



Hospital Presentation

โรงพยาบาลสามง่าม

บริบท



โรงพยาบาลสามง่ามเป็น รพ.ชุมชน ขนาด 60 เตียง
ตั้งอยู่เลขที่ 104 ม.5 ต.สามง่าม อ.สามง่าม จ.พิจิตร
มีพื้นที่ 1 ไร่ 2 งาน 63 ตารางวา

- ปี พ.ศ. 2508 จัดตั้งเป็นสถานีอนามัยชั้นหนึ่ง
- ปี พ.ศ. 2518 เปลี่ยนชื่อเป็น “ศูนย์การแพทย์และอนามัยสามง่าม”
- ปี พ.ศ. 2520 เปลี่ยนชื่อเป็น "โรงพยาบาลสามง่าม"
- ปี พ.ศ. 2525 สร้างอาคารผู้ป่วย 10 เตียง
- ปี พ.ศ. 2535 สร้างอาคารผู้ป่วย 30 เตียง
- ปี พ.ศ. 2540 ยกฐานะเป็นโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง
- ปี พ.ศ. 2562 ปรับจำนวนเตียงใช้จริงเป็น 33 เตียง



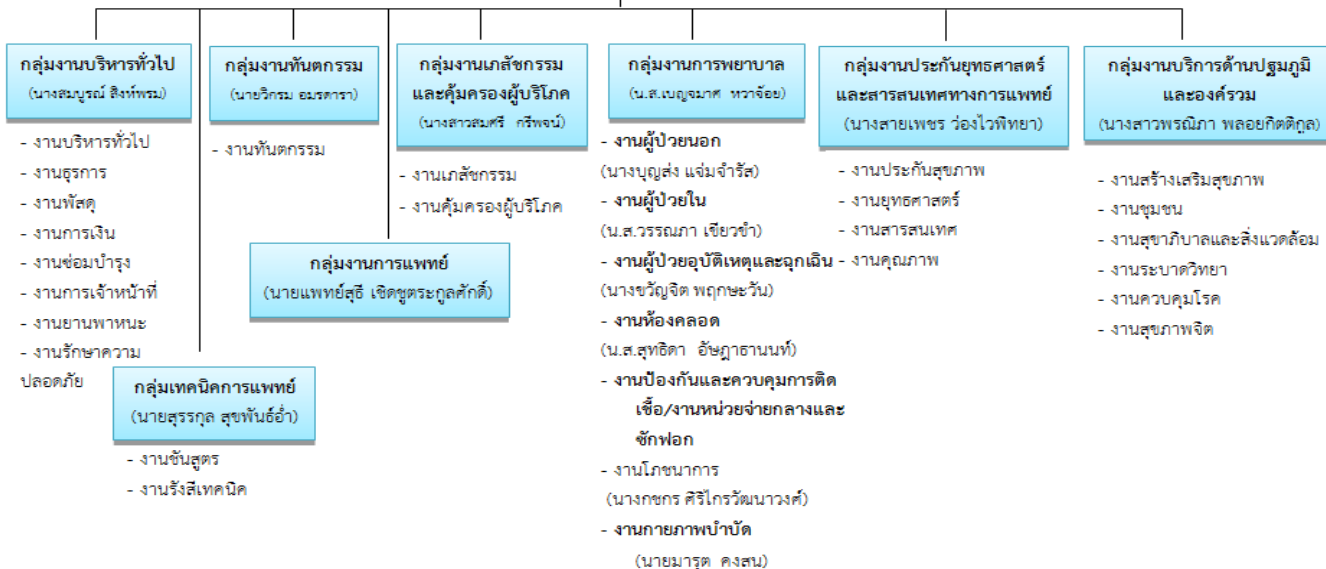
ผู้อำนวยการ

นายแพทย์สุธี เชิดชูตระกูลศักดิ์





ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามง่าม
(นายสุธี เชิดชูตระกูลศักดิ์)





THPI ๕๓๓๖๓๖๓

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

มอบกิจการประเมินให้เพื่อแสดงว่า

โรงพยาบาลสามง่าม จังหวัดพิจิตร
SAMNGAM HOSPITAL

ได้รับใบรับรองมาตรฐานและผลการตรวจภาพ

ฉบับเต็มมีผลใช้ทางตั้งแต่วันที่ ๖ มิ

ซึ่งเน้นการพัฒนาคูณภาพการดูแลผู้ป่วยรวมถึงสร้างเสริมสุขภาพ และกำรบริหารองค์กร
ความสำร็จนี้เกิดจากความมุ่งมั่นและความพยายามอย่างสุดเนื่อง

ของผู้บริหาร ผู้ประกอบวิชาชีพและเจ้าหน้าที่

ระยะเวลาการรับรอง

๒๔ มิย ๒๐๑๘ - ๒๓ มิย ๒๐๒๔



(นายศุภชัย สุนทรรัตนสุตพงษ์)
ผู้อำนวยการบริหารภาพ

(นายอภิรักษ์ อธิวรรณวัฒน์)
ผู้อำนวยการ

The Health Accreditation Institute (Public Organization) hereby certifies that the healthcare organization complies with the Hospital and Health Service Standards released on the auspicious occasion of the 50th Anniversary Celebrations of His Majesty's Accession to the Throne of which emphasize quality improvement, health promotion and organization administration and has been accredited. This success has been achieved through the continuous and continual efforts of management, professionals and staff. The accreditation valid from 24 April 2018 - 23 April 2024.

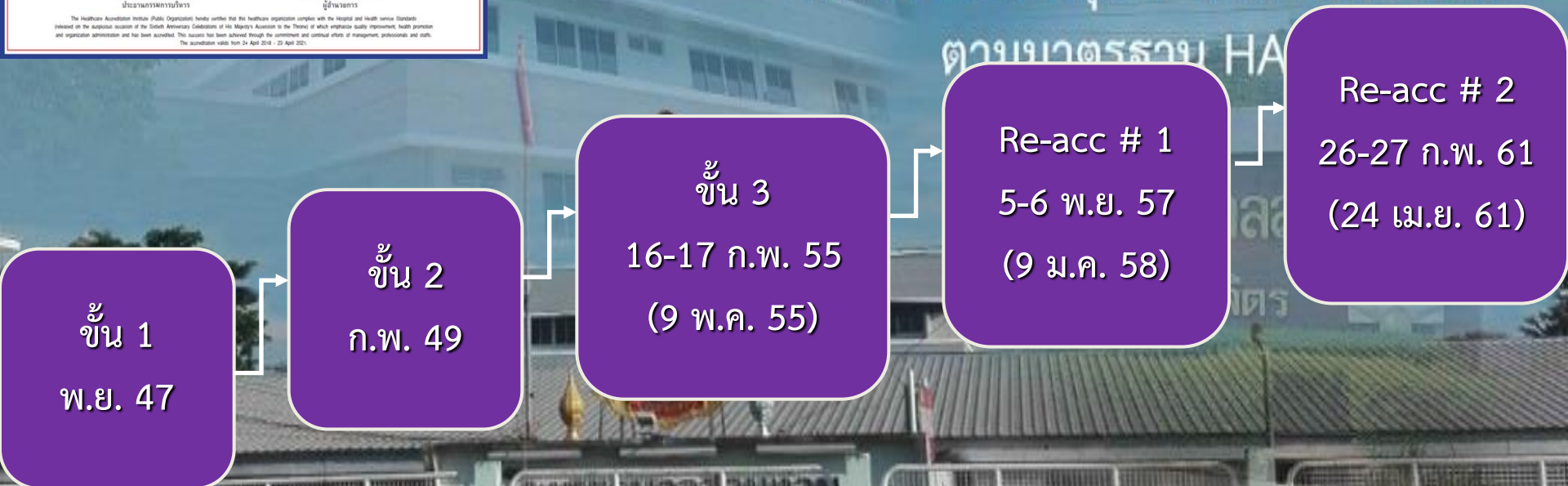
เส้นทางสู่ คุณภาพ



“โรงพยาบาลสามง่าม

ผ่านการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

ตามมาตรฐาน HA



ขั้น 1
พ.ย. 47

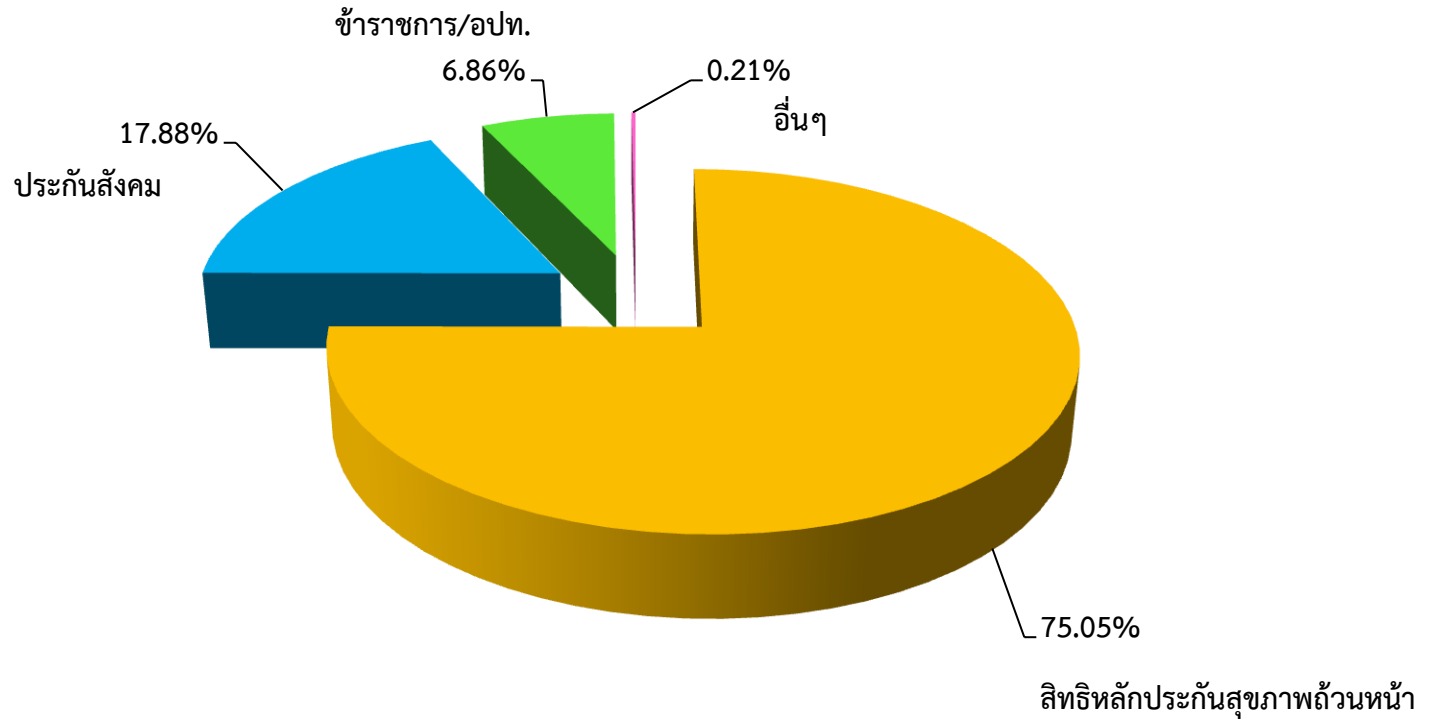
ขั้น 2
ก.พ. 49

ขั้น 3
16-17 ก.พ. 55
(9 พ.ค. 55)

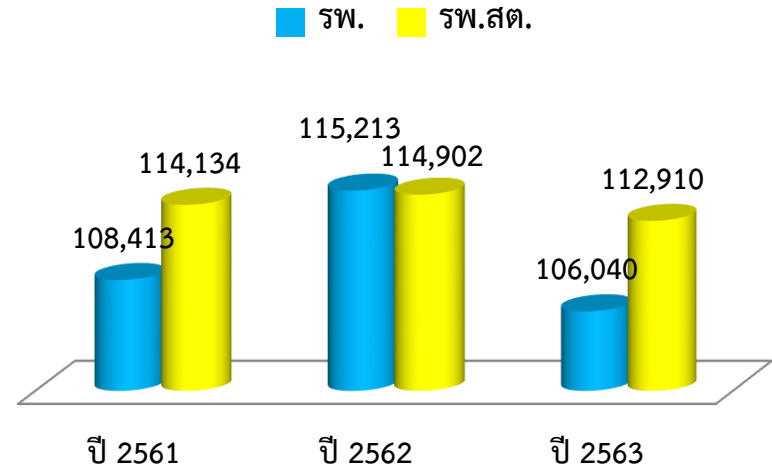
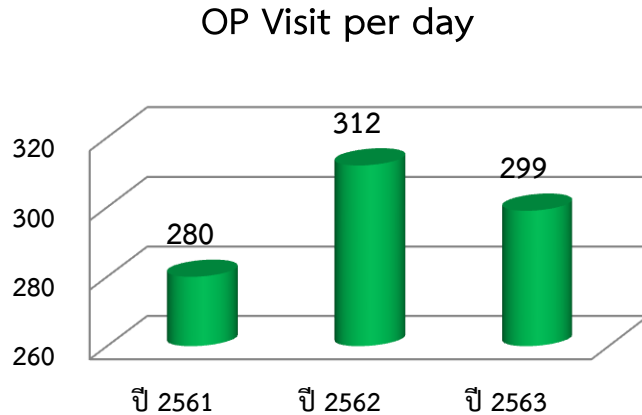
Re-acc # 1
5-6 พ.ย. 57
(9 ม.ค. 58)

Re-acc # 2
26-27 ก.พ. 61
(24 เม.ย. 61)

ความครอบคลุมการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



ข้อมูลผู้รับบริการ



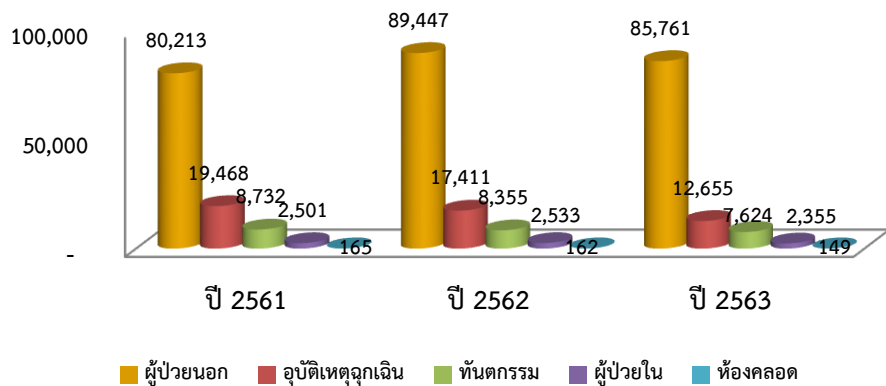
สัดส่วน Visit รพ. : รพ.สต.

ปี 2561 1 : 1.05

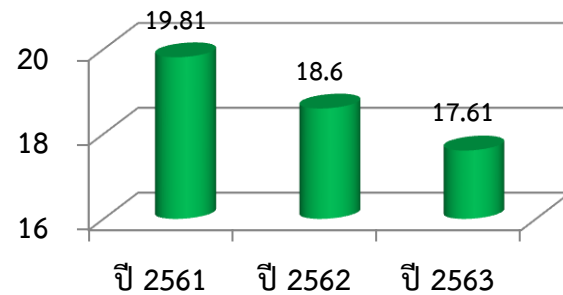
ปี 2562 1 : 0.99

ปี 2563 1 : 1.06

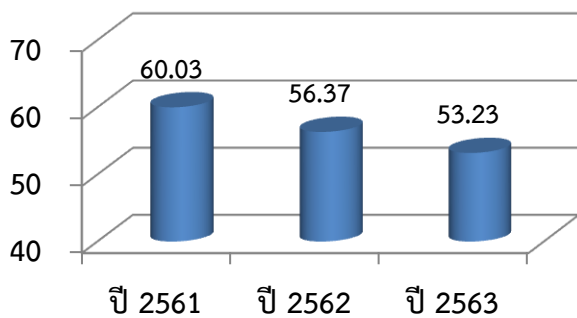
จำนวนผู้รับบริการแยกจุดบริการ



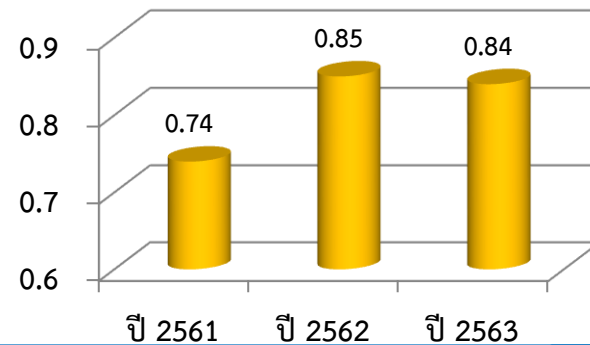
วันนอนเฉลี่ย (วัน)



อัตราการครองเตียง



CMI



5 อันดับโรคผู้ป่วยนอก ปี 2561 - 2563

ลำดับ	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
1	HT	HT	HT
2	DM	DM	DM
3	Dizziness	Common cold	Common cold
4	Common cold	Dizziness	Dizziness
5	Dyspepsia	Dyspepsia	Dyspepsia

5 อันดับโรคผู้ป่วยใน ปี 2561 - 2563

ลำดับ	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
1	DM	Gastroenteritis/ DM	Gastroenteritis
2	Gastroenteritis	Urinary tract infection	Urinary tract infection
3	Acute bronchitis	Congestive heart failure	DM
4	Congestive heart failure	Acute bronchitis	Congestive heart failure
5	Urinary tract	COPD/HT	COPD

5 อันดับสาเหตุการตาย ปี 2561 - 2563

ลำดับ	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
1	Sepsis	Pneumonia	Pneumonia
2	Pneumonia	Sepsis	DM
3	HT	Chronic kidney disease	Sepsis
4	Intracerebral haemorrhage	HT	Urinary tract infection
5	Chronic kidney disease	CA lung	Intracerebral haemorrhage

5 อันดับโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาปี 2561 - 2563

ลำดับ	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
1	Diarrhea	Diarrhea	Diarrhea
2	Influenza	Influenza	Influenza
3	Pneumonia	HFMD	Chickenpox
4	Chickenpox	Chickenpox	Fever of unknown origin
5	HFMD	DHF	Conjunctivitis

จุดมุ่งหมาย





โรงพยาบาลสามง่าม

“บริการดี มีมาตรฐาน โรงพยาบาลน่าอยู่”

วิสัยทัศน์
VISION

บริการดี มีมาตรฐาน โรงพยาบาลน่าอยู่

พันธกิจ
MISSION

ให้บริการสุขภาพที่ได้มาตรฐานสากล ด้วยบริการที่ดี สะดวกรวดเร็ว ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่น่าอยู่

ค่านิยม
Core Value

- M** : Mastery เป็นนายตนเอง
- O** : Originality เร่งสร้างสิ่งใหม่
- P** : People Centered ใส่ใจประชาชน
- H** : Humility ถ่อมตนอ่อนน้อม
- T** : Team Work ทำงานเป็นทีม
- P** : Patient and Customer Focus เน้นผู้รับบริการ
- M** : Management by Fact บริหารข้อมูล

จุดเน้น

พฤติกรรมบริการ



โรงพยาบาลคุณธรรม



ภูมิสถาปัตยกรรม และสิ่งแวดล้อม ในการเยียวยา



Smart Hospital



ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาพฤติกรรมบริการ

- 1.1. เพื่อให้เจ้าหน้าที่มีพฤติกรรมบริการที่เป็นเลิศ



ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบงาน

- 2.1. เพื่อเป็นโรงพยาบาล Smart Hospital เชื่อมโยงบริการ ทดียบ ภูมิ ปฐมภูมิ และเครือข่ายบริการสุขภาพ
- 2.2. เพื่อขยายวัฒนธรรมความปลอดภัยให้ทั่วทั้งองค์กร
- 2.3. เพื่อพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วย
- 2.4. เพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย



ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาภูมิสถาปัตยกรรมและสิ่งแวดล้อม

- 3.1. เพื่อพัฒนาภูมิสถาปัตยกรรมและสิ่งแวดล้อมในการเยียวยาผู้รับบริการและผู้ให้บริการ



ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบราชการองค์กร

- 4.1. เพื่อพัฒนาแนวทางการดำเนินงานโรงพยาบาลคุณธรรม
- 4.2. เพื่อปรับปรุงและพัฒนาบรรษัทองค์กร





นโยบาย 2 P Safety Goal

เป้าหมายเพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการและบุคลากร

PATIENT SAFETY GOALS (ความปลอดภัยของผู้รับบริการ)

Safe Surgery
ผ่าตัดปลอดภัย

Infection Prevention and Control
ไร้ปัญหาการติดเชื้อ

Medication & Blood Safety
เชื่อถือได้เรื่องยา

Patient Care Processes
รักษาตามกระบวนการ

Line, Tube, and Catheter & Laboratory
ไม่พลาดงานสายและท่อ

Emergency Response
ไม่รอช้าถ้าฉุกเฉิน

PERSONNEL SAFETY GOALS (ความปลอดภัยของบุคลากร)

Security and Privacy of Information and Social Media
ข้อมูลและการสื่อสารที่ปลอดภัย

Infection and Exposure
ไม่ติดเชื้อและบาดเจ็บจากการทำงาน

Mental Health and Mediation
ปลอดภัยจากถูกคุกคามทางจิตใจ การฟ้องร้อง ภาวะเครียดในงาน

Process of Work
กระบวนการทำงานที่ปลอดภัย

Lane (Ambulance) and Legal Issues
ปลอดภัยจากอุบัติเหตุขณะส่งต่อ

Environment and Working Conditions
สิ่งแวดล้อมการทำงานปลอดภัย

(นายสุธี เชิดชูตระกูลศักดิ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามง่าม

เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร
บุคลากรสาธารณสุข

2P Safety : Patient and Personnel Safety



โรงพยาบาลสามง่าม
อำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร

กระบวนการ



2. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้

- Case Study
- เยี่ยมสำรวจภายใน (IS)
- แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในรพ.สต.
และชุมชน (CBL)



ผลลัพธ์



ด้านผู้รับบริการ



การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีมาก
(85.60 คะแนน)



การนำเสนอผลงานด้านการพัฒนา
คุณภาพทางการแพทย์ในชุมชน
เรื่อง การดำเนินโครงการ ลด ละ เลิก
บุหรี่ในชุมชน



การนำเสนอผลงานด้านการ
พัฒนาคุณภาพทางการแพทย์
ในโรงพยาบาล เรื่อง การพัฒนา
ระบบการดูแลแบบ
ประคับประคอง ชูชุมชน ด้วย
เครือข่าย เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี

ด้านภาคีเครือข่าย



15-16 ธันวาคม 2563 ทีม CDCU คปสอ.สามง่าม เป็นตัวแทน จังหวัดพิจิตร ในการนำเสนอผลงานวิชาการระดับวิทยาระดับเขต Oral Presentation ในการสัมมนาเครือข่ายระดับวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 โดย น.ส.ระพีพรธน พันสดี นำเสนออุบัติเหตุรถโดยสารไม่ประจำทางเลี้ยวหักกถนน และ น.ส.ศิริพรธน ทัพงาม นำเสนอ การสอบสวนการเสียชีวิต โรคไข้หัด ซึ่งได้รับรางวัลรองชนะเลิศ ลำดับที่ 3



29 ธันวาคม 2563 ทีม คปสอ.สามง่าม ขอแสดงความยินดีกับคุณ กรรณิการ์ ดอนจันทร์ไพโร อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบล ก่าแพงดิน และทีมงาน ที่ได้รับรางวัลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่น ระดับเขตสุขภาพที่ 3 ประจำปี 2564 "สาขาสุขภาพจิตชุมชน"

การพัฒนา
ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต

นำเสนอวิชาการ
ระดับวิทยา

ขับเคลื่อนตำบลปลอดภัยและ
การจัดการอุบัติเหตุทางถนน

อสม.ดีเด่น ระดับเขต

ด้านองค์กร



มาตรฐานคุณภาพ
สถานพยาบาลสพตด



บูรณาการสุขภาพจิตวัย
ทำงาน ร่วมกับ คกก.พชอ.



ผ่านเกณฑ์ประเมิน ITA

- ประกาศนียบัตร
โรงพยาบาลสามง่าม
- กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จังหวัดปทุมธานี กรุงเทพมหานคร
และพิธีการ โรงพยาบาลสามง่าม 301 ถนนประชาชื่น แขวงสามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพมหานคร 10600
1. พงษ์สิงห์ โดย คณะผู้บริหารและบุคลากร โรงพยาบาลสามง่าม คณะกรรมการ
โรงพยาบาลสามง่าม กรุงเทพมหานคร
 2. วัชร โดย คณะผู้บริหาร และบุคลากร โรงพยาบาลสามง่าม คณะกรรมการ
โรงพยาบาลสามง่าม
 3. สุทธิ โดย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี คณะกรรมการ
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
 4. ติลยา โดย คณะผู้บริหารและบุคลากร โรงพยาบาลสามง่าม

ด้วย โรงพยาบาลสามง่าม เป็นสถานพยาบาลสามง่าม ที่ได้มาตรฐานวิชาชีพ
ตามประกาศนียบัตร (ใบขึ้นทะเบียน) จากคณะกรรมการวิชาชีพ
สาขาพยาบาลวิชาชีพ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร โดยมีนายแพทย์สุรเกียรติ์
สงวนสุพกิจ เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามง่าม และนายแพทย์สุรเกียรติ์
สงวนสุพกิจ เป็นผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

นายแพทย์สุรเกียรติ์ สงวนสุพกิจ
นายแพทย์สุรเกียรติ์ สงวนสุพกิจ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามง่าม
ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

ผ่านเกณฑ์
โรงพยาบาลคุณธรรม
(6 ตัวชี้วัด)



มาตรฐาน Green&Clean
Hospital

การพัฒนาต่อเนื่อง

1. การขับเคลื่อนกระบวนการ รพ.คุณธรรมบูรณาการไปกับกระบวนการคุณภาพ
2. พัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพและระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ภายในเครือข่าย เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยใหม่ ลดจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน
3. กำหนดประเด็น Ethical dilemma ในหน่วยงานและนำมาเรียนรู้ร่วมกัน
4. กำกับติดตามการดำเนินการตามแนวทาง 2P Safety
5. พัฒนาระบบการประเมินผลลัพธ์ด้านบริการและนำผลมาพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ขอบคุณ



โรงพยาบาลสามง่าม

“บริการดี มีมาตรฐาน โรงพยาบาลน่าอยู่”



Leadership interview

Strategic Plan & KPI Monitoring

การวางแผนยุทธศาสตร์





โรงพยาบาลสามง่าม

“บริการดี มีมาตรฐาน โรงพยาบาลน่าอยู่”

วิสัยทัศน์

VISION

- บริการดี มีมาตรฐาน โรงพยาบาลน่าอยู่

พันธกิจ

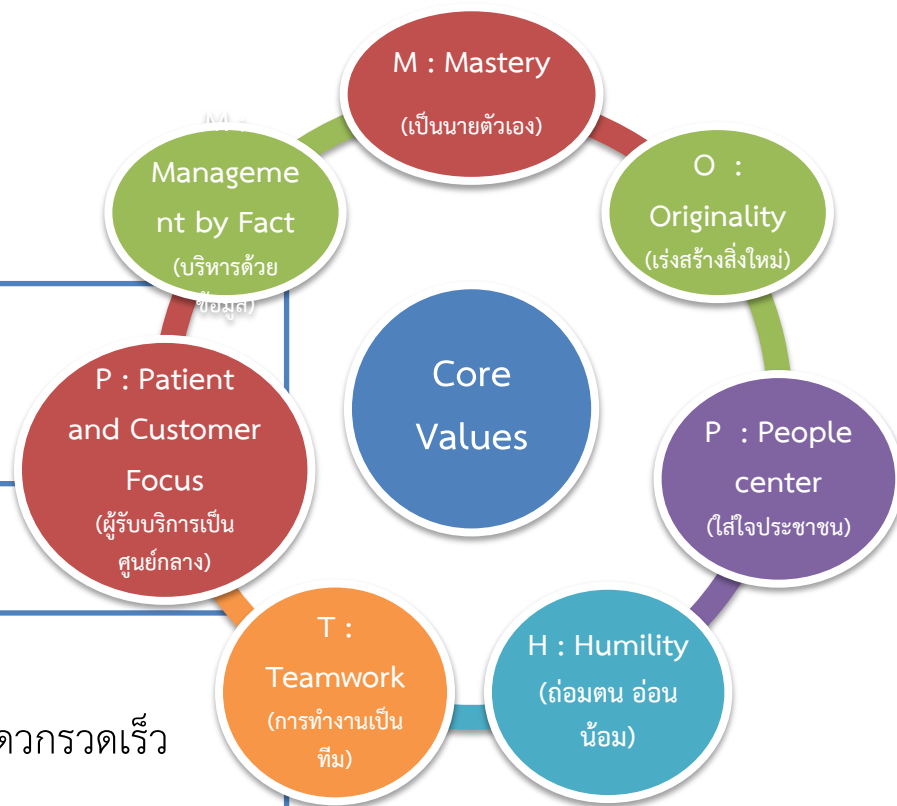
MISSION

- ให้บริการสุขภาพที่ได้มาตรฐานสากล ด้วยบริการที่ดี สะดวกรวดเร็ว ภายใต้อาคารที่ปลอดภัย

ขอบเขตบริการ

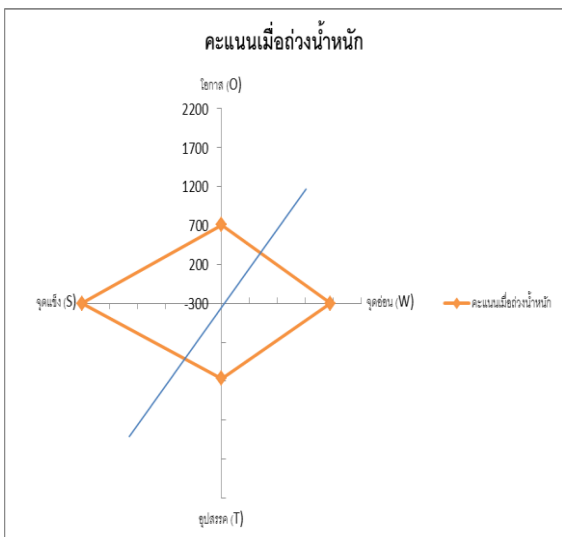
Scope of Service

- ให้บริการส่งเสริมป้องกันโรครักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพให้แก่ประชาชนในอำเภอสามงามในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิระดับต้น



SWOT ANALYSIS

Strengths Weaknesses Opportunities Threats



SO กลยุทธ์เชิงรุก

ใช้จุดแข็งขององค์กรกับโอกาสที่มีมา

กำหนดเป็นกลยุทธ์ในเชิงรุก(รุก เพิ่ม ขยาย)

S1 S3O1-5 O9 เพิ่มระบบ Smart Hospital

เชื่อมโยงบริการ ทักษะภูมิ ปฐมภูมิ และเครือข่ายบริการสุขภาพ

S2 S3 S4 S5 O1 O2 O4 O5 O10 เพิ่มทักษะและ

ความรู้ความเข้าใจของบุคลากรในการนำเทคโนโลยีไปสู่การ

พัฒนาระบบ SmartHospital

S6 S8 O8 O9 O10 ขยายวัฒนธรรมความปลอดภัยให้

ทั่วทั้งองค์กร

S8 O10เพิ่มแนวทางการดำเนินงานโรงพยาบาลคุณธรรม

S10 O6เพิ่มภูมิสถาปัตยกรรมและสิ่งแวดล้อมในการเยียวยา

ผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

WO กลยุทธ์เชิงแก้ไข

ใช้โอกาสมากำหนดเป็นกลยุทธ์เพื่อแก้ไข

จุดอ่อนขององค์กร(ปรับปรุง/พัฒนา)

W2O2 O8ปรับปรุงและพัฒนาบรรยากาศองค์กร

Wพัฒนาบุคลากรในการใช้เทคโนโลยีและอุปกรณ์เครื่องมือให้

เต็มประสิทธิภาพ

Wพัฒนาสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร โปร่งใส

ตรวจสอบได้

Wพัฒนาความสามัคคี/พัฒนาทีม

W1 W 3 W6 W8 O2 O8 ปรับปรุงทบทวนกรอบ

การทำงานตามโครงสร้างองค์กร

W9 O6 O7 O9พัฒนาระบบบริการที่เป็นเลิศ

W4 W5 O1 O2 O10พัฒนาวัฒนธรรมคุณภาพ

W10พัฒนาระบบการจัดการเครื่องมือและอุปกรณ์

ST กลยุทธ์เชิงรับ

ใช้จุดแข็งขององค์กรมากำหนดเป็นกลยุทธ์

เพื่อรับมือกับอุปสรรคที่เชิงป้องกัน(จัดทำ ควบคุม ระวัง)

S1 S8 S9 T1 T4 T6 T9จัดระบบควบคุมภายในลงสู่การ

ปฏิบัติ

T2 T3 T10S4 S5สร้างนวัตกรรมการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมสุขภาพประชาชน(เวทีแลกเปลี่ยน , นวัตกรรมสื่อ)

T5 S3 พัฒนาสารสนเทศให้ตอบสนองต่อการใช้งาน(พัฒนา

ระบบ back office สารบัญ/บุคลากร)

WT กลยุทธ์เชิงป้องกัน

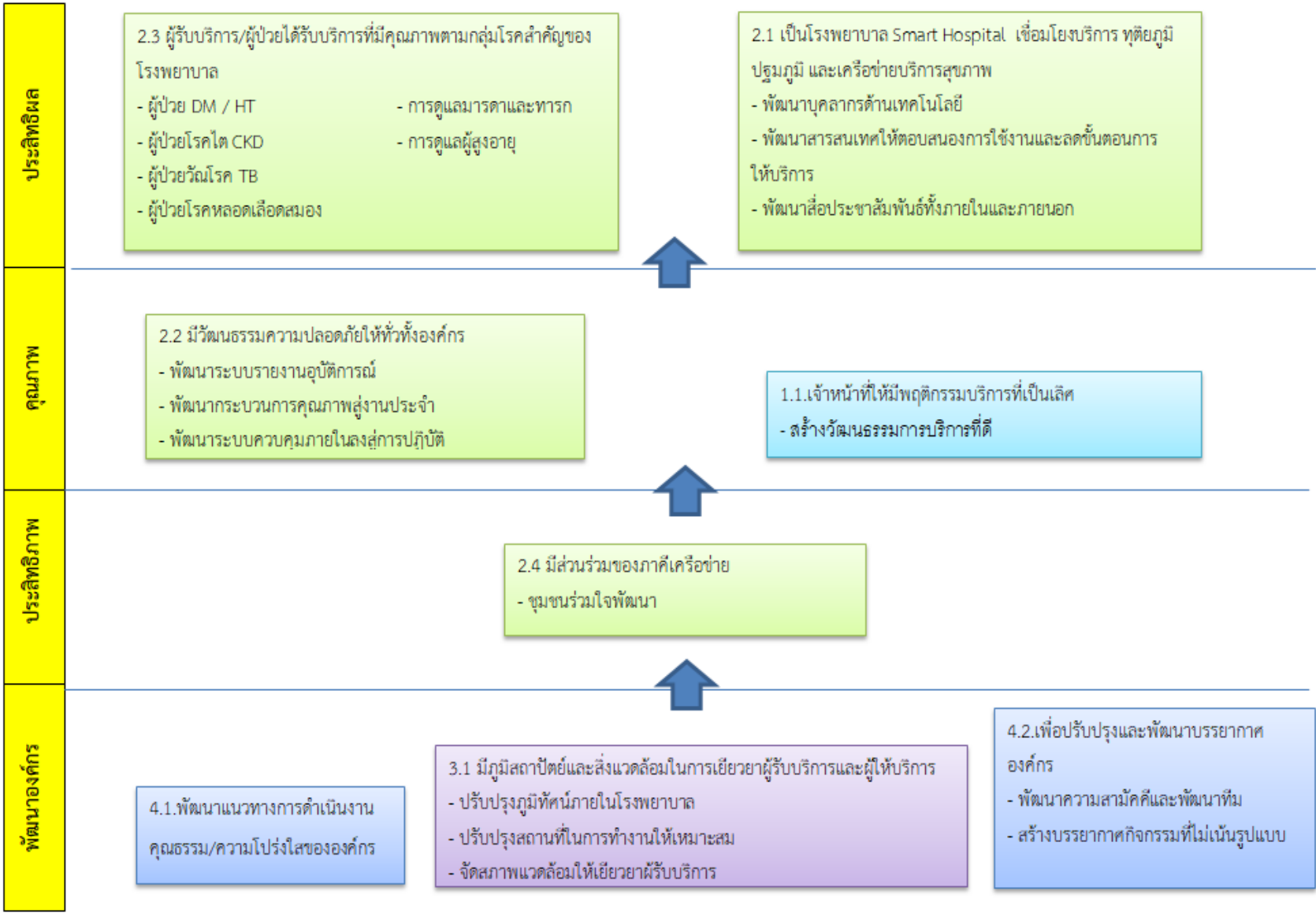
ใช้จุดอ่อนและข้อจำกัดขององค์กรพิจารณา

ร่วมกันกำหนดเป็นกลยุทธ์เชิงป้องกัน(หาทดแทน)

W7 W8 T1ส่งต่อ/จ้างหน่วยงานภายนอก

W9 W10 T8

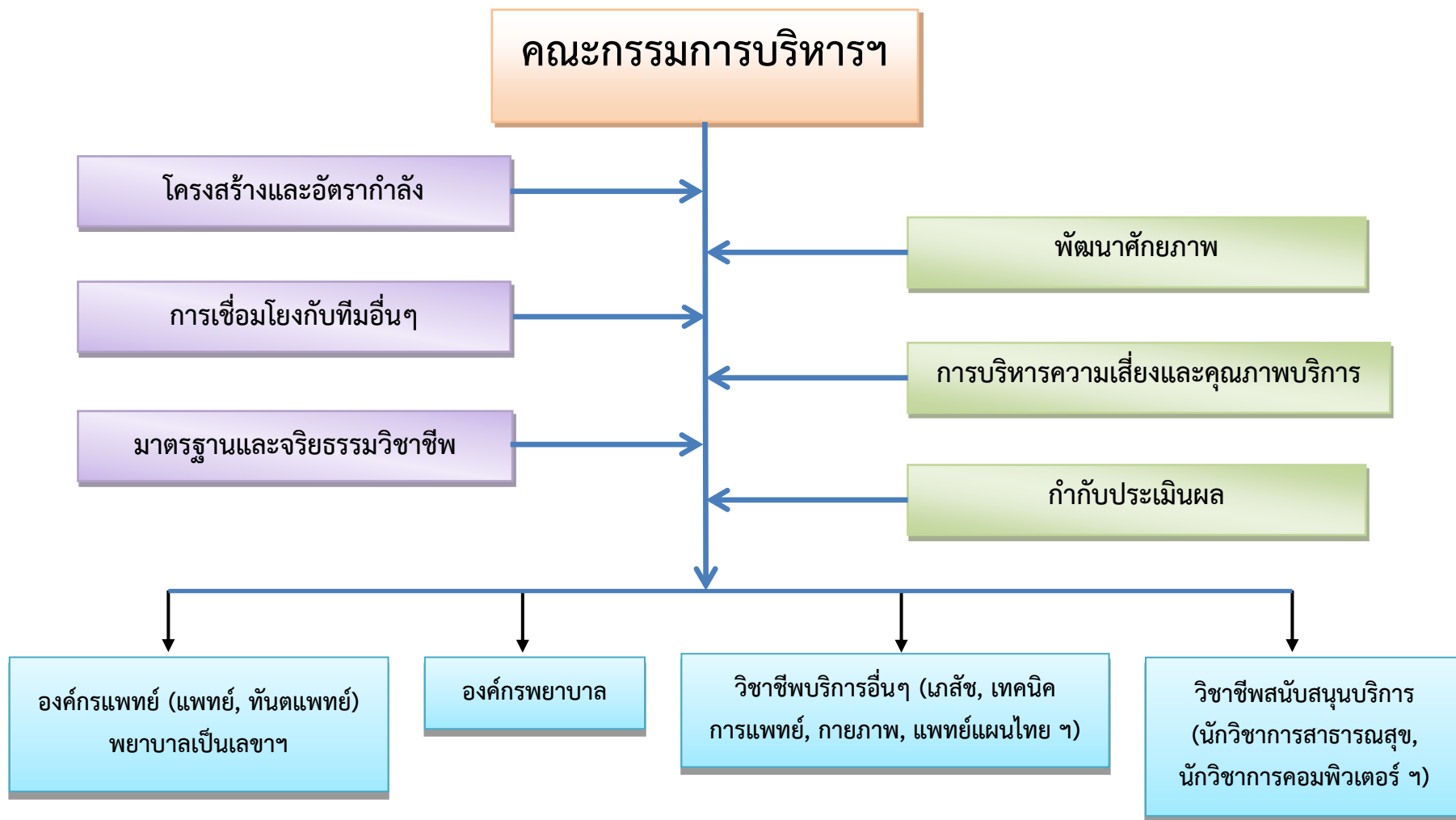
แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ 3 ปี(2563-2565) โรงพยาบาลสามง่าม



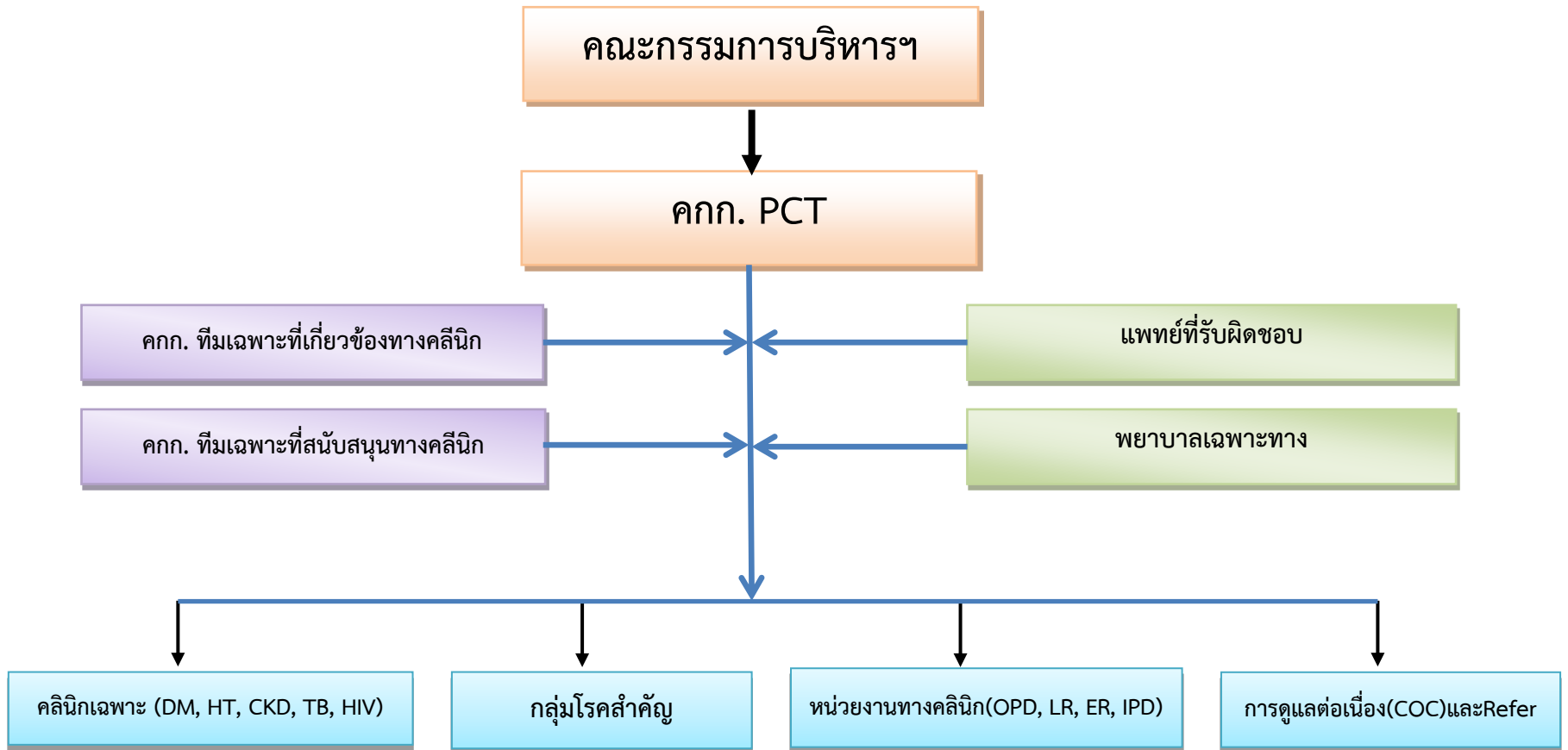
กรอบการเชื่อมโยงยุทธศาสตร์โรงพยาบาลสามง่าม

ยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายตัวชี้วัด			กลยุทธ์	แผนงาน/ โครงการ	กิจกรรม	ผลผลิต/ตัวชี้วัด กิจกรรม	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
			2563	2564	2565						
ประเด็น ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนา พฤติกรรม บริการ	1.1.เพื่อให้ เจ้าหน้าที่มี พฤติกรรม บริการที่เป็นเลิศ	1.1.1 จำนวนข้อ ร้องเรียนเกี่ยวกับ พฤติกรรมบริการของ บุคลากร(ครั้ง)	<5	<3	<1	1.1.1 สร้าง วัฒนธรรมการ บริการที่ดี	โครงการพัฒนา พฤติกรรมและการ สื่อสารสู่ความเป็น เลิศโรงพยาบาลสาม ง่าม	1.ประชุมเชิงปฏิบัติการด้าน พฤติกรรมบริการ	1.ร้อยละหน่วยงานที่มีการ พัฒนาพฤติกรรมบริการเป็น เลิศ (เกณฑ์80%)	43,400.00	คณะทำงาน ยุทธศาสตร์ที่ 1
								2. นำมาตรฐานพฤติกรรมบริการ มาปฏิบัติและกำกับติดตามอย่าง จริงจัง	2.ร้อยละเจ้าหน้าที่มีความรู้ ความเข้าใจตามมาตรฐาน พฤติกรรมบริการ (80%)	3,625.00	
								2.1 ชี้แจง ทำความเข้าใจ มาตรฐานพฤติกรรมบริการโดย ใช้ต้นแบบสาธิต	3.สำรวจความพึงพอใจด้าน พฤติกรรมบริการในชุมชน		
								2.2 นำคู่มือมาตรฐานพฤติกรรม บริการมาปรับปรุงให้เหมาะสม กับข้อเสนอแนะของเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาล (โดยผ่านการอนุมัติ จากคณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาล โดยมุ่งเน้น มาตรฐานที่สามารถดำเนินการได้ ทันที การรับรู้ภาพของ ผู้รับบริการอย่างรวดเร็ว “ มอง หน้า สบตา ยิ้ม ทักทาย ได้ตาม แนะนำ”	4.สำรวจความพึงพอใจด้าน พฤติกรรมบริการในหน่วยงาน		
								2.3 นำมาตรฐานกลางให้			

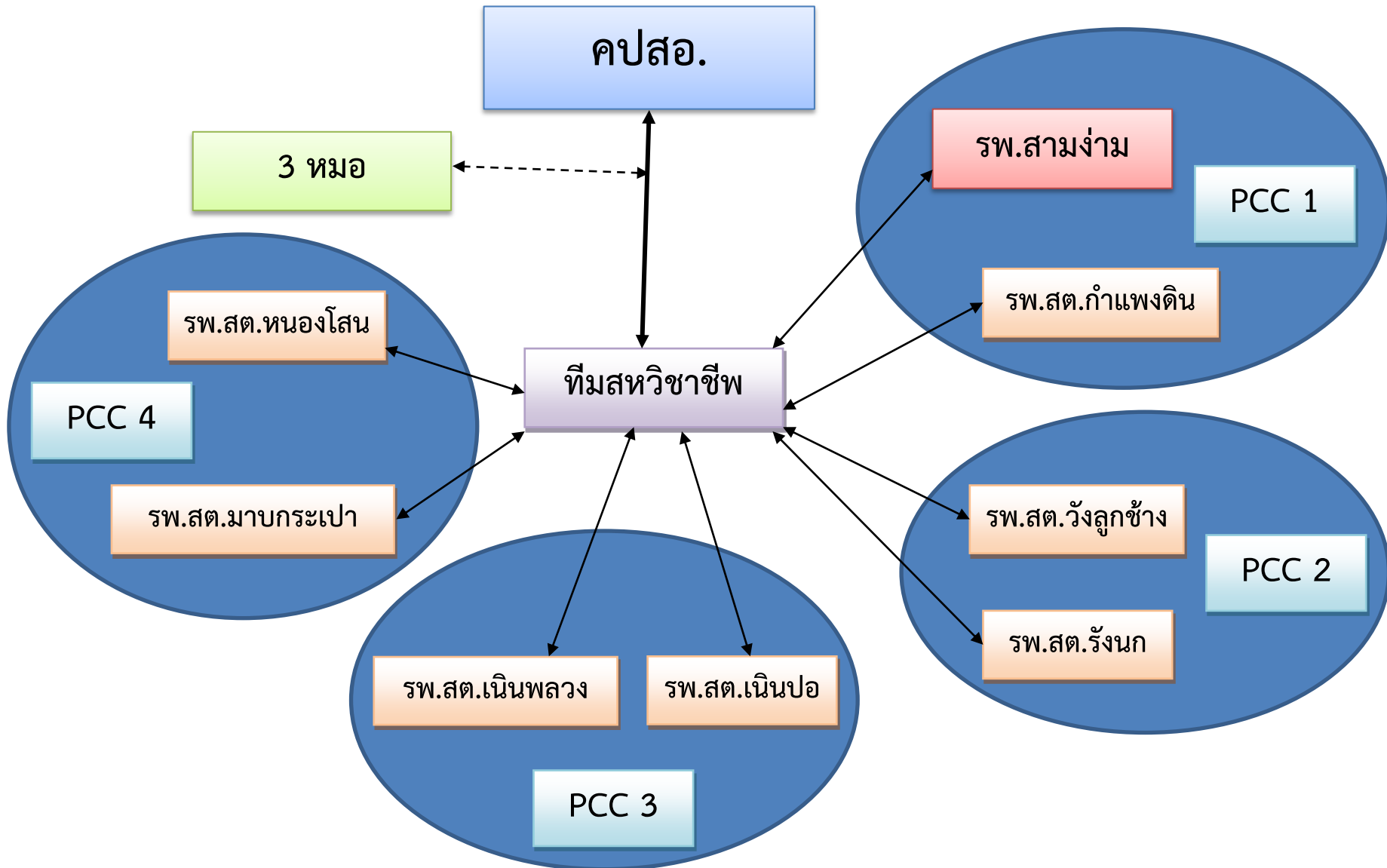
การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ



การให้บริการภายในโรงพยาบาล



การให้บริการภายในเครือข่ายและชุมชน



KPI Monitoring

รายงานตามตัวชี้วัดในแผนกรรรม D 2564

หน่วยงาน/บุคคลที่รับผิดชอบ
 ชื่อแผน
 แผนก (Service Plan)
 ประเภท
 ชื่อวัด :
 สถานะ :
 หน่วยงานที่วัด :

ร้อยละของเด็กลาย 0-5 ปี สูงคืนส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี เขตสุขภาพที่ 3 จังหวัดจตุรัส CUP โรงพยาบาลส่วนงาน D มีประมาณ2564

B หมายถึง จำนวนเด็กลาย 0-5 ปี ซึ่งคำนวณและวัดตามจุดประสงค์
 A หมายถึง จำนวนเด็กลาย 0-5 ปี สูงคืนส่วน

รหัสรายการสุขภาพ	เกณฑ์ 1			เกณฑ์ 2			เกณฑ์ 3			เกณฑ์ 4				
	ค่า 0-5 ปี B1	ค่าเฉลี่ย B2	ค่าเฉลี่ย A1	ค่าเฉลี่ย B1	ค่าเฉลี่ย B2	ค่าเฉลี่ย A1	ค่าเฉลี่ย B1	ค่าเฉลี่ย B2	ค่าเฉลี่ย A1	ค่าเฉลี่ย B1	ค่าเฉลี่ย B2	ค่าเฉลี่ย A1		
07075	109	104	95.41	83	80.58	12	1,327	110.58	5	531	106.20	106	58	54.72
07076	0	0	0.00	0	0.00	0	0	0.00	0	0	0.00	0	0	0.00
07077	0	0	0.00	0	0.00	0	0	0.00	0	0	0.00	0	0	0.00
07081	0	0	0.00	0	0.00	0	0	0.00	0	0	0.00	0	0	0.00
07082	0	0	0.00	0	0.00	0	0	0.00	0	0	0.00	0	0	0.00

สรุป KPI รายตัวชี้วัด

Home / ตัวชี้วัด 2564 / รายละเอียด

ตัวชี้วัด D 2564 แสดงข้อมูลของ : 0. ส่วนงาน

แสดง 1 - 17

KPI/KPI/KPI	ชื่อตัวชี้วัด KPI	ประเภท	Input	Baseline	เกณฑ์เป้าหมาย D 2564	หน่วย	ผลการดำเนินงาน	เป้าหมาย	สถานะ	อัตรา	หมายเหตุ
ชุดตัวชี้วัด 1. ส่วนลดคุณภาพ บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (PP&P Excellence)											
1.01.01.001	1. ส่วนลดคุณภาพ บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (PP&P Excellence)	จังหวัด,กระทรวง.	✓	ไม่เก็บ 17 เดือน	0	0	0.00	ไม่ผ่าน			
1.01.01.002	2. พยาธิวิทยาการวินิจฉัยโรคเรื้อรัง 16	จังหวัด.	✓		62	12	19.35	ไม่ผ่าน			
1.01.01.003	3. คะแนน 65 ของผู้ดูแลโรคเรื้อรังที่ระดับความรุนแรง ++ ต่ำกว่า	จังหวัด.	✓		5	5	100.00	ผ่าน			
1.01.01.004	4. คะแนน 75 ของผู้ดูแลโรคเรื้อรังที่ระดับความรุนแรง ++ ต่ำกว่า	จังหวัด.	✓		5	5	100.00	ผ่าน			
1.01.01.005	5. คะแนน 65 ของผู้ดูแลโรคเรื้อรังที่ระดับความรุนแรง 3 ต่ำกว่า	จังหวัด.	✓		7	6	85.71	ผ่าน			
1.01.01.006	6. คะแนน 85 ของผู้ดูแลโรคเรื้อรังที่ระดับความรุนแรง (3, 18, 30, 42, 60) ต่ำกว่า	จังหวัด,กระทรวง.	✓		75	69	92.00	ผ่าน			
1.01.01.007	7. คะแนน 70 ของผู้ดูแลโรคเรื้อรังที่ระดับความรุนแรงที่ระดับความรุนแรงที่ระดับความรุนแรง TEDAI ระดับความรุนแรง	จังหวัด,กระทรวง.	✓		3	2	66.67	ไม่ผ่าน			
1.01.01.008	8. คะแนน 62 ของเด็กลาย 0-5 ปี สูงคืนส่วน	จังหวัด,กระทรวง,เมือง,Ranking	✓		551	328	59.53	ไม่ผ่าน			
1.01.01.009	9. คะแนนเด็กลาย 0-5 ปี ต่ำกว่า (ไม่เก็บคะแนน 9.5)	จังหวัด,เมือง.	✓		2,425	333	13.72	ไม่ผ่าน			
1.01.01.010	10. คะแนนเด็กลาย 0-5 ปี ต่ำกว่า (ไม่เก็บคะแนน 12)	จังหวัด.	✓		2,425	452	18.64	ไม่ผ่าน			
1.01.01.011	11. คะแนนเด็กลาย 0-5 ปี ต่ำกว่า (ไม่เก็บคะแนน 5.5)	จังหวัด,เมือง.	✓		2,425	102	4.21	ไม่ผ่าน			
1.01.01.016	16. มีการตรวจเฉลี่ยปีละหนึ่งครั้ง 15-19 ปี (เป้าหมายตรวจ 100% ของจำนวน baseline และไม่เกิน 10 ปีของ ผู้ป่วย 15-19 ปี) ผ่าน	จังหวัด,กระทรวง.	✓	15.56	ไม่เก็บ 18 เดือน ผู้ป่วย 15-19 ปี ผ่าน	1,001	0	0.00	ผ่าน		
1.01.01.017	17. มีการตรวจเฉลี่ย +15 ปี (เป้าหมาย 10-14 ปี ผ่านเป้าหมาย : คะแนน baseline และไม่เกิน 0.5	จังหวัด.	✓	0.92	ไม่เก็บคะแนน 0.5	ผ่าน	1,018	0	0.00	ผ่าน	

MIS ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการ วันพุธ ที่ 10 กุมภาพันธ์ 2564 เวลา 10:25:06

ภาพรวมตัวชี้วัด โรงพยาบาลสามง่าม

เลือกปีงบประมาณ

ภาพรวมตัวชี้วัด รพ.สามง่าม

ประเภทตัวชี้วัด (KPI)	items ทั้งหมด	ผ่าน	ไม่ผ่าน
ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์	34	9	13
ตัวชี้วัดทีม	81	52	29
ตัวชี้วัดหน่วยงาน	105	62	43
รวม	220	123	85

ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ ปีงบประมาณ 2563

ประเภทตัวชี้วัด (KPI)	items ทั้งหมด	ผ่าน	ผ่านร้อยละ	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่านร้อยละ	ยังไม่มีข้อมูล	ยังไม่มีข้อมูลร้อยละ
กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิ และองค์กรวม	5	2	40.00	3	60.00	0	0.00
คณะกรรมการ PCT	9	4	44.44	5	55.56	0	0.00
คณะกรรมการ QMR	14	1	7.14	1	7.14	12	85.71
คณะกรรมการ RM	6	2	33.33	4	66.67	0	0.00

ผลการดำเนินงาน

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2559	ปี2560	ปี2561	ปี2562	ปี 2563
อัตราการบรรลุตามตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล	$\geq 80\%$	56.25	44.83	34.48	16.66	23.52 (8/34)
อัตราการบรรลุตามตัวชี้วัดของทีมเฉพาะ	$\geq 80\%$	62.50	60.81	53.24	54.02	64.19 (52/81)
อัตราการบรรลุตามตัวชี้วัดของหน่วยงาน	$\geq 80\%$	72.29	74.70	66.32	63.54	59.04 (62/105)

การพัฒนาต่อเนื่อง

1. เพิ่มการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายในการวางแผนและร่วมดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาล
2. กำหนดวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่เน้นการสร้างสุขภาพเพื่อลดผู้ป่วยรายใหม่กลุ่มโรค NCD โดยเฉพาะโรคเบาหวาน
3. กำหนดตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องและวางระบบกำกับติดตามให้ชัดเจน รวมทั้งมีการประเมินผลเพื่อปรับแผน 6 เดือน
4. ขับเคลื่อนประเด็นมุ่งเน้นโดย พชอ.ให้เป็นรูปธรรม

ขอบคุณ





แผนยุทธศาสตร์ 3 ปี

พ.ศ.2563-2565



โรงพยาบาลสามง่าม
อำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร
กระทรวงสาธารณสุข

คำนำ

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

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

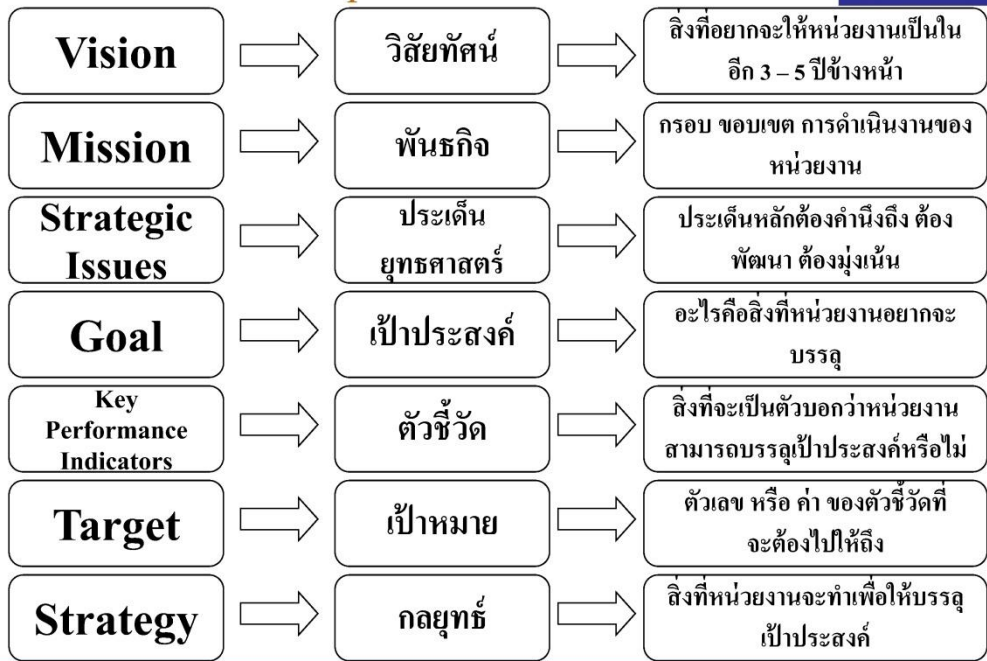
SWOT

กรอบการจัดทำแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลสามง่าม

โรงพยาบาลสามง่ามสามง่ามจัดทำแผนยุทธศาสตร์ตามแนวทางของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนา
ระบบราชการ(กพร.)ดังนี้

นิยามศัพท์ใน Template ของก.พ.ร.

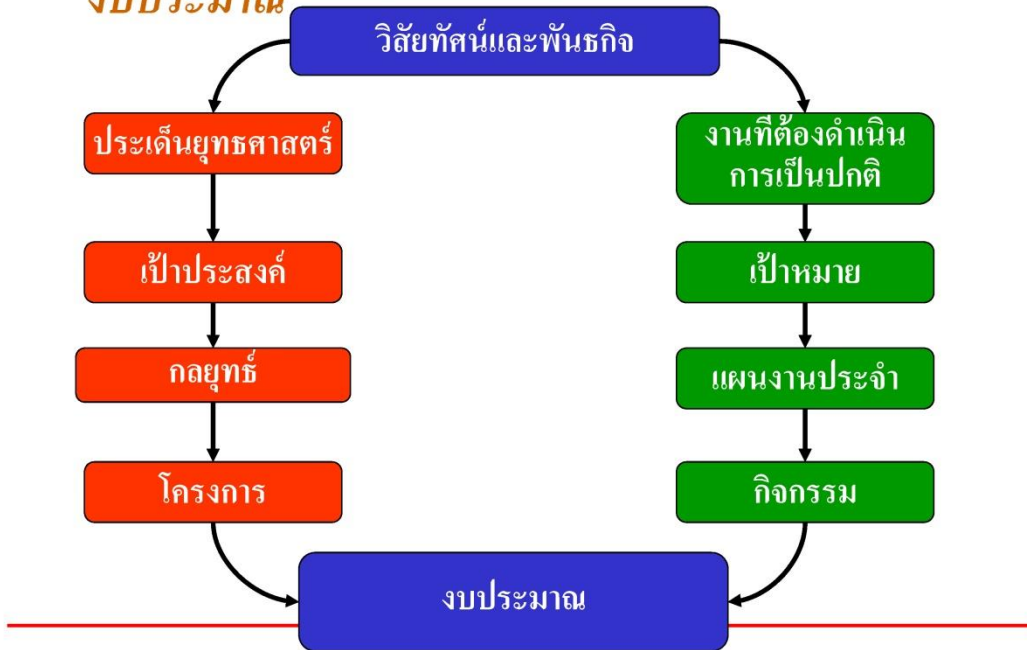
ก.พ.ร.
สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ



ความเชื่อมโยงของกลยุทธ์ งานประจำ งบประมาณ

ก.พ.ร.

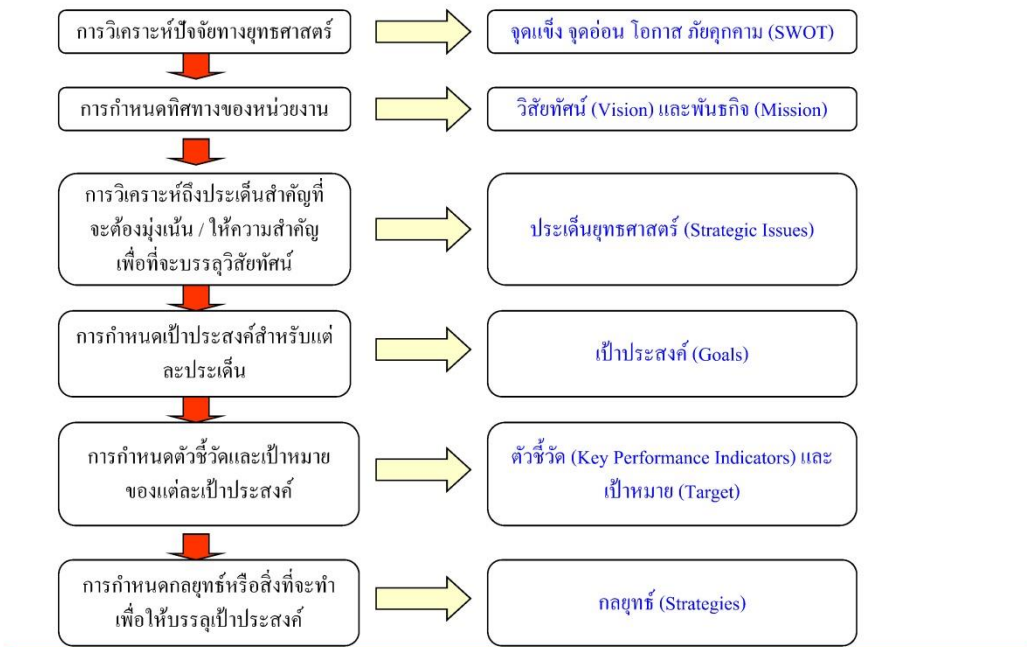
สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ



กระบวนการในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์

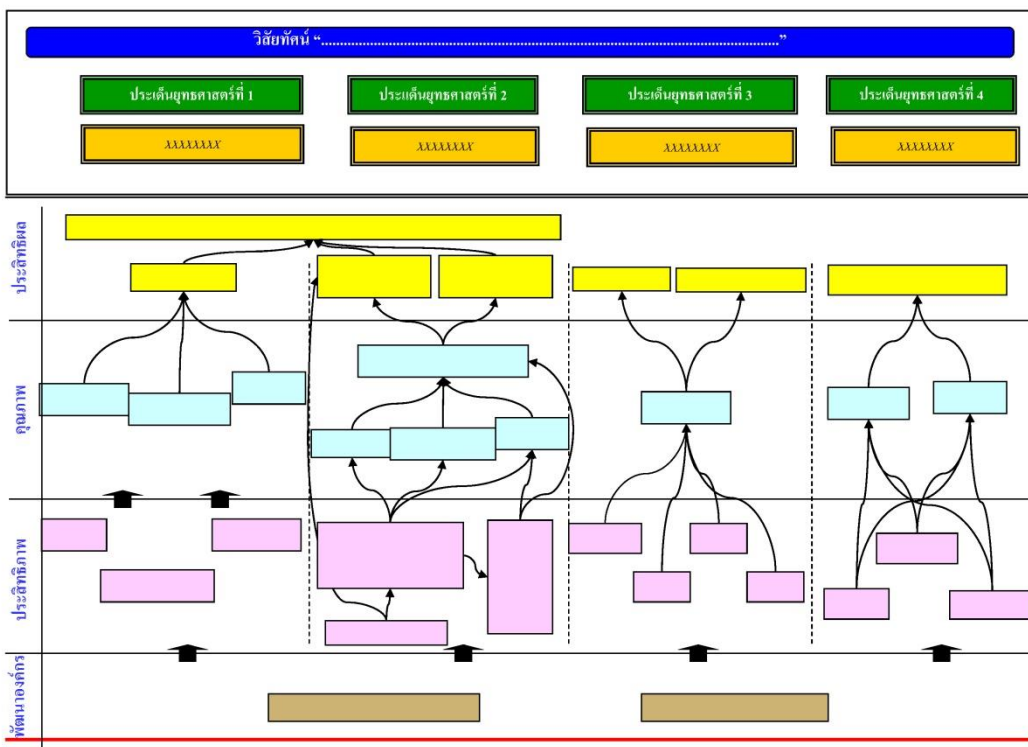
ก.พ.ร.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ



การสร้างเชื่อมโยงของเป้าประสงค์

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



การกำหนดกลยุทธ์จาก SWOT

ก.พ.ร.

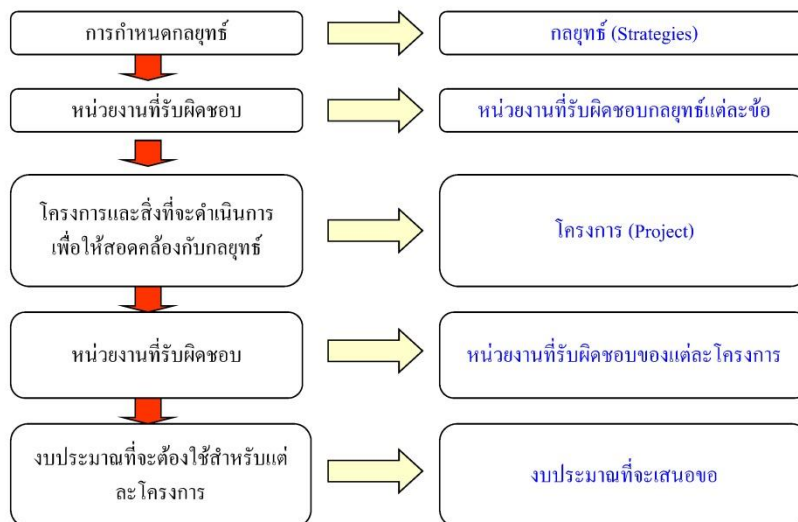
สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ

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

กระบวนการในการแปลงแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ

ก.พ.ร.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ



วิสัยทัศน์(Vision)

“บริการดี มีมาตรฐาน โรงพยาบาลน่าอยู่”

นิยาม

บริการดี หมายถึง มีพฤติกรรมบริการเป็นเลิศ และเป็นโรงพยาบาล smart hospital มีมาตรฐาน หมายถึง ระบบบริการสุขภาพทั้ง 4 มิติ(ส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู) เป็นไปตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยรายโรค 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)

ให้บริการส่งเสริมป้องกันโรครักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพให้แก่ประชาชนในอำเภอสามง่ามในระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิระดับต้น

เป้าประสงค์หลัก (Goal)

ด้านผู้รับบริการ : ผู้รับบริการได้รับบริการตามมาตรฐาน มีความพึงพอใจและประทับใจสามารถดูแลตนเอง โดยชุมชนมีส่วนร่วม

ด้านผู้ให้บริการ : เจ้าหน้าที่มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงาน มีคุณธรรมจริยธรรม มีพฤติกรรมบริการที่ดี มีความสุขในการทำงาน

ด้านองค์กร : เป็นองค์กรที่ให้บริการด้านสุขภาพตามมาตรฐาน HA และ HPH อาชีวอนามัยสิ่งแวดล้อมได้มาตรฐาน

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)

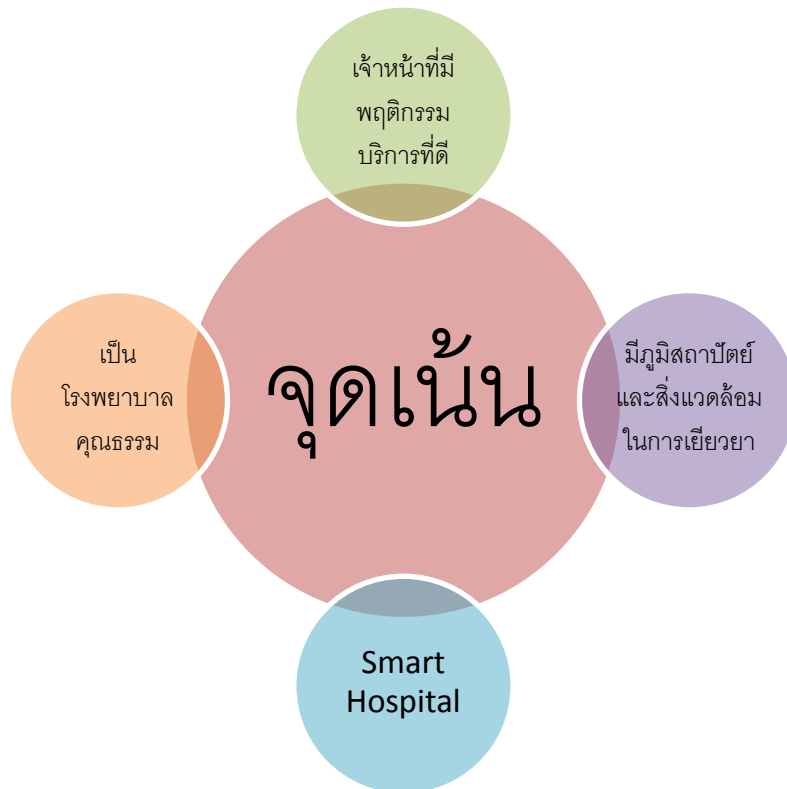
P : Patient and Customer Focus หมายถึง ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางการบริการด้วยหัวใจของความ เป็นมนุษย์มีความสุขกับการให้บริการ (Happy in service) และมีความสุขกับการให้การดูแลผู้ป่วย

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

อัตลักษณ์ของโรงพยาบาลสามง่าม



จุดเน้นในการพัฒนา ปีงบประมาณ 2564



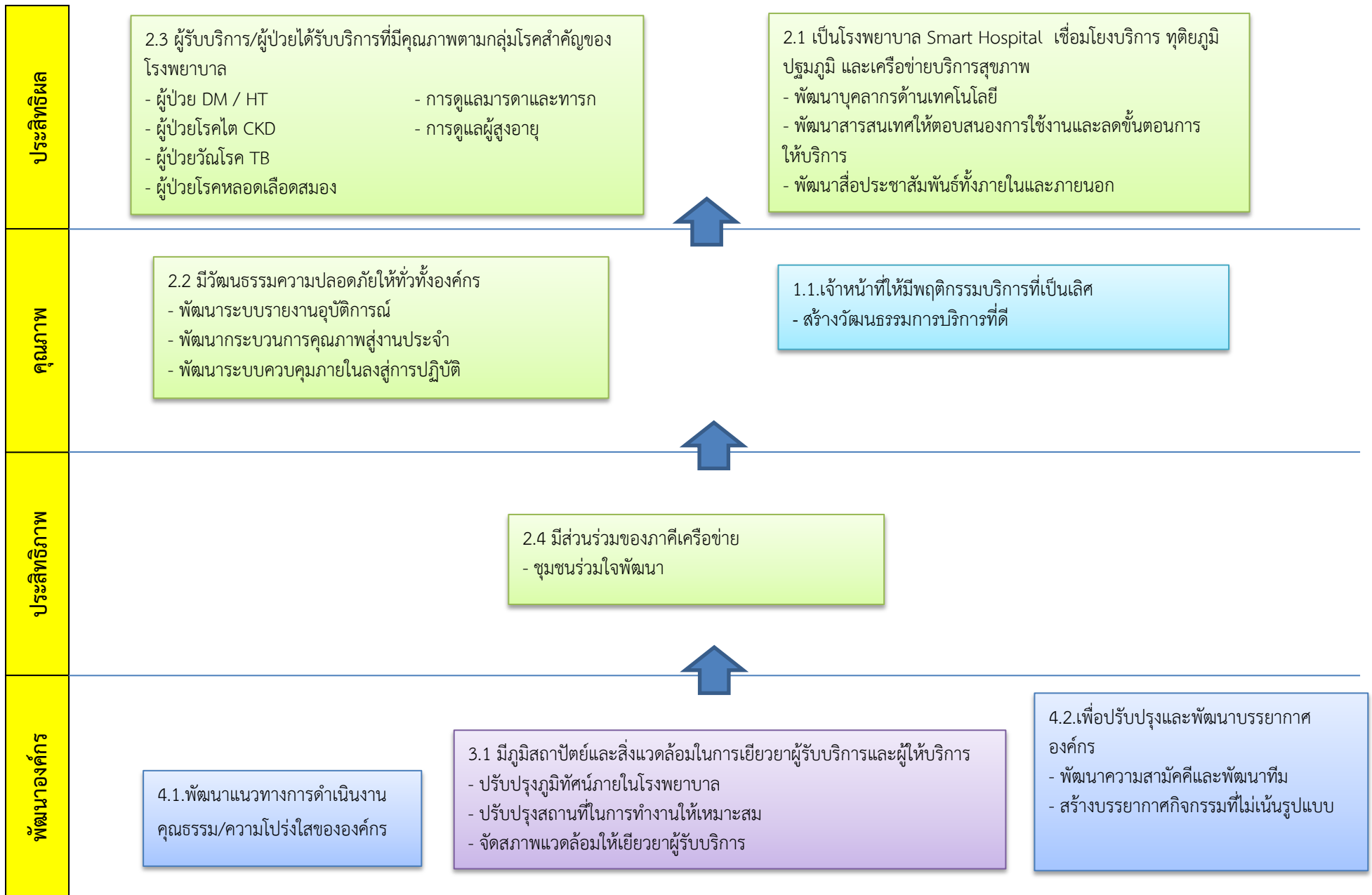
แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ 3 ปี(2563-2565) โรงพยาบาลสามง่าม

ยุทธ1 พัฒนาพฤติกรรมบริการ

ยุทธ2 พัฒนาระบบงาน

ยุทธ3 พัฒนาภูมิสถาปัตยกรรมและสิ่งแวดล้อม

ยุทธ4 พัฒนาระบบบริการองค์กร



กรอบการเชื่อมโยงยุทธศาสตร์โรงพยาบาลสามง่าม

ยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายตัวชี้วัด			กลยุทธ์	แผนงาน/ โครงการ	กิจกรรม	ผลผลิต/ตัวชี้วัด กิจกรรม	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ	
			2563	2564	2565							
ประเด็น ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนา พฤติกรรม บริการ	1.1.เพื่อให้ เจ้าหน้าที่มี พฤติกรรม บริการที่เป็นเลิศ	1.1.1 จำนวนข้อ ร้องเรียนเกี่ยวกับ พฤติกรรมบริการของ บุคลากร(ครั้ง)	<5	<3	<1	1.1.1 สร้าง วัฒนธรรมการ บริการที่ดี	โครงการพัฒนา พฤติกรรมและการ สื่อสารสู่ความเป็น เลิศโรงพยาบาลสาม ง่าม	1.ประชุมเชิงปฏิบัติการด้าน พฤติกรรมบริการ	1.ร้อยละหน่วยงานที่มีการ พัฒนาพฤติกรรมบริการเป็น เลิศ (เกณฑ์80%)	43,400.00	คณะกรรมการ ยุทธศาสตร์ที่ 1	
								2. นำมาตรฐานพฤติกรรมบริการ มาปฏิบัติและกำกับติดตามอย่าง จริงจัง	2.ร้อยละเจ้าหน้าที่มีความรู้ ความเข้าใจตามมาตรฐาน พฤติกรรมบริการ (80%)			3,625.00
								2.1 ชี้แจง ทำความเข้าใจ มาตรฐานพฤติกรรมบริการโดย ใช้ต้นแบบสาธิต	3.สำรวจความพึงพอใจด้าน พฤติกรรมบริการในชุมชน			
								2.2 นำคู่มือมาตรฐานพฤติกรรม บริการมาปรับปรุงให้เหมาะสม กับข้อเสนอแนะของเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาล (โดยผ่านการอนุมัติ จากคณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาล โดยมุ่งเน้น มาตรฐานที่สามารถดำเนินการได้ ทันที การรับรู้การมาของ ผู้รับบริการอย่างรวดเร็ว “ มอง หน้า สบตา ยิ้ม ทักทาย ไต่ถาม แนะนำ”	4.สำรวจความพึงพอใจด้าน พฤติกรรมบริการในหน่วยงาน			
								2.3 นำมาตรฐานกลางให้ หน่วยงานนำมาปรับให้เหมาะสม กับหน่วยงานตนเอง				
								2.4 สุ่มประเมินพฤติกรรมโดย บุคคลภายใน เรื่องการรับการมา				

ยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายตัวชี้วัด			กลยุทธ์	แผนงาน/ โครงการ	กิจกรรม	ผลผลิต/ตัวชี้วัด กิจกรรม	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
			2563	2564	2565						
								ของผู้รับบริการ และมาตรฐานการรับโทรศัพท์ อย่างน้อยเดือนละ 1-2 ครั้ง โดยมอบหมายนางสาวหนึ่งฤทัย อุ่นเจริญและทีม ในการสุ่มประเมินหน่วยงาน (เอกสาร2)			
								3. สนับสนุนให้หน่วยงานค้นหาต้นแบบพฤติกรรมบริการ ทุก 6 เดือน เริ่ม ธ.ค.2563 (Super Model)			
								4. เผยแพร่ “ต้นแบบพฤติกรรมบริการดี” ผ่านช่องทางอินเทอร์เน็ต บอร์ดข้างห้องแลป ตึกเก่า หรือทางเดิน OPD ใหม่ และมอบเกียรติบัตร		2,250.00	
								5. เล่าความดีของตนเองและคนอื่น เมื่อเห็น จนท.ทำความดี “เรื่องดีๆที่ประทับใจ “ ส่งให้พรห้ำทำเป็น one page ส่งขึ้น line รพ.สามง่าม หรือส่งทางกล่องความดีในช่องทางอินเทอร์เน็ต			
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบงาน	2.1.เพื่อเป็นโรงพยาบาล Smart Hospital เชื่อมโยงบริการ ทุติยภูมิ ปฐมภูมิ และเครือข่ายบริการสุขภาพ	2.1.1 โรงพยาบาลมีการดำเนินงานงาน Digital Transformation (3 ระดับ) เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital	1	2	3	2.1.1 พัฒนาบุคลากรโรงพยาบาลสามง่าม	1.โครงการพัฒนาระบบ Smart Tools	1.พัฒนาระบบ Smart Queue Platform			คณะกรรมการยุทธศาสตร์ที่ 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 จัดหาระบบคิวเพื่อจัดการคิวจุดซักประวัติ , คิวจุดรพพบแพทย์ , คิวรับยาจ่ายเงิน และพัฒนาแอปพลิเคชัน Smart Assis สำหรับผู้รับบริการ	มีระบบคิวเพื่อจัดการคิว	150,000.00	
								1.3 จัดหาระบบเชื่อมต่อเครื่องวัดสัญญาณชีพอัตโนมัติ	มีระบบเชื่อมต่อเครื่องวัดสัญญาณชีพอัตโนมัติ	56,000.00	
								2. เพิ่มทักษะและความรู้ความเข้าใจของบุคลากรในการนำเทคโนโลยีไปสู่การพัฒนา Smart Hospital			
								3. พัฒนาบุคลากรในการใช้เทคโนโลยีและอุปกรณ์เครื่องมือให้เต็มประสิทธิภาพ			
						2.1.2 พัฒนาสารสนเทศให้ตอบสนองต่อการใช้งาน	2.โครงการพัฒนาระบบ Smart Service	1.พัฒนาระบบ Paperless 2.ใช้ระบบ E-Office เพื่อบริหารจัดการระบบงานบุคลากร 2.1 จัดทำระบบสารบรรณโรงพยาบาล 2.2 จัดทำระบบข้อมูลบุคลากร เช่น ประวัติการทำงาน ทะเบียนประชุมอบรม ลา เงินเดือน เครื่องราช เป็นต้น 3. พัฒนาระบบข้อมูลทั้งหมดที่ยังไม่สมบูรณ์ให้เสร็จทุกระบบ และสามารถนำมาใช้ตอบสนองต่อการทำงานของ CEO ของรพ. ได้			

ยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายตัวชี้วัด			กลยุทธ์	แผนงาน/ โครงการ	กิจกรรม	ผลผลิต/ตัวชี้วัด กิจกรรม	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
			2563	2564	2565						
						2.1.3 ลดขั้นตอน การการ ปฏิบัติงาน	3. โครงการ Smart Outcome	1. มีเทคโนโลยีดิจิทัลมา ปรับปรุง Core Business Process ในองค์กร ให้มีความ เชื่อมโยงกันทั้งระบบ Front Office และ Back Office จน เกิดเป็น ERP Model			
	2.2. เพื่อขยาย วัฒนธรรมความ ปลอดภัยให้ทั่ว ทั้งองค์กร	2.2.1 องค์กรมี ค่าเฉลี่ยผลคะแนน จากการสำรวจ วัฒนธรรมความ ปลอดภัยเพิ่มขึ้น	50%	70%	90%	2.2.1 พัฒนา ระบบรายงาน อุบัติเหตุ	อุบัติเหตุสู่ความ ปลอดภัย	1. ให้ความรู้บุคลากรเรื่องการ รายงานอุบัติเหตุอย่างมี คุณภาพ	จำนวนการรายงานความเสี่ยง/ อุบัติเหตุ (เพิ่มขึ้น)		
								2. สร้างแรงจูงใจในการรายงาน อุบัติเหตุ - กำหนดเป็นตัวชี้วัดราย หน่วยงาน ตั้งเป้าขององค์กร มากกว่า 7,000 เฉลี่ย 4 เรื่องต่อ คนต่อเดือน (รายงานตัวเอง 2 แต่มี) ทุกระดับ (A-I) - ให้รางวัล 3,000 บาท (ที่ 1 1,500 ที่ 2 1,000 ที่ 3 500 บาท	ร้อยละความเสี่ยง/อุบัติเหตุ ได้รับการแก้ไขและปิดไขความ เสี่ยง (80%)	3,000.00	
								3. กำกับติดตามการทบทวนอุบัติ การณ์ - ที่ประชุม QMR - มอบรางวัลทีมที่มีทบทวนดีเด่น - ร้อยละการทบทวนความเสี่ยง (วัดที่ทีมเฉพาะ)	ร้อยละการเกิดอุบัติเหตุ ระดับ G,H,I ซ้ำ (0%)		
								4. สื่อสารผลการทบทวนภายใน รพ.	ร้อยละอุบัติเหตุระดับ E ขึ้น ไป 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			
								ร้อยละหน่วยงานได้รับการ ประเมินระบบควบคุมภายใน 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						
		4 ร้อยละผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงที่ ควบคุมความดัน โลหิตได้ดี	>50					ภาวะแทรกซ้อน			
								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 พัฒนาทักษะทีมบุคลากรในการดูแลโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อน		6,500.00	
										362,200.00	
	การดูแลผู้ป่วยโรคไตCKD	1. ร้อยละของผู้ป่วย DM/HT ที่ได้รับการค้นหา และคัดกรองโรคไตเรื้อรัง	≥ 80 %				โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคไต	1. จัดตั้ง CKD Clinic อย่างเต็มรูปแบบและจัดบริการคลินิกเฉพาะโรคไตเรื้อรังตามกระบวนการ พัฒนาคุณภาพ CKD Clinic Plus ใน รพ.และ รพ.สต.		7,500.00	
		2. ร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีอัตราการลดลงของeGFR < 5mL/min/1.73 m2/yr						2. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยผสมผสานการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ ทางเลือกในการดูแลรักษา			
							ดำเนินการตรวจคัดกรอง กลุ่มผู้ป่วยไตปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้ความรู้และประเมินผลเลือดซ้ำปีละ 2 ครั้ง	3. จัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติ - การวินิจฉัย (Early diag CKD) การดูแลผู้ป่วย - การบันทึกข้อมูลใน Program Hospital XP/PCU ที่ถูกต้องแม่นยำ			
			> 60%				ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เพื่อป้องกันโรคไตในกลุ่มเสี่ยงที่รับประทานสมุนไพรที่มีผลต่อไต	4. จัดกิจกรรมอบรม พัฒนาทักษะทีมบุคลากรในการดูแลโรคไตเรื้อรัง		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%	- การดำเนินการตาม มาตรการ 2:2:2	โครงการ : โครงการ พัฒนาระบบบริการ โรคติดต่อ (TB /DHF) โรคอุบัติใหม่ อุตติซ้ำ และโรคติดต่อ อื่นทราย ตาม พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2558	1.คัดกรองวัณโรคด้วยการ เอกซเรย์ปอดให้ครอบคลุม กลุ่มเป้าหมาย			
		2 อัตราการป่วยตาย ผู้ป่วยวัณโรค	≤5					2.ประเมินความเสี่ยงผู้ป่วยวัณโรค /ผู้ป่วยที่เสี่ยงสูงได้รับการ ส่งต่อรวดเร็ว			
		3 อัตราการขาดยา ของผู้ป่วยวัณโรคราย ใหม่	0					ปรับปรุงแนวทางการรักษาเป็น ปัจจุบัน			
		4. อัตราความ ครอบคลุมการรักษา ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่	≥82.5 %	>85%	>85%			ผู้ป่วยทุกรายได้รับการกำกับดูแล กินยาDOT โดยรพสต.ญาติ / กำกับการขึ้นทะเบียนด้วยปรแม			

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%				การพัฒนาการบริบาลฟื้นฟูสุขภาพระยะกลาง (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. นำร่องร่องเลือดมาใช้ในการประเมินการสูญเสียเลือด 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/เรื่องที่จะ นำเสนอในที่ประชุม - 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)วารารณ, 11)เจ้าคณะ ตำบลสามง่าม ,12)ผอภ. เลขฯ , 13)งานยุทธฯ ผช.เลขฯ , 14) หน.กลุ่มการฯ, 15)หน.ปฐมภูมิฯ , 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 ๆ ประสาน			
ประเด็น ยุทธศาสตร์ที่ 3พัฒนาภูมิสร ถาปัตยกรรมและ สิ่งแวดล้อม	3.1.เพื่อพัฒนา ภูมิสถาปัตยกรรมและ สิ่งแวดล้อมในการ เยียวยา ผู้รับบริการและผู้ ให้บริการ	3.1.1 ความพึงพอใจ ในภูมิสถาปัตยกรรมและ สิ่งแวดล้อมของผู้รับบริการ	80	85	90	3.1.1 การ ปรับปรุงภูมิทัศน์ ภายใน โรงพยาบาลให้ สวยงาม มีสิ่ง อำนวยความสะดวกที่ เหมาะสมกับ ผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ พิการ เป็นต้น	โครงการปรับปรุงภูมิ ทัศน์โรงพยาบาลสาม ง่าม	- ปรับปรุงสวนสุขภาพ - จัดทำที่นั่งพักผ่อนอาหาร หลัง ห้องกายภาพ - จัดทำศาลาพักผ่อนสำหรับผู้ รับบริการ - ปรับปรุงอาคารเพาะชำ - ปรับปรุงแนวต้นไม้ระบบ 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 ในภูมิสถาปัตยกรรมและ สิ่งแวดล้อมของผู้ 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.สำรวจความต้องการสิ่งอำนวยความสะดวก เพิ่มเติมจาก 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 พหุเพียง+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 ดัชนีความรักผูกพัน 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 กิจกรรมที่ไม่เน้น 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

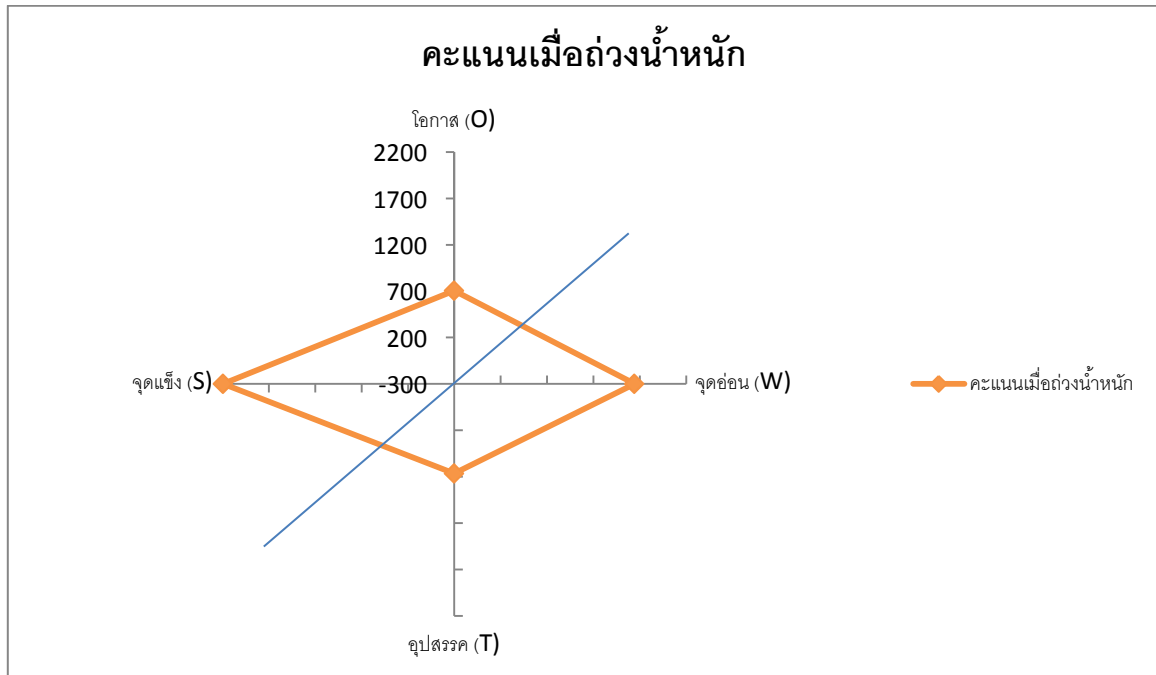
รหัส	จุดแข็ง (Strength)	ค่าถ่วงน้ำหนัก	คะแนน (1-10)	คะแนน เมื่อถ่วงน้ำหนัก
		A	B	A X B
S1	(2)นโยบายองค์กรและผู้บริหารชัดเจน/ผู้บริหารมีความมุ่งมั่นสนับสนุนและให้โอกาสในการทำงาน และบริหารจัดการแบบการมีส่วนร่วม	43	9	387
S2	9.มีการทำงานเป็นทีมและมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน	33	10	330
S3	22.มีวัสดุอุปกรณ์/เครื่องมือที่เพียงพอสะอาด/ปลอดภัย/ทันสมัย/ประสิทธิภาพ	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 ระบบและงาน	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	คะแนน (1-10)	คะแนน เมื่อถ่วงน้ำหนัก
		A	B	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	คะแนน (1-10)	คะแนน เมื่อถ่วงน้ำหนัก
		A	B	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

<p>SO กลยุทธ์เชิงรุก ใช้จุดแข็งขององค์กรกับโอกาสที่มีมากำหนดเป็นกลยุทธ์ในเชิงรุก(รุก เพิ่ม ขยาย)</p>	<p>WO กลยุทธ์เชิงแก้ไข ใช้โอกาสมากำหนดเป็นกลยุทธ์เพื่อแก้ไขจุดอ่อนขององค์กร(ปรับปรุง/พัฒนา)</p>
<p>S1 S3O1-5 O9 เพิ่มระบบ Smart Hospital เชื่อมโยงบริการ ทฤษฎีภูมิ ปฐมภูมิ และเครือข่ายบริการสุขภาพ</p> <p>S2 S3 S4 S5 O1 O2 O4 O5 O10 เพิ่มทักษะและความรู้ความเข้าใจของบุคลากรในการนำเทคโนโลยีไปสู่การพัฒนา ระบบ SmartHospital</p> <p>S6 S8 O8 O9 O10 ขยายวัฒนธรรมความปลอดภัยให้ทั่วทั้งองค์กร</p> <p>S8 O10 เพิ่มแนวทางการดำเนินงานโรงพยาบาลคุณธรรม</p> <p>S10 O6 เพิ่มภูมิสถาปัตยกรรมและสิ่งแวดล้อมในการเยียวยาผู้รับบริการและผู้ให้บริการ</p>	<p>W2O2 O8 ปรับปรุงและพัฒนาบรรยากาศองค์กร</p> <p>Wพัฒนาบุคลากร ในการใช้เทคโนโลยีและอุปกรณ์เครื่องมือให้เต็มประสิทธิภาพ</p> <p>Wพัฒนาสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย ในองค์กร โปร่งใส ตรวจสอบได้</p> <p>Wพัฒนาความสามัคคี/พัฒนาทีม</p> <p>W1 W 3 W6 W8 O2 O8 ปรับปรุงทบทวนรอบการทำงานตามโครงสร้างองค์กร</p> <p>W9 O6 O7 O9 พัฒนาระบบบริการที่เป็นเลิศ</p> <p>W4 W5 O1 O2 O10 พัฒนาวัฒนธรรมคุณภาพ</p> <p>W10 พัฒนาระบบการจัดการเครื่องมือและอุปกรณ์</p>
<p>ST กลยุทธ์เชิงรับ ใช้จุดแข็งขององค์กรมากำหนดเป็นกลยุทธ์เพื่อรับมือกับอุปสรรคเชิงป้องกัน(จัดทำ ควบคุม รณรงค์)</p>	<p>WT กลยุทธ์เชิงป้องกัน ใช้จุดอ่อนและข้อจำกัดขององค์กรพิจารณา ร่วมกันกำหนดเป็นกลยุทธ์เชิงป้องกัน(หาทดแทน)</p>
<p>S1 S8 S9 T1 T4 T6 T9 จัดระบบควบคุมภายในลงสู่การปฏิบัติ</p> <p>T2 T3 T10S4 S5 สร้างนวัตกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชน(เวทีแลกเปลี่ยน , นวัตกรรมสื่อ)</p> <p>T5 S3 พัฒนาสารสนเทศให้ตอบสนองต่อการใช้งาน (พัฒนาระบบ back office สารบัญ/บุคลากร)</p>	<p>W7 W8 T1 ส่งต่อ/จ้างหน่วยงานภายนอก</p> <p>W9 W10 T8</p>