



แผนพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเกาะคา พ.ศ. 2565-2569

โรงพยาบาลเกาะคา

www.kokhahospital.go.th

โทรศัพท์ 0-542-81393 โทรสาร 0-542-84834



แผนพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเกาะคา

พ.ศ. 2565-2569

โรงพยาบาลเกาะคา

www.kokhahospital.go.th

โทรศัพท์ 0-542-81393 โทรสาร 0-542-84834



คำนำ

โรงพยาบาลเกาะคา ได้จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ เพื่อเป็นกรอบในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาล โดยบูรณาการการทำงานร่วมกับหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงมีการปฏิบัติงานภายใต้แผนยุทธศาสตร์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง มีคณะทำงานเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์สภาพแวดล้อม ทบทวนปัญหา สถานการณ์ด้านสาธารณสุข เพื่อกำหนดแนวทางในการดำเนินงาน ให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง และแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อร่วมกันจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาโรงพยาบาลเกาะคา ให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม ศักยภาพของโรงพยาบาลรวมถึงสภาพการณ์ด้านสุขภาพของอำเภอเกาะคา และความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่

แผนพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเกาะคา พ.ศ. 2565-2569 ฉบับนี้ จะใช้เป็นกรอบทิศทางและแนวทางการดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆ ใช้ในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพและบริหารงานด้านสาธารณสุขของโรงพยาบาลเกาะคา เพื่อให้เป็นไปตามเป้าประสงค์ของกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพ เขตบริการสุขภาพที่ 1 และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

โรงพยาบาลเกาะคาขอขอบคุณ คณะทำงานจัดทำแผนพัฒนาโรงพยาบาลเกาะคา เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเกาะคา และผู้มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ มา ณ โอกาสนี้

โรงพยาบาลเกาะคา



สารบัญ

หน้า

คำนำ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร.....

บทนำ.....

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนารโรงพยาบาลเกาะคา พ.ศ. 2565 – 2569

ระบบติดตามประเมินผล



บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

โรงพยาบาลเกาะคาได้นำรูปแบบการบริหารงานยุทธศาสตร์เข้ามาใช้ในการบริหารจัดการอย่างต่อเนื่อง แต่จากการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์โรงพยาบาลเกาะคาที่ผ่านมา พบว่าการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ยังไม่สามารถดำเนินการจนเกิดผลสัมฤทธิ์ตามที่พึงประสงค์ ประกอบกับสภาพแวดล้อมในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และมีการปรับเปลี่ยนนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้นเพื่อเตรียมรับการเติบโตในอนาคต และพัฒนาให้ทันต่อความเปลี่ยนแปลง โรงพยาบาลจึงมีความจำเป็น ที่จะต้องนำศักยภาพโรงพยาบาลและบุคลากรที่มีอยู่มาใช้ประโยชน์อย่างคุ้มค่าเพื่อพัฒนาโรงพยาบาลให้เป็น องค์กรที่มุ่งเน้นยุทธศาสตร์อย่างสมบูรณ์ จึงได้จัดให้มีการทบทวนแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข และแผนพัฒนาคุณภาพปีงบประมาณ พ.ศ. 2565-2569

แผนพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเกาะคา ฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อเป็นกรอบแนวทาง การดำเนินงานของหน่วยงานในโรงพยาบาลเกาะคา ให้บรรลุเป้าหมายและผลสัมฤทธิ์ตามภารกิจของโรงพยาบาลเกาะคาอย่างมีประสิทธิภาพ และใช้เป็นแนวทางในการบริหารและขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ฯ เชิงบูรณาการอย่างมีประสิทธิภาพ มุ่งสู่วิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลเกาะคาคือ “โรงพยาบาลเกาะคา เป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับ M1 ที่คนล้าปางไว้วางใจ ภายในปี 2569 ” โดยมีความเชื่อมโยงสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) กระทรวงสาธารณสุข เขตบริการสุขภาพที่ 1 และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง เพื่อขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพและสร้างความเชื่อมั่นแก่ประชาชนผู้มารับบริการ ให้มีสุขภาพดีด้วยตนเองอย่างยั่งยืน พัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และทีมสนับสนุนรวมถึงพัฒนาขีดความสามารถของโรงพยาบาล เพื่อรองรับการเติบโตขององค์กรที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศ

การจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาโรงพยาบาลเกาะคา มุ่งเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของบุคลากรจากหน่วยงานภายในโรงพยาบาลเกาะคาและเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเกาะคา รวมทั้งการทบทวนแผนยุทธศาสตร์และแผนกลยุทธ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง อาทิ แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) นโยบายรัฐบาลที่เกี่ยวข้องการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในและภายนอกที่มีผลต่อการดำเนินงานภายใต้บริบทด้านสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงผลการกระทบจากแนวโน้มของโลก การเตรียมความพร้อมรับมือโรคระบาด โรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ การจัดบริการสุขภาพตามกลุ่มวัย โดยเฉพาะการขยายตัวของกลุ่มผู้สูงอายุ การจัดบริการสุขภาพที่รับผิดชอบต่อสังคม การมีธรรมาภิบาล ตลอดจนการให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของโรงพยาบาล เพื่อใช้เป็นกรอบในการพิจารณาให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ที่กำหนดไว้



สาระสำคัญของแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลเกาะคา พ.ศ. 2565 – 2569 มีดังนี้
วิสัยทัศน์ (Vision)

“โรงพยาบาลเกาะคา เป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับ M1 ที่คนลำปางไว้ใจ ภายในปี 2569”

นิยาม

เป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับ M1 ที่คนลำปางไว้ใจ ภายในปี 2569 หมายถึง โรงพยาบาลเกิดผลสัมฤทธิ์ในการจัดการความท้าทายในการพัฒนา ทำให้ประชาชนของจังหวัดลำปางเกิดความเชื่อมั่นและความไว้ใจในประเด็น ข้อ ดังต่อไปนี้

- 1) ความไว้ใจในระบบบริการที่มีคุณภาพ โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความพร้อม มีความรู้ มีทักษะ และมีสมรรถนะ ตามมาตรฐานวิชาชีพ
- 2) ความไว้ใจในการดูแลผู้ป่วยให้มีความปลอดภัย ด้วยความมุ่งมั่นทุ่มเทอย่างเต็มความสามารถ
- 3) ความไว้ใจที่สามารถจัดบริการจัดการสิ่งแวดล้อม อาคาร สถานที่ เอื้อต่อการบริการสุขภาพสนองตอบต่อความต้องการและ ความพึงพอใจต่อการบริการ และสิ่งอำนวยความสะดวกความคาดหวังของ ประชาชนชาวจังหวัดลำปาง

พันธกิจตามยุทธศาสตร์ (Mission)

กรอบในการดำเนินงานตามภารกิจของโรงพยาบาลและภารกิจการพัฒนาไปสู่วิสัยทัศน์โรงพยาบาลได้กำหนดพันธกิจทางยุทธศาสตร์ดังนี้

1. จัดระบบบริการสุขภาพ รักษา ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู แบบองค์รวม ให้มีคุณภาพ ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาล เชื่อมโยงทุกเครือข่ายบริการ
2. จัดการด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมขององค์กรท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย
3. พัฒนาบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ มีความพร้อม ความรู้ ทักษะ สมรรถนะ ที่มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ และร่วมผลิตบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข
4. บริหารจัดการทรัพยากรด้านสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพตามหลักธรรมาภิบาล

สมรรถนะหลักขององค์กร (Core competency)

1. ด้านการดูแลรักษาโรคที่มีความซับซ้อนโดยแพทย์เฉพาะทาง 10 สาขา เชื่อมโยงกับทุกเครือข่ายบริการ ได้แก่ สาขา อายุรกรรม, สูติ-นรีเวชกรรม, ศัลยกรรมทั่วไป, ศัลยกรรมกระดูก, กุมารเวชกรรม, วิสัญญี, โสต ศอ นาสิก, รังสีวินิจฉัย, เวชศาสตร์ฉุกเฉิน และสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว



เป้าประสงค์สูงสุดของแผนยุทธศาสตร์ (Ultimate Goal)

1. โรงพยาบาลเกาะคามีระบบบริการดูแลสุขภาพโดยแพทย์เฉพาะทาง มีความพร้อม ความรู้ ทักษะ สมรรถนะ ที่มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ
2. โรงพยาบาลเกาะคามีระบบบริการดูแลสุขภาพทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีความปลอดภัย
3. โรงพยาบาลเกาะคามีการจัดการพื้นที่ อาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการบริการสุขภาพ และเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม
4. โรงพยาบาลเกาะคามีระบบการบริหารจัดการการเงินการคลังที่มีเสถียรภาพมั่นคง

ค่านิยม (values) : เกาะคาปลอดภัย

การประเมินศักยภาพและสภาพแวดล้อมขององค์กรวิเคราะห์ปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายใน

โรงพยาบาลได้มีการวิเคราะห์สภาพการณ์ปัจจุบันขององค์กร โดยนำเครื่องมือทางการบริหาร TOWS Analysis มาใช้เพื่อค้นหาศักยภาพในการบริหารจัดการด้านการดำเนินงานด้วยการวิเคราะห์หาจุดอ่อน จุดแข็ง อุปสรรค และโอกาสในการพัฒนา โดยมองว่าการวิเคราะห์หาจุดแข็งหรือจุดเด่นภายในองค์กร (Strength) จะทำให้การดำเนินงานบรรลุผลสัมฤทธิ์ และพยายามควบคุมจุดอ่อนหรือข้อด้อย (Weakness) ภายในองค์กรที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสัมฤทธิ์ ในขณะที่เดียวกันวิเคราะห์หาโอกาสหรือปัจจัยส่งเสริมจากภายนอก (Opportunity) ที่ทำให้การดำเนินงานภายในโรงพยาบาลบรรลุผลสัมฤทธิ์ และเฝ้าระวังอุปสรรคหรือภาวะคุกคามจากภายนอก (Threat) ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสัมฤทธิ์ผล ทำให้ได้ผลการวิเคราะห์องค์กรมีดังนี้

จุดแข็ง (Strengths)

- S1: โรงพยาบาลมีภาพลักษณ์ที่ดี มีความพร้อมด้านการแพทย์ ทั้ง 10 สาขาที่แพทย์ การบริการที่มีการดูแลต่อเนื่องถึงชุมชน
- S2: การบริหารจัดการอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่เพียงพอ
- S3: โรงพยาบาลตั้งอยู่ใกล้เมืองใช้เวลาเดินทาง 15 นาที อยู่ใกล้ความเจริญเดินทางสะดวก
- S4: ผู้บริหาร ผู้นำและทีมงานเข้มแข็ง ให้ความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพ

จุดอ่อน (Weaknesses)

- W1: ขาดระบบเทคโนโลยีสารสนเทศความเชื่อมโยงข้อมูลบริการเกิดความล่าช้าในการให้บริการ ไม่ทันเวลา
- W2: ระบบบริหารและจัดการความเสี่ยงยังขาดประสิทธิภาพ ยังพบอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ไม่พึงประสงค์
- W3: พื้นที่บริการไม่เพียงพอ แออด ใช้พื้นที่บริการร่วมกันให้บริการยังไม่มีบริการแบบพรีเมียม ทำให้เกิดข้อร้องเรียนการจัดระบบบริการ
- W4: ระบบการบริหารและการพัฒนาทรัพยากรบุคคลยังไม่ทันต่อการเปลี่ยนแปลงบุคคลไม่เพียงพอ



บุคลากรยังขาดทักษะ สมรรถนะ ความเชี่ยวชาญ การสร้างความจูงใจและความภูมิใจในการปฏิบัติหน้าที่

W5: งบประมาณไม่เพียงพอในการรองรับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงทางระบบให้บริการและความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในองค์กร

โอกาส (Opportunities)

- O1: นโยบายจากเขตบริการสุขภาพที่ 1 สนับสนุนให้พัฒนาเป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับ M1
- O2: มีความสัมพันธ์อันดีกับหน่วยงานภายนอก เครือข่ายองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น อสม. เกิดความร่วมมือด้านสุขภาพจากหน่วยงานอื่นๆระดับอำเภอ หมู่บ้านชุมชน ตำบล อำเภอ
- O3: นโยบายสสจ.กำหนดการมี One Province One Hospital ทำให้ใช้แหล่งทรัพยากรร่วมทั้งด้านบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขภายในจังหวัด และใช้งบประมาณที่สามารถบูรณาการความร่วมมือในการทำงาน

อุปสรรค(Threats)

- T1: ความคาดหวังของผู้รับบริการแพทย์เฉพาะสาขาเพิ่มมากขึ้น เกิดความแออัด การเข้าถึงบริการล่าช้า มีข้อร้องเรียน
- T2: ปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่และผู้รับบริการโรคเรื้อรังและโรคอุบัติใหม่ที่ซับซ้อนมีเพิ่มมากขึ้น ทำให้การจัดระบบบริการที่ยากมากขึ้น
- T3 นโยบายด้านการเงินเปลี่ยนแปลง ส่งผลกระทบแผนเงินของรพ. เป็นภาระทางการเงินการคลังของโรงพยาบาลที่จะเพิ่มมากขึ้น
- T4: นโยบายกระทรวงสาธารณสุขการจัดสรรอัตรากำลังตามภาระงาน FTE มีการบรรจุบุคลากรเข้าในองค์กรน้อยลงทำให้ไม่สามารถรองรับกับขยายบริการในปัจจุบัน

ทิศทางการพัฒนาตามศักยภาพ TOWS Matrix

| SO Strategy: กลยุทธ์เชิงรุก | ST Strategy: กลยุทธ์เชิงรับ |
|---|---|
| -พัฒนาระบบการดูแลรักษาพยาบาลเฉพาะทางด้วยสมรรถนะบุคลากรให้มีคุณภาพ | - พัฒนาระบบบริหารและจัดการความเสี่ยงสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยใน รพ. - พัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลกร/สร้างแรงจูงใจ/ความผูกพัน |



| WO Strategy: กลยุทธ์เชิงพัฒนา | WT Strategy: กลยุทธ์ท้าทาย |
|--|---|
| -พัฒนาภาคีเครือข่ายในพื้นที่เชื่อมโยงกับ อปท./ พขอ แก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ -พัฒนาสิ่งแวดล้อมลดแออัดเอื้อต่อการบริการ สร้าง/เพิ่มอาคารก่อสร้าง ขยายในพื้นที่บริการ | -พัฒนาระบบการบริหารจัดการการเงินการคลังที่มี ประสิทธิภาพ -พัฒนาเทคโนโลยีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารมวลชน รณรงค์ ประชาสัมพันธ์ |

ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issue)

ประเด็นหลักที่สำคัญหรือวาระการพัฒนาที่โรงพยาบาลจะขับเคลื่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เดิมโต
สู่วิสัยทัศน์ด้วยวิธีการของแผนยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย ประเด็นยุทธศาสตร์ ดังนี้

1. พัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Excellence (SE) “ยกระดับบริการสู่ความเป็นเลิศ
ประชาชนเข้าถึงบริการ เป็นที่พึงไว้วางใจของคนสำป่าง”
2. พัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรคสู่ความเป็นเลิศ Prevention & Promotion
Excellence (PPE) “ประชาชนทุกกลุ่มวัยได้รับการส่งเสริมควบคุมและป้องกันโรค”
3. พัฒนาบุคลากรทุกระดับสู่ความเป็นเลิศ People Excellence (PE) “คนเก่ง ดี มีสมรรถนะ มีสุข”
4. พัฒนาระบบบริหารจัดการสู่ความเป็นเลิศ Governance Excellence (GE) “บริหารจัดการที่เป็น
เลิศและมีธรรมาภิบาล”

เป้าประสงค์ของประเด็นยุทธศาสตร์ (Outcome Goal)

ตาม 4 มิติ Balance Score Card (BSC) ดังนี้

มิติด้านผู้รับบริการ(C)

1. ประชาชนเข้าถึงบริการ อย่างทั่วถึง ทันทั่วถึง และเป็นธรรม ด้านบริการรักษาพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพ ควบคุม ป้องกันโรค พื้นฟูสมรรถภาพตามกลุ่มวัยได้รับบริการที่มีคุณภาพ ปลอดภัย
ได้มาตรฐาน
2. ชุมชนเข้มแข็ง ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ

มิติด้านผู้ให้บริการ (I)

3. บุคลากรมีปริมาณและคุณภาพเหมาะสมกับภาระงาน มีความพร้อม ความรู้ ทักษะ สมรรถนะ
ที่มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ
4. บุคลากรมีความสุขในการทำงาน มีจริยธรรมและเป็นผู้นำด้านสุขภาพ และ มีความผูกพันต่อ
องค์กร ภาคภูมิใจในหน้าที่การให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน



มิติด้านองค์กร(L&G)

5. โรงพยาบาลประสบความสำเร็จในการพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลทั่วไป M1 การดูแลผู้ป่วยเฉพาะสาขา ให้บริการตามมาตรฐาน
6. โรงพยาบาลพัฒนาคุณภาพเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง
7. โรงพยาบาลมีระบบระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมีประสิทธิภาพ

มิติด้านการเงินการคลัง(F)

8. โรงพยาบาลมีความเข้มแข็งทางการบริหารจัดการองค์กรและทรัพยากร การเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพ ตามหลักธรรมาภิบาล ด้วยคุณธรรม และโปร่งใส

เข็มมุ่ง ปีงบประมาณ 2565-2569

1. พัฒนาระบบบริการที่ปลอดภัย 2P safety
2. พัฒนาบุคลากรให้เพียงพอและมีสมรรถนะตามเกณฑ์มาตรฐาน
3. ปรับปรุงสิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ ยกกระดับเป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับ M1
4. การเงินการคลังมีประสิทธิภาพไม่มีภาวะวิกฤต

กลยุทธ์ (Strategy)ตามประเด็นยุทธศาสตร์

ประเด็นยุทธศาสตร์ ระบบบริการสุขภาพ Service Excellence (SE)

1. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะสาขา ให้บริการตามมาตรฐาน
2. พัฒนาระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ศูนย์ส่งต่อ เชื่อมโยงกับ Service Plan ให้มีส่งต่อ/ส่งกลับผู้ป่วย
3. พัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินตามมาตรฐาน สพฉ.
4. พัฒนาระบบบริการด้านการส่งไข้อย่างสมเหตุสมผล
5. พัฒนาความพร้อม เพื่อรองรับ ปัญหาสาธารณสุขภัย,โรคอุบัติใหม่, อุบัติซ้ำและ สถานการณ์ฉุกเฉิน

ประเด็นยุทธศาสตร์ การส่งเสริมสุขภาพป้องกันควบคุมโรค Prevention&Promotion Excellence (PPE)

6. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยทั่วไป ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตลอดจนการดูแลต่อเนื่องถึงชุมชนโดยการมีศูนย์ COC ส่วนร่วมอย่างมีประสิทธิภาพ ร่วมกับ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้การดูแลสุขภาพผู้ป่วยแบบมีส่วนร่วม
7. พัฒนาการมีส่วนร่วมเครือข่ายสาธารณสุขในชุมชน สร้างกลไกขับเคลื่อนระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและ เชื่อมโยงการท้องถิ่นมีส่วนร่วม เสริมสร้างศักยภาพ พขอ. มั่นคงและยั่งยืน



ประเด็นยุทธศาสตร์ การพัฒนาบุคลากรทุกระดับสู่ความเป็นเลิศ People Excellence (PE)

8. เสริมสร้างค่านิยมร่วม สู้วัฒนธรรมองค์กร จัดการความเสี่ยงและความปลอดภัย แก่บุคลากรทุกระดับ
9. พัฒนาสมรรถนะและความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงานของบุคลากร ที่มีมาตรฐานสร้างระบบแนวปฏิบัติที่ดี ทันสมัย และเป็นมืออาชีพ การจัดบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพรองรับการพัฒนาบริการตามยุทธศาสตร์โรงพยาบาล
10. พัฒนาระบบบริหารทรัพยากรบุคคลและการวางแผนบริหารอัตรากำลังให้เพียงพอต่อภาระงานของหน่วยงาน ตามเกณฑ์ FTE
11. พัฒนาพฤติกรรมบริการของบุคลากร เสริมสร้างวินัยและคุณธรรมจริยธรรม ให้บริการรวดเร็ว เป็นมิตร และมีจิตบริการ เสริมสร้างขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร
12. เสริมสร้างความรู้และทักษะในการสร้างงานวิจัย สนับสนุนการผลิต ผลงานวิชาการ เสริมสร้างแนวปฏิบัติที่ดีอย่างต่อเนื่อง เกิดนวัตกรรมของระบบคุณภาพ

ประเด็นยุทธศาสตร์ การบริหารจัดการสู่ความเป็นเลิศ Governance Excellence (GE)

13. พัฒนาระบบการจัดการสิ่งแวดล้อม และ ภูมิทัศน์โรงพยาบาลที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม และภูมิสถาปัตยกรรม และวางแผน ระบบโครงสร้างพื้นฐานรองรับการเติบโต
14. พัฒนาระบบระบบเทคโนโลยีสารสนเทศให้มีประสิทธิภาพ พร้อมให้โรงพยาบาลสู่ Digital Smart Hospital ที่มีประสิทธิภาพสูง สะดวก รวดเร็ว และมีความทันสมัย
15. พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HA และพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
16. พัฒนาระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ เสริมสร้างโรงพยาบาลสู่องค์กรสมรรถนะสูง พร้อมให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงต่อการเติบโตขององค์กร
17. เสริมสร้างองค์กรให้มีความเข้มแข็ง ด้วยระบบการจัดเก็บรายได้และควบคุมค่าใช้จ่ายให้มีประสิทธิภาพ เสริมการเติบโตทางการเงินการคลัง มั่นคง อย่างยั่งยืน
18. พัฒนาระบบการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพและโปร่งใส
19. พัฒนาระบบควบคุมและบริหารจัดการความเสี่ยงโอกาสพัฒนาเสริมสร้างประสิทธิภาพในการจัดบริการที่มีความปลอดภัยด้วยคุณภาพการบริหารความเสี่ยง
20. พัฒนาระบบสนับสนุนการบริการทางการแพทย์ ตรวจสอบความพร้อมใช้ ระบบสำรองที่สำคัญทางการแพทย์ ให้มีประสิทธิภาพ



แนวทางการแปลงแผนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ

เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายดังกล่าว จึงวางมาตรการและกำหนดแนวทางการแปลงแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ และการติดตามประเมินผล ดังนี้

1. เสริมสร้างความเข้าใจในแผนยุทธศาสตร์การพัฒนา พร้อมกำหนดแนวทางในการบริหารจัดการที่บูรณาการมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ การจัดการความเสี่ยง สาระสำคัญของยุทธศาสตร์ เพื่อให้เกิดความเข้าใจร่วมกันขององค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอก ให้มีความพร้อมและมีส่วนร่วมในการแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม

2. พัฒนาระบบการจัดทำแผน/โครงการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในลักษณะบูรณาการ พร้อมกับมีการจัดลำดับความสำคัญ เพื่อเป็นเครื่องมือในการประสานแผนไปสู่การปฏิบัติ

3. พัฒนาระบบและกลไกการติดตามประเมินผล รวมทั้งกำหนดดัชนีชี้วัดความสำเร็จของแผนงาน/โครงการ ให้สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาในแต่ละยุทธศาสตร์

4. เสริมสร้างแนวทางการแปลงแผนยุทธศาสตร์การพัฒนานำสู่การปฏิบัติ และการติดตามประเมินผลในโครงการที่เร่งด่วน ในรูปแบบของการแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติ นั้นจะยึดการมุ่งที่ผลสัมฤทธิ์ของแผนยุทธศาสตร์เป็นสำคัญ และเชื่อมโยงโครงการกับแผนสุขภาพจังหวัด เขต และ ประเทศ พร้อมทั้งการผลักดันโครงการตามแผนยุทธศาสตร์ในการขอรับการใช้งบประมาณจากแหล่งงบประมาณต่างๆ ได้แก่ เงินนอกงบประมาณ เงินบำรุง เงินงบประมาณจาก เขตบริการสุขภาพที่ 1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง องค์กรบริหารส่วนจังหวัดลำปาง หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน

4 ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issues)

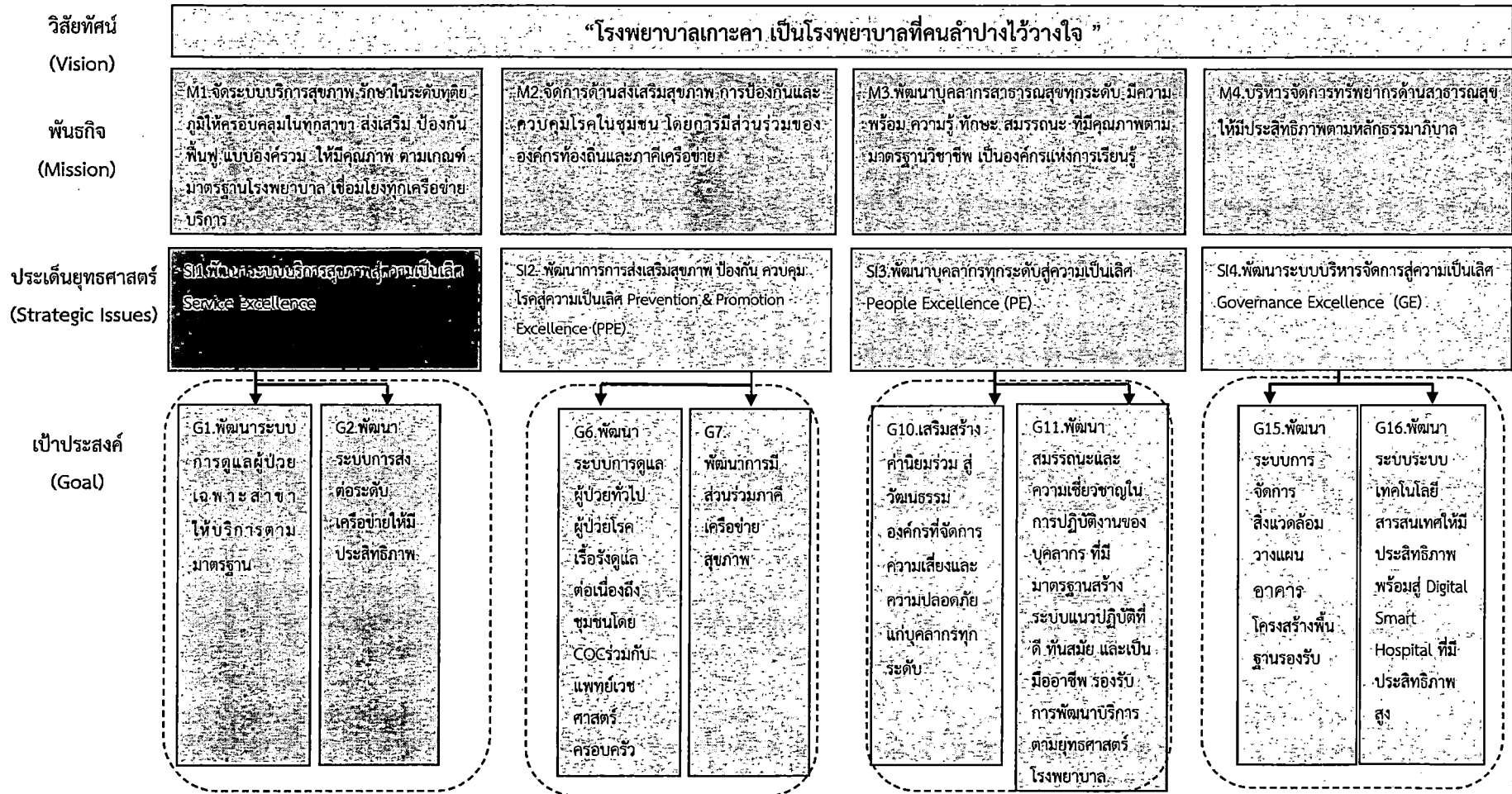
8 เป้าประสงค์ (Goal)

20 กลยุทธ์ (Strategic)

62 ตัวชี้วัด (KPI)



แผนผังทิศทางของแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลเกาะคา ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2565-2569)





ประเด็นยุทธศาสตร์
(Strategic Issues)

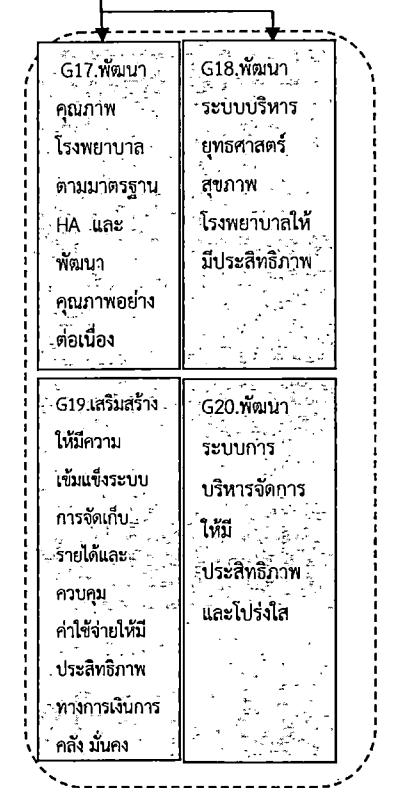
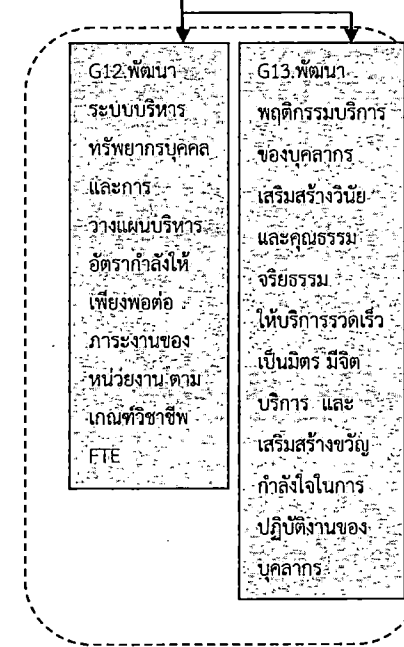
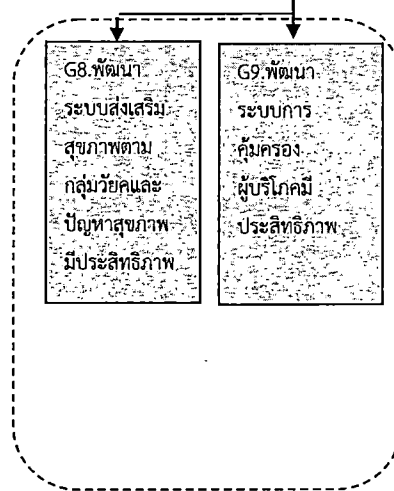
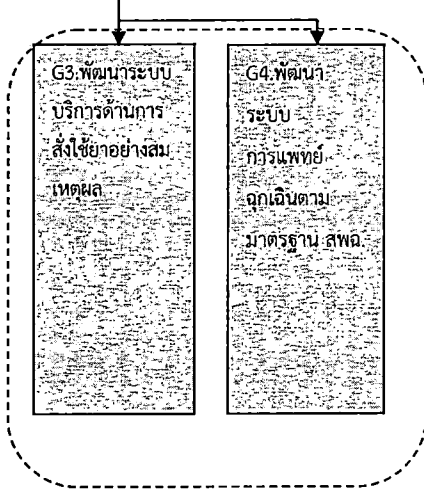
SI1. พัฒนาระบบบริการสุขภาพสู่ความเป็นเลิศ
Service Excellence

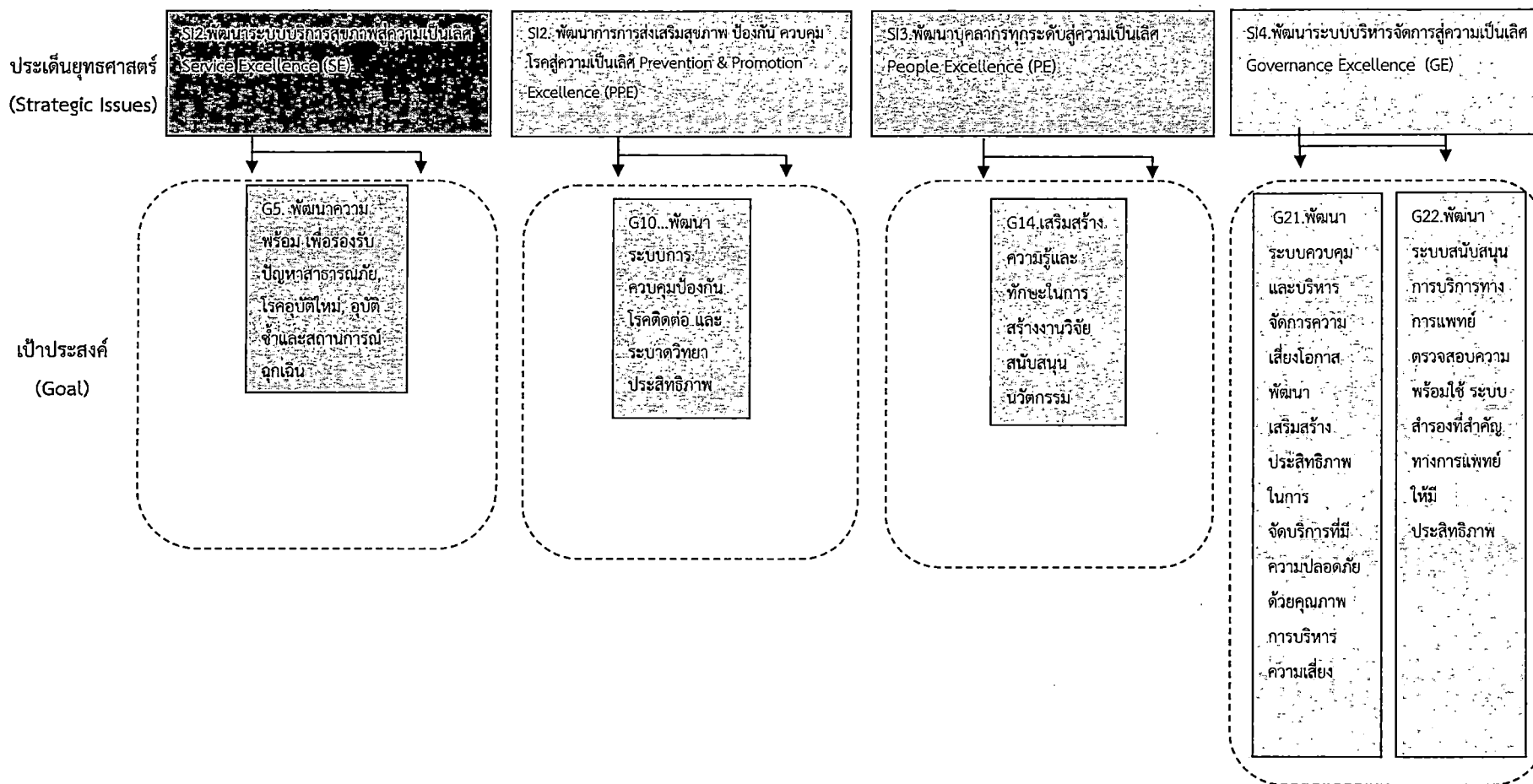
SI2. พัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุม
โรคสู่ความเป็นเลิศ Prevention & Promotion
Excellence (PPE)

SI3. พัฒนาศักยภาพระดับสู่ความเป็นเลิศ
People Excellence (PE)

SI4. พัฒนาระบบบริหารจัดการสู่ความเป็นเลิศ
Governance Excellence (GE)

เป้าประสงค์
(Goal)







| พันธกิจ (Mission) | ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issue) | เป้าประสงค์ (Goal) | กลยุทธ์ (Strategy) | ตัวชี้วัดผลงานหลัก (Key Performance Indicator) |
|---|--|---|---|--|
| M1. จัดระบบบริการสุขภาพ รักษาในระดับทุติยภูมิให้ครอบคลุมในทุกสาขา ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู แบบองค์รวม ให้มีคุณภาพ ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาล เชื่อมโยงทุกเครือข่ายบริการ | SI1. พัฒนาระบบบริการสุขภาพสู่ความเป็นเลิศ (Service Excellence) | G1. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะสาขา เพื่อให้บริการตามมาตรฐาน | S.1 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะสาขา และพัฒนาศักยภาพของบุคลากรเพื่อรองรับการให้บริการตามมาตรฐาน PCT อายุรกรรม | K1. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ \geq ร้อยละ 40 K2. ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ \geq ร้อยละ 50 K3. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 mL/min/1.73m ² /yr \geq ร้อยละ 65 K4. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยโรคไตใหม่ (Success rate) ร้อยละ 85 K5. อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (มาพ่นยาที่ ER หรือ Admit) ≤ 130 ครั้ง ต่อแสนประชากร K6. ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำก่อน Refer มากกว่า ร้อยละ 75 K7. อัตราผู้ป่วย STEMI ได้รับการส่งต่อภายใน 30 นาที ร้อยละ 100 |



| พันธกิจ (Mission) | ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issue) | เป้าประสงค์ (Goal) | กลยุทธ์ (Strategy) | ตัวชี้วัดผลงานหลัก (Key Performance Indicator) |
|-------------------|-------------------------------------|--------------------|---------------------|--|
| | | | | K.8 ร้อยละการเสียชีวิตในผู้ป่วย pneumonia รวม \leq ร้อยละ 0.65 K9.ร้อยละของการตายจาก Sepsis /septic shock \leq ร้อยละ 30 K10.ร้อยละการเกิด Septic shock \leq ร้อยละ 20 |
| | | | PCT ศัลยกรรม | K11.ร้อยละการเกิดไส้ติ่งทะลุในผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยที่มาด้วยอาการปวดท้อง RLQ \leq ร้อยละ 1 |
| | | | PCT กุมารเวชกรรม | K12.ร้อยละการเกิด Respiratory failure ในผู้ป่วย Pneumonia (เด็ก \leq 15 ปี) ร้อยละ 0 K13.ร้อยละการกลับมารักษาซ้ำที่แผนกผู้ป่วยในด้วยโรคเดิม(กุมารเวชกรรม) ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน (เด็ก \leq 15 ปี) \leq ร้อยละ 10 |
| | | | PCT สูติ-นรีเวชกรรม | K14.อัตราการตายมารดา(สัดส่วนการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์ และ/หรือการคลอด) ต่อทารกเกิดมีชีพ \leq 17 ต่อแสนเกิดมีชีพ K15.ร้อยละการตายมารดาจากการตกเลือดหลังคลอดร้อยละ 0 K16.อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน \leq 3.8 ต่อพันทารกเกิดมี |



| พันธกิจ (Mission) | ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issue) | เป้าประสงค์ (Goal) | กลยุทธ์ (Strategy) | ตัวชี้วัดผลงานหลัก (Key Performance Indicator) |
|-------------------|-------------------------------------|--|--|--|
| | | | | ชีพ K17. อัตราการเกิด Birth asphyxia ขาดออกซิเจนรุนแรงในทารกแรกเกิด ≤ 25 ต่อ 1000 เกิดมีชีพ |
| | | | PCT ศัลยกรรมกระดูกและข้อ | K18 ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture) < ร้อยละ 5 K19. ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง หลังจากได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (Early surgery) \geq ร้อยละ 50 |
| | | G2. พัฒนาระบบการส่งต่อระดับเครือข่ายให้มีประสิทธิภาพ | S.2. พัฒนาระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ศูนย์ส่งต่อ รพช. ระบบส่งต่อ แนวทางปฏิบัติ ในการเชื่อมโยงกับ service plan ให้มีส่งต่อ/ส่งกลับผู้ป่วย | K20. แนวทางการส่งต่อผู้ป่วย / ส่งกลับตาม ครอบคลุมทุกสาขา ร้อยละ 100 K21. ร้อยละการตอบกลับของผู้ป่วยที่ส่งต่อไปรักษา รพ. ที่มีศักยภาพสูงกว่าอย่างถูกต้อง สมเหตุสมผล ร้อยละ 100 |
| | | G3. พัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ตามมาตรฐาน สพฉ. | S.3. พัฒนาระบบ ECS คุณภาพ S.4. พัฒนาระบบการส่งต่อร่วมกับอปท. และภาคีเครือข่าย S.5. พัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง | K22. อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ < 27: แส่นประชากร K23. อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง < ร้อยละ 10 K24. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยใน จากภาวะ |



| พันธกิจ (Mission) | ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issue) | เป้าประสงค์ (Goal) | กลยุทธ์ (Strategy) | ตัวชี้วัดผลงานหลัก (Key Performance Indicator) |
|---|---|--|--|---|
| | | | ในชุมชนอย่างมีส่วนร่วม เพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคให้ทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ | ติดเชื่อในกระแสโลหิต < ร้อยละ 30 |
| | | G4. พัฒนาระบบบริการด้านการส่งใช้ยาอย่างสมเหตุผล | S.6. พัฒนาระบบบริการด้านการส่งใช้ยาอย่างสมเหตุผลและพัฒนาศักยภาพของบุคลากร | K25.โรงพยาบาลใช้ยาอย่างสมเหตุผล ผ่านเกณฑ์ RDU ชั้นที่ 3 K26.ไม่พบผู้ป่วยจากการแพ้ยาซ้ำ |
| | | G5. พัฒนาความพร้อม เพื่อรองรับปัญหาสาธารณสุขภัย,โรคอุบัติใหม่, อุบัติซ้ำและสถานการณ์ ฉุกเฉิน | S.7.พัฒนาทีมเฝ้าระวัง/ควบคุม/ป้องกันภัยในพื้นที่ ร่วมกับ อปท.และภาคีเครือข่าย | K27 ความสำเร็จ ของ EOC / SAT / MCATT |
| M2.จัดการด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมขององค์กรท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย | SI2. พัฒนาการการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรคสู่ความเป็นเลิศ Prevention & Promotion Excellence (PPE) | G6. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยทั่วไป ผู้ป่วยโรคเรื้อรังดูแลต่อเนื่องถึงชุมชนโดย COCร่วมกับ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว | S.8.พัฒนาศูนย์ COC เป็นศูนย์กลางในการเยี่ยมบ้าน ร่วมกับการพัฒนาหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care Cluster : PCC) ให้การดูแลสุขภาพผู้ป่วยแบบมีส่วนร่วม | K28.ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด K29. ร้อยละความพึงพอใจ จากการรับบริการของประชาชนในชุมชน ร้อยละ 80 |
| | | G7. พัฒนาการมีส่วนร่วมในการจัดระบบสุขภาพ ของภาคีเครือข่าย | S.9. สร้างกลไกขับเคลื่อนที่เชื่อมโยง ระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและ ท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออย่างมีส่วนร่วม เสริมสร้างศักยภาพ พขอ. อย่าง มั่นคงและยั่งยืน | K30. ระดับความสำเร็จของอำเภอมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ที่มีคุณภาพ |



| พันธกิจ (Mission) | ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issue) | เป้าประสงค์ (Goal) | กลยุทธ์ (Strategy) | ตัวชี้วัดผลงานหลัก (Key Performance Indicator) |
|---|---|--|---|---|
| M3. พัฒนาบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ มีความพร้อม ความรู้ ทักษะ สมรรถนะ ที่มีคุณภาพ ตามมาตรฐานวิชาชีพ เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ | SI3. พัฒนาบุคลากรทุกระดับสู่ความเป็นเลิศ People Excellence (PE) | G8. เสริมสร้างค่านิยมร่วม สู่วัฒนธรรมองค์กรจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยของบุคลากรทุกระดับ | S.10. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการบริหารจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยของบุคลากรในหน่วยงานทุกระดับ | K31 ร้อยละของความเสี่ยง อุบัติการณ์สำคัญ ระดับE ขึ้นไปได้รับการทบทวนทันที ร้อยละ 100 K32.ไม่พบข้อร้องเรียนตามมาตรา 41 K30.สัดส่วนการรายงานเหตุการณ์ Near miss : Miss \geq ร้อยละ 50 |
| | | G9.พัฒนาสมรรถนะและความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงานของบุคลากร ที่มีมาตรฐานสร้างระบบแนวปฏิบัติที่ดี ทันสมัย และเป็นมืออาชีพ รองรับการพัฒนาบริการตามยุทธศาสตร์โรงพยาบาล | S.11. เสริมสร้างขีดความสามารถและความเชี่ยวชาญเฉพาะทางแก่บุคลากรทาง การแพทย์อย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง รองรับ ความเป็นเลิศในการบริการ การจัดการบริการทาง การแพทย์ที่มีคุณภาพ | K33. ร้อยละของบุคลากรผ่านการประเมินสมรรถนะตามเกณฑ์มาตรฐาน \geq ร้อยละ 85 K34. ร้อยละของบุคลากรได้รับการพัฒนา ศักยภาพตามแผน $>$ ร้อยละ 80 |
| | | G10.พัฒนาระบบบริหารทรัพยากรบุคคลและการวางแผนบริหาร อัตรากำลังให้เพียงพอต่อภาระงานของหน่วยงาน ตามเกณฑ์วิชาชีพ FTE | S.12 พัฒนาระบบบริหารทรัพยากรบุคคล การวางแผนอัตรากำลัง S.13.บริหารอัตรากำลังให้เพียงพอต่อภาระงานของหน่วยงาน ตามเกณฑ์วิชาชีพ FTE2 | K35.ร้อยละการลาออกของบุคลากร (Turn Over rate) \leq ร้อยละ 3 K36. ร้อยละของหน่วยงานในโรงพยาบาลมีบุคลากรเพียงพอและเหมาะสมตามเกณฑ์ FTE2 $>$ ร้อยละ 80 |
| | | G11.พัฒนาพฤติกรรมบริการของบุคลากร เสริมสร้างวินัยและคุณธรรมจริยธรรม ให้บริการรวดเร็ว เป็นมิตร มีจิตบริการ และ | S.14. เสริมสร้างวินัยและคุณธรรมจริยธรรมแก่บุคลากร | K37.ไม่พบจำนวนข้อร้องเรียนบุคลากร ด้าน พฤติกรรมบริการ K38 ร้อยละการปฐมนิเทศบุคลากรร้อยละ 100 |



| พันธกิจ (Mission) | ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issue) | เป้าประสงค์ (Goal) | กลยุทธ์ (Strategy) | ตัวชี้วัดผลงานหลัก (Key Performance Indicator) |
|---|---|--|--|--|
| | | เสริมสร้างขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร | | K39 ร้อยละของบุคลากรมาปฏิบัติงานตรงต่อเวลา ร้อยละ100 K40.ร้อยละบุคลากรที่เจ็บป่วย/บาดเจ็บจากการทำงาน >ร้อยละ 20 |
| | | G12.เสริมสร้างความรู้และทักษะในการสร้างงานวิจัย สนับสนุนนวัตกรรม | S.15. เสริมสร้างความรู้และทักษะในการสร้างและแนวปฏิบัติที่ดีของระบบคุณภาพงานวิจัย และผลงานวิชาการแก่เจ้าหน้าที่พัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีนวัตกรรม | K41. ร้อยละของหน่วยงานในโรงพยาบาลมีผลงานR2R/ วิจัย นวัตกรรม หรือผลงานเด่นนำไปใช้ประโยชน์ >ร้อยละ 25 |
| M4.บริหารจัดการทรัพยากรด้านสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพตามหลักธรรมาภิบาล | SI4. พัฒนาระบบบริหารจัดการสู่ความเป็นเลิศ (Governance Excellence) | G13.พัฒนาระบบการจัดการสิ่งแวดล้อม วางแผน อาคาร โครงสร้างพื้นฐาน | S.16. พัฒนาระบบการจัดการสิ่งแวดล้อมและภูมิทัศน์ ของโรงพยาบาลที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม รวมถึงภูมิสถาปัตยกรรม การวางแผนระบบโครงสร้างพื้นฐาน รองรับการเติบโต | K42.. ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลในการพัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก |
| | | G14.พัฒนาระบบระบบเทคโนโลยีสารสนเทศให้มีประสิทธิภาพ พร้อมสู่ Digital Smart Hospital ที่มีประสิทธิภาพสูง | S.17. พัฒนาระบบการตรวจสอบข้อมูลสารสนเทศให้มีคุณภาพ S.18. พัฒนาระบบ Hardware และ Software ให้มีประสิทธิภาพ พร้อมใช้ พัฒนาโรงพยาบาลสู่องค์กร Smart Hospital ที่มีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมีประสิทธิภาพสูง สะดวกรวดเร็วและความทันสมัย | K43.อัตราความสมบูรณ์ เวชระเบียนผู้ป่วยนอก >ร้อยละ95 K44..อัตราความสมบูรณ์ เวชระเบียนผู้ป่วยใน >ร้อยละ95 K45.. ไม่พบการหยุดทำงานของแม่ข่ายคอมพิวเตอร์ (Down Time) |
| | | G15.พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HA และพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง | S.19.พัฒนาโรงพยาบาลตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA), มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ รวมถึงการ | K46.. ผ่านการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA) K47. ผ่านการรับรองมาตรฐานระบบบริการ |



| พันธกิจ (Mission) | ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issue) | เป้าประสงค์ (Goal) | กลยุทธ์ (Strategy) | ตัวชี้วัดผลงานหลัก (Key Performance Indicator) |
|-------------------|-------------------------------------|---|---|--|
| | | | พัฒนาคุณภาพระบบบริการของทุกงาน อย่างต่อเนื่อง | สุขภาพ9ด้าน (สบส) K48 ร้อยละความพึงพอใจ จากการรับบริการของประชาชน ของผู้ป่วยนอก \geq ร้อยละ 85 K49 ร้อยละความพึงพอใจ จากการรับบริการของประชาชน ของผู้ป่วยใน \geq ร้อยละ 85 |
| | | G16.พัฒนาระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ | S.20 พัฒนาระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ เสริมสร้างโรงพยาบาลสู่องค์กรสมรรถนะสูง พร้อมให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงต่อการเติบโตขององค์กร | K50.ระดับความสำเร็จของร้อยละตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลบรรลุเป้าหมายตามเกณฑ์ $>$ ร้อยละ 60 |
| | | G17.เสริมสร้างให้มีความเข้มแข็งระบบการจัดเก็บรายได้และควบคุมค่าใช้จ่ายให้มีประสิทธิภาพ ทางการเงินการคลัง มั่นคง | S.21 เสริมสร้างองค์กรให้มีความเข้มแข็ง และมุ่งเติบโตทางการเงินการคลังสู่การพึ่งตนเองอย่างยั่งยืนด้วยระบบการจัดเก็บรายได้และควบคุมค่าใช้จ่ายให้มีประสิทธิภาพ | K51. ระดับภาวะวิกฤติทางการเงินการคลังสามารถควบคุมปัญหาทางการเงินไม่เกินระดับ 2 K51 โรงพยาบาลระบบการจ่ายลูกหนี้เป็นไปตามเกณฑ์ K52 โรงพยาบาลแผนรายจ่ายเป็นไปตามเกณฑ์ K53...โรงพยาบาลค่าดัชนี Case Mix Index (CMI) โรงพยาบาลระดับ M2 \geq ร้อยละ 1 |
| | | G18.พัฒนาระบบการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพและโปร่งใส | S.22. พัฒนาหน่วยงานให้เกิดระบบการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพและโปร่งใส | K54. โรงพยาบาลผ่านการประเมินผ่านเกณฑ์ประเมิน ITA |



| พันธกิจ (Mission) | ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issue) | เป้าประสงค์ (Goal) | กลยุทธ์ (Strategy) | ตัวชี้วัดผลงานหลัก (Key Performance Indicator) |
|-------------------|-------------------------------------|--|---|--|
| | | G19.พัฒนาระบบควบคุมและบริหารจัดการความเสี่ยงโอกาสพัฒนาเสริมสร้างประสิทธิภาพในการจัดบริการที่มีความปลอดภัยด้วยคุณภาพการบริหารความเสี่ยง | S.23.พัฒนาระบบควบคุมและบริหารจัดการความเสี่ยงด้านสนับสนุนของทุกหน่วยงานให้มีประสิทธิภาพ | K56. โรงพยาบาลผ่านผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน EIA 5 มิติ K57..ไม่จำนวนครั้งการเกิด อุบัติการณ์รุนแรง ระดับ G,H,I ด้านคลินิก K58.ไม่พบจำนวนครั้งการเกิด อุบัติการณ์ความรุนแรง ระดับ 3 ด้านสนับสนุน |
| | | G20.พัฒนาระบบสนับสนุนการบริการทางการแพทย์ ตรวจสอบความพร้อมใช้ ระบบสำรองที่สำคัญทางการแพทย์ ให้มีประสิทธิภาพ | S.24. พัฒนาระบบการตรวจสอบความพร้อมใช้ของวัสดุอุปกรณ์ในโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ | K59.ไม่พบจำนวนการครั้งความไม่พร้อมใช้ ลิฟต์ขนส่ง K60.ไม่พบจำนวนการครั้งความไม่พร้อมใช้ ระบบไฟฟ้า K61.ไม่พบจำนวนการครั้งความไม่พร้อมใช้ ระบบก๊าซทางการแพทย์ K62.ไม่พบจำนวนอุบัติเหตุครั้งความไม่พร้อมใช้ ของวัสดุ/อุปกรณ์ในโรงพยาบาล |



ความสอดคล้องระหว่างกลยุทธ์และตัวชี้วัดกับมาตรฐาน HA และพันธกิจ ตามมุมมอง 4 ด้าน

| มุมมองตาม BSC | กลยุทธ์ | ตัวชี้วัด |
|-------------------------|---|---|
| มิติด้านผู้รับบริการ(C) | S.1 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะสาขา และพัฒนาศักยภาพของบุคลากรเพื่อรองรับการให้บริการตามมาตรฐาน | K1. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี \geq ร้อยละ 40 K2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ดี \geq ร้อยละ 50 K3 ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR $< 4 \text{ mL/min/1.73m}^2/\text{yr}$ \geq ร้อยละ 65 K4 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ (Success rate) ร้อยละ 85 K4 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ (Success rate) ร้อยละ 85 K5. อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (มาพ่นยาที่ ER หรือ Admit) ≤ 130 ครั้ง ต่อแสนประชากร K6. ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำก่อน Refer มากกว่าร้อยละ 75 K7. อัตราผู้ป่วย STEMI ได้รับการส่งต่อภายใน 30 นาที ร้อยละ 100 K.8 ร้อยละการเสียชีวิตในผู้ป่วย pneumonia รวม \leq ร้อยละ 0.65 K9. ร้อยละของการตายจาก Sepsis /septic shock \leq ร้อยละ 30 K10. ร้อยละการเกิด Septic shock \leq ร้อยละ 20 K11. ร้อยละการเกิดไส้ติ่งทะลุในผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยที่มาด้วยอาการปวดท้อง RLO \leq ร้อยละ 1 K12. ร้อยละการเกิด Respiratory failure ในผู้ป่วย Pneumonia (เด็ก ≤ 15 ปี) ร้อยละ 0 K13. ร้อยละการกลับมารักษาซ้ำที่แผนกผู้ป่วยในด้วยโรคเดิม(กุมารเวชกรรม) ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน (เด็ก ≤ 15 ปี) \leq ร้อยละ 10 K14. อัตราตายมารดา(สัดส่วนการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์ และ/หรือการคลอด) ต่อทารกเกิดมีชีพ ≤ 17 ต่อแสนเกิดมีชีพ K15. ร้อยละการตายมารดาจากการตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 0 K16. อัตราตายทารกแรกเกิด อายุ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน ≤ 3.8 ต่อพันทารกเกิดมีชีพ |



| มุมมองตาม BSC | กลยุทธ์ | ตัวชี้วัด |
|---------------|--|--|
| | | K17. อัตราการเกิด Birth asphyxia ชาติออกซิเจนรุนแรงในทารกแรกเกิด ≤ 25 ต่อ 1000 เกิดมีชีพ K18. ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture) $<$ ร้อยละ 5 K19. ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง หลังจากได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (Early surgery) \geq ร้อยละ 50 |
| | S.2. พัฒนาระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ศูนย์ส่งต่อ รพช. ระบบส่งต่อ แนวทางปฏิบัติในการเชื่อมโยงกับ service plan ให้มีส่งต่อ/ส่งกลับผู้ป่วย | K20. แนวทางการส่งต่อผู้ป่วย / ส่งกลับตามครอบคลุมทุกสาขา ร้อยละ 100 K21. ร้อยละการตอบกลับของผู้ป่วยที่ส่งต่อไปรักษาพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าอย่างถูกต้อง สมเหตุสมผล ร้อยละ 100 |
| | S.3. พัฒนาระบบ ECS คุณภาพ | K22. อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ < 27 : แส่นประชากร |
| | S.4. พัฒนาระบบการส่งต่อร่วมกับอปท. และภาคีเครือข่าย | K23. อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง $<$ ร้อยละ 10 |
| | S.5. พัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองในชุมชนอย่างมีส่วนร่วม เพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคให้ทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ | K24. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยใน จากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต $<$ ร้อยละ 30 |
| | S.6. พัฒนาระบบบริการด้านการส่งเ้าอย่างสมเหตุสมผลและพัฒนาศักยภาพของบุคลากร | K25. โรงพยาบาลใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ผ่านเกณฑ์ RDU ชั้นที่ 3 K26. ไม่พบผู้ป่วยจากการแพ้ยาซ้ำ |
| | S.7. พัฒนาทีมเฝ้าระวัง/ควบคุม/ป้องกันภัยในพื้นที่ร่วมกับ อปท. และภาคีเครือข่าย | K27. ความสำเร็จ ของ EOC / SAT / MCATT |
| | S.8. พัฒนาศูนย์ COC เป็นศูนย์กลางในการเยี่ยมบ้าน | K28. ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด |



| มุมมองตาม BSC | กลยุทธ์ | ตัวชี้วัด |
|---|---|---|
| | ร่วมกับการพัฒนาหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care Cluster : PCC) ให้การดูแลสุขภาพผู้ป่วยแบบมีส่วนร่วม | K29. ร้อยละความพึงพอใจ จากการรับบริการของประชาชนในชุมชน ร้อยละ 80 |
| | S.9. สร้างกลไกขับเคลื่อนที่เชื่อมโยง ระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและ ท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อย่างมีส่วนร่วม เสริมสร้างศักยภาพ พชอ. อย่าง มั่นคงและยั่งยืน | K30. ระดับความสำเร็จของอำเภอมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ |
| มิติด้านผู้ให้บริการ (I) | S.10. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการบริหารจัดการ ความเสี่ยงและความปลอดภัยของบุคลากรใน หน่วยงานทุกระดับ | K31 ร้อยละของความเสี่ยง อุบัติการณ์สำคัญระดับE ขึ้นไปได้รับการทบทวนทันที ร้อยละ 100 |
| | | K32.ไม่พบข้อร้องเรียนตามมาตรา 41 |
| | | K30.สัดส่วนการรายงานเหตุการณ์ Near miss : Miss ≥ ร้อยละ 50 |
| | S.11. เสริมสร้างขีดความสามารถและความเชี่ยวชาญ เฉพาะทางแก่บุคลากรทางการแพทย์อย่างทั่วถึงและ ต่อเนื่อง รองรับความเป็นเลิศในการบริการ การ จัดบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ | K33. ร้อยละของบุคลากรผ่านภาวะประเมินสมรรถนะตามเกณฑ์มาตรฐาน > ร้อยละ 85 |
| | | K34. ร้อยละของบุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพตามแผน > ร้อยละ 80 |
| | S.12 พัฒนาระบบบริหารทรัพยากรบุคคล การ วางแผนอัตรากำลัง | K35. ร้อยละการลาออกของบุคลากร (Turn Over rate) ≤ ร้อยละ 3 |
| | S.13. บริหารอัตรากำลังให้เพียงพอต่อภาระงานของ หน่วยงาน ตามเกณฑ์วิชาชีพ FTE2 | K36. ร้อยละของหน่วยงานในโรงพยาบาลมีบุคลากรเพียงพอและเหมาะสมตามเกณฑ์ FTE2 > ร้อยละ 80 |
| | S.14. เสริมสร้างวินัยและคุณธรรมจริยธรรมแก่ บุคลากร | K37. ไม่พบจำนวนข้อร้องเรียนบุคลากร ด้านพฤติกรรมบริการ |
| K38 ร้อยละการปฐมนิเทศบุคลากร ร้อยละ 100 | | |
| K39 ร้อยละของบุคลากรมาปฏิบัติงานตรงต่อเวลา ร้อยละ 100 | | |



| มุมมองตาม BSC | กลยุทธ์ | ตัวชี้วัด |
|---------------------|--|--|
| | | K40. ร้อยละบุคลากรที่เจ็บป่วย/บาดเจ็บจากการทำงาน > ร้อยละ 20 |
| | S.15. เสริมสร้างความรู้และทักษะในการสร้างและแนวปฏิบัติที่ดีของระบบคุณภาพ งานวิจัย และผลงานวิชาการแก่เจ้าหน้าที่ พัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีนวัตกรรม | K41. ร้อยละของหน่วยงานในโรงพยาบาลมีผลงาน R2R/ วิจัย นวัตกรรม หรือผลงานเด่น นำไปใช้ประโยชน์ > ร้อยละ 25 |
| มิติด้านองค์กร(L&G) | S.16. พัฒนาระบบการจัดการสิ่งแวดล้อมและภูมิทัศน์ของโรงพยาบาลที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม รวมถึงภูมิสถาปัตยกรรม การวางแผน ระบบโครงสร้างพื้นฐานรองรับการเติบโต | K42.. ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลในการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก |
| | S.17. พัฒนาระบบการตรวจสอบข้อมูลสารสนเทศให้มีคุณภาพ | K43. อัตราความสมบูรณ์ เวชระเบียนผู้ป่วยนอก > ร้อยละ 95 K44. อัตราความสมบูรณ์ เวชระเบียนผู้ป่วยใน > ร้อยละ 95 |
| | S.18. พัฒนาระบบ Hardware และ Software ให้มีประสิทธิภาพ พร้อมใช้ พัฒนาโรงพยาบาลสู่องค์กร Smart Hospital ที่มีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมีประสิทธิภาพสูง สะดวกรวดเร็วและความทันสมัย | K45.. ไม่พบการหยุดทำงานของแม่ข่ายคอมพิวเตอร์ (Down Time) |
| | S.19. พัฒนาโรงพยาบาลตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA), มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ รวมถึงการพัฒนาคุณภาพระบบบริการของทุกงาน อย่างต่อเนื่อง | K46.. ผ่านการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA) K47. ผ่านการรับรองมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ 9 ด้าน (สปส) K48 ร้อยละความพึงพอใจ จากการรับบริการของประชาชน ของผู้ป่วยนอก > ร้อยละ 85 K49 ร้อยละความพึงพอใจ จากการรับบริการของประชาชน ของผู้ป่วยใน > ร้อยละ 85 |
| | S.20 พัฒนาระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ เสริมสร้าง | K50. ระดับความสำเร็จของร้อยละตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลบรรลุเป้าหมายตามเกณฑ์ > ร้อยละ 60 |



| มุมมองตาม BSC | กลยุทธ์ | ตัวชี้วัด |
|---|---|---|
| | โรงพยาบาลสูงศักดิ์สมรรถนะสูง พร้อมให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงต่อการเติบโตขององค์กร | |
| มิติด้านการเงินการคลัง (F) | S.21 เสริมสร้างองค์กรให้มีความเข้มแข็ง และมุ่งเติบโตทางการเงินการคลังสู่การพึ่งตนเองอย่างยั่งยืนด้วยระบบการจัดเก็บรายได้และความคุ้มค่าใช้จ่ายให้มีประสิทธิภาพ | K51: ระดับภาวะวิกฤติทางการเงินการคลัง สามารถควบคุมปัญหาทางการเงินไม่เกินระดับ 2 |
| | | K51: โรงพยาบาลระบบการจ่ายลูกหนี้เป็นไปตามเกณฑ์ |
| | | K52: โรงพยาบาลแผนรายจ่ายเป็นไปตามเกณฑ์ |
| | | K53: โรงพยาบาลค่าดัชนี Case Mix Index (CMI) โรงพยาบาลระดับ-M2 > ร้อยละ 1 |
| | S.22: พัฒนาหน่วยงานให้เกิดระบบการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพและโปร่งใส | K54: โรงพยาบาลผ่านการประเมินผ่านเกณฑ์ประเมิน ITA |
| | S.23: พัฒนาระบบควบคุมและบริหารจัดการความเสี่ยงด้านสนับสนุนของทุกหน่วยงานให้มีประสิทธิภาพ | K56: โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน EIA 5 มิติ |
| | | K57: ไม่พบจำนวนครั้งการเกิด อุบัติการณ์รุนแรงระดับ G,H,I ด้านคลินิก |
| | S.24: พัฒนาระบบการตรวจสอบความพร้อมใช้ของวัสดุอุปกรณ์ในโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ | K58: ไม่พบจำนวนครั้งการเกิด อุบัติการณ์ความรุนแรง ระดับ 3 ด้านสนับสนุน |
| K59: ไม่พบจำนวนการครั้งความไม่พร้อมใช้ ลิฟต์ขนส่ง | | |
| | K60: ไม่พบจำนวนการครั้งความไม่พร้อมใช้ ระบบไฟฟ้า | |
| | K61: ไม่พบจำนวนการครั้งความไม่พร้อมใช้ ระบบก๊าซทางการแพทย์ | |
| | K62: ไม่พบจำนวนอุบัติเหตุการไม่พร้อมใช้ของวัสดุ/อุปกรณ์ในโรงพยาบาล | |



การนำแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ (Implementation)

การบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์ให้ มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล จำเป็นต้องมีกระบวนการนำไปสู่การปฏิบัติ ได้รับความร่วมมือจากทุกหน่วยงาน ในการ ร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมรับผิดชอบ การวางแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเกาะคา ได้ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมจาก ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการร่วมประชุม ระดมความคิดเห็น และพิจารณากำหนดทิศทางการทำงานของโรงพยาบาลเกาะคา ภายใต้การประชุมเชิงปฏิบัติการของคณะทำงาน แล้วนำเสนอให้ผู้บริหารและคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลและ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ให้ความเห็นชอบประกาศใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติราชการ เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพให้บรรลุเป้าหมายวิสัยทัศน์ ดังนั้นเพื่อให้การดำเนินการบรรลุวิสัยทัศน์และเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้ ต้องมีการขับเคลื่อนแผนสู่การปฏิบัติ ซึ่งเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญมากที่จะผลักดันการทำงานของกลไกทั้งหมดให้สามารถบรรลุผลลัพธ์ตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ เพื่อให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีความรู้สึกเป็นเจ้าของและมีส่วนร่วม ใช้กระบวนการการฉันทกกำลัง มีการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ ทั้งแผนงาน แผนเงิน และแผนคน รวมทั้งให้ผู้ที่เกี่ยวข้อง ปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศนคติ ค่านิยม วิธีการทำงาน และการสร้างสถานะผู้นำร่วมกัน ในบุคลากรทุกระดับ เพื่อขับเคลื่อนร่วมกัน ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อมุ่งสู่จุดมุ่งหมายสูงสุดองค์กร คือการบรรลุวิสัยทัศน์ที่ตั้งไว้

แนวทางการขับเคลื่อนแผนสู่การปฏิบัติ

1. กำหนดผู้รับผิดชอบและบทบาทให้ชัดเจน แต่งตั้งคณะกรรมการที่มีผู้บริหารทำหน้าที่อำนวยการ สนับสนุน และติดตามกำกับให้การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ฯให้ บรรลุเป้าหมาย โดยมอบหมายให้มีผู้จัดการรายประเด็นยุทธศาสตร์

2. ผู้อำนวยการรพ.และผู้บริหารทุกระดับเป็นผู้นำร่วมพลังขับเคลื่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และเพื่อเป็นกลไกในการสื่อสารทิศทางโรงพยาบาล ให้แก่บุคลากรทุกระดับได้มีความเข้าใจ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมและการสนับสนุน มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้รับทราบถึงทิศทางการทำงาน จะได้เข้าใจและให้การสนับสนุนการทำงาน โดยจัดประชุมชี้แจงนโยบายและถ่ายทอดยุทธศาสตร์แก่ผู้ปฏิบัติ และกำกับติดตามผลงานเป็นรายเดือน

3. ถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์ออกมาเป็นแผนปฏิบัติการ โดยนำกลยุทธ์และแนวทางการดำเนินงานมาแปลงเป็นแผนงาน /โครงการที่ปฏิบัติได้ โดยมีการปรึกษาหารือระหว่างกันเพื่อให้เกิดการบูรณาการแผนงาน/โครงการเข้ากับแผนยุทธศาสตร์จังหวัดลำปาง ตัวชี้วัดระดับกระทรวงสาธารณสุข ให้บรรลุเป้าหมายเดียวกัน โดยในกระบวนการวางแผนได้มีหน่วยงานเจ้าภาพหลักในการกำหนดค่าเป้าหมายรองรับในเบื้องต้นไว้แล้ว โดยเจ้าภาพหลักหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องจัดทำรายละเอียดแผนงาน/โครงการ เพื่อทำแผนปฏิบัติการประจำปีให้ดำเนินการต่อไป

4. การถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์ไปสู่ระดับหน่วยงานและระดับบุคคล สู่การปฏิบัติอย่างชัดเจน รวมทั้งจูงใจให้ทุกคนมุ่งเน้นการทำงานเพื่อมุ่งผลสัมฤทธิ์ โดยให้จัดทำบันทึกคำรับรองการปฏิบัติราชการประจำปีเพื่อรับผิดชอบต่อตัวชี้วัดรายองค์กร และรายบุคคล

5. การจัดระบบการติดตามประเมินผลความก้าวหน้าของการดำเนินการในทุกระดับ เพื่อเป็นข้อมูลย้อนกลับในการปรับแผนยุทธศาสตร์และวางแผนทางแก้ไขให้สอดคล้องกับ สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป และให้สามารถดำเนินการบรรลุเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้โดยการติดตามผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดเป็น 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน



6. ให้การสนับสนุนสร้างกระบวนการเรียนรู้ที่สามารถนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติงาน สร้างระบบการติดตาม ประเมินผล และการกำหนดดัชนีชี้วัดความสำเร็จโดยการติดตามประเมินผลให้เป็นระบบ โดยจัดให้มีเวทีวิชาการประจำปี เกิดการประสานงานระหว่างหน่วยงานภายในต่อการขับเคลื่อนแผนงาน/โครงการ ให้มีความก้าวหน้า เกิดการจัดเก็บ ข้อมูล เผยแพร่ข้อมูล และถ่ายทอดความรู้ซึ่งกันและกัน อันจะเป็นการเสริมสร้างกระบวนการพัฒนาการจัดการความรู้ของ องค์กรให้เกิดขึ้น โดย จัดระบบการจัดการความรู้ (KM)



การติดตามและประเมินผล (Monitoring and Evaluation)

การติดตามประเมินผลจะมีการดำเนินการตามวงจรของแผน (Plan cycle) มีองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ วางแผน (Planning) การปฏิบัติตามแผน (Implementation) และการติดตามประเมินผล (Monitoring and Evaluation) ซึ่งการติดตามและการประเมินผลมีสำคัญต่อประสิทธิภาพและผลสำเร็จของแผน

การติดตามผล (Monitoring)

เป็นกระบวนการเพื่อตรวจสอบการดำเนินงาน โดยรวบรวมข้อมูลตามระบบงาน เป้าหมาย วิธีการ และผลการปฏิบัติงาน แล้ววิเคราะห์นำมาใช้ประโยชน์ ในการปรับปรุงแก้ไขวิธีการปฏิบัติงาน ในระยะเวลาการดำเนินงานตามแผน เพื่อให้ได้ผลงาน (Outputs) เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

การติดตามผลเป็นวิธีการเร่งรัดตรวจสอบ ให้ดำเนินการแล้วเสร็จตามเวลาที่กำหนด โดยจะต้องทำอย่างเป็นระบบ และต่อเนื่องตลอดระยะเวลาของการดำเนินงาน ซึ่งจะติดตามผลเป็นประจำทุก 1 เดือน 3 เดือน ซึ่งการติดตามผลจะมุ่งเน้นข้อมูลที่มีความสำคัญหลัก ๆ ของงาน ดังนี้

1. ผลการปฏิบัติงาน (ของผู้รับผิดชอบ) ได้ปฏิบัติงานตามระยะเวลาที่ได้กำหนดไว้ตามแผนหรือไม่
2. ผลการใช้งบประมาณ (Inputs) ได้รับงบประมาณ ตามระยะเวลาที่กำหนดไว้หรือไม่
3. ผลการดำเนินงานหรือผลผลิต (Outputs) ได้ผลตรงเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ มีปัญหาอุปสรรคอะไรบ้าง

การประเมินผล (Evaluation)

เป็นกระบวนการประเมินผลงานอย่างมีระบบ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลของการดำเนินงานตามแผน และพิจารณา ให้ทราบถึงจุดเด่นหรือจุดด้อยของงาน แล้วตัดสินใจจะปรับปรุงแก้ไขงานนั้น เพื่อดำเนินงานต่อไปหรือหยุดยุดิจงานนั้น ช่วยให้ได้ตระหนักถึงคุณภาพของงานที่กำหนดไว้ว่า จะสามารถสนองตอบหรือสามารถแก้ไขปัญหาได้หรือไม่ และช่วยให้สามารถตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลง ให้มีความถูกต้องเหมาะสม และส่งผลให้งาน นั้นดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ทุกประการ

ระบบการติดตามและประเมินผล

ได้กำหนดตัวชี้วัดผลการปฏิบัติหลักและ ได้มีการติดตามและประเมินผล เพื่อทราบความก้าวหน้าของผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และการบรรลุผลสำเร็จ หรือผลสัมฤทธิ์ของงานตามแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการ โดยการใช้ประชุมประจำเดือนติดตามบริหารแผนงาน/โครงการในการเพิ่มประสิทธิภาพการกำกับและติดตามประเมินผล โดยมีแนวทางการดำเนินงาน ดังนี้

1. แต่งตั้งคณะกรรมการติดตามและประเมินผลโดยคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลเกาะคา เป็นคณะกรรมการติดตามและประเมินผลระบบสุขภาพของโรงพยาบาลเกาะคาหรือร่วมกับระดับอำเภอ ตามแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติราชการประจำปีของโรงพยาบาลเกาะคาอำเภอเกาะคา อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการติดตามและประเมินผล ได้แก่



- 1) เสนอการกำหนดค่าเป้าหมายและตัวชี้วัดความสำเร็จของแผนยุทธศาสตร์ต่อคณะกรรมการคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลเกาะคา(กกบ)
 - 2) ดำเนินการติดตามและประเมินผลการพัฒนา โดยใช้การประชุมประจำเดือน
 - 3) รายงานผลการดำเนินงานตามระยะเวลาที่กำหนด
2. การกำหนดค่าเป้าหมายและตัวชี้วัดผลสัมฤทธิ์ ในการบริหารงานในหลายมิติ ทั้งด้านประสิทธิผล คุณภาพการให้บริการ ประสิทธิภาพและการพัฒนาองค์กร โดยใช้เทคนิค Balanced Scorecard (BSC)
3. หัวหน้ากลุ่มงานหรือผู้รับผิดชอบงานเจ้าภาพหลัก ดำเนินการรวบรวมผลงานตามตัวชี้วัดที่ได้รับมอบหมาย และนำเสนอรายงานความก้าวหน้าของผลงานต่อที่ประชุม กกบ/ทีมนำคุณภาพประจำเดือนทุกเดือน
4. การจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการ (Memorandum of Understanding: MOU) ใช้เป็นเครื่องมือในการติดตามและวัดผลการปฏิบัติราชการของหน่วยงาน
5. รายงานการประเมินผลตนเอง (Self Assessment Report: SAR Card) ใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินผลตามผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ ใน 6 เดือน 12 เดือน





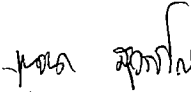
แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ. ๒๕๖๑

สำหรับหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

| | |
|--|---|
| แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | |
| <p>ชื่อหน่วยงาน : กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลเกาะคา วัน/เดือน/ปี : ๑๒ ธันวาคม ๒๕๖๑</p> <p>หัวข้อ : นโยบายและยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน</p> <p>รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ) นโยบายและยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน</p> <p>Link ภายนอก : ไม่มี</p> <p>หมายเหตุ : เผยแพร่ทางเว็บไซต์ โรงพยาบาลเกาะคา http://www.kokhahospital.go.th</p> | |
| <p>ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล</p>  <p>(นายกิตติพงษ์ บำเพ็ญ)</p> <p>ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</p> <p>วันที่ ๑๒ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๑</p> | <p>ผู้อนุมัติรับรอง</p>  <p>(นายสิทธิกร สองคำชุม)</p> <p>ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกาะคา</p> <p>วันที่ ๑๒ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๑</p> |
| <p>ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่</p>  <p>(นางสาวกาญจนา สุวรรณ)</p> <p>เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษาทางการแพทย์</p> <p>วันที่ ๑๒ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๑</p> | |