

แผนปฏิบัติการโรงพยาบาลฟากท่า
ประจำปี 2567

แผนปฏิบัติการทันตสาธารณสุขกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลพากท่า และคปสอ.พากท่า
ปีงบประมาณ ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๑. พัฒนาด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเป็นเลิศ

เป้าประสงค์ที่ ๑. พัฒนางานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของอำเภอพากท่า ในแต่ละกลุ่มวัย

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์:

- ๑.เมื่อเสร็จสิ้นโครงการ หญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมโครงการต้องไม่มีปัญหาสุขภาพช่องปากไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐
- ๒.เด็กอายุ ๒ ปี มีอัตราฟันน้ำนมผุไม่เกินร้อยละ ๑๐
- ๓.เด็กอายุ ๓ ปี มีอัตราฟันน้ำนมผุไม่เกินร้อยละ ๒๕
- ๔.เด็กวัยก่อนเรียนในโรงเรียนอนุบาลมีอัตราฟันผุไม่เกินร้อยละ ๔๕
๕. เด็กนักเรียนประถมศึกษา
 - ๕.๑ เด็กอายุ ๑๒ ปีมีอัตราฟันแท้ผุไม่เกินร้อยละ ๒๕
 - ๕.๒ เด็กอายุ ๑๒ ปีมีอัตราฟันดีไม่มีผุ (cavity free) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๕
- ๖.ผู้สูงอายุ
 - ๖.๑ มีผู้สูงอายุที่มีฟันแท้ใช้งานได้ไม่น้อยกว่า ๒๐ ซี่ และฟันหลังแท้ ใช้งานไม่น้อยกว่า ๔ คู่สบ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐
 - ๖.๒ ผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ติดเตียงได้รับการทันตกรรมไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐

ลำดับ	โครงการ	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ(บาท)	ผลงาน (Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
๑.	โครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในประชาชนกลุ่มเป้าหมายสำคัญอำเภอปากท่า จังหวัด อุดรดิตถ์: กลุ่มหญิงตั้งครรภ์	๑.เพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์ตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพช่องปากตนเอง และลูก โดยสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองและลูก ๒.เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ไม่มีปัญหาจากโรคในช่องปากในระหว่างการตั้งครรภ์	๑.หญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดในเขต อ. ปากท่า จ. อุดรดิตถ์ จำนวน ๑๐๐ คน	๑.ตรวจสุขภาพช่องปาก ๒.ให้ทันตสุขศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก <u>หญิงตั้งครรภ์เอง และสุขภาพช่องปากลูก</u> ๓. <u>ฝึกปฏิบัติการแปรงฟัน</u> ให้แก่หญิงตั้งครรภ์และทำ Plaque Control ๔.จัดให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากได้รับการรักษาทางทันตกรรม ๕.เยี่ยมหลังคลอด: ทบทวนทวนความรู้ความเข้าใจในการดูแลทันตสุขภาพของแม่และลูก ๖.ควบคุมกำกับ ติดตามความถูกต้อง ครบถ้วนของการบันทึกและส่งออกข้อมูลการดำเนินงานตามระบบ ๔๓ แห่งทุกเดือน	<u>เงินบำรุงโรงพยาบาลปากท่า</u> <u>๑.๖๐๐.-บาท</u> ๑.จัดซื้อชุดอุปกรณ์ฝึกปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเองสำหรับหญิงตั้งครรภ์ จำนวน ๑๐๐คน x ๑๖บาท(แปรงสีฟันผู้ใหญ่) เป็นเงิน ๑,๖๐๐บาท <u>รวมเป็นเงิน ๑.๖๐๐.-บาท</u>	๑.หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจช่องปากร้อยละ ๑๐๐ ๒.หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการสอนทันตสุขศึกษาร้อยละ ๑๐๐ ๓.หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝึกปฏิบัติการแปรงฟันที่ถูกวิธีและทำ Plaque Control ร้อยละ ๑๐๐ ๔.หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการบริการชุดหินน้ำลายและ บริการบำบัดรักษาปัญหาช่องปากไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๐ ๕.หญิงหลังคลอดได้รับการเยี่ยมหลังคลอด ร้อยละ ๑๐๐	๑. หญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมโครงการ(รายเก่า+รายใหม่)ต้องไม่มีปัญหาสุขภาพช่องปากไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐ ๒.หญิงหลังคลอดสามารถดูแลสุขภาพช่องปากของลูกได้อย่างถูกต้อง ร้อยละ ๑๐๐ ๓.หญิงตั้งครรภ์ได้รับการชูดหินน้ำลายและ บริการบำบัด รักษาปัญหาช่องปากไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๐ ๔.เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมโครงการต้อง <u>ไม่มี</u> ปัญหาสุขภาพช่องปากไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๐	๑.หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจและได้รับทันตสุขศึกษาร้อยละ ๑๐๐ ๒.หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝึกปฏิบัติ แปรงฟันที่ถูกวิธีและทำ Plaque Control ร้อยละ ๑๐๐ ๓.หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการชูดหินน้ำลายและ บริการบำบัด รักษาปัญหาช่องปากไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๐ ๔.เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมโครงการต้อง <u>ไม่มี</u> ปัญหาสุขภาพช่องปากไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๐	-ทพ.สุริยา รักเจริญ -นส.อรวรรณ ฝันเต็ม

ลำดับ	โครงการ	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ(บาท)	ผลงาน(Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
๒.	โครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในประชาชนกลุ่มเป้าหมายสำคัญอำเภอปากท่า จังหวัด อุดรดิตต์:กลุ่มเด็กอายุ ๐-๒ ปี ในคลินิกเด็กดี	๑.เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ปกครองมีพฤติกรรมมารดูแลทันตสุขภาพแก่เด็กอายุ ๐-๒ ปี ทั้งในช่วงที่ไม่มีฟันน้ำนมและช่วงที่ฟันขึ้นแล้วได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ๒.ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กอายุ ๐-๒ ปี	๑.เด็กอายุ ๐-๒ ปี ที่มารับบริการ ในคลินิกเด็กดี อ.ปากท่า จ.อุดรดิตต์ จำนวน ๑๐๐ คน ๒.ผู้ปกครองเด็ก จำนวน ๑๐๐ คน	๑.ตรวจสุขภาพช่องปากและประเมินความสะอาดช่องปาก และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ ๒.ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กแก่ผู้ปกครองเด็ก ที่พามาเข้ารับวัคซีนในแต่ละช่วงอายุ ๓.การฝึกปฏิบัติ - การฝึกผู้ปกครอง เช็ดทำความสะอาดช่องปาก - การฝึกผู้ปกครอง แปรงฟันให้เด็ก และ ประเมินผลการฝึกปฏิบัติ ดังกล่าวข้างต้น ๔.การทำ/เคลือบฟลูออไรด์ในเด็กทุกๆ ๓ เดือน ๕. จัดให้เด็กที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากได้รับการรักษาทางทันตกรรม ๖.ควบคุมกำกับ ติดตามความถูกต้อง ครบถ้วนของการบันทึก และส่งออกข้อมูลการดำเนินงานตามระบบ ๔๓ แพ้มทุกเดือน	เงินบำรุงโรงพยาบาลปากท่า ๑,๕๐๐-บาท ๑.จัดซื้อแปรงสีฟันเด็กวัยก่อนเรียนอายุ ๐-๒ ปี จำนวน ๑๐๐ คน x ๑๕ บาท เป็นเงิน ๑,๕๐๐บาท รวมเป็นเงิน ๑,๕๐๐-บาท	๑.เด็ก ๐ - ๒ปีได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและประเมินความเสี่ยงร้อยละ ๑๐๐ ๒.ผู้ปกครองเด็ก๐-๒ปี ได้รับความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐ ๓.ผู้ปกครองเด็กที่ฟันยังไม่ขึ้นได้รับการฝึกปฏิบัติ ทำความสะอาดช่องปาก ให้แก่เด็ก ไม่น้อยกว่า ร้อยละ๙๐ ๔.ผู้ปกครองเด็กที่ฟันขึ้นแล้วได้รับการฝึกแบบลงมือปฏิบัติแปรงฟัน ให้แก่เด็กไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๐ ๕. เด็ก ๐-๒ปี ได้รับการแปรงฟันมือเข้าและก่อนนอนไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕ เด็ก ๐-๒ปีที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุได้รับการทาฟลูออไรด์วารินซ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐ ๖.เด็ก๐-๒ ปีที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากได้รับการรักษาไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๓๐	๑.เด็กอายุ ๒ ปี มีอัตราฟันน้ำนมผุไม่เกินร้อยละ ๑๐	๑.เด็ก ๐-๒ปี ได้รับการตรวจช่องปาก และประเมินความเสี่ยงร้อยละ๑๐๐ ๒.ผู้ปกครองเด็ก ๐-๒ปีได้รับการฝึก แปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๐ ๓. เด็ก ๐-๒ปี ได้รับการแปรงฟันมือเข้าและก่อนนอนไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘-๕ ๔.เด็ก ๐-๒ปีได้รับการทาฟลูออไรด์วารินซ์ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๐ ๕.เด็กอายุ ๒ ปี มีอัตราฟันน้ำนมผุไม่เกินร้อยละ ๑๐	-ทพ.สุริยา รักเจริญ -นส.ณัฐมนต์ สิงห์ตา

ลำดับ	โครงการ	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน (Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ผู้รับผิดชอบ
๓.	โครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในประชาชน กลุ่มเป้าหมายสำคัญ อำเภอปากท่า จังหวัดอุดรธานี กลุ่มเด็กวัยก่อนเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	๑. เพื่อส่งเสริม และสนับสนุนให้มีการดูแลทันตสุขภาพแก่เด็กวัยก่อนเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ๒. ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมผุในเด็กวัยก่อนเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	๑. เด็กวัยก่อนเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขต อ. ปากท่า จ. อุดรธานี จำนวน ๓๐๐ คน ๒. ผู้ปกครองเด็ก จำนวน ๓๐๐ คน	๑. ตรวจสุขภาพช่องปากปีละ ๒ ครั้ง (มิ.ย.,ธ.ค.) ๒. ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางการไขว่ร่วมกันระหว่างผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็ก อบต. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้เกิดเป็นข้อตกลงร่วมและแผนงานร่วมกันในการดำเนินการเพื่อก่อให้เกิดสุขภาพช่องปากที่ดีของเด็ก ๓. สอนทันตสุขศึกษาและฝึกปฏิบัติการแปรงฟันในกลุ่มผู้ปกครอง และกลุ่มเด็ก ๔. ส่งเสริมการจัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน ๕. ส่งเสริมให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีการจัดอาหารว่างที่ดีต่อสุขภาพและเอื้อต่อการที่เด็กจะมีสุขภาพช่องปากที่ดี	เงินบำรุงโรงพยาบาลปากท่า ๑๒,๓๐๐.-บาท ๑. จัดซื้อแปรงสีฟันสำหรับเด็กวัยก่อนเรียนอายุ ๓-๖ ปี จำนวน ๓๐๐ คน x ๑๕ บาทเป็นเงิน ๔,๕๐๐บาท ๒. จัดซื้อยาสีฟันสำหรับเด็กวัยก่อนเรียนอายุ ๓-๖ ปี จำนวน ๓๐๐ คน x ๒๖ บาท เป็นเงิน ๗,๘๐๐บาท รวมเป็นเงิน ๑๒,๓๐๐.-บาท	๑. เด็กวัยก่อนเรียนในศพด. ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๑๐๐ ๒. ศพด. จัดให้มีกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน ร้อยละ ๑๐๐ ๓. ศพด. จัดอาหารว่างที่ดีต่อสุขภาพและเอื้อต่อการที่เด็กจะมีสุขภาพช่องปากที่ดีไม่น้อยกว่า ๓ วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ ๑๐๐ ๔. ศพด. จัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการที่เด็กจะมีสุขภาพช่องปากที่ดี ร้อยละ ๑๐๐	๑. เด็กอายุ ๓ ปี มีอัตราฟันน้ำนมผุไม่เกินร้อยละ ๒๕	๑. เด็กอายุ ๓ ปี มีอัตราฟันน้ำนมผุไม่เกินร้อยละ ๒๕ ๒. เด็กวัยก่อนเรียนในศพด. ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากร้อยละ ๑๐๐ ๓. ศพด. จัดให้มีกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน ร้อยละ ๑๐๐ ๔. ศพด. จัดอาหารว่างที่ดีต่อสุขภาพและเอื้อต่อการที่เด็กจะมีสุขภาพช่องปากที่ดีไม่น้อยกว่า ๓ วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ ๑๐๐ ๕. เด็กวัยก่อนเรียนในศพด. แปรงฟันก่อนนอนไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๕ ๖. เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการทา/เคลือบฟลูออไรด์ ร้อยละ ๑๐๐	ทพ.สุริยา รักเจริญ

ลำดับ	โครงการ	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน (Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ผู้รับผิดชอบ
				<p>๖.ให้บริการทันตกรรมป้องกัน และ/หรือให้บริการรักษาแก่เด็กที่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก</p> <p>๗.ควบคุมกำกับ ติดตามความถูกต้อง ครบถ้วนของการบันทึกและส่งออกข้อมูลการดำเนินงานตามระบบ ๔๓ แฟ้มทุกเดือน</p>		<p>๕.เด็กวัยก่อนเรียนในศพด.มีการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน และแปรงฟันถูกวิธีไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๕</p> <p>๗.เด็กวัยก่อนเรียนในศพด. แปรงฟันก่อนนอนไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๕</p> <p>๘.เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการทา/เคลือบฟลูออไรด์ ร้อยละ ๑๐๐</p>			

ลำดับ	โครงการ		กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ(บาท)	ผลงาน(Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
๔.	โครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในประชาชนกลุ่มเป้าหมายสำคัญอำเภอปากท่า จังหวัด อุดรดิตถ์:กลุ่มเด็กวัยก่อนเรียนในโรงเรียนอนุบาล	๑.เพื่อส่งเสริม และสนับสนุนให้มีการดูแลทันตสุขภาพแก่เด็กวัยก่อนเรียนในโรงเรียนอนุบาลได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ๒.ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กวัยก่อนเรียนในโรงเรียนอนุบาล	๑.เด็กวัยก่อนเรียนในรร.อนุบาล เขต อ. ปากท่า จ. อุดรดิตถ์ จำนวน ๓๐๐ คน ๒.ผู้ปกครองเด็ก จำนวน ๓๐๐ คน	๑.ตรวจสอบสุขภาพช่องปากปีละ ๒ครั้ง (มิ.ย.,ธ.ค.) ๒.สอนทันตสุขศึกษาและฝึกปฏิบัติการแปรงฟันในกลุ่มเด็ก ๓.ส่งเสริมการจัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน ๔.ส่งเสริมให้โรงเรียนมีการจัดอาหารว่างที่ดีต่อสุขภาพและเอื้อต่อการที่เด็กจะมีสุขภาพช่องปากที่ดี ๕.ให้บริการทันตกรรมป้องกัน และ/หรือให้บริการรักษาแก่เด็กที่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก ๖.ควบคุมกำกับ ติดตามความถูกต้อง ครบถ้วนของการบันทึกและส่งออกข้อมูลการดำเนินงานตามระบบ ๔๓ แห่งทุกเดือน	๑.จัดซื้อแปรงสีฟันสำหรับเด็กวัยก่อนเรียนอายุ ๓-๖ ปี จำนวน ๓๐๐ คน x ๑๕ บาทเป็นเงิน ๔,๕๐๐บาท ๒.จัดซื้อยาสีฟันสำหรับเด็กวัยก่อนเรียนอายุ ๓-๖ ปี จำนวน ๓๐๐ คน x ๒๖ บาท เป็นเงิน ๗,๘๐๐บาท ๓.จัดซื้อถาดเคลือบฟลูออไรด์เจลชนิดใช้ครั้งเดียว จำนวน ๖ ถัง(ถังละ ๕๐คู่)x ๖๕๐บาทเป็นเงิน ๓,๙๐๐บาท ๔.จัดซื้อฟลูออไรด์เจล จำนวน ๔ ขวด x ๑,๑๐๐บาท เป็นเงิน ๔,๔๐๐บาท รวมเป็นเงิน ๒๐,๖๐๐.-บาท	๑.เด็กวัยก่อนเรียนใน รร.อนุบาลได้รับการตรวจสอบสุขภาพช่องปากไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๑๐๐ ๒.เด็กวัยก่อนเรียนใน รร.อนุบาลได้รับการสอนทันตสุขศึกษาและ ฝึกปฏิบัติการแปรงฟันร้อยละ ๑๐๐ ๓.ร.ร.อนุบาลจัดให้ มีกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน ร้อยละ ๑๐๐ ๔.เด็กวัยก่อนเรียนในรร.อนุบาล มีการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๕ ๕.ร.ร.อนุบาลจัดอาหารว่างที่ดีต่อสุขภาพและเอื้อต่อการที่เด็กจะมีสุขภาพช่องปากที่ดีไม่น้อยกว่า ๓ วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ ๑๐๐	๑.เด็กวัยก่อนเรียนในโรงเรียนอนุบาลมีอัตราฟันผุไม่เกินร้อยละ ๕๐ ๒.เด็กวัยก่อนเรียนในรร.อนุบาล มีการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวันไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๕ ๓.เด็กวัยก่อนเรียนในรร.อนุบาลแปรงฟันก่อนนอนไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๕ ๕.เด็กวัยก่อนเรียนในโรงเรียนอนุบาลมีอัตราฟันผุไม่เกิน ร้อยละ ๕๐	ทพ.สุริยา รักเจริญ	

ลำดับ	โครงการ	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ(บาท)	ผลงาน(Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
						<p>๖.เด็กวัยก่อนเรียน ในร.อนุบาลแปรง ฟันก่อนนอนไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๕</p> <p>๗.เด็กวัยก่อนเรียน ใน รร.อนุบาลได้รับ บริการทันตกรรม ป้องกัน และ/หรือ บริการรักษาแก่เด็กที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕</p> <p>๘.เด็กกลุ่มเสี่ยง ได้รับการทา/เคลือบ ฟลูออไรด์ร้อยละ ๑๐๐</p>			

ลำดับ	โครงการ	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ(บาท)	ผลงาน (Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
๕.	โครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในประชาชนกลุ่มเป้าหมายสำคัญอำเภอปากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์:เด็กนักเรียนประถมศึกษา	๑. เพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้มีการดูแลทันตสุขภาพในเด็กประถมศึกษาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ๒. ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุและเหงือกอักเสบในเด็กประถมศึกษา	๑.เด็กนักเรียนประถมศึกษาในเขต อ. ปากท่า จ. อุตรดิตถ์ จำนวน ๘๐๐ คน	๑.ตรวจสุขภาพช่องปากปีละ ๒ ครั้ง (มิ.ย., ธ.ค.) ๒.สอนทันตสุขภาพและฝึกปฏิบัติการแปรงฟัน ๓.ส่งเสริมการจัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันในโรงเรียนประถมศึกษา ๔.ดำเนินงานส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพร่วมกับกลุ่มแกนนำนักเรียนฯ ๕. ให้บริการทันตกรรมป้องกัน และ/หรือให้บริการรักษาแก่เด็กที่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก ๖.ควบคุมกำกับ ติดตามความถูกต้อง ครบถ้วนของการบันทึกและส่งออกข้อมูลการดำเนินงานตามระบบ ๔๓ แฟ้มทุกเดือน	เงินบำรุงโรงพยาบาลปากท่า ๖๒,๒๐๐.-บาท ๑.จัดซื้อแปรงสีฟันสำหรับเด็กนักเรียนอายุ ๖-๑๒ ปี จำนวน ๘๐๐ คน x ๑๕ บาท เป็นเงิน ๑๒,๐๐๐บาท ๒.จัดซื้อยาสีฟันสำหรับเด็กวัยก่อนเรียนอายุ ๖-๑๒ ปี จำนวน ๘๐๐ คน x ๑๖ บาท เป็นเงิน ๑๒,๘๐๐บาท ๓.จัดซื้อถาดเคลือบฟลูออไรด์เจลชนิดใช้ครั้งเดียว จำนวน ๔๔ ถูง(ถูงละ ๕๐คู่) x๖๕๐บาทเป็นเงิน ๒๘,๖๐๐บาท ๔.จัดซื้อฟลูออไรด์เจล จำนวน ๘ ขวด x ๑,๑๐๐บาท เป็นเงิน๘,๘๐๐บาท รวมเป็นเงิน ๖๒,๒๐๐.-บาท	๑.เด็กนักเรียนประถมศึกษาได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๑๐๐ ๒.นักเรียนประถมศึกษาได้รับการให้ทันตสุขภาพและฝึกการแปรงฟันจากจนท. สาธารณสุข ร้อยละ ๑๐๐ ๓.โรงเรียนประถมศึกษาจัดให้มีกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน ร้อยละ ๑๐๐ ๔.โรงเรียนประถมศึกษาจัดให้มีการป้อนน้ำอัดลม และขนมกรุบกรอบ ร้อยละ ๑๐๐	๑.เด็กอายุ ๑๒ ปีมีอัตราฟันแท้ไม่เกิน ร้อยละ ๒๕ ๒.อัตราฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free) ในเด็กอายุ ๑๒ ปี ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๕	๑.เด็กนักเรียนประถมศึกษาได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๑๐๐ ๒.โรงเรียนประถมศึกษาจัดให้มีกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน ร้อยละ ๑๐๐ ๓.เด็ก ป.๑ ได้รับการบริการผสมผสานอย่างสมบูรณ์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ ๔.เด็ก ป.๑ ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ ๕.นักเรียน ป.๑- ป.๖ ได้รับการบริการตามความจำเป็นไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๕ ๖.เด็กอายุ ๑๒ ปีมีอัตราฟันแท้ไม่เกิน ร้อยละ ๒๕	ทพ.สุริยา รักเจริญ

ลำดับ	โครงการ	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน(Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ผู้รับผิดชอบ
						<p>๕.เด็กประถม ศึกษา มีการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐</p> <p>๖.เด็กประถม ศึกษา มีการแปรงฟันก่อนนอน ทุกวันไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๗๕</p> <p>๗.เด็กประถม ศึกษา มีการบริโภคขนมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุไม่เกินร้อยละ ๒๐</p> <p>๘.เด็ก ป.๑ ได้รับ การเคลือบหลุมร่องฟันไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๕๐</p> <p>๙.เด็ก ป.๑ ได้รับ การบริการผสมผสานอย่างสมบูรณ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐</p> <p>๑๐.นักเรียนป.๑- ป.๖ ได้รับการบริการตามความจำเป็นไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๕</p> <p>๑๑.นักเรียน ป.๑- ป.๖ ได้รับการเคลือบฟลูออไรด์ ร้อยละ ๑๐๐</p>		<p>๖.อัตราฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free) ในเด็ก อายุ ๑๒ ปี ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๕</p> <p>๗.เด็กป.๑- ป.๖ ได้รับการเคลือบฟลูออไรด์ ร้อยละ ๑๐๐</p>	

ลำดับ	โครงการ	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ(บาท)	ผลงาน(Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ผู้รับผิดชอบ
๖.	กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุอำเภอปากท่า จังหวัดอุดรดิตถ์	<p>๑. เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและประเมินความจำเป็นในการเข้ารับบริการได้</p> <p>๒. เพื่อฟื้นฟูให้ผู้สูงอายุมีฟันเคี้ยวอาหารได้ตามปกติ</p>	<p>๑.ผู้สูงอายุในเขต อ.ปากท่า จ.อุดรดิตถ์ จำนวน ๓,๑๓๑ คน</p> <p>๒.ชมรมผู้สูงอายุ ในเขต อ.ปากท่า จ. อุดรดิตถ์ จำนวน ๔ ชมรม</p>	<p>๑.ตรวจสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุผ่านใน ๔ ช่องทางคือ</p> <ul style="list-style-type: none"> -ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง -ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ -ผู้สูงอายุที่คลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง -ผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ติดเตียงตามระบบเยี่ยมบ้านของเครือข่ายบริการอำเภอปากท่า <p>๒.ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ</p> <p>๓.ส่งเสริมให้มีกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุ</p> <p>๔.ให้บริการส่งเสริมป้องกัน รักษา และฟื้นฟูแก่ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก</p>	-	<p>๑.ผู้สูงอายุได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐</p> <p>๒.มีการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุของ อ.ปากท่าไม่น้อยกว่า ๔ ชมรม</p> <p>๓.ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมป้องกันทางทันตกรรม ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐</p> <p>๔.ผู้สูงอายุที่ได้รับการทันตกรรม ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐</p> <p>๕.ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงได้รับการทันตกรรม ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐</p>	<p>๑.มีผู้สูงอายุที่มีฟันแท้ใช้งานได้ไม่น้อยกว่า ๒๐ ซี่ และมีฟันหลังแท้ ใช้งานไม่น้อยกว่า ๔ คู่สบ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐</p>	<p>๑.ผู้สูงอายุได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐</p> <p>๒.ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมป้องกันทางทันตกรรม ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐</p> <p>๓.ผู้สูงอายุที่ได้รับการทันตกรรม ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐</p> <p>๔.ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงได้รับการทันตกรรม ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐</p> <p>๕.มีผู้สูงอายุที่มีฟันแท้ใช้งานได้ไม่น้อยกว่า ๒๐ ซี่ และมีฟันหลังแท้ ใช้งานไม่น้อยกว่า ๔ คู่สบ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐</p>	คปสอ.ปากท่า

ยุทธศาสตร์ที่ ๒. พัฒนาด้านบริการเป็นเลิศ(Service Excellence)

เป้าประสงค์ ๑. บริการสุขภาพของโรงพยาบาลฟากท่ามีคุณภาพ ได้รับการยอมรับและไว้วางใจจากประชาชนอำเภอฟากท่า

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์:

- ๑.โรงพยาบาลฟากท่าสามารถผ่านการรับรองธำรงคุณภาพตามมาตรฐาน HA ชั้นที่ ๓
- ๒.โรงพยาบาลฟากและเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอฟากท่าผ่านมาตรฐานสุขภาพช่องปากสำหรับ PCU และ NPCU
- ๓.กลุ่มงานทันตกรรมมีอัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕
- ๔.อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยทางทันตกรรม ร้อยละ ๐
- ๕.ผู้ป่วยทางทันตกรรมมีอัตราการติดเชื้อจากบริการทางทันตกรรมร้อยละ ๐
- ๖.อัตราการเกิดความเสียหายระดับ E-I ลดลงจากเดิมไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕
- ๗.ตัวชี้วัด Service plan สาขาสุขภาพช่องปากผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ ๑๐๐
-ตัวชี้วัดนี้ของสาขาสุขภาพช่องปากจะกระจายอยู่ในยุทธศาสตร์ที่ ๑ และ ๒

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน (Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
๑.	การพัฒนาคุณภาพบริการทันตกรรมตามมาตรฐาน HA	๑.เพื่อให้กลุ่มงานทันตกรรมมีการพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่อง ๒.เพื่อให้ผู้มารับบริการทางทันตกรรมได้รับบริการที่ปลอดภัย สร้างความพึงพอใจ และได้มาตรฐาน	๑.จนท.กลุ่มงานทันตกรรม จำนวน ๘ คน ๒.ผู้มารับบริการทุกคน	๑.ดำเนินกิจกรรม “หัวหน้าพาพบทวน” โดยกลุ่มงานทันตกรรมทำหัวข้อพบทวน ดังนี้ -กิจกรรมการพบทวน คำร้องเรียน/ข้อเสนอแนะ -กิจกรรมการพบทวน การส่งต่อ/ขอย้าย/ปฏิเสธการรักษา -กิจกรรมการพบทวน การตรวจรักษาโดยผู้ชำนาญกว่า -กิจกรรมการพบทวนการ ค้นหาและป้องกันความเสี่ยง โดยนำไปสู่ <ul style="list-style-type: none"> • การจัดทำบัญชีความเสี่ยง • การกำหนดมาตรการ ป้องกันความเสี่ยง • การรายงานความเสี่ยง เมื่อเกิดอุบัติการณ์ขึ้น • การทำ Root Cause Analysis(RCA) -กิจกรรมการพบทวน การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ HAI (Health care Associated Infections) Prevention &Control System	-	๑.มีการทำ CQI/สร้าง นวัตกรรม ไม่น้อยกว่า ๑๐ เรื่อง/ปี ๒.มีการจัดทำ บัญชีความเสี่ยง และพบทวน บัญชีความเสี่ยง ไม่น้อยกว่า ๒ ครั้ง/ปี ๓.มีการทำ RCA ครบทุก เรื่อง ที่เข้า เงื่อนไขของการ ทำ RCA ๔.มี SOP, CPG, WI ทาง ทันตกรรมที่ ครอบคลุมโรค/ หัตถการ/ กระบวนการ ที่สำคัญครบ ทุกเรื่อง	๑.อัตราการเกิด ภาวะแทรกซ้อนของ ผู้ป่วยทางทันตกรรม ร้อยละ ๐ ๒.ผู้ป่วยทาง ทันตกรรมมีอัตรา การติดเชื้อจาก บริการทาง ทันตกรรมร้อยละ ๐ ๒.อัตราการเกิด ความเสี่ยงระดับ E-I ลดลงจากเดิมไม่น้อย กว่าร้อยละ ๕ ๓.กลุ่มงาน ทันตกรรมมีอัตรา ความพึงพอใจของ ผู้รับบริการไม่น้อย กว่าร้อยละ ๘๕ ๔.โรงพยาบาล พากทำผ่านการ รับรองคุณภาพตาม มาตรฐาน HA ชั้นที่ ๓	๑.อัตราการเกิด ภาวะแทรกซ้อนของ ผู้ป่วยทางทันตกรรม ร้อยละ ๐ ๒.ผู้ป่วยทาง ทันตกรรมมีอัตรา การติดเชื้อจาก บริการทาง ทันตกรรมร้อยละ ๐ ๒.อัตราการเกิด ความเสี่ยงระดับ E-I ลดลงจากเดิมไม่น้อย กว่าร้อยละ ๕ ๓.กลุ่มงาน ทันตกรรมมีอัตรา ความพึงพอใจของ ผู้รับบริการไม่น้อย กว่าร้อยละ ๘๕ ๔.โรงพยาบาล พากทำผ่านการ รับรองคุณภาพตาม มาตรฐาน HA ชั้นที่ ๓	ทพ.สุรียา รักเจริญ

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน (Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
				<p>-กิจกรรมการทบทวน ความคลาดเคลื่อนทางยา</p> <p>-กิจกรรมการทบทวน เหตุการณ์สำคัญ</p> <p>-กิจกรรมการทบทวน เวชระเบียน</p> <p>-กิจกรรมการทบทวน การใช้ความรู้ทางวิชาการ</p> <p>๒. นำโอกาสพัฒนา/ความ เสี่ยงที่ค้นพบ มาดำเนินการ พัฒนาคุณภาพการบริการ อย่างต่อเนื่อง(COI)/ สร้างนวัตกรรมเพื่อช่วยใน การปฏิบัติงาน</p> <p>๓. จัดทำระเบียบปฏิบัติและ วิธีปฏิบัติงานที่สำคัญๆของ กลุ่มงานทันตกรรม</p> <p>๔. ดำเนินการประเมินความ พึงพอใจของผู้รับบริการทาง ทันตกรรมทุกๆ ๖ เดือน</p> <p>๕. จัดทำเอกสารสรุปผล การพัฒนาคุณภาพของ กลุ่มงานทันตกรรมตาม รูปแบบ Service Profile</p>					

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน (Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ผู้รับผิดชอบ
๒.	การพัฒนาคุณภาพบริการทันตกรรมตามมาตรฐาน TDSG	๑.เพื่อให้กลุ่มงานทันตกรรมมีการพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐาน TDSG ๒.เพื่อให้ผู้มารับบริการทางทันตกรรมได้รับบริการที่ปลอดภัย สร้างความพึงพอใจ และได้มาตรฐาน	๑.จนท.กลุ่มงานทันตกรรม จำนวน ๘ คน ๒.ผู้มารับบริการทุกคน	๑.วิเคราะห์การปฏิบัติงานที่ปฏิบัติอยู่ในปัจจุบันของกลุ่มงานทันตกรรมเทียบกับข้อกำหนดตามมาตรฐาน TDSG (Gap Analysis) เพื่อหาส่วนต่างของโอกาสพัฒนางานตามมาตรฐานTDSG ๒.นำโอกาสพัฒนาที่ค้นพบมาดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริการทางทันตกรรมอย่างต่อเนื่อง(CQI) ๓.จัดทำเอกสารประเมินตนเองตามมาตรฐาน TDSG ส่งให้คณะกรรมการฯ เพื่อขอรับการประเมินคุณภาพตามมาตรฐาน TDSG ๔.รับการประเมินจากคณะกรรมการฯ และนำข้อเสนอแนะที่ได้จากคณะกรรมการมาดำเนินการปรับปรุงคุณภาพการบริการทางทันตกรรมต่อไป	-	๑.มีการทำ CQI ไม่น้อยกว่า ๑๐ เรื่อง/ปี ๒.มีการจัดทำเอกสารประเมินตนเองตามมาตรฐาน TDSG	๑.โรงพยาบาล ฟากท่าสามารถ ดำเนินการผ่านมาตรฐาน Thai Dental Safety Goal : TDSG	๑.โรงพยาบาล ฟากท่าสามารถ ดำเนินการผ่านมาตรฐาน Thai Dental Safety Goal : TDSG	ทพ.สุริยา รั๊กเจริญ

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ	ผลงาน	ผลลัพธ์	ตัวชี้วัด(KPI)	PM/ผู้รับผิดชอบ
๓.	การพัฒนาคุณภาพระบบบริการทันตกรรมของรพ.ฟากท่าและเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอฟากท่าตามมาตรฐานสุขภาพช่องปากสำหรับ PCU และ NPCU	๑.เพื่อให้รพ.ฟากท่าและเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอฟากท่าทุกแห่งสามารถให้บริการทันตกรรมที่มีคุณภาพตามมาตรฐานสุขภาพช่องปากสำหรับ PCU และ NPCU แก่ประชาชนในพื้นที่	๑.รพ.ฟากท่า ๒.รพ.สต.ในเขต อ. ฟากท่า จ. อุตรดิตถ์ จำนวน ๔ แห่ง	๑.จัดประชุมผู้รับผิดชอบงานทันตกรรมใน รพ.สต.ทุกแห่ง -วิเคราะห์ส่วนขาดที่พบจากการประเมินตนเอง และปัญหาการดำเนินงานตามมาตรฐานในปีงบประมาณที่ผ่านมา -กำหนดแนวทางดำเนินงานร่วมกัน ๒.ดำเนินการพัฒนาตามแนวทางที่กำหนด ๓.ประเมินตนเองตามมาตรฐานและบันทึกข้อมูลตามโปรแกรมเพื่อประมวลผล ๔.คณะกรรมการจังหวัดประเมินผลเพื่อรับรอง	-	๑.โรงพยาบาลฟากท่าและรพ.สต.ทุกแห่งของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอฟากท่าดำเนินงานตามมาตรฐานสุขภาพช่องปากสำหรับ PCU และ NPCU	๑.โรงพยาบาลฟากท่าและรพ.สต.ทุกแห่งของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอฟากท่าผ่านมาตรฐานสุขภาพช่องปากสำหรับ PCU และ NPCU	๑.โรงพยาบาลฟากท่าและรพ.สต.ทุกแห่งของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอฟากท่าผ่านมาตรฐานสุขภาพช่องปากสำหรับ PCU และ NPCU	คปสอ.ฟากท่า

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนาด้านด้านบุคลากรเป็นเลิศ

เป้าประสงค์ที่ ๑.กลุ่มงานทันตกรรมมีบุคลากรเพียงพอกับการปฏิบัติงาน

๒.บุคลากรมีความรู้ความสามารถ เหมาะสมกับการให้บริการ

๓.บุคลากรปฏิบัติงานด้วยความปลอดภัย มีความสุข และผูกพันต่อองค์กร

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์:

๑. อัตราของบุคลากรกลุ่มงานทันตกรรมมีคะแนนดัชนีความสุข(Happiness index) ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐

๒. อัตราการโยกย้าย/ลาออกของบุคลากรกลุ่มงานทันตกรรมที่ปฏิบัติงานไม่เกิน ๓ ปีไม่เกินร้อยละ ๕ หรือลดลงจากปีที่ผ่านมาร้อยละ ๑๐

๓. อัตราของบุคลากรกลุ่มงานทันตกรรมที่ผ่านเกณฑ์การประเมินสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงาน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐๐

๔. อัตราของบุคลากรกลุ่มงานทันตกรรมที่มีสัดส่วนชั่วโมงการฝึกอบรมต่อคนต่อปี ไม่น้อยกว่า ๑๐ ชั่วโมง ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐

๕. อัตราของบุคลากรกลุ่มงานทันตกรรมที่ได้คะแนนการประเมินการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ขององค์กรระดับดี (ร้อยละ ๗๐) ขึ้นไป ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐

๖. อัตราการเจ็บป่วยของบุคลากรจากการปฏิบัติงานร้อยละ ๐

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน (Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ผู้รับผิดชอบ
๑.	การพัฒนากระบวนการบริหารจัดการบุคลากร ของกลุ่มงานทันตกรรม	๑.เพื่อให้บุคลากรของกลุ่มงานทันตกรรมมีความรู้ ความสามารถ และมีค่านิยม ที่เหมาะสมกับการดำเนินงานเพื่อการบรรลุเป้าหมายของกลุ่มงานและโรงพยาบาล พากทำ ๒.เพื่อให้บุคลากรของกลุ่มงานทันตกรรมมีปฏิบัติงานด้วยความปลอดภัย มีความสุข และผูกพันต่อองค์กร	๑.จนท.กลุ่มงานทันตกรรม จำนวน ๘ คน	๑.กำหนดหัวข้อความต้องการพัฒนาความรู้ ความสามารถของกลุ่มงานทันตกรรม ๒.ส่งเสริมให้บุคลากร ของกลุ่มงานให้เข้ารับการพัฒนามตามที่กำหนดไว้ ๓.มอบหมายงานให้บุคลากรทุกคนอย่างชัดเจน ๔.กำหนด KPI ให้แก่บุคลากรแต่ละคนอย่างชัดเจน เท่าเทียมกัน และ มีการกำหนด KPI ที่เป็นตัวชี้วัดร่วมของกลุ่มงานให้ทุกคน เพื่อจะได้ช่วยเหลือกันทำงานให้บรรลุเป้าหมายที่องค์กรได้กำหนดไว้ ๕.ประเมินผลการปฏิบัติงานที่โปร่งใส ตรวจสอบได้ ๖.หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม ถ่ายทอดแนวคิด ค่านิยมองค์กร “MOPH” แก่บุคลากรในกลุ่มงานผ่านคำขวัญ “เป็นนายตนเอง เร่งสร้างสิ่งใหม่ ใส่ใจประชาชน ถ่อมตนอ่อนน้อม” และประเมินความรู้ความเข้าใจ ทุกๆเดือน ๗.ปฏิบัติตามหลัก ๒P Safety ๘.จัดกิจกรรมเสริมในกลุ่มงาน เช่น การให้ของขวัญปีใหม่จากหน.กลุ่มงาน การรับประทานอาหารร่วมกันในกลุ่มงาน เป็นต้น	-	๑.อัตราของบุคลากรกลุ่มงานทันตกรรมที่มีสัดส่วนชั่วโมงการฝึกอบรมต่อคนต่อปีไม่น้อยกว่า ๑๐ ชั่วโมง ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐ ๒.อัตราของบุคลากรกลุ่มงานทันตกรรมที่ปฏิบัติงานไม่เกิน ๓ ปีไม่เกินร้อยละ ๕ หรือลดลงจากปีที่ผ่านมาร้อย ๑๐ ๓.อัตราการเจ็บป่วยในการปฏิบัติงาน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐๐ ๓.อัตราของบุคลากรกลุ่มงานทันตกรรมที่ได้คะแนนการประเมินการปฏิบัติตาม ค่านิยม MOPH ขององค์กรระดับดี (ร้อยละ ๗๐) ขึ้นไปไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐	๑.อัตราของบุคลากรกลุ่มงานทันตกรรมมีคะแนนดัชนีความสุข (Happiness index) ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ๒.อัตราการโยกย้าย/ลาออกของบุคลากรกลุ่มงานทันตกรรมที่ปฏิบัติงานไม่เกิน ๓ ปีไม่เกินร้อยละ ๕ หรือลดลงจากปีที่ผ่านมาร้อย ๑๐ ๓.อัตราการเจ็บป่วยของบุคลากรจากการทำงานร้อยละ ๐	๑.อัตราของบุคลากรกลุ่มงานทันตกรรมมีคะแนนดัชนีความสุข (Happiness index) ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ๒.อัตราการโยกย้าย/ลาออกของบุคลากรกลุ่มงานทันตกรรมที่ปฏิบัติงานไม่เกิน ๓ ปีไม่เกินร้อยละ ๕ หรือลดลงจากปีที่ผ่านมาร้อย ๑๐ ๓.อัตราของบุคลากรกลุ่มงานทันตกรรมที่มีสัดส่วนชั่วโมงการฝึกอบรมต่อคนต่อปีไม่น้อยกว่า ๑๐ ชั่วโมง ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐ ๔.อัตราการเจ็บป่วยของบุคลากรจากการปฏิบัติงานร้อยละ ๐	ทพ.สุรียารักเจริญ

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ พัฒนาด้านบริหารเป็นเลิศ

- เป้าประสงค์**
๑. การบริหารจัดการตามหลักองค์กรที่มีคุณธรรมและความโปร่งใสของหน่วยงานภาครัฐ
 ๒. พัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ
 ๓. พัฒนาระบบงานวิจัยและนวัตกรรมขององค์กร
 ๔. พัฒนาการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพ
 ๕. การจัดการองค์กรแห่งความปลอดภัย

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์:


๑. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA
๒. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน
๓. โรงพยาบาลฟากทำผ่านเกณฑ์คุณภาพเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาลระดับ ๒
๔. โรงพยาบาลฟากทำได้คะแนนคุณภาพของข้อมูล ๔๓ แฟ้ม ในระบบ DHDC ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๗
๖. กลุ่มงานทันตกรรมมีผลงาน CQI/นวัตกรรมไม่น้อยกว่า ๑๐ เรื่อง/ปี
๗. ในปี ๒๕๖๗ กลุ่มงานทันตกรรมมีผลงานวิจัยอย่างน้อย ๑ เรื่อง
๘. โรงพยาบาลฟากผ่านการประเมิน EIA ได้คะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน (Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
๑.	การพัฒนากระบวนการจัดการกลุ่มงานทันตกรรมให้เป็นหน่วยงานที่มีธรรมาภิบาล และ เป็นเลิศในด้านการบริหารจัดการหน่วยงาน	<p>๑. เพื่อให้กลุ่มงานทันตกรรมเป็นหน่วยที่โปร่งใส ตรวจสอบได้</p> <p>๒. เพื่อกลุ่มงานทันตกรรมมีการบริหารจัดการสารสนเทศที่มีความถูกต้อง ครบถ้วน เชื่อถือได้</p> <p>๓. เพื่อกลุ่มงานทันตกรรมมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งในรูปแบบของ CQI และนวัตกรรมในการปฏิบัติงาน</p> <p>๔. กลุ่มงานทันตกรรมมีการทำวิจัยในประเด็นที่สอดคล้องกับการดำเนินงาน/ปัญหาของกลุ่มงาน</p>	๑. জন.กลุ่มงานทันตกรรม จำนวน ๘ คน	<p>๑. กลุ่มงานทันตกรรมมีการดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างและบริหารพัสดุทันตกรรมที่ถูกต้องตามพรบ.การจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ และระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐</p> <p>๒. กลุ่มงานทันตกรรมร่วมดำเนินการตามหลักเกณฑ์ ITA และหลักการควบคุมภายในอย่างเคร่งครัด</p> <p>๓. บุคลากรกลุ่มงานทันตกรรมดำเนินการสอบถามความถูกต้อง ครบถ้วน ของข้อมูลการรักษา และข้อมูลตามแฟ้ม Dental ทุกครั้งที่มีการรักษาหรือดำเนินการตรวจสุขภาพช่องปาก และเฝ้าระวังความถูกต้องของข้อมูลตามระบบ ๔๓ แฟ้ม จากฐานข้อมูล HDC ทุกเดือน</p> <p>๔. กลุ่มงานทันตกรรมมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งในรูปแบบของ CQI และนวัตกรรมในการปฏิบัติงาน</p> <p>๕. กลุ่มงานทันตกรรมมีการกำหนด KPI ให้บุคลากรทุกคนต้องร่วมกันทำวิจัยอย่างน้อย ๑ เรื่อง</p>	-	<p>๑. โรงพยาบาลปากทำได้อคะแนนการประเมิน FAI ในส่วนของพัสดุไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐</p> <p>๒. กลุ่มงานทันตกรรมมีความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูลตามระบบ ข้อมูล ๔๓ แฟ้ม ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๗</p> <p>๓. กลุ่มงานทันตกรรมมีผลงาน CQI/ นวัตกรรมไม่น้อยกว่า ๑๐ เรื่อง/ปี</p> <p>๔. ในปี ๒๕๖๗ กลุ่มงานทันตกรรมมีผลงานวิจัยอย่างน้อย ๑ เรื่อง</p>	<p>๑. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA</p> <p>๒. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน</p> <p>๓. โรงพยาบาลปากทำผ่านเกณฑ์คุณภาพเทคโนโลยีสารสนเทศ</p> <p>๔. โรงพยาบาลปากทำได้คะแนนคุณภาพของข้อมูล ๔๓ แฟ้ม ในระบบ DHDC ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๗</p> <p>๕. โรงพยาบาลปากทำได้คะแนนการประเมิน EIA ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐</p>	<p>๑. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA</p> <p>๒. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน</p> <p>๓. โรงพยาบาลปากทำผ่านเกณฑ์คุณภาพเทคโนโลยีสารสนเทศ</p> <p>๔. โรงพยาบาลปากทำได้คะแนนคุณภาพของข้อมูล ๔๓ แฟ้ม ในระบบ DHDC ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๗</p> <p>๕. โรงพยาบาลปากทำได้คะแนนการประเมิน EIA ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐</p>	ทพ.สุริยา รักเจริญ

การอนุมัติแผนปฏิบัติการทันตสาธารณสุข กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลฟากท่า ปีงบประมาณ ๒๕๖๗

(ลงชื่อ) ศุวิษา วัฒนเวระ ผู้เขียนและเสนอแผนงานโครงการ

ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

(ลงชื่อ)  ผู้อนุมัติแผนปฏิบัติการ

ตำแหน่ง ประธานเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอฟากท่า

แบบ ปค. ๔

กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลฟากท่า
รายงานผลการประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายใน
สำหรับระยะเวลาดำเนินงานสิ้นสุด ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗

องค์ประกอบของการควบคุมภายใน	ผลการประเมิน / ข้อสรุป
<p>๑. สภาพแวดล้อมการควบคุม</p> <p>กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลฟากท่า มีการการควบคุมภายในเพื่อดำเนินการในเรื่องนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - บุคลากรมีทัศนคติที่ดีต่อการควบคุมภายในและเข้าใจขอบเขตการดำเนินงานด้านนี้ว่าการควบคุมภายใน มิได้หมายถึงแต่การควบคุมการเงิน วัสดุที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานจัดซื้อเท่านั้น แต่มีความหมายเทียบเท่ากระบวนการจัดการความเสี่ยงขององค์กรทั้งหมด - โรงพยาบาลฟากท่ามีการกำหนดโครงสร้างองค์การมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบไว้ชัดเจน กำหนดคู่มือคุณภาพโรงพยาบาลฟากท่าไว้เป็นลายลักษณ์อักษรการปฏิบัติงานต่างๆ ของหน่วยงาน มีระเบียบปฏิบัติที่เขียนไว้ชัดเจน <p>๒. การประเมินความเสี่ยง</p> <p>กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลฟากท่า มีการกำหนดวัตถุประสงค์ระดับองค์กรที่ชัดเจนและวัดผลได้ วัดดูประสงค์การดำเนินงานระดับกิจกรรมสอดคล้อง สนับสนุน วัดดูประสงค์ระดับองค์กร และมีความชัดเจน ปฏิบัติและวัดผลได้ องค์กรมีการระบุและประเมินความเสี่ยงที่เกิดจากปัจจัยทั้งภายใน</p>	<p>สภาพแวดล้อมการควบคุมของโรงพยาบาล ฟากท่าในภาพรวมเหมาะสมและมีส่วนทำให้การควบคุมภายในมีประสิทธิภาพ ทั้งในด้านทัศนคติ นโยบาย การมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบ รวมถึงการปลูกฝังให้บุคลากรของโรงพยาบาลฟากท่ามีจรรยาบรรณของการเป็นข้าราชการ อย่างไรก็ตามความส่งเสริม สนับสนุน บุคลากรเข้ารับการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง มีการเรียนรู้ของกลุ่มงาน/งาน/ฝ่ายต่างๆ เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานแทนกันได้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการโยกย้ายของบุคลากรที่ยังขาดประสบการณ์ในการดำเนินงานจำเป็นต้องอาศัยระยะเวลาในการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม โดยการศึกษด้วยตนเองจากคู่มือ และได้รับการสอนงานจากหัวหน้ากลุ่มงานและเพื่อนร่วมงานพร้อมกับการสอนภาคปฏิบัติควบคู่กันไป</p> <p>กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลฟากท่า มีการประเมินความเสี่ยงตามวิธีที่กำหนด การนำมาตรการการควบคุมภายในไปใช้ในเชิงปฏิบัติและใช้แบบการประเมินของคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน รวมทั้งคณะกรรมการการบริหารความเสี่ยงที่มีทีมประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ อย่างไรก็ตามในการระบุและประเมินความเสี่ยง กระทำโดยเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานจริงในแต่ละงาน ผ่านทีมเลขาความเสี่ยง ทำให้มองปัญหาความเสี่ยงและแนวทางในการแก้ไขได้ครบถ้วน และบุคลากรทุกคนมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ความเสี่ยงและสามารถจัดการกับความเสี่ยงเบื้องต้นได้อย่างเหมาะสม</p>

และภายนอก โดยมีการกำหนดเกณฑ์ในการตัดสินระดับ ความสำคัญของความเสี่ยง มีการประเมินความสำคัญ หรือผลกระทบความเสี่ยง ความถี่ หรือโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยง และมีการติดตามผลการปฏิบัติการควบคุมที่กำหนดไว้เพื่อป้องกัน ลดความเสี่ยง

๓. กิจกรรมการควบคุม

- มีนโยบายและวิธีปฏิบัติงานที่ทำให้มั่นใจว่าเมื่อนำไปปฏิบัติแล้ว จะเกิด ผลสำเร็จตามที่ผู้บริหารไว้ กิจกรรมเพื่อการควบคุมจะชี้ให้ ผู้ปฏิบัติงาน เห็นความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นในการปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดความระมัดระวังและสามารถปฏิบัติงานให้สำเร็จตาม วัตถุประสงค์ โดยกิจกรรมที่นำมาควบคุมจะกำหนดไว้เป็นระเบียบ ข้อปฏิบัติในกระบวนการงานตามปกติ และอาจมีการกำหนดเพิ่มเติม บ้างหากคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงได้ข้อสรุปจากการ ประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยงหรือได้ทำ Root cause analysis (RCA) แล้วเห็นว่าต้องดำเนินการจัดทำกิจกรรมมาควบคุมทันที เพื่อป้องกันความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น

๔. สารสนเทศและการสื่อสาร

- มีระบบข้อมูลสารสนเทศที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน หน่วยงานสารสนเทศรับผิดชอบในส่วนนี้ ข้อมูลการรักษาผู้ป่วย และข้อมูลต่างๆได้ใช้ระบบคอมพิวเตอร์เครือข่ายดำเนินการ

- การรายงานทางการเงินและรายงานอื่นๆ ปฏิบัติตามนโยบายและ ระเบียบต่างๆที่ใช้ในการควบคุม

- องค์กร มีการสื่อสารไปยังผู้บริหารและผู้ใช้ภายในองค์กร ใน

ในภาพรวมมีกิจกรรมควบคุมที่เหมาะสมและสอดคล้องกับกระบวนการบริหารความเสี่ยงตามสมควร โดย กิจกรรมควบคุมเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานตามปกติ โดยหัวหน้ากลุ่มงานกำกับ ดูแล ควบคุมให้มีการ ปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด และมีการตรวจสอบ ควบคุม อีกครั้งหนึ่งในเรื่องของการป้องกันความเสี่ยงที่ อาจจะเกิดขึ้นในโรงพยาบาลจากที่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล รวมทั้งมีการสรุปและ วิเคราะห์กิจกรรมควบคุมจากทุกคณะกรรมการให้สามารถครอบคลุมทุกส่วน ส่วน Soft Control และ Hard Control

ข้อมูลสารสนเทศและการสื่อสารมีความเหมาะสมกล่าวคือ มีระบบสารสนเทศที่สามารถใช้งานได้ครอบคลุม ภายในกลุ่มงานและระหว่างกลุ่มงานและหน่วยงานภายนอกและมีระบบการสำรองข้อมูลเพื่อป้องกันข้อมูลสูญ หายจากไวรัสคอมพิวเตอร์

กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรรวม โรงพยาบาลพาทา มีระบบติดตามประเมินผลการควบคุมภายใน เหมาะสมตามสมควร ในระหว่างการปฏิบัติ โดยถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการปฏิบัติงานปกติ นอกจากนี้เมื่อตรวจสอบพบจุดอ่อนหรือความบกพร่อง ก็มีการประเมินความเสี่ยงและกำหนดกิจกรรมควบคุม ทันทีและกรรมการควบคุมภายใน มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานต่างๆเป็นรูปธรรม โดยประสาน ความร่วมมือกันกับคณะกรรมการต่างๆ ที่มีการดำเนินงานเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ไม่ว่าจะเป็น คณะกรรมการพัฒนางานคุณภาพ (HA), คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง,คณะกรรมการ PMQA และ คณะกรรมการอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

<p>รูปแบบที่ช่วยให้ผู้รับข้อมูลสารสนเทศ สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามความรับผิดชอบได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลและให้ความมั่นใจว่ามีการติดต่อสื่อสารภายในและนอกองค์กร ที่มีผลทำให้องค์กรบรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมาย</p> <p>๕. การติดตามประเมินผล</p> <p>- กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลฟากท่า มีการติดตามประเมินผลการควบคุมภายในของหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง และเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานปกติ</p>	
---	--

ผลการประเมินโดยรวม

กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลฟากท่า มีโครงสร้างการควบคุมภายในครบ ๕ องค์ประกอบ ของการควบคุมภายในหรือการ ควบคุมเป็นไปตามมาตรฐานการควบคุมภายใน ตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์การปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. ๒๕๖๑ มีการควบคุมที่เพียงพอ และมีประสิทธิผลตามสมควร อย่างไรก็ตามมีจุดอ่อนที่ต้องปรับปรุงการควบคุมภายใน ได้แก่บางส่วนงานย่อย ยังมีการควบคุมไม่เพียงพอ หน่วยงานจะได้ดำเนินการกำหนดให้มีการประเมินความเสี่ยงทุกจุดที่มีความสำคัญทั่วทั้งองค์กร เพื่อจะกำหนดการควบคุมที่จำเป็นและเพียงพอ

ชื่อผู้รายงาน



(นายจรัส สีกา)

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

วันที่ ๑ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

ชื่อหน่วยงาน บริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
รายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน
สำหรับระยะเวลาการดำเนินงานสิ้นสุด วันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๗

(๓) ภารกิจตามกฎหมายที่จัดตั้งหน่วยงาน ของรัฐหรือภารกิจตามแผนการ ดำเนินการหรือภารกิจอื่นๆที่สำคัญ ของหน่วยงานของรัฐ/วัตถุประสงค์	(๔) ความเสี่ยง	(๕) การควบคุมภายใน ที่มีอยู่	(๖) การประเมินผล การควบคุมภายใน	(๗) ความเสี่ยง ที่ยังมีอยู่	(๘) การปรับปรุง การควบคุมภายใน	(๙) หน่วยงาน ที่รับผิดชอบ
<p>๑. กระบวนการสุขภาพดี สิ่งแวดล้อม และศูนย์ปลอดภัย</p> <p>- การดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล</p> <p><u>วัตถุประสงค์</u></p> <p>๑.๑ เพื่อพัฒนาสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย เอื้อต่อการมีสุขภาพดีผ่านเกณฑ์ -HAS ๑๖ ข้อ</p> <p>-ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพการจัดการ ปลอดภัยดีเชื่อสำหรับโรงพยาบาล</p> <p>๑.๒ เพื่อให้โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ปี ๒๕๖๖</p>		<p>๑. ผู้รับผิดชอบติดตามงานต้องมีการ กำกับงานเจ้าหน้าที่ดูแลรักษาห้องน้ำทุกจุดให้สะอาดและเป็นไปตามมาตรฐาน โดยให้มีจัดทำแบบเช็คลิส สำหรับตรวจสอบการปฏิบัติงาน อย่างสม่ำเสมอ</p> <p>๒. จัดตารางเวรในการทำความสะอาดห้องพักขยะให้สะอาด ถูกต้องตามมาตรฐาน</p> <p>๓. ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พัฒนาสิ่งแวดล้อมให้ผ่านเกณฑ์ มาตรฐานที่กำหนด</p> <p>๔. จัดรณรงค์การทิ้งขยะให้ถูกประเภทและมีมาตรฐานการทิ้งขยะที่เป็นมาตรฐานและแยกประเภทให้ผู้รับบริการทราบ และถือปฏิบัติ</p> <p>๕. รณรงค์กิจกรรม ๕ ส ให้ต่อเนื่อง</p>	<p>๑. มีการกำหนดเจ้าหน้าที่ดูแลรักษาห้องน้ำทุกจุดให้ และบันทึกการทำ ความสะอาดห้องน้ำทุกวัน</p> <p>๒. ห้องส้วม รพ. ผ่านเกณฑ์ มาตรฐานสิ่งแวดล้อม ระดับประเทศ (HAS)</p> <p>๓. รพ. พากทำ ประเมินตนเองผ่านเกณฑ์มาตรฐาน เกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ปี ๒๕๖๖ ในระดับ ดีเยี่ยม</p>	<p>๑. มีการบันทึกการทำ ความสะอาดห้องน้ำ ทุกวันแต่พบว่าห้องน้ำ ยังไม่สะอาด</p> <p>๒. พบผู้รับบริการยังทิ้ง ขยะผิดประเภท</p>	<p>๑. การทำความสะอาด ห้องน้ำให้กำหนดเป็น ตัวชี้วัดเจ้าหน้าที่ที่ ทำ ความสะอาด</p> <p>๒. ทำหนังสือแจ้งเวียน ให้แต่ละหน่วยงาน ใน โรงพยาบาลรับทราบ เรื่องแนวทางการคัด แยกของโรงพยาบาล และจุดทิ้งขยะ</p> <p>๒. ประกาศเสียงตาม สาย และประชาสัมพันธ์ เรื่อง การจัดการขยะ และจุดทิ้งขยะ ให้กับ ผู้ป่วยญาติ และผู้มารับ บริการในโรงพยาบาลให้ รับทราบ ทุกจุดบริการ</p>	<p>บริการด้าน ปฐมภูมิและ องค์รวม</p>

ชื่อหน่วยงาน บริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
 รายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน
 สำหรับระยะเวลาการดำเนินงานสิ้นสุด วันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๗

(๓) ภารกิจตามกฎหมายที่จัดตั้งหน่วยงาน ของรัฐหรือภารกิจตามแผนการ ดำเนินการหรือภารกิจอื่นๆที่สำคัญ ของหน่วยงานของรัฐ/วิสาหกิจ	(๔) ความเสี่ยง	(๕) การควบคุมภายใน ที่มีอยู่	(๖) การประเมินผล การควบคุมภายใน	(๗) ความเสี่ยง ที่ยังมีอยู่	(๘) การปรับปรุง การควบคุมภายใน	(๙) หน่วยงาน ที่รับผิดชอบ
<p>๒. กิจกรรมประสานงานกองทุนสุขภาพ ตำบล <u>วิสาหกิจ</u> ๑. เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการ จัดบริการสาธารณสุขของหน่วย บริการ หรือสถานบริการ หรือ หน่วยงานสาธารณสุข หรือ หน่วยงานอื่น หรือสนับสนุนและ ส่งเสริมให้กลุ่มหรือองค์กร ประชาชนดำเนินกิจกรรมด้าน สาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ</p>	<p>๑.งบประมาณที่สนับสนุน ล่าช้า ส่งผลให้ระยะเวลา การดำเนินงานโครงการสั้น ขาดการประเมินงานที่มี ประสิทธิภาพ</p>	<p>๑. กระตุ้นให้แกนนำต่างๆ เสนอ ของงบประมาณเพื่อแก้ไขปัญหา ด้านสาธารณสุขที่เป็นปัญหาใน ระดับตำบลตั้งแต่ต้น ปีงบประมาณ ๒.ปฏิบัติงานตามระเบียบ ข้อบังคับของกองทุนฯ อย่าง เคร่งครัด ๓.ให้ความร่วมมือการ ดำเนินงานกับ อปท.ทุกกิจกรรม</p>	<p>๑. อปท. ให้เสนอขอ งบประมาณเพื่อแก้ไขปัญหา ด้านสาธารณสุขที่เป็นปัญหา ในระดับตำบลตั้งแต่ต้น ปีงบประมาณ ๒. แผนงานโครงการเพื่อ แก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุข ที่เป็นปัญหาสามารถดำเนิน กิจกรรมด้าน สาธารณสุขได้อย่างมี ประสิทธิภาพ</p>	<p>๑.รพ. เสนอขอ งบประมาณเพื่อแก้ไข ปัญหาด้านสาธารณสุข ที่เป็นปัญหาในระดับ ตำบลยังน้อย ส่งผลให้ แก้ไขปัญหาด้าน สาธารณสุขที่เป็น ปัญหาในระดับตำบล ยังไม่ครอบคลุม</p>	<p>๑. กำหนดเป็นตัวชี้วัด ร้อยละของหน่วยบริการ ที่มีการใช้งบประมาณใน โครงการจากกองทุน สุขภาพตำบล</p>	<p>บริการด้าน ปฐมภูมิและ องค์รวม</p>

ลายมือชื่อ



(นายจรัส สีกา)

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

วันที่ ๑ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

โรงพยาบาลฟากท่า

รายงานผลการติดตามการประเมินผลการควบคุมภายใน - ระดับหน่วยรับตรวจ (รอบ ๑๒ เดือน)

แบบติดตาม ปค. ๕

สำหรับงวดปีสิ้นสุดวันที่ วันที่ ๓๐ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖

ภารกิจตามกฎหมายที่จัดตั้ง หน่วยงานของรัฐหรือภารกิจตาม แผนการดำเนินการหรือภารกิจ อื่นๆที่สำคัญของหน่วยงานของ รัฐ/วัตถุประสงค์ (๑)	ความเสี่ยง (๒)	การควบคุมภายใน ที่มีอยู่ (๓)	การประเมินผล การควบคุมภายใน (๔)	ความเสี่ยง ที่ยังมีอยู่ (๕)	การปรับปรุง การควบคุมภายใน (๖)	หน่วยงาน ที่รับผิดชอบ (๗)	วิธีการติดตาม และสรุปผล การประเมิน/ ข้อคิดเห็น (๘)
<p>๑.กระบวนการสุขภาพ สิ่งแวดล้อมและศูนย์ปลอดภัย - การดำเนินงานอนามัย สิ่งแวดล้อมใน โรงพยาบาล <u>วัตถุประสงค์</u> ๑.๑ เพื่อพัฒนาสิ่งแวดล้อมให้ ปลอดภัยเอื้อ ต่อการมีสุขภาพดี ผ่านเกณฑ์ -HAS ๑๖ ข้อ -ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพการ จัดการมูลฝอยติดเชื้อสำหรับ โรงพยาบาล ๑.๒ เพื่อให้โรงพยาบาลผ่าน เกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ปี ๒๕๖๖</p>	<p>๑.ห้องน้ำไม่สะอาด ,สบู่ ไม่พร้อมใช้งาน ๒.รอบๆ โรงพักขยะไม่ สะอาด ๓.อุปกรณ์รถขนขยะยัง มีไม่ครบตามเกณฑ์ ๔.ผู้ปฏิบัติงานไม่ปฏิบัติ ตามแนวทาง ๕.ผู้รับบริการทิ้งขยะผิด ประเภท ๖.บندوقไม่สะอาด พบ สุนัขวิ่งบนดึก</p>	<p>๑.ผู้รับผิดชอบติดตามงานต้อง มีการ กำกับงานเจ้าหน้าที่ดูแล รักษาห้องน้ำทุกจุดให้ สะอาดและเป็นไปตาม มาตรฐาน โดยให้มีจัดทำ แบบเช็คลิส สำหรับตรวจสอบ การปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ ๒.จัดตารางเวรในการทำความ สะอาดโรงพักขยะให้สะอาด ถูกต้องตามมาตรฐาน ๓.ประสานหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องพัฒนาสิ่งแวดล้อมให้ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด ๔.จัดรณรงค์การทิ้งขยะให้ถูก ประเภทและมีมาตรฐานการ ทิ้งขยะที่เป็นมาตรฐานและ แยก ประเภทให้ผู้รับบริการทราบ และถือปฏิบัติ ๕.รณรงค์กิจกรรม ๕ ส ให้ ต่อเนื่อง</p>	<p>๑.มีการกำหนดเจ้าหน้าที่ ดูแลรักษาห้องน้ำทุกจุดให้ และบันทึกการทำ ความ สะอาดห้องน้ำทุกวัน ๒.ห้องส้วม รพ. ผ่านเกณฑ์ มาตรฐานส้วมสาธารณะ ระดับประเทศ (HAS) ๓.รพ.ฟากท่า ประเมิน ตนเองผ่านเกณฑ์มาตรฐาน เกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ปี ๒๕๖๖ ในระดับ ดีเยี่ยม</p>	<p>๑.มีการบันทึกการทำ ความสะอาดห้องน้ำ ทุกวันแต่พบว่าห้องน้ำ ยังไม่สะอาด ๒.พบผู้รับบริการยังทิ้ง ขยะผิดประเภท</p>	<p>๑.การทำ ความสะอาด ห้องน้ำให้กำหนดเป็น ตัวชี้วัดเจ้าหน้าที่ที่ทำ ความสะอาด ๒. ทำหนังสือแจ้งเวียน ให้แต่ละหน่วยงาน ใน โรงพยาบาลรับทราบ เรื่องแนวทางการคัด แยกของโรงพยาบาล และจุดทิ้งขยะ ๒. ประกาศเสียงตาม สาย และประชาสัมพันธ์ เรื่อง การจัดการขยะ และจุดทิ้งขยะ ให้กับ ผู้ป่วย ญาติ และผู้มารับ บริการในโรงพยาบาลให้ รับทราบ ทุกจุดบริการ</p>	<p>บริการด้านปฐม ภูมิและองค์กรรวม</p>	<p>เพิ่มป้ายการคัด แยกประเภท ขยะ ให้ชัดเจน เข้าใจง่าย เพื่อให้ ผู้รับบริการทิ้ง ขยะได้อย่าง ถูกต้อง</p>

โรงพยาบาลพาทา

รายงานผลการติดตามการประเมินผลการควบคุมภายใน - ระดับหน่วยรับตรวจ (รอบ ๑๒ เดือน)
สำหรับงวดปีสิ้นสุดวันที่ วันที่ ๓๐ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖

แบบติดตาม ปค. ๕

ภารกิจตามกฎหมายที่จัดตั้ง หน่วยงานของรัฐหรือภารกิจตาม แผนการดำเนินการหรือภารกิจ อื่นๆที่สำคัญของหน่วยงานของ รัฐ/วัตถุประสงค์	ความเสี่ยง	การควบคุมภายใน ที่มีอยู่	การประเมินผล การควบคุมภายใน	ความเสี่ยง ที่ยังมีอยู่	การปรับปรุง การควบคุมภายใน	หน่วยงาน ที่รับผิดชอบ	วิธีการติดตาม และสรุปผล การประเมิน/ ข้อคิดเห็น
(๑)	(๒)	(๓)	(๔)	(๕)	(๖)	(๗)	(๘)
<p>๒. กิจกรรมประสานงานกองทุน สุขภาพตำบล <u>วัตถุประสงค์</u> ๑. เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการ จัดบริการสาธารณสุขของหน่วย บริการ หรือสถานบริการ หรือ หน่วยงานสาธารณสุข หรือ หน่วยงานอื่น หรือสนับสนุนและ ส่งเสริมให้กลุ่มหรือองค์กร ประชาชนดำเนินกิจกรรมด้าน สาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ</p>	<p>๑.งบประมาณที่ สนับสนุนล่าช้า ส่งผลให้ ระยะเวลาการ ดำเนินงานโครงการสั้น ขาดการประเมินงานที่มี ประสิทธิภาพ ๒.กองทุนสุขภาพฯ ไม่มี บุคลากรรับผิดชอบ งาน</p>	<p>๑. กระตุ้นให้แกนนำต่างๆ เสนอของบประมาณเพื่อแก้ไข ปัญหาด้านสาธารณสุขที่เป็น ปัญหาในระดับตำบลตั้งแต่ต้น ปีงบประมาณ ๒.ปฏิบัติงานตามระเบียบ ข้อบังคับของกองทุนฯ อย่าง เคร่งครัด ๓.ให้ความร่วมมือการ ดำเนินงานกับ อปท.ทุก กิจกรรม</p>	<p>๑. อปท. ให้เสนอขอ งบประมาณเพื่อแก้ไขปัญหา ด้านสาธารณสุขที่เป็นปัญหา ในระดับตำบลตั้งแต่ต้น ปีงบประมาณ ๒. แผนงานโครงการเพื่อ แก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุข ที่เป็นปัญหาสามารถดำเนิน กิจกรรมด้าน สาธารณสุขได้อย่างมี ประสิทธิภาพ</p>	<p>๑.รพ. เสนอขอ งบประมาณเพื่อแก้ไข ปัญหาด้านสาธารณสุข ที่เป็นปัญหาในระดับ ตำบลอย่างน้อย ส่งผลให้ แก้ไขปัญหาด้าน สาธารณสุขที่เป็น ปัญหาในระดับตำบล ยังไม่ครอบคลุม</p>	<p>๑. กำหนดเป็นตัวชี้วัด ร้อยละของหน่วย บริการที่มีการใช้ งบประมาณใน โครงการจากกองทุน สุขภาพตำบล</p>	<p>บริการด้านปฐม ภูมิและองค์กรวม</p>	<p>เสนอให้มีการ ประชุม คณะกรรมการ ที่รับผิดชอบ งานกองทุน สุขภาพตำบล ทุกไตรมาสเพื่อ จะได้จัดทำ แผนงาน โครงการดำเนิน กิจกรรมด้าน สาธารณสุข อย่างมีและ ครอบคลุม</p>

ลายมือชื่อ



(นายจรัส สีกา)

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

วันที่ ๑ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

**แผนปฏิบัติการ กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลฟากท่า
ปีงบประมาณ ๒๕๖๗**

ยุทธศาสตร์ ที่ ๑ : พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน

ประเด็นยุทธศาสตร์: ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellent)

มิติด้าน ประสิทธิภาพ: เป้าประสงค์ที่ R๑.๑ ระบบบริการมีมาตรฐานอย่างยั่งยืน

มิติด้านคุณภาพ: เป้าประสงค์ที่ S๑.๒ ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ

เป้าประสงค์ที่ S๑.๓ ผู้รับบริการเข้าถึงบริการที่จำเป็นที่มีคุณภาพและปลอดภัย

มิติด้านประสิทธิภาพ: เป้าประสงค์ที่ M๓.๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่จำเป็นของโรงพยาบาลให้ได้มาตรฐาน

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์:

- ๑.รพ.ฟากท่าผ่านการรับรองมาตรฐาน HA Re-accredit ครั้งที่ ๒ ในปี ๒๕๖๗
- ๒.กลุ่มงานประกันสุขภาพมีอัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕
- ๓.อัตราการเกิดความเสียหายระดับ ปานกลาง-มาก ลดลงจากเดิมไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	การดำเนินงาน กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน(Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
๑	การพัฒนาคุณภาพ บริการตามมาตรฐาน HA	๑.เพื่อให้กลุ่มงานประกัน สุขภาพฯ มีการพัฒนา คุณภาพการบริการอย่าง ต่อเนื่อง ๒.เพื่อให้ผู้มารับบริการ งานประกันสุขภาพฯได้รับ บริการที่ปลอดภัย สร้าง ความพึงพอใจ และได้ มาตรฐาน	๑.เจ้าหน้าที่กลุ่มงาน ประกันสุขภาพฯ จำนวน ๘ คน ๒.ผู้มารับบริการทุก คน	๑.ดำเนินกิจกรรม “หัวหน้าพาพบทวน” โดยกลุ่ม งานประกันสุขภาพฯทำหัวข้อ พบทวนดังนี้ - กิจกรรมการพบทวน คำร้องเรียน/ข้อเสนอแนะ - กิจกรรมการพบทวน โดยผู้ชำนาญกว่า - กิจกรรมการพบทวนการ ค้นหาและป้องกันความเสี่ยง โดยนำไปสู่ <ul style="list-style-type: none"> • การจัดทำบัญชีความเสี่ยง • การกำหนดมาตรการ ป้องกันความเสี่ยง • การรายงานความเสี่ยงเมื่อ เกิดอุบัติการณ์ขึ้น 	-	๑.มีการทำ CQI/ สร้างนวัตกรรม ไม่น้อยกว่า ๑๐ เรื่อง/ปี ๒.มีการจัดทำบัญชี ความเสี่ยงและ พบทวนบัญชีความ เสี่ยงไม่น้อยกว่า ๒ ครั้ง/ปี ๓.มีการทำ RCA ครบทุกเรื่อง ที่เข้า เงื่อนไขของการทำ RCA	๑.อัตราการเกิดความ เสียหายระดับ ปานกลาง- มาก ลดลงจากเดิมไม่ น้อยกว่าร้อยละ ๑๐ ๒.กลุ่มงานประกัน สุขภาพฯ มีอัตราความ พึงพอใจของผู้รับบริการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕ ๓.โรงพยาบาล ฟากท่าผ่านการรับรอง คุณภาพตามมาตรฐาน HA Reaccreditation ๒	๑.ความเสี่ยงระดับ E-I ลดลงจากเดิมไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๑๐ ๒.กลุ่มงาน ประกันสุขภาพฯ มีอัตรา ความพึงพอใจของ ผู้รับบริการไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๕ ๓.โรงพยาบาล ฟากท่าผ่านการรับรอง คุณภาพตามมาตรฐาน HA Reaccreditation	นางบุษบง รักเจริญ

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	การดำเนินงาน กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน(Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
๑	การพัฒนาคุณภาพ บริการตาม มาตรฐาน HA (ต่อ)			<p>การทำ Root Cause Analysis (RCA)</p> <ul style="list-style-type: none"> - กิจกรรมการทบทวน เวชระเบียน - กิจกรรมการทบทวนการ ใช้ความรู้ทางวิชาการ <p>๒. นำโอกาสพัฒนา/ความ เสี่ยงที่ค้นพบ มาดำเนินการ พัฒนาคุณภาพการบริการ อย่างต่อเนื่อง(CQI)/ สร้างนวัตกรรมเพื่อช่วยในการ ปฏิบัติงาน</p> <p>๓. จัดทำระเบียบปฏิบัติและ วิธีปฏิบัติงานที่สำคัญๆของ กลุ่มงานประกันสุขภาพฯ</p> <p>๔. ดำเนินการประเมินความ พึงพอใจของผู้รับบริการ ทุกๆ ๖ เดือน</p> <p>๕. จัดทำเอกสารสรุปผล การ พัฒนาคุณภาพของ กลุ่มงาน ประกันสุขภาพฯ ตามรูปแบบ Service Profile</p>		๕.มี SOP, WI ที่ ครอบคลุม กระบวนการ ที่สำคัญครบ ทุกเรื่อง			

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	การดำเนินงาน กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน(Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
๒	โครงการพัฒนาระบบศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพ กลุ่มงานประกันสุขภาพ			<p>การทำ Root Cause Analysis (RCA)</p> <ul style="list-style-type: none"> - กิจกรรมการทบทวนเวชระเบียน - กิจกรรมการทบทวนการใช้ความรู้ทางวิชาการ <p>๒. นำโอกาสพัฒนา/ความเสี่ยงที่ค้นพบ มาดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่อง(CQI)/สร้างนวัตกรรมเพื่อช่วยในการปฏิบัติงาน</p> <p>๓. จัดทำระเบียบปฏิบัติและวิธีปฏิบัติงานที่สำคัญๆของกลุ่มงานประกันสุขภาพฯ</p> <p>๔. ดำเนินการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ ทุกๆ ๖ เดือน</p> <p>๕. จัดทำเอกสารสรุปผล การพัฒนาคุณภาพของ กลุ่มงานประกันสุขภาพฯ ตามรูปแบบ Service Profile</p>		๔. มี SOP, WI ที่ครอบคลุมกระบวนการงานที่สำคัญครบทุกเรื่อง			

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนาระบบบริหารจัดการบุคลากรขององค์กร

ประเด็นยุทธศาสตร์: ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (Personnel Excellence)

มิติด้านประสิทธิผล: เป้าประสงค์ที่ R ๑.๓ บุคลากรมีความสุขและมีความผูกพันต่อองค์กร

มิติด้านคุณภาพ: เป้าประสงค์ที่ S ๒.๖ บุคลากรมีความรู้ สมรรถนะเหมาะสมกับการให้บริการ

มิติด้านการพัฒนาองค์กร: เป้าประสงค์ที่ C ๔.๒ ส่งเสริมค่านิยม MOPH ขององค์กร

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์:

๑. อัตราของบุคลากรกลุ่มงานประกันสุขภาพฯที่มีคะแนนดัชนีความสุข (Happiness index) ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐
๒. อัตราการโยกย้าย/ลาออกของบุคลากรกลุ่มงานประกันสุขภาพฯ ที่ปฏิบัติงานไม่เกิน ๓ ปีไม่เกินร้อยละ ๕ หรือลดลงจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ ๑๐
๓. อัตราของบุคลากรกลุ่มงานประกันสุขภาพฯที่ผ่านเกณฑ์การประเมินสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐๐
๔. อัตราของบุคลากรกลุ่มงานประกันสุขภาพฯ ที่มีสัดส่วนชั่วโมงการฝึกอบรมต่อคนต่อปีไม่น้อยกว่า ๑๐ ชั่วโมงไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐
๕. อัตราของบุคลากรกลุ่มงานประกันสุขภาพฯที่ได้คะแนนการประเมินการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ขององค์กรระดับดี (ร้อยละ ๗๐) ขึ้นไป ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	การดำเนินงาน กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน(Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
๑	การพัฒนาระบบ บริหารจัดการ บุคลากร ของกลุ่ม งานประกันสุขภาพ ฯ	๑.เพื่อให้บุคลากรของ กลุ่มงานประกันสุขภาพฯมี ความรู้ ความสามารถ และ มีค่านิยม ที่เหมาะสมกับ การดำเนินงานเพื่อการ บรรลุเป้าหมายของกลุ่ม งานและโรงพยาบาล พากทำ ๒.เพื่อให้บุคลากรของ กลุ่มงานประกันสุขภาพฯ มีขวัญและกำลังใจที่ดีใน การปฏิบัติงาน	๑.จนท.กลุ่มงานประกัน สุขภาพฯ จำนวน ๘ คน	๑.กำหนดหัวข้อความต้องการ พัฒนาความรู้ ความสามารถ ของกลุ่มงานประกันสุขภาพฯ ๒.ส่งเสริมให้บุคลากร ของ กลุ่มงานให้เข้ารับการพัฒนา ตามที่กำหนดไว้ ๓.มอบหมายงานให้บุคลากร ทุกคนอย่างชัดเจน ๔.กำหนด KPI ให้แก่บุคลากร แต่ละคนอย่างชัดเจน เท่า เทียมกัน และ มีการกำหนด KPI ที่เป็นตัวชี้วัดร่วมของกลุ่ม งานให้ทุกคน เพื่อจะได้ ช่วยเหลือกันทำงานให้ บรรลุ เป้าหมายที่องค์กรได้กำหนด ไว้	-	๑.อัตราของบุคลากร กลุ่มงานประกัน สุขภาพฯที่มีสัดส่วน ชั่วโมงการฝึกอบรม ต่อคนต่อปีไม่น้อย กว่า๑๐ ชั่วโมงไม่ต่ำ กว่าร้อยละ ๘๐ ๒.อัตราของบุคลากร กลุ่มงานประกัน สุขภาพฯที่ผ่าน เกณฑ์การประเมิน สมรรถนะหลักในการ ปฏิบัติงานไม่น้อย กว่าร้อยละ ๑๐๐	๑.อัตราของบุคลากร กลุ่มงานประกันสุขภาพ ฯมีคะแนนดัชนีความสุข (Happiness index) ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ไม่ น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ๒.อัตราการโยกย้าย/ ลาออกของบุคลากรกลุ่ม งานประกันสุขภาพฯที่ ปฏิบัติงานไม่เกิน ๓ ปีไม่ เกินร้อยละ ๕ หรือลดลง จากปีที่ผ่านมาร้อยละ ๑๐	๑.อัตราของบุคลากร กลุ่มงานประกันสุขภาพ ฯมีคะแนนดัชนีความสุข (Happiness index) ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ไม่ น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ๒.อัตราการโยกย้าย/ ลาออกของบุคลากรกลุ่ม งานประกันสุขภาพฯที่ ปฏิบัติงานไม่เกิน ๓ ปีไม่ เกินร้อยละ ๕ หรือลดลง จากปีที่ผ่านมาร้อยละ ๑๐	นางบุษบง รักเจริญ

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	การดำเนินงาน กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน(Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
๑.	การพัฒนาระบบ บริหารจัดการ บุคลากร ของกลุ่ม งานประกันสุขภาพ ฯ (ต่อ)			๕.ประเมินผลการปฏิบัติงานที่ โปร่งใส ตรวจสอบได้ ๖.หัวหน้ากลุ่มงานประกัน สุขภาพฯ ถ่ายทอดแนวคิด ค่านิยมองค์กร “MOPH” แก่ บุคลากรในกลุ่มงานผ่านคำ ขวัญ “เป็นนายตนเอง เร่ง สร้างสิ่งใหม่ ใส่ใจประชาชน ถ่อมตนอ่อนน้อม” และประเมินความรู้ความ เข้าใจทุก ๆ เดือน ๗.จัดกิจกรรมเสริมในกลุ่ม งาน เช่น การให้ของขวัญปี ใหม่จาก หน.กลุ่มงาน การ รับประทานอาหารร่วมกันใน กลุ่มงาน เป็นต้น		๓.อัตราของบุคลากร กลุ่มงานประกัน สุขภาพฯ ที่ได้ คะแนนการประเมิน การปฏิบัติตาม ค่านิยม MOPH ของ องค์กรระดับดี (ร้อยละ ๗๐) ขึ้นไปไม่ น้อยกว่าร้อยละ ๘๐		๓.อัตราของบุคลากร กลุ่มงานประกันสุขภาพ ฯที่มีสัดส่วนชั่วโมงการ ฝึกอบรมต่อคนต่อปีไม่ น้อยกว่า๑๐ ชั่วโมง ไม่ ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐	

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ พัฒนาระบบบริหารเพื่อมุ่งสู่องค์กรที่มีธรรมาภิบาล

ประเด็นยุทธศาสตร์:ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล(Governance Excellence)

มิติด้านประสิทธิผล: เป้าประสงค์ที่ R ๑.๔ องค์กรมีธรรมาภิบาล

มิติด้านคุณภาพ: เป้าประสงค์ที่ S ๒.๗ องค์กรโปร่งใส ตรวจสอบได้

มิติด้านการพัฒนาองค์กร: เป้าประสงค์ที่ C๔.๔ พัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศ

เป้าประสงค์ที่ C๔.๕ พัฒนาการบริหารจัดการด้านการเงิน การคลังอย่างมีประสิทธิภาพ

เป้าประสงค์ที่ C๔.๖ พัฒนาระบบการจัดการความรู้ งานวิจัยและนวัตกรรม

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์:

๑. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA

๒. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน

๓. โรงพยาบาลฟากท่าผ่านเกณฑ์คุณภาพเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาลระดับ ๒

๔. โรงพยาบาลฟากท่าได้คะแนนคุณภาพของข้อมูล ๔๓ แฟ้ม ในระบบ DHDC ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๗

๕. โรงพยาบาลฟากท่าได้คะแนนการประเมิน FAI ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐

๖. กลุ่มงานประกันสุขภาพฯมีผลงาน CQI/นวัตกรรมไม่น้อยกว่า ๑๐ เรื่อง/ปี

๗. ในปี ๒๕๖๗ กลุ่มงานประกันสุขภาพฯต้องมีผลงานวิจัยอย่างน้อย ๑ เรื่อง

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	การดำเนินงาน กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน(Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
๑	พัฒนาการ ดำเนินงานศูนย์ จัดเก็บรายได้	๑.เพื่อให้กลุ่มงานประกัน สุขภาพฯ เป็นหน่วยงานที่ โปร่งใส ตรวจสอบได้ ๒.เพื่อกลุ่มงานประกัน สุขภาพฯ มีการบริหาร จัดการสารสนเทศที่มีความ ถูกต้อง ครบถ้วน เชื่อถือได้ ๓. เพื่อกลุ่มงานประกัน สุขภาพฯ มีการพัฒนา คุณภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้ง ในรูปแบบของ CQI และนวัตกรรมในการ ปฏิบัติงาน ๔.กลุ่มงานประกันสุขภาพ ฯ มีการทำวิจัยในประเด็น ที่สอดคล้องกับการ ดำเนินงาน/ปัญหาของกลุ่ม งาน	๑.จนท.กลุ่มงานประกัน สุขภาพฯ จำนวน ๘ คน	๑.กลุ่มงานประกันสุขภาพฯ ร่วมดำเนินการตามหลักเกณฑ์ ITA และหลักการควบคุม ภายในอย่างเคร่งครัด ๒.บุคลากรกลุ่มงานประกัน สุขภาพฯ ดำเนินการสอบทาน ความถูกต้องครบถ้วน ของ ข้อมูลการรักษา และข้อมูล ตามแฟ้ม ข้อมูล ๔๓ แฟ้มที่ เกี่ยวข้อง ๓.กลุ่มงานประกันสุขภาพฯ มี การพัฒนาคุณภาพอย่าง ต่อเนื่อง ทั้งในรูปแบบของ CQI และนวัตกรรมในการ ปฏิบัติงาน ๕.กลุ่มงานประกันสุขภาพฯ มี การกำหนด KPI ให้บุคลากร ทุกคนต้องร่วมกันทำวิจัย อย่างน้อย ๑ เรื่องในปี ๒๕๖๗ นี้	-	๑. โรงพยาบาลฟาก ทำได้คะแนนการ ประเมิน FAI ในส่วน ของงานเรียกเก็บไม่ น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ๒.กลุ่มงานประกัน สุขภาพฯ มี อุบัติการณ์ต้องแก้ไข ข้อมูลตามระบบ ข้อมูล ๔๓ แฟ้ม ไม่ เกิน ๒ ครั้ง/ปี ๓. กลุ่มงานประกัน สุขภาพฯ มีผลงาน CQI/ นวัตกรรมไม่ น้อยกว่า ๑๐ เรื่อง/ปี ๔. ในปี ๒๕๖๗ กลุ่ม งานประกันสุขภาพฯ มีผลงานวิจัยอย่าง น้อย ๑ เรื่อง	๑. โรงพยาบาลผ่าน เกณฑ์การประเมิน ITA ๒. โรงพยาบาลผ่าน เกณฑ์การประเมินระบบ การควบคุมภายใน ๓. โรงพยาบาลฟากทำ ผ่านเกณฑ์คุณภาพ เทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลระดับ ๒ ๔. โรงพยาบาลฟากทำ ได้คะแนนคุณภาพของ ข้อมูล ๔๓ แฟ้ม ใน ระบบ DHDC ไม่น้อย กว่าร้อยละ ๙๗ ๕. โรงพยาบาลฟากทำ ได้คะแนนการประเมิน FAI ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐	๑. โรงพยาบาลผ่าน เกณฑ์การประเมิน ITA ๒. โรงพยาบาลผ่าน เกณฑ์การประเมินระบบ การควบคุมภายใน ๓. โรงพยาบาลฟากทำ ผ่านเกณฑ์คุณภาพ เทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลระดับ ๒ ๔. โรงพยาบาลฟากทำ ได้คะแนนคุณภาพของ ข้อมูล ๔๓ แฟ้ม ใน ระบบ DHDC ไม่น้อย กว่าร้อยละ ๙๗ ๕. โรงพยาบาลฟากทำ ได้คะแนนการประเมิน FAI ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐	นางบุษบง รักเจริญ

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	การดำเนินงาน กิจกรรมหลัก	งบประมาณ(บาท)	ผลงาน(Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
๒	โครงการส่งเสริม ความครอบคลุม สิทธิการรักษาแก่ ประชาชนในเขต อำเภอปากท่า	๑.เพื่อส่งเสริมให้ประชาชน อำเภอปากท่าทุกคนมีสิทธิการ รักษาตามที่บัญญัติไว้ตาม กฎหมาย (ไม่มีสิทธิว่าง) ๒.เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนใน เขตอำเภอปากท่าที่ยังมีสิทธิ การรักษาเป็น “UC -นอกเขต อำเภอปากท่า” หรือ “UC- ต่างจังหวัด” เปลี่ยนมาขึ้น ทะเบียนสิทธิการรักษาเป็น “UC -ในเขตอำเภอปากท่า”	๑.ประชาชนในอำเภอ ปากท่าที่ยังไม่มีสิทธิ การรักษา ๒.ประชาชนในอำเภอ ปากท่าที่ยังเป็นสิทธิ รักษา UC-นอกเขต อำเภอปากท่า และ UC-ต่างจังหวัด	๑.จัดโครงการ “ลงทะเบียนผู้ มีสิทธิเคลื่อนที่” ไปยัง กลุ่มเป้าหมาย คือ โรงเรียน ปากท่าวิทยา และวิทยาลัย การอาชีพรัตนประสิทธิ์วิทย รวมถึงการออกสำรวจพื้นที่ ในชุมชนเพื่อติดตามการขึ้น ทะเบียนในบุคคลที่เป็นสิทธิ ว่าง ๒.บูรณาการร่วมกับ หน่วยงานราชการต่าง ๆ ใน การออกหน่วยเคลื่อนที่ ไป ประชาสัมพันธ์การขึ้นทะเบียน สิทธิ ๓.กรณีพบผู้ป่วยที่มาใช้ บริการเป็นสิทธินอกเขต แล้ว มีความประสงค์ที่จะอยู่ใน พื้นที่อำเภอปากท่า ให้ แนะนำและดำเนินการ เปลี่ยนสิทธิเป็น UC ของปาก ท่า ๔.ประสานงานกับรพ.สต.ใน เขตพื้นที่ทั้ง ๔ แห่ง ร่วม สำรวจและรณรงค์ให้ ประชาชนมาลงทะเบียนสิทธิ	-	๑.จำนวนประชาชนที่ ลงทะเบียนเป็นสิทธิ ประกันสุขภาพถ้วน หน้าในเขตอำเภอปาก ท่า ในปีงบประมาณ ๒๕๖๗ ๒.จำนวนประชาชนที่มี สิทธิว่าง ในเขตอำเภอ ปากท่า (จากการ ประมวลผลแต่ละเดือน ไม่สะสมยอด)	๑.ครอบคลุมสิทธิใน หลักประกันสุขภาพถ้วน หน้าของประชาชนใน เขตอำเภอปากท่า \geq ร้อยละ ๙๙.๙๗ (เทียบจากข้อมูลปี ๒๕๖๖) ๒.ประชากรสิทธิว่างใน เขตอำเภอปากท่า \leq ร้อยละ ๐.๐๓	๑.ร้อยละความครอบคลุม สิทธิในระบบหลักประกัน สุขภาพ \geq ร้อยละ ๙๙.๙๗ ๒.ร้อยละประชากรสิทธิ ว่างในเขตอำเภอปากท่า \leq ร้อยละ ๐.๐๓ แหล่งข้อมูล : รายงาน DBPOP จากสสจ.จต.	นางสาว อรินทร์รดา จิระพรต

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	การดำเนินงาน กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน(Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
๓	โครงการเพิ่ม ประสิทธิภาพการเรียก เก็บลูกหนี้ ค่า รักษาพยาบาล สิทธิ UC IP	เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ การเรียกเก็บลูกหนี้ ค่า รักษาพยาบาล สิทธิ UC IP	๑.จนท.กลุ่มงาน ประกันสุขภาพฯ จำนวน ๗ คน ๒.จนท.รพ.พากท่าที่ ณ จุดบริการผู้ป่วยทุก คน ๓.ผู้รับบริการทุกคน	๑.ทบทวนแนวทางและจัดทำ Flow การเรียกเก็บค่า รักษาพยาบาลครอบคลุมทุก สิทธิ ๒. ปรับปรุงผังสิทธิให้ตรงกับ สิทธิการเงินและ ทำ Mapping สิทธิใน โปรแกรม HosXP ให้ถูกต้อง ๓.จัดทำแนวทางปฏิบัติในการ ให้สิทธิผู้ป่วย ๔. จัดประชุมชี้แจงให้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับทราบ ๕.วางระบบให้มีการลง ตรวจสอบสิทธิทุกรายใน โปรแกรม HosXP ๖.เพิ่ม <u>Total adj.RW</u> โดย การ เพิ่มคุณภาพการวินิจฉัย มีการ จัดตั้งคณะกรรมการ Audit เวชระเบียนมีหน้าที่ในการ ตรวจสอบความถูกต้องและ ความครบถ้วนในการสรุปเวช ระเบียนผู้ป่วยในทุกป่วยวัน พุธ และเพิ่มจำนวนผู้ป่วยใน ๗.วางระบบการเรียกเก็บ รายได้ทุกสิทธิ ตั้งแต่การตั้ง ลูกหนี้ การส่งเบิก การตัด ลูกหนี้ และส่งบันทึกบัญชี และดำเนินการตามระบบ	-	๑.ความทันเวลาในการ จัดส่งข้อมูลการเรียกเก็บ ลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล ร้อยละ ๑๐๐ ๑.ความถูกต้อง ครบถ้วน ในการเรียกเก็บลูกหนี้ค่า รักษาพยาบาลรายสิทธิ์ ร้อยละ ๑๐๐	๑.รายได้ค่ารักษาพยาบาล ที่พึงได้สามารถเรียกเก็บได้ ครบถ้วนร้อยละ ๑๐๐	๑.ร้อยละความ ทันเวลาในการเรียก เก็บค่า รักษาพยาบาล ผู้ป่วยในสิทธิ UC ภายใน ๓๐ วัน หลังจำหน่าย ไม่ น้อยกว่าร้อยละ ๙๘ ๒.ความถูกต้อง ครบถ้วนในการ เรียกเก็บลูกหนี้ค่า รักษาพยาบาลราย สิทธิ์ ร้อยละ ๑๐๐ ๓.ร้อยละของเงิน ขาดเซชคงเหลือหลัง หักค่าแรง มากกว่า ร้อยละ ๗๐	นางสาวนัทธ์ หทัย หาด คันทุง

การขออนุมัติแผนปฏิบัติการหน่วยงาน กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลฟากท่า ปีงบประมาณ ๒๕๖๗

บุษบง รักเจริญ

(ลงชื่อ)ผู้เสนอแผนปฏิบัติการ

(นางบุษบง รักเจริญ)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ



(ลงชื่อ)ผู้อนุมัติแผนปฏิบัติการ

(นางสาวพรสวรรค์ มีชิน)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลฟากท่า

แผนปฏิบัติการ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลพากท่า

ปีงบประมาณ ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน

ประเด็นยุทธศาสตร์: ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

มิติด้านประสิทธิผล: เป้าประสงค์ที่ M๓.๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่จำเป็นของโรงพยาบาล

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์: ๑๗ ร้อยละของสาขา Service plan (ด้าน RDU) ผ่านมาตรฐานการบริการตามเกณฑ์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย (พร้อมระบุจำนวน)	การดำเนินงาน กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน(Output)	ผลลัพธ์ (Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ผู้รับผิดชอบ
๑	ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (Rational Drug Use)	๑. เพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลแก่ผู้ป่วย ๒. เพื่อพัฒนากลวิธีในการสร้างความตระหนักรู้ นำสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคลากรทางการแพทย์และ ผู้รับบริการ เพื่อนำไปสู่การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลที่ยั่งยืนในสังคม	ทีมสหวิชาชีพ	๑. จัดประชุม ทบทวน ชี้แจง ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเป้าหมาย ๒. ขอความร่วมมือแพทย์และผู้สั่งใช้ยา ในการลดการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะ ใน ๔ โรค ได้แก่ URI AGE FTW และ APL ๓. จัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องยาและให้ผู้ป่วยตระหนักเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล โดยเฉพาะ ๓ โรคหลักคือ URI AGE และ FTW ๓. ประเมินวิเคราะห์ผลการดำเนินงานทุกไตรมาส ๔. Feed back ข้อมูลแก่แพทย์และผู้สั่งใช้ยา	-	๑. ประชาชนมีความรู้ต่อการใช้ยาใน ๓ กลุ่มโรค ๒. แพทย์และผู้สั่งใช้ยามีการสั่งยาสมเหตุสมผลมากขึ้น	มีการใช้ยาใน ๔ กลุ่มโรคเป้าหมายอย่างสมเหตุสมผล	๑. ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะ ใน URI AGE น้อยกว่า ๒๐ ๒. ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะ ใน FTW น้อยกว่า ๔๐ ๓. ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะ ใน APL น้อยกว่า ๑๕	ภก.วัชรินทร์ จพ.ภัทรวดี

ยุทธศาสตร์ ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน

ประเด็นยุทธศาสตร์: ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

มิติด้านประสิทธิผล: เป้าประสงค์ที่ M๓.๒ พัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์: ๑๘ ร้อยละของ รพ.สต ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอปากท่า ผ่านมาตรฐาน รพ.สต ตีตดาว ระดับ ๓ ขึ้นไป

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย (พร้อมระบุจำนวน)	การดำเนินงาน กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน(Output)	ผลลัพธ์ (Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
๒	เภสัชกรรมใกล้บ้าน ได้มาตรฐาน บริการดูญาติมิตร	๑. เพื่อให้บริการเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่ รพ.สต ในพื้นที่ใกล้บ้านผู้ป่วย ๒. เพื่อร่วมพัฒนา งานด้านเภสัชกรรม ให้เกิดความปลอดภัยสูงสุดแก่ผู้ป่วย และให้ได้มาตรฐาน รพ.สต ตีตดาว ด้านเภสัชกรรม	รพ.สต ทั้ง ๔ แห่ง	๑. วางแผนการออกให้บริการจ่ายยา แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เริ่มดำเนินการตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๕๒) ที่ รพ.สต ทั้ง ๔ แห่งๆ ละ ๑ วัน รวม ๔ วัน ต่อเดือน ๒. จัดเตรียมยา เวชภัณฑ์ ให้พอเพียงต่อการให้บริการผู้ป่วย ๓. เมื่อออกให้บริการจ่ายยา โรคเรื้อรัง เสร็จ เภสัชกร และ จพ.เภสัชกรรม พัฒนางานด้านเภสัชกรรม ร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต เพื่อให้ได้มาตรฐาน รพ.สต ตีตดาว	-	๑. ผู้ป่วยได้รับยาใกล้บ้าน ๒. มีการพัฒนางานด้านเภสัชกรรม ตามมาตรฐาน รพ.สต ตีตดาว	๑.ผู้ป่วยได้รับความสะดวกในการรับบริการ ๒.รพ.สต ผ่านมาตรฐาน รพ.สต ตีตดาว	๑. ผู้ป่วยพึงพอใจร้อยละ ๘๐ ๒. รพ.สต ทั้ง ๔ แห่ง ผ่านมาตรฐาน รพ.สต ตีตดาว	ภก.ศิวดล ภญ.จิรัชยา จพ.ศิริ ประภา

ยุทธศาสตร์ ที่ ๒ พัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค

ประเด็นยุทธศาสตร์: ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP Excellence)

มิติด้านประสิทธิผล: เป้าประสงค์ที่ ส๒.๕ ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์: ๓๕ ร้อยละของประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย (พร้อมระบุ จำนวน)	การดำเนินงาน กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน (Output)	ผลลัพธ์ (Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
๓	ประชาชนพฤติกรรมสุขภาพดี ชีวิตมีความสุข	เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้และพฤติกรรมที่ถูกต้องในการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหาร เครื่องสำอาง ยา และผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพ	ประชาชนในพื้นที่อำเภอปากทำ ตำบลละ ๒๐ คน ๔ ตำบล ๘๐ คน	๑. ประชุมคณะทำงาน คบส. ระดับอำเภอ เพื่อกำหนดแนวทางในการปฏิบัติงาน ๒. จัดอบรมให้กับเครือข่ายด้านคุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอ เพื่อเป็นแนวร่วมสำหรับการอบรมแก่ อสม.ร้านขายของชำ และประชาชนในพื้นที่ ๓. ร่วมจัดกิจกรรมกับชมรมฯ ๔. สัมภาษณ์พฤติกรรมผู้บริโภคผลิตภัณฑ์บริโภค ๕. สรุปและประเมินผลโครงการ	๘,๐๐๐	ประชาชนได้รับการอบรม ให้ความรู้เรื่อง การสร้างพฤติกรรมที่ถูกต้องในการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ	ประชาชนได้รับความปลอดภัยจากการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ	ประชาชนร้อยละ ๘๐ มีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง	ภก.วัชรินทร์ จพ.ภัทรวดี

ยุทธศาสตร์ ที่ ๒ พัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค

ประเด็นยุทธศาสตร์: ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP Excellence)


มิติด้านประสิทธิผล: เป้าประสงค์ที่ M๓.๖ ส่งเสริมความปลอดภัยด้านอาหารและยา ผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ และการจัดการ Green and Clean


ตัวชี้วัดเป้าประสงค์: ๔๓ ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด

๔๔ ร้อยละของสถานพยาบาลเอกชนและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กฎหมายกำหนด

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย (พร้อมระบุจำนวน)	การดำเนินงาน กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน(Output)	ผลลัพธ์ (Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ผู้รับผิดชอบ
๔	ตรวจผลิตภัณฑ์สุขภาพ เชิงรุก สร้างสุขให้ชีวิต	๑. เพื่อตรวจสอบ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้แก่ ยา ยา สมุนไพร อาหาร น้ำดื่ม เสริม เครื่องสำอาง ๒. เพื่อให้ความรู้ เกี่ยวกับการ ประกอบการด้าน ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่ถูกต้อง	ร้านขายยา ๑ ร้าน ร้านจำหน่ายเครื่อง สำอาง ๕ ร้าน ตลาดนัด ๓ แห่ง ตลาดสด ๑ แห่ง	๑. ประชุมคณะทำงาน คสส. ระดับอำเภอ เพื่อกำหนดแนวทางในการปฏิบัติงาน ๒. ประสานงาน สภ.พาทา เพื่อร่วมตรวจ ๓. ตรวจสอบเฝ้าระวังการจำหน่าย/การ ผลิต/การประกอบการ/การโฆษณา ณ สถานประกอบการ สถานที่ผลิต/จำหน่าย ตามแนวทางปฏิบัติในการบังคับใช้กฎหมาย ๓ แนะนำให้ความรู้ แจกเอกสารคู่มือ/แผ่น พับ แก่ผู้ประกอบการ ๔. สรุปและรายงาน ผลการตรวจสอบสถาน ประกอบการและผลิตภัณฑ์สุขภาพ	-	๑. สถานที่ผลิต/นำเข้า จำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพ ร้านขายยา สถาน ประกอบการธุรกิจบริการ สุขภาพได้รับการตรวจสอบ เฝ้าระวัง ติดตามประเมิน มาตรฐานและความ ปลอดภัยของผลิตภัณฑ์ ๒.ผู้ประกอบการและมี ความรู้ความเข้าใจและ ความตระหนักอันตรายใน การจำหน่ายผลิตภัณฑ์ที่ ไม่ได้มาตรฐาน	ประชาชน ปลอดภัยใน การบริโภค ผลิตภัณฑ์ และบริการ สุขภาพ	ร้านขายยา ร้านจำหน่าย เครื่องสำอาง ตลาดนัด ตลาดสด จำหน่าย ผลิตภัณฑ์ สุขภาพถูกต้อง ร้อยละ ๑๐๐	ภก.วัชรินทร์ จพ.ศิริประภา
๕	คลินิกพาทาได้มาตรฐาน ให้บริการปลอดภัย	เพื่อตรวจสอบเฝ้า ระวัง สถานพยาบาล เอกชนในพื้นที่ให้มี มาตรฐานตาม พรบ. สถานพยาบาล	สถานพยาบาลทั้ง ๑๑ แห่ง	๑. ประชุม พนง.เจ้าหน้าที่ ตาม พรบ. สถานพยาบาล ๒. นัดผู้ประกอบการ เพื่อกำหนดวันที่ออก ตรวจ ๓. ออกตรวจและให้ความรู้ที่ถูกต้อง ๔. สรุปผลการตรวจเสนอผู้บังคับบัญชา	-	สถานพยาบาลทั้ง ๑๑ แห่ง ได้รับการตรวจเฝ้าระวัง ตาม พรบ.สถานพยาบาล	ประชาชน ได้รับความ ปลอดภัย จากการใช้ บริการคลินิก หรือสถาน บาลเอกชน	สถานพยาบาล ผ่านการ ตรวจสอบตาม มาตรฐาน พรบ. สถานพยาบาล ร้อยละ ๑๐๐	ภก.วัชรินทร์ จพ.ภัทรวดี

การขออนุมัติแผนปฏิบัติการกลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลฟากท่า ปีงบประมาณ ๒๕๖๗

(ลงชื่อ).....ผู้เสนอแผนปฏิบัติการ
(นายวัชรินทร์ บำรุงเกตุ)
หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค

(ลงชื่อ).....ผู้อนุมัติแผนปฏิบัติการ
(นางสาวพรสวรรค์ มีสิน)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลฟากท่า

แผนปฏิบัติงานหน่วยงาน/ทีม จิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลฟากท่า
ปีงบประมาณ ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์: พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน

ประเด็นยุทธศาสตร์: ด้านบริการเป็นเลิศ

มิติด้านประสิทธิภาพ: เป้าประสงค์ที่ R๑.๑ ระบบบริการได้มาตรฐานผ่านการรับรองคุณภาพ

มิติด้าน(ตัวอย่าง)คุณภาพ: เป้าประสงค์ที่ S๒.๑ ประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพอย่างมีมาตรฐาน S๒.๒ ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ

โครงการ/งาน	วัตถุประสงค์	กลวิธีดำเนินงาน/กิจกรรมหลัก	เกณฑ์ชี้วัด	ระยะเวลา	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
๑.สร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชน ประจำปี ๒๕๖๗	๑.เพื่อพัฒนาศักยภาพกลุ่มเป้าหมายให้มีความรู้ สามารถดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และประชาชนในชุมชนให้มีสุขภาพจิตที่ดี ๒.เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตแก่กลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ๓.เพื่อสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ๔.เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจแก่กลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต	๑.เขียนโครงการเพื่อขออนุมัติโครงการและจัดทำแผนการดำเนินงาน ๒.ประชาสัมพันธ์โครงการ ๓.ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่เจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ๔.เตรียมเอกสาร วัสดุและอุปกรณ์ในการดำเนินโครงการ ๕.ดำเนินกิจกรรมโครงการ ๖.สรุปและรายงานผลการดำเนินงาน	๑.ร้อยละของประชาชน ตำบลฟากท่า อำเภอฟากท่า จังหวัดอุดรดิตถ์ได้รับการอบรม ≥ร้อยละ ๘๐ ๒. ร้อยละของกลุ่มเป้าหมาย มีความรู้เพิ่มมากขึ้นหลังจากได้รับการอบรม ≥ร้อยละ ๘๐	ธันวาคม ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๗	เงินบำรุง รพ. ๑๐๐,๐๐๐ บาท	นายสิทธิรินทร์ ทวลอารมณ์ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
๒.โครงการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้ประสบอุทกภัย ปี ๒๕๖๗	๑.เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะการดูแลจิตใจตนเองในสถานการณ์วิกฤต	๑.จัดทำโครงการ และขออนุมัติดำเนินการ ๒.ประชุมชี้แจงการดำเนินงาน ๓.ดำเนินกิจกรรมโครงการ ๔.สรุปและรายงานผลการดำเนินงาน	๑.ร้อยละผู้เข้าร่วมโครงการฯ มีความพึงพอใจการจัดกิจกรรม ≥ ๘๐	มกราคม ๒๕๖๗	เงินบำรุง รพ. ๕๐,๐๐๐ บาท	นางสาวฐิติวราดา กันเที่ยง นักวิชาการสาธารณสุข

โครงการ/งาน	วัตถุประสงค์	กลวิธีดำเนินงาน/กิจกรรมหลัก	เกณฑ์ชี้วัด	ระยะเวลา	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
๓.สร้างสุขในโรงพยาบาลฟากท่า ปี ๒๕๖๗	๑.เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ แนวทางในการเสริมสร้างความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน ทำให้เกิดความสุขในการทำงาน ๒.เพื่อให้บุคลากรมีพลังในการทำงานอย่างมีความสุข มีทัศนคติที่ดี ต่องาน ผู้บริหาร หัวหน้างาน หน่วยงาน เพื่อนร่วมงาน ผู้มาใช้บริการ ชุมชน พร้อมทั้งมีความสามัคคี	๑.จัดทำโครงการ และขออนุมัติดำเนินการ ๒.ประชุมชี้แจงการดำเนินงาน ๓.ดำเนินกิจกรรมโครงการ ๔.สรุปและรายงานผลการดำเนินงาน	๑.ร้อยละของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลฟากท่าได้รับการอบรม \geq ร้อยละ ๘๐	มกราคม ๒๕๖๗ - กันยายน ๒๕๖๗	เงินบำรุง รพ. ๓๐,๐๐๐ บาท	นางสาวฐิติวรดา กันเที่ยง นักวิชาการสาธารณสุข
๔.โครงการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้ประสบอุทกภัย ปี ๒๕๖๗	๑.เพื่อส่งเสริมประชาชน ตำบลฟากท่า อำเภอฟากท่า จังหวัดอุดรดิตต์ มีความรู้ และตระหนักถึงปัญหาของยาเสพติด และสร้างกระแสนิยมและเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใหม่ให้ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด	๑.จัดทำโครงการและขออนุมัติดำเนินการ ๒.ประชุมชี้แจงการดำเนินงาน ๓.ดำเนินกิจกรรมโครงการ ๔.สรุปและรายงานผลการดำเนินงาน	๑.ร้อยละผู้เข้าร่วมโครงการฯ มีความพึงพอใจการจัดกิจกรรม \geq ๘๐	มกราคม ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๗	เงินบำรุง รพ. ๑๐๐,๐๐๐ บาท	นางสาวเอมปวีร์ เนติดำรงศิลป์ นักจิตวิทยาปฏิบัติการ

ลงชื่อ ผู้เสนอแผนปฏิบัติการ

(นางสาวณัฐพร พึ่งสมุทร)

หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติแผนปฏิบัติการ

(นางสาวพรสวรรค์ มีชิน)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลฟากท่า

แผนปฏิบัติงานหน่วยงาน/ทีม รังสีวิทยา โรงพยาบาลฟากท่า
ปีงบประมาณ ๒๕๖๗

โครงการ/งาน	วัตถุประสงค์	กลวิธีดำเนินงาน/กิจกรรมหลัก	เกณฑ์ชี้วัด	ระยะเวลา	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ	
๑.การอ้างและพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานคุณภาพ อย่างต่อเนื่อง	เพื่อเป็นหลักประกันในการบริการสุขภาพของงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลฟากท่า มีคุณภาพได้รับการยอมรับและไว้วางใจจากประชาชนอำเภอฟากท่า	๑.การตรวจสอบเครื่องเอกซเรย์และเครื่องมือประจำวัน	ผลการตรวจสอบ ปกติ	ต.ค.๖๖-ก.ย.๖๗	-	นายภุชณะ สุกุลพิทักษ์ดี	
		๑.๒ตรวจสอบเครื่องมือก่อนปฏิบัติงาน					
		๑.๓บันทึกผลการตรวจสอบและการแก้ไขหากผิดปกติ					
		๒.การประเมินเกณฑ์และแนวทางการพัฒนางานรังสีวิทยาโดยสำนักมาตรฐาน กรมกรณวิทยาศาสตร์การแพทย์	ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน(อ้างมาตรฐาน)	มิ.ย.๒๕๖๗	-	นางพิณลดา ปิ่นทอง	
๓.การประเมินเกณฑ์และแนวทางการพัฒนางานรังสีวิทยาโดยเครือข่ายจังหวัดอุตรดิตถ์	ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	มิ.ย. ๖๗	๔,๒๐๐บาท	นางพิณลดา ปิ่นทอง			
๔.ตรวจสอบเครื่องมือและรับรองจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	ส.ค.๖๖	๖,๐๐๐บาท	นางพิณลดา ปิ่นทอง			

โครงการ/งาน	วัตถุประสงค์	กลวิธีดำเนินงาน/กิจกรรมหลัก	เกณฑ์ชี้วัด	ระยะเวลา	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
๒.การป้องกันอันตรายจากรังสี	เพื่อลดโอกาสการได้รับปริมาณรังสีโดยไม่จำเป็น	<p>๑.มีการตรวจวัดรังสีและการรายงานผล</p> <p>๒.การจัดพื้นที่ห้องตรวจเป็นสัดส่วน</p> <p>๓.ป้ายแสดงบริเวณรังสีที่ชัดเจน</p> <p>๔.ทบทวนผลการวัดปริมาณรังสีส่วนบุคคลทุก ๓เดือน</p> <p>๕.ทบทวนผลการวัดปริมาณรังสีส่วนบุคคลทุกปี</p> <p>๖.ทบทวนผลการวัดปริมาณรังสีส่วนบุคคลสะสม ๕ปี อย่างต่อเนื่อง</p> <p>๗. มีการจัดทำมาตรฐานการจัดตำแหน่ง การตั้งค่าในการถ่ายภาพรังสีให้มีคุณภาพเพื่อให้ได้ภาพถ่ายที่มีคุณภาพ ผู้ป่วยได้รับรังสีน้อยที่สุด</p> <p>๘.วิเคราะห์คุณภาพภาพถ่ายรังสีปรับปรุงทุก ๓ เดือน</p> <p>๙.จัดทำแผนการแก้ไขสาเหตุการถ่ายภาพรังสีซ้ำ ทุก ๓เดือน</p>	<p>ผลการวัดปริมาณรังสีส่วนบุคคลต่ำกว่าเกณฑ์</p> <p>อัตราฟิล์มซ้ำไม่เกิน ๓%</p>	<p>ต.ค.๖๖-ก.ย.๖๗</p> <p>พ.ย.๖๖, ก.พ.๖๗, เม.ย.๖๗,ก.ค.๖๗</p> <p>ธ.ค.๖๖, มี.ค.๖๗ , มี.ย.๖๗, ก.ย.๖๗</p>	<p>งบประมาณ รพ. ๖,๐๐๐ บาท</p>	<p>นางพินิตดา ปิ่นทอง</p>

โครงการ/งาน	วัตถุประสงค์	กลวิธีดำเนินงาน/กิจกรรมหลัก	เกณฑ์ชี้วัด	ระยะเวลา	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
๓.พัฒนาคุณภาพการให้บริการ การดูแลผู้ป่วยขณะเอกซเรย์	เพื่อป้องกันการเกิดอาการแทรกซ้อนขณะเอกซเรย์	๑.กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยแต่ละกลุ่มอาการ ๒.เฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุและดูแลผู้ป่วยร่วมกับฝ่ายการพยาบาล ๓.วิเคราะห์จำนวนการเกิดอาการแทรกซ้อนขณะรับบริการ ๔.จัดทำแผนการแก้ไขสาเหตุการเกิดอาการแทรกซ้อนขณะรับบริการ ทุกเดือน	จำนวนการเกิดอาการแทรกซ้อนขณะรับบริการ = ๐ ครั้ง	ต.ค.๖๖-ก.ย.๖๗	-	นางพินลดา ปิ่นทอง
๔. การป้องกันและระงับการติดเชื้อใน รพ.	เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการการติดเชื้อ	๑.การเฝ้าระวังการติดเชื้อจาก -การสัมผัสเลือด/สิ่งคัดหลั่ง -การสัมผัสผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจ ๒.วิเคราะห์อัตราการติดเชื้อของบุคลากร ๓.จัดทำแผนการแก้ไขสาเหตุการการติดเชื้อของบุคลากรทุกเดือน	๑.อัตราการติดเชื้อของบุคลากร	ต.ค.๖๖-ก.ย.๖๗	-	นางพินลดา ปิ่นทอง
๕.การทบทวนการตรวจรักษา โดยผู้ชำนาญกว่า	เพื่อเพิ่มศักยภาพแก่เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานแทนนักรังสีการแพทย์	๑.เตรียมแผนการสอน เจ้าหน้าที่ ที่ปฏิบัติงานแทนฯ ๒.อบรมเชิงปฏิบัติการเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานแทนฯปีละ ๑ ครั้ง ๓.ประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานแทนฯทุกเดือน	อัตราฟิล์มเสียปฏิบัติงานแทนไม่เกิน๓%	ต.ค.๖๖-ก.ย.๖๗	-	นางพินลดา ปิ่นทอง
๖.ขับเคลื่อนการทำงานงานวิจัยและนวัตกรรม	พัฒนาระบบงานวิจัยและนวัตกรรมของหน่วยงาน	๑.กำหนดหัวข้องานวิจัย 2.ดำเนินการตามขั้นตอนการทำงานวิจัย 3.เผยแพร่งานวิจัย	จำนวนนวัตกรรม/CQI/งานวิจัยของหน่วยงาน ปีละ ๑ เรื่อง	ต.ค.๖๖-ก.ย.๖๗	-	นางพินลดา ปิ่นทอง

แผนปฏิบัติการกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลฟากท่า
ปีงบประมาณ ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์: ๒ พัฒนาด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : เพื่อพัฒนาระบบงานบริการให้ปลอดภัย พึงพอใจและได้มาตรฐาน

มิติด้านคุณภาพ : เป้าประสงค์ที่ ๑ บริการสุขภาพของโรงพยาบาลฟากท่ามีคุณภาพ ได้รับการยอมรับและไว้วางใจจากประชาชนอำเภอฟากท่า

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์: ๑. ร้อยละของมาตรฐานที่อ้างไว้ได้รับการรับรองตามระยะเวลาที่กำหนด ร้อยละ ๑๐๐

๑.๑ โรงพยาบาลฟากท่าผ่านการอ้างการรับรองมาตรฐาน HA ชั้นที่ ๓ (รับรองรอบที่ ๑)

๑.๒ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ผ่านการรับรองระบบบริหารคุณภาพตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ ๒๕๖๕ (รับรองรอบที่ ๓)

๒. กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ มีอัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐

๓. ความครอบคลุมในการรายงานความเสี่ยงของทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล เท่ากับ ร้อยละ ๑๐๐

๔. อัตราการเกิดความเสี่ยงระดับ E-I น้อยกว่าร้อยละ ๑๐

๕ อัตราการเกิดอุบัติการณ์ระดับ E หรือ ๓ ขึ้นไป ช้ำ น้อยกว่าร้อยละ ๕

๖. กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์มีผลงาน CQI/นวัตกรรมไม่น้อยกว่า ๑ เรื่อง/ปี

๗. ในปี ๒๕๖๗ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ต้องมีผลงานวิจัยอย่างน้อย ๑ เรื่อง

๘. อัตราความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่เกิดอุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงาน ≤ ๑ ต่อ ๑,๐๐๐ วัน ของการปฏิบัติงาน

๙. ผลการประเมินระบบความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการ ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ≥ ๘๐ %

๑๐. ร้อยละของความครอบคลุมการทำการควบคุมคุณภาพภายใน (IQC) เท่ากับ ๑๐๐ %

๑๑. ร้อยละของความครอบคลุมการทำการควบคุมคุณภาพภายนอก (EQA) เท่ากับ ๑๐๐ %

๑๒. ผลการประเมินคุณภาพจากองค์กรภายนอก EQA ผ่านเกณฑ์การยอมรับทุกสาขา เป้าหมาย ≥ ๓.๕๐ (คะแนนเต็ม ๔.๐๐)

๑๓. อัตราการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ ≤ ๑ ต่อ ๑,๐๐๐ สิ่งส่งตรวจ

๑๔. ร้อยละของการสอบเทียบเครื่องมือตามแผนครบ ๑๐๐ %

๑๕. การตรวจประเมินทางห้องปฏิบัติการผ่านเกณฑ์มาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ≥ ๘๐ %

๑๖. ผลการตรวจประเมินคุณภาพห้องปฏิบัติการใน รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ทุกแห่ง เป้าหมาย \geq ร้อยละ ๘๐

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน (Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
๑.	การพัฒนาคุณภาพ บริการงานเทคนิค การแพทย์ตาม มาตรฐาน HA	๑. เพื่อให้กลุ่มงาน เทคนิคการแพทย์ มีการพัฒนาคุณภาพ การบริการอย่าง ต่อเนื่อง ๒. เพื่อให้ผู้มารับ บริการงานเทคนิค การแพทย์ ได้รับ บริการที่ปลอดภัย สร้างความพึงพอใจ และได้มาตรฐาน ๓. เพื่อให้กลุ่มงาน กลุ่มงานเทคนิค การแพทย์มีการ พัฒนาคุณภาพอย่าง ต่อเนื่อง ทั้งใน รูปแบบของ CQI และนวัตกรรมในการ ปฏิบัติงาน	๑.เจ้าหน้าที่ กลุ่มงานเทคนิค การแพทย์ จำนวน ๔ คน ๒.ผู้มารับ บริการทุกคน	๑. ดำเนินกิจกรรม “หัวหน้าพาทบทวน” โดยกลุ่มงาน เทคนิคการแพทย์ ทำหัวข้อทบทวน ดังนี้ -กิจกรรมการทบทวน คำร้องเรียน/ข้อเสนอแนะ -กิจกรรมการทบทวน การตรวจรักษาโดยผู้ชำนาญกว่า -กิจกรรมการทบทวนการค้นหา และป้องกันความเสี่ยง โดยนำไปสู่ • การจัดทำบัญชีความเสี่ยง • การกำหนดมาตรการป้องกัน ความเสี่ยง • การรายงานความเสี่ยงเมื่อเกิด อุบัติการณ์ขึ้น • การทำ Root Cause Analysis (RCA) -กิจกรรมการทบทวน การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ HAI (Health care Associated Infections) Prevention &Control System - กิจกรรมการทบทวนการใช้ ทรัพยากร	-	๑. มีการทำ CQI/สร้าง นวัตกรรม ไม่น้อยกว่า ๑ เรื่อง/ปี ๒. มีการจัดทำ บัญชีความ เสี่ยงและ ทบทวนบัญชี ความเสี่ยงไม่ น้อยกว่า ๒ ครั้ง/ปี ๓. มีการทำ RCA ครบทุก เรื่อง ที่เข้า เงื่อนไขของ การทำ RCA ๔. ในปี ๒๕๖๗ กลุ่มงาน เทคนิคการ แพทย์ มีผล งานวิจัยอย่าง น้อย ๑ เรื่อง	๑.ความครอบคลุม ในการรายงานความ เสี่ยงของทุก หน่วยงานใน โรงพยาบาล เท่ากับ ร้อยละ ๑๐๐ ๒.. อัตราการเกิด ความเสี่ยงระดับ E-I น้อยกว่าร้อยละ ๑๐ ๓.อัตราการเกิด อุบัติการณ์ระดับ E หรือ ๓ ขึ้นไป ช้ำ น้อย กว่าร้อยละ ๕ ๔. กลุ่มงาน เทคนิคการแพทย์ มี อัตราความพึงพอใจ ของผู้รับบริการไม่น้อย กว่าร้อยละ ๘๐ ๕. กลุ่มงานเทคนิค การแพทย์ผ่านการ รับรองระบบบริหาร คุณภาพตามมาตรฐาน งานเทคนิคการแพทย์ ๒๕๖๕ (รับรองรอบที่ ๓)	๑.ความ ครอบคลุมในการ รายงานความ เสี่ยงของทุก หน่วยงานใน โรงพยาบาล เท่ากับ ร้อยละ ๑๐๐ ๒.. อัตราการเกิด ความเสี่ยงระดับ E-I น้อยกว่าร้อย ละ ๑๐ ๓.อัตราการเกิด อุบัติการณ์ระดับ E หรือ ๓ ขึ้นไป ช้ำ น้อยกว่าร้อยละ ๕ ๔. กลุ่มงาน เทคนิคการแพทย์ มีอัตราความพึง พอใจของ ผู้รับบริการไม่น้อย กว่าร้อยละ ๘๐ ๕. กลุ่มงานเทคนิค การแพทย์ผ่านการ รับรองระบบบริหาร คุณภาพตาม มาตรฐานงานเทคนิค	น.ส.ธมลวรรณ บุญรักษา

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย (พร้อมระบุ จำนวน)	การดำเนินงาน กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน (Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
๒.	สร้างระบบความปลอดภัยใน ห้องปฏิบัติการ	เพื่อให้ผู้รับบริการและ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน เกิดความปลอดภัย	๑. ผู้รับบริการ ทุกคน ๒. เจ้าหน้าที่ที่ ปฏิบัติงานใน กลุ่มงานเทคนิค การแพทย์ จำนวน ๔ คน	๑. จัดหาเครื่องป้องกัน อันตรายส่วนบุคคลให้ เพียงพอ พร้อมใช้งานในจุด ปฏิบัติงาน ๒. จัดอบรมด้านความปลอดภัย ทางห้องปฏิบัติการให้กับ เจ้าหน้าที่ในห้องปฏิบัติการ ครอบคลุมหัวข้อดังนี้ <input type="checkbox"/> ความปลอดภัยของ ผู้ปฏิบัติงานผู้ร่วมงาน สถานที่และสิ่งแวดล้อม <input type="checkbox"/> ลดหรือป้องกันอุบัติเหตุ และการเจ็บป่วยจากการ ทำงาน <input type="checkbox"/> การควบคุมและป้องกัน อันตรายจากการปฏิบัติงาน ทั่วไป <input type="checkbox"/> การควบคุมและป้องกัน อันตรายจากการปฏิบัติงาน จุลชีพ / สารชีวภาพ <input type="checkbox"/> การควบคุมและป้องกัน อันตรายจากกรณีฉุกเฉิน/ ภัยพิบัติ	-	๑.เจ้าหน้าที่ห้อง ปฏิบัติการ เข้า รับการอบรม เรื่องปลอดภัย ทางห้องปฏิบัติ การครบ ๑๐๐% ๒.เจ้าหน้าที่ ห้องปฏิบัติการ เข้ารับการอบรม เชิงปฏิบัติการ เกี่ยวกับการ ป้องกันและ ระงับอัคคีภัย ๑๐๐ % ๓.เจ้าหน้าที่ทุก ได้รับการตรวจ สุขภาพและฉีด วัคซีนเพื่อสร้าง ภูมิคุ้มกัน ตาม แผนการตรวจ สุขภาพ ครบ ๑๐๐ %	๑.อัตราความปลอดภัย ของเจ้าหน้าที่เกิด อุบัติเหตุจากการเกิด อุบัติเหตุจากการ ปฏิบัติงาน ≤๑ ต่อ ๑,๐๐๐ วัน ของการ ปฏิบัติงาน ๒. ผลการประเมิน ระบบความปลอดภัยใน ห้องปฏิบัติ การ ผ่าน เกณฑ์เป้าหมาย ≥ ๘๐ %	๑.อัตราความ ปลอดภัยของ เจ้าหน้าที่เกิด อุบัติเหตุการ เกิดอุบัติเหตุ จาก การ ปฏิบัติงาน ≤๑ ต่อ ๑,๐๐๐ วัน ของการ ปฏิบัติงาน ๒. ผลการประเมินระบบ ความปลอดภัย ในห้อง ปฏิบัติการ ผ่านเกณฑ์ เป้าหมาย ≥ ๘๐ %	น.ส.ธมลวรรณ บุญรักษา

ลำดับ	โครงการ/ กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน (Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
๑.	การพัฒนาคุณภาพ บริการงานเทคนิค การแพทย์ตาม มาตรฐาน HA (ต่อ)			<p>-กิจกรรมการทบทวนเหตุการณ์สำคัญ</p> <p>-กิจกรรมการทบทวนการใช้ความรู้ทางวิชาการ</p> <p>๒.นำโอกาสพัฒนา/ความเสี่ยงที่ค้นพบ มาดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่อง (CQI)/สร้างนวัตกรรมเพื่อช่วยในการปฏิบัติงาน</p> <p>๓. กลุ่มงานเทคนิคการ แพทย์ มีการกำหนด KPI ให้บุคลากรทุกคนต้องร่วมกันทำวิจัยอย่างน้อย ๑ เรื่องในปี ๒๕๖๗</p> <p>๔.จัดทำระเบียบปฏิบัติและวิธีปฏิบัติงานที่สำคัญๆของกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์</p> <p>๕.ดำเนินการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ งานเทคนิคการแพทย์ทุกๆ ๖ เดือน</p> <p>๖.จัดทำเอกสารสรุปผลการพัฒนาคุณภาพของ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ ตามรูปแบบ Service Profile</p>		๕. มี SOP, CPG, WI ที่ครอบคลุมโรค/หัตถการ/กระบวนการที่สำคัญครบทุกเรื่อง	๖. โรงพยาบาลฟากท่าผ่านการรับรองมาตรฐาน HA ชั้นที่ ๓ (รับรองรอบที่ ๑)	<p>การแพทย์ ๒๕๖๕ (รับรองรอบที่ ๓)</p> <p>๖. โรงพยาบาลฟากท่า ผ่านการรับรองมาตรฐาน HA ชั้นที่ ๓ (รับรองรอบที่ ๑)</p>	

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย (พร้อมระบุ จำนวน)	การดำเนินงาน กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน (Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
๒.	สร้างระบบความปลอดภัยใน ห้องปฏิบัติการ (ต่อ)			<p>๓. เจ้าหน้าที่ทุกคนในห้องปฏิบัติการเข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการป้องกันและระงับอัคคีภัย</p> <p>๔.เจ้าหน้าที่ทุกคนเข้ารับการตรวจสุขภาพตามแผนการตรวจสุขภาพและการได้รับวัคซีนตามที่ได้กำหนดไว้ในแผน</p> <p>๕.ประเมินระบบความปลอดภัยทางห้องปฏิบัติการตาม Safety checklist ๒๕๖๕ โดยทีม ENV, ทีม RM และทีม IC</p> <p>๖.แจ้งผลการประเมินให้บุคลากรในหน่วยงานและผู้บริหารทราบ ดำเนินการจัดทำแผนการแก้ไขตามโอกาสพัฒนาที่ได้รับจากทีมประเมิน</p>					น.ส.ธมลวรรณ บุญรักษา

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย (พร้อมระบุ จำนวน)	การดำเนินงาน กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน (Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
๓.	การประกันคุณภาพ การตรวจวิเคราะห์ ทางห้องปฏิบัติการ - การทำ IQC - การทำ EQA	๑. เพื่อเป็นการ ประกันคุณภาพผล การตรวจวิเคราะห์ ทางห้องปฏิบัติการ ให้ถูกต้อง เชื่อถือได้ ทุกครั้ง ๒. เพื่อใช้เป็นข้อมูล สำหรับวางแผนการ พัฒนาศักยภาพ บุคลากร ในการ กำหนดการเข้าอบรม ตามหลักสูตร หรือ ตามสมรรถนะ ที่ จำเป็นต่อการพัฒนา งานคุณภาพ	๑. รายการตรวจ วิเคราะห์ที่กลุ่มงาน เทคนิคการแพทย์ เปิดให้บริการ จำนวนทั้งหมด ๖๖ รายการ ๒. เจ้าหน้าที่กลุ่มงาน เทคนิคการแพทย์ จำนวน ทั้งหมด ๔ คน	๑. การทำการควบคุมคุณภาพ ภายใน (IQC) ๑.๑ จัดหาสารควบคุมคุณภาพที่ได้ มาตรฐานให้ครบทุกรายการตรวจ วิเคราะห์ ๑.๒ ทำ IQC ครอบคลุมทุกรายการ ตรวจวิเคราะห์ มีการกำหนด ความถี่ในการทำ IQC ถูกต้อง ครบถ้วนตามหลักวิชาการ ๑.๓ ติดตามผลการควบคุมคุณภาพ ภายในอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ๑.๔ ทำการบันทึกติดตามและการ แก้ไข เมื่อผลการควบคุมคุณภาพ ภายในไม่อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด	จัดซื้อสาร ควบคุม คุณภาพใน การตรวจ วิเคราะห์ ประมาณ ๗๐,๐๐๐ บาท	๑. ร้อยละของ ความครอบคลุม การทำการควบ คุมคุณภาพภายใน (IQC) เท่ากับ ๑๐๐%	๑. ร้อยละของความ ถูกต้องของผลการ ตรวจวิเคราะห์ทาง ห้องปฏิบัติการ เท่ากับ ๑๐๐ %	๑. ร้อยละของ ความครอบคลุม การทำการ ควบคุมคุณภาพ ภายใน (IQC) เท่ากับ ๑๐๐ %	น.ส.ฉมสวรรค์ บุญรักษา

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย (พร้อมระบุ จำนวน)	การดำเนินงาน กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน (Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
				<p>๒. การประเมินความสามารถห้องปฏิบัติการ จากองค์กรภายนอก (EQA)</p> <p>๒.๑ สมัครเข้าร่วมโครงการทดสอบความชำนาญ โดยองค์กรภายนอก (PT/EQA)</p> <p>๒.๒ กรณีที่บางรายการทดสอบไม่มี PT/EQA มีการดำเนินการทำโครงการการเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการ (Inter-laboratory comparison) ร่วมกัน ๓ โรงพยาบาล ได้แก่ รพ.บ้านโคก รพ.น้ำปาด รพ.พากทำ โดยกำหนดความถี่ในการทำ อย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง</p> <p>๒.๓ มีการบันทึกการแก้ไข ในกรณีผลการทำ PT/EQA หรือ Inter lab ไม่อยู่ในเกณฑ์</p> <p>๓. ประเมินผลการทำ IQC และ EQA ของเจ้าหน้าที่แต่ละคน เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนการพัฒนา ศักยภาพบุคลากร ในการกำหนดการเข้าอบรมตามหลักสูตรหรือตามสมรรถนะและที่จำเป็นต่อการพัฒนางานคุณภาพ</p>	<p>ค่าสมัครเข้าร่วมโครงการทดสอบความชำนาญ โดยองค์กรภายนอก ๕๐,๐๐๐ บาท</p>	<p>๒. สมัครเข้าร่วม PT/EQA ให้ครบทุกรายการตรวจวิเคราะห์ ที่หน่วยงานภายนอกมีการประเมิน</p> <p>๓. เจ้าหน้าที่ทุกคนในกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ ดำเนินการทำ EQA ให้ครบ ๑๐๐ %</p>		<p>๒. ร้อยละของความคลอบคลุมการทำ การควบคุมคุณภาพ ภายนอก (EQA) เท่ากับ ๑๐๐ %</p> <p>๓. ผลการประเมินคุณภาพจากองค์กร ภายนอก EQA ผ่านเกณฑ์ การยอมรับทุกสาขา เป้าหมาย \geq ๓.๕๐ (คะแนนเต็ม ๔.๐๐)</p>	น.ส.ฉมลวรรณ บุญรักษา

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย (พร้อมระบุ จำนวน)	การดำเนินงาน กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน (Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
๔.	อบรมเชิงปฏิบัติการ การเก็บสิ่งส่งตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ และการควบคุม คุณภาพการตรวจ วิเคราะห์ ให้ เจ้าหน้าที่จาก หน่วยงานต่างๆใน โรงพยาบาลและ หน่วยงานปฐมภูมิ	๑. เพื่อให้ได้สิ่งส่ง ตรวจที่ถูกต้องมี คุณภาพและเหมาะสม ในการตรวจ วิเคราะห์ ๒. เพื่อให้บุคลากรที่ เกี่ยวข้องต่อกระบวนการ เก็บและนำส่งสิ่ง ส่งตรวจเกิดความรู้ ความเข้าใจ และนำไป ปฏิบัติงานได้อย่าง ถูกต้อง	๑.เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพากทำ จำนวน ๓๐ คน ๒.เจ้าหน้าที่ รพ. สต. จำนวน ๑๒ คน	๑. อบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้ เกี่ยวกับการเก็บสิ่งส่งตรวจทาง ห้องปฏิบัติการและการควบคุม คุณภาพการตรวจวิเคราะห์ ๒.ประเมินผลการฝึกอบรมเชิง ปฏิบัติการ ๓. จัดทำคู่มือการใช้บริการทาง ห้องปฏิบัติการ กลุ่มงานเทคนิค การแพทย์ แจกให้หน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติ ในการเก็บสิ่งส่งตรวจ ให้เป็น แนวทางเดียวกัน	๒,๐๐๐ บาท	๑. เจ้าหน้าที่ เข้ารับการ อบรมเชิง ปฏิบัติการ เกี่ยวกับการ เก็บสิ่งส่งตรวจ ที่มีคุณภาพทาง ห้องปฏิบัติการ ครบ ๑๐๐ % ๒.อัตราการ ปฏิเสธสิ่งส่ง ตรวจจาก หน่วยงานต่างๆ รวมกัน ต้อง ≤๑ ต่อ ๑,๐๐๐ สิ่งส่ง ตรวจ	อัตราการปฏิเสธสิ่งส่ง ตรวจ จากหน่วยงาน ต่างๆ รวมกัน ต้อง ≤๑ ต่อ ๑,๐๐๐ สิ่ง ส่งตรวจ	๑.อัตราการ ปฏิเสธสิ่งส่ง ตรวจ ≤๑ ต่อ ๑,๐๐๐ สิ่งส่ง ตรวจ	น.ส.ฉมลวรรณ บุญรักษา

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย (พร้อมระบุ จำนวน)	การดำเนินงาน กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน (Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
๕.	การพัฒนาระบบ บริหารจัดการ เครื่องมือ	๑. เพื่อให้ผลการตรวจ วิเคราะห์มีความ ถูกต้องและน่าเชื่อถือ ๒. เพื่อให้เครื่องมือที่ ให้ใช้ในห้องปฏิบัติการ มีความพร้อมใช้งาน	เครื่องมือที่ใช้ใน ห้องปฏิบัติการ ทั้งหมด จำนวน ๓๕ เครื่อง	๑. สํารวจความพอเพียงของ เครื่องมือในห้องปฏิบัติการที่ จำเป็น ๒. จัดทำแผนการสอบเทียบ (Calibrate) เครื่องมือที่มีผล กระทบต่อคุณภาพ โดย กำหนดความถี่ แหล่งสอบ เทียบ ความคลาดเคลื่อนที่ ยอมรับได้และผู้รับผิดชอบ ในการสอบเทียบ ๓. พิจารณาผลการสอบ เทียบเพื่อเป็นข้อมูลในการ จัดทำแผนจัดซื้อเครื่องมือที่ จำเป็น ๔. ทำแผนการบำรุงรักษา เชิงป้องกันและแผนการเข้า มา Preventive Maintenance จากบริษัท และมีการบันทึกการดำเนิน การตามแผน ๕. ตรวจสอบความพร้อมใช้ ของเครื่องมือตามความ ความถี่ที่กำหนด โดย ผู้ใช้เครื่องมือ และมีการ บันทึกการดำเนินงานอย่าง สม่ำเสมอ	๑. ค่าสอบ เทียบโดย บริษัทเอกชน ๒๘,๕๐๐ บาท	๑.เครื่องมือที่ ใช้ในห้อง ปฏิบัติการได้ รับการสอบ เทียบตามแผน ครบ ๑๐๐ % ๒.เครื่องมือที่ ใช้ในห้อง ปฏิบัติการได้ รับการตรวจ สอบความ พร้อมใช้งาน ตามความถี่ที่ กำหนดครบ ๑๐๐ %	๑.เครื่องมือที่ใช้ใน ห้องปฏิบัติการได้ รับ การสอบเทียบตาม แผน ครบ ๑๐๐ % ๒.เครื่องมือที่ใช้ใน ห้องปฏิบัติการได้ รับ การตรวจ สอบความ พร้อมใช้งานตาม ความถี่ที่กำหนดครบ ๑๐๐ %	๑.ร้อยละของ การสอบเทียบ เครื่อง มือตาม แผนครบ ๑๐๐%	น.ส.สุภาพร สุทิน

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย (พร้อมระบุ จำนวน)	การดำเนินงาน กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน (Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
๖.	การตรวจติดตาม ภายในห้องปฏิบัติ การตามมาตรฐาน งานทางเทคนิค การแพทย์ ๒๕๖๕	๑.เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนและพัฒนา คุณภาพห้องปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง ๒.เพื่อตรวจสอบและ ประเมิน ประสิทธิภาพ ในการบริหารระบบ คุณภาพของห้อง ปฏิบัติการ	๑.เจ้าหน้าที่กลุ่ม งานเทคนิคการ แพทย์ จำนวน ๔ คน	๑. ประชุมชี้แจงทีมประเมิน ตามมาตรฐานในเครือข่าย จากผู้ตรวจติดตามภายใน ๒. รับการตรวจติดตาม ภายใน ตามมาตรฐานงาน เทคนิคการแพทย์ จากคณะ กรรมการพัฒนาคุณภาพ งานเทคนิคการแพทย์ จังหวัดอุดรธานี ๓. ทีมตรวจติดตามภายใน ส่งสรุปผลการตรวจติดตาม และโอกาสการพัฒนาให้ ห้องปฏิบัติการที่ถูประเมิน ทราบ ๔.แจ้งผลการประเมินให้ บุคลากรในหน่วยงานและ ผู้บริหารทราบ ดำเนินการ แก้ไขตามโอกาสพัฒนาที่ ได้รับและจัดทำแผนการ แก้ไขตามโอกาสพัฒนาที่ ได้รับจากทีมประเมิน	๑,๐๐๐ บาท	๑. ห้องปฏิบัติ การได้รับการ ตรวจติดตาม ภายในห้อง ปฏิบัติการตาม มาตรฐานงาน ทางเทคนิค การแพทย์ ๒๕๖๕ อย่าง น้อย ปีละ ๑ ครั้ง	๑. การตรวจประเมิน ทางห้อง ปฏิบัติการ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน งานเทคนิคการ แพทย์ เป้าหมาย $\geq ๘๐\%$	๑. การตรวจ ประเมินทาง ห้องปฏิบัติการ ผ่านเกณฑ์ มาตรฐานงาน เทคนิคการ แพทย์ เป้าหมาย $\geq ๘๐\%$	น.ส.ธมลวรรณ บุญรักษา

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย (พร้อมระบุ จำนวน)	การดำเนินงาน กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน (Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
๗.	การพัฒนาระบบ คุณภาพและ มาตรฐานทาง ห้องปฏิบัติการด้าน การแพทย์และ สาธารณสุข หน่วย บริการปฐมภูมิของ เครือข่ายบริการ สุขภาพอำเภอ ปากท่า	เพื่อให้งานทางห้อง ปฏิบัติการในหน่วย บริการปฐมภูมิ มีระบบ คุณภาพที่ได้มาตรฐาน	๑.เจ้าหน้าที่ รพ. สต. ทั้ง ๔ แห่ง ในเขตอำเภอ ปากท่า จำนวน ๑๒ คน	๑. จัดทำแผนการสอบเทียบ และการบำรุงรักษาเครื่อง มือทางการแพทย์ สำหรับ หน่วยบริการโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ตามพิสัย การใช้งาน ๒. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ ทบทวนความรู้วิชาการ เกี่ยวกับการตรวจวิเคราะห์ ทางห้องปฏิบัติการให้กับ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทั้ง ๔ แห่ง ๓. จัดเตรียมสารควบคุม คุณภาพ ทั้งการทำกร ควบคุมคุณภาพภายในและ ภายนอก (IQC, EQA) ๔. ดำเนินการจัดส่งสาร ควบคุมคุณภาพให้ทุก รพ. สต. ดำเนินการทำการ ควบคุมคุณภาพ ๕. นิเทศงาน ติดตาม และ ตรวจประเมินคุณภาพห้อง ปฏิบัติการใน รพ.สต. ทุก แห่งในเครือข่ายบริการ	๕๐๐ บาท	๑. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ตาม กลุ่มเป้าหมาย เข้าอบรมเชิง ปฏิบัติการ ทบทวนความรู้ วิชาการเกี่ยว กับการตรวจ วิเคราะห์ทาง ห้องปฏิบัติการ ครบ ๑๐๐ % ๒. รพ.สต. ทั้ง ๔ แห่ง ดำเนิน การทำ IQC และ EQA ครบ ๑๐๐ % ๓. รพ.สต. ทั้ง ๔ แห่ง มีผลการ ตรวจประเมิน คุณภาพห้อง ปฏิบัติการใน รพ.สต. ผ่าน เกณฑ์ทุกแห่ง เป้าหมาย \geq ร้อยละ ๘๐	๑. รพ.สต. ได้ รับการ ตรวจประเมินคุณภาพ ห้อง ปฏิบัติการ ครบ ทุกแห่ง (๔ รพ.สต.) ๒. ผลการตรวจ ประเมินคุณภาพ ห้องปฏิบัติการใน รพ. สต. ผ่านเกณฑ์ทุกแห่ง เป้าหมาย \geq ร้อยละ ๘๐ ๓. ร้อยละของ รพ.สต. ในเครือข่ายบริการ สุขภาพอำเภอปากท่า ผ่านมาตรฐาน รพ.สต ติดดาวระดับ ๓ ขึ้นไป ร้อยละ ๑๐๐ (ระดับ ๕)	๑. ผลการ ตรวจประ เมินคุณภาพ ห้องปฏิบัติกา รใน รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ ทุกแห่ง เป้าหมาย \geq ร้อยละ ๘๐	คปสอ.ปากท่า

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย (พร้อมระบุ จำนวน)	การดำเนินงาน กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน (Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
				สุขภาพอำเภอปากท่อ ปีละ ๒ ครั้ง		๕. รพ.สต. ใน เครือข่ายบริการ สุขภาพอำเภอ ปากท่อที่ผ่าน มาตรฐาน รพ. สต. ดีดดาว ระดับ ๓ ขึ้นไป ร้อยละ ๑๐๐ (ระดับ ๕)			

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน (Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ผู้รับผิดชอบ
๑.	การพัฒนาระบบบริหารจัดการบุคลากรของกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์	<p>๑. เพื่อให้บุคลากรของกลุ่มงานเทคนิคปฏิบัติงานด้วยความปลอดภัย มีความสุข และผูกพันต่อองค์กร</p> <p>๒. เพื่อให้บุคลากรของกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์มีขวัญและกำลังใจที่ดีในการปฏิบัติงาน</p>	๑.เจ้าหน้าที่กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ จำนวน ๔ คน	<p>๑.พัฒนาและเสริมสร้างสิ่งแวดล้อมในการทำงานตามแนวทาง Personnel Safety Goals</p> <p>๒.พัฒนาองค์กรแห่งความสุข ดังนี้</p> <p>๒.๑ กำหนดหัวข้อความต้องการพัฒนาความรู้ความสามารถของกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์</p> <p>๒.๒. ส่งเสริมให้บุคลากรของกลุ่มงานให้เข้ารับการพัฒนาตามที่กำหนดไว้และพัฒนาบุคลากรทุกระดับให้มีสมรรถนะและความเชี่ยวชาญเหมาะสมกับตำแหน่ง และสอดคล้องกับเป้าหมายขององค์กร</p> <p>๒.๓. มอบหมายง2.พัฒนาองค์กรแห่งความสุขานให้บุคลากรทุกคนอย่างชัดเจน</p> <p>๒.๔. กำหนด KPI ให้แก่บุคลากรแต่ละคนอย่างชัดเจน เท่าเทียมกัน และ มีการกำหนด KPI ที่เป็น</p>	-	<p>๑.การเจ็บป่วยของบุคลากรจากการปฏิบัติ งาน เท่ากับ ๐</p> <p>๑.บุคลากรผู้ปฏิบัติงานในกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ ได้รับการพัฒนาตามแผนการพัฒนาศักยภาพบุคลากร</p> <p>๒.อัตราของบุคลากรกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงาน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐</p>	<p>๑. อัตราการเจ็บป่วยของบุคลากรจากการปฏิบัติงาน เท่ากับ ๐</p> <p>๑.ร้อยละของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานที่ได้รับการพัฒนาตามแผนการพัฒนาศักยภาพบุคลากร มากกว่า ร้อยละ ๘๕</p> <p>๒. ร้อยละของบุคลากรที่มีคะแนนประเมินความสุจริตดีขึ้นไป มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐</p> <p>๓. อัตราความพึงพอใจ / ผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรในระดับดีขึ้นไป มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๖๐</p>	<p>๑. อัตราการเจ็บป่วยของบุคลากรจากการปฏิบัติงาน เท่ากับ ๐</p> <p>๑.ร้อยละของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานที่ได้รับการพัฒนาตามแผนการพัฒนาศักยภาพบุคลากร มากกว่า ร้อยละ ๘๕</p> <p>๒. ร้อยละของบุคลากรที่มีคะแนนประเมินความสุจริตดีขึ้นไป มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐</p> <p>๓. อัตราความพึงพอใจ / ผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรในระดับดีขึ้นไป มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๖๐</p>	น.ส.ฉมลวรรณ บุญรักษา

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนาด้านด้านบุคลากรเป็นเลิศ (Personal Excellence)

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ๑) เพื่อให้บุคลากรของโรงพยาบาลฟากท่ามีเพียงพอ และมีความสามารถในการปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสม

๒) เพื่อให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้อย่างปลอดภัย มีความสุข และผูกพันต่อองค์กร

มิติด้านคุณภาพ : เป้าประสงค์ที่ ๑ โรงพยาบาลมีบุคลากรเพียงพอกับการปฏิบัติงาน

เป้าประสงค์ที่ ๒ บุคลากรมีความรู้ความสามารถ เหมาะสมกับการให้บริการ

เป้าประสงค์ที่ ๓ บุคลากรปฏิบัติงานด้วยความปลอดภัย มีความสุข และผูกพันต่อองค์กร

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์:

๑. ร้อยละหน่วยงานของโรงพยาบาลฟากท่าที่มีอัตรากำลังเพียงพอ เหมาะสม สอดคล้องภารกิจ มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๖.๓๖

๒. ร้อยละของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานที่ได้รับการพัฒนาตามแผนการพัฒนาบุคลากร มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๕

๓. อัตราการเจ็บป่วยของบุคลากรจากการปฏิบัติงาน เท่ากับ ๐

๔. ร้อยละของบุคลากรที่มีคะแนนประเมินความสุกระดับดีขึ้นไป มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐

๕. อัตราความพึงพอใจ / ผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรในระดับดีขึ้นไป มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๖๐

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน (Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
๑.	การพัฒนาระบบ บริหารจัดการ บุคลากรของกลุ่ม งานเทคนิค การแพทย์ (ต่อ)			ตัวชี้วัดร่วมของกลุ่มงานให้ ทุกคน เพื่อจะได้ช่วยเหลือ กันทำงานให้บรรลุเป้าหมาย ที่องค์กรได้กำหนดไว้ ๒.๕. ประเมินผลการปฏิบัติ งานที่โปร่งใส ตรวจสอบได้ ๒.๖. จัดกิจกรรมเสริมใน กลุ่มงาน เช่น การให้ ของขวัญปีใหม่จาก หน.กลุ่ม งาน การจัดเลี้ยงงานวันเกิด ให้กับเจ้าหน้าที่ห้อง ปฏิบัติการ เป็นต้น	-	๓ .อัตรา ความพึง พอใจ / ผูกพันต่อ องค์กรของ บุคลากรกลุ่ม งานเทคนิค การแพทย์ที่ ได้คะแนน การประเมิน การ มากกว่า หรือเท่ากับ ร้อยละ ๖๐ ขึ้นไป			น.ส.ฉมลวรรณ บุญรักษา

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ พัฒนาด้านบริหารเป็นเลิศ(Governance Excellence)

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลฟากท่าเป็นองค์กรที่มีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิผล และมีประสิทธิภาพ ภายใต้หลักธรรมาภิบาล

มิติด้านคุณภาพ : เป้าประสงค์ที่ S ๒.๗ องค์กรโปร่งใส ตรวจสอบได้

มิติด้านการพัฒนาองค์กร : เป้าประสงค์ที่ ๑ การบริหารจัดการตามหลักองค์กรที่มีคุณธรรมและความโปร่งใสของหน่วยงานภาครัฐ

เป้าประสงค์ที่ ๒ พัฒนาระบบงานวิจัยและนวัตกรรมขององค์กร

เป้าประสงค์ที่ ๓ การจัดการองค์กรแห่งความปลอดภัย


ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ :


๑. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน EIA โดยระดับคะแนนของทุกมิติ ต้องผ่านระดับ ดีมาก
๒. คะแนนของการประเมิน ITA เท่ากับ ๑๐๐
๓. ระดับความสำเร็จของการจัดทำฐานข้อมูลสารสนเทศของโรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ระดับ ๒
๔. ร้อยละของหน่วยงานที่มีผลงานวิจัย/นวัตกรรม/CQI เท่ากับ ๑๐๐
๕. ร้อยละของตัวชี้วัด ๒P Safety ที่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่โรงพยาบาลกำหนด มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐
๖. ความครอบคลุมในการรายงานความเสี่ยงของทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล เท่ากับ ร้อยละ ๑๐๐
๗. อัตราการเกิดความเสี่ยงระดับ E-I น้อยกว่าร้อยละ ๑๐
- ๘ อัตราการเกิดอุบัติการณ์ระดับ E หรือ ๓ ขึ้นไป ช้ำ น้อยกว่าร้อยละ ๕
- ๙ ร้อยละอุบัติการณ์ความรุนแรงระดับ E ขึ้นไปได้รับการทำ RCA ร้อยละ ๑๐๐

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน (Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
๑.	การพัฒนากระบวนการบริหารจัดการกลุ่มงานเทคนิค การแพทย์ให้เป็น หน่วยงานที่มี ธรรมชาติ และเป็นเลิศในด้านการ บริหารจัดการ หน่วยงาน	๑. เพื่อให้กลุ่มงานเทคนิค การแพทย์เป็นหน่วยงานที่ โปร่งใส ตรวจสอบได้ ๒. เพื่อให้กลุ่มงานกลุ่มงาน เทคนิคการแพทย์มีการ บริหารจัดการสารสนเทศที่ มีความถูกต้อง ครบถ้วน เชื่อถือได้ ๓. เพื่อให้กลุ่มงานเทคนิค การแพทย์มีการพัฒนา คุณภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งใน รูปแบบของ CQI และนวัตกรรม ในการปฏิบัติงาน ๔. เพื่อให้เจ้าหน้าที่ในกลุ่ม งานเทคนิคการแพทย์ มี ความปลอดภัยในการ ปฏิบัติงาน ตามหลัก ๒ P Safety	๑.เจ้าหน้าที่ กลุ่มงานเทคนิค การแพทย์ จำนวน ๔ คน	๑. กลุ่มงานเทคนิคการ แพทย์ มีการดำเนินการ จัดซื้อจัดจ้างและบริหาร วัสดุวิทยาศาสตร์การ แพทย์ถูกต้องตาม พรบ. การจัดซื้อจัดจ้างและการ บริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ และระเบียบ กระบวนการคลังว่าด้วย การจัดซื้อจัดจ้างและการ บริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ ๒.กลุ่มงานเทคนิคการ แพทย์ ร่วมดำเนินการ ตามหลักเกณฑ์ ITA และ หลักการควบคุมภายใน อย่างเคร่งครัด ๓. กลุ่มงานเทคนิคการ แพทย์ มีการกำหนด KPI ให้บุคลากรทุกคนต้อง ร่วมกันทำวิจัยอย่างน้อย ๑ เรื่องในปี ๒๕๖๗ ๔. พัฒนาคุณภาพความ ปลอดภัยของผู้ให้และ ผู้รับบริการ สร้าง วัฒนธรรมความปลอดภัย ในการดูแลผู้ป่วย	-	๑ โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์การ ประเมิน EIA โดยระดับ คะแนนของทุก มิติ ต้องผ่าน ระดับ ดีมาก ๒ กลุ่มงาน เทคนิค การแพทย์มี ผลงานวิจัย/ นวัตกรรม/CQI อย่างน้อย ๑ เรื่อง ในปี ๒๕๖๗ ๓. ร้อยละของ ตัวชี้วัด ๒P Safety ที่ผ่าน เกณฑ์เป้าหมาย ที่โรงพยาบาล กำหนด มากกว่า หรือเท่ากับ ร้อย ละ ๘๐	๑. โรงพยาบาลผ่าน เกณฑ์การประเมิน EIA ๒. คะแนนของการ ประเมิน ITA เท่ากับ ๑๐๐ ๓. ระดับความสำเร็จ ของการจัดทำ ฐานข้อมูล สารสนเทศของ โรงพยาบาล ผ่าน เกณฑ์ระดับ ๒ ๔ร้อยละของ หน่วยงานที่มี ผลงานวิจัย/ นวัตกรรม/CQI เท่ากับ ๑๐๐ ๕. ร้อยละของ ตัวชี้วัด ๒P Safety ที่ผ่านเกณฑ์ เป้าหมายที่ โรงพยาบาลกำหนด มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐ ๖. ความครอบคลุม ในการรายงานความ เสี่ยงของทุกหน่วย งานในโรงพยาบาล	๑.โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์การ ประเมิน EIA โดยระดับ คะแนนของทุก มิติ ต้องผ่าน ระดับ ดีมาก ๒. คะแนนของ การประเมิน ITA เท่ากับ ๑๐๐ ๓. ระดับ ความสำเร็จ ของการจัดทำ ฐานข้อมูล สารสนเทศของ โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ ระดับ ๒ ๔ร้อยละของ หน่วยงานที่มี ผลงานวิจัย/ นวัตกรรม/CQI เท่ากับ ๑๐๐ ๕. ร้อยละของ ตัวชี้วัด ๒P Safety ที่ผ่าน เกณฑ์เป้าหมาย	น.ส.ฉมลวรรณ บุญรักษา

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน (Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
๑.	การพัฒนาระบบ บริหารจัดการกลุ่ม งานเทคนิค การแพทย์ให้เป็น หน่วยงานที่มี ธรรมาภิบาล และ เป็นเลิศในด้านการ บริหารจัดการ หน่วยงาน (ต่อ)	-	-	-	-	-	เท่ากับ ร้อยละ ๑๐๐ ๗. อัตราการเกิด ความเสี่ยงระดับ E-I น้อยกว่าร้อยละ ๑๐ ๘ อัตราการเกิด อุบัติการณ์ระดับ E หรือ ๓ ขึ้นไป ซ้ำ น้อยกว่าร้อยละ ๕ ๙ ร้อยละอุบัติการณ์ ความรุนแรงระดับ E ขึ้นไปได้รับการทำ RCA ร้อยละ ๑๐๐	ที่โรงพยาบาล กำหนด มาก กว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐ ๖. ความ ครอบคลุมใน การรายงาน ความเสี่ยงของ ทุกหน่วย งาน ในโรงพยาบาล ๗. อัตราการ เกิดความเสี่ยง ระดับ E-I น้อย กว่าร้อยละ ๑๐ ๘ อัตราการ เกิดอุบัติการณ์ ระดับ Eหรือ ๓ ขึ้นไป ซ้ำ น้อย กว่าร้อยละ ๕ ๙ ร้อยละ อุบัติการณ์ ความรุนแรง ระดับ E ขึ้นไป ได้รับการทำ RCA ร้อยละ ๑๐๐	น.ส.ฉมลวรรณ บุญรักษา

การขออนุมัติแผนปฏิบัติการกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลฟากท่า ปีงบประมาณ ๒๕๖๗

(ลงชื่อ) ผู้เสนอแผนปฏิบัติการ
(นางสาวธมลวรรณ บุญรักษา)
ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลฟากท่า
วันที่..... ๒ ต.ค. ๒๕๖๖.....

(ลงชื่อ) ผู้อนุมัติแผนปฏิบัติการงานเทคนิคการแพทย์
(นางสาวพรสวรรค์ มีชิน)
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลฟากท่า
วันที่..... ๒ ต.ค. ๒๕๖๖.....

แผนปฏิบัติการหน่วยงาน/ทีม....แพทย์แผนไทย..... โรงพยาบาลฟากท่า
ปีงบประมาณ.....๒๕๖๗.....

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ พัฒนาด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเป็นเลิศ และยุทธศาสตร์ที่ ๒ พัฒนาด้านบริการเป็นเลิศ

ประเด็นยุทธศาสตร์: ๑. ด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเป็นเลิศ(PP Excellence) ๒. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

- ตัวชี้วัดเป้าประสงค์: ๑. โรงพยาบาลฟากท่าผ่านการประเมินมาตรฐาน react credit HA ชั้นที่ ๓
 ๒. โรงพยาบาลฟากท่าผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐาน(รพ.สส.พท.) ระดับดีเยี่ยม
 ๑. อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการแพทย์แผนไทยไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย (พร้อมระบุจำนวน)	การดำเนินงาน กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน(Output)	ผลลัพธ์ (Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ผู้รับผิดชอบ
๑	การดำเนินการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA	๑. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ได้มาตรฐาน	๑.บุคลากรของงานแพทย์แผนไทย ๓ คน ๒.ผู้รับบริการงานแพทย์แผนไทย	๑. วิเคราะห์ระบบงาน/ค้นหาความเสี่ยง/โอกาสพัฒนาของหน่วยงาน ๒. จัดทำ/ทบทวนบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงาน ๓. รายงานความเสี่ยงของหน่วยงาน ๔. จัดทำกิจกรรมทบทวน - การทบทวนความคิดเห็นและข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ- การทบทวนการตรวจรักษาโดยผู้ชำนาญกว่า - การค้นหาและการป้องกันความเสี่ยง - การป้องกันและการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล	-	๑. มีการพัฒนางานตามมาตรฐาน HA ๒. มีการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ ๒ ครั้ง/ปี	๑. โรงพยาบาลฟากท่าผ่านการประเมินมาตรฐาน react credit HA ชั้นที่ ๓ ๒. ผู้รับบริการพึงพอใจในการให้บริการของแผนกแพทย์แผนไทย	๑.โรงพยาบาลฟากท่าผ่านการประเมินมาตรฐาน react credit HA ชั้นที่ ๓	นายदनัย พองแก้ว น.ส.อำพา อุ่นพานางธัญชา ชัยวัฒนพล

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย (พร้อมระบุจำนวน)	การดำเนินงาน กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน(Output)	ผลลัพธ์ (Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ผู้รับผิดชอบ
				<ul style="list-style-type: none"> - การทบทวนการใช้ความรู้ทางวิชาการ - การทบทวนการใช้ทรัพยากร - การติดตามตัวชี้วัดที่สำคัญ ๕. การทำ CQI ๖. จัดทำ Service Profile ๗. การจัดทำแนวทางปฏิบัติงานและวิธีปฏิบัติงานที่สำคัญ ๘. ประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการหน่วยงานแพทย์แผนไทย 					
๒	พัฒนาคุณภาพงานให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานงานการแพทย์แผนไทย(รพ.สส.พท.)	๑. เพื่อให้ผู้มารับบริการด้านการแพทย์แผนไทยได้รับการบริการที่มีความปลอดภัย พึ่งพอใจและได้มาตรฐาน	๑.บุคลากรของงานแพทย์แผนไทย ๓ คน ๒.ผู้รับบริการงานแพทย์แผนไทย	๑. วิเคราะห์ Gap Analysis มาตรฐานแพทย์แผนไทยกับสิ่งที่กลุ่มงานปฏิบัติอยู่ในปัจจุบัน เพื่อหาโอกาสพัฒนางานตามมาตรฐาน ๒. นำโอกาสพัฒนามาดำเนินงานตามมาตรฐานแพทย์แผนไทยทั้ง ๕ ด้าน ๓. รับการตรวจประเมินมาตรฐานการแพทย์แผนไทย(รพ.สส.พท.)จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	๑๐,๐๐๐ บาท	๑. มีการพัฒนางานตามมาตรฐานงานแพทย์แผนไทยทั้ง ๕ ด้าน ๒. ได้รับการตรวจประเมินมาตรฐานแพทย์แผนไทยจากภายนอกอย่างน้อย ๑ ครั้ง/ปี ๓. มีการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ ๑ ครั้ง/ปี ๔. ดำเนินการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะที่ได้รับ	๑. คะแนนการประเมินมาตรฐานแพทย์แผนไทยผ่านเกณฑ์มาตรฐาน อยู่ในระดับดีเยี่ยม ๒. ผู้รับบริการพึงพอใจในการให้บริการของงานแพทย์แผนไทย ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐	๑.ผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐาน(รพ.สส.พท.) ระดับดีเยี่ยม ๒.อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทย เป้าหมาย ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐ ๓. อัตราข้อร้องเรียน เป็น ๐	นายดนัย พองแก้ว น.ส.อำพา อุ่นพานางธัญชา ชัยวัฒนพล

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย (พร้อมระบุจำนวน)	การดำเนินงาน กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน(Output)	ผลลัพธ์ (Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ผู้รับผิดชอบ
				<p>อุดรดิตต์(๑ ครั้ง/ปี)</p> <p>๔. ดำเนินการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะที่ได้รับจากการตรวจรับประเมินมาตรฐานฯ และจากผู้รับบริการ</p> <p>๕. ประเมินผลความพึงพอใจของผู้รับบริการ ๑ ครั้ง/ปี</p>					
๓	พัฒนางานบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย	๑. เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มโรคเป้าหมาย ได้รับการบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย และมีทางเลือกในการรักษาอย่างครอบคลุม	ผู้ป่วยในกลุ่มอาการที่มีข้อบ่งชี้ในการใช้ยากัญชาทางการแพทย์ตามที่ CPG กำหนด จำนวน ๖ โรค ได้แก่ ๑. ปวดเรื้อรัง ๒. นอนไม่หลับ ๓. พาร์กินสัน ๔. มะเร็ง ๕. Palliative ๖. อัมพฤกษ์-อัมพาต	<p>๑. จัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย</p> <p>๒. เปิดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยกับผู้ป่วยในกลุ่มอาการที่มีข้อบ่งชี้ในการใช้ยากัญชาทางการแพทย์ตามที่ CPG กำหนด จำนวน ๖ โรค</p>	-	<p>๑. แพทย์แผนไทยผ่านการอบรมการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย</p> <p>๒. โรงพยาบาลพากท่าผ่านการอนุญาตให้จัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย</p>	ผู้ป่วยโรคเป้าหมายเข้ารับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยตามโรคที่ CPG ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	ร้อยละผู้ป่วยโรคเป้าหมายเข้ารับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยตามโรคที่ CPG กำหนดไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐	นายदनัย ฟองแก้ว น.ส.อำพา อุ่นพา
๔	พัฒนาการให้บริการทางแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการปฐมภูมิ	๑. เพื่อพัฒนาและทบทวนความรู้ในการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงให้แก่ อสม. Care giver ผู้ช่วยแพทย์แผนไทยและเจ้าหน้าที่ในเขต รพ.สต.	- เจ้าหน้าที่รพ.สต. อสม. และ Care giver ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย ๑ แห่ง	<p>๑. อบรมทบทวนความรู้ในการดูแลฟื้นฟูด้วยการแพทย์แผนไทยให้แก่ ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย</p> <p>๒. ร่วมวางแผนทางการรักษาฟื้นฟูกับเจ้าหน้าที่</p>	เงินบำรุง ๒๐,๐๐๐ บาท	<p>๑. มีการอบรมความรู้ให้แก่ อสม. Care giver และเจ้าหน้าที่ในเขต รพ.สต. ๑ แห่ง</p> <p>๒. มีแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการ</p>	๑. เจ้าหน้าที่รพ.สต. และ อสม. ๑ แห่ง มีความรู้ในการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ด้วยศาสตร์	๑. เจ้าหน้าที่รพ.สต. และ อสม. ๑ แห่ง ได้รับการอบรมความรู้ ร้อยละ ๑๐๐	นายदनัย ฟองแก้ว น.ส.อำพา อุ่นพา นางธนัชชา ชัยวัฒนพล

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย (พร้อมระบุจำนวน)	การดำเนินงาน กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน(Output)	ผลลัพธ์ (Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ผู้รับผิดชอบ
		<p>๒. เพื่อพัฒนาการให้บริการฟื้นฟูและส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยในชุมชน</p> <p>๓. ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน</p> <p>๔. ออกให้บริการควบคุมกำกับและดูแลการให้บริการการแพทย์แผนไทยให้ไปเป็นตามมาตรฐาน</p>		<p>รพ.สต. และสหวิชาชีพ เพื่อให้ติดตามดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. และ Care giver และสหวิชาชีพเพื่อให้ติดตามดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง</p> <p>๓. ดูแลและส่งเสริมสุขภาพทำในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน</p>		<p>รักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย</p> <p>๓. มีการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมกับสหวิชาชีพ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. และ Care giver</p> <p>๔. มีการอบรมทบทวนความรู้ในการประเมินและการรักษาฟื้นฟูทางแพทย์แผนไทยให้ผู้ช่วยแพทย์แผนไทยในรพ.สต.</p> <p>๕. รพ.สต. ๑ แห่ง ผ่านการประเมิน</p>	<p>การแพทย์แผนไทย</p> <p>๒. มีเครือข่ายที่ช่วยดูแลผู้ป่วยในแต่ละ รพ.สต.</p> <p>๓. ผู้ช่วยแพทย์แผนไทยตรวจรักษาโรคทางด้านการแพทย์แผนไทยในรพ.สต. ได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย</p>	<p>๒. อัตราผู้ป่วย DM ได้รับการดูแลทั่วร้อยละ ๑๐๐</p> <p>๒.๑ ผู้ป่วย DM ในกลุ่มประเมินความเสี่ยงทำกลุ่มความเสี่ยงปานกลางได้รับการดูแลทั่วด้วยการแช่เท้าเหมาะสมและปลอดภัย ร้อยละ ๑๐๐ รพ.สต. ๑ แห่ง ผ่านการประเมินมาตรฐาน(รพ. สส.พท.)ระดับดีเยี่ยม</p>	
๕	พัฒนาระบบเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์แผนไทย	๑. เพื่อให้มีเครื่องมือ/อุปกรณ์ที่มีประสิทธิภาพ มีความเที่ยงตรง เพียงพอต่อการให้บริการรักษาผู้ป่วย	-	<p>๑. วิเคราะห์ความเพียงพอของเครื่องมือ/อุปกรณ์ และจัดทำคำขอความต้องการเครื่องมือทางการแพทย์ของงานแพทย์แผนไทยเสนอต่อคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล</p> <p>๒. จัดทำบัญชีเครื่องมือ</p> <p>๓. จัดทำแนวทางปฏิบัติวิธีการใช้ อุปกรณ์และวิธีการ</p>	ค่าซ่อมบำรุงเครื่องมือ ๒๐,๐๐๐ บาท	<p>๑. มีแผนความต้องการเครื่องมือ/อุปกรณ์</p> <p>๒. มีการตรวจสอบความพร้อมใช้ของเครื่องมือ/อุปกรณ์ในทุกวันที่มีการใช้งาน</p> <p>๓. มีการสอบเทียบเครื่องมือและอุปกรณ์ ๑ ครั้ง/ปี</p> <p>๔. มีแนวทางในการซ่อมเครื่องมือ/อุปกรณ์ที่ชำรุด</p>	๑. เครื่องมือและอุปกรณ์มีความเที่ยงตรง พร้อมใช้งาน และเพียงพอต่อการให้บริการผู้ป่วย	๑. อัตราความไม่พร้อมใช้ของเครื่องมือและอุปกรณ์ เป็น ๐	นายदनัย ฟองแก้ว น.ส.อำพา อุ่นพานาง นางธนัชชา ชัยวัฒนพล

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย (พร้อมระบุจำนวน)	การดำเนินงาน กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน(Output)	ผลลัพธ์ (Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ผู้รับผิดชอบ
				บำรุงดูแลรักษา เครื่องมือทางการ แพทย์ของหน่วยงาน แพทย์แผนไทย					

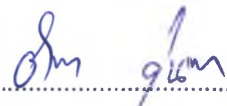
ยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนาด้านด้านบุคลากรเป็นเลิศ

ประเด็นยุทธศาสตร์: ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (Personal Excellence)

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์: ๑. อัตราบุคลากรทางการแพทย์แผนไทยผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานด้านบุคลากร ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐๐

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย (พร้อมระบุจำนวน)	การดำเนินงาน กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน(Output)	ผลลัพธ์ (Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ผู้รับผิดชอบ
๑	พัฒนาศักยภาพ และ ประสิทธิภาพของ บุคลากร	๑. เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์แผนไทยมีความรู้ สมรรถนะเหมาะสมกับการให้บริการ	๑.แพทย์แผนไทย จำนวน ๒ คน ๒.ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย จำนวน ๑ คน	๑. จัดทำแผนพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ ๒. แจงเจ้าหน้าที่เข้าร่วมอบรมประชุมวิชาการทางการแพทย์แผนไทย ๓. เข้าร่วมอบรมความรู้ต่างๆภายในหน่วยงาน และหน่วยบริการ	๒๕,๐๐๐ บาท	๑. มีแผนพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ ๒. มีการส่งเจ้าหน้าที่เข้าร่วมอบรมพัฒนาความรู้ทางด้านการแพทย์แผนไทย	๑. เจ้าหน้าที่ได้รับการอบรมพัฒนาความรู้ทางด้านการแพทย์แผนไทย ๒. บุคลากรทางการแพทย์แผนไทยผ่านเกณฑ์การประเมินสมรรถนะ	ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับ การอบรม วิชาการอย่างน้อย ๒ เรื่อง/ปี เป้าหมาย ๑๐๐% ๒. อัตรา บุคลากรทาง การแพทย์แผนไทยผ่านเกณฑ์ การประเมิน มาตรฐานด้าน บุคลากร ๑๐๐%	นายต๋นย ฟองแก้ว น.ส.อำพา อุ่นพานางธนัชชา ชัยวัฒนพล

การขออนุมัติแผนปฏิบัติการหน่วยงาน/ทีม..แพทย์แผนไทย... โรงพยาบาลฟากท่า ปีงบประมาณ....๒๕๖๗.....

(ลงชื่อ).....ผู้เสนอแผนปฏิบัติการ
ตำแหน่ง หัวหน้างานแพทย์แผนไทย

(ลงชื่อ)
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลฟากท่า

แผนปฏิบัติการงานโภชนาการ โรงพยาบาลฟากท่า

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน

ประเด็นยุทธศาสตร์ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellent)

มิติด้านประสิทธิผล: เป้าประสงค์ที่ R๑.๑ ระบบบริการได้มาตรฐานผ่านการรับรองคุณภาพ

มิติด้านคุณภาพ: เป้าประสงค์ที่ S๒.๑ ประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพอย่างมีมาตรฐาน

เป้าประสงค์ที่ S๒.๒ ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ

เป้าประสงค์ที่ S๒.๓ ผู้รับบริการเข้าถึงบริการที่จำเป็นที่มีคุณภาพและปลอดภัย

มิติด้านประสิทธิภาพ: เป้าประสงค์ที่ M๓.๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่จำเป็นของโรงพยาบาลให้ได้มาตรฐาน

เป้าประสงค์ที่ M๓.๒ พัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอฟากท่า

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์: ๑.โรงพยาบาลฟากท่าสามารถผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA ชั้นที่ ๓

๒.โรงพยาบาลฟากท่าสามารถดำเนินการผ่านมาตรฐาน โรงพยาบาลอาหารปลอดภัย

๓.งานโภชนาการมีอัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐

ลำดับ	โครงการ/ กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน (Output)	ผลลัพธ์(Outco me)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ผู้รับผิดชอบ
๑.	การพัฒนา คุณภาพ โภชนาการตาม มาตรฐาน HA	๑.เพื่อให้งาน โภชนาการ มีการพัฒนา คุณภาพการ บริการ อย่างต่อเนื่อง ๒.เพื่อให้ผู้มารับ บริการทางโภชนา การได้รับบริการ ที่ปลอดภัย สร้าง ความพึงพอใจและ ได้มาตรฐาน	๑.เจ้าหน้าที่งาน โภชนาการ จำนวน ๓ คน ๒.ผู้มารับบริการ ทุกคน	๑.ดำเนินกิจกรรม” หัวหน้าพาททวน”โดย งานโภชนาการทำหัวข้อ ทบทวนดังนี้ -กิจกรรมการทบทวนคำ ร้องเรียน/ข้อเสนอแนะ -กิจกรรมการทบทวน การตรวจรักษาโดยผู้ ชำนาญกว่า -กิจกรรมการทบทวน การค้นหาและป้องกัน ความเสี่ยงโดยนำไปสู่ <ul style="list-style-type: none"> ● การจัดทำบัญชี ความเสี่ยง ● การกำหนด มาตรการป้องกัน ความเสี่ยง ● การรายงานความ เสี่ยงเมื่อเกิด อุบัติการณ์ขึ้น ● การทำRoot Cause Analysis(RCA) -กิจกรรมการทบทวน เหตุการณ์สำคัญ -กิจกรรมการทบทวน การใช้ความรู้ทาง วิชาการ	-	๑.มีการทำCQI/ สร้างนวัตกรรมไม่ น้อยกว่า ๑๐ เรื่อง/ปี ๒.มีการจัดทำ บัญชีความเสี่ยงไม่ น้อยกว่า ๒ ครั้ง/ปี ๓.มีSOP, CPG,WI ทางโภชนาการที่ ครอบคลุมโรค/ หัตถการ/ กระบวนการงานที่ สำคัญครบทุกเรื่อง	๑.งานโภชนาการ ที่อัตราความพึง พอใจของ ผู้รับบริการไม่น้อย กว่า ๘๐ ๒.โรงพยาบาล พากทำผ่านการ รับรองคุณภาพ ตามมาตรฐานHA ขั้นที่๓	๑.งานโภชนาการ มีอัตราความพึง พอใจของ ผู้รับบริการไม่น้อย กว่า ๘๐ ๒.โรงพยาบาล พากทำผ่านการ รับรองคุณภาพ ตามมาตรฐานHA ขั้นที่๓	นางสาวพรพิมล พรมสุวรรณ

ลำดับ	โครงการ/ กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน (Output)	ผลลัพธ์(Outco me)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ผู้รับผิดชอบ
				๒.นำโอกาสพัฒนา/ ความเสี่ยงที่ค้นพบ มา ดำเนินการพัฒนา คุณภาพบริการอย่าง ต่อเนื่อง (CQI) สร้าง นวัตกรรมเพื่อช่วยใน การปฏิบัติงาน ๓.จัดทำระเบียบปฏิบัติ และวิธีปฏิบัติงานที่ สำคัญๆของงาน โภชนาการ ๔.ดำเนินการประเมิน ความพึงพอใจของ ผู้รับบริการทาง โภชนาการทุกๆ ๖ เดือน ๕.จัดทำเอกสาร สรุปผลการพัฒนา คุณภาพของงาน โภชนาการตามรูปแบบ Service Profile					

ลำดับ	โครงการ/ กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน (Output)	ผลลัพธ์ (Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ผู้รับผิดชอบ
๒.	การพัฒนา คุณภาพบริการ โภชนาการตาม มาตรฐาน โรงพยาบาล อาหารปลอดภัย	๑.เพื่อให้งาน โภชนาการมีการ พัฒนาคุณภาพ อย่างต่อเนื่องตาม มาตรฐาน มาตรฐาน โรงพยาบาล อาหารปลอดภัย ๒.เพื่อให้ผู้มารับ บริการโภชนาการ ได้รับบริการที่ ปลอดภัย สร้าง ความพึงพอใจและ ได้มาตรฐาน	๑.เจ้าหน้าที่งาน โภชนาการ จำนวน ๓ คน ๒.ผู้มารับ บริการทุกคน	๑.วิเคราะห์การปฏิบัติงาน ที่ปฏิบัติอยู่ในปัจจุบันของ งานโภชนาการเทียบกับ ข้อกำหนดตามมาตรฐาน โรงพยาบาลอาหาร ปลอดภัย(Gap Analysis) เพื่อหาส่วนต่างของโอกาส พัฒนาตามมาตรฐาน โรงพยาบาลอาหาร ปลอดภัย ๒.นำโอกาสพัฒนาที่ ค้นพบมาดำเนินการ พัฒนาคุณภาพการบริการ ทางโภชนาการอย่าง ต่อเนื่อง(CQI) ๓.จัดทำเอกสารประเมิน ตนเองตามมาตรฐาน โรงพยาบาลอาหาร ปลอดภัยเพื่อรับประเมิน คุณภาพตามมาตรฐาน โรงพยาบาลอาหาร ปลอดภัย ๔.รับการประเมินจาก คณะกรรมการฯและนำ ข้อเสนอแนะที่ได้จาก คณะกรรมการมา ดำเนินการปรับปรุง คุณภาพการบริการทาง โภชนาการต่อเนื่อง	-	๑.มีการทำCQI/ สร้างนวัตกรรมไม่ น้อยกว่า ๑๐ เรื่อง/ปี ๒.มีการจัดทำ เอกสารประเมิน ตนเองตาม มาตรฐาน โรงพยาบาล อาหารปลอดภัย	๑.โรงพยาบาล ฟากทำสามารถ ดำเนินการผ่าน มาตรฐาน โรงพยาบาล อาหารปลอดภัย	๑.โรงพยาบาล ฟากทำสามารถ ดำเนินการผ่าน มาตรฐาน โรงพยาบาล อาหารปลอดภัย	นางสาวพรพิมล พรมสุวรรณ

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนาระบบบริหารจัดการบุคลากรขององค์กร

ประเด็นยุทธศาสตร์ : ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (Personnel Excellence)

มิติด้านประสิทธิผล: เป้าประสงค์ที่ R๑.๓ บุคลากรมีความสุขและมีความผูกพันต่อองค์กร

มิติด้านคุณภาพ: เป้าประสงค์ที่ S๒.๖ บุคลากรมีความรู้ สมรรถนะเหมาะสมกับการให้บริการ

มิติด้านการพัฒนาองค์กร: เป้าประสงค์ที่ C๔.๒ ส่งเสริมค่านิยม MOPHขององค์กร

- ตัวชี้วัดเป้าประสงค์:
๑. อัตราของบุคลากรงานโภชนาการมีคะแนนดัชนีความสุข (Happiness index) ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐
 ๒. อัตราของบุคลากรงานโภชนาการที่มีสัดส่วนชั่วโมงการฝึกอบรมต่อคนต่อปีไม่น้อยกว่า๑๐ ชั่วโมงไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐
 ๓. อัตราของบุคลากรงานโภชนาการที่ได้คะแนนการประเมินการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ขององค์กรระดับดี (ร้อยละ ๗๐) ขึ้นไป ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน (Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ผู้รับผิดชอบ
๑.	การพัฒนาระบบบริหารจัดการบุคลากรของงานโภชนาการ	๑.เพื่อให้บุคลากรของงานโภชนาการมีความรู้ความสามารถและมีค่านิยมที่เหมาะสมกับการดำเนินงานเพื่อการบรรลุเป้าหมายของกลุ่มงานและโรงพยาบาลฟากท่า ๒.เพื่อให้บุคลากรของกลุ่มงานโภชนาการมีขวัญและกำลังใจที่ดีในการปฏิบัติงาน	๑.เจ้าหน้าที่งานโภชนาการจำนวน ๓ คน	๑.กำหนดหัวข้อความรู้ความสามารถของงานโภชนาการ ๒.ส่งเสริมให้บุคลากรของกลุ่มงานให้เข้ารับการพัฒนาตามที่กำหนดไว้ ๓.มอบหมายงานให้บุคลากรทุกคนอย่างชัดเจน ๔.กำหนด KPI ให้แก่บุคลากรแต่ละคนอย่างชัดเจน เเท่าเทียมกันและมีการกำหนดKPI ที่เป็นตัวชี้วัดร่วมของกลุ่มงานให้ทุกคนเพื่อจะได้ช่วยเหลือกันทำงานให้บรรลุเป้าหมายที่องค์กรได้กำหนดไว้ ๕.ประเมินผลการปฏิบัติงานที่โปร่งใสตรวจสอบได้ ๖.หัวหน้างานโภชนาการถ่ายทอดแนวคิด ค่านิยม	-	๑.อัตราของบุคลากรงานโภชนาการที่มีสัดส่วนชั่วโมงการฝึกอบรมต่อคนต่อปีไม่น้อยกว่า ๑๐ ชั่วโมงไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐ ๒.อัตราของบุคลากรงานโภชนาการที่ผ่านเกณฑ์การประเมินสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐๐ ๓.อัตราของบุคลากรงานโภชนาการที่ได้คะแนนการประเมินการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ของ	๑.อัตราของบุคลากรงานโภชนาการมีคะแนนดัชนีความสุข (Happiness index) ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ๒.อัตราการโยกย้าย/ลาออกของบุคลากรงานโภชนาการที่ปฏิบัติงานไม่เกิน ๓ ปีไม่เกินร้อยละ๕หรือลดลงจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ๑๐	๑.อัตราของบุคลากรงานโภชนาการมีคะแนนดัชนีความสุข (Happiness index)ผ่านเกณฑ์มาตรฐานไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ๒.อัตราการโยกย้าย/ลาออกของบุคลากรงานโภชนาการที่ปฏิบัติงานไม่เกิน ๓ ปีไม่เกินร้อยละ ๕หรือลดลงจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ ๑๐	นางสาวพรพิมล พรหมสุวรรณ

				องค์กร “MOPH” แก่บุคลากรในกลุ่มงานผ่านคำขวัญ “เป็นนายตนเอง เร่งสร้างสิ่งใหม่ ใส่ใจประชาชน ถ่อมตนอ่อนน้อม”และประเมินความรู้ความเข้าใจทุกๆเดือน ๗.จัดกิจกรรมเสริมในกลุ่มงาน เช่น การให้ของขวัญปีใหม่จากหัวหน้ากลุ่มงาน การรับประทานอาหารร่วมกันในกลุ่มงาน เป็นต้น		องค์กรระดับดี (ร้อยละ๗๐)ขึ้นไป ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐			
--	--	--	--	---	--	---	--	--	--

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ พัฒนาระบบบริหารเพื่อมุ่งสู่องค์กรที่มีธรรมาภิบาล

ประเด็นยุทธศาสตร์ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

มิติด้านประสิทธิผล: เป้าประสงค์ที่ R๑.๔ องค์กรมีธรรมาภิบาล

มิติด้านคุณภาพ: เป้าประสงค์ที่ S๒.๗ องค์กรโปร่งใส ตรวจสอบได้

มิติด้านการพัฒนาองค์กร: เป้าประสงค์ที่ C๔.๔ พัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศ

เป้าประสงค์ที่ C๔.๕ พัฒนาการบริหารจัดการด้านการเงิน การคลังอย่างมีประสิทธิภาพ

เป้าประสงค์ที่ C๔.๖ พัฒนาระบบการจัดการความรู้ งานวิจัยและนวัตกรรม

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์:

๑. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA

๒. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน

๓. โรงพยาบาลพากทำผ่านเกณฑ์คุณภาพเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาลระดับ๒

๔. โรงพยาบาลพากทำได้คะแนนคุณภาพของข้อมูล ๔๓ แฟ้ม ในระบบ DHDC ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๗

๕. โรงพยาบาลพากทำได้คะแนนการประเมิน FAI ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐

๖. งานโภชนาการ ผลงาน CQI นวัตกรรมไม่น้อยกว่า ๑๐ เรื่อง/ปี

๗. ในปี ๒๕๖๗ งานโภชนาการต้องมีผลงานวิจัยอย่างน้อย ๑ เรื่อง

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน (Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ผู้รับผิดชอบ
๑.	การพัฒนากระบวนการบริหารจัดการงานโภชนาการให้เป็นหน่วยงานที่มีธรรมาภิบาลและเป็นเลิศในด้านการบริหารจัดการหน่วยงาน	๑.เพื่อให้งานโภชนาการเป็นหน่วยงานที่โปร่งใสตรวจสอบได้ ๒.เพื่องานโภชนาการมีการบริหารจัดการที่ที่ความถูกต้องครบถ้วน เชื่อถือได้ ๓.เพื่องานโภชนาการที่การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งในรูปแบบของ CQI และนวัตกรรมในการปฏิบัติงาน ๔.งานโภชนาการที่การทำวิจัยในประเด็นที่สอดคล้องกับการดำเนินงาน/ปัญหาของกลุ่มงาน	๑.เจ้าหน้าที่งานโภชนาการจำนวน ๓ คน	๑.งานโภชนาการดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างและบริหารพัสดุโภชนาการที่ถูกต้องตาม พรบ.การจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ และระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ ๒.งานโภชนาการร่วมดำเนินการตามหลักเกณฑ์ ITA และหลักการควบคุมภายในอย่างเคร่งครัด ๓.งานโภชนาการมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งในรูปแบบของ CQI และนวัตกรรมในการปฏิบัติงาน ๔.งานโภชนาการที่การกำหนด KPI ให้บุคลากรทุกคนต้องร่วมกันทำวิจัยอย่างน้อย ๑ เรื่องในปี ๒๕๖๗	-	๑.โรงพยาบาลฟากท่าได้คะแนนประเมิน ITA ในส่วนของพัสดุไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ๒.กลุ่มงานโภชนาการมีอุบัติการณ์ต้องแก้ไขข้อมูลตามระบบข้อมูล๔๓ แห่งไม่เกิน ๒ ครั้ง/ปี ๓.กลุ่มงานโภชนาการมีผลงานCQI/สร้างนวัตกรรมไม่น้อยกว่า ๑๐ เรื่อง/ปี ๔.ในปี ๒๕๖๗ งานโภชนาการมีผลงานวิจัยอย่างน้อย ๑ เรื่อง	๑.โรงพยาบาลฟากท่าได้คะแนนประเมิน ITA ๒.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน ๓.โรงพยาบาลฟากท่าผ่านเกณฑ์คุณภาพเทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลระดับ๒	๑.โรงพยาบาลฟากท่าได้คะแนนประเมิน ITA ๒.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน ๓.โรงพยาบาลฟากท่าผ่านเกณฑ์คุณภาพเทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลระดับ ๒	

(ลงชื่อ).....ผู้เขียนและเสนอแผนงานโครงการ
ตำแหน่ง นักโภชนาการปฏิบัติการ

(ลงชื่อ).....ผู้อนุมัติแผนปฏิบัติการ
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลฟากท่า

แผนปฏิบัติการกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลฟากท่า ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗

ประเด็นยุทธศาสตร์สาธารณสุข	[]๑.PP&P Excellence+Environment []๒.Service Excellence [v]๓.People Excellence []๔.Governance Excellence	หน่วยงาน/กลุ่มงาน : งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิติเวช กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลฟากท่า												
เป้าประสงค์	พัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพบุคลากรเพื่อเตรียมความพร้อมแผนรองรับอุบัติเหตุหมู่ใน คปสอ.ฟากท่า													
ตัวชี้วัดเป้าประสงค์	คปสอ.ฟากท่ามีระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉิน (ICS) มีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง โรงพยาบาลฟากท่ามีแผนปฏิบัติงานรองรับอุบัติเหตุหมู่ ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง เจ้าหน้าที่รพ.ฟากท่า ได้ผ่านการซ้อมแผนรองรับอุบัติเหตุหมู่ อย่างน้อย ๑ ครั้ง/ปี													
โครงการ และวัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	ผลลัพธ์ (Outcome)										แหล่งงบประมาณ		
โครงการซ้อมแผนอุบัติเหตุหมู่ โรงพยาบาลฟากท่า อำเภอฟากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ๑.เพื่อทบทวนและปรับปรุงระบบโครงการระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉิน (ICS) คปสอ.ฟากท่า (ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน : EOC) ๒. เพื่อฝึกซ้อมแผนอุบัติเหตุหมู่ ๓. เพื่อเตรียมความพร้อมให้บริการผู้ป่วยที่มีรับบริการทั้งทางด้านสถานที่ อุปกรณ์ และเจ้าหน้าที่ในกรณีอุบัติเหตุหมู่หรืออุบัติเหตุกลุ่มชน ๔. เพื่อให้เจ้าหน้าที่ที่สามารถให้บริการผู้ป่วยในกรณีอุบัติเหตุหมู่ได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง ตามมาตรฐานวิชาชีพ และมีประสิทธิภาพ ๕. เพื่อให้ผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุหมู่หรืออุบัติเหตุกลุ่มชนได้รับการและการช่วยเหลือด้วยความรวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย	๑. คณะกรรมการตอบโต้ภาวะภัยพิบัติ จำนวน ๒๕ คน ๒. บุคลากรโรงพยาบาลฟากท่า เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เจ้าหน้าที่ตำรวจ และเจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง จำนวน ๙๖ คน □	๑. บุคลากรโรงพยาบาลฟากท่า เกิดความชำนาญและมีความพร้อมรับมือกรณีอุบัติเหตุหมู่ หรือสาธารณภัยอื่นๆ สามารถปฏิบัติงานเมื่อมีอุบัติเหตุหมู่หรือสาธารณภัยอื่นๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ๒. บุคลากรจากหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกโรงพยาบาล มีความร่วมมือ เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสานการทำงาน ให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินเมื่อเกิดอุบัติเหตุหมู่หรือสาธารณภัยอื่นๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ๓. อัตราการตายและพิการของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุหมู่ลดลง										ชื่อแหล่งงบประมาณ : งบประมาณเงินบำรุง โรงพยาบาลฟากท่า		
												ชื่อผลผลิต (รหัสผลผลิต) : พัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพบุคลากรเพื่อเตรียมความพร้อมแผนรองรับอุบัติเหตุหมู่ใน คปสอ.ฟากท่า		
												ชื่อผลผลิต (รหัสผลผลิต) : พัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพบุคลากรเพื่อเตรียมความพร้อมแผนรองรับอุบัติเหตุหมู่ใน คปสอ.ฟากท่า		
กิจกรรมหลัก	รวม (บาท)	การใช้งบประมาณ (ระบุจำนวนเงิน)												
		ค.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	
๑. โครงการซ้อมแผนอุบัติเหตุหมู่ โรงพยาบาลฟากท่า อำเภอฟากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖														
๑.๑ งบประมาณเงินบำรุง โรงพยาบาลฟากท่า จำนวน ๑๔,๘๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นสี่พันแปดร้อยบาทถ้วน)														
๑.๑.๑ ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม สำหรับการประชุมคณะกรรมการตอบโต้ภัยพิบัติ จำนวน ๒๖ คนๆละ ๑ มื้อๆละ ๓๕ บาท							๗๗๐							
๑.๑.๒ ค่าอาหารกลางวันสำหรับการฝึกปฏิบัติซ้อมแผน ฯ จำนวน ๙๖ คน คนๆละ ๑ มื้อๆละ ๗๐ บาท								๖,๗๒๐.๐๐						
๑.๑.๓ ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม สำหรับการฝึกปฏิบัติซ้อมแผน ฯ จำนวน ๙๖ คนๆละ ๒ มื้อๆละ ๓๕ บาท								๖,๗๒๐.๐๐						
๑.๑.๖ ค่าป้ายไวนิล ๑ ป้าย								๕๙๐.๐๐						
รวมเป็นเงิน (จำแนกรายเดือน)		๐	๐	๐	๐	๐	๗๗๐	๑๔,๐๓๐	๐	๐	๐	๐	-	
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น (หนึ่งหมื่นสี่พันสี่ร้อยบาทถ้วน)	๑๔,๘๐๐						๗๗๐.๐๐	๑๔,๐๓๐.๐๐						

ประเด็นยุทธศาสตร์สาธารณสุข	[]๑.PP&P Excellence+Environment []๒.Service Excellence [v]๓.People Excellence []๔.Governance Excellence		หน่วยงาน/กลุ่มงาน : งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิติเวช กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลฟากท่า										
เป้าประสงค์	พัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพบุคลากรใน คปสอ.ฟากท่า												
ตัวชี้วัดเป้าประสงค์	บุคลากรทั่วไปใน คปสอ.ฟากท่า มีความรู้เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานผ่านการประเมินไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ บุคลากรแพทย์ และ พยาบาล คปสอ.ฟากท่า มีความรู้เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงผ่านการประเมินไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ บุคลากรทั่วไป บุคลากรแพทย์ และ พยาบาล คปสอ.ฟากท่า เข้าร่วมโครงการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและขั้นสูง เข้าร่วมโครงการ ร้อยละ ๑๐๐												
โครงการ และวัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	ผลลัพธ์ (Outcome)	แหล่งงบประมาณ										
โครงการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและขั้นสูง ของบุคลากรใน คปสอ.ฟากท่า อำเภอฟากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗ ๑.เพื่อให้บุคลากรทั่วไปใน คปสอ.ฟากท่า มีความรู้ ความสามารถปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพพื้นฐาน ได้อย่างถูกต้อง ๒.เพื่อให้บุคลากรทางแพทย์คปสอ.ฟากท่า มีความรู้ ความสามารถปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ได้อย่างถูกต้อง ๓.เพื่อให้บุคลากรใน คปสอ.ฟากท่า เกิดทักษะและความชำนาญในเรื่องการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพพื้นฐานและการช่วยชีวิตขั้นสูง	บุคลากร ใน คปสอ.ฟากท่า จำนวน ๑๒๒ คน โดยแบ่งเป็น - บุคลากรทั่วไปใน คปสอ.ฟากท่า จำนวน ๙๖ คน - บุคลากรทางการแพทย์ จำนวน ๒๖ คน	๑. บุคลากรทั่วไปใน คปสอ.ฟากท่า มีความรู้เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานผ่านการประเมินไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ๒. บุคลากรแพทย์ และ พยาบาล คปสอ.ฟากท่า มีความรู้เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงผ่านการประเมินไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐	ชื่อแหล่งงบประมาณ : งบประมาณเงินบำรุง โรงพยาบาลฟากท่า ชื่อผลผลิต (รหัสผลผลิต) : พัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพบุคลากรในเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน/การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง คปสอ.ฟากท่า ชื่อผลผลิต (รหัสผลผลิต) : พัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพบุคลากรในเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน/การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง คปสอ.ฟากท่า										
กิจกรรมหลัก	รวม (บาท)	การใช้งบประมาณ (ระบุจำนวนเงิน)											
		ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
๑. โครงการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและขั้นสูง ของบุคลากรใน คปสอ.ฟากท่า อำเภอฟากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕													
๑.๑ งบประมาณเงินบำรุง โรงพยาบาลฟากท่า จำนวน ๗,๐๐๐ บาท (เจ็ดพันห้าร้อยบาทถ้วน)													
๑.๑.๑ ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม สำหรับการอบรม การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานแก่บุคลากรทั่วไป คปสอ.ฟากท่า ๙๖ คน คนละ ๑ มื้อ ๑ มื้อๆละ ๓๕ บาท	๓,๓๖๐.๐๐				๓,๓๖๐.๐๐								
๑.๑.๒ ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม สำหรับการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงแก่บุคลากรทางการแพทย์จำนวน ๒๖ คน คนละ ๑ มื้อๆละ ๓๕ บาท	๑,๘๒๐.๐๐				๑,๘๒๐.๐๐								
๑.๑.๓ ค่าอาหารกลางวัน สำหรับการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงแก่บุคลากรทางการแพทย์จำนวน ๒๖ คน คนละ ๑ มื้อๆละ ๗๐ บาท	๑,๘๒๐.๐๐				๑,๘๒๐.๐๐								
รวมเป็นเงิน (จำนวนรายเดือน)	๗,๐๐๐.๐๐	-	-	-	๗,๐๐๐.๐๐	-	-	-	-	-	-	-	-
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น (เจ็ดพันห้าร้อยบาทถ้วน)	๗,๐๐๐.๐๐				๗,๐๐๐.๐๐								

ประเด็นยุทธศาสตร์สาธารณสุข [/]๑.PP&P Excellence+Environment []๒.Service Excellence []๓.People Excellence []๔.Governance Excellence
 หน่วยงาน/กลุ่มงาน : งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิติเวช กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลฟากท่า

เป้าประสงค์
 ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ ๒.๒ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสม
 ผู้เข้าร่วมโครงการฯ ผ่านการประเมินผลไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐


โครงการ และวัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	ผลลัพธ์ (Outcome)	แหล่งงบประมาณ
โครงการอบรม “อาสาฉุกเฉินชุมชนอำเภอฟากท่า” โรงพยาบาลฟากท่า จังหวัดอุดรธานี ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๙ ๑. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโครงการได้รับการฝึกทักษะการแจ้งเหตุฉุกเฉินทางสายด่วน ๑๖๖๙ ได้อย่างถูกต้อง ๒. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโครงการได้รับการฝึกทักษะการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานได้อย่างถูกต้อง	๑ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๔ โรงเรียนฟากท่าวิทยาคม จำนวน ๑๐๐ คน ๒ นักศึกษาวิทยาลัยการอาชีพรัตนประสิทธิ์วิทย์จำนวน ๑๐๐ คน ๓อาสาสมัครสาธารณสุข ๑๖๐ คน	๑.อาสาฉุกเฉินชุมชน สามารถดูแลปฐมพยาบาลเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุได้ถูกต้อง ๒.อาสาฉุกเฉินชุมชน สามารถขอความช่วยเหลือผ่าน หมายเลข ๑๖๖๙ ได้ถูกต้อง ๓.อาสาฉุกเฉินชุมชน สามารถช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานได้ถูกต้อง	ชื่อแหล่งงบประมาณ : เงินบำรุงโรงพยาบาลฟากท่าโดยได้รับสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ ชื่อผลผลิต (รหัสผลผลิต) : เสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพคนไทยในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ ๔ และ อสม.เขตอำเภอฟากท่าเพื่อเป็นอาสาสมัครฉุกเฉินชุมชน ชื่อผลผลิต (รหัสผลผลิต) : เสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพคนไทยในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ ๔ และ อสม.เขตอำเภอฟากท่าเพื่อเป็นอาสาสมัครฉุกเฉินชุมชน


กิจกรรมหลัก	รวม (บาท)	การใช้งบประมาณ (ระบุจำนวนเงิน)														
		ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.			
๑.โครงการอบรม “อาสาฉุกเฉินชุมชนอำเภอฟากท่า” โรงพยาบาลฟากท่า จังหวัดอุดรธานี ประจำปี																
๑.๑ งบประมาณเงินบำรุง โรงพยาบาลฟากท่า จำนวน ๙,๐๐๐ บาท (เก้าพันบาทถ้วน)																
๑.๑.๑ ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม สำหรับการอบรม อาสาฉุกเฉินชุมชนอำเภอฟากท่า นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ ๔ โรงเรียนฟากท่าวิทยา ๑๐๐ คน คนละ ๑ มื้อ ๑ มื้อๆละ ๒๕ บาท	๒,๕๐๐.๐๐												๒,๕๐๐.๐๐			
๑.๑.๒ ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม สำหรับการอบรม อาสาฉุกเฉินชุมชนอำเภอฟากท่า นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ ๔ วิทยาลัยการอาชีพรัตนประสิทธิ์วิทย์ ๑๐๐ คน คนละ ๑ มื้อ ๑ มื้อๆละ ๒๕ บาท	๒,๕๐๐.๐๐												๒,๕๐๐.๐๐			
๑.๑.๓ ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม สำหรับการอบรม อาสาฉุกเฉินชุมชนอำเภอฟากท่า แก่ อสม.เขตอำเภอฟากท่า ๑๖๐ คน คนละ ๑ มื้อ ๑ มื้อๆละ ๒๕ บาท	๔,๐๐๐.๐๐												๔,๐๐๐.๐๐			
รวมเป็นเงิน (จำแนกรายเดือน)	๙,๐๐๐.๐๐	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	๙,๐๐๐.๐๐	-	-	-	-
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น (บาท)	๙,๐๐๐.๐๐	เก้าพันบาทถ้วน		๐.๐๐			๐.๐๐			๙,๐๐๐.๐๐						

ประเด็นยุทธศาสตร์สาธารณสุข	[] ๑.PP&P Excellence+Environment [/] ๒.Service Excellence [] ๓.People Excellence [] ๔.Governance Excellence	หน่วยงาน/กลุ่มงาน : กลุ่มงานการพยาบาล												
เป้าประสงค์	ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพเจ้าเป็นที่มีคุณภาพและปลอดภัย													
ตัวชี้วัดเป้าประสงค์	ผู้เข้าร่วมอบรมโครงการฯ ผ่านการประเมินไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐													
โครงการ และวัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	ผลลัพธ์ (Outcome)	แหล่งงบประมาณ											
โครงการอบรมฟื้นฟูศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น อำเภอพาท่า จังหวัดอุดรธานี ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ผู้รับผิดชอบงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย อาสาสมัครกู้ชีพ กู้ภัย ในเขตอำเภอพาท่า รวมจำนวน ๓๐ คน	๑. บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ และเกิดทักษะในการดูแลผู้ป่วยทั่วไป ผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุที่สงสัยจะติดเชื้อโควิด-๑๙ ๒. ผู้เข้าร่วมอบรมมีความรู้และเกิดทักษะในเรื่องของการปฐมพยาบาลเบื้องต้น การกู้ชีพขั้นพื้นฐาน การใช้ AED และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยได้ถูกต้อง รวดเร็ว ทันเหตุการณ์ ๓. ผู้เข้าร่วมอบรมสามารถประสานงานและแจ้งข้อมูลให้โรงพยาบาลได้ถูกต้องครบถ้วน	ชื่อแหล่งงบประมาณ : เงินบำรุงโรงพยาบาลพาท่า ชื่อผลิตภัณฑ์ (รหัสผลิตภัณฑ์) : พัฒนาและฟื้นฟูศักยภาพ FR ชื่อกิจกรรม (รหัสกิจกรรม) : อบรมฟื้นฟูศักยภาพ FR											
กิจกรรมหลัก	รวม (บาท)	การใช้งบประมาณ (ระบุจำนวนเงิน)												
		ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	
๑.โครงการอบรมฟื้นฟูศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นแบบวิถีใหม่ อำเภอพาท่า จังหวัดอุดรธานี ประจำปีงบประมาณ														
๑.๑ เงินบำรุงโรงพยาบาลพาท่า														
๑.๑.๑ ค่าอาหารกลางวัน จำนวน ๓๐ คนๆละ ๑ มีอยู่ละ ๕๐ บาท	๑,๕๐๐.๐๐					๑,๕๐๐.๐๐								
๑.๑.๒ ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน ๓๐ คนๆละ ๒ มีอยู่ละ ๒๕ บาท	๑,๕๐๐.๐๐					๑,๕๐๐.๐๐								
รวมเป็นเงิน (จำนวนรายเดือน)		-	-	-	-	๓,๐๐๐.๐๐	-	-	-	-	-	-	-	
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น (บาท)	๓,๐๐๐.๐๐	สามพันสองร้อยบาทถ้วน			๓,๐๐๐.๐๐									




ประเด็นยุทธศาสตร์สาธารณสุข	[]๑.PP&P Excellence+Environment [/]๒.Service Excellence []๓.People Excellence []๔.Governance Excellence	หน่วยงาน/กลุ่มงาน : งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิติเวช กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลพาท่า											
เป้าประสงค์	จัดหาอุปกรณ์เพื่อใช้พัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพบุคลากรและประชาชนในอำเภอพาท่า												
ตัวชี้วัดเป้าประสงค์	มีอุปกรณ์เพื่อใช้พัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพบุคลากรและประชาชนในอำเภอพาท่า												
โครงการ และวัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	ผลลัพธ์ (Outcome)	แหล่งงบประมาณ										
โครงการพัฒนาคุณภาพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ECSคุณภาพ) ๑. เพื่อจัดหาตู้เหล็กสำหรับจัดเก็บอุปกรณ์ทางการแพทย์ ๒. จัดหากองจัดเก็บอุปกรณ์ซ่อมแผน ๓. เพื่อจัดหาเสื้อชูชีพ สำหรับรถทางการแพทย์ <input type="checkbox"/> ๔. จัดหาสายรัดห้ามเลือด <input type="checkbox"/> ๕. ชุดไม้คัมสำเร็จรูป ๖. กระเป๋าพยาบาลสำหรับการแพทย์ฉุกเฉิน ๗. ถังออกซิเจนขนาด ๐.๕ คิว พร้อมเกจวัด ๘. เพื่อให้ผู้ที่มีบริการ ได้รับบริการอย่างทันเวลา ถูกต้อง ปลอดภัย และได้มาตรฐาน ECS คุณภาพ	ประชาชนทั่วไป เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องผู้ป่วยและผู้ประสบอุบัติเหตุที่เข้ารับบริการ	มีอุปกรณ์เพื่อใช้พัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพบุคลากรและประชาชนในอำเภอพาท่า	ชื่อแหล่งงบ : งบประมาณเงินบำรุง โรงพยาบาลพาท่า ชื่อผลิตภัณฑ์ (รหัสผลิตภัณฑ์) : มีอุปกรณ์เพื่อใช้พัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพบุคลากรและประชาชนในอำเภอพาท่า ชื่อกิจกรรม (รหัสกิจกรรม) : โครงการพัฒนาคุณภาพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ECSคุณภาพ)										
กิจกรรมหลัก	รวม (บาท)	การใช้งบประมาณ (ระบุจำนวนเงิน)											
		ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
๑. โครงการพัฒนาคุณภาพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ECSคุณภาพ)													
๑.๑ ตู้เหล็ก สำหรับจัดเก็บอุปกรณ์ทางการแพทย์ ๒ ตู้ ใบละ ๕,๐๐๐ บาท	๑๐,๐๐๐.๐๐				๑๐,๐๐๐.๐๐								
๑.๒ กองจัดเก็บอุปกรณ์ซ่อมแผน ๒ ใบ ใบละ ๖๐๐ บาท	๑,๒๐๐.๐๐				๑,๒๐๐.๐๐								
๑.๓ เสื้อชูชีพ สำหรับรถทางการแพทย์ ๖ ตัว ตัวละ ๕๐๐ บาท	๓,๐๐๐.๐๐				๓,๐๐๐.๐๐								
๑.๔ สายรัดห้ามเลือด ๖ เส้น เส้นละ ๒๐๐ บาท	๑,๒๐๐.๐๐				๑,๒๐๐.๐๐								
๑.๕ ชุดไม้คัมสำเร็จรูป ๒ ชุด ชุดละ ๓,๐๐๐ บาท <input type="checkbox"/>	๖,๐๐๐.๐๐				๖,๐๐๐.๐๐								
๑.๖ กระเป๋าพยาบาลสำหรับการแพทย์ฉุกเฉิน ๒ ใบ ใบละ ๑,๕๐๐ บาท	๓,๐๐๐.๐๐				๓,๐๐๐.๐๐								
๑.๗ ถังออกซิเจนขนาด ๐.๕ Q พร้อมเกจวัด ๒ ถัง ถังละ ๔,๐๐๐ บาท	๘,๐๐๐.๐๐				๘,๐๐๐.๐๐								
รวมเป็นเงิน (จำแนกรายเดือน)	๓๒,๔๐๐.๐๐	๐	๐	๐	๓๒,๔๐๐.๐๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น (บาท) ๓๒,๔๐๐ (สามหมื่นสองพันสี่ร้อยบาทถ้วน)	๓๒,๔๐๐.๐๐	๐		๐	๓๒,๔๐๐		๐		๐		๐		๐

ประเด็นยุทธศาสตร์สาธารณสุข	[]๑.PP&P Excellence+Environment [/]๒.Service Excellence []๓.People Excellence []๔.Governance Excellence	หน่วยงาน/กลุ่มงาน : งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิติเวช กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลฟักท่า											
เป้าประสงค์	เพิ่มพูนศักยภาพบุคลากรใน คปสอ.ฟักท่า เรื่องการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล												
ตัวชี้วัดเป้าประสงค์	๑.๑ เพื่อให้บุคลากรเครือข่ายสุขภาพอำเภอฟักท่า มีความเข้าใจเกี่ยวกับงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ๑.๒ เพื่อให้เครือข่ายสุขภาพอำเภอฟักท่า มีมาตรฐานและแนวทางการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลและสถานบริการสุขภาพ												
โครงการ และวัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	ผลลัพธ์ (Outcome)											
โครงการ: ประชุมชี้แจงแนวทางการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ คปสอ.ฟักท่า อำเภอฟักท่า จังหวัดอุตรดิตถ์ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗ ๑.เพื่อให้บุคลากรเครือข่ายสุขภาพอำเภอฟักท่า มีความเข้าใจเกี่ยวกับงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ๒.เพื่อให้เครือข่ายสุขภาพอำเภอฟักท่า มีมาตรฐานและแนวทางการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลและสถานบริการสุขภาพ	บุคลากรในเครือข่ายสุขภาพอำเภอฟักท่า (คปสอ.ฟักท่า) จำนวน ๑๐๐ คน	๑.บุคลากรเครือข่ายสุขภาพอำเภอฟักท่ามีความเข้าใจเกี่ยวกับงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ๒.เครือข่ายสุขภาพอำเภอฟักท่ามีมาตรฐานและแนวทางการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานพยาบาลเครือข่ายสุขภาพอำเภอฟักท่า ๓.ผู้รับบริการไม่มีการติดเชื้อจากการรับบริการในสถานพยาบาลเครือข่ายสุขภาพอำเภอ ฟักท่า ๔.บุคลากรเครือข่ายสุขภาพอำเภอฟักท่าไม่มีการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน ๕.ไม่มีการแพร่กระจายเชื้อและการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อมของสถานพยาบาลเครือข่ายสุขภาพอำเภอฟักท่า											
		ชื่อแหล่งงบประมาณ : งบประมาณเงินบำรุง โรงพยาบาลฟักท่า ชื่อผลิตภัณฑ์ (รหัสผลิตภัณฑ์) :บุคลากร คสสอ.ฟักท่า มีความรู้ความเข้าใจ และสามารถป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้ ชื่อกิจกรรม (รหัสกิจกรรม) : โครงการ: ประชุมชี้แจงแนวทางการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ คปสอ.ฟักท่า อำเภอฟักท่า จังหวัดอุตรดิตถ์ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗											
กิจกรรมหลัก	รวม (บาท)	การใช้งบประมาณ (ระบุจำนวนเงิน)											
		ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
๑.โครงการ: ประชุมชี้แจงแนวทางการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ คปสอ.ฟักท่า อำเภอฟักท่า จังหวัดอุตรดิตถ์ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗	-												
๑.๑ เงินบำรุงโรงพยาบาลฟักท่า													
๑.๑.๑ ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน ๑๐๐ คนๆละ ๑ มีอยู่ละ ๓๕ บาท	๓,๕๐๐.๐๐								๓,๕๐๐.๐๐				
รวมเป็นเงิน (จำนวนรายเดือน)	๓,๕๐๐.๐๐	๐	๐	๐	-	๐	๐	๐	๓,๕๐๐.๐๐	๐	๐	๐	๐
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น (บาท) ๓,๕๐๐ (สามพันห้าร้อยบาทถ้วน)	๓,๕๐๐.๐๐									๓,๕๐๐			

.....

 (นางสุภาณี โสตัน)
 หัวหน้าพยาบาล

.....

 (นางสาวพรสวรรค์ มีชิน)
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลฟักท่า

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการบริหารส่วนกลาง
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ. ๒๕๖๑
สำหรับหน่วยงานในราชการบริหารส่วนกลางสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการบริหารส่วนกลาง	
ชื่อหน่วยงาน	โรงพยาบาลพากท่า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์
วัน/เดือน/ปี	๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๖
หัวข้อ	แผนปฏิบัติการประจำปีของหน่วยงาน
รายละเอียดข้อมูล	แผนปฏิบัติการประจำปีของหน่วยงาน
Linkภายนอก:	https://www.fakthahospital.com/images/pdf/ITA๒๕๖๗/MO๒%๙.pdf
หมายเหตุ:
<p>ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล</p> <p> (นางสาวปาจรรย์ ราษฎร์ทองกลาง) ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ วันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๖</p>	<p>ผู้อนุมัติรับรอง</p> <p> (นายจรัส สีกา) ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๖</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่</p> <p> (นายอนุพงศ์ เพียงตา) นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ วันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๖</p>	