Strategy Mapโรงพยาบาลผักไห่

วิสัยทัศน์ : โรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพ ภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อประชาชนมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน

พันธกิจ :
1. พัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากรอย่าง มีประสิทธิภาพ
2. พัฒนาระบบบริการ ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูสภาพ แก่ผู้รับบริการครอบครัวและชุมชน
3. สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพ
4. พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1.	ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2.	ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3.	ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4.
การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ	พัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพ	พัฒนาภาคีเครือข่ายสุขภาพให้เข้มแข็ง	พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

เป้าประสงค์ (Goal)	ผู้รับบริการปลอดภัย เครือข่ายเข้มแข็ง บุคลากรมีความสุข
มิติประสิทธิผล	F1. มีทรัพยากรที่เหมาะสมเพียงพอ F2.ประชาชนป่วยและตายด้วยโรคและภัยสุขภาพลดลง (DM,HT, stroke,STEMI,DHF,โรคอุบัติใหม่) F3. ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม
มิติคุณภาพ	C1.บริหารจัดการโดยหลักธรรมาภิบาล C2.มีระบบบริหารการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพ C3. หน่วยบริการผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล C4.หน่วยบริการผ่านเกณฑ์คุณภาพ (QA,HA,LA,RA,มาตรฐานปฐมภูมิ) C5. ความพึงพอใจผู้รับบริการ C6.ภาคีเครือข่ายบริการมีคุณภาพ C7.ชุมชนเข้มแข็ง
มิติประสิทธิภาพของการปฏิบัติ	I1.พัฒนาระบบทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ I2.พัฒนาระบบการเงินการคลัง I5.พัฒนาระบบติดตามประเมินผล I6.พัฒนาระบบข้อมูลเพื่อบริหารจัดการ I7.พัฒนาระบบบริการให้ได้มาตรฐาน ผ่านการรับรอง HA I9. พัฒนาภาคีเครือข่ายระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ I10. พัฒนาแกนนำด้านสุขภาพในชุมชน I3.พัฒนาระบบ PMS I4.พัฒนาระบบควบคุมภายใน
มิติพัฒนาองค์กร	L1.บุคลากรมีความสุขและความผูกพัน/สุขภาพดี L2.บุคลากรมีความรู้สมรรถนะในการทำงาน L3.เสริมสร้างคุณธรรมจริยธรรม L4. วิจัย/R2R /CQI นวัตกรรม

พันธกิจ (mission)	ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	กลยุทธ์	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	Coverage KPI
1. พัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ	1. การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ	1. มีระบบบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล งบประมาณ เครื่องมือ	1. เพิ่มประสิทธิภาพ การบริหารจัดการ ทรัพยากร (การเงินการคลัง,ควบคุมภายใน,เครื่องมือ)	1. มีการบริหารจัดการการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพ 2. เพื่อเพิ่มศักยภาพบุคลากรของโรงพยาบาล 3. เพื่อให้บุคลากร เก่ง ดี มีสุข ผูกพันและสุขภาพดี	1.ระดับวิกฤตการเงิน 2. อัตราการติดเชื้อของบุคลากร
2. พัฒนาระบบบริการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูสภาพ แก่ผู้รับบริการครอบครัวและชุมชน	2. พัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพ	2. ประชาชนได้รับบริการที่ปลอดภัย ได้มาตรฐานวิชาชีพและมีความพึงพอใจ 3. เครือข่ายคุณภาพเพื่อคุณภาพของผู้ใช้บริการและประชาชน	2. พัฒนาระบบบริการคุณภาพเพื่อตอบสนองความคาดหวังแก่ผู้ใช้บริการ 3. เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลให้มีคุณภาพได้มาตรฐานพึงพอใจ	4. เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดี ในกลุ่มเป้าหมายสำคัญ 5. เพื่อเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ 6. เพื่อให้เกิดหน่วยงานบริการคุณภาพ 7. เพื่อให้ผู้ใช้บริการปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ 8.เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังสามารถดูแลตนเองได้	**ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพบริการให้ได้มาตรฐาน** 3. อัตราของผู้ป่วยDMที่มีผล HbA1C<7 4. อัตราระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด 5.อัตราการเกิด AE 6. อัตราความพึงพอใจ/ผูกพัน 7. อัตราการเกิดDM รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง
3. สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพ	3. พัฒนาภาคีเครือข่ายสุขภาพให้เข้มแข็ง	4. เครือข่ายเข้มแข็งประชาชนมีสุขภาพดี สามารถจัดการโรคที่สำคัญและป้องกันได้	4. สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพและแระชาชนสุขภาพดี	9. เพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม	8. อัตราการเกิด stroke ,STEMI, DHF 9.ร้อยละของประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม
4.พัฒนาระบบบริหารจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ	4.พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ	5. พัฒนาและขับเคลื่อนระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการดูลสุขภาพ	5. เพิ่มประสิทิภาพการบริหารจัดการสารสนเทศ	10.เพื่อให้เกิดการนำสารสนเทศมาใช้ประโยชน์ เชื่อมโยงข้อมูลสู่การดูแลสุขภาพ	10. ร้อยละของผู้ป่วยที่ยืนยันตัวตนระบบหมอพร้อมและใช้ระบบหมอพร้อม

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

Challenges	Objective (Short/Long)	Key tactics	HR plan	KPI	เป้าหมาย 2566	ผลงาน 2566	ผลงาน 2567	เป้าหมาย 2567	เป้าหมาย 2568	เป้าหมาย 2569	เป้าหมาย 2570	กิจกรรม/โครงการ	ผู้รับผิดชอบ
บุคลากรในทุกหน่วยงานมีความผูกพันต่อองค์กรมีความสุขและความพึงพอใจในการทำงาน	เพื่อให้บุคลากรมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความผูกพันในองค์กรและมีความสุขในการทำงาน	สร้างแรงจูงใจและขวัญกำลังใจ	1.กิจกรรมเสริมสร้างความสุข ขวัญกำลังใจให้บุคลากร 2.พัฒนาข้อมูลบุคลากรตามหน่วยงานและวิชาชีพ เพื่อใช้ประโยชน์ในเรื่องความก้าวหน้า	1. ร้อยละความพึงพอใจ ความสุข และความผูกพันในองค์กร								- ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามผลการประเมิน Happinometer องค์กรคุณธรรม - กิจกรรมสร้างความสุข ขวัญกำลังใจบุคลากร ● กิจกรรมสร้างความสุข ตามช่วงเวลาตลอดปีงบประมาณ ● เสริมสร้างเส้นทางการเติบโตในสายงาน/วิชาชีพ -กิจกรรมส่งเสริมจริยธรรม ● กิจกรรมทำบุญ ตักบาตรตามประเพณีศาสนาพุทธ ● กิจกรรมจิตอาสา บำเพ็ญประโยชน์ ส่งเสริมเรื่องการเสียสละเพื่อส่วนรวม ● กิจกรรมให้ความรู้ด้านวินัยแก่เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล ● ยกย่องเชิดชูเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติดี ด้วยการให้รางวัล	HR/รัตนะ/บุษยมาส
				- ความพึงพอใจ	ร้อยละ >70	71.14		>70	>70	>70	>70		
				- ความผูกพันในองค์กร	ร้อยละ >65	65.38		>65	>65	>70	>70		
				- ความสุข	ร้อยละ >65	NA ระบบไม่เปิด key		>65	>65	>70	>70		

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

Challenges	Objective (Short/Long)	Key tactics	HR plan	KPI	เป้าหมาย 2566	ผลงาน		เป้าหมาย				กิจกรรม/โครงการ	ผู้รับผิดชอบ
						2566	2567	2567	2568	2569	2570		
บุคลากรมีความรู้สมรรถนะในการทำงาน	-พัฒนาสมรรถนะส่วนที่ขาดให้บุคลากร -บุคลากรมีสมรรถนะสอดคล้องกับงานบริการตามกลุ่มโรค ตาม service plan	พัฒนาระบบบริหารทรัพยากรบุคคลที่มีประสิทธิภาพสอดคล้องกับการจัดการบริการ และ service plan	พัฒนาระบบ functional competency	2. ร้อยละของบุคลากรได้รับการพัฒนาความรู้และสมรรถนะ ●ร้อยละหน่วยงานวิชาชีพที่มีบุคลากรผ่านเกณฑ์ที่กำหนด functional competency	ร้อยละ 80	NA		80	80	80	80	-จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรรายบุคคล -เข้ารับการอบรมตามแผน -ติดตามการพัฒนา	HR/บุษยมาส
				- พยาบาล		NA							
				- เภสัช		NA							
				- Lab		NA							
				- ทันตกรรม		NA							
				- กายภาพ		NA							
				- นักวิชาการ		NA							
				3.ร้อยละของบุคลากรได้รับการอบรมตาม Learning need	80	78.57		80	80	80	80		

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

Challenges	Objective (Short/Long)	Key tactics	HR plan	KPI	เป้าหมาย 2566	ผลงาน		เป้าหมาย				กิจกรรม/โครงการ	ผู้รับผิดชอบ
						2566	2567	2567	2568	2569	2570		
พัฒนาระบบ PMS	-เพื่อสร้างขวัญกำลังใจให้กับผู้ปฏิบัติงาน -เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการพัฒนาองค์กร	นำระบบ PMS สู่การปฏิบัติจริง	อบรมบุคลากรให้นำระบบPMS มาใช้ในการประเมิน	4. ระดับความสำเร็จของการใช้ PMS	5	3		5	5	5	5	-วางแผนการดำเนินกิจกรรมและกำกับติดตาม และคัดเลือกตัวชี้วัดร่วมกัน -ทำ MOU ตัวชี้วัดระหว่าง ผอ.หัวหน้างานและ หัวหน้างานกับบุคลากรในหน่วย -โรงพยาบาลใช้ผลงานและสมรรถนะพิจารณาประเมินเงินเดือน	HR/รัตนะ/นงลักษณ์

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

Challenges	Objective (Short/Long)	Key tactics	HR plan	KPI	เป้าหมาย 2566	ผลงาน		เป้าหมาย				กิจกรรม/โครงการ	ผู้รับผิดชอบ
						2566	2567	2567	2568	2569	2570		
การมีคุณธรรมและการโปร่งใสในการทำงาน (ITA)	-ประเมินผลด้านคุณธรรมและความโปร่งใส -พัฒนาและปรับปรุงกระบวนการให้มีประสิทธิภาพ, ให้เกิดผลในการปฏิบัติ, สร้างมาตรการป้องกัน , ปรับปรุงการทุจริตในระดับปฏิบัติในองค์กร -ลดการกระทำผิดทางวินัยและประพฤติมิชอบของเจ้าหน้าที่	ประกาศเป็นนโยบาย/มาตรการในการดำเนินงานขององค์กร	พัฒนาบุคลากรโดยสร้างความเข้าใจในผู้รับผิดชอบทุกกลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง	5.ระดับความสำเร็จตัวชี้วัด ITA ผ่านการประเมินตามเกณฑ์เมื่อสิ้นปีงบประมาณ	ระดับ5	5 (86.36)		5	5	5	5	-ประชุมชี้แจงและทำความเข้าใจแนวทางการทุจริตและประพฤติมิชอบ -ประชุมชี้แจงทำความเข้าใจ/วิเคราะห์ความเสี่ยงในการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนในโรงพยาบาล -สร้างเสริมวัฒนธรรมและค่านิยมให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานอย่างซื่อสัตย์สุจริต	HR/รัตนะ
				6.ร้อยละบุคลากรมีความผิดทางวินัยและประพฤติมิชอบ	0	0		0	0	0	0		

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

Challenges	Objective (Short/Long)	Key tactics	HR plan	KPI	เป้าหมาย 2566	ผลงาน		เป้าหมาย				กิจกรรม/โครงการ	ผู้รับผิดชอบ
						2566	2567	2567	2568	2569	2570		
ผลงานทางวิชาการ/นวัตกรรมที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพ	เพื่อพัฒนางานประจำสู่การวิจัยหรือเกิดนวัตกรรมในการพัฒนางานประจำ	เชื่อมโยงจากปัญหาความเสี่ยง ปัญหาจากการทำงานประจำนำไปสู่กระบวนการพัฒนางานให้เกิดนวัตกรรม	-มุ่งส่งเสริมให้หน่วยงานทุกหน่วยงานมีความคิดริเริ่ม สร้างสรรค์ ในการพัฒนาหรือปรับปรุงงานประจำให้เกิดนวัตกรรมงานวิจัย	7. ร้อยละหน่วยงานที่มีนวัตกรม/R2R/วิจัย/CQI/เรื่องเล่า	ร้อยละ 70	26.6 (4/15) แผนไทย เภสัชกรรม ปฐมภูมิ LR		80	80	100	100	-จัดประกวดนวัตกรรม CQI/R2R ทุกหน่วยงานในองค์กร โดยมุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมายที่จะทำ อวช. ตามกำหนด ต้องให้มีผลงาน	HR/ เกษศรินทร์

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

Challenges	Objective (Short/Long)	Key tactics	HR plan	KPI	เป้าหมาย 2566	ผลงาน		เป้าหมาย				กิจกรรม/โครงการ	ผู้รับผิดชอบ
						2566	2567	2567	2568	2569	2570		
บุคลากรมีสุขภาพดี ลดการเกิดDM รายใหม่ในบุคลากร	เพื่อให้บุคลากร มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการจัดการสุขภาพตนเอง และเป็นต้นแบบที่ดีในการดูแลสุขภาพตนเอง	- สร้างบทบาทการนำ - สร้างจิตสำนึกปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	พัฒนาศักยภาพบุคลากร ในการดูแลสุขภาพตนเอง (3อ.2ส.)	8.ร้อยละบุคลากรกลุ่มเสี่ยงเข้า ร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	80	51.52 (34/66)		80	80	80	80	- ประเมินภาวะสุขภาพบุคลากรจากการตรวจสุขภาพประจำปี - ค้นหาบุคลากรเสี่ยง (Pre DM, BMI> 25) ประชุมชี้แจง ให้ความรู้ 3 อ.2ส. กำหนดแนวทางกิจกรรมการให้ความรู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการบริโภคโดยนักโภชนาการร่วมกันจัดกิจกรรมการออกกำลังกายให้เจ้าหน้าที่อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง - ประเมินติดตามผลโดยการตรวจ FBS ที่ 6 เดือน	ปฐมภูมิ กันยวัณ /รัตติยา
				9.อัตราป่วยรายใหม่ ในบุคลากรกลุ่มเสี่ยง	0			0	0	0	0		
				- DM รายใหม่		8 (2/25)							
				- HT รายใหม่		0 (0/16)							
				- ไขมันรายใหม่		11.9 (15/126)							

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

Challenges	Objective (Short/Long)	Key tactics	HR plan	KPI	เป้าหมาย 2566	ผลงาน		เป้าหมาย				กิจกรรม/โครงการ	ผู้รับผิดชอบ
						2566	2567	2567	2568	2569	2570		
การบริหารจัดการการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพให้มีสภาพคล่องเพียงพอ	-เพื่อให้มีการใช้งบประมาณถูกต้อง คุ้มค่า ประหยัด โรงพยาบาลมีงบประมาณเพียงพอต่อการบริหารงานจัดการเพื่อบริการที่ดี	พัฒนาระบบการเงินการคลัง เพิ่มรายได้ และลดค่าใช้จ่าย มีทุนสำรองสุทธิเพียงพอ (NWC)	วิเคราะห์และติดตามสถานการเงินการคลัง	10. ระดับวิกฤตการเงิน	≤1	1		≤1	≤1	≤1	≤1	1. การพัฒนาระบบการควบคุมภายใน 5 มิติ 2. การพัฒนาคุณภาพบัญชี (Accounting Audit : AC) 3. การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง (Financial Management : FM) และบริหารจัดการและควบคุมสถานะทางการเงินไม่ให้วิกฤติ 4. ติดตามการจัดซื้อจัดจ้างตามแผนในแต่ละเดือน โดยรายงานให้ผอ. และกรรมการบริหารรับทราบ 5. ติดตามรายงานเรื่องการส่งตรวจพิเศษที่มีค่าใช้จ่ายสูงเพื่อเฝ้าระวังและกำกับติดตาม	HR/ศศิธร/มลิวัลย์
				11.ระดับ TPS	≥B	F		B	B+	B+	A		

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

Challenges	Objective (Short/Long)	Key tactics	HR plan	KPI	เป้าหมาย 2566	ผลงาน		เป้าหมาย				กิจกรรม/โครงการ	ผู้รับผิดชอบ
						2566	2567	2567	2568	2569	2570		
-เครื่องมือแพทย์ที่มีความเสี่ยงสูงและมีความจำเป็นต้องสอบเทียบได้รับการสอบเทียบและผ่านเกณฑ์มาตรฐานพร้อมใช้งาน เพียงพอ	- เพื่อให้เกิดความพร้อมใช้เพียงพอของเครื่องมือ	-ทุกหน่วยงานมีเครื่องมือที่มีคุณภาพ พร้อมใช้ เพียงพอ	-กรรมการเครื่องมือแพทย์ทุกคนสามารถอ่านผลการสอบเทียบเครื่องมือความทุกตัวได้ถูกต้อง -เครื่องมือแพทย์ความเสี่ยงสูงได้รับการ Checklist ทุกวัน	12.ร้อยละความไม่พร้อมใช้ของเครื่องมือแพทย์ที่มีความเสี่ยงสูง	<1	0.66 (1/150) laryngo		0	0	0	0	ส่งสอบเทียบเครื่องมือแพทย์ที่มีความเสี่ยงสูงและมีความสำคัญปีละ 1 ครั้ง -มีการบำรุงรักษาเครื่องมือแพทย์เชิงรุกในกลุ่มเครื่องมือแพทย์เสี่ยงสูง - สุ่มตรวจสอบความพร้อมใช้ของเครื่องมือแพทย์ที่มีความเสี่ยงสูงโดยหัวหน้างาน หรือกรรมการเครื่องมือแพทย์ที่ได้รับมอบหมายทุกเดือน - ทุกหน่วยงานมีทะเบียนคุมเครื่องมือแพทย์ ที่เป็นปัจจุบัน	อรสา
				13.ร้อยละเครื่องมือแพทย์ที่มีความเสี่ยงสูงได้รับการสอบเทียบตามเกณฑ์และผ่าน	100	100 (39)		100	100	100	100		

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

Challenges	Objective (Short/Long)	Key tactics	HR plan	KPI	เป้าหมาย 2566	ผลงาน		เป้าหมาย				กิจกรรม/โครงการ	ผู้รับผิดชอบ
						2566	2567	2567	2568	2569	2570		
- พัฒนาระบบและขับเคลื่อนงานอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืนตามเกณฑ์ GREEN& CLEAN Hospital	เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม **ระยะสั้น** เพื่อสื่อสารข้อมูลความรู้ แนวทางปฏิบัติ สร้างจิตสำนึกกับบุคลากร **ระยะยาว** เพื่อให้บุคลากรและองค์กรเป็นต้นแบบที่ดี ร่วมกันพัฒนางานด้านสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อสุขภาพ ขยายลงสู่เครือข่ายชุมชน อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน	C: การสื่อสารสาธารณะ L: สร้างบทบาทผู้นำ E: เกิดผลเป็น รูปธรรม A: สร้างจิตสำนึกอย่างมีส่วนร่วม N: ร่วมมือกับภาคีเครือข่ายชุมชน	อบรมพัฒนาองค์ความรู้ ,นวัตกรรม กฎหมาย ที่เกี่ยวข้อง ในการดำเนินงานตามเกณฑ์ G&C Hospital	14.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN& CLEAN Hospital	ระดับดีมาก	ระดับดีมาก (ประเมินตนเอง)		ระดับดีมาก	ระดับดีมาก Plus	ระดับดีมาก Plus	ระดับดีมาก Plus	G : รณรงค์/ประเมิน ลด คัดแยกขยะถูกต้อง : ปรับปรุงระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ/อันตราย R : ประเมิน/พัฒนาปรับปรุงห้องส้วมใน รพ. ให้ผ่าน เกณฑ์ HAS E : ส่งเสริมกิจกรรม 5 ส. , Big Cleaning ปรับปรุง ภูมิทัศน์ เพิ่มพื้นที่สีเขียว สะอาด ปลอดภัย : ตรวจสอบ พัฒนาระบบบำบัดน้ำเสียมาตรฐานพร้อมใช้ ทุกเดือน ส่งน้ำทิ้งตรวจวิเคราะห์ ทุก 3 เดือน E : รณรงค์ เพิ่มมาตรการประหยัดพลังงานไฟฟ้า, การใช้น้ำ, ส่งเสริมการใช้พลังงานทดแทน N : ประเมินสุขาภิบาลอาหาร โรงครัว : ตรวจสอบ พัฒนาระบบประปา / จุดให้บริการน้ำดื่ม ส่งน้ำประปาตรวจวิเคราะห์ ทุก 6 เดือน - จัดหาเครือข่าย/แหล่ง วัตถุดิบปลอดภัย/อินทรีย์ / ปลอดสารพิษ /GMP ประกอบอาหารให้ผู้ป่วย - ประเมินความเสี่ยงจากการทำงาน ตรวจประเมินสภาพแวดล้อมจากการทำงาน และตรวจวัดทางอาชีวสุขศาสตร์	ทีม ENV สุชนม์ พรรษมน

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพ

Challenges	Objective (Short/Long)	Key tactics	HR plan	KPI	เป้าหมาย 2566	ผลงาน		เป้าหมาย				กิจกรรม/โครงการ	ผู้รับผิดชอบ
						2566	2567	2567	2568	2569	2570		
ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงและผู้ป่วยเบาหวานได้รับการดูแลที่เหมาะสม	**ประชาชนป่วยตายด้วยโรคและภัยสุขภาพลดลง** **ระยะสั้น** 1.เพื่อลดอัตราการเกิดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ 2.เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานและญาติมีความรู้เรื่องโรคเบาหวาน รวมถึงการดูแลตนเองและปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม **ระยะยาว** 1.เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ 2. เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน(ตา ไต เท้า)	-พัฒนาทีมสหสาขาวิชาชีพให้การดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงและผู้ป่วยDM ให้ได้ตามมาตรฐาน	- การจัดการความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการควบคุมการเกิด DM การชะลอและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน	15. ระดับความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย DM								**ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูง** ● จัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อให้ความรู้ในเรื่องการดูแลตนเองเพื่อป้องกันไม่ให้เกิด DM ● คัดกรอง CVD risk เพื่อจัดกลุ่มการทำกิจกรรมได้อย่างเหมาะสม **กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน** ● จัดกิจกรรมกลุ่มให้ความรู้การดูแลตนเองเพื่อให้ควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ● พัฒนา clinic เบาหวานเข้มข้น [DM exclusive clinic] สำหรับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้เป็นพิเศษ ● จัดการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย DM ทุกรายประจำปีทุกปี ● วางแผนเตรียม แผนที่บ้านสำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง	PCT / พนิดา
				- อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	<2	3.06 (61/1991)		<2	<2	<2	<2		
				- ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (HbA1C<7)	>40	26.21 (752/2869)		>40	>45	>50	>50		
				- ร้อยละของ DM ได้รับการคัดกรองCVD Risk	>75	72.84 (2090/2869)		≥80	≥80	≥85	≥85		
				- ร้อยละของการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในผู้ป่วยเบาหวาน	< 5	3.31 (95/2869)		< 5	< 4	< 4	< 4		

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพ

Challenges	Objective (Short/Long)	Key tactics	HR plan	KPI	เป้าหมาย 2566	ผลงาน 2566	ผลงาน 2567	เป้าหมาย 2567	เป้าหมาย 2568	เป้าหมาย 2569	เป้าหมาย 2570	กิจกรรม/โครงการ	ผู้รับผิดชอบ
				- ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและญาติในกลุ่มผู้ป่วย DM Exclusive clinic มีความรู้ในกระบวนการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน	> 80	85		NA	NA	> 80	> 80	(ต่อ) **พัฒนาภาคีเครือข่าย** ● ปรับปรุงแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานและการส่งต่อ ● พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่รพ.สต.เพื่อคัดกรองภาวะแทรกซ้อนเบาหวานทางเท้า	
				- ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต	50	33.39 (957/2869)		50	60	70	80		
				- ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตา	30	34.4 (987/2869)		30	40	50	60		
				- ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ที่ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางเท้า	30	30.46 (874/2869)		30	40	50	60		
				- ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต	<20	31.92 (916/2869)		<20	<20	<20	<20		
				- ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดภาวะแทรกซ้อนทางตา	<2	0.59 (17/2869)		2	2	2	2		
				- ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้า	<3	0.34 (10/2869)		3	3	3	3		

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพ

Challenges	Objective (Short/Long)	Key tactics	HR plan	KPI	เป้าหมาย 2566	ผลงาน		เป้าหมาย				กิจกรรม/โครงการ	ผู้รับผิดชอบ
						2566	2567	2567	2568	2569	2570		
ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงและผู้ป่วยstroke ได้รับการดูแลที่เหมาะสม	ประชากรป่วยและตายด้วยโรคและภัยสุขภาพลดลง **<u>ระยะสั้น</u>** -เพื่อให้การรักษาเบื้องต้น ส่งต่อ fast tack ได้ทันเวลาและเหมาะสม **<u>ระยะยาว</u>** - ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย Stroke - ผู้ป่วย Stroke มี Barthel index ที่ดีขึ้น - ลดอัตราการเกิด Stroke ในผู้ป่วยที่มี CVD risk score ตั้งแต่ 20%	พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้เรื่องโรคstroke -รณรงค์การละเลิกสูบบุหรี่ -พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย strokeอย่างต่อเนื่อง	-มีการอบรมฟื้นฟูบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง	16. ระดับความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย Stroke								- แบ่งกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันที่มีในแต่ละช่วง CVD risk มาให้ความรู้ในการดูแลตนเองและประเมินตนเองเบื้องต้นได้ ตามแต่ละกลุ่มเสี่ยง - ให้ความรู้เรื่อง stroke แก่ผู้มารับบริการ • ให้สุขศึกษาประชาสัมพันธ์เรื่องอาการสำคัญที่ต้องรีบมารพ. • ประชาสัมพันธ์การใช้บริการ 1669 ทำแผนที่บ้านผู้ป่วย และกลุ่ม CVD risk > 20%	PCT/พัทธนันท์/OPD/IPD
				- อัตราการเข้าถึงโรงพยาบาลได้ทันเวลา 120 นาที	>50	37 (30/80)		>50	>50	>60	>60		
				- อัตราการเกิด Stroke จากกลุ่ม CVD risk > 20%	<1	2.49 (53/2123)		<1	<1	<1	<1		
				- อัตราการ Refer Stroke fast tract (door to referใน 90 นาที)	100	100 (18/18)		100	100	100	100		
				-จำนวนของการเกิดภาวะแทรกซ้อน Stroke ● Pneumonia ● UTI ● Bedsore	<3	0 8.33 (2/24) 0		<3	<3	<3	<3		

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพ

Challenges	Objective (Short/Long)	Key tactics	HR plan	KPI	เป้าหมาย 2566	ผลงาน		เป้าหมาย				กิจกรรม/โครงการ	ผู้รับผิดชอบ
						2566	2567	2567	2568	2569	2570		
ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วย STEMI ได้รับการดูแลที่เหมาะสม	ประชากรป่วยและตายด้วยโรคและภัยสุขภาพลดลง -เพื่อประเมินให้การรักษาเบื้องต้นและส่งต่อ Fast track ได้อย่างเหมาะสม -ลดอัตราป่วยและตายจากSTEMI -เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน STEMI ได้อย่างถูกต้อง	-พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้เรื่องโรค STEMI -รณรงค์การเลิกสูบบุหรี่ - ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วย STEMI แก่บุคลากร	-มีการอบรมฟื้นฟูบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง	17. ระดับความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย STEMI								-ประชุมให้ความรู้บุคลากรเรื่องโรคSTEMI ปีละ 1 ครั้ง -พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย ร่วมกับโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยSTEMI เพื่อให้ส่งต่อได้รวดเร็ว -จัดทำแผนที่บ้านในผู้ป่วยSTEMI - ทำแผนที่บ้านผู้ป่วยและกลุ่ม CVD risk > 20% - จัดอบรมแนวทางการฟื้นคืนชีพผู้ป่วยขั้นสูง [ACLS] ทุกปี - พัฒนา Clinic เลิกบุหรี่ร่วมกับหน่วยงานปฐมภูมิ โดยทำในกลุ่ม CVD risk > 20%	PCT นพ.ธนพล/ ศิมากาญจน์/ OPD
				- อัตราการเกิด STEMIในกลุ่ม CVD risk > 20%	<1	0.52 (11/2123)		<1	<1	<1	<1		
				- จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลด้วยโรค STEMI	0	0 (0/18)		0	0	0	0		
				- ร้อยละการสูบบุหรี่ในผู้ป่วย DM และ HT	<5%	5.62 (332/5904)		5%	5%	5%	5%		
				-จำนวน ผู้ป่วย STEMI ที่ได้ยา (Fibrinogen drug)		0 (0/18)							

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพ

Challenges	Objective (Short/Long)	Key tactics	HR plan	KPI	เป้าหมาย 2566	ผลงาน		เป้าหมาย				กิจกรรม/โครงการ	ผู้รับผิดชอบ
						2566	2567	2567	2568	2569	2570		
ผู้ป่วยกลุ่มติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการประเมินและดูแลอย่างเหมาะสมและทันท่วงที	ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเสียชีวิตลดลง - ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการดูแลอย่างได้มาตรฐาน	-พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้เรื่องโรค Sepsis - ให้ความรู้ประชากรกลุ่มเสี่ยงที่จะมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยเน้นกลุ่มผู้ป่วย NCDs สูงอายุ ติดเตียง เป็นต้น	-มีการอบรมฟื้นฟูบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง	18. ระดับความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย Sepsis								- อบรมเจ้าหน้าที่ ฟื้นฟูความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด - ปรับปรุง CPG sepsis ใหม่แทนของเดิม - ให้ความรู้ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ในเรื่อง การติดเชื้อในกระแสเลือด - พัฒนาแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับรพ.แม่ข่าย	PCT/ ปทิตตา
				- อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย ติดเชื้อในกระแสเลือด	<4	1.38 (1/72)		<4	<4	<3	<3		
				- อัตราการให้ยาปฏิชีวนะ ในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ภายใน 1 ชั่วโมง	100	100		100	100	100	100		
				- อัตราการส่งต่อผู้ป่วย Septic shock	>50	15.27 (11/72)		>50	>50	>50	>50		
				- อัตราผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่ได้รับการรักษาและสามารถกลับบ้านได้	>70	83.33 (60/72)		>80	>80	>80	>80		

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพ

Challenges	Objective (Short/Long)	Key tactics	HR plan	KPI	เป้าหมาย 2566	ผลงาน		เป้าหมาย				กิจกรรม/โครงการ	ผู้รับผิดชอบ
						2566	2567	2567	2568	2569	2570		
กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองและญาติ ได้รับการรักษาที่ได้มาตรฐานและได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมทั้งร่างกาย จิตใจ และวิญญาณ	- ผู้ป่วยประคับประคองทุกรายได้รับการ Advance care plan - ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในการได้รับการรักษาในแนวทางการประคับประคอง	- ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาแบบแนวทางประคับประคองกับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย	-พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้ความเข้าใจของการดูแลแบบประคับประคอง	19.ระดับความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย Palliative care								- จัดทำแนวทางและชี้แจงบุคลากรในแต่ละจุดบริการถึงแนวทางในการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง ตั้งแต่ภาวะฉุกเฉิน การดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยใน การดูแลรักษาต่อเนื่องที่บ้าน การให้ยา Morphine	PCT สุภาภรณ์
				- อัตราการดูแลกลุ่มผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ได้รับการ Advance care plan	90	98.86 (87/88)		100	100	100	100		
				- ร้อยละของผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในการดูแลแบบประคับประคอง	>85	95		>85	>85	>85	>85		
				- อัตราการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้เองที่บ้าน	80	94.28 (33/35)		80	80	90	90		
				-ร้อยละผู้ป่วยที่ good death	>90	100 (72)		>90	>90	100	100		

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพ

Challenges	Objective (Short/Long)	Key tactics	HR plan	KPI	เป้าหมาย	ผลงาน		เป้าหมาย				กิจกรรม/โครงการ	ผู้รับผิดชอบ
						2566	2567	2567	2568	2569	2570		
ประชาชนมีสุขภาพดี เข้าถึงแพทย์ทางเลือก	พัฒนาระบบบริการให้ได้มาตรฐาน ผ่านการรับรอง HA (แพทย์แผนไทย) **ระยะสั้น** - ผู้ป่วยรู้จักแพทย์แผนไทยและเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทย **ระยะยาว** - เป็นทางเลือกในการรักษา - ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพตัวเองได้ด้วยการแพทย์แผนไทย	- ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ เพื่อแสดงให้เห็นความสำคัญของแพทย์แผนไทย - ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง	- เพิ่มพูนความรู้ให้กับบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย - ให้ความรู้แก่ประชาชนที่สนใจด้านการแพทย์แผนไทย	20.การดูแลด้วยแพทย์แผนไทย								- กระตุ้นการใช้สมุนไพรทดแทนการใช้ยาแผนปัจจุบันบางรายการ - เพิ่มรายการยาสมุนไพรที่ใช้ใน รพ. และรพ.สต. - ควบคุมติดตามการใช้ยาสมุนไพรใน รพ.สต. - คลินิกพิเศษด้านการแพทย์แผนไทย สมุนไพรและกัญชา - ใช้กัญชาทางการแพทย์ในผู้ที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง - บูรณาการแพทย์แผนไทยกับผู้ป่วยIMC - บริการแพทย์แผนไทยเคลื่อนที่ - โครงการบรรเทาข้อเข่าเสื่อมด้วยสมุนไพร - R2R /นวตกรรม	วรุฒ
				- ร้อยละของผู้ป่วยนอก ได้รับบริการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน	21	23.15 (82,250/ 19,043)		22	23	24	24		
				- ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้น	>5	5.88 (102/6)		5	5	5	5		
				-ร้อยละ มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น	>3	23.3 (ปี63 =403,630 ปี66 =497,701)		3	3	3	3		
				-ร้อยละของผู้ป่วยIMC ได้รับบริการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก	>3	5.98 (7/117)		3	3	3	3		

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพ

Challenges	Objective (Short/Long)	Key tactics	HR plan	KPI	เป้าหมาย 2566	ผลงาน		เป้าหมาย				กิจกรรม/โครงการ	ผู้รับผิดชอบ
						2566	2567	2567	2568	2569	2570		
ผู้ป่วยIMCทั้ง 4 กลุ่มโรค ได้รับการดูแลฟื้นฟูเพื่อให้คนไข้ใช้ชีวิตประจำวันและอยู่ในสังคมได้	Short - ผู้ป่วยIMC.ทุกรายที่ Refer backจาก รพศ./รพท.และ Case walk in หรือพบในชุมชนได้รับการดูแลต่อเนื่องครบ6เดือน Long - ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและใช้ชีวิตในสังคมได้	- พัฒนาระบบการดูแลระยะกลางต่อเนื่อง	- เพิ่มพูนทักษะความรู้ด้านIMC แก่ทีม IMC	21.การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง								- ออกให้บริการศูนย์ฟื้นฟู รพ.สต.หนองน้ำใหญ่สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในช่วงเช้าให้บริการที่ ระ.สต. ช่วงบ่ายออก Home visit - ปฏิบัติงานตาม IMC bed ตามProtocal รพ.ผักไห่	PT จันทิมาภรณ์
				- ร้อยละผู้ป่วย IMC.ได้รับการดูแลต่อเนื่องครบ 1-6 เดือน	80	63.33 (19/30)		100	100	100	100		
				- คะแนน Barthel เต็ม 100	100	89.47 (17/19)		100	100	100	100		
				- ผู้ป่วย IMCศูนย์ฟื้นฟูที่ รพ.สต.หนองน้ำใหญ่ มีคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้น	>80	66.67 (4/6)		>80	>80	>80	>80		
				-ร้อยละผู้ป่วย IMC. ทั้ง 4 กลุ่ม ที่ D/Cจาก รพ. ●stroke ●brain injury ●Cord injury ●Fracture hip. มีคะแนนBIเพิ่มขึ้น	>70	79.16 (19/24) 70.83 (17/24) 0 0 33.33 (2/6)		>80	>80	>80	>80		

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพ

Challenges	Objective (Short/Long)	Key tactics	HR plan	KPI	เป้าหมาย 2566	ผลงาน		เป้าหมาย				กิจกรรม/โครงการ	ผู้รับผิดชอบ
						2566	2567	2567	2568	2569	2570		
ลด ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยวัณโรค -เพิ่มศักยภาพในการติดตามผู้ป่วยขาดยา	อเพิ่มอัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่แลละกลับเป็นซ้ำ -เพื่อลดอัตราการเสียชีวิจากโรควัณโรคระหว่างให้การรักษา	ฒนาคุณภาพและเมินมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์และการดื้อยา	พัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้รับผิดชอบและภาคีเครือข่ายในการค้นหา กำกับติดตามผู้ป่วยที่ขาดยา	22.การดูแลผู้ป่วยวัณโรค -อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	>88	100 (5/5)		>88	>90	>90	>90	-เข้ารับการนิเทศ กำกับติดตามงานวัณโรคของจังหวัด -คัดกรองค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง -ติดตามและประเมินผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค	กันยวัณ / คกก.case management ผู้ป่วยวัณโรค (ทีมสหสาขา)

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพ

Challenges	Objective (Short/Long)	Key tactics	HR plan	KPI	เป้าหมาย 2566	ผลงาน		เป้าหมาย				กิจกรรม/โครงการ	ผู้รับผิดชอบ
						2566	2567	2567	2568	2569	2570		
ไม่เกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาล	เพื่อให้ระบบงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อได้คุณภาพมาตรฐาน ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ HA **ระยะสั้น** -อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลลดลง **ระยะยาว** -ผู้ป่วย/บุคลากร สิ่งแวดล้อม ปลอดภัยไม่เกิดการติดเชื้อ	กำกับติดตามในระบบงาน IC	-พัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ ตระหนักในงาน IC -ส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด -ติดตามประเมินผลการปฏิบัติ	23. อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล	≤1.5	0.17		≤1.5	≤1.4	≤1.3	≤1.2	- อบรมให้ความรู้แก่บุคลากรทุกระดับ - มีการค้นหาปัญหาเชิงรุกที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในผู้ป่วย บุคลากร และสิ่งแวดล้อม เบื้องต้นในทุกกิจกรรมการทำงาน โดย ICN และICWN แต่ละหน่วย - Update SP IC ให้มีความทันสมัย นำมาใช้ได้ และจัดทำแนวทางการปฏิบัติ - มี IC Round ตามหน่วยงานโดยทีม IC อย่างน้อยทุก 3 เดือน/ครั้ง - ทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้นจากรายงานในแต่ละหน่วยงานและเวชระเบียน เพื่อหาแนวทางการแก้ไขและป้องกันไม่เกิดการติดเชื้อในผู้ป่วย บุคลากร และสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล	ทีมIC/ ปทิตตา

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพ

Challenges	Objective (Short/Long)	Key tactics	HR plan	KPI	เป้าหมาย 2566	ผลงาน 2566	ผลงาน 2567	เป้าหมาย 2567	เป้าหมาย 2568	เป้าหมาย 2569	เป้าหมาย 2570	กิจกรรม/โครงการ	ผู้รับผิดชอบ
ไม่เกิดการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล	เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา (MDR,CRE,ESBL, MRSA)	จัดทำแนวทางในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ+สร้างนวตกรรม ให้บุคลากรตระหนัก	-พัฒนาความความรู้และความเข้าใจในหลัก Isolation Precaution	24. อัตราการเกิดเชื้อดื้อยาลดลง • NI • CI	1 ≤4.5	0 7.13		<1 ≤4.5	<1 ≤4.5	<1 ≤4.5	<1 ≤4.5	- บุคลากรทุกท่านได้รับการ Update ความรู้เรื่องเชื้อดื้อยา และ หลัก Isolation Precaution อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	ทีมIC /ปทิตตา

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพ

Challenges	Objective (Short/Long)	Key tactics	HR plan	KPI	เป้าหมาย 2566	ผลงาน		เป้าหมาย				กิจกรรม/โครงการ	ผู้รับผิดชอบ
						2566	2567	2567	2568	2569	2570		
ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย	พัฒนาและสร้างศักยภาพมารดาและทารก	-สนับสนุนให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่าน Best pratics -พัฒนากลไกล สนับสนุนและกำกับติดตามในโรงพยาบาลและเครือข่าย รพ.สต ในพื้นที่	-พัฒนาศักยภาพแพทย์และพยาบาลในโรงพยาบาลและเครือข่ายรพ.สต ในพื้นที่เกี่ยวกับการดูแลมารดาและทารก -จัดทำแผนฟื้นฟูสมรรถณะอย่างต่อเนื่อง จัดให้มีระบบ Training พยาบาลจบใหม่	25. ระดับความสำเร็จในการดูแลมารดาและทารก								1.การให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาและอนามัยเจริญพันธุ์ ในเด็กช่วงวัยเรียนและวัยรุ่น 2.รณรงค์การฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์(ค้นหาเชิงรุกในชุมชน) 3.รณรงค์การฝากครรภ์ 8ครั้งคุณภาพ (จนท. อสม.ติดตามคีย์ข้อมูลให้ความรู้) 4.การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ตามเกณฑ์มาตรฐาน 5.โครงการเทศบาลเมืองผักไห่ เสริมสร้างความปลอดภัยแม่-ลูก ด้วยมหัศจรรย์ 2500 วันแรกของชีวิต 6.ปรับปรุงCPGและกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง 7.รณรงค์การใช้แบบประเมินความเสี่ยงมารดาคลอดทุกราย 8.จัดทำแผนเผชิญภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม 9.จัดทำCQI/นวัตกรรม 10.ติดตามมารดาหลังคลอดตามเกณฑ์	MCH สิริมาส ปนิตา
				25.1 ANCคุณภาพ									
				-ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์	>75	73.47 (36/49)		75	75	75	75		
				- ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการคัดกรองความเสี่ยง	100	100		100	100	100	100		
				- ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเสริมไอโอดีน	100	100		100	100	100	100		
				- ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการประเมิน HL	100	72.15		100	100	100	100		
				- ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการวัดความยาวปากมดลูก	>36	36.59 (15/41)		36	36	36	36		
				- ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้ผ่านเกณฑ์ฝากครรภ์คุณภาพ 8 ครั้ง	>75	22.92 (11/48)		75	75	75	75		

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพ

Challenges	Objective (Short/Long)	Key tactics	HR plan	KPI	เป้าหมาย 2566	ผลงาน		เป้าหมาย				กิจกรรม/โครงการ	ผู้รับผิดชอบ
						2566	2567	2567	2568	2569	2570		
				25.2 ห้องคลอดคุณภาพ									
				-อัตราการตายมารดาทั้งDirect และ Indirect	0	0 (0/27)		0	0	0	0		
				-อัตราการคลอดมีชีพในหญิง15-19 ปี	<23ต่อพันการเกิดมีชีพ	0 (0/5)		<23ต่อพันการเกิดมีชีพ	<23ต่อพันการเกิดมีชีพ	<23ต่อพันการเกิดมีชีพ	<23ต่อพันการเกิดมีชีพ		
				-อัตราการเกิด PPH	< 5 %	11.12 (3/27)		< 5 %	< 5 %	< 5 %	< 5 %		
				-อัตราการเกิดรกค้าง	< 2 %	3.71 (1/27)		< 2 %	< 2 %	< 2 %	< 2 %		
				-อัตราการคลอดก่อนกำหนด	≤9%	0 (0/27)		≤9%	≤9%	≤9%	≤9%		
				-อัตราการเกิด BA	25:1000	74.07 (2/27)		25:1000	25:1000	25:1000	25:1000		
				-อัตราการเกิด LBW	< 7 %	7.41 (2/27)		< 7 %	< 7 %	< 7 %	< 7 %		
				ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์	>ร้อยละ 65	60 (33/55)		>65	>65	>65	>65		

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพ

Challenges	Objective (Short/Long)	Key tactics	HR plan	KPI	เป้าหมาย 2566	ผลงาน		เป้าหมาย				กิจกรรม/โครงการ	ผู้รับผิดชอบ
						2566	2567	2567	2568	2569	2570		
-ลดอัตราป่วย โรคไข้เลือดออก	เพื่อให้ประชาชน และเครือข่าย มีส่วนร่วมให้พัฒนาสิ่งแวดล้อม กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย อย่างต่อเนื่อง	-สื่อสารความเสี่ยง บูรณาการร่วมกับประชุมของเครือข่ายต่างๆ - สร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่าย	-ทีมSRRT ใหม่ อบรม/ ฟื้นฟูความรู้ ด้านระบาด วิทยา	26.การดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก -อัตราป่วย โรคไข้เลือดออก ลดลงจากมัธยฐาน 5ปีย้อนหลัง	ลดลงจากมัธยฐาน 5ปีย้อนหลัง Med ม.ค.-ส.ค. =55.98 ต่อปชก.แสนคน	ลดลง 35.63 ต่อปชก.แสนคน (ม.ค.-ส.ค. 2566)		ลดลงมัธยฐาน 5ปีย้อนหลัง	ลดลงมัธยฐาน 5ปีย้อนหลัง	ลดลงมัธยฐาน 5ปีย้อนหลัง	ลดลงมัธยฐาน 5ปีย้อนหลัง	-ร่วมรณรงค์จิตอาสาพัฒนาสิ่งแวดล้อม สำรวจ และรณรงค์กำจัดแหล่งเพาะพันธ์ลูกน้ำยุงลายในชุมชนทุกเดือน -สื่อสารความสี่ยงกับผู้ป่วยDHF ทุกราย (Dengue corner) – ทีมSRRT ตำบลปฏิบัติ ตามแนวทางสอบสวนควบคุมโรคไข้เลือดออก มาตรการ 3-3-1 -ติดตามประเมินผลโดยทีมSATอ.ผักไห่ / สสจ.อย.	สุชนม์ ทีมSRRT อ.ผักไห่

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพ

Challenges	Objective (Short/Long)	Key tactics	HR plan	KPI	เป้าหมาย 2566	ผลงาน		เป้าหมาย				กิจกรรม/โครงการ	ผู้รับผิดชอบ
						2566	2567	2567	2568	2569	2570		
ผ่านการรับรองมาตรฐาน HA	พัฒนาระบบบริการให้ได้มาตรฐาน ผ่านการรับรอง HA ระยะสั้น - โรงพยาบาลมีระบบบริหารจัดการที่ดี ระยะยาว - ประชาชนได้รับบริการได้มาตรฐานสุขภาวะดี บุคลากรโรงพยาบาลมีความสุข	- พัฒนาระบบงานคุณภาพ - สร้างแรงจูงใจ ขวัญและกำลังใจ	- พัฒนาบุคลากรด้านความรู้ , ทักษะและสมรรถนะ - พัฒนาบุคลากรด้านพฤติกรรมบริการที่ดี	27.ระดับความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	ผ่าน Re-Accreditation3 /ss	ผ่าน Re-Accreditation3 /ss		ผ่าน re-accredit4	ผ่าน re-accredit4 /ss	ผ่าน re-accredit4 /ss	ผ่าน re-accredit5	ดำเนินการตามขั้นตอนการพัฒนาสู่ความสำเร็จตาม Step ของงานคุณภาพ	อรสา

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพ

Challenges	Objective (Short/Long)	Key tactics	HR plan	KPI	เป้าหมาย 2566	ผลงาน		เป้าหมาย				กิจกรรม/โครงการ	ผู้รับผิดชอบ
						2566	2567	2567	2568	2569	2570		
หน่วยบริการพยาบาลผ่านการรับรองมาตรฐาน QA ระดับ 3 ขึ้นไป	- หน่วยงานมีระบบและกลไกการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง -เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการตามมาตรฐานวิชาชีพ	-ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลโดยใช้QA -ทำแผนกำกับติดตาม	- พัฒนาความรู้ ความเข้าใจใน มาตรฐานงาน - ศึกษาดูงาน KM จากโรงพยาบาลพี่ เลี้ยง -จัดประชุมเชิงปฏิบัติการตามมาตรฐานวิชาชีพ	28.ร้อยละ ของหน่วยบริการ พยาบาล มีคุณภาพ ผ่านเกณฑ์ การประเมิน คุณภาพมีคะแนนมากกว่าร้อยละ 60	70	80 (4/5) ขาดIC		80	100	100	100	1. จัดโครงการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล QA 2. ทบทวนกระบวนการ QA งานที่ เกี่ยวข้องทั้งหมด 3. ศึกษาดูงาน และ KM จากโรงพยาบาลพี่เลี้ยง 4. ประเมินไขว้ระหว่างกลุ่มงานในโรงพยาบาล 5.นิเทศติดตาม	อรสา/พจนารถ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพ

Challenges	Objective (Short/Long)	Key tactics	HR plan	KPI	เป้าหมาย 2566	ผลงาน		เป้าหมาย				กิจกรรม/โครงการ	ผู้รับผิดชอบ
						2566	2567	2567	2568	2569	2570		
ผ่านการรับรองมาตรฐาน LA และรักษาสภาพอย่างยั่งยืน	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์คุณภาพ HA (LA) ระยะสั้น -เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการตรวจวิเคราะห์ที่ถูกต้องแม่นยำตามมาตรฐานวิชาชีพ ระยะยาว -ผู้ป่วยปลอดภัย	-หน่วยงานผ่านเกณฑ์คุณภาพต่อเนื่อง	-เพิ่มพูนความรู้ทางวิชาการและเทคโนโลยีตามมาตรฐานวิชาชีพ	29.ห้องปฏิบัติการผ่านเกณฑ์ประเมินตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ 2565	ผ่าน re-accredit4	ผ่าน re-accredit4		ผ่าน re-accredit4	ผ่าน re-accredit4	ผ่าน re-accredit5	ผ่าน re-accredit5	ควบคุมกระบวนการหลัก - ขบวนการก่อนการวิเคราะห์ - ขบวนการวิเคราะห์ - ขบวนการหลังการวิเคราะห์	หทัยทิพย์

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพ

Challenges	Objective (Short/Long)	Key tactics	HR plan	KPI	เป้าหมาย 2566	ผลงาน		เป้าหมาย				กิจกรรม/ โครงการ	ผู้รับผิดชอบ
						2566	2567	2567	2568	2569	2570		
ผู้รับบริการพึงพอใจลดข้อร้องเรียน	-ประชาชนได้รับบริการที่ดี -ประชาชนมีความศรัทธาในโรงพยาบาล	มีการรับฟังและเรียนรู้จากผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน เพื่อตอบสนองความต้องการและความคาดหวัง	-พัฒนาบุคลากรด้านพฤติกรรมบริการที่ดี -สร้างวัฒนธรรมองค์กรโดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง	30.ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการในโรงพยาบาล								-ปรับรูปแบบการประเมินความพึงใจให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าและง่ายต่อการจัดเก็บและวิเคราะห์ข้อ -พัฒนาระบบบริการเพื่อตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ - พัฒนาโรงพยาบาลตามนโยบาย EMS -โครงการพัฒนาจริยธรรมพยาบาล	อรสา/ กันยวัณ
				- OPD	> 85	96.12		> 85	> 85	> 85	> 85		
				- IPD	> 85	87.70		> 85	> 85	> 85	> 85		
				- ชุมชน	> 85	87.22		> 85	> 85	> 85	> 85		
				31.ร้อยละความผูกพันของผู้รับบริการในโรงพยาบาล									
				- OPD	> 85	98.07		> 85	> 85	> 85	> 85		
				- IPD	> 85	96.29		> 85	> 85	> 85	> 85		
				- ชุมชน	> 85	95.21		> 85	> 85	> 85	> 85		
				32.จำนวนข้อร้องเรียนได้รับการแก้ไข	< 10 เรื่องต่อปี	19 เรื่อง		< 10 เรื่องต่อปี	< 10 เรื่องต่อปี	< 10 เรื่องต่อปี	< 10 เรื่องต่อปี		

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพ

Challenges	Objective (Short/Long)	Key tactics	HR plan	KPI	เป้าหมาย 2566	ผลงาน		เป้าหมาย				กิจกรรม/โครงการ	ผู้รับผิดชอบ
						2566	2567	2566	2567	2568	2569		
-ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน เพื่อจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และองค์กร	**ระยะสั้น** -ความเสี่ยงทุกเรื่องได้เข้าสู่กระบวนการทบทวนแก้ไข **ระยะยาว** -ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และองค์กรได้รับความปลอดภัย -การบริหารความเสี่ยงได้รับการปลูกฝังให้เป็นวัฒนธรรมองค์กร	-ส่งเสริม พัฒนา ควบคุม กำกับ ติดตาม ระบบบริหารความเสี่ยง	ทบทวนนโยบายระบบบริหารความเสี่ยงและความรู้เรื่องระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลแก่บุคลากรทุกคน	33.ความสำเร็จของการ พัฒนาระบบบริหารความ เสี่ยง								-update คู่มือบริหารความเสี่ยง -จัดอบรมฟื้นฟูระบบบริหารความเสี่ยงแก่บุคลากรทุกคนเพื่อทราบนโยบายความเสี่ยงและ update ความรู้ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล - มีการทำ leaderships walk round ทุก 3 เดือน	ทีม RM
				-ร้อยละของหน่วยงานที่มีการค้นหาและส่งรายงานความเสี่ยง	95	100 (17/17)		95	95	100	100		
				-สัดส่วน Near miss : miss	80:20	60:40 (890 : 573)		80:20	80:20	85:15	85:15		
				-อัตราการเกิด AE (ครั้ง/พันวันนอน)	<10	10.59 (62/5855)		<10	<10	<10	<10		
				-ร้อยละการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ Clinic ระดับ E ถึงI	<30	45.5 (5/11)		<30	<25	<25	<20		
				ร้อยละการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ Non Clinic ระดับ 3-4	<20	60 (3/5)		<20	<15	<15	<10		
				-ร้อยละการเกิดอุบัติการณ์ Clinic ระดับ E ถึง I ที่ได้ทำ RCA	95	97.8 (90/92)		95	100	100	100		
				-ร้อยละการเกิดอุบัติการณ์ Non Clinic ระดับ 3-4 ที่ได้ทำ RCA	95	0 (5)		95	100	100	100		
				-ร้อยละวัฒนธรรมความปลอดภัย	80	70.37		80	80	85	85		
				-ร้อยละตัวชี้วัด9มาตรฐานสำคัญจำเป็น ผ่านเกณฑ์	>75	73.3 (11/15)		>75	>80	>80	>85		

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพ

Challenges	Objective (Short/Long)	Key tactics	HR plan	KPI	เป้าหมาย 2566	ผลงาน		เป้าหมาย				กิจกรรม/โครงการ	ผู้รับผิดชอบ
						2566	2567	2567	2568	2569	2570		
ผู้รับบริการได้รับบริการตามมาตรฐานวิชาชีพ - ประชาชนได้รับความปลอดภัยด้านยา	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์คุณภาพ HA (ระบบยา) ที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้เกิดความมั่นใจได้ว่าโรงพยาบาลเป็นองค์กรที่มุ่งพัฒนาให้เกิดความปลอดภัยด้านยากับผู้ป่วย	- เน้นติดตามระบบการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาและการดำเนินการรายตัวชี้วัดของ 2P safety	- เน้นให้บุคลากรมีการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ - ดำเนินงานร่วมเป็นทีมสหสาชาวิชาชีพเพื่อผู้ป่วยได้รับบริการด้านยาที่เป็นมาตรฐานและมีความปลอดภัย	34. ความสำเร็จในการพัฒนาระบบยา								-มีรายงานสถานการณ์ความปลอดภัยด้านยาและผลการดำเนินการของระบบคุณภาพและความปลอดภัยด้านยาอย่างสม่ำเสมอ (อย่างน้อยทุกสามเดือน)	เกษศรินทร์
				-.ความคลาดเคลื่อนทางยาผู้ป่วยนอก	5 พันใบสั่งยา (42,903)	4.48 (192)		5 พันใบสั่งยา	5 พันใบสั่งยา	5 พันใบสั่งยา	5 พันใบสั่งยา		เหมือนฤทัย
				- ระดับ E ขึ้นไป	0 พันใบสั่งยา	0		0 พันใบสั่งยา	0 พันใบสั่งยา	0 พันใบสั่งยา	0 พันใบสั่งยา		
				- ความคลาดเคลื่อนทางยาผู้ป่วยใน	40 พันวันนอน (5,689)	19 (108)		30 พันวันนอน	20 พันวันนอน	20 พันวันนอน	20 พันวันนอน		หนึ่งฤทัย
				- ระดับ E ขึ้นไป	0 พันวันนอน	0		0 พันวันนอน	0 พันวันนอน	0 พันวันนอน	0 พันวันนอน		
				-ตัวชี้วัด 2P Safety M:Medication 12 ตัวผ่านเกณฑ์	ร้อยละ 100	67 (8/12)		100	100	100	100		

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพ

Challenges	Objective (Short/Long)	Key tactics	HR plan	KPI	เป้าหมาย 2566	ผลงาน		เป้าหมาย				กิจกรรม/โครงการ	ผู้รับผิดชอบ
						2566	2567	2567	2568	2569	2570		
ผู้รับบริการได้รับบริการตามมาตรฐานวิชาชีพด้วยการรักษาตาม Evidence base medicine ที่เหมาะสมและสมเหตุสมผล	- เพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างปลอดภัย ผู้ป่วยได้รับยากลุ่มปฏิชีวนะที่สมเหตุสมผล เพื่อป้องกันและลดเชื้อดื้อยา - เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุ สมผลในทุกกลุ่มโรคเป้าหมาย	- กำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดของโรงพยาบาลให้สอดคล้องกับนโยบายของจังหวัด - พัฒนาระบบการสั่งใช้ยา การรายงานให้ผู้ปฏิบัติงานรับทราบข้อมูลการใช้ยาให้เหมาะสม	- ชี้แจ้งตัวชี้วัดให้ผู้รับผิดชอบตามรายกลุ่มโรคเป้าหมายเพื่อร่วมตรวจสอบและวิเคราะห์การใช้ยาให้สมเหตุสมผล	35.โรงพยาบาลผ่านระดับการพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล	ระดับ 2	ระดับ 1		ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 2	ระดับ 2	เน้นการใช้ยาปฏิชีวนะใน 4 โรคหลัก หวัด,ท้องเสีย,แผลสด,หญิงคลอดปกติในโรงพยาบาล -นำเสนอข้อมูลให้ผู้ปฏิบัติรับทราบรายเดือน เพื่อให้เกิดกระบวนการปรับเปลี่ยนระบบการทำงานที่รวดเร็ว	เกษศรินทร์

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาภาคีเครือข่ายสุขภาพให้เข้มแข็ง

Challenges	Objective (Short/Long)	Key tactics	HR plan	KPI	เป้าหมาย 2566	ผลงาน		เป้าหมาย				กิจกรรม/โครงการ	ผู้รับผิดชอบ
						2566	2567	2567	2568	2569	2570		
พัฒนาภาคีเครือข่ายสุขภาพ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ที่รับยาที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ได้รับยาตามหลักเกณฑ์การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล	ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ได้รับยาตามหลักเกณฑ์การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล	ปรับโปรแกรม Hosxp ใน รพ.สต. ดึงรายงานเพื่อติดตามตัวชี้วัดในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ณ หน่วยบริการปฐมภูมิ	ชี้แจ้งตัวชี้วัดให้ผู้รับผิดชอบ.ใน PCU เพื่อวิเคราะห์การใช้ยาให้สมเหตุสมผล	36.ไม่พบการใช้ยาRAS blockade(ACEI/ARB/Renin inhibitor)2ชนิดร่วมกันในการรักษาผู้ป่วยความดันเลือดสูงทั่วไป	0	1		0	0	0	0	พัฒนารายงานของ Hosxp ใน รพ.สต. ที่ให้บริการหน่วยบริการปฐมภูมิในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	เกษศรินทร์
				37.การใช้ยา Metformin เพื่อรักษาผู้ป่วยเบาหวานเบาหวาน เป็นยาชนิดเดียวหรือร่วมกับยาอื่นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยไม่มีข้อห้ามใช้	>ร้อยละ 80	100		>ร้อยละ80	>ร้อยละ80	>ร้อยละ80	>ร้อยละ80		
				38. การใช้ยาNSAIDsผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไป	<ร้อยละ 10	NA		<ร้อยละ 10	<ร้อยละ 10	<ร้อยละ 10	<ร้อยละ 10		

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาภาคีเครือข่ายสุขภาพให้เข้มแข็ง

Challenges	Objective (Short/Long)	Key tactics	HR plan	KPI	เป้าหมาย 2566	ผลงาน		เป้าหมาย				กิจกรรม/โครงการ	ผู้รับผิดชอบ
						2566	2567	2567	2568	2569	2570		
ภาคีเครือข่ายมีระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิมีคุณภาพ ต่อเนื่อง	เพื่อพัฒนาภาคีเครือข่ายให้มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขและการจัดการด้านสุขภาพประชาชน	สนับสนุนการดำเนินงานวิเคราะห์ปัญหาและบูรณาการเชื่อมโยงในการดูแลสุขภาพประชาชน	พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขและหน่วยงานอื่นๆในพื้นที่ให้มีความเข้าใจและร่วมแก้ปัญหาสุขภาพประชาชน	39.จำนวนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอผ่านเกณฑ์	1 เรื่อง	1 การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี		1	2	2	2	-ร่วมประชุมวิเคราะห์ปัญหาด้านสาธารณสุขของอำเภอ -นำเสนอปัญหาสาธารณสุขชุมชนแก่เลขานุการคณะกรรมการพชอ. เพื่อเสนอในมติในที่ประชุมฯ -จัดทำแผนปฏิบัติการและดำเนินการตามแผน -กำกับติดตามประเมินผลการดำเนินงาน	ปฐมภูมิ วิมล

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาภาคีเครือข่ายสุขภาพให้เข้มแข็ง

Challenges	Objective (Short/Long)	Key tactics	HR plan	KPI	เป้าหมาย 2566	ผลงาน		เป้าหมาย				กิจกรรม/โครงการ	ผู้รับผิดชอบ
						2566	2567	2567	2568	2569	2570		
ภาคีเครือข่ายมีระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิมีคุณภาพ ต่อเนื่อง	เพื่อพัฒนาภาคีเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิผ่านเกณฑ์ มาตราฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิและประชาชนคนไทยเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิ	สนับสนุนการดำเนินงานและการเยี่ยมเสริมพลังแบบบูรณาการ เชื่อมโยงในการดูแลสุขภาพประชาชน	พัฒนาศักยภาพฟื้นฟูวามรู้ ที่เกี่ยวข้อง ตามเกณฑ์มาตราฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ	40.รพสต.ผ่านคุณภาพมาตราฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ	1 แห่ง	1 หนองน้ำใหญ่		4	8	12	15	-ประชุมคกก.เพื่อวางแผนการดำเนินงาน -ประสานแพทย์ทบทวนCPG และสื่อสารให้จนท.รพสต. -ประชุมฟื้นฟูความรู้ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการประเมิน เช่นงานชันสูตร -รพ.สต.ประเมินตนเองและเตรียมความพร้อม -คกก.มาตราฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิระดับอำเภอลงเยี่ยมเสริมพลัง นิเทศติดตามประเมินผล	ปฐมภูมิ วิมล
			พัฒนาศักยภาพ อสม.ให้มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ	41.จำนวนประชากรไทยมี 3 หมอ	ร้อยละ 70	76.21 (20308/ 26646)		70	80	90	90	-ประชุมชี้แจงช่องทางการสื่อสารกับ อสม.	ปฐมภูมิ รัตติยา

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาภาคีเครือข่ายสุขภาพให้เข้มแข็ง

Challenges	Objective (Short/Long)	Key tactics	HR plan	KPI	เป้าหมาย 2566	ผลงาน		เป้าหมาย				กิจกรรม/โครงการ	ผู้รับผิดชอบ
						2566	2567	2567	2568	2569	2570		
พัฒนาแกนนำด้านสุขภาพในชุมชนให้เข้มแข็ง เชื่อมโยงสู่ชุมชน	เพื่อให้แกนนำสุขภาพมีความรู้ ความเข้าใจและมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพในชุมชน	- เสริมสร้างทักษะสุขศึกษา และเทคโนโลยีกับภาคีเครือข่ายในการจัดการสุขภาพ -อสม.ต้นแบบในการดูแลสุขภาพ	พัฒนาศักยภาพ ด้านสุขศึกษา ด้านสื่อสารความเสี่ยง ด้านเทคโนโลยี	42.ร้อยละของอสม.มี Health literacy	70	24.93 (207/ 830)		70	75	80	85	-สำรวจ และวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพในอสม. แกนนำครอบครัว -สื่อสารความเสี่ยง ให้ความรู้ ตามส่วนขาด -ติดตามประเมินความรอบรู้ -3อ3ส. ●การสืบค้นข้อมูลสุขภาพ ●การเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ ●การเข้าถึงบริการ	ปฐมภูมิ รัตติยา
				43.จำนวนครัวเรือนมีแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว	50 ครัวเรือน/ตำบล	57.88 (923/ 16)		50	50	50	50		
				44.ร้อยละของครัวเรือนที่แกนนำสุขภาพมี health literacy	50	63.17 (585/ 926)		50	50	50	50		

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาภาคีเครือข่ายให้เข้มแข็ง

Challenges	Objective (Short/Long)	Key tactics	HR plan	KPI	เป้าหมาย 2566	ผลงาน		เป้าหมาย				กิจกรรม/โครงการ	ผู้รับผิดชอบ
						2566	2567	2567	2568	2569	2570		
ประชาชนมีสุขภาพดีทุกกลุ่มวัย	เพื่อให้แกนนำภาคีเครือข่ายสุขภาพมีความรู้ความเข้าใจและมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพในชุมชน	สื่อสารความเสี่ยง ความรู้ เสริมสร้างทักษะการมีส่วนร่วมและบูรณาการดูแลสุขภาพ ใช้เทคโนโลยีจัดการข้อมูล ขับเคลื่อนโดยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	พัฒนาศักยภาพ จนท. /ภาคีเครือข่าย ด้านสุขศึกษา ด้านสื่อสารความเสี่ยง ด้านเทคโนโลยี	45.การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย				85	85	90	90	- ประชุมวิเคราะห์ปัญหาและจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อแก้ไขปัญหา -ติดตามประเมินผลและวิเคราะห์ปัญหาเพื่อวางแผนการพัฒนา	MCH วิมล
				45.1กลุ่มเด็กปฐมวัย 0-5 ปี									
				45.1.1 ร้อยละของเด็ก0-5ปีได้รับการคัดกรองพัฒนาการตามช่วงวัย	85	89.74							

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาภาคีเครือข่ายให้เข้มแข็ง

Challenges	Objective (Short/Long)	Key tactics	HR plan	KPI	เป้าหมาย 2566	ผลงาน		เป้าหมาย				กิจกรรม/โครงการ	ผู้รับผิดชอบ
						2566	2567	2567	2568	2569	2570		
เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย	-เพื่อให้ภาคีเครือข่ายมีความเข้าใจและมีส่วนร่วมในการดูแลพัฒนาการเด็กปฐมวัย	ขับเคลื่อนโดยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอขับเคลื่อน	พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ ครู ในการเฝ้าระวังส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย	45.1.2ร้อยละของเด็ก0-5 ปีที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I	100	100 (4/4)		100	100	100	100	-ดำเนินการตามมาตรฐานการพัฒนาเด็กปฐมวัย 4 D	MCH วิมล ทญ.บุษยมาส
				45.1.3ร้อยละ ศพด.มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ	100	100 (…/…)		100	100	100	100	-จัดอบรมครูผู้ดูแลเด็กเพื่อเพิ่มพูนทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากในศูนย์เด็กเล็ก	
				45.1.4ร้อยละเด็ก 3-5 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	100	85.04 (…/…)		100	100	100	100	- จัดประชุมทันตบุคลากรในเครือข่ายเพื่อให้มีทิศทางการทำงานในทางเดียวกัน	

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาภาคีเครือข่ายให้เข้มแข็ง

Challenges	Objective (Short/Long)	Key tactics	HR plan	KPI	เป้าหมาย 2566	ผลงาน		เป้าหมาย				กิจกรรม/โครงการ	ผู้รับผิดชอบ
						2566	2567	2567	2568	2569	2570		
เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย	-เพื่อให้ภาคีเครือข่ายมีความเข้าใจและมีส่วนร่วมในการดูแลพัฒนาการเด็กปฐมวัย	ขับเคลื่อนโดยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอขับเคลื่อน	พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ ครู ในการเฝ้าระวังส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย	45.1.5ร้อยละเด็ก 3-5 ปีได้รับบริการทางทันตกรรม	80	85.47 (…/…)		80	80	85	90	-ออกหน่วยบริการตรวจสุขภาพช่องปากและเคลือบฟลูออไรด์แก่เด็กกลุ่ม 3- 5 ปี -จัดช่องทางพิเศษรองรับการส่งต่อจากรพสต	งานทันตกรรม ทญ.บุษยมาส

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาภาคีเครือข่ายให้เข้มแข็ง

Challenges	Objective (Short/Long)	Key tactics	HR plan	KPI	เป้าหมาย 2566	ผลงาน 2566	ผลงาน 2567	เป้าหมาย 2567	เป้าหมาย 2568	เป้าหมาย 2569	เป้าหมาย 2570	กิจกรรม/โครงการ	ผู้รับผิดชอบ
ประชาชนมีสุขภาพดีทุกกลุ่มวัย	เพื่อให้แกนนำภาคีเครือข่ายสุขภาพมีความรู้ความเข้าใจและมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพในชุมชน	สื่อสารความเสี่ยง ความรู้ เสริมสร้างทักษะการมีส่วนร่วมและบูรณาการดูแลสุขภาพ ใช้เทคโนโลยีจัดการข้อมูล ขับเคลื่อนโดยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	พัฒนาศักยภาพ จนท. /ภาคีเครือข่าย ด้านสุขศึกษา ด้านสื่อสารความเสี่ยง ด้านเทคโนโลยี	45.2<u>กลุ่มผู้สูงอายุ</u>									
				45.2.1 ร้อยละของผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะถดถอย 9 ด้าน	80	90.11		85	85	90	95	-สำรวจผู้สูงอายุในชุมชน -ประชุมให้ความรู้ อสม. ในการคัดกรองภาวะถดถอย 9ด้านในผู้สูงอายุ -ติดตามเยี่ยมประเมินผู้สูงอายุที่พบมีภาวะถดถอยและวางแผนให้การดูแล	ปฐมภูมิ กุสุมภรณ์
				45.2.2ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะถดถอยได้รับการทำ personalize care plan and intervention	>80	81.34		>80	>80	>80	>80	-ประสานการดูแลกับงานทันตกรรมในรายที่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก	งานทันตกรรม ทญ.บุษยมาส

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาภาคีเครือข่ายให้เข้มแข็ง

Challenges	Objective (Short/Long)	Key tactics	HR plan	KPI	เป้าหมาย 2566	ผลงาน		เป้าหมาย				กิจกรรม/โครงการ	ผู้รับผิดชอบ
						2566	2567	2567	2568	2569	2570		
ประชาชนมีสุขภาพดีทุกกลุ่มวัย	เพื่อให้แกนนำภาคีเครือข่ายสุขภาพมีความรู้ความเข้าใจและมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพในชุมชน	สื่อสารความเสี่ยง ความรู้ เสริมสร้างทักษะการมีส่วนร่วมและบูรณาการดูแลสุขภาพ ใช้เทคโนโลยีจัดการข้อมูล ขับเคลื่อนโดยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	พัฒนาศักยภาพ จนท. /ภาคีเครือข่าย ด้านสุขศึกษา ด้านสื่อสารความเสี่ยง ด้านเทคโนโลยี	45.2.3ร้อยละผู้สูงอายุได้รับบริการตรวจสุขภาพช่องปาก	40	7.73 (…/…)		40	40	40	40	-ออกหน่วยตรวจคัดกรองผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากเพื่อให้บริการตามความจำเป็น	งานทันตกรรม ทญ.บุษยมาส
				45.2.4ร้อยละผู้สูงอายุได้รับบริการทางทันตกรรม	50	10.43 (…/…)		50	50	50	50	- ให้บริการฟันเทียมไม่มีคิว จัดช่องทางด่วนรองรับการส่งต่อตาม guideline BigRock	

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาภาคีเครือข่ายให้เข้มแข็ง

Challenges	Objective (Short/Long)	Key tactics	HR plan	KPI	เป้าหมาย 2566	ผลงาน		เป้าหมาย				กิจกรรม/โครงการ	ผู้รับผิดชอบ
						2566	2567	2567	2568	2569	2570		
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการทันท่วงทีและไม่เกิดการฆ่าตัวตายสำเร็จ	-เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการและได้รับการดูแลตามมาตรฐาน -เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่เกิดการฆ่าตัวตายสำเร็จ	- มีการนำหลัก “3 ส Plus” คือ สอดส่องมองหา, ใส่ใจรับฟัง และส่งต่อเชื่อมโยง มาใช้ในการเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตาย	-พัฒนาความรู้ความเข้าใจในกลุ่ม อสม. และผู้นำชุมชนเกี่ยวกับเรื่องการเฝ้าระวังด้วยหลัก “3 ส Plus”	46.ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ	≥ 75	83.79		≥ 75	≥ 75	≥ 75	≥ 75	- จัดทำโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในกลุ่ม อสม.และผู้นำชุมชน โดยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการและพัฒนาศักยภาพ - คัดกรองความเสี่ยงฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า/โรคจิต โรคทางกายเรื้อรัง โรคจากการใช้สุรา สารเสพติด - ติดตามผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับไปทำร้ายตนเองซ้ำภายใน 1 ปี	ปฐมภูมิ จารุวรรณ
				47.อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	≤ 8.0 ต่อประชากรแสนคน	7.96 ต่อประชากรแสนคน		8.0 ต่อประชากรแสนคน	8.0 ต่อประชากรแสนคน	8.0 ต่อประชากรแสนคน	8.0 ต่อประชากรแสนคน		

ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

Challenges	Objective (Short/Long)	Key tactics	HR plan	KPI	เป้าหมาย 2566	ผลงาน		เป้าหมาย				กิจกรรม/โครงการ	ผู้รับผิดชอบ
						2566	2567	2567	2568	2569	2570		
พัฒนาระบบเวชระเบียนและเทคโนโลยีสารสนเทศให้ประชาชนเข้าถึงบริการ	**ระยะสั้น** **-**บันทึกกิจกรรมการบริการผู้ป่วยใน ให้ประสิทธิภาพ รวดเร็ว ลดการใช้กระดาษ ลดค่าใช้จ่าย **ระยะยาว** -สามารถเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพได้และประชาชนเข้าถึงบริการ	**ใช้ระบบ**BMS IPD Paperless	- พัฒนาบุคลากรในโรงพยาบาลให้มีความรู้การใช้โปรแกรมBMS IPD Paperless	48.ระดับความสำเร็จโรงพยาบาล IPD paperless	5	5		5	5	5	5	- ทำโครงการจัดหาระบบโปรแกรม BMS IPD Paperless -จัดหาอุปกรณ์ hardward สำหรับใช้ลงระบบ - อบรมการใช้งาน จนท.ผู้เกี่ยวข้องทุกคน - เริ่มใช้งาน ipd paperless ช่วงเดือน เมษายน 2566 - ส่งข้อมูล PHR เข้าสู่ระบบ หมอพร้อม	IT จินดา

ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

Challenges	Objective (Short/Long)	Key tactics	HR plan	KPI	เป้าหมาย 2566	ผลงาน		เป้าหมาย				กิจกรรม/โครงการ	ผู้รับผิดชอบ
						2566	**2567**	**2567**	**2568**	**2569**	**2570**		
พัฒนาระบบเวชระเบียนและเทคโนโลยีสารสนเทศให้ประชาชนเข้าถึงบริการ	**ระยะสั้น** -เพื่อการตรวจสุขภาพเบื้องต้นให้กับประชาชน มีการเชื่อมข้อมูลของเครื่องมือแพทย์เข้าระบบฐานข้อมูล Ayutthaya Health Data Center **ระยะยาว** -เพื่อใช้ประชาชนดูแลสุขภาพด้วยตนเอง -พัฒนาเครือข่ายข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์สำหรับระบบแพทย์ทางไกล	พัฒนาศูนย์ข้อมูลกลางด้านสุขภาพ	พัฒนาองค์ความรู้บุคลากรในเรื่องการใช้งานอุปกรณ์ การส่งข้อมูล การดูข้อมูล ให้สอดคล้องกับการพัฒนาโครงการ IOT	49.ร้อยละของตำบลที่มีการพัฒนา Selfcare monitoring using IoT & Data Science	30%	30%		30%	60%	100%	100%	1.จัดซื้อครุภัณฑ์ระบบพัฒนาเครือข่ายข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ สำหรับระบบแพทย์ทางไกล ประกอบด้วยเครื่องเจาะน้ำตาล เครื่องวัดความดัน terminal display 2.อบรมให้ความรู้การใช้ข้อมูลสุขภาพ การใช้ อยุธยาพร้อม ให้กับอสม. ในวาระการประชุมประจำเดือน อสม. ร่วมกับงานส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้อสม.สอนประชาชนให้สามารถดูข้อมูลสุขภาพตัวเองได้ 3.ดำเนินการให้ อสม. ลงพื้นที่ให้บริการ วัดความดัน เจาะน้ำตาล วัดส่วนสูง ชั่งน้ำหนัก รอบเอว ส่งข้อมูลเข้าระบบฐานข้อมูล Ayutthaya Health Data Center	ปฐมภูมิ/IT สิริมาส/จินดา

ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

Challenges	Objective (Short/Long)	Key tactics	HR plan	KPI	เป้าหมาย 2566	ผลงาน		เป้าหมาย				กิจกรรม/โครงการ	ผู้รับผิดชอบ
						2566	2567	2567	2568	2569	2570		
พัฒนาการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพระบบหมอพร้อม	**ระยะสั้น** - เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ มีการเชื่อมโยงข้อมูลเข้าระบบฐานข้อมูลหมอพร้อม **ระยะยาว** -เพื่อให้ประชาชนดูแลสุขภาพด้วยตนเอง -พัฒนาเครือข่ายข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์สำหรับระบบแพทย์ทางไกล	พัฒนาศูนย์ข้อมูลของโรงพยาบาล	-ให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ข้อมูล PHR ในระบบหมอพร้อมให้กับจนท.ของโรงพยาบาลผักไห่	50.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานเข้ายืนยันพิสูจน์ตัวตนและเข้าใช้ระบบหมอพร้อม	10%	11%		30%	50%	60%	80%	1.จัดทำแผนดำเนินการ 2.ส่งข้อมูลสุขภาพ PHR เข้าระบบของกระทรวง/หมอพร้อม 3.ให้ความรู้การใช้งานappหมอพร้อมให้กับจนท.ของโรงพยาบาลผักไห่ตามวาระประชุมIM ปี 2566 4.ประชาชนลงทะเบียนพิสูจน์ตัวตน และใช้งาน app หมอพร้อม	IT จินดา