

แผนยุทธศาสตร์

โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

ระยะ 5 ปี พ.ศ. 2567-2571



กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ
โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

คำนำ

เอกสารแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ระยะ 5 ปี (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567-2571) ฉบับนี้ จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้บุคลากร สังกัดโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ได้รับทราบทิศทางขององค์กร กรอบแนวทางการปฏิบัติงานและการวัดผลการปฏิบัติราชการ ระยะ 5 ปี (ปีงบประมาณ พ.ศ.2567-2571) ซึ่งบุคลากรทุกระดับจะได้ทำความเข้าใจเพื่อนำไปปฏิบัติ ผลักดันให้แผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลมีความก้าวหน้า ประสบผลสำเร็จ และสามารถนำไปใช้ได้จริง

จากการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ที่ผ่านมา มีแนวโน้มที่ดีโดยลำดับ แต่โรงพยาบาลก็ยังไม่หยุดยั้งที่จะพัฒนางานและระบบบริการสาธารณสุข เพื่อสุขภาพที่ดีของประชาชน จึงได้นำบทเรียนที่บุคลากรได้เรียนรู้ร่วมกันมาวิเคราะห์ เพื่อหาแนวทางการพัฒนางานอย่างสร้างสรรค์ ทำทลายและต้องดีกว่าเดิม ด้วยปัญหาด้านสุขภาพที่มีความท้าทายอย่างไม่สิ้นสุด จึงต้องอาศัยความร่วมมือ ร่วมแรง ร่วมใจจากบุคลากรทุกระดับในการแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุข ผลิตผลงานที่มีคุณภาพ อันจะสร้างความพึงพอใจให้กับประชาชนและคุ้มค่าต่อภารกิจของรัฐต่อไป

แผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพ จังหวัดขอนแก่น 5 ปี (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567-2571) สำเร็จลุล่วงด้วยดีจากการสนับสนุนของผู้บริหารโรงพยาบาลอันประกอบด้วยผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มภารกิจ หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้าฝ่าย/งาน พร้อมทั้งได้รับความร่วมมืออย่างดี จากบุคลากรทุกระดับ ในการร่วมช่วยกันระดมความคิด ในการตั้งเป้าหมายและวิสัยทัศน์ ให้เป็นไปในทิศทางเดียว อีกทั้งมีการให้ข้อเสนอแนะต่างๆอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ในการเติมเต็มการดำเนินงานด้านสุขภาพ จึงขอขอบพระคุณทุกท่าน ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องมา ณ โอกาสนี้ หวังเป็นอย่างยิ่งว่า เอกสารฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์สำหรับทุกท่านในการช่วยกันขับเคลื่อนงานให้ถึงจุดหมายที่ตั้งเอาไว้

กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ

พฤศจิกายน 2566

สารบัญ

| | หน้า |
|--|-------|
| ส่วนที่ 1 บทนำ | 1-2 |
| ส่วนที่ 2 กระบวนการทำแผนยุทธศาสตร์ | 3 |
| กระบวนการและขั้นตอน จัดทำแผนกลยุทธ์ | 4-5 |
| การวิเคราะห์องค์กร | 6-28 |
| ผลการวิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็ง โอกาส อุปสรรค | 29-31 |
| ส่วนที่ 3 แผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2567-2571) | |
| วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม อัตลักษณ์ | 32 |
| แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ | 33 |
| ภาพรวมยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น | 34-35 |
| ส่วนที่ 4 การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น | |
| การจัดทำกลยุทธ์ในระดับหน่วยงาน ตามแผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2567 | |
| พันธกิจที่ 1 ให้การรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ ที่มุ่งเน้นในระดับตติยภูมิให้มีคุณภาพ | 36-49 |
| พันธกิจที่ 2 พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้มีคุณภาพ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง | 50-74 |
| พันธกิจที่ 3 สร้างความเข้มแข็งของระบบส่งต่อผู้ป่วย ในหน่วยบริการและเครือข่ายบริการสุขภาพ ทั้งในระบบตติยภูมิและทุติยภูมิ | 75-78 |
| พันธกิจที่ 4 พัฒนาระบบบริหารและบริการให้เป็นองค์กรที่มีธรรมาภิบาล บนพื้นฐานนวัตกรรม และเทคโนโลยีที่ทันสมัย | 79-88 |
| การจัดทำประเด็นยุทธศาสตร์-เป้าประสงค์-ตัวชี้วัด | |
| พันธกิจที่ 1 ให้การรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ ที่มุ่งเน้นในระดับตติยภูมิให้มีคุณภาพ | 89-90 |
| ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาศักยภาพในการบริการโรคเฉพาะด้าน | 91 |
| ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบการรักษาให้มีความปลอดภัยได้มาตรฐาน | 92 |
| พันธกิจที่ 2. สร้างความเข้มแข็งของระบบส่งต่อผู้ป่วยในหน่วยบริการและเครือข่าย บริการสุขภาพ ทั้งในระบบตติยภูมิและทุติยภูมิ | 93-95 |
| ยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรคภัยสุขภาพ | 96-99 |
| อนามัยสิ่งแวดล้อมและคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ โดยทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม | |

| | หน้า |
|---|---------|
| ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ให้มีคุณภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทั่วถึง ไร้รอยต่อ | 100-101 |
| พันธกิจที่ 3 สร้างความเข้มแข็งของระบบส่งต่อผู้ป่วยในหน่วยบริการและเครือข่าย บริการสุขภาพ ปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิ | 102 |
| ยุทธศาสตร์ 1 พัฒนาระบบการส่งต่อที่มาตรฐาน | 103 |
| ยุทธศาสตร์ 2 พัฒนาศูนย์ส่งต่อที่มีประสิทธิภาพแบบไร้รอยต่อ | 104 |
| พันธกิจที่ 4. พัฒนาระบบบริหารและบริการให้เป็นองค์กรที่มีธรรมาภิบาล บนพื้นฐานนวัตกรรม และเทคโนโลยีที่ทันสมัย | 105 |
| ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพประสิทธิภาพด้วยนวัตกรรม และเทคโนโลยีที่ทันสมัยและหลักธรรมาภิบาล | 106-108 |
| ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาโรงพยาบาลให้เป็นองค์กรแห่งความสุข และบุคลากรมีสมรรถนะสูง | 108-109 |
| ส่วนที่ 5 การขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ | 110-112 |
| ภาคผนวก | 113 |
| โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการการทบทวนแผนยุทธศาสตร์และจัดทำแผนปฏิบัติราชการ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2567-2571) | 114-119 |
| รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมการจัดทำแผนระยะ 5 ปี (พ.ศ.2567-2571) | 120-142 |

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น โดยกลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ มีหน้าที่ในการดำเนินการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดของโรงพยาบาล ได้มีการพัฒนาแก้ไขปัญหาทางานอย่างต่อเนื่อง มีกรอบแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจนและเชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข จึงได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ระยะ 5ปี (ปีงบประมาณ พ.ศ.2567-2571) อันประกอบด้วย ทิศทางขององค์กร ระบบปฏิบัติการและระบบวัดผล โดยกระบวนการดำเนินการมุ่งเน้นการมีส่วนร่วม ของบุคลากรทุกหน่วยงาน ในสังกัดโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่นทุกระดับ ได้มีส่วนร่วม ในทุกขั้นตอนของการจัดทำแผน เพื่อให้ข้อมูล ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ระยะ 5 ปี และได้เรียนเชิญอาจารย์วิทยากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์(ผศ.ดร.ชาญชัย จารุภาชน์) เข้ามาช่วยให้ได้ดำเนินการประชุมเป็นไปตามขั้นตอน ครบถ้วน ถูกต้องและมีความกระชับ เพื่อให้ครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องการดำเนินงานอย่างยุทธศาสตร์ คือ สร้างสรรค์ ทำทนาย และเป็นไปได้ ภายใต้บริบทของโรงพยาบาล ดังนี้

- การกำหนดทิศทางขององค์กร (วิสัยทัศน์ พันธกิจ ประเด็นยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์) ได้จากการวิเคราะห์ความต้องการทางยุทธศาสตร์ (Strategic Needs) ทั้งภายในและภายนอกองค์กร การประเมินสภาพการณ์ (Business needs) กลั่นกรอง คัดสรรและแปลงเป็นแผนยุทธศาสตร์(Strategic Planning)

- การกำหนดระบบปฏิบัติการ (กลยุทธ์ แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมหลัก) ได้จากการประเมินศักยภาพขององค์กร โดยวิธี SWOT Analysis

- การกำหนดระบบวัดผล (ตัวชี้วัด ค่าเป้าหมาย รายละเอียดตัวชี้วัด เกณฑ์การประเมิน และเกณฑ์การให้คะแนน) ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงานในปีที่ผ่านมา และการเรียนรู้จากแผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพที่ผ่านมา นำมาปรับปรุง พัฒนางานและเป็นมาตรฐานในการวัดผล

จากการจัดทำแผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพในครั้งนี้ สรุปผลได้ดังนี้

วิสัยทัศน์ “เป็นโรงพยาบาลเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีที่ทันสมัย เพื่อสุขภาพที่ยั่งยืน” ประกอบด้วย 4 พันธกิจ 8 ประเด็นยุทธศาสตร์ 18 เป้าประสงค์ 55 ตัวชี้วัด

แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น สำเร็จลุล่วง บรรลุวัตถุประสงค์ลงได้ ทั้งนี้ เนื่องจากผู้บริหารทุกระดับได้ให้ความสำคัญรวมทั้งเป็นหลักในการขับเคลื่อนแผนทั้งระบบ และการร่วมแรงร่วมใจในการระดมความคิด ร่วมกันหาแนวทางปฏิบัติที่วัดและประเมินผลได้อย่างเป็นรูปธรรม อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยและผู้รับบริการมีความพึงพอใจ เจ้าหน้าที่มีความสุขและส่งผลการมีสุขภาพที่ดีของประชาชนต่อไป

ส่วนที่ 1 บทนำ

1. หลักการและเหตุผล

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย มาตรา 65 กำหนดให้รัฐพึงจัดให้มียุทธศาสตร์ชาติเป็นเป้าหมายการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืน ตามหลักธรรมาภิบาล โดยการกำหนดยุทธศาสตร์ที่สำคัญ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความมั่นคง ด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน ด้านการพัฒนาและส่งเสริมศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม และด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ ทุกภาคส่วนต้องใช้เป็นกรอบในการจัดทำแผนต่างๆ ให้สอดคล้องและบูรณาการกันเพื่อให้เกิดเป็นพลังผลักดันร่วมกัน นำไปสู่เป้าหมายยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขได้มีการทบทวนแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ให้มีความสอดคล้องและเชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี(พ.ศ.2560- 2579) แผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่ 12(พ.ศ. 2560-2564) นโยบายประเทศไทย 4.0 เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์การสหประชาชาติ(Sustainable Development Goals;SDGs) โดยแผนยุทธศาสตร์ฉบับนี้ประกอบด้วย สถานการณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพ สถานะสุขภาพ ยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้านของกระทรวงสาธารณสุข คือ 1.ส่งเสริมป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ(Promotion ,Prevention&Protection Excellence) 2.บริการเป็นเลิศ(Service Excellence) 3.บุคลากรเป็นเลิศ(People Excellence)และ 4.บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล(Governance Excellence)

อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันระบบสุขภาพของประเทศไทยกำลังเผชิญกับสิ่งท้าทายรอบด้าน อาทิ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การเปลี่ยนจากสังคมชนบทสู่สังคมเมือง โรคระบาดและโรคอุบัติใหม่ที่เกิดจากเชื้อไวรัสที่ส่งผลกระทบทั่วโลกและมีความรุนแรงมาอย่างต่อเนื่อง อีกทั้ง จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการของประชาชนในพื้นที่โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น พบว่า ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ,โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(DM,Hypertention), วัณโรค, พยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดี, ต้อกระจก, สุขภาพจิตและยาเสพติดยังเป็นปัญหาของพื้นที่ ที่ต้องดำเนินการแก้ไข ซึ่งจำเป็นต้องพัฒนาการทำงานให้ครอบคลุมทุกด้าน ทั้งด้านการบริการและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยแบบองค์รวม คือการ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการเพิ่มศักยภาพการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ ให้ครอบคลุมทั้งในหน่วยบริการและชุมชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ นอกจากนี้ยังเป็น การตอบสนองยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขทั้ง 4 ด้านและสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี อันจะนำไปสู่ความสุขและการมีสุขภาพที่ดีของประชาชนทุกคน

ในการนี้ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น จึงได้จัดทำโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการการทบทวนแผนยุทธศาสตร์และจัดทำแผนปฏิบัติการโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2567-2571) โดยการระดมสมองของผู้บริหารและบุคลากรของโรงพยาบาล ในการกำหนดทิศทาง นโยบาย และเป้าหมายความสำเร็จ เพื่อเป็นกรอบแนวทาง การขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาของพื้นที่ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ เป้าหมาย และตัวชี้วัดโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ต่อไป

2. วัตถุประสงค์

- 2.1 เพื่อทบทวนแผนยุทธศาสตร์และปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของโรงพยาบาลสิรินธรฯ
- 2.2 เพื่อกำหนดทิศทาง นโยบาย และเป้าหมายความสำเร็จในการพัฒนาโรงพยาบาลสิรินธรฯ
- 2.3 เพื่อจัดทำแผนปฏิบัติราชการโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ระยะ 5 ปี(พ.ศ.2567-2571)
- 2.4 เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจ และความร่วมมือกันในการรับผิดชอบงานระหว่างหน่วยงานและบุคลากรในโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เพื่อให้บรรลุเป้าหมายร่วมกัน

ส่วนที่ 2 กระบวนการทำแผนยุทธศาสตร์

1. รับนโยบาย ศึกษานโยบายกระทรวงสาธารณสุข และวิเคราะห์นโยบายกับสภาพปัญหาและความต้องการของโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
2. ทบทวนและจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารยุทธศาสตร์โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
3. จัดทำและขออนุมัติโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการการทบทวนแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการของโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2567-2571)
4. จัดประชุมคณะกรรมการบริหารยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2566 หรือขึ้นเตรียมการ
 - เตรียมทิศทางและเป้าหมายของโรงพยาบาล โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นผู้นำเสนอ
 - เตรียมนำเสนอทิศทางและเป้าหมายของโรงพยาบาล ต่อภาคีองค์กรแพทย์ องค์กรพยาบาล เพื่อพิจารณาเห็นชอบทิศทางร่วมกัน
 - เตรียมข้อมูล SWOT เพื่อเสนออาจารย์วิทยากร เพื่อการนำเข้าสู่บทเรียน
5. จัดประชุมโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการการทบทวนแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการของโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ระยะ 5 ปี(พ.ศ.2567-2571)โดยกระบวนการดำเนินการ แบ่งเป็น 4 ครั้ง รายละเอียด ดังนี้
 - 5.1 การประชุมครั้งที่ 1 ในเดือนเมษายน 2566 :การกำหนดทิศทางขององค์กร(Strategic direction Setting)
 - จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ(Workshop) ทบทวนผลการวิเคราะห์ SWOT กำหนดทิศทางองค์กร(วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม)และกำหนด Key result area ของโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เพื่อให้ได้(ร่าง)วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม ของโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
 - 5.2 การประชุมครั้งที่ 2 ในเดือน พฤษภาคม 2566 :การกำหนดกลยุทธ์ที่ทำให้ KPI บรรลุ
 - จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) เพื่อกำหนดยุทธศาสตร์ key area(ร่าง)โครงการ และตัวชี้วัดค่าเป้าหมาย
 - 5.3 การประชุมครั้งที่ 3 ในเดือน มิถุนายน 2566 :แผนการประเมินกลยุทธ์
 - จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) จัดทำ Measurement Template และกำหนดรายละเอียด KPI
 - 5.4 การประชุมครั้งที่ 4 ในเดือน กรกฎาคม 2566 :การนำยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ
 - จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) เพื่อสรุปประเด็นยุทธศาสตร์และโครงการ ตัวชี้วัดที่สำคัญ ค่าเป้าหมาย และจัดทำStrategic Roadmap เพื่อให้ได้(ร่าง)แผนยุทธศาสตร์ ระยะ 5 ปี ของโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น (พ.ศ.2567-2571)

กระบวนการและขั้นตอน จัดทำแผนกลยุทธ์

| | หลักการทั่วไป | หลักการของ ก.พ.ร. (สำหรับการจัดทำ Blue Print for Change) | หลักการทั่วไป (ในภาคราชการ) |
|-----------------------------|--|---|--|
| กำหนดทิศทาง | 1.Direction (กำหนดทิศทางกลยุทธ์ขององค์กร) | 1.วิสัยทัศน์ (Vision) 2. พันธกิจของแต่ละองค์กร (ไม่มีในแบบฟอร์ม) 3. ประเด็นทางยุทธศาสตร์(Strategic Issues) | 1. กำหนด วิสัยทัศน์ 2. กำหนดพันธกิจ 3. กำหนดค่านิยม (Core Value) 4. กำหนดประเด็นทางยุทธศาสตร์ |
| ↓ | | | |
| กำหนดแนวทาง /วิธีการหลัก | 2. Goals (แปลงทิศทางของกลยุทธ์มาเป็นเป้าประสงค์ที่สามารถวัดได้) | 4. เป้าประสงค์ 5. ตัวชี้วัด 6. ค่าเป้าหมาย | 5. กำหนดเป้าประสงค์ 6. กำหนดตัวชี้วัด 7. กำหนดค่าเป้าหมาย |
| ↓ | | | |
| | 3. How to (แปลงเป้าประสงค์ที่ต้องการออกมาเป็นวิธีการหลักที่จะดำเนินการ) | 7. กลยุทธ์ 8. วิเคราะห์กระบวนการงาน | 8. สร้างกลยุทธ์หลัก |
| กำหนดกิจกรรม | 4. Activities (แปลงวิธีการหลักมาเป็นโครงการ / กิจกรรม/ งบประมาณและ ผู้รับผิดชอบ) | 9. แผนงาน /โครงการ | 9. จัดทำโครงการ |

แบบฟอร์มการตรวจสอบวิสัยทัศน์ขององค์กร WS # 2

1.วิสัยทัศน์ เป็นผลลัพธ์ ขั้นสุดท้ายขององค์กร ที่เหมาะสมสูงสุดที่องค์กรปรารถนาอยากจะทำบรรลุในอนาคต

2. มีลักษณะ

- มุ่งเน้นอนาคต
- เป็นเลิศ แข่งขัน และจุดประกาย
- ทำทาย กระตุ้นให้คนในองค์กร ฮึกเหิม
- สั้น กระชับ เข้าใจง่าย
- รู้สึกร่วม ีความเป็นเจ้าของจากทุกฝ่าย (ผู้บริหาร พนักงาน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้รับบริการ)

| คำถาม | ใช่ | ไม่ใช่ |
|--|-----|--------|
| 1. เป็นภาพองค์กรที่ชัดเจน ที่ทุกส่วนต้องการเห็นในอนาคต (คนส่วนมากบอกว่า ใช่เลย ภาพนี้แหละที่อยากเห็น) | | |
| 2. เป็นจินตภาพที่จุดประกาย ทำทาย ให้พลังแก่บุคลากร ในการทำให้บรรลุ | | |
| 3. เมื่อทำงานหนักขึ้น และบรรลุพันธกิจจะทำให้วิสัยทัศน์นั้นเกิดขึ้นจริง (สามารถบรรลุได้ในชาตินี้ ไม่เว่อ) | | |
| 4. มีความสั้นกระชับ ที่สามารถสื่อสารกับคนทุกกลุ่มได้ /จำง่าย (ป4. กับ ป.ตรี อ่านแล้วเห็นภาพเดียวกัน แล้วจำได้) | | |
| 5. เป็นที่ยอมรับของทุกฝ่าย | | |

แบบฟอร์มนี้เป็นเพียงแนวทางกว้างๆ ในการกำหนดวิสัยทัศน์ขององค์กร การนำไปใช้และการแปรผลสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสมของแต่ละองค์กร เช่นการเพิ่มคำถาม หรือเงื่อนไขการแปรผล

การวิเคราะห์องค์กร

นำเสนอการวิเคราะห์และบรรยายผลการดำเนินงานของโรงพยาบาล

โดย นายแพทย์ศักดิ์ชัย เกียรติอำนวย รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์



9 ปี ศรีสิรินธร

โรงพยาบาลแม่ข่ายรับส่งต่อโซนใต้ จังหวัดขอนแก่น



จากอดีตสู่ปัจจุบัน 88 ปี



สถานพยาบาลศรีฐาน

สถานพยาบาลโนน
สมบูรณ์

โรงพยาบาลโรคติดต่อภาค
ตะวันออกเฉียงเหนือ
จังหวัดขอนแก่น

โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
จนถึงปัจจุบัน

9 ปี ศรีสิรินธร



เป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่มีคุณภาพ
นพ.บรรพจน์ สุวรรณชาติ



โรงพยาบาลรับส่งต่อโซนใต้
จังหวัดขอนแก่น
นพ.วีรศักดิ์ อนุตรอังกูร



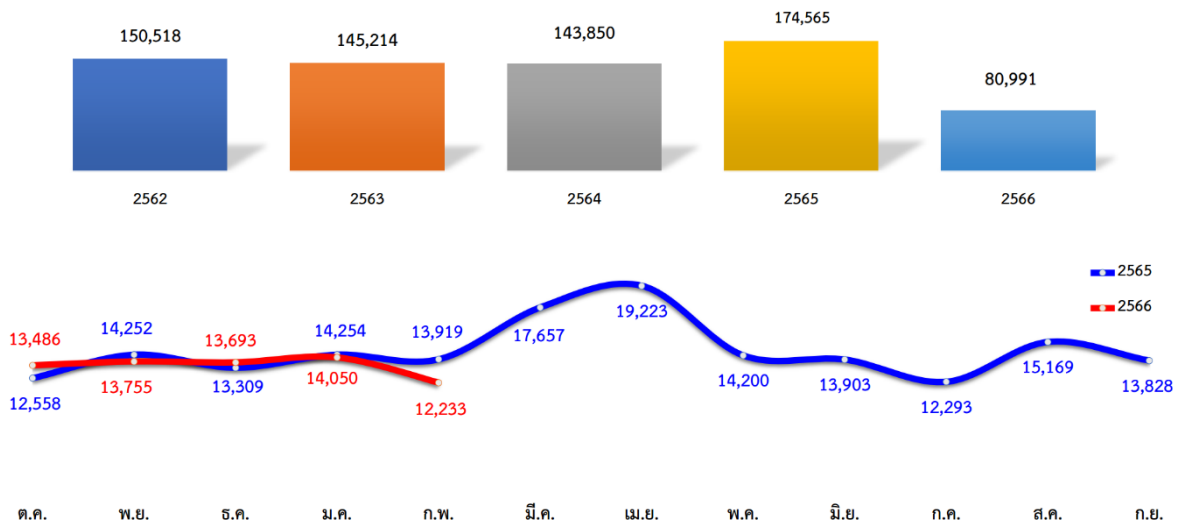
แม่ข่ายรับส่งต่อโซนใต้
ขยายสู่โซนกลาง
พญ. นภาพร สิงขรเขียว

| | | | | | | | | | |
|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|---------------|
| | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | |
| ← | Ortho | Ortho | Ortho | Ortho | Ortho | Ortho | Ortho | Ortho | → |
| Skin | | Sur | Sur | Sur | Sur | Sur | Sur | Sur | แผนไทย |
| | | | สูติ | สูติ | สูติ | สูติ | สูติ | สูติ | แผนจีน |
| | | | | Ped | Ped | Ped | Ped | Ped | มือเทียม |
| | | | | Med | Med | Med | Med | Med | ไตเทียม |
| | | | | จักษุ | จักษุ | จักษุ | จักษุ | จักษุ | ธนาคารเลือด |
| | | | | ENT | ENT | ENT | ENT | ENT | ส่องกล้อง |
| | | | | | Rehab | Rehab | Rehab | Rehab | ตรวจการได้ยิน |
| | | | | | | | | | สะกดเงิน |



จำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมด

สถิติการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอก(ครั้ง)

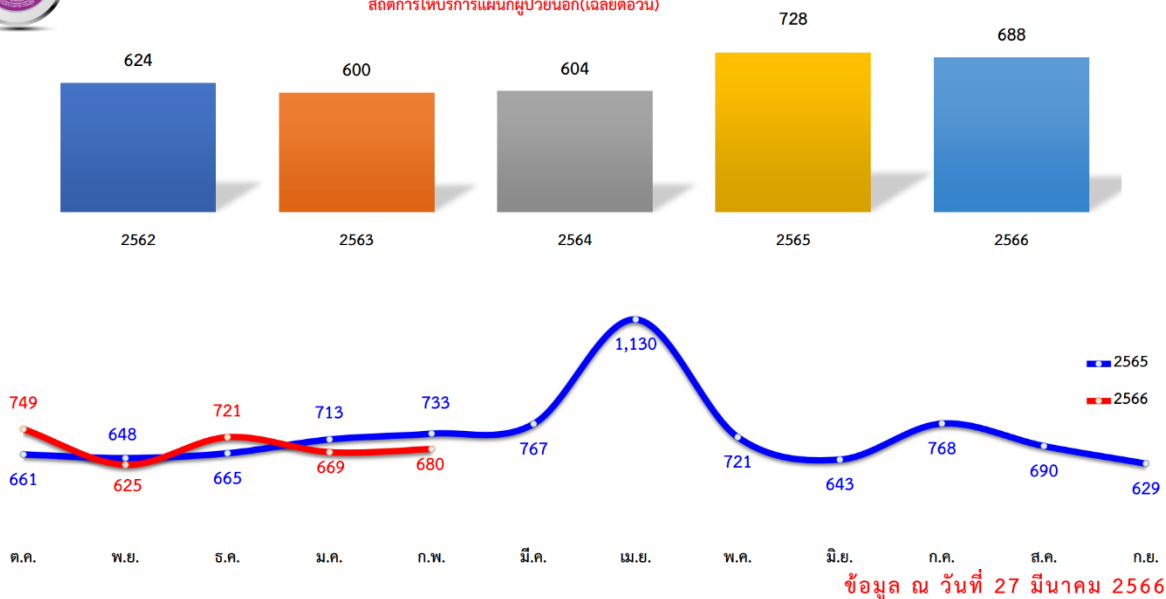


ข้อมูล ณ วันที่ 27 มีนาคม 2566

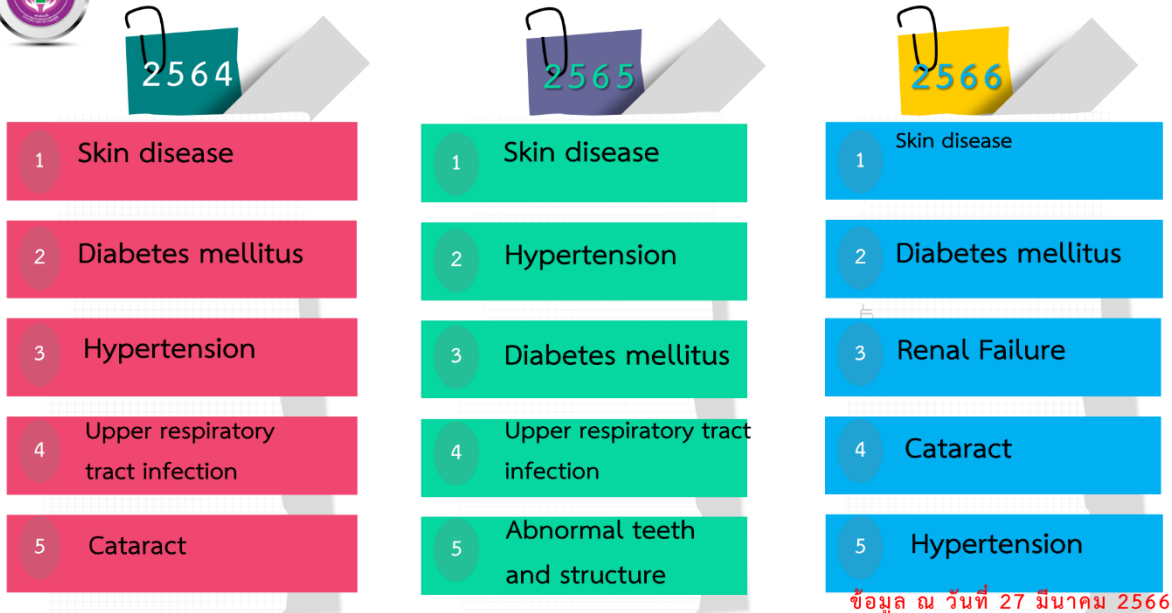


จำนวนผู้ป่วยนอกเฉลี่ยต่อวัน

สถิติการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอก(เฉลี่ยต่อวัน)



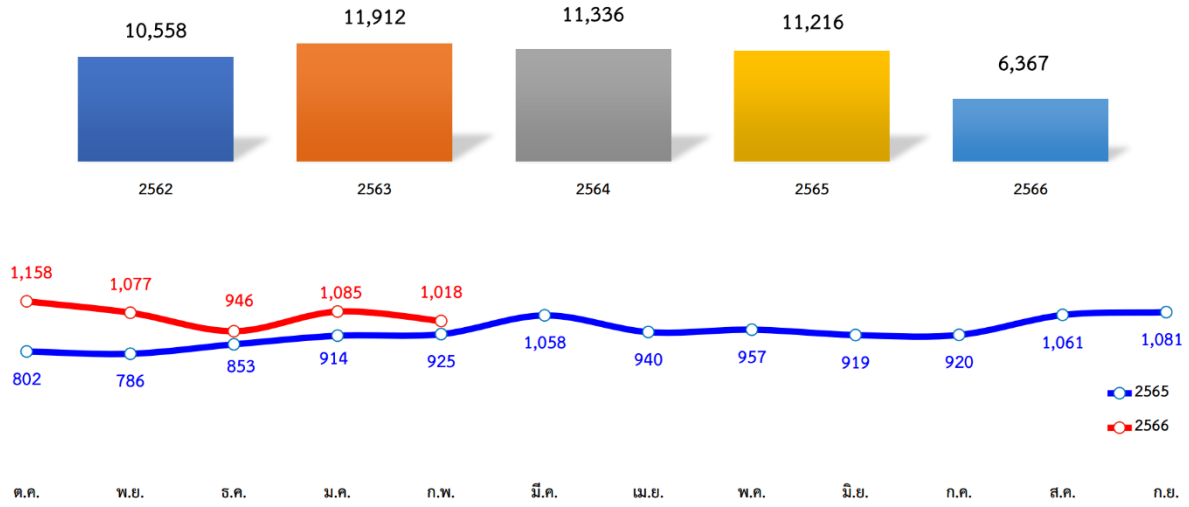
TOP 5 OUT-PATIENT-DEPARTMENT





จำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด

สถิติการให้บริการแผนกผู้ป่วยใน (ครึ่ง)

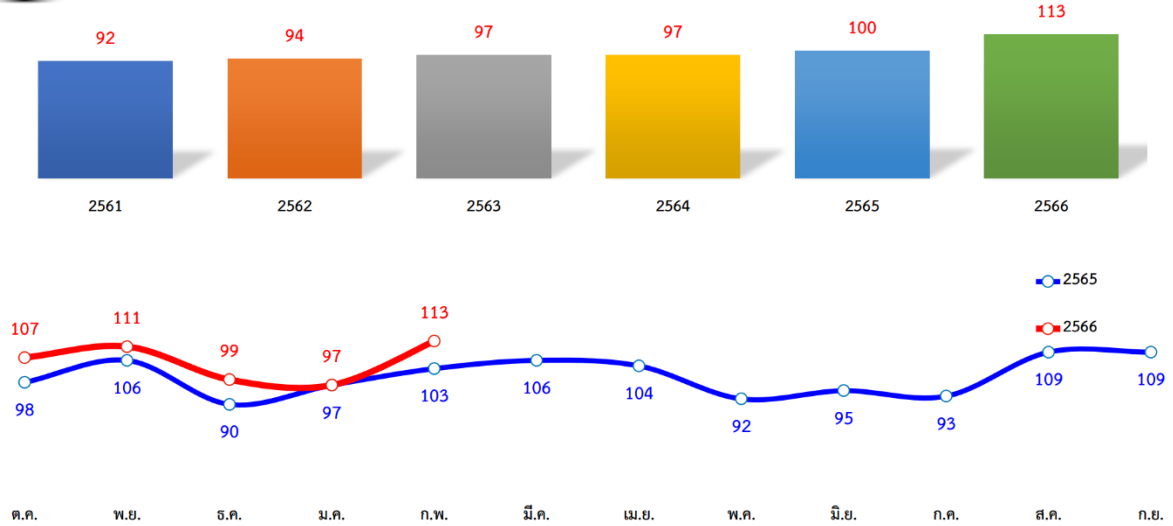


ข้อมูล ณ วันที่ 27 มีนาคม 2566



จำนวนผู้ป่วยในเฉลี่ยต่อวัน

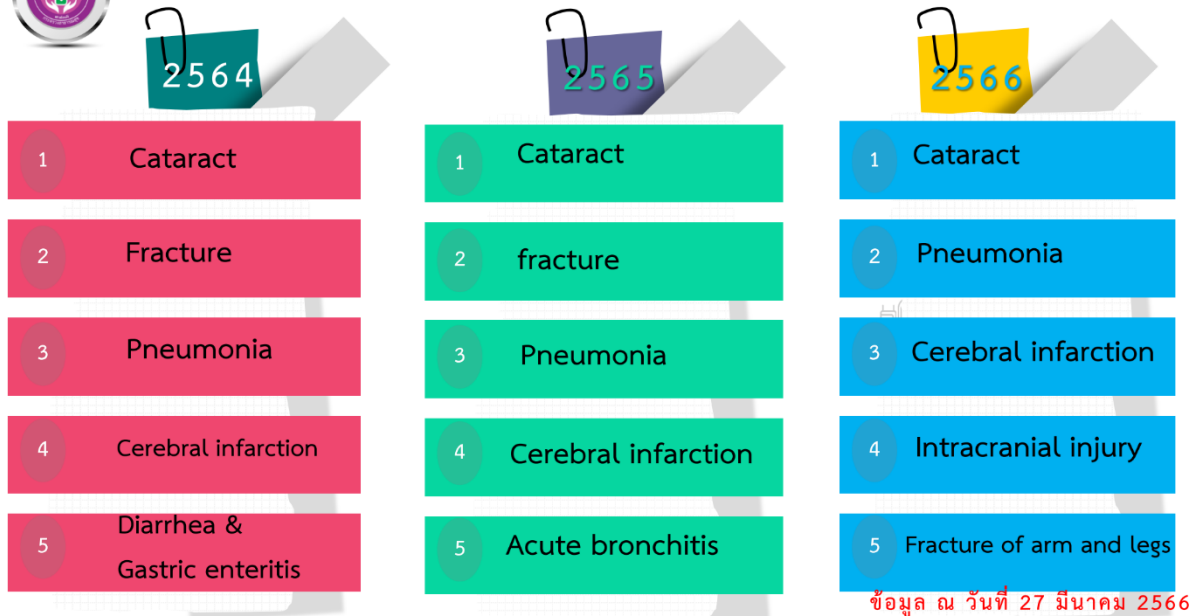
สถิติการให้บริการแผนกผู้ป่วยใน (เฉลี่ยต่อวัน)



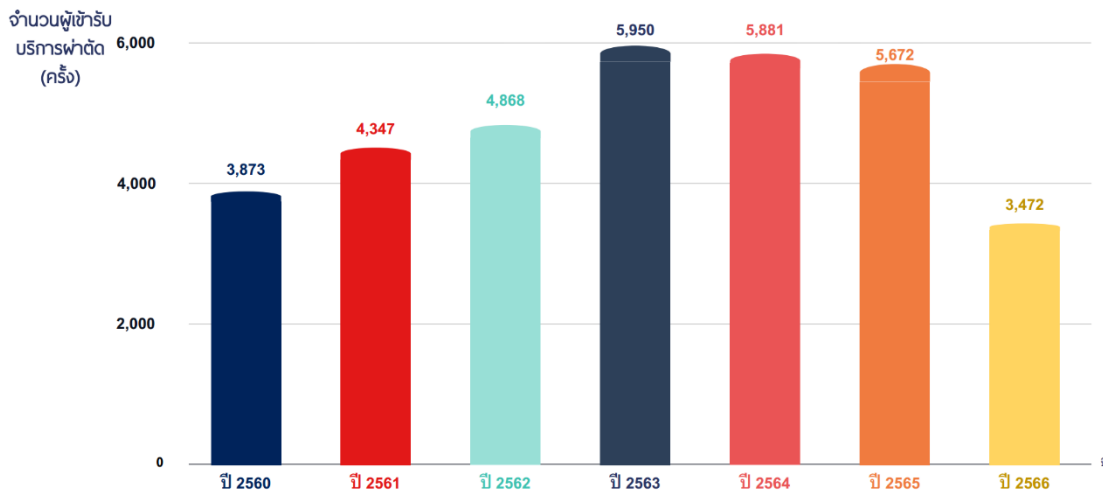
ข้อมูล ณ วันที่ 27 มีนาคม 2566



TOP 5 IN-PATIENT-DEPARTMENT

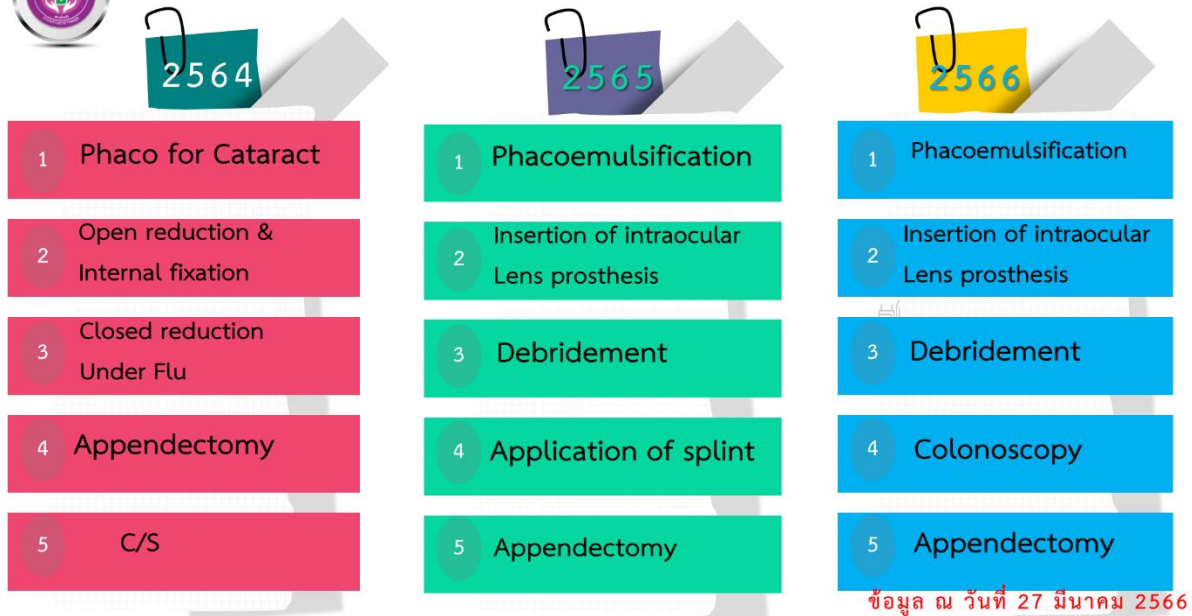


ผลงานการให้บริการผ่าตัด



ข้อมูล : www.sirinthonhospital.go.th/ HOSxP Report ณ 27 มีนาคม 2566

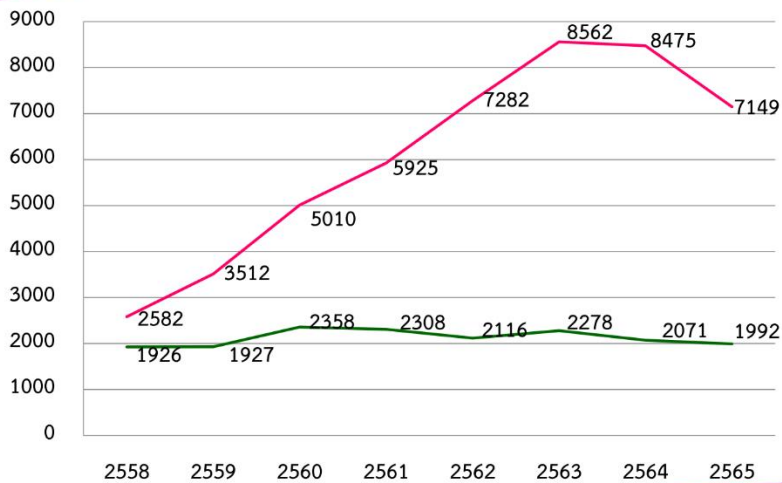
 TOP 5 หัตถการ



ข้อมูล ณ วันที่ 27 มีนาคม 2566

Refer in / Refer out

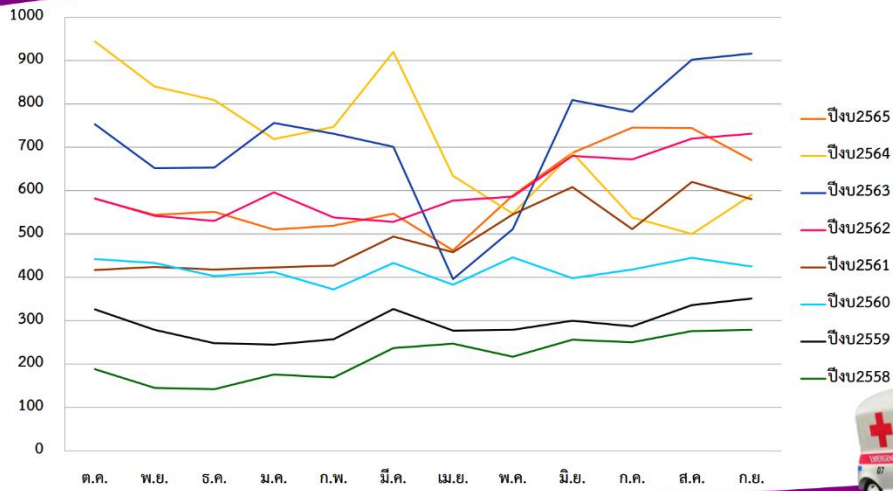
โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
Sirindhorn khonkaen hospital



ข้อมูล กลุ่มงาน ไอที โรงพยาบาลสิรินธร

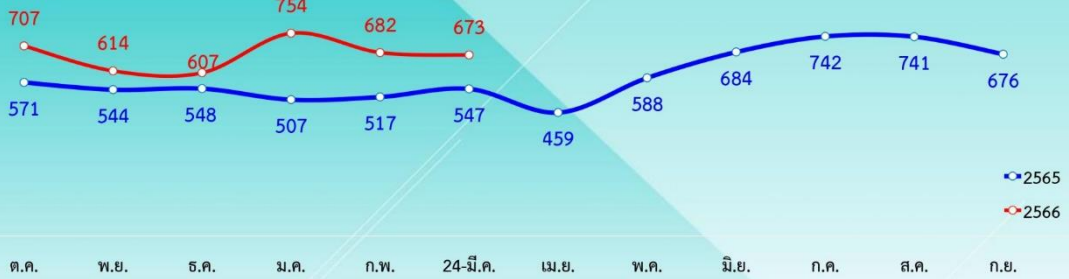
Refer in โซนใต้

โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
Sirindhorn khonkaen hospital



ข้อมูล กลุ่มงาน ไอที โรงพยาบาลสิรินธร

จำนวนผู้ป่วยรับต่อ Refer in



สถิติย้อนหลัง (ปีงบ 61-66)

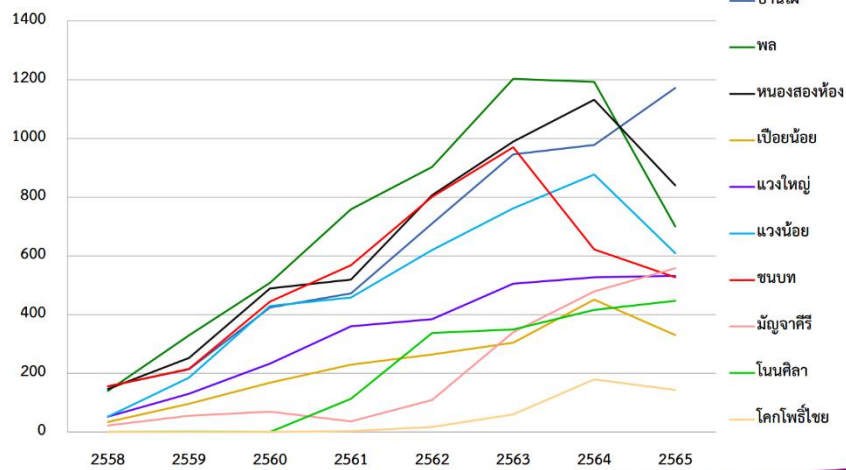


Refer in โซนใต้

โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
Sirindhorn khonkaen hospital



Refer in โซนใต้ แยกตามโรงพยาบาล



ข้อมูล กลุ่มงาน ไอที โรงพยาบาลสิรินธร

TOP 10 โรงพยาบาล Refer IN ปี 2566

| | | | |
|-------------------------|--------------|----------------------|--------------|
| 1. โรงพยาบาลบ้านไผ่ | Refer IN 792 | 6. โรงพยาบาลแวงน้อย | Refer IN 295 |
| 2. โรงพยาบาลหนองสองห้อง | Refer IN 496 | 7. โรงพยาบาลโนนศิลา | Refer IN 266 |
| 3. โรงพยาบาลมัญจาคีรี | Refer IN 385 | 8. โรงพยาบาลแวงใหญ่ | Refer IN 203 |
| 4. โรงพยาบาลชนบท | Refer IN 381 | 9. โรงพยาบาลเป็ยน้อย | Refer IN 201 |
| 5. โรงพยาบาลพล | Refer IN 333 | 10. โรงพยาบาลพระยืน | Refer IN 153 |

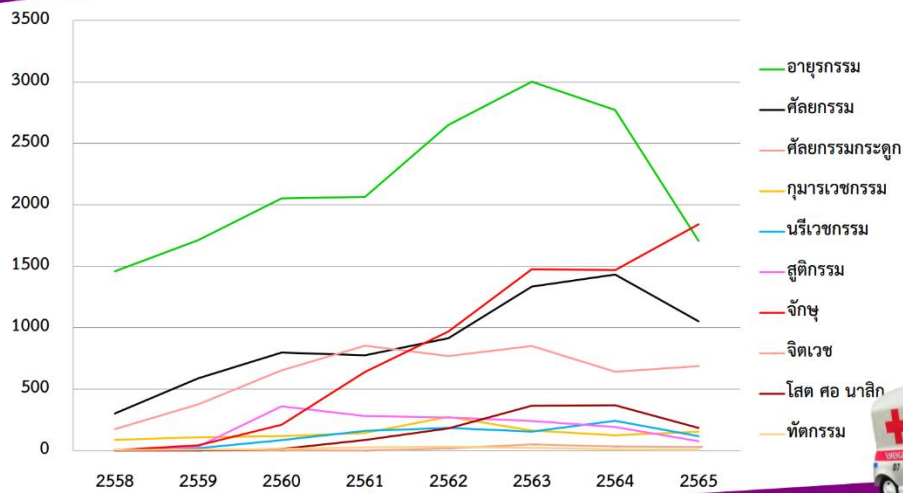
ข้อมูล กลุ่มงาน ไอที โรงพยาบาลสิรินธร

Refer in โชนใต้

โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
Sirindhorn khonkaen hospital



Refer in แยกรายแผนก



ข้อมูล กลุ่มงาน ไอที โรงพยาบาลสิรินธร



TOP 5 Refer IN

2564

- 1 Cataract
- 2 Cerebral Concussion
- 3 Stroke
- 4 Pterygium
- 5 Dermatitis

2565

- 1 Skin disease
- 2 Cataract
- 3 Bone and Soft tissue injury
- 4 Intracranial injury
- 5 Stroke

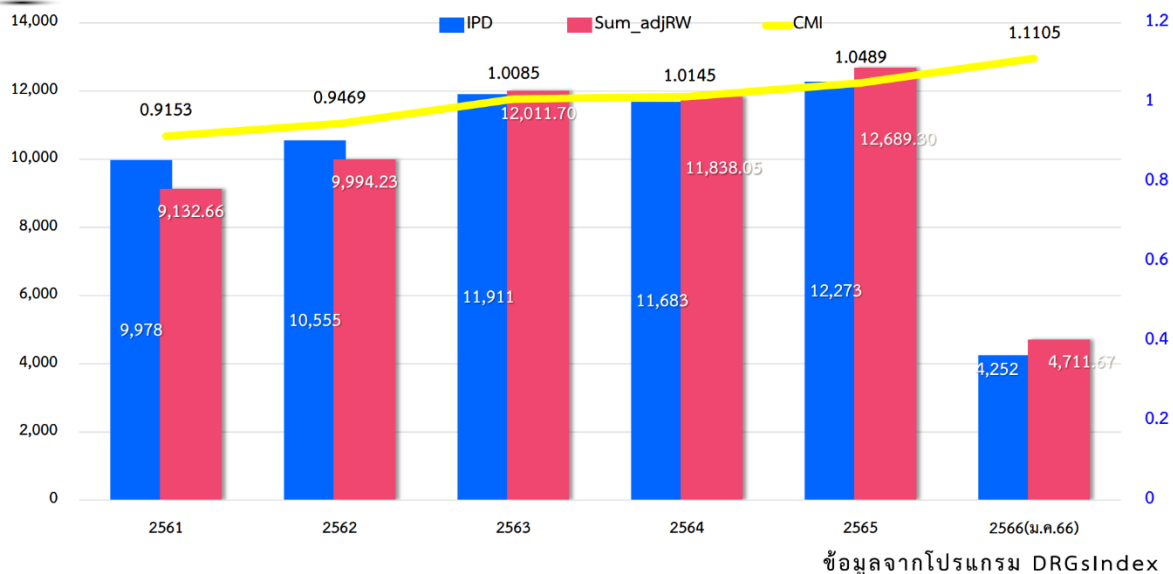
2566

- 1 Cataract
- 2 Pterygium
- 3 Stroke
- 4 Skin disease
- 5 Concussion
Without open in tracraniel wound

ข้อมูล ณ วันที่ 27 มีนาคม 2566



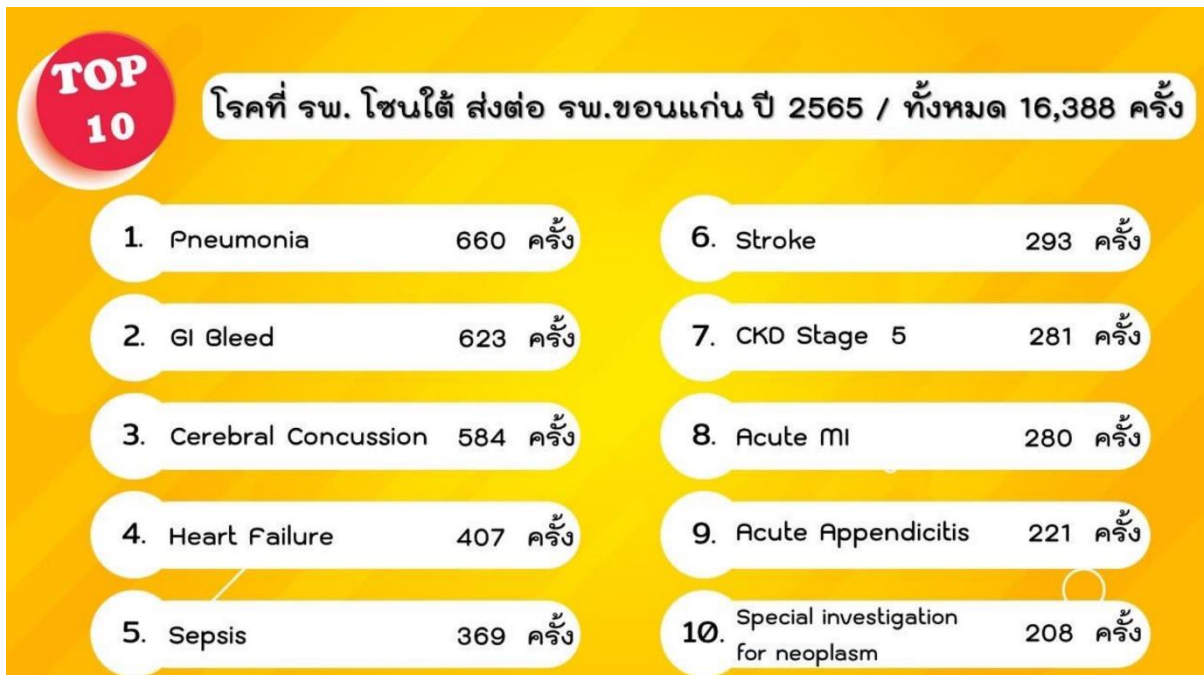
ผลงานบริการผู้ป่วยใน CMI/Sum_adjRW



TOP
10

โรค รพ.สิรินธร ส่งต่อ รพ.ขอนแก่น ปีงบประมาณ 2565 / ทั้งหมด 1,330 ครั้ง

| | |
|---------------------------------|---|
| 1. Pneumonia 61 ครั้ง | 6. Sepsis 29 ครั้ง |
| 2. GI Bleed 54 ครั้ง | 7. CKD Stage 5 21 ครั้ง |
| 3. Cerebral Concussion 53 ครั้ง | 8. Stroke 18 ครั้ง |
| 4. Acute MI 34 ครั้ง | 9. DM with Ophthalmic Complication 16 ครั้ง |
| 5. CHF 33 ครั้ง | 10. Orthopaedic flu care 15 ครั้ง |



Case referมารพ.สิรินธร ขอรบกวนส่งตรวจ ATK และแจ้งผลก่อนส่งต่อทุกเคสครับ

Pannawit14 ยินดีขอตัว

Odd
reduction → ok แล้วครับ
แต่ fracture configuration เป็น ลักษณะ comminution
conservative : final result น่าจะ radial shortening

advice หาก accept ก็ go on SAC 6-8 wk follow up film until seen union/malunion

หากไม่เช่นนั้นก็นำผ่าตัดแล้ว refer มาครับ 17:41

Pannawit14
Odd
reduction → ok แล้วครับ แต่ fracture configuration เป็น ลักษณะ comminution
conservative : final result น่าจะ radial shortening advice หาก accept ก็ go o...

ขอบคุณครับอาจารย์ได้รับการตอบ จาก orthopedic รพ.พลแล้ว ครับ 17:41

รพ.พล

ER พนองสองห้อง
con จากหนองสองห้องครับ male 42 ys no u/d มาด้วย 30 min MC ขน
สุนัข ขาซ้ายผิดรูป 17:41



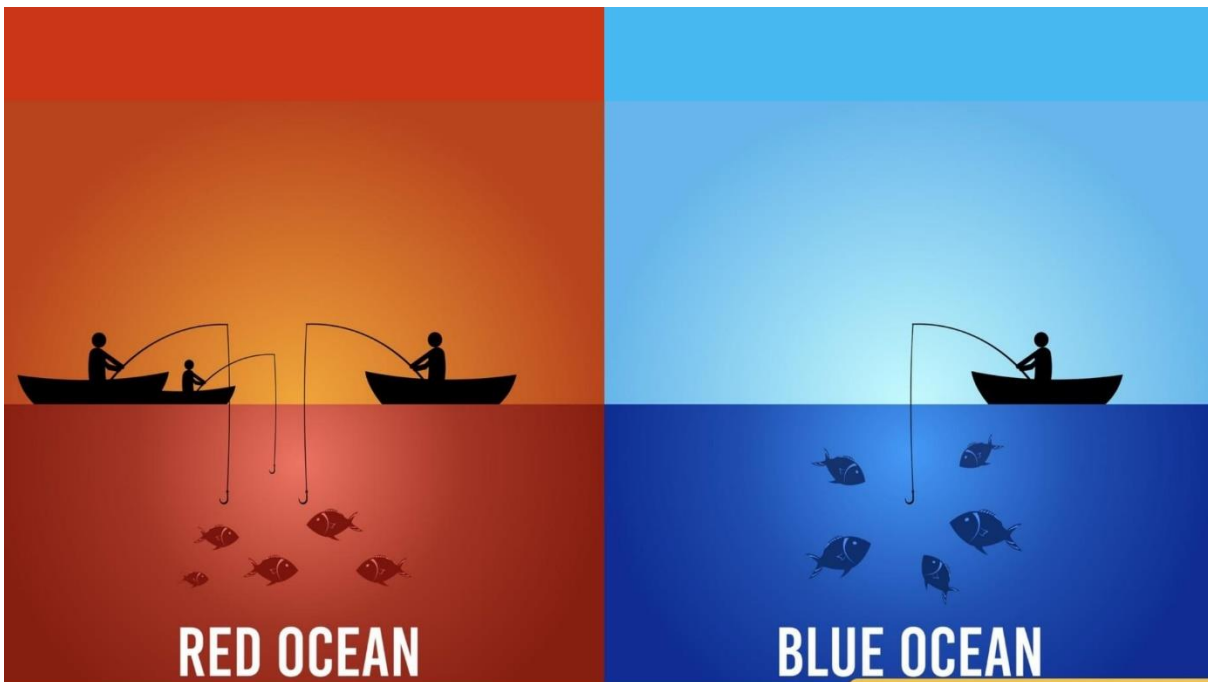
Profit



Value



Personnel



RED OCEAN

BLUE OCEAN



ความเชี่ยวชาญ สาขาหลัก

| สาขา \ ปี พ.ศ. (ก.ค.) | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | รวม |
|-----------------------|-----------------------------|----|------------------|--------------|-----------------------|---------------|-----|
| สูติ | 1 | | จบ 1 | จบ 1 | | | 3 |
| ศัลยกรรม | 3 * MIS | | จบ 1 | | จบ 1 | จบ 1 * URO | 6 |
| อายุกรรม | 6 * Nephro * Rheumato | | จบ 1 * Cardio | จบ 1 * GI | จบ 1 * Med Skin | | 9 |
| กุมารเวชกรรม | 5 | | | | | | 5 |
| ออร์โธปิดิกส์ | 4 * Sport | | จบ 1 | | | | 5 |
| รวม | 19 | | 4 | 2 | 2 | 1 | 28 |



ความเชี่ยวชาญ สาขาสอง

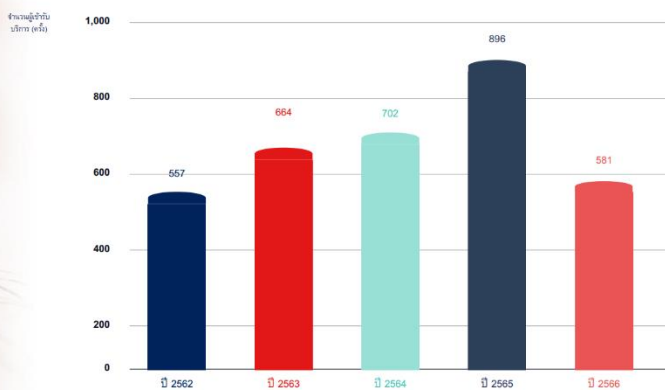
| สาขา \ ปี พ.ศ. (ก.ค.) | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | รวม |
|-----------------------|----------------------------|------|---------------------------|------|----|----|-----|
| ตมยา | 3 | จบ 1 | | | | | 4 |
| Eye | 2 * Neuro * Glaucoma | | จบ 1 * Occlulo plastic | | | | 3 |
| ENT | 2 | | | | | | 2 |
| FM | 5 | | | | | | 5 |
| Oc Med | | | | จบ 1 | | | 1 |
| รังสี | 2 | | | | | | 2 |
| Rehab | 2 | | | | | | 2 |
| จิตเวช | 2 | | | | | | 2 |
| EP | 3 | | | | | | 3 |
| Skin | 3 | | | | | | 3 |
| รวม | 24 | 1 | 1 | 1 | | | 27 |







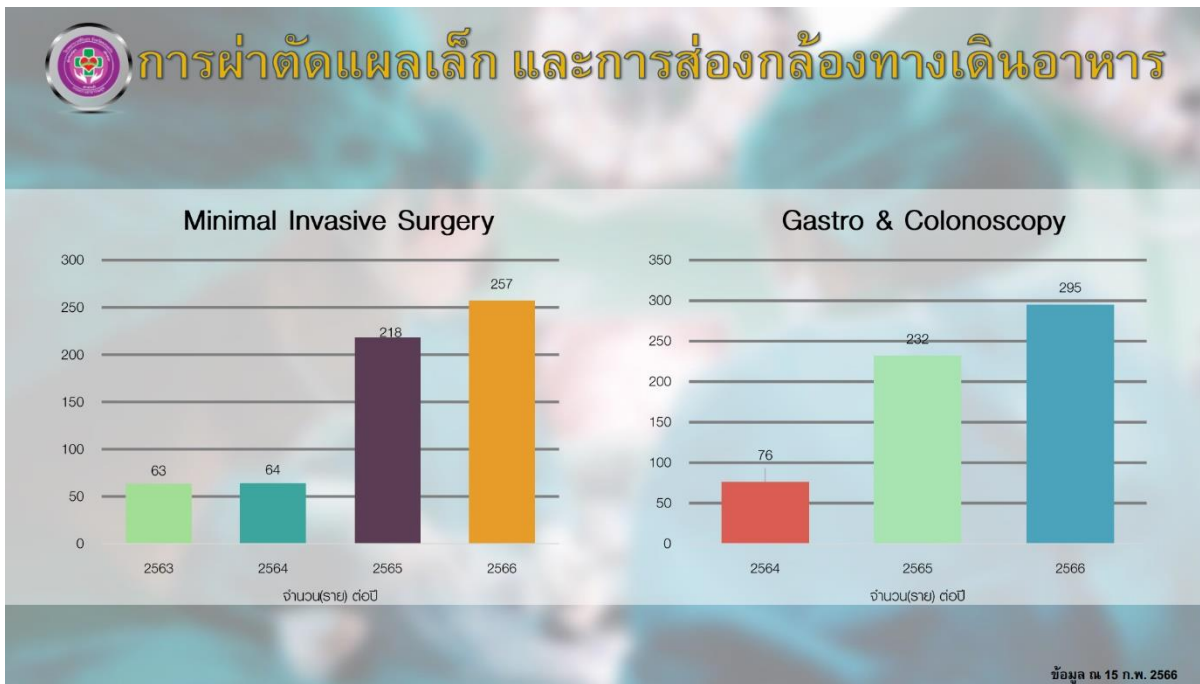
Refer IN Cataract

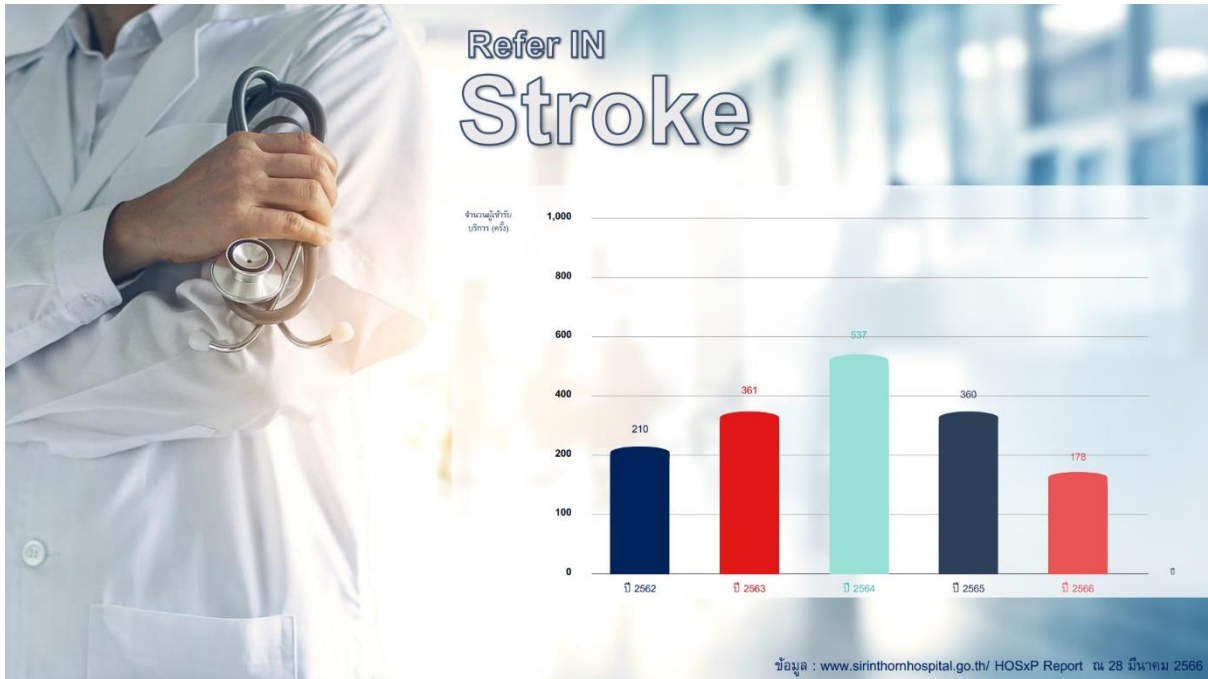


ข้อมูล : www.sirinthornhospital.go.th/ HOSxP Report ณ 28 มีนาคม 2566



สาขาศัลยกรรมและมะเร็ง





นำเสนอทิศทางและเป้าหมายของโรงพยาบาล
โดย แพทย์หญิงนภาพร สิงขรเชียว ผู้อำนวยการโรงพยาบาล



วิสัยทัศน์

เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายรับส่งต่อ
โซนใต้จังหวัดขอนแก่นที่มีคุณภาพ
ด้วยวิถีองค์กรแห่งการเรียนรู้
เพื่อสุขภาวะอย่างยั่งยืน


(แพทย์หญิง นภาพร สิงขรเชียว)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น





ร่างวิสัยทัศน์

เป็นศูนย์การแพทย์เฉพาะด้าน(ESSS) ด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีที่ทันสมัย
เพื่อสุขภาพและสุขภาวะที่ยั่งยืน(คุณภาพชีวิต) ภายในปี 2571

The Balanced Scorecard



มิติที่ 1 ลูกค้า/ผู้รับบริการ

- พัฒนาระบบคัดกรอง ส่งเสริม รักษา ป้องกัน ฟื้นฟู
- ผูกใจลูกค้าเดิม เพิ่มเติมลูกค้าใหม่



มิติที่ 2 การเงิน

- ประสิทธิภาพการทำกำไร 30% ของสินทรัพย์



มิติที่ 3 กระบวนการภายใน

3.1 การรักษาพยาบาล

- การจัดระบบบริการ 5 ด้าน
- ช่องทาง/การเข้าถึงบริการที่เป็นมิตร
- มีความพร้อมและทันสมัยของเครื่องมือ
- ระบบการจัดเก็บรายได้ให้ครอบคลุมและครบถ้วน
- พัฒนาระบบการตรวจทางไกล
- การตลาดและการประชาสัมพันธ์
- พฤติกรรมบริการ/คุณภาพการให้บริการ
- พัฒนากิจกรรมของทีมผู้รักษา
- บริการติดตามการรักษาที่มีประสิทธิภาพ





▶ มิติที่ 3 กระบวนการภายใน

3.2 ระบบงานสนับสนุน

- จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อเอื้อต่อการรักษาและเยียวยา
- พัฒนาระบบบริหารทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล
- พัฒนาระบบโครงสร้างพื้นฐาน
(น้ำประปา ไฟฟ้า บ่อบำบัดน้ำเสีย อาคารสถานที่ ฯลฯ)



▶ มิติที่ 4 การเรียนรู้และนวัตกรรม

- พัฒนาบุคลากรให้สามารถถ่ายทอดความรู้ได้
- พัฒนาวารสารของโรงพยาบาลเพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการของบุคลากร
- พัฒนานวัตกรรมเพื่อการรักษาและเยียวยา
- เพิ่มและพัฒนาระบบกรให้ครบทุกหน่วยงาน



ผลการวิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็ง โอกาส อุปสรรค



จุดแข็ง

| ลำดับ | จุดแข็ง | คะแนน | ร้อยละ |
|-------|--|-------|--------|
| 1 | มีแพทย์เฉพาะทางครบทุกสาขาหลัก และมีแพทย์เฉพาะทางสาขารอง 10 สาขา | 297 | 18.27 |
| 2 | โรงพยาบาลมีฐานะทางการเงินที่ดีและมีระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ | 257 | 15.81 |
| 3 | ทีมผู้บริหารมีวิสัยทัศน์และมีระบบการจัดการที่ดี มีประสิทธิภาพ | 224 | 13.78 |
| 4 | มีพื้นที่กว้างขวาง สามารถใช้ขยายอาคารสถานที่เพื่อเปิดบริการที่ครอบคลุมมากขึ้นในอนาคต | 197 | 12.12 |
| 5 | มีครุภัณฑ์ทางการแพทย์ และอุปกรณ์ต่างๆอย่างเพียงพอ | 169 | 10.39 |
| 6 | มีระบบพัฒนาสมรรถนะบุคลากรที่มีประสิทธิภาพ และสร้างขวัญกำลังใจในการทำงานให้กับบุคลากร | 168 | 10.33 |
| 7 | มีระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ เข้าถึงง่าย ทันสมัย | 166 | 10.21 |
| 8 | มีบริการสาธารณสุขเฉพาะด้านอื่นๆ เช่น กายอุปกรณ์ สังคมสงเคราะห์ทาง การแพทย์ | 148 | 9.10 |

จุดอ่อน

| ลำดับ | จุดอ่อน | คะแนน | ร้อยละ |
|-------|--|-------|--------|
| 1 | ขาดพยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางเพื่อรองรับการทำงานของแพทย์เฉพาะทาง | 267 | 16.10 |
| 2 | พยาบาลวิชาชีพมีอัตราการทำงานสูงเนื่องจากตำแหน่งงานขาดความมั่นคงและขาดสวัสดิการ | 253 | 15.26 |
| 3 | ขาด Facility support และอาคารที่ทำงานส่วนใหญ่เก่าชำรุดทรุดโทรม | 224 | 13.51 |
| 4 | ขาดการนำเทคโนโลยี Smart Hospital เข้ามาใช้เพื่อลดภาระเจ้าหน้าที่ | 201 | 12.12 |
| 5 | การจ่ายค่าตอบแทน P4P ขาดการสื่อสาร และการตรวจสอบ | 197 | 11.88 |
| 6 | ขาดการถ่ายทอดนโยบายและยุทธศาสตร์สู่ผู้ปฏิบัติโดยตรง | 191 | 11.52 |
| 7 | บุคลากรปฏิบัติหน้าที่ไม่ตรงกับวิชาชีพ รับผิดชอบภาระงานอื่นมาก | 164 | 9.89 |
| 8 | ไม่มีน้ำสะอาดหรือน้ำประปาเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วย | 161 | 9.71 |

โอกาส

| ลำดับ | โอกาส | คะแนน | ร้อยละ |
|-------|---|-------|--------|
| 1 | โรงพยาบาลตั้งอยู่ใกล้เมืองการคมนาคมสะดวกทำให้สามารถสรรหาบุคลากรที่มีความสามารถและเชี่ยวชาญในสาขาที่ขาดแคลนได้ง่าย | 156 | 23.64 |
| 2 | จำนวนผู้สูงอายุมากขึ้น สามารถขยายศักยภาพการดูแลรักษาโรคของผู้สูงอายุ เช่น ต้อกระจก การได้ยิน เป็นต้น | 145 | 21.97 |
| 3 | โรงพยาบาลตั้งอยู่ในเขตโรงงานอุตสาหกรรม | 133 | 20.15 |
| 4 | นโยบาย IMC/Home ward เป็นโอกาสเพิ่มรายได้ที่จะรับผู้ป่วยรับส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่นมากขึ้น | 129 | 19.55 |
| 5 | ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเพื่อจัดบริการแบบไร้รอยต่อ | 97 | 14.70 |

อุปสรรค

| ลำดับ | อุปสรรค | คะแนน | ร้อยละ |
|-------|--|-------|--------|
| 1 | โรงพยาบาลในพื้นที่ใกล้เคียงมีการพัฒนาศักยภาพที่สูงขึ้น | 299 | 15.82 |
| 2 | การโอนย้ายของ รพ.สต.ไปสังกัด อบจ.ส่งผลกระทบต่อติดตามและการประสานงานในชุมชน | 268 | 14.18 |
| 3 | ประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรมีรายได้น้อย | 248 | 13.12 |
| 4 | ระบบขนส่งสาธารณะในการเดินทางมาโรงพยาบาลไม่สะดวก ไม่เพียงพอ | 214 | 11.32 |
| 5 | ประชาชนที่มีรายได้มีโอกาสเลือกใช้บริการโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า | 204 | 10.79 |
| 6 | โรคระบาดอุบัติใหม่ส่งผลกระทบต่อการจัดบริการ | 180 | 9.52 |
| 7 | โรงพยาบาลมีภาพลักษณ์เดิม ที่เป็นโรงพยาบาลรักษาโรคเรื้อน ทำให้คนที่ไม่รู้จักอาจรังเกียจ | 163 | 8.62 |
| 7 | เป็นพื้นที่สีแดงด้านยาเสพติด | 163 | 8.62 |
| 8 | เป็นสังคมสูงอายุ | 151 | 7.99 |

ส่วนที่ 3 แผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2567-2571)

วิสัยทัศน์

“เป็นโรงพยาบาลเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีที่ทันสมัย เพื่อสุขภาพที่ยั่งยืน”

พันธกิจ

1. ให้การรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพที่มุ่งเน้นในระดับตติยภูมิให้มีคุณภาพ
2. สร้างความเข้มแข็งของระบบส่งต่อผู้ป่วยในหน่วยบริการและเครือข่ายบริการสุขภาพ ทั้งในระบบ ตติยภูมิและทุติยภูมิ
3. พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้มีคุณภาพเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง
4. พัฒนาระบบบริหารและบริการให้เป็นองค์กรที่มีธรรมาภิบาลบนพื้นฐานนวัตกรรมและเทคโนโลยีที่ทันสมัย

ค่านิยม

LIST

- L : Learning องค์กรแห่งการเรียนรู้
 I : Integrity คุณธรรม และจริยธรรม
 S : Safety mind จิตห่วงใยความปลอดภัย , Service mind จิตบริการ
 T : Team การทำงานร่วมกันเป็นทีม List Learning integrity

อัตลักษณ์

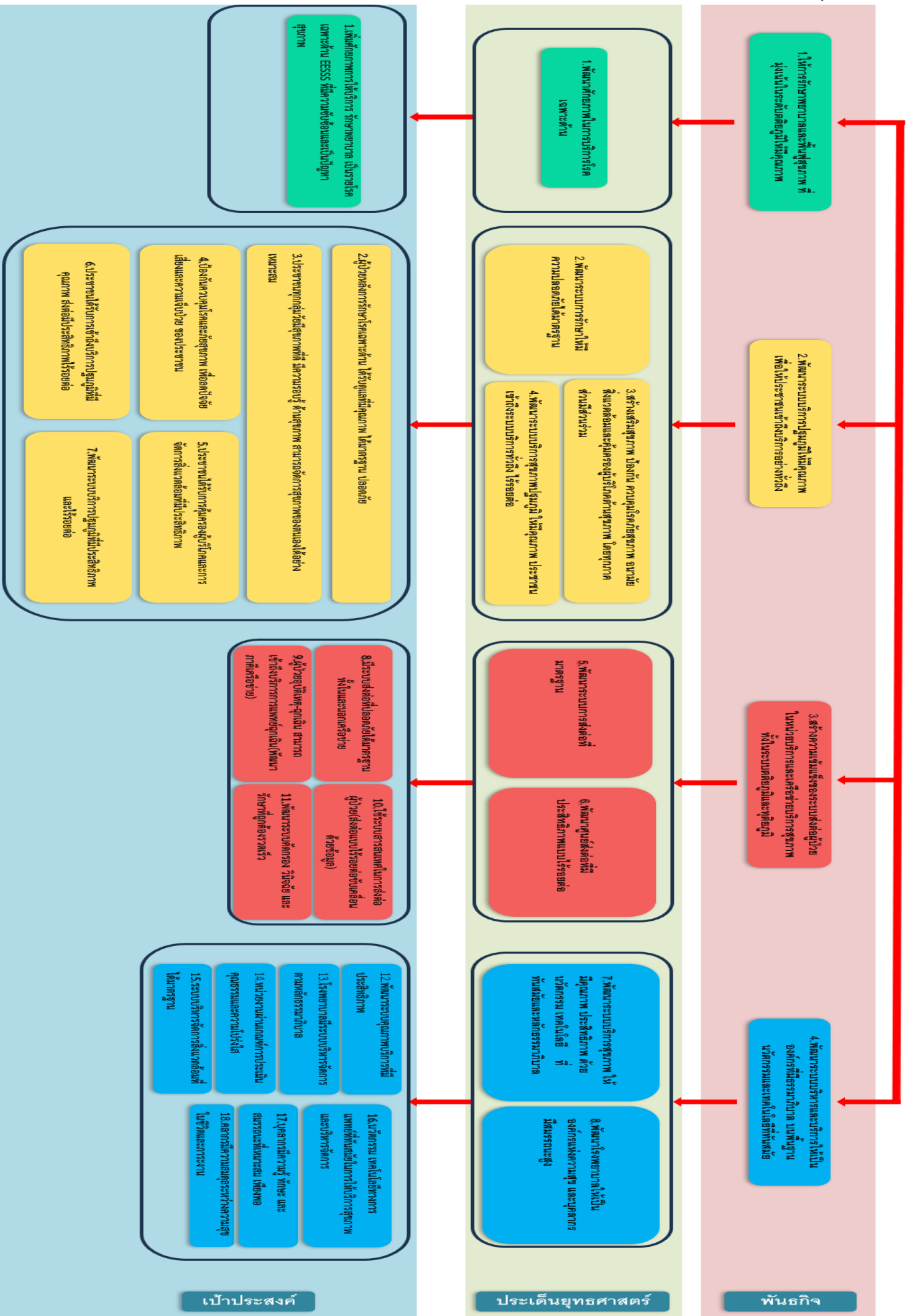
รับผิดชอบ

เสียสละ

สามัคคี

แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์

"เป็นโรงพยาบาลเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีทางการแพทย์ เพื่อสุขภาพของคนไทย"



พันธกิจ

ประเด็นยุทธศาสตร์

เป้าประสงค์

1. ให้ความสำคัญกับคนไข้ที่ทุกข์ทรมานที่มุ่งเน้นในระดับคือภูมิคุ้มกันภาพ

2. พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้คุณภาพเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง

3. สร้างความเข้มแข็งของระบบส่งต่อผู้ป่วยในหน่วยบริการและเครือข่ายบริการสุขภาพทั้งในระดับตติยภูมิและทุติยภูมิ

4. พัฒนาระบบบริการและบริหารให้เป็นองค์กรที่มีธรรมาภิบาล บนพื้นฐานนวัตกรรมและเทคโนโลยีที่ทันสมัย

1. พัฒนาศักยภาพในการบริการระดับเฉพาะด้าน

2. พัฒนาระบบการรักษารักษาใหม่ ความปลอดภัยได้มาตรฐาน
3. สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ความเจ็บป่วยด้วยสุขภาพอนามัยสิ่งแวดล้อมและคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ โดยภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง
4. พัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ให้คุณภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทั่วถึง ไร้รอยต่อ

5. พัฒนาระบบบริการส่งต่อที่มาตรฐาน
6. พัฒนาศูนย์ส่งต่อผู้ป่วยที่ส่งต่อจากหน่วยบริการปฐมภูมิ ไร้รอยต่อ

7. พัฒนาระบบบริการสุขภาพ ให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ คำนึงถึงคนไข้ เทคโนโลยี ที่ทันสมัยและจัดการระบบนิเวศ
8. พัฒนารูปแบบการดำเนินงานองค์กรแห่งความสูง และบุคลากรที่มีสมรรถนะสูง

1. เพิ่มศักยภาพการให้บริการ รักษาพยาบาล เป็นรายโรคเฉพาะด้าน EESSS ที่มีความเข้มแข็งและยั่งยืน
คุณภาพ

2. ผู้ป่วยหลังการรักษามีคุณภาพ ได้รับดูแลที่ถูกต้อง ได้มาตรฐาน ปลอดภัย
3. ประชาชนทุกกลุ่มมีสุขภาพที่ดี มีความรอบรู้ ด้านสุขภาพ สามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม
4. ป้องกันความเสี่ยงโรคและอุบัติเหตุทาง เพื่อลดข้อผิดพลาดและความเจ็บป่วย ของประชาชน
5. ประชาชนได้รับการคุ้มครองผู้บริโภคและการจัดการสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพ
6. ประชาชนได้รับการเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นสูงที่มีคุณภาพ ส่งต่อมีประสิทธิภาพ ไร้รอยต่อ

8. มีระบบส่งต่อที่ปลอดภัยได้มาตรฐาน ทั้งในและนอกเครือข่าย
9. ผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน สามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ทีมแพทย์เฉพาะทาง)
10. ใช้ระบบสารสนเทศในการส่งต่อผู้ป่วย ส่งมอบประวัติอย่างครบถ้วน (ด้วยข้อมูล)
11. พัฒนาระบบบริการ วินิจฉัย และรักษาที่ถูกต้องรวดเร็ว

12. พัฒนาระบบคุณภาพการดำเนินงาน
13. โรงพยาบาลมีระบบบริการจัดการคนตามหลักธรรมาภิบาล
14. หน่วยงานบนถนนกวดการระบบนิเวศบริการและสามารถโปร่งใส
15. ระบบบริการจัดการส่งต่อผู้ป่วยที่มีมาตรฐาน
16. องค์กรมีทัศนคติทางบวก
17. บุคลากรมีความรู้ ทักษะ และสมรรถนะที่เหมาะสม เพียงพอ
18. มีการใช้ความหลากหลายทางวิชาชีพที่มีประสิทธิภาพ

ภาพรวมยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาศักยภาพในการบริการโรคเฉพาะด้าน

เป้าประสงค์ที่ 1 เพิ่มศักยภาพการให้บริการ รักษาพยาบาล เป็นรายโรคเฉพาะด้านที่มีความซับซ้อน และเป็นปัญหาสุขภาพ ได้แก่ ศูนย์ผ่าตัดต่อกระดูก ประสาทหูเทียมและเครื่องช่วยฟัง ศูนย์รักษาโรคSLE, โรคสะกดเงิน พัฒนาศักยภาพการดูแลโรคหลอดเลือดสมอง Fast Track Stroke ยกระดับการให้บริการด้านการส่องกล้องscope

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบการรักษาให้มีความปลอดภัยได้มาตรฐาน

เป้าประสงค์ที่ 2 ผู้ป่วยหลังการรักษาโรคเฉพาะด้าน ได้รับความดูแลที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ปลอดภัย

ยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรคภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อมและคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ โดยทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม

เป้าประสงค์ที่ 3 ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพที่ดี มีความรอบรู้ ด้านสุขภาพ สามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม

เป้าประสงค์ที่ 4 ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและความเจ็บป่วย ของประชาชน

เป้าประสงค์ที่ 5 ประชาชนได้รับการคุ้มครองผู้บริโภค และการจัดการสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ให้มีคุณภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทั่วถึง ไร้รอยต่อ

เป้าประสงค์ที่ 6 ประชาชนได้รับการเข้าถึงบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ ส่งต่อมีประสิทธิภาพไร้รอยต่อ

เป้าประสงค์ที่ 7 พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพและไร้รอยต่อ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 พัฒนาระบบการส่งต่อที่มาตรฐาน

เป้าประสงค์ที่ 8 มีระบบส่งต่อที่ปลอดภัยได้มาตรฐานทั้งในและนอกเครือข่าย

เป้าประสงค์ที่ 9 ผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน สามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน(พัฒนาภาคีเครือข่าย)

ยุทธศาสตร์ที่ 6 พัฒนาศูนย์ส่งต่อที่มีประสิทธิภาพแบบไร้รอยต่อ

เป้าประสงค์ที่ 10 ใช้ระบบสารสนเทศในการส่งต่อผู้ป่วย(ส่งต่อแบบไร้รอยต่อขับเคลื่อนด้วยข้อมูล)

เป้าประสงค์ที่ 11 พัฒนาระบบคัดกรอง วินิจฉัย และรักษาที่ถูกต้องรวดเร็ว

เป้าประสงค์ที่ 12 พัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในการรับ ส่งต่อ

ยุทธศาสตร์ที่ 7 พัฒนาระบบบริการสุขภาพ ให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ ด้วยนวัตกรรม เทคโนโลยี ที่ทันสมัยและหลักธรรมาภิบาล

เป้าประสงค์ที่ 13 พัฒนาระบบคุณภาพบริการที่มีประสิทธิภาพ

เป้าประสงค์ที่ 14 โรงพยาบาลมีระบบบริหารจัดการ ตามหลักธรรมาภิบาล

เป้าประสงค์ที่ 15 หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส

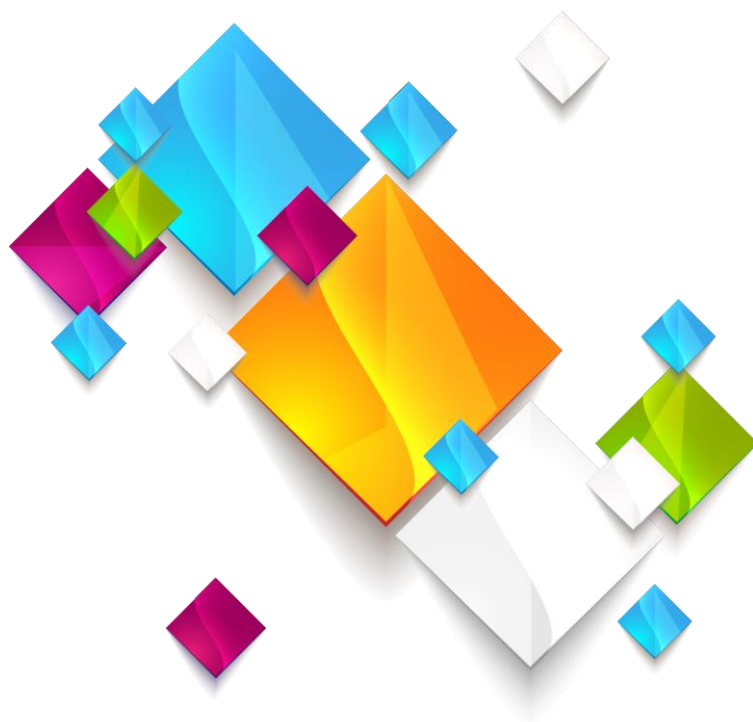
เป้าประสงค์ที่ 16 ระบบบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน

เป้าประสงค์ที่ 17 นวัตกรรม เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยในการให้บริการสุขภาพและบริหารจัดการ

ยุทธศาสตร์ที่ 8 พัฒนาโรงพยาบาลให้เป็นองค์กรแห่งความสุข และบุคลากรมีสมรรถนะสูง

เป้าประสงค์ที่ 18 บุคลากรมีความรู้ ทักษะ และสมรรถนะที่เหมาะสม เพียงพอ

เป้าประสงค์ที่ 19 บุคลากรมีความสมดุลระหว่างความสุข ในชีวิตและภาระงาน



ส่วนที่ 4 การจัดทำแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

การจัดทำกลยุทธ์ในระดับหน่วยงาน

ตามแผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2567

พันธกิจที่ 1 ให้การรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ ที่มุ่งเน้นในระดับตติยภูมิให้มีคุณภาพ

| KPI หลัก (Outcome) | target | สาเหตุหลักของปัญหา (Root cause) | KPI รอง (output) | เป้าหมาย (output) | กลยุทธ์ & มาตรการ | โครงการ |
|---------------------------------|--------|---|---|----------------------|--|--|
| 1. อัตราตายโรคสำคัญของโรงพยาบาล | | | | | | |
| 1.1 ร้อยละการตายด้วยโรค STEMI | <7 | 1.การเข้าถึงบริการที่ล่าช้า 2. Delay diagnosis : การวินิจฉัยหลังทำ EKGและหลัง consult 3. Delay refer 4.multiple comorbidity 5.severity ของผู้ป่วย | 1.ร้อยละDoor to EKG ภายใน 10 นาที 1. ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับยา streptokinase ภายใน 40 นาที หลังทำ EKG | 100% 80% | 1.ปรับปรุงแนวทางการ Triageตาม ความรุนแรงเพื่อการเข้าถึงการรักษา ได้รวดเร็ว 2. ปรับปรุงกระบวนการประสานงาน ในการรับส่งผู้ป่วยให้สามารถปรึกษา แพทย์เฉพาะทางได้โดยตรง ทั้งทาง โทรศัพท์และทาง application line โดยเฉพาะ กรณีผู้ป่วยยุ่งยากซับซ้อน ทำให้การตัดสินใจและการช่วยเหลือ เบื้องต้นถูกต้องรวดเร็วมากยิ่งขึ้น 3.จัดความพร้อมใช้ยา streptokinase 4. จัดให้มีเครื่องมือในการเฝ้าระวัง อาการผู้ป่วยที่เกิดภาวะฉุกเฉินได้ ขณะดูแลแรกรับและขณะส่งต่อ | 1.บุคลากรผ่านการอบรม Basic , Advance stroke CPR 2.การจัดประชุม ทบทวนกระบวนการ ให้บริการในทีม ปฏิบัติงานเช่น ER , Lab ,ศูนย์ส่งต่อ |

| KPI หลัก (Outcome) | target | สาเหตุหลักของปัญหา (Root cause) | KPI รอง (output) | เป้าหมาย (output) | กลยุทธ์ & มาตรการ | โครงการ |
|-----------------------------------|--------|---|---|----------------------|--|---|
| 1.2 ร้อยละการตายด้วยโรค Sepsis | ≥80% | 1.การเข้าถึงบริการที่ล่าช้า 2.ทักษะความรู้ของบุคลากรที่ ให้การดูแล | ร้อยละผู้ป่วย sepsis ที่ได้ยา ปฏิชีวนะ ภายใน 1 ชั่วโมง หลังได้รับการวินิจฉัย | 100 | 1. การจัดประชุมร่วม แพทย์/ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องการใช้ News Score ในกลุ่มเสี่ยง 2.จัดความพร้อมใช้ยา Antibiotic 3.จัดทำ CPG การดูแลผู้ป่วยSepsis | โครงการพัฒนา ศักยภาพการดูแล ผู้ป่วยSepsis |
| 1.3 ร้อยละการตายด้วยโรค Stroke | < 7 | 1.ผู้รับบริการขาดความรู้ความ เข้าใจในเรื่องโรค 2.การเข้าถึงบริการที่ล่าช้า 3.ทักษะความรู้ของบุคลากรที่ ให้การดูแล | ร้อยละของผู้ป่วย Acute stroke ที่มาโรงพยาบาล ภายใน 270 นาทีหลังเกิด อาการ(Last seen normal < 4.5 ชม.) | ≥ 25 | 1.การให้ความรู้ประชาชนในเรื่องโรค การประชาสัมพันธ์เพื่อให้ผู้รับบริการ เข้าถึงระบบ SFT 2.ส่งเสริมการให้ข้อมูลการเข้าถึง บริการของผู้ป่วยโดยทางสื่อ หนังสือ การเยี่ยมชมชุมชนหรือ Application โรคหลอดเลือดสมอง 3.การให้ความรู้ผสม.ในชุมชนเพื่อให้ ความรู้ประชาชนในเขตชุมชน | 1.โครงการให้ความรู้ โรคหลอดเลือดสมอง สำหรับประชาชน 2.โครงการพัฒนา ศักยภาพผู้ดูแลเรื่อง โรคหลอดเลือดสมอง |
| | | | ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองตีบ/อุดตันระยะ เฉียบพลันที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชม.ได้รับการรักษาด้วย ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือด ดำภายใน60 นาที | ≥ 50 | 1.การจัดประชุมร่วมกับเจ้าหน้าที่รพ. โซนใต้ในการส่งตัวผู้ป่วยมารับ บริการที่จุดฉุกเฉินทั้งหมดไม่ว่าจะ เป็น SFT หรือ Non fast track เพื่อให้บริการอย่างรวดเร็ว 2.พัฒนาระบบการให้บริการในทีม ปฏิบัติงานเช่น ER ห้อง CT Lab ห้องยา หอผู้ป่วย เพื่อพัฒนาระบบ | 1.บุคลากรผ่านการ อบรม Basic stroke , Advance stroke ,Stroke manager 2.การจัดประชุม ทบทวนกระบวนการ ให้บริการในทีม ปฏิบัติงานเช่น ER |
| | | | ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองตีบ/อุดตัน | ≥ 7 | | |

| KPI หลัก (Outcome) | target | สาเหตุหลักของปัญหา (Root cause) | KPI รอง (output) | เป้าหมาย (output) | กลยุทธ์ & มาตรการ | โครงการ |
|---|---------------------------|---|---|----------------------|---|--|
| | | | (I63)ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ | | การให้ยา rt-PA ภายใน 60 นาที (Door to needle time) 3.พัฒนาระบบการใช้โทรศัพท์ในการแจ้งกรณีมีผู้ป่วย Stroke fast track เพื่อขอ Lab ด่วน หรือขอ CT ด่วน | ห้อง CT Lab หอผู้ป่วย |
| 1.3.2 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการภายใน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke unit | ≥ 50 | 1.ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสม เกิดภาวะแทรกซ้อน 2.ผู้ป่วยได้รับการดูแลและประเมินปัญหาได้ไม่ครบถ้วน 3.ขาดการประสานงานในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง | | | 1.การเปิดหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้บริการ 2.จัดประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการโรคหลอดเลือดสมอง 3.เตรียมความพร้อมของบุคลากรและหน่วยงาน | โครงการอบรมพัฒนาทักษะ วิชาการเช่น Basic stroke , Advance stroke , Manager stroke |
| 2.1 จำนวนหน่วยงานที่สามารถบริหารความเสี่ยงได้ตามเกณฑ์ | 35 (จาก42 หน่วยงาน) | 1.บุคลากรไม่ทราบช่องทางรายงานความเสี่ยง | บุคลากรได้รับการอบรมระบบบริหารความเสี่ยงและการรายงานผ่านโปรแกรม | ร้อยละ 80 | 1.ประชุมให้ความรู้กับบุคลากรในโรงพยาบาลเรื่องการลงโปรแกรมรายงานความเสี่ยง HRMS 2.กำหนดแนวทางการติดตามการลงบันทึกความเสี่ยงและการบริหารจัดการ | โครงการอบรมการใช้โปรแกรม HRMS |
| | | 2.โปรแกรมรายงานความเสี่ยง HRMS มีรหัสความเสี่ยงเฉพาะ หาสีไม่พบ | บุคลากรในหน่วยงานเข้ารายงานความเสี่ยงผ่านโปรแกรมHRMS | ร้อยละ80 | 3.มีการประเมินผลการใช้โปรแกรม 4.ประชุมหารือร่วมกับงานITเพื่อการดึงข้อมูลในโปรแกรมออกมาใช้ได้ อย่างง่ายและสะดวก | |

| KPI หลัก (Outcome) | target | สาเหตุหลักของปัญหา (Root cause) | KPI รอง (output) | เป้าหมาย (output) | กลยุทธ์ & มาตรการ | โครงการ |
|---|--------|---|--|-----------------------|---|--|
| 2.2 ร้อยละความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไปได้รับการทบทวนตามระยะเวลาที่กำหนด | 85% | 1.ขาดการสะท้อนข้อมูลความเสี่ยงระดับEไปยังหน่วยงานและระบบที่เกี่ยวข้อง | ข้อมูลความเสี่ยงระดับE ถูกส่งไประบบงานหลักที่เกี่ยวข้องเพื่อทบทวน | ร้อยละ 100 | 1.ประชุมให้ความรู้กับบุคลากรในโรงพยาบาลการจัดการความเสี่ยงตามระดับในโรงพยาบาล 2.กำหนดแนวทางการปฏิบัติและสื่อสารลงสู่หน่วยให้ครอบคลุม 3.กำหนดให้เป็นตัวชี้วัดระดับบุคคลและหน่วยงาน | |
| | | 2.ไม่มีระบบกำกับติดตามการทบทวนภายในเวลาที่กำหนด | ระบบบริหารความเสี่ยงสามารถติดตามการทบทวนเหตุการณ์ระดับ E ภายใน 14 วัน | ร้อยละ 80 | | |
| 3.ค่าคะแนน HA Scoring ของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล | 3.5 | 1.ขาดความตระหนักในงานคุณภาพและความปลอดภัยในโรงพยาบาล | ระดับคะแนนความคิดเห็นต่อภาพรวมความปลอดภัยในโรงพยาบาล (จากการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล) | ดี (ร้อยละ 75) | 1.สร้างความตระหนักให้บุคลากรเห็นความสำคัญของงานคุณภาพและความปลอดภัยในโรงพยาบาล 2.ศูนย์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล กำหนดแนวทาง(Flow)การกำกับกระบวนการทางคลินิก เพื่อนำมาพัฒนาการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคสำคัญ 3.กำหนดเป้าหมาย วางแผนการดำเนินงาน และถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ 4.จัดทำโครงสร้างงานพัฒนาคุณภาพ จัดกลุ่มงาน มอบหมายหน้าที่อย่างชัดเจน 5.จัดระบบการปฏิบัติงาน การบริหารจัดการมีการประเมิน | 1.โครงการให้ความรู้การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล |
| | | 2.ทีมนำทางคลินิกไม่ได้กำกับกระบวนการทางคลินิก เพื่อนำมาพัฒนาการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคสำคัญ | จำนวนแนวทางตามรอยการดูแลและการพัฒนาในกลุ่มโรคสำคัญของโรงพยาบาล (Clinical tracer & Driver diagram) | 20 | | |
| | | 3 สิ่งแวดล้อมในการทำงานไม่ปลอดภัย | โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินสถานพยาบาลตามนโยบาย EMS | ผ่านระดับ The best | | |

| KPI หลัก (Outcome) | target | สาเหตุหลักของปัญหา (Root cause) | KPI รอง (output) | เป้าหมาย (output) | กลยุทธ์ & มาตรการ | โครงการ |
|-------------------------------------|--------|---|--|----------------------|--|----------------------------------|
| | | | | | วิเคราะห์และ พัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง 6.การจัดรูปแบบที่เหมาะสม ให้ ความสำคัญ มีการจูงใจให้บุคลากร เห็นความสำคัญและร่วมดำเนินงาน | |
| 4.1 ร้อยละความพึงพอใจ ผู้ป่วยนอก | 84% | 1.จำนวนผู้รับบริการที่มี แนวโน้มสูงทุกปี 2.การออกตรวจที่ล่าช้า 3.เครื่องมือมีไม่เพียงพอต่อ การให้บริการ 4.บุคลากรมีน้อยไม่เพียงพอ ต่อการให้บริการ 5.ขาดการสื่อสารเพื่อสร้าง ความเข้าใจกับผู้รับบริการ | 1. จำนวนข้อร้องเรียนลดลง 2. ระยะเวลาารอคอยตรวจ ลดลง 3. อัตราของบุคลากรทาง การแพทย์ที่ได้รับการพัฒนา ศักยภาพการดูแลผู้ป่วย เฉพาะทาง | - 120 นาที 80% | 1. ประชาสัมพันธ์คลินิกให้บริการการ ตรวจรักษา 2. มีระบบการจัดการการออก ให้บริการ 3. ขอสนับสนุนเครื่องที่ช่วยตรวจ วินิจฉัยที่รวดเร็ว 4. มีการส่งเสริมความรู้บุคลากรเพื่อ พัฒนาศักยภาพผ่านการTraining need 5. เพิ่มช่องทางการสื่อสารเพื่อสร้าง ความเข้าใจกับผู้รับบริการมากขึ้น | 1.โครงการพัฒนา พฤติกรรมบริการ |

| KPI หลัก (Outcome) | target | สาเหตุหลักของปัญหา (Root cause) | KPI รอง (output) | เป้าหมาย (output) | กลยุทธ์ & มาตรการ | โครงการ |
|---|--------|---|---|----------------------|---|----------------------------------|
| 4.2 ร้อยละความพึงพอใจ ผู้ป่วยใน | 87% | 1.จำนวนผู้ป่วยในมากขึ้น 2.ผู้ป่วยในมีความซับซ้อนมากขึ้น 3.เครื่องมือมีไม่เพียงพอต่อการให้บริการ 4.บุคลากรมีน้อยไม่เพียงพอต่อการให้บริการ 5.ขาดการสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจกับผู้รับบริการ | 1. จำนวนข้อร้องเรียนลดลง | - | 1.มีการแยกการให้บริการหผู้ป่วย ในตามประเภทอย่างชัดเจน 2.จัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวก พื้นฐานอย่างเพียงพอ 3.ขอสนับสนุนเครื่องมือที่ช่วยตรวจ วินิจฉัยและให้บริการที่ทันสมัย 4.มีการส่งเสริมความรู้บุคลากรเพื่อ พัฒนาศักยภาพผ่านการTraining need 5.เพิ่มช่องทางการสื่อสารเพื่อสร้าง ความเข้าใจกับผู้รับบริการมากขึ้น | 1.โครงการพัฒนา พฤติกรรมบริการ |
| | | | 2. อัตราของบุคลากรทาง การแพทย์ที่ได้รับการพัฒนา ศักยภาพการดูแลผู้ป่วย เฉพาะทาง | 80% | | |
| 4.3 ร้อยละความพึงพอใจ ผู้ป่วยในชุมชนในเขตบริการ PCU สิรินคร | 82 | 1.ระบบบริการสุขภาพของ ประเทศไทยขยายการเข้าถึง บริการสุขภาพให้ประชาชนได้ เข้ารับบริการได้สะดวกขึ้น “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” 2.สร้างระบบสุขภาพที่มี คุณภาพมาตรฐานในทุกระดับ เพื่อตอบสนองความต้องการ | 1.ร้อยละความพึงพอใจ กระบวนการขั้นตอนการ ให้บริการ | 82% | 1. มีขั้นตอนการให้บริการ: Flow chart และระบุระยะเวลาในแต่ละ ขั้นตอนชัดเจน 2. ออกแบบหรือวางแผนการดำเนิน กิจกรรม ประกอบด้วย การวิเคราะห์ สภาพปัจจุบัน/ปัญหา(SWOT) และ คัดเลือกปัญหาโดยการจำแนกผลการ วิเคราะห์ | - |
| | | | 2.ร้อยละความพึงพอใจ เจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่ ให้บริการ | 82% | | |
| | | | 3.ร้อยละความพึงพอใจต่อ สิ่งอำนวยความสะดวก | 82% | | |

| KPI หลัก (Outcome) | target | สาเหตุหลักของปัญหา (Root cause) | KPI รอง (output) | เป้าหมาย (output) | กลยุทธ์ & มาตรการ | โครงการ |
|-----------------------|--------|---|--|----------------------|--|---------|
| | | ของประชาชนให้ครอบคลุม ทุกกลุ่มเป้าหมาย | 4. ร้อยละความพึงพอใจต่อ คุณภาพของการให้บริการ | 82% | 3. กำหนดนโยบายหรือมาตรการใน การปรับปรุง/พัฒนางาน 4. ดำเนินกระบวนการ PDCA 5. มีระบบรับข้อร้องเรียนเกี่ยวกับ ระบบการให้บริการ ผ่านช่องทางที่ เป็นลายลักษณ์อักษร 6. ประเมินติดตามและปรับปรุงแก้ไข 7. ผลการปรับปรุง(ลดขั้นตอน/ลด ระยะเวลา) จัดทำCQI/นวัตกรรม เพื่อแก้ไขปัญหาหน้างาน 8. เก็บข้อมูลการสำรวจความพึงพอใจ และความไม่พึงพอใจ โดยใช้ เครื่องมือ Application/ แบบสอบถามตามความเหมาะสม เก็บข้อมูลผู้รับบริการ | |

| KPI หลัก (Outcome) | target | สาเหตุหลักของปัญหา (Root cause) | KPI รอง (output) | เป้าหมาย (output) | กลยุทธ์ & และมาตรการ | โครงการ |
|---|--------|---|--|-----------------------|---|---|
| 5.ผลรวม Sum_Adj.Rw. ในกลุ่มโรคที่ รพ.มีความเชี่ยวชาญ | | | | | | |
| 5.1กลุ่มโรคจักษุ(Eye) | | | | | | |
| 5.1.1 จำนวน Sum_Adj.Rw กลุ่มโรคจักษุ | 2,500 | 1.จำนวนผู้ป่วยในที่ยังไม่ถึง เกณฑ์ที่รพ.กำหนด 2.การลงบันทึกการวินิจฉัย และการลงรหัสโรคไม่ถูกต้อง 3.การAuditการวินิจฉัยไม่ ครอบคลุม 4.แนวทางการAdmitผู้ป่วยไม่ ชัดเจน 5.ปัญหาการสื่อสารระหว่าง ทีมให้การรักษา | 1.จำนวนผู้ป่วยในเฉลี่ยต่อ วัน 2.อัตราการครองเตียงผู้ป่วย ใน 3.จำนวนวันนอนผู้ป่วยใน โรคที่ไม่ซับซ้อนและไม่มี ภาวะแทรกซ้อน | 110คน 80% 3 วัน | 1.ประชุมทีมบุคลากรให้การรักษาเพื่อ สร้างความเข้าใจในเกณฑ์การAdmit ผู้ป่วย 2.สร้างแนวทางการAdmitผู้ป่วยที่ ชัดเจน 3.มีการส่งเสริมความรู้บุคลากรเพื่อ พัฒนาศักยภาพ 4.ขอสนับสนุนเครื่องมือที่ช่วยตรวจ วินิจฉัยและให้บริการที่ทันสมัยและ ครบถ้วน | 1.โครงการอบรมการ บันทึกเวชระเบียน |
| 5.1.2 จำนวนcase ผ่าตัด Cataract เพิ่มขึ้นเป็น | 1,428 | 1.จักษุแพทย์ที่มีน้อยไม่ เพียงพอต่อการให้บริการ 2.จำนวนผู้ป่วย Cataractที่ เพิ่มมากขึ้น | | 5,000 | 1.สนับสนุนจักษุแพทย์(outsource)มา ช่วยผ่าตัด 2.ขยายจำนวนห้องผ่าตัด 3.เพิ่มจำนวนcaseและจำนวนวัน ผ่าตัด | 1.โครงการคัดกรอง โรคต้อกระจกใน ผู้สูงอายุ |
| 5.1.3 ระยะเวลารอคอย ผ่าตัด Cataract (วัน) | 45 | 3.หออผู้ป่วยในจักษุมีไม่ เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วยที่จะ Admitเพื่อผ่าตัด | | 10 | 3.มีการส่งเสริมความรู้บุคลากรเพื่อ พัฒนาศักยภาพ 4.ขอสนับสนุนเครื่องมือที่ใช้ในการ ผ่าตัดต้อกระจกที่ทันสมัยและใช้งานได้ ง่าย | |

| KPI หลัก (Outcome) | target | สาเหตุหลักของปัญหา (Root cause) | KPI รอง (output) | เป้าหมาย (output) | กลยุทธ์ & มาตรการ | โครงการ |
|--|--------|--|---|----------------------|---|--|
| 5.1.4 ร้อยละผู้ป่วยที่ บกพร่องทางการมองเห็น ได้รับใบรับรองความพิการ และเข้าถึงสิทธิพึงได้รับตาม กฎหมาย | 90% | 1.ประชาชนหรือผู้ป่วยมี ความรู้ในแหล่งทรัพยากรขอ ความช่วยเหลือเมื่อประสบ ปัญหาทางสังคมที่เชื่อมโยงกับ ปัญหาสุขภาพไม่เพียงพอ 2.การประชาสัมพันธ์การ ให้บริการสังคมสงเคราะห์ สงเคราะห์ทางการแพทย์ไม่ ทั่วถึง 3.กลุ่มผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัย เข้าตามเกณฑ์ความพิการในมี ความรู้และเข้าใจ และใช้ ประโยชน์จากสิทธิพึงได้รับ ตามกฎหมายน้อย | 1. ร้อยละผู้ป่วยที่บกพร่อง ทางการมองเห็นได้รับ ใบรับรองความพิการและ เข้าถึงสิทธิพึงได้รับตาม กฎหมาย | 90 | 1.พัฒนาการจัดบริการการออก ใบรับรองความพิการและบัตรคนพิการ ในโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ | 1.โครงการสื่อ ประชาสัมพันธ์ระบบ บริการคนพิการแบบ เบ็ดเสร็จและสิทธิ ประโยชน์ตาม กฎหมาย |

| KPI หลัก (Outcome) | target | สาเหตุหลักของปัญหา (Root cause) | KPI รอง (output) | เป้าหมาย (output) | กลยุทธ์ & มาตรการ | โครงการ |
|---|--------|---|--|-----------------------|--|--|
| 5.2.กลุ่มโรคหู คอ จมูก(Ear) | | | | | | |
| 5.2.1จำนวน Sum_Adj.Rw กลุ่มโรคหู คอ จมูก | 200 | 1.จำนวนผู้ป่วยในที่ยังไม่ถึง เกณฑ์ที่รพ.กำหนด 2.การลงบันทึกการวินิจฉัย และการลงรหัสโรคไม่ถูกต้อง 3.การAuditการวินิจฉัยไม่ ครอบคลุม 4.แนวทางการAdmitผู้ป่วยไม่ ชัดเจน 5.ปัญหาการสื่อสารระหว่าง ทีมให้การรักษา | 1.จำนวนผู้ป่วยในเฉลี่ยต่อ วัน 2.อัตราการครองเตียงผู้ป่วย ใน 3.จำนวนวันนอนผู้ป่วยใน โรคที่ไม่ซับซ้อนและไม่มี ภาวะแทรกซ้อน | 110คน 80% 3 วัน | 1.ประชุมทีมบุคลากรให้การรักษาเพื่อ สร้างความเข้าใจในเกณฑ์การAdmit ผู้ป่วย 2.สร้างแนวทางการAdmitผู้ป่วยที่ ชัดเจน 3.มีการส่งเสริมความรู้บุคลากรเพื่อ พัฒนาศักยภาพ 4.ขอสนับสนุนเครื่องที่ช่วยตรวจ วินิจฉัยและให้บริการที่ทันสมัยและ ครบถ้วน | 1.โครงการอบรมการ บันทึกเวชระเบียน |
| 5.2.2ร้อยละผู้ป่วยที่มีปัญหา การได้ยินที่ได้รับเครื่องช่วยฟัง | | | | | | |
| 5.2.3 ร้อยละผู้ป่วยที่บกพร่อง ทางการได้ยินได้รับใบรับรอง ความพิการและเข้าถึงสิทธิฟัง ได้รับตามกฎหมาย | 90 | 1.ประชาชนหรือผู้ป่วยมีความรู้ ในแหล่งทรัพยากรขอความ ช่วยเหลือเมื่อประสบปัญหาทาง สังคมที่เชื่อมโยงกับปัญหา สุขภาพไม่เพียงพอ 2.การประชาสัมพันธ์การ ให้บริการสังคมสงเคราะห์ สงเคราะห์ทางการแพทย์ไม่ | 2. ร้อยละผู้ป่วยที่บกพร่อง ทางการได้ยินได้รับ ใบรับรองความพิการและ เข้าถึงสิทธิฟังได้รับตาม กฎหมาย | 90 | 1.พัฒนาการจัดบริการการออก ใบรับรองความพิการและบัตรคนพิการ ในโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ | 1.โครงการสื่อ ประชาสัมพันธ์ระบบ บริการคนพิการแบบ เบ็ดเสร็จและสิทธิ ประโยชน์ตาม กฎหมาย |

| KPI หลัก (Outcome) | target | สาเหตุหลักของปัญหา (Root cause) | KPI รอง (output) | เป้าหมาย (output) | กลยุทธ์ & และมาตรการ | โครงการ |
|---|--------|---|--|-----------------------|--|--------------------------------------|
| | | ทั่วถึง 3.กลุ่มผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยเข้า ตามเกณฑ์ความพิการในมี ความรู้และเข้าใจ และใช้ ประโยชน์จากสิทธิพึงได้รับตาม กฎหมายน้อย | | | | |
| 5.3 กลุ่มโรคหลอดเลือด สมอง(Stroke) | | | | | | |
| 5.3.1จำนวน Sum_Adj.Rw โรคหลอดเลือดสมอง | 700 | 1.จำนวนผู้ป่วยในที่ยังไม่ถึง เกณฑ์ที่รพ.กำหนด 2.การลงบันทึกการวินิจฉัยและ การลงรหัสโรคไม่ถูกต้อง 3.การAuditการวินิจฉัยไม่ ครอบคลุม 4.แนวทางการAdmitผู้ป่วยไม่ ชัดเจน 5.ปัญหาการสื่อสารระหว่างทีม ให้การรักษา | 1.จำนวนผู้ป่วยในเฉลี่ยต่อ วัน 2.อัตราการครองเตียงผู้ป่วย ใน 3.จำนวนวันนอนผู้ป่วยใน โรคที่ไม่ซับซ้อนและไม่มี ภาวะแทรกซ้อน | 110คน 80% 3 วัน | 1.ประชุมทีมบุคลากรให้การรักษาเพื่อ สร้างความเข้าใจในเกณฑ์การAdmit ผู้ป่วย 2.สร้างแนวทางการAdmitผู้ป่วยที่ชัดเจน 3.มีการส่งเสริมความรู้บุคลากรเพื่อ พัฒนาศักยภาพ 4.ขอสนับสนุนเครื่องที่ช่วยตรวจวินิจฉัย และให้บริการที่ทันสมัยและครบถ้วน | 1.โครงการอบรมการ บันทึกเวชระเบียน |

| KPI หลัก (Outcome) | target | สาเหตุหลักของปัญหา (Root cause) | KPI รอง (output) | เป้าหมาย (output) | กลยุทธ์ & และมาตรการ | โครงการ |
|---|--------|--|--|----------------------|--|--|
| 5.3.2 ร้อยละผู้ป่วยSTROKEที่ บกพร่องทางการเคลื่อนไหว ได้รับใบรับรองความพิการ และเข้าถึงสิทธิพึงได้รับตาม กฎหมาย | 90 | 1.ประชาชนหรือผู้ป่วยมี ความรู้ในแหล่งทรัพยากรขอ ความช่วยเหลือเมื่อประสบ ปัญหาทางสังคมที่เชื่อมโยงกับ ปัญหาสุขภาพไม่เพียงพอ 2.การประชาสัมพันธ์การ ให้บริการสังคมสงเคราะห์ สงเคราะห์ทางการแพทย์ไม่ ทั่วถึง 3.กลุ่มผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัย เข้าตามเกณฑ์ความพิการในมี ความรู้และเข้าใจ และใช้ ประโยชน์จากสิทธิพึงได้รับ ตามกฎหมายน้อย | 2. ร้อยละผู้ป่วยที่บกพร่อง ทางการได้ยินได้รับ ใบรับรองความพิการและ เข้าถึงสิทธิพึงได้รับตาม กฎหมาย | 90 | 1.พัฒนาการจัดบริการการออก ใบรับรองความพิการและบัตรคนพิการ ในโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ | 1.โครงการสื่อ ประชาสัมพันธ์ระบบ บริการคนพิการแบบ เบ็ดเสร็จและสิทธิ ประโยชน์ตาม กฎหมาย |
| 5.4 กลุ่ม Scope & Sport | | | | | | |
| 5.4.1จำนวนSum_Adj.Rw. กลุ่มหัตถการส่องกล้อง | 3,000 | 1.จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงFit test positive มีมากแต่การ เข้าถึงการตรวจวินิจฉัยที่ล่าช้า 2.การลงบันทึกการวินิจฉัย และการลงรหัสโรคไม่ถูกต้อง 3.การAuditการวินิจฉัยไม่ ครอบคลุม | 1.ร้อยละผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง Fit test positive ได้รับการ ตรวจวินิจฉัยโดยการส่อง กล้อง 2.ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการ ตรวจส่องกล้องได้รับการ Admit | 80% 100% | 1. ประชุมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อ จัดทำโครงการส่องกล้อง 2. ขอสนับสนุนเครื่องมือตรวจที่ช่วยใน การวินิจฉัย 3. ขอสนับสนุนอัตราศัลยแพทย์เพื่อ การตรวจวินิจฉัยได้ตามเป้าหมาย 4.จัดระบบการให้เข้าถึงการส่อง | 1.โครงการส่องกล้อง ผู้ป่วยกลุ่ม Fit test positive |

| KPI หลัก (Outcome) | target | สาเหตุหลักของปัญหา (Root cause) | KPI รอง (output) | เป้าหมาย (output) | กลยุทธ์ & มาตรการ | โครงการ |
|---|--------|---|---|----------------------|---|---|
| | | 4. ศัลยแพทย์ที่มีน้อยไม่เพียงพอต่อการให้บริการ | | | กล้องที่รวดเร็ว | |
| 5.4.2 ร้อยละผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง Fit test positive ได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยการส่องกล้อง | 50% | การคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเพื่อตรวจ Fit test เพิ่มขึ้นทุกปี แต่การตรวจวินิจฉัยโดยการส่องกล้อง นั้นทำได้ล่าช้าเนื่องจากเครื่องมือตรวจที่ช่วยในการวินิจฉัยมีจำนวนจำกัดทำให้ระยะเวลาการรอคอยตรวจนาน อีกทั้งศัลยแพทย์ที่มีน้อยไม่เพียงพอต่อการให้บริการ | ร้อยละผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง Fit test positive ได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยการส่องกล้อง | 80% | <ol style="list-style-type: none"> 1. ประชุมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดทำโครงการส่องกล้อง 2. ขอสนับสนุนเครื่องมือตรวจที่ช่วยในการวินิจฉัย 3. ขอสนับสนุนอัตราศัลยแพทย์เพื่อการตรวจวินิจฉัยได้ตามเป้าหมาย 4. จัดระบบการให้เข้าถึงการส่องกล้องที่รวดเร็ว | 1.โครงการส่องกล้องผู้ป่วยกลุ่ม Fit test positive |
| 5.4.3 ร้อยละผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงได้รับการรักษาภายใน 4 สัปดาห์ | 80% | อัตราผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี จากปัญหาผู้รับบริการที่มากขึ้น ประกอบกับการขาดแคลนเครื่องมือตรวจที่ช่วยในการวินิจฉัยที่รวดเร็ว ทำให้ระยะเวลาการรอคอยการรักษาาน อีกทั้งมีการรับ Refer จากโรงพยาบาลในโซนใต้ของจังหวัดขอนแก่นมาก | ร้อยละผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงได้รับการรักษาภายใน 4 สัปดาห์ | 100% | <ol style="list-style-type: none"> 1. ประชุมแพทย์และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเรื่องระบบการติดตามผลการวินิจฉัย 2. มีการสนับสนุนเครื่องมือตรวจที่ช่วยในการวินิจฉัยที่รวดเร็ว 3. มีการกำหนดขอบเขตการทำงานที่ชัดเจน เช่น จัดทำ Flow การส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง 4. จัดการให้เข้าถึงการผ่าตัดรวดเร็ว 5. มีระบบการติดตามผลขึ้นเนื้อ | 1.โครงการผ่าตัดผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยการผ่าตัดแบบส่องกล้องร่วมกับเครือข่าย |

| KPI หลัก (Outcome) | target | สาเหตุหลักของปัญหา (Root cause) | KPI รอง (output) | เป้าหมาย (output) | กลยุทธ์ & และมาตรการ | โครงการ |
|---|--------|--|---------------------|----------------------|---|---|
| | | ขึ้น และมีศัลยแพทย์มีจำนวน ไม่เพียงพอต่อการให้บริการ | | | 6.ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้ยาเคมีบำบัดกับ หน่วยที่เชี่ยวชาญการให้เคมีบำบัด เพื่อการได้รับบริการที่รวดเร็วและ ปลอดภัย | |
| 5.5 กลุ่มผู้ป่วยสะเก็ดเงิน (Skin) | | | | | | |
| 5.5.1 ร้อยละผู้ป่วยผู้ป่วยโรค สะเก็ดเงินที่มีการรักษาดีขึ้น โดยวัดจากค่า PASI Score ที่ ลดลงภายใน 6 เดือน(ราย) | 5 | 1. แผนกโรคผิวหนัง ยังไม่เคย มีการบันทึกการประเมินภาวะ ความรุนแรงของโรค อย่างมี มาตรฐาน | - | - | 1. มีการติดตั้งโปรแกรมการคำนวณ PASI score และ BSA ที่หน้าจอการ ตรวจผู้ป่วย 2.แพทย์ผู้ตรวจเป็นผู้บันทึกข้อมูล 3. มีการติดตาม วิเคราะห์ และแปลผล ข้อมูล เพื่อติดตามการรักษา หรือ ปรับเปลี่ยนวิธีการรักษา | ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน ที่มารับบริการคลินิก โรคผิวหนัง รพ.สิริน ธร |
| 5.5.2 จำนวนผู้ป่วยโรค สะเก็ดเงินรายใหม่ที่เพิ่มขึ้น เป็น(สะสมฐาน 60 คน) | 125 | 1.ผู้ป่วยโรคผิวหนังที่มารับ บริการคลินิกโรคผิวหนัง ยังไม่ เคยได้รับการวิเคราะห์เรื่อง จำนวนผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน | - | - | 1.ประชาสัมพันธ์ในการให้บริการเรื่อง ศูนย์ การรักษาโรคสะเก็ดเงิน 2.แพทย์ตรวจผู้ป่วยตามระบบ HosXP บันทึกข้อมูลการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสะเก็ดเงิน 3.ประสานงานแผนก IT ในการดูข้อมูล จำนวนผู้ป่วยได้โดยง่าย 4.วิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่เข้า รับการรักษาจากสิทธิ์ในการรักษา เพื่อการ ประชาสัมพันธ์ต่อไป | ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน ที่มารับบริการคลินิก โรคผิวหนัง รพ.สิริน ธร |

การจัดทำกลยุทธ์ในระดับหน่วยงาน

ตามแผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2567

พันธกิจที่ 2 พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้มีคุณภาพ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง

| KPI หลัก (Outcome) | target | สาเหตุหลักของปัญหา (Root cause) | KPI รอง (output) | เป้าหมาย (output) | กลยุทธ์ & และมาตรการ | โครงการ |
|---|--------|---|---|--|---|---|
| 6. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ และหญิงหลังคลอดได้รับการ ดูแลตามเกณฑ์คุณภาพ | 90 | 1. หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ ล่าช้าไม่เห็นความสำคัญของ การมาฝากครรภ์ 2. หญิงตั้งครรภ์ไม่บริโภคเกลือ ไอโอดีน และรับประทานเสริม ไอโอดีนไม่สม่ำเสมอ | 1. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการ ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่อ อายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์ 2. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับ บริการฝากครรภ์ 8 ครั้ง คุณภาพ 3. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ ได้รียาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุ เหล็ก และกรดโฟลิก 4. ร้อยละหญิงหลังคลอด ได้รับการเยี่ยมหลังคลอด 3 ครั้งคุณภาพ | ร้อยละ 80 ร้อยละ 80 ร้อยละ 90 ร้อยละ 75 | การเฝ้าระวังการคลอดก่อนกำหนด ด้วยแบบคัดกรองเฝ้าระวังและให้ ความรู้หญิงตั้งครรภ์ให้ตระหนักของ การมาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ การ ฝากครรภ์ครบตามมาตรฐาน ความสำคัญของการรับยาเม็ดเสริมธาตุ เหล็ก และการบริโภคเกลือเสริม ไอโอดีน | โครงการส่งเสริม สุขภาพกลุ่มวัยแม่ และเด็ก พื้นที่ เครือข่ายบริการ สุขภาพโรงพยาบาลสิ รินธร จังหวัด ขอนแก่น |

| KPI หลัก (Outcome) | target | สาเหตุหลักของปัญหา (Root cause) | KPI รอง (output) | เป้าหมาย (output) | กลยุทธ์ & มาตรการ | โครงการ |
|--|--|---|--|--|--|--|
| 7. ร้อยละเด็กปฐมวัยมี พัฒนาการสมวัย | เด็กปฐมวัย 0-5ปี ใน พื้นที่ รับผิดชอบ | เด็กอายุ 0 - 5 ปี ไม่ตระหนัก และ ให้ความสำคัญของการ มารับการตรวจพัฒนาการครั้ง แรก และติดตามสงสัยล่าช้า | 1) ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการประเมิน พัฒนาการ 2) ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี พบพัฒนาการสงสัยล่าช้า 3) ร้อยละของเด็กอายุ 0 - 5 ปี พบพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตามกระตุ้น พัฒนาการ 4) ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองแล้ว พบว่า มีพัฒนาการล่าช้า ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ ด้วยเครื่องมือมาตรฐาน | ร้อยละ 95 ร้อยละ 25 ร้อยละ 95 ร้อยละ 80 | เด็กทุกคนได้รับตรวจคัดกรอง พัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและ ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัด กรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็ก ที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับ การติดตามให้ได้รับการกระตุ้น พัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผล การประเมิน ผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน | โครงการส่งเสริม สุขภาพกลุ่มวัยแม่และ เด็ก พื้นที่เครือข่าย บริการสุขภาพ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |

| KPI หลัก (Outcome) | target | สาเหตุหลักของปัญหา (Root cause) | KPI รอง (output) | เป้าหมาย (output) | กลยุทธ์ & มาตรการ | โครงการ |
|--|--|--|--|---|--|--|
| 8. ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี สูง ดีสมส่วน | เด็กปฐมวัย 0-5ปี ใน พื้นที่ รับผิดชอบ | <p>1. เนื่องจากมีบุคลากรเปลี่ยน งานในการรับผิดชอบ ควรมี การฟื้นฟูความรู้และทักษะ การลงผลงาน ขาดความรู้ใน การลงโปรแกรมต่าง ทำให้ผล งานการทำงานที่ต่ำกว่าปกติ ซึ่งแก้ไขโดยการฟื้นฟูความรู้ ในเนื้อหาวิชาการ /การลง โปรแกรม การศึ้งงานที่ ถูกต้อง ครบถ้วน ซึ่งจะส่งผล ให้ผลงานที่ดี ผ่านเกณฑ์ มาตรฐาน</p> <p>2.ควรมีมีการจัดหาวัสดุ อุปกรณ์สำหรับ รพ.สต./ศพด. เนื่องจากอุปกรณ์ เช่น เครื่อง ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง บาง แห่งไม่ได้มาตรฐาน จึงทำให้ เกิดความคลาดเคลื่อนในการ วัดผลได้</p> | <p><u>ผลลัพธ์เชิงกระบวนการ</u></p> <p>1) ร้อยละของเด็กอายุ 0 - 5 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัด ส่วนสูง</p> <p>2) ร้อยละของเด็กอายุ 6 เดือน-5 ปี ได้รับยาน้ำเสริม ธาตุเหล็ก</p> <p><u>ผลลัพธ์เชิงปริมาณ</u></p> <p>3) ร้อยละของเด็กอายุ 0 - 5 ปี สูงดีสมส่วน</p> <p>4) ร้อยละเด็กอายุ 9-12 เดือน ได้รับการประเมิน ภาวะโลหิตจาง</p> <p>5) ร้อยละเด็กอายุ 9-12 เดือน ที่มีภาวะโลหิตจาง จากการขาดธาตุเหล็ก (Iron Deficiency Anemia) ได้รับการรักษา</p> | <p>ร้อยละ 90</p> <p>ร้อยละ 90</p> <p>ร้อยละ 76</p> <p>ร้อยละ 80</p> <p>ร้อยละ 100</p> | <p>รพ.สต. และ PCU ของโรงพยาบาล นำข้อมูลน้ำหนักส่วนสูงของเด็กที่ เป็นปัจจุบัน จากหมู่บ้าน ศูนย์เด็ก เล็ก และสถานบริการสาธารณสุข ซึ่ง ไม่รวมการรับบริการในกรณีเจ็บป่วย บันทึกในโปรแกรมหลักของสถาน บริการ เช่น JHCIS, HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตาม โครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม</p> | <p>โครงการส่งเสริม สุขภาพกลุ่มวัยแม่และ เด็ก พื้นที่เครือข่าย บริการสุขภาพ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น</p> |

| KPI หลัก (Outcome) | target | สาเหตุหลักของปัญหา (Root cause) | KPI รอง (output) | เป้าหมาย (output) | กลยุทธ์ & มาตรการ | โครงการ |
|--|---|---|--|----------------------|--|---|
| 9.ร้อยละของกลุ่มภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตามเกณฑ์มาตรฐาน Care Plan | ผู้สูงอายุ ที่มีคะแนนน้อยกว่า 12 คะแนน) | ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องได้รับการดูแลตามเกณฑ์มาตรฐาน Care Plan ยังมีจำนวนไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้สูงอายุ ที่เพิ่มจำนวนมากขึ้นในทุกๆปี | ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan | ร้อยละ 80 | <ol style="list-style-type: none"> 1. มีการจัดทำผังการดำเนินงานการให้บริการคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลและในชุมชน 2. มีการประสานงาน CM ในพื้นที่ให้เตรียมผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อสมองเสื่อมและเสี่ยงต่อการหกล้ม น้ดวันและเวลาให้ทีมสหสาขาวิชาชีพ ออกให้บริการคลินิกผู้สูงอายุในชุมชน 3. มีการฝึกทักษะการลงบันทึกข้อมูลพฤติกรรมอันพึงประสงค์ของผู้สูงอายุ ใน Application Blue Book 4. CM มีการฝึกทักษะการลงบันทึกข้อมูลการประเมินคัดกรองกลุ่ม Geriatric syndromes ADL/Dementia/Fall 5. มีการจัดทำแผนโครงการโครงการโครงการพัฒนางานดูแลผู้สูงอายุ | โครงการพัฒนางานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว (Long term care) ปี 2566 เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |

| KPI หลัก (Outcome) | target | สาเหตุหลักของปัญหา (Root cause) | KPI รอง (output) | เป้าหมาย (output) | กลยุทธ์ & และมาตรการ | โครงการ |
|-----------------------|--------|------------------------------------|---------------------|----------------------|---|---------|
| | | | | | <p>ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว (Long term care) ปี 2566 เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2566 โดยมีกิจกรรมการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ/หกล้มในคลินิกผู้สูงอายุ/อบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อเพิ่มพูนทักษะการใช้โปรแกรมแก่ Care giver/คัดเลือกผู้สูงอายุ 80 ปี สุขภาพดียังแจ้ว ตามแบบประเมินของกรมอนามัย และ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเชิดชูเกียรติ</p> <p>6. มีการฝึกทักษะการลงบันทึกข้อมูล Care Plan ในโปรแกรม LTC 3C ของกรมอนามัย</p> <p>7. มีการฝึกทักษะการลงบันทึกข้อมูลผลลัพธ์การดูแลกลุ่มภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan 9 เดือนและ 12 เดือนในโปรแกรม LTC ของ สปสช.</p> | |

| KPI หลัก (Outcome) | target | สาเหตุหลักของปัญหา (Root cause) | KPI รอง (output) | เป้าหมาย (output) | กลยุทธ์ & มาตรการ | โครงการ |
|--|--------|--|--|----------------------|---|--|
| 10. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ดี | ร้อยละ | โรคเบาหวานและดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรม และมีปัจจัยเสี่ยง เช่น อายุที่มากขึ้น การมีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน อาหารที่รับประทานเป็นประจำส่วนใหญ่เป็นแป้งและน้ำตาล พันธุกรรม ขาดการออกกำลังกายการใช้สารเสพติด บุหรี่และสุรา การซื้อยา/อาหารเสริมมารับประทานเอง | 11.1 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี | ≥ร้อยละ 40 | 1. คัดกรองตา ไต เท้าผู้ป่วยเบาหวาน ≥ ร้อยละ 60 2. กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยเพื่อป้องกันการเกิดโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อน 3. ให้สุขศึกษา รายกลุ่ม, รายบุคคล (Focus group, Self help group) 4. ตรวจ HbA1C ผู้ป่วยเบาหวาน ปีละ 2 ครั้ง/คน | โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |
| | | | 11.2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี | ≥ร้อยละ 60 | | |

| KPI หลัก (Outcome) | target | สาเหตุหลักของปัญหา (Root cause) | KPI รอง (output) | เป้าหมาย (output) | กลยุทธ์ & มาตรการ | โครงการ |
|---|---|--|---|----------------------|--|--|
| 11.ร้อยละผู้สูงอายุเข้ารับบริการคลินิกโรคเบาหวานและโรคความดันได้รับการคัดกรองเรื่องภาวะสมองเสื่อมและพลัดตกหกล้ม | ผู้สูงอายุเข้ารับบริการคลินิกโรคเบาหวานและโรคความดันในรพ. | ผู้สูงอายุเข้ารับบริการคลินิกโรคเบาหวานและโรคความดันยังไม่ได้รับได้รับการคัดกรองเรื่องภาวะสมองเสื่อมและพลัดตกหกล้ม | การจัดบริการคัดกรองผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในระบบบริการผู้ป่วยนอกในโรคเบาหวานและโรคความดัน โรงพยาบาลได้รับการประเมินคัดกรองความเสี่ยงกลุ่มGeriatric Syndromes | > ร้อยละ 10 | <p>1.มีทีมรับผิดชอบงานคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล นำโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว</p> <p>2. มีคณะกรรมการรับผิดชอบงาน โดยเป็นผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager: CM) ของ รพ./รพสต.</p> <p>3.มีผู้รับผิดชอบหลักทั้งจากโรงพยาบาลและตัวแทนจาก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/รพ.สต. เพื่อกำกับติดตามผลการดำเนินงานตัวชี้วัด</p> <p>3. 2.มี Line กลุ่ม เพื่อแจ้งข่าวสารต่างๆ ประกอบด้วยผู้รับผิดชอบงาน</p> | โครงการพัฒนางานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว (Long term care) ปี 2566 เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |

| KPI หลัก (Outcome) | target | สาเหตุหลักของปัญหา (Root cause) | KPI รอง (output) | เป้าหมาย (output) | กลยุทธ์ & มาตรการ | โครงการ |
|--|--------|--|---|--|----------------------|--|
| 12. ร้อยละการเกิดเบาหวาน รายใหม่ในกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป | - | พฤติกรรมสุขภาพ การ รับประทานอาหารหวานมัน เค็ม BMI เกิน ขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และ กรรมพันธ์ | 13.1 อัตราการเกิด เบาหวานรายใหม่ในกลุ่ม อายุ 35 ปีขึ้นไปต่อพัน ประชากร | อัตราป่วย เบาหวาน รายใหม่ต่อ แสน ประชากร | ตามKPIหลัก5,8 | โครงการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ การ รับประทานอาหาร หวานมัน เค็ม BMI เกิน ขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และ กรรมพันธ์ |
| | | | 13.2 ร้อยละผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มสงสัยป่วย ที่ได้รับการตรวจยืนยัน (ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่/ กลุ่มสงสัยป่วย) | - | ตามKPIหลัก5,8 | |
| | | | 13.3 อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงที่ ได้รับการตรวจยืนยัน | | ตามKPIหลัก5,8 | |

| KPI หลัก (Outcome) | target | สาเหตุหลักของปัญหา (Root cause) | KPI รอง (output) | เป้าหมาย (output) | กลยุทธ์ & มาตรการ | โครงการ |
|--|--------|--|---|----------------------|---|---|
| 13. ร้อยละการเกิดเบาหวานรายใหม่ในกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป | | | | | | |
| 13.1 ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการตรวจยืนยัน | ร้อยละ | -กลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูงอายุ 35 ปีขึ้นไปไม่ได้รับการตรวจยืนยันเพื่อการวินิจฉัย ทำให้ไม่ได้เข้าสู่กระบวนการรักษา | 14.1 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง | ≥ ร้อยละ 90 | -ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่ผู้รับผิดชอบงานใน รพ.สต./อสม. - แนะนำกลุ่มเสี่ยง | โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การรับประทานอาหารหวานมัน เค็ม BMI เกิน ขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และกรรมพันธ์ |
| | | | 2. ร้อยละการตรวจติดตามวันความดันโลหิตที่บ้าน (HBP) | ≥ ร้อยละ 90 | วัดความดันโลหิตที่บ้านด้วยตนเองอย่างน้อย 7 วัน โดยจะต้องได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านภายใน 90 วัน ตาม Guide line หรือวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขภายใน 90 วัน-Home Blood Pressure Monitoring (HBPM) ค่าระดับความดันโลหิตตัวบน(SBP) ระหว่าง 140-179 mmHg ระดับความดันโลหิตตัวล่าง(DBP) ระหว่าง 90-109 mmHg | |

| KPI หลัก (Outcome) | target | สาเหตุหลักของปัญหา (Root cause) | KPI รอง (output) | เป้าหมาย (output) | กลยุทธ์ & และมาตรการ | โครงการ |
|---|-----------|--|---|----------------------|--|---|
| 14 ร้อยละสตรีอายุ 30 – 60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก | ร้อยละ 80 | 1. มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับต้นๆของสตรีไทยอายุ 30-60 ปี 2. สตรีไทยได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งปากมดลูกประมาณ 5422 คน มีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรครกว่า 2258 คน หรือเฉลี่ยวันละ 6 คน | - | - | 1. ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV DNA testing เครือข่ายรพ. สิรินคร จังหวัดขอนแก่น และโรงพยาบาลลูกข่าย 2. ส่งต่อผู้ที่มีผลการคัดกรองและผลวินิจฉัยผิดปกติเพื่อเข้ารับการรักษาต่อตามระบบ 3. ติดตามผลการดำเนินงาน | โครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |
| 15. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูงได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง ชั้น 3 | 60 | ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคไตเรื้อรังปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดโรคไตเรื้อรัง ได้แก่: มีโรคเรื้อรังเบาหวาน ความดันเลือดสูงโรคหัวใจและหลอดเลือด สุกบุนหรี มีน้ำหนักเกิน และ กรรมพันธุ์ | 15.1 ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง | ≥ ร้อยละ 80 | -ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจ Serum Creatinin อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี -ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจทั้ง Urine Protein และ Serum Creatinin อย่างน้อย 1 ครั้งใน ปีงบประมาณเดียวกัน | โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เครือข่ายบริการสุขภาพ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |

| KPI หลัก (Outcome) | target | สาเหตุหลักของปัญหา (Root cause) | KPI รอง (output) | เป้าหมาย (output) | กลยุทธ์ & มาตรการ | โครงการ |
|---|--------|---|---------------------|----------------------|--|---|
| 16.ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR <5ml/min/1.73m ² /yr | 66 | เป็นผลจากการควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (FPG≤126mg%) (SBP) ระหว่าง140-179 mmHg ระดับความดันโลหิตตัวล่าง(DBP)ระหว่าง90-109 mmHg | - | - | ตรวจติดตามeGFRผู้ป่วย CKD stage3 ควรตรวจอย่างน้อยทุก6 เดือน ผู้ป่วย CKD stage3 ควรตรวจอย่างน้อยทุก4 เดือนเป็นผลจากการควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (FPG≤126mg%) (SBP) ระหว่าง140-179 mmHg ระดับความดันโลหิตตัวล่าง (DBP)ระหว่าง90-109 mmHg | โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เครือข่ายบริการสุขภาพ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |

| KPI หลัก (Outcome) | target | สาเหตุหลักของปัญหา (Root cause) | KPI รอง (output) | เป้าหมาย (output) | กลยุทธ์ & มาตรการ | โครงการ |
|---|--------|---|---|--|--|--|
| 17. ร้อยละของเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ | 75 | 1. ผู้ปกครองไม่แปรงฟันให้เด็ก 2. เด็กกลัวคาวดมมือเด็ก 3. เด็กรับประทานขนมหวาน เหนียว 4. เด็กไม่ได้พบทันตบุคลากร เมื่อฟันซี่แรกขึ้น | 1. ร้อยละของผู้ปกครอง ได้รับการสอนทันตสุขศึกษา และสอนการแปรงฟันให้เด็ก 2. ร้อยละของผู้ปกครองที่ แปรงฟันให้เด็กทุกวันอย่าง น้อยวันละ 2 ครั้ง 3. ร้อยละเด็กที่งดขนม 4. ร้อยละเด็กที่ได้รับการ เคลือบฟลูออไรด์ในคลินิก เด็กดี | 1. ผู้ปกครอง สามารถ แปรงฟันให้ เด็กได้อย่าง ถูกวิธีตั้งแต่ ฟันซี่แรกขึ้น 2. ผู้ปกครอง พาเด็กมารับ บริการทัน ตกรรมตั้งแต่ ฟันซี่แรกขึ้น 3. มีการ ควบคุมการ จำหน่าย ขนมหวาน เหนียวที่ เสี่ยงต่อฟัน ผุ 3. เด็กควรงด ขนมเมื่อ อายุ 1-1 ปี ครึ่ง | 1.อบรมผู้ปกครองเด็กให้มีความ รู้ทันตสุขภาพตั้งแต่ยังตั้งครรภ์ 2.สอนแปรงฟันเด็กทุกคนในคลินิก เด็กดี 3.นัดหมายให้เด็กมารับบริการทันต กรรมอย่างต่อเนื่อง | ส่งเสริมทันตสุขภาพใน เด็กก่อนวัยเรียน |

| KPI หลัก (Outcome) | target | สาเหตุหลักของปัญหา (Root cause) | KPI รอง (output) | เป้าหมาย (output) | กลยุทธ์ & มาตรการ | โครงการ |
|---|--------|---|---|--|---|---|
| 18.ร้อยละของประชาชนอายุ 40 ปี ขึ้นไปที่มารับบริการได้รับการตรวจคัดกรองรอยโรคมะเร็งช่องปาก | 15 | <p>1.มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งในช่องปากเช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา เคี้ยวหมาก</p> <p>2.ประชาชนไม่สังเกตรอยโรคมะเร็งเริ่มต้นเนื่องจากไม่มีอาการเจ็บปวด</p> <p>3.ทันตบุคลากรตรวจคัดกรองได้ไม่ครบถ้วน</p> | <p>1.ร้อยละของประชาชนอายุ 40 ปี ที่ตรวจพบรอยโรคก่อนมะเร็งและมะเร็งในช่องปากได้รับการรักษาที่เหมาะสม</p> <p>2.ร้อยละของประชาชนอายุ 40 ปี มีพฤติกรรมที่ลดความเสี่ยงเช่นดื่มสุรา สูบบุหรี่</p> <p>3.ร้อยละของทันตบุคลากรได้รับการอบรมเพิ่มพูนความรู้ในการคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งและมะเร็งในช่องปาก</p> | <p>1. ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจและปฏิบัติตามอย่างเหมาะสมในการดูแลสุขภาพช่องปาก</p> <p>2.ทันตบุคลากรมีความรู้ในการคัดกรองรอยโรคมะเร็งในช่องปาก</p> | <p>1.ให้ความรู้แก่ประชาชนเรื่องรอยโรคมะเร็งและการลดความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งในช่องปาก</p> <p>2.อบรมอบรมเพิ่มพูนความรู้แก่ทันตบุคลากรในการคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งและมะเร็งในช่องปาก</p> | <p>1.เฟ้าระวังรอยโรคมะเร็งในช่องปากของกลุ่มวัยทำงาน</p> |

| KPI หลัก (Outcome) | target | สาเหตุหลักของปัญหา (Root cause) | KPI รอง (output) | เป้าหมาย (output) | กลยุทธ์ & มาตรการ | โครงการ |
|--|---------|---|---|--|---|---|
| 19. ระดับความสำเร็จของ เครือข่ายบริการสุขภาพระดับ อำเภอในการเตรียมความ พร้อมและตอบโต้การระบาดของ โรคติดต่อที่สำคัญและภัย สุขภาพ | ระดับ 5 | 1.มีการระบาดของโรคติดต่อ/ โรคอุบัติใหม่เกิดขึ้นในพื้นที่ 2.เป็นพื้นที่เสี่ยงต่อการเกิด โรคและภัยสุขภาพในหลาย ด้าน 3.เกิดอุบัติเหตุทางถนนบ่อย | 1.มีระบบบัญชาการ เหตุการณ์ฉุกเฉินทาง สาธารณสุขเพื่อรองรับศูนย์ ปฏิบัติการฉุกเฉิน 2.ร้อยละของการควบคุม โรคติดต่อภายใน 2 generation 3.ลดอัตราการเสียชีวิตจาก อุบัติเหตุทางถนน | 1.มีระบบ บัญชาการ เหตุการณ์ ฉุกเฉินทาง สาธารณสุข เพื่อรองรับ ศูนย์ ปฏิบัติการ ฉุกเฉิน 2.ร้อยละ80 ของ เหตุการณ์ โรคระบาดที่ สามารถ ควบคุมได้ ภายใน 2 generation 3.อัตราการ เสียชีวิตจาก อุบัติเหตุทาง ถนนไม่เกิน 12ต่อ ประชากร แสนคน | 1.พัฒนาระบบการปฏิบัติการตอบโต้ ภาวะฉุกเฉิน 2.พัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ โรค อุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ 3.ขับเคลื่อนระบบการดำเนินงาน ป้องกันอุบัติเหตุทางถนน | 1.โครงการเฝ้าระวัง ควบคุมโรคและภัย สุขภาพ 2.โครงการตรวจคัด กรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ 3.โครงการป้องกัน อุบัติเหตุทางถนน 4.โครงการค้นหาและ คัดกรองผู้ป่วยวัณโรค ในกลุ่มเสี่ยงสูง |

| KPI หลัก (Outcome) | target | สาเหตุหลักของปัญหา (Root cause) | KPI รอง (output) | เป้าหมาย (output) | กลยุทธ์ & มาตรการ | โครงการ |
|---|-----------|--|--|----------------------|---|---|
| 20.คะแนนเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก ของผลิตภัณฑ์สุขภาพและ สถานประกอบการมีคุณภาพ ตามเกณฑ์ | ร้อยละ 85 | 1. พบผลิตภัณฑ์สุขภาพ และ อาหารที่ไม่เหมาะสมในชุมชน | 1. ร้านค้าร้านชำไม่พบ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และ อาหารที่ไม่เหมาะสม | ร้อยละ 85 | 1. มีการตรวจประเมินเพื่ออนุญาต สถานประกอบการตามเกณฑ์ที่ กำหนด ร้อยละ 100 | เฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ สุขภาพและสถาน ประกอบการในชุมชน |
| | | 2. สถานประกอบการไม่ได้ มาตรฐานตามที่กำหนด | 2. สถานประกอบการผ่าน เกณฑ์มาตรฐาน | ร้อยละ 85 | 2. มีการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ และสถานประกอบการประจำปี ร้อย ละ 100 | |
| | | 3. เจ้าหน้าที่ไม่ได้ตรวจเฝ้า ระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ และ สถานประกอบการตาม เป้าหมาย | 3. ผลิตภัณฑ์สุขภาพได้รับ การตรวจเฝ้าระวัง | ร้อยละ 100 | 3. ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และสถาน ประกอบการผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 85 4. เจ้าหน้าที่มีความรู้ความเข้าใจใน เกณฑ์การประเมินมาตรฐาน ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และสถาน ประกอบการ | |

| KPI หลัก (Outcome) | target | สาเหตุหลักของปัญหา (Root cause) | KPI รอง (output) | เป้าหมาย (output) | กลยุทธ์ & มาตรการ | โครงการ |
|--|--------|---|--|----------------------|---|---------|
| 21. ระดับความสำเร็จของการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล | ระดับ | เพื่อให้เกิดความปลอดภัยจากการใช้ยา (safety) และลดค่าใช้จ่าย (cost) ด้านยาที่ไม่จำเป็น | 1.1. การพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (RDU Hospital) | ผ่าน | ประเมินผลผลิต(output) ตามตัวชี้วัด จำนวน 12 รายการ (ผ่าน 10 ใน 12 ตัวชี้วัด) | |
| | | | 1.2. ข้อมูลการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในโรงพยาบาล (Proactive Hospital based surveillance) | ผ่าน | มีกลไกเชิงรุกในการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาในหน่วยบริการ ในกลุ่มโรค/ผู้ป่วยดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มโรคที่เกิดจากการใช้ยา steroids - Cushing's syndrome จากการใช้ยา steroids - ผู้ป่วยโรคไต - Acute Renal failure จากการใช้ยา กลุ่ม NSAIDs - มีการสรุปและวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการเฝ้าระวังเชิงรุกในโรงพยาบาล และนำมาใช้เพื่อการเฝ้าระวังปัญหาการใช้ยาต่อเนื่องในโรงพยาบาล - มีการส่งต่อข้อมูลปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา/ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยที่มารพ. เพื่อเฝ้าระวังต่อเนื่องในชุมชน | |

| KPI หลัก (Outcome) | target | สาเหตุหลักของปัญหา (Root cause) | KPI รอง (output) | เป้าหมาย (output) | กลยุทธ์ & และมาตรการ | โครงการ |
|-----------------------|--------|------------------------------------|---|----------------------|---|---------|
| | | | 1.3. วิเคราะห์ข้อมูลค่าใช้จ่ายในการใช้ยาของโรงพยาบาลและ รพ.สต. ในช่วงปี 2560-2566 | ผ่าน | <ul style="list-style-type: none"> - วิเคราะห์ข้อมูลค่าใช้จ่ายในการใช้ยาของโรงพยาบาลและ รพ.สต. - มีการประเมิน DUE ใน ยา 3 รายการ ได้แก่ Vancomycin Meropenem Piperacillin/Tazobactam Telepharmacy การเยี่ยมบ้านในคนไข้โรคไตผ่านทางโทรศัพท์ - มีการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ และการแพ้ยาใน รพ.สต./PCU/PCC ครบถ้วน - มีกระบวนการส่งเสริมระบบการเฝ้าระวังและรายงานความคลาดเคลื่อนด้านยาเชิงรุก (Medication error : ME) ในรพ.สต./PCU/PCC โดยมีการกำหนดให้มีการรายงาน ME และทบทวนแก้ไขอย่างสม่ำเสมอ | |

| KPI หลัก (Outcome) | target | สาเหตุหลักของปัญหา (Root cause) | KPI รอง (output) | เป้าหมาย (output) | กลยุทธ์ & มาตรการ | โครงการ |
|-----------------------|--------|------------------------------------|--|----------------------|---|---------|
| | | | | | <ul style="list-style-type: none"> - อบรม/ฟื้นฟู/update ความรู้เรื่องการใช้ ATB 3 โรค ให้แก่บุคลากร PCC/PCU/รพ.สต. ใน CUP ทุกแห่งอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง - มีการส่งเสริมสนับสนุนให้ รพ.สต./PCU/PCC ทุกแห่งมีฉลากยามาตรฐาน | |
| | | | 1.4. CUP มีผลงาน R2R/นวัตกรรม ระดับ รพ. หรือระดับรพ.สต. ไม่น้อยกว่า 1 รายการ | กำลังดำเนินการ | <ul style="list-style-type: none"> *มีการเฝ้าระวังการใช้ยา/ผลิตภัณฑ์สุขภาพในกลุ่มเปราะบาง (ผู้ป่วยโรคไต) - ให้ความรู้เรื่องการใช้ยา/ผลิตภัณฑ์เสี่ยงแก่ผู้ป่วยและ care giver - เยี่ยมบ้านและจัดการความเสี่ยงของผู้ป่วย หมู่ 3 ต.โคกสำราญ (รพ.สต.บ้านตง) | |
| | | | 1.5. การพัฒนารพ.สต./PCU/PCC ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU-PCU) ครบถ้วน | ผ่าน | <ul style="list-style-type: none"> *มีการส่งเสริมความรู้ด้านยาให้แก่ผู้ประกอบการร้านค้า/ร้านชำ (RDU literacy) | |

| KPI หลัก (Outcome) | target | สาเหตุหลักของปัญหา (Root cause) | KPI รอง (output) | เป้าหมาย (output) | กลยุทธ์ & มาตรการ | โครงการ |
|--|---------|--|---|----------------------|--|---|
| | | | 1.6. การส่งเสริมการใช้ยา อย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU-Community) ประเมินหมู่บ้านต้นแบบ 2 แห่ง ใน 2 ส่วน | ผ่าน | *3 การพัฒนาต้นแบบร้านค้า/ร้านชำ (ร้านชำคุณภาพ ปลอดภัยอันตราย) หมู่บ้านละ 1 แห่ง รวม 2 แห่ง | |
| 22.ระดับความสำเร็จของการ ขับเคลื่อนงานการแพทย์แผน ไทยและการแพทย์ทางเลือก | ระดับ 5 | 1. ปริมาณห้องตรวจที่ OPD ไม่เพียงพอ ประชาชนไม่ ทราบว่ามียานแพทย์แผนไทย 2. ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ ให้บริการยังไม่ทราบว่าอาการ แบบไหนสามารถส่งพบแพทย์ ไทยได้ 3. บุคลากรทางการแพทย์ และประชาชนขาดความรู้ เกี่ยวกับแพทย์แผนไทย | 23.1 ร้อยละผู้ป่วยนอกที่ ได้รับการบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟู สภาพด้วยศาสตร์การแพทย์ แผนไทยและการแพทย์ ผสมผสาน | - ร้อยละ 21 | - ขอความสนับสนุนจากทีมผู้บริหาร เพื่อเปิดห้องตรวจผู้ป่วยนอกเพิ่ม - จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติการแพทย์ แผนไทย รพ.สิรินธร จังหวัด ขอนแก่น - จัดทำสื่อสนับสนุนให้ประชาชน เลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือกในการดูแล สุขภาพ | - โครงการพัฒนางาน บริการการแพทย์แผน ไทยและการแพทย์ ทางเลือก - จัดประชุมชี้แจงแนว ทางการปฏิบัติระหว่าง กลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง |

| KPI หลัก (Outcome) | target | สาเหตุหลักของปัญหา (Root cause) | KPI รอง (output) | เป้าหมาย (output) | กลยุทธ์ & มาตรการ | โครงการ |
|-----------------------|--------|------------------------------------|--|----------------------|--|---|
| | | | 23.2 ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Community base) | - ร้อยละ 70 | - อบรมเชิงปฏิบัติการผู้ดูแลผู้ป่วย IMC เรื่องนวัตกรรมกระตุ้นการกลืนด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย | - โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการผู้ดูแลผู้ป่วย IMC |
| | | | 23.3. ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการทางกล้ามเนื้อ ที่ได้รับการดูแลรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | - ร้อยละ 50 | - อบรมฟื้นฟูทักษะแก่ผู้สั่งการรักษาและผู้ช่วยแพทย์แผนไทย แก่บุคลากรในเครือข่าย | - โครงการอบรมฟื้นฟูทักษะ - จัดประชุมชี้แจงแนวทางการปฏิบัติระหว่างกลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง |

| KPI หลัก (Outcome) | target | สาเหตุหลักของปัญหา (Root cause) | KPI รอง (output) | เป้าหมาย (output) | กลยุทธ์ & มาตรการ | โครงการ |
|---|---|--|--|--|---|---|
| 23. ระดับความสำเร็จของ การจัดระบบบริการฟื้นฟู สภาพระยะกลาง (Intermediate Care : IMC) | ผู้ป่วยIMC (ผู้ป่วย Stroke,TB I,SCI,Fract ure hip ที่ มีคะแนน BI <15 หรือ BI>15 with multiple impairme nt | 1.ผู้ป่วยที่สมควรได้รับการ ฟื้นฟูสภาพขาดโอกาสในการ เข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางการแพทย์ โดยทีมสห วิชาชีพ ส่งผลต่อการลด สมรรถนะทางร่างกาย, ความสามารถในการดำเนิน กิจวัตรประจำวัน ก่อให้เกิด ความพิการ, ภาวะทุพพลภาพ และการพึ่งพิง 2.ระบบการส่งต่อและ เชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยที่สมควร ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพยัง ไม่ทั่วถึง | 1.ร้อยละของการขึ้น ทะเบียนผู้ป่วย IMC ราย ใหม่ เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา (กำหนดน้ำหนักร้อยละ 30) 2. ร้อยละของการจัดระบบ บริหารฟื้นฟูสภาพและ ติดตามจนครบ6เดือน หรือ จน BI =20ก่อนครบ6เดือน ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด (กำหนดน้ำหนักร้อยละ 30) 3. ร้อยละของบุคลากรจาก หน่วยงานต่างองค์กร เข้า ร่วมกิจกรรม IMC Day ร้อย ละ100 (กำหนดน้ำหนักร้อยละ 10) | 1.มีจำนวน ผู้ป่วย IMC รายใหม่ ขึ้น ทะเบียน เพิ่มขึ้น 2. ผู้ป่วย IMCที่ได้รับ การบริหาร ฟื้นฟูสภาพ และติดตาม จนครบ6 เดือน ได้ ตามเกณฑ์ที่ กำหนด 3. บุคลากร จาก หน่วยงาน ต่างองค์กร มีส่วนร่วมใน กิจกรรม IMC Day | 1.มีการประชุมและชี้แจง คณะกรรมการและผู้ปฏิบัติงาน IMC ในแนวทางและระบบการดูแลผู้ป่วย 2.มีระบบการฟื้นฟูผู้ป่วย IMC ใน แผนก ผู้ป่วยในด้วยสหสาขาวิชาชีพ 3. มีระบบการส่งต่อข้อมูล และ ติดตามผู้ป่วย IMC ในเขตและนอก เขตบริการด้วยระบบGroup line | 1.โครงการพัฒนาศูนย์ ฟื้นฟูสมรรถภาพชุมชน ท่าพระ ร่วมกับ เทศบาลท่าพระ 2.โครงการพัฒนา ระบบบริการดูแล ผู้ป่วยระยะกลางและ ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงใน ชุมชนตำบลท่าพระ และอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น |

| KPI หลัก (Outcome) | target | สาเหตุหลักของปัญหา (Root cause) | KPI รอง (output) | เป้าหมาย (output) | กลยุทธ์ & และมาตรการ | โครงการ |
|-----------------------|--------|------------------------------------|--|---|---|---------|
| | | | <p>4. ร้อยละของการสร้างและพัฒนานักบริบาลชุมชนและ Care giver เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา (กำหนดน้ำหนักร้อยละ 10)</p> <p>5. ร้อยละหน่วยงานต่างองค์กรได้รับการประสานการจัดเตรียมสถานที่ให้บริการบริบาล IMC หรือ ยานพาหนะสำหรับนำส่งผู้ป่วยไปเข้ารับบริการฟื้นฟูตามสถานที่นัดหมายเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา (กำหนดน้ำหนักร้อยละ 10)</p> | <p>4. มีจำนวนนักบริบาลชุมชนและ Care giver ที่ช่วยให้การฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนเพิ่มขึ้น</p> <p>5. หน่วยงานต่างองค์กรมีส่วนร่วมจัดเตรียมสถานที่และสนับสนุน ยานพาหนะนำส่งผู้ป่วยเข้ารับบริการฟื้นฟู</p> | <p>4.มีการอบรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง อสม. และCare giver ในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย IMC</p> <p>5.มีการประชุม, วางแผนการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งลงเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชนร่วมกับหน่วยงานต่างองค์กรที่เกี่ยวข้อง</p> | |

| KPI หลัก (Outcome) | target | สาเหตุหลักของปัญหา (Root cause) | KPI รอง (output) | เป้าหมาย (output) | กลยุทธ์ & มาตรการ | โครงการ |
|---|--------|--|--|---|--|--|
| | | | 6. ร้อยละหน่วยงานต่าง องค์กรที่ได้รับการจัดเตรียม วัสดุ อุปกรณ์ และครุภัณฑ์ เพื่อสนับสนุนการจัดระบบ การให้คำปรึกษากรณีเกิน ศักยภาพของหน่วยบริการ ร้อยละ 100 (กำหนดน้ำหนักร้อยละ 10) | 6. มีศูนย์ ฟื้นฟู สมรรถภาพ และวัสดุ อุปกรณ์ ที่ ใช้ในการ ฟื้นฟู สมรรถภาพ ผู้ป่วยใน ชุมชน | 6. มีการดำเนินกิจกรรมตามแผนการ สร้างศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพชุมชน ร่วมกับเทศบาลท่าพระ และเทศบาล บ้านแฮดเพื่อเพิ่มโอกาสการเข้าถึง บริการฟื้นฟู | |
| 24. ร้อยละผู้ป่วยแบบ ประคับประคองมีกิจกรรม Family Advance Care Planing | | -แพทย์วินิจฉัยผู้ป่วยPC เข้า ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการช้า -ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนลงเยี่ยมที่ บ้าน -ขาดพยาบาลPCN แบบFull time -จนท.รพ.สต./อสม./CGขาด ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ประคับประคอง | -ร้อยละการบรรเทาอาการ ปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid ใน ผู้ป่วยประคับประคองอย่าง มีคุณภาพ -ร้อยละของผู้ป่วย ประคับประคองที่ได้รับการ ดูแลต่อเองที่บ้าน | ≥ร้อยละ 60 ≥ร้อยละ 80 | -ให้ความรู้ แก่ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย แบบประคับประคอง ด้วยการจัดการ ความปวดและอาการรบกวนในระยะ ท้ายของชีวิต เช่น อาการเหนื่อย หอบ สับสนด้วย Strong Opioid อย่างมีคุณภาพได้ตามมาตรฐาน -อบรมพัฒนาศักยภาพพยาบาล ประจำตึกให้มีความรู้และทักษะใน การประเมินและดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง | โครงการพัฒนา ศักยภาพเครือข่ายการ ดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายแบบ ประคับประคอง (Palliative care) เครือข่ายบริการ สุขภาพโรงพยาบาลสิ รินธร จังหวัดขอนแก่น ประจำปีงบประมาณ 2566 |

| KPI หลัก (Outcome) | target | สาเหตุหลักของปัญหา (Root cause) | KPI รอง (output) | เป้าหมาย (output) | กลยุทธ์ & มาตรการ | โครงการ |
|--|-----------------|--|---|--|---|--|
| 25. ร้อยละ อสม ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม หมอประจำบ้านและสามารถใช้ Application อสม ได้ | อสม 1357 ราย | 1.นโยบายขับเคลื่อนประเทศไทยเข้าสู่ ประเทศไทย4.0 มุ่งเน้นการนำนวัตกรรมและเทคโนโลยีประยุกต์ใช้ในการบริการสุขภาพ 2.กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพประยุกต์เครื่องมือในการทำงานให้ อสม Application สมาร์ท อสม.เป็นเครื่องมือในการดูแลสุขภาพประชาชน | 1.ร้อยละ อสม.เป้าหมาย ผ่านการพัฒนาศักยภาพ อสม.หมอประจำบ้าน 2.ร้อยละ อสม.สมัครแอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. 3.ร้อยละ อสม.ใช้ แอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. | 1.อสม.ได้รับการพัฒนาศักยภาพ เป็น อสม. หมอประจำบ้านตามเกณฑ์ร้อยละ 80 2.อสม.สมัครแอปพลิเคชันสมาร์ท อสม.ตามเกณฑ์ร้อยละ60 3.อสม..ใช้แอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. ตามเกณฑ์ร้อยละ 60 | 1.ชี้แจงแนวทางการพัฒนา อสม. หมอประจำบ้านสู่การปฏิบัติ 2.อบรมพัฒนาศักยภาพ อสม.หมอประจำบ้านตามเป้าหมายที่กำหนด/จัดกิจกรรมอบรม อสม.4.0แอปพลิเคชันsmart อสม. การสมัครเข้าใช้แอปพลิเคชันและการบันทึกกิจกรรมในโปรแกรม 3.มีการดำเนินกิจกรรมตามแผนการเยี่ยมบ้านกลุ่มเป้าหมายในชุมชน/หมู่บ้าน 4.ประเมินความก้าวหน้าและติดตามการดูแลการดำเนินกิจกรรมในพื้นที่โดยทีมสหวิชาชีพ 5.ประชุมสรุปบทเรียนและนวัตกรรม | โครงการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน |

กลยุทธ์ในระดับหน่วยงาน

ตามแผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2567

WS# 1

พันธกิจที่ 3 สร้างความเข้มแข็งของระบบส่งต่อผู้ป่วย ในหน่วยบริการและเครือข่ายบริการสุขภาพ ทั้งในระบบตติยภูมิและทุติยภูมิ

| KPI หลัก (Outcome) | target | สาเหตุหลักของปัญหา (Root cause) | KPI รอง (output) | เป้าหมาย (output) | กลยุทธ์ & มาตรการ | โครงการ |
|---|--------|--|--|----------------------|--|--|
| 26.ร้อยละผู้ป่วยอุบัติเหตุและ ฉุกเฉินสามารถเข้าถึงระบบ บริการการแพทย์ฉุกเฉิน | 15 | 1.ความรู้ความเข้าใจของ ประชาชนในการใช้บริการ ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน | 1.ร้อยละของ อสม ผู้นำ ชุมชน ประชาชน มีความรู้ ความเข้าใจการใช้บริการ 1669 เพิ่มขึ้น | 80 | 1.ชี้แจงผ่านการการประชุม หน่วยงานราชการ 2.การจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆที่ เข้าใจง่าย อย่างต่อเนื่อง | 1.โครงการสร้างเสริม ความรู้และความเข้าใจ ในระบบการแพทย์ ฉุกเฉิน (1669) |
| | | 2.ความครอบคลุมของการ ประชาสัมพันธ์ | 2.ร้อยละของกิจกรรมการ รณรงค์ เผยแพร่ ประชาสัมพันธ์การแพทย์ ฉุกเฉิน | 80 | 3.สื่อสารในโอกาสสำคัญต่างๆ การ ประชุมต่างๆ เช่นสงกรานต์ ปีใหม่ บุญประเพณี | |
| 27.ร้อยละผู้ป่วย STROKE ในเขตได้รับการส่งต่อทันเวลา ตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึง โรงพยาบาลภายในเวลา 30 นาที | 80 | 1.ความรู้ความเข้าใจ เรื่อง อาการของ โรคหลอดเลือด สมอง(FAST) ในประชาชน 2.การขาดความรู้/การเข้าถึง การขอใช้บริการ 1669 | 1.อัตราการส่งต่อผู้ป่วย เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน กลุ่มโรค FAST Track เพิ่มขึ้น | 80 | 1.การประเมินผลการส่งต่อ 2.ส่งอบรม นิเทศ 3.การทบทวนกรณีศึกษา | |

| KPI หลัก (Outcome) | target | สาเหตุหลักของปัญหา (Root cause) | KPI รอง (output) | เป้าหมาย (output) | กลยุทธ์ & มาตรการ | โครงการ |
|--|--------|---|---|----------------------|--|---|
| 28.ร้อยละของผู้ป่วย STEMI Fast Track ในเขตได้รับการส่งต่อทันเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงโรงพยาบาลภายในเวลา 30 นาที | 80 | 1.ความรู้ความเข้าใจ เรื่องอาการของ โรคหลอดเลือดหัวใจ 2.ความรู้ความเข้าใจในการปฐมพยาบาลเบื้องต้น ในผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้น | 1.อัตราการส่งต่อผู้ป่วย เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน กลุ่มโรค FAST Track เพิ่มขึ้น 2.ร้อยละของความรู้รอบคลุมการทำ Basic CPR ในกลุ่มประชากร เป้าหมาย | 80 80 | 1.การประเมินผลการส่งต่อ 2.ส่งอบรม นิเทศ 3.การทบทวนกรณีศึกษา 1.การอบรมความรู้เรื่องการช่วยปฐมพยาบาลเบื้องต้นในกลุ่มเป้าหมาย เช่น อสม. ผู้นำชุมชน นักเรียน ครู ตำรวจ 2.การประชาสัมพันธ์ 1669 | 1.โครงการอบรมความรู้ Basic CPR ในกลุ่มเป้าหมายเช่น อสม. ผู้นำชุมชน นักเรียน ครู ตำรวจ รพสต. |
| 29.ร้อยละผู้ป่วย Refer In สามารถรับไว้รักษาต่อได้ในโรงพยาบาล โดยไม่มีการส่งต่อภายใน 24 ชม. | 80 | 1.การประสานงานการส่งข้อมูลที่ไม่มีประสิทธิภาพ 2.การประเมินผู้ป่วยก่อนส่งต่อ ไม่เหมาะสม | 1.ร้อยละของมาตรฐานข้อมูลการส่งต่อ มีความสมบูรณ์(ข้อมูลผู้ป่วย ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ ข้อมูลการรักษา เป็นต้น) | 90 | 1.กำหนดแนวทางการประสานส่งต่อ 2.การร่วมประชุมทบทวน ระหว่างรพ.ต้นทาง -ปลายทาง 3.การพัฒนากระบวนการข้อมูลดิจิทัล 2.วางแนวทางการประสานส่งต่อผู้ป่วยแบบบูรณาการ | |

| KPI หลัก (Outcome) | target | สาเหตุหลักของปัญหา (Root cause) | KPI รอง (output) | เป้าหมาย (output) | กลยุทธ์ & มาตรการ | โครงการ |
|--|--------|--|---|----------------------|---|---------|
| 30.ร้อยละผู้ป่วย NCD ส่งกลับรพ.สต. ที่สามารถ ติดตามและควบคุมอาการได้ | 80 | 1.เกณฑ์การส่งกลับ 2.ผังการส่ง 3.การประชุมผู้เกี่ยวข้องยังไม่ ครอบคลุม | 1.ร้อยละของการติดตาม ผู้ป่วย NCD 2.ร้อยละของผู้ป่วยที่ไม่ สามารถควบคุมอาการได้ ส่งกลับ รพ.สิรินธร ลดลง | 90 5 | 1.การประชุมสหสาขา 2.การกำหนดเกณฑ์การส่งผู้ป่วย NCD กลับ 3.ระบบการติดตามผู้ป่วย | |
| 31.ร้อยละผู้ป่วย IMC ส่งกลับ รพ.สต. ที่สามารถติดตาม อาการได้เหมาะสม | 80 | 1.ขาดความรู้ความเข้าใจใน การฟื้นฟูสภาพกับการดูแล ผู้ป่วยระยะกลางและติดตาม การรักษาผู้ป่วยต่อเนื่อง 2. ขาดแผนรับส่งในการ ฟื้นฟูผู้ป่วย IMC | 1.ร้อยละของการติดตาม ผู้ป่วย จนครบ6 เดือน/หรือ Barthel index \geq 20 | 75 | 1.การร่วมติดตามร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง SP IMC จนครบ6 เดือน/หรือ Barthel index \geq 20 | |
| 32.ร้อยละผู้ป่วยรับส่งกลับ จาก รพ.ขอนแก่น/รพ.ศรี นครินทร์(Refer reciev)ไม่ ส่งกลับซ้ำ ใน 24 ชม. | 80 | 1.การประสานงานที่ไม่มี ประสิทธิภาพ/การส่งข้อมูล 2.การประเมินผู้ป่วยก่อนส่ง ต่อ ไม่เหมาะสม | 1.ร้อยละของมาตรฐาน ข้อมูลการส่งต่อ มีความ สมบูรณ์(ข้อมูลผู้ป่วย ข้อมูล ทางห้องปฏิบัติการ ข้อมูล การรักษา เป็นต้น) | 80 | 1.กำหนดแนวทางการประสานส่งต่อ 2.การร่วมประชุมทบทวน .ในเวที ระดับ จังหวัด 3.การพัฒนากระบวนการข้อมูลดิจิทัล 2.วางแนวทางการประสานส่งต่อ ผู้ป่วยแบบบูรณาการ | |

| KPI หลัก (Outcome) | target | สาเหตุหลักของปัญหา (Root cause) | KPI รอง (output) | เป้าหมาย (output) | กลยุทธ์ & มาตรการ | โครงการ |
|--|---------|---|---|----------------------|--|---|
| 33. ระดับความสำเร็จของ การประสานงานจัดบริการ ปฐมภูมิในองค์กรต่างสังกัด | ระดับ 5 | <p>1. สืบเนื่องจากการถ่ายโอน ภารกิจของ รพ.สต.ไปอยู่ อบจ.</p> <p>2. ขาดแนวทางในการ ดำเนินงานของเครือข่าย</p> | 1.การจัดตั้ง PCU และ NPCU ตาม พ.ร.บ.ระบบ สุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 | 80 | <p>1.ประสานความร่วมมือกับองค์กร บริหารส่วนจังหวัดในการจัดบริการ ปฐมภูมิร่วมที่ครอบคลุม 4 มิติ ประกอบด้วย ด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู และการคุ้มครอง ผู้บริโภค ผ่านการจัดทำบันทึก ข้อตกลง (MOU)</p> <p>2.จัดทำแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ ระดับพื้นที่ร่วมกัน โดยกลไก พขอ.</p> <p>3.มีแผนการบริหารจัดการทรัพยากร คน เงิน ของ ข้อมูลในระดับปฐมภูมิ ร่วมกัน</p> <p>4.การจัดระบบบริการปฐมภูมิร่วม ลดแออัด ลดรอคอย</p> <p>5.มีการกำกับติดตามการดำเนินงาน ตาม KPI ยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ระดับ พื้นที่ร่วมกัน</p> | <p>โครงการบริหาร ยุทธศาสตร์ CUP</p> <p>โครงการคนบ้านแฮด ไม่ทอดทิ้งกัน</p> |

กลยุทธ์ในระดับหน่วยงาน

ตามแผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2567

WS# 1

พันธกิจที่ 4 พัฒนาระบบบริหารและบริการให้เป็นองค์กรที่มีธรรมาภิบาล บนพื้นฐานนวัตกรรมและเทคโนโลยีที่ทันสมัย

| KPI หลัก (Outcome) | target | สาเหตุหลักของปัญหา (Root cause) | KPI รอง (output) | เป้าหมาย (output) | กลยุทธ์ & มาตรการ | โครงการ |
|---|--------|--|---------------------|----------------------|--|-------------------------------|
| 34. ร้อยละผลคะแนนประเมิน ITA ของโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ที่กระทรวงกำหนด | 84 | 1. คณะทำงาน ITA ไม่ได้จัดประชุมเพื่อติดตามภาระงานทุกไตรมาส | | | <p>1. จัดประชุมคณะทำงาน ITA ทุกไตรมาส เพื่อชี้แจงและติดตาม</p> <p>2. ลำดับกิจกรรม ตามที่ปฏิทินกำหนด จำแนกเป็น 9 ตัวชี้วัด 1. ตัวชี้วัดการเปิดเผยข้อมูล 2. ตัวชี้วัดการจัดซื้อ จัดจ้างและการจัดหาพัสดุ 3. ตัวชี้วัดการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล 4. ตัวชี้วัดการส่งเสริมความโปร่งใส 5. ตัวชี้วัดการรับสินบน 6. ตัวชี้วัดการใช้ทรัพย์สินของราชการ 7. ตัวชี้วัดการดำเนินงานเพื่อป้องกันการทุจริต 8. ตัวชี้วัดการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน และ 9. ตัวชี้วัดการเสริมสร้างวัฒนธรรมสุจริตในองค์กร</p> | -โครงการจัดประชุมคณะทำงาน ITA |

| KPI หลัก (Outcome) | target | สาเหตุหลักของปัญหา (Root cause) | KPI รอง (output) | เป้าหมาย (output) | กลยุทธ์ & มาตรการ | โครงการ |
|---|-------------------------|---|--|----------------------|--|--|
| | | 2. คณะทำงาน ITA คนหนึ่ง ๆ นั้น เป็นผู้รับผิดชอบทำแบบประเมินระบบตรวจสอบอัตโนมัติ 5 มิติ ของกลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ด้วย ซึ่งมีกำหนดเวลาส่งพร้อมกัน | | | 2.ออกคำสั่งให้มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน | |
| 35. โรงพยาบาลยกระดับการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ Green & Clean Hospital Challenges 2 ประเด็น - มาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม - การจัดการพลังงานอย่างมีประสิทธิภาพ | ผ่านเกณฑ์ Challenges | 1. การพัฒนาศักยภาพและกระบวนการสื่อสาร การสร้างการมีส่วนร่วมด้านสิ่งแวดล้อม Green and Clean Hospital ยังไม่ครอบคลุม 2. บุคลากรด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN ยังไม่ได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้ด้าน ด้าน GREEN | 1.1 ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม Green&Clean Hospital | ร้อยละ 80 | 1.1 พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN 1.22. ขับเคลื่อนพัฒนาศักยภาพและสร้างกระบวนการสื่อสารด้านสิ่งแวดล้อม ๆ อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร | 1.1. โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital 1.2 โครงการขับเคลื่อนพัฒนาการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital |

| KPI หลัก (Outcome) | target | สาเหตุหลักของปัญหา (Root cause) | KPI รอง (output) | เป้าหมาย (output) | กลยุทธ์ & มาตรการ | โครงการ |
|-----------------------|--------|--|---|----------------------|--|---|
| | | 2.การคัดแยกมูลฝอยไม่ถูกประเภท | 2.ร้อยละของมูลฝอยติดเชื้ลดลง | ร้อยละ 10 | 2.1.ประชุมคณะทำงาน วางแผนการดำเนินงาน 2.1.รณรงค์การคัดแยกมูลฝอย 2.3.อบรมให้ความรู้การคัดแยกมูลฝอย 2.4.คณะทำงานสุ่มตรวจประเมินตามหน่วยงาน 2.5.สรุปประเมินผลการดำเนินงาน | 2.โครงการบริหารจัดการมูลฝอยในโรงพยาบาล |
| | | 3. ห้องส้วมตามจุดบริการผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ยังไม่เพียงพอ | 3. ร้อยละความพึงพอใจผู้ใช้บริการห้องส้วมอาคารผู้ป่วยนอก และอาคารผู้ป่วยใน | ร้อยละ 80 | 3.1 พัฒนามาตรฐานห้องส้วมตามเกณฑ์มาตรฐานส้วมสาธารณะ (HAS) 3.2. มีการเฝ้าระวังน้ำทิ้งและกากตะกอนของระบบบำบัดน้ำเสีย ปีละ 1 ครั้ง | 3.โครงการปรับปรุงห้องส้วมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์มาตรฐานส้วมสาธารณะ (HAS)และพัฒนาระบบการบริหารจัดการสิ่งปฏิกูลในโรงพยาบาล |

| KPI หลัก (Outcome) | target | สาเหตุหลักของปัญหา (Root cause) | KPI รอง (output) | เป้าหมาย (output) | กลยุทธ์ & มาตรการ | โครงการ |
|-----------------------|--------|---|---|----------------------|---|--|
| | | 4. ยังไม่มีรูปแบบการดำเนินงานการพัฒนาความเป็นเลิศเฉพาะด้าน ประเด็นการจัดการพลังงานอย่างมีประสิทธิภาพ และขาดการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง | 4. ปริมาณการใช้ไฟฟ้าลดลง (เปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา) | ≥ ร้อยละ 1 % | 4.1. พัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านพลังงาน และทรัพยากรในโรงพยาบาล 4.2 พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการอนุรักษ์พลังงาน 4.3 หาพลังงานทดแทน (Solar cell) | 4.โครงการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านพลังงาน และทรัพยากรในโรงพยาบาล |
| | | 5. รพ. ยังไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน Healthy Workplace Happy for Life | 5.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน Healthy Workplace Happy for Life | 5. ผ่านเกณฑ์ | 5.1มีการอบรมด้านการป้องกันและระงับอัคคีภัยและซ้อมแผนอัคคีภัยปีละ 1 ครั้ง 5.2มีการเฝ้าระวังตามมาตรการควบคุมการระบายน้ำทิ้งตามที่กฎหมายกำหนด 5.3 จัดให้มีพื้นที่สีเขียวและพักผ่อน 5.4บุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี | 1. โครงการขับเคลื่อนพัฒนาการดำเนินงาน GREEN&CLEAN Hospital 2. โครงการ Healthy Workplace Happy for Life 3. โครงการอบรมและซ้อมอัคคีภัยประจำปี 4. โครงการปรับทัศนียภาพและภูมิทัศน์ภายในโรงพยาบาล 5. โครงการตรวจสุขภาพประจำปีและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพบุคลากร |

| KPI หลัก (Outcome) | target | สาเหตุหลักของปัญหา (Root cause) | KPI รอง (output) | เป้าหมาย (output) | กลยุทธ์ & และมาตรการ | โครงการ |
|-----------------------|--------|---|--|----------------------|---|--|
| | | 6.ร้านจำหน่ายอาหารไม่ได้ บริการเผื่อระวังทาง สุขาภิบาลอาหาร | 6.ร้านอาหารในโรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน สุขาภิบาลอาหาร | 6.ร้อยละ 100 | 6.1ประชุมคณะทำงาน วางแผนการ ดำเนินงาน 6.2ตรวจประเมินร้านจำหน่ายอาหาร ในโรงพยาบาล 6.3อบรมสุขาภิบาลอาหารแก่ผู้ จำหน่ายอาหาร 6.4ตรวจหาเชื้อโคลิฟอร์มในน้ำดื่ม (อ11)ตามจุดบริการในโรงพยาบาล ทุก 3 เดือน 6.5ตรวจหาเชื้อโคลิฟอร์มในอาหาร ภาชนะและมือผู้สัมผัสอาหาร (อ13) ตามร้านจำหน่ายอาหาร ทุก 3 เดือน 6.6เก็บตัวอย่าง อาหาร ภาชนะ และน้ำประปา ส่งตรวจทาง ห้องปฏิบัติการกลางปีละ 1 ครั้ง 6.7.ตรวจสุขภาพประจำปีแก่ผู้ จำหน่ายอาหาร | 6.โครงการส่งเสริม สุขาภิบาลอาหารและ น้ำในโรงพยาบาล |

| KPI หลัก (Outcome) | target | สาเหตุหลักของปัญหา (Root cause) | KPI รอง (output) | เป้าหมาย (output) | กลยุทธ์ & มาตรการ | โครงการ |
|--|--------|---|---------------------|----------------------|----------------------|---------|
| 36. คะแนนประเมิน ประสิทธิภาพการบริหาร การเงินการคลังที่มี ประสิทธิภาพ | 5 | 1.นโยบายทางบัญชีมีการ เปลี่ยนแปลงตามการจ่ายเงิน ของ สปสช. | | | | |
| | | 2. เจ้าหน้าที่บันทึกบัญชีมีการ ลาออกเพื่อหางานใหม่ที่มั่นคง | | | | |
| 37.จำนวนผลงานวิจัย นวัตกรรมหรือเทคโนโลยี สุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่ พัฒนาต่อยอด | | | | | | |

| KPI หลัก (Outcome) | target | สาเหตุหลักของปัญหา (Root cause) | KPI รอง (output) | เป้าหมาย (output) | กลยุทธ์ & มาตรการ | โครงการ |
|---|-------------|---|---------------------|----------------------|---|--|
| 38.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ smart hospital 15 คะแนน | 12 คะแนน | 1.ยังขาดครุภัณฑ์สนับสนุน การดำเนินการ 2.ยังไม่มีระบบลงทะเบียน ขอ ใช้งานฟรี WiFi 3.ยังไม่มีอุปกรณ์ลงทะเบียน ใช้งานฟรี WiFi 4.ยังไม่มีระบบ internet เพื่อ ใช้เฉพาะฟรี WiFi 5. ไม่มีระบบแจ้งเตือนคิวรับ บริการออนไลน์ 6. ไม่มีระบบจองคิวรับบริการ ออนไลน์ | - | - | 1. ทำแผนจัดซื้อตู้ Kiosk self service 2. จัดหาระบบลงทะเบียน ขอใช้งาน ฟรี WiFi 3.ทำแผนจัดซื้อตู้ Kiosk สำหรับ ลงทะเบียนฟรี WiFi 4. จัดหาระบบ internet เพื่อใช้ เฉพาะฟรี WiFi 5.1 จัดหาระบบแจ้งเตือนคิว รับบริการออนไลน์ 5.2 ทำแผนจัดซื้ออุปกรณ์ สำหรับ ระบบแจ้งเตือนคิวรับบริการออนไลน์ 6.1 จัดหาระบบจองคิวรับ บริการออนไลน์ 6.2 แผนจัดซื้ออุปกรณ์ระบบจองคิว รับบริการออนไลน์ | โครงการพัฒนา ศักยภาพ โรงพยาบาล เพื่อให้เป็น โรงพยาบาล Smart Hospital |

| KPI หลัก (Outcome) | target | สาเหตุหลักของปัญหา (Root cause) | KPI รอง (output) | เป้าหมาย (output) | กลยุทธ์ & มาตรการ | โครงการ |
|--|---|---|---|---------------------------|--|---|
| 39.1 จำนวนบุคลากร ได้รับการพัฒนา ตามแผนยุทธศาสตร์ ของโรงพยาบาล (EESSS) (ให้แยกเป็นรายวิชาชีพและ รายสาขาที่จะส่งไปพัฒนา) | 15 คน (แพทย์ 1, พว. 2 รวม 3 คน/ ปี) | 1. การรับรู้ข้อมูลข่าวสารไม่ ทั่วถึง | 1. ร้อยละของบุคลากรได้รับ ข้อมูลข่าวสาร ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา | ร้อยละ 100 (จากแผน) | 1.1 งานสารบรรณ พรส. และ HRD พรส. แจ้งข้อมูลข่าวสารให้ผู้ได้รับการ อนุมัติทราบโดยตรง (นอกเหนือจาก ระบบแจ้งเวียนหนังสือ ตามขั้นตอนปกติ) 1.2 HRD ติดตามผล การพัฒนาบุคลากรตามแผน ไตรมา สละ 1 ครั้ง | 1. โครงการปฐมนิเทศ บุคลากรใหม่ 2. โครงการประชุม คณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาล (เรื่องแจ้ง เพื่อทราบจากกลุ่ม ภารกิจ พรส.) 3. โครงการประชุม คณะกรรมการ HRM |
| | | 2. ขาดอัตรากำลัง | 2. ร้อยละของการบริหาร อัตรากำลังทดแทนตาม ความเหมาะสม | ร้อยละ 100 (จากแผน) | 2.1 การหมุนเวียนบุคลากร เพื่อทดแทนอัตรากำลังให้กับ หน่วยงานที่ขาดแคลน 2.2 การจ้างลูกจ้างชั่วคราว เพื่อทดแทนเฉพาะกรณี ที่มีความจำเป็น | เพื่อวางแผนอัตรากำลัง ของโรงพยาบาล |

| KPI หลัก (Outcome) | target | สาเหตุหลักของปัญหา (Root cause) | KPI รอง (output) | เป้าหมาย (output) | กลยุทธ์ & มาตรการ | โครงการ |
|---|-----------|---|---|----------------------|---|--|
| 39.2 ร้อยละของบุคลากร ที่ได้รับการอบรม ตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 10 วัน/คน/ปี | ร้อยละ 80 | 1. กลุ่มที่ได้รับการฝึกอบรม ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวิชาชีพ ไม่มี การกระจายไปยังกลุ่มอื่น | 1. ร้อยละของบุคลากร ทั้งหมด ได้รับการอบรม | ร้อยละ 80 | 1. งานสารบรรณ รพ.+พรส. แจง เวียนหนังสือ และรายละเอียดการฝึกอบรมให้ บุคลากรรับทราบ อย่างทั่วถึง 2. HRD ติดตามผล การพัฒนาบุคลากรตามแผน ไตรมา สละ 1 ครั้ง | 1. โครงการจัดประชุม/ ฝึกอบรม/ การสอน งาน เพื่อพัฒนา บุคลากรภายใน โรงพยาบาล |
| | | 2. หน่วยงานที่จัดฝึกอบรม ภายในโรงพยาบาลไม่ส่ง สำเนา ใบลงทะเบียนหรือแบบฟอร์ม การฝึกอบรมภายในให้ HRD บันทึกข้อมูล ประวัติการฝึกอบรม | 2. ร้อยละของหน่วยงานที่ จัดฝึกอบรมภายใน โรงพยาบาลส่งสำเนา ใบลงทะเบียนหรือ แบบฟอร์มการฝึกอบรม ภายในให้ HRD บันทึกข้อมูลประวัติ การฝึกอบรม | ร้อยละ 80 | 1. HRD ประชาสัมพันธ์ การส่งสำเนาใบลงทะเบียนหรือ แบบฟอร์มการฝึกอบรมภายในให้ บุคลากรทุกหน่วยงาน รับทราบ 2. กำหนดเกณฑ์การขออนุมัติเข้ารับ การประชุม/อบรม/สัมมนา ประเภท พัฒนาตนเอง (ภายนอก) ต้องมีประวัติการประชุม/ อบรม/สอนงานภายใน จำนวน 5 วัน ขึ้นไป | |

| KPI หลัก (Outcome) | target | สาเหตุหลักของปัญหา (Root cause) | KPI รอง (output) | เป้าหมาย (output) | กลยุทธ์ & มาตรการ | โครงการ |
|---|------------|---|---|----------------------|--|---|
| | | 3. สถาบัน การจัดฝึ กอบรม (ภายนอก) ไม่เปิด | 3. ร้อยละของหน่วยงาน ภายในโรงพยาบาล จัด ฝึ กอบรม/ สอนงานภายใน | ร้อยละ 80 | 1. ผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขาจัดทำสื่อ การเรียนรู้เผยแพร่บนเว็บไซต์ โรงพยาบาล และสอนงานภายใน หน่วยงาน | |
| 40. ระดับความสำเร็จ ขององค์กรแห่งความสุข | ระดับที่ 5 | 1. จากผลการสำรวจ Happinometer พบว่า มิติด้านสุขภาพเงินดี (Happy Money) มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด (ทุก ปี) | 1. มิติด้านสุขภาพเงินดี (Happy Money) มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น (ปีงบประมาณ 2565 มี คะแนนเฉลี่ย 48.92) | 52 | 1. จัดทำแผนขับเคลื่อน การดำเนินงาน องค์กรแห่งความสุข ตามบริบทของโรงพยาบาล (ครอบคลุมมิติอื่นๆ ด้วย) | 1. โครงการ/กิจกรรม / แผนปฏิบัติการสร้างสุข Happy Money |
| 41.ระดับความสำเร็จของการ พัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อ การบริหารและการบริการ | ระดับ 4 | 1.ขาดการเชื่อมโยงของข้อมูล ให้เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน 2.ขาดการวิเคราะห์ความ ต้องการของผู้ใช้งานระบบใน ภาพรวมขององค์กร | - | - | 1.จัดให้มีการดำเนินงานในรูปแบบ คณะกรรมการดำเนินงานด้าน สารสนเทศ เพื่อเฝ้าระวังความ ปลอดภัยของข้อมูล ควบคุม กับการ ใช้งานและการสื่อสารที่เป็นระบบ 2.เข้าถึงความต้องการที่แท้จริงของ ผู้ใช้งานและรับบริการเพื่อนำมาใช้ใน การวางแผนการผลิตสารสนเทศ | 1.โครงการประชุมเชิง ปฏิบัติการวิเคราะห์ ความต้องการ เพื่อการ พัฒนาระบบ สารสนเทศ |

การจัดทำประเด็นยุทธศาสตร์-เป้าประสงค์-ตัวชี้วัด

พันธกิจที่ 1 ชื่อพันธกิจ การรักษาพยาบาล

พันธกิจ ประเด็นยุทธศาสตร์

| พันธกิจ | ประเด็นยุทธศาสตร์ |
|--|--|
| 1.ให้การรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ ที่มุ่งเน้นในระดับตติยภูมิให้มีคุณภาพ | 1.พัฒนาศักยภาพในการบริการโรคเฉพาะด้าน 2.พัฒนาระบบการรักษาให้มีความปลอดภัยได้มาตรฐาน |

ประเด็นยุทธศาสตร์-เป้าประสงค์-ตัวชี้วัด

| ประเด็นยุทธศาสตร์ | เป้าประสงค์ | ตัวชี้วัด |
|---------------------------------------|---|---|
| 1.พัฒนาศักยภาพในการบริการโรคเฉพาะด้าน | <p>1. เพิ่มศักยภาพการให้บริการ รักษาพยาบาล เป็นรายโรคเฉพาะด้านที่มีความซับซ้อนและเป็นปัญหาสุขภาพ ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ศูนย์ผ่าตัดต่อกระจก ● ประสาทหูเทียมและเครื่องช่วยฟัง ● ศูนย์รักษาโรคSLE, โรคสะกิดเงิน ● พัฒนาศักยภาพการดูแลโรคหลอดเลือดสมอง Fast Track Stroke ● ยกกระดับการให้บริการด้าน การส่องกล้อง scope | <ol style="list-style-type: none"> 1. อัตราผู้มารับบริการโรคเฉพาะด้าน(ESSS)เพิ่มขึ้น 2. ระยะเวลารอคอยในการรักษาโรคเฉพาะด้านลดลง (การเข้าคิวรักษา) 3. อัตราผู้ป่วย Blinding Cataract ได้รับการรอคอยการผ่าตัดต่อกระจก น้อยกว่า 30 วัน 4. อัตราผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการได้ยินได้รับการคัดกรอง 5. อัตราผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการได้ยินเข้าถึงบริการเครื่องช่วยฟัง 6. อัตราผู้ป่วยโรคSLEและโรคสะกิดเงินเข้าถึงการรักษา 7. อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมอง 8. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับยา RT-PA ภายใน 270 นาที 9. อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการภายใน72ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke unit 10. ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงFit test positive ได้รับการวินิจฉัยโดยการส่องกล้อง 11. ร้อยละของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงหลังได้รับการวินิจฉัยได้รับการรักษาภายใน 4 สัปดาห์ |

พันธกิจที่ 1 ชื่อพันธกิจ การรักษาพยาบาล
 ประเด็นยุทธศาสตร์-เป้าประสงค์-ตัวชี้วัด

| ประเด็นยุทธศาสตร์ | เป้าประสงค์ | ตัวชี้วัด |
|---|--|---|
| 2.พัฒนาระบบการรักษาให้มีความปลอดภัยได้มาตรฐาน | 1.ผู้ป่วยหลังการรักษาโรคเฉพาะด้าน ได้รับดูแลที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ปลอดภัย | <ol style="list-style-type: none"> 1. อัตราการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง เฉพาะโรคลดลง 2. อุบัติการณ์ผ่าตัดตามผิดข้าง 3. อัตราการติดเชื้อหลังผ่าตัด 4. อัตราผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยฟังได้รับการติดตามการใช้ 5. อัตราผู้ป่วยโรคSLEและโรคสะเก็ดเงินที่ควบคุมได้ 6. อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมอง 7. ร้อยละของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะแรกได้รับการผ่าตัดและรักษาหาย 8. ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ |

ยุทธศาสตร์ที่ 1.พัฒนาศักยภาพในการบริการโรคเฉพาะด้าน

| ตัวชี้วัด(KPI) | ผลงานในปี 66 | ปี 67 | ปี 68 | ปี 69 | ปี 70 | ปี 71 | หน่วยงานที่รับผิดชอบหลัก | หน่วยงานสนับสนุน |
|--|--------------|-------|-------|-------|-------|-------|--------------------------|------------------|
| 1.อัตราผู้มารับบริการโรคเฉพาะด้าน(ESSS)เพิ่มขึ้น(ร้อยละ) | NA | 10 | 15 | 20 | 25 | 30 | กลุ่มทุติ/ตติ | พรส./ทีมนำ |
| 2.ระยะเวลารอคอยในการรักษาโรคเฉพาะด้านลดลง (การเข้าคิวรักษา) > 120 นาที | 120 นาที | 90 | 70 | 60 | 45 | 30 | กลุ่มทุติ/ตติ | พรส. ทีมนำ |
| 3.อัตราผู้ป่วย Blinding Cataract ได้รับการรอคอยการผ่าตัดต่อกระจก น้อยกว่า 30 วัน(ร้อยละ) | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 | กลุ่มงานจักษุ | ทีมนำ |
| 4.อัตราผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการได้ยินได้รับการคัดกรอง (ร้อยละ>80) | NA | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 | กลุ่มงานหู คอ จมูก | ทีมนำ |
| 5.อัตราผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการได้ยินเข้าถึงบริการเครื่องช่วยฟัง(ร้อยละ) | NA | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | กลุ่มงานหู คอ จมูก | ทีมนำ |
| 6.อัตราผู้ป่วยโรคSLEและโรคสะเก็ดเงินเข้าถึงการรักษาเพิ่มขึ้น (ร้อยละ) | NA | 10 | 15 | 20 | 25 | 30 | กลุ่มงานตจวิทยา | ทีมนำ |
| 7.อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ >5) | ... | | | | | | กลุ่มงานอายุรกรรม | ทีมนำ |
| 8.ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับยา RT-PA ภายใน 270 นาที(ร้อยละ) | 7 | 10 | 10 | 10 | 12 | 15 | กลุ่มงานอายุรกรรม | ทีมนำ |
| 9.อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการภายใน72ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke unit(ร้อยละ85) | NA | 70 | 80 | 85 | 90 | 100 | กลุ่มงานอายุรกรรม | ทีมนำ |
| 10.ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงFit test positive ได้รับตรวจวินิจฉัยโดยการส่องกล้อง ร้อยละ>50 | NA | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | กลุ่มงานศัลยกรรม | ทีมนำ |
| 11.ร้อยละของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงหลังได้รับการวินิจฉัยได้รับการรักษาภายใน 4 สัปดาห์ | NA | 70 | 80 | 85 | 90 | 100 | กลุ่มงานศัลยกรรม | ทีมนำ |

ยุทธศาสตร์ที่ 2. พัฒนาระบบการรักษาให้มีความปลอดภัยได้มาตรฐาน

| ตัวชี้วัด(KPI) | ผลงาน ในปี 66 | ปี 67 | ปี 68 | ปี 69 | ปี 70 | ปี 71 | หน่วยงานที่รับผิดชอบหลัก | หน่วยงานสนับสนุน |
|--|------------------|-------|-------|-------|-------|-------|---|---------------------------|
| 1. อัตราการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง เฉพาะโรคลดลง | NA | 10 | 15 | 20 | 25 | 30 | คณะกรรมการความเสี่ยงทาง คลินิก องค์กรแพทย์,กลุ่มการพยาบาล | ทีมนำ ศูนย์พัฒนาคุณภาพ |
| 2. อุบัติการณ์ผ้าตัดตามิดข้าง | 0.5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | กลุ่มงานจักษุ กลุ่มงานห้องผ่าตัด/วิสัญญี | ทีมนำ |
| 3. อัตราการติดเชื้อหลังผ่าตัด | 0.5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | คณะกรรมการIC | ทีมนำ |
| 4. อัตราผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยฟังได้รับการติดตามการใช้ | NA | 60 | 70 | 80 | 90 | 95 | กลุ่มงานหู คอ จมูก | ทีมนำ |
| 5. อัตราของผู้ป่วยโรคSLEและโรคสะเก็ดเงินที่ควบคุม ได้ | NA | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | กลุ่มงานตจวิทยา | ทีมนำ |
| 6. อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมอง | | | | | | | กลุ่มงานอายุรกรรม | ทีมนำ |
| 7. ร้อยละของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะแรกได้รับ การผ่าตัดและรักษาหาย ร้อยละ > 80 | NA | 80 | 80 | 85 | 90 | 95 | กลุ่มงานศัลยกรรม | ทีมนำ |
| 8. ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ ร้อยละ > 85 | 85 | 90 | 95 | 95 | 95 | 95 | กลุ่มงานศัลยกรรม | พรส. ทีมนำ |

พันธกิจที่ 2. สร้างความเข้มแข็งของระบบส่งต่อผู้ป่วย ในหน่วยบริการและเครือข่ายบริการสุขภาพ ทั้งในระบบตติยภูมิและทุติยภูมิ

ประเด็นยุทธศาสตร์ - เป้าประสงค์-ตัวชี้วัด

| ประเด็นยุทธศาสตร์ | เป้าประสงค์ | ตัวชี้วัด |
|--|---|---|
| 1.สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรคภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อมและคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ โดยทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม | 1.ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพที่ดี มีความรอบรู้ ด้านสุขภาพ สามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม | 1.ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลตามเกณฑ์คุณภาพ |
| | | 2.อัตราส่วนการตายมารดา ไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ |
| | | 3.อัตราตายของทารกแรกเกิดไม่เกิน 3.6 ต่อพันการเกิดมีชีพ |
| | | 4.ร้อยละเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย |
| | | 5.ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน |
| | | 6.คะแนนเฉลี่ยของการเฝ้าระวังและการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน |
| | | 7.ร้อยละของประชาชนวัยทำงานอายุ 18-59 ปี มี BMI ปกติ |
| | | 8.ความสำเร็จการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคกลุ่มอาการความเสื่อม (Geriatric Syndromes) ในผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม |
| | | 9.ร้อยละของกลุ่มภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแล Care Plan |
| | | 10. จำนวนอำเภอที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพการพัฒนาคูณภาพชีวิต |
| 1.2 ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและความเจ็บป่วยของประชาชน | | 11. ร้อยละตำบลผ่านเกณฑ์ ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต |
| | | 12.ร้อยละสตรีอายุ 50-60 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก |
| | | 13.ประชาชนอายุ 50-70 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่/ ไส้ตรง ด้วยวิธี FIT Test |

| ประเด็นยุทธศาสตร์ | เป้าประสงค์ | ตัวชี้วัด |
|-------------------|--|---|
| | | <p>14.1 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี</p> <p>14.2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี</p> <p>15. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง</p> <p>16. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 5 ml/min/1.73 m²/yr</p> <p>17. อัตราความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรค</p> <p>18. ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปี ขึ้นไป คัดกรองพยาธิใบไม้ในตับ ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม</p> <p>19. ระดับความสำเร็จของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอในการเตรียมความพร้อมและตอบโต้การระบาดของโรคติดต่อที่สำคัญและภัยสุขภาพ</p> |
| | <p>1.3 ประชาชนได้รับการคุ้มครองผู้บริโภค และการจัดการสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพ</p> | <p>20. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ยกระดับการพัฒนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ Green & Clean Hospital Challenges ผ่านเกณฑ์ระดับ</p> <ul style="list-style-type: none"> - มาตรฐาน (Standard) - ดีเยี่ยม (Excellent) - ทำทาย (Challenge) <p>21. ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพและสถานประกอบการมีคุณภาพตามเกณฑ์</p> <p>22. ระดับความสำเร็จของการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล</p> |

| ประเด็นยุทธศาสตร์ | เป้าประสงค์ | ตัวชี้วัด |
|---|--|---|
| 2.พัฒนาระบบบริการสุขภาพ ปฐมภูมิ ให้มีคุณภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการ ทั่วถึง ไร้รอยต่อ | 2.1 ประชาชนได้รับการเข้าถึงบริการ ปฐมภูมิที่มีคุณภาพ ส่งต่อมี ประสิทธิภาพไร้รอยต่อ | 23.ระดับความสำเร็จของการขับเคลื่อนงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก |
| | | 24.ระดับความสำเร็จของการจัดระบบบริการบริบาลฟื้นฟูสุขภาพระยะกลาง (Intermediate Care : IMC) |
| | | 25.ร้อยละผู้ป่วยประคับประคอง ระยะสุดท้ายที่มีกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) |
| | 2.2 พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่มี ประสิทธิภาพและไร้รอยต่อ | 26.ระดับความสำเร็จของการประสานงาน จัดบริการปฐมภูมิร่วมในองค์กรต่างสังกัด |
| | | 27.ร้อยละ อสม. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม.หมอบริการบ้าน และสามารถใช้ Application อสม. ได้ |
| | | |

ยุทธศาสตร์ที่ 1 : สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรคภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อมและคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ โดยทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม

เป้าประสงค์ที่ 1.1 : ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพที่ดี มีความรอบรู้ ด้านสุขภาพ สามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม

| ลำดับ | ตัวชี้วัด (KPI) | ผลงาน | | | | | | | กลุ่มงาน รับผิดชอบรับ | กลุ่มงาน สนับสนุน |
|-------|---|---------------|------|------|------|------|------|------|--------------------------|----------------------|
| | | ผลงานปี 65 | 2566 | 2567 | 2568 | 2569 | 2570 | 2571 | | |
| 1. | ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลตามเกณฑ์คุณภาพ | 75 | 90 | 90 | 92 | 94 | 96 | 98 | ส่งเสริมสุขภาพ | ANC |
| 2. | อัตราส่วนการตายมารดา ไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ | 16 | 16 | 16 | 16 | 16 | 15 | 15 | ส่งเสริมสุขภาพ | ห้องคลอด |
| 3. | อัตรารายของทารกแรกเกิดไม่เกิน 3.6 ต่อพันการเกิดมีชีพ | 3.5 | 3.5 | 3.5 | 3.5 | 3.4 | 3.4 | 3.3 | ส่งเสริมสุขภาพ | ห้องคลอด |
| 4. | ร้อยละเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย | 80 | 75 | 85 | 85 | 85 | 90 | 90 | ส่งเสริมสุขภาพ | |
| 5. | ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน | 70 | 66 | 74 | 76 | 78 | 80 | 82 | ส่งเสริมสุขภาพ | |
| 6. | คะแนนเฉลี่ยของการเฝ้าระวังและการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน | 90 | 84 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | ส่งเสริมสุขภาพ | ไม่มี |
| 7. | ร้อยละของประชาชนวัยทำงานอายุ 18-59 ปี มี BMI ปกติ | 90 | 55 | 56 | 58 | 60 | 60 | 60 | ส่งเสริมสุขภาพ | |
| 8. | ความสำเร็จการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคกลุ่มอาการความเสื่อม (Geriatric Syndromes) ในผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม | NA | 50 | 55 | 60 | 65 | 70 | 75 | ส่งเสริมสุขภาพ | คลินิกผู้สูงอายุ |
| 9. | ร้อยละของกลุ่มภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแล Care Plan | NA | 90 | 95 | 96 | 97 | 98 | 100 | ส่งเสริมสุขภาพ | คลินิกผู้สูงอายุ |

ยุทธศาสตร์ที่ 1 : สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรคภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อมและคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ โดยทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม

เป้าประสงค์ที่ 1.2 : ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและความเจ็บป่วยของประชาชน

| ลำดับ | ตัวชี้วัด (KPI) | ผลงาน | | | | | | | กลุ่มงาน รับผิดชอบ รับ | กลุ่มงาน สนับสนุน |
|-------|--|-----------------|-----------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------------------|----------------------|
| | | ผลงานปี 65 | 2566 | 2567 | 2568 | 2569 | 2570 | 2571 | | |
| 10. | จำนวนอำเภอที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพการพัฒนาคูณภาพชีวิต | 80 | 80 | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 | ส่งเสริม สุขภาพ | |
| 11. | ร้อยละตำบลผ่านเกณฑ์ ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต | 80 | ไม่ ประเมิน | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 | ส่งเสริม สุขภาพ | ไม่มี |
| 12. | ร้อยละสตรีอายุ 50-60 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก | 61.78 | 65.60 | ร้อยละ 80 | ร้อยละ 85 | ร้อยละ 20 | ร้อยละ 40 | ร้อยละ 60 | ควบคุมโรคฯ | ไม่มี |
| 13. | ประชาชนอายุ 50-70 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่/ไส้ตรง ด้วยวิธี FIT Test | 94.96 | 50.05 | ร้อยละ 80 | ร้อยละ 80 | ร้อยละ 80 | ร้อยละ 80 | ร้อยละ 80 | ควบคุมโรคฯ | ไม่มี |
| 14. | ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ดี | | | | | | | | โรคไม่ติดต่อ | |
| 14.1. | ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี | ร้อยละ 25.79 | ร้อยละ 22.36 | ≥ร้อยละ ละ 40 | ≥ร้อยละ ละ 40 | ≥ร้อยละ ละ 40 | ≥ร้อยละ ละ 40 | ≥ร้อยละ ละ 40 | การพยาบาล ชุมชน | กลุ่มการ พยาบาล |
| 14.2. | ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี | ร้อยละ 50.26 | ร้อยละ 26.26 | ≥ร้อยละ ละ 60 | ≥ร้อยละ ละ 60 | ≥ร้อยละ ละ 60 | ≥ร้อยละ ละ 60 | ≥ร้อยละ ละ 60 | การพยาบาล ชุมชน | กลุ่มการ พยาบาล |

ยุทธศาสตร์ที่ 1 : สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรคภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อมและคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ โดยทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม

เป้าประสงค์ที่ 1.2 : ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและความเจ็บป่วยของประชาชน

| ลำดับ | ตัวชี้วัด (KPI) | ผลงาน | | | | | | | กลุ่มงาน รับผิดชอบรับ | กลุ่มงาน สนับสนุน |
|-------|--|-----------------|-----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--------------------------|----------------------|
| | | ผลงาน ปี 65 | 2566 | 2567 | 2568 | 2569 | 2570 | 2571 | | |
| 15. | ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง 3 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง | ร้อยละ 52.74 | ร้อยละ 52.74 | ≥ร้อยละ 80 | ≥ร้อยละ 80 | ≥ร้อยละ 80 | ≥ร้อยละ 80 | ≥ร้อยละ 80 | การพยาบาล ชุมชน | กลุ่มการ พยาบาล |
| 16. | ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR <5ml/min/1.73m ² /yr | ร้อยละ 58.37 | ร้อยละ 54.01 | ≥ร้อยละ 66 | ≥ร้อยละ 66 | ≥ร้อยละ 66 | ≥ร้อยละ 66 | ≥ร้อยละ 66 | การพยาบาล ชุมชน | กลุ่มการ พยาบาล |
| 17. | อัตราความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรค | 90 | 80 | 90 | 90 | 92 | 92 | 88 | ควบคุมโรคฯ | คลินิกวัณโรค |
| 18. | ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปี ขึ้นไป คัดกรองพยาธิใบไม้ในตับ ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม | NA | ร้อยละ 100 | ร้อยละ 80 | ร้อยละ 80 | ร้อยละ 80 | ร้อยละ 80 | ร้อยละ 80 | ควบคุมโรคฯ | |
| 19. | ระดับความสำเร็จของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอในการเตรียมความพร้อมและตอบโต้การระบาดของโรคติดต่อที่สำคัญและภัยสุขภาพ | ระดับ 5 | ระดับ 5 | ระดับ 5 | ระดับ 5 | ระดับ 5 | ระดับ 5 | ระดับ 5 | ควบคุมโรคฯ | |

ยุทธศาสตร์ที่ 1 : สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรคภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อมและคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ โดยทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม

เป้าประสงค์ที่ 1.3 : ประชาชนได้รับการคุ้มครองผู้บริโภคและการจัดการสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพ

| ลำดับ | ตัวชี้วัด (KPI) | ผลงาน | | | | | | | กลุ่มงาน รับผิดชอบรับ | กลุ่มงาน สนับสนุน |
|-------|--|----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|-------------------------------------|----------------------|
| | | ผลงาน ปี 65 | 2566 | 2567 | 2568 | 2569 | 2570 | 2571 | | |
| 20. | ร้อยละของโรงพยาบาลที่ยกระดับการพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ Green & Clean Hospital Challenges ผ่านเกณฑ์ระดับ - มาตรฐาน (Standard) - ดีเยี่ยม (Excellent) - ทำทหาย (Challenge) | ดีเยี่ยม | Challen ge | Challe nge | Chall enge | Chall enge | Challeng e | Challeng e | อนามัยสิ่งแวดล้อม และอาชีวอนามัย | ไม่มี |
| 21. | ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพและสถานประกอบการมีคุณภาพตามเกณฑ์ | 82 | 82 | 82 | 85 | 90 | 95 | 100 | คุ้มครองผู้บริโภคฯ | เภสัชกรรม |
| 22. | ระดับความสำเร็จของการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล | ระดับ 5 | ระดับ 5 | ระดับ 5 | ระดับ 5 | ระดับ 5 | ระดับ 5 | ระดับ 5 | คุ้มครองผู้บริโภคฯ | เภสัชกรรม |

ยุทธศาสตร์ที่ 2 : พัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ให้มีคุณภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทั่วถึง ไร้รอยต่อ

เป้าประสงค์ที่ 2.1 : ประชาชนได้รับการเข้าถึงบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ ส่งต่อมีประสิทธิภาพไร้รอยต่อ

| ลำดับ | ตัวชี้วัด (KPI) | ผลงาน | | | | | | | กลุ่มงาน รับผิดชอบรับ | กลุ่มงานสนับสนุน |
|-------|---|----------------|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--|------------------|
| | | ผลงาน ปี 65 | 2566 | 2567 | 2568 | 2569 | 2570 | 2571 | | |
| 23. | ระดับความสำเร็จของการขับเคลื่อนงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | ระดับ 4 | ระดับ 5 | ระดับ 5 | ระดับ 5 | ระดับ 5 | ระดับ 5 | ระดับ 5 | แพทย์แผนไทย และการแพทย์ ทางเลือก | |
| 24. | ระดับความสำเร็จของการจัดระบบบริการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate Care : IMC) | ระดับ 3.5 | ระดับ 3 | ระดับ 5 | ระดับ 5 | ระดับ 5 | ระดับ 5 | ระดับ 5 | พยาบาลชุมชน | กายภาพบำบัด |
| 25. | ร้อยละผู้ป่วยประคับประคอง ระยะสุดท้ายที่มีกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) | ร้อยละ 40 | ร้อยละ 70 | ≥ร้อยละ 85 | ≥ร้อยละ 87 | ≥ร้อยละ 89 | ≥ร้อยละ 91 | ≥ร้อยละ 93 | พยาบาลชุมชน | |

ยุทธศาสตร์ที่ 2 : พัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ให้มีคุณภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทั่วถึง ไร้รอยต่อ

เป้าประสงค์ที่ 2.2 : พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพและไร้รอยต่อ

| ลำดับ | ตัวชี้วัด (KPI) | ผลงาน | | | | | | | กลุ่มงาน รับผิดชอบรับ | กลุ่มงานสนับสนุน |
|-------|---|---------------|---------|------------|------------|------------|------------|------------|---------------------------------|------------------|
| | | ผลงานปี 65 | 2566 | 2567 | 2568 | 2569 | 2570 | 2571 | | |
| 26. | ระดับความสำเร็จของการประสานงาน จัดบริการปฐมภูมิร่วมในองค์กรต่างสังกัด | ระดับ 3 | ระดับ 5 | ระดับ 5 | ระดับ 5 | ระดับ 5 | ระดับ 5 | ระดับ 5 | แผนและ สนับสนุน เครือข่าย | |
| 27. | ร้อยละ อสม. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม.หมอประจำบ้าน และสามารถใช้ Application อสม. ได้ | 60 | 60 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 | ส่งเสริมสุขภาพ | |

พันธกิจที่ 3

ชื่อพันธกิจ สร้างความเข้มแข็งของระบบส่งต่อผู้ป่วยในหน่วยบริการและเครือข่ายบริการสุขภาพ ปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิ

ประเด็นยุทธศาสตร์ - เป้าประสงค์-ตัวชี้วัด

| ประเด็นยุทธศาสตร์ | เป้าประสงค์ | ตัวชี้วัด |
|--|---|--|
| 1.พัฒนาระบบการส่งต่อที่มาตรฐาน | 1.มีระบบส่งต่อที่ปลอดภัยได้มาตรฐานทั้งในและนอกเครือข่าย | 1.ร้อยละผู้ป่วยที่ใช้ระยะเวลาประสานงาน การรับ – ส่ง ภายในเวลา 30 นาที = 80 |
| | | 2.ร้อยละผู้ป่วยที่ส่งต่อได้รับการดูแลที่เหมาะสม = 100 |
| | | 3.ร้อยละการเกิดอุบัติเหตุทางการจราจรของรถพยาบาล =0 |
| | 2.ผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน สามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (พัฒนาภาคีเครือข่าย) | 4.ร้อยละผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินสามารถเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่า ร้อยละ 26 |
| 2.พัฒนาศูนย์ส่งต่อที่มีประสิทธิภาพแบบไร้รอยต่อ | 1.ใช้ระบบสารสนเทศในการส่งต่อผู้ป่วย (ส่งต่อแบบไร้รอยต่อขับเคลื่อนด้วยข้อมูล) | 5.ร้อยละการใช้ N-REFER ในการส่งต่อผู้ป่วย =100 |
| | 2.พัฒนาระบบคัดกรอง วินิจฉัย และรักษาที่ถูกต้องรวดเร็ว | 6.ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วย ESI 1 ใน 24 ชั่วโมง ≤ 12 |
| | 3.พัฒนาวิชาการแก่ภาคีเครือข่ายในการรับ ส่งต่อ | 7.จำนวนครั้งของการอบรมวิชาการ การรับส่งต่อ เครือข่าย อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง |
| | | 8.จำนวนครั้งของการนิเทศเครือข่ายการส่งต่อ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง |

ยุทธศาสตร์ 1.พัฒนาระบบการส่งต่อที่มีมาตรฐาน

| ตัวชี้วัด(KPI) | ผลงานในปี 65 | ปี 66 | ปี 67 | ปี 68 | ปี 69 | ปี 70 | ปี 71 | หน่วยงาน รับผิดชอบหลัก | หน่วยงาน สนับสนุน |
|---|-----------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|---------------------------|----------------------|
| 1.ร้อยละผู้ป่วยที่ใช้ระยะเวลาประสานงาน การรับ – ส่ง ภายในเวลา 30 นาที = 80 | - | 80 | 85 | 90 | 95 | 97 | 98 | ศูนย์ส่งต่อ | PCT ทุกสาขา |
| 2.ร้อยละผู้ป่วยที่ส่งต่อได้รับการดูแลที่เหมาะสม = 100 | - | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 | 100 | ศูนย์ส่งต่อ | PCT ทุกสาขา |
| 3.ร้อยละการเกิดอุบัติเหตุทางการจราจรของรถพยาบาล =0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | บริหาร | ศูนย์ส่งต่อ/ems |
| 4.ร้อยละผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินสามารถเข้าถึงระบบ บริการการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่า ร้อยละ 26 | 10.4 | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 | 95 | ER | EMS |

ยุทธศาสตร์ 2.พัฒนาศูนย์ส่งต่อที่มีประสิทธิภาพแบบไร้รอยต่อ

| ตัวชี้วัด(KPI) | ผลงานในปี 65 | ปี 66 | ปี 67 | ปี 68 | ปี 69 | ปี 70 | ปี 71 | หน่วยงาน รับผิดชอบหลัก | หน่วยงานสนับสนุน |
|---|-----------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|---------------------------|------------------|
| 5.ร้อยละการใช้ N-REFER ในการส่งต่อผู้ป่วย =100 | - | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | ศูนย์ส่งต่อ | PCT ทุกสาขา |
| 6.ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วย ESI 1 ใน 24 ชั่วโมง ≤ 12 | | | | | | | | | |
| 7.จำนวนครั้งของการอบรมวิชาการ การรับส่งต่อ เครือข่าย อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง | 0 | 1 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | ศูนย์ส่งต่อ | PCT ทุกสาขา |
| 8.จำนวนครั้งของการนิเทศเครือข่ายการส่งต่อ อย่าง น้อยปีละ 1 ครั้ง | 0 | 1 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | ศูนย์ส่งต่อ | PCT ทุกสาขา |

พันธกิจที่ 4. พัฒนาระบบบริหารและบริการให้เป็นองค์กรที่มีธรรมาภิบาล บนพื้นฐานนวัตกรรมและเทคโนโลยีที่ทันสมัย

ประเด็นยุทธศาสตร์ - เป้าประสงค์-ตัวชี้วัด

| ประเด็นยุทธศาสตร์ | เป้าประสงค์ | ตัวชี้วัด |
|--|--|---|
| 1. พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ ด้วยนวัตกรรม เทคโนโลยี ที่ทันสมัยและหลักธรรมาภิบาล | 1.1 พัฒนาระบบคุณภาพบริการที่มีประสิทธิภาพ | 1. ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานความพึงพอใจของผู้รับบริการ |
| | 1.2 โรงพยาบาลมีระบบบริหารจัดการ ตามหลักธรรมาภิบาล | 2. จำนวนเรื่องร้องเรียนไม่เกิน 15 เรื่อง/ปี |
| | 1.3 หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส | 3. ผลการประเมิน ITA ของโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ตามที่กระทรวงกำหนด |
| | 1.4 ระบบบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน | 4. ปริมาณจำนวนจุลินทรีย์ในน้ำเสียของ โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (100-400 มิลลิลิตร/ลิตร) 5. ร้อยละของหน่วยงานที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital 6. ร้อยละความพึงพอใจในสวัสดิการและระบบบริหารของบุคลากรในหน่วยงาน |
| | 1.5 นวัตกรรม เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยในการให้บริการสุขภาพและบริหารจัดการ | 7. จำนวนผลงานวิจัย นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด |
| 2. พัฒนาโรงพยาบาลให้เป็นองค์กรแห่งความสุข และบุคลากรมีสมรรถนะสูง | 2.1 บุคลากรมีความรู้ ทักษะ และสมรรถนะที่เหมาะสมเพียงพอ | 8. ระดับความสำเร็จของการบริหารจัดการ ระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์ (ตัวชี้วัดใหม่เริ่มปีงบประมาณ 2567) |
| | 2.2 บุคลากรมีความสมดุลระหว่างความสุข ในชีวิตและภาระงาน | 9. ระดับความสำเร็จขององค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ |

ยุทธศาสตร์ที่ 1 : พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพประสิทธิภาพด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีที่ทันสมัยและหลักธรรมาภิบาล

เป้าประสงค์ที่ 1.1 : พัฒนาระบบคุณภาพบริการที่มีประสิทธิภาพ

| KPI ที่ | ชื่อตัวชี้วัด (KPI) | ผลงาน | | | | | | | กลุ่มงาน รับผิดชอบ | กลุ่มงานสนับสนุน |
|---------|--|----------------|------|------|------|------|------|------|-----------------------|------------------|
| | | ผลงาน ปี 65 | 2566 | 2567 | 2568 | 2569 | 2570 | 2571 | | |
| 1 | 1. ระดับความสำเร็จขององค์กรแห่งความสุข ที่มีคุณภาพ | 3 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | HRD | ไม่มี |

ยุทธศาสตร์ที่ 1 : พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพประสิทธิภาพด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีที่ทันสมัยและหลักธรรมาภิบาล

เป้าประสงค์ที่ 1.2 : โรงพยาบาลมีระบบบริหารจัดการ ตามหลักธรรมาภิบาล

| KPI ที่ | ตัวชี้วัด (KPI) | ผลงาน | | | | | | | กลุ่มงาน รับผิดชอบ | กลุ่มงานสนับสนุน |
|---------|--|----------------|------|------|------|------|------|------|-----------------------|------------------|
| | | ผลงาน ปี 65 | 2566 | 2567 | 2568 | 2569 | 2570 | 2571 | | |
| 2 | จำนวนเรื่องร้องเรียนไม่เกิน 15 เรื่อง/ปี | 19 | 19 | 18 | 17 | 16 | 15 | 15 | HRD | ทุกหน่วยงาน |

ยุทธศาสตร์ที่ 1 : พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพประสิทธิภาพด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีที่ทันสมัยและหลักธรรมาภิบาล
เป้าประสงค์ที่ 1.3 : หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส

| KPI ที่ | ตัวชี้วัด (KPI) | ผลงาน | | | | | | | กลุ่มงาน รับผิดชอบ | กลุ่มงานสนับสนุน |
|---------|--|----------------|------|------|------|------|------|------|-----------------------|--|
| | | ผลงาน ปี 65 | 2566 | 2567 | 2568 | 2569 | 2570 | 2571 | | |
| 3 | ผลการประเมิน ITA ของโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ตามที่ กระทรวงกำหนด | ผ่าน | ผ่าน | ผ่าน | ผ่าน | ผ่าน | ผ่าน | ผ่าน | บริหาร | งานแผน,การเงิน ,บัญชี พัสดุ,นิติการ |

ยุทธศาสตร์ที่ 1 : พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพประสิทธิภาพด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีที่ทันสมัยและหลักธรรมาภิบาล
เป้าประสงค์ที่ 1.4 : ระบบบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน

| KPI ที่ | ตัวชี้วัด (KPI) | ผลงาน | | | | | | | กลุ่มงาน รับผิดชอบ | กลุ่มงานสนับสนุน |
|---------|---|---------------|------|------|------|------|------|------|-----------------------|------------------|
| | | ผลงานปี 65 | 2566 | 2567 | 2568 | 2569 | 2570 | 2571 | | |
| 4 | ปริมาณจำนวนจุลินทรีย์ในน้ำเสียของ โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ มาตรฐาน (100-400 มิลลิลิตร/ลิตร) | ผ่าน | ผ่าน | ผ่าน | ผ่าน | ผ่าน | ผ่าน | ผ่าน | บริหาร | งานอาชีวอนามัย |
| 5 | ร้อยละของหน่วยงานที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital | n/a | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | 100 | บริหาร | อาชีวอนามัย |
| 6 | ร้อยละความพึงพอใจในสวัสดิการและระบบบริหารของ บุคลากรในหน่วยงาน | n/a | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | 100 | การ เจ้าหน้าที่ | บริหาร |

ยุทธศาสตร์ที่ 1 : พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพประสิทธิภาพด้วยนวัตกรรม และเทคโนโลยีที่ทันสมัยและหลักธรรมาภิบาล

เป้าประสงค์ที่ 1.5 : นวัตกรรม เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยในการให้บริการสุขภาพและบริหารจัดการ

| KPI ที่ | ตัวชี้วัด (KPI) | ผลงาน | | | | | | | กลุ่มงาน รับผิดชอบ | กลุ่มงานสนับสนุน |
|---------|--|---------------|------|------|------|------|------|------|-----------------------|------------------|
| | | ผลงานปี 65 | 2566 | 2567 | 2568 | 2569 | 2570 | 2571 | | |
| 7 | จำนวนผลงานวิจัย นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด | 7 | 10 | 12 | 14 | 16 | 18 | 20 | งานวิจัย | ทุกหน่วยงาน |

ยุทธศาสตร์ที่ 2 : พัฒนาโรงพยาบาลให้เป็นองค์กรแห่งความสุขและบุคลากรมีสมรรถนะสูง

เป้าประสงค์ที่ 2.1 :บุคลากรมีความรู้ ทักษะ และสมรรถนะที่เหมาะสม เพียงพอ

| KPI ที่ | ชื่อตัวชี้วัด (KPI) | ผลงาน | | | | | | | กลุ่มงาน รับผิดชอบ | กลุ่มงานสนับสนุน |
|---------|---|----------------|------|------|------|------|------|------|-----------------------|------------------|
| | | ผลงาน ปี 65 | 2566 | 2567 | 2568 | 2569 | 2570 | 2571 | | |
| 8 | ระดับความสำเร็จของการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์ (ตัวชี้วัดใหม่เริ่มปีงบประมาณ 2567) | n/a | 0 | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | HRD | ไม่มี |

ยุทธศาสตร์ที่ 2 : พัฒนาโรงพยาบาลให้เป็นองค์กรแห่งความสุขและบุคลากรมีสมรรถนะสูง

เป้าประสงค์ที่ 2.2 : บุคลากรมีความสมดุลระหว่างความสุข ในชีวิตและภาระงาน

| KPI ที่ | ชื่อตัวชี้วัด (KPI) | ผลงาน | | | | | | | กลุ่มงาน รับผิดชอบ | กลุ่มงานสนับสนุน |
|---------|--|----------------|------|------|------|------|------|------|-----------------------|------------------|
| | | ผลงาน ปี 65 | 2566 | 2567 | 2568 | 2569 | 2570 | 2571 | | |
| 9 | ระดับความสำเร็จขององค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ | 3 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | HRD | ไม่มี |

การขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ

| ตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงาน(Key performance Indicator KPI) ตามยุทธศาสตร์การพัฒนา ปีงบประมาณ 2567-2571 | | | | | | | | | | | |
|--|---|---------|-----------------|-------|-------------------|-------|-------|-------|-------|---|--------------------|
| ลำดับ | ตัวชี้วัด(KPI) | น้ำหนัก | ผลงานปี 2565 | 2566 | เป้าหมาย(Targets) | | | | | ผู้รับผิดชอบ/ (หน่วยงานสนับสนุน) | เดือนที่ รายงาน |
| | | | | | 2567 | 2568 | 2569 | 2570 | 2571 | | |
| พันธกิจที่ 1 ให้การรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ ที่มุ่งเน้นในระดับตติยภูมิให้มีคุณภาพ | | | | | | | | | | | |
| ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาศักยภาพในการบริการโรคเฉพาะด้าน | | | | | | | | | | | |
| 1 | ร้อยละการตายด้วยโรคSTEMI (ตาย=4ราย)/ทั้งหมด139ราย | 2 | 2.87 | 2 | 4 | 3.5 | 3 | 2.5 | 2 | นพ.อภิรักษ์/(1669 ,ER, งานยานพาหนะ,เภสัช, Lab,แพทย์,รพ.สต.) | มี.ค./มิ.ย./ก.ย. |
| 2 | ร้อยละการตายด้วยโรค Sepsis (ตาย= 13 ราย)/ทั้งหมด..153..ราย | 2 | 8.33 | 7.8 | 11 | 10 | 9 | 8 | 7 | นพ.อภิรักษ์/(ER, IPD, แพทย์,Lab) | มี.ค./มิ.ย./ก.ย. |
| 3 | ร้อยละการตายด้วยโรค Stroke (ตาย=3ราย)/ทั้งหมด..250..ราย | 2 | 1.2 | <2 | 3.0 | 2.5 | 2.0 | 1.5 | 1.0 | นพ.สิทธิธาดา/(ER, IPD, แพทย์,Lab) | มี.ค./มิ.ย./ก.ย. |
| 4 | จำนวน Sum_Adj.Rw กลุ่มโรคหัวใจ | 2 | 2,155 | 2,500 | 1,900 | 2,050 | 2,200 | 2,350 | 2,500 | นพ.วรพล/(สหวิชาชีพ) | มี.ค./มิ.ย./ก.ย. |
| 5 | จำนวนcase ผ่าตัด Cataract เพิ่มขึ้นเป็น | 2 | 1,428 | 2,500 | 500 | 1,000 | 1,500 | 2,000 | 2,500 | นพ.วรพล/(แพทย์ OPD IPD OR ศูนย์ประกัน) | มี.ค./มิ.ย./ก.ย. |
| 6 | จำนวน Sum_Adj.Rw กลุ่มโรคหู คอ จมูก | 2 | 73.5 | 200 | 25 | 50 | 75 | 100 | 125 | นพ.ภูวดล/ | มี.ค./มิ.ย./ก.ย. |
| 7 | จำนวนผู้ป่วย Refer โรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มมากขึ้น | 2 | 655 | 700 | 600 | 650 | 700 | 750 | 800 | นพ.สิทธิธาดา/(สหวิชาชีพ) | มี.ค./มิ.ย./ก.ย. |
| 8 | จำนวนSum_Adj.Rw.กลุ่มหัตถการส่องกล้อง | 2 | 2,070 | 3,500 | 700 | 1,400 | 2,100 | 2,800 | 3,500 | พญ.ปริยพันธ์/(OR, แพทย์) | มี.ค./มิ.ย./ก.ย. |
| 9 | ร้อยละผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง Fit test positive ได้รับการตรวจวินิจฉัย โดยการส่องกล้อง | 2 | NA | 70 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | พญ.ปริยพันธ์/(OR, แพทย์) | มี.ค./มิ.ย./ก.ย. |
| 10 | ร้อยละผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงได้รับการรักษาภายใน 4 สัปดาห์ | 2 | NA | 80 | 60 | 65 | 70 | 75 | 80 | พญ.ปริยพันธ์/(OR, แพทย์) | มี.ค./มิ.ย./ก.ย. |
| 11 | ร้อยละผู้ป่วยผู้ป่วยโรคสะกดเงินที่มีการรักษาดีขึ้นโดยวัดจากค่า PASI Score ที่ลดลงภายใน 6 เดือน | 1 | NA | 5 | 3 | 3.5 | 4 | 4.5 | 5 | พญ.ศรีสุรางค์/สหวิชาชีพ | มี.ค./มิ.ย./ก.ย. |
| 12 | จำนวนผู้ป่วยโรคสะกดเงินรายใหม่ที่มีความซับซ้อนของโรคที่สามารถดูแลรักษาได้ | 2 | 60 | 100 | 20 | 40 | 60 | 80 | 100 | พญ.ศรีสุรางค์/(สหวิชาชีพ) | มี.ค./มิ.ย./ก.ย. |
| พันธกิจที่ 2 สร้างความเข้มแข็งของระบบส่งต่อผู้ป่วย ในหน่วยบริการและเครือข่ายบริการสุขภาพ ทั้งในระบบตติยภูมิและทุติยภูมิ | | | | | | | | | | | |
| ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2.พัฒนาระบบการรักษาให้มีความปลอดภัยได้มาตรฐาน | | | | | | | | | | | |
| 13 | จำนวนหน่วยงานที่สามารถบริหารความเสี่ยงได้ตามเกณฑ์ (35 หน่วยงานจากทั้งหมด42หน่วยงาน) | 2 | N/A | 35 | 27 | 29 | 31 | 33 | 35 | พญ.ธีรรัตน์/(ทุก หน่วยงาน) | มี.ค./มิ.ย./ก.ย. |
| 14 | ร้อยละความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไปได้รับการทบทวนตามระยะเวลาที่กำหนด(ภายใน 7วัน) | 2 | 70 | 80 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | พญ.ธีรรัตน์/(ทุก หน่วยงาน) | มี.ค./มิ.ย./ก.ย. |
| 15 | ค่าคะแนน HA Scoring ของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล | 1 | 3 | 3 | | | | | 3 | พญ.หรรษา/(ทุก หน่วยงาน) | มี.ค./มิ.ย./ก.ย. |
| 16 | ร้อยละผู้ป่วยกลุ่มประสบปัญหาทางสังคมได้รับการช่วยเหลือและเข้าถึงสิทธิเข้าถึงสิทธิพึงได้รับตามกฎหมาย | 1 | 80 | 80 | 50 | 55 | 60 | 65 | 80 | น.ส.จินตหรา/(OPD, แพทย์) | มี.ค./มิ.ย./ก.ย. |
| 17 | ร้อยละของผู้ป่วยที่มีความพิการตามประเภทและเข้าเกณฑ์ได้รับใบรับรองความพิการและเข้าถึงสิทธิพึงได้รับตามกฎหมาย | 1 | 80 | 80 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | น.ส.จินตหรา/(OPD, แพทย์) | มี.ค./มิ.ย./ก.ย. |

| ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3. สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรคภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อมและคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ โดยทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|--------------|--------------|----------|-------------|-------------|------------|-----|--|------------------|
| 18 | ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลตามเกณฑ์คุณภาพ | 2 | 75 | 90 | ≤60 | 60-69.99 | 70-79.99 | 80-89.99 | ≥90 | พว.จิตติญา(LR / ANC) | มี.ค./มิ.ย./ก.ย. |
| 19 | ร้อยละเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย (การคัดกรอง95%/ส่วนที่ผิดปกติ25% ต้องได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ) | 2 | 80 | 85 | ≤70 | 70-74.99 | 75-80.99 | 81-84.99 | ≥85 | พว.จิตติญา(OPD พัฒนาการเด็ก) | มี.ค./มิ.ย./ก.ย. |
| 20 | ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน | 1 | 70 | 80 | ≤65 | 65-69.99 | 70-74.99 | 75-79.99 | ≥80 | พว.จิตติญา | มี.ค./มิ.ย./ก.ย. |
| 21 | ร้อยละของผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan | 1 | NA | 50 | 46 | 47 | 48 | 49 | ≥50 | พว.จิตติญา(องค์กรแพทย์ / คลินิกผู้สูงอายุ) | มี.ค./มิ.ย./ก.ย. |
| 22 | ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี | 2 | ร้อยละ 28.28 | ร้อยละ 26.20 | ≤21 | 21-23.99 | 24-26.99 | 27-29.99 | ≥30 | พว.ประวีณา(องค์กรแพทย์ OPD-NCD) | มี.ค./มิ.ย./ก.ย. |
| 23 | ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี | 2 | ร้อยละ50.26 | ร้อยละ 60 | <45 | 45 - 49.99% | 50 - 54.99% | 55- 59.99% | ≥60 | พว.ประวีณา(องค์กรแพทย์ OPD-NCD) | มี.ค./มิ.ย./ก.ย. |
| 24 | อัตราการเกิดเบาหวานรายใหม่ในกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไปต่อพันประชากร | 2 | 6.3 | 6 | ≥7.5 | 7-7.5 | 6.5-69.99 | 6-6.5 | ≤6 | พว.ประวีณา(OPD-NCD) | มี.ค./มิ.ย./ก.ย. |
| 25 | ร้อยละของประชากรกลุ่ม Pre DM ในพื้นที่รับผิดชอบได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำ(เกณฑ์การวัดเปลี่ยนจึงปรับลดค่าเป้าหมายปี 66) | 2 | 92 | 80 | ≤60 | 65 | 70 | 75 | ≥80 | พว.ประวีณา(OPD-NCD) | มี.ค./มิ.ย./ก.ย. |
| 26 | อัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อพันประชากร | 1 | 10.67 | ≤10 | 14 | 13 | 12 | 11 | ≤10 | พว.ประวีณา(OPD-NCD) | มี.ค./มิ.ย./ก.ย. |
| 27 | ร้อยละสตรีอายุ 30 – 60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก | 1 | 61.78 | 70 | 50 | 55 | 60 | 65 | 70 | น.ส.วราณิสสา | มี.ค./มิ.ย./ก.ย. |
| 28 | ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูงได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรังชั้น 3 | 1 | 52.74 | 60 | ≤45 | 45-49.99 | 50-54.99 | 55-59.99 | ≥60 | พว.ประวีณา(OPD-NCD) | มี.ค./มิ.ย./ก.ย. |
| 29 | ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR <5ml/min/1.73m2/yr | 1 | 58.37 | 66 | ≤57 | 57-59.99 | 60-62.99 | 63-65.99 | ≥66 | พว.ประวีณา/ (OPD-NCD/ องค์กรแพทย์) | มี.ค./มิ.ย./ก.ย. |
| 30 | ร้อยละของเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ | 1 | NA | 75 | 55 | 60 | 65 | 70 | 75 | ทพญ.เบญจिता | มี.ค./มิ.ย./ก.ย. |
| 31 | ร้อยละของประชาชน อายุ 40 ปี ขึ้นไปที่มีมารับบริการได้รับการตรวจคัดกรองรอยโรคมะเร็งช่องปาก | 1 | NA | 15 | 3 | 6 | 9 | 12 | 15 | ทพญ.เบญจिता | มี.ค./มิ.ย./ก.ย. |
| 32 | ระดับความสำเร็จของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอในการเตรียมความพร้อมและตอบโต้การระบาดของโรคติดต่อที่สำคัญและภัยสุขภาพ | 1 | 5 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | น.ส.ศรีวัลย์ / (SRRT / EOC) | มี.ค./มิ.ย./ก.ย. |
| 33 | คะแนนเฉลี่ยตัวงน้ำหนักของผลิตภัณฑ์สุขภาพและสถานประกอบการมีคุณภาพตามเกณฑ์(คะแนนเต็ม 100) | 1 | 82 | 85 | 65 | 70 | 75 | 80 | 85 | ภก.หนึ่งฤทัย(ส่งเสริม / อาชีวเวชกรรม) | มี.ค./มิ.ย./ก.ย. |
| 34 | คะแนนเฉลี่ยตัวงน้ำหนักของการใช้ยาสมเหตุสมผลของ CUP(คะแนนเต็ม 5) | 1 | 5 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ภก.ชุติมา(องค์กรแพทย์/ OPD IPD) | มี.ค./มิ.ย./ก.ย. |
| ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ให้มีคุณภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทั่วถึง ไร้รอยต่อ | | | | | | | | | | | |
| 35 | คะแนนเฉลี่ยตัวงน้ำหนักของการขับเคลื่อนงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก(คะแนนเต็ม 5) | 1 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | รักชิตา/(OPD / IMC) | มี.ค./มิ.ย./ก.ย. |
| 35.1 | ร้อยละผู้ป่วยนอกที่ได้รับการบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน | 1 | 18 | 21 | 13-14.99 | 15-16.99 | 17-18.99 | 19-20.99 | ≥21 | น.ส.รักชิตา(OPD / IMC) | มี.ค./มิ.ย./ก.ย. |
| 35.2 | ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก (Community base) | 2 | NA | 70 | 50 | 55 | 60 | 65 | ≥70 | น.ส.รักชิตา(กายภาพแพทย์แผนจีน) | มี.ค./มิ.ย./ก.ย. |
| 35.3 | ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการทางกล้ามเนื้อ ที่ได้รับการดูแลรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | 2 | NA | 50 | 30-34.99 | 35-39.99 | 40-44.99 | 45-49.99 | ≥50 | น.ส.รักชิตา(องค์กรแพทย์) | มี.ค./มิ.ย./ก.ย. |
| 36 | ระดับความสำเร็จของการจัดระบบบริการบริบาลขั้นสภาพระยะกลาง (Intermediate Care : IMC) | 2 | 3.5 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | พญ.กฤษณา(พยาบาลชุมชน องค์กรแพทย์) | มี.ค./มิ.ย./ก.ย. |
| 37 | ร้อยละผู้ป่วยแบบประคับประคองมีกิจกรรม Family Meeting และการทำ Advance Care Planing | 2 | 40 | 94.29 | ≤70 | 70-74.99 | 75-79.99 | 80-84.99 | ≥85 | พญ.อรณี(แพทย์ FM/ IPD / OPD/) | มี.ค./มิ.ย./ก.ย. |
| 38 | ระดับความสำเร็จของการประสานงานจัดบริการปฐมภูมิในองค์กรต่างสังกัด | 2 | 3 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | เวชกรรม(อปท. อบจ. สสอ. รพ.สต.) | มี.ค./มิ.ย./ก.ย. |

| พันธกิจที่ 3 สร้างความเข้มแข็งของระบบส่งต่อผู้ป่วยในหน่วยบริการและเครือข่ายบริการสุขภาพ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|-----------|---------------|-------|------|---------|-----------|---------------|---|------------------|
| ยุทธศาสตร์ที่ 5 พัฒนาระบบการส่งต่อที่มาตรฐาน | | | | | | | | | | | |
| 39 | ร้อยละผู้ป่วย Refer In สามารถรับไว้รักษาต่อได้ในโรงพยาบาล โดยไม่มีการส่งต่อภายใน 24 ชม. | 2 | NA | 80 | 60 | 65 | 70 | 75 | 80 | พญ.บุญญาภาส/(แพทย์ PCTทุกสาขา) | มี.ค./มิ.ย./ก.ย. |
| 40 | ร้อยละผู้ป่วย IMC ส่งกลับรพ.สต. ที่สามารถติดตามอาการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด | 1 | NA | 80 | 60 | 65 | 70 | 75 | 80 | พญ.กุสุมา/(เวชกรรม OPD) | มี.ค./มิ.ย./ก.ย. |
| 41 | ร้อยละผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินสามารถเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน | 2 | 10.18 | 15 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | พญ.วริณ/(EMS ,ER) | มี.ค./มิ.ย./ก.ย. |
| ยุทธศาสตร์ที่ 6 พัฒนาศูนย์ส่งต่อที่มีประสิทธิภาพแบบไร้รอยต่อ | | | | | | | | | | | |
| 42 | ร้อยละผู้ป่วยรับส่งกลับจาก รพ.ขอนแก่น/รพ.ศรีนครินทร์(Refer reciev)ไม่ส่งกลับซ้ำ ใน 24 ชม. | 1 | NA | 80 | 60 | 65 | 70 | 75 | 80 | พญ.บุญญาภาส/(PCT) | มี.ค./มิ.ย./ก.ย. |
| 43 | ร้อยละผู้ป่วย NCD ที่ส่งกลับรพ.สต. สามารถควบคุมอาการได้ | 1 | NA | 80 | 60 | 65 | 70 | 75 | 80 | แพทย์NCD/(เวชกรรม ชุมชน, ศูนย์ส่งต่อ) | มี.ค./มิ.ย./ก.ย. |
| พันธกิจที่ 4 พัฒนาระบบบริหารและบริการให้เป็นองค์กรที่มีธรรมาภิบาล บนพื้นฐานนวัตกรรมและเทคโนโลยีที่ทันสมัย | | | | | | | | | | | |
| ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 7 พัฒนาระบบบริการสุขภาพ ให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ ด้วยนวัตกรรม เทคโนโลยี ที่ทันสมัยและหลักธรรมาภิบาล | | | | | | | | | | | |
| 44 | ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยนอก | 2 | 84 | 85 | 80 | 82 | 84 | 86 | 88 | พว.วัลลภา/(OPD ER แพทย์ เภสัช Lab X-ray) | มี.ค./มิ.ย./ก.ย. |
| 45 | ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยใน | 2 | 87 | 90 | 83 | 85 | 87 | 89 | 91 | พว.กาญจนา/(IPD แพทย์) | มี.ค./มิ.ย./ก.ย. |
| 46 | ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยในชุมชนในเขตบริการ PCU สิริธร | 2 | 80 | 82 | 74 | 76 | 78 | 80 | 82 | พว.จิตรา ธารังค์ชัยชนะ | มี.ค./มิ.ย./ก.ย. |
| 47 | คะแนนประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพ | 2 | 82.5 | 85 | 75 | 77.5 | 80 | 82.5 | ≥85 | สุวิทย์(CFO)/(การเงิน, บัญชี, ศูนย์เรียกเก็บ) | มี.ค./มิ.ย./ก.ย. |
| 48 | ร้อยละผลคะแนนประเมิน ITA ของโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ที่กำหนด | 1 | 98 | 99 | 97 | 97.5 | 98 | 98.5 | 99 | ประกิต/(การเงิน, บัญชี, พัสดุ, การเจ้าหน้าที่ , Lab, เภสัช) | มี.ค./มิ.ย./ก.ย. |
| 49 | โรงพยาบาลที่ยกระดับการพัฒนามายสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ Green & Clean Hospital Challenges ผ่านเกณฑ์ระดับ | 2 | ดีมากพลัส | ระดับดีเยี่ยม | ดีมาก | | ระดับดี | ดีมากพลัส | ระดับดีเยี่ยม | ประกิต/(โภชนาการ ,เภสัชกร,อาชีววะ,IC งานบริหาร) | มี.ค./มิ.ย./ก.ย. |
| 50 | จำนวนผลงานวิจัย นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด | 2 | 7 | 10 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | พญ.พรรษา/ดร.ไพฑูริย์ | มี.ค./มิ.ย./ก.ย. |
| 51 | โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ Smart Hospital | 2 | 8 | 11 | 8 | 9 | 10 | 11 | | นายจักรกฤษ ชนะสิงห์ | มี.ค./มิ.ย./ก.ย. |
| 52 | ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารและการบริการ | 1 | N/A | 2 | | | | | 2 | นายจักรกฤษ ชนะสิงห์ | มี.ค./มิ.ย./ก.ย. |
| ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 8 พัฒนาโรงพยาบาลให้เป็นองค์กรแห่งความสุข และบุคลากรมีสมรรถนะสูง | | | | | | | | | | | |
| 53 | จำนวนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล(ESSS) (ให้แยกเป็นรายวิชาชีพและรายสาขาที่จะส่งไปพัฒนา) | 2 | 2 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | น.ส.กนกวรรณ/(แพทย์ , พยาบาล) | มี.ค./มิ.ย./ก.ย. |
| 54 | ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการอบรมตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 10 วัน/คน/ปี | 2 | 21.73 | ≥ 75 | ≥ 55 | ≥ 60 | ≥ 65 | ≥ 70 | ≥ 75 | น.ส.กนกวรรณ/(ทุกหน่วยงาน/รายบุคคล) | มี.ค./มิ.ย./ก.ย. |
| 55 | ระดับความสำเร็จขององค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ | | 5 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | น.ส.กนกวรรณ/(ทุกหน่วยงาน) | มี.ค./มิ.ย./ก.ย. |

ภาคผนวก

| |
|----------------------------------|
| กลุ่มงานทันตแพทย์ศาสตร์สาธารณสุข |
| รับ PJ 66 - 0460 |
| วันที่ 10 ธ.ค. 2566 |
| ผู้รับงาน ราชัน อานันท์ |

โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการ
การทบทวนแผนยุทธศาสตร์และจัดทำแผนปฏิบัติการโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ระยะ ๕ ปี(พ.ศ.๒๕๖๗-๒๕๗๑)

๑. หลักการและเหตุผล

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย มาตรา ๖๕ กำหนดให้รัฐพึงจัดให้มียุทธศาสตร์ชาติเป็นเป้าหมายการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืน ตามหลักธรรมาภิบาล โดยการกำหนดยุทธศาสตร์ที่สำคัญ ๖ ด้าน ได้แก่ ด้านความมั่นคง ด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน ด้านการพัฒนาและส่งเสริมศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม และด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ ทุกภาคส่วนต้องใช้เป็นกรอบในการจัดทำแผนต่างๆ ให้สอดคล้องและบูรณาการกันเพื่อให้เกิดเป็นพลังผลักดันร่วมกัน นำไปสู่วisionเป้าหมายยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขได้มีการทบทวนแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) ให้มีความสอดคล้องและเชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี(พ.ศ.๒๕๖๐- ๒๕๗๙) แผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒(พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔) นโยบายประเทศไทย ๔.๐ เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์การสหประชาชาติ(Sustainable Development Goals;SDGs) โดยแผนยุทธศาสตร์ฉบับนี้ประกอบด้วย สถานการณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพ สถานะสุขภาพ ยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ ๔ ด้าน ของกระทรวงสาธารณสุข คือ ๑.ส่งเสริมป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ(Promotion,Prevention&Protection Excellence) ๒.บริการเป็นเลิศ(Service Excellence) ๓.บุคลากรเป็นเลิศ(People Excellence)และ ๔.บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล(Governance Excellence)

อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันระบบสุขภาพของประเทศไทยกำลังเผชิญกับสิ่งท้าทายรอบด้าน อาทิ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การเปลี่ยนจากสังคมชนบทสู่สังคมเมือง โรคระบาดและโรคอุบัติใหม่ที่เกิดจากเชื้อไวรัสที่ส่งผลกระทบต่อทั่วโลกและมีความรุนแรงมาอย่างต่อเนื่อง อีกทั้ง จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการของประชาชนในพื้นที่โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น พบว่า ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ,โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(DM,Hypertention), วัณโรค, พยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดี, ต้อกระจก, สุขภาพจิตและยาเสพติด ยังเป็นปัญหาของพื้นที่ ที่ต้องดำเนินการแก้ไข ซึ่งจำเป็นต้องพัฒนาการทำงานให้ครอบคลุมทุกด้าน ทั้งด้านการบริการและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยแบบองค์รวม คือการ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการเพิ่มศักยภาพการรักษาและฟื้นฟูสภาพ ให้ครอบคลุมทั้งในหน่วยบริการและชุมชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ นอกจากนี้ยังเป็นการตอบสนองยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขทั้ง ๔ ด้านและสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี อันจะนำไปสู่ความสุขและการมีสุขภาพที่ดีของประชาชนทุกคน

ในการนี้ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น จึงได้จัดทำโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการการทบทวนแผนยุทธศาสตร์และจัดทำแผนปฏิบัติการโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ระยะ ๕ ปี (พ.ศ.๒๕๖๗-๒๕๗๑) โดยการระดมสมองของผู้บริหารและบุคลากรของโรงพยาบาล ในการกำหนดทิศทางนโยบาย และเป้าหมายความสำเร็จ เพื่อเป็นกรอบแนวทาง การขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาของพื้นที่ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ เป้าหมาย และตัวชี้วัดโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ต่อไป

๒.วัตถุประสงค์/..

๒. วัตถุประสงค์

- ๒.๑ เพื่อทบทวนแผนยุทธศาสตร์และปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของโรงพยาบาลสิรินธร
- ๒.๒ เพื่อกำหนดทิศทาง นโยบาย และเป้าหมายความสำเร็จในการพัฒนาโรงพยาบาลสิรินธร
- ๒.๓ เพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ระยะ ๕ ปี(พ.ศ.๒๕๖๗-๒๕๗๑)
- ๒.๔ เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจ และความร่วมมือกันในการรับผิดชอบงานระหว่างหน่วยงานและบุคลากรในโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เพื่อให้บรรลุเป้าหมายร่วมกัน

๓. กลุ่มเป้าหมาย กลุ่มเป้าหมายจำนวน ๘๐ คน ประกอบด้วย

- ผู้อำนวยการ/รองผู้อำนวยการทั้ง ๖ ด้าน
- คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
- คณะกรรมการบริหารยุทธศาสตร์โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
- หัวหน้างาน/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
- กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ(ทีมผู้จัดและหัวหน้างาน)

๔. วิธีดำเนินงาน

๔.๑ รับนโยบาย ศึกษานโยบายกระทรวงสาธารณสุข และวิเคราะห์นโยบายกับสภาพปัญหาและความต้องการของโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

๔.๒ ทบทวนและจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารยุทธศาสตร์โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

๔.๓ จัดทำและขออนุมัติโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการทบทวนแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการของโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ระยะ ๕ ปี (พ.ศ.๒๕๖๗-๒๕๗๑)

๔.๔ จัดประชุมคณะกรรมการบริหารยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ หรือขึ้นเตรียมการ

- เตรียมทิศทางและเป้าหมายของโรงพยาบาล โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นผู้นำเสนอ
- เตรียมนำเสนอทิศทางและเป้าหมายของโรงพยาบาล ต่อภาคีองค์กรแพทย์ องค์กรพยาบาล เพื่อพิจารณาเห็นชอบทิศทางร่วมกัน

- เตรียมข้อมูล SWOT เพื่อเสนออาจารย์วิทยากร เพื่อการนำเข้าสู่บทเรียน

๔.๕ จัดประชุมโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการทบทวนแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการของโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ระยะ ๕ ปี(พ.ศ.๒๕๖๗-๒๕๗๑)โดยกระบวนการดำเนินการ แบ่งเป็น ๔ ครั้ง รายละเอียด ดังนี้

๔.๕.๑ การประชุมครั้งที่ ๑ ในเดือนเมษายน ๒๕๖๖ :การกำหนดทิศทางขององค์กร(Strategic direction Setting)

- จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ(Workshop) ทบทวนผลการวิเคราะห์ SWOT กำหนดทิศทางองค์กร(วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม)และกำหนด Key result area ของโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เพื่อให้ได้(ร่าง)วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม ของโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

๔.๕.๒ การประชุมครั้งที่ ๒ ในเดือน พฤษภาคม ๒๕๖๖ :การกำหนดกลยุทธ์ที่ทำให้ KPI บรรลุ

- จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) เพื่อกำหนดยุทธศาสตร์ key area(ร่าง)โครงการและตัวชี้วัดค่าเป้าหมาย

๔.๕.๓ การประชุมครั้งที่ ๓ .../

- ๔.๕.๓ การประชุมครั้งที่ ๓ ในเดือน มิถุนายน ๒๕๖๖ :แผนการประเมินกลยุทธ์
- จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) จัดทำ Measurement Template และกำหนด
รายละเอียด KPI
- ๔.๕.๔ การประชุมครั้งที่ ๔ ในเดือน กรกฎาคม ๒๕๖๖ :การนำยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ
- จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) เพื่อสรุปประเด็นยุทธศาสตร์และโครงการ ตัวชี้วัด
ที่สำคัญ ค่าเป้าหมาย และจัดทำ Strategic Roadmap เพื่อให้ได้(ร่าง)แผนยุทธศาสตร์ ระยะ ๕ ปี ของ
โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น (พ.ศ.๒๕๖๗-๒๕๗๑)

๕.ระยะเวลา/การดำเนินการ ระหว่างเดือน มีนาคม ถึงเดือน กรกฎาคม ๒๕๖๖ แบ่งเป็น ๔ ครั้ง ได้แก่

- การประชุม ครั้งที่ ๑ ในเดือน เมษายน ๒๕๖๖
การประชุม ครั้งที่ ๒ ในเดือน พฤษภาคม ๒๕๖๖
การประชุม ครั้งที่ ๓ ในเดือน มิถุนายน ๒๕๖๖
การประชุม ครั้งที่ ๔ ในเดือน กรกฎาคม ๒๕๖๖



(นายอภินันท์ คุ้มคู่)

ภิกขุตรวจเพิ่มโดยนายอภินันท์

๖.สถานที่ดำเนินการ

๑. ครั้งที่ ๑-๓ ห้องประชุมศรีเมืองแก่นขันธ์ อาคารผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
๒. ครั้งที่ ๔ โรงแรมหรือสถานที่การประชุมของเอกชน

๗.งบประมาณ

งบประมาณจากเงินบำรุง โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ทั้งสิ้น ๖๕๕,๔๙๖ บาท
(หกแสนสี่หมื่นห้าพันสี่ร้อยเก้าสิบบาทถ้วน) เป็นค่าใช้จ่ายในการประชุมเชิงปฏิบัติการ การทบทวน
แผนยุทธศาสตร์และจัดทำแผนปฏิบัติการโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ระยะ ๕ ปี (พ.ศ.
๒๕๖๗-๒๕๗๑) มีรายละเอียด ดังนี้

๗.๑ โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการฯ ครั้งที่ ๑ ในเดือน เมษายน ๒๕๖๖ มีกลุ่มเป้าหมาย
จำนวน ๘๐ คน รายละเอียดค่าใช้จ่าย ดังนี้

| | |
|---|---------------------|
| - ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๒ มื้อๆละ ๓๐ บาท x๘๐ คน x๒ วัน | เป็นเงิน ๙,๖๐๐ บาท |
| - ค่าอาหารกลางวัน ๑ มื้อๆละ ๓๐๐ บาท x๘๐ คน x๒ วัน | เป็นเงิน ๑๖,๐๐๐ บาท |
| - ค่าวัสดุเครื่องเขียนและอุปกรณ์ ๕๐ บาท x ๘๐ คน x ๑ ครั้ง | เป็นเงิน ๔,๐๐๐ บาท |
| - ค่าพาหนะวิทยากร ๔บาท/กม. x ๕๔ กม.(ไป-กลับ)x ๒ วัน | เป็นเงิน ๔๓๒ บาท |
| - ค่าสมนาคุณวิทยากรบรรยาย ๑ คน x๑,๒๐๐ บาท x๗ ชั่วโมง x๒ วัน | เป็นเงิน ๑๖,๘๐๐ บาท |
| - ค่าป้ายไวนิล ๑ แผ่น | เป็นเงิน ๑,๐๐๐ บาท |
| ครั้งที่ ๑ รวมเป็นเงิน | ๔๗,๘๓๒ บาท |

๗.๒ โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการฯ ครั้งที่ ๒ ในเดือน พฤษภาคม ๒๕๖๖ มีกลุ่มเป้าหมาย
จำนวน ๘๐ คน รายละเอียดค่าใช้จ่าย ดังนี้

| | |
|---|---------------------|
| - ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๒ มื้อๆละ ๓๐ บาท x๘๐ คน x๒ วัน | เป็นเงิน ๙,๖๐๐ บาท |
| - ค่าอาหารกลางวัน ๑ มื้อๆละ ๓๐๐ บาท x๘๐ คน x๒ วัน | เป็นเงิน ๑๖,๐๐๐ บาท |
| - ค่าวัสดุเครื่องเขียนและอุปกรณ์ ๕๐ บาท x ๘๐ คน x ๑ ครั้ง | เป็นเงิน ๔,๐๐๐ บาท |
| - ค่าพาหนะวิทยากร ๔บาท/กม. x ๕๔ กม.(ไป-กลับ)x ๒ วัน | เป็นเงิน ๔๓๒ บาท |
| - ค่าสมนาคุณวิทยากรบรรยาย ๑ คน x๑,๒๐๐ บาท x๗ ชั่วโมง x๒ วัน | เป็นเงิน ๑๖,๘๐๐ บาท |
| ครั้งที่ ๒ รวมเป็นเงิน | ๔๖,๘๓๒ บาท |

๗.๓ โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการฯครั้งที่ ๓.../

๗.๓ โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการฯ ครั้งที่ ๓ ในเดือน มิถุนายน ๒๕๖๖ มีกลุ่มเป้าหมาย จำนวน ๘๐ คน รายละเอียดค่าใช้จ่าย ดังนี้

| | |
|--|---------------------|
| - ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๒ มื้อๆละ ๓๐ บาท x ๘๐ คน x ๒ วัน | เป็นเงิน ๙,๖๐๐ บาท |
| - ค่าอาหารกลางวัน ๑ มื้อๆละ ๑๐๐ บาท x ๘๐ คน x ๒ วัน | เป็นเงิน ๑๖,๐๐๐ บาท |
| - ค่าวัสดุเครื่องเขียนและอุปกรณ์ ๕๐ บาท x ๘๐ คน x ๑ ครั้ง | เป็นเงิน ๔,๐๐๐ บาท |
| - ค่าพาหนะวิทยากร ๔บาท/กม. x ๕๔ กม.(ไป-กลับ)x ๒ วัน | เป็นเงิน ๘๓๒ บาท |
| - ค่าสมนาคุณวิทยากรบรรยาย ๓ คน x ๓,๖๐๐ บาท x ๗ ชั่วโมง x ๒ วัน | เป็นเงิน ๑๖,๘๐๐ บาท |
| ครั้งที่ ๓ รวมเป็นเงิน | ๔๖,๘๓๒ บาท |

๗.๔ โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการฯ ครั้งที่ ๔ ในเดือน กรกฎาคม ๒๕๖๖ มีกลุ่มเป้าหมาย จำนวน ๘๐ คน รายละเอียดค่าใช้จ่าย ดังนี้

| | |
|---|----------------------|
| - ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๒ มื้อๆละ ๕๐ บาท x ๘๐ คน x ๓ วัน | เป็นเงิน ๒๔,๐๐๐ บาท |
| - ค่าอาหารกลางวัน-เย็น ๖๐๐ บาท x ๘๐ คน x ๓ วัน | เป็นเงิน ๑๔๔,๐๐๐ บาท |
| - ค่าวัสดุเครื่องเขียนและอุปกรณ์ ๕๐ บาท x ๘๐ คน x ๑ ครั้ง | เป็นเงิน ๔,๐๐๐ บาท |
| - ค่าเช่าห้องประชุม ๔,๐๐๐ บาท x ๓ วัน | เป็นเงิน ๑๒,๐๐๐ บาท |
| - ค่าเช่าที่พักค่าเช่าที่พักร ๙๐๐ บาท x ๘๐ คน x ๓ คืน | เป็นเงิน ๒๕๒,๐๐๐ บาท |
| - ค่าจ้างเหมารถตู้พร้อมน้ำมันเชื้อเพลิง(๘ คัน x ๓,๒๕๐บาท x ๔ วัน) | เป็นเงิน ๑๐๔,๐๐๐ บาท |
| ครั้งที่ ๔ รวมเป็นเงิน | ๕๐๔,๐๐๐ บาท |

ครั้งที่ ๑ ครั้งที่ ๒ ครั้งที่ ๓ และครั้งที่ ๔ รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๖๔๕,๔๖๖ บาท

หมายเหตุ: ค่าใช้จ่ายทุกรายการสามารถลົงจ่ายกันได้

(นายวิฑิตา ประจันตะเสน)
จพ.การเงินและบัญชีปฏิบัติงาน

๘.หน่วยงานที่รับผิดชอบ

๑. กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
๒. คณะกรรมการบริหารยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

(นายวิฑิตา พลกล้า)

นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ

๙.ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. มีแผนปฏิบัติราชการของโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ระยะ ๕ ปี(พ.ศ.๒๕๖๗-๒๕๗๑) ๑ ฉบับ
๒. ร้อยละ ๘๐ ของบุคลากรกลุ่มเป้าหมาย เข้าร่วมโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการการทบทวนแผนยุทธศาสตร์และจัดทำแผนปฏิบัติราชการโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
๓. ร้อยละความพึงพอใจของกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการ มากกว่าร้อยละ ๘๕

๑๐.การประเมิน

แบบประเมินโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการการทบทวนแผนยุทธศาสตร์และจัดทำแผนปฏิบัติราชการโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ระยะ ๕ ปี(พ.ศ.๒๕๖๗-๒๕๗๑) เช่น ความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมประชุม การมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมประชุม


๑๑. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ/...

๑๑. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น มีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทาง นโยบาย และเป้าหมายความสำเร็จในการพัฒนาโรงพยาบาล

๒. ผู้เข้าร่วมประชุมสามารถวิเคราะห์ปัญหาของโรงพยาบาล เพื่อขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหของโรงพยาบาลให้ตรงประเด็น บรรลุผลสำเร็จ ตามภารกิจ เป้าหมายและตัวชี้วัด ของโรงพยาบาล ส่งผลให้ประชาชนในพื้นที่มีสุขภาพที่ดี

ผู้เขียนโครงการ



(นายสุวิทย์ ฑุกวิโรจน์เลิศ)

รองผู้อำนวยการด้านยุทธศาสตร์และการเงินการคลัง

ผู้เสนอโครงการ



(นายศักดิ์ชัย เกียรติอำนวย)

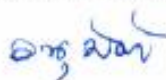
รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์

ผู้เห็นชอบโครงการ



(นางนภาพร สิงขรเชียว)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น



ผู้อนุมัติโครงการ



(นายไพรัชฌ์ สงคราม)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)
ข้าราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมการจัดทำแผนระยะ 5 ปี (พ.ศ.2567-2571)

ครั้งที่ 1 วันที่ 4-5 เมษายน 2566

ลงทะเบียน

ประชุมเชิงปฏิบัติการ การทบทวนแผนยุทธศาสตร์และจัดทำแผนปฏิบัติราชการ

โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ระยะ ๕ ปี (พ.ศ.๒๕๖๗-๒๕๗๑) ครั้งที่ ๑

4^{วัน} เมษายน ๒๕๖๖ เวลา ๐๘.๓๐-๑๗.๐๐ น.

ณ ห้องประชุมศรีเมืองแก่น ชั้น ๔ อาคารผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

| ลำดับ | ชื่อ - สกุล | หน่วยงาน | ลายมือชื่อ |
|-------|----------------------------|-----------------|------------|
| ๑ | ผอ.นภาพร สิงขรเชียว | ผอ./กกบ. | |
| ๒ | นพ.ศักดิ์ชัย เกียรติอำนวย | รองฯแพทย์ | |
| ๓ | นางรัตนา เนินลพ | รองฯพยาบาล | |
| ๔ | นายประภัส คำพิชิต | รองฯบริหาร | |
| ๕ | พญ.हरรรษา เรืองศิริปิยะกุล | รองฯพรส. | |
| ๖ | พญ.ศรีสุรางค์ มั่งมี | รองฯปฐมภูมิ | |
| ๗ | ทพ.สุวิทย์ ศุภวิโรจน์เลิศ | รองฯCFO | |
| ๘ | ภก.สุพจน์ จีรวีภาพันธ์ | เภสัชกรรม | |
| ๙ | นางอรุณรัตน์ อิ่มทองอ่อน | ยุติการ - อภ.๑๖ | |
| ๑๐ | นางสาววิภาดา คำศรี | อภ.๑๖ | |
| ๑๑ | น.ส. วิภาดา คำศรี | HRD | |
| ๑๒ | น.ส. อรุณรัตน์ อิ่มทองอ่อน | HRD | |
| ๑๓ | นางอรุณรัตน์ อิ่มทองอ่อน | โสตทัศนศึกษา | |
| ๑๔ | นส. อธิคม ใจบุญ | นศ. - อภ.๑๖ | |
| ๑๕ | น.ส. อธิคม ใจบุญ | อภ.๑๖ | |
| ๑๖ | นางอภิญญา อิ่มทองอ่อน | IC | |
| ๑๗ | นางอภิญญา อิ่มทองอ่อน | ICU | |
| ๑๘ | น.ส. อธิคม ใจบุญ | โสตทัศนศึกษา | |
| ๑๙ | นางอรุณรัตน์ อิ่มทองอ่อน | per cu ๑๖๗ | |
| ๒๐ | นางอรุณรัตน์ อิ่มทองอ่อน | REC | |
| ๒๑ | นางอรุณรัตน์ อิ่มทองอ่อน | อภ.๑๖ | |
| ๒๒ | นางอรุณรัตน์ อิ่มทองอ่อน | อภ.๑๖ | |
| ๒๓ | นางอรุณรัตน์ อิ่มทองอ่อน | อภ.๑๖ | |
| ๒๔ | นางอรุณรัตน์ อิ่มทองอ่อน | อภ.๑๖ | |
| ๒๕ | นางอรุณรัตน์ อิ่มทองอ่อน | อภ.๑๖ | |

ลงทะเบียน

ประชุม เชิงปฏิบัติการ การทบทวนแผนยุทธศาสตร์และจัดทำแผนปฏิบัติราชการ

โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ระยะ ๕ ปี (พ.ศ.๒๕๖๗-๒๕๗๑) ครั้งที่ ๑

4 ^{วัน} เมษายน ๒๕๖๖ เวลา ๐๘.๓๐-๑๗.๐๐ น.

ณ ห้องประชุมศรีเมืองแก่น ชั้น ๔ อาคารผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

| ลำดับ | ชื่อ - สกุล | หน่วยงาน | ลายมือชื่อ |
|-------|----------------------------|------------|------------|
| ๑ | นาง อรุณวรรณ เรืองวิเศษกิจ | รพ.สิรินธร | |
| ๒ | นส. อภิญญา ภูวนิ | หน่วยบำบัด | อภ. |
| ๓ | นางอรุณอรุณ กิจวิเศษกิจ | นพ.วิชัย | |
| ๔ | น.ส. อภิญญา ภูวนิ | นพ.วิชัย | |
| ๕ | นาง อรุณวรรณ เรืองวิเศษกิจ | opp | อร. |
| ๖ | นาง อรุณวรรณ เรืองวิเศษกิจ | opp | |
| ๗ | นางอรุณอรุณ กิจวิเศษกิจ | นพ.วิชัย | อร. |
| ๘ | นาง อรุณวรรณ เรืองวิเศษกิจ | นพ.วิชัย | |
| ๙ | นาง อรุณวรรณ เรืองวิเศษกิจ | opp | อร. |
| ๑๐ | น.ส. อภิญญา ภูวนิ | นพ.วิชัย | อภ. |
| ๑๑ | น.ส. อภิญญา ภูวนิ | นพ.วิชัย | อภ. |
| ๑๒ | นาง อรุณวรรณ เรืองวิเศษกิจ | opp | อร. |
| ๑๓ | น.ส. อภิญญา ภูวนิ | นพ.วิชัย | อภ. |
| ๑๔ | น.ส. อภิญญา ภูวนิ | นพ.วิชัย | อภ. |
| ๑๕ | นาง อรุณวรรณ เรืองวิเศษกิจ | นพ.วิชัย | อร. |
| ๑๖ | นาง อรุณวรรณ เรืองวิเศษกิจ | opp | |
| ๑๗ | น.ส. อภิญญา ภูวนิ | นพ.วิชัย | อภ. |
| ๑๘ | นาง อรุณวรรณ เรืองวิเศษกิจ | opp | |
| ๑๙ | น.ส. อภิญญา ภูวนิ | นพ.วิชัย | อภ. |
| ๒๐ | นาง อรุณวรรณ เรืองวิเศษกิจ | opp | อร. |
| ๒๑ | นาง อรุณวรรณ เรืองวิเศษกิจ | opp | |
| ๒๒ | นาง อรุณวรรณ เรืองวิเศษกิจ | opp | |
| ๒๓ | นาง อรุณวรรณ เรืองวิเศษกิจ | opp | |
| ๒๔ | นาง อรุณวรรณ เรืองวิเศษกิจ | opp | |
| ๒๕ | นาง อรุณวรรณ เรืองวิเศษกิจ | opp | |

๒๕ น.ส. อภิญญา ภูวนิ

นพ.วิชัย

ลงทะเบียน

ประชุมเชิงปฏิบัติการ การทบทวนแผนยุทธศาสตร์และจัดทำแผนปฏิบัติราชการ

โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ระยะ ๕ ปี (พ.ศ.๒๕๖๗-๒๕๗๑) ครั้งที่ ๑

4 เมษายน ๒๕๖๖ เวลา ๐๘.๓๐-๑๗.๐๐ น.

ณ ห้องประชุมศรีเมืองแก่น ชั้น ๔ อาคารผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

| ลำดับ | ชื่อ - สกุล | หน่วยงาน | ลายมือชื่อ |
|-------|----------------------------|-------------------|----------------|
| ๑ | พ.อ. พงษ์วิทย์ สิริระพันธ์ | งานช่าง | พ.อ. พงษ์วิทย์ |
| ๒ | ท.น.อ. อำนวย วัฒนารักษ์ | ยาน | ท.น.อ. อำนวย |
| ๓ | อ.ชอุภา อธิวัตรภัก | รังสีวิทยา | อ.ชอุภา |
| ๔ | รศ. อภิวัฒน์ วัฒนารักษ์ | แพทย์แผนไทย | รศ. อภิวัฒน์ |
| ๕ | นิตยา วัฒนารักษ์ | ทันตแพทย์ | นิตยา |
| ๖ | พ.น.อ. อำนวย วัฒนารักษ์ | ตรวจตรา | พ.น.อ. อำนวย |
| ๗ | น.ส. อรุณดา วัฒนารักษ์ | บรรณารักษ์ | น.ส. อรุณดา |
| ๘ | น.น. อำนวย วัฒนารักษ์ | อำนวยการ | น.น. อำนวย |
| ๙ | น.น. อำนวย วัฒนารักษ์ | อำนวยการ | น.น. อำนวย |
| ๑๐ | อ. วิวัฒน์ สิริระพันธ์ | ช่าง | อ. วิวัฒน์ |
| ๑๑ | นาย อภิวัฒน์ วัฒนารักษ์ | เทคโนโลยีสารสนเทศ | นาย อภิวัฒน์ |
| ๑๒ | พ.น. อำนวย วัฒนารักษ์ | อำนวยการ | พ.น. อำนวย |
| ๑๓ | นาง อำนวย วัฒนารักษ์ | โสตศอนาสิก | นาง อำนวย |
| ๑๔ | น.น. อำนวย วัฒนารักษ์ | Medical | น.น. อำนวย |
| ๑๕ | พ.น. อำนวย วัฒนารักษ์ | อำนวยการ | พ.น. อำนวย |
| ๑๖ | อ. อำนวย วัฒนารักษ์ | อำนวยการ/อำนวยการ | อ. อำนวย |
| ๑๗ | พ.น. อำนวย วัฒนารักษ์ | อำนวยการ/อำนวยการ | พ.น. อำนวย |
| ๑๘ | พ.น. อำนวย วัฒนารักษ์ | อำนวยการ | พ.น. อำนวย |
| ๑๙ | วิวัฒน์ วัฒนารักษ์ | อำนวยการ | วิวัฒน์ |
| ๒๐ | อ. อำนวย วัฒนารักษ์ | อำนวยการ | อ. อำนวย |
| ๒๑ | อ. อำนวย วัฒนารักษ์ | อำนวยการ | อ. อำนวย |
| ๒๒ | อ. อำนวย วัฒนารักษ์ | อำนวยการ | อ. อำนวย |
| ๒๓ | อ. อำนวย วัฒนารักษ์ | อำนวยการ | อ. อำนวย |
| ๒๔ | น.น. อำนวย วัฒนารักษ์ | อำนวยการ | น.น. อำนวย |
| ๒๕ | น.น. อำนวย วัฒนารักษ์ | อำนวยการ | น.น. อำนวย |

๕๗ คน.

ลงทะเบียน

ประชุม เชิงปฏิบัติการ การทบทวนแผนยุทธศาสตร์และจัดทำแผนปฏิบัติการ

โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ระยะ ๕ ปี (พ.ศ.๒๕๖๗-๒๕๗๑) ครั้งที่ ๑

๕ เมษายน ๒๕๖๖ เวลา ๐๘.๓๐-๑๗.๐๐ น.

ณ ห้องประชุมศรีเมืองแก่น ชั้น ๔ อาคารผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

| ลำดับ | ชื่อ - สกุล | หน่วยงาน | ลายมือชื่อ |
|-------|----------------------------|--------------|------------|
| ๑ | ผอ.นภาพร สิงขรเขียว | ผอ./กกบ. | nmw |
| ๒ | นพ.ศักดิ์ชัย เกียรติอำนวย | รองฯแพทย์ | |
| ๓ | นางรัตนา เนินสพ | รองฯพยาบาล | |
| ๔ | นายประภัส คำพิจิต | รองฯบริหาร | |
| ๕ | พญ.हरษา เรืองศิริปิยะกุล | รองฯพรส. | นรศ |
| ๖ | พญ.ศรีสุรางค์ มั่งมี | รองฯปฐมภูมิ | - |
| ๗ | ทพ.สุวิทย์ ศุภาวิโรจน์เลิศ | รองฯCFO | |
| ๘ | ภก.สุพจน์ จิรวีภาพันธ์ | เภสัชกรรม | |
| ๙ | นางสาวรุ่งโรจน์ จันทร์ทอง | ER | nmw |
| ๑๐ | นางจันทนา สิมพัต | วิสัญญีแพทย์ | |
| ๑๑ | นางนารี นาคี | วิสัญญีแพทย์ | |
| ๑๒ | นางอรรษา อุดม | วิสัญญีแพทย์ | |
| ๑๓ | นางนันทิมา สุนทรพิพัฒน์ | JCU | |
| ๑๔ | นางนันทิมา สุนทรพิพัฒน์ | REC | |
| ๑๕ | นายวิเศษ สันติธรรม | เภสัชกรรม | |
| ๑๖ | น.ส.อรุณ สันติธรรม | น.ส. อร | |
| ๑๗ | น.ส.อรุณ สันติธรรม | น.ส. อร | |
| ๑๘ | นางวิเศษ สันติธรรม | " | |
| ๑๙ | นางวิเศษ สันติธรรม | วิสัญญี | |
| ๒๐ | นางวิเศษ สันติธรรม | วิสัญญี | |
| ๒๑ | นางวิเศษ สันติธรรม | JC | |
| ๒๒ | น.ส.วิเศษ สันติธรรม | วิสัญญี | |
| ๒๓ | นางวิเศษ สันติธรรม | opp | |
| ๒๔ | นางวิเศษ สันติธรรม | opp | |
| ๒๕ | นางวิเศษ สันติธรรม | opp | |

ลงทะเบียน

ประชุม เชิงปฏิบัติการ การทบทวนแผนยุทธศาสตร์และจัดทำแผนปฏิบัติการ

โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ระยะ ๕ ปี (พ.ศ.๒๕๖๗-๒๕๗๑) ครั้งที่ ๑

๕ เมษายน ๒๕๖๖ เวลา ๐๘.๓๐-๑๗.๐๐ น.

ณ ห้องประชุมศรีเมืองแก่น ชั้น ๔ อาคารผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

| ลำดับ | ชื่อ - สกุล | หน่วยงาน | ลายมือชื่อ |
|-------|------------------|----------------|------------|
| ๑ | น.ส.วาณี สอน | กองเวชภัณฑ์ | |
| ๒ | นายสุวิทย์ คุ้ม | ศสภ.รพ.สิรินธร | |
| ๓ | น.ส.ณัฐมา รัตนพร | นส. | |
| ๔ | น.ส.อริยา สอน | รพ.สิรินธร | |
| ๕ | น.ส.ณัฐมา สอน | ศสภ. | |
| ๖ | อ.วิรัตน์ สอน | นพ.วิรัตน์ | |
| ๗ | น.ส.วิไลวรรณ สอน | อ.วิไลวรรณ | |
| ๘ | น.ส.ณัฐมา สอน | นพ.วิรัตน์ | |
| ๙ | น.ส.ณัฐมา สอน | นพ.วิรัตน์ | |
| ๑๐ | นายสุวิทย์ คุ้ม | ENT | |
| ๑๑ | นายสุวิทย์ คุ้ม | นพ.วิรัตน์ | |
| ๑๒ | นายสุวิทย์ คุ้ม | นพ.วิรัตน์ | |
| ๑๓ | น.ส.ณัฐมา สอน | นพ.วิรัตน์ | |
| ๑๔ | นายสุวิทย์ คุ้ม | นพ.วิรัตน์ | |
| ๑๕ | นายสุวิทย์ คุ้ม | นพ.วิรัตน์ | |
| ๑๖ | นายสุวิทย์ คุ้ม | นพ.วิรัตน์ | |
| ๑๗ | นายสุวิทย์ คุ้ม | นพ.วิรัตน์ | |
| ๑๘ | นายสุวิทย์ คุ้ม | นพ.วิรัตน์ | |
| ๑๙ | นายสุวิทย์ คุ้ม | นพ.วิรัตน์ | |
| ๒๐ | นายสุวิทย์ คุ้ม | นพ.วิรัตน์ | |
| ๒๑ | นายสุวิทย์ คุ้ม | นพ.วิรัตน์ | |
| ๒๒ | นายสุวิทย์ คุ้ม | นพ.วิรัตน์ | |
| ๒๓ | | | |
| ๒๔ | | | |
| ๒๕ | | | |

ลงทะเบียน

ประชุมเชิงปฏิบัติการ การทบทวนแผนยุทธศาสตร์และจัดทำแผนปฏิบัติการ

โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ระยะ ๕ ปี (พ.ศ.๒๕๖๗-๒๕๗๑) ครั้งที่ ๑

๕ เมษายน ๒๕๖๖ เวลา ๐๘.๓๐-๑๗.๐๐ น.

ณ ห้องประชุมศรีเมืองแก่น ชั้น ๔ อาคารผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

| ลำดับ | ชื่อ - สกุล | หน่วยงาน | ลายมือชื่อ |
|-------|--------------------|-------------|----------------|
| ๑ | นายประจักษ์ วัฒน | ICU | ประจักษ์ |
| ๒ | รศ.ประสิทธิ์ อภิมา | ศสพ.สจ.ลพ | ประสิทธิ์ |
| ๓ | ทพ.อรุณ วัชรินทร์ | ศสพ.รพท | อรุณ |
| ๔ | นิพนธ์ นพวิบูล | ศสพ.ทสจ.รพท | นิพนธ์ นพวิบูล |
| ๕ | วิภา อภิมา | จิตเวช | วิภา |
| ๖ | อ.กฤษ ภิรม | ศส | กฤษ |
| ๗ | น.ส.อริยา วัฒน | HRD | อริยา |
| ๘ | นายประจักษ์ วัฒน | ศสพ.ทสจ. | ประจักษ์ |
| ๙ | รศ.อรุณ วัชรินทร์ | ศสพ. | อรุณ |
| ๑๐ | น.ส.อริยา วัฒน | ศสพ.ทสจ. | อริยา |
| ๑๑ | นางอรุณ วัชรินทร์ | ศสพ. | อรุณ |
| ๑๒ | อ.กฤษ ภิรม | ศส | กฤษ |
| ๑๓ | นิพนธ์ นพวิบูล | ศสพ. | นิพนธ์ |
| ๑๔ | ทพ.ประจักษ์ วัฒน | ศสพ.ทสจ. | ประจักษ์ |
| ๑๕ | น.ส.อริยา วัฒน | OR | อริยา |
| ๑๖ | นายประจักษ์ วัฒน | IT | ประจักษ์ |
| ๑๗ | กฤษ ภิรม | ศส | กฤษ |
| ๑๘ | น.ส.อริยา วัฒน | ศสพ.ทสจ. | อริยา |
| ๑๙ | นายประจักษ์ วัฒน | ศสพ.ทสจ. | ประจักษ์ |
| ๒๐ | น.ส.อริยา วัฒน | ศสพ.ทสจ. | อริยา |
| ๒๑ | นายประจักษ์ วัฒน | ศสพ.ทสจ. | ประจักษ์ |
| ๒๒ | นายประจักษ์ วัฒน | ศสพ. | ประจักษ์ |
| ๒๓ | | | |
| ๒๔ | | | |
| ๒๕ | | | |

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมการจัดทำแผนระยะ 5 ปี (พ.ศ.2567-2571)

ครั้งที่ 2 วันที่ 2-3 พฤษภาคม 2566

ลงทะเบียน

ประชุมเชิงปฏิบัติการ การทบทวนแผนยุทธศาสตร์และจัดทำแผนปฏิบัติราชการ

โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ระยะ ๕ ปี(พ.ศ.๒๕๖๗-๒๕๗๑) ครั้งที่ ๒

๒ พฤษภาคม ๒๕๖๖ เวลา ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.

ณ ห้องประชุมศรีเมืองแก่น ชั้น ๔ อาคารผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

| ลำดับ | ชื่อ - สกุล | หน่วยงาน | ลายมือชื่อ |
|-------|----------------------------|--------------|------------|
| ๑ | ผอ.นภาพร สิงขรเขียว | ผอ./กกบ. | |
| ๒ | นพ.ศักดิ์ชัย เกียรติอำนาจ | รองฯแพทย์ | |
| ๓ | นางรัตนา เนินลพ | รองฯพยาบาล | |
| ๔ | นายประภัสร์ คำพิเชียร | รองฯบริหาร | |
| ๕ | พญ.ทรรษา เรืองศิริปิยะกุล | รองฯพรส. | นสรน. |
| ๖ | พญ.ศรีสุรางค์ มั่งมี | รองฯปฐมภูมิ | |
| ๗ | ทพ.สุวิทย์ สุภาวีโรจน์เลิศ | รองฯCFO | |
| ๘ | นางพ.ศิริพร อภิเดชกุล | ER | |
| ๙ | กิตติศักดิ์ ทรัพย์ | IC | |
| ๑๐ | นายประภัสร์ คำพิเชียร | ICU | |
| ๑๑ | นางอรุณรัตน์ วัฒน | วิสัญญีแพทย์ | |
| ๑๒ | ดร.วิวัฒน์ วัฒน | ICU/ICU | |
| ๑๓ | นายประภัสร์ คำพิเชียร | ICU/ICU | |
| ๑๔ | นางอรุณรัตน์ วัฒน | ICU/ICU | |
| ๑๕ | นางอรุณรัตน์ วัฒน | ICU/ICU | |
| ๑๖ | นางอรุณรัตน์ วัฒน | ICU/ICU | |
| ๑๗ | นายประภัสร์ คำพิเชียร | ICU/ICU | |
| ๑๘ | ดร.วิวัฒน์ วัฒน | ICU/ICU | |
| ๑๙ | นายประภัสร์ คำพิเชียร | ICU/ICU | |
| ๒๐ | ดร.วิวัฒน์ วัฒน | ICU/ICU | |
| ๒๑ | ดร.วิวัฒน์ วัฒน | ICU/ICU | |
| ๒๒ | ดร.วิวัฒน์ วัฒน | ICU/ICU | |
| ๒๓ | ดร.วิวัฒน์ วัฒน | ICU/ICU | |
| ๒๔ | ดร.วิวัฒน์ วัฒน | ICU/ICU | |
| ๒๕ | ดร.วิวัฒน์ วัฒน | ICU/ICU | |

ลงทะเบียน

ประชุมเชิงปฏิบัติการ การทบทวนแผนยุทธศาสตร์และจัดทำแผนปฏิบัติการ

โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ระยะ ๕ ปี(พ.ศ.๒๕๖๗-๒๕๗๑) ครั้งที่ ๒

๒ พฤษภาคม ๒๕๖๖ เวลา ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.

ณ ห้องประชุมศรีเมืองแก่น ชั้น ๔ อาคารผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

| ลำดับ | ชื่อ - สกุล | หน่วยงาน | ลายมือชื่อ |
|-------|------------------|----------------------|------------|
| ๑ | จันทรา อดิชา | โรงพยาบาล | จ |
| ๒ | นงนุช อดิชา พรหม | นอวต | นงนุช |
| ๓ | นส. สุนิสา ดงมี | นทท.โรงพยาบาลขอนแก่น | สุนิสา |
| ๔ | นส. นงนุช อดิชา | นอวต | นง |
| ๕ | นส. นงนุช อดิชา | นอวต | นง |
| ๖ | น.ศ. นงนุช อดิชา | นอวต | นง |
| ๗ | นส. นงนุช อดิชา | นอวต | นง |
| ๘ | นส. นงนุช อดิชา | นอวต | นง |
| ๙ | นส. นงนุช อดิชา | นอวต | นง |
| ๑๐ | นส. นงนุช อดิชา | นอวต | นง |
| ๑๑ | นส. นงนุช อดิชา | นอวต | นง |
| ๑๒ | นส. นงนุช อดิชา | นอวต | นง |
| ๑๓ | นส. นงนุช อดิชา | นอวต | นง |
| ๑๔ | นส. นงนุช อดิชา | นอวต | นง |
| ๑๕ | นส. นงนุช อดิชา | นอวต | นง |
| ๑๖ | นส. นงนุช อดิชา | นอวต | นง |
| ๑๗ | นส. นงนุช อดิชา | นอวต | นง |
| ๑๘ | นส. นงนุช อดิชา | นอวต | นง |
| ๑๙ | นส. นงนุช อดิชา | นอวต | นง |
| ๒๐ | นส. นงนุช อดิชา | นอวต | นง |
| ๒๑ | | | |
| ๒๒ | | | |
| ๒๓ | | | |
| ๒๔ | | | |
| ๒๕ | | | |


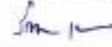


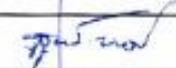


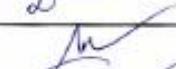















ลงทะเบียน

ประชุมเชิงปฏิบัติการ การทบทวนแผนยุทธศาสตร์และจัดทำแผนปฏิบัติการ

โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ระยะ ๕ ปี(พ.ศ.๒๕๖๗-๒๕๗๑) ครั้งที่ ๒

๓ พฤษภาคม ๒๕๖๖ เวลา ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.

ณ ห้องประชุมศรีเมืองแก่น ชั้น ๔ อาคารผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

| ลำดับ | ชื่อ - สกุล | หน่วยงาน | ลายมือชื่อ |
|-------|----------------------------|--------------------------|---|
| ๑ | ผอ.นภาพร สิงขรเขียว | ผอ./กกน. | |
| ๒ | นพ.ศักดิ์ชัย เกียรติอำนาจ | รองฯแพทย์ |  |
| ๓ | นางรัตนา เนินสพ | รองฯพยาบาล |  |
| ๔ | นายประภิต คำพิชิต | รองฯบริหาร | |
| ๕ | พญ.พรรษา เรืองศิริปิยะกุล | รองฯพรส. |  |
| ๖ | พญ.ศรีสุรางค์ มั่งมี | รองฯปฐมภูมิ |  |
| ๗ | ทพ.สุวิทย์ ศุภวิโรจน์เลิศ | รองฯCFO |  |
| ๘ | ผอ.ยศชากรณ์ อธิวงษาพิบูลย์ | กลุ่มงานเภสัชกรรม |  |
| ๙ | ปอ.อานันท์ อธิวงษาพิบูลย์ | กลุ่มงานเภสัชกรรม |  |
| ๑๐ | นางวรารัตน์ กิ่งสีทอง | เภสัช |  |
| ๑๑ | จส.เกษิณีวัลย์ อธิวงษา | กลุ่มงานเภสัชกรรม (ส) คม |  |
| ๑๒ | นายอัครวิทย์ อธิวงษา | ค |  |
| ๑๓ | นาง อภิรักษ์ หักรบ | เภสัช พยา |  |
| ๑๔ | นางสมศรี อธิวงษา | เภสัช พยาบาล |  |
| ๑๕ | นางสุภาวดี อธิวงษา | เภสัช พยาบาล |  |
| ๑๖ | นายอัครวิทย์ อธิวงษา | เภสัช พยาบาล |  |
| ๑๗ | นายอัครวิทย์ อธิวงษา | เภสัช พยาบาล |  |
| ๑๘ | นาง อธิวงษา อธิวงษา | เภสัช พยาบาล |  |
| ๑๙ | นาย อธิวงษา อธิวงษา | เภสัช พยาบาล |  |
| ๒๐ | นาย อธิวงษา อธิวงษา | เภสัช พยาบาล |  |
| ๒๑ | นาย อธิวงษา อธิวงษา | เภสัช พยาบาล |  |
| ๒๒ | นาย อธิวงษา อธิวงษา | เภสัช พยาบาล |  |
| ๒๓ | นาย อธิวงษา อธิวงษา | เภสัช พยาบาล |  |
| ๒๔ | นาย อธิวงษา อธิวงษา | เภสัช พยาบาล |  |
| ๒๕ | นาย อธิวงษา อธิวงษา | เภสัช พยาบาล |  |

ลงทะเบียน

ประชุมเชิงปฏิบัติการ การทบทวนแผนยุทธศาสตร์และจัดทำแผนปฏิบัติการ

โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ระยะ ๕ ปี(พ.ศ.๒๕๖๗-๒๕๗๑) ครั้งที่ ๒

๓ พฤษภาคม ๒๕๖๖ เวลา ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.

ณ ห้องประชุมศรีเมืองแก่น ชั้น ๔ อาคารผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

| ลำดับ | ชื่อ - สกุล | หน่วยงาน | ลายมือชื่อ |
|-------|---------------------|-----------------------------|------------|
| ๑ | นางฉวี งามคำ | ฝ่ายบริหาร | |
| ๒ | นางสุวิมล งามคำ | โสตทัศนศึกษา | |
| ๓ | นางสุวิมล งามคำ | แผนกทันตกรรม (แผนกทันตกรรม) | |
| ๔ | นาย นานา งามคำ | แผนกทันตกรรม | |
| ๕ | นางฉวี งามคำ | ICU | |
| ๖ | นาย อภิสิทธิ์ งามคำ | ER | |
| ๗ | นาย อภิสิทธิ์ งามคำ | ICU | |
| ๘ | นาง อภิสิทธิ์ งามคำ | ICU | |
| ๙ | นาง อภิสิทธิ์ งามคำ | โสตทัศนศึกษา | |
| ๑๐ | นาง อภิสิทธิ์ งามคำ | โสตทัศนศึกษา | |
| ๑๑ | นาง อภิสิทธิ์ งามคำ | โสตทัศนศึกษา | |
| ๑๒ | นาง อภิสิทธิ์ งามคำ | โสตทัศนศึกษา | |
| ๑๓ | นาง อภิสิทธิ์ งามคำ | โสตทัศนศึกษา | |
| ๑๔ | นาง อภิสิทธิ์ งามคำ | โสตทัศนศึกษา | |
| ๑๕ | นาง อภิสิทธิ์ งามคำ | โสตทัศนศึกษา | |
| ๑๖ | นาง อภิสิทธิ์ งามคำ | โสตทัศนศึกษา | |
| ๑๗ | นาง อภิสิทธิ์ งามคำ | โสตทัศนศึกษา | |
| ๑๘ | นาง อภิสิทธิ์ งามคำ | โสตทัศนศึกษา | |
| ๑๙ | นาง อภิสิทธิ์ งามคำ | โสตทัศนศึกษา | |
| ๒๐ | นาง อภิสิทธิ์ งามคำ | โสตทัศนศึกษา | |
| ๒๑ | นาง อภิสิทธิ์ งามคำ | โสตทัศนศึกษา | |
| ๒๒ | นาง อภิสิทธิ์ งามคำ | โสตทัศนศึกษา | |
| ๒๓ | นาง อภิสิทธิ์ งามคำ | โสตทัศนศึกษา | |
| ๒๔ | นาง อภิสิทธิ์ งามคำ | โสตทัศนศึกษา | |
| ๒๕ | นาง อภิสิทธิ์ งามคำ | โสตทัศนศึกษา | |

ลงทะเบียน

ประชุมเชิงปฏิบัติการ การทบทวนแผนยุทธศาสตร์และจัดทำแผนปฏิบัติการ

โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ระยะ ๕ ปี(พ.ศ.๒๕๖๗-๒๕๗๑) ครั้งที่ ๒

๓ พฤษภาคม ๒๕๖๖ เวลา ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.

ณ ห้องประชุมศรีเมืองแก่น ชั้น ๔ อาคารผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

| ลำดับ | ชื่อ - สกุล | หน่วยงาน | ลายมือชื่อ |
|-------|-------------------------|----------------------|------------|
| ๑ | อ.รศ. นวฤทธิ์ | วิศกรระบบสิ่งแวดล้อม | อ.รศ. |
| ๒ | อ.ดร. ปิยะพันธ์ | วิศกร | อ.ดร. |
| ๓ | พ.ศ.ดร.นงนิตย์ นิตพิชญ์ | EEET | พ.ศ.ดร. |
| ๔ | ดร. สันติพร นามศิริ | อำนวยการ | ดร. |
| ๕ | ดร.สุวิมล นามศิริ | อำนวยการ | ดร. |
| ๖ | พ.ศ.ดร.นงนิตย์ นิตพิชญ์ | ผู้อำนวยการบริหาร | พ.ศ.ดร. |
| ๗ | ดร.พรวิมล นามศิริ | อำนวยการ | ดร. |
| ๘ | ดร.นงนิตย์ นิตพิชญ์ | อำนวยการ | ดร. |
| ๙ | ดร. อ. นงนิตย์ นิตพิชญ์ | อำนวยการ | ดร. |
| ๑๐ | ดร. นงนิตย์ นิตพิชญ์ | อำนวยการ | ดร. |
| ๑๑ | ดร. นงนิตย์ นิตพิชญ์ | อำนวยการ | ดร. |
| ๑๒ | ดร. นงนิตย์ นิตพิชญ์ | อำนวยการ | ดร. |
| ๑๓ | ดร. นงนิตย์ นิตพิชญ์ | อำนวยการ | ดร. |
| ๑๔ | ดร. นงนิตย์ นิตพิชญ์ | อำนวยการ | ดร. |
| ๑๕ | ดร. นงนิตย์ นิตพิชญ์ | อำนวยการ | ดร. |
| ๑๖ | ดร. นงนิตย์ นิตพิชญ์ | อำนวยการ | ดร. |
| ๑๗ | ดร. นงนิตย์ นิตพิชญ์ | อำนวยการ | ดร. |
| ๑๘ | ดร. นงนิตย์ นิตพิชญ์ | อำนวยการ | ดร. |
| ๑๙ | ดร. นงนิตย์ นิตพิชญ์ | อำนวยการ | ดร. |
| ๒๐ | ดร. นงนิตย์ นิตพิชญ์ | อำนวยการ | ดร. |
| ๒๑ | ดร. นงนิตย์ นิตพิชญ์ | อำนวยการ | ดร. |
| ๒๒ | ดร. นงนิตย์ นิตพิชญ์ | อำนวยการ | ดร. |
| ๒๓ | ดร. นงนิตย์ นิตพิชญ์ | อำนวยการ | ดร. |
| ๒๔ | ดร. นงนิตย์ นิตพิชญ์ | อำนวยการ | ดร. |
| ๒๕ | ดร. นงนิตย์ นิตพิชญ์ | อำนวยการ | ดร. |

ลงทะเบียน

ประชุมเชิงปฏิบัติการ การทบทวนแผนยุทธศาสตร์และจัดทำแผนปฏิบัติการ

โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ระยะ ๕ ปี(พ.ศ.๒๕๖๓-๒๕๖๗) ครั้งที่ ๒

๓ พฤษภาคม ๒๕๖๖ เวลา ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.

ณ ห้องประชุมศรีเมืองแก่น ชั้น ๔ อาคารผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

| ลำดับ | ชื่อ - สกุล | หน่วยงาน | ลายมือชื่อ |
|-------|-----------------------|----------------------------|------------|
| ๑ | ท้าวฉิม พิธีกร | กลุ่มงานประกัน | ท้าวฉิม |
| ๒ | ท้าวฉิม แทน | โสตฯ | |
| ๓ | นายดิเรก ทวีตพันธ์ | เวช.แผน | |
| ๔ | นางอรุณรัตน์ วัฒนศิริ | HRD | |
| ๕ | นายอนุวัฒน์ อุดม | กลุ่มงานแพทย์/กลุ่มงานโสตฯ | |
| ๖ | ท้าวศิริท กงวิทย์ | ห้องสมุด | ศิริท |
| ๗ | | | |
| ๘ | | | |
| ๙ | | | |
| ๑๐ | | | |
| ๑๑ | | | |
| ๑๒ | | | |
| ๑๓ | | | |
| ๑๔ | | | |
| ๑๕ | | | |
| ๑๖ | | | |
| ๑๗ | | | |
| ๑๘ | | | |
| ๑๙ | | | |
| ๒๐ | | | |
| ๒๑ | | | |
| ๒๒ | | | |
| ๒๓ | | | |
| ๒๔ | | | |
| ๒๕ | | | |

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมการจัดทำแผนระยะ 5 ปี (พ.ศ.2567-2571)
ครั้งที่ 3 วันที่ 8-9 มิถุนายน 2566





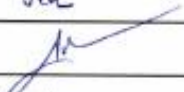
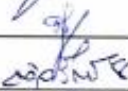

ลงทะเบียน

ประชุมเชิงปฏิบัติการ การทบทวนแผนยุทธศาสตร์และจัดทำแผนปฏิบัติการ

โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ระยะ ๕ ปี(พ.ศ.๒๕๖๗-๒๕๗๑) ครั้งที่ ๓

๘ มิถุนายน ๒๕๖๖ เวลา ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.

ณ ห้องประชุมศรีเมืองแก่น ชั้น ๔ อาคารผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

| ลำดับ | ชื่อ - สกุล | หน่วยงาน | ลายมือชื่อ |
|-------|----------------------------|-------------------|---|
| ๑ | ผอ.นภาพร สิงขรเชียว | ผอ./กกน. | |
| ๒ | นพ.ศักดิ์ชัย เกียรติอำนาจ | รองฯแพทย์ |  |
| ๓ | นางรัตนา เนินลพ | รองฯพยาบาล | |
| ๔ | นายประภัส คำพิชิต | รองฯบริหาร |  |
| ๕ | พญ.हरรรษา เรืองศิริปิยะกุล | รองฯพรส. | นรสน |
| ๖ | พญ.ศรีสุรางค์ มิ่งมี | รองฯปฐมภูมิ | ศรีสุรางค์ |
| ๗ | ทพ.สุวิทย์ ศุภวิโรจน์เลิศ | รองฯCFO | |
| ๘ | ดร.วิมลพร นิ่มนวล | REC |  |
| ๙ | นายสุรสิทธิ์ ชิงเคเพ็ญ | EP | สุรสิทธิ์ |
| ๑๐ | น.จ. อานนดา ด้วง | อณ. | อานนดา |
| ๑๑ | นางจินตนา วัฒน | วิชัยภูมิ |  |
| ๑๒ | พญ.กัญญา ทรัพย์ | IC | กัญญา |
| ๑๓ | พญ.วิไล วัฒนา | Yam | วิไล |
| ๑๔ | ดร.ศรวิทย์ สุขทรัพย์ | ICU. | ศรวิทย์ |
| ๑๕ | ดร.อานันท์ อานันท์ | PEU | อานันท์ |
| ๑๖ | นส. อรวรรณ กุศล | OR | อรวรรณ |
| ๑๗ | ดร.สุเมธ วัฒน | เภสัชกรรม | สุเมธ |
| ๑๘ | นางวิไลวรรณ สันติ | การพยาบาล | วิไล |
| ๑๙ | น.ส. สนิทพันธ์ ด้วง | อณ. | สนิทพันธ์ |
| ๒๐ | นางอรุณรัตน์ กิจเมืองเก่า | นิติ |  |
| ๒๑ | ดร.ศรวิทย์ สุขทรัพย์ | กลุ่มงานเภสัชกรรม |  |
| ๒๒ | น.ส.วิไลวรรณ วัฒน | ห้องคลอด | วิไลวรรณ |
| ๒๓ | วิไลวรรณ สันติ | อณ. | วิไล |
| ๒๔ | ดร.อานันท์ อานันท์ | การพยาบาล |  |
| ๒๕ | น.ส. อานันท์ วัฒน | อณ. | อานันท์ |

ลงทะเบียน

ประชุมเชิงปฏิบัติการ การทบทวนแผนยุทธศาสตร์และจัดทำแผนปฏิบัติราชการ

โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ระยะ ๕ ปี(พ.ศ.๒๕๖๗-๒๕๗๑) ครั้งที่ ๓

๘ มิถุนายน ๒๕๖๖ เวลา ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.

ณ ห้องประชุมศรีเมืองแก่น ชั้น ๔ อาคารผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

| ลำดับ | ชื่อ - สกุล | หน่วยงาน | ลายมือชื่อ |
|-------|---------------------------|---------------------|------------|
| ๑ | ...๒ อภินันท์ ใจดี | รพ.ศ.๑๑. กิ่งเมือง | อภินันท์ |
| ๒ | นาง เบญจมาภรณ์ ขจรวิทย์ | รพ.สิรินธร | เบญจมาภรณ์ |
| ๓ | รศ. อรุณรัตน์ ใจดี | รพ.ศ. ๑ | อรุณรัตน์ |
| ๔ | นาย อัครเดช ขจรวิทย์ | กรมส่งเสริมการเกษตร | อัครเดช |
| ๕ | น.ส.ณิชากร อิศรางกูร | HRD | ณิชากร |
| ๖ | น.ส. อรุณรัตน์ ขจรวิทย์ | HRD | อรุณรัตน์ |
| ๗ | รศ. อรุณรัตน์ ขจรวิทย์ | แผนกแผนก | อรุณรัตน์ |
| ๘ | นางสาว อรุณรัตน์ ขจรวิทย์ | รพ. | อรุณรัตน์ |
| ๙ | นางสาว อรุณรัตน์ ขจรวิทย์ | แผนกแผนก | อรุณรัตน์ |
| ๑๐ | รศ. อรุณรัตน์ ขจรวิทย์ | รพ. ศ.๑๑ | อรุณรัตน์ |
| ๑๑ | นางสาว อรุณรัตน์ ขจรวิทย์ | รพ.ศ.๑๑ | อรุณรัตน์ |
| ๑๒ | ร.ร. อรุณรัตน์ ขจรวิทย์ | เวรสาร | อรุณรัตน์ |
| ๑๓ | นาย อรุณรัตน์ ขจรวิทย์ | รพ. ศ.๑๑ | อรุณรัตน์ |
| ๑๔ | รศ. อรุณรัตน์ ขจรวิทย์ | รพ. ศ.๑๑ | อรุณรัตน์ |
| ๑๕ | น.ส. อรุณรัตน์ ขจรวิทย์ | รพ. ศ.๑๑ | อรุณรัตน์ |
| ๑๖ | นางสาว อรุณรัตน์ ขจรวิทย์ | รพ. ศ.๑๑ | อรุณรัตน์ |
| ๑๗ | นางสาว อรุณรัตน์ ขจรวิทย์ | รพ. ศ.๑๑ | อรุณรัตน์ |
| ๑๘ | นางสาว อรุณรัตน์ ขจรวิทย์ | รพ. ศ.๑๑ | อรุณรัตน์ |
| ๑๙ | นางสาว อรุณรัตน์ ขจรวิทย์ | รพ. ศ.๑๑ | อรุณรัตน์ |
| ๒๐ | นางสาว อรุณรัตน์ ขจรวิทย์ | รพ. ศ.๑๑ | อรุณรัตน์ |
| ๒๑ | น.ส. อรุณรัตน์ ขจรวิทย์ | รพ. ศ.๑๑ | อรุณรัตน์ |
| ๒๒ | น.ส. อรุณรัตน์ ขจรวิทย์ | รพ. ศ.๑๑ | อรุณรัตน์ |
| ๒๓ | น.ส. อรุณรัตน์ ขจรวิทย์ | รพ. ศ.๑๑ | อรุณรัตน์ |
| ๒๔ | นางสาว อรุณรัตน์ ขจรวิทย์ | รพ. ศ.๑๑ | อรุณรัตน์ |
| ๒๕ | นางสาว อรุณรัตน์ ขจรวิทย์ | รพ. ศ.๑๑ | อรุณรัตน์ |

ลงทะเบียน

ประชุมเชิงปฏิบัติการ การทบทวนแผนยุทธศาสตร์และจัดทำแผนปฏิบัติราชการ

โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ระยะ ๕ ปี(พ.ศ.๒๕๖๗-๒๕๗๑) ครั้งที่ ๓

๘ มิถุนายน ๒๕๖๖ เวลา ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.

ณ ห้องประชุมศรีเมืองแก่น ชั้น ๔ อาคารผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

| ลำดับ | ชื่อ - สกุล | หน่วยงาน | ลายมือชื่อ |
|-------|---------------------|-------------|------------|
| ๑ | ร.ศ.สิรินธร อ.วิเศษ | ผู้อำนวยการ | สิรินธร |
| ๒ | นางสาววิเศษ อ.วิเศษ | ผู้อำนวยการ | วิเศษ |
| ๓ | นางวิเศษ อ.วิเศษ | ผู้อำนวยการ | วิเศษ |
| ๔ | นางวิเศษ อ.วิเศษ | ผู้อำนวยการ | วิเศษ |
| ๕ | นางวิเศษ อ.วิเศษ | ผู้อำนวยการ | วิเศษ |
| ๖ | นางวิเศษ อ.วิเศษ | ผู้อำนวยการ | วิเศษ |
| ๗ | นางวิเศษ อ.วิเศษ | ผู้อำนวยการ | วิเศษ |
| ๘ | นางวิเศษ อ.วิเศษ | ผู้อำนวยการ | วิเศษ |
| ๙ | นางวิเศษ อ.วิเศษ | ผู้อำนวยการ | วิเศษ |
| ๑๐ | นางวิเศษ อ.วิเศษ | ผู้อำนวยการ | วิเศษ |
| ๑๑ | นางวิเศษ อ.วิเศษ | ผู้อำนวยการ | วิเศษ |
| ๑๒ | นางวิเศษ อ.วิเศษ | ผู้อำนวยการ | วิเศษ |
| ๑๓ | นางวิเศษ อ.วิเศษ | ผู้อำนวยการ | วิเศษ |
| ๑๔ | นางวิเศษ อ.วิเศษ | ผู้อำนวยการ | วิเศษ |
| ๑๕ | นางวิเศษ อ.วิเศษ | ผู้อำนวยการ | วิเศษ |
| ๑๖ | นางวิเศษ อ.วิเศษ | ผู้อำนวยการ | วิเศษ |
| ๑๗ | นางวิเศษ อ.วิเศษ | ผู้อำนวยการ | วิเศษ |
| ๑๘ | นางวิเศษ อ.วิเศษ | ผู้อำนวยการ | วิเศษ |
| ๑๙ | นางวิเศษ อ.วิเศษ | ผู้อำนวยการ | วิเศษ |
| ๒๐ | นางวิเศษ อ.วิเศษ | ผู้อำนวยการ | วิเศษ |
| ๒๑ | นางวิเศษ อ.วิเศษ | ผู้อำนวยการ | วิเศษ |
| ๒๒ | นางวิเศษ อ.วิเศษ | ผู้อำนวยการ | วิเศษ |
| ๒๓ | นางวิเศษ อ.วิเศษ | ผู้อำนวยการ | วิเศษ |
| ๒๔ | นางวิเศษ อ.วิเศษ | ผู้อำนวยการ | วิเศษ |
| ๒๕ | นางวิเศษ อ.วิเศษ | ผู้อำนวยการ | วิเศษ |

ลงทะเบียน

ประชุมเชิงปฏิบัติการ การทบทวนแผนยุทธศาสตร์และจัดทำแผนปฏิบัติราชการ

โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ระยะ ๕ ปี(พ.ศ.๒๕๖๗-๒๕๗๑) ครั้งที่ ๓

๘ มิถุนายน ๒๕๖๖ เวลา ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.

ณ ห้องประชุมศรีเมืองแก่น ชั้น ๔ อาคารผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

| ลำดับ | ชื่อ - สกุล | หน่วยงาน | ลายมือชื่อ |
|-------|---------------------------|------------|------------|
| ๑ | นายมนต์เทพ แซ่ฉิม | HRD | มนต์เทพ |
| ๒ | นายวิวัฒน์ กิ่งเหล็ก | นอ.วิวัฒน์ | วิวัฒน์ |
| ๓ | นอ. นงนิจา อุดมสาร | HRD | นงนิจา |
| ๔ | นอ.กมลพร ดอนล้ำ | ศช. | กมลพร |
| ๕ | น.ส. ชลิตาพร พรหมสวัสดิ์ | ศป.ก. | ชลิตาพร |
| ๖ | นอ.กฤษณา สมนิเวศน์ | ศช. | กฤษณา |
| ๗ | น.ส. ชลิตาพร พรหมสวัสดิ์ | ศป.ก. | ชลิตา |
| ๘ | น.ส. อรุณรัตน์ ลอยสมบูรณ์ | ศป.ก. | อรุณรัตน์ |
| ๙ | | | |
| ๑๐ | | | |
| ๑๑ | | | |
| ๑๒ | | | |
| ๑๓ | | | |
| ๑๔ | | | |
| ๑๕ | | | |
| ๑๖ | | | |
| ๑๗ | | | |
| ๑๘ | | | |
| ๑๙ | | | |
| ๒๐ | | | |
| ๒๑ | | | |
| ๒๒ | | | |
| ๒๓ | | | |
| ๒๔ | | | |
| ๒๕ | | | |




ลงทะเบียน

ประชุมเชิงปฏิบัติการ การทบทวนแผนยุทธศาสตร์และจัดทำแผนปฏิบัติราชการ

โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ระยะ ๕ ปี(พ.ศ.๒๕๖๓-๒๕๖๗) ครั้งที่ ๓

๙ มิถุนายน ๒๕๖๖ เวลา ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.

ณ ห้องประชุมศรีเมืองแก่น ชั้น ๔ อาคารผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

| ลำดับ | ชื่อ - สกุล | หน่วยงาน | ลายมือชื่อ |
|-------|-----------------------------|--------------|--|
| ๑ | ผอ.นภาพร สิงขรเขียว | ผอ./กทบ. | |
| ๒ | นพ.ศักดิ์ชัย เกียรติอำนาจ | รองฯแพทย์ |  |
| ๓ | นางรัตนา เนินลพ | รองฯพยาบาล |  |
| ๔ | นายประภิต คำพิชิต | รองฯบริหาร | |
| ๕ | พญ.พรรณษา เรืองศิริปิยะกุล | รองฯพรส. | นรสง |
| ๖ | พญ.ศรีสุรางค์ มั่งมี | รองฯปฐมภูมิ | Aban |
| ๗ | ทพ.สุวิทย์ ศุภวิโรจน์เลิศ | รองฯCFO | |
| ๘ | โภจลินาภา อินทอน | วิสัญญีแพทย์ |  |
| ๙ | นส.ดวงรงค์ ภูใส | OR | อมร. |
| ๑๐ | ทองผ่องศรีรัตน์ สุขทองสิงห์ | icu | ทอง |
| ๑๑ | นงนุช นานวงษ์ | yan | น |
| ๑๒ | นางสาวสุภาวดี ใจดี | x7 | สว. |
| ๑๓ | นพ.สุวิทย์ ภูสงดา | ศัลยกรรม | สมิทธิ์ |
| ๑๔ | นส.จิตติมา ภูสิงห์ | HRD | จิตติ. |
| ๑๕ | นส.ดวงรงค์ ภูใส | OR | อมร |
| ๑๖ | นส.ดวงรงค์ ภูใส | OR | อมร |
| ๑๗ | นางสาวสุภาวดี ใจดี | ศัลยกรรม | สว. |
| ๑๘ | นส.จิตติมา ภูสิงห์ | HRD | จิตติ. |
| ๑๙ | นส.จิตติมา ภูสิงห์ | HRD | จิตติ. |
| ๒๐ | นส.จิตติมา ภูสิงห์ | HRD | จิตติ. |
| ๒๑ | นส.จิตติมา ภูสิงห์ | HRD | จิตติ. |
| ๒๒ | นส.จิตติมา ภูสิงห์ | HRD | จิตติ. |
| ๒๓ | นส.จิตติมา ภูสิงห์ | HRD | จิตติ. |
| ๒๔ | นส.จิตติมา ภูสิงห์ | HRD | จิตติ. |
| ๒๕ | นส.จิตติมา ภูสิงห์ | HRD | จิตติ. |

ลงทะเบียน

ประชุมเชิงปฏิบัติการ การทบทวนแผนยุทธศาสตร์และจัดทำแผนปฏิบัติการ

โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ระยะ ๕ ปี(พ.ศ.๒๕๖๗-๒๕๗๑) ครั้งที่ ๓

๙ มิถุนายน ๒๕๖๖ เวลา ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.

ณ ห้องประชุมศรีเมืองแก่น ชั้น ๔ อาคารผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

| ลำดับ | ชื่อ - สกุล | หน่วยงาน | ลายมือชื่อ |
|-------|----------------------|-----------|------------|
| ๓ | นางสาวสุวิมล ชินทนต์ | ER | |
| ๖ | นายอดิศักดิ์ ทรัพย์ | IC | |
| ๓ | จ.ศ.กมลวรรณ วัฒนกัน | HRD | |
| ๔ | นางสาวอัสสิม อุทัย | หอผู้ป่วย | |
| ๕ | นายสุวิมล ทรัพย์ | " | |
| ๖ | นายสุวิมล ทรัพย์ | " | |
| ๗ | น.ส.สุวิมล ทรัพย์ | " | |
| ๘ | น.ส.สุวิมล ทรัพย์ | " | |
| ๙ | นายสุวิมล ทรัพย์ | ศ./นศ.อภ | |
| ๑๐ | นายสุวิมล ทรัพย์ | ศ./นศ.อภ | |
| ๑๑ | น.ส.สุวิมล ทรัพย์ | นศ.อภ | |
| ๑๒ | นางสาวอัสสิม อุทัย | หอผู้ป่วย | |
| ๑๓ | นายสุวิมล ทรัพย์ | ศ./นศ.อภ | |
| ๑๔ | นายสุวิมล ทรัพย์ | ศ./นศ.อภ | |
| ๑๕ | นายสุวิมล ทรัพย์ | ศ./นศ.อภ | |
| ๑๖ | นายสุวิมล ทรัพย์ | ศ./นศ.อภ | |
| ๑๗ | นายสุวิมล ทรัพย์ | ศ./นศ.อภ | |
| ๑๘ | นายสุวิมล ทรัพย์ | ศ./นศ.อภ | |
| ๑๙ | นายสุวิมล ทรัพย์ | ศ./นศ.อภ | |
| ๒๐ | นายสุวิมล ทรัพย์ | ศ./นศ.อภ | |
| ๒๑ | นายสุวิมล ทรัพย์ | ศ./นศ.อภ | |
| ๒๒ | นายสุวิมล ทรัพย์ | ศ./นศ.อภ | |
| ๒๓ | นายสุวิมล ทรัพย์ | ศ./นศ.อภ | |
| ๒๔ | นายสุวิมล ทรัพย์ | ศ./นศ.อภ | |
| ๒๕ | นายสุวิมล ทรัพย์ | ศ./นศ.อภ | |

ลงทะเบียน

ประชุมเชิงปฏิบัติการ การทบทวนแผนยุทธศาสตร์และจัดทำแผนปฏิบัติการ

โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ระยะ ๕ ปี(พ.ศ.๒๕๖๗-๒๕๗๑) ครั้งที่ ๓

๙ มิถุนายน ๒๕๖๖ เวลา ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.

ณ ห้องประชุมศรีเมืองแก่น ชั้น ๔ อาคารผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

| ลำดับ | ชื่อ - สกุล | หน่วยงาน | ลายมือชื่อ |
|-------|-------------------------|------------------------|------------|
| ๑ | นางสาวชุตติ สันติเชิด | สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ | |
| ๒ | นางประสิทธิ์ วิเศษชัย | น. ————— | |
| ๓ | น.ส. ไชยภรณ์ - วรอนันต์ | น. ————— | |
| ๔ | น.ส. อุบลรัตน์ สอนรัมย์ | น. ————— | |
| ๕ | น.ส. จิรัชญา วัฒน | น. ————— | |
| ๖ | น.ส. พงษ์ศักดิ์ | น. ————— | |
| ๗ | นางอรุณรัตน์ | น. ————— | |
| ๘ | น.ส. เสนอภรณ์ ใจดีรัมย์ | น. ————— | |
| ๙ | น.ส. อธิชาพร พงษ์ชัย | น. ————— | |
| ๑๐ | น.ส. อธิชาพร พงษ์ชัย | น. ————— | |
| ๑๑ | น.ส. อธิชาพร พงษ์ชัย | น. ————— | |
| ๑๒ | น.ส. อธิชาพร พงษ์ชัย | น. ————— | |
| ๑๓ | น.ส. อธิชาพร พงษ์ชัย | น. ————— | |
| ๑๔ | น.ส. อธิชาพร พงษ์ชัย | น. ————— | |
| ๑๕ | น.ส. อธิชาพร พงษ์ชัย | น. ————— | |
| ๑๖ | น.ส. อธิชาพร พงษ์ชัย | น. ————— | |
| ๑๗ | น.ส. อธิชาพร พงษ์ชัย | น. ————— | |
| ๑๘ | น.ส. อธิชาพร พงษ์ชัย | น. ————— | |
| ๑๙ | น.ส. อธิชาพร พงษ์ชัย | น. ————— | |
| ๒๐ | น.ส. อธิชาพร พงษ์ชัย | น. ————— | |
| ๒๑ | น.ส. อธิชาพร พงษ์ชัย | น. ————— | |
| ๒๒ | | | |
| ๒๓ | | | |
| ๒๔ | | | |
| ๒๕ | | | |







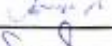
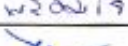

ลงทะเบียน

ประชุมเชิงปฏิบัติการ การทบทวนแผนยุทธศาสตร์และจัดทำแผนปฏิบัติการ

โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ระยะ ๕ ปี(พ.ศ.๒๕๖๗-๒๕๗๑) ครั้งที่ ๓

๙ มิถุนายน ๒๕๖๖ เวลา ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.

ณ ห้องประชุมศรีเมืองแก่น ชั้น ๔ อาคารผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

| ลำดับ | ชื่อ - สกุล | หน่วยงาน | ลายมือชื่อ |
|-------|-------------------------|---------------|---|
| ๑ | นางสาว สิริมา (มรป.) | นอภ. |  |
| ๒ | นางสาวกมลวรรณ พงษ์พานิช | นอภ.นบ.อ.บ.ค. |  |
| ๓ | นพ.จรัส อภิสรา | นอภ. |  |
| ๔ | นส. สันติ ภูมิ | นอภ.นบ.นค. |  |
| ๕ | นางสาว กนกวรรณ | นอภ.นค. |  |
| ๖ | นางสาวศิริมา สลิบทน | นอภ.นค. |  |
| ๗ | น.ส. จำรัสจิตา อ้วนแสง | นอภ.นค.นค. |  |
| ๘ | น.ส. พรวิภา อธิพาน | HRD |  |
| ๙ | นายวิวัฒน์ชัย อภัย | นอภ.นค.นค. |  |
| ๑๐ | | | |
| ๑๑ | | | |
| ๑๒ | | | |
| ๑๓ | | | |
| ๑๔ | | | |


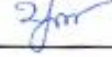
ลงทะเบียน

ประชุมเชิงปฏิบัติการ การทบทวนแผนยุทธศาสตร์และจัดทำแผนปฏิบัติการ

โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ระยะ ๕ ปี(พ.ศ.๒๕๖๗-๒๕๗๑) ครั้งที่ ๓

๙ มิถุนายน ๒๕๖๖ เวลา ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.

ณ ห้องประชุมศรีเมืองแก่น ชั้น ๔ อาคารผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

| ลำดับ | ชื่อ - สกุล | หน่วยงาน | ลายมือชื่อ |
|-------|--------------------|------------|---|
| ๑ | นางสาวอรุณี อธิพาน | นอภ.นค.นค. |  |
| ๒ | นางสุนันทา อธิพาน | HRD |  |
| ๓ | | | |
| ๔ | | | |

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมการจัดทำแผนระยะ 5 ปี (พ.ศ.2567-2571)

ครั้งที่ 4 วันที่ 22-24 มิถุนายน 2566

ลงทะเบียน

ประชุมโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการการทบทวนแผนยุทธศาสตร์และจัดทำแผนปฏิบัติการ

โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ระยะ 5 ปี(พ.ศ.๒๕๖๗-๒๕๗๑)

วันที่ ๒๒ - ๒๔ มิถุนายน ๒๕๖๖

| ลำดับ | ชื่อ - สกุล | วันที่ ๒๒ มิถุนายน ๒๕๖๖ | วันที่ ๒๓ มิถุนายน ๒๕๖๖ | วันที่ ๒๔ มิถุนายน ๒๕๖๖ |
|-------|---------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 | ผอ.นภาพร สิงขรมณี | | | |
| 2 | นพ.ศักดิ์ชัย เกียรติอำนวย | | | |
| 3 | นางรัตนา เนินถพ | | | |
| 4 | นายประภค คำพิชิต | | | |
| 5 | พญ.หรรษา เรืองศิริปิยะกุล | | | |
| 6 | นางประวีณา ขศิริบุรพา | | | |
| 7 | นางวรรณกร กิ่งเมืองเก่า | | | |
| 8 | นางเพลินพิศ ห่านตระกูล | | | |
| 9 | นางสุภาพร บุญมา | | | |
| 10 | นางประภัสสร ไกรหาญ | | | |
| 11 | นายรัชเดช สิงห์น้อย | | | |
| 12 | นางสาวจุฬิพร ไทยเหนือ | | | |
| 13 | น.ส.มารีสา อุดิน | | | |
| 14 | ภก.สุพจน์ จิรวิภาพันธุ์ | | | |
| 15 | นางจินตนา สันทอง | | | |
| 16 | นางกัญญาภัทร กิตติชนาคค | | | |
| 17 | นางกาญจนา น้อยสุข | - | - | - |
| 18 | นายสุขสันต์ ชัยเกษมสกุล | | | |
| 19 | นายสราวุฒิ คณะไชย | | | |
| 20 | น.ส.รักมิตา แสงหา | | | |
| 21 | นายศักดิ์ธนา วงศ์ภูมิ | | | |
| 22 | นางภาวิณี อักษรพิมพ์ | | | |
| 23 | น.ส.กัตติวัลย์ อุบึง | | | |
| 24 | นางอรอุมา พาค่า | | | |
| 25 | อุพิน พิมพ์สวัสดิ์ | | | |
| 26 | นางดวงภรณ์ กุลไชย | | | |

ลงทะเบียน

ประชุมโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการการทบทวนแผนยุทธศาสตร์และจัดทำแผนปฏิบัติการ

โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ระยะ ๕ ปี(พ.ศ.๒๕๖๗-๒๕๗๑)

วันที่ ๒๒ - ๒๔ มิถุนายน ๒๕๖๖

| ลำดับ | ชื่อ - สกุล | วันที่ ๒๒ มิถุนายน ๒๕๖๖ | วันที่ ๒๓ มิถุนายน ๒๕๖๖ | วันที่ ๒๔ มิถุนายน ๒๕๖๖ |
|-------|--------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 27 | นางสุพรรณิ ดิมุลา | | | |
| 28 | นางนิศาภรณ์ สุนทรพิทักษ์ | | | |
| 29 | นางสาวชฎานิส ชัมชนพัฒน์ | | | |
| 30 | นายวินัย ศิริกุล | | | |
| 31 | นางสาวสุพินดา นวลมณี | | | |
| 32 | นางสุรภรณ์ สิงห์โต | | | |
| 33 | นายคมกฤษ จันทะศรี | | | |
| 34 | นางสาวปวีณา ตาแสงสา | | | |
| 35 | นางอุษณีย์ กุณญ์ | | | |
| 36 | นายชิตพันธ์ กุณญ์ | | | |
| 37 | นางสาวอันทิษา อนุศรี | | | |
| 38 | นางสาวพัชรพร ดวงหยุดทอง | | | |
| 39 | นาย ช่อภรณ์ ภาสโรจน์ | | | |