

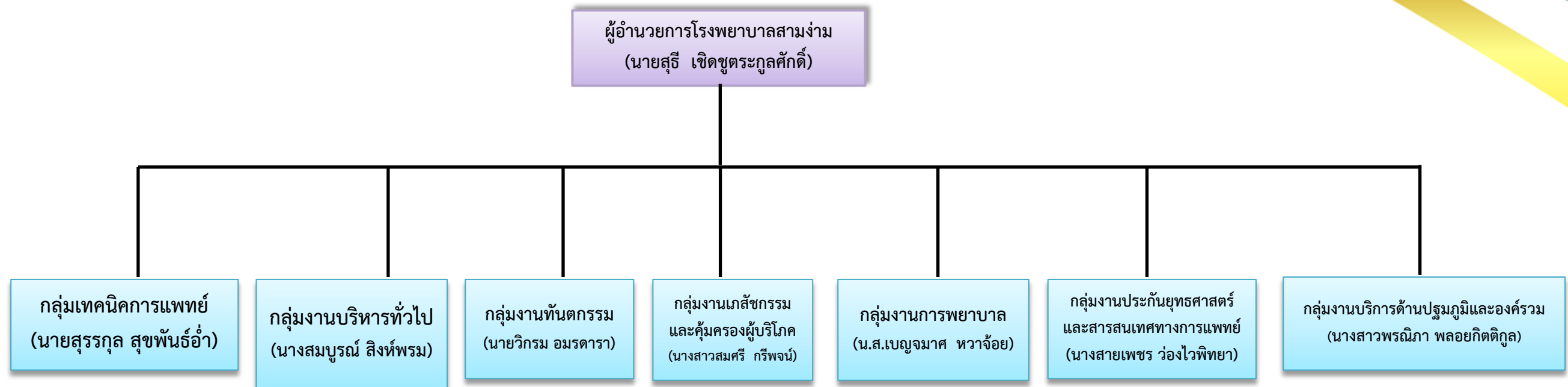


โรงพยาบาลสามง่าม
“บริการดี มีมาตรฐาน โรงพยาบาลน่าอยู่”

HUMAN RESOURCES



โครงสร้างคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบุคลากร



เป้าหมาย



เพียงพอ เก่ง ดี มีสุข

GMCPM



การวิเคราะห์ความเพียงพอของบุคลากร ตามกรอบ FTE กระทรวง (ว.1707)

สายงาน	กรอบชั้นต่ำ	กรอบชั้นสูง	จำนวนที่มีปี 2563	จำนวนที่ต้องการเพิ่ม	หมายเหตุ
แพทย์	6 คน	7 คน	4	2	รอจัดสรร
ทันตแพทย์	3 คน	4 คน	4	-	-
เภสัชกร	4 คน	5 คน	4	-	-
พยาบาลวิชาชีพ	37 คน	40 คน	37	-	-
นักเทคนิคการแพทย์/จพ.วิทย์ฯ	3 คน	3 คน	2/2	-	-
นักจัดการงานทั่วไป	1 คน	1 คน	2	-	-
นักกายภาพบำบัด	3 คน	3 คน	4	-	-
นักรังสีการแพทย์/เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์	1 คน	2 คน	0/1	1	รอรับตำแหน่งข้าราชการเกษียณ
นักวิชาการสาธารณสุข	11 คน	13 คน	5	-	-
เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน	3 คน	3 คน	0	1	-
เจ้าพนักงานเวชสถิติ	2 คน	2 คน	1	1	รอจัดสรร
นักวิชาการคอมพิวเตอร์	2 คน	2 คน	2	-	-

การดำเนินการ

1. วิเคราะห์ส่วนขาดตามเกณฑ์ FTE และตามภาระงาน
2. การสรรหาบุคลากรสายวิชาชีพ
 - 2.1 แพทย์ รोजจัดสรรตามข้อตกลงของจังหวัด
 - 2.2 พยาบาลจากการให้ทุนการศึกษาในปี 2564 จำนวน 1 ตำแหน่งและให้ทุนการศึกษารายปีเพื่อทดแทนอัตรากำลังเกษียณ ปี 2566 จำนวน 1 คน, ปี 2567 จำนวน 2 คน
 - 2.3 นักรังสีการแพทย์ รोजจัดสรรทดแทนอัตราเกษียณ ปัจจุบันมีการจ้างเหมาบริการพนักงานผู้ช่วยรังสีการแพทย์
 - 2.4 นักเทคนิคการแพทย์ ไม่เพียงพอตามภาระงานที่รองรับการจัดบริการเครือข่าย เพิ่มอัตราจ้างเหมาบริการ และขอปรับกรอบอัตรากำลังเพิ่มลูกจ้างชั่วคราว 1 ตำแหน่ง
 - 2.5 เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน ได้รับจัดสรรในปี 2564 จำนวน 1 ตำแหน่ง
 - 2.6 เจ้าพนักงานเวชสถิติ ได้รับจัดสรรในปี 2564 จำนวน 1 ตำแหน่ง

การดำเนินการ

3. การสรรหาบุคลากรสายสนับสนุน มีการวิเคราะห์ตามกรอบขั้นต่ำขั้นสูงและตามภาระงานตามนโยบายกระทรวงที่ชะลอการจ้างลูกจ้างชั่วคราว จึงดำเนินการจ้างเหมาบริการ

3.1 พนักงานแปล 1 ตำแหน่ง

3.2 นักประชาสัมพันธ์ 1 ตำแหน่ง

3.3 พนักงานขับรถ 1 ตำแหน่ง

3.4 เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี 1 ตำแหน่ง

3.5 นักวิชาการการเงินและบัญชี 1 ตำแหน่ง

3.6 พนักงานเกษตรพื้นฐาน 1 ตำแหน่ง

3.7 พนักงานบริการ(รปภ) 1 ตำแหน่ง

ห้อง



การดำเนินการ

พัฒนาภายนอก

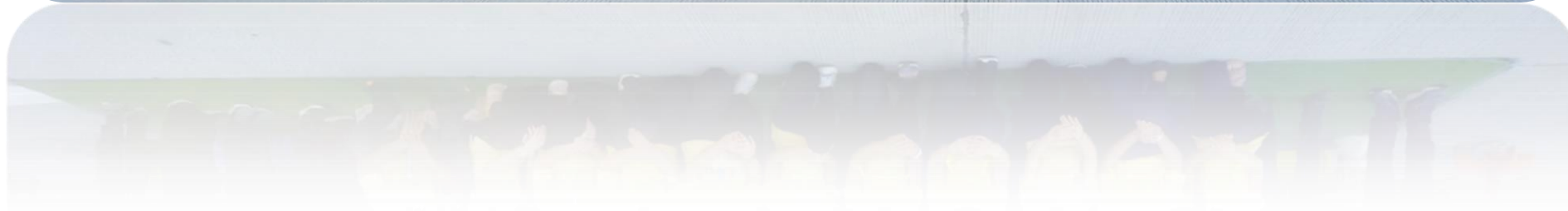
1. สำรวจความต้องการการพัฒนาความรู้
2. หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้างาน กำหนดแผนพัฒนาบุคลากร ตามส่วนขาดในหน่วยงานตนเอง
3. ทีมนำและทีมพัฒนาคุณภาพ ร่วมกำหนดแผนการพัฒนาบุคลากร เพื่อตอบสนองนโยบายและทิศทางขององค์กร เช่น แพทย์ FM, พยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป, ICN, ICWN, Nurse Case Manager NCD, Palliative Care Nurse, เวชปฏิบัติฉุกเฉิน
4. ส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม ภายนอกหน่วยงานตามเกณฑ์กำหนด
5. สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพผู้บริหาร เช่น การอบรมผู้บริหารระดับต้น การอบรมผู้บริหารระดับกลาง การอบรมหลักสูตรผู้บริหารโรงพยาบาล
6. สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพระดับทีม เช่น อบรมหลักสูตรIS การเจรจาไกล่เกลี่ยระดับทีม

การดำเนินการ

พัฒนาภายใน

1. จัดทำโครงการวิชาการรายเดือน (ภายในโรงพยาบาล)
2. มีการประเมิน Core Competency ทุกกลุ่มงาน ส่วนในกลุ่มการพยาบาลได้มีการประเมิน Common Competency และ Functional Competency และเริ่มมีการประเมิน Specific Competency รายโรค
3. การปฐมนิเทศบุคลากรใหม่ การประเมินการทดลองปฏิบัติหน้าที่

๓



การพัฒนาคุณธรรม จริยธรรมบุคลากร

การพัฒนา

- กำหนดยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลในด้านพฤติกรรมบริการ มีคณะทำงานและขับเคลื่อนเป็นแผนปฏิบัติการ
- กำหนดแนวทางพฤติกรรมบริการโดยจัดให้มีคู่มือพฤติกรรมบริการ และหัวหน้างานกำกับติดตาม
- มีการประเมินพฤติกรรมบริการ โดยสอบถามผู้รับบริการ, ช่องทางให้ผู้รับบริการแสดงความคิดเห็นผ่าน QR Code และผู้รับความคิดเห็น เสนอผู้บริหารทุกเดือน และนำมาวางแผนแก้ไขปรับปรุง
- จัดอบรมจริยธรรม/พัฒนาพฤติกรรมบริการ (ESB)
- ประเมินพฤติกรรมบริการในการประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่
- ให้การยกย่องชมเชยเจ้าหน้าที่บริการประทับใจ
- ชมรม strong
- กิจกรรมจิตอาสา ระดับหน่วยงานและระดับอำเภอ



การพัฒนาคุณธรรม จริยธรรมบุคลากร

ผลลัพธ์

- จำนวนข้อร้องเรียนพฤติกรรมบริการลดลง จากปี 2561 จำนวน 4 เรื่อง ปี 2562 ไม่พบข้อร้องเรียนและปี 2563 จำนวน 2 เรื่อง

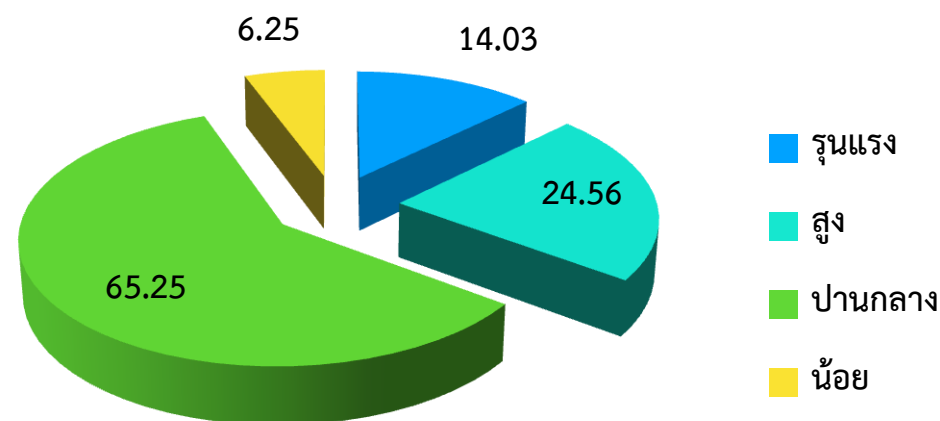
แผนในการพัฒนาต่อ

1. กระตุ้นติดตามประเมินพฤติกรรมบริการอย่างต่อเนื่อง
2. การจัดทำแผนพัฒนารายบุคคล
3. ติดตามประเมินผลหลังการอบรมเชิงคุณภาพให้ชัดเจน



สุขภาพจิตของเจ้าหน้าที่

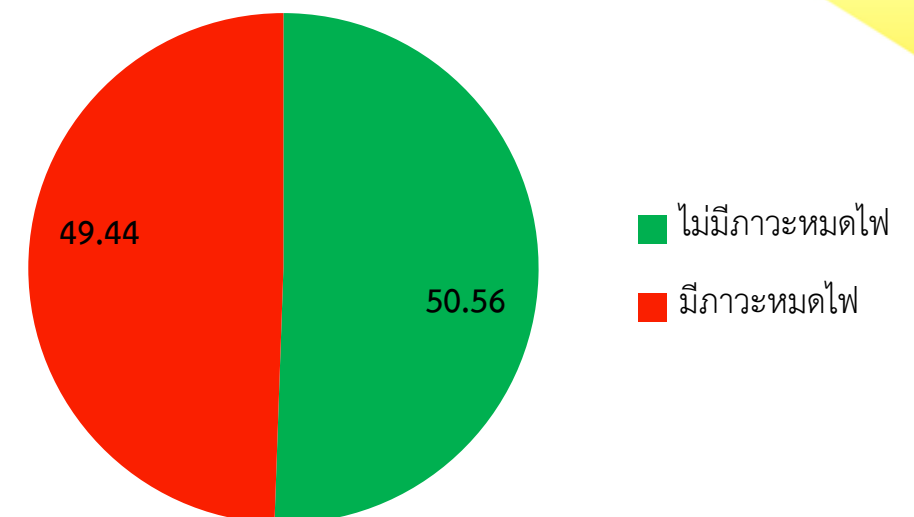
เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการประเมินความเครียด
จำนวน 114 คน คิดเป็นร้อยละ 83.21



การดำเนินการ

1. นักจิตวิทยาให้คำปรึกษาบุคลากรที่มีความเครียดรุนแรง จำนวน 16 คน (100%)
2. ประเมินซ้ำภายใน 2 สัปดาห์ จำนวน 11 คน (68.75%) พบว่าเจ้าหน้าที่ความเครียดรุนแรงเปลี่ยนเป็นน้อย ทั้ง 11 คน

เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการประเมินภาวะหมดไฟ
(Burn out) จำนวน 89 คน คิดเป็นร้อยละ 50.56



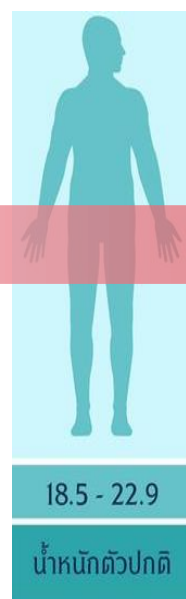
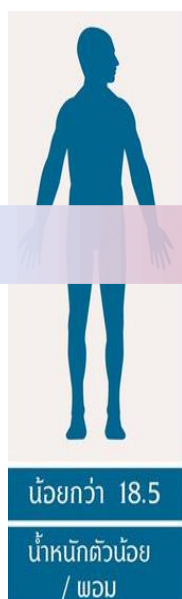
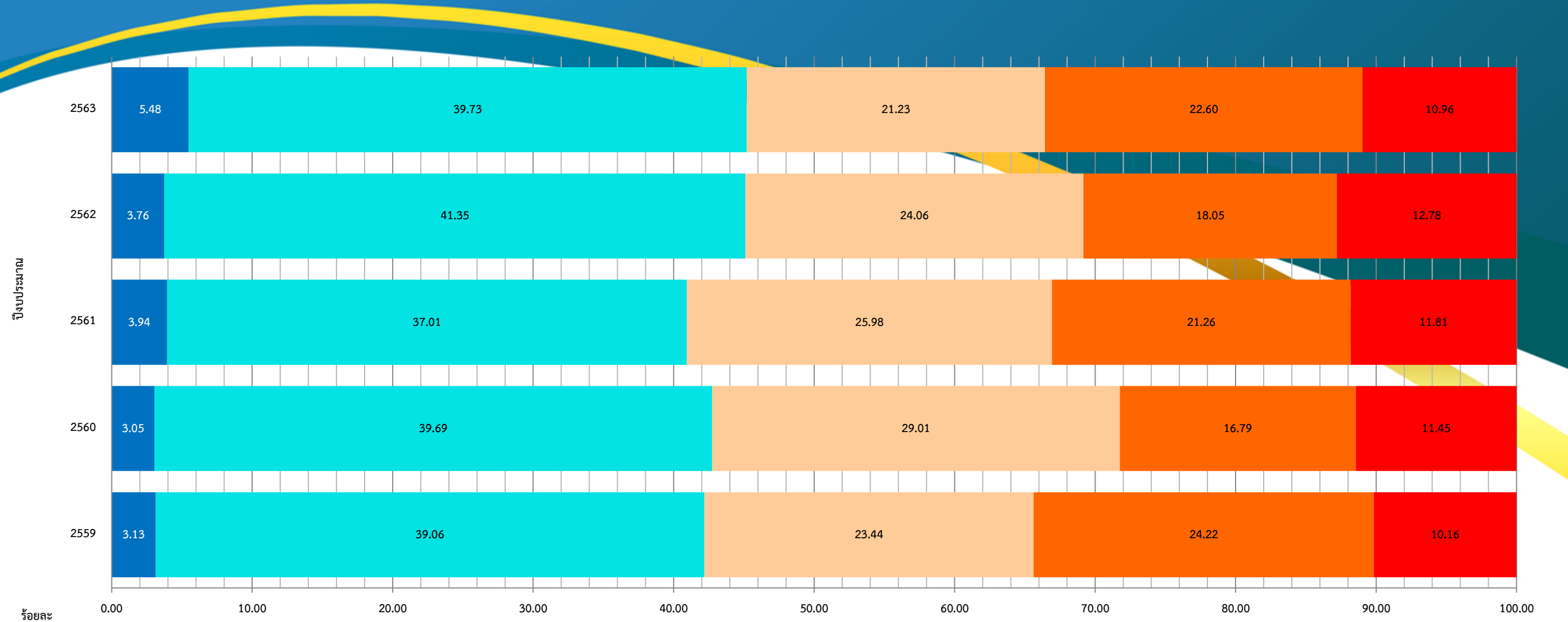
ผลการวิเคราะห์

พบว่า หน่วยงานที่มีภาวะหมดไฟมากที่สุด 3 อันดับ ได้แก่

1. กลุ่มงานทันตกรรม
2. กลุ่มงานเภสัช
3. กลุ่มงานปฐมภูมิ

แผนดำเนินงาน

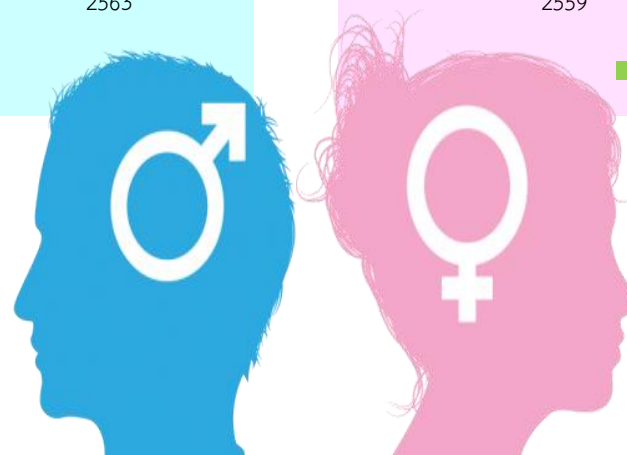
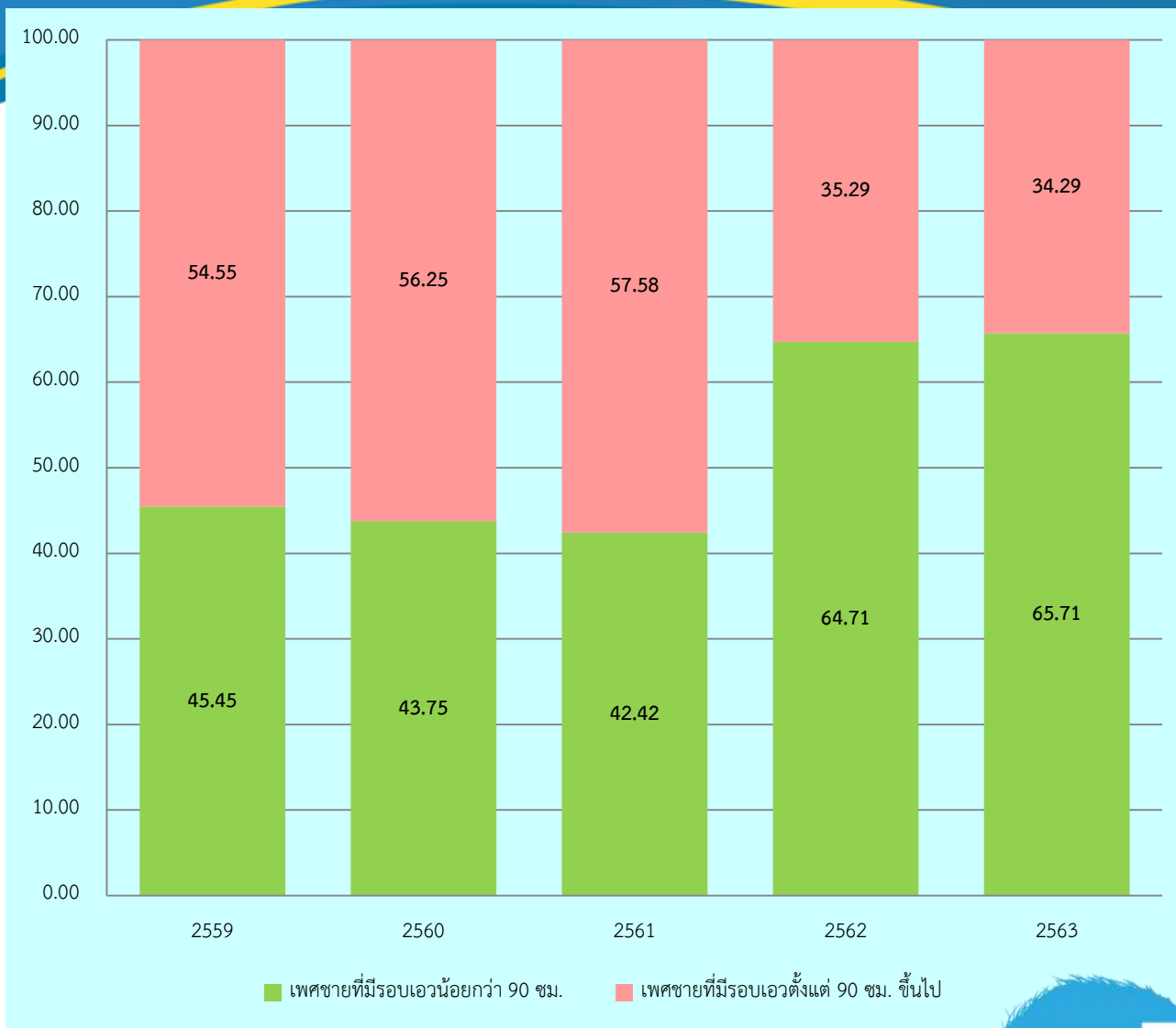
HR ร่วมกับหัวหน้าหน่วยงานที่มีภาวะหมดไฟมากที่สุดวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกเพื่อหาแนวทางแก้ไขต่อไป



ร้อยละค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ของเจ้าหน้าที่

- ค่าดัชนีมวลกาย น้อยกว่า 18.5 (ผอมเกินไป) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น
- ค่าดัชนีมวลกาย 18.5 - 22.9 (ปกติ), 23 - 24.9 (น้ำหนักเกิน) มีแนวโน้มลดลง
- ค่าดัชนีมวลกาย 25.0 - 29.9 (อ้วนระดับที่ 1) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น
- ค่าดัชนีมวลกาย มากกว่า 30.0 (อ้วนระดับที่ 2) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น



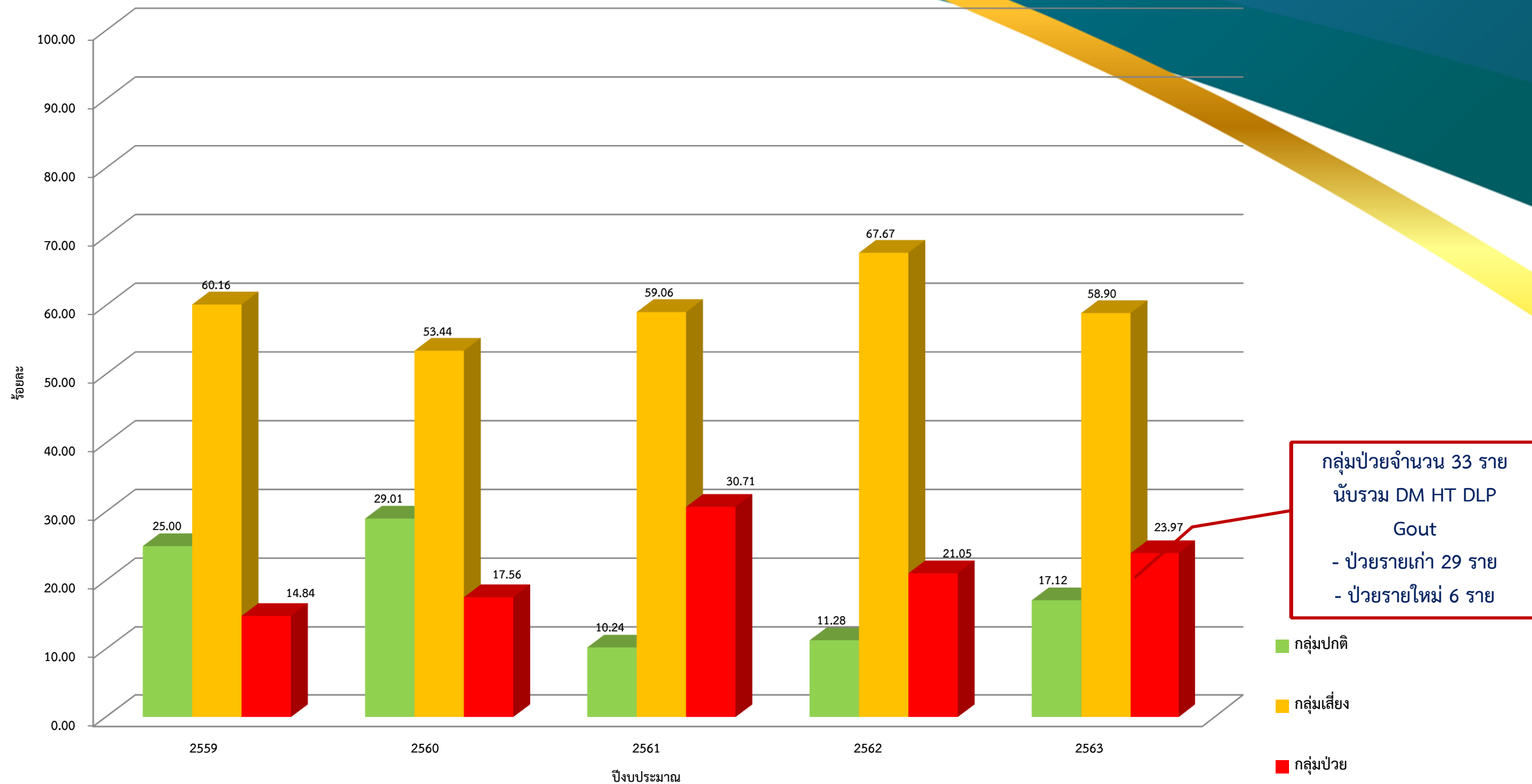


ร้อยละเส้นรอบเอวของ เจ้าหน้าที่

- เจ้าหน้าที่เพศชาย เส้นรอบเอวตั้งแต่ 90 ซม. ขึ้นไป มีแนวโน้มลดลง โดยในปี 2563 คิดเป็นร้อยละ 34.29
- เจ้าหน้าที่เพศหญิง เส้นรอบเอวตั้งแต่ 80 ซม. ขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปี 2562 โดยในปี 2563 คิดเป็นร้อยละ 49.55



ผลการตรวจสุขภาพทุกประเภทของเจ้าหน้าที่



จำนวนทั้งสิ้น 146 ราย

- กลุ่มปกติ จำนวน 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.12
- กลุ่มเสี่ยง จำนวน 86 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.90
- กลุ่มป่วย จำนวน 35 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.97



การดำเนินการ

1. มีการตรวจสอบสุขภาพประจำปีของเจ้าหน้าที่ครบ 100% ทุกปี
2. มีการนำผลการตรวจสอบสุขภาพมาวิเคราะห์ กลุ่มดี กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย

ในภาพรวมมีการดำเนินโครงการ 999 (99 วัน ลดได้ 9%)

กลุ่มดี มีการเฝ้าระวังโดยการตรวจสอบสุขภาพประจำปีทุกปี

มีการส่งเสริมเข้ากิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เช่น โครงการก้าวทำใจ ปั่นสุขภาพ

กลุ่มเสี่ยง นำมาทำกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ในกลุ่มเสี่ยง 3 เดือน โดยให้ความรู้ก่อนปรับเปลี่ยน ให้สมุดกิจกรรม

“เป้าหมายของฉัน” รายบุคคล เพื่อลงบันทึกผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

กิจกรรมที่ทำรายบุคคลตามความสนใจ

ประเมินผลโดย

- กลุ่ม DM วัดเจาะเลือดติดตามผลเมื่อครบ 3 เดือน
- กลุ่ม HT วัดความดันโลหิตซ้ำเมื่อครบ 3 เดือน
- กลุ่ม BMI วัดชั่งน้ำหนักและวัดรอบเอวเมื่อครบ 3 เดือน

กลุ่มป่วย ดูแลรักษาตามแนวทางการรักษารายโรค

ผลการดำเนินงานกิจกรรม 999 โรงพยาบาลสามง่าม ระหว่างวันที่
(9 มิถุนายน - 9 กันยายน 2562)

ลำดับ	หน่วยงาน	น้ำหนักที่ต้อง ลด 100 %	น้ำหนักที่ต้องลด 9 %	น้ำหนักที่ลดได้ 9/9/62	ลดเพิ่มจาก เป้าหมาย (9%)	ผลการดำเนินงาน
1	ER	119.57	10.76	17.90	7.14	รางวัล ชนะเลิศ
2	กลุ่มงานบริหารทั่วไป	96.94	8.72	15.75	7.03	รางวัล รองชนะเลิศอันดับ 1
3	หน่วยจ่ายกลาง	87.59	7.88	13.15	5.27	รางวัล รองชนะเลิศอันดับ 2
4	OPD	82.30	7.41	10.65	3.24	ชมเชย
5	กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิฯ	58.05	5.22	8.31	3.09	ชมเชย
6	หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล	29.84	2.69	5.25	2.56	ชมเชย
7	กลุ่มงานเภสัชกรรม	48.41	4.36	6.55	2.19	ชมเชย
8	LR	16.42	1.48	3.55	2.07	ชมเชย
9	กลุ่มงานประกันสุขภาพ	54.56	4.91	6.65	1.74	ชมเชย
10	กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์/รังสีวิทยา	26.61	2.39	2.90	0.51	ชมเชย
11	กลุ่มงานทันตกรรม	92.98	8.37	8.60	0.23	ชมเชย
12	Ward	130.00	11.70	10.35	-1.35	เหลือ 1.35 กก. ถึงจะถึงเป้าหมาย 9%
13	กายภาพบำบัด	37.96	3.42	-0.45	-3.87	น้ำหนักที่ต้องลด9% เพิ่มขึ้นเป็น 3.87
	รวม	881.23	79.31	109.16	29.85	

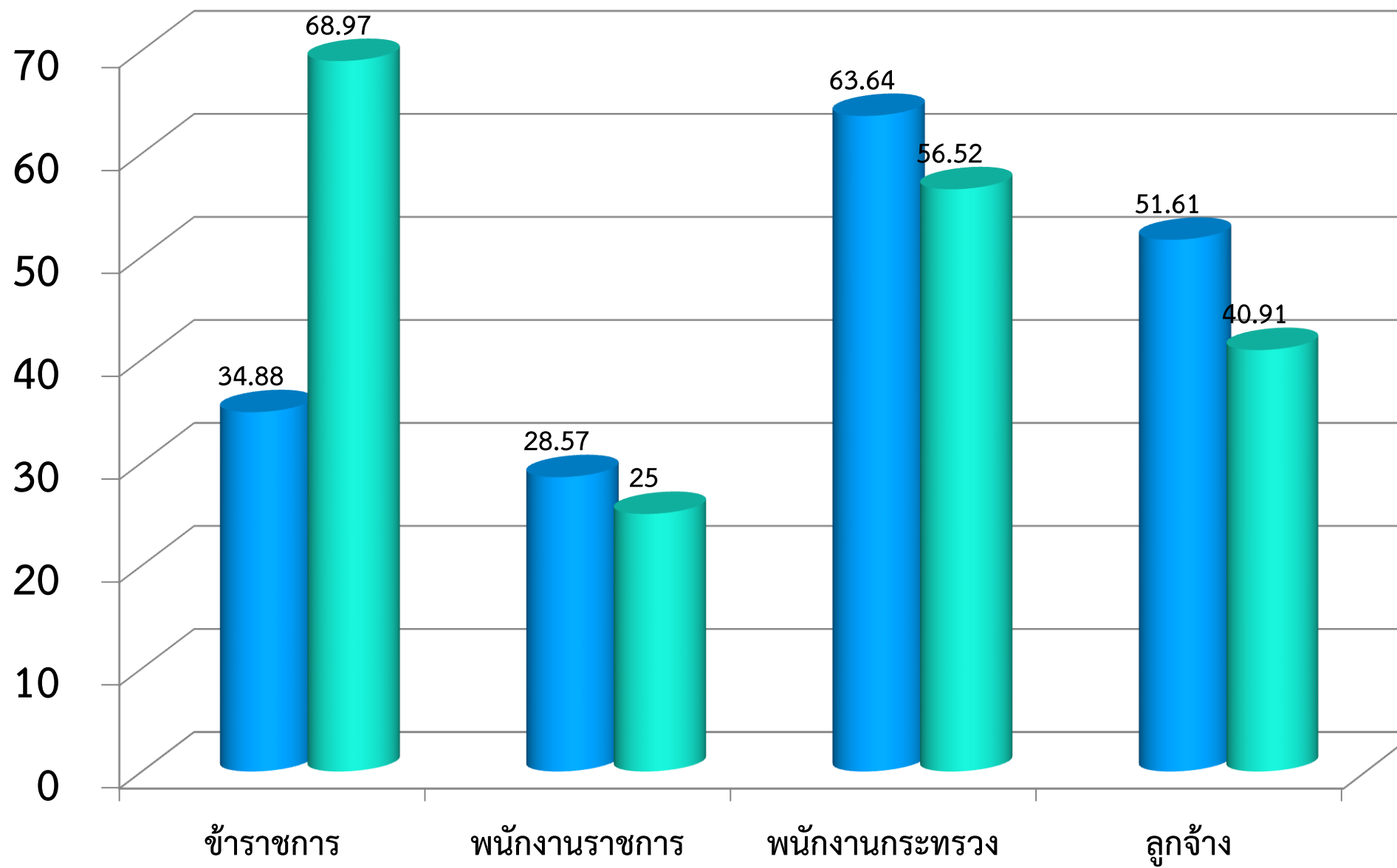
การส่งเสริมป้องกันโรค

1. มีการส่งเสริมป้องกันโรคในผู้ปฏิบัติงานโดย
2. มีการสนับสนุนการฉีดวัคซีนไข้วัดใหญ่ 100% ผลมีผู้สมัครใจรับการฉีดวัคซีน 85.71%
3. มีการสนับสนุนการตรวจหาภูมิต้านทานไวรัสตับอักเสบบีในเจ้าหน้าที่ และมีการฉีดวัคซีนไวรัสตับอักเสบบีในบุคลากรที่สัมผัสสารคัดหลั่ง 3 คน ส่วนที่เหลือมีแผนรับการสนับสนุนจาก สคร.
4. มีการสำรวจความต้องการการรับวัคซีนป้องกันโควิดตามความสมัครใจ ผลสมัครใจรับ50% ไม่รับ 50%
5. มีการสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันการโรคและอุบัติเหตุจากการทำงาน เช่น PPE, ear plug, LS support , หน้ากากป้องกันการกระเด็นจากการตัดหญ้า
6. มีการปรับปรุงโครงสร้างกายภาพให้เหมาะสมกับการปฏิบัติงาน เช่น แสง สี เสียง ระบบระบายอากาศ เป็นต้น
7. มีการจัดหาอุปกรณ์ป้องกันโรคโควิด ขณะปฏิบัติงานอย่างพอเพียง เช่น PPE Mask N95 ตู้ตรวจสารคัดหลั่งหาเชื้อโควิด และกล่องอคริลิคใส่ท่อช่วยหายใจ VDO laryngoscope ห้องแยกnegative-pressure

ມືຊຸບ



ร้อยละความผูกพันในองค์กรของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสามง่าม



กิจกรรมที่ได้ดำเนินการ

ด้านความสามัคคีและความผูกพันภายในองค์กร

- จัดระบบการสอนงานในระบบพี่เลี้ยง
- การจัดงานวันสำคัญ หรือโอกาสสำคัญต่าง ๆ ร่วมกัน เช่น งานปีใหม่ งานรดน้ำดำหัวผู้ใหญ่ในวันสงกรานต์ งานเลี้ยงรับ – เลี้ยงส่ง งานเกษียณอายุ การแข่งขันกีฬาภายในเครือข่าย
- มีการมอบรางวัลเพื่อเป็นขวัญกำลังใจเป็นรายหน่วยงาน เช่น การรายงานความเสี่ยง กิจกรรม999
- สนับสนุนให้เจ้าหน้าที่มีกิจกรรมร่วมกัน เช่น ชมรมปลูกผัก ชมรมวิ่ง ชมรมโยคะ ชมรมปั่นจักรยาน
- มีการอบรมการสื่อสารและการสร้างความสุขในการทำงาน

กิจกรรมที่ได้ดำเนินการ

ด้านบรรยากาศการทำงาน / การสร้างขวัญกำลังใจให้มีความสุขกับการทำงาน

- เพิ่มค่าตอบแทนพิเศษ (ฉ.11) ปรับขึ้นเงินเดือนในกลุ่มลูกจ้าง
- ส่งเสริมกิจกรรมในชมรมจริยธรรม ส่งเสริมคุณธรรม วินัย พอเพียง สุจริต จิตอาสา ส่งเสริมคนดี ชื่นชมผู้มีผลงานดี เช่น คัดเลือกคนดีศรีสาธารณสุขของโรงพยาบาล และส่งเข้ารับการคัดเลือกระดับจังหวัด
- จัดเวทีนำเสนอผลงาน / จัดกิจกรรมมหกรรมคุณภาพ เกียรติบัตรให้ผู้มีผลงานดี เป็นการเพิ่มคุณค่าให้กับผู้ปฏิบัติงาน
- สร้างวัฒนธรรม การชื่นชมผู้มีผลงานดี มีการประกาศแสดงความชื่นชม ในโซเชียลของโรงพยาบาล
- ส่งต่อข้อมูลความพึงพอใจบุคลากร ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ เพื่อแก้ไขปรับปรุงได้ตรงประเด็นยิ่งขึ้น

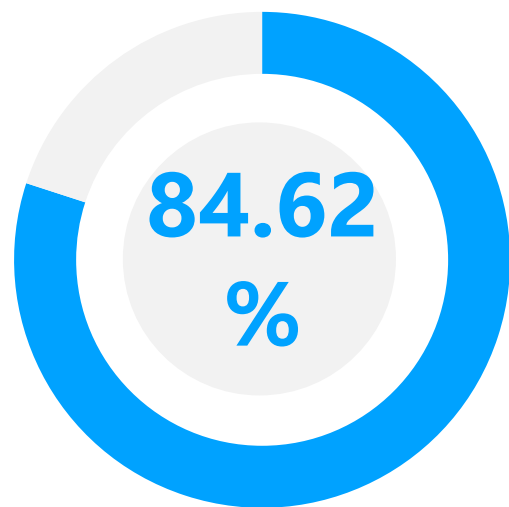
กิจกรรมเชิงปฏิบัติการ “ การสร้างความสุขในการทำงานและ ทักษะในการสื่อสารเชิงบวก ” ช่วงเดือน มิถุนายน 2563



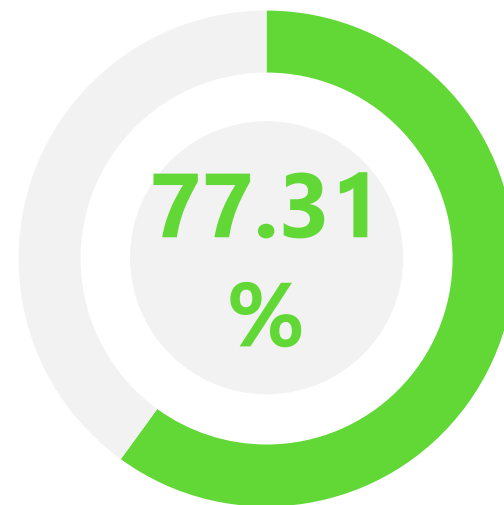
กิจกรรมปลูกต้นไม้



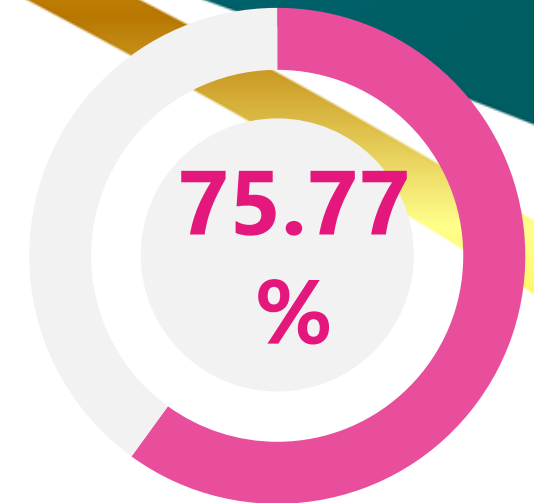
ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ



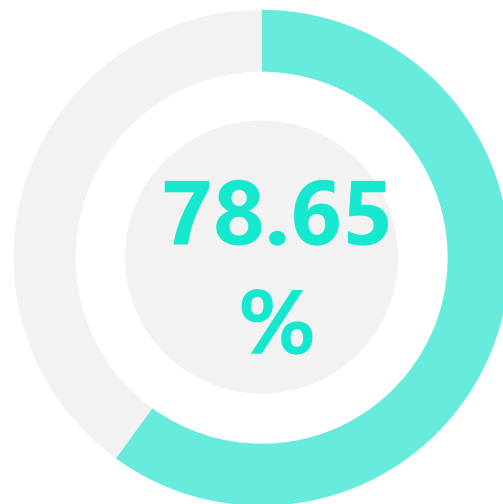
การมาทำงานสาย
กลับบ้านก่อนเวลา
เป็นเรื่องที่ไม่ควรทำ



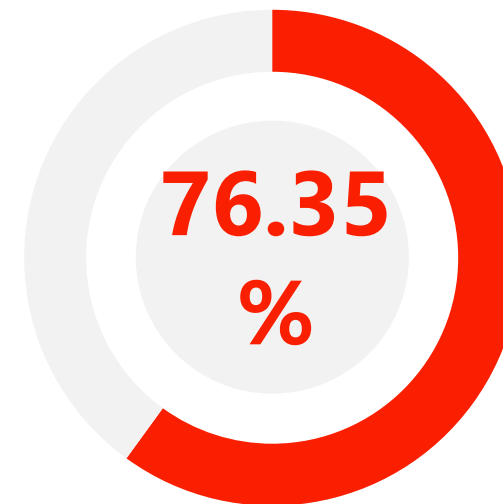
เราจำเป็นต้องพัฒนา
งานที่มีคุณภาพเพื่อ
ความพึงพอใจของ
ผู้ให้บริการ



หากมีผู้เข้าใจองค์กร
ของท่านผิด ท่านจะ
อธิบายสิ่งที่ถูกต้องให้
เขาเข้าใจ

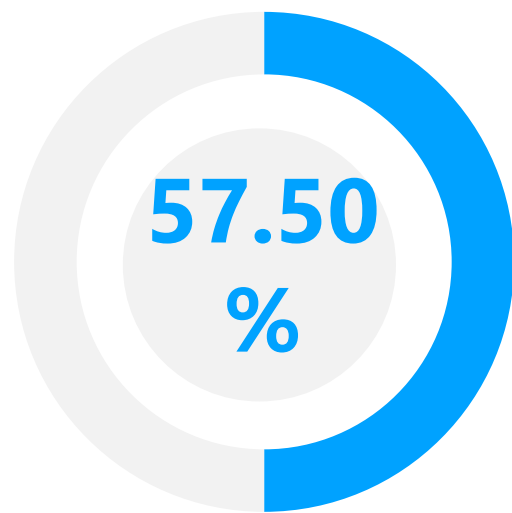


เมื่อได้รับมอบหมาย
งาน ท่านจะทุ่มเท
ให้กับงานนั้น เพื่อให้
งานบรรลุผลสำเร็จ

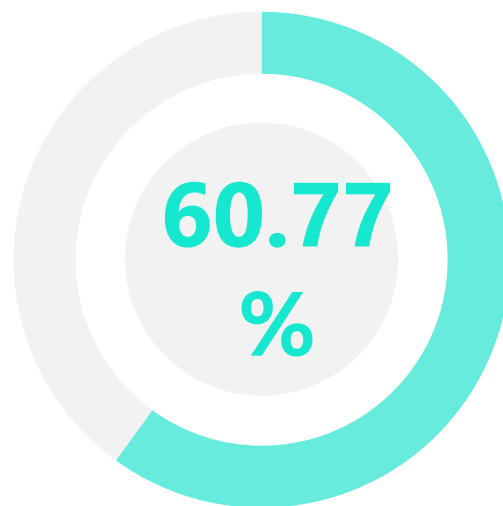


หากมีใครพูดถึงองค์กร
ของท่านในทางที่
เสียหาย ท่านจะรู้สึกไม่
สบายใจ

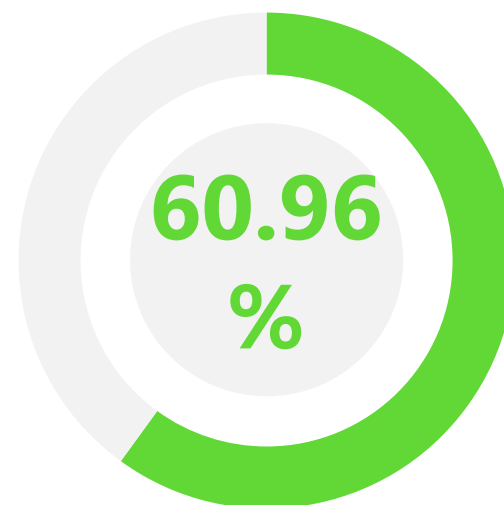
ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ



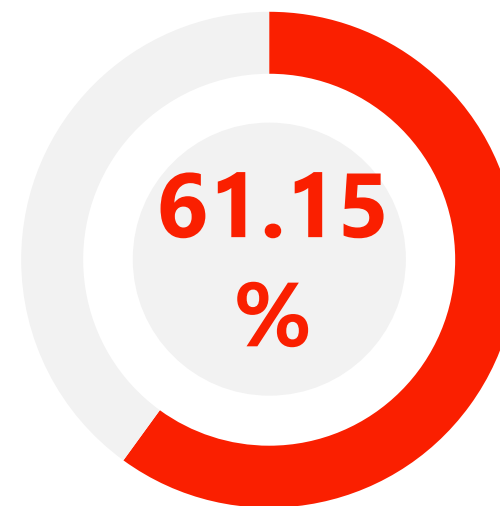
แม้ว่าท่านจะมีโอกาส
เปลี่ยนงานไปอยู่
องค์กรอื่น และได้
รายได้ที่สูงกว่าแต่
ท่านก็สมัครใจที่จะ
ยังคงทำงานอยู่ที่
องค์กรนี้ต่อไป



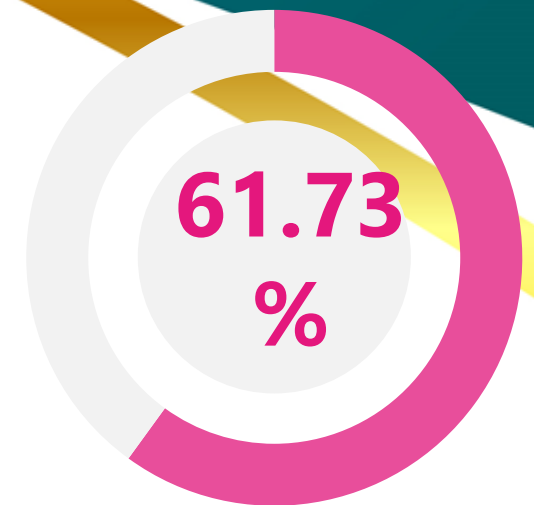
ท่านรู้สึกว่าคุณได้รับ
มอบหมายงานมาก
เกินไป



ท่านพร้อมที่จะ
เปลี่ยนงานทันทีหาก
มีโอกา

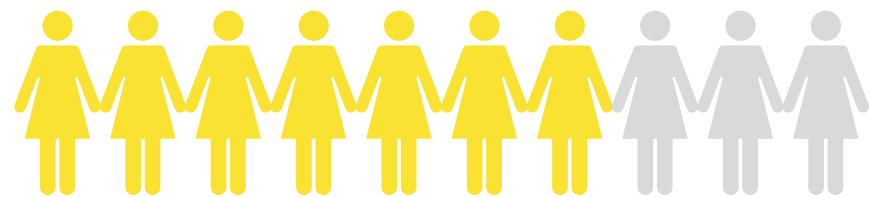


ความพึงพอใจที่มีต่อการ
จัดสรรอัตรากำลังในการ
ทำงานของหน่วยงาน



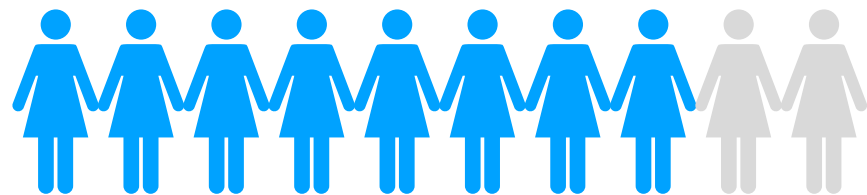
ความพึงพอใจที่มีต่อ
การจัดสวัสดิการใน
การทำงานและ
นอกเหนือจากการ
ทำงานของหน่วยงาน

การสำรวจ Happinometer



< 60%

Happy money



< 60%

Happy relax

แผนการพัฒนา

- นำผลการสำรวจความพึงพอใจผู้ให้บริการมาวิเคราะห์และวางแผนพัฒนา
- นำผลการสำรวจ Happinometer มาวิเคราะห์และวางแผน

✓
"ก้านากระา..."

ไม่ได้ทำงานตามที่เราคงฝัน ก็ไม่มีอะไร

✓
เราต้องนาแงมุมที่งาม

ของงานที่เราทำในมัจจุบันนี้ใจ"

- ว.วชิราภี





แผนยุทธศาสตร์ 3 ปี

พ.ศ.2563-2565



โรงพยาบาลสามง่าม
อำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร
กระทรวงสาธารณสุข

คำนำ

โรงพยาบาลสามง่าม ได้ดำเนินการตามวัตถุประสงค์พันธกิจ การรักษาส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพและป้องกันโรค โดยมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลสามง่ามกำหนดนโยบาย กำกับดูแล ให้ความเห็นชอบ และอนุมัติกรอบแผนยุทธศาสตร์ 3 ปี ตั้งแต่ปี.ศ.2563-2565 ที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพในพื้นที่ ที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาและการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ คุ่มค่าและคุ่มทุน ทิมนำด้านบริหาร โรงพยาบาล โดยการมีส่วนร่วมของแพทย์หัวหน้างานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องด้านสุขภาพ ได้ร่วมประชุมศึกษานโยบายรัฐบาล ประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับปัญหา จุดแข็ง จุดอ่อนโอกาสพัฒนา ปัจจัยคุกคาม หรือปัจจัยขับเคลื่อน แนวโน้ม ความไม่แน่นอน ความเสี่ยงและข้อมูลการดำเนินงานในปีที่ผ่านมา ประกอบการพิจารณา ทบทวน และจัดทำกรอบแผนยุทธศาสตร์ 3 ปีให้สอดคล้องกับนโยบาย และทิศทางการพัฒนาโรงพยาบาลรวม 4 ประเด็นยุทธศาสตร์ซึ่งครอบคลุมทั้งมิติด้านการให้บริการ มิติด้านบริหารจัดการ มิติด้านการพัฒนาศักยภาพ เพื่อให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับภาพรวมขององค์กร

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
บทนำ	1
กรอบการจัดทำแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล	
วิสัยทัศน์พันธกิจ ยุทธศาสตร์ค่านิยมองค์กร	2
กรอบการเชื่อมโยงยุทธศาสตร์ 3 ปี พ.ศ. 2563 – 2565	3

แผนยุทธศาสตร์ 3 ปีพ.ศ. 2558 - 2561และการกำหนดตัวชี้วัดค่าเป้าหมาย

- ประเด็นยุทธศาสตร์ 1
- ประเด็นยุทธศาสตร์ 2
- ประเด็นยุทธศาสตร์ 3
- ประเด็นยุทธศาสตร์ 4

ภาคผนวก

SWOT

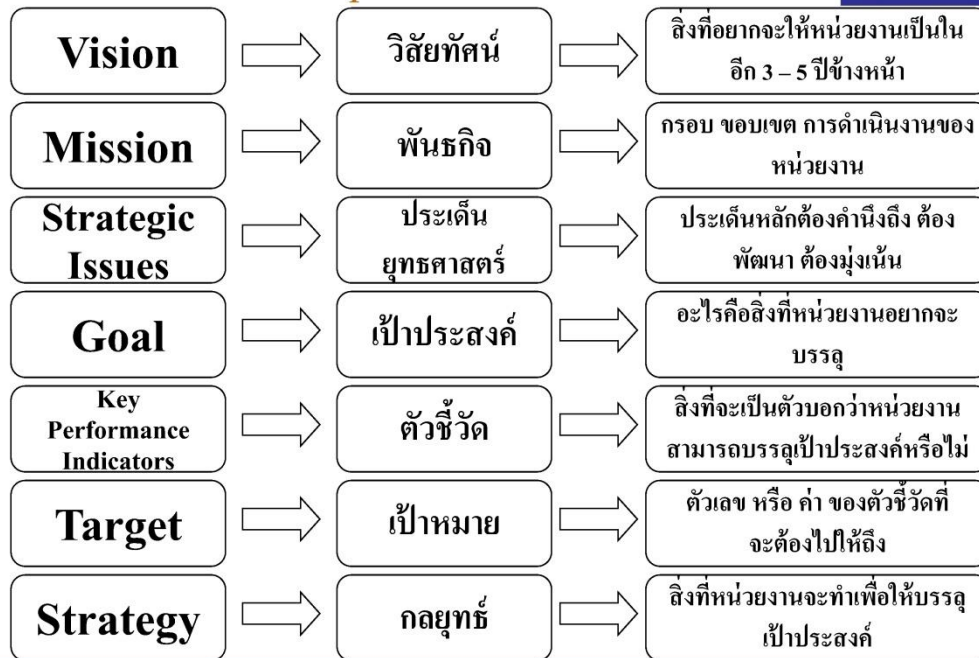
กรอบการจัดทำแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลสามง่าม

โรงพยาบาลสามง่ามสามง่ามจัดทำแผนยุทธศาสตร์ตามแนวทางของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนา
ระบบราชการ(กพร.)ดังนี้

นิยามศัพท์ใน Template ของก.พ.ร.

ก.พ.ร.

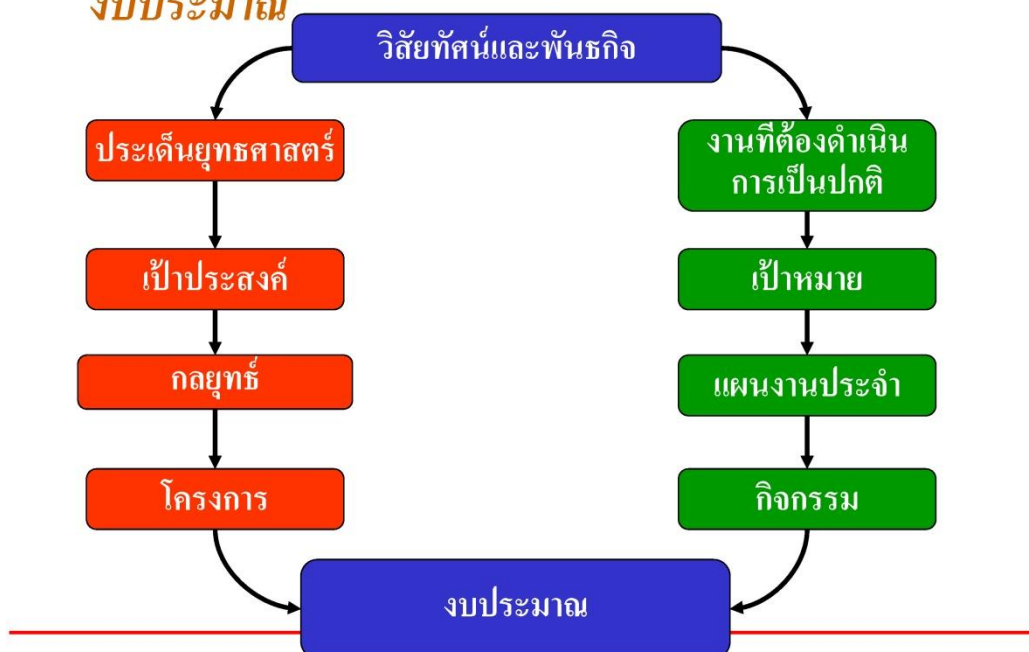
สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ



ความเชื่อมโยงของกลยุทธ์ งานประจำ งบประมาณ

ก.พ.ร.

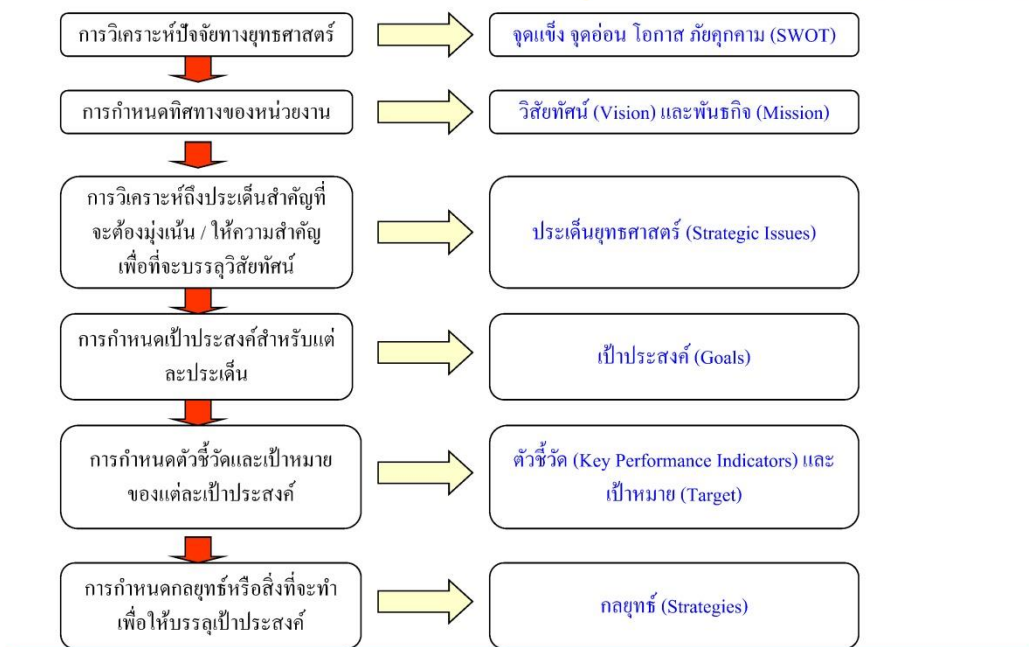
สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ



กระบวนการในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์

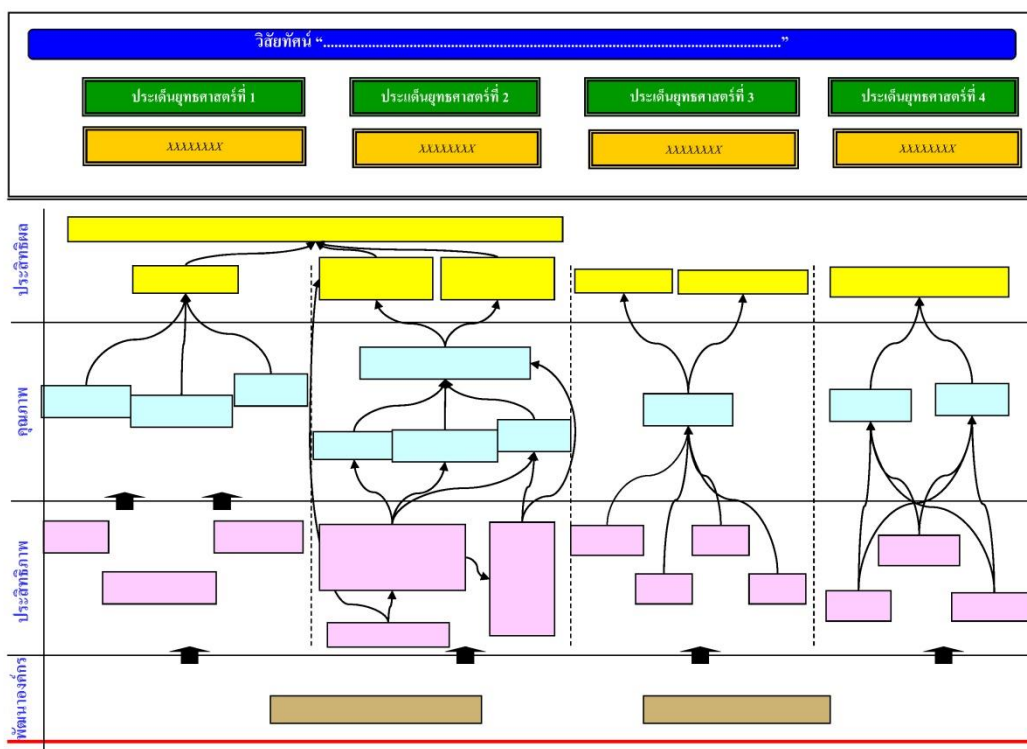
ก.พ.ร.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ



การสร้างเชื่อมโยงของเป้าประสงค์

- นำเป้าประสงค์ในแต่ละมิติมาจัดเรียง และเชื่อมโยงความสัมพันธ์ในลักษณะเหตุและผล
- เป็นการสร้าง Strategy Map หรือแผนที่กลยุทธ์
- เป็นเครื่องมือในการสื่อสารและถ่ายทอดเป้าประสงค์และทิศทางของหน่วยงานให้ชัดเจนขึ้น
- เพื่อเป็นการทำให้แต่ละหน่วยงานมั่นใจว่าเป้าประสงค์มีความเชื่อมโยงกันในลักษณะของเหตุและผล อีกทั้งมีเป้าประสงค์ที่ครอบคลุมในทุกๆ มิติ อันจะนำไปสู่การบรรลุวิสัยทัศน์ของหน่วยงาน



การกำหนดกลยุทธ์จาก SWOT

ก.พ.ร.

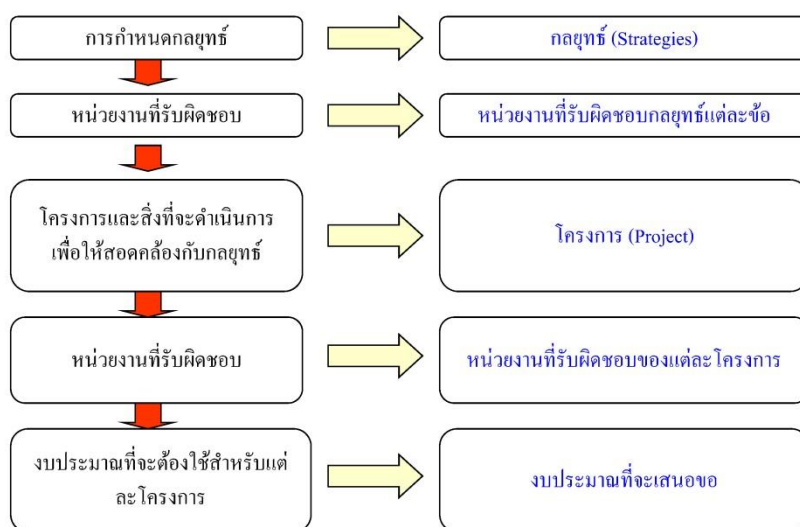
สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

	Opportunities -	Threats -
Strengths ----		
Weaknesses - -		

กระบวนการในการแปลงแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ

ก.พ.ร.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ



วิสัยทัศน์(Vision)

“บริการดี มีมาตรฐาน โรงพยาบาลน่าอยู่”

นิยาม

บริการดี หมายถึง มีพฤติกรรมบริการเป็นเลิศ และเป็นโรงพยาบาล smart hospital
มีมาตรฐาน หมายถึง ระบบบริการสุขภาพทั้ง 4 มิติ(ส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู) เป็นไปตาม
มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยรายโรค มาตรฐานวิชาชีพ มาตรฐานสากล(มาตรฐาน HA แต่ละทีม , มาตรฐาน LA ,
มาตรฐาน Green and clean , มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ENV สุขศึกษาประชาสัมพันธ์
โรงพยาบาลน่าอยู่ หมายถึง โรงพยาบาลสามง่ามมีภูมิสถาปัตยกรรมและสิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยา
ผู้รับบริการและผู้ให้บริการและมีบรรยากาศองค์กรที่ดี

พันธกิจ (Mission)

ให้บริการสุขภาพที่ได้มาตรฐานสากล ด้วยบริการที่ดี สะดวกรวดเร็ว ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่น่าอยู่

ขอบเขตบริการ (Scope of Service)

ให้บริการส่งเสริมป้องกันโรครักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพให้แก่ประชาชนในอำเภอสามงามในระดับปฐมภูมิ
และทุติยภูมิระดับต้น

เป้าประสงค์หลัก (Goal)

ด้านผู้รับบริการ : ผู้รับบริการได้รับบริการตามมาตรฐาน มีความพึงพอใจและประทับใจสามารถดูแลตนเอง
โดยชุมชนมีส่วนร่วม

ด้านผู้ให้บริการ : เจ้าหน้าที่มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงาน มีคุณธรรมจริยธรรม มีพฤติกรรมบริการที่
ดี มีความสุขในการทำงาน

ด้านองค์กร : เป็นองค์กรที่ให้บริการด้านสุขภาพตามมาตรฐาน HA และ HPH อาชีวอนามัยสิ่งแวดล้อมได้
มาตรฐาน

ประเด็นยุทธศาสตร์

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาพฤติกรรมบริการ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบงาน

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาภูมิสถาปัตยกรรมและสิ่งแวดล้อม

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาบรรยากาศองค์กร

ค่านิยมและแนวคิดหลัก (Core values and Concepts)

ชื่อย่อ MOPH TPM

M : Mastery

O : Originality

P : People center

H : Humility

T : Teamwork

P : Patient and Customer Focus

M : Management by Fact

นิยาม

M : Mastery หมายถึง เป็นนายตนเอง ควบคุมตนเองให้ทำงาน คิด พูด อย่างมีสติและมีความสุข (Happyin Self)ใช้กิริยาวาจาเหมาะสมมีความซื่อสัตย์มีคุณธรรมจริยธรรมรักการเรียนรู้ค้นหาความรู้สม่ำเสมอ มีวินัยตรงต่อเวลารับผิดชอบ

O : Originality หมายถึง สร้างสรรค์นวัตกรรมสิ่งใหม่ๆที่เป็นประโยชน์ต่อระบบสุขภาพ (Happy with Innovation)

P : People center หมายถึง ยึดประชาชนเป็นที่ตั้งเป็นศูนย์กลางในการทำงานใส่ใจประชาชนและประชาชนมีความสุขกับบริการที่ได้รับ (Happy with Service)

H : Humility หมายถึง มีความอ่อนน้อมถ่อมตน การเคารพผู้อื่น งามอย่างไทย มีความสุขกับการทำงาน (Work with Happiness)เห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวม รู้แพ้รู้ชนะเปิดรับฟังความเห็นต่างจัดการความขัดแย้งด้วยวิธีสร้างสรรค์และช่วยผู้อื่นแก้ปัญหาในยามคับขัน

T : Teamwork หมายถึง ทำงานเป็นทีมได้ ทั้งภายในโรงพยาบาล ภายในเครือข่าย(คบสอ)ภายในอำเภอ (พชอ.และภาคี) และมีความสุขกับการทำงานเป็นทีม (Happy with Team)

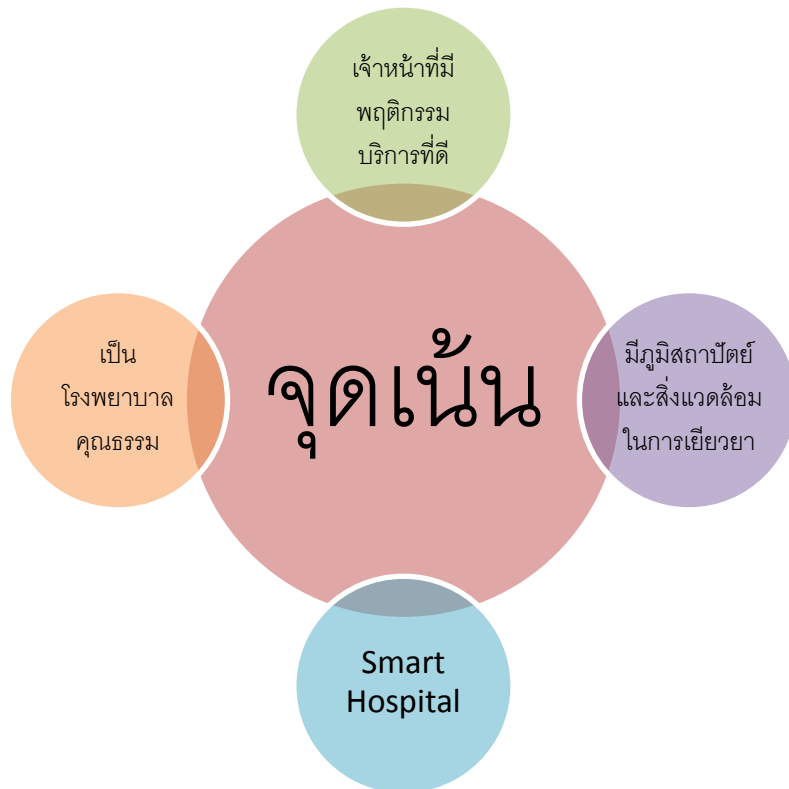
P : Patient and Customer Focus หมายถึง ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางการบริการด้วยหัวใจของความ เป็นมนุษย์มีความสุขกับการให้บริการ (Happy in service) และมีความสุขกับการให้การดูแลผู้ป่วย

M : Management by Fact หมายถึง บริหาร วางแผน แก้ไขปัญหาต่างๆ โดยอาศัยข้อมูลที่ถูกต้องตัดสินใจภายใต้ข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วนระบบบริหารข้อมูลที่ถูกต้อง เป็นปัจจุบัน เชื่อถือได้ และมีความสุขกับข้อมูลที่ได้ (Happy with Data) เพื่อนำมาวางแผนการทำงาน

อัตลักษณ์ของโรงพยาบาลสามง่าม



จุดเน้นในการพัฒนา ปีงบประมาณ 2564



แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ 3 ปี(2563-2565) โรงพยาบาลสามง่าม

ยุทธ1 พัฒนาพฤติกรรมบริการ

ยุทธ2 พัฒนาระบบงาน

ยุทธ3 พัฒนาภูมิสถาปัตยกรรมและสิ่งแวดล้อม

ยุทธ4 พัฒนาระบบการบริการ

ประสิทธิผล

2.3 ผู้รับบริการ/ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพตามกลุ่มโรคสำคัญของโรงพยาบาล

- ผู้ป่วย DM / HT
- ผู้ป่วยโรคไต CKD
- ผู้ป่วยวัณโรค TB
- ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

- การดูแลมารดาและทารก
- การดูแลผู้สูงอายุ

2.1 เป็นโรงพยาบาล Smart Hospital เชื่อมโยงบริการ ทูตสุขภาพ ภูมิ และเครือข่ายบริการสุขภาพ

- พัฒนาบุคลากรด้านเทคโนโลยี
- พัฒนาสารสนเทศให้ตอบสนองการใช้งานและลดขั้นตอนการให้บริการ
- พัฒนาสื่อประชาสัมพันธ์ทั้งภายในและภายนอก

คุณภาพ

2.2 มีวัฒนธรรมความปลอดภัยให้ทั่วทั้งองค์กร

- พัฒนาระบบรายงานอุบัติการณ์
- พัฒนาระบบการคุณภาพสู่งานประจำ
- พัฒนาระบบควบคุมภายในลงสู่การปฏิบัติ

1.1.เจ้าหน้าที่ให้มีพฤติกรรมบริการที่เป็นเลิศ

- สร้างวัฒนธรรมการบริการที่ดี

ประสิทธิภาพ

2.4 มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

- ชุมชนร่วมใจพัฒนา

พัฒนาองค์กร

4.1.พัฒนาแนวทางการดำเนินงาน วัฒนธรรม/ความโปร่งใสขององค์กร

3.1 มีภูมิสถาปัตยกรรมและสิ่งแวดล้อมในการเยียวยาผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

- ปรับปรุงภูมิทัศน์ภายในโรงพยาบาล
- ปรับปรุงสถานที่ในการทำงานให้เหมาะสม
- จัดสภาพแวดล้อมให้เยียวยาผู้รับบริการ

4.2.เพื่อปรับปรุงและพัฒนาบรรยากาศองค์กร

- พัฒนาความสามัคคีและพัฒนาทีม
- สร้างบรรยากาศกิจกรรมที่ไม่เน้นรูปแบบ

กรอบการเชื่อมโยงยุทธศาสตร์โรงพยาบาลสามง่าม

ยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายตัวชี้วัด			กลยุทธ์	แผนงาน/ โครงการ	กิจกรรม	ผลผลิต/ตัวชี้วัด กิจกรรม	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
			2563	2564	2565						
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาพฤติกรรมบริการ	1.1.เพื่อให้เจ้าหน้าที่มีพฤติกรรมบริการที่เป็นเลิศ	1.1.1 จำนวนข้อร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการของบุคลากร(ครั้ง)	<5	<3	<1	1.1.1 สร้างวัฒนธรรมการบริการที่ดี	โครงการพัฒนาพฤติกรรมและการสื่อสารสู่ความเป็นเลิศโรงพยาบาลสามง่าม	1.ประชุมเชิงปฏิบัติการด้านพฤติกรรมบริการ	1.ร้อยละหน่วยงานที่มีการพัฒนาพฤติกรรมบริการเป็นเลิศ (เกณฑ์80%)	43,400.00	คณะกรรมการยุทธศาสตร์ที่ 1
								2. นำมาตรฐานพฤติกรรมบริการมาปฏิบัติและกำกับติดตามอย่างจริงจัง	2.ร้อยละเจ้าหน้าที่มีความรู้ความเข้าใจตามมาตรฐานพฤติกรรมบริการ (80%)	3,625.00	
								2.1 ชี้แจง ทำความเข้าใจมาตรฐานพฤติกรรมบริการโดยใช้ต้นแบบสาธิต	3.สำรวจความพึงพอใจด้านพฤติกรรมบริการในชุมชน		
								2.2 นำคู่มือมาตรฐานพฤติกรรมบริการมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับข้อเสนอแนะของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล (โดยผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นมาตรฐานที่สามารถดำเนินการได้ทันที การรับรู้การมาของผู้รับบริการอย่างรวดเร็ว “ มองหน้า สบตา ยิ้ม ทักทาย ได้ถามแนะนำ”	4.สำรวจความพึงพอใจด้านพฤติกรรมบริการในหน่วยงาน		
								2.3 นำมาตรฐานกลางให้หน่วยงานนำมาปรับให้เหมาะสมกับหน่วยงานตนเอง			
								2.4 สุ่มประเมินพฤติกรรมโดยบุคคลภายใน เรื่องการรับการมา			

ยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายตัวชี้วัด			กลยุทธ์	แผนงาน/ โครงการ	กิจกรรม	ผลผลิต/ตัวชี้วัด กิจกรรม	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
			2563	2564	2565						
								ของผู้รับบริการ และมาตรฐาน การรับโทรศัพท์ อย่างน้อยเดือน ละ 1-2 ครั้ง โดยมอบหมาย นางสาวหนึ่งฤทัย อุ่นเจริญและ ทีม ในการสุ่มประเมินหน่วยงาน (เอกสาร2)			
								3. สนับสนุนให้หน่วยงานค้นหา ต้นแบบพฤติกรรมบริการ ทุก 6 เดือน เริ่ม ธ.ค.2563 (Super Model)			
								4. เผยแพร่ “ต้นแบบพฤติกรรม บริการดี” ผ่านช่องทาง อินเทอร์เน็ต บอร์ดข้างห้องแลป ตึกเก่า หรือทางเดิน OPD ใหม่ และมอบเกียรติบัตร		2,250.00	
								5. เล่าความดีของตนเองและคน อื่น เมื่อเห็น จนท.ทำความดี “เรื่องดีๆที่ประทับใจ “ ส่งให้พร หล้าทำเป็น one page ส่งขึ้น line รพ.สามง่าม หรือส่งทาง กล่องความดีในช่องทาง อินเทอร์เน็ต			
ประเด็น ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนา ระบบงาน	2.1.เพื่อเป็น โรงพยาบาล Smart Hospital เชื่อมโยงบริการ ทุติยภูมิ ปฐมภูมิ และเครือข่าย บริการสุขภาพ	2.1.1 โรงพยาบาลมี การดำเนินงานงาน Digital Transformation (3 ระดับ) เพื่อก้าวสู่การ เป็น Smart Hospital	1	2	3	2.1.1 พัฒนา บุคลากร โรงพยาบาลสาม ง่าม	1.โครงการพัฒนา ระบบ Smart Tools	1.พัฒนาระบบ Smart Queue Platform			คณะทำงาน ยุทธศาสตร์ที่ 2

ยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายตัวชี้วัด			กลยุทธ์	แผนงาน/ โครงการ	กิจกรรม	ผลผลิต/ตัวชี้วัด กิจกรรม	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
			2563	2564	2565						
								1.1 จัดหาตู้กดบัตรคิวอัตโนมัติ	มีบัตรคิวอัตโนมัติ	84,000.00	
								1.2 จัดหาระบบคิวเพื่อจัดการ คิวจุดซักประวัติ , คิวจุดรพพบ แพทย์ , คิวรับยาจ่ายเงิน และ พัฒนาแอปพลิเคชัน Smart Assis สำหรับผู้รับบริการ	มีระบบคิวเพื่อจัดการคิว	150,000.00	
								1.3 จัดหาระบบเชื่อมต่อ เครื่องวัดสัญญาณชีพอัตโนมัติ	มีระบบเชื่อมต่อเครื่องวัด สัญญาณชีพอัตโนมัติ	56,000.00	
								2. เพิ่มทักษะและความรู้ความ เข้าใจของบุคลากรในการนำ เทคโนโลยีไปสู่การพัฒนา ระบบ Smart Hospital			
								3.พัฒนาบุคลากรในการใช้ เทคโนโลยีและอุปกรณ์เครื่องมือ ให้เต็มประสิทธิภาพ			
						2.1.2 พัฒนา สารสนเทศให้ ตอบสนองต่อ การใช้งาน	2.โครงการพัฒนา ระบบ Smart Service	1.พัฒนาระบบ Paperless 2.ใช้ระบบ E-Office เพื่อบริหาร จัดการระบบงานบุคลากร 2.1 จัดทำระบบสารบรรณ โรงพยาบาล 2.2 จัดทำระบบข้อมูลบุคลากร เช่น ประวัติการทำงาน ทะเบียน ประชุมอบรม ลา เงินเดือน เครื่องราช เป็นต้น 3. พัฒนาระบบข้อมูลทั้งหมดที่ ยังไม่สมบูรณ์ให้เสร็จทุกระบบ และสามารถนำมาใช้ตอบสนอง ต่อการทำงานของ CEO ของรพ. ได้			

ยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายตัวชี้วัด			กลยุทธ์	แผนงาน/ โครงการ	กิจกรรม	ผลผลิต/ตัวชี้วัด กิจกรรม	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
			2563	2564	2565						
						2.1.3 ลดขั้นตอนการปฏิบัติงาน	3. โครงการ Smart Outcome	1. มีเทคโนโลยีดิจิทัลมาปรับปรุง Core Business Process ในองค์กร ให้มีความเชื่อมโยงกันทั้งระบบ Front Office และ Back Office จนเกิดเป็น ERP Model			
	2.2. เพื่อขยายวัฒนธรรมความปลอดภัยให้ทั่วทั้งองค์กร	2.2.1 องค์กรมีค่าเฉลี่ยผลคะแนนจากการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยเพิ่มขึ้น	50%	70%	90%	2.2.1 พัฒนาระบบรายงานอุบัติการณ์	อุบัติการณ์สู่ความปลอดภัย	1. ให้ความรู้บุคลากรเรื่องการรายงานอุบัติการณ์อย่างมีคุณภาพ	จำนวนการรายงานความเสี่ยง/อุบัติการณ์ (เพิ่มขึ้น)		
								2. สร้างแรงจูงใจในการรายงานอุบัติการณ์ - กำหนดเป็นตัวชี้วัดรายหน่วยงาน ตั้งเป้าขององค์กรมากกว่า 7,000 เฉลี่ย 4 เรื่องต่อคนต่อเดือน (รายงานตัวเอง 2 แต้ม) ทุกระดับ (A-I) - ให้รางวัล 3,000 บาท (ที่ 1 1,500 ที่ 2 1,000 ที่ 3 500 บาท	ร้อยละความเสี่ยง/อุบัติการณ์ได้รับการแก้ไขและปิดไขความเสี่ยง (80%)	3,000.00	
								3. กำกับติดตามการทบทวนอุบัติการณ์ - ที่ประชุม QMR - มอบรางวัลทีมที่มีทบทวนดีเด่น - ร้อยละการทบทวนความเสี่ยง (วัดที่ทีมเฉพาะ)	ร้อยละการเกิดอุบัติการณ์ระดับ G,H,I ซ้ำ (0%)		
								4. สื่อสารผลการทบทวนภายในรพ.	ร้อยละอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไป ได้รับการทำ RCA (90%)		

ยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายตัวชี้วัด			กลยุทธ์	แผนงาน/ โครงการ	กิจกรรม	ผลผลิต/ตัวชี้วัด กิจกรรม	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
			2563	2564	2565						
								- Face Book - ไลน์ - แจ้งเป็นทางการกับผู้รายงาน			
								5. สื่อสารผลการทบทวน ภายนอกorp. - Website - แจ้งเป็นทางการกับผู้รายงาน/ ร้องเรียน	ร้อยละหน่วยงานที่มีการ ทบทวนและจัดทำบัญชีความ เสี่ยง Risk Profile/Risk Register (100%)		
									ร้อยละของหน่วยงานที่มีการ ค้นหาและรายงานความเสี่ยง/ อุบัติการณ์ (100%)		
									อัตราการเกิดความเสี่ยง : อุบัติการณ์		
						2.2.2 พัฒนา กระบวนการ คุณภาพสู่งาน ประจำ	พัฒนาคุณภาพงาน ประจำนำโดย 3P	1. หน่วยงานนำเครื่องมือ คุณภาพมาใช้ในการทำงาน	ร้อยละหน่วยงานมีการจัดทำ Service Profile		
								2. หน่วยงานดำเนินกิจกรรม คุณภาพ(12 กิจกรรมทบทวน) และรายงานผลทุกเดือน	ร้อยละหน่วยงานมีการรายงาน 12 กิจกรรมทบทวน		
								3. จัดเวทีนำเสนอผลงานเด่นใน โรงพยาบาล	ร้อยละหน่วยงานผลงาน CQI		
						2.2.2 พัฒนา ระบบควบคุม ภายในลงสู่การ ปฏิบัติ	กระบวนการที่ดีด้วย ระบบควบคุมภายใน	1. ให้ความรู้คณะกรรมการ ควบคุมภายในเรื่องการควบคุม ภายใน	ร้อยละของคณะกรรมการ ควบคุมภายในมีความรู้การ รายงานอุบัติการณ์อย่างมี คุณภาพ		
								2. หน่วยงานวางระบบควบคุม ภายใน	ร้อยละหน่วยงานจัดทำ Flow กระบวนการงานสำคัญ		

ยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายตัวชี้วัด			กลยุทธ์	แผนงาน/ โครงการ	กิจกรรม	ผลผลิต/ตัวชี้วัด กิจกรรม	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
			2563	2564	2565						
									ร้อยละหน่วยงานจัดทำ ปค.4		
								3. กำกับติดตามระบบควบคุมภายในหน่วยงาน	ร้อยละหน่วยงานได้รับการประเมินระบบควบคุมภายใน		
									ร้อยละหน่วยงานมีการจัดทำ ปค.5		
	2.3 พัฒนา ระบบการดูแล ผู้ป่วยตามกลุ่ม โรคสำคัญของ โรงพยาบาล					พัฒนาระบบ การดูแลผู้ป่วย ตามกลุ่มโรค สำคัญ		กำหนดกิจกรรมพัฒนาระบบ การดูแลผู้ป่วยตามกลุ่มโรคสำคัญ			
	การดูแลผู้ป่วย เบาหวาน/ความ ดันโลหิตสูง	1. ร้อยละของผู้ป่วย เบาหวานรายใหม่ ลดลง	ลดลง ร้อยละ 5				โครงการพัฒนาระบบ บริการสุขภาพ สาขา โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	1. จัดคลินิกบริการเฉพาะ โรคเบาหวานและความดัน โลหิต สูงตามกระบวนการ พัฒนา คุณภาพ NCD Clinic Plus ที่ รพ.และ รพ.สต.			
		2. ร้อยละผู้ป่วย โรคเบาหวานที่ ควบคุมระดับน้ำตาล ได้ดี	>40					2. ตรวจคัดกรองประจำปี โรคเบาหวาน และความดันโลหิต สูงตามแนวปฏิบัติของเครือข่าย สุขภาพอำเภอสามง่ามร่วมกับ Service plan สาขาเบาหวาน และความดันโลหิตสูง		7,500.00	
		3. ร้อยละของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงราย ใหม่ลดลง	ลดลง ร้อยละ 2					3. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่ม ป่วยโดยเน้นกระบวนการ Motivation Interview ในผู้ป่วย โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ได้แก่ ผู้ป่วยรายใหม่ /Uncontrol DM/HT/ผู้ป่วย ซับซ้อนดูแลยาก/มี		42,000.00	

ยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายตัวชี้วัด			กลยุทธ์	แผนงาน/ โครงการ	กิจกรรม	ผลผลิต/ตัวชี้วัด กิจกรรม	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
			2563	2564	2565						
								ภาวะแทรกซ้อน			
		4 ร้อยละผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงที่ ควบคุมความดัน โลหิตได้ดี	>50					4. จัดบริการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (ออกตรวจรักษาที่บ้านแทนการ มารับบริการที่หน่วยบริการ) ใน กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดัน โลหิตสูงที่ด้อยโอกาสการเข้าถึง บริการ ได้แก่ ผู้สูงอายุ 85 ปีขึ้นไป ผู้พิการ ขาดผู้ดูแล			
								5. ทบทวนผู้ป่วย ทำDischarge plan/ติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกัน ในผู้ป่วย Re-admit ด้วย ภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉิน เช่น Hypoglycemic coma, DKA, HHS stage, Crisis HT			
								6. จัดกิจกรรม Day camp เพื่อ อบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้ป่วยเบาหวานและหรือ ความ ดันโลหิตสูงที่ Uncintrol, มี ภาวะแทรกซ้อน หรือซับซ้อน ดูแลยาก		7,200.00	
								8. ทบทวน/จัดทำคู่มือแนวทาง ปฏิบัติ - การวินิจฉัยและ กระบวนการดูแลผู้ป่วย DM HT -การบันทึกข้อมูลใน Program Hospital XP/PCUที่ถูกต้อง แม่นยำ			
								8. จัดประชุมคณะกรรมการ NCD broad เพื่อติดตามผลการ ดูแลผู้ป่วยในคลินิก ปัญหา อุปสรรค ทุก 3 เดือน		6,000.00	

ยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายตัวชี้วัด			กลยุทธ์	แผนงาน/ โครงการ	กิจกรรม	ผลผลิต/ตัวชี้วัด กิจกรรม	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
			2563	2564	2565						
								9. จัดกิจกรรมอบรม พัฒนา ทักษะทีมบุคลากรในการดูแล โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อน		6,500.00	
										362,200.00	
	การดูแลผู้ป่วย โรคไตCKD	1. ร้อยละของผู้ป่วย DM/HT ที่ได้รับการ ค้นหา และคัดกรอง โรคไตเรื้อรัง	≥ 80 %				โครงการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต	1. จัดตั้ง CKD Clinic อย่างเต็ม รูปแบบและจัดบริการคลินิก เฉพาะโรคไตเรื้อรังตาม กระบวนการ พัฒนาคุณภาพ CKD Clinic Plus ใน รพ.และ รพ.สต.		7,500.00	
		2.ร้อยละผู้ป่วยโรคไต เรื้อรังมีอัตราการ ลดลงของeGFR < 5mL/min/1.73 m2/yr						2. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่ม ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยผสมผสาน การแพทย์แผนไทย และ การแพทย์ ทางเลือกในการดูแล รักษา			
							ดำเนินการตรวจคัด กรอง กลุ่มป่วยไต ปรับเปลี่ยน พฤติกรรม ให้ความรู้ และประเมินผลเลือด ซ้ำปีละ 2 ครั้ง	3. จัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติ - การวินิจฉัย (Early diag CKD) การดูแลผู้ป่วย -การบันทึกข้อมูลใน Program Hospital XP/PCUที่ถูกต้อง แม่นยำ			
			> 60%				ประชาสัมพันธ์ให้ ความรู้เพื่อป้องกัน โรคไตในกลุ่มเสี่ยงที่ รับประทานสมุนไพร ที่มีผลต่อไต	4. จัดกิจกรรมอบรม พัฒนา ทักษะทีมบุคลากรในการดูแล โรคไตเรื้อรัง		6,500.00	
								5.จัดประชุมคณะกรรมการ (ร่วมกับNCD)			

ยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายตัวชี้วัด			กลยุทธ์	แผนงาน/ โครงการ	กิจกรรม	ผลผลิต/ตัวชี้วัด กิจกรรม	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
			2563	2564	2565						
								6. ทบทวนผู้ป่วย ทำDischarge plan/ติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกัน ในผู้ป่วย CKD admit ด้วย ภาวะแทรกซ้อน เช่น Volume over load, Hypo-hyperkalemia, Hypo-hyponatremia			
								7. จัดกิจกรรมอบรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วย เบาหวานและหรือ ความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อน ทางไต turn stage ที่แย่ลงจากเดิม		2,400.00	
										16,400.00	
	การดูแลผู้ป่วย วัณโรคTB	1 อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรค	≥85%	≥85%	≥85%	- การดำเนินการตามมาตรการ 2:2:2	โครงการ : โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ (TB /DHF) โรคอุบัติใหม่ อุตุนิซ้า และโรคติดต่ออันตราย ตาม พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2558	1.คัดกรองวัณโรคด้วยการเอกซเรย์ปอดให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย			
		2 อัตราการป่วยตายผู้ป่วยวัณโรค	≤5					2.ประเมินความเสี่ยงผู้ป่วยวัณโรค /ผู้ป่วยที่เสี่ยงสูงได้รับการส่งต่อรวดเร็ว			
		3 อัตราการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่	0					ปรับปรุงแนวทางการรักษาเป็นปัจจุบัน			
		4. อัตราความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่	≥82.5 %	>85%	>85%			ผู้ป่วยทุกรายได้รับการกำกับดูแลกินยาDOT โดยรพสต.ญาติ / กำกับการขึ้นทะเบียนด้วยปรก			

ยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายตัวชี้วัด			กลยุทธ์	แผนงาน/ โครงการ	กิจกรรม	ผลผลิต/ตัวชี้วัด กิจกรรม	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
			2563	2564	2565						
		และกลับเป็นซ้ำ						รม NTIP			
	การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	1. อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดหลังจากจำหน่ายจากหอผู้ป่วยใน ภายใน 2 อาทิตย์	>80%				การพัฒนาการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate care; IMC)	1.ปรับแนวทางการดูแลผู้ป่วย stroke SCI TBI และจัดทำ Protocol ในการดูแลผู้ป่วย			
		2. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพมี ADL ดีขึ้น	>80%					2.เข้ารับการอบรมแนวทางการดูแลผู้ป่วยในระดับเขต/จังหวัด			
		3.ร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่	≤5					3.ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยCPG			
	การดูแลมารดาและทารก	1. ร้อยละผู้ป่วยคลอดเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด(PPH)	<5			ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาสูติกรรม	1.คัดกรองความเสี่ยงตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ โดยเน้นการแก้ไขภาวะซีด 2.ติดตามประเมินความเสี่ยงในทุกระยะของการคลอด เพื่อ Early detection 3. นำถุงรองเลือดมาใช้ในการประเมินการสูญเสียเลือด 4. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ ด้านการฝึกปฏิบัติการคลอดวิกฤต/ ติดไหล่ 5. ทบทวนการดูแลผู้ป่วย/ อุบัติการณ์			
								ทบทวนแนวทางปฏิบัติการตก			

ยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายตัวชี้วัด			กลยุทธ์	แผนงาน/ โครงการ	กิจกรรม	ผลผลิต/ตัวชี้วัด กิจกรรม	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
			2563	2564	2565						
								เลือดหลังคลอด /ระบบส่งต่อFT สูติกรรม			
	การดูแลผู้สูงอายุ	1.ร้อยละผู้สูงอายุที่มี สุขภาพจิตดี	>85					มีการคัดกรองTMHI 15ข้อใน ผู้สูงอายุ			
	2.4 เพื่อ พัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่าย(ชุดีมา มารุต)	- มีการจัดตั้ง คณะกรรมการพัฒนา โรงพยาบาล				- เข้าถึง ประชาชน (รับ ฟังข้อเสนอแนะ)	ชุมชนรวมใจพัฒนา ระบบบริการ	1.เชิญผู้ทรงคุณวุฒิในแต่ละสาขา อาชีพเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการ ที่ปรึกษาโรงพยาบาลโดยทีมไป เรียนเชิญด้วยตนเอง ตั้ง คณะกรรมการพัฒนา โรงพยาบาล ประกอบด้วย ภาค ประชาชน / หน่วยงานต่างๆ อำเภอสามง่าม / โรงพยาบาล - มีการประชุม ปีละ 3 ครั้ง ประชุมครั้งแรกนำเสนอตัวตน ของโรงพยาบาล / ภาพการ พัฒนาโรงพยาบาล / - กำหนดวาระ/เรื่องที่ จะนำเสนอในที่ประชุม - รายชื่อคณะกรรมการ 1) นายกเทศมนตรีต.สามง่าม ประธาน,2)เจ้าคณะอำเภอ,3) ประธานชมรมกำนัน,4)ผู้กำกับ ตำรวจสามง่าม,5)ปลัดอำเภอ สามง่าม,6)ตัวแทนชมรมผู้สูงอายุ ,7)ผู้พิการ,8)กำนันเฮง,9)คุณนาย ต้อย,10)วราภรณ์, 11)เจ้าคณะ ตำบลสามง่าม ,12)ผอ ก เลขาฯ , 13)งานยุทธฯ ผช.เลขาฯ , 14) หน.กลุ่มการฯ, 15)หน.ปฎิภูมิฯ , 16)หน.ทันตกรรม , 17)หน.	1.ผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละสาขาตอบ รับการเป็นคณะกรรมการที่ ปรึกษาโรงพยาบาลสามง่าม		

ยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายตัวชี้วัด			กลยุทธ์	แผนงาน/ โครงการ	กิจกรรม	ผลผลิต/ตัวชี้วัด กิจกรรม	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
			2563	2564	2565						
								บริหาร 18) สพฐ. มอบกลุ่มปฐม ฯ ประสาน			
ประเด็น ยุทธศาสตร์ที่ 3พัฒนาภูมิสร ถาปัตย์และ สิ่งแวดลอม	3.1.เพื่อพัฒนา ภูมิสรถาปัตย์และ สิ่งแวดลอมใน การเยียวยา ผู้รับบริการและผู้ ให้บริการ	3.1.1 ความพึงพอใจ ในภูมิสรถาปัตย์และ สิ่งแวดลอมของ ผู้รับบริการ	80	85	90	3.1.1 การ ปรับปรุงภูมิทัศน์ ภายใน โรงพยาบาลให้ สวยงาม มีสิ่ง อำนวยความสะดวก ที่เหมาะสมกับ ผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ พิการ เป็นต้น	โครงการปรับปรุงภูมิ ทัศน์โรงพยาบาลสาม ง่าม	- ปรับปรุงสวนสุขภาพ - จัดทำที่นั่งพักผ่อนอาหาร หลัง ห้องกายภาพ - จัดทำศาลาพักผ่อนสำหรับผู้ รับบริการ - ปรับปรุงอาคารเพาะชำ - ปรับปรุงแนวนัน้ซึมระบบ ประปา - ลานกีฬา - จัดทำแบบแผน สวน สิ่งปลูก สร้าง ของโรงพยาบาล (โดย แบ่งเป็นเฟสพัฒนาในแต่ละปี) - ปรับปรุงอาคารพัสดุ เป็น อาคารเอนกประสงค์ - เพิ่มต้นไม้ ในอาคาร OPD หลังใหม่	1.ความต้องการของ ผู้รับบริการได้รับการปรับปรุง ตามความต้องการ ได้มากกว่า ร้อยละ 50 ของความต้องการ ทั้งหมดที่ต้องการให้ปรับปรุง		คณะทำงาน ยุทธศาสตร์ที่ 3
		3.1.2 ความพึงพอใจ ในภูมิสรถาปัตย์และ สิ่งแวดลอมของผู้ ให้บริการ	80	85	90	3.1.2 การ ปรับปรุงสถานที่ ในการทำงานให้ เหมาะสมกับการ ทำงานของ จนท. ตามหลัก 5 ส	โครงการปรับปรุง สถานที่ทำงานของ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล สามง่าม	1.สำรวจความต้องการสิ่งอำนวยความสะดวกในการทำงานควบคู่ กับมาตรฐานความปลอดภัยใน การทำงาน เช่น แสงสว่าง อากาศถ่ายเท อุปกรณ์ป้องกัน ต่างๆ และห้องสำหรับพักผ่อน สำหรับเจ้าหน้าที่ 2.วิเคราะห์และวางแผนปรับปรุง ตามความต้องการ โดย เรียงลำดับจากสิ่งที่มีความจำเป็น เร่งด่วน และ งบประมาณที่ต้อง	ความต้องการสิ่งอำนวยความสะดวก ของเจ้าหน้าที่ได้รับการ ปรับปรุง อย่างน้อย ร้อยละ 50 ของจำนวนสิ่งอำนวยความสะดวก ทั้งหมดที่ต้องการ		

ยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายตัวชี้วัด			กลยุทธ์	แผนงาน/ โครงการ	กิจกรรม	ผลผลิต/ตัวชี้วัด กิจกรรม	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
			2563	2564	2565						
								ใช้ในการปรับปรุง 3.ขออนุมัติดำเนินการปรับปรุง สถานที่ที่ได้รับการพิจารณาตาม ความเหมาะสม 4.ดำเนินการปรับปรุงตามที่ได้รับ การอนุมัติ 5.สำรวจความต้องการสิ่งอำนวยความสะดวกเพิ่มเติมจาก เจ้าหน้าที่ ทุก 6 เดือน			
		3.1.3 จำนวน กิจกรรมที่ ปรับเปลี่ยนเพื่อการ เยียวยา				จัด สภาพแวดล้อมที่ เยียวยา ประสาทสัมผัส (ผัสสะ) ทั้ง 5 ซึ่งได้แก่ การมองเห็น-รูป Sight, การรับรู้รส Taste, การได้กลิ่น Smell การได้ยิน-เสียง Hearing การสัมผัส Touch					
ประเด็น ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนา บรรยากาศ องค์กร	4.1.เพื่อพัฒนา แนวทางการ ดำเนินงาน คุณธรรม/ความ โปร่งใสของ	4.1.1 ผลการประเมิน ITA ผ่านเกณฑ์				4.1.1 โปร่งใส ตรวจสอบได้ " สุจริต รับผิดชอบต่อ พอเพียง+จิต	โรงพยาบาลคุณธรรม นำสู่การพัฒนา คุณภาพอย่างยั่งยืน	1.เสริมสร้างระเบียบวินัย 2.เสริมสร้างความคิด 3.เสริมสร้างความกตัญญูกตเวที 4.การพัฒนาจริยธรรม 5.ส่งเสริมจิตอาสา	ตรงต่อเวลา รับผิดชอบใน หน้าที่ จิตอาสา(กิจกรรม บำเพ็ญประโยชน์) ประหยัด ทรัพยากรของโรงพยาบาล โรงพยาบาล สะอาด ร่มรื่น		คณะทำงาน ยุทธศาสตร์ที่ 4

ยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายตัวชี้วัด			กลยุทธ์	แผนงาน/ โครงการ	กิจกรรม	ผลผลิต/ตัวชี้วัด กิจกรรม	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
			2563	2564	2565						
	องค์กร					อาสา"		6.พัฒนาโรงพยาบาลสีเขียว	สวยงาม (ตัวชี้วัด ของงานคุณธรรม)		
		4.1.2 ผลการประเมิน EIA ผ่านเกณฑ์									
		4.1.3 ควบคุมภายใน									
	4.2.เพื่อปรับปรุง และพัฒนา บรรยากาศ องค์กร	4.2.1 ผลการประเมิน ดัชนีความพึงพอใจ ต่อองค์กร				4.2.1 เพื่อพัฒนา ความสามัคคี และพัฒนาทีม	4.2.1 เพื่อพัฒนา ความสามัคคีและ พัฒนาทีม	1.จัดกีฬาภายใน(ปิงปอง,แบดมิ ตัน,เปตองและกีฬาพื้นบ้าน) 2.จัดกิจกรรมจิตอาสาภายในและ ภายนอกโรงพยาบาล			
	4.3 เพื่อพัฒนา แนวทางการ ดำเนินงาน คุณธรรม/ความ โปร่งใสของ องค์กร	4.1.1 ผลการประเมิน ITA ผ่านเกณฑ์				4.2.2 สร้าง บรรยากาศ กิจกรรมที่ไม่นั่ง รูปแบบ	4.2.2 สร้าง บรรยากาศกิจกรรมที่ ไม่เน้นรูปแบบ	1.รับประทานอาหารกลางวัน ร่วมกัน 2.ประกวดร้องเพลงนักร้องเสียง เพี้ยน 3.ดูงาน soft side management รพ.ยุพราชด่าน ซ้าย จังหวัดเลย 4.ดำเนินการจัดทำสถานที่ออก กำลังกายสำหรับเจ้าหน้าที่ 5.ตลาดนัดเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล สัปดาห์ละ 1 วัน			

ตารางวิเคราะห์การถ่วงน้ำหนักภายในและภายนอก SWOT Analysis

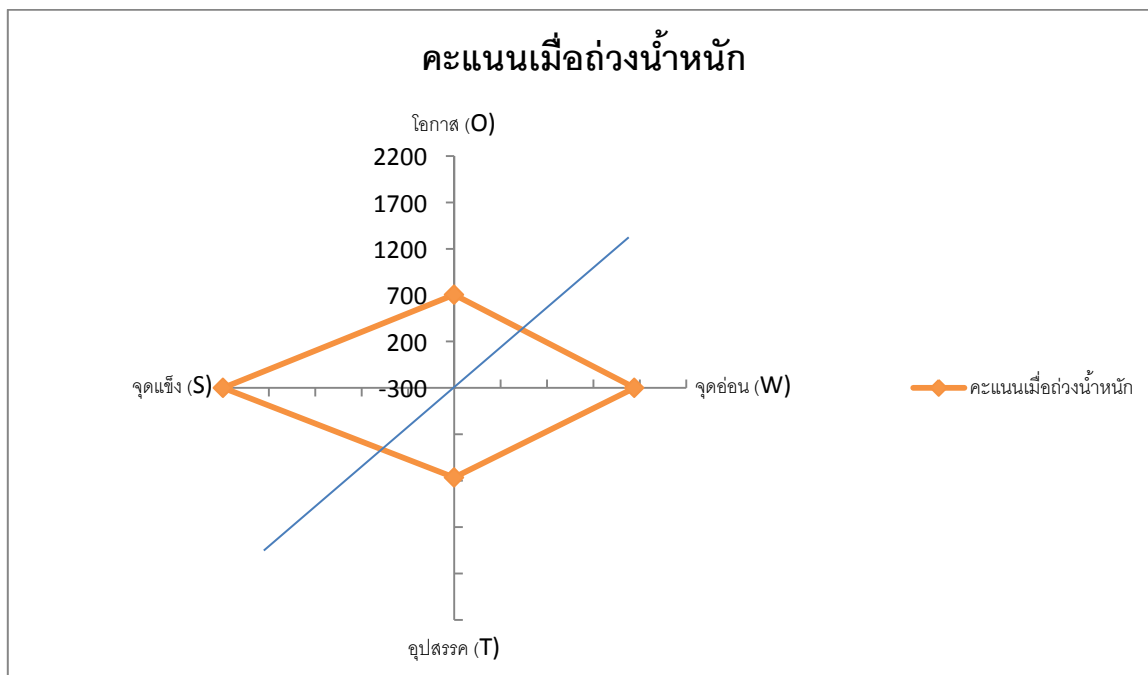
รหัส	จุดแข็ง (Strength)	ค่าถ่วงน้ำหนัก A	คะแนน (1-10) B	คะแนน เมื่อถ่วงน้ำหนัก A X B
S1	(2)นโยบายองค์กรและผู้บริหารชัดเจน/ผู้บริหารมีความมุ่งมั่นสนับสนุนและให้โอกาสในการทำงาน และบริหารจัดการแบบการมีส่วนร่วม	43	9	387
S2	9.มีการทำงานเป็นทีมและมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน	33	10	330
S3	22.มีวัสดุ/อุปกรณ์/เครื่องมือที่เพียงพอสะอาด/ปลอดภัย/ทันสมัย/ประสิทธิภาพ	36	8	288
S4	1.จนท.มีความตั้งใจ/ขยัน/รับผิดชอบ/กล้าแสดงความคิดเห็น /คิดริเริ่มสร้างสรรค์	31	8	248
S5	2.จนท.มีความรู้ความสามารถ/มีความชำนาญในการปฏิบัติงาน	27	9	243
S6	(6)หน่วยบริการมีมาตรฐานและนำมาตรฐานมาใช้ในการทำงาน	56	4	224
S7	105.มีโครงสร้างหน่วยงานสายบังคับบัญชาและกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน(มีคำสั่ง/แบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบชัดเจน)	27	7	189
S8	32.มีระบบบริหารความเสี่ยงควบคุมภายใน โปร่งใส	12	10	120
S9	31.มีระบบควบคุมกำกับติดตามและประเมินผล	20	5	100
S10	23.มีสถานที่และสิ่งแวดล้อมเหมาะสม/แยกเป็นสัดส่วน	7	9	63
	รวมคะแนนของจุดแข็ง			2,129

รหัส	จุดอ่อน (Weakness)	ค่าถ่วงน้ำหนัก A	คะแนน (1-10) B	คะแนน เมื่อถ่วงน้ำหนัก A X B
W1	9.ไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด	42	8	336
W2	(68)การประสานงานการสื่อสารระหว่างหน่วยงานภายในรพ.(มีปัญหาทักษะด้านการสื่อสาร)	31	10	310
W3	42.พบปัญหาอุปสรรคในการบริหารจัดการ ระบบบและงาน	28	7	196
W4	7.บุคลากรไม่ได้รับการฟื้นฟูและเพิ่มพูนความรู้ในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง	52	3	156
W5	1.ขาดการกระตุ้นติดตาม ประเมินผล การปฏิบัติงาน/กระบวนการคุณภาพอย่างต่อเนื่อง	17	9	153
W6	(16)ขั้นตอนในการดำเนินงานภายในรพ.ยุ่งยากไม่เหมาะสม ไม่ชัดเจน ไม่ได้ปฏิบัติตาม ขั้นตอนที่กำหนด	21	6	126
W7	6.บุคลากรไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน	25	4	100
W8	13.ภาระงานมาก	19	5	95
W9	51.มีการตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับผลงานหรือผู้รับบริการล่าช้า/ไม่ครบถ้วน	12	6	72
W10	32.วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ อาคารสถานที่ไม่เพียงพอ/ไม่พร้อมใช้/ชำรุด/สูญหาย/ไม่เหมาะสม	67	1	67
W11	บุคลากรใช้เทคโนโลยีและอุปกรณ์เครื่องมือไม่เต็มประสิทธิภาพ	34	1	34
	รวมคะแนนของจุดอ่อน			1,645

รหัส	โอกาส (Opportunity)	ค่าถ่วงน้ำหนัก A	คะแนน (1-10) B	คะแนน เมื่อถ่วงน้ำหนัก A X B
O1	(9)นำสื่อและเทคโนโลยีมาใช้ในการทำงาน	23	10	230
O2	(7)มีนโยบายระดับเหนือขึ้นไปชัดเจน ทำให้สามารถดำเนินงานได้	13	8	104
O3	(28)มีการจัดระบบบริการสุขภาพที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่ายมีเครือข่ายในชุมชน	9	9	81
O4	(12)พัฒนาระบบบริการเชื่อมกับระดับปฐมภูมิและชุมชนประชาชนเข้าถึงได้	8	7	56
O5	(25)ประชาชนเข้าถึงเทคโนโลยีและข้อมูลสุขภาพ	8	6	48
O6	(1)มีองค์กร หน่วยงานภายนอกเข้ามาสนับสนุนการดำเนินงานและงบประมาณ	9	5	45
O7	(5)พขอ.มีนโยบายชัดเจนเครือข่ายแกนนำสุขภาพเข้มแข็ง	10	4	40
O8	(11)มีระเบียบ กฎหมายให้นำมาใช้เป็นแนวทางในการทำงาน	12	3	36
O9	(20)มีข้าราชการ รัฐวิสาหกิจองค์กรต่างๆ เอกชน และคหบดี ในพื้นที่มารับบริการและบริจาค งบประมาณและอุปกรณ์การแพทย์	9	5	45
O10	(4)มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับหน่วยงานภายนอก	4	5	20
	รวมคะแนนของโอกาส			705

รหัส	อุปสรรค (Threat)	ค่าถ่วงน้ำหนัก A	คะแนน (1-10) B	คะแนน เมื่อถ่วงน้ำหนัก A X B
T1	นโยบายระดับเหนือขึ้นไปเปลี่ยนแปลงบ่อย กระทบต่อการทำงานและการเงินรพ.	22	10	220
T2	เศรษฐกิจตกต่ำ ประชาชนฐานะยากจนอยู่ในภาวะพึ่งพิง	14	8	112
T3	ประชาชนได้รับผลกระทบจากสื่อและเทคโนโลยี	9	7	63
T4	มีช่องโหว่ทางกฎหมาย ไม่รู้กฎหมาย	8	7	56
T5	ระบบสารสนเทศไม่ตอบสนองการใช้งานที่เพียงพอ	9	6	54
T6	ไม่มีแผนการจัดสรรเงินที่ชัดเจนจากหน่วยเหนือ	9	5	45
T7	หน่วยบริการได้รับผลกระทบจากสื่อและเทคโนโลยีมีการร้องเรียนผ่านช่องทางต่างๆ	10	4	40
T8	หน่วยบริการอยู่ใกล้รพ.ขนาดใหญ่และรพ.เอกชน	5	6	30
T9	การปฏิบัติตามมาตรฐาน ระเบียบ มีความยุ่งยากซับซ้อนเปลี่ยนแปลงบ่อย	5	5	25
T10	สภาพแวดล้อมไม่ดี มีแหล่งขายอาหารไม่เหมาะสม	7	3	21
	รวมคะแนนของอุปสรรค			666

กราฟแสดงผลตำแหน่งการวิเคราะห์ SWOT



ตารางการวิเคราะห์ TOWS Matrix

SO กลยุทธ์เชิงรุก ใช้จุดแข็งขององค์กรกับโอกาสที่มีมากำหนด เป็นกลยุทธ์ในเชิงรุก(รุก เพิ่ม ขยาย)	WO กลยุทธ์เชิงแก้ไข ใช้โอกาสมากำหนดเป็นกลยุทธ์เพื่อแก้ไข จุดอ่อนขององค์กร(ปรับปรุง/พัฒนา)
<p>S1 S3O1-5 O9 เพิ่มระบบ Smart Hospital เชื่อมโยงบริการ ทูติยภูมิ ปฐมภูมิ และเครือข่ายบริการสุขภาพ</p> <p>S2 S3 S4 S5 O1 O2 O4 O5 O10 เพิ่มทักษะและความรู้ความเข้าใจของบุคลากรในการนำเทคโนโลยีไปสู่การพัฒนาระบบ SmartHospital</p> <p>S6 S8 O8 O9 O10 ขยายวัฒนธรรมความปลอดภัยให้ทั่วทั้งองค์กร</p> <p>S8 O10เพิ่มแนวทางการดำเนินงานโรงพยาบาลคุณธรรม</p> <p>S10 O6เพิ่มภูมิสถาปัตยกรรมและสิ่งแวดล้อมในการเยียวยาผู้รับบริการและผู้ให้บริการ</p>	<p>W2O2 O8ปรับปรุงและพัฒนาบรรยากาศองค์กร</p> <p>Wพัฒนาบุคลากรในการใช้เทคโนโลยีและอุปกรณ์เครื่องมือให้เต็มประสิทธิภาพ</p> <p>Wพัฒนาสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร โปร่งใส ตรวจสอบได้</p> <p>Wพัฒนาความสามัคคี/พัฒนาทีม</p> <p>W1 W 3 W6 W8 O2 O8 ปรับปรุงทบทวนรอบการทำงานตามโครงสร้างองค์กร</p> <p>W9 O6 O7 O9พัฒนาระบบบริการที่เป็นเลิศ</p> <p>W4 W5 O1 O2 O10พัฒนาวัฒนธรรมคุณภาพ</p> <p>W10พัฒนาระบบการจัดการเครื่องมือและอุปกรณ์</p>
ST กลยุทธ์เชิงรับ ใช้จุดแข็งขององค์กรมากำหนดเป็นกลยุทธ์ เพื่อรับมือกับอุปสรรคเชิงป้องกัน(จัดทำ ควบคุม รณรงค์)	WT กลยุทธ์เชิงป้องกัน ใช้จุดอ่อนและข้อจำกัดขององค์กรพิจารณา ร่วมกันกำหนดเป็นกลยุทธ์เชิงป้องกัน(หาทดแทน)
<p>S1 S8 S9 T1 T4 T6 T9จัดระบบควบคุมภายในลงสู่การปฏิบัติ</p> <p>T2 T3 T10S4 S5สร้างนวัตกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชน(เวทีแลกเปลี่ยน , นวัตกรรมสื่อ)</p> <p>T5 S3 พัฒนาสารสนเทศให้ตอบสนองต่อการใช้งาน (พัฒนาระบบ back office สารบัญ/บุคลากร)</p>	<p>W7 W8 T1ส่งต่อ/จ้างหน่วยงานภายนอก</p> <p>W9 W10 T8</p>