

แผนปฏิบัติการโรงพยาบาลฟากท่า
ปีงบประมาณ ๒๕๖๘

แผนปฏิบัติการทันตสาธารณสุขกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลฟากท่าและคปสอ.ฟากท่า
ปีงบประมาณ ๒๕๖๘

ยุทธศาสตร์ที่ ๑. พัฒนาด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเป็นเลิศ

เป้าประสงค์ที่ ๑. พัฒนางานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของอำเภอฟากท่า 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 ติดเตียงได้รับบริการทันตกรรมไม่น้อยกว่าร้อยละ 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.อรรพรรณ 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 และ ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ 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 ได้รับการตรวจช่องปากและประเมินความเสี่ยงร้อยละ๑๐๐ ๒.ผู้ปกครองเด็ก ๐-๒ปีได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 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 อำเภอปากท่อ จังหวัดอุตรดิตถ์: กลุ่มเด็กวัยก่อนเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	๑. เพื่อส่งเสริม และสนับสนุนให้มีการดูแลทันตสุขภาพแก่เด็กวัยก่อนเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ๒. ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันน้ำนมผุในเด็กวัยก่อนเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	๑. เด็กวัยก่อนเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขต อ. ปากท่อ จ. อุตรดิตถ์ จำนวน ๓๐๐ คน ๒. ผู้ปกครองเด็ก จำนวน ๓๐๐ คน	๑. ตรวจสุขภาพช่องปากปีละ ๒ ครั้ง (มิ.ย.,ธ.ค.) ๒. ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางแก้ไขร่วมกันระหว่างผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็ก อบต. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้เกิดเป็นข้อตกลงร่วมและแผนงานร่วมกันในการดำเนินการเพื่อก่อให้เกิดสุขภาพช่องปากที่ดีของเด็ก ๓. สอนทันตสุขศึกษาและฝึกปฏิบัติการแปรงฟันในกลุ่มผู้ปกครอง และกลุ่มเด็ก ๔. ส่งเสริมการจัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน ๕. ส่งเสริมให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีการจัดอาหารว่างที่ดีต่อสุขภาพและเอื้อต่อการที่เด็กจะมีสุขภาพช่องปากที่ดี	เงินบำรุง โรงพยาบาล ปากท่อ 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 ๒. เด็กวัยก่อนเรียนในศพด. ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ร้อยละ ๑๐๐ ๓. ศพด. จัดให้มีกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน ร้อยละ ๑๐๐ ๔. ศพด. จัดอาหารว่างที่ดีต่อสุขภาพและเอื้อต่อการที่เด็กจะมีสุขภาพช่องปากที่ดีไม่น้อยกว่า ๓ วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ ๑๐๐ ๕. เด็กวัยก่อนเรียนในศพด. แปรงฟันก่อนนอนไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๕ ๖. เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการทา/เคลือบฟลูออไรด์ ร้อยละ ๑๐๐	ทพ.สุรียารักเจริญ	

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.เด็กวัยก่อนเรียนใน ศพด.มีการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน ทุกวัน และแปรงฟันถูกวิธีไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๕</p> <p>๗.เด็กวัยก่อนเรียนใน ศพด. 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	๑.เด็กวัยก่อนเรียนในรร.อนุบาลได้รับการตรวจสอบสุขภาพช่องปากไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐๐ ๒.เด็กวัยก่อนเรียนในรร.อนุบาล มีการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวันไม่น้อยกว่าร้อยละ 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.อนุบาลแปรงฟันก่อนนอนไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๕</p> <p>๗.เด็กวัยก่อนเรียน ใน รร.อนุบาลได้รับบริการทันตกรรมป้องกัน และ/หรือ บริการรักษาแก่เด็กที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕</p> <p>๘.เด็กกลุ่มเสี่ยง ได้รับการทา/เคลือบฟลูออไรด์ร้อยละ 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 เป็นเงิน ๘,๘๐๐บาท 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 ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๕๐</p> <p>๙.เด็ก ป.๑ ได้รับการบริการผสมผสานอย่างสมบูรณ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 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) ในเด็กอายุ 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. เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และประเมินความจำเป็นในการเข้ารับบริการได้</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.ผู้สูงอายุได้รับการบริการส่งเสริมป้องกันทางทันตกรรม 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.ผู้สูงอายุได้รับการบริการส่งเสริมป้องกันทางทันตกรรม ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐</p> <p>๓.ผู้สูงอายุที่ได้รับการบริการทันตกรรม 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 ฟากทำผ่านการ 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 ฟากทำผ่านการ รับรองคุณภาพตาม มาตรฐาน HA ชั้นที่ ๓	ทพ.สุริยา 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.	การพัฒนาคุณภาพ บริการทันตกรรม ตามมาตรฐาน TDSG	๑.เพื่อให้กลุ่มงานทันตกรรม มีการพัฒนาคุณภาพการบริการ อย่างต่อเนื่องตามมาตรฐาน TDSG ๒.เพื่อให้ผู้มารับบริการทาง ทันตกรรมได้รับบริการที่ ปลอดภัย สร้างความพึงพอใจ และได้มาตรฐาน	๑.จนท.กลุ่ม งานทันตกรรม จำนวน ๘ คน ๒.ผู้มารับบริการ ทุกคน	๑.วิเคราะห์การปฏิบัติงาน ที่ปฏิบัติอยู่ในปัจจุบันของ กลุ่มงานทันตกรรมเทียบกับ ข้อกำหนดตามมาตรฐาน TDSG (Gap Analysis) เพื่อหาส่วนต่าง ของโอกาสพัฒนางานตาม มาตรฐานTDSG ๒.นำโอกาสพัฒนาที่ค้นพบมา ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการ บริการทางทันตกรรมอย่าง ต่อเนื่อง(CQI) ๓.จัดทำเอกสารประเมิน ตนเองตามมาตรฐาน TDSG ส่ง ให้คณะกรรมการฯ เพื่อขอรับ การประเมินคุณภาพตาม มาตรฐาน TDSG ๔.รับการประเมินจากคณะ กรรมการฯ และนำข้อเสนอแนะ ที่ได้จากคณะกรรมการมา ดำเนินการปรับปรุงคุณภาพ การบริการทางทันตกรรมต่อไป	-	๑.มีการทำ CQI ไม่น้อยกว่า ๑๐ เรื่อง/ปี ๒.มีการจัดทำ เอกสารประเมิน ตนเองตาม มาตรฐาน TDSG	๑.โรงพยาบาล พากท่าสามารถ ดำเนินการผ่าน มาตรฐาน Thai Dental Safety Goal : TDSG	๑.โรงพยาบาล พากท่าสามารถ ดำเนินการผ่าน มาตรฐาน Thai Dental Safety Goal : TDSG	ทพ.สุริยา รักเจริญ

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.อัตราของบุคลากรกลุ่มงานทันตกรรมที่ผ่านเกณฑ์การประเมินสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐๐

๔.อัตราของบุคลากรกลุ่มงานทันตกรรมที่มีสัดส่วนชั่วโมงการฝึกอบรมต่อคนต่อปีไม่น้อยกว่า ๑๐ ชั่วโมงไม่ต่ำกว่าร้อยละ 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 เเท่าเทียมกัน 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 และเป็นเลิศในด้านการบริหารจัดการหน่วยงาน	<p>๑. เพื่อให้กลุ่มงานทันตกรรมเป็นหน่วยงานที่โปร่งใส ตรวจสอบได้</p> <p>๒. เพื่อกลุ่มงานทันตกรรมมีการบริหารจัดการสารสนเทศที่มีความถูกต้อง ครบถ้วน เชื่อถือได้</p> <p>๓. เพื่อกลุ่มงานทันตกรรมมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งในรูปแบบของ CQI และนวัตกรรมในการปฏิบัติงาน</p> <p>๔. กลุ่มงานทันตกรรมมีการทำวิจัยในประเด็นที่สอดคล้องกับการดำเนินงาน/ปัญหาของกลุ่มงาน</p>	๑. জন.กลุ่มงานทันตกรรมจำนวน ๘ คน	<p>๑. กลุ่มงานทันตกรรมมีการดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างและบริหารพัสดุทันตกรรมที่ถูกต้องตามพรบ.การจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ และระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐</p> <p>๒. กลุ่มงานทันตกรรมร่วมดำเนินการตามหลักเกณฑ์ ITA และหลักการควบคุมภายในอย่างเคร่งครัด</p> <p>๓. บุคลากรกลุ่มงานทันตกรรมดำเนินการสอบทานความถูกต้อง 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. กลุ่มงานทันตกรรมมีความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลตามระบบข้อมูล 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 ๒๕๖๘

(ลงชื่อ)ศุวิษา รัตเวริญ.....ผู้เขียนและเสนอแผนงานโครงการ

ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

(ลงชื่อ).....ผู้อนุมัติแผนปฏิบัติการ

ตำแหน่ง ประธานเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอฟากท่า

แผนปฏิบัติการ กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลฟากท่า
ปีงบประมาณ ๒๕๖๘

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : พัฒนาพัฒนาด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเป็นเลิศ (PP Excellence)

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : เพื่อให้ประชาชนอำเภอฟากท่าสุขภาพดี และมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

เป้าประสงค์ที่ ๑. พัฒนางานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของอำเภอฟากท่า ในแต่ละกลุ่มวัย
๒. ลดการเจ็บป่วยรายใหม่ในโรคสำคัญของอำเภอฟากท่า

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์: ๑. ร้อยละของการพัฒนางานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของอำเภอฟากท่า ในแต่ละกลุ่มวัยผ่านตามตัวชี้วัดที่กำหนด
๒. ร้อยละของประชากรตามกลุ่มวัยได้รับการคัดกรองตามกลุ่มโรคที่กำหนด

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	การดำเนินงานกิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน(Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ผู้รับผิดชอบ
๑	สนับสนุนงานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของอำเภอฟากท่า ในแต่ละกลุ่มวัย	๑. เพื่อให้ประชาชนคนไทยทุกสิทธิได้รับการตามสิทธิประโยชน์ของกองทุน PP สปสช.	๑. ประชาชนที่อาศัยอยู่ในอำเภอฟากท่าทุกคน ๒. เจ้าหน้าที่ที่ออกให้บริการเกี่ยวกับงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	๑. ประชาสัมพันธ์สิทธิประโยชน์ของกองทุน PP สปสช. ผ่านช่องทางต่างๆ เช่น หน้า website โรงพยาบาล , ประภาศหมู่บ้าน ให้แก่ประชาชนรับทราบ ๒. จัดประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับบริการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อจัดบริการแก่ประชาชนตามกลุ่มวัย ๓. ร่วมจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในแต่ละรายการกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับบริการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อจัดบริการแก่ประชาชนตามกลุ่มวัย (กิจกรรมที่กลุ่มงานประกันฯดำเนินการ : Authentication , เปิด visit นอกสถานที่โดยเชื่อมเข้าระบบ Hos-XP ของโรงพยาบาล, ตรวจสอบสิทธิเพื่อให้ได้รับบริการตามสิทธิประโยชน์)	-	๑. มีการออกให้บริการร่วมกับหน่วยงานที่ให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ๒. มีผลการออกให้บริการครบทุกบริการสิทธิประโยชน์ตามกลุ่มวัย	๑. จำนวนครั้งที่ร่วมออกให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ๒. ร้อยละของการให้บริการตามสิทธิประโยชน์ของกองทุน PP สปสช. ในแต่ละกลุ่มวัย	๑. ร้อยละของจำนวนครั้งที่ร่วมออกให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ร้อยละ ๑๐๐ ๒. ร้อยละของการให้บริการตามสิทธิประโยชน์ของกองทุน PP สปสช. ในแต่ละกลุ่มวัย ร้อยละ ๑๐๐	นางบุษบง รักเจริญ

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ : พัฒนาด้านบริการเป็นเลิศ(Service Excellence)

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : เพื่อพัฒนาระบบงานบริการให้ปลอดภัย พึงพอใจและได้มาตรฐาน

- เป้าประสงค์ที่ ๑.บริการสุขภาพของโรงพยาบาลฟากท่ามีคุณภาพ ได้รับการยอมรับและไว้วางใจจากประชาชนอำเภอฟากท่า
 ๒.ผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญของอำเภอฟากท่าสามารถเข้าถึงบริการและได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ

- ตัวชี้วัดเป้าประสงค์: ๑.ร้อยละของมาตรฐานที่อ้างไว้ได้รับการรับรองตามระยะเวลาที่กำหนด
 ๒.พัฒนาคุณภาพการให้บริการในกลุ่มโรคสำคัญของอำเภอฟากท่า

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	การดำเนินงานกิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน(Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ผู้รับผิดชอบ
๑	การพัฒนาคุณภาพบริการตามมาตรฐาน HA	๑.เพื่อให้กลุ่มงานประกันสุขภาพฯ มีการพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่อง ๒.เพื่อให้ผู้มารับบริการงานประกันสุขภาพฯได้รับบริการที่ปลอดภัย สร้างความพึงพอใจ และได้มาตรฐาน	๑.เจ้าหน้าที่กลุ่มงานประกันสุขภาพฯจำนวน ๘ คน ๒.ผู้มารับบริการทุกคน	๑.ดำเนินกิจกรรม “หัวหน้าพาทบทวน” โดยกลุ่มงานประกันสุขภาพฯทำหัวข้อทบทวนดังนี้ - กิจกรรมการทบทวนคำร้องเรียน/ข้อเสนอแนะ - กิจกรรมการทบทวนโดยผู้ชำนาญกว่า - กิจกรรมการทบทวนการค้นหาและป้องกันความเสี่ยง โดยนำไปสู่ <ul style="list-style-type: none"> การจัดทำบัญชีความเสี่ยง การกำหนดมาตรการป้องกันความเสี่ยง การรายงานความเสี่ยงเมื่อเกิดอุบัติการณ์ขึ้น การทำ Root Cause Analysis (RCA) - กิจกรรมการทบทวนเวชระเบียน - กิจกรรมการทบทวนการใช้ความรู้ทางวิชาการ ๒.นำโอกาสพัฒนา/ความเสี่ยงที่ค้นพบมาดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่อง(CQI)/	-	๑.มีการทำ CQI/สร้างนวัตกรรม ไม่น้อยกว่า ๑๐ เรื่อง/ปี ๒.มีการจัดทำบัญชีความเสี่ยงและทบทวนบัญชีความเสี่ยงไม่น้อยกว่า ๒ ครั้ง/ปี ๓.มีการทำ RCA <u>ครบทุกเรื่อง</u> ที่เข้าเงื่อนไขของกรทำ RCA ๔.มี SOP, WI ที่ครอบคลุมกระบวนการที่สำคัญครบทุกเรื่อง	๑.อัตราการเกิดความเสี่ยงระดับ ปานกลาง-มาก ลดลงจากเดิมไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๑๐ ๒.กลุ่มงานประกันสุขภาพฯ มีอัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕ ๓.โรงพยาบาลฟากท่าผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA Reaccredit ครั้งที่ ๓ ในปี ๒๕๗๐	๑.ความเสี่ยงระดับ E-I ลดลงจากเดิมไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๑๐ ๒.กลุ่มงานประกันสุขภาพฯ มีอัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๕ ๓.โรงพยาบาลฟากท่าผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA Reaccredit ครั้งที่ ๓ ในปี ๒๕๗๐	นางบุษบง รักเจริญ

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	การดำเนินงาน กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน(Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
๑	การพัฒนาคุณภาพ บริการตามมาตรฐาน HA (ต่อ)			<p>สร้างนวัตกรรมเพื่อช่วยในการปฏิบัติงาน</p> <p>๓.จัดทำระเบียบปฏิบัติและ วิธีปฏิบัติงาน ที่สำคัญของกลุ่มงานประกันสุขภาพฯ</p> <p>๔.ดำเนินการประเมินความพึงพอใจของ ผู้รับบริการ ทุกๆ ๖ เดือน</p> <p>๕.จัดทำเอกสารสรุปผล การพัฒนา คุณภาพของ กลุ่มงานประกันสุขภาพฯ ตามรูปแบบ Service Profile</p>					

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนาด้านบุคลากรเป็นเลิศ (Personnel Excellence)

- วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ๑) เพื่อให้บุคลากรของโรงพยาบาลฟากท่ามีเพียงพอ และมีความสามารถในการปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสม
๒) เพื่อให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้อย่างปลอดภัย มีความสุข และผูกพันต่อองค์กร

- เป้าประสงค์ที่ : ๑.โรงพยาบาลมีบุคลากรเพียงพอกับการปฏิบัติงาน
๒.บุคลากรมีความรู้ความสามารถ เหมาะสมกับการให้บริการ
๓.บุคลากรปฏิบัติงานด้วยความปลอดภัย มีความสุข และผูกพันต่อองค์กร

- ตัวชี้วัดเป้าประสงค์: ๑. อัตราของบุคลากรกลุ่มงานประกันสุขภาพฯมีคะแนนดัชนีความสุข (Happiness index) ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐
๒. อัตราการโยกย้าย/ลาออกของบุคลากรกลุ่มงานประกันสุขภาพฯ ที่ปฏิบัติงานไม่เกิน ๓ ปีไม่เกินร้อยละ ๕ หรือลดลงจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ ๑๐
๓. อัตราของบุคลากรกลุ่มงานประกันสุขภาพฯที่ผ่านเกณฑ์การประเมินสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงาน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐๐
๔. อัตราของบุคลากรกลุ่มงานประกันสุขภาพฯ ที่มีสัดส่วนชั่วโมงการฝึกอบรมต่อคนต่อปี ไม่น้อยกว่า 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.เพื่อให้บุคลากรของกลุ่ม งานประกันสุขภาพฯมีความรู้ ความสามารถ และมีค่านิยม ที่เหมาะสมกับการดำเนินงาน เพื่อการบรรลุเป้าหมายของ กลุ่มงานและโรงพยาบาล ฟากท่า ๒.เพื่อให้บุคลากรของกลุ่ม งานประกันสุขภาพฯ มีขวัญ และกำลังใจที่ดีในการ ปฏิบัติงาน	๑.จนท.กลุ่มงาน ประกันสุขภาพฯ จำนวน ๘ คน	๑.กำหนดหัวข้อความต้องการพัฒนา ความรู้ ความสามารถของกลุ่มงานประกัน สุขภาพฯ ๒.ส่งเสริมให้บุคลากร ของกลุ่มงานให้เข้า รับการพัฒนาตามที่กำหนดไว้ ๓.มอบหมายงานให้บุคลากรทุกคนอย่าง ชัดเจน ๔.กำหนด KPI ให้แก่บุคลากรแต่ละคน อย่างชัดเจน เท่าเทียมกัน และ มีการ กำหนด KPI ที่เป็นตัวชี้วัดร่วมของกลุ่มงาน ให้ทุกคน เพื่อจะได้ช่วยเหลือกันทำงานให้ บรรลุเป้าหมายที่องค์กรได้กำหนดไว้	-	๑.อัตราของบุคลากร กลุ่มงานประกันสุขภาพ ฯที่มีสัดส่วนชั่วโมงการ ฝึกอบรมต่อคนต่อปีไม่ น้อยกว่า๑๐ ชั่วโมงไม่ ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐ ๒.อัตราของบุคลากร กลุ่มงานประกันสุขภาพ ฯที่ผ่านเกณฑ์การ ประเมินสมรรถนะหลัก ในการปฏิบัติงานไม่ น้อยกว่าร้อยละ ๑๐๐	๑.อัตราของบุคลากรกลุ่ม งานประกันสุขภาพฯมี คะแนนดัชนีความสุข (Happiness index) ผ่าน เกณฑ์มาตรฐาน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐ ๒.อัตราการโยกย้าย/ลาออก ของบุคลากรกลุ่มงาน ประกันสุขภาพฯที่ ปฏิบัติงานไม่เกิน ๓ ปีไม่เกิน ร้อยละ ๕ หรือลดลงจากปีที่ ผ่านมาร้อย ๑๐	๑.อัตราของบุคลากร กลุ่มงานประกัน สุขภาพฯมีคะแนน ดัชนีความสุข (Happiness index) ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ๒.อัตราการโยกย้าย/ ลาออกของบุคลากร กลุ่มงานประกัน สุขภาพฯที่ปฏิบัติงาน ไม่เกิน ๓ ปีไม่เกิน ร้อยละ ๕ หรือลดลง จากปีที่ผ่านมาร้อย 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.ประเมินผลการปฏิบัติงานที่โปร่งใส ตรวจสอบได้ ๖.หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพฯ ถ่ายทอดแนวคิด ค่านิยมองค์กร “MOPH” แก่บุคลากรในกลุ่มงานผ่านคำขวัญ “เป็น นายตนเอง เร่งสร้างสิ่งใหม่ ใส่ใจ ประชาชน ถ่อมตนอ่อนน้อม” และประเมินความรู้ความเข้าใจทุกๆเดือน ๗.จัดกิจกรรมเสริมในกลุ่มงาน เช่น การ ให้ของขวัญปีใหม่จาก หน.กลุ่มงาน การ รับประทานอาหารร่วมกันในกลุ่มงาน เป็น ต้น		๓.อัตราของบุคลากร กลุ่มงานประกันสุขภาพ ฯ ที่ได้คะแนนการ ประเมินการปฏิบัติตาม ค่านิยม MOPH ของ องค์กรระดับดี (ร้อยละ ๗๐) ขึ้นไปไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐		๓.อัตราของ บุคลากรกลุ่มงาน ประกันสุขภาพฯที่ มีส่วนช่วยโครงการ ฝึกอบรมต่อคนต่อ ปีไม่น้อยกว่า๑๐ ชั่วโมง ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ ๘๐	

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ พัฒนาด้านบริหารเป็นเลิศ(Governance Excellence)

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลฟากท่าเป็นองค์กรที่มีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิผล และมีประสิทธิภาพ ภายใต้หลักธรรมาภิบาล

- เป้าประสงค์ที่ : ๑.การบริหารจัดการตามหลักองค์กรที่มีคุณธรรมและความโปร่งใสของหน่วยงานภาครัฐ
 ๒.พัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ
 ๓.พัฒนาระบบงานวิจัยและนวัตกรรมขององค์กร
 ๔.พัฒนาการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพ
 ๕.การจัดการองค์กรแห่งความปลอดภัย

- ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ : ๑. คะแนนของการประเมิน ITA ผ่าน ๑๐๐ คะแนน
 ๒.ร้อยละของคะแนนการประเมิน EIA ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๓ ด้านมิติจัดเก็บรายได้ ผ่านร้อยละ ๑๐๐
 ๓. ระดับความสำเร็จของการจัดทำฐานข้อมูลสารสนเทศของโรงพยาบาล ระดับ ๓
 ๔. คะแนนการประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะ ไม่น้อยกว่า ๘๐๐ คะแนน
 ๕. จำนวนงานวิจัยที่เพิ่มขึ้นในปี ๒๕๖๘ จำนวน ๕ เรื่อง กลุ่มงานประกันสุขภาพฯมีจำนวนงานวิจัยอย่างน้อย ๑ เรื่อง
 ๖. กลุ่มงานประกันสุขภาพฯมีผลงาน CQI/นวัตกรรมไม่น้อยกว่า ๓ เรื่อง/ปี

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	การดำเนินงาน กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน(Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
๑	การพัฒนาระบบบริหารจัดการกลุ่มงานประกันสุขภาพฯให้เป็นหน่วยงานที่มีธรรมาภิบาล และเป็นเลิศในด้านการบริหารจัดการหน่วยงาน	๑.เพื่อให้กลุ่มงานประกันสุขภาพฯ เป็นหน่วยงานที่โปร่งใส ตรวจสอบได้ ๒.เพื่อกลุ่มงานประกันสุขภาพฯ มีการบริหารจัดการสารสนเทศที่มีความถูกต้อง ครบถ้วน เชื่อถือได้ ๓. เพื่อกลุ่มงานประกันสุขภาพฯ มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งในรูปแบบของ CQI และนวัตกรรมในการปฏิบัติงาน ๔.กลุ่มงานประกันสุขภาพฯ มีการทำวิจัยในประเด็นที่สอดคล้องกับการดำเนินงาน/ปัญหาของกลุ่มงาน	๑.จนท.กลุ่มงานประกันสุขภาพฯ จำนวน ๗ คน	๑.กลุ่มงานประกันสุขภาพฯร่วมดำเนินการตามหลักเกณฑ์ ITA และหลักการควบคุมภายในอย่างเคร่งครัด ๒.บุคลากรกลุ่มงานประกันสุขภาพฯ ดำเนินการสอบถามความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลการรักษา และข้อมูลตามแฟ้มข้อมูล ๔๓ แฟ้มที่เกี่ยวข้อง ๓.กลุ่มงานประกันสุขภาพฯ มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งในรูปแบบของ CQI และนวัตกรรมในการปฏิบัติงาน ๕.กลุ่มงานประกันสุขภาพฯ มีการกำหนด KPI ให้บุคลากรทุกคนต้องร่วมกันทำวิจัยอย่างน้อย ๑ เรื่องในปี ๒๕๖๒ นี้	-	๑. โรงพยาบาลฟากท่าได้คะแนนการประเมิน FAI ในส่วนของงานเรียกเก็บไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ๒.กลุ่มงานประกันสุขภาพฯ มีปฏิบัติการต้องแก้ไขข้อมูลตามระบบข้อมูล ๔๓ แฟ้มไม่เกิน ๒ ครั้ง/ปี ๓. กลุ่มงานประกันสุขภาพฯ มีผลงาน CQI/ นวัตกรรมไม่น้อยกว่า ๑๐ เรื่อง/ปี ๔. ในปี ๒๕๖๒ กลุ่มงานประกันสุขภาพฯมีผลงานวิจัยอย่างน้อย ๑ เรื่อง	๑. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ๒. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน EIA มิติจัดเก็บรายได้ ๓. โรงพยาบาลฟากท่าผ่านเกณฑ์คุณภาพเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล ระดับ ๓ ๔. คะแนนการประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะ ไม่น้อยกว่า ๘๐๐ คะแนน ๕.มีผลงานวิจัยจำนวน ๑ เรื่อง ๖.มีผลงาน CQI ใหม่อย่างน้อย ๓ เรื่อง/ปี	๑. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ๒. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน EIA มิติจัดเก็บรายได้ ร้อยละ ๑๐๐ ๓. โรงพยาบาลฟากท่าผ่านเกณฑ์คุณภาพเทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลอัจฉริยะ ไม่น้อยกว่า ๘๐๐ คะแนน ๔. คะแนนการประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะ ไม่น้อยกว่า ๘๐๐ คะแนน	นางบุษบง รักเจริญ

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	การดำเนินงาน กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน(Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
								๕.มีผลงานวิจัยจำนวน ๑ เรื่อง ๖.มีผลงาน CQI ใหม่ อย่างน้อย ๓ เรื่อง/ปี	
๒	โครงการส่งเสริม ความครอบคลุม สิทธิการรักษาแก่ ประชาชนในเขต อำเภอปากท่า	๑.เพื่อส่งเสริมให้ประชาชน อำเภอปากท่าทุกคนมีสิทธิการ รักษาตามบัญญัติไว้ตาม กฎหมาย(ไม่มีสิทธิว่าง) ๒.เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนใน เขตอำเภอปากท่าที่ยังมีสิทธิ การรักษาเป็น “UC -นอกเขต อำเภอปากท่า” เปลี่ยนมาขึ้น ทะเบียนสิทธิการรักษาเป็น “UC -ในเขตอำเภอปากท่า”	๑.ประชาชนในอำเภอ ปากท่าที่ยังไม่มีสิทธิ การรักษา ๒.ประชาชนในอำเภอ ปากท่าที่ยังเป็นสิทธิ รักษา UC-นอกเขต อำเภอปากท่า	๑.จัดโครงการ “ขึ้นทะเบียนสิทธิ เคลื่อนที่” ไปยังกลุ่มเป้าหมาย คือ โรงเรียนปากท่าวิทยา และวิทยาลัยการ อาชีพรัตนประสิทธิ์วิทย์ รวมถึงการออก สำรวจพื้นที่ในชุมชนเพื่อติดตามการขึ้น ทะเบียนในบุคคลที่เป็นสิทธิว่าง ๒.ติดตามบุคคลต่างดาวที่ยังไม่ได้ขึ้น ทะเบียนสิทธิมาขึ้นทะเบียนสิทธิใน ระบบหลักประกันสุขภาพ ๓.บูรณาการร่วมกับหน่วยงานราชการ ต่างๆในการออกหน่วยเคลื่อนที่ ไปประ สัมพันธ์การขึ้นทะเบียนสิทธิ ๔.กรณีพบผู้ป่วยที่มาใช้บริการเป็นสิทธิ นอกเขต แล้วมีความประสงค์ที่จะอยู่ใน พื้นที่อำเภอปากท่า ให้แนะนำและ ดำเนินการเปลี่ยนสิทธิเป็น UC ของปาก ท่า		๑.ประชาชนในเขตอำเภอ ปากท่าที่มี สิทธิการรักษาเป็น “UC-ในเขตอำเภอปาก ท่า” ร้อยละ ๑๐๐	๑.ครอบคลุมสิทธิของ ประชาชนในเขตอำเภอ ปากท่าร้อยละ ๑๐๐ (ไม่มีสิทธิว่าง)	๑.ประชาชนในเขต อำเภอปากท่าที่มี สิทธิการรักษาเป็น “UC-ในเขตอำเภอปาก ท่า” ร้อยละ ๒.ครอบคลุมสิทธิของ ประชาชนในเขตอำเภอ ปากท่าร้อยละ ๑๐๐ (ไม่มีสิทธิว่าง)	นางบุษบง รักเจริญ

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	การดำเนินงาน กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน(Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
๓	โครงการเพิ่ม ประสิทธิภาพการเรียก เก็บลูกหนี้ ค่า รักษาพยาบาล ทุกสิทธิ	เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเรียก เก็บลูกหนี้ ค่ารักษาพยาบาล ทุกสิทธิ	๑.จนท.กลุ่มงาน ประกันสุขภาพฯ จำนวน ๗ คน ๒.จนท.รพ.ฟากท่าที่ ณ จุดบริการผู้ป่วยทุกคน ๓.ผู้รับบริการทุกคน	๑.ทบทวนแนวทางและจัดทำ Flow การเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล ครอบคลุมทุกสิทธิ ๒.จัดทำแนวทางปฏิบัติในการให้สิทธิ ผู้ป่วย ๓. จัดประชุมชี้แจงให้หน่วยงานที่ เกี่ยวข้องรับทราบ ๔.วางระบบให้มีการตรวจสอบสิทธิ ทุกรายในโปรแกรม Hos-XP ๕.เพิ่ม <u>Total adj.RW</u> โดยการ เพิ่มคุณภาพการวินิจฉัย มีการจัดตั้ง คณะกรรมการ Audit เวชระเบียนมี หน้าที่ในการตรวจสอบความถูกต้องและ ความครบถ้วนในการสรุประเบียน ผู้ป่วยในทุกป่วยวันพุธ และเพิ่มจำนวน ผู้ป่วยใน ๖.วางระบบการเรียกเก็บรายได้ทุกสิทธิ ตั้งแต่การตั้งลูกหนี้ การส่งเบิก การตัด ลูกหนี้ และส่งบันทึกบัญชี และ ดำเนินการตามระบบ	-	๑.ความถูกต้อง ครบถ้วนใน การเรียกเก็บลูกหนี้ค่า รักษาพยาบาลรายสิทธิ์ ร้อยละ ๑๐๐ ๒.ความทันเวลาในการจัดส่ง ข้อมูลการเรียกเก็บลูกหนี้ค่า รักษาพยาบาล ร้อยละ ๑๐๐	๑.รายได้ค่า รักษาพยาบาลที่พึงได้ สามารถเรียกเก็บได้ ครบถ้วนร้อยละ ๑๐๐	๑.ความถูกต้อง ครบถ้วน ในการเรียกเก็บลูกหนี้ค่า รักษาพยาบาลรายสิทธิ์ ร้อยละ ๑๐๐ ๒.ความทันเวลาในการ จัดส่งข้อมูลการเรียกเก็บ ลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล ร้อยละ ๑๐๐	นางบุษบง รักเจริญ

การขออนุมัติแผนปฏิบัติการหน่วยงาน กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลฟากท่า ปีงบประมาณ ๒๕๖๘

(ลงชื่อ) บุษบง รักเจริญผู้เสนอแผนปฏิบัติการ
(นางบุษบง รักเจริญ)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(ลงชื่อ) สมผู้อนุมัติแผนปฏิบัติการ
(นางสาวพรสวรรค์ มีชิน)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลฟากท่า

แผนปฏิบัติงานหน่วยงาน/ทีม จิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลฟากท่า
ปีงบประมาณ ๒๕๖๘

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.โครงการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอำเภอฟากท่า	๑.เพื่อพัฒนาศักยภาพกลุ่มเป้าหมายให้มีความรู้ สามารถดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และประชาชนในชุมชนให้มีสุขภาพจิตที่ดี ๒.เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและปัญหาสุขภาพจิตแก่กลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต	๑.เขียนโครงการเพื่อขออนุมัติโครงการและจัดทำแผนการดำเนินงาน ๒.ประชาสัมพันธ์โครงการ ๓.ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่เจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ๔.เตรียมเอกสาร วัสดุและอุปกรณ์ในการดำเนินโครงการ ๕.ดำเนินกิจกรรมโครงการ ๖.สรุปและรายงานผลการดำเนินงาน	๑. ผู้เข้าร่วมโครงการร้อยละ ๘๐ มีความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและปัญหาสุขภาพจิต ๒. ผู้เข้าร่วมโครงการร้อยละ ๘๐ มีความรู้สามารถดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และประชาชนในชุมชนให้มีสุขภาพจิตที่ดี	ธันวาคม ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๗	เงินบำรุง รพ. ๗๐,๐๐๐บาท	นายสิทธิรินทร์ ทวลอารมณ์ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
๒.โครงการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทอำเภอฟากท่า	๑.เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	๑.จัดทำโครงการ และขออนุมัติดำเนินการ ๒.ประชุมชี้แจงการดำเนินงาน ๓.ดำเนินกิจกรรมโครงการ ๔.สรุปและรายงานผลการดำเนินงาน	๑.ร้อยละผู้เข้าร่วมโครงการฯ มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นร้อยละ ๘๐	ธันวาคม ๒๕๖๗ -มีนาคม ๒๕๖๘	เงินบำรุง รพ. ๕๐,๐๐๐ บาท	นางสาวฐิติวราดา กันเที่ยง นักวิชาการสาธารณสุข

โครงการ/งาน	วัตถุประสงค์	กลวิธีดำเนินงาน/กิจกรรมหลัก	เกณฑ์ชี้วัด	ระยะเวลา	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
<p>๓.โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรและการฝึกซ้อมแผนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) อำเภอฟากท่า</p>	<p>๑.เพื่อพัฒนาศักยภาพทีมบุคลากรเจ้าหน้าที่ อำเภอฟากท่า มีทักษะการปฏิบัติด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ๒.เพื่อให้ทีมบุคลากรเจ้าหน้าที่ อำเภอฟากท่า รับทราบแนวทางการดำเนินงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน</p>	<p>๑.จัดทำโครงการ และขออนุมัติดำเนินการ ๒.จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ๓.กิจกรรมซ้อมแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ๔.สรุปและรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>๑.บุคลากรทีม ๑๙๑ และ ๑๖๖๙ อำเภอฟากท่า มีทักษะการปฏิบัติด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ๒ บุคลากรทีม ๑๙๑ และ ๑๖๖๙ อำเภอฟากท่า ปฏิบัติตามแนวทางการดำเนินงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน</p>	<p>กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘ - มิถุนายน ๒๕๖๘</p>	<p>เงินบำรุง รพ. ๖๐,๐๐๐ บาท</p>	<p>นางสาวเอมปวีร์ เนติดำรงศิลป์ นักจิตวิทยาปฏิบัติการ</p>
<p>๔.โครงการรู้เท่าทันและป้องกันปัญหาสารเสพติดในชุมชน ปี ๒๕๖๘</p>	<p>๑. เพื่อให้คนในชุมชนมีความรู้ ความเข้าใจ ในการป้องกันตนเองจากสารเสพติด ๒. เพื่อส่งเสริมการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนให้มีความเข้มแข็งและยั่งยืน</p>	<p>๑. เขียนโครงการเพื่อขออนุมัติดำเนินการ ๒. ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ๓. ดำเนินกิจกรรม โดยแบ่งเป็น ๒ กิจกรรมย่อย ดังนี้ ๓.๑ ลงพื้นที่สำรวจข้อมูล ๓.๒ ประชุมชี้แจงเรื่องความรู้เท่าทันสารเสพติด และแนวทางการป้องกันปัญหายาเสพติด ในชุมชน ๔. สรุปและประเมินผลโครงการ</p>	<p>๑. คนในชุมชนมีความรู้ความเข้าใจในการป้องกันตนเองจากสารเสพติด ๒. การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนให้มีความเข้มแข็งและยั่งยืน</p>	<p>มกราคม ๒๕๖๘ - กันยายน ๒๕๖๘</p>	<p>ปอท. ๑๐,๐๐๐ บาท</p>	<p>นายสิทธิรินทร์ หวลอารมณพญาบาลวิชาวชิพปฏิบัติการ</p>

<p>๕.โครงการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด</p>	<p>๑. เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด</p> <p>๒. เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามมาตรฐาน</p> <p>๓. บูรณาการการทำงานร่วมกับหน่วยงานต่างๆในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด</p>	<p>๑.จัดทำโครงการ และขออนุมัติดำเนินการ</p> <p>๒.จัดอบรมพัฒนาศักยภาพเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตพื้นที่ตำบลปากท่า ในการดูแลผู้ป่วยสารเสพติดในชุมชนและผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เกิดจากการใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)</p> <p>๔.สรุปและรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>๑. ผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (เฉพาะระบบสมัครใจ) (Retention Rate) \geq ร้อยละ ๗๐</p> <p>๒. ผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในเขตสุขภาพได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่กลับมาก่อความรุนแรงซ้ำ \geq ร้อยละ ๘๕</p>	<p>มกราคม ๒๕๖๗</p>	<p>สสจ.อุตรดิตถ์ ๒๙,๒๒๐ บาท</p>	<p>นางสาวเอมปวีร์ เนติดำรงศิลป์ นักจิตวิทยาปฏิบัติการ</p>
--	--	--	--	--------------------	---	---



ลงชื่อ ผู้เสนอแผนปฏิบัติการ

(นางสาวณัฏฐพร พึ่งสมุทร)

หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด



ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติแผนปฏิบัติการ

(นางสาวพรสวรรค์ มีชิน)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากท่า

แผนปฏิบัติงานหน่วยงาน/ทีม รังสิตวิทยา โรงพยาบาลฟากท่า
ปีงบประมาณ ๒๕๖๘

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ พัฒนาด้านบริการเป็นเลิศ(Service Excellence)

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : เพื่อพัฒนาระบบงานบริการให้ปลอดภัย พึงพอใจและได้มาตรฐาน

เป้าประสงค์ที่ ๑. บริการสุขภาพของโรงพยาบาลฟากท่ามีคุณภาพ ได้รับการยอมรับและไว้วางใจจากประชาชนอำเภอฟากท่า

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์:

๑. ผลการประเมินมาตรฐานห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยโดยสำนักมาตรฐาน กรมกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป้าหมาย ผ่านเกณฑ์
๒. ผลการวัดปริมาณรังสีส่วนบุคคล เป้าหมาย ต่ำกว่าเกณฑ์
๓. จำนวนการเกิดอาการแทรกซ้อนขณะรับบริการ เป้าหมาย ๐ ครั้ง
๔. จำนวนการติดเชื้อของบุคลากร เป้าหมาย ๐ ครั้ง
๕. อัตราการถ่ายเอกซเรย์ซ้ำ เป้าหมาย ไม่เกิน ร้อยละ ๓

ลำดับ	โครงการ/ กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน(Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
๑.	การดำรงและ พัฒนาคุณภาพ ตามมาตรฐาน คุณภาพ อย่าง ต่อเนื่อง	เพื่อเป็นหลักประกันในการ บริการสุขภาพของงานรังสี วิทยา โรงพยาบาลฟากท่า มี คุณภาพ ได้รับการยอมรับและ ไว้วางใจจาก ประชาชนอำเภอฟากท่า	๑.หน่วยงานรังสี วิทยา	๑.การตรวจสอบ เครื่องเอกซเรย์และเครื่องมือ ประจำวัน ๑.๑ตรวจสอบเครื่องมือก่อน ปฏิบัติงาน ๑.๒บันทึกผลการตรวจสอบ และการแก้ไขหากผิดปกติ ๒.การเข้าร่วมประเมินตาม เกณฑ์และแนวทางการพัฒนา งานรังสีวินิจฉัยโดยสำนัก มาตรฐาน กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ๓.การประเมินเกณฑ์และแนว ทางการพัฒนางานรังสีวิทยา โดยเครือข่ายจังหวัดอุดรดิตถ์ ๔.ตรวจสอบเครื่องมือและ รับรองจากศูนย์วิทยาศาสตร์ การแพทย์ที่๒ พิษณุโลก	- ๑๔,๘๐๐ บาท ๖,๐๐๐บาท	๑.เจ้าหน้าที่ตรวจสอบ เครื่องเอกซเรย์และ เครื่องมือทุกวัน ๑.เข้าร่วมประเมินฯกับ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ อย่างต่อเนื่อง ๑.เข้าร่วมประเมินฯกับ เครือข่ายรังสี สสจ. อุดรดิตถ์ ปีละ ๑ ครั้ง ๑.มีการประสานศูนย์ วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่๒ พิษณุโลก ดำเนินการ ตรวจสอบเครื่องมือและ รับรองคุณภาพ ปีละ ๑ ครั้ง	๑. มีผลการ ตรวจสอบ เครื่องเอกซเรย์และ เครื่องมือ ๑.มีผลการประเมิน มาตรฐาน ห้องปฏิบัติการรังสี วินิจฉัย ๑.มีผลการประเมิน มาตรฐาน ห้องปฏิบัติการรังสี วินิจฉัย ๑.มีผลตรวจสอบ เครื่องมือและรับรอง จากศูนย์ วิทยาศาสตร์ การแพทย์ที่๒ พิษณุโลก	ผลการ ตรวจสอบ เครื่องเอกซเรย์ และเครื่องมือ ปกติ ผ่านเกณฑ์ มาตรฐาน(อ้าง มาตรฐาน) ผ่านเกณฑ์ มาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ มาตรฐาน	นายกฤษณะ สกุลพิทักษ์ดี นางพิณลดา ปิ่นทอง นางพิณลดา ปิ่นทอง นางพิณลดา ปิ่นทอง

ลำดับ	โครงการ/ กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน(Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
๒.	การป้องกัน อันตรายจากรังสี	เพื่อลดโอกาสการได้รับ ปริมาณรังสีโดยไม่จำเป็น	ผู้ให้บริการและ ผู้รับบริการทาง รังสีวิทยา	๑.มีการตรวจวัดรังสีและการ รายงานผล ๒.การจัดพื้นที่ห้องตรวจเป็น สัดส่วน ๓.ป้ายแสดงบริเวณรังสีที่ ชัดเจน ๔.ทบทวนผลการวัดปริมาณ รังสีส่วนบุคคลทุก ๓เดือน ๕.ทบทวนผลการวัดปริมาณ รังสีส่วนบุคคลทุกปี ๖.ทบทวนผลการวัดปริมาณ รังสีส่วนบุคคลสะสม ๕ปี อย่างต่อเนื่อง ๗. มีการจัดทำมาตรฐานการ จัดตำแหน่ง การตั้งค่าในการ ถ่ายภาพรังสีให้มีคุณภาพ เพื่อให้ได้ภาพถ่ายที่มีคุณภาพ ผู้ป่วยได้รับรังสีน้อยที่สุด ๘.วิเคราะห์คุณภาพภาพถ่าย รังสี ปรับปรุงทุก ๓ เดือน ๙.จัดทำแผนการแก้ไขสาเหตุ การถ่ายภาพรังสีซ้ำ ทุก ๓ เดือน	๖,๐๐๐ บาท	เจ้าหน้าที่ ที่ ปฏิบัติงานด้าน รังสีมีการติดแผ่น วัดรังสีประจำ บุคคลOSL ทั้งหมด ๖ คน การเฝ้าระวังการ ถ่ายภาพทางรังสี ซ้ำประจำเดือน	ผลการวัดปริมาณ รังสี ส่วนบุคคล อัตราการถ่าย เอกซเรย์ซ้ำ	ผลการวัด ปริมาณรังสี ส่วนบุคคลต่ำ กว่าเกณฑ์ อัตราการถ่าย เอกซเรย์ซ้ำไม่ เกินร้อยละ๓	นายกฤษณะ สกุลพิทักษ์ดี

ลำดับ	โครงการ/ กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน(Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
๓.	พัฒนาคุณภาพ การให้บริการ การดูแลผู้ป่วย ขณะเอกซเรย์	เพื่อป้องกันการเกิดอาการ แทรกซ้อนขณะเอกซเรย์	ผู้รับบริการทาง รังสีวิทยา	๑.กำหนดแนวทางการดูแล ผู้ป่วยแต่ละกลุ่มอาการ ๒.เฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุ และดูแลผู้ป่วยร่วมกับฝ่าย การพยาบาล ๓.วิเคราะห์จำนวนการเกิด อาการ แทรกซ้อนขณะรับบริการ ๔.จัดทำแผนการแก้ไขสาเหตุ การเกิดอาการแทรกซ้อน ขณะรับบริการ ทุกเดือน	-	มีแนวทางการ ดูแลผู้ป่วยแต่ละ กลุ่มอาการ	จำนวนการเกิด อาการ แทรกซ้อนขณะรับ บริการ	จำนวนการเกิด อาการ แทรกซ้อนขณะ รับบริการ ๐ ครั้ง	นางพิณลดา ปิ่นทอง

ลำดับ	โครงการ/ กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน(Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
๔.	การป้องกันและ ระวังการติดเชื้อ ใน รพ.	เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการ การติดเชื้อ	เจ้าหน้าที่และ ผู้รับบริการทาง รังสีวิทยา	๑.การเฝ้าระวังการติดเชื้อ จาก -การสัมผัสเลือด/สิ่งคัดหลั่ง -การสัมผัสผู้ป่วยโรคทางเดิน หายใจ ๒.วิเคราะห์อัตราการติดเชื้อ ของบุคลากร ๓.จัดทำแผนการแก้ไขสาเหตุ การการติดเชื้อของบุคลากร ทุกเดือน	-	มีแนวทางการเฝ้า ระวังการติดเชื้อ ของหน่วยงาน	จำนวนการติดเชื้อ ของบุคลากรงานรังสี วิทยา	จำนวนการติด เชื้อของบุคลากร งานรังสีวิทยา ๐ ครั้ง	นางพิณดา ปิ่นทอง

ลำดับ	โครงการ/ กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน(Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
๕.	การทบทวนการ ตรวจรักษาโดยผู้ ชำนาญกว่า	เพื่อเพิ่มศักยภาพแก่เจ้าหน้าที่ ที่ปฏิบัติงานแทนนักรังสี การแพทย์	๑.พนักงาน การแพทย์และ รังสีเทคนิค ๒.เจ้าหน้าที่ที่มา ปฏิบัติงานแทน เช่น พนักงาน วิทยาศาสตร์ เป็นต้น	๑.เตรียมแผนการสอน เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานแทนฯ ๒.อบรมเชิงปฏิบัติการ เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานแทนฯ เดือนละ ๑ ครั้ง ๓.ประเมินผลการปฏิบัติงาน ของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน แทนฯทุกเดือน	-	มีการจัดอบรมเชิง ปฏิบัติการ เจ้าหน้าที่ที่ ปฏิบัติงานแทนฯ เดือนละ ๑ ครั้ง	อัตราการถ่ายภาพ เอกซเรย์ซ้ำ	อัตราการ ถ่ายภาพ เอกซเรย์ซ้ำ ไม่เกินร้อยละ๓	นางพิณลดา ปิ่นทอง

ยุทธศาสตร์ที่ ๔: พัฒนาด้านบริหารเป็นเลิศ

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : โรงพยาบาลฟากท่าเป็นองค์กรที่มีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิผล และมีประสิทธิภาพ ภายใต้หลักธรรมาภิบาล

เป้าประสงค์ที่ ๓: พัฒนาระบบงานวิจัยและนวัตกรรมขององค์กร

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์:

๑. จำนวนผลงานวิจัย/นวัตกรรม/CQI เป้าหมาย อย่างน้อย ปีละ ๑ เรื่อง

ลำดับ	โครงการ/ กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน(Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
๑.	การส่งเสริมการพัฒนาระบบงานวิจัยและนวัตกรรมขององค์กร	๑. เพื่อให้งานรังสีวิทยา มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งในรูปแบบของ CQI และ/หรือ นวัตกรรมในการปฏิบัติงาน ๒. เพื่อให้บุคลากรในหน่วยงานรังสีวิทยามีการทำวิจัยในประเด็นที่สอดคล้องกับการดำเนินงาน/ปัญหาของกลุ่มงาน	เจ้าหน้าที่ งานรังสีวิทยา ๒ คน	๑.หน่วยงานวิเคราะห์หาโอกาสพัฒนา และแนวทางพัฒนา CQI และ/หรือ นวัตกรรมของหน่วยงาน ๒.เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้/นำเสนอการพัฒนา CQI และ/หรือ นวัตกรรมของโรงพยาบาล ๓. ส่งนวัตกรรม/CQI ของหน่วยงานเข้าร่วมประกวดผลงานตั้งแต่ระดับจังหวัดขึ้นไป	-	๑.หน่วยงานเข้าร่วมการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้/นำเสนอการพัฒนา CQI / นวัตกรรม อย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง ๔.หน่วยงานจัดส่งนวัตกรรม/CQI เข้าร่วมประกวดผลงาน อย่างน้อย ปีละ ๑ เรื่อง	๑. หน่วยงานมีผลงานวิจัย/นวัตกรรม/CQI อย่างน้อยปีละ ๑ เรื่อง	๑. หน่วยงานมีผลงานวิจัย/นวัตกรรม/CQI อย่างน้อยปีละ ๑ เรื่อง	นางพิณลดา ปิ่นทอง

ลงชื่อ.....ผู้เสนอแผนปฏิบัติการ
ตำแหน่ง นักรังสีการแพทย์ชำนาญการ

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติแผนปฏิบัติการ
ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลฟากท

ผังกำกับแผนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลฟากท่า หน่วยงาน/ทีม.....รังสิตวิทยา.....ปีงบประมาณ....๒๕๖๘.....

กิจกรรม / ขั้นตอน	ตัวชี้วัด และ ค่าเป้าหมาย	ระยะเวลาดำเนินโครงการ														งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ		
		ปี ๒๕๖๗			ปี ๒๕๖๘														
		ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.			ธ.ค.	
๑.การตรวจสอบเครื่องเอกซเรย์ และเครื่องมือประจำวัน	ผลการตรวจสอบ ปกติ	←															→		
๒.การประเมินเกณฑ์และแนว ทางการพัฒนางานรังสิตวิทยาโดย สำนักมาตรฐาน กรม กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	ผลการประเมินมาตรฐาน ห้องปฏิบัติการรังสิตวิทยา ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (อ้างมาตรฐาน)									↔									
๓.การประเมินเกณฑ์และแนว ทางการพัฒนางานรังสิตวิทยาโดย เครือข่ายจังหวัดอุดรดิตต์	ผลการประเมินมาตรฐาน ห้องปฏิบัติการรังสิตวิทยา ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน									↔									
๔.ตรวจสอบเครื่องมือและรับรอง จากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	ผลการตรวจสอบเครื่องมือ และรับรองจาก กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน											↔							
๕.เฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุและ ดูแลผู้ป่วย	จำนวนการเกิดอาการ แทรกซ้อนขณะรับบริการ ๐ ครั้ง	←															→		
๖.การเฝ้าระวังการติดเชื้อ	จำนวนการติดเชื้อ ๐ ครั้ง	←															→		
๗.การเพิ่มศักยภาพแก่เจ้าหน้าที่ที่ ปฏิบัติงานแทนรังสิตการแพทย์	อัตราการถ่ายเอกซเรย์ซ้ำ ไม่ เกิน๓%	←															→		
๘.พัฒนาระบบงานวิจัยและ นวัตกรรมของหน่วยงาน	จำนวนนวัตกรรม/CQI/ งานวิจัยของหน่วยงาน ปีละ ๑ เรื่อง	←															→		

แผนปฏิบัติการกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลฟากท่า
ปีงบประมาณ ๒๕๖๘

ยุทธศาสตร์: ๒ พัฒนาด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : เพื่อพัฒนาระบบงานบริการให้ปลอดภัย พึงพอใจและได้มาตรฐาน

มิติด้านคุณภาพ : เป้าประสงค์ที่ ๑ บริการสุขภาพของโรงพยาบาลฟากท่ามีคุณภาพ ได้รับการยอมรับและไว้วางใจจากประชาชนอำเภอฟากท่า

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์: ๑. กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์มีการดำเนินงานเพื่ออำนวยการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA ชั้นที่ ๓

๒. กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ มีอัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐

๓. ความครอบคลุมในการรายงานความเสี่ยงของทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล เท่ากับ ร้อยละ ๑๐๐

๔. อัตราการเกิดความเสี่ยงระดับ E-I ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐

๕ อัตราการเกิดอุบัติการณ์ระดับ E หรือ ๓ ขึ้นไป ช้ำ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕

๖. กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์มีผลงาน CQI/นวัตกรรม/งานวิจัย อย่างน้อย ๑ เรื่อง/ปี

๗. ในปี ๒๕๖๘ 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 %

๑๔. ร้อยละของการสอบเทียบเครื่องมือตามแผนครบ ๑๐๐ %

๑๕. กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ผ่านการตรวจประเมินภายในระบบบริหารคุณภาพตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพงานเทคนิคการแพทย์ จังหวัดอุดรดิษฐ์ (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 ๒๕๖๘ 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 ชั่ว น้อย กว่าร้อยละ ๕ ๔. กลุ่มงาน เทคนิคการแพทย์ มี อัตราความพึงพอใจ ของผู้รับบริการไม่น้อย กว่าร้อยละ ๘๐	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 ชั่ว น้อยกว่าร้อยละ ๕ ๔. กลุ่มงาน เทคนิคการแพทย์ มีอัตราความพึง พอใจของ ผู้รับบริการไม่น้อย กว่าร้อยละ 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 ๒๕๖๘</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			

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 อุบัติเหตุจากการ ปฏิบัติงาน ≤๑ ต่อ ๑,๐๐๐ วัน ของการ ปฏิบัติงาน ๒. ผลการประเมิน ระบบความปลอดภัยใน ห้องปฏิบัติการผ่าน เกณฑ์เป้าหมาย ≥ ๘๐ %	๑.อัตราความ ปลอดภัยของ เจ้าหน้าที่เกิด อุบัติเหตุ จากการ 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 (พร้อมระบุ จำนวน)	การดำเนินงาน กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน (Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
๒.	สร้างระบบความปลอดภัยใน ห้องปฏิบัติการ (ต่อ)			<p>๓. เจ้าหน้าที่ทุกคนในห้องปฏิบัติการเข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการป้องกันและระงับอัคคีภัย</p> <p>๔.เจ้าหน้าที่ทุกคนเข้ารับการตรวจสอบคุณภาพตามแผนการตรวจสอบคุณภาพและการได้รับวัคซีนตามที่กำหนดไว้ในแผน</p> <p>๕.ประเมินระบบความปลอดภัยทางห้องปฏิบัติการตาม Safety checklist ๒๕๖๕ โดยทีม ENV, ทีม RM และทีม IC</p> <p>๖.แจ้งผลการประเมินให้บุคลากรในหน่วยงานและผู้บริหารทราบ ดำเนินการจัดทำแผนการแก้ไขตามโอกาสพัฒนาที่ได้รับจากทีมประเมิน</p>					น.ส.ฉมลวรรณ 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 ๖๐,๐๐๐ บาท	๑. ร้อยละของ ความครอบคลุม การทำการควบคุม คุณภาพภายใน (IQC) เท่ากับ ๑๐๐%	๑. ร้อยละของความ ถูกต้องของผลการ ตรวจวิเคราะห์ทาง ห้องปฏิบัติการ เท่ากับ ๑๐๐ %	๑. ร้อยละของ ความครอบคลุม การทำการ ควบคุมคุณภาพ ภายใน (IQC) เท่ากับ ๑๐๐ %	น.ส.ฉมสิวรรณ 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.พากท่า 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</p> <p>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. ผลการประเมินคุณภาพจาก องค์กร ภายนอก EQA ผ่านเกณฑ์ การยอมรับ ทุกสาขา เป้าหมาย \geq ๓.๕๐ (คะแนนเต็ม ๔.๐๐)</p>	<p>น.ส.ฉมลวรรณ บุญรักษา</p>

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 คุณภาพและเหมาะ สมในการตรวจ วิเคราะห์ ๒. เพื่อให้บุคลากรที่ เกี่ยวข้องต่อกระบวนการ การเก็บและนำส่งสิ่ง ส่งตรวจเกิดความรู้ ความเข้าใจ และนำไป ปฏิบัติงานได้อย่าง ถูกต้อง	๑.เจ้าหน้าที่โรง พยาบาลพากทำ 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 %	อัตราการปฏิเสธสิ่งส่ง ตรวจ จากหน่วยงาน ต่างๆ รวมกัน ต้อง ≤๑ %	๑.อัตราการ ปฏิเสธสิ่งส่ง ตรวจ ≤๑ %	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 ใช้ในห้องปฏิบัติการ มีความพร้อมใช้งาน	เครื่องมือที่ใช้ใน ห้องปฏิบัติการ ทั้งหมด จำนวน ๓๔ เครื่อง	๑. สํารวจความพอเพียงของ เครื่องมือในห้องปฏิบัติการที่ จำเป็น ๒. จัดทำแผนการสอบเทียบ (Celebate) 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 ประมาณ ๓๐,๐๐๐ 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 ห้องปฏิบัติการที่ถูกประเมิน 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	กลุ่มงานเทคนิค การแพทย์ โรงพยาบาลพากท่า ผ่านการประเมิน ติดตามภายในตาม เกณฑ์มาตรฐานงาน เทคนิคการแพทย์	๑. การตรวจ ประเมินทาง ห้องปฏิบัติการ ผ่านเกณฑ์ มาตรฐานงาน เทคนิคการ แพทย์ เกณฑ์ เป้าหมาย ได้ คะแนน ≥ 80 %	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 ทั้งการทำการ 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
				สุขภาพอำเภอปากท่า ปีละ ๒ ครั้ง		๕. รพ.สต. ใน เครือข่ายบริการ สุขภาพอำเภอ ปากท่าที่ผ่าน มาตรฐาน รพ. สต. ดีดดาว ระดับ ๓ ขึ้นไป ร้อยละ ๑๐๐ (ระดับ ๕)			

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนาด้านด้านบุคลากรเป็นเลิศ (Personal Excellence)

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ๑) เพื่อให้บุคลากรของโรงพยาบาลพากท่ามีเพียงพอ และมีความสามารถในการปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสม

๒) เพื่อให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้อย่างปลอดภัย มีความสุข และผูกพันต่อองค์กร

มิติด้านคุณภาพ : เป้าประสงค์ที่ ๑ โรงพยาบาลมีบุคลากรเพียงพอกับการปฏิบัติงาน

เป้าประสงค์ที่ ๒ บุคลากรมีความรู้ความสามารถ เหมาะสมกับการให้บริการ

เป้าประสงค์ที่ ๓ บุคลากรปฏิบัติงานด้วยความปลอดภัย มีความสุข และผูกพันต่อองค์กร

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์:

๑. อัตราการเจ็บป่วยของบุคลากรจากการปฏิบัติงาน เท่ากับ ๐

๒. ร้อยละของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานที่ได้รับการพัฒนาตามแผนการพัฒนาบุคลากร มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๕

๓. ร้อยละของบุคลากรที่มีคะแนนประเมินความสุขระดับดีขึ้นไป มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐

๔. อัตราความพึงพอใจ / ผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรในระดับดีขึ้นไป มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๖๐

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. ส่งเสริมให้บุคลากรของกลุ่มงานให้เข้ารับการพัฒนาตามที่กำหนดไว้และพัฒนาบุคลากรทุกระดับให้ มีสมรรถนะและความเชี่ยวชาญเหมาะสมกับตำแหน่ง และสอดคล้องกับเป้าหมายขององค์กร</p> <p>๒.๓. มอบหมาย2.พัฒนาองค์กรแห่งความสุขานให้บุคลากรทุกคนอย่างชัดเจน</p> <p>๒.๔. กำหนด KPI ให้แก่บุคลากรแต่ละคนอย่างชัดเจน เท่าเทียมกัน และ มีการกำหนด KPI ที่เป็น</p>	-	<p>๑.การเจ็บป่วยของบุคลากรจากการปฏิบัติงาน 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.ธมลวรรณ บุญรักษา

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน (Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
๑.	การพัฒนาระบบ บริหารจัดการ บุคลากรของกลุ่ม งานเทคนิค การแพทย์ (ต่อ)			<p>ตัวชี้วัดร่วมของกลุ่มงานให้ ทุกคน เพื่อจะได้ช่วยเหลือ กันทำงานให้บรรลุเป้าหมาย ที่องค์กรได้กำหนดไว้</p> <p>๒.๕. ประเมินผลการปฏิบัติ งานที่โปร่งใส ตรวจสอบได้</p> <p>๒.๖. จัดกิจกรรมเสริมใน กลุ่มงาน เช่น การให้ ของขวัญปีใหม่จาก หน.กลุ่ม งาน การจัดเลี้ยงงานวันเกิด ให้กับเจ้าหน้าที่ห้อง ปฏิบัติการ เป็นต้น</p>	-	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

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ : ๑. โรงพยาบาลฟากท่าผ่านการประเมิน EIA ได้คะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐

๒. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA

๓. กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์มีผลงาน CQI/นวัตกรรม อย่างน้อย ๑ เรื่อง/ปี

ร้อยละของหน่วยงานที่มีผลงานวิจัย/นวัตกรรม/CQI เท่ากับ ๑๐๐ %

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน (Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
๑.	<p>การพัฒนาระบบบริหารจัดการกลุ่มงานเทคนิค</p> <p>การแพทย์ให้เป็นหน่วยงานที่มีธรรมาภิบาลและเป็นเลิศในด้านการบริหารจัดการหน่วยงาน</p>	<p>๑.เพื่อให้กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์เป็นหน่วยงานที่โปร่งใส ตรวจสอบได้</p> <p>๒.เพื่อกลุ่มงานกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์มีการบริหารจัดการสารสนเทศที่มีความถูกต้อง ครบถ้วน เชื่อถือได้</p> <p>๓. เพื่อให้กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งในรูปแบบของ CQI และนวัตกรรมในการปฏิบัติงาน</p>	<p>๑.เจ้าหน้าที่กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ จำนวน ๔ คน</p>	<p>๑. กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ มีการดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างและบริหารวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ถูกต้องตาม พรบ. การจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ และระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐</p> <p>๒.กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ ร่วมดำเนินการตามหลักเกณฑ์ ITA และหลักการควบคุมภายในอย่างเคร่งครัด</p> <p>๓. กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ มีการกำหนด KPI ให้บุคลากรทุกคนต้องร่วมกันทำวิจัยอย่างน้อย ๑ เรื่องในปี ๒๕๖๘</p>	-	<p>๑. โรงพยาบาล ฟากท่าได้</p> <p>คะแนนการประเมิน FAI ในส่วนของพัสดุไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐</p> <p>๒ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์มีผลงานวิจัย/ นวัตกรรม/CQI อย่างน้อย ๑ เรื่องในปี ๒๕๖๘</p>	<p>๑. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน EIA</p> <p>๒. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA</p> <p>๓. ร้อยละของหน่วยงานที่มีผลงานวิจัย/ นวัตกรรม/CQI เท่ากับ ๑๐๐ %</p>	<p>๑.โรงพยาบาล ผ่านผ่านการประเมิน EIA ได้คะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐</p> <p>๒. คะแนนของการประเมิน ITA เท่ากับ ๑๐๐</p> <p>๓. กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์มีผลงาน CQI/ นวัตกรรม/ งานวิจัย อย่างน้อย ๑ เรื่อง/ ปี</p>	<p>น.ส.ธมลวรรณ บุญรักษา</p>

การขออนุมัติแผนปฏิบัติการกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลฟากท่า ปีงบประมาณ ๒๕๖๘

(ลงชื่อ)  ผู้เสนอแผนปฏิบัติการ
(นางสาวธมลวรรณ บุญรักษา)

ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลฟากท่า
วันที่.....

(ลงชื่อ)ผู้อนุมัติแผนปฏิบัติการงานเทคนิคการแพทย์
(นางสาวพรสวรรค์ มีชิน)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลฟากท่า
วันที่.....

แผนปฏิบัติการกลุ่มงานโภชนศาสตร์ 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.เพื่อให้กลุ่มงาน โภชนศาสตร์ มีการพัฒนา คุณภาพการ บริการ อย่างต่อเนื่อง ๒.เพื่อให้ผู้มารับ บริการทาง โภชนาการได้รับ บริการที่ปลอดภัย สร้างความพึง พอใจและได้ มาตรฐาน	๑.เจ้าหน้าที่กลุ่ม งานโภชนศาสตร์ 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.กลุ่มงานโภชน ศาสตร์มีอัตรา ความพึงพอใจของ ผู้รับบริการไม่น้อย กว่าร้อยละ ๘๐ ๒.โรงพยาบาล ฟากทำผ่านการ รับรองคุณภาพ ตามมาตรฐานHA ในการประเมิน รับรองซ้ำทุกรอบ	๑.งานโภชนาการ มีอัตราความพึง พอใจของ ผู้รับบริการไม่น้อย กว่าร้อยละ ๘๐ ๒.โรงพยาบาล ฟากทำผ่านการ รับรองคุณภาพ ตามมาตรฐานHA ในการประเมิน รับรองซ้ำทุกรอบ	นางสาวพรพิมล พรมสุวรรณ

ลำดับ	โครงการ/ กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน (Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ผู้รับผิดชอบ
				<p>๒.นำโอกาสพัฒนา/ความเสี่ยงที่ค้นพบ มาดำเนินการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง (CQI) สร้างนวัตกรรมเพื่อช่วยในการปฏิบัติงาน</p> <p>๓.จัดทำระเบียบปฏิบัติ และวิธีปฏิบัติงานที่สำคัญๆของกลุ่มงาน โภชนศาสตร์</p> <p>๔.ดำเนินการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการทางโภชนาการทุกๆ ๖ เดือน</p> <p>๕.จัดทำเอกสารสรุปผลการพัฒนาคุณภาพของกลุ่มงาน โภชนศาสตร์ตามรูปแบบ Service Profile</p>					

ลำดับ	โครงการ/ กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน (Output)	ผลลัพธ์ (Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ผู้รับผิดชอบ
๒.	การพัฒนา คุณภาพบริการ โภชนาการตาม มาตรฐาน โรงพยาบาล อาหารปลอดภัย	๑.เพื่อให้กลุ่มงาน โภชนศาสตร์มีการ พัฒนาคุณภาพ อย่างต่อเนื่องตาม มาตรฐาน โรงพยาบาล อาหารปลอดภัย ๒.เพื่อให้ผู้มารับ บริการกลุ่มงาน โภชนศาสตร์ ได้รับบริการที่ ปลอดภัย สร้าง ความพึงพอใจและ ได้มาตรฐาน	๑.เจ้าหน้าที่ กลุ่มงานโภชน ศาสตร์ จำนวน ๓ คน ๒.ผู้มารับ บริการทุกคน	๑.วิเคราะห์การปฏิบัติงาน ที่ปฏิบัติอยู่ในปัจจุบันของ กลุ่มงานโภชนศาสตร์ เทียบกับข้อกำหนดตาม มาตรฐานโรงพยาบาล อาหารปลอดภัย(Gap Analysis)เพื่อหาส่วนต่าง ของโอกาสพัฒนาตาม มาตรฐานโรงพยาบาล อาหารปลอดภัย ๒.นำโอกาสพัฒนาที่ ค้นพบมาดำเนินการ พัฒนาคุณภาพการบริการ ทางโภชนาการอย่าง ต่อเนื่อง(CQI) ๓.จัดทำเอกสารประเมิน ตนเองตามมาตรฐาน โรงพยาบาลอาหาร ปลอดภัยเพื่อรับประเมิน คุณภาพตามมาตรฐาน โรงพยาบาลอาหาร ปลอดภัย ๔.รับการประเมินจาก คณะกรรมการและนำ 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. อัตราของบุคลากรงานโภชนาการที่มีสัดส่วนชั่วโมงการฝึกอบรมต่อคนต่อปีไม่น้อยกว่า ๑๐ 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.	การพัฒนาระบบ บริหารจัดการ บุคลากรของกลุ่ม งานโภชนศาสตร์	๑.เพื่อให้บุคลากร ของกลุ่มงานโภชน ศาสตร์มีความรู้ ความสามารถและ มีค่านิยมที่ เหมาะสมกับการ ดำเนินงานเพื่อ การบรรลุ เป้าหมายของกลุ่ม งานและ โรงพยาบาลฟาก ท่า ๒.เพื่อให้บุคลากร ของกลุ่มงานโภชน ศาสตร์มีขวัญและ กำลังใจที่ดีในการ ปฏิบัติงาน	๑.เจ้าหน้าที่ กลุ่มงานโภชน ศาสตร์จำนวน ๓ คน	๑.กำหนดหัวข้อความ พัฒนาความรู้ ความสามารถของกลุ่มงาน โภชนศาสตร์๒.ส่งเสริมให้ บุคลากรของกลุ่มงานให้ เข้ารับการพัฒนาตามที่ กำหนดไว้ ๓.มอบหมายงานให้ บุคลากรทุกคนอย่างชัดเจน ๔.กำหนด KPI ให้แก่ บุคลากรแต่ละคนอย่าง ชัดเจน เท่าเทียมกันและมี การกำหนดKPI ที่เป็น ตัวชี้วัดร่วมของกลุ่มงานให้ ทุกคนเพื่อจะได้ช่วยเหลือ กันทำงานให้บรรลุ เป้าหมายที่องค์กรได้ กำหนดไว้ ๕.ประเมินผลการ ปฏิบัติงานที่โปร่งใส ตรวจสอบได้ ๖.หัวหน้ากลุ่มงานโภชน ศาสตร์ถ่ายทอดแนวคิด ค่านิยมองค์กร “MOPH” แก่บุคลากรในกลุ่มงานผ่าน คำขวัญ “เป็นนายตนเอง เร่งสร้าง สิ่งใหม่ ใส่ใจประชาชน ถ่อมตนอ่อนน้อม”และ ประเมินความรู้ความเข้าใจ ทุกๆเดือน ๗.จัดกิจกรรมเสริมในกลุ่ม งาน เช่น การให้ของขวัญปี ใหม่จากหัวหน้ากลุ่มงาน การรับประทานอาหาร ร่วมกันในกลุ่มงาน เป็นต้น	-	๑.อัตราของ บุคลากรกลุ่มงาน โภชนศาสตร์ที่มี สัดส่วนชั่วโมงการ ฝึกอบรมต่อคนต่อ ปีไม่น้อยกว่า ๑๐ ชั่วโมงไม่ต่ำกว่า ร้อยละ ๘๐ ๒.อัตราของ บุคลากรกลุ่มงาน โภชนศาสตร์ที่ ผ่านเกณฑ์การ ประเมิน สมรรถนะหลักใน การปฏิบัติงานไม่ น้อยกว่าร้อยละ ๑๐๐ ๓.อัตราของ บุคลากรกลุ่มงาน โภชนศาสตร์ที่ได้ คะแนนการ ประเมินการ ปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ของ องค์กรระดับดี (ร้อยละ๗๐)ขึ้นไป ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐	๑.อัตราของบุคลากร กลุ่มงานโภชนศาสตร์ มีคะแนนดัชนี ความสุข(Happiness index)ผ่านเกณฑ์ มาตรฐานไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐ ๒.อัตราการโยกย้าย/ ลาออกของบุคลากร กลุ่มงานโภชนศาสตร์ ที่ปฏิบัติงานไม่เกิน ๓ ปีไม่เกินร้อยละ๕หรือ ลดลงจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ๑๐	๑.อัตราของ บุคลากรกลุ่มงาน โภชนศาสตร์มี คะแนนดัชนี ความสุข (Happiness index)ผ่านเกณฑ์ มาตรฐานไม่น้อย กว่าร้อยละ ๘๐ ๒.อัตราการ โยกย้าย/ลาออก ของบุคลากรกลุ่ม งานโภชนศาสตร์ที่ ปฏิบัติงานไม่เกิน ๓ ปีไม่เกินร้อยละ ๕หรือลดลงจากปี ที่ผ่านมาร้อยละ ๑๐	นางสาวพรพิมล พรมสุวรรณ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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. โรงพยาบาลฟากท่าผ่านเกณฑ์คุณภาพเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาลระดับ ๒

๔. โรงพยาบาลฟากท่าได้คะแนนคุณภาพของข้อมูล ๔๓ เพิ่มขึ้นในระบบ DHDC ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๗

๕. โรงพยาบาลฟากท่าได้คะแนนการประเมิน 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.	การพัฒนาระบบ บริหารจัดการ กลุ่มงานโภชน ศาสตร์ให้เป็น หน่วยงานที่มีธรร มาภิบาลและเป็น เลิศในด้านการ บริหารจัดการ หน่วยงาน	๑.เพื่อให้กลุ่มงาน โภชนศาสตร์เป็น หน่วยงานที่ โปร่งใส ตรวจสอบได้ ๒.เพื่อกลุ่มงาน โภชนศาสตร์มีการ บริหารจัดการ สารสนเทศที่ มีความถูกต้อง ครบถ้วน เชื่อถือ ได้ ๓.เพื่อกลุ่มงาน โภชนศาสตร์มีการ พัฒนาคุณภาพ อย่างต่อเนื่อง ทั้ง ในรูปแบบของ CQI และนวัตกรรมใน การปฏิบัติงาน ๔.กลุ่มงานโภชน ศาสตร์มีการทำ วิจัยในประเด็นที่ สอดคล้องกับการ ดำเนินงาน/ ปัญหาของกลุ่ม งาน	๑.เจ้าหน้าที่ กลุ่มงานโภชน ศาสตร์จำนวน ๓ คน	๑.กลุ่มงานโภชนศาสตร์ ดำเนินการจัดซื้อจัดจ้าง และบริหารพัสดุโภชนาการ ที่ถูกต้องตาม พรบ.การ จัดซื้อจัดจ้างและการ บริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ และระเบียบ กระทรวงการคลังว่าด้วย การจัดซื้อจัดจ้างและการ บริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ ๒.กลุ่มงานโภชนศาสตร์ ร่วมดำเนินการตาม หลักเกณฑ์ ITA และ หลักการควบคุมภายใน อย่างเคร่งครัด ๓.กลุ่มงานโภชนศาสตร์มี การพัฒนาคุณภาพอย่าง ต่อเนื่อง ทั้งในรูปแบบของ CQI และนวัตกรรมในการ ปฏิบัติงาน ๔.กลุ่มงานโภชนศาสตร์มี การกำหนด KPI ให้ บุคลากรทุกคนต้องร่วมกัน ทำวิจัยอย่างน้อย ๑ เรื่อง ในปี ๒๕๖๘	-	๑.โรงพยาบาล ฟากท่าได้คะแนน ประเมิน ITA ใน ส่วนของพัสดุไม่ น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ๒.กลุ่มงานโภชน ศาสตร์มี อุบัติการณ์ต้อง แก้ไขข้อมูลตาม ระบบข้อมูล๔๓ แฟ้มไม่เกิน ๒ ครั้ง/ปี ๓.กลุ่มงานโภชน ศาสตร์มีผลงาน CQI/สร้างนวตก กรรมไม่น้อยกว่า ๑๐เรื่อง/ปี ๔.ในปี ๒๕๖๘ กลุ่มงานโภชน ศาสตร์มี ผลงานวิจัยอย่าง น้อย ๑ เรื่อง	๑.โรงพยาบาลฟาก ท่าได้คะแนนประเมิน ITA ๒.โรงพยาบาลผ่าน เกณฑ์การประเมิน ระบบการควบคุม ภายใน ๓.โรงพยาบาลฟาก ท่าผ่านเกณฑ์ คุณภาพเทคโนโลยี สารสนเทศ โรงพยาบาลระดับ๒	๑.โรงพยาบาล ฟากท่าได้คะแนน ประเมิน ITA ๒.โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์การ ประเมินระบบการ ควบคุมภายใน ๓.โรงพยาบาล ฟากท่าผ่านเกณฑ์ คุณภาพ เทคโนโลยี สารสนเทศ โรงพยาบาลระดับ ๒	

(ลงชื่อ).....ผู้เขียนและเสนอแผนงานโครงการ
ตำแหน่ง นักโภชนาการปฏิบัติการ

(ลงชื่อ).....ผู้อนุมัติแผนปฏิบัติการ
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลฟากท่า

แผนปฏิบัติการ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลพากท่า

ปีงบประมาณ ๒๕๖๘

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 นำสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการ 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	<ol style="list-style-type: none"> ประชุมคณะทำงาน คบส. ระดับอำเภอ เพื่อกำหนดแนวทางในการปฏิบัติงาน จัดอบรมให้กับเครือข่ายด้านคุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอ เพื่อเป็นแนวร่วมสำหรับการอบรมแก่ อสม.ร้านขายของชำ และประชาชนในพื้นที่ ร่วมจัดกิจกรรมกับชมรมฯ สัมภาษณ์พฤติกรรมผู้บริโภคผลิตภัณฑ์บริโภค 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

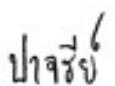

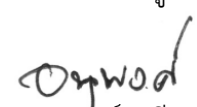
ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย (พร้อมระบุจำนวน)	การดำเนินงาน กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน(Output)	ผลลัพธ์ (Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ผู้รับผิดชอบ
๔	ตรวจผลิตภัณฑ์สุขภาพ เชิงรุก สร้างสุขให้ชีวิต	๑. เพื่อตรวจสอบ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้แก่ ยา ยา สมุนไพร อาหาร น้ำดื่ม เสริม เครื่องสำอาง 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

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการบริหารส่วนกลาง
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ. ๒๕๖๑
สำหรับหน่วยงานในราชการบริหารส่วนกลางสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการบริหารส่วนกลาง	
ชื่อหน่วยงาน	โรงพยาบาลพากท่า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์
วัน/เดือน/ปี	๒๕ ธันวาคม ๒๕๖๗
หัวข้อ	แผนปฏิบัติการประจำปีของหน่วยงาน
รายละเอียดข้อมูล	แผนปฏิบัติการประจำปีของหน่วยงาน
Linkภายนอก:	https://fakthahospital.moph.go.th/index.php/th/ita/ita-th#moit๒-hnwy-ngan-mi-kar-peid-phey-khxmul-khawsar-thi-pen-paccuban
หมายเหตุ:
ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล	ผู้อนุมัติรับรอง
	
(นางสาวปาจริย์ ราษฎร์ทองกลาง)	(นายจรัส สีกา)
ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ	ตำแหน่ง นักสาธารณสุขชำนาญการ
วันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๖๗	วันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๖๗
ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่	
	
(นายอนุพงศ์ เพียงตา)	
นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ	
วันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๖๗	