



โรงพยาบาลกุยบุรี
Kuiburi Hospital

แผนยุทธศาสตร์ ระยะ 5 ปี (2568 – 2572)

โรงพยาบาลกุยบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
1. ข้อมูลทั่วไป	1
2. วิเคราะห์โครงสร้างองค์การ 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 ติดกับอำเภอไทยตลอดแนว

ทิศใต้ ติดกับตำบลบ่อนอกอำเภอเมืองประจวบคีรีขันธ์

ทิศตะวันตก ติดกับเทือกเขาตะนาวศรี (ประเทศพม่า)



เขตการปกครอง

อำเภอกุยบุรี มีเขตการปกครองประกอบด้วย 6 ตำบล 47 หมู่บ้าน ได้แก่

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

- | | | | |
|------------------|-------|----|----------|
| 3. ตำบลสามกระหาย | 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	ไร่บัน	14	14
4	หนองมะฆาง	6	9
5	ดอนกลาง	15	14
6	ป่าถล่ม	19	20
7	ดอนยายหนู	22	20
8	พระครูนิยุติธรรมสุนทร	15	22
9	เขาแดง	22	27
10	หนองเตापูน	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	โรงพยาบาลนภลัย
สุพรรณบุรี	รพ.ขนาด F2	โรงพยาบาลสามชุก , โรงพยาบาลดอนเจดีย์
	รพ.ขนาด F1	โรงพยาบาลด่านช้าง , โรงพยาบาลเดิมบางนางบวช
กาญจนบุรี	รพ.ขนาด F2	โรงพยาบาลด่านมะขามเตี้ย
	รพ.ขนาด F1	โรงพยาบาลบ่อพลอย

ขั้นที่ 1 วิเคราะห์โครงสร้างองค์การ 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 / การใช้หลักกระบวนวิद्याดูแนวโน้มในโรคที่สำคัญ เน้นรายใหม่ที่เพิ่มขึ้น (4) Policy: นโยบายสาธารณสุขปี 2567 และ สธ. 13 ข้อ เขตสุขภาพ Service plan สสจ.ประจวบฯ เน้นพิเศษปัญหาเฉพาะเจาะจงของพื้นที่

สรุปโรคยุทธศาสตร์

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

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

สรุปโรค+/-

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

ขั้นที่ 2 การนำโรคยุทธศาสตร์มาวิเคราะห์สภาพแวดล้อมด้วย TOWS Analysis

ตารางวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก		
ปัจจัยภายนอก ตัวแปร/ประเด็น	ความท้าทายที่จะเอาชนะภาวะคุกคาม T (Threats).....	ความได้เปรียบจากโอกาส O (Opportunities).....
① ประชากร		
1.1 โครงสร้างอายุประชากร (พิจารณาตามเวลาของแผนฯ)	1. ผู้สูงอายุปี 2567 22.62 % และภายใน ปี 2572 มีประมาณ 25-26% และมีอัตรา การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง / ปัญหาสุขภาพ ในช่องปาก / ตาต้อกระจก / ฯลฯ มีแนวโน้มสูงขึ้น 2. วัยทำงานปี 2567 53.69 % และภายใน ปี 2572 มีประมาณ 52.48 % และมีอัตรา การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และ SMI-V มี แนวโน้มสูงขึ้น	-
1.2 สัดส่วนประชากร (ถิ่น/แฝง/ ท่องเที่ยว)	-	-
1.3 อัตราการเกิด/ตาย/ย้ายถิ่น	-	-
	T1_ นำประเด็นปัญหาสุขภาพ 2 กลุ่มวัย ผลักดันให้ อปท. / พชอ. / พชต. นำไป กำหนดเป็นนโยบายสาธารณะในการ ขับเคลื่อนอำเภอเข้มแข็งด้านสุขภาพ ดังนี้ 1. ศูนย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2. ขับเคลื่อนประเด็นความรู้ด้าน สุขภาพในกลุ่มโรค NCDs / จิตเวชและ ยาเสพติด / อุบัติเหตุ ให้เข้าถึงระดับบุคคล ครัวเรือนและชุมชนในการเตรียมความ พร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพในอนาคต	

ตารางวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก		
ปัจจัยภายนอก ตัวแปร/ประเด็น	ความท้าทายที่จะเอาชนะภาวะคุกคาม T (Threats).....	ความได้เปรียบจากโอกาส O (Opportunities).....
② สังคม		
2.1 การตั้งถิ่นฐานและการประกอบอาชีพ (กระจุก / กระจาย) (เน้นการเข้าถึงบริการ เช่น อยู่ห่างไกล รพ.)	<p>1. กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรควิกฤตฉุกเฉิน (3s) เข้าถึงบริการช้าเนื่องจากขาดความตระหนักและบางพื้นที่มีระยะทางห่างไกลจาก รพ. มากถึง 30 กม.</p> <p>2. อำเภอกุยบุรีมี 6 ตำบล แต่มีหน่วยกู้ชีพเบื้องต้น 1 แห่ง ยังขาดอีก 5 แห่ง และมีมูลนิธิหลวงพ่อกุญ (วัดกุยบุรี) 1 หน่วย ทำให้การจัดบริการไม่ครอบคลุมพื้นที่</p>	
2.2 ความเชื่อ วัฒนธรรมและประเพณี, (ปัญหาที่ก่อให้เกิดโรคยุทธศาสตร์)	<p>3. ประชาชนส่วนใหญ่ขาดความรู้ด้านสุขภาพและมีวิถีชีวิต (Lifestyle) ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรัง จิตเวชและยาเสพติด</p> <p>4. ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งยังมีความเชื่อที่ผิดในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากและการดูแลรักษาทางทันตกรรม</p> <p>5. ผู้ปกครองและชุมชนเกิดความหวาดระแวงในผู้ที่เสพยาเสพติดและผู้ป่วย SMI-V ขาดการดูแลเอาใจใส่จึงเป็นผลให้เกิดความรุนแรงในชุมชน</p>	
2.3 โครงสร้างอำนาจในชุมชนและสังคม (Opinion leader) ผู้ที่มีอิทธิพลทางความคิดในชุมชน / คนที่ชุมชนให้ความนับถือ / ชี้นำ ชวนเชื่อ ให้คนอื่นคล้อยตามได้ / การรวมกลุ่มในชุมชน]		<p>1. ภาคิเครือข่ายสุขภาพในชุมชน (พชอ. / ศปล. / อบจ. / อบต. / เทศบาล / ตำบล / กำนันผู้ใหญ่บ้าน / อสม. / ฯลฯ) มีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาที่สำคัญ เช่น ในกลุ่มโรค NCDs</p>

ตารางวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก		
ปัจจัยภายนอก ตัวแปร/ประเด็น	ความท้าทายที่จะเอาชนะภาวะคุกคาม T (Threats).....	ความได้เปรียบจากโอกาส O (Opportunities).....
		และร่วมเป็นคณะกรรมการ พัฒนาโรงพยาบาล
2.4 สถาบันทางสังคม (ที่มีผลต่อ โรคยุทธศาสตร์)		2. วัตถุประสงค์สนับสนุนโครงการ โภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ (แจก ไข่ แจกนม) ซึ่งเป็นโครงการ ร่วมกันระหว่าง อปท. กับ สำนัก พุทธศาสนา
2.5 สิ่งแวดล้อม เช่น น้ำเสีย ขยะ การใช้สารพิษ (ถ้าไม่ชนโรค ยุทธศาสตร์ให้ตัดออก)	-	-
	T2_ร่วมขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับ จังหวัดและอำเภอในการจัดการปัญหา สุขภาพระดับพื้นที่ ดังนี้ 1. จัดตั้งหน่วยกู้ชีพพื้นฐานในอบต. 2. อำเภอสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก NCDs / จิตเวชและยาเสพติด / ทันตกรรมผู้สูงอายุ	O2_ยกระดับความร่วมมือภาคี เครือข่ายสุขภาพชุมชนวัดกุยบุรี และวัดในอำเภอกุยบุรีเป็น คณะกรรมการที่ปรึกษาและ พัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ ใน 5 กลุ่มโรค
③ เศรษฐกิจและเทคโนโลยี		
3.1 การค้าและการลงทุนในพื้นที่		1. อำเภอกุยบุรีมีแผนได้รับการ สนับสนุนส่งเสริมการท่องเที่ยว ชายทะเลและภูเขา (หมู่บ้านทุ่ง น้อย / อุทยานแห่งชาติกุยบุรี) มีการก่อสร้างสะพานข้ามทาง รถไฟรางคู่ การป้องกันอุบัติเหตุ ในจุดเสี่ยงข้ามถนนเพชรเกษม และถนนสายรอง และทำให้ การคมนาคมสะดวก มีประชาชน

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

ตารางวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก		
ปัจจัยภายนอก ตัวแปร/ประเด็น	ความท้าทายที่จะเอาชนะภาวะคุกคาม T (Threats).....	ความได้เปรียบจากโอกาส O (Opportunities).....
		2. พัฒนา รพ.กัญบุรีดิจิทัล
④ การเมืองและการบริหาร		
4.1 นโยบายและยุทธศาสตร์ชาติ & รัฐบาลชุดใหม่ / สธ. / เขตสุขภาพที่ 5 / สสจ.ประจำบฯ		1. นโยบายและยุทธศาสตร์ สธ. / เขตสุขภาพที่ 5 / สสจ. ประจำบฯ มุ่งส่งเสริมให้ สถานพยาบาลทุกแห่งมี คุณภาพสูง จัดบริการที่ ตอบสนองต่อปัญหาและ ความต้องการของชุมชน
4.2 การบริหารจัดการภาครัฐ แนวใหม่ (New Public Management: NPM) One Stop Service / HA / DHSA		
		O4_พัฒนายุทธศาสตร์ด้าน การแพทย์ ด้านการสาธารณสุข และด้านบริหารจัดการเข้าสู่ กระบวนการรับรองคุณภาพ รพ. และเครือข่ายระดับปฐมภูมิ ภายในปี 2568 (HA ชั้น3)

ตารางวิเคราะห์ปัจจัยภายใน

ปัจจัยภายใน ตัวแปร/ประเด็น	ประเด็นการปรับปรุงและพัฒนาจาก จุดอ่อน W (Weaknesses)	ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths)
① ด้านการดูแลผู้ป่วยและการสร้างเสริมสุขภาพ		
	<p>กลุ่มโรควิกฤตฉุกเฉิน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. TBI 2. Multiple injury 3. Stroke 4. STEMI <p>กลุ่มโรคเรื้อรังและโรคติดเชื่อ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. DM 2. HT 3. CKD 4. Cataract <p>กลุ่มโรคสูตินรีเวชกรรม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. High risk pregnancy <p>กลุ่มโรคจิตเวชและยาเสพติด</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ซึมเศร้า 2. จิตเภท 3. สารเสพติด SMI-V <p>กลุ่มโรคทันตกรรม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ฟันแท้ในเด็ก 6-12ปี 2. ฟันคุดสบผู้สูงอายุ 3. ้วยทำงานเข้าถึงบริการทันตกรรม 	<p>กลุ่มโรควิกฤตฉุกเฉิน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sepsis <p>กลุ่มโรคเรื้อรังและโรคติดเชื่อ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. DHF <p>กลุ่มโรคสูตินรีเวชกรรม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Preterm 1.2 PPH 1.3 PIH 1.4 GDM <p>กลุ่มโรคจิตเวชและยาเสพติด</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จิตเวชเด็ก 2. จิตเวชวัยรุ่น <p>กลุ่มโรคทันตกรรม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ฟันน้ำนม 0-3ปี 2. ทันตกรรมเฉพาะทาง <ol style="list-style-type: none"> 2.1 รากเทียม 2.2 รักษาฟัน 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	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stroke (ตาย/พิการ) 2. STEMI (ตาย) 3. TBI (ตาย/พิการ) 4. Sepsis (ตาย) 5. Cataract (พิการ) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. พัฒนาการสมวัย 2. DHF อัตราตาย = 0 3. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจาก การคลอด <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Preterm 3.2 PPH 3.3 PIH 3.4 GDM 4. ซึมเศร้า
	W1_ เร่งรัดปรับปรุงระบบการบริหาร ความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ ในกลุ่มโรคฉุกเฉินวิกฤต (3S+1T) โดยเน้น การทบทวนเคสเสียชีวิตใน รพ. และ unplan refer	S1_พัฒนาคุณภาพบริการในกลุ่มโรค จิตเวช (โรคซึมเศร้าและจิตเวชเด็ก) และมุ่งสู่ความเป็นเลิศในกลุ่ม โรคสูติกรรม
1.2 ผลด้านการสร้างเสริม สุขภาพ: รายใหม่ในโรคที่ สำคัญ	<ol style="list-style-type: none"> 1. DM (รายใหม่) 2. HT (รายใหม่) 3. CKD (รายใหม่) 4. Stroke (รายใหม่) 5. STEMI (รายใหม่) 6. SMI-V (รายใหม่) 7. High risk pregnancy (เพิ่มขึ้น) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. พบน้ำนมเด็ก 0-3 ปี ไม่พู่ 2. ซึมเศร้า (รายใหม่)
	W2_ เร่งรัดปรับระบบงานสร้างเสริม สุขภาพเชิงรุกร่วมกับภาคีเครือข่ายบริการ สุขภาพปฐมภูมิในกลุ่มโรค ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1. NCDs (DM, HT, CKD, Stroke, STEMI) 2. สารเสพติด/SMI-V 3. ANC (High risk pregnancy) 	S2_พัฒนาคุณภาพบริการทันตกรรม เชิงรุกในกลุ่มเด็ก 0-3 ปี และ สุขภาพจิตชุมชน

ปัจจัยภายใน ตัวแปร/ประเด็น	ประเด็นการปรับปรุงและพัฒนาจาก จุดอ่อน W (Weaknesses)	ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths)
๒) ด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน		
2.1 เข้าถึงบริการช่องทาง ด่วน (Fast track)- 1) บำบัด 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. วิทยากรเข้าถึงบริการทันตกรรม 5. SMI-V
	W2_เร่งรัดปรับปรุงระบบ Fast track ใน โรค 3S เน้น pre-hospital care ในการ เข้าถึงบริการที่รวดเร็วและปลอดภัย	S2_พัฒนาระบบ Fast track ในรพ. ให้มีความเป็นเลิศในการดูแลรักษาโรค Stroke , STEMI , SMI-V และการ เข้าถึงบริการทันตกรรมเฉพาะทาง
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_พัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพ ปฐมภูมิ
2.4 ความพึงพอใจและ ข้อร้องเรียน (Clinical Population)	1. เคส ม.41 การดูแลหัตถการ IV เด็ก 2. ข้อร้องเรียนเรื่องการพฤติกรรมบริการ	1. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ผู้ป่วยนอก ปี 2566 ร้อยละ 82.5

ปัจจัยภายใน ตัวแปร/ประเด็น	ประเด็นการปรับปรุงและพัฒนาจาก จุดอ่อน W (Weaknesses)	ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths)
เอา GHI & ม.41 ที่ออกสื่อ ต้องรีบจัดการ/จริยธรรม ต้องจัดการ		2. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ผู้ป่วยใน ปี 2566 ร้อยละ 86.33 3. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ER ปี 2566 ร้อยละ 86.67
		S4_พัฒนาคุณภาพบริการด้วยหัวใจ แห่งความเป็นมนุษย์และยกระดับให้ เป็นโรงพยาบาลในดวงใจของ ผู้ใช้บริการทุกคน
③ ด้านอัตรากำลังคน		
3.1 อัตรากำลังสหสาขา วิชาชีพต่อโรคยุทธศาสตร์ เพียงพอ เหมาะสม ตาม เกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพ (มองไปข้างหน้า 5 ปี ตาม อายุของแผนฯ Full time / Part time / Outsource ต่อโรคยุทธศาสตร์ เพื่อ นำมาบริหารจัดการ / ให้เน้นอัตรากำลังสาย สนับสนุนที่ผลักดัน ยุทธศาสตร์และการรักษา โรคก่อน 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 (ด้านรากฟัน เทียม)
	W4_ปรับปรุงแผนการวางแผนอัตรากำลัง ในการยกระดับคุณภาพบริการตามแผน ยุทธศาสตร์ระยะ 5 ปี ดังนี้ 1. จัดทำแผนอัตรากำลังเสนอ สสจ. 2. จัดทำโครงการคู่มือความร่วมมือแพทย์ เฉพาะทางมาจัดบริการบางเวลา (part time)	

ปัจจัยภายใน ตัวแปร/ประเด็น	ประเด็นการปรับปรุงและพัฒนาจาก จุดอ่อน W (Weaknesses)	ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths)
	3. จ้างเหมาบุคลากรสหวิชาชีพที่ เกษียณอายุราชการ 4. จัดทำโครงการคู่มือความร่วมมือพยาบาล วิชาชีพใน รพ.สต.	
3.2 สมรรถนะเฉพาะต่อโรค ยุทธศาสตร์ (Specific Competency) ทำ แผนพัฒนาสมรรถนะเฉพาะ ต่อโรคยุทธศาสตร์ ใน ปัจจุบันและอนาคต / พัฒนาสมรรถนะระยะสั้น เพื่อป้องกันความเสี่ยงทั้งที่ เคยเกิดและอาจจะเกิดขึ้นใน อนาคต (Learning Need)	1. ไม่มีพยาบาลเฉพาะทางด้าน ตา ไต IMC จิตเวช 2. มีการประเมินสมรรถนะ แต่ไม่ได้นำผล การประเมินมาพัฒนาบุคลากร 3. การรายงานความเสี่ยงที่สำคัญด้าน clinical ยังไม่ได้รับการรายงาน ส่งผลให้ ไม่สามารถพัฒนาทักษะบุคลากรได้ โดยตรง	1. มีบุคลากรเฉพาะทางในสาขาสำคัญ ดังนี้ 1.1 สูติแพทย์ 1.2 ทันตกรรมเฉพาะทางและ ทันตกรรมประดิษฐ์ 1.3 พยาบาลเฉพาะทาง สาขา เวชปฏิบัติฉุกเฉิน เวชปฏิบัติทั่วไป PC NCM เวชศาสตร์พยาบาลยาเสพติด
	W5_ปรับปรุงแผนพัฒนาสมรรถนะ บุคลากรเน้นสหสาขาวิชาชีพ ดังนี้ 1. สมรรถนะหลัก 5 ด้านของ กพ. (IDP) 2. สมรรถนะพื้นฐาน (common competency) 3. สมรรถนะเฉพาะวิชาชีพ (specific competency) ในการจัดการโรค ยุทธศาสตร์	S5_พัฒนาคุณภาพบริการ รักษาพยาบาลเฉพาะทาง ดังนี้ 1) สูติกรรม 2) ทันตกรรมเฉพาะทางและ ทันตกรรมประดิษฐ์ 3) พยาบาลเฉพาะทางสาขา เวชปฏิบัติฉุกเฉินเวชปฏิบัติทั่วไป PC NCM เวชศาสตร์พยาบาล ยาเสพติด
3.3 ความสุข คุณภาพชีวิต ของบุคลากร (Happinometer / Engage Model) Engage Model: 1) ความพึงพอใจต่อ คุณภาพงาน	1. สุขภาพเงินดี = 57.03 % 2. ผ่อนคลายดี = 59.47 % 3. ความสมดุลระหว่างงานและชีวิต ส่วนตัว = 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) ความสมดุลระหว่าง งานและชีวิตส่วนตัว 3) ค่านิยมของผู้นำ องค์กร 4) สร้างสภาพแวดล้อม ในการทำงาน 5) โอกาสก้าวหน้าในการ ทำงาน 6) ผลตอบแทน		8. ความผูกพันในการทำงาน = 64.60 %
	W6_ปรับปรุงระบบสวัสดิการ 3 ด้าน ดังนี้ 1. ด้านลดค่าใช้จ่ายและเพิ่มรายได้ของ บุคลากร 2. ด้านภาระงานและชั่วโมงการทำงาน 3. ด้านความสมดุลระหว่างงานและ ชีวิตส่วนตัว	S6_วางแผนยุทธศาสตร์พัฒนารพ. ให้ เป็นบ้านหลังที่ 2 ของทุกคน
④ ด้านการนำ		
4.1 นำการบริหาร ยุทธศาสตร์: การบริหาร ยุทธศาสตร์ (วางแผน นำ แผนสู่การปฏิบัติ ประเมินผล และการ ควบคุม) 5/7S Model: Structure, Strategy, Systems, Styles, Shared value -> Managerial Competency ทำอย่างไรให้มีมาตรฐานใน การนำแม้มีการเปลี่ยนแปลง. เปลี่ยนผู้บริหาร ก็สามารถ ดำเนินการต่อได้อย่างมี	1. Strategy - มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ แต่ไม่ได้ รับการทบทวน และไม่สอดคล้องกับ บริบทในพื้นที่ รวมถึงไม่ได้นำลงสู่ การปฏิบัติอย่างจริงจัง 2. System - มีระบบการดูแลผู้ป่วยในโรคที่สำคัญ แต่ไม่ได้มีการกำกับติดตาม และ วิเคราะห์ข้อมูลตัวชี้วัดอย่างต่อเนื่อง 3. Styles - กลุ่มผู้บริหารองค์กรยังไม่ได้มีการ อบรม พัฒนาสมรรถนะครบทุกคน เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านงบประมาณ และกำลังคน	1. Strategy - มีการตอบสนองนโยบายจาก กระทรวง เขต และ สสจ. ได้ตาม เป้าหมายเป็นส่วนใหญ่ 2. System - มีการพัฒนาโดยนำเทคโนโลยีเข้ามา ใช้ในการให้บริการ เพื่อเข้าสู่ ความเป็น Smart Hospital 3. Styles - กลุ่มผู้บริหารองค์กรมีความพร้อม รับต่อการเปลี่ยนแปลงในทุก สถานการณ์

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 - มีบุคลากรเฉพาะทางในสาขาสำคัญ ดังนี้ 1) สูติแพทย์ 2) ทันตกรรมเฉพาะทางและทันตกรรมประดิษฐ์ 3) พยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติฉุกเฉินเวชปฏิบัติทั่วไป PC NCM เวชศาสตร์พยาบาล ยาเสพติด 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)
<p>เพื่อการบริหารจัดการ บริการและวิชาการ: Health Cloud System-> Strategic Information Center (Dashboard)</p>	<p>- ขาดการจัดการสารสนเทศด้าน การแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ</p>	
<p>4.4 นำอย่างมีธรรมาภิบาล: หลักธรรมาภิบาล: 1) หลักนิติธรรม 2) หลักคุณธรรม 3) หลักความโปร่งใส ตรวจสอบได้ 4) หลักความมีส่วนร่วม 5) หลักความรับผิดชอบ 6) หลักความคุ้มค่า เน้นคณะกรรมการควบคุม ภายใน (ควบคุมระบบให้ เป็นไปตามยุทธศาสตร์)</p>	<p>- การประเมินควบคุมภายในยังไม่ ผ่านเกณฑ์หลักความคุ้มค่า - Dead stock คลังยา การแพทย์ - Over stock คลังยา การแพทย์</p>	
	<p>W7_ปรับปรุงระบบบริหารโรงพยาบาล ในรูปแบบใหม่ ดังนี้ 1. ระบบบริหารยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และการบริหารจัดการ 2. ระบบการพัฒนาและรับรองคุณภาพ รพ. 3. ระบบสารสนเทศดิจิทัล 4. ระบบควบคุมภายในและบริหาร ความเสี่ยง</p>	
๕ ด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานที่สำคัญ		
<p>1. RSQ</p>	<p>1. หัตถการ IV ในเด็ก 2. ถอนฟันผุค้ำข้าง 3. ผู้ป่วยได้ยาที่แพ้ซ้ำ</p>	

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. พยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติ ฉุกเฉิน เวชปฏิบัติทั่วไป PC NCM เวชศาสตร์พยาบาลยาเสพติด
4. ENV	1. ขนาดบ่อบำบัดไม่เหมาะสมกับ ขนาดบริการ 2. การอำนวยความสะดวกให้กับผู้พิการ และผู้สูงอายุมีไม่เพียงพอ (โครงสร้าง ทางเชื่อม ทางลาด) 3. ไม่มีศูนย์เครื่องมือแพทย์ 4. ไม่มีทางหนีไฟ 5. มีการควบคุมการระบายอากาศ อุณหภูมิ ความชื้น ฝุ่น แสงสว่าง เสียง ยังไม่ครอบคลุมครบทุกฝ่ายงาน 6. ระบบเรียกพยาบาลจากเตียง/ห้องน้ำ ผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุม (ห้องคลอด)	1. ผลการตรวจน้ำผ่านทุกพารามิเตอร์ 2. ชยะมีการดำเนินงานเป็นไปตาม มาตรฐาน 3. ระบบสำรองน้ำประปาเพียงพอ
5. IC	1. อุบัติการณ์การบาดเจ็บจากการ ปฏิบัติงาน (ของมีคมทิ่มตำ)	1. สามารถควบคุมการระบาดของ เชื้อดี้อย่างจากผู้ป่วยที่ Refer Back
6. IM	1. การบันทึกข้อมูลเวชระเบียนไม่สมบูรณ์ 2. OPD แพทย์บันทึกผลการตรวจร่างกาย ไม่ครบถ้วน 3. OPD พยาบาลเป็นผู้ Ddx แต่แพทย์ ไม่ได้มีการ 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)
	<ul style="list-style-type: none"> - การให้คำปรึกษาการใช้ยาเทคนิคพิเศษ ได้ไม่ครอบคลุม - ขาดการติดตามการใช้ยา AMR 	<ul style="list-style-type: none"> - มีระบบจัดการยา HAD
8. Lab+Blood		<ol style="list-style-type: none"> 1. การรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ ถูกต้อง 2. การรายงาน lab ด่วน / lab วิกฤติ ทันทีที่พบทั้งในและนอกเวลา 3. การสำรองเลือดเพียงพอต่อการ ใช้งาน
9. รังสี + เครื่องมือพิเศษฯ		<ol style="list-style-type: none"> 1. อัตราการเอกซเรย์ซ้ำ < 8% (6.21%) 2. นำระบบถ่ายภาพดิจิทัลมาใช้ 3. มีการส่งภาพระบบ cloud ไป รพ.แม่ข่าย 4. มีการนำระบบ AI อ่านภาพรังสี ตรวจออกมาใช้ 5. จัดตั้งศูนย์ CT ใน รพ.
	<p>W7_ เร่งรัดปรับปรุงระบบการบริหาร ความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ clinical risk / non clinical risk</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จัดทำ risk register & risk profile 2. SIMPLE (focus 3P safety) 3. หน่วยงานจัดทำ RCA/CQI/R2R 	<p>S7_ เพิ่มประสิทธิภาพในการตรวจ วินิจฉัยและรักษาพยาบาลในกลุ่มโรค ฉุกเฉินวิกฤตและโรคสำคัญอื่นๆ วางแผนยกระดับการพัฒนาให้มี คุณภาพสูงรองรับกับการขยายบริการ ตามโครงการคู่มือร่วมมือแพทย์ เฉพาะทาง</p>
10. กายภาพบำบัด	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วย Stroke ขาดการเข้าถึงการรักษา ฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด 2. ผู้ป่วย Stroke ขาดความต่อเนื่องของ การมารับการรักษาฟื้นฟูทาง กายภาพบำบัดส่งผลให้ไม่มีความก้าวหน้า ทางการรักษา 	<ol style="list-style-type: none"> 1. จำนวนผู้ป่วย Stroke ที่ได้รับการ รักษาฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดอย่าง ต่อเนื่องมีอัตราการดีขึ้นโดยประเมินจาก ADL

ปัจจัยภายใน ตัวแปร/ประเด็น	ประเด็นการปรับปรุงและพัฒนาจาก จุดอ่อน W (Weaknesses)	ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths)
11. แพทย์แผนไทย	1. ผู้ป่วย Stroke ขาดการเข้าถึงการรักษา ทางการแพทย์แผนไทย	1. พัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ แผนไทยเพื่อให้ผู้ป่วย Stroke ได้รับ บริการทางการแพทย์แผนไทยได้อย่างมี ประสิทธิภาพมากขึ้น
12. โภชนาการ	1. ขาดการลงบันทึกข้อมูลและการติดตาม ผู้ป่วยในคลินิก DM,HT,CKD	1. การบริการอาหารถูกต้องตาม แผนการรักษาของแพทย์ 97% 2. โรงครัวผ่านมาตรฐานสุขภิบาล อาหารระดับดีมาก
13. Palliative Care		1. ทำ ACP ทุกราย 2. มีทีมสหวิชาชีพเยี่ยมบ้านผู้ป่วย PC ทุกเคส 3. มีพยาบาลเฉพาะทาง PC
	W8_ปรับปรุงระบบงานการฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยแบบบูรณาการดังนี้ 1. กลุ่มผู้ป่วย IMC (Stroke / TBI / SCI / hip Fx.) ในงานกายภาพบำบัดและ แพทย์แผนไทย 2. วางแผนจัดบริการ individual care plan ในการดูแลผู้ป่วย NCDs แบบ บูรณาการในงานการแพทย์แผนไทยและ โภชนศาสตร์	S8_วางแผนยุทธศาสตร์พัฒนาศูนย์ ชีวภิบาลบูรณาการอำเภออุบลรัตน์ ดังนี้ 1. ศูนย์สุขภาพผู้สูงอายุ 2. ศูนย์ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 3. ศูนย์กัญชีชีวภิบาล 4. ระบบ LTC
๕ ด้านการเงิน: สถานะทางการเงิน		
1. ประสิทธิภาพการ จัดเก็บรายได้	1. มิติเวชระเบียน (OPD/IPD) 1.1 อัตราการบันทึกข้อมูล Financial. Data Hub (FDH) ไม่ สมบูรณ์ 2. มิติการบริหารลูกหนี้ทุกกองทุน	1. มิติเวชระเบียน (OPD/IPD) 1.1 แพทย์วินิจฉัยโรคถูกต้อง ครบถ้วนตามเกณฑ์เวชระเบียน (SA) 1.2 ผู้ให้รหัสโรคให้รหัสโรคถูกต้อง 1.3 การสรุปเวชระเบียนภายใน (IPD) 30 วัน 2. มิติการบริหารลูกหนี้ทุกกองทุน -

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

ปัจจัยภายใน ตัวแปร/ประเด็น	ประเด็นการปรับปรุงและพัฒนาจาก จุดอ่อน W (Weaknesses)	ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths)
		3. กำไรสุทธิจากรายได้เพิ่มพิเศษจาก ห้องพิเศษ (แต่มีจำกัด)
3. ประสิทธิภาพการ บริหารรายจ่ายและ ต้นทุน	<p>1. ประสิทธิภาพในการบริหารแผนการเงิน การคลัง (Plan Fin) ยังไม่เป็นไปตามแผน ค่าพลังงานไฟฟ้าเพิ่มขึ้น (เปรียบเทียบ 3-6 เดือน)</p> <p>2. Over stock จากคลังวัสดุ การแพทย์ / ยา</p> <p>3. Dead stock จากคลังวัสดุ การแพทย์ / ยา</p> <p>4. tps ระดับ F คะแนน 6.5 เต็ม 15</p> <p><u>ตัวชี้วัดกระบวนการ (Process Indicators)</u></p> <p>1. การบริหารแผนทางการเงิน เปรียบเทียบผลการดำเนินงานผลต่าง บวกหรือลบไม่เกิน 5%</p> <p> 1.1 มิตรรายได้ไม่เป็นไปตามแผน</p> <p> 1.2 มิติค่าใช้จ่ายไม่เป็นไปตามแผน</p> <p>2. การบริหารสินทรัพย์หมุนเวียนและ หนี้สินหมุนเวียน</p> <p> 2.1 ระยะเวลาชำระเจ้าหนี้การค้า & เวชภัณฑ์มีไชยามากกว่า 90 วัน</p> <p> 2.2 ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บ หนี้สิน UC มากกว่า 60 วัน</p> <p> 2.3 การบริหารสินคงคลัง (Inventory Management) มากกว่า 60 วัน</p>	

ปัจจัยภายใน ตัวแปร/ประเด็น	ประเด็นการปรับปรุงและพัฒนาจาก จุดอ่อน W (Weaknesses)	ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths)
	<p>3. การบริหารจัดการ</p> <p>3.1 อัตราครองเตียงผู้ป่วยใน $\geq 80\%$ (ที่มา cmi@moph กบรส. ณ 26/4/67) โรงพยาบาลกุญบุรีได้ 68 %</p> <p><u>ตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงาน</u></p> <p>1. ความสามารถในการทำกำไร</p> <p>1.1 ประสิทธิภาพในการดำเนินงาน (Operating Margin) = 0 นำรายได้มาลบ กับค่าใช้จ่าย รพ. ไม่ได้กำไร</p> <p>1.2 อัตราผลตอบแทนจาก สินทรัพย์ (Return on Asset) = 0 สินทรัพย์รวมเยอะ รายได้น้อย</p> <p>1.3 ผลกำไรขาดทุนก่อนหักค่า เสื่อม (EBITDA) ≥ 0 ผลของ รพ. ติดลบ</p> <p>5 Risk Score = 1</p>	
	<p>W9_ เร่งรัดปรับปรุงและบริหารการ เปลี่ยนแปลงการเงินการคลังของ รพ. ดังนี้</p> <p>1. ระบบควบคุมภายในและบริหาร ความเสี่ยง</p> <p>2. ประสิทธิภาพในการจัดเก็บรายได้</p> <p>3. ประสิทธิภาพในการหารายได้เพิ่มพิเศษ</p> <p>4. ประสิทธิภาพในการบริหารรายจ่าย</p> <p>5. ประสิทธิภาพในการจัดการต้นทุน</p>	

สรุปประเด็นจากการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมด้วย TOWS Analysis ดังนี้

ปัจจัยภายนอก		ปัจจัยภายใน	
ความท้าทายที่จะเอาชนะภาวะคุกคาม T (Threats)	ความได้เปรียบจากโอกาส O (Opportunities)	การปรับปรุงและพัฒนาจากจุดอ่อน W (Weaknesses)	ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths)
<p>T1: นำประเด็นปัญหาสุขภาพ 2 กลุ่มวัยผลิตภัณฑ์ให้ อปท. / พชอ. / พชต. นำไปกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะในการขับเคลื่อนอำเภอเข้มแข็งด้านสุขภาพ ดังนี้</p> <p>1) ศูนย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ</p> <p>2) ขับเคลื่อนประเด็นความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ในกลุ่มโรค NCDs / จิตเวชและยาเสพติด / อุบัติเหตุ ให้เข้าถึงระดับบุคคล</p> <p>ครัวเรือน และชุมชนในการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพในอนาคต</p>	<p>O1: ภาครัฐเครือข่ายสุขภาพในชุมชน (พชอ. / ศปถ. / อบจ. / อบต. / ทต. / กำนัน / ผู้ใหญ่บ้าน / ฯลฯ) มีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาสุขภาพที่สำคัญในกลุ่มโรค</p> <p>① กลุ่มโรควิกฤตฉุกเฉิน</p> <p>② กลุ่มโรคเรื้อรังและโรคติดต่อ</p> <p>③ กลุ่มโรคสูตินรีเวชกรรม</p> <p>④ กลุ่มโรคจิตเวชและยาเสพติด</p> <p>⑤ กลุ่มโรคทันตกรรมและร่วมเป็นคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาล</p>	<p>W1: เร่งรัดปรับปรุงระบบการบริหารความเสี่ยงความปลอดภัย และคุณภาพ ในกลุ่มโรควิกฤตฉุกเฉิน (3S+1T) โดยเน้นการทบทวน Case เสียชีวิตใน รพ. และ Unplan Refer</p>	<p>S1: พัฒนาคุณภาพบริการในกลุ่มโรคจิตเวช (โรคซึมเศร้า / จิตเวชเด็ก) มุ่งสู่ความเป็นเลิศในกลุ่มโรคสูติกรรม</p>

ปัจจัยภายนอก		ปัจจัยภายใน	
ความท้าทายที่จะ เอาชนะภาวะคุกคาม T (Threats)	ความได้เปรียบจาก โอกาส O (Opportunities)	การปรับปรุงและพัฒนา จากจุดอ่อน W (Weaknesses)	ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths)
<p>T2: ร่วมขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับจังหวัดและอำเภอในการจัดการปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) จัดตั้งหน่วยกู้ชีพพื้นฐานใน อบต. 2) อำเภอสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกในกลุ่มโรค NCDs / จิตเวชและยาเสพติด / ทันตกรรมผู้สูงอายุ 	<p>O2: ยกระดับความร่วมมือภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน วัดกุยบุรี และวัดในอำเภอกุยบุรี เป็นคณะกรรมการที่ปรึกษาและพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ ใน 5 กลุ่มโรค</p>	<p>W2: เร่งรัดปรับปรุง Fast Track ในโรค 3S+1T (Stroke STEMI Sepsis+TBI) เน้น Pre-hospital Care ในการเข้าถึงบริการที่รวดเร็วและปลอดภัย</p>	<p>S2: พัฒนาระบบ Fast Track ใน รพ. ให้มีความเป็นเลิศในการดูแลรักษาโรค Stroke / STEMI / SMI-V และการเข้าถึงบริการทันตกรรมเฉพาะทาง</p>
	<p>O3: วางแผนยุทธศาสตร์ในการยกระดับคุณภาพบริการโรงพยาบาลกุยบุรีให้สูงขึ้น ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) บริการระดับ Premium เพื่อหารายได้เพิ่มพิเศษ 2) พัฒนาโรงพยาบาลกุยบุรีดิจิทัล 	<p>W3: ปรับปรุงระบบบริการ NCDs Clinic แบบเบ็ดเสร็จครบวงจร (One Stop Service)</p>	<p>S3: พัฒนาคุณภาพบริการระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ</p>

ปัจจัยภายนอก		ปัจจัยภายใน	
ความท้าทายที่จะ เอาชนะภาวะคุกคาม T (Threats)	ความได้เปรียบจาก โอกาส O (Opportunities)	การปรับปรุงและพัฒนา จากจุดอ่อน W (Weaknesses)	ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths)
	<p>O4: พัฒนายุทธศาสตร์ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และการบริหารจัดการ เข้าสู่กระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และเครือข่ายระดับปฐมภูมิ ภายในปี 2568 (HA ชั้น 3)</p>	<p>W4: ปรับปรุงการวางแผนอัตรากำลังในการยกระดับคุณภาพบริการตามแผนยุทธศาสตร์ระยะ 5 ปี ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) จัดทำแผนอัตรากำลังเสนอ สสจ. ประจวบคีรีขันธ์ 2) จัดทำโครงการคู่ความร่วมมือแพทย์เฉพาะทางมาจัดบริการบางเวลา (Part-time) 3) จ้างเหมาบุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่เกษียณอายุราชการ 4) จัดทำโครงการคู่ความร่วมมือพยาบาลวิชาชีพใน รพ.สต. 	<p>S4: พัฒนาคุณภาพบริการด้วยหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์ และยกระดับให้เป็นโรงพยาบาลในดวงใจของผู้ใช้บริการทุกคน</p>
		<p>W5: ปรับปรุงแผนพัฒนาสมรรถนะบุคลากรเน้นสหสาขาวิชาชีพ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) สมรรถนะหลัก 5 ด้านของ กพ. (IDP) 2) สมรรถนะพื้นฐาน (Common Competency) 	<p>S5: พัฒนาคุณภาพบริการรักษาพยาบาลเฉพาะทาง ดังนี้ 1) สูติกรรม 2) ทันตกรรมเฉพาะทาง และทันตกรรมประดิษฐ์ 3) พยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติฉุกเฉินเวชปฏิบัติทั่วไป PC NCM เวชศาสตร์พยาบาล ยาเสพติด</p>

ปัจจัยภายนอก		ปัจจัยภายใน	
ความท้าทายที่จะ เอาชนะภาวะคุกคาม T (Threats)	ความได้เปรียบจาก โอกาส O (Opportunities)	การปรับปรุงและพัฒนา จากจุดอ่อน W (Weaknesses)	ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths)
		3) สมรรถนะเฉพาะ วิชาชีพ (Specific Competency) ในการ จัดการโรคยุทธศาสตร์	
		W6: ปรับปรุงระบบ สวัสดิการ 3 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านลดค่าใช้จ่ายและ เพิ่มรายได้ของบุคลากร 2) ด้านภาระงาน และ ชั่วโมงการทำงาน 3) ด้านความสมดุล ระหว่างงานและชีวิต ส่วนตัว	S6: วางแผนยุทธศาสตร์ พัฒนาโรงพยาบาลให้ เป็นบ้านหลังที่สองของ บุคลากรทุกคน
		W7: ปรับปรุงระบบบริหาร โรงพยาบาลในรูปแบบ ใหม่ ดังนี้ 1) ระบบบริหาร ยุทธศาสตร์ ด้าน การแพทย์ การ สาธารณสุข และการ บริหารจัดการ 2) ระบบการพัฒนาและ รับรองคุณภาพ รพ. 3) ระบบสารสนเทศ ดิจิทัล 4) ระบบควบคุมภายใน และบริหารความเสี่ยง	S7: เพิ่มประสิทธิภาพใน การตรวจวินิจฉัยและ รักษาพยาบาลในกลุ่ม โรควิกฤตฉุกเฉินและ โรคที่สำคัญอื่นๆ วางแผนยกระดับการ พัฒนาให้คุณภาพสูง รองรับการขยายบริการ ตามโครงการคู่ความ ร่วมมือแพทย์เฉพาะ ทาง

ปัจจัยภายนอก		ปัจจัยภายใน	
ความท้าทายที่จะ เอาชนะภาวะคุกคาม T (Threats)	ความได้เปรียบจาก โอกาส O (Opportunities)	การปรับปรุงและพัฒนา จากจุดอ่อน W (Weaknesses)	ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths)
		<p>W8: เร่งรัดปรับปรุงระบบ การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และ คุณภาพ Clinical Risk / Non-Clinical Risk ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) จัดทำ Risk Register & Risk Profile 2) SIMPILE (Focus 3P Safety) 3) หน่วยงานจัดทำ RCA / CQI / R2R 	<p>S8: วางแผนยุทธศาสตร์ พัฒนาศูนย์ชีวภิบาล แบบบูรณาการ อำเภอ กุยบุรี ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ศูนย์สุขภาพผู้สูงอายุ 2) ศูนย์ดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง 3) ศูนย์ภูมิชีวิภิบาล 4) ระบบ long term care
		<p>W9: ปรับปรุงระบบงานการ ฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยแบบ บูรณาการ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) กลุ่มผู้ป่วย IMC (Stroke / TBI / SCI / HIP Fx.) ในงาน กายภาพบำบัดและ การแพทย์แผนไทย 2) วางแผนจัดบริการ Individual Care Plan ในการดูแลผู้ป่วย NCDs แบบบูรณาการ ในงาน การแพทย์แผนไทยและ โภชนศาสตร์ 	

ปัจจัยภายนอก		ปัจจัยภายใน	
ความท้าทายที่จะ เอาชนะภาวะคุกคาม T (Threats)	ความได้เปรียบจาก โอกาส O (Opportunities)	การปรับปรุงและพัฒนา จากจุดอ่อน W (Weaknesses)	ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths)
		W10: เร่งรัดปรับปรุงและ บริหารการเปลี่ยนแปลง ในระบบบริหารการเงิน การคลังของโรงพยาบาล ดังนี้ 1) ระบบควบคุมภายใน และบริหารความเสี่ยง 2) ประสิทธิภาพในการ จัดเก็บรายได้ 3) ประสิทธิภาพในการ หารายได้เพิ่มพิเศษ 4) ประสิทธิภาพในการ บริหารรายจ่าย 5) ประสิทธิภาพในการ บริหารต้นทุน	
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
ยกระดับคุณภาพ การแพทย์องค์รวม	พัฒนาความร่วมมือกับภาคี เครือข่ายในการจัดบริการ สุขภาพระดับปฐมภูมิ มุ่งสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกใน กลุ่มโรค NCDs / SMI-V / High risk pregnancy	พัฒนาระบบบริหาร ยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และการ บริหารจัดการ มุ่งสู่การ รับรองคุณภาพโรงพยาบาล อย่างต่อเนื่อง	ปฏิรูประบบบริหารจัดการ การเงินการคลังให้มี ประสิทธิภาพ

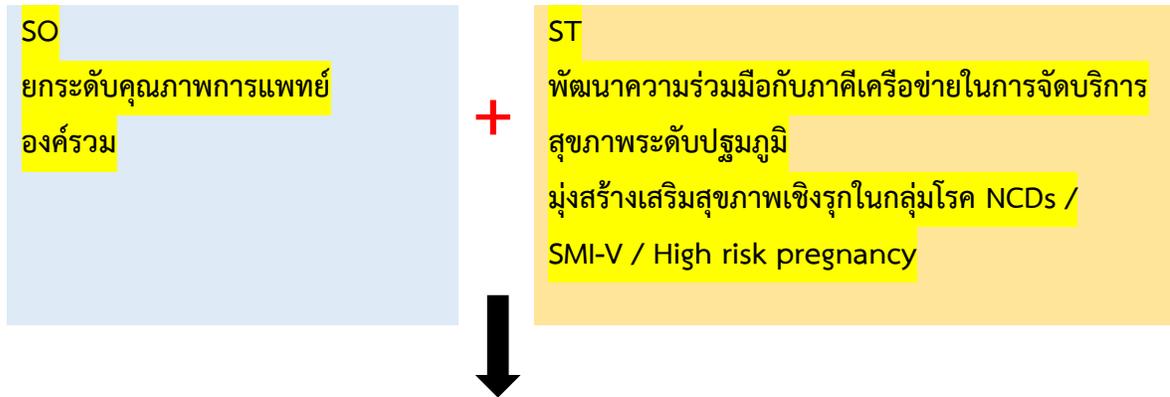
ขั้นที่ 4 นำผลที่ได้จาก TOWS Matrix มาวางแผนยุทธศาสตร์

แผนยุทธศาสตร์

โรงพยาบาลกุยบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

ระยะ 5 ปี (2568 – 2572)

วิสัยทัศน์ (Vision) การได้มาของวิสัยทัศน์คือ การนำเอา SO+ST มากำหนดเป็นวิสัยทัศน์



วิสัยทัศน์ (Vision) “โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพองค์กรร่วม ประชาชนไว้วางใจ”

คำสำคัญของวิสัยทัศน์ : (คำสำคัญ : โรงพยาบาลชุมชน คุณภาพ ดูแลสุขภาพองค์กรร่วม ประชาชนไว้วางใจ)

กำหนดคำสำคัญจากวิสัยทัศน์

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

กลุ่ม	คำสำคัญ	พันธกิจ (Missions)
กลุ่ม 1_ SO+ ST	โรงพยาบาล ชุมชน	พัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ
	คุณภาพ	พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
กลุ่ม 2_ WO+WT	ดูแลสุขภาพ องค์กรร่วม	พัฒนาระบบบริการการแพทย์องค์กรร่วมที่มีคุณภาพ
	ประชาชน ไว้วางใจ	พัฒนาระบบบริการสุขภาพด้วยหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์

สรุปค่านิยม : มุ่งสู่มาตรฐานบริการด้วยใจ กลับไปด้วยรอยยิ้ม

พันธกิจ (Missions)

คำสำคัญ	พันธกิจ (Missions)
ดูแลสุขภาพองค์กรรวม	M1 พัฒนาระบบบริการการแพทย์องค์กรรวมที่มีคุณภาพ
โรงพยาบาลชุมชน	M2 พัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ
คุณภาพ	M3 พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
ประชาชนไว้วางใจ	M4 พัฒนาระบบบริการสุขภาพด้วยหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์

ยุทธศาสตร์ (Strategies)

ยุทธศาสตร์หลัก (ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์)	SO: ยกระดับคุณภาพการแพทย์องค์กรรวม S; S5 O; O3
ยุทธศาสตร์ขยายงาน (ความท้าทาย)	ST: พัฒนาความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มุ่งสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกในกลุ่มโรค NCDs /SMI-V /High risk pregnancy S; S3 T; T1-T2
ยุทธศาสตร์การพัฒนา (ความท้าทายและโอกาส พัฒนา)	WO: พัฒนาระบบบริหารยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และการ บริหารจัดการ มุ่งสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง W; W1 - W9 O; O3 - O4
ยุทธศาสตร์ปรับปรุง องค์กร (การปรับปรุงและการ พัฒนา)	WT: ปฏิรูประบบบริหารจัดการการเงินการคลังให้มีประสิทธิภาพ W; W10 T; T1-T2

เป้าประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Purposes)

คำสำคัญ	ยุทธศาสตร์ (Strategies)	พันธกิจ (Missions)	เป้าประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Purposes)
ดูแลสุขภาพ องค์กรรวม	WO_พัฒนาระบบบริหาร ยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และการ บริหารจัดการ มุ่งสู่การ รับรองคุณภาพโรงพยาบาล อย่างต่อเนื่อง	M1_พัฒนาระบบบริการ การแพทย์องค์กรรวมที่มีคุณภาพ	<ul style="list-style-type: none"> ● โรงพยาบาลได้รับรอง คุณภาพอย่างต่อเนื่อง
โรงพยาบาล ชุมชน	SO_ยกระดับคุณภาพ การแพทย์องค์กรรวม	M2_พัฒนาระบบเครือข่าย บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและ ทุติยภูมิ	<ul style="list-style-type: none"> ● ประชาชนเข้าถึงบริการ สุขภาพใกล้บ้านใกล้ใจ
คุณภาพ	ST_พัฒนาความร่วมมือกับ ภาคีเครือข่ายในการ จัดบริการสุขภาพระดับ ปฐมภูมิ มุ่งสร้างเสริมสุขภาพ เชิงรุกในกลุ่มโรค NCDs / SMI-V / High risk pregnancy	M3_พัฒนาระบบบริการสุขภาพ ให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง	<ul style="list-style-type: none"> ● ลดอัตราป่วยรายใหม่ใน กลุ่มโรค NCDs / SMI-V / high risk pregnancy
ประชาชน ไว้วางใจ	WT_ปฏิรูประบบบริหาร จัดการการเงินการคลังให้มี ประสิทธิภาพ	M4_พัฒนาระบบบริการสุขภาพ ด้วยหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์	<ul style="list-style-type: none"> ● ผู้ใช้บริการผูกพันและ ไว้วางใจ

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 มุ่งสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ประชาชนไว้วางใจ	WT: ปฏิรูประบบบริหารจัดการการเงิน การคลังให้มีประสิทธิภาพ
Roadmap	<p>Roadmap 1: กลุ่มโรควิกฤตฉุกเฉิน</p> <p>Roadmap 2: กลุ่มโรคเรื้อรังและโรคติดต่อ</p> <p>Roadmap 3: กลุ่มโรคสูติกรรม</p> <p>Roadmap 4: กลุ่มโรคทันตกรรม</p> <p>Roadmap 5: บริการแบบผสมผสาน</p> <p>Roadmap 6: ระบบงานที่สำคัญ</p>	<p>Roadmap 7: ระบบบริการปฐมภูมิ</p> <p>Roadmap 8: สร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก</p>	<p>Roadmap 9: การนำองค์กร (HA 1)</p> <p>Roadmap 10: ระบบสนับสนุนทรัพยากรการบริหาร</p> <p>Roadmap 11: ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศดิจิทัล</p> <p>Roadmap 12: ระบบบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล</p>	

เส้นทางสู่ความสำเร็จ โรงพยาบาลกฤษบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

คำสำคัญ / พันธกิจ / ยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	Roadmap / วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์
<p>ดูแลสุขภาพองค์กรรวม</p> <p>M1: พัฒนาระบบบริการ</p> <p>การแพทย์องค์กรรวมที่มีคุณภาพ</p> <p>SO: ยกระดับคุณภาพ</p> <p>การแพทย์องค์กรรวม</p>	<p>ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการ</p> <p>ช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ</p> <p>ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต</p>	<p>Roadmap 1: กลุ่มโรควิกฤตฉุกเฉิน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. TBI 2. Multiple Injury 3. Stroke 4. STEMI 5. Sepsis <p>Roadmap 2: กลุ่มโรคเรื้อรังและโรคติดเชื้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. DM 2. HT 3. CKD 4. Cataract <p>Roadmap 3: กลุ่มโรคสูติกรรม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. High Risk Pregnancy (บูรณาการร่วมกับ R8) 2. ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด <ol style="list-style-type: none"> 2.1. Preterm 2.2. PPH 2.3. PIH 2.4. GDM <p>Roadmap 4: กลุ่มโรคทันตกรรม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ฟันน้ำนมผู้ในเด็ก 0-3 ปี 2. ฟันแท้ผู้ในเด็ก 6-12 ปี 3. ฟันคู่สบในผู้สูงอายุ

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

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

คำสำคัญ / พันธกิจ / ยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	Roadmap / วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์
<p>การบริหารจัดการ มุ่งสู่ การรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ประชาชนไว้วางใจ WT: ปฏิรูประบบบริหาร จัดการการเงินการคลังให้มี ประสิทธิภาพ</p>		<p>Roadmap 10: ระบบสนับสนุน ทรัพยากรการบริหาร</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อุตสาหกรรม 2. ยานพาหนะ 3. การเงิน 4. บัญชี 5. พัสดุ 6. ซ่อมบำรุง <p>Roadmap 11: รพ.กยศบุรีดิจิทัล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. HAIT มาตรฐาน 7 หมวด วิเคราะห์ปัญหา 2. Health cloud system 3. ศูนย์สารสนเทศสุขภาพดิจิทัล <p>Roadmap 12: ระบบบริหารการเงิน การคลังของโรงพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ระบบควบคุมภายในและ บริหารความเสี่ยง 2. ประสิทธิภาพในการจัดเก็บ รายได้ 3. ประสิทธิภาพในการหารายได้ เพิ่มพิเศษ 4. ประสิทธิภาพในการบริหาร รายจ่าย 5. ประสิทธิภาพในการบริหาร ต้นทุน

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

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพของคร่อม ประชาชนไว้วางใจ

พันธกิจที่ M1: พัฒนาระบบบริการการแพทย์คร่อมที่มีคุณภาพ

ยุทธศาสตร์ SO: ยกระดับคุณภาพการแพทย์คร่อม

Roadmap 1: กลุ่มโรควิกฤตฉุกเฉิน

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์: ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต						
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	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 - แยกตอนกลาง (สายหลัก) - แยกบ้านบน (สายหลัก) - แยกสำโหรง (สายหลัก) - แยกโรงกาแพ (สายรอง)	KPI :1 อัตราผู้บาดเจ็บ TBI เสียชีวิตน้อยกว่าร้อยละ 25 OKRs 1.1 อัตรากลุ่มเสี่ยง (วัยรุ่นและวัยทำงาน) ขับขี่ MCA ปลอดภัย (สวมหมวก / ไม่เมา) ร้อยละ 80 1.2 จุดเสี่ยงซ้ำทั้งถนนสายหลักและสายรองได้รับการแก้ไขจำนวน 4 จุด - แยกตอนกลาง (สายหลัก) - แยกบ้านบน (สายหลัก) - แยกสำโหรง (สายหลัก) - แยกโรงกาแพ (สายรอง)	อำนวยความสะดวก ทางถนน 1. ศปภ. / พชอ. ขับเคลื่อนนโยบาย 2. รณรงค์ขับขี่ปลอดภัย 3. Excellent Fast track trauma	อำนวยความสะดวก การลดอุบัติเหตุทางถนนโซนใต้จังหวัด ประจวบคีรีขันธ์	อำนวยความสะดวก ในการลดอุบัติเหตุทางถนนจังหวัด ประจวบคีรีขันธ์		

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์: ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต						
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based				
		2568	2569	2570	2571	2572
1.3 หน่วยกู้ชีพพื้นฐาน นำส่งผู้บาดเจ็บอย่างมี คุณภาพ	1.3 อัตราหน่วยกู้ชีพ พื้นฐานนำส่งผู้บาดเจ็บ อย่างมีคุณภาพ ร้อยละ 80					
1.4 ไม่พบอุบัติเหตุการ EWS TBI ล่าช้า	1.4 อุบัติการณ์ EWS TBI ล่าช้า = 0					
1.5 ไม่พบอุบัติเหตุการ EWS TBI ผิดพลาด	1.5 อุบัติการณ์ EWS TBI ผิดพลาด = 0					
1.6 ไม่พบอุบัติเหตุการ สำรองเลือดไม่เพียงพอ	1.6 อุบัติการณ์สำรอง เลือดไม่เพียงพอ = 0					
1.7 ไม่พบอุบัติเหตุการ วินิจฉัย TBI ล่าช้า	1.7 อุบัติการณ์การวินิจฉัย TBI ล่าช้า = 0					
1.8 ไม่พบอุบัติเหตุการ วินิจฉัย TBI ผิดพลาด	1.8 อุบัติการณ์การวินิจฉัย TBI ผิดพลาด = 0					
2. Multiple Injury: ลดอัตราการเสียชีวิต	KPI :2 อัตราผู้บาดเจ็บ Multiple injury เสียชีวิตร้อยละ 0 OKRs					
2.1 กลุ่มเสี่ยง (วัยรุ่นและ วัยทำงาน) ขับขี่ ปลอดภัย (สวมหมวก / ไม่เมา) เพิ่มขึ้น	2.1 อัตรากลุ่มเสี่ยง (วัยรุ่น และวัยทำงาน) ขับขี่ ปลอดภัย (สวมหมวก / ไม่เมา) ร้อยละ 80					
2.2 จุดเสี่ยงซ้ำทั้งถนน สายหลักและสายรอง ได้รับการแก้ไขจำนวน 4 จุด	2.2 จุดเสี่ยงซ้ำทั้งถนนสาย หลักและสายรองได้รับการ แก้ไขจำนวน 4 จุด					
- แยกตอนกลาง (สายหลัก)	- แยกตอนกลาง (สายหลัก)					

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์: ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต						
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based				
		2568	2569	2570	2571	2572
<ul style="list-style-type: none"> - แยกบ้านบน (สายหลัก) - แยกสำโหรง (สายหลัก) - แยกโรงกาแพ (สายรอง) <p>2.3 หน่วยกู้ชีพพื้นฐาน นำส่งผู้บาดเจ็บอย่างมี คุณภาพ</p> <p>2.4 ไม่พบอุบัติการณ์ EWS Multiple Injury ล่าช้า</p> <p>2.5 ไม่พบอุบัติการณ์ EWS Multiple Injury ผิดพลาด</p> <p>2.6 ไม่พบอุบัติการณ์ สำรองเลือดไม่เพียงพอ</p> <p>2.7 ไม่พบอุบัติการณ์การ วินิจฉัย Multiple Injury ล่าช้า</p> <p>2.8 ไม่พบอุบัติการณ์การ วินิจฉัย Multiple Injury ผิดพลาด</p>	<ul style="list-style-type: none"> - แยกบ้านบน (สายหลัก) - แยกสำโหรง (สายหลัก) - แยกโรงกาแพ (สายรอง) <p>2.3 อัตราหน่วยกู้ชีพ พื้นฐานนำส่งผู้บาดเจ็บ อย่างมีคุณภาพร้อยละ 80</p> <p>2.4 อุบัติการณ์ EWS Multiple Injury ล่าช้า = 0</p> <p>2.5 อุบัติการณ์ EWS Multiple Injury ผิดพลาด = 0</p> <p>2.6 อุบัติการณ์สำรอง เลือดไม่เพียงพอ = 0</p> <p>2.7 อุบัติการณ์การวินิจฉัย Multiple Injury ล่าช้า = 0</p> <p>2.8 อุบัติการณ์การวินิจฉัย Multiple Injury ผิดพลาด = 0</p>					
3. Stroke: ลดอัตราการ เสียชีวิต	KPI :3 อัตราผู้ป่วย Stroke เสียชีวิตน้อยกว่า ร้อยละ 5 (7%) OKRs	Excellent Stroke Fast track 1. Pre-hospital 2. ER (CT scan)	Stroke Unit 4 เตียง	Excellent Stroke management โซนใต้ จังหวัด ประจวบคีรีขันธ์		

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์: ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต						
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based				
		2568	2569	2570	2571	2572
3.1 กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย Stroke เข้าถึงบริการทางการแพทย์ ตั้งแต่เริ่มมีอาการภายในเวลา 3 ชั่วโมงเพิ่มขึ้น 3.2 ไม่พบอุบัติการณ์ EWS Stroke ล่าช้า 3.3 ไม่พบอุบัติการณ์ EWS Stroke ผิดพลาด 3.4 ไม่พบอุบัติการณ์ วินิจฉัย Stroke ล่าช้า	3.1 อัตรากลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย Stroke เข้าถึงบริการทางการแพทย์ ตั้งแต่เริ่มมีอาการภายในเวลา 3 ชั่วโมงร้อยละ 50 ($\geq 50\%$) 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 ไม่พบอุบัติการณ์ การทำ EKG ล่าช้า เกิน 10 นาที	KPI :4 อัตราผู้ป่วย STEMI เสียชีวิตน้อยกว่า ร้อยละ 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 โชนใต้ จังหวัด ประจวบคีรีขันธ์		

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์: ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต						
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based				
		2568	2569	2570	2571	2572
4.5 ไม่พบอุบัติการณ์การ วินิจฉัย STEMI ล่าช้า	4.5 อุตการณ์การวินิจฉัย STEMI ล่าช้า = 0					
4.6 ไม่พบอุบัติการณ์การ วินิจฉัย STEMI ผิดพลาด	4.6 อุตการณ์การวินิจฉัย STEMI ผิดพลาด = 0					
5. Sepsis: ลดอัตราการ เสียชีวิต	KPI :5 อัตราผู้ป่วย sepsis เสียชีวิตน้อยกว่า ร้อยละ 5 (< 26%) OKRs					
5.1 กลุ่มเสี่ยงและผู้ดูแล Sepsis (ผู้สูงอายุ / ผู้ป่วยติดเตียง /DM poor control / ฯลฯ) ได้รับทักษะ SIRS / SOS score ทุกราย	5.1 อัตราในกลุ่มเสี่ยงและ ผู้ดูแล Sepsis (ผู้สูงอายุ / ผู้ป่วยติดเตียง / DM poor control / ฯลฯ) ได้รับทักษะ SIRS / SOS score ร้อยละ100	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 จังหวัด ประจวบคีรีขันธ์		
5.2 ไม่พบอุบัติการณ์ EWS Sepsis ล่าช้า ใน OPD ER	5.2 อุตการณ์ EWS Sepsis ล่าช้าใน OPD / ER = 0					
5.3 ไม่พบอุบัติการณ์ EWS Sepsis ผิดพลาด ใน OPD / ER	5.3 อุตการณ์ EWS Sepsis ผิดพลาด ใน OPD / ER = 0					
5.4 ไม่พบอุบัติการณ์ EWS Sepsis ช้าล่าช้า ใน IPD	5.4 อุตการณ์ EWS Sepsis ช้าล่าช้าใน IPD = 0					
5.5 ไม่พบอุบัติการณ์ วินิจฉัย Sepsis ล่าช้า	5.5 อุตการณ์วินิจฉัย Sepsis ล่าช้า = 0					
5.6 ไม่พบอุบัติการณ์ วินิจฉัย Sepsis ผิดพลาด	5.6 อุตการณ์วินิจฉัย Sepsis ผิดพลาด = 0					

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพของคร่อม ประชาชนไว้วางใจ

พันธกิจที่ M1: พัฒนาระบบบริการการแพทย์ของคร่อมที่มีคุณภาพ

ยุทธศาสตร์ □SO: ยกระดับคุณภาพการแพทย์ของคร่อม

Roadmap 2: กลุ่มโรคเรื้อรังและโรคติดเชื้อ

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์: ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต						
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based				
		2568	2569	2570	2571	2572
<p>1. DM: ลดอัตราเกิดภาวะ แทรกซ้อนในผู้ป่วย เบาหวาน (DKA / hypoglycemia / DR / CKD / DM foot / STROKE /STEMI)</p> <p>1.1 ผู้ป่วยเบาหวาน ควบคุมระดับน้ำตาล HbA1c <7 % เพิ่มขึ้น</p> <p>1.1.1 ผู้ป่วย DM ที่ ควบคุมระดับน้ำตาลได้ ไม่ดี ได้รับการติดตาม เข้ารับการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพแบบ เข้มข้น (Life style modification) เพิ่มขึ้น</p> <p>1.2 ลดอัตราผู้ป่วย DM เป็น DKA</p>	<p>KPI :1 อัตราผู้ป่วย โรคเบาหวานเกิด ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย เบาหวาน (DKA /hypoglycemia /DR /CKD / DM foot / STROKE / STEMI)</p> <p>ลดลงร้อยละ 2</p> <p>OKRs</p> <p>1.1 อัตราผู้ป่วยเบาหวาน ควบคุมระดับน้ำตาล HbA1c <7 % เพิ่มขึ้น ร้อยละ40</p> <p>1.1.1 อัตราผู้ป่วย DM ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ ไม่ดี ได้รับการติดตาม เข้ารับการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพแบบ เข้มข้น (Life style modification) ร้อยละ 2</p> <p>1.2 อัตราผู้ป่วย DM เป็น DKA ลดลง ร้อยละ 2</p>	<p>Excellent NCDs CUP Clinic (DM / HT /CKD) 1. Life style modification Program 2. telemedicine 3. Remission Clinic (DM / HT)</p>	<p>Excellent NCDs CUP Clinic management (DM / HT / CKD) โซนใต้ จังหวัด ประจวบคีรีขันธ์</p>	<p>Excellent NCDs CUP Clinic management (DM / HT / CKD) จังหวัด ประจวบคีรีขันธ์</p>		

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์: ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต						
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based				
		2568	2569	2570	2571	2572
1.2.1 ผู้ป่วย DM ที่ ขาดยาได้รับการรักษา อย่างต่อเนื่องทุกราย	1.2.1 อัตราผู้ป่วย DM ที่ขาดยาได้รับการรักษา อย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 100					
1.2.2 ผู้ป่วย DM ที่มี ภาวะติดเชื้อรุนแรง/ ติดเชื้อราเรื้อรัง / ฯลฯ ได้รับการ การติดตามรักษาอย่าง ต่อเนื่องทุกราย	1.2.2 อัตราผู้ป่วย DM ที่มีภาวะติดเชื้อรุนแรง / ติดเชื้อราเรื้อรัง / ฯลฯ ได้รับการ การติดตามรักษาอย่าง ต่อเนื่อง ร้อยละ 100					
1.3 ลดอัตราผู้ป่วย DM มี ภาวะ Hypoglycemia coma	1.3 อัตราผู้ป่วย DM ที่มี ภาวะ Hypoglycemia coma ลดลงร้อยละ 2					
1.3.1 ผู้ป่วย DM ที่ฉีด ยาอินซูลิน ได้รับการ ติดตามบริหารยาทุกราย	1.3.1 อัตราผู้ป่วย DM ที่ฉีดยาอินซูลิน ได้รับการ ติดตามบริหารยา ร้อยละ 100					
1.3.2 ผู้ป่วย DM ที่ นอนรักษาใน รพ. ได้รับ การติดตามบริหารยา ทุกราย	1.3.2 อัตราผู้ป่วย DM ที่นอนรักษาใน รพ. ได้รับ การติดตามบริหารยา ร้อยละ 100					
1.4 ลดอัตราผู้ป่วย DM เป็น DR	1.4 อัตราผู้ป่วย DM เป็น DR ลดลง ร้อยละ 60					
1.4.1 ผู้ป่วย DM ได้รับ การคัดกรอง DR เพิ่มขึ้น	1.4.1 อัตราผู้ป่วย DM ที่ได้รับการคัดกรอง DR ร้อยละ 2					
1.4.2 ผู้ป่วย DM ที่มี ภาวะแทรกซ้อน ระดับ mild และ moderate ได้รับการติดตามเข้ารับ	1.4.2 อัตราผู้ป่วย DM ที่มีภาวะแทรกซ้อน ระดับ mild และ moderate ได้รับการ					

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์: ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต						
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based				
		2568	2569	2570	2571	2572
<p>การรักษาอย่างต่อเนื่อง ทุกราย</p> <p>1.4.3 ผู้ป่วย DM ที่มี ภาวะแทรกซ้อนระดับ severe ได้รับการส่งต่อ พบจักษุแพทย์ทุกราย</p> <p>1.5 ลดอัตราผู้ป่วย DM เป็น DM foot</p> <p>1.5.1 ผู้ป่วย DM ได้รับการคัดกรอง DM foot เพิ่มขึ้น</p> <p>1.5.2 ผู้ป่วย DM ที่มี ภาวะแทรกซ้อน ทางตา ไต และเท้า ได้รับการ ติดตามเข้ารับการรักษา ต่อเนื่องทุกราย</p> <p>1.5.3 ผู้ป่วย DM ที่ เป็นแผลที่เท้าได้รับการ ส่งต่อรักษากับศัลยแพทย์ ทุกราย</p> <p>1.6 ลดอัตราผู้ป่วย DM เป็น CKD</p> <p>1.6.1 ผู้ป่วย DM ได้รับการคัดกรอง ภาวะแทรกซ้อนทางไต เพิ่มมากขึ้น</p>	<p>ติดตามเข้ารับการรักษ ร้อยละ 100</p> <p>1.4.3 อัตราผู้ป่วย DM ที่มีภาวะแทรกซ้อนระดับ severe ได้รับการส่งต่อ พบจักษุแพทย์ ร้อยละ 100</p> <p>1.5 อัตราผู้ป่วย DM เป็น DM foot ร้อยละ 2</p> <p>1.5.1 อัตราผู้ป่วย DM ได้รับการคัดกรอง DM foot ร้อยละ 60</p> <p>1.5.2 อัตราผู้ป่วย DM ที่มีภาวะแทรกซ้อนทาง ตา ไต และเท้า ได้รับการ ติดตามเข้ารับการรักษ ร้อยละ 100</p> <p>1.5.3 อัตราผู้ป่วย DM ที่เป็นแผลที่เท้าได้รับการ ส่งต่อรักษากับศัลยแพทย์ ร้อยละ100</p> <p>1.6 อัตราผู้ป่วย DM เป็น CKD ลดลง ร้อยละ 2</p> <p>1.6.1 อัตราผู้ป่วย DM ได้รับการคัดกรอง ภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 60</p>					

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์: ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต						
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based				
		2568	2569	2570	2571	2572
1.6.2 ผู้ป่วย DM ที่ ตรวจพบภาวะไตเรื้อรัง ได้รับการติดตาม ได้รับการตรวจซ้ำทุก 3 เดือน ทุกราย	1.6.2 อัตราผู้ป่วย DM ที่ตรวจพบภาวะไตเรื้อรัง ได้รับการติดตาม ได้รับการตรวจซ้ำทุก 3 เดือน ร้อยละ 100					
1.6.3 ผู้ป่วย DM ที่ เป็น CKD Stage 3b ได้รับการส่งต่อ อายุรแพทย์ทุกราย	1.6.3 อัตราผู้ป่วย DM ที่เป็น CKD Stage 3b ได้รับการส่งต่อ อายุรแพทย์ ร้อยละ 100					
1.7 ลดอัตราผู้ป่วย DM เป็น STROKE / STEMI	1.7 อัตราผู้ป่วย DM เป็น STROKE/ STEMI ลดลง ร้อยละ 2					
1.7.1 ผู้ป่วย DM ใน คลินิก NCDs ที่ควบคุม โรคได้ดี ได้รับการคัด กรอง CVD risk ทุกราย	1.7.1 อัตราผู้ป่วย DM ในคลินิก NCDs ที่ควบคุม โรคได้ดี ได้รับการคัด กรอง CVD risk ร้อยละ 100					
1.7.2 ผู้ป่วย DM ที่มี CVD risk > 20 % ได้รับ การติดตาม เข้ารับการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพและมี CVD risk ลดลง มีจำนวนเพิ่มขึ้น	1.7.2 อัตราผู้ป่วย DM ที่มี CVD risk > 20% ได้ รับการติดตามเข้ารับการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพและมี CVD risk ลดลง ร้อยละ 50					
1.7.3 ผู้ป่วย DM ที่ ควบคุมโรคไม่ดี ได้รับการ ติดตาม เข้ารับการคัด กรอง CVD risk ทุกราย	1.7.3 อัตราผู้ป่วย DM ที่ควบคุมโรคไม่ดี ได้รับ การติดตาม เข้ารับการคัด กรอง CVD risk ร้อยละ 100					

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์: ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต						
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	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)	KPI :2 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (Stroke / STEMI / CKD)ลดลง ร้อยละ 2 OKRs					
2.1 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับ BP < 140/90 mmHg. (ควบคุมโรคได้ดีขึ้น) เพิ่มขึ้น 2.1.1 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีระดับ BP > 140/90 mmHg. (ที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี) ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทุกราย 2.1.2 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรค	2.1 อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับ 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 ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต						
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based				
		2568	2569	2570	2571	2572
<p>ได้ไม่ดี ที่ปฏิเสธการรักษา ได้รับการติดตามเข้ารับการรักษาทุกราย</p> <p>2.2 ลดอัตราผู้ป่วย HT เป็น CKD</p> <p>2.2.1 อัตราผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจคัดกรอง ภาวะแทรกซ้อนทางไต เพิ่มขึ้น</p> <p>2.2.2 ผู้ป่วย HT ที่เป็น CKD Stage 3b ได้รับการส่งต่ออายุรแพทย์ ทุกราย</p> <p>2.3 ลดอัตราผู้ป่วย HT เป็น STROKE/ STEMI</p> <p>2.3.1 ผู้ป่วย HT ในคลินิก NCDs ที่ควบคุมโรคได้ดี ได้รับการคัดกรอง CVD risk ทุกราย</p> <p>2.3.2 ผู้ป่วย HT ที่มี CVD risk > 20% ได้รับการติดตาม เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม</p>	<p>ที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี ที่ปฏิเสธการรักษา ได้รับการติดตามเข้ารับการรักษา ร้อยละ 100</p> <p>2.2 อัตราผู้ป่วย HT เป็น CKD ลดลง ร้อยละ 2</p> <p>2.2.1 อัตราผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจคัดกรอง ภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 100</p> <p>2.2.2 อัตราผู้ป่วย HT ที่เป็น CKD Stage 3b ได้รับการส่งต่อ อายุรแพทย์ ร้อยละ 100</p> <p>2.3 อัตราผู้ป่วย HT เป็น STROKE / STEMI ลดลง ร้อยละ 2</p> <p>2.3.1 อัตราผู้ป่วย HT ในคลินิก NCDs ที่ควบคุมโรคได้ดี ได้รับการคัดกรอง CVD risk ร้อยละ 100</p> <p>2.3.2 อัตราผู้ป่วย HT ที่มี CVD risk > 20% ได้รับการติดตาม เข้ารับการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ</p>					

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์: ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต						
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based				
		2568	2569	2570	2571	2572
<p>สุขภาพและมี CVD risk ลดลง มีจำนวนเพิ่มขึ้น</p> <p>2.3.3 ผู้ป่วย HT ที่ควบคุมโรคไม่ดี ได้รับการติดตาม เข้ารับการคัดกรอง CVD risk ทุกราย</p> <p>2.3.4 ผู้ป่วย HT ที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี ที่ได้รับการคัดกรอง CVD risk และมี CVD risk > 20% ได้รับการติดตาม เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและมี CVD risk ลดลง มีจำนวนเพิ่มขึ้น</p>	<p>และมี CVD risk ลดลง ร้อยละ 50</p> <p>2.3.3 อัตราผู้ป่วย HT ที่ควบคุมโรคไม่ดี ได้รับการติดตาม เข้ารับการคัดกรอง CVD risk ร้อยละ 100</p> <p>2.3.4 อัตราผู้ป่วย HT ที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี ที่ได้รับการคัดกรอง CVD risk และมี CVD risk > 20% ได้รับการติดตาม เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและมี CVD risk ลดลง ร้อยละ 50</p>					
<p>3. CKD: ลดอัตราการเกิด ESRD รายใหม่</p> <p>3.1 ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลง eGFR < 5ml/min/1.73m²/yr. ได้เพิ่มขึ้น</p> <p>3.2 ผู้ป่วย CKD stage 1-4 ได้รับยา ACE I/ ARB เพิ่มขึ้น</p>	<p>KPI :3 อัตราการเกิด ESRD รายใหม่ ลดลง ร้อยละ 10</p> <p>OKRs</p> <p>3.1 อัตราผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลง eGFR < 5ml/min/1.73m²/yr. ร้อยละ 66</p> <p>3.2 อัตราผู้ป่วย CKD stage 1-4 ได้รับยา ACEI / ARB ร้อยละ 60</p>					

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์: ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต						
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based				
		2568	2569	2570	2571	2572
4. Cataract: ลดภาวะพิการ ตาบอดใน ผู้สูงอายุ	KPI :4 อัตราผู้ป่วย สูงอายุ Cataract เกิดภาวะพิการตาบอด ลดลง ร้อยละ 5 OKRs					
4.1 ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจคัดกรอง Cataract ทุกราย	4.1 อัตราผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไปได้รับการตรวจ คัดกรอง Cataract ร้อยละ100	Excellent Cataract CUP Clinic	Excellent Cataract CUP Clinic โชนใต้ จังหวัด ประจวบคีรีขันธ์	Excellent Cataract CUP Clinic จังหวัด ประจวบคีรีขันธ์		
4.2 ผู้สูงอายุโรคตาต่อ กระจกชนิดเลือนราง (Sever Low Vision) ได้รับการส่งต่อพบ จักษุแพทย์ทุกราย	4.2 อัตราผู้สูงอายุโรคตา ต่อกระจกชนิดเลือนราง (Sever Low Vision) ได้รับการส่งต่อพบ จักษุแพทย์ ร้อยละ 100					
4.3 ผู้ป่วยโรคตาต่อ กระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัด ภายใน 30 วันทุกราย	4.3 อัตราผู้ป่วยโรคตาต่อ กระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัด ภายใน 30 วัน ร้อยละ 100					
4.4 ผู้ป่วยโรคตาต่อ กระจกที่ปฏิเสธการรักษา ได้รับการติดตามเข้ารับ การรักษาต่อเนื่องทุกราย	4.4 อัตราผู้ป่วยโรคตาต่อ กระจกที่ปฏิเสธการรักษา ได้รับการติดตามเข้ารับ การรักษา ร้อยละ 100					

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพของคร่อม ประชาชนไว้วางใจ

พันธกิจที่ M1: พัฒนาระบบบริการการแพทย์ของคร่อมที่มีคุณภาพ

ยุทธศาสตร์ SO: ยกระดับคุณภาพการแพทย์ของคร่อม

Roadmap 3: กลุ่มโรคสูติกรรม

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต						
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	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 หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงได้เข้ารับการรักษาที่สูติแพทย์ทุกราย 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 หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูงได้เข้ารับการรักษาที่สูติแพทย์ 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 จังหวัด ประจวบคีรีขันธ์	Excellent สูติกรรมคุณภาพ CUP Clinic จังหวัด ประจวบคีรีขันธ์		

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต						
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based				
		2568	2569	2570	2571	2572
1.5 ไม่พบอุบัติเหตุ วินิจฉัย (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 ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต						
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based				
		2568	2569	2570	2571	2572
<p>1. พัฒน่านามฟันในเด็ก</p> <p>0-3 ปี: ลดอัตราการเกิด ฟันน้ำนมผุ</p> <p>1.1 เด็กอายุ 0-3 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก เพิ่มขึ้น</p> <p>1.2 ผู้ปกครองเด็กอายุ 0-3 ปีได้รับการฝึกแปรง ฟันแบบปฏิบัติและ plaque control เพิ่มขึ้น</p>	<p>KPI :1 อัตราเด็ก 0-3 ปี ปราศจากฟันผุ (Caries Free) ลดลง ร้อยละ 75</p> <p>OKRs</p> <p>1.1 เด็กอายุ 0-3 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 70</p> <p>1.2 ผู้ปกครองเด็กอายุ 0-3 ปีได้รับการฝึก แปรงฟันแบบปฏิบัติและ plaque control ร้อยละ 70</p>	<p>WBC ต้นแบบด้าน การส่งเสริม สุขภาพช่องปาก</p>	<p>ต้นแบบ ด้านการส่งเสริม สุขภาพช่องปาก เด็ก WBC</p>			

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต						
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based				
		2568	2569	2570	2571	2572
1.3 เด็กอายุ 0-3 ปีได้รับการเคลือบทาฟลูออไรด์เฉพาะที่เพิ่มขึ้น	1.3 เด็กอายุ 0-3 ปีได้รับการเคลือบทาฟลูออไรด์เฉพาะที่ ร้อยละ 50					
2. ฟันแท้ในเด็ก 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 ปีได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 70 2.2 เด็กอายุ 6-12 ปีได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันแท้ ร้อยละ 30	โรงเรียน ประถมศึกษา ต้นแบบด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก	ตำบลต้นแบบด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียน			
3. ฟันคู่สบในผู้สูงอายุ : เพิ่มจำนวนฟันหลังที่ใช้งานได้มากกว่า 4 คู่สบ 3.1 ผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้น 3.2 ผู้สูงอายุได้รับการใส่ฟันเทียม มากกว่า 16 ซี่หรือฟันเทียมทั้งปากเพิ่มขึ้น	KPI :3 อัตราผู้สูงอายุที่มีฟันหลัง (แท้หรือเทียม) ใช้งานเหมาะสม (ไม่น้อยกว่า 4 คู่สบ) เพิ่มขึ้น ร้อยละ 64 OKRs 3.1 ผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 75 3.2 ผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่ฟันเทียม มากกว่า 16 ซี่หรือฟันเทียมทั้งปาก ร้อยละ 100 (ของเป้าหมาย)	คลินิกฟันเทียมในรพ.สต.	อำเภอต้นแบบการทำฟันเทียมผู้สูงอายุโซนใต้จังหวัดประจวบคีรีขันธ์			อำเภอต้นแบบด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต						
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based				
		2568	2569	2570	2571	2572
4. ้วยทำงานเข้าถึง บริการทันตกรรม: เพิ่ม การเข้าถึงการรับบริการ ทันตกรรม	KPI :4 อัตราการเข้าถึง บริการทันตกรรมของวัย ทำงาน เพิ่มขึ้น ร้อยละ 25	หน่วยทันตกรรม เคลื่อนที่ ใน รพ.สต.		หน่วยทันตกรรม เคลื่อนที่ในสถาน ประกอบการ		
5. ทันตกรรมเฉพาะทาง: เพิ่มอัตราการเข้าถึง ทันตกรรมเฉพาะทาง 5.1 รากฟันเทียม 5.2 รักษารากฟัน 5.3 ฟันปลอม 5.4 รักษาฟันเด็ก 5.5 ศัลยกรรมช่องปาก	KPI :5 อัตราการ ให้บริการทันตกรรม เฉพาะทาง 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. ศัลยกรรม ช่องปาก	ศูนย์ทันตกรรม เฉพาะทาง อำเภอกุยบุรี		

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพของคร่อม ประชาชนไว้วางใจ

พันธกิจที่ M1: พัฒนาระบบบริการการแพทย์คร่อมที่มีคุณภาพ

ยุทธศาสตร์ □SO: ยกระดับคุณภาพการแพทย์คร่อม

Roadmap 5: บริการแบบผสมผสาน

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต						
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based				
		2568	2569	2570	2571	2572
<p>1. กายภาพบำบัด: ผู้ป่วย IMC 4 กลุ่มโรค (Stroke ,TBI, SCI, Hip Fracture) ที่ได้รับการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด มีค่า BI ดีขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับ เพิ่มขึ้น</p> <p>1.1 ผู้ป่วย Stroke ได้รับการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดมีค่า BI ดีขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับ เพิ่มขึ้น</p> <p>1.2 ผู้ป่วย TBI ได้รับการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดมีค่า BI ดีขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับ เพิ่มขึ้น</p> <p>1.3 ผู้ป่วย SCIได้รับการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดมีค่า BI ดีขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับ เพิ่มขึ้น</p> <p>1.4 ผู้ป่วย Hip Fracture ได้รับการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดมีค่า BI</p>	<p>KPI :1 ผู้ป่วย IMC 4 กลุ่มโรค (Stroke, TBI, SCI, Hip Fracture) ที่ได้รับการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดมีค่า BI ดีขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับ ร้อยละ 80</p> <p>OKRs</p> <p>1.1 ผู้ป่วย Stroke ได้รับการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดมีค่า BI ดีขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับ ร้อยละ 80</p> <p>1.2 ผู้ป่วย TBI ได้รับการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดมีค่า BI ดีขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับ ร้อยละ 80</p> <p>1.3 ผู้ป่วย SCI ได้รับการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดมีค่า BI ดีขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับ ร้อยละ 80</p> <p>1.4 ผู้ป่วย Hip Fracture ได้รับการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดมีค่า BI</p>	<p>คลินิก กายภาพบำบัด</p>	<p>ศูนย์บริการแบบผสมผสาน โซนใต้ จังหวัด ประจวบคีรีขันธ์</p> <p>1. กายภาพบำบัด 2. แพทย์แผนไทย 3. โภชนศาสตร์</p>	<p>ศูนย์บริการแบบผสมผสาน จังหวัด ประจวบคีรีขันธ์</p> <p>1. กายภาพบำบัด 2. แพทย์แผนไทย 3. โภชนศาสตร์</p>		

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต						
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based				
		2568	2569	2570	2571	2572
ดีขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับ เพิ่มขึ้น	ดีขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับ ร้อยละ 80					
<p>2. แพทย์แผนไทย: ผู้ป่วย NCDs ที่มีข้อบ่งชี้ ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์ การแพทย์แผนไทย เพิ่มขึ้น</p> <p>2.1 ผู้ป่วยโรค Stroke ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์ การแพทย์แผนไทย เพิ่มขึ้น</p> <p>2.2 ผู้ป่วยโรค DM ที่มี HbA1c <7% ได้รับการ ดูแลด้วยศาสตร์ การแพทย์แผนไทย เพิ่มขึ้น</p> <p>2.3 ผู้ป่วยโรค HT ที่มี ความดันโลหิต >140/90 mmHg. ได้รับการดูแล ด้วยศาสตร์การแพทย์ แผนไทยเพิ่มขึ้น</p> <p>2.4 ผู้ป่วย CKD Stage 3b ได้รับการดูแลด้วย ศาสตร์การแพทย์แผน ไทยเพิ่มขึ้น</p>	<p>KPI :2 อัตราผู้ป่วย NCDs ที่มีข้อบ่งชี้ได้รับ การดูแลด้วยศาสตร์ การแพทย์แผนไทย เพิ่มขึ้น ร้อยละ 60</p> <p>OKRs</p> <p>2.1 อัตราผู้ป่วยโรค Stroke ได้รับการดูแล ด้วยศาสตร์การแพทย์ แผนไทยเพิ่มขึ้น ร้อยละ 60</p> <p>2.2 อัตราผู้ป่วยโรค DM ที่มี HbA1c <7% ได้รับ การดูแลด้วยศาสตร์ การแพทย์แผนไทย เพิ่มขึ้นร้อยละ 60</p> <p>2.3 อัตราผู้ป่วยโรค HT ที่มีความดันโลหิต > 140/90 mmHg. ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์ การแพทย์แผนไทย เพิ่มขึ้นร้อยละ 60</p> <p>2.4 อัตราผู้ป่วย CKD Stage 3b ได้รับการดูแล ด้วยศาสตร์การแพทย์</p>			คลินิก แพทย์แผนไทย		

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต						
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based				
		2568	2569	2570	2571	2572
2.5 ผู้ป่วย CVD risk > 20% ได้รับการดูแลด้วย ศาสตร์การแพทย์แผน ไทยเพิ่มขึ้น	แผนไทยเพิ่มขึ้น ร้อยละ 60 2.5 อัตราผู้ป่วย CVD risk > 20% ได้รับการ ดูแลด้วยศาสตร์ การแพทย์แผนไทย เพิ่มขึ้นร้อยละ 60					
3. โภชนศาสตร์: ผู้ป่วยNCDs (DM / HT / CKD / CVD risk)และ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ เสี่ยงสูง(BMI<18/>25, Hct<33%,PIH /GDM) มี ผลลัพธ์จากการดูแลด้วย individual nutrition care plan เพิ่มขึ้น 3.1 ผู้ป่วย DM ที่มี HbA1C > 7% มีผลลัพธ์ จากการดูแลด้วย individual nutrition care plan เพิ่มขึ้น 3.2 ผู้ป่วยHT ที่มีระดับ BP > 140/90 mmHg. มี ผลลัพธ์จากการดูแลด้วย individual nutrition care plan เพิ่มขึ้น	KPI :3 อัตราผู้ป่วย NCDs (DM / HT / CKD /CVD risk) และ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ เสี่ยงสูง (BMI<18/> 25, Hct<33%, PIH / GDM) มีผลลัพธ์จากการ ดูแลด้วยindividual nutrition care plan ร้อยละ 60 OKRs 3.1 ผู้ป่วย DM ที่มี HbA1C > 7% มีผลลัพธ์ จากการดูแลด้วย individual nutrition care plan ร้อยละ 60 3.2 ผู้ป่วย HT ที่มีระดับ BP > 140/90 mmHg. มี ผลลัพธ์จากการดูแลด้วย individual nutrition care plan ร้อยละ 60		คลินิก โภชนศาสตร์			

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต						
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based				
		2568	2569	2570	2571	2572
3.3 ผู้ป่วย CKD stage 3b ขึ้นไป มีผลลัพธ์จาก การดูแลด้วย individual nutrition care plan เพิ่มขึ้น	3.3 ผู้ป่วย CKD stage 3b ขึ้นไป มีผลลัพธ์จาก การดูแลด้วย individual nutrition care plan ร้อยละ 60					
3.4 ผู้ป่วย CVD risk > 20% ขึ้นไป มีผลลัพธ์จาก การดูแลด้วย individual nutrition care plan เพิ่มขึ้น	3.4 ผู้ป่วย CVD risk > 20% ขึ้นไป มีผลลัพธ์จาก การดูแลด้วย individual nutrition care plan ร้อยละ 60					
3.5 หญิงตั้งครรภ์ที่มี เสี่ยงสูง (BMI <18/>25, Hct <33%, PIH/GDM) มี ผลลัพธ์จากการดูแลด้วย individual nutrition care plan เพิ่มขึ้น	3.5 หญิงตั้งครรภ์ที่มี ภาวะเสี่ยงสูง (BMI <18/>25, Hct <33%, PIH/GDM) มี ผลลัพธ์จากการดูแลด้วย individual nutrition care plan ร้อยละ 60					

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพของคร่อม ประชาชนไว้วางใจ

พันธกิจที่ M1: พัฒนาระบบบริการการแพทย์ของคร่อมที่มีคุณภาพ

ยุทธศาสตร์ □SO: ยกระดับคุณภาพการแพทย์ของคร่อม

Roadmap 6: ระบบงานที่สำคัญ

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต						
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based				
		2568	2569	2570	2571	2572
<p>1. RSQ: ไม่พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป</p> <p>1.1 อัตราความสมบูรณ์ของ risk register & risk profile โรคยุทธศาสตร์ และโรคที่สำคัญเพิ่มขึ้น</p> <p>1.2 ไม่พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระดับ D ขึ้นไป</p> <p>1.2.1 S: ไม่พบอุบัติการณ์เหตุการณ์ผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง และผิดเหตุการณ์</p> <p>1.2.2 I: ไม่พบอุบัติการณ์บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน</p> <p>1.2.3 M: อัตราอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา (Opd / lpd) ลดลง</p>	<p>KPI :1 อุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป = 0</p> <p>OKRs</p> <p>1.1 อัตราความสมบูรณ์ของ risk register & risk profile โรคยุทธศาสตร์ และโรคที่สำคัญเพิ่มขึ้น ร้อยละ 80</p> <p>1.2 อุบัติการณ์ความเสี่ยงในระดับ D ขึ้นไป = 0</p> <p>1.2.1 อุบัติการณ์เหตุการณ์ผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง และผิดเหตุการณ์ = 0</p> <p>1.2.2 อุบัติการณ์บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน = 0</p> <p>1.2.3 อัตราอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา (Opd / lpd) ลดลง ร้อยละ 20 /</p>	<p>RSQ Management</p> <p>1. risk register & risk profile</p> <p>2. SIMPLE (9 มาตรฐาน)</p> <p>3. RCA / CQI (ระดับ E ขึ้นไป)</p> <p>4. มหกรรม</p> <p>12 กิจกรรมทุกหน่วยงาน</p> <p>5. มหกรรม 3P Safety ทุกหน่วยงาน</p>	<p>มหกรรม</p> <p>วัฒนธรรมความปลอดภัยทั่วทั้งองค์กร</p>	<p>มหกรรม</p> <p>วัฒนธรรมความปลอดภัยทั่วทั้งองค์กร</p>		

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต						
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based				
		2568	2569	2570	2571	2572
/ การให้เลือดผิดคน, ผิดหมู่ลดลง 1.2.4 P: ไม่พบ อุบัติการณ์ระบุตัวผู้ป่วย ผิดพลาด/ผู้ป่วยพลัดตก หกล้ม 1.2.5 L: ไม่พบ อุบัติการณ์tube เลื่อน หลุดขณะนำส่ง refer 1.2.6 E: ไม่พบ อุบัติการณ์ความไม่พร้อม ของทีม RRT 1.3 อัตราอุบัติการณ์ ความเสี่ยงได้รับการจัดทำ RCA / CQI / R2R ทุกอุบัติการณ์	อัตราการให้เลือดผิดคน, ผิดหมู่ เท่ากับ 0 1.2.4 อุบัติการณ์ระบุ ตัวผู้ป่วยผิดพลาด /ผู้ป่วย พลัดตกหกล้ม = 0 1.2.5 อุบัติการณ์ tube เลื่อนหลุด ขณะนำส่ง refer = 0 1.2.6 อุบัติการณ์ ความไม่พร้อมของทีม RRT = 0 1.3 อัตราอุบัติการณ์ ความเสี่ยงได้รับการจัดทำ RCA / CQ I/ R2R ร้อยละ 100					
2. MSO: ไม่พบอุบัติการณ์ความ เสี่ยงทางการแพทย์ระดับ E ขึ้นไป 2.1 ไม่พบอุบัติการณ์ วินิจฉัยล่าช้า 2.2 ไม่พบอุบัติการณ์ วินิจฉัยผิดพลาด 2.3 ไม่พบอุบัติการณ์ รักษาพยาบาลล่าช้า	KPI :2 อุบัติการณ์ความ เสี่ยงทางการแพทย์ ระดับ E ขึ้นไป = 0 OKRs 2.1 อุบัติการณ์การ วินิจฉัยล่าช้า = 0 2.2 อุบัติการณ์การ วินิจฉัยผิดพลาด = 0 2.3 อุบัติการณ์ รักษาพยาบาลล่าช้า = 0					

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต						
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based				
		2568	2569	2570	2571	2572
<p>3. NSO: ไม่พบอุบัติการณ์ความ เสี่ยงระดับ E ขึ้นไป</p> <p>3.1 อัตรากำลังหน่วยงาน ทางการพยาบาลเพียงพอ (ER / OPD)</p> <p>3.2 บุคลากรทางการ พยาบาลมีสมรรถนะ เฉพาะโรค (specific competency)</p> <p>3.3 หน่วยงานทางการ พยาบาลได้รับการนิเทศ ด้านความเสี่ยงทางคลินิก เฉพาะโรคทางการ พยาบาล</p> <p>3.4 ไม่พบอุบัติการณ์ข้อ ร้องเรียนทางด้าน จริยธรรมทางการ พยาบาล</p>	<p>KPI :3 อับัติการณ์ความ เสี่ยงทางการพยาบาล ระดับ E ขึ้นไป = 0</p> <p>OKRs</p> <p>3.1 อัตรากำลังหน่วยงาน ทางการพยาบาล ใน หน่วยบริการเพียงพอ เหมาะสม (productivity management) ร้อยละ 80</p> <p>3.2 อัตราบุคลากรทาง การพยาบาลมีสมรรถนะ เฉพาะ (specific competency) ในโรค ยุทธศาสตร์ ร้อยละ 80</p> <p>3.3 อัตราหน่วยงาน ทางการพยาบาลได้รับ การนิเทศความเสี่ยงทาง คลินิกเฉพาะโรคทางการ พยาบาล ร้อยละ 80</p> <p>3.4 อับัติการณ์ข้อร้อง เรียนทางด้านจริยธรรม ของพยาบาล = 0</p>	<p>Nursing RSQ management</p> <p>1. Productivity (ER / IPD / OPD / LR)</p> <p>2. Nursing Specific Competency</p> <p>3. Nursing super vision</p> <p>4. Nursing ethical management</p>	<p>Nursing RSQ management</p> <p>1. Productivity (ER / IPD / OPD / LR)</p> <p>2. Nursing Specific Competency</p> <p>3. Nursing super vision</p> <p>4. Nursing ethical management</p>	<p>Nursing RSQ management</p> <p>1. Productivity (ER / IPD / OPD / LR)</p> <p>2. Nursing Specific Competency</p> <p>3. Nursing super vision</p> <p>4. Nursing ethical management</p>		
<p>4. ENV: ระบบ ENV ผ่านเกณฑ์ ประเมินมาตรฐาน</p>	<p>KPI :4 ระบบสิ่งแวดล้อม ในการดูแลผู้ป่วยและ ความปลอดภัยผ่าน</p>	<p>Safety Env</p>	<p>Master Plan Healing Env</p>	<p>โรงพยาบาล Healing Env โซนใต้ จังหวัด</p>		

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต					
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based			
		2568	2569	2570	2571
	เกณฑ์ประเมิน มาตรฐาน ร้อยละ 60				ประจวบคีรีขันธ์
4.1 5ส.	4.1 5ส.	4.1 5ส.		1. Safety Env	
4.2 ห้องแยกโรค	4.2 ห้องแยกโรค	4.2 ห้องแยกโรค		1.1 โถงพักคอย	
4.3 จุดพ่นยาคนไข้	4.3 จุดพ่นยาคนไข้	4.3 จุดพ่นยาคนไข้		1.2 พื้นที่	
4.4 พื้นที่บริเวณหน้า ห้องบัตร	4.4 พื้นที่บริเวณหน้า ห้องบัตร	4.4 บริเวณที่รับส่ง คนไข้ฉุกเฉิน		บริเวณหน้าห้อง บัตร	
4.5 ฉากกั้นยูนิตห้องพ่น	4.5 โถงพักคอย	4.5 กริ่งฉุกเฉิน		2. Handy Env	
4.6 บริเวณที่รับส่งคนไข้ ฉุกเฉิน	4.6 บริเวณที่รับส่งคนไข้ ฉุกเฉิน	4.6 อัคคีภัย ทาง หนีไฟ		3. Beauty Env	
4.7 กริ่งฉุกเฉิน	4.7 กริ่งฉุกเฉิน	4.7 การจัดการ ขยะ			
4.8 อัคคีภัย ทางหนีไฟ	4.8 อัคคีภัย ทางหนีไฟ	4.8 ผ้าเปดาน			
4.9 การจัดการขยะ	4.9 การจัดการขยะ	4.9 ผู้ป่วยใน/โรงคร้ว ชำรุด			
4.10 ผ้าเปดานผู้ป่วยใน/ โรงคร้วชำรุด	4.10 ผ้าเปดานผู้ป่วยใน/ โรงคร้วชำรุด	4.9 ฉากกั้น ยูนิตห้องพ่น			
4.11 โถงพักคอย	4.11 ฉากกั้นยูนิตห้องพ่น	4.10 ศูนย์			
4.12 ศูนย์เครื่องมือ แพทย์	4.12 ศูนย์เครื่องมือ แพทย์	4.10 ศูนย์ เครื่องมือแพทย์			
4.13 อ่างทิ้งของเสีย	4.13 อ่างทิ้งของเสีย	4.11 อ่างทิ้ง ของเสีย			
4.14 จุดล้างเปลง	4.14 จุดล้างเปลง	4.12 จุดล้างเปลง			
4.15 บ่อบำบัดน้ำเสีย (Coliform / E.coli)	4.15 บ่อบำบัดน้ำเสีย (Coliform / E.coli)	4.13 บ่อบำบัดน้ำ เสีย			
4.16 กรองฝุ่นจาก เครื่องอบผ้า	4.16 กรองฝุ่นจาก เครื่องอบผ้า	4.14 กรองฝุ่นจาก เครื่องอบผ้า			
4.17 พื้นที่ทำงานห้อง LAB	4.17 พื้นที่ทำงานห้อง LAB	(Coliform/E.coli)			
4.18 ไฟฉุกเฉิน	4.18 ไฟฉุกเฉิน	4.14 กรองฝุ่นจาก เครื่องอบผ้า			
4.19 ทางลาดทางเชื่อม	4.19 ทางลาดทางเชื่อม				

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต						
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based				
		2568	2569	2570	2571	2572
4.20 สัตว์ขึ้นบนอาคาร (รังนก/สุนัข/แมว)	4.20 สัตว์ขึ้นบนอาคาร (รังนก/สุนัข/แมว)	4.15 พื้นที่ทำงาน ห้อง LAB				
4.21 ถังดับเพลิง	4.21 ถังดับเพลิง	4.16 ไฟฉุกเฉิน				
4.22 เครื่องดักจับควัน	4.22 เครื่องดักจับควัน	4.17 ทางลาดทาง เชื่อม				
4.23 รางน้ำฝน	4.23 รางน้ำฝน	4.18 สัตว์ขึ้นบน อาคาร (รังนก / สุนัข / แมว)				
4.24 สายไฟ	4.24 สายไฟ	4.19 ถังดับเพลิง				
4.25 ระบบน้ำประปา	4.25 ระบบน้ำประปา	4.20 เครื่องดักจับ ควัน				
4.26 ระบบจราจร	4.26 ระบบจราจร	4.21 รางน้ำฝน				
4.27 ก๊าซทางการแพทย์	4.27 ก๊าซทางการแพทย์	4.22 สายไฟ				
4.28 จุดเก็บถังออกซิเจน	4.28 จุดเก็บถังออกซิเจน	4.23 ระบบ น้ำประปา				
4.29 จุดพักศพ	4.29 จุดพักศพ	4.24 ระบบจราจร				
4.30 ห้องเซิร์ฟเวอร์	4.30 ห้องเซิร์ฟเวอร์	4.25 ก๊าซทาง การแพทย์				
4.31 ที่ตั้งถังแก๊สโรงครัว	4.31 ที่ตั้งถังแก๊สโรงครัว	4.26 จุดเก็บถัง ออกซิเจน				
4.32 ภูมิสถาปัตย์	4.32 ภูมิสถาปัตย์	4.27 จุดพักศพ				
4.33 เครื่องกำเนิดไฟฟ้า	4.33 เครื่องกำเนิดไฟฟ้า	4.28 ห้อง เซิร์ฟเวอร์				
		4.29 ที่ตั้งถังแก๊ส โรงครัว				
		4.30 ภูมิสถาปัตย์				
		4.31 เครื่องกำเนิด ไฟฟ้า				

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต						
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based				
		2568	2569	2570	2571	2572
5. IC: ลดอัตราการติดเชื้อใน โรงพยาบาล	KPI :5 อัตราการติดเชื้อ ในโรงพยาบาลน้อยกว่า 0.5 ต่อ1,000วันนอน OKRs					
5.1 HAP: อัตราการติดเชื้อ HAP น้อยกว่า 0 ต่อ 1,000 วันนอน	5.1 อัตราการเกิด HAP เป็น 0 ต่อ 1,000 วันนอน	1. ทีมลดการติดเชื้อ (IC / ENV / PCT/RSQ)	โรงพยาบาล ปลอดภัย โซนใต้ จังหวัด ประจวบคีรีขันธ์	โรงพยาบาล ปลอดภัย จังหวัด ประจวบคีรีขันธ์		
5.2 CAUTI: อัตราการติดเชื้อ CAUTI น้อยกว่า 3 ครั้ง ต่อ 1,000 วันนอนวันที่คาสายสวน	5.2 อัตราการติดเชื้อ CAUTI น้อยกว่า 3 ครั้ง ต่อ 1,000 วันนอนวันที่คาสายสวน	2. BUNDLE 2.1 HAP 2.2 CAUTI 2.3 ดื้อยา 2.4 แผลกดทับ				
5.3 ติดเชื้อดื้อยา: อัตราการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลน้อยกว่า 3 ครั้ง ต่อ 1,000 วันนอน	5.3 อัตราการติดเชื้อดื้อยา ในโรงพยาบาลน้อยกว่า 3 ครั้ง ต่อ 1,000 วันนอน					
5.4 แผลกดทับ: อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2 ขึ้นไป เป็น 0 ขึ้นไปเป็น 0	5.4 อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2 ขึ้นไป เป็น 0 (<3ครั้งต่อ1000วันนอน)					
6. IM: อัตราความสมบูรณ์ของ เวชระเบียนเพิ่มขึ้น	KPI :6 อัตราความ สมบูรณ์ของเวชระเบียน ร้อยละ 100 OKRs	1. ศูนย์เวช ระเบียนคุณภาพ 1.1 เวชระเบียน โรคยุทธศาสตร์ 100% 1.2 เวชระเบียน โรคทั่วไป 90%	1. ศูนย์เวช ระเบียนคุณภาพ (100%) 2. ใช้ประโยชน์ จากความ สมบูรณ์ของเวช ระเบียน 2.1 claim 2.2 CPG/CNPG	ศูนย์เวชระเบียน คุณภาพ จังหวัด ประจวบคีรีขันธ์		
6.1 อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน (OPD) เพิ่มขึ้น	6.1 อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน (OPD) ร้อยละ 100					
6.2 อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน (IPD) เพิ่มขึ้น	6.2 อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน (IPD) ร้อยละ 100	2. IPD paperless				

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต					
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based			
		2568	2569	2570	2571
				2.3 Trigger tool	
7. PTC: ไม่พบอุบัติการณ์ความ เสี่ยงทางด้านยา ระดับ E ขึ้นไป	KPI :7 อุบัติการณ์ความ เสี่ยงทางด้านยาระดับ E ขึ้นไป = 0 OKRs	Drug Safety 1. OPD: Prescribing error 2. IPD: Transcribing/Ad ministration error 3. มาตรการ Zero event แพ้ยาซ้ำ 4. ทิวเข้ม HAD แพทย์/พยาบาล ใหม่ 5. PTC ทิวเข้ม RDU (การใช้ ATB) 6. PTC round หน่วยงานการใช้ยา	Drug safety โซนใต้ จังหวัด ประจวบคีรีขันธ์	Drug safety จังหวัด ประจวบคีรีขันธ์	
7.1 ลดอัตราการความ คลาดเคลื่อนทางยา ใน แผนกผู้ป่วยนอก	7.1 อัตราความคลาด เคลื่อนทางยา ในแผนก ผู้ป่วยนอก น้อยกว่า 10 ต่อ 1,000 ใบสั่งยา				
7.2 ลดอัตราการความ คลาดเคลื่อนทางยา ใน แผนกผู้ป่วยใน	7.2 อัตราความคลาด เคลื่อนทางยา ในแผนก ผู้ป่วยใน น้อยกว่า 10 ต่อ 1,000 วันนอน				
7.3 ไม่พบอุบัติการณ์ แพ้ยาซ้ำ	7.3 อุบัติการณ์แพ้ยา ซ้ำ = 0				
7.4 ไม่พบอุบัติการณ์ จากยา HAD	7.4 อุบัติการณ์จากยา HAD =0 7.4.1 warfarin 7.4.2 Magnesium sulfate 7.4.3 Insulin				
7.5 ไม่พบอุบัติการณ์จ่าย ยาหมดอายุ	7.5 อุบัติการณ์จ่ายยา หมดอายุใน LR/IPD = 0				
7.6 การใช้ยาปฏิชีวนะ สมเหตุสมผล	7.6 อัตราการใช้ยา ปฏิชีวนะสมเหตุสมผล				

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต						
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based				
		2568	2569	2570	2571	2572
	(แพลตฟอร์ม, ท้องเสีย, หญิงคลอด) ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 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+เครื่องมือพิเศษ 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 : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพของคร่อม ประชาชนไว้วางใจ

พันธกิจที่ M2: พัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ

ยุทธศาสตร์ □ST: พัฒนความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ 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		อำเภอต้นแบบ จัดบริการใกล้บ้าน ใกล้ใจ โซนใต้ จังหวัด ประจวบคีรีขันธ์
2. ศูนย์สุขภาพผู้สูงอายุ: ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิต (ADL) ดีเพิ่มขึ้น 2.1 ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะสุขภาพ 9 ด้านเพิ่มขึ้น 2.2 ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะสุขภาพ 9 ด้านและมีภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพได้รับการดูแลรักษาในคลินิกสุขภาพผู้สูงอายุทุกราย 2.2.1 หกล้ม	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	ศูนย์ชิวาภิบาล 1. คลินิกผู้สูงอายุ 2. ศูนย์ดูแลผู้ป่วย ประคับประคอง		ศูนย์ชิวาภิบาล ต้นแบบ ระดับจังหวัด		ศูนย์ชิวาภิบาล ต้นแบบ ระดับเขต

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์: ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพใกล้บ้านใกล้ใจ ลดอัตราป่วยรายใหม่ในกลุ่มโรค NCDs / SMI-V						
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based				
		2568	2569	2570	2571	2572
<p>2.2.2 สมองเสื่อม</p> <p>2.3 ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะสุขภาพ 9 ด้านและมีสุขภาพที่ดี ได้รับการสร้างเสริมสุขภาพทุกราย</p> <p>2.4 ผู้สูงอายุที่มีผลการประเมิน 0-11 ได้รับการดูแลในกองทุน long term care</p>	<p>2.2.2 สมองเสื่อม ร้อยละ 100</p> <p>2.3 ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะสุขภาพ 9 ด้านและมีสุขภาพที่ดี ได้รับการสร้างเสริมสุขภาพทุกราย ร้อยละ 100</p> <p>2.4 ผู้สูงอายุที่มีผลการประเมิน 0-11 ได้รับการดูแลในกองทุน long term care ร้อยละ 95</p>					
<p>3. ผู้ป่วย ระดับประคอง: เสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี</p> <p>3.1 ผู้ป่วยระดับประคองได้รับการ ACP ทุกราย</p> <p>3.2 ผู้ป่วยระดับประคองที่มีข้อบ่งชี้ได้รับ Opioids ทุกราย</p> <p>3.3 ชุมชนในอำเภอกุยบุรี เป็นต้นแบบในการดูแลผู้ป่วยระดับประคองอย่างน้อย 1 ชุมชน</p>	<p>KPI :3 ผู้ป่วย ระดับประคอง: เสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี ร้อยละ 100</p> <p>OKRs</p> <p>3.1 ผู้ป่วยระดับประคองได้รับการ ACP ร้อยละ 100</p> <p>3.2 ผู้ป่วยระดับประคองที่มีข้อบ่งชี้ได้รับ Opioids ร้อยละ 100</p> <p>3.3 ชุมชนในอำเภอกุยบุรี เป็นต้นแบบในการดูแลผู้ป่วยระดับประคองอย่างน้อย 1 ชุมชน</p>					

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพของคร่อม ประชาชนไว้วางใจ

พันธกิจที่ M2: พัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ

ยุทธศาสตร์ □ST: พัฒนาคือความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ 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 1.1 ประชาชนได้รับการคัดกรอง DM / HT เพิ่มขึ้น (เน้นกลุ่มที่ไม่ได้รับการคัดกรองมาก่อน) 1.1.1 อายุ 60 ปีขึ้นไป 1.1.2 อายุ 35-59 ปี 1.1.3 อายุ 15-34 ปี 1.2 ประชากรกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยเบาหวานเพิ่มขึ้น	KPI :1 อัตราป่วยรายใหม่ DM ลดลงร้อยละ 5 และ HT ลดลงร้อยละ 2.5 OKRs 1.1 ประชาชนได้รับการคัดกรอง DM / HT เพิ่มขึ้น (เน้นกลุ่มที่ไม่ได้รับการคัดกรองมาก่อน) ร้อยละ 90 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 72	ชุมชนต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดโรค DM / HT (2/6 ตำบล)	ตำบลต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดโรค DM / HT (4/6 ตำบล)	อำเภอต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดโรค DM / HT ระดับจังหวัด (6/6 ตำบล)		

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

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพใกล้บ้านใกล้ใจ ลดอัตราป่วยรายใหม่ในกลุ่มโรค NCDs / SMI-V /high risk pregnancy						
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based				
		2568	2569	2570	2571	2572
<p>เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องทุกราย</p> <p>2.2 จิตเภท: ลดอัตราการกำเริบซ้ำ</p> <p>2.2.1 กลุ่มเสี่ยง (กรรมพันธุ์/ติดสุรา เรื้อรัง/ติดสารเสพติด/ ฯลฯ) ได้รับการคัดกรอง จิตเภทเพิ่มขึ้น</p> <p>2.2.2 ผู้ป่วยโรคจิตเภท เข้าถึงบริการสุขภาพจิต เพิ่มขึ้น</p> <p>2.2.3 ผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่ขาดนัด/ขาดยา (ยากิน และยาฉีด)ได้รับการ ติดตามเข้ารับรักษาทุกราย</p> <p>2.3 สารเสพติด SIM-V: ลดอุบัติการณ์ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น และทำลายทรัพย์สิน</p> <p>2.3.1 ผู้เสพสารเสพติด ที่ไม่เคยบำบัด (ม.113/ม.114) เข้ารับการบำบัด เพิ่มขึ้น</p>	<p>เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ100</p> <p>KPI :2.2 อัตราผู้ป่วยจิตเภทกำเริบซ้ำ ลดลง ร้อยละ 70</p> <p>OKRs</p> <p>2.2.1 อัตรากลุ่มเสี่ยง (กรรมพันธุ์/ติดสุรา เรื้อรัง/ติดสารเสพติด/ ฯลฯ)ได้รับการคัดกรอง จิตเภท ร้อยละ 70</p> <p>2.2.2 อัตราผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ร้อยละ70</p> <p>2.2.3 อัตราผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ขาดนัด/ขาดยา (ยากินและยาฉีด)ได้รับการติดตามเข้ารับรักษา ร้อยละ 70</p> <p>KPI :2.3 อุบัติการณ์ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น และทำลายทรัพย์สิน ลดลงร้อยละ 70</p> <p>OKRs</p> <p>2.3.1 อัตราผู้เสพสารเสพติดที่ไม่เคยบำบัด (ม.113/ม.114) เข้ารับการบำบัด ร้อยละ 70</p>					

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพใกล้บ้านใกล้ใจ ลดอัตราป่วยรายใหม่ในกลุ่มโรค NCDs / SMI-V /high risk pregnancy						
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based				
		2568	2569	2570	2571	2572
2.3.2 ผู้เสพสารเสพติด ที่ไม่เคยบำบัด (ม.113/ ม.114) ที่เข้ารับการ บำบัด ไม่ Drop out ระหว่างการบำบัดภายใน 4 เดือนเพิ่มขึ้น	2.3.2 อัตราผู้เสพสาร เสพติดที่ไม่เคยบำบัด (ม.113/ม.114) ที่เข้ารับ การบำบัด ไม่ Drop out ระหว่างการบำบัดภายใน 4 เดือน ร้อยละ 70					
2.3.3 ผู้เสพสารเสพติด ที่เข้าสู่การบำบัด ไม่ Drop out ระหว่างการ บำบัด ภายใน 1 ปี เพิ่มขึ้น	2.3.3 อัตราผู้เสพสาร เสพติดที่เข้าสู่การบำบัด ไม่ Drop out ระหว่าง การบำบัด ภายใน 1 ปี ร้อยละ 70					
2.3.4 ผู้เสพสารเสพติด จาก (ข้อ 3.2และ3.3) ที่ ได้รับการบำบัดภายใน 4 เดือนไม่กลับไปเสพซ้ำ ภายใน 1 ปี เพิ่มขึ้น	2.3.4 อัตราผู้เสพสาร เสพติดจาก (ข้อ 2.3.2 และ2.3.3) ที่ได้รับการ บำบัดภายใน 4 เดือนไม่ กลับไปเสพซ้ำภายใน 1 ปี ร้อยละ 70					
2.3.5 ผู้ป่วย SMI-V ได้รับการรักษาทุกราย	2.3.5 อัตราผู้ป่วย SMIV ได้รับการรักษา ร้อยละ 100					
2.4 จิตเวชวัยรุ่น: ลดอัตราการฆ่าตัวตาย และพยายามฆ่าตัวตาย ภายใน 1 ปีในวัยรุ่นอายุ 13-19 ปี	KPI :2.4 อัตราการฆ่าตัว ตาย และพยายามฆ่าตัว ตายภายใน 1 ปีในวัยรุ่น อายุ 13-19 ปี ลดลง ร้อยละ 50 OKRs					

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพใกล้บ้านใกล้ใจ ลดอัตราป่วยรายใหม่ในกลุ่มโรค NCDs / SMI-V /high risk pregnancy						
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based				
		2568	2569	2570	2571	2572
<p>2.4.1 วัยรุ่นอายุ 13-19 ปี ในอำเภออุบลบุรี ได้รับการคัดกรองภาวะซีมเศร้าเพิ่มขึ้น</p> <p>2.4.2 วัยรุ่นอายุ 13-19 ปี ในอำเภออุบลบุรี เข้าถึงบริการสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น</p> <p>2.4.3 วัยรุ่นอายุ 13-19 ปี ในอำเภออุบลบุรีที่ ขาดยา/ขาดนัด/ขาดการรักษา ได้รับการติดตามรักษาทุกราย</p>	<p>2.4.1 อัตราวัยรุ่นอายุ 13-19 ปี ในอำเภออุบลบุรี ได้รับการคัดกรองภาวะซีมเศร้า ร้อยละ 75</p> <p>2.4.2 อัตราวัยรุ่นอายุ 13-19 ปี เข้าถึงบริการสุขภาพจิต ร้อยละ 75</p> <p>2.4.3 อัตราวัยรุ่นอายุ 13-19 ปี ในอำเภออุบลบุรี ที่ขาดยา/ขาดนัด/ขาดการรักษา ได้รับการติดตามรักษา ร้อยละ100</p>					
<p>3. ภาคีเครือข่าย เข้มแข็ง: สามารถจัดการปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่ (กลุ่มป่วยโรค NCDs จิตเวชและยาเสพติด)</p> <p>3.1 อสม. ได้รับการพัฒนาทักษะในการจัดการปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่ (กลุ่มป่วยโรค NCDs จิตเวชและยาเสพติด)</p>	<p>KPI :3 ภาคีเครือข่ายสามารถจัดการปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่ (กลุ่มป่วยโรค NCDs จิตเวชและยาเสพติด) ร้อยละ75</p> <p>OKRs</p> <p>3.1 อัตราอสม. ได้รับการพัฒนาทักษะในการจัดการปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่(กลุ่มป่วยโรค NCDs จิตเวชและยาเสพติด) ร้อยละ75</p>	<p>ภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนเข้มแข็ง</p> <p>1. พัฒนาหลักสูตร (โรค NCDs จิตเวชและยาเสพติด)</p> <p>2. พัฒนาสมรรถนะ</p>	<p>ภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนเข้มแข็ง ระดับจังหวัด (6/6 ตำบล)</p>	<p>ภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนเข้มแข็ง ระดับเขต</p>		

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพใกล้บ้านใกล้ใจ ลดอัตราป่วยรายใหม่ในกลุ่มโรค NCDs / SMI-V /high risk pregnancy						
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based				
		2568	2569	2570	2571	2572
<p>3.2 ผู้ดูแลและนักบริหาร ได้รับการพัฒนาทักษะในการจัดการ LTC (ADL≤11)</p> <p>3.3 แกนนำในชุมชน (กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/แกนนำชุมชนอื่นๆ) ได้รับการพัฒนาทักษะในการจัดการปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่ (กลุ่มป่วยโรค NCDs จิตเวช และ ยาเสพติด)</p> <p>3.4 พขอ. / พชต./ ศปถ. ได้รับการพัฒนาทักษะในการจัดการปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่(กลุ่มป่วยโรค NCDs จิตเวช และ ยาเสพติด)</p>	<p>3.2 อัตราผู้ดูแลและนักบริหารได้รับการพัฒนาทักษะในการจัดการ LTC (ADL≤11) ร้อยละ75</p> <p>3.3 อัตราแกนนำในชุมชน (กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/แกนนำชุมชนอื่นๆ) ได้รับการพัฒนาทักษะในการจัดการปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่ (กลุ่มป่วยโรค NCDs จิตเวช และ ยาเสพติด) ร้อยละ70</p> <p>3.4 อัตรา พขอ. / พชต./ ศปถ. ได้รับการพัฒนาทักษะในการจัดการปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่ (กลุ่มป่วยโรค NCDs จิตเวช และ ยาเสพติด) ร้อยละ 80</p>	<p>2.1 ฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ</p> <p>2.2 ศึกษาดูงาน</p> <p>3. ภาศึเครือข่าย สัจจร (3/6ตำบล)</p>				

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
<p>1. การนำ: ได้รับรองคุณภาพ HA ชั้นที่ 3 ภายในปี 2568</p> <p>1.1 หน่วยงานนโยบาย และจุดเน้น (เข็มมุ่ง) สู่การปฏิบัติทุกหน่วยงาน</p> <p>1.1.1 ด้านการแพทย์ : 3P safety</p> <ul style="list-style-type: none"> - P1: Patient - P2: Personal - P3: People <p>1.1.2 ด้านการสาธารณสุข: ลดรายใหม่ NCDs / SMI-V</p> <p>1.1.3 ด้านบริหารจัดการ: การเงินการคลัง</p> <p>1.2 ผลลัพธ์ของทีมคร่อมสายงานสูงอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>KPI :1 ระดับความสำเร็จในการรับรองคุณภาพ HA ชั้นที่ 3 ภายในปี 2568</p> <p>OKRs</p> <p>1.1 หน่วยงานนโยบาย และจุดเน้น (เข็มมุ่ง) สู่การปฏิบัติ ร้อยละ 100</p> <p>1.1.1 ด้านการแพทย์: 3P safety</p> <ul style="list-style-type: none"> - P1: Patient - P2: Personal - P3: People <p>1.1.2 ด้านการสาธารณสุข: ลดรายใหม่ NCDs / SMI-V</p> <p>1.1.3 ด้านบริหารจัดการ: การเงินการคลัง</p> <p>1.2 ผลลัพธ์ของทีมคร่อมสายงานผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80</p>	<p>HA ชั้นที่3 ปี2568</p> <p>1. มหกรรมหน่วยงานคุณภาพ</p> <p>100%</p> <p>2. Cross functional team development</p>	<p>HA Re-accreditation ครั้งที่ 1</p>	<p>ชำระรักษา ระบบงานคุณภาพ</p>	

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง / ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ					
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based			
		2568	2569	2570	2571
<p>2. การบริหารเชิงกลยุทธ์: ผลลัพธ์จากการดำเนินงาน สูงอย่างต่อเนื่อง</p> <p>2.1 โครงการและ แผนปฏิบัติการ R1-R12 มีคุณภาพสอดคล้องกับ Agenda/ Functional/Area ทุกโครงการ</p> <p>2.2 โครงการและ แผนปฏิบัติการ R1-R12 มีการนำสู่การปฏิบัติและ ได้รับการกำกับติดตาม แบบ Quick win ทุก โครงการ</p> <p>2.3 โครงการและ แผนปฏิบัติการ R1-R12 ได้รับการประเมินผลทุก โครงการ</p>	<p>KPI :2 อัตราการ บรรลุผลลัพธ์แผน ยุทธศาสตร์ร้อยละ 80</p> <p>OKRs</p> <p>2.1 อัตราโครงการและ แผนปฏิบัติการ R1-R12 มีคุณภาพสอดคล้องกับ Agenda/Functional /Area ร้อยละ80</p> <p>2.2 อัตราโครงการและ แผนปฏิบัติการ R1-R12 มีการนำสู่การปฏิบัติและ ได้รับการกำกับติดตาม แบบ Quick win ร้อยละ 80</p> <p>2.3 อัตราโครงการและ แผนปฏิบัติการ R1-R12 ได้รับการประเมินผล ร้อยละ 80</p>	Strategic Implementation & Evaluation phase 1		Strategic Implemen tation & Evaluation phase 2	รางวัลเลิศรัฐ
<p>3.การมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน: มีความผูกพันเพิ่มขึ้น</p> <p>3.1 ผู้ใช้บริการแผนก OPD มีระดับความพึง พอใจเพิ่มขึ้น</p>	<p>KPI :3 อัตราผู้ให้บริการ มีความผูกพัน ร้อยละ 80</p> <p>OKRs</p> <p>3.1 ผู้ใช้บริการแผนก OPD มีระดับความพึง พอใจ ร้อยละ 80</p>	Humanized health care service ระยะที่ 1 1. ธรรมนูญบริการ (อายตนะ รพ.กุยบุรี)		Humanized health care service ระยะที่ 2	รางวัล โรงพยาบาลใน ดวงใจของ ผู้บริการ ทุกคน

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง / ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ						
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based				
		2568	2569	2570	2571	2572
<p>3.2 ผู้ใช้บริการแผนก IPD มีระดับความพึงพอใจเพิ่มขึ้น</p> <p>3.3 ผู้ใช้บริการแผนกปฐมภูมิมีระดับความพึงพอใจเพิ่มขึ้น</p> <p>3.4 ผู้รับผลงานมีระดับความพึงพอใจเพิ่มขึ้น</p> <p>3.5 อัตราข้อร้องเรียนจากการใช้บริการได้รับการแก้ไขทุกเรื่อง</p>	<p>3.2 ผู้ใช้บริการแผนก IPD มีระดับความพึงพอใจ ร้อยละ 80</p> <p>3.3 ผู้ใช้บริการแผนกปฐมภูมิมีระดับความพึงพอใจ ร้อยละ 80</p> <p>3.4 ผู้รับผลงานมีระดับความพึงพอใจ ร้อยละ 80</p> <p>3.5 อัตราข้อร้องเรียนจากการใช้บริการได้รับการแก้ไขร้อยละ100</p>	2.ระบบให้บริการเหนือความคาดหมาย				
<p>4. การวัด วิเคราะห์ (บูรณาการกับ R11 และ หมวด 2 บริหาร ยุทธศาสตร์) และจัดการความรู้: หน่วยงานใน รพ./รพ.สต. มีการจัดทำ CQI/นวัตกรรม/R2R ที่ สอดคล้องกับ R1-R12</p>	<p>KPI :4 หน่วยงานใน รพ./รพ.สต. มีการจัดทำ CQI/นวัตกรรม/R2R ที่ สอดคล้องกับ R1-R12 ร้อยละ 80</p>	<p>มหกรรมจัดการ ความรู้ระยะที่1</p> <p>1. CQI</p> <p>2.นวัตกรรม</p> <p>3.R2R</p>	<p>มหกรรมจัดการ ความรู้ระยะที่2</p> <p>1. CQI</p> <p>2.นวัตกรรม</p> <p>3.R2R</p>	<p>ร.พ. จัดการ ความรู้ที่เป็นเลิศ โชนใต้ จังหวัด ประจวบคีรีขันธ์</p>		
<p>5. การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล: บุคลากรมีความผูกพันเพิ่มขึ้น</p> <p>5.1 อัตรากำลังสหสาขาวิชาชีพเพียงพอเหมาะสมตามแผนยุทธศาสตร์ ระยะ5ปีของ รพ.</p> <p>5.1.1 แพทย์ 5/14 คน</p>	<p>KPI :5 อัตราบุคลากรมีความผูกพันร้อยละ 80</p> <p>OKRs</p> <p>5.1 อัตรากำลังสหสาขาวิชาชีพเพียงพอเหมาะสมตามแผนยุทธศาสตร์ ระยะ5ปีของ รพ. ร้อยละ 80</p> <p>5.1.1 แพทย์ 10 คน</p>	<p>1. ศูนย์สรรหาและ เลือกรสรร</p> <p>2. ศูนย์พัฒนา สมรรถนะบุคลากร</p>	<p>รพ.ระดับ S</p> <p>ต้นแบบในการ บริหาร</p> <p>ทรัพยากรบุคคล</p> <p>ต้นแบบ โชนใต้</p>	<p>รพ.ระดับ S</p> <p>ต้นแบบในการ บริหาร</p> <p>ทรัพยากรบุคคล</p>		

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง / ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ						
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based				
		2568	2569	2570	2571	2572
5.1.2 พยาบาล 31/47 คน	5.1.2 พยาบาล 37 คน	3. บ้านหลังที่ 2 ของบุคลากรทุกคน	จังหวัด ประจวบคีรีขันธ์	ต้นแบบ จังหวัด ประจวบคีรีขันธ์		
5.1.3 รังสีเทคนิค 1/2 คน	5.1.3 รังสีเทคนิค 1 คน					
5.1.4 เทคนิคการแพทย์ 5/6 คน	5.1.4 เทคนิคการแพทย์ 5 คน					
5.1.5 แพทย์แผนไทย 2/4คน	5.1.5 แพทย์แผนไทย 3 คน					
5.1.6 เภสัชกร 4/6 คน	5.1.6 เภสัชกร 5 คน					
5.1.7 นักรายภาพ บำบัด 3/4 คน	5.1.7 นักรายภาพ บำบัด 3 คน					
5.2 อัตรากำลังสาย สนับสนุนวิชาชีพเพียงพอ เหมาะสม	5.2 อัตรากำลังสาย สนับสนุนวิชาชีพเพียงพอ เหมาะสมร้อยละ 80					
5.3 Rotation management: อัตรากำลังทางการ พยาบาลในหน่วยงานที่ สำคัญเพียงพอเหมาะสม	5.3 อัตรากำลังทางการ พยาบาลในหน่วยงานที่ สำคัญเพียงพอเหมาะสม (Productivity/ workload) ร้อยละ 80					
5.4 คู่ความร่วมมือบริหาร อัตรากำลังแพทย์และ พยาบาล (Outsource) เพิ่มขึ้น	5.4 คู่ความร่วมมือบริหาร อัตรากำลังแพทย์และ พยาบาล (Outsource) ร้อยละ 80					
5.4.1 เครือข่าย รพ. ใน จ.ประจวบและ รพ. นอกเครือข่าย	5.4.1 เครือข่าย รพ. ใน จ.ประจวบและ รพ. นอกเครือข่าย					
5.4.2 สสอ. / รพ.สต. อ.กุยบุรี (Homeward)	5.4.2 สสอ. / รพ.สต. อ.กุยบุรี (Homeward)					

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง / ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ						
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based				
		2568	2569	2570	2571	2572
5.5 บุคลากรสหสาขา วิชาชีพมีสมรรถนะเฉพาะ (Specific competency)	5.5 บุคลากรสหสาขา วิชาชีพมีสมรรถนะเฉพาะ ร้อยละ 80					
5.5.1 สมรรถนะหลัก 5 ด้านของกพ. (Core Competency)	5.5.1 อัตราบุคลากรสห สาขาวิชาชีพและสาย สนับสนุนได้รับการพัฒนา สมรรถนะหลัก 5 ด้าน ของกพ. ร้อยละ 80					
5.5.2 สมรรถนะขั้น พื้นฐาน (Common Competency)	5.5.2 อัตราบุคลากรสห สาขาวิชาชีพและสาย สนับสนุนได้รับการพัฒนา สมรรถนะขั้นพื้นฐาน ร้อยละ 80					
5.5.3 สมรรถนะเฉพาะ (Specific Competency)	5.5.3 อัตราบุคลากรสห สาขาวิชาชีพและสาย สนับสนุนได้รับการพัฒนา สมรรถนะเฉพาะ ร้อยละ 80					
5.5.4 สมรรถนะเฉพาะ ด้านที่หลากหลาย (Multi Specific Competency)	5.5.4 อัตรากำลังสห สาขาวิชาชีพและสาย สนับสนุนได้รับการพัฒนา สมรรถนะเฉพาะด้านที่ หลากหลาย ร้อยละ 80					
5.5.5 สมรรถนะ ทางการบริหาร (managerial competency)	5.5.5 อัตรากำลังใน ตำแหน่งทางการบริหาร การบริหารได้รับการ พัฒนาสมรรถนะทางการ บริหารเพิ่มขึ้นร้อยละ 80					

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง / ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ					
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based			
		2568	2569	2570	2571
5.6 ข้อเสนอแนะ จากการประเมิน Happinometer ได้รับ การแก้ไขเพิ่มขึ้น 5.6.1 สุขภาพเงินดี 5.6.2 ผ่อนคลายดี 5.6.3 ความสมดุล ระหว่างงานและชีวิต ส่วนตัว	5.6 ข้อเสนอแนะ จากการประเมิน Happinometer ได้รับ การแก้ไขเพิ่มขึ้น 5.6.1 ข้อเสนอแนะด้าน สุขภาพเงินดี ได้รับการ แก้ไข ร้อยละ 80 5.6.2 ข้อเสนอแนะด้าน ผ่อนคลายดีได้รับการ แก้ไข ร้อยละ 80 5.6.3 ข้อเสนอแนะด้าน ความสมดุลระหว่างงาน และชีวิตส่วนตัว ได้รับ การแก้ไข ร้อยละ 80				
6. การจัดการกระบวนการ: ไม่พบอุบัติการณ์ความไม่ พร้อมของระบบสนับสนุน ในการรักษาพยาบาลโรค อุกฉุณวิฤกตและโรค สำคัญ 6.1 ระบบสนับสนุนการ รักษาพยาบาล(Lab/Blood/X- ray/IT/EMS/Refer/ยา) 6.2 การบริหารความ พร้อมต่อสภาวะวิฤกต (BCM)(โรคอุบัติใหม่/ อุบัติเหตุหมู่/อัคคีภัย)	KPI :6 อุบัติการณ์ความ ไม่พร้อมของระบบ สนับสนุนในการ รักษาพยาบาลโรค อุกฉุณวิฤกตและโรค สำคัญ = 0 OKRs 6.1 ระบบสนับสนุนการ รักษาพยาบาล (Lab/Blood/X- ray/IT/EMS/Refer/ยา) 6.2 การบริหารความ พร้อมต่อสภาวะวิฤกต (BCM) (โรคอุบัติใหม่/ อุบัติเหตุหมู่/อัคคีภัย)	1. Logistic & Supply chain 2. BCM	Excellent Logistic & Supply chain โซนใต้ จังหวัด ประจวบคีรีขันธ์	Excellent Logistic & Supply chain จังหวัด ประจวบฯ	

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง / ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ				
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		
		2568	2569	2570
7. ผลลัพธ์: ผลลัพธ์จากการ ดำเนินงานสูงกว่าระดับ เทียบเคียง (Benchmark) กับ รพ.คู่ เทียบ 7.1 ผลลัพธ์ในระบบ คุณภาพ รพ. 7.1.1 ผลด้านการดูแล ผู้ป่วยและการสร้างเสริม สุขภาพ 7.1.2 ผลด้านการ มุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับ ผลงาน 7.1.3 ผลด้านการ มุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล 7.1.4 ผลด้านการนำ 7.1.5 ผลด้าน ประสิทธิภาพของ ระบบงานที่สำคัญ 7.1.6 ผลด้านการเงิน	KPI :7 อัตราผลลัพธ์จาก การดำเนินงานสูงกว่า ระดับเทียบเคียง (Benchmark) กับ รพ. คู่เทียบ ร้อยละ 60 OKRs 7.1 อัตราผลลัพธ์ใน ระบบคุณภาพ รพ. ร้อยละ 80 7.1.1 อัตราผลลัพธ์ ด้านการดูแลผู้ป่วยและ การสร้างเสริมสุขภาพ ร้อยละ 80 7.1.2 อัตราผลลัพธ์ ด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและ ผู้รับผลงานร้อยละ 80 7.1.3 อัตราผลลัพธ์ ด้านการมุ่งเน้นทรัพยากร บุคคล ร้อยละ 80 7.1.4 อัตราผลลัพธ์ ด้านการนำร้อยละ 80 7.1.5 อัตราผลลัพธ์ ด้าน ประสิทธิภาพของ ระบบงานที่สำคัญ ร้อย ละ 80 7.1.6 อัตราผลลัพธ์ ด้านการเงินร้อยละ 80	ผลลัพธ์จากการ ดำเนินงานสูงเป็น อันดับที่ 1 - 3 ของ โชนใต้ จังหวัด ประจวบคีรีขันธ์	ผลลัพธ์จากการ ดำเนินงานสูง เป็นอันดับที่ 1 ของโชนใต้ จังหวัด ประจวบคีรีขันธ์	ผลลัพธ์จากการ ดำเนินงานสูง เป็นอันดับที่ 1-3 ของจังหวัด ประจวบคีรีขันธ์

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง / ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ						
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based				
		2568	2569	2570	2571	2572
7.2 ผลลัพธ์ด้านนโยบาย และยุทธศาสตร์ สธ. / เขตสุขภาพที่5 / สสจ. **4ประเด็นยุทธศาสตร์	7.2 อัตราผลลัพธ์ด้าน นโยบายและยุทธศาสตร์ ของ 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 : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพของคร่อม 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				
		2568	2569	2570	2571	2572
1. ธุรกิจ: ไม่พบ อุบัติการณ์หนังสือ ราชการสำคัญสูญหาย	OKRs: อุบัติการณ์หนังสือ ราชการที่สำคัญสูญหาย = 0	ระบบสนับสนุน ทรัพยากรการ บริหาร 1. ระบบสารบรรณ อิเล็กทรอนิกส์และ การประสานงาน ล่วงหน้า 2. ระบบบริหาร ยานพาหนะดิจิทัล ออนไลน์ 2.1 รถพยาบาล ดิจิทัล 1 คัน 2.2 จัดหา พนักงานขับรถ 2 คน 3. ระบบเบิก จ่ายเงิน อิเล็กทรอนิกส์ 4. ระบบบัญชี อิเล็กทรอนิกส์	ระบบสนับสนุน ทรัพยากรการ บริหารที่เป็นเลิศ โซนใต้ จังหวัด ประจวบคีรีขันธ์	ระบบสนับสนุน ทรัพยากรการ บริหารที่เป็นเลิศ จังหวัด ประจวบคีรีขันธ์		
2. ยานพาหนะ: ไม่พบ อุบัติการณ์รถพยาบาลไม่ พร้อมใช้	OKRs: อุบัติการณ์ของรถ EMS และ refer ไม่พร้อม ใช้ = 0					
3. การเงิน: ไม่พบ อุบัติการณ์เบิกจ่ายล่าช้า	OKRs: อุบัติการณ์การ เบิกจ่ายล่าช้า= 0					
4. บัญชี: ไม่พบอุบัติการณ์ รายงานข้อมูลทางบัญชี ผิดพลาด	OKRs: อุบัติการณ์ รายงานข้อมูลทางบัญชี ผิดพลาด= 0					
5. พัสดุ: ไม่พบอุบัติการณ์ การจัดซื้อจัดจ้างล่าช้า	OKRs: อุบัติการณ์การ จัดซื้อจัดจ้างล่าช้า= 0					
6. ซ่อมบำรุง: ไม่พบ อุบัติการณ์การบำรุงรักษา ล่าช้า	OKRs: อุบัติการณ์การ บำรุงรักษาล่าช้า= 0					

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ						
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI&OKRs	Project Based				
		2568	2569	2570	2571	2572
		5. ระบบบริหาร พัสดุตามแผนพัสดุ ประจำปี 5.1แผนงาน ประจำ 5.2แผนงาน ยุทธศาสตร์ 6. ทีมช่าง บำรุงรักษาเชิงรุก				

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพของคร่อม ประชาชนไว้วางใจ

พันธกิจที่ M3: พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

M4: พัฒนาระบบบริการสุขภาพด้วยหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์

ยุทธศาสตร์ WO: พัฒนาระบบบริหารยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และการบริหารจัดการ มุ่งสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องประชาชนไว้วางใจ

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 ระดับ ความสำเร็จของ โรงพยาบาลในการ รับรอง 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						
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based				
		2568	2569	2570	2571	2572
1.1 IT Master Plan: ไม่ สอดคล้องกับ แผนยุทธศาสตร์ของ โรงพยาบาล	1.1 คุณภาพแผน ยุทธศาสตร์ IT สอดคล้อง กับแผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาล ร้อยละ 50					
1.2 IT Risk Management System	1.2 IT Risk Management System					
1.2.1 IT Risk Management System: ไม่พบ อุบัติการณ์ความเสี่ยงใน ระบบIT ระดับ 3 ขึ้นไป	1.2.1 อุบัติการณ์ความ เสี่ยงในระบบ IT ระดับ3 ขึ้นไป = 0 (ทางกายภาพ)					
1.2.2 Software: Hospital os เปลี่ยนเป็น HosXp v4.	1.2.2 ประสิทธิภาพใน การส่งข้อมูลระบบบริการ สุขภาพเข้าสู่ส่วนกลาง ร้อยละ 50					
1.2.3 Peopleware ผู้ใช้งานสามารถใช้ โปรแกรมได้อย่างมี ประสิทธิภาพ	1.2.3 บุคลากรได้รับ การพัฒนาทักษะใช้ โปรแกรม HosXp v4. ร้อยละ 100					
1.3 การจัดการความ มั่นคงปลอดภัยในระบบ เทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาล: บุคลากรที่ เกี่ยวข้องรับรู้ เข้าใจ และ ปฏิบัติตามระเบียบ ทุก คน 100%	1.3 การจัดการความ มั่นคงปลอดภัยในระบบ เทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาล: อัตรา บุคลากรที่เกี่ยวข้องรับรู้ เข้าใจ และปฏิบัติตาม ระเบียบร้อยละ100					
1.4 การจัดระบบบริการ เทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาล: การ	1.4 การจัดระบบบริการ เทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาล: อัตราการ					

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ						
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based				
		2568	2569	2570	2571	2572
<p>ให้บริการ Service Desk สำเร็จตามเวลาที่กำหนด</p> <p>1.5 Clinical Data Quality Control: นำความสมบูรณ์ของเวชระเบียนมาใช้ประโยชน์ (บูรณการ IM)</p> <p>1.5.1ปรับปรุง CPG/CNPG</p> <p>1.5.2 จัดการระบบ claim</p> <p>1.5.3 ค้นหาความเสี่ยงด้วยTrigger tool</p> <p>1.6 เพิ่มประสิทธิภาพในการตรวจวินิจฉัย รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพในโรคยุทธศาสตร์ที่สำคัญ</p> <ul style="list-style-type: none"> -หุ่นยนต์ซักประวัติ -หุ่นยนต์จัดยา -หุ่นยนต์ฟื้นฟูสุขภาพ -หุ่นยนต์สุขภาพจิต -หุ่นยนต์ลดการติดเชื้อ -หุ่นยนต์เยี่ยมบ้าน <p>1.7 การจัดการศัลยกรรมของทรัพยากรในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ:</p>	<p>ให้บริการ Service Desk สำเร็จ ร้อยละ 90</p> <p>1.5 อัตราการนำความสมบูรณ์ของเวชระเบียนมาใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงคุณภาพบริการสุขภาพ ร้อยละ 90 (บูรณการ IM)</p> <p>1.5.1 ปรับปรุง CPG/CNPG 100 %</p> <p>1.5.2 จัดการระบบ claim 100%</p> <p>1.5.3 ค้นหาความเสี่ยงด้วยTrigger tool 90%</p> <p>1.6 ประสิทธิภาพในการตรวจวินิจฉัย รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพในโรคยุทธศาสตร์ที่สำคัญ ร้อยละ 30</p> <ul style="list-style-type: none"> -หุ่นยนต์ซักประวัติ -หุ่นยนต์จัดยา -หุ่นยนต์ฟื้นฟูสุขภาพ -หุ่นยนต์สุขภาพจิต -หุ่นยนต์ลดการติดเชื้อ -หุ่นยนต์เยี่ยมบ้าน <p>1.7 การจัดการศัลยกรรมของทรัพยากรในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ:</p>					

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ						
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based				
		2568	2569	2570	2571	2572
<p>บุคลากรทีมสารสนเทศ ได้รับการพัฒนาทักษะ การตรวจคุณภาพระบบ สารสนเทศเพื่อการ บริหารจัดการเพิ่มขึ้น 1.8 การใช้สารสนเทศ ด้านการแพทย์ ด้านการ สาธารณสุข และด้าน บริหารจัดการ 1.9 ระบบ OPD paperless/IPD paperless: ลดอุบัติเหตุความเสี่ยง ทางคลินิก 1.10 Telemedicine /Application: ผู้ป่วย NCDs/จิตเวชและยาเสพติด/ ผู้สูงอายุ/palliative care/ฯลฯ ได้รับการดูแล รักษาจากสหวิชาชีพอย่าง ต่อเนื่อง (ไม่ขาดนัด/ไม่ ขาดยา)</p>	<p>บุคลากรทีมสารสนเทศ ได้รับการพัฒนาทักษะ การตรวจคุณภาพระบบ สารสนเทศเพื่อการ บริหารจัดการ ร้อยละ 80 1.8 การใช้สารสนเทศ ด้านการแพทย์ ด้านการ สาธารณสุข และด้าน บริหารจัดการร้อยละ 80 1.9 อัตราอุบัติเหตุ ความเสี่ยงทางคลินิก ลดลง ร้อยละ 80 1.10 อัตราผู้ป่วย NCDs/ จิตเวชและยาเสพติด/ ผู้สูงอายุ/palliative care/ฯลฯ ได้รับการดูแล รักษาจากสหวิชาชีพอย่าง ต่อเนื่อง (ไม่ขาดนัด/ไม่ ขาดยา) ร้อยละ 80</p>					
<p>2. Health cloud system: เพิ่มการเข้าถึงระบบ บริการรักษาพยาบาล Health cloud system</p>	<p>KPI :2 อัตราการเข้าถึง ระบบบริการรักษา พยาบาล Health cloud system ได้ อย่างมีประสิทธิภาพ ร้อยละ 70</p>	Health cloud systems		Digital systems	รพ.กยศบุรี ดิจิทัล	

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ						
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based				
		2568	2569	2570	2571	2572
2.1 Health ID ประชาชนเข้าถึงข้อมูล สุขภาพได้อย่างมี ประสิทธิภาพ 2.2 Provider ID การ ตรวจ วินิจฉัยและรักษา อย่างมีประสิทธิภาพ	OKRs 2.1 อัตราประชาชน เข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้ อย่างมีประสิทธิภาพ ร้อยละ 60 2.2 อัตราการตรวจ วินิจฉัยและรักษาอย่างมี ประสิทธิภาพ ร้อยละ 100					
3. ศูนย์สารสนเทศ สุขภาพดิจิทัล (Dashboard): หน่วยงานในโรงพยาบาล/ เครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP)/ภาคีเครือข่าย สุขภาพใช้สารสนเทศ (R1-12) ในการปรับปรุง พัฒนาด้านบริหารจัดการ วิชาการ และระบบ บริการสุขภาพ 3.1 Strategic Plan: ความสมบูรณ์ KPI & OKRs (R1-12)	KPI :3 หน่วยงานใน โรงพยาบาล/เครือข่าย บริการสุขภาพ (CUP)/ภาคีเครือข่าย สุขภาพใช้สารสนเทศ (R1-12) ในการปรับปรุง พัฒนาด้านบริหาร จัดการ วิชาการ และ ระบบบริการสุขภาพ ร้อยละ 100 OKRs 3.1 อัตราความสมบูรณ์ KPI & OKRs ในแผน ยุทธศาสตร์ (R1-12) ร้อยละ 80	Dashboard Center	Dashboard on cloud	ERP		

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ						
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	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 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 บุคลากรทีมสารสนเทศได้รับการพัฒนาทักษะ การตรวจคุณภาพระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการ ร้อยละ 80					

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพของคร่อม 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
<p>1. โรงพยาบาลไม่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน: TPS ระดับ B ขึ้นไป (10.5-15 คะแนน)</p> <p>1.1 ประสิทธิภาพการจัดเก็บรายได้</p> <ul style="list-style-type: none"> ● มิติเวชระเบียน (OPD/IPD) <p>1) แพทย์วินิจฉัยโรคถูกต้อง ครบถ้วนตามเกณฑ์เวชระเบียน (SA) (100%)</p> <p>2) ผู้ให้รหัสโรคให้รหัสโรคถูกต้อง (100%)</p> <p>3) อัตราการบันทึกข้อมูล E-Claim/</p>	<p>KPI :1 อัตรา Total Performance Score (ระดับ F คะแนน 6.5 เต็ม 15)</p> <p>KPI :1.1 ประสิทธิภาพการจัดเก็บรายได้ ร้อยละ 100</p> <p>OKRs</p> <ul style="list-style-type: none"> ● มิติเวชระเบียน (OPD/IPD) <p>1) อัตราแพทย์วินิจฉัยโรคถูกต้อง ครบถ้วนตามเกณฑ์เวชระเบียน (SA) ร้อยละ100</p> <p>2) อัตราผู้ให้รหัสโรคให้รหัสโรคถูกต้อง ร้อยละ100</p> <p>3) อัตราการบันทึกข้อมูล E-Claim/Financial.</p>	<p>ศูนย์ควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยงด้านการเงินการคลัง (TPS ระดับ F-B)</p>	<p>TPS ระดับ B+</p>	<p>TPS ระดับ A</p>	<p>1. มิติเวชระเบียน</p> <p>2. มิติการบริหารลูกหนี้ทุกกองทุน</p> <p>3. มิติกระบวนการจัดเก็บรายได้</p> <p>4. มิติคุณภาพทางบัญชี</p> <p>5. มิติรายได้จากการรักษาพยาบาล</p> <p>6. หน่วยหารรายได้เพิ่มพิเศษ</p> <p>6.1 ตรวจสอบสุขภาพ</p>

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ				
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		
		2568	2569	2570
Financial. Data Hub (FDH) ครอบคลุม ถูกต้อง ทันเวลา (100%) 4) การสรุปเวชระเบียน ล่าช้า (IPD) ก่อน 15 วัน / 30 วัน (100%) <ul style="list-style-type: none"> ● มิติการบริหาร ลูกหนี้ทุก กองทุน 1) การตั้งลูกหนี้ค่ารักษา ครบถ้วนทุกสิทธิ (100%) 2) ไม่พบข้อมูลติด C จาก การบันทึกข้อมูล 3) ลูกหนี้ค้างชำระค่า รักษาพยาบาลได้รับการ ติดตามจนชำระหนี้ (80%) 4) ลูกหนี้ พรบ.ที่ค้าง ชำระค่ารักษาพยาบาล ได้รับการติดตามจนชำระ หนี้ (80%)	Data Hub (FDH) ครอบคลุม ถูกต้อง ทันเวลา ร้อยละ100 4) อัตราการสรุปเวช ระเบียนล่าช้า (IPD) ก่อน 15 วัน / 30 วัน ร้อยละ 100 <ul style="list-style-type: none"> ● มิติการบริหาร ลูกหนี้ทุก กองทุน 1) อัตราการตั้งลูกหนี้ค่า รักษาครบถ้วนทุกสิทธิ ร้อยละ100 2) อุบัติการณ์ข้อมูลติด C จากการบันทึกข้อมูล= 0 3) อัตราลูกหนี้ค้างชำระ ค่ารักษาพยาบาลได้รับการ ติดตามจนชำระหนี้ ร้อยละ 80 4) อัตราลูกหนี้ พรบ.ที่ ค้างชำระค่า รักษาพยาบาลได้รับการ ติดตามจนชำระหนี้ ร้อยละ 80	6.2 ห้องพิเศษ 6.3 แพทย์แผน ไทย 6.4 กายภาพ บำบัด 6.5 ทันตกรรม 7. บริหารต้นทุน และรายจ่าย 7.1 บำรุงรักษา เชิงรุก 7.2 รมรงค์ ประหยัดพลังงาน ไฟฟ้า 7.3 Home ward 7.4 CFO จัดทำ PLAN FIN 7.5 CFO ปฏิบัติการควบคุม บริหารสินทรัพย์ หมุนเวียนและ หนี้สินหมุนเวียน 7.6 CFO ทบทวน ประสิทธิภาพการ ทำกำไรรายโรค		

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ						
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based				
		2568	2569	2570	2571	2572
<ul style="list-style-type: none"> ● มิติกระบวนการ จัดเก็บรายได้ <p>1) การขอเบิกชดเชย ลูกหนี้ผู้ป่วยในทุกสิทธิ ก่อน 30 วัน (100%)</p> <p>2) กองทุนทุกกองทุน ได้รับการกำกับและ ติดตามอย่างต่อเนื่อง (100%)</p> <p>3) การบันทึก PPFS (100%)</p> <p>4) การบันทึกโปรแกรม อื่นๆนอกโปรแกรม E-claim/FDH (100%)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● มิติกระบวนการ จัดเก็บรายได้ <p>1) อัตราการขอเบิก ชดเชยลูกหนี้ผู้ป่วยในทุก สิทธิก่อน 30 วัน ร้อยละ100</p> <p>2) อัตรากองทุนทุก กองทุนได้รับการกำกับ และติดตามอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ100</p> <p>3) อัตราการบันทึก PPFS ร้อยละ100</p> <p>4) อัตราการบันทึก โปรแกรมอื่นๆนอก โปรแกรม E-claim/FDH ร้อยละ100</p>					
<ul style="list-style-type: none"> ● มิติคุณภาพทาง บัญชี <p>1) ไม่พบการลงลูกหนี้ ผิดพลาด</p> <p>2) ไม่พบการกระทบ ลูกหนี้คลาดเคลื่อน</p> <p>3) อัตราการตั้งลูกหนี้ โปรแกรมอื่นๆนอก โปรแกรม E-claim/FDH (100%)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● มิติคุณภาพทาง บัญชี <p>1) อุบัติการณ์การลง ลูกหนี้ผิดพลาด= 0</p> <p>2) อุบัติการณ์การกระทบ ลูกหนี้คลาดเคลื่อน= 0</p> <p>3) อัตราการตั้งลูกหนี้ โปรแกรมอื่นๆนอก โปรแกรม E-claim/FDH ร้อยละ100</p>					

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ						
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based				
		2568	2569	2570	2571	2572
<ul style="list-style-type: none"> • มิติรายได้จากการรักษาพยาบาล 1) อัตราครองเตียงมากกว่า 80% 2) Sum AdjRw มากกว่า 1,500 Rw 3) CMI มากกว่า 0.60	<ul style="list-style-type: none"> • มิติรายได้จากการรักษาพยาบาล 1) อัตราครองเตียงมากกว่าร้อยละ80 2) อัตรา Sum AdjRw มากกว่า 1,500 Rw ร้อยละ100 3) อัตรา CMI มากกว่า 0.60 ร้อยละ100					
2. ประสิทธิภาพการทำการ่าโรสูทิจากรายได้เพิ่มพิเศษ 2.1 อัตราการ่าโรสูทิจากรายได้เพิ่มพิเศษตรวจสุขภาพ เพิ่มขึ้น 2.2 อัตราการ่าโรสูทิจากรายได้เพิ่มพิเศษจากห้องพิเศษ เพิ่มขึ้น 2.3 อัตราการ่าโรสูทิจากรายได้เพิ่มพิเศษจากแพทย์แผนไทย เพิ่มขึ้น 2.4 อัตราการ่าโรสูทิจากรายได้เพิ่มพิเศษจากกายภาพบำบัด เพิ่มขึ้น	KPI :2 ประสิทธิภาพการทำการ่าโรสูทิจากรายได้เพิ่มพิเศษร้อยละ 80 OKRs 2.1 อัตราการ่าโรสูทิจากรายได้เพิ่มพิเศษตรวจสุขภาพ ร้อยละ 80 2.2 อัตราการ่าโรสูทิจากรายได้เพิ่มพิเศษจากห้องพิเศษ ร้อยละ 80 2.3 อัตราการ่าโรสูทิจากรายได้เพิ่มพิเศษจากแพทย์แผนไทย ร้อยละ 80 2.4 อัตราการ่าโรสูทิจากรายได้เพิ่มพิเศษจากกายภาพบำบัด ร้อยละ 80					

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

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

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ						
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based				
		2568	2569	2570	2571	2572
3.5.4 ไม่พบอัตรา Dead stock 1.) คลังยา 2.) คลังวัสดุการแพทย์	3.5.4 อัตรา Dead stock ร้อยละ 0 1.) คลังยา ร้อยละ 0 2.) คลังวัสดุการแพทย์ ร้อยละ 0					
3.6 ความสามารถในการ ทำกำไร	3.6 อัตราความสามารถ ในการทำกำไร ร้อยละ 80					

ตารางกำหนดโครงการ งาน และกิจกรรม

ที่มีความสัมพันธ์ สอดคล้อง และเชื่อมโยงกับ วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์

ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย KPI & OKRs

แผนยุทธศาสตร์ ระยะ 5 ปี ด้วยวิธี Project based เน้น ปี 2568 - 2569

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพของคร่อม ประชาชนไว้วางใจ

พันธกิจที่ M1: พัฒนาระบบบริการการแพทย์คร่อมที่มีคุณภาพ

ยุทธศาสตร์ SO: ยกระดับคุณภาพการแพทย์คร่อม

Roadmap 1: กลุ่มโรควิกฤตฉุกเฉิน

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต				
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการ งานและกิจกรรม
		2568	2569	
1. TBI: ลดอัตราการเสียชีวิต 1.1 กลุ่มเสี่ยง (วัยรุ่นและวัยทำงาน) ขับขี่ปลอดภัย (สวมหมวก/ไม่เมา) เพิ่มขึ้น 1.2 จุดเสี่ยงซ้ำทั้งถนนสายหลักและสายรองได้รับการแก้ไขจำนวน 4 จุด - แยกตอนกลาง (สายหลัก) - แยกบ้านบน (สายหลัก) - แยกลำโพง (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 - แยกตอนกลาง (สายหลัก) - แยกบ้านบน (สายหลัก) - แยกลำโพง (สายหลัก) - แยกโรงกาแพ (สายรอง)	อำเภอลดอุบัติเหตุทางถนน 1. ศปถ./พขอ. ขับเคลื่อนนโยบาย 2.รณรงค์ขับขี่ปลอดภัย 3. Excellent Fast track trauma		โครงการ Road Traffic Safety 1. งาน ศปถ./พขอ. ขับเคลื่อนนโยบาย 1.1 ประชุมเชิงปฏิบัติการ กำหนดนโยบายขับขี่ปลอดภัย 1.2 ปรับปรุงจุดเสี่ยงซ้ำทั้งถนนสายหลักและสายรองให้ได้มาตรฐาน - แยกตอนกลาง (สายหลัก) - แยกบ้านบน (สายหลัก) - แยกลำโพง (สายหลัก) - แยกโรงกาแพ (สายรอง) 1.3 อบรมสอบสวนอุบัติเหตุทางถนน 2. งานรณรงค์ขับขี่ปลอดภัย (วัยรุ่น/วัยทำงาน) 2.1 เทศกาลสำคัญ

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย				
ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต				
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการ งานและกิจกรรม
		2568	2569	
- แยกโรงกาแพ (สายรอง) 1.3 หน่วยกู้ชีพพื้นฐาน นำส่งผู้บาดเจ็บอย่างมี คุณภาพ 1.4 ไม่พบอุบัติการณ์ EWS TBI ล่าช้า 1.5 ไม่พบอุบัติการณ์ EWS TBI ผิดพลาด 1.6 ไม่พบอุบัติการณ์ สำรองเลือดไม่เพียงพอ 1.7 ไม่พบอุบัติการณ์ การวินิจฉัย TBI ล่าช้า 1.8 ไม่พบอุบัติการณ์ การวินิจฉัย TBI ผิดพลาด	1.3 อัตราหน่วยกู้ชีพพื้นฐาน นำส่งผู้บาดเจ็บอย่างมี คุณภาพ ร้อยละ 80 1.4 อุบัติการณ์ EWS TBI ล่าช้า = 0 1.5 อุบัติการณ์ EWS TBI ผิดพลาด = 0 1.6 อุบัติการณ์สำรองเลือดไม่ เพียงพอ = 0 1.7 อุบัติการณ์การวินิจฉัย TBI ล่าช้า = 0 1.8 อุบัติการณ์การวินิจฉัย TBI ผิดพลาด = 0			2.2 สามหมอตีอนภัยให้ สวมหมวกนิรภัยและเมาไม่ขับ 2.3 โรงเรียนขับขี่ปลอดภัย 3. Excellent Fast track trauma 3.1 จัดตั้งหน่วยกู้ชีพ อบต. หาดขาม 3.2 RRT ER&เครือข่าย 3.3 ทีมเข้ม CPG/CNPG trauma 3.4 Quick Win trauma รายสัปดาห์ 4. พัฒนาสมรรถนะ 4.1 หลักสูตรพยาบาลเวช ปฏิบัติฉุกเฉิน 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 ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต				
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการ งานและกิจกรรม
		2568	2569	
<p>2. Multiple Injury: ลดอัตราการเสียชีวิต</p> <p>2.1 กลุ่มเสี่ยง (วัยรุ่น และวัยทำงาน) ขับขี่ ปลอดภัย (สวมหมวก/ ไม่เมา) เพิ่มขึ้น</p> <p>2.2 จุดเสี่ยงซ้ำทั้งถนน สายหลักและสายรอง ได้รับการแก้ไขจำนวน 4 จุด</p> <ul style="list-style-type: none"> - แยกตอนกลาง (สายหลัก) - แยกบ้านบน (สายหลัก) - แยกสำโหรง (สายหลัก) - แยกโรงกาแพ (สายรอง) <p>2.3 หน่วยกู้ชีพพื้นฐาน นำส่งผู้บาดเจ็บอย่างมี คุณภาพ</p> <p>2.4 ไม่พบอุบัติเหตุ EWS Multiple Injury ล่าช้า</p>	<p>KPI :2 อัตราผู้บาดเจ็บ Multiple injury เสียชีวิต ร้อยละ 0</p> <p>OKRs</p> <p>2.1 อัตรากลุ่มเสี่ยง (วัยรุ่น และวัยทำงาน) ขับขี่ ปลอดภัย (สวมหมวก/ไม่เมา) ร้อยละ 80</p> <p>2.2 จุดเสี่ยงซ้ำทั้งถนนสาย หลักและสายรองได้รับการ แก้ไขจำนวน 4 จุด</p> <ul style="list-style-type: none"> - แยกตอนกลาง (สายหลัก) - แยกบ้านบน (สายหลัก) - แยกสำโหรง (สายหลัก) - แยกโรงกาแพ (สายรอง) <p>2.3 อัตราหน่วยกู้ชีพพื้นฐาน นำส่งผู้บาดเจ็บอย่างมี คุณภาพ ร้อยละ 80</p> <p>2.4 อุบัติการณ์ EWS Multiple Injury ล่าช้า = 0</p>			

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย				
ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต				
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการ งานและกิจกรรม
		2568	2569	
2.5 ไม่พบอุบัติเหตุ EWS Multiple Injury ผิพพลาด 2.6 ไม่พบอุบัติเหตุ สำรองเลือดไม่เพียงพอ 2.7 ไม่พบอุบัติเหตุ การวินิจฉัย Multiple Injury ลำซ้ำ 2.8 ไม่พบอุบัติเหตุ การวินิจฉัย Multiple Injury ผิพพลาด	2.5 อุบัติการณ์ EWS Multiple Injury ผิพพลาด = 0 2.6 อุบัติการณ์สำรองเลือดไม่ เพียงพอ = 0 2.7 อุบัติการณ์การวินิจฉัย Multiple Injury ลำซ้ำ = 0 2.8 อุบัติการณ์การวินิจฉัย Multiple Injury ผิพพลาด = 0			
3. Stroke: ลดอัตรา การเสียชีวิต 3.1 กลุ่มเสี่ยงและกลุ่ม ป่วย Stroke เข้าถึง บริการทางการแพทย์ ตั้งแต่เริ่มมีอาการ ภายในเวลา 3 ชั่วโมง เพิ่มขึ้น 3.2 ไม่พบอุบัติเหตุ EWS Stroke ลำซ้ำ 3.3 ไม่พบอุบัติเหตุ EWS Stroke ผิพพลาด 3.4 ไม่พบอุบัติเหตุ วินิจฉัย Stroke ลำซ้ำ	KPI :3 อัตราผู้ป่วย Stroke เสียชีวิตน้อยกว่า ร้อยละ 5 (7%) OKRs 3.1 อัตรากลุ่มเสี่ยงและกลุ่ม ป่วย Stroke เข้าถึงบริการ ทางการแพทย์ตั้งแต่เริ่มมี อาการภายในเวลา 3 ชั่วโมง ร้อยละ50 ($\geq 50\%$) 3.2 อุบัติการณ์ EWS Stroke ลำซ้ำ = 0 3.3 อุบัติการณ์ EWS Stroke ผิพพลาด = 0 3.4 อุบัติการณ์วินิจฉัย Stroke ลำซ้ำ = 0	Excellent Stroke Fast track 1. Pre-hospital 2. ER (CT scan)	โครงการ Excellent Fast track 3S (Stroke STEMI SEPSIS) 1.งาน 3A3S 1.1 ปรับปรุงฐานข้อมูล 3S 1.2 ปักหมุดครัวเรือนกลุ่ม เสี่ยง 3S 1.3 สามหมอเคาะประตูบ้าน เตือนภัย 3S 1.4 ทิวเข้ม FR & EMS ใน 1.1 และ 1.2 1.5 เยี่ยมบ้านกลุ่มเสี่ยง 3S ด้วย SIRS & SOS Score 2. Fast track 3S ใน รพ. 2.1 ทิวเข้ม CPG/CNPG 3S 2.2 ทิวเข้ม EWS 3S (OPD / ER / IPD)	

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย				
ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต				
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการ งานและกิจกรรม
		2568	2569	
				2.3 ทิวเข้มการใช้ยา SK 2.4 ทิวเข้มการใช้ยา rt-PA 3. พัฒนาสมรรถนะ 3.1 หลักสูตรการพยาบาล เฉพาะทางสาขาการพยาบาล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 3.2 หลักสูตรการพยาบาล เฉพาะทางสาขาการพยาบาล ผู้ป่วยวิกฤต (ผู้ใหญ่และ ผู้สูงอายุ) 3.3 หลักสูตรการพยาบาล เฉพาะทางสาขาการพยาบาล ผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการ ควบคุมการติดเชื้อ 3.4 หลักสูตรการพยาบาล เฉพาะทางสาขาการพยาบาล เวชปฏิบัติฉุกเฉิน 3.5 หลักสูตรพนักงาน ฉุกเฉินการแพทย์ (EMT-B)
4. STEMI: ลดอัตรา การเสียชีวิต 4.1 กลุ่มป่วยและกลุ่ม เสี่ยงเข้าถึงบริการทาง การแพทย์ตั้งแต่เริ่มมี อาการภายในเวลา 60 นาที เพิ่มขึ้น	KPI :4 อัตราผู้ป่วย STEMI เสียชีวิต น้อยกว่าร้อยละ 5 (9%) OKRs 4.1 อัตรากลุ่มป่วยและกลุ่ม เสี่ยงเข้าถึงบริการทาง การแพทย์ตั้งแต่เริ่มมีอาการ ภายในเวลา 60 นาที ร้อยละ 60	Excellent STEMI Fast track 1. Pre-hospital 2. ER/OPD (EWS / EKG / วินิจฉัย)		

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย				
ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต				
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการ งานและกิจกรรม
		2568	2569	
4.2 ไม่พบอุบัติการณ์ EWS STEMI ล่าช้า	4.2 อุบัติการณ์ EWS STEMI ล่าช้า = 0			
4.3 ไม่พบอุบัติการณ์ EWS STEMI ผิดพลาด	4.3 อุบัติการณ์ EWS STEMI ผิดพลาด = 0			
4.4 ไม่พบอุบัติการณ์ การทำ EKG ล่าช้า เกิน 10 นาที	4.4 อุบัติการณ์ การทำ EKG ล่าช้า เกิน 10 นาที = 0			
4.5 ไม่พบอุบัติการณ์ การวินิจฉัย STEMI ล่าช้า	4.5 อุบัติการณ์การวินิจฉัย STEMI ล่าช้า = 0			
4.6 ไม่พบอุบัติการณ์ การวินิจฉัย STEMI ผิดพลาด	4.6 อุบัติการณ์การวินิจฉัย STEMI ผิดพลาด = 0			
5. Sepsis: ลดอัตรา การเสียชีวิต	KPI :5 อัตราผู้ป่วย sepsis เสียชีวิตน้อยกว่าร้อยละ 5 (น้อยกว่า 26%) OKRs	Excellent Sepsis Fast track		
5.1 กลุ่มเสี่ยงและ ผู้ดูแล Sepsis (ผู้สูงอายุ / ผู้ป่วยติด เตียง / DM poor control / ฯลฯ) ได้รับ ทักษะ SIRS / SOS score ทุกราย	5.1 อัตรากลุ่มเสี่ยงและผู้ดูแล Sepsis (ผู้สูงอายุ / ผู้ป่วยติด เตียง /DM poor control / ฯลฯ) ได้รับทักษะ SIRS / SOS score ร้อยละ100	1. Pre / Post- hospital (SIRS / SOS score /D /C plan)		
5.2 ไม่พบอุบัติการณ์ EWS Sepsis ล่าช้า ใน OPD ER	5.2 อุบัติการณ์ EWS Sepsis ล่าช้าใน OPD / ER = 0	2. OPD / ER / IPD (EWS / วินิจฉัย)		

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต				
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการ งานและกิจกรรม
		2568	2569	
5.3 ไม่พบอุบัติการณ์ EWS Sepsis ผิดพลาด ใน OPD ER	5.3 อุบัติการณ์ EWS Sepsis ผิดพลาด ใน OPD / ER = 0			
5.4 ไม่พบอุบัติการณ์ EWS Sepsis ซ้ำล่าช้า ใน IPD	5.4 อุบัติการณ์ EWS Sepsis ซ้ำล่าช้าใน IPD = 0			
5.5 ไม่พบอุบัติการณ์ วินิจฉัย Sepsis ล่าช้า	5.5 อุบัติการณ์ วินิจฉัย Sepsis ล่าช้า = 0			
5.6 ไม่พบอุบัติการณ์ วินิจฉัย Sepsis ผิดพลาด	5.6 อุบัติการณ์ วินิจฉัย Sepsis ผิดพลาด = 0			

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพองค์รวม ประชาชนไว้วางใจ

พันธกิจที่ M1: พัฒนาระบบบริการการแพทย์องค์รวมที่มีคุณภาพ

ยุทธศาสตร์ SO: ยกระดับคุณภาพการแพทย์องค์รวม

Roadmap 2: กลุ่มโรคเรื้อรังและโรคติดต่อ

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการ งานและกิจกรรม
		2568	2569	
1. DM: ลดอัตราเกิด ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย เบาหวาน (DKA/ hypoglycemia/DR/CKD/DM foot/STROKE/STEMI)	KPI :1 อัตราผู้ป่วย โรคเบาหวานเกิด ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย เบาหวาน (DKA / hypoglycemia / DR /	Excellent NCDs CUP Clinic (DM / HT / CKD)		โครงการคลินิกโรคเรื้อรัง คุณภาพ 1. Life style modification Program

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการ งานและกิจกรรม
		2568	2569	
<p>1.1 ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาล HbA1c <7 % เพิ่มขึ้น</p> <p>1.1.1 ผู้ป่วย DM ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี ได้รับการติดตาม เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบเข้มข้น (Life style modification) เพิ่มขึ้น</p> <p>1.2 ลดอัตราผู้ป่วย DM เป็น DKA</p> <p>1.2.1 ผู้ป่วย DM ที่ขาดยา ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องทุกราย</p> <p>1.2.2 ผู้ป่วย DM ที่มีภาวะติดเชื้อรุนแรง/ติดเชื้อราเรื้อรัง/ ฯลฯ ได้รับการติดตามรักษาอย่างต่อเนื่องทุกราย</p> <p>1.3 ลดอัตราผู้ป่วย DM ที่มีภาวะ Hypoglycemia coma</p>	<p>CKD / DM foot / STROKE / STEMI) ลดลงร้อยละ 2</p> <p>OKRs</p> <p>1.1 อัตราผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาล HbA1c <7 % เพิ่มขึ้น ร้อยละ 40</p> <p>1.1.1 อัตราผู้ป่วย DM ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี ได้รับการติดตาม เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบเข้มข้น (Life style modification) ร้อยละ 2</p> <p>1.2 อัตราผู้ป่วย DM เป็น DKA ลดลง ร้อยละ 2</p> <p>1.2.1 อัตราผู้ป่วย DM ที่ขาดยา ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 100</p> <p>1.2.2 อัตราผู้ป่วย DM ที่มีภาวะติดเชื้อรุนแรง/ติดเชื้อราเรื้อรัง/ ฯลฯ ได้รับการติดตามรักษาอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 100</p> <p>1.3 อัตราผู้ป่วย DM ที่มีภาวะ Hypoglycemia coma ลดลง ร้อยละ 2</p>	<p>1. Life style modification Program</p> <p>2. telemedicine</p> <p>3. Remission Clinic (DM / HT)</p>	<p>1.1 กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย (DM / HT / CKD) ร่วมจัดทำกลุ่มเสี่ยงตามกลุ่มอาชีพ 3๐2ส</p> <p>1.1.1 ทำสวน</p> <p>1.1.2 ทำไร้อุปสรรค</p> <p>1.1.3 ประมง</p> <p>1.1.4 รับจ้างทั่วไป</p> <p>1.1.5 สำนักงาน</p> <p>1.2 Life style modification model</p> <p>1.2.1 บุคคลต้นแบบ</p> <p>1.2.2 กลุ่มอาชีพต้นแบบ</p> <p>2. Smart NCDs Clinic (ลดภาวะแทรกซ้อน)</p> <p>2.1 ดิวเข้ม CPG/CNPG</p> <p>2.2 Telemedicine</p> <p>2.3 ดิวเข้มและติดตามการใช้ยา</p> <p>3. Remission Clinic (DM/HT)</p> <p>3.1 DM</p> <p>3.2 HT</p> <p>4. งาน Cataract</p> <p>4.1 Active case finding</p> <p>4.2 Fast Track ผ่าตัดตาต่อกระจก</p>	

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

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการ งานและกิจกรรม
		2568	2569	
1.5.2 ผู้ป่วย DM ที่มี ภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต เท้า ได้รับการติดตามเข้ารับการ รักษาต่อเนื่องทุกราย	1.5.2 อัตราผู้ป่วย DM ที่มีภาวะแทรกซ้อน ทางตา ไต เท้า ได้รับการติดตาม เข้ารับการรักษา ร้อยละ 100			
1.5.3 ผู้ป่วย DM ที่เป็นแผล ที่เท้าได้รับการส่งต่อรักษา กับ ศัลยแพทย์ทุกราย	1.5.3 อัตราผู้ป่วย DM ที่เป็นแผลที่เท้าได้รับการ ส่งต่อรักษา กับศัลยแพทย์ ร้อยละ 100			
1.6 ลดอัตราผู้ป่วย DM เป็น CKD	1.6 อัตราผู้ป่วย DM เป็น CKD ลดลง ร้อยละ 2			
1.6.1 ผู้ป่วย DM ได้รับการ คัดกรองภาวะแทรกซ้อนทาง ไตเพิ่มมากขึ้น	1.6.1 อัตราผู้ป่วย DM ได้รับการคัดกรอง ภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 60			
1.6.2 ผู้ป่วย DM ที่ตรวจพบ ภาวะไตเรื้อรังได้รับการติดตาม ได้รับการตรวจซ้ำทุก 3 เดือน ทุกราย	1.6.2 อัตราผู้ป่วย DM ที่ตรวจพบภาวะไตเรื้อรัง ได้รับการติดตาม ได้รับการ ตรวจซ้ำทุก 3 เดือน ร้อยละ 100			
1.6.3 ผู้ป่วย DM ที่เป็น CKD Stage 3b ได้รับการส่งต่อ อายุรแพทย์ทุกราย	1.6.3 อัตราผู้ป่วย DM ที่เป็น CKD Stage 3b ได้รับการส่งต่ออายุรแพทย์ ร้อยละ 100			
1.7 ลดอัตราผู้ป่วย DM เป็น STROKE / STEMI	1.7 อัตราผู้ป่วย DM เป็น STROKE / STEMI ลดลง ร้อยละ 2			

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการ งานและกิจกรรม
		2568	2569	
<p>1.7.1 ผู้ป่วย DM ในคลินิก NCDs ที่ควบคุมโรคได้ดี ได้รับการคัดกรอง CVD risk ทุกราย</p> <p>1.7.2 ผู้ป่วย DM ที่มี CVD risk > 20% ได้รับการติดตาม เข้ารับการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพและมี CVD risk ลดลง มีจำนวนเพิ่มขึ้น</p> <p>1.7.3 ผู้ป่วย DM ที่ควบคุมโรคไม่ดี ได้รับการติดตาม เข้ารับการคัดกรอง CVD risk ทุก ราย</p> <p>1.7.4 ผู้ป่วย DM ที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี ที่ได้รับการคัดกรอง CVD risk และมี CVD risk > 20% ได้รับการติดตาม เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพและมี CVD risk ลดลง มีจำนวนเพิ่มขึ้น</p>	<p>1.7.1 อัตราผู้ป่วย DM ในคลินิก NCDs ที่ควบคุมโรคได้ดี ได้รับการคัดกรอง CVD risk ร้อยละ 100</p> <p>1.7.2 อัตราผู้ป่วย DM ที่มี CVD risk > 20% ได้รับการติดตาม เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพและมี CVD risk ลดลง ร้อยละ 50</p> <p>1.7.3 อัตราผู้ป่วย DM ที่ควบคุมโรคไม่ดี ได้รับการติดตาม เข้ารับการคัดกรอง CVD risk ร้อยละ 100</p> <p>1.7.4 อัตราผู้ป่วย DM ที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี ที่ได้รับการคัดกรอง CVD risk และมี CVD risk > 20% ได้รับการติดตาม เข้ารับการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพและมี CVD risk ลดลง ร้อยละ 50</p>			
<p>2. HT: ลดอัตราการเกิด ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง (Stroke / STEMI /CKD)</p>	<p>KPI :2 อัตราการเกิด ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง (Stroke /STEMI /CKD) ลดลง ร้อยละ 2</p>			

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

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการ งานและกิจกรรม
		2568	2569	
<p>2.3 ลดอัตราผู้ป่วย HT เป็น STROKE/ STEMI</p> <p>2.3.1 ผู้ป่วย HT ในคลินิก NCDs ที่ควบคุมโรคได้ดี ได้รับการคัดกรอง CVD risk ทุกราย</p> <p>2.3.2 ผู้ป่วย HT ที่มี CVD risk > 20% ได้รับการติดตาม เข้ารับการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพและมี CVD risk ลดลง มีจำนวนเพิ่มขึ้น</p> <p>2.3.3 ผู้ป่วย HT ที่ควบคุมโรคไม่ดี ได้รับการติดตาม เข้ารับการคัดกรอง CVD risk ทุก ราย</p> <p>2.3.4 ผู้ป่วย HT ที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี ที่ได้รับการคัดกรอง CVD risk และมี CVD risk > 20% ได้รับการติดตาม เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพและมี CVD risk ลดลง มีจำนวนเพิ่มขึ้น</p>	<p>2.3 อัตราผู้ป่วย HT เป็น STROKE/ STEMI ลดลง ร้อยละ 2</p> <p>2.3.1 อัตราผู้ป่วย HT ในคลินิก NCDs ที่ควบคุมโรคได้ดี ได้รับการคัดกรอง CVD risk ร้อยละ 100</p> <p>2.3.2 อัตราผู้ป่วย HT ที่มี CVD risk > 20% ได้รับการติดตาม เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพและมี CVD risk ลดลง ร้อยละ 50</p> <p>2.3.3 อัตราผู้ป่วย HT ที่ ควบคุมโรคไม่ดี ได้รับการติดตาม เข้ารับการคัดกรอง CVD risk ร้อยละ 100</p> <p>2.3.4 อัตราผู้ป่วย HT ที่ ควบคุมโรคได้ไม่ดี ที่ได้รับการคัดกรอง CVD risk และมี CVD risk > 20% ได้รับการติดตาม เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพและมี CVD risk ลดลง ร้อยละ 50</p>			
<p>3. CKD: ลดอัตราการเกิด ESRD รายใหม่</p>	<p>KPI :3 อัตราการเกิด ESRD รายใหม่ ลดลง ร้อยละ 10</p>			

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการ งานและกิจกรรม
		2568	2569	
<p>3.1 ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลง eGFR <5ml/min/1.73m²/yr. ได้เพิ่มขึ้น</p> <p>3.2 ผู้ป่วย CKD stage 1-4 ได้รับยา ACEI / ARB เพิ่มขึ้น</p>	<p>OKRs</p> <p>3.1 อัตราผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลง eGFR <5ml/min/1.73m²/yr. ร้อยละ 66</p> <p>3.2 อัตราผู้ป่วย CKD stage 1-4 ได้รับยา ACEI / ARB ร้อยละ 60</p>			
<p>4. Cataract: ลดภาวะพิการตาบอดในผู้สูงอายุ</p> <p>4.1 ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปได้รับการตรวจคัดกรอง Cataract ทุกราย</p> <p>4.2 ผู้สูงอายุโรคตาต่อกระจกชนิดเลือนราง (Sever Low Vision) ได้รับการส่งต่อพบจักษุแพทย์ทุกราย</p> <p>4.3 ผู้ป่วยโรคตาต่อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วันทุกราย</p>	<p>KPI :4 อัตราผู้ป่วยสูงอายุ Cataract เกิดภาวะพิการตาบอดลดลง ร้อยละ 5</p> <p>OKRs</p> <p>4.1 อัตราผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปได้รับการตรวจคัดกรอง Cataract ร้อยละ 100</p> <p>4.2 อัตราผู้สูงอายุโรคตาต่อกระจกชนิดเลือนราง (Sever Low Vision) ได้รับการส่งต่อพบจักษุแพทย์ ร้อยละ 100</p> <p>4.3 อัตราผู้ป่วยโรคตาต่อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน ร้อยละ 100</p>	<p>Excellent Cataract CUP Clinic</p>		

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม
		2568	2569	
4.4 ผู้ป่วยโรคตาต่อกระจกที่ปฏิเสธการรักษาได้รับการติดตามเข้ารับการรักษาต่อเนื่องทุกราย	4.4 อัตราผู้ป่วยโรคตาต่อกระจกที่ปฏิเสธการรักษาได้รับการติดตามเข้ารับการรักษา ร้อยละ 100			

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพของคร่อม ประชาชนไว้วางใจ

พันธกิจที่ M1: พัฒนาระบบบริการการแพทย์องค์รวมที่มีคุณภาพ

ยุทธศาสตร์ SO: ยกระดับคุณภาพการแพทย์องค์รวม

Roadmap 3: กลุ่มโรคสูติกรรม

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

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต				
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการ งานและกิจกรรม
		2568	2569	
1.2 หญิงตั้งครรภ์ได้รับการ ฝากครรภ์คุณภาพ 8 ครั้ง เพิ่มขึ้น	1.2 หญิงตั้งครรภ์ได้รับการ ฝากครรภ์คุณภาพ 8 ครั้ง ร้อยละ 75			2.5 ติดตามการฝากครรภ์ 100%
1.3 หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ เสี่ยงสูงได้เข้ารับการรักษ กับสูติแพทย์ทุกราย	1.3 หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ ครรภ์เสี่ยงสูงได้เข้ารับการ รักษากับสูติแพทย์ ร้อยละ 100			3. LR คุณภาพ 3.1 ซ้อมแผนภาวะฉุกเฉิน ทางสูติกรรม 3.2 ทิวเข้ม EWS 3.3 ทิวเข้ม CPG/CNPG
1.4 ไม่พบอุบัติการณ์ EWS (Pre-term / PPH / PIH) ผิตพลาด	1.4 อุบัติการณ์ EWS (Pre- term / PPH / PIH) ผิตพลาด = 0			4. พัฒนาสมรรถนะ 4.1 หลักสูตรนมแม่ 21 ชั่วโมง
1.5 ไม่พบอุบัติการณ์ วินิจฉัย (Pre-term / PPH / PIH) ผิตพลาด	1.5 อุบัติการณ์วินิจฉัย (Pre-term / PPH / PIH) ผิตพลาด = 0			4.2 หลักสูตร RRT 5. จัดหาวัสดุครุภัณฑ์ (มูลค่า10,000บาทขึ้นไป) 5.1 ตู้อบเด็กเคลื่อนที่

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพของคร่อม ประชาชนไว้วางใจ

พันธกิจที่ M1: พัฒนาระบบบริการการแพทย์ของคร่อมที่มีคุณภาพ

ยุทธศาสตร์ □SO: ยกระดับคุณภาพการแพทย์ของคร่อม

Roadmap 4: กลุ่มโรคทันตกรรม

ประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการ งานและกิจกรรม
		2568	2569	
<p>1. ฟันน้ำนมในเด็ก 0-3 ปี: ลดอัตราการเกิดฟันน้ำนมผุ</p> <p>1.1 เด็กอายุ 0-3 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้น</p> <p>1.2 ผู้ปกครองเด็กอายุ 0-3 ปีได้รับการฝึกแปรงฟันแบบปฏิบัติและ plaque control เพิ่มขึ้น</p> <p>1.3 เด็กอายุ 0-3 ปี ได้รับการเคลือบทาฟลูออไรด์เฉพาะที่เพิ่มขึ้น</p>	<p>KPI :1 อัตราเด็ก 3 ปี ปราศจากฟันผุ (Caries Free) ลดลง ร้อยละ 75</p> <p>OKRs</p> <p>1.1 เด็กอายุ 0-3 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 70</p> <p>1.2 ผู้ปกครองเด็กอายุ 0-3 ปี ได้รับการฝึกแปรงฟันแบบปฏิบัติและ plaque control ร้อยละ 70</p> <p>1.3 เด็กอายุ 0-3 ปี ได้รับการเคลือบทาฟลูออไรด์เฉพาะที่ ร้อยละ 50</p>	<p>ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ต้นแบบด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก</p>	<p>โครงการสุขภาพฟันดีอำเภออุบลูรี</p> <p>1. WBCต้นแบบด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก</p> <p>1.1 ตรวจสุขภาพช่องปากและทันตสุขศึกษา</p> <p>1.2 ฝึกแปรงฟันแบบปฏิบัติและ plaque control</p> <p>1.3 เคลือบทาฟลูออไรด์เฉพาะที่</p> <p>2. โรงเรียนประถมศึกษาต้นแบบด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก</p>	
<p>2. ฟันแท้ในเด็ก 6-12 ปี: ลดอัตราฟันแท้ผุ</p> <p>2.1 เด็กอายุ 6-12 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้น</p> <p>2.2 เด็กอายุ 6-12 ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันแท้เพิ่มขึ้น</p>	<p>KPI :2 อัตราเด็ก 12 ปี ปราศจากฟันผุ (Caries Free) ลดลง ร้อยละ 72</p> <p>OKRs</p> <p>2.1 เด็กอายุ 6-12 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 70</p> <p>2.2 เด็กอายุ 6-12 ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันแท้ ร้อยละ 30</p>	<p>โรงเรียนประถมศึกษา ต้นแบบด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก</p>	<p>2.1 ตรวจสุขภาพช่องปากและทันตสุขศึกษา</p> <p>2.2 เคลือบหลุมร่องฟันแท้</p> <p>3. คลินิกฟันเทียมในรพ.สต.</p> <p>3.1 ตรวจสุขภาพช่องปากและทันตสุขศึกษา</p>	

ประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต				
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการ งานและกิจกรรม
		2568	2569	
<p>3. พันคู่สบในผู้สูงอายุ: เพิ่มจำนวนฟันหลังที่ใช้งาน ได้มากกว่า 4 คู่สบ</p> <p>3.1 ผู้สูงอายุที่ได้รับการ ตรวจสุขภาพช่องปาก เพิ่มขึ้น</p> <p>3.2 ผู้สูงอายุได้รับการใส่ฟัน เทียม มากกว่า 16 ซี่หรือ ฟันเทียมทั้งปากเพิ่มขึ้น</p>	<p>KPI :3 อัตราผู้สูงอายุที่มี ฟันหลัง (แท้หรือเทียม) ใ้ งานเหมาะสม (ไม่น้อยกว่า 4 คู่สบ) เพิ่มขึ้น ร้อยละ 64 OKRs</p> <p>3.1 ผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจ สุขภาพช่องปาก ร้อยละ 75</p> <p>3.2 ผู้สูงอายุที่ได้รับใส่ฟัน เทียม มากกว่า 16 ซี่หรือฟัน เทียมทั้งปาก ร้อยละ 100 (ของเป้าหมาย)</p>	<p>คลินิกฟันเทียม ใน รพ.สต.</p>		<p>3.2 บริการใส่ฟันเทียม มากกว่า 16 ซี่หรือฟัน เทียมทั้งปากในผู้สูงอายุ</p> <p>4. หน่วยทันตกรรม เคลื่อนที่วัยทำงานใน รพ.สต.</p> <p>4.1 บริการทันตกรรม ของวัยทำงาน</p> <p>4.2 บริการทันตกรรมใน สถานประกอบการ</p> <p>5. ทันตกรรมเฉพาะทาง</p> <p>5.1 บริการทันตกรรม</p>
<p>4. วัยทำงานเข้าถึงบริการ ทันตกรรม: เพิ่มการเข้าถึง การรับบริการทันตกรรม</p>	<p>KPI :4อัตราการเข้าถึงบริการ ทันตกรรมของวัยทำงาน เพิ่มขึ้น ร้อยละ 25</p>	<p>หน่วยทันตกรรม เคลื่อนที่ ใน รพ.สต.</p> <p>คลินิกทันตกรรม</p> <p>1. รากฟันเทียม</p> <p>2. รักษาฟัน</p>		<p>เฉพาะทางที่ไม่ซับซ้อน</p> <p>5.1.1 รากฟันเทียม</p> <p>5.1.2 รักษาฟัน</p> <p>5.1.3. ฟันปลอม</p> <p>5.1.4 รักษาฟันเด็ก</p> <p>5.1.5 ศัลยกรรมช่องปาก</p>
<p>5. ทันตกรรมเฉพาะทาง: เพิ่มอัตราการเข้าถึง ทันตกรรมเฉพาะทาง</p> <p>5.1. รากฟันเทียม</p> <p>5.2. รักษาฟัน</p> <p>5.3. ฟันปลอม</p> <p>5.4. รักษาฟันเด็ก</p> <p>5.5 ศัลยกรรมช่องปาก</p>	<p>KPI :5 อัตราการให้บริการ ทันตกรรมเฉพาะทาง ร้อยละ 5</p> <p>5.1. รากฟันเทียม ร้อยละ 5</p> <p>5.2. รักษาฟัน ร้อยละ 5</p> <p>5.3. ฟันปลอม ร้อยละ 5</p> <p>5.4. รักษาฟันเด็ก ร้อยละ 5</p> <p>5.5 ศัลยกรรมช่องปาก ร้อยละ 5</p>	<p>หน่วยทันตกรรม เคลื่อนที่ ใน รพ.สต.</p> <p>คลินิกทันตกรรม</p> <p>1. รากฟันเทียม</p> <p>2. รักษาฟัน</p>		<p>6. พัฒนาสมรรถนะ</p> <p>6.1 หลักสูตรเพิ่มทักษะ การดูแลสุขภาพช่องปาก ตามกลุ่มอายุ</p> <p>6.2 หลักสูตรเพิ่มทักษะ ในการเคลือบฟลูออไรด์ และเคลือบหลุมร่องฟัน</p>

ประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต				
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการ งานและกิจกรรม
		2568	2569	
				7. จัดหาวัสดุครุภัณฑ์ (มูลค่า10,000บาท ขึ้นไป) 7.1 สื่อการสอน 7.2 อุปกรณ์การ แปร่งฟัน 7.3 เครื่องมือและ อุปกรณ์สำหรับทำ ฟันเทียม

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพของคร่อม ประชาชนไว้วางใจ

พันธกิจที่ M1: พัฒนาระบบบริการการแพทย์องค์รวมที่มีคุณภาพ

ยุทธศาสตร์ SO: ยกระดับคุณภาพการแพทย์องค์รวม

Roadmap5: บริการแบบผสมผสาน

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต				
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการ งานและกิจกรรม
		2568	2569	
1. กายภาพบำบัด: ผู้ป่วยIMC 4 โรค (Stroke, TBI, SCI, Hip Fracture) ที่ได้รับการฟื้นฟูทาง กายภาพบำบัดมีค่า BI ดีขึ้น อย่างน้อย 1 ระดับ	KPI :1 ผู้ป่วย IMC 4 โรค (Stroke, TBI, SCI Hip Fracture) ที่ได้รับการ ฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดมีค่า BI ดีขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับ ร้อยละ 80 OKRs	คลินิก กายภาพบำบัด	โครงการบริการแบบ <u>ผสมผสาน</u> 1. คลินิกการแพทย์แบบ ผสมผสาน 1.1 จัดตั้งคลินิก การแพทย์ผสมผสานใน ผู้ป่วย IMC / NCDs	

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต				
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการ งานและกิจกรรม
		2568	2569	
<p>1.1 ผู้ป่วย Stroke ได้รับการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด มีค่า BI ดีขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับ เพิ่มขึ้น</p> <p>1.2 ผู้ป่วย TBI ได้รับการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดมีค่า BI ดีขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับ เพิ่มขึ้น</p> <p>1.3 ผู้ป่วย SCI ได้รับการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดมีค่า BI ดีขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับ เพิ่มขึ้น</p> <p>1.4 ผู้ป่วย Hip Fracture ได้รับการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดมีค่า BI ดีขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับ เพิ่มขึ้น</p>	<p>1.1 ผู้ป่วย Stroke ได้รับการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดมีค่า BI ดีขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับ ร้อยละ 80</p> <p>1.2 ผู้ป่วย TBI ได้รับการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดมีค่า BI ดีขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับ ร้อยละ 80</p> <p>1.3 ผู้ป่วย SCI ได้รับการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดมีค่า BI ดีขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับ ร้อยละ 80</p> <p>1.4 ผู้ป่วย Hip Fracture ได้รับการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดมีค่า BI ดีขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับ ร้อยละ 80</p>			<p>1.2 ให้บริการเชิงรุก การแพทย์ผสมผสานในผู้ป่วย IMC/NCDs ในเขตพื้นที่อำเภออุบลบุรี</p> <p>1.3 อบรม อสม.และเจ้าหน้าที่รพ.สต.</p> <p>2. พัฒนาสมรรถนะ</p> <p>2.1 หลักสูตรการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม IMC</p> <p>2.2 หลักสูตรโภชนาการสำหรับผู้ป่วย IMC/NCDs</p> <p>2.3 หลักสูตรการดูแลผู้ป่วย IMC/NCDs ด้านแพทย์แผนไทย</p> <p>3. จัดหาวัสดุครุภัณฑ์ (มูลค่า10,000 บาท ขึ้นไป)</p> <p>3.1 เครื่องกระตุ้นไฟฟ้า</p> <p>3.2 อุปกรณ์ออกกำลังกาย</p>
<p>2.แพทย์แผนไทย: ผู้ป่วย NCDs ที่มีข้อบ่งชี้ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้น</p> <p>2.1 ผู้ป่วยโรค Stroke ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้น</p> <p>2.2 ผู้ป่วยโรค DM ที่มี HbA1c <7% ได้รับการ</p>	<p>KPI :2 อัตราผู้ป่วย NCDs ที่มีข้อบ่งชี้ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้น ร้อยละ 60</p> <p>OKRs</p> <p>2.1 อัตราผู้ป่วยโรค Stroke ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้น ร้อยละ 60</p> <p>2.2 อัตราผู้ป่วยโรค DM ที่มี HbA1c <7% ได้รับการดูแล</p>		<p>คลินิก แพทย์แผนไทย</p>	

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

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 มีผลลัพธ์จากการดูแลด้วย individual nutritioncare plan เพิ่มขึ้น 3.4 ผู้ป่วย CVD 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 มีผลลัพธ์จากการดูแลด้วย individual nutrition care plan ร้อยละ 60 3.5 หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง (BMI<18/>25, Hct<33%, PIH/GDM) มีผลลัพธ์จากการดูแลด้วย individual nutritioncare plan ร้อยละ 60			

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพของครอบครัวรวม ประชาชนไว้วางใจ

พันธกิจที่ M1: พัฒนาระบบบริการการแพทย์องค์รวมที่มีคุณภาพ

ยุทธศาสตร์ □SO: ยกระดับคุณภาพการแพทย์องค์รวม

Roadmap 6: ระบบงานที่สำคัญ

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต				
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการ งานและกิจกรรม
		2568	2569	
<p>1. RSQ: ไม่พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป</p> <p>1.1 อัตราความสมบูรณ์ของ risk register & risk profile โรคยุทธศาสตร์และโรคที่สำคัญเพิ่มขึ้น</p> <p>1.2 ไม่พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระดับ D ขึ้นไป</p> <p>1.2.1 S: ไม่พบอุบัติการณ์เหตุการณ์ผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่งและผิดเหตุการณ์</p> <p>1.2.2 I: ไม่พบอุบัติการณ์บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน</p> <p>1.2.3 M: อัตราอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา (Opd/lpd) ลดลง / การให้เลือดผิดคน/ผิดหมู่</p>	<p>KPI :1 อุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป = 0</p> <p>OKRs</p> <p>1.1 อัตราความสมบูรณ์ของ risk register & risk profile โรคยุทธศาสตร์และโรคที่สำคัญเพิ่มขึ้น ร้อยละ 80</p> <p>1.2 อุบัติการณ์ความเสี่ยงในระดับ D ขึ้นไป = 0</p> <p>1.2.1 อุบัติการณ์เหตุการณ์ผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่งและผิดเหตุการณ์ = 0</p> <p>1.2.2 อุบัติการณ์บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน = 0</p> <p>1.2.3 อัตราอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา (Opd/lpd) ลดลง ร้อยละ 20 /การให้เลือดผิดคน,ผิดหมู่เท่ากับ 0</p>	<p>RSQ Management</p> <p>1. risk register & risk profile</p> <p>2. SIMPLE (9 มาตรฐาน)</p> <p>3. RCA/CQI (ระดับ E ขึ้นไป)</p> <p>4. มหกรรม 12 กิจกรรมทุกหน่วยงาน</p> <p>5. มหกรรม 3P Safety ทุกหน่วยงาน</p>	<p>โครงการยกระดับคุณภาพระบบงานที่สำคัญ</p> <p>1. งาน RSQ Management</p> <p>1.1 risk register & risk profile</p> <p>1.1.1 จัดทำคู่มือการรายงานความเสี่ยง</p> <p>1.1.2 ประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำ Risk register / Risk profile โรคยุทธศาสตร์และโรคที่สำคัญ</p> <p>1.1.3 ทิวเข้ม Risk register / Risk profile ทุกหน่วยงาน</p> <p>1.2 3P Safety& SIMPLE (9 มาตรฐาน)</p> <p>1.2.1 ประกาศนโยบาย 3P Safety & ZE / ZH</p>	

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต				
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการ งานและกิจกรรม
		2568	2569	
<p>1.2.4 P: ไม่พบ อุบัติการณ์ระดับตัวผู้ป่วย ผิดพลาด/ผู้ป่วยพลัดตก หกหล่น</p> <p>1.2.5 L: ไม่พบ อุบัติการณ์tube เลื่อน หลุดขณะนำส่ง refer</p> <p>1.2.6 E: ไม่พบ อุบัติการณ์ความไม่พร้อม ของทีม RRT</p> <p>1.3 อัตราอุบัติการณ์ ความเสี่ยงได้รับการจัดทำ RCA / CQI / R2R ทุกอุบัติการณ์</p>	<p>1.2.4 อุตบัติการณ์ระดับตัว ผู้ป่วยผิดพลาด/ผู้ป่วยพลัดตก หกหล่น = 0</p> <p>1.2.5 อุตบัติการณ์ tube เลื่อนหลุดขณะนำส่ง refer = 0</p> <p>1.2.6 อุตบัติการณ์ความไม่ พร้อมของทีม RRT = 0</p> <p>1.3 อัตราอุบัติการณ์ความเสี่ยง ได้รับการจัดทำ RCA / CQI / R2R ร้อยละ 100</p>			<p>1.2.2 มหกรรม 12 กิจกรรม ทุกหน่วยงาน</p> <p>1.2.3 RSQ Round ทุก 2 สัปดาห์</p> <p>1.3 RCA /CQI / R2R</p> <p>1.3.1 จัดทำ RCA ใน ระดับความเสี่ยง (E-I) ทุกอุบัติการณ์</p> <p>1.3.2 จัดทำ CQI ใน ระดับความเสี่ยง E-F ทุกอุบัติการณ์</p> <p>1.3.3 จัดทำ R2R ใน ระดับความเสี่ยง E-F ทุกอุบัติการณ์</p>
<p>2. MSO: ไม่พบ อุบัติการณ์ความเสี่ยงทาง การแพทย์ระดับ E ขึ้นไป</p> <p>2.1 ไม่พบอุบัติการณ์ วินิจฉัยล่าช้า</p> <p>2.2 ไม่พบอุบัติการณ์ วินิจฉัยผิดพลาด</p> <p>2.3 ไม่พบอุบัติการณ์ รักษาพยาบาลล่าช้า</p>	<p>KPI :2 อุตบัติการณ์ความเสี่ยง ทางการแพทย์ ระดับ E ขึ้นไป = 0</p> <p>OKRs</p> <p>2.1 อุตบัติการณ์การวินิจฉัยล่าช้า = 0</p> <p>2.2 อุตบัติการณ์การวินิจฉัย ผิดพลาด = 0</p> <p>2.3 อุตบัติการณ์รักษาพยาบาล ล่าช้า = 0</p>			
<p>3. NSO: ไม่พบ อุบัติการณ์ความเสี่ยง ระดับ E ขึ้นไป</p>	<p>KPI :3 อุตบัติการณ์ความเสี่ยง ทางการพยาบาล ระดับ E ขึ้น ไป = 0</p>	Nursing RSQ management		<p>3. งาน NSO</p> <p>3.1 Productivity management (ER /</p>

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต					
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการ งานและกิจกรรม	
		2568	2569		
<p>3.1 อัตรากำลังหน่วยงาน ทางการพยาบาลเพียงพอ (ER/OPD)</p> <p>3.2 บุคลากรทางการ พยาบาลมีสมรรถนะ เฉพาะโรค (specific competency)</p> <p>3.3 หน่วยงานทางการ พยาบาลได้รับการนิเทศ ด้านความเสี่ยงทางคลินิก เฉพาะโรคทางการ พยาบาล</p> <p>3.4 ไม่พบอุบัติการณ์ ข้อร้องเรียนทางด้าน จริยธรรมทางการ พยาบาล</p>	<p>OKRs</p> <p>3.1 อัตรากำลังหน่วยงาน ทางการพยาบาล ในหน่วย บริการเพียงพอเหมาะสม (productivity management) ร้อยละ 80</p> <p>3.2 อัตราบุคลากรทางการ พยาบาลมีสมรรถนะเฉพาะ (specific competency) ใน โรคยุทธศาสตร์ ร้อยละ 80</p> <p>3.3 อัตราหน่วยงานทางการ พยาบาลได้รับการนิเทศความ เสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค ทางการพยาบาล ร้อยละ 80</p> <p>3.4 อุบัติการณ์ข้อร้องเรียน ทางด้านจริยธรรมของพยาบาล = 0</p>	1. Productivity (ER / IPD1,2,3 / OPD / NCD)	2. Nursing Specific Competency	3. Nursing super vision	4. Nursing ethical management
				<p>IPD/ OPD / LR / โชนสังเกตอาการ)</p> <p>3.2 ประเมินสมรรถนะ พยาบาลทุกคน</p> <p>3.2.1 Common Competency</p> <p>3.2.2 Specific Competency</p> <p>3.3 Nursing supervision</p> <p>3.3.1 In Charge</p> <p>3.3.2 หัวหน้า หน่วยงาน</p> <p>3.3.3 คณะกรรมการ NSO</p> <p>3.4. Nursing ethical management</p> <p>3.4.1 การรักษา ความลับของผู้ป่วย</p> <p>3.4.2 พฤติกรรมการ ให้บริการของเจ้าหน้าที่</p> <p>3.5 พัฒนาสมรรถนะ</p> <p>3.5.1 การพยาบาล เฉพาะทางเวชปฏิบัติ ฉุกเฉิน (4 เดือน)</p> <p>3.5.2 การพยาบาล เฉพาะทาง สาขาการ พยาบาลผู้ป่วยโรคติด</p>	

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต				
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการ งานและกิจกรรม
		2568	2569	
				เชื้อและการควบคุมการ ติดเชื้อ (4 เดือน) 3.5.3 นมแม่ 21 ชม.
4. ENV: ระบบ ENV ผ่านเกณฑ์ประเมิน มาตรฐาน 4.1 5ส. 4.2 ห้องแยกโรค 4.3 จุดพ่นยาคนไข้ 4.4 พื้นที่บริเวณหน้าห้อง บัตร 4.5 ฉากกั้นยูนิตห้องพ่น 4.6 บริเวณที่รับส่งคนไข้ ฉุกเฉิน 4.7 กรังฉุกเฉิน 4.8 อັคคีภัย ทางหนีไฟ 4.9 การจัดการขยะ 4.10 ฝ่าพาดานผู้ป่วยใน / โรงครัวชำรุด 4.11 โถงพักคอย 4.12 ศูนย์เครื่องมือ แพทย์ 4.13 อ่างทิ้งของเสีย 4.14 จุดล้างแปล 4.15 บ่อบำบัดน้ำเสีย (Coliform / E.coli)	KPI :4 ระบบสิ่งแวดล้อมใน การดูแลผู้ป่วยและความ ปลอดภัยผ่านเกณฑ์ประเมิน มาตรฐาน ร้อยละ 60 4.1 5ส. 4.2 ห้องแยกโรค 4.3 จุดพ่นยาคนไข้ 4.4 พื้นที่บริเวณหน้าห้องบัตร 4.5 โถงพักคอย 4.6 บริเวณที่รับส่งคนไข้ฉุกเฉิน 4.7 กรังฉุกเฉิน 4.8 อັคคีภัย ทางหนีไฟ 4.9 การจัดการขยะ 4.10 ฝ่าพาดานผู้ป่วยใน / โรงครัวชำรุด 4.11 ฉากกั้นยูนิตห้องพ่น 4.12 ศูนย์เครื่องมือแพทย์ 4.13 อ่างทิ้งของเสีย 4.14 จุดล้างแปล 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 บริเวณที่รับส่งคนไข้ ฉุกเฉิน 4.5 กรังฉุกเฉิน 4.6 อັคคีภัย ทางหนีไฟ 4.7 การจัดการขยะ 4.8 ฝ่าพาดานผู้ป่วยใน / โรงครัวชำรุด 4.9 ฉากกั้นยูนิตห้องพ่น 4.10 ศูนย์เครื่องมือ แพทย์ 4.11 อ่างทิ้งของเสีย 4.12 จุดล้างแปล 4.13 บ่อบำบัดน้ำเสีย (Coliform / E.coli) 4.14 กรองฝุ่นจาก เครื่องอบผ้า 4.15 พื้นที่ทำงานห้อง LAB	4. Safety Env 4.1 รมรงค์ 5ส. ทุก สัปดาห์ 4.2 สร้างห้องห้องแยก โรค 4เตียง 4.3 ปรับปรุงจุดพ่นยา คนไข้ COPD 4.4 ปรับปรุงบริเวณที่ รับส่งคนไข้ฉุกเฉิน 4.5 ติดตั้งกรังฉุกเฉิน 4.6 ติดตั้งถังดับเพลิง และเครื่องหมายทางหนี ไฟ 4.7 ประกาศ มาตรการจัดการขยะ มาตรฐาน 4.8 ติดตั้งฉากกั้น ยูนิตห้องพ่น 4.9 จัดตั้งศูนย์ เครื่องมือแพทย์ 4.10 ติดตั้งอ่างทิ้งของ เสีย 4.11 ปรับปรุงจุดล้าง แปล	

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคอุกฉะนิวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต				
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการ งานและกิจกรรม
		2568	2569	
4.16 กรองฝุ่นจาก เครื่องอบผ้า 4.17 พื้นที่ทำงานห้อง LAB 4.18 ไฟฉุกเฉิน 4.19 ทางลาดทางเชื่อม 4.20 สัตว์ขึ้นบนอาคาร (รั้งนก / สุนัข / แมว) 4.21 ถังดับเพลิง 4.22 เครื่องดักจับควัน 4.23 ราน้ำฝน 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 ภูมิสถาปัตยกรรม 4.33 เครื่องกำเนิดไฟฟ้า	4.19 ทางลาดทางเชื่อม 4.20 สัตว์ขึ้นบนอาคาร(รั้งนก / สุนัข / แมว) 4.21 ถังดับเพลิง 4.22 เครื่องดักจับควัน 4.23 ราน้ำฝน 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 ภูมิสถาปัตยกรรม 4.33 เครื่องกำเนิดไฟฟ้า	4.16 ไฟฉุกเฉิน 4.17 ทางลาดทางเชื่อม 4.18 สัตว์ขึ้นบนอาคาร (รั้งนก / สุนัข / แมว) 4.19 ถังดับเพลิง 4.20 เครื่องดักจับควัน 4.21 ราน้ำฝน 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 ภูมิสถาปัตยกรรม 4.31 เครื่องกำเนิดไฟฟ้า	4.12 ปรับปรุงจุดล้าง รถพยาบาล 4.13 ปรับปรุงระบบ บ่อบำบัดน้ำเสีย (Coliform / E.coli) 4.14 ติดตั้งเครื่อง กรองฝุ่นจากเครื่องอบ ผ้า 4.15 ขยายพื้นที่ ทำงานห้อง LAB 4.16 ตรวจสอบไฟ ฉุกเฉิน 4.17 ปรับปรุงทางลาด ทางเชื่อม 4.18 มาตรการ ป้องกันสัตว์ขึ้นบน อาคาร (รั้งนก / สุนัข / แมว) 4.19 ติดตั้งเครื่องดัก จับควันห้องเซิร์ฟเวอร์ เครื่องกำเนิดไฟฟ้า 4.20 ติดตั้งและ ปรับปรุงราน้ำฝน 4.21 จัดเก็บสายไฟเก่า และเปลี่ยนสายไฟ หมดอายุ 4.22 ปรับปรุงระบบ น้ำประปา	

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต				
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการ งานและกิจกรรม
		2568	2569	
				4.23 จัดระบบและ เพิ่มเครื่องหมายจราจร 4.24 ตรวจสอบก๊าซ ทางการแพทย์ 4.25 ย้ายจุดเก็บถัง ออกซิเจน 4.26 สร้างโรงพักศพ 4.27 ย้ายห้อง เซิร์ฟเวอร์ 4.28 ปรับปรุงพื้นที่ตั้ง ถังแก๊สโรงครัว 4.29 ปรับปรุงภูมิสร ถาปัตยกรรม
5. IC: ลดอัตราการติด เชื้อในโรงพยาบาล 5.1 HAP: อัตราการติด เชื้อHAP น้อยกว่า 0 ต่อ 1,000 วันนอน 5.2 CAUTI: อัตราการติด เชื้อCAUTI น้อยกว่า 3 ครั้ง ต่อ 1,000 วันนอน วันที่คาสายสวน 5.3 ติดเชื่อดื้อยา: อัตรา การติดเชื่อดื้อยาใน โรงพยาบาลน้อยกว่า 3 ครั้ง ต่อ 1,000 วันนอน	KPI :5 อัตราการติดเชื้อใน โรงพยาบาลน้อยกว่า 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 วัน นอนวันที่คาสายสวน 5.3 อัตราการติดเชื่อดื้อยา ใน โรงพยาบาล 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. งานลดการติดเชื้อ ใน รพ. 5.1 กำหนดมาตรการ ปลอดภัย 5.2 BUNDLE HAP Campaign 5.2.1 รมรงค์ล้างมือ 5.2.2 จัดโซนห้องแยก 5.2.3 standard precaution 5.3 CAUTI 5.3.1 รมรงค์ล้างมือ 5.3.2 ทบทวน มาตรฐานการพยาบาล เรื่องการสวนปัสสาวะ	

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต				
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการ งานและกิจกรรม
		2568	2569	
5.4 แผลกดทับ: อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2 ขึ้นไปเป็น 0 (<3 ครั้ง ต่อ 1000 วันนอน)	5.4 อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2 ขึ้นไปเป็น 0 (<3 ครั้ง ต่อ 1000 วันนอน)			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 6.1 อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน (OPD) ร้อยละ 100 6.2 อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน (IPD) ร้อยละ 100	1. ศูนย์เวชระเบียนคุณภาพ 1.1 เวชระเบียนโรคยุทธศาสตร์ 100% 1.2 เวชระเบียนโรคทั่วไป 90% 2. IPD paperless	6. งานเวชระเบียนคุณภาพ 6.1 กำหนดเกณฑ์ audit โรคยุทธศาสตร์ และโรคที่สำคัญ 100% 6.2 สรุปเวชระเบียนให้ทันเวลา 6.3 เวชระเบียนโรคทั่วไป 90%	
7. PTC: ไม่พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางด้านยา ระดับ E ขึ้นไป 7.1 ลดอัตราความคลาดเคลื่อนทางยาในแผนกผู้ป่วยนอก	KPI :7 อุตบัติการณ์ความเสี่ยงทางด้านยาระดับ 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. ทิวเข้ม 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 ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต				
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการ งานและกิจกรรม
		2568	2569	
7.2 ลดอัตราความ คลาดเคลื่อนทางยา ในแผนกผู้ป่วยใน 7.3 ไม่พบอุบัติการณ์ แพ้ยาซ้ำ 7.4 ไม่พบอุบัติการณ์จาก ยา HAD 7.5 ไม่พบอุบัติการณ์ จ่ายยาหมดอายุ 7.6 การใช้ยาปฏิชีวนะ สมเหตุสมผล	7.2 อัตราความคลาดเคลื่อนทาง ยา 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 อุบัติการณ์จ่ายยาหมดอายุ ใน LR / IPD = 0 7.6 อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะ สมเหตุสมผล (แผลสด, ท้องเสีย ,หญิงคลอด) ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100	5. PTC ทิวเข้ม RDU (การใช้ ATB) 6. PTC round หน่วยงานการใช้ยา		7.1.3 นำเสนอข้อมูล อุบัติการณ์และกระตุ้น ให้รายงาน ME 7.2 งานป้องกัน อุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำ 7.2.1 คัดกรองประวัติ แพ้ยา 7.2.2 แจ้งเตือน (pop up) ประวัติแพ้ยา 7.2.3 ห้องยาเปิด ตลอด 24 ชั่วโมง 7.3 งานป้องกัน อุบัติการณ์ HAD 7.3.1 ทิวเข้ม HAD แพทย์ / พยาบาลใหม่ 7.3.2 PTC round หน่วยงานการใช้ยา 7.3.3 จัดทำคู่มือการ ผสมยา HAD 7.4 งาน RDU 7.4.1 ทิวเข้ม RDU (การใช้ ATB) 7.4.2 ติดตามผล ตัวชี้วัด RDU 7.4.3 พัฒนาสื่อให้ ความรู้

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต				
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการ งานและกิจกรรม
		2568	2569	
<p>8. Lab+Blood: ไม่พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางห้องปฏิบัติการที่มีระดับ C ขึ้นไป</p> <p>8.1 ไม่พบอุบัติการณ์รายงานผลผิดพลาด</p> <p>8.2 ไม่พบอุบัติการณ์รายงานผลด่วน / ค่าวิกฤตมากกว่า 5 นาที</p> <p>8.3 ไม่พบอุบัติการณ์การสำรองเลือดไม่เพียงพอ</p>	<p>KPI :8 อุตการณ์ความเสี่ยงทางห้องปฏิบัติการ ระดับ C ขึ้นไป = 0</p> <p>OKRs</p> <p>8.1 อุตการณ์รายงานผลผิดพลาด = 0</p> <p>8.2 อุตการณ์รายงานผลด่วน / ค่าวิกฤตมากกว่า 5 นาที = 0</p> <p>8.3 อุตการณ์การสำรองเลือดไม่เพียงพอ = 0</p>	<p>1. เครื่องติดฉลาก (Barcode) สำหรับหลอดเก็บเลือด</p> <p>2. ตรวจวิเคราะห์ Calcium, Magnesium, Phosphorus</p> <p>3. RLU (Rational Lab Use)</p>	<p>8. งาน LAB</p> <p>8.1 Barcode</p> <p>8.2 ตรวจวิเคราะห์ Calcium / Magnesium / Phosphorus</p> <p>8.3 RLU</p> <p>8.4 จัดหาวัสดุครุภัณฑ์ (มูลค่า10,000บาทขึ้นไป)</p> <p>8.4.1 เครื่องติดฉลาก (Barcode) สำหรับหลอดเก็บเลือด</p> <p>8.4.2 เครื่องตรวจหาสารชีวเคมีในเลือดและสารคัดหลั่ง (chemistry analysis) อัตโนมัติ</p>	
<p>9. รังสี+เครื่องมือพิเศษ</p> <p>๗: ไม่พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงในงาน X-Ray สูงกว่าระดับ C</p> <p>9.1 ไม่พบอุบัติการณ์ส่งภาพผิดคน ผิดอวัยวะ</p> <p>9.2 ไม่พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยล้มในห้อง X-Ray</p>	<p>KPI :9 อุตการณ์ความเสี่ยงที่สูงกว่าระดับ C=0</p> <p>OKRs</p> <p>9.1 อุตการณ์ส่งภาพผิดคน ผิดอวัยวะ = 0</p> <p>9.2 อุตการณ์ผู้ป่วยล้มในห้อง X-Ray = 0</p>	<p>1. Skull</p> <p>2. Digital x-ray image on cloud และ smart phone</p> <p>3. AI Chest x-ray</p> <p>4. CT center</p>	<p>9. งานรังสีวิทยา</p> <p>9.1 นวัตกรรมอุปกรณ์ช่วยเอกซเรย์ Skull lateral</p> <p>9.2 โปรแกรม AI</p> <p>9.3 ส่งข้อมูลภาพระบบCloud</p> <p>9.4 งานจัดตั้งศูนย์เอกซเรย์คอมพิวเตอร์</p>	

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต				
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการ งานและกิจกรรม
		2568	2569	
9.3 ลดอัตราการถ่ายภาพ รังสีซ้ำ	9.3 อัตราการถ่ายภาพรังสีซ้ำ น้อยกว่าร้อยละ 5			(CT Scan outsource) 9.5 พัฒนาสมรรถนะ บุคลากร 9.5.1 อบรมการ ให้บริการผู้ป่วย เอกซเรย์ 9.5.2 อบรมการดูแล บำรุงรักษาเครื่องมือ และอุปกรณ์ด้านรังสี วิทยา 9.5.3 อบรมการ ป้องกันอันตรายจาก รังสี

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพของครอบครัว 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.กุงบุรี (ม.1/7/8) 2. พื้นที่รับผิดชอบ รพ.สต.		<u>โครงการสุขภาพสุขใจใกล้บ้าน</u> 8.1 จัดตั้ง NCDs clinic กลุ่มสี่เขียว หมู่ 1/7/8 ต.กุงบุรี 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	ศูนย์ชิวาภิบาล 1. คลินิกผู้สูงอายุ 2. ศูนย์ดูแลผู้ป่วยระดับประคอง		<u>โครงการศูนย์ชิวาภิบาลอำเภอ กุงบุรี</u> 9.1 จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุครบวงจร 9.1.1 ปรับปรุง CPG / CNPG

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพใกล้บ้านใกล้ใจ ลดอัตราป่วยรายใหม่ในกลุ่มโรค NCDs / SMI-V				
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการ งานและกิจกรรม
		2568	2569	
<p>2.2 ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะสุขภาพ 9 ด้าน และมีภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพ ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกสุขภาพผู้สูงอายุทุกราย</p> <p>2.2.1 หกล้ม</p> <p>2.2.2 สมองเสื่อม</p>	<p>2.2 ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะสุขภาพ 9 ด้าน และมีภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพ ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกสุขภาพผู้สูงอายุทุกราย ร้อยละ 100</p> <p>2.2.1 หกล้ม ร้อยละ 100</p> <p>2.2.2 สมองเสื่อม ร้อยละ 100</p>			<p>9.1.2 คัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน</p> <p>9.1.3 สหวิชาชีพ รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ</p> <p>- หกล้ม</p> <p>- สมองเสื่อม</p> <p>9.1.4 โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี</p> <p>9.1.5 ดูแลผู้สูงอายุใน LTC</p> <p>9.2 ศูนย์ดูแลผู้ป่วย</p> <p>ระดับประคอง</p> <p>9.2.1 ปรับปรุง CPG / CNPG</p> <p>9.2.2 ACP 100%</p> <p>9.2.3 Opioid ตามข้อบ่งชี้</p> <p>9.2.4 ชุมชนต้นแบบ PC</p>
<p>2.3 ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะสุขภาพ 9 ด้าน และมีสุขภาพที่ดีได้รับการสร้างเสริมสุขภาพทุกราย</p>	<p>2.3 ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะสุขภาพ 9 ด้าน และมีสุขภาพที่ดีได้รับการสร้างเสริมสุขภาพทุกราย ร้อยละ 100</p>			
<p>2.4 ผู้สูงอายุที่มีผลการประเมิน 0-11 ได้รับการดูแลในกองทุน long term care</p>	<p>2.4 ผู้สูงอายุที่มีผลการประเมิน 0-11 ได้รับการดูแลในกองทุน long term care ร้อยละ 95</p>			
<p>3. ผู้ป่วยระดับประคอง: เสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี</p>	<p>KPI :3 ผู้ป่วยระดับประคอง: เสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีร้อยละ 100</p> <p>OKRs</p>			
<p>3.1 ผู้ป่วยระดับประคองได้รับการ ACP ทุกราย</p>	<p>3.1 ผู้ป่วยระดับประคองได้รับการ ACP ร้อยละ 100</p>			

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพใกล้บ้านใกล้ใจ ลดอัตราป่วยรายใหม่ในกลุ่มโรค NCDs / SMI-V				
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการ งานและกิจกรรม
		2568	2569	
3.2 ผู้ป่วยระดับประคองที่มี มีข้อบ่งชี้ได้รับ Opioids ทุกราย	3.2 ผู้ป่วยระดับประคองที่มี ข้อบ่งชี้ได้รับ Opioids ร้อยละ 100			
3.3 ชุมชนในอำเภอกุยบุรี เป็นต้นแบบในการดูแล ผู้ป่วยระดับประคองอย่าง น้อย 1 ชุมชน	3.3 ชุมชนในอำเภอกุยบุรีเป็น ต้นแบบในการดูแลผู้ป่วย ระดับประคองอย่างน้อย 1 ชุมชน			

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพองค์รวม ประชาชนไว้วางใจ

พันธกิจที่ M2: พัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ

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

Roadmap 8: สร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์: ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพใกล้บ้านใกล้ใจ ลดอัตราป่วยรายใหม่ในกลุ่มโรค NCDs / SMI-V / high risk pregnancy				
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการ งานและกิจกรรม
		2568	2569	
1. DM / HT: ลดอัตราป่วยรายใหม่	KPI :1 อัตราป่วยรายใหม่ DM ลดลงร้อยละ 5 และ HT ลดลงร้อยละ 2.5 OKRs	ชุมชนต้นแบบ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ ลดโรค DM / HT (2/6 ตำบล)		<u>โครงการสร้างเสริม สุขภาพเชิงรุก</u> 1. งานชุมชนต้นแบบ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพลดโรค DM / HT
1.1 ประชาชนได้รับการ คัดกรอง DM / HT เพิ่มขึ้น (เน้นกลุ่มที่ไม่ได้รับการคัด กรองมาก่อน)	1.1 ประชาชนได้รับการคัด กรอง DM/HT เพิ่มขึ้น (เน้น กลุ่มที่ไม่ได้รับการคัดกรองมา ก่อน) ร้อยละ 90			1.1 ปรับปรุงฐานข้อมูล (เน้นกลุ่มที่ไม่ได้รับการคัด กรองมาก่อน)

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์: ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพใกล้บ้านใกล้ใจ ลดอัตราป่วยรายใหม่ในกลุ่มโรค NCDs / SMI-V / high risk pregnancy				
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการ งานและกิจกรรม
		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 ชีเมคร้า: ลดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 2.1.1 เพิ่มความครอบคลุมการคัดกรอง 7 กลุ่มเสี่ยงโรคซึมเศร้า (ทางกายเรื้อรัง/ผู้สูงอายุ/ติดสุราเรื้อรัง/ติดสารเสพติด/ผู้มีหลายอาการที่หาสาเหตุไม่ได้/ ฯลฯ) (เน้นในกลุ่มที่ไม่	KPI :2.1 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ≤ 8.0/ประชากรแสนคน OKRs 2.1.1 อัตราความครอบคลุมการคัดกรอง 7 กลุ่มเสี่ยงโรคซึมเศร้า(ทางกายเรื้อรัง/ผู้สูงอายุ/ติดสุราเรื้อรัง/ติดสารเสพติด/ผู้มีหลายอาการที่หาสาเหตุไม่ได้/ ฯลฯ) เพิ่มขึ้น (เน้นในกลุ่มที่ไม่	อำเภอต้นแบบจิตเวชและยาเสพติด ระยะที่ 1 1. รพ.กุยบุรี 2. รพ.สต.บ้านดอนกลาง 3. โรงเรียนกุยบุรีวิทยา 4. โรงเรียนพุทธศาสนโกศล	2. อำเภอต้นแบบลดรายใหม่ในกลุ่มโรคซึมเศร้า ผู้ใหญ่/จิตเภท/สารเสพติด SMI-V 2.1 ปรับปรุงฐานข้อมูล (เน้นกลุ่มที่ไม่ได้รับการคัดกรองมาก่อน) 2.2 ชุมชนค้นหาคัดกรองซึมเศร้าผู้ใหญ่ / จิตเภท 2.3 คริวเรือนส่งบุตรหลานเข้ารับการบำบัดยาเสพติด 2.4 อำเภอปิดล้อมสารเสพติดและ SMI-V	

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

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์: ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพใกล้บ้านใกล้ใจ ลดอัตราป่วยรายใหม่ในกลุ่มโรค NCDs / SMI-V / high risk pregnancy				
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการ งานและกิจกรรม
		2568	2569	
<p>2.3 สารเสพติด SIM-V: ลดอัตราการทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น และทำลาย ทรัพย์สิน</p> <p>2.3.1 ผู้เสพสารเสพติดที่ ไม่เคยบำบัด (ม.113/ม. 114) เข้ารับการบำบัด เพิ่มขึ้น</p> <p>2.3.2 ผู้เสพสารเสพติดที่ ไม่เคยบำบัด (ม.113/ม. 114) ที่เข้ารับการบำบัด ไม่ Drop out ระหว่างการ บำบัดภายใน 4 เดือน เพิ่มขึ้น</p> <p>2.3.3 ผู้เสพสารเสพติดที่ เข้าสู่การบำบัด ไม่ Drop out ระหว่างการบำบัด ภายใน 1 ปี เพิ่มขึ้น</p> <p>2.3.4 ผู้เสพสารเสพติด จาก (ข้อ 3.2และ3.3) ที่ ได้รับการบำบัดภายใน 4 เดือนไม่กลับไปเสพซ้ำ ภายใน 1 ปี เพิ่มขึ้น</p> <p>2.3.5 ผู้ป่วย SMI-V ได้รับ การรักษาทุกราย</p>	<p>KPI :2.3 อัตราการทำร้าย ตนเอง ทำร้ายผู้อื่น และ ทำลายทรัพย์สินลดลง ร้อยละ 70</p> <p>OKRs</p> <p>2.3.1 อัตราผู้เสพสารเสพติด ที่ไม่เคยบำบัด (ม.113/ม. 114) เข้ารับการบำบัด ร้อยละ 70</p> <p>2.3.2 อัตราผู้เสพสารเสพติด ที่ไม่เคยบำบัด (ม.113/ม. 114) ที่เข้ารับการบำบัด ไม่ Drop out ระหว่างการบำบัด ภายใน 4 เดือน ร้อยละ 70</p> <p>2.3.3 อัตราผู้เสพสารเสพติด ที่เข้าสู่การบำบัด ไม่ Drop out ระหว่างการบำบัด ภายใน 1 ปี ร้อยละ 70</p> <p>2.3.4 อัตราผู้เสพสารเสพติด จาก (ข้อ 3.2และ3.3) ที่ ได้รับการบำบัดภายใน 4 เดือนไม่กลับไปเสพซ้ำภายใน 1 ปีร้อยละ 70</p> <p>2.3.5 อัตราผู้ป่วย SM-IV ได้รับการรักษา ร้อยละ 100</p>			

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์: ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพใกล้บ้านใกล้ใจ ลดอัตราป่วยรายใหม่ในกลุ่มโรค NCDs / SMI-V / high risk pregnancy				
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการ งานและกิจกรรม
		2568	2569	
<p>2.4 จิตเวชวัยรุ่น: ลดอัตราการฆ่าตัวตาย และพยายามฆ่าตัวตายภายใน 1 ปีในวัยรุ่นอายุ 13-19 ปี</p> <p>2.4.1 วัยรุ่นอายุ 13-19 ปี ในอำเภอกุยบุรีได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น</p> <p>2.4.2 วัยรุ่นอายุ 13-19 ปีในอำเภอกุยบุรีเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น</p> <p>2.4.3 วัยรุ่นอายุ 13-19 ปี ในอำเภอกุยบุรีที่ขาดยา/ขาดนัด/ขาดการรักษา ได้รับการติดตามรักษาทุกราย</p>	<p>KPI :2.4 อัตราการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายภายใน 1 ปี ในวัยรุ่นอายุ 13-19 ปี ลดลง ร้อยละ 50</p> <p>OKRs</p> <p>2.4.1 อัตราวัยรุ่นอายุ 13-19 ปี ในอำเภอกุยบุรีได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 75</p> <p>2.4.2 อัตราวัยรุ่นอายุ 13-19 ปีเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ร้อยละ 75</p> <p>2.4.3 อัตราวัยรุ่นอายุ 13-19 ปี ในอำเภอกุยบุรีที่ขาดยา/ขาดนัด/ขาดการรักษา ได้รับการติดตามรักษา ร้อยละ 100</p>			
<p>3. ภาคิเครือข่ายเข้มแข็ง: สามารถจัดการปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่ (กลุ่มป่วยโรค NCDs จิตเวช และ ยาเสพติด)</p>	<p>KPI :3 ภาคิเครือข่ายสามารถจัดการปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่ (กลุ่มป่วยโรค NCDs จิตเวช และ ยาเสพติด) ร้อยละ 75</p> <p>OKRs</p>	<p>ภาคิเครือข่ายสุขภาพชุมชนเข้มแข็ง</p> <p>1. พัฒนาหลักสูตร (โรค NCDs จิตเวช และยาเสพติด)</p> <p>2. พัฒนาสมรรถนะ</p> <p>2.1 ฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ</p>		<p>3. งานภาคิเครือข่ายสุขภาพชุมชนเข้มแข็ง</p> <p>3.1 พัฒนาหลักสูตร (โรค NCDs จิตเวชและยาเสพติด)</p> <p>3.2 อบรมภาคิเครือข่ายสุขภาพ</p> <p>3.2.1 อสม.</p>

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์: ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพใกล้บ้านใกล้ใจ ลดอัตราป่วยรายใหม่ในกลุ่มโรค NCDs / SMI-V / high risk pregnancy				
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการ งานและกิจกรรม
		2568	2569	
3.1 อสม. ได้รับการพัฒนาทักษะในการจัดการปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่ (กลุ่มป่วยโรค NCDs จิตเวชและยาเสพติด)	3.1 อัตราอสม. ได้รับการพัฒนาทักษะในการจัดการปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่ (กลุ่มป่วยโรค NCDs จิตเวชและยาเสพติด) ร้อยละ 75	2.2 ศึกษาดูงาน	3. ภาคิเครือข่าย สัญจร (3/6ตำบล)	3.2.2 ผู้ดูแลและนักบริหาร 3.2.3 แกนนำสุขภาพในชุมชน(กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/ แกนนำสุขภาพชุมชนอื่นๆ) 3.2.4 พชอ./พชต./ศปถ.
3.2 ผู้ดูแลและนักบริหารได้รับการพัฒนาทักษะในการจัดการ LTC (ADL≤11)	3.2 อัตราผู้ดูแลและนักบริหารได้รับการพัฒนาทักษะในการจัดการ LTC (ADL≤11) ร้อยละ 75			3.3 ภาคิเครือข่ายสัญจร
3.3 แกนนำในชุมชน(กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/แกนนำชุมชนอื่นๆ) ได้รับการพัฒนาทักษะในการจัดการปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่ (กลุ่มป่วยโรค NCDs จิตเวชและยาเสพติด)	3.3 อัตราแกนนำในชุมชน(กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/แกนนำชุมชนอื่นๆ) ได้รับการพัฒนาทักษะในการจัดการปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่ (กลุ่มป่วยโรค NCDs จิตเวชและยาเสพติด) ร้อยละ 70			
3.4 พชอ. / พชต. / ศปถ. ได้รับการพัฒนาทักษะในการจัดการปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่(กลุ่มป่วยโรค NCDs จิตเวชและยาเสพติด)	3.4 อัตรา พชอ. / พชต. / ศปถ. ได้รับการพัฒนาทักษะในการจัดการปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่ (กลุ่มป่วยโรค NCDs จิตเวชและยาเสพติด) ร้อยละ 80			

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพของคร่อม ประชาชนไว้วางใจ

พันธกิจที่ M3: พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

M4: พัฒนาระบบบริการสุขภาพด้วยหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์

ยุทธศาสตร์ WO: พัฒนาระบบบริหารยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และการบริหารจัดการ

มุ่งสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องประชาชนไว้วางใจ

WT: ปฏิรูประบบบริหารจัดการการเงินการคลังให้มีประสิทธิภาพ

Roadmap 9: การนำองค์กร (HA 1)

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง / ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ				
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการ งานและกิจกรรม
		2568	2569	
<p>1. การนำ: ได้รับรองคุณภาพ HA ชั้นที่ 3 ภายในปี 2568</p> <p>1.1 หน่วยงานนำนโยบาย และจุดเน้น (เข็มมุ่ง) สู่การ ปฏิบัติทุกหน่วยงาน</p> <p>1.1.1 ด้านการแพทย์ : 3P safety</p> <p>P1: Patient P2: Personnel P3: People</p> <p>1.1.2 ด้านการ สาธารณสุข: ลดราย ใหม่ NCDs/SMI-V</p> <p>1.1.3 ด้านบริหาร จัดการ: การเงินการ คลัง</p> <p>1.2 ผลลัพธ์ของทีมคร่อม สายงานสูงอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>KPI :1 ระดับความสำเร็จใน การรับรองคุณภาพ HA ชั้น ที่ 3 ภายในปี 2568</p> <p>OKRs</p> <p>1.1 หน่วยงานนำนโยบายและ จุดเน้น (เข็มมุ่ง) สู่การปฏิบัติ ร้อยละ 100</p> <p>1.1.1 ด้านการแพทย์ : 3P safety</p> <p>P1: Patient P2: Personnel P3: People</p> <p>1.1.2 ด้านการ สาธารณสุข: ลดรายใหม่ NCDs/SMI-V</p> <p>1.1.3 ด้านบริหารจัดการ: การเงินการคลัง</p> <p>1.2 ผลลัพธ์ของทีมคร่อมสาย งานผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80</p>	<p>HA ชั้นที่3 ปี2568</p> <p>1. มหกรรม หน่วยงานคุณภาพ 100%</p> <p>1.2 Cross functional team development</p>	<p>11. <u>โครงการพัฒนา องค์กรคุณภาพ</u></p> <p>1. HA ชั้นที่ 3 ปี 2568</p> <p>1.1 มหกรรมหน่วยงาน คุณภาพ100% (เข็มมุ่ง)</p> <p>1.1.1 หน่วยงานทบทวน 12 กิจกรรม</p> <p>1.1.2 หน่วยงานจัดการ ความเสี่ยงด้วยตนเอง</p> <p>1.2 Cross functional team development</p> <p>1.2.1 อบรมทีมคร่อม สายงานคุณภาพทุกทีม</p> <p>1.2.2 อบรม HA ชั้น3 100%</p> <p>1.3 ขอรรับรอง HA ชั้น 3</p> <p>1.3.1 ประชุมเชิง ปฏิบัติการนำเสนอ - SAR ฉบับรวม - service profile</p> <p>1.3.2 Leadership workround</p>	

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง / ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ				
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการ งานและกิจกรรม
		2568	2569	
				1.3.3 Internal assessment 1.3.4 สรพ. ประเมิน HA ชั้น 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 จัดทำแผนงบประมาณ 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				
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการ งานและกิจกรรม
		2568	2569	
				2.3.4 ราย 3 เดือน 2.4 ประเมินผลปี 68 และ ปรับแผนปี 69 3. Humanized health care service ระยะที่ 1 3.1 ประชุมเชิงปฏิบัติการ จัดทำธรรมเนียมบริการ 3.2 อบรมการให้บริการ ด้วยหัวใจการเป็นมนุษย์ 3.3 ประเมินความพึงพอใจ ผู้ใช้บริการ 3.4 จัดการข้อร้องเรียน 4. จัดการความรู้ระยะที่1 4.1 มหกรรมจัดการความรู้ (CQI / นวัตกรรม / R2R) 4.2 ประกวด (CQI / นวัตกรรม / R2R) 5. งานพัฒนาและบริหาร ทรัพยากรบุคคล 5.1 บริหารอัตรากำลัง 5.1.1 จัดทำแผน อัตรากำลัง ระยะ 5 ปี 5.1.2 เสนอแผน อัตรากำลังให้ สสจ. 5.1.3 สรรหาและ เลือกสรรอัตรากำลังที่ขาด แคลน 5.2 พัฒนาบุคลากร

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง / ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ				
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการ งานและกิจกรรม
		2568	2569	
				5.2.1 จัดทำแผนพัฒนา บุคลากร R1-R12 (14 โครงการ) 5.2.2 จัดอบรมภายใน รพ. 5.2.3 ส่งอบรมกับ หน่วยงานภายนอก 5.2.4 ประเมินสมรรถนะ 5.3 พัฒนาความสุข บุคลากร 5.3.1 รับน้อง / กีฬาสี / ปีใหม่ 5.3.2 จัดตั้งสวัสดิการ ร้านค้า 5.3.3 จัดตั้งชมรม สันนาการ 5.3.4 ประเมิน Happinometer 6. Logistic & Supply chain 6.1 IT: ระบบสำรองข้อมูล ในภาวะฉุกเฉิน 6.2 EMS: เพิ่มพนักงานขับ รถ 6.3 การบริหารความพร้อม ต่อสภาวะวิกฤต (โรคอุบัติ ใหม่ โรคอุบัติซ้ำ อักเสบ อุทกภัย อุบัติเหตุหมู่):

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง / ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ				
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการ งานและกิจกรรม
		2568	2569	
				<ul style="list-style-type: none"> ● อุบัติเหตุหมู่: ซ่อมบนโต๊ะ ซ่อมจริง ● อัคคีภัย : ซ่อมจริง ● โรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ : ซ่อมบนโต๊ะ <p>7. งานประเมินผลสัมฤทธิ์ การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์</p> <p>7.1 ประเมินผลสัมฤทธิ์ในระบบคุณภาพ (HA ตอนที่ 4 6ด้าน)</p> <p>7.2 ประเมินผลสัมฤทธิ์ตามนโยบายและยุทธศาสตร์ สธ. / เขต5 / สสจ.</p> <p>7.3 จัดทำรายงานประจำปี</p> <p>8. พัฒนาสมรรถนะ</p> <p>8.1 หลักสูตรอบรม ผบก.</p> <p>8.2 หลักสูตรอบรม ผบต.</p> <p>8.3 หลักสูตร HA602</p> <p>9. จัดหาวัสดุครุภัณฑ์ (มูลค่า10,000บาทขึ้นไป)</p> <p>9.1 ชุดสำนักงานพร้อมอุปกรณ์</p>
2. การบริหารเชิงกลยุทธ์: ผลลัพธ์จากการดำเนินงานสูงอย่างต่อเนื่อง	KPI :2 อัตราการบรรลุผลสัมฤทธิ์แผนยุทธศาสตร์ ร้อยละ 80 OKRs	Strategic Implementation & Evaluation phase 1		

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง / ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ				
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการ งานและกิจกรรม
		2568	2569	
<p>2.1 โครงการและแผนปฏิบัติการ R1-R12 มีคุณภาพสอดคล้องกับ Agenda/ Functional /Area ทุกโครงการ</p> <p>2.2 โครงการและแผนปฏิบัติการ R1-R12 มีการนำสู่การปฏิบัติและได้รับการกำกับติดตามแบบ Quick win ทุกโครงการ</p> <p>2.3 โครงการและแผนปฏิบัติการ R1-R12 ได้รับการประเมินผลทุกโครงการ</p>	<p>2.1 อัตราโครงการและแผนปฏิบัติการ R1-R12 มีคุณภาพสอดคล้องกับ Agenda/Functional/Area ร้อยละ 80</p> <p>2.2 อัตราโครงการและแผนปฏิบัติการ R1-R12 มีการนำสู่การปฏิบัติและได้รับการกำกับติดตามแบบ Quick win ร้อยละ 80</p> <p>2.3 อัตราโครงการและแผนปฏิบัติการ R1-R12ได้รับการประเมินผลร้อยละ 80</p>			
<p>3. การมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน: มีความผูกพันเพิ่มขึ้น</p> <p>3.1 ผู้ใช้บริการแผนก OPD มีระดับความพึงพอใจเพิ่มขึ้น</p> <p>3.2 ผู้ใช้บริการแผนก IPD มีระดับความพึงพอใจเพิ่มขึ้น</p> <p>3.3 ผู้ใช้บริการแผนกปฐมภูมิมีระดับความพึงพอใจเพิ่มขึ้น</p> <p>3.4 ผู้รับผลงานมีระดับความพึงพอใจเพิ่มขึ้น</p>	<p>KPI :3 อัตราผู้ให้บริการมีความผูกพันร้อยละ 80</p> <p>OKRs</p> <p>3.1 ผู้ใช้บริการแผนก OPD มีระดับความพึงพอใจ ร้อยละ 80</p> <p>3.2 ผู้ใช้บริการแผนก IPD มีระดับความพึงพอใจ ร้อยละ 80</p> <p>3.3 ผู้ใช้บริการแผนกปฐมภูมิมีระดับความพึงพอใจ ร้อยละ 80</p> <p>3.4 ผู้รับผลงานมีระดับความพึงพอใจ ร้อยละ 80</p>	Humanized health care service ระยะที่ 1	1. ธรรมเนียมบริการ (อายุตนะ รพ.กฤษบุรี) 2. ระบบให้บริการ	เหนือความคาดหวัง

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง / ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ				
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการ งานและกิจกรรม
		2568	2569	
3.5 อัตราข้อร้องเรียนจากการใช้บริการได้รับการแก้ไขทุกเรื่อง	3.5 อัตราข้อร้องเรียนจากการใช้บริการได้รับการแก้ไข ร้อยละ 100			
4. การวัด วิเคราะห์ (บูรณา การกับ R11 และ หมวด 2 บริหาร ยุทธศาสตร์) และจัดการ ความรู้: หน่วยงานใน รพ. / รพ.สต. มีการจัดทำ CQI / นวัตกรรม / R2R ที่ สอดคล้องกับ R1-R12	KPI :4 หน่วยงานใน รพ. / รพ.สต. มีการจัดทำ CQI / นวัตกรรม/R2Rที่สอดคล้อง กับ R1-R12 ร้อยละ 80	มทกรมจัดการ ความรู้ระยะที่ 1 1. CQI 2. นวัตกรรม 3. R2R		
5. การมุ่งเน้นทรัพยากร บุคคล: บุคลากรมีความผูกพันเพิ่มขึ้น 5.1 อัตรากำลังสหสาขาวิชาชีพเพียงพอเหมาะสมตามแผนยุทธศาสตร์ระยะ 5 ปีของ รพ. 5.1.1 แพทย์ 5/14 คน 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 2/4 คน 5.1.6 เภสัชกร 4/6 คน 5.1.7 นักกายภาพบำบัด 3/4 คน	KPI :5 อัตราบุคลากรมีความผูกพันร้อยละ 80 OKRs 5.1 อัตรากำลังสหสาขาวิชาชีพเพียงพอเหมาะสมตามแผนยุทธศาสตร์ระยะ 5 ปีของ 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				
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการ งานและกิจกรรม
		2568	2569	
5.2 อัตรากำลังสาย สนับสนุนวิชาชีพเพียงพอ เหมาะสม 5.3 Rotation management: อัตรากำลัง ทางการพยาบาลใน หน่วยงานที่สำคัญเพียงพอ เหมาะสม (Productivity /workload) 5.4 คู่ความร่วมมือบริหาร อัตรากำลังแพทย์และ พยาบาล (Out source) เพิ่มขึ้น 5.4.1 เครือข่าย รพ. ใน จ.ประจวบและรพ. นอก เครือข่าย 5.4.2 สสอ. / รพ.สต. อ.กุยบุรี (Homeward)	5.2 อัตรากำลังสายสนับสนุน วิชาชีพเพียงพอเหมาะสม ร้อยละ 80 5.3 อัตรากำลังทางการ พยาบาลในหน่วยงานที่สำคัญ เพียงพอเหมาะสม (Productivity /workload) ร้อยละ 80 5.4 คู่ความร่วมมือบริหาร อัตรากำลังแพทย์และ พยาบาล (Out source) ร้อยละ 80 5.4.1 เครือข่าย รพ. ใน จ.ประจวบและรพ. นอก เครือข่าย 5.4.2 สสอ. / รพ.สต. อ.กุยบุรี (Homeward)			
5.5 บุคลากรสหสาขา วิชาชีพมีสมรรถนะเฉพาะ (Specific competency) 5.5.1 สมรรถนะหลัก 5 ด้านของกพ. (Core Competency)	5.5 บุคลากรสหสาขาวิชาชีพ มีสมรรถนะเฉพาะ (Specific competency) ร้อยละ 80 5.5.1 อัตราบุคลากรสหสาขา วิชาชีพและสายสนับสนุนได้รับ การพัฒนาสมรรถนะหลัก 5 ด้านของกพ. (Core Competency) ร้อยละ 80			

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง / ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ				
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการ งานและกิจกรรม
		2568	2569	
5.5.2 สมรรถนะขั้นพื้นฐาน (Common Competency)	5.5.2 อัตราบุคลากรสหสาขา วิชาชีพและสายสนับสนุนได้ รับการพัฒนาสมรรถนะขั้น พื้นฐาน (Common Competency) ร้อยละ 80			
5.5.3 สมรรถนะเฉพาะ (Specific Competency)	5.5.3 อัตราบุคลากรสหสาขา วิชาชีพและสายสนับสนุนได้ รับการพัฒนาสมรรถนะเฉพาะ (Specific Competency) ร้อยละ 80			
5.5.4 สมรรถนะเฉพาะด้าน ที่หลากหลาย (Multi Specific Competency)	5.5.4 อัตรากำลังสหสาขาวิ ชาชีพและสายสนับสนุนได้รับ การพัฒนาสมรรถนะเฉพาะ ด้านที่หลากหลาย (Multi Specific Competency) ร้อยละ 80			
5.5.5 สมรรถนะทางการ บริหาร (managerial competency)	5.5.5 อัตรากำลังในตำแหน่ง ทางการบริหารการบริหาร ได้รับการพัฒนาสมรรถนะ ทางการบริหารเพิ่มขึ้น (managerial competency) ร้อยละ 80			
5.6 ข้อเสนอแนะจากการ ประเมิน Happinometer ได้รับการแก้ไขเพิ่มขึ้น	5.6 ข้อเสนอแนะจากการ ประเมิน Happinometer ได้รับการแก้ไขเพิ่มขึ้น ร้อยละ 80			
5.6.1 สุขภาพเงินดี	5.6.1 ข้อเสนอแนะด้าน สุขภาพเงินดี ได้รับการแก้ไข ร้อยละ 80			

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง / ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ				
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการ งานและกิจกรรม
		2568	2569	
5.6.2 ผ่อนคลายดี 5.6.3 ความสมดุล ระหว่างงานและชีวิตส่วนตัว	5.6.2 ข้อเสนอแนะด้านผ่อน คลายดีได้รับการแก้ไข ร้อยละ 80 5.6.3 ข้อเสนอแนะด้านความ สมดุลระหว่างงานและชีวิต ส่วนตัว ได้รับการแก้ไข ร้อยละ 80			
6. การจัดการกระบวนการ: ไม่พบอุบัติการณ์ความไม่ พร้อมของระบบสนับสนุนใน การรักษาพยาบาลโรค ฉุกเฉินวิกฤตและโรคสำคัญ 6.1 ระบบสนับสนุนการ รักษาพยาบาล (Lab / Blood / X-ray / IT / EMS / Refer / ยา) 6.2 การบริหารความพร้อม ต่อสภาวะวิกฤต (BCM) (โรคอุบัติใหม่ / อุบัติเหตุหมู่ / อัคคีภัย)	KPI :6 อุบัติการณ์ความไม่ พร้อมของระบบสนับสนุนใน การรักษาพยาบาลโรค ฉุกเฉินวิกฤตและโรคสำคัญ = 0 6.1 ระบบสนับสนุนการ รักษาพยาบาล (Lab / Blood/X-ray / IT / EMS / Refer / ยา) 6.2 การบริหารความพร้อมต่อ สภาวะวิกฤต (BCM) (โรค อุบัติใหม่ / อุบัติเหตุหมู่ / อัคคีภัย)	1. Logistic & Supply chain 2. BCM		
7. ผลลัพธ์: ผลลัพธ์จากการ ดำเนินงานสูงกว่าระดับ เทียบเคียง (Benchmark) กับ รพ.คู่เทียบ 7.1 ผลลัพธ์ในระบบ คุณภาพ รพ.	KPI :7 อัตราผลลัพธ์จากการ ดำเนินงานสูงกว่าระดับ เทียบเคียง (Benchmark) กับ รพ.คู่เทียบ ร้อยละ 60 OKRs 7.1 อัตราผลลัพธ์ในระบบ คุณภาพ รพ. ร้อยละ 80	ผลลัพธ์จากการ ดำเนินงานสูงเป็น อันดับที่ 1 - 3 ของ โซนใต้ จังหวัด ประจวบคีรีขันธ์		

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง / ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ				
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการ งานและกิจกรรม
		2568	2569	
7.1.1 ผลด้านการดูแล ผู้ป่วยและการสร้างเสริม สุขภาพ	7.1.1 อัตราผลลัพธ์ด้าน การดูแลผู้ป่วยและการสร้าง เสริมสุขภาพ ร้อยละ 80			
7.1.2 ผลด้านการมุ่งเน้น ผู้ป่วยและผู้รับผลงาน	7.1.2 อัตราผลลัพธ์ด้านการ มุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน ร้อยละ 80			
7.1.3 ผลด้านการมุ่งเน้น ทรัพยากรบุคคล	7.1.3 อัตราผลลัพธ์ด้าน การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล ร้อยละ 80			
7.1.4 ผลด้านการนำ	7.1.4 อัตราผลลัพธ์ด้าน การนำ ร้อยละ 80			
7.1.5 ผลด้านประสิทธิผล ของระบบงานที่สำคัญ	7.1.5 อัตราผลลัพธ์ด้าน ประสิทธิผลของระบบงานที่ สำคัญ ร้อยละ 80			
7.1.6 ผลด้านการเงิน	7.1.6 อัตราผลลัพธ์ด้าน การเงิน ร้อยละ 80			
7.2 ผลลัพธ์ด้านนโยบาย และยุทธศาสตร์ สธ./เขต สุขภาพ ที่ 5/ สสจ.ปข **4 ประเด็นยุทธศาสตร์	7.2 อัตราผลลัพธ์ด้านนโยบาย และยุทธศาสตร์ของ สธ./เขต สุขภาพที่ 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 : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพของคร่อม 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. ธรรมาภิบาล: ไม่พบอุบัติการณ์หนังสือราชการสำคัญสูญหาย	OKR: อุบัติการณ์หนังสือราชการที่สำคัญสูญหาย = 0	ระบบสนับสนุนทรัพยากรการบริหาร 1. ระบบสารบรรณอิเล็กทรอนิกส์และการประสานงานล่องหน้า		โครงการ Smart Office 1. ระบบสารบรรณอิเล็กทรอนิกส์และการประสานงานล่องหน้า 1.1 e-สารบรรณ รพ. กุญบุรี 1.2 แจ้งหน่วยงาน real time
2. ยานพาหนะ: ไม่พบอุบัติการณ์รถพยาบาลไม่พร้อมใช้	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: ไม่พบอุบัติการณ์เบิกจ่ายล่าช้า	OKR: อุบัติการณ์การเบิกจ่ายล่าช้า = 0	3. ระบบเบิกจ่ายเงินอิเล็กทรอนิกส์		3. ระบบเบิกจ่ายเงินอิเล็กทรอนิกส์ 3.1 โปรแกรมเงินเดือนเจ้าหน้าที่

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ				
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการ งานและกิจกรรม
		2568	2569	
				3.3 โปรแกรมการรับ- จ่ายเงินอิเล็กทรอนิกส์ 3.4 โปรแกรมควบคุม เจ้าหน้าที่การค้ารายตัว
4. บัญชี: ไม่พบอุบัติการณ์ รายงานข้อมูลทางบัญชี ผิดพลาด	OKR: อุบัติการณ์รายงานข้อมูล ทางบัญชีผิดพลาดเท่ากับ0	4. ระบบบัญชี อิเล็กทรอนิกส์		4. ระบบบัญชี อิเล็กทรอนิกส์ 4.1 โปรแกรมตัดลูกหนี้ 4.2 โปรแกรมการ บันทึกบัญชี
5. พัสดุ: ไม่พบอุบัติการณ์การ จัดซื้อจัดจ้างล่าช้า	OKR: อุบัติการณ์การจัดซื้อจัด จ้างล่าช้าเท่ากับ0	5. ระบบบริหารพัสดุ ตามแผนพัสดุประจำปี 5.1 แผนงานประจำ 5.2 แผนงาน ยุทธศาสตร์		5. ระบบบริหาร จัดการพัสดุ 5.1 จัดทำแผนพัสดุ 5.1.1 แผนงาน ประจำ 5.1.2 แผน ยุทธศาสตร์ 5.2 จัดหาพัสดุตาม ความสำคัญเร่งด่วน(มติ คณะกรรมการบริหาร) 5.3 ควบคุมพัสดุตาม ระเบียบและกฎหมายที่ เกี่ยวข้อง 5.4 จำหน่ายพัสดุตาม ระเบียบและกฎหมายที่ เกี่ยวข้อง 5.5 โปรแกรมบริหาร จัดการพัสดุ

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ				
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการ งานและกิจกรรม
		2568	2569	
6. ซ่อมบำรุง: ไม่พบ อุบัติการณ์การบำรุงรักษา ล่าช้า	OKR: อุบัติการณ์การบำรุงรักษา ล่าช้าเท่ากับ 0	6. ทีมช่างบำรุงรักษา เชิงรุก		6. ระบบบำรุงรักษา เชิงรุก 6.1 โปรแกรมซ่อม บำรุง 6.2 เดิน Round เชิงรุก ในทุกเช้า 6.3 ซ่อมบำรุง ตามลำดับความสำคัญ เร่งด่วน 7. พัฒนาสมรรถนะ 7.1 หลักสูตร บริหารงานสารบรรณ 7.2 หลักสูตรฝึกอบรม พนักงานขับรถ พยาบาล 7.3 หลักสูตรอบรม พัฒนาศักยภาพการ ปฏิบัติงานด้านการเงิน การคลังของหน่วย บริการ 7.4 หลักสูตร เสริมสร้างความรู้การ บันทึกบัญชีกระทรวง สาธารณสุข 7.5 หลักสูตรการจัดซื้อ จัดจ้างและการบริหาร พัสดุภาครัฐ

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ				
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการ งานและกิจกรรม
		2568	2569	
				7.6 หลักสูตรฝึกอบรม การบำรุงรักษา เครื่องมือแพทย์ 8. จัดหาวัสดุครุภัณฑ์ (มูลค่า10,000บาท ขึ้นไป) 8.1 โปรแกรม Smart Office

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพของครุรวม ประชาชนไว้วางใจ

พันธกิจที่ M3: พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

M4: พัฒนาระบบบริการสุขภาพด้วยหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์

ยุทธศาสตร์ WO: พัฒนาระบบบริหารยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และการบริหารจัดการ มุ่งสู่
การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องประชาชนไว้วางใจ

WT: ปฏิรูประบบบริหารจัดการการเงินการคลังให้มีประสิทธิภาพ

Roadmap11: ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศดิจิทัล

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ				
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI&OKRs	Project Based		โครงการ งานและกิจกรรม
		2568	2569	
1. HAIT: ได้รับการรับรอง HAIT ภายในปี 2568- 2569 1.1 IT Master Plan: ไม่สอดคล้องกับ แผน ยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล	KPI :1 ระดับความสำเร็จของ โรงพยาบาลในการรับรอง HAIT level 1 ใน ปี 2568-2569 OKRs 1.1 คุณภาพแผนยุทธศาสตร์ IT สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาล ร้อยละ 50	1. HAIT Level 1 2. HIMSS stage 3-5	รพ.กัญบุรีดิจิทัล 1. งาน HAIT 1.1 จัดทำแผน ยุทธศาสตร์สารสนเทศ โรงพยาบาล ระยะ 5 ปี และแผนปฏิบัติการ ปี 67 - 68 1.2 จัดทำแผนการจัดการ ความเสี่ยง	

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

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ				
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI&OKRs	Project Based		โครงการ งานและกิจกรรม
		2568	2569	
1.5.1 ปรับปรุง CPG / CNPG 1.5.2 claim 1.5.3 trigger tool 1.6 เพิ่มประสิทธิภาพในการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาพยาบาล และฟื้นฟู สุขภาพในโรคมะเร็งที่สำคัญ -หุ่นยนต์ซักประวัติ -หุ่นยนต์จัดยา -หุ่นยนต์ฟื้นฟูสุขภาพ -หุ่นยนต์สุขภาพจิต -หุ่นยนต์ลดการติดเชื้อ -หุ่นยนต์เยี่ยมบ้าน 1.7 การจัดการศักยภาพ ของทรัพยากรในระบบ เทคโนโลยีสารสนเทศ: บุคลากรทีมสารสนเทศได้รับ การพัฒนาทักษะ การตรวจ คุณภาพระบบสารสนเทศ เพื่อการบริหารจัดการ เพิ่มขึ้น 1.8 การใช้สารสนเทศด้าน การแพทย์ ด้านการ สาธารณสุข และด้านบริหาร จัดการ	1.5.1 CPG / CNPG 100% 1.5.2 claim 100% 1.5.3 trigger tool 90% 1.6 ประสิทธิภาพในการตรวจ วินิจฉัย รักษาพยาบาล และ ฟื้นฟูสุขภาพในโรคมะเร็ง ที่สำคัญ ร้อยละ30 -หุ่นยนต์ซักประวัติ -หุ่นยนต์จัดยา -หุ่นยนต์ฟื้นฟูสุขภาพ -หุ่นยนต์สุขภาพจิต -หุ่นยนต์ลดการติดเชื้อ -หุ่นยนต์เยี่ยมบ้าน 1.7 การจัดการศักยภาพของ ทรัพยากรในระบบเทคโนโลยี สารสนเทศ: บุคลากรทีม สารสนเทศได้รับการพัฒนา ทักษะ การตรวจคุณภาพระบบ สารสนเทศเพื่อการบริหาร จัดการ ร้อยละ 80 1.8 การใช้สารสนเทศด้าน การแพทย์ ด้านการสาธารณสุข และด้านบริหารจัดการ ร้อยละ 80			- อบรม it digital literacy - อบรมเรื่องการรักษา ความมั่นคงปลอดภัยด้าน สารสนเทศโรงพยาบาล - อบรมการใช้งาน HIS - อบรมการใช้งาน Microsoft offices - อบรมการใช้งาน Google Drive, Social media - อบรม IPD Paperless รพ.บาง สะพาน - อบรม HAIT Level 2-3 รพ..... 1.8.2 งานจัดหาระบบ/ เครื่องมืออุปกรณ์ - เช่า Health Cloud - จัดหาเครื่อง คอมพิวเตอร์.....เครื่อง - ปรับปรุง อินเทอร์เน็ต - จัดหา Hosxp v4 จำนวน 1 โปรแกรม - ซื้อ License windows office จำนวนเครื่อง

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ				
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI&OKRs	Project Based		โครงการ งานและกิจกรรม
		2568	2569	
<p>1.9 ระบบ OPD paperless / IPD paperless: ลดอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิก</p> <p>1.10 Telemedicine / Application: ผู้ป่วย NCDs /จิตเวชและยาเสพติด /ผู้สูงอายุ /palliative care /ฯลฯ ได้รับการดูแลรักษาจากสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง (ไม่ขาดนัด / ไม่ขาดยา)</p>	<p>1.9 อัตราอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกลดลง ร้อยละ 80</p> <p>1.10 อัตราผู้ป่วย NCDs / จิตเวชและยาเสพติด / ผู้สูงอายุ /palliative care /ฯลฯ ได้รับการดูแลรักษาจากสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง (ไม่ขาดนัด / ไม่ขาดยา) ร้อยละ 80</p>			<ul style="list-style-type: none"> - ซื้อโปรแกรม Anti-Virus.....เครื่อง - ซื้อ IPD Paperless, OPD Paperlessจำนวน 1/1 โปรแกรม - เครื่องสแกนสำนักงาน จำนวน....เครื่อง - จ้างเหมาพัฒนาระบบส่งยาที่บ้าน - Application Rider - จัดซื้อapplication 3S1T โรคฉุกเฉินวิกฤต - จัดซื้อหุ่นยนต์จัดยา <p>1.9 การจัดระบบบริการเทคโนโลยีสารสนเทศ</p> <p>โรงพยาบาล :</p> <p>1.9.1 OPD paperless / IPD paperless</p> <ul style="list-style-type: none"> - จ้างเหมาเอกชน <p>ดำเนินการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - บำรุงรักษาระบบร่วมกับผู้รับเหมา <p>1.9.2 Telemedicine / Application</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดทำระบบ Telemedicine ในกลุ่มผู้ป่วย NCDs / จิตเวช

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ				
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI&OKRs	Project Based		โครงการ งานและกิจกรรม
		2568	2569	
				<p>และยาเสพติด / ผู้สูงอายุ / palliative care / ฯลฯ</p> <p>ได้รับการดูแลรักษาจากสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง (ไม่ขาดนัด/ไม่ขาดยา)</p> <p>2. Health cloud system</p> <p>2.1 ลงทะเบียน Health ID ประชาชน</p> <p>2.2 ลงทะเบียน Provider ID</p> <p>2.3 ส่งข้อมูลประวัติการรักษาพยาบาล / ข้อมูลสุขภาพ เข้าสู่ระบบ MOHPROMT ของประเทศ</p> <p>2.4 ทำสื่อประชาสัมพันธ์</p> <ul style="list-style-type: none"> -ป้ายไวนิล -ออนไลน์(FB/ ฯลฯ) <p>3. จัดทำ Dashboard ตามนโยบายและจุดเน้น (เข็มมุ่งของ รพ.)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dataware House (KPI, OKR, template (R1-12) - Platform (R1-R12) - Dashboard - Term audit dashboard

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ				
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI&OKRs	Project Based		โครงการ งานและกิจกรรม
		2568	2569	
				<p>4. ความเสี่ยงในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศได้รับการแก้ไขอย่างมีประสิทธิภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> - MOU ร่วมกันศูนย์เทคโนโลยีฯ - จัดทำคู่มือบริหารความเสี่ยงสารสนเทศ - ศูนย์เทคโนโลยีฯร่วมนิเทศความเสี่ยง <p>5. โครงการประเมินการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในโรงพยาบาล (HAIT)</p>
<p>2. Health cloud system: เพิ่มการเข้าถึงระบบบริการรักษาพยาบาล Health cloud system</p> <p>2.1 Health ID ประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>2.2 Provider ID การตรวจวินิจฉัยและรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ</p>	<p>KPI :2 อัตราการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล Health cloud system ได้อย่างมีประสิทธิภาพร้อยละ 70</p> <p>OKRs</p> <p>2.1 อัตราประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ร้อยละ 60</p> <p>2.2 อัตราการตรวจวินิจฉัยและรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ ร้อยละ 100</p>	Health cloud systems		
<p>3. ศูนย์สารสนเทศสุขภาพดิจิทัล (Dashboard):</p> <p>หน่วยงานในโรงพยาบาล / เครือข่ายบริการสุขภาพ</p>	<p>KPI :3 หน่วยงานในโรงพยาบาล / เครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP) / ภาควิชาเครือข่ายสุขภาพใช้สารสนเทศ</p>	Dashboard Center		

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ				
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI&OKRs	Project Based		โครงการ งานและกิจกรรม
		2568	2569	
(CUP) /ภาคีเครือข่าย สุขภาพใช้สารสนเทศ (R1- 12) ในการปรับปรุงพัฒนา ด้านบริหารจัดการ วิชาการ และระบบบริการสุขภาพ	(R1-12) ในการปรับปรุง พัฒนาการบริหารจัดการ วิชาการ และระบบบริการ สุขภาพ ร้อยละ 100 OKRs			
3.1 Strategic Plan: ความ สมบูรณ์ KPI & OKRs (R1-12)	3.1 อัตราความสมบูรณ์ KPI & OKRs ในแผนยุทธศาสตร์ (R1-12) ร้อยละ 80			
3.2 Strategic Implementation: ความ สมบูรณ์ KPI & OKRs Template ในการนำแผน ยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ	3.2 อัตราความสมบูรณ์ KPI & OKRs Template ในการนำ แผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ ร้อยละ 80			
3.3 Strategic Evaluation: ความสมบูรณ์ KPI & OKRs Benchmark การ ประเมินผลแผนยุทธศาสตร์ และการเทียบเคียงคู่เทียบ	3.3 อัตราความสมบูรณ์ KPI & OKRs Benchmark การ ประเมินผลแผนยุทธศาสตร์และ การเทียบเคียงคู่เทียบ ร้อยละ 60			
3.4 Strategic Control: ความสมบูรณ์ KPI & OKRs Dashboard การควบคุม แผนยุทธศาสตร์ (R1-12)	3.4 อัตราความสมบูรณ์ KPI & OKRs Dashboard การควบคุม แผนยุทธศาสตร์ (R1-12) ร้อยละ 80			
3.5 Information Audit Team: บุคลากรทีม สารสนเทศได้รับการพัฒนา ทักษะ การตรวจคุณภาพ ระบบสารสนเทศเพื่อการ บริหารจัดการเพิ่มขึ้น	3.5 บุคลากรทีมสารสนเทศ ได้รับการพัฒนาทักษะ การตรวจคุณภาพระบบ สารสนเทศเพื่อการบริหาร จัดการ ร้อยละ 80			

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพของครอบครัวรวม 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	
<p>1. โรงพยาบาลไม่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน: TPS ระดับ B ขึ้นไป (10.5-15 คะแนน)</p> <p>1.1 ประสิทธิภาพการจัดเก็บรายได้</p> <ul style="list-style-type: none"> • มิติเวชระเบียน (OPD/IPD) <p>1) แพทย์วินิจฉัยโรคถูกต้อง ครบถ้วนตามเกณฑ์เวชระเบียน (SA) (100%)</p> <p>2) ผู้ให้รหัสโรคให้รหัสโรคถูกต้อง (100%)</p> <p>3) อัตราการบันทึกข้อมูล E-Claim/Financial. Data Hub (FDH) ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา (100%)</p> <p>4) การสรุปเวชระเบียนล่าช้า (IPD) ก่อน 15 วัน / 30 วัน (100%)</p>	<p>KPI :1 อัตรา Total Performance Score (ระดับ F คะแนน 6.5 เต็ม 15)</p> <p>KPI :1.1 ประสิทธิภาพการจัดเก็บรายได้ ร้อยละ 100</p> <p>OKRs</p> <ul style="list-style-type: none"> • มิติเวชระเบียน (OPD/IPD) <p>1) อัตราแพทย์วินิจฉัยโรคถูกต้อง ครบถ้วนตามเกณฑ์เวชระเบียน (SA) ร้อยละ100</p> <p>2) อัตราผู้ให้รหัสโรคให้รหัสโรคถูกต้อง ร้อยละ100</p> <p>3) อัตราการบันทึกข้อมูล E-Claim/Financial. Data Hub (FDH) ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา ร้อยละ100</p> <p>4) อัตราการสรุปเวชระเบียนล่าช้า (IPD) ก่อน 15 วัน / 30 วัน ร้อยละ100</p>	<p>ศูนย์ควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยงด้านการเงินการคลัง (TPS ระดับ F-B)</p> <p>1. มิติเวชระเบียน</p> <p>2. มิติการบริหารลูกหนี้ทุกกองทุน</p> <p>3. มิติกระบวนการจัดเก็บรายได้</p> <p>4. มิติคุณภาพทางบัญชี</p> <p>5. มิติรายได้จากการรักษาพยาบาล</p> <p>6. หน่วยหารายได้เพิ่มพิเศษ</p> <p>6.1 ตรวจสอบสุขภาพ</p> <p>6.2 ห้องพิเศษ</p> <p>6.3 แพทย์แผนไทย</p> <p>6.4 กายภาพบำบัด</p> <p>6.5 ทันตกรรม</p> <p>7. บริหารต้นทุนและรายจ่าย</p> <p>7.1 บำรุงรักษาเชิงรุก</p>	<p><u>โครงการการเงินการคลังมั่นคง</u></p> <p>1. ศูนย์ควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยงด้านการเงินการคลัง (TPS ระดับ F-B)</p> <p>1.1 ประเมินและตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียน 100%</p> <p>1.2 ติดตามลูกหนี้ค้างชำระ 100%</p> <p>1.3 ติดตามการจัดเก็บรายได้ 100%</p> <p>1.4 ปรับปรุงคุณภาพบัญชี 100%</p> <p>1.5 Sum AdjRw</p> <p>1.5.1 วางแผนเพิ่มยอดผู้ป่วยใน</p> <p>1.5.2 Admit โรคที่มีความซับซ้อนที่ต้องรักษาระยะสั้น</p>	

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ				
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการ งานและกิจกรรม
		2568	2569	
<ul style="list-style-type: none"> มิตินิการบริหารลูกหนี้ ทุกกองทุน 1) การตั้งลูกหนี้ค่ารักษา ครบถ้วนทุกสิทธิ (100%) 2) อุบัติการณ์ข้อมูลติด C จาก การบันทึกข้อมูลเท่ากับ 0 3) ลูกหนี้ค้างชำระค่า รักษาพยาบาลได้รับการ ติดตามจนชำระหนี้ (80%) 4) ลูกหนี้ พรบ.ที่ค้างชำระค่า รักษาพยาบาลได้รับการ ติดตามจนชำระหนี้(80%) <ul style="list-style-type: none"> มิตินิการบวณการ จัดเก็บรายได้ 1) การขอเบิกชดเชยลูกหนี้ ผู้ป่วยในทุกสิทธิก่อน 30 วัน (100%) 2) กองทุนทุกกองทุนได้รับ การกำกับและติดตามอย่าง ต่อเนื่อง (100%) 3) การบันทึก PPFS (100%) 4) การบันทึกโปรแกรมอื่นๆ นอกโปรแกรม E-claim/FDH (100%) 	<ul style="list-style-type: none"> มิตินิการบริหารลูกหนี้ ทุกกองทุน 1) อัตราการตั้งลูกหนี้ค่ารักษา ครบถ้วนทุกสิทธิ ร้อยละ100 2) อุบัติการณ์ข้อมูลติด C จากการบันทึกข้อมูล = 0 3) อัตราลูกหนี้ค้างชำระค่า รักษาพยาบาลได้รับการ ติดตามจนชำระหนี้ ร้อยละ80 4) อัตราลูกหนี้ พรบ.ที่ค้าง ชำระค่ารักษาพยาบาลได้รับ การติดตามจนชำระหนี้ ร้อยละ80 <ul style="list-style-type: none"> มิตินิการบวณการ จัดเก็บรายได้ 1) อัตราการขอเบิกชดเชย ลูกหนี้ผู้ป่วยในทุกสิทธิก่อน 30 วัน ร้อยละ100 2) อัตรากองทุนทุกกองทุน ได้รับการกำกับและติดตาม อย่างต่อเนื่อง ร้อยละ100 3) อัตราการบันทึก PPFS ร้อยละ100 4) อัตราการบันทึกโปรแกรม อื่นๆนอกโปรแกรม E-claim/FDH ร้อยละ100 	7.2 รมรงค์ประหัยด พลังงานไฟฟ้า 7.3 Home ward 7.4 CFO จัดทำ PLAN FIN 7.5 CFO ปฏิบัติการ ควบคุมบริหาร สินทรัพย์หมุนเวียนและ หนี้สินหมุนเวียน 7.6 CFO ทบทวน ประสิทธิภาพการทำ กำไรรายโรค	1.5.3 ติดตาม Sum AdjRw ทุกเดือน 1.5.4 เปิดบริการ Home Ward 2. หน่วยหารายได้เพิ่ม พิเศษ 2.1 ตรวจสอบสุขภาพ 2.1.1 คนไทย 2.1.2 ต่างด้าว 2.2 ห้องพิเศษ 2.2.1 เพิ่มห้องพิเศษ 2.2.2 WARD สังเกต อาการ 2.2.3 ห้องผ่าตัด 2.3 เพิ่มบริการนอก เวลา 2.3.1 แพทย์แผน ไทย 2.3.2 ภายภาพ บำบัด 2.4 ันตกรรม 3. บริหารต้นทุนและ รายจ่าย 3.1 บำรุงรักษาเชิงรุก 3.2 รมรงค์ประหัยด พลังงานไฟฟ้า 3.3 Home ward 3.4 CFO จัดทำ PLAN FIN	

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ				
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการ งานและกิจกรรม
		2568	2569	
<ul style="list-style-type: none"> ● มิติคุณภาพทางบัญชี 1) ไม่พบการลงลูกหนี้ ผิดพลาด 2) ไม่พบการกระทบลูกหนี้ คลาดเคลื่อน 3) อัตราการตั้งลูกหนี้ โปรแกรมอื่นๆนอกโปรแกรม E-claim/FDH (100%)	<ul style="list-style-type: none"> ● มิติคุณภาพทางบัญชี 1) อุบัติการณ์การลงลูกหนี้ ผิดพลาด = 0 2) อุบัติการณ์การกระทบ ลูกหนี้คลาดเคลื่อน = 0 3) อัตราการตั้งลูกหนี้ โปรแกรมอื่นๆนอกโปรแกรม E-claim/FDH ร้อยละ 100			3.5CFO ปฏิบัติการ ควบคุมบริหาร สินทรัพย์หมุนเวียน และหนี้สินหมุนเวียน 4.พัฒนาสมรรถนะ 4.1หลักสูตรการให้ รหัสโรค รหัสหัตถการ แบบ Basic/Advance 4.2หลักสูตร เสริมสร้างความรู้ เกี่ยวกับการบันทึก บัญชีกระทรวง สาธารณสุข 4.3หลักสูตรหลักสูตร อบรมพัฒนาศักยภาพ การปฏิบัติงานด้าน การเงินการคลังของ หน่วยบริการ 5.จัดหาวัสดุ ครุภัณฑ์(มูลค่า 10,000บาทขึ้นไป) 5.1 โปรแกรม HosXP 5.2 โปรแกรม ทางการเงินและบัญชี
<ul style="list-style-type: none"> ● มิติรายได้จากการรักษาพยาบาล 1) การครองเตียง มากกว่า 80% 2) Sum AdjRw มากกว่า 1,500 Rw 3) CMI มากกว่า 0.60	<ul style="list-style-type: none"> ● มิติรายได้จากการรักษาพยาบาล 1) อัตราครองเตียง มากกว่า ร้อยละ 80 2) อัตรา Sum AdjRw มากกว่า 1,500 Rw ร้อยละ100 3) อัตรา CMI มากกว่า 0.60 ร้อยละ100			
2. ประสิทธิภาพการทำกำไรสุทธิจากรายได้เพิ่มพิเศษ	KPI :2 ประสิทธิภาพการทำกำไรสุทธิจากรายได้เพิ่มพิเศษ ร้อยละ 80 OKRs			

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ				
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการ งานและกิจกรรม
		2568	2569	
2.1 อัตรากำไรสุทธิจากรายได้ เพิ่มพิเศษตรวจสอบภาพ เพิ่มขึ้น	2.1 อัตรากำไรสุทธิจากรายได้ เพิ่มพิเศษตรวจสอบภาพ ร้อยละ 80			
2.2 อัตรากำไรสุทธิจากรายได้ เพิ่มพิเศษจากห้องพิเศษ เพิ่มขึ้น	2.2 อัตรากำไรสุทธิจากรายได้ เพิ่มพิเศษจากห้องพิเศษ ร้อยละ 80			
2.3 อัตรากำไรสุทธิจากรายได้ เพิ่มพิเศษจากแพทย์แผนไทย เพิ่มขึ้น	2.3 อัตรากำไรสุทธิจากรายได้ เพิ่มพิเศษจากแพทย์แผนไทย ร้อยละ 80			
2.4 อัตรากำไรสุทธิจากรายได้ เพิ่มพิเศษจากกายภาพบำบัด เพิ่มขึ้น	2.4 อัตรากำไรสุทธิจากรายได้ เพิ่มพิเศษจากกายภาพบำบัด ร้อยละ 80			
2.5 อัตรากำไรสุทธิจากรายได้ เพิ่มพิเศษจากทันตกรรม เพิ่มขึ้น	2.5 อัตรากำไรสุทธิจากรายได้ เพิ่มพิเศษจาก ทันตกรรม ร้อยละ 80			
3. ประสิทธิภาพการบริหาร รายจ่ายและต้นทุน	KPI :3 ประสิทธิภาพการ บริหารรายจ่ายและต้นทุน ร้อยละ 80 OKRs	7.1 บำรุงรักษาเชิงรุก		
3.1 มูลค่าการซ่อมซ้าลดลง	3.1 อัตรามูลค่าการซ่อมซ้าลดลง ร้อยละ 80	7.2 รณรงค์ประหยัด พลังงานไฟฟ้า		
3.2 ค่าพลังงานไฟฟ้าลดลง	3.2 อัตราค่าพลังงานไฟฟ้า ลดลง ร้อยละ 80	7.3 Home ward		
3.3 ต้นทุนเฉลี่ยรายโรคใน ผู้ป่วยในลดลง	3.3 ต้นทุนเฉลี่ยรายโรคใน ผู้ป่วยในลดลง ร้อยละ 80	7.4 CFO จัดทำ PLAN FIN		
3.3.1 DM	3.3.1 DM ร้อยละ 80	7.5 CFO ปฏิบัติการ ควบคุมบริหาร		
3.3.2 HT	3.3.2 HT ร้อยละ 80	สินทรัพย์หมุนเวียนและ หนี้สินหมุนเวียน		
3.3.3 CKD	3.3.3 CKD ร้อยละ 80	7.6 CFO ทบทวน ประสิทธิภาพการทำ กำไรรายโรค		

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ				
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการ งานและกิจกรรม
		2568	2569	
<p>3.4 การบริหารแผนทางการเงินเปรียบเทียบผลการดำเนินงานผลต่าง บวกหรือลบไม่เกิน 5%</p> <p>3.4.1 อัตราประมาณการรายได้ถูกต้องครบถ้วนตามเกณฑ์รายได้จริง ร้อยละ95</p> <p>3.4.2 อัตราการใช้งบประมาณรายจ่าย ถูกต้องครบถ้วนเป็นไปตามแผน ร้อยละ100</p> <p>3.5 การบริหารสินทรัพย์หมุนเวียนและหนี้สินหมุนเวียน</p> <p>3.5.1 ระยะเวลาชำระเจ้าหนี้การค้า&เวชภัณฑ์ มีโชยาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 90 วัน</p> <p>3.5.2 ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิ UC ไม่เกิน 60 วัน</p> <p>3.5.3 การบริหารสินค้าคงคลัง (Inventory Management) น้อยกว่า 45 วัน</p> <p>1.) คลังยา</p> <p>2.) คลังวัสดุการแพทย์</p>	<p>3.4 อัตราการบริหารแผนทางการเงินเปรียบเทียบผลการดำเนินงานผลต่าง บวกหรือลบไม่เกิน 5% ร้อยละ100</p> <p>3.4.1 อัตราประมาณการรายได้ถูกต้องครบถ้วนตามเกณฑ์รายได้จริง ร้อยละ95</p> <p>3.4.2 อัตราการใช้งบประมาณรายจ่าย ถูกต้องครบถ้วนเป็นไปตามแผน ร้อยละ100</p> <p>3.5 อัตราการบริหารสินทรัพย์หมุนเวียนและหนี้สินหมุนเวียน ร้อยละ 100</p> <p>3.5.1 อัตราระยะเวลาชำระเจ้าหนี้การค้า&เวชภัณฑ์มีโชยาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 90 วัน ร้อยละ100</p> <p>3.5.2 อัตราระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิ UC ไม่เกิน 60 วัน ร้อยละ 100</p> <p>3.5.3 อัตราการบริหารสินค้าคงคลัง (Inventory Management) น้อยกว่า45 วัน ร้อยละ 80</p> <p>1.) คลังยา ร้อยละ 80</p> <p>2.) คลังวัสดุการแพทย์ ร้อยละ 80</p>			

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ				
วัตถุประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการ งานและกิจกรรม
		2568	2569	
3.) คลังวัสดุวิทยาศาสตร์ การแพทย์ 4.) คลังวัสดุทั่วไป 5.) คลังวัสดุทันตกรรม 3.5.4 ไม่พบอัตรา Dead stock 1.) คลังยา 2.) คลังวัสดุการแพทย์ 3.6 ความสามารถในการทำ กำไร	3.) คลังวัสดุวิทยาศาสตร์ การแพทย์ 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 อัตราความสามารถใน การทำกำไร ร้อยละ 80			

แผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพของครอบครัว ประชาชนไว้วางใจ

Roadmap 1 : กลุ่มโรควิกฤตฉุกเฉิน

พันธกิจ M1 : พัฒนาระบบบริการการแพทย์องค์รวมที่มีคุณภาพ

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย 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

- แยกตอนกลาง (สายหลัก)

- แยกสำโหร (สายหลัก)

- แยกบ้านบน (สายหลัก)

- แยกโรงกาแพ (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

- แยกตอนกลาง (สายหลัก)

- แยกสำโหร (สายหลัก)

- แยกบ้านบน (สายหลัก)

- แยกโรงกาแพ (สายรอง)

2.3 อัตราหน่วยกู้ชีพพื้นฐานนำส่งผู้บาดเจ็บอย่างมีคุณภาพร้อยละ 80

2.4 อุบัติการณ์ EWS Multiple Injury ลำซำ = 0

2.5 อุบัติการณ์ EWS Multiple Injury ผิดพลาด = 0

2.6 อุบัติการณ์สำรองเลือดไม่เพียงพอ = 0

2.7 อุบัติการณ์การวินิจฉัย Multiple Injury ลำซำ = 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	
งานพัฒนาเครือข่าย ชุมชนถนนปลอดภัย 1. จัดประชุมคณะกรรมการ ศปถ. 2. ประชุมผู้นำชุมชนของแต่ละหมู่บ้าน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ 3. ประชุมแกนนำเยาวชน, ผู้แทนพนักงานส่งอาหาร ผู้แทน ส่งพัสดุ เพื่อค้นหาสาเหตุของ การ	1. ลดการเกิดอุบัติเหตุจราจร ในชุมชน 2. เพื่อพัฒนาระบบ บริการ การแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ อำเภอกุยบุรี	ผู้นำชุมชน, เยาวชน นักเรียน/นักศึกษาในเขต อ.กุยบุรี และพนักงานส่งพัสดุและส่งอาหาร	รพ. กุยบุรี	5.ค. 67				ค่าอาหารกลางวัน 50คน X 50 บาท ค่าอาหารว่าง 50คนX25บาท X 2 ครั้ง	5,000		อิศริย์

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบ ประ มาณ	
<p>เกิดอุบัติเหตุทางถนนและ นำเสนอ</p> <p>4. จัดอบรมให้ความรู้ เรื่อง กฎจราจร, การขับขี่ การช่วยเหลือให้ กลุ่ม เยาวชน อสม, พนักงานส่งอาหารและ พนักงานส่งพัสดุ</p> <p>5. นำกลุ่มแกนนำร่วมให้ ความรู้กับนักเรียนใน เขตอ. กุยบุรี</p> <p>6. ขับเคลื่อนการ ดำเนินงาน แบบมีส่วน ร่วมของทีมสหสาขาเพื่อ นำข้อมูลมาใช้ ประโยชน์ ผลักดันให้เกิด มาตรการป้องกัน</p>	<p>3. เพื่อพัฒนา ความรู้วิชาการ ของผู้ปฏิบัติการ และหน่วยงาน หรือองค์กรที่ ปฏิบัติงานด้าน การแพทย์ฉุกเฉิน ในอ. กุยบุรี</p>							<p>ค่าอาหารกลางวัน 50คน X 50 บาท ค่าอาหารว่าง 50คนX25บาท X 2 ครั้ง</p>	5,000		อิสริย์

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
7. ซึ่เป้าจัดการจุดเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน 8. จัดกิจกรรมรณรงค์อุบัติเหตุ ทางถนน งาน พัฒนาเครือข่ายระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน 2.1 ฝึกอบรมหลักสูตรการปฐมพยาบาลและช่วยปฏิบัติ การแพทย์ขั้นพื้นฐาน 2.2 อบรมทักษะการช่วยเหลือ ผู้ป่วยและการจัดการ ณ จุด เกิดเหตุของบุคลากรเครือข่ายการแพทย์ฉุกเฉิน อำเภอกุยบุรี	เพื่อฟื้นฟูความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพ	เจ้าหน้าที่มูลนิธิหลวงพ่อในกุฎีเจ้าหน้าที่ อ.บ.ต. หาดขาม	1. รพ.กุยบุรี 2. มูลนิธิหลวงพ่อในกุฎีวัดกุยบุรี 3. อบต.หาขาม		ม.ค.- ก.พ. 68			ค่าอาหารกลางวัน 50คนX50X2ครั้ง ค่าอาหารว่าง 50คนX25X4ครั้ง	5,000 5,000		อิสริย์

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 2 รุ่นๆ ละหนึ่งวัน เวลา 08.00 – 16.00 น .		เจ้าหน้าที่ รพ.กยศบุรี คนและเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในเขตอำเภอ กยศบุรี	รพ. กยศบุรี		มี.ค. 68			ค่าอาหารกลางวัน 50คนX50X2ครั้ง ค่าอาหารว่าง 50คนX25X4ครั้ง	10,000		อิสริีย์
2.4 การอบรมเชิงปฏิบัติการ การฟื้นฟูทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง (Advanced Cardiovascular Life Support) และ ATLS แก่พยาบาลวิชาชีพ รพ.กยศบุรี และ รพ.สต. แบ่งเป็น 2 รุ่นๆ ละหนึ่งวัน	เพื่อฟื้นฟูความรู้ และทักษะในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ให้พร้อมในการช่วยเหลือดูแล ผู้ป่วยฉุกเฉิน และการช่วยฟื้นคืนชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ	พยาบาล วิชาชีพ รพ . กยศบุรีและพยาบาล วิชาชีพ ใน รพ.สต. เขตอำเภอ กยศบุรี	รพ. กยศบุรี				ค่าอาหารกลางวัน 25X50X2ครั้ง ค่าอาหารว่าง 25X25X2ครั้ง ค่าวิทยากร (บรรยาย) 1คนX3ชมX2ครั้ง ค่าวิทยากร (กิจกรรมกลุ่ม) 3คนX600X3ชม X2ครั้ง	4,550 3,600 10,800		อิสริีย์	

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

(.....)

ผู้ตรวจสอบโครงการ

...../...../.....

(.....)

ผู้เสนอโครงการ

...../...../.....

(.....)

ผู้เห็นชอบโครงการ

...../...../.....

(.....)

ผู้อนุมัติโครงการ

...../...../.....

แผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพของครอบครัว ประชาชนไว้วางใจ

Roadmap 1 : กลุ่มโรควิกฤตฉุกเฉิน

พันธกิจ M1: พัฒนาระบบบริการการแพทย์องค์รวมที่มีคุณภาพ

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต

ยุทธศาสตร์ SO: ยกระดับคุณภาพการแพทย์องค์รวม

KPI: อัตราผู้ป่วย Stroke เสียชีวิตน้อยกว่า ร้อยละ 5 (7%)

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

KPI: อัตราผู้ป่วย sepsis เสียชีวิตน้อยกว่าร้อยละ 5 ($\leq 26\%$)

OKR: อัตรากลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย Stroke เข้าถึงบริการทางการแพทย์ตั้งแต่เริ่มมีอาการภายในเวลา 3 ชั่วโมงร้อยละ 50 ($\geq 50\%$)

OKR: อัตรากลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการทางการแพทย์ตั้งแต่เริ่มมีอาการภายในเวลา 60 นาที ร้อยละ 60

OKR: อัตรากลุ่มเสี่ยงและผู้ดูแล Sepsis (ผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง /DM poor control/ฯลฯ) ได้รับทักษะ SIRS/SOS score ร้อยละ 100

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

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบ ประ มาณ	
1.งาน 3A3S 1.1 ปรับปรุงฐานข้อมูล 3S 1.2 ปักหมุดครัวเรือน กลุ่มเสี่ยง 3S		จนท.รพ./ รพ.สต./ อสม. 40 ราย	ห้องประชุม รพ.กุยบุรี	ธ.ค. 67				ค่าอาหารว่าง มื้อ ละ 25 บาท x 2 มื้อ ค่าอาหารกลางวัน มื้อละ 50 บาท x 1 มื้อ	4,000 บาท	เงิน บำรุง	นางศิมิตรา บุญเกิด

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบ ประ มาณ	
1.3 สามหมอเคาะประตู บ้านเตือนภัย 3S 1.4 ทิวเข้ม FR&EMS ใน 1.1 และ 1.2 1.5 เยี่ยมบ้านกลุ่มเสี่ยง 3S ด้วย SIRS&SOS Score											
2. Fast track 3S ใน รพ. 2.1 ทิวเข้ม CPG / CNPG 3S 2.2 ทิวเข้ม E3S (OPD / ER / IPD) 2.3 ทิวเข้มการใช้ยา SK 2.4 ทิวเข้มการใช้ยา rt-PA	พยาบาล	พยาบาล รพ./รพ.สต. 30 ราย	ห้องประชุม รพ.กุดปูลี่		ม.ค. 67			ค่าอาหารว่าง มื้อ ละ 25 บาท x 2 มื้อ ค่าอาหารกลางวัน มื้อละ 50 บาท x 1 มื้อ	3,000 บาท	เงิน บำรุง	นางศิมิตรา บุญเกิด

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบ ประ มาณ	
3. พัฒนาศมรรถนะ											
3.1 หลักสูตรการ พยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง	พยาบาล	1 ราย	ม.มหิดล				ส.ค.	ค่าลงทะเบียน	60,000 บาท	เงิน บำรุง	นางศิมิตรา บุญเกิด
3.2 หลักสูตรการ พยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาล ผู้ป่วยวิกฤต (ผู้ใหญ่และ ผู้สูงอายุ)	พยาบาล	1 ราย	ม.เชียงใหม่	ธ.ค.				ค่าลงทะเบียน	65,000 บาท	เงิน บำรุง	
3.3 หลักสูตรการ พยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาล ผู้ป่วยโรคติดเชื้อและ การควบคุมการติดเชื้อ	พยาบาล	1 ราย	ม.มหิดล				ส.ค.	ค่าลงทะเบียน	50,000 บาท	เงิน บำรุง	
3.4 หลักสูตรการ พยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาล	พยาบาล	1 ราย	วพบ.ราชบุรี	ม.ค.				ค่าลงทะเบียน	65,000 บาท	เงิน บำรุง	

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบ ประ มาณ	
เวชปฏิบัติฉุกเฉิน 3.5 หลักสูตรพนักงาน ฉุกเฉินการแพทย์ (EMT- B)		1 ราย	รพ.ราชวิถี		ก.พ.			ค่าลงทะเบียน	ฟรี		

(.....)

ผู้ตรวจสอบโครงการ

...../...../.....

(.....)

ผู้เสนอโครงการ

...../...../.....

(.....)

ผู้เห็นชอบโครงการ

...../...../.....

(.....)

ผู้อนุมัติโครงการ

...../...../.....

แผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพของครอบครัว ประชาชนไว้วางใจ

Roadmap 2 : กลุ่มโรคเรื้อรังและโรคติดเชื้อ

พันธกิจ M1: พัฒนาระบบบริการการแพทย์องค์รวมที่มีคุณภาพ

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย 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. อัตราผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาล HbA1C <7% ร้อยละ 40

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

OKR: 3. อัตราผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลง eGFR <5ml/min/1.73m²/ 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	งบประ มาณ	
1. Life style modification Program	1. เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงต่อ	1.ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่มี	รพ.กฤษีบุรี			พ.ค. 68		1. จัดทำโปรแกรมปรับเปลี่ยน	9,550	-บูรณาการงบกองทุนหลัก	สายฝน

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประ มาณ	
- โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส 1) กำหนดทิศทางนโยบาย วิสัยทัศน์ เป้าหมายของหน่วยงาน บริการสุขภาพ ที่มุ่งเน้น การป้องกัน ควบคุมและจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระดับอำเภอ 2) พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศหรือข้อมูลทางคลินิก รวมถึงระบบข้อมูลทางคอมพิวเตอร์ การจัดการ	โรค DM/HT เข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มี ความรู้เข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพที่ถูกต้อง 2. เพื่อชะลอการเกิดโรค DM/HT ในประชาชน กลุ่มเสี่ยงสูง 3. เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีการจัดตั้งชมรมการดูแลสุขภาพและมี	ภาวะเสี่ยงสูงต่อโรค DM ระดับน้ำตาล FBS 100-125 mg/dl.และโรค HT ระดับความดันโลหิต 130 / 85-139/89 มม.ปรอท 2. ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปหญิงมีรอบเอว 80 ซม.ขึ้นไป					พฤติกรรมสุขภาพ(ลงพื้นที่) 1.1 ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม 100 คนๆละ 25 บาท 1.2 ค่าอาหารกลางวัน 100 คนๆละ 70 บาท 1.3 ค่าป้ายไวนิล ขนาด 3*1 เมตร ราคา 450 บาท		ประกันสุขภาพท้องถิ่น -งบPPA		

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประ มาณ	
และกลุ่มป่วย DM HT และการแปลผลด้วย ตนเองที่บ้าน ส่งเสริมภาวะโภชนาการ ให้มีสุขภาพดีดัชนีมวล กายปกติดี											
1.2 Life style modification model 1.2.1 บุคคลต้นแบบ 1.2.2 กลุ่มอาชีพ ต้นแบบ	มีการปรับเปลี่ยน และแลกเปลี่ยน เรียนรู้พฤติกรรม สุขภาพ เน้นหลัก 3 อ 2 ส	กลุ่มเสี่ยง และกลุ่ม ป่วย (DM/HT/ CKD)	รพ.กุญบุรี			พ.ค. 68		-บูรณาการงบ กองทุนหลัก ประกันสุขภาพ ท้องถิ่น -งบPPA			สายฝน
2.Smart NCDs Clinic (ลดภาวะแทรกซ้อน) 2.1 งานพัฒนา โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์	2.1.เพื่อพัฒนา คลินิก NCDตาม แนวทาง	บุคลากรที่ ปฏิบัติงาน NCD	CUPกุญบุรี		ก.พ. 68			บูรณาการกับ งานสารสนเทศ	-	เงินบำรุงรพ.	สายฝน และทีม NCD

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประ มาณ	
<p>การประเมินคลินิก NCD คุณภาพระดับดีเด่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - การคัดกรองCKDในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง - การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีในผู้ป่วยเบาหวาน (Hba1c<7%) - การควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (<140/90mmhg.) - ผู้ป่วยโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง LDL <100mg/dl 	<p>ดำเนินงานและ การประเมิน คุณภาพตาม มาตรฐาน คุณภาพ NCD Clinic Plus</p>	<p>เครือข่าย บริการ สุขภาพ อำเภอกุยบุรี</p>					<p>*อบรมร่วมกับ งานตีวเข้ม CPG / CNPG</p>			<p>คุณ ภาพ</p>	

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประ มาณ	
<p>- ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง</p> <p>- ร้อยละของผู้ป่วย DM/HT ที่เป็น CKD3-4</p> <p>ชะลอการลดลงของ eGFR ได้ตามเป้าหมาย</p>											
<p>2.2 โครงการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน</p> <p>เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอกุยบุรี</p>	<p>2.2 เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนเบาหวานเข้าจอประสาทตา/เท้า/ช่องปาก</p> <p>- เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะจอประสาท</p>	<p>2.2 กลุ่มเป้าหมายผู้ป่วย DM/HT ในอำเภอกุยบุรี</p> <p>จำนวน 1,682 ราย คิดจาก 60% ของ 2,810 ราย</p>	<p>2.2 อาคารผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกุยบุรี</p>			<p>พ.ค. 68</p>	<p>- ค่าอาหารว่างสำหรับผู้เข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 1,686 คน x 25 บาท x 1 มื้อ เป็นเงิน 42,150 บาท</p> <p>- ค่าอาหารกลางวันสำหรับคณะทำงาน</p>	<p>46,150</p>	<p>เงินบำรุงรพ.</p>	<p>สายฝนและทีม NCD คุณภาพ</p>	

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประ มาณ	
	ตามติดปกติ มี ภาวะแทรกซ้อน ทางตา/เท้า/ช่อง ปากได้รับการ ดูแลรักษาอย่าง ถูกต้องเหมาะสม และทันทั่วทั้งที่							จำนวน 8 คน x 50 บาท x 1มื มือ x 5 วัน เป็นเงิน 2,000 บาท -ค่าอาหารว่าง และเครื่องดื่ม สำหรับคณะ ทำงานจำนวน 8 คน x 25 บาท x 2 มื มือ x 5 วัน เป็น เงิน 2,000 บาท			

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประ มาณ	
2.3 ทิวเข้ม CPG/CNPG และพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศในผู้ป่วย DM/HT เครือข่ายบริการ สุข ภาพอำเภอกุยบุรี	2.3 เพื่อปรับปรุงฐานข้อมูลผู้ป่วย DM/HT ให้เป็นปัจจุบัน	บุคลากรที่ปฏิบัติงาน NCD เครือข่ายบริการ สุขภาพ อำเภอ กุยบุรี 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.	สายฝน และทีม NCD คุณภาพ
2.4 Telemedicine	1. ลดความแออัดของหน่วยบริการลดระยะเวลารอคอย	ผู้ป่วยสิทธิ์ UC โรคเรื้อรัง ที่มีอาการคงที่ควบคุมโรค	รพ. กุยบุรี	ต.ค. 67	ม.ค. 68	เม.ย. 68	ก.ค. 68	1.ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลโดยมีใบอนุญาต		การจ่ายบ PHC. อัตรา 50 บาท/ ครั้ง	สายฝน

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประ มาณ	
	2.เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการสาธารณสุขโดยการปรับปรุงแบบบริการให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตแบบ New normal 3. เพื่อเป็นทางเลือกให้กับประชาชน และลดค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการสาธารณสุข	ได้ดี ต้องรับการดูแลต่อเนื่องและมีนัดหมายล่วงหน้าในหน่วยบริการภาครัฐ						ให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล 2.สามารถให้บริการทางการแพทย์ทางไกลได้ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรฐานการให้บริการของสถานพยาบาลทางไกล พ.ศ. 2564 ของกองสถานพยาบาล		โปรแกรมบันทึกผ่านระบบ E-claim	

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

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประ มาณ	
								ผู้ป่วยเข้ารับ บริการ			
2.5 ทิวเข้มและติดตาม การใช้ยา	1.เพื่อให้ผู้ป่วย DM/ HT ที่ ควบคุมไม่ได้ สามารถใช้งานได้ ถูกต้อง 2.เพื่อให้ญาติ ผู้ดูแลมี ความรู้/รับทราบ และสามารถให้ การดูแลผู้ป่วย เกี่ยวกับการใช้ยา ได้	1.ผู้ป่วย โรคเบาหวาน ที่ ã FBS/DTX ≥ bāo me/dl นำ ร่อง ๒๕ราย และผู้ป่วยใช้ ยาฉีดราย ใหม่ทุกราย 2.ผู้ป่วยโรค ความดัน โลหิตสูงที่ ควบคุมไม่ได้	ผู้ป่วย โรคเบาหวาน และโรคความ ดันโลหิตสูง ที่มา รับยาที่ รพ.	ต.ค. 67	ม.ค. 68	เม.ย. 68	ก.ค. 68	ไม่ใช้ งบประมาณ			สายฝน

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประ มาณ	
		ติดต่อกัน ๒ ครั้ง เมื่อมารับบริการในคลินิก HT นำร่อง จำนวน ๒๕ ราย									
3.Remission Clinic (DM/HT) 3.1 DM 3.2 HT	1) เพื่อพัฒนาการบริการการดูแลผู้เป็นเบาหวาน ชนิดที่ 2 เข้าสู่ระยะสงบ 2) เพื่อให้กลุ่มผู้เป็นเบาหวาน ชนิดที่ 2 สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้	กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย DM Type 2 (ด้วยความสมัครใจ)	รพ.กุญบุรี		ม.ค. 68	เม.ย. 68	ก.ค. 68	-ทีมสหวิชาชีพ			สายฝน

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประ มาณ	
	ดี หยุดยา เบาหวานได้และ ลดค่าใช้จ่ายใน การรักษา										
4. พัฒนางานผู้สูงอายุ มีการดำเนินการ จัดบริการสุขภาพ ผู้สูงอายุในสถานบริการ สุขภาพโดยดำเนินการ ให้ผู้สูงอายุ 4.1.งาน Cataract - Active case finding - Fast Track ผ่าตัดตา ต้อกระจก - ติดตามผู้ป่วยที่ปฏิเสธ การรักษา	1.ผู้สูงอายุเข้าถึง บริการสุขภาพ ได้รับการคัดกรอง และรักษากลุ่ม อาการต่างๆ เช่น สมองเสื่อม โรคข้อ เข้าเสื่อม ต้อกระจก ฯลฯ และได้รับการ เสริมพลังในการ ดูแลตนเอง	กลุ่มผู้ป่วย อายุ 60 ปี ขึ้นไป	งานผู้ป่วยนอก รพ.กยศบุรี	ต.ค. 67	ม.ค. 68	เม.ย. 68	ก.ค. 68	-บูรณาการกับ งานประจำ และงบกองทุน หลักประกัน สุขภาพ			สายฝน

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประ มาณ	
	มาตรฐานใน คลินิกผู้สูงอายุ										
5. พัฒนาสมรรถนะ 5.1หลักสูตรการจัดการ โรคเบาหวานและความ ดันโลหิตสูง. 5.2หลักสูตร Mini Case Manager	เพิ่มศักยภาพ บุคลากรใน หน่วยงาน	แพทย์ พยาบาล เภสัชกร	รพ.กุญบุรี		ม.ค. 68				-	กองทุน หลักประกัน สุขภาพ อำเภอกุญบุรี	สายฝน
6.จัดหาวัสดุ ครุภัณฑ์(มูลค่า10,000 บาทขึ้นไป) 6.1 แท็บเล็ตพร้อมใช้ งานอินเทอร์เน็ตได้ 6.2 เครื่องวัดความดัน 6.3 เครื่องเจาะน้ำตาล			รพ.กุญบุรี			เม.ย. 68		1.แท็บเล็ตราคา 20,000 บาท 2.เครื่องวัด ความดัน อัตโนมัติ เครื่อง ละ 1,500 บาท จำนวน 3 เครื่อง	29,000	กองทุน หลักประกัน สุขภาพ อำเภอกุญบุรี	สายฝน

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประ มาณ	
								3.เครื่องตรวจ น้ำตาล Accu- Chek Active ราคาเครื่องละ 1,500 บาท จำนวน 3 เครื่อง			

(.....)

ผู้ตรวจสอบโครงการ

...../...../.....

(.....)

ผู้เสนอโครงการ

...../...../.....

(.....)

ผู้เห็นชอบโครงการ

...../...../.....

(.....)

ผู้อนุมัติโครงการ

...../...../.....

แผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพของครอบครัว ประชาชนไว้วางใจ

Roadmap 3 : กลุ่มโรคสูติกรรม

พันธกิจ M1: พัฒนาระบบบริการการแพทย์องค์รวมที่มีคุณภาพ

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย 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) ผลิตพลาด = 0

OKR: 5. อุบัติการณ์วินิจฉัย (Pre-term/PPH/PIH) ผลิตพลาด = 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 สามหมอเสริมพลัง ครัวเรือนหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุน้อย	เพิ่มศักยภาพในการให้บริการฝากครรภ์กลุ่มเสี่ยง	ผู้รับผิดชอบงานฝากครรภ์รพสต. 11 แห่ง และอสม.	รพ.กุยบุรี รพสต. 11 แห่ง	ต.ค. 66	ม.ค. 68	เม.ย. 68					ปฎิมา

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประ มาณ	
1.2 สามหมอให้บริการ ฝากครรภ์ที่ รพ.สต. 2. งานบริการ High Risk Pregnancy Clinic 2.1 ทิวเข้ม CPG/CNPG 2.2 Pre-term labor 2.3 Preeclampsia 2.4 PPH 2.5 ติดตามการฝาก ครรภ์100%	ลดอัตราการตาย และภาวะแทรก ซ้อนในหญิง ตั้งครรภ์	พยาบาลงาน ฝากครรภ์ และห้อง คลอด	โรงพยาบาล กุยบุรี	ต.ค. 67	ม.ค. 68	เม.ย. 68				ปฏิมา	
3.งานบริการ LR คุณภาพ 3.1ซ้อมแผนภาวะ ฉุกเฉินทางสูติกรรม 3.2ทิวเข้ม EWS 3.3ทิวเข้ม CPG/CNPG	ลดอัตราการตาย และภาวะแทรก ซ้อนในระยะ คลอด	พยาบาล ห้องคลอด และห้อง ฉุกเฉิน	โรงพยาบาล กุยบุรี							ปฏิมา	

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

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

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

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

แผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพองค์รวม ประชาชนไว้วางใจ

Roadmap 4 : กลุ่มโรคทันตกรรม

พันธกิจ M1: พัฒนาระบบบริการการแพทย์องค์รวมที่มีคุณภาพ

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย 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 ปี ได้รับการฝึกแปรงฟันแบบปฏิบัติและ plaque control ร้อยละ 70

1.3 เด็กอายุ 0-3 ปี ได้รับการเคลือบทาฟลูออไรด์เฉพาะที่ ร้อยละ 50

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

OKR: 2.1 เด็กอายุ 6-12 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากร้อยละ 70

2.2 เด็กอายุ 6-12 ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันแท้ร้อยละ 30

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

OKR: 3.1 ผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 75... (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

5.4. รักษาฟันเด็ก

5.2. รักษาโรคฟัน

5.5. ศัลยกรรมช่องปาก

5.3. ฟันปลอม

แผนงาน/โครงการ : 5. โครงการสุขภาพฟันดีอำเภอกุยบุรี

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประ มาณ	
<p>1.1 ตรวจสอบสุขภาพช่องปากและให้ทันตสุขศึกษาในเด็กอายุ 0-3 ปี</p> <p>1.2 ฝึกแปรงฟันแบบปฏิบัติและ plaque control แก่ผู้ปกครองเด็กอายุ 0-3 ปี</p> <p>1.3 เคลือบทาฟลูออไรด์วานิชในเด็กที่มีฟันน้ำนมเริ่มขึ้น</p>	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.ฟูกันทาสาร			นายชาติรี สังข์เฉย
2.1 ตรวจสอบสุขภาพช่องปากและให้ทันตสุขศึกษาในเด็กอายุ6-12 ปี	2. ลดอัตราการเกิดฟันแท้ผุในเด็ก 6-12 ปี	เด็กอายุ6-12 ปี	โรงเรียนในเขตอำเภอกุยบุรี			พ.ค.- มิ.ย.	ก.ค.- ก.ย.	1.วัสดุเคลือบหลุมร่องฟัน 2.ฟูกันทาสาร			นายชาติรี สังข์เฉย

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประ มาณ	
2.2 เคลือบหลุมร่องฟัน แท้ในเด็กอายุ 6-12 ปี											
3.1 ตรวจสอบสภาพช่อง ปากและให้ทันตสุข ศึกษาในผู้สูงอายุ	3. เพิ่มจำนวนฟัน หลังที่ใช้งานได้ มากกว่า คู่สบ 4	ผู้สูงอายุใน รายที่จำเป็น	โรงพยาบาล กุยบุรีและ รพ.สต. นำ ร่อง	ต.ค.- ธ.ค.	ม.ค.- มี.ค.	เม.ย.- มิ.ย.	ก.ค.- ก.ย.	1.วัสดุและ อุปกรณ์ฟัน เทียม			นายชาติรี สังข์เฉย
3.2 บริการใส่ฟันเทียม แก่ผู้สูงอายุ (มากกว่า 16 ซี่หรือฟันเทียมทั้ง ปาก)											
4. จัดบริการหน่วยทัน ตกรรมหมุนเวียนใน รพ.สต.	4. เพิ่มการเข้าถึง การรับบริการทัน ตกรรม	วัยทำงาน	โรงพยาบาล และ รพ.สต. ในอำเภอ กุยบุรี	ต.ค.- ธ.ค.	ม.ค.- มี.ค.	เม.ย.- มิ.ย.	ก.ค.- ก.ย.	1.วัสดุและ อุปกรณ์ ทันตกรรม			นายชาติรี สังข์เฉย

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประ มาณ	
5. จัดบริการทันตกรรม เฉพาะทาง 5.1. รากฟันเทียม 5.2. รักษาฟัน 5.3. ฟันปลอม 5.4. รักษาฟันเด็ก 5.5 ศัลยกรรมช่องปาก	5. เพิ่มอัตราการ เข้าถึง ทันตกรรมเฉพาะ ทาง 5.1. รากฟันเทียม 5.2. รักษาฟัน 5.3. ฟันปลอม 5.4. รักษาฟันเด็ก 5.5 ศัลยกรรมช่อง ปาก	ผู้รับบริการ ทันตกรรม เฉพาะทาง	โรงพยาบาล กุยบุรี	ต.ค.- ธ.ค.	ม.ค.- มี.ค.	เม.ย.- มิ.ย.	ก.ค.- ก.ย.	1.วัสดุและ อุปกรณ์ ทันตกรรม เฉพาะทาง			นายชาติรี สังข์เฉย

(.....)

ผู้ตรวจสอบโครงการ

...../...../.....

(.....)

ผู้เสนอโครงการ

...../...../.....

(.....)

ผู้เห็นชอบโครงการ

...../...../.....

(.....)

ผู้อนุมัติโครงการ

...../...../.....

แผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2568

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพองค์รวม ประชาชนไว้วางใจ

Roadmap 5 : การบริการแบบผสมผสาน

พันธกิจ M1: พัฒนาระบบบริการการแพทย์องค์รวมที่มีคุณภาพ

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย 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 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

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) มีผลลัพธ์จากการดูแลด้วย individual 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 มีผลลัพธ์จากการดูแลด้วย individual nutrition care 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	งบ ประ มาณ			
<p>1.คลินิกการแพทย์แบบผสมผสาน</p> <p>1.1 จัดตั้งคลินิกการแพทย์ผสมผสานในผู้ป่วย IMC/NCDs</p>	<p>ผู้ป่วยIMC 4 ที่ได้รับการฟื้นฟูทากายภาพบำบัด/แพทย์แผนไทย/โภชนาศาสตร์มีค่า BI ต่ำขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับ</p> <p>2. ผู้ป่วย NCDs ที่มีข้อบ่งชี้ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์กายภาพบำบัด/แพทย์แผนไทย/โภชนาศาสตร์การแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้น</p>	<p>ผู้ป่วยIMC ในอำเภอ กุยบุรี</p> <p>ผู้ป่วย NCDs ในอำเภอ กุยบุรี</p>	โรงพยาบาล กุยบุรี			มิ.ย.	ส.ค.	แบบประเมิน bathel index		<p>นันทน์ภัส</p> <p>ชมพูนุช</p> <p>ปรรณพัชร</p>			
<p>1.2 ให้บริการเชิงรุกการแพทย์ผสมผสานในผู้ป่วย IMC/NCDs ในเขตพื้นที่อำเภอ กุยบุรี</p>			รพ.สต. กุยบุรี			มิ.ย.	ส.ค.	เครื่องกระตุ้นไฟฟ้า			ค่าอาหารว่าง	ค่าอาหารเที่ยง	ค่าอุปกรณ์

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบ ประ มาณ	
	และมีผลลัพธ์จากการดูแลด้วย individual nutritioncare plan เพิ่มขึ้น							สมุนไพรมodel อาหารเครื่องชั่งน้ำหนักเครื่องวัดโซเดียมสอนทำอาหาร			
1.3 อสม. และเจ้าหน้าที่ รพ.สต.	เพื่อพัฒนาความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วย IMC และผู้ป่วย NCDs	อสม.และเจ้าหน้าที่ รพ.สต.	ห้องประชุมโรงพยาบาลกุยบุรี				ก.ค.	ค่าอาหารว่าง ค่าอาหารเที่ยง ค่าอุปกรณ์ ป้ายไว้นิล			นันทน์ภัส ชมพูนุช พรรณพัชร

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบ ประ มาณ	
2. พัฒนาสมรรถนะ	พัฒนาสมรรถนะ บุคลากร	นักกายภาพ บำบัด	1. แบบ online 2. แบบ ON SITE ตาม โครงการที่ สถาบันที่จัด อบรม					ค่าลงทะเบียน ค่าที่พัก ค่าเดินทาง ค่าเบี้ยเลี้ยง			นันทน์ภัส ชมพูนุช พรรณพัชร
2.1 หลักสูตรการดูแล ผู้ป่วยกลุ่ม IMC											
2.2 หลักสูตรการดูแล ผู้ป่วย NCDS ด้าน แพทย์แผนไทย											
2.3 หลักสูตรโภชนาการ สำหรับผู้ป่วย NCDs		นักโภชนา ศาสตร์									
3. จัดหาวัสดุครุภัณฑ์ (มูลค่า10,000บาทขึ้นไป)								จัดหาสถานที่ จัดตั้งคลินิก การแพทย์แบบ ผสมผสาน	350,000		
3.1 เครื่องกระตุ้นไฟฟ้า											

(.....)

ผู้ตรวจสอบโครงการ

...../...../.....

(.....)

ผู้เสนอโครงการ

...../...../.....

(.....)

ผู้เห็นชอบโครงการ

...../...../.....

(.....)

ผู้อนุมัติโครงการ

...../...../.....

แผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพของครอบครัว ประชาชนไว้วางใจ

Roadmap:ที่ 6 : ระบบงานที่สำคัญ

พันธกิจ M1: พัฒนาระบบบริการการแพทย์องค์รวมที่มีคุณภาพ

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต

ยุทธศาสตร์ : SO: ยกระดับคุณภาพการแพทย์องค์รวม

KPI: 1. อุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ 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/lpd) 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

(.....)

ผู้ตรวจสอบโครงการ

...../...../.....

(.....)

ผู้เสนอโครงการ

...../...../.....

(.....)

ผู้เห็นชอบโครงการ

...../...../.....

(.....)

ผู้อนุมัติโครงการ

...../...../.....

แผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพของครอบครัว ประชาชนไว้วางใจ

Roadmap:ที่ 6 : ระบบงานที่สำคัญ

พันธกิจ M1: พัฒนาระบบบริการการแพทย์องค์รวมที่มีคุณภาพ

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย 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/ หมาย/ (จำนวน)	สถานที่ ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบ ประ มาณ	
1. Real time Productivity -จัดทำโปรแกรมบันทึกข้อมูล Productivity ในหน่วยงาน OPD ER LR IPD	เพื่อใช้ในการบริหารจัดการ อัตรากำลังพยาบาลที่เหมาะสมกับภาระงาน	4 หน่วยงาน	กลุ่มงานการพยาบาล(OPD ER LR IPD)	ธ.ค 68				โปรแกรมบันทึก Productivity	ไม่ใช้งบ ประมาณ		คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ/ ITN

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

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบ ประ มาณ	
3. นิเทศทางการ พยาบาล - จัดทำแผนนิเทศ ทางการพยาบาล(ทุก หน่วยงาน)	เพื่อติดตามและ ประเมินผลการ ปฏิบัติกิจกรรม ทางการพยาบาล	พยาบาล วิชาชีพ 4 หน่วยงาน OPD ER LR IPD	กลุ่มงานการ พยาบาล(OPD ER LR IPD)	ต.ค 67	ม.ค 68	เม.ย 68	ก.ค 68	แบบประเมิน นิเทศทางการ พยาบาล	ไม่ใช้งบ ประมาณ		หัวหน้างาน
4. ทบทวนวิเคราะห์ อุบัติการณ์ความเสี่ยง ระดับ E ขึ้นไป	เพื่อพัฒนาระบบ การดูแลผู้ป่วยที่ ได้มาตรฐาน	พยาบาล วิชาชีพ กลุ่มงานการ พยาบาล	โรงพยาบาล กุยบุรี	ต.ค- ธ.ค 67	ม.ค - มี.ค 68	เม.ย - มิ.ย 68	ก.ค - ก.ย 68	ประชุมทีมสห สาขาวิชาชีพ	ไม่ใช้งบ ประมาณ		คณะกรรมการ การพัฒนา คุณภาพ/ RM/PCT
5. พัฒนาพลิกโฉมด้าน หน้า (ด้านพฤติกรรมบริการ) - ประชุมทีมเจ้าหน้าที่ ด้านหน้า - คัดเลือกบุคลากรด้าน หน้าดีเด่น	-เพื่อสร้างความ ประทับใจและ เกิดความพึงพอใจ แก่ผู้รับบริการ -เพื่อลดข้อ ร้องเรียนด้าน พฤติกรรมบริการ	OPD ER เปล	กลุ่มงานการ พยาบาล	พ.ย 67				เกียรติบัตร บุคลากรดีเด่น	ไม่ใช้งบ ประมาณ	เงิน บำรุง	กลุ่มงาน การ พยาบาล

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบ ประ มาณ	
- ประเมินความพึงพอใจ ของผู้รับบริการ (ภายใน และภายนอก)				ธ.ค 67		มิ.ย 68		แบบประเมิน ความพึงพอใจ	ไม่ใช้งบ ประมาณ		คณะกรรมการ การพัฒนา คุณภาพ
6. พัฒนาศักยภาพ บุคลากรทางการ พยาบาล	เพื่อพัฒนา คุณภาพการ ให้บริการและเพิ่ม ทักษะในการดูแล ผู้ป่วย	พยาบาล วิชาชีพ	โรงพยาบาล กุยบุรี		ก.พ 68	พ.ค 68		1.การพยาบาล เฉพาะทางเวช ปฏิบัติฉุกเฉิน (4 เดือน) 2.การพยาบาล เฉพาะทาง สาขา การพยาบาล ผู้ป่วยโรคติดเชื้อ และการควบคุม การติดเชื้อ (4 เดือน) 3.นมแม่ 21 ชม.	76,500 83,000 8,850		ราตรี คงเจริญ

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

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

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

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

แผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพของครอบครัว ประชาชนไว้วางใจ

Roadmap 6 : ระบบงานที่สำคัญ

พันธกิจ : M1: พัฒนาระบบบริการการแพทย์องค์รวมที่มีคุณภาพ

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต

ยุทธศาสตร์ : SO: ยกระดับคุณภาพการแพทย์องค์รวม

KPI: ระบบสิ่งแวดลอมในการดูแลผู้ป่วยและความปลอดภัยผ่านเกณฑ์ประเมินมาตรฐาน ร้อยละ 60

แผนงาน/โครงการ : 7โครงการยกระดับคุณภาพระบบงานที่สำคัญ (ENV)

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ หมาย/ (จำนวน)	สถานที่ ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบ ประ มาณ	
1. 5ส. ต่อเนื่อง	พัฒนางาน 5ส. อย่างต่อเนื่อง ยั่งยืน	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 การ ENV

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบ ประ มาณ	
2. ซ่อมแผนระงับ อัคคีภัย + ติดตั้งป้าย ทางหนีไฟ + ถังดับเพลิง ครบทุกหน่วยงาน + ติดตั้งเครื่องดับจบบวัน	เพื่อเตรียมความพร้อม ในการป้องกันระงับ อัคคีภัย	เจ้าหน้าที่ + ทุกฝ่ายงาน ของ รพ.กยศ บุรี	รพ.กยศบุรี			มิ.ย. มิ.ย.		1.อบรมให้ความรู้ แก่เจ้าหน้าที่ 2.ซ่อมแผน อัคคีภัย 3.ติดตั้งป้ายทาง หนีไฟ 4.ติดตั้งถัง ดับเพลิงครบทุก ฝ่าย 5.ติดตั้งเครื่องดับ จบบวัน		เงิน บำรุง	คณะกรรมการ การ ENV + บริหาร
3.การจัดการขยะอย่างมี ประสิทธิภาพ	เพื่อเจ้าหน้าที่ ปฏิบัติตาม หลักเกณฑ์การ จัดการขยะที่ ถูกต้อง	เจ้าหน้าที่ + ทุกฝ่ายงาน ของ รพ.กยศ บุรี	รพ.กยศบุรี		ม.ค. ม.ค.			1จัดทำแนวทางการ จัดการขยะใน รพ.โดยแจ้งให้ หน่วยงานทราบ และนำไปปฏิบัติ 2.กระตุ้นเตือนให้ เจ้าหน้าที่ใน รพ.			คณะกรรมการ การ ENV

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบ ประ มาณ	
4.ปรับปรุงภูมิทัศน์ + ตี เส้นจราจร + สร้างพื้นที่ สีเขียว	เพื่อปรับปรุงภูมิทัศน์ รอบพื้นที่ รพ.ให้ น่าอยู่ น่าทำงาน	ประชาชนผู้ มารับบริการ และ เจ้าหน้าที่ รพ.กยศบุรี	รพ.กยศบุรี		ก.พ.			เกิดความ ตระหนักและให้ ความสำคัญใน การปฏิบัติหน้าที่			คณะกรรมการ การ ENV + บริหาร
					ก.พ			1.ตีเส้นจราจรใน รพ.ให้ได้ มาตรฐาน			
					ก.พ			2.สำรวจต้นไม้ยืน ต้นที่มีความเสี่ยง จะเกิดอันตราย เพื่อตัดแต่งกิ่ง			
					ก.พ.			3.ปรับปรุง สวนหย่อมให้ สะอาดร่มรื่น			
								4.ทำแปลงปลูก พืชสมุนไพร			

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบ ประ มาณ	
5.ความพร้อมใช้ของระบบสาธารณูปโภค	ระบบสาธารณูปโภคพร้อมใช้	ประชาชนผู้มารับบริการและเจ้าหน้าที่ รพ.กุญบุรี	รพ.กุญบุรี		ม.ค.			1. ทบทวนแนวทางปฏิบัติเรื่องการสำรองน้ำประปาและไฟฟ้า 2. กำกับติดตามการบำรุงรักษาระบบสาธารณูปโภค 3. วางแผนปรับปรุงซ่อมแซมตามอายุการใช้งาน			คณะกรรมการการENV + บริหาร + ช่าง

(.....)

ผู้ตรวจสอบโครงการ

...../...../.....

(.....)

ผู้เสนอโครงการ

...../...../.....

(.....)

ผู้เห็นชอบโครงการ

...../...../.....

(.....)

ผู้อนุมัติโครงการ

...../...../.....

แผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพของครอบครัว ประชาชนไว้วางใจ

Roadmap 6 : ระบบงานที่สำคัญ

พันธกิจ M1: พัฒนาระบบบริการการแพทย์องค์รวมที่มีคุณภาพ

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต

ยุทธศาสตร์ SO: ยกระดับคุณภาพการแพทย์องค์รวม

KPI: อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลน้อยกว่า 0.5 ต่อ 1,000 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	ป้องกันกาติดเชื้อ เกิดภาวะแทรก ซ้อน และป้องกันการ แพร่กระจาย เชื้อ	- জন.ท. โรงพยาบาล	โรงพยาบาล	ต.ค.	ม.ค.	เม.ย.	ก.ค.	- จัดการรณรงค์ การล้างมือทั้ง ร.พ. และให้ส่ง คลิปล้างมือของ จนท. ทุกคน พร้อมทั้งงาน 5 ส. ทุกวันศุกร์ วนจนครบทุก คนในฝ่าย	-ทุกวัน -ส่งคลิป อาทิติย ละครึ่ง	0 บาท	สุชาดา โอเอี่ยม

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประ มาณ	
2.จัดโซนห้องแยก	ป้องกันกาติดเชื้อใน ร่างกายเพิ่ม และ ควบคุมการ แพร่กระจายเชื้อ	- จนท. โรงพยาบาล - ผู้ป่วยและ ญาติ	โรงพยาบาล	ต.ค.	ม.ค.	เม.ย.	ก.ค.	เมื่อมีรับใหม่ ผู้ป่วยในทุกครั้ง	ทุกวัน	0 บาท	
3. standard precaution	ป้องกันการติดเชื้อ ระบบทางเดิน หายใจ และควบคุม การแพร่กระจาย เชื้อ	- ผู้ป่วยและ ญาติ - จนท. โรงพยาบาล	โรงพยาบาล โรงพยาบาล	ต.ค.	ม.ค.	เม.ย.	ก.ค.	- การแยกผู้ป่วย ติดเชื้อ จัดโซน แยกห้อง - ให้ความรู้แก่ ญาติและผู้ป่วย - อบรม การ ป้องกันและ ควบคุมการติด เชื้อใน โรงพยาบาล	ทุกวัน ปีงบละ 1 ครั้ง	0 บาท 20,000 บาท	สุชาดา โอเอี่ยม

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประ มาณ	
CAUTI 1.รณรงค์ล้างมือ	-ป้องกันการติดเชื้อ ในระบบทางเดิน ปัสสาวะ -ป้องกันและคุมการ ติดเชื้อใน โรงพยาบาล	- জন.ท. โรงพยาบาล -ผู้ป่วยและ ญาติ	โรงพยาบาล	ต.ค.	ม.ค.	เม.ย.	ก.ค.	- จัดการรณรงค์ การล้างมือทั้ง ร.พ. และ กำหนดให้ส่ง คลิปล้างมือของ จนท. ทุกคน พร้อมก็งาน 5 ส. ทุกวันศุกร์ วนจนครบทุก คนในฝ่าย	-ทุกวัน -ส่งคลิป อาทิตย์ ละครั้ง	0 บาท	สุชาดา โอเอี่ยม
2. ทบทวนมาตรฐาน การพยาบาลเรื่องการ สวนปัสสาวะ	-ควบคุมการ ติดเชื้อในระบบ ทางเดินปัสสาวะ และป้องกันการติด เชื้อแทรกซ้อน	-จนท. โรงพยาบาล	โรงพยาบาล		ม.ค.			- ทบทวนในที่ ประชุม ประจำเดือน ของฝ่ายการ พยาบาล	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 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล	ปีงบประมาณ 1 ครั้ง	20000 บาท	
ติดเชื้อดื้อยา 1.รณรงค์ล้างมือ	- ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อดื้อยา ในโรงพยาบาล	- จนท. โรงพยาบาล	โรงพยาบาล	ต.ค.	ม.ค.	เม.ย.	ก.ค.	จัดการรณรงค์การล้างมือทั้งร.พ. และกำหนดให้ส่งคลิปล้างมือของจนท. ทุกคนพร้อมทั้งงาน 5 ส. ทุกวันศุกร์วนจนครบทุกคนในฝ่าย	-ทุกวัน -ส่งคลิป อาทิตย์ ละครั้ง	0 บาท	สุชาดา โอเอี่ยม
2.การแยกผู้ป่วยติดเชื้อ	- ป้องกันการแพร่กระจายและควบคุมการติดเชื้อ	- จนท.ใน โรงพยาบาล	โรงพยาบาล	ต.ค.	ม.ค.	เม.ย.	ก.ค.	- การแยกผู้ป่วยติดเชื้อ จัดโซนแยกห้อง	-ทุกครั้ง ที่รับนอน ร.พ.	0 บาท	

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประ มาณ	
3. standard precaution	<p>ดี้อย่า ใน โรงพยาบาล</p> <p>- ป้องกันการ แพร่กระจายและ ควบคุมการติดเชื้อ ดี้อย่า ใน โรงพยาบาล</p>	<p>-ผู้ป่วยและ ญาติ</p> <p>-จนท.ใน โรงพยาบาล</p>	โรงพยาบาล		ม.ค.			<p>-ทบทวนเมื่อมี การประชุมใน ฝ่ายการพยา บาลเดือนละ ครั้ง -ให้ความรู้แก่ ญาติและผู้ป่วย</p> <p>-อบรมให้ความรู้ แก่ จนท. ใน ร.พ.</p>	ปีงบละ 1 ครั้ง	20000 บาท	

(.....)

ผู้ตรวจสอบโครงการ

...../...../.....

(.....)

ผู้เสนอโครงการ

...../...../.....

(.....)

ผู้เห็นชอบโครงการ

...../...../.....

(.....)

ผู้อนุมัติโครงการ

...../...../.....

แผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพของครอบครัวประชาชนไว้วางใจ

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/ หมาย/ (จำนวน)	สถานที่ ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบ ประ มาณ	
กิจกรรมการตรวจสอบ เวชระเบียนผู้ป่วยนอก - ผู้ป่วยใน OPD/IPD	เวชระเบียนมี ความสมบูรณ์	คณะทำงาน ตรวจเวช ระเบียน	โรงพยาบาล กุยบุรี	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	เงิน บำรุง	กวีพัฒน์
ตรวจสอบเวชระเบียน ผู้ป่วยนอก	ตรวจสอบ ความถูกต้องใน การลงรหัสโรค	เจ้าหน้าที่ เวชระเบียน	งานเวช ระเบียน	ทุก วัน	ทุก วัน	ทุก วัน	ทุก วัน				กวีพัฒน์

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบ ประ มาณ	
ตรวจสอบเวชระเบียน ผู้ป่วยใน	ตรวจสอบ ความถูกต้องใน การลงรหัสโรค	เจ้าหน้าที่ เวชระเบียน	งานประกัน สุขภาพ	ทุก วัน	ทุก วัน	ทุก วัน	ทุก วัน				มัชฌิมา

(.....)

ผู้ตรวจสอบโครงการ

...../...../.....

(.....)

ผู้เสนอโครงการ

...../...../.....

(.....)

ผู้เห็นชอบโครงการ

...../...../.....

(.....)

ผู้อนุมัติโครงการ

...../...../.....

แผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพของครอบครัว 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 อุตการณ์แพ้ยาซ้ำ = 0

7.4 อุตการณ์จากยา HAD = 0

7.4.1 warfarin

7.4.2 Magnesium sulfate

7.4.3 Insulin

7.5 อุตการณ์จ่ายยาหมดอายุใน LR/IPD = 0

7.6 อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุสมผล (แผลสด, ท้องเสีย, หลุึงคลอด) ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100

แผนงาน/โครงการ : 7. โครงการยกระดับคุณภาพระบบงานที่สำคัญ (PTC)

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประ มาณ	
7.1 งานลด ME OPD/IPD 7.1.1 กำหนด มาตรการ แนวทาง ป้องกันการเกิด ME 7.1.2 กำหนดแนวทาง การจัดการ ME ระดับ E ขึ้นไป 7.1.3 นำเสนอข้อมูล อุบัติการณ์และกระตุ้น ให้รายงาน ME	1.ลดการเกิด ME 2.มีแนวทางการ จัดการเมื่อเกิด ME	แพทย์ พยาบาล เภสัชกร รวม 40 คน	รพ.กุยบุรี	ต.ค. 67				-	-	-	จุฑารัตน์
7.2 งานป้องกัน อุบัติการณ์แพ้ยา 7.2.1 คัดกรองประวัติ แพ้ยา 7.2.2 แจ้งเตือน (pop up) ประวัติแพ้ยา	1. อุบัติการณ์แพ้ ยาซ้ำ =0	แพทย์ พยาบาล เภสัชกร รวม 40 คน	รพ.กุยบุรี	พ.ย. 67				-	-	-	จุฑารัตน์

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประ มาณ	
7.2.3 ห้องยาเปิดตลอด 24 ชั่วโมง											
7.3 งานป้องกัน อุบัติการณ์ HAD 7.3.1 4. ทิวเข้ม HAD แพทย์/พยาบาลใหม่ 7.3.2 PTC round หน่วยงานการใช้ยา 7.3.3 จัดทำคู่มือการ ผสมยา HAD	1.ลดการเกิด ความคลาด เคลื่อนจากยา HAD 2.มีแนวทางการ ใช้ยา HAD	แพทย์ พยาบาล เภสัชกร รวม 40 คน	รพ.กุญบุรี		ม.ค. 68			-	-	-	จุฑารัตน์
7.4 งาน RDU 7.4.4 ทิวเข้ม RDU (การใช้ ATB) 7.4.2 ติดตามผล ตัวชี้วัด RDU 7.4.3 พัฒนาสื่อให้ ความรู้	1. อัตราการใช้ยา ปฏิชีวนะ สมเหตุสมผลผ่าน เกณฑ์ ร้อยละ 100	แพทย์ พยาบาล เภสัชกร รวม 40 คน	รพ.กุญบุรี			เม.ย. 68		-	-	-	จุฑารัตน์

(.....)

ผู้ตรวจสอบโครงการ

...../...../.....

(.....)

ผู้เสนอโครงการ

...../...../.....

(.....)

ผู้เห็นชอบโครงการ

...../...../.....

(.....)

ผู้อนุมัติโครงการ

...../...../.....

แผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพของครอบครัว ประชาชนไว้วางใจ

Roadmap 6 : ระบบงานที่สำคัญ

พันธกิจ M1: พัฒนาระบบบริการการแพทย์ของครอบครัวที่มีคุณภาพ

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต

ยุทธศาสตร์ SO : ยกระดับคุณภาพการแพทย์ของครอบครัว

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	วัตถุประสงค์ ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประ มาณ	
8.1 งานจัดหาครุภัณฑ์ 8.1.1 เครื่องติดฉลาก (Barcode) สำหรับ หลอดเก็บเลือด	1.ลดการติด ฉลากชื่อ ผู้ป่วยผิด	เจ้าหน้าที่กลุ่ม งานเทคนิค การแพทย์ โรงพยาบาล กฤษบุรีจำนวน 7 คน	กลุ่มงาน เทคนิค การแพทย์ โรงพยาบาล กฤษบุรี			มิ.ย. 68		- เครื่องติด ฉลาก (Barcode)	1 เครื่อง	400,000	ภริดา

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประ มาณ	
8.2 งานพัฒนา สมรรถนะบุคลากร 8.2.1 ทบทวนความรู้ งานเคมีคลินิก	1.เพิ่มศักยภาพ การให้บริการ 2.ลดค่าใช้จ่าย การส่งตรวจ วิเคราะห์ ภายนอก	เจ้าหน้าที่กลุ่ม งานเทคนิค การแพทย์ โรงพยาบาล กุกยบุรี จำนวน 7 คน	กลุ่มงาน เทคนิค การแพทย์ โรงพยาบาล กุกยบุรี		มี.ค. 68			-เครื่องตรวจหา สารชีวเคมีใน เลือดและสาร คัดหลัง (Chemistry Analyzer) อัตโนมัติ	1 เครื่อง	30,000	ภริดา
8.3 RLU (Rational Lab Use) 8.3.1 จัดตั้งกรรมการ RLU 8.3.2 วิเคราะห์ข้อมูล การส่งตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ 8.3.3 จัดทำ RLU Guideline 8.3.4 IT Support	1.ลดการสั่ง ตรวจ Lab บ่อยครั้งเกิน จำเป็น 2.ลดการสั่ง ตรวจ Lab ซ้ำ เพราะไม่ได้ส่ง ข้อมูลระหว่าง กัน(ภายในรพ.	-แพทย์ -พยาบาล -นักเทคนิค การแพทย์ -จพ.วิทย์ฯ -IT	รพ.กุกยบุรี			พ.ค. 68		-ทำ Pop up แจ้งเตือนการ ตรวจซ้ำ/ระบุ เหตุผลหาก ยืนยันจะส่ง ตรวจฯ	โปร แกรม HIS ของรพ.	40,000	ภริดา

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ หมาย/ (จำนวน)	สถานที่ ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประ มาณ	
8.3.5 ติดตาม/ ประเมินผล	หรือระหว่าง รพ.) 3.ลดการสั่ง ตรวจ Lab เป็น ชุดที่ละหลาย รายการ 4.ลดการสั่ง ตรวจ Lab แล้ว ไม่ได้ดูผล 5.ลดการสั่ง ตรวจ Lab โดย ไม่มีจุดประสงค์										

(.....)

ผู้ตรวจสอบโครงการ

...../...../.....

(.....)

เสนอโครงการ

...../...../.....

(.....)

ผู้เห็นชอบโครงการ

...../...../.....

(.....)

ผู้อนุมัติโครงการ

...../...../.....

แผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

วิสัยทัศน์ :โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพของคร่อม ประชาชนไว้วางใจ

Roadmap 6 : ระบบงานที่สำคัญ

พันธกิจ M1: พัฒนาระบบบริการการแพทย์ของคร่อมที่มีคุณภาพ

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่ปลอดภัย ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต

ยุทธศาสตร์ SO: ยกระดับคุณภาพการแพทย์ของคร่อม

KPI: อุบัติการณ์ความเสี่ยง ที่สูงกว่าระดับ C=0

OKR: 1. อัตราการถ่ายภาพรังสีซ้ำ น้อยกว่าร้อยละ 5

2. อุบัติการณ์ส่งภาพผิดคน ผิดอวัยวะ = 0

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

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	แหล่ง งบประมาณ	
1.จัดสอนทบทวน ทักษะงานรังสี และการทำ นวัตกรรม 1.1สอนทบทวน ความรู้ด้านรังสี เทคนิคเทคนิค 1.1.1การจัดทำ และการใช้	-ส่งเสริมความรู้ความ เข้าใจเกี่ยวกับการ ปฏิบัติงาน	-เจ้าหน้าที่กลุ่ม งานรังสีวิทยา โรงพยาบาลกุย บุรี	กลุ่มงาน รังสีวิทยา โรงพยาบาล กุยบุรี	ต.ค.				-ตารางทบทวน ความรู้ -กระดาษ ทดสอบ	1 ชุด		นายเมธี สี ตารัตมี นักรังสี การแพทย์

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตร มาส 1	ไตร มาส 2	ไตร มาส 3	ไตร มาส 4	รายละเอียด	จำนวน	แหล่ง งบประมาณ	
เครื่องมือทางรังสี เทคนิค 1.1.2ทดสอบ ความรู้ 1.2จัดทำ นวัตกรรม	-มีอุปกรณ์ช่วยอำนวยความสะดวกและลด ความเสี่ยงทางรังสีกับ เจ้าหน้าที่	-เจ้าหน้าที่กลุ่ม งานรังสีวิทยา โรงพยาบาลกุย บุรี -ผู้รับบริการ	กลุ่มงาน รังสีวิทยา โรงพยาบาล กุยบุรี	ต.ค.				สร้างอุปกรณ์ ช่วยถ่ายภาพ รังสี Skull lateral	1 ชิ้นงาน		
2.ยกระดับการ ให้บริการรังสี วินิจฉัย 2.1จัดตั้งศูนย์ เอกซเรย์ คอมพิวเตอร์	เพิ่มศักยภาพการ ให้บริการ	-ประชาชนที่ เข้ารับบริการ ในโรงพยาบาล กุยบุรี	โรงพยาบาล กุยบุรี	ต.ค.				เอกซเรย์ คอมพิวเตอร์ โดย outsourc	1 ศูนย์		นายเมธี สี ตารัศมี นักรังสี การแพทย์

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	แหล่ง งบประมาณ	
2.2 ใช้ AI ช่วยใน การวินิจฉัย เบื้องต้นในผู้ป่วย โรคปอด				ต.ค.				ติดตั้งโปรแกรม AI ศิริราช	1 โปรแกรม		
2.3 ใช้ระบบส่ง ภาพรังสีโดยระบบ cloud				ต.ค.				เชื่อมโยงระบบ cloud กับ ร.พ. แม่ข่าย	1 ระบบ		

(.....)

ผู้ตรวจสอบโครงการ

...../...../.....

(.....)

เสนอโครงการ

...../...../.....

(.....)

ผู้เห็นชอบโครงการ

...../...../.....

(.....)

ผู้อนุมัติโครงการ

...../...../.....

แผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพของครอบครัวประชาชนไว้วางใจ

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. โครงการสุขภาพใจใกล้บ้าน

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ หมาย/ (จำนวน)	สถานที่ ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบ ประ มาณ	
1.จัดตั้ง NCDs clinic ระดับปฐมภูมิ	เพื่อจัดตั้ง NCDs clinic ระดับปฐมภูมิ สำหรับผู้ป่วยกลุ่มสี่เขียว หมู่ 1/7/8 ต.กุยบุรี	ผู้ป่วย NCDs กลุ่มสี่เขียว ในพื้นที่ หมู่ 1/7/8 ต.กุยบุรี	โรงพยาบาล กุยบุรี	ต.ค.				-	-	-	นางรัตเกล้า 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.		-	-	-	นางรัตเกล้า เจริญพร

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบ ประ มาณ	
3.พัฒนาสมรรถนะบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย ใน NCDs clinic	เพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการและเพิ่มทักษะในการดูแลผู้ป่วย	พยาบาล วิชาชีพ	โรงพยาบาล กุดชุมพူ		ม.ค.	เม.ย.		1.หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป 2.หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการจัดการโรคเรื้อรัง	เงิน บำรุง	นางรัต เกล้า เจริญ พร

(.....)

ผู้ตรวจสอบโครงการ

...../...../.....

(.....)

ผู้เสนอโครงการ

...../...../.....

(.....)

ผู้เห็นชอบโครงการ

...../...../.....

(.....)

ผู้อนุมัติโครงการ

...../...../.....

แผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพของครอบครัว 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 ทกล้ม ร้อยละ 100

2.2 สมองเสื่อม ร้อยละ 100

3 ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะสุขภาพ 9 ด้านและมีสุขภาพที่ดีที่ได้รับการสร้างเสริมสุขภาพทุกราย ร้อยละ 100

4 ผู้สูงอายุที่มีผลการประเมิน 0-11 ได้รับการดูแลในกองทุน 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.จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ครบวงจร 1.1 ปรับปรุง CPG/CNPG	เพื่อส่งเสริมการ ดูแลผู้สูงอายุ พัฒนาคุณภาพ ชีวิตผู้สูงอายุ		โรงพยาบาล กุยบุรี		ม.ค.						

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบ ประ มาณ	
1.2 คัดกรองภาวะ สุขภาพผู้สูงอายุ 9ด้าน 1.3 สหวิชาชีพ รักษาพยาบาลและฟื้นฟู สุขภาพ - หกล้ม - สมองเสื่อม 1.4 โปรแกรมส่งเสริม สุขภาพผู้สูงอายุที่มี สุขภาพดี 1.5 ดูแลผู้สูงอายุใน LTC											
2. ศูนย์ดูแลผู้ป่วย ประคับประคอง 2.1 ปรับปรุง CPG/CNPG 2.2 ACP 100% 2.3 Opioid ตามข้อบ่งชี้	เพื่อให้ผู้ป่วยใน ระยะ ประคับประคอง ได้รับการดูแลที่มี คุณภาพ และ		โรงพยาบาล กุยบุรี	ต.ค.							

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบ ประ มาณ	
2.4 ชุมชนต้นแบบ PC	เสียชีวิตอย่าง สมศักดิ์ศรี										

(.....)

ผู้ตรวจสอบโครงการ

...../...../.....

(.....)

ผู้เสนอโครงการ

...../...../.....

(.....)

ผู้เห็นชอบโครงการ

...../...../.....

(.....)

ผู้อนุมัติโครงการ

...../...../.....

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ	
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบ ประ มาณ		
ระยะเวลาที่ 1 1.รพ.กุญบุรี 2. รพ.สต.บ้านดอน กลาง 3.โรงเรียนกุญบุรีวิทยา 4.โรงเรียนพุทธศาสน์ โกศล 1.1 ประชุมชี้แจง แผนการดำเนินงานเพื่อ จัดตั้งอำเภอต้นแบบแก่ เจ้าหน้าที่ในเขต กลุ่มเป้าหมาย 1.2 คัดกรอง 7 กลุ่ม เสี่ยงโรคซึมเศร้าให้ ครอบคลุมในเขตพื้นที่ กลุ่มเป้าหมาย 1.3 ประชุมวางแผนการ ดูแลแบบองค์รวมทั้ง ส่งเสริม ป้องกัน รักษา	ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ตามเขตพื้นที่ กลุ่มเป้าหมาย ระยะเวลาที่ 1	เขตพื้นที่รพ. กุญบุรี หมู่ 1,7,8 อ.กุญ บุรี 2. ประชากร กลุ่มเสี่ยงใน เขตพื้นที่รพ. สต.บ้านดอน กลาง 3.นักเรียน ในโรงเรียน กุญบุรีวิทยา 4.นักเรียน ในโรงเรียน พุทธศาสน์ โกศล	-รพ.สต.บ้าน ดอนกลาง -โรงเรียนกุญ บุรีวิทยา -โรงเรียนพุทธ ศาสน์โกศล									
				ต.ค.								
					ต.ค.							
						ม.ค.						

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบ ประ มาณ	
และฟื้นฟู ใน กลุ่มเป้าหมายแต่ละแห่ง 1.4 ดำเนินการตามแผน ในเขตพื้นที่ กลุ่มเป้าหมาย 1.5 สรุปผลการ ดำเนินงาน						เม.ย.	ก.ค.				

(.....)

ผู้ตรวจสอบโครงการ

...../...../.....

(.....)

ผู้เสนอโครงการ

...../...../.....

(.....)

ผู้เห็นชอบโครงการ

...../...../.....

(.....)

ผู้อนุมัติโครงการ

...../...../.....

แผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพของครอบครัว 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: อัตราผู้ให้บริการมีความผูกพันร้อยละ 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 อัตรากำลังสหสาขาวิชาชีพและสายสนับสนุนได้รับการพัฒนาสมรรถนะเฉพาะด้านที่หลากหลาย (Multi Specific Competency) ร้อยละ 80
 - 5.5 อัตรากำลังในตำแหน่งทางการบริหารได้รับการพัฒนาสมรรถนะทางการบริหารเพิ่มขึ้น (managerial competency) ร้อยละ 80
6. ข้อเสนอแนะจากการประเมิน Happinometer ได้รับการแก้ไขเพิ่มขึ้น
 - 6.1 ข้อเสนอแนะด้านสุขภาพเงินดี ได้รับการแก้ไข ร้อยละ 80
 - 6.2 ข้อเสนอแนะด้านผ่อนคลายได้รับการแก้ไข ร้อยละ 80
 - 6.3 ข้อเสนอแนะด้านความสมดุลระหว่างงานและชีวิตส่วนตัว 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 ประสิทธิภาพของระบบงานที่สำคัญ 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	วัตถุประสงค์ ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประ มาณ	
1. HA ^{ขั้นที่3} ปี2568 1.1 มหกรรม หน่วยงานคุณภาพ 100% (เข้มมุ่ง) 1.1.1 หน่วยงาน ทบทวน 12 กิจกรรม 1.1.2 หน่วยงาน จัดการความเสี่ยง ด้วยตนเอง 1.2 Cross functional team development	1. เพื่อผ่าน มาตรฐาน HA ขั้น3	เจ้าหน้าที่ รพ. กยศบุรี	โรงพยาบาล กยศบุรี	21 ต.ค.				-			ปฎิมา
		14หน่วยงาน	โรงพยาบาล กยศบุรี	20 ธ.ค.	20 มี.ค.	20 มิ.ย.	19 ก.ย.	-			
		14หน่วยงาน	โรงพยาบาล กยศบุรี	20 ธ.ค.	20 มี.ค.	20 มิ.ย.	19 ก.ย.	-			

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประ มาณ	
1.2.1 อบรมทีม คร่อมสายงาน คุณภาพทุกทีม		ทีมนำและ ผู้เกี่ยวข้อง 20 คน	โรงพยาบาล กุยบุรี	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	ปฎิมา
1.2.2 อบรม HA ชั้น 3 100%		เจ้าหน้าที่ รพ. กุยบุรี 179คน	โรงพยาบาล กุยบุรี	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		ปฎิมา

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประ มาณ	
1.3 ขอรับรอง HA ขั้น3 1.3.1 ประชุม เชิงปฏิบัติการ นำเสนอ - SAR ฉบับรวม - service profile 1.3.2 Leadership workround 1.3.3 Internal assessment		ทีมนำและ ผู้เกี่ยวข้อง 20 คน	โรงพยาบาล กุดบุงรี	25 ต.ค.				-			ปฎิมา
				11 ต.ค.	10 ม.ค.	11 เม.ย	11 ก.ค.				
				8 พ.ย.	14 ก.พ.	9 พ.ค.	8 ส.ค.	-			
				13 ธ.ค.	14 มี.ค.	13 มิ.ย.	12 ก.ย.				
		ทีมนำและ ผู้เกี่ยวข้อง	โรงพยาบาล กุดบุงรี	22 พ.ย.	24 ม.ค.						
		ทีมนำและ ผู้เกี่ยวข้อง	โรงพยาบาล กุดบุงรี				ก.ค. - ก.ย. 68				

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประ มาณ	
1.3.4 สรพ. ประเมิน HA ชั้น3		ทีมงานและผู้เกี่ยวข้อง	โรงพยาบาล กุดบุรี				ก.ค. - ก.ย. 68	1. ค่าตรวจเยี่ยมเพื่อ ต่ออายุการรับรอง จำนวน 3 คน วันละ 18,000 x 2 วัน	118,000		
1.3.5 ประชุม เชิงปฏิบัติการทำ การบ้านและถอด บทเรียน		ทีมงานและผู้เกี่ยวข้อง	โรงพยาบาล กุดบุรี				ก.ค. - ก.ย. 68	2. ค่าอาหารว่างและ เครื่องดื่มสำหรับ ผู้เข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 50 คน x 25 บาท x 2 มื้อ x 2 วัน 3. ค่าอาหาร กลางวันสำหรับ ผู้เข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 50 คน x 50 บาท x 1 มื้อ x 2 วัน			

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ	
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประ มาณ		
<p>2. Strategic Implementation & Evaluation phase 1</p> <p>2.1 จัดทำรูปเล่มแผนยุทธศาสตร์ฉบับสมบูรณ์</p> <p>2.1.1 จัดทำแผนทางการเงิน</p> <p>2.1.2 จัดทำแผนเงินบำรุง</p> <p>2.1.3 จัดทำแผนงบค่าเสื่อม</p> <p>2.1.4 จัดทำแผนงบประมาณ</p> <p>2.1.5 จัดทำแผนพัสดุ</p>	<p>โรงพยาบาล</p> <p>ดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์และบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด</p>	<p>คณะกรรมการบริหารและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ</p> <p>14 หน่วยงาน</p>	<p>โรงพยาบาลกุยบุรี</p> <p>โรงพยาบาลกุยบุรี</p>					<p>17 ต.ค.</p>	<p>- ค่าจ้างเหมาทำรูปเล่ม 14 เล่ม * 200 บาท</p>	2,800		

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประ มาณ	
2.4 ประเมินผลปี 68 และปรับแผนปี 69			โรงพยาบาล กุยบุรี				7 ส.ค.				
3. Humanized health care service ระยะที่ 1 3.1 ประชุม เชิงปฏิบัติการ จัดทำธรรมนูญ บริการ 3.2 อบรม การให้บริการด้วย หัวใจการเป็น มนุษย์	เพื่อพัฒนา บุคลากรให้มีใจ บริการ	บุคลากรใน รพ. กุยบุรี 179คน	โรงพยาบาล กุยบุรี	6 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	วัตถุประสงค์ ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประ มาณ	
3.3 ประเมิน ความพึงพอใจ ผู้ให้บริการ		ผู้รับบริการ (ผู้ป่วยนอก/ ผู้ป่วยใน/ปฐม ภูมิ)	โรงพยาบาล กุญบุรี		7 มี.ค.		7 ส.ค.				
3.4 จัดการข้อ ร้องเรียน		คณะกรรมการ บริหารและ คณะกรรมการ พัฒนา คุณภาพ	โรงพยาบาล กุญบุรี	เดือน ละ 1-2 ครั้ง	เดือน ละ 1-2 ครั้ง	เดือน ละ 1-2 ครั้ง	เดือน ละ 1-2 ครั้ง				
4. จัดการความรู้ ระยะที่1 4.1 มหกรรม จัดการความรู้ (CQI/นวัตกรรม/ R2R) 4.2 ประกวด (CQI/นวัตกรรม/ R2R)	เพื่อนำเสนอ นวัตกรรม คุณภาพและ เผยแพร่ผลงาน นำสู่ความรู้และ การปฏิบัติ	บุคลากร ร.พ.กุญบุรี และ รพสต. 100คน	โรงพยาบาล กุญบุรี			27 มี.ย.		ค่าอาหารกลางวัน 100 คน *50 บาท * 1 มื้อ ค่าอาหารว่าง 100 คน*25 บาท*2 มื้อ	10,000		

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประ มาณ	
5.2.1 จัดทำ แผนพัฒนา บุคลากร R1-R12 (14 โครงการ) 5.2.2 จัด อบรมภายใน รพ. 5.2.3 ส่งอบรม กับหน่วยงาน ภายนอก 5.2.4 ประเมิน สมรรถนะ 5.3 พัฒนา ความสุขบุคลากร 5.3.1 รับน้อง/ กีฬาสี่ปีใหม่ 5.3.2 จัดตั้ง สวัสดิการร้านค้า		เจ้าหน้าที่ รพ. กฤษบุรี 179คน	โรงพยาบาล กฤษบุรี	21 ธ.ค.			ก.ค.				

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประ มาณ	
5.3.3 จัดตั้ง ชมรมสันตนาการ 5.3.4 ประเมิน Happinometer					ก.พ.						
						เม.ย					
6. Logistic & Supply chain 6.1.1 IT: ระบบ สำรองข้อมูลใน ภาวะฉุกเฉิน 6.1.2 EMS: เพิ่มอัตรากำลัง พนักงานขับรถ 6.1.3 การ บริหารความพร้อม ต่อสภาวะวิกฤต (โรคอุบัติใหม่ โรค อุบัติซ้ำ อักเสบ อุทกภัย อุบัติเหตุ หมู่)	เพื่อพัฒนา ศักยภาพด้าน การ รักษาพยาบาล ให้มี ประสิทธิภาพ เป็นไปตาม มาตรฐาน		โรงพยาบาล กุยบุรี	ต.ค.	ม.ค.- มี.ค.						

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ	
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประ มาณ		
<ul style="list-style-type: none"> - อุบัติเหตุหมู่ ซ่อม บนโต๊ะ ซ่อมจริง - อัคคีภัยซ่อมจริง - โรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ ซ่อมบน โต๊ะ 			ภาคีเครือข่าย อำเภอกุยบุรี โรงพยาบาล กุยบุรี โรงพยาบาล กุยบุรี			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. งานประเมิน ผลลัพธ์การ ดำเนินงานตาม แผนยุทธศาสตร์ 7.1 ประเมินผลลัพธ์ใน ระบบคุณภาพ (HA ตอนที่4 6ด้าน)	เพื่อติดตาม ประเมินผลการ ดำเนินการตาม แผนยุทธศาสตร์	คณะกรรมการ บริหารและ คณะกรรมการ พัฒนา คุณภาพ	โรงพยาบาล กุยบุรี				31 ม.ค.					

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประ มาณ	
7.2 ประเมิน ผลลัพธ์ตาม นโยบายและ ยุทธศาสตร์ สธ./ เขต5/สสจ.		คณะกรรมการ บริหารและ คณะกรรมการ พัฒนา คุณภาพ	โรงพยาบาล กุยบุรี			25 ก.ค.		ค่าอาหารกลางวัน สำหรับผู้เข้าร่วม กิจกรรม จำนวน 50 คน x 50บาท ค่าอาหารว่างและ เครื่องดื่มสำหรับ ผู้เข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 50 คน x 25 บาท x 2 มื้อ	5,000		
7.3 จัดทำ รายงานประจำปี		คณะกรรมการ บริหารและ คณะกรรมการ พัฒนา คุณภาพ	โรงพยาบาล กุยบุรี				26 ก.ย.				
8. พัฒนา สมรรถนะ 8.1 หลักสูตร อบรม ผบก.	เพื่อพัฒนา ศักยภาพ บุคลากรในด้าน การบริหาร จัดการ	คณะกรรมการ บริหารและ คณะกรรมการ พัฒนา คุณภาพ	โรงพยาบาล กุยบุรี			พ.ค. - มิ.ย.		ค่าลงทะเบียน 35,000* 1 คน ค่าที่พัก	42,000		

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประ มาณ	
8.2 หลักสูตร อบรม ผบต.						พ.ค. - มิ.ย.		ค่าลงทะเบียน 35,000* 1 คน ค่าที่พัก	42,000		
8.3 หลักสูตร HA602						มิ.ย.			19,900		
9.จัดหาวัสดุ ครุภัณฑ์(มูลค่า 10,000บาทขึ้นไป) 9.1 ชุดสำนักงาน พร้อมอุปกรณ์										100,000	

(.....)

ผู้ตรวจสอบโครงการ

...../...../.....

(.....)

ผู้เสนอโครงการ

...../...../.....

(.....)

ผู้เห็นชอบโครงการ

...../...../.....

(.....)

ผู้อนุมัติโครงการ

...../...../.....

แผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพของครอบครัว ประชาชนไว้วางใจ

Roadmap 10 : ระบบสนับสนุนทรัพยากรการบริหาร

พันธกิจ M3: พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง, M4: พัฒนาระบบบริการสุขภาพด้วยหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ :โรงพยาบาลได้รับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/ผู้ใช้บริการผูกพันและไว้วางใจ

ยุทธศาสตร์ WO: พัฒนาระบบบริหารยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และการบริหารจัดการ มุ่งสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องประชาชนไว้วางใจ , WT: ปฏิรูประบบบริหารจัดการการเงินการคลังให้มีประสิทธิภาพ

OKR: ุบัติการณ์หนังสือราชการที่สำคัญสูญหาย= 0

ุบัติการณ์ของรถEMS และrefer ไม่พร้อมใช้ = 0

ุบัติการณ์การเบิกจ่ายล่าช้า= 0

ุบัติการณ์รายงานข้อมูลทางบัญชีผิดพลาด= 0

ุบัติการณ์การจัดซื้อจัดจ้างล่าช้า= 0

ุบัติการณ์การบำรุงรักษาล่าช้า= 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.ระบบสารบรรณอิเล็กทรอนิกส์และการประสานงานล่องหน้า 1.1 e-สารบรรณ รพ. กุยบุรี	1.เพื่อเพิ่มศักยภาพระบบสารบรรณ	เจ้าหน้าที่งานธุรการและผู้เกี่ยวข้อง ข้อ 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)	สถานที่ ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบ ประ มาณ	
1.2 แจ้งหน่วยงาน real time								ทรัพยากร กระดาษ - ตรวจสอบ หนังสือราชการได้ อย่างสะดวก ถูกต้อง รวดเร็ว ทันเวลา			
2. ระบบบริหาร ยานพาหนะดิจิทัล ออนไลน์ 2.1 รถพยาบาลดิจิทัล 1 คัน 2.2 จัดหาพนักงานขับ รถ 2 คน 2.3 โปรแกรมขอใช้รถ	1.เพื่อเพิ่ม ศักยภาพการ บริหารจัดการการ ใช้รถราชการ	เจ้าหน้าที่ ยานพาหนะ- ธุรการ/และ 10 คน	โรงพยาบาล กุยบุรี	ต.ค.- ธ.ค.	ม.ค.- มี.ค.			โปรแกรมขอใช้รถ			
3. ระบบเบิกจ่ายเงิน อิเล็กทรอนิกส์	1.เพิ่มศักยภาพ การเบิกจ่ายเงิน	เจ้าหน้าที่ งานการเงิน- บัญชี 6 คน	โรงพยาบาล กุยบุรี					โปรแกรม Smart Office			

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
3.1 โปรแกรมเงินเดือน เจ้าหน้าที่ 3.3 โปรแกรมการรับ- จ่ายเงินอิเล็กทรอนิกส์ 3.3 โปรแกรมควบคุม เจ้าหน้าที่การค้ำรายตัว	ให้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา 2. เพิ่มศักยภาพ สมรรถนะการ ปฏิบัติงานของ เจ้าหน้าที่ ผู้เกี่ยวข้อง			ต.ค.- ธ.ค.	ม.ค.- มี.ค.	เม.ย.- มิ.ย.	ก.ค.- ก.ย.	- โปรแกรม เงินเดือน เจ้าหน้าที่ - โปรแกรมการ รับ-จ่ายเงิน อิเล็กทรอนิกส์ -โปรแกรมควบคุม เจ้าหน้าที่การค้ำราย ตัว			
4. ระบบบัญชี อิเล็กทรอนิกส์ 4.1 โปรแกรมตัด ลูกหนี้ 4.2 โปรแกรมการ บันทึกบัญชี	1.เพิ่มศักยภาพ การบันทึกบัญชี ให้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา 2. เพิ่มศักยภาพ สมรรถนะการ ปฏิบัติงานของ เจ้าหน้าที่ ผู้เกี่ยวข้อง	เจ้าหน้าที่ งานการเงิน- บัญชี 6 คน	โรงพยาบาล กุญบุรี	ต.ค.- ธ.ค.	ม.ค.- มี.ค.	เม.ย.- มิ.ย.	ก.ค.- ก.ย.	โปรแกรม Smart Office - โปรแกรมตัด ลูกหนี้ - โปรแกรมการ บันทึกบัญชี			

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบ ประ มาณ	
5. ระบบบริหารจัดการ พัสตุ 5.1 จัดทำแผนพัสตุ 5.1.1 แผนงานประจำ 5.1.2 แผน ยุทธศาสตร์ 5.2 จัดหาพัสตุตาม ความสำคัญเร่งด่วน(มติ คณะกรรมการบริหาร) 5.3 ควบคุมพัสตุตาม ระเบียบและกฎหมายที่ เกี่ยวข้อง 5.4 จำหน่ายพัสตุตาม ระเบียบและกฎหมายที่ เกี่ยวข้อง 5.5 โปรแกรมบริหาร จัดการพัสตุ	1.เพิ่มศักยภาพ การจัดทำแผน การบริหารพัสตุ ให้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา 2. เพิ่มศักยภาพ สมรรถนะการ ปฏิบัติงานของ เจ้าหน้าที่ ผู้เกี่ยวข้อง	เจ้าหน้าที่ งานพัสตุที่ เกี่ยวข้อง 15 คน	โรงพยาบาล กุยบุรี	ต.ค.- ธ.ค.	ม.ค.- มี.ค.	เม.ย.- มิ.ย.	ก.ค.- ก.ย.	-ทบทวนการ จัดทำแผน - ติดตามการ ดำเนินการตาม แผน - โปรแกรม บริหารจัดการ พัสตุ			

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

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบ ประ มาณ	
ปฏิบัติงานด้านการเงิน การคลังของหน่วย บริการ 7.4หลักสูตรเสริมสร้าง ความรู้การบันทึกบัญชี กระทบวงสาธารณสุข 7.5หลักสูตรการจัดซื้อ จัดจ้างและการบริหาร พัสดุภาครัฐ 7.6หลักสูตรฝึกอบรม การบำรุงรักษาเครื่องมือ แพทย์											

(.....)

ผู้ตรวจสอบโครงการ

...../...../.....

(.....)

ผู้เสนอโครงการ

...../...../.....

(.....)

ผู้เห็นชอบโครงการ

...../...../.....

(.....)

ผู้อนุมัติโครงการ

...../...../.....

แผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพของครอบครัว 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) ในการปรับปรุงพัฒนาการบริหารจัดการ วิชาการ และระบบบริการสุขภาพ ร้อยละ 100

แผนงาน/โครงการ : 13 รพ.กยศบุรีดิจิทัล พัฒนาคุณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศดิจิทัลโรงพยาบาลกยศบุรี

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.กยศบุรี	รพ.กยศบุรี	ต.ค. 67							1.ฐิติวรรณ ทิพย์สังวาลย์ 2.พัฒนิตา เชื้อชาติ 3.กลวัชร เจริญสุข

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
1.2 จัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง				ต.ค. 67							
1.3 จัดทำและประกาศนโยบายความมั่นคงปลอดภัยระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล				ต.ค. 67							
1.4 นิเทศหน่วยงานในการนำนโยบายความปลอดภัยสู่การปฏิบัติ				ต.ค. 67							
1.5 จัดทำและประกาศการให้บริการ Service Desk งานสารสนเทศโรงพยาบาล				ต.ค. 67							
1.6 นิเทศหน่วยงานการให้บริการ Service Desk งานสารสนเทศสู่การปฏิบัติ				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 (บูรณาการ 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.สารสนเทศ มีทักษะด้านสารสนเทศ	จนท. จำนวน 187 คน	รพ.กุญบุรี	ต.ค. 67							

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
<ul style="list-style-type: none"> - อบรม it digital literacy , พัฒนาศูนย์สารสนเทศ ดิจิทัล - อบรมเรื่องการรักษาความมั่นคงปลอดภัยด้านสารสนเทศโรงพยาบาล - อบรมการใช้งาน Microsoft offices , Google Drive,Social media - อบรมการใช้งาน HIS 	-เจ้าหน้าที่ทุกคน ใช้งาน Microsoft Office,Google drive ได้ , ใช้งาน HIS ได้ถูกต้อง				ม.ค. 68			กิจกรรมที่ 1 -ค่าอาหารว่าง1 มื้อๆละ25บาท	4,675	เงิน บำรุง	1.รัฐวิวรรฒ ทิพย์สังวาลย์
					ม.ค. 68			กิจกรรมที่ 2 -ค่าอาหารว่าง1 มื้อๆละ25บาท	4,675		2.พัฒนิตา เชื้อชาติ
					ม.ค. 68			กิจกรรมที่ 3 -ค่าอาหารว่าง1 มื้อๆละ25บาท	4,675		3.กมลวีร์ เจริญสุข
						เม.ย- มิ.ย. 68		กิจกรรมที่ 4 -ค่าอาหาร 150 คนๆ ละ50บาท 2 วัน -ค่าอาหารว่าง 150 คนๆ ละ25 บาท 4 มื้อ	15,000 15,000		

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 - ปรับปรุงอินเทอร์เน็ต - 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		ม.ค.- มี.ค.68			- เช่า Health Cloud - คอมพิวเตอร์แบบประมวลผลแบบที่ 1 - ปรับปรุงอินเทอร์เน็ต - Hosxp v4 - License windows ชุด - License Microsoft office ชุด	40,000 400,000 3,000,000	เงิน บำรุง	1.ฐิติวรรณทิพย์สังวาลย์ 2.พัฒนาเชื้อชาติ 3.กวัชร์เจริญสุข

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ	
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ		
<ul style="list-style-type: none"> - ซื้โปรแกรม Anti-Virus.....เครื่อง - เครื่องสแกนสำนักงาน จำนวน 2 เครื่อง 				พ.ย.- ธ.ค.67		เม.ย.- มิ.ย.68		<ul style="list-style-type: none"> - Antivirus 50 ชุด -เครื่องสแกนสำนักงาน 2 เครื่อง 			
<ul style="list-style-type: none"> - จ้างเหมาพัฒนาระบบส่งยาที่บ้าน - Application Rider - จัดซื้อ application 3S1T โรคฉุกลงวินวิฤต - จัดซื้อหุ่นยนต์จัดยา 							<ul style="list-style-type: none"> ส.ค.- ก.ย.68 ส.ค.- ก.ย.68 ส.ค.- ก.ย.68 	<ul style="list-style-type: none"> - 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	
ต่อเนื่อง (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)	เพิ่มการเข้าถึงระบบบริการรักษาพยาบาล Health cloud system	-ประชาชน 20,934 คน -จนท. จำนวน 187 คน	อำเภออุยบุรี	ตค-ธค66	มค-มีค67	เมย-มิย67	กค-กย. 67	-ป้ายไวนิลบัตรประชาชนใบเดียว 3ป้ายๆละ500	1,500	เงินบำรุง	1.ฐิติวรรณทิพย์สังวาลย์ 2.พัฒนิตาเชื้อชาติ 3.กวัชร์เจริญสุข

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 วิชาการ และระบบบริการสุขภาพ	14 หน่วยงาน	รพ.กุญบุรี	ต.ค.- ธ.ค. 68							1.ฐิติวรรณ ทิพย์สังวาลย์ 2.พัฒนิตา เชื้อชาติ 3.กมลวีชร์ เจริญสุข
4.ความเสี่ยงในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศได้รับการแก้ไขอย่างมีประสิทธิภาพ - MOU ร่วมกันศูนย์เทคโนโลยีฯ	อุบัติการณ์ความเสี่ยงในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศได้รับการแก้ไขอย่างมีประสิทธิภาพ	จนท. จำนวน 187 คน	รพ.กุญบุรี	ม.ค. 68							1.ฐิติวรรณ ทิพย์สังวาลย์ 2.พัฒนิตา เชื้อชาติ 3.กมลวีชร์ เจริญสุข

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบประมาณ	
- จัดทำคู่มือบริหาร ความเสี่ยงสารสนเทศ - ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ ความเสี่ยง											
5. โครงการประเมิน การพัฒนาคุณภาพ ระบบเทคโนโลยี สารสนเทศใน โรงพยาบาล (HAIT)	ผ่านการรับรอง มาตรฐานHAIT ระดับ 1	จนท. จำนวน 187 คน	รพ.กุยบุรี		มี.ค. 68			-ค่าตอบแทน คณะกรรมการ ผู้ตรวจประเมิน ท่านละ 5,000 บาท จำนวน 3 ท่าน -ค่าที่พักผู้ตรวจ ประเมิน 3ท่านๆ ละ1ห้อง 1 คืน -ค่าอาหาร กลางวัน จำนวน 30คน 1 มื้อๆละ 50 บาท	15,000 4,500 1,500	เงิน บำรุง	1.ฐิติวรรณ ทิพย์สังวาลย์ 2.พนัสนิศา เชื้อชาติ 3.กมลวิษฐ์ 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 -ค่าจัดทำรายงาน การขอรับการ ตรวจสอบประเมิน	1,500 5,000		

(.....)

ผู้ตรวจสอบโครงการ

...../...../.....

(.....)

ผู้เสนอโครงการ

...../...../.....

(.....)

ผู้เห็นชอบโครงการ

...../...../.....

(.....)

ผู้อนุมัติโครงการ

...../...../.....

แผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพของครอบครัว 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/ หมาย/ (จำนวน)	สถานที่ ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตร มาส	ไตร มาส	ไตร มาส	ไตร มาส	รายละเอียด	จำนวน	งบ ประ มาณ	
				1	2	3	4				
1.ศูนย์ควบคุมภายใน และบริหารความเสี่ยง ด้านการเงินการคลัง (TPS ระดับ F-B) 1.1 ประเมินและ ตรวจสอบคุณภาพเวช ระเบียน 100% 1.2 ติดตามลูกหนี้ค้าง ชำระ 100%	1. เพิ่มการเรียก เก็บ/ตรวจสอบ การลงข้อมูลให้ ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา 2. เพิ่ม ประสิทธิภาพใน การบริหารจัดการ ลูกหนี้	জন.งาน เวชระเบียน/ ศูนย์จัดเก็บ รายได้/ พยาบาล/ การเงิน- บัญชี บริหาร จำนวน 30 คน	โรงพยาบาล กุญบุรี	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 โปรแกรมทางการ เงินและบัญชี			

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบ ประ มาณ	
1.3 ติดตามการจัดเก็บ รายได้ 100% 1.4 ปรับปรุงคุณภาพ บัญชี 100% 1.5 Sum AdjRw 1.5.1 วางแผนเพิ่ม ยอดผู้ป่วยใน 1.5.2 Admit โรคที่มี ความซับซ้อนที่ต้อง รักษาระยะสั้น 1.5.3 ติดตาม Sum AdjRw ทุกเดือน 1.5.4 เปิดบริการ Home Ward	3. ลดต้นทุน ค่าใช้จ่ายในคนไข้ ที่มารับบริการใน แต่ละครั้ง										
2.หน่วยหารายได้เพิ่ม พิเศษ 2.1ตรวจสุขภาพ 2.1.1 คนไทย	2 เพิ่มศักยภาพ รายได้ด้านการ รักษาพยาบาลใน		โรงพยาบาล กุยบุรี	ต.ค.- ธ.ค.	ม.ค.- มี.ค.	เม.ย.- มิ.ย.	ก.ค.- ก.ย.	วางระบบ จัดเตรียมอุปกรณ์ ทางการแพทย์/			

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบ ประ มาณ	
2.1.2 ต่างด้าว 2.2ห้องพิเศษ 2.2.1 เพิ่มห้องพิเศษ 2.2.2 WARD สังเกต อาการ 2.2.3 ห้องผ่าตัด 2.3 เพิ่มบริการนอก เวลา 2.3.1 แพทย์แผนไทย 2.3.2 กายภาพบำบัด 2.4 ทันตกรรม	หน่วยหารายได้ เพิ่มพิเศษ							วัสดุ-ครุภัณฑ์ทาง การแพทย์ วางแผน อัตรากำลัง ผู้ปฏิบัติงาน-เพิ่ม ศักยภาพความรู้ ความสามารถ ให้กับพยาบาล			
3.บริหารต้นทุนและ รายจ่าย 3.1บำรุงรักษาเชิงรุก 3.2 รมรงค์ประหยัด พลังงานไฟฟ้า 3.3Home ward 3.4CFO จัดทำ PLAN FIN	3. เพื่อเพิ่ม ศักยภาพในการ บริหารต้นทุนและ รายจ่าย		โรงพยาบาล กฤษบุรี	ต.ค.- ธ.ค.	ม.ค.- มี.ค.	เม.ย.- มิ.ย.	ก.ค.- ก.ย.	- ควบคุมกำกับคง คลังให้เป็นไปตาม เกณฑ์ที่กำหนด - ควบคุมกำกับ ค่าใช้จ่าย ให้ใช้ ทรัพยากร (4M) ให้เหมาะสมต่อ ผู้ป่วย 1 ราย			

งานและกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของงาน	กลุ่มเป้าหมาย/ (จำนวน)	สถานที่ ดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ				งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
				ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	รายละเอียด	จำนวน	งบ ประ มาณ	
3.5CFO ปฏิบัติการ ควบคุมบริหารสินทรัพย์ หมุนเวียนและหนี้สิน หมุนเวียน											
4.พัฒนาสมรรถนะ 4.1หลักสูตรการให้ รหัสโรค รหัสหัตถการ แบบ Basic/Advance 4.2หลักสูตรเสริมสร้าง ความรู้เกี่ยวกับการ บันทึกบัญชีกระทรวง สาธารณสุข 4.3หลักสูตรหลักสูตร อบรมพัฒนาศักยภาพ การปฏิบัติงานด้าน การเงินการคลังของ หน่วยบริการ	4. เพื่อพัฒนา สมรรถนะ เจ้าหน้าที่ที่ เกี่ยวข้อง		โรงพยาบาล กุญบุรี / ตาม นโยบายของ กระทรวง สาธารณสุข	ต.ค.- ธ.ค.	ม.ค.- มี.ค.	เม.ย.- มิ.ย.	ก.ค.- ก.ย.	งบประชุม/อบรม	50,000	เงิน บำรุง	

(.....)

ผู้ตรวจสอบโครงการ

...../...../.....

(.....)

ผู้เสนอโครงการ

...../...../.....

(.....)

ผู้เห็นชอบโครงการ

...../...../.....

(.....)

ผู้อนุมัติโครงการ

...../...../.....