



แผนพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเกาะคา พ.ศ. 2565-2569

แผนพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเกาะคา พ.ศ. 2565-2569

โรงพยาบาลเกาะคา

www.kokhahospital.go.th

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



แผนพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเกาะคา พ.ศ. 2565-2569

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.....	
แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาโรงพยาบาลเกาะคา พ.ศ. 2565 – 2569.....	
ระบบติดตามประเมินผล	



บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

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

แผนพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเกาะคา ฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อเป็นกรอบแนวทาง การดำเนินงานของหน่วยงานในโรงพยาบาลเกาะคา ให้บรรลุเป้าหมายและผลสัมฤทธิ์ตามภารกิจของโรงพยาบาลเกาะคาอย่างมีประสิทธิภาพ และใช้เป็นแนวทางในการบริหารและขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ฯเชิงบูรณาการอย่างมีประสิทธิภาพ มุ่งสู่วิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลเกาะคา คือ “โรงพยาบาลเกาะคา เป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับ M1 ที่คนลำปางไว้วางใจ ภายในปี 2569 ” โดยมีความเชื่อมโยงสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) กระทรวงสาธารณสุข เขตบริการสุขภาพที่ 1 และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง เพื่อขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพและสร้างความเชื่อมั่นแก่ประชาชนผู้มารับบริการ ให้มีสุขภาพดีด้วยตนเองอย่างยั่งยืน พัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และทีมสนับสนุนรวมถึงพัฒนาขีดความสามารถของโรงพยาบาล เพื่อรองรับการเติบโตขององค์กรที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศ

การจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาโรงพยาบาลเกาะคา มุ่งเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของบุคลากรจากหน่วยงานภายในโรงพยาบาลเกาะคาและเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเกาะคา รวมทั้งการทบทวนแผนยุทธศาสตร์และแผนกลยุทธ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง อาทิ แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) นโยบายรัฐบาลที่เกี่ยวข้องการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในและภายนอกที่มีผลต่อการดำเนินงานภายใต้บริบทด้านสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงผลการกระทบจากแนวโน้มของโลก การเตรียมความพร้อมรับโรคระบาด โรคอุบัติใหม่ อุตุนิยมวิทยา การจัดการบริการสุขภาพตามกลุ่มวัย โดยเฉพาะการขยายตัวของกลุ่มผู้สูงอายุ การจัดการบริการสุขภาพที่รับผิดชอบต่อสังคม การมีธรรมาภิบาล ตลอดจนการให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของโรงพยาบาล เพื่อใช้เป็นกรอบในการพิจารณาให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ที่ได้กำหนดไว้



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

“โรงพยาบาลเกาะคา เป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับ M1 ที่คนลำปางไว้วางใจ ภายในปี 2569”

นิยาม

เป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับ M1 ที่คนลำปางไว้วางใจ ภายในปี 2569 หมายถึง โรงพยาบาลเกิดผลสัมฤทธิ์ในการจัดการความท้าทายในการพัฒนา ทำให้ประชาชนของจังหวัดลำปางเกิดความเชื่อมั่นและความไว้วางใจในประเด็น ข้อ ดังต่อไปนี้

- 1) ความไว้วางใจในระบบบริการที่มีคุณภาพ โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความพร้อม มีความรู้ มีทักษะ และมีสมรรถนะ ตามมาตรฐานวิชาชีพ
- 2) ความไว้วางใจในการดูแลผู้ป่วยให้มีความปลอดภัย ด้วยความมุ่งมั่นทุ่มเทอย่างเต็มความสามารถ
- 3) ความไว้วางใจที่สามารถจัดบริการจัดการสิ่งแวดล้อม อาคาร สถานที่ เอื้อต่อการบริการสุขภาพสนองตอบต่อความต้องการและ ความพึงพอใจต่อการบริการ และสิ่งอำนวยความสะดวกความคาดหวังของ ประชาชนชาวจังหวัดลำปาง

พันธกิจตามยุทธศาสตร์ (Mission)

กรอบในการดำเนินงานตามภารกิจของโรงพยาบาลและภารกิจการพัฒนาไปสู่วิสัยทัศน์โรงพยาบาลได้กำหนดพันธกิจทางยุทธศาสตร์ดังนี้

1. จัดระบบบริการสุขภาพ รักษา ส่งเสริม ป้องกัน พัฒนา 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 ในขณะเดียวกันวิเคราะห์หาโอกาสหรือปัจจัยส่งเสริมจากภายนอก (Opportunity) ที่ทำให้การดำเนินงานภายในโรงพยาบาลบรรลุผลสัมฤทธิ์ และเฝ้าระวังอุปสรรคหรือภาวะคุกคามจากภายนอก (Threat) ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสัมฤทธิ์ผล ทำให้ได้ผลการวิเคราะห์องค์กรมีดังนี้

จุดแข็ง (Strengths)

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

จุดอ่อน (Weaknesses)

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



บุคลากรยังขาดทักษะ สมรรถนะ ความเชี่ยวชาญ การสร้างความจงใจและความภูมิใจในการปฏิบัติหน้าที่

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 และใช้งบประมาณ ที่สามารถบูรณาการความร่วมมือในการทำงาน

อุปสรรค(Threats)

T1: ความคาดหวังของผู้รับบริการแพทย์เฉพาะสาขาเพิ่มมากขึ้น เกิดความแออัด การเข้าถึงบริการล่าช้า มีข้อร้องเรียน

T2: ปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่และผู้รับบริการโรคเรื้อรังและโรคอุบัติใหม่ที่ซับซ้อนมีเพิ่มมากขึ้น ทำให้การจัดระบบบริการที่ยากมากขึ้น

T3 นโยบายด้านการเงินเปลี่ยนแปลง ส่งผลกระทบแผนเงินของรพ. เป็นภาระทางการเงินการคลังของโรงพยาบาลที่จะเพิ่มมากขึ้น

T4: นโยบายกระทรวงสาธารณสุขการจัดสรรอัตราค่าจ้างตามภาระงาน FTE มีการบรรจุบุคลากรเข้าในองค์กรน้อยลงทำให้ไม่สามารถรองรับกับขยายบริการในปัจจุบัน

ทิศทางการพัฒนาตามศักยภาพ TOWS Matrix

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



WO Strategy: กลยุทธ์เชิงพัฒนา	WT Strategy: กลยุทธ์ท้าทาย
-พัฒนาภาคีเครือข่ายในพื้นที่เชื่อมโยงกับ อปท./พขอ แก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ -พัฒนาสิ่งแวดล้อมลดแออัดเอื้อต่อการบริการ สร้าง/เพิ่มอาคารก่อสร้าง ขยายในพื้นที่บริการ	-พัฒนาระบบการบริหารจัดการการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพ -พัฒนาเทคโนโลยีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารมวลชน รมรงค์ ประชาสัมพันธ์

ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issue)

ประเด็นหลักที่สำคัญหรือวาระการพัฒนาศูนย์กลางจะขับเคลื่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เติบโต
สู่วิสัยทัศน์ด้วยวิธีการของแผนยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย ประเด็นยุทธศาสตร์ ดังนี้

1. พัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Excellence (SE) “ยกระดับบริการสู่ความเป็นเลิศ
ประชาชนเข้าถึงบริการ เป็นที่พึงไว้วางใจของคนล้าปาง”
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. บุคลากรมีปริมาณและคุณภาพเหมาะสมกับการระงาน 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. พัฒนาศักยภาพให้เพียงพอและมีสมรรถนะตามเกณฑ์มาตรฐาน
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. พัฒนาระบบบริการด้านการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผล
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 พชอ. มั่นคงและยั่งยืน



ประเด็นยุทธศาสตร์ การพัฒนาบุคลากรทุกระดับสู่ความเป็นเลิศ People Excellence (PE)

8. เสริมสร้างค่านิยมร่วม สู่วัฒนธรรมองค์กร จัดการความเสี่ยงและความปลอดภัย แก่บุคลากรทุกระดับ
9. พัฒนาสมรรถนะและความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงานของบุคลากร ที่มีมาตรฐานสร้างระบบแนวปฏิบัติที่ดี ทันสมัย และเป็นมืออาชีพ การจัดการบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพรองรับการพัฒนาบริการตามยุทธศาสตร์โรงพยาบาล
10. พัฒนาระบบบริหารทรัพยากรบุคคลและการวางแผนบริหารอัตรากำลังให้เพียงพอต่อการดำเนินงานของหน่วยงาน 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. พัฒนาระบบควบคุมและบริหารจัดการความเสี่ยงโอกาสพัฒนาเสริมสร้างประสิทธิภาพในการจัดการบริการที่มีความปลอดภัยด้วยคุณภาพการบริหารความเสี่ยง
20. พัฒนาระบบสนับสนุนการบริการทางการแพทย์ ตรวจสอบความพร้อมใช้ ระบบสำรองที่สำคัญทางการแพทย์ ให้มีประสิทธิภาพ



แนวทางการแปลงแผนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ

เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายดังกล่าว จึงวางมาตรการและกำหนดแนวทางการแปลงแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ และการติดตามประเมินผล ดังนี้

1. เสริมสร้างความเข้าใจในแผนยุทธศาสตร์การพัฒนา พร้อมกำหนดแนวทางในการบริหารจัดการที่บูรณาการมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ การจัดการความเสี่ยง สารสำคัญของยุทธศาสตร์ 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 องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำปาง หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน

4 ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issues)

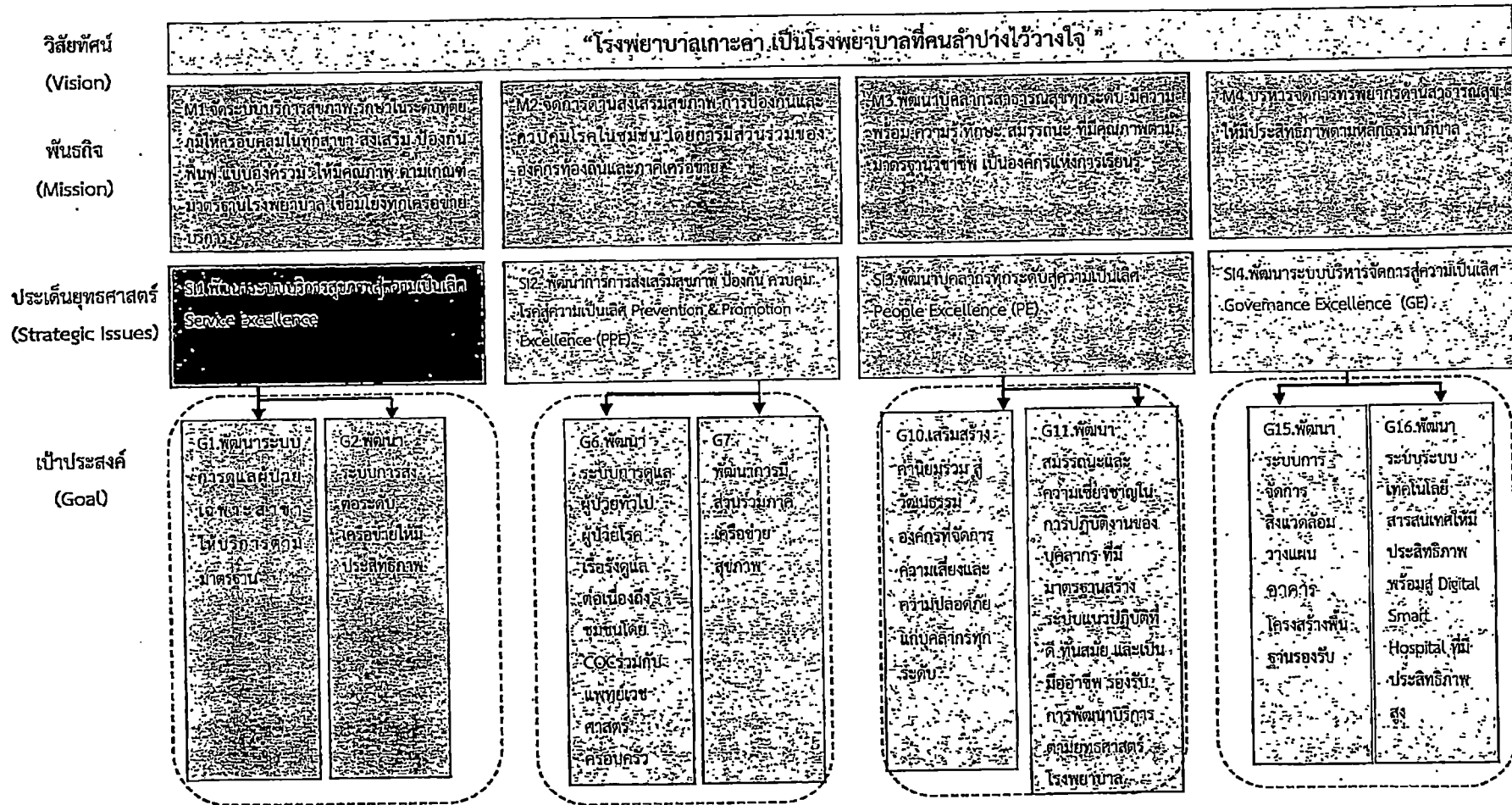
8 เป้าประสงค์ (Goal)

20 กลยุทธ์ (Strategic)

62 ตัวชี้วัด (KPI)



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





ประเด็นยุทธศาสตร์
(Strategic Issues)

เป้าประสงค์
(Goal)

SI1. พัฒนาระบบบริการสุขภาพสู่ความเป็นเลิศ
Service Excellence

G3. พัฒนาระบบ
บริการด้านการ
ส่งเสียอย่างสม
เหตุผล

G4. พัฒนา
ระบบ
การแพทย์
ฉุกเฉินตาม
มาตรฐาน สผค.

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

G8. พัฒนา
ระบบส่งเสริม
สุขภาพตาม
กลไกคนและ
ปัญหาสุขภาพ
มีประสิทธิภาพ

G9. พัฒนา
ระบบการ
คุ้มครอง
ผู้บริโภค
ประสิทธิภาพ

SI3. พัฒนาศักยภาพระดับสู่ความเป็นเลิศ
People Excellence (PE)

G12. พัฒนา
ระบบบริหาร
ทรัพยากรบุคคล
และการ
วางแผนบริหาร
อัตรากำลังให้
เพียงพอต่อ
ภาระงานของ
หน่วยงานตาม
เกณฑ์วิชาชีพ
FTE

G13. พัฒนา
พฤติกรรมบริการ
ของบุคลากร
เสริมสร้างวินัย
และคุณธรรม
จริยธรรม
ให้บริการรวดเร็ว
เป็นมิตร มีจิต
บริการ นิสัย
เสริมสร้างขวัญ
กำลังใจในการ
ปฏิบัติงานของ
บุคลากร

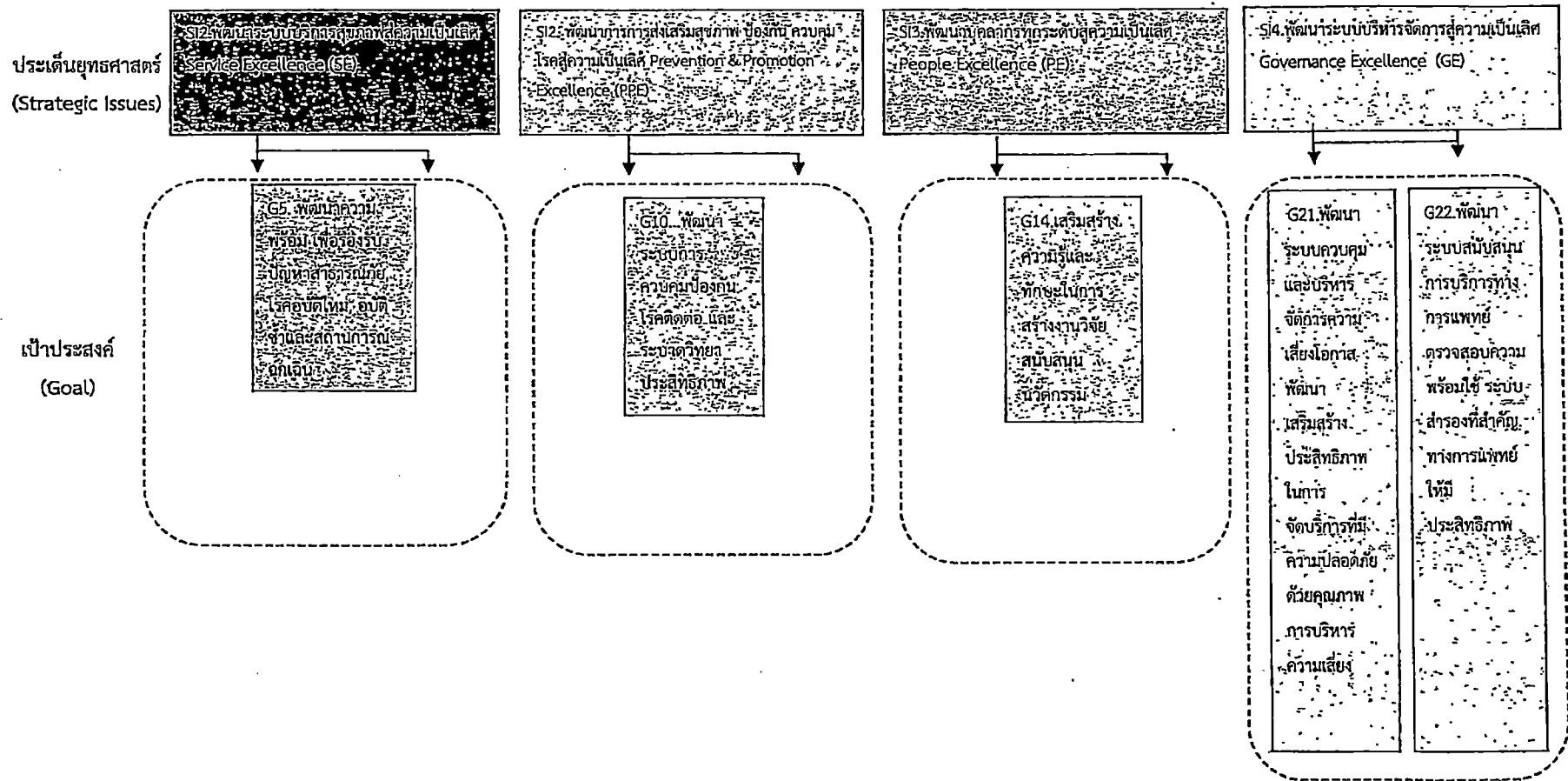
SI4. พัฒนาระบบบริหารจัดการสู่ความเป็นเลิศ
Governance, Excellence (GE)

G17. พัฒนา
คุณภาพ
โรงพยาบาล
ตามมาตรฐาน
HA และ
พัฒนา
คุณภาพอย่าง
ต่อเนื่อง

G18. พัฒนา
ระบบบริหาร
ยุทธศาสตร์
สุขภาพ
โรงพยาบาลให้
มีประสิทธิภาพ

G19. เสริมสร้าง
ให้มีความ
เข้มแข็งระบบ
การจัดเก็บ
รายได้และ
ควบคุม
ค่าใช้จ่ายให้มี
ประสิทธิภาพ
ทางการเงินการ
คลัง มั่นคง

G20. พัฒนา
ระบบการ
บริหารจัดการ
ให้มี
ประสิทธิภาพ
และโปร่งใส





พันธกิจ (Mission)	ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issue)	เป้าประสงค์ (Goal)	กลยุทธ์ (Strategy)	ตัวชี้วัดผลงานหลัก (Key Performance Indicator)
M1. จัดระบบบริการสุขภาพ รักษาในระดับทุติยภูมิให้ครอบคลุมในทุกสาขา ส่งเสริม ป้องกัน ปั่นฟู 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 $eGFR < 4 \text{ ml/min/1.73m}^2/\text{yr} \geq$ ร้อยละ 65 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



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 ≤ 15 ปี) ร้อยละ 0 K13.ร้อยละการกลับมารักษาซ้ำที่แผนกผู้ป่วยในด้วยโรคเดิม(กุมารเวชกรรม) ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน (เด็ก ≤ 15 ปี) $\leq$ ร้อยละ 10
			PCT สูติ-นรีเวชกรรม	K14.อัตราการมารดา(สัดส่วนการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์ และ/หรือการคลอด) ต่อทารกเกิดมีชีพ ≤ 17 ต่อแสนเกิดมีชีพ K15.ร้อยละการตายมารดาจากการตกเลือดหลังคลอดร้อยละ 0 K16.อัตราการตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน ≤ 3.8 ต่อพันทารกเกิดมี



พันธกิจ (Mission)	ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issue)	เป้าประสงค์ (Goal)	กลยุทธ์ (Strategy)	ตัวชี้วัดผลงานหลัก (Key Performance Indicator)
				ซีพี K17.อัตราการเกิด Birth asphyxia ขาดออกซิเจนรุนแรงในทารกแรกเกิด ≤ 25 ต่อ 1000 เกิดมีซีพี
			PCT ศัลยกรรมกระดูกและข้อ	K18 ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture) < ร้อยละ 5 K19.ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมงหลังจากได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (Early surgery) $\geq$ ร้อยละ 50
		G2. พัฒนาระบบการส่งต่อระดับเครือข่ายให้มีประสิทธิภาพ	S.2. พัฒนาระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ศูนย์ส่งต่อ รพช. ระบบส่งต่อ แนวทางปฏิบัติในการเชื่อมโยงกับ service plan ให้มีส่งต่อ/ส่งกลับผู้ป่วย	K20. แนวทางการส่งต่อผู้ป่วย / ส่งกลับตามครอบคลุมทุกสาขา ร้อยละ 100 K21. ร้อยละการตอบกลับของผู้ป่วยที่ส่งต่อไปรักษารพ. ที่มีศักยภาพสูงกว่าอย่างถูกต้อง สมเหตุสมผล ร้อยละ 100
		G3. พัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ตามมาตรฐาน สพฉ.	S.3. พัฒนาระบบ ECS คุณภาพ S.4. พัฒนาระบบการส่งต่อร่วมกับอปท. และภาคีเครือข่าย S.5. พัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง	K22. อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ≤ 27 ; <u>แผนประชากร</u> K23. อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง $\leq$ ร้อยละ 10 K24. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยใน จากภาวะ



พันธกิจ (Mission)	ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issue)	เป้าประสงค์ (Goal)	กลยุทธ์ (Strategy)	ตัวชี้วัดผลงานหลัก (Key Performance Indicator)
			ในชุมชนอย่างมีส่วนร่วม เพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคให้ทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ	ติดเชื้ในกระแสโลหิต < ร้อยละ 30
		G4. พัฒนาระบบบริการด้านการส่งใช้ยาอย่างสมเหตุผล	S.6. พัฒนาระบบบริการด้านการส่งใช้ยาอย่างสมเหตุผลและพัฒนาศักยภาพของบุคลากร	K25.โรงพยาบาลใช้ยาอย่างสมเหตุผล ผ่านเกณฑ์ RDU ชั้นที่ 3 K26.ไม่พบผู้ป่วยจากการแพ้ยาซ้ำ
		G5. พัฒนาความพร้อม เพื่อรองรับปัญหาสาธารณสุขภัย,โรคอุบัติใหม่, อุบัติซ้ำและสถานการณ์ฉุกเฉิน	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 พชอ.อย่าง มั่นคงและยั่งยืน	K30. ระดับความสำเร็จของอำเภอมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ



พันธกิจ (Mission)	ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issue)	เป้าประสงค์ (Goal)	กลยุทธ์ (Strategy)	ตัวชี้วัดผลงานหลัก (Key Performance Indicator)
M3. พัฒนาบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ มีความพร้อม ความรู้ ทักษะ สมรรถนะ ที่มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้	SI3. พัฒนาบุคลากรทุกระดับสู่ความเป็นเลิศ People Excellence (PE)	G8. เสริมสร้างค่านิยมร่วม สู่วัฒนธรรมองค์กรจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยของบุคลากรทุกระดับ	S.10. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการบริหารจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยของบุคลากรในหน่วยงานทุกระดับ	K31 ร้อยละของความเสี่ยง อุบัติการณ์สำคัญระดับ E ขึ้นไปได้รับการทบทวนทันที ร้อยละ 100 K32 ไม่พบข้อร้องเรียนตามมาตรา 41 K30.สัดส่วนการรายงานเหตุการณ์ Near miss : Miss $\geq$ ร้อยละ 50
		G9. พัฒนาสมรรถนะและความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงานของบุคลากร ที่มีมาตรฐานสร้างระบบแนวปฏิบัติที่ดี ทันสมัย และเป็นมืออาชีพ รองรับการพัฒนาบริการตามยุทธศาสตร์โรงพยาบาล	S.11. เสริมสร้างขีดความสามารถและความเชี่ยวชาญเฉพาะทางแก่บุคลากรทางการแพทย์อย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง รองรับความเป็นเลิศในการบริการ การจัดการบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ	K33. ร้อยละของบุคลากรผ่านคอร์สประเมินสมรรถนะตามเกณฑ์มาตรฐาน $\geq$ ร้อยละ 85 K34. ร้อยละของบุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพตามแผน $\geq$ ร้อยละ 80
		G10. พัฒนาระบบบริหารทรัพยากรบุคคลและการวางแผนบริหารอัตรากำลังให้เพียงพอต่อภาระงานของหน่วยงาน 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 ด้านพฤติกรรมบริการ K38 ร้อยละการปฐมนิเทศบุคลากร ร้อยละ 100



พันธกิจ (Mission)	ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issue)	เป้าประสงค์ (Goal)	กลยุทธ์ (Strategy)	ตัวชี้วัดผลงานหลัก (Key Performance Indicator)
		เสริมสร้างขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร		K39 ร้อยละของบุคลากรมาปฏิบัติงานตรงต่อเวลา ร้อยละ 100 K40.ร้อยละบุคลากรที่เจ็บป่วย/บาดเจ็บจากการทำงาน > ร้อยละ 20
		G12.เสริมสร้างความรู้และทักษะในการสร้างงานวิจัย สนับสนุนนวัตกรรม	S.15. เสริมสร้างความรู้และทักษะในการสร้างและแนวปฏิบัติที่ดีของระบบคุณภาพงานวิจัย และผลงานวิชาการแก่เจ้าหน้าที่พัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีนวัตกรรม	K41. ร้อยละของหน่วยงานในโรงพยาบาลมีผลงาน R2R/ วิจัย นวัตกรรม หรือผลงานเด่นนำไปใช้ประโยชน์ > ร้อยละ 25
M4.บริหารจัดการทรัพยากรด้านสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพตามหลักธรรมาภิบาล	SI4. พัฒนาระบบบริหารจัดการสู่ความเป็นเลิศ (Governance Excellence)	G13.พัฒนาระบบการจัดการสิ่งแวดล้อม วางแผน อาคาร โครงสร้างพื้นฐาน	S.16. พัฒนาระบบการจัดการสิ่งแวดล้อมและภูมิทัศน์ ของโรงพยาบาลที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม รวมถึงภูมิสถาปัตยกรรม การวางแผนระบบโครงสร้างพื้นฐาน รองรับการเดินทาง	K42.. ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลในการพัฒนานามียสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ 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 > ร้อยละ 95 K44..อัตราความสมบูรณ์ เวชระเบียนผู้ป่วยใน > ร้อยละ 95 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 (สสส) K48 ร้อยละความพึงพอใจ จากการรับบริการของประชาชน ของผู้ป่วยนอก ≥ร้อยละ 85 K49 ร้อยละความพึงพอใจ จากการรับบริการของประชาชน ของผู้ป่วยใน ≥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 ≥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. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน 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. ไม่พบจำนวนอุบัติเหตุการความไม่พร้อมใช้ ของวัสดุ/อุปกรณ์ในโรงพยาบาล



ความสัมพันธ์ระหว่างกลยุทธ์และตัวชี้วัดกับมาตรฐาน HA และพันธกิจตามมุมมอง 4 ด้าน

มุมมองตาม BSC	กลยุทธ์	ตัวชี้วัด
มิติด้านผู้รับบริการ(C)	S.1 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะสาขา และพัฒนาศักยภาพของบุคลากรเพื่อรองรับการให้บริการตามมาตรฐาน	K1 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ $\geq$ ร้อยละ 40 K2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ $\geq$ ร้อยละ 50 K3 ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR $< 4 \text{ mL/min/1.73m}^2/\text{yr}$ ร้อยละ 65 K4 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวันโรครายใหม่ (Success rate) ร้อยละ 85 K4 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวันโรครายใหม่ (Success rate) ร้อยละ 85 K5 อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (มาพบยาที่ ER หรือ Admit) ≤ 130 ครั้ง ต่อแสนประชากร K6 ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทันท่วงทีหลังเลือดดำก่อน Refer มากกว่าร้อยละ 75 K7 อัตราผู้ป่วย STEMI ได้รับการส่งต่อภายใน 30 นาที ร้อยละ 100 K8 ร้อยละการเสียชีวิตในผู้ป่วย pneumonia รวม $\leq$ ร้อยละ 0.65 K9 ร้อยละของการตายจาก Sepsis /septic shock $\leq$ ร้อยละ 30 K10 ร้อยละการเกิด Septic shock $\leq$ ร้อยละ 20 K11 ร้อยละการเกิดไส้ติ่งทะลุในผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยที่มาด้วยอาการปวดท้อง RLQ $\leq$ 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 อัตราความยาวตาสัปดาห์สุดท้ายของมารดาจากการตั้งครรภ์ และ/หรือการคลอด) ต่อทารกเกิดมีชีพ ≤ 17 ต่อแสนเกิดมีชีพ K15 ร้อยละการตายมารดาจากการตกเลือดหลังคลอดร้อยละ 0 K16 อัตราตายทารกแรกเกิด อายุไม่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน ≤ 3.8 ต่อพันทารกเกิดมีชีพ



มุมมองตาม BSC	กลยุทธ์	ตัวชี้วัด
		K17.อัตราการเกิด Birth asphyxiaขาดออกซิเจนรุนแรงในทารกแรกเกิด ≤ 25 ต่อ1000 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 ศูนย์ ส่งต่อ รพช.ระบบส่งต่อ แนวทางปฏิบัติในการ เชื่อมโยงกับ service plan ให้มีส่งต่อ/ส่งกลับ ผู้ป่วย	K20.แนวทางการส่งต่อผู้ป่วย /ส่งกลับตามครอบคลุมทุกสาขา ร้อยละ 100 K21.ร้อยละการตอบกลับของผู้ป่วยที่ส่งต่อไปรักษารพ.ที่มีศักยภาพสูงกว่าอย่างถูกต้อง สมเหตุสมผล ร้อยละ >100
	S.3.พัฒนาระบบ ECS คุณภาพ	K22. อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ < 27: แสนประชากร
	S.4. พัฒนาระบบการส่งต่อร่วมกับอปท. และภาคี เครือข่าย	K23. อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง <ร้อยละ 10
	S.5.พัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงโรค หลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองในชุมชนอย่างมี ส่วนร่วม เพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคให้ทั่วถึงและมี ประสิทธิภาพ	K24.อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยใน จากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต <ร้อยละ 30
	S.6. พัฒนาระบบบริการด้านการส่งให้ยาอย่างสม เหตุผลและพัฒนาศักยภาพของบุคลากร	K25.โรงพยาบาลใช้ยาอย่างสมเหตุผล ผ่านเกณฑ์ RDU ชั้นที่ 3 K26.ไม่พบผู้ป่วยจากการแพ้ยาซ้ำ
	S.7.พัฒนาทีมเฝ้าระวัง/ควบคุม/ป้องกันภัยในพื้นที่ ร่วมกับ 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. ระดับความพึงพอใจของอำเภอมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พริอ.) ที่มีคุณภาพ
มิติด้านผู้ให้บริการ (I)	S.10. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการบริหารจัดการ ความเสี่ยงและความปลอดภัยของบุคลากรในหน่วยงานทุกระดับ	K31 ร้อยละของความเสี่ยง อุบัติการณ์สำคัญระดับ E ขึ้นไปได้รับการทบทวนพื้นที่ ร้อยละ 100
		K32 ไม่พบข้อร้องเรียนตามมาตรา 41
		K30.สัดส่วนการรายงานเหตุการณ์ Near miss : Miss > ร้อยละ 50
	S.11. เสริมสร้างขีดความสามารถและความเชี่ยวชาญเฉพาะทางแก่บุคลากรทางการแพทย์อย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง รองรับความเป็นเลิศในการบริการ การจัดการบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ	K33-ร้อยละของบุคลากรผ่านกวดประณัณสมรรถนะตามเกณฑ์มาตรฐาน > ร้อยละ85
		K34. ร้อยละของบุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพตามแผน > ร้อยละ 80
	S.12 พัฒนาระบบบริหารทรัพยากรบุคคล การวางแผนอัตรากำลัง	K35.ร้อยละการลาออกของบุคลากร (Turn Over rate) ≤ ร้อยละ 3
	S.13.บริหารอัตรากำลังให้เพียงพอต่อการงานของหน่วยงาน ตามเกณฑ์วิชาชีพ FTE2	K36. ร้อยละของหน่วยงานในโรงพยาบาลสมบุคลากรเพียงพอและเหมาะสมตามเกณฑ์ FTE2 > ร้อยละ 80
	S.14. เสริมสร้างจรรยาบรรณจริยธรรมแก่บุคลากร	K37 ไม่พบจำนวนข้อร้องเรียนบุคลากร ด้านพฤติกรรมบริการ
		K38 ร้อยละการประเมินให้บุคลากรร้อยละ 100
		K39 ร้อยละของบุคลากรปฏิบัติงานตรงต่อเวลา ร้อยละ 100



มุมมองตาม BSC	กลยุทธ์	ตัวชี้วัด
มิติด้านองค์กร(L&G)	S.15 เสริมสร้างความรู้และทักษะในโครงสร้างและแนวปฏิบัติที่ดีของระบบคุณภาพ งานวิจัย และผลงานวิชาการแก่เจ้าหน้าที่ พัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีนวัตกรรม	K40.ร้อยละบุคลากรที่เจ็บป่วย/บาดเจ็บจากการทำงาน >ร้อยละ 20
		K41. ร้อยละของหน่วยงานในโรงพยาบาลมีผลงาน R2RV/วิจัย นวัตกรรม หรือผลงานเด่น นำไปใช้ประโยชน์ >ร้อยละ 25
	S.16. พัฒนาระบบการจัดการสิ่งแวดล้อมและภูมิทัศน์ของโรงพยาบาลที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม รวมถึงภูมิสถาปัตยกรรม การวางแผน ระบบโครงสร้างพื้นฐานรองรับการเติบโต	K42.. ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลในการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก
		K43.อัตราความสมบูรณ์ เวชระเบียนผู้ป่วยนอก >ร้อยละ95
	S.17. พัฒนาระบบการตรวจสอบข้อมูลสารสนเทศให้มีคุณภาพ	K44..อัตราความสมบูรณ์ เวชระเบียนผู้ป่วยใน >ร้อยละ95
		K45.. ไม่พบการหยุดทำงานของแม่ข่ายคอมพิวเตอร์ (Down Time)
	S.18. พัฒนาระบบ Hardware และ Software ให้มีประสิทธิภาพ พร้อมใช้ พัฒนาโรงพยาบาลสู่องค์กร Smart Hospital ที่มีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมีประสิทธิภาพสูง สะดวกรวดเร็วและความทันสมัย	K46.. ผ่านการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA)
		K47. ผ่านการรับรองมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ 9 ด้าน (สบส)
		K48 ร้อยละความพึงพอใจ จากการรับบริการของประชาชน ของผู้ป่วยนอก >ร้อยละ 85
		K49 ร้อยละความพึงพอใจ จากการรับบริการของประชาชน ของผู้ป่วยใน >ร้อยละ 85
	S.20 พัฒนาระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ : โรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ เสริมสร้าง	K50.ระดับความสำเร็จของร้อยละตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลบรรลุเป้าหมายตามเกณฑ์ >ร้อยละ 60



มุมมองตาม BSC	กลยุทธ์	ตัวชี้วัด
	โรงพยาบาลสูงศักดิ์สมรรถนะสูง พร้อมให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงต่อการเติบโตขององค์กร	
มิติด้านการเงินการคลัง(F)	S.21 เสริมสร้างองค์กรให้มีความเข้มแข็ง และมุ่งเติบโตทางการเงินการคลังสู่การพึ่งตนเองอย่างยั่งยืนด้วยระบบการจัดเก็บรายได้และความคุ้มค่าให้รายใหม่มีประสิทธิภาพ	K51 ระดับภาวะวิกฤติทางการเงินการคลัง สามารถควบคุมปัญหาทางการเงินไม่เกินระดับ 2
		K51- โรงพยาบาลระบบการจ่ายลูกหนี้เป็นไปตามเกณฑ์
		K52 โรงพยาบาลลดหนี้รายจ่ายเป็นไปตามเกณฑ์
		K53- โรงพยาบาลค่าดัชนี Case Mix Index (CMI) โรงพยาบาลระดับ M2 ร้อยละ 1
	S.22 พัฒนาหน่วยงานให้เกิดระบบการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพและโปร่งใส	K54- โรงพยาบาลผ่านการประเมินผ่านเกณฑ์ประเมิน ITA
	S.23 พัฒนาระบบควบคุมและบริหารจัดการความเสี่ยงด้านสนับสนุนรองทุกหน่วยงานให้มีประสิทธิภาพ	K56- โรงพยาบาลผ่านผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน EIA-5 มิติ
		K57 ไม่พบจำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุการฉกฉวยทรัพย์สินระดับ G,H,I ด้านคลินิก
		K58 ไม่พบจำนวนครั้งการเกิด อุบัติการณ์ความรุนแรง ระดับ 3 ด้านสนับสนุน
	S.24 พัฒนาระบบการตรวจสอบความพร้อมใช้ของวัสดุอุปกรณ์ในโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ	K59 ไม่พบจำนวนการครั้งความไม่พร้อมใช้ ลิฟต์ขนส่ง
		K60 ไม่พบจำนวนการครั้งความไม่พร้อมใช้ ระบบไฟฟ้า
		K61 ไม่พบจำนวนการครั้งความไม่พร้อมใช้ ระบบกึ่งทางการแพทย์
		K62 ไม่พบจำนวนอุบัติเหตุการฉกฉวยทรัพย์สินไม่พร้อมใช้ของวัสดุ/อุปกรณ์ในโรงพยาบาล



การนำแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ (Implementation)

การบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์ให้ มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล จำเป็นต้องมีกระบวนการนำไปสู่การปฏิบัติ ได้รับความร่วมมือจากทุกหน่วยงาน ในการ ร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมรับผิดชอบ การวางแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเกาะคา ได้ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมจาก ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการร่วมประชุม ระดมความคิดเห็น และพิจารณา กำหนดทิศทางการทำงานของโรงพยาบาลเกาะคา ภายใต้การประชุมเชิงปฏิบัติการของคณะทำงาน แล้วนำเสนอให้ผู้บริหารและคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลและ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ให้ความเห็นชอบ ประกาศใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติราชการ เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพให้บรรลุเป้าหมายวิสัยทัศน์ ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินการบรรลุวิสัยทัศน์และเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้ ต้องมีการขับเคลื่อนแผนสู่การปฏิบัติ ซึ่งเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญมากที่จะผลักดันการทำงานของกลไกทั้งหมดให้สามารถบรรลุผลลัพธ์ตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ เพื่อให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีความรู้สึกเป็นเจ้าของและมีส่วนร่วม ใช้กระบวนการการผลักดันกำลัง มีการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ ทั้งแผนงาน แผนเงิน และแผนคน รวมทั้งให้ผู้ที่เกี่ยวข้อง ปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ ค่านิยม วิธีการทำงาน และการสร้างสภาพผู้นำร่วมกัน ในบุคลากรทุกระดับ เพื่อขับเคลื่อนร่วมกัน ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อมุ่งสู่จุดมุ่งหมายสูงสุดองค์กร คือการบรรลุวิสัยทัศน์ที่ตั้งไว้

แนวทางการขับเคลื่อนแผนสู่การปฏิบัติ

1. กำหนดผู้รับผิดชอบและบทบาทให้ชัดเจน แต่งตั้งคณะกรรมการที่มีผู้บริหารทำหน้าที่อำนวยความสะดวก สนับสนุน และติดตามกำกับให้การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ฯ ให้ บรรลุเป้าหมาย โดยมอบหมายให้ผู้จัดการรายประเด็น ยุทธศาสตร์
2. ผู้อำนวยการฯ และผู้บริหารทุกระดับเป็นผู้นำรวมพลังขับเคลื่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และเพื่อเป็นกลไกในการสื่อสารทิศทางโรงพยาบาล ให้แก่บุคลากรทุกระดับมีความเข้าใจ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมและการสนับสนุน มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้รับทราบถึงทิศทางการทำงาน จะได้เข้าใจและให้การสนับสนุนการทำงาน โดยจัดประชุมชี้แจงนโยบายและถ่ายทอดยุทธศาสตร์แก่ผู้ปฏิบัติ และกำกับติดตามผลงานเป็นรายเดือน
3. ถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์ออกมาเป็นแผนปฏิบัติการ โดยนำกลยุทธ์และแนวทางการดำเนินงานมาแปลงเป็นแผนงาน/โครงการที่ปฏิบัติได้ โดยมีการปรึกษาหารือระหว่างกันเพื่อให้เกิดการบูรณาการแผนงาน/โครงการ เข้ากับแผนยุทธศาสตร์จังหวัดลำปาง ตัวชี้วัดระดับกระทรวงสาธารณสุข ให้บรรลุเป้าหมายเดียวกัน โดยในกระบวนการวางแผนได้มีหน่วยงานเจ้าภาพหลักในการกำหนดค่าเป้าหมายรองรับในเบื้องต้นไว้แล้ว โดยเจ้าภาพหลักหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องจัดทำรายละเอียดแผนงาน/โครงการ เพื่อทำแผนปฏิบัติการประจำปีให้ดำเนินการต่อไป
4. การถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์ไปสู่ระดับหน่วยงานและระดับบุคคล สู่การปฏิบัติอย่างชัดเจน รวมทั้งจูงใจให้ทุกคนมุ่งเน้นการทำงานเพื่อมุ่งผลสัมฤทธิ์ โดยให้จัดทำบันทึกคำรับรองการปฏิบัติการประจำปีเพื่อรับผิดชอบตัวชี้วัดรายองค์กร 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 ในระยะเวลา การดำเนินงานตามแผน เพื่อให้ได้ผลงาน (Outputs) เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

การติดตามผลเป็นวิธีการเร่งรัดตรวจสอบ ให้ดำเนินการแล้วเสร็จตามเวลาที่กำหนด โดยจะต้องทำ อย่างเป็นระบบ และต่อเนื่องตลอดระยะเวลาของการดำเนินงาน ซึ่งจะติดตามผลเป็นประจำทุก 1 เดือน 3 เดือน ซึ่งการติดตามผลจะมุ่งเน้นข้อมูลที่มีความสำคัญหลัก ๆ ของงาน ดังนี้

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

อะไรบ้าง

การประเมินผล (Evaluation)

เป็นกระบวนการประเมินผลงานอย่างมีระบบ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลของการ ดำเนินงานตามแผน และพิจารณา ให้ทราบถึงจุดเด่นหรือจุดด้อยของงาน แล้วตัดสินใจจะปรับปรุงแก้ไขงาน นั้น เพื่อดำเนินงานต่อไปหรือหยุดยุดงานนั้น ช่วยให้ได้ตระหนักถึงคุณภาพของงานที่กำหนดไว้ว่า จะสามารถ สนองตอบหรือสามารถแก้ไขปัญหาได้หรือไม่ และช่วยให้สามารถตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลง ให้มีความ ถูกต้องเหมาะสม และส่งผลให้งาน นั้นดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ทุก ประการ

ระบบการติดตามและประเมินผล

ได้กำหนดตัวชี้วัดผลการปฏิบัติหลักและ ได้มีการติดตามและประเมินผล เพื่อทราบความก้าวหน้าของ ผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และการบรรลุผลสำเร็จ หรือผลสัมฤทธิ์ของงานตามแผนยุทธศาสตร์และ แผนปฏิบัติการ โดยการใช้ประชุมประจำเดือนติดตามบริหารแผนงาน/โครงการในการเพิ่มประสิทธิภาพการ กำกับและติดตามประเมินผล โดยมีแนวทางการดำเนินงาน ดังนี้

1. แต่งตั้งคณะทำงานติดตามและประเมินผลโดยคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลเกาะคา เป็น คณะทำงานติดตามและประเมินผลระบบสุขภาพของโรงพยาบาลเกาะคาหรือร่วมกับระดับอำเภอ ตามแผน ยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติราชการประจำปีของโรงพยาบาลเกาะคาอำเภอเกาะคา อำนาจหน้าที่ของ คณะทำงานติดตามและประเมินผล ได้แก่



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



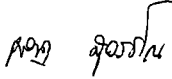
แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ. ๒๕๖๑

สำหรับหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	
ชื่อหน่วยงาน : คณะกรรมการดำเนินงานโครงการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส โรงพยาบาลเกาะคา วัน/เดือน/ปี : ๑๖ มีนาคม ๒๕๖๙ หัวข้อ นโยบายและยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ) นโยบายและยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน และประกาศเผยแพร่ในเว็บไซต์โรงพยาบาลเกาะคา http://www.kokhahospital.go.th Link ภายนอก : ไม่มี หมายเหตุ :	
ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล  (นายกิติพงษ์ บำเพ็ญ) ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ วันที่ ๑๖ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๙	ผู้อนุมัติรับรอง  (นางสุมิตรา โยธา) ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกาะคา วันที่ ๑๖ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๙
ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่  (นางสาวกาญจนา สุวรรณ) เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษาปฏิบัติงาน วันที่ ๑๖ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๙	