

แผนปฏิบัติการโรงพยาบาลสตูล

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓



โรงพยาบาลสตูล อำเภอเมือง จังหวัดสตูล			
สถานะเอกสาร เอกสารควบคุม	วันที่บังคับใช้ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๒	หมายเลขเอกสาร ST-QM-LED-๐๐๓	
สำเนาที่ ๑ - ๘๖	ฉบับที่ ๑	แก้ไขครั้งที่ ๐	หน้า ๐/...
ผู้จัดทำ  (นางสาวอรอนงค์ กฐินหอม) นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ	ผู้ทบทวน  (นายวิโรจน์ โยมเมือง) นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	ผู้อนุมัติ  (นางสาววันทนา ไทรงาม) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสตูล	

คำนำ

แผนปฏิบัติการโรงพยาบาลสตูล ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓ จัดทำขึ้นเพื่อให้หน่วยงานใช้เป็นกรอบแนวทางในการนำยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์และเป้าหมายของโรงพยาบาล โดยกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ของการดำเนินงานไว้ ดังนี้

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีความเข้มแข็งและเชื่อมโยงเครือข่าย

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒ พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้ได้รับการรับรองมาตรฐาน

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงเชิงรุกและควบคุมภายใน

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔ พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศยุค Thailand ๔.๐

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๕ พัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลให้มีประสิทธิภาพ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๖ พัฒนาการเพิ่มรายรับและลดรายจ่าย

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๗ พัฒนาระบบบริหารแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์

แผนปฏิบัติการโรงพยาบาลสตูล ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓ สำเร็จได้จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของบุคลากรทุกคนที่จะต้องนำแผน ปฏิบัติการที่ทุกคนได้ร่วมกันคิด ร่วมกันกำหนดทิศทางในการนำแผนสู่การปฏิบัติให้เป็นรูปธรรม โดยใช้งบประมาณที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน และผู้มารับบริการในโรงพยาบาลสตูล ตลอดจนสามารถเป็นที่พึ่งทางสุขภาพให้กับประชาชนชาวจังหวัดสตูลได้เป็นอย่างดี หวังเป็นอย่างยิ่ง ประชาชนทุกคนจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

คณะผู้บริหารโรงพยาบาลสตูล

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
๑. ข้อมูลทั่วไป	๑
๒. แผนผังการถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติ	๒
๓. แผนปฏิบัติการโรงพยาบาลสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓	๑๑
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีความเข้มแข็งและเชื่อมโยง เครือข่าย	๑๒
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒ พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้ได้รับการรับรองมาตรฐาน	๕๓
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงเชิงรุกและควบคุมภายใน	๖๒
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔ พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศยุค Thailand ๔.๐	๖๘
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๕ พัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลให้มีประสิทธิภาพ	๗๐
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๖ พัฒนาการเพิ่มรายรับและลดรายจ่าย	๘๐
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๗ พัฒนาระบบบริหารแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์	๘๓
ภาคผนวก	
-สรุบบปีงบประมาณโครงการตามแผนปฏิบัติการโรงพยาบาลสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓	
-ทะเบียนควบคุมเอกสารแผนปฏิบัติการโรงพยาบาลสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓	

๑. ข้อมูลทั่วไป

วิสัยทัศน์ (Vision)

เป็นที่พึ่งทางสุขภาพของประชาชนจังหวัดสตูล

พันธกิจ (Mission)

พัฒนามิติสุขภาพแบบองค์รวมเชื่อมโยงเครือข่าย

ค่านิยมร่วม (Core Value)

M (Mastery) : Ethic & Professional Standard & Learning

O (Originality) : Creativity & Innovation & Management by Fact

P (People) : Patient & Customer Focus & Community Responsibility

H (Humility) : Teamwork

สมรรถนะหลัก (Core Competency)

๑. ส่งเสริมสุขภาพและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง (Health promotion and Screening)

๒. บริการด้วยหัวใจ (Service mind)

๓. เชื่อมโยงเครือข่าย (Collaboration)

๔. ความเชี่ยวชาญในกลุ่มโรคที่สำคัญตามสาขาหลัก

๒. เข้มมุ่ง/จุดเน้น ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓

๑. โรคสำคัญ

- Sepsis (ลดอัตราการตาย)
- COPD ลดอัตรา Admit
 - ลดแม่ตาย
- Preterm (ลดอัตราเกิด, ลดอัตราการตาย)

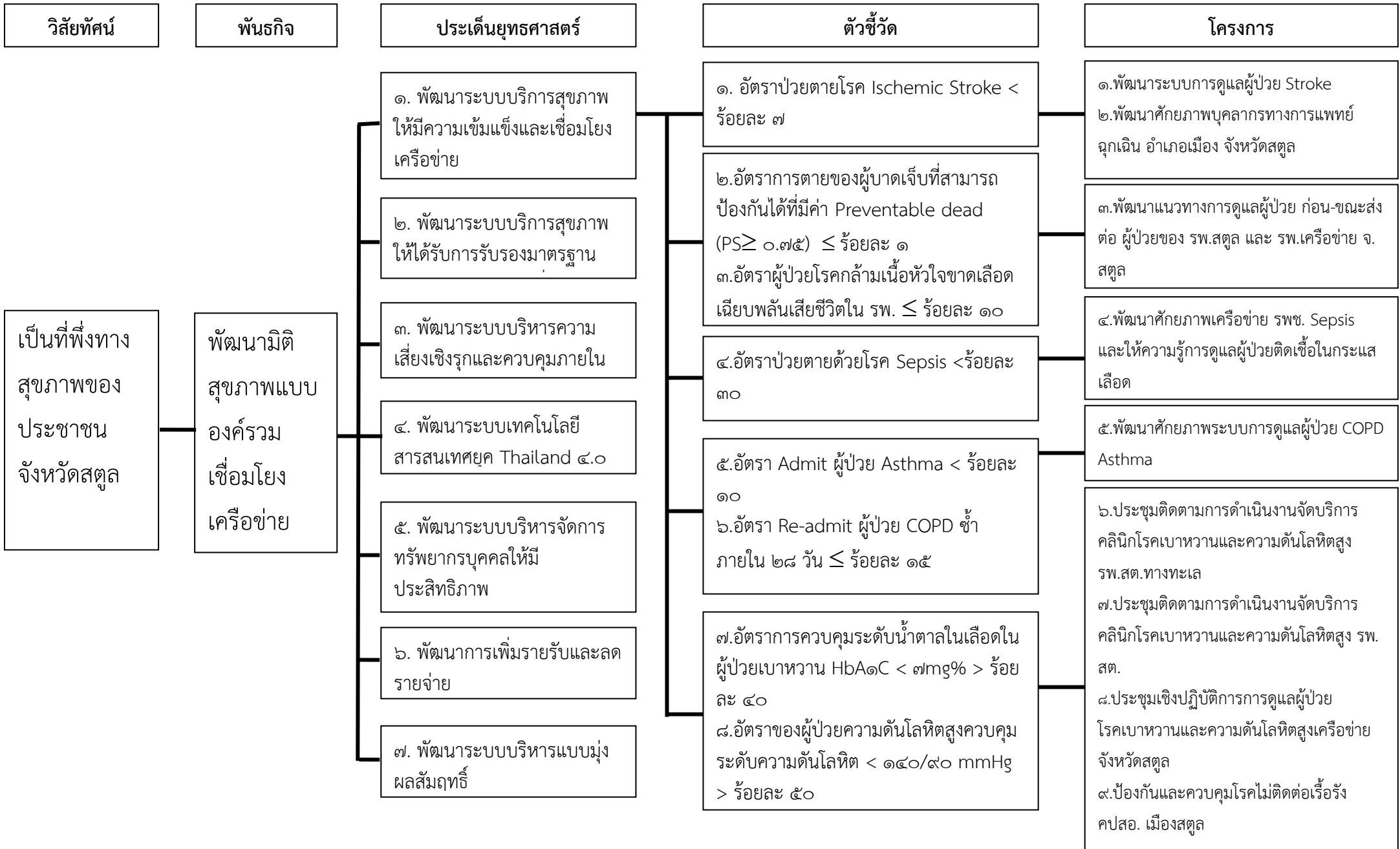
๒. HA Re-accredit ๓rd

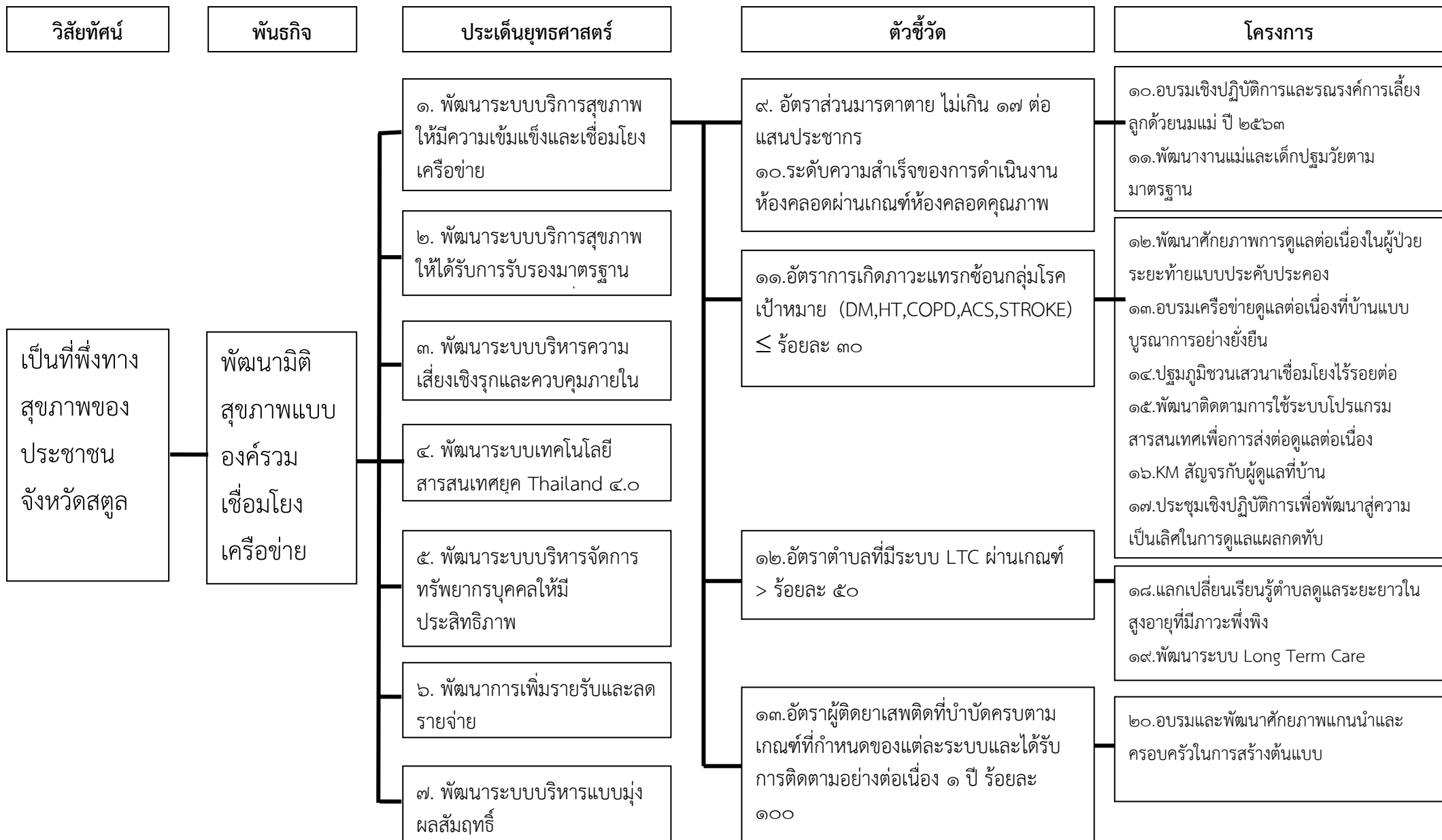
๓. ลดต้นทุนรายโรค

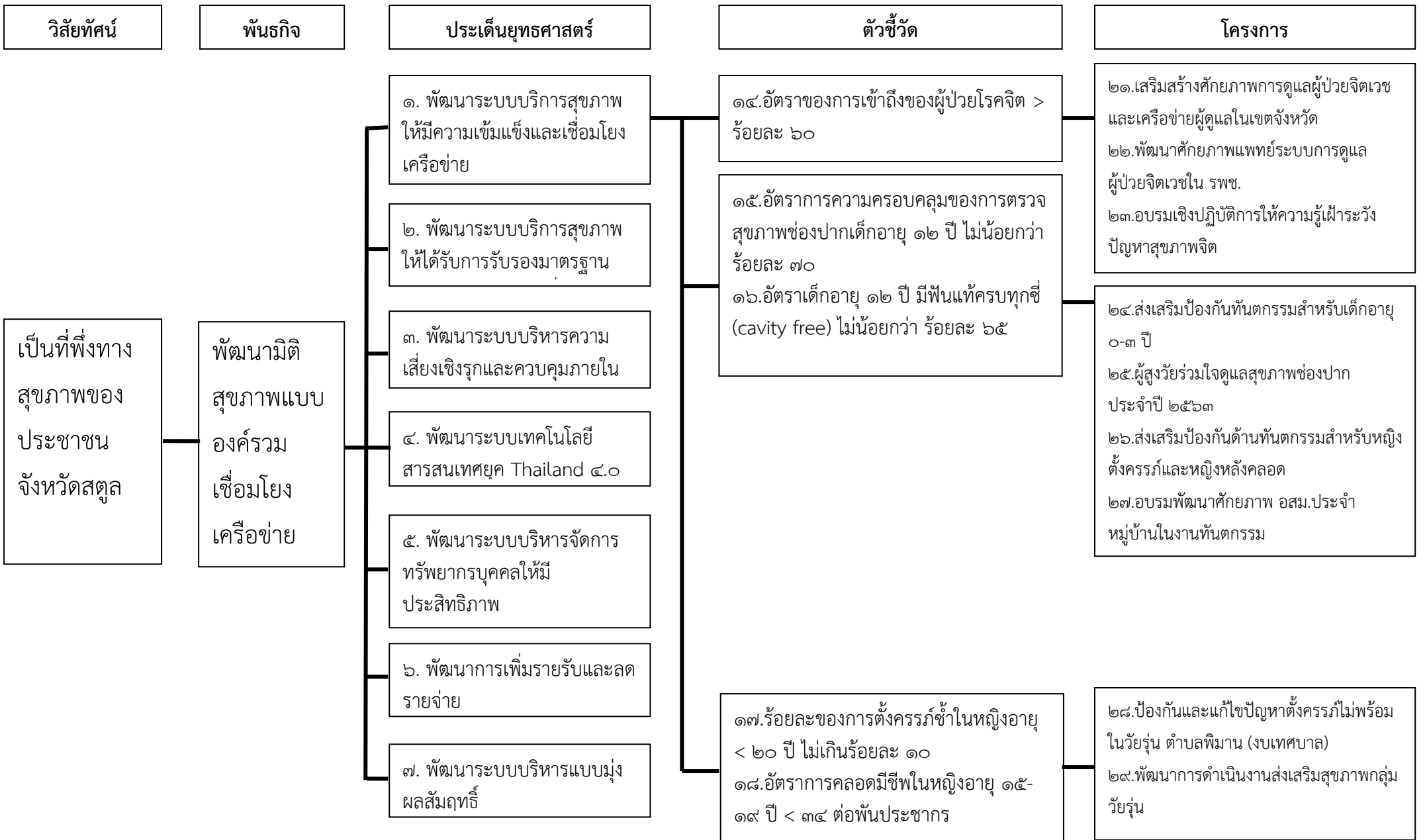
๔. ๒P Safety

๕. พัฒนาระบบส่งต่อเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน

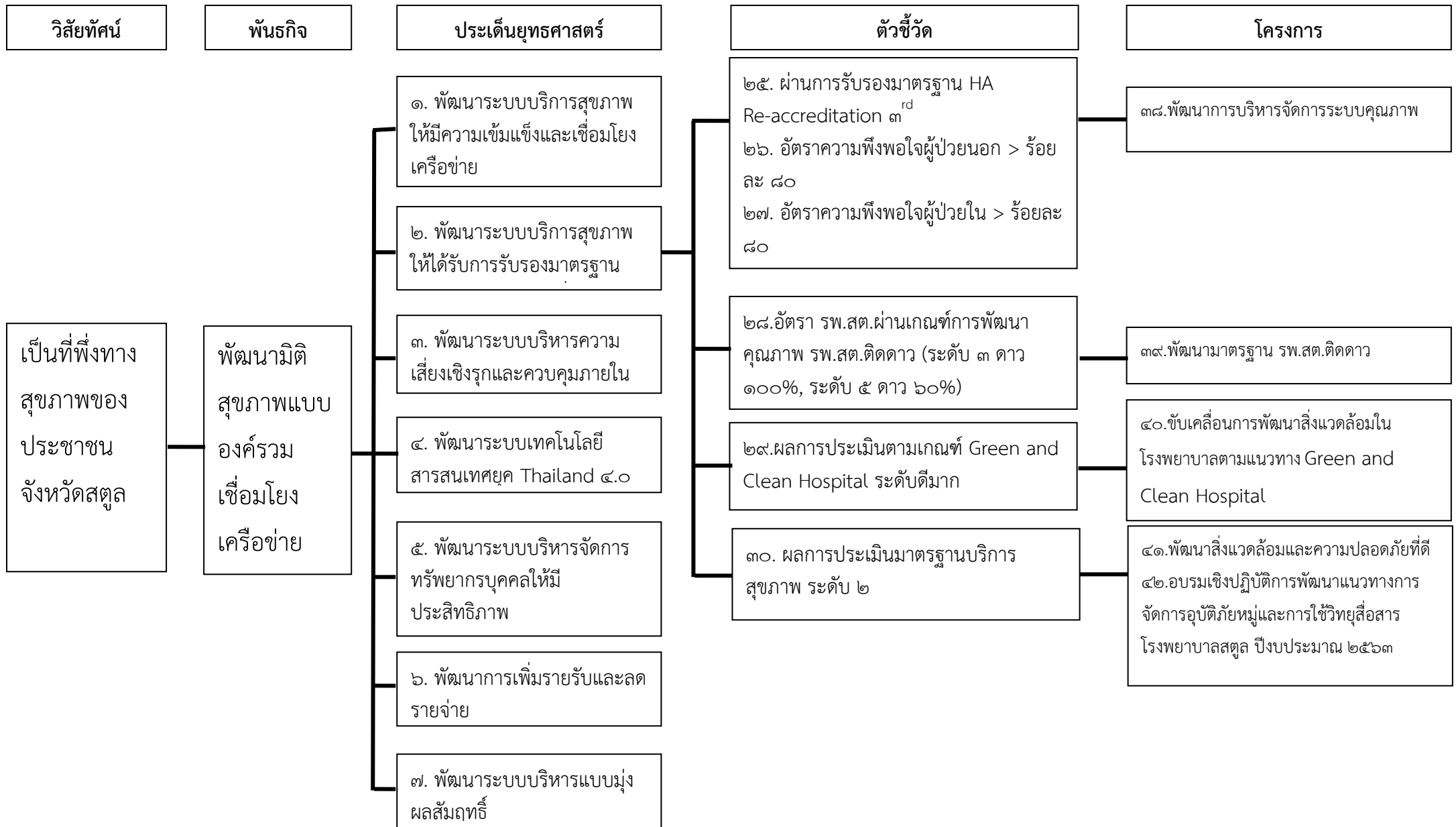
แผนผังการถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติ

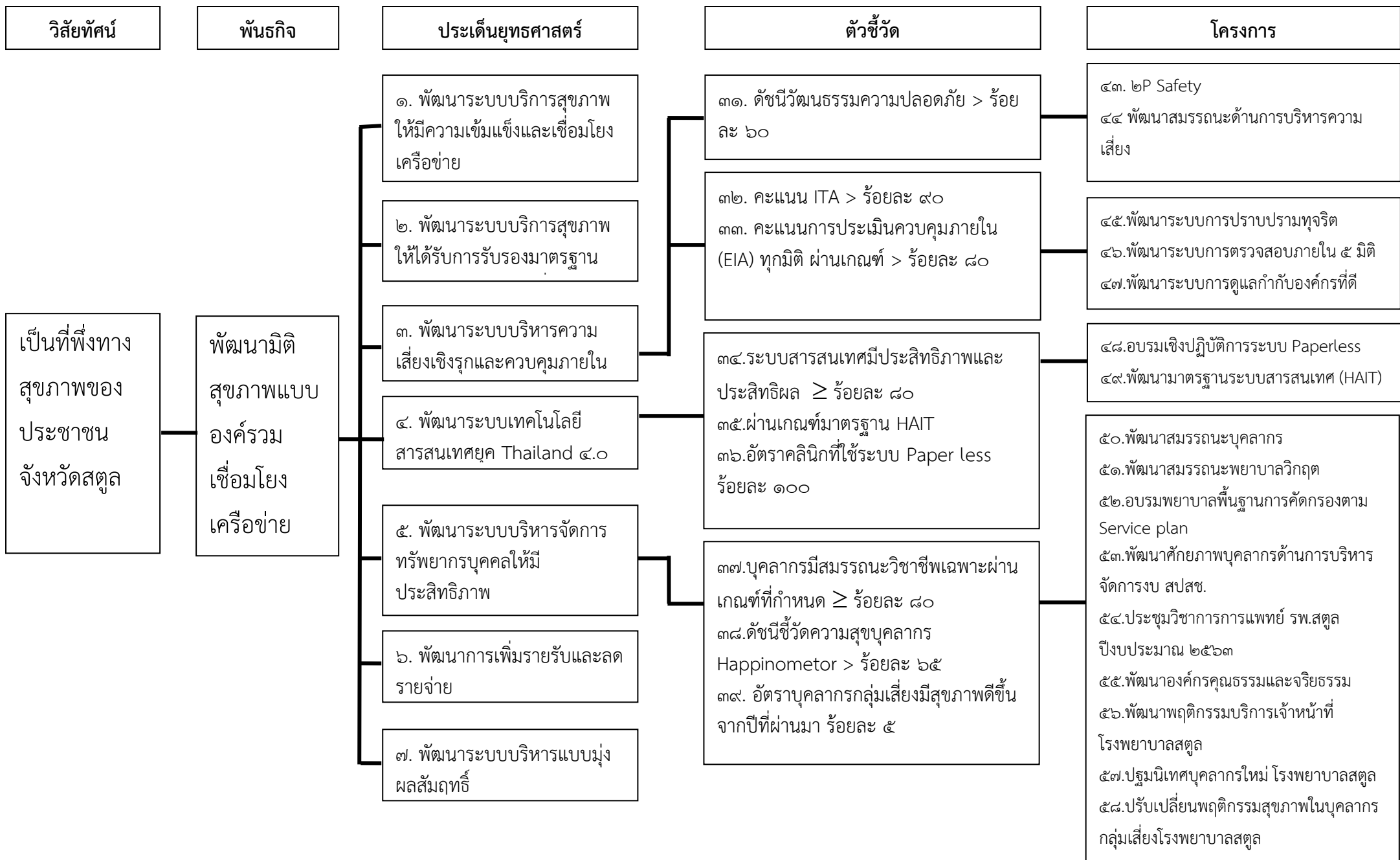


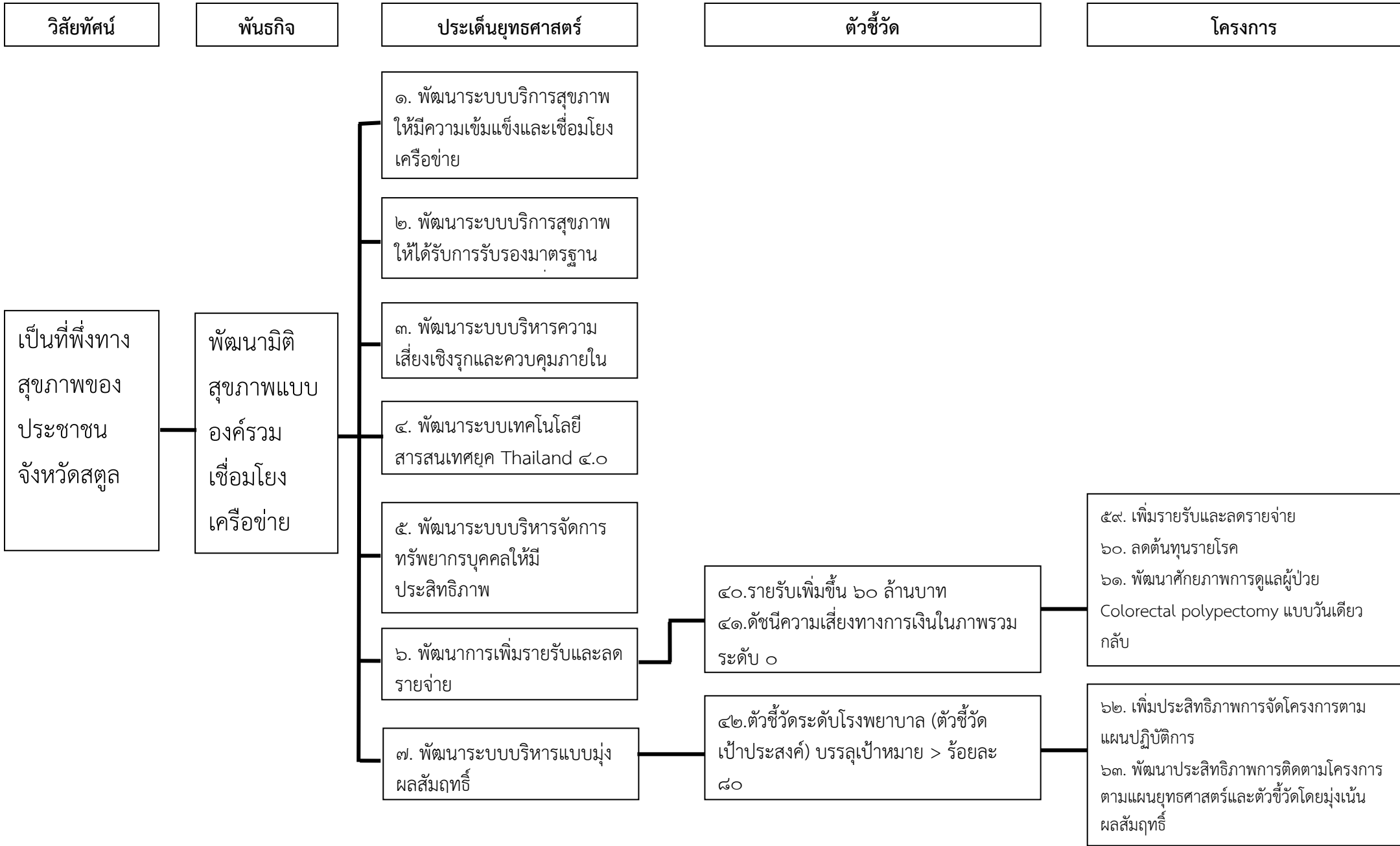












แผนปฏิบัติการโรงพยาบาลสตูล ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑

พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีความเข้มแข็งและเชื่อมโยงเครือข่าย

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีความเข้มแข็งและเชื่อมโยงเครือข่าย

เป้าประสงค์ที่ ๑ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ

ตัวชี้วัดที่ ๑ ร้อยละผู้ป่วยตายโรค Ischemic Stroke < ๗

กลยุทธ์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพตามกลุ่มโรคสำคัญ (Service Plan)

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
๑	พัฒนาระบบการดูแล ผู้ป่วย Stroke	๑.เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถ เข้าถึงการบริการอย่าง รวดเร็วและปลอดภัย ๒.เพื่อค้นหาการเข้ารับ การบริการล่าช้า -test ระบบ fast track stroke ๓.เพื่อลด ภาวะแทรกซ้อนที่ ป้องกันได้ ๔.เพื่อลดอัตราการตาย	๑. Door to hospital <๔.๕ ชม. > ๔๐% ๒. Door to needle time < ๖๐ นาที > ๕๐ % ๓.อัตราการตาย < ๗% ๔.สมรรถนะของ เจ้าหน้าที่รายโรค หลุดเลือดสมอง ตาม Level > ๘๐%	๑.ออกตรวจร่วมกับ EMS ในโรค Fast track ทุกวัน ศุกร์/วันพระ ๒.ร่วมรณรงค์การเข้าถึง บริการกับภาคีเครือข่าย อบต. รพช. รพ.สต. ๓.ซ้อมแผน Stroke fast track ๔.จัดทีมลง trace หน่วยงาน ๕.อบรมเฉพาะทาง ๖.อบรมระยะสั้น ๗.อบรมแนวทางการดูแล ผู้ป่วย Stroke/อบรมแนวทาง การดูแลขณะส่งต่อ ๘.ทบทวน Case	จ.ค.๖๒-ก.ย. ๖๓	๒๕,๐๐๐	นันทนา ศรีคำแท้/ อายุรกรรม ชาย

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
๒	อบรมเชิงปฏิบัติการ พัฒนาศักยภาพบุคลากร ทางการแพทย์ฉุกเฉิน เขตอำเภอเมือง จังหวัด สตูล	๑.เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการ ช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย ๒.เพื่อให้หน่วยปฏิบัติการ สามารถประเมินผู้ป่วย วิกฤตฉุกเฉินและขอความ ช่วยเหลือได้ ๓.เพื่อเพิ่มทักษะการ ประเมินผู้ป่วย ณ จุดเกิด เหตุของผู้ปฏิบัติการ ฉุกเฉิน ๔.เพื่อให้เกิดการ ประสานงานระหว่างหน่วย ปฏิบัติการและศูนย์รับแจ้ง เหตุมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น	๑.อัตราผู้ป่วยวิกฤต ฉุกเฉินเข้าถึงระบบ บริหารการแพทย์ ฉุกเฉินภายใน ๘ นาที > ร้อยละ ๖๐ ๒.อัตราการปฏิบัติการ Dual system ของ ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน > ร้อยละ ๓๐ ๓.อัตราการดูแล ระหว่างส่งต่อถูกต้อง >ร้อยละ ๙๐ ๔.อุบัติการณ์ความไม่ พึงพอใจของหน่วย ปฏิบัติการ = ๐	๑.ให้ความรู้และฝึก ทักษะแก่ผู้ปฏิบัติการ ฉุกเฉินเบื้องต้นและ พื้นฐานในเครือข่าย ๒.ทดสอบความรู้ด้าน การแพทย์ฉุกเฉินการ ดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิด เหตุของหน่วยปฏิบัติการ ที่อุทยานแห่งชาติทะเล บัน	๑๐-๑๔ ต.ค.๖๒	๑๘,๐๐๐	พุดตาล ศรีสุวงศ์/งาน อุบัติเหตุและ ฉุกเฉิน

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีความเข้มแข็งและเชื่อมโยงเครือข่าย

เป้าประสงค์ที่ ๑ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ

ตัวชี้วัดที่ ๒ อัตราการตายจากภาวะ STEMI < ร้อยละ ๘

ตัวชี้วัดที่ ๓ อัตราผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเสียชีวิตใน รพ. ≤ ร้อยละ ๑๐

กลยุทธ์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพตามกลุ่มโรคสำคัญ (Service Plan)

ลำดับที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
๓	พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยก่อน-ขณะนำส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลสตูล และโรงพยาบาลเครือข่ายจังหวัดสตูล	๑. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง รวดเร็ว และปลอดภัย ๒. เพื่อลดภาวะความเสี่ยง หรือแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ระหว่างส่งต่อ ๓. เพื่อให้เจ้าหน้าที่มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยก่อน ขณะและหลังส่งต่อที่ถูกต้อง	๑. อัตราการดูแลขณะส่งต่อถูกต้อง > ร้อยละ ๘๐ ๒. อัตราการส่งต่อกลุ่มโรค Fast track ได้ Refer ภายในระยะเวลา ๓๐ นาทีหลังประสานสำเร็จ > ร้อยละ ๘๐ ๓. อุบัติการณ์การเสียชีวิตระหว่างส่งต่อ=๐	๑. รวบรวมทบทวนแนวทางการส่งต่อโรคของแต่ละสาขา/PCT ฉบับปรับปรุงแก้ไข ๒. รวบรวมแนวทางการส่งต่อโรคของแต่ละสาขา/PCT ส่ง File electronic ให้โรงพยาบาลชุมชนเพื่อศึกษาก่อนประชุม ๓. จัดประชุมปรึกษาหารือโดย ทบทวนร่วมกัน ๔. กำหนดข้อตกลงร่วมกันในการดูแลก่อนขณะส่งต่อของแต่ละโรค PCT และสรุปเป็นมติประชุม ๕. จัดทำเอกสารสรุปแนวทางการส่งต่อ ส่งให้โรงพยาบาลชุมชน องค์กรแพทย์ ER ศูนย์ Refer รพ.สตูล	ธ.ค. ๖๒ - ม.ค. ๖๓	๓๐,๐๐๐	วิภาพร ยอดแก้ว, ชวนพิศ โสสนัญญ์/ อุบัติเหตุและ ฉุกเฉิน

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีความเข้มแข็งและเชื่อมโยงเครือข่าย

เป้าประสงค์ที่ ๑ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ

ตัวชี้วัดที่ ๔ อัตราผู้ป่วยตายด้วยโรค Sepsis < ร้อยละ ๓๐

กลยุทธ์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพตามกลุ่มโรคสำคัญ (Service Plan)

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
๔	พัฒนาศักยภาพเครือข่าย โรงพยาบาลชุมชนและให้ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ ในกระแสเลือดในจังหวัด สตูล	๑.เพื่อให้ผู้เข้า อบรมมีความรู้ เพิ่มขึ้นและ สามารถนำไปใช้ใน การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ ในกระแส เลือด (Sepsis) ๒.เพื่อให้ผู้ป่วย สามารถเข้าถึงการ บริการอย่าง รวดเร็วและ ปลอดภัย	๑.อัตราการ วินิจฉัย ถูกต้อง ๑๐๐% ๒.อัตราการ ใช้ protocol sepsis ๑๐๐ %	๑.ให้ความรู้เรื่องผู้ป่วยติดเชื้อในกระแส เลือด (Sepsis) ๒.แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ ในกระแสเลือด (Sepsis) ในโรงพยาบาล สตูลตามหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง -ER, OPD,I.C.U.,อายุรกรรมชาย, อายุรกรรมหญิง,ศัลยกรรมชาย,ศัลยกรรม หญิง,ห้องคลอด,นรีเวช พิเศษ ๑๐๐ ปี ๓.แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ ในกระแสเลือดในโรงพยาบาลชุมชนทั้ง ๖ แห่ง -รพ.ทุ่งหว้า,รพ.ละงู,รพ.ท่าแพ,รพ.ควน กาหลง,รพ.ควนโดน, รพ.มะนัง ๔.รับการนิเทศจากเครือข่ายเขต สุขภาพที่ ๑๒ สงขลา โรงพยาบาลหาดใหญ่	ธ.ค.๖๒- มิ.ย.๖๓ ธ.ค.๖๒- มิ.ย.๖๓ ธ.ค.๖๒- มิ.ย.๖๓	๑๕,๐๐๐ ๒๐,๐๐๐	นพ.พิทวัส อรอุมา พินธุ์ สุวรรณ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีความเข้มแข็งและเชื่อมโยงเครือข่าย

เป้าประสงค์ที่ ๑ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ

ตัวชี้วัดที่ ๕ อัตรา Admit ผู้ป่วย Asthma < ร้อยละ ๑๐

ตัวชี้วัดที่ ๖ อัตรา Re-Admit ผู้ป่วย COPD ซ้ำภายใน ๒๘ วัน ≤ ร้อยละ ๑๕

กลยุทธ์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพตามกลุ่มโรคสำคัญ (Service Plan)

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
๕	พัฒนาศักยภาพระบบ การดูแลผู้ป่วย COPD Asthma	เพื่อให้ผู้ป่วย สามารถเข้าถึง บริการการฟื้นฟู สมรรถภาพโดย ถูกต้องและ ปลอดภัย	๑.อัตราการ Re-Admit < ร้อยละ ๑๕ ๒.ผู้ป่วย COPD ได้รับการสอน ฟื้นฟูสมรรถภาพปอดร้อยละ ๑๐๐ ๓.ผู้ป่วย COPD กลุ่ม Gold C และ Gold D ได้รับการทดสอบ ๖MW และการวางแผนฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยนักกายภาพร้อยละ ๘๐ ๔.อัตราการพ่นยาถูกต้องและความ ร่วมมือในการใช้ยา > ร้อยละ ๘๐ ๕.อัตราการเข้าถึงคลินิกฟ้าใส ร้อยละ ๑๐ ๖.อัตราการเลิกสูบบุหรี่ได้ > ร้อยละ ๘๐	๑.ประชุมทีมผู้รับผิดชอบ ทีมสหวิชาชีพ ๒.ให้ความรู้เรื่องการฟื้นฟู สมรรถภาพปอด ๓.ผู้ป่วย COPD กลุ่ม Gold C และ Gold D ได้รับการ ทดสอบ ๖ MW และการ วางแผนฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยนักกายภาพ ๔.ให้ความรู้เรื่องโรคโดย พยาบาลวิชาชีพ ๕.ให้ความรู้เรื่องยา โดย เภสัชกร ๖.จัดทำวีดิทัศน์เรื่องโรค การใช้ยา การปฏิบัติตัว	จ.ค.๖๒- มิ.ย.๖๓	๓,๐๐๐ (จัดซื้อ เครื่องวัด O๒ Sat ขณะทำ ๖MW)	อำนวยการ นางสุดา / คลินิก COPD

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีความเข้มแข็งและเชื่อมโยงเครือข่าย

เป้าประสงค์ที่ ๑ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ

ตัวชี้วัดที่ ๗ อัตราการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน (HbA1c < ๗ mg%) > ร้อยละ ๔๐

ตัวชี้วัดที่ ๘ อัตราของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิต (BP < ๑๔๐/๙๐ mmHg) > ร้อยละ ๕๐

กลยุทธ์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพตามกลุ่มโรคสำคัญ (Service Plan)

ลำดับที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
๖	ประชุมติดตามการดำเนินงาน จัดบริการคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง รพ.สต.ทางทะเล	๑.เพื่อพัฒนาการให้บริการคลินิกโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ใน รพ.สต.ต้นหยงกลิง รพ.สต.เกาะสาหร่าย และ รพ.สต.เกาะหลีเป๊ะ ๒.เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิต ใน รพ.สต.รพ.สต.ต้นหยงกลิง รพ.สต.เกาะสาหร่าย และ รพ.สต.เกาะหลีเป๊ะ ได้รับการดูแลตามมาตรฐานเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิตได้ โดยทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง	๑.ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง มีความพึงพอใจในการรับบริการ ร้อยละ ๘๐ ๒.ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ใน รพ.สต.ต้นหยงกลิง และ รพ.สต.เกาะสาหร่าย สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ร้อยละ ๔๐ และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ใน รพ.สต.ต้นหยงกลิง และ รพ.สต.เกาะสาหร่าย สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ร้อยละ ๕๐	๑.ติดตามการดำเนินงาน รพ.สต.ต้นหยงกลิง จำนวน ๖ ครั้ง ๒.ติดตามการดำเนินงาน รพ.สต.เกาะสาหร่าย จำนวน ๖ ครั้ง ๓.ติดตามการดำเนินงาน รพ.สต.เกาะหลีเป๊ะ จำนวน ๓ ครั้ง	พ.ย.๖๒,ม.ค.๖๓,มี.ค.๖๓,พ.ค.๖๓,ก.ค.๖๓,ก.ย.๖๓ ต.ค.๖๒,ธ.ค.๖๒,ก.พ.๖๓,เม.ย.๖๓,มิ.ย.๖๓,ส.ค.๖๓ ต.ค.๖๒,ก.พ.๖๓,มิ.ย.๖๓	๙,๐๐๐ (ค่าเรือ) ๑๔,๔๐๐ (ประชุม) ๙,๐๐๐ (ค่าเรือ) ๑๔,๔๐๐ (ประชุม) ๑๑๘,๑๔๐ (ไปราชการ) ๑๔,๔๐๐ (ประชุม)	ชลธิดา วุ่นหนู/กลุ่มงานสุขศึกษา

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
๗	ประชุมติดตามการดำเนินงาน จัดบริการคลินิก โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง รพ.สต.	๑. เพื่อพัฒนาการให้บริการการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่เครือข่ายอำเภอเมืองสตูล ๒. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต เท้า ในพื้นที่เครือข่ายอำเภอเมืองสตูล โดยทีมสหวิชาชีพ	๑. ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง มีความพึงพอใจในการรับบริการ ร้อยละ ๘๐ ๒. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต เท้า ร้อยละ ๖๐ และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ ๗๐	ติดตามการดำเนินงาน รพ. จำนวน ๑๒ ครั้ง	ต.ค. ๖๒, ม.ค. ๖๓	๒๘,๘๐๐ (ประชุม)	ชลธิดา วุ่นหนู/กลุ่มงานสุขศึกษา

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
๘	ประชุมเชิง ปฏิบัติการการ ดูแลผู้ป่วย โรคเบาหวานและ ความดันโลหิตสูง เครือข่ายจังหวัด สตูล	๑. เพื่อเพิ่มและฟื้นฟู องค์ความรู้ในการดูแล ผู้ป่วยโรคเบาหวานและ ความดันโลหิตสูงใน โรงพยาบาลเครือข่าย จังหวัดสตูล ๒. เพื่อให้เครือข่ายการ ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตมี การปรับปรุงแนว ทางการรักษาให้เป็น แนวทางเดียวกัน	๑. ผู้รับผิดชอบงาน โรคเบาหวานและความดัน โลหิตสูง และผู้เกี่ยวข้อง ได้รับการพัฒนาองค์ ความรู้ > ร้อยละ ๘๐ ๒. โรงพยาบาลเครือข่าย จังหวัดสตูลมีการปรับปรุง แนวทางการดูแลผู้ป่วย โรคเบาหวานและความดัน โลหิตสูง > ร้อยละ ๕๐	๑. พัฒนาระบบ ฐานข้อมูลโรคไม่ติดต่อ เรื้อรัง ๒. ประชุมเชิงปฏิบัติการ การดูแลผู้ป่วย โรคเบาหวานและความ ดันโลหิตสูงเครือข่าย จังหวัดสตูล	๒๘-๒๙ ม.ค. ๖๓	๕๐,๐๐๐	อรอุมา มากจังหวัด/กลุ่ม งานผู้ป่วยนอก

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
๙	ป้องกันและควบคุมโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง คปสอ. เมืองสตูล	๑.เพื่อให้ ประชาชนอายุ ตั้งแต่ ๓๕ ปี ขึ้น ไปได้รับการตรวจ คัดกรองเบาหวาน และความดัน โลหิตสูงและส่ง ต่อ ๒.เพื่อการติดตาม ผลการดำเนินงาน ตามมาตรฐาน	๑.ร้อยละ ๙๐ ของ ประชาชนอายุ ๓๕ ปี ขึ้น ไป ได้รับการตรวจคัดกรอง เบาหวานและความดัน โลหิตสูง ๒.มีการดำเนินงานคลินิก DPAC คุณภาพระดับ รพ. สต.อย่างเป็นรูปธรรม	๑.กิจกรรมประชุมชี้แจงการ ดำเนินงานโครงการ ๒.ตรวจคัดกรองเบาหวานและ ความดันโลหิตสูงในประชาชน อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ๓.กิจกรรมปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง เบาหวานและโรคความดันโลหิต สูงและคลินิก DPAC คุณภาพ ๔.พัฒนาศักยภาพการบันทึก ข้อมูล ๕.นิเทศตามคลินิก NCD คุณภาพ ๖.ประชุมสรุปผลการนิเทศ ติดตามคุณภาพงาน NCD และ แลกเปลี่ยนเรียนรู้	ต.ค.๖๒-ธ.ค. ๖๒ ต.ค.๖๒-ธ.ค. ๖๒ เม.ย.๖๓-มิ.ย. ๖๓ ต.ค.๖๒-ธ.ค. ๖๒ ก.ค.๖๓-ก.ย. ๖๓ ก.ค.๖๓-ก.ย. ๖๓	-	เปรมยุดา พัฒนนะ,จุไร รัตน์ ลีวา นิษฐ์,มารี หย่า/กลุ่ม งานเวช กรรมสังคม

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีความเข้มแข็งและเชื่อมโยงเครือข่าย

เป้าประสงค์ที่ ๑ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ

ตัวชี้วัดที่ ๙ อัตราส่วนมารดาตาย ไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนประชากร

ตัวชี้วัดที่ ๑๐ ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานห้องคลอดผ่านเกณฑ์ห้องคลอดคุณภาพ

กลยุทธ์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพตามกลุ่มโรคสำคัญ (Service Plan)

ลำดับที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
๑๐	อบรมเชิงปฏิบัติการและรณรงค์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ปี ๒๕๖๓	๑.เพื่อให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กและผู้ที่เกี่ยวข้องมีความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ๒.เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้และเข้าใจประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	๑.ร้อยละ ๘๐ ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กได้รับการพัฒนาศักยภาพเชิงปฏิบัติการเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ๒.ร้อยละ ๕๐ ของผู้เข้าอบรมมีความรู้ความเข้าใจประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	๑.เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กทบทวนแนวทางการอบรมเชิงปฏิบัติการ ๒.จัดอบรมพัฒนาศักยภาพเชิงปฏิบัติการเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กและผู้ที่เกี่ยวข้อง ๓.เดินรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ เรื่องประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ๔.แจกเอกสาร แผ่นพับความรู้ เรื่องประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ๕.จัดทีมเยี่ยมบ้านและประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของหญิงหลังคลอด	ต.ค.๖๒-ก.ย.๖๓	๒๕,๐๐๐	สุนิสา จิตต์วโรดม/กลุ่มการพยาบาล

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
๑๑	พัฒนางานแม่และ เด็กปฐมวัยตาม มาตรฐาน	๑.เพื่อลดอัตราการตาย ของมารดาและทารก ๒.เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ มารดาและทารกมีความ ปลอดภัยจาก ภาวะแทรกซ้อน ๓.เพื่อให้โรงพยาบาลและ ให้บริการตามมาตรฐาน ANC คุณภาพ WBC คุณภาพ ๔.เพื่อส่งเสริมให้ เครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานอนามัย แม่และเด็ก	๑.อัตราการฝากครรภ์ครั้ง แรกก่อน ๑๒ สัปดาห์ > ร้อยละ ๖๐ ๒.หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ ครบ ๕ ครั้ง ตามเกณฑ์ ร้อยละ ๖๐ ๓.ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัยร้อย ละ ๘๕ ๔.ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูง เฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี ร้อยละ ๖๐ ๕.ร้อยละของ PCU/ รพ. สต.ผ่านการประเมิน มาตรฐาน ANC คุณภาพ WBC คุณภาพ ร้อยละ ๘๐ ๖. อัตราการเยี่ยมมารดา หลังคลอด ร้อยละ ๖๐	๑.จัดประชุมคณะทำงาน MCH ๒ ครั้ง/ปี ๒.จัดประชุมคณะทำงาน ปฐมวัย ๒ ครั้ง/ปี ๓.จัดอบรม จนท.ดำเนินงาน รร.พ่อแม่ในคลินิก WBC ๔.จัดอบรมเจ้าหน้าที่ในการ ดำเนินงาน ANC ๕.จัดประชุมติดตามมาตรฐาน งานอนามัยแม่และเด็ก รพ. สต.เครือข่าย ๖.อบรมเจ้าหน้าที่บันทึก ข้อมูลงาน ANC ๗.อบรมเจ้าหน้าที่บันทึก ข้อมูลงาน WBC ๘.อบรมเจ้าหน้าที่ในการคัด กรองพัฒนาการ ๙.ร่วมเก็บข้อมูลวิจัยพัฒนา เด็กไทยด้านโภชนาการ ร่วมกับสำนักโภชนาการ	ต.ค.๖๒/ ส.ค.๖๓ พ.ย.๖๒/ ส.ค.๖๒ มี.ค.๖๓ เม.ย.๖๓ ก.พ.๖๓ ม.ค.๖๓ ก.พ.๖๓ พ.ค.๖๓	๖,๐๐๐ บาท (ประชุม) ๖,๐๐๐ บาท (ประชุม) ๓,๐๐๐ บาท ๓,๐๐๐ บาท ๑๒,๖๐๐ บาท (ประชุม) ๓,๐๐๐ บาท ๓,๐๐๐ บาท ๓,๐๐๐ บาท	รอเกี่ยว ลำดับ/กลุ่ม งานเวช กรรมสังคม

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีความเข้มแข็งและเชื่อมโยงเครือข่าย

เป้าประสงค์ที่ ๑ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ

ตัวชี้วัดที่ ๑๑ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนกลุ่มโรคเป้าหมาย (DM, HT, COPD, ACS, STROKE) ≤ ร้อยละ ๓๐

กลยุทธ์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพตามกลุ่มโรคสำคัญ (Service Plan)

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
๑๒	พัฒนาศักยภาพการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง	๑. เพื่อให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน Palliative care สามารถดูแลผู้ป่วยในแนวทางเดียวกัน ๒. เพื่อผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์ที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองอย่างเหมาะสม	๑. ร้อยละ ๑๐ ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน Palliative care ได้รับการพัฒนาศักยภาพเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองแบบองค์รวม ๒. ร้อยละ ๕๐ ของผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียม Advance care plan ๓. ร้อยละ ๖๐ ของผู้ป่วยที่ระยะท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประคองอย่างเหมาะสม	๑. คืบข้อมูลแก่เครือข่ายหน่วยบริการเพื่อปรับปรุงข้อมูลให้ถูกต้อง ครบถ้วนตรงกัน ๒. ทบทวนแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยไปยังเครือข่ายหน่วยบริการ ๓. จัดอบรมพัฒนาศักยภาพเชิงปฏิบัติการผู้รับผิดชอบงาน Palliative care ในหอผู้ป่วย และ รพ.สต. เรื่อง การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองแบบองค์รวม	ต.ค.๖๒ พ.ย.๖๒ ธ.ค.๖๒	๑๒,๐๐๐	ศทายุทธ์ โกบยาหยัง/ การพยาบาล ชุมชน

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
			๔.ร้อยละ ๖๐ ของผู้ป่วยหรือครอบครัวมีความพึงพอใจในการจัดการก่อนเสียชีวิต (กาย :ไม่ทรมาณ , จิตใจ : ไม่มีห่วง,สังคม : จัดการธุระได้ครบ)	๔.จัดทำ Nursing care plan การเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ป่วย Palliative care ในโรคที่พบบ่อย เช่น CA , CKD, Stroke, COPD ๕.ประสานงานการจัดทำ Advance care plan ในผู้ป่วย Palliative ของทีมงาน Palliative care ในหอผู้ป่วยใน และนอก ๖.บริหารศูนย์ประสานงาน COC เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และไร้รอยต่อ และสนับสนุนให้มีการคืนข้อมูลที่ดีแก่เครือข่ายหน่วยบริการ ๗.จัดทีมเยี่ยมบ้านและประเมินการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ และต่อเนื่องรวมถึงประเมินความพึงพอใจในการจัดการก่อนเสียชีวิต ๘.ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กรณีศึกษาปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน Palliative care	จ.ค.๖๒ ต.ค.๖๒- ก.ย.๖๓ จ.ค.๖๒ ต.ค.๖๒- ก.ย.๖๓ มี.ค.๖๓, ส.ค.๖๓		

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
๑๓	อบรมเครือข่ายดูแล ผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน แบบบูรณาการอย่าง ยั่งยืนอำเภอเมือง จังหวัดสตูล ประจำปี ๒๕๖๓	๑. เพื่อให้ผู้ป่วยและกลุ่ม โรคตามเข็มมุ่งในชุมชน ได้รับการรักษา ดูแล ส่งเสริมสุขภาพ และ ฟื้นฟูสภาพ อย่าง ต่อเนื่อง ครอบครัวและ มีคุณภาพ ๒. เพื่อเสริมพลังการ ดูแลตนเองที่บ้านของ ผู้ป่วยและญาติได้อย่าง ถูกต้อง ๓. เพื่อลดการเกิดภาวะ แทรกซ้อนที่บ้านและลด ความพิการ ๔. สร้างการมีส่วนร่วมใน การดูแลต่อเนื่องของ หน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่าย	๑. ร้อยละ ๘๐ ผู้ป่วย โรคตามเข็มมุ่งที่ส่งต่อ จาก รพ.เข้าศูนย์ COC ได้รับการดูแล ๒. ร้อยละไม่เกิน ๕ ผู้ป่วย Re-admitted โรคตามเข็มมุ่ง ๓. ร้อยละไม่เกิน ๕ ผู้ป่วยเกิด ภาวะแทรกซ้อนที่บ้าน ไม่เหมาะสม ๔. ร้อยละ ๖๐ สถานบริการผ่าน เกณฑ์การเยี่ยมบ้าน คุณภาพตามมาตรฐาน	๑. จัดประชุมคณะทำงานการ ดูแลต่อเนื่อง รพ./รพ.สต. และผู้ ที่เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงแนวทาง และติดตามผลการดำเนินงาน ๒. ปรับปรุงฐานข้อมูลทะเบียน ผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่ และคืนข้อมูล รพ.สต. ๓. ร่วมกับทีมทางคลินิกจัดให้มี Care plan และ discharge plan เฉพาะโรคตามเข็มมุ่ง ๔. อบรมพัฒนาศักยภาพการ เยี่ยมบ้านโรคตามเข็มมุ่งตาม หลักเวชศาสตร์ครอบครัว อสม.จิตอาสา ๕. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กรณีศึกษาและยกตัวอย่างการ เรียนรู้ตามแนวคิดเวชศาสตร์ ครอบครัวแก่หมอครอบครัว สัญจร ๒ ครั้ง/ปี	ต.ค.๖๒ - ก.ย.๖๓	๓๐,๐๐๐	ผกาพรรณ บัวอ่อน/การ พยาบาลชุมชน

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
				<p>๖.จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเยี่ยมบ้านตามหลักแนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัวแก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. จิตอาสา โดยใช้กรณีตัวอย่างในการเรียนรู้</p> <p>๗.นิเทศติดตามประเมินมาตรฐานเยี่ยมบ้านคุณภาพ ๑ ครั้ง/ปี</p>			

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
๑๔	ปฐมภูมิชวนเสวนา เชื่อมโยงไร้รอยต่อ	๑.เพื่อลดอัตรา Re-admit ในราย โรคสำคัญ ๒.เพื่อเชื่อมโยง การดูแลต่อเนื่อง ระหว่างรพ.และ สถานบริการปฐม ภูมิ ๓.ลดภาวะ แทรก ซ้อนจากการดูแล ไม่เหมาะสม 4. พัฒนา ศักยภาพสถาน บริการปฐมภูมิใน การดูแลต่อเนื่อง	๑.อัตรา Re-admit COPD/Stroke/sepsis/DM ๒.อุบัติการณ์การส่งต่อ ๓.อัตราการเกิดภาวะ แทรกซ้อนที่บ้าน ๔.ร้อยละของ รพ.สต.ที่ ได้รับการพัฒนาศักยภาพ	๑.จัดเวทีและฐาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ระหว่างโรงพยาบาลแม่ ข่ายและสถานบริการปฐม ภูมิทุก๒เดือนในรายโรค สำคัญและระบบการดูแล ต่อเนื่อง โดยทบทวน วิชาการ ทบทวนแนวทาง ระบบ CPG ทบทวน อุบัติการณ์การส่งต่อ ทบทวนความเสี่ยง ติดตามระบบสารสนเทศ ระบบข้อมูลรายงาน	ธค.62, กพ.63, เมย.63, มิย.63	๑๒,๐๐๐	กลุ่มงานการ พยาบาลชุมชน/ COC

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
๑๕	พัฒนาติดตามการใช้ระบบ โปรแกรมสารสนเทศเพื่อการ ส่งต่อดูแลต่อเนื่อง	เพื่อติดตามปัญหา อุปสรรคการใช้งาน โปรแกรมส่งต่อเยี่ยม บ้าน	ร้อยละ ๑๐๐ ของ รพ.สต.ที่ใช้ โปรแกรมในการ บันทึกข้อมูล ตอบกลับการ เยี่ยมบ้าน	ออกติดตามประเมิน บูรณาการกับการ นิเทศเยี่ยมบ้าน คุณภาพและ รพ.สต. ติดตาม	ต.ค.๖๒ - มิ.ย. ๖๓ ปีละ ๒ ครั้ง	-	กลุ่มงานการ พยาบาลชุมชน

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
๑๖	KM สัญจรกับผู้ดูแลที่บ้าน	๑. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วย ที่บ้านได้รับความรู้ และแลกเปลี่ยน เรียนรู้การดูแลที่บ้าน ระหว่างกัน	๑. ร้อยละของ ผู้ดูแลที่ได้เข้า ร่วมเวที KM	จัดเวที KM สัญจรในชุมชน กับผู้ดูแลที่บ้านในโรคที่มี อัตรา Re-admit สูง	มี.ค.๖๓, กย.๖๓	๖,๐๐๐	กลุ่มงานการ พยาบาลชุมชน สสอ.เมือง

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
๑๗	ประชุมเชิง ปฏิบัติการเพื่อ พัฒนาสู่ความเป็น เลิศในการดูแล แผลกดทับ	๑. เพื่อให้ทุกหน่วยงาน มี แนวทางในการป้องกัน การ เกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่ม เสี่ยง ๒. เพื่อให้บุคลากรทางการ พยาบาล มีความรู้ความ เข้าใจในการป้องกันการเกิด แผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ๓. บุคลากรทางการพยาบาล สามารถนำความรู้ไป ประยุกต์ใช้ในการป้องกันการ เกิดแผลกดทับในผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยง ได้อย่างถูกต้อง	๑. ร้อยละ ๕๐ ของ หน่วยงาน มีแนวทางในการ ป้องกัน การเกิดแผลกดทับ ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ๒. ร้อยละ ๒๐ ของบุคลากร ทางการพยาบาล มีความรู้ ความเข้าใจในการป้องกัน เกิดแผลกดทับ ในผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยง ๓. ร้อยละ ๕๐ ของบุคลากร ทางการพยาบาล สามารถ นำความรู้ไปประยุกต์ ใช้ใน การปฏิบัติการพยาบาลใน ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้อย่าง ถูกต้อง	บรรยายวิชาการแผลกดทับใน โรงพยาบาลสตูลและเครือข่าย - ชั้นวางแผนโครงการ : ประชุมชี้แจงโครงการ - ชั้นดำเนินการ - แต่งตั้งคณะกรรมการ ดำเนินงาน - ประชาสัมพันธ์โครงการ - เตรียมความพร้อมสถานที่ อุปกรณ์ต่างๆ - จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ บรรยายวิชาการแผลกดทับ - ชั้นสรุปและประเมินผล - ชั้นปรับปรุงตามผลการ ประเมิน - จัดทำแผนพัฒนาและ กิจกรรมคุณภาพเพื่อป้องกัน การเกิดแผลกดทับ	ธ.ค.๖๒ – เม.ย.๖๓	๑๐,๒๐๐	ปราณี จันทร์วงศ์ กุล/ไตเทียม

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีความเข้มแข็งและเชื่อมโยงเครือข่าย

เป้าประสงค์ที่ ๑ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ

ตัวชี้วัดที่ ๑๒ อัตราตำบลที่มีระบบ LTC ผ่านเกณฑ์ > ร้อยละ ๕๐

กลยุทธ์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพตามกลุ่มโรคสำคัญ (Service Plan)

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
๑๘	แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ตำบลดูแลระยะยาวใน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	๑.เพื่อให้มีการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดำเนินงาน ภายในเครือข่าย	๑.ตำบลที่มีระบบส่งเสริม สุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้ พิการ ผู้ด้อยโอกาสและ การดูแลระยะยาวในชุมชน (Long Term Care) ผ่าน เกณฑ์เพิ่มขึ้น ๒ แห่ง (ฉลุง ,เจ๊ะบิลัง) ๒.องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นที่พร้อมขับเคลื่อน ได้รับการเยี่ยมเสริมพลัง ร้อยละ ๑๐๐ (๔ แห่ง) ๓.มีการบันทึกข้อมูลผ่าน โปรแกรมร้อยละ ๘๐	๑.อบรมให้ความรู้และถอด บทเรียนการดำเนินงานและ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ๒.เยี่ยมเสริมพลังองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นที่สมัคร ใจและสามารถขับเคลื่อนได้ ๓.อบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนา ศักยภาพการบันทึกโปรแกรม ข้อมูลของกรมอนามัย ๔.ขึ้นทะเบียน,มอบวุฒิบัตร และสร้างใจ Care Giver ๕.ศึกษาดูงานคลินิก YFHS ใน โรงพยาบาลสตูล และ รพ.สต.	ต.ค.๖๒- ก.ย.๖๓	๖,๐๐๐	บุศย์รินทร์ ,นิรมล/กลุ่มงาน การพยาบาล ชุมชน

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
๑๙	พัฒนาระบบ Long Term Care	๑. เพื่อให้ผู้สูงอายุ ได้รับการดูแลอย่าง เป็นองค์รวมโดยการ มีส่วนร่วมของชุมชน ๒. เพื่อให้ตำบล LTC ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	๑. ร้อยละของตำบล LTC ผ่านเกณฑ์ดำเนินงาน ๓ C ๒. ร้อยละของผู้สูงอายุที่มี ค่า ADL ดีขึ้น ๓. ร้อยละของ CG ที่ได้รับ การอบรมฟื้นฟู ๔. ร้อยละของผู้สูงอายุที่มี ข้อบ่งชี้ได้รับการเยี่ยมบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของผู้นำ ศาสนา	๑. ประชุมเพื่อขับเคลื่อนให้ รพ.สต. มีการดำเนินงานโดย ใช้ ๓ C ๒. CM จัดทำ care plan ใช้ โปรแกรมสารสนเทศ ๓. นิเทศติดตามตำบล LTC ๔. อบรมฟื้นฟู care giver อำเภอเมือง ๕. ประสานการจัดกลุ่มอาชีพ แก่ญาติกับหน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง ๖. ข้างกันบาตรต่อชีวิตผู้ป่วย ติดเตียง ตำบลพิมาน ๗. เยี่ยมบ้านโดยการมีส่วนร่วม ของผู้นำศาสนา ๘. พัฒนานวัตกรรม	ต.ค.๖๒ - ก.ย.๖๓	๓๐,๐๐๐	กลุ่มงานการ พยาบาลชุมชน/ สสอ.เมือง

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีความเข้มแข็งและเชื่อมโยงเครือข่าย

เป้าประสงค์ที่ ๑ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ

ตัวชี้วัดที่ ๑๓ อัตราผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบและได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง ๑ ปี ร้อยละ ๕๐

กลยุทธ์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพตามกลุ่มโรคสำคัญ (Service Plan)

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
๒๐	อบรมและพัฒนาศักยภาพ แกนนำและครอบครัวใน การสร้างต้นแบบ	เพื่อรณรงค์ป้องกัน และแก้ไขปัญหายา เสพติด	๑. ร้อยละของ ผู้ป่วยยาเสพติดเข้า รับการ บำบัดรักษา และ ติดตามดูแลอย่าง ต่อเนื่อง ๑ ปี ๒. ร้อยละของ ผู้ป่วยยาเสพติด กลุ่มเสี่ยงก่อความ รุนแรง ได้รับการประเมิน บำบัดรักษาและ ติดตามดูแล ช่วยเหลือตาม ระดับความรุนแรง อย่างต่อเนื่อง	๑. ป้องกันและแก้ไข ปัญหายาเสพติดใน โรงเรียน ๒. อบรมแกนนำ เยาวชนในการให้ คำปรึกษา ๓. พัฒนาทักษะชีวิตใน การป้องกันปัญหายา เสพติดในเยาวชน	ต.ค.๖๒-ก.ย. ๖๓	๑๕,๖๐๐	อรนันทร์ ณ นคร/ กลุ่มงานจิตเวช

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีความเข้มแข็งและเชื่อมโยงเครือข่าย

เป้าประสงค์ที่ ๑ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ

ตัวชี้วัดที่ ๑๔ อัตราของการเข้าถึงของผู้ป่วยโรคจิต > ร้อยละ ๖๐

กลยุทธ์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพตามกลุ่มโรคสำคัญ (Service Plan)

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
๒๑	เสริมสร้างศักยภาพการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชและเครือข่าย ผู้ดูแลในเขตจังหวัด	๑.เพื่อให้ผู้มีปัญหา สุขภาพจิตและจิต เวช ได้รับการดูแล อย่างครอบคลุม ๒.เพื่อให้ผู้ป่วยจิต เวชสามารถดูแล ตนเองได้ ๓.เพื่อลดการ กำเริบของโรค ๔.เพื่อให้ผู้ป่วย จิตเวชมีอาชีพ สามารถเลี้ยง ตนเองได้	อัตราการกำเริบ ของผู้ป่วยจิตเวช น้อยกว่าร้อยละ ๑	๑.อบรมเรื่องโรคทางจิต เวชและการรักษา ๒.จัดกิจกรรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ใน การดูแลตนเองแก่กลุ่ม ผู้ป่วยและผู้ดูแลในโรค ที่กำหนด ๓.สนับสนุนให้มีการ ประกอบอาชีพตาม บริบท(ต่อยอดจาก อาชีพเดิม/สร้างอาชีพ ใหม่) โดยประสานกับ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การสนับสนุน	ต.ค.๖๒ - ก.ย.๖๓	๑๒,๐๐๐	สุชาดา ปิติเศรษฐ์/ กลุ่มงานจิตเวช

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
๒๒	พัฒนาศักยภาพแพทย์ ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ใน รพช.	เพื่อพัฒนาระบบการ ดูแลรักษาผู้ป่วยจิต เวชให้ได้ตาม มาตรฐานฯ ทั้งใน กลุ่มผู้ป่วยนอกและ ผู้ป่วยในได้ถูกต้อง	๑.อัตราการฆ่าตัว ตายไม่เกิน ๖.๓ ต่อแสนประชากร ๒.อัตราการเข้าถึง บริการของผู้ป่วย โรคซึมเศร้า ร้อยละ ๖๕ ๓.อัตราการเข้าถึง ของผู้ป่วยโรคจิต ร้อยละ ๗๕	๑.ประชุม สห วิชาชีพ ๒.ให้ความรู้เรื่องการ ดูแลช่วยเหลือผู้มีปัญหา สุขภาพจิตและจิตเวช	ก.พ.๖๓ มี.ค.๖๓	๑๑,๔๐๐	สุชาดา ปิติเศรษฐ์/ กลุ่มงานจิตเวช

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
๒๓	อบรมเชิงปฏิบัติการให้ ความรู้เฝ้าระวังปัญหา สุขภาพจิต	๑.เพื่อพัฒนาศักยภาพ บุคลากรในการดูแล ช่วยเหลือผู้มีปัญหา สุขภาพจิตและจิตเวช ๒.เพื่อสร้างกระแสสังคม รณรงค์ป้องกันปัญหา สุขภาพจิต ซึมเศร้า การ ฆ่าตัวตาย ๓.เพื่อเพิ่มอัตราการ เข้าถึงบริการโรคจิต โรค ซึมเศร้า ผู้พยายามฆ่าตัว ตาย	๑.อัตราผู้พยายามฆ่า ตัวตายไม่เกิน ๖.๓ ต่อแสนประชากร ๒.อัตราการเข้าถึง บริการผู้ป่วยโรค ซึมเศร้าร้อยละ ๖๕	๑.วางแผนเตรียมการติดต่อ ประสานงานหน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง ๒.อบรมให้ความรู้และดำเนิน กิจกรรมการฝึกปฏิบัติ -เรื่องการค้ากรอง ประเมินดูแลผู้ มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช -ฝึกปฏิบัติในการประเมิน -เสวนา เรื่อง เสริมสร้างพลังเชิง บวกกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย -ประเมินความเครียด ความสุข บุคลิกภาพ ความฉลาดทาง อารมณ์ -จัดรายการเสียงตามสาย -รณรงค์ให้ความรู้ เรื่องการดูแล สุขภาพจิต ๓.ประเมินผลหลังเสร็จสิ้น กิจกรรม	ต.ค.๖๒- พ.ย.๖๒	๑๐,๐๐๐	ธนาพร เพ็ง แก้ว,สุชาดา ปิติเศรษฐ์/ กลุ่มงานจิตเวช

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีความเข้มแข็งและเชื่อมโยงเครือข่าย

เป้าประสงค์ที่ ๑ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ

ตัวชี้วัดที่ ๑๕ อัตราความครอบคลุมของการตรวจสุขภาพช่องปากเด็กอายุ ๑๒ ปี ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๗๐

ตัวชี้วัดที่ ๑๖ อัตราเด็กอายุ ๑๒ ปี มีฟันแท้ครบทุกซี่ (Cavity free) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๖๕

กลยุทธ์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพตามกลุ่มโรคสำคัญ (Service Plan)

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
๒๔	ส่งเสริมป้องกัน ทันตกรรมสำหรับเด็ก ๐-๓ ปี ประจำปี ๒๕๖๓	๑.เด็กเล็กที่มาคลินิกเด็กดี ได้รับการตรวจสุขภาพช่อง ปากและผู้ปกครองเด็กได้รับ แนะนำการดูแลทำความ สะอาดอย่างเหมาะสม ๒.เด็กเล็กอายุ ๐-๓ เดือน ได้รับการตรวจช่องปาก	๑. ร้อยละ ๙๕ ของเด็กเล็ก ที่มาคลินิกเด็กดีได้รับการ ตรวจสุขภาพช่องปาก ๒. ร้อยละ ๗๐ ผู้ปกครอง เด็กได้รับการฝึกการดูแลทำ ความสะอาดช่องปากอย่าง เหมาะสม ๓. ความชุกโรคฟันผุในเด็ก เล็กอายุ ๓ ปี ไม่เกินร้อยละ ๔๖ และลดลงร้อยละ ๓ ต่อ ปี	๑.ตรวจสุขภาพช่องปากเด็ก เล็กที่รับบริการคลินิกเด็กดี และแนะนำการดูแลทำความ สะอาดช่องปากแก่ผู้ปกครอง ๒.ออกตรวจให้บริการเคลื่อน พลูออไรด์วานิชในเด็กอายุ ๙ เดือน - ๓ ปี ที่ WBC รพ. สตูล และ รพ.สต. ๓.ให้บริการเคลือบพลูออไรด์ วานิชในเด็กอายุ ๙ เดือน - ๓ ปี ที่คลินิกเด็กดี รพ.สตูล และ รพ.สต.	ต.ค.๖๒ - มิ.ย.๖๓	๕๐,๔๐๐	ทพญ.รักษิณา อนูวรรค , ไพชอล สุมาตรา/กลุ่ม งานทันตกรรม

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
		๓. เด็กเล็กอายุ ๙ เดือน – ๓ ปี ได้รับการทาฟลูออไรด์วานิชป้องกันฟันผุ ๔. มีโครงการนำร่องในการพัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพช่องปากในคลินิกสุขภาพเด็กดี โดยมุ่งเน้นให้ผู้ปกครองสามารถดูแลทำความสะอาดช่องปากเด็กได้อย่างเหมาะสม	๓. ร้อยละ ๖๐ ของเด็กเล็กอายุต่ำกว่า ๓ ปี ได้รับการทาฟลูออไรด์วานิช ๔. อัตราฟันผุในเด็กอายุ ๓ ปี ลดลง ร้อยละ ๓ ต่อปี	๔. ตรวจสอบสุขภาพช่องปากเด็กเล็กที่รับบริการคลินิกเด็กดี และแนะนำการดูแลทำความสะอาดช่องปากแก่ผู้ปกครอง			

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
๒๕	ผู้สูงวัยร่วมใจดูแลสุขภาพช่องปาก ประจำปี ๒๕๖๓	เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง	๑.ร้อยละ ๓๕ ของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากปีละ ๑ ครั้ง ๒.ร้อยละ ๔๐ ของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบเข้าถึงบริการทันตกรรม	ตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในชมรมและพื้นที่รับผิดชอบ	ต.ค.๖๒- มิ.ย.๖๓	๙,๒๐๐	ทพญ.ปิยาภรณ์ คู่ศรีสมทรัพย์,ศรินทร์หมินไฉะ/กลุ่มงานทันตกรรม

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
๒๖	ส่งเสริมป้องกันด้าน ทันตกรรมสำหรับหญิง ตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด	หญิงตั้งครรภ์ใหม่ ทุกรายได้รับการ ตรวจสุขภาพช่อง ปากและได้รับ คำแนะนำการดูแล สุขภาพช่องปาก	๑.ร้อยละ ๑๐๐ ของหญิงตั้งครรภ์ ที่ฝากครรภ์ครั้ง แรกได้รับการ ตรวจสุขภาพช่อง ปาก ๒.ร้อยละ ๕๐ ของ หญิงตั้งครรภ์ได้รับ การฝึกทักษะการ แปรงฟันอย่างถูก วิธี	๑.ตรวจสุขภาพช่องปาก ๒.สอนการดูแลสุขภาพ ช่องปาก ได้แก่ การ แปรงฟันอย่างถูกวิธี และดูแลสุขภาพช่อง ปากอย่างเหมาะสม ให้แก่หญิงตั้งครรภ์ใหม่	ต.ค.๖๒ – มิ.ย.๖๓	๓๑,๘๐๐	ทพญ.รัชชิตา อนูวรรค,อัมมาน หลีตินชุด/กลุ่ม งานทันตกรรม

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
๒๗	อบรมพัฒนาศักยภาพ อสม. ประจำหมู่บ้านในงาน ทันต กรรม	เพื่อให้อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำ หมู่บ้านมีความรู้ใน เรื่องการดูแล สุขภาพช่องปาก ด้วยตนเองอย่าง ถูกวิธี	ร้อยละ ๘๐ ของ อสม.ที่เข้ารับการ อบรมมีความรู้และ ทักษะในการทำ ความสะอาดช่อง ปากอย่างถูกต้อง	ให้ความรู้และฝึก ทักษะการดูแลสุขภาพ ช่องปากด้วยตนเอง อย่างเหมาะสม	มี.ค. - มิ.ย. ๖๓	๑๑,๒๐๐	ทพญ.ปิยาภรณ์ คู่ศรีสมทรัพย์ ทภ.อัสริณย์ เบญญคุปต์/ กลุ่มงาน ทันตกรรม

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีความเข้มแข็งและเชื่อมโยงเครือข่าย

เป้าประสงค์ที่ ๑ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ

ตัวชี้วัดที่ ๑๗ ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุ < ๒๐ ปี ไม่เกิน ร้อยละ ๑๐

ตัวชี้วัดที่ ๑๘ อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี < ๓๔ ต่อพันประชากร

กลยุทธ์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพตามกลุ่มโรคสำคัญ (Service Plan)

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
๒๘	ป้องกันและ แก้ไขปัญหา การตั้งครรภ์ไม่ พร้อมในวัยรุ่น ตำบลพิมาน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล	๑.เพื่อให้เด็กและเยาวชนมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาและ ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการมี เพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันสมควร ๒.เพื่อให้เด็กและเยาวชนมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเพศศึกษาและ การป้องกันการตั้งครรภ์ ๓.เพื่อสร้างเครือข่าย เฝ้าระวัง ระหว่างโรงเรียน ชุมชน และกลุ่ม เพื่อนวัยรุ่น ๔.เพื่อให้เด็กและเยาวชนเข้าถึงสิทธิ และช่องทางบริการด้านสุขภาพมาก ขึ้น	๑. ร้อยละ ๘๐ ของผู้เข้ารับการ อบรมมีความรู้ ความเข้าใจเรื่อง ปัญหา ผลกระทบและการป้องกัน การตั้งครรภ์ ๒.ร้อยละ ๑๐ ของการตั้งครรภ์ใน หญิงอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี มีจำนวน ลดลงจากปี ๒๕๖๑ ๓.ร้อยละ ๖๐ ของเด็กและ เยาวชนรู้สิทธิและเข้าถึงช่องทาง บริการด้านสุขภาพมากขึ้น ๔.เกิดเครือข่ายในการเฝ้าระวังการ ตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น อย่าง น้อย ๑ ชุมชน	กิจกรรมอบรม เรื่อง ๑.ปัญหา ผลกระทบที่ เกิดขึ้นจากการมี เพศสัมพันธ์ก่อนวัยอัน สมควร ๒.ค้นหา จัดการพื้นที่ เสี่ยงร่วมกับเครือข่ายใน ชุมชน ๓.จัดทำแผนป้องกันและ แก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ ไม่พร้อมในวัยรุ่น ๔.พัฒนาศักยภาพการ รณรงค์ป้องกันและแก้ไข ปัญหา	ต.ค.๖๒ – ก.พ.๖๓	งบเทศบาล	ปณิศา สิตะรุโณ/ กลุ่มงานเวช กรรมสังคม

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีความเข้มแข็งและเชื่อมโยงเครือข่าย

เป้าประสงค์ที่ ๑ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ

ตัวชี้วัดที่ ๑๙ ร้อยละของเด็กอายุ ๖ - ๑๔ ปี สูงดีสมส่วน > ร้อยละ ๖๖

กลยุทธ์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพตามกลุ่มโรคสำคัญ (Service Plan)

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
๓๐	พัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยเรียน	๑. เพื่อพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยเรียน ๒. เพื่อให้เด็กวัยเรียนมีภาวะโภชนาการสูงดีสมส่วน	เด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน > ร้อยละ ๖๖	๑.สรุปผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยเรียน ๒.สรุปและจัดส่งรายงาน ๓.จัดกิจกรรมให้ความรู้และส่งเสริมเด็กที่มีปัญหาภาวะโภชนาการ ๔.จัดอบรมให้ความรู้ผู้ปกครองในโรงเรียน ๕.ประเมินการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง ๖.ประชุมเชิงปฏิบัติการงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยเรียน	ธ.ค.๖๒-ม.ค.๖๓ ๓๑ ม.ค.๖๓ ธ.ค.๖๒-ม.ค.๖๓ ต.ค.๖๒-ส.ค.๖๓	๖,๐๐๐	ปฤษฎา สิตะรุโณ ,นิรมล/กลุ่มงาน เวชกรรมสังคม

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีความเข้มแข็งและเชื่อมโยงเครือข่าย

เป้าประสงค์ที่ ๑ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ

ตัวชี้วัดที่ ๒๐ อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (Success Rate) > ร้อยละ ๘๕

กลยุทธ์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพตามกลุ่มโรคสำคัญ (Service Plan)

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
๓๑	พัฒนาศักยภาพ การดำเนินงาน วัณโรคเครือข่าย จังหวัดสตูล	๑. เพื่อพัฒนาศักยภาพการ ดำเนินงานวัณโรคเครือข่าย อำเภอเมือง ๒. เพื่อเร่งรัดการค้นหา ผู้ป่วยวัณโรคและเอ็ดสใน กลุ่มเสี่ยงและบันทึกข้อมูล ให้ครอบคลุม ร้อยละ ๘๐ ผ่านโปรแกรม NTIP online ๓. เพื่อควบคุมกำกับการ รักษาด้วยระบบการดูแล ผู้ป่วยวัณโรคด้วยวิธี DOTS ให้มีประสิทธิภาพ ๔. เพื่อเพิ่มอัตราการรักษา สำเร็จในกลุ่มผู้ป่วยปอดราย ใหม่ > ร้อยละ ๘๕	๑. อัตราความสำเร็จ การรักษาผู้ป่วย TB รายใหม่ > ร้อยละ ๘๕ ๒. อัตราความ ครอบคลุมการค้นหา รายใหม่ ร้อยละ ๘๐ ๓. ผู้ป่วยวัณโรคได้รับ การควบคุมกำกับการ รักษาด้วยวิธี DOTS โดยเจ้าหน้าที่ ร้อยละ ๘๕ ๔. ความครอบคลุมการ บันทึกโปรแกรม NTIP online	๑. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ติดตามผล การดำเนินงานวัณโรค ประจำปี (Dot meeting) ปีละ ๒ ครั้ง ๒. การค้นหาวัณโรคในเรือนจำจังหวัด สตูล ปีละ ๑ ครั้ง - การคัดกรอง - การ x-ray - การตรวจ AFB - การตรวจ X-pert ๓. ประชุมทบทวน case Conference ในรายที่มีปัญหา ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ปีละ ๒ ครั้ง ๔. ติดตามการเยี่ยมบ้านรายที่มีปัญหา ๕. อบรมการใช้โปรแกรม บันทึกข้อมูล ผ่านระบบโปรแกรม NTIP online ใน ระดับ รพ.สต. ๑๙ แห่ง	จ.ค.,พ.ค. เม.ย.,ก.ค. ม.ค.,พ.ค.	๑๕,๕๔๐ (๗,๒๐๐) (๓๐,๐๐๐) จัดซื้อจัด จ้าง (๑,๕๐๐) (๖,๘๔๐)	อัครเดช มณิรัตน์ อุษณา/กลุ่ม งานเวช กรรมสังคม

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีความเข้มแข็งและเชื่อมโยงเครือข่าย

เป้าประสงค์ที่ ๑ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ

ตัวชี้วัดที่ ๒๑ อัตราสตรีไทย อายุ ๓๐-๗๐ ปี ในเขตพื้นที่รับผิดชอบได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม > ร้อยละ ๘๐

กลยุทธ์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพตามกลุ่มโรคสำคัญ (Service Plan)

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
๓๒	พัฒนาศักยภาพการคัดกรองมะเร็งเต้านม	๑.เพื่อให้สตรีไทยอายุ ๓๐ - ๗๐ ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านม ๒.เพื่อการติดตามผลการดำเนินงานการคัดกรองมะเร็งเต้านม ๓.เพื่อการวิเคราะห์แก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ได้โดยการมีส่วนร่วม	๑.ร้อยละ ๘๐ ของสตรีไทย อายุ ๓๐ - ๗๐ ปี ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ๒.มีการรณรงค์ให้สตรีไทยอายุ ๓๐ - ๗๐ ปี ตระหนักถึงภัยจากมะเร็งเต้านม ความร่วมมือของภาคีเครือข่าย	๑.ประชุมชี้แจงการดำเนินงานโครงการ ๒.ตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรี อายุ ๓๐ -๗๐ ปี ในพื้นที่รับผิดชอบ ๓.รณรงค์ให้สตรี อายุ ๓๐ - ๗๐ ปี ตระหนักถึงภัยจากมะเร็งเต้านมความร่วมมือของภาคีเครือข่าย	ต.ค.-ธ.ค.๖๒ ต.ค.๖๒- มิ.ย. ๖๓ ต.ค.๖๒-ก.ย. ๖๓	-	จุไรรัตน์ ลีวานิชย์, มารีย์อำ สะลิยีน/กลุ่ม งานเวชกรรม สังคม

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
๓๓	ประชุมเชิงปฏิบัติการ การป้องกันและควบคุม โรคมะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งลำไส้ มะเร็งเต้านม พื้นที่จังหวัดสตูล	๑.เพื่อให้ประชาชน กลุ่มเสี่ยงมีความรู้ เรื่องโรคมะเร็ง ๒.เพื่อให้ประชาชน กลุ่มเสี่ยงมีโอกาส เข้าถึงการตรวจคัด กรองมะเร็งต่อม ลูกหมากมะเร็งลำไส้ และมะเร็งเต้านม ๓.เพื่อให้สามารถ ตรวจพบมะเร็งเต้านม ในระยะแรกก่อนเป็น มะเร็งและระยะต้น	๑.ร้อยละ ๘๐ ของ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมี ความรู้ ๒.ร้อยละ ๘๐ ของ ประชาชนกลุ่มเสี่ยง ได้รับการคัดกรองมะเร็ง ต่อมลูกหมาก มะเร็ง ลำไส้และมะเร็งเต้านม ๓.ร้อยละ ๘๐ ของผู้ป่วย มะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งลำไส้และมะเร็ง เต้านมพบระยะต้น	๑.ประชุมชี้แจงโครงการ แก่แกนนำระดับจังหวัด ๒.ประชุมเชิงปฏิบัติการ ตรวจเลือดคัดกรองมะเร็ง ต่อมลูกหมากและมะเร็ง ลำไส้ใหญ่แก่กลุ่มเสี่ยง ๓.ประชุมเชิงปฏิบัติการ ตรวจคัดกรอง ๔ มะเร็ง -มะเร็งเต้านม -มะต่อมลูกหมาก -มะเร็งปากมดลูก	พ.ย. - ธ.ค. ๖๒	๗๐,๐๐๐	เจริญศรี พิทักษ์ธรรม/ SP สาขา มะเร็ง

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีความเข้มแข็งและเชื่อมโยงเครือข่าย
เป้าประสงค์ที่ ๑ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ

ตัวชี้วัดที่ ๒๒ อัตราผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ $EgFr < 4 \text{ mL/min/1.73 m}^2 / \text{yr} \geq$ ร้อยละ ๖๖

กลยุทธ์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพตามกลุ่มโรคสำคัญ (Service Plan)

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
๓๔	วันไตโลก (ดูแลไต หัวใจแข็งแรง)	๑.รณรงค์ในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อ ชะลอการเสื่อมของไตใน ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง อสม.และ ประชาชนทั่วไป ๒.เป็นเวทีถ่ายทอด ประสบการณ์จากผู้ป่วยที่มี ประสบการณ์ตรงในการ ฟอกเลือดด้วยเครื่องไต เทียม การล้างไตทางช่อง ท้อง	๑.ร้อยละของผู้ป่วย DM HT เป็นโรคไตวายเรื้อรัง รายใหม่ น้อยกว่า ร้อยละ ๒๕ ๒.ระดับความพึงพอใจของ กลุ่มเป้าหมายในการเข้า ร่วมกิจกรรม > ร้อยละ ๘๕	๑.จัดกิจกรรมให้ ความรู้/รณรงค์เพื่อ ชะลอความเสื่อม ของไตในวันไตโลก ๒.ประชาสัมพันธ์ ผ่านช่องทาง สวท. สตูล	ต.ค.๖๒-ก.ย. ๖๓	๔๐,๐๐๐	ปราณี จันทร์วงศ์กุล/ ไตเทียม

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
๓๕	พัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคไตอย่างไว้รอยต่อ	๑.ร่วมพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเครือข่ายจังหวัดสตูล ๒.เพิ่มการเข้าถึงในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในสถานบริการสุขภาพทุกระดับตามศักยภาพของสถานบริการ ๓.ชะลอการเสื่อมของไตทุกระยะในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ๔.ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ๕.ส่งเสริมการทำงานเป็นทีมในรูปแบบทีมสหวิชาชีพระหว่างแม่ข่ายและลูกข่าย	๑.มี CKD Clinic ใน รพช.ทุกแห่ง ๑๐๐% ๒.ผลการประเมินตนเองของ CKD Clinic คุณภาพ ผ่านเกณฑ์ ๑๐๐ % ใน รพช.ทุกแห่ง ๓. อัตราการลดลงของ eGFR <๔ mL/min/๑.๗๓m ^๒ /yr ≥ ๖๖%	๑.ฟื้นฟูความรู้วิชาการในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยทีมสหวิชาชีพ ใน รพช. Fl๒-F๓ ๒.Workshop CAPD ๔ วัน ๓.นิเทศ/ติดตาม การดำเนินงานใน รพช. Fl๒-F๓ ๔.สรุปผลการดำเนินงาน/ปัญหา อุปสรรค	ต.ค.๖๒-ก.ย. ๖๓	๒๕,๐๐๐	ปราณี จันทร์วงศ์กุล/ ไต้เทียม

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีความเข้มแข็งและเชื่อมโยงเครือข่าย

เป้าประสงค์ที่ ๑ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ

ตัวชี้วัดที่ ๒๓ อัตรากลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันการติดเชื้อดื้อยา > ร้อยละ ๕๐

กลยุทธ์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพตามกลุ่มโรคสำคัญ (Service Plan)

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
๓๖	ฟื้นฟูวิชาการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในสถานบริการสาธารณสุขจังหวัดสตูล	เพื่อพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเชื้อดื้อยาและหาแนวทางแก้ไข	บุคลากร รพ.สตูล และสาธารณสุขจังหวัดสตูลมีความรู้ ความเข้าใจเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๑๐	๑. แต่งตั้งและจัดประชุมคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อใน รพ. ๒.อบรมวิชาการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ๓. แลกเปลี่ยนเรียนรู้เชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ	ต.ค.๖๒-มี.ค. ๖๓	๓๐,๐๐๐	ประกอบทองจิบ/IC

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีความเข้มแข็งและเชื่อมโยงเครือข่าย

เป้าประสงค์ที่ ๑ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ

ตัวชี้วัดที่ ๒๔ อัตราป่วยใช้เลือดออกไม่เกิน ๘๐ ต่อแสนประชากร

กลยุทธ์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพตามกลุ่มโรคสำคัญ (Service Plan)

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
๓๗	รณรงค์ส่งเสริมความรู้ ป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ ๒๕๖๓	๑.เพื่อลดอัตรา ป่วยโรค ไข้เลือดออก ๒.เพื่อให้โรงเรียน สามารถป้องกัน ตนเองให้ปลอด โรคไข้เลือดออก ๓.เพื่อลดผู้ป่วย เข้าห้องในพื้นที่ เดียวกัน	๑.อัตราป่วย ไข้เลือดออกไม่เกิน ๘๐ ต่อแสน ประชากร ๒. ค่าดัชนีลูกน้ำ ยุงลายในโรงเรียน เท่ากับ ๐ > ร้อยละ ๕๐ ๔.ร้อยละ ๘๐ ของ พื้นที่สามารถ ควบคุมโรคได้	๑.จัดประชุมวางแผน ดำเนินงาน/War room ๒.การสอบสวนโรคและ ควบคุมโรคไข้เลือด เบื้องต้น (ในโรงพยาบาล) ยาทากันยุง ๓.สนับสนุนการจัดตั้ง Dengue corner ที่ได้ มาตรฐาน (จัดประชุม ติดตามในพื้นที่) ๔.ติดตามเฝ้าระวังพื้นที่ เสี่ยงทุกตำบลในเขต อำเภอเมือง	จ.ค.๖๒, พ.ค.๖๓ ต.ค.๖๑- ก.ย.๖๒ ก.พ.๖๓ ม.ค.๖๓, มิ.ย.๖๓	๔,๓๕๐ ๓,๕๐๐ ๗๕๐	ยุнос มานะกล้า, อานันตี,อัครเดช/ กลุ่มงานเวชกรรม สังคม

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒

พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้ได้รับการรับรองมาตรฐาน

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒ พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้ได้รับการรับรองมาตรฐาน

เป้าประสงค์ที่ ๒ เพื่อให้มีระบบบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน

ตัวชี้วัดที่ ๒๕ ผ่านการรับรองมาตรฐาน HA Re-accredit ครั้งที่ ๓

ตัวชี้วัดที่ ๒๖ อัตราความพึงพอใจผู้ป่วยนอก > ร้อยละ ๘๐

ตัวชี้วัดที่ ๒๗ อัตราความพึงพอใจผู้ป่วยใน > ร้อยละ ๘๐

กลยุทธ์ที่ ๗ พัฒนาระบบบริการและบริหารจัดการให้ผ่านการรับรองมาตรฐาน

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
๓๘	พัฒนาการบริหารจัดการระบบคุณภาพ	๑.เพื่อรองรับการประเมิน Re-Accredit III ๒.เพื่อสนับสนุนให้ทุกหน่วยงานมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ๓.เพื่อติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานตามมาตรฐาน HA ๔.เพื่อเตรียมความพร้อมในการรับการตรวจประเมิน มาตรฐาน HA	๑.เยี่ยมสำรวจภายในอย่างน้อย ปีละ ๑ ครั้ง ๒.ทุกหน่วยงานมีผลงานการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย ๒ เรื่อง/หน่วยงาน/ปี ๓.ความสำเร็จของกิจกรรมที่ติดตาม ร้อยละ ๘๐ ๔.อัตรากิจกรรมที่ดำเนินการตามแผน > ร้อยละ ๘๐ ๕.อัตรามาตรฐานได้รับการรับรอง > ร้อยละ ๘๐	๑.พัฒนาระบบการเยี่ยมสำรวจภายใน ๒.เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลงานคุณภาพ ๓.Learning and Shairing By Dr. Tawat ๔.เตรียมความพร้อมในการรับการตรวจเยี่ยมประเมินมาตรฐาน HA ๕.รับการตรวจประเมินเพื่อรองรับมาตรฐานสำคัญ (HA ,LA , ฮาลาล, เกสซ์กรรม,QA)	ต.ค.๖๒- มิ.ย.๖๓	๔๙๙,๙๑๐	สุมาลี พรหมสุทธิ /กลุ่มงานพัฒนา มาตรฐานบริการ และคุณภาพ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒ พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้ได้รับการรับรองมาตรฐาน

เป้าประสงค์ที่ ๒ เพื่อให้มีระบบบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน

ตัวชี้วัดที่ ๒๘ อัตรา รพ.สต.ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว (ระดับ ๓ ดาว ๑๐๐%, ระดับ ๕ ดาว ๖๐%)

กลยุทธ์ที่ ๗ พัฒนาระบบบริการและบริหารจัดการให้ผ่านการรับรองมาตรฐาน

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
๓๘	พัฒนามาตรฐาน รพ. สต.ติดดาว	๑. เพื่อพัฒนาเครือข่ายสุขภาพ ระดับอำเภอ ให้เกิดการ บริหารจัดการที่มีความร่วมมือ ในการจัดการปัญหาสุขภาพ อันจะส่งผลให้ประชาชนได้รับ บริการอย่างทั่วถึง และเป็น ธรรม ๒. เพื่อพัฒนาระบบบริการ ปฐมภูมิให้ได้มาตรฐานตาม เกณฑ์และมีเครื่องมือในกำกับ และประกันคุณภาพของระบบ ต่างๆได้อย่างยั่งยืน	ร้อยละ ๑๐๐ ของ หน่วยบริการปฐม ภูมิผ่านเกณฑ์การ พัฒนาคุณภาพ รพ. สต.ติดดาว	๑. หน่วยบริการประเมินตนเอง และพัฒนาศักยภาพหน่วย บริการ ๒. แต่งตั้งคณะกรรมการ ประเมินและพัฒนา รพ.สต. ๓. ประชุมคณะกรรมการ ๔ ครั้ง / ปี ๔. พัฒนาทีมประเมิน และ รพ. สต.ตามเกณฑ์คุณภาพ ๕. พัฒนาระบบบริการและ สนับสนุนการให้บริการ (IC, Lab, ยา, IT) ๖. พัฒนาช่องทางการส่งต่อ และให้คำปรึกษาช่องทางด่วน	ธ.ค.๖๒ ธ.ค.๖๒ ม.ค.๖๓ ทุกเดือน	๕๙,๐๐๐ - - (๓๖,๐๐๐) -	อมรรัตน์ ด้วย กาแด, นูรีตา หวังกุลคำ/เวช กรรมสังคม, สสอ.

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
				๗. ทบทวนความพึงพอใจของ จนท. ๒ ครั้ง/ปี	มี.ค. ,ส.ค.๖๓	-	
				๘. วิเคราะห์ความต้องการของ เจ้าหน้าที่/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	มี.ค. ,ส.ค.๖๓	-	
				๙. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ และภาคีเครือข่าย (Key man) ในพื้นที่	ก.พ. ,ส.ค.๖๓	-	
				๑๐. ประชุมติดตาม/นิเทศผล การดำเนินงาน/ถอดบทเรียน	พ.ย.๖๒	(๕,๐๐๐)	
				๑๑. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ รพ.สต. The best (รพ.สต.บ้านควน ๒)	ก.พ.-มี.ย. ๖๓	-	
				๑๒. ค่าพาหนะทางเรือ (เกาะ ยาว, ปูยู, สาหร่าย, ต้นหยงกลิง)	ก.พ.-มี.ย. ๖๓	(๑๘,๐๐๐)	

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒ พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้ได้รับการรับรองมาตรฐาน

เป้าประสงค์ที่ ๒ เพื่อให้มีระบบบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน

ตัวชี้วัดที่ ๒๙ ผลการประเมินตามเกณฑ์ Green and Clean Hospital ระดับดีมาก

กลยุทธ์ที่ ๗ พัฒนาระบบบริการและบริหารจัดการให้ผ่านการรับรองมาตรฐาน

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
๔๐	ขับเคลื่อนการ พัฒนาสิ่งแวดล้อม ในโรงพยาบาลตาม แนวทาง Green and Clean Hospital	๑.เพื่อพัฒนา อนามัยสิ่งแวดล้อม ในโรงพยาบาลโดย ใช้หลักสุขภาพ อย่างยั่งยืนและเป็น มิตรกับสิ่งแวดล้อม	๑.ผลการประเมิน ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ระดับดีมาก	๑.แต่งตั้งผู้รับผิดชอบ ๒.กำหนดและชี้แจงนโยบาย ๓.อบรมบุคลากร เรื่อง GREEN & CLEAN Hospital ๔.จัดการขยะให้เป็นไปตามกฎหมายและ มาตรฐาน ๕.พัฒนาส่วนในโรงพยาบาลให้ได้ตาม มาตรฐาน HAS ๖.จัดทำมาตรการประหยัดพลังงานเป็น รูปธรรม ๗.ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการบริการ สุขภาพและส่งเสริมสุขภาพ ๘.ส่งเสริมให้มีกิจกรรมทางกายระหว่างรอ ตรวจ	ต.ค.๖๒ – มิ.ย.๖๓	๕๐,๐๐๐	เกษร ธนอมศรี มงคล/กลุ่ม งานบริหาร ทั่วไป

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
				๙. พัฒนาสถานที่ประกอบอาหาร และร้าน จำหน่ายอาหารผ่านมาตรฐานสุขาภิบาล อาหารและมาตรฐานอื่นที่เกี่ยวข้อง ๑๐. จัดบริการน้ำดื่มบริเวณผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในให้เพียงพอ ๑๑. สร้างเครือข่ายการพัฒนาหลักสูตรชุมชน			

ลำดับที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
				๙. อบรมการใช้วิทยุสื่อสาร/ ปรับปรุงระบบวิทยุเพื่อใช้ในภาวะ ฉุกเฉิน ๑๐. ให้มีการสอบเทียบเครื่องมือให้มี ความพร้อมใช้ ๑๑. สร้างทางเดินญาติและผู้ป่วย ๑๒. ปรับปรุงระบบบำบัดเสีย		(๑๐,๐๐๐)	

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
๔๒	อบรมเชิงปฏิบัติการ พัฒนาแนวทางการ จัดการอุบัติเหตุหมู่และ การใช้วิทยุสื่อสาร รพ. สตูล ปีงบประมาณ ๒๕๖๓	๑.เพื่อให้แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล สตูลมีความรู้ในการคัดแยก ผู้ป่วยและการบริหาร จัดการเวลาเกิดเหตุสา ธารณภัยหรือภัยพิบัติต่างๆ ๒.เพื่อให้แพทย์ พยาบาล และบุคลากรผู้เกี่ยวข้อง อื่นๆรับรู้บทบาทตนเองใน การปฏิบัติหน้าที่ได้อย่าง รวดเร็วถูกต้อง ๓.เพื่อให้ทุกหน่วยงานใน โรงพยาบาลมีความพร้อม เตรียมสถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์และเวชภัณฑ์ใน การช่วยเหลือ รักษาพยาบาล	๑.ร้อยละของผู้เข้าร่วม อบรมมีคะแนนการ ทดสอบเพิ่มขึ้นหลัง การอบรม เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๕๐ ๒.ร้อยละของแพทย์ พยาบาลและบุคลากร ผู้เกี่ยวข้องปฏิบัติ หน้าที่ในบทบาทของ ตนเองได้ถูกต้อง >ร้อยละ ๘๐ ๓.ร้อยละของความ พร้อมในการเตรียม สถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์และเวชภัณฑ์ ในการช่วยเหลือ รักษาพยาบาล ผู้บาดเจ็บจำนวนมาก > ร้อยละ ๘๐	๑.ประชุมอบรมชี้แจงหัวหน้า งานและคณะกรรมการ โรงพยาบาลและผู้เกี่ยวข้อง รับทราบแผนและทบทวนคู่มือ แผนรองรับอุบัติเหตุหมู่ ๒.จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ ความรู้การบริหารจัดการ/การ คัดแยกผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ หมู่ ตั้งแต่จุดเกิดเหตุและใน โรงพยาบาล การซ้อมแผน Top table exercise ๓.อบรมการใช้วิทยุสื่อสาร ๔.ปฏิบัติการซ้อมแผนจำลอง สถานการณ์อุบัติเหตุหมู่ พร้อมทั้ง ประเมินผลการซ้อมแผน	พ.ย.๖๒ – ม.ค. ๖๓	๕๐,๐๐๐	นุสรีย์ญา, อารีญา, ปรีศรุจ ,พุดตาล/งาน อุบัติเหตุและ ฉุกเฉิน

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๓

พัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงเชิงรุกและควบคุมภายใน

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงเชิงรุกและควบคุมภายใน
 เป้าประสงค์ที่ ๓ เพื่อให้มีสิ่งแวดล้อมที่สะอาด ปลอดภัย เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ และพิทักษ์สิ่งแวดล้อม
 ตัวชี้วัดที่ ๓๑ ดัชนีวัฒนธรรมความปลอดภัย > ร้อยละ ๖๐
 กลยุทธ์ที่ ๙ พัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงเชิงรุกและจัดการข้อร้องเรียน

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
๔๓	๒ P Safety	เพื่อให้ผู้ป่วยและบุคลากรมีความปลอดภัย	๑.บุคลากรมีความรู้ ๒P safety ๑๐๐ % มาตรฐาน PSG SIMPLE ๒๐๑๘ ๒.หน่วยงานมีการรายงานอุบัติการณ์ ๒P ในโปรแกรม RMIS ๓.Risk round ๑๐๐ %	๑.จัดประชุมให้ความรู้ ๒P safety ตามมาตรฐาน PSG SIMPLE ๒๐๑๘ ให้กับเจ้าหน้าที่ใน รพ. ๒.ปรับระบบการรายงานโปรแกรมความเสี่ยง RMIS ให้ครอบคลุม ๒P safety และมีการประมวลผลให้สามารถเชื่อถือได้ ๓.มีการรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลและส่งคืนข้อมูลให้ผู้รับผิดชอบ ทบทวนแก้ไขป้องกันการเกิดซ้ำเดือนละครั้ง ๔. Risk round ร่วมกับหัวหน้าหน่วยงานเพื่อส่งเสริมให้มีการรายงานความเสี่ยงทั้งเชิงรุกและเชิงรับและรับทราบปัญหาาระบบ risk หน้างาน ๕.รายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานในการประชุมคณะกรรมการบริหาร	ต.ค.๖๒ - ก.ย.๖๓	-	สิริรัตน์ ตรีรงค์/ คกก. ความเสี่ยง

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
๔๔	พัฒนา สมรรถนะด้าน การบริหาร ความเสี่ยง	เพื่อให้บุคลากรมี ความรู้ความ เข้าใจการบริหาร ความเสี่ยง	๑.บุคลากรทางการ พยาบาลมีความรู้ความ เข้าใจเพิ่มขึ้นจากเดิม ร้อยละ ๒๐ ๒.อัตราการรายงาน ความเสี่ยงทันเวลา ร้อยละ ๑๐๐ ๓.อัตราการจัดระดับ ความรุนแรงอุบัติการณ์ ถูกต้องร้อยละ ๘๐ ๔.อัตราการแก้ไข อุบัติการณ์ระดับE-I ด้วย RCA ร้อยละ ๘๐	๑.จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง กระบวนการ บริหารความเสี่ยง ๒.KM การทำ RCA ๓.กิจกรรม โปรโมชันความเสี่ยง	ต.ค.-ธ.ค. ๖๒	๕,๐๐๐ ๒,๐๐๐ ๒,๐๐๐	สิริรัตน์ ตรีรงค์ ,วาสนา ขจรเจริญ กุล/การ พยาบาล

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงเชิงรุกและควบคุมภายใน
 เป้าประสงค์ที่ ๓ เพื่อให้มีสิ่งแวดล้อมที่สะอาด ปลอดภัย เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ และพิทักษ์สิ่งแวดล้อม
 ตัวชี้วัดที่ ๓๒ คะแนน ITA > ร้อยละ ๙๐
 ตัวชี้วัดที่ ๓๓ คะแนนการประเมินควบคุมภายใน (EIA) ทุกมิติผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๘๐
 กลยุทธ์ที่ ๙ พัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงเชิงรุกและจัดการข้อร้องเรียน

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
๔๕	พัฒนาระบบการ ปราบปรามทุจริต	๑.เพื่อปรับปรุง กระบวนการ ปฏิบัติงานให้มี ประสิทธิภาพและ ประสิทธิผลตามหลัก ธรรมาภิบาล	ผ่านเกณฑ์การ ประเมิน ITA มากกว่าร้อยละ ๙๐	๑.เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีส่วน ร่วม ๒.ปฏิบัติงานได้มาตรฐานตามภารกิจหลัก ๓.จัดทำขั้นตอนการปฏิบัติงานให้มีรับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรับทราบ ๔.การปฏิบัติงานการจัดซื้อจัดจ้างเป็นไปตาม ระเบียบกำหนด และมีความโปร่งใส ๕.จัดช่องทางให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ของโรงพยาบาล ๖.มีช่องทางและกระบวนการจัดการข้อ ร้องเรียน ๗.กำหนดมาตรการ แนวทางการป้องกัน และ ฝึกอบรมเรื่องผลประโยชน์ทับซ้อน ๘.สนับสนุนให้มีการรวมกลุ่มเจ้าหน้าที่ในการ ตรวจสอบการบริหารงานของหน่วยงาน	ต.ค.๖๒-มิ.ย. ๖๓	๑๐,๐๐๐	ชไมพร จันทร์เทพ/ งานนิติการ

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
๔๖	พัฒนาระบบการ ตรวจสอบภายใน ๕ มิติ	๑.เพื่อให้มีการ ตรวจสอบภายในตาม มาตรฐาน ๒.เพื่อให้ผ่านการ ประเมินระบบ ตรวจสอบภายใน อัตโนมัติ ทั้ง ๕ มิติ (EIA)	๑.มีการตรวจสอบ ภายในปีละ ๒ ครั้ง ๒.คะแนนประเมินระบบ ตรวจสอบภายใน อัตโนมัติ ทั้ง ๕ มิติ (EIA) ผ่านเกณฑ์ทุกมิติ	๑. แต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบ ภายในและประเมินระบบอัตโนมัติ ๕ มิติ ๒. จัดทำแผนในการตรวจสอบ หน่วยงาน ๓. ดำเนินการตรวจสอบตามแผนและ บันทึกลงระบบอัตโนมัติ ๕ มิติ ๔. รายงานผลการตรวจสอบแก่ ผู้เกี่ยวข้องและผู้บริหาร	ม.ค.-มี.ค.๖๓	-	กลุ่มงาน การเงิน,กลุ่ม งาน ยุทธศาสตร์ฯ ,กลุ่มงาน สารสนเทศ ,กลุ่มงาน ประกันสุขภาพ ,กลุ่มงานพัสดุ

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
๔๗	พัฒนาระบบการดูแลกำกับองค์กรที่ดี	๑. เพื่อส่งเสริมธรรมาภิบาลให้เกิดขึ้นในหน่วยงานและสร้างการยอมรับแก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งภายในและภายนอกองค์กร	ผลการประเมินหน่วยงานที่มีการกำกับดูแลองค์กรที่ดีระดับดีมาก	๑. วิเคราะห์ปัญหาหรือสิ่งที่ดำเนินการได้ไม่ดีในด้านต่าง ๆ (๔ ด้าน) ๒. จัดทำโครงการ แนวปฏิบัติที่สอดคล้องกับการบริหารจัดการบ้านเมืองที่ดี/หลักธรรมาภิบาล ๓. ประกาศและสื่อสารให้บุคลากรรับทราบ ๔. ดำเนินการปฏิบัติตามโครงการ ๕. ติดตาม กำกับ ความก้าวหน้าทุก ๓ เดือน ๖. รายงานกระทรวงทุก ๖ เดือน	ต.ค.๖๒ -มิ.ย. ๖๓	-	อุบลรัตน์ โยมเมือง/กลุ่ม งานพัฒนา ทรัพยากร บุคคล

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔

พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศยุค Thailand ๔.๐

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔ พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศยุค Thailand ๔.๐

เป้าประสงค์ที่ ๔ เพื่อให้การบริหารจัดการมีประสิทธิภาพ โปร่งใส

ตัวชี้วัดที่ ๓๔ ระบบสารสนเทศมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล \geq ร้อยละ ๘๐

ตัวชี้วัดที่ ๓๕ ระบบสารสนเทศมีผ่านเกณฑ์มาตรฐาน HAIT

ตัวชี้วัดที่ ๓๖ อัตราคลินิกที่ใช้ระบบ Paper less ร้อยละ ๑๐๐

กลยุทธ์ที่ ๑๑ พัฒนาระบบสารสนเทศบริการสุขภาพ

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
๔๘	อบรมเชิงปฏิบัติการระบบ Paper less	เพื่อเพิ่มสมรรถนะเจ้าหน้าที่ให้สามารถปฏิบัติงานในระบบ paper less โรงพยาบาลสตูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ	เจ้าหน้าที่ที่มีสมรรถนะการใช้งานระบบ paper less ร้อยละ ๙๕	๑.อบรมการใช้โปรแกรมห้องตรวจโรค ๒.อบรมการใช้โปรแกรมห้องบัตร จุดคัดกรองและห้องผ่าตัด ๓.อบรมการใช้โปรแกรมศูนย์สุขภาพชุมชน ๔.อบรมการใช้โปรแกรมหอผู้ป่วยใน	ธ.ค.๖๒ - มี.ย.๖๓	-	เอกมาศ วงศ์ไพรินทร์/ กลุ่มงาน สารสนเทศฯ
๔๙	พัฒนามาตรฐานระบบสารสนเทศ HAIT	เพื่อพัฒนาสมรรถนะเจ้าหน้าที่ให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรฐานระบบสารสนเทศ (HAIT)	ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (HAIT)	รับการตรวจประเมินมาตรฐาน (HAIT)	ต.ค.๖๒ -มี.ย. ๖๓	๕,๐๐๐	อิบรอฮิม ปะลาวัน/ กลุ่มงาน สารสนเทศฯ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๕

พัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลให้มีประสิทธิภาพ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๕ พัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลให้มีประสิทธิภาพ
 เป้าประสงค์ที่ ๕ เพื่อให้บุคลากร เก่ง ดี มีสุข
 ตัวชี้วัดที่ ๓๗ บุคลากรมีสมรรถนะวิชาชีพเฉพาะผ่านเกณฑ์ที่กำหนด \geq ร้อยละ ๘๐
 กลยุทธ์ที่ ๑๓ พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะรองรับบริการ

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
๕๐	พัฒนาสมรรถนะ บุคลากร	เพื่อให้บุคลากรมี สมรรถนะด้าน specific competency	๑.บุคลากรทางการพยาบาลมี สมรรถนะตามเกณฑ์ที่กำหนด มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐ ๒.หน่วยงานสำคัญ มี สมรรถนะตามเกณฑ์ที่กำหนด \geq ร้อยละ ๘๐	๑.หน่วยงานมีการประเมิน สมรรถนะด้าน specific competency ๒.อบรมเชิงวิชาการ ๓.ประเมินผล	ต.ค.๖๒ - มิ.ย.๖๓	๗๕,๐๐๐	กลุ่มการ พยาบาล/HRD

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
๕๑	พัฒนา สมรรถนะ พยาบาลวิกฤต	เพื่อให้บุคลากร ทางการพยาบาลมี สมรรถนะ Functional competency และ สมรรถนะเฉพาะโรค	บุคลากรทางการ พยาบาลมีสมรรถนะ ตามเกณฑ์ที่กำหนด ≥ ร้อยละ ๘๐	๑.อบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การดูแล ผู้ป่วยส่งต่อวิกฤต	ม.ค.-มิ.ย.๖๓	๑๐,๐๐๐	HR ก.การพยาบาล

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
๕๒	อบรมพยาบาล ความรู้พื้นฐาน การคัดกรอง ตาม Service plan	๑.เพื่อให้ กลุ่มเป้าหมายมี ความรู้ความเข้าใจ เรื่องการตรวจ ประสาทตาในผู้ป่วย เบาหวาน การวัด สายตา การใช้ เครื่องมือตรวจตา การลงข้อมูลใน โปรแกรม Vision ๒๐๒๐ เพิ่มขึ้น	๑.ร้อยละ ๒๐ คะแนนความรู้ ของบุคลากรที่ เข้าร่วมมี ความรู้เพิ่มขึ้น ๒.กลุ่ม เป้าหมายเข้า ร่วมไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐	๑.ให้ความรู้ + work shop เรื่อง - การตรวจจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวาน - การวัดสายตา - การใช้เครื่องมือตรวจตา (เครื่องวัดความดัน ลูกตาและเครื่องถ่ายภาพจอประสาทตา) - การลงข้อมูลในโปรแกรม Vision ๒๐๒๐	๑๑ ต.ค.๖๒	๔,๘๐๐	คลินิกจักษุ

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา (บาท)	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
๕๓	พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการบริหารจัดการงบประมาณ สปสช.	๑. เพื่อให้บุคลากรมีความรู้เรื่องการบริหารจัดการงบประมาณจากกองทุนสุขภาพ (สปสช.) เพิ่มขึ้น ๒. เพื่อสร้างภาคีเครือข่ายด้านการบริหารจัดการงบประมาณกองทุนสุขภาพ (สปสช.) เพิ่มขึ้น	บริหารจัดการงบประมาณกองทุนฯ ได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา	๑.อบรมเรื่องการบริหารจัดการงบประมาณกองทุนสุขภาพ (สปสช.) แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ๒.ประชุมเชิงปฏิบัติการการเขียนโครงการเพื่อของบประมาณแก่เครือข่าย	ม.ค.-มิ.ย.๖๓	๒๐,๐๐๐	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
๕๔	ประชุมวิชาการ ทางการแพทย์ รพ.สตูล ปีงบประมาณ ๒๕๖๓	๑. เพื่อให้แพทย์มี สมรรถนะในการดูแล ผู้ป่วย ๒. เพื่อพัฒนาความรู้ ความสามารถ สมรรถนะของแพทย์ ด้านสูติ-นรีเวชกรรม, ศัลยกรรม, ศัลยกรรม ออร์โธปิดิกส์, อายุ รกรรม, กุมารเวช กรรม, โสต ศอ นาสิก, จักษุ, รังสี, วิสัญญี, เวช ศาสตร์ครอบครัว, เวช ศาสตร์ฟื้นฟู, เวช ศาสตร์ฉุกเฉิน, จิตเวช	๑. ร้อยละของ แพทย์ที่เข้าร่วม โครงการ	แลกเปลี่ยนเรียนรู้วิชาการด้านสูติ-นรีเวช กรรมศัลยกรรม, ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์, อายุรกรรม, กุมารเวชกรรม, โสต ศอ นาสิก, จักษุ, รังสี, วิสัญญี, เวชศาสตร์ครอบครัว, เวชศาสตร์ฟื้นฟู, เวชศาสตร์ฉุกเฉิน, จิตเวช	ต.ค. ๖๒- ก.ย. ๖๓	๑๘๕,๕๐๐	สมประสงค์ นิมนวล/ องค์กร แพทย์

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๕ พัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลให้มีประสิทธิภาพ

เป้าประสงค์ที่ ๕ เพื่อให้บุคลากร เก่ง ดี มีสุข

ตัวชี้วัดที่ ๓๘ ดัชนีชี้วัดความสุขบุคลากร Happinometer > ร้อยละ ๖๕

กลยุทธ์ที่ ๑๔ ส่งเสริมบุคลากรให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุขในการทำงาน

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
๕๕	พัฒนาองค์กร คุณธรรมและ จริยธรรม	๑.เพื่อให้หน่วยงาน/ โรงพยาบาลมีการ พัฒนาองค์กร คุณธรรมและ จริยธรรมอย่าง ต่อเนื่อง ๒.โรงพยาบาลมี หน่วยงานต้นแบบด้าน คุณธรรมและ จริยธรรม ๓.บุคลากรต้นแบบ ด้านจิตอาสา	๑.มีการนำเสนอ ความก้าวหน้าในการ จัดทำกิจกรรมองค์กร คุณธรรมจริยธรรม ๓ ครั้ง/ปี ๒.มีโปรแกรมธนาคาร ความดี(จิตอาสา) ๓.ความพึงพอใจผู้ป่วย ใน/นอกต่อกิจกรรม โรงพยาบาลคุณธรรม จริยธรรมร้อยละ ๘๐	๑.วิชาการ KM ด้านคุณธรรม จริยธรรม เช่น ปัญหาที่อยากแก้ ความดีที่อยากทำ การประกาศ อัตลักษณ์ของแต่ละหน่วยงาน ๒.กิจกรรมที่ทำความดีนอกเวลางาน ประจำโดยให้เล่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และมีรูปภาพประกอบในธนาคาร ความดี ๓.บริจาคเงินวันละ ๑ บาทเพื่อนำเงิน ไปทำกิจกรรมที่บุคลากรต้องการ เช่น บริจาค ทำบุญ ๔.นำเสนอผลงานและคัดเลือก หน่วยงานต้นแบบและบุคลากร ต้นแบบด้านจิตอาสาพร้อม ประกาศนียบัตร	ต.ค. ๖๒ - มิ.ย.๖๓	๓๗,๐๐๐	อุบลรัตน์ โยมเมือง/กลุ่ม งานพัฒนา ทรัพยากร บุคคล

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
๕๖	พัฒนา พฤติกรรม บริการ เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาล สตูล	๑.เพื่อให้บุคลากรมี พฤติกรรมที่ดี ข้อ ร้องเรียนด้าน พฤติกรรมบริการ ลดลง ๒.เพื่อกำหนด มาตรฐานพฤติกรรม บริการของหน่วยงาน และเจ้าหน้าที่ ๓.เพื่อสรรหาทีมแกน นำในการเป็นตัวอย่าง ของโรงพยาบาล ๔.เพื่อสร้างจิตสำนึก ในการบริการที่เป็น เลิศ	๑.จำนวนข้อร้องเรียน ด้านพฤติกรรมบริการ ลดลง ๒.ความพึงพอใจของ ผู้ป่วยใน/นอก ร้อยละ ๘๐ ๓.มีมาตรฐานด้าน พฤติกรรมบริการของ แต่ละหน่วยงาน ร้อยละ ๙๐ ๔.ร้อยละ ๘๐ ปฏิบัติ ตามมาตรฐานพฤติกรรม บริการ ๕.มีทีมแกนนำด้าน พฤติกรรมบริการ	๑.อบรมเชิงปฏิบัติการพร้อม Work Shop และวิชาการแก่เจ้าหน้าที่ ๒.จัดทำมาตรฐานพฤติกรรมบริการ ๓.คัดเลือกทีมแกนนำ	ต.ค.๖๒- มิ.ย.๖๓	๗๕,๐๐๐	อุบลรัตน์ โยมเมือง/ กลุ่มงาน พัฒนา ทรัพยากร บุคคล

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
๕๗	ปฐมนิเทศบุคลากร ใหม่ โรงพยาบาล สตูล	๑. เพื่อพัฒนาบุคลากร ใหม่ให้มีความรู้เกี่ยวกับ วิสัยทัศน์และนโยบาย ของโรงพยาบาล ตลอดจนสวัสดิการและ สิทธิประโยชน์ของ ตนเอง ๒. เพื่อให้บุคลากรใหม่ ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลสตูลอย่างมี ความสุข	๑. ร้อยละ ๘๐ ของ บุคลากรใหม่มีความรู้ เกี่ยวกับ วิสัยทัศน์และ นโยบายของ โรงพยาบาล, สวัสดิการ และสิทธิประโยชน์ ๒. ร้อยละ ๘๐ ของ บุคลากรใหม่เข้าร่วม กิจกรรมโครงการ ปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ ใหม่	๑.อบรมปฐมนิเทศบุคลากรใหม่ เรื่อง วิสัยทัศน์และนโยบายของ โรงพยาบาล, สวัสดิการและสิทธิ ประโยชน์	ม.ค.-มี.ย. ๖๓	๒๐,๐๐๐	จิณัฐตา คงชะรัตน์/ กลุ่มทรัพยากร บุคคล

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๕ พัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลให้มีประสิทธิภาพ

เป้าประสงค์ที่ ๕ เพื่อให้บุคลากร เก่ง ดี มีสุข

ตัวชี้วัดที่ ๓๙ อัตราบุคลากรกลุ่มเสี่ยงมีสุขภาพดีขึ้นจากปีที่ผ่านมาร้อยละ ๕

กลยุทธ์ที่ ๑๔ ส่งเสริมบุคลากรให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุขในการทำงาน

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
๕๘	ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ ในบุคลากรกลุ่ม เสี่ยงโรงพยาบาล สตูล	๑.เพื่อให้เจ้าหน้าที่ กลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลสตูล มี ความรู้และ พฤติกรรมสุขภาพ ด้าน ๓๐ ๒๘ (อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย สุรา สูบบุหรี่) ที่ ถูกต้องเหมาะสม	๑.ร้อยละ ๕ ของ เจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลสตูล มี ภาวะสุขภาพดีขึ้น จากปีที่ผ่านมา ๒.ร้อยละ ๗๕ ของ เจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลสตูล มี ความรอบรู้ด้าน สุขภาพ ระดับดีขึ้น ไป ๓.ร้อยละ ๗๕ ของ เจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลสตูลมี พฤติกรรมสุขภาพ ระดับดีขึ้นไป	๑.อบรมให้ความรู้เรื่อง ๓๐ ๒๘ (อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย สุรา สูบบุหรี่) เพื่อ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพใน เจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยง รพ.สตูล ๒.ใช้โปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคและแรง สนับสนุนทางสังคมในกลุ่มเสี่ยงโรคความ ดันโลหิตสูง ๓.ใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารใน กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	ต.ค.๖๒-มี.ย. ๖๓	๓๕,๐๐๐	กิตตินันท์ ยังเจริญ/ กลุ่มงานสุข ศึกษา

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๖

พัฒนาการเพิ่มรายรับและลดรายจ่าย

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๖ พัฒนาการเพิ่มรายรับและลดรายจ่าย
เป้าประสงค์ที่ ๔ เพื่อให้การบริหารจัดการมีประสิทธิภาพ โปร่งใส

ตัวชี้วัดที่ ๔๐ รายรับเพิ่มขึ้น ๖๐ ล้านบาท

ตัวชี้วัดที่ ๔๑ ดัชนีชี้วัดความเสี่ยงทางการเงินในภาพรวม ระดับ ๐

กลยุทธ์ที่ ๑๕ เพิ่มรายรับลดรายจ่าย

กลยุทธ์ที่ ๑๖ พัฒนาระบบบริการห้องพิเศษสู่ความเป็นเลิศ

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
๕๙	เพิ่มรายรับ-ลด รายจ่าย	เพื่อเพิ่ม ประสิทธิภาพระบบ บริหารจัดการด้าน การเงินการคลัง	รายรับเพิ่มขึ้น ๖๐ ล้าน บาท	๑.ขยายห้องพิเศษอายุรกรรม (๑๐ ห้อง) ๒.จัดบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทาง นอกเวลาราชการ (SMC)	ต.ค.๖๒- ก.ย. ๖๓	-	การพยาบาล/ องค์กรแพทย์
๖๐	ลดต้นทุนราย โรค	เพิ่มประสิทธิภาพ การใช้ทรัพยากรให้ คุ้มค่า คุ่มทุน	๑.PCT ดำเนินการตาม แผนอย่างน้อย PCT ละ ๑ โรค ๒.อัตราการ Refer back เพิ่มขึ้น ๑๐% ๓.อัตราผู้ป่วยที่เข้ารับ บริการ refilling clinic เพิ่มขึ้น ๔.ค่าใช้จ่ายต่อ Visit ลดลง	๑.วิเคราะห์ค่าใช้จ่ายรายโรคที่มี ค่าใช้จ่ายสูงในแต่ละ PCT ๒.แต่ละ PCT วิเคราะห์และพัฒนาใน โรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง (ลดวันนอน,เพิ่ม Refer back , refilling clinic) อย่าง น้อย ๑ โรค	ต.ค.๖๒- ก.ย. ๖๓	-	ประธานและ เลขา PCT

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
๖๑	พัฒนาศักยภาพ การดูแลผู้ป่วย Colorectal polypectomy แบบวันเดียว กลับ	๑. เพื่อให้บุคลากรที่ เข้าร่วมรับการอบรม มีความรู้ความเข้าใจ ในการเตรียมผู้ป่วย ก่อนการส่องกล้อง ตรวจลำไส้ใหญ่และ สามารถเตรียมผู้ป่วย แบบวันเดียวกลับได้ ๒. เพื่อให้บุคลากรที่ เข้าร่วมรับการอบรม มีการเตรียมผู้ป่วย colorectal polypectomy แบบ วันเดียวกลับ เป็นไป ในแนวทางเดียวกัน	บุคลากรที่เข้าร่วม โครงการครั้งนี้มีคะแนน ความรู้การเตรียมลำไส้ ใหญ่ก่อนการส่องกล้อง ตรวจลำไส้ใหญ่หลังการ อบรมเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๒๐	บรรยายให้ความรู้และซักถาม ประสบการณ์จากผู้เชี่ยวชาญและการ ทำ work shop	พ.ย.๖๒	๙,๖๐๐	ลักษณะ ผิวเหลือง/ คก. ผ่าตัดวัน เดียวกลับ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๗

พัฒนาระบบบริหารแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๗ พัฒนาระบบบริหารแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์
เป้าประสงค์ที่ ๔ เพื่อให้การบริหารจัดการมีประสิทธิภาพ โปร่งใส

ตัวชี้วัดที่ ๔๒ ตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาล (ตัวชี้วัดเป้าประสงค์) บรรลุเป้าหมาย > ร้อยละ ๘๐

กลยุทธ์ที่ ๑๗ พัฒนาเครื่องมือในการบริหารจัดการเชิงกลยุทธ์ไทยแลนด์ ๔.๐

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
๖๒	เพิ่ม ประสิทธิภาพ การจัด โครงการตาม แผนปฏิบัติ การ	เพื่อให้มีการ ดำเนินงานของ รพ.บรรลุผล สำเร็จตามแผน	๑.จัดทำแผน แล้วเสร็จ ภายในเวลาที่ กำหนด ๒.ดำเนินการ ตามแผนแล้ว เสร็จไม่น้อย กว่าร้อยละ ๘๕ ๓.ตัวชี้วัด ผลลัพธ์(การ บรรลุ เป้าประสงค์) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐	๑.รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเตรียมการจัดทำ แผน ๒.จัดทำแผนปฏิบัติการ ๓.จัดทำแผนการจัดสรรทรัพยากร ๔.จัดทำแผนพัฒนาบุคลากร ๕.นำเสนอแผน (ข้อ ๒,๓,๔) ให้คณะกรรมการบริหาร เห็นชอบ ๖.ทำการชี้แจงและเผยแพร่แก่ผู้เกี่ยวข้อง ๗.ติดตามกำกับ ความก้าวหน้าทุกเดือน ๘.รายงานความก้าวหน้าของแผนต่อคณะ กรรมการบริหาร ๙.ประชุมวิชาการเพื่อนำเสนอผลการพัฒนาตามแผน ๒ ครั้ง ๑๐.ประเมินผลเมื่อสิ้นสุดแผน	มี.ย. – ก.ค.๖๓ ส.ค.๖๓ ก.ค.๖๓ ส.ค.๖๓ ก.ย.๖๓ ต.ค.๖๒ ต.ค.๖๓-ก.ย. ๖๔ ต.ค.๖๓-ก.ย. ๖๔ มี.ค.๖๔,ส.ค. ๖๔ ต.ค.๖๔	๓๐,๐๐๐	อรอนงค์ กฐินหอม/ กลุ่มงาน ยุทธศาสตร์ และแผนงาน โครงการ

ลำดับ ที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ (บาท)	ผู้รับผิดชอบ
๖๓	พัฒนา ประสิทธิภาพ การติดตาม โครงการตาม แผน ยุทธศาสตร์ และตัวชี้วัด โดยมุ่งเน้น ผลสัมฤทธิ์	เพื่อให้เกิดการ ติดตามตัวชี้วัด ให้เป็นไปตาม แผน ยุทธศาสตร์	ติดตามและรายงานข้อมูล ทุกเดือน อย่างน้อย ๔ ครั้ง/ปี	๑.ประชุมร่วมกับทีมผู้รับผิดชอบ DATA center ๒.รวบรวมตัวชี้วัดจากทุกหน่วยงานที่ ต้องรายงานข้อมูลเข้า Data center ๓.ประชุมร่วมกับทีมผู้รับผิดชอบ ตัวชี้วัดเพื่อทำความเข้าใจและชี้แจง รายละเอียดการลงข้อมูล Data center ๔.ทำบันทึกข้อความชี้แจงเรื่อง ระยะเวลาในการส่งข้อมูลทุกหน่วยงาน ๕.จัดทำ one page พร้อมทั้ง วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อรายงาน ความก้าวหน้าทีมนำและผู้บริหารทุก เดือน	ม.ค.-ก.ย.๖๓	-	กลุ่มงาน สารสนเทศฯ ,กลุ่มงาน ยุทธศาสตร์ฯ

ภาคผนวก

สรุปงบประมาณโครงการตามแผนปฏิบัติการโรงพยาบาลสตูล ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓
แยกตามประเด็นยุทธศาสตร์

ลำดับ ที่	ประเด็นยุทธศาสตร์	จำนวน โครงการ	งบบำรุง			รวม
			ฝึกอบรม/จัดงาน	ประชุม	จัดซื้อจัดจ้าง	
๑	พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีความเข้มแข็งและเชื่อมโยงเครือข่าย	๓๗	๕๐๑,๕๔๐	๑๘๙,๑๒๕	๑๒๘,๖๕๐	๗๑๙,๓๑๕
๒	พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้ได้รับการรับรองมาตรฐาน	๔	๓๒๔,๙๖๐	-	๓๖,๐๐๐	๓๖๐,๙๖๐
๓	พัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงเชิงรุกและควบคุมภายใน	๕	๑๕,๐๐๐	-	-	๑๕,๐๐๐
๔	พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ยุค Thailand ๔.๐	๒	-	๕,๐๐๐	-	๕,๐๐๐
๕	พัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลให้มีประสิทธิภาพ	๙	๔๖๒,๓๐๐	-	-	๔๖๒,๓๐๐
๖	พัฒนาการเพิ่มรายรับและลดรายจ่าย	๔	๙,๖๐๐	-	-	๙,๖๐๐
๗	พัฒนาระบบบริหารแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์	๒	๓๐,๐๐๐	-	-	๓๐,๐๐๐
	รวมทั้งสิ้น	๖๓	๑,๓๖๓,๔๐๐	๑๙๔,๑๒๕.๐๐	-	๑,๕๕๗,๕๒๕

สรุปงบประมาณ แยกรายโครงการตามแผนปฏิบัติการ

ชื่อโครงการ	เงินบำรุง			รวม	แหล่งงบประมาณ อื่นๆ	ผู้รับผิดชอบ
	ประชุม	อบรม	จัดซื้อจัดจ้าง			
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีความเข้มแข็งและเชื่อมโยงเครือข่าย						
๑.พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย Stroke	-	๒๕,๐๐๐	-	๒๕,๐๐๐	-	นันทนา ศรีคำแท้
๒.พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ ฉุกเฉิน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล	-	๑๘,๐๐๐	-	๑๘,๐๐๐	-	พุดตาน ศรีสว่างค์
๓.พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย ก่อน- ขณะส่งต่อ ผู้ป่วยของ รพ.สตูล และ รพ. เครือข่าย จ.สตูล	-	๓๐,๐๐๐	-	๓๐,๐๐๐	-	วิภาพร ยอดแก้ว
๔.พัฒนาศักยภาพเครือข่าย รพช. Sepsis ให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อใน กระแสเลือดในจังหวัดสตูล	๒๐,๐๐๐	๑๕,๐๐๐	-	๓๕,๐๐๐	-	นพ.พิทวัส
๕.พัฒนาศักยภาพระบบการดูแลผู้ป่วย COPD Asthma	-	-	๓,๐๐๐	๓,๐๐๐	-	อัมณีญา นาฮูตา
๖.ประชุมติดตามการดำเนินงานจัดบริการ คลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง รพ.สต.ทางทะเล	๖๑,๒๐๐	-	-	๖๑,๒๐๐	๑๑๘,๑๔๐	ชลธิดา วุ่นหนู
๗.ประชุมติดตามการดำเนินงานจัดบริการ คลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง รพ.สต.	๒๘,๘๐๐	-	-	๒๘,๘๐๐	-	ชลธิดา วุ่นหนู

ชื่อโครงการ	เงินบำรุง			รวม	แหล่ง งบประมาณอื่นๆ	ผู้รับผิดชอบ
	ประชุม	อบรม	จัดซื้อจัดจ้าง			
๘.ประชุมเชิงปฏิบัติการการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเครือข่ายจังหวัดสตูล	-	๕๐,๐๐๐	-	๕๐,๐๐๐	-	อรอุมา มากจังหวัด
๙.ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คปสอ. เมืองสตูล	-	-	-	-	-	เปรมยุดา พัฒน์ชนะ
๑๐.อบรมเชิงปฏิบัติการและรณรงค์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ปี ๒๕๖๓	-	๒๕,๐๐๐	-	๒๕,๐๐๐	-	สุนิสา จิตต์วีโรดม
๑๑.พัฒนางานแม่และเด็กปฐมวัยตามมาตรฐาน	-	๓๙,๖๐๐	-	๓๙,๖๐๐	-	รอเกื้อยะ ลำดี
๑๒.พัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง	-	๑๒,๐๐๐	-	๑๒,๐๐๐	-	ศชายุทธ์ โกบยาหยัง
๑๓.อบรมเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านแบบบูรณาการอย่างยั่งยืน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ประจำปี ๒๕๖๓	-	๓๐,๐๐๐	-	๓๐,๐๐๐	-	ผกาพรรณ บัวอ่อน
๑๔.ปฐมนิเทศงานเสวนาเชื่อมโยงไร้รอยต่อ	๑๒,๐๐๐	-	-	๑๒,๐๐๐	-	กลุ่มงานการพยาบาล ชุมชน
๑๕.พัฒนาติดตามการใช้ระบบโปรแกรมสารสนเทศเพื่อการส่งต่อดูแลต่อเนื่อง	-	-	-	-	-	กลุ่มงานการพยาบาล ชุมชน

ชื่อโครงการ	เงินบำรุง			รวม	แหล่ง งบประมาณอื่นๆ	ผู้รับผิดชอบ
	ประชุม	อบรม	จัดซื้อจัดจ้าง			
๑๖. KM สัญจรกับผู้ดูแลที่บ้าน	๖,๐๐๐	-	-	๖,๐๐๐	-	กลุ่มงานการพยาบาล ชุมชน
๑๗. ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนา ความเป็นเลิศในการดูแลแผลกดทับ	-	๑๐,๒๐๐	-	๑๐,๒๐๐	-	ปราณี จันทรวงศ์กุล
๑๘. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ตำบลดูแลระยะ ยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	-	๖,๐๐๐	-	๖,๐๐๐	-	บุศย์รินทร์ สิทธิภาจิรสกุล
๑๙. พัฒนาระบบ Long Term Care	-	๓๐,๐๐๐	-	๓๐,๐๐๐	-	บุศย์รินทร์ สิทธิภาจิรสกุล
๒๐. อบรมและพัฒนาศักยภาพแกนนำ และครอบครัวในการสร้างต้นแบบ	-	๑๕,๖๐๐	-	๑๕,๖๐๐	-	กลุ่มงานจิตเวช
๒๑. เสริมสร้างศักยภาพในการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชและเครือข่ายผู้ดูแลใน เขตจังหวัด	-	๑๒,๐๐๐	-	๑๒,๐๐๐	-	กลุ่มงานจิตเวช
๒๒. พัฒนาศักยภาพแพทย์ระบบการ ดูแลผู้ป่วยจิตเวชใน รพช.	-	๑๑,๔๐๐	-	๑๑,๔๐๐	-	สุชาดา ปิติเศรษฐ์
๒๓. อบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้เฝ้า ระวังปัญหาสุขภาพจิต	-	๑๐,๐๐๐	-	๑๐,๐๐๐	-	ธนาพร เฟิงแก้ว
๒๔. ส่งเสริมป้องกันทันตกรรมสำหรับ เด็ก อายุ ๐-๓ ปี ประจำปี ๒๕๖๓	-	-	๕๐,๔๐๐	๕๐,๔๐๐	-	ทพญ.รักษิณา อนนุวรรค
๒๕. ผู้สูงวัยร่วมใจดูแลสุขภาพช่องปาก ประจำปี ๒๕๖๓	-	-	๙,๒๐๐	๙,๒๐๐	-	ทพญ.ปิยาภรณ์ คู่ศรีสม ทรัพย์

ชื่อโครงการ	เงินบำรุง			รวม	แหล่ง งบประมาณอื่นๆ	ผู้รับผิดชอบ
	ประชุม	อบรม	จัดซื้อจัดจ้าง			
๒๖.ส่งเสริมป้องกันด้านทันตกรรมสำหรับหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด	-	-	๓๑,๘๐๐	๓๑,๘๐๐	-	ทพญ.รักษิณา อนุวรรค
๒๗.อบรมพัฒนาศักยภาพ อสม. ประจำหมู่บ้านในงานทันตกรรม	-	๑๑,๒๐๐	-	๑๑,๒๐๐	-	ทพญ.ปิยาภรณ์ คู่ศรีสม ทรัพย์
๒๘.พัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยรุ่น	-	๓๕,๐๐๐	-	๓๕,๐๐๐	-	ปฤษฎา สิตะรุโณ
๓๐.พัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยเรียน	-	๖,๐๐๐	-	๖,๐๐๐	-	ปฤษฎา สิตะรุโณ
๓๑.พัฒนาศักยภาพการดำเนินงานวันโรคเครือข่ายจังหวัดสตูล	-	๑๕,๕๔๐	๓๐,๐๐๐	๔๕,๕๔๐	-	อัครเดช,มณีนรัตน์,อุษณา
๓๒.พัฒนาศักยภาพการคัดกรองมะเร็งเต้านม	-	-	-	-	-	จุไรรัตน์ ลีวานิชย์
๓๓.ประชุมเชิงปฏิบัติการการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งลำไส้ มะเร็งเต้านม พื้นที่จังหวัดสตูล	-	๕๖,๗๗๕	-	๕๖,๗๗๕	-	เจริญศรี พิทักษ์ธรรม
๓๔.วันไตโลก (ดูแลไต หัวใจแข็งแรง)	-	๔๐,๐๐๐	-	๔๐,๐๐๐	-	ปราณี จันทรวงศ์กุล
๓๕.พัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคไตอย่างไร้รอยต่อ	-	๒๕,๐๐๐	-	๒๕,๐๐๐	-	ปราณี จันทรวงศ์กุล
๓๖.ฟื้นฟูวิชาการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในสถานบริการสาธารณสุขจังหวัดสตูล	-	๓๐,๐๐๐	-	๓๐,๐๐๐	-	ประกอบ ทองจิบ

ชื่อโครงการ	เงินบำรุง			รวม	แหล่งงบประมาณอื่นๆ	ผู้รับผิดชอบ
	ประชุม	อบรม	จัดซื้อจัดจ้าง			
๓๗.รณรงค์ส่งเสริมความรู้ ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ ๒๕๖๓	๔,๓๕๐	-	๔,๒๕๐	๘,๖๐๐	-	ยุनुส มานะกล้า
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้ได้รับการรับรองมาตรฐาน						
๓๘.พัฒนาการบริหารจัดการระบบคุณภาพ	-	๔๙๙,๙๑๐	-	๔๙๙,๙๑๐	-	สุมาลี พรหมสุทธิ
๓๙.พัฒนามาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว	-	๒๓,๐๐๐	๓๖,๐๐๐	๕๙,๐๐๐	-	อมรรัตน์ ด้วยกาแด
๔๐.ขับเคลื่อนการพัฒนาสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามแนวทาง Green and Clean Hospital	-	๕๐,๐๐๐	-	๕๐,๐๐๐	-	เกษร ถนอมศรีมงคล
๔๑.พัฒนาสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยที่ดี	-	๖๕,๐๐๐	-	๖๕,๐๐๐	-	เกษร ถนอมศรีมงคล
๔๒.อบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาแนวทางการจัดการอุบัติเหตุหมู่ และการใช้วิทยุสื่อสาร โรงพยาบาลสตูล ปีงบประมาณ ๒๕๖๓	-	๘๗,๐๕๐	-	๘๗,๐๕๐	-	อารีญา มาลินี
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงเชิงรุกและควบคุมภายใน						
๔๓.๒P Safety	-	-	-	-	-	สิริรัตน์ ตรียงค์
๔๔.พัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารความเสี่ยง	-	๕,๐๐๐	-	๕,๐๐๐	-	สิริรัตน์ ตรียงค์
๔๕.พัฒนาระบบการปราบปรามการทุจริต	-	๑๐,๐๐๐	-	๑๐,๐๐๐	-	ชไมพร จันทร์เทพ
๔๖.พัฒนาระบบการตรวจสอบภายใน ๕ มิติ	-	-	-	-	-	มนูวดี เชาวโกวิทกุล

แผนปฏิบัติการโรงพยาบาลสตูล ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

ชื่อโครงการ	เงินบำรุง			รวม	แหล่ง งบประมาณอื่นๆ	ผู้รับผิดชอบ
	ประชุม	อบรม	จัดซื้อจัดจ้าง			
๔๗.พัฒนาระบบการดูแลกำกับองค์กร ที่ดี	-	-	-	-	-	อุบลรัตน์ โยมเมือง
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศยุค Thailand 4.0						
๔๘.อบรมเชิงปฏิบัติการระบบ Paperless	-	-	-	-	-	เอกมาศ วงศ์ไพรินทร์
๔๙.พัฒนามาตรฐานระบบสารสนเทศ HAIT	๕,๐๐๐	-	-	๕,๐๐๐	-	อิบรอหิม ปะลาวัน
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 5 พัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลให้มีประสิทธิภาพ						
๕๐.พัฒนาสมรรถนะบุคลากร	-	๗๕,๐๐๐	-	๗๕,๐๐๐	-	อุบลรัตน์ โยมเมือง
๕๑.พัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิกฤต	-	๑๐,๐๐๐	-	๑๐,๐๐๐	-	HR การพยาบาล
๕๒.อบรมพยาบาลความรู้พื้นฐานการ คัดกรองตาม Service Plan	-	๔,๘๐๐	-	๔,๘๐๐	-	คลินิกจักษุ
๕๓.พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการ จัดการรบ สปสช.	-	๒๐,๐๐๐	-	๒๐,๐๐๐	-	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
๕๔.ประชุมวิชาการทางการแพทย์ รพ.สตูล ปีงบประมาณ ๒๕๖๓	-	๑๘๕,๕๐๐	-	๑๘๕,๕๐๐	-	สมประสงค์ นิ่มนวล
๕๕.พัฒนาองค์กรคุณธรรมและ จริยธรรม	-	๓๗,๐๐๐	-	๓๗,๐๐๐	-	อุบลรัตน์ โยมเมือง
๕๖.พัฒนาพฤติกรรมบริการเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลสตูล	-	๗๕,๐๐๐	-	๗๕,๐๐๐	-	อุบลรัตน์ โยมเมือง

ชื่อโครงการ	เงินบำรุง			รวม	แหล่ง งบประมาณอื่นๆ	ผู้รับผิดชอบ
	ประชุม	อบรม	จัดซื้อจัดจ้าง			
๕๗.ปฐมนิเทศบุคลากรใหม่ โรงพยาบาลสตูล	-	๒๐,๐๐๐	-	๒๐,๐๐๐	-	จิณัฐตา คงชะรัตน์
๕๘.ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพใน บุคลากรกลุ่มเสี่ยงโรงพยาบาลสตูล	-	๓๕,๐๐๐	-	๓๕,๐๐๐	-	กิตตินันท์ ยังเจริญ
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 6 พัฒนาการเพิ่มรายรับและลดรายจ่าย						
๕๙.เพิ่มรายรับ-ลดรายจ่าย	-	-	-	-	-	การพยาบาล/องค์กรแพทย์
๖๐.ลดต้นทุนรายโรค	-	-	-	-	-	ประธานและเลขา PCT
๖๑.พัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วย Colorectal Polypectomy แบบวัน เดียวกลับ	-	๙,๖๐๐	-	๙,๖๐๐	-	ลักขณา ผิวเหลือง
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 7 พัฒนาระบบบริหารแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์						
๖๒.เพิ่มประสิทธิภาพการจัดโครงการ ตามแผนปฏิบัติการ	-	๓๐,๐๐๐	-	๓๐,๐๐๐	-	อรอนงค์ กฐินหอม
๖๓.พัฒนาระบบประสิทธิภาพการ ติดตามโครงการตามแผนยุทธศาสตร์ และตัวชี้วัดโดยมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์	-	-	-	-	-	กลุ่มงานสารสนเทศ/กลุ่ม งานยุทธศาสตร์และ แผนงานโครงการ

ทะเบียนควบคุมเอกสารแผนปฏิบัติการ โรงพยาบาลสตูล ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

ที่	หน่วยงาน	เล่มที่	ที่	หน่วยงาน	เล่มที่	ที่	หน่วยงาน	เล่มที่
๑	ผู้อำนวยการ	๐๐๑	๒๔	งานวิสัญญี	๐๒๔	๔๗	บำบัดน้ำเสีย	๐๔๗
๒	นพ.เจษฎาพันธุ์ สุวันทโรจน์	๐๐๒	๒๕	งานผู้ป่วยหนัก	๐๒๕	๔๘	ยานพาหนะ	๐๔๘
๓	นพ.วิโรจน์ โยมเมือง	๐๐๓	๒๖	ไตเทียม	๐๒๖	๔๙	พัสดุ	๐๔๙
๔	คุณเลอศักดิ์ วัฒนากร	๐๐๔	๒๗	สูติเวชกรรม	๐๒๗	๕๐	ซ่อมบำรุง	๐๕๐
๕	คุณดารณี คุณยาภรณ์	๐๐๕	๒๘	นรีเวชกรรม	๐๒๘	๕๑	จ่ายกลาง	๐๕๑
๖	ทีม IM	๐๐๖	๒๙	กุมารเวชกรรม	๐๒๙	๕๒	ซักฟอก	๐๕๒
๗	ทีม IC	๐๐๗	๓๐	อายุรกรรมหญิง	๐๓๐	๕๓	โภชนศาสตร์	๐๕๓
๘	ทีม ENV	๐๐๘	๓๑	อายุรกรรมชาย	๐๓๑	๕๔	สารสนเทศทางการแพทย์	๐๕๔
๙	ทีม HRD	๐๐๙	๓๒	NICU	๐๓๒	๕๕	ยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ	๐๕๕
๑๐	ทีม PCT สูติกรรม	๐๑๐	๓๓	ศัลยกรรมหญิง	๐๓๓	๕๖	พัฒนาทรัพยากรบุคคล	๐๕๖
๑๑	ทีม PCT ศัลยกรรม	๐๑๑	๓๔	ศัลยกรรมชาย	๐๓๔	๕๗	ศูนย์บริหารคุณภาพ	๐๕๗
๑๒	ทีม PCT Med	๐๑๒	๓๕	สูขศึกษา	๐๓๕	๕๘	เวชภัณฑ์	๐๕๘
๑๓	ทีม PCT เด็ก	๐๑๓	๓๖	ทันตกรรม	๐๓๖	๕๙	ตึกพิเศษใหม่ ชั้น ๔	๐๕๙
๑๔	ทีมเครื่องมือแพทย์	๐๑๔	๓๗	รังสีวิทยา	๐๓๗	๖๐	ทรัพยากรบุคคล	๐๖๐
๑๕	ทีมระบบยา	๐๑๕	๓๘	ประชาสัมพันธ์	๐๓๘	๖๑	งานการเงิน	๐๖๑
๑๖	ทีมความเสี่ยง	๐๑๖	๓๙	จิตเวช	๐๓๙	๖๒	สวัสดิการสังคม	๐๖๒
๑๗	ทีมนำ	๐๑๗	๔๐	เทคนิคการแพทย์	๐๔๐	๖๓	ANC	๐๖๓
๑๘	ทีม Orthopedics	๐๑๘	๔๑	เวชกรรมฟื้นฟู	๐๔๑	๖๔	งานบัญชี	๐๖๔
๑๙	องค์กรแพทย์	๐๑๙	๔๒	เวชกรรมสังคม	๐๔๒	๖๕	คลินิกให้คำปรึกษา	๐๖๕
๒๐	กลุ่มการพยาบาล	๐๒๐	๔๓	อาชีพเวชกรรม	๐๔๓	๖๖	นพ.ธีระ	๐๖๖
๒๑	กลุ่มงานผู้ป่วยนอก	๐๒๑	๔๔	แพทย์แผนไทย	๐๔๔	๖๗	PCT EENT	๐๖๗
๒๒	กลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	๐๒๒	๔๕	เภสัชกรรม	๐๔๕	๖๘	ทีมเวชระเบียน	๐๖๘
๒๓	งานห้องผ่าตัด	๐๒๓	๔๖	บริหาร	๐๔๖	๖๙	ประกันสุขภาพ	๐๖๙