

## คำนำ

แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลปรางค์กู่ จัดทำขึ้นโดยคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลปรางค์กู่ และตัวแทนจากทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล เพื่อเป็นกรอบทิศทางในการพัฒนาระบบสุขภาพของโรงพยาบาลปรางค์กู่ ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน มีศักยภาพในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล กระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์เริ่มต้นปลายปีงบประมาณ 2560 ได้มีการออกแบบสอบถามความต้องการและข้อคิดเห็นจากเจ้าหน้าที่ ผู้รับบริการ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและตัวแทนจากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในอำเภอปรางค์กู่

ในปี 2565 มีการทบทวนแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลปรางค์กู่ โดยปรับแผนยุทธศาสตร์ให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์รัฐบาล/กระทรวงและจังหวัด ตลอดจนปัญหาสาธารณสุขในระดับพื้นที่ เพื่อให้รองรับแนวทางและยุทธศาสตร์ที่รัฐบาลและกระทรวงกำหนด และใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบสุขภาพ การติดตามและประเมินผลการพัฒนาระบบสุขภาพ

ขอขอบคุณทุกหน่วยงาน และคณะทำงานทุกท่าน ที่มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลปรางค์กู่ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าแผนยุทธศาสตร์ฉบับนี้จะเป็นเครื่องมือในการแปลงยุทธศาสตร์และนโยบายสู่การปฏิบัติ การควบคุมกำกับติดตาม และประเมินผลการพัฒนาระบบสุขภาพ ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการพัฒนาระบบสุขภาพ และเสริมสร้างสุขภาพที่ดีของประชาชนชาวอำเภอปรางค์กู่ต่อไป

คณะกรรมการจัดทำแผนกลยุทธ์

### วิสัยทัศน์ (Vision)

“เป็นโรงพยาบาลที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน บริการประทับใจ”

### พันธกิจ (Mission)

- M1 จัดระบบบริการสุขภาพแบบองค์รวมครอบคลุม 4 มิติอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ
- M 2 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคีเครือข่ายระบบบริการสุขภาพ
- M3 พัฒนาให้บุคลากรเป็นคนเก่ง คนดีและมีความสุข
- M4 พัฒนางองค์กรให้มีประสิทธิภาพ

### ค่านิยมองค์กร (Core values)

1. ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Customer focus)
2. ทำงานเป็นทีม (Team work)
3. อิงข้อเท็จจริง (Management by fact)
4. ใฝ่เรียนรู้ (Learning)
5. สุ่มมมองอย่างเป็นระบบ

### เป้าประสงค์เชิงกลยุทธ์ (GOAL)

1. ประชาชนสุขภาพดี
2. ระบบบริการได้มาตรฐาน
3. บุคลากรเก่ง ดี มีความสุข
4. การบริหารจัดการมีประสิทธิภาพ

### ประเด็นยุทธศาสตร์

1. การบูรณาการงานส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพร่วมกับภาคีเครือข่าย
2. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
3. การบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล
4. การบริหารจัดการด้วยธรรมาภิบาล

### วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Objective)

- O1 ประชาชนได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ตามกลุ่มวัย
- O2 ประชาชนได้รับการป้องกัน ควบคุมโรคในพื้นที่
- O3 ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพประชาชน
- O4 ผู้ป่วยตามกลุ่มโรคได้รับการดูแลตามมาตรฐาน
- O5 ผู้ป่วยได้รับการดูแลให้ปลอดภัยตามหลัก PSG
- O6 บุคลากรสุขภาพดี มีความสุข
- O7 บุคลากรมีพฤติกรรมบริการที่ดี มีสมรรถนะตามเกณฑ์
- O8 เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารงบประมาณ/รพ.มีเสถียรภาพ/ความมั่นคงทางการเงิน
- O9 เทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนระบบบริหารและบริการอย่างมีประสิทธิภาพ
- O10 มีระบบบริหารจัดการความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ
- O11 มีระบบสนับสนุนบริการ เพียงพอมีประสิทธิภาพ
- O12 มีสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วย
- O13 โรงพยาบาลผ่านการรับรองตามมาตรฐาน

### กลยุทธ์ (Strategy) เพื่อขับเคลื่อน

- S1. ส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย : SO
- S2. การป้องกันและเฝ้าระวังโรคในพื้นที่ : SO
- S3. เสริมพลังชุมชนในการจัดการสุขภาพ : SO
- S4. พัฒนาการดูแลผู้ป่วยตามกลุ่มโรค 4 กลุ่ม : SO
- S5. พัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความปลอดภัยตามหลัก PSG: SIMPLE : ST
- S6 สร้างเสริมสุขภาพเจ้าหน้าที่: ST
- S7 พัฒนาสมรรถนะบุคลากร และพฤติกรรมบริการ: WT
- S8. การบริหารจัดการเพื่อเพิ่มรายได้และลดรายจ่ายของโรงพยาบาล : SO
- S9 พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อสนับสนุนระบบบริหารจัดการและบริการ: WO
- S10 พัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพ: WT
- S11 พัฒนาระบบสนับสนุนบริการให้มีมาตรฐานเอื้อต่อการดูแลผู้ป่วย: ST
- S12 พัฒนาสิ่งแวดล้อมให้ได้มาตรฐานมีความปลอดภัยและพิทักษ์สิ่งแวดล้อม: WT
- S13. พัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลผ่านการรับรองตามมาตรฐาน : SO

### สมรรถนะหลัก (core competency)

การใช้ความคิดสร้างสรรค์นวัตกรรมในการบริการของโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ

### เข็มมุ่ง ปี 2564

1. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคสำคัญ
  - 1.1 stroke
2. พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการดูแลผู้ป่วย

### ข้อได้เปรียบเชิงกลยุทธ์

1. ทีมนำมีความมุ่งมั่นและสนับสนุนในการปฏิบัติงาน
2. การบริหารจัดการการเงินการคลังที่ดี
3. การบริหารอัตรากำลังที่เหมาะสม
4. บุคลากรที่ให้บริการอยู่ในภูมิลำเนาตัวเอง
5. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่

### ความท้าทายเชิงกลยุทธ์

1. พัฒนาประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการในกลุ่มโรคฉุกเฉิน
2. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
3. พัฒนาประสิทธิภาพการควบคุมโรคและการเฝ้าระวังโรค
4. การพัฒนาระบบในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค (Alcohol dependent, psychosis)
5. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง (sepsis, AMI)
6. มีอุปกรณ์เครื่องมือได้มาตรฐาน พร้อมใช้และเพียงพอ

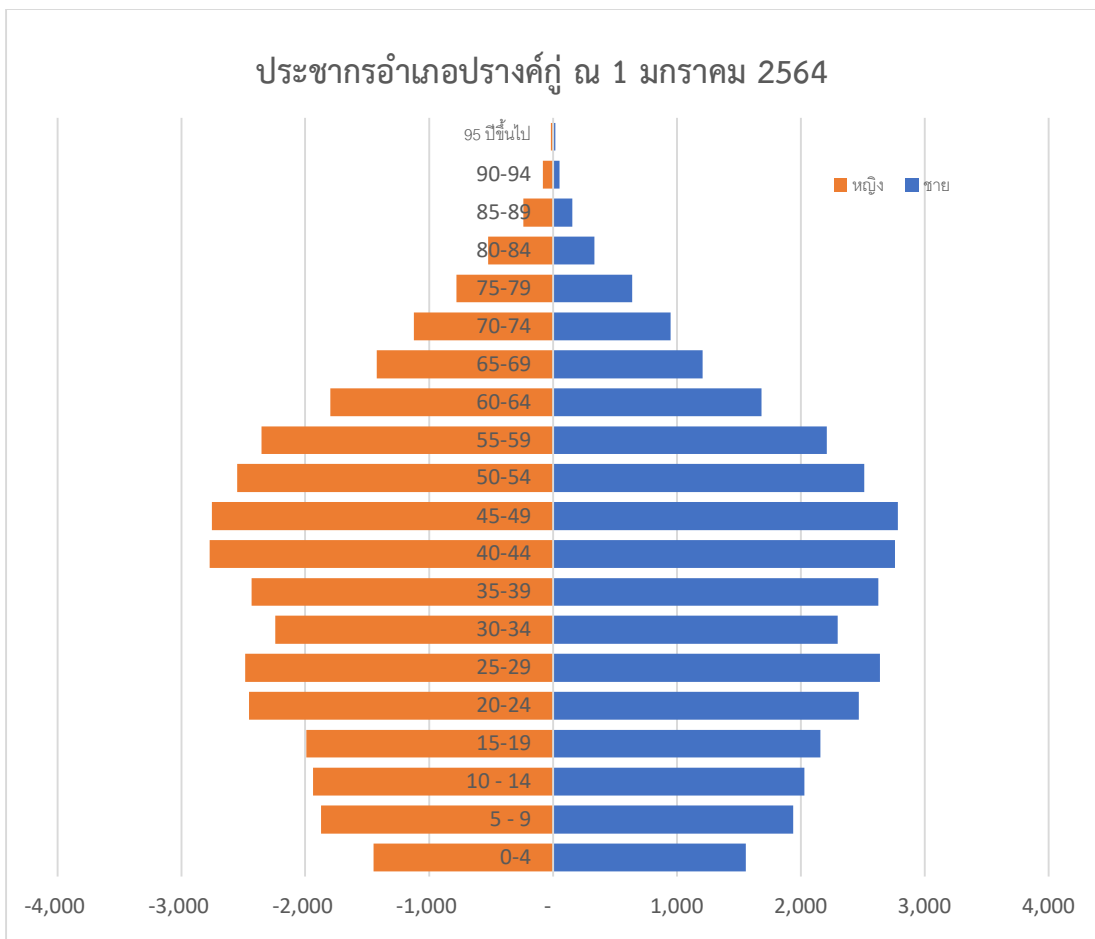
7. พัฒนาและปรับปรุงสิ่งแวดล้อม ระบบบำบัดให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน
8. การบริหารทรัพยากรบุคคลที่มีประสิทธิภาพ
9. พัฒนาระบบเทคโนโลยีและสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ
10. พัฒนาเครือข่ายและชุมชนให้มีศักยภาพและเข้มแข็ง

### โอกาสเชิงกลยุทธ์

1. ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (2561 - 2580)
2. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 (2560 - 2564)
3. ภาควิชาเครือข่าย พชอ. สนับสนุนระบบสุขภาพ
4. คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น

### ข้อมูลทั่วไป

1. ประชากร ณ 1 มกราคม พ.ศ. 2564



ที่มา : Sisaket Health Data center ประชากร ณ 1 มกราคม พ .ศ.2564

[https://ssk.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pop/pop\\_sex\\_agemoph.php&cat\\_id=ac4eed1bddb23d6130746d62d2538fd0&id=f83d0cd8b830706dab4cd3cb09afa584](https://ssk.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pop/pop_sex_agemoph.php&cat_id=ac4eed1bddb23d6130746d62d2538fd0&id=f83d0cd8b830706dab4cd3cb09afa584)

จำนวนประชากรอายุกลางปีแยกตามกลุ่มตามทะเบียนราษฎร อำเภอปราณบุรี

กลุ่มอายุ (ปี)	ชาย (คน)	หญิง (คน)	รวม (คน)
0-4	1,556	1,451	3,007
5 - 9	1,937	1,872	3,809
10 - 14	2,028	1,939	3,967
15-19	2,159	1,992	4,151
20-24	2,467	2,454	4,921
25-29	2,639	2,484	5,123
30-34	2,297	2,243	4,540
35-39	2,625	2,434	5,059
40-44	2,760	2,774	5,534
45-49	2,783	2,753	5,536
50-54	2,511	2,550	5,061
55-59	2,208	2,354	4,562
60-64	1,682	1,798	3,480
65-69	1,208	1,424	2,632
70-74	948	1,123	2,071
75-79	639	778	1,417
80-84	332	525	857
85-89	154	241	395
90-94	52	83	135
95 ปีขึ้นไป	17	17	34
รวม	33,002	33,289	66,291

ที่มา : Sisaket Health Data center ประชากร ณ 1 มกราคม พ.ศ.2564

[https://ssk.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pop/pop\\_sex\\_agemoph.php&cat\\_id=ac4eed1bddb23d6130746d62d2538fd0&id=f83d0cd8b830706dab4cd3cb09afa584](https://ssk.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pop/pop_sex_agemoph.php&cat_id=ac4eed1bddb23d6130746d62d2538fd0&id=f83d0cd8b830706dab4cd3cb09afa584)

2. ข้อมูลทรัพยากรด้านสาธารณสุข

สถานบริการสาธารณสุข

1) โรงพยาบาลชุมชน (F2)	จำนวน	1	แห่ง
2) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	จำนวน	1	แห่ง
3) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	จำนวน	13	แห่ง
4) คลินิกเวชกรรมทั่วไป	จำนวน	1	แห่ง
5) คลินิกพยาบาล	จำนวน	2	แห่ง
6) ร้านขายยา	จำนวน	3	ร้าน

### บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

ประเภท	จำนวน (คน)	อัตราส่วนต่อประชากร
แพทย์	6	1 : 11,049
ทันตแพทย์	7	1 : 9,470
เภสัช	5	1 : 13,258
พยาบาลวิชาชีพ	59	1 : 1,124
นักวิชาการสาธารณสุข	3	1 : 22,097
นักเทคนิคการแพทย์	2	1 : 33,146
กายภาพบำบัด	2	1 : 33,146
นักโภชนาการ	1	1 : 66,291
เจ้าหน้าที่อื่นๆ	103	
<b>รวม</b>	<b>194</b>	

### 3. สถานะสุขภาพ

สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอก 10 อันดับแรก โรงพยาบาลปรางค์กู่

อันดับโรคผู้ป่วยนอก		ปี 2564
1. Essential (primary) hypertension	ความดันโลหิตสูงชนิดเอสเซนเชียล	10,270
2. Non-insulin-dependent diabetes mellitus, without complications	เบาหวานที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลิน	6,251
3. Dyspepsia	โรคทางเดินอาหาร	1,826
4. Acute nasopharyngitis [common cold]	หวัด (เยื่อจมูกและลำคออักเสบ)	1,449
5. Gastroenteritis and colitis of unspecified origin	อาการท้องร่วง กระเพาะและลำไส้ อักเสบจากการติดเชื้อ	1,173
6. Atrial fibrillation and flutter	หัวใจห้องต้นกระตุกและเต้นเร็ว	1,081
7. Non-insulin-dependent diabetes mellitus, with renal complications	เบาหวานที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลิน	1,073
8. Dizziness	การมึนงงและเวียน	908
9. Fever, unspecified	ไข้ไม่ทราบสาเหตุ	849
10. Muscle strain	ความผิดปกติอื่นของกล้ามเนื้อ	844

ที่มา : งานเวชระเบียน โรงพยาบาลปรางค์กู่

สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยใน 10 อันดับแรก โรงพยาบาลปรังค์กู

อันดับโรคผู้ป่วยใน		ปี 2564
1. Covid-19, virus	ไวรัส โควิด-19	917
2. Gastroenteritis and colitis of unspecified origin	อาการท้องร่วง กระเพาะและลำไส้อักเสบจากการติดเชื้อ	216
3. Pneumonia, unspecified	ปอดอักเสบที่ไม่ระบุเชื้อ	184
4. Other and unspecified gastroenteritis and colitis of infectious origin	อาการท้องร่วง กระเพาะและลำไส้อักเสบจากการติดเชื้อ	110
5. Chronic kidney disease, stage 5	ไตวายเรื้อรัง	108
6. Congestive heart failure	หัวใจล้มเหลว	104
7. Fever, unspecified	ไข้ไม่ทราบสาเหตุ	97
8. Non-insulin-dependent diabetes mellitus, without complications	เบาหวานที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลิน	92
9. Acute tubulo-interstitial nephritis	ท่อไตอักเสบเฉียบพลัน	90
10. Acute renal failure, unspecified	ไตวายเฉียบพลัน	84

ที่มา : งานเวชระเบียน โรงพยาบาลปรังค์กู

สาเหตุการตาย ของผู้ป่วยโรงพยาบาลปรังค์กู ปี 2564

สาเหตุ/โรค	ราย
Pneumonia, unspecified	5
Pleural effusion, not elsewhere classified	2
Tuberculosis of lung, confirmed by sputum microscopy with or without culture	1
Septicaemia due to other gram-negative organisms	1
Septicaemia, unspecified	1
Malignant neoplasm of Liver, unspecified	1
Acute myeloid leukaemia	1
Paranoid schizophrenia	1
Flaccid hemiplegia	1
Encephalopathy, unspecified	1
Acute subendocardial myocardial infarction	1
Pulmonary embolism without mention of acute cor pulmonale	1
Congestive heart failure	1
Left ventricular failure	1

สาเหตุ/โรค (ต่อ)	ราย
Stroke, not specified as haemorrhage or infarction	1
Other and unspecified disorders of circulatory system	1
Pneumonia due to Pseudomonas	1
Lobar pneumonia, unspecified	1
Chronic obstructive pulmonary disease with acute lower respiratory infection	1
Pneumonitis due to food and vomit	1
Noninfective gastroenteritis and colitis, unspecified	1
Alcoholic cirrhosis of liver	1
Stage III decubitus ulcer	1
Systemic sclerosis, unspecified	1

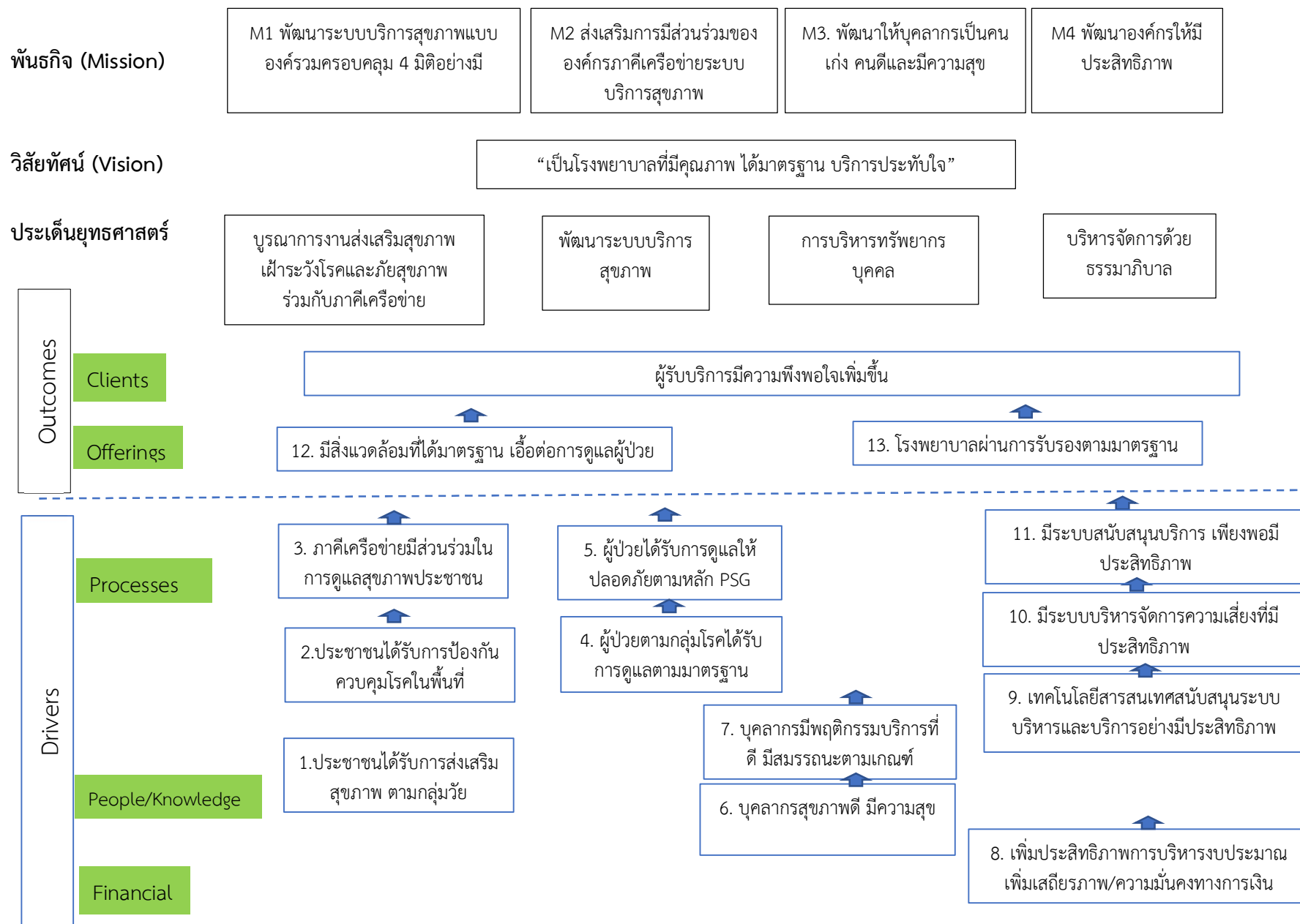
ที่มา :งานเวชระเบียน โรงพยาบาลปรังค์กู๋

#### สาเหตุการตายประชากรอำเภอปรังค์กู๋ ปี 2564 (10 อันดับแรก)

ลำดับ	ชื่อโรค	ชาย	หญิง	รวม
1	หัวใจล้มเหลว	23	26	49
2	หัวใจล้มเหลว ไม่ระบุรายละเอียด	20	17	37
3	วัยชรา	14	22	36
4	มะเร็งเซลล์ตับ	13	6	19
5	การติดเชื้อในกระแสเลือด ไม่ระบุชนิด	12	3	15
6	กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	5	4	9
7	มะเร็ง ณ จุดเริ่มของหลอดลมและปอด	5	2	7
8	โรคเสื่อมของสมองในวัยชรา มิได้จำแนกไว้ที่ใด	4	2	6
9	ไตวายเฉียบพลัน	6	0	6
10	สมองฝ่อมีเขตรอบ	2	4	6

ที่มา : <http://ssk.hdc.moph.go.th/hdc/reports/> ประมวลผล 16 พฤศจิกายน 2564









ตารางวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ผลลัพธ์ และค่าเป้าหมายรายปีงบประมาณ พ.ศ.2565 – 2569

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Objective)		ผลลัพธ์กลยุทธ์ Key Result (Obs)	Base Line	เป้าหมาย					ทีม/ หน่วยงาน
				65	66	67	68	69	
O5. ผู้ป่วยได้รับการดูแลให้ปลอดภัยตามหลัก PSG (มีการดำเนินการมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย 9 ประเด็น	12	<p>ผลดำเนินการตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นผ่านตามเกณฑ์ตัวชี้วัดร้อยละ 100 (9 ตัวชี้วัด) ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การฆ่าตัด ผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ</li> <li>2. การติดเชื้อสำคัญ</li> <li>3. บุคลากรติดเชื้อจากปฏิบัติหน้าที่</li> <li>4. เกิดเหตุไม่พึงประสงค์ และความคลาดเคลื่อนทางยา</li> <li>5. ให้เลือดผิดหมู่ผิดชนิด</li> <li>6. การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด</li> <li>7. ข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค</li> <li>8. การรายงานผลทางห้องปฏิบัติการผิดพลาด</li> <li>9. การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน</li> </ol>	100 %	100	100	100	100	100	OR / LAB / ER / IC / PCT

**ประเด็นยุทธศาสตร์ 3. การบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล**

**พันธกิจ**

M3. พัฒนาให้บุคลากรเป็นคนเก่ง คนดีและมีความสุข

**เป้าประสงค์เชิงกลยุทธ์ (GOAL) 3. บุคลากรเก่ง ดี มีความสุข**

S6 สร้างเสริมสุขภาพเจ้าหน้าที่ ST

S7 ส่งเสริมสมรรถนะบุคลากรเพื่อให้มีพฤติกรรมบริการที่ดี WT

**ตารางวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ผลลัพธ์ และค่าเป้าหมายรายปีงบประมาณ พ.ศ.2565 – 2569**

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Objective)		ผลลัพธ์กลยุทธ์ Key Result (Obs)	Base Line	เป้าหมาย					ทีม/หน่วยงาน
				65	66	67	68	69	
O6. บุคลากรสุขภาพดี มีความสุข มีความผูกพันกับองค์กร ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน Personal sefty goal : PSG - ปลอดภัยจากการเปิดเผยข้อมูลทางสื่อสังคม - ปลอดภัยจากการติดเชื้อ - ลดปัญหาการฟ้องร้อง - มีความพึงพอใจ มีสภาพแวดล้อมการทำงานที่มั่นคงปลอดภัย - มีคุณภาพชีวิตการทำงาน	13	<b>ร้อยละตัวชี้วัด Personal Sefty Goal: PSG ผ่าน 100 % ( 7 ตัว) ดังนี้</b> 1. จำนวนข้อร้องเรียนการเปิดเผยข้อมูลโดยไม่ได้รับอนุญาตเท่ากับ 0 2. จำนวนบุคลากรที่ติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน = 0 3. ข้อร้องเรียนพฤติกรรมบริการ = 0 4. ร้อยละของผลของการประเมิน happinometer ของบุคลากรกลุ่มเป้าหมาย > 60% 5. อุบัติการณ์บาดเจ็บของบุคลากรจากการทำงาน = 0 6. อุบัติการณ์การบาดเจ็บของบุคลากรจากอุบัติเหตุระหว่างปฏิบัติงานรับส่งผู้ป่วยในรพพยาบาล = 0 7. ร้อยละความพึงพอใจของผู้ให้บริการ >80%	100%	0	0	0	0	0	IM, IC, HRD, MSO, NSO, บริหาร, Refer, ER, ENV

ตารางวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ผลลัพธ์ และค่าเป้าหมายรายปีงบประมาณ พ.ศ.2565 – 2569

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Objective)		ผลลัพธ์กลยุทธ์ Key Result (Obs)	Base Line	เป้าหมาย					ทีม/หน่วยงาน
				65	66	67	68	69	
O7 บุคลากรมีพฤติกรรม บริการที่ดี มีสมรรถนะตาม เกณฑ์ และพร้อมให้บริการ	14	ผลการประเมินสมรรถนะบุคลากร กพร. (Core Competency) ผ่านตามเกณฑ์ ( > ร้อยละ 80)	> 80%	> 80%	> 80%	> 80%	> 80%	> 80%	HRD, ทุกหน่วย
	15	ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยใน ด้านบุคลากร $\geq 85\%$	$\geq 85\%$	$\geq$ 85%	$\geq$ 85%	$\geq$ 85%	$\geq$ 85%	$\geq$ 85%	PCT, ทุกหน่วย
	16	ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก ด้านบุคลากร $\geq 85\%$	$\geq 85\%$	$\geq$ 85%	$\geq$ 85%	$\geq$ 85%	$\geq$ 85%	$\geq$ 85%	PCT, ทุกหน่วย
	17	ข้อร้องเรียนพฤติกรรมบริการ = 0	0	0	0	0	0	0	HRD

**ประเด็นยุทธศาสตร์ 4** บริหารจัดการด้วยธรรมาภิบาล

**พันธกิจ**

M4 พัฒนางองค์กรให้มีประสิทธิภาพ

**เป้าประสงค์เชิงกลยุทธ์ (GOAL) 4.** การบริหารจัดการมีประสิทธิภาพ

S8. การบริหารจัดการเพื่อเพิ่มรายได้และลดรายจ่ายของโรงพยาบาล SO

S9 พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อสนับสนุนระบบบริหารจัดการและบริการ WO

S10 พัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพ WT

S11 พัฒนาระบบสนับสนุนบริการให้มีมาตรฐานเอื้อต่อการดูแลผู้ป่วย ST

S13. พัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลผ่านการรับรองตามมาตรฐาน SO

ตารางวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ผลลัพธ์ และค่าเป้าหมายรายปีงบประมาณ พ.ศ.2565 – 2569

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Objective)		ผลลัพธ์กลยุทธ์ Key Result (Obs)	Base Line	เป้าหมาย					ทีม/หน่วยงาน
				65	66	67	68	69	
08. เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารงบประมาณ/รพ.มีเสถียรภาพ/ความมั่นคงทางการเงิน	18	ความเสี่ยงภาวะวิกฤตทางการเงินของโรงพยาบาลลดลง ≤ ระดับ 1	≤ ระดับ 1	≤ ระดับ 1	≤ ระดับ 1	≤ ระดับ 1	≤ ระดับ 1	≤ ระดับ 1	บริหาร
09. มีเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนระบบบริหารและบริการอย่างมีประสิทธิภาพ	19	รพ. ผ่านเกณฑ์หน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital (Smart tools & Smart service) รพ. ระดับ F2	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	IT, IM, เวชสถิติ
	20	ระบบสารสนเทศผ่านการรับรองมาตรฐาน HAIT ระดับ 1	ผ่าน 8 ด้าน	ผ่าน 3 ด้าน	ผ่าน 6 ด้าน	ผ่าน 8 ด้าน	ผ่าน	ผ่าน	IT, IM, เวชสถิติ
010. มีระบบบริหารจัดการความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ	21	จำนวนความเสี่ยงที่ได้รับรายงานเพิ่มขึ้น 10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	RM ทุก หน่วยงาน
	22	ร้อยละของอุบัติการณ์ E-I ที่ได้รับการแก้ไขเชิงระบบ 100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	RM ทุก หน่วยงาน
011. มีระบบสนับสนุนบริการ เพียงพอมีประสิทธิภาพ	23	รพ. ผ่านการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ 9 ด้าน	ผ่าน 9 ด้าน (≥ระดับ พัฒนา)	ผ่าน 9 ด้าน	ผ่าน 9 ด้าน	ผ่าน 9 ด้าน	ผ่าน 9 ด้าน	ผ่าน 9 ด้าน	เวชฯ, ENV, เครื่องมือแพทย์

ตารางวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ผลลัพธ์ และค่าเป้าหมายรายปีงบประมาณ พ.ศ.2565 – 2569

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Objective)		ผลลัพธ์กลยุทธ์ Key Result (Obs)	Base Line	เป้าหมาย					ทีม/หน่วยงาน
				65	66	67	68	69	
○13. โรงพยาบาลผ่านการรับรองมาตรฐาน ตามเกณฑ์	24	ร้อยละโรงพยาบาลผ่านการรับรองมาตรฐานตามเกณฑ์ (5 มาตรฐาน)  <ul style="list-style-type: none"> <li>- รพ.ผ่านการรับรอง HA ชั้น 3</li> <li>- โรงพยาบาลผ่านการรับรองมาตรฐานห้องปฏิบัติการ LA</li> <li>- องค์กรพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐาน NQA ระดับคะแนน 3</li> <li>- โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ประเมิน ITA ร้อยละ 92</li> <li>- งานบริการรังสีวินิจฉัย</li> </ul>	ผ่าน 100%	100%	100%	100%	100%	100%	ทุกทีม/ทุกหน่วยงาน



ตารางกิจกรรม โครงการ ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดเชิงกลยุทธ์ และผู้รับผิดชอบ โรงพยาบาลปรางค์กู่ปีงบประมาณ พ .ศ.2565 – 2569

ผลลัพธ์กลยุทธ์ Key Result (Obs)	ทีม/หน่วยงาน	โครงการ/กิจกรรม	Obj วัตถุประสงค์	ข้อที่	KRs ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
<b>Obj. 1</b> ประชาชนได้รับการส่งเสริมสุขภาพ (ที่เหมาะสม) ตามกลุ่มวัย (เด็กวัยก่อนเรียน หญิงวัยเจริญพันธุ์) K1 ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการครอบคลุม	NCD, PCT, เวชฯ, พนมม/	- ส่งเสริมพัฒนาการเด็กแรกเกิด ถึง 5 ปี	เพื่อให้เด็กอายุ 0-5 ปีมีพัฒนาการสมวัย	1.1	เด็กได้รับการประเมินพัฒนาการร้อยละ 100	วัฒนา/
				1.2	เด็กปฐมวัยที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าได้รับการประเมินซ้ำร้อยละ 100	พนอม/
				1.3	เด็กปฐมวัยที่พัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้น TIDA4I	พนอม/
<b>Obj. 2</b> ประชาชนได้รับการป้องกัน ควบคุมโรคในพื้นที่ (DM/HT, COVID-19, โรคซึมเศร้า) K2 อัตรากลุ่ม Pre DM กลายเป็น DM ≤ 3% K3 อัตรากลุ่ม Pre HT กลายเป็น HT ≤ 3%	NCD, PCT, เวชฯ, พนมม/	- โครงการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชากร	ป้องกันกลุ่มเสี่ยง DM/HT กลายเป็นผู้ป่วยรายใหม่	2.1	อัตราการคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงอายุ 35 ปีขึ้นไป >90%	พนอม/
				2.2	กลุ่มเสี่ยงได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 100%	พนอม/
				2.3	ร้อยละกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามทุก 3 เดือน	พนอม/

ผลลัพธ์กลยุทธ์ Key Result (Obs)	ทีม/หน่วยงาน	โครงการ/กิจกรรม	Obj วัตถุประสงค์	ข้อที่	KRs ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
<b>Obj. 2</b> ประชาชนได้รับการป้องกัน ควบคุมโรค ในพื้นที่ (DM/HT, โรคซึมเศร้า) K4 อัตราผู้ป่วยตายของผู้ป่วย COVID-19 <ร้อยละ1.4	เวชฯ, PCT, วัฒนา/	การป้อง ควบคุมโรค และภัยสุขภาพในพื้นที่	เพื่อป้องกัน และควบคุม สถานการณ์การของโรค COVID-19 ในพื้นที่	4.1	มีการสอบสวน และดำเนินการ ควบคุมโรคใน ผู้ป่วย covid-19 ทุกราย	วัฒนา/โสภา
				4.2	อุบัติการณ์ผู้ป่วย covid-19 ราย ใหม่ ภายใน 28 วัน = 0	วัฒนา/โสภา
				4.3	ผู้ป่วยโควิด-19 ได้รับการ x-ray ทุกราย	สุปราณี
				4.4	ผู้ป่วยที่ผล x-ray ผิดปกติได้เข้าถึง ยา favipiravir/corticosteroids	สุปราณี
<b>Obj. 2</b> ประชาชนได้รับการป้องกัน ควบคุมโรค ในพื้นที่ (DM/HT, โรคซึมเศร้า) K5 อัตราการฆ่าตัวตาย สำเร็จต่อประชากรแสน คน	NCD, PCT, พนมม/	- โครงการพัฒนา ระบบบริการคลินิกจิต เวช 1.คัดกรองโรคซึมเศร้าใน กลุ่มเสี่ยง 2.อบรมแกนนำการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน 3.ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยใน กลุ่ม SMIV ทุก 1 เดือน 4.ประเมินความก้าวร้าว (OAS) ทุกครั้งที่ผู้ป่วย มารักษา		5.1	อัตรากลุ่มเสี่ยง (7 กลุ่ม) ได้รับการ คัดกรอง >80%	พนอมม/
				5.2	กลุ่มภาวะยุ่งยาก/ซับซ้อนได้รับการ ติดตามเยี่ยมทุก 1 เดือน 100%	พนอมม/

ผลลัพธ์กลยุทธ์ Key Result (Obs)	ทีม/หน่วยงาน	โครงการ/กิจกรรม	Obj วัตถุประสงค์	ข้อที่	KRs ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
Obj. 3 ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพประชาชน K6 จำนวนชุมชนผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน "ชุมชนวิถีใหม่ ห่วงไกล NCDs"	เวชฯ, PCT ชุมชน/ วัฒนา	โครงการพัฒนาระบบการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยภาคีเครือข่าย โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBI NCDs) 5 ขั้นตอน	เพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมดำเนินการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มปกติกลุ่มเสี่ยง กลุ่มสงสัยป่วยต่อโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง	10.1	ชุมชนผ่านเกณฑ์การดำเนินงานชุมชนวิถีใหม่ห่วงไกล NCDs >80 %	พนอม/
Obj. 12 มีสิ่งแวดล้อม (ในโรงพยาบาล) ที่ได้มาตรฐานเอื้อต่อการดูแลผู้ป่วย K7 รพ. พัฒนออนามัยสิ่งแวดล้อมผ่านตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital ระดับดีมากขึ้นไป	เวชฯ, ENV, IC, บริหาร/ วัฒนา	- GREEN&CLEAN hospital (นวัตกรรมกำจัดขยะเปียก: PKH Model) - โครงการโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย		7.1	อัตราการแยกกมลฝอยได้ถูกต้อง	วิไลลักษณ์
				7.2	ผ่านการตามเกณฑ์มาตรฐานสิ่งแวดล้อม (HAS) ห้องน้ำ	วัฒนา/โสภา
				7.3	ลดพลังงาน/ นวัตกรรม	
				7.4	บ่อบำบัดน้ำเสียในโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 100%	วัฒนา/ฐิติวัฒน์
				7.5	ผ่านการประเมินตนเองตามเกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย	จิราวรรณ/
				7.6	มีการดำเนินงานนโยบายโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยร่วมกับภาคีเครือข่าย	ประคอง/

ผลลัพธ์กลยุทธ์ Key Result (Obs)	ทีม/หน่วยงาน	โครงการ/กิจกรรม	Obj วัตถุประสงค์	ข้อที่	KRs ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
Obj. 4 ผู้ป่วยตามกลุ่มโรคได้รับการดูแลตามมาตรฐาน (Stroke, DM/HT, ซึมเศร้า) K8 อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย Stroke fast track	ER / PCT/ สุรียพร	- ประชุมวิชาการ: การอ่านและแปลผล EKG เบื้องต้น - การดูแลผู้ป่วย Stroke	ผู้ป่วยกลุ่มโรคฉุกเฉิน ได้รับการดูแลตามมาตรฐานเพิ่มขึ้น (รวดเร็ว ลดการเสียชีวิต)	8.1	อุบัติการณ์การเสียชีวิตในผู้ป่วย AMI = 0	สุรียพร/
				8.2	อัตราผู้ป่วย AMI ได้รับการประเมิน EKG ภายใน 10 นาที	สุรียพร/
				8.3	อัตราการตรวจ Trop – T ในผู้ป่วย AMI ได้ภายใน 20 นาที	สุรียพร/
				8.4	อัตราผู้ป่วย STEMI ได้รับยา streptokynase	สุรียพร/
				8.5	อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วย Stroke	สุรียพร/
				8.6	อัตราการเข้าถึง Fast track Stroke	สุรียพร/
				8.7	อัตราการการเกิด Recurrent Stroke = 0	สุรียพร/
Obj. 4 ผู้ป่วยตามกลุ่มโรคได้รับการดูแลตามมาตรฐาน (Stroke, DM/HT, ซึมเศร้า) K9 ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง < 3%	NCD, PCT/ พนม	โครงการพัฒนารูปแบบการจัดการโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง	1.เพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วย DM/HT 2.เพื่อให้ผู้ป่วย DM/HT ได้รับการดูแลตามเกณฑ์มาตรฐาน	9.1	ร้อยละผู้ป่วย DM ที่มี HbA 1C < 7 เป้า ≥40 %	พนอม/
k10 อัตราการเกิดภาวะ Stroke ในผู้ป่วย HT < 2%	NCD, PCT/ พนม			10.1	อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ ≤ 140/90 mmHg ติดต่อกัน 2 Visit >60 %	พนอม/

ผลลัพธ์กลยุทธ์ Key Result (Obs)	ทีม/หน่วยงาน	โครงการ/กิจกรรม	Obj วัตถุประสงค์	ข้อที่	KRs ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
Obj. 4 ผู้ป่วยตามกลุ่มโรคได้รับการดูแลตามมาตรฐาน (Stroke, DM/HT, ซึมเศร้า) k11 อัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วยจิตเวช $\geq 82\%$	NCD, PCT/ พนอม	- การเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการโรคจิตเวช 1.ผู้ป่วยโรคจิตเวชได้รับการดูแลต่อเนื่อง และได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านปีละ 1 ครั้ง 2.ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านเดือนละ 1 ครั้ง		11.1	อัตราการกำเริบซ้ำ < 10%	พนอม/
				11.2	อัตราการเยี่ยมบ้าน > 80%	พนอม/
				11.3	อัตราการเยี่ยมบ้าน ในกลุ่ม SMIV =100%	พนอม/
Obj. 5 ผู้ป่วยได้รับการดูแลให้ปลอดภัยตามหลัก PSG (มีการดำเนินการมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย 9 ประเด็น) K12 ผลดำเนินการตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นผ่านตามเกณฑ์ตัวชี้วัดร้อยละ 100 (9 ตัวชี้วัด)	OR / PCT/ ปรียาภรณ์		Safety surgery ลดข้อผิดพลาด/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากกระบวนการผ่าตัด	12.1	อุบัติการณ์การผ่าตัด ผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ = 0	ปรียาภรณ์
	IC / PCT/ วิไลลักษณ์	โครงการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล	Infection Prevention Control (ลดการติดเชื้อในผู้รับบริการให้ต่ำสุด)	12.2	อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ต่อพันวันนอน) < 0.5	วิไลลักษณ์
	PTC/ ประคอง		Medication - ลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	12.3	เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาระดับ E-I < 0	ประคอง
	PTC/ ประคอง		ประสงคจากการใช้ยา - ลดความคลาดเคลื่อนในกระบวนการใช้ยา	12.4	อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา ระดับ E-I $\leq 0$	ประคอง

ผลลัพธ์กลยุทธ์ Key Result (Obs)	ทีม/หน่วยงาน	โครงการ/กิจกรรม	Obj วัตถุประสงค์	ข้อที่	KRs ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
<p>(ต่อ)</p> <p>Obj. 5 ผู้ป่วยได้รับการดูแลให้ปลอดภัยตามหลัก PSG (มีการดำเนินการมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย 9 ประเด็น K12 ผลดำเนินการตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นผ่านตามเกณฑ์ตัวชี้วัดร้อยละ 100 (9 ตัวชี้วัด)</p>	PCT		patient care processes ป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากกระบวนการดูแลผู้ป่วย	12.5	อุบัติการณ์เกิดการระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด	สมหวัง
	MSO/ PCT	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคที่สำคัญ</li> <li>- การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย</li> </ul>		12.6	จำนวนอุบัติการณ์วินิจฉัยผิดพลาดระดับ E ขึ้นไป	สมหวัง
	Lab / PCT		<p>เพื่อให้ผลทดสอบทางห้องปฏิบัติการเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและแพทย์ในการดูแลรักษา</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ป้องกัน ความผิดพลาดในกระบวนการทางห้องปฏิบัติการ</li> </ul>	12.7	จำนวนอุบัติการณ์รายงานผลทางห้องปฏิบัติการผิดพลาด	พัฒนกร
				12.8	อุบัติการณ์ให้เลือดผิดหมู่	พัฒนกร
	ER / PCT/ สุรีย์พร	ประชุมวิชาการ:การคัดแยกประเภทผู้ป่วย ESI ( ED triage)	Emergency response เพิ่มประสิทธิภาพการคัดแยกและการจัดลำดับการบริหาร ณ ห้องฉุกเฉิน	12.9	ร้อยละของการคัดแยก Under triage ที่ ER	สุรีย์พร

ผลลัพธ์กลยุทธ์ Key Result (ObS)	ทีม/หน่วยงาน	โครงการ/กิจกรรม	Obj วัตถุประสงค์	ข้อที่	KRs ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
Obj. 6 บุคลากรสุขภาพดี มีความสุข มีความผูกพันกับองค์กร ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน Personal sefty goal: PSG K13 ร้อยละตัวชี้วัด Personal Sefty Goal: PSG ผ่าน 100% (7 ตัว)	IM / สันต์		Security and Privacy of information and social media	13.1	จำนวนข้อร้องเรียนการเปิดเผยข้อมูลโดยไม่ได้รับอนุญาตเท่ากับ 0	สันต์
	IC / HRD, MSO, NSO/ วิไลลักษณ์	- โครงการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล	Infection and Exposure ลดการติดเชื้อและเจ็บป่วยของบุคลากรจากโรคติดเชื้อ	13.2	จำนวนบุคลากรที่ติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน = 0	วิไลลักษณ์
	HRD, MSO, NSO/ ญัฐชยา/จิราวรรณ	- การพัฒนาองค์กรสร้างสุข (Happy Workplace)	Mental Health and Mediation ลดความเสี่ยงการกระทบกระทั่งระหว่างจนท.กับผู้รับบริการ	13.3	ข้อร้องเรียนพฤติกรรมบริการ = 0	ญัฐชยา/จิราวรรณ
				13.4	ความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรในโรงพยาบาล > 80%	ญัฐชยา/จิราวรรณ
				13.5	อุบัติเหตุบาดเจ็บของบุคลากรจากการทำงาน = 0	ญัฐชยา/จิราวรรณ
	บริหาร, Refer, ER, HRD, MSO, NSO / ญัฐชยา/จิราวรรณ	จัดทำแนวทาง ประชุมชี้แจง อบรมให้ความรู้ และทักษะแก่บุคลากร ตรวจสอบความพร้อมก่อนปฏิบัติงาน	Lane (Ambulance) and Legal Issues เพิ่มความปลอดภัยบุคลากรที่ปฏิบัติงานรับส่งผู้ป่วยในรถพยาบาล	13.6	อุบัติเหตุการบาดเจ็บของบุคลากรจากอุบัติเหตุระหว่างปฏิบัติงานรับส่งผู้ป่วยในรถพยาบาล = 0	ญัฐชยา/จิราวรรณ
	ENV, HRD, MSO, NSO/ ญัฐชยา / จิราวรรณ	โครงการพัฒนาวัฒนธรรม 5ส ในโรงพยาบาลปรางค์กู่	Environment and Working Condition จัดสภาพแวดล้อมในการทำงานมีความปลอดภัย	13.7	ร้อยละความพึงพอใจของผู้ให้บริการ >80%	ญัฐชยา/จิราวรรณ

ผลลัพธ์กลยุทธ์ Key Result (ObS)	ทีม/หน่วยงาน	โครงการ/กิจกรรม	Obj วัตถุประสงค์	ข้อที่	KRs ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
Obj. 7 บุคลากรมีพฤติกรรมบริการที่ดี มีสมรรถนะตามเกณฑ์ และพร้อมให้บริการ K14 ผลการประเมินสมรรถนะบุคลากร (Core Competency) ผ่านตามเกณฑ์ ( $\geq$ ร้อยละ 80)	HRD, ทุกหน่วย/ ภาครัฐ ชยา/จิรารวรรณ/ สมหวัง	- การพัฒนาศักยภาพบุคลากร - โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการ "โรงพยาบาล คุณธรรม ประจำปี	บุคลากรผ่านเกณฑ์ประเมินสมรรถนะ Core Competency บุคลากรผ่านเกณฑ์ประเมินการดูแลผู้ป่วย DF/DM	14.1	บุคลากรผ่านเกณฑ์การประเมินสมรรถนะ ด้านการดูแลผู้ป่วย DF/DM	ณัฐชยา/จิรารวรรณ
k15 ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยใน ด้านบุคลากร $\geq 85\%$				15.1	ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยใน $\geq 85\%$	ณัฐชยา/จิรารวรรณ/ สมหวัง
K16 ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก ด้านบุคลากร $\geq 85\%$				16.1	ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก $\geq 85\%$	ณัฐชยา/จิรารวรรณ/ สมหวัง
K17 ข้อร้องเรียนพฤติกรรมบริการ				17.1	จำนวนข้อร้องเรียนพฤติกรรมบริการ	ณัฐชยา/จิรารวรรณ/
Obj. 8 เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารงบประมาณ/รพ.มีเสถียรภาพ/ความมั่นคงทางการเงิน K18 ความเสี่ยงภาวะวิกฤตทางการเงินของโรงพยาบาลลดลง $\leq$ ระดับ 1	บริหาร/จิรารวรรณ	- โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง	1) มีระบบการเรียกเก็บค่าบริการครอบคลุมทุกสิทธิอย่างมีประสิทธิภาพ 2) ลดค่าใช้จ่ายได้อย่างต่อเนื่อง	18.1	อัตราส่วนสินทรัพย์สภาพคล่อง (Quick Ratio) $\geq 1$	จิรารวรรณ
18.2				อัตราเงินหมุนเวียน (Current Ratio) $\geq 1.5$	จิรารวรรณ	
18.3				อัตรารายรับต่อรายจ่าย (I/E Ratio) $\geq 1$	จิรารวรรณ	
18.4				ทุนสำรองสุทธิ (Net working capital) $\geq 1$	จิรารวรรณ	



ผลลัพธ์กลยุทธ์ Key Result (ObS)	ทีม/หน่วยงาน	โครงการ/กิจกรรม	Obj วัตถุประสงค์	ข้อที่	KRs ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
Obj. 9 มีเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนระบบบริหารและบริการอย่างมีประสิทธิภาพ K19 รพ. ผ่านเกณฑ์หน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital (Smart tools & Smart service) รพ. ระดับ F2	IT, IM, เวชสถิติ/ สันต์	จัดทา พัฒนาเพิ่มเติมระบบการให้บริการตามมาตรฐาน Smart Hospital (Smart tools & Smart service)	- เพื่อลดความแออัด ผู้รับบริการ ได้รับบริการที่สะดวก รวดเร็ว ลดระยะเวลารอคอย	19.1	1. มีหน้าจอบริการลำดับคิวในจุดที่เหมาะสม	สันต์/
				19.2	2. มีช่องทางแจ้งเตือนคิวรับบริการ	สันต์/
				19.3	3. มีการเชื่อมโยงข้อมูล Vital sign เข้าสู่ระบบ HIM Pro	สันต์/
				19.4	4. ยกเลิกเรียกรับสำเนาบัตรจาก ผู้รับบริการ	สันต์/
				19.5	5. มีการจัดเก็บเวชระเบียนด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์	สันต์/
				19.6	6. มีการใช้ใบสั่งยา OPD ด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์	สันต์/
				19.7	7. มีข้อมูลระยะเวลารอคอยอย่างน้อย 1 จุดบริการ	สันต์/
				19.8	8. มีบริการนัดหมายแบบเหลือเวลาหรือจัดกลุ่มผู้รับบริการให้ตรงเวลา	สันต์/
Obj. 9 มีเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนระบบบริหารและบริการอย่างมีประสิทธิภาพ K20 ระบบสารสนเทศผ่านการรับรองมาตรฐาน HAIT ระดับ 1	IT, IM, เวชสถิติ/ สันต์	จัดทำแผนแม่บทด้านไอที ประเมินความเสี่ยงในระบบไอที จัดทำแนวทางปฏิบัติด้านความมั่นคงปลอดภัยของระบบ	- เพื่อพัฒนาระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลให้มีความมั่นคง ปลอดภัย ข้อมูลมีความถูกต้อง ครบถ้วนสมบูรณ์	20.1	1. มีแผนแม่บทด้านไอที	สันต์/
				20.2	2. มีการประเมินความเสี่ยงด้าน IT	สันต์/
				20.3	3. มีนโยบายและระเบียบปฏิบัติด้านความมั่นคงในระบบ IT ผู้ที่เกี่ยวข้องรับทราบเข้าใจ และปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติอย่างเคร่งครัด	สันต์/
				20.4	4. มีการจัดการData Center จนมั่นคงปลอดภัยทุกด้าน	สันต์/

ผลลัพธ์กลยุทธ์ Key Result (Obs)	ทีม/หน่วยงาน	โครงการ/กิจกรรม	Obj วัตถุประสงค์	ข้อที่	KRs ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
Obj. 10 มีระบบบริหารจัดการความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ K21 จำนวนความเสี่ยงที่ได้รับรายงานเพิ่มขึ้น 10%  K22 ร้อยละของอุบัติการณ์ E-I ที่ได้รับการแก้ไขเชิงระบบ 100%	RM ทุกหน่วยงาน/ ประคอง, รัตนา	- Risk round ทุกวัน พุดบ้าย - ประชุมชี้แจงการใช้โปรแกรม NRLS - จัดทำคู่มือการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน	- เพื่อให้ระบบบริหารความเสี่ยงมีประสิทธิภาพ - เพื่อให้เกิดการจัดการความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ	21.1	อัตราการรายงานความเสี่ยงด้วยตนเองต่อการรายงานความเสี่ยงทั้งหมด	ประคอง, รัตนา
				21.2	จำนวนหน่วยงานที่รายงานความเสี่ยงทั้งหมด	ประคอง, รัตนา
				21.3	จำนวนความเสี่ยงได้รับการรายงานทั้งหมด	
				22.1	จำนวนการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ G-I ซ้ำ = 0	ประคอง, รัตนา
				22.2	อุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ E-I ที่ได้รับการทบทวน 100%	ประคอง, รัตนา

ผลลัพธ์กลยุทธ์ Key Result (ObS)	ทีม/หน่วยงาน	โครงการ/กิจกรรม	Obj วัตถุประสงค์	ข้อที่	KRs ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
Obj. 11 มีระบบสนับสนุนบริการ เพียงพอมีประสิทธิภาพ K23 รพ. ผ่านการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ 9 ด้าน	เวชฯ/ ENV, เครื่องมือแพทย์/ ณีรัฐชัย	- โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการซ่อมแผนป้องกันและระงับอัคคีภัยโรงพยาบาลปราสาท - โครงการพัฒนาวัฒนธรรม 5 ส ในโรงพยาบาลปราสาท	เพื่อสนับสนุนการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพให้ได้ตาม เกณฑ์มาตรฐานระบบบริการ สุขภาพ ทั้ง 9 ด้าน		รพ. ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ	ณีรัฐชัย
				23.1	1. ด้านการบริหารจัดการคุณภาพ ในโรงพยาบาล	วิไลลักษณ์
				23.2	2. ด้านบริการสุขภาพ	ณัฐชยา/ สมหวัง
				23.3	3. ด้านมาตรฐานอาคารสถานที่ และสิ่งอำนวยความสะดวก	จิราวรรณ/ มาลีวรรณ
				23.4	4. ด้านสิ่งแวดล้อม	วรรณิศา/ โสภา
				23.5	5. ด้านความปลอดภัย	จิราวรรณ/ มาลีวรรณ
				23.6	6. ด้านเครื่องมืออุปกรณ์ทาง การแพทย์	วรรณิศา/ จันทิรา
				23.7	7. ระบบสนับสนุนบริการที่สำคัญ	ณัฐชยา/ สุรีย์พร
				23.8	8. สุขศึกษาและพฤติกรรม	วัฒนา/ เกษรา
23.9	9. การรักษาความมั่นคงปลอดภัย ไซเบอร์	สันต์				

ผลลัพธ์กลยุทธ์ Key Result (Obs)	ทีม/หน่วยงาน	โครงการ/กิจกรรม	Obj วัตถุประสงค์	ข้อที่	KRs ผลลัพธ์	ผู้รับผิดชอบ
Obj. 13 โรงพยาบาลผ่านการรับรองมาตรฐาน ตามเกณฑ์ K24 โรงพยาบาลผ่านการรับรองมาตรฐาน ตามเกณฑ์	HA/วิไลลักษณ์	- โครงการเตรียมพร้อมต่ออายุการรับรอง HA ต่ออายุครั้งที่ 3	- เพื่อให้ทุกหน่วยงานมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง - เพื่อให้บุคลากรมีความเข้าใจในทิศทางการพัฒนาขององค์กร - เพื่อให้องค์กรมีการประเมินตนเอง	24.1	รพ.ผ่านการรับรอง HA ชั้น 3	วิไลลักษณ์
	LAB/พัฒนกร	การพัฒนาบริการทางห้องปฏิบัติการ	ผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐาน EQA	24.2	โรงพยาบาลผ่านการรับรองมาตรฐานห้องปฏิบัติการ LA	พัฒนกร
	กลุ่มการ/ ญัฐชยา	โครงการพัฒนาบริการพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพจากกองการพยาบาล		24.3	องค์กรพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐาน NQA ระดับคะแนน 3	ญัฐชยา
	บริหาร/จิรารณ	- โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการ ระบบควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยงขององค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ - โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการ โรงพยาบาลคุณธรรมประจำปี		24.4	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ประเมิน ITA ร้อยละ 92	จิรารณ
	x-ray/พัฒนกร			24.5	โรงพยาบาลผ่านการรับรองมาตรฐานรังสี	พัฒนกร

ตารางแสดงระยะเวลาในการติดตามผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ข้อที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย 2565	ระยะเวลาในการติดตาม			
			1 เดือน	3 เดือน	6 เดือน	12 เดือน
1	ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการครอบคลุม >60%	>60%		√		
2	อัตรากลุ่ม Pre DM กลายเป็น DM ≤ 3%	≤3		√		
3	อัตรากลุ่ม Pre HT กลายเป็น HT ≤ 3%	≤3		√		
4	อัตราป่วยตายของผู้ป่วย COVID-19 <ร้อยละ1.4	<1.4%	√			
5	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อประชากรแสนคน	≤6.50	√			
6	จำนวนชุมชนผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน "ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs"	14 แห่ง			√	
7	รพ. พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมผ่านตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital ระดับดีมากขึ้นไป	ผ่าน				√
8	อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย Stroke fast track	80%		√		
9	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง < 3%	< 3%		√		
10	อัตราการเกิดภาวะ Stroke ในผู้ป่วย HT < 2%	< 2%		√		
11	อัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วยจิตเภท ≤82%	≥ 82%		√		
12	ผลดำเนินการตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นผ่านตามเกณฑ์ตัวชี้วัดร้อยละ 100 (9 ตัวชี้วัด)	100%	√			
13	ร้อยละตัวชี้วัด Personal Sefty Goal: PSG ผ่าน 100% (7 ตัว)	100%	√			
14	ผลการประเมินสมรรถนะบุคลากร (Core Competency) ผ่านตามเกณฑ์ )≥ ร้อยละ 80)	> 80%				√
15	ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยในด้านบุคลากร ≤85%	≤85%			√	
16	ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยนอกด้านบุคลากร ≤85%	≤85%			√	
17	ข้อร้องเรียนพฤติกรรมบริการ 0 ครั้ง	0				
18	ความเสี่ยงภาวะวิกฤตทางการเงินของ โรงพยาบาลลดลง ระดับ ≥2	ระดับ ≥2		√		
19	รพ ผ่านเกณฑ์หน่วยบริการที่เป็น .Smart Hospital (Smart tools & Smart service) รพ ระดับ .F2	ผ่าน			√	
20	ระบบสารสนเทศผ่านการรับรองมาตรฐาน HAIT ระดับ 1	ผ่าน 3 ด้าน			√	

ข้อที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย 2565	ระยะเวลาในการติดตาม			
			1 เดือน	3 เดือน	6 เดือน	12 เดือน
21	จำนวนความเสี่ยงที่ได้รับรายงานเพิ่มขึ้น 10%	10%	√			
22	ร้อยละของอุบัติการณ์ E-I ที่ได้รับการแก้ไขเชิงระบบ 100%	100%	√			
23	K22 รพ. ผ่านการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ 9 ด้าน	ผ่าน				√
24	K23 โรงพยาบาลผ่านการรับรองมาตรฐาน ตามเกณฑ์ (5 มาตรฐาน)				√	

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการภูมิภาค  
 โรงพยาบาลปรางค์กู่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ  
 ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
 เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ. 2561  
 สำหรับหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ชื่อหน่วยงาน : โรงพยาบาลปรางค์กู่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

วัน/เดือน/ปี : 17 พฤศจิกายน ๒๕๖๕

หัวข้อ : MOIT 2 หน่วยงานมีการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารที่เป็นปัจจุบัน

รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ)

นโยบายและยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน

Link ภายนอก : ไม่มี

หมายเหตุ .....

ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล

๑-  
 (นางสาวจิราวรรณ พรหมมานนท์)

หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป  
 วันที่ 17 พ.ย. ๖๕

ผู้อนุมัติรับรอง

Lamln  
 (นายเสกสรรค์ จวงจันทร์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปรางค์กู่  
 วันที่ 17 พ.ย. ๖๕

ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่

SA  
 (นางสาวสมใจ ศรีบริบูรณ์)

นักวิชาการพัสดุ  
 วันที่ 17 พ.ย. ๖๕