

**แผนปฏิบัติการโรงพยาบาลสตูล
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566**



วิสัยทัศน์ (Vision)

ตติยภูมิคุณภาพ ปฐมภูมิเข้มแข็ง ประชาชนไว้วางใจ

พันธกิจ (Mission)

1. พัฒนามิติสุขภาพแบบองค์รวม
2. พัฒนาระบบเครือข่ายสุขภาพ
3. พัฒนาระบบบริหารจัดการ



สมรรถนะหลัก

(Core Competency)

1. ความเชี่ยวชาญในกลุ่มโรคที่สำคัญตามสาขาหลัก
2. ส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน (Health promotion and Prevention)
3. เชื่อมโยงเครือข่าย (Collaboration)
4. บริการด้วยหัวใจ (Service mind)

จุดเน้น/เข็มมุ่ง โรงพยาบาลสตูล ปีงบประมาณ 2566

กลุ่มโรคที่สำคัญ

- SEPSIS : ลดอัตราการเสียชีวิต
- COPD : ลดอัตราการกำเริบของผู้ป่วย
ปอดอุดกั้นเรื้อรังอายุ 40 ปีขึ้นไป
- มารดา : ลดอัตราการเสียชีวิต
- DM HT : อัตราการควบคุม DM HT

ลดต้นทุนรายโรค

- สูติกรรม, ศัลยกรรม,
- อายุรกรรม, กุมารเวชกรรม



2P safety

PATIENT

- Drug reconcile
- Reduction of
Diagnosis error
Delayed Diagnosis and
Delayed treatment

PERSONAL

- Sharp injury

พัฒนาเครือข่าย บริการสุขภาพ

Node ละงู, รพช.เครือข่าย



QR Code ยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลสตูล ปี 2566

วิสัยทัศน์ : ตติยภูมิคุณภาพ ปฐมภูมิเข้มแข็ง ประชาชนไว้วางใจ

พันธกิจ : 1. พัฒนามิติสุขภาพแบบองค์รวม

2. พัฒนาระบบเครือข่ายสุขภาพ

3. พัฒนาระบบบริหารจัดการ

Core Values : 1. เรียนรู้สิ่งใหม่ creative Learning

2. ใส่ใจบริการ customer focus

3. ร่วมแรงร่วมใจ teamwork

Core Competencies : 1. ความเชี่ยวชาญในกลุ่มโรคที่สำคัญตามสาขาหลัก

2. ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันกลุ่มเสี่ยง (Health promotion and Prevention)

3. เชื่อมโยงเครือข่าย (Collaboration)

4. บริการด้วยหัวใจ (Service mind)

จุดเน้น รพ.สตูล :

1. กลุ่มโรคที่สำคัญ

SEPSIS : ลดอัตราการเสียชีวิต

COPD : ลดอัตราการกำเริบของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังอายุ 40 ปีขึ้นไป

มารดา : ลดอัตราการเสียชีวิต

DM HT : อัตราการควบคุม DM HT

2. 2P safety :

PATIENT

- Drug reconcile

- Reduction of Diagnosis error Delayed Diagnosis and Delayed treatment

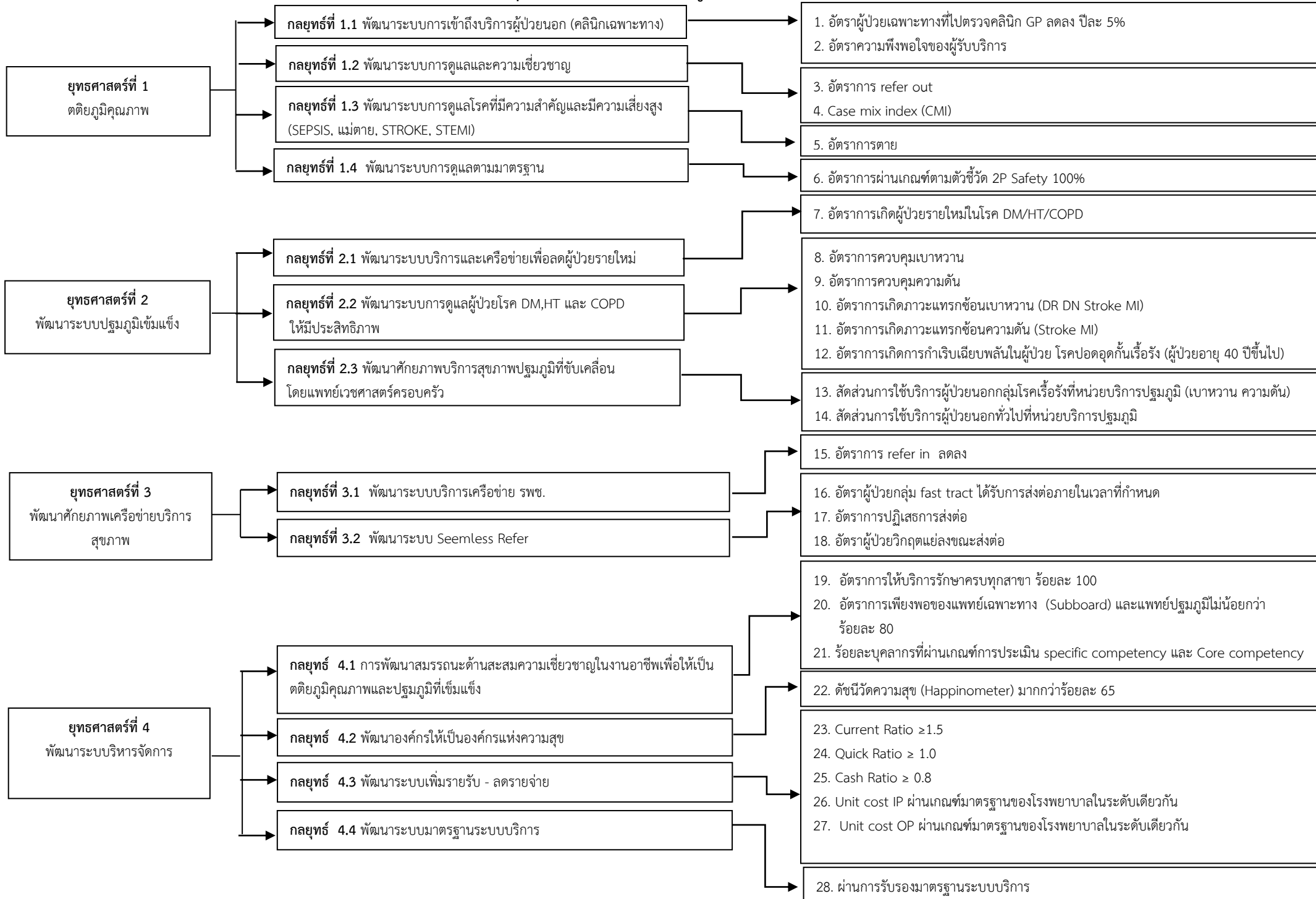
PERSONEL SALFETY

- Sharp injury

3. ลดต้นทุนรายโรค (สูติกรรม, ศัลยกรรม, อายุรกรรม, กุมารเวชกรรม)

4. พัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ (Node ละงู, รพช.เครือข่าย)

แผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลสตูล ปี 2565-2568



ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑

ตติยภูมิคุณภาพ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ ตติยภูมิคุณภาพ

กลยุทธ์ ๑.๑ พัฒนาระบบการเข้าถึงบริการผู้ป่วยนอก (คลินิกเฉพาะทาง)

ตัวชี้วัดที่ ๑ อัตราผู้ป่วยเฉพาะทางที่ไปตรวจคลินิก GP ลดลงปีละ ๕%

ตัวชี้วัดที่ ๒ อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ > ๘๕%

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ				ผู้รับผิดชอบ
						เงินบำรุง		เงิน สนับสนุน	อื่นๆ	
						อบรม	ประชุม			
๑	ขยายบริการคลินิกเฉพาะโรคผู้ป่วยนอกของ, คลินิกจิตเวชเด็กและคลินิกศัลยกรรมกระดูก (ป่วย ๒) คลินิกศัลยกรรมคลินิกนรีเวช	เพื่อพัฒนาระบบการตรวจผู้ป่วยนอกให้สามารถเข้าถึงแพทย์เฉพาะทางได้มากขึ้น	๑. อัตราผู้ป่วยเฉพาะทางที่ไปตรวจคลินิก GP ลดลงปีละ ๕% ๒. อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ > ๘๕%	๑.ขยายบริการคลินิกเฉพาะโรคผู้ป่วยนอกของคลินิกจิตเวชเด็ก คลินิกศัลยกรรมกระดูกป่วย คลินิกศัลยกรรม คลินิกนรีเวช ๒.ลดแออัด ลดการรอคอยในการรอคิวเข้ารับบริการ ๓.จัดระบบการเข้าถึงบริการแต่ละสาขาโดยคัดแยกตาม Criteria	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖					นพ.วิโรจน์/ ทีม FL พว.วรรณวิภา
๒	ลดแออัด ลดรอคอยในการรอคิวเข้ารับบริการ	เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการรวดเร็วขึ้น	๑. ระยะเวลาการรอคอยลดลงจากปี ๒๕๖๕ ร้อยละ ๒๐	๑. นัดผู้ป่วยตามช่วงเวลา ๒. พัฒนาระบบจองคิวออนไลน์ ๓. เปิดช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยคิวออนไลน์ ๔. ประชาสัมพันธ์ช่องทางการเข้าถึงบริการจองคิวออนไลน์	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖					พญ.สุดารัตน์/ พญ.วนพัชร/ เอกมาศ/ ทีม FL พว.วรรณวิภา

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ ตติยภูมิคุณภาพ

กลยุทธ์ ๑.๒ พัฒนาระบบการดูแลและความเชี่ยวชาญ

ตัวชี้วัดที่ ๓ อัตราการ refer out

ตัวชี้วัดที่ ๔ Case mix index (CMI)

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ				ผู้รับผิดชอบ
						เงินบำรุง		เงิน สนับสนุน	อื่นๆ	
						อบรม	ประชุม			
๓	พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย Abnormal Pap smear ด้วย COLPOSCOPY and LEEP	เพื่อค้นหาผู้ป่วยระยะก่อนมะเร็ง ปากมดลูก ให้ได้รับการรักษาได้ทันท่วงที	๑. อัตราการ Refer Abnormal Pap smear ๒. อัตราผู้ป่วย Abnormal Pap smear ได้ทำ COLPOSCOPY > ๘๐%	๑. ศึกษาดูงานระบบการดูแลผู้ป่วย Abnormal Pap Smear ณ รพ. พัทลุง ๒. ให้ความรู้เจ้าหน้าที่ OPD และ OR ในการให้ความรู้ผู้ป่วยและทำหัตถการ	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖	๐			งบ ครุภัณฑ์	พญ.นริศรา/ พว.ฐิติรัตน์
๔	ขยายบริการคลินิกเฉพาะทาง - คลินิกข้อเข่าเสื่อม - คลินิก Botox - คลินิกศัลยกรรมระบบประสาท	เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการเฉพาะทาง คลินิกข้อเข่าเสื่อม, คลินิก Botox, คลินิกศัลยกรรมระบบประสาทมากขึ้น	ร้อยละการจัดตั้งคลินิกเฉพาะทางที่กำหนดได้ ๑๐๐ %	๑. จัดระบบให้รองรับงานบริการผู้ป่วยเฉพาะโรค ๒. ส่งเสริม/พัฒนาสมรรถนะพยาบาลหน้าห้องตรวจ ๓. มีระบบนัดเข้าคิวของคลินิกเฉพาะทาง	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖	๐				นพ.พุทธพงศ์/ พว.รุ่งรวี/ นพ.วุฒิพงษ์/ พว.ลำหัดดิษฐ์ พว.วรรณวิภา (รวมทั้งหมด)

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ ตติยภูมิคุณภาพ

กลยุทธ์ ๑.๒ พัฒนาระบบการดูแลและความเชี่ยวชาญ

ตัวชี้วัดที่ ๓ อัตราการ refer out

ตัวชี้วัดที่ ๔ Case mix index (CMI)

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ				ผู้รับผิดชอบ
						เงินบำรุง		เงิน สนับสนุน	อื่นๆ	
						อบรม	ประชุม			
๕	พัฒนาศักยภาพทีม ผ่าตัดข้อเข่าเทียม	๑. ผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม เข้าถึงบริการผ่าตัดข้อ เข่าเทียม ๒. ทีมผู้ให้บริการมี ความรู้ความสามารถใน การให้บริการผ่าตัดข้อ เข่าเทียม ๓. เพิ่มความพึงพอใจ ผู้รับบริการผ่าตัดข้อเข่า เทียม	๑. อัตราเข้าถึงบริการผ่าตัด ข้อเข่าเทียมในผู้ป่วยข้อเข่า เสื่อมที่เข้าเกณฑ์ ๒. อัตราความพึงพอใจ ผู้รับบริการ	๑. พัฒนาศักยภาพทีมให้บริการผ่าตัด ข้อเข่าเทียม ๑.๑ ให้ความรู้และสาธิตการผ่าตัด โดยผู้เชี่ยวชาญแก่ทีมงานในเรื่อง - เทคนิคการผ่าตัดแผลเล็ก - การให้บริการผ่าตัด Unicompartmental knee arthroplasty ๑.๒ จัดทำแนวทางปฏิบัติที่ ชัดเจนทุกจุดบริการ ๑.๓ นำสู่การปฏิบัติ มีการติดตาม ผลใน PCT ทุกเดือน - Early Rehabilitation ๒. ขยายบริการผ่าตัดนอกเวลา Premium surgery ๒.๑ กำหนดแนวทางการ ดำเนินการ Premium TKA surgery ๒.๒ ประชาสัมพันธ์ผู้รับบริการ ๓. รายงานผลการปฏิบัติงานทุก ๓ เดือน	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖	๒๐,๐๐๐				นพ.พุทธิพงษ์/ พว.เจริญศรี/ พว.ลักขณา PCT ortho

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ ตติยภูมิคุณภาพ

กลยุทธ์ ๑.๒ พัฒนาระบบการดูแลและความเชี่ยวชาญ

ตัวชี้วัดที่ ๓ อัตราการ refer out

ตัวชี้วัดที่ ๔ Case mix index (CMI)

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ				ผู้รับผิดชอบ
						เงินบำรุง		เงิน สนับสนุน	อื่นๆ	
						อบรม	ประชุม			
๖	โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย NCD	๑. เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันมีความรู้ในการป้องกันการเกิดโรค Stroke STEMI ๒. เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิด CVD risk ได้รับการติดตาม และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง	๑. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน /ความดันโลหิตสูงที่มี CVD risk > ๒๐% score หลังได้รับการปรับเปลี่ยนแล้วมี CVD risk ลดลง (เป้า >๔๐) ๒. ร้อยละการติดตามในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มี CVD risk score >๒๐ % มากกว่า ๘๐	๑. คัดกรอง CVD risk คลินิก NCD ใน รพ.และ รพ.สต. โดยการติดตามการตรวจทางห้องปฏิบัติการประจำปี และลงข้อมูลในโปรแกรมคัดกรองให้ครบถ้วน ๒. จัดทำทะเบียนข้อมูลผู้ป่วยที่มี CVD risk สูง > ๒๐% ๓. จัดประชุมผู้รับผิดชอบ เพื่อวิเคราะห์ความเสี่ยงรายบุคคล ๔. คีนข้อมูลผู้ป่วยเพื่อจัดการพฤติกรรมเสี่ยง + ติดตาม ๕. ประชาสัมพันธ์ เรื่อง stroke STEMI fast tract ในกลุ่มเสี่ยง ๖. ลงข้อมูล หลังการติดตาม	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖	-				พว.อรอุมา มากจังหวัด

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ ตติยภูมิคุณภาพ

กลยุทธ์ ๑.๒ พัฒนาระบบการดูแลและความเชี่ยวชาญ

ตัวชี้วัดที่ ๓ อัตราการ refer out

ตัวชี้วัดที่ ๔ Case mix index (CMI)

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ				ผู้รับผิดชอบ
						เงินบำรุง		เงิน สนับสนุน	อื่นๆ	
						อบรม	ประชุม			
๗	โครงการพัฒนา ความเชี่ยวชาญของ แพทย์	แพทย์ร่วมประชุม แลกเปลี่ยนเรียนรู้	๑.ร้อยละ ๙๐ แพทย์เข้า ร่วมประชุมแลกเปลี่ยน เรียนรู้ ร่วมกัน	๑.ประชุมทบทวนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมกัน	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖	-	๑๖,๐๐๐			องค์กรแพทย์

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ				ผู้รับผิดชอบ
						เงินบำรุง		เงิน สนับสนุน	อื่นๆ	
						อบรม	ประชุม			
๘	ประชุมเชิงปฏิบัติ การป้องกันและ รักษาโรคมะเร็ง ต่อมลูกหมาก / มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งเต้านม พื้นที่ จังหวัดสตูล	๑.เพื่อให้ประชาชนกลุ่ม เสี่ยงมีความรู้เรื่อง โรคมะเร็ง ๒.เพื่อให้ประชาชน กลุ่มเป้าหมาย ได้มี โอกาสเข้าถึงการตรวจ มะเร็งเต้านม,มะเร็ง ลำไส้ใหญ่และมะเร็ง ต่อมลูกหมาก ๓.เพื่อให้สามารถตรวจ พบมะเร็งในระยะก่อน เป็นมะเร็งและระยะต้น (Early Stage)	๑.เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมี ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง >๘๐% ๒.เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ได้มีโอกาสเข้าถึงการตรวจมะเร็ง เต้านม,มะเร็งลำไส้ใหญ่และมะเร็ง ต่อมลูกหมาก >๘๐% ๓.เพื่อให้สามารถตรวจพบมะเร็ง ในระยะก่อนเป็นมะเร็งและระยะ ต้น (Early Stage) >๗๐%	๑.ประชุมชี้แจงโครงการแก่แกน นำ ณ ห้องประชุมทับทิม โรงพยาบาลสตูล ๒.ประชุมเชิงปฏิบัติการตรวจ เลือดแก่กลุ่มเป้าหมาย ณ.ลาน ชั้น๑ อาคาร ๑๐๐ปี สธ. โรงพยาบาลสตูล ๓.บรรยายวิชาการ เรื่อง การ ป้องกันและรักษาโรคมะเร็ง ณ ห้องประชุมแก้วโกเมน	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖	๕๐,๒๗๕	-			นพ.วิโรจน์ พว.จรัสศรี

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ ตติยภูมิคุณภาพ

กลยุทธ์ ๑.๓ พัฒนาระบบการดูแลโรคที่มีความสำคัญและมีความเสี่ยงสูง (SEPSIS, แม่นตาย, STROKE, STEMI)

ตัวชี้วัดที่ ๕ อัตราการตาย

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ	
						เงินบำรุง		เงิน สนับสนุน		อื่นๆ
						อบรม	ประชุม			
๙	โครงการขอการ รับรอง DSC (Disease Specific Certification)	เพื่อให้โรงพยาบาลสตูล ได้รับการรับรอง DSC (Disease Specific Certification) ในโรค Stroke	๑. อัตราการเข้ารับการรักษา ใน stroke unit > ๗๕ ๒. อัตราความพึงพอใจของ ผู้รับบริการ ใน stroke unit มากกว่า ๘๕ ๓. อัตราตายในผู้ป่วย Stroke มากกว่า ๗ ๔. อัตราการเข้ารับการรักษา ในระบบ Fast track > ๔๐ ๕. ร้อยละการเกิด recurrent stroke ภายใน ๒๘ วัน น้อยกว่า ๑% ๖. อัตราผู้ป่วยได้รับการ วางแผนจำหน่ายโรค NCD ก่อนจำหน่าย ๑๐๐%	๑. ปรับปรุง discharge planning ผู้ป่วย Stroke ตามมาตรฐาน DSC (Disease Specific Certification) ๒. พัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง (ข้อมูลส่งต่อ และส่งกลับ วิเคราะห์ ข้อมูล Feedback พัฒนา) ๓. Stroke alert ในผู้ป่วย CVD Risk - จัดทำระบบ notify กลุ่มเสี่ยงหรือ อาการสำคัญในเอกสารใบนัด และ แอปพลิเคชัน (line/หมอพร้อม) รวมถึงระบบ popup ใน HosXP - สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้าง เสริม Stroke ที่ OPD/อายุรกรรม ๔. พัฒนาระบบการค้นหาผู้ป่วย/วาง ระบบนิเทศ ติดตามผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อ การเกิด Stroke ในหอผู้ป่วย ๕. ยื่นขอการรับรอง DSC (Disease Specific Certification) จาก สรพ	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖				๕๐๐๐๐ งบพัฒนา มาตรฐาน คุณภาพ การ รับรอง DSC	นพ. วุฒิพงศ์/ พว. นันทนา

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ ตติยภูมิคุณภาพ

กลยุทธ์ ๑.๓ พัฒนาระบบการดูแลโรคที่มีความสำคัญและมีความเสี่ยงสูง (SEPSIS, แม่ตาย, STROKE, STEMI)

ตัวชี้วัดที่ ๕ อัตราการตาย

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ				ผู้รับผิดชอบ
						เงินบำรุง		เงิน สนับสนุน	อื่นๆ	
						อบรม	ประชุม			
๑๐	โครงการพัฒนาทีม SRRT ใน Sepsis	เพื่อพัฒนาระบบ SRRT ใน Sepsis	๑. ร้อยละของผู้ป่วย Sepsis ที่มี SOS Score ≥ ๖ ได้รับการดูแลจาก SRRT ๒. Activate time ของทีม SRRT ภายใน ๑๐ นาที ๓. อัตราการเข้าถึง ICU ในผู้ป่วย Sepsis ที่มี SOS Score ≥ ๖ ร้อยละ ๓๐	๑. จัดทำคำสั่งทีม Sepsis SRRT ๒. จัดทำแนวทางการทำงานของทีม Sepsis SRRT ๓. พัฒนาศักยภาพทีม Sepsis SRRT ตามมาตรฐานที่กำหนด ๔. จัดทำ Application สำหรับ Sepsis SRRT ๕. ทบทวนการปฏิบัติตามแนวทางการตาม Sepsis SRRT ทุก ๑ เดือน	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖	๐				พ.พิทวัส/ พว.ชัตติยา/ PCT Med
๑๑	โครงการลดแม่ตาย	เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตในหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม	๑. อัตราเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม เท่ากับ ๐	๑. พัฒนาแนวทางการดูแลโรคร่วมทางอายุรกรรมในหญิงตั้งครรภ์ ๒. พัฒนาระบบช่องทางด่วนการดูแลภาวะฉุกเฉินทางอายุรกรรม ๓. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖	๐				พญ.นริศรา/ พว.สุนิสา/ PCT Ob-gyn

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ ตติยภูมิคุณภาพ

กลยุทธ์ ๑.๓ พัฒนาระบบการดูแลโรคที่มีความสำคัญและมีความเสี่ยงสูง (SEPSIS, แม่ตาย, STROKE, STEMI)

ตัวชี้วัดที่ ๕ อัตราการตาย

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ				ผู้รับผิดชอบ
						เงินบำรุง		เงิน สนับสนุน	อื่นๆ	
						อบรม	ประชุม			
๑๒	อบรมเชิงปฏิบัติการ การณ้ซ่อมแผนโรค อุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ ในโรงพยาบาลสตูล ประจำปี ๒๕๖๖	เพื่อให้บุคลากรทีมสห วิชาชีพใน รพ.สตูล มีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำและเตรียมความ พร้อมในการผู้ป่วยได้ อย่างถูกต้อง	ร้อยละ ๑๐๐ เพื่อให้ บุคลากรทีมสหวิชาชีพใน รพ.สตูลมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ และเตรียมความพร้อมใน การผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	๑.ตั้งคณะกรรมการป้องกันและ ควบคุมโรคติดต่อใน รพ ๒.อบรมเรื่องโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖	๑,๐๐๐				อรอุมา/ประกอบ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ ตติยภูมิคุณภาพ

กลยุทธ์ที่ ๑.๔ พัฒนาระบบการดูแลตามมาตรฐานและปลอดภัย

ตัวชี้วัดที่ ๖ อัตราการผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัด ๒P Safety ๑๐๐%

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ				ผู้รับผิดชอบ
						เงินบำรุง		เงิน สนับสนุน	อื่นๆ	
						อบรม	ประชุม			
๑๓	โครงการเพิ่ม ประสิทธิภาพการ ปฏิบัติตามมาตรฐาน ๒P Safety (มาตรฐาน ๙ ข้อ)	๑.เจ้าหน้าที่ มีความรู้ ความเข้าใจในระบบ บริหารความเสี่ยง ๒. เจ้าหน้าที่มีความ เข้าใจเรื่อง ๒P Safety (มาตรฐาน ๙ ข้อ) ๓. เพื่อให้เกิดวัฒนธรรม ความปลอดภัยในทุก หน่วยงาน	๑. หน่วยงานมีการรายงาน อุบัติการณ์ ๒P ในระบบ NRLS > ๘๐ % ๒. บุคลากรได้รับการอบรม ให้ความรู้ ๒P Safety (มาตรฐาน ๙ ข้อ) ๑๐๐% ๓. ตัวชี้วัด ๒P Safety ผ่าน เกณฑ์ ๑๐๐%	๑. มอบรางวัลและเกียรติบัตร แก่ หน่วยงานที่มีการรายงานอุบัติการณ์ สูงสุด ๕ หน่วยงาน (หน่วยงาน clinic และ black office) ๒. จัดประชุมผู้รับผิดชอบ owner ๒P Safety (มาตรฐาน ๙ ข้อ) ๓.ชี้แจง ๒P Safety ตามจุดเน้นของ รพ.ทั้ง ๓ เรื่อง ด้าน Patient M : drug reconcile P : Reduction of diagnosis error ด้าน personal I : Contact transmission (sharp injury) ๔.จัดกิจกรรม ๒ P safety world (วันที่ ๑๗ กันยายน ของทุกปี) ใน โรงพยาบาล rally ๒P Safety ๕. ประกวดนวัตกรรม ๒P safety หน่วยงาน	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖	๑๐,๕๐๐				พญ.นันทนิช/ พญ.สุภาวรรณ/ พวสิริรัตน์

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒

พัฒนาระบบปฐมภูมิเข้มแข็ง

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ พัฒนาระบบปฐมภูมิเข้มแข็ง

กลยุทธ์ที่ ๒.๑ พัฒนาระบบบริการและเครือข่ายเพื่อลดผู้ป่วยรายใหม่

ตัวชี้วัดที่ ๗ อัตราการเกิดผู้ป่วยรายใหม่ในโรค DM/HT/COPD

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ				ผู้รับผิดชอบ
						เงินบำรุง		เงิน สนับสนุน	อื่นๆ	
						อบรม	ประชุม			
๑๔	โครงการค้นหาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมญาติกลุ่มเสี่ยงโดยใช้กระบวนการวางแผนการจำหน่าย	๑. เพื่อให้ญาติกลุ่มเสี่ยงได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง ๒. เพื่อให้ญาติกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยเจ้าหน้าที่	๑. อัตราการวางแผนจำหน่ายญาติกลุ่มเสี่ยงหอผู้ป่วยใน มากกว่า ๘๐ ๒. เพื่อพัฒนาคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง(DM/HT/COPD) ให้ได้มาตรฐาน ลดผู้ป่วยรายใหม่	๑. ปรับปรุง Discharge planning ร่วมกับ PCT (DM/HT) ๑.๑. จัดทำแบบฟอร์มส่งต่อข้อมูลระหว่าง รพ. กับทีมชุมชน ๑.๒. เพิ่มเติมประเด็นการค้นหากลุ่มเสี่ยง และญาติ ๒. สื่อสารกับ คปสอ สู่การปฏิบัติ และติดตามประเมินผล ๓. นิเทศติดตามโดย PCT และกลุ่มการพยาบาล	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖	๐				พว.เพ็ญศิริ/ ธัญตา/ ศทนายุทธ์
๑๕	โครงการจัดตั้งคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง (ปีละ ๖ รพ.สต.)	เพื่อพัฒนาคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง (DM/HT/COPD) ให้ได้มาตรฐาน ลดผู้ป่วยรายใหม่	๑. อัตราการเกิดผู้ป่วยรายใหม่ในโรค DM/HT/COPD เป้าหมาย HT ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ ๒.๕% ของปีก่อนหน้า เป้าหมาย DM ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ ๕% ของปีก่อนหน้า	๑. จัดทำมาตรฐานคลินิก DM/HT/COPD ๒. มีการสื่อสารทำความเข้าใจกับคณะกรรมการ คปสอ. ๓. มีการติดตาม ประเมิน เยี่ยม	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖	๐				รอเกี้ยว/อาณัติ/ จิรศักดิ์/สุข ศึกษา

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ พัฒนาระบบปฐมภูมิเข้มแข็ง

กลยุทธ์ที่ ๒.๑ พัฒนาระบบบริการและเครือข่ายเพื่อลดผู้ป่วยรายใหม่

ตัวชี้วัดที่ ๗ อัตราการเกิดผู้ป่วยรายใหม่ในโรค DM/HT/COPD

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ				ผู้รับผิดชอบ
						เงินบำรุง		เงินสนับสนุน	อื่นๆ	
						อบรม	ประชุม			
๑๖	โครงการสร้างชุมชนเข้มแข็งลดโรคเรื้อรัง Zone ๒ เป้าหมาย ปีละ ๑ ชุมชน	เพื่อพัฒนาชุมชนให้เข้มแข็ง ลดโรค ลดป่วย ลดภาวะแทรกซ้อน	๑. ชุมชนผ่านเกณฑ์ ๒. ลดผู้ป่วยรายใหม่จากปีที่แล้ว DM/HT/COPD ๓. ควบคุมอาการได้ในโรค DM/HT/COPD ๔. อัตราการเกิดโรค Stroke STEMI ลดลง	๑. ประชุมคณะกรรมการ ๒. จัดทำแผนกิจกรรม ๓. ประเมินผลการดำเนินการ	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖			๐ งบกองทุน เทศบาล		อาณัติ
๑๗	โครงการจัดตั้งคลินิกเล็บบุหรี่ระยะที่ ๑ ในรพ.สต./PCU (เป้าหมาย : ๒ แห่ง)	เพื่อพัฒนาคลินิกเล็บบุหรี่ให้ได้มาตรฐาน ลดนักสูบบุหรี่ใหม่และผู้ที่ได้รับการบำบัดหยุดการสูบบุหรี่ได้	๑. ร้อยละของประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองการสูบบุหรี่ อย่างน้อย ร้อยละ ๔๕ ๒. ร้อยละของผู้สูบบุหรี่ที่ผ่านการคัดกรองเข้าสู่ระบบการบำบัดให้เลิกบุหรี่ ร้อยละ ๕๐ ๓. ร้อยละของผู้เข้ารับการบำบัดให้เลิกบุหรี่ สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จอย่างน้อย ๖ เดือน ร้อยละ ๑๐	๑. อบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดำเนินการคัดกรองผู้สูบบุหรี่ และการบันทึกข้อมูล ๒. อบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพการให้คำปรึกษา การบำบัดรักษาผู้สูบบุหรี่ และการส่งต่อสำหรับผู้เข้ารับระบบเลิกบุหรี่ ๓. แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาระบบบริการช่วยเลิกบุหรี่ในระดับอำเภอ ๔. นิเทศ/ติดตามผลการดำเนินงาน	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖	๐		๐ งบสนับสนุน จาก สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดสตูล งาน ควบคุม ผลิตภัณฑ์ ยาสูบและ เครื่องดื่ม แอลกอฮอล์		ปวีณา มรรคาเขต

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ พัฒนาระบบปฐมภูมิเข้มแข็ง

กลยุทธ์ที่ ๒.๒ พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรค DM,HT และ COPD ให้มีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดที่ ๘ อัตราการควบคุมเบาหวาน

ตัวชี้วัดที่ ๙. อัตราการควบคุมความดัน

ตัวชี้วัดที่ ๑๐ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเบาหวาน (DR DN Stroke MI)

ตัวชี้วัดที่ ๑๑ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนความดัน (Stroke MI)

ตัวชี้วัดที่ ๑๒ อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ผู้ป่วยอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป)

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ				ผู้รับผิดชอบ
						เงินบำรุง		เงิน สนับสนุน	อื่นๆ	
						อบรม	ประชุม			
๑๘	พัฒนาศักยภาพการบริหารงานอนามัยแม่และเด็ก	๑.เพื่อให้เจ้าหน้าที่งานอนามัยแม่และเด็กและผู้เกี่ยวข้องมีความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ๒.ผู้เข้าอบรมมีความรู้ความเข้าใจเรื่องประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	๑.ร้อยละ ๘๐ ของเจ้าหน้าที่งานอนามัยแม่และเด็กและผู้เกี่ยวข้องมีความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้รับการอบรม ๒.ร้อยละ ๕๐ ของผู้เข้าอบรมมีความรู้ความเข้าใจเรื่องประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	๑.จัดอบรมพัฒนาศักยภาพเชิงปฏิบัติเจ้าหน้าที่งานอนามัยแม่และเด็กและผู้เกี่ยวข้องมีความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖	๖,๐๐๐				สุนิสา

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ พัฒนาระบบปฐมภูมิเข้มแข็ง

กลยุทธ์ที่ ๒.๒ พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรค DM,HT และ COPD ให้มีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดที่ ๘ อัตราการควบคุมเบาหวาน

ตัวชี้วัดที่ ๙. อัตราการควบคุมความดัน

ตัวชี้วัดที่ ๑๐ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเบาหวาน (DR DN Stroke MI)

ตัวชี้วัดที่ ๑๑ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนความดัน (Stroke MI)

ตัวชี้วัดที่ ๑๒ อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ผู้ป่วยอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป)

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ				ผู้รับผิดชอบ
						เงินบำรุง		เงิน สนับสนุน	อื่นๆ	
						อบรม	ประชุม			
๑๙	โครงการจัดตั้ง โรงเรียน DM/HT ใน NCD พื้นที่ โรงพยาบาลสตูล	เพื่อควบคุมอาการและ ลดภาวะแทรกซ้อนใน ผู้ป่วยโรค DM/HT COPD	๑. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ควบคุมได้มากกว่า ๓๐ ๒. ร้อยละของผู้ป่วยความดัน ควบคุมได้มากกว่า ๔๐ ๓. อัตราการเกิด ภาวะแทรกซ้อนเบาหวาน (DR DN Stroke MI) ๔. อัตราการเกิด ภาวะแทรกซ้อนความดัน (Stroke MI)	๑. จัดตั้งคณะกรรมการเบาหวาน/ ความดัน รพ.สตูล ๒. จัดทำหลักสูตร โรงเรียน เบาหวาน ๓. กำหนดตัวชี้วัดเพื่อประเมิน ประสิทธิภาพของหลักสูตร ๔. ติดตามตัวชี้วัดประสิทธิภาพของ หลักสูตร	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖	๐				พว.อรอุมา มากจังหวัด
๒๐	โครงการพัฒนา สมรรถนะการ ถ่ายภาพจอประสาท ตาใน รพ.สต เครือข่ายอำเภอ เมือง	เพื่อให้ผู้ป่วย DM ได้รับ การคัดกรองจอประสาท ตาโดย รพ.สต เครือข่าย อำเภอเมือง	๑. ร้อยละ รพ.สต เครือข่าย อำเภอเมือง ที่สามารถคัดกรอง จอประสาทตาได้ ๒. ร้อยละของผู้ป่วย DM ได้รับการคัดกรองจอประสาท ตาโดย รพ.สต เครือข่ายอำเภอ เมือง ร้อยละ ๖๐	๑. จัดอบรมศักยภาพการคัดกรอง จอประสาทตาของผู้ป่วย DM ใน จนท.รพ.สต เครือข่ายอำเภอเมือง (เป้าหมาย ๖๐ คน) ๒. ฝึกภาคปฏิบัติการคัดกรองจอ ประสาทตาของผู้ป่วย DM ใน จนท. รพ.สต เครือข่ายอำเภอเมือง	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖	๑๘,๐๐๐				กัลยารัตน์

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ พัฒนาระบบปฐมภูมิเข้มแข็ง

กลยุทธ์ที่ ๒.๒ พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรค DM,HT และ COPD ให้มีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดที่ ๘ อัตราการควบคุมเบาหวาน

ตัวชี้วัดที่ ๙. อัตราการควบคุมความดัน

ตัวชี้วัดที่ ๑๐ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเบาหวาน (DR DN Stroke MI)

ตัวชี้วัดที่ ๑๑ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนความดัน (Stroke MI)

ตัวชี้วัดที่ ๑๒ อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ผู้ป่วยอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป)

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ				ผู้รับผิดชอบ
						เงินบำรุง		เงิน สนับสนุน	อื่นๆ	
						อบรม	ประชุม			
๒๑	โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย COPD เครือข่ายบริการสุขภาพ จ.สตูล	พัฒนาประสิทธิภาพระบบการดูแลผู้ป่วย COPD และการดูแลต่อเนื่อง ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก รพ.สตูล และ รพช.	๑. อัตราการ re admit COPD ๒. ร้อยละของคลินิก COPD รพ.สตูล และเครือข่าย รพช. ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ๗๐% ๓. อัตราผู้ป่วย COPD ที่เกิด exacerbation ๑๑๐ครั้ง/แสนประชากร	๑. พัฒนาประสิทธิภาพ COPD รพ.สตูล และเครือข่าย รพช. ๑.๑. จัดตั้งคณะกรรมการ COPD ๑.๒. ประเมินมาตรฐาน รพ.สตูล และ รพช. ปีละ ๑ ครั้ง ๑.๓..... ๒. ปรับปรุง discharge planning โรค COPD	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖	๐				พญ.อวิศา/ ฐานุตา/ ชวนขวัญ/ อัมณิญา/ ปวีณา
๒๒	โครงการติดตามการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย DM/HT ในพื้นที่เครือข่าย รพ.สต.	๑. เพื่อควบคุมอาการและลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรค DM/HT COPD	- อัตราการควบคุมเบาหวาน - อัตราการควบคุมความดัน - อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเบาหวาน (DR DN Stroke MI) - อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนความดัน (Stroke MI) - อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง(ผู้ป่วยอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป)	๑. นิเทศติดตามการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย DM/HT ในพื้นที่เครือข่าย รพ.สต.การดูแลผู้ป่วย DM/HT เครือข่าย รพ.สต พื้นที่เกาะ ปีละ ๒ ครั้ง/พื้นที่	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖		๑๕๐,๐๐๐		งบ เดินทาง ไป ราชการ ๑๐,๐๐๐	รอเกี้ยว/ อานัติ/ จรัสศักดิ์/ สุซศึกษา

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ พัฒนาระบบปฐมภูมิเข้มแข็ง

กลยุทธ์ที่ ๒.๒ พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรค DM,HT และ COPD ให้มีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดที่ ๘ อัตราการควบคุมเบาหวาน

ตัวชี้วัดที่ ๙. อัตราการควบคุมความดัน

ตัวชี้วัดที่ ๑๐ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเบาหวาน (DR DN Stroke MI)

ตัวชี้วัดที่ ๑๑ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนความดัน (Stroke MI)

ตัวชี้วัดที่ ๑๒ อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ผู้ป่วยอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป)

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ				ผู้รับผิดชอบ
						เงินบำรุง		เงิน สนับสนุน	อื่นๆ	
						อบรม	ประชุม			
๒๓	โครงการพัฒนาศักยภาพการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย (Palliative care) เครือข่ายอำเภอเมือง จังหวัดสตูล	๑.เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง	๑.ร้อยละ ๘๐ ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการพัฒนาองค์ความรู้และทักษะการดูแลต่อเนื่องแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย	๑.อบรมเพิ่มพูนองค์ความรู้/แนวคิดการพยาบาลและแนวทางการดำเนินงานดูแลต่อเนื่องแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย ในเครือข่ายอำเภอเมืองสตูล ๒.ติดตามนิเทศงานคุณภาพการเยี่ยมบ้านในหน่วยบริการตามเกณฑ์เยี่ยมบ้านคุณภาพ	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖	๓,๐๐๐ งบ ฝึกอบรม พัฒนา ความรู้				คทายุทธ์/ เนตรนภา/ ฐานุตรา
๒๔	โครงการ อบรมผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุใหม่ (Care giver) ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงเครือข่ายสุขภาพ อำเภอเมือง จังหวัดสตูล	๑. เพื่อให้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุใหม่ (Care giver) มีความรู้ ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ๒. เพื่อเพิ่มความครอบคลุมของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุใหม่ (Care giver) ต่อจำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีจำนวนมากขึ้น	๑. ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุใหม่ (care giver) ได้รับการอบรมร้อยละ ๑๐๐ ๒. ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุใหม่ (care giver) มีความครอบคลุมต่อจำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ ๙๐	๑. จัดอบรมการดูแล ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (caregiver) หลักสูตร ๗๐ ชั่วโมง สำหรับ care giver ใหม่ รพ.สต.ในเขตอำเภอเมือง	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖	๒๓,๐๐๐ งบ ฝึกอบรม พัฒนา ความรู้				ผู้รับผิดชอบงาน LTC รพ.สตูล / นิรมล เขือกสม CM รพ.สต.

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ พัฒนาระบบปฐมภูมิเข้มแข็ง

กลยุทธ์ที่ ๒.๓ พัฒนาศักยภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ขับเคลื่อนโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

ตัวชี้วัดที่ ๑๓ สัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอกกลุ่มโรคเรื้อรังที่หน่วยบริการปฐมภูมิ (เบาหวาน ความดัน)

ตัวชี้วัดที่ ๑๔ สัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอกทั่วไปที่หน่วยบริการปฐมภูมิ

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ				ผู้รับผิดชอบ
						เงินบำรุง		เงิน สนับสนุน	อื่นๆ	
						อบรม	ประชุม			
๒๕	โครงการเพิ่มการเข้าถึงระบบบริการปฐมภูมิที่ขับเคลื่อนโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว นำร่อง PCU ๑, PCU ๒	๑. เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐาน ๒. ส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพตนเองและครอบครัว สามารถดูแลตนเองเมื่อป่วยได้	สัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอกทั่วไปที่หน่วยบริการปฐมภูมิ เป้าหมาย (รพ.สต. ๖๐ : รพ.สตูล ๔๐)	๑. แพทย์ออกตรวจสัปดาห์ละ ๕ วัน นำร่อง ๒ แห่ง (PCU๑, PCU๒) ๒. จัดทำแนวทางการส่งผู้ป่วยผ่าน green channel ๓. จัดระบบบริการผ่าน telehealth/ Telemedicine พื้นที่เกาะ ๔. พัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ ผ่านเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว อย่างต่อเนื่อง	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖	ใช้งบ อนุมัติไป ราชการ			๑๒,๐๐๐	อมรรัตน์ / นุรีตา / อุดมสิน
๒๖	พัฒนาระบบ Green Channel เครือข่ายปฐมภูมิอำเภอเมือง และ รพช.	๑. ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการแพทย์เฉพาะที่มีคุณภาพ และทางดูแลรักษาอย่างมีมาตรฐานโดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว Screening ๒. ลดระยะเวลารอคอยของประชาชนที่มาใช้บริการที่ รพ.แม่ข่าย ๓. เพื่อพัฒนาระบบช่องทางด่วน	๑. สัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอกทั่วไปที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ๒. ร้อยละของผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจ	๑. จัดตั้งกรรมการ ๒. กำหนดรูปแบบบริการ ๓. พัฒนาโปรแกรม ๔. ดำเนินการระบบ Green channel ในหน่วยบริการเป้าหมาย ๕. ติดตามประเมินผล	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖	๐				วนพัชร/ วรรณวิภา/ เอกมาศ/ อมรรัตน์

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ พัฒนาระบบปฐมนุรักษ์เข้มแข็ง

กลยุทธ์ที่ ๒.๓ พัฒนาศักยภาพบริการสุขภาพปฐมนุรักษ์ที่ขับเคลื่อนโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

ตัวชี้วัดที่ ๑๓ สัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอกกลุ่มโรคเรื้อรังที่หน่วยบริการปฐมนุรักษ์ (เบาหวาน ความดัน)

ตัวชี้วัดที่ ๑๔ สัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอกทั่วไปที่หน่วยบริการปฐมนุรักษ์

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ				ผู้รับผิดชอบ
						เงินบำรุง		เงิน สนับสนุน	อื่นๆ	
						อบรม	ประชุม			
๒๗	โครงการสร้าง ต้นแบบการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชโดย ชุมชน (ปรับด้วยยา รักษาด้วยใจภาค ชุมชน)	๑. เพื่อให้ผู้มีปัญหา สุขภาพจิต จิตเวชและยาเสพติด ได้รับการดูแลอย่าง ครอบคลุม ๒. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวช สามารถดูแลตนเองได้	อัตราการกำเริบของผู้ป่วย จิตเวชและยาเสพติดน้อย กว่าร้อยละ ๑	๑. อบรมเรื่องโรคทางจิตเวช ยา เสพติดและการรักษา ๒. จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในการดูแลตนเองแก่กลุ่มผู้ป่วย และผู้ดูแลในโรคที่กำหนด ๓. สนับสนุนให้มีการประกอบ อาชีพตามบริบท(ต่อยอดจาก อาชีพเดิม/สร้างอาชีพใหม่) โดย ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การสนับสนุน	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖			๑๒,๐๐๐ งบจิตเวช เรื้อรังที่ ได้รับการ จัดสรร		อัจรา ปะดุกา
๒๘	โครงการเสริมสร้าง ศักยภาพการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชและยา เสพติดเครือข่าย ผู้ดูแล ในเขตอำเภอ เมืองสตูล	๑. เพื่อให้ผู้มีปัญหา สุขภาพจิต จิตเวชและยาเสพติด ได้รับการดูแลอย่าง ครอบคลุม ๒. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวช สามารถดูแลตนเองได้	อัตราการกำเริบของผู้ป่วย จิตเวชและยาเสพติดน้อย กว่าร้อยละ ๑	๑. อบรมเรื่องโรคทางจิตเวช ยา เสพติดและการรักษา ๒. จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในการดูแลตนเองแก่กลุ่มผู้ป่วย และผู้ดูแลในโรคที่กำหนด ๓. สนับสนุนให้มีการประกอบ อาชีพตามบริบท(ต่อยอดจาก อาชีพเดิม/สร้างอาชีพใหม่) โดย ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การสนับสนุน	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖			๒๐,๐๐๐ งบจิตเวช เรื้อรังที่ ได้รับการ จัดสรร		อัจรา ปะดุกา

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ พัฒนาระบบปฐมภูมิเข้มแข็ง

กลยุทธ์ที่ ๒.๓ พัฒนาศักยภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ขับเคลื่อนโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

ตัวชี้วัดที่ ๑๓ สัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอกกลุ่มโรคเรื้อรังที่หน่วยบริการปฐมภูมิ (เบาหวาน ความดัน)

ตัวชี้วัดที่ ๑๔ สัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอกทั่วไปที่หน่วยบริการปฐมภูมิ

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ				ผู้รับผิดชอบ
						เงินบำรุง		เงิน สนับสนุน	อื่นๆ	
						อบรม	ประชุม			
๒๙	โครงการป้องกันและ แก้ไขปัญหาซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย	๑. เพื่อพัฒนาศักยภาพ บุคลากรในการดูแล ช่วยเหลือผู้มีปัญหา สุขภาพจิตและจิตเวช ๒. เพื่อสร้างกระแสสังคม รณรงค์ป้องกันปัญหาสุขภาพ จิต ซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย ๓. เพื่อเพิ่มอัตราการเข้าถึง บริการโรคจิต โรคซึมเศร้า ผู้ พยายามฆ่าตัวตาย	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่ เกิน ๘ ต่อแสนประชากร	๑. การพัฒนาระบบบริการการ ดูแลช่วยเหลือผู้พยายามฆ่าตัว ตาย ๒. ปลุกกระแสสังคม : รณรงค์ สัปดาห์สุขภาพจิตแห่งชาติ - จัดบอร์ดนิทรรศการ ให้ความรู้ ทางสวท. คัดกรอง - เสวนา ปัญหาสุขภาพจิต ๓. ให้ความรู้เฝ้าระวังปัญหา สุขภาพจิต จิตเวชและการฆ่าตัว ตาย	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖			งบ โรงเรียน		อัจรา ปะดุกา

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ พัฒนาระบบปฐมภูมิเข้มแข็ง

กลยุทธ์ที่ ๒.๓ พัฒนาศักยภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ขับเคลื่อนโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

ตัวชี้วัดที่ ๑๓ สัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอกกลุ่มโรคเรื้อรังที่หน่วยบริการปฐมภูมิ (เบาหวาน ความดัน)

ตัวชี้วัดที่ ๑๔ สัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอกทั่วไปที่หน่วยบริการปฐมภูมิ

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ				ผู้รับผิดชอบ
						เงินบำรุง		เงิน สนับสนุน	อื่นๆ	
						อบรม	ประชุม			
๓๐	โครงการป้องกันและ แก้ไขปัญหายาเสพติด	๑. เพื่อให้ผู้ป่วยยาเสพติด ได้รับการบำบัดและฟื้นฟู สมรรถภาพครบตามเกณฑ์ที่ มีคุณภาพ ๒. เพื่อรณรงค์ป้องกันและ แก้ไขปัญหายาเสพติด ๓. เพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วม ของชุมชนและภาคีเครือข่าย ให้ได้รับการพัฒนาเป็น เครือข่ายต้นแบบคุณภาพ เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหายา เสพติดและเพื่อสร้างเสริม การบำบัดฟื้นฟูโดยใช้ชุมชน เป็นศูนย์กลาง	๑. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติด เข้ารับการบำบัดรักษา และ ติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ๑ ปี ๒. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติด กลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับ การประเมิน บำบัดรักษาและ ติดตามดูแลช่วยเหลือตาม ระดับความรุนแรง อย่าง ต่อเนื่อง ๓. ร้อยละของวัยรุ่นและ เยาวชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ได้รับการดูแลและแก้ไขปัญหายา เกิดแกนนำเยาวชนในการให้ คำปรึกษา ๔. เกิดชุมชนต้นแบบ การ บำบัดรักษาโดยมีส่วนร่วมของ ชุมชนสำหรับผู้ติดยาเสพติด และติดยาเสพติด (CBTx) ในเขตอำเภอเมือง ๑ แห่ง (ตำบลเกาะสาหร่าย)	๑.๑ พัฒนารูปแบบการบำบัดรักษา ยาเสพติดโดยใช้โปรแกรมการเริ่มต้น ชีวิตใหม่ - ศาสนบำบัด - สร้างแรงจูงใจในการเลิกยา - ครอบครัวบำบัด ๑.๒ อบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้ ตามแนวทางการดำเนินการลด อันตรายจากการใช้ยาเสพติด(Harm Reduction) ๑.๓ มีแนวทางการดำเนินงานการบำบัด ฟื้นฟูโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) ๑.๔ การเสริมสร้างพลังอำนาจ ของ ชุมชน: ระดมทรัพยากรของชุมชน และการมีส่วนร่วม ๑.๕ บูรณาการ การรักษาฟื้นฟูเข้าสู่การบริการทาง สังคมและสุขภาพในชุมชน	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖			๑๐,๐๐๐ งบ โรงเรียน		อัจรา ปะดุกา

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ พัฒนาระบบปฐมภูมิเข้มแข็ง

กลยุทธ์ที่ ๒.๓ พัฒนาศักยภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ขับเคลื่อนโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

ตัวชี้วัดที่ ๑๓ สัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอกกลุ่มโรคเรื้อรังที่หน่วยบริการปฐมภูมิ (เบาหวาน ความดัน)

ตัวชี้วัดที่ ๑๔ สัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอกทั่วไปที่หน่วยบริการปฐมภูมิ

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ				ผู้รับผิดชอบ
						เงินบำรุง		เงิน สนับสนุน	อื่นๆ	
						อบรม	ประชุม			
๓๑	โครงการติดตามการดำเนินงานพัฒนาการเด็กปฐมวัยและวัยเรียน	๑. เพื่อพัฒนาศักยภาพ รพ.สต. ให้มีความรู้เรื่องพัฒนาการออกัสติกและสมาธิสั้น ๒. เพื่อเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการออกัสติกและสมาธิสั้น	๑. ร้อยละ ๙ ของการเข้าถึงบริการโรคสมาธิสั้น ร้อยละ ๑๑ ของผู้ที่มีปัญหาโรคออทิสติกเข้าถึงบริการ ๒. อัตราการพบเด็กพัฒนาการช้า > ๒๐ %	๑. พัฒนาศักยภาพบุคคล รพ.สต. ในรูปแบบการสอนความรู้ และ On the job training โดยผู้ที่มีประสบการณ์มากกว่าทั้งในทีม DSPPM และ TD๔1 ๒. พัฒนาระบบบริการให้ง่ายต่อการเข้าถึง/ลดขั้นตอน ๓. สร้างเครือข่ายในการเพิ่มการเข้าถึงคลินิกเอกซน (กุมารแพทย์) ๔. พัฒนาเรื่องการให้ความรู้ในกลุ่มผู้ดูแล/ผู้ปกครอง/ครูในศูนย์	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖			๑๐,๘๘๐ งปไป ราชการ (๔๐๐บาท x ๔คน x ๑๗ แห่ง)		พว.กิตติมา พว.เกษนิพร เวชกรรมสังคม / พว.อติตยา ปุ หลัง

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๓

พัฒนาศักยภาพเครือข่ายบริการสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนาศักยภาพเครือข่ายบริการสุขภาพ

กลยุทธ์ที่ ๓.๑ พัฒนาระบบบริการเครือข่าย รพช.

ตัวชี้วัดที่ ๑๕ อัตราการ refer in ลดลง

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ				ผู้รับผิดชอบ
						เงินบำรุง		เงิน สนับสนุน	อื่นๆ	
						อบรม	ประชุม			
๓๒	๑. พัฒนาศักยภาพ Node ละงู (สูติกรรม, ศัลยกรรม, ศัลยกรรมกระดูก + กุมารเวชกรรม + อายุรกรรม + จักษุ)	๑. เพื่อพัฒนาเครือข่ายให้มี ศักยภาพสูงขึ้นในการดูแล ผู้ป่วยและลดการส่งต่อมารพ.สตูล	๑. อัตราการ refer in ลดลง	๑. จัดประชุมเครือข่ายรพช.ชี้แจง พัฒนาระบบบริการของเครือข่าย รพช.ในสาขาที่เกี่ยวข้องสูติกรรม, ศัลยกรรม, ศัลยกรรมกระดูก + กุมารเวชกรรม + อายุรกรรม + จักษุ	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖	๐				นพ.พุทธพงศ์/ พว.รุ่งราวี
	สูติกรรม	๑.เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ ผู้ป่วยกลุ่มสูติ-นรีเวช ในเขต พื้นที่ละงูและทุ่งหว้า ๒.เพื่อลดการส่งต่อผู้ป่วย กลุ่ม Elective CS ของ Node ละงู	๑.ร้อยละผู้ป่วยละงูและทุ่งหว้า ในคลินิก ANC ครรภ์ เสี่ยง รพ.สตูล < ๑๐ ๒.ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วย Elective CS < ๕	๑. จัดประชุมทีม เพื่อกำหนดกลุ่ม ผู้รับบริการของ Node ละงู (รองรับผู้ป่วยพื้นที่ละงู และทุ่งหว้า)	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖	๐				พญ.นริศรา / พว. เพ็ญศรี

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนาศักยภาพเครือข่ายบริการสุขภาพ

กลยุทธ์ที่ ๓.๑ พัฒนาระบบบริการเครือข่าย รพช.

ตัวชี้วัดที่ ๑๕ อัตราการ refer in ลดลง

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ				ผู้รับผิดชอบ
						เงินบำรุง		เงิน สนับสนุน	อื่นๆ	
						อบรม	ประชุม			
	ศัลยกรรม	๑. เพื่อเพิ่มการเข้าถึง บริการผู้ป่วยศัลยกรรมใน เขตอำเภอละงู และพื้นที่ ใกล้เคียง ๒. เพื่อลดการส่งต่อผู้ป่วย ศัลยกรรมกลุ่มที่ต้องมีการ ผ่าตัด เช่น Appendicitis Hernia	๑. ร้อยละผู้ป่วยละงูที่คลินิก ศัลยกรรมรพ.สตูล (เป้า < ๑๐%) ๒. ร้อยละผู้ป่วย ศัลยกรรมในเขต ละงูได้รับ การบริการที่รพ.ละงู เพิ่มขึ้น > ๒๐%	๑. จัดทีมแพทย์ศัลยกรรมออก ตรวจที่รพ.ละงูและรองรับ ผู้ป่วยพท.ใกล้เคียง เดือนละ ๑ ครั้ง ๒. จัดทีมแพทย์ พยาบาล สัตถุ ช่วยในการผ่าตัดร่วมกับแพทย์ ศัลยกรรมรพ.ละงู เช่น การทำ CA colon และกลุ่มที่ต้องทำ Venous Stripping	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖	๐				นพ.เนติกรณ์
	ศัลยกรรมกระดูก	๑. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ ผู้ป่วยกระดูกและข้อในเขต อำเภอละงู และพื้นที่ ใกล้เคียง ๒. เพื่อลดการส่งต่อผู้ป่วย กระดูกและข้อจากละงูและ พื้นที่ใกล้เคียง	๑. ร้อยละผู้ป่วยละงูที่คลินิก ศัลยกรรมกระดูก รพ.สตูล (เป้า < ๑๐%) ๒. ร้อยละผู้ป่วยกระดูกและ ข้อในเขตละงูได้รับการ บริการที่รพ.ละงู (จน ผู้ป่วย ortho ละงู/ จน ผู้ป่วย ortho ละงูใน รพ. สตูล * ๑๐๐ > ๒๐%	๑. จัดแพทย์ศัลยกรรมกระดูก หมุนเวียนออกไปให้บริการตรวจ รักษาผู้ป่วยโรคกระดูกที่ โรงพยาบาลละงู ๒ ครั้งต่อเดือน ๒. พัฒนาศักยภาพแพทย์รพชใน เรื่องหัตถการด้านกระดูกและข้อ พื้นฐานสำหรับผู้ป่วยนอก ๓. จัดบริการผ่าตัดเล็กที่ รพ.ละงู	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖	๐				นพ.พุทธพงษ์/ พว.รุ่งราวี

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนาศักยภาพเครือข่ายบริการสุขภาพ

กลยุทธ์ที่ ๓.๑ พัฒนาระบบบริการเครือข่าย รพช.

ตัวชี้วัดที่ ๑๕ อัตราการ refer in ลดลง

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ	
						เงินบำรุง		เงิน สนับสนุน		อื่นๆ
						อบรม	ประชุม			
	จักุ	๑.ลดระยะรอคอยผู้ป่วย ผ่าตัดต่อกระจก ๒. เพิ่มการเข้าถึงบริการคัด กรองผู้สูงอายุและกลุ่มเสี่ยง	๑. ร้อยละผู้ป่วย Blinding cataractได้รับการผ่าตัด ภายใน ๓๐ วันมากกว่าหรือ เท่ากับ ๘๕ ๒. ร้อยละผู้ป่วย Low vision cataractได้รับการ ผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน มากกว่าหรือเท่ากับ ๘๕ ๓. ร้อยละผู้สูงอายุ ๖๐ ปี ขึ้นไปได้รับการคัดกรอง สายตามากกว่าหรือเท่ากับ ๘๕ ๔. ร้อยละการคัดกรอง ผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอ ประสาทมากกว่าหรือเท่ากับ ๖๐	๑. มีจักุแพทย์ที่ รพ.ละงู ๑ ท่าน ๒. มีหน่วยผ่าตัดเคลื่อนที่มาช่วย ผ่าตัด ๓. อบรมพยาบาลเวชปฏิบัติเฉพาะ ทางจักุ	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖			๑๐๐,๐๐๐ งบอบรมคน ละ ๑๐,๐๐๐		พญ.นุสรรา /พว.กัลยารัตน์

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนาศักยภาพเครือข่ายบริการสุขภาพ

กลยุทธ์ที่ ๓.๑ พัฒนาระบบบริการเครือข่าย รพช.

ตัวชี้วัดที่ ๑๕ อัตราการ refer in ลดลง

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ				ผู้รับผิดชอบ
						เงินบำรุง		เงิน สนับสนุน	อื่นๆ	
						อบรม	ประชุม			
๓๓	พัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ (ICU) Node ละงู	๑. เพื่อเพิ่มการเข้าถึง ICU และลดการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินจาก Node ละงู	๑. ร้อยละของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินได้รับการดูแลใน ICU Node ละงู	๑. จัดประชุมชี้แจงและแนวทางการพัฒนา ICU ของรพ.ละงู ๒.พัฒนาให้ Node ละงูเปิด ICU - ส่งพยาบาลฝึกปฏิบัติงาน ICU - เตรียมอุปกรณ์เครื่องมือ - จัดเตรียมอาคาร สถานที่ ๓. จัดทีมดูแลผู้ป่วยวิกฤติของรพ.สตูลสัจจรและร่วมดูแลผู้ป่วยวิกฤติ ICU ร่วมกัน	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖					นพ.วิโรจน์/พว. กันยาพร
๓๔	พัฒนาศักยภาพ Node ละงู ผู้ป่วย Stroke แบบครบวงจร	เพื่อพัฒนาศักยภาพ รพ.ละงู สามารถส่งต่อไปทำ Thrombectomy ได้	ร้อยละผู้ป่วย Ischemic Stroke ที่เข้าเกณฑ์ สามารถส่งต่อไปทำ Thrombectomy จาก รพช. ละงู ๕๐%	๑. ให้ความรู้แพทย์และพยาบาล เรื่องการ Admit และ Refer Thrombectomy โรงพยาบาล ละงู	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖		๓,๖๐๐ งบประมาณ ๓๐ คน x ๑๒๐ บาท			พ.วุฒิพงศ์/ พว.นันทนา

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนาศักยภาพเครือข่ายบริการสุขภาพ

กลยุทธ์ที่ ๓.๑ พัฒนาระบบบริการเครือข่าย รพช.

ตัวชี้วัดที่ ๑๕ อัตราการ refer in ลดลง

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ	
						เงินบำรุง		เงิน สนับสนุน		อื่นๆ
						อบรม	ประชุม			
๓๕	โครงการพัฒนาศักยภาพแพทย์ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลละงู	๑. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชให้ได้ตามมาตรฐานฯ ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน	๑. ร้อยละของการเข้าถึงของผู้ป่วยโรคจิต มากกว่า ๗๕ ๒. ร้อยละการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้า มากกว่า ๖๕	๑. พัฒนาศักยภาพแพทย์ในการวินิจฉัยโรคในรพช. ๒ ครั้ง/รพช ๒. นำผู้ป่วยมาทบทวนการวินิจฉัยในรายที่มีอาการไม่ชัดเจนหรือยากต่อการวินิจฉัย ๓. นิเทศติดตามการดำเนินงานฯ ในแผนกผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วย ๔. ทบทวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยทีมสหวิชาชีพ	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖			๑๐,๐๐๐ งบ สปสช.		สุชาดา ปิติ เศรษฐ์
๓๖	พัฒนาระบบเครือข่ายเชื่อมโยงกับ รพช และชุมชน (Stroke, COPD, Sepsis, ER, จิตเวช และยาเสพติด,)	เพื่อติดตามและประเมินการดูแลผู้ป่วย รพช. โรค Stroke, COPD, Sepsis, ER, จิตเวชและยาเสพติด ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน	ร้อยละของ รพช. ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน Stroke, COPD, Sepsis, ER, จิตเวช และยาเสพติด	๑. ติดตามและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย Stroke Stroke, COPD, Sepsis, ER, จิตเวชและยาเสพติด ใน รพช. ๒. สรุปผลการติดตามและพัฒนา ลงสู่ทีม PCT/ทีมนำ	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖		๔๐,๐๐๐ งบประมาณ ๕๐ คน x ๑๒๐ บาท x ๖ รพ.			พว.นันทนา/ พว.ชัตติยา/ พว.สุชาดา/ พว.อัมณีนุญา/ พว.ฐานุตรา

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนาศักยภาพเครือข่ายบริการสุขภาพ

กลยุทธ์ที่ ๓.๑ พัฒนาระบบบริการเครือข่าย รพช.

ตัวชี้วัดที่ ๑๕ อัตราการ refer in ลดลง

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ	
						เงินบำรุง		เงิน สนับสนุน		อื่นๆ
						อบรม	ประชุม			
๓๗	พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชอย่างครบวงจร	๑. เพื่อให้เครือข่ายมีความรู้เรื่องโรคทางจิตเวชที่ถูกต้อง ๒. เพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมในการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยโรคจิตรายใหม่ในชุมชน ๓. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงผู้ป่วยจิตเวชรายใหม่	๑. ร้อยละของการเข้าถึงของผู้ป่วยโรคจิต มากกว่า ๗๕	๑. ให้ความรู้บุคลากรในรพช. รพ.สต. เครือข่ายโดยการจัดอบรม จัดให้ความรู้ในการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ๒. ให้ความรู้สื่อรายการวิทยุ เรื่องการคัดกรอง ค้นหา ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนเพื่อส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษา ๓. จัดให้มีทีมค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ประจำหมู่บ้านโดยมีจนท.รพ.สต เป็นพี่เลี้ยงในการประสานกับทีมโรงพยาบาล เพื่อนำเข้าสู่ระบบการรักษา ๔. ร่วมกับทีมสหวิชาชีพและชุมชนในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาซับซ้อน	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖			๒๐,๐๐๐ งบจิตเวช เรื่องร้องที่ ได้รับการ จัดสรร	สุชาดา ปิติเศรษฐ์	

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนาศักยภาพเครือข่ายบริการสุขภาพ

กลยุทธ์ที่ ๓.๒ พัฒนาระบบ Seamless Refer

ตัวชี้วัดที่ ๑๖ อัตราผู้ป่วยกลุ่ม fast tract ได้รับการส่งต่อภายในเวลาที่กำหนด

ตัวชี้วัดที่ ๑๗ อัตราการปฏิเสธการส่งต่อ

ตัวชี้วัดที่ ๑๘ อัตราผู้ป่วยวิกฤตแย่งลงขณะส่งต่อ

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ				ผู้รับผิดชอบ
						เงินบำรุง		เงิน สนับสนุน	อื่นๆ	
						อบรม	ประชุม			
๓๘	พัฒนาการดูแลผู้ป่วยในสถานที่ห้องเที่ยว จังหวัดสตูล	๑. เพื่อให้ผู้ป่วยหรือนักท่องเที่ยวสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างรวดเร็วและปลอดภัย	๑. อัตราการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน > ๒๔% ๒. อัตราผู้ป่วยแย่งลงหรือเสียชีวิตระหว่างส่งต่อ ใน Case ที่ป้องกันได้เท่ากับ ๐	๑. จัดประชุมชี้แจงและให้ความรู้ผู้เกี่ยวข้องและหน่วยกู้ชีพใน พท. ห้องเที่ยวเกาะหลีเป๊ะทางทะเลและทางบก จำนวน ๑ วัน - ค่าอาหารกลางวันจำนวน ๗๐ คน = $๗๐ * ๘๐ * ๑ = ๕,๖๐๐$ บาท - ค่าอาหารว่าง $๗๐ * ๓๕ * ๒ * ๑ = ๔,๙๐๐$ บาท ๓. มอบอุปกรณ์การแพทย์และ EMS ให้หน่วยที่เกี่ยวข้องในการให้บริการนักท่องเที่ยว	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖	-				นพ.จักรพงษ์/ พว.พุดตาล

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนาศักยภาพเครือข่ายบริการสุขภาพ

กลยุทธ์ที่ ๓.๒ พัฒนาระบบ Seamless Refer

ตัวชี้วัดที่ ๑๖ อัตราผู้ป่วยกลุ่ม fast tract ได้รับการส่งต่อภายในเวลาที่กำหนด

ตัวชี้วัดที่ ๑๗ อัตราการปฏิเสธการส่งต่อ

ตัวชี้วัดที่ ๑๘ อัตราผู้ป่วยวิกฤตแย่งลงขณะส่งต่อ

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ				ผู้รับผิดชอบ
						เงินบำรุง		เงิน สนับสนุน	อื่นๆ	
						อบรม	ประชุม			
๓๙	อบรมเชิง ปฏิบัติการพัฒนาระบบการแพทย์ ฉุกเฉินทางทะเล	๑. เพื่อให้ผู้ป่วยหรือนักท่องเที่ยวสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างรวดเร็วและปลอดภัย ๒. เพื่อให้จนท.มีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินหรือกลุ่ม Fast tract ๓. เพื่อสร้างระบบเครือข่ายทางทะเลในภาวะที่เกิดภัยพิบัติ	๑. อัตราการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน > ๒๔% ๒. อัตราผู้ป่วยแย่งลงหรือเสียชีวิตระหว่างส่งต่อ ใน Case ที่ป้องกันได้เท่ากับ ๐ ๓. แนวทางการจัดการกรณีเกิดภัยพิบัติทางทะเล	๑. ประชุมเชิงปฏิบัติการและให้ความรู้ จนท.รพ.สต.เกาะหลีเป๊ะ การดูแลผู้ป่วยกลุ่ม Fast track และปัญหาอุปสรรคการทำงาน ๒. ให้ความรู้ช่วยเหลือผู้ป่วยทางทะเล และการจัดการ Daiaster ทางทะเลในพท.เกาะหลีเป๊ะแก่ผู้ประกอบการ เครือข่ายEMSและ จนท.รพ.สต. จำนวน ๗๐ คน (รวมผู้จัด ๘ คน) ๓. Top table Exercise ร่วมกับภาคีเครือข่ายทางทะเล	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖	๑๓๔,๖๐๐				นพ.จักรพงษ์/ พว.พุดตาล

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนาศักยภาพเครือข่ายบริการสุขภาพ

กลยุทธ์ที่ ๓.๒ พัฒนาระบบ Seamless Refer

ตัวชี้วัดที่ ๑๖ อัตราผู้ป่วยกลุ่ม fast tract ได้รับการส่งต่อภายในเวลาที่กำหนด

ตัวชี้วัดที่ ๑๗ อัตราการปฏิเสธการส่งต่อ

ตัวชี้วัดที่ ๑๘ อัตราผู้ป่วยวิกฤตแย่งลงขณะส่งต่อ

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ				ผู้รับผิดชอบ
						เงินบำรุง		เงิน สนับสนุน	อื่นๆ	
						อบรม	ประชุม			
๔๐	พัฒนาระบบ Smart EMS (Seamless (AOC)	๑. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันที่และปลอดภัย	๑. อัตราผู้ป่วยแย่งลงหรือเสียชีวิตระหว่างส่งต่อ ๒. อัตราผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน Level ๑,๒ ได้รับการปรึกษาจากแพทย์ขณะผู้ป่วยอยู่บนรถพยาบาล > ๘๐%	๑. กำหนดและชี้แจงการ Consult ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน EMS และ Refer ในรถพยาบาล ในการประชุม ๒. จัดระบบแพทย์ EP รับ Consult ตลอด ๒๔ ชม ในขณะผู้ป่วยอยู่บนรถพยาบาลระหว่างการ Refer (EMS,Refer)ผ่าน Telemedicine	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖	๐				นพ.ประสพชัย/ พว.พุดตาล

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนาศักยภาพเครือข่ายบริการสุขภาพ

กลยุทธ์ที่ ๓.๒ พัฒนาระบบ Seamless Refer

ตัวชี้วัดที่ ๑๖ อัตราผู้ป่วยกลุ่ม fast tract ได้รับการส่งต่อภายในเวลาที่กำหนด

ตัวชี้วัดที่ ๑๗ อัตราการปฏิเสธการส่งต่อ

ตัวชี้วัดที่ ๑๘ อัตราผู้ป่วยวิกฤตแย่งลงขณะส่งต่อ

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ				ผู้รับผิดชอบ
						เงินบำรุง		เงิน สนับสนุน	อื่นๆ	
						อบรม	ประชุม			
๔๑	โครงการพัฒนา เครือข่ายโดยใช้ Referral Conference	๑. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการ ดูแลที่ปลอดภัย	๑. อัตราการทบทวน อุบัติการณ์ EMS Refer > ๘๐% ๒. อัตราผู้ป่วยแย่งระหว่าง ส่งต่อลดลง	๑. ประชุม Referral Conference ทุก ๓ เดือน ๒. ประชุม Referral Conference ผ่าน Google meet	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖	๑๕,๐๐๐	๓๐ คน/ครั้ง x ๔ ครั้ง			นพ.จักรพงษ์/ นพ.ประสพชัย/ พว.พุดताल/ พว.ชอลีฮ๊ะ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔

พัฒนาระบบบริหารจัดการ

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ พัฒนาระบบบริหารจัดการ

กลยุทธ์ที่ ๔.๑ การพัฒนาสมรรถนะด้านสะสมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพเพื่อให้เป็นตติยภูมิคุณภาพและปฐมภูมิที่เข้มแข็ง

ตัวชี้วัดที่ ๑๙ อัตราการให้บริการรักษาครบทุกสาขา ร้อยละ ๑๐๐

ตัวชี้วัดที่ ๒๐ อัตราการเพียงพอของแพทย์เฉพาะทาง (Subboard) และแพทย์ปฐมภูมิไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐

ตัวชี้วัดที่ ๒๑ ร้อยละบุคลากรที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน specific competency และ Core competency

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ				ผู้รับผิดชอบ
						เงินบำรุง		เงิน สนับสนุน	อื่นๆ	
						อบรม	ประชุม			
๔๒	โครงการพัฒนา สมรรถนะหลัก (Core Completnency องค์กร)	๑. เพื่อพัฒนาระบบการ ส่งเสริมสุขภาพและคัดกรอง กลุ่มเสี่ยง(Health promotion and Screening)	๑. พัฒนาระบบการส่งเสริม สุขภาพและคัดกรองกลุ่ม เสี่ยง(Health promotion and Screening) ๒. ร้อยละบุคลากรมี สมรรถนะด้าน การส่งเสริม สุขภาพผู้ป่วย COPD ร้อย ละ ๘๐	๑. จัดตั้งคณะกรรมการ ๒. ประเมินสมรรถนะบุคลากร ด้านการส่งเสริมสุขภาพของ ตนเอง ๓. จัดทำแบบประเมิน สมรรถนะบุคลากรด้านการ ส่งเสริมสุขภาพ ๔. ประเมินสมรรถนะบุคลากร ด้านการส่งเสริมสุขภาพของ ผู้ป่วย COPD	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖					พว.วาสนา/ พว.กัญยาพร/ อุบลรัตน์/ คณะกรรมการ HR
		๒. เพื่อพัฒนาระบบการ เชื่อมโยงเครือข่าย (Collaboration)	๑. ร้อยละบุคลากรมี สมรรถนะด้าน การดูแล ผู้ป่วยCOPDที่ส่งต่อร้อยละ ๘๐	๑. จัดตั้งคณะกรรมการ ๒. จัดทำแบบประเมิน สมรรถนะบุคลากรด้านการ เชื่อมโยงเครือข่าย ๓. ประเมินสมรรถนะบุคลากร ด้านการเชื่อมโยงเครือข่าย ของผู้ป่วย COPD						

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ พัฒนาระบบบริหารจัดการ

กลยุทธ์ที่ ๔.๑ การพัฒนาสมรรถนะด้านสะสมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพเพื่อให้เป็นตติยภูมิคุณภาพและปฐมภูมิที่เข้มแข็ง

ตัวชี้วัดที่ ๑๙ อัตราการให้บริการรักษาครบทุกสาขา ร้อยละ ๑๐๐

ตัวชี้วัดที่ ๒๐ อัตราการเพียงพอของแพทย์เฉพาะทาง (Subboard) และแพทย์ปฐมภูมิไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐

ตัวชี้วัดที่ ๒๑ ร้อยละบุคลากรที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน specific competency และ Core competency

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ				ผู้รับผิดชอบ
						เงินบำรุง		เงิน สนับสนุน	อื่นๆ	
						อบรม	ประชุม			
๔๓	โครงการบริหาร อัตรากำลังเพื่อ จัดบริการทุกสาขา	๑. เพื่อจัดสรรอัตรากำลังให้ เพียงพอรองรับการ จัดบริการ	อัตราการให้บริการรักษา ครบทุกสาขา	๑. จัดหาแพทย์เพื่อเรียนต่อ เฉพาะทาง (สาขา Cardio) และสาขาขาดแคลน ๒. จัดหาแพทย์เฉพาะทาง ภายนอก(Cardio) ๓. เปิดเป็นแหล่งฝึก สถาบัน หลักในการฝึกอบรมแพทย์ เฉพาะทาง	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖	-				พว.วาสนา/พว. กันยาพร/อุบล รัตน์/ คณะกรรมการ HR
		๒. เพื่อพัฒนาสมรรถนะรอง หัวหน้าของบุคลากรให้มี ความพร้อมในการรองรับ การให้บริการของรพ.	ผลงานทางวิชาการอย่าง น้อย ๑ คน / ๒ เรื่อง	๑. หลักสูตรอบรมวิชาการ ทางการบริหารเพื่อเตรียม ความพร้อมรองรับการเป็น หัวหน้า ๒. การเตรียมผลงานวิชาการ ๓. ผลงานทางวิชาการอย่าง น้อย ๑คน/๒ เรื่อง ๔. เวทีการนำเสนอผลงาน ๕. สรุปผล	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖	๖๐,๐๐๐				พว.วาสนา/ พว.กันยาพร/ อุบลรัตน์/ คณะกรรมการ HR

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ พัฒนาระบบบริหารจัดการ

กลยุทธ์ที่ ๔.๑ การพัฒนาสมรรถนะด้านสะสมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพเพื่อเป็นตติยภูมิคุณภาพและปฐมภูมิที่เข้มแข็ง

ตัวชี้วัดที่ ๑๙ อัตราการให้บริการรักษาครบทุกสาขา ร้อยละ ๑๐๐

ตัวชี้วัดที่ ๒๐ อัตราการเพียงพอของแพทย์เฉพาะทาง (Subboard) และแพทย์ปฐมภูมิไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐

ตัวชี้วัดที่ ๒๑ ร้อยละบุคลากรที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน specific competency และ Core competency

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ				ผู้รับผิดชอบ
						เงินบำรุง		เงิน สนับสนุน	อื่นๆ	
						อบรม	ประชุม			
๔๔	โครงการพัฒนาความรู้และทักษะพยาบาลและสหสาขาวิชาชีพที่จำเป็น ๔ สาขาหลัก (Stroke, STEMI, Sepsis, Trauma)/ สาขาต่อยอดที่จำเป็น ได้แก่ cardio/nepho/Neuro surg/Neuro med/ uro surg)	เพื่อให้บุคลากรมีสมรรถนะเฉพาะโรค(Stroke, STEMI, Sepsis, Trauma) ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน	ร้อยละบุคลากรมีสมรรถนะด้าน Specific competency ร้อยละ ๘๐	๑. พัฒนาทักษะผู้นิเทศ Learn and Share ๒. จัดทำเครื่องมือการประเมิน ๓. จัดทำเครื่องมือการประเมิน ๔. ประเมินติดตามผล ๕. จัดทำแผนอบรมภายในและภายนอก ทั้งระยะสั้นและระยะยาว	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖	-				พว.วาสนา/ พว.กัญยาพร/ อุบลรัตน์/ คณะกรรมการ HR
๔๕	โครงการพัฒนาพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย cardio Neurosurg (กลุ่มเป้าหมาย) OR ICU IPD	เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย cardio Neurosurg ของพยาบาล IPD Surge ICU OR	ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยเท่ากับ ๑๐๐	จัดทำโครงการฝึกปฏิบัติงานของพยาบาล IPD Surge ICU OR ณ รพ หาดใหญ่ จำนวนคนละ ๒ อาทิตย์ (เป้าหมาย หน่วยงานละ ๒ คน)	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖	-				พว.วาสนา/ พว.กัญยาพร

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ พัฒนาระบบบริหารจัดการ

กลยุทธ์ที่ ๔.๑ การพัฒนาสมรรถนะด้านสะสมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพเพื่อให้เป็นตติยภูมิคุณภาพและปฐมภูมิที่เข้มแข็ง

ตัวชี้วัดที่ ๑๙ อัตราการให้บริการรักษาครบทุกสาขา ร้อยละ ๑๐๐

ตัวชี้วัดที่ ๒๐ อัตราการเพียงพอของแพทย์เฉพาะทาง (Subboard) และแพทย์ปฐมภูมิไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐

ตัวชี้วัดที่ ๒๑ ร้อยละบุคลากรที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน specific competency และ Core competency

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ				ผู้รับผิดชอบ
						เงินบำรุง		เงิน สนับสนุน	อื่นๆ	
						อบรม	ประชุม			
๔๖	พัฒนาการ สมรรถนะการ พยาบาลแบบองค์ รวม (Holistic Care)	เพื่อเพิ่มศักยภาพในการ พยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Care)	ร้อยละการประเมิน สมรรถนะการพยาบาล แบบองค์รวม มากกว่า ๘๐ %	๑. จัดตั้งทีมงานและ คณะกรรมการ ๒. ประชุมเชิงวิชาการเรื่อง การพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Care) ๓. Work Shop ; ฝึกปฏิบัติงานหน้างานโดยใช้ เครื่องมือ C๓THER+HELP ๔. จัดทำเครื่องมือและ ประเมินสมรรถนะ พยาบาลแบบองค์รวม	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖	-				พว.วาสนา/ พว.กันยาพร
๔๗	โครงการพัฒนา สมรรถนะการช่วย ฟื้นคืนชีพ	เพื่อฟื้นฟูความรู้ในการ ช่วยฟื้นคืนชีพของบุคลากร โรงพยาบาลสตูล	ร้อยละของบุคลากรได้ รับความรู้การช่วยฟื้น คืนชีพ > ๘๐	๑. ทบทวนคณะกรรมการและ บทความทีม CPR โรงพยาบาล ๒. ประชุมวิชาการ Advance CPR ๓. ประชุมวิชาการ Basic CPR	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖	-				พว.วาสนา/ พว.กันยาพร

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ พัฒนาระบบบริหารจัดการ

กลยุทธ์ที่ ๔.๑ การพัฒนาสมรรถนะด้านสะสมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพเพื่อให้เป็นตติยภูมิคุณภาพและปฐมภูมิที่เข้มแข็ง

ตัวชี้วัดที่ ๑๙ อัตราการให้บริการรักษาครบทุกสาขา ร้อยละ ๑๐๐

ตัวชี้วัดที่ ๒๐ อัตราการเพียงพอของแพทย์เฉพาะทาง (Subboard) และแพทย์ปฐมภูมิไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐

ตัวชี้วัดที่ ๒๑ ร้อยละบุคลากรที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน specific competency และ Core competency

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ				ผู้รับผิดชอบ
						เงินบำรุง		เงิน สนับสนุน	อื่นๆ	
						อบรม	ประชุม			
๔๘	โครงการพัฒนา พฤติกรรมบริการ	๑.เพื่อลดปัญหาข้อร้องเรียน ๒. เพื่อจัดทำมาตรฐาน พฤติกรรมบริการของ หน่วยงานและเจ้าหน้าที่ รายบุคคลเพิ่มขึ้น	๑.ร้อยละปัญหาข้อร้องเรียน ด้านพฤติกรรมบริการลดลง ร้อยละ ๑ ๒. มีมาตรฐานด้าน พฤติกรรมบริการของแต่ละ หน่วยงานและรายบุคคล	๑. วิทยากรให้ความรู้ด้าน วิชาการแก่เจ้าหน้าที่ ๒. Work shop เจ้าหน้าที่โดย จัดตารางหมุนเวียนให้แต่ละ กลุ่มงาน ตรวจสอบอื่น	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖	๔๐,๐๐๐				พว.วาสนา/ อุบลรัตน์/ คณะHR

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ พัฒนาระบบบริหารจัดการ

กลยุทธ์ที่ ๔.๒ พัฒนาการให้ป็นองค์กรแห่งความสุข

ตัวชี้วัดที่ ๒๒ ดัชนีวัดความสุข (Happinometer) มากกว่าร้อยละ ๖๕

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ				ผู้รับผิดชอบ
						เงินบำรุง		เงิน สนับสนุน	อื่นๆ	
						อบรม	ประชุม			
๔๙	โครงการจัดตั้งศูนย์ สุขภาพดีวัยทำงาน (Wellness Center)	๑. เพื่อให้บุคลากรได้รับการ คัดกรองความเสี่ยงด้าน สุขภาพ ๒. เพื่อให้บุคลากรNCDได้รับ การดูแลอย่างครอบคลุม	๑.๑.คัดกรองความเสี่ยงด้าน สุขภาพครอบคลุมร้อยละ ๘๐ ๑.๒.อัตราการเกิด NCD รายใหม่จากกลุ่มปกติ/เสี่ยง (เป้าหมายว่าร้อยละ ๑๐) ๑.๓.ร้อยละของบุคลากรที่ ควบคุมเบาหวาน/ความดัน ได้เป้าหมายกว่า๔๐/๕๐) ๑.๔ร้อยละของบุคลากร เบาหวาน/ความดันได้รับ การคัดกรอง ภาวะแทรกซ้อน(เป้า มากกว่า๘๐)	๑. แต่งตั้งคณะทำงาน ๒. มีการประเมินความเสี่ยง ด้วยแบบคัดกรอง TWH๐๑ ๓. มีกิจกรรมที่สอดคล้องทั้ง ๓ กลุ่ม กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย ๔. พัฒนาระบบการติดตาม ดูแลบุคลากรกลุ่มป่วยNCD	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖	๐				พ.วิโรจน์/ พ.จัญญา/ อาชีวเวชกรรม

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ พัฒนาระบบบริหารจัดการ

กลยุทธ์ที่ ๔.๒ พัฒนาการองค์กรให้เป็นองค์กรแห่งความสุข

ตัวชี้วัดที่ ๒๒ ดัชนีวัดความสุข (Happinometer) มากกว่าร้อยละ ๖๕

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ				ผู้รับผิดชอบ
						เงินบำรุง		เงิน สนับสนุน	อื่นๆ	
						อบรม	ประชุม			
๕๐	โครงการสุขภาพดีมี ความสุข - สร้างองค์ความรู้ ด้านสุขภาพ - rally เพื่อสุขภาพ	๑.ส่งเสริมการจัดกิจกรรม ด้านเสริมสร้างความสัมพันธ์ ในระดับระดับโรงพยาบาล และหน่วยงาน ๒.เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ ด้านโภชนาการและนำไป ปฏิบัติได้ ๓.เพื่อสร้างวัฒนธรรมองค์กร ด้านการออกกำลังกาย	๑.ร้อยละบุคลากรเข้ารับ การตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ ๘๐ ๒.ร้อยละบุคลากรมีความรู้ ด้านโภชนาการที่ถูกต้อง ๓.ร้อยละบุคลากรที่ออก กำลังกายอย่างน้อย ๓ ครั้ง/ สัปดาห์	๑.ตรวจสุขภาพประจำปี ๒.กิจกรรมसनทางการ การให้ ความรู้เรื่องโภชนาการที่ ถูกต้อง กิจกรรมसनทางการ การออก กำลังกายตามความถนัด	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖	๑๒,๐๐๐				อาชีพเวชกรรม โภชนา สุขศึกษา
๕๑	โครงการอบรม เครือข่ายอาชีพ อนามัยใน สถานบริการ : การบริหารจัดการ ด้านอาชีวอนามัย และความปลอดภัย และสิ่งแวดล้อมใน โรงพยาบาล	เพื่อให้บุคลากรมีความรู้เพื่อ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและ ลดการบาดเจ็บจากการ ทำงาน	๑. ร้อยละของบุคลากรเสี่ยง ต่อปัญหาทางการยศาสตร์ เข้าร่วมโครงการ	๑.อบรมเชิงปฏิบัติการยืด เหยียดกล้ามเนื้อ	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖			๔๕,๐๐๐ งบจาก คลินิกโรค จากการ ทำงาน		อาชีพเวชกรรม

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ พัฒนาระบบบริหารจัดการ

กลยุทธ์ที่ ๔.๒ พัฒนาการองค์กรให้เป็นองค์กรแห่งความสุข

ตัวชี้วัดที่ ๒๒ ดัชนีวัดความสุข (Happinometer) มากกว่าร้อยละ ๖๕

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ				ผู้รับผิดชอบ
						เงินบำรุง		เงิน สนับสนุน	อื่นๆ	
						อบรม	ประชุม			
๕๒	โครงการ สตีสรางสุข	๑.เพื่อให้หน่วยงาน/ โรงพยาบาลมีการพัฒนา องค์กรคุณธรรม/จริยธรรม อย่างต่อเนื่อง ๒.เพื่อให้บุคลากรเป็นผู้มีสติ รู้ตัว รู้ตน รู้งาน รู้หน้าที่	๑.นำเสนอความก้าวหน้าใน การจัดทำหน่วยงาน คุณธรรม/จริยธรรมจำนวน ๑ ครั้ง/ปี ๒.ร้อยละบุคลากรเข้าร่วม กิจกรรมสตีสรางมากกว่า ร้อยละ ๖๐	ปฏิบัติกิจกรรมตามหลัก ศาสนาเพื่อรับรู้สติของตนเอง - ศาสนาพุทธนั่งสมาธิทุกวัน พระ - อิสลาม..... - คริสต์..... - กิจกรรมคำคมสู่สมาธิเสียง ตามสาย (ทุกศาสนา)	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖	-				อุบลรัตน์/ พว.จุไรรัตน์
๕๓	โครงการปฐมนิเทศ	๑. เพื่อสร้างความรู้ความ เข้าใจเกี่ยวกับกฎระเบียบ ของโรงพยาบาล ๒. เพื่อสร้างเครือข่ายในการ ทำงาน ๓. เพื่อให้มีสมรรถนะและ จรรยาที่เหมาะสมในการ ปฏิบัติหน้าที่	๑.มีความรู้ด้านวิชาการ ๕๐ คะแนน ๒. ด้านพฤติกรรม ๕๐ คะแนน (การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม)	๑.บรรยาย/กิจกรรมกลุ่ม (๓๐๐คน)	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖	๔๐,๐๐๐				พว.วาสนา/ อุบลรัตน์
๕๔	โครงการพัฒนาพลัง แห่งการคิดบวก	เพื่อให้บุคลากรสามารถ จัดการความเครียดได้ด้วย ตนเอง	ร้อยละความเครียดจากการ ทำงานลดลง จากปี๒๕๖๕ ร้อยละ ๕๐	๑.อบรมเชิงปฏิบัติการ	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖	๔๐,๐๐๐				สุชาติดา

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ พัฒนาระบบบริหารจัดการ

กลยุทธ์ที่ ๔.๓ พัฒนาระบบเพิ่มรายรับ - ลดรายจ่าย

ตัวชี้วัดที่ ๒๓ Current Ratio ≥ ๑.๕ ตัวชี้วัดที่ ๒๔ Quick Ratio ≥ ๑.๐ ตัวชี้วัดที่ ๒๕ Cash Ratio ≥ ๐.๘

ตัวชี้วัดที่ ๒๖ Unit cost IP ผ่านเกณฑ์มาตรฐานของโรงพยาบาลในระดับเดียวกัน

ตัวชี้วัดที่ ๒๗ Unit cost OP ผ่านเกณฑ์มาตรฐานของโรงพยาบาลในระดับเดียวกัน

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ	
						เงินบำรุง		เงิน สนับสนุน		อื่นๆ
						อบรม	ประชุม			
๕๕	โครงการตรวจ สุขภาพประจำปีและ วัคซีนเชิงรุก	๑.เจ้าหน้าที่ได้รับการตรวจ สุขภาพ ๒.เจ้าหน้าที่มีผลตรวจ สุขภาพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ๓.เจ้าหน้าที่กลุ่มป่วยได้รับ การรักษาและดูแลอย่าง ต่อเนื่อง	๑.เจ้าหน้าที่ได้รับการตรวจ สุขภาพ ร้อยละ ๑๐๐ ๒.ร้อยละ ๘๐ ของเจ้าหน้าที่ มีผลตรวจสุขภาพอยู่ใน เกณฑ์ปกติ ๓.ร้อยละ ๑๐๐ ของ เจ้าหน้าที่กลุ่มป่วยได้รับการ รักษาและดูแลอย่างต่อเนื่อง	๑.ประชุมคณะกรรมการกำหนด กลุ่มเป้าหมาย ๒.ประสานงานเจ้าหน้าที่ รับผิดชอบงานตรวจสุขภาพ ๓.ดำเนินการตรวจสุขภาพ ให้กับเจ้าหน้าที่ ๔.จัดเจ้าหน้าที่พบแพทย์แจ้ง ผลตรวจสุขภาพ ๕.ติดตามผลการดำเนินงาน และสรุปโครงการ	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖				๑. ค่าตอบแทน เจ้าหน้าที่ ปฏิบัติงานนอก เวลาราชการ ๒. สนับสนุน บุคลากร	พญ.จัญญา พว.ทิมาภร

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ พัฒนาระบบบริหารจัดการ

กลยุทธ์ที่ ๔.๓ พัฒนาระบบเพิ่มรายรับ - ลดรายจ่าย

ตัวชี้วัดที่ ๒๓ Current Ratio ≥ ๑.๕ ตัวชี้วัดที่ ๒๔ Quick Ratio ≥ ๑.๐ ตัวชี้วัดที่ ๒๕ Cash Ratio ≥ ๐.๘

ตัวชี้วัดที่ ๒๖ Unit cost IP ผ่านเกณฑ์มาตรฐานของโรงพยาบาลในระดับเดียวกัน

ตัวชี้วัดที่ ๒๗ Unit cost OP ผ่านเกณฑ์มาตรฐานของโรงพยาบาลในระดับเดียวกัน

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ	
						เงินบำรุง		เงิน สนับสนุน		อื่นๆ
						อบรม	ประชุม			
๕๖	โครงการพัฒนา บริการ Premium service (หัตถการ)	๑.ลดความแออัดของ ผู้รับบริการในเวลาราชการ ๒.บริหารจัดการทรัพยากร ให้มีประสิทธิภาพเพื่อเพิ่ม รายรับให้โรงพยาบาล ๓.พัฒนาการบริการให้มี คุณภาพเพื่อให้ผู้รับบริการ ได้รับความพึงพอใจ	๑.อัตราการเลื่อนผ่าตัดจาก แพทย์ เนื่องจากห้องผ่าตัด ไม่เพียงพอ ๒.การให้บริการ Premium surgery ≥ ๔ รายต่อเดือน มากกว่า ๘๐ % ๓.ร้อยละ ๘๐ ของ ผู้รับบริการ Premium surgery ได้รับความพึง พอใจ	๑.จัดประชุมชี้แจงนโยบายแก่ ผู้เกี่ยวข้องในการเพิ่มบริการ Premium surgery ๒.แต่งตั้งคณะทำงานเพื่อ กำหนดแนวทางราคาค่าผ่าตัด Premium surgery ๓.กำหนดแนวทางดำเนินงาน งาน Premium surgery ๔.รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอผู้บริหารทุก ๓ เดือน	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖				พว.ลักขณา	

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ				ผู้รับผิดชอบ
						เงินบำรุง		เงิน สนับสนุน	อื่นๆ	
						อบรม	ประชุม			
๕๗	โครงการพัฒนา ศูนย์จัดเก็บรายได้	เพื่อเพิ่ม ประสิทธิภาพในการ จัดเก็บรายได้ของ โรงพยาบาล	๑. รายรับจากการ จัดเก็บรายได้ เพิ่มขึ้น ๑๐ %	๑. ทบทวนคณะกรรมการศูนย์จัดเก็บรายได้ ๒. เพิ่มรายรับแต่ละกองทุน UC ๓. ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีม Audit และทีมองค์กรแพทย์ (๖ ครั้ง/ปี x ๗๐ คน/ครั้ง x ๑๒๐ บาท = ๕๐,๔๐๐) ๔. ทบทวนการใช้โปรแกรมบริหารจัดการลูกหนี้ (RCM) (๖๐ คน x ๒๕ บาท = ๑,๕๐๐ บาท) ๕. ศึกษาดูงานรพ.ต้นแบบในเขต ๖. มีการติดตามผลการดำเนินงานและนำเสนอใน กรรมการบริหารทุกเดือน - พัฒนาทักษะการวิเคราะห์และการทำ dashboard เพื่อพัฒนาระบบตรวจสอบข้อมูล ราย/รับรายจ่ายด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (Python/Power BI/My SQL/PHP ขอใช้งบ HRD จำนวน ๓๐,๐๐๐ บาท)	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖		๕๐,๔๐๐			- ศวลิ - กรรมการศูนย์ จัดเก็บรายได้ - ทีมเวชระเบียน

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ				ผู้รับผิดชอบ
						เงินบำรุง		เงิน สนับสนุน	อื่นๆ	
						อบรม	ประชุม			
๕๘	โครงการพัฒนา ความรู้การสรุป เวชระเบียน เครือข่ายจังหวัด สตูล	เพื่อพัฒนาศักยภาพ แพทย์ พยาบาล Coder ในการสรุป เวชระเบียนให้ ถูกต้อง	ความสมบูรณ์ของ เวชระเบียนผู้ป่วย นอก /ใน มากกว่า ๘๐ %	๑. จัดตั้งคณะกรรมการ ๒. ประสานวิทยากร ๓. จัดอบรมให้ความรู้เรื่องการสรุปเวชระเบียน ๔. ประเมินโครงการจากการอบรม	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖	๑๕๐,๐๐๐				เอกมาศ ไอลดา ปิยวรรณ - ทีมเวชระเบียน

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ พัฒนาระบบบริหารจัดการ

กลยุทธ์ที่ ๔.๓ พัฒนาระบบเพิ่มรายรับ - ลดรายจ่าย

ตัวชี้วัดที่ ๒๓ Current Ratio ≥ ๑.๕ ตัวชี้วัดที่ ๒๔ Quick Ratio ≥ ๑.๐ ตัวชี้วัดที่ ๒๕ Cash Ratio ≥ ๐.๘

ตัวชี้วัดที่ ๒๖ Unit cost IP ผ่านเกณฑ์มาตรฐานของโรงพยาบาลในระดับเดียวกัน

ตัวชี้วัดที่ ๒๗ Unit cost OP ผ่านเกณฑ์มาตรฐานของโรงพยาบาลในระดับเดียวกัน

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ				ผู้รับผิดชอบ
						เงินบำรุง		เงิน สนับสนุน	อื่นๆ	
						อบรม	ประชุม			
๕๙	โครงการพัฒนาระบบ ห้องพิเศษสู่ความเป็น เลิศ	๑. เพื่อพัฒนา มาตรฐานการบริการ ห้องพิเศษ ลดเวลารอ คอยการเข้าห้องพิเศษ	๑. อัตราความพึงพอใจ ผู้รับบริการ ≥ ๙๐ % ๒. อัตราการครองเตียง ในห้องพิเศษ ≥ ๘๕ % ๓. ระยะเวลารอคอยเข้า ห้องพิเศษในกรณีแพทย์ อนุญาต < ๑ วัน ๔. อัตราการ Discharg ก่อนเที่ยง > ๘๐ %	เพิ่มการให้บริการผู้ป่วยอายุรกรรม ๑. ทบทวนกรรมการห้องพิเศษ และ มีการประชุมทุก ๓ เดือน ๒. ทบทวนมาตรฐานการบริการ ผู้ป่วยห้องพิเศษ ๓. คณะกรรมการมีการตรวจสอบ มาตรฐานห้องพิเศษทุก ๓ เดือน ๔. ปรับปรุงโปรแกรมบริหารจัดการ ห้องพิเศษ (one stop service) ปรับปรุงภายใน ห้องพิเศษ ตึกศรี พิมาน ปรับปรุงภายใน ห้องพิเศษ ๑๐๐ ปีสธ. ๕. มีการทำ Social Round ๑ ครั้ง/ วัน	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖	๐				พว.จินตนา/ พว.อรอุมา

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ พัฒนาระบบบริหารจัดการ

กลยุทธ์ที่ ๔.๓ พัฒนาระบบเพิ่มรายรับ - ลดรายจ่าย

ตัวชี้วัดที่ ๒๓ Current Ratio ≥ ๑.๕ ตัวชี้วัดที่ ๒๔ Quick Ratio ≥ ๑.๐ ตัวชี้วัดที่ ๒๕ Cash Ratio ≥ ๐.๘

ตัวชี้วัดที่ ๒๖ Unit cost IP ผ่านเกณฑ์มาตรฐานของโรงพยาบาลในระดับเดียวกัน

ตัวชี้วัดที่ ๒๗ Unit cost OP ผ่านเกณฑ์มาตรฐานของโรงพยาบาลในระดับเดียวกัน

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ				ผู้รับผิดชอบ
						เงินบำรุง		เงิน สนับสนุน	อื่นๆ	
						อบรม	ประชุม			
๖๐	โครงการลดต้นทุนรายโรคผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน	๑. เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้มีลดต้นทุนรายโรคลดลง ๒. มีแนวทางปฏิบัติรายโรค	๑. ต้นทุนรายโรคลดลง ๑๐% ๒. Unit cost IP ผ่านเกณฑ์มาตรฐานของโรงพยาบาลในระดับเดียวกัน ๓. Unit cost OP ผ่านเกณฑ์มาตรฐานของโรงพยาบาลในระดับเดียวกัน	๑. คั้นข้อมูลต้นทุนรายโรคแก่ PCT ๒. จัดกิจกรรม Brain strome วิเคราะห์ข้อมูลหาแนวทางแก้ไข กำหนดผู้รับผิดชอบรายโรค ๓. จัดทำแนวทางปฏิบัติรายโรค ๔. นำแนวทางสู่การปฏิบัติ ๕. ติดตามผลการปฏิบัติต้นทุนรายโรคทุก ๑ เดือน และหาโอกาสพัฒนา ๖. นำเสนอผลการปฏิบัติ-ปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไขรายงานผลผู้บริหารทุก ๓ เดือน	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖	๑๒,๐๐๐				พว. ลักขณา/ ภก. ดุแล refilling Clinic/ เอกมาศ

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ พัฒนาระบบบริหารจัดการ

กลยุทธ์ที่ ๔.๔ พัฒนาระบบมาตรฐานระบบบริการ

ตัวชี้วัดที่ ๒๘ ผ่านการรับรองมาตรฐานระบบบริการ

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ				ผู้รับผิดชอบ
						เงินบำรุง		เงิน สนับสนุน	อื่นๆ	
						อบรม	ประชุม			
๖๑	โครงการพัฒนาระบบ การจัดการความรู้ (KM) ตามจุดเน้น รพ.	เพื่อพัฒนาให้เกิดองค์ความรู้ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ การใช้เครื่องมือคุณภาพ ต่างๆ	จำนวน RCA ผลลัพธ์ Clinical outcome ดีขึ้น	การเตรียมความพร้อมก่อน Re Acredit	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖					ทีมนำ QMC
๖๒	โครงการเตรียมความ พร้อม/รับการตรวจเยี่ยม จากองค์กรภายนอก ระยะที่ ๒	เพื่อรับการประเมิน	โรงพยาบาลผ่าน การรับรอง มาตรฐานสำคัญ	๑. การเตรียมความพร้อม บุคลากร เอกสารต่างๆ สถานที่ ๒. การประชุมนำเสนอ ความก้าวหน้าการดำเนินงาน ๓. การทำ Scoring ๔. รับการเยี่ยมรับรอง ๕.อบรม สรพ	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖	๕๐๐,๐๐๐ HA= ๑๖๙,๐๐๐ LA = ๖๕,๐๐๐ HAIT = ๕๕,๔๐๐ QA = ๔๑,๗๐๐ เกสัช = ๖๖,๐๐๐ (KM) ๕๐,๔๐๐ อบรมสรพ ๑๐๓,๙๐๐				ทีมนำ QMC

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ พัฒนาระบบบริหารจัดการ

กลยุทธ์ที่ ๔.๔ พัฒนาระบบมาตรฐานระบบบริการ

ตัวชี้วัดที่ ๒๘ ผ่านการรับรองมาตรฐานระบบบริการ

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ				ผู้รับผิดชอบ
						เงินบำรุง		เงิน สนับสนุน	อื่นๆ	
						อบรม	ประชุม			
๖๓	โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการ มาตรฐานบริการพยาบาลและเกณฑ์การประเมินคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล	๑. เพื่อให้หัวหน้าหอผู้ป่วย/รองหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาล ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล มีความรู้ มีความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรฐานการบริการพยาบาล ,เกณฑ์การประเมินคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล	หัวหน้าหอผู้ป่วย /รองหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพ ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล มีความรู้มีความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรฐานการบริการพยาบาล,เกณฑ์การประเมินคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล และสามารถนำไปปฏิบัติได้ ร้อยละ ๘๐	๑. ดำเนินการอบรม ในช่วงเดือน ตค ๖๕ - กย ๖๖ เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานบริการพยาบาลและเกณฑ์การประเมินคุณภาพบริการพยาบาล ๒. ประเมินโครงการ จากผู้เข้าร่วมอบรม	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖	๔๑,๗๐๐			งบเพื่อ ขอรับ ประเมิน	ทีมนำ QMC การพยาบาล
๖๔	โครงการพัฒนาศักยภาพ FA และ IS ระยะที่ ๒	เพื่อให้หน่วยงานมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและโรงพยาบาลมีบุคลากรที่มีความรู้ความเข้าใจเรื่องระบบคุณภาพ	ระดับความรู้ความเข้าใจ	๑. จัดทำหลักสูตร ๒. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้สู่การปฏิบัติ	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖	๐ งบ ฝึกอบรม				ทีมนำ QMC

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ พัฒนาระบบบริหารจัดการ

กลยุทธ์ที่ ๔.๔ พัฒนาระบบมาตรฐานระบบบริการ

ตัวชี้วัดที่ ๒๘ ผ่านการรับรองมาตรฐานระบบบริการ

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ				ผู้รับผิดชอบ
						เงินบำรุง		เงิน สนับสนุน	อื่นๆ	
						อบรม	ประชุม			
๖๕	โครงการพัฒนาทักษะ การพัฒนาคุณภาพอย่าง ต่อเนื่อง (อบรม สรพ)	โรงพยาบาลมีบุคลากร ที่มีความรู้ความเข้าใจ เรื่องระบบคุณภาพ สามารถนำองค์ความรู้ มาพัฒนาหน่วยงาน ต่อไป	ผ่านเกณฑ์การประเมิน	HA ๕๐๑ การนำมาตรฐานการ ปฏิบัติ HA ๕๐๑ การเยี่ยมสำรวจภายใน HA ๕๐๐ การพัฒนาคุณภาพ สำหรับผู้บริหาร HA ๖๐๒ คุณภาพและความ ปลอดภัยทางคลินิก	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖					ทีมนำ QMC
๖๖	โครงการปั้นดินให้เป็น ดาว	เพื่อพัฒนางานประจำ สู่การเป็นงานวิจัย	ผลงาน CQI R๒R วิจัย	อบรมเชิงปฏิบัติการ CQI R๒R วิจัย	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖	๒,๔๐๐ งบบุคลากร				ทีมนำ QMC/ เอกมาศ
๖๗	โครงการเวทีแลกเปลี่ยน เรียนรู้ มหกรรมคุณภาพ	เพื่อส่งเสริม กระตุ้น ให้เกิดการพัฒนา คุณภาพทุกหน่วยงาน	ทุกหน่วยงานมีผลงาน คุณภาพ	จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประกวดผลงาน การนำเสนอความรู้ทางวิชาการ	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖					ทีมนำ QMC
๖๘	ขับเคลื่อนการพัฒนา สิ่งแวดล้อมใน โรงพยาบาลตามแนวทาง GREEN & CLEAN Hospital	๑. เพื่อพัฒนานามัย สิ่งแวดล้อมใน โรงพยาบาลโดยใช้ หลักสุขาภิบาลอย่าง ยั่งยืนและเป็นมิตรกับ สิ่งแวดล้อม	๑. ผลการประเมินตาม เกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ระดับดีมาก	๑. แต่งตั้งผู้รับผิดชอบ ๒. กำหนดและชี้แจงนโยบาย ๓. อบรมบุคลากร เรื่อง GREEN & CLEAN Hospital ๔. จัดการขยะให้เป็นไปตาม กฎหมายและมาตรฐาน	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖	๑๐,๐๐๐				ENV

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ พัฒนาระบบบริหารจัดการ

กลยุทธ์ที่ ๔.๔ พัฒนาระบบมาตรฐานระบบบริการ

ตัวชี้วัดที่ ๒๘ ผ่านการรับรองมาตรฐานระบบบริการ

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ				ผู้รับผิดชอบ
						เงินบำรุง		เงิน สนับสนุน	อื่นๆ	
						อบรม	ประชุม			
๖๙	อบรมเชิงปฏิบัติการซ้อม แผนและระงับอัคคีภัย	๑. ผ่านการอบรม อัคคีภัย ๑๐๐%	๑. เพื่อรณรงค์ให้ เจ้าหน้าที่ได้ตระหนักถึง ความสูญเสียจากผลของ การเกิดอัคคีภัยและสา ธารณภัยอื่น ๆ ๒. ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ มีความรู้ ความเข้าใจ และแผ่ระวังมิให้เกิด อัคคีภัยและสาธารณภัย ในรูปแบบต่าง ๆ ๓. เจ้าหน้าที่ของ โรงพยาบาลสามารถเข้า ร่วมปฏิบัติงานกรณี เร่งด่วน ชุกฉิน ตาม แผนป้องกันและระงับ อัคคีภัย หรือสาธารณ ภัยรูปแบบอื่น ๆ ได้ ตลอดเวลา	๑. อบรมบุคลากรให้ความรู้ ๒. ฝึกซ้อมแผนระงับอัคคีภัย ๓. ประเมินผลการฝึกซ้อม	ต.ค.๖๕ - ก.ย.๖๖	๔๐,๐๐๐				ENV

สรุปงบประมาณโครงการตามแผนปฏิบัติการ โรงพยาบาลสตูล ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖
แยกตามประเด็นยุทธศาสตร์

ลำดับ ที่	ประเด็นยุทธศาสตร์	จำนวน โครงการ	งบประมาณ				รวม
			เงินบำรุง		รวม	เงินสนับสนุน และอื่นๆ	
			อบรม	ประชุม			
1	ตติยภูมิคุณภาพ	13	81,775	150,000	231,775	50,000	281,775
2	พัฒนาระบบปฐมภูมิเข้มแข็ง	18	50,000	150,000	200,000	64,880	264,880
3	พัฒนาศักยภาพเครือข่ายบริการสุขภาพ	10	149,600	43,600	193,200	130,000	323,200
4	พัฒนาระบบบริหารจัดการ	27	998,500	54,300	1,052,800	902,800	1,955,600
	รวมทั้งหมด	69	1,279,875	397,900	1,677,775	1,147,680	2,828,455

ภาคผนวก