



สำนักงาน	จังหวัดสงขลา
เลขที่รับ	2124/๑๐
วันที่	๒๒ ธ.ค. ๒๕๖๑
เวลา	๑๕:๓๐

ที่ สข ๐๐๓๒.๓๐๔.๒/๑๙๑๑

โรงพยาบาลป่าดงเบขาร์
๔๒ ม.๙ ต.ป่าดงเบขาร์
อ.สะเดา จ.สงขลา

๑ ธันวาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ส่งแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสงขลา

อ้างถึง หนังสือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ที่ ๐๐๓๒.๐๐๒/ว ๒๒๘๕ ลงวันที่ ๒๘ ตุลาคม ๒๕๖๔
สิ่งที่ส่งมาด้วย แผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการปีงบประมาณ ๒๕๖๕ จำนวน ๑ ชุด

ตามหนังสือที่อ้างถึง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา แจ้งให้จัดทำแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ ๔ ยุทธศาสตร์และประเด็นจุดเน้นการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของจังหวัดสงขลา เพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ เสร็จแล้วให้ทำการส่งเพื่อขออนุมัติในหลักการนั้น

ในการนี้ โรงพยาบาลป่าดงเบขาร์ อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา ได้ทำการจัดทำแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕ เสร็จเป็นที่เรียบร้อยแล้ว จึงขอส่งแผนดังกล่าวมาพร้อมนี้ด้วยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุโขก ก่อวิวัฒน์สกุล)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลป่าดงเบขาร์
- เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ
และประกาศใช้
จำนวน ๑๖ ใบบังท ๑๐๒ 4๑1,820 กก

กลุ่มงานประกันสุขภาพยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์
โทร. ๐๙๔๕๒๒๕๐๒ ต่อ ๑๐๔, ๑๐๖

อนุมัติ

(นายปพน ศิไชยเศรษฐ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาหม่อม รักษาการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสงขลา

แผนยุทธศาสตร์

โรงพยาบาลป่าดงเบงช่า

แผนยุทธศาสตร์

โรงพยาบาลป่าตองเบซาร์

ประเด็นจุดเน้น

ปัญหาแม่และเด็ก

ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หอบหืด การคัดกรองไต(CCVD Risk)

ปัญหาโรคติดต่อ ได้แก่ โรคใช้เลือดออก วัณโรค

พัฒนา ER คุณภาพ

Fast Tract (Stroke/Heart/Sepsis)

พัฒนาระบบบริการการแพทย์วิถีใหม่

พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ(PCC)

พัฒนาระบบการแพทย์ทางเลือก/แพทย์แผนไทย กัญชาทางการแพทย์

การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการ ทรัพยากรและระบบการเงินการคลัง

พัฒนาโรงพยาบาลคุณธรรม (ธรรมาภิบาลและความโปร่งใส)

ส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย

ประชาชนสุขภาพดีและการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน

พัฒนาการส่งเสริมให้ประชาชนรอบรู้ด้านสุขภาพ

พัฒนาระบบการเฝ้าระวังโรคอุบัติใหม่

พัฒนาสมรรถนะบุคลากร สร้างความสุขและความพึงพอใจ

พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศให้มีประสิทธิภาพ รองรับนโยบาย SMART HOSPITAL

พัฒนาระบบสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย

ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ

1. กลุ่มโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

2. กลุ่มโรคติดต่อทั่วไป วัณโรคและไข้เลือดออก
3. อุบัติเหตุ
4. กลุ่มแม่และเด็ก
5. การแพร่ระบาดของโรคติดต่อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (Covid-19)

แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลปาดังเบซาร์

วิสัยทัศน์	<p>เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่ดูแลสุขภาพของจังหวัดสงขลาในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยชุมชนมีส่วนร่วม บุคลากรมีสุขภาพดีและมีความสุขภายในปี 2565</p>			
พันธกิจ	<p>ให้บริการครอบคลุมด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพร่างกาย แบบองค์รวม และการคุ้มครองผู้บริโภค ภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ ยึดหลักธรรมาภิบาลและองค์การมีสุขภาพดี</p>			
เป้าประสงค์	ผู้รับบริการมีสุขภาพดี และมีความสุข	มีการบริหารจัดการที่ดี มีประสิทธิภาพ มีเสถียรภาพการเงิน การคลัง	ชุมชนมีความเข้มแข็งสามารถป้องกันความเจ็บป่วยที่ป้องกันได้ และสามารถพึ่งตนเองได้	บุคลากรมีความสุขในการทำงานพึงพอใจ ได้รับการพัฒนาสมรรถนะอย่างต่อเนื่อง
ยุทธศาสตร์	พัฒนาระบบบริการให้มีมาตรฐานสู่ความเป็นเลิศ			
		พัฒนาระบบบริหารให้เ็นระบบบริหารจัดการที่มประสิทธิภาพ	ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค	พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะ มีความสุขและพึงพอใจ

กลยุทธ์

1. ส่งเสริมการพัฒนากระบวนการคุณภาพให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานทุกด้าน
2. ดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มโรคที่เป็นปัญหาสำคัญหรือภาวะฉุกเฉินให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน
3. พัฒนาระบบบริหารความ देखให้ผู้บริหารมีความปลอดภัย
4. ให้การดูแลแบบองค์รวม เชื่อมโยงระดับครอบครัว ชุมชน และสังคมสูงขึ้นไป
5. พัฒนาพฤติกรรมบริการให้ตอบสนองความต้องการผู้รับบริการ
6. ลดขั้นตอนและเพิ่มความรวดเร็วในการให้บริการ

1. สนับสนุนและบริหารจัดการทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพ
2. จัดการระบบสิ่งแวดล้อมให้มีความปลอดภัยและเอื้อต่อการจัดบริการ
3. มีระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศมาช่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ตอบสนองความต้องการต่อการทั้งด้านบริการและบริหาร
4. พัฒนาระบบการเงินการคลังให้มีเสถียรภาพและเกิดความมั่นคง
5. สร้างระบบการควบคุมกำกับที่มีประสิทธิภาพ

1. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการพัฒนาทุกรูปแบบ ทั้งจากประชาชน ชุมชน และภาคีเครือข่าย
2. ส่งเสริมให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
3. ส่งเสริมให้ประชาชน ชุมชน สามารถดูแลตนเองได้อย่างยั่งยืน
4. สร้างความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพแก่ประชาชน ชุมชน
5. ลดโรคติดต่อที่ป้องกันได้
6. คุ้มครองประชาชน ชุมชน จากภัยสุขภาพและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เป็นอันตราย

1. จัดหาบุคลากร ให้เพียงพอเหมาะสม
2. พัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดผลสัมฤทธิ์
3. สร้างขวัญและกำลังใจตลอดจนส่งเสริมบุคลากรด้านต่างๆ ให้บุคลากรมีความสุขและความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน
4. พัฒนาระบบคุณธรรม/จริยธรรม

แผนงาน/โครงการ

1. แผนพัฒนามาตรฐานการให้บริการ(HA, RM, ระบบส่งต่อ, ER คุณภาพ Lab, บริการการแพทย์วิถีใหม่)
2. แผนการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของพื้นที่ (NCD, TB, แม่และเด็ก, COPD)
3. แผนพัฒนาความพึงพอใจผู้รับบริการ(ระยะเวลาการคอย, พฤติกรรมบริการ)

1. แผนบริหารจัดการและสนับสนุนทรัพยากร(ENV)
2. แผนพัฒนาระบบข้อมูล เทคโนโลยี่และสารสนเทศ(Smart Hospital, HAIT)
3. แผนพัฒนาระบบการเงินการคลัง(CFO)
4. แผนพัฒนาระบบการควบคุมกำกับ

1. แผนพัฒนาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค
2. แผนพัฒนาการควบคุมป้องกันโรคติดต่อในชุมชน
3. แผนสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย(เฝ้าระวัง ตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพอันตราย)
4. แผนพัฒนาการจัดการความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ)

1. แผนพัฒนาสมรรถนะบุคลากร
2. แผนพัฒนาความสุขและความพึงพอใจบุคลากร
3. แผนพัฒนาคุณธรรมจริยธรรม

วิสัยทัศน์

เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพแนวหน้าของจังหวัดสงขลาในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยชุมชนมีส่วนร่วม

บุคลากรมีความสุขภาพดีและมีความสุขภายในปี 2565

พันธกิจ

ให้บริการครอบคลุมด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพร่างกาย แบบองค์รวม และการคุ้มครองผู้บริโภค ภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ ยึดหลักธรรมาภิบาลและองค์การที่มีสุขภาพ

เป้าประสงค์หลัก

1. ผู้รับบริการมีความสุขภาวะและความพึงพอใจ
2. มีการบริหารจัดการที่ดี มีเสถียรภาพทางการเงินการคลัง
3. ชุมชนมีความเข้มแข็งสามารถป้องกันภัยที่ป้องกันได้และสามารถพึ่งตนเองได้
4. บุคลากรมีความสุขในการทำงาน พึงพอใจ ได้รับการพัฒนาสมรรถนะอย่างต่อเนื่อง

ค่านิยม

สร้างสุขภาพ สร้างสามัคคี สร้างสุข สร้างเครือข่าย

แผนพัฒนายุทธศาสตร์

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	กลยุทธ์	ตัวชี้วัดความสำเร็จ(KRA)	ผู้รับผิดชอบ
พัฒนาระบบบริการใหม่ มาตรฐานสู่ความเป็นเลิศ	ผู้รับบริการมีสุขภาวะและความพึงพอใจ	1. พัฒนาการแก้ไขปัญหากลุ่มโรคที่สำคัญ	ระดับความสำเร็จของการแก้ไขปัญหากลุ่มโรคที่สำคัญมา กว่าร้อยละ 80	นายวิทยา พันธุ์ทอง นางสาวอุทุมพร คงชัย นางงพีชรี แก้วรัตน์
		2. พัฒนาระบบบริการที่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน	ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพทุกด้าน	
		3. พัฒนาพฤติกรรมการให้ตอบสนอง ความต้องการผู้รับบริการ	ผู้รับบริการมีความพึงพอใจมากกว่าร้อยละ 80	
		4. ลดขั้นตอนและเพิ่มความเร็วใน การให้บริการ		
พัฒนาระบบบริหารให้เป็น ระบบบริหารจัดการที่ดีมี ประสิทธิภาพ	มีการบริหารจัดการที่ดี มีเสถียร ภาพการเงินการคลัง	1. พัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากร	1. การสนับสนุนทรัพยากรให้เพียงพอและทันเวลา มากกว่าร้อยละ 80	นาย นิรันดร์ แทนบำรุง
		2. พัฒนาระบบสิ่งแวดล้อมและความ ปลอดภัย	2. ระบบสิ่งแวดล้อมผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	
		พัฒนาฐานระบบเทคโนโลยีและข้อมูล สารสนเทศ	ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและ เวชระเบียน(HAIT)	
		พัฒนาระบบการเงินการคลัง	ระบบการเงินการคลังมีเสถียรภาพ	
ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค	ชุมชนมีความเข้มแข็งสามารถ ป้องกันความเจ็บป่วยที่ป้องกันได้ และสามารถพึ่งตนเองได้	1. พัฒนาและส่งเสริมการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ	ประชาชนมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม	นางวัชรี ชิตมณี
		2. พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)		

แผนพัฒนายุทธศาสตร์

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	กลยุทธ์	ตัวชี้วัดความสำเร็จ(KRA)	ผู้รับผิดชอบ
		<ol style="list-style-type: none"> การป้องกัน ควบคุมโรค และการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม 	อัตราป่วยด้วยโรคติดต่อที่สำคัญลดลง	
		ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน ชุมชน และภาคีเครือข่าย ทุกรูปแบบ	ระดับการมีส่วนร่วมและการพึ่งพาตนเอง ของประชาชน ชุมชน และภาคีเครือข่าย	
พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะ มีความสุขและพึงพอใจ	บุคลากรมีความสุขในการทำงาน พึงพอใจ ได้รับการพัฒนา สมรรถนะอย่างต่อเนื่อง	<ol style="list-style-type: none"> บุคลากรเพียงพอและเหมาะสม สร้างขวัญและกำลังใจแก่บุคลากร 	<ol style="list-style-type: none"> บุคลากรมีความพึงพอใจมากกว่าร้อยละ 80 บุคลากรมีความสุขมากกว่าร้อยละ 80 	นางสาวอนุสร่า คำบัน
		ส่งเสริมและพัฒนาสมรรถนะบุคลากร อย่างต่อเนื่อง	บุคลากรมีสมรรถนะมากกว่าร้อยละ 80	

สรุปแผนงานโครงการและความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์จังหวัด ตามแผนปฏิบัติการประจำปี 2565 ของหน่วยงาน

โรงพยาบาลป่าดงเบญจาร์ จังหวัดสงขลา

ยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน	เป้าประสงค์	โครงการ	งบประมาณ (บาท)	แหล่งงบประมาณ	ความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์จังหวัด				ตอบรับท พื้นที่ (/)	หมายเหตุ/ จุดเน้น จังหวัด
					ยุทธศาสตร์ที่ 1 แผนงานที่.... (ระบุ)	ยุทธศาสตร์ที่ 2 แผนงานที่.... (ระบุ)	ยุทธศาสตร์ที่ 3 แผนงานที่.... (ระบุ)	ยุทธศาสตร์ที่ 4 แผนงานที่.... (ระบุ)		
พัฒนาระบบบริการให้มีมาตรฐานสู่ความเป็นเลิศ	สร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ให้	แผนงานพัฒนามาตรฐานการจัดการบริการ (พัฒนาระบบบริการรายระบบ)								
		โครงการอบรมฟื้นฟูระบบคุณภาพ HA	30,810	เงินบำรุง	/			/		
		แผนพัฒนาระบบบริการความเสี่ยง(RM)			/			/		
		แผนพัฒนาระบบยา(PTC)			/			/		
		แผนพัฒนาระบบส่งต่อ(ทีมส่งต่อ)			/			/		
		แผนพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้เป็นไปตามมาตรฐาน(PCT)			/			/		
		แผนพัฒนาระบบการควบคุมป้องกันการติดเชื้อใน รพ.(IC)			/			/		
		แผนความพึงพอใจผู้รับบริการ (ความพึงพอใจและข้อร้องเรียน)			/			/		
		แผนพัฒนาระบบบริการการแพทย์วิถีใหม่			/			/		
		โครงการพัฒนาส่งเสริมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน	52,080	เงินบำรุง	/			/		
โครงการเพื่อการจัดการตนเองผ่านระบบบริการสุขภาพทางไกล 2 ทางสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในช่วงสถานการณ์โรคระบาด	71,525	เงินบำรุง	/			/				

ยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน	เป้าประสงค์	โครงการ	งบประมาณ (บาท)	แหล่ง งบประมาณ	ความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์จังหวัด				ตอบรับ พื้นที่ (/)	หมายเหตุ/ จุดเน้น จังหวัด
					ยุทธศาสตร์ที่ 1 แผนงานที่.... (ระบุ)	ยุทธศาสตร์ที่ 2 แผนงานที่.... (ระบุ)	ยุทธศาสตร์ที่ 3 แผนงานที่.... (ระบุ)	ยุทธศาสตร์ที่ 4 แผนงานที่.... (ระบุ)		
ยุทธศาสตร์.....		โครงการ แผนพัฒนาการดำเนินงานโรคหอบหืด (COPD Asthma)			/			/		
		แผนพัฒนาการดำเนินงานโรค(พืชม้วนโรค)			/			/		
		แผนงานพัฒนาระบบบริการเพื่อแก้ไข ปัญหาสาธารณสุขของพื้นที่ (พัฒนาระบบบริการรายโรค/กลุ่มโรค)								
		โครงการพัฒนางานแม่และเด็ก	24,025	เงินบำรุง	/			/		
		พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความ ดันโลหิตสูง (DM/HT)	4,150	เงินบำรุง	/			/		
		โครงการพัฒนาระบบกัญชาทางการแพทย์	5,000	เงินบำรุง	/			/		
พัฒนาระบบบริหารให้ เป็นระบบบริหารจัดการ ที่ดีมีประสิทธิภาพ	มีการบริหารจัดการที่ ดี มีเสถียร ภาพการเงินการคลัง	แผนงานพัฒนามาตรฐานการบริหารจัดการ โครงการซ่อมแซมอค์กีย์และสารเคมีรั่วไหล โรงพยาบาลป่าดงเขตร	29,500	เงินบำรุง				/		
		แผนพัฒนาการบริหารจัดการทั่วไปและการ สนับสนุนทรัพยากร โครงสร้างพื้นฐาน						/		
		แผนงานพัฒนาระบบการเงินการคลัง(CFO)								
		แผนพัฒนาระบบการวิเคราะห์ ติดตาม ทาง การเงิน						/		

ยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน	เป้าประสงค์	โครงการ	งบประมาณ (บาท)	แหล่ง งบประมาณ	ความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์จังหวัด				ตอบรับที่ พื้นที่ (/)	หมายเหตุ/ จุดเน้น จังหวัด
					ยุทธศาสตร์ที่ 1 แผนงานที่.... (ระบุ)	ยุทธศาสตร์ที่ 2 แผนงานที่.... (ระบุ)	ยุทธศาสตร์ที่ 3 แผนงานที่.... (ระบุ)	ยุทธศาสตร์ที่ 4 แผนงานที่.... (ระบุ)		
		แผนพัฒนาระบบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์							/	
		แผนงานพัฒนาระบบระบบข้อมูล เทคโนโลยี สารสนเทศ								
		พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ							/	
	๖	โรงพยาบาล Smart Hospital	8,500	เงินบำรุง					/	
		แผนพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ (People ware และ Soft Ware)							/	
		แผนพัฒนาระบบเทคโนโลยีและข้อมูลสารสนเทศให้ได้ตามมาตรฐาน HAIT							/	
		แผนพัฒนาและสนับสนุนด้านเทคโนโลยีให้รองรับ SMART Hospital							/	
		แผนงานพัฒนาระบบแผนและการควบคุมกำกับติดตาม								
ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค	ชุมชนมีความเข้มแข็ง สามารถป้องกันความเจ็บป่วยที่ป้องกันได้ และสามารถพึ่งตนเองได้	แผนงานพัฒนาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรค(HPH)								
	๙		114,600	เงินบำรุง	/				/	
	๑๐	โครงการอบรมพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วย	20,000	เงินบำรุง	/				/	

ยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน		โครงการ	งบประมาณ (บาท)	แหล่ง งบประมาณ	ความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์จังหวัด				คอบบบริบท พื้นที่ (/)	หมายเหตุ จุดเน้น จังหวัด
ยุทธศาสตร์.....	เป้าประสงค์				ยุทธศาสตร์ที่ 1 แผนงานที่.... (ระบุ)	ยุทธศาสตร์ที่ 2 แผนงานที่.... (ระบุ)	ยุทธศาสตร์ที่ 3 แผนงานที่.... (ระบุ)	ยุทธศาสตร์ที่ 4 แผนงานที่.... (ระบุ)		
พัฒนาบุคลากรให้มี สมรรถนะ มีความสุขและพึงพอใจ	บุคลากรมีความสุข ในการทำงาน พึง พอใจ ได้รับการ พัฒนาสมรรถนะ อย่างต่อเนื่อง	แผนงานพัฒนาสมรรถนะบุคลากร(HRD)								
		แผนพัฒนาสมรรถนะบุคลากร - แผนฝึกอบรมภายในหน่วยงาน - แผนฝึกอบรมภายนอก			/			/		
		โครงการพัฒนาสมรรถนะบุคลากร	20,000	เงินบำรุง		/		/		
		แผนงานพัฒนาบุคลากรให้มีความสุขและ ความพึงพอใจ(ความพึงพอใจและข้อ ร้องเรียน)								
		โครงการพัฒนาคุณธรรมและจริยธรรม	11,100	เงินบำรุง		/		/		
		แผนพัฒนาความสุขและความพึงพอใจ บุคลากร				/		/		
		แผนงานจัดทำบุคลากร								
		แผนจัดทำบุคลากร								
		รวมงบประมาณทั้งสิ้น	491,820					/		

ผู้เสนอแผนงาน **วิรัตน์ ทัศนชัย**
(นายวิรัตน์ แทนบำรุง)

เจ้าพนักงานเวชสถิติปฏิบัติงาน

ผู้เห็นชอบแผน

ผู้อนุมัติแผน

ผู้เห็นชอบแผน

(นายศุภโชค อธิวัฒน์สกุล)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตาดึงเบนชาร์

(นายสมพงษ์ ติโยเศรษฐ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหม่อม รัชชการแทน
นายแพทย์วิรัตน์ ทัศนชัย
นายแพทย์วิรัตน์ ทัศนชัย

ลำดับที่ :

โครงการตอบสนองยุทธศาสตร์ งานพัฒนา งานประจำ

ยุทธศาสตร์ที่ 1 : พัฒนาระบบบริการให้มีความรู้ความเข้าใจ

เป้าประสงค์ : ผู้รับบริการมีสุขภาพและความพึงพอใจ

กลยุทธ์ / กลวิธี

โครงการ : พัฒนาศูนย์บริการสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพ (HA)

ตัวชี้วัด :

หน่วยงานและทีมระบบคุณภาพดำเนินงานพัฒนาอย่างต่อเนื่องและสรุปทุก 3 เดือน

หลักการและเหตุผล

รพ.ปตังเขวซาร์จะพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและต่ออายุรับรองคุณภาพครั้งที่ 4 จาก สรพ. ในปี 2565

กิจกรรมหลัก	กลุ่มเป้าหมาย และจำนวน	ระยะเวลา ระบุเดือน	ระบุไตรมาส				รายละเอียดงบประมาณ	จำนวน	วิธีการประเมินผล (input process output)	ผลงาน	ผู้รับผิดชอบ	
			1	2	3	4						
1.พัฒนามาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล												
1.1 ให้ความรู้งานคุณภาพแก่เจ้าหน้าที่ รพ. โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ใหม่ ได้แก่ เรื่อง service profile, ทบทวน 12 กิจกรรม, การประเมินมาตรฐานพัฒนาคุณภาพฉบับที่ 4	เจ้าหน้าที่ 147 คน	มกราคม		/			ค่าอาหารกลางวันมื้อละ 50 บาทจำนวน 1 มื้อ	7,350	1.แบบวัดความรู้ 2.การมี ส่วนร่วมในกิจกรรม	1.เอกสาร คุณภาพ 2. กิจกรรมคุณภาพ	ทีม QMR, ทีม QRT	
							อาหารว่างมื้อละ 25 บาทจำนวน 2 มื้อ	7,350				
							ค่าวิทยากรวันละ 6 ชั่วโมงละ 600 บาท 2 วัน	7,200				

กิจกรรมหลัก	กลุ่มเป้าหมาย และจำนวน	ระยะเวลา ระบุเดือน	ระบุไตรมาส				รายละเอียดงบประมาณ	จำนวน บาท	วิธีการประเมินผล (input process output)	ผลงาน	ผู้รับผิดชอบ
			1	2	3	4					
1.1 จัดให้ทีม round คุณภาพใน โรงพยาบาลอย่างน้อย 3 เดือน/ ครั้ง							4,410				
1.2 จัดให้ทีมระบบ เลขที่ทีมระบบ		ทุก 3 เดือน	/	/	/	/		ความรู้ที่ได้รับและ เอกสารคุณภาพ	หน่วยงานมี งานพัฒนา	เลขที่ทีมระบบ	
1.3 จัดให้ทีมระบบมีการประชุมทบทวน สรุปผลงานอย่างน้อย 3 เดือน/ครั้ง								รายงานสรุปผลการ round	ระบบมี ประเด็นการ พัฒนา		
1.4 เตรียมเอกสารเพื่อต่ออายุรับรอง คุณภาพ รพ. ครั้งที่ 4		ทุก 3 เดือน	/	/	/	/		รายงานสรุปผลงานและ พนักงาน	ระบบมีการ แก้ปัญหาและ นำมาพัฒนา	เลขที่ทีมระบบ	
1.5 ทีม QRT รพ. ประชุมสรุปผลการ ดำเนินงานและติดตามงานอย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี		มีค./กย.	/	/	/	/	3,000	เอกสารคุณภาพ	ผ่านการ พิจารณาของ สธพ.	ทีม QMR, ทีม QRT	
หมายเหตุ : ทุกรายการสามารถวัดผลได้							1,500	ข้อสรุปงานและ แนวทางพัฒนา			
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น							30,810				

หมายเหตุ :

ลำดับที่

โครงการตอบสนองของยุทธศาสตร์ งานพัฒนา งานประจำ

ยุทธศาสตร์ 1 : พัฒนาระบบบริการให้มีมาตรฐานสู่ความเป็นเลิศ

เป้าประสงค์ : ผู้รับบริการปลอดภัย ระบบบริการถูกต้องตามมาตรฐาน

กลยุทธ์/กลวิธี : พัฒนาระบบและแนวทางการดำเนินงาน

โครงการ : พัฒนางานแม่และเด็กรพ.ปดิ่งเบงกัร

วัตถุประสงค์ : 1.เพื่อป้องกันการเสียชีวิตของมารดา

2.เพื่อลดการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด

3.เพื่อลดอัตราการ Birth asphyxia

4.เพื่อเพิ่มอัตรา BF อย่างเดียวในเด็กอายุ 6 เดือนที่คลินิก WCC

ตัวชี้วัด : 1. อัตราการเสียชีวิตของมารดา = 0

2. อัตราการเกิดภาวะ PPH ≤ ร้อยละ 5

3. อัตราการเกิด PPH & Shock = 0

4. อัตรา Birth asphyxia ที่ 1นาฬิกาทารกแรกเกิดไม่เกิน < 25:1,000การเกิดมีชีพในรพ.

5 อัตรา BF อย่างเดียว 6 เดือนในเด็กอายุ 6 เดือนที่คลินิกWCC > ร้อยละ 50 หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 2.5 ต่อปี

กิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย	ระยะเวลา	ระบุไตรมาส				จำนวน (บาท)	วิธีการประเมินผล (input process output)	ผลงาน (ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น)	ผู้รับผิดชอบ
			1	2	3	4				
กิจกรรมที่1 การป้องกันการใช้ชีวิตของมารดา						3,600				
1.พัฒนาระบบการดูแลกลุ่ม High risk pregnancy		ตค64-กย65					ประเมินจากทะเบียน High risk pregnancy ที่แนบ ANC และทะเบียนส่งส่งต่ผู้คลอด	อัตราการขึ้นทะเบียนกลุ่ม High risk pregnancy100%	พุทธชาติ ดิงค์	
1.1 การค้นหากลุ่ม High risk pregnancy และการติดตามต่อเนื่อง										
1.1.1 ในรพ.							คัดกรองกลุ่มHigh risk pregnancy ที่มารับบริการที่คลินิก ANC ตามแนวทาง	อัตราการขึ้นทะเบียนกลุ่ม High risk pregnancy100%		
1.1.2 ในชุมชน							สุ่มรายชื่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ Pre eclampsia ,GDM Overt DM ตั้งแต่ ตค62- กย63 ให้พื้นที่ทราบอีกครั้งเพื่อติดตามต่อเนื่อง เพื่อให้พื้นที่รับทราบข้อมูลและติดตาม คัดกรองเพื่อให้เข้าคลินิก HT,DM ถ้าตั้งครรภ์ให้รับมา ANC เพื่อได้รับยา aspirin ตามแนวทาง	อัตราการติดตามต่อเนื่องกลุ่ม High risk pregnancy 100%		

กิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย	ระยะเวลา	ระบุไตรมาส				จำนวน (บาท)	วิธีการประเมินผล (input process output)	ผลงาน (ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น)	ผู้รับผิดชอบ
			1	2	3	4				
		กค64					1. จากการศึกษาแบบประเมิน PPH check list guide line ทุกเดือน	1. อัตราการใช้ PPH checklist guide line 2 ร้อยละ 80. ในมารดาหลังคลอดที่เสียชีวิต ตั้งแต่ 300cc ขึ้นไป		
		มค.65					2. ซึ่งแนวทางการใช้ PPH checklist guide line ค่าอาหารกลางวัน 50บาทx35 คน เป็นเงิน 1,705 บาท	2. อัตราการเกิด PPH & shock =0		
		มป-กย65					3. ใช้ PPH Checklist guide -line	3. อัตราการเกิด PPH ร้อยละ 5		
		มิถุนายน ,กย 65					4. ติดตามประเมินการใช้ PPH checklist guideline ทุกเดือนและสรุปชี้แจงผลการดำเนินงานในการประชุม คกก. MCH Board รพ. ทุก 3 เดือน	4. อัตราการตายเสียชีวิต = 0		
กิจกรรมที่ 2 ลดอัตราการเกิด Birth asphyxia ที่ 1 นาที						5,175				
2.1 ลดการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2.1.1 คัดกรองกลุ่มเสี่ยง PTL 1. การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง PTL ในคลินิก ANC มีการคัดกรองและดูแลกลุ่มเสี่ยง PTL ตามแนวทางของ MCH Board จังหวัด		กค64-กย65					จากการสุ่มดูระบบเวียนหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิด PTL	หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ PTL ได้รับการส่งต่อและได้ยาป้องกัน PTL ตามแนวทางไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	พุดชาดา ติวงศ์	
2. การค้นหากลุ่มเสี่ยง PTL ในชุมชน							1. จัดทำทะเบียนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ PTL ตั้งแต่ 1 ตค 2561 - 30 กย 2562 และส่งต่อข้อมูลให้รพสต. ทราบเพื่อเฝ้าระวัง ถ้ากลุ่มเป้าหมายตั้งครรภ์ให้รับ ANC เพื่อส่งต่อไปวัดต่อมดลูกและให้ป้องกันคลอดก่อนกำหนดตามแนวทางตั้งแต่ระยะ ANC	หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ PTL ได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่าร้อยละ 80		
							2. ประชุมชี้แจงให้รพสต. รับทราบแนวทางการดำเนินงานการคัดกรอง ดูแล ส่งต่อ ติดตาม กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิด PTL ในที่ประชุม MCH Board อีบ้าน	จากการงานใน Hos XP ร้อง ทารกแรกเกิดที่มี Apgar score ที่ 1 น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน	อัตรา BA ที่ 1 นาที 1,000 การเกิดมีชีพในรพ. ไม่ทารกที่ GA < 37 สัปดาห์ ไม่เกิน 10:1000 LB ที่คลอดในรพ.	

กิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย	ระยะเวลา	ระบุดรรมกาล				งบประมาณ (จำนวนรายการ รายกิจกรรม)	จำนวน (บาท)	วิธีการประเมินผล (input process output)	ผลงาน (ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น)	ผู้รับผิดชอบ
			1	2	3	4					
2.1.2 ติดตามประเมินผลทุก 3 เดือน		มีค.มิย, กย 65				3.ส่งรายชื่อกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิด PTL ไปพื้นที่ที่ทราบผ่าน ทางไลน์เพื่อติดตามต่อเนื่องโดยมีการสื่อสาร2ทาง พบทวนเคสHIGH ASPHYXIA และทวนทวนระยะเวลาเยี่ยม กลุ่ม เสี่ยงต่อการเกิดPTL และนำเสนอในที่ประชุม MCH Board รพ. ทุก3เดือน					
2.2 หัดมาสมรรถนะบุคลากรเรื่องการช่วยฟื้นคืน ชีพทารกแรกเกิด	แพทย์และ พยาบาลที่ ปฏิบัติงานห้อง คลอดจำนวน 35 คน	มีค.65				1. ค่าเอกสาร 35 ชุดๆ ละ 30 บาท เป็นเงิน 1,050 บาท 2. ค่าอาหารว่าง 35 คนๆ ละ 1 มื้อๆ ละ 25 บาท รวม 875 บาท 3. ค่าอาหารกลางวัน 35 คนๆ ละ 50 บาทเป็นเงิน 1,750 บาท		จากการประเมิน Pre-test/Post - test	คะแนน Post -test > 80% ทุกคน	บุพสัน คงหัด	
2.2.2 ติดตามประเมินสมรรถนะการช่วยฟื้น คืนชีพทารกแรกเกิดทุกครั้งที่ทำคลอดโดย เฉพาะ Case ที่ต้องNCPHR ต้องมีการประเมิน และทวนทวนทุกครั้ง		เมย.65,กย65						จากการประเมินสมรรถนะ การNCPHR ทารกอย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี	พยาบาลที่ปฏิบัติงานห้อง คลอดมีสมรรถนะNCPHR ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 100%	บุพสัน คงหัด	
กิจกรรมที่ 3 การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่											
พัฒนาการใช้บริการในคลินิกนมแม่และโรงเรียน พ่อแม่ด้านมาตรฐานงานนมแม่และเต็ก	มาดามลัดตลอด 180 คน	ดค64-กย65					13,500			สุภาวดี สี สมอ่อน	
						1.พัฒนากระบวนการทำงานโดย					

กิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย	ระยะเวลา	ระบุไตรมาส				งบประมาณ (จำแนกรายการ ราชกิจจานุเบกษา)	จำนวน (บาท)	วิธีการประเมินผล (input process output)	ผลงาน (ชี้ชัดว่าจะเกิดขึ้น)	ผู้รับผิดชอบ
			1	2	3	4					
						1.1.ต้องมีการให้ความรู้และประเมินราคาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด และคลินิกสุขภาพเด็กดี ตามมาตรฐานโรงเรียนพ่อแม่		ผู้สามารถตามหลังคลอดในคลินิกสุขภาพเด็กดี	อัตราการตกในคลินิกWCC ได้รับการให้ความรู้ตามมาตรฐานโรงเรียนพ่อแม่ในคลินิกฝากครรภ์ หลังคลอด WCCไม่น้อยกว่าร้อยละ50		
						1.2.มีกิจกรรมความรู้และทักษะของมารดาหลังคลอดเป็นระยะและให้ข้อมูลเพิ่มเติม					
						1.3.ก่อน D/C ต้องมีผู้รับผิดชอบหลักในการประเมินความพร้อมเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบประเมินตามฟอร์ม lactation record		กลุ่มประเมินรู้และทักษะเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในแผนกหลังคลอดก่อนจำหน่าย	อัตราการตกหลังคลอดมีความรู้และให้ BF ได้ ถูกต้องตามแบบฟอร์ม Lactation record ไม่น้อยกว่าร้อยละ80		
						1.4.จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยการจัดกิจกรรมกลุ่ม เดือนละครั้งให้กับแม่หลังคลอด		จากจำนวนการเข้าร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของมารดาหลังคลอด	มารดาหลังคลอดเข้าร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร้อยละ50		
						ค่าอาหารว่าง มื้อละ 25 บาท 1 มื้อ จำนวน15 คน x 12 เดือน=4500 บาท		จากรายงานในHos Xp เรื่องมาตรฐานงานแม่และเด็ก (อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างเดียว 6 เดือนในคลินิก WCC)	อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างเดียว 6 เดือนที่คลินิกWCC: ร้อยละ50 หรือเพิ่มขึ้นจากเดิม2.5%ต่อปี		
						ค่าอาหารกลางวัน มื้อละ 50 บาท 1 มื้อ จำนวน15คนx12 เดือน=9000 บาท					
						1.5.ติดตามเยี่ยมบ้านกรณี case ที่มีปัญหาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่					
						1.6.ติดตามผลการดำเนินงานและนำเสนอในที่ประชุม คกก.MCH รพ. ทุก3เดือน					
หมายเหตุ : ทุกรายการสามารถวัดผลกันได้											
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น							24,025				

หมายเหตุ :

แผนพัฒนางานเบาหวาน ความดันโลหิตสูงปี 2565

✓ โครงการตอบสนองยุทธศาสตร์ / งานพัฒนา งานประจำ

ยุทธศาสตร์ที่ 1 : พัฒนาระบบบริการให้มีมาตรฐานสู่ความเป็นเลิศ

เป้าประสงค์ : 1. เพื่อเพิ่มความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูล(ทะเบียนผู้ป่วยทั้งเครือข่าย)

2. เพื่อเพิ่มการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน/เพิ่มการควบคุมความดันโลหิตในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงให้ได้ตามเกณฑ์
3. เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตได้รับการวินิจฉัย ดูแล ส่งต่อตามมาตรฐาน(พัฒนาศูนย์ไต)
- 4.ลด HT,DM รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง

กลยุทธ์/กลวิธี : 1. ประสาน NCD Bord /รพสต.ดึงทะเบียนกลุ่มผู้ป่วย DM,HT มาตรวจสอบ/ขึ้นทะเบียน /ส่งData Correct ประสานผ่านITให้ข้อมูลใน HDC ถูกต้อง ครบถ้วน

2. ประสาน ทีมข้อมูลอำเภอส่งข้อมูลกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไตเพื่อลดการคัดกรองซ้ำ/ขึ้นทะเบียนให้ครอบคลุมและใช้ในการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน

3.ประสาน NCD Bord/IT ในการปรับทะเบียนDM,HTให้ถูกต้อง

4.กำหนดระยะเวลาในการตรวจ lab ประจำปีและมีการติดตามเป็นระยะเพื่อปรับแผนการทำงานปรับตามสถานการณ์ COVID-19

5.คัดเลือกกลุ่มผู้ป่วยในการตรวจ lab ประจำปี /เพิ่มการcontrol/และคัดกรองlab ซ้ำ

6.ประสานทีมรพสต.เพื่อส่งรายชื่อกลุ่มเสี่ยงผู้ป่วย DM,HT เพื่อติดตามภายใน 90 วัน

7.พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ /พัฒนาระบบบริการร่วมกับทีมสหวิชาชีพผ่านงานสารสนเทศหน้างาน และระบบ ZOOM

โครงการ : พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง (DM/HT)

วัตถุประสงค์ : 1. เพื่อความสมบูรณ์ ครบถ้วน ถูกต้องของข้อมูล

2. เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงควบคุมระดับน้ำตาล ความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์

3. เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ได้รับการวินิจฉัย /ดูแลรักษา/ส่งต่อพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญตามมาตรฐาน(CKD Stage 3 ได้รับการปรับเปลี่ยน/วินิจฉัย, CKD Stage 4-5 ได้รับการส่งต่อ

4.เพื่อลด DM รายใหม่จากกลุ่ม IFG

5. เพื่อลดกลุ่มผู้ป่วยใหม่ HT จากกลุ่มเสี่ยงที่ทำ Home BP

ตัวชี้วัด : 1. ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงได้รับการขึ้นทะเบียน ถูกต้องครบถ้วนร้อยละ 90

2.ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเกณฑ์มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40

3. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60

4. ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต CKD stage 1-5 ได้รับการวินิจฉัยร้อยละ 100

5. ร้อยละผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่เป็น CKD Satge 3-4 จะลดการลดลงของ eGFR ได้ตามเป้าหมาย ≥ 50

6. ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต stage 4,5 ได้รับการส่งต่อเพื่อดูแลรักษาต่อเนื่องโดยแพทย์เชี่ยวชาญร้อยละ 100

7. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิฉัยกลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยโรคเบาหวาน \geq ร้อยละ 80

8. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจติดตาม \geq ร้อยละ 80

หลักการและเหตุผล: จากผลงานปี 2564 ผู้ป่วยเบาหวานความดันในเครือข่ายยังขึ้นทะเบียนได้เพียงร้อยละ 63.12, ผู้ป่วยในคลินิกยั้ง control ระดับน้ำตาลในเลือดได้เพียงร้อยละ 20.16 และควบคุม ความดันโลหิตได้ร้อยละ 46.92 ,

กิจกรรม	กลุ่มเป้าหมายและจำนวน	ระยะเวลา	รายละเอียดงบประมาณ (จำแนกรายการ รายการกิจกรรม)	จำนวนเงิน (บาท)	วิธีการประเมินผล (input process output)	ผลงาน (ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น)	ผู้รับผิดชอบ
พัฒนาความครบถ้วน ถูกต้องของข้อมูล						ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงได้รับการขึ้นทะเบียน ถูกต้องครบถ้วนร้อยละ 90	พัชรี/ชนิษฐา/สสอ.
1.วางแผนร่วมกับเครือข่ายโดยนำข้อมูลปี 2564 มาวิเคราะห์ปัญหาการดำเนินงานและหาแนวทางการพัฒนา ร่วมกับ/ชี้แจง+สื่อสารตัวชี้วัดจุดเน้นปี 2565 แก่ทีม	18 คน	ตค.64			มีการจัดประชุม/มีข้อมูลในการจัดทำแผน		
2.ประสานงานร่วมกับ NCD Bord ในการจัดการข้อมูล การขึ้นทะเบียนกลุ่มป่วยในพื้นที่ที่ครอบคลุมตาม HDC	7 รพสต/1 เทศบาล/1 PCU	ตค.64			มีรายชื่อกลุ่มเป้าหมาย/Time line		
3.ร่วมกับทีมอำเภอ จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อเตรียมข้อมูล กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคไต(ใช้ในการเตรียมฐานประชากร,ขึ้นทะเบียน,คัดกรอง,ติดตามงาน)	14 คน (ผู้รับผิดชอบงาน ncd เครือข่ายปาดังฯ รพสต.7 คน เทศบาล 1 สสอ 1 รพ. 5)	ตค.-ธค.64	เป้าหมาย 5939 ราย (DM,HT ในเขต)		มีรายชื่อกลุ่มเป้าหมายครบถ้วน ถูกต้อง		
4.ประสาน IT จัดทำชุดข้อมูลกลุ่มป่วย การคัดกรองกลุ่มภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้หัวหน้าส่วน คิน ข้อมูลเทศบาลปาดังเบซาร์	1 ชุด	พย.64					
5.ดึงรายชื่อ ทวนสอบกลุ่ม DM,HT รายใหม่เพื่อขึ้นทะเบียนให้ครอบคลุมทุกрай							ชนิษฐา/พัชรี/IT

กิจกรรม	กลุ่มเป้าหมายและจำนวน	ระยะเวลา	รายละเอียดงบประมาณ รายการกิจกรรม	จำนวนเงิน (บาท)	วิธีการประเมินผล (input process output)	ผลงาน (ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น)	ผู้รับผิดชอบ
6. ประสาน/เป็นที่ปรึกษาการขึ้นทะเบียนการลงข้อมูลเทศบาลต่างๆ(โปรแกรม Hosxp PCU)ร่วมกับ IT		พ.ย.64			ข้อมูลการขึ้นทะเบียนในเขตเทศบาลเพิ่มขึ้น		
7. ประสานทีมอำเภอ/IT เพื่อติดตามการยืนยันขึ้นทะเบียนกลุ่มป่วยของเครือข่าย	14 คน (ผู้รับผิดชอบงาน ncd เครือข่ายป่าดงฯ รพสต.7 คน เทศบาล 1 สสอ 1 รพ. 5)	ธ.ค. 64 -ม.ค.65			มีการยืนยันการขึ้นทะเบียนและขึ้นทะเบียนกลุ่มป่วยมากกว่าร้อยละ 90		
8. ประสาน IT/ผู้รับผิดชอบอำเภอร่วมติดตามการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม/วิเคราะห์ความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล/มีการโทรศัพท์ผลงานเพื่อติดตามทุก 1 เดือน		ธ.ค. 64 -ม.ค.65			มีการติดตามงานใน NCD Bord		พัชรี/IT/สสอ
เพิ่มการ Control							
เพิ่มการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด,ระดับความดันโลหิต						อัตราผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเกณฑ์มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40	พัชรี
						ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60	ชนิษฐา
1.ร่วมกับทีมวิเคราะห์ผลการดำเนินงานปี 64เพื่อปรับปรุงแนวโน้การทำงาน		ต.ค.64					NCD
2.ปรับลำดับการตรวจ lab ประจำปีดังนี้ 1.กลุ่ม control,2.กลุ่ม uncontrol ที่ผ่านการทำ MI แล้ว โดยให้เสร็จสิ้นภายในไตรมาส 2		ต.ค. 64 -มี.ค.65			กลุ่ม DM,HT ได้ตรวจ lab ประจำปี > 90%		ชนิษฐา/พัชรี/IT

กิจกรรม	กลุ่มเป้าหมายและจำนวน	ระยะเวลา	รายละเอียดงบประมาณ (จำนวนรายการ รายการกิจกรรม)	จำนวนเงิน (บาท)	วิธีการประเมินผล (input process output)	ผลงาน (ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น)	ผู้รับผิดชอบ
3. ตรวจสอบรายชื่อกลุ่ม uncontrol เพื่อค้นหาปัญหา/ส่งทีมสหวิชาชีพ เพื่อปรับพฤติกรรม/การกักกันยา/การออกกำลังกาย และติดตามHbA1c ชั่วในรายที่มีแนวโน้ม controlได้เพื่อเพิ่มกลุ่ม control		ต.ค. 64 -ก.ย.65					พัชรี/ชนิษฐา
4. ประสาน IT ดึงรายชื่อกลุ่มรายใหม่มาเพื่อค้นหาปัญหา ส่งทีมสหวิชาชีพเพื่อเพิ่มการ control							ชนิษฐา/พัชรี/IT
5.ชี้แจงแนวทางการปฏิบัติในการส่งต่อ case ที่มีปัญหาแต่ระดับดูแลด้วยสหวิชาชีพเพื่อการจัดการ แก่แพทย์ ,พยาบาลและผู้เกี่ยวข้อง	แพทย์ พยาบาล 40 คน	ต.ค-พ.ย. 64			มีการชี้แจงตามแผน		
6.ดึงรายชื่อผู้ป่วยเพื่อ REMED+จัดส่งยา ในรายที่ control เพื่อลดการแออัดที่รพ. ตามสถานการณ์ COVID-19	เป้าหมาย 5939 ราย (DM,HT ในเขต)	ต.ค-ก.ย. 65			ดำเนินการตามแผน		พัชรี,ชนิษฐา
7. จัดทำสื่อสุขภาพเพิ่มทักษะการดูแลตนเอง(ทีมสหวิชาชีพ)สื่อสารผ่านทางทีวี+ระบบ WIFI , FB ,LINE	เป้าหมาย 3 เรื่อง		1. THUMP DRIVE 36 GB) 2. สื่อสุขภาพอย่างน้อย 3 เรื่อง	200	ดำเนินการตามแผน		พัชรี
8.ประเมินติดตามวิเคราะห์ผลการดำเนินงานเป็นระยะ เพื่อพัฒนางานให้บรรลุเป้าหมาย		ธค.64 มี.ค ,มี.ย,ก.ย 65					พัชรี,ชนิษฐา
พัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต						1.ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต CKD stage 1-5 ได้รับการวินิจฉัยร้อยละ 100	
1.ประชุมสรุปผลการดำเนินงาน ค้นหาปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินงานปี 2564	ทีมPCT DM,HT 14คน	ต.ค.64				2.ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต stage 4,5ได้รับการส่งต่อตามระบบร้อยละ 100	PCT DM/HT

กิจกรรม	กลุ่มเป้าหมายและจำนวน	ระยะเวลา	รายละเอียดงบประมาณ (จำแนกรายการ รายการกิจกรรม)	จำนวนเงิน (บาท)	วิธีการประเมินผล (input process output)	ผลงาน (ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น)	ผู้รับผิดชอบ
2. ประเมินศักยภาพ/ความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต	พยาบาล 32 คน	พย 64			มีผลการประเมินความรู้ของพยาบาล		พัชรี
3. ประชุมชี้แจง สื่อสารทีมแพทย์ พยาบาลที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับแนวปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแล ส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต	แพทย์ 6 พยาบาล 32 คน	ธค 64			ผู้เกี่ยวข้อง มีความรู้สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง		พัชรี
4. จัดระบบส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะ CKD Stage 3-5 เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว 4 ด้านทุกราย (มีคลินิกทุกวันพฤหัสบดี)	ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต 834 คน	ต.ค.64- ก.ย.65			ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะ CKD Stage 3-5 ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยทีมสหวิชาชีพ		PCT DM/HT
5. มีการสั่งใช้/พบทวน ติดตามการเข้ายา และปรับขนาดการใช้ยาอย่างเหมาะสมในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต โดยใช้โปรแกรมคำนวณยา วงล้อไตและโปรแกรม NCD Risk ในการ monitor	แพทย์ เภสัชกร	ต.ค.64- ก.ย.65			ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตได้รับยาเหมาะสม ถูกต้อง	อัตราผู้ป่วยเบาหวานมี Microalbuminuria ที่ได้รับการรักษาด้วยยา ACE Inhibitor หรือ ARB มากกว่าร้อยละ 60	วิทยา
1.1. ติดตามประเมินผล เพื่อพัฒนาปรับปรุงการดำเนินงาน เป็นระยะทุก 3 เดือน		ธค 64, มีค, มิย, กย 65			มีผลการดำเนินงาน, ปัญหา และการแก้ไขปัญหาเข้าทีม PCT DM ทุก 3 เดือน		พัชรี
ลด DM, HT รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง							
1. วิเคราะห์ข้อมูล ปัญหา ผลการดำเนินงานติดตามกลุ่มเสี่ยง DM, HT ปี 2564 ร่วมกับเครือข่าย เพื่อปรับแนวทางการทำงาน		ต.ค 64				ร้อยละของกลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยเบาหวานได้รับการติดตามมากกว่าร้อยละ 80	พัชรี

กิจกรรม	กลุ่มเป้าหมายและจำนวน	ระยะเวลา	รายละเอียดงบประมาณ (จำนวนรายการ รายการกิจกรรม)	จำนวนเงิน (บาท)	วิธีการประเมินผล (input process output)	ผลงาน (ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น)	ผู้รับผิดชอบ
2. ประสานทีมรพสต. ในเครือข่ายตั้งรายชื่อกลุ่มเสี่ยง DM,HT ที่ต้องติดตาม BP(Home BP) /ติดตาม FBS ผ่านโปรแกรม HDC เพื่อติดตามซ้ำ และตั้งเข้าระบบ ทุก 1-3 เดือน		พ.ย 64-ก.ย 65			มีผลการดำเนินงานเพิ่มขึ้น	ร้อยละของกลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูง ได้รับการติดตามมากกว่าร้อยละ 80	พัชรี/ชนิษฐา
3. มีการติดตามงานทุก 3 เดือนโดยใช้ข้อมูลรายการรพสต. เพื่อปรับกลยุทธ์/กระบวนการในการทำงานร่วมกับรพสต.		ธค 64 ,มีค,เมย, กย 65					พัชรี/ชนิษฐา
4. ประเมินผลเพื่อหาโอกาสพัฒนาเป็นระยะๆทุก 3 เดือน		ธค 64 ,มีค,เมย, กย 65					พัชรี/ชนิษฐา
พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่							
1. เพิ่มทักษะการใช้เครื่องตรวจตาเพิ่มเติมแก่เจ้าหน้าที่พยาบาล/เจ้าหน้าที่รพสต. ในเครือข่าย(กรณีสถานการณ์ Covid-19 ไม่คลี่คลายปรับเปลี่ยนได้)	พยาบาล 8 คน/รพสต. 18 คน (สะดวก) วิทยากร 2 คน	มค.65	ค่าอาหารว่างเจ้าหน้าที่วิทยากร 30 คน X 25 บาท X 2 มื้อ, ค่าอาหารกลางวันเจ้าหน้าที่/วิทยากร 30 คน 50 บาท x 1 มื้อ	3,000	ผู้เกี่ยวข้อง มีความรู้สามารถ ปฏิบัติได้ถูกต้อง		พัชรี
2. ประชุมชี้แจง สื่อสารแพทย์ พยาบาลที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับแนวปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแล ส่งต่อผู้ป่วย เบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต	แพทย์ 6 พยาบาล 32 คน	ธค 64	ค่าอาหารว่างเจ้าหน้าที่ 38 คน X 25 บาท X 1 มื้อ	950	ผู้เกี่ยวข้อง มีความรู้สามารถ ปฏิบัติได้ถูกต้อง		พัชรี
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น				4,150			

หมายเหตุ :

ลำดับที่ :

โครงการตอบสนองยุทธศาสตร์ งานพัฒนา งานประจำ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 : พัฒนาระบบบริหารให้เป็นระบบบริหารจัดการที่ดีมีประสิทธิภาพ

เป้าประสงค์ : มีการบริหารจัดการที่ดี มีเสถียรภาพ

กลยุทธ์ / กลวิธี

โครงการ : ซ่อมแผนกอค์กัยและสารเคมีรื้อไว้หอโรงพยาบาลดงเบงชาร์

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติได้ถูกต้องเมื่อเกิดอค์กัย

ตัวชี้วัด : (ตัวชี้วัดโครงการ) ร้อยละ 70 ของบุคลากรในโรงพยาบาลดงเบงชาร์มีความรู้และระงับอค์กัยไม่โรงพยาบาล

หลักการและเหตุผล

เนื่องจากปัจจุบันประเทศไทยประสบปัญหาอุบัติเหตุร้ายแรงและหลายรูปแบบไม่ว่าจะเป็นอุบัติเหตุที่เกิดจากธรรมชาติหรือเกิดจากการกระทำของมนุษย์ คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยโรงพยาบาลดงเบงชาร์ ได้ตระหนักและเล็งเห็นถึงความสำคัญขอความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล ตลอดจนผู้มารับบริการไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยหรือญาติที่ติดตามมาด้วย จึงกำหนดให้มีการจัดโครงการซ่อมแผนกอค์กัยและสารเคมีรื้อไว้หอโรงพยาบาลดงเบงชาร์ขึ้น

กิจกรรมหลัก	กลุ่มเป้าหมาย และจำนวน	ระยะเวลา ระบุเดือน	ระบุไตรมาส				รายละเอียดงบประมาณ	จำนวน บาท	แหล่งงบประมาณ(ระบุ)	วิธีการประเมินผล (input process output)	ผลงาน	ผู้รับผิดชอบ
			1	2	3	4						
ประชุมเตรียมความพร้อมกับ หน่วยงานทั้งภายในและภายนอก	50คน	กุมภาพันธ์	/				ค่าอาหารว่างมื้อละ25บาท x50คน	เงินบำรุงโรงพยาบาล	มีความคืบหน้าในการ จัดเตรียมโครงการ		นุชนัดดา	
กิจกรรมอบรมวิชาการ							ค่าวิทยากร 2คนX5ชม.X600บาท		เจ้าหน้าที่มีความรู้			
							ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม วิทยากรและผู้เข้าร่วมอบรม จำนวน2รุ่นๆละ 100คนX 25 บาท X 2 มื้อ			เรื่องอค์กัย		

กิจกรรมหลัก	กลุ่มเป้าหมาย และจำนวน	ระยะเวลา ระบุเดือน	ระบุไตรมาส				รายละเอียดงบประมาณ	จำนวน บาท	แหล่งงบประมาณ(ระบุ)	วิธีการประเมินผล (input process output)	ผลงาน	ผู้รับผิดชอบ
			1	2	3	4						
							ค่าอาหารกลางวันแคววิทยากร ผู้ช่วยและทีมผู้จัด 20 คน X 50 บาท	1,000 บาท				
กิจกรรมซ่อมแผนอีซีอีภัย							ค่าวิทยากร 2คน X 5ชม. X 600บาท	6,000 บาท		เจ้าหน้าที่มีความรู้ไม่ การรับมือเมื่อ		
							ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม 150 คน X 25บาท X 1มือ	3,750 บาท		เกิดเหตุฉุกเฉิน		
							ค่าน้ำมันเชื้อเพลิง	2,000 บาท				
							ค่าไวโรลโคตรงการ	1,000 บาท				
							ค่าวัสดุอื่นๆ	1,000 บาท				
							รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	29,500				

หมายเหตุ :

ลำดับที่ :

โครงการตอบสนองยุทธศาสตร์ งานพัฒนา งานประจำ

- 1) ยุทธศาสตร์ 2 : พัฒนาระบบบริหารให้เป็นระบบบริหารจัดการที่ดีมีประสิทธิภาพ
- 2) ตอบแผนจังหวัด/ประเด็นจังหวัด : การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ (IT Smart)
- 3) ตอบแผนหน่วยบริการ/กลุ่มงาน/ฝ่าย : งานประกันสุขภาพยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์

โครงการ : พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล Smart Hospital

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : งานประกันสุขภาพยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลปาดังเบซาร์

หลักการและเหตุผล : ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ภายใต้นโยบายไทยแลนด์ 4.0 ในการยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น ด้วยการลงทุนด้านนวัตกรรมและเทคโนโลยี ภายใต้วิสัยทัศน์ ประเทศไทยมั่นคง มั่งคั่ง
 วัตถุประสงค์ 1. เพื่อสนับสนุนการจัดบริการภายในโรงพยาบาล ลดขั้นตอนการปฏิบัติ และเพื่อความสะดวกรวดเร็วในการรับบริการที่มีคุณภาพดี

2. เพื่อพัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากรของโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัด : 1. โรงพยาบาลพัฒนาสู่ Smart Hospital

2. โรงพยาบาลมีคุณภาพทางด้านสารสนเทศตามเกณฑ์มาตรฐาน HAIT

กิจกรรมหลัก	กลุ่มเป้าหมาย และจำนวน	ระยะเวลา ระบุดีอน	ระบุดีอน				รายละเอียดงบประมาณ	จำนวน (บาท)	วิธีการประเมินผล (Input Process)	ผลงาน	ผู้รับผิดชอบ
			1	2	3	4					
1. อบรมการใช้โปรแกรม HOSXP V.4 หรือ HOSXP XE	บุคลากรที่บันทึก ข้อมูลของ	หน่วยงานและ 1 วัน					ค่าอาหารกลางวัน 50 บาท x 70 คน	3,500	1. ความถูกต้องของการบันทึกข้อมูลใน โปรแกรมHOSXP V.4 หรือ HOSXP XE	1. IM 2. งานสารสนเทศ (IT)	
2. อบรมความรู้เกี่ยวกับมาตรฐาน HAIT	บุคลากรทั้งหมดใน โรงพยาบาล	1 วัน					ค่าอาหารกลางวัน 50 บาท x 100 คน	5,000	1. โรงพยาบาลมีคุณภาพทางด้านสารสนเทศ ตามเกณฑ์มาตรฐาน HAIT	1. IM 2. งานสารสนเทศ (IT)	
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น								8,500			

หมายเหตุ :

กิจกรรมหลัก	กลุ่มเป้าหมาย และจำนวน	ระยะเวลา ระบุเดือน	ระบุไตรมาส				รายละเอียดงบประมาณ	จำนวน บาท	แหล่งงบประมาณ(ระบุ)	วิธีการประเมินผล (input process output)	ผลงาน	ผู้รับผิดชอบ
			1	2	3	4						
โครงการอบรมความรู้เรื่องวัณโรค	เจ้าหน้าที่พยาบาล100%	มิย65	/			1.ค่าเอกสารการประชุม50ชุด ชุดละ30บาท 2.ค่าอาหารว่างที่ชมประชุม+อบรมจำนวน50 คนคนละ25บาท 3.ค่าอาหารกลางวันในการจัดประชุม50คน คนละ50บาท	1,500	เงินบำรุงรพ	การทดสอบก่อนและรักษาได้	เจ้าหน้าที่มีความรู้สามารถดูแลผู้ป่วยวัณโรคตามมาตรฐานการ รักษาได้	TB clinic	
จัดนิทรรศการ วัณโรคโลก	ประชาชนที่มารับบริการที่รพ	พค65	/			1.ค่าแผ่นป้ายประชาสัมพันธ์ขนาด1.5x1เมตร 2.ค่าเอกสารการคัดกรองวัณโรค100 แผ่น	500	เงินบำรุงรพ	จากแบบประเมิน ความรู้ผู้เข้า รับชมนิทรรศการ	ผู้เข้าชมนิทรรศการมีความรู้เพิ่ม มากขึ้น	ศรัญญา	
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น												
หมายเหตุ :												

กิจกรรมหลัก	กลุ่มเป้าหมาย และจำนวน	ระยะเวลา ระบุเดือน	ระบุไตรมาส				รายละเอียดงบประมาณ	จำนวน บาท	แหล่งงบประมาณ(ระบุ)	วิธีการประเมินผล (input process output)	ผลงาน	ผู้รับผิดชอบ
			1	2	3	4						
3. ค้นหาชุมชน ติดตามผู้ป่วยในรายที่ไม่มาตามนัด โดยโทรศัพท์ และให้พื้นที่ อสม. รพสต. ติดตามต่อ	ผู้ป่วย ญาติ เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 13 คน	ตค 64 - กย 65					3,600		ผู้ป่วยมารับการรักษา ต่อเนื่อง ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องไม่ขาด ยาร้อยละ 80	1. ผู้ป่วยจิตเวชในคลินิก ได้รับการดูแลต่อเนื่องไม่ขาด ยาร้อยละ 80	ทีมสุขภาพจิต	
4. ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชกลุ่ม SMIVกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน	ผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 13 คน	มค 65 - มีย 65							ผู้ป่วยได้รับการติดตามเยี่ยม ไม่มีอาการกำเริบ หากมีอาการ ได้รับการดูแลต่อเนื่อง	1.ผู้ป่วยได้รับการติดตามเยี่ยม บ้านเดือนละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 6 เดือน	ทีมสุขภาพจิต	
5. จัดเข้าค่ายหักค่างคืน 2 วัน 1 คืน เพื่อฝึกทักษะการสื่อสารทักษะสังคมต่างๆ ลดทราบป แก้ผู้ป่วย ญาติและเจ้าหน้าที่ จำนวน 50 คน ขอให้ผู้ป่วยอยู่ในสังคม ได้ป้องกันกำเริบเป็นซ้ำ	ผู้ป่วย ญาติ เจ้าหน้าที่ จำนวน 50 คน	สค.65 -กย.65					39,400		ประเมินความพึงพอใจ สังเกต การสื่อสาร การปรับตัว การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่	1. ผู้ป่วยจิตเวชในคลินิก ได้รับการดูแลต่อเนื่องไม่ขาด ยาร้อยละ 80 2.คนในชุมชนเข้าใจและยอมรับผู้ป่วย ที่เข้าร่วมโครงการร้อยละ 80	ทีมสุขภาพจิต	

กิจกรรมหลัก	กลุ่มเป้าหมาย และจำนวน	ระยะเวลา	ระบุไตรมาส				รายละเอียดงบประมาณ	จำนวน บาท	แหล่งงบประมาณ(ระบุ)	วิธีการประเมินผล (input process output)	ผลงาน	ผู้รับผิดชอบ
			1	2	3	4						
11. ให้ความรู้และคัดกรองโรคซึมเศร้า และเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในชุมชน	ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อสม. และเจ้าหน้าที่รพสต. ผู้สนใจในชุมชนในเขต PCU จำนวน 50 คน	ตค 64 - กย 65					ค่าวิทยากรชั่วโมงละ 600 บาท x 6ชม. เป็นเงิน 3,600 บาท ค่าอาหารว่างและ เครื่องดื่ม คนละ 50 บาท ค่าอาหารกลางวัน 50 บาท จำนวน 50 คน เป็นเงิน 2,500 บาท เอกสารประกอบการประชุม ชุดละ 20 บาท 50 ชุด เป็นเงิน 1,000 บาท iva 1 อัน เป็นเงิน 2,500 บาท ค่าสมุดบันทึกเล่มละ 15 บาท จำนวน 50คน เป็นเงิน 750 บาท ปากกาเล่มละ 5 บาท จำนวน 50คน เป็นเงิน 250บาท รวมเงิน 10,600บาท	10,600		แบบประเมินความรู้ก่อนหลัง แบบประเมินความพึงพอใจ	1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการร้อยละ 37 2. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการดูแลร้อยละ 80	
6. คัดกรองโรคซึมเศร้าในคลินิก NCD ทูรกายที่มารับการรักษา ในแต่ละครั้ง โดยเจ้าหน้าที่ประจำคลินิก NCD และจุดซักประวัติผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน		ตค 64 - กย 65							ผู้ป่วย NCD ทุกรายได้รับการประเมินโรคซึมเศร้า	1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการร้อยละ 63	ทีมสุขภาพจิต	
7. ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองมีผลคะแนน 9Q > 7 ส่งเข้าคลินิกสุขภาพจิตทุกราย เพื่อดูแลอย่างต่อเนื่อง		ตค 64 - กย 65							ผู้ป่วย โรคซึมเศร้า ได้รับการดูแลต่อเนื่อง	1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการดูแลร้อยละ 80	ทีมสุขภาพจิต	
8. ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายได้รับการดูแลช่วยเหลือ รักษา ในระยะวิกฤต ถูกเฝ้า Admit / Refer และติดตามต่อเนื่องทุกเดือนอย่างน้อย 3 เดือน		ตค 64 - กย 65							ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายได้รับการดูแลรักษา ติดตาม ไม่ฆ่าตัวตายซ้ำภายใน 3 เดือน	1. ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายได้รับการดูแลเฝ้าระวังไม่ฆ่าตัวตายซ้ำภายใน 3 เดือน ร้อยละ 80	ทีมสุขภาพจิต	
9. ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจาก ชุมชน รพสต. และร.พ.อื่นที่ส่งกลับมารับการประเมินซ้ำ ตรวจวินิจฉัย รักษาและดูแลรักษาต่อ		ตค 64 - กย 65							ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ส่งต่อมาได้รับการดูแลต่อเนื่อง	2. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการดูแลร้อยละ 80	ทีมสุขภาพจิต	
10. จัดทำสมุดประวัติผู้ป่วยจิตเวช 200 เล่ม เล่มละ 50 บาท	ผู้ป่วย 200 คน	ตค 64 - กย 65				10,000 บาท	10000				ทีมสุขภาพจิต	

กิจกรรมหลัก	กลุ่มเป้าหมาย และจำนวน	ระยะเวลา ระบุเดือน	ระบุไตรมาส				รายละเอียดงบประมาณ	จำนวน บาท	แหล่งงบประมาณ(ระบุ)	วิธีการประเมินผล (input process output)	ผลงาน	ผู้รับผิดชอบ
			1	2	3	4						
11. พัฒนาศูนย์การเรียนรู้ในทีมสุขภาพจิตและจิตเวช อบรมภายในและภายนอกจังหวัดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งต่อคน	พยาบาลวิชาชีพ 1คน	ตค 64 - กย 65					อบรม PG จิตเวช 4 เดือน 1 คน 30,000 บาท เป็นเงิน 30,000 บาท	30000				ทีมสุขภาพจิต
12. ติดตามประเมิน และสรุปผลการดำเนินงานกลุ่มที่มี EQ ต่ำกว่าเกณฑ์ และกลุ่มปกติหลังเข้าร่วมกิจกรรม		ตค 64 - กย 65					จัดทำรูปเล่มสรุปผลการดำเนินงาน จำนวน 5 เล่ม เล่มละ 250 บาท รวมเงิน 1,000 บาท	1000		ผลการประเมิน EQ		ทีมสุขภาพจิต
13. กระตุ้นพัฒนาการเด็กเล็กซ์และเด็กผิดปกติโดยใช้อุปกรณ์ของเล่นกระตุ้นพัฒนาการ (จัดซื้อของเล่น จำนวน 20,000 บาท)		ตค 64 - กย 65					20,000 บาท	20000		ผลการประเมิน EQ		ทีมสุขภาพจิต
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น								114,600				

หมายเหตุ :

ลำดับที่ :

✓ โครงการตอบสนองยุทธศาสตร์ งานพัฒนา งานประจำ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค

เป้าประสงค์ : ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลและชุมชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

กลยุทธ์ / กลวิธี 1. ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 2. ชุมชนแบบต้นสุขภาพ 3. โรงเรียนต้นแบบสุขบัญญัติ

โครงการ : ไร้โรค มาคนละครั้ง

วัตถุประสงค์ : 1. เพื่อส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่และประชาชนในเครือข่ายมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3อ2ส

2. เพื่อขยายชุมชนต้นแบบต้นสุขภาพสู่ชุมชนอื่น

3. เพื่อสร้างโรงเรียนต้นแบบสุขบัญญัติ

4. เพื่อมีกิจกรรมออกกำลังกายสัปดาห์ละครั้ง

ตัวชี้วัด : 1. ร้อยละ 100 ของเจ้าหน้าที่BMIปกติสามารถระดับBMIให้อยู่ในระดับที่ปกติ

2. ร้อยละ 70 เจ้าหน้าที่BMIเกินสามารถมีBMIลดลง/คงที่

3. ร้อยละ 80 มีผู้ที่มีBMIเกินหรือผู้สนใจเข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกาย

4. มีชุมชนต้นแบบปีละ 1 แห่ง

5. เกิดโรงเรียนต้นแบบสุขบัญญัติ 1 แห่ง

หลักการและเหตุผล : โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศไทย จากรายงานสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2550 - 2559 ของสำนักงานสถิติสาธารณสุข อัตรารายด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ได้แก่

โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน พบว่ามีอัตราการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกโรค

กิจกรรมหลัก	กลุ่มเป้าหมาย และจำนวน	ระยะเวลา ระบุเดือน	ระบุไตรมาส				รายละเอียดงบประมาณ	จำนวน บาท	วิธีการประเมินผล (input process output)	ผลงาน	ผู้รับผิดชอบ
			1	2	3	4					
1. คัดกรองและ ส่งเสริมสุขภาพ	เจ้าหน้าที่รพ., เครือข่าย 200 คน	ก.พ.-มี.ค. 65	✓				1. ตรวจสุขภาพ 200 คน	เจ้าหน้าที่และเครือข่าย ได้รับการตรวจสุขภาพ	เจ้าหน้าที่ได้รับ การตรวจสุขภาพทุกคน	วัชร ชิตมณี	

กิจกรรมหลัก	กลุ่มเป้าหมาย และจำนวน	ระยะเวลา ระบุเดือน	ระบุไตรมาส				รายละเอียดงบประมาณ	จำนวน บาท	วิธีการประเมินผล (input process output)	ผลงาน	ผู้รับผิดชอบ
			1	2	3	4					
2.ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ ด้วยหลัก3อ2สเข้า (DPAC)	เจ้าหน้าที่,ผู้ให้บริการ	ก.พ.-ก.ย.65	√			√	1.แจ้งให้จนท.และผู้รับบริการเข้ารับบริการคลินิกปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพหลัก3อ2ส สำหรับผู้ที่มีค่า BMI(ค่าปกติ 18.5-22.9) เกิน เสียงโรคเบาหวาน ,ความดันโลหิตตา	5,000	1.เจ้าหน้าที่BMIปกติ สามารถคงระดับBMIให้ อยู่ในระดับที่ปกติ	เจ้าหน้าที่และ ผู้รับบริการมีสุขภาพ ที่ดีขึ้น เปลี่ยน พฤติกรรมตนเองได้ อย่างเหมาะสม	
									2.ร้อยละ70 เจ้าหน้าที่ BMIเกินสามารถมีBMI ลดลง/คงที่		
							2.เสริมพลังเจ้าหน้าที่ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ3อ2 สและควบคุม BMI				
							-ประกาศใช้คู่มือ จำนวน 10รางวัล และของขวัญ10ชิ้น				

กิจกรรมหลัก	กลุ่มเป้าหมาย และจำนวน	ระยะเวลา ระบุเดือน	ระบุไตรมาส				รายละเอียดงบประมาณ	จำนวน บาท	วิธีการประเมินผล (input process output)	ผลงาน	ผู้รับผิดชอบ
			1	2	3	4					
3. ขยายชุมชน ต้นแบบด้าน สุขภาพสู่ชุมชนอื่น ,สร้างโรงเรียน ต้นแบบด้าน สุขภาพ และมี กิจกรรมออก กำลังกายสู่ผู้ กำลังกายแข็งแรง เดือนละ1ครั้ง	1.ชุมชน โรงเรียนในเครือข่ายโรงพยาบาลป่าติ่งเบซาร์	ต.ค.-ก.ย.65					1.ประชุมชี้แจงเครือข่าย คำอาหาร ว่างมือ 25*15 คำอาหารกลางวัน ว่างมือ 50*15	1.เกิดชุมชนต้นแบบ ด้านสุขภาพ 1ชุมชน 2. โรงเรียนต้นแบบสุข บัญญัติ 1แห่ง 3.จัด กิจกรรมออกกำลังกาย สัปดาห์ละ1ครั้ง	ประชาชนมีสุขภาพที่ ดีขึ้น ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมตนเองได้ อย่างเหมาะสม		
							750				
							750				
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น							6,500				

หมายเหตุ :

หมายเหตุ : ทุกรายการสามารถถัวเฉลี่ยกันได้

ลำดับที่ :

✓ โครงการตอบสนองของยุทธศาสตร์ งานพัฒนา งานประจำ
ยุทธศาสตร์ที่ 4 : พัฒนาศูนย์การเรียนรู้ให้มีความรู้ มีความสุขและพึงพอใจ

เป้าหมายประสงค์ : เพื่อให้บุคลากรมีความสามารถ มีคุณธรรม จริยธรรม และมีความสุขในการทำงาน

กลยุทธ์ / กลวิธี : พัฒนาศูนย์การเรียนรู้ให้บุคลากรมีความรู้ มีคุณธรรม และสามารถนำอัตลักษณ์ของโรงพยาบาลมาใช้ในการ

โครงการ : โครงการพัฒนาศูนย์การเรียนรู้ให้บุคลากร

วัตถุประสงค์ : 1. เพื่อพัฒนาบุคลากรให้มีศักยภาพ

2. เพื่อพัฒนาบุคลากรให้มีคุณธรรม จริยธรรม

3. เพื่อให้บุคลากรมีความสุข ความพึงพอใจในการทำงาน

ตัวชี้วัด : 1. ร้อยละ 80 ของหน่วยงานผ่านสมรรถนะ

2. ร้อยละ 80 ของบุคลากรในโรงพยาบาลผ่านอัตลักษณ์

3. ดัชนีความสุขของบุคลากรในโรงพยาบาลมากกว่า ร้อยละ 80

หลักการและเหตุผล

บุคลากรมีความสำคัญต่อองค์กรในการพัฒนาบุคลากรต้องมีการพัฒนาความรู้ความสามารถ และส่งเสริมสนับสนุนการทำงานของบุคลากรและสร้างความสุขให้แก่บุคลากร

กิจกรรมหลัก	กลุ่มเป้าหมาย และจำนวน	ระยะเวลา	ระบุไตรมาส				รายละเอียดงบประมาณ	จำนวน บาท	วิธีการประเมินผล (input process output)	ผลงาน	ผู้รับผิดชอบ
			1	2	3	4					
ด้านสมรรถนะ	บุคลากรทั้งหมด ในโรงพยาบาล	ระบุเดือน	1	2	3	4					
1.โครงการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากร		1 วัน	/						1. ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมการจัดนวัตกรรม 2. จำนวนผลงานนวัตกรรมของเจ้าหน้าที่ที่ส่งเข้าประกวด	โรงพยาบาลมีนวัตกรรมและผลงานใหม่ๆของเจ้าหน้าที่	HRD
							5,000				
							5,000				
							1. ค่าวัสดุทั่วไป 2.ค่าอาหารกลางวัน 50x100คน				

กิจกรรมหลัก	กลุ่มเป้าหมาย และจำนวน	ระยะเวลา ระบุเดือน	ระบุไตรมาส				รายละเอียดของปริมาณ	จำนวน บาท	วิธีการประเมินผล (input process output)	ผลงาน	ผู้รับผิดชอบ
			1	2	3	4					
หมายเหตุ : ทุกรายการสามารถวัดผลได้							3.คำอาหารว่าง 50บx100คน	5,000			
							4.คำทำไวโรลในการส่งผลงานรวม 5 ประเภท ได้แก่	5,000			
							4.1 โปสเตอร์ presentation				
							4.2 oral Presentation				
							4.3 หนังสั้น				
						4.4 ภาพประทับใจ					
						4.5 นวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์					
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น								20,000			

หมายเหตุ :

ลำดับที่ :

✓ โครงการตอบสนองยุทธศาสตร์ งานพัฒนา งานประจำ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 : พัฒนาบุคลากรให้สมรรถนะ มีความสุขและพึงพอใจ

เป้าประสงค์ : เพื่อให้บุคลากรมีความสามารถ มีคุณธรรม จริยธรรม และมีความสุขในการทำงาน

กลยุทธ์ / กลวิธี : พัฒนาสมรรถนะของบุคลากร และส่งเสริมให้บุคลากรมีความรู้ มีคุณธรรม และสามารถนำอัตลักษณ์ของโรงพยาบาลมาปรับใช้

โครงการ : โครงการพัฒนาคุณธรรมและจริยธรรม

วัตถุประสงค์ : 1. เพื่อพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้

2. เพื่อพัฒนาบุคลากรให้มีคุณธรรม จริยธรรม

3. เพื่อให้บุคลากรมีความสุข ความพึงพอใจในการทำงาน

ตัวชี้วัด : 1. ร้อยละ 80 ของหน่วยงานผ่านสมรรถนะ

2. ร้อยละ 80 ของบุคลากรในโรงพยาบาลผ่านอัตลักษณ์

3. ดัชนีความสุขของบุคลากรในโรงพยาบาลมากกว่า ร้อยละ 80

หลักการและเหตุผล

บุคลากรมีความสำคัญต่อองค์กรในการพัฒนาบุคลากรต้องมีการพัฒนาความรู้ความสามารถ และส่งเสริมสนับสนุนการทำงานของบุคลากรและสร้างความสุขให้แก่บุคลากร

กิจกรรมหลัก	กลุ่มเป้าหมาย และจำนวน	ระยะเวลา ระบุเดือน	ระบุไตรมาส			รายละเอียดงบประมาณ	จำนวน บาท	วิธีการประเมินผล (input process output)	ผลงาน	ผู้รับผิดชอบ	
			1	2	3						4
3.โครงการอบรมคุณธรรมและจริยธรรม	บุคลากรใน โรงพยาบาล	1 วัน					2,500	จำนวนเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ คุณธรรมและความโปร่งใส	เจ้าหน้าที่ ปฏิบัติตามกฎ ระเบียบของ โรงพยาบาล	HRD	
							2,500	ค่าอาหารว่าง 25x60คนx2มื้อx1วัน			
							2,500	ค่าเอกสาร 50คนx50บ			

กิจกรรมหลัก	กลุ่มเป้าหมาย และจำนวน	ระยะเวลา ระบุเดือน	ระบุไตรมาส				รายละเอียดงบประมาณ	จำนวน บาท	วิธีการประเมินผล (input process output)	ผลงาน	ผู้รับผิดชอบ
			1	2	3	4					
หมายเหตุ : ทุกรายการสามารถแล้วเสร็จกันได้							ค่าวิทยากร 600x6ชม	3,600			
								11,100			
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น											

หมายเหตุ :

