**Action Plan ตามแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลมะนัง ปีงบประมาณ 2565**

**ยุทธศาสตร์ที่ 1** การพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพมาตรฐาน

**เป้าหมาย( Strategic Gold)** ผู้รับบริการ ปลอดภัย ได้รับบริการที่ได้มาตรฐาน ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ และมีความพึงพอใจ

| กลยุทธ์ | ตัวชี้วัด<br>ค่าเป้าหมาย | โครงการ/กิจกรรมย่อย | กลุ่มเป้าหมาย | แหล่งงบฯ<br>งบประมาณ | ระยะเวลา | ผู้รับ<br>ผิดชอบ | ระดับที่<br>ปฏิบัติได้ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| กลยุทธ์ที่ 1 ส่งเสริมการดูแลสุขภาพ | 1. อัตรามารดาตาย เท่ากับ 0<br><br>2.อัตราตายปริกำเนิด<br>9:1,000 | 1.ให้บริการเชิงรุกในชุมชนเกี่ยวกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ตั้งแต่การฝากครรภ์จนถึงคลอด<br>2.ให้ความรู้เรื่องการตั้งครรภ์ในกลุ่มวัย Teen age<br>3.พัฒนาคุณภาพการบริการคลอดตั้งแต่<br>ระยะรอคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด | กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ในอำเภอมะนัง | - | ต.ค. 64-<br>ก.ย.65 | LR<br>กำกับ<br>ติดตาม<br>โดย PCT | |
| | | โครงการพัฒนาระบบงาน anc คุณภาพ | แพทย์<br>ผู้รับผิดชอบ<br>คลินิก ANC | - | มี.ค 65 -<br>กย. 65 | รุษมานีย์<br>มณีวิทย์/<br>สิริ<br>กาญจน์<br>พัตรา | |
| กลยุทธ์ที่ 2 พัฒนาระบบการดูแลโรคสำคัญของโรงพยาบาล | 3. อัตรา Cavity Free ในเด็ก 12 ปี มากกว่าร้อยละ 80 | -ตรวจสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 6-12 ปีในโรงเรียน และประสาน อสม. ให้นัดเด็กอายุ 6-12 ปีในพื้นที่ที่ไม่ได้เรียนในโรงเรียนในเขต<br>-ให้ความรู้และสอนแปรงฟันในโรงเรียน<br>-รับเด็กอายุ 6-12 ปีมารับบริการเคลือบหลุมร่องฟันและเคลือบฟลูออไรด์ที่โรงพยาบาล<br>-มีบริการนัดหมายเด็กอายุ 12 ปีมารับบริการอุดฟัน/รักษารากฟันที่โรงพยาบาล | เด็กอายุ 6 - 12 ปี | - | ม.ค.65-<br>ก.ย.65 | ทันตก<br>รรม | |
| | 4.อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ<br>5.อัตราการตายของผู้ป่วยโรค | 1. โครงการพัฒนาศักยภาพทีมกู้ชีพฉุกเฉิน (FR)<br>2. กิจกรรมประชาสัมพันธ์ และให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และชุมชน<br>- จัดทำชุดความรู้ เรื่องโรค และระบบบริการ EMS แจกจ่าย | ผู้ให้บริการและผู้รับบริการในโรงพยาบาลมะนัง | 5,700 | ต.ค. 64-<br>ก.ย.65 | SP<br>ACS/ER<br>/เวชกรรม | |

| กลยุทธ์ | ตัวชี้วัด<br>ค่าเป้าหมาย | โครงการ/กิจกรรมย่อย | กลุ่มเป้าหมาย | แหล่งงบฯ<br>งบประมาณ | ระยะเวลา | ผู้รับ<br>ผิดชอบ | ระดับที่<br>ปฏิบัติได้ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | หลอดเลือดสมอง | ให้กับผู้รับบริการ ผู้นำศาสนา อสม. เพื่อประชาสัมพันธ์<br>- จัดบอร์ดให้ความรู้ /ป้ายประชาสัมพันธ์ ทั้งใน รพ.และชุมชน<br>3. ส่งเจ้าหน้าที่เข้าอบรมเพื่อฟื้นฟูความรู้ ทักษะ การประเมินและคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มวิกฤติและฉุกเฉินในกลุ่มโรค STEMI ,Stroke ที่โรงพยาบาลจัดและนอกโรงพยาบาล<br>4. โครงการสร้างเครือข่ายอาสาฉุกเฉินในชุมชน<br>5. ส่งเสริมให้ความรู้ ฝึกทักษะ โดยการนิเทศหน้างาน เรียนรู้แบบพี่สอนน้อง และจัดให้มีระบบพี่เลี้ยงสอนงาน<br>6.กิจกรรม Lean พัฒนาระบบส่งต่อให้ได้ตามมาตรฐาน ทันเวลา<br>- ปรับปรุงแนวทางการดูผู้ป่วย(CPG) STEMI ,Stroke<br>- ประเมิน ติดตามทบทวนการดูแลผู้ป่วย STEMI , Stroke ทุกราย นำผลการทบทวนมาพัฒนาส่วนที่ขาดให้ดีขึ้น | รพ.สต.ในเขตรับผิดชอบทั้งสี่แห่ง | 5,700 | ต.ค. 64-ก.ย.65 | กำกับติดตามโดย PCT | |
| | 6. อัตราการเสียชีวิตจาก Sepsis ร้อยละ0 | -มีการอบรมฟื้นฟูความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย sepsisและทักษะในการประเมินผู้ป่วยทีมีภาวะ sepsis แก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมะนัง และรพ.สต.ในเขตรับผิดชอบ ทั้ง 4<br>-พัฒนา CPG และมีการประกาศลงสู่การปฏิบัติทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง<br>-พัฒนาระบบ Fast Track sepsis ของโรงพยาบาลและรพ.สต.ในเขตรับผิดชอบ ทั้ง 4<br>-พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลมะนัง และรพ.สต.ในเขตรับผิดชอบ ทั้ง 4 ในการคัดแยกผู้ป่วย<br>-พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมะนัง และรพ.สต.ในเขตรับผิดชอบ ทั้ง 4 ในการประเมินผู้ป่วยโดยการใช้ sos score<br>-พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติตาม 6 bundle | ผู้ให้บริการและผู้รับบริการในโรงพยาบาลมะนัง รพ.สต.ในเขตรับผิดชอบทั้งสี่แห่ง | | ต.ค. 64-ก.ย.65 | IC กำกับติดตามโดย PCT | |

| กลยุทธ์ | ตัวชี้วัด<br>ค่าเป้าหมาย | โครงการ/กิจกรรมย่อย | กลุ่มเป้าหมาย | แหล่งงบฯ<br>งบประมาณ | ระยะเวลา | ผู้รับ<br>ผิดชอบ | ระดับที่<br>ปฏิบัติได้ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | -จัดระบบการส่งต่อผู้ป่วย Fast Track มีการประกันเวลาทั้งใน รพ.สต.ทั้ง 4 และโรงพยาบาลมะนัง ทั้ง Refer in Refer out<br>-มีการประชาสัมพันธ์ ให้ประชาชนเข้าถึงระบบบริการ 1669<br>-พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ทีมกู้ชีพในการส่งต่อผู้ป่วยกลุ่ม FAST TRACK | | | | | |
| | 7. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน(TRIAGE LEVEL 1) ภายใน 24 ชั่วโมง รพ.ระดับ A,SM1 ทั้งที่ ER และ ADMIT น้อยกว่า ร้อยละ 12 | 1. โครงการพัฒนาศักยภาพทีมกู้ชีพฉุกเฉิน (FR)<br>2. มีการประชาสัมพันธ์ ให้ประชาชนเข้าถึงระบบบริการ 1669<br>3. รณรงค์การสวมหมวกกันน็อค คาดเข็มขัดนิรภัย<br>4.โครงการอบรมฟื้นฟูความรู้และทักษะ ACLS<br>5.โครงการซ้อมแผนอุบัติภัยหมู่ในชุมชนและโรงพยาบาล | ทีมกู้ชีพ<br>ประชาชน<br>ประชาชน<br>จนท.รพ.<br>จนท.รพ.และ<br>ภาคีเครอข่าย | -<br>-<br>-<br>10,800<br>8,200<br>เงินบำรุง รพ. | ต.ค. 64-<br>ก.ย.65 | ER<br>เวชกรรม<br>ติดตาม<br>โดย PCT | |
| | 8. ร้อยละจำนวนร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี >= ร้อยละ 40<br>k9 ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี>= ร้อยละ60 | 1.คัดกรองกลุ่มเสี่ยง DM HT ในกลุ่มอายุ 35 ปี ขึ้นไป<br>2.ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มสงสัยป่วย<br>3.คัดกรอง CVD risk ผู้ป่วยในคลินิกทุกราย<br>4.คัดกรองภาวะแทรกซ้อนทาง ตา ไต เท้า ผู้ป่วย DM<br>5.แผนการสอนสุขศึกษาโดยทีมสหวิชาชีพ<br>6.พัฒนาระบบติดตามผู้ป่วยขาดนัด<br>7.ตรวจสุขภาพประจำปีผู้ป่วย DM HT CKD | ผู้ให้บริการและผู้รับบริการในโรงพยาบาลมะนัง รพ.สต.ในเขตรับผิดชอบทั้งสี่แห่ง | - | ต.ค. 64-<br>ก.ย.65 | NCD /SP<br>NCD<br>เวชกรรม<br>กำกับ<br>ติดตาม<br>โดย PCT | |
| | 10. โรงพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพ HA ขั้นที่ 3 | 1.กิจกรรมการติดตามการผลการทบทวนทั้ง12 กิจกรรม<br>1.1 ติดตามผลการทบทวนของหน่วยงานทุกเดือน<br>1.2 ติดตามการนำเสนอผลการทบทวนกิจกรรม 12 ทบทวนทุกเดือน | เจ้าหน้าที่ รพ.มะนัง | - | ต.ค. 64-<br>ก.ย.65 | QMR | |
| | | 2. โครงการอบรมการเขียนรายงานการประเมินตนเอง<br>จัดการอบรม 2 วัน | เจ้าหน้าที่ รพ.มะนัง | 12,700<br>เงินบำรุง รพ. | ต.ค. 64-<br>ก.ย.65 | QMR | |

| กลยุทธ์ | ตัวชี้วัด<br>ค่าเป้าหมาย | โครงการ/กิจกรรมย่อย | กลุ่มเป้าหมาย | แหล่งงบฯ<br>งบประมาณ | ระยะเวลา | ผู้รับ<br>ผิดชอบ | ระดับที่<br>ปฏิบัติได้ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | วันที่ 1 การเขียน SAR<br><br>วันที่ 2 การเขียน Service profile | | | | | |
| | | 3.การติดตามการดำเนินงาน<br>การพัฒนาและความก้าวหน้าของ<br>ทีมนำคุณภาพ<br>3.1 ทีมนำคุณภาพมีการนำเสนอผลการดำเนินงานทุก 3 เดือน | เจ้าหน้าที่ รพ.<br>มะนัง | - | ต.ค. 64-<br>ก.ย.65 | QMR | |
| | | 4.โครงการมหกรรมวิชาการครั้งที่ 2<br>"เปลี่ยนแนวคิด ชีวิตเปลี่ยน<br>Change for safety " | เจ้าหน้าที่ รพ.<br>มะนัง | 20,100<br>เงินบำรุง รพ. | ต.ค. 64-<br>ก.ย.65 | QMR | |
| | | 5. โครงการทบทวนแผนยุทธศาสตร์ และจัดทำแผนปฏิบัติ<br>ราชการ รพ.มะนัง ปี 2566 | เจ้าหน้าที่ รพ.<br>มะนัง | 15,300<br>เงินบำรุง รพ. | ต.ค. 64-<br>ก.ย.65 | โนรี | |
| | | 6. กิจกรรมรับการเยี่ยมประเมิน<br>การรับรองคุณภาพขั้นที่ 3 | เจ้าหน้าที่ รพ.<br>มะนัง | 66,800<br>เงินบำรุง รพ. | ต.ค. 64-<br>ก.ย.65 | QMR | |
| | 11.อัตราความสำเร็จการรักษา<br>ผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่ | 1.โครงการคัดกลุ่มเสี่ยง ในผู้ป่วย DM ,CKD ,COPD ,AIDS ,<br>กลุ่มร่วมบ้าน,บุคลกรทางการแพทย์ในอำเภอมะนัง<br>2.ดูแล รักษา ติดตามกลุ่มป่วยตามแนวทาง | ผู้ให้บริการและ<br>ผู้รับบริการใน<br>โรงพยาบาลมะนัง<br>รพ.สต.ในเขต<br>รับผิดชอบทั้งสี่<br>แห่ง | - | ต.ค. 64-<br>ก.ย.65 | เวชกรรม<br>กำกับ<br>ติดตาม<br>โดย PCT | |
| | 12. อัตราการใช้ยาอย่าง<br>สมเหตุสมผล RDU ขั้นที่ 2 รพ.<br>ผ่านเกณฑ์ | 1. โครงการพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล<br>- กำหนดทีมผู้รับผิดชอบในการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบ<br>บริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล<br>- อบรม ส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในการรักษาโรคติดเชื้อและ | จนท.รพ.และ รพ.<br>สต. | 0 | ต.ค.64 –<br>ก.ย.65 | คมขำ | |

| กลยุทธ์ | ตัวชี้วัด<br>ค่าเป้าหมาย | โครงการ/กิจกรรมย่อย | กลุ่มเป้าหมาย | แหล่งงบฯ<br>งบประมาณ | ระยะเวลา | ผู้รับ<br>ผิดชอบ | ระดับที่<br>ปฏิบัติได้ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | การใช้ยาปฏิชีวนะ ให้บุคลากรทางการแพทย์ รพ. และ รพ.สต.<br>- สร้างความตระหนักรู้ของบุคลากร รพ. และ รพ.สต. และผู้รับบริการต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล<br>- ติดตามผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด | | | | | |
| กลยุทธ์ที่ 3 พัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงให้เป็นวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กร | 13. จำนวนอุบัติการณ์ของการเกิดความเสี่ยงสำคัญ( 9R ,2P ) ระดับ E ขึ้นไป เป็น 0 | - จัดทำ นโยบาย 2 P และประกาศให้เจ้าหน้าที่ทุกคนรับทราบ<br>- ทีมนำที่เกี่ยวข้อง ทบทวน 2P กำหนดแนวทางปฏิบัติ<br>- ชี้แจงแนวทางปฏิบัติให้เจ้าหน้าที่ทุกคนรับทราบ และติดตามตัวชี้วัด | จนท.รพ | | ต.ค. 64-ก.ย.65 | RM | |
| | 1.อัตราการทำหัตการผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง | 1.1 กำหนดหัตถการเสี่ยงสูงของโรงพยาบาล<br>1.2 กำหนดแนวทางการทำหัตถการเสี่ยง<br>1.3 ประกาศทุกหน่วยงานรับทราบ<br>1.4 กำกับติดตาม | ทุกหน่วยงานที่ให้บริการในการรักษาและมีการทำหัตถการ | | ต.ค. 64-ก.ย.65 | ER,IPD,LR,ทันตกรรมกำกับติดตามโดย PCT | |
| | 2. การติดเชื้อสำคัญ | - | | | | | |
| | 3. บุคลากรคิดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่ | - | | | | | |
| | 4. การเกิด Medication Errors และ Adverse<br>Drug Event | 1.โครงการพัฒนาระบบการป้องกันความตลาดเคลื่อนทางยา , ADE<br>- อบรม ส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา การใช้ยา High alert drug<br>- ส่งเสริมให้มีการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา<br>- ส่งเสริมให้มีการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา | จนท.รพ.และ รพ.สต. | 0 | ต.ค.64 – ก.ย.65 | คมขำ | |
| | 5. การให้เลือด ผิดคน ผิดหมู่ ผิด | 2.1 กำหนดแนวทางปฏิบัติการให้เลือด | LAB ,ER ,IPD, | | | | |

| กลยุทธ์ | ตัวชี้วัด<br>ค่าเป้าหมาย | โครงการ/กิจกรรมย่อย | กลุ่มเป้าหมาย | แหล่งงบฯ<br>งบประมาณ | ระยะเวลา | ผู้รับ<br>ผิดชอบ | ระดับที่<br>ปฏิบัติได้ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ชนิด | | LR | | | | |
| | 6.การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด | กำหนดแนวทางการระบุตัวผู้ป่วย | ทุกหน่วยงานที่ให้บริการ | | ต.ค.64 – ก.ย.65 | ระบบบริการ | |
| | 7.ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค | กำหนดแนวทางในการวินิจฉัยโรค | องค์กรแพทย์<br>ER | | ต.ค.64 – ก.ย.65 | องค์กรแพทย์<br>ER | |
| | 8. การรายงานผลทางห้องปฏิบัติการผิดผลาด | - เพิ่มศักยภาพในการรายงานค่าวิกฤติ แก่กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติ<br>-ทบทวนค่าวิกฤติเพื่อหาค่าที่เหมาะสม 1 ครั้ง/ปี | จนท.LAB | - | ต.ค.64 – ก.ย.65 | LAB | |
| | 9.การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน | 1.กำหนดแนวทางการแบ่งประเภทผู้ป่วยของ ER<br>2.ทบทวนบทบาทหน้าที่ของจุด Triage | พยาบาล ER | - | ต.ค.64 – ก.ย.65 | ER<br>กำกับติดตามโดย PCT | |
| | 14. อัตราการเกิดความเสี่ยงรุนแรง ระดับ 4-5 & F-I ซ้ำ เป็น 0 | 1.โครงการอบรมความรู้การพัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยง<br>2. โครงการการกระตุ้นติดตามการจัดการความเสี่ยงของหน่วยงาน/ทีมนำ<br>3. กิจกรรมการสื่อสารความเสี่ยงสำคัญแต่ละระดับ พร้อมมาตรการป้องกันที่วางไว้ให้เจ้าหน้าที่ทุกคนรับทราบและปฏิบัติตาม<br>4. โครงการอบรมกระบวนการทำ RCA | เจ้าหน้าที่ทุกคน<br>ทุกหน่วยงาน<br>หน่วยงาน ทีมนำ<br>เจ้าหน้าที่ รพ. | เงินบำรุง 5,000 บาท<br>1,000<br>-<br>3,900 เงินบำรุงรพ. | ต.ค.64 – ก.ย.65<br>ก.ย.2564<br>ตค.64-กย.65<br>ตค.64-กย.65 | RM<br>RM<br>RM<br>RM | |

| กลยุทธ์ | ตัวชี้วัด<br>ค่าเป้าหมาย | โครงการ/กิจกรรมย่อย | กลุ่มเป้าหมาย | แหล่งงบฯ<br>งบประมาณ | ระยะเวลา | ผู้รับ<br>ผิดชอบ | ระดับที่<br>ปฏิบัติได้ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 3.โครงการอบรมความรู้การพัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยง<br>3.1 ทบทวนและแก้ไขโปรแกรมความเสี่ยง<br>- ใบรายงานความเสี่ยง<br>- แนวทางการรายงานความเสี่ยง<br>3.2 กิจกรรมกระตุ้นการค้นหาความเสี่ยงและการรายงานอุบัติการณ์<br>3.3 ติดตามให้หน่วยงานมีการส่งรายงานอุบัติการณ์ตามระยะเวลาที่กำหนด<br>3.4 ทำ Risk round อย่างน้อย 3 เดือน / ครั้ง<br>3.5 รวบรวมข้อเสนอแนะ/ ข้อร้องเรียน ลงทะเบียนและประสานให้ผู้ที่เกี่ยวข้องดำเนินการแก้ไข และแจ้งผลการแก้ไขให้ผู้เสนอแนะ/ร้องเรียนรับทราบ | -เจ้าหน้าที่ทุกคน | เงินบำรุง<br>5,000 บาท | ต.ค.64 –<br>ก.ย.65 | RM | |
| | 15. อัตราการติเชื้อใน รพ.<br>0.5/1,000 วันนอน | -โครงการอบรมฟื้นฟูความรู้และแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลประจำปี<br>- โครงการซ้อมแผนโรคอุบัติใหม่<br>-จัดทำและพัฒนาแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล<br>SP- IC -….<br>-พัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางที่ถูกต้อง<br>-สุ่มประเมินการปฏิบัติ IC round ทุกหน่วยงานโดยใช้แบบประเมินเดือนละ1 ครั้ง<br>-รายงานอุบัติการณ์/เหตุการณ์สำคัญทุกครั้ง และส่งคณะกรรมการRM ทุกเดือน<br>-ทำRCA ในอุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงระดับE และเหตุการณ์ที่ | เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกหน่วยงาน | 7, 200<br>เงินบำรุงรพ.<br>6,000<br>เงินบำรุงรพ. | ต.ค.63 -<br>ก.ย.64 | IC | |

| กลยุทธ์ | ตัวชี้วัด<br>ค่าเป้าหมาย | โครงการ/กิจกรรมย่อย | กลุ่มเป้าหมาย | แหล่งงบฯ<br>งบประมาณ | ระยะเวลา | ผู้รับ<br>ผิดชอบ | ระดับที่<br>ปฏิบัติได้ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | มีความถี่มากที่สุด | | | | | |
| | 16. ร้อยละความพึงพอใจต่อการรับบริการในโรงพยาบาล | - สอบถาม ความคาดหวังของผู้รับบริการ/ ออกแบบระบบบริการตอบสนองความคาดหวัง<br>- พัฒนาการเข้าถึง เข้ารับบริการที่รวดเร็ว | ผู้รับบริการ | - | ต.ค.64-ก.ย.65 | ทีมนำระบบบริการ | |

**ยุทธศาสตร์ที่** 2 การพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีสมรรถนะและมีความสุข

**เป้าหมาย( Strategic Gold)** บุคลากรมีสมรรถนะ มีคุณธรรม จริยธรรม มีสุขภาพดีและมีความสุข

| กลยุทธ์ | ตัวชี้วัด<br>ค่าเป้าหมาย | โครงการ/กิจกรรมย่อย | กลุ่มเป้าหมาย | แหล่งงบฯ<br>งบประมาณ | ระยะเวลา | ผู้รับผิดชอบ | ระดับที่ปฏิบัติได้ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| กลยุทธ์ที่ 4 เสริมสร้างวินัยคุณธรรม จริยธรรมแก่บุคลากร และความผูกพันในองค์กร | 17. ร้อยละบุคลากรมีสมรรถนะหลักผ่านเกณฑ์ มากกว่า ร้อยละ 80 | <u>โครงการ เจ้าหน้าที่รพ.มะนังเก่ง เป็นคนดี โปร่งใสและไร้ทุจริต</u><br>1. บุคลากรผ่านการอบรมสมรรถนะหลักอัคคีภัย CPR ร้อยละ 100<br>2. บุคลากรผ่านการอบรมพัฒนาศักยภาพตามวิชาชีพ (training need) ปีละ 1 ครั้ง<br>3. บุคลากรมีสมรรถนะหลักผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80<br>- โดยจัดประเมินสมรรถนะของแต่ละหน่วยงาน เพื่อประเมินส่วนที่ขาดและฟื้นฟูความรู้<br>4. ปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่<br>5. การตรวจสุขภาพเจ้าหน้าที่ก่อนสมัครงาน<br><u>โครงการ สานสัมพันธ์พี่น้อง คปสอ.มะนัง</u><br>1. ปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่<br>2. โครงการรับน้องใหม่<br>และกีฬาสีสานสัมพันธ์ น้องพี่ รพ. มะนัง<br>3. โครงการส่งท้ายปีเก่าต้อนรับปีใหม่<br>4. ปลูกผักสวนครัว รั้วกินได้ตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง<br>5. โครงการตรวจสุขภาพประจำปี<br>6.หิ้วปิ่นโตโชว์เมนูผัก<br>7.ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ขยับกายสบายชีวี<br>8.รณรงค์ป้องกันอุบัติเหตุบนท้องถนนสร้างความปลอดภัยในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมะนัง | | 5,000<br>30,000<br><br>20,000 เงินบำรุง รพ. | | | |

| กลยุทธ์ | ตัวชี้วัด<br>ค่าเป้าหมาย | โครงการ/กิจกรรมย่อย | กลุ่มเป้าหมาย | แหล่งงบฯ<br>งบประมาณ | ระยะเวลา | ผู้รับผิดชอบ | ระดับที่ปฏิบัติได้ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 9. โรงพยาบาลปลอดโฟม อาหารปลอดภัย<br>ในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมะนัง<br>10.รณรงค์ ลด ละ เลิกบุหรี่และสุราในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมะนังและผู้มารับบริการ<br>11. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในเจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยง<br>12.ตรวจสุขภาพประจำปีในเจ้าหน้าที่<br>13.เพิ่มศักยภาพด้านความรอบรู้<br>(Health Literacy) ในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมะนัง | | | | | |
| | 18. จำนวนอุบัติการณ์ข้อร้องเรียน | - พัฒนาระบบการรับรู้ข้อร้องเรียน และการตอบสนองข้อร้องเรียน | เจ้าหน้าที่ รพ. | - | ต.ค.64-<br>ก.ย.65 | RM<br>(โนรี) | |
| | 19. ร้อยละความพึงพอใจของบุคลากร ร้อยละ 80 | | | | | | |

**ยุทธศาสตร์ที่** 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการ ให้มีประสิทธิภาพ

**เป้าหมาย( Strategic Gold)** ระบบบริหารจัดการ ให้มีประสิทธิภาพ

| กลยุทธ์ | ตัวชี้วัด ค่าเป้าหมาย | โครงการ/กิจกรรมย่อย | กลุ่มเป้าหมาย | แหล่งงบฯ งบประมาณ | ระยะเวลา | ผู้รับ ผิดชอบ | ระดับที่ ปฏิบัติได้ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| กลยุทธ์ที่ 5 ส่งเสริมการบริหารจัดการตามหลักธรรมาภิบาล และITA | 20.โรงพยาบาลผ่านการประเมิน ITA ร้อยละ 90 | <u>โครงการ สร้างเสริมคุณธรรม จริยธรรมสุจริต โรงพยาบาลมะนัง ปี 2565</u><br><u>กิจกรรมที่ 1</u> เสริมสร้างวัฒนธรรม คุณธรรม จริยธรรม สุจริต และต่อต้านทุจริตภายใต้แนวคิด “จิตพอเพียงต้านทุจริต”<br><u>กิจกรรมที่ 2</u> อบรม การเสริมสร้าง และพัฒนาด้านจริยธรรมและการมีวินัย รวมทั้งการป้องกันมิให้กระทำผิดวินัย<br><u>กิจกรรมที่ 3</u> การป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน | | 3,900 เงินบำรุงรพ. | ม.ค-มิ.ย.65 | ชมรมจริยธรรมนำสุข โรงพยาบาลมะนัง | |
| กลยุทธ์ที่ 6 เฝ้าระวังและประเมินภาวะวิกฤติทางการเงิน | 21.โรงพยาบาลไม่เกิดภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 | - ให้มีการวิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้โรงพยาบาลประสบปัญหาขาดสภาพคล่อง/วิกฤติทางการเงินในปีที่ผ่านมา และก่อนหน้านี้ ให้มีการพัฒนาเชิงระบบ ปรับโครงสร้าง บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่รับผิดชอบในการจัดทำระบบบัญชี การเงิน จัดซื้อจัดจ้าง ระบบคลังพัสดุ<br>- แผนเพิ่มรายได้ จัดทำแผนโดยมีแนวทางในการเพิ่มรายได้ที่ชัดเจน การจัดเก็บรายได้ ระบบการเร่งรัดหนี้สินให้มีประสิทธิภาพ<br>- แผนควบคุมค่าใช้จ่าย มีมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เช่น ควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา เวชภัณฑ์ วัสดุการแพทย์ ค่าใช้สอย วัสดุ มีการคิดต้นทุนค่าใช้จ่ายในกิจกรรมบริการที่สำคัญ<br>- แผนการลงทุน (ลงทุนตามความจำเป็นจริง ๆเท่านั้น ทั้งนี้ต้องสอดคล้องกับแผนพัฒนาการบริการตาม Service plan | หัวหน้าหน่วยงาน | - | | -วิลันดา หวันชิต<br>นาย<br><br>- โนรี อำมาตย์นิติกุล<br><br>-วิลันดา หวันชิต<br>นาย<br><br>-วิลันดา หวันชิต | |

| กลยุทธ์ | ตัวชี้วัด ค่าเป้าหมาย | โครงการ/กิจกรรมย่อย | กลุ่มเป้าหมาย | แหล่งงบฯ งบประมาณ | ระยะเวลา | ผู้รับ ผิดชอบ | ระดับที่ ปฏิบัติได้ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | ของจังหวัดและเครือข่ายบริการสุขภาพ)<br>- แผนทางการเงิน (PLANFIN) ให้มีประสิทธิภาพ มีแผนงาน มีการควบคุม และติดตาม | | | | นาย | |
| กลยุทธ์ที่ 7 พัฒนาคุณภาพระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ | 22. อัตราความสมบูรณ์ของ 43 แฟ้ม ร้อยละ 99.9 | - อบรมการบันทึกข้อมูล 43 แฟ้ม<br>- Update โครงสร้างเป็น version ปัจจุบัน (V2.4)<br>- ปรับปรุงโครงสร้างของ HosXp โดยประสานทาง BMS<br>- จัดทำคู่มือการบันทึกแต่ละแฟ้มให้แต่ละหน่วยงาน<br>- สร้างรายงานในการตรวจสอบการบันทึกข้อมูลแต่ละแฟ้ม และคืนข้อมูลแก่หน่วยงาน | แพทย์,ER, OPD, IPD, ทันตกรรม ,ปฐมภูมิ, กายภาพ , แพทย์แผนไทย, LAB, เภสัชกรรม ,LR | 3,900 เงินบำรุง รพ. | ต.ค.64 – ก.ย.65 | IM | |
| | 23. อัตราความสมบูรณ์ของผู้ป่วยนอก ร้อยละ 80<br>24. อัตราความสมบูรณ์ของผู้ป่วยใน ร้อยละ 80 | - จัดอบรมฟื้นฟูศักยภาพการบันทึกข้อมูลเวชระเบียน<br>- ประชุม ชี้แจง การตรวจสอบความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน<br>- สุ่มเวชระเบียนของแต่ละหน่วยงาน เพื่อทำการ audit ทุกเดือน | แพทย์,ER, OPD, IPD, ทันตกรรม ,ปฐมภูมิ, กายภาพ , แพทย์แผนไทย, LAB, เภสัชกรรม ,LR | 3,900 เงินบำรุง รพ. | ต.ค.64 – ก.ย.65 | IM | |
| กลยุทธ์ที่ 8 ส่งเสริมการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมภายในโรงพยาบาล | 25. Green and Clean Hospital ผ่านเกณฑ์ ดีมาก Plus | <u>กิจกรรมที่ 1 การจัดการมูลฝอยทุกประเภท</u><br>- เจ้าหน้าที่เก็บขนมูลฝอยได้รับการอบรมหลักสูตรการป้องกันการติดเชื้อ แพร่เชื้อ<br>- เจ้าหน้าที่สวมใส่อุปกรณ์ป้องกันขณะปฏิบัติงาน<br>- ภาชนะรองรับมูลฝอยเป็นไปตามมาตรฐานและเพียงพอ<br>- ปรับปรุง/ต่อเติมอาคารที่รวมพักมูลฝอย | จนท.รพ. | 100,620 เงินบำรุง รพ. | ม.ค 65 -กย. 65 | ENV | |

| กลยุทธ์ | ตัวชี้วัด ค่าเป้าหมาย | โครงการ/กิจกรรมย่อย | กลุ่มเป้าหมาย | แหล่งงบฯ งบประมาณ | ระยะเวลา | ผู้รับ ผิดชอบ | ระดับที่ ปฏิบัติได้ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | เป็นไปตามมาตรฐาน<br>- ปรับปรุง/ต่อเติมอาคารที่พักมูลฝอยติดเชื้อเป็นไปตามมาตรฐาน | | | | | |
| | | <u>กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาส้วมสะอาด</u><br>- ติดตั้งตู้กระดาษทิชชู<br>- มีการประเมินความสะอาดห้องน้ำ-ห้องส้วม<br>- ซื้อถังขยะ | | 1,200<br>เงินบำรุง รพ. | ม.ค 65 -กย. 65 | ENV | |
| | | <u>กิจกรรมที่ 3 การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม</u><br>- มีการตรวจสุขภาพเจ้าหน้าที่ตามความเสี่ยง<br>- มีการตรวจแสงสว่าง ความเข้มแสงให้เป็นไปตามมาตรฐาน<br>- มีการตรวจวัดความร้อนหน่วยงานที่มีความเสี่ยง<br>- มีการตรวจวัดเสียงหน่วยงานที่มีความเสี่ย<br>- เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม<br>- ตรวจสุขภาพประจำปีให้กับเจ้าหน้าที่ทุกคน<br>- จัดตั้งกลุ่มแกนนำหรือชมรมสร้างเสริมสุขภาพ<br>- เฝ้าระวังคุณภาพน้ำเสีย<br>- ประเมินความเสี่ยงจากการทำงานทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลมะนัง | | 14,190<br>เงินบำรุง รพ. | ม.ค 65 -กย. 65 | ENV | |

| กลยุทธ์ | ตัวชี้วัด ค่าเป้าหมาย | โครงการ/กิจกรรมย่อย | กลุ่มเป้าหมาย | แหล่งงบฯ งบประมาณ | ระยะเวลา | ผู้รับ ผิดชอบ | ระดับที่ ปฏิบัติได้ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | - หน่วยงานมีการจัดเก็บสารเคมีอันตรายได้อย่างถูกต้อง | | | | | |
| | | <u>กิจกรรมที่ 4 การจัดการสุขาภิบาลอาหาร</u><br>- ซื้อชุดตรวจ อ11<br>- ซื้อชุดตรวจ อ13<br>- ตรวจสุขภาพผู้จำหน่ายอาหารในโรงพยาบาล<br>- ตรวดน้ำอุปโภค<br>- ตรวดน้ำบริโภค | | 14,190<br>เงินบำรุง รพ. | ม.ค 65 -กย. 65 | ENV | |
| | | <u>กิจกรรมที่ 5 โรงพยาบาลอาหารปลอดภัย</u><br>- ซื้อชุดตรวจสารบอแรกซ์<br>- ซื้อชุดตรวจสารเคมีในผัก<br>- ซื้อชุดตรวจสารกันรา<br>- ซื้อชุดตรวจฟอร์มาลิน<br>- ซื้อชุดตรวจฟอกขาว<br>- โรงพยาบาลคัดเลือกวัตถุดิบที่นำนาปรุงอาหาร ที่มีมาตรฐาน PGS หรือ GAP<br>- ตรวจสอบสารปนเปื้อนและสารตกค้างในวัตถุดิบที่นำมาปรุงประกอบอาหาร<br>- จัดทำเมนูอาหารล่วงหน้าอย่างน้อย 2 เดือน<br>- ดำเนินการจัดตลาด Green Market | | 12,500<br>เงินบำรุง รพ. | ม.ค 65 -กย. 65 | ENV/<br>โภชนาการ/HPH | |

**ยุทธศาสตร์ที่** 4 การส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ

**เป้าหมาย( Strategic Gold)** ภาคีเครือข่ายเข้มแข็งและมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ

| กลยุทธ์ | ตัวชี้วัด ค่าเป้าหมาย | โครงการ/กิจกรรมย่อย | กลุ่มเป้าหมาย | แหล่งงบฯ งบประมาณ | ระยะเวลา | ผู้รับ ผิดชอบ | ระดับที่ ปฏิบัติได้ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| กลยุทธ์ที่ 9 ส่งเสริม การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการเฝ้าระวัง คัดกรอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม | จำนวนหมู่บ้านจัดการสุขภาพผ่านเกณฑ์ จำนวน 1 หมู่บ้าน | การดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดโรคฯ | กลุ่มเสี่ยงในหมู่ที่ 1 ต.ปาล์มพัฒนา | 10,450 บาท เงินบำรุง รพ. | ม.ค 65 -กย. 65 | ปรัชญา เสียมไหม | |