

แผนปฏิบัติการโรงพยาบาลฟากท่า
ปีงบประมาณ ๒๕๖๙

แผนปฏิบัติการกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลพากท่า
ปีงบประมาณ 2569

ยุทธศาสตร์ : พัฒนาด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : เพื่อพัฒนาระบบงานบริการให้ปลอดภัย พึงพอใจและได้มาตรฐาน

มิติด้านคุณภาพ : เป้าประสงค์ที่ 1 ผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญของอำเภอพากท่าสามารถเข้าถึงบริการและได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ
เป้าประสงค์ที่ 2 ลดการเจ็บป่วยรายใหม่ในโรคที่สำคัญของโรงพยาบาล

- ตัวชี้วัดเป้าประสงค์:
1. การคัดกรอง CVD Risk ร้อยละของความครอบคลุมในการคัดกรองโรคในกลุ่มเป้าหมายการคัดกรอง CVD Risk ร้อยละ 90
 2. ร้อยละของผู้ป่วย HT ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี \geq ร้อยละ 60
 3. ร้อยละผู้ป่วยแทรกซ้อนรายใหม่ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
 - ร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต \leq ร้อยละ 5
 - ร้อยละการเกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมอง \leq ร้อยละ 2
 4. ร้อยละของผู้ป่วย DM ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี \geq ร้อยละ 40
 5. ร้อยละผู้ป่วยแทรกซ้อนรายใหม่ ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน
 - ร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อน ตารายใหม่ \leq ร้อยละ 1
 - ร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อน ไตรายใหม่ \leq ร้อยละ 5
 - ร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อน เท้า \leq ร้อยละ 5
 6. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR $< 5\text{ml}/1.73\text{m}^2/\text{yr} \leq 66$

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน (Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
1.	การคัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปีผู้ป่วย NCD	1.เพื่อเพิ่มความครอบคลุมในการคัดกรอง CVD Risk โรคในกลุ่มผู้ป่วย DM/HT	ผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือโรคความดันโลหิตสูง	<ol style="list-style-type: none"> 1. ตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปีในผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือโรคความดันโลหิตสูง 2. ติดตามการคัดกรองทุก 1 เดือน 3. ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ประสาน HHC เจาะเลือดที่บ้าน จดหมายติดตามคนไข้ DM/HT ที่ยังไม่ได้คัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปี	-	1.ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปีและประเมินความเสี่ยงร้อยละ 90	1.ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหัวใจและหลอดเลือด	.ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการประเมิน CVD Risk > 90%	- นารีรัตน์ จันทร์มณี

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน (Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
๑.	ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วย NCD	<p>๑. เพื่อให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>๒. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีเพิ่มขึ้น</p> <p>๓. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีเพิ่มขึ้น</p> <p>๔. เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน (ตา ไต เท้า)</p> <p>เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง (ไต stroke)</p>	ผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือโรคความดันโลหิตสูง	<p>๑. ตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปีในผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>๑. จัดแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเป็น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลหรือความดันโลหิตได้ดี - ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลหรือความดันโลหิตได้ไม่ดี - กลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับ CVD Risk ระดับสูงมากขึ้นไป (ระดับคะแนน ๓๐ คะแนนขึ้นไป) - กลุ่มที่มีค่า eGFR < ๖๐ ml/min/๑.๗๓ m^๒/yr. โดยที่ยังไม่ถูกวินิจฉัย CKD <p>๒. ให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม</p> <ul style="list-style-type: none"> - เรื่องอาหารที่เหมาะสมกับโรค โดยนักโภชนาการ - เรื่องอารมณ์ โดยงานสุขภาพจิต และแพทย์แผนไทย - เรื่องการออกกำลังกาย โดยนักกายภาพ - เรื่องสุราและสูบบุหรี่ โดยงานสุขภาพจิต <p>๓. ติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมครั้งที่ ๑ เมื่อครบ ๑ เดือน</p> <p>๔. ใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยโรคเบาหวานรายบุคคล ให้คำปรึกษาเฉพาะราย กับผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาซับซ้อน โดย Case manager</p> <p>๕. ติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมครั้งที่ ๒ ตามปิงปองจราจรชีวิต ๗ สี</p> <p>๖. ติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อประเมินผลการดำเนินงานเมื่อครบ ๓ เดือน</p>	-	<p>๑.ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปีและประเมินความเสี่ยงร้อยละ ๘๐</p> <p>๒.ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้ได้รับความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ๓๐๒๕ ร้อยละ ๑๐๐</p>	<p>๑.ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตสูงได้ดีเพิ่มขึ้น</p> <p>๒.ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง</p>	<p>๑.ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี HbA1c < ๗% ≥๔๒</p> <p>๒.ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี SBP <๑๔๐ mmHg และ DBP < ๙๐ mmHg ≥ ๖๒</p> <p>๓. ร้อยละผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนรายใหม่ ในผู้ป่วยเบาหวาน</p> <ul style="list-style-type: none"> -ตา ≤ ร้อยละ ๑ -ไต ≤ ร้อยละ ๕ -เท้า ≤ ร้อยละ ๕ <p>๔.ร้อยละผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนรายใหม่ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง</p> <ul style="list-style-type: none"> -ไต ≤ ร้อยละ ๕ -stroke ≤ ร้อยละ ๒ <p>๕.ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๕ml/๑.๗๓m^๒/yr ≤ ๖๖</p>	<p>-นางนารีรัตน์ จันทร์มณี</p> <p>-น.ส.นัญญา ตามัง</p> <p>- นายนิคมดีหนู</p>

ยุทธศาสตร์ : พัฒนาด้านด้านบุคลากรเป็นเลิศ (Personal Excellence)

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : 1) เพื่อให้บุคลากรของโรงพยาบาลฟากท่ามีเพียงพอ และมีความสามารถในการปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสม
2) เพื่อให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้อย่างปลอดภัย มีความสุข และผูกพันต่อองค์กร

มิติด้านคุณภาพ : เป้าประสงค์ที่ 1 โรงพยาบาลมีบุคลากรเพียงพอกับการปฏิบัติงาน

เป้าประสงค์ที่ 2 บุคลากรมีความรู้ความสามารถ เหมาะสมกับการให้บริการ

เป้าประสงค์ที่ 3 บุคลากรปฏิบัติงานด้วยความปลอดภัย มีความสุข และผูกพันต่อองค์กร

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์:

1. อัตราการเจ็บป่วยของบุคลากรจากการปฏิบัติงาน เท่ากับ 0
2. ร้อยละของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานที่ได้รับการพัฒนาตามแผนการพัฒนาบุคลากร มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85
3. ร้อยละของบุคลากรที่มีคะแนนประเมินความสุกระดับดีขึ้นไป มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80
4. อัตราความพึงพอใจ / ผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรในระดับดีขึ้นไป มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน (Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
1.	การพัฒนากระบวนการจัดการบุคลากรของงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก	<p>1. เพื่อให้บุคลากรของงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกปฏิบัติงานด้วยความปลอดภัย มีความสุข และผูกพันต่อองค์กร</p> <p>2. เพื่อให้บุคลากรของงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกมีขวัญและกำลังใจที่ดีในการปฏิบัติงาน</p>	1.เจ้าหน้าที่งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก จำนวน 8 คน	<p>1.พัฒนาและเสริมสร้างสิ่งแวดล้อมในการทำงานตามแนวทาง Personnel Safety Goals</p> <p>2.พัฒนาองค์กรแห่งความสุข ดังนี้</p> <p>2.1 กำหนดหัวข้อความต้องการพัฒนาความรู้ ความสามารถของกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก</p> <p>2.2. ส่งเสริมให้บุคลากร ของแผนกให้เข้ารับการพัฒนาตามที่กำหนดไว้และพัฒนาบุคลากรทุกระดับให้มีสมรรถนะและความเชี่ยวชาญเหมาะสมกับตำแหน่ง และสอดคล้องกับเป้าหมายขององค์กร</p> <p>2.3. มอบหมายให้บุคลากรทุกคนอย่างชัดเจน</p> <p>2.4 กำหนด KPI ให้แก่บุคลากรแต่ละคนอย่างชัดเจน เท่าเทียมกัน และมีการกำหนด KPI ที่เป็นตัวชี้วัดร่วมของกลุ่มงานให้ทุกคน</p>	-	<p>1.การเจ็บ ป่วยของบุคลากรจากการปฏิบัติงาน เท่ากับ 0</p> <p>1.บุคลากร ผู้ปฏิบัติงานในงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกได้รับการพัฒนาตามแผนการพัฒนาบุคลากร</p> <p>2.อัตราของบุคลากรงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกที่ผ่านเกณฑ์การประเมินสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80</p>	<p>1. อัตราการเจ็บป่วยของบุคลากรจากการปฏิบัติงาน เท่ากับ 0</p> <p>1.ร้อยละของบุคลากร ผู้ปฏิบัติงานที่ได้รับการพัฒนาตามแผนการพัฒนาบุคลากรมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85</p> <p>2. ร้อยละของบุคลากรที่มีคะแนนประเมินความสุขระดับดีขึ้นไป มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80</p> <p>3. อัตราความพึงพอใจ / ผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรในระดับดีขึ้นไป มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60</p>	<p>1. อัตราการเจ็บป่วยของบุคลากรจากการปฏิบัติงาน เท่ากับ 0</p> <p>1.ร้อยละของบุคลากร ผู้ปฏิบัติงานที่ได้รับการพัฒนาตามแผนการพัฒนาบุคลากรมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85</p> <p>2. ร้อยละของบุคลากรที่มีคะแนนประเมินความสุขระดับดีขึ้นไป มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80</p> <p>3. อัตราความพึงพอใจ / ผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรในระดับดีขึ้นไป มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60</p>	นางนารีรัตน์ จันทร์ธมณี

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน (Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
1.	การพัฒนาระบบบริหารจัดการบุคลากรของงานพยาบาลผู้ป่วยนอก (ต่อ)			<p>เพื่อจะได้ช่วยเหลือกันทำงานให้บรรลุเป้าหมายที่องค์กรได้กำหนดไว้</p> <p>2.5. ประเมินผลการปฏิบัติ งานที่โปร่งใส ตรวจสอบได้</p> <p>2.6. จัดกิจกรรมเสริมในกลุ่มงาน เช่น การให้ของขวัญปีใหม่จาก หน.งาน การจัดเลี้ยงงานวันเกิดให้กับเจ้าหน้าที่ห้อง ปฏิบัติกร เป็นต้น</p>	-	3 .อัตราความพึงพอใจ / ผูกพัน ต่อองค์กรของบุคลากรกลุ่มงานเทคนิค การแพทย์ที่ได้คะแนนการประเมินการมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60 ขึ้นไป	การพัฒนาระบบบริหารจัดการบุคลากรของงานพยาบาลผู้ป่วยนอก (ต่อ)		

การขออนุมัติแผนปฏิบัติการหน่วยงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลฟากท่า ปีงบประมาณ ๒๕๖๙

(ลงชื่อ)^{นางริรัตน์}.....ผู้เสนอแผนปฏิบัติการ
(นางนาริรัตน์ จันทร์มณี)

ตำแหน่ง หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลฟากท่า

(ลงชื่อ)^{นางสาวพรสวรรค์}.....ผู้อนุมัติแผนปฏิบัติการ
(นางสาวพรสวรรค์ มีชิน)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลฟากท่า

แผนปฏิบัติการ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลฟากท่า
ปีงบประมาณ 2569

ยุทธศาสตร์ ที่ 1 พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน

ประเด็นยุทธศาสตร์: ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

มิติด้านประสิทธิผล: พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่จำเป็นของโรงพยาบาล

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์: ร้อยละของสาขา Service plan (ด้าน RDU) ผ่านมาตรฐานการบริการตามเกณฑ์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย (พร้อมระบุจำนวน)	การดำเนินงาน กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน(Output)	ผลลัพธ์ (Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
1	ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (Rational Drug Use)	1. เพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลแก่ผู้ป่วย 2. เพื่อพัฒนากลวิธีในการสร้างความตระหนักรู้ นำสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการ เพื่อนำไปสู่การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลที่ยั่งยืนในสังคม	ทีมสหวิชาชีพ	1. จัดประชุม ทบทวน ชี้แจง ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเป้าหมาย 2. ขอความร่วมมือแพทย์และผู้สั่งใช้ยาในการลดการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะ ใน 4 โรค ได้แก่ URI AGE FTW และ APL 3. จัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องยาและให้ผู้ป่วยตระหนักเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล โดยเฉพาะ 3 โรคหลักคือ URI AGE และ FTW 3. ประเมินวิเคราะห์ผลการดำเนินงานทุกไตรมาส 4. Feed back ข้อมูลแก่แพทย์และผู้สั่งใช้ยา	-	1. ประชาชนมีความรู้ต่อการใช้ยาใน 3 กลุ่มโรค 2. แพทย์และผู้สั่งใช้ยามีการสั่งยาสมเหตุสมผลมากขึ้น	มีการใช้ยาใน 4 กลุ่มโรคเป้าหมายอย่างสมเหตุสมผล	1. ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะใน URI น้อยกว่า 20 2. ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะใน FTW น้อยกว่า 40 3. ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะใน APL น้อยกว่า 15	ภก.วัชรินทร์ ภูมิพิมพ์ ประภา



ยุทธศาสตร์ ที่ 1 พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน

ประเด็นยุทธศาสตร์: ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

มิติด้านประสิทธิผล: พัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์: ร้อยละของ รพ.สต.ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอปากท่า ผ่านมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาชั้น 4 ขึ้นไป ร่วมกับการ

ขับเคลื่อนมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาชั้น 4 ขึ้นไปโรงพยาบาลปากท่า

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย (พร้อมระบุจำนวน)	การดำเนินงาน กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน(Output)	ผลลัพธ์ (Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
2	เภสัชกรรมใกล้บ้าน ได้มาตรฐาน บริการดูญาติมิตร	1. เพื่อให้บริการเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่ รพ.สต. ในพื้นที่ใกล้บ้านผู้ป่วย 2. เพื่อร่วมพัฒนาทางด้านเภสัชกรรมให้เกิดความปลอดภัยสูงสุดแก่ผู้ป่วย และให้ได้มาตรฐาน รพ.สต. ติดดาว ด้านเภสัชกรรม	รพ.สต. ทั้ง 4 แห่ง	1. วางแผนการออกให้บริการจ่ายยา แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เริ่มดำเนินการตั้งแต่ พ.ศ. 2552) ที่ รพ.สต. ทั้ง 4 แห่ง ะ ละ 1 วัน รวม 4 วัน ต่อเดือน 2. จัดเตรียมยา เวชภัณฑ์ ให้พอเพียงต่อการให้บริการผู้ป่วย 3. เมื่อออกให้บริการจ่ายยา โรคเรื้อรังเสร็จ เภสัชกร และ จพ.เภสัชกรรม พัฒนางานด้านเภสัชกรรม ร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เพื่อให้ได้มาตรฐาน ความปลอดภัยด้านยาชั้น 4 ขึ้นไป	-	1. ผู้ป่วยได้รับยาใกล้บ้าน 2. มีการพัฒนางานด้านเภสัชกรรมตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาชั้น 4 ขึ้นไป	1.ผู้ป่วยได้รับความสะดวกในการรับบริการ 2.รพ.สต. ผ่านมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาชั้น 4 ขึ้นไป	1. ผู้ป่วยพึงพอใจร้อยละ 80 2. รพ.สต. ทั้ง 4 แห่ง ผ่านมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาชั้น 4 ขึ้นไป	ภญ.พิมพ์ ประกา ภญ.จิรัชยา จพ.ศิริ ประกา

ยุทธศาสตร์ ที่ 2 พัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค

ประเด็นยุทธศาสตร์: ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP Excellence)

มิติด้านประสิทธิผล: ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์: ร้อยละของประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย (พร้อมระบุ จำนวน)	การดำเนินงาน กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน (Output)	ผลลัพธ์ (Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
3	ประชาชนพฤติกรรมสุขภาพดี ชีวีมีความสุข	เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ และพฤติกรรมที่ถูกต้องในการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหาร เครื่องสำอาง ยา และผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพ	ประชาชนในพื้นที่ อำเภอปากท่า ตำบลละ 20 คน 4 ตำบล 80 คน	1. ประชุมคณะทำงาน คบส. ระดับอำเภอ เพื่อกำหนดแนวทางในการปฏิบัติงาน 2. จัดอบรมให้กับเครือข่ายด้านคุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอ เพื่อเป็นแนวร่วมสำหรับการอบรมแก่ อสม.ร้านขายของชำ และประชาชนในพื้นที่ 3. ร่วมจัดกิจกรรมกับชมรมฯ 4. สัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์บริโภค 5. สรุปและประเมินผลโครงการ	5,000	ประชาชนได้รับการอบรม ให้ความรู้เรื่อง การสร้างพฤติกรรมที่ถูกต้องในการบริโภค ผลิตภัณฑ์สุขภาพ	ประชาชนได้รับความปลอดภัยจากการบริโภค ผลิตภัณฑ์สุขภาพ	ประชาชนร้อยละ 80 มีพฤติกรรมกรรมการบริโภค ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง	ภก.วัชรินทร์ จพ.ภัทรวดี

ยุทธศาสตร์ ที่ 2 พัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค

ประเด็นยุทธศาสตร์: ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP Excellence)

มิติด้านประสิทธิผล: ส่งเสริมความปลอดภัยด้านอาหารและยา ผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ และการจัดการ Green and Clean

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์: ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด

ร้อยละของสถานพยาบาลเอกชนและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กฎหมายกำหนด

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย (พร้อมระบุจำนวน)	การดำเนินงาน กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน(Output)	ผลลัพธ์ (Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
4	ตรวจผลิตภัณฑ์สุขภาพ เชิงรุก สร้างสุขให้ชีวิต	1. เพื่อตรวจสอบ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้แก่ ยา ยา สมุนไพร อาหาร น้ำดื่ม เสริม เครื่องสำอาง 2. เพื่อให้ความรู้ เกี่ยวกับการ ประกอบการด้าน ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่ถูกต้อง	ร้านขายยา 1 ร้าน ร้านจำหน่ายเครื่อง สำอาง 5 ร้าน ตลาดนัด 3 แห่ง ตลาดสด 1 แห่ง	1. ประชุมคณะทำงาน คบส. ระดับอำเภอ เพื่อกำหนดแนวทางในการปฏิบัติงาน 2. ประสานงาน สภ.พากทำ เพื่อร่วม ตรวจ 3. ตรวจสอบเฝ้าระวังการจำหน่าย/การ ผลิต/การประกอบการ/การโฆษณา ณ สถานประกอบการ สถานที่ผลิต/จำหน่าย ตามแนวทางปฏิบัติในการบังคับใช้ กฎหมาย 3. แนะนำให้ความรู้ แจกเอกสารคู่มือ/แผ่น พับ แก่ผู้ประกอบการ 4. สรุปและรายงาน ผลการตรวจสอบ สถานประกอบการและผลิตภัณฑ์สุขภาพ	-	1. สถานที่ผลิต/นำเข้า จำหน่ายผลิตภัณฑ์ สุขภาพ ร้านขายยา สถาน ประกอบการธุรกิจบริการ สุขภาพได้รับการ ตรวจสอบ เฝ้าระวัง ติดตามประเมินมาตรฐาน และความปลอดภัยของ ผลิตภัณฑ์ 2.ผู้ประกอบการและ มีความรู้ความเข้าใจและ ความตระหนักอันตรายใน การจำหน่ายผลิตภัณฑ์ที่ ไม่ได้มาตรฐาน	ประชาชน ปลอดภัยใน การบริโภค ผลิตภัณฑ์ และบริการ สุขภาพ	ร้านขายยา ร้านจำหน่าย เครื่องสำอาง ตลาดนัด ตลาดสด จำหน่าย ผลิตภัณฑ์ สุขภาพถูกต้อง ร้อยละ 100	ภก.วัชรินทร์ จพ.ศิริ ประภา
5	คลินิกพากทำได้มาตรฐาน ให้บริการปลอดภัย	เพื่อตรวจสอบเฝ้า ระวัง สถานพยาบาล เอกชนในพื้นที่ให้ มีมาตรฐานตาม พรบ. สถานพยาบาล	สถานพยาบาลทั้ง 11 แห่ง	1. ประชุม พนง.เจ้าหน้าที่ ตาม พรบ. สถานพยาบาล 2. นัดผู้ประกอบการ เพื่อกำหนดวันที่ ออกตรวจ 3. ออกตรวจและให้ความรู้ที่ถูกต้อง 4. สรุปผลการตรวจสอบผู้บังคับบัญชา	-	สถานพยาบาลทั้ง 11 แห่ง ได้รับการตรวจเฝ้าระวัง ตาม พรบ.สถานพยาบาล	ประชาชน ได้รับความ ปลอดภัย จากการใช้ บริการ คลินิกหรือ สถานบาล เอกชน	สถานพยาบาล ผ่านการ ตรวจสอบตาม มาตรฐาน พรบ. สถานพยาบาล ร้อยละ 100	ภก.วัชรินทร์ จพ.ภัทรวดี

การขออนุมัติแผนปฏิบัติการกลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลฟากท่า ปีงบประมาณ 2569

(ลงชื่อ)  ผู้เสนอแผนปฏิบัติการ
(นายวัชรินทร์ บำรุงเขต)
เภสัชกรชำนาญการพิเศษ

(ลงชื่อ)  ผู้อนุมัติแผนปฏิบัติการ
(นางสาวพรสวรรค์ มีชิน)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลฟากท่า

แผนปฏิบัติการหน่วยงาน/ทีม....แพทย์แผนไทย..... โรงพยาบาลฟากท่า
ปีงบประมาณ.....๒๕๖๙.....

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ พัฒนาด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเป็นเลิศ และยุทธศาสตร์ที่ ๒ พัฒนาด้านบริการเป็นเลิศ

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

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์: ๑. โรงพยาบาลฟากท่าผ่านการประเมินมาตรฐาน HA ชั้นที่ ๓

๒. โรงพยาบาลฟากท่าผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐาน(รพ.สส.พท.)ระดับดีเยี่ยม

๓. อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการแพทย์แผนไทยไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐

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

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

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย (พร้อมระบุจำนวน)	การดำเนินงาน กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน(Output)	ผลลัพธ์ (Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ผู้รับผิดชอบ
				<p>อุดรดิตถ์(๒ ปี/ครั้ง)</p> <p>๔. ดำเนินการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะที่ได้รับจากการตรวจรับประเมินมาตรฐานฯ และจากผู้รับบริการ</p> <p>๕. ประเมินผลความพึงพอใจของผู้รับบริการ ๑ ครั้ง/ปี</p>					
๓	พัฒนางานบริการด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	<p>๑. เพื่อส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรอย่างสมเหตุผลและปลอดภัยในหน่วยบริการและชุมชน</p> <p>๒. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของประชาชน</p>	๑. ผู้มารับบริการทุกคน	<p>๑. จัดทำและพัฒนาระบบคลังยาสมุนไพรตามบัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร</p> <p>๒. ส่งเสริมการสั่งใช้ยาสมุนไพรในกลุ่มโรคเป้าหมายตามแนวทางเวชปฏิบัติ (CPG)</p> <p>๓. ให้บริการคลินิกแพทย์แผนไทยอย่างและพัฒนาศูนย์เฉพาะทาง</p> <p>๔. ออกหน่วยบริการเชิงรุกในชุมชน</p> <p>๕. จัดอบรมให้ความรู้บุคลากร อสม. และประชาชน เรื่องการใช้สมุนไพรอย่างถูกต้อง</p> <p>๖. ประชาสัมพันธ์การให้บริการผ่านสื่อออนไลน์ และเครือข่ายชุมชน</p>	-	<p>๑. มียาสมุนไพรให้บริการไม่น้อยกว่า ๓๐ รายการ</p> <p>๒. จำนวนผู้รับบริการแพทย์แผนไทยไม่น้อยกว่า ๓๐๐ ราย/ปี</p> <p>๓. จัดกิจกรรมอบรม/ให้ความรู้ไม่น้อยกว่า ๒ ครั้ง/ปี</p> <p>๔. จัดบริการเชิงรุกในชุมชนไม่น้อยกว่า ๔ ครั้ง/ปี</p>	<p>๑. สัดส่วนการใช้ยาสมุนไพรในกลุ่มโรคเป้าหมายเพิ่มขึ้น</p> <p>๒. ประชาชนเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา</p> <p>๓. ผู้รับบริการมีอาการดีขึ้น และมี ความพึงพอใจต่อ บริการ</p> <p>๔. ลดค่าใช้จ่ายด้านยาแผนปัจจุบันบางรายการ</p>	<p>๑. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms มีการรับยาสมุนไพรเพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๐</p> <p>๒. จำนวนผู้รับบริการเพิ่มขึ้น ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐ จากปี ๒๕๖๘</p> <p>๔. อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทย เป้าหมาย ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐</p>	นายคณัย พองแก้ว น.ส.อำพา อุ่นพานางธนัชชา ชัยวัฒน์พล

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย (พร้อมระบุจำนวน)	การดำเนินงาน กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน(Output)	ผลลัพธ์ (Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ผู้รับผิดชอบ
				๗. ประเมินผลการดำเนินงานและความพึงพอใจผู้รับบริการ ปี ละ ๑ ครั้ง					
๔	พัฒนาการให้บริการทางแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการปฐมภูมิ	๑. เพื่อพัฒนาและทบทวนความรู้ในการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงให้แก่ อสม. Care giver ผู้ช่วยแพทย์แผนไทยและเจ้าหน้าที่ในเขต รพ.สต. ๒. เพื่อพัฒนาการให้บริการฟื้นฟูและส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยในชุมชน ๓. ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน ๔. ออกให้บริการควบคุมกำกับและดูแลการให้บริการการแพทย์แผนไทยให้ไปเป็นตามมาตรฐาน	- เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ,อสม. และ Care giver ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย ๑ แห่ง	๑. อบรมทบทวนความรู้ในการดูแลฟื้นฟูด้วยการแพทย์แผนไทยให้แก่ ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย ๒. ร่วมวางแผนแนวทางการรักษาฟื้นฟูกับเจ้าหน้าที่รพ.สต. และสหวิชาชีพเพื่อให้ติดตามดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. , อสม. และ Care giver และสหวิชาชีพเพื่อให้ติดตามดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ๓. ดูแลและส่งเสริมสุขภาพเท้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน	เงินบำรุง ๒๐,๐๐๐ บาท	๑. มีการอบรมความรู้ให้แก่ อสม. Care giver และเจ้าหน้าที่ในเขต รพ.สต. ๑ แห่ง ๒. มีแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ๓. มีการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมกับสหวิชาชีพ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. และ Care giver ๔. มีการอบรมทบทวนความรู้ในการประเมินและการรักษาฟื้นฟูทางแพทย์แผนไทยให้ผู้ช่วยแพทย์แผนไทยในรพ.สต. ๕. รพ.สต. ๑ แห่ง ผ่านการประเมิน	๑. เจ้าหน้าที่รพ.สต. และ อสม. ๑ แห่ง มีความรู้ในการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ๒. มีเครือข่ายที่ช่วยดูแลผู้ป่วยในแต่ละ รพ.สต. ๓. ผู้ช่วยแพทย์แผนไทยตรวจรักษาโรคทางด้านการแพทย์แผนไทยในรพ.สต. ได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย	๑. เจ้าหน้าที่รพ.สต. และ อสม. ๑ แห่ง ได้รับการอบรมความรู้ ร้อยละ ๑๐๐ ๒. อัตราผู้ป่วย DM ได้รับการดูแลเท้าร้อยละ ๑๐๐ ๒.๑ ผู้ป่วย DM ในกลุ่มประเมินความเสี่ยงเท้ากลุ่มความเสี่ยงปานกลางได้รับดูแลเท้าด้วยการแช่เท้าเหมาะสมและปลอดภัย ร้อยละ ๑๐๐ รพ.สต. ๑ แห่ง ผ่านการประเมินมาตรฐาน(รพ. สส.พท.)ระดับดีเยี่ยม	นายदनัย พองแก้ว น.ส.อำพา อุ่นพานางธนัชชา ชัยวัฒน์พล

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย (พร้อมระบุจำนวน)	การดำเนินงาน กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน(Output)	ผลลัพธ์ (Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ผู้รับผิดชอบ
๕	พัฒนาระบบเครื่องมือ และอุปกรณ์ทางการ แพทย์แผนไทย	๑. เพื่อให้มีเครื่องมือ/ อุปกรณ์ที่มีประสิทธิภาพ มี ความเที่ยงตรง เพียงพอต่อ การให้บริการรักษาผู้ป่วย	-	๑. วิเคราะห์ความ เพียงพอของเครื่องมือ/ อุปกรณ์ และจัดทำคำ ขอความต้องการ เครื่องมือทาง การแพทย์ของงาน แพทย์แผนไทยเสนอต่อ คณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาล ๒. จัดทำบัญชีเครื่องมือ ๓. จัดทำแนวทาง ปฏิบัติวิธีการใช้ อุปกรณ์และวิธีการ บำรุงดูแลรักษา เครื่องมือทางการ แพทย์ของหน่วยงาน แพทย์แผนไทย	ค่าซ่อม บำรุง เครื่องมือ ๒๐,๐๐๐ บาท	๑. มีแผนความต้องการ เครื่องมือ/อุปกรณ์ ๒. มีการตรวจสอบความ พร้อมใช้ของเครื่องมือ/ อุปกรณ์ในทุกวันที่มีการใช้ งาน ๓. มีการสอบเทียบเครื่องมือ และอุปกรณ์ ๑ ครั้ง/ปี ๔. มีแนวทางในการซ่อม เครื่องมือ/อุปกรณ์ที่ชำรุด	๑. เครื่องมือและ อุปกรณ์มีความ เที่ยงตรง พร้อมใช้ งาน และเพียงพอ ต่อการให้บริการ ผู้ป่วย	๑. อัตราความ ไม่พร้อมใช้ของ เครื่องมือและ อุปกรณ์ เป็น ๐	นายคณัย พองแก้ว น.ส.อำพา อุ่นพา นางธนัชชา ชัยวัฒนพล

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนาด้านด้านบุคลากรเป็นเลิศ

ประเด็นยุทธศาสตร์: ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (Personal Excellence)

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์: ๑. อัตราบุคลากรทางการแพทย์แผนไทยผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานด้านบุคลากร ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐๐

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย (พร้อมระบุจำนวน)	การดำเนินงาน กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน(Output)	ผลลัพธ์ (Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ผู้รับผิดชอบ
๑	พัฒนาศักยภาพ และ ประสิทธิภาพของ บุคลากร	๑. เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์แผนไทยมีความรู้ สมรรถนะเหมาะสมกับ การให้บริการ	๑.แพทย์แผน ไทย จำนวน ๒ คน ๒.ผู้ช่วยแพทย์ แผนไทย จำนวน ๑ คน	๑. จัดทำแผนพัฒนา ศักยภาพเจ้าหน้าที่ ๒. แจกเจ้าหน้าที่เข้าร่วม อบรมประชุมวิชาการ ทางการแพทย์แผนไทย ๓. เข้าร่วมอบรมความรู้ ต่างๆภายในหน่วยงาน และหน่วยบริการ	๒๕,๐๐๐ บาท	๑. มีแผนพัฒนาศักยภาพ เจ้าหน้าที่ ๒. มีการส่งเจ้าหน้าที่เข้ารับ การอบรมพัฒนาความรู้ ทางด้านการแพทย์แผนไทย	๑. เจ้าหน้าที่ได้รับ การอบรมพัฒนา ความรู้ทางด้าน การแพทย์แผน ไทย ๒. บุคลากรทาง การแพทย์แผน ไทยผ่านเกณฑ์การ ประเมินสมรรถนะ	ร้อยละของ บุคลากรที่ได้รับ การอบรม วิชาการอย่าง น้อย ๒ เรื่อง/ปี เป้าหมาย ๑๐๐% ๒. อัตรา บุคลากรทาง การแพทย์แผน ไทยผ่านเกณฑ์ การประเมิน มาตรฐานด้าน บุคลากร ๑๐๐%	นายดนัย พองแก้ว น.ส.อำพา อุ๋นพา นางธนัชชา ชัยวัฒน์พล

การขออนุมัติแผนปฏิบัติการหน่วยงาน/ทีม..แพทย์แผนไทย... โรงพยาบาลฟากท่า ปีงบประมาณ....๒๕๖๙.....

(ลงชื่อ).....ผู้เสนอแผนปฏิบัติการ
ตำแหน่ง หัวหน้างานแพทย์แผนไทย

(ลงชื่อ).....ผู้อนุมัติแผนปฏิบัติการแพทย์แผนไทย
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลฟากท่า

แผนปฏิบัติการกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลฟากท่า
ปีงบประมาณ ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ : พัฒนาด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : เพื่อพัฒนาระบบงานบริการให้ปลอดภัย พึงพอใจและได้มาตรฐาน

มิติด้านคุณภาพ : เป้าประสงค์ที่ ๑ บริการสุขภาพของโรงพยาบาลฟากท่ามีคุณภาพ ได้รับการยอมรับและไว้วางใจจากประชาชนอำเภอฟากท่า

- ตัวชี้วัดเป้าประสงค์: ๑. อัตราการเกิดอุบัติการณ์ระดับ E หรือ อุบัติการณ์ทั่วไปเกิดขึ้น ๓ ครั้งขึ้นไป น้อยกว่าร้อยละ ๕
๒. อุบัติการณ์ทางคลินิกระดับ E หรืออุบัติการณ์ทั่วไปเกิดขึ้น ๓ ครั้งขึ้นไป ได้รับการทำ RCA ครบ ๑๐๐ %
๓. กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ มีอัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐
๔. กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์มีผลงาน CQI/นวัตกรรม/งานวิจัย อย่างน้อย ๑ เรื่อง/ปี
๕. อัตราความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่เกิดอุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงาน ≤๑ ต่อ ๑,๐๐๐ วัน ของการปฏิบัติงาน
- ๕ ผลการประเมินระบบความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการ ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ≥ ๘๐ %
๖. ร้อยละของความครอบคลุมการทำการควบคุมคุณภาพภายใน (IQC) เท่ากับ ๑๐๐ %
๗. ร้อยละของความถูกต้องการทำการควบคุมคุณภาพภายใน (IQC) เท่ากับ ๑๐๐ %
๘. ร้อยละของความครอบคลุมการทำการควบคุมคุณภาพภายนอก (EQA) เท่ากับ ๑๐๐ %
๙. ผลการประเมินคุณภาพจากองค์กรภายนอก EQA ผ่านเกณฑ์การยอมรับทุกสาขา เป้าหมาย ≥ ๓.๕๐ (คะแนนเต็ม ๔.๐๐)
๑๐. อัตราการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ < ๑%
๑๑. ร้อยละของการสอบเทียบเครื่องมือตามแผนครบ ๑๐๐ %
๑๓. กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ผ่านการตรวจประเมินภายในระบบบริหารคุณภาพตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพงานเทคนิคการแพทย์ จังหวัดอุดรธานี (ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ≥ ๘๐ %)
๑๔. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU Hospital Plus)
๑๕. ผลการตรวจประเมินคุณภาพห้องปฏิบัติการใน รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ทุกแห่ง เป้าหมาย ≥ ร้อยละ ๘๐

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน (Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ผู้รับผิดชอบ
๑.	การพัฒนาคุณภาพบริการงานเทคนิคการแพทย์ตามมาตรฐาน HA	๑.เพื่อให้กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์มีการพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่อง ๒.เพื่อให้ผู้มารับบริการงานเทคนิคการแพทย์ได้รับบริการที่ปลอดภัยสร้างความพึงพอใจและได้มาตรฐาน ๓. เพื่อให้กลุ่มงานกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งในรูปแบบของ CQI และนวัตกรรมในการปฏิบัติงาน	๑.เจ้าหน้าที่กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ จำนวน ๔ คน ๒.ผู้มารับบริการทุกคน	๑. ดำเนินกิจกรรม “หัวหน้าพาทบทวน” โดยกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ ทำหัวข้อทบทวน ดังนี้ -กิจกรรมการทบทวน คำร้องเรียน/ข้อเสนอแนะ -กิจกรรมการทบทวน การตรวจรักษาโดยผู้ชำนาญกว่า และป้องกันความเสี่ยง โดยนำไปสู่ • การจัดทำบัญชีความเสี่ยง • การกำหนดมาตรการป้องกันความเสี่ยง • การรายงานความเสี่ยงเมื่อเกิดอุบัติการณ์ขึ้น • การทำ Root Cause Analysis (RCA) -กิจกรรมการทบทวน การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ HAI (Health care Associated Infections) Prevention & Control System - กิจกรรมการทบทวนการใช้ทรัพยากร	-	๑. มีการจัดทำบัญชีความเสี่ยงและทบทวนบัญชีความเสี่ยงไม่น้อยกว่า ๒ ครั้ง/ปี ๒. มีการทำ RCA ครบทุกเรื่อง ที่เข้าเงื่อนไขของการทำ RCA ๓. มีการทำ CQI/สร้างนวัตกรรม ไม่น้อยกว่า ๑ เรื่อง/ปี ๔. ในปี ๒๕๖๙ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ มีผลงานงานวิจัยอย่างน้อย ๑ เรื่อง	๑. อัตราการเกิดอุบัติการณ์ระดับ E หรือ ๓ ขึ้นไป ช้ำ น้อยกว่าร้อยละ ๕ ๒. อุบัติการณ์ทางคลินิกระดับ E หรืออุบัติการณ์ทั่วไปเกิดซ้ำ ๓ ครั้งขึ้นไป ได้รับการทำ RCA ครบ ๑๐๐ % ๓. กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ มีอัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ๔. ในปี ๒๕๖๙ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ มีผลงาน CQI/นวัตกรรม/งานวิจัยอย่างน้อย ๑ เรื่อง/ปี	๑.อัตราการเกิดอุบัติการณ์ระดับ E หรือ ๓ ขึ้นไป ช้ำ น้อยกว่าร้อยละ ๕ ๒. อุบัติการณ์ทางคลินิกระดับ E หรืออุบัติการณ์ทั่วไปเกิดซ้ำ ๓ ครั้งขึ้นไป ได้รับการทำ RCA ครบ ๑๐๐ % ๓. กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ มีอัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ๔. ในปี ๒๕๖๙ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ มีผลงาน CQI/นวัตกรรม/งานวิจัย อย่างน้อย ๑ เรื่อง/ปี	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 ๒๕๖๙</p> <p>๔. ทบทวนและจัดทำระเบียบปฏิบัติและวิธีปฏิบัติงานที่สำคัญๆ ของกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์</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. จัดหา/จัดเตรียม เครื่อง ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ให้เพียงพอ พร้อมใช้งานใน จุดปฏิบัติงาน ๒. จัดอบรมด้านความปลอดภัยทางห้องปฏิบัติการให้กับ 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 อุบัติเหตุการ เกิดอุบัติเหตุ 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.เจ้าหน้าที่ทุกคนเข้ารับการตรวจสอบคุณภาพตามแผนการตรวจสอบคุณภาพและการได้รับวัคซีนตามที่ได้กำหนดไว้ในแผน</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 ๗๕,๙๐๐ บาท	๑. จัดหาสาร ควบคุมคุณภาพ ครบทุกรายการ ตรวจวิเคราะห์ ๒. ดำเนินการ ทำการควบคุม คุณภาพภายใน (IQC) เท่ากับ ๑๐๐%	๑. ร้อยละของความ ครอบคลุมการทำการ ควบคุมคุณภาพ ภายใน (IQC) เท่ากับ ๑๐๐ % ๒. ร้อยละของ ความถูกต้องการทำ การควบคุมคุณภาพ ภายใน (IQC) เท่ากับ ๑๐๐ %	๑. ร้อยละของ ความครอบคลุมการ ทำการ ควบคุมคุณภาพ ภายใน (IQC) เท่ากับ ๑๐๐ % ๒. ร้อยละของ ความถูกต้อง การทำการ ควบคุมคุณภาพ ภายใน (IQC) เท่ากับ ๑๐๐ %	น.ส.ฉมลวรรณ บุญรักษา

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย (พร้อมระบุ จำนวน)	การดำเนินงาน กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน (Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
				<p>๒. การเข้าร่วมประเมินความสามารถห้องปฏิบัติการจากองค์กรภายนอก (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.น้ำบาด 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>๓. สมัครเข้าร่วม PT/EQA ให้ครบทุกรายการตรวจวิเคราะห์ ที่หน่วยงานภายนอกมีการประเมิน</p> <p>๔. เจ้าหน้าที่ทุกคนในกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ ดำเนินการทำ EQA ครบ ๑๐๐ %</p>	<p>๓. ร้อยละของความครอบคลุมการทำ การควบคุมคุณภาพภายนอก (EQA) เท่ากับ ๑๐๐ %</p> <p>๔. ผลการประเมินคุณภาพจากองค์กร ภายนอก EQA ผ่านเกณฑ์การยอมรับทุกสาขาเป้าหมาย ≥ ๓.๕๐ (คะแนนเต็ม ๔.๐๐)</p>	<p>๓. ร้อยละของความครอบคลุมการทำ การควบคุมคุณภาพ ภายนอก (EQA) เท่ากับ ๑๐๐ %</p> <p>๔. ผลการประเมินคุณภาพจาก องค์กร ภายนอก EQA ผ่านเกณฑ์ การยอมรับ ทุกสาขา เป้าหมาย ≥ 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 ๓๔ คน ๒.เจ้าหน้าที่ รพ.สต. จำนวน ๑๕ 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 ให้ใช้ในห้องปฏิบัติการ มีความพร้อมใช้งาน	เครื่องมือที่ใช้ใน ห้องปฏิบัติการ ทั้งหมด จำนวน ๓๗ เครื่อง	๑. สํารวจความพอเพียงของ เครื่องมือในห้องปฏิบัติการที่จําเป็น ๒. จัดทำแผนการสอบเทียบ (Celebate) เครื่องมือที่มีผล กระทบ ต่อคุณภาพ โดยกำหนดความถี่ แหล่งสอบเทียบ ความคลาด เคลื่อนที่ยอมรับได้และผู้รับผิดชอบ ในการสอบเทียบ ๓. พิจารณาผลการสอบเทียบเพื่อ เป็นข้อมูลในการจัดทำแผนจัดซื้อ เครื่องมือที่จําเป็น ๔. ทำแผนการบำรุงรักษาเชิง ป้องกันและแผนการเข้ามา Preventive Maintenance จาก บริษัทและมีการบันทึกการดำเนิน การตามแผน ๕. ตรวจสอบความพร้อมใช้ของ เครื่องมือตามความความถี่ที่กำหนด โดยผู้ใช้เครื่องมือ และมีการบันทึก การดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ	๑. ค่าสอบ เทียบโดย บริษัทเอกซ น ประมาณ ๑๒,๕๐๐ บาท ๒. ค่าซ่อม แซมครุภัณฑ์ เครื่องมือ ประมาณ ๒๐,๐๐๐ บาท	๑.เครื่องมือที่ ใช้ในห้อง ปฏิบัติการได้ รับการสอบ เทียบตาม แผน 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.ฉมลวรรณ บุญรักษา

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย (พร้อมระบุ จำนวน)	การดำเนินงาน กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน (Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
๗.	RLU Hospital Plus	๑. เพื่อให้การสังเกต ทางห้องปฏิบัติการ ทางการแพทย์มี ประสิทธิภาพและ ถูกต้อง โดยเลือกใช้การ ตรวจทางห้องปฏิบัติ การอย่างเหมาะสม ในการคัดกรอง การ วินิจฉัย การติดตาม ผลการรักษา และพยากรณ์โรค โดยคำนึงถึง ความ ปลอดภัยของผู้ป่วยเป็น สำคัญ	คณะกรรมการ RLU รพ.พากท่า และเจ้าหน้าที่ รพ.พากท่า ที่ เกี่ยวข้องทุกท่าน	บันไดขั้นที่ ๑ กรรมการ RLU ดำเนินการ ดังนี้ ๑.๑ ประชุมทบทวนและ จัดทำคำสั่งคณะกรรมการ RLU และจัดทำคำสั่งแต่งตั้ง ผู้รับผิดชอบหลัก RLU ที่ลง นามโดย ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ให้เป็นปัจจุบัน ๑.๒ ทบทวนและประกาศ เจตนารมณ์เพื่อมุ่งสู่ RLU Hospital Plus ที่ลงนาม เป็นลายลักษณ์อักษร โดย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ๑.๓ ดำเนินการสื่อสาร ประกาศเจตนารมณ์เพื่อมุ่งสู่ RLU Hospital Plus ให้ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกคน ทราบ ผ่านช่องทางต่างๆ ดังนี้ ๑. บันทึกรับข้อความแจ้งเวียน ๒. สื่อสังคมออนไลน์ ได้แก่ Website รพ. , แอปพลิเคชัน ไลน์กลุ่ม “RLU พากท่า” ๑.๔ กำหนดให้มีการประชุม RLU อย่างน้อย ๒ ครั้ง ปี	-	๑. มีคำสั่งแต่งตั้ง กรรมการ RLU ที่เป็นสหสาขา วิชาชีพและ จัดทำคำสั่ง แต่งตั้ง ผู้รับผิดชอบหลัก หรือผู้ประสาน งานด้าน RLU ที่เป็นปัจจุบัน ลงนามโดย ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ๒. ประกาศ เจตนารมณ์เพื่อ มุ่งสู่ RLU Hospital Plus และสื่อสารให้ เจ้าหน้าที่ที่ เกี่ยวข้องทราบ ทุกคน ๓. มีการประชุม RLU ทุกไตรมาส	๑. โรงพยาบาลผ่าน เกณฑ์การตรวจทาง ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุสมผล (RLU Hospital Plus) ๒. ตัวชี้วัด RLU ที่ กำหนดทั้งหมด ผ่าน เกณฑ์ ครบ ๑๐๐ %	๑. โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์การ ตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ ทางการแพทย์ อย่างสม เหตุสมผล (RLU Hospital Plus) ๒. ตัวชี้วัด RLU ที่กำหนด ทั้งหมด ผ่าน เกณฑ์ ครบ ๑๐๐ %	คณะกรรมการ RLU รพ.พากท่า

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย (พร้อมระบุ จำนวน)	การดำเนินงาน กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน (Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
๗.	RLU Hospital Plus (ต่อ)			<p>บันไดขั้นที่ ๒ วิเคราะห์ข้อมูล ดำเนินการ ดังนี้</p> <p>๑.๑ คณะกรรมการ RLU ประชุมเพื่อร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูล และคัดเลือก โรค หรือ ภาวะ หรือรายการตรวจที่เป็นปัญหาในการสั่งตรวจ ทั้ง overutilization และ underutilization โดยพิจารณาจากรายการตรวจที่มี High cost, high volume จากปีงบประมาณที่ผ่านมา</p> <p>๑.๒ จัดทำบัญชีรายการโรค หรือภาวะ หรือรายการตรวจที่เป็นปัญหาของโรงพยาบาล</p> <p>๑.๓ กำหนดตัวชี้วัดจากบัญชีรายการโรค หรือภาวะ หรือรายการตรวจที่เป็นปัญหาของโรงพยาบาลทั้งหมด</p>	-	<p>๑.มีบัญชีรายการโรคหรือภาวะ หรือรายการตรวจที่เป็นปัญหาในการสั่งตรวจทั้ง overutilization และ under utilization</p> <p>๒. กำหนดตัวชี้วัดจากบัญชีรายการโรค หรือภาวะ หรือรายการตรวจที่เป็นปัญหาของโรงพยาบาลทั้งหมด</p>			คณะกรรมการ RLU รพ.พากท่า

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย (พร้อมระบุ จำนวน)	การดำเนินงาน กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน (Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
๗.	RLU Hospital Plus (ต่อ)			<p>บันไดขั้นที่ ๓ กำหนดมาตรการเพื่อลด overutilization และ/หรือ underutilization ดำเนินการดังนี้</p> <p>๑.๑ คณะกรรมการ RLU ประชุมร่วมกันกำหนด มาตรการหรือแนวทาง ครอบคลุมทุกตัวชี้วัดใน บัญชีรายการฯ ที่ได้จากการ วิเคราะห์จากบันไดขั้นที่ ๒ ทั้งด้าน Overutilization และ Underutilization</p> <p>๑.๒ ประกาศมาตรการ RLU ที่ลงนามโดย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล</p> <p>๑.๓ ดำเนินการสื่อสาร ประกาศมาตรการ RLU ให้ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกคน ทราบ ผ่านช่องทางต่างๆ ดังนี้</p> <p>๑. บันทึกรวบรวมความแข็งแรง</p> <p>๒. สื่อสังคมออนไลน์ ได้แก่ Website รพ. , แอปพลิเคชันไลน์กลุ่ม “RLU ฟากท่า”</p>	-	<p>๑. มีมาตรการ หรือแนวทาง ครอบคลุมทุก ตัวชี้วัด ทั้งด้าน Overutilization และ Under utilization</p> <p>๒. ประกาศ มาตรการ RLU ที่ลงนามโดย ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลและ สื่อสารมาตรการ RLU ให้ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกคน ทราบ</p>			คณะกรรมการ RLU รพ.ฟากท่า

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	การดำเนินงาน กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน (Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
๗.	RLU Hospital Plus (ต่อ)			<p>๑.๔ กำหนดมาตรการ โดยการใช้ระบบ IT ได้แก่ การทำ Pop up แจ้งเตือนการส่งตรวจซ้ำ หรือแจ้งเตือนในกรณีที่ยังไม่ได้รับการตรวจ</p> <p>๑.๕ จัดทำแนวทางการตอบสนองต่อการแจ้งเตือน</p> <p>บันไดขั้นที่ ๔ การประเมินผล ดำเนินการดังนี้</p> <p>๑. คณะกรรมการ RLU ประชุมร่วมกันเพื่อกำหนดการกำหนดตัวชี้วัดด้าน overutilization และ underutilization</p> <p>๒. ผู้รับผิดชอบหลัก RLU สรุปการประเมินผล RLU ตัวชี้วัดด้าน overutilization และ underutilization ทุก ๓ เดือน เสนอให้ผู้อำนวยการและคณะกรรมการ RLU ทราบ</p> <p>๓. ดำเนินการติดตามตัวชี้วัดโดยใช้ระบบ HDC และโปรแกรม Metabase</p> <p>๔. รายงานผลค่าใช้จ่ายทางห้องปฏิบัติการในโปรแกรม LabEx</p>	-	<p>๓. มีการทำ Pop up แจ้งเตือนการส่งตรวจซ้ำ หรือแจ้งเตือนในกรณีที่ยังไม่ได้รับการตรวจ</p> <p>๑. มีการกำหนดตัวชี้วัดครอบคลุมด้าน overutilization และ under utilization</p> <p>๒. มีการติดตามตัวชี้วัดผ่านทางโปรแกรม Metabase ที่เป็นปัจจุบัน</p> <p>๓. มีรายงานผลค่าใช้จ่ายทางห้องปฏิบัติการในโปรแกรม LabEx ที่เป็นปัจจุบัน</p>			คณะกรรมการ RLU รพ.พาทา

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย (พร้อมระบุ จำนวน)	การดำเนินงาน กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน (Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
๘.	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 สุขภาพอำเภอปากท่า อย่าง ปีละ ๑ ครั้ง	๑,๐๐๐ 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.ผลการตรวจ ประเมิน คุณภาพ ห้องปฏิบัติการ ใน รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ทุก แห่ง เป้าหมาย ≥ร้อยละ ๘๐	๑. เจ้าหน้าที่รพ.สต. เข้าร่วมอบรมเชิง ปฏิบัติการครบ ๑๐๐ % ๒. รพ.สต. ทั้ง ๔ แห่ง ดำเนิน การทำ IQC และ EQA ครบ ๑๐๐ % ๓.ผลการตรวจ ประเมินคุณภาพ ห้องปฏิบัติการใน รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ ทุกแห่ง เป้าหมาย ≥ ร้อยละ ๘๐	๑. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. เข้า ร่วมอบรมเชิง ปฏิบัติการ ครบ ๑๐๐ % ๒. รพ.สต. ทั้ง ๔ แห่ง ดำเนิน การ ทำ IQCและ EQA ครบ ๑๐๐ % ๓.ผลการ ตรวจ ประเมิน คุณภาพห้อง ปฏิบัติ การ ใน รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ทุก แห่ง เป้าหมาย ≥ ร้อยละ ๘๐	คปสอ.ปากท่า

ยุทธศาสตร์ : พัฒนาด้านด้านบุคลากรเป็นเลิศ (Personal Excellence)

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : ๑) เพื่อให้บุคลากรของโรงพยาบาลฟากท่ามีเพียงพอ และมีความสามารถในการปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสม

๒) เพื่อให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้อย่างปลอดภัย มีความสุข และผูกพันต่อองค์กร

มิติด้านคุณภาพ : เป้าประสงค์ที่ ๑ โรงพยาบาลมีบุคลากรเพียงพอกับการปฏิบัติงาน

เป้าประสงค์ที่ ๒ บุคลากรมีความรู้ความสามารถ เหมาะสมกับการให้บริการ

เป้าประสงค์ที่ ๓ บุคลากรปฏิบัติงานด้วยความปลอดภัย มีความสุข และผูกพันต่อองค์กร

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์:

๑. 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	๑. เพื่อให้บุคลากรของกลุ่มงานเทคนิคปฏิบัติงานด้วยความปลอดภัย มีความสุข และผูกพันต่อองค์กร ๒. เพื่อให้บุคลากรของกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์มีขวัญและกำลังใจที่ดีในการปฏิบัติงาน	๑.เจ้าหน้าที่กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ จำนวน ๔ คน	๑.พัฒนาและเสริมสร้างสิ่งแวดล้อมในการทำงานตามแนวทาง Personnel Safety Goals ๒.พัฒนาองค์กรแห่งความสุข ดังนี้ ๒.๑ กำหนดหัวข้อความต้องการพัฒนาความรู้ความสามารถของกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ ๒.๒ ส่งเสริมให้บุคลากรของกลุ่มงานให้เข้ารับการพัฒนาตามที่กำหนดไว้และพัฒนาบุคลากรทุกระดับให้มีสมรรถนะและความเชี่ยวชาญเหมาะสมกับตำแหน่ง และสอดคล้องกับเป้าหมายขององค์กร ๒.๓. มอบหมายให้บุคลากรทุกคนอย่างชัดเจน ๒.๔. กำหนด KPI ให้แก่บุคลากรแต่ละคนอย่างชัดเจน เท่าเทียมกัน และมีการกำหนด KPI ที่เป็นตัวชี้วัดร่วมของกลุ่มงานให้ทุกคน	-	๑.การเจ็บป่วยของบุคลากรจากการปฏิบัติงาน เท่ากับ ๐ ๑.บุคลากรผู้ปฏิบัติงานในกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ ได้รับการพัฒนาตามแผนการพัฒนาศูนย์บุคลากร ๒.อัตราของบุคลากรกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงาน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐	๑. อัตราการเจ็บป่วยของบุคลากรจากการปฏิบัติงาน เท่ากับ ๐ ๑.ร้อยละของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานที่ได้รับการพัฒนาตามแผนการพัฒนาศูนย์บุคลากร มากกว่า ร้อยละ ๘๕ ๒. ร้อยละของบุคลากรที่มีคะแนนประเมินความสุจริตที่ดีขึ้นไป มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐ ๓. อัตราความพึงพอใจ / ผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรในระดับดีขึ้นไป มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๖๐	๑. อัตราการเจ็บป่วยของบุคลากรจากการปฏิบัติงาน เท่ากับ ๐ ๑.ร้อยละของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานที่ได้รับการพัฒนาตามแผนการพัฒนาศูนย์บุคลากร มากกว่า ร้อยละ ๘๕ ๒. ร้อยละของบุคลากรที่มีคะแนนประเมินความสุจริตที่ดีขึ้นไป มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐ ๓. อัตราความพึงพอใจ / ผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรในระดับดีขึ้นไป มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๖๐	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)			เพื่อจะได้ช่วยเหลือกัน ทำงานให้บรรลุเป้าหมายที่ องค์กรได้กำหนดไว้ ๒.๕. ประเมินผลการปฏิบัติ งานที่โปร่งใส ตรวจสอบได้ ๒.๖. จัดกิจกรรมเสริมใน กลุ่มงาน เช่น การให้ ของขวัญปีใหม่จาก หน.กลุ่ม งาน การจัดเลี้ยงงานวันเกิด ให้กับเจ้าหน้าที่ห้อง ปฏิบัติการ เป็นต้น	-	๓. อัตรา ความพึง พอใจ / ผูกพันต่อ องค์กรของ บุคลากรกลุ่ม งานเทคนิค การแพทย์ที่ ได้คะแนน การประเมิน การมากกว่า หรือเท่ากับ ร้อยละ ๖๐ ขึ้นไป			น.ส.ธมลวรรณ บุญรักษา

ยุทธศาสตร์ : 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

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 ๒๕๖๙</p>	-	<p>๑. โรงพยาบาล ฟากท่าได้ คະແນกการประเมิน FAI ในส่วนของพัสดุไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐</p> <p>๒ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์มี ผลงานวิจัย/ นวัตกรรม/CQI อย่างน้อย ๑ เรื่องในปี ๒๕๖๙</p>	<p>๑. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน EIA</p> <p>๒. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA</p> <p>๓. ร้อยละของหน่วยงานที่มี ผลงานวิจัย/ นวัตกรรม/CQI เท่ากับ ๑๐๐ %</p>	<p>๑.โรงพยาบาล ผ่านผ่านการประเมิน EIA ได้คะแนนไม่น้อยกว่า ร้อยละ 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>

ผังกำกับแผนการดำเนินงาน (Gantt Chart) กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลฟากท่า ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
ยุทธศาสตร์ : พัฒนาด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

กิจกรรม / ขั้นตอน	ระยะเวลาดำเนินงาน												ผู้รับผิดชอบ	
	ปี ๒๕๖๘			ปี ๒๕๖๙										
	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.		
๒. จัดทำแผนการสอบเทียบ (Calibrate) เครื่องมือที่มีผลกระทบต่อคุณภาพ	←→													น.ส.ธมลวรรณ บุญรักษา เจ้าหน้าที่ทุกคนใน กลุ่มงานเทคนิค การแพทย์
๓. ทำแผนการบำรุงรักษาเชิงป้องกันและแผนการเข้ามา Preventive Maintenance จากบริษัทและมีการบันทึกการดำเนินการตามแผน	←→													
๔. ตรวจสอบความพร้อมใช้ของเครื่องมือตามความความถี่ที่กำหนด โดยผู้ใช้เครื่องมือ และมีการบันทึกการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ	←												→	
๕. พิจารณาผลการสอบเทียบเพื่อเป็นข้อมูลในการจัดทำแผนจัดซื้อเครื่องมือที่จำเป็น								←→		←→				
๖. การตรวจติดตามภายในห้องปฏิบัติการ การตามมาตรฐานงานทางเทคนิคการแพทย์ ๒๕๖๕														
๑. ประชุมชี้แจงทีมประเมินตามมาตรฐานในเครือข่ายจากผู้ตรวจติดตามภายใน							←→							น.ส.ธมลวรรณ บุญรักษา
๒. รับการตรวจติดตามภายใน ตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ จากคณะ กรรมการพัฒนาคุณภาพงานเทคนิคการแพทย์ จังหวัดอุตรดิตถ์								←→						
๓. ทีมตรวจติดตามภายในส่งสรุปผลการตรวจติดตามและโอกาสการพัฒนาให้ห้องปฏิบัติการที่ถูกประเมินทราบ								←→						
๔. แจ้งผลการประเมินให้บุคลากรในหน่วยงานและผู้บริหารทราบ ดำเนินการแก้ไขตามโอกาสพัฒนาที่ได้รับและจัดทำแผนการแก้ไขตามโอกาสพัฒนาที่ได้รับจากทีมประเมิน									←→					

ผังกำกับแผนการดำเนินงาน (Gantt Chart) กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลฟากท่า ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
ยุทธศาสตร์ : พัฒนาด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

กิจกรรม / ขั้นตอน	ระยะเวลาดำเนินงาน												ผู้รับผิดชอบ	
	ปี ๒๕๖๘			ปี ๒๕๖๙										
	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.		
๘. การพัฒนาระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข หน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอฟากท่า														คปสอ.ฟากท่า
๑. จัดทำแผนการสอบเทียบและการบำรุงรักษาเครื่องมือทางการแพทย์ สำหรับหน่วยบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตามพิธีการใช้งาน	←→													
๒. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ ทบทวนความรู้วิชาการเกี่ยวกับการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการให้กับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทั้ง ๔ แห่ง						←→								
๓. ดำเนินการจัดเตรียม-ส่ง สารควบคุมคุณภาพ ทั้งการทำ การควบคุมคุณภาพภายในและภายนอก (IQC, EQA)	←→													
๔. นิเทศงาน ติดตาม และตรวจประเมินคุณภาพห้องปฏิบัติการใน รพ.สต. ทุกแห่งในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอฟากท่า อย่างปีละ ๑ ครั้ง							←→							

การอนุมัติแผนปฏิบัติการกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลฟากท่า ปีงบประมาณ ๒๕๖๙

(ลงชื่อ)  ผู้เสนอแผนปฏิบัติการ
(นางสาวธมลวรรณ บุญรักษา)
ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลฟากท่า
วันที่ ๕ มกราคม ๒๕๖๙

(ลงชื่อ)  ผู้อนุมัติแผนปฏิบัติการ
(นางสาวพรสวรรค์ มีชิน)
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลฟากท่า
วันที่ ๕ มกราคม ๒๕๖๙

แผนปฏิบัติการกลุ่มงานโภชนศาสตร์ โรงพยาบาลฟากท่า

ปีงบประมาณ ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน

ประเด็นยุทธศาสตร์ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellent)

มิติด้านประสิทธิผล: เป้าประสงค์ที่ R๑.๑ ระบบบริการได้มาตรฐานผ่านการรับรองคุณภาพ

มิติด้านคุณภาพ: เป้าประสงค์ที่ S๑.๑ ประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพอย่างมีมาตรฐาน

เป้าประสงค์ที่ S๑.๒ ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ

เป้าประสงค์ที่ S๑.๓ ผู้รับบริการเข้าถึงบริการที่จำเป็นที่มีคุณภาพและปลอดภัย

มิติด้านประสิทธิภาพ: เป้าประสงค์ที่ M๑.๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่จำเป็นของโรงพยาบาลให้ได้มาตรฐาน

เป้าประสงค์ที่ M๑.๒ พัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอฟากท่า

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์: ๑.โรงพยาบาลฟากท่าสามารถผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA ชั้นที่ ๓

๒.โรงพยาบาลฟากท่าสามารถดำเนินการผ่านมาตรฐาน โรงพยาบาลอาหารปลอดภัย

๓.งานโภชนาการมีอัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน (Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ผู้รับผิดชอบ
๑.	การพัฒนาคุณภาพโภชนาการตามมาตรฐาน HA	๑.เพื่อให้กลุ่มงานโภชนศาสตร์ มีการพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่อง ๒.เพื่อให้ผู้มารับบริการทางโภชนาการได้รับบริการที่ปลอดภัยสร้างความพึงพอใจและได้มาตรฐาน	๑.เจ้าหน้าที่กลุ่มงานโภชนศาสตร์ จำนวน ๓ คน ๒.ผู้มารับบริการทุกคน	๑.ดำเนินกิจกรรม”หัวหน้าพาทบทวน”โดยงานโภชนาการทำหัวข้อทบทวนดังนี้ -กิจกรรมการทบทวนคำร้องเรียน/ข้อเสนอแนะ -กิจกรรมการทบทวนการตรวจรักษาโดยผู้ชำนาญกว่า -กิจกรรมการทบทวนการค้นหาและป้องกันความเสี่ยงโดยนำไปสู่ <ul style="list-style-type: none"> ● การจัดทำบัญชีความเสี่ยง ● การกำหนดมาตรการป้องกันความเสี่ยง ● การรายงานความเสี่ยงเมื่อเกิดอุบัติการณ์ขึ้น ● การทำRoot Cause Analysis(RCA) -กิจกรรมการทบทวนเหตุการณ์สำคัญ -กิจกรรมการทบทวนการใช้ความรู้ทางวิชาการ	-	๑.มีการทำCQI/สร้างนวัตกรรมไม่น้อยกว่า ๑ เรื่อง/ปี ๒.มีการจัดทำบัญชีความเสี่ยงไม่น้อยกว่า ๒ ครั้ง/ปี ๓.มีSOP, CPG,WIทางโภชนาการที่ครอบคลุมโรค/หัตถการ/กระบวนการงานที่สำคัญครบทุกเรื่อง ๔. ในปี ๒๕๖๙ กลุ่มงานโภชนศาสตร์ มีผลงานวิจัยอย่างน้อย ๑ เรื่อง	๑.กลุ่มงานโภชนศาสตร์มีอัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ๒.โรงพยาบาลฟากท่าผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐานHAในการประเมินรับรองซ้ำทุกรอบ ๓. ในปี ๒๕๖๙ กลุ่มงานโภชนศาสตร์ มีผลงานวิจัยอย่างน้อย ๑ เรื่อง	๑.งานโภชนาการมีอัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ๒.โรงพยาบาลฟากท่าผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐานHAในการประเมินรับรองซ้ำทุกรอบ ๓.กลุ่มงานโภชนศาสตร์ มีผลงานวิจัยอย่างน้อย ๑ เรื่อง	นางสาวพรพิมลพรหมสุวรรณ

ลำดับ	โครงการ/ กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน (Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ผู้รับผิดชอบ
				<p>๒.นำโอกาสพัฒนา/ ความเสี่ยงที่ค้นพบ มา ดำเนินการพัฒนา คุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง (CQI) สร้าง นวัตกรรมเพื่อช่วยใน การปฏิบัติงาน</p> <p>๓.จัดทำระเบียบปฏิบัติ และวิธีปฏิบัติงานที่ สำคัญๆของกลุ่มงาน โภชนศาสตร์</p> <p>๔.ดำเนินการประเมิน ความพึงพอใจของ ผู้รับบริการทาง โภชนาการทุกๆ ๖ เดือน</p> <p>๕.จัดทำเอกสาร สรุปลผลการพัฒนา คุณภาพของกลุ่มงาน โภชนศาสตร์ตาม รูปแบบ 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 คณะกรรมการฯและนำ ข้อเสนอแนะที่ได้จาก คณะกรรมการมา ดำเนินการปรับปรุง คุณภาพการบริการทาง โภชนาการต่อเนื่อง	-	๑.มีการทำCQI/ สร้างนวัตกรรมไม่ น้อยกว่า ๑ เรื่อง/ปี ๒.มีการจัดทำ เอกสารประเมิน ตนเองตาม มาตรฐาน โรงพยาบาล อาหารปลอดภัย	๑.โรงพยาบาล ฟากท่าสามารถ ดำเนินการผ่าน มาตรฐาน โรงพยาบาล อาหารปลอดภัย	๑.โรงพยาบาล ฟากท่าสามารถ 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.	การพัฒนาาระบบ 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) ขึ้น ไปไม่น้อยกว่าร้อย ละ 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

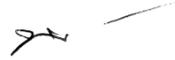
๖. งานโภชนาการ ผลงาน CQI นวัตกรรมไม่น้อยกว่า ๑๐ เรื่อง/ปี

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 ความถูกต้อง 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 ฟากทำได้คะแนน ประเมิน ITA ใน ส่วนของพัสดุไม่ น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ๒.กลุ่มงานโภชน ศาสตร์มี อุบัติการณ์ต้อง แก้ไขข้อมูลตาม ระบบข้อมูล๔๓ แฟ้มไม่เกิน ๒ ครั้ง/ปี ๓.กลุ่มงานโภชน ศาสตร์มีผลงาน CQI/สร้างนวตก กรรมไม่น้อยกว่า ๑ เรื่อง/ปี ๔.ในปี ๒๕๖๘ กลุ่มงานโภชน ศาสตร์มี ผลงานวิจัยอย่าง น้อย ๑ เรื่อง	๑.โรงพยาบาลฟาก ทำได้คะแนนประเมิน ITA ๒.โรงพยาบาลผ่าน เกณฑ์การประเมิน ระบบการควบคุม ภายใน ๓.โรงพยาบาลฟาก ทำผ่านเกณฑ์ คุณภาพเทคโนโลยี สารสนเทศ โรงพยาบาลระดับ๒	๑.โรงพยาบาล ฟากทำได้คะแนน ประเมิน ITA ๒.โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์การ ประเมินระบบการ ควบคุมภายใน ๓.โรงพยาบาล ฟากทำผ่านเกณฑ์ คุณภาพ เทคโนโลยี สารสนเทศ โรงพยาบาลระดับ ๒	นางสาวพรพิมล พรมสุวรรณ

การอนุมัติแผนปฏิบัติการกลุ่มงานโชนนาการ โรงพยาบาลฟากท่า ปีงบประมาณ ๒๕๖๙

(ลงชื่อ) พรทิมล พงษ์สว่าง.....ผู้เขียนและเสนอแผนงานโครงการ
ตำแหน่ง นักโชนนาการปฏิบัติการ



(ลงชื่อ).....ผู้อนุมัติแผนปฏิบัติการ
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลฟากท่า

แผนปฏิบัติการหน่วยงานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลฟากท่า
ปีงบประมาณ ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ ๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน

ประเด็นยุทธศาสตร์: ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellent)

มิติด้านประสิทธิผล: เป้าประสงค์ที่ R๑.๑ ระบบบริการได้มาตรฐานผ่านการรับรองคุณภาพ

มิติด้านคุณภาพ: เป้าประสงค์ที่ S๑.๑ ประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพอย่างมีมาตรฐาน
S๑.๒ ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ
S๑.๓ ผู้รับบริการเข้าถึงบริการที่จำเป็นที่มีคุณภาพและปลอดภัย

มิติด้านประสิทธิภาพ: เป้าประสงค์ M๓.๑ พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่จำเป็นของโรงพยาบาลให้ได้มาตรฐาน

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์:
๑. โรงพยาบาลฟากท่าได้รับการรับรองมาตรฐาน HA ชั้นที่ ๓
๒. โรงพยาบาลฟากท่าผ่านการประเมินมาตรฐานกายภาพบำบัด เป้าหมาย ระดับดีเยี่ยม
๓. อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการกายภาพบำบัดไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย (พร้อมระบุจำนวน)	การดำเนินงาน กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน(Output)	ผลลัพธ์ (Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ผู้รับผิดชอบ
๑	การดำเนินการพัฒนาคุณภาพบริการกายภาพบำบัดตามมาตรฐาน HA	๑. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการทางกายภาพบำบัดที่ได้มาตรฐาน	๑.บุคลากรของงานกายภาพบำบัด ๓ คน ๒.ผู้รับบริการงานกายภาพบำบัด	๑. วิเคราะห์ระบบงาน/ค้นหาความเสี่ยง/โอกาสพัฒนาของหน่วยงาน ๒. ทบทวนบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงาน ๓. รายงานความเสี่ยงของหน่วยงาน ๔. จัดทำ RCA ๕. ทำกิจกรรมทบทวน - การทบทวนความคิดเห็นและข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ	-	๑. มีการพัฒนางานตามมาตรฐาน HA ๒. มีการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ ๒ ครั้ง/ปี	๑. โรงพยาบาลฟากท่าได้รับการรับรองประเมินมาตรฐาน HA ชั้นที่ ๓ ๒. ผู้รับบริการพึงพอใจในการให้บริการของแผนกกายภาพบำบัด	๑.โรงพยาบาลฟากท่าได้รับการรับรองมาตรฐาน HA ชั้นที่ ๓	สลิลทิพย์ เตชะ

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย (พร้อมระบุจำนวน)	การดำเนินงาน กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน(Output)	ผลลัพธ์ (Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ผู้รับผิดชอบ
				<ul style="list-style-type: none"> - การทบทวนการตรวจรักษาโดยผู้ชำนาญกว่า - การค้นหาและการป้องกันความเสี่ยง - การป้องกันและการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล - การทบทวนความสำเร็จของเวชระเบียน - การทบทวนการใช้ความรู้ทางวิชาการ - การทบทวนการใช้ทรัพยากร - การติดตามเครื่องชี้วัดที่สำคัญ ๖. การทำ CQI ๗. ทบทวน Service Profile ๘. ทบทวนแนวทางปฏิบัติงานและวิธีปฏิบัติงานที่สำคัญ ๙. ประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ <p>หน่วยงานกายภาพ บำบัด</p>					

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย (พร้อมระบุจำนวน)	การดำเนินงาน กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน(Output)	ผลลัพธ์ (Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ผู้รับผิดชอบ
๒	การพัฒนาคุณภาพงาน ตามมาตรฐาน กายภาพบำบัด	๑. เพื่อให้ผู้ป่วยทาง กายภาพบำบัดได้รับการ บริการที่ได้มาตรฐาน	๑.บุคลากรของ งานกายภาพ บำบัด ๒ คน ๒.ผู้รับบริการ งานกายภาพ บำบัด	๑. วิเคราะห์ Gap Analysis มาตรฐาน กายภาพบำบัดกับสิ่งที่ กลุ่มงานปฏิบัติอยู่ใน ปัจจุบัน เพื่อหาโอกาส พัฒนางานตาม มาตรฐาน ๒. นำโอกาสพัฒนาที่ ได้มาดำเนินการพัฒนา งานตามมาตรฐาน กายภาพบำบัดทั้ง ๙ หมวด ๓. รับการตรวจติดตาม ประเมินมาตรฐาน กายภาพบำบัดจาก หน่วยงานภายนอก ๔. ดำเนินการปรับปรุง ตามข้อเสนอแนะที่ ได้รับจากการตรวจ ประเมินและจาก ผู้รับบริการ ๕. ประเมินผลความพึง พอใจของผู้รับบริการ ๒ ครั้ง/ปี ๖. พัฒนาการดูแลผู้ป่วย ระยะกลาง (IMC) ๗. ออกให้บริการผู้ป่วย ข้อเข่าเสื่อมในชุมชน ๘. ซ้อมแผน CPR ๙. ซ้อมแผนอัคคีภัย	- ปรับปรุง หลังคาและ เพดานตึก และติดตั้ง เครื่องปรับอากาศ ๒๓๐,๐๐๐ บาท	๑. มีการพัฒนางานตามมาตรฐาน กายภาพบำบัดทั้ง ๙ หมวด ๒. ได้รับการตรวจประเมินมาตรฐาน กายภาพบำบัดจากภายนอกอย่าง น้อย ๑ ครั้ง/ปี ๓. มีการสำรวจความพึงพอใจของ ผู้รับบริการ ๒ ครั้ง/ปี ๔. มีการดำเนินการปรับปรุงตาม ข้อเสนอแนะที่ได้รับ ๕. มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะ กลาง (IMC) ๖. ผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมในชุมชนได้รับ การรักษาทางกายภาพบำบัด ๗. หน่วยงานกายภาพบำบัดมีการ ซ้อมแผน CPR ๘. หน่วยงานกายภาพบำบัดมีการ ซ้อมแผนอัคคีภัย	๑. คะแนนการ ประเมินมาตรฐาน กายภาพบำบัด > ๒๔๐ คะแนน ๒. ผู้รับบริการพึง พอใจในการ ให้บริการของ แผนก กายภาพบำบัด	๑. ผ่านการ ประเมิน มาตรฐาน กายภาพบำบัด คุณภาพ ระดับ ดีเยี่ยม ๒. อัตราความ พึงพอใจของ ผู้รับบริการ เป้าหมาย ร้อย ละ ๙๐ ๓. อัตราข้อ ร้องเรียน เป็น ๐ ๔. มีการซ้อม แผน CPR ๑ ครั้ง/ปี ๕. มีการซ้อม แผนอัคคีภัย ๑ ครั้ง/ปี	สลิลทิพย์ เดชะ

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย (พร้อมระบุจำนวน)	การดำเนินงาน กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน(Output)	ผลลัพธ์ (Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ผู้รับผิดชอบ
๓	พัฒนาการให้บริการ ทางกายภาพบำบัดใน หน่วยบริการปฐมภูมิ	๑. เพื่อส่งเสริมการ ให้บริการทาง กายภาพบำบัดในเขต บริการของหน่วยบริการ ปฐมภูมิ ๒. เพื่อพัฒนาความรู้ใน การดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยให้แก่ อสม. Care giver และ เจ้าหน้าที่ในเขต รพ.สต. ๓. เพื่อพัฒนาการตรวจ เท้าผู้ป่วยเบาหวานในรพ. สต.	- เจ้าหน้าที่รพ. สต. อสม. และ Care giver ทั้ง ๔ แห่ง	๑. เป็นวิทยากรอบรม ความรู้ในการดูแลฟื้นฟู ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ให้แก่ อสม. Care giver และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ๒. จัดทำคู่มือและแนว ทางการส่งต่อผู้ป่วยที่ จำเป็นต้องได้รับการ ฟื้นฟูทาง กายภาพบำบัด ๓. ออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ. สต. อสม. และ Care giver วางแนวทางการ รักษาฟื้นฟูให้กับ เจ้าหน้าที่รพ.สต. เพื่อให้ติดตามดูแลฟื้นฟู ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ๔. ติดตามความ ก้าวหน้าในการดูแล ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ทุกๆ ๑ เดือน ๕. เป็นวิทยากรอบรม ความรู้ในการตรวจเท้า ผู้ป่วยเบาหวานให้ ผู้ช่วยแพทย์แผนไทยใน รพ.สต.	-	๑. มีการอบรมความรู้ให้แก่ อสม. Care giver และเจ้าหน้าที่ในเขต รพ. สต. ทั้ง ๔ แห่ง ๒. มีคู่มือและแนวทางการส่งต่อผู้ป่วย ที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูทาง กายภาพบำบัด ๓. มีการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมกับ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. และ Care giver	๑. เจ้าหน้าที่รพ. สต. และ อสม. ทั้ง ๔ แห่ง มีความรู้ใน การดูแลฟื้นฟู ผู้ป่วยติดบ้าน ติด เตียง ๒. มีเครือข่ายที่ ช่วยดูแลผู้ป่วยใน แต่ละรพ.สต.	๑. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม. ทั้ง ๔ แห่ง ได้รับการ อบรมความรู้ ร้อยละ ๑๐๐	สลิลทิพย์ เดชะ สุดาพร เป๊ะหุ่ม

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย (พร้อมระบุจำนวน)	การดำเนินงาน กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน(Output)	ผลลัพธ์ (Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ผู้รับผิดชอบ
๔	พัฒนาระบบเครื่องมือ และอุปกรณ์ทาง กายภาพบำบัด	๑. เพื่อให้มีเครื่องมือ/ อุปกรณ์ที่มีประสิทธิภาพ มีความเที่ยงตรง เพียงพอ ต่อการให้บริการรักษา ผู้ป่วย	-	๑. วิเคราะห์ความ เพียงพอของเครื่องมือ/ อุปกรณ์ และจัดทำคำ ขอความต้องการ เครื่องมือทางการแพทย์ ของงานกายภาพบำบัด เสนอต่อคณะ กรรมการบริหาร โรงพยาบาล ๒. ทบทวนบัญชี เครื่องมือ ๓. ทบทวนแนวทาง ปฏิบัติวิธีการใช้อุปกรณ์ และวิธีการบำรุงดูแล รักษาเครื่องมือ การ calibration เครื่องมือ/ อุปกรณ์ทางการ กายภาพบำบัดของ หน่วยงาน	ค่าซ่อม บำรุง เครื่องมือ ๒๐,๐๐๐ บาท	๑. มีแผนความต้องการเครื่องมือ/ อุปกรณ์ ๒. มีการตรวจสอบความพร้อมใช้ของ เครื่องมือ/อุปกรณ์ทุกวัน ๓. มีการสอบเทียบเครื่องมือและ อุปกรณ์ ๑ ครั้ง/ปี ๔. มีแนวทางในการซ่อมเครื่องมือ/ อุปกรณ์ที่ชำรุด	๑. เครื่องมือและ อุปกรณ์มีความ เที่ยงตรง พร้อมใช้ งาน และเพียงพอ ต่อการให้บริการ ผู้ป่วย	๑. อัตราความ ไม่พร้อมใช้ ของเครื่องมือ และอุปกรณ์ เป็น ๐	สลิลทิพย์ เดชะ

ยุทธศาสตร์ ๓ พัฒนาระบบบริหารจัดการบุคลากรขององค์กร

ประเด็นยุทธศาสตร์: ด้านบุคลากรเป็นเลิศ(Personnel Excellence)

มิติด้านประสิทธิผล: เป้าประสงค์ที่ R ๑.๓ บุคลากรมีความสุขและมีความผูกพันต่อองค์กร

มิติด้านคุณภาพ: เป้าประสงค์ที่ S ๒.๖ บุคลากรมีความรู้ สมรรถนะเหมาะสมกับการให้บริการ

มิติด้านการพัฒนาองค์กร: เป้าประสงค์ที่ C ๔.๒ ส่งเสริมค่านิยม MOPH ขององค์กร

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์:

๑. อัตราของบุคลากรหน่วยงานกายภาพบำบัดมีคะแนนดัชนีความสุข(Happiness index) ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐
๒. อัตราการโยกย้าย/ลาออกของบุคลากรหน่วยงานกายภาพบำบัดที่ปฏิบัติงานไม่เกิน ๓ ปีไม่เกินร้อยละ ๕ หรือลดลงจากปีที่ผ่านมาร้อยละ ๑๐
๓. อัตราของบุคลากรหน่วยงานกายภาพบำบัดที่ผ่านเกณฑ์การประเมินสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐๐
๔. อัตราของบุคลากรหน่วยงานกายภาพบำบัดที่มีสัดส่วนชั่วโมงการฝึกอบรมต่อคนต่อปีไม่น้อยกว่า๑๐ ชั่วโมงไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐
๕. อัตราของบุคลากรหน่วยงานกายภาพบำบัดที่ได้คะแนนการประเมินการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ขององค์กรระดับดี (ร้อยละ ๗๐) ขึ้นไป ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย (พร้อมระบุจำนวน)	การดำเนินงาน กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน(Output)	ผลลัพธ์ (Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ผู้รับผิดชอบ
๑	การพัฒนาระบบบริหารจัดการบุคลากรของหน่วยงานกายภาพบำบัด	๑. เพื่อให้บุคลากรของหน่วยงานกายภาพบำบัดมีความรู้ ความสามารถและมีความสามารถและมีค่านิยม ที่เหมาะสมกับการดำเนินงานเพื่อการบรรลุเป้าหมายของหน่วยงานและโรงพยาบาล ๒. เพื่อให้บุคลากรของหน่วยงานกายภาพบำบัดมีขวัญและกำลังใจที่ดีในการปฏิบัติงาน	- นักกายภาพบำบัด ๒ คน	๑. กำหนดหัวข้อความรู้ที่ต้องการพัฒนาความรู้ความสามารถ ๒. ส่งเสริมให้บุคลากรเข้ารับการพัฒนาตามที่กำหนดไว้ ๓. มอบหมายงานให้บุคลากรทุกคนอย่างชัดเจน ๔. กำหนดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานให้แก่บุคลากรแต่ละคนอย่างชัดเจน เท่าเทียมกัน และมีการกำหนดตัวชี้วัดร่วมของกลุ่มงานให้ทุกคน เพื่อจะได้ช่วยเหลือกันทำงานให้บรรลุเป้าหมายที่องค์กรได้กำหนดไว้ ๕. ประเมินผลการปฏิบัติงานที่โปร่งใส ตรวจสอบได้ ๖. หัวหน้าหน่วยงานกายภาพบำบัดถ่ายทอดแนวคิด ค่านิยมองค์กร “MOPH” แก่บุคลากรในกลุ่มงาน และประเมินความรู้ความเข้าใจทุกๆเดือน ๗. จัดกิจกรรมเสริมในกลุ่มงานกายภาพบำบัด	เงินบำรุง ๖๐,๐๐๐ บาท	๑. มีแผนพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ ๒. มีการส่งเจ้าหน้าที่เข้ารับการอบรมพัฒนาความรู้ทางด้านกายภาพบำบัด ๒. อัตราของบุคลากรหน่วยงานกายภาพบำบัดที่ผ่านเกณฑ์การประเมินสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงาน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๑๐๐ ๓. อัตราของบุคลากรหน่วยงานกายภาพบำบัดที่ได้คะแนนการประเมินการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ขององค์กรระดับดี (ร้อยละ ๗๐) ขึ้นไปไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐	๑. อัตราของบุคลากรหน่วยงานกายภาพบำบัดมีคะแนนดัชนีความสุข (Happiness index) ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ๒. อัตราการโยกย้าย/ลาออกของบุคลากรหน่วยงานกายภาพบำบัดที่ปฏิบัติงานไม่เกิน ๓ ปีไม่เกินร้อยละ ๕ หรือลดลงจากปีที่ผ่านมา ร้อย ๑๐	๑. ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการอบรมวิชาการอย่างน้อย ๒ เรื่อง/ปี เป้าหมาย ๑๐๐% ๒. อัตราบุคลากรทางกายภาพบำบัดผ่านเกณฑ์การประเมินสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงาน เป้าหมาย ร้อยละ ๑๐๐ ๓. อัตราของบุคลากรหน่วยงานกายภาพบำบัดมีคะแนนดัชนีความสุข (Happiness index) ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐	สลิลทิพย์ เดชะ

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย (พร้อมระบุจำนวน)	การดำเนินงาน กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน(Output)	ผลลัพธ์ (Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ผู้รับผิดชอบ
				เช่น การรับประทานอาหารร่วมกันในกลุ่มงาน การให้เค้กวันเกิดเจ้าหน้าที่ เป็นต้น				๔. อัตราการโยกย้าย/ลาออกของบุคลากรหน่วยงาน กายภาพ บำบัดที่ ปฏิบัติงานไม่ เกิน ๓ ปีไม่ เกินร้อยละ ๕ หรือลดลงจาก ปีที่ผ่านมา ร้อย ๑๐	

ยุทธศาสตร์ ๔ พัฒนาระบบบริหารเพื่อมุ่งสู่องค์กรที่มีธรรมาภิบาล

ประเด็นยุทธศาสตร์: ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล(Governance Excellence)

มิติด้านประสิทธิผล: เป้าประสงค์ที่ R ๑.๔ องค์กรมีธรรมาภิบาล

มิติด้านคุณภาพ: เป้าประสงค์ที่ S ๒.๗ องค์กรโปร่งใส ตรวจสอบได้

มิติด้านการพัฒนาองค์กร: เป้าประสงค์ที่ C๔.๔ พัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศ

เป้าประสงค์ที่ C๔.๖ พัฒนาระบบการจัดการความรู้ งานวิจัยและนวัตกรรม

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์: ๑. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA

๒. โรงพยาบาลพากทำผ่านเกณฑ์คุณภาพเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาลระดับ ๒

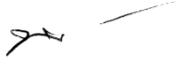
๓. หน่วยงานกายภาพบำบัดมีผลงาน CQI/นวัตกรรมไม่น้อยกว่า ๑๐ เรื่อง/ปี

๔. ในปี ๒๕๖๒ หน่วยงานกายภาพบำบัดต้องมีผลงานวิจัยอย่างน้อย ๑ เรื่อง

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย (พร้อมระบุจำนวน)	การดำเนินงาน กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน(Output)	ผลลัพธ์ (Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ผู้รับผิดชอบ
๑.	การพัฒนาระบบบริหารจัดการหน่วยงาน กายภาพบำบัดให้เป็น หน่วยงานที่มีธรรมาภิ บาล และเป็นเลิศใน ด้านการบริหารจัดการ หน่วยงาน	๑. เพื่อให้หน่วยงาน กายภาพบำบัดเป็น หน่วยงานที่โปร่งใส ตรวจสอบได้ ๒. เพื่อให้หน่วยงาน กายภาพบำบัดมีการ บริหารจัดการสารสนเทศที่ มีความถูกต้อง ครบถ้วน เชื่อถือได้ ๓. เพื่อให้หน่วยงาน กายภาพบำบัดมีการ พัฒนาคุณภาพอย่าง ต่อเนื่อง ทั้งในรูปแบบของ CQI และนวัตกรรมในการ ปฏิบัติงาน	- นักกายภาพ บำบัด ๒ คน	๑. หน่วยงานกายภาพ บำบัดร่วมดำเนินการ ตามหลักเกณฑ์ ITA และหลักการควบคุม ภายในอย่างเคร่งครัด ๒. บุคลากรหน่วยงาน กายภาพบำบัด ดำเนินการสอบทาน ความถูกต้องครบถ้วน ของข้อมูลการรักษา และข้อมูลการคีย์เปิก สปสข. ทุกครั้งที่มีการ รักษา ๓. หน่วยงานกายภาพ บำบัดมีการพัฒนา คุณภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งในรูปแบบของ CQI และนวัตกรรมในการ ปฏิบัติงาน ๔. หน่วยงานกายภาพ บำบัดการกำหนด KPI ให้บุคลากรทุกคนต้อง ร่วมกันทำวิจัยอย่าง น้อย ๑ เรื่องในปี ๒๕๖๓	-	๑. หน่วยงานกายภาพบำบัดไม่มี อุบัติการณ์การลงข้อมูลการรักษา ผู้ป่วยผิด คีย์ข้อมูลไม่ครบ ๒. หน่วยงานกายภาพบำบัดมีผลงาน CQI/ นวัตกรรมไม่น้อยกว่า ๑๐ เรื่อง/ปี ๓. ในปี ๒๕๖๔ หน่วยงานกายภาพ บำบัดมีผลงานวิจัยอย่างน้อย ๑ เรื่อง	๑. โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์การ ประเมิน ITA ๒. โรงพยาบาล ฟากท่าผ่านเกณฑ์ คุณภาพเทคโนโลยี สารสนเทศ โรงพยาบาล ระดับ ๒	๑.โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์การ ประเมิน ITA ๒. โรงพยาบาล ฟากท่าผ่าน เกณฑ์คุณภาพ เทคโนโลยี สารสนเทศ โรงพยาบาล ระดับ ๒	สลิลทิพย์ เดชะ

การขออนุมัติแผนปฏิบัติการหน่วยงานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลฟากท่า ปีงบประมาณ ๒๕๖๙

(ลงชื่อ) สลิลทิพย์ เกษะ ผู้เสนอแผนปฏิบัติการ
ตำแหน่ง หัวหน้างานกายภาพบำบัด


(ลงชื่อ) ผู้อนุมัติแผนปฏิบัติการกายภาพบำบัด
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลฟากท่า

แผนปฏิบัติการกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลพาท่า ปี 2569

ลำดับ	แผนงาน/โครงการ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	กิจกรรม	งบประมาณ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
1.	โครงการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรพยาบาล	เพื่อสร้างระบบและกลไกการประกันคุณภาพ	บุคลากรมีสมรรถนะในการประกันคุณภาพและการประเมินคุณภาพการพยาบาล	ร้อยละ 80	1.ประเมินสมรรถนะบุคลากรพยาบาล 2.จัดทำแผนพัฒนาส่วนขาด 3.ส่งบุคลากรพยาบาลเข้ารับการอบรมและฝึก 4.ประเมินผลบุคลากรพยาบาลหลังการอบรม	-	มี.ค.-มิ.ย.69	หัวหน้างาน
2.	โครงการพัฒนามาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล	เพื่อพัฒนาระบบและกลไกการปฏิบัติการพยาบาล	.อัตราเพิ่มของมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล	ร้อยละ 10	1.ประเมินตนเองตามมาตรฐานต่างๆ 2.พัฒนาส่วนขาด 3.ศึกษาค้นคว้าจากต ารา / งานวิจัย / ดูงานเพื่อน มาพัฒนา มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล 4.ประเมินผลการน ามาตรฐานมาใช้	-	ต.ค.68-ก.ย. 69	หัวหน้างาน
3.	การประกันคุณภาพการพยาบาล	เพื่อพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาลสู่ความเป็นเลิศ	องค์กรพยาบาลที่มีผลการประเมินคุณภาพการพยาบาลผ่าน	ร้อยละ 60	1.ประเมินตนเองตามมาตรฐานต่างๆ 2.ประกันคุณภาพการพยาบาล 3.พัฒนาส่วนขาด 4.การบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน 6.ประเมินจากภายใน	2,000 บาท	ม.ค.-มิ.ย.69	หัวหน้างาน
4.	โครงการพัฒนาระบบนิเทศทางการพยาบาล	เพื่อพัฒนากลไกการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการพยาบาล	หน่วยงานพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน	ร้อยละ 100	1.พัฒนาระบบการนิเทศการบริการพยาบาลตามเป้าหมายของการประกันคุณภาพ 2.นิเทศการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการพยาบาลที่กำหนด 3.ประเมินผลและน ามาปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง	-	ต.ค.68-ก.ย. 69	หัวหน้าพยาบาล

5.	โครงการพัฒนาการใช้ กระบวนการพยาบาล	เพื่อวางแผนการพยาบาลที่ ถูกต้องและตามมาตรฐาน	1.หน่วยงานมีการใช้ กระบวนการพยาบาล 2.ความสมบูรณ์ของเวช ระเบียนด้านการพยาบาล	ร้อยละ 100 ร้อยละ 80	1.พัฒนาการใช้กระบวนการ พยาบาล 2.พัฒนาการบันทึกทางการ พยาบาล 3.การประเมินผู้ป่วย 4.การนิเทศทางคลินิก 5.การตรวจสอบเวชระเบียน	-	ม.ค.-ก.ย.69	หัวหน้างาน
6.	การพัฒนาระบบสารสนเทศ ทางการพยาบาล	เพื่อจัดระบบสารสนเทศ ทางการพยาบาลให้เชื่อมโยง	ระดับความสำเร็จในการ จัดระบบสารสนเทศ ทางการพยาบาล	ระดับ 4	1.พัฒนาระบบการบันทึกและใช้ โปรแกรมทางการพยาบาล 2.พัฒนาระบบการบันทึกข้อมูล ด้านต่างๆ 3.พัฒนาจัดเก็บข้อมูลที่มีคุณภาพ 4.อบรมบุคลากรด้านการจัดเก็บ ข้อมูล	-	ก.พ.-ก.ย.69	พยาบาล สารสนเทศ

การอนุมัติแผนปฏิบัติการ กลุ่มงานการพยาบาล ปีงบประมาณ 2569

(ลงชื่อ)



ผู้เขียนและเสนอแผนงานโครงการ

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

(ลงชื่อ)



ผู้อนุมัติแผนปฏิบัติการ

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลฟากท่า

แผนปฏิบัติงานหน่วยงาน/ทีม รังสิตวิทยา โรงพยาบาลฟากท่า
ปีงบประมาณ ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ พัฒนาด้านบริการเป็นเลิศ(Service Excellence)

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : เพื่อพัฒนาระบบงานบริการให้ปลอดภัย ฟังพอใจและได้มาตรฐาน

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
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	นางพัฒนา 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.เจ้าหน้าที่ ที่มา ปฏิบัติงานแทน เช่น พนักงาน วิทยาศาสตร์ เป็นต้น	๑.เตรียมแผนการสอน เจ้าหน้าที่ ที่ปฏิบัติงานแทนฯ 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.	การส่งเสริมการ พัฒนาระบบงาน วิจัยและ นวัตกรรมของ องค์กร	๑. เพื่อให้งานรังสีวิทยา มี การพัฒนาคุณภาพอย่าง ต่อเนื่อง ทั้งในรูปแบบของ CQI และ/หรือ นวัตกรรมใน การปฏิบัติงาน ๒. เพื่อให้บุคลากรใน หน่วยงานรังสีวิทยามีการทำ วิจัยในประเด็นที่สอดคล้องกับ การดำเนินงาน/ปัญหาของ กลุ่มงาน	เจ้าหน้าที่ งาน รังสีวิทยา ๒ คน	๑.หน่วยงานวิเคราะห์หา โอกาสพัฒนา และแนวทาง พัฒนา CQI และ/หรือ นวัตกรรมของหน่วยงาน ๒.เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยน เรียนรู้/นำเสนอการพัฒนา CQI และ/หรือ นวัตกรรม ของโรงพยาบาล ๓. ส่งนวัตกรรม/CQI ของ หน่วยงานเข้าร่วมประกวด ผลงานตั้งแต่ระดับจังหวัดขึ้นไป	-	๑.หน่วยงานเข้า ร่วมการจัดเวที แลกเปลี่ยน เรียนรู้/นำเสนอ การพัฒนา CQI / นวัตกรรม อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง ๔.หน่วยงาน จัดส่งนวัตกรรม/ CQI เข้าร่วม ประกวดผลงาน อย่างน้อย ปีละ ๑ เรื่อง	๑. หน่วยงานมี ผลงานวิจัย/ นวัตกรรม/CQI อย่างน้อยปีละ๑ เรื่อง	๑. หน่วยงานมี ผลงานวิจัย/ นวัตกรรม/CQI อย่างน้อยปีละ ๑ เรื่อง	นางพิณลดา ปิ่นทอง



ลงชื่อ.....ผู้เสนอแผนปฏิบัติการ
ตำแหน่ง นักรังสีการแพทย์ชำนาญการ



ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติแผนปฏิบัติการ
ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลพากท่า

แผนปฏิบัติงานหน่วยงาน/ทีม จิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลฟากท่า
ปีงบประมาณ ๒๕๖๙

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.โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรและการฝึกซ้อมแผนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)	๑.เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานมีแนวทางการปฏิบัติขณะเกิดเหตุภาวะฉุกเฉินจิตเวชในโรงพยาบาล ๒.เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงาน สามารถดูแลจัดการภาวะฉุกเฉินจิตเวชได้อย่างมีประสิทธิภาพ	๑. ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ๒. จัดทำโครงการและดำเนินการเพื่อขออนุมัติ ๓. จัดอบรมการให้ความรู้ หลักกฎหมายต่างๆ ที่มีผลต่อผู้กระทำความผิดในการก่อเหตุรุนแรงในโรงพยาบาล ๔. ประชุม วางแผน ฝึกซ้อมบนโต๊ะร่วมกับผู้เกี่ยวข้องหลัก ๕. จัดอบรม สอนและสาธิตแก่เจ้าหน้าที่ ในการแจ้งเหตุ การรับมือกับสถานการณ์ การซ้อมแผนเตรียมรับภาวะฉุกเฉิน ๖. ฝึกภาคปฏิบัติการรับแจ้งเหตุ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเคลื่อนย้ายผู้ที่ไม่เกี่ยวข้อง ทรัพย์สิน และฝึกการการรับมือกับสถานการณ์	๑. ผลผลิต/ผลลัพธ์ ๑.๑มีแนวทางการปฏิบัติขณะเกิดเหตุภาวะจิตเวชฉุกเฉิน ในโรงพยาบาล ๑.๒ ทีมเจ้าหน้าที่ปลอดภัยหรือทำให้เกิดการสูญเสียต่อบุคลากรและทรัพย์สิน อุปกรณ์ทางการแพทย์น้อยที่สุด ๒. ตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการ ๒.๑ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องมีความรู้ ความสามารถในการจัดการในการรับมือภาวะฉุกเฉิน ทางด้านจิตเวช ในโรงพยาบาล ร้อยละ ๑๐๐ ๒.๒ เจ้าหน้าที่สามารถเคลื่อนย้ายและส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างถูกวิธีและปลอดภัย	ธันวาคม ๒๕๖๘ - กันยายน ๒๕๖๙	เงินบำรุง รพ. ๓๕,๒๐๐ บาท	นายสิทธิรินทร์ ทวลอารมภ์ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

โครงการ/งาน	วัตถุประสงค์	กลวิธีดำเนินงาน/กิจกรรมหลัก	เกณฑ์ชี้วัด	ระยะเวลา	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
		๗. สรุปผลการซ่อมแผน	ร้อยละ ๑๐๐			
๒.โครงการเฝ้าระวังสัญญาณเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชน ปี ๒๕๖๙	๑. เพื่อคัดกรองและค้นหาประชาชนในชุมชนที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้อย่างรวดเร็วและครอบคลุม ๒. เพื่อเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และทักษะให้แก่บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ในการสังเกตสัญญาณเตือน ๓. เพื่อส่งเสริมการทำงานแบบบูรณาการระหว่างโรงพยาบาล ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในระดับพื้นที่	๑.จัดทำโครงการ และขออนุมัติดำเนินการ ๒.ประชุมชี้แจงการดำเนินงาน ๓.ดำเนินกิจกรรมโครงการ ๔.สรุปและรายงานผลการดำเนินงาน	๑.ร้อยละของประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย \geq ร้อยละ ๘๐ ๒.ร้อยละของผู้เข้าร่วมอบรม/กิจกรรมมีคะแนนความรู้และความเข้าใจเพิ่มขึ้นหลังการอบรม \geq ร้อยละ ๘๐ ๓.ร้อยละของผู้เข้าร่วมสามารถระบุสัญญาณเตือนและแนวทางการช่วยเหลือเบื้องต้นได้ถูกต้อง \geq ร้อยละ ๘๐	กุมภาพันธ์ ๒๕๖๙ - กันยายน ๒๕๖๙	เงินบำรุง รพ. ๕๐,๐๐๐ บาท	นางสาวฐิติวราดา กันเที่ยง นักสาธารณสุข
๓.โครงการสร้างสุขเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลฟากท่า ปี ๒๕๖๙	๑. เพื่อส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิตของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ๒. เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงต่อภาวะเครียดและหมดไฟในการทำงาน ๓. เพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีภายในองค์กร และส่งเสริมบรรยากาศการทำงานที่เป็นมิตร ๔. เพื่อสนับสนุนให้โรงพยาบาลเป็นองค์กรแห่งความสุข (Happy Organization)	๑.จัดทำโครงการ และขออนุมัติดำเนินการ ๒.ประชุมชี้แจงการดำเนินงาน ๓.ดำเนินกิจกรรมโครงการ ๔.สรุปและรายงานผลการดำเนินงาน	๑.ร้อยละของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลฟากท่าได้รับการอบรม \geq ร้อยละ ๘๐ ๒.ร้อยละเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลฟากท่าได้รับการตรวจสอบสุขภาพทางใจด้วยเครื่อง Biofeedback \geq ร้อยละ ๘๐	ธันวาคม ๒๕๖๘ - กันยายน ๒๕๖๙	เงินบำรุง รพ. ๕๐,๐๐๐ บาท	นางสาวฐิติวราดา กันเที่ยง นักสาธารณสุข

โครงการ/งาน	วัตถุประสงค์	กลวิธีดำเนินงาน/กิจกรรมหลัก	เกณฑ์ชี้วัด	ระยะเวลา	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
๔.โครงการอสม.รวมใจ ใส่ใจสุขภาพกายและสุขภาพจิตผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประจำปี ๒๕๖๙	๑. เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ๒. เพื่อสร้างระบบเฝ้าระวังและให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้มีปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตในชุมชน	๑. ประชาสัมพันธ์โครงการและประสานงานกับหน่วยงาน/ชุมชน ที่เกี่ยวข้องในการเข้าร่วมโครงการ ๒. สำรวจความต้องการของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ต้องการเข้าร่วมโครงการ ๓. ประชาคมและสำรวจกิจกรรมในหมู่บ้านที่ประชาชนต้องการ ๔. ประชุมชี้แจงความรู้ ความเข้าใจเรื่องสุขภาพกาย, สุขภาพจิตเบื้องต้น การคัดกรองสุขภาพจิต และอบรมพัฒนาศักยภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต ๕. สรุปผลการดำเนินงาน	๑. ร้อยละของอสม.ได้รับการให้ความรู้ \geq ร้อยละ ๘๐ ๒. ร้อยละชุมชนมีส่วนร่วมในกิจกรรม \geq ร้อยละ ๘๐	ธันวาคม ๒๕๖๘ – กันยายน ๒๕๖๙	เงินบำรุง รพ. ๔๐,๐๐๐ บาท	นางสาวฐิติวรา กั้นเที่ยง นักสาธารณสุข
๕. พัฒนาระบบบริการและระบบบริหารจัดการด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด โรงพยาบาลพากทำ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙	๑. เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ๒. เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามมาตรฐาน ๓. บูรณาการการทำงานร่วมกับหน่วยงานต่างๆในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด	๑. จัดทำโครงการ และขออนุมัติดำเนินการ ๒. จัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานสุขภาพจิตและยาเสพติด ๓. สรุปและรายงานผลการดำเนินงาน	๑. ผู้ป่วยยาเสพติดเข้าถึงบริการด้านการบำบัดรักษาและได้รับการดูแลต่อเนื่องจนถึงการติดตาม ๒. ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) เข้าถึงบริการ และได้รับการดูแลต่อเนื่อง ๓. ศูนย์คัดกรองและ	กุมภาพันธ์ ๒๕๖๙	สสจ.อุดรดิตถ์ ๑๙,๐๐๐ บาท	นางสาวเอมปวีร์ เนติดำรงศิลป์ นักจิตวิทยาปฏิบัติการ

โครงการ/งาน	วัตถุประสงค์	กลวิธีดำเนินงาน/กิจกรรมหลัก	เกณฑ์ชี้วัด	ระยะเวลา	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
			สถานพยาบาลยาเสพติดมี คุณภาพและมาตรฐาน			



ลงชื่อ ผู้เสนอแผนปฏิบัติการ

(นางสาวณัฏฐพร พึ่งสมุทร)
หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด



ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติแผนปฏิบัติการ

(นางสาวพรสวรรค์ มีชิน)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพากท่า

แผนปฏิบัติการกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลพากท่า ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
งานควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ พัฒนาด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเป็นเลิศ

เป้าประสงค์ที่ ๑ พัฒนางานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของอำเภอพากท่า ในแต่ละกลุ่มวัย

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ : ๑. กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง มีผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๕๐

๒. กลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน ได้รับการติดตามยืนยันวินิจฉัย ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๗๒

๓. กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ได้รับการติดตามยืนยันวินิจฉัย ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๕

ลำดับ	โครงการ	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน (Output)	ผลลัพธ์ (Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
๑.	โครงการคัดกรองและติดตามผลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง เทศบาลตำบลพากท่า อำเภอพากท่า จังหวัดอุดรดิตต์ ประจำปี ๒๕๖๘	๑. เพื่อส่งเสริมทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและติดตาม กำกับผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง	ประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป เขตพื้นที่ความรับผิดชอบของเทศบาลตำบลพากท่า จำนวน ๔๓๑ คน	๑.คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมโครงการ ๒.แต่งตั้งทีมและประชุมทีมสหวิชาชีพเพื่อวิเคราะห์ปัญหา และกำหนดแนวทาง/Time line การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ๓.จัดทำข้อตกลงร่วมกันของกลุ่มเสี่ยงฯ ก่อนเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ๔.ประเมินความรู้สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพก่อนเข้าร่วมโครงการ ๕.ให้ความรู้และทักษะ ๓ อ.๒ ส. โดยทีมสหวิชาชีพ ๖.จัดกิจกรรมกลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ๓ อ. ๒ ส.ในชุมชน	กองทุนเทศบาลตำบลพากท่า เป็นเงิน ๕,๐๐๐ บาท	๑.มีข้อตกลงการเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกันของกลุ่ม Pre-DM/HT ๒.ความรอบรู้สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเปลี่ยนแปลงระดับดีขึ้น (เทียบก่อน/หลังเข้าร่วมโครงการ) ๓.มีกิจกรรมเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ๓ อ.๒ ส.ในชุมชนทุกเดือน	๑ ประชาชนมีทักษะการประเมินและรับรู้ข้อมูลสภาวะสุขภาพตนเอง ได้ถูกต้อง ๒. กลุ่มเสี่ยงเบาหวานและกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเหมาะสม ไม่เป็นผู้ป่วยรายใหม่ ๓. กลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ได้รับการติดตามวินิจฉัยทันเวลา (ภายใน ๙๐ วัน นับจากวันคัดกรองสุขภาพ	๑. กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง มีผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๕๐ ๒. กลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน ได้รับการติดตามยืนยันวินิจฉัย ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๗๒ ๓. กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ได้รับการติดตามยืนยันวินิจฉัย ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๕	นส.ศศิธรมะนิลทิพย์

ลำดับ	โครงการ	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน (Output)	ผลลัพธ์ (Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
		๒ เพื่อให้กลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ได้รับการติดตาม วินิจฉัยโรค ได้ทันเวลา		<p>๗.ให้ความรู้/ประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับ Early Warning Sign โรค Stroke/STEMI ในเวทีประชุม อสม./หมู่บ้าน/ส่วนราชการ/กลุ่มไลน์</p> <p>๘.กำกับติดตามผลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จากผลการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก/รอบเอว/ความดันโลหิต FBS และบันทึกข้อมูลในสมุดประจำตัว</p> <p>๙.ประเมินผลโครงการ ครั้งที่ ๑ (๓ เดือน)</p> <ul style="list-style-type: none"> - กรณีผลปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีแนวโน้มที่ดีขึ้น <u>นัดทุก ๒ เดือน</u> - กรณีผลปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ไม่เปลี่ยนแปลง <u>นัดทุกเดือน</u> <p>๑๐.ประเมินผลโครงการ ครั้งที่ ๒ (๖ เดือน)</p> <p>๑๑.จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และคัดเลือกบุคคลต้นแบบ (Role Model) มอบเข็มเชิดชูเกียรติและเกียรติบัตร</p> <p>๑๒.สรุปประเมินผลโครงการ</p>		<p>๔.กลุ่มเสี่ยงเข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อย่างน้อยร้อยละ ๘๐</p> <p>๕.มีบุคคลต้นแบบ (Role Model) ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม</p>			

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ พัฒนาด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเป็นเลิศ

เป้าประสงค์ที่ ๒ ลดการเจ็บป่วยรายใหม่ในโรคสำคัญของอำเภอปากท่อ

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ : ๑. ร้อยละของความครอบคลุมในการคัดกรองโรคในกลุ่มเป้าหมาย

- การคัดกรองหาผู้ป่วย HT
- การคัดกรองหาผู้ป่วย DM

ลำดับ	โครงการ	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน (Output)	ผลลัพธ์ (Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ผู้รับผิดชอบ
๒	โครงการคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	๑. เพื่อเพิ่มความครอบคลุมในการคัดกรองโรค NCD ในกลุ่มเป้าหมาย	๑. ประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป จำนวน ๒,๐๗๗ คน	๑. ปรับปรุงฐานข้อมูลรายชื่อกลุ่มเป้าหมายให้เป็นปัจจุบัน ๒. ประชุมทีมคัดกรองสุขภาพเพื่อกำหนดวันให้บริการคัดกรองแบบบูรณาการงาน ๓. ประสาน อสม. เจาะ FBS ปลายนิ้ว ไม่เกิน ๗ วัน ก่อนวันนัดหมายรับบริการในชุมชน ๔. ประชาสัมพันธ์ขั้นตอนการรับบริการคัดกรองสุขภาพ ในกลุ่มไลน์ อสม./ หมู่บ้าน/ เสี่ยงตามสายหมู่บ้าน ๕. จัดบริการคัดกรองสุขภาพแบบบูรณาการงานต่างๆ ในกลุ่มประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป แข็งแรงในชุมชน โดยทีมสวิตซ์ชีพ ได้แก่ - คัดกรองโรค NCD - คัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ ๙ ด้าน - คัดกรองวัณโรค - คัดกรองสุขภาพช่องปาก - คัดกรองการเคลื่อนไหว/ข้อเข่าเสื่อม - คัดกรองสายตา - คัดกรองสุขภาพจิต	-	๑. ประชาชนในพื้นที่ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง ๒. มีรูปแบบการจัดบริการคัดกรองสุขภาพแบบบูรณาการงาน	ร้อยละของความครอบคลุมในการคัดกรองโรค DM/HT ในกลุ่มเป้าหมาย ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ ๙๑	๑. ประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อโรค DM/HT ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ ๙๑	นส.ศศิธร มะนิลทิพย์

ลำดับ	โครงการ	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน (Output)	ผลลัพธ์ (Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
				<p>๖.คัดกรองสุขภาพ รอบเก็บตก โดย อสม.และยืนยันตัวตนผ่านบัตรประชาชนตัวจริง/ภาพถ่ายคู่กับบัตรประชาชน</p> <p>๗.คัดกรองสุขภาพกายและสุขภาพจิต ประชาชนอายุ ๑๕-๓๔ ปี โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม.</p> <p>๘.บันทึกข้อมูลคัดกรองสุขภาพ ในโปรแกรม HOSxP</p> <p>๙.ติดตามผลคัดกรองสุขภาพซ้ำ ในกลุ่มสงสัยป่วย</p> <p>กรณี FBS \geq ๑๒๖ mg/dl ให้เจาะแบบ FBS Vein</p> <p>กรณี BP \geq ๑๔๐/๙๐ mmHg ให้ทำ HBP ๑๐ day</p>					

แผนปฏิบัติการกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลฟากท่า ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
งานอนามัยแม่และเด็ก

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : พัฒนาด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเป็นเลิศ (PP Excellence)

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : เพื่อให้ประชาชนอำเภอฟากท่าสุขภาพดี และมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

เป้าประสงค์ที่ ๑ : พัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย (อนามัยแม่และเด็ก)

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ : ๑. ร้อยละของทารกแรกเกิดน้ำหนักแรกคลอดมากกว่า ๒,๕๐๐ กรัม

ลำดับ	โครงการ	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน (Output)	ผลลัพธ์ (Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
๑.	โครงการพัฒนางานระบบบริการ ANC โรงพยาบาลฟากท่า	๑. เพื่อพัฒนาระบบบริการฝากครรภ์ คุณภาพและการดูแลขณะตั้งครรภ์ ให้มีคุณภาพและได้มาตรฐาน ๒. เพื่อให้ทารกแรกเกิดน้ำหนักแรกคลอดมากกว่า ๒,๕๐๐ กรัม	๑. หญิงตั้งครรภ์	๑. ประชุม MCH Board เพื่อ ทบทวนแนวทางการดำเนินงาน และแผนพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก ไตรมาสละ ๑ ครั้ง ๒. ส่งเสริมภาวะโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ให้ได้มาตรฐาน - ส่งเสริมและกำกับติดตาม การจ่ายยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็กและกรดโฟลิก - กำกับ ติดตามผลการสุ่มตรวจไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ - ส่งเสริมการจัดการบริการ โรงเรียนพ่อแม่ ให้ความรู้ด้าน โภชนาการ และการประเมินภาวะโภชนาการ Vallop Curve	-	๑. หญิงตั้งครรภ์ ได้รับการฝากครรภ์ ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์ ๒. หญิงตั้งครรภ์ ได้รับการดูแลก่อนคลอด ๕ ครั้งตามเกณฑ์คุณภาพ ๓. หญิงตั้งครรภ์ ได้รับการคัดกรอง ความเสี่ยง Thalassemia , Down Syndrome ,HIV และดูแลตาม มาตรฐาน	๑. หญิงตั้งครรภ์ ได้รับการฝากครรภ์ ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์ ร้อยละ ๗๕ ๒. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอด ๕ ครั้งตามเกณฑ์คุณภาพ (≥ ร้อยละ ๗๕) ๓. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการคัดกรองความเสี่ยง Thalassemia, Down Syndrome, HIV และดูแลตาม มาตรฐาน ร้อยละ ๑๐๐ ๔. หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง GDM, HT /	๑. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ ๑๒ สัปดาห์ (≥ ร้อยละ ๗๕) ๒. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ คุณภาพครบ ครบ ๕ ครั้งตาม เกณฑ์ (≥ ร้อยละ ๗๕)	นส.ธนพร ปัญญาสงค์

ลำดับ	โครงการ	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน (Output)	ผลลัพธ์ (Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
				<p>- วางแผนการดูแลและติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโภชนาการไม่ผ่านเกณฑ์ โดยให้นักโภชนาการเป็นผู้ให้ความรู้และปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร</p> <p>๓. คัดกรอง กำกับ ติดตาม ประเมินผลการดูแลรักษา และวางแผนดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัญหาโลหิตจางต่อเนื่อง</p> <p>๔. ควบคุมกำกับ ติดตาม ความถูกต้อง ครบถ้วนของการบันทึกและส่งออกข้อมูลการดำเนินงานตามระบบ ๔๓ แฟ้ม ทุกเดือน</p>			<p>PIH , Preterm ได้รับการคัดกรองและจัดการความเสี่ยง ร้อยละ ๑๐๐</p> <p>๕. ทารกแรกเกิด น้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ไม่เกิน ร้อยละ ๗</p> <p>๖. มารดาหลังคลอด เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างเดียวอย่างน้อย ๖ เดือน ร้อยละ ๕๐</p> <p>๗. เด็กอายุ ๐- ๕ ปี สูงดีสมส่วนและสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๕๗</p>		

แผนปฏิบัติการกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลฟากท่า ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
งานส่งเสริมสุขภาพวัยเรียน

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : พัฒนาด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเป็นเลิศ

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : เพื่อให้ประชาชนอำเภอฟากท่าสุขภาพดี และมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

เป้าประสงค์ที่ ๑ : พัฒนางานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของอำเภอฟากท่า ในแต่ละกลุ่มวัย

- ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ : ๑. ร้อยละของเด็กอายุ ๖-๑๔ ปี สูงดี สมส่วน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๑
๒. ร้อยละของเด็กอายุ ๖-๑๔ ปี ที่มีภาวะอ้วนไม่เกินร้อยละ ๑๐

ลำดับ	โครงการ/ กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน(Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
๑.	โครงการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน ๖-๑๔ ปี สูงดีสมส่วน และลดภาวะอ้วน	๑. เพื่อส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน อายุ ๖-๑๔ ปี ให้สูงดีสมส่วน ๒. ลดภาวะอ้วนในเด็กวัยเรียน อายุ ๖-๑๔ ปี ๓. เพื่อเสริมสร้างกระบวนการพัฒนาให้เด็กวัยเรียนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีทักษะสุขภาพ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	๑. เด็กนักเรียน อายุ ๖-๑๔ ปี ทุกคน ในเขตอำเภอปากท่อ ๒. โรงเรียนทุกแห่ง ๓. เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสสอ./รพ./รพ.สต.ทุกแห่ง	๑. ส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนได้เข้าถึงบริการทางสุขภาพ ๑.๑ จัดบริการตรวจสุขภาพนักเรียนด้วย จนท.สธ (เบื้องต้น ๑๐ ท่า) และดูแลสุขภาพองค์รวมนักเรียน เช่น ประเมินภาวะโภชนาการ ภาวะซีด สุขภาพช่องปาก เป็นต้น ปีละ ๒ ครั้ง ๑.๒ ประสาน ส่งต่อ นักเรียนที่พบปัญหาสุขภาพให้ได้รับการแก้ไข ๒. ส่งเสริมและสนับสนุนการเฝ้าระวังคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการเจริญเติบโต (อ้วน ผอม เตี้ย) ในเด็กนักเรียน ๒.๑ พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดำเนินงานโภชนาการในสถานศึกษา ๒.๒ พัฒนาระบบประสาน ส่งต่อ นักเรียนที่พบปัญหาสุขภาพ/การเจริญเติบโต (อ้วน เตี้ย ผอม) ระหว่างโรงเรียน กับหน่วยบริการสาธารณสุขให้ได้รับการแก้ไข ๒.๓ บูรณาการร่วมประชุมกับหน่วยงานสถานศึกษา เพื่อคืนข้อมูลสถานะทางสุขภาพของเด็กวัยเรียนร่วมจัดทำแนวทางแก้ไขร่วมกับหน่วยงานทางการศึกษา	-	๑. เด็กเด็กวัยเรียน อายุ ๖-๑๔ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพด้วย จนท.สธ และประเมินภาวะโภชนาการ ปีละ ๒ ครั้ง ครบทุกคน ๒. เด็กที่พบปัญหาสุขภาพ/การเจริญเติบโต (อ้วน เตี้ย ผอม) ได้รับการส่งต่อเพื่อแก้ไขปัญหา/รักษา ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ๓. สถานศึกษาในเขตอำเภอปากท่อมียุทธศาสตร์ในการดำเนินงานโภชนาการ ร้อยละ ๑๐๐ ๔. เด็กวัยเรียน อายุ ๖ - ๑๒ ปี ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐	๑. ร้อยละของเด็ก อายุ ๖-๑๔ ปี สูงดีสมส่วน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๑ ๒. ร้อยละของเด็ก อายุ ๖-๑๔ ปี ที่มีภาวะอ้วนไม่เกินร้อยละ ๑๐	๑. ร้อยละของเด็ก อายุ ๖-๑๔ ปี สูงดีสมส่วน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๑ ๒. ร้อยละของเด็กอายุ ๖-๑๔ ปี ที่มีภาวะอ้วนไม่เกินร้อยละ ๑๐	นส.ศศิธรมะนิลทิพย์

แผนปฏิบัติการกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลฟากท่า ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
งานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : พัฒนาด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเป็นเลิศ

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : เพื่อให้ประชาชนอำเภอฟากท่าสุขภาพดี และมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

เป้าประสงค์ที่ ๑ : พัฒนางานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของอำเภอฟากท่า ในแต่ละกลุ่มวัย

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ :

๑. ร้อยละของการคัดกรองผู้สูงอายุ ๙ ด้าน ร้อยละ ๙๕

๒. ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านความคิดความจำ และด้านการเคลื่อนไหวร่างกายได้รับการดูแลรักษา ร้อยละ ๔๐

ลำดับ	โครงการ	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน(Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
๑.	โครงการคัดกรอง และจัดการปัญหา สุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอปากท่า จังหวัดอุดรดิษฐ์	๑.เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับ การดูแลจากทีมสห วิชาชีพ ๒.เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มี ปัญหาจากการคัดกรอง ได้รับการจัดการปัญหา สุขภาพ	ผู้สูงอายุ อำเภอปากท่า จำนวน ๓,๗๒๗ คน	<u>การคัดกรองสุขภาพ</u> ๑.ประชุมทีมสหวิชาชีพ เพื่อจัดทำแผนการออกคัด กรองสุขภาพผู้สูงอายุ ๒.จัดทำทะเบียน กลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุแยก รายหมู่บ้าน ๓.ประสานอสม. ผู้นำชุมชน ในการเตรียมกลุ่มเป้าหมาย และสถานที่สำหรับการคัด กรองสุขภาพ ๔.ดำเนินการคัดกรองโดย ทีมสหวิชาชีพตามแผนออก คัดกรอง ๕.ส่งต่อผู้สูงอายุที่ได้รับการ คัดกรองผู้สูงอายุที่มีปัญหา สุขภาพเข้าคลินิกผู้สูงอายุ เพื่อประเมินซ้ำ ๖.ติดตามคัดกรองผู้สูงอายุ ที่ไม่ได้รับการคัดกรอง ๗.ควบคุมกำกับ ติดตาม ความถูกต้อง ครบถ้วนของ การบันทึกข้อมูลในระบบ HOSxP	-	๑. ผู้สูงอายุได้รับการ คัดกรองครบ ๙ ด้าน ร้อยละ ๙๕ ๒. ผู้สูงอายุที่มีปัญหา ได้รับประเมินซ้ำ ในคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ ๔๐ ๓. ร้อยละของผู้สูงอายุ ที่มีความเสี่ยงด้าน ความคิดความจำ และ ด้านการเคลื่อนไหว ร่างกายได้รับการดูแล รักษา ร้อยละ ๔๐	๑.ร้อยละของผู้สูงอายุ ที่มีปัญหาจากการคัด กรอง ๙ ด้าน ได้รับ การดูแลและส่งเสริม สุขภาพจากทีมสห วิชาชีพ และภาคี เครือข่าย ร้อยละ ๔๐ ๒.ร้อยละของผู้สูงอายุ ที่มีความเสี่ยงด้าน ความคิดความจำ และด้านการ เคลื่อนไหวร่างกาย ได้รับการดูแลรักษา ร้อยละ ๔๐	๑.ร้อยละของการ คัดกรองผู้สูงอายุ ๙ ด้าน ร้อยละ ๙๕ ๒. ผู้สูงอายุที่มี ปัญหาได้รับ ประเมินซ้ำใน คลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ ๔๐ ๓.ร้อยละของ ผู้สูงอายุที่มีปัญหา จากการคัดกรอง ๙ ด้าน ได้รับการ ดูแลและส่งเสริม สุขภาพจากทีมสห วิชาชีพ และภาคีเครือข่าย ร้อยละ ๔๐ ๔. ร้อยละของ ผู้สูงอายุที่มีความ เสี่ยงด้านความคิด ความจำ และด้าน การเคลื่อนไหว ร่างกายได้รับการ ดูแลรักษา ร้อยละ ๔๐	๑.นางณัฐนลิน บำรุงเกต ๒.น.ส.จุฑามาศ พันแพง

ลำดับ	โครงการ	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน(Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ	
				<p><u>เข้ารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุ</u></p> <p>๑.ประเมินซ้ำในคลินิกผู้สูงอายุโดยแบบคัดกรอง CGA</p> <p>๒.ทีมสหวิชาชีพร่วมกันวางแผนดูแลรักษาปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ</p> <p>๓.ผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลโดยแพทย์เฉพาะทางได้รับการส่งต่อไปรักษาที่รพ.อต. และ ได้รับการติดตามหลังการรักษา</p> <p>๔.ติดตามการรักษา</p> <p>๕.นัด F/U ตามปัญหา</p>						

แผนปฏิบัติการกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลฟากท่า ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
งานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : พัฒนาด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเป็นเลิศ (PP Excellence)

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : เพื่อให้ประชาชนอำเภอฟากท่าสุขภาพดี และมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

เป้าประสงค์ที่ ๑ : พัฒนางานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของอำเภอฟากท่า ในแต่ละกลุ่มวัย

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ : ๑. การคัดกรองหาผู้ป่วย TB ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๕

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน (Output)	ผลลัพธ์ (Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
๑.	การพัฒนาระบบป้องกันควบคุมวัณโรค	๑. เพื่อเพิ่มความเข้มแข็งระบบระบบการค้นหาและขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค ให้ครอบคลุมและ มีคุณภาพ ๒. เพื่อให้ความรู้แก่ประชาชน เรื่องอาการของโรควัณโรค	๑. กลุ่มเสี่ยงสูง วัณโรค ๗ กลุ่ม ๒. กลุ่มผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอปากท่า ๓. กลุ่มผู้ที่มีอาการ เข้าได้กับวัณโรค	๑.พัฒนาระบบการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงต่อวัณโรค ๑.๑.สำรวจและค้นหาเชิงรับ ในผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงต่อวัณโรค, บูรณาการกับคลินิกโรคเรื้อรังในโรงพยาบาล คัดกรองให้แล้วเสร็จในไตรมาสที่ ๑-๒ ๑.๒ ดำเนินกิจกรรมคัดกรองเชิงรุก โดยใช้รถเอกซเรย์โมบายเคลื่อนที่ลงไป ค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงในชุมชน และกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยติดเตียง กลุ่มผู้ป่วย HT และผู้สูงอายุ คัดกรองให้เสร็จไตรมาสที่๑-๒ ๑.๓ กำกับติดตามการเก็บเสมหะตามแนวทาง และการส่ง Molecular (Xpert MTB/RIF) ตามมาตรฐาน ๑.๔ กำกับติดตามการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยให้ครบถ้วนและรวดเร็ว	-	๑. กลุ่มเสี่ยงสูง วัณโรค ๗ กลุ่ม, กลุ่มผู้สูงอายุใน เขตอำเภอปากท่า และกลุ่มผู้ที่มี อาการเข้าได้กับ วัณโรค ได้รับการ คัดกรองวัณโรค ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๕ ๒. มีการใช้ โปรแกรม AI ช่วย ตรวจคัดกรองเพื่อ วินิจฉัยวัณโรค เบื้องต้น ร้อยละ ๑๐๐ ๓. ประชาชน มีความรู้ เรื่อง อาการของโรค วัณโรคไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐	๑. การคัดกรอง หาผู้ป่วย TB ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๕	๑. การคัดกรอง หาผู้ป่วย TB ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๕	นส.ฐิตินันท์ ศิมูล

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน (Output)	ผลลัพธ์ (Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ	
				<p>๒.มีการพัฒนาระบบ ยืนยันการอ่านผล CXR โดย AI เพื่อวินิจฉัย TB หรือโรคอื่นๆ เพื่อส่งต่อ เข้ารับการรักษา</p> <p>๒.๑ พัฒนาศักยภาพ แพทย์และพยาบาล ให้สามารถอ่านผล CXR ได้ และเพิ่มการใช้ โปรแกรม AI มาใช้ตรวจ คัดกรองเพื่อวินิจฉัยวัณ โรคเบื้องต้น</p> <p>๒.๒ จัดทำระบบการส่งต่อ ผู้ป่วยที่ผิดปกติด้วยโรคอื่น ๆ (ฟิล์มไม่เข้ากับวัณ โรค) และส่งต่อผู้ป่วย เพื่อเข้าสู่ระบบการรักษา</p> <p>๓.เพิ่มความรอบรู้แก่ ประชาชน : เน้นเรื่อง อาการของโรค ผ่าน อสม.และหอกระจายข่าว ประจำหมู่บ้าน</p>						

แผนปฏิบัติการกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลฟากท่า ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
งานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ : พัฒนาด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : เพื่อพัฒนาระบบงานบริการให้ปลอดภัย พึงพอใจและได้มาตรฐาน

เป้าประสงค์ที่ ๒ : ผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญของอำเภอฟากท่าสามารถเข้าถึงบริการและได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ

- ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ : ๑. อัตราความครอบคลุมการรักษาของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ ๘๕
๒. อัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๘

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน (Output)	ผลลัพธ์ (Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ผู้รับผิดชอบ
๑.	การพัฒนาคุณภาพการให้บริการ ป้องกันควบคุมโรค วัณโรค โรงพยาบาล ฟากท่า	๑. เพื่อพัฒนาระบบการรักษาผู้ป่วยวัณโรคให้มีคุณภาพ ๒. พัฒนาระบบการกำกับติดตาม สนับสนุนให้โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐาน QTB	๑. ผู้ป่วยวัณโรค ในคลินิกวัณโรค โรงพยาบาล ฟากท่า	๑ พัฒนาระบบการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยวัณโรค ตามมาตรฐานที่กำหนด ๑.๑ เข้าร่วมอบรมฟื้นฟูแนวทางการคัดกรอง การวินิจฉัย การรักษา และการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ตามมาตรฐานแนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ.๒๕๖๔ ๑.๒ กลุ่มเสี่ยงที่ค้นพบจากการคัดกรองที่มีผลการยืนยัน วินิจฉัยโรควัณโรค ได้รับการรักษา วัณโรคและขึ้นทะเบียนในคลินิก วัณโรคทุกราย ๑.๓ ทีมคณะกรรมการดูแลรักษาผู้ป่วย (Case Management) รพ. เข้าร่วมประชุมพัฒนาแนวทาง/ มาตรฐานการดำเนินงานวัณโรค และจัดทำแผนป้องกันการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคจังหวัดอุดรธานี ปี ๒๕๖๘ (dead case conference)	-	๑. รพ.ฟากท่า มีการดูแลและวินิจฉัยรักษาผู้ป่วยวัณโรคได้ ถูกต้องตามมาตรฐานแนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ.๒๕๖๔ ๒. กลุ่มเสี่ยงที่ค้นพบจากการคัดกรองที่มีผลการยืนยัน วินิจฉัยโรควัณโรค ได้รับการรักษา วัณโรคและขึ้นทะเบียนในคลินิก วัณโรค ร้อยละ ๑๐๐ ๓. ผู้ป่วยวัณโรคที่มีความเสี่ยง Admit ๗-๑๔ วัน และมีแผนการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล (Care plan) ร้อยละ ๑๐๐	๑.อัตราความครอบคลุมของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ ๑๐๐ ๒.อัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๘	๑.อัตราความครอบคลุมการรักษาของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ ๘๕ ๒.อัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๘	นส.จิตินันท์ ติมูล

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน (Output)	ผลลัพธ์ (Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
				<p>๒ พัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วย วัณโรคเฉพาะราย</p> <p>๒.๑ ดำเนินการตามมาตรการ Admit ผู้ป่วยวัณโรคที่มีความเสี่ยงรายใหม่ ๗ - ๑๔ วัน (กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะขาด สารอาหารหรือน้ำหนักน้อย, ผู้ป่วยวัณ โรคมีโรคร่วม)</p> <p>๒.๒ จัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล (Care plan) เน้นผู้ป่วยที่มี ภาวะแทรกซ้อน เสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง เพื่อดูแลประคับประคองผู้ป่วยให้ได้รับ การรักษาอย่างครอบคลุม และรักษาได้ สำเร็จ</p> <p>๒.๓ กำกับการกินยาของผู้ป่วยในพื้นที่ โดยมีพี่เลี้ยง (DOT) และมีระบบการ กำกับติดตาม</p> <p>๒.๔ ประสานหน่วยงาน รพ.สต ,CG หรือ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ บ้าน และในกรณีผู้ป่วยมีโรคร่วม/BMI < ๑๘ เมื่อจำหน่ายแล้ว มีการติดตามเยี่ยม บ้านโดยทีมสหวิชาชีพ</p> <p>๒.๕ คณะกรรมการดำเนินงานวัณโรค คปสอ.พากทำ มีการประชุมแนวทางการ การดูแลผู้ป่วยวัณโรคและแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน</p>		<p>๔. ผู้ป่วยวัณโรค มีพี่เลี้ยง กำกับ การกินยา (DOT) ทุกราย</p> <p>๕. ผู้ป่วยมีโรค ร่วม/BMI < ๑๘ ได้รับการติดตาม เยี่ยมบ้านโดย ทีมสหวิชาชีพ</p> <p>๖. รพ.พากทำ ผ่านการประเมิน มาตรฐาน โรงพยาบาล คุณภาพการดูแล รักษาวัณโรค (QTB)</p>			

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน(Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ	
				<p>๓. พัฒนาระบบการกำกับติดตาม สนับสนุนให้โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐาน QTB</p> <p>๓.๑ พัฒนาระบบการใช้โปรแกรม NTIP online ให้มีคุณภาพ กำกับ ติดตาม การบันทึกข้อมูล ผู้ป่วย/การติดตามผู้ป่วย ใน โปรแกรม NTIP online ครบถ้วน</p> <p>๓.๒ สนับสนุนและพัฒนา โรงพยาบาล เพื่อให้ผ่านเกณฑ์ มาตรฐานที่กำหนด</p> <p>๓.๓ ประชุมชี้แจงแนวทางการ ประเมินตามมาตรฐาน QTB และ ประเมินตนเองเพื่อหาส่วนขาด และร่วมหาแนวทางการแก้ไขปัญหา เพื่อรอรับการประเมิน</p> <p>๓.๔ รพ.ฟากท่า รับการประเมิน มาตรฐาน โรงพยาบาลคุณภาพการ ดูแลรักษาวัณโรค (QTB)</p>						

ลงชื่อ..........ผู้เสนอแผนปฏิบัติการ
(นายจรัส สีกา)

ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม

ลงชื่อ..........ผู้อนุมัติแผนปฏิบัติการ
(นางสาวพรสวรรค์ มีชิน)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลฟากท่า

แผนปฏิบัติงานหน่วยงาน ผู้ป่วยใน โรงพยาบาลฟากท่า
ปีงบประมาณ 2569

ยุทธศาสตร์: พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพมาตรฐาน

ประเด็นยุทธศาสตร์: ยุทธศาสตร์๑ ด้านบริการเป็นเลิศ

มิติด้าน คุณภาพ: เป้าประสงค์ที่ S2.1 ผู้รับบริการได้รับการดูแลสุขภาพอย่างมีมาตรฐาน

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์: ๑. ร้อยละของบุคลากร รับทราบ นโยบายและแผนงานของงานผู้ป่วยใน 100 %

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย(พร้อม ระบุจำนวน)	การดำเนินงาน กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน(Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
1.	โครงการพัฒนาระบบบริการ ผู้ป่วยในให้ได้มาตรฐาน QA การพยาบาลผู้ป่วยใน	1.เพื่อให้งานผู้ป่วยใน ให้บริการ ปลอดภัย พึง พอใจ ได้มาตรฐาน 2.เพื่อให้งานผู้ป่วยในผ่าน มาตรฐาน QA	1.เจ้าหน้าที่ที่ติดผู้ป่วย ในพยาบาล 8 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 4 คน 2. ผู้รับบริการ	1.ประชุมร่วมกันใน หน่วยงานเพื่อ กำหนดนโยบาย และจัดทำแผนการ ดำเนินงาน 2.สื่อสารให้ทราบ ทั้งหน่วยงานเพื่อ ถ่ายทอดนโยบาย และแนวทางปฏิบัติ สู่ผู้ปฏิบัติงาน แบบสอบถาม และ การสัมภาษณ์	-	จำนวนบุคลากร รับทราบ นโยบาย และแผนงานของ งานผู้ป่วยใน จำนวน 12 คน	ร้อยละของ บุคลากร รับทราบ นโยบาย และแผนงานของ งานผู้ป่วยใน ๑๐๐ %	1.มีนโยบายด้าน การดูแลผู้ป่วย 2.ร้อยละของ บุคลากร รับทราบ นโยบายและ แผนงานของงาน ผู้ป่วยใน	นางประยูร เกียรติ เอกา

ยุทธศาสตร์: พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพมาตรฐาน

ประเด็นยุทธศาสตร์: ยุทธศาสตร์๑ ด้านบริการเป็นเลิศ

มิติด้าน คุณภาพ: เป้าประสงค์ที่ S2.1 ผู้รับบริการได้รับการดูแลสุขภาพอย่างมีมาตรฐาน

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์: ๑. ร้อยละของบุคลากร รับทราบ นโยบายและแผนงานของงานผู้ป่วยใน 100 %

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย (พร้อมระบุจำนวน)	การดำเนินงาน กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน (Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
2	-จัดทำเอกสารประเมินตนเอง (Service Profile)	-เพื่อเป็นการประเมินตนเองและค้นหาโอกาสพัฒนางาน	เจ้าหน้าที่ตึกผู้ป่วยใน พยาบาล 8 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 4 คน	1.ประชุมวิเคราะห์กระบวนการทำงานการดูแลผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือ ดังนี้ มาตรฐาน HA,SPA,Overall scoring 2..จัดทำเอกสารประเมินตนเอง (Service Profile)	-		มีเอกสารประเมินตนเอง (Service Profile) เป็นปัจจุบัน	มีการจัดทำเอกสารประเมินตนเอง (Service Profile) เป็นปัจจุบัน	นางประยูร เกียรติ เอกา

ยุทธศาสตร์: พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพมาตรฐาน

ประเด็นยุทธศาสตร์: ยุทธศาสตร์๑ ด้านบริการเป็นเลิศ

มิติด้าน คุณภาพ: เป้าประสงค์ที่ S2.1 ผู้รับบริการได้รับการดูแลสุขภาพอย่างมีมาตรฐาน

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์: 1. จำนวนแนวทางปฏิบัติที่เกิดขึ้นจากการทบทวน 2..ร้อยละของการใช้ CPG และแนวทางปฏิบัติ

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย (พร้อมระบุจำนวน)	การดำเนินงาน กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน (Output)	ผลลัพธ์ (Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
3	-ทบทวน CPG และ แนวทางปฏิบัติในกลุ่มโรค สำคัญตามเข็มมุ่ง รพ.และ โรคที่เป็นปัญหาสำคัญของ หน่วยงาน (ยุทธศาสตร์ที่ 1)	-เพื่อให้เกิดแนวทางการดูแล ผู้ป่วยเป็นไปในแนวทาง เดียวกัน	เจ้าหน้าที่ตึก ผู้ป่วยใน พยาบาล 8 คน	1.ประชุมทบทวน CPG และแนวทางปฏิบัติใน กลุ่มโรคสำคัญ 2.จัดทำแนวทางปฏิบัติ ให้เป็นไปในทาง เดียวกัน (CPG , Care MAP) ให้ครอบคลุม ทุกหน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง 3.กำหนดเกณฑ์การชี้ วัดการใช้ CPG และ แนวทางปฏิบัติ 4.จัดทำแบบประเมิน การใช้ CPG และ แนวทางปฏิบัติ	-	1.จำนวน แนวทาง ปฏิบัติที่ เกิดขึ้นจาก การทบทวน จำนวน 3 เรื่อง. 2.ร้อยละ..... ของการใช้ CPG และ แนวทาง ปฏิบัติ	1.จำนวน แนวทาง ปฏิบัติที่ เกิดขึ้นจาก การทบทวน 2.ร้อยละของ การใช้ CPG และแนวทาง ปฏิบัติ (≥ ร้อยละ 80)	1.มีการทบทวน CPG และแนวทางปฏิบัติใน กลุ่มโรคสำคัญ 2.จำนวนแนวทาง ปฏิบัติที่เกิดขึ้นจาก การทบทวน 3.ร้อยละของการใช้ CPG และแนวทาง ปฏิบัติ (≥ ร้อยละ80)	ประยูรเกียรติ เอกา ผู้รับผิดชอบ หลัก สกวเดือน เวรอักษร

ยุทธศาสตร์: พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพมาตรฐาน

ประเด็นยุทธศาสตร์: ยุทธศาสตร์๑ ด้านบริการเป็นเลิศ

มิติด้าน คุณภาพ: เป้าประสงค์ที่ S2.1 ผู้รับบริการได้รับการดูแลสุขภาพอย่างมีมาตรฐาน

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์: 1.จำนวนความเสี่ยงที่ได้รับรายงานในแต่ละเดือนได้รับการจัดหมวดหมู่ชัดเจน2.อัตราการวิเคราะห์ความเสี่ยงครอบคลุมความเสี่ยงทั้งหมด (>80%)

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย(พร้อมระบุจำนวน)	การดำเนินงานกิจกรรมหลัก	งบประมาณ(บาท)	ผลงาน(Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด(KPI)	PM/ผู้รับผิดชอบ
4	-พัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน	1.เพื่อพัฒนาระบบการเฝ้าระวังทางคลินิกได้อย่างครอบคลุม 2.เพื่อให้มีการจัดการความเสี่ยงที่เหมาะสม 3.ผู้ป่วยปลอดภัย	เจ้าหน้าที่ตึกผู้ป่วยในพยาบาล 8 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 4 คน	1.เพิ่มวิธีการค้นหาความเสี่ยงในหน่วยงาน โดยใช้ วิธี walk round , การทบทวนเวชระเบียน , การค้นหาระหว่างรับส่งเวร เมื่อค้นเจอบันทึกรายงานในสมุดบันทึกความเสี่ยงและลงรายงานในระบบ Hos 4 2.สรุปความเสี่ยงที่ได้จากระบบความเสี่ยงของรพ.(สรุปจาก hos 4 , รายงานจากทีมความเสี่ยง) ทุกเดือน 3.วิเคราะห์ความเสี่ยงทั้งหมดและจัดการทำ RCA ในความเสี่ยงที่รุนแรงตั้งแต่ระดับ E ขึ้นไป และความเสี่ยงที่เกิดซ้ำ > 3 ครั้ง/เดือน 4.แจ้งกลับข้อมูลและผลการจัดการความเสี่ยงให้แก่ทีมความเสี่ยงทราบทุกเดือน 5.ทบทวนบัญชีความเสี่ยงทุก 6 เดือน		1.จำนวนความเสี่ยงที่ได้รับรายงานในแต่ละเดือนจำนวน... 2.อัตราการวิเคราะห์ความเสี่ยงครอบคลุมความเสี่ยง..... 3.อัตราการทำ RCA	1.จำนวนความเสี่ยงที่ได้รับรายงานในแต่ละเดือนได้รับการจัดหมวดหมู่ชัดเจน 2.อัตราการวิเคราะห์ความเสี่ยงครอบคลุมความเสี่ยงทั้งหมด (>80%) 3.อัตราการทำ RCA (100%) 4.มีระบบการแจ้งประสานการตอบกลับข้อมูลให้แก่ทีมความเสี่ยงและคณะกรรมการบริหารรพ. 5.บัญชีความเสี่ยงได้รับการทบทวนทุก 6 เดือน	1.จำนวนความเสี่ยงที่ได้รับรายงานในแต่ละเดือนได้รับการจัดหมวดหมู่ชัดเจน 2.อัตราการวิเคราะห์ความเสี่ยงครอบคลุมความเสี่ยงทั้งหมด (>80%) 3.อัตราการทำ RCA (100%) 4.มีระบบการแจ้งประสานการตอบกลับข้อมูลให้แก่ทีมความเสี่ยงและคณะกรรมการบริหารรพ. 5.บัญชีความเสี่ยงได้รับการทบทวนทุก 6 เดือน	ประยู เกียรติ เอกา ผู้รับผิดชอบหลัก สกาวเดือน เหวออักษร

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย(พร้อมระบุจำนวน)	การดำเนินงานกิจกรรมหลัก	งบประมาณ(บาท)	ผลงาน(Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด(KPI)	PM/ผู้รับผิดชอบ
5	-กำหนดให้มีการทำกิจกรรมทบทวนอย่างต่อเนื่อง (ยุทธศาสตร์ที่ 2)	1.เพื่อให้มีการทำกิจกรรมทบทวนอย่างต่อเนื่อง 2.เพื่อให้เกิดการพัฒนาและปรับปรุงระบบงานให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงานมากที่สุด	เจ้าหน้าที่ที่ตีผู้ป่วยในพยาบาล 8 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 4 คน	1.หน่วยงานมีการทำกิจกรรมทบทวนอย่างสม่ำเสมอทุกเดือน 2.สรุปผลการทำกิจกรรมทบทวนเสนอในที่ประชุม PCT ทุกเดือน 3.นำโอกาสพัฒนาที่ได้จากการทำกิจกรรมทบทวนมาพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย 4.จัดกิจกรรมรณรงค์กระตุ้นให้เกิดการทำกิจกรรมทบทวนในหน่วยงาน	-	จำนวน CQI ที่เกิดจากการทำกิจกรรมทบทวน จำนวน	จำนวน CQI ที่เกิดจากการทำกิจกรรมทบทวน จำนวน 10 เรื่อง	1.จำนวน CQI ที่เกิดจากการทำกิจกรรมทบทวน (เกี่ยวกับการพัฒนาระบบในภาพรวม) (เพิ่มขึ้น ≥ 2 เรื่อง/ปี)	ประยูรเกียรติ เอกา ผู้รับผิดชอบหลัก นารีรัตน์ จันรุธ

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย (พร้อมระบุจำนวน)	การดำเนินงาน กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน (Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
6	-พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูล (ยุทธศาสตร์ที่ 1)	-เพื่อให้มีการจัดเก็บข้อมูล และใช้ข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ	เจ้าหน้าที่ตึก ผู้ป่วยใน พยาบาล 8 คน	1.รวบรวมสถิติข้อมูล และประชุมเพื่อร่วม กำหนดตัวชี้วัดสำคัญ และตัวชี้วัดเฉพาะโรค 2.จัดหมวดหมู่สถิติ ข้อมูลให้ชัดเจน 3.กำหนดให้แต่ละ หน่วยงานมีการจัดส่ง ข้อมูล 4.ติดตามและวิเคราะห์ ข้อมูลในที่ประชุม ทุก เดือน	-	จำนวนของ ข้อมูลที่ถูก นำมาใช้พัฒนา ระบบการดูแล ผู้ป่วย..... จำนวน	จำนวนของข้อมูล ที่ถูกนำมาใช้ พัฒนาระบบการ ดูแลผู้ป่วย	1.มีการจัดเก็บ ข้อมูลไว้เป็น หมวดหมู่ 2.จำนวนของ ข้อมูลที่ถูก นำมาใช้พัฒนา ระบบการดูแล ผู้ป่วย	ประยูรเกียรติ เอกา

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย (พร้อมระบุจำนวน)	การดำเนินงาน กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน (Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
7	-พัฒนาระบบส่งต่อของงาน ผู้ป่วยใน (ยุทธศาสตร์ที่ 2)	เพื่อให้มีระบบการส่งต่อ ผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพและ เชื่อมโยงแบบเครือข่าย	เจ้าหน้าที่ตึก ผู้ป่วยใน พยาบาล 8 คน	1.กำหนดผู้รับผิดชอบ ให้ชัดเจน 2.วางระบบการ ทบทวนกรณีมีการส่ง ต่อทุกราย 3.ติดตามข้อมูล ย้อนกลับจากรพ. อุดรดิตถ์ 4.สรุปข้อมูลการส่งต่อ ทุกเดือน	-	1.ร้อยละของ การทบทวน การส่งต่อ ร้อยละ..... 2.ร้อยละของ การสรุปข้อมูล ทันเวลา ร้อย ละ	1.ร้อยละของการ ทบทวนการส่งต่อ 2.ร้อยละของการ สรุปข้อมูล ทันเวลา	1.ร้อยละของการ ทบทวนการส่งต่อ ≥ ร้อยละ 80 2.ร้อยละของการ สรุปข้อมูล ทันเวลา ร้อยละ 100	ประยูรเกียรติ เอภา ผู้รับผิดชอบ หลัก เพ็ญภา ใจ ใจดวง

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย (พร้อมระบุจำนวน)	การดำเนินงาน กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน(Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
8	-พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย ที่บ้านอย่างมีคุณภาพ (ยุทธศาสตร์ที่ 2,4)	-เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล อย่างต่อเนื่อง	-ผู้ป่วยที่ เข้าเกณฑ์การ ดูแลต่อเนื่องที่ บ้าน	1.ประสานงานการ ทำงานกับทีม coc ร่วมกันกำหนดกลุ่ม ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการ ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 2.มีระบบการการ ติดตามเยี่ยมบ้านที่ ชัดเจน 3.มีการประสานทีม แบบสหวิชาชีพในการ ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 4.มีระบบการจัดการ ข้อมูลที่เป็นหมวดหมู่ และเชื่อมโยงพร้อมทั้ง ร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูล กับทีม coc	-	1.ร้อยละ..... ของกลุ่มผู้ป่วย ที่กำหนดไว้ ได้รับการ ติดตามดูแล ต่อเนื่อง 2.ร้อยละ..... ของผู้ป่วยที่ ได้รับการเยี่ยม บ้านไม่เกิด ภาวะแทรกซ้อน และความพิการ มากกว่าร้อยละ 80	1.ร้อยละของกลุ่ม ผู้ป่วยที่กำหนดไว้ ได้รับการติดตาม ดูแลต่อเนื่อง มากกว่าร้อยละ 80 2.ร้อยละของ ผู้ป่วยที่ได้รับการ เยี่ยมบ้านไม่เกิด ภาวะแทรกซ้อน และความพิการ มากกว่าร้อยละ 80	1.ร้อยละของกลุ่ม ผู้ป่วยที่กำหนดไว้ ได้รับการติดตาม ดูแลต่อเนื่อง มากกว่าร้อยละ 80 2.ร้อยละของ ผู้ป่วยที่ได้รับการ เยี่ยมบ้านไม่เกิด ภาวะแทรกซ้อน และความพิการ มากกว่าร้อยละ 80	ผู้รับผิดชอบ หลัก วิลาสินี ปัญญาสงค์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย (พร้อมระบุจำนวน)	การดำเนินงาน กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน (Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
9	-พัฒนาระบบบริหารยา (ยุทธศาสตร์ที่ 2)	-เพื่อลดการเกิดความ คลาดเคลื่อนทางยา	เจ้าหน้าที่ตึก ผู้ป่วยใน พยาบาล 8 คน	1. พัฒนาระบบการ บริหารยาผู้ป่วยใน Adminisstrative process เน้น ตาม กระบวนการย่อย 7 R 2. ทำ CQI เรื่อง Real time และ การบริหาร ยา HAD 3. กำกับติดตาม กระบวนการ	-	1.อัตรา ความคลาด เคลื่อนทางยา แยกแต่ละ ขั้นตอน เท่ากับ..... 2. ร้อยละของ การปฏิบัติ ตามแนวทาง เท่ากับ..... 3. มีการจัดทำ CQI1.อัตรา ความคลาด เคลื่อนทางยา แยกแต่ละขั้นตอน น้อยกว่า 2 % 2. ร้อยละของการ ปฏิบัติตาม แนวทาง HAD มากกว่าร้อยละ 80 3. มีการจัดทำ CQI 2 เรื่องตามที่ กำหนด	.1.อัตรา ความคลาด เคลื่อนทางยา แยกแต่ละ ขั้นตอน น้อยกว่า 2 % 2. ร้อยละของการ ปฏิบัติตาม แนวทาง HAD มากกว่าร้อยละ 80 3. มีการจัดทำ CQI 2 เรื่อง ตามที่กำหนด	นางสาวลัด ดาวัลย์ นิต ตา

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย (พร้อมระบุจำนวน)	การดำเนินงาน กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน (Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
10	-พัฒนาระบบบำรุงรักษา เครื่องมือ อุปกรณ์ใน หน่วยงาน	-เพื่อให้เครื่องมือเพียงพอ และพร้อมใช้งาน	เจ้าหน้าที่ตึก ผู้ป่วยใน พยาบาล 8 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 4 คน	1.จัดทำแผนสำรวจ ความต้องการใช้วัสดุ เครื่องมืออุปกรณ์ เสนอต่อ ผู้รับผิดชอบ ในแต่ละคลัง 2.มีการเช็คความ พร้อมใช้ของเครื่องมือ อุปกรณ์การแพทย์ ทุก วัน 3.มีระบบการส่งซ่อม เมื่อพบเครื่องมือ อุปกรณ์ ชำรุด ใช้งาน ไม่ได้	-	1.ร้อยละของ การตรวจเช็ค เครื่องมือ อุปกรณ์ตาม แนวทาง มาก ว่าร้อยละ 80 3.อุบัติการณ์ เกิดเครื่องมือ ไม่พร้อมใช้ งาน น้อยกว่า 5 ครั้ง	1. ร้อยละของการ ตรวจเช็ค เครื่องมืออุปกรณ์ ตามแนวทาง มาก ว่าร้อยละ 80 2..อุบัติการณ์เกิด เครื่องมือไม่พร้อม ใช้งาน น้อยกว่า 5 ครั้ง	1. มีแผนสำรวจ ความต้องการใช้ วัสดุ เครื่องมือ อุปกรณ์ 2. ร้อยละของการ ตรวจเช็ค เครื่องมืออุปกรณ์ ตามแนวทาง มากกว่าร้อยละ 80 3.อุบัติการณ์เกิด เครื่องมือไม่พร้อม ใช้งาน น้อยกว่า 5 ครั้ง	นางสาวนุช นาถ แพ่ง เมือง

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย (พร้อมระบุจำนวน)	การดำเนินงาน กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน (Output)	ผลลัพธ์ (Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
11	-พัฒนาระบบงานป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อใน หน่วยงาน	-เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของ ระบบป้องกันและควบคุม การติดเชื้อในหน่วยงาน	เจ้าหน้าที่ตึก ผู้ป่วยใน พยาบาล 8 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 4 คน	1.ชี้แจงแนวทาง ป้องกันและควบคุม การติดเชื้อให้แก่ เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน ทราบ 2.จัด zone ภายในหอ ผู้ป่วยให้เป็นสัดส่วน ถูกต้องตามหลัก IC 3.เก็บรวบรวมข้อมูล การเฝ้าระวังการเพื่อ ติดเชื่อนำมาวิเคราะห์ ข้อมูล	-	1.อัตราการติด เชื้อใน โรงพยาบาล 2.ร้อยละของการ ปฏิบัติตามแนว ทางการป้องกัน และควบคุม การติดเชื้อ	1.อัตราการ ติดเชื้อใน โรงพยาบาล น้อยกว่า 2 ต่อพันวัน นอน 2.ร้อยละของ การปฏิบัติ ตามแนว ทางการ ป้องกันและ ควบคุมการ ติดเชื้อ มากกว่าร้อยละ 80	.1.อัตราการติดเชื้อใน โรงพยาบาล น้อยกว่า 2 ต่อพันวันนอน 2.ร้อยละของการ ปฏิบัติตามแนว ทางการป้องกันและ ควบคุมการติดเชื้อ มากกว่าร้อยละ 80	นางสาว เดือน เวร อักษร
12	-พัฒนาระบบรับข้อร้องเรียน และข้อเสนอแนะของ หน่วยงาน (ยุทธศาสตร์ที่ 2)	-เพื่อให้มีการดำเนินงานใน หน่วยงานเป็นไปในทาง เดียวกันและต่อเนื่อง	เจ้าหน้าที่ตึก ผู้ป่วยใน พยาบาล 8 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 4 คน	1.ชี้แจงนโยบายของ หน่วยงานในเรื่อง พฤติกรรมบริการและ การแต่งกาย สอดคล้องกับของรพ. 2.มีช่องทางการรับข้อ ร้องเรียนข้อเสนอแนะ โดยการใช้สมุดบันทึก การนอนรพ.มาให้ ผู้ป่วยเขียน, กล่องรับ	-	1.อัตราความ พึงพอใจของ ผู้รับบริการ ผู้ป่วยใน เท่ากับ..... 2.อุบัติการณ์ การเกิดข้อ ร้องเรียนของ งานผู้ป่วยใน เท่ากับ.....	1.อัตราความ พึงพอใจของ ผู้รับบริการ ผู้ป่วยใน มากกว่า 80% 2.อุบัติการณ์ การเกิดข้อ ร้องเรียน ของงาน	1.อัตราความพึงพอใจ ของผู้รับบริการผู้ป่วย ใน มากกว่า 80% 2.อุบัติการณ์การเกิด ข้อร้องเรียนของงาน ผู้ป่วยใน เท่ากับ 0	นางสาว พิชญา มาบัว

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย (พร้อมระบุจำนวน)	การดำเนินงาน กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน (Output)	ผลลัพธ์ (Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
				<p>ซื้อร้องเรียน, การดักจับความคิด</p> <p>3.ประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ</p> <p>4.สรุปผลความพึงพอใจและข้อเสนอแนะ ซื้อร้องเรียน พร้อมทั้งนำมาวิเคราะห์แก้ไขในหน่วยงาน</p>			ผู้ป่วยในเท่ากับ		

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย (พร้อมระบุจำนวน)	การดำเนินงาน กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน(Output)	ผลลัพธ์(Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
13	-พัฒนาระบบการบันทึกเวช ระเบียน (ยุทธศาสตร์ที่ 2)	เพื่อเพิ่มคุณภาพการบันทึก เวชระเบียนผู้ป่วยใน	เจ้าหน้าที่ตึก ผู้ป่วยใน พยาบาล 8 คน	1.ปรับแบบฟอร์มการ บันทึกเวชระเบียนตาม เกณฑ์คุณภาพ ของสปสช. 2.ปรับการเขียนบันทึก ทางการพยาบาลเป็น แบบ Focus note เพื่อครอบคลุมปัญหา ของผู้ป่วย	-	1.อัตราความ สมบูรณ์ของเวช ระเบียนผู้ป่วยใน เท่ากับ..... 2. อัตราความ สมบูรณ์ของการ บันทึกทางการ พยาบาล เท่ากับ.....	1.อัตราความสมบูรณ์ ของเวชระเบียน ผู้ป่วยใน มากกว่า 80% 2. อัตราความ สมบูรณ์ของการ บันทึกทางการ พยาบาล มากกว่า 80%	1.อัตราความ สมบูรณ์ของเวช ระเบียนผู้ป่วยใน มากกว่า 80% 2. อัตราความ สมบูรณ์ของการ บันทึกทางการ พยาบาล มากกว่า 80%	นางสาววันวิ สาข์ ปัญญา สงค์

ยุทธศาสตร์: พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพมาตรฐาน

ประเด็นยุทธศาสตร์: ยุทธศาสตร์๑ ด้านบริการเป็นเลิศ

มิติด้าน คุณภาพ: เป้าประสงค์ที่ S2.1 ผู้รับบริการได้รับการดูแลสุขภาพอย่างมีมาตรฐาน

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์: 1. จำนวนแนวทางปฏิบัติที่เกิดขึ้นจากการทบทวน 2..ร้อยละของการใช้ CPG และแนวทางปฏิบัติ

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย (พร้อมระบุจำนวน)	การดำเนินงาน กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)	ผลงาน (Output)	ผลลัพธ์ (Outcome)	ตัวชี้วัด (KPI)	PM/ ผู้รับผิดชอบ
14	โครงการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยในงานอนามัยแม่และเด็ก(MCH)	-เพื่อให้งานผู้ป่วยในผ่านมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก	เจ้าหน้าที่ตึกผู้ป่วยในพยาบาล 8 คน	1.ประชุมชี้แจงนโยบายงานอนามัยแม่และเด็ก 2.จัดทำแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยหลังคลอดและเด็กแรกเกิด 3.กำหนดเกณฑ์การชี้วัดการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยหลังคลอดและเด็กแรกเกิด 4.นำข้อมูลมาวิเคราะห์กระบวนการเพื่อหาโอกาสพัฒนา	-	-ตัวชี้วัดงานอนามัยแม่และเด็กงานหลังคลอดผ่าน..... - ตัวชี้วัดงานอนามัยแม่และเด็กงานหลังคลอดไม่ผ่าน.....	-ผลประเมินงานอนามัยแม่และเด็กงานหลังคลอด ร้อยละ.....	ตัวชี้วัดงานอนามัยแม่และเด็กงานหลังคลอด จำนวน ตัว	ประยูเกียรติ เอกา ผู้รับผิดชอบหลัก สกวเดือน เวรอักษร ลัดดาวัลย์ ตุ่นกอง

แผนธุรกิจ (Business Plan) ด้านเพิ่มรายได้

แผนก กลุ่มงานการพยาบาล (ผู้ป่วยใน) โรงพยาบาล ฟากท่า จังหวัด อุดรดิตถ์

วิสัยทัศน์ : เราจะเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ ของชุมชน

พันธกิจ :

เป้าประสงค์ : S 2.1 ประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพอย่างปลอดภัยและพึงพอใจ

การวิเคราะห์สถานการณ์ :

วัตถุประสงค์ : เพื่อเพิ่มรายได้ให้ตรงพยาบาลฟากท่า

ลำดับ	แผนงาน โครงการ	ข้อมูลพื้นฐาน	กิจกรรม	ระยะเวลา	ตัวชี้วัด	ต้นทุน(บาท)	รายรับ ที่ได้ (บาท)	ผล ประโยชน์(บาท)	ผู้รับผิดชอบ
1	โครงการปรับปรุง ห้องพิเศษตึกผู้ป่วยใน	2.จำนวนผู้รับบริการผู้ป่วยเบิกได้ 2..อัตราค่าบริการห้องพิเศษ ปี 2557= พัดลม 600 แอร์ 700 ปี 2558= พัดลม 600 แอร์ 700 ปี 2559= พัดลม 600 แอร์ 700ปี 2560= พัดลม 600 แอร์ 700 ปี 2561= พัดลม 1000 แอร์1100 3.รายได้ (อปท+ ข้าราชการ ปี 61 ต.ค 60 - ก.พ 61 = 476,010.91บาท)	1.นำข้อมูลข้อร้องเรียนห้องพิเศษมาวิเคราะห์ข้อมูล 2.นำเสนอข้อมูลและแผนปรับปรุงห้องพิเศษให้ กบร. ทราบ 3.วิเคราะห์รายได้จากการใช้บริการห้องพิเศษหลังได้มีการปรับปรุงห้องพิเศษ	ต.ค. 2567- ก.ย. 2568	1.อัตราข้อร้องเรียนห้องพิเศษลดลง 2.อัตรารายรับจากผู้ป่วยเบิกได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 80%	ต้นทุน= (ค่าไฟ x 365)+ ค่าปรับปรุงห้องพิเศษ 365 ค่าปรับปรุงในการใช้ห้องพิเศษ - ค่าไฟฟ้าจากการใช้ แอร์ 12,000 = 28.32 บาท - ค่าปรับปรุงการใช้ห้องพิเศษทีวี จอแบน 24 นิ้ว 5000*5 =25,000บาท โซฟาปรับเตียงได้ 2500*5=12,500 บาท ตู้ข้างเตียง 1000*5=5,000 บาท ต้นทุนค่าไฟฟ้าใช้แอร์= 10,336.8 ค่าปรับปรุงห้องพิเศษ = 42,500 -รายได้ (อปท+ ข้าราชการ ปี 61 ต.ค 60 - ก.พ 61 = 476,010.91บาท)	#UC พิเศษพัดลม 5*600*365=1,095,000 #UC พิเศษแอร์ 5*700*365=1,277,500 #เบิกได้ พิเศษพัดลม 5*1000*365 = 1,825,000 #เบิกได้ พิเศษแอร์ 5*1100*365 =2,007,500	#UC พิเศษพัดลม 1,052,500.00- 476,010.91= 576,489.09 บาท GPM 97.0 % #UC พิเศษแอร์ 1,235,000.00- 476,010.91= 758,989.09 บาท GPM 97.0 % #เบิกได้ พิเศษพัดลม 1,782,500.00- 476,010.91= 1,306,489.09บาท GPM 98.0 % #เบิกได้ พิเศษแอร์ 1,965,500.00- 476,010.91= 1,489,489.09 บาท GPM 98.0 %	กลุ่มงานการพยาบาล (ผู้ป่วยใน)

การขออนุมัติแผนปฏิบัติการหน่วยงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลฟากท่า ปีงบประมาณ ๒๕๖๙

(ลงชื่อ) ผู้เสนอแผนปฏิบัติการ

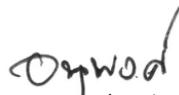
(นางประยูรเกียรติ เอกา)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

(ลงชื่อ) ผู้อนุมัติแผนปฏิบัติการหน่วยงานผู้ป่วยใน

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลฟากท่า

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการบริหารส่วนกลาง
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ. ๒๕๖๑
สำหรับหน่วยงานในราชการบริหารส่วนกลางสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการบริหารส่วนกลาง	
ชื่อหน่วยงาน	โรงพยาบาลฟากท่า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์
วัน/เดือน/ปี	๒๑ มกราคม ๒๕๖๙
หัวข้อ	แผนปฏิบัติการประจำปีของหน่วยงาน
รายละเอียดข้อมูล	แผนปฏิบัติการประจำปีของหน่วยงาน
Linkภายนอก:	https://fakthahospital.moph.go.th/index.php/th/ita/ita-th#๒๕๖๙
หมายเหตุ:
<p>ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล</p>  <p>(นางสาวณัฐพร พุ่งสมุทร) ตำแหน่ง หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ วันที่ ๒๑ มกราคม ๒๕๖๙</p>	<p>ผู้อนุมัติรับรอง</p>  <p>(นายจรัส สีกา) ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ วันที่ ๒๑ มกราคม ๒๕๖๙</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่</p>  <p>(นายอนุพงศ์ เพียงตา) นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ วันที่ ๒๑ มกราคม ๒๕๖๙</p>	