับประคองที่มีข้อบ่งชี้ได้รับ Opioids ทุกราย 3.3 ชุมชนในอำเภอกุยบุรีเป็นต้นแบบในการดูแลผู้ป่วยประคับประคองอย่างน้อย 1 ชุมชน	**KPI :3 ผู้ป่วยประคับประคอง: เสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี ร้อยละ 100** OKRs 3.1 ผู้ป่วยประคับประคองได้รับการ ACP ร้อยละ 100 3.2 ผู้ป่วยประคับประคองที่มีข้อบ่งชี้ได้รับ Opioids ร้อยละ 100 3.3 ชุมชนในอำเภอกุยบุรีเป็นต้นแบบในการดูแลผู้ป่วยประคับประคองอย่างน้อย 1 ชุมชน					

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพองค์รวม ประชาชนไว้วางใจ

พันธกิจที่ M2: พัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ

ยุทธศาสตร์ ☐ST: พัฒนาความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มุ่งสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกในกลุ่มโรค NCDs / SMI-V / High risk pregnancy

Roadmap 8: สร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพใกล้บ้านใกล้ใจ ลดอัตราป่วยรายใหม่ในกลุ่มโรค NCDs / SMI-V /high risk pregnancy

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based				
		2568	2569	2570	2571	2572
1. DM / HT: ลดอัตราป่วยรายใหม่	**KPI :1 อัตราป่วยรายใหม่ DM ลดลงร้อยละ 5 และ HT ลดลงร้อยละ 2.5**					
	OKRs	ชุมชนต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดโรค DM / HT (2/6 ตำบล)		ตำบลต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดโรค DM / HT (4/6 ตำบล)		อำเภอต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดโรค DM / HT ระดับจังหวัด (6/6 ตำบล)
1.1 ประชาชนได้รับการคัดกรอง DM / HT เพิ่มขึ้น (เน้นกลุ่มที่ไม่ได้รับการคัดกรองมาก่อน)	1.1 ประชาชนได้รับการคัดกรอง DM / HT เพิ่มขึ้น (เน้นกลุ่มที่ไม่ได้รับการคัดกรองมาก่อน) ร้อยละ 90					
1.1.1 อายุ 60 ปีขึ้นไป	1.1.1 อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 90					
1.1.2 อายุ 35-59 ปี	1.1.2 อายุ 35-59 ปี ร้อยละ 90					
1.1.3 อายุ 15-34 ปี	1.1.3 อายุ 15-34 ปี ร้อยละ 90					
1.2 ประชากรกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยเบาหวานเพิ่มขึ้น	1.2 ประชากรกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยเบาหวาน ร้อยละ 72					

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพใกล้บ้านใกล้ใจ ลดอัตราป่วยรายใหม่ในกลุ่มโรค NCDs / SMI-V /high risk pregnancy						
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**				
		2568	**2569**	**2570**	**2571**	**2572**
1.3 กลุ่มเสี่ยง (Pre-DM / HT) ได้รับการติดตามเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (individual modification)เพิ่มขึ้น	1.3 กลุ่มเสี่ยง (Pre-DM / HT) ได้รับการติดตามเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (individual modification) ร้อยละ 70					
2 .จิตเวชและยาเสพติด **2.1 ซึมเศร้า:** ลดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 2.1.1 เพิ่มความครอบคลุมการคัดกรอง 7 กลุ่มเสี่ยงโรคซึมเศร้า (ทางกายเรื้อรัง /ผู้สูงอายุ / ติดสุราเรื้อรัง /ติดสารเสพติด/ผู้มีหลายอาการที่หาสาเหตุไม่ได้/ฯลฯ) (เน้นในกลุ่มที่ไม่เคยได้รับการคัดกรองมาก่อน) 2.1.2 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น 2.1.3 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ขาดยาได้รับการติดตาม	**KPI :2.1 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ≤ 8.0/ประชากรแสนคน** OKRs 2.1.1 อัตราความครอบคลุมการคัดกรอง 7 กลุ่มเสี่ยงโรคซึมเศร้า (ทางกายเรื้อรัง / ผู้สูงอายุ / ติดสุราเรื้อรัง/ ติดสารเสพติด/ ผู้มีหลายอาการที่หาสาเหตุไม่ได้/ ฯลฯ) เพิ่มขึ้น(เน้นในกลุ่มที่ไม่เคยได้รับการคัดกรองมาก่อน) ร้อยละ 70 2.1.2 อัตราผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ร้อยละ 70 2.1.3 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ขาดยาได้รับการติดตาม	อำเภอต้นแบบจิตเวชและยาเสพติด ระยะที่ 1 1. รพ.กุยบุรี 2. รพ.สต. บ้านดอนกลาง 3. โรงเรียนกุยบุรีวิทยา 4. โรงเรียนพุทธศาสน์โกศล	อำเภอต้นแบบจิตเวชและยาเสพติด ระยะที่ 2 1. รพ.สต....แห่ง 2. โรงเรียนยางชุมวิทยา 3. โรงเรียน..... 4. มินิธัญลักษณ์ (**รอประชุม คปสอ.***)	อำเภอต้นแบบจิตเวชและยาเสพติดจังหวัดประจวบคีรีขันธ์

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพใกล้บ้านใกล้ใจ ลดอัตราป่วยรายใหม่ในกลุ่มโรค NCDs / SMI-V /high risk pregnancy						
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**				
		2568	**2569**	**2570**	**2571**	**2572**
เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องทุกราย **2.2 จิตเภท**: ลดอัตราการกำเริบซ้ำ 2.2.1 กลุ่มเสี่ยง (กรรมพันธุ์/ติดสุรา เรื้อรัง/ติดสารเสพติด/ฯลฯ) ได้รับการคัดกรองจิตเภทเพิ่มขึ้น 2.2.2 ผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น 2.2.3 ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ขาดนัด/ขาดยา (ยากินและยาฉีด)ได้รับการติดตามเข้ารักษาทุกราย **2.3 สารเสพติด SIM-V:** ลดอุบัติการณ์ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่นและทำลายทรัพย์สิน 2.3.1 ผู้เสพสารเสพติดที่ไม่เคยบำบัด (ม.113/ม.114) เข้ารับการบำบัดเพิ่มขึ้น	เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ100 **KPI :2.2 อัตราผู้ป่วยจิตเภทกำเริบซ้ำ ลดลงร้อยละ 70** OKRs 2.2.1 อัตรากลุ่มเสี่ยง (กรรมพันธุ์/ติดสุรา เรื้อรัง/ติดสารเสพติด/ฯลฯ)ได้รับการคัดกรองจิตเภท ร้อยละ 70 2.2.2 อัตราผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ร้อยละ70 2.2.3 อัตราผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ขาดนัด/ขาดยา (ยากินและยาฉีด)ได้รับการติดตามเข้ารักษา ร้อยละ 70 **KPI :2.3 อุบัติการณ์ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่นและทำลายทรัพย์สินลดลงร้อยละ 70** OKRs 2.3.1 อัตราผู้เสพสารเสพติดที่ไม่เคยบำบัด (ม.113/ม.114) เข้ารับการบำบัด ร้อยละ 70					

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพใกล้บ้านใกล้ใจ ลดอัตราป่วยรายใหม่ในกลุ่มโรค NCDs / SMI-V /high risk pregnancy						
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**				
		2568	**2569**	**2570**	**2571**	**2572**
2.3.2 ผู้เสพสารเสพติดที่ไม่เคยบำบัด (ม.113/ม.114) ที่เข้ารับการบำบัด ไม่ Drop out ระหว่างการบำบัดภายใน 4 เดือนเพิ่มขึ้น 2.3.3 ผู้เสพสารเสพติดที่เข้าสู่การบำบัด ไม่ Drop out ระหว่างการบำบัด ภายใน 1 ปี เพิ่มขึ้น 2.3.4 ผู้เสพสารเสพติดจาก (ข้อ 3.2และ3.3) ที่ได้รับการบำบัดภายใน 4 เดือนไม่กลับไปเสพซ้ำภายใน 1 ปี เพิ่มขึ้น 2.3.5 ผู้ป่วย SMI-V ได้รับการรักษาทุกราย **2.4 จิตเวชวัยรุ่น:** ลดอัตราการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายภายใน 1 ปีในวัยรุ่นอายุ 13-19 ปี	2.3.2 อัตราผู้เสพสารเสพติดที่ไม่เคยบำบัด (ม.113/ม.114) ที่เข้ารับการบำบัด ไม่ Drop out ระหว่างการบำบัดภายใน 4 เดือน ร้อยละ 70 2.3.3 อัตราผู้เสพสารเสพติดที่เข้าสู่การบำบัด ไม่ Drop out ระหว่างการบำบัด ภายใน 1 ปี ร้อยละ 70 2.3.4 อัตราผู้เสพสารเสพติดจาก (ข้อ 2.3.2 และ2.3.3) ที่ได้รับการบำบัดภายใน 4 เดือนไม่กลับไปเสพซ้ำภายใน 1 ปี ร้อยละ 70 2.3.5 อัตราผู้ป่วย SMIV ได้รับการรักษา ร้อยละ 100 **KPI :2.4 อัตราการฆ่าตัวตาย และพยายามฆ่าตัวตายภายใน 1 ปีในวัยรุ่นอายุ 13-19 ปี ลดลง ร้อยละ 50** OKRs					

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพใกล้บ้านใกล้ใจ ลดอัตราป่วยรายใหม่ในกลุ่มโรค NCDs / SMI-V /high risk pregnancy						
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**				
		2568	**2569**	**2570**	**2571**	**2572**
2.4.1 วัยรุ่นอายุ 13-19 ปี ในอำเภอกุยบุรีได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 2.4.2 วัยรุ่นอายุ 13-19 ปี ในอำเภอกุยบุรีเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น 2.4.3 วัยรุ่นอายุ 13-19 ปี ในอำเภอกุยบุรีที่ขาดยา/ขาดนัด/ขาดการรักษา ได้รับการติดตามรักษาทุกราย	2.4.1 อัตราวัยรุ่นอายุ 13-19 ปี ในอำเภอกุยบุรีได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 75 2.4.2 อัตราวัยรุ่นอายุ 13-19 ปี เข้าถึงบริการสุขภาพจิต ร้อยละ 75 2.4.3 อัตราวัยรุ่นอายุ 13-19 ปี ในอำเภอกุยบุรีที่ขาดยา/ขาดนัด/ขาดการรักษา ได้รับการติดตามรักษา ร้อยละ100					
3. ภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง: สามารถจัดการปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่ (กลุ่มป่วยโรค NCDs จิตเวชและยาเสพติด) 3.1 อสม. ได้รับการพัฒนาทักษะในจัดการปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่ (กลุ่มป่วยโรค NCDs จิตเวชและยาเสพติด)	**KPI :3 ภาคีเครือข่ายสามารถจัดการปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่ (กลุ่มป่วยโรค NCDs จิตเวชและยาเสพติด) ร้อยละ75** OKRs 3.1 อัตราอสม. ได้รับการพัฒนาทักษะในจัดการปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่(กลุ่มป่วยโรค NCDs จิตเวชและยาเสพติด) ร้อยละ75	ภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนเข้มแข็ง 1. พัฒนาหลักสูตร (โรค NCDs จิตเวชและยาเสพติด) 2. พัฒนาสมรรถนะ	ภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนเข้มแข็ง ระดับจังหวัด (6/6 ตำบล)	ภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนเข้มแข็งระดับเขต		

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพใกล้บ้านใกล้ใจ ลดอัตราป่วยรายใหม่ในกลุ่มโรค NCDs / SMI-V /high risk pregnancy						
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**				
		2568	**2569**	**2570**	**2571**	**2572**
3.2 ผู้ดูแลและนักบริบาลได้รับการพัฒนาทักษะในการจัดการ LTC (ADL≤11) 3.3 แกนนำในชุมชน (กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/แกนนำชุมชนอื่นๆ) ได้รับการพัฒนาทักษะในจัดการปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่ (กลุ่มป่วยโรค NCDs จิตเวช และยาเสพติด) 3.4 พชอ. / พชต./ ศปถ. ได้รับการพัฒนาทักษะในจัดการปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่(กลุ่มป่วยโรค NCDs จิตเวช และ ยาเสพติด)	3.2 อัตราผู้ดูแลและนักบริบาลได้รับการพัฒนาทักษะในการจัดการ LTC (ADL≤11) ร้อยละ75 3.3 อัตราแกนนำในชุมชน (กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/แกนนำชุมชนอื่นๆ) ได้รับการพัฒนาทักษะในจัดการปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่ (กลุ่มป่วยโรค NCDs จิตเวช และยาเสพติด) ร้อยละ70 3.4 อัตรา พชอ. / พชต. /ศปถ. ได้รับการพัฒนาทักษะในจัดการปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่ (กลุ่มป่วยโรค NCDs จิตเวช และ ยาเสพติด) ร้อยละ 80	2.1 ฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ 2.2 ศึกษาดูงาน 3. ภาคีเครือข่ายสัญจร (3/6ตำบล)				

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพองค์รวม ประชาชนไว้วางใจ

พันธกิจที่ M3: พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

M4: พัฒนาระบบบริการสุขภาพด้วยหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์

ยุทธศาสตร์ ☐WO: พัฒนาระบบบริหารยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และการบริหารจัดการ มุ่งสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องประชาชนไว้วางใจ

☐WT: ปฏิรูประบบบริหารจัดการการเงินการคลังให้มีประสิทธิภาพ

Roadmap 9: การนำองค์กร (HA 1)

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง / ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ						
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**				
		2568	**2569**	**2570**	**2571**	**2572**
1. การนำ: ได้รับรองคุณภาพ HA ขั้นที่ 3 ภายในปี 2568 1.1 หน่วยงานนำนโยบายและจุดเน้น (เข็มมุ่ง) สู่การปฏิบัติทุกหน่วยงาน 1.1.1 ด้านการแพทย์ : 3P safety - P1: Patient - P2: Personal - P3: People 1.1.2 ด้านการสาธารณสุข: ลดรายใหม่ NCDs / SMI-V 1.1.3 ด้านบริหารจัดการ: การเงินการคลัง 1.2 ผลลัพธ์ของทีมคร่อมสายงานสูงอย่างต่อเนื่อง	**KPI :1 ระดับความสำเร็จในการรับรองคุณภาพ HA ขั้นที่ 3 ภายในปี 2568** OKRs 1.1 หน่วยงานนำนโยบายและจุดเน้น (เข็มมุ่ง) สู่การปฏิบัติ ร้อยละ 100 1.1.1 ด้านการแพทย์: 3P safety - P1: Patient - P2: Personal - P3: People 1.1.2 ด้านการสาธารณสุข: ลดรายใหม่ NCDs / SMI-V 1.1.3 ด้านบริหารจัดการ: การเงินการคลัง 1.2 ผลลัพธ์ของทีมคร่อมสายงานผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80	HA ขั้นที่3 ปี2568 1. มหกรรมหน่วยงานคุณภาพ 100% 2. Cross functional team development		HA Re-accreditation ครั้งที่ 1		ธำรงรักษาระบบงานคุณภาพ

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง / ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ						
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**				
		2568	**2569**	**2570**	**2571**	**2572**
2. การบริหารเชิงกลยุทธ์: ผลลัพธ์จากการดำเนินงานสูงอย่างต่อเนื่อง 2.1 โครงการและแผนปฏิบัติการ R1-R12 มีคุณภาพสอดคล้องกับ Agenda/ Functional/Area ทุกโครงการ 2.2 โครงการและแผนปฏิบัติการ R1-R12 มีการนำสู่การปฏิบัติและได้รับการกำกับติดตามแบบ Quick win ทุกโครงการ 2.3 โครงการและแผนปฏิบัติการ R1-R12 ได้รับการประเมินผลทุกโครงการ	**KPI :2 อัตราการบรรลุผลลัพธ์แผนยุทธศาสตร์ร้อยละ 80** OKRs 2.1 อัตราโครงการและแผนปฏิบัติการ R1-R12 มีคุณภาพสอดคล้องกับ Agenda/Functional /Area ร้อยละ80 2.2 อัตราโครงการและแผนปฏิบัติการ R1-R12 มีการนำสู่การปฏิบัติและได้รับการกำกับติดตามแบบ Quick win ร้อยละ 80 2.3 อัตราโครงการและแผนปฏิบัติการ R1-R12 ได้รับการประเมินผลร้อยละ 80	Strategic Implementation & Evaluation phase 1		Strategic Implementation & Evaluation phase 2		รางวัลเลิศรัฐ
3.การมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน: มีความผูกพันเพิ่มขึ้น 3.1 ผู้ใช้บริการแผนก OPD มีระดับความพึงพอใจเพิ่มขึ้น	**KPI :3 อัตราผู้ใช้บริการมีความผูกพัน ร้อยละ 80** OKRs 3.1 ผู้ใช้บริการแผนก OPD มีระดับความพึงพอใจ ร้อยละ 80	Humanized health care service ระยะที่ 1 1. ธรรมนูญบริการ (อายตนะ รพ.กุยบุรี)		Humanized health care service ระยะที่ 2		รางวัลโรงพยาบาลในดวงใจของผู้ใช้บริการทุกคน

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง / ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ						
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**				
		2568	**2569**	**2570**	**2571**	**2572**
3.2 ผู้ใช้บริการแผนก IPD มีระดับความพึงพอใจเพิ่มขึ้น 3.3 ผู้ใช้บริการแผนกปฐมภูมิมีระดับความพึงพอใจเพิ่มขึ้น 3.4 ผู้รับผลงานมีระดับความพึงพอใจเพิ่มขึ้น 3.5 อัตราข้อร้องเรียนจากการใช้บริการได้รับการแก้ไขทุกเรื่อง	3.2 ผู้ใช้บริการแผนก IPD มีระดับความพึงพอใจร้อยละ 80 3.3 ผู้ใช้บริการแผนกปฐมภูมิมีระดับความพึงพอใจร้อยละ 80 3.4 ผู้รับผลงานมีระดับความพึงพอใจ ร้อยละ 80 3.5 อัตราข้อร้องเรียนจากการใช้บริการได้รับการแก้ไขร้อยละ100	2.ระบบให้บริการเหนือความคาดหมาย				
4. การวัด วิเคราะห์ (บูรณาการกับ R11 และหมวด 2 บริหารยุทธศาสตร์) และจัดการความรู้: หน่วยงานใน รพ./รพ.สต. มีการจัดทำ CQI/นวัตกรรม/R2Rที่สอดคล้องกับ R1-R12	**KPI :4 หน่วยงานใน รพ./รพ.สต. มีการจัดทำ CQI/นวัตกรรม/R2R ที่สอดคล้องกับ R1-R12 ร้อยละ 80**	มหกรรมจัดการความรู้ระยะที่1 1. CQI 2.นวัตกรรม 3.R2R		มหกรรมจัดการความรู้ระยะที่2 1. CQI 2.นวัตกรรม 3.R2R		ร.พ. จัดการความรู้ที่เป็นเลิศ โซนใต้ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์
5. การมุ้งเน้นทรัพยากรบุคคล: บุคลากรมีความผูกพันเพิ่มขึ้น 5.1 อัตรากำลังสหสาขาวิชาชีพเพียงพอเหมาะสมตามแผนยุทธศาสตร์ระยะ5ปีของ รพ. 5.1.1 แพทย์ 5/14 คน	**KPI :5 อัตราบุคลากรมีความผูกพันร้อยละ 80** OKRs 5.1 อัตรากำลังสหสาขาวิชาชีพเพียงพอเหมาะสมตามแผนยุทธศาสตร์ระยะ5ปีของ รพ. ร้อยละ 80 5.1.1 แพทย์ 10 คน	1. ศูนย์สรรหาและเลือกสรร 2. ศูนย์พัฒนาสมรรถนะบุคลากร		รพ.ระดับ S ต้นแบบในการบริหารทรัพยากรบุคคลต้นแบบ โซนใต้		รพ.ระดับ S ต้นแบบในการบริหารทรัพยากรบุคคล

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง / ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ						
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**				
		2568	**2569**	**2570**	**2571**	**2572**
5.1.2 พยาบาล 31/47 คน 5.1.3 รังสีเทคนิค 1/2 คน 5.1.4 เทคนิคการแพทย์ 5/6 คน 5.1.5 แพทย์แผนไทย 2/4คน 5.1.6 เภสัชกร 4/6 คน 5.1.7 นักกายภาพบำบัด 3/4 คน 5.2 อัตรากำลังสายสนับสนุนวิชาชีพเพียงพอเหมาะสม 5.3 Rotation management: อัตรากำลังทางการพยาบาลในหน่วยงานที่สำคัญเพียงพอเหมาะสม 5.4 คู่ความร่วมมือบริหารอัตรากำลังแพทย์และพยาบาล (Outsource) เพิ่มขึ้น 5.4.1 เครือข่าย รพ. ใน จ.ประจวบและ รพ. นอกเครือข่าย 5.4.2 สสอ. / รพ.สต. อ.กุยบุรี (Homeward)	5.1.2 พยาบาล 37 คน 5.1.3 รังสีเทคนิค 1 คน 5.1.4 เทคนิคการแพทย์ 5 คน 5.1.5 แพทย์แผนไทย 3 คน 5.1.6 เภสัชกร 5 คน 5.1.7 นักกายภาพบำบัด 3 คน 5.2 อัตรากำลังสายสนับสนุนวิชาชีพเพียงพอเหมาะสมร้อยละ 80 5.3 อัตรากำลังทางการพยาบาลในหน่วยงานที่สำคัญเพียงพอเหมาะสม (Productivity/ workload) ร้อยละ 80 5.4 คู่ความร่วมมือบริหารอัตรากำลังแพทย์และพยาบาล (Outsource) ร้อยละ 80 5.4.1 เครือข่าย รพ. ใน จ.ประจวบและ รพ. นอกเครือข่าย 5.4.2 สสอ. / รพ.สต. อ.กุยบุรี (Homeward)	3. บ้านหลังที่ 2 ของบุคลากรทุกคน		จังหวัดประจวบคีรีขันธ์		ต้นแบบ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง / ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ						
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**				
		2568	**2569**	**2570**	**2571**	**2572**
5.5 บุคลากรสหสาขาวิชาชีพมีสมรรถนะเฉพาะ (Specific competency)	5.5 บุคลากรสหสาขาวิชาชีพมีสมรรถนะเฉพาะร้อยละ 80					
5.5.1 สมรรถนะหลัก 5 ด้านของกพ. (Core Competency)	5.5.1 อัตราบุคลากรสหสาขาวิชาชีพและสายสนับสนุนได้รับการพัฒนาสมรรถนะหลัก 5 ด้านของกพ. ร้อยละ 80					
5.5.2 สมรรถนะขั้นพื้นฐาน (Common Competency)	5.5.2 อัตราบุคลากรสหสาขาวิชาชีพและสายสนับสนุนได้รับการพัฒนาสมรรถนะขั้นพื้นฐาน ร้อยละ 80					
5.5.3 สมรรถนะเฉพาะ (Specific Competency)	5.5.3 อัตราบุคลากรสหสาขาวิชาชีพและสายสนับสนุนได้รับการพัฒนาสมรรถนะเฉพาะ ร้อยละ 80					
5.5.4 สมรรถนะเฉพาะด้านที่หลากหลาย (Multi Specific Competency)	5.5.4 อัตรากำลังสหสาขาวิวชาชีพและสายสนับสนุนได้รับการพัฒนาสมรรถนะเฉพาะด้านที่หลากหลาย ร้อยละ 80					
5.5.5 สมรรถนะทางการบริหาร (managerial competency)	5.5.5 อัตรากำลังในตำแหน่งทางการบริหารการบริหารได้รับการพัฒนาสมรรถนะทางการบริหารเพิ่มขึ้นร้อยละ 80					

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง / ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ						
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**				
		2568	**2569**	**2570**	**2571**	**2572**
5.6 ข้อเสนอแนะจากการประเมิน Happinometer ได้รับการแก้ไขเพิ่มขึ้น 5.6.1 สุขภาพเงินดี 5.6.2 ผ่อนคลายดี 5.6.3 ความสมดุลระหว่างงานและชีวิตส่วนตัว	5.6 ข้อเสนอแนะจากการประเมิน Happinometer ได้รับการแก้ไขเพิ่มขึ้น 5.6.1 ข้อเสอแนะด้านสุขภาพเงินดี ได้รับการแก้ไข ร้อยละ 80 5.6.2 ข้อเสอแนะด้านผ่อนคลายดีได้รับการแก้ไข ร้อยละ 80 5.6.3 ข้อเสอแนะด้านความสมดุลระหว่างงานและชีวิตส่วนตัว ได้รับการแก้ไข ร้อยละ 80					
6. การจัดกระบวนการ: ไม่พบอุบัติการณ์ความไม่พร้อมของระบบสนับสนุนในการรักษาพยาบาลโรคฉุกเฉินวิกฤตและโรคสำคัญ 6.1 ระบบสนับสนุนการรักษาพยาบาล(Lab/Blood/X-ray/IT/EMS/Refer/ยา) 6.2 การบริหารความพร้อมต่อสภาวะวิกฤต (BCM)(โรคอุบัติใหม่/อุบัติเหตุหมู่/อัคคีภัย)	**KPI :6 อุบัติการณ์ความไม่พร้อมของระบบสนับสนุนในการรักษาพยาบาลโรคฉุกเฉินวิกฤตและโรคสำคัญ = 0** OKRs 6.1 ระบบสนับสนุนการรักษาพยาบาล (Lab/Blood/X-ray/IT/EMS/Refer/ยา) 6.2 การบริหารความพร้อมต่อสภาวะวิกฤต (BCM) (โรคอุบัติใหม่/อุบัติเหตุหมู่/อัคคีภัย)	1. Logistic & Supply chain 2. BCM		Excellent Logistic & Supply chain โซนใต้ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์		Excellent Logistic & Supply chain จังหวัดประจวบฯ

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง / ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ						
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**				
		2568	**2569**	**2570**	**2571**	**2572**
7. ผลลัพธ์: ผลลัพธ์จากการดำเนินงานสูงกว่าระดับเทียบเคียง (Benchmark) กับ รพ.คู่เทียบ 7.1 ผลลัพธ์ในระบบคุณภาพ รพ. 7.1.1 ผลด้านการดูแลผู้ป่วยและการสร้างเสริมสุขภาพ 7.1.2 ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน 7.1.3 ผลด้านการมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล 7.1.4 ผลด้านการนำ 7.1.5 ผลด้านประสิทธิผลของระบบงานที่สำคัญ 7.1.6 ผลด้านการเงิน	**KPI :7 อัตราผลลัพธ์จากการดำเนินงานสูงกว่าระดับเทียบเคียง (Benchmark) กับ รพ. คู่เทียบ ร้อยละ 60** OKRs 7.1 อัตราผลลัพธ์ในระบบคุณภาพ รพ. ร้อยละ 80 7.1.1 อัตราผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วยและการสร้างเสริมสุขภาพ ร้อยละ 80 7.1.2 อัตราผลลัพธ์ด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานร้อยละ 80 7.1.3 อัตราผลลัพธ์ด้านการมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล ร้อยละ 80 7.1.4 อัตราผลลัพธ์ด้านการนำร้อยละ 80 7.1.5 อัตราผลลัพธ์ด้าน ประสิทธิผลของระบบงานที่สำคัญ ร้อยละ 80 7.1.6 อัตราผลลัพธ์ด้านการเงินร้อยละ 80	ผลลัพธ์จากการดำเนินงานสูงเป็นอันดับที่ 1 - 3 ของโซนใต้ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์		ผลลัพธ์จากการดำเนินงานสูงเป็นอันดับที่ 1 ของโซนใต้ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์		ผลลัพธ์จากการดำเนินงานสูงเป็นอันดับที่ 1-3 ของจังหวัดประจวบคีรีขันธ์

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง / ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ						
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**				
		2568	**2569**	**2570**	**2571**	**2572**
7.2 ผลลัพธ์ด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ สธ. / เขตสุขภาพที่5 / สสจ. **4ประเด็นยุทธศาสตร์	7.2 อัตราผลลัพธ์ด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ของ สธ. / เขตสุขภาพที่ 5/ สสจ. ประจวบคีรีขันธ์ **4 ประเด็นยุทธศาสตร์ (รพช. 24 ตัวชี้วัด) 7.2.1 PP&P excellence 6 ตัวชี้วัด 7.2.2 Service excellence 11 ตัวชี้วัด 7.2.3 Technology Digital excellence 3 ตัวชี้วัด 7.2.4 Governance excellence 4 ตัวชี้วัด					

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพองค์รวม ประชาชนไว้วางใจ

พันธกิจที่ M3: พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

M4: พัฒนาระบบบริการสุขภาพด้วยหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์

ยุทธศาสตร์ ☐WO: พัฒนาระบบบริหารยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และการบริหารจัดการ มุ่งสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องประชาชนไว้วางใจ

☐WT: ปฏิรูประบบบริหารจัดการการเงินการคลังให้มีประสิทธิภาพ

Roadmap 10: ระบบสนับสนุนทรัพยากรการบริหาร

<table>
<tr><td colspan="6">เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ</td></tr>
<tr><td rowspan="2">วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์</td><td rowspan="2">KPI&OKRs</td><td colspan="4">Project Based</td></tr>
<tr><td>2568</td><td>2569</td><td>2570</td><td>2571</td><td>2572</td></tr>
<tr><td>1. ธุรการ: ไม่พบอุบัติการณ์หนังสือราชการสำคัญสูญหาย</td><td>OKRs: อุบัติการณ์หนังสือราชการที่สำคัญสูญหาย = 0</td><td colspan="2" rowspan="6">ระบบสนับสนุนทรัพยากรการบริหาร
1. ระบบสารบรรณอิเล็คทรอนิกและการประสานงานล่วงหน้า
2. ระบบบริหารยานพาหนะดิจิทัลออนไลน์
2.1 รถพยาบาลดิจิทัล 1 คัน
2.2 จัดหาพนักงานขับรถ 2 คน
3. ระบบเบิกจ่ายเงินอิเล็คทรอนิก
4. ระบบบัญชีอิเล็คทรอนิก</td><td colspan="2" rowspan="6">ระบบสนับสนุนทรัพยากรการบริหารที่เป็นเลิศ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์</td><td rowspan="6">ระบบสนับสนุนทรัพยากรการบริหารที่เป็นเลิศ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์</td></tr>
<tr><td>2. ยานพาหนะ: ไม่พบอุบัติการณ์รถพยาบาลไม่พร้อมใช้</td><td>OKRs: อุบัติการณ์ของรถ EMS และ refer ไม่พร้อมใช้ = 0</td></tr>
<tr><td>3. การเงิน: ไม่พบอุบัติการณ์เบิกจ่ายล่าช้า</td><td>OKRs: อุบัติการณ์การเบิกจ่ายล่าช้า= 0</td></tr>
<tr><td>4. บัญชี: ไม่พบอุบัติการรายงานข้อมูลทางบัญชีผิดพลาด</td><td>OKRs: อุบัติการณ์รายงานข้อมูลทางบัญชีผิดพลาด= 0</td></tr>
<tr><td>5. พัสดุ: ไม่พบอุบัติการการจัดซื้อจัดจัดจ้างล่าช้า</td><td>OKRs: อุบัติการณ์การจัดซื้อจัดจัดจ้างล่าช้า= 0</td></tr>
<tr><td>6. ซ่อมบำรุง: ไม่พบอุบัติการการบำรุงรักษาล่าช้า</td><td>OKRs: อุบัติการณ์การบำรุงรักษาล่าช้า= 0</td></tr>
</table>

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ						
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI&OKRs**	**Project Based**				
		2568	**2569**	**2570**	**2571**	**2572**
		5. ระบบบริหารพัสดุตามแผนพัสดุประจำปี 5.1แผนงานประจำ 5.2แผนงานยุทธศาสตร์ 6. ทีมช่างบำรุงรักษาเชิงรุก				

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพองค์รวม ประชาชนไว้วางใจ

พันธกิจที่ M3: พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

M4: พัฒนาระบบบริการสุขภาพด้วยหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์

ยุทธศาสตร์ ☐WO: พัฒนาระบบบริหารยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และการบริหารจัดการมุ่งสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องประชาชนไว้วางใจ

☐WT: ปฏิรูประบบบริหารจัดการการเงินการคลังให้มีประสิทธิภาพ

Roadmap 11: ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศดิจิทัล

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ						
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**				
		2568	**2569**	**2570**	**2571**	**2572**
1. HAIT: ได้รับการรับรอง HAIT ภายในปี 2568– 2569	**KPI :1 ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลในการรับรอง HAIT level 1 ในปี 2568-2569** OKRs	1. HAIT Level 1 2. HIMSS stage 3-5		1. HAIT Level 2 2. HIMSS stage 6		1. HAIT Level 3 2. HIMSS stage 7

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ						
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**				
		2568	**2569**	**2570**	**2571**	**2572**
1.1 IT Master Plan: ไม่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล	1.1 คุณภาพแผนยุทธศาสตร์ ITสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล ร้อยละ 50					
1.2 IT Risk Management System	1.2 IT Risk Management System					
1.2.1 IT Risk Management System: ไม่พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระบบIT ระดับ 3 ขึ้นไป	1.2.1อุบัติการณ์ความเสี่ยงในระบบ IT ระดับ3 ขึ้นไป = 0 (ทางกายภาพ)					
1.2.2 Software: Hospital os เปลี่ยนเป็น HosXp v4.	1.2.2 ประสิทธิภาพในการส่งข้อมูลระบบบริการสุขภาพเข้าสู่เข้าส่วนกลาง ร้อยละ 50					
1.2.3 Peopleware ผู้ใช้งานสามารถใช้โปรแกรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ	1.2.3 บุคลากรได้รับการพัฒนาทักษะใช้โปรแกรม HosXp v4. ร้อยละ 100					
1.3 การจัดการความมั่นคงปลอดภัยในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล: บุคลากรที่เกี่ยวข้องรับรู้ เข้าใจ และปฏิบัติตามระเบียบ ทุกคน 100%	1.3 การจัดการความมั่นคงปลอดภัยในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล: อัตราบุคลากรที่เกี่ยวข้องรับรู้เข้าใจ และปฏิบัติตามระเบียบร้อยละ100					
1.4 การจัดระบบบริการเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล: การ	1.4 การจัดระบบบริการเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล: อัตราการ					

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ						
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**				
		2568	**2569**	**2570**	**2571**	**2572**
ให้บริการ Service Desk สำเร็จตามเวลาที่กำหนด	ให้บริการ Service Desk สำเร็จ ร้อยละ 90					
1.5 Clinical Data Quality Control: นำความสมบูรณ์ของเวชระเบียนมาใช้ประโยชน์ (บูรณการ IM)	1.5 อัตราการนำความสมบูรณ์ของเวชระเบียนมาใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงคุณภาพบริการสุขภาพ ร้อยละ 90 (บูรณการ IM)					
1.5.1ปรับปรุง CPG/CNPG	1.5.1 ปรับปรุง CPG/CNPG 100 %					
1.5.2 จัดการระบบ claim	1.5.2 จัดการระบบ claim 100%					
1.5.3 ค้นหาความเสี่ยงด้วยTrigger tool	1.5.3 ค้นหาความเสี่ยงด้วยTrigger tool 90%					
1.6 เพิ่มประสิทธิภาพในการตรวจวินิจฉัย รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพในโรคยุทธศาสตร์ที่สำคัญ	1.6 ประสิทธิภาพในการตรวจวินิจฉัย รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพในโรคยุทธศาสตร์ที่สำคัญ ร้อยละ 30					
-หุ่นยนต์ซักประวัติ	-หุ่นยนต์ซักประวัติ					
-หุ่นยนต์จัดยา	-หุ่นยนต์จัดยา					
-หุ่นยนต์ฟื้นฟูสุขภาพ	-หุ่นยนต์ฟื้นฟูสุขภาพ					
-หุ่นยนต์สุขภาพจิต	-หุ่นยนต์สุขภาพจิต					
-หุ่นยนต์ลดการติดเชื้อ	-หุ่นยนต์ลดการติดเชื้อ					
-หุ่นยนต์เยี่ยมบ้าน	-หุ่นยนต์เยี่ยมบ้าน					
1.7 การจัดการศักยภาพของทรัพยากรในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ:	1.7 การจัดการศักยภาพของทรัพยากรในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ:					

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ						
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**				
		2568	**2569**	**2570**	**2571**	**2572**
บุคลากรทีมสารสนเทศได้รับการพัฒนาทักษะการตรวจคุณภาพระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการเพิ่มขึ้น 1.8 การใช้สารสนเทศด้านการแพทย์ ด้านการสาธารณสุข และด้านบริหารจัดการ 1.9 ระบบ OPD paperless/IPD paperless: ลดอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิก 1.10 Telemedicine /Application: ผู้ป่วย NCDs/จิตเวชและยาเสพติด/ผู้สูงอายุ/palliative care/ฯลฯ ได้รับการดูแลรักษาจากสหวิชาอย่างต่อเนื่อง (ไม่ขาดนัด/ไม่ขาดยา)	บุคลากรทีมสารสนเทศได้รับการพัฒนาทักษะการตรวจคุณภาพระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการ ร้อยละ 80 1.8 การใช้สารสนเทศด้านการแพทย์ ด้านการสาธารณสุข และด้านบริหารจัดการร้อยละ 80 1.9 อัตราอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกลดลง ร้อยละ 80 1.10 อัตราผู้ป่วย NCDs/จิตเวชและยาเสพติด/ผู้สูงอายุ/palliative care/ฯลฯ ได้รับการดูแลรักษาจากสหวิชาอย่างต่อเนื่อง (ไม่ขาดนัด/ไม่ขาดยา) ร้อยละ 80				
2. Health cloud system: เพิ่มการเข้าถึงระบบบริการรักษาพยาบาล Health cloud system	**KPI :2 อัตราการเข้าถึงระบบบริการรักษาพยาบาล Health cloud system ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ร้อยละ 70**	Health cloud systems		Digital systems		รพ.กุยบุรีดิจิทัล

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ						
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**				
		2568	**2569**	**2570**	**2571**	**2572**
2.1 Health ID ประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2.2 Provider ID การตรวจ วินิจฉัยและรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ	OKRs 2.1 อัตราประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ร้อยละ 60 2.2 อัตราการตรวจวินิจฉัยและรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ ร้อยละ 100					
3. ศูนย์สารสนเทศสุขภาพดิจิทัล (Dashboard): หน่วยงานในโรงพยาบาล/เครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP)/ภาคีเครือข่ายสุขภาพใช้สารสนเทศ (R1-12) ในการปรับปรุงพัฒนาด้านบริหารจัดการ วิชาการ และระบบบริการสุขภาพ 3.1 Strategic Plan: ความสมบูรณ์ KPI & OKRs (R1-12)	**KPI :3 หน่วยงานในโรงพยาบาล/เครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP)/ภาคีเครือข่ายสุขภาพใช้สารสนเทศ (R1-12) ในการปรับปรุงพัฒนาด้านบริหารจัดการ วิชาการ และระบบบริการสุขภาพ ร้อยละ 100** OKRs 3.1 อัตราความสมบูรณ์ KPI & OKRs ในแผนยุทธศาสตร์ (R1-12) ร้อยละ 80	Dashboard Center		Dashboard on cloud		ERP

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ						
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**				
		2568	**2569**	**2570**	**2571**	**2572**
3.2 Strategic Implementation: ความสมบูรณ์ KPI & OKRs Template ในการนำแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ	3.2 อัตราความสมบูรณ์ KPI & OKRs Template ในการนำแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ ร้อยละ 80					
3.3 Strategic Evaluation: ความสมบูรณ์ KPI & OKRs Benchmark การประเมินผลแผนยุทธศาสตร์และการเทียบเคียงคู่เทียบ	3.3 อัตราความสมบูรณ์ KPI & OKRs Benchmark การประเมินผลแผนยุทธศาสตร์และการเทียบเคียงคู่เทียบ ร้อยละ60					
3.4 Strategic Control: ความสมบูรณ์ KPI & OKRs Dashboard การควบคุมแผนยุทธศาสตร์ (R1-12)	3.4 อัตราความสมบูรณ์ KPI & OKRs Dashboard การควบคุมแผนยุทธศาสตร์ (R1-12) ร้อยละ 80					
3.5 Information Audit Team: บุคลากรทีมสารสนเทศได้รับการพัฒนาทักษะ การตรวจคุณภาพระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการเพิ่มขึ้น	3.5 บุคลากรทีมสารสนเทศได้รับการพัฒนาทักษะ การตรวจคุณภาพระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการ ร้อยละ 80					

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพองค์รวม ประชาชนไว้วางใจ

พันธกิจที่ M3: พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

M4: พัฒนาระบบบริการสุขภาพด้วยหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์

ยุทธศาสตร์ ☐WO: พัฒนาระบบบริหารยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และการบริหารจัดการ มุ่งสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องประชาชนไว้วางใจ

☐WT: ปฏิรูประบบบริหารจัดการการเงินการคลังให้มีประสิทธิภาพ

Roadmap 12: ระบบบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ						
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**				
		2568	**2569**	**2570**	**2571**	**2572**
1. โรงพยาบาลไม่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน: TPS ระดับ B ขึ้นไป (10.5-15 คะแนน) **1.1 ประสิทธิภาพการจัดเก็บรายได้** • **มิติเวชระเบียน (OPD/IPD)** 1) แพทย์วินิจฉัยโรคถูกต้อง ครบถ้วนตามเกณฑ์เวชระเบียน (SA) (100%) 2) ผู้ให้รหัสโรคให้รหัสโรคถูกต้อง (100%) 3) อัตราการบันทึกข้อมูล E-Claim/	**KPI :1 อัตรา Total Performance Score (ระดับ F คะแนน 6.5 เต็ม 15)** **KPI :1.1 ประสิทธิภาพการจัดเก็บรายได้ ร้อยละ 100** OKRs • **มิติเวชระเบียน (OPD/IPD)** 1) อัตราแพทย์วินิจฉัยโรคถูกต้องครบถ้วนตามเกณฑ์เวชระเบียน (SA) ร้อยละ100 2) อัตราผู้ให้รหัสโรคให้รหัสโรคถูกต้อง ร้อยละ100 3) อัตราการบันทึกข้อมูล E-Claim/Financial.	ศูนย์ควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยงด้านการเงินการคลัง (TPS ระดับ F-B) 1. มิติเวชระเบียน 2. มิติการบริหารลูกหนี้ทุกกองทุน 3. มิติกระบวนการจัดเก็บรายได้ 4. มิติคุณภาพทางบัญชี 5. มิติรายได้จากการรักษาพยาบาล 6. หน่วยหารายได้เพิ่มพิเศษ 6.1 ตรวจสุขภาพ		TPS ระดับ B+		TPS ระดับA

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ						
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**				
		2568	**2569**	**2570**	**2571**	**2572**
Financial. Data Hub (FDH) ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา (100%) 4) การสรุปเวชระเบียนล่าช้า (IPD) ก่อน 15 วัน / 30 วัน (100%) • **มิติการบริหารลูกหนี้ทุกกองทุน** 1) การตั้งลูกหนี้ค่ารักษาครบถ้วนทุกสิทธิ (100%) 2) ไม่พบข้อมูลติด C จากการบันทึกข้อมูล 3) ลูกหนี้ค้างชำระค่ารักษาพยาบาลได้รับการติดตามจนชำระหนี้ (80%) 4) ลูกหนี้ พรบ.ที่ค้างชำระค่ารักษาพยาบาลได้รับการติดตามจนชำระหนี้ (80%)	Data Hub (FDH) ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา ร้อยละ100 4) อัตราการสรุปเวชระเบียนล่าช้า (IPD) ก่อน 15 วัน / 30 วัน ร้อยละ 100 • **มิติการบริหารลูกหนี้ทุกกองทุน** 1) อัตราการตั้งลูกหนี้ค่ารักษาครบถ้วนทุกสิทธิ ร้อยละ100 2) อุบัติการณ์ข้อมูลติด C จากการบันทึกข้อมูล= 0 3) อัตราลูกหนี้ค้างชำระค่ารักษาพยาบาลได้รับการติดตามจนชำระหนี้ ร้อยละ 80 4) อัตราลูกหนี้ พรบ.ที่ค้างชำระค่ารักษาพยาบาลได้รับการติดตามจนชำระหนี้ ร้อยละ 80	6.2 ห้องพิเศษ 6.3 แพทย์แผนไทย 6.4 กายภาพบำบัด 6.5 ทันตกรรม 7. บริหารต้นทุนและรายจ่าย 7.1 บำรุงรักษาเชิงรุก 7.2 รณรงค์ประหยัดพลังงานไฟฟ้า 7.3 Home ward 7.4 CFO จัดทำ PLAN FIN 7.5 CFO ปฏิบัติการควบคุมบริหารสินทรัพย์หมุนเวียนและหนี้สินหมุนเวียน 7.6 CFO ทบทวนประสิทธิภาพการทำกำไรรายโรค			

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ						
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**				
		2568	**2569**	**2570**	**2571**	**2572**
• **มิติกระบวนการจัดเก็บรายได้** 1) การขอเบิกชดเชยลูกหนี้ผู้ป่วยในทุกสิทธิก่อน 30 วัน (100%) 2) กองทุนทุกกองทุนได้รับการกำกับและติดตามอย่างต่อเนื่อง (100%) 3) การบันทึก PPFS (100%) 4) การบันทึกโปรแกรมอื่นๆนอกโปรแกรม E-claim/FDH (100%)	• **มิติกระบวนการจัดเก็บรายได้** 1) อัตราการขอเบิกชดเชยลูกหนี้ผู้ป่วยในทุกสิทธิก่อน 30 วัน ร้อยละ100 2) อัตรากองทุนทุกกองทุนได้รับการกำกับและติดตามอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ100 3) อัตราการบันทึก PPFS ร้อยละ100 4) อัตราการบันทึกโปรแกรมอื่นๆนอกโปรแกรม E-claim/FDH ร้อยละ100					
• **มิติคุณภาพทางบัญชี** 1) ไม่พบการลงลูกหนี้ผิดพลาด 2) ไม่พบการกระทบลูกหนี้คลาดเคลื่อน 3) อัตราการตั้งลูกหนี้โปรแกรมอื่นๆนอกโปรแกรม E-claim/FDH (100%)	• **มิติคุณภาพทางบัญชี** 1) อุบัติการณ์การลงลูกหนี้ผิดพลาด= 0 2) อุบัติการณ์การกระทบลูกหนี้คลาดเคลื่อน= 0 3) อัตราการตั้งลูกหนี้โปรแกรมอื่นๆนอกโปรแกรม E-claim/FDH ร้อยละ100					

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ						
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**				
		2568	**2569**	**2570**	**2571**	**2572**
• **มิติรายได้จากการรักษาพยาบาล** 1) อัตราครองเตียงมากกว่า 80% 2) Sum AdjRw มากกว่า 1,500 Rw 3) CMI มากกว่า 0.60	• **มิติรายได้จากการรักษาพยาบาล** 1) อัตราครองเตียงมากกว่าร้อยละ80 2) อัตรา Sum AdjRw มากกว่า 1,500 Rw ร้อยละ100 3) อัตรา CMI มากกว่า 0.60 ร้อยละ100					
2. ประสิทธิภาพการทำกำไรสุทธิจากรายได้เพิ่มพิเศษ 2.1 อัตรากำไรสุทธิจากรายได้เพิ่มพิเศษตรวจสุขภาพ เพิ่มขึ้น 2.2 อัตรากำไรสุทธิจากรายได้เพิ่มพิเศษจากห้องพิเศษ เพิ่มขึ้น 2.3 อัตรากำไรสุทธิจากรายได้เพิ่มพิเศษจากแพทย์แผนไทย เพิ่มขึ้น 2.4 อัตรากำไรสุทธิจากรายได้เพิ่มพิเศษจากกายภาพบำบัด เพิ่มขึ้น	**KPI :2 ประสิทธิภาพการทำกำไรสุทธิจากรายได้เพิ่มพิเศษร้อยละ 80** OKRs 2.1 อัตรากำไรสุทธิจากรายได้เพิ่มพิเศษตรวจสุขภาพ ร้อยละ 80 2.2 อัตรากำไรสุทธิจากรายได้เพิ่มพิเศษจากห้องพิเศษ ร้อยละ 80 2.3 อัตรากำไรสุทธิจากรายได้เพิ่มพิเศษจากแพทย์แผนไทย ร้อยละ 80 2.4 อัตรากำไรสุทธิจากรายได้เพิ่มพิเศษจากกายภาพบำบัด ร้อยละ 80					

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ						
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**				
		2568	**2569**	**2570**	**2571**	**2572**
2.5 อัตรากำไรสุทธิจากรายได้เพิ่มพิเศษจากทันตกรรม เพิ่มขึ้น	2.5 อัตรากำไรสุทธิจากรายได้เพิ่มพิเศษจากทันตกรรม ร้อยละ 80					
3. ประสิทธิภาพการบริหารรายจ่ายและต้นทุน 3.1 มูลค่าการซ่อมซ้ำลดลง 3.2 ค่าพลังงานไฟฟ้าลดลง 3.3 ต้นทุนเฉลี่ยรายโรคในผู้ป่วยในลดลง 3.3.1 DM 3.3.2 HT 3.3.3 CKD 3.4 การบริหารแผนทางการเงินเปรียบเทียบผลการดำเนินงานผลต่างบวกหรือลบไม่เกิน 5% 3.4.1 อัตราประมาณการรายได้ถูกต้องครบถ้วนตามเกณฑ์รายได้จริง ร้อยละ95 3.4.2 อัตราการใช้งบประมาณรายจ่าย	**KPI :3 ประสิทธิภาพการบริหารรายจ่ายและต้นทุน ร้อยละ 80** OKRs 3.1 อัตรามูลค่าการซ่อมซ้ำลดลง ร้อยละ 80 3.2 อัตราค่าพลังงานไฟฟ้าลดลง ร้อยละ 80 3.3 ต้นทุนเฉลี่ยรายโรคในผู้ป่วยในลดลง ร้อยละ 80 3.3.1 DM ร้อยละ 80 3.3.2 HT ร้อยละ 80 3.3.3 CKD ร้อยละ 80 3.4 อัตราการบริหารแผนทางการเงินเปรียบเทียบผลการดำเนินงานผลต่างบวกหรือลบไม่เกิน 5% ร้อยละ100 3.4.1 อัตราประมาณการรายได้ถูกต้องครบถ้วนตามเกณฑ์รายได้จริง ร้อยละ95 3.4.2 อัตราการใช้งบประมาณรายจ่าย					

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ						
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**				
		2568	**2569**	**2570**	**2571**	**2572**
ถูกต้องครบถ้วนเป็นไปตามแผน ร้อยละ100 3.5 การบริหารสินทรัพย์หมุนเวียนและหนี้สินหมุนเวียน 3.5.1 ระยะเวลาชำระเจ้าหนี้การค้ายา& เวชภัณฑ์มิใช่ยาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 90 วัน 3.5.2 ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิ UC ไม่เกิน 60 วัน 3.5.3 การบริหารสินคงคลัง (Inventory Management) น้อยกว่า 45 วัน 1.) คลังยา 2.) คลังวัสดุการแพทย์ 3.) คลังวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ 4.) คลังวัสดุทั่วไป 5.) คลังวัสดุทันตกรรม	ถูกต้องครบถ้วนเป็นไปตามแผน ร้อยละ100 3.5 อัตราการบริหารสินทรัพย์หมุนเวียนและหนี้สินหมุนเวียน ร้อยละ 100 3.5.1 อัตราระยะเวลาชำระเจ้าหนี้การค้ายา& เวชภัณฑ์มิใช่ยาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 90 วัน ร้อยละ100 3.5.2 อัตราระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิ UC ไม่เกิน 60 วัน ร้อยละ 100 3.5.3 อัตราการบริหารสินคงคลัง (Inventory Management) น้อยกว่า 45 วัน ร้อยละ 80 1.) คลังยา ร้อยละ 80 2.) คลังวัสดุการแพทย์ ร้อยละ 80 3.) คลังวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ ร้อยละ 80 4.) คลังวัสดุทั่วไป ร้อยละ80 5.) คลังวัสดุทันตกรรม ร้อยละ80				

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ						
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**				
		2568	**2569**	**2570**	**2571**	**2572**
3.5.4 ไม่พบอัตรา Dead stock 1.) คลังยา 2.) คลังวัสดุการแพทย์ 3.6 ความสามารถในการทำกำไร	3.5.4 อัตรา Dead stock ร้อยละ 0 1.) คลังยา ร้อยละ 0 2.) คลังวัสดุการแพทย์ ร้อยละ 0 3.6 อัตราความสามารถในการทำกำไร ร้อยละ 80					

ตารางกำหนดโครงการ งาน และกิจกรรม
ที่มีความสัมพันธ์ สอดคล้อง และเชื่อมโยงกับ วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์
ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย KPI & OKRs
แผนยุทธศาสตร์ ระยะ 5 ปี ด้วยวิธี Project based เน้น ปี 2568 - 2569

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพองค์รวม ประชาชนไว้วางใจ

พันธกิจที่ M1: พัฒนาระบบบริการการแพทย์องค์รวมที่มีคุณภาพ

ยุทธศาสตร์ ☐SO: ยกระดับคุณภาพการแพทย์องค์รวม

Roadmap 1: กลุ่มโรควิกฤตฉุกเฉิน

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม
		2568	2569	
1. TBI: ลดอัตราการเสียชีวิต 1.1 กลุ่มเสี่ยง (วัยรุ่นและวัยทำงาน) ขับขี่ปลอดภัย (สวมหมวก/ไม่เมา) เพิ่มขึ้น 1.2 จุดเสี่ยงซ้ำทั้งถนนสายหลักและสายรองได้รับการแก้ไขจำนวน 4 จุด - แยกดอนกลาง (สายหลัก) - แยกบ้านบน (สายหลัก) - แยกสำโหรง (สายหลัก)	**KPI :1 อัตราผู้บาดเจ็บ TBI เสียชีวิตน้อยกว่า ร้อยละ 25** OKRs 1.1 อัตรากลุ่มเสี่ยง (วัยรุ่นและวัยทำงาน) ขับขี่ MCA ปลอดภัย (สวมหมวก/ไม่เมา) ร้อยละ 80 1.2 จุดเสี่ยงซ้ำทั้งถนนสายหลักและสายรองได้รับการแก้ไขจำนวน 4 จุด - แยกดอนกลาง (สายหลัก) - แยกบ้านบน (สายหลัก) - แยกสำโหรง (สายหลัก) - แยกโรงกาแฟ (สายรอง)	อำเภอลดอุบัติเหตุทางถนน 1. ศปถ./พชอ. ขับเคลื่อนนโยบาย 2.รณรงค์ขับขี่ปลอดภัย 3. Excellent Fast track trauma		**<u>โครงการ Road Traffic Safety</u>** **1. งาน ศปถ./พชอ. ขับเคลื่อนนโยบาย** 1.1 ประชุมเชิงปฏิบัติการกำหนดนโยบายขับขี่ปลอดภัย 1.2 ปรับปรุงจุดเสี่ยงซ้ำทั้งถนนสายหลักและสายรองให้ได้มาตราฐาน - แยกดอนกลาง (สายหลัก) - แยกบ้านบน (สายหลัก) - แยกสำโหรง (สายหลัก) - แยกโรงกาแฟ (สายรอง) 1.3 อบรมสอบสวนอุบัติเหตุทางถนน **2. งานรณรงค์ขับขี่ปลอดภัย (วัยรุ่น/วัยทำงาน)** 2.1 เทศกาลสำคัญ

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**		**โครงการงานและกิจกรรม**
		2568	**2569**	
- แยกโรงกาแฟ (สายรอง) 1.3 หน่วยกู้ชีพพื้นฐานนำส่งผู้บาดเจ็บอย่างมีคุณภาพ 1.4 ไม่พบอุบัติการณ์ EWS TBI ล่าช้า 1.5 ไม่พบอุบัติการณ์ EWS TBI ผิดพลาด 1.6 ไม่พบอุบัติการณ์สำรองเลือดไม่เพียงพอ 1.7 ไม่พบอุบัติการณ์การวินิจฉัย TBI ล่าช้า 1.8 ไม่พบอุบัติการณ์การวินิจฉัย TBI ผิดพลาด	1.3 อัตราหน่วยกู้ชีพพื้นฐานนำส่งผู้บาดเจ็บอย่างมีคุณภาพ ร้อยละ 80 1.4 อุบัติการณ์ EWS TBI ล่าช้า = 0 1.5 อุบัติการณ์ EWS TBI ผิดพลาด = 0 1.6 อุบัติการณ์สำรองเลือดไม่เพียงพอ = 0 1.7 อุบัติการณ์การวินิจฉัย TBI ล่าช้า = 0 1.8 อุบัติการณ์การวินิจฉัย TBI ผิดพลาด = 0			2.2 สามหมอเตือนภัยให้สวมหมวกนิรภัยและเมาไม่ขับ 2.3 โรงเรียนขับขี่ปลอดภัย **3. Excellent Fast track trauma** 3.1 จัดตั้งหน่วยกู้ชีพ อบต. หาดขาม 3.2 RRT ER&เครือข่าย 3.3 ติวเข้ม CPG/CNPG trauma 3.4 Quick Win trauma รายสัปดาห์ **4. พัฒนาสมรรถนะ** 4.1 หลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน 4 เดือน 4.2 หลักสูตรอบรม ATLS (Advance Trauma Life Support) 4.3 หลักสูตร EMR (Emergency Medical Responder) 4.4 หลักสูตร EMT- B (Emergency Medical Technician Basic) **5. จัดหาวัสดุครุภัณฑ์ (มูลค่า10,000บาทขึ้นไป)** 5.1 Monitor Transfer

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**		**โครงการงานและกิจกรรม**
		2568	**2569**	
2. Multiple Injury: ลดอัตราการเสียชีวิต 2.1 กลุ่มเสี่ยง (วัยรุ่นและวัยทำงาน) ขับขี่ปลอดภัย (สวมหมวก/ไม่เมา) เพิ่มขึ้น 2.2 จุดเสี่ยงซ้ำทั้งถนนสายหลักและสายรองได้รับการแก้ไขจำนวน 4 จุด - แยกดอนกลาง (สายหลัก) - แยกบ้านบน (สายหลัก) - แยกสำโหรง (สายหลัก) - แยกโรงกาแฟ (สายรอง) 2.3 หน่วยกู้ชีพพื้นฐานนำส่งผู้บาดเจ็บอย่างมีคุณภาพ 2.4 ไม่พบอุบัติการณ์ EWS Multiple Injury ล่าช้า	**KPI :2 อัตราผู้บาดเจ็บ Multiple injury เสียชีวิต ร้อยละ 0** OKRs 2.1 อัตรากลุ่มเสี่ยง (วัยรุ่นและวัยทำงาน) ขับขี่ปลอดภัย (สวมหมวก/ไม่เมา) ร้อยละ 80 2.2 จุดเสี่ยงซ้ำทั้งถนนสายหลักและสายรองได้รับการแก้ไขจำนวน 4 จุด - แยกดอนกลาง (สายหลัก) - แยกบ้านบน (สายหลัก) - แยกสำโหรง (สายหลัก) - แยกโรงกาแฟ (สายรอง) 2.3 อัตราหน่วยกู้ชีพพื้นฐานนำส่งผู้บาดเจ็บอย่างมีคุณภาพ ร้อยละ 80 2.4 อุบัติการณ์ EWS Multiple Injury ล่าช้า = 0			

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**		**โครงการงานและกิจกรรม**
		2568	**2569**	
2.5 ไม่พบอุบัติการณ์ EWS Multiple Injury ผิดพลาด 2.6 ไม่พบอุบัติการณ์สำรองเลือดไม่เพียงพอ 2.7 ไม่พบอุบัติการณ์การวินิจฉัย Multiple Injury ล่าช้า 2.8 ไม่พบอุบัติการณ์การวินิจฉัย Multiple Injury ผิดพลาด	2.5 อุบัติการณ์ EWS Multiple Injury ผิดพลาด = 0 2.6 อุบัติการณ์สำรองเลือดไม่เพียงพอ = 0 2.7 อุบัติการณ์การวินิจฉัย Multiple Injury ล่าช้า = 0 2.8 อุบัติการณ์การวินิจฉัย Multiple Injury ผิดพลาด = 0			
3. Stroke: ลดอัตราการเสียชีวิต 3.1 กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย Stroke เข้าถึงบริการทางการแพทย์ตั้งแต่เริ่มมีอาการภายในเวลา 3 ชั่วโมงเพิ่มขึ้น 3.2 ไม่พบอุบัติการณ์ EWS Stroke ล่าช้า 3.3 ไม่พบอุบัติการณ์ EWS Stroke ผิดพลาด 3.4 ไม่พบอุบัติการณ์วินิจฉัย Stroke ล่าช้า	**KPI :3 อัตราผู้ป่วย Stroke เสียชีวิตน้อยกว่า ร้อยละ 5 (7%)** OKRs 3.1 อัตรากลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย Stroke เข้าถึงบริการทางการแพทย์ตั้งแต่เริ่มมีอาการภายในเวลา 3 ชั่วโมง ร้อยละ50 (≥50%) 3.2 อุบัติการณ์ EWS Stroke ล่าช้า = 0 3.3 อุบัติการณ์ EWS Stroke ผิดพลาด = 0 3.4 อุบัติการณ์วินิจฉัย Stroke ล่าช้า = 0	Excellent Stroke Fast track 1. Pre-hospital 2. ER (CT scan)		**<u>โครงการ Excellent Fast track 3S (Stroke STEMI SEPSIS)</u>** **1.งาน 3A3S** 1.1 ปรับปรุงฐานข้อมูล 3S 1.2 ปักหมุดครัวเรือนกลุ่มเสี่ยง 3S 1.3 สามหมอเคาะประตูบ้านเตือนภัย 3S 1.4 ติวเข้ม FR & EMS ใน 1.1 และ 1.2 1.5 เยี่ยมบ้านกลุ่มเสี่ยง 3S ด้วย SIRS & SOS Score **2. Fast track 3S ใน รพ.** 2.1 ติวเข้ม CPG/CNPG 3S 2.2 ติวเข้ม EWS 3S (OPD / ER / IPD)

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**		**โครงการงานและกิจกรรม**
		2568	**2569**	
				2.3 ติวเข้มการใช้ยา SK 2.4 ติวเข้มการใช้ยา rt-PA **3. พัฒนาสมรรถนะ** 3.1 หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 3.2 หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) 3.3 หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ 3.4 หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน 3.5 หลักสูตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (EMT-B)
4. STEMI: ลดอัตราการเสียชีวิต 4.1 กลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการทางการแพทย์ตั้งแต่เริ่มมีอาการภายในเวลา 60 นาที เพิ่มขึ้น	**KPI :4 อัตราผู้ป่วย STEMI เสียชีวิต น้อยกว่าร้อยละ 5 (9%)** OKRs 4.1 อัตรากลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการทางการแพทย์ตั้งแต่เริ่มมีอาการภายในเวลา 60 นาที ร้อยละ 60	Excellent STEMI Fast track 1. Pre-hospital 2. ER/OPD (EWS / EKG / วินิจฉัย)		

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**		**โครงการงานและกิจกรรม**
		2568	**2569**	
4.2 ไม่พบอุบัติการณ์ EWS STEMI ล่าช้า 4.3 ไม่พบอุบัติการณ์ EWS STEMI ผิดพลาด 4.4 ไม่พบอุบัติการณ์ การทำ EKG ล่าช้า เกิน 10 นาที 4.5 ไม่พบอุบัติการณ์ การวินิจฉัย STEMI ล่าช้า 4.6 ไม่พบอุบัติการณ์ การวินิจฉัย STEMI ผิดพลาด	4.2 อุบัติการณ์ EWS STEMI ล่าช้า = 0 4.3 อุบัติการณ์ EWS STEMI ผิดพลาด = 0 4.4 อุบัติการณ์ การทำ EKG ล่าช้า เกิน 10 นาที = 0 4.5 อุบัติการณ์การวินิจฉัย STEMI ล่าช้า = 0 4.6 อุบัติการณ์การวินิจฉัย STEMI ผิดพลาด = 0			
5. Sepsis: ลดอัตราการเสียชีวิต 5.1 กลุ่มเสี่ยงและผู้ดูแล Sepsis (ผู้สูงอายุ / ผู้ป่วยติดเตียง / DM poor control /ฯลฯ) ได้รับทักษะ SIRS / SOS score ทุกราย 5.2 ไม่พบอุบัติการณ์ EWS Sepsis ล่าช้า ใน OPD ER	**KPI :5 อัตราผู้ป่วย sepsis เสียชีวิตน้อยกว่าร้อยละ 5 (น้อยกว่า 26%)** OKRs 5.1 อัตรากลุ่มเสี่ยงและผู้ดูแล Sepsis (ผู้สูงอายุ / ผู้ป่วยติดเตียง /DM poor control / ฯลฯ) ได้รับทักษะ SIRS / SOS score ร้อยละ100 5.2 อุบัติการณ์ EWS Sepsis ล่าช้าใน OPD / ER = 0	Excellent Sepsis Fast track 1. Pre / Post-hospital (SIRS / SOS score /D /C plan) 2. OPD / ER / IPD (EWS / วินิจฉัย)		

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**		**โครงการงานและกิจกรรม**
		2568	**2569**	
5.3 ไม่พบอุบัติการณ์ EWS Sepsis ผิดพลาดใน OPD ER 5.4 ไม่พบอุบัติการณ์ EWS Sepsis ซ้ำล่าช้าใน IPD 5.5 ไม่พบอุบัติการณ์วินิจฉัย Sepsis ล่าช้า 5.6 ไม่พบอุบัติการณ์วินิจฉัย Sepsis ผิดพลาด	5.3 อุบัติการณ์ EWS Sepsis ผิดพลาด ใน OPD / ER = 0 5.4 อุบัติการณ์ EWS Sepsis ซ้ำล่าช้าใน IPD = 0 5.5 อุบัติการณ์ วินิจฉัย Sepsis ล่าช้า = 0 5.6 อุบัติการณ์ วินิจฉัย Sepsis ผิดพลาด = 0			

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพองค์รวม ประชาชนไว้วางใจ

พันธกิจที่ M1: พัฒนาระบบบริการการแพทย์องค์รวมที่มีคุณภาพ

ยุทธศาสตร์ ☐ SO: ยกระดับคุณภาพการแพทย์องค์รวม

Roadmap 2: กลุ่มโรคเรื้อรังและโรคติดเชื้อ

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**		**โครงการงานและกิจกรรม**
		2568	**2569**	
1. DM: ลดอัตราเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน (DKA/ hypoglycemia/DR/CKD/DM foot/STROKE/STEMI)	**KPI :1 อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน (DKA / hypoglycemia / DR /**	Excellent NCDs CUP Clinic (DM / HT / CKD)		**<u>โครงการคลินิกโรคเรื้อรังคุณภาพ</u>** **1. Life style** modification Program

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**		**โครงการ งานและกิจกรรม**
		2568	**2569**	
1.1 ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาล HbA1c <7 % เพิ่มขึ้น 1.1.1 ผู้ป่วย DM ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี ได้รับการติดตาม เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบเข้มข้น (Life style modification) เพิ่มขึ้น 1.2 ลดอัตราผู้ป่วย DM เป็น DKA 1.2.1 ผู้ป่วย DM ที่ขาดยาได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องทุกราย 1.2.2 ผู้ป่วย DM ที่มีภาวะติดเชื้อรุนแรง/ติดสุราเรื้อรัง/ฯลฯ ได้รับการติดตามรักษาอย่างต่อเนื่องทุกราย 1.3 ลดอัตราผู้ป่วย DM ที่มีภาวะ Hypoglycemia coma	**CKD / DM foot / STROKE / STEMI) ลดลงร้อยละ 2** OKRs 1.1 อัตราผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาล HbA1c <7 % เพิ่มขึ้น ร้อยละ 40 1.1.1 อัตราผู้ป่วย DM ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี ได้รับการติดตาม เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบเข้มข้น (Life style modification) ร้อยละ 2 1.2 อัตราผู้ป่วย DM เป็น DKA ลดลง ร้อยละ 2 1.2.1 อัตราผู้ป่วย DM ที่ขาดยา ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ100 1.2.2 อัตราผู้ป่วย DM ที่มีภาวะติดเชื้อรุนแรง/ติดสุราเรื้อรัง/ฯลฯ ได้รับการติดตามรักษาอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 100 1.3 อัตราผู้ป่วย DM ที่มีภาวะ Hypoglycemia coma ลดลง ร้อยละ 2	1. Life style modification Program 2. telemedicine 3. Remission Clinic (DM / HT)		1.1 กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย (DM / HT / CKD) ร่วมจัดทำกลุ่มเสี่ยงตามกลุ่มอาชีพ 3อ2ส 1.1.1 ทำสวน 1.1.2 ทำไร่สัปปะรด 1.1.3 ประมง 1.1.4 รับจ้างทั่วไป 1.1.5 สำนักงาน 1.2 Life style modification model 1.2.1 บุคคลต้นแบบ 1.2.2 กลุ่มอาชีพต้นแบบ **2. Smart NCDs Clinic (ลดภาวะแทรกซ้อน)** 2.1 ติวเข้ม CPG/CNPG 2.2 Telemedicine 2.3 ติวเข้มและติดตามการใช้ยา **3. Remission Clinic (DM/HT)** 3.1 DM 3.2 HT **4. งาน Cataract** 4.1 Active case finding 4.2 Fast Track ผ่าตัดตาต้อกระจก

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**		**โครงการ งานและกิจกรรม**
		2568	**2569**	
1.3.1 ผู้ป่วย DM ที่ฉีดยาอินซูลิน ได้รับการติดตามบริหารยาทุกราย 1.3.2 ผู้ป่วย DM ที่นอนรักษาใน รพ. ได้รับการติดตามบริหารยาทุกราย 1.4 ลดอัตราผู้ป่วย DM เป็น DR 1.4.1 ผู้ป่วย DM ได้รับการคัดกรอง DR เพิ่มขึ้น 1.4.2 ผู้ป่วย DM ที่มีภาวะแทรกซ้อน ระดับ mild และ moderate ได้รับการติดตามเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องทุกราย 1.4.3 ผู้ป่วย DM ที่มีภาวะแทรกซ้อนระดับ severe ได้รับการส่งต่อพบจักษุแพทย์ทุกราย 1.5 ลดอัตราผู้ป่วย DM เป็น DM foot 1.5.1 ผู้ป่วย DM ได้รับการคัดกรอง DM foot เพิ่มขึ้น	1.3.1 อัตราผู้ป่วย DM ที่ฉีดยาอินซูลิน ได้รับการติดตามบริหารยา ร้อยละ 100 1.3.2 อัตราผู้ป่วย DM ที่นอนรักษาในรพ. ได้รับการติดตามบริหารยา ร้อยละ 100 1.4 อัตราผู้ป่วย DM เป็น DR ลดลง ร้อยละ 60 1.4.1 อัตราผู้ป่วย DM ได้รับการคัดกรอง DR ร้อยละ 2 1.4.2 อัตราผู้ป่วย DM ที่มีภาวะแทรกซ้อน ระดับ mild และ moderate ได้รับการติดตามเข้ารับการรักษา ร้อยละ 100 1.4.3 อัตราผู้ป่วย DM ที่มีภาวะแทรกซ้อนระดับ severe ได้รับการส่งต่อพบจักษุแพทย์ ร้อยละ 100 1.5 อัตราผู้ป่วย DM เป็น DM foot ร้อยละ 2 1.5.1 อัตราผู้ป่วย DM ได้รับการคัดกรอง DM foot ร้อยละ 60			4.3 ติดตามผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษา **5. จัดหาวัสดุครุภัณฑ์ (มูลค่า10,000บาทขึ้นไป)** 5.1 แท็บเล็ทพร้อมใช้งานอินเตอร์เน็ตได้ 5.2 เครื่องวัดความดัน 5.3 เครื่องเจาะน้ำตาล 5.4 เครื่องวัดความดันตาชนิดสัมผัสกระจกตาชนิดมือถือ 5.5 กล้องจุลทรรศน์ตรวจตาชนิดลำแสงแคบชนิดมือถือ 5.6 เครื่องวิเคราะห์โรคทางจอประสาทตาระบบอัตโนมัติ

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**		**โครงการ งานและกิจกรรม**
		2568	**2569**	
1.5.2 ผู้ป่วย DMที่มีภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต เท้า ได้รับการติดตามเข้ารับการรักษาต่อเนื่องทุกราย	1.5.2 อัตราผู้ป่วย DM ที่มีภาวะแทรกซ้อน ทางตา ไต เท้า ได้รับการติดตามเข้ารับการรักษา ร้อยละ 100			
1.5.3 ผู้ป่วย DM ที่เป็นแผลที่เท้าได้รับการส่งต่อรักษากับศัลยแพทย์ทุกราย	1.5.3 อัตราผู้ป่วย DM ที่เป็นแผลที่เท้าได้รับการส่งต่อรักษากับศัลยแพทย์ ร้อยละ 100			
1.6 ลดอัตราผู้ป่วย DM เป็น CKD	1.6 อัตราผู้ป่วย DM เป็น CKD ลดลง ร้อยละ 2			
1.6.1 ผู้ป่วย DM ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไตเพิ่มมากขึ้น	1.6.1 อัตราผู้ป่วย DM ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 60			
1.6.2 ผู้ป่วย DM ที่ตรวจพบภาวะไตเรื้อรังได้รับการติดตามได้รับการตรวจซ้ำทุก 3 เดือนทุกราย	1.6.2 อัตราผู้ป่วย DM ที่ตรวจพบภาวะไตเรื้อรังได้รับการติดตาม ได้รับการตรวจซ้ำทุก 3 เดือน ร้อยละ 100			
1.6.3 ผู้ป่วย DMที่เป็น CKD Stage 3b ได้รับการส่งต่ออายุรแพทย์ทุกราย	1.6.3 อัตราผู้ป่วย DM ที่เป็น CKD Stage 3b ได้รับการส่งต่ออายุรแพทย์ ร้อยละ100			
1.7 ลดอัตราผู้ป่วย DM เป็น STROKE / STEMI	1.7 อัตราผู้ป่วย DM เป็น STROKE / STEMI ลดลง ร้อยละ 2			

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**		**โครงการ งานและกิจกรรม**
		2568	**2569**	
1.7.1 ผู้ป่วย DMในคลินิก NCDs ที่ควบคุมโรคได้ดี ได้รับการคัดกรอง CVD risk ทุกราย 1.7.2 ผู้ป่วย DMที่มี CVD risk> 20% ได้รับการติดตามเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและมี CVD risk ลดลง มีจำนวนเพิ่มขึ้น 1.7.3 ผู้ป่วย DMที่ควบคุมโรคไม่ดี ได้รับการติดตาม เข้ารับการคัดกรอง CVD risk ทุกราย 1.7.4 ผู้ป่วย DM ที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี ที่ได้รับการคัดกรอง CVD risk และมี CVD risk> 20% ได้รับการติดตาม เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและมี CVD risk ลดลง มีจำนวนเพิ่มขึ้น	1.7.1 อัตราผู้ป่วย DM ในคลินิก NCDs ที่ควบคุมโรคได้ดี ได้รับการคัดกรอง CVD risk ร้อยละ 100 1.7.2 อัตราผู้ป่วย DM ที่มี CVD risk> 20% ได้รับการติดตาม เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและมี CVD risk ลดลง ร้อยละ 50 1.7.3 อัตราผู้ป่วย DM ที่ควบคุมโรคไม่ดี ได้รับการติดตาม เข้ารับการคัดกรอง CVD risk ร้อยละ 100 1.7.4 อัตราผู้ป่วย DM ที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี ที่ได้รับการคัดกรอง CVD risk และมี CVD risk> 20% ได้รับการติดตามเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและมี CVD risk ลดลง ร้อยละ 50			
2. HT: ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (Stroke / STEMI /CKD)	**KPI :2 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (Stroke /STEMI /CKD) ลดลง ร้อยละ 2**			

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**		**โครงการ งานและกิจกรรม**
		2568	**2569**	
2.1 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงคุมระดับ BP < 140/90 mmHg. (ควบคุมโรคได้ดีขึ้น) เพิ่มขึ้น 2.1.1 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีระดับBP>140/90mmHg. (ที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี)ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทุกราย 2.1.2 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี ที่ปฏิเสธการรักษา ได้รับการติดตามเข้ารับการรักษาทุกราย 2.2 ลดอัตราผู้ป่วย HT เป็น CKD 2.2.1 อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต เพิ่มขึ้น 2.2.2 ผู้ป่วย HT ที่เป็น CKD Stage 3b ได้รับการส่งต่ออายุรแพทย์ทุกราย	OKRs 2.1 อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงคุมระดับ BP < 140/90 mmHg. (ควบคุมโรคได้ดีขึ้น) ร้อยละ 50 2.1.1 อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีระดับ BP>140/90mmHg. (ที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี)ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร้อยละ100 2.1.2 อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี ที่ปฏิเสธการรักษา ได้รับการติดตามเข้ารับการรักษา ร้อยละ100 2.2 อัตราผู้ป่วย HT เป็น CKD ลดลง ร้อยละ 2 2.2.1 อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 100 2.2.2 อัตราผู้ป่วย HT ที่เป็น CKD Stage 3b ได้รับการส่งต่ออายุรแพทย์ ร้อยละ 100			

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**		**โครงการ งานและกิจกรรม**
		2568	**2569**	
2.3 ลดอัตราผู้ป่วย HT เป็น STROKE/ STEMI 2.3.1 ผู้ป่วย HT ในคลินิก NCDs ที่ควบคุมโรคได้ดี ได้รับการคัดกรอง CVD risk ทุกราย 2.3.2 ผู้ป่วย HT ที่มี CVD risk> 20% ได้รับการติดตามเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและมี CVD risk ลดลง มีจำนวนเพิ่มขึ้น 2.3.3 ผู้ป่วย HT ที่ควบคุมโรคไม่ดี ได้รับการติดตาม เข้ารับการคัดกรอง CVD risk ทุกราย 2.3.4 ผู้ป่วย HT ที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี ที่ได้รับการคัดกรอง CVD riskและมี CVD risk > 20% ได้รับการติดตาม เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและมี CVD risk ลดลง มีจำนวนเพิ่มขึ้น	2.3 อัตราผู้ป่วย HT เป็น STROKE/ STEMI ลดลง ร้อยละ 2 2.3.1 อัตราผู้ป่วย HT ในคลินิก NCDs ที่ควบคุมโรคได้ดี ได้รับการคัดกรอง CVD risk ร้อยละ100 2.3.2 อัตราผู้ป่วย HT ที่มี CVD risk> 20% ได้รับการติดตาม เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและมี CVD risk ลดลง ร้อยละ 50 2.3.3 อัตราผู้ป่วย HT ที่ควบคุมโรคไม่ดี ได้รับการติดตาม เข้ารับการคัดกรอง CVD risk ร้อยละ 100 2.3.4 อัตราผู้ป่วย HT ที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี ที่ได้รับการคัดกรอง CVD risk และมี CVD risk> 20% ได้รับการติดตาม เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและมี CVD risk ลดลง ร้อยละ 50			
3. CKD: ลดอัตราการเกิด ESRD รายใหม่	**KPI :3 อัตราการเกิด ESRD รายใหม่ ลดลง ร้อยละ 10**			

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**		**โครงการ งานและกิจกรรม**
		2568	**2569**	
3.1 ผู้ป่วย CKDที่มีอัตราการลดลง eGFR <5ml/min/ 1.73m^2/yr. ได้เพิ่มขึ้น 3.2 ผู้ป่วย CKD stage 1-4 ได้รับยา ACEI / ARB เพิ่มขึ้น	OKRs 3.1 อัตราผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลง eGFR <5ml/min/1.73m^2/yr. ร้อยละ 66 3.2 อัตราผู้ป่วย CKD stage 1-4 ได้รับยา ACEI / ARB ร้อยละ 60			
4. Cataract: ลดภาวะพิการตาบอดในผู้สูงอายุ 4.1 ผู้สูงอายุ60ปีขึ้นไปได้รับการตรวจคัดกรองCataract ทุกราย 4.2 ผู้สูงอายุโรคตาต้อกระจกชนิดเลือนราง (Sever Low Vision) ได้รับการส่งต่อพบจักษุแพทย์ทุกราย 4.3 ผู้ป่วยโรคตาต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วันทุกราย	**KPI :4 อัตราผู้ป่วยสูงอายุ Cataract เกิดภาวะพิการตาบอดลดลง ร้อยละ 5** OKRs 4.1 อัตราผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปได้รับการตรวจคัดกรอง Cataract ร้อยละ 100 4.2 อัตราผู้สูงอายุโรคตาต้อกระจกชนิดเลือนราง (Sever Low Vision) ได้รับการส่งต่อพบจักษุแพทย์ ร้อยละ 100 4.3 อัตราผู้ป่วยโรคตาต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน ร้อยละ 100	Excellent Cataract CUP Clinic		

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**		**โครงการ งานและกิจกรรม**
		2568	**2569**	
4.4 ผู้ป่วยโรคตาต้อกระจกที่ปฏิเสธการรักษาได้รับการติดตามเข้ารับการรักษาต่อเนื่องทุกราย	4.4 อัตราผู้ป่วยโรคตาต้อกระจกที่ปฏิเสธการรักษาได้รับการติดตามเข้ารับการรักษา ร้อยละ 100			

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพองค์รวม ประชาชนไว้วางใจ

พันธกิจที่ M1: พัฒนาระบบบริการการแพทย์องค์รวมที่มีคุณภาพ

ยุทธศาสตร์ ☐ SO: ยกระดับคุณภาพการแพทย์องค์รวม

Roadmap 3: กลุ่มโรคสูติกรรม

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**		**โครงการ งานและกิจกรรม**
		2568	**2569**	
1. High Risk Pregnancy, ไม่พบอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด (Pre-term / PPH / PIH) 1.1 หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์เพิ่มขึ้น 1.1.1 อายุน้อยกว่า 20 ปี 1.1.2 อายุ 20-34 ปี 1.1.3 อายุ 35 ปีขึ้นไป	**KPI :1 อุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด (Pre-term / PPH/ PIH) = 0** OKRs 1.1 หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ร้อยละ 75 1.1.1 อายุน้อยกว่า 20 ปี 1.1.2 อายุ 20-34 ปี 1.1.3 อายุ 35 ปีขึ้นไป	สูติกรรมคุณภาพ 1. ANC สัญจร รพสต. 11 แห่ง 2. High Risk Pregnancy Clinic 3. LR คุณภาพ 4. PP คุณภาพ		**<u>โครงการสูติกรรมคุณภาพ</u>** **1. ANC สัญจร รพสต. 11 แห่ง** 1.1 สามหมอเสริมพลังครัวเรือนหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุน้อย 1.2 สามหมอให้บริการฝากครรภ์ที่ รพ.สต. **2. High Risk Pregnancy Clinic** 2.1 ติวเข้ม CPG/CNPG 2.2 Pre-termlabour 2.3 Preeclampsia 2.4 PPH

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**		**โครงการงานและกิจกรรม**
		2568	**2569**	
1.2 หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ 8 ครั้งเพิ่มขึ้น 1.3 หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงได้เข้ารับการรักษากับสูติแพทย์ทุกราย 1.4 ไม่พบอุบัติการณ์ EWS (Pre-term / PPH / PIH) ผิดพลาด 1.5 ไม่พบอุบัติการณ์วินิจฉัย (Pre-term / PPH / PIH) ผิดพลาด	1.2 หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ 8 ครั้ง ร้อยละ 75 1.3 หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูงได้เข้ารับการรักษากับสูติแพทย์ ร้อยละ 100 1.4 อุบัติการณ์ EWS (Pre-term / PPH / PIH) ผิดพลาด = 0 1.5 อุบัติการณ์วินิจฉัย (Pre-term / PPH / PIH) ผิดพลาด = 0			2.5 ติดตามการฝากครรภ์ 100% **3. LR คุณภาพ** 3.1 ซ้อมแผนภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม 3.2 ติวเข้ม EWS 3.3 ติวเข้ม CPG/CNPG **4. พัฒนาสมรรถนะ** 4.1 หลักสูตรนมแม่ 21 ชั่วโมง 4.2 หลักสูตร RRT **5. จัดหาวัสดุครุภัณฑ์ (มูลค่า10,000บาทขึ้นไป)** 5.1 ตู้อบเด็กเคลื่อนที่

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพองค์รวม ประชาชนไว้วางใจ

พันธกิจที่ M1: พัฒนาระบบบริการการแพทย์องค์รวมที่มีคุณภาพ

ยุทธศาสตร์ ☐SO: ยกระดับคุณภาพการแพทย์องค์รวม

Roadmap 4: กลุ่มโรคทันตกรรม

ประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม
		2568	2569	
1. ฟันน้ำนมผุในเด็ก 0-3 ปี: ลดอัตราการเกิดฟันน้ำนมผุ 1.1 เด็กอายุ 0-3 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้น 1.2 ผู้ปกครองเด็กอายุ 0-3 ปีได้รับการฝึกแปรงฟันแบบปฏิบัติและ plaque control เพิ่มขึ้น 1.3 เด็กอายุ 0-3 ปี ได้รับการเคลือบทาฟลูออไรด์เฉพาะที่เพิ่มขึ้น	**KPI :1 อัตราเด็ก 3 ปี ปราศจากฟันผุ (Caries Free) ลดลง ร้อยละ 75** OKRs 1.1 เด็กอายุ 0-3 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 70 1.2 ผู้ปกครองเด็กอายุ0-3 ปี ได้รับการฝึกแปรงฟันแบบปฏิบัติและ plaque control ร้อยละ 70 1.3 เด็กอายุ 0-3 ปี ได้รับการเคลือบทาฟลูออไรด์เฉพาะที่ ร้อยละ 50	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กต้นแบบด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก		**<u>โครงการสุขภาพฟันดี อำเภอกุยบุรี</u>** **1. WBCต้นแบบด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก** 1.1 ตรวจสุขภาพช่องปากและทันตสุขศึกษา 1.2 ฝึกแปรงฟันแบบปฏิบัติและ plaque control 1.3 เคลือบทาฟลูออไรด์เฉพาะที่ **2. โรงเรียนประถมศึกษาต้นแบบด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก** 2.1 ตรวจสุขภาพช่องปากและทันตสุขศึกษา 2.2 เคลือบหลุมร่องฟันแท้ **3. คลินิกฟันเทียมในรพ.สต.** 3.1 ตรวจสุขภาพช่องปากและทันตสุขศึกษา
2. ฟันแท้ผุในเด็ก 6-12 ปี: ลดอัตราฟันแท้ผุ 2.1 เด็กอายุ 6-12 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้น 2.2 เด็กอายุ 6-12 ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันแท้เพิ่มขึ้น	**KPI :2 อัตราเด็ก 12 ปี ปราศจากฟันผุ (Caries Free) ลดลง ร้อยละ 72** OKRs 2.1 เด็กอายุ 6-12 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 70 2.2 เด็กอายุ 6-12 ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันแท้ ร้อยละ 30	โรงเรียนประถมศึกษาต้นแบบด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก		

<table>
<tr><td colspan="4">ประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต</td></tr>
<tr><td rowspan="2">วัตถุประสงค์
เชิงยุทธศาสตร์</td><td rowspan="2">KPI & OKRs</td><td>Project Based</td><td rowspan="2">โครงการ
งานและกิจกรรม</td></tr>
<tr><td>2568 | 2569</td></tr>
<tr><td>3. ฟันคู่สบในผู้สูงอายุ:
เพิ่มจำนวนฟันหลังที่ใช้งานได้มากกว่า 4 คู่สบ

3.1 ผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้น
3.2 ผู้สูงอายุได้รับการใส่ฟันเทียม มากกว่า 16 ซี่หรือฟันเทียมทั้งปากเพิ่มขึ้น</td><td>KPI :3 อัตราผู้สูงอายุที่มีฟันหลัง (แท้หรือเทียม)ใช้งานเหมาะสม (ไม่น้อยกว่า 4 คู่สบ) เพิ่มขึ้น ร้อยละ 64
OKRs
3.1 ผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 75

3.2 ผู้สูงอายุที่ได้รับใส่ฟันเทียม มากกว่า 16 ซี่หรือฟันเทียมทั้งปาก ร้อยละ 100 (ของเป้าหมาย)</td><td>คลินิกฟันเทียม ใน รพ.สต.</td><td rowspan="3">3.2 บริการใส่ฟันเทียมมากกว่า 16 ซี่หรือฟันเทียมทั้งปากในผู้สูงอายุ
4. หน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่วัยทำงานใน รพ.สต.
4.1 บริการทันตกรรมของวัยทำงาน
4.2 บริการทันตกรรมในสถานประกอบการ
5. ทันตกรรมเฉพาะทาง
5.1 บริการทันตกรรมเฉพาะทางที่ไม่ซับซ้อน
5.1.1 รากฟันเทียม
5.1.2 รักษารากฟัน
5.1.3. ฟันปลอม
5.1.4 รักษาฟันเด็ก
5.1.5ศัลยกรรมช่องปาก
6. พัฒนาสมรรถนะ
6.1 หลักสูตรเพิ่มทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากตามกลุ่มอายุ
6.2 หลักสูตรเพิ่มทักษะในการเคลือบฟลูออไรด์และเคลือบหลุมร่องฟัน</td></tr>
<tr><td>4. วัยทำงานเข้าถึงบริการทันตกรรม: เพิ่มการเข้าถึงการรับบริการทันตกรรม</td><td>KPI :4อัตราการเข้าถึงบริการทันตกรรมของวัยทำงาน เพิ่มขึ้น ร้อยละ 25</td><td rowspan="2">หน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ ใน รพ.สต.
คลินิกทันตกรรม
1. รากฟันเทียม
2. รักษารากฟัน</td></tr>
<tr><td>5. ทันตกรรมเฉพาะทาง:
เพิ่มอัตราการเข้าถึงทันตกรรมเฉพาะทาง
5.1. รากฟันเทียม
5.2. รักษารากฟัน
5.3. ฟันปลอม
5.4. รักษาฟันเด็ก
5.5 ศัลยกรรมช่องปาก</td><td>KPI :5 อัตราการให้บริการทันตกรรมเฉพาะทาง ร้อยละ 5
5.1. รากฟันเทียม ร้อยละ 5
5.2. รักษารากฟัน ร้อยละ 5
5.3. ฟันปลอม ร้อยละ 5
5.4. รักษาฟันเด็ก ร้อยละ 5
5.5 ศัลยกรรมช่องปาก ร้อยละ 5</td></tr>
</table>

ประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**		**โครงการงานและกิจกรรม**
		2568	**2569**	
				7. จัดหาวัสดุครุภัณฑ์ (มูลค่า10,000บาทขึ้นไป) 7.1 สื่อการสอน 7.2 อุปกรณ์การแปรงฟัน 7.3 เครื่องมือและอุปกรณ์สำหรับทำฟันเทียม

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพองค์รวม ประชาชนไว้วางใจ

พันธกิจที่ M1: พัฒนาระบบบริการการแพทย์องค์รวมที่มีคุณภาพ

ยุทธศาสตร์ ☐SO: ยกระดับคุณภาพการแพทย์องค์รวม

Roadmap5: บริการแบบผสมผสาน

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**		**โครงการงานและกิจกรรม**
		2568	**2569**	
1. กายภาพบำบัด: ผู้ป่วยIMC 4 โรค (Stroke, TBI, SCI, Hip Fracture) ที่ได้รับการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดมีค่า BI ดีขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับ	**KPI :1 ผู้ป่วย IMC 4 โรค (Stroke, TBI, SCI Hip Fracture) ที่ได้รับการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดมีค่า BI ดีขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับ ร้อยละ 80** OKRs	คลินิกกายภาพบำบัด		**<u>โครงการบริการแบบผสมผสาน</u>** **1. คลินิกการแพทย์แบบผสมผสาน** 1.1 จัดตั้งคลินิกการแพทย์ผสมผสานในผู้ป่วย IMC / NCDs

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**		**โครงการงานและกิจกรรม**
		2568	**2569**	
1.1 ผู้ป่วย Stroke ได้รับการฟื้นฟูทากายภาพบำบัดมีค่า BI ดีขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับ เพิ่มขึ้น 1.2 ผู้ป่วย TBIได้รับการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดมีค่า BI ดีขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับ เพิ่มขึ้น 1.3 ผู้ป่วย SCIได้รับการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดมีค่า BI ดีขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับ เพิ่มขึ้น 1.4 ผู้ป่วย Hip Fracture ได้รับการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดมีค่า BI ดีขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับ เพิ่มขึ้น	1.1 ผู้ป่วย Stroke ได้รับการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดมีค่า BI ดีขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับ ร้อยละ 80 1.2 ผู้ป่วย TBI ได้รับการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดมีค่า BI ดีขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับ ร้อยละ 80 1.3 ผู้ป่วย SCI ได้รับการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดมีค่า BI ดีขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับ ร้อยละ 80 1.4 ผู้ป่วย Hip Fracture ได้รับการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดมีค่า BI ดีขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับ ร้อยละ 80			1.2 ให้บริการเชิงรุกการแพทย์ผสมผสานในผู้ป่วย IMC/NCDs ในเขตพื้นที่อำเภอกุยบุรี 1.3 อบรม อสม.และเจ้าหน้าที่รพ.สต. **2. พัฒนาสมรรถนะ** 2.1 หลักสูตรการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม IMC 2.2 หลักสูตรโภชนาการสำหรับผู้ป่วย IMC/NCDs 2.3 หลักสูตรการดูแลผู้ป่วย IMC/NCDs ด้านแพทย์แผนไทย **3. จัดหาวัสดุครุภัณฑ์ (มูลค่า10,000 บาทขึ้นไป**) 3.1 เครื่องกระตุ้นไฟฟ้า 3.2 อุปกรณ์ออกกำลังกาย
2.แพทย์แผนไทย: ผู้ป่วย NCDs ที่มีข้อบ่งชี้ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้น 2.1 ผู้ป่วยโรค Stroke ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้น 2.2 ผู้ป่วยโรค DM ที่มี HbA1c <7% ได้รับการ	**KPI :2 อัตราผู้ป่วย NCDs ที่มีข้อบ่งชี้ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้น ร้อยละ 60** OKRs 2.1 อัตราผู้ป่วยโรค Stroke ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้น ร้อยละ 60 2.2 อัตราผู้ป่วยโรค DM ที่มี HbA1c <7% ได้รับการดูแล	คลินิกแพทย์แผนไทย		

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**		**โครงการงานและกิจกรรม**
		2568	**2569**	
ดูแลด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้น 2.3 ผู้ป่วยโรค HT ที่มีความดันโลหิตมากกว่า 140/90 mmHg. ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้น 2.4 ผู้ป่วย CKD Stage 3b ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์การแพทย์แผนเพิ่มขึ้น 2.5 ผู้ป่วย CVD risk>20 ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้น	ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้น ร้อยละ 60 2.3 อัตราผู้ป่วยโรค HT ที่มีความดันโลหิตมากกว่า 140/90 mmHg. ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้น ร้อยละ 60 2.4 อัตราผู้ป่วย CKD Stage 3b ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้น ร้อยละ 60 2.5 อัตราผู้ป่วย CVD risk>20 ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้น ร้อยละ 60			
3. โภชนศาสตร์: ผู้ป่วย NCDs (DM /HT / CKD / CVD risk) และหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง(BMI<18/>25, Hct<33%, PIH/GDM) มีผลลัพธ์จากการดูแลด้วย individual nutritioncare plan เพิ่มขึ้น 3.1 ผู้ป่วย DM ที่มี HbA1C>7% มีผลลัพธ์จากการดูแลด้วยindividual	**KPI :3 อัตราผู้ป่วย NCDs (DM / HT / CKD / CVD risk) และหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง (BMI <18/> 25,Hct<33%,PIH/GDM) มีผลลัพธ์จากการดูแลด้วย individual nutrition care plan ร้อยละ 60** OKRs 3.1 ผู้ป่วย DM ที่มี HbA1C>7% มีผลลัพธ์จากการดูแลด้วย individual	คลินิกโภชนศาสตร์		

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**		**โครงการงานและกิจกรรม**
		2568	**2569**	
nutritioncare plan เพิ่มขึ้น 3.2 ผู้ป่วย HT ที่มีระดับ BP>140/90 mmHg. มีผลลัพธ์จากการดูแลด้วย individual nutritioncare plan เพิ่มขึ้น 3.3 ผู้ป่วย CKD stage 3b ขึ้นไป มีผลลัพธ์จากการดูแลด้วยindividual nutritioncare plan เพิ่มขึ้น 3.4 ผู้ป่วยCVD risk>20% ขึ้นไป มีผลลัพธ์จากการดูแลด้วย individual nutritioncare plan เพิ่มขึ้น 3.5 หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง (BMI<18/>25, Hct<33%, PIH/GDM) มีผลลัพธ์จากการดูแลด้วย individual nutritioncare plan เพิ่มขึ้น	nutrition care plan ร้อยละ 60 3.2 ผู้ป่วย HT ที่มีระดับ BP>140/90 mmHg. มีผลลัพธ์จากการดูแลด้วย individual nutrition care plan ร้อยละ 60 3.3 ผู้ป่วย CKD stage 3b ขึ้นไป มีผลลัพธ์จากการดูแลด้วย individual nutrition care plan ร้อยละ 60 3.4 ผู้ป่วย CVD risk>20% ขึ้นไป มีผลลัพธ์จากการดูแลด้วยindividual nutrition care plan ร้อยละ 60 3.5 หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง (BMI<18/>25, Hct<33%, PIH/GDM) มีผลลัพธ์จากการดูแลด้วย individual nutritioncare plan ร้อยละ 60			

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพองค์รวม ประชาชนไว้วางใจ

พันธกิจที่ M1: พัฒนาระบบบริการการแพทย์องค์รวมที่มีคุณภาพ

ยุทธศาสตร์ ☐SO: ยกระดับคุณภาพการแพทย์องค์รวม

Roadmap 6: ระบบงานที่สำคัญ

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม
		2568	2569	
1. RSQ: ไม่พบอุบัติการความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป 1.1 อัตราความสมบูรณ์ของ risk register & risk profile โรคยุทธศาสตร์และโรคที่สำคัญเพิ่มขึ้น 1.2 ไม่พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระดับ D ขึ้นไป 1.2.1 S: ไม่พบอุบัติการณ์หัตถการผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่งและผิดหัตถการ 1.2.2 I: ไม่พบอุบัติการณ์บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน 1.2.3 M: อัตราอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา (Opd/Ipd) ลดลง / การให้เลือดผิดคน/ผิดหมู่	**KPI :1 อุบัติการความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป = 0** OKRs 1.1 อัตราความสมบูรณ์ของ risk register & risk profile โรคยุทธศาสตร์และโรคที่สำคัญเพิ่มขึ้น ร้อยละ 80 1.2 อุบัติการณ์ความเสี่ยงในระดับ D ขึ้นไป = 0 1.2.1 อุบัติการณ์หัตถการผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่งและผิดหัตถการ = 0 1.2.2 อุบัติการณ์บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน = 0 1.2.3 อัตราอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา (Opd/Ipd) ลดลง ร้อยละ 20 /การให้เลือดผิดคน,ผิดหมู่เท่ากับ 0	RSQ Management 1. risk register & risk profile 2. SIMPLE (9 มาตรฐาน) 3. RCA/CQI (ระดับ E ขึ้นไป) 4. มหกรรม 12 กิจกรรมทุกหน่วยงาน 5. มหกรรม 3P Safety ทุกหน่วยงาน		**<u>โครงการยกระดับคุณภาพระบบงานที่สำคัญ</u>** **1. งาน RSQ Management** **1.1 risk register & risk profile** 1.1.1 จัดทำคู่มือการรายงานความเสี่ยง 1.1.2 ประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำ Risk register / Risk profile โรคยุทธศาสตร์และโรคที่สำคัญ 1.1.3 ติวเข้ม Risk register / Risk profile ทุกหน่วยงาน **1.2 3P Safety& SIMPLE (9 มาตรฐาน)** 1.2.1 ประกาศนโยบาย 3P Safety & ZE / ZH

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**		**โครงการงานและกิจกรรม**
		2568	**2569**	
1.2.4 P: ไม่พบอุบัติการณ์ระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด/ผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม 1.2.5 L: ไม่พบอุบัติการณ์tube เลื่อนหลุดขณะนำส่ง refer 1.2.6 E: ไม่พบอุบัติการณ์ความไม่พร้อมของทีม RRT 1.3 อัตราอุบัติการณ์ความเสี่ยงได้รับการจัดทำ RCA / CQI / R2R ทุกอุบัติการณ์	1.2.4 อุบัติการณ์ระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด/ผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม = 0 1.2.5 อุบัติการณ์ tube เลื่อนหลุดขณะนำส่ง refer = 0 1.2.6 อุบัติการณ์ความไม่พร้อมของทีม RRT = 0 1.3 อัตราอุบัติการณ์ความเสี่ยงได้รับการจัดทำ RCA / CQI / R2R ร้อยละ 100			1.2.2 มหกรรม 12 กิจกรรม ทุกหน่วยงาน 1.2.3 RSQ Round ทุก 2 สัปดาห์ **1.3 RCA /CQI / R2R** 1.3.1 จัดทำ RCA ในระดับความเสี่ยง (E-I) ทุกอุบัติการณ์ 1.3.2 จัดทำ CQI ในระดับความเสี่ยง E-F ทุกอุบัติการณ์ 1.3.3 จัดทำ R2R ในระดับความเสี่ยง E-F ทุกอุบัติการณ์
2. MSO: ไม่พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางการแพทย์ระดับ E ขึ้นไป 2.1 ไม่พบอุบัติการณ์วินิจฉัยล่าช้า 2.2 ไม่พบอุบัติการณ์วินิจฉัยผิดพลาด 2.3 ไม่พบอุบัติการณ์รักษาพยาบาลล่าช้า	**KPI :2 อุบัติการณ์ความเสี่ยงทางการแพทย์ ระดับ E ขึ้นไป = 0** OKRs 2.1 อุบัติการณ์การวินิจฉัยล่าช้า = 0 2.2 อุบัติการณ์การวินิจฉัยผิดพลาด = 0 2.3 อุบัติการณ์รักษาพยาบาลล่าช้า = 0			
3. NSO: ไม่พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป	**KPI :3 อุบัติการณ์ความเสี่ยงทางการพยาบาล ระดับ E ขึ้นไป = 0**	Nursing RSQ management		**3. งาน NSO** **3.1 Productivity management (ER /**

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**		**โครงการงานและกิจกรรม**
		2568	**2569**	
3.1 อัตรากำลังหน่วยงานทางการพยาบาลเพียงพอ (ER/OPD) 3.2 บุคลากรทางการพยาบาลมีสมรรถนะเฉพาะโรค (specific competency) 3.3 หน่วยงานทางการพยาบาลได้รับการนิเทศด้านความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรคทางการพยาบาล 3.4 ไม่พบอุบัติการณ์ข้อร้องเรียนทางด้านจริยธรรมทางการพยาบาล	OKRs 3.1 อัตรากำลังหน่วยงานทางการพยาบาล ในหน่วยบริการเพียงพอเหมาะสม (productivity management) ร้อยละ 80 3.2 อัตราบุคลากรทางการพยาบาลมีสมรรถนะเฉพาะ (specific competency) ในโรคยุทธศาสตร์ ร้อยละ 80 3.3 อัตราหน่วยงานทางการพยาบาลได้รับการนิเทศความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรคทางการพยาบาล ร้อยละ 80 3.4 อุบัติการณ์ข้อร้องเรียนทางด้านจริยธรรมของพยาบาล = 0	1. Productivity (ER / IPD1,2,3 / OPD / NCD) 2. Nursing Specific Competency 3. Nursing super vision 4. Nursing ethical management		**IPD/ OPD / LR / โซนสังเกตอาการ)** **3.2 ประเมินสมรรถนะพยาบาลทุกคน** 3.2.1 Common Competency 3.2.2 Specific Competency **3.3 Nursing supervision** 3.3.1 In Charge 3.3.2 หัวหน้าหน่วยงาน 3.3.3 คณะกรรมการ NSO **3.4. Nursing ethical management** 3.4.1 การรักษาความลับของผู้ป่วย 3.4.2 พฤติกรรมการให้บริการของเจ้าหน้าที่ **3.5 พัฒนาสมรรถนะ** 3.5.1 การพยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติฉุกเฉิน (4 เดือน) 3.5.2 การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติด

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**		**โครงการงานและกิจกรรม**
		2568	**2569**	
				เชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ (4 เดือน) 3.5.3 นมแม่ 21 ชม.
4. ENV: ระบบ ENV ผ่านเกณฑ์ประเมินมาตราฐาน 4.1 5ส. 4.2 ห้องแยกโรค 4.3 จุดพ่นยาคนไข้ 4.4 พื้นที่บริเวรหน้าห้องบัตร 4.5 ฉากกั้นยูนิตห้องฟัน 4.6 บริเวณที่รับส่งคนไข้ฉุกเฉิน 4.7 กริ่งฉุกเฉิน 4.8 อัคคีภัย ทางหนีไฟ 4.9 การจัดการขยะ 4.10 ฝ่าเพดานผู้ป่วยใน / โรงครัวชำรุด 4.11 โถงพักคอย 4.12 ศูนย์เครื่องมือแพทย์ 4.13 อ่างทิ้งของเสีย 4.14 จุดล้างเปล 4.15 บ่อบำบัดน้ำเสีย (Coliform / E.coli)	**KPI :4 ระบบสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วยและความปลอดภัยผ่านเกณฑ์ประเมินมาตราฐาน ร้อยละ 60** 4.1 5ส. 4.2 ห้องแยกโรค 4.3 จุดพ่นยาคนไข้ 4.4 พื้นที่บริเวรหน้าห้องบัตร 4.5 โถงพักคอย 4.6 บริเวณที่รับส่งคนไข้ฉุกเฉิน 4.7 กริ่งฉุกเฉิน 4.8 อัคคีภัย ทางหนีไฟ 4.9 การจัดการขยะ 4.10 ฝ่าเพดานผู้ป่วยใน / โรงครัวชำรุด 4.11 ฉากกั้นยูนิตห้องฟัน 4.12 ศูนย์เครื่องมือแพทย์ 4.13 อ่างทิ้งของเสีย 4.14 จุดล้างเปล 4.15 บ่อบำบัดน้ำเสีย (Coliform / E.coli) 4.16 กรองฝุ่นจากเครื่องอบผ้า 4.17พื้นที่ทำงานห้อง LAB 4.18 ไฟฉุกเฉิน	**Safety Env** 4.1 5ส. 4.2 ห้องแยกโรค 4.3 จุดพ่นยาคนไข้ 4.4 บริเวณที่รับส่งคนไข้ฉุกเฉิน 4.5 กริ่งฉุกเฉิน 4.6 อัคคีภัย ทางหนีไฟ 4.7 การจัดการขยะ 4.8 ฝ่าเพดานผู้ป่วยใน / โรงครัวชำรุด 4.9 ฉากกั้นยูนิตห้องฟัน 4.10 ศูนย์เครื่องมือแพทย์ 4.11 อ่างทิ้งของเสีย 4.12 จุดล้างเปล 4.13 บ่อบำบัดน้ำเสีย (Coliform / E.coli) 4.14 กรองฝุ่นจากเครื่องอบผ้า 4.15 พื้นที่ทำงานห้อง LAB	4. Safety Env 4.1 รณรงค์ 5ส. ทุกสัปดาห์ 4.2 สร้างห้องห้องแยกโรค 4เตียง 4.3 ปรับปรุงจุดพ่นยาคนไข้ COPD 4.4 ปรับปรุงบริเวณที่รับส่งคนไข้ฉุกเฉิน 4.5 ติดตั้งกริ่งฉุกเฉิน 4.6 ติดตั้งถังดับเพลิงและเครื่องหมายทางหนีไฟ 4.7 ประกาศมาตราการจัดการขยะมาตราฐาน 4.8 ติดตั้งฉากกั้นยูนิตห้องฟัน 4.9 จัดตั้งศูนย์เครื่องมือแพทย์ 4.10 ติดตั้งอ่างทิ้งของเสีย 4.11 ปรับปรุงจุดล้างเปล

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**		**โครงการงานและกิจกรรม**
		2568	**2569**	
4.16 กรองฝุ่นจากเครื่องอบผ้า 4.17 พื้นที่ทำงานห้อง LAB 4.18 ไฟฉุกเฉิน 4.19 ทางลาดทางเชื่อม 4.20 สัตว์ขึ้นบนอาคาร (รังนก / สุนัข / แมว) 4.21 ถังดับเพลิง 4.22 เครื่องดักจับควัน 4.23 รางน้ำฝน 4.24 สายไฟ 4.25 ระบบน้ำประปา 4.26 ระบบจราจร 4.27 ก๊าซทางการแพทย์ 4.28 จุดเก็บถังออกซิเจน 4.29 จุดพักศพ 4.30 ห้องเซิร์ฟเวอร์ 4.31 ที่ตั้งถังแก๊สโรงครัว 4.32 ภูมิสถาปัตย์ 4.33 เครื่องกำเนิดไฟฟ้า	4.19 ทางลาดทางเชื่อม 4.20 สัตว์ขึ้นบนอาคาร(รังนก / สุนัข / แมว) 4.21 ถังดับเพลิง 4.22 เครื่องดักจับควัน 4.23 รางน้ำฝน 4.24 สายไฟ 4.25 ระบบน้ำประปา 4.26 ระบบจราจร 4.27 ก๊าซทางการแพทย์ 4.28 จุดเก็บถังออกซิเจน 4.29 จุดพักศพ 4.30 ห้องเซิร์ฟเวอร์ 4.31 ที่ตั้งถังแก๊สโรงครัว 4.32 ภูมิสถาปัตย์ 4.33 เครื่องกำเนิดไฟฟ้า	4.16 ไฟฉุกเฉิน 4.17 ทางลาดทางเชื่อม 4.18 สัตว์ขึ้นบนอาคาร (รังนก / สุนัข / แมว) 4.19 ถังดับเพลิง 4.20 เครื่องดักจับควัน 4.21 รางน้ำฝน 4.22 สายไฟ 4.23 ระบบน้ำประปา 4.24 ระบบจราจร 4.25 ก๊าซทางการแพทย์ 4.26 จุดเก็บถังออกซิเจน 4.27 จุดพักศพ 4.28 ห้องเซิร์ฟเวอร์ 4.29 ที่ตั้งถังแก๊สโรงครัว 4.30 ภูมิสถาปัตย์ 4.31 เครื่องกำเนิดไฟฟ้า		4.12 ปรับปรุงจุดล้างรถพยาบาล 4.13 ปรับปรุงระบบบ่อบำบัดน้ำเสีย (Coliform / E.coli) 4.14 ติดตั้งเครื่องกรองฝุ่นจากเครื่องอบผ้า 4.15 ขยายพื้นที่ทำงานห้อง LAB 4.16 ตรวจสอบไฟฉุกเฉิน 4.17 ปรับปรุงทางลาดทางเชื่อม 4.18 มาตราการป้องกันสัตว์ขึ้นบนอาคาร (รังนก / สุนัข / แมว) 4.19 ติดตั้งเครื่องดักจับควันห้องเซิร์ฟเวอร์เครื่องกำเนิดไฟฟ้า 4.20 ติดตั้งและปรับปรุงรางน้ำฝน 4.21 จัดเก็บสายไฟเก่าและเปลี่ยนสายไฟหมดอายุ 4.22 ปรับปรุงระบบน้ำประปา

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**		**โครงการงานและกิจกรรม**
		2568	**2569**	
				4.23 จัดระบบและเพิ่มเครื่องหมายจราจร 4.24 ตรวจสอบก๊าซทางการแพทย์ 4.25 ย้ายจุดเก็บถังออกซิเจน 4.26 สร้างโรงพักศพ 4.27 ย้ายห้องเซิร์ฟเวอร์ 4.28 ปรับปรุงพื้นที่ตั้งถังแก๊สโรงครัว 4.29 ปรับปรุงภูมิสถาปัตย์
5. IC: ลดอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล 5.1 HAP: อัตราการติดเชื้อHAP น้อยกว่า 0 ต่อ 1,000 วันนอน 5.2 CAUTI: อัตราการติดเชื้อCAUTI น้อยกว่า 3 ครั้ง ต่อ 1,000 วันนอน วันที่คาสายสวน 5.3 ติดเชื้อดื้อยา: อัตราการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลน้อยกว่า 3 ครั้ง ต่อ 1,000 วันนอน	**KPI :5 อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลน้อยกว่า 0.5 ต่อ 1,000 วันนอน** 5.1 อัตราการเกิด HAP เป็น 0 ต่อ 1,000 วันนอน 5.2 อัตราการติดเชื้อ CAUTI น้อยกว่า 3 ครั้ง ต่อ 1,000 วันนอนวันที่คาสายสวน 5.3 อัตราการติดเชื้อดื้อยา ในโรงพยาบาล น้อยกว่า 3 ครั้ง ต่อ 1,000 วันนอน	IC campaign 1. ทีมลดการติดเชื้อ (IC / ENV / PCT/ RSQ) 2. BUNDLE 2.1 HAP 2.2 CAUTI 2.3 ดื้อยา 2.4 แผลกดทับ		**5. งานลดการติดเชื้อใน รพ.** **5.1 กำหนดมาตรการปลอดเชื้อ** **5.2 BUNDLE HAP Campaign** 5.2.1 รณรงค์ล้างมือ 5.2.2 จัดโซนห้องแยก 5.2.3 standard precaution **5.3 CAUTI** 5.3.1 รณรงค์ล้างมือ 5.3.2 ทบทวนมาตรฐานการพยาบาลเรื่องการสวนปัสสาวะ

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**		**โครงการงานและกิจกรรม**
		2568	**2569**	
5.4 แผลกดทับ: อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2 ขึ้นไปเป็น 0	5.4 อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2 ขึ้นไปเป็น 0 (<3ครั้งต่อ1000วันนอน)			5.3.3 standard precaution **5.4 เชื้อดื้อยา (Refer Back)** 5.4.1 รณรงค์ล้างมือ 5.4.2 การแยกผู้ป่วยติดเชื้อ 5.4.3 standard precaution
6. IM: อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนเพิ่มขึ้น 6.1 อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน (OPD) เพิ่มขึ้น 6.2 อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน (IPD) เพิ่มขึ้น	**KPI :6 อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน ร้อยละ 100** OKRs 6.1อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน (OPD) ร้อยละ 100 6.2อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน (IPD) ร้อยละ 100	1. ศูนย์เวชระเบียนคุณภาพ 1.1 เวชระเบียนโรคยุทธศาสตร์ 100% 1.2 เวชระเบียนโรคทั่วไป 90% 2. IPD paperless		**6. งานเวชระเบียนคุณภาพ** **6.1 กำหนดเกณฑ์ audit โรคยุทธศาสตร์และโรคที่สำคัญ 100%** **6.2 สรุปเวชระเบียนให้ทันเวลา** **6.3 เวชระเบียนโรคทั่วไป 90%**
7. PTC: ไม่พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางด้านยา ระดับ E ขึ้นไป 7.1 ลดอัตราความคลาดเคลื่อนทางยาในแผนกผู้ป่วยนอก	**KPI :7 อุบัติการณ์ความเสี่ยงทางด้านยาระดับ E ขึ้นไป = 0** OKRs 7.1 อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาในแผนกผู้ป่วยนอก น้อยกว่า 10 ต่อ 1,000 ใบสั่งยา	Drug Safety 1. OPD: Prescribing error 2. IPD: Transcribing / Administration error 3. มาตรการ Zero event แพ้ยาซ้ำ 4. ติวเข้ม HAD แพทย์ / พยาบาลใหม่		**7. งาน Drug Safety** **7.1 งานลด ME OPD / IPD** 7.1.1 กำหนดมาตรการแนวทางป้องกันการเกิด ME 7.1.2 กำหนดแนวทางการจัดการ ME ระดับ E ขึ้นไป

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**		**โครงการงานและกิจกรรม**
		2568	**2569**	
7.2 ลดอัตราความคลาดเคลื่อนทางยาในแผนกผู้ป่วยใน 7.3 ไม่พบอุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำ 7.4 ไม่พบอุบัติการณ์จากยา HAD 7.5 ไม่พบอุบัติการณ์จ่ายยาหมดอายุ 7.6 การใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุสมผล	7.2 อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา ในแผนกผู้ป่วยใน น้อยกว่า 10 ต่อ 1,000 วันนอน 7.3 อุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำ = 0 7.4 อุบัติการณ์จากยา HAD =0 7.4.1 warfarin 7.4.2 Magnesium sulfate 7.4.3 Insulin 7.5 อุบัติการณ์จ่ายยาหมดอายุใน LR / IPD = 0 7.6 อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุสมผล (แผลสด, ท้องเสีย ,หญิงคลอด) ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100	5. PTC ติวเข้ม RDU (การใช้ ATB) 6. PTC round หน่วยงานการใช้ยา		7.1.3 นำเสนอข้อมูลอุบัติการณ์และกระตุ้นให้รายงาน ME **7.2 งานป้องกันอุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำ** 7.2.1 คัดกรองประวัติแพ้ยา 7.2.2 แจ้งเตือน (pop up) ประวัติแพ้ยา 7.2.3 ห้องยาเปิดตลอด 24 ชั่วโมง **7.3 งานป้องกันอุบัติการณ์ HAD** 7.3.1 ติวเข้ม HAD แพทย์ / พยาบาลใหม่ 7.3.2 PTC round หน่วยงานการใช้ยา 7.3.3 จัดทำคู่มือการผสมยา HAD **7.4 งาน RDU** 7.4.1 ติวเข้ม RDU (การใช้ ATB) 7.4.2 ติดตามผลตัวชี้วัด RDU 7.4.3 พัฒนาสื่อให้ความรู้

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**		**โครงการงานและกิจกรรม**
		2568	**2569**	
8. Lab+Blood: ไม่พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางห้องปฏิบัติการที่มีระดับ C ขึ้นไป 8.1 ไม่พบอุบัติการณ์รายงานผลผิดพลาด 8.2 ไม่พบอุบัติการณ์รายงานผลด่วน / ค่าวิกฤตมากกว่า 5 นาที 8.3 ไม่พบอุบัติการณ์การสำรองเลือดไม่เพียงพอ	**KPI :8 อุบัติการณ์ความเสี่ยงทางห้องปฏิบัติการ ระดับ C ขึ้นไป = 0** OKRs 8.1 อุบัติการณ์รายงานผลผิดพลาด = 0 8.2 อุบัติการณ์รายงานผลด่วน / ค่าวิกฤตมากกว่า 5 นาที = 0 8.3 อุบัติการณ์การสำรองเลือดไม่เพียงพอ = 0	1. เครื่องติดฉลาก (Barcode) สำหรับหลอดเก็บเลือด 2. ตรวจวิเคราะห์ Calcium, Magnesium, Phosphorus 3. RLU (Rational Lab Use)		**8. งาน LAB** **8.1 Barcode** **8.2 ตรวจวิเคราะห์ Calcium / Magnesium / Phosphorus** **8.3 RLU** **8.4 จัดหาวัสดุครุภัณฑ์ (มูลค่า10,000บาทขึ้นไป)** 8.4.1 เครื่องติดฉลาก (Barcode) สำหรับหลอดเก็บเลือด 8.4.2 เครื่องตรวจหาสารชีวเคมีในเลือดและสารคัดหลั่ง (chemistry analysis) อัตโนมัติ
9. รังสี+เครื่องมือพิเศษฯ: ไม่พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงในงาน X-Ray สูงกว่าระดับ C 9.1 ไม่พบอุบัติการณ์ส่งภาพผิดคน ผิดอวัยวะ 9.2 ไม่พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยล้มในห้อง X-Ray	**KPI :9 อุบัติการณ์ความเสี่ยงที่สูงกว่าระดับ C=0** OKRs 9.1 อุบัติการณ์ส่งภาพผิดคน ผิดอวัยวะ = 0 9.2 อุบัติการณ์ผู้ป่วยล้มในห้อง X-Ray = 0	1. Skull 2. Digital x-ray image on cloud และ smart phone 3. AI Chest x-ray 4. CT center		**9. งานรังสีวิทยา** **9.1 นวัตกรรมอุปกรณ์ช่วยเอกซเรย์ Skull lateral** **9.2 โปรแกรม AI** **9.3 ส่งข้อมูลภาพระบบCloud** **9.4 งานจัดตั้งศูนย์เอกซเรย์คอมพิวเตอร์**

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**		**โครงการงานและกิจกรรม**
		2568	**2569**	
9.3 ลดอัตราการถ่ายภาพรังสีซ้ำ	9.3 อัตราการถ่ายภาพรังสีซ้ำน้อยกว่าร้อยละ 5			**(CT Scan outsource)** **9.5 พัฒนาสมรรถนะบุคลากร** 9.5.1 อบรมการให้บริการผู้ป่วยเอกซเรย์ 9.5.2 อบรมการดูแลบำรุงรักษาเครื่องมือและอุปกรณ์ด้านรังสีวิทยา 9.5.3 อบรมการป้องกันอันตรายจากรังสี

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพองค์รวม ประชาชนไว้วางใจ

พันธกิจที่ M2: พัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ

ยุทธศาสตร์ ☐ST: พัฒนาความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มุ่งสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกในกลุ่มโรค NCDs / SMI-V / High risk pregnancy

Roadmap 7: ระบบบริการปฐมภูมิ

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพใกล้บ้านใกล้ใจ ลดอัตราป่วยรายใหม่ในกลุ่มโรค NCDs / SMI-V				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**		**โครงการงานและกิจกรรม**
		2568	**2569**	
1. คลินิกหมอครอบครัว: อัตราส่วนผู้ป่วย NCDs ใช้บริการใน OPD ต่อ รพ.สต.	**KPI :1 อัตราส่วนผู้ป่วย NCDs ใช้บริการใน OPD ต่อ รพ.สต เป็น 40:60**	NCDs clinic management 1. ต.กุยบุรี (ม.1/7/8) 2. พื้นที่รับผิดชอบ รพ.สต.		**<u>โครงการสุขกายสุขใจใกล้บ้าน</u>** **8.1 จัดตั้ง NCDs clinic กลุ่มสีเขียว หมู่ 1/7/8 ต.กุยบุรี** **8.2 ปรับปรุง NCDs clinic รพ.สต. ให้ได้มาตรฐาน 11 รพ.สต.** **8.3 พัฒนาสมรรถนะ** 8.3.1 หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป 8.3.2 หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการจัดการโรคเรื้อรัง
2. ศูนย์สุขภาพผู้สูงอายุ: ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิต 2.1 ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะสุขภาพ 9 ด้านเพิ่มขึ้น	**KPI :2 ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิต (ADL) ดี ร้อยละ 20** OKRs 2.1 ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะสุขภาพ 9 ด้าน ร้อยละ 100	ศูนย์ชีวาภิบาล 1. คลินิกผู้สูงอายุ 2. ศูนย์ดูแลผู้ป่วยประคับประคอง		**<u>โครงการศูนย์ชีวาภิบาล อำเภอกุยบุรี</u>** **9.1 จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุครบวงจร** 9.1.1 ปรับปรุง CPG / CNPG

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพใกล้บ้านใกล้ใจ ลดอัตราป่วยรายใหม่ในกลุ่มโรค NCDs / SMI-V				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**		**โครงการงานและกิจกรรม**
		2568	**2569**	
2.2 ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะสุขภาพ 9 ด้าน และมีภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพได้รับการดูแลรักษาในคลินิกสุขภาพผู้สูงอายุทุกราย 2.2.1 หกล้ม 2.2.2 สมองเสื่อม	2.2 ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะสุขภาพ 9 ด้าน และมีภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพได้รับการดูแลรักษาในคลินิกสุขภาพผู้สูงอายุทุกราย ร้อยละ 100 2.2.1 หกล้ม ร้อยละ 100 2.2.2 สมองเสื่อม ร้อยละ 100			9.1.2 คัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน 9.1.3 สหวิชาชีพรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ - หกล้ม - สมองเสื่อม 9.1.4 โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี 9.1.5 ดูแลผู้สูงอายุใน LTC
2.3 ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะสุขภาพ 9 ด้าน และมีสุขภาพที่ดีได้รับการสร้างเสริมสุขภาพทุกราย	2.3 ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะสุขภาพ 9 ด้าน และมีสุขภาพที่ดีได้รับการสร้างเสริมสุขภาพทุกราย ร้อยละ 100			**9.2 ศูนย์ดูแลผู้ป่วยประคับประคอง** 9.2.1 ปรับปรุง CPG / CNPG
2.4 ผู้สูงอายุที่มีผลการประเมิน 0-11 ได้รับการดูและในกองทุน long term care	2.4 ผู้สูงอายุที่มีผลการประเมิน 0-11 ได้รับการดูและในกองทุน long term care ร้อยละ 95			9.2.2 ACP 100% 9.2.3 Opioid ตามข้อบ่งชี้ 9.2.4 ชุมชนต้นแบบ PC
3. ผู้ป่วยประคับประคอง: เสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี 3.1 ผู้ป่วยประคับประคองได้รับการ ACP ทุกราย	**KPI :3 ผู้ป่วยประคับประคอง: เสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีร้อยละ 100** OKRs 3.1 ผู้ป่วยประคับประคองได้รับการ ACP ร้อยละ 100			

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพใกล้บ้านใกล้ใจ ลดอัตราป่วยรายใหม่ในกลุ่มโรค NCDs / SMI-V				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**		**โครงการงานและกิจกรรม**
		2568	**2569**	
3.2 ผู้ป่วยประคับประคองที่มีข้อบ่งชี้ได้รับ Opioids ทุกราย 3.3 ชุมชนในอำเภอกุยบุรีเป็นต้นแบบในการดูแลผู้ป่วยประคับประคองอย่างน้อย 1 ชุมชน	3.2 ผู้ป่วยประคับประคองที่มีข้อบ่งชี้ได้รับ Opioids ร้อยละ 100 3.3 ชุมชนในอำเภอกุยบุรีเป็นต้นแบบในการดูแลผู้ป่วยประคับประคองอย่างน้อย 1 ชุมชน			

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพองค์รวม ประชาชนไว้วางใจ

พันธกิจที่ M2: พัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ

ยุทธศาสตร์ ☐ ST: พัฒนาความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มุ่งสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกในกลุ่มโรค NCDs / SMI-V / High risk pregnancy

Roadmap 8: สร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์: ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพใกล้บ้านใกล้ใจ ลดอัตราป่วยรายใหม่ในกลุ่มโรค NCDs / SMI-V / high risk pregnancy				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**		**โครงการงานและกิจกรรม**
		2568	**2569**	
1. DM / HT: ลดอัตราป่วยรายใหม่ 1.1 ประชาชนได้รับการคัดกรอง DM / HT เพิ่มขึ้น (เน้นกลุ่มที่ไม่ได้รับการคัดกรองมาก่อน)	**KPI :1 อัตราป่วยรายใหม่ DM ลดลงร้อยละ 5 และ HT ลดลงร้อยละ 2.5** OKRs 1.1 ประชาชนได้รับการคัดกรอง DM/HT เพิ่มขึ้น (เน้นกลุ่มที่ไม่ได้รับการคัดกรองมาก่อน) ร้อยละ 90	ชุมชนต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดโรค DM / HT (2/6 ตำบล)		**<u>โครงการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก</u>** **1. งานชุมชนต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดโรค DM / HT** 1.1 ปรับปรุงฐานข้อมูล (เน้นกลุ่มที่ไม่ได้รับการคัดกรองมาก่อน)

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์: ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพใกล้บ้านใกล้ใจ ลดอัตราป่วยรายใหม่ในกลุ่มโรค NCDs / SMI-V / high risk pregnancy				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**		**โครงการงานและกิจกรรม**
		2568	**2569**	
1.1.1 อายุ 60 ปีขึ้นไป 1.1.2 อายุ 35-59 ปี 1.1.3 อายุ 15-34 ปี 1.2 ประชากรกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยเบาหวานเพิ่มขึ้น 1.3 กลุ่มเสี่ยง (Pre-DM /HT)ได้รับการติดตามเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (individual modification) เพิ่มขึ้น	1.1.1 อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 90 1.1.2 อายุ 35-59 ปี ร้อยละ 90 1.1.3 อายุ 15-34 ปี ร้อยละ 90 1.2 ประชากรกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยเบาหวาน ร้อยละ 90 1.3 กลุ่มเสี่ยง (Pre-DM /HT) ได้รับการติดตามเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (individual modification) ร้อยละ 90			1.2 สามหมอเคาะประตูบ้านคัดกรองกลุ่มเสี่ยง DM / HT 1.3 ติดตามการตรวจยืนยัน DM / HT 100% 1.4 โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนตามกลุ่มอาชีพ 1.4.1 กลุ่มทำสวน 1.4.2 กลุ่มทำไร่สับปะรด 1.4.3 กลุ่มประมง 1.4.4 กลุ่มรับจ้างทั่วไป 1.4.5 กลุ่มสำนักงาน
2 .จิตเวชและยาเสพติด **2.1 ซึมเศร้า**: ลดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 2.1.1 เพิ่มความครอบคลุมการคัดกรอง 7 กลุ่มเสี่ยงโรคซึมเศร้า (ทางกายเรื้อรัง/ผู้สูงอายุ/ติดสุรา เรื้อรัง/ติดสารเสพติด/ผู้มีหลายอาการที่หาสาเหตุไม่ได้/ฯลฯ) (เน้นในกลุ่มที่ไม่	**KPI :2.1 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ≤ 8.0/ประชากรแสนคน** OKRs 2.1.1 อัตราความครอบคลุมการคัดกรอง 7 กลุ่มเสี่ยงโรคซึมเศร้า(ทางกายเรื้อรัง/ผู้สูงอายุ/ติดสุรา เรื้อรัง/ติดสารเสพติด/ผู้มีหลายอาการที่หาสาเหตุไม่ได้/ฯลฯ) เพิ่มขึ้น (เน้นในกลุ่มที่	อำเภอต้นแบบจิตเวชและยาเสพติด ระยะที่ 1 1. รพ.กุยบุรี 2. รพ.สต.บ้านดอนกลาง 3. โรงเรียนกุยบุรีวิทยา 4. โรงเรียนพุทธศาสน์โกศล		**2. อำเภอต้นแบบลดรายใหม่ในกลุ่มโรคซึมเศร้าผู้ใหญ่/จิตเภท/สารเสพติด SMI-V** 2.1 ปรับปรุงฐานข้อมูล (เน้นกลุ่มที่ไม่ได้รับการคัดกรองมาก่อน) 2.2 ชุมชนค้นหาคัดกรองซึมเศร้าผู้ใหญ่ / จิตเภท 2.3 ครัวเรือนส่งบุตรหลานเข้ารับการบำบัดยาเสพติด 2.4 อำเภอปิดล้อมสารเสพติดและ SMI-V

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์: ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพใกล้บ้านใกล้ใจ ลดอัตราป่วยรายใหม่ในกลุ่มโรค NCDs / SMI-V / high risk pregnancy				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**		**โครงการงานและกิจกรรม**
		2568	**2569**	
เคยได้รับการคัดกรองมาก่อน) 2.1.2 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น 2.1.3 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ขาดยาได้รับการติดตามเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องทุกราย **2.2 จิตเภท**: ลดอัตราการกำเริบซ้ำ 2.2.1 กลุ่มเสี่ยง (กรรมพันธุ์/ติดสุราเรื้อรัง/ติดสารเสพติด/ฯลฯ) ได้รับการคัดกรองจิตเภทเพิ่มขึ้น 2.2.2 ผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น 2.2.3 ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ขาดนัด/ขาดยา (ยากินและยาฉีด) ได้รับการติดตามเข้ารักษาทุกราย	ไม่เคยได้รับการคัดกรองมาก่อน) ร้อยละ 70 2.1.2 อัตราผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ร้อยละ 70 2.1.3 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ขาดยาได้รับการติดตามเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 100 **KPI :2.2 อัตราผู้ป่วยจิตเภทกำเริบซ้ำลดลง ร้อยละ 70** OKRs 2.2.1 อัตรากลุ่มเสี่ยง (กรรมพันธุ์/ติดสุราเรื้อรัง/ติดสารเสพติด/ฯลฯ) ได้รับการคัดกรองจิตเภท ร้อยละ 70 2.2.2 อัตราผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ร้อยละ 70 2.2.3 อัตราผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ขาดนัด/ขาดยา (ยากินและยาฉีด) ได้รับการติดตามเข้ารักษา ร้อยละ 70			2.5 โรงเรียนเสริมพลังค้นหาคัดกรองซึมเศร้าวัยรุ่น 2.5.1 โรงเรียนกุยบุรีวิทยา 2.5.2 โรงเรียนพุทธศาสน์โกศล 2.6 คลินิกจิตเวชและยาเสพติดคุณภาพ 2.6.1 ติดตามผู้ป่วยขาดนัดขาดยา 2.6.2 จิตแพทย์ (Part time)

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์: ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพใกล้บ้านใกล้ใจ ลดอัตราป่วยรายใหม่ในกลุ่มโรค NCDs / SMI-V / high risk pregnancy				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**		**โครงการงานและกิจกรรม**
		2568	**2569**	
2.3 สารเสพติด SIM-V: ลดอัตราการทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น และทำลายทรัพย์สิน 2.3.1 ผู้เสพสารเสพติดที่ไม่เคยบำบัด (ม.113/ม.114) เข้ารับการบำบัดเพิ่มขึ้น 2.3.2 ผู้เสพสารเสพติดที่ไม่เคยบำบัด (ม.113/ม.114) ที่เข้ารับการบำบัด ไม่ Drop out ระหว่างการบำบัดภายใน 4 เดือน เพิ่มขึ้น 2.3.3 ผู้เสพสารเสพติดที่เข้าสู่การบำบัด ไม่ Drop out ระหว่างการบำบัดภายใน 1 ปี เพิ่มขึ้น 2.3.4 ผู้เสพสารเสพติดจาก (ข้อ 3.2และ3.3) ที่ได้รับการบำบัดภายใน 4 เดือนไม่กลับไปเสพซ้ำภายใน 1 ปี เพิ่มขึ้น 2.3.5 ผู้ป่วย SMI-V ได้รับการรักษาทุกราย	**KPI :2.3 อัตราการทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น และทำลายทรัพย์สินลดลง ร้อยละ 70** OKRs 2.3.1 อัตราผู้เสพสารเสพติดที่ไม่เคยบำบัด (ม.113/ม.114) เข้ารับการบำบัด ร้อยละ 70 2.3.2 อัตราผู้เสพสารเสพติดที่ไม่เคยบำบัด (ม.113/ม.114) ที่เข้ารับการบำบัด ไม่ Drop out ระหว่างการบำบัดภายใน 4 เดือน ร้อยละ 70 2.3.3 อัตราผู้เสพสารเสพติดที่เข้าสู่การบำบัด ไม่ Drop out ระหว่างการบำบัดภายใน 1 ปี ร้อยละ 70 2.3.4 อัตราผู้เสพสารเสพติดจาก (ข้อ 3.2และ3.3) ที่ได้รับการบำบัดภายใน 4 เดือนไม่กลับไปเสพซ้ำภายใน 1 ปีร้อยละ 70 2.3.5 อัตราผู้ป่วย SM-IV ได้รับการรักษา ร้อยละ 100			

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์: ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพใกล้บ้านใกล้ใจ ลดอัตราป่วยรายใหม่ในกลุ่มโรค NCDs / SMI-V / high risk pregnancy				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**		**โครงการงานและกิจกรรม**
		2568	**2569**	
2.4 จิตเวชวัยรุ่น: ลดอัตราการฆ่าตัวตาย และพยายามฆ่าตัวตายภายใน 1 ปีในวัยรุ่นอายุ 13-19 ปี 2.4.1 วัยรุ่นอายุ 13-19 ปี ในอำเภอกุยบุรีได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 2.4.2 วัยรุ่นอายุ 13-19 ปีในอำเภอกุยบุรีเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น 2.4.3 วัยรุ่นอายุ 13-19 ปี ในอำเภอกุยบุรีที่ขาดยา/ขาดนัด/ขาดการรักษาได้รับการติดตามรักษาทุกราย	**KPI :2.4 อัตราการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายภายใน 1 ปี ในวัยรุ่นอายุ 13-19 ปี ลดลง ร้อยละ 50** OKRs 2.4.1 อัตราวัยรุ่นอายุ 13-19 ปี ในอำเภอกุยบุรีได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 75 2.4.2 อัตราวัยรุ่นอายุ 13-19 ปีเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ร้อยละ 75 2.4.3 อัตราวัยรุ่นอายุ 13-19 ปี ในอำเภอกุยบุรีที่ขาดยา/ขาดนัด/ขาดการรักษา ได้รับการติดตามรักษา ร้อยละ 100			
3. ภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง: สามารถจัดการปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่ (กลุ่มป่วยโรค NCDs จิตเวช และ ยาเสพติด)	**KPI :3 ภาคีเครือข่ายสามารถจัดการปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่ (กลุ่มป่วยโรค NCDs จิตเวช และ ยาเสพติด) ร้อยละ 75** OKRs	ภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนเข้มแข็ง 1. พัฒนาหลักสูตร (โรค NCDs จิตเวช และยาเสพติด) 2. พัฒนาสมรรถนะ 2.1 ฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ		**3. งานภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนเข้มแข็ง** **3.1 พัฒนาหลักสูตร (โรค NCDs จิตเวชและยาเสพติด)** **3.2 อบรมภาคีเครือข่ายสุขภาพ** 3.2.1 อสม.

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์: ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพใกล้บ้านใกล้ใจ ลดอัตราป่วยรายใหม่ในกลุ่มโรค NCDs / SMI-V / high risk pregnancy				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**		**โครงการงานและกิจกรรม**
		2568	**2569**	
3.1 อสม. ได้รับการพัฒนาทักษะในจัดการปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่ (กลุ่มป่วยโรค NCDs จิตเวชและยาเสพติด) 3.2 ผู้ดูแลและนักบริบาลได้รับการพัฒนาทักษะในการจัดการ LTC (ADL≤11) 3.3 แกนนำในชุมชน(กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/แกนนำชุมชนอื่นๆ) ได้รับการพัฒนาทักษะในจัดการปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่ (กลุ่มป่วยโรค NCDs จิตเวชและยาเสพติด) 3.4 พชอ. / พชต. / ศปถ. ได้รับการพัฒนาทักษะในจัดการปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่(กลุ่มป่วยโรค NCDs จิตเวชและยาเสพติด)	3.1 อัตราอสม. ได้รับการพัฒนาทักษะในจัดการปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่ (กลุ่มป่วยโรค NCDs จิตเวชและยาเสพติด) ร้อยละ 75 3.2 อัตราผู้ดูแลและนักบริบาลได้รับการพัฒนาทักษะในการจัดการ LTC (ADL≤11) ร้อยละ 75 3.3 อัตราแกนนำในชุมชน (กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/แกนนำชุมชนอื่นๆ) ได้รับการพัฒนาทักษะในจัดการปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่ (กลุ่มป่วยโรค NCDs จิตเวชและยาเสพติด) ร้อยละ 70 3.4 อัตรา พชอ. / พชต. / ศปถ. ได้รับการพัฒนาทักษะในจัดการปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่ (กลุ่มป่วยโรค NCDs จิตเวชและยาเสพติด) ร้อยละ 80	2.2 ศึกษาดูงาน 3. ภาคีเครือข่ายสัญจร (3/6ตำบล)		3.2.2 ผู้ดูแลและนักบริบาล 3.2.3 แกนนำสุขภาพในชุมชน(กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/แกนนำสุขภาพชุมชนอื่นๆ) 3.2.4 พชอ./พชต./ศปถ. 3.3 ภาคีเครือข่ายสัญจร

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพองค์รวม ประชาชนไว้วางใจ

พันธกิจที่ M3: พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

M4: พัฒนาระบบบริการสุขภาพด้วยหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์

ยุทธศาสตร์ ☐WO: พัฒนาระบบบริหารยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และการบริหารจัดการมุ่งสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องประชาชนไว้วางใจ

☐WT: ปฏิรูประบบบริหารจัดการการเงินการคลังให้มีประสิทธิภาพ

Roadmap 9: การนำองค์กร (HA 1)

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง / ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**		**โครงการงานและกิจกรรม**
		2568	**2569**	
1. การนำ: ได้รับรองคุณภาพ HA ขั้นที่ 3 ภายในปี 2568 1.1 หน่วยงานนำนโยบายและจุดเน้น (เข็มมุ่ง) สู่การปฏิบัติทุกหน่วยงาน 1.1.1 ด้านการแพทย์ : 3P safety P1: Patient P2: Personnel P3: People 1.1.2 ด้านการสาธารณสุข: ลดรายใหม่ NCDs/SMI-V 1.1.3 ด้านบริหารจัดการ: การเงินการคลัง 1.2 ผลลัพธ์ของทีมคร่อมสายงานสูงอย่างต่อเนื่อง	**KPI :1 ระดับความสำเร็จในการรับรองคุณภาพ HA ขั้นที่ 3 ภายในปี 2568** OKRs 1.1 หน่วยงานนำนโยบายและจุดเน้น (เข็มมุ่ง) สู่การปฏิบัติ ร้อยละ 100 1.1.1 ด้านการแพทย์ : 3P safety P1: Patient P2: Personnel P3: People 1.1.2 ด้านการสาธารณสุข: ลดรายใหม่ NCDs/SMI-V 1.1.3 ด้านบริหารจัดการ: การเงินการคลัง 1.2 ผลลัพธ์ของทีมคร่อมสายงานผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80	HA ขั้นที่3 ปี2568 1. มหกรรมหน่วยงานคุณภาพ 100% 1.2 Cross functional team development		**<u>11. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ</u>** **1. HA ขั้นที่ 3 ปี 2568** 1.1 มหกรรมหน่วยงานคุณภาพ100% (เข็มมุ่ง) 1.1.1 หน่วยงานทบทวน 12 กิจกรรม 1.1.2 หน่วยงานจัดการความเสี่ยงด้วยตนเอง 1.2 Cross functional team development 1.2.1 อบรมทีมคร่อมสายงานคุณภาพทุกทีม 1.2.2 อบรม HA ขั้น3 100% 1.3 ขอรับรอง HA ขั้น 3 1.3.1 ประชุมเชิงปฏิบัติการนำเสนอ - SAR ฉบับรวม - service profile 1.3.2 Leadership workround

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง / ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**		**โครงการงานและกิจกรรม**
		2568	**2569**	
				1.3.3 Internal assessment 1.3.4 สรพ. ประเมิน HA ขั้น 3 1.3.5 ประชุมเชิงปฏิบัติการทำการบ้านและถอดบทเรียน **2. Strategic Implementation & Evaluation phase 1** 2.1 จัดทำรูปเล่มแผนยุทธศาสตร์ฉบับสมบูรณ์ 2.1.1 จัดทำแผนทางการเงิน 2.1.2 จัดทำแผนเงินบำรุง 2.1.3 จัดทำแผนงบค่าเสื่อม 2.1.4 จัดทำแผนงบประมาณ 2.1.5 จัดทำแผนพัสดุ 2.1.6 จัดทำแผนทรัพยากรบุคคล 2.2 Grand Opening 2.3 ประชุมเชิงปฏิบัติการ Quick win 2.3.1 รายสัปดาห์ 2.3.2 รายเดือน 2.3.3 ราย 2 เดือน

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง / ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**		**โครงการงานและกิจกรรม**
		2568	**2569**	
				2.3.4 ราย 3 เดือน 2.4 ประเมินผลปี 68 และปรับแผนปี 69 **3. Humanized health care service ระยะที่ 1** 3.1 ประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำธรรมนูญบริการ 3.2 อบรมการให้บริการด้วยหัวใจการเป็นมนุษย์ 3.3 ประเมินความพึงพอใจผู้ใช้บริการ 3.4 จัดการข้อร้องเรียน **4. จัดการความรู้ระยะที่1** 4.1 มหกรรมจัดการความรู้ (CQI / นวัตกรรม / R2R) 4.2 ประกวด (CQI / นวัตกรรม / R2R) **5. งานพัฒนาและบริหารทรัพยากรบุคคล** 5.1 บริหารอัตรากำลัง 5.1.1 จัดทำแผนอัตรากำลัง ระยะ 5 ปี 5.1.2 เสนอแผนอัตรากำลังให้ สสจ. 5.1.3 สรรหาและเลือกสรรอัตรากำลังที่ขาดแคลน 5.2 พัฒนาบุคลากร

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง / ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**		**โครงการงานและกิจกรรม**
		2568	**2569**	
				5.2.1 จัดทำแผนพัฒนาบุคลากร R1-R12 (14 โครงการ) 5.2.2 จัดอบรมภายใน รพ. 5.2.3 ส่งอบรมกับหน่วยงานภายนอก 5.2.4 ประเมินสมรรถนะ 5.3 พัฒนาความสุขบุคลากร 5.3.1 รับน้อง / กีฬาสี / ปีใหม่ 5.3.2 จัดตั้งสวัสดิการร้านค้า 5.3.3 จัดตั้งชมรมสันทนาการ 5.3.4 ประเมิน Happinometer **6. Logistic & Supply chain** 6.1 IT: ระบบสำรองข้อมูลในภาวะฉุกเฉิน 6.2 EMS: เพิ่มพนักงานขับรถ 6.3 การบริหารความพร้อมต่อสภาวะวิกฤต (โรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ อัคคีภัย อุทกภัย อุบัติเหตุหมู่):

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง / ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**		**โครงการงานและกิจกรรม**
		2568	**2569**	
				• อุบัติเหตุหมู่: ซ้อมบนโต๊ะ ซ้อมจริง • อัคคีภัย : ซ้อมจริง • โรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ : ซ้อมบนโต๊ะ **7. งานประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์** 7.1 ประเมินผลลัพธ์ในระบบคุณภาพ (HA ตอนที่ 4 6ด้าน) 7.2 ประเมินผลลัพธ์ตามนโยบายและยุทธศาสตร์ สธ. / เขต5 /สสจ. 7.3 จัดทำรายงานประจำปี **8. พัฒนาสมรรถนะ** 8.1 หลักสูตรอบรม ผบก. 8.2 หลักสูตรอบรม ผบต. 8.3 หลักสูตร HA602 **9. จัดหาวัสดุครุภัณฑ์ (มูลค่า10,000บาทขึ้นไป)** 9.1 ชุดสำนักงานพร้อมอุปกรณ์
2. การบริหารเชิงกลยุทธ์: ผลลัพธ์จากการดำเนินงานสูงอย่างต่อเนื่อง	**KPI :2 อัตราการบรรลุผลลัพธ์แผนยุทธศาสตร์ ร้อยละ 80** OKRs	Strategic Implementation & Evaluation phase 1		

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง / ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**		**โครงการงานและกิจกรรม**
		2568	**2569**	
2.1 โครงการและแผนปฏิบัติการ R1-R12 มีคุณภาพสอดคล้องกับ Agenda/ Functional /Area ทุกโครงการ 2.2 โครงการและแผนปฏิบัติการ R1-R12 มีการนำสู่การปฏิบัติและได้รับการกำกับติดตามแบบ Quick win ทุกโครงการ 2.3 โครงการและแผนปฏิบัติการ R1-R12 ได้รับการประเมินผลทุกโครงการ	2.1 อัตราโครงการและแผนปฏิบัติการ R1-R12 มีคุณภาพสอดคล้องกับ Agenda/Functional/Area ร้อยละ 80 2.2 อัตราโครงการและแผนปฏิบัติการ R1-R12 มีการนำสู่การปฏิบัติและได้รับการกำกับติดตามแบบ Quick win ร้อยละ 80 2.3 อัตราโครงการและแผนปฏิบัติการ R1-R12ได้รับการประเมินผลร้อยละ 80			
3. การมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน: มีความผูกพันเพิ่มขึ้น 3.1 ผู้ใช้บริการแผนก OPD มีระดับความพึงพอใจเพิ่มขึ้น 3.2 ผู้ใช้บริการแผนก IPD มีระดับความพึงพอใจเพิ่มขึ้น 3.3 ผู้ใช้บริการแผนกปฐมภูมิมีระดับความพึงพอใจเพิ่มขึ้น 3.4 ผู้รับผลงานมีระดับความพึงพอใจเพิ่มขึ้น	**KPI :3 อัตราผู้ใช้บริการมีความผูกพันร้อยละ 80** OKRs 3.1 ผู้ใช้บริการแผนก OPD มีระดับความพึงพอใจร้อยละ 80 3.2 ผู้ใช้บริการแผนก IPD มีระดับความพึงพอใจร้อยละ 80 3.3 ผู้ใช้บริการแผนกปฐมภูมิมีระดับความพึงพอใจร้อยละ 80 3.4 ผู้รับผลงานมีระดับความพึงพอใจ ร้อยละ 80	Humanized health care service ระยะที่ 1 1. ธรรมนูญบริการ (อายตนะ รพ.กุยบุรี) 2. ระบบให้บริการเหนือความคาดหมาย		

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง / ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**		**โครงการงานและกิจกรรม**
		2568	**2569**	
3.5 อัตราข้อร้องเรียนจากการใช้บริการได้รับการแก้ไขทุกเรื่อง	3.5 อัตราข้อร้องเรียนจากการใช้บริการได้รับการแก้ไข ร้อยละ100			
4. การวัด วิเคราะห์ (บูรณา การกับ R11 และ หมวด 2 บริหารยุทธศาสตร์) และจัดการความรู้: หน่วยงานใน รพ. / รพ.สต. มีการจัดทำ CQI / นวัตกรรม / R2R ที่สอดคล้องกับ R1-R12	**KPI :4 หน่วยงานใน รพ. / รพ.สต. มีการจัดทำ CQI / นวัตกรรม/R2Rที่สอดคล้องกับ R1-R12 ร้อยละ 80**	มหกรรมจัดการความรู้ระยะที่ 1 1. CQI 2. นวัตกรรม 3. R2R		
5. การมุ้งเน้นทรัพยากรบุคคล: บุคลากรมีความผูกพันเพิ่มขึ้น 5.1 อัตรากำลังสหสาขาวิชาชีพเพียงพอเหมาะสมตามแผนยุทธศาสตร์ระยะ5ปีของ รพ. 5.1.1 แพทย์ 5/14 คน 5.1.2 พยาบาล 31/47 คน 5.1.3 รังสีเทคนิค1/2 คน 5.1.4 เทคนิคการแพทย์ 5/6 คน 5.1.5 แพทย์แผนไทย 2/4 คน 5.1.6 เภสัชกร 4/6 คน 5.1.7 นักกายภาพบำบัด 3/4 คน	**KPI :5 อัตราบุคลากรมีความผูกพันร้อยละ 80** OKRs 5.1 อัตรากำลังสหสาขาวิชาชีพเพียงพอเหมาะสมตามแผนยุทธศาสตร์ระยะ5ปีของ รพ. ร้อยละ 80 5.1.1 แพทย์ 10 คน 5.1.2 พยาบาล 37 คน 5.1.3 รังสีเทคนิค 1 คน 5.1.4 เทคนิคการแพทย์ 5 คน 5.1.5 แพทย์แผนไทย 3คน 5.1.6 เภสัชกร 5 คน 5.1.7 นักกายภาพ บำบัด 3 คน	1. ศูนย์สรรหาและเลือกสรร 2. ศูนย์พัฒนาสมรรถนะบุคลากร 3 .บ้านหลังที่ 2 ของบุคลากรทุกคน		

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง / ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**		**โครงการงานและกิจกรรม**
		2568	**2569**	
5.2 อัตรากำลังสายสนับสนุนวิชาชีพเพียงพอเหมาะสม 5.3 Rotation management: อัตรากำลังทางการพยาบาลในหน่วยงานที่สำคัญเพียงพอเหมาะสม (Productivity /workload) 5.4 คู่ความร่วมมือบริหารอัตรากำลังแพทย์และพยาบาล (Out source) เพิ่มขึ้น 5.4.1 เครือข่าย รพ. ใน จ.ประจวบและรพ. นอกเครือข่าย 5.4.2 สสอ. / รพ.สต. อ.กุยบุรี (Homeward)	5.2 อัตรากำลังสายสนับสนุนวิชาชีพเพียงพอเหมาะสม ร้อยละ 80 5.3 อัตรากำลังทางการพยาบาลในหน่วยงานที่สำคัญเพียงพอเหมาะสม (Productivity /workload) ร้อยละ 80 5.4 คู่ความร่วมมือบริหารอัตรากำลังแพทย์และพยาบาล (Out source) ร้อยละ 80 5.4.1 เครือข่าย รพ. ใน จ.ประจวบและรพ. นอกเครือข่าย 5.4.2 สสอ. / รพ.สต. อ.กุยบุรี (Homeward)			
5.5 บุคลากรสหสาขาวิชาชีพมีสมรรถนะเฉพาะ (Specific competency) 5.5.1 สมรรถนะหลัก 5 ด้านของกพ. (Core Competency)	5.5 บุคลากรสหสาขาวิชาชีพมีสมรรถนะเฉพาะ (Specific competency) ร้อยละ 80 5.5.1 อัตราบุคลากรสหสาขาวิชาชีพและสายสนับสนุนได้รับการพัฒนาสมรรถนะหลัก 5 ด้านของกพ. (Core Competency) ร้อยละ 80			

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง / ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**		**โครงการงานและกิจกรรม**
		2568	**2569**	
5.5.2 สมรรถนะขั้นพื้นฐาน (Common Competency)	5.5.2 อัตราบุคลากรสหสาขาวิชาชีพและสายสนับสนุนได้รับการพัฒนาสมรรถนะขั้นพื้นฐาน (Common Competency) ร้อยละ 80			
5.5.3 สมรรถนะเฉพาะ (Specific Competency)	5.5.3 อัตราบุคลากรสหสาขาวิชาชีพและสายสนับสนุนได้รับการพัฒนาสมรรถนะเฉพาะ (Specific Competency) ร้อยละ 80			
5.5.4 สมรรถนะเฉพาะด้านที่หลากหลาย (Multi Specific Competency)	5.5.4 อัตรากำลังสหสาขาวิชาชีพและสายสนับสนุนได้รับการพัฒนาสมรรถนะเฉพาะด้านที่หลากหลาย (Multi Specific Competency) ร้อยละ 80			
5.5.5 สมรรถนะทางการบริหาร (managerial competency)	5.5.5 อัตรากำลังในตำแหน่งทางการบริหารการบริหารได้รับการพัฒนาสมรรถนะทางการบริหารเพิ่มขึ้น (managerial competency) ร้อยละ 80			
5.6 ข้อเสนอแนะจากการประเมิน Happinometer ได้รับการแก้ไขเพิ่มขึ้น	5.6 ข้อเสนอแนะจากการประเมิน Happinometer ได้รับการแก้ไขเพิ่มขึ้น ร้อยละ 80			
5.6.1 สุขภาพเงินดี	5.6.1 ข้อเสอแนะด้านสุขภาพเงินดี ได้รับการแก้ไข ร้อยละ 80			

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง / ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**		**โครงการงานและกิจกรรม**
		2568	**2569**	
5.6.2 ผ่อนคลายดี 5.6.3 ความสมดุลระหว่างงานและชีวิตส่วนตัว	5.6.2 ข้อเสอแนะด้านผ่อนคลายดีได้รับการแก้ไข ร้อยละ 80 5.6.3 ข้อเสอแนะด้านความสมดุลระหว่างงานและชีวิตส่วนตัว ได้รับการแก้ไข ร้อยละ 80			
6. การจัดกระบวนการ: ไม่พบอุบัติการณ์ความไม่พร้อมของระบบสนับสนุนในการรักษาพยาบาลโรคฉุกเฉินวิกฤตและโรคสำคัญ 6.1 ระบบสนับสนุนการรักษาพยาบาล (Lab / Blood / X-ray / IT / EMS / Refer / ยา) 6.2 การบริหารความพร้อมต่อสภาวะวิกฤต (BCM) (โรคอุบัติใหม่ / อุบัติเหตุหมู่ / อัคคีภัย)	**KPI :6 อุบัติการณ์ความไม่พร้อมของระบบสนับสนุนในการรักษาพยาบาลโรคฉุกเฉินวิกฤตและโรคสำคัญ = 0** 6.1 ระบบสนับสนุนการรักษาพยาบาล (Lab / Blood/X-ray / IT / EMS / Refer / ยา) 6.2 การบริหารความพร้อมต่อสภาวะวิกฤต (BCM) (โรคอุบัติใหม่ /อุบัติเหตุหมู่ / อัคคีภัย)	1. Logistic & Supply chain 2. BCM		
7. ผลลัพธ์: ผลลัพธ์จากการดำเนินงานสูงกว่าระดับเทียบเคียง (Benchmark) กับ รพ.คู่เทียบ 7.1 ผลลัพธ์ในระบบคุณภาพ รพ.	**KPI :7 อัตราผลลัพธ์จากการดำเนินงานสูงกว่าระดับเทียบเคียง (Benchmark) กับ รพ.คู่เทียบ ร้อยละ 60** OKRs 7.1 อัตราผลลัพธ์ในระบบคุณภาพ รพ. ร้อยละ 80	ผลลัพธ์จากการดำเนินงานสูงเป็นอันดับที่ 1 - 3 ของโซนใต้ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์		

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง / ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**		**โครงการงานและกิจกรรม**
		2568	**2569**	
7.1.1 ผลด้านการดูแลผู้ป่วยและการสร้างเสริมสุขภาพ	7.1.1 อัตราผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วยและการสร้างเสริมสุขภาพ ร้อยละ 80			
7.1.2 ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน	7.1.2 อัตราผลลัพธ์ด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน ร้อยละ 80			
7.1.3 ผลด้านการมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล	7.1.3 อัตราผลลัพธ์ด้านการมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล ร้อยละ 80			
7.1.4 ผลด้านการนำ	7.1.4 อัตราผลลัพธ์ด้านการนำ ร้อยละ 80			
7.1.5 ผลด้านประสิทธิผลของระบบงานที่สำคัญ	7.1.5 อัตราผลลัพธ์ด้านประสิทธิผลของระบบงานที่สำคัญ ร้อยละ 80			
7.1.6 ผลด้านการเงิน	7.1.6 อัตราผลลัพธ์ด้านการเงิน ร้อยละ 80			
7.2 ผลลัพธ์ด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ สธ./เขตสุขภาพ ที่ 5/ สสจ.ปข **4 ประเด็นยุทธศาสตร์	7.2 อัตราผลลัพธ์ด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ของ สธ./เขตสุขภาพที่ 5/สสจ.ประจวบ **4 ประเด็นยุทธศาสตร์ (รพช. 24 ตัวชี้วัด) 7.2.1 PP&P excellence 6 ตัวชี้วัด 7.2.2 Service excellence 11 ตัวชี้วัด 7.2.3 Technology Digital excellence 3 ตัวชี้วัด 7.2.4 Governance excellence 4 ตัวชี้วัด			

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพองค์รวม ประชาชนไว้วางใจ

พันธกิจที่ M3: พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

M4: พัฒนาระบบบริการสุขภาพด้วยหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์

ยุทธศาสตร์ ☐WO: พัฒนาระบบบริหารยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และการบริหารจัดการ มุ่งสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องประชาชนไว้วางใจ

☐WT: ปฏิรูประบบบริหารจัดการการเงินการคลังให้มีประสิทธิภาพ

Roadmap 10: ระบบสนับสนุนทรัพยากรการบริหาร

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**		**โครงการงานและกิจกรรม**
		2568	**2569**	
1. ธุรการ: ไม่พบอุบัติการหนังสือราชการสำคัญสูญหาย	OKR: อุบัติการณ์หนังสือราชการที่สำคัญสูญหาย = 0	ระบบสนับสนุนทรัพยากรการบริหาร 1. ระบบสารบรรณอิเล็คทรอนิกและการประสานงานล่วงหน้า		**<u>โครงการ Smart Office</u>** **1. ระบบสารบรรณอิเล็คทรอนิกและการประสานงานล่วงหน้า** 1.1 e-สารบรรณ รพ.กุยบุรี 1.2 แจ้งหน่วยงาน real time
2. ยานพาหนะ: ไม่พบอุบัติการรถพยาบาลไม่พร้อมใช้	OKR: อุบัติการณ์ของรถ EMS และ refer ไม่พร้อมใช้ = 0	2 .ระบบบริหารยานพาหนะดิจิทัลออนไลน์ 2.1 รถพยาบาลดิจิทัล 1 คัน 2.2 จัดหาพนักงานขับรถ 2 คน		**2. ระบบบริหารยานพาหนะดิจิทัลออนไลน์** 2.1 รถพยาบาลดิจิทัล 1 คัน 2.2 จัดหาพนักงานขับรถ 2 คน 2.3 โปรแกรมขอใช้รถ
3. การเงิน: ไม่พบอุบัติการเบิกจ่ายล่าช้า	OKR: อุบัติการณ์การเบิกจ่ายล่าช้า = 0	3. ระบบเบิกจ่ายเงินอิเล็คทรอนิก		**3. ระบบเบิกจ่ายเงินอิเล็คทรอนิก** 3.1 โปรแกรมเงินเดือนเจ้าหน้าที่

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**		**โครงการงานและกิจกรรม**
		2568	**2569**	
				3.3 โปรแกรมการรับ-จ่ายเงินอิเล็กทรอนิกส์ 3.4 โปรแกรมควบคุมเจ้าหนี้การค้ารายตัว
4. บัญชี: ไม่พบอุบัติการรายงานข้อมูลทางบัญชีผิดพลาด	OKR: อุบัติการณ์รายงานข้อมูลทางบัญชีผิดพลาดเท่ากับ0	4. ระบบบัญชีอิเล็คทรอนิก		**4. ระบบบัญชีอิเล็คทรอนิก** 4.1 โปรแกรมตัดลูกหนี้ 4.2 โปรแกรมการบันทึกบัญชี
5. พัสดุ: ไม่พบอุบัติการการจัดซื้อจัดจัดจ้างล่าช้า	OKR: อุบัติการณ์การจัดซื้อจัดจัดจ้างล่าช้าเท่ากับ0	5. ระบบบริหารพัสดุตามแผนพัสดุประจำปี 5.1 แผนงานประจำ 5.2 แผนงานยุทธศาสตร์		**5. ระบบบริหารจัดการพัสดุ** 5.1 จัดทำแผนพัสดุ 5.1.1 แผนงานประจำ 5.1.2 แผนยุทธศาสตร์ 5.2 จัดหาพัสดุตามความสำคัญเร่งด่วน(มติคณะกรรมการบริหาร) 5.3 ควบคุมพัสดุตามระเบียบและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง 5.4 จำหน่ายพัสดุตามระเบียบและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง 5.5 โปรแกรมบริหารจัดการพัสดุ

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**		**โครงการงานและกิจกรรม**
		2568	**2569**	
6. ซ่อมบำรุง: ไม่พบอุบัติการการบำรุงรักษาล่าช้า	OKR: อุบัติการณ์การบำรุงรักษาล่าช้าเท่ากับ 0	6. ทีมช่างบำรุงรักษาเชิงรุก		**6. ระบบบำรุงรักษาเชิงรุก** 6.1 โปรแกรมซ่อมบำรุง 6.2 เดิน Round เชิงรุก ในทุกเช้า 6.3 ซ่อมบำรุงตามลำดับความสำคัญเร่งด่วน **7. พัฒนาสมรรถนะ** 7.1 หลักสูตรบริหารงานสารบรรณ 7.2 หลักสูตรฝึกอบรมพนักงานขับรถพยาบาล 7.3 หลักสูตรอบรมพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงานด้านการเงินการคลังของหน่วยบริการ 7.4 หลักสูตรเสริมสร้างความรู้การบันทึกบัญชีกระทรวงสาธารณสุข 7.5 หลักสูตรการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**		**โครงการงานและกิจกรรม**
		2568	**2569**	
				7.6 หลักสูตรฝึกอบรมการบำรุงรักษาเครื่องมือแพทย์ **8. จัดหาวัสดุครุภัณฑ์ (มูลค่า10,000บาทขึ้นไป)** 8.1 โปรแกรม Smart Office

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพองค์รวม ประชาชนไว้วางใจ

พันธกิจที่ M3: พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

M4: พัฒนาระบบบริการสุขภาพด้วยหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์

ยุทธศาสตร์ ☐WO: พัฒนาระบบบริหารยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และการบริหารจัดการ มุ่งสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องประชาชนไว้วางใจ

☐WT: ปฏิรูประบบบริหารจัดการการเงินการคลังให้มีประสิทธิภาพ

Roadmap11: ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศดิจิทัล

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI&OKRs**	**Project Based**		**โครงการงานและกิจกรรม**
		2568	**2569**	
1. HAIT: ได้รับการรับรอง HAIT ภายในปี 2568– 2569 1.1 IT Master Plan: ไม่สอดคล้องกับ แผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล	**KPI :1 ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลในการรับรอง HAIT level 1 ใน ปี 2568-2569** OKRs 1.1 คุณภาพแผนยุทธศาสตร์ IT สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล ร้อยละ 50	1. HAIT Level 1 2. HIMSS stage 3-5		**<u>รพ.กุยบุรีดิจิทัล</u>** **1. งาน HAIT** 1.1 จัดทำแผนยุทธศาสตร์สารสนเทศโรงพยาบาล ระยะ 5 ปี และแผนปฏิบัติการ ปี 67 - 68 1.2 จัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI&OKRs**	**Project Based**		**โครงการงานและกิจกรรม**
		2568	**2569**	
1.2 IT Risk Management System: 1.2.1 IT Risk Management System: ไม่พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระบบIT ระดับ 3 ขึ้นไป 1.2.2 Software: Hospital OSเปลี่ยนเป็น HosXp v4. 1.2.3 Peopleware: ผู้ใช้งานสามารถใช้โปรแกรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ 1.3 การจัดการความมั่นคงปลอดภัยในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล: บุคลากรที่เกี่ยวข้องรับรู้ เข้าใจ และปฏิบัติตามระเบียบ ทุกคน 100% 1.4 การจัดระบบบริการเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล: การให้บริการ Service Desk สำเร็จตามเวลาที่กำหนด 1.5 Clinical Data Quality Control: นำความสมบูรณ์ของเวชระเบียนมาใช้ประโยชน์ (บูรณการ IM)	1.2 IT Risk Management System: 1.2.1 อุบัติการณ์ความเสี่ยงในระบบ IT ระดับ3ขึ้นไป = 0 (ทางกายภาพ) 1.2.2 ประสิทธิภาพในการส่งข้อมูลระบบบริการสุขภาพเข้าสู่เข้าส่วนกลาง ร้อยละ 50 1.2.3 บุคลากรได้รับการพัฒนาทักษะใช้โปรแกรม HosXp v4. ร้อยละ 100 1.3 การจัดการความมั่นคงปลอดภัยในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล: อัตราบุคลากรที่เกี่ยวข้องรับรู้ เข้าใจ และปฏิบัติตามระเบียบ ร้อยละ100 1.4 การจัดระบบบริการเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล: อัตราการให้บริการ Service Desk สำเร็จ ร้อยละ 90 1.5 อัตราการนำความสมบูรณ์ของเวชระเบียนมาใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงคุณภาพบริการสุขภาพ ร้อยละ 90 (บูรณการ IM)			1.3 จัดทำและประกาศนโยบายความมั่นคงปลอดภัยระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล 1.4 นิเทศหน่วยงานในการนำนโยบายความปลอดภัยสู่การปฏิบัติ 1.5 จัดทำและประกาศการให้บริการ Service Desk งานสารสนเทศโรงพยาบาล 1.6 นิเทศหน่วยงานการให้บริการ Service Desk งานสารสนเทศสู่การปฏิบัติ 1.7 จัดทำแนวทางปฏิบัติการนำความสมบูรณ์ของเวชระเบียนมาใช้ประโยชน์ (บูรณการ IM) 1.7.1 ปรับปรุง CPG / CNPG 1.7.2 claim 1.7.3 trigger tool 1.8 การจัดการศักยภาพของทรัพยากรในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ 1.8.1 งานพัฒนาสมรรถนะ

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI&OKRs**	**Project Based**		**โครงการงานและกิจกรรม**
		2568	**2569**	
1.5.1 ปรับปรุง CPG / CNPG 1.5.2 claim 1.5.3 trigger tool 1.6 เพิ่มประสิทธิภาพในการตรวจ วินิจฉัย รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพในโรคยุทธศาสตร์ที่สำคัญ -หุ่นยนต์ซักประวัติ -หุ่นยนต์จัดยา -หุ่นยนต์ฟื้นฟูสุขภาพ -หุ่นยนต์สุขภาพจิต -หุ่นยนต์ลดการติดเชื้อ -หุ่นยนต์เยี่ยมบ้าน 1.7 การจัดการศักยภาพของทรัพยากรในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ: บุคลากรทีมสารสนเทศได้รับการพัฒนาทักษะ การตรวจคุณภาพระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการเพิ่มขึ้น 1.8 การใช้สารสนเทศด้านการแพทย์ ด้านการสาธารณสุข และด้านบริหารจัดการ	1.5.1 CPG / CNPG 100% 1.5.2 claim 100% 1.5.3 trigger tool 90% 1.6 ประสิทธิภาพในการตรวจวินิจฉัย รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพในโรคยุทธศาสตร์ที่สำคัญ ร้อยละ30 -หุ่นยนต์ซักประวัติ -หุ่นยนต์จัดยา -หุ่นยนต์ฟื้นฟูสุขภาพ -หุ่นยนต์สุขภาพจิต -หุ่นยนต์ลดการติดเชื้อ -หุ่นยนต์เยี่ยมบ้าน 1.7 การจัดการศักยภาพของทรัพยากรในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ: บุคลากรทีมสารสนเทศได้รับการพัฒนาทักษะ การตรวจคุณภาพระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการ ร้อยละ 80 1.8 การใช้สารสนเทศด้านการแพทย์ ด้านการสาธารณสุขและด้านบริหารจัดการ ร้อยละ 80			- อบรม it digital literacy - อบรมเรื่องการรักษาความมั่นคงปลอดภัยด้านสารสนเทศโรงพยาบาล - อบรมการใช้งาน HIS - อบรมการใช้งาน Microsoft offices - อบรมการใช้งาน Google Drive, Social media - ดูงาน IPD Paperless รพ.บางสะพาน - ดูงาน HAIT Level 2-3 รพ..... 1.8.2 งานจัดหาระบบ/เครื่องมืออุปกรณ์ - เช่า Health Cloud - จัดหาเครื่องคอมพิวเตอร์.....เครื่อง - ปรับปรุงอินเตอร์เน็ต - จัดหา Hosxp v4 จำนวน 1 โปรแกรม - ซื้อ License windows office จำนวน .....เครื่อง

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI&OKRs**	**Project Based**		**โครงการงานและกิจกรรม**
		2568	**2569**	
1.9 ระบบ OPD paperless / IPD paperless: ลดอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิก 1.10 Telemedicine / Application: ผู้ป่วย NCDs /จิตเวชและยาเสพติด /ผู้สูงอายุ /palliative care /ฯลฯ ได้รับการดูแลรักษาจากสหวิชาอย่างต่อเนื่อง (ไม่ขาดนัด / ไม่ขาดยา)	1.9 อัตราอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกลดลง ร้อยละ 80 1.10 อัตราผู้ป่วย NCDs / จิตเวชและยาเสพติด / ผู้สูงอายุ /palliative care /ฯลฯ ได้รับการดูแลรักษาจากสหวิชาอย่างต่อเนื่อง (ไม่ขาดนัด / ไม่ขาดยา) ร้อยละ 80			- ซื้อโปรแกรม Anti-Virus.....เครื่อง - ซื้อ IPD Paperless, OPD Paperlessจำนวน 1/1 โปรแกรม - เครื่องสแกนสำนักงาน จำนวน.... เครื่อง - จ้างเหมาพัฒนาระบบส่งยาที่บ้าน - Application Rider - จัดซื้อapplication 3S1T โรคฉุกเฉินวิกฤต - จัดซื้อหุ่นยนต์จัดยา 1.9 การจัดระบบบริการเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล : 1.9.1 OPD paperless / IPD paperless - จ้างเหมาเอกชนดำเนินการ - บำรุงรักษาระบบร่วมกับผู้รับเหมา 1.9.2 Telemedicine / Application - จัดทำระบบ Telemedicine ในกลุ่มผู้ป่วย NCDs / จิตเวช

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI&OKRs**	**Project Based**		**โครงการงานและกิจกรรม**
		2568	**2569**	
				และยาเสพติด / ผู้สูงอายุ / palliative care /ฯลฯ ได้รับการดูแลรักษาจากสหวิชาอย่างต่อเนื่อง (ไม่ขาดนัด/ไม่ขาดยา) **2. Health cloud system** 2.1 ลงทะเบียน Health ID ประชาชน 2.2 ลงทะเบียน Provider ID 2.3 ส่งข้อมูลประวัติการรักษาพยาบาล / ข้อมูลสุขภาพ เข้าสู่ระบบ MOHPROMT ของประเทศ 2.4 ทำสื่อประชาสัมพันธ์ -ป้ายไวนิล -ออนไลน์(FB/ฯลฯ) **3. จัดทำ Dashboard ตามนโยบายและจุดเน้น (เข็มมุ่งของ รพ.)** - Dataware House (KPI, OKR, template (R1-12) - Platform (R1-R12) - Dashboard - Term audit dashboard

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI&OKRs**	**Project Based**		**โครงการงานและกิจกรรม**
		2568	**2569**	
				4. ความเสี่ยงในระบบเทคโนโลยีสารสเทศได้รับการแก้ไขอย่างมีประสิทธิภาพ - MOU ร่วมกันศูนย์เทคโนฯ - จัดทำคู่มือบริหารความเสี่ยงสารสนเทศ - ศูนย์เทคฯร่วมนิเทศความเสี่ยง **5. โครงการประเมินการพัฒนาคุณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในโรงพยาบาล (HAIT)**
2. Health cloud system: เพิ่มการเข้าถึงระบบบริการรักษาพยาบาล Health cloud system 2.1 Health ID ประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2.2 Provider ID การตรวจวินิจฉัยและรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ	**KPI :2 อัตราการเข้าถึงระบบบริการรักษาพยาบาล Health cloud system ได้อย่างมีประสิทธิภาพร้อยละ 70** OKRs 2.1 อัตราประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ร้อยละ 60 2.2 อัตราการตรวจวินิจฉัยและรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ ร้อยละ 100	Health cloud systems		
3. ศูนย์สารสนเทศสุขภาพดิจิทัล (Dashboard): หน่วยงานในโรงพยาบาล / เครือข่ายบริการสุขภาพ	**KPI :3 หน่วยงานในโรงพยาบาล / เครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP) / ภาคีเครือข่ายสุขภาพใช้สารสนเทศ**	Dashboard Center		

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI&OKRs**	**Project Based**		**โครงการงานและกิจกรรม**
		2568	**2569**	
(CUP) /ภาคีเครือข่ายสุขภาพใช้สารสนเทศ (R1-12) ในการปรับปรุงพัฒนาด้านบริหารจัดการ วิชาการ และระบบบริการสุขภาพ	**(R1-12) ในการปรับปรุงพัฒนาด้านบริหารจัดการ วิชาการ และระบบบริการสุขภาพ ร้อยละ 100**			
	OKRs			
3.1 Strategic Plan: ความสมบูรณ์ KPI & OKRs (R1-12)	3.1 อัตราความสมบูรณ์ KPI & OKRs ในแผนยุทธศาสตร์ (R1-12) ร้อยละ 80			
3.2 Strategic Implementation: ความสมบูรณ์ KPI & OKRs Template ในการนำแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ	3.2 อัตราความสมบูรณ์ KPI & OKRs Template ในการนำแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ ร้อยละ 80			
3.3 Strategic Evaluation: ความสมบูรณ์ KPI & OKRs Benchmark การประเมินผลแผนยุทธศาสตร์และการเทียบเคียงคู่เทียบ	3.3 อัตราความสมบูรณ์ KPI & OKRs Benchmark การประเมินผลแผนยุทธศาสตร์และการเทียบเคียงคู่เทียบ ร้อยละ 60			
3.4 Strategic Control: ความสมบูรณ์ KPI & OKRs Dashboard การควบคุมแผนยุทธศาสตร์ (R1-12)	3.4 อัตราความสมบูรณ์ KPI & OKRs Dashboard การควบคุมแผนยุทธศาสตร์ (R1-12) ร้อยละ 80			
3.5 Information Audit Team: บุคลากรทีมสารสนเทศได้รับการพัฒนาทักษะ การตรวจคุณภาพระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการเพิ่มขึ้น	3.5 บุคลากรทีมสารสนเทศได้รับการพัฒนาทักษะการตรวจคุณภาพระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการ ร้อยละ 80			

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพองค์รวม ประชาชนไว้วางใจ

พันธกิจที่ M3: พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

M4: พัฒนาระบบบริการสุขภาพด้วยหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์

ยุทธศาสตร์ ☐WO: พัฒนาระบบบริหารยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และการบริหารจัดการ มุ่งสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องประชาชนไว้วางใจ

☐WT: ปฏิรูประบบบริหารจัดการการเงินการคลังให้มีประสิทธิภาพ

Roadmap 12: ระบบบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**		**โครงการงานและกิจกรรม**
		2568	**2569**	
1. โรงพยาบาลไม่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน: TPS ระดับ B ขึ้นไป (10.5-15 คะแนน) **1.1 ประสิทธิภาพการจัดเก็บรายได้** • **มิติเวชระเบียน (OPD/IPD)** 1) แพทย์วินิจฉัยโรคถูกต้องครบถ้วนตามเกณฑ์เวชระเบียน (SA) (100%) 2) ผู้ให้รหัสโรคให้รหัสโรคถูกต้อง (100%) 3) อัตราการบันทึกข้อมูล E-Claim/Financial. Data Hub (FDH) ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา (100%) 4) การสรุปเวชระเบียนล่าช้า (IPD) ก่อน 15 วัน / 30 วัน (100%)	**KPI :1 อัตรา Total Performance Score (ระดับ F คะแนน 6.5 เต็ม 15)** **KPI :1.1 ประสิทธิภาพการจัดเก็บรายได้ ร้อยละ 100** OKRs • **มิติเวชระเบียน (OPD/IPD)** 1) อัตราแพทย์วินิจฉัยโรคถูกต้อง ครบถ้วนตามเกณฑ์เวชระเบียน (SA) ร้อยละ100 2) อัตราผู้ให้รหัสโรคให้รหัสโรคถูกต้อง ร้อยละ100 3) อัตราการบันทึกข้อมูล E-Claim/Financial. Data Hub (FDH) ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา ร้อยละ100 4) อัตราการสรุปเวชระเบียนล่าช้า (IPD) ก่อน 15 วัน / 30 วัน ร้อยละ100	ศูนย์ควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยงด้านการเงินการคลัง (TPS ระดับ F-B) 1. มิติเวชระเบียน 2. มิติการบริหารลูกหนี้ทุกกองทุน 3. มิติกระบวนการจัดเก็บรายได้ 4. มิติคุณภาพทางบัญชี 5. มิติรายได้จากการรักษาพยาบาล 6. หน่วยหารายได้เพิ่มพิเศษ 6.1 ตรวจสุขภาพ 6.2 ห้องพิเศษ 6.3 แพทย์แผนไทย 6.4 กายภาพบำบัด 6.5 ทันตกรรม 7. บริหารต้นทุนและรายจ่าย 7.1 บำรุงรักษาเชิงรุก		**<u>โครงการการเงินการคลังมั่นคง</u>** **1. ศูนย์ควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยงด้านการเงินการคลัง (TPS ระดับ F-B)** 1.1 ประเมินและตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียน 100% 1.2 ติดตามลูกหนี้ค้างชำระ 100% 1.3 ติดตามการจัดเก็บรายได้ 100% 1.4 ปรับปรุงคุณภาพบัญชี 100% 1.5 Sum AdjRw 1.5.1 วางแผนเพิ่มยอดผู้ป่วยใน 1.5.2 Admit โรคที่มีความซับซ้อนที่ต้องรักษาระยะสั้น

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		**โครงการงานและกิจกรรม**
		2568	**2569**	
• **มิติการบริหารลูกหนี้ทุกกองทุน** 1) การตั้งลูกหนี้ค่ารักษาครบถ้วนทุกสิทธิ (100%) 2) อุบัติการณ์ข้อมูลติด C จากการบันทึกข้อมูลเท่ากับ 0 3) ลูกหนี้ค้างชำระค่ารักษาพยาบาลได้รับการติดตามจนชำระหนี้ (80%) 4) ลูกหนี้ พรบ.ที่ค้างชำระค่ารักษาพยาบาลได้รับการติดตามจนชำระหนี้(80%) • **มิติกระบวนการจัดเก็บรายได้** 1) การขอเบิกชดเชยลูกหนี้ผู้ป่วยในทุกสิทธิก่อน 30 วัน (100%) 2) กองทุนทุกกองทุนได้รับการกำกับและติดตามอย่างต่อเนื่อง (100%) 3) การบันทึก PPFS (100%) 4) การบันทึกโปรแกรมอื่นๆ นอกโปรแกรม E-claim/FDH (100%)	• **มิติการบริหารลูกหนี้ทุกกองทุน** 1) อัตราการตั้งลูกหนี้ค่ารักษาครบถ้วนทุกสิทธิ ร้อยละ100 2) อุบัติการณ์ข้อมูลติด C จากการบันทึกข้อมูล = 0 3) อัตราลูกหนี้ค้างชำระค่ารักษาพยาบาลได้รับการติดตามจนชำระหนี้ ร้อยละ80 4) อัตราลูกหนี้ พรบ.ที่ค้างชำระค่ารักษาพยาบาลได้รับการติดตามจนชำระหนี้ ร้อยละ80 • **มิติกระบวนการจัดเก็บรายได้** 1) อัตราการขอเบิกชดเชยลูกหนี้ผู้ป่วยในทุกสิทธิก่อน 30 วัน ร้อยละ100 2) อัตรากองทุนทุกกองทุนได้รับการกำกับและติดตามอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ100 3) อัตราการบันทึก PPFS ร้อยละ100 4) อัตราการบันทึกโปรแกรมอื่นๆนอกโปรแกรม E-claim/FDH ร้อยละ100	7.2 รณรงค์ประหยัดพลังงานไฟฟ้า 7.3 Home ward 7.4 CFO จัดทำ PLAN FIN 7.5 CFO ปฏิบัติการควบคุมบริหารสินทรัพย์หมุนเวียนและหนี้สินหมุนเวียน 7.6 CFO ทบทวนประสิทธิภาพการทำกำไรรายโรค		1.5.3 ติดตาม Sum AdjRw ทุกเดือน 1.5.4 เปิดบริการ Home Ward **2. หน่วยหารายได้เพิ่มพิเศษ** 2.1 ตรวจสุขภาพ 2.1.1 คนไทย 2.1.2 ต่างด้าว 2.2 ห้องพิเศษ 2.2.1 เพิ่มห้องพิเศษ 2.2.2 WARD สังเกตอาการ 2.2.3 ห้องผ่าตัด 2.3 เพิ่มบริการนอกเวลา 2.3.1 แพทย์แผนไทย 2.3.2 กายภาพบำบัด 2.4 ทันตกรรม **3. บริหารต้นทุนและรายจ่าย** 3.1 บำรุงรักษาเชิงรุก 3.2 รณรงค์ประหยัดพลังงานไฟฟ้า 3.3 Home ward 3.4 CFO จัดทำ PLAN FIN

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**		**โครงการงานและกิจกรรม**
		2568	**2569**	
• **มิติคุณภาพทางบัญชี** 1) ไม่พบการลงลูกหนี้ผิดพลาด 2) ไม่พบการกระทบลูกหนี้คลาดเคลื่อน 3) อัตราการตั้งลูกหนี้โปรแกรมอื่นๆนอกโปรแกรม E-claim/FDH (100%) • **มิติรายได้จากการรักษาพยาบาล** 1) การครองเตียง มากกว่า 80% 2) Sum AdjRw มากกว่า 1,500 Rw 3) CMI มากกว่า 0.60	• **มิติคุณภาพทางบัญชี** 1) อุบัติการณ์การลงลูกหนี้ผิดพลาด = 0 2) อุบัติการณ์การกระทบลูกหนี้คลาดเคลื่อน = 0 3) อัตราการตั้งลูกหนี้โปรแกรมอื่นๆนอกโปรแกรม E-claim/FDH ร้อยละ 100 • **มิติรายได้จากการรักษาพยาบาล** 1) อัตราครองเตียง มากกว่าร้อยละ 80 2) อัตรา Sum AdjRw มากกว่า 1,500 Rw ร้อยละ100 3) อัตรา CMI มากกว่า 0.60 ร้อยละ100			3.5CFO ปฏิบัติการควบคุมบริหารสินทรัพย์หมุนเวียนและหนี้สินหมุนเวียน **4.พัฒนาสมรรถนะ** 4.1หลักสูตรการให้รหัสโรค รหัสหัตถการแบบ Basic/Advance 4.2หลักสูตรเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับการบันทึกบัญชีกระทรวงสาธารณสุข 4.3หลักสูตรหลักสูตรอบรมพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงานด้านการเงินการคลังของหน่วยบริการ **5.จัดหาวัสดุครุภัณฑ์(มูลค่า 10,000บาทขึ้นไป)** 5.1 โปรแกรม HosXP 5.2 โปรแกรมทางการเงินและบัญชี
2. ประสิทธิภาพการทำกำไรสุทธิจากรายได้เพิ่มพิเศษ	**KPI :2 ประสิทธิภาพการทำกำไรสุทธิจากรายได้เพิ่มพิเศษ ร้อยละ 80** OKRs			

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**		**โครงการงานและกิจกรรม**
		2568	**2569**	
2.1 อัตรากำไรสุทธิจากรายได้เพิ่มพิเศษตรวจสุขภาพเพิ่มขึ้น 2.2 อัตรากำไรสุทธิจากรายได้เพิ่มพิเศษจากห้องพิเศษเพิ่มขึ้น 2.3 อัตรากำไรสุทธิจากรายได้เพิ่มพิเศษจากแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้น 2.4 อัตรากำไรสุทธิจากรายได้เพิ่มพิเศษจากกายภาพบำบัดเพิ่มขึ้น 2.5 อัตรากำไรสุทธิจากรายได้เพิ่มพิเศษจากทันตกรรมเพิ่มขึ้น	2.1 อัตรากำไรสุทธิจากรายได้เพิ่มพิเศษตรวจสุขภาพร้อยละ 80 2.2 อัตรากำไรสุทธิจากรายได้เพิ่มพิเศษจากห้องพิเศษร้อยละ 80 2.3 อัตรากำไรสุทธิจากรายได้เพิ่มพิเศษจากแพทย์แผนไทยร้อยละ 80 2.4 อัตรากำไรสุทธิจากรายได้เพิ่มพิเศษจากกายภาพบำบัดร้อยละ 80 2.5 อัตรากำไรสุทธิจากรายได้เพิ่มพิเศษจาก ทันตกรรมร้อยละ 80			
3. ประสิทธิภาพการบริหารรายจ่ายและต้นทุน 3.1 มูลค่าการซ่อมซ้ำลดลง 3.2 ค่าพลังงานไฟฟ้าลดลง 3.3 ต้นทุนเฉลี่ยรายโรคในผู้ป่วยในลดลง 3.3.1 DM 3.3.2 HT 3.3.3 CKD	**KPI :3 ประสิทธิภาพการบริหารรายจ่ายและต้นทุนร้อยละ 80** OKRs 3.1 อัตรามูลค่าการซ่อมซ้ำลดลง ร้อยละ 80 3.2 อัตราค่าพลังงานไฟฟ้าลดลง ร้อยละ 80 3.3 ต้นทุนเฉลี่ยรายโรคในผู้ป่วยในลดลง ร้อยละ 80 3.3.1 DM ร้อยละ 80 3.3.2 HT ร้อยละ 80 3.3.3 CKD ร้อยละ 80	7.1 บำรุงรักษาเชิงรุก 7.2 รณรงค์ประหยัดพลังงานไฟฟ้า 7.3 Home ward 7.4 CFO จัดทำ PLAN FIN 7.5 CFO ปฏิบัติการควบคุมบริหารสินทรัพย์หมุนเวียนและหนี้สินหมุนเวียน 7.6 CFO ทบทวนประสิทธิภาพการทำกำไรรายโรค		

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**		**โครงการงานและกิจกรรม**
		2568	**2569**	
3.4 การบริหารแผนทางการเงินเปรียบเทียบผลการดำเนินงานผลต่าง บวกหรือลบไม่เกิน 5% 3.4.1 อัตราประมาณการรายได้ถูกต้องครบถ้วนตามเกณฑ์รายได้จริง ร้อยละ95 3.4.2 อัตราการใช้งบประมาณรายจ่าย ถูกต้องครบถ้วนเป็นไปตามแผน ร้อยละ100 3.5 การบริหารสินทรัพย์หมุนเวียนและหนี้สินหมุนเวียน 3.5.1 ระยะเวลาชำระเจ้าหนี้การค้ายา&เวชภัณฑ์มิใช่ยาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 90 วัน 3.5.2 ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิ UC ไม่เกิน 60 วัน 3.5.3 การบริหารสินคงคลัง (Inventory Management) น้อยกว่า 45 วัน 1.) คลังยา 2.) คลังวัสดุการแพทย์	3.4 อัตราการบริหารแผนทางการเงินเปรียบเทียบผลการดำเนินงานผลต่าง บวกหรือลบไม่เกิน 5% ร้อยละ100 3.4.1 อัตราประมาณการรายได้ถูกต้องครบถ้วนตามเกณฑ์รายได้จริง ร้อยละ95 3.4.2 อัตราการใช้งบประมาณรายจ่าย ถูกต้องครบถ้วนเป็นไปตามแผน ร้อยละ100 3.5 อัตราการบริหารสินทรัพย์หมุนเวียนและหนี้สินหมุนเวียน ร้อยละ 100 3.5.1 อัตราระยะเวลาชำระเจ้าหนี้การค้ายา&เวชภัณฑ์มิใช่ยาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 90 วัน ร้อยละ100 3.5.2 อัตราระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิ UC ไม่เกิน 60 วัน ร้อยละ 100 3.5.3 อัตราการบริหารสินคงคลัง (Inventory Management) น้อยกว่า45 วัน ร้อยละ 80 1.) คลังยา ร้อยละ 80 2.) คลังวัสดุการแพทย์ ร้อยละ 80			

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	**KPI & OKRs**	**Project Based**		**โครงการงานและกิจกรรม**
		2568	**2569**	
3.) คลังวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ 4.) คลังวัสดุทั่วไป 5.) คลังวัสดุทันตกรรม 3.5.4 ไม่พบอัตรา Dead stock 1.) คลังยา 2.) คลังวัสดุการแพทย์ 3.6 ความสามารถในการทำกำไร	3.) คลังวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ ร้อยละ 80 4.) คลังวัสดุทั่วไป ร้อยละ80 5.) คลังวัสดุทันตกรรม ร้อยละ 80 3.5.4 อัตรา Dead stock ร้อยละ 0 1.) คลังยา ร้อยละ 0 2.) คลังวัสดุการแพทย์ ร้อยละ 0 3.6 อัตราความสามารถในการทำกำไร ร้อยละ 80			

แผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพองค์รวม ประชาชนไว้วางใจ **Roadmap 1 : กลุ่มโรควิกฤตฉุกเฉิน**

พันธกิจ M1 : พัฒนาระบบบริการการแพทย์องค์รวมที่มีคุณภาพ

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต

ยุทธศาสตร์ SO: ยกระดับคุณภาพการแพทย์องค์รวม

KPI: 1. อัตราผู้บาดเจ็บTBI เสียชีวิตน้อยกว่าร้อยละ 25

2. อัตราผู้บาดเจ็บ Multiple injury เสียชีวิต ร้อยละ 80

OKR: 1.1 อัตรากลุ่มเสี่ยง (วัยรุ่นและวัยทำงาน) ขับขี่ MCA ปลอดภัย (สวมหมวก/ไม่เมา) ร้อยละ 80

1.2 จุดเสี่ยงซ้ำทั้งถนนสายหลักและสายรองได้รับการแก้ไขจำนวน 4 จุด

- แยกดอนกลาง (สายหลัก)
- แยกสำโหรง (สายหลัก)
- แยกบ้านบน (สายหลัก)
- แยกโรงกาแฟ (สายรอง)

1.3 อัตราหน่วยกู้ชีพพื้นฐานนำส่งผู้บาดเจ็บอย่างมีคุณภาพ ร้อยละ 80

1.4 อุบัติการณ์ EWS TBI ล่าช้า = 0

1.5 อุบัติการณ์ EWS TBI ผิดพลาด = 0

1.6 อุบัติการณ์สำรองเลือดไม่เพียงพอ = 0

1.7 อุบัติการณ์การวินิจฉัย TBI ล่าช้า = 0

1.8 อุบัติการณ์การวินิจฉัย TBI ผิดพลาด = 0

OKR: 2.1 อัตรากลุ่มเสี่ยง (วัยรุ่นและวัยทำงาน) ขับขี่ ปลอดภัย (สวมหมวก/ไม่เมา) ร้อยละ 80

2.2 จุดเสี่ยงซ้ำทั้งถนนสายหลักและสายรองได้รับการแก้ไขจำนวน 4 จุด

- แยกดอนกลาง (สายหลัก)
- แยกสำโหรง (สายหลัก)
- แยกบ้านบน (สายหลัก)
- แยกโรงกาแฟ (สายรอง)

2.3 อัตราหน่วยกู้ชีพพื้นฐานนำส่งผู้บาดเจ็บอย่างมีคุณภาพร้อยละ 80

2.4 อุบัติการณ์ EWS Multiple Injury ล่าช้า = 0

2.5 อุบัติการณ์ EWS Multiple Injury ผิดพลาด = 0

2.6 อุบัติการณ์สำรองเลือดไม่เพียงพอ = 0

2.7 อุบัติการณ์การวินิจฉัย Multiple Injury ล่าช้า = 0

2.8 อุบัติการณ์การวินิจฉัย Multiple Injury ผิดพลาด = 0

แผนงาน/โครงการ: 1. โครงการ ชุมชนถนนปลอดภัย อำเภอกุยบุรี

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
งานพัฒนาเครือข่ายชุมชนถนนปลอดภัย 1. จัดประชุมคณะทำงาน ศปถ. 2. ประชุมผู้นำชุมชนของแต่ละหมู่บ้าน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ 3. ประชุมแกนนำเยาวชน , ผู้แทนพนักงานส่งอาหาร ผู้แทน ส่งพัสดุ เพื่อค้นหาสาเหตุของ การ	1. ลดการเกิดอุบัติเหตุจราจร ในชุมชน 2. เพื่อพัฒนาระบบ บริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่อำเภอกุยบุรี	ผู้นำชุมชน, เยาวชน นักเรียน/นักศึกษาในเขต อ.กุยบุรี และพนักงานส่งพัสดุและส่งอาหาร	รพ. กุยบุรี	ธ.ค. 67				ค่าอาหารกลางวัน 50คน X 50 บาท ค่าอาหารว่าง 50คนX25บาท X 2 ครั้ง	5,000		อิสรีย์

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
เกิดอุบัติเหตุทางถนนและนำเสนอ 4. จัดอบรมให้ความรู้ เรื่อง กฎจราจร, การขับขี่ การช่วยเหลือให้ กลุ่มเยาวชน อสม, พนักงานส่งอาหารและพนักงานส่งพัสดุ 5. นำกลุ่มแกนนำร่วมให้ความรู้กับนักเรียนในเขตอ. กุยบุรี 6. ขับเคลื่อนการดำเนินงาน แบบมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาเพื่อนำข้อมูลมาใช้ ประโยชน์ผลักดันให้เกิดมาตรการป้องกัน	3. เพื่อพัฒนาความรู้วิชาการของผู้ปฏิบัติการและหน่วยงานหรือองค์กรที่ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินในอ. กุยบุรี							ค่าอาหารกลางวัน 50คน X 50 บาท ค่าอาหารว่าง 50คนX25บาท X 2 ครั้ง	5,000		อิสรีย์

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
7. ชี้เป้าจัดการจุดเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน 8. จัดกิจกรรมรณรงค์อุบัติเหตุ ทางถนน **<u>งาน พัฒนาเครือข่ายระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน</u>** 2.1 ฝึกอบรมหลักสูตรการปฐม พยาบาลและช่วยปฏิบัติ การแพทย์ขั้นพื้นฐาน 2.2 อบรมทักษะการช่วยเหลือ ผู้ป่วยและการจัดการ ณ จุด เกิดเหตุของบุคลากรเครือข่ายการแพทย์ฉุกเฉิน อำเภอกุยบุรี	เพื่อฟื้นฟูความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพ	เจ้าหน้าที่มูลนิธิหลวงพ่อในกุฏิ เจ้าหน้าที่ อ.บ.ต. หาดขาม	1. รพ. กุยบุรี 2. มูลนิธิหลวงพ่อในกุฏิ วัดกุยบุรี 3. อบต. หาขาม		ม.ค.-ก.พ. 68			ค่าอาหารกลางวัน 50คนX50X2ครั้ง ค่าอาหารว่าง 50คนX25X4ครั้ง	5,000 5,000		อิสรีย์

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
2.3 อบรมฟื้นฟูทักษะการช่วยเหลือฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (Basic life support) แบ่งเป็น 2รุ่นๆละหนึ่งวัน เวลา 08.00 – 16.00 น .		เจ้าหน้าที่ รพ.กุยบุรี คนและ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ใน เขตอำเภอกุยบุรี	รพ. กุยบุรี		มี.ค. 68			ค่าอาหารกลางวัน 50คนX50X2ครั้ง ค่าอาหารว่าง 50คนX25X4ครั้ง	10,000		อิสรีย์
2.4 การอบรมเชิงปฏิบัติการ การฟื้นฟูทักษะการการช่วย ฟื้นคืนชีพขั้นสูง (Advanced Cardiovascular Life Support)และATLS แก่พยาบาลวิชาชีพ รพ.กุยบุรีและ รพ.สต. แบ่งเป็น 2 รุ่นๆ ละหนึ่งวัน	เพื่อฟื้นฟูความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ให้พร้อมในการช่วยเหลือดูแล ผู้ป่วยฉุกเฉินและ การช่วยฟื้นคืนชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ	พยาบาลวิชาชีพ รพ . กุยบุรีและพยาบาลวิชาชีพ ใน รพ.สต. เขตอำเภอกุยบุรี	รพ. กุยบุรี					ค่าอาหารกลางวัน 25X50X2ครั้ง ค่าอาหารว่าง 25X25X2ครั้ง ค่าวิทยากร (บรรยาย) 1คนX3ชมX2ครั้ง ค่าวิทยากร (กิจกรรมกลุ่ม) 3คนX600X3ชม X2ครั้ง	4,550 3,600 10,800		อิสรีย์

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
2.5 ซ้อมแผนอุบัติเหตุหมู่และ สาธารณภัย - ประชุม ชี้แจงกิจกรรมซ้อมแผน ณ ร.พ.กุยบุรี เวลา 9.00 – 12.00 น. (ชี้แจง Tabletop) -กิจกรรมซ้อมแผนภาคีเครือข่าย เวลา 13.00 น .- 16.00 น .	1. เพื่อเตรียมความพร้อมของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและภาคีเครือข่ายและลด ความผิดพลาดของการให้บริการเมื่อเกิด อุบัติเหตุทางจราจร 2. เพื่อพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ และภาคีเครือข่ายในการบริการเมื่อเกิดอุบัติเหตุจราจรได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ	1. เจ้าหน้าที่ รพ.และภาคีเครือข่าย จำนวน 50คน			มี.ค. 68			ค่าอาหารกลางวัน 50X50X2ครั้ง ค่าอาหารว่าง 50X25X2ครั้ง	5,000		อิสรีย์

(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
ผู้ตรวจสอบโครงการ	ผู้เสนอโครงการ	ผู้เห็นชอบโครงการ	ผู้อนุมัติโครงการ
...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....

แผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพองค์รวม ประชาชนไว้วางใจ **Roadmap 1 : กลุ่มโรควิกฤตฉุกเฉิน**

พันธกิจ M1: พัฒนาระบบบริการการแพทย์องค์รวมที่มีคุณภาพ

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต

ยุทธศาสตร์ SO: ยกระดับคุณภาพการแพทย์องค์รวม

KPI: อัตราผู้ป่วย Stroke เสียชีวิตน้อยกว่า ร้อยละ 5 (7%)

KPI: อัตราผู้ป่วย STEMI เสียชีวิต น้อยกว่า 5% (9%)

KPI: อัตราผู้ป่วย sepsis เสียชีวิตน้อยกว่าร้อยละ 5 (≤ 26%)

OKR: อัตรากลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย Stroke เข้าถึงบริการทางการแพทย์ตั้งแต่เริ่มมีอาการภายในเวลา 3 ชั่วโมงร้อยละ 50 (≥50%)

OKR: อัตรากลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการทางการแพทย์ตั้งแต่เริ่มมีอาการภายในเวลา 60 นาที ร้อยละ 60

OKR: อัตรากลุ่มเสี่ยงและผู้ดูแล Sepsis (ผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง /DM poor control/ฯลฯ) ได้รับทักษะ SIRS/SOS score ร้อยละ100

แผนงาน/โครงการ: 2. โครงการ Excellent Fast track 3S (Stroke STEMI SEPSIS)

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
1.งาน 3A3S 1.1 ปรับปรุงฐานข้อมูล 3S 1.2 ปักหมุดครัวเรือนกลุ่มเสี่ยง 3S		จนท.รพ./ รพ.สต./ อสม. 40 ราย	ห้องประชุม รพ.กุยบุรี	ธ.ค. 67				ค่าอาหารว่าง มื้อละ 25 บาทx 2 มื้อ ค่าอาหารกลางวัน มื้อละ 50 บาท x 1 มื้อ	4,000 บาท	เงินบำรุง	นางศิมิตรา บุญเกิด

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
1.3 สามหมอเคาะประตูบ้านเตือนภัย 3S 1.4 ติวเข้ม FR&EMS ใน 1.1 และ 1.2 1.5 เยี่ยมบ้านกลุ่มเสี่ยง 3S ด้วย SIRS&SOS Score											
2. Fast track 3S ใน รพ. 2.1 ติวเข้ม CPG / CNPG 3S 2.2 ติวเข้ม E3S (OPD / ER / IPD) 2.3 ติวเข้มการใช้ยา SK 2.4 ติวเข้มการใช้ยา rt-PA	พยาบาล	พยาบาล รพ./รพ.สต. 30 ราย	ห้องประชุม รพ.กุยบุรี		ม.ค. 67			ค่าอาหารว่าง มื้อละ 25 บาทx 2 มื้อ ค่าอาหารกลางวัน มื้อละ 50 บาท x 1 มื้อ	3,000 บาท	เงินบำรุง	นางศิมิตรา บุญเกิด

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
3. พัฒนาสมรรถนะ											
3.1 หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	พยาบาล	1 ราย	ม.มหิดล				ส.ค.	ค่าลงทะเบียน	60,000 บาท	เงินบำรุง	
3.2 หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)	พยาบาล	1 ราย	ม.เชียงใหม่	ธ.ค.				ค่าลงทะเบียน	65,000 บาท	เงินบำรุง	นางศิมิตรา บุญเกิด
3.3 หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ	พยาบาล	1 ราย	ม.มหิดล				ส.ค.	ค่าลงทะเบียน	50,000 บาท	เงินบำรุง	
3.4 หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาล	พยาบาล	1 ราย	วพบ.ราชบุรี	ม.ค.				ค่าลงทะเบียน	65,000 บาท	เงินบำรุง	

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
เวชปฏิบัติฉุกเฉิน 3.5 หลักสูตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (EMT-B)		1 ราย	รพ.ราชวิถี		ก.พ.			ค่าลงทะเบียน	ฟรี		

(.....)
ผู้ตรวจสอบโครงการ
...../...../.....

(.....)
ผู้เสนอโครงการ
...../...../.....

(.....)
ผู้เห็นชอบโครงการ
...../...../.....

(.....)
ผู้อนุมัติโครงการ
...../...../.....

แผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพองค์รวม ประชาชนไว้วางใจ **Roadmap 2 : กลุ่มโรคเรื้อรังและโรคติดเชื้อ**

พันธกิจ M1: พัฒนาระบบบริการการแพทย์องค์รวมที่มีคุณภาพ

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต

ยุทธศาสตร์ SO: ยกระดับคุณภาพการแพทย์องค์รวม

KPI: 1. อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน (DKA/ hypoglycemia /DR/CKD/DM foot/ STROKE/STEMI) ลดลงร้อยละ 2

KPI: 2. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (Stroke /STEMI /CKD) ลดลงร้อยละ 2

KPI: 3. อัตราการเกิด ESRD รายใหม่ลดลง ร้อยละ 10

KPI: 4. อัตราผู้ป่วยสูงอายุ Cataract เกิดภาวะพิการตาบอด ลดลง ร้อยละ 5

OKR: 1. อัตราผู้ป่วยเบาหวามควบคุมระดับน้ำตาล HbA1C <7% ร้อยละ 40

OKR: 2. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงคุมระดับBP <140/90 mmHg (ควบคุมโรคได้ดีขึ้น) ร้อยละ 50

OKR: 3. อัตราผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลง eGFR <5ml/min/1.73m^2/ yr ร้อยละ 66

OKR: 4. อัตราผู้สูงอายุ60ปีขึ้นไปได้รับการตรวจคัดกรองCataract ร้อยละ 100

แผนงาน/โครงการ: 3. โครงการคลินิกโรคเรื้อรังคุณภาพ

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
1. Life style modification Program	1. เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงต่อ	1.ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่มี	รพ.กุยบุรี			พ.ค. 68		1. จัดทำโปรแกรมปรับเปลี่ยน	9,550	-บูรณาการงบกองทุนหลัก	สายฝน

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
- โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส 1) กำหนดทิศทาง นโยบาย วิสัยทัศน์ เป้าหมายของหน่วยงานบริการสุขภาพ ที่มุ่งเน้นการป้องกัน ควบคุมและจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระดับอำเภอ 2) พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศหรือข้อมูลทาง คลินิกรวมถึงระบบข้อมูลทางคอมพิวเตอร์ การจัด	โรค DM/HT เข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีความรู้เข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง 2. เพื่อชะลอการเกิดโรค DM/HT ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูง 3. เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีการจัดตั้งชมรมการดูแลสุขภาพและมี	ภาวะเสี่ยงสูงต่อโรค DM ระดับน้ำตาล FBS 100-125 mg/dl.และโรค HT ระดับความดันโลหิต 130 / 85-139/89 มม.ปรอท 2. ประชากรอายุ35ปีขึ้นไปหญิงมีรอบเอว 80 ซม.ขึ้นไป						พฤติกรรมสุขภาพ(ลงพื้นที่) 1.1 ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม 100 คนๆละ25 บาท 1.2 ค่าอาหารกลางวัน 100 คนๆละ 70 บาท 1.3 ค่าป้ายไวนิล ขนาด 3*1 เมตร ราคา 450 บาท		ประกันสุขภาพท้องถิ่น -งบPPA	

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
กลุ่มทะเบียน กลุ่มเสี่ยง/ กลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่อ 3) เผยแพร่ประชาสัมพันธ์สื่อในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จัดกิจกรรมสร้างความรู้ เพิ่มความตระหนักในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรั้ง 5) ขับเคลื่อนการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ"ลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง", การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในกลุ่มเสี่ยง	กิจกรรมที่ต่อเนื่องในชุมชน 4.เพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการของประชาชนให้มีสุขภาพดี	และชายมีรอบเอว 90 ซม. ขึ้นไป 3. ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปมีภาวะ BMI25kg/m2 ขึ้นไป จำนวน 100 คน									

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/(จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
และกลุ่มป่วย DM HT และการแปลผลด้วยตนเองที่บ้าน ส่งเสริมภาวะโภชนาการให้มีสุขภาพดีดัชนีมวลกายปกติดี											
1.2 Life style modification model 1.2.1 บุคคลต้นแบบ 1.2.2 กลุ่มอาชีพต้นแบบ	มีการปรับเปลี่ยนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้พฤติกรรมสุขภาพ เน้นหลัก 3 อ 2 ส	กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย (DM/HT/CKD)	รพ.กุยบุรี			พ.ค. 68		-บูรณาการงบกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น -งบPPA			สายฝน
2.Smart NCDs Clinic (ลดภาวะแทรกซ้อน) 2.1 งานพัฒนาโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์	2.1.เพื่อพัฒนาคลินิก NCDตามแนวทาง	บุคลากรที่ปฏิบัติงาน NCD	CUPกุยบุรี		ก.พ. 68			บูรณาการกับงานสารสนเทศ	-	เงินบำรุงรพ.	สายฝนและทีม NCD

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
การประเมินคลินิก NCD คุณภาพระดับดีเด่น - การคัดกรองCKDในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง - การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีในผู้ป่วยเบาหวาน (Hba1c<7%) -การควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (<140/90mmhg.) - ผู้ป่วยโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง LDL <100mg/dl	ดำเนินงานและการประเมินคุณภาพตามมาตราฐานคุณภาพ NCD Clinic Plus	เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอกุยบุรี						*อบรมร่วมกับงานติวเข้ม CPG / CNPG			คุณภาพ

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/(จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
- ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง -ร้อยละของผู้ป่วย DM/HT ที่เป็น CKD3-4 ชะลอการลดลงของ eGFR ได้ตามเป้าหมาย											
2.2 โครงการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอกุยบุรี	2.2 เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนเบาหวานเข้าจอประสาทตา/เท้า/ช่องปาก - เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะจอประสาท	2.2 กลุ่มเป้าหมายผู้ป่วย DM/HT ในอำเภอกุยบุรี จำนวน 1,682 ราย คิดจาก60% ของ 2,810 ราย	2.2 อาคารผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกุยบุรี			พ.ค. 68		-ค่าอาหารว่างสำหรับผู้เข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 1,686คน x 25บาท x 1 มื้อ เป็นเงิน 42,150 บาท -ค่าอาหารกลางวันสำหรับคณะทำงาน	46,150	เงินบำรุงรพ.	สายฝนและทีม NCD คุณภาพ

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/(จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
	ตาผิดปกติ มีภาวะแทรกซ้อนทางตา/เท้า/ช่องปากได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสมและทันท่วงที							จำนวน 8 คน x 50 บาท x 1มื้อ x 5 วัน เป็นเงิน 2,000 บาท -ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่มสำหรับคณะทำงานจำนวน 8 คน x 25 บาท x 2 มื้อ x 5 วัน เป็นเงิน 2,000 บาท			

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/(จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
2.3 ติวเข้ม CPG/CNPG และพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศในผู้ป่วย DM/HTเครือข่ายบริการสุข ภาพอำเภอกุยบุรี	2.3 เพื่อปรับปรุงฐานข้อมูลผู้ป่วย DM/HT ให้เป็นปัจจุบัน	บุคลากรที่ปฏิบัติงาน NCD เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอกุยบุรี จำนวน 30 คน	CUPกุยบุรี	พ.ย. 67				-ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่มสำหรับคณะทำงานจำนวน 30 คน x 25 บาท x 2 มื้อ x 1 วัน -ค่าอาหารกลางวัน 50x30 รวมเป็นเงิน 3,000 บาท	3,000	เงินบำรุงรพ.	สายฝนและทีม NCD คุณภาพ
2.4 Telemedicine	1. ลดความแก่ผัดของหน่วยบริการ ลดระยะเวลารอคอย	ผู้ป่วยสิทธิ์ UC โรคเรื้อรัง ที่มีอาการคงที่ควบคุมโรค	รพ.กุยบุรี	ต.ค. 67	ม.ค. 68	เม.ย. 68	ก.ค. 68	1.ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลโดยมีใบอนุญาต		การจ่ายงบ PHC. อัตรา 50 บาท/ครั้ง	สายฝน

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
	2.เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการสาธารณสุขโดยการปรับรูปแบบบริการให้สอดคล้องกับวิสีชีวิตแบบ New normal 3. เพื่อเป็นทางเลือกให้กับประชาชน และลดค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการสาธารณสุข	ได้ดี ต้องรับการดูแลต่อเนื่องและมีนัดหมายล่วงหน้าในหน่วยบริการภาครัฐ						ให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล 2.สามารถให้บริการการแพทย์ทางไกลได้ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรฐานการให้บริการของสถานพยาบาลทางไกล พ.ศ. 2564 ของกองสถานพยาบาล		โปรแกรมบันทึก ผ่านระบบ E-claim	

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
								และการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ตัวตนของผู้ป่วยก่อนเข้ารับบริการ มีแพทย์พร้อมให้บริการโดยไม่กระทบกับการให้บริการหลัก 4 สามารถส่งยาถึงผู้ป่วย ภายใน 24 ชั่วโมงหลัง			

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
								ผู้ป่วยเข้ารับบริการ			
2.5 ติวเข้มและติดตามการใช้ยา	1.เพื่อให้ผู้ป่วย DM/ HT ที่ควบคุมไม่ได้สามารถใช้ยาได้ถูกต้อง 2.เพื่อให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้/รับทราบและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยาได้	1.ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ ã FBS/DTX ≥ bão me/dl นำร่อง ๒๕ราย และผู้ป่วยใช้ยาฉีดรายใหม่ทุกราย 2.ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้	ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มารับยาที่ รพ.	ต.ค. 67	ม.ค. 68	เม.ย. 68	ก.ค. 68	ไม่ใช้งบประมาณ			สายฝน

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
		ติดต่อกัน ๒ ครั้ง เมื่อมารับบริการในคลินิก HT นำร่อง จำนวน ๒๕ ราย									
3.Remission Clinic (DM/HT) 3.1 DM 3.2 HT	1) เพื่อพัฒนาการบริการการดูแลผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 เข้าสู่ระยะสงบ 2) เพื่อให้กลุ่มผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้	กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย DM Type 2 (ด้วยความสมัครใจ)	รพ.กุยบุรี		ม.ค. 68	เม.ย. 68	ก.ค. 68	-ทีมสหวิชาชีพ			สายฝน

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
	ดี หยุดยาเบาหวานได้และลดค่าใช้จ่ายในการรักษา										
4. พัฒนางานผู้สูงอายุ มีการดำเนินการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพโดยดำเนินการให้ผู้สูงอายุ 4.1.งาน Cataract - Active case finding - Fast Track ผ่าตัดตาต้อกระจก - ติดตามผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษา	1.ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพได้รับการคัดกรองและรักษากลุ่มอาการต่างๆ เช่น สมองเสื่อม โรคข้อ เข่าเสื่อม ต้อกระจก ฯลฯ และได้รับการเสริมพลังในการดูแลตนเอง	กลุ่มผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป	งานผู้ป่วยนอก รพ.กุยบุรี	ต.ค. 67	ม.ค. 68	เม.ย. 68	ก.ค. 68	-บูรณาการกับงานประจำและงบกองทุนหลักประกันสุขภาพ			สายฝน

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/(จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
	2.เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพ เพื่อมีข้อมูลสถานะสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นระบบติดตามได้แม่นย่า ถูกต้องตามหลักวิชาการ 3.เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ดูแลรักษา และฟื้นฟูที่มีประสิทธิภาพเหมาะสมและตรงกับสภาพ										

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
	3.เพื่อนำไปสู่ผลที่คาดหวังคือช่วยลดภาระความหลากหลายและซ้ำซ้อนด้านค่าใช่จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ (Elder) Health Expenditure) ของประเทศในอนาคต 4.ผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและและพบปัญหาได้รับการดูแลรักษาตาม										

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/(จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
	มาตรฐานในคลินิกผู้สูงอายุ										
5. พัฒนาสมรรถนะ 5.1หลักสูตรการจัดการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง. 5.2หลักสูตร Mini Case Manager	เพิ่มศักยภาพบุคลากรในหน่วยงาน	แพทย์ พยาบาล เภสัชกร	รพ.กุยบุรี		ม.ค. 68				-	กองทุนหลักประกันสุขภาพอำเภอกุยบุรี	สายฝน
6.จัดหาวัสดุครุภัณฑ์(มูลค่า10,000 บาทขึ้นไป) 6.1 แท็บเล็ทพร้อมใช้งานอินเตอร์เน็ตได้ 6.2 เครื่องวัดความดัน 6.3 เครื่องเจาะน้ำตาล			รพ.กุยบุรี			เม.ย. 68		1.แท็บเล็ทราคา 20,000 บาท 2.เครื่องวัดความดันอัตโนมัติ เครื่องละ 1,500 บาท จำนวน 3 เครื่อง	29,000	กองทุนหลักประกันสุขภาพอำเภอกุยบุรี	สายฝน

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/(จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
								3.เครื่องตรวจน้ำตาล Accu-Chek Active ราคาเครื่องละ 1,500 บาท จำนวน 3 เครื่อง			

(.....)
ผู้ตรวจสอบโครงการ
...../...../.....

(.....)
ผู้เสนอโครงการ
...../...../.....

(.....)
ผู้เห็นชอบโครงการ
...../...../.....

(.....)
ผู้อนุมัติโครงการ
...../...../.....

แผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพองค์รวม ประชาชนไว้วางใจ **Roadmap 3 : กลุ่มโรคสูติกรรม**

พันธกิจ M1: พัฒนาระบบบริการการแพทย์องค์รวมที่มีคุณภาพ

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต

ยุทธศาสตร์ SO: ยกระดับคุณภาพการแพทย์องค์รวม

KPI: 1. อุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด (Pre-term/PPH/PIH) = 0

OKR: 1. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 75

OKR: 2. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ 8 ครั้ง ร้อยละ 75

OKR: 3. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูงได้เข้ารับการรักษากับสูติแพทย์ ร้อยละ 100

OKR: 4. อุบัติการณ์ EWS (Pre-term/PPH/PIH) ผิดพลาด = 0

OKR: 5. อุบัติการณ์วินิจฉัย (Pre-term/PPH/PIH) ผิดพลาด = 0

แผนงาน/โครงการ : 3. โครงการคลินิกโรคเรื้อรังคุณภาพ

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/(จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
1. ANC สัญจร รพสต. 11 แห่ง 1.1 สามหมอเสริมพลังครัวเรือนหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุน้อย	เพิ่มศักยภาพในการให้บริการฝากครรภ์กลุ่มเสี่ยง	ผู้รับผิดชอบงานฝากครรภ์รพสต. 11 แห่ง และอสม.	รพ.กุยบุรี รพสต. 11 แห่ง	ต.ค. 66	ม.ค. 68	เม.ย. 68					ปฏิมา

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
1.2 สามหมอให้บริการฝากครรภ์ที่ รพ.สต. 2. งานบริการ High Risk Pregnancy Clinic 2.1 ติวเข้ม CPG/CNPG 2.2 Pre-term labor 2.3 Preeclampsia 2.4 PPH 2.5 ติดตามการฝากครรภ์100%	ลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์	พยาบาลงานฝากครรภ์และห้องคลอด	โรงพยาบาลกุยบุรี	ต.ค. 67	ม.ค. 68	เม.ย. 68					ปฏิมา
3.งานบริการ LR คุณภาพ 3.1ซ้อมแผนภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม 3.2ติวเข้ม EWS 3.3ติวเข้ม CPG/CNPG	ลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอด	พยาบาลห้องคลอดและห้องฉุกเฉิน	โรงพยาบาลกุยบุรี								ปฏิมา

(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
ผู้ตรวจสอบโครงการ	ผู้เสนอโครงการ	ผู้เห็นชอบโครงการ	ผู้อนุมัติโครงการ
...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....

แผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพองค์รวม ประชาชนไว้วางใจ **Roadmap 4 : กลุ่มโรคทันตกรรม**

พันธกิจ M1: พัฒนาระบบบริการการแพทย์องค์รวมที่มีคุณภาพ

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต

ยุทธศาสตร์ SO: ยกระดับคุณภาพการแพทย์องค์รวม

KPI: 1. อัตราเด็ก 3 ปี ปราศจากฟันผุ (Caries Free) ลดลง ร้อยละ 75

OKR: 1.1 เด็กอายุ 0-3 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากร้อยละ 70

1.2 ผู้ปกครองเด็กอายุ 0-3 ปีได้รับการฝึกแปรงฟันแบบปฏิบัติและ plaque control ร้อยละ 70

1.3 เด็กอายุ 0-3 ปีได้รับการเคลือบทาฟลูออไรด์เฉพาะที่ ร้อยละ 50

KPI: 2. อัตราเด็ก 12 ปี ปราศจากฟันผุ (Caries Free) ลดลง ร้อยละ 72

OKR: 2.1 เด็กอายุ 6-12 ปีได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากร้อยละ 70

2.2 เด็กอายุ 6-12 ปีได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันแท้ร้อยละ 30

KPI: 3. อัตราผู้สูงอายุที่มีฟันหลัง (แท้หรือเทียม)ใช้งานเหมาะสม (ไม่น้อยกว่า 4 คู่สบ) เพิ่มขึ้น ร้อยละ 64

OKR: 3.1 ผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ร้อยละ75... (ทบทวนการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน)

3.2 ผู้สูงอายุที่ได้รับใส่ฟันเทียม มากกว่า 16 ซี่หรือฟันเทียมทั้งปาก ร้อยละ 100 (ของเป้าหมาย)

KPI: 4. อัตราการเข้าถึงบริการทันตกรรมของวัยทำงาน เพิ่มขึ้น ร้อยละ 25

KPI: 5. อัตราการให้บริการทันตกรรมเฉพาะทางเพิ่มขึ้นจากผลงานของปีที่ผ่านมาไม่น้อยกว่า ร้อยละ 5

5.1. รากฟันเทียม

5.2. รักษารากฟัน

5.3. ฟันปลอม

5.4. รักษาฟันเด็ก

5.5. ศัลยกรรมช่องปาก

แผนงาน/โครงการ : 5. โครงการสุขภาพฟันดีอำเภอกุยบุรี

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
1.1ตรวจสุขภาพช่องปากและให้ทันตสุขศึกษาในเด็กอายุ 0-3 ปี 1.2ฝึกแปรงฟันแบบปฏิบัติและ plaque control แก่ผู้ปกครองเด็กอายุ 0-3 ปี 1.3เคลือบทาฟลูออไรด์วานิชในเด็กที่มีฟันน้ำนมเริ่มขึ้น	1.ลดอัตราการเกิดฟันน้ำนมผุในเด็ก 3 ปี	เด็ก 0-3ปี	คลินิก WBC	ต.ค.-ธ.ค.	ม.ค.-มี.ค.	เม.ย.-มิ.ย.	ก.ค.-ก.ย.	1.ฟลูออไรด์วานิช 2.พู่กันทาสาร			นายชาตรี สังข์เฉย
2.1 ตรวจสุขภาพช่องปากและให้ทันตสุขศึกษาในเด็กอายุ6-12 ปี	2. ลดอัตราการเกิดฟันแท้ผุในเด็ก 6-12 ปี	เด็กอายุ6-12 ปี	โรงเรียนในเขตอำเภอกุยบุรี			พ.ค.-มิ.ย.	ก.ค.-ก.ย.	1.วัสดุเคลือบหลุมร่องฟัน 2.พู่กันทาสาร			นายชาตรี สังข์เฉย

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
2.2 เคลือบหลุมร่องฟันแท้ในเด็กอายุ 6-12 ปี 3.1 ตรวจสุขภาพช่องปากและให้ทันตสุขศึกษาในผู้สูงอายุ 3.2 บริการใส่ฟันเทียมแก่ผู้สูงอายุ (มากกว่า 16 ซี่หรือฟันเทียมทั้งปาก)	3. เพิ่มจำนวนฟันหลังที่ใช้งานได้มากกว่า คู่สบ 4	ผู้สูงอายุในรายที่จำเป็น	โรงพยาบาลกุยบุรีและ รพ.สต. นำร่อง	ต.ค.-ธ.ค.	ม.ค.-มี.ค.	เม.ย.-มิ.ย.	ก.ค.-ก.ย.	1.วัสดุและอุปกรณ์ฟันเทียม			นายชาตรี สังข์เฉย
4. จัดบริการหน่วยทันตกรรมหมุนเวียนใน รพ.สต.	4. เพิ่มการเข้าถึงการรับบริการทันตกรรม	วัยทำงาน	โรงพยาบาลและ รพ.สต. ในอำเภอกุยบุรี	ต.ค.-ธ.ค.	ม.ค.-มี.ค.	เม.ย.-มิ.ย.	ก.ค.-ก.ย.	1.วัสดุและอุปกรณ์ทันตกรรม			นายชาตรี สังข์เฉย

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
5. จัดบริการทันตกรรมเฉพาะทาง 5.1. รากฟันเทียม 5.2. รักษารากฟัน 5.3. ฟันปลอม 5.4. รักษาฟันเด็ก 5.5 ศัลยกรรมช่องปาก	5. เพิ่มอัตราการเข้าถึงทันตกรรมเฉพาะทาง 5.1. รากฟันเทียม 5.2. รักษารากฟัน 5.3. ฟันปลอม 5.4. รักษาฟันเด็ก 5.5 ศัลยกรรมช่องปาก	ผู้รับบริการทันตกรรมเฉพาะทาง	โรงพยาบาลกุยบุรี	ต.ค.-ธ.ค.	ม.ค.-มี.ค.	เม.ย.-มิ.ย.	ก.ค.-ก.ย.	1.วัสดุและอุปกรณ์ทันตกรรมเฉพาะทาง			นายชาตรี สังข์เฉย

(.....)
ผู้ตรวจสอบโครงการ
...../...../.....

(.....)
ผู้เสนอโครงการ
...../...../.....

(.....)
ผู้เห็นชอบโครงการ
...../...../.....

(.....)
ผู้อนุมัติโครงการ
...../...../.....

แผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2568

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพองค์รวม ประชาชนไว้วางใจ **Roadmap 5 : การบริการแบบผสมผสาน**

พันธกิจ M1: พัฒนาระบบบริการการแพทย์องค์รวมที่มีคุณภาพ

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต

ยุทธศาสตร์ SO: ยกระดับคุณภาพการแพทย์องค์รวม

KPI1: ผู้ป่วย IMC 4 โรค (Stroke, TBI, SCI, Hip Fracture) ที่ได้รับการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดมีค่า BI ดีขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับ ร้อยละ 80

OKR: 1.1 ผู้ป่วย Stroke ได้รับการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดมีค่า BI ดีขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับ ร้อยละ 80

1.2 ผู้ป่วย TBI ได้รับการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดมีค่า BI ดีขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับร้อยละ 80

1.3 ผู้ป่วย SCI ได้รับการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดมีค่า BI ดีขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับ ร้อยละ 80

1.4 ผู้ป่วย Hip Fracture ได้รับการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดมีค่า BI ดีขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับ ร้อยละ 80

KPI2: อัตราผู้ป่วย NCDs ที่มีข้อบ่งชี้ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้นร้อยละ 60

OKR: 2.1 อัตราผู้ป่วยโรค Stroke ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้นร้อยละ 60

2.2 อัตราผู้ป่วยโรค DM ที่มี HbA1c <7% ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้นร้อยละ 60

2.3 อัตราผู้ป่วยโรค HT ที่มีความดันโลหิตมากกว่า 140/90 mmHg. ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้นร้อยละ 60

2.4 อัตราผู้ป่วย CKD Stage 3b ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้นร้อยละ 60

2.5 อัตราผู้ป่วย CVD risk>20 ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้นร้อยละ 60

KPI3: อัตราผู้ป่วย NCDs (DM/HT/CKD/CVD risk) และหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง (BMI<18/>25, Hct<33%, PIH/GDM) มีผลลัพธ์จากการดูแลด้วยindividual nutrition care plan ร้อยละ 60

OKR: 3.1 ผู้ป่วยDMที่มี HbA1C>7% มีผลลัพธ์จากการดูแลด้วย individual nutrition care plan ร้อยละ 60

3.2 ผู้ป่วย HT ที่มีระดับ BP>140/90 mmHg มีผลลัพธ์จากการดูแลด้วย individual nutrition care plan ร้อยละ 60

3.3 ผู้ป่วย CKD stage 3b ขึ้นไป มีผลลัพธ์จากการดูแลด้วย individual nutrition care plan ร้อยละ 60ผลลัพธ์จากการดูแลด้วย individual nutrition care plan ร้อยละ 60

3.4 ผู้ป่วย CVD risk>20% ขึ้นไป มีผลลัพธ์จากการดูแลด้วยindividual nutritioncare plan ร้อยละ 60

แผนงาน/โครงการ : 6. โครงการบริการแบบผสมผสาน

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/(จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
1.คลินิกการแพทย์แบบผสมผสาน 1.1 จัดตั้งคลินิกการแพทย์ผสมผสานในผู้ป่วย IMC/NCDs	ผู้ป่วยIMC 4 ที่ได้รับการฟื้นฟูทากายภาพบำบัด/แพทย์แผนไทน/โภชนาศาสตร์มีค่า BI ดีขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับ 2. ผู้ป่วย NCDs ที่มีข้อบ่งชี้ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์กายภาพบำบัด/แพทย์แผนไทน/โภชนาศาสตร์การแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้น	ผู้ป่วยIMC ในอำเภอกุยบุรี ผู้ป่วย NCDs ในอำเภอกุยบุรี	โรงพยาบาลกุยบุรี			มิ.ย.	ส.ค.	แบบประเมิน bathel index จัดสถานที่ทำคลินิก เครื่องกระตุ้นไฟฟ้า ค่าอาหารว่าง ค่าอาหารเที่ยง ค่าอุปกรณ์ ป้ายไวนิล แบบประเมินร่างกายแพทย์แผนไทย จัดสถานที่ทำคลินิก แผ่นพับ			นันท์นภัส ชมพูนุช ปรรณพัชร์
1.2 ให้บริการเชิงรุกการแพทย์ผสมผสานในผู้ป่วย IMC/NCDs ในเขตพื้นที่อำเภอกุยบุรี			รพ.สต.กุยบุรี			มิ.ย.	ส.ค.				

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
	และมีผลลัพธ์จากการดูแลด้วย individual nutritioncare plan เพิ่มขึ้น							สมุนไพร Model อาหาร เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดโซเดียม สอนทำอาหาร			
1.3 อสม. และเจ้าหน้าที่ รพ.สต.	เพื่อพัฒนาความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วย IMC และผู้ป่วย NCDs	อสม.และเจ้าหน้าที่ รพ.สต.	ห้องประชุมโรงพยาบาลกุยบุรี				ก.ค.	ค่าอาหารว่าง ค่าอาหารเที่ยง ค่าอุปกรณ์ ป้ายไวนิล			นันท์นภัส ชมพูนุช ปรรณพัชร์

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
2. พัฒนาสมรรถนะ 2.1 หลักสูตรการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม IMC 2.2 หลักสูตรการดูแลผู้ป่วย NCDS ด้านแพทย์แผนไทย 2.3 หลักสูตรโภชนาการสำหรับผู้ป่วย NCDs	พัฒนาสมรรถนะบุคลากร	นักกายภาพบำบัด นักการแพทย์แผนไทย นักโภชนาศาสตร์	1. แบบ online 2. แบบ ON SITE ตามโครงการที่สถาบันที่จัดอบรม					ค่าลงทะเบียน ค่าทีพัก ค่าเดินทาง ค่าเบี้ยเลี้ยง			นันท์นภัส ชมพูนุช ปรรณพัชร์
3.จัดหาวัสดุครุภัณฑ์ (มูลค่า10,000บาทขึ้นไป) 3.1 เครื่องกระตุ้นไฟฟ้า								จัดหาสถานที่จัดตั้งคลินิกการแพทย์แบบผสมผสาน	350,000		

(.....)
ผู้ตรวจสอบโครงการ
...../...../.....

(.....)
ผู้เสนอโครงการ
...../...../.....

(.....)
ผู้เห็นชอบโครงการ
...../...../.....

(.....)
ผู้อนุมัติโครงการ
...../...../.....

แผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพองค์รวม ประชาชนไว้วางใจ **Roadmap:ที่ 6 : ระบบงานที่สำคัญ**

พันธกิจ M1: พัฒนาระบบบริการการแพทย์องค์รวมที่มีคุณภาพ

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต

ยุทธศาสตร์ : SO: ยกระดับคุณภาพการแพทย์องค์รวม

KPI: 1. อุบัติการความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป = 0

OKR: 1.1 อัตราความสมบูรณ์ของ risk register & risk profile โรคยุทธศาสตร์และโรคที่สำคัญเพิ่มขึ้น ร้อยละ 80

1.2 อุบัติการณ์ความเสี่ยงในระดับ D ขึ้นไป = 0

1.2.1 อุบัติการณ์หัตถการผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่งและผิดหัตถการ = 0

1.2.2 อุบัติการณ์บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน = 0

1.2.3 อัตราอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา (Opd/Ipd)ลดลง ร้อยละ 20 /การให้เลือดผิดคน,ผิดหมู่ เท่ากับ 0

1.2.4 อุบัติการณ์ระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด/ผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม = 0

1.2.5 อุบัติการณ์ tube เลื่อนหลุดขณะนำส่ง refer = 0

1.2.6 อุบัติการณ์ความไม่พร้อมของทีม RRT = 0

1.3 อัตราอุบัติการณ์ความเสี่ยงได้รับการจัดทำ RCA / CQI / R2R ร้อยละ 100

แผนงาน/โครงการ : 7. โครงการยกระดับคุณภาพระบบงานที่สำคัญ (RSQ)

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
โครงการยกระดับคุณภาพระบบงานที่สำคัญ											
1.งาน RSQ Management	เพื่อพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพ	คณะกรรมการความเสี่ยง	รพ.กุยบุรี	ต.ค.						ไม่ใช้งบประมาณ	ปฏิมา
1.1 risk register & risk profile											
1.1.1 จัดทำคู่มือการรายงานความเสี่ยง											
1.1.2 ประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำ Risk register / Risk profile โรคยุทธศาสตร์และโรคที่สำคัญ		เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลกุยบุรี 179 คน	โรงพยาบาลกุยบุรี	ต.ค.						ไม่ใช้งบประมาณ	ปฏิมา
1.1.3 ติวเข้ม Risk register / Risk profile ทุกหน่วยงาน			โรงพยาบาลกุยบุรี	ต.ค.							

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
1.2 3P Safety & SIMPLE (9 มาตรฐาน) 1.2.1 ประกาศนโยบาย3P Safety & ZE / ZH 1.2.2 มหกรรม 12 กิจกรรม ทุกหน่วยงาน 1.2.3 RSQ Round ทุก 2 สัปดาห์ 1.3 RCA/CQI/R2R 1.3.1 จัดทำ RCA ในระดับความเสี่ยง (E-I) ทุกอุบัติการณ์ 1.3.2 จัดทำ CQI ในระดับความเสี่ยง E-F ทุกอุบัติการณ์ 1.3.3 จัดทำ R2R ในระดับความเสี่ยง E-F ทุกอุบัติการณ์				ต.ค.							ปฏิมา

(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
ผู้ตรวจสอบโครงการ	ผู้เสนอโครงการ	ผู้เห็นชอบโครงการ	ผู้อนุมัติโครงการ
...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....

แผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพองค์รวม ประชาชนไว้วางใจ **Roadmap:ที่ 6 : ระบบงานที่สำคัญ**

พันธกิจ M1: พัฒนาระบบบริการการแพทย์องค์รวมที่มีคุณภาพ

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต

ยุทธศาสตร์ : SO: ยกระดับคุณภาพการแพทย์องค์รวม

KPI: อุบัติการณ์ความเสี่ยงทางการพยาบาลระดับ E ขึ้นไป = 0

OKR: 1. อัตรากำลังหน่วยงานทางการพยาบาล ในหน่วยบริการเพียงพอเหมาะสม (productivity management) ร้อยละ 80

2. อัตราบุคลากรทางการพยาบาลมีสมรรถนะเฉพาะ (specific competency) ในโรคยุทธศาสตร์ ร้อยละ 80

3. อัตราหน่วยงานทางการพยาบาลได้รับการนิเทศความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรคทางการพยาบาล ร้อยละ 80

4. อุบัติการณ์ข้อร้องเรียนทางด้านจริยธรรมของพยาบาล = 0

แผนงาน/โครงการ : 7. โครงการยกระดับคุณภาพระบบงานที่สำคัญ (NSO)

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
1. Real time Productivity -จัดทำโปรแกรมบันทึกข้อมูล Productivity ในหน่วยงาน OPD ER LR IPD	เพื่อใช้ในการบริหารจัดการอัตรากำลังพยาบาลที่เหมาะสมกับภาระงาน	4 หน่วยงาน	กลุ่มงานการพยาบาล(OPD ER LR IPD)	ธ.ค 68				โปรมแกรมบันทึก Productivity	ไม่ใช้งบประมาณ		คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ/ ITN

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
2. ประเมินสมรรถนะทางการพยาบาลทุกระดับ ในกลุ่มโรคยุทธศาสตร์ 3S1T - พัฒนาแบบประเมินสมรรถนะ specific competency ในกลุ่มโรคยุทธศาสตร์ 3S1T - ประเมินสมรรถนะพยาบาล ในกลุ่มโรคยุทธศาสตร์ 3S1T - จัดทำแผนพัฒนาสมรรถนะในส่วนที่ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน	เพื่อให้พยาบาลมีสมรรถนะเชิงวิชาชีพตามมาตรฐานการพยาบาล	-4 โรค Stroke Sepsis STEMI Multiple trauma - 2 ครั้ง/ปี	กลุ่มงานการพยาบาล(OPD ER LR IPD)		ก.พ 68		ก.ค 68	ประเมินผลโดยหัวหน้างาน และทีมพัฒนาคุณภาพ	ไม่ใช้งบประมาณ		กลุ่มงานการพยาบาล

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
3. นิเทศทางการพยาบาล - จัดทำแผนนิเทศทางการพยาบาล(ทุกหน่วยงาน)	เพื่อติดตามและประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาล	พยาบาลวิชาชีพ 4 หน่วยงาน OPD ER LR IPD	กลุ่มงานการพยาบาล(OPD ER LR IPD)	ต.ค 67	ม.ค 68	เม.ย 68	ก.ค 68	แบบประเมินนิเทศทางการพยาบาล	ไม่ใช้งบประมาณ		หัวหน้างาน
4.ทบทวนวิเคราะห์อุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป	เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้มาตรฐาน	พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานการพยาบาล	โรงพยาบาลกุยบุรี	ต.ค- ธ.ค 67	ม.ค - มี.ค 68	เม.ย - มิ.ย 68	ก.ค - ก.ย 68	ประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพ	ไม่ใช้งบประมาณ		คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ/ RM/PCT
5.พัฒนาพลิกโฉมด่านหน้า (ด้านพฤติกรรมบริการ) - ประชุมทีมเจ้าหน้าที่ด่านหน้า - คัดเลือกบุคลากรด่านหน้าดีเด่น	-เพื่อสร้างความประทับใจและเกิดความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ -เพื่อลดข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการ	OPD ER เปล	กลุ่มงานการพยาบาล	พ.ย 67				เกียรติบัตรบุคลากรดีเด่น	ไม่ใช้งบประมาณ	เงินบำรุง	กลุ่มงานการพยาบาล

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
- ประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ (ภายในและภายนอก)				ธ.ค 67		มิ.ย 68		แบบประเมินความพึงพอใจ	ไม่ใช้งบประมาณ		คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ
6. พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการพยาบาล	เพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการและเพิ่มทักษะในการดูแลผู้ป่วย	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาลกุยบุรี		ก.พ 68	พ.ค 68		1.การพยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติฉุกเฉิน (4 เดือน) 2.การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ (4 เดือน) 3.นมแม่ 21 ชม.	76,500 83,000 8,850		ราตรี คงเจริญ

(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
ผู้ตรวจสอบโครงการ	ผู้เสนอโครงการ	ผู้เห็นชอบโครงการ	ผู้อนุมัติโครงการ
...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....

แผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพองค์รวม ประชาชนไว้วางใจ **Roadmap 6 : ระบบงานที่สำคัญ**

พันธกิจ : M1: พัฒนาระบบบริการการแพทย์องค์รวมที่มีคุณภาพ

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต

ยุทธศาสตร์ : SO: ยกระดับคุณภาพการแพทย์องค์รวม

KPI: ระบบสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วยและความปลอดภัยผ่านเกณฑ์ประเมินมาตราฐาน ร้อยละ 60

แผนงาน/โครงการ : 7โครงการยกระดับคุณภาพระบบงานที่สำคัญ (ENV)

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
1. 5ส. ต่อเนื่อง	พัฒนางาน 5ส. อย่างต่อเนื่องยั่งยืน	เจ้าหน้าที่ ร.พ กุยบุรี	รพ.กุยบุรี	ต.ค – ธ.ค.	ม.ค. - มี.ค.	เม.ย. - มิ.ย.	ก.ค. - ก.ย.	1.กิจกรรม 5ส. ทุกอาทิตย์ 2.กิจกรรม Big Cleaning day เดือนละ 1 ครั้ง 3.กิจกรรม ENV round เดือนละ1 ครั้ง			คณะกรรมการ ENV

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
2. ซ้อมแผนระงับอัคคีภัย + ติดตั้งป้ายทางหนีไฟ + ถังดับเพลิงครบทุกหน่วยงาน + ติดตั้งเครื่องดักจบควัน	เพื่อเตรียมความพร้อมในการป้องกันระงับอัคคีภัย	เจ้าหน้าที่ + ทุกฝ่ายงานของ รพ.กุยบุรี	รพ.กุยบุรี		มี.ค. มี.ค. มี.ค.	มิ.ย. มิ.ย.		1.อบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ 2.ซ้อมแผนอัคคีภัย 3.ติดตั้งป้ายทางหนีไฟ 4.ติดตั้งถังดับเพลิงครบทุกฝ่าย 5.ติดตั้งเครื่องดักจับควัน		เงินบำรุง	คณะกรรมการ ENV + บริหาร
3.การจัดการขยะอย่างมีประสิทธิภาพ	เพื่อเจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์การจัดการขยะที่ถูกต้อง	เจ้าหน้าที่ + ทุกฝ่ายงานของ รพ.กุยบุรี	รพ.กุยบุรี		ม.ค. ม.ค.			1จัดทำแนวทางการจัดการขยะใน รพ.โดยแจ้งให้หน่วยงานทราบและนำไปปฏิบัติ 2.กระตุ้นเตือนให้เจ้าหน้าที่ใน รพ.			คณะกรรมการ ENV

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
4.ปรับปรุงภูมิทัศน์ + ตีเส้นจราจร + สร้างพื้นที่สีเขียว	เพื่อปรับภูมิทัศน์รอบพื้นที่ รพ.ให้น่าอยู่ น่าทำงาน	ประชาชนผู้มารับบริการ และ เจ้าหน้าที่ รพ.กุยบุรี	รพ.กุยบุรี		ก.พ. ก.พ ก.พ ก.พ.			เกิดความตระหนักและให้ความสำคัญในการปฏิบัติหน้าที่ 1.ตีเส้นจราจรในรพ.ให้ได้มาตรฐาน 2.สำรวจต้นไม้ยืนต้นที่มีความเสี่ยงจะเกิดอันตรายเพื่อตัดแต่งกิ่ง 3.ปรับปรุงสวนหย่อมให้สะอาดร่มรื่น 4.ทำแปลงปลูกพืชสมุนไพร			คณะกรรมการ ENV + บริหาร

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
5.ความพร้อมใช้ของระบบสาธารณูปโภค	ระบบสาธารณูปโภคพร้อมใช้	ประชาชนผู้มารับบริการและเจ้าหน้าที่รพ.กุยบุรี	รพ.กุยบุรี		ม.ค. ม.ค. มี.ค.			1.ทบทวนแนวทางปฏิบัติเรื่องการสำรองน้ำประปาและไฟฟ้า 2.กำกับติดตามการบำรุงรักษาระบบสาธารณูปโภค 3.วางแผนปรับปรุงซ่อมแซมตามอายุการใช้งาน			คณะกรรมการENV + บริหาร + ช่าง

(.....)
ผู้ตรวจสอบโครงการ
...../...../.....

(.....)
ผู้เสนอโครงการ
...../...../.....

(.....)
ผู้เห็นชอบโครงการ
...../...../.....

(.....)
ผู้อนุมัติโครงการ
...../...../.....

แผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพองค์รวม ประชาชนไว้วางใจ **Roadmap 6 : ระบบงานที่สำคัญ**

พันธกิจ M1: พัฒนาระบบบริการการแพทย์องค์รวมที่มีคุณภาพ

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ :ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต

ยุทธศาสตร์ SO: ยกระดับคุณภาพการแพทย์องค์รวม

KPI: อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลน้อยกว่า 0.5 ต่อ1,000 วันนอน

แผนงาน/โครงการ : 7.โครงการยกระดับคุณภาพระบบงานที่สำคัญ (IC)

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
HAP 1.รณรงค์การล้างมือ	ป้องกันกาติดเชื้อเกิดภาวะแทรกซ้อน และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	- จนท. โรงพยาบาล	โรงพยาบาล	ต.ค.	ม.ค.	เม.ย.	ก.ค.	- จัดการรณรงค์การล้างมือทั้ง ร.พ. และให้ส่งคลิปล้างมือของ จนท. ทุกคน พร้อมกับงาน 5 ส. ทุกวันศุกร์ วนจนครบทุกคนในฝ่าย	-ทุกวัน -ส่งคลิปอาทิตย์ละครั้ง	0 บาท	สุชาดา โอ่เอี่ยม

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
2.จัดโซนห้องแยก	ป้องกันกาติดเชื้อในร่างกายเพิ่ม และควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ	- จนท.โรงพยาบาล - ผู้ป่วยและญาติ	โรงพยาบาล	ต.ค.	ม.ค.	เม.ย.	ก.ค.	เมื่อมีรับใหม่ผู้ป่วยในทุกครั้ง	ทุกวัน	0 บาท	
3. standard precaution	ป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ และควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ	- ผู้ป่วยและญาติ	โรงพยาบาล	ต.ค.	ม.ค.	เม.ย.	ก.ค.	- การแยกผู้ป่วยติดเชื้อ จัดโซนแยกห้อง - ให้ความรู้แก่ญาติและผู้ป่วย	ทุกวัน	0 บาท	สุชาดา โอ่เอี่ยม
		- จนท.โรงพยาบาล	โรงพยาบาล			เม.ย.		- อบรม การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล	ปีงบละ 1 ครั้ง	20,000 บาท	

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
CAUTI 1.รณรงค์ล้างมือ	-ป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ -ป้องกันและคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล	- จนท. โรงพยาบาล -ผู้ป่วยและญาติ	โรงพยาบาล	ต.ค.	ม.ค.	เม.ย.	ก.ค.	- จัดการรณรงค์การล้างมือทั้ง ร.พ. และกำหนดให้ส่งคลิปล้างมือของ จนท. ทุกคนพร้อมกับงาน 5 ส. ทุกวันศุกร์วนจนครบทุกคนในฝ่าย	-ทุกวัน -ส่งคลิปอาทิตย์ละครั้ง	0 บาท	สุชาดา โอ่เอี่ยม
2. ทบทวนมาตรฐานการพยาบาลเรื่องการสวนปัสสาวะ	-ควบคุมการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะและป้องกันการติดเชื้อแทรกซ้อน	-จนท. โรงพยาบาล	โรงพยาบาล		ม.ค.			- ทบทวนในที่ประชุมประจำเดือนของฝ่ายการพยาบาล	ปีงบละ 1 ครั้ง	0 บาท	

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
3. standard precaution	- ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ	จนท โรงพยาบาล.	โรงพยาบาล			เม.ย.		- อบรม การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน โรงพยาบาล	ปีงบละ 1 ครั้ง	20000 บาท	
ติดเชื้อดื้อยา 1.รณรงค์ล้างมือ	- ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อดื้อยา ใน โรงพยาบาล	- จนท. โรงพยาบาล	โรงพยาบาล	ต.ค.	ม.ค.	เม.ย.	ก.ค.	จัดการรณรงค์การล้างมือทั้ง ร.พ. และกำหนดให้ส่งคลิปล้างมือของ จนท. ทุกคน พร้อมกับงาน 5 ส. ทุกวันศุกร์ วนจนครบทุกคนในฝ่าย	-ทุกวัน -ส่งคลิปอาทิตย์ละครั้ง	0 บาท	สุชาดา โอ่เอี่ยม
2.การแยกผู้ป่วยติดเชื้อ	- ป้องกันการแพร่กระจายและควบคุมการติดเชื้อ	- จนท.ใน โรงพยาบาล	โรงพยาบาล	ต.ค.	ม.ค.	เม.ย.	ก.ค.	- การแยกผู้ป่วยติดเชื้อ จัดโซนแยกห้อง	-ทุกครั้งที่รับนอน ร.พ.	0 บาท	

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/(จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
	ดื้อยา ในโรงพยาบาล	-ผู้ป่วยและญาติ						-ทบทวนเมื่อมีการประชุมในฝ่ายการพยาบาลเดือนละครั้ง -ให้ความรู้แก่ญาติและผู้ป่วย			
3. standard precaution	- ป้องกันการแพร่กระจายและควบคุมการติดเชื้อดื้อยา ในโรงพยาบาล	-จนท.ในโรงพยาบาล	โรงพยาบาล		ม.ค.			-อบรมให้ความรู้แก่ จนท. ในร.พ.	ปีงบละ 1 ครั้ง	20000 บาท	

(.....)
ผู้ตรวจสอบโครงการ
...../...../.....

(.....)
ผู้เสนอโครงการ
...../...../.....

(.....)
ผู้เห็นชอบโครงการ
...../...../.....

(.....)
ผู้อนุมัติโครงการ
...../...../.....

แผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพองค์รวม ประชาชนไว้วางใจ **Roadmap 6 : ระบบงานที่สำคัญ**

พันธกิจ M2: พัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ ST: พัฒนาความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มุ่งสร้างเสริมสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ ST: พัฒนาความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มุ่งสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกในกลุ่มโรค NCDs/SMI-V/High risk pregnancy

KPI: 1. อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนร้อยละ 100

OKR: 1. อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน (OPD) ร้อยละ 100

2. อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน (IPD) ร้อยละ 100

แผนงาน/โครงการ : 7 โครงการยกระดับคุณภาพระบบงานที่สำคัญ (IM เวชระเบียน)

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
กิจกรรมการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยนอก - ผู้ป่วยใน OPD/IPD	เวชระเบียนมีความสมบูรณ์	คณะทำงานตรวจเวชระเบียน	โรงพยาบาลกุยบุรี	ธ.ค.	มี.ค.	มิ.ย	ก.ย.	ค่าอาหารกลางวัน 10 คน x 50บาท x 4ครั้ง ค่าอาหารว่าง 10 คน x 25บาท x 2 มื้อ x 4ครั้ง	4,000	เงินบำรุง	กวีพัฒน์
ตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยนอก	ตรวจสอบความถูกต้องในการลงรหัสโรค	เจ้าหน้าที่เวชระเบียน	งานเวชระเบียน	ทุกวัน	ทุกวัน	ทุกวัน	ทุกวัน				กวีพัฒน์

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
ตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยใน	ตรวจสอบความถูกต้องในการลงรหัสโรค	เจ้าหน้าที่เวชระเบียน	งานประกันสุขภาพ	ทุกวัน	ทุกวัน	ทุกวัน	ทุกวัน				มัชฌิมา

(.....)
ผู้ตรวจสอบโครงการ
...../...../.....

(.....)
ผู้เสนอโครงการ
...../...../.....

(.....)
ผู้เห็นชอบโครงการ
...../...../.....

(.....)
ผู้อนุมัติโครงการ
...../...../.....

แผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพองค์รวม ประชาชนไว้วางใจ **Roadmap 6 : ระบบงานที่สำคัญ**

พันธกิจ M1: พัฒนาระบบบริการการแพทย์องค์รวมที่มีคุณภาพ

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต

ยุทธศาสตร์ SO: ยกระดับคุณภาพการแพทย์องค์รวม

KPI: อุบัติการณ์ความเสี่ยงทางด้านยา ระดับ E ขึ้นไป

OKR: 7.1 อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา ในแผนกผู้ป่วยนอก น้อยกว่า 10 ต่อ 1,000 ใบสั่งยา

7.2 อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา ในแผนกผู้ป่วยใน น้อยกว่า 10 ต่อ 1,000 วันนอน

7.3 อุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำ = 0

7.4 อุบัติการณ์จากยา HAD = 0

7.4.1 warfarin

7.4.2 Magnesium sulfate

7.4.3 Insulin

7.5 อุบัติการณ์จ่ายยาหมดอายุใน LR/IPD = 0

7.6 อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุสมผล (แผลสด, ท้องเสีย, หญิงคลอด) ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ100

แผนงาน/โครงการ : 7. โครงการยกระดับคุณภาพระบบงานที่สำคัญ (PTC)

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
7.1 งานลด ME OPD/IPD 7.1.1 กำหนดมาตรการ แนวทางป้องกันการเกิด ME 7.1.2 กำหนดแนวทางการจัดการ ME ระดับ E ขึ้นไป 7.1.3 นำเสนอข้อมูลอุบัติการณ์และกระตุ้นให้รายงาน ME	1.ลดการเกิด ME 2.มีแนวทางการจัดการเมื่อเกิด ME	แพทย์ พยาบาล เภสัชกร รวม 40 คน	รพ.กุยบุรี	ต.ค. 67				-	-	-	จุฑารัตน์
7.2 งานป้องกันอุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำ 7.2.1 คัดกรองประวัติแพ้ยา 7.2.2 แจ้งเตือน (pop up) ประวัติแพ้ยา	1. อุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำ =0	แพทย์ พยาบาล เภสัชกร รวม 40 คน	รพ.กุยบุรี	พ.ย. 67				-	-	-	จุฑารัตน์

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
7.2.3 ห้องยาเปิดตลอด 24 ชั่วโมง											
7.3 งานป้องกันอุบัติการณ์ HAD 7.3.1 4. ติวเข้ม HAD แพทย์/พยาบาลใหม่ 7.3.2 PTC round หน่วยงานการใช้ยา 7.3.3 จัดทำคู่มือการผสมยา HAD	1.ลดการเกิดความคลาดเคลื่อนจากยา HAD 2.มีแนวทางการใช้ยา HAD	แพทย์ พยาบาล เภสัชกร รวม 40 คน	รพ.กุยบุรี		ม.ค. 68			-	-	-	จุฑารัตน์
7.4 งาน RDU 7.4.4 ติวเข้ม RDU (การใช้ ATB) 7.4.2 ติดตามผลตัวชี้วัด RDU 7.4.3 พัฒนาสื่อให้ความรู้	1. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุสมผลผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100	แพทย์ พยาบาล เภสัชกร รวม 40 คน	รพ.กุยบุรี			เม.ย. 68		-	-	-	จุฑารัตน์

(**...**.....)	(.....)	(.....)	(.....)
ผู้ตรวจสอบโครงการ	ผู้เสนอโครงการ	ผู้เห็นชอบโครงการ	ผู้อนุมัติโครงการ
...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....

แผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพองค์รวม ประชาชนไว้วางใจ **Roadmap 6 : ระบบงานที่สำคัญ**

พันธกิจ M1: พัฒนาระบบบริการการแพทย์องค์รวมที่มีคุณภาพ

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต

ยุทธศาสตร์ SO : ยกระดับคุณภาพการแพทย์องค์รวม

KPI: อุบัติการณ์ความเสี่ยงทางห้องปฏิบัติการ ระดับ C ขึ้นไป = 0

OKR: 8.1 อุบัติการณ์รายงานผลผิดพลาด = 0

8.2 อุบัติการณ์รายงานผลด่วน/ค่าวิกฤตมากกว่า 5 นาที = 0

8.3 อุบัติการณ์การสำรองเลือดไม่เพียงพอ = 0

แผนงาน/โครงการ : 7 โครงการยกระดับคุณภาพระบบงานที่สำคัญ (LAB)

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
8.1 งานจัดหาครุภัณฑ์ 8.1.1 เครื่องติดฉลาก (Barcode) สำหรับหลอดเก็บเลือด	1.ลดการติดฉลากชื่อผู้ป่วยผิด	เจ้าหน้าที่กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์โรงพยาบาลกุยบุรีจำนวน 7 คน	กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์โรงพยาบาลกุยบุรี			มิ.ย. 68		- เครื่องติดฉลาก (Barcode)	1 เครื่อง	400,000	ภริดา

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/(จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
8.2 งานพัฒนาสมรรถนะบุคลากร 8.2.1 ทบทวนความรู้งานเคมีคลินิก	1.เพิ่มศักยภาพการให้บริการ 2.ลดค่าใช้จ่ายการส่งตรวจวิเคราะห์ภายนอก	เจ้าหน้าที่กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลกุยบุรี จำนวน 7 คน	กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลกุยบุรี		มี.ค. 68			-เครื่องตรวจหาสารชีวเคมีในเลือดและสารคัดหลั่ง (Chemistry Analyzer) อัตโนมัติ	1 เครื่อง	30,000	ภริดา
8.3 RLU (Rational Lab Use) 8.3.1 จัดตั้งกรรมการ RLU 8.3.2 วิเคราะห์ข้อมูลการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ 8.3.3 จัดทำ RLU Guideline 8.3.4 IT Support	1.ลดการสั่งตรวจ Lab บ่อยครั้งเกินจำเป็น 2.ลดการสั่งตรวจ Lab ซ้ำเพราะไม่ได้ส่งข้อมูลระหว่างกัน(ภายในรพ.	-แพทย์ -พยาบาล -นักเทคนิคการแพทย์ -จพ.วิทย์ฯ -IT	รพ.กุยบุรี			พ.ค. 68		-ทำ Pop up แจ้งเตือนการตรวจซ้ำ/ระบุเหตุผลหากยืนยันจะส่งตรวจฯ	โปรแกรม HIS ของรพ.	40,000	ภริดา

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
8.3.5 ติดตาม/ประเมินผล	หรือระหว่าง รพ.) 3.ลดการสั่งตรวจ Lab เป็นชุดทีละหลายรายการ 4.ลดการสั่งตรวจ Lab แล้วไม่ได้ดูผล 5.ลดการสั่งตรวจ Lab โดยไม่มีจุดประสงค์										

(.....)
ผู้ตรวจสอบโครงการ
...../...../.....

(.....)
เสนอโครงการ
...../...../.....

(.....)
ผู้เห็นชอบโครงการ
...../...../.....

(.....)
ผู้อนุมัติโครงการ
...../...../.....

แผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

วิสัยทัศน์ :โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพองค์รวม ประชาชนไว้วางใจ **Roadmap 6 : ระบบงานที่สำคัญ**

พันธกิจ M1: พัฒนาระบบบริการการแพทย์องค์รวมที่มีคุณภาพ

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต

ยุทธศาสตร์ SO: ยกระดับคุณภาพการแพทย์องค์รวม

KPI: อุบัติการณ์ความเสี่ยง ที่สูงกว่าระดับ C=0

OKR: 1. อัตราการถ่ายภาพรังสีซ้ำ น้อยกว่าร้อยละ 5

2. อุบัติการณ์ส่งภาพผิดคน ผิดอวัยวะ = 0

แผนงาน/โครงการ : 7. โครงการยกระดับคุณภาพระบบงานที่สำคัญ (รังสี+เครื่องมือพิเศษฯ)

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	แหล่งงบประมาณ	
1.จัดสอนทบทวนทักษะงานรังสีและการทำนวัตกรรม 1.1สอนทบทวนความรู้ด้านรังสีเทคนิคเทคนิค 1.1.1การจัดท่าและการใช้	-ส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน	-เจ้าหน้าที่กลุ่มงานรังสีวิทยาโรงพยาบาลกุยบุรี	กลุ่มงานรังสีวิทยาโรงพยาบาลกุยบุรี	ต.ค.				-ตารางทบทวนความรู้ -กระดาษทดสอบ	1 ชุด		นายเมธี สิตาลรัศมี นักรังสีการแพทย์

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	แหล่งงบประมาณ	
เครื่องมือทางรังสีเทคนิค 1.1.2ทดสอบความรู้ 1.2จัดทำนวัตกรรม	-มีอุปกรณ์ช่วยอำนวยความสะดวกและลดความเสี่ยงทางรังสีกับเจ้าหน้าที่	-เจ้าหน้าที่กลุ่มงานรังสีวิทยาโรงพยาบาลกุยบุรี -ผู้รับบริการ	กลุ่มงานรังสีวิทยาโรงพยาบาลกุยบุรี	ต.ค.				สร้างอุปกรณ์ช่วยถ่ายภาพรังสี Skull lateral	1 ชิ้นงาน		
2.ยกระดับการให้บริการรังสีวินิจฉัย											
2.1จัดตั้งศูนย์เอกซเรย์คอมพิวเตอร์	เพิ่มศักยภาพการให้บริการ	-ประชาชนที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลกุยบุรี	โรงพยาบาลกุยบุรี	ต.ค.				เอกซเรย์คอมพิวเตอร์โดย outsource	1 ศูนย์		นายเมธี สิตาลรัศมี นักรังสีการแพทย์

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	แหล่งงบประมาณ	
2.2 ใช้ AI ช่วยในการวินิจฉัยเบื้องต้นในผู้ป่วยโรคปอด				ต.ค.				ติดตั้งโปรแกรม AI ศิริราช	1 โปรแกรม		
2.3 ใช้ระบบส่งภาพรังสีโดยระบบ cloud				ต.ค.				เชื่อมโยงระบบ cloud กับ ร.พ. แม่ข่าย	1 ระบบ		

(.....)
ผู้ตรวจสอบโครงการ
...../...../.....

(.....)
เสนอโครงการ
...../...../.....

(.....)
ผู้เห็นชอบโครงการ
...../...../.....

(.....)
ผู้อนุมัติโครงการ
...../...../.....

แผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพองค์รวม ประชาชนไว้วางใจ **Roadmap 7 : ระบบบริการปฐมภูมิ**

พันธกิจ M2: พัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ ST: พัฒนาความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มุ่งสร้างเสริมสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ ST: พัฒนาความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มุ่งสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกในกลุ่มโรค NCDs/SMI-V/High risk pregnancy

KPI: 1 อัตราส่วนผู้ป่วย NCDs ใช้บริการใน OPD ต่อ รพ.สต เป็น 40:60

แผนงาน/โครงการ : 8. โครงการสุขกายสุขใจใกล้บ้าน

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
1.จัดตั้ง NCDs clinic ระดับปฐมภูมิ	เพื่อจัดตั้ง NCDs clinic ระดับปฐมภูมิ สำหรับผู้ป่วยกลุ่มสีเขียว หมู่ 1/7/8 ต.กุยบุรี	ผู้ป่วย NCDs กลุ่มสีเขียว ในพื้นที่ หมู่ 1/7/8 ต.กุยบุรี	โรงพยาบาลกุยบุรี	ต.ค.				-	-	-	นางรัดเกล้า เจริญพร
2.ปรับปรุง NCDs clinic ใน รพ.สต. ให้ได้มาตรฐาน	เพื่อให้ NCDs clinic ใน รพ.สต. มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน จำนวน 11 แห่ง	NCDs clinic ใน รพ.สต. จำนวน 11 แห่ง	รพ.สต. 11 แห่ง		ม.ค.	เม.ย.		-	-	-	นางรัดเกล้า เจริญพร

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
3.พัฒนาสมรรถนะบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย ใน NCDs clinic	เพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการและเพิ่มทักษะในการดูแลผู้ป่วย	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาลกุยบุรี		ม.ค.	เม.ย.		1.หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป 2.หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการจัดการโรคเรื้อรัง	....	เงินบำรุง	นางรัดเกล้า เจริญพร

(.....)
ผู้ตรวจสอบโครงการ
...../...../.....

(.....)
ผู้เสนอโครงการ
...../...../.....

(.....)
ผู้เห็นชอบโครงการ
...../...../.....

(.....)
ผู้อนุมัติโครงการ
...../...../.....

แผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพองค์รวม ประชาชนไว้วางใจ **Roadmap 7 : ระบบบริการปฐมภูมิ**

พันธกิจ M2: พัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ ST: พัฒนาความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มุ่งสร้างเสริมสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ ST: พัฒนาความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มุ่งสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกในกลุ่มโรค NCDs/SMI-V/High risk pregnancy

KPI: ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิต (ADL) ดี ร้อยละ 100

OKR: 1 ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะสุขภาพ 9 ด้าน ร้อยละ 100

2 ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะสุขภาพ 9 ด้านและมีภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพได้รับการดูแลรักษาในคลินิกสุขภาพผู้สูงอายุทุกราย ร้อยละ 100

2.1 หกล้ม ร้อยละ 100

2.2 สมองเสื่อม ร้อยละ 100

3 ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะสุขภาพ 9 ด้านและมีสุขภาพที่ดีได้รับการสร้างเสริมสุขภาพทุกราย ร้อยละ 100

4 ผู้สูงอายุที่มีผลการประเมิน 0-11ได้รับการดูและในกองทุน long term care ร้อยละ 95

แผนงาน/โครงการ : 9. โครงการ ศูนย์ชีวาภิบาล อำเภอกุยบุรี

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/(จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
1.จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุครบวงจร 1.1 ปรับปรุง CPG/CNPG	เพื่อส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุ พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ		โรงพยาบาลกุยบุรี		ม.ค.						

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
1.2 คัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9ด้าน 1.3 สหวิชาชีพรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ - หกล้ม - สมองเสื่อม 1.4 โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี 1.5 ดูแลผู้สูงอายุใน LTC											
2.ศูนย์ดูแลผู้ป่วยประคับประคอง 2.1 ปรับปรุง CPG/CNPG 2.2 ACP 100% 2.3 Opioid ตามข้อบ่งชี้	เพื่อให้ผู้ป่วยในระยะประคับประคองได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ และ		โรงพยาบาลกุยบุรี	ต.ค.							

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
2.4 ชุมชนต้นแบบ PC	เสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี										

(.....)
ผู้ตรวจสอบโครงการ
...../...../.....

(.....)
ผู้เสนอโครงการ
...../...../.....

(.....)
ผู้เห็นชอบโครงการ
...../...../.....

(.....)
ผู้อนุมัติโครงการ
...../...../.....

แผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพองค์รวม ประชาชนไว้วางใจ **Roadmap 8 : สร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก**

พันธกิจ M2: พัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ :ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพใกล้บ้านใกล้ใจ ลดอัตราป่วยรายใหม่ในกลุ่มโรค NCDs/SMI-V/high risk pregnancy

ยุทธศาสตร์ ST: พัฒนาความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มุ่งสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกในกลุ่มโรค NCDs/SMI-V/High risk pregnancy

KPI: 1. อัตราการฆ่าตัวตามสำเร็จ </= 8.0 /ประชากรแสนคน

OKR: 1.1 อัตราความครอบคลุมการคัดกรอง กลุ่มเสี่ยงโรคซึมเศร้าทางกายเรื้อรัง)ผู้สูงอายุ/ติดสุราเรื้อรัง/ติดสารเสพติด/ผู้มีหลายอาการที่หาสาเหตุไม่ได้/ฯลฯ/ เน้นในกลุ่มที่ไม่เคยได้รับการคัดกรองมาก่อน) ร้อยละ 70

1.2 อัตราผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ร้อยละ 70

1.3 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ขาดยาได้รับการติดตามเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 80

KPI: 2. อัตราผู้ป่วยจิตเภท กำเริบซ้ำ ลดลง ร้อยละ 70

OKR: 2.1 อัตรากลุ่มเสี่ยง(กรรมพันธุ์/ติดสุราเรื้อรัง/ติดสารเสพติด/ฯลฯ) ได้รับการคัดกรองจิตเภท ร้อยละ 70

2.2 อัตราผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ร้อยละ 70

2.3 อัตราผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ขาดนัด/ขาดยา (ยากินและยาฉีด) ได้รับการติดตามเข้ารักษา ร้อยละ 70

แผนงาน/โครงการ : 10. โครงการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก (จิตเวช)

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
1.จัดตั้งอำเภอต้นแบบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช	เพื่อจัดตั้งอำเภอต้นแบบในการ	1.ประชากรกลุ่มเสี่ยงใน	-โรงพยาบาลกุยบุรี	ต.ค.							จันทนา สนธิ

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
ระยะที่ 1 1.รพ.กุยบุรี 2. รพ.สต.บ้านดอนกลาง 3.โรงเรียนกุยบุรีวิทยา 4.โรงเรียนพุทธศาสน์โกศล 1.1 ประชุมชี้แจงแผนการดำเนินงานเพื่อจัดตั้งอำเภอต้นแบบแก่เจ้าหน้าที่ในเขตกลุ่มเป้าหมาย 1.2 คัดกรอง 7 กลุ่มเสี่ยงโรคซึมเศร้าให้ครอบคุมในเขตพื้นที่กลุ่มเป้าหมาย 1.3 ประชุมวางแผนการดูแลแบบองค์รวมทั้งส่งเสริม ป้องกัน รักษา	ดูแลผู้ป่วยจิตเวชตามเขตพื้นที่กลุ่มเป้าหมายระยะที่ 1	เขตพื้นที่รพ.กุยบุรี หมู่ 1,7,8 อ.กุยบุรี 2. ประชากรกลุ่มเสี่ยงในเขตพื้นที่รพ.สต.บ้านดอนกลาง 3.นักเรียนในโรงเรียนกุยบุรีวิทยา 4.นักเรียนในโรงเรียนพุทธศาสน์โกศล	-รพ.สต.บ้านดอนกลาง -โรงเรียนกุยบุรีวิทยา -โรงเรียนพุทธศาสน์โกศล	ต.ค. ต.ค.	ม.ค.						

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
และฟื้นฟู ในกลุ่มเป้าหมายแต่ละแห่ง 1.4 ดำเนินการตามแผนในเขตพื้นที่กลุ่มเป้าหมาย 1.5 สรุปผลการดำเนินงาน						เม.ย.	ก.ค.				

(.....)
ผู้ตรวจสอบโครงการ
...../...../.....

(.....)
ผู้เสนอโครงการ
...../...../.....

(.....)
ผู้เห็นชอบโครงการ
...../...../.....

(.....)
ผู้อนุมัติโครงการ
...../...../.....

แผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพองค์รวม ประชาชนไว้วางใจ **Roadmap 9 : การนำองค์กร (HA 1)**

พันธกิจ M3: พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง,

M4: พัฒนาระบบบริการสุขภาพด้วยหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ :โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง / ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ

ยุทธศาสตร์ WO: พัฒนาระบบบริหารยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และการบริหารจัดการ มุ่งสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องประชาชนไว้วางใจ

KPI: ระดับความสำเร็จในการรองรับคุณภาพ HA ขั้นที่3 ภายในปี 2568

OKR: 1. หน่วยงานนำนโยบายและจุดเน้น (เข็มมุ่ง)สู่การปฏิบัติร้อยละ 100

2. ผลลัพธ์ของทีมคร่อมสายงานผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80

KPI: อัตราบรรลุผลลัพธ์แผนยุทธศาสตร์ร้อยละ 80

OKR: 1. อัตราโครงการและแผนปฏิบัติการ R1-R12 มีคุณภาพสอดคล้องกับ Agenda/Functional area ร้อยละ 80

2. อัตราโครงการและแผนปฏิบัติการ R1-R12 มีการนำสู่การปฏิบัติและได้รับการกำกับติดตามแบบ Quick win ร้อยละ 80

3. อัตราโครงการและแผนปฏิบัติการ R1-R12 ได้รับการประเมินผล ร้อยละ 80

KPI: อัตราผู้ใช้บริการมีความผูกพันร้อยละ 80

OKR: 1. ผู้ใช้บริการแผนก OPD มีระดับความพึงพอใจร้อยละ 80

2. ผู้ใช้บริการแผนก IPD มีระดับความพึงพอใจร้อยละ 80

3. ผู้ใช้บริการแผนกปฐมภูมิมีระดับความพึงพอใจร้อยละ 80

4. ผู้รับผลงานมีระดับความพึงพอใจร้อยละ 80

5. อัตราข้อร้องเรียนจากการใช้บริการได้รับการแก้ไขร้อยละ 100

KPI: หน่วยงานใน รพ./รพ.สต. มีการจัดทำ CQI/นวัตกรรม/R2Rที่สอดคล้องกับ R1-R12ร้อยละ 80

KPI: อัตราบุคลากรมีความผูกพันร้อยละ 80

OKR: 1. อัตรากำลังสหสาขาวิชาชีพเพียงพอเหมาะสมตามแผนยุทธศาสตร์ระยะ5ปีของ รพ.ร้อยละ 80

แพทย์ 10 คน	แพทย์แผนไทย 3 คน
พยาบาล 37 คน	เภสัชกร 5 คน
รังสีเทคนิค 1 คน	นักกายภาพบำบัด 3 คน
เทคนิคการแพทย์ 5 คน	

2. อัตรากำลังสายสนับสนุนวิชาชีพเพียงพอเหมาะสมร้อยละ 80

3. อัตรากำลังทางการพยาบาลในหน่วยงานที่สำคัญเพียงพอเหมาะสม (Productivity/workload) ร้อยละ 80

4. คู่ความร่วมมือบริหารอัตรากำลังแพทย์และพยาบาล (Out source) ร้อยละ 80

   4.1 เครือข่าย รพ. ใน จ.ประจวบและรพ.นอกเครือข่าย

   4.2 สสอ./รพ.สต. อ.กุยบุรี (Homeward)

5. บุคลากรสหสาขาวิชาชีพมีสมรรถนะเฉพาะ (Specific competency)ร้อยละ 80

   5.1 อัตราบุคลากรสหสาขาวิชาชีพและสายสนับสนุนได้รับการพัฒนาสมรรถนะหลัก 5 ด้านของกพ. (Core Competency) ร้อยละ 80

   5.2 อัตราบุคลากรสหสาขาวิชาชีพและสายสนับสนุนได้รับการพัฒนาสมรรถนะขั้นพื้นฐาน (Common Competency) ร้อยละ 80

   5.3 อัตราบุคลากรสหสาขาวิชาชีพและสายสนับสนุนได้รับการพัฒนาสมรรถนะเฉพาะ(Specific Competency) ร้อยละ 80

   5.4 อัตรากำลังสหสาขาวิวชาชีพและสายสนับสนุนได้รับการพัฒนาสมรรถนะเฉพาะด้านที่หลากหลาย (Multi Specific Competency) ร้อยละ 80

   5.5 อัตรากำลังในตำแหน่งทางการบริหารการบริหารได้รับการพัฒนาสมรรถนะทางการบริหารเพิ่มขึ้น (managerial competency) ร้อยละ 80

6. ข้อเสนอแนะจากการประเมิน Happinometer ได้รับการแก้ไขเพิ่มขึ้น

   6.1 ข้อเสอแนะด้านสุขภาพเงินดี ได้รับการแก้ไข ร้อยละ 80

   6.2 ข้อเสอแนะด้านผ่อนคลายดีได้รับการแก้ไข ร้อยละ 80

   6.3 ข้อเสอแนะด้านความสมดุลระหว่างงานและชีวิตส่วนตัว ได้รับการแก้ไข ร้อยละ 80

KPI: อุบัติการณ์ความไม่พร้อมของระบบสนับสนุนในการรักษาพยาบาลโรคฉุกเฉินวิกฤตและโรคสำคัญ = 0

OKR: 1. ระบบสนับสนุนการรักษาพยาบาล (Lab /Blood/X-ray/IT/EMS/Refer/ยา)

2. การบริหารความพร้อมต่อสภาวะวิกฤต (BCM) (โรคอุบัติใหม่/อุบัติเหตุหมู่/อัคคีภัย)

KPI: อัตราผลลัพธ์จากการดำเนินงานสูงกว่าระดับเทียบเคียง (Benchmark) กับ รพ.คู่เทียบ ร้อยละ 60

OKR: อัตราผลลัพธ์ในระบบคุณภาพ รพ. ร้อยละ 80

1. อัตราผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วยและการสร้างเสริมสุขภาพ ร้อยละ 80
2. อัตราผลลัพธ์ด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานร้อยละ 80
3. อัตราผลลัพธ์ด้านการมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล ร้อยละ 80
4. อัตราผลลัพธ์ด้านการนำร้อยละ 80
5. อัตราผลลัพธ์ด้าน ประสิทธิผลของระบบงานที่สำคัญ ร้อยละ 80
6. อัตราผลลัพธ์ด้านการเงินร้อยละ 80

KPI: ผลลัพธ์ด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ของ สธ./เขตสุขภาพที่ 5/สสจ. ประจวบคีรีขันธ์

4 ประเด็นยุทธศาสตร์ (รพช. 24 ตัวชี้วัด)

1. PP&P excellence	6	ตัวชี้วัด
2. Service excellence	11	ตัวชี้วัด
3. Technology Digital excellence	3	ตัวชี้วัด
4. Governance excellence	4	ตัวชี้วัด

แผนงาน/โครงการ : 11. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
1. HA ขั้นที่3 ปี2568	1. เพื่อผ่านมาตรฐาน HA ขั้น3	เจ้าหน้าที่ รพ.กุยบุรี	โรงพยาบาลกุยบุรี	21 ต.ค.				-			ปฏิมา
1.1 มหกรรมหน่วยงานคุณภาพ 100% (เข็มมุ่ง)											
1.1.1 หน่วยงานทบทวน 12 กิจกรรม		14หน่วยงาน	โรงพยาบาลกุยบุรี	20 ธ.ค.	20 มี.ค.	20 มิ.ย.	19 ก.ย.	-			
1.1.2 หน่วยงานจัดการความเสี่ยงด้วยตนเอง		14หน่วยงาน	โรงพยาบาลกุยบุรี	20 ธ.ค.	20 มี.ค.	20 มิ.ย.	19 ก.ย.	-			
1.2 Cross functional team development											

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
1.2.1 อบรมทีมคร่อมสายงานคุณภาพทุกทีม		ทีมนำและผู้เกี่ยวข้อง 20 คน	โรงพยาบาลกุยบุรี	15 พ.ย.				ค่าวิทยากร 1คน x 6ชม. X 600บาท ค่าอาหารกลางวัน 20 คน *50 บาท * 1 มื้อ ค่าอาหารว่าง 20 คน*25 บาท*2 มื้อ	5,600	เงินบำรุง	ปฏิมา
1.2.2 อบรม HA ขั้น 3 100%		เจ้าหน้าที่ รพ.กุยบุรี 179คน	โรงพยาบาลกุยบุรี	29 พ.ย.	15 ม.ค.			ค่าวิทยากร 1คน x 6ชม. X 600บาท ค่าอาหารกลางวัน 179 คน *50 บาท * 1 มื้อ ค่าอาหารว่าง 179 คน*25 บาท*2 มื้อ	21,500		ปฏิมา

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
1.3 ขอรับรอง HA ขั้น3 1.3.1 ประชุมเชิงปฏิบัติการนำเสนอ - SAR ฉบับรวม - service profile		ทีมนำและผู้เกี่ยวข้อง 20 คน	โรงพยาบาลกุยบุรี	25 ต.ค. 11 ต.ค. 8 พ.ย. 13 ธ.ค.	10 ม.ค. 14 ก.พ. 14 มี.ค.	11 เม.ย 9 พ.ค. 13 มิ.ย.	11 ก.ค. 8 ส.ค. 12 ก.ย.	- -			ปฏิมา
1.3.2 Leadership workround		ทีมนำและผู้เกี่ยวข้อง	โรงพยาบาลกุยบุรี	22 พ.ย.	24 ม.ค.						
1.3.3 Internal assessment		ทีมนำและผู้เกี่ยวข้อง	โรงพยาบาลกุยบุรี				ก.ค. - ก.ย. 68				

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
1.3.4 สรพ. ประเมิน HA ขั้น3		ทีมนำและผู้เกี่ยวข้อง	โรงพยาบาลกุยบุรี				ก.ค. - ก.ย. 68	1.ค่าตรวจเยี่ยมเพื่อต่ออายุการรับรอง จำนวน 3 คน วันละ 18,000 x 2 วัน 2. ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่มสำหรับผู้เข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 50 คน x 25 บาท x 2มื้อ x 2 วัน 3. ค่าอาหารกลางวันสำหรับผู้เข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 50 คน x 50 บาท x 1มื้อ x 2 วัน	118,000		
1.3.5 ประชุมเชิงปฏิบัติการทำการบ้านและถอดบทเรียน		ทีมนำและผู้เกี่ยวข้อง	โรงพยาบาลกุยบุรี				ก.ค. - ก.ย. 68				

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
2. Strategic Implementation & Evaluation phase 1	โรงพยาบาลดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์และบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด	คณะกรรมการบริหารและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ 14 หน่วยงาน	โรงพยาบาลกุยบุรี								
2.1 จัดทำรูปเล่มแผนยุทธศาสตร์ฉบับสมบูรณ์ 2.1.1 จัดทำแผนทางการเงิน 2.1.2 จัดทำแผนเงินบำรุง 2.1.3 จัดทำแผนงบค่าเสื่อม 2.1.4 จัดทำแผนงบประมาณ 2.1.5 จัดทำแผนพัสดุ			โรงพยาบาลกุยบุรี	17 ต.ค.				- ค่าจ้างเหมาทำรูปเล่ม 14 เล่ม * 200 บาท	2,800		

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
2.1.6 จัดทำแผนทรัพยากรบุคคล											
2.2 Grand Opening		เจ้าหน้าที่ รพ.กุยบุรี 179คน	โรงพยาบาลกุยบุรี	1 พ.ย.				- ค่าจ้างเหมาจัดสถานที่	10,000		
2.3 ประชุมเชิงปฏิบัติการ Quick win		คณะกรรมการบริหารและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ	โรงพยาบาลกุยบุรี				15 ส.ค.				
2.3.1 รายสัปดาห์											
2.3.2 รายเดือน											
2.3.3 ราย 2 เดือน											
2.3.4 ราย 3 เดือน											

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
2.4 ประเมินผลปี 68 และปรับแผนปี 69			โรงพยาบาลกุยบุรี				7 ส.ค.				
3. Humanized health care service ระยะที่ 1 3.1 ประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำธรรมนูญบริการ 3.2 อบรมการให้บริการด้วยหัวใจการเป็นมนุษย์	เพื่อพัฒนาบุคลากรให้มีใจบริการ	บุคลากรใน รพ. กุยบุรี 179คน บุคลากรใน รพ. กุยบุรี 179คน	โรงพยาบาลกุยบุรี โรงพยาบาลกุยบุรี	6 ธ.ค. 12 ธ.ค. 19 ธ.ค.				ค่าวิทยากร 1 คน x 6ชม. X 600บาท ค่าอาหารกลางวัน 179 คน *50 บาท * 1 มื้อ ค่าอาหารว่าง 179 คน*25 บาท*2 มื้อ	21,500		

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
3.3 ประเมินความพึงพอใจผู้ใช้บริการ 3.4 จัดการข้อร้องเรียน		ผู้รับบริการ (ผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน/ปฐมภูมิ) คณะกรรมการบริหารและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ	โรงพยาบาลกุยบุรี โรงพยาบาลกุยบุรี	เดือนละ 1-2 ครั้ง	7 มี.ค. เดือนละ 1-2 ครั้ง	เดือนละ 1-2 ครั้ง	7 ส.ค. เดือนละ 1-2 ครั้ง				
4. จัดการความรู้ระยะที่1 4.1 มหกรรมจัดการความรู้ (CQI/นวัตกรรม/R2R) 4.2 ประกวด (CQI/นวัตกรรม/R2R)	เพื่อนำเสนอนวัตกรรมคุณภาพและเผยแพร่ผลงานนำสู่ความรู้และการปฏิบัติ	บุคลากร ร.พ.กยุบุรี และ รพสต. 100คน	โรงพยาบาลกุยบุรี			27 มิ.ย.		ค่าอาหารกลางวัน 100 คน *50 บาท * 1 มื้อ ค่าอาหารว่าง 100 คน*25 บาท*2 มื้อ	10,000		

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
5. งานพัฒนาและบริหารทรัพยากรบุคคล 5.1 บริหารอัตรากำลัง 5.1.1 จัดทำแผนอัตรากำลังระยะ 5ปี 5.1.2 เสนอแผนอัตรากำลังให้ สสจ. 5.1.3 สรรหาและเลือกสรรอัตรากำลังที่ขาดแคลน 5.2 พัฒนาบุคลากร	เพื่อพัฒนาและบริหารทรัพยากรบุคคลให้มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ	คณะกรรมการ HRM คณะกรรมการ HRM	โรงพยาบาลกุยบุรี โรงพยาบาลกุยบุรี	16 ต.ค. 16 ต.ค.							

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
5.2.1 จัดทำแผนพัฒนาบุคลากร R1-R12 (14 โครงการ) 5.2.2 จัดอบรมภายใน รพ. 5.2.3 ส่งอบรมกับหน่วยงานภายนอก 5.2.4 ประเมินสมรรถนะ 5.3 พัฒนาความสุขบุคลากร 5.3.1 รับน้อง/กีฬาสี/ปีใหม่ 5.3.2 จัดตั้งสวัสดิการร้านค้า		เจ้าหน้าที่ รพ. กุยบุรี 179คน	โรงพยาบาลกุยบุรี	21 ธ.ค.			ก.ค.				

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
5.3.3 จัดตั้งชมรมสันทนาการ 5.3.4 ประเมิน Happinometer					ก.พ.	เม.ย					
6. Logistic & Supply chain 6.1.1 IT: ระบบสำรองข้อมูลในภาวะฉุกเฉิน 6.1.2 EMS: เพิ่มอัตรากำลังพนักงานขับรถ 6.1.3 การบริหารความพร้อมต่อสภาวะวิกฤต (โรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ อัคคีภัย อุทกภัย อุบัติเหตุหมู่)	เพื่อพัฒนาศักยภาพด้านการรักษาพยาบาลให้มีประสิทธิภาพเป็นไปตามมาตราฐาน		โรงพยาบาลกุยบุรี	ต.ค.	ม.ค.-มี.ค.						

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
- อุบัติเหตุหมู่ ซ้อมบนโต๊ะ ซ้อมจริง - อัคคีภัยซ้อมจริง - โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ซ้อมบนโต๊ะ			ภาคีเครือข่ายอำเภอกุยบุรี โรงพยาบาลกุยบุรี โรงพยาบาลกุยบุรี			4 เม.ย 5 มิ.ย. 16 พ.ค.		ค่าอาหารกลางวัน 100 คน *50 บาท * 1 มื้อ ค่าอาหารว่าง 100 คน*25 บาท*2 มื้อ	10,000 23,400		
7. งานประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ 7.1 ประเมินผลลัพธ์ในระบบคุณภาพ (HA ตอนที่4 6ด้าน)	เพื่อติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์	คณะกรรมการบริหารและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ	โรงพยาบาลกุยบุรี		31 ม.ค.						

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
7.2 ประเมินผลลัพธ์ตามนโยบายและยุทธศาสตร์ สธ./เขต5/สสจ. 7.3 จัดทำรายงานประจำปี		คณะกรรมการบริหารและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ คณะกรรมการบริหารและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ	โรงพยาบาลกุยบุรี โรงพยาบาลกุยบุรี			25 ก.ค.	26 ก.ย.	ค่าอาหารกลางวันสำหรับผู้เข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 50 คน x 50บาท ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่มสำหรับผู้เข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 50 คน x 25 บาท x 2 มื้อ	5,000		
8. พัฒนาสมรรถนะ 8.1 หลักสูตรอบรม ผบก.	เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรในด้านการบริหารจัดการ	คณะกรรมการบริหารและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ	โรงพยาบาลกุยบุรี			พ.ค. - มิ.ย.		ค่าลงทะเบียน 35,000* 1 คน ค่าที่พัก	42,000		

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
8.2 หลักสูตรอบรม ผบต. 8.3 หลักสูตร HA602						พ.ค. - มิ.ย. มิ.ย.		ค่าลงทะเบียน 35,000* 1 คน ค่าที่พัก	42,000 19,900		
9.จัดหาวัสดุครุภัณฑ์(มูลค่า 10,000บาทขึ้นไป) 9.1 ชุดสำนักงานพร้อมอุปกรณ์										100,000	

(.....)
ผู้ตรวจสอบโครงการ
...../...../.....

(.....)
ผู้เสนอโครงการ
...../...../.....

(.....)
ผู้เห็นชอบโครงการ
...../...../.....

(.....)
ผู้อนุมัติโครงการ
...../...../.....

แผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพองค์รวม ประชาชนไว้วางใจ **Roadmap 10 : ระบบสนับสนุนทรัพยากรการบริหาร**

พันธกิจ M3: พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง, M4: พัฒนาระบบบริการสุขภาพด้วยหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ :โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ

ยุทธศาสตร์ WO: พัฒนาระบบบริหารยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และการบริหารจัดการ มุ่งสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องประชาชน ไว้วางใจ , **WT:** ปฏิรูประบบบริหารจัดการการเงินการคลังให้มีประสิทธิภาพ

OKR: อุบัติการณ์หนังสือราชการที่สำคัญสูญหาย= 0

อุบัติการณ์ของรถEMS และrefer ไม่พร้อมใช้ = 0

อุบัติการณ์การเบิกจ่ายล่าช้า= 0

อุบัติการณ์รายงานข้อมูลทางบัญชีผิดพลาด= 0

อุบัติการณ์การจัดซื้อจัดจัดจ้างล่าช้า= 0

อุบัติการณ์การบำรุงรักษาล่าช้า= 0

แผนงาน/โครงการ : 12. โครงการ Smart Office

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
1.ระบบสารบรรณอิเล็คทรอนิกและการประสานงานล่วงหน้า 1.1 e-สารบรรณ รพ.กุยบุรี	1.เพื่อเพิ่มศักยภาพระบบสารบรรณ	เจ้าหน้าที่งานธุรการและผู้เกี่ยวข้อง จำนวน 10 คน	โรงพยาบาลกุยบุรี	ต.ค.-ธ.ค.	ม.ค.-มี.ค.	เม.ย.-มิ.ย.	ก.ค.-ก.ย.	โปรแกรม Smart Office - ลดต้นทุนค่าใช้จ่ายด้าน			

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
1.2 แจ้งหน่วยงาน real time								ทรัพยากร กระดาษ - ตรวจสอบหนังสือราชการได้อย่างสะดวก ถูกต้อง รวดเร็ว ทันเวลา			
2. ระบบบริหารยานพาหนะดิจิทัลออนไลน์ 2.1 รถพยาบาลดิจิทัล 1 คัน 2.2 จัดหาพนักงานขับรถ 2 คน 2.3 โปรแกรมขอใช้รถ	1.เพื่อเพิ่มศักยภาพการบริหารจัดการการใช้รถราชการ	เจ้าหน้าที่ยานพาหนะ-ธุรการ/และ 10 คน	โรงพยาบาลกุยบุรี	ต.ค.-ธ.ค.	ม.ค.-มี.ค.			โปรแกรมขอใช้รถ			
3. ระบบเบิกจ่ายเงินอิเล็คทรอนิก	1.เพิ่มศักยภาพการเบิกจ่ายเงิน	เจ้าหน้าที่งานการเงิน-บัญชี 6 คน	โรงพยาบาลกุยบุรี					โปรแกรม Smart Office			

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
3.1 โปรแกรมเงินเดือนเจ้าหน้าที่ 3.3 โปรแกรมการรับ-จ่ายเงินอิเล็กทรอนิกส์ 3.3 โปรแกรมควบคุมเจ้าหนี้การค้ารายตัว	ให้ถูกต้องครบถ้วน ทันเวลา 2. เพิ่มศักยภาพสมรรถนะการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง			ต.ค.-ธ.ค.	ม.ค.-มี.ค.	เม.ย.-มิ.ย.	ก.ค.-ก.ย.	- โปรแกรมเงินเดือนเจ้าหน้าที่ - โปรแกรมการรับ-จ่ายเงินอิเล็กทรอนิกส์ -โปรแกรมควบคุมเจ้าหนี้การค้ารายตัว			
4. ระบบบัญชีอิเล็คทรอนิก 4.1 โปรแกรมตัดลูกหนี้ 4.2 โปรแกรมการบันทึกบัญชี	1.เพิ่มศักยภาพการบันทึกบัญชีให้ถูกต้องครบถ้วน ทันเวลา 2. เพิ่มศักยภาพสมรรถนะการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง	เจ้าหน้าที่งานการเงิน-บัญชี 6 คน	โรงพยาบาลกุยบุรี	ต.ค.-ธ.ค.	ม.ค.-มี.ค.	เม.ย.-มิ.ย.	ก.ค.-ก.ย.	โปรแกรม Smart Office - โปรแกรมตัดลูกหนี้ - โปรแกรมการบันทึกบัญชี			

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
5. ระบบบริหารจัดการพัสดุ 5.1 จัดทำแผนพัสดุ 5.1.1 แผนงานประจำ 5.1.2 แผนยุทธศาสตร์ 5.2 จัดหาพัสดุตามความสำคัญเร่งด่วน(มติคณะกรรมการบริหาร) 5.3 ควบคุมพัสดุตามระเบียบและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง 5.4 จำหน่ายพัสดุตามระเบียบและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง 5.5 โปรแกรมบริหารจัดการพัสดุ	1.เพิ่มศักยภาพการจัดทำแผนการบริหารพัสดุให้ถูกต้องครบถ้วน ทันเวลา 2. เพิ่มศักยภาพสมรรถนะการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง	เจ้าหน้าที่งานพัสดุที่เกี่ยวข้อง 15 คน	โรงพยาบาลกุยบุรี	ต.ค.-ธ.ค.	ม.ค.-มี.ค.	เม.ย.-มิ.ย.	ก.ค.-ก.ย.	-ทบทวนการจัดทำแผน - ติดตามการดำเนินการตามแผน - โปรแกรมบริหารจัดการพัสดุ			

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
6. ระบบบำรุงรักษาเชิงรุก 6.1 โปรแกรมซ่อมบำรุง 6.2 เดิน Round เชิงรุก ในทุกเช้า 6.3 ซ่อมบำรุงตามลำดับความสำคัญเร่งด่วน	1.เพื่อเพิ่มศักยภาพการบริหารจัดการบำรุงรักษาให้มีประสิทธิภาพทันเวลา 2. เพิ่มศักยภาพสมรรถนะการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง	เจ้าหน้าที่งานพัสดุ-งานซ่อมบำรุง 10 คน	โรงพยาบาลกุยบุรี	ต.ค.-ธ.ค.	ม.ค.-มี.ค.	เม.ย.-มิ.ย.	ก.ค.-ก.ย.	-เดิน Round เชิงรุก - ติดตามการดำเนินการตามแผน - โปรแกรมซ่อมบำรุง			
7.พัฒนาสมรรถนะ 7.1หลักสูตรบริหารงานสารบรรณ 7.2หลักสูตรฝึกอบรมพนักงานขับรถพยาบาล 7.3หลักสูตรอบรมพัฒนาศักยภาพการ	7. เพื่อเพิ่มศักยภาพการปฏิบัติงานเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง	เจ้าหน้าที่กลุ่มงานบริหาร 20 คน	โรงพยาบาลกุยบุรี/ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข	ต.ค.-ธ.ค.	ม.ค.-มี.ค.	เม.ย.-มิ.ย.	ก.ค.-ก.ย.	งบประชุม-อบรม			

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
ปฏิบัติงานด้านการเงินการคลังของหน่วยบริการ 7.4หลักสูตรเสริมสร้างความรู้การบันทึกบัญชีกระทรวงสาธารณสุข 7.5หลักสูตรการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ 7.6หลักสูตรฝึกอบรมการบำรุงรักษาเครื่องมือแพทย์											

(.....)
ผู้ตรวจสอบโครงการ
...../...../.....

(.....)
ผู้เสนอโครงการ
...../...../.....

(.....)
ผู้เห็นชอบโครงการ
...../...../.....

(.....)
ผู้อนุมัติโครงการ
...../...../.....

แผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพองค์รวม ประชาชนไว้วางใจ **Roadmap 11 : ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศดิจิทัล**

พันธกิจ : M3: พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง , **M4:** พัฒนาระบบบริการสุขภาพด้วยหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ

ยุทธศาสตร์ : WO: พัฒนาระบบบริหารยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และการบริหารจัดการ มุ่งสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องประชาชนไว้วางใจ , **WT:** ปฏิรูประบบบริหารจัดการการเงินการคลังให้มีประสิทธิภาพ

KPI: 1. ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลในการรับรอง HAIT level 1 ในปี 2568-2569

2. อัตราการเข้าถึงระบบบริการรักษาพยาบาล Health cloud system ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ร้อยละ 70

3. หน่วยงานในโรงพยาบาล/เครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP)/ภาคีเครือข่ายสุขภาพใช้สารสนเทศ (R1-12) ในการปรับปรุงพัฒนาด้านบริหารจัดการ วิชาการและระบบบริการสุขภาพ ร้อยละ 100

แผนงาน/โครงการ : 13 รพ.กุยบุรีดิจิทัล พัฒนาคุณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศดิจิทัลโรงพยาบาลกุยบุรี

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/(จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
1. งาน HAIT 1.1 จัดทำแผนยุทธศาสตร์สารสนเทศโรงพยาบาล ระยะ 5 ปี และแผนปฏิบัติการ ปี 68 - 69	ได้รับการรับรองคุณภาพ level 1 ในปี 2568 - 2569	รพ.กุยบุรี	รพ.กุยบุรี	ต.ค. 67							1.ฐิติวรรณ ทิพย์สังวาลย์ 2.พัณณิตา เชื้อชาติ 3.กลวัชร์ เจริญสุข

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
1.2 จัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง 1.3 จัดทำและประกาศนโยบายความมั่นคงปลอดภัยระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล 1.4 นิเทศหน่วยงานในการนำนโยบายความปลอดภัยสู่การปฏิบัติ 1.5 จัดทำและประกาศการให้บริการ Service Desk งานสารสนเทศโรงพยาบาล 1.6 นิเทศหน่วยงานการให้บริการ Service Desk งานสารสนเทศสู่การปฏิบัติ				ต.ค. 67 ต.ค. 67 ต.ค. 67 ต.ค. 67 ต.ค. 67							

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
1.7 จัดทำแนวทางปฏิบัติการนำความสมบูรณ์ของเวชระเบียนมาใช้ประโยชน์ (บูรณการ IM) 1.7.1 ปรับปรุง CPG/CNPG 1.7.2 จัดการระบบ claim 1.7.3 ค้นหาความเสี่ยงด้วยtrigger tool 1.8 การจัดการศักยภาพของทรัพยากรในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ 1.8.1 งานพัฒนาสมรรถนะ	-จนท.สารสนเทศมีทักษะด้านสารสนเทศ	จนท. จำนวน 187 คน	รพ.กุยบุรี	ต.ค. 67							

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/(จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
- อบรม it digital literacy , พัฒนาศูนย์สารสนเทศดิจิทัล - อบรมเรื่องการรักษาความมั่นคงปลอดภัยด้านสารสนเทศโรงพยาบาล - อบรมการใช้งาน Microsoft offices , Google Drive,Social media - อบรมการใช้งาน HIS	-เจ้าหน้าที่ทุกคนใช้งาน Microsoft Office,Google drive ได้ , ใช้งาน HIS ได้ถูกต้อง				ม.ค. 68 ม.ค. 68 ม.ค. 68	เม.ย-มิ.ย. 68		**กิจกรรมที่ 1** -ค่าอาหารว่าง1 มื้อๆละ25บาท **กิจกรรมที่ 2** -ค่าอาหารว่าง1 มื้อๆละ25บาท **กิจกรรมที่ 3** -ค่าอาหารว่าง1 มื้อๆละ25บาท **กิจกรรมที่ 4** -ค่าอาหาร 150 คนๆ ละ50บาท 2 วัน -ค่าอาหารว่าง 150 คนๆ ละ25 บาท 4 มื้อ	4,675 4,675 4,675 15,000 15,000	เงินบำรุง	1.ฐิติวรรณ ทิพย์สังวาลย์ 2.พัณณิตา เชื้อชาติ 3.กลวัชร์ เจริญสุข

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
- ดูงาน IPD Paperless รพ.บางสะพาน	-เจ้าหน้าที่นำรูปแบบ IPD Paperless, HAIT มาปรับปรุงและปฏิบัติ						ก.ค.-ก.ย. 68	**กิจกรรมที่ 5** -ค่าอาหาร 20 คนๆ ละ50บาท -ค่าอาหารว่าง 20 คนๆ ละ25 บาท 2 มื้อ -ค่าของที่ระลึก	1,000 1,000 1,500		
- ดูงาน HAIT Level 2-3 รพ.....							ก.ย. 68	**กิจกรรมที่ 6** -ค่าอาหาร 20 คนๆ ละ50บาท -ค่าอาหารว่าง 20 คนๆ ละ25 บาท 2 มื้อ -ค่าของที่ระลึก -ค่าเช่ารถ	1,000 1,000 1,500 5,000		

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/(จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
1.8.2 งานจัดหาระบบ/เครื่องมืออุปกรณ์ - เช่า Health Cloud - จัดหาเครื่องคอมพิวเตอร์... .เครื่อง - ปรับปรุงอินเตอร์เน็ต - จัดหา Hosxp v4 จำนวน 1 โปรแกรม - ซื้อ License windows จำนวน..... เครื่อง - ซื้อ License Microsoft office จำนวน .... เครื่อง	- ระบบ/เครื่องมืออุปกรณ์พร้อมใช้และเพียงพอต่อการใช้งาน ลดแออัด ลดระยะเวลารอคอย	14 หน่วยงาน	รพ.กุยบุรี	 พ.ย.-ธ.ค.67 พ.ย.-ธ.ค.67 พ.ย.-ธ.ค.67	 ม.ค.-มี.ค.68 ม.ค.-มี.ค.68 	 เม.ย.-มิ.ย.68 		 - เช่า Health Cloud - คอมพิวเตอร์แบบประมวลผลแบบที่ 1 - ปรับปรุงอินเตอร์เน็ต - Hosxp v4 - License windows .... ชุด - License Microsoft office .... ชุด	 40,000 ..... 400,000 3,000,000	เงินบำรุง	1.ฐิติวรรณ ทิพย์สังวาลย์ 2.พัณณิตา เชื้อชาติ 3.กลวัชร์ เจริญสุข

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/(จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
- ซื้อโปรแกรม Anti-Virus.....เครื่อง - เครื่องสแกนสำนักงาน จำนวน 2 เครื่อง - จ้างเหมาพัฒนาระบบส่งยาที่บ้าน - Application Rider - จัดซื้อ application 3S1T โรคฉุกเฉินวิกฤต - จัดซื้อหุ่นยนต์จัดยา				พ.ย.-ธ.ค.67		เม.ย.-มิ.ย.68	ส.ค.-ก.ย.68 ส.ค.-ก.ย.68 ส.ค.-ก.ย.68	- Antivirus 50 ชุด -เครื่องสแกนสำนักงาน 2 เครื่อง - โปรแกรม Rider delivery - Application 3S1T -หุ่นยนต์จัดยา	.... 150,000 150,000 1,000,000		

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/(จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
1.9 การจัดระบบบริการเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล : 1.9.1 OPD paperless/IPD paperless - จ้างเหมาเอกชนดำเนินการ - บำรุงรักษาระบบร่วมกับผู้รับเหมา 1.9.2 Telemedicine / Application - จัดทำระบบ Telemedicine ในกลุ่มผู้ป่วย NCDs/จิตเวชและยาเสพติด/ผู้สูงอายุ/palliative care/ฯลฯ ได้รับการดูแลรักษาจากสหวิชาอย่าง				ต.ค. 67			ก.ค.-ก.ย. 68	-IPD Paperless	500,000		

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/(จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
ต่อเนื่อง (ไม่ขาดนัด/ไม่ขาดยา)											
2.Health cloud system 2.1 ลงทะเบียน Health ID ประชาชน 2.2 ลงทะเบียน Provider ID 2.3 ส่งข้อมูลประวัติการรักษาพยาบาลข้อมูลสุขภาพ เข้าสู่ระบบ MOHPROMT ของประเทศ 2.4 ทำสื่อประชาสัมพันธ์ - ป้ายไวนิล - ออนไลน์ (FB/ฯลฯ)	เพิ่มการเข้าถึงระบบบริการรักษาพยาบาล Health cloud system	-ประชาชน 20,934 คน -จนท. จำนวน 187 คน	อำเภอกุยบุรี	ตค-ธค66	มค-มีค67	เมย-มิย67	กค-กย. 67	-ป้ายไวนิลบัตรประชาชนใบเดียว 3ป้ายๆละ500	1,500	เงินบำรุง	1.ฐิติวรรณ ทิพย์สังวาลย์ 2.พัณณิตา เชื้อชาติ 3.กลวัชร์ เจริญสุข

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
3.ศูนย์สารสนเทศสุขภาพดิจิทัล (Dashboard) - DatawareHouse (KPI,OKR, template (R1-12) -Platform (R1-R12) -Dashboard -Term audit dashboard	หน่วยงานในโรงพยาบาล/เครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP)/ภาคีเครือข่ายสุขภาพใช้สารสนเทศ (R1-12) ในการปรับปรุงพัฒนาด้านบริหารจัดการ วิชาการและระบบบริการสุขภาพ	14 หน่วยงาน	รพ.กุยบุรี	ต.ค.-ธ.ค. 68							1.ฐิติวรรณ ทิพย์สังวาลย์ 2.พัณณิตา เชื้อชาติ 3.กลวัชร์ เจริญสุข
4.ความเสี่ยงในระบบเทคโนโลยีสารสเทศได้รับการแก้ไขอย่างมีประสิทธิภาพ - MOU ร่วมกันศูนย์เทคโนฯ	อุบัติการณ์ความเสี่ยงในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศได้รับการแก้ไขอย่างมีประสิทธิภาพ	จนท. จำนวน 187 คน	รพ.กุยบุรี	ม.ค. 68							1.ฐิติวรรณ ทิพย์สังวาลย์ 2.พัณณิตา เชื้อชาติ 3.กลวัชร์ เจริญสุข

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
- จัดทำคู่มือบริหารความเสี่ยงสารสนเทศ - ศูนย์เทคฯร่วมนิเทศความเสี่ยง											
5. โครงการประเมินการพัฒนาคุณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในโรงพยาบาล (HAIT)	ผ่านการรับรองมาตรฐานHAIT ระดับ 1	จนท. จำนวน 187 คน	รพ.กุยบุรี		มี.ค. 68			-ค่าตอบแทนคณะกรรมการผู้ตรวจประเมิน ท่านละ 5,000 บาท จำนวน 3 ท่าน -ค่าที่พักผู้ตรวจประเมิน 3ท่านๆ ละ1ห้อง 1 คืน -ค่าอาหารกลางวัน จำนวน 30คน 1 มื้อๆละ 50 บาท	15,000 4,500 1,500	เงินบำรุง	1.ฐิติวรรณ ทิพย์สังวาลย์ 2.พัณณิตา เชื้อชาติ 3.กลวัชร์ เจริญสุข

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
								-ค่าอาหารว่าง 30 คน 2 มื้อๆละ 25 บาท -ค่าจัดทำรายงานการขอรับการตรวจประเมิน	1,500 5,000		

(.....)
ผู้ตรวจสอบโครงการ
...../...../.....

(.....)
ผู้เสนอโครงการ
...../...../.....

(.....)
ผู้เห็นชอบโครงการ
...../...../.....

(.....)
ผู้อนุมัติโครงการ
...../...../.....

แผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพองค์รวม ประชาชนไว้วางใจ **Roadmap 12 : ระบบบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล**

พันธกิจ M3: พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง **, M4:** พัฒนาระบบบริการสุขภาพด้วยหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ

ยุทธศาสตร์ WO: พัฒนาระบบบริหารยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และการบริหารจัดการ มุ่งสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องประชาชนไว้วางใจ , **WT:** ปฏิรูประบบบริหารจัดการการเงินการคลังให้มีประสิทธิภาพ

KPI: อัตรา Total performance score ระดับ B (คะแนน 10.5 ขึ้นไป)

แผนงาน/โครงการ : 14. โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการเงินการคลังให้มั่นคงอย่างยั่งยืน

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
1.ศูนย์ควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยงด้านการเงินการคลัง (TPS ระดับ F-B) 1.1 ประเมินและตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียน 100% 1.2 ติดตามลูกหนี้ค้างชำระ 100%	1 เพิ่มการเรียกเก็บ/ตรวจสอบการลงข้อมูลให้ครบถ้วน ถูกต้องทันเวลา 2. เพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการลูกหนี้	จนท.งานเวชระเบียน/ศูนย์จัดเก็บรายได้/พยาบาล/การเงิน-บัญชีบริหาร จำนวน 30 คน	โรงพยาบาลกุยบุรี	ต.ค.-ธ.ค.	ม.ค.-มี.ค.	เม.ย.-มิ.ย.	ก.ค.-ก.ย.	โปรแกรม HosXP สนับสนุน FDH/KTB/E-Claim ของ สปสช โปรแกรมทางการเงินและบัญชี			

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
1.3 ติดตามการจัดเก็บรายได้ 100% 1.4 ปรับปรุงคุณภาพบัญชี 100% 1.5 Sum AdjRw 1.5.1 วางแผนเพิ่มยอดผู้ป่วยใน 1.5.2 Admit โรคที่มีความซับซ้อนที่ต้องรักษาระยะสั้น 1.5.3 ติดตาม Sum AdjRw ทุกเดือน 1.5.4 เปิดบริการ Home Ward	3. ลดต้นทุนค่าใช้จ่ายในคนไข้ที่มารับบริการในแต่ละครั้ง										
2.หน่วยหารายได้เพิ่มพิเศษ 2.1ตรวจสุขภาพ 2.1.1 คนไทย	2 เพิ่มศักยภาพรายได้ด้านการรักษาพยาบาลใน		โรงพยาบาลกุยบุรี	ต.ค.-ธ.ค.	ม.ค.-มี.ค.	เม.ย.-มิ.ย.	ก.ค.-ก.ย.	วางระบบจัดเตรียมอุปกรณ์ทางการแพทย์/			

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
2.1.2 ต่างด้าว 2.2ห้องพิเศษ 2.2.1 เพิ่มห้องพิเศษ 2.2.2 WARD สังเกตอาการ 2.2.3 ห้องผ่าตัด 2.3 เพิ่มบริการนอกเวลา 2.3.1 แพทย์แผนไทย 2.3.2 กายภาพบำบัด 2.4 ทันตกรรม	หน่วยหารายได้เพิ่มพิเศษ							วัสดุ-ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ วางแผนอัตรากำลังผู้ปฏิบัติงาน-เพิ่มศักยภาพความรู้ความสามารถให้กับพยาบาล			
3.บริหารต้นทุนและรายจ่าย 3.1บำรุงรักษาเชิงรุก 3.2 รณรงค์ประหยัดพลังงานไฟฟ้า 3.3Home ward 3.4CFO จัดทำ PLAN FIN	3. เพื่อเพิ่มศักยภาพในการบริหารต้นทุนและรายจ่าย		โรงพยาบาลกุยบุรี	ต.ค.-ธ.ค.	ม.ค.-มี.ค.	เม.ย.-มิ.ย.	ก.ค.-ก.ย.	- ควบคุมกำกับคงคลังให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด - ควบคุมกำกับค่าใช้จ่าย ให้ใช้ทรัพยากร (4M) ให้เหมาะสมต่อผู้ป่วย 1 ราย			

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
3.5CFO ปฏิบัติการควบคุมบริหารสินทรัพย์หมุนเวียนและหนี้สินหมุนเวียน											
4.พัฒนาสมรรถนะ 4.1หลักสูตรการให้รหัสโรค รหัสหัตถการแบบ Basic/Advance 4.2หลักสูตรเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับการบันทึกบัญชีกระทรวงสาธารณสุข 4.3หลักสูตรหลักสูตรอบรมพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงานด้านการเงินการคลังของหน่วยบริการ	4. เพื่อพัฒนาสมรรถนะเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง		โรงพยาบาลกุยบุรี / ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข	ต.ค.-ธ.ค.	ม.ค.-มี.ค.	เม.ย.-มิ.ย.	ก.ค.-ก.ย.	งบประชุม/อบรม	50,000	เงินบำรุง	

(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
ผู้ตรวจสอบโครงการ	ผู้เสนอโครงการ	ผู้เห็นชอบโครงการ	ผู้อนุมัติโครงการ
...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....

โรงพยาบาลกุยบุรี

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการบริหารส่วนกลาง
สำนักงานปลัดสาธารณสุข
ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ.๒๕๖๑
สำหรับงานในราชการบริหารส่วนกลางสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดประทรวงสาธารณสุข

ชื่อหน่วยงาน : กลุ่มงานสุขภาพดิจิทัลโรงพยาบาลกุยบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์
วัน/เดือน/ปี : ๒๔ ธันวาคม ๒๕๖๗
หัวข้อ : ขออนุมัติประกาศเผยแพร่นโยบายและยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน
รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือแนบเอกสาร)
- นโยบายและยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน
Link ภายนอก : .....
หมายเหตุ : .....
.....

ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล	ผู้อนุมัติรับรอง
(นางสาวเรณู วงษ์สร้อยสน)	(ว่าที่ร้อยตรีหญิงจิรัชญา กลีบสุวรรณ์)
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข	ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม)
วันที่ ๒๔ ธันวาคม ๒๕๖๗	รักษาการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุยบุรี
	วันที่ ๒๔ ธันวาคม ๒๕๖๗

ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่

(นางสาวพัณณิตา เชื้อชาติ)
ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์
วันที่ ๒๔ ธันวาคม ๒๕๖๗

M๒ ข้อ ๘