



PPH PHUNPHIN
HOSPITAL

แผนยุทธศาสตร์

ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข
และการบริหารจัดการ

ระยะ 5 ปี

2568-2572



โรงพยาบาลพุนพิน
จังหวัดสุราษฎร์ธานี

สารบัญ

	หน้า
➤ บทนำ ความเป็นมา และความสำคัญของกระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลพูนพิณ ระยะ 5 ปี (2568-2572)	1
➤ ข้อมูลทั่วไป โรงพยาบาลพูนพิณ	2
➤ แผนยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และการบริหารจัดการ ระยะ 5 ปี (2568-2572)	14
1) วิสัยทัศน์	14
2) พันธกิจ	14
3) เป้าประสงค์เชิงกลยุทธ์ ระยะ 5 ปี	15
4) ยุทธศาสตร์ SO/ST/WO/WT	15
5) ค่านิยมหลัก	16
6) นโยบายและจุดเน้น (เข็มมุ่ง)	16
7) เส้นทางสู่ความสำเร็จ (Roadmap) โรงพยาบาลพูนพิณ ระยะ 5 ปี (2568-2572)	18
8) ตารางกำหนดวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์/ตัวชี้วัด PI&OKRs/Project based ระยะ 5 ปี	23
9) ตารางกำหนดแผนปฏิบัติการ (โครงการ/งาน/กิจกรรม) (12 Roadmap/18 โครงการ)	107
10) แผนปฏิบัติการ ปี 2568-2569 (12 Roadmap/18 โครงการ)	219
ภาคผนวก	
1 ผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์	286
2 การวิเคราะห์ความท้าทายเชิงยุทธศาสตร์ (โรดยุทธศาสตร์)	313
3 วิเคราะห์สภาพแวดล้อมองค์การด้วย TOWS Analysis	326
4 สังเคราะห์ประเด็นสำคัญเชิงยุทธศาสตร์และนำมากำหนดเป็นยุทธศาสตร์ (Strategies) SO/ST/WO/WT ด้วย TOWS Matrix	370
5 ภาพบรรยากาศการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และการบริหารจัดการ ระยะ 5 ปี (2568-2572)	379
- ระยะที่ 1 วันที่ 31 สิงหาคม -1 กันยายน 2567	
- ระยะที่ 2 วันที่ 28-29 กันยายน 2567	
- ระยะที่ 3 วันที่ 5-6 ตุลาคม 2567	
- ระยะที่ 4 วันที่ 4-5 มกราคม 2568	
- ระยะที่ 5 วันที่ 15-16 กุมภาพันธ์ 2568	

บทนำ ความเป็นมา และความสำคัญของกระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลพูนพิณ ระยะ 5 ปี (2568-2572)

1.บทนำ

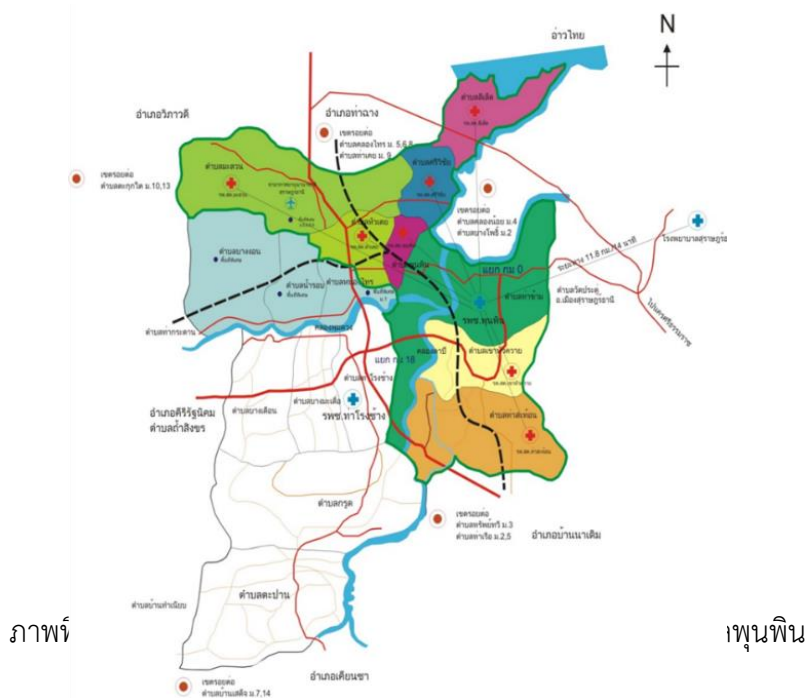
ตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) เพื่อรับมือกับสถานการณ์ด้านสุขภาพที่จะเกิดขึ้นในอนาคต และได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2560 - 2579 โดยวางกรอบแนวคิดให้มีความเชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี แผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ประเทศไทย 4.0 เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) นโยบายรัฐบาลการปฏิรูปด้านสาธารณสุข ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 และแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) จึงทำให้เกิดยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ 1.ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Prevention & Promotion Excellence) 2.บริการเป็นเลิศ (Service Excellence) 3.บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ 4.บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) เพื่อขับเคลื่อนและสร้างความเข้าใจร่วมกันให้แก่ทุกหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีการกำหนดเป้าหมาย ตัวชี้วัด ค่าเป้าหมาย และมาตรการที่ต้องการจะบรรลุให้ได้ภายในระยะเวลา 5 ปี เพื่อให้บรรลุเป้าหมายกระทรวงสาธารณสุข “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุขระบบสุขภาพยั่งยืน” และเป็นกรอบและทิศทางการดำเนินงานและการกำกับติดตาม ประเมินผลของกระทรวงสาธารณสุขต่อไป

ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลพูนพิณ มีการทบทวนข้อมูล วิเคราะห์สถานการณ์และบริบทที่เกี่ยวข้อง และจากผลลัพธ์การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ ปี 2567 ที่ผ่านมาเทียบเคียงกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ มีการวิเคราะห์บริบทและสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงและมีผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ รวมทั้งระบบบริการสุขภาพในระดับโรงพยาบาลและในภาพรวมของจังหวัดหรือประเทศและการวิเคราะห์ข้อมูลที่สำคัญที่เกี่ยวกับความมั่นคงขององค์กร ทั้งในเรื่องการบริหารความเสี่ยง การควบคุมภายใน และการพัฒนารับรองคุณภาพ ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นการสร้างความเชื่อมั่นให้กับองค์กร โดยหัวหน้าหน่วยงาน/ตัวแทนทุกหน่วยงานประชุมเพื่อรวบรวมความคิดเห็นในประเด็นที่สำคัญเพื่อนำมาจัดทำร่างแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล เพื่อใช้เป็นกรอบแนวทางในการขับเคลื่อนการพัฒนางานให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ขั้นตอนสุดท้ายที่สำคัญคือ การนำร่างแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล นำเสนอต่อคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบต่อไป

1. ข้อมูลทั่วไป

โรงพยาบาลพูนพิน อำเภอพูนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี

1.1 แผนที่แสดงที่ตั้งในเขตรับผิดชอบเครือข่ายโรงพยาบาลพูนพิน



1.2 บริบท

อำเภอพูนพิน ตั้งอยู่ห่างจากอำเภอเมืองจังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นระยะทางประมาณ 12 กิโลเมตร โดยมีอาณาเขตทิศเหนือ จด อำเภอท่าฉางและอำเภอบ้านดอน ทิศใต้ จด อำเภอเคียนซา และอำเภอบ้านนาเดิม ทิศตะวันออก จด อำเภอเมืองสุราษฎร์ธานีและอำเภอบ้านนาเดิม ทิศตะวันตก จด อำเภอคีรีรัฐนิคม และอำเภอวิภาวดี อำเภอพูนพิน ประกอบไปด้วย 16 ตำบล เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลพูนพิน ดูแลลูกข่าย 7 รพ.สต.ครอบคลุม 7 ตำบล ได้แก่ ตำบลพูนพิน ตำบลท่าสะท้อน ตำบลหัวเตย ตำบลลิเล็ด ตำบลศรีวิชัย ตำบลมะลวน (หมู่ 1,2,3,4,8) และตำบลเขาหัวควาย

โรงพยาบาลพูนพิน เป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับ F1 ขนาด 60 เตียง สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตั้งอยู่บนพื้นที่ พื้นที่ 2 ไร่ 3 งาน 94.365 ตารางวา เลขที่ 166 ถนนธราธิบดี ตำบลท่าข้าม อำเภอพูนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี รหัสไปรษณีย์ 84130 โทรศัพท์ : 077-311129,077311100

<https://phunphinhospital.moph.go.th/>

อาณาเขต

ทิศเหนือ	ติดต่อกับ อำเภอท่าฉาง และอำเภอไทย
ทิศใต้	ติดต่อกับ อำเภอเคียนซา
ทิศตะวันออก	ติดต่อกับ อำเภอเมืองสุราษฎร์ธานี และอำเภอบ้านนาเดิม
ทิศตะวันตก	ติดต่อกับ อำเภอกีรีรัตนคม และอำเภอวิภาวดี

1.3 สภาพทั่วไป**ลักษณะภูมิประเทศ**

อำเภอพุนพิน ตั้งอยู่ทางตอนกลางของจังหวัดสุราษฎร์ธานี มีพื้นที่ 1,205.5 ตารางกิโลเมตร ลักษณะภูมิประเทศสามารถแบ่งพื้นที่ออกเป็น 3 ลักษณะ ตามทิศทางการไหลของแม่น้ำตาปีและแม่น้ำพุมดวง คือพื้นที่ทางทิศตะวันตกเป็นที่ราบสูง พื้นที่ตอนกลางเป็นที่ราบลุ่ม มีแม่น้ำที่สำคัญ 2 สาย คือ แม่น้ำตาปี และแม่น้ำพุมดวง พื้นที่ทางทิศตะวันออกเป็นชายเลนทางทิศตะวันตกและทิศใต้เป็นพื้นที่ราบสูงเหมาะสำหรับการทำสวนยางพารา สวนปาล์มน้ำมัน สวนผักและผลไม้จากแนวทิศเหนือทอดลงสู่ทิศใต้ ค่อนไปทางทิศตะวันออกเป็นที่ราบลุ่มเหมาะในการทำนา ทำประมงน้ำจืด ปลูกผักและผลไม้

ลักษณะภูมิอากาศ

อำเภอพุนพิน มีลักษณะอากาศแบบเขตร้อนชื้น อยู่ในเขตอิทธิพลของลมมรสุมตะวันตกเฉียงใต้และลมมรสุมตะวันออกเฉียงเหนือ ปริมาณน้ำฝนเฉลี่ยตลอดปี 98.5 มิลลิเมตร อุณหภูมิสูงสุดเฉลี่ย 32 องศาเซลเซียส อุณหภูมิต่ำสุดเฉลี่ย 22 องศาเซลเซียส อุณหภูมิเฉลี่ย 27 องศาเซลเซียส มีอากาศร้อนชื้นตลอดปี มี 2 ฤดู ประกอบด้วยฤดูฝนเริ่มตั้งแต่ เดือน เมษายน ถึง เดือน พฤศจิกายน ฤดูร้อน เริ่มตั้งแต่ เดือน ธันวาคม ถึง เดือน มีนาคม

สำหรับช่วงฤดูฝนที่ยาวนานถึง 8 เดือน ส่งผลให้สภาพแวดล้อมไม่เอื้ออำนวยต่อการใช้รถใช้ถนน เนื่องจากสภาพถนนลื่นและฝนบดบังทัศนวิสัยในการมองเห็น ผู้ใช้รถใช้ถนนจึงต้องใช้ความระมัดระวังในการขับขี่เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน

แหล่งน้ำธรรมชาติ

อำเภอพุนพิน เป็นจุดรวมของแม่น้ำสำคัญๆ ทำให้เกิดแม่น้ำสองสี ซึ่งเกิดจากจุดรวมของแม่น้ำตาปีและ แม่น้ำพุมดวง ที่ไหลมาบรรจบกันบริเวณวัดท่าข้าม ด้านทิศเหนือของสะพานจุลจอมเกล้าในเขตเทศบาลเมืองท่าข้าม สายน้ำของแม่น้ำทั้งสองจะมีสีต่างกัน เมื่อไหลมาบรรจบแล้วยังคงเห็นความชัดเจนของแม่น้ำที่มีสีต่างกันบริเวณนี้แม่น้ำสำคัญทั้ง 2 สายประกอบไปด้วย

1. แม่น้ำตาปี เดิมเรียกแม่น้ำหลวง ต้นน้ำเกิดจากเขาหลวง ในอำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ไหลผ่านอำเภอฉวางอำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราชแล้วไหลผ่านอำเภอบ้านนาสาร อำเภอเวียงสระ อำเภอพระแสง อำเภอพุนพินและอำเภอเมืองสุราษฎร์ธานี ออกทะเลที่อ่าวบ้านดอน มีความยาวประมาณ 232 กิโลเมตรมีคลองสาขาที่สำคัญ 6 สาย คือ

- 1.1 คลองสินปุน ต้นน้ำอยู่ที่จังหวัดกระบี่ ไหลรวมกับแม่น้ำตาปี ทางฝั่งซ้ายในตำบลสินปุน อำเภอพระแสง
- 1.2 คลองอิปัน ต้นน้ำจากอำเภอทับปุด จังหวัดพังงา ไหลรวมกับแม่น้ำตาปีทางฝั่งซ้ายใกล้บ้านย่านดินแดงอำเภอพระแสง
- 1.3 คลองพุนพิน แยกจากฝั่งซ้ายแม่น้ำตาปี ใกล้กับสะพานจุลจอมเกล้า ตำบลท่าข้าม อำเภอพุนพิน ไปออกบ้านดอน
- 1.4 คลองท่ากูบ ต้นน้ำมาจากบึงขุนทะเล ในตำบลขุนทะเล อำเภอเมืองสุราษฎร์ธานี ไหลมารวมกับแม่น้ำตาปีทางฝั่งขวา
- 1.5 คลองมะขามเตี้ย ต้นน้ำมาจากบึงขุนทะเล ไหลมารวมกับแม่น้ำตาปีทางฝั่งขวา
- 1.6 คลองขวาง แยกจากฝั่งซ้ายตรงข้ามหน้าตลาดบ้านดอน อำเภอเมืองสุราษฎร์ธานีไปบรรจบคลองพุนพิน ที่ตำบลบางไทร อำเภอเมืองสุราษฎร์ธานี

2. แม่น้ำพุมดวง แม่น้ำพุมดวงหรือแม่น้ำคีรีรัฐ ต้นน้ำเกิดจากเทือกเขาระหว่างจังหวัดพังงากับจังหวัดสุราษฎร์ธานีที่อำเภอพนม ส่วนที่เรียกว่าแม่น้ำพุมดวงตั้งต้นจากปากน้ำคลองสกและคลองแสงต่อกันไหลผ่านอำเภอพนม อำเภอบ้านตาขุน อำเภอคีรีรัฐนิคม อำเภอพุนพิน บรรจบกับแม่น้ำตาปีทางฝั่งซ้ายที่ตำบลท่าข้ามอำเภอพุนพิน ใกล้สถานีรถไฟสุราษฎร์ธานี มีความยาวประมาณ 120 กิโลเมตร มีคลองสาขาที่สำคัญ 3 สาย คือ

- 2.1 คลองยัน แยกจากฝั่งซ้ายที่ตำบลย่านยาว อำเภอคีรีรัฐนิคม ต้นน้ำอยู่ในอำเภอกะเปอร์ จังหวัดระนอง
- 2.2 คลองแสง แยกไปทางฝั่งซ้ายของแม่น้ำพุมดวง ในอำเภอคีรีรัฐนิคม ตรงข้ามปากคลองสก ในอำเภอพนม ต้นน้ำอยู่ในอำเภอตะกั่วป่า พังงา
- 2.3 คลองสก แยกไปทางฝั่งขวาของแม่น้ำพุมดวง อำเภอพนม ตรงข้ามปากคลองแสง อำเภอคีรีรัฐนิคม ต้นน้ำมาจากภูเขาสก อันเป็นภูเขาหินพรมแดนระหว่างจังหวัดสุราษฎร์กับจังหวัดพังงา

1.4 เศรษฐกิจและสังคม

ด้านเศรษฐกิจ

อำเภอพุนพิน เป็นอำเภอที่มีความสำคัญทางเศรษฐกิจของจังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยนักประวัติศาสตร์สันนิษฐานตามจดหมายเหตุของพ่อค้าชาวอาหรับและชาวจีนว่า ชาวอินเดียทางภาคใต้ได้มาติดต่อค้าขายกับชาวสุวรรณภูมิแห่งนี้ด้วยเรือสำเภา โดยเดินทางไปยังปากน้ำ คีรีรัฐ (คลองพุมดวง) และที่นั่นได้กลายเป็นเมืองและสถานที่พักสินค้าขนาดใหญ่ ตั้งอยู่ระหว่างแม่น้ำตาปีกับแม่น้ำคีรีรัฐ (คลองพุมดวง) มาบรรจบกัน ซึ่งเมืองดังกล่าวนี้ในปัจจุบันคือ ชุมชนเมืองพุนพิน ในปัจจุบัน รายได้ของประชากร ส่วนใหญ่มาจากการเกษตร สวนยางพารา ปาล์มน้ำมัน ประชากรในพื้นที่กิ่งเมืองประกอบอาชีพค้าขาย และประชากรในพื้นที่ติดริมแม่น้ำประกอบอาชีพประมง ประชากรในเขตเทศบาลประกอบอาชีพค้าขาย รับจ้างและเกษตรกรรม นอกจากนี้ยังมีสถานที่ท่องเที่ยวตามธรรมชาติ ได้แก่ แม่น้ำตาปี แม่น้ำพุมดวง บ่อน้ำพุร้อน ป่าชายเลน และสวนป่า โบราณสถาน/โบราณวัตถุ ได้แก่ โบราณสถานเขาศรีวิชัย ตำบลศรีวิชัย สถานที่ท่องเที่ยวได้แก่ การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพบ่อน้ำพุร้อนรัตนโกศัย ตำบลท่าสะท้อน และการท่องเที่ยว เชิงนิเวศน์ป่าชายเลน อ่าวลิเล็ด ตำบลลิเล็ด

ด้านการเกษตรกรรม

การประกอบอาชีพของประชากรในเขตพื้นที่อำเภอพุนพิน อาชีพหลัก ได้แก่ เกษตรกรรม (สวนยางพารา สวนปาล์มน้ำมัน สวนผักและผลไม้) ประมง (กระชังปลาน้ำจืด กุ้งกุลาดำ และสัตว์ทะเล) และอาชีพเสริม ได้แก่ รับจ้าง เลี้ยงสัตว์

การประมง

พื้นที่ของเครือข่ายบางตำบล เช่น ตำบลลิเล็ด ตำบลศรีวิชัย มีพื้นที่ติดคลอง ที่เชื่อมต่อสู่ทะเลอ่าวไทย ประชาชนในพื้นที่ส่วนใหญ่ทำการประมงและการเกษตร อาหารที่ได้จากทะเล ผลิตภัณฑ์แปรรูปจากสัตว์ทะเล เช่น กะปิปลาแห้ง ฯลฯ

การคมนาคม

พื้นที่ของเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลพุนพิน มีเส้นทางคมนาคมติดต่อกับจังหวัดต่างๆ ได้สะดวก 3 ทาง ทั้งทางบก ทางน้ำ และทางอากาศ ทางน้ำด้วยท่าเรือขนส่งโดยสารและทางอากาศด้วยเครื่องบิน โดยมีท่าอากาศยาน 1 แห่ง ซึ่งตั้งอยู่ในพื้นที่ตำบลห้วยเตย ทางบกด้วยรถยนต์ส่วนบุคคลหรือรถยนต์โดยสาร ใช้เส้นทางคมนาคมเชื่อมต่อระหว่างอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน สถานีขนส่ง สถานีรถไฟ ซึ่งตั้งอยู่ในพื้นที่ตำบลท่าข้าม การเดินทางเข้าสู่อำเภอมีย 2 เส้นทาง คือ ทางหลวงสายสุราษฎร์ - กรุงเทพฯ ทั้งสายเก่าและสายใหม่ ระยะทางจากที่ว่าการอำเภอพุนพิน เป็นระยะทาง 7 กิโลเมตร โดยประมาณ มีรายละเอียดแสดงแนวทางในความควบคุมของหมวดทางหลวง จำนวน 15 สาย

1.5 พื้นที่รับผิดชอบ

เขตเทศบาลเมืองท่าข้าม จำนวน 23 ชุมชน ได้แก่ วัดโน วัดดอนกระถิน พุมดวง ฝ่ายท่า ไต้โค้ง มุ่งพัฒนา ศรีพุนพิน ศรีสุราษฎร์ บ้านล่าง บ้านกลาง บ้านบน ห้ายควน บนควน ธีราธรรม สราญรมย์ ช่างกล พุนพินพิทยาคม ดร.ไฉนัย เจริญลาภ ท่าล้อน หมู่บ้านธารทิพย์ ตำรวจภูธร และจุลจอมเกล้า เขตองค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้าม จำนวน 6 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 1 บ้านพุนพินใต้ หมู่ที่ 3 บ้านบางท่าข้าม หมู่ที่ 4 บ้านนาศรีสงคราม หมู่ที่ 5 บ้านท่าตลิ่งชัน หมู่ที่ 6 บ้านท่าตะเภา และหมู่ที่ 7 บ้านคังยาง

1.6 การศึกษา

ในเขตพื้นที่ มีการจัดการศึกษาตั้งแต่ระดับ ปฐมวัย อนุบาลประถมศึกษา และมัธยมศึกษาตอนต้น ดังตารางที่ 1 ตารางที่ 1.1 แสดงจำนวนสถานศึกษาและอัตราส่วนครู : นักเรียน

สังกัด	สถานศึกษา	ผู้สอน	นักเรียน/นักศึกษา	อัตราส่วน ครู : นักเรียน
ระดับการศึกษาขั้นพื้นฐาน				
รัฐบาล	17	271	5,260	1 : 19
เอกชน	4	103	2,078	1 : 20
เทศบาล./อบจ.	4	90	1,129	1 : 12
สำนักงานตำรวจแห่งชาติ	-	-	-	-
ระดับต่ำกว่าปริญญาตรี				
อาชีวศึกษา (รัฐบาล)	1	28	305	1 : 11
อาชีวศึกษา (เอกชน)	-	-	-	-
ที่มา : ข้อมูลนักเรียน ปี 2567 : งานอนามัยโรงเรียน				

1.7 ศาสนาและวัฒนธรรม

ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ รองลงมานับถือศาสนาอิสลามและศาสนาคริสต์ ประเพณีที่สำคัญของคนไทยพุทธ เช่น ทอดผ้าป่า ประเพณีสารทไทย (เดือนสิบ) ประเพณีชักพระแห่เรือ และการแข่งขันเรือพายซึ่งจัดขึ้นในพื้นที่ติด

แม่น้ำตาปี และคลองพุมดวง ประเพณีของคนไทยเชื้อสายจีน เช่น ประเพณีถือศีลกินผัก และประเพณีตรุษจีน ประเพณีของคนไทยมุสลิม เช่น ถือศีลอด

ตารางที่ 1.2 แสดงข้อมูลศาสนสถาน

อันดับ	ศาสนา	จำนวนศาสนสถาน
1	พุทธ	27
2	มุสลิม	2
3	คริสต์	1
4	ศาลเจ้า	3

1.8 การปกครอง

ตำบลท่าข้าม แบ่งการปกครองออกเป็น 6 หมู่บ้าน 23 ชุมชน และแบ่งการปกครองส่วนท้องถิ่น 2 แห่ง ได้แก่ 1. เทศบาลเมืองท่าข้ามครอบคลุมพื้นที่บางส่วนของตำบลท่าข้าม 2. องค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้าม ครอบคลุมพื้นที่ตำบลท่าข้าม (เฉพาะนอกเขตเทศบาลเมืองท่าข้าม)

1.9 ประชากร

ตารางที่ 1.3 แสดงจำนวนหลังคาเรือนและประชากรของ โรงพยาบาลพุนพิณ ปี 2567 จำแนกรายหมู่บ้าน

ตำบล	หลังคาเรือน	จำนวนประชากร					
		ทะเบียนราษฎร์			ที่อาศัยอยู่จริง (ประเภท 1 ,3)		
		ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
หมู่ที่ 1 บ้านพุนพิณใต้	630	667	761	1,428	396	501	897
หมู่ที่ 3 บ้านบางท่าข้าม	744	955	1,046	2,001	634	683	1,317
หมู่ที่ 4 บ้านนาศรีสงคราม	235	304	288	592	199	199	398
หมู่ที่ 5 บ้านท่าตลิ่งชัน	237	348	353	701	259	260	519
หมู่ที่ 6 บ้านท่าตะเภา	308	438	497	935	278	305	583
หมู่ที่ 7 บ้านคังยาง	428	653	655	1,308	462	457	919
เทศบาลเมืองท่าข้าม	6,016	8,517	9,166	17,683	5,346	6,095	11,441
รวม	8,598	11,882	12,766	24,648	7,574	8,500	16,074

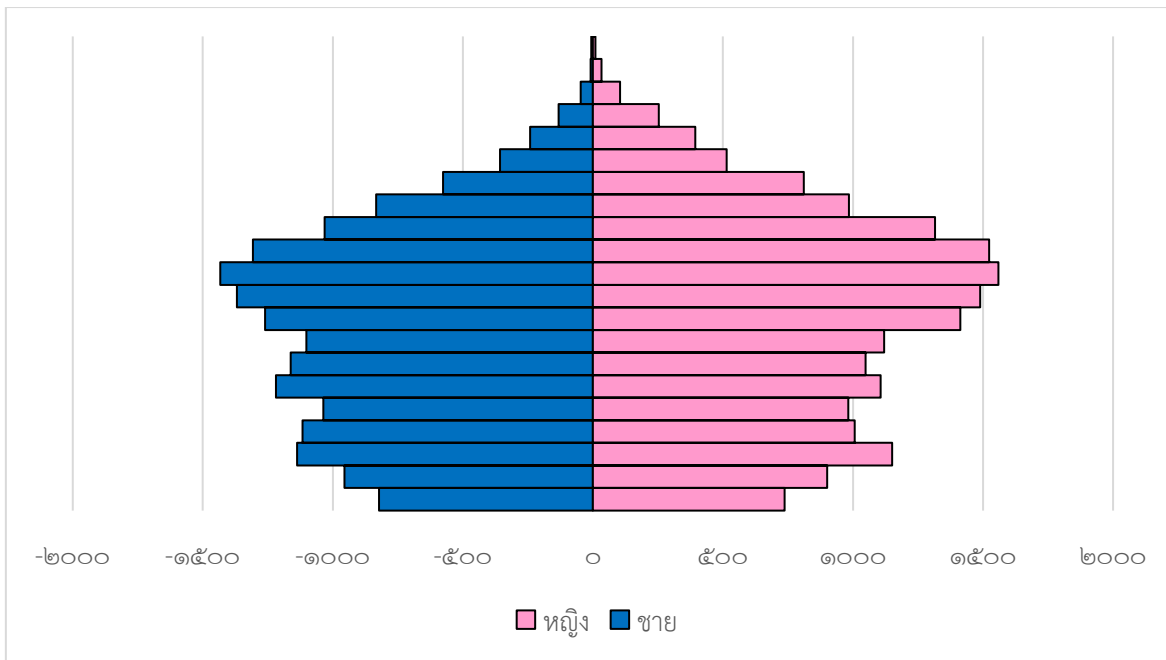
ที่มา : ข้อมูล HDC ณ 19 สิงหาคม 2567

ตารางที่ 1.4 จำนวนประชากรจำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ

กลุ่มอายุ (ปี)	เพศ				รวม	ร้อยละ
	ชาย (คน)	ร้อยละ	หญิง (คน)	ร้อยละ		
0-4	229	1.42	244	1.52	473	2.94
5-9	448	2.79	436	2.71	884	5.50
10-14	539	3.35	547	3.40	1,086	6.76
15-19	496	3.09	460	2.86	956	5.95
20-24	380	2.36	391	2.43	771	4.80
25-29	513	3.19	475	2.96	988	6.15
30-34	565	3.51	470	2.92	1,035	6.44
35-39	485	3.02	489	3.04	974	6.06

กลุ่มอายุ (ปี)	เพศ				รวม	ร้อยละ
	ชาย (คน)	ร้อยละ	หญิง (คน)	ร้อยละ		
40-44	559	3.48	593	3.69	1,152	7.17
45-49	551	3.43	676	4.21	1,227	7.63
50-54	630	3.92	722	4.49	1,352	8.41
55-59	627	3.90	774	4.82	1,401	8.72
60-64	515	3.20	699	4.35	1,214	7.55
65-69	399	2.48	523	3.25	922	5.74
70-74	312	1.94	394	2.45	706	4.39
75-79	140	0.87	277	1.72	417	2.59
80-84	105	0.65	163	1.01	268	1.67
85-89	54	0.34	112	0.70	166	1.03
90-94	21	0.13	36	0.22	57	0.35
95-99	3	0.02	17	0.11	20	0.12
100 ขึ้นไป	3	0.02	2	0.01	5	0.03
รวม	7,574	47.12	8,500	52.88	16,074	100.00

ที่มา : ข้อมูล HDC ณ 19 สิงหาคม 2567



ภาพที่ 1.2 ปิระมิตประชากร โรงพยาบาลพุนพิน ปี 2567

จากปิระมิตประชากรของโรงพยาบาลพุนพิน เป็นแบบเสถียร (Stable pyramid) ที่มีรูปแบบคล้ายกับระฆังคว่ำหรือมีโครงสร้างประชากรที่คงที่ ซึ่งแสดงถึงรูปแบบของอัตราการเกิดและอัตราการตายของประชากรที่ไม่เปลี่ยนแปลง ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลประชากรของอำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี และของประเทศที่ประชากรส่วนใหญ่ อยู่ในกลุ่มนี้ ซึ่งเป็นกลุ่มวัยทำงาน

ตารางที่ 1.5 แสดงจำนวนประชากรของโรงพยาบาลพุนพิน ปี 2567 ตามสิทธิรักษาพยาบาล 3 สิทธิหลัก

สิทธิ	จำนวน (คน)
ข้าราชการ	2,760
ประกันสังคม	4,682
UC	17,697

1.10 ข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข

สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

โรงพยาบาลพุนพิน (รพช. F1)	กระทรวงสาธารณสุข
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพุนพิน	องค์การบริหารส่วนจังหวัด
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาหัวควาย	องค์การบริหารส่วนจังหวัด
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวเตย	องค์การบริหารส่วนจังหวัด
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีวิชัย	องค์การบริหารส่วนจังหวัด
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าสะท้อน	องค์การบริหารส่วนจังหวัด
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะลวน	องค์การบริหารส่วนจังหวัด
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลิเล็ด	องค์การบริหารส่วนจังหวัด

สถานประกอบการผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพภาคเอกชน

คลินิกเวชกรรม	จำนวน 10 แห่ง
คลินิกทันตกรรม	จำนวน 3 แห่ง
คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์	จำนวน 10 แห่ง
คลินิกกายภาพบำบัด	จำนวน 2 แห่ง

ร้านขายยา

แผนปัจจุบันที่มีเภสัชกร (ขย.1)	จำนวน 10 แห่ง
แผนปัจจุบันบรรจุเสร็จ (ขย.2)	จำนวน 3 แห่ง
แผนปัจจุบันบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์	จำนวน 1 แห่ง
แผนโบราณ	จำนวน 1 แห่ง
ผลิตภัณฑ์สมุนไพร	จำนวน 3 แห่ง

ร้านนวดเพื่อสุขภาพ

จำนวน 1 แห่ง

1.11 บุคลากรสาธารณสุข

ตารางที่ 1.6 ข้อมูลบุคลากรสาธารณสุข โรงพยาบาลพูนพิณ ปี 2567 ทางด้านสาธารณสุข

ลำดับ	ประเภทบุคลากร	โรงพยาบาลพูนพิณ	อัตรา: ประชากร
1	แพทย์	8 คน	(1:2,009)
2	ทันตแพทย์	6 คน	(1: 2,679)
3	เภสัชกร	8 คน	(1:2,009)
4	พยาบาลวิชาชีพ	58 คน	(1: 278)
5	นักวิชาการสาธารณสุข/นักสาธารณสุข	17 คน	(1: 946)
6	เจ้าพนักงานสาธารณสุข	3 คน	(1: 5,358)
7	เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	3 คน	(1: 5,358)
8	นักเทคนิคการแพทย์	6 คน	(1: 2,679)
9	นักโภชนาการ	2 คน	(1: 8,037)
10	เจ้าพนักงานเวชสถิติ	3 คน	(1: 5,358)
11	นักกายภาพบำบัด	4 คน	(1: 4,019)
12	แพทย์แผนไทย	4 คน	(1: 4,019)
13	แพทย์แผนจีน	2 คน	(1: 8,037)
14	นักวิชาการคอมพิวเตอร์	3 คน	(1: 5,358)

ที่มา : งานบริหารโรงพยาบาลพูนพิณ ณ วันที่ 19 สิงหาคม 2567

ลักษณะโดยรวมของบุคลากร

โรงพยาบาลพูนพิณ อำเภอพูนพิณ 2 สายงาน คือ สายงานหลัก ร้อยละ 47.56 สายงานสนับสนุน ร้อยละ 52.43
ตารางที่ 1.7 ข้อมูลบุคลากรสาธารณสุข ข้าราชการ ประเภท วิชาการ ปี 2567

ประเภท/ตำแหน่ง	จำนวน	อายุเฉลี่ย	อายุราชการเฉลี่ย	วุฒิการศึกษา					
				ต่ำกว่าปริญญาตรี	ร้อยละ	ปริญญาตรี	ร้อยละ	สูงกว่าปริญญาตรี	ร้อยละ
เชี่ยวชาญ	1	51	25	0	0	0	0	1	100
ชำนาญการพิเศษ	6	55.5	32.5	0	0	4	66.66	2	33.33
ชำนาญการ	41	45.54	34.25	0	0	34	82.93	7	17.03
ปฏิบัติการ	28	30	30.3	0	0	26	92.86	2	7.14
รวม	76	-	-	0	-	64	-	12	-

ตารางที่ 1.8 ข้อมูลบุคลากรสาธารณสุข ข้าราชการ ประเภททั่วไป ปี 2567

ประเภท/ตำแหน่ง	จำนวน	อายุเฉลี่ย	อายุราชการเฉลี่ย	วุฒิการศึกษา					
				ต่ำกว่าปริญญาตรี	ร้อยละ	ปริญญาตรี	ร้อยละ	สูงกว่าปริญญาตรี	ร้อยละ
อาวุโส	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ชำนาญงาน	8	44.13	20.38	2	25	6	75	0	0
ปฏิบัติงาน	6	30.84	4.5	4	66.67	2	33.33	0	0
รวม	14	-	-	6	-	8	-	0	-

ตารางที่ 1.9 ข้อมูลบุคลากรสาธารณสุข ประเภทอื่นๆ ปี 2567

ประเภท/ตำแหน่ง	จำนวน	อายุเฉลี่ย	อายุราชการเฉลี่ย	วุฒิการศึกษา					
				ต่ำกว่าปริญญาตรี	ร้อยละ	ปริญญาตรี	ร้อยละ	สูงกว่าปริญญาตรี	ร้อยละ
ลูกจ้างประจำ	2	59.67	30	2	100	0	0	0	0
ลูกจ้างชั่วคราว	3	25.67	1.84	0	0	3	100	0	0
จ้างเหมาบริการ	89	31.71	2.3	58	65.17	31	34.83	0	0
พนักงานราชการ	3	36.67	7.67	0	0	3	100	0	0
พนักงานกระทรวง	77	38.27	13.95	62	80.52	15	19.48	0	0
รวม	174	-	-	122	-	52	-	0	0

1.12 อาสาสมัครสาธารณสุข

ตารางที่ 1.10 ข้อมูลการรับผิดชอบงานสาธารณสุขในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข 189 คน โรงพยาบาลพูนพิณ

หน่วยบริการ	หลังคาเรือน ทะเบียนราษฎร์/สำรวจ	อสม.		ความครอบคลุม เป้าหมาย (1 : 15)
		ปฏิบัติงานจริง	รับค่าป่วยการ	
หมู่ที่ 1 บ้านพูนพิณใต้	630	7	7	1 : 90
หมู่ที่ 3 บ้านบางท่าข้าม	744	13	13	1 : 57
หมู่ที่ 4 บ้านนาศรีสงคราม	235	10	10	1 : 23.5
หมู่ที่ 5 บ้านท่าตะลิ่งชัน	237	8	8	1 : 29.6
หมู่ที่ 6 บ้านท่าตะเภา	308	12	12	1 : 25.7
หมู่ที่ 7 บ้านคู้ยาง	428	10	10	1 : 42.8
เทศบาลเมืองท่าข้าม	6,016	129	129	1 : 47
	8,598	189	189	

2.ข้อมูลสถานะสุขภาพและปัญหาสุขภาพที่สำคัญในพื้นที่

2.1 ข้อมูลสถานะสุขภาพ (สถิติชีพ)

ตารางที่ 1.11 แสดงจำนวนและอัตราสถิติชีพ ต่อพันประชากร ปี พ.ศ. 2565 – 2567

รายการ	พ.ศ. 2565 พชก.กลางปี (17,009 คน)		พ.ศ. 2566 พชก.กลางปี (15,323 คน)		พ.ศ. 2567 พชก.กลางปี (16,066 คน)	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
อัตราเกิด (ต่อ 1,000 ประชากร)	89	5.15	92	5.32	86	4.97
อัตราตาย (ต่อ 1,000 ประชากร)	54	3.12	72	4.16	52	3.01
อัตราเพิ่มประชากรตามธรรมชาติ (ต่อ 1000ประชากร)	35	2.02	20	1.16	34	1.97

จากตารางที่ 1.11 พบว่าอัตราการเกิดที่มากที่สุด คือ ปี 2566 มีอัตราการเกิด เท่ากับ 5.32 ต่อพันประชากร รองลงมา คือ ปี 2565 มีอัตราการเกิด เท่ากับ 5.14 ส่วนอัตราการตายที่สูงที่สุด คือ ปี 2566 มีอัตราการตายเท่ากับ 4.16 ต่อพันประชากร รองลงมา คือปี 2565 มีอัตราการตาย เท่ากับ 3.12 และอัตราเพิ่มของประชากรตามธรรมชาติสูงสุด คือ ปี 2565 ร้อยละ 2.02 ต่อพันประชากร โดย อัตราการเกิดในปี 2567 มีแนวโน้มลดลงจากปีก่อน และอัตราการตาย มีแนวโน้มลดลง

2.2 สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอก

ตารางที่ 1.12 สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอก 5 อันดับแรก (ต่อแสนประชากร) ปี พ.ศ. 2564 – 2567

สาเหตุการป่วย	พ.ศ. 2564 (17,293 คน)		พ.ศ. 2565 (17,009 คน)		พ.ศ. 2566 (15,323 คน)		พ.ศ. 2567 (16,066 คน)	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
โรคความดันโลหิตสูง	10,186	58,902	10,930	64,260	9,464	61,763	8,903	55,415
โรคความผิดปกติของ เนื้อเยื่ออ่อน	4,927	28,491	4,000	23,516	7,776	50,747	8,527	53,074
โรคเบาหวาน	10,736	62,082	10,521	61,855	8,841	57,697	7,076	44,043
โรคการติดเชื้อ ทางเดินหายใจ ส่วนบนเฉียบพลัน	3,180	18,388	21,811	128,232	6,318	41,232	5,664	35,254
โรคของหลัง	2,930	16,943	2,388	14,039	3,071	20,035	2,317	14,421

จากตารางที่ 1.12 พบว่าในปี 2567 สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอก 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ความผิดปกติของเนื้อเยื่ออ่อน และโรคเบาหวาน คิดเป็นอัตรา 55,415 53,074 และ 44,043 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ

2.3 สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยใน

ตารางที่ 1.13 สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยใน 5 อันดับแรก (ต่อแสนประชากร) ปี พ.ศ. 2564 – 2567

สาเหตุการป่วย	พ.ศ. 2564 (17,293 คน)		พ.ศ. 2565 (17,009 คน)		พ.ศ. 2566 (15,323 คน)		พ.ศ. 2567 (16,066 คน)	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
ไข้หวัดใหญ่ ปอด บวม	334	1,931	876	5,150	357	2,329	699	4,350
โรคติดเชื้อที่ลำไส้	283	1,636	255	1,499	454	2,962	520	3,236
โรคหลอดเลือดสมอง	233	1,347	140	823	181	1,181	269	1,674
โรคเรื้อรังของทางเดิน หายใจส่วนล่าง	74	427	96	564	172	1,122	169	1,051
การติดเชื้อเฉียบพลัน แบบอื่นของทางเดิน หายใจส่วนล่าง	214	1,237	65	382	125	815	52	323

จากตารางที่ 1. 13 พบว่าในปี 2567 สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอก 3 อันดับแรก ได้แก่ ไข้หวัดใหญ่ ปอดบวม โรคติดเชื้อที่ลำไส้และโรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็นอัตรา 4,350 3,236 และ 1,674 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ

2.4 สาเหตุการตาย

ตารางที่ 1.14 สาเหตุการตาย (ต่อแสนประชากร) ปี พ.ศ. 2564 – 2567

สาเหตุการตาย	พ.ศ. 2564 (17,293 คน)		พ.ศ. 2565 (17,009 คน)		พ.ศ. 2566 (15,323 คน)		พ.ศ. 2567 (16,066 คน)	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
ติดเชื้อในกระแสเลือด	4	23.1	4	23.5	4	26.1	15	93.3
มะเร็ง	8	42.2	8	47	8	52.2	10	62.2
โรคปอดอักเสบ ปอดบวม	7	40.47	7	41.1	7	45.6	8	49.7
กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	3	17.3	3	17.6	3	19.5	0	0
ภาวะไตวายเฉียบพลัน	3	17.3	3	17.6	3	19.5	0	0

จากตารางที่ 1.14 พบว่า สาเหตุการเสียชีวิต ย้อนหลังปี 2567 3 อันดับแรก คือ ติดเชื้อในกระแสเลือด มะเร็ง และโรคปอดอักเสบ ปอดบวม คิดเป็นอัตรา 93.3 , 62.2 และ 49.7 ต่อแสนประชากรตามลำดับโรค

2.5 โรคทางระบาดวิทยา

ตารางที่ 1.15 อัตราป่วยและตายโรคทางระบาดวิทยา (ต่อแสนประชากร)

โรค/พ.ศ.	พ.ศ. 2565 (17,009 คน)				พ.ศ. 2566 (15,323 คน)				พ.ศ. 2567 (16,066 คน)			
	ป่วย		ตาย		ป่วย		ตาย		ป่วย		ตาย	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
โรคปอดอักเสบ	419	876	13	76	241	1,572	16	104	463	2,881	21	130
โรคไข้หวัดใหญ่	76	446	0	0	327	2,134	0	0	274	1,705	0	0
โรคท้องร่วงเฉียบพลัน	21	123	0	0	23	150	0	0	187	1,163	0	0
โรคไข้เลือดออก	2	11	0	0	146	952	0	0	114	709	0	0
โรคมือเท้าปาก	14	82.3	0	0	28	182	0	0	26	161	0	0

จากตารางที่ 1.15 พบว่า อัตราการป่วย โรคทางระบาดวิทยา ปี 2567 อันดับแรก คือ โรคปอดอักเสบ โรคไข้หวัดใหญ่ และโรคท้องร่วงเฉียบพลัน คิดเป็นอัตรา 2,881 1,705 และ 1,163 ต่อแสนประชากร ตามลำดับโรค อัตราการตาย อันดับแรก คือ โรคปอดอักเสบ คิดเป็นอัตรา 130

2.แผนยุทธศาสตร์

ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และการบริหารจัดการ ระยะ 5 ปี (2568-2572)

โรงพยาบาลพูนพิน อำเภอพูนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี

วิสัยทัศน์ (Vision)

“ ศูนย์การแพทย์คุณภาพชั้นเลิศที่ประชาชนศรัทธา ”

คำสำคัญของวิสัยทัศน์ : ① ศูนย์การแพทย์ ② คุณภาพ ③ ชั้นเลิศ ④ ประชาชนศรัทธา



คำสำคัญจากวิสัยทัศน์ : ① ศูนย์การแพทย์ ② คุณภาพ ③ ชั้นเลิศ ④ ประชาชนศรัทธา

พันธกิจ (Missions)



เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ (Purposes)

- G1 เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต (ด้านการแพทย์เฉพาะทาง)
- G2 กลุ่มผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงระบบช่องทางด่วน (Fast track system) และได้รับการส่งต่อที่ปลอดภัย (ด้านการแพทย์ฉุกเฉินและการส่งต่อ)
- G3 ลดอัตราป่วยรายใหม่และลดภาวะแทรกซ้อนในชุมชนในกลุ่มโรค (ด้านการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก)
 - G3.1. NCDs G3.2. จิตเวชและยาเสพติด
- G4 โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่องสู่ขั้นก้าวหน้า
- G5 ประชาชนผูกพัน ไว้วางใจคุณภาพบริการ บุคลากรให้บริการอย่างมีความสุข และมีจิตสาธารณะ
- G6. โรงพยาบาลมีผลลัพธ์จากการดำเนินสูงเป็นอันดับที่ 1 ใน 3 ของ จังหวัดสระบุรีธานี และอันดับที่ 1 ใน 5 ของเขตสุขภาพที่ 11

ยุทธศาสตร์ (Strategies)

ตารางที่ 2.1 ยุทธศาสตร์ (Strategies)

ยุทธศาสตร์หลัก (ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์)	SO: ยกระดับคุณภาพศูนย์การแพทย์ และมุ่งสู่ความเป็นเลิศด้านการแพทย์ผสมผสาน
ยุทธศาสตร์ขยายงาน (ความท้าทาย)	ST: พัฒนายุทธศาสตร์ความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายจัดบริการสุขภาพเชิงรุก 1) Excellent EMS & Refer 2) Mobile Doctor Service
ยุทธศาสตร์การพัฒนา (ปรับปรุงพัฒนาจากจุดอ่อน)	WO: พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการโรงพยาบาลดิจิทัล ระดับ S Plus
ยุทธศาสตร์ปรับปรุงองค์การ (การปรับปรุงและการพัฒนา)	WT: ปฏิรูประบบบริหารจัดการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกในกลุ่มโรค NCDs จิตเวชและยาเสพติด



ค่านิยมหลัก

ตารางที่ 2.3 ค่านิยม

“ศูนย์การแพทย์คุณภาพชั้นเลิศที่ประชาชนศรัทธา”

คำที่ 1	คำที่ 2	คำที่ 3	คำที่ 4
ศูนย์การแพทย์	คุณภาพ	ชั้นเลิศ	ประชาชนศรัทธา

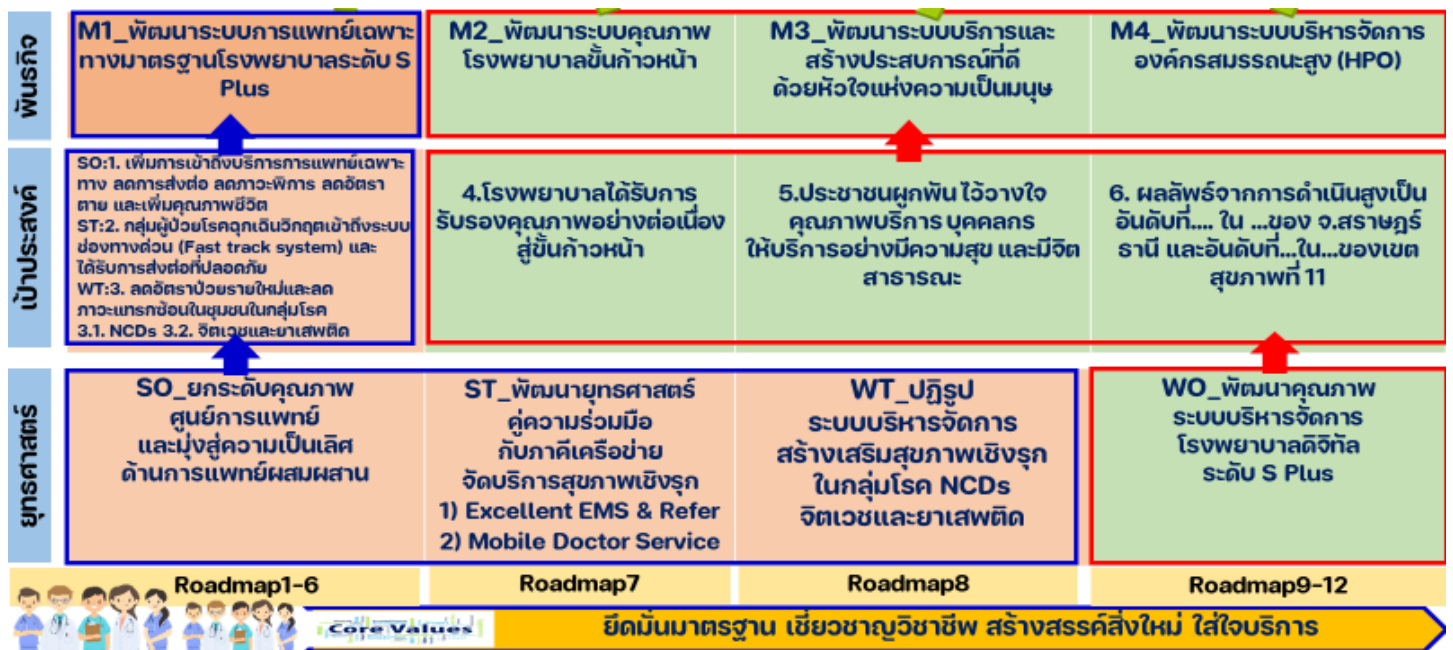


ยึดมั่นมาตรฐาน
เชี่ยวชาญวิชาชีพ
สร้างสรรค์สิ่งใหม่ ใส่ใจบริการ

นโยบายและจุดเน้น (เข็มมุ่ง)



ตารางที่ 2.4 ตารางความสัมพันธ์เชิงยุทธศาสตร์



คำสำคัญ	ยุทธศาสตร์	พันธกิจ	เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์
ศูนย์ การแพทย์	S1 ยกระดับคุณภาพศูนย์การแพทย์ และ มุ่งสู่ความเป็นเลิศด้านการแพทย์ ผสมผสาน	M1_พัฒนาระบบการแพทย์ เฉพาะทางมาตรฐาน โรงพยาบาลระดับ S Plus	G1. ด้านการแพทย์เฉพาะทาง : เพิ่มการเข้าถึง บริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลด ภาวะพิการ ลดอัตราการตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต
	S2 พัฒนายุทธศาสตร์ความร่วมมือกับ ภาคีเครือข่ายจัดบริการสุขภาพเชิงรุก 1) Excellent EMS & Refer 2) Mobile Doctor Service	1. ด้านการแพทย์เฉพาะทาง 2. ด้านการแพทย์ฉุกเฉินและ การส่งต่อ 3. ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ เชิงรุก	G2. ด้านการแพทย์ฉุกเฉินและการส่งต่อ : กลุ่มผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงระบบช่องทาง ด่วน (Fast track system) และได้รับการส่งต่อที่ ปลอดภัย
	S4 ปฏิรูประบบบริหารจัดการสร้างเสริม สุขภาพเชิงรุกในกลุ่มโรค NCDs จิตเวชและยาเสพติด		G3. ด้านการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก : ลดอัตรา ป่วยรายใหม่และลดภาวะแทรกซ้อนในชุมชนใน กลุ่มโรค G3.1. NCDs G3.2. จิตเวชและยาเสพติด G3.3 TB
คุณภาพ	S3 พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการ โรงพยาบาลดิจิทัล ระดับ S Plus	M2_พัฒนาระบบคุณภาพ โรงพยาบาลชั้นก้าวหน้า	G4. โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพอย่าง ต่อเนื่องสู่ชั้นก้าวหน้า
ประชาชน ศรัทธา		M3_พัฒนาระบบบริการและ สร้างประสบการณ์ที่ดีด้วย หัวใจแห่งความเป็นมนุษย์	G5. ประชาชนผูกพัน ไว้วางใจคุณภาพบริการ บุคลากรให้บริการอย่างมีความสุข และมีจิต สาธารณะ
ชั้นเลิศ	W2 พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการ โรงพยาบาลดิจิทัล ระดับ S Plus	M4_พัฒนาระบบบริหาร จัดการองค์กรสมรรถนะสูง (HPO)	G6. โรงพยาบาลมีผลลัพธ์จากการดำเนินสูงเป็น อันดับที่ 1 ใน 3 ของ จังหวัดสราษภรณ์ธานี และ อันดับที่ 1 ใน 5ของเขตสุขภาพที่ 11

เส้นทางสู่ความสำเร็จ (Roadmap) ระยะ 5 ปี (2568-2572)

โรงพยาบาลพูนพิณ อำเภอพูนพิณ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

1 วิสัยทัศน์ 4 พันธกิจ 4 ยุทธศาสตร์ 6 เป้าประสงค์ 12 เส้นทางสู่ความสำเร็จ 32 โครงการ

ตารางที่ 2.5 ตารางเส้นทางสู่ความสำเร็จ (Roadmap) ระยะ 5 ปี (2568-2572)

“ศูนย์การแพทย์คุณภาพขั้นเลิศที่ประชาชนศรัทธา”		
คำสำคัญ/พันธกิจ/ยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	Roadmap / วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์
ศูนย์การแพทย์ M1_พัฒนาระบบการแพทย์เฉพาะทาง มาตรฐานโรงพยาบาลระดับ S Plus 1.ด้านการแพทย์เฉพาะทาง S1 ยกระดับคุณภาพศูนย์การแพทย์ และมุ่งสู่ความเป็นเลิศด้านการแพทย์ ผสมผสาน	G1.เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์ เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต	R1_ศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง 1.1. กลุ่มโรคเวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1. Stroke 2. STEMI 3. Sepsis 1.2. กลุ่มโรคอายุรกรรม 1. DM 2. HT 3. CKD 4. COPD 1.3. กลุ่มโรคศัลยกรรม 1. มะเร็งเต้านม 2. มะเร็งลำไส้ 1.4. กลุ่มโรคสูติ-นรีเวชกรรม 1. High Risk Pregnancy 2. ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด (PPH/Preterm/PIH) 1.5. กลุ่มโรคจิตเวช 1. ซึมเศร้าผู้ใหญ่

“ศูนย์การแพทย์คุณภาพชั้นเลิศที่ประชาชนศรัทธา”		
คำสำคัญ/พันธกิจ/ยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	Roadmap / วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์
		2. SIM-V 3. ซิมเคร่าวัยรุ่น 1.6. กลุ่มโรคจักษุ หู คอ จมูก 1. Cataract 2. DR R2_ศูนย์ทันตกรรม 1. ฟันผุ 1.1. เด็ก 0-5 ปี 1.2. เด็ก 6-12 ปี 2. ฟันคุดสบในผู้สูงอายุ 3. วิทยากรเข้าถึงบริการทันตกรรม 5. ทันตกรรมเฉพาะทาง R3_Wellness Center 1. กายภาพบำบัด 2. แพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก 3. โภชนศาสตร์ 4. เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 5. Palliative Care
2.ด้านการแพทย์ฉุกเฉินและการส่งต่อ S2 พัฒนายุทธศาสตร์ความร่วมมือกับ ภาคีเครือข่ายจัดบริการสุขภาพเชิงรุก 1) Excellent EMS & Refer 2) Mobile Doctor Service	G2 กลุ่มผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึง ระบบช่องทางด่วน (Fast track system) และได้รับการส่งต่อที่ปลอดภัย	R4_Excellent Fast track system 1. EMS 2. Refer 3. TBI
3.ด้านการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก	G3.ลดอัตราป่วยรายใหม่และลด ภาวะแทรกซ้อนในชุมชนในกลุ่มโรค G3.1. NCDs	R5_สร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก 1. ลดอัตราป่วยรายใหม่ NCDs 5 โรค (Stroke/STEMI/CKD/DM/HT)

“ศูนย์การแพทย์คุณภาพขั้นเลิศที่ประชาชนศรัทธา”		
คำสำคัญ/พันธกิจ/ยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	Roadmap / วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์
S4 ปฏิรูประบบบริหารจัดการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกในกลุ่มโรค NCDs จิตเวชและยาเสพติด	G3.2. จิตเวชและยาเสพติด	2.ลดอัตราป่วยรายใหม่จิตเวชและยาเสพติด 3. TB R6_ การแพทย์ปฐมภูมิ 1. สัดส่วนการใช้บริการ OPD ต่อ PCC 2. ภาควิชาหรือฝ่ายเข้มแข็ง (อสม./Caregiver/นักบริหาร/พชอ./ศปภ./ฯลฯ)
คุณภาพ M2_พัฒนาระบบคุณภาพโรงพยาบาลขึ้นก้าวหน้า S3 พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการโรงพยาบาลดิจิทัล ระดับ S Plus	G4.โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่องสู่ขั้นก้าวหน้า	R7_ระบบสนับสนุนการรักษาพยาบาล 1. RSQ 2. MSO 3. NSO 4. ENV 5. IC 6. IM 7. PTC 8. Lab & Blood 9. RLU 10. รังสี
ประชาชนศรัทธา M3_พัฒนาระบบบริการและสร้างประสบการณ์ที่ดีด้วยหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์ S3 พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการโรงพยาบาลดิจิทัล ระดับ S Plus	G5.ประชาชนผูกพัน ไว้วางใจคุณภาพบริการ บุคลากรให้บริการอย่างมีความสุข และมีจิตสาธารณะ	R8_โรงพยาบาลในดวงใจของประชาชนทุกคน 1.ระดับความพึงพอใจมากถึงมากที่สุด/ลดข้อร้องเรียน 2.รูปแบบจิตอาสาและอาสาสมัครเพิ่มขึ้น 3.บริจาคทรัพย์สิน/เงิน/โลหิต เพิ่มขึ้น 4.เครือข่ายคู่ความร่วมมือภาครัฐ/รัฐวิสาหกิจ/อปท./เอกชน/ฯลฯ ร่วมพัฒนา โรงพยาบาลมากขึ้น

“ศูนย์การแพทย์คุณภาพชั้นเลิศที่ประชาชนศรัทธา”

คำสำคัญ/พันธกิจ/ยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	Roadmap / วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์
ชั้นเลิศ M4_พัฒนาระบบบริหารจัดการองค์กร สมรรถนะสูง (HPO) S3 พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการ โรงพยาบาลดิจิทัล ระดับ S Plus	G6.โรงพยาบาลมีผลลัพธ์จากการดำเนิน สูงเป็นอันดับที่ 1 ใน 3 ของ จังหวัดสุราษฎร์ธานี และอันดับที่ 1 ใน 5 ของเขตสุขภาพที่ 11	R9_องค์กรสมรรถนะสูง 1. หมวด 1 การนำ 2. หมวด 2 การบริหารเชิงกลยุทธ์ 3. หมวด 3 การมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับ ผลงาน (บูรณาการ R8) 4. หมวด 4 การวัด วิเคราะห์และจัดการ ความรู้ 5. หมวด 5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล 6. หมวด 6 การจัดการกระบวนการ 7. หมวด 7 ผลลัพธ์
	R10_ระบบสนับสนุนทรัพยากรการบริหาร 1. อุดมการณ์ 2. ยานพาหนะ 3. การเงิน 4. บัญชี 5. พัสดุ 6. การเจ้าหน้าที่ 7. ซ่อมบำรุง	
	R11_การเงินการคลัง 1.ประสิทธิภาพการจัดเก็บรายได้เพิ่มขึ้น 2.ประสิทธิภาพการหารายได้เพิ่มพิเศษ เพิ่มขึ้น	

“ศูนย์การแพทย์คุณภาพขั้นเลิศที่ประชาชนศรัทธา”		
คำสำคัญ/พันธกิจ/ยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	Roadmap / วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์
		3.ประสิทธิภาพการบริหารรายจ่ายและต้นทุน R12_โรงพยาบาลพูนพินดิจิทัล 1. HA IT 2. HIMSS (Stage 5-7) 3. Health Cloud System

ตารางวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย KPI & OKRs

และแผนยุทธศาสตร์ ระยะ 5 ปี ด้วยวิธี Project based

วิสัยทัศน์ : “ ศูนย์การแพทย์คุณภาพชั้นเลิศที่ประชาชนศรัทธา ”

ตารางที่ 2.6 ตารางวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย KPI & OKRs

พันธกิจที่ M1 พัฒนาระบบการแพทย์เฉพาะทางมาตรฐานโรงพยาบาลระดับ S Plus

ยุทธศาสตร์ S1 ยกระดับคุณภาพศูนย์การแพทย์ และมุ่งสู่ความเป็นเลิศด้านการแพทย์ผสมผสาน

Roadmap 1 ศูนย์การแพทย์ : 1.1. กลุ่มโรคเวชศาสตร์ฉุกเฉิน

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based																																	
		2568	2569	2570	2571	2572																													
1. Stroke : ลดอัตราการเสียชีวิต	R1G1K1 อัตราผู้ป่วย stroke เสียชีวิต	Excellent Fast Track 1.ปึกหมุด 3A : 3S 2.Interhospital conference 3S (EWS/CNPG/ CPG) 3.คลินิกโรคหัวใจ	Excellent Fast Track 3S โซนเหนือ	Excellent Fast Track จังหวัด สุราษฎร์ ธานี																															
<table><tr><th colspan="5">hemorrhagic / ischemic</th></tr><tr><th>63</th><th>64</th><th>65</th><th>66</th><th>67</th></tr><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>4.20</td><td>3.87</td><td>5.06</td><td>1.94</td><td>4.76</td></tr></table>	hemorrhagic / ischemic					63	64	65	66	67	63	64	65	66	67	4.20	3.87	5.06	1.94	4.76	<table><tr><th>68</th><th>69</th><th>70</th><th>71</th><th>72</th></tr><tr><td><4</td><td>< 3.5</td><td>< 3</td><td>< 2.5</td><td>< 2</td></tr></table>	68	69	70	71	72	<4	< 3.5	< 3	< 2.5	< 2				
hemorrhagic / ischemic																																			
63	64					65	66	67																											
63	64					65	66	67																											
4.20	3.87	5.06	1.94	4.76																															
68	69	70	71	72																															
<4	< 3.5	< 3	< 2.5	< 2																															
1.1 กลุ่มป่วย stroke เข้าถึงบริการทางการแพทย์ตั้งแต่เริ่มมีอาการภายในเวลา 3 ชั่วโมงเพิ่มขึ้น	R1G1OKR1.1 อัตราผู้ป่วย stroke เข้าถึงบริการทางการแพทย์ตั้งแต่เริ่มมีอาการภายในเวลา 3 ชั่วโมงร้อยละ 60																																		
<table><tr><th>63</th><th>64</th><th>65</th><th>66</th><th>67</th></tr><tr><td>44.86</td><td>51.16</td><td>44.73</td><td>45.09</td><td>50.47</td></tr></table>	63	64	65	66	67	44.86	51.16	44.73	45.09	50.47	R1G1OKR1.2 อุบัติการณ์ EWS stroke ล่าช้า เท่ากับ 0																								
63	64	65	66	67																															
44.86	51.16	44.73	45.09	50.47																															
1.2 ไม่พบอุบัติการณ์ EWS Stroke ล่าช้า																																			
<table><tr><th>63</th><th>64</th><th>65</th><th>66</th><th>67</th></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																									
63	64	65	66	67																															
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																															
1.3 ไม่พบอุบัติการณ์ EWS Stroke ผิดพลาด	R1G1OKR1.3 อุบัติการณ์ EWS stroke ผิดพลาด เท่ากับ 0																																		
<table><tr><th>63</th><th>64</th><th>65</th><th>66</th><th>67</th></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>0</td><td>0</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	0	0																									
63	64	65	66	67																															
N/A	N/A	N/A	0	0																															

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based																			
		2568	2569	2570	2571	2572															
1.4 ไม่พบอุบัติการณ์วินิจฉัย Stroke ล่าช้า	R1G1OKR1.4 อุบัติการณ์วินิจฉัย Stroke ล่าช้าเท่ากับ 0																				
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>0</td><td>0</td></tr></table>	63					64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	0	0							
63	64					65	66	67													
N/A	N/A					N/A	0	0													
2. STEMI (ACS) : ลดอัตรา การเสียชีวิต	R1G1K2 อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย STEMI																				
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>7.40</td><td>7.69</td><td>5.26</td><td>6.25</td><td>6.66</td></tr></table>	63	64	65	66	67	7.40	7.69	5.26	6.25	6.66	<table><tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr><tr><td>< 6</td><td>< 5</td><td>< 4</td><td>< 3</td><td>< 2</td></tr></table>	68	69	70	71	72	< 6	< 5	< 4	< 3	< 2
63	64	65	66	67																	
7.40	7.69	5.26	6.25	6.66																	
68	69	70	71	72																	
< 6	< 5	< 4	< 3	< 2																	
2.1 กลุ่มป่วย STEMI เข้าถึงบริการ ทางการแพทย์ตั้งแต่เริ่มมีอาการภายใน เวลา 30 นาที เพิ่มขึ้น	R1G1OKR2.1 อัตรากลุ่มเสี่ยงและ กลุ่มป่วย STEMI เข้าถึงบริการ ทางการแพทย์ตั้งแต่เริ่มมีอาการภายใน เวลา 30 นาที ร้อยละ 60																				
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>32.19</td><td>50.00</td><td>24.32</td><td>31.70</td><td>27.25</td></tr></table>	63	64	65	66	67	32.19	50.00	24.32	31.70	27.25											
63	64	65	66	67																	
32.19	50.00	24.32	31.70	27.25																	
2.2 ไม่พบอุบัติการณ์ EWS STEMI ล่าช้า	R1G1OKR2.2 อุบัติการณ์ EWS STEMI ล่าช้า เท่ากับ 0																				
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A											
63	64	65	66	67																	
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																	
2.3 ไม่พบอุบัติการณ์ EWS STEMI ผิดพลาด	R1G1OKR2.3 อุบัติการณ์ EWS STEMI ผิดพลาด เท่ากับ 0																				
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>1</td><td>0</td><td>1</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	1	0	1											
63	64	65	66	67																	
N/A	N/A	1	0	1																	

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based																								
		2568	2569	2570	2571	2572																				
2.4 ไม่พบอุบัติการณ์วินิจัย STEMI ล่าช้า	R1G1OKR2.4 อุบัติการณ์วินิจัย STEMI ล่าช้า เท่ากับ 0																									
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table>	63						64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A											
63	64						65	66	67																	
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																						
2.5 ไม่พบอุบัติการณ์วินิจัย STEMI ผิดพลาด	R1G1OKR2.5 อุบัติการณ์วินิจัย STEMI ผิดพลาด เท่ากับ 0																									
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>0</td></tr></table>	63	64	65	66	67	2	1	2	1	0																
63	64	65	66	67																						
2	1	2	1	0																						
2.6 ไม่พบอุบัติการณ์ส่งต่อ STEMI ล่าช้า	R1G1OKR2.6 อัตราผู้ป่วย STEMI ได้รับการส่งต่อเพื่อทำ PCI ภายใน 120 นาที ภายหลังวินิจัย ร้อยละ 100																									
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																
63	64	65	66	67																						
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																						
3. Sepsis : ลดอัตราการเสียชีวิต	R1G1K3 อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย sepsis น้อยกว่า																									
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>1.54</td><td>0</td><td>5.88</td><td>0</td><td>0</td></tr></table>	63	64	65	66	67	1.54	0	5.88	0	0	<table><tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr><tr><td>26</td><td>26</td><td>26</td><td>26</td><td>26</td></tr></table>	68	69	70	71	72	26	26	26	26	26					
63	64	65	66	67																						
1.54	0	5.88	0	0																						
68	69	70	71	72																						
26	26	26	26	26																						
3.1 กลุ่มเสี่ยง Sepsis (เบาหวานuncontro/ผู้ป่วยหลอด เลือดสมอง/ Bedridden/ผู้ป่วยCKD) ได้รับทักษะการประเมินภาวะ Sepsis ด้วย NEWs ทุกราย	R1G1OKR3.1 อัตรากลุ่มเสี่ยง Sepsis ได้รับทักษะการประเมินภาวะ Sepsis ด้วย NEWs ร้อยละ 100																									
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>90.33</td></tr></table>	63	64	65	66	67	100	100	100	100	90.33																
63	64	65	66	67																						
100	100	100	100	90.33																						

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based													
		2568	2569	2570	2571	2572									
3.2 ไม่พบอุบัติการณ์วินิจฉัย Sepsis ล่าช้า	R1G1OKR3.2 อับัติการณ์วินิจฉัย Sepsis ล่าช้าเท่ากับ 0														
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table>	63					64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
63	64					65	66	67							
N/A	N/A					N/A	N/A	N/A							
3.3 ไม่พบอุบัติการณ์ EWS Sepsis ซ้ำล่าช้า	R1G1OKR3.3 อับัติการณ์ EWS Sepsis ซ้ำล่าช้าเท่ากับ 0														
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>2</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	2					
63	64	65	66	67											
N/A	N/A	N/A	N/A	2											
3.4 ไม่พบอุบัติการณ์การให้สารน้ำ ไม่เหมาะสม	R1G1OKR3.4 อับัติการณ์การให้สาร น้ำไม่เหมาะสม เท่ากับ 0														
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>1</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	1					
63	64	65	66	67											
N/A	N/A	N/A	N/A	1											
3.5 ไม่พบอุบัติการณ์ Refer ผู้ป่วย Sepsis ล่าช้า	R1G1OKR3.5 อับัติการณ์ Refer ผู้ป่วย Sepsis ล่าช้า เท่ากับ 0														
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>0</td><td>0</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	0	0					
63	64	65	66	67											
N/A	N/A	N/A	0	0											

วิสัยทัศน์ : “ศูนย์การแพทย์คุณภาพชั้นนำที่ประชาชนศรัทธา”

พันธกิจที่ M1 พัฒนาระบบการแพทย์เฉพาะทางมาตรฐานโรงพยาบาลระดับ S Plus

ยุทธศาสตร์ S1_ยกระดับคุณภาพศูนย์การแพทย์ และมุ่งสู่ความเป็นเลิศด้านการแพทย์ผสมผสาน

Roadmap1 ศูนย์การแพทย์ : 1.2. กลุ่มโรคอายุรกรรม

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต																												
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs					Project Based																						
						2568	2569	2570	2571	2572																		
1. DM : ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน (DKA/hypoglycemic coma/DR/CKD/DM foot /Stroke /STEMI)	R1.2G1K1 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน (DKA/hypoglycemic coma/DR/CKD/DM foot/Stroke/STEMI) ลดลง					Excellent Holistic DM/HT/CKD clinic 1.Remission Clinic (DM/HT) 2.Smart DM/HT Clinic 3.CKD Clinic 4.Individual Lifestyle multiplication program	NCDs Wellness center	Excellent NCDs Wellness center จังหวัด สุราษฎร์ ธานี																				
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>3.60</td><td>2.19</td><td>2.65</td><td>2.99</td><td>1.28</td></tr></table>	63	64	65	66	67				3.60	2.19	2.65	2.99	1.28	<table><tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr><tr><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>1.5</td><td>1</td></tr></table>					68	69	70	71	72	2	2	2	1.5	1
63	64	65	66	67																								
3.60	2.19	2.65	2.99	1.28																								
68	69	70	71	72																								
2	2	2	1.5	1																								
1.1 ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ HbA1c น้อยกว่า7mg%เพิ่มขึ้น	R1.2G1OKR1.1 อัตราผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ HbA1c น้อยกว่า7mg% ร้อยละ 60																											
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>53.54</td><td>48.29</td><td>39.85</td><td>46.68</td><td>46.61</td></tr></table>	63	64	65	66	67	53.54	48.29	39.85	46.68	46.61																		
63	64	65	66	67																								
53.54	48.29	39.85	46.68	46.61																								
1.2 ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีได้รับการปรับยาทุกราย	R1.2G1OKR1.2 อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีบ่งชี้ได้รับการปรับยาร้อยละ 100																											
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																		
63	64	65	66	67																								
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																								
1.3 ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการคัดกรองโรคแทรกซ้อน ตา /ไต/เท้า/เพิ่มขึ้น	R1.2G1OKR1.3 อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการคัดกรองโรคแทรกซ้อน ตา/ไต/เท้า ร้อยละ 60																											

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based																																						
		2568	2569	2570	2571	2572																																		
<table><tr><td colspan="5">ตา /ไต/เท้า</td></tr><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>72.14/ N/A/ 77.17</td><td>64.57/ N/A/ 68.69</td><td>88.54/ 30.98/ 66.78</td><td>70.17/ 30.43/ 67.86</td><td>55.44/ 27.35/ 59.21</td></tr></table> 1.4 ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการคัดกรอง CVD risk ทุกราย <table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>94.18</td><td>93.99</td><td>93.30</td><td>81.78</td><td>84.24</td></tr></table> 1.5 ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สมัครใจเข้าสู่ระยะสงบ (remission) เพิ่มขึ้น <table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>25.30</td><td>4.13</td></tr></table>	ตา /ไต/เท้า					63	64	65	66	67	72.14/ N/A/ 77.17	64.57/ N/A/ 68.69	88.54/ 30.98/ 66.78	70.17/ 30.43/ 67.86	55.44/ 27.35/ 59.21	63	64	65	66	67	94.18	93.99	93.30	81.78	84.24	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	25.30	4.13	R1.2G1OKR1.4 อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการคัดกรอง CVD risk ร้อยละ100 R1.2G1OKR1.5 อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าสู่ระยะสงบ (remission) ร้อยละ 20				
ตา /ไต/เท้า																																								
63	64	65	66	67																																				
72.14/ N/A/ 77.17	64.57/ N/A/ 68.69	88.54/ 30.98/ 66.78	70.17/ 30.43/ 67.86	55.44/ 27.35/ 59.21																																				
63	64	65	66	67																																				
94.18	93.99	93.30	81.78	84.24																																				
63	64	65	66	67																																				
N/A	N/A	N/A	25.30	4.13																																				
2. HT : ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน(CKD/Stroke/STEMI) <table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table> 2.1 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 140/90mmHg) เพิ่มขึ้น <table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>70.71</td><td>64.24</td><td>74.48</td><td>69.27</td><td>70.52</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	63	64	65	66	67	70.71	64.24	74.48	69.27	70.52	R1.2G1K2 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน (CKD/Stroke/STEMI) ลดลง <table><tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr><tr><td>5</td><td>5</td><td>4.5</td><td>4.5</td><td>4</td></tr></table> R1.2G1OKR2.1 อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์(น้อยกว่าหรือเท่ากับ 140/90mmHg) ร้อยละ 80	68	69	70	71	72	5	5	4.5	4.5	4									
63	64	65	66	67																																				
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																																				
63	64	65	66	67																																				
70.71	64.24	74.48	69.27	70.52																																				
68	69	70	71	72																																				
5	5	4.5	4.5	4																																				

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based																							
		2568	2569	2570	2571	2572																			
2.2 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีข้อบ่งชี้ได้รับยา ACEi/ARB ทุกราย	R1.2G1OKR2.2 อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีข้อบ่งชี้ได้รับยา ACEi/ARB มากกว่าร้อยละ 100																								
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>76.22</td><td>69.94</td><td>66.13</td><td>70.06</td><td>64.64</td></tr></table>	63					64	65	66	67	76.22	69.94	66.13	70.06	64.64											
63	64					65	66	67																	
76.22	69.94	66.13	70.06	64.64																					
3. CKD : ลดอัตราการเกิด ESRD	R1.2G1K3 อัตราการเกิด ESRD																								
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>16</td><td>23</td><td>29</td><td>19</td><td>21</td></tr></table>	63	64	65	66	67	16	23	29	19	21	<table><tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr><tr><td>2</td><td>2</td><td>1.5</td><td>1.5</td><td>1</td></tr></table>	68	69	70	71	72	2	2	1.5	1.5	1				
63	64	65	66	67																					
16	23	29	19	21																					
68	69	70	71	72																					
2	2	1.5	1.5	1																					
3.1 ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5ml/min/1.73n2/yr ที่เพิ่มขึ้น	R1.2G1OKR3.1 อัตราผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5ml/min/1.73n2/yr ร้อยละ 60																								
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>80.19</td><td>67.62</td><td>56.14</td><td>62.63</td><td>58.12</td></tr></table>	63	64	65	66	67	80.19	67.62	56.14	62.63	58.12															
63	64	65	66	67																					
80.19	67.62	56.14	62.63	58.12																					
3.2 ผู้ป่วย CKD stage 3b ที่ไม่สามารถควบคุมชะลอความเสื่อมของไตและมีพฤติกรรมกินเค็ม/ใช้ยา NSAIDs/สมุนไพรที่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทุกราย	R1.2G1OKR3.2 อัตราผู้ป่วย CKD stage 3b ที่ไม่สามารถควบคุมชะลอความเสื่อมของไตและมีพฤติกรรมกินเค็ม/ใช้ยา NSAIDs/สมุนไพรที่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร้อยละ 100																								
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A															
63	64	65	66	67																					
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																					
4. COPD : คุณโรคได้	R1.2G1K4 อุบัติการณ์ผู้ป่วย																								
4.1 อุบัติการณ์ผู้ป่วย COPD เกิดภาวะ Respiratory failure เท่ากับ 0	COPD เกิดภาวะ Respiratory failure เท่ากับ 0																								

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs					Project Based				
										2568	2569	2570	2571	2572
63	64	65	66	67	68	69	70	71	72					
2	3	0	1	4	0	0	0	0	0					
4.2 อุบัติการณ์ผู้ป่วย COPD ที่มาด้วย Acute exacerbation เท่ากับ 0					R1.2G1OKR4.2 ร้อยละผู้ป่วย COPD ที่มาด้วย Acute exacerbation เท่ากับ 0									
63	64	65	66	67										
N/A	15	5	17	33										
4.3 อุบัติการณ์ Re - admitted ในผู้ป่วย COPD ภายใน 28 วัน น้อยกว่า ร้อยละ 0.5					R1.2G1OKR4.3 ร้อยละ Re-admitted ในผู้ป่วย COPD ภายใน 28 วันน้อยกว่า ร้อยละ 0.5									
63	64	65	66	67										
N/A	0.16	0.20	0.37	0.22										

วิสัยทัศน์ : “ศูนย์การแพทย์คุณภาพชั้นเลิศที่ประชาชนศรัทธา”

พันธกิจที่ M1 พัฒนาระบบการแพทย์เฉพาะทางมาตรฐานโรงพยาบาลระดับ S Plus

ยุทธศาสตร์ S1_ยกระดับคุณภาพศูนย์การแพทย์ และมุ่งสู่ความเป็นเลิศด้านการแพทย์ผสมผสาน

Roadmap1 ศูนย์การแพทย์ : 1.3. กลุ่มโรคศัลยกรรม

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต														
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs					Project Based				
										2568	2569	2570	2571	2572
1.มะเร็งเต้านม : ลดอัตราการเกิดมะเร็งเต้านมรายใหม่					R1.3G1K1 อุบัติการณ์การเกิดมะเร็งเต้านมรายใหม่ลดลงเท่ากับ 0					คัดกรองมะเร็ง ครบวงจร 1.คัดกรองมะเร็งเต้านม 2.คัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง 3.คัดกรองมะเร็งปากมดลูก <				

คัดกรองมะเร็ง
ครบวงจร
1.คัดกรอง
มะเร็งเต้านม
2.คัดกรองมะเร็ง
ลำไส้ใหญ่และ
ลำไส้ตรง
3.คัดกรองมะเร็ง
ปากมดลูก

หน่วยคัดกรอง
มะเร็งครบวงจร
โซนเหนือ

หน่วย
คัดกรอง
มะเร็ง
ครบ
วงจร
จังหวัด
สุราษฎร์
ธานี

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based													
		2568	2569	2570	2571	2572									
2.1 การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงในกลุ่มอายุ 50-70 ปี เพิ่มขึ้น	R1.3G1OKR2.1 อัตราการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงในกลุ่มอายุ 50-70 ปี ร้อยละ 50														
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>5.61</td><td>3.16</td><td>2.96</td><td>4.04</td><td>3.55</td></tr></table>	63	64	65	66	67	5.61	3.16	2.96	4.04	3.55					
63	64	65	66	67											
5.61	3.16	2.96	4.04	3.55											
2.2 ผู้ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy เพิ่มขึ้น	R1.3G1OKR2.2 อัตราผู้ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy ร้อยละ 100														
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A					
63	64	65	66	67											
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A											

วิสัยทัศน์ : “ศูนย์การแพทย์คุณภาพชั้นเลิศที่ประชาชนศรัทธา”

พันธกิจที่ M1 พัฒนาระบบการแพทย์เฉพาะทางมาตรฐานโรงพยาบาลระดับ S Plus

ยุทธศาสตร์ S1_ยกระดับคุณภาพศูนย์การแพทย์ และมุ่งสู่ความเป็นเลิศด้านการแพทย์ผสมผสาน

Roadmap1 ศูนย์การแพทย์ : 1.4. กลุ่มโรคสูติ-นรีเวชกรรม

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต																												
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs					Project Based																						
						2568	2569	2570	2571	2572																		
1. High Risk Pregnancy เข้าถึงบริการคลินิกความเสี่ยง ลดอัตราการตายมารดาและทารก	R1.4G1K1 หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูง เข้าถึงบริการคลินิกความเสี่ยง					1.ANC สัญจร 7 รพ.สต. 2.ANC high risk ครบวงจร 3. LR คุณภาพ	Excellent ANC & LR IT ระดับโซน	Excellent MCH management ระดับ จังหวัด																				
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table>	63	64	65	66	67				N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	<table><tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr><tr><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td></tr></table>					68	69	70	71	72	100	100	100	100	100
63	64	65	66	67																								
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																								
68	69	70	71	72																								
100	100	100	100	100																								
1.1 หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงได้รับการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ทุกราย	R1.4G1OKR1.1 หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงได้รับการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ มากกว่าร้อยละ 75																											
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>57.32</td><td>58.5</td><td>58.48</td><td>52.36</td><td>64.35</td></tr></table>	63	64	65	66	67	57.32	58.5	58.48	52.36	64.35																		
63	64	65	66	67																								
57.32	58.5	58.48	52.36	64.35																								
1.2 หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงได้รับการฝากครรภ์ครบ 8 ครั้งตามเกณฑ์	R1.4G1OKR1.2 หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงได้รับการฝากครรภ์ครบ 8 ครั้งตามเกณฑ์ มากกว่าร้อยละ 50																											
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>5.56</td><td>11.11</td><td>16.67</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	5.56	11.11	16.67																		
63	64	65	66	67																								
N/A	N/A	5.56	11.11	16.67																								
1.3 หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงได้รับการดูแลรักษาในโรงพยาบาลโดยสหวิชาชีพ/ส่งต่อ	R1.4G1OKR1.3 หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงได้รับการดูแลรักษาในโรงพยาบาลโดยสหวิชาชีพ/ส่งต่อ ร้อยละ 100																											
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																		
63	64	65	66	67																								
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																								
2. ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด PPH	R1.4G1K2 อัตราการเกิดภาวะ PPH																											
	<table><tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr><tr><td>≤3</td><td>≤3</td><td>≤3</td><td>≤3</td><td>≤3</td></tr></table>								68	69	70	71	72	≤3	≤3	≤3	≤3	≤3										
68	69	70	71	72																								
≤3	≤3	≤3	≤3	≤3																								

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based													
		2568	2569	2570	2571	2572									
2. ลดอัตราการเกิดภาวะ PPH	R1.4G1OKR2.1 อัตราผู้ป่วยที่เกิดอาการเปลี่ยนแปลงได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างทันที่่วงที่ก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤติ ร้อยละ 100														
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>1.55</td><td>1.20</td><td>1.61</td><td>3.53</td><td>2.22</td></tr></table>						63	64	65	66	67	1.55	1.20	1.61	3.53	2.22
63						64	65	66	67						
1.55						1.20	1.61	3.53	2.22						
2.1 ผู้ป่วยที่เกิดอาการเปลี่ยนแปลงได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างทันที่่วงที่ก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤติทุกราย (EWS)															
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>50</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	50					
63	64	65	66	67											
N/A	N/A	N/A	N/A	50											
2.2 ผู้คลอดไม่มีเกิดการฉีกขาดของช่องทางคลอดระดับ 3 ขึ้นไป															
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>0</td><td>0</td><td>1.77</td><td>2.22</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	0	0	1.77	2.22					
63	64	65	66	67											
N/A	0	0	1.77	2.22											
2.3 หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการประเมินน้ำหนักของทารกในครรภ์ ≥3,500 กรัมขึ้นไปได้รับการส่งต่อตามแนวทางที่กำหนดทุกราย															
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>25</td><td>0</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	25	0					
63	64	65	66	67											
N/A	N/A	N/A	25	0											
2.4 ผู้คลอดไม่เกิดภาวะรกค้าง															
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>50</td><td>25</td><td>0</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	50	25	0					
63	64	65	66	67											
N/A	N/A	50	25	0											
Preterm	R1.4G1K3 อัตราทารกคลอดก่อนกำหนดลดลง														
3. ทารกคลอดก่อนกำหนดลดลง															

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs					Project Based																																												
										2568	2569	2570	2571	2572																																								
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>0.78</td><td>2.14</td><td>1.61</td><td>2.70</td><td>3.33</td></tr></table> 3.1 หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเข้ารับบริการทันเวลาเพิ่มขึ้น <table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>100</td><td>94.11</td><td>92.30</td><td>80.0</td><td>84.21</td></tr></table> 3.2 หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดยับยั้งการคลอดได้สำเร็จทุกราย <table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>87.5</td><td>82.35</td><td>75.0</td><td>71.4</td><td>68.75</td></tr></table>					63	64	65	66	67	0.78	2.14	1.61	2.70	3.33	63	64	65	66	67	100	94.11	92.30	80.0	84.21	63	64	65	66	67	87.5	82.35	75.0	71.4	68.75	<table><tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr><tr><td>≤5</td><td>≤5</td><td>≤5</td><td>≤5</td><td>≤5</td></tr></table> R1.4G1OKR3.1 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเข้ารับบริการทันเวลา ร้อยละ 85 R1.4G1OKR3.2 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดยับยั้งการคลอดได้สำเร็จ ร้อยละ 100					68	69	70	71	72	≤5	≤5	≤5	≤5	≤5					
63	64	65	66	67																																																		
0.78	2.14	1.61	2.70	3.33																																																		
63	64	65	66	67																																																		
100	94.11	92.30	80.0	84.21																																																		
63	64	65	66	67																																																		
87.5	82.35	75.0	71.4	68.75																																																		
68	69	70	71	72																																																		
≤5	≤5	≤5	≤5	≤5																																																		
PIH 4 ลดอัตราการเกิด Eclamsia ในหญิงตั้งครรภ์ PIH (Pregnancy-induced hypertension) <table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr></table> 4.1 หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ Preeclampsia ได้รับการประเมิน Early Warning Signs ถูกต้องรวดเร็วทุกราย					63	64	65	66	67	0	0	0	0	0	R1.4G1K4 อัตราการเกิด Eclamsia ในหญิงตั้งครรภ์ PIH เท่ากับ 0 <table><tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr><tr><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr></table> R1.4G1OKR4.1 หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะPreeclampsia ได้รับการประเมิน Early Warning Signs ถูกต้อง รวดเร็ว ร้อยละ 100					68	69	70	71	72	0	0	0	0	0																									
63	64	65	66	67																																																		
0	0	0	0	0																																																		
68	69	70	71	72																																																		
0	0	0	0	0																																																		

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs	Project Based				
						2568	2569	2570	2571	2572
63	64	65	66	67						
0	0	0	0	0						

วิจัยทัศน์ : “ศูนย์การแพทย์คุณภาพชั้นเลิศที่ประชาชนศรัทธา”

พันธกิจ M1 พัฒนาระบบการแพทย์เฉพาะทางมาตรฐานโรงพยาบาลระดับ S Plus

ยุทธศาสตร์ S1_ยกระดับคุณภาพศูนย์การแพทย์ และมุ่งสู่ความเป็นเลิศด้านการแพทย์ผสมผสาน

Roadmap1 ศูนย์การแพทย์ : 1.5. กลุ่มโรคจิตเวช

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based																							
		2568	2569	2570	2571	2572																			
1. ซึมเศร้าผู้ใหญ่ : ลดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในผู้ป่วยซึมเศร้า	R1.5G1K1 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าน้อยกว่า 8 ต่อแสนประชากร	คู่ความร่วมมือ คลินิกจิตเวชและ ยาเสพติด โรงพยาบาล พุนพินและ โรงพยาบาล ท่าโรงช้าง 1.จิตเวชและ ยาเสพติดสัญญา 7 รพ.สต. 2.คลินิกจิตเวช และยาเสพติด (Part Time)	อำเภอต้นแบบ บริหารจัดการ จิตเวช และยา เสพติด จังหวัด สุราษฎร์ธานี																						
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>13.46</td><td>9.85</td><td>13.8</td><td>15.8</td></tr></table>	63					64	65	66	67	N/A	13.46	9.85	13.8	15.8	<table><tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr><tr><td>7.8</td><td>7.6</td><td>7.4</td><td>7.2</td><td>7.0</td></tr></table>	68	69	70	71	72	7.8	7.6	7.4	7.2	7.0
63	64					65	66	67																	
N/A	13.46					9.85	13.8	15.8																	
68	69	70	71	72																					
7.8	7.6	7.4	7.2	7.0																					
1.1 7 กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น	R1.5G1OKR1.1 อัตรา 7 กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าร้อยละ 80																								
<table><tr><td colspan="5">ชุมชน/OPD/IPD</td></tr><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A / 25.56/ N/A</td><td>N/A / 64.98/ N/A</td><td>N/A / 39.14/ N/A</td><td>N/A / 56.20/ N/A</td><td>N/A / 55.05/ N/A</td></tr></table>	ชุมชน/OPD/IPD					63	64	65	66	67	N/A / 25.56/ N/A	N/A / 64.98/ N/A	N/A / 39.14/ N/A	N/A / 56.20/ N/A	N/A / 55.05/ N/A										
ชุมชน/OPD/IPD																									
63	64	65	66	67																					
N/A / 25.56/ N/A	N/A / 64.98/ N/A	N/A / 39.14/ N/A	N/A / 56.20/ N/A	N/A / 55.05/ N/A																					
1.2 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในผู้ใหญ่เข้าถึงบริการสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น	R1.5G1OKR1.2 อัตราผู้ป่วยซึมเศร้าในผู้ใหญ่เข้าถึงบริการสุขภาพจิต ร้อยละ 100																								
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A															
63	64	65	66	67																					
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																					
1.3 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ขาดยาได้รับการติดตามรักษาอย่างต่อเนื่องทุกราย	R1.5G1OKR1.3 อัตราผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ขาดยาได้รับการติดตามรักษาอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 100																								
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>15</td><td>5</td><td>9</td><td>8</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	15	5	9	8															
63	64	65	66	67																					
N/A	15	5	9	8																					

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based																			
		2568	2569	2570	2571	2572															
2. SMI-V : ผู้ป่วย SMI-V ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น ทำลายทรัพย์สิน และก่อคดีอาญาลดลง <table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr></table>	63	64	65	66	67	0	0	0	0	0	R1.5G1K2 อัตราผู้ป่วย SMI-V ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น ทำลาย ทรัพย์สินและก่อคดีอาญาเท่ากับ 0 <table><tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr><tr><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr></table> R1.5G1OKR2.1 อัตรากลุ่มเสี่ยง SMI-V (ติดสุราเรื้อรัง/สารเสพติด) สมัครใจเข้ารับการบำบัด ร้อยละ 60 <	68	69	70	71	72	0	0	0	0	0
63	64	65	66	67																	
0	0	0	0	0																	
68	69	70	71	72																	
0	0	0	0	0																	

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs					Project Based				
										2568	2569	2570	2571	2572
63	64	65	66	67										
100	100	100	100	100										
3. ชีเม็ร้าวัยรุ่น : ผู้ป่วยชีเม็ร้าวัยรุ่นพยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี					R1.5G1K3 อัตราผู้ป่วยชีเม็ร้าวัยรุ่นพยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี									
63	64	65	66	67	68	69	70	71	72					
100	100	100	100	100	100	100	100	100	100					
3.1 วัยรุ่นอายุ 13-19 ปี ในโรงเรียนมัธยมศึกษาและโรงเรียนขยายโอกาสได้รับการคัดกรองภาวะชีเม็ร้าวเพิ่มขึ้น					R1.5G1OKR3.1 อัตราวัยรุ่นอายุ 13-19 ปี ในโรงเรียนมัธยมศึกษาและโรงเรียนขยายโอกาสได้รับการคัดกรองภาวะชีเม็ร้าวร้อยละ 80									
63	64	65	66	67										
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A										
3.2 ผู้ป่วยโรคชีเม็ร้าวในวัยรุ่นอายุ 13-19 ปี เข้าถึงบริการสุขภาพจิตทุกราย					R1.5G1OKR3.2 ผู้ป่วยโรคชีเม็ร้าวในวัยรุ่นอายุ 13-19 ปี เข้าถึงบริการสุขภาพจิตร้อยละ 100									
63	64	65	66	67										
N/A	6	12	11	28										
3.3 ผู้ป่วยโรคชีเม็ร้าวในวัยรุ่นที่ขาดยาได้รับการติดตามรักษาอย่างต่อเนื่องทุกราย					R1.5G1OKR3.3 ผู้ป่วยโรคชีเม็ร้าวในวัยรุ่นที่ขาดยาได้รับการติดตามรักษาอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 100									

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs	Project Based				
						2568	2569	2570	2571	2572
63	64	65	66	67						
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A						

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ :

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs	Project Based				
						2568	2569	2570	2571	2572
63	64	65	66	67	R1.6G1OKR1.5 ผู้ป่วย Bliding cataract ที่ปฏิเสธการรักษา ได้รับการติดตาม เข้ารับการรักษา ร้อยละ 100					
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A						
1.5 ผู้ป่วย Bliding cataract ที่ปฏิเสธการรักษาได้รับการติดตาม เข้ารับการรักษาทุกราย										
63	64	65	66	67						
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A						
2. DR : ผู้ป่วย DR สูญเสียการมองเห็นลดลง										
63	64	65	66	67						
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A						
2.1 ผู้ป่วย mild NPDR ได้รับการตรวจซ้ำภายใน 3-6 เดือนทุกราย										
63	64	65	66	67						
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A						
2.2 ผู้ป่วย Moderate NPDR ได้รับการตรวจซ้ำภายใน 3-6 เดือน ทุกราย										
63	64	65	66	67						
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A						

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ :																	
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs		Project Based														
			2568	2569	2570	2571	2572										
2.3 ผู้ป่วย Severe NPDR ได้รับการตรวจโดยจักษุแพทย์ภายใน 30วัน ทุกราย	R1.6G1OKR2.3 ผู้ป่วย Severe NPDR ได้รับการตรวจโดยจักษุแพทย์ภายใน 30 วัน ร้อยละ 100																
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>13</td><td>10</td><td>12</td><td>11</td><td>4</td></tr></table>	63	64	65	66	67	13	10	12	11	4							
63	64	65	66	67													
13	10	12	11	4													

วิสัยทัศน์ : “ศูนย์การแพทย์คุณภาพชั้นนำที่ประชาชนศรัทธา”

พันธกิจที่ M1 พัฒนาระบบการแพทย์เฉพาะทางมาตรฐานโรงพยาบาลระดับ S Plus

ยุทธศาสตร์ S1_ยกระดับคุณภาพศูนย์การแพทย์ และมุ่งสู่ความเป็นเลิศด้านการแพทย์ผสมผสาน

Roadmap 2 ศูนย์ทันตกรรม

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต																																		
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs					Project Based																								
										2568	2569	2570	2571	2572																				
1. พันธุ์ : เด็กอายุ 12 ปี ปราศจากพันธุ์เพิ่มขึ้น					R2G1K1 อัตราเด็กอายุ 12 ปี ปราศจากพันธุ์					อำเภอพันธุ์ 1.เด็กพันธุ์ 2.ผู้สูงอายุพันธุ์ 3.วัยทำงานพันธุ์ 4.ทันตกรรมเฉพาะทาง																								
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>85.1</td><td>75</td><td>74</td></tr></table>					63	64	65	66	67						N/A	N/A	85.1	75	74	<table><tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr><tr><td>75</td><td>82</td><td>84</td><td>86</td><td>88</td></tr></table>					68	69	70	71	72	75	82	84	86	88
63	64	65	66	67																														
N/A	N/A	85.1	75	74																														
68	69	70	71	72																														
75	82	84	86	88																														
1.1 เด็กอายุ 3 ปีปราศจากฟันน้ำนมผุเพิ่มขึ้น					R2G1OKR1.1 อัตราเด็กอายุ 3 ปีปราศจากฟันน้ำนมผุร้อยละ 70																													
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>71.61</td><td>58.9</td><td>73.53</td><td>71.25</td><td>65.96</td></tr></table>					63	64	65	66	67	71.61	58.9	73.53	71.25	65.96																				
63	64	65	66	67																														
71.61	58.9	73.53	71.25	65.96																														
1.2 เด็กอายุ 12 ปี ปราศจากฟันแท้ผุเพิ่มขึ้น					R2G1OKR1.2 อัตราเด็กอายุ 12 ปี ปราศจากฟันแท้ผุ ร้อยละ 70																													
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>65.33</td><td>68.6</td><td>61.70</td><td>67.36</td><td>64.81</td></tr></table>					63	64	65	66	67	65.33	68.6	61.70	67.36	64.81																				
63	64	65	66	67																														
65.33	68.6	61.70	67.36	64.81																														
2. พันธุ์สบในผู้สูงอายุ : ผู้สูงอายุมีพันธุ์หลัง(แท้หรือเทียม) ใช้งานที่เหมาะสม (ไม่น้อยกว่า 4 คู่สบ)					R2G1K2 อัตราผู้สูงอายุมีพันธุ์หลัง (แท้หรือเทียม) ใช้งานที่เหมาะสม (ไม่น้อยกว่า 4 คู่สบ)					ศูนย์ทันตกรรมโซนเหนือจังหวัดสุราษฎร์ธานี																								
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>47.49</td><td>39.19</td><td>43.34</td><td>30.46</td><td>42.95</td></tr></table>					63	64	65	66	67						47.49	39.19	43.34	30.46	42.95	<table><tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr><tr><td>45</td><td>47</td><td>49</td><td>51</td><td>53</td></tr></table>					68	69	70	71	72	45	47	49	51	53
63	64	65	66	67																														
47.49	39.19	43.34	30.46	42.95																														
68	69	70	71	72																														
45	47	49	51	53																														

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based																			
		2568	2569	2570	2571	2572															
2.1 ผู้สูงอายุได้รับการตรวจสอบสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้น <table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>25.03</td><td>17.35</td><td>14.43</td><td>22.70</td><td>17.69</td></tr></table>	63	64	65	66	67	25.03	17.35	14.43	22.70	17.69	R2G1OKR2.1 อัตราผู้สูงอายุได้รับการตรวจสอบสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 20										
63	64	65	66	67																	
25.03	17.35	14.43	22.70	17.69																	
2.2 ผู้สูงอายุได้รับการบริการทางทันตกรรมเพิ่มขึ้น <table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>37.53</td><td>29.72</td><td>23.35</td><td>28.93</td><td>18.06</td></tr></table>	63	64	65	66	67	37.53	29.72	23.35	28.93	18.06	R2G1OKR2.2 อัตราผู้สูงอายุได้รับการบริการทางทันตกรรม ร้อยละ 20										
63	64	65	66	67																	
37.53	29.72	23.35	28.93	18.06																	
2.3 ผู้สูงอายุได้รับการใส่ฟันเทียมทั้งปากหรือเกือบทั้งปากปีละ 50 ราย <table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>47</td><td>42</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	47	42	R2G1OKR2.3 ผู้สูงอายุได้รับการใส่ฟันเทียมทั้งปากหรือเกือบทั้งปากปีละ 50 ราย										
63	64	65	66	67																	
N/A	N/A	N/A	47	42																	
3. ร้อยทำงานอายุ 15-59 ปีได้รับบริการทันตกรรม เพิ่มขึ้น <table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>16.41</td><td>11.84</td><td>12.15</td><td>11.01</td><td>8.57</td></tr></table>	63	64	65	66	67	16.41	11.84	12.15	11.01	8.57	R2G1K3 อัตราวัยทำงานอายุ15-59 ปีได้รับบริการทันตกรรม <table><tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr><tr><td>15</td><td>17</td><td>19</td><td>21</td><td>23</td></tr></table>	68	69	70	71	72	15	17	19	21	23
63	64	65	66	67																	
16.41	11.84	12.15	11.01	8.57																	
68	69	70	71	72																	
15	17	19	21	23																	
4. ทันตกรรมเฉพาะทาง : อัตราการให้บริการทันตกรรมเฉพาะทางเพิ่มขึ้น	R2G1K4 อัตราการให้บริการทันตกรรมเฉพาะทางเพิ่มขึ้น <table><tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr><tr><td>2</td><td>2</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table>	68	69	70	71	72	2	2	4	5	6										
68	69	70	71	72																	
2	2	4	5	6																	
4.1 สาขาทันตกรรมประดิษฐ์	R2G1OKR4.1 อัตราการให้บริการทันตกรรมเฉพาะทางสาขาทันตกรรมประดิษฐ์ แบบทถอดได้ ปีละ 100 ราย ร้อยละ 2																				

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต						
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based				
		2568	2569	2570	2571	2572
4.2 สาขาทันตกรรมรากฟันเทียม อัตราการให้บริการทันตกรรมเฉพาะทางเพิ่มขึ้น	R2G1OKR4.2 อัตราการให้บริการทันตกรรมเฉพาะทางสาขาทันตกรรมรากฟันเทียมปีละ 2 ราย ร้อยละ 1					
4.3 สาขาทันตกรรมเอ็นโดดอนต์ อัตราการให้บริการทันตกรรมเฉพาะทางเพิ่มขึ้น	R2G1OKR4.3 อัตราการให้บริการทันตกรรมเฉพาะทางสาขาทันตกรรมเอ็นโดดอนต์ปีละ 20 ราย ร้อยละ 2					
4.4 สาขา ศัลยศาสตร์ช่องปาก อัตราการให้บริการทันตกรรมเฉพาะทางเพิ่มขึ้น	R2G1OKR4.4 อัตราการให้บริการทันตกรรมเฉพาะทางสาขา ศัลยศาสตร์ช่องปาก ปีละ 150 ราย ร้อยละ 2					
4.5 สาขาทันตกรรมหัตถการ อัตราการให้บริการทันตกรรมเฉพาะทางเพิ่มขึ้น	R2G1OKR4.5 อัตราการให้บริการทันตกรรมเฉพาะทางสาขาทันตกรรมประดิษฐ์แบบติดแน่น ปีละ 50 ราย ร้อยละ 2					

วิสัยทัศน์ : “ศูนย์การแพทย์คุณภาพชั้นเลิศที่ประชาชนศรัทธา”

พันธกิจ M1 พัฒนาระบบการแพทย์เฉพาะทางมาตรฐานโรงพยาบาลระดับ S Plus

ยุทธศาสตร์ S1_ยกระดับคุณภาพศูนย์การแพทย์ และมุ่งสู่ความเป็นเลิศด้านการแพทย์ผสมผสาน

Roadmap 3 Wellness Center

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต																										
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based																								
		2568	2569	2570	2571	2572																				
1. กายภาพบำบัด : ผู้ป่วย IMC (Stroke/TBI/SCI/FLS) ได้รับการฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือนหรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน	R3G1K1 ผู้ป่วย IMC ได้รับการฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือนหรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน	Wellness Center 1. ศูนย์ปรับ เปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ 2.ศูนย์เวชศาสตร์ ฟื้นฟู 3. ศูนย์ การแพทย์ แผนไทยและ แพทย์ทางเลือก 4 ศูนย์ โภชนศาสตร์																								
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>95.35</td><td>94.44</td></tr></table>	63						64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	95.35	94.44	<table><tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr><tr><td>≥90</td><td>≥90</td><td>≥95</td><td>≥95</td><td>100</td></tr></table>	68	69	70	71	72	≥90	≥90	≥95	≥95	100
63	64						65	66	67																	
N/A	N/A						N/A	95.35	94.44																	
68	69	70	71	72																						
≥90	≥90	≥95	≥95	100																						
1.1 ผู้ป่วย IMC (ผู้ป่วยใน) มีค่าคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 คะแนนเมื่อได้รับการฟื้นฟูสภาพในหอผู้ป่วย IMC ward	R3G1OKR1.1 ผู้ป่วย IMC (ผู้ป่วยใน) มีค่าคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 คะแนนเมื่อได้รับการฟื้นฟูสภาพในหอผู้ป่วย IMC ward ≥ร้อยละ 80																									
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>82.95</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	82.95																
63	64	65	66	67																						
N/A	N/A	N/A	N/A	82.95																						
1.2 ผู้ป่วย IMC (ผู้ป่วยนอก) ได้รับการฟื้นฟูสภาพจำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้งในระยะเวลา 6 เดือน	R3G1OKR1.2 ร้อยละของผู้ป่วย IMC (ผู้ป่วยนอก) ได้รับการฟื้นฟูสภาพจำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้งภายในระยะเวลา 6 เดือน ≥ร้อยละ 75																									
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>77.42</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	77.42																
63	64	65	66	67																						
N/A	N/A	N/A	N/A	77.42																						
2. แพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก : ผู้ป่วยโรค DM/HT/CKD stage 3b/CVD risk >30/Stroke/OA knee/Palliative care)	R3G1K2 อัตราผู้ป่วยโรค DM/HT/CKD stage 3b/CVD risk >30/Stroke/OA knee/Palliative care ได้รับการบริการ																									
						1.ศูนย์ เวชกรรม ฟื้นฟู จังหวัด สุราษฎร์ ธานี																				

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based																								
		2568	2569	2570	2571	2572																				
ได้รับการบริการด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก	ด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก																									
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	<table><tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr><tr><td>10</td><td>15</td><td>20</td><td>25</td><td>30</td></tr></table>	68	69	70	71	72	10	15	20	25	30					
63	64	65	66	67																						
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																						
68	69	70	71	72																						
10	15	20	25	30																						
2.1 อัตราผู้ป่วย DM ที่มีค่า HbA1C มากกว่าหรือเท่ากับ 8 ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก	R3G1OKR2.1 อัตราผู้ป่วย DM ที่มีค่า HbA1C มากกว่าหรือเท่ากับ 8 ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 10																									
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																
63	64	65	66	67																						
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																						
2.2 อัตราผู้ป่วย HTที่มีระดับความดันโลหิต มากกว่าหรือเท่ากับ 160/100mmHg ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก	R3G1OKR2.2 อัตราผู้ป่วย HT ที่มีระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 160/100 mmHg ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 10																									
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																
63	64	65	66	67																						
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																						
2.3 อัตราผู้ป่วย CKD Stage 3b ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก	R3G1OKR2.3 อัตราผู้ป่วย CKD Stage 3b ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 10																									
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																
63	64	65	66	67																						
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																						
2.4 อัตราผู้ป่วย Stroke ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก	R3G1OKR2.4 อัตราผู้ป่วย Stroke ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 65																									

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs	Project Based				
						2568	2569	2570	2571	2572
63	64	65	66	67	R3G1OKR 2.4.1 อัตราการฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก ร้อยละ 80 R3G1OKR2.4.2 อัตราการฟื้นฟูผู้ป่วยด้วยการฝังเข็มหรือฝังเข็มกระตุ้นไฟฟ้า ร้อยละ 65 R3G1OKR2.5 อัตราผู้ป่วย OA Knee ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ร้อยละ ≥30 R3G1OKR2.6 อัตราผู้ป่วย Palliative Care (IPD) ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ร้อยละ 50					
N/A	N/A	N/A	43.62	64.50						
2.4.1 ฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก										
63	64	65	66	67						
66.67	81.25	92.30	100	98.25						
2.4.2 ฟื้นฟูผู้ป่วยด้วยการฝังเข็มหรือฝังเข็มกระตุ้นไฟฟ้า										
63	64	65	66	67						
N/A	N/A	N/A	49.57	61.31						
2.5 อัตราผู้ป่วย OA Knee ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก										
63	64	65	66	67						
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A						
2.6 อัตราผู้ป่วย Palliative Care (IPD) ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย										
63	64	65	66	67						
N/A	N/A	N/A	N/A	1.58						
3. โภชนศาสตร์ : ผู้ป่วยDM/ HT/ CKD/ Stroke/ COPD/ Asthma/ ANC/ IMC/ Palliative care ได้รับการให้โภชนศึกษา/โภชนบำบัด					R3G1K3 ร้อยละผู้ป่วย DM/ HT/ CKD/ Stroke/ COPD/ Asthma/ ANC/ IMC/ Palliative care					

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based				
		2568	2569	2570	2571	2572
63 64 65 66 67 83.7 84 87 87.6 93.2 3.1 ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการให้โภชนศึกษา/โภชนบำบัด 63 64 65 66 67 87.4 80.8 83.4 84.5 95 3.2 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการให้โภชนศึกษา/โภชนบำบัด 63 64 65 66 67 74.3 78.7 80.7 83.1 90.3 3.3 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (ระยะที่ 3b-4) ได้รับการให้โภชนศึกษา/โภชนบำบัด 63 64 65 66 67 79.2 75.1 81.6 82.5 94.3 3.4 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการให้โภชนศึกษา/โภชนบำบัด 63 64 65 66 67 95.5 98 94 98.9 100	ที่ได้รับการให้โภชนศึกษา/โภชนบำบัด 68 69 70 71 72 80 90 90 100 100 R3G1OKR3.1 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการให้โภชนศึกษา/โภชนบำบัด ร้อยละ 80 R3G1OKR3.2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการให้โภชนศึกษา/โภชนบำบัด ร้อยละ 80 R3G1OKR3.3 ร้อยละของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง(ระยะที่ 3b-4) ได้รับการให้โภชนศึกษา/โภชนบำบัด ร้อยละ 80 R3G1OKR3.4 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการให้โภชนศึกษา/โภชนบำบัด ร้อยละ 80					

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based																								
		2568	2569	2570	2571	2572																				
3.5 หญิงตั้งครรภ์ในคลินิก ANC ที่มีปัญหาทางโภชนาการได้รับการให้ความรู้/คำปรึกษาทางด้านโภชนาการ โภชนบำบัด	R3G1OKR3.5 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ในคลินิก ANC ที่มีปัญหาทางโภชนาการได้รับการให้ความรู้/คำปรึกษาทางด้านโภชนาการ โภชนบำบัด ร้อยละ 80																									
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>90.8</td><td>95.6</td><td>98.3</td><td>98.6</td><td>91.8</td></tr></table>	63					64	65	66	67	90.8	95.6	98.3	98.6	91.8												
63	64					65	66	67																		
90.8	95.6	98.3	98.6	91.8																						
3.6 ร้อยละของผู้ป่วย IMC ได้รับการดูแลทางด้านโภชนาการ	R3G1OKR3.6 ร้อยละของผู้ป่วย IMCได้รับการดูแลทางด้านโภชนาการ ร้อยละ 80																									
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>74.8</td><td>75.6</td><td>78.5</td><td>80.3</td><td>94.9</td></tr></table>	63	64	65	66	67	74.8	75.6	78.5	80.3	94.9																
63	64	65	66	67																						
74.8	75.6	78.5	80.3	94.9																						
3.7 ผู้ป่วย Palliative care ได้รับการดูแลทางด้านโภชนาการ	R3G1OKR3.7 ร้อยละของผู้ป่วย Palliative care ได้รับการดูแลทางด้านโภชนาการ ร้อยละ 80																									
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>95</td><td>85.4</td><td>86.2</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	95	85.4	86.2																
63	64	65	66	67																						
N/A	N/A	95	85.4	86.2																						
4.เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีเพิ่มขึ้น	R3G1K4 อัตราผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี	ศูนย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ & Palliative care คุณภาพ	ศูนย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ & Palliative care คุณภาพ		ศูนย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ & Palliative care คุณภาพ																					
<table><tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr><tr><td>90</td><td>92</td><td>95</td><td>97</td><td>100</td></tr></table>	68					69	70	71	72	90	92	95	97	100	<table><tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr><tr><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td></tr></table>	68	69	70	71	72	100	100	100	100	100	
68	69					70	71	72																		
90	92	95	97	100																						
68	69	70	71	72																						
100	100	100	100	100																						
4.1.ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองสุขภาพ 9 ด้าน ทุกวัย	R3G1OKR4.1 ร้อยละผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง 9 ด้าน ร้อยละ 90																									
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>74.89</td><td>88.53</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	74.89	88.53																
63	64	65	66	67																						
N/A	N/A	N/A	74.89	88.53																						

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based																							
		2568	2569	2570	2571	2572																			
4.2 ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงด้านความคิด ความจำและการเคลื่อนไหวได้รับคำแนะนำและส่งเสริมป้องกัน	R3G1OKR4.2 ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงด้านความคิดความจำและการเคลื่อนไหวได้รับคำแนะนำและส่งเสริมป้องกัน ร้อยละ 40																								
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>29.60</td></tr></table>	63					64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	29.60											
63	64					65	66	67																	
N/A	N/A					N/A	N/A	29.60																	
4.3 ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพและมีภาวะเสี่ยง 9 ด้าน ได้รับการดูแลในคลินิกผู้สูงอายุ	R3G1OKR4.3 ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพและมีภาวะเสี่ยง 9 ด้านได้รับการดูแลในคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ 40																								
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A															
63	64	65	66	67																					
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																					
5. Palliative Care : ผู้ป่วยประคับประคองมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น	R3G1K5 อัตราผู้ป่วยประคับประคองมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น																								
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	<table><tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr><tr><td>80</td><td>83</td><td>86</td><td>90</td><td>95</td></tr></table>	68	69	70	71	72	80	83	86	90	95				
63	64	65	66	67																					
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																					
68	69	70	71	72																					
80	83	86	90	95																					
5.1 ผู้ป่วย Palliative care ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า Advance Care Planning เพิ่มขึ้น	R3G1OKR5.1 ผู้ป่วย Palliative careได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า Advance Care Planning ร้อยละ 70																								
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>42.86</td><td>56</td><td>91</td><td>89.23</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	42.86	56	91	89.23															
63	64	65	66	67																					
N/A	42.86	56	91	89.23																					
5.2 ผู้ป่วย Palliative care ที่มีข้อบ่งชี้ได้รับ Opioid ทุกราย	R3G1OKR5.2 ผู้ป่วย Palliative care ที่มีข้อบ่งชี้ได้รับ Opioid ร้อยละ 50																								
5.2.1 CA																									
5.2.2 Non CA																									

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs	Project Based				
						2568	2569	2570	2571	2572
63	64	65	66	67	R3G1OKR5.3 มีชุมชนต้นแบบในการดูแลผู้ป่วย Palliative care อย่างน้อย 1 ชุมชน					
N/A	25.53	23.08	25.24	31.54						
5.3 มีชุมชนต้นแบบในการดูแลผู้ป่วย Palliative care อย่างน้อย 1 ชุมชน										
63	64	65	66	67						
N/A	63.77	29	64.38	79.56						

วิสัยทัศน์ : “ศูนย์การแพทย์คุณภาพชั้นเลิศที่ประชาชนศรัทธา”

พันธกิจที่ M1 พัฒนาระบบการแพทย์เฉพาะทางมาตรฐานโรงพยาบาลระดับ S Plus

ยุทธศาสตร์ S2 พัฒนายุทธศาสตร์ความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายจัดบริการสุขภาพเชิงรุก

1) Excellent EMS & Refer 2) Mobile Doctor Service

Roadmap 4 Excellent Fast track system

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G2. กลุ่มผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงระบบช่องทางด่วน (Fast track system) และได้รับการส่งต่อที่ปลอดภัย														
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs					Project Based				
										2568	2569	2570	2571	2572
1. EMS : ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้น					R4G2K1 อัตราผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน					Excellent TBI/EMS & Refer management				
R4G2OKR1.1 อัตราครีวเรือน														
31.01 21.14 24.74 24.13 24.15					68 69 70 71 72									
25 25 25 25 30														
1.1 ครีวเรือนกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรค 3S มีความรอบรู้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้น					กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรค 3S มีความรอบรู้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 80					Excellent TBI/EMS & Refer management ระดับโซน				
63 64 65 66 67														
N/A N/A N/A N/A N/A														
1.2 อบต.มะลวน จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐาน					R4G2OKR1.2 ระดับความสำเร็จในการสนับสนุนอบต.มะลวนจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐาน					Excellent TBI/EMS & Refer management ระดับจังหวัด				
63 64 65 66 67														
0 0 0 0 0														
1.3 โรงเรียนประถมศึกษา/มัธยมศึกษา เข้าร่วมโครงการความร่วมมือระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้น					R4G2OKR1.3 อัตราโรงเรียนประถมศึกษา/มัธยมศึกษาเข้าร่วมโครงการความร่วมมือระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 80									
63 64 65 66 67														
N/A N/A N/A N/A N/A														

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G2. กลุ่มผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงระบบช่องทางด่วน (Fast track system) และได้รับการส่งต่อที่ปลอดภัย

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based																								
		2568	2569	2570	2571	2572																				
2. Refer : ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อได้รับการรักษาเหมาะสม ถูกต้อง ปลอดภัย	R4G2K2 อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อได้รับการรักษาเหมาะสม ถูกต้อง ปลอดภัย																									
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>99.86</td><td>100</td><td>98.81</td><td>96.98</td></tr></table>	63						64	65	66	67	N/A	99.86	100	98.81	96.98	<table><tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr><tr><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td></tr></table>	68	69	70	71	72	100	100	100	100	100
63	64						65	66	67																	
N/A	99.86	100	98.81	96.98																						
68	69	70	71	72																						
100	100	100	100	100																						
2.1 ผู้ป่วยส่งต่อได้รับการประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนส่งต่อได้ถูกต้อง	R4G2OKR2.1 อัตราผู้ป่วยส่งต่อได้รับการประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนส่งต่อได้ถูกต้อง ร้อยละ 100																									
2.2 ไม่พบอุบัติการณ์การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขณะส่งต่อผู้ป่วย (ระดับ E ขึ้นไป)	R4G2OKR2.2 อุบัติการณ์การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขณะส่งต่อผู้ป่วย (ระดับ E ขึ้นไป) เท่ากับ 0																									
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>3</td><td>3</td></tr></table>	63	64	65	66	67	2	1	1	3	3	R4G2OKR2.3 ระดับความสำเร็จในการจัดตั้งศูนย์ประสานงานการรับส่งต่อผู้ป่วยหรือมีหน่วยงานที่รับผิดชอบตลอด 24 ชั่วโมง															
63	64	65	66	67																						
2	1	1	3	3																						
2.3 จัดตั้งศูนย์ประสานงานการรับส่งต่อผู้ป่วยหรือมีหน่วยงานที่รับผิดชอบตลอด 24 ชั่วโมง																										
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>1</td><td>1</td></tr></table>	63	64	65	66	67	0	0	0	1	1																
63	64	65	66	67																						
0	0	0	1	1																						
3. TBI : ลดอัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิต	R4G2K3 อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน (ช่วงวัย 1-18 ปี) ลดลง																									
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																
63	64	65	66	67																						
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																						

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based																								
		2568	2569	2570	2571	2572																				
3.1. ผู้ประสบอุบัติเหตุทางถนนเข้าถึงการแพทย์ฉุกเฉินทันเวลา <table border="1"> <tr> <td>63</td> <td>64</td> <td>65</td> <td>66</td> <td>67</td> </tr> <tr> <td>N/A</td> <td>N/A</td> <td>N/A</td> <td>N/A</td> <td>N/A</td> </tr> </table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	<table border="1"> <tr> <td>68</td> <td>69</td> <td>70</td> <td>71</td> <td>72</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> </table> R4G2OKR3.1 อัตราผู้ป่วย TBI มาถึงโรงพยาบาลนับจากเวลาเกิดเหตุไม่เกิน 30 นาที ร้อยละ 80	68	69	70	71	72	3	3	3	3	3					
63	64	65	66	67																						
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																						
68	69	70	71	72																						
3	3	3	3	3																						
3.2 TBI ได้รับการ Investigate เพื่อแยกระดับความรุนแรงของโรค <table border="1"> <tr> <td>63</td> <td>64</td> <td>65</td> <td>66</td> <td>67</td> </tr> <tr> <td>N/A</td> <td>N/A</td> <td>N/A</td> <td>N/A</td> <td>N/A</td> </tr> </table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	R4G2OKR3.2 อัตราผู้ป่วย mild HI high risk ที่ได้รับการทำ Investigate CT Scan เพื่อประกอบการวินิจฉัยความรุนแรงของโรค ร้อยละ 100															
63	64	65	66	67																						
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																						
3.3 ไม่พบอุบัติเหตุการณการเสียชีวิตขณะส่งต่อ <table border="1"> <tr> <td>63</td> <td>64</td> <td>65</td> <td>66</td> <td>67</td> </tr> <tr> <td>N/A</td> <td>N/A</td> <td>N/A</td> <td>N/A</td> <td>N/A</td> </tr> </table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	R4G2OKR3.3 อุบัติการณ์การเสียชีวิตขณะส่งต่อ เท่ากับ 0															
63	64	65	66	67																						
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																						

วิสัยทัศน์ : “ศูนย์การแพทย์คุณภาพชั้นนำที่ประชาชนศรัทธา”

พันธกิจที่ M1 พัฒนาระบบการแพทย์เฉพาะทางมาตรฐานโรงพยาบาลระดับ S Plus

ยุทธศาสตร์ S4 ปฏิรูประบบบริหารจัดการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกในกลุ่มโรค NCDs จิตเวชและยาเสพติด

Roadmap 5 สร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G3. ลดอัตราป่วยรายใหม่และลดภาวะแทรกซ้อนในชุมชนในกลุ่มโรค																																		
G3.1. DM/HT G3.2. ซึมเศร้าผู้ใหญ่/ซึมเศร้าวัยรุ่น/SMI-V																																		
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs					Project Based																												
						2568	2569	2570	2571	2572																								
1. DM/HT : ลดอัตราป่วยรายใหม่	R5G3K1 อัตราป่วยรายใหม่ ลดลง					คนพูนพินแข็งแรง ทุกที่ทุกเวลา 1.Health station 8 ตำบล 100% 2.Health station 4 โรงงาน 100 % 3.Mobile Doctor service 4. Individual Lifestyle multiplication program																												
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table>	63	64	65	66	67					N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	<table><tr><td colspan="5">DM/HT</td></tr><tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr><tr><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td></tr></table>					DM/HT					68	69	70	71	72	5	5	5	5	5
63	64	65	66	67																														
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																														
DM/HT																																		
68	69	70	71	72																														
5	5	5	5	5																														
1.1 กลุ่มเสี่ยง DM/HT ได้รับการ คัดกรองเพื่อวินิจัยเพิ่มขึ้น	R5G3OKR1.1 อัตรากลุ่มเสี่ยง DM/HT ได้รับการคัดกรองเพื่อ วินิจัย ร้อยละ 80																																	
<table><tr><td colspan="5">60+/ 35-59/ 15-34/ 6-14 (ปี)</td></tr><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>91.28</td><td>85.31</td><td>86.66</td></tr></table>	60+/ 35-59/ 15-34/ 6-14 (ปี)					63	64	65	66	67	N/A	N/A	91.28	85.31	86.66																			
60+/ 35-59/ 15-34/ 6-14 (ปี)																																		
63	64	65	66	67																														
N/A	N/A	91.28	85.31	86.66																														
1.2 กลุ่มสงสัยป่วย DM/HT ได้รับการ ตรวจติดตามยืนยันวินิจัยเพิ่มขึ้น	R5G3OKR1.2 อัตรากลุ่มสงสัยป่วย DM/HTได้รับการตรวจติดตามยืนยัน วินิจัย ร้อยละ 80																																	
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>100</td><td>69.44</td><td>67.12</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	100	69.44	67.12																								
63	64	65	66	67																														
N/A	N/A	100	69.44	67.12																														
1.3 กลุ่มเสี่ยง (Pre-DM/Pre-HT) ได้รับการติดตามเข้ารับการปรับ เปลี่ยนพฤติกรรม Individual	R5G3OKR1.3 อัตรากลุ่มเสี่ยง (Pre-DM/Pre-HT) ได้รับการติดตาม เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร้อยละ 80																																	
<table><tr><td colspan="5">DM/HT</td></tr></table>	DM/HT																																	
DM/HT																																		

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G3. ลดอัตราผู้ป่วยรายใหม่และลดภาวะแทรกซ้อนในชุมชนในกลุ่มโรค
G3.1. DM/HT G3.2. ซึมเศร้าผู้ใหญ่/ซึมเศร้าวัยรุ่น/SMI-V

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs	Project Based				
						2568	2569	2570	2571	2572
63	64	65	66	67	R5G3OKR1.4 อัตรากลุ่มเสี่ยง/ กลุ่มป่วย DM/HT ที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียน ในระบบการดูแลรักษาในโรงพยาบาล พูนพิณได้รับการติดตามเข้ารับ การคัดกรองและรับเข้ารับบริการ รักษาต่อเนื่อง ร้อยละ 80					
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A						
1.4 กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย DM/HT ที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนในระบบการดูแล รักษาในโรงพยาบาลพูนพิณได้รับ การติดตามเข้ารับการคัดกรอง และรับเข้ารับบริการรักษาต่อเนื่อง ทุกราย										
DM/HT										
63	64	65	66	67						
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A						
2.TB :										
อัตราความสำเร็จการของรักษา ผู้ป่วยวัณโรค										
63	64	65	66	67						
91.11	86.84	100	88.46	85.19						
2.1 การคัดกรองวัณโรคใน ประชากรกลุ่มเสี่ยง 6 กลุ่มโรค					R5G3K2 ร้อยละความสำเร็จของ การรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด รายใหม่ และลับเป็นซ้ำ	Phunphin Good Lungs ระดับเงิน	Phunphin Good Lungs ระดับทอง	Phunphin Good Lungs ระดับเพชร		
DM/COPD/CKD/ARV/ สารเสพติด/HCW					R5G3OKR2.1 ร้อยละการคัดกรอง วัณโรคในประชากรกลุ่มเสี่ยง 6 กลุ่มโรค ร้อยละ 85					
63	64	65	66	67						

Phunphin Good
Lungs ระดับเงิน

Phunphin
Good Lungs
ระดับทอง

Phunphin
Good
Lungs
ระดับเพชร

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G3. ลดอัตราป่วยรายใหม่และลดภาวะแทรกซ้อนในชุมชนในกลุ่มโรค

G3.1. DM/HT G3.2. ซึมเศร้าผู้ใหญ่/ซึมเศร้าวัยรุ่น/SMI-V

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs					Project Based														
										2568	2569	2570	2571	2572										
83.63/39.26/21.72/67.67/NA/42.27 82.75/64.15/83.48/106.67/NA/99 63.74/27.04/68.12/108/NA/117.86 67.66/71.17/87.68/89.03/6.66/169.47 44.28/53.27/54.54/89/73/403					R5G3OKR2.2 อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 85 R5G3OKR2.3 อัตราการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคแฝง ร้อยละ 80 R5G3OKR2.4 ผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่ในระหว่างการรักษาและควบคุมวัณโรค (DOTs) ร้อยละ 100																			
2.2 ความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำทุกราย 6364656667 50.6331.6539.2436.4852.56																								
2.3 การคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคแฝงเพิ่มขึ้น 6364656667 N/AN/AN/AN/A15																								
2.4 ผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่ในระหว่างการรักษาและควบคุมวัณโรค(DOTs) ทุกราย 6364656667 40/4025/2531/3127/2742/42																								
3. จิตเวชและยาเสพติด : ลดอัตราป่วยรายใหม่จิตเวชและยาเสพติด 6364656667 N/A2333					R5G3K3 อัตราป่วยรายใหม่จิตเวชและยาเสพติด 6869707172 3030303030					บูรณาการ R 1.7					บูรณาการ R 1.7					บูรณาการ R 1.7				

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G3. ลดอัตราป่วยรายใหม่และลดภาวะแทรกซ้อนในชุมชนในกลุ่มโรค

G3.1. DM/HT G3.2. ซึมเศร้าผู้ใหญ่/ซึมเศร้าวัยรุ่น/SMI-V

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based													
		2568	2569	2570	2571	2572									
3.1 กลุ่มเสี่ยง (ติดสุราเรื้อรัง/ติดสารเสพติด) สมัครใจเข้าร่วมรับการบำบัดเพิ่มขึ้น	R5G3OKR3.1 อัตรากลุ่มเสี่ยง (ติดสุราเรื้อรัง/ติดสารเสพติด) สมัครใจเข้าร่วมรับการบำบัด ร้อยละ 60														
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td></tr></table>	63					64	65	66	67	N/A	100	100	100	100	
63	64					65	66	67							
N/A	100					100	100	100							
3.2 ผู้ป่วยที่มีผลประเมิน ST-5 ในระดับเครียดสูง ได้รับการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาเพิ่มขึ้น	R5G3OKR3.2 อัตราผู้ป่วยที่มีผลประเมิน ST-5 ในระดับเครียดสูง ได้รับการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยา ร้อยละ 100														
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>71.43</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	71.43					
63	64	65	66	67											
N/A	N/A	N/A	N/A	71.43											
3.3 ผู้ป่วยในชุมชนที่มีผลการประเมิน 2Q Plus ผิดปกติ ได้รับการประเมิน 9Q ทุกราย	R5G3OKR3.3 อัตราผู้ป่วยในชุมชนที่มีผลการประเมิน 2Q Plus Positive ได้รับการประเมิน 9Q ร้อยละ 100														
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>42.42</td><td>23.28</td><td>39.75</td><td>48.62</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	42.42	23.28	39.75	48.62					
63	64	65	66	67											
N/A	42.42	23.28	39.75	48.62											
3.4 ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการประเมินความเครียดด้วยแบบประเมินความเครียด (ST-5) เพิ่มขึ้น	R5G3OKR3.4 อัตราผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการประเมินความเครียดด้วยแบบประเมินความเครียด (ST-5) ร้อยละ 100														
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	100	100	100	100					
63	64	65	66	67											
N/A	100	100	100	100											
3.5 ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q) ทุกราย	R5G3OKR3.5 อัตราผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q) ร้อยละ 100														

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G3. ลดอัตราป่วยรายใหม่และลดภาวะแทรกซ้อนในชุมชนในกลุ่มโรค

G3.1. DM/HT G3.2. ซึมเศร้าผู้ใหญ่/ซึมเศร้าวัยรุ่น/SMI-V

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs	Project Based				
						2568	2569	2570	2571	2572
63	64	65	66	67	R5G3OKR3.6 อัตราผู้ป่วยยาเสพติดที่สูบบุหรี่ที่ได้รับการคัดกรองการเสพยาโคติน การเสพยาโคติน ร้อยละ 100 R5G3OKR3.7 อัตราผู้ป่วยยาเสพติดที่ดื่มสุราได้รับการคัดกรองด้วยแบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT) ทุกราย ร้อยละ 100 R5G3OKR3.8 ผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุได้รับการประเมิน 8Q ทุกราย ร้อยละ 100					
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A						
63	64	65	66	67						
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A						
63	64	65	66	67						
N/A	69.63	69.49	57.96	45.02						
63	64	65	66	67						
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A						
63	64	65	66	67						
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A						

วิสัยทัศน์ : “ศูนย์การแพทย์คุณภาพชั้นนำที่ประชาชนศรัทธา”

พันธกิจที่ M1 พัฒนาระบบการแพทย์เฉพาะทางมาตรฐานโรงพยาบาลระดับ S Plus

ยุทธศาสตร์ S4_ปฏิรูประบบบริหารจัดการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกในกลุ่มโรค NCDs จิตเวชและยาเสพติด

Roadmap 6 การแพทย์ปฐมภูมิ

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G3. ลดอัตราป่วยรายใหม่และลดภาวะแทรกซ้อนในชุมชนในกลุ่มโรค																																		
G3.1. DM/HT G3.2. ซึมเศร้าผู้ใหญ่/ซึมเศร้าวัยรุ่น/SMI-V																																		
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs					Project Based																								
										2568	2569	2570	2571	2572																				
1. สัดส่วนการใช้บริการ OPD ต่อ PCU					R6G3K1 สัดส่วนการใช้บริการ OPD ระหว่างโรงพยาบาลกับ PCU เท่ากับ 90 : 10					การแพทย์ปฐมภูมิคุณภาพ 1.ผ่านมาตรฐานการประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิ 2.พัฒนาระบบคลินิก NCDs																								
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table>					63	64	65	66	67						N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	<table><tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr><tr><td>90 : 10</td><td>90 : 10</td><td>90 : 10</td><td>90 : 10</td><td>90 : 10</td></tr></table>					68	69	70	71	72	90 : 10	90 : 10	90 : 10	90 : 10	90 : 10
63	64	65	66	67																														
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																														
68	69	70	71	72																														
90 : 10	90 : 10	90 : 10	90 : 10	90 : 10																														
1.1 ประชาชนเข้ารับบริการที่ PCU เพิ่มขึ้น					R6G3OKR1.1 จำนวนประชาชนเข้ารับบริการที่ PCU เพิ่มขึ้น ร้อยละ 10																													
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>632</td></tr></table>					63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	632																				
63	64	65	66	67																														
N/A	N/A	N/A	N/A	632																														
1.2 ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามมารับบริการที่ PCU เพิ่มขึ้น					R6G3OKR1.2 ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามมารับบริการที่ PCU ร้อยละ 80																													
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table>					63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																				
63	64	65	66	67																														
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																														
1.3 อุบัติการณ์การขาดนัดของผู้ป่วย DM/HT ลดลง					R6G3OKR1.3 อุบัติการณ์การขาดนัดของผู้ป่วย DM/HT ลดลงเท่ากับ 0																													
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>3.0</td></tr></table>					63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	3.0																				
63	64	65	66	67																														
N/A	N/A	N/A	N/A	3.0																														
1.4 ร้อยละผู้ป่วย DM/HT ที่มีภาวะแทรกซ้อนได้รับการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์					R6G3OKR1.4 ผู้ป่วย DM/HT ที่มีภาวะแทรกซ้อนได้รับการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์ ร้อยละ 100																													
										การแพทย์ปฐมภูมิคุณภาพระดับโซน																								
										การแพทย์ปฐมภูมิคุณภาพระดับจังหวัด																								

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G3. ลดอัตราป่วยรายใหม่และลดภาวะแทรกซ้อนในชุมชนในกลุ่มโรค

G3.1. DM/HT G3.2. ซึมเศร้าผู้ใหญ่/ซึมเศร้าวัยรุ่น/SMI-V

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs					Project Based				
										2568	2569	2570	2571	2572
63	64	65	66	67										
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A										
2. ภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง : (อสม./Caregiver/นักบริบาล/พขอ./ศปถ./ฯลฯ) : หมู่บ้าน/ชุมชนสามารถจัดการปัญหาโรคNCDs /โรคซึมเศร้าผู้ใหญ่/โรคซึมเศร้าวัยรุ่น /SMI-V ในระดับดีมาก-ดีเยี่ยม เพิ่มขึ้น					R6G3K2 อัตราหมู่บ้าน/ชุมชนสามารถจัดการปัญหาโรค NCDs/โรคซึมเศร้าผู้ใหญ่/โรคซึมเศร้าวัยรุ่น/SMI-V ในระดับดีมาก-ดีเยี่ยมเพิ่มขึ้น					อำเภอพุนพินจัดการสุขภาพดีเยี่ยม 1.ภาคีเครือข่ายอำเภอพุนพินสมรรถนะสูง 2.อำเภอรอบรู้ด้านสุขภาพโรค NCDs/โรคซึมเศร้าผู้ใหญ่/โรคซึมเศร้าวัยรุ่น /SMI-V 2.1 Content strategist 2.2 Media strategist 2.3 Influencers 2.4 Brand ambassador 2.5 Semi campaign & Campaign				
					68	69	70	71	72					
					เพิ่มขึ้นร้อยละ 10	เพิ่มขึ้นร้อยละ 10	เพิ่มขึ้นร้อยละ 10	เพิ่มขึ้นร้อยละ 10	เพิ่มขึ้นร้อยละ 10					
					N/A	N/A	N/A	N/A	N/A					
2.1 ภาคีเครือข่าย (อสม./Caregiver/นักบริบาล/พขอ./ศปถ./ฯลฯ) ได้รับการพัฒนาทักษะการจัดการปัญหาโรค NCDs /โรคซึมเศร้าผู้ใหญ่/โรคซึมเศร้าวัยรุ่น /SMI-V เพิ่มขึ้น					R6G3OKR2.1 อัตราภาคีเครือข่าย (อสม./Caregiver/นักบริบาล/พขอ./ศปถ./ฯลฯ) ได้รับการพัฒนาทักษะการจัดการปัญหา โรค NCDs /โรคซึมเศร้าผู้ใหญ่/โรคซึมเศร้าวัยรุ่น /SMI-V เพิ่มขึ้น ร้อยละ 80					อำเภอพุนพินจัดการสุขภาพดีเยี่ยมโซนเหนือ				
					63	64	65	66	67					
					N/A	N/A	N/A	N/A	N/A					
2.2 กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย โรคNCDs /โรคซึมเศร้าผู้ใหญ่/โรคซึมเศร้าวัยรุ่น /SMI-V มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น					R6G3OKR2.2 อัตรากลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย โรค NCDs /โรคซึมเศร้าผู้ใหญ่/โรคซึมเศร้าวัยรุ่น /SMI-V มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ร้อยละ 80					อำเภอพุนพินจัดการสุขภาพดีเยี่ยมจังหวัดสุราษฎร์ธานี				
					63	64	65	66	67					
					N/A	N/A	N/A	N/A	N/A					

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G3. ลดอัตราป่วยรายใหม่และลดภาวะแทรกซ้อนในชุมชนในกลุ่มโรค

G3.1. DM/HT G3.2. ซึมเศร้าผู้ใหญ่/ซึมเศร้าวัยรุ่น/SMI-V

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs					Project Based				
										2568	2569	2570	2571	2572
63	64	65	66	67										
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A										
3. Home ward : อัตราการกลับมารักษาซ้ำโรคเดิม					R6G3K3 อัตราากลุ่มผู้ป่วยโรคที่สำคัญกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิม ภายใน 28 วัน					Home ward สถิติประกันสังคม ต่างด้าว 100% 				

Home ward
สิทธิ UC 100%

Home ward
สิทธิประกัน
สังคม ต่างด้าว
100%

Home
ward
ต้นแบบ
สุขภาพ
เขตที่ 11

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G3. ลดอัตราผู้ป่วยรายใหม่และลดภาวะแทรกซ้อนในชุมชนในกลุ่มโรค

G3.1. DM/HT G3.2. ซึมเศร้าผู้ใหญ่/ซึมเศร้าวัยรุ่น/SMI-V

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based				
		2568	2569	2570	2571	2572
3.5 Pneumonia	R6G3OKR3.5 อัตรากลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะ Pneumonia ได้รับการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน ร้อยละ 50					
3.6 Covid-19	R6G3OKR3.6 อัตรากลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะ Covid-19					
3.7 ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม ที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท	R6G3OKR3.7 อัตรากลุ่มผู้ป่วยความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทได้รับการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน ร้อยละ 50					
3.8 โรคจิตเภทและพฤติกรรมแบบโรคจิตเภท และโรคหลงผิด	R6G3OKR3.8 อัตรากลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะ โรคจิตเภทและพฤติกรรมแบบโรคจิตเภท และโรคหลงผิดได้รับการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน ร้อยละ 50					
3.9.ความผิดปกติทางอารมณ์	R6G3OKR3.9 อัตรากลุ่มผู้ป่วยความผิดปกติทางอารมณ์ได้รับการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน ร้อยละ 50					
3.10 COPD	R6G3OKR3.10 อัตรากลุ่มผู้ป่วย COPD รับการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน ร้อยละ 50					

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G3. ลดอัตราผู้ป่วยรายใหม่และลดภาวะแทรกซ้อนในชุมชนในกลุ่มโรค						
G3.1. DM/HT G3.2. ซึมเศร้าผู้ใหญ่/ซึมเศร้าวัยรุ่น/SMI-V						
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based				
		2568	2569	2570	2571	2572
3.11 Palliative care Active dying PPS <30 %	R6G3OKR3.11 อัตรากลุ่มป่วย Palliative care Active dying PPS<3 %ได้รับการดูแลผู้ป่วย ในที่บ้าน ร้อยละ 30					

วิสัยทัศน์ : “ศูนย์การแพทย์คุณภาพชั้นนำที่ประชาชนศรัทธา”

พันธกิจที่ M2 พัฒนาระบบคุณภาพโรงพยาบาลชั้นนำ

ยุทธศาสตร์ S3_พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการโรงพยาบาลดิจิทัล ระดับ S Plus

Roadmap 7 ระบบสนับสนุนการรักษาพยาบาล

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G4. โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่องสู่ขั้นก้าวหน้า																				
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs					Project Based														
						2568	2569	2570	2571	2572										
1. RSQ : อัตราอุบัติการณ์ความเสี่ยง ที่มีระดับความรุนแรงสูง(Clinic/ Non clinic) ลดลง	R7G4K1 อัตราอุบัติการณ์ ความเสี่ยง ที่มีระดับความรุนแรงสูง (Clinic/ Non clinic) ลดลง <table><tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr><tr><td>25</td><td>25</td><td>25</td><td>25</td><td>25</td></tr></table> R7G4OKR1.1 อัตราความสมบูรณ์ของ Risk register & risk profile เพิ่มขึ้น ร้อยละ 100 R7G4OKR1.2 อุบัติการณ์ความเสี่ยง ระดับ E ขึ้นไปในมาตรฐานสำคัญ จำเป็น 9 ด้าน (SIMPLE) เท่ากับ 0					68	69	70	71	72	25	25	25	25	25	Safety Culture Campaign Phase I 1. Risk register & Risk profile 100% 2.SIMPLE 100% 3.RCA/CQI/R 2R 100% 4.HRM/HRD 5.เงิน ของ		Safety Culture Campaign Phase II		Safety Culture Organization
68	69	70	71	72																
25	25	25	25	25																
1.1 อัตราความสมบูรณ์ของ Risk register & Risk profile เพิ่มขึ้น 1.1.1 โรคยุทธศาสตร์และ โรคที่สำคัญ 1.1.2 ระบบกายภาพที่สำคัญ	<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td></tr></table>					63	64	65	66	67	N/A	100	100	100	100					
63	64	65	66	67																
N/A	100	100	100	100																
1.2 ไม่พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป ในมาตรฐานสำคัญจำเป็น 9 ด้าน (SIMPLE)																				

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G4. โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่องสู่ขั้นก้าวหน้า														
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs	Project Based								
						2568	2569	2570	2571	2572				
63	64	65	66	67	R7G4OKR1.3 อัตราอุบัติการณ์ ความเสี่ยงระดับความรุนแรงสูง (Clinic/Non clinic) ได้รับการจัดทำ RCA/CQI/R2R ร้อยละ 100									
3	4	3	12	3										
1.3 อุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ ความรุนแรงสูง(Clinic/Non clinic) ได้รับการจัดทำ RCA/CQI/R2R ทุกอุบัติการณ์														
Clinic/Non clinic														
63	64	65	66	67	R7G4OKR1.3.1 อุบัติการณ์ระดับ G H I จัดทำ RCA และ CQI ร้อยละ 100									
100/ 87.54	100/ 100	100/ 50	100/ 100	100/ 100										
1.3.1 อุบัติการณ์ระดับ G H I จัดทำ RCA และ CQI														
63	64	65	66	67										
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	R7G4OKR1.4 ร้อยละผลการประเมิน วัฒนธรรมความปลอดภัย มากกว่าร้อยละ 80									
1.4 ประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัย														
63	64	65	66	67										
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A										
2. MSO : ไม่พบอุบัติการณ์การวินิจฉัยโรค ยุทธศาสตร์คลาดเคลื่อนระดับ Eขึ้นไป					R7G4K2 จำนวนอุบัติการณ์วินิจฉัย โรคยุทธศาสตร์คลาดเคลื่อนระดับ E ขึ้น เท่ากับ 0	Interhospital conference	Interhospital conference	Interhospital conference						
63	64	65	66	67	68						69	70	71	72
2	2	2	8	2	0						0	0	0	0

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G4. โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่องสู่ขั้นก้าวหน้า																															
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based																													
		2568	2569	2570	2571	2572																									
2.1 จำนวนอุบัติการณ์วินิจัย คลาดเคลื่อนโรคยุทธศาสตรระดับ E ขึ้นไป	R7G4OKR2.1 จำนวนอุบัติการณ์วินิจ ฉัยคลาดเคลื่อนโรคยุทธศาสตรระดับ E ขึ้นไป เท่ากับ 0																														
3. NSO : ไม่พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางการ พยาบาล ระดับ E ขึ้นไป	R7G4K3 อับัติการณั้ความเสี่ยงทาง การพยาบาล ระดับ E ขึ้นไป เท่ากับ 0																														
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>7</td></tr></table>	63						64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	7	<table><tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr><tr><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr></table>	68	69	70	71	72	0	0	0	0	0					
63	64	65	66	67																											
N/A	N/A	N/A	N/A	7																											
68	69	70	71	72																											
0	0	0	0	0																											
3.1 หน่วยงานทางการแพทย์ มี Productivity ที่เหมาะสม	R7G4OKR3.1 หน่วยงานทางการแพทย์ พยาบาล OPD/ ER/ LR/ IPD มี Productivity ที่เหมาะสม ร้อยละ 80	NQA Class 1.Productivity 2.Specific compentency 3.NursingWSup ervission 4.Ethical Nursing	NQA Award	NQA Award																											
<table><tr><td colspan="5">OPD/ ER/ LR/ IPD</td></tr><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>91.24</td><td>105.86</td><td>148.23</td><td>123.52</td><td>117.76</td></tr><tr><td>90.02</td><td>81.33</td><td>84.01</td><td>88.77</td><td>91.60</td></tr><tr><td>82.02</td><td>74.15</td><td>67.59</td><td>65.23</td><td>78.59</td></tr><tr><td>106</td><td>111</td><td>112</td><td>106</td><td>123.25</td></tr></table>	OPD/ ER/ LR/ IPD					63	64	65	66	67	91.24	105.86	148.23	123.52	117.76	90.02	81.33	84.01	88.77	91.60	82.02	74.15	67.59	65.23	78.59	106	111	112	106	123.25	R7G4OKR3.2 ร้อยละบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาลผ่านการประเมินสมรรถนะ เฉพาะ (Specific compentency) ตามกลุ่มโรคยุทธศาสตร์ ร้อยละ 90
OPD/ ER/ LR/ IPD																															
63	64	65	66	67																											
91.24	105.86	148.23	123.52	117.76																											
90.02	81.33	84.01	88.77	91.60																											
82.02	74.15	67.59	65.23	78.59																											
106	111	112	106	123.25																											
3.2 บุคลากรทางการแพทย์มี สมรรถนะเฉพาะ (Specific competency) ตามกลุ่มโรค ยุทธศาสตร์																															
<table><tr><td colspan="5">OPD/ ER/ LR/ IPD/ IC</td></tr><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>91.07 95.83 94.01</td></tr></table>	OPD/ ER/ LR/ IPD/ IC					63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	91.07 95.83 94.01																
OPD/ ER/ LR/ IPD/ IC																															
63	64	65	66	67																											
N/A	N/A	N/A	N/A	91.07 95.83 94.01																											

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G4. โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่องสู่ขั้นก้าวหน้า																																													
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs					Project Based																																			
										2568	2569	2570	2571	2572																															
<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>94.79 94.52</td></tr></table> 3.3 หน่วยงานทางการแพทย์ ได้รับการนิเทศทางการแพทย์ (Nurseing Specific cliniccal risk) ทุกอุบัติการณ์ <table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>28</td><td>51</td><td>20</td><td>40</td><td>1</td></tr></table> 3.4 อุบัติการณ์ข้อร้องเรียน ทางการแพทย์ (เรื่องพฤติกรรมและ สิทธิผู้ป่วย) <table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>0</td><td>0</td><td>1</td></tr></table>									94.79 94.52	63	64	65	66	67	28	51	20	40	1	63	64	65	66	67	N/A	N/A	0	0	1	R7G4OKR3.3 อุบัติการณ์ความเสี่ยง ทางการแพทย์ระดับ E ขึ้นไปได้รับ การนิเทศ ติดตามและแก้ไข ร้อยละ100 R7G4OKR3.4 ข้อร้องเรียนทางการแพทย์ พยาบาล (เรื่องพฤติกรรมและสิทธิ ผู้ป่วย) เท่ากับ 0															
				94.79 94.52																																									
63	64	65	66	67																																									
28	51	20	40	1																																									
63	64	65	66	67																																									
N/A	N/A	0	0	1																																									
4. ENV : GREEN & CLEAN Hospital Challenge ผ่านระดับท้าทาย					R7G4K4 GREEN & CLEAN Hospital Challenge ผ่าน ระดับท้าทาย					Excellent ENV 1. ยกระดับ Green & Clean hospital สู่ระดับ Excellent & Challenge 2. Medical Device Center 3. Beauty ENV		Excellent ENV management ระดับโซน		Excellent ENV management Systems ระดับจังหวัด																															
<table><tr><td colspan="5">GREEN & CLEAN Hospital Challenge ผ่านระดับท้าทาย</td></tr><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>ไม่ผ่าน</td><td>ไม่ผ่าน</td><td>ไม่ผ่าน</td><td>ไม่ผ่าน</td><td>ไม่ผ่าน</td></tr></table> 4.1 รพ.สต.ในเครือข่ายเข้าร่วม การประเมินและได้รับการรับรอง ตามเกณฑ์ Sub-District Health					GREEN & CLEAN Hospital Challenge ผ่านระดับท้าทาย					63	64	65	66	67	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	<table><tr><td colspan="5">GREEN & CLEAN Hospital Challenge ผ่านระดับท้าทาย</td></tr><tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr><tr><td>ผ่าน</td><td>ผ่าน</td><td>ผ่าน</td><td>ผ่าน</td><td>ผ่าน</td></tr></table> R7G4OKR4.1 รพ.สต.ในเครือข่าย เข้าร่วมการประเมินและได้รับการรับรอง ตามเกณฑ์ Sub-District Health					GREEN & CLEAN Hospital Challenge ผ่านระดับท้าทาย					68	69	70	71	72	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน						
GREEN & CLEAN Hospital Challenge ผ่านระดับท้าทาย																																													
63	64	65	66	67																																									
ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน																																									
GREEN & CLEAN Hospital Challenge ผ่านระดับท้าทาย																																													
68	69	70	71	72																																									
ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน																																									

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G4. โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่องสู่ขั้นก้าวหน้า									
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์		KPI & OKRs		Project Based					
				2568	2569	2570	2571	2572	
Promoting Hospital ระดับมาตรฐานขึ้นไป เพิ่มขึ้น		Promoting Hospitalระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 60							
63	64	65	66	67					
N/A	N/A	N/A	0	0					
4.2 โรงพยาบาลมีจำนวนนวัตกรรมและงานวิจัย Green เพิ่มขึ้น		R7G4OKR4.2 โรงพยาบาลมีจำนวนนวัตกรรมด้าน GREEN 2 เรื่อง/ปี และมีงานวิจัยหรือ R2R ด้าน GREEN 2 เรื่อง/ปี							
63	64	65	66	67					
0	0	0	0	1					
4.3 โรงพยาบาลผ่านการประเมินการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลระดับดีขึ้นไป		R7G4OKR4.3 โรงพยาบาลผ่านการประเมินการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลในระดับดีขึ้นไป							
63	64	65	66	67					
N/A	N/A	ระดับเริ่มต้นพัฒนา	ระดับเริ่มต้นพัฒนา	ระดับเริ่มต้นพัฒนา					
4.4 อุบัติการณ์ความไม่เพียงพอ/ไม่พร้อมใช้/ใช้ไม่ถูกวิธีของเครื่องมือแพทย์ลดลง		R7G4OKR4.4 อุบัติการณ์ความไม่เพียงพอ/ไม่พร้อมใช้/ใช้ไม่ถูกวิธีของเครื่องมือแพทย์ เท่ากับ 0							
ความไม่เพียงพอ/ไม่พร้อมใช้/ใช้ไม่ถูกวิธี									
63	64	65	66	67					

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G4. โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่องสู่ขั้นก้าวหน้า										
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs	Project Based				
						2568	2569	2570	2571	2572
6/ 34/ N/A 9/ 35/ N/A 7/ 38/ 65 17/ 57/ 15 3/ 24/					R7G4OKR4.5 ร้อยละของหน่วยงานมีการดำเนินงาน 5 ส. ระดับดีขึ้นไปมากกว่า ร้อยละ 60					
4.5 หน่วยงานมีการดำเนินงาน 5 ส. ในระดับดีขึ้นไป										
5 ส. ระดับดีขึ้นไป 63 64 65 66 67 N/A N/A N/A N/A 0										
5. IC : ลดอัตราการติดเชื้อ : 1000 วันนอน					R7G4K5 อัตราการติดเชื้อที่สำคัญลดลง					
63 64 65 66 67 0.07 0.14 0.31 0.32 0.33										
68 69 70 71 72 ≤0.35 ≤0.4 ≤0.3 ≤0.2 ≤0.1										
5.1 ไม่พบอัตราการติดเชื้อ CAUTI					R7G4OKR5.1 อัตราการติดเชื้อ CAUTI น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1:1000 day/ cath	Excellent IC management				
63 64 65 66 67 10 34 27 39 52										
63 64 65 66 67 N/A N/A 15 11 10										
5.2 ไม่พบอุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาในชุมชน					R7G4OKR5.2 อัตราการติดเชื้อดื้อยาในชุมชนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10	- CAUTI - MDR IC สัญจร 7 รพ.สต 1 PCC	Excellent IC Management ระดับจังหวัด			Excellent IC system
63 64 65 66 67 N/A N/A 15 11 10										
6. IM : เพิ่มความสมบูรณ์เวชระเบียนตามโรคยุทธศาสตร์ให้มีประสิทธิภาพ					R7G4K6 อัตราความสมบูรณ์เวชระเบียนตามโรคยุทธศาสตร์ ร้อยละ 80	ศูนย์เวชระเบียนคุณภาพ	Excellent IM ระดับจังหวัด			Excellent IM ระดับเขตสุขภาพที่ 11

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G4. โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่องสู่ขั้นก้าวหน้า																																		
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs					Project Based																								
										2568	2569	2570	2571	2572																				
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table>					63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	<table><tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr><tr><td>80</td><td>80</td><td>80</td><td>80</td><td>80</td></tr></table>					68	69	70	71	72	80	80	80	80	80					
63	64	65	66	67																														
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																														
68	69	70	71	72																														
80	80	80	80	80																														
6.1 ความสมบูรณ์เวชระเบียนตามโรคยุทธศาสตร์ใน แผนก OPD ครบถ้วน ถูกต้อง					R7G4OKR6.1 อัตราความสมบูรณ์เวชระเบียนตามโรคยุทธศาสตร์ในแผนก OPD ร้อยละ 80																													
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>92.13</td><td>91.50</td><td>90.34</td><td>88.09</td><td>90.06</td></tr></table>					63	64	65	66	67	92.13	91.50	90.34	88.09	90.06	R7G4OKR6.2 อัตราความสมบูรณ์เวชระเบียนตามโรคยุทธศาสตร์ ในแผนก IPD ร้อยละ 80																			
63	64	65	66	67																														
92.13	91.50	90.34	88.09	90.06																														
6.2 ความสมบูรณ์เวชระเบียนตามโรคยุทธศาสตร์ใน แผนก IPD ครบถ้วน ถูกต้อง																																		
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>91.21</td><td>92.99</td><td>74.36</td><td>82.89</td><td>82.13</td></tr></table>					63	64	65	66	67	91.21	92.99	74.36	82.89	82.13																				
63	64	65	66	67																														
91.21	92.99	74.36	82.89	82.13																														
7. PTC : ไม่พบ อุบัติการณ์ Medication error with harms (level E up)					R7G4K7 อุบัติการณ์ Medication error with harms (level E up) เท่ากับ 0					Excellence Drug Safety Management																								
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr></table>					63	64	65	66	67						0	0	0	0	0	<table><tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr><tr><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr></table>					68	69	70	71	72	0	0	0	0	0
63	64	65	66	67																														
0	0	0	0	0																														
68	69	70	71	72																														
0	0	0	0	0																														
7.1 โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐานความปลอดภัยด้านยา ระดับ 5					R7G4OKR7.1 โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐานความปลอดภัยด้านยา ระดับ 5																													
										คะแนนการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาเป็นที่ 1 ในระดับจังหวัดในโรงพยาบาลขนาด F1																								
										คะแนนการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาเป็นที่ 1 ในระดับเขตในโรงพยาบาลขนาด F1																								

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G4. โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่องสู่ขั้นก้าวหน้า											
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs		Project Based				
							2568	2569	2570	2571	2572
63	64	65	66	67	R7G4OKR7.2 Medication error: ผู้ป่วยนอก (ต่อ 1,000 ใบสั่งยา) ลดลงตามค่าเป้าหมาย - Administration <2 - Pre Dispensing <5 - Dispensing = 0 - Administration = 0						
N/A	N/A	2.79	3.85	3.92							
7.2 Medication error: ผู้ป่วยนอก (ต่อ 1,000 ใบสั่งยา) ลดลง											
Administration/Pre Dispensing/Dispensing/Administration											
63	64	65	66	67							
0.063/4.85/0.04/0.015	0.074/0.26/0.02/0.01	0.11/0.16/0.01/0.01	3.62/4.68/0.18/0.02	6.76/4.73/0.28/0.02							
7.3 Medication error: ผู้ป่วยใน (ต่อ 1,000 วันนอน) ลดลง											
Administration/Pre Dispensing/Dispensing/Administration											
63	64	65	66	67							
0.09/3.95/0.67/0.12	0.44/0.23/0.12/0.10	0.21/0.06/0.03/0.04	5.97/10.91/4.19/2.81	42.09/16.57/2.82/4							
7.4 ไม่พบอุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำ					R7G4OKR7.3 Medication error: ผู้ป่วยใน (ต่อ 1,000 วันนอน) ลดลงตามค่าเป้าหมาย - Administration <2 - Pre Dispensing <5 - Dispensing = 0 - Administration= 0						
63	64	65	66	67							
0	0	0	0	1	R7G4OKR7.4 อุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำ เท่ากับ 0						

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G4. โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่องสู่ขั้นก้าวหน้า																														
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs					Project Based																								
						2568	2569	2570	2571	2572																				
7.5 ผู้ป่วยที่ได้รับ HAD ได้รับการประเมินติดตามตามมาตรฐาน	R7G4OKR7.5 ผู้ป่วยที่ได้รับ HAD ได้รับการประเมินติดตามตามมาตรฐานมากกว่า ร้อยละ 95																													
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>95.47</td><td>53.33</td><td>67.43</td><td>65.16</td><td>86.94</td></tr></table>	63	64	65	66	67						95.47	53.33	67.43	65.16	86.94															
63	64	65	66	67																										
95.47	53.33	67.43	65.16	86.94																										
7.6 โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ RDU Hospital	R7G4OKR7.6 โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ RDU Hospital																													
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>ผ่าน</td><td>ผ่าน</td><td>ผ่าน</td><td>ผ่าน</td><td>ผ่าน</td></tr></table>	63	64	65	66	67	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน																				
63	64	65	66	67																										
ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน																										
7.7 ผู้ป่วย DM / CKD ใช้ยาถูกต้อง	R7G4OKR7.7 ผู้ป่วย DM / CKD ใช้ยาถูกต้อง ร้อยละ 90																													
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>70.43</td><td>94.01</td><td>79.37</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	70.43	94.01	79.37																				
63	64	65	66	67																										
N/A	N/A	70.43	94.01	79.37																										
8. Lab & Blood :ไม่พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ระดับ D ขึ้นไป	R7G4K8 อับัติการณ์ความเสี่ยงทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ระดับ D ขึ้นไป เท่ากับ 0					Excellent Lab & Blood management 1.Lab Fast track 100% 2.Critical test of result 100% 3. การสำรองเลือด 100 % 4.RLU	RLU ระดับเขตสุขภาพที่ 11			RLU best practice ระดับประเทศ																				
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>1</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr></table>	63	64	65	66	67						1	1	0	0	0	<table><tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr><tr><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr></table>					68	69	70	71	72	0	0	0	0	0
63	64	65	66	67																										
1	1	0	0	0																										
68	69	70	71	72																										
0	0	0	0	0																										
8.1 ไม่พบอุบัติการณ์การรายงานค่าวิกฤตล่าช้า	R7G4K8OKR8.1 อับัติการณ์การรายงานค่าวิกฤตล่าช้า เท่ากับ 0																													
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr></table>	63	64	65	66	67	0	0	0	0	0																				
63	64	65	66	67																										
0	0	0	0	0																										
8.2 ไม่อับัติการณ์การรายงานแล็บด่วนไม่ทันเวลา	R7G4OKR8.2 อับัติการณ์การรายงานแล็บด่วนไม่ทันเวลา เท่ากับ 0																													

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G4. โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่องสู่ขั้นก้าวหน้า										
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs	Project Based				
						2568	2569	2570	2571	2572
6364656667 00000 8.3 ไม่พบอุบัติการณ์สำรองเลือด ไม่เพียงพอ/ไม่พร้อมใช้ เท่ากับ 0 6364656667 00000					R7G4OKR8.3 อุบัติการณ์สำรองเลือด ไม่เพียงพอ/ไม่พร้อมใช้ เท่ากับ 0					
9.การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุสมผล (RLU) 9.1 ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ HbA1C อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 6364656667 N/AN/AN/AN70.4 9.2 ไม่ตรวจ HbA1C ซ้ำ ภายใน 90 วัน 6364656667 N/AN/AN/AN14.63 9.3 ผู้ป่วย NCDs ลดการตรวจ Lipid Profile ทั้งชุด เพื่อติดตาม LDL 6364656667 N/AN/AN/AN44.49					R7G4K9 ผ่านเกณฑ์การประเมิน RLU Hospital 6364656667 ผ่านผ่านผ่านผ่านผ่าน R7G4OKR9.1 ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ HbA1C อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 70 R7G4OKR9.2 ไม่ตรวจ HbA1C ซ้ำ ภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 10 R7G4OKR9.3 ผู้ป่วย NCDs ลดการตรวจ Lipid Profile ทั้งชุด เพื่อติดตาม LDL ไม่เกิน ร้อยละ 20					
10. รังสี : พัฒนาห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยให้ได้มาตรฐานต่อเนื่อง					R7G4K10 ผ่านเกณฑ์มาตรฐานห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยต่อเนื่อง	Excellent X-ray Management 1.Identify	Smart X-ray ระดับเขต	Smart X-Ray รพช.F1 ระดับภาค		

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G4. โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่องสู่ขั้นก้าวหน้า																																																								
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs					Project Based																																														
										2568	2569	2570	2571	2572																																										
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>ผ่าน</td><td>ผ่าน</td><td>ผ่าน</td><td>ผ่าน</td></tr></table> 10.1 ไม่เกิดอุบัติเหตุการฉีกเย็บเข้าเกิน ร้อยละ 8 <table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>3.35</td><td>2.62</td><td>4.88</td><td>6.85</td><td>7.38</td></tr></table> 10.2 ไม่เกิดอุบัติเหตุระดับ D ขึ้นไป <table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr></table>					63	64	65	66	67	N/A	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	63	64	65	66	67	3.35	2.62	4.88	6.85	7.38	63	64	65	66	67	1	0	0	0	0	<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>ผ่าน</td><td>ผ่าน</td><td>ผ่าน</td><td>ผ่าน</td><td>ผ่าน</td></tr></table> R7G4OKR10.1 ร้อยละเย็บเข้าไม่เกินร้อยละ 8 R7G4OKR10.2 จำนวนอุบัติเหตุระดับ D ขึ้นไปเท่ากับ 0					63	64	65	66	67	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	2.PACS 3.CT scan						
63	64	65	66	67																																																				
N/A	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน																																																				
63	64	65	66	67																																																				
3.35	2.62	4.88	6.85	7.38																																																				
63	64	65	66	67																																																				
1	0	0	0	0																																																				
63	64	65	66	67																																																				
ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน																																																				
11. พัฒนาระบบ AI ช่วยในการคัดกรองภาพถ่ายรังสีทรวงอก <table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table> 11.1 ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง (DM,HT,COPD,CKD,ARV)ได้รับการคัดกรองวินโรค ปีละ 1 ครั้ง <table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table>					63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	R7G4K11 พัฒนาระบบ AI ช่วยในการคัดกรองภาพถ่ายรังสีทรวงอก ร้อยละ 70 <table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>70</td><td>70</td><td>70</td><td>70</td><td>70</td></tr></table> R7G4OKR11.1 ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง (DM,HT,COPD,CKD,ARV) ได้รับการถ่ายภาพรังสีทรวงอกปีละ 1 ครั้ง 100%					63	64	65	66	67	70	70	70	70	70																	
63	64	65	66	67																																																				
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																																																				
63	64	65	66	67																																																				
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																																																				
63	64	65	66	67																																																				
70	70	70	70	70																																																				

วิสัยทัศน์ : “ศูนย์การแพทย์คุณภาพชั้นเลิศที่ประชาชนศรัทธา”

พันธกิจที่ M1 พัฒนาระบบการแพทย์เฉพาะทางมาตรฐานโรงพยาบาลระดับ S Plus

ยุทธศาสตร์ S1 ยกระดับคุณภาพศูนย์การแพทย์ และมุ่งสู่ความเป็นเลิศด้านการแพทย์ผสมผสาน

Roadmap 8 โรงพยาบาลในดวงใจของประชาชนทุกคน

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G5.ประชาชนผูกพัน ไว้วางใจคุณภาพบริการ บุคลากรให้บริการอย่างมีความสุข มีจิตสาธารณะ																															
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs					Project Based																									
						2568	2569	2570	2571	2572																					
1.ผู้รับบริการมีความผูกพันเพิ่มขึ้น	R8G5K1 ผู้ใช้บริการมีความผูกพัน					โรงพยาบาลในดวงใจของผู้รับบริการ Phase I 1.รูปแบบบริการด้วยหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์ 2.ศูนย์สันติวิธี 3.คนพูนพินร่วมใจพัฒนาโรงพยาบาล 4.กองทุน/มูลนิธิพัฒนาโรงพยาบาลพูนพิน 5.คู่ความร่วมมือร่วมพัฒนาโรงพยาบาลพูนพิน																									
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table>	63	64	65	66	67						N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	<table><tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr><tr><td>80</td><td>80</td><td>80</td><td>80</td><td>80</td></tr></table>	68	69	70	71	72	80	80	80	80	80					
63	64	65	66	67																											
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																											
68	69	70	71	72																											
80	80	80	80	80																											
1.1 ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนก OPD ระดับมากที่สุดเพิ่มขึ้น	R8G5OKR1.1 อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนก OPD ระดับมากที่สุดร้อยละ 90																														
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>82.06</td><td>85.10</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	82.06	85.10	R8G5OKR1.2 อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนก IPD ระดับมากที่สุด ร้อยละ 85					โรงพยาบาลในดวงใจของผู้ใช้บริการ Phase II															
63	64	65	66	67																											
N/A	N/A	N/A	82.06	85.10																											
1.2 ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนก IPD ระดับมากที่สุดเพิ่มขึ้น	R8G5OKR1.3 อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการในกลุ่มงานปฐมภูมิระดับมากที่สุด ร้อยละ 80					โรงพยาบาลที่มีคนศรัทธามากที่สุดในจ.สฎ																									
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>79.27</td><td>86.21</td></tr></table>	63	64	65	66	67						N/A	N/A	N/A	79.27	86.21	R8G5OKR1.4 อุบัติการณ์ข้อร้องเรียนลดลงร้อยละ 30															
63	64	65	66	67																											
N/A	N/A	N/A	79.27	86.21																											
1.3 ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการในกลุ่มงานปฐมภูมิระดับมากที่สุดเพิ่มขึ้น																															
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>93.65</td><td>94.22</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	93.65	94.22																					
63	64	65	66	67																											
N/A	N/A	N/A	93.65	94.22																											
1.4 อุบัติการณ์ข้อร้องเรียนจากการรับบริการลดลง																															

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G5.ประชาชนผูกพัน ไว้วางใจคุณภาพบริการ บุคลากรให้บริการอย่างมีความสุข มีจิตสาธารณะ																																																													
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs		Project Based																																																						
							2568	2569	2570	2571	2572																																																		
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>9</td><td>7</td><td>60</td><td>16</td></tr></table>					63	64	65	66	67	N/A	9	7	60	16																																															
63	64	65	66	67																																																									
N/A	9	7	60	16																																																									
2.จิตอาสาและอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการพัฒนาโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น					R8G5K2 จิตอาสาและอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการพัฒนาโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น 5 คน/ปี																																																								
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table>					63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	<table><tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr><tr><td>5</td><td>10</td><td>15</td><td>20</td><td>25</td></tr></table>		68	69	70	71	72	5	10	15	20	25																																			
63	64	65	66	67																																																									
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																																																									
68	69	70	71	72																																																									
5	10	15	20	25																																																									
3.ประชาชนเข้าร่วมโครงการบริจาคทรัพย์สิน/เงิน/โลหิต เพิ่มขึ้น					R8G5K3 ประชาชนเข้าร่วมโครงการบริจาคทรัพย์สิน/เงิน/โลหิต เพิ่มขึ้น																																																								
<table><tr><td>63</td><td colspan="4">988,690.42</td></tr><tr><td>64</td><td colspan="4">515,236.92</td></tr><tr><td>65</td><td colspan="4">1,368,632.98</td></tr><tr><td>66</td><td colspan="4">913,973.21</td></tr><tr><td>67</td><td colspan="4">558,910.63</td></tr></table>					63	988,690.42				64	515,236.92				65	1,368,632.98				66	913,973.21				67	558,910.63				<table><tr><td>68</td><td colspan="4">500,000.00</td></tr><tr><td>69</td><td colspan="4">500,000.00</td></tr><tr><td>70</td><td colspan="4">500,000.00</td></tr><tr><td>71</td><td colspan="4">500,000.00</td></tr><tr><td>72</td><td colspan="4">500,000.00</td></tr></table>		68	500,000.00				69	500,000.00				70	500,000.00				71	500,000.00				72	500,000.00								
63	988,690.42																																																												
64	515,236.92																																																												
65	1,368,632.98																																																												
66	913,973.21																																																												
67	558,910.63																																																												
68	500,000.00																																																												
69	500,000.00																																																												
70	500,000.00																																																												
71	500,000.00																																																												
72	500,000.00																																																												
3.1 มูลค่าทรัพย์สิน/เงิน					R8G5OKR3.1 มูลค่าทรัพย์สิน/เงินเพิ่มขึ้น																																																								
4. เครือข่ายคู่ความร่วมมือภาครัฐ/รัฐวิสาหกิจ/อปท./เอกชน/ฯลฯ เข้าร่วมสนับสนุนแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาโรงพยาบาล					R8G5K4 เครือข่ายคู่ความร่วมมือภาครัฐ/รัฐวิสาหกิจ/อปท./เอกชน/ฯลฯเข้าร่วมสนับสนุนแผนยุทธศาสตร์ การพัฒนาโรงพยาบาล																																																								

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G5.ประชาชนผูกพัน ไว้วางใจคุณภาพบริการ บุคลากรให้บริการอย่างมีความสุข มีจิตสาธารณะ														
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs					Project Based				
										2568	2569	2570	2571	2572
63	64	65	66	67	68	69	70	71	72					
N/A	N/A	N/A	75.00	76.74	50	60	60	60	60					
4.1 ด้านการแพทย์ (R1-R4)					R8G5OKR4.1 โครงการด้านการแพทย์ (R1-R4)									
4.2 ด้านการสาธารณสุข (R5-R6)					R8G5OKR4.2 โครงการด้านสาธารณสุข (R5-R6)									
4.3 ด้านบริหารจัดการ (R7-R12)					R8G5OKR4.3 โครงการด้านบริหารจัดการ (R7-R12)									

วิสัยทัศน์ : “ศูนย์การแพทย์คุณภาพชั้นเลิศที่ประชาชนศรัทธา”

พันธกิจที่ M1 พัฒนาระบบการแพทย์เฉพาะทางมาตรฐานโรงพยาบาลระดับ S Plus

ยุทธศาสตร์ S1_ยกระดับคุณภาพศูนย์การแพทย์ และมุ่งสู่ความเป็นเลิศด้านการแพทย์ผสมผสาน

Roadmap 9 องค์การสมรรถนะสูง

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G6. โรงพยาบาลมีผลลัพธ์จากการดำเนินงานสูงเป็นอันดับที่ 1 ใน 3 ของ จังหวัดสระบุรีธานี และอันดับที่ 1 ใน 5 ของเขตสุขภาพที่ 11

นครศรีธรรมราช	สุราษฎร์ธานี	ภูเก็ต	กระบี่	ชุมพร
โรงพยาบาลเชียรใหญ่	โรงพยาบาลเกาะพัง	โรงพยาบาลถลาง	โรงพยาบาลเขาพนม	โรงพยาบาลท่าแซะ
โรงพยาบาลชะอวด	โรงพยาบาลพนม	โรงพยาบาลฉลุง	โรงพยาบาลอ่าวลึก	โรงพยาบาลสวี
โรงพยาบาลทุ่งใหญ่	โรงพยาบาลพระแสง		โรงพยาบาลปลายพระยา	
โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์	โรงพยาบาลพุนพิน		โรงพยาบาลเหนือคลอง	

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based																						
		2568	2569	2570	2571	2572																		
1. หมวด 1 การนำ : โรงพยาบาลพัฒนาให้เป็นระดับ S Plus ภายในปี 2569	R9G6K1 ระดับความสำเร็จในการปรับระดับโรงพยาบาลชุมชน S Plus	โรงพยาบาลระดับ S+ 1.บริการแพทย์เฉพาะทาง 2.รักษาโรคซับซ้อนระยะสั้น 3. 3P safety Campaign 4. Re-ac ครั้งที่ 3 5.สื่อสารแผนยุทธศาสตร์	โรงพยาบาลระดับ S+ 1.บริการแพทย์เฉพาะทาง 2.รักษาโรคซับซ้อนระยะสั้น 3. 3P safety Campaign 4. Re-ac	โรงพยาบาลระดับ S+																				
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>S</td></tr></table>	63				64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	S	<table><tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr><tr><td>S+</td><td>S+</td><td>S+</td><td>S+</td><td>S+</td></tr></table>	68	69	70	71	72	S+	S+	S+	S+	S+
63	64				65	66	67																	
N/A	N/A	N/A	N/A	S																				
68	69	70	71	72																				
S+	S+	S+	S+	S+																				
1.1 จัดบริการการแพทย์เฉพาะทางสาขาอายุรกรรม ศัลยกรรมทั่วไป กุมารเวชกรรม เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ออโธปิดิกส์ จิตเวช อายุรกรรมหัวใจ เวชศาสตร์ครอบครัว	R9G6OKR1.1 ระดับความสำเร็จการให้บริการแพทย์เฉพาะทางสาขา บริการหลัก (แพทย์เฉพาะทางสาขาด้านสูตินรีเวชกรรม ด้านศัลยกรรมทั่วไป อายุรกรรม กุมารเวชกรรม ออโรโธปิดิกส์แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน)																							
1.2 การรักษาโรคซับซ้อนที่ต้องรักษาระยะสั้น (CMI/Adjus RW/active bed)	R9G6OKR1.2 ระดับความสำเร็จการรักษาโรคซับซ้อนที่ต้องรักษาระยะสั้น (CMI/Adjus RW/active bed)																							
1.3 หน่วยงานในโรงพยาบาล นำนโยบายและจุดเน้นความปลอดภัย (3P safety) สู่การปฏิบัติทุกหน่วยงาน	R9G6OKR1.3 ร้อยละหน่วยงานในโรงพยาบาลนำนโยบายและจุดเน้นความปลอดภัย (3P Safety) สู่การปฏิบัติทุกหน่วยงาน ร้อยละ 100																							

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G6. โรงพยาบาลมีผลลัพธ์จากการดำเนินงานสูงเป็นอันดับที่ 1 ใน 3 ของ จังหวัดสระบุรีธานี และอันดับที่ 1 ใน 5 ของเขตสุขภาพที่ 11

นครศรีธรรมราช	สระบุรีธานี	ภูเก็ต	กระบี่	ชุมพร
โรงพยาบาลเชียรใหญ่	โรงพยาบาลเกาะพัง	โรงพยาบาลกลาง	โรงพยาบาลเขาพนม	โรงพยาบาลท่าแซะ
โรงพยาบาลชะอวด	โรงพยาบาลพนม	โรงพยาบาลฉลุง	โรงพยาบาลอ่าวลึก	โรงพยาบาลสวี
โรงพยาบาลทุ่งใหญ่	โรงพยาบาลพระแสง		โรงพยาบาลปลายพระยา	
โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์	โรงพยาบาลพุนพิน		โรงพยาบาลเหนือคลอง	

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based																																
		2568	2569	2570	2571	2572																												
1.3.1 Patient 1.3.2 Personal 1.3.3 People 1.4 โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพ Re-ac ครั้งที่ 3 ภายในปี 2570 1.5 บุคลากรในโรงพยาบาลและเครือข่ายรับรู้และเข้าใจแผนยุทธศาสตร์ระยะ 5 ปีและเข้มมุ่ง	R9G6OKR1.4 ระดับความสำเร็จ โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพ Re-ac ครั้งที่ 3 ภายในปี 2570 R9G6OKR1.5 ร้อยละบุคลากรในโรงพยาบาลและเครือข่ายรับรู้และเข้าใจแผนยุทธศาสตร์ ระยะ 5 ปีและเข้มมุ่ง																																	
2. หมวด 2 การบริหารเชิงกลยุทธ์ : มีผลลัพธ์การดำเนินงานดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง <table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>79.72</td><td>33.33</td><td>50.68</td><td>46.62</td><td>46.59</td></tr></table> 2.1 โครงการและแผนปฏิบัติการเชิงยุทธศาสตร์ R1-R12 จำนวน 31 โครงการ สอดคล้องกับ Agenda Based/ functional Based/ Area Based <table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>96.30</td><td>95.73</td></tr></table> 2.2 โครงการและแผนปฏิบัติการเชิงยุทธศาสตร์ R1-R12 โครงการ	63	64	65	66	67	79.72	33.33	50.68	46.62	46.59	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	96.30	95.73	R9G6K2 อัตราการบรรลุผลลัพธ์การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ <table><tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr><tr><td>70</td><td>80</td><td>90</td><td>100</td><td>100</td></tr></table> R9G6OKR2.1 โครงการและแผนปฏิบัติการเชิงยุทธศาสตร์ R1-R12 สอดคล้องกับ Agenda Based/ functional Based/ Area Based ร้อยละ 80 R9G6OKR2.2 อัตราโครงการและแผนปฏิบัติการเชิงยุทธศาสตร์	68	69	70	71	72	70	80	90	100	100	Strategic implementation & Evaluation Phase I	Strategic implementation & Evaluation Phase II	รางวัลเลิศรัฐ
63	64	65	66	67																														
79.72	33.33	50.68	46.62	46.59																														
63	64	65	66	67																														
N/A	N/A	N/A	96.30	95.73																														
68	69	70	71	72																														
70	80	90	100	100																														

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G6. โรงพยาบาลมีผลลัพธ์จากการดำเนินสูงเป็นอันดับที่ 1 ใน 3 ของ จังหวัดสระบุรีธานี และอันดับที่ 1 ใน 5 ของเขตสุขภาพที่ 11

นครศรีธรรมราช	สระบุรีธานี	ภูเก็ต	กระบี่	ชุมพร
โรงพยาบาลเชียรใหญ่	โรงพยาบาลเกาะพัง	โรงพยาบาลกลาง	โรงพยาบาลเขาพนม	โรงพยาบาลท่าแซะ
โรงพยาบาลชะอวด	โรงพยาบาลพนม	โรงพยาบาลฉลุง	โรงพยาบาลอ่าวลึก	โรงพยาบาลสวี
โรงพยาบาลทุ่งใหญ่	โรงพยาบาลพระแสง		โรงพยาบาลปลายพระยา	
โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์	โรงพยาบาลพุนพิน		โรงพยาบาลเหนือคลอง	

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based																							
		2568	2569	2570	2571	2572																			
มีการนำสู่การปฏิบัติและได้รับการกำกับและติดตามแบบ Quick win <table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table> 2.3 โครงการและแผนปฏิบัติการเชิงยุทธศาสตร์ R1-R12 โครงการ ได้รับการประเมินผล <table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>74.55</td><td>94.87</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	74.55	94.87	R1-R12 มีการนำสู่การปฏิบัติได้รับการกำกับและติดตามแบบ Quick win ร้อยละ 80 R9G6OKR2.3 อัตราโครงการและแผนปฏิบัติการเชิงยุทธศาสตร์ R1-R12 ได้รับการประเมินผล ร้อยละ 100				
63	64	65	66	67																					
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																					
63	64	65	66	67																					
N/A	N/A	N/A	74.55	94.87																					
3. หมวด 3 การมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน (บูรณาการ R8)		บูรณาการ R 8	บูรณาการ R 8	บูรณาการ R 8	บูรณาการ R 8																				
4. หมวด 4 การวัด วิเคราะห์และจัดการความรู้ : พัฒนาโรงพยาบาลพุนพินให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ <table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table> 4.1 ผู้บริหารทุกระดับและ ผู้ปฏิบัติงานใช้สารสนเทศในการปรับปรุงคุณภาพระบบงานเพิ่มขึ้น 4.1.1 ด้านการแพทย์ 4.1.2 ด้านการสาธารณสุข	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	R9G6K4 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาโรงพยาบาลพุนพินให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ระดับ 5 <table><tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr><tr><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td></tr></table> R9G6OKR4.1 ผู้บริหารทุกระดับและผู้ปฏิบัติงานใช้สารสนเทศในการปรับปรุงคุณภาพระบบงาน ร้อยละ 80 4.1.1 ด้านการแพทย์	68	69	70	71	72	5	5	5	5	5	โรงพยาบาลพุนพิน เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ 1.ศูนย์สารสนเทศ (Dashboard) 2.งานจัดการความรู้ CQI, R2R,วิจัย, นวัตกรรม	องค์กรแห่งการเรียนรู้	องค์กรแห่งการเรียนรู้	
63	64	65	66	67																					
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																					
68	69	70	71	72																					
5	5	5	5	5																					

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G6. โรงพยาบาลมีผลลัพธ์จากการดำเนินงานสูงเป็นอันดับที่ 1 ใน 3 ของ จังหวัดสระบุรีธานี และอันดับที่ 1 ใน 5 ของเขตสุขภาพที่ 11

นครศรีธรรมราช	สระบุรีธานี	ภูเก็ต	กระบี่	ชุมพร
โรงพยาบาลเชียรใหญ่	โรงพยาบาลเกาะพัง	โรงพยาบาลถลาง	โรงพยาบาลเขาพนม	โรงพยาบาลท่าแซะ
โรงพยาบาลชะอวด	โรงพยาบาลพนม	โรงพยาบาลฉลุง	โรงพยาบาลอ่าวลึก	โรงพยาบาลสวี
โรงพยาบาลทุ่งใหญ่	โรงพยาบาลพระแสง		โรงพยาบาลปลายพระยา	
โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์	โรงพยาบาลพุนพิน		โรงพยาบาลเหนือคลอง	

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based																						
		2568	2569	2570	2571	2572																		
4.1.3 ด้านการบริหารจัดการ 4.2 ผลงานวิชาการ (CQI, R2R,วิจัย, นวัตกรรม) นำไปใช้ในการปรับปรุงคุณภาพพระบบงานและได้รับการอ้างอิงอย่างต่อเนื่อง 4.2.1ด้านการแพทย์ 4.2.2 ด้านการสาธารณสุข 4.2.3 ด้านการบริหารจัดการ <table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	4	5	4.1.2 ด้านการสาธารณสุข 4.1.3 ด้านการบริหารจัดการ R9G6OKR4.2 ผลงานวิชาการ (CQI, R2R,วิจัย, นวัตกรรม) นำไปใช้ในการปรับปรุงคุณภาพพระบบงานและได้รับการอ้างอิงอย่างต่อเนื่อง 6 เรื่อง/ปี R9G6OKR4.2.1 ด้านการแพทย์ R9G6OKR4.2.2 ด้านการสาธารณสุข R9G6OKR4.2.3 ด้านการบริหารจัดการ													
63	64	65	66	67																				
N/A	N/A	N/A	4	5																				
5. หมวด 5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล : บุคลากรมีความผูกพันเพิ่มมากขึ้น <table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>78.04</td><td>75.68</td><td>N/A</td><td>78.14</td><td>80.47</td></tr></table> 5.1 อัตรากำลังสหสาขาวิชาชีพเพียงพอเหมาะสม 5.2 บุคลากรสหสาขาวิชาชีพมีสมรรถนะเฉพาะ (Specific Competency)	63	64	65	66	67	78.04	75.68	N/A	78.14	80.47	R9G6K5 อัตราความผูกพันของบุคลากร ร้อยละ 90 <table><tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr><tr><td>90</td><td>90</td><td>90</td><td>90</td><td>90</td></tr></table> R9G6OKR5.1 อัตรากำลังสหสาขาวิชาชีพเพียงพอเหมาะสมตามแผนยุทธศาสตร์ระยะ 5 ปี ร้อยละ 90 R9G6OKR5.2 บุคลากรสหสาขาวิชาชีพมีสมรรถนะเฉพาะ (Specific Competency) ร้อยละ 100	68	69	70	71	72	90	90	90	90	90	ยกระดับบริหารพัฒนาทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาล S+ 1.วางแผนและบริหารอัตรากำลังตามมาตรฐานโรงพยาบาล 2.วางแผนและพัฒนาสมรรถนะเฉพาะบุคลากร 3.พัฒนาความสุขบุคลากร	Engage Performance Model	โรงพยาบาลแห่งความสุขของบุคลากรทุกคน
63	64	65	66	67																				
78.04	75.68	N/A	78.14	80.47																				
68	69	70	71	72																				
90	90	90	90	90																				

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G6. โรงพยาบาลมีผลลัพธ์จากการดำเนินงานสูงเป็นอันดับที่ 1 ใน 3 ของ จังหวัดสระบุรีธานี และอันดับที่ 1 ใน 5 ของเขตสุขภาพที่ 11

นครศรีธรรมราช	สุราษฎร์ธานี	ภูเก็ต	กระบี่	ชุมพร
โรงพยาบาลเชียรใหญ่	โรงพยาบาลเกาะพะงัน	โรงพยาบาลกลาง	โรงพยาบาลเขาพนม	โรงพยาบาลท่าแซะ
โรงพยาบาลชะอวด	โรงพยาบาลพนม	โรงพยาบาลฉลุง	โรงพยาบาลอ่าวลึก	โรงพยาบาลสวี
โรงพยาบาลทุ่งใหญ่	โรงพยาบาลพระแสง		โรงพยาบาลปลายพระยา	
โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์	โรงพยาบาลพนพิน		โรงพยาบาลเหนือคลอง	

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based													
		2568	2569	2570	2571	2572									
5.3 บุคลากรมีระดับความสุขเพิ่มขึ้น	R9G6OKR5.3 บุคลากรมีระดับความสุขร้อยละ 90	Happy money and relax management													
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>75</td><td>76</td><td>N/A</td><td>61.87</td><td>79.35</td></tr></table>	63	64	65	66	67	75	76	N/A	61.87	79.35					
63	64	65	66	67											
75	76	N/A	61.87	79.35											
6. หมวด 6 การจัดการกระบวนการ : ไม่พบอุบัติการณ์ความไม่พร้อมในระบบการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยกลุ่มโรคฉุกเฉินวิกฤติและกลุ่มโรคสำคัญ	R9G6K6 อับัติการณ์ความไม่พร้อมในระบบการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยกลุ่มโรคฉุกเฉินวิกฤติและกลุ่มโรคสำคัญเท่ากับ 0														
	<table><tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr><tr><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr></table>	68	69	70	71	72	0	0	0	0	0				
68	69	70	71	72											
0	0	0	0	0											
6.1 logistics & Supply chain (Laboratory & Blood/ PTC Fast track/ X-Ray/ IT / EMS/ Refer)	R9G6OKR6.1 logistics & Supply chain (Laboratory & Blood/ PTC Fast track/ X-Ray/ IT/EMS/ Refer) อับัติการณ์ไม่พร้อมใช้เท่ากับ 0	Process Management 1.logistics & Supply chain (Laboratory & Blood/ PTC Fast track/ X-Ray/IT /EMS/Refer) 2.BCM		Process Management 1.logistics & Supply chain (Laboratory & Blood/ PTC Fast track/ X-Ray/IT /EMS/Refer) 2.BCM	Process Management 1.logistics & Supply chain (Laboratory & Blood/ PTC Fast track/ X-Ray/IT/EMS/Refer) 2.BCM										
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A					
63	64	65	66	67											
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A											
6.2 BCM มีแผนรองรับความเสี่ยงและมีการซ้อมแผน อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	R9G6OKR6.2 BCM มีแผนรองรับความเสี่ยงและมีการซ้อมแผน อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ร้อยละ 100														
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A					
63	64	65	66	67											
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A											

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G6. โรงพยาบาลมีผลลัพธ์จากการดำเนินงานสูงเป็นอันดับที่ 1 ใน 3 ของ จังหวัดสระบุรีธานี และอันดับที่ 1 ใน 5 ของเขตสุขภาพที่ 11

นครศรีธรรมราช	สุราษฎร์ธานี	ภูเก็ต	กระบี่	ชุมพร
โรงพยาบาลเชียรใหญ่	โรงพยาบาลเกาะพะงัน	โรงพยาบาลกลาง	โรงพยาบาลเขาพนม	โรงพยาบาลท่าแซะ
โรงพยาบาลชะอวด	โรงพยาบาลพนม	โรงพยาบาลฉลุง	โรงพยาบาลอ่าวลึก	โรงพยาบาลสวี
โรงพยาบาลทุ่งใหญ่	โรงพยาบาลพระแสง		โรงพยาบาลปลายพระยา	
โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์	โรงพยาบาลพนพิน		โรงพยาบาลเหนือคลอง	

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based																																																				
		2568	2569	2570	2571	2572																																																
7. หมวด 7 ผลลัพธ์ : ผลลัพธ์จากการ Benchmark สูงขึ้น <table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table> 7.1 การบรรลุผลลัพธ์ตาม นโยบายสธ.เขตสุขภาพที่ 11/สสจ. <table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>72.41</td><td>74.36</td></tr></table> 7.2 การบรรลุผลลัพธ์ตาม ระบบคุณภาพ <table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>62.16</td><td>56.52</td><td>63.79</td><td>59.32</td><td>59.65</td></tr><tr><td>69/</td><td>65/</td><td>74/</td><td>70/</td><td>68/</td></tr><tr><td>111</td><td>115</td><td>116</td><td>118</td><td>114</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	72.41	74.36	63	64	65	66	67	62.16	56.52	63.79	59.32	59.65	69/	65/	74/	70/	68/	111	115	116	118	114	R9G6K7 ระดับความสำเร็จของ ผลลัพธ์จากการ Benchmark สูงขึ้น Top 5 <table><tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr><tr><td>Top5</td><td>Top5</td><td>Top5</td><td>Top5</td><td>Top5</td></tr></table> R9G6OKR7.1 อัตราการบรรลุ ผลลัพธ์ตามนโยบายสธ.เขตสุขภาพที่ 11/สสจ. ร้อยละ 80 R9G6OKR 7.2 อัตราร้อยละ การบรรลุผลลัพธ์ตามระบบคุณภาพ ร้อยละ 80	68	69	70	71	72	Top5	Top5	Top5	Top5	Top5	บูรณาการ หมวด 2	บูรณาการ หมวด 2	บูรณาการ หมวด 2
63	64	65	66	67																																																		
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																																																		
63	64	65	66	67																																																		
N/A	N/A	N/A	72.41	74.36																																																		
63	64	65	66	67																																																		
62.16	56.52	63.79	59.32	59.65																																																		
69/	65/	74/	70/	68/																																																		
111	115	116	118	114																																																		
68	69	70	71	72																																																		
Top5	Top5	Top5	Top5	Top5																																																		

วิจัยทัศน์ : “ศูนย์การแพทย์คุณภาพชั้นเลิศที่ประชาชนศรัทธา”

พันธกิจ M4 พัฒนาระบบบริหารจัดการองค์กรสมรรถนะสูง (HPO)

ยุทธศาสตร์ S3 พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการโรงพยาบาลดิจิทัล ระดับ S Plus

Roadmap 10 ระบบสนับสนุนทรัพยากรการบริหาร

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G6. โรงพยาบาลมีผลลัพธ์จากการดำเนินงานสูงเป็นอันดับอันดับที่ 1 ใน 3 ของ จังหวัดสระบุรีธานี และอันดับที่ 1 ใน 5ของเขตสุขภาพที่ 11

นครศรีฯ	สญ.	ภูเก็ต	กระบี่	ชุมพร
โรงพยาบาลเชียรใหญ่	โรงพยาบาลเกาะพัง	โรงพยาบาลถลาง	โรงพยาบาลเขาพนม	โรงพยาบาลท่าแซะ
โรงพยาบาลชะอวด	โรงพยาบาลพนม	โรงพยาบาลฉลุง	โรงพยาบาลอ่าวลึก	โรงพยาบาลสวี
โรงพยาบาลทุ่งใหญ่	โรงพยาบาลพระแสง		โรงพยาบาลปลายพระยา	
โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์	โรงพยาบาลพนพิ		โรงพยาบาลเหนือคลอง	

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based																								
		2568	2569	2570	2571	2572																				
1.ธุรการ : ประสิทธิภาพการบริหารหนังสือสำคัญเพิ่มขึ้น	R10G6K1 ประสิทธิภาพการบริหารหนังสือสำคัญ ร้อยละ 100	ศูนย์สนับสนุนทรัพยากรการบริหาร 1.ธุรการ 2..ยานพาหนะ 3.การเงิน 4.บัญชี 5.พัสดุ 6.การเจ้าหน้าที่ 7.ซ่อมบำรุง		Logistic & Supply chain		ศูนย์สนับสนุนทรัพยากรการบริหารที่เป็นเลิศจังหวัดสุราษฎร์ธานี																				
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>100</td><td>98</td><td>100</td><td>99</td><td>100</td></tr></table>	63						64	65	66	67	100	98	100	99	100	<table><tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr><tr><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td></tr></table>	68	69	70	71	72	100	100	100	100	100
63	64						65	66	67																	
100	98	100	99	100																						
68	69	70	71	72																						
100	100	100	100	100																						
1.1 ไม่พบอุบัติการณ์เกี่ยหนังสือราชการผิด	R10G6OKR1.1 อุบัติการณ์เกี่ยหนังสือราชการผิด เท่ากับ 0																									
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>1</td><td>0</td></tr></table>	63	64	65	66	67	0	0	0	1	0																
63	64	65	66	67																						
0	0	0	1	0																						
1.2 ไม่พบอุบัติการณ์หนังสือสำคัญ (ด่วนที่สุด) ล่าช้า	R10G6OKR1.2 อุบัติการณ์หนังสือสำคัญ(ด่วนที่สุด) ล่าช้า เท่ากับ 0																									
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>2</td><td>0</td></tr></table>	63						64	65	66	67	0	0	0	2	0											
63	64						65	66	67																	
0	0	0	2	0																						
1.3 ไม่พบอุบัติการณ์หนังสือสำคัญส่งผิดหน่วยงาน	R10G6OKR1.3 ไม่พบอุบัติการณ์หนังสือสำคัญส่งผิดหน่วยงาน เท่ากับ 0																									
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	63	64	65	66	67																					
63	64	65	66	67																						

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G6. โรงพยาบาลมีผลลัพธ์จากการดำเนินงานสูงเป็นอันดับอันดับที่ 1 ใน 3 ของ จังหวัดสระบุรีธานี และอันดับที่ 1 ใน 5 ของเขตสุขภาพที่ 11

นครศรีฯ	สภ.	ภูเก็ต	กระบี่	ชุมพร
โรงพยาบาลเชียรใหญ่ โรงพยาบาลชะอวด โรงพยาบาลทุ่งใหญ่ โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์	โรงพยาบาลเกาะพัง โรงพยาบาลพนม โรงพยาบาลพระแสง โรงพยาบาลพุนพิน	โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลฉลุง	โรงพยาบาลเขาพนม โรงพยาบาลอ่าวลึก โรงพยาบาลปลายพระยา โรงพยาบาลเหนือคลอง	โรงพยาบาลท่าแซะ โรงพยาบาลสวี

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs		Project Based				
							2568	2569	2570	2571	2572
0	2	0	0	0							
2.ยานพาหนะ : ประสิทธิภาพการบริหารยานพาหนะเพิ่มขึ้น					R10G6K2 ประสิทธิภาพการบริหารยานพาหนะ						
63	64	65	66	67	68	69	70	71	72		
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	100	100	100	100	100		
2.1 ไม่พบอุบัติเหตุการณัรณ Refer ดิจิทัลไม่เพียงพอต่อการใช้งาน					R10G6OKR2.1 อุบัติการณัรณ Refer ดิจิทัลไม่เพียงพอต่อการใช้งาน เท่ากับ 0						
63	64	65	66	67							
0	0	0	0	0							
2.2 ไม่พบอุบัติเหตุการณัรณ response time ไม่ทันเวลาภายใน 7 นาที					R10G6OKR2.2 อุบัติการณัรณ response time ไม่ทันเวลาภายใน 7 นาที เท่ากับ 0						
63	64	65	66	67							
0	0	0	0	0							
3.การเงิน : แผนปฏิบัติการเชิงยุทธศาสตร์ได้รับการสนับสนุนการเงิน ในแผนงาน/โครงการ ตามความเร่งด่วนของแผนยุทธศาสตร์ตามช่วงเวลาที่กำหนด					R10G6K3 แผนปฏิบัติการเชิงยุทธศาสตร์ได้รับการสนับสนุนการเงินในแผนงาน/โครงการตามแผนยุทธศาสตร์ ทันตามช่วงเวลาที่กำหนด						

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G6. โรงพยาบาลมีผลลัพธ์จากการดำเนินงานสูงเป็นอันดับอันดับที่ 1 ใน 3 ของ จังหวัดสระบุรีธานี และอันดับที่ 1 ใน 5ของเขตสุขภาพที่ 11

นครศรีฯ	สถ.	ภูเก็ต	กระบี่	ชุมพร
โรงพยาบาลเชียรใหญ่	โรงพยาบาลเกาะพัง	โรงพยาบาลกลาง	โรงพยาบาลเขาพนม	โรงพยาบาลท่าแซะ
โรงพยาบาลชะวอด	โรงพยาบาลพนม	โรงพยาบาลคลอง	โรงพยาบาลอ่าวลึก	โรงพยาบาลสวี
โรงพยาบาลทุ่งใหญ่	โรงพยาบาลพระแสง		โรงพยาบาลปลายพระยา	
โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์	โรงพยาบาลพุนพิน		โรงพยาบาลเหนือคลอง	

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs					Project Based				
										2568	2569	2570	2571	2572
63	64	65	66	67	68	69	70	71	72					
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	100	100	100	100	100					

4. บัญชี : การรายงานสารสนเทศบัญชีต้นทุนต่อหน่วย ถูกต้องครบถ้วนทันเวลา <table border="1"> <tr> <td>63</td> <td>64</td> <td>65</td> <td>66</td> <td>67</td> </tr> <tr> <td>N/A</td> <td>N/A</td> <td>N/A</td> <td>N/A</td> <td>N/A</td> </tr> </table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	R10G6K4 ประสิทธิภาพการ รายงานสารสนเทศบัญชีต้นทุนต่อหน่วย ถูกต้องครบถ้วนทันเวลา <table border="1"> <tr> <td>68</td> <td>69</td> <td>70</td> <td>71</td> <td>72</td> </tr> <tr> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> </table>	68	69	70	71	72	100	100	100	100	100			
63	64	65	66	67																				
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																				
68	69	70	71	72																				
100	100	100	100	100																				

5. งานพัสดุ : หน่วยงานในโรงพยาบาลพุนพิน ได้รับการสนับสนุนพัสดุ ในแผนงาน / โครงการ ตามลำดับ ความสำคัญ เร่งด่วนของแผนยุทธศาสตร์ ทันตามช่วงเวลาที่กำหนด 5.1 ความสมบูรณ์ของแผนพัสดุ R1-R12 <table border="1" data-bbox="84 1834 512 2002"> <tr> <td>63</td> <td>64</td> <td>65</td> <td>66</td> <td>67</td> </tr> <tr> <td>N/A</td> <td>N/A</td> <td>N/A</td> <td>N/A</td> <td>N/A</td> </tr> </table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	R10G6K5 หน่วยงานใน โรงพยาบาลพุนพินได้รับการสนับสนุนพัสดุ ในแผนงาน/ โครงการ ตามลำดับความสำคัญเร่งด่วนของ แผนยุทธศาสตร์ <table border="1" data-bbox="534 1664 962 1834"> <tr> <td>68</td> <td>69</td> <td>70</td> <td>71</td> <td>72</td> </tr> <tr> <td>80</td> <td>85</td> <td>85</td> <td>90</td> <td>90</td> </tr> </table>	68	69	70	71	72	80	85	85	90	90			
63	64	65	66	67																				
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																				
68	69	70	71	72																				
80	85	85	90	90																				

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G6. โรงพยาบาลมีผลลัพธ์จากการดำเนินงานสูงเป็นอันดับอันดับที่ 1 ใน 3 ของ จังหวัดสระบุรีธานี และอันดับที่ 1 ใน 5ของเขตสุขภาพที่ 11

นครศรีฯ	สภ.	ภูเก็ต	กระบี่	ชุมพร
โรงพยาบาลเชียรใหญ่ โรงพยาบาลชะอวด โรงพยาบาลทุ่งใหญ่ โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์	โรงพยาบาลเกาะพัง โรงพยาบาลพนม โรงพยาบาลพระแสง โรงพยาบาลพนพิน	โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลฉลุง	โรงพยาบาลเขาพนม โรงพยาบาลอ่าวลึก โรงพยาบาลปลายพระยา โรงพยาบาลเหนือคลอง	โรงพยาบาลท่าแซะ โรงพยาบาลสวี

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based																							
		2568	2569	2570	2571	2572																			
5.2 จัดหาพัสดุได้ทันเวลา R1-R12																									
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table>						63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A										
63						64	65	66	67																
N/A						N/A	N/A	N/A	N/A																
5.3 ควบคุมพัสดุ R1-R12																									
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A															
63	64	65	66	67																					
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																					
5.4 จำหน่ายพัสดุ R1-R12																									
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>100</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>100</td></tr></table>	63	64	65	66	67	100	N/A	N/A	N/A	100															
63	64	65	66	67																					
100	N/A	N/A	N/A	100																					
6. การเจ้าหน้าที่ : บุคลากรกลุ่มข้าราชการและกลุ่มสายสนับสนุน (งานวิชาชีพและงานบริหาร) ได้รับการบริหารจัดการสิทธิประโยชน์ ทุกสาย	R10G6K6 อัตราบุคลากรกลุ่มข้าราชการและกลุ่มสายสนับสนุน (งานวิชาชีพและงานบริหาร) ได้รับการบริหารจัดการสิทธิประโยชน์																								
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table>	63					64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	<table><tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr><tr><td>80</td><td>80</td><td>85</td><td>90</td><td>90</td></tr></table>	68	69	70	71	72	80	80	85	90	90
63	64					65	66	67																	
N/A	N/A					N/A	N/A	N/A																	
68	69					70	71	72																	
80	80	85	90	90																					
7. ซ่อมบำรุง : หน่วยงานในโรงพยาบาลได้รับการบำรุงรักษาเชิงรุกเพิ่มขึ้น	R10G6K7 หน่วยงานในโรงพยาบาลได้รับการบำรุงรักษาเชิงรุก																								

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G6. โรงพยาบาลมีผลลัพธ์จากการดำเนินงานสูงเป็นอันดับอันดับที่ 1 ใน 3 ของ จังหวัดสระบุรีธานี และอันดับที่ 1 ใน 5ของเขตสุขภาพที่ 11

นครศรีฯ					สภ.		ภูเก็ต			กระบี่			ชุมพร		
โรงพยาบาลเชียรใหญ่ โรงพยาบาลชะอวด โรงพยาบาลทุ่งใหญ่ โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์					โรงพยาบาลเกาะพังน โรงพยาบาลพนม โรงพยาบาลพระแสง โรงพยาบาลพุนพิน		โรงพยาบาลถกลาง โรงพยาบาลฉลอง			โรงพยาบาลเขาพนม โรงพยาบาลอ่าวลึก โรงพยาบาลปลายพระยา โรงพยาบาลเหนือคลอง			โรงพยาบาลท่าแซะ โรงพยาบาลสวี		
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs					Project Based					
										2568	2569	2570	2571	2572	
63	64	65	66	67	68	69	70	71	72						
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	80	80	80	80	80						

วิสัยทัศน์ : “ศูนย์การแพทย์คุณภาพชั้นเลิศที่ประชาชนศรัทธา”

พันธกิจ M4 พัฒนาระบบบริหารจัดการองค์กรสมรรถนะสูง (HPO)

ยุทธศาสตร์ S3 พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการโรงพยาบาลดิจิทัล ระดับ S Plus

Roadmap 11 การเงินการคลัง

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G6. โรงพยาบาลมีผลลัพธ์จากการดำเนินงานสูงเป็นอันดับที่ 1 ใน 3 ของ จังหวัดสราษภร์ธานี และอันดับที่ 1 ใน 5 ของเขตสุขภาพที่ 11

นครศรีธรรมราช	สุราษฎร์ธานี	ภูเก็ต	กระบี่	ชุมพร
โรงพยาบาลเชียรใหญ่	โรงพยาบาลเกาะพัง	โรงพยาบาลถลาง	โรงพยาบาลเขาพนม	โรงพยาบาลท่าแซะ
โรงพยาบาลชะอวด	โรงพยาบาลพนม	โรงพยาบาลฉลุง	โรงพยาบาลอ่าวลึก	โรงพยาบาลสวี
โรงพยาบาลทุ่งใหญ่	โรงพยาบาลพระแสง		โรงพยาบาลปลายพระยา	
โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์	โรงพยาบาลพุนพิน		โรงพยาบาลเหนือคลอง	

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based													
		2568	2569	2570	2571	2572									
1.ประสิทธิภาพการจัดเก็บรายได้เพิ่มขึ้น : ประสิทธิภาพการจัดเก็บรายได้ 5 มิติเพิ่มขึ้น	R11G6K1 ประสิทธิภาพการจัดเก็บรายได้ 5 มิติ <table><tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr><tr><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td></tr></table>	68	69	70	71	72	100	100	100	100	100	ระบบควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยงด้านการเงินการคลัง Phase I 1.ระบบจัดเก็บรายได้ 100% 2.ระบบควบคุมรายจ่ายและต้นทุน 3.จัดตั้งหน่วยธุรกิจเพื่อหารายได้เพิ่มพิเศษ	ระบบควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยงด้านการเงินการคลัง Phase II	Excellent financial management จังหวัดสุราษฎร์ธานี	
68	69	70	71	72											
100	100	100	100	100											
1.1 มิติเวชระเบียน (OPD/IPD) 1.1.1 แพทย์วินิจฉัยโรคถูกต้อง ครบถ้วน ตามเกณฑ์เวชระเบียนผู้ป่วยใน (SA)	R11G6OKR1.1ประสิทธิภาพการจัดเก็บจากมิติเวชระเบียน ร้อยละ 100 R11G6OKR1.1.1 แพทย์วินิจฉัยโรคถูกต้องครบถ้วนตามเกณฑ์เวชระเบียนผู้ป่วยใน (SA) ร้อยละ 100														
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>88.97</td><td>92.02</td><td>95.61</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	88.97	92.02	95.61	R11G6OKR1.1.2 ผู้ให้รหัสโรคให้รหัสโรค ถูกต้อง ร้อยละ 100				
63	64	65	66	67											
N/A	N/A	88.97	92.02	95.61											
1.1.2 ผู้ให้รหัสโรคให้รหัสโรคถูกต้อง															
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>89.37</td><td>91.55</td><td>80.64</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	89.37	91.55	80.64					
63	64	65	66	67											
N/A	N/A	89.37	91.55	80.64											

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G6. โรงพยาบาลมีผลลัพธ์จากการดำเนินงานสูงเป็นอันดับที่ 1 ใน 3 ของ จังหวัดสระบุรีธานี และ อันดับที่ 1 ใน 5 ของเขตสุขภาพที่ 11

นครศรีธรรมราช	สระบุรีธานี	ภูเก็ต	กระบี่	ชุมพร
โรงพยาบาลเชียรใหญ่ โรงพยาบาลชะอวด โรงพยาบาลทุ่งใหญ่ โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์	โรงพยาบาลเกาะพัง โรงพยาบาลพนม โรงพยาบาลพระแสง โรงพยาบาลพุนพิน	โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลฉลุง	โรงพยาบาลเขาพนม โรงพยาบาลอ่าวลึก โรงพยาบาลปลายพระยา โรงพยาบาลเหนือคลอง	โรงพยาบาลท่าแซะ โรงพยาบาลสวี

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based														
		2568	2569	2570	2571	2572										
1.1.3 อัตราการบันทึกข้อมูล E Claim/Financial Data Hub (FDH) ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา	R11G6K1O1.1.3 อัตราการบันทึกข้อมูล EClaim/Financial Data Hub (FDH) ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา ร้อยละ 100															
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>74.76</td></tr></table>	63						64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	74.76	
63	64						65	66	67							
N/A	N/A	N/A	N/A	74.76												
1.1.4 การสรุปเวชระเบียนล่าช้า (IPD) ก่อน 7 วัน	R11G6OKR1.1.4 อัตราการสรุปเวชระเบียนล่าช้า (IPD) ก่อน 7 วัน ร้อยละ 90															
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>45.16</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	45.16						
63	64	65	66	67												
N/A	N/A	N/A	N/A	45.16												
1.2 มิติการบริหารลูกหนี้ทุกกองทุน	R11G6OKR1.2.1 อัตราการตั้งลูกหนี้ค่ารักษาครบถ้วนทุกสิทธิ ร้อยละ 90															
1.2.1การตั้งลูกหนี้ค่ารักษาครบถ้วนทุกสิทธิ																
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A						
63	64	65	66	67												
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A												
1.2.2.อัตราข้อมูลติด C จากการบันทึกข้อมูล	R11G6OKR1.2.2 อัตราข้อมูลติด C จากการบันทึกข้อมูลทั้งหมด ไม่เกินร้อยละ 5															
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>1.16</td><td>8.54</td><td>20.15</td><td>6.67</td><td>11.55</td></tr></table>	63	64	65	66	67	1.16	8.54	20.15	6.67	11.55						
63	64	65	66	67												
1.16	8.54	20.15	6.67	11.55												

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G6. โรงพยาบาลมีผลลัพธ์จากการดำเนินงานสูงเป็นอันดับที่ 1 ใน 3 ของ จังหวัดสุราษฎร์ธานี และอันดับที่ 1 ใน 5 ของเขตสุขภาพที่ 11

นครศรีธรรมราช	สุราษฎร์ธานี	ภูเก็ต	กระบี่	ชุมพร
โรงพยาบาลเชียรใหญ่ โรงพยาบาลชะอวด โรงพยาบาลทุ่งใหญ่ โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์	โรงพยาบาลเกาะพะงัน โรงพยาบาลพนม โรงพยาบาลพระแสง โรงพยาบาลพุนพิน	โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลฉลุง	โรงพยาบาลเขาพนม โรงพยาบาลอ่าวลึก โรงพยาบาลปลายพระยา โรงพยาบาลเหนือคลอง	โรงพยาบาลท่าแซะ โรงพยาบาลสวี

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based													
		2568	2569	2570	2571	2572									
1.2.3.ลูกหนี้เงินสดค้างชำระค่ารักษาพยาบาลได้รับการติดตามจนชำระหนี้	R11G6OKR1.2.3 ลูกหนี้เงินสดค้างชำระค่ารักษาพยาบาลได้รับการติดตามจนชำระหนี้ ร้อยละ 50														
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>42.84</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	42.84					
63	64	65	66	67											
N/A	N/A	N/A	N/A	42.84											
1.2.4.ลูกหนี้ พรบ.ที่ค้างชำระค่ารักษาพยาบาลได้รับการติดตามจนชำระหนี้	R11G6OKR1.2.4 อัตราลูกหนี้ พรบ.ที่ค้างชำระค่ารักษาพยาบาลได้รับการติดตามจนชำระหนี้ ร้อยละ 50														
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>15.75</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	15.75					
63	64	65	66	67											
N/A	N/A	N/A	N/A	15.75											
1.3 มิติกระบวนการจัดเก็บรายได้	R11G6OKR1.3.1 อัตราการขอเบิกชดเชยลูกหนี้ผู้ป่วยในทุกสิทธิก่อน 30 วัน ร้อยละ 100														
1.3.1 การขอเบิกชดเชยลูกหนี้ผู้ป่วยในทุกสิทธิก่อน 30 วัน															
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	R11G6OKR1.3.2 อัตรากองทุนทุกกองทุนมีผลงานผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 90				
63	64	65	66	67											
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A											
1.3.2 กองทุนทุกกองทุนมีผลงานผ่านเกณฑ์															
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	R11G6OKR1.3.3 อัตราการบันทึก PPFS 22 กิจกรรม (ตามรายละเอียดแนบท้าย) ร้อยละ 90				
63	64	65	66	67											
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A											
1.3.3 การบันทึก PPFS 22 กิจกรรม															
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr></table>	63	64	65	66	67										
63	64	65	66	67											

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G6. โรงพยาบาลมีผลลัพธ์จากการดำเนินงานสูงเป็นอันดับที่ 1 ใน 3 ของ จังหวัดสระบุรีธานี และอันดับที่ 1 ใน 5 ของเขตสุขภาพที่ 11

นครศรีธรรมราช	สุราษฎร์ธานี	ภูเก็ต	กระบี่	ชุมพร
โรงพยาบาลเชียรใหญ่	โรงพยาบาลเกาะพัง	โรงพยาบาลถลาง	โรงพยาบาลเขาพนม	โรงพยาบาลท่ามะชะ
โรงพยาบาลชะอวด	โรงพยาบาลพนม	โรงพยาบาลฉลุง	โรงพยาบาลอ่าวลึก	โรงพยาบาลสวี
โรงพยาบาลทุ่งใหญ่	โรงพยาบาลพระแสง		โรงพยาบาลปลายพระยา	
โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์	โรงพยาบาลพุนพิน		โรงพยาบาลเหนือคลอง	

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs	Project Based																																																
						2568	2569	2570	2571	2572																																												
<table><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>90.90</td></tr></table> 1.3.4 การบันทึกโปรแกรมอื่นๆ นอกโปรแกรม E-claim <table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table> 1.4 มิติคุณภาพทางบัญชี 1.4.1 อุบัติการณ์การลงลูกหนี้ ผิดพลาด <table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table> 1.4.2 อุบัติการณ์การกระทบลูกหนี้ คลาดเคลื่อน <table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table> 1.4.3 อัตราการตั้งลูกหนี้โปรแกรม อื่นๆนอกโปรแกรม E-claim <table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table>					N/A	N/A	N/A	N/A	90.90	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	R11G6OKR1.3.4 อัตราการบันทึกโปรแกรมอื่นๆ นอกโปรแกรม E-claim ร้อยละ 80 R11G6OKR1.4.1 อุบัติการณ์การลงลูกหนี้ผิดพลาด เท่ากับ 0 R11G6OKR1.4.2 อุบัติการณ์การกระทบลูกหนี้คลาดเคลื่อน เท่ากับ 0 R11G6OKR1.4.3 อัตราการตั้งลูกหนี้โปรแกรมอื่นๆนอกโปรแกรม E-claim ร้อยละ 100				
N/A	N/A	N/A	N/A	90.90																																																		
63	64	65	66	67																																																		
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																																																		
63	64	65	66	67																																																		
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																																																		
63	64	65	66	67																																																		
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																																																		
63	64	65	66	67																																																		
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																																																		

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G6. โรงพยาบาลมีผลลัพธ์จากการดำเนินงานสูงเป็นอันดับที่ 1 ใน 3 ของ จังหวัดสุราษฎร์ธานี และ อันดับที่ 1 ใน 5 ของเขตสุขภาพที่ 11

นครศรีธรรมราช	สุราษฎร์ธานี	ภูเก็ต	กระบี่	ชุมพร
โรงพยาบาลเชียรใหญ่ โรงพยาบาลชะอวด โรงพยาบาลทุ่งใหญ่ โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์	โรงพยาบาลเกาะพะงัน โรงพยาบาลพนม โรงพยาบาลพระแสง โรงพยาบาลพุนพิน	โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลฉลุง	โรงพยาบาลเขาพนม โรงพยาบาลอ่าวลึก โรงพยาบาลปลายพระยา โรงพยาบาลเหนือคลอง	โรงพยาบาลท่าแซะ โรงพยาบาลสวี

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based																																	
		2568	2569	2570	2571	2572																													
1.5 มิติรายได้จากการรักษาพยาบาล 1.5.1 Sum AdjRw โรคที่จำเป็นต้องรักษาต่อเนื่องระยะสั้น <table><tr><td>63</td><td>3,634.29</td></tr><tr><td>64</td><td>3,030.80</td></tr><tr><td>65</td><td>5,123.11</td></tr><tr><td>66</td><td>2,916.00</td></tr><tr><td>67</td><td>3,253.00</td></tr></table> 1.5.2 อัตราการครองเตียง <table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>71.94</td><td>95.66</td><td>257.59</td><td>66.51</td><td>74.41</td></tr></table>	63	3,634.29	64	3,030.80	65	5,123.11	66	2,916.00	67	3,253.00	63	64	65	66	67	71.94	95.66	257.59	66.51	74.41	R11G6OKR1.5.1 อัตรา Sum AdjRw โรคที่จำเป็นต้องรักษาต่อเนื่องระยะสั้น 4,000 Adj RW R11G6OKR1.5.2 อัตราการครองเตียงร้อยละ 85														
63	3,634.29																																		
64	3,030.80																																		
65	5,123.11																																		
66	2,916.00																																		
67	3,253.00																																		
63	64	65	66	67																															
71.94	95.66	257.59	66.51	74.41																															
2.อัตรากำไรสุทธิเพิ่มขึ้น <table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table> 2.1 รายได้จากห้องพิเศษ (ค่าห้อง) เพิ่มขึ้น <table><tr><td>63</td><td>N/A</td></tr><tr><td>64</td><td>N/A</td></tr><tr><td>65</td><td>N/A</td></tr><tr><td>66</td><td>N/A</td></tr><tr><td>67</td><td>1,330,600</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	63	N/A	64	N/A	65	N/A	66	N/A	67	1,330,600	R11G6K2 อัตรากำไรสุทธิเพิ่มขึ้น <table><tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr><tr><td>20</td><td>20</td><td>20</td><td>20</td><td>20</td></tr></table> R11G6OKR2.1 รายได้จากห้องพิเศษ (ค่าห้อง) เพิ่มขึ้น ร้อยละ 20	68	69	70	71	72	20	20	20	20	20				
63	64	65	66	67																															
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																															
63	N/A																																		
64	N/A																																		
65	N/A																																		
66	N/A																																		
67	1,330,600																																		
68	69	70	71	72																															
20	20	20	20	20																															

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G6. โรงพยาบาลมีผลลัพธ์จากการดำเนินงานสูงเป็นอันดับที่ 1 ใน 3 ของ จังหวัดสุราษฎร์ธานี และ อันดับที่ 1 ใน 5 ของเขตสุขภาพที่ 11

นครศรีธรรมราช	สุราษฎร์ธานี	ภูเก็ต	กระบี่	ชุมพร
โรงพยาบาลเชียรใหญ่ โรงพยาบาลชะอวด โรงพยาบาลทุ่งใหญ่ โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์	โรงพยาบาลเกาะพะงัน โรงพยาบาลพนม โรงพยาบาลพระแสง โรงพยาบาลพุนพิน	โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลฉลุง	โรงพยาบาลเขาพนม โรงพยาบาลอ่าวลึก โรงพยาบาลปลายพระยา โรงพยาบาลเหนือคลอง	โรงพยาบาลท่าแซะ โรงพยาบาลสวี

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based														
		2568	2569	2570	2571	2572										
2.2 รายได้จากการตรวจสุขภาพเพิ่มขึ้น	R11G6OKR2.2 รายได้จากการตรวจสุขภาพ ร้อยละ 80															
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table>	63						64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
63	64						65	66	67							
N/A	N/A						N/A	N/A	N/A							
2.3 รายได้จากแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกเพิ่มขึ้น	R11G6OKR2.3 รายได้จากแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 20															
<table><tr><td>63</td><td>1,474,472.55</td></tr><tr><td>64</td><td>1,854,599.50</td></tr><tr><td>65</td><td>1,321,103.50</td></tr><tr><td>66</td><td>3,411,011.00</td></tr><tr><td>67</td><td>3,461,221.52</td></tr></table>	63	1,474,472.55	64	1,854,599.50	65	1,321,103.50	66	3,411,011.00	67	3,461,221.52						
63	1,474,472.55															
64	1,854,599.50															
65	1,321,103.50															
66	3,411,011.00															
67	3,461,221.52															
2.4 รายได้จากกายภาพบำบัด เพิ่มขึ้น	R11G6OKR2.4 รายได้จากกายภาพบำบัด ร้อยละ 20															
<table><tr><td>63</td><td>2,998,295</td></tr><tr><td>64</td><td>1,628,549</td></tr><tr><td>65</td><td>1,258,040</td></tr><tr><td>66</td><td>2,104,895</td></tr><tr><td>67</td><td>2,148,141</td></tr></table>	63	2,998,295	64	1,628,549	65	1,258,040	66	2,104,895	67	2,148,141						
63	2,998,295															
64	1,628,549															
65	1,258,040															
66	2,104,895															
67	2,148,141															
2.5 รายได้จากทันตกรรม เพิ่มขึ้น	R11G6OKR2.5 รายได้จากทันตกรรมเพิ่มขึ้นร้อยละ 20															
<table><tr><td>63</td><td>3,348,428.50</td></tr><tr><td>64</td><td>1,434,852.80</td></tr><tr><td>65</td><td>1,925,548.75</td></tr><tr><td>66</td><td>2,129,287.75</td></tr><tr><td>67</td><td>1,749,321.95</td></tr></table>	63	3,348,428.50	64	1,434,852.80	65	1,925,548.75	66	2,129,287.75	67	1,749,321.95						
63	3,348,428.50															
64	1,434,852.80															
65	1,925,548.75															
66	2,129,287.75															
67	1,749,321.95															

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G6. โรงพยาบาลมีผลลัพธ์จากการดำเนินงานสูงเป็นอันดับที่ 1 ใน 3 ของ จังหวัดสุราษฎร์ธานี และ อันดับที่ 1 ใน 5 ของเขตสุขภาพที่ 11

นครศรีธรรมราช	สุราษฎร์ธานี	ภูเก็ต	กระบี่	ชุมพร
โรงพยาบาลเชียรใหญ่ โรงพยาบาลชะอวด โรงพยาบาลทุ่งใหญ่ โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์	โรงพยาบาลเกาะพะงัน โรงพยาบาลพนม โรงพยาบาลพระแสง โรงพยาบาลพุนพิน	โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลฉลุง	โรงพยาบาลเขาพนม โรงพยาบาลอ่าวลึก โรงพยาบาลปลายพระยา โรงพยาบาลเหนือคลอง	โรงพยาบาลท่าแซะ โรงพยาบาลสวี

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based																							
		2568	2569	2570	2571	2572																			
3.ประสิทธิภาพการบริหารรายจ่ายและต้นทุน : Total Performance Score (TPS) ระดับ A (12-15 คะแนน) <table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>A 1</td><td>C 9</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	A 1	C 9	R11G6K3 Total Performance Score (TPS) ระดับ A (12-15 คะแนน) <table><tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr><tr><td>A 12</td><td>A 12</td><td>A 13</td><td>A 13</td><td>A 14</td></tr></table>	68	69	70	71	72	A 12	A 12	A 13	A 13	A 14				
63	64	65	66	67																					
N/A	N/A	N/A	A 1	C 9																					
68	69	70	71	72																					
A 12	A 12	A 13	A 13	A 14																					
3.1 แผนทางการเงินมีติด้านรายได้ ± ไม่เกิน 5 % <table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>21.12</td><td>-5.59</td><td>4.76</td><td>-8.73</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	21.12	-5.59	4.76	-8.73	R11G6OKR3.1 อัตราแผนทางการเงินมีติด้านรายได้ ± ไม่เกิน 5 %														
63	64	65	66	67																					
N/A	21.12	-5.59	4.76	-8.73																					
3.2 LC ค่าแรงบุคลากร : ไม่เกิน ร้อยละ 10 HGR <table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	R11G6OKR3.2 LC ค่าแรงบุคลากร : ไม่เกิน ร้อยละ 10 HGR พัฒนาระบบบริหารการปฏิบัติงาน														
63	64	65	66	67																					
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																					
3.3 MC ค่ายา : ค่ายาไม่เกินเกณฑ์ HGR <table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>13.22</td><td>17.47</td><td>-5.26</td><td>24.05</td><td>1.75</td></tr></table>	63	64	65	66	67	13.22	17.47	-5.26	24.05	1.75	R11G6OKR3.3 อัตราค่ายาไม่เกิน เกณฑ์ HGR														
63	64	65	66	67																					
13.22	17.47	-5.26	24.05	1.75																					

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G6. โรงพยาบาลมีผลลัพธ์จากการดำเนินงานสูงเป็นอันดับที่ 1 ใน 3 ของ จังหวัดสุราษฎร์ธานี และอันดับที่ 1 ใน 5 ของเขตสุขภาพที่ 11

นครศรีธรรมราช	สุราษฎร์ธานี	ภูเก็ต	กระบี่	ชุมพร
โรงพยาบาลเชียรใหญ่ โรงพยาบาลชะอวด โรงพยาบาลทุ่งใหญ่ โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์	โรงพยาบาลเกาะพะงัน โรงพยาบาลพนม โรงพยาบาลพระแสง โรงพยาบาลพุนพิน	โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลฉลุง	โรงพยาบาลเขาพนม โรงพยาบาลอ่าวลึก โรงพยาบาลปลายพระยา โรงพยาบาลเหนือคลอง	โรงพยาบาลท่าแซะ โรงพยาบาลสวี

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based																		
		2568	2569	2570	2571	2572														
3.4 MC ค่าวัสดุวิทยาศาสตร์และการแพทย์ ไม่เกินเกณฑ์ HGR	R11G6OKR3.4 อัตราค่าวัสดุวิทยาศาสตร์และการแพทย์ ไม่เกินเกณฑ์ HGR																			
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table>	63						64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A					
63	64						65	66	67											
N/A	N/A						N/A	N/A	N/A											
3.5 ประสิทธิภาพในการดำเนินงาน มากกว่าหรือเท่ากับ 0	R11G6OKR3.5 ประสิทธิภาพในการดำเนินงาน มากกว่าหรือเท่ากับ 0																			
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>2.70</td><td>29.12</td><td>5.61</td><td>-13.97</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	2.70	29.12	5.61	-13.97										
63	64	65	66	67																
N/A	2.70	29.12	5.61	-13.97																
3.6 ผลตอบแทนจากสินทรัพย์ (Return on Asset) มากกว่าหรือเท่ากับ 0	R11G6OKR3.6 อัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์ (Return on Asset) มากกว่าหรือเท่ากับ 0																			
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>0.05</td><td>29.51</td><td>1.06</td><td>-16.66</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	0.05	29.51	1.06	-16.66										
63	64	65	66	67																
N/A	0.05	29.51	1.06	-16.66																
3.7 ผลกำไรขาดทุนก่อนหักค่าเสื่อมมากกว่าหรือเท่ากับ 0	R11G6OKR3.7 ผลกำไรขาดทุนก่อนหักค่าเสื่อมมากกว่าหรือเท่ากับ 0																			
<table><tr><td>63</td><td>N/A</td></tr><tr><td>64</td><td>2,796,456.49</td></tr><tr><td>65</td><td>68,382,302.79</td></tr><tr><td>66</td><td>8,592,613.60</td></tr><tr><td>67</td><td>21,305,232.30</td></tr></table>	63	N/A	64	2,796,456.49	65	68,382,302.79	66	8,592,613.60	67	21,305,232.30										
63	N/A																			
64	2,796,456.49																			
65	68,382,302.79																			
66	8,592,613.60																			
67	21,305,232.30																			

วิสัยทัศน์ : “ศูนย์การแพทย์คุณภาพชั้นนำที่ประชาชนศรัทธา”

พันธกิจ M4 พัฒนาระบบบริหารจัดการองค์กรสมรรถนะสูง (HPO)

ยุทธศาสตร์ S3 พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการโรงพยาบาลดิจิทัล ระดับ S Plus

Roadmap 12 โรงพยาบาลพูนพิณดิจิทัล

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G6. โรงพยาบาลมีผลลัพธ์จากการดำเนินงานสูงเป็นอันดับที่ 1 ใน 3 ของ จังหวัดสราญราษฎร์ธานี และอันดับที่ 1 ใน 5 ของเขตสุขภาพที่ 11																			
นครศรีธรรมราช		สราญราษฎร์ธานี		ภูเก็ต		กระบี่		ชุมพร											
โรงพยาบาลเชียรใหญ่ โรงพยาบาลชะอวด โรงพยาบาลทุ่งใหญ่ โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์		โรงพยาบาลเกาะพัง โรงพยาบาลพนม โรงพยาบาลพระแสง โรงพยาบาลพุนพิน		โรงพยาบาลถลาง โรงพยาบาลฉลุง		โรงพยาบาลเขาพนม โรงพยาบาลอ่าวลึก โรงพยาบาลปลายพระยา โรงพยาบาลเหนือคลอง		โรงพยาบาลท่าแซะ โรงพยาบาลสวี											
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์		KPI & OKRs			Project Based														
					2568	2569	2570	2571	2572										
1. HA IT : ได้รับการรับรอง HAIT level 1 ภายในปี 2568		R12G6K1 ระดับความสำเร็จในการรับการรับรอง HAIT level 1 ภายใน ปี 2568			HAIT level 1		HAIT level 2		HAIT level 3										
		<table><tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr><tr><td>ขั้น 1</td><td>ขั้น 1+</td><td>ขั้น 2</td><td>ขั้น 2+</td><td>ขั้น 3</td></tr></table>			68	69	70	71	72	ขั้น 1	ขั้น 1+	ขั้น 2	ขั้น 2+	ขั้น 3					
68	69	70	71	72															
ขั้น 1	ขั้น 1+	ขั้น 2	ขั้น 2+	ขั้น 3															
1.1. IT Master Plan : แผนยุทธศาสตร์ IT สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล		R12G6OKR1.1 ระดับความสำเร็จแผนยุทธศาสตร์ IT สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล																	
1.2. IT Risk Management System :ความเสี่ยงสูงถึงสูงมากได้รับการจัดการป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติการณ์		R12G6OKR1.2 อัตราความเสี่ยงสูงถึงสูงมากได้รับการจัดการป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติการณ์ ร้อยละ 100																	
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>0</td><td>24</td><td>22</td></tr></table>		63	64	65	66	67	N/A	N/A	0	24	22								
63	64	65	66	67															
N/A	N/A	0	24	22															
1.3. Information Security Management : บุคลากรในโรงพยาบาลมีความรอบรู้		R12G6OKR1.3 บุคลากรในโรงพยาบาลมีความรอบรู้ในการจัดการ																	

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G6. โรงพยาบาลมีผลลัพธ์จากการดำเนินงานสูงเป็นอันดับที่ 1 ใน 3 ของ จังหวัดสระบุรีธานี และ อันดับที่ 1 ใน 5 ของเขตสุขภาพที่ 11

นครศรีธรรมราช	สุราษฎร์ธานี	ภูเก็ต	กระบี่	ชุมพร
โรงพยาบาลเชียรใหญ่ โรงพยาบาลชะอวด โรงพยาบาลทุ่งใหญ่ โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์	โรงพยาบาลเกาะพะงัน โรงพยาบาลพนม โรงพยาบาลพระแสง โรงพยาบาลพุนพิน	โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลฉลุง	โรงพยาบาลเขาพนม โรงพยาบาลอ่าวลึก โรงพยาบาลปลายพระยา โรงพยาบาลเหนือคลอง	โรงพยาบาลท่าแซะ โรงพยาบาลสวี

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based																		
		2568	2569	2570	2571	2572														
ในการจัดการความมั่นคงปลอดภัยของระบบ IT	ความมั่นคงปลอดภัยของระบบ IT ร้อยละ 100																			
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>60</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	60										
63	64	65	66	67																
N/A	N/A	N/A	N/A	60																
1.4. Service Desk, Service Level Agreement, Incident and Problem Management : อัตราการจัดการระบบบริการ IT ตามเกณฑ์ SLA ได้ตามมาตรฐานเพิ่มขึ้น	R12G6OKR1.4 อัตราการจัดการระบบบริการ IT ตามเกณฑ์ SLA ได้ตามมาตรฐาน ร้อยละ 85																			
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>81.84</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	81.84										
63	64	65	66	67																
N/A	N/A	N/A	N/A	81.84																
1.5 Clinical Data Quality Control : อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนในระบบ IT (ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน) เพิ่มขึ้น	R12G6OKR1.5 อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนในระบบ IT(ผู้ป่วยนอก) เพิ่มขึ้น ร้อยละ 80 (ผู้ป่วยใน) เพิ่มขึ้น ร้อยละ 50																			
<table><tr><td colspan="5">OPD</td></tr><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>76.47</td></tr></table>	OPD					63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	76.47					
OPD																				
63	64	65	66	67																
N/A	N/A	N/A	N/A	76.47																

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G6. โรงพยาบาลมีผลลัพธ์จากการดำเนินงานสูงเป็นอันดับที่ 1 ใน 3 ของ จังหวัดสุราษฎร์ธานี และอันดับที่ 1 ใน 5 ของเขตสุขภาพที่ 11

นครศรีธรรมราช	สุราษฎร์ธานี	ภูเก็ต	กระบี่	ชุมพร
โรงพยาบาลเชียรใหญ่ โรงพยาบาลชะอวด โรงพยาบาลทุ่งใหญ่ โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์	โรงพยาบาลเกาะพะงัน โรงพยาบาลพนม โรงพยาบาลพระแสง โรงพยาบาลพุนพิน	โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลฉลุง	โรงพยาบาลเขาพนม โรงพยาบาลอ่าวลึก โรงพยาบาลปลายพระยา โรงพยาบาลเหนือคลอง	โรงพยาบาลท่าแซะ โรงพยาบาลสวี

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based																												
		2568	2569	2570	2571	2572																								
: อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนในระบบ IT (ผู้ป่วยใน) เพิ่มขึ้น <table><tr><th colspan="5">IPD</th></tr><tr><th>63</th><th>64</th><th>65</th><th>66</th><th>67</th></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>75.13</td></tr></table> 1.6. Software Development Quality Control (if available) : อัตราความสมบูรณ์ในการจัดการทำ Soft wear สนับสนุนแผนยุทธศาสตร์ (R1-R12) <table><tr><th>63</th><th>64</th><th>65</th><th>66</th><th>67</th></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table> 1.7. Capacity Management and Change Management :	IPD					63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	75.13	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	R12G6OKR1.6 Software Development Quality Control (if available): อัตราความสมบูรณ์ในการจัดการทำ Soft wear สนับสนุนแผนยุทธศาสตร์ (R1-R12) ร้อยละ 50 R12G6OKR1.7 อัตราความสมบูรณ์ในการจัดการทำ Soft wear สนับสนุนแผนยุทธศาสตร์ (R1-R12) ร้อยละ 50				
IPD																														
63	64	65	66	67																										
N/A	N/A	N/A	N/A	75.13																										
63	64	65	66	67																										
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																										

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G6. โรงพยาบาลมีผลลัพธ์จากการดำเนินงานสูงเป็นอันดับที่ 1 ใน 3 ของ จังหวัดสุราษฎร์ธานี และ อันดับที่ 1 ใน 5 ของเขตสุขภาพที่ 11

นครศรีธรรมราช	สุราษฎร์ธานี	ภูเก็ต	กระบี่	ชุมพร
โรงพยาบาลเชียรใหญ่ โรงพยาบาลชะอวด โรงพยาบาลทุ่งใหญ่ โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์	โรงพยาบาลเกาะพะงัน โรงพยาบาลพนม โรงพยาบาลพระแสง โรงพยาบาลพุนพิน	โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลฉลุง	โรงพยาบาลเขาพนม โรงพยาบาลอ่าวลึก โรงพยาบาลปลายพระยา โรงพยาบาลเหนือคลอง	โรงพยาบาลท่าแซะ โรงพยาบาลสวี

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based																		
		2568	2569	2570	2571	2572														
1.7.1 อัตราความพร้อมใช้ของระบบ IT เพิ่มขึ้น 1.1 Hardware 1.2 Software 1.3 Network <table><tr><th colspan="5">Hardware/Software/Network</th></tr><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>85.22</td></tr></table>	Hardware/Software/Network					63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	85.22	R12G6OKR1.7.1 อัตราความพร้อมใช้ของระบบ IT (Hardware Software Network) ร้อยละ 80 R12G6OKR1.7.2 อัตราบุคลากร IT ผ่านเกณฑ์การประเมิน specific competency (Hardware Software Network) ร้อยละ 90				
Hardware/Software/Network																				
63	64	65	66	67																
N/A	N/A	N/A	N/A	85.22																

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G6. โรงพยาบาลมีผลลัพธ์จากการดำเนินงานสูงเป็นอันดับที่ 1 ใน 3 ของ จังหวัดสุราษฎร์ธานี และ อันดับที่ 1 ใน 5 ของเขตสุขภาพที่ 11

นครศรีธรรมราช	สุราษฎร์ธานี	ภูเก็ต	กระบี่	ชุมพร
โรงพยาบาลเชียรใหญ่ โรงพยาบาลชะอวด โรงพยาบาลทุ่งใหญ่ โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์	โรงพยาบาลเกาะพะนัง โรงพยาบาลพนม โรงพยาบาลพระแสง โรงพยาบาลพุนพิน	โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลฉลุง	โรงพยาบาลเขาพนม โรงพยาบาลอ่าวลึก โรงพยาบาลปลายพระยา โรงพยาบาลเหนือคลอง	โรงพยาบาลท่าแซะ โรงพยาบาลสวี

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based																																	
		2568	2569	2570	2571	2572																													
1.8 Cyber security : โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน Cyber security <table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>ผ่าน</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	ผ่าน	R12G6OKR1.8 ระดับความสำเร็จของ โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน Cyber security ผ่านระดับสูง																								
63	64	65	66	67																															
N/A	N/A	N/A	N/A	ผ่าน																															
2. HIMSS (Stage 5-7) : HIMSS stage 5-7 ได้มาตรฐาน <table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table> 2.1 HIMSS stage 5 : ความสำเร็จ ในเก็บภาพ Ultrasound และ สามารถเปิดดูได้ผ่านระบบเครือข่าย <table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table> 2.2 HIMSS stage 5 : ความสำเร็จ ในเก็บภาพ EKG และสามารถเปิดดู ได้ผ่านระบบเครือข่าย	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	R12G6K2 ระดับความสำเร็จในการ พัฒนา HIMSS stage 5-7 <table><tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr><tr><td>HIMSS Stage 5</td><td>HIMSS Stage 6</td><td>HIMSS Stage 7</td><td></td><td></td></tr></table> R12G6OKR2.1 ระดับความสำเร็จใน การพัฒนาความสมบูรณ์ในเก็บภาพ Ultrasound และสามารถเปิดดูได้ผ่าน ระบบเครือข่าย ร้อยละ 100 R12G6OKR2.2 ระดับความสำเร็จใน การพัฒนาความสมบูรณ์ในเก็บภาพ EKG และสามารถเปิดดูได้ผ่านระบบ เครือข่าย ร้อยละ 100	68	69	70	71	72	HIMSS Stage 5	HIMSS Stage 6	HIMSS Stage 7			HIMSS Stage 5	HIMSS Stage 6	HIMSS Stage 7	
63	64	65	66	67																															
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																															
63	64	65	66	67																															
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																															
68	69	70	71	72																															
HIMSS Stage 5	HIMSS Stage 6	HIMSS Stage 7																																	

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G6. โรงพยาบาลมีผลลัพธ์จากการดำเนินงานสูงเป็นอันดับที่ 1 ใน 3 ของ จังหวัดสระบุรีธานี และอันดับที่ 1 ใน 5 ของเขตสุขภาพที่ 11

นครศรีธรรมราช	สุราษฎร์ธานี	ภูเก็ต	กระบี่	ชุมพร
โรงพยาบาลเชียรใหญ่	โรงพยาบาลเกาะพะงัน	โรงพยาบาลกลาง	โรงพยาบาลเขาพนม	โรงพยาบาลท่าแซะ
โรงพยาบาลชะอวด	โรงพยาบาลพนม	โรงพยาบาลฉลุง	โรงพยาบาลอ่าวลึก	โรงพยาบาลสวี
โรงพยาบาลทุ่งใหญ่	โรงพยาบาลพระแสง		โรงพยาบาลปลายพระยา	
โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์	โรงพยาบาลพุนพิน		โรงพยาบาลเหนือคลอง	

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs	Project Based				
						2568	2569	2570	2571	2572
63	64	65	66	67						
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A						
3. Health Cloud System : ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพดิจิทัล (30 บาท รักษาทุกที่)					R12G6K3 ระดับความสำเร็จ ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพดิจิทัล (30 บาท รักษาทุกที่)					
63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	80	80	80	80	80	
3.1 ประชาชนพิสูจน์ตัวตน (Health ID) เพิ่มขึ้น					R12G6OKR3.1 อัตราประชาชนพิสูจน์ ตัวตน (Health ID) เพิ่มขึ้น ร้อยละ 5					
63	64	65	66	67						
N/A	N/A	N/A	N/A	23.84						
3.2 การลงลายมือชื่ออิเล็กทรอนิกส์					R12G6OKR3.2 อัตราการลงลายมือ ชื่ออิเล็กทรอนิกส์ ร้อยละ 100					
63	64	65	66	67						
N/A	N/A	N/A	N/A	100						
3.3 การลงทะเบียน สอน.บัดดี้					R12G6OKR3.3 อัตราการลงทะเบียน สอน.บัดดี้ ร้อยละ 80					
63	64	65	66	67						
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A						

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G6. โรงพยาบาลมีผลลัพธ์จากการดำเนินงานสูงเป็นอันดับที่ 1 ใน 3 ของ จังหวัดสุราษฎร์ธานี และ อันดับที่ 1 ใน 5 ของเขตสุขภาพที่ 11

นครศรีธรรมราช	สุราษฎร์ธานี	ภูเก็ต	กระบี่	ชุมพร
โรงพยาบาลเชียรใหญ่ โรงพยาบาลชะอวด โรงพยาบาลทุ่งใหญ่ โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์	โรงพยาบาลเกาะพะงัน โรงพยาบาลพนม โรงพยาบาลพระแสง โรงพยาบาลพุนพิน	โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลฉลุง	โรงพยาบาลเขาพนม โรงพยาบาลอ่าวลึก โรงพยาบาลปลายพระยา โรงพยาบาลเหนือคลอง	โรงพยาบาลท่าแซะ โรงพยาบาลสวี

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based													
		2568	2569	2570	2571	2572									
3.4 การให้บริการ Healthrider เพิ่มขึ้น	R12G6OKR3.4 อัตราการให้บริการ Healthrider เพิ่มขึ้น ร้อยละ 3														
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>4,045</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	4,045					
63	64	65	66	67											
N/A	N/A	N/A	N/A	4,045											
3.5 อัตราคลินิกบริการนัดหมายออนไลน์เพิ่มขึ้น	R12G6OKR3.5 อัตราคลินิกบริการนัดหมายออนไลน์เพิ่มขึ้น ร้อยละ 20														
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A					
63	64	65	66	67											
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A											

กำหนดตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย Key Performance Indicators (KPIs) & Objectives and key results (OKRs) เพื่อวัดความสำเร็จของแผนยุทธศาสตร์

ตารางที่ 2.7 ตารางกำหนดตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย Key Performance Indicators (KPIs) & Objectives and key results (OKRs)

วิสัยทัศน์ : ศูนย์การแพทย์คุณภาพชั้นเลิศที่ประชาชนศรัทธา
พันธกิจที่ : M1 พัฒนาระบบการแพทย์เฉพาะทางมาตรฐานโรงพยาบาลระดับ S Plus
ยุทธศาสตร์: S1 ยกระดับคุณภาพศูนย์การแพทย์ และมุ่งสู่ความเป็นเลิศด้านการแพทย์ผสมผสาน
Roadmap 1 ศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง : 1.1. กลุ่มโรคเวชศาสตร์ฉุกเฉิน

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต												
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs					Project Based		โครงการงานและกิจกรรม
										2568	2569	
1. Stroke : ลดอัตราการเสียชีวิต					R1G1K1 อัตราผู้ป่วย stroke เสียชีวิต					Excellent Fast Track		1.โครงการ Excellent 3S Fast Track
hemorrhagic / ischemic					hemorrhagic / ischemic					1. ปักหมุด 3A : 3S		1. งานปักหมุด 3A : 3S
63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	2. Interhospital conference 3S (EWS/CNPG/CPG)		1.1. จัดทำฐานข้อมูล NCDs สีแดง กลุ่มเสี่ยง Sepsis
4.20	3.87	5.06	1.94	4.76	<4	< 3.5	< 3	< 2.5	< 2	3. คลินิกโรคหัวใจ		1.2. Spot Mapping ครีวเรือน NCDs สีแดง กลุ่มเสี่ยง Sepsis
1.1 กลุ่มป่วย stroke เข้าถึงบริการทางการแพทย์ตั้งแต่เริ่มมีอาการภายในเวลา 3 ชั่วโมงเพิ่มขึ้น					R1G1OKR1.1 อัตราผู้ป่วย stroke เข้าถึงบริการทางการแพทย์ตั้งแต่เริ่มมีอาการภายในเวลา 3 ชั่วโมง ร้อยละ 60							1.3. My First Care SOS กลุ่ม Intensive Stroke (ชุมชนบ้านบน,บ้านล่าง,บ้านกลาง)
63	64	65	66	67								1.4 จัดทำโปสเตอร์ 3S ติดด้านในประตูห้องน้ำด้านใน (กลุ่ม NCDs สีแดง/กลุ่มเสี่ยง Sepsis)
44.86	51.16	44.73	45.09	50.47								2. งาน Inter-hospital conference 3S (CPG/CNPG/EWS)
												2.1. ปรับปรุง CPG/CNPG
												2.2. อบรม EWS
												3. งานสรรหาบุคลากร (HRM)

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม																														
		2568	2569																															
1.2 ไม่พบอุบัติการณ์ EWS Stroke ล่าช้า <table border="1"> <tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>0</td><td>0</td></tr> </table> 1.3 ไม่พบอุบัติการณ์ EWS Stroke ผิดพลาด <table border="1"> <tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>0</td><td>0</td></tr> </table> 1.4 ไม่พบอุบัติการณ์วินิจฉัย Stroke ล่าช้า <table border="1"> <tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>0</td><td>0</td></tr> </table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	0	0	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	0	0	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	0	0	R1G1OKR1.2 อุบัติการณ์ EWS stroke ล่าช้า เท่ากับ 0 R1G1OKR1.3 อุบัติการณ์ EWS stroke ผิดพลาด เท่ากับ 0 R1G1OKR1.4 อุบัติการณ์วินิจฉัย Stroke ล่าช้าเท่ากับ 0			3.1 แพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1 ตำแหน่ง 3.2 พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทาง ด้านโรคหลอดเลือดสมอง 1 ตำแหน่ง 3.3 พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางโรคหลอดเลือดหัวใจ 1 ตำแหน่ง 4. งานพัฒนาสมรรถนะ (HRD) 4.1 หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมอง 4.2 หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางโรคหลอดเลือดหัวใจ 5. งานจัดหาวัสดุครุภัณฑ์ 5.1 นาฬิกา SOS 20 เครื่อง 300,000 บาท 5.2 อุปกรณ์ My First Care 20 เครื่อง 580,000 บาท
63	64	65	66	67																														
N/A	N/A	N/A	0	0																														
63	64	65	66	67																														
N/A	N/A	N/A	0	0																														
63	64	65	66	67																														
N/A	N/A	N/A	0	0																														
2. STEMI (ACS) : ลดอัตราการเสียชีวิต <table border="1"> <tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr><td>7.40</td><td>7.69</td><td>5.26</td><td>6.25</td><td>6.66</td></tr> </table>	63	64	65	66	67	7.40	7.69	5.26	6.25	6.66	R1G1K2 อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย STEMI <table border="1"> <tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr> <tr><td>< 6</td><td>< 5</td><td>< 4</td><td>< 3</td><td>< 2</td></tr> </table>	68	69	70	71	72	< 6	< 5	< 4	< 3	< 2													
63	64	65	66	67																														
7.40	7.69	5.26	6.25	6.66																														
68	69	70	71	72																														
< 6	< 5	< 4	< 3	< 2																														

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม																														
		2568	2569																															
2.1 กลุ่มป่วย STEMIเข้าถึงบริการทางการแพทย์ตั้งแต่เริ่มมีอาการภายในเวลา 30 นาที เพิ่มขึ้น <table border="1"> <tr> <th>63</th><th>64</th><th>65</th><th>66</th><th>67</th></tr> <tr> <td>32.19</td><td>50.00</td><td>24.32</td><td>31.70</td><td>27.25</td></tr> </table> 2.2 ไม่พบอุบัติการณ์ EWS STEMI ล่าช้า <table border="1"> <tr> <th>63</th><th>64</th><th>65</th><th>66</th><th>67</th></tr> <tr> <td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr> </table> 2.3 ไม่พบอุบัติการณ์ EWS STEMI ผิดพลาด <table border="1"> <tr> <th>63</th><th>64</th><th>65</th><th>66</th><th>67</th></tr> <tr> <td>N/A</td><td>N/A</td><td>1</td><td>0</td><td>1</td></tr> </table> 2.4 ไม่พบอุบัติการณ์วินิจัย STEMI ล่าช้า	63	64	65	66	67	32.19	50.00	24.32	31.70	27.25	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	63	64	65	66	67	N/A	N/A	1	0	1	R1G1OKR2.1 อัตรากลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย STEMI เข้าถึงบริการทางการแพทย์ตั้งแต่เริ่มมีอาการภายในเวลา 30 นาที ร้อยละ 60 R1G1OKR2.2 อุบัติการณ์ EWS STEMI ล่าช้า เท่ากับ 0 R1G1OKR2.3 อุบัติการณ์ EWS STEMI ผิดพลาด เท่ากับ 0 R1G1OKR2.4 อุบัติการณ์วินิจัย STEMI ล่าช้า เท่ากับ 0			
63	64	65	66	67																														
32.19	50.00	24.32	31.70	27.25																														
63	64	65	66	67																														
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																														
63	64	65	66	67																														
N/A	N/A	1	0	1																														

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม
						2568	2569	
63	64	65	66	67	R1G1OKR2.5 อุบัติการณ์วินิจฉัย STEMI ผิดพลาด เท่ากับ 0			
N/A	N/A	0	2	0				
2.5 ไม่พบอุบัติการณ์วินิจฉัย STEMI ผิดพลาด								
63	64	65	66	67				
2	1	2	1	0	R1G1OKR2.6 อัตราผู้ป่วย STEMI ได้รับการส่งต่อเพื่อทำ PCI ภายใน 120 นาที ภายหลังวินิจฉัย ร้อยละ 100			
2.6 ไม่พบอุบัติการณ์ส่งต่อ STEMI ล่าช้า								
63	64	65	66	67				
N/A	N/A	32.64	22.22	45.71				
3. Sepsis : ลดอัตราการเสียชีวิต					R1G1K3 อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย sepsis			

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs					Project Based		โครงการงานและกิจกรรม
63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	2568	2569	
1.54	0	5.88	0	0	26	26	26	26	26			
3.1 กลุ่มเสี่ยง Sepsis (เบาหวาน uncontrol/ ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง/ Bedridden /ผู้ป่วยCKD) ได้รับทักษะการประเมินภาวะ Sepsis ด้วย NEWS ทุกราย					R1G1OKR3.1 อัตรากลุ่มเสี่ยง Sepsis ได้รับ ทักษะการประเมินภาวะ Sepsis ด้วย NEWS ร้อยละ 100							
63	64	65	66	67								
100	100	100	100	90.33								
3.2 ไม่พบอุบัติการณ์วินิจฉัย Sepsis ล่าช้า					R1G1OKR3.2 อุบัติการณ์วินิจฉัย Sepsis ล่าช้าเท่ากับ 0							
63	64	65	66	67								
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A								
3.3 ไม่พบอุบัติการณ์ EWS Sepsis ซ้ำล่าช้า					R1G1OKR3.3 อุบัติการณ์ EWS Sepsis ซ้ำล่าช้าเท่ากับ 0							

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม
						2568	2569	
63	64	65	66	67				
N/A	N/A	N/A	N/A	2				
3.4 ไม่พบอุบัติการณ์การให้สารน้ำไม่เหมาะสม								
63	64	65	66	67				
N/A	N/A	N/A	N/A	1	R1G1OKR3.4 อุตบัติการณ์การให้สารน้ำไม่เหมาะสมเท่ากับ 0			
3.5 ไม่พบอุบัติการณ์ Refer ผู้ป่วย Sepsis ล่าช้า					R1G1OKR3.5 อุตบัติการณ์ Refer ผู้ป่วย Sepsis ล่าช้า เท่ากับ 0			
63	64	65	66	67				
N/A	N/A	N/A	0	0				

R1G1OKR3.4 อุตการณ์การให้สารน้ำ
ไม่เหมาะสมเท่ากับ 0

R1G1OKR3.5 อุตการณ์ Refer ผู้ป่วย
Sepsis ล่าช้า เท่ากับ 0

วิสัยทัศน์ : ศูนย์การแพทย์คุณภาพชั้นเลิศที่ประชาชนศรัทธา

พันธกิจที่ : M1 พัฒนาระบบการแพทย์เฉพาะทางมาตรฐานโรงพยาบาลระดับ S Plus

ยุทธศาสตร์: S1 ยกระดับคุณภาพศูนย์การแพทย์ และมุ่งสู่ความเป็นเลิศด้านการแพทย์ผสมผสาน

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : 1 ด้านการแพทย์เฉพาะทาง 1.2. กลุ่มโรคหายาก

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม																														
		2568	2569																															
1. DM : ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน (DKA/hypoglycemic coma/DR/ CKD/ DM foot / Stroke/ STEMI) <table border="1"> <tr> <td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr> <td>3.60</td><td>2.19</td><td>2.65</td><td>2.99</td><td>1.28</td></tr> </table> 1.1 ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ HbA1c น้อยกว่า7mg% เพิ่มขึ้น <table border="1"> <tr> <td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr> <td>53.54</td><td>48.29</td><td>39.85</td><td>46.68</td><td>46.61</td></tr> </table>	63	64	65	66	67	3.60	2.19	2.65	2.99	1.28	63	64	65	66	67	53.54	48.29	39.85	46.68	46.61	R1.2G1K1 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน (DKA/hypoglycemic coma/DR/ CKD/ DM foot / Stroke/ STEMI) <table border="1"> <tr> <td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr> <tr> <td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>1.5</td><td>1</td></tr> </table> R1.2G1OKR1.1 อัตราผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตาม เกณฑ์ HbA1c น้อยกว่า 7mg% ร้อยละ 60	68	69	70	71	72	2	2	2	1.5	1	Excellent Holistic DM/HT/ CKD clinic 1.Remission Clinic (DM/HT) 2.Smart DM/HT/ CKD Clinic 3.Individual Lifestyle modification program 4.Individual Lifestyle multiplication program		2.โครงการ Excellent Holistic NCDs clinic 1. Remission DM 1.1.วัด Body Composition ในผู้ป่วย Intensive 1.2. Remission Service 3 รพ.สต 2.Smart DM/HT/CKD Clinic 2.1 Telemedicine 2.2 Health rider 2.3 ระบบ NCDs Clinic ใน OPD 2.4 Mobile Screenig คริวเรือน 2.5 Home health care 3.Individual Lifestyle modification program 3.1 โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3.2 Prevention Clinic (บูรณาการ R3 โครงการที่ 9) 4. คลินิกโรคหัวใจ
63	64	65	66	67																														
3.60	2.19	2.65	2.99	1.28																														
63	64	65	66	67																														
53.54	48.29	39.85	46.68	46.61																														
68	69	70	71	72																														
2	2	2	1.5	1																														

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม															
		2568	2569																
1.2 ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีข้อบ่งชี้ได้รับการปรับยาทุกราย <table border="1"> <tr> <td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr> <td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr> </table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	R1.2G1OKR1.2 อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีข้อบ่งชี้ได้รับการปรับยา ร้อยละ 60			4.1 คลินิกรักษัใจ 4.2 Wafarin clinic 5.COPD management 5.1. ตรวจ Spiroremistry 5.2. Pulmonary Rehabilitation 5.3 D-method (วางแผนจำหน่ายรายโรค) 6. งานสรรหาบุคลากร (HRM) 6.1. แพทย์เฉพาะทางอายุรกรรม 1 ตำแหน่ง 6.2 พยาบาลเฉพาะทางอายุรกรรม 1 ตำแหน่ง 7. งานพัฒนาสมรรถนะ(HRD) 7.1 หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางการจัดการโรคเรื้อรัง 7.2 หลักสูตรเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต (การฟอกเลือดด้วยเครื่องฟอกไตเทียม) 8. งานจัดหาวัสดุครุภัณฑ์ 8.1 เครื่องวัดองค์ประกอบของร่างกาย 1 เครื่อง					
63	64	65	66	67															
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A															
1.3 ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการคัดกรองโรคแทรกซ้อน ตา/ไต/เท้า เพิ่มขึ้น <table border="1"> <tr> <td colspan="5">ตา /ไต/เท้า</td></tr> <tr> <td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr> <td>72.14/ NA/ 77.17</td><td>64.57/ NA/ 68.69</td><td>88.54/ 30.98/ 66.78</td><td>70.17/ 30.43/ 67.86</td><td>55.44/ 27.35/ 59.21</td></tr> </table>	ตา /ไต/เท้า					63	64	65	66	67	72.14/ NA/ 77.17	64.57/ NA/ 68.69	88.54/ 30.98/ 66.78	70.17/ 30.43/ 67.86	55.44/ 27.35/ 59.21	R1.2G1OKR1.3 อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการคัดกรองโรคแทรกซ้อน ตา/ไต/เท้า ร้อยละ 60			
ตา /ไต/เท้า																			
63	64	65	66	67															
72.14/ NA/ 77.17	64.57/ NA/ 68.69	88.54/ 30.98/ 66.78	70.17/ 30.43/ 67.86	55.44/ 27.35/ 59.21															
1.4 ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการคัดกรอง CVD risk ทุกราย <table border="1"> <tr> <td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr> <td>94.18</td><td>93.99</td><td>93.30</td><td>81.78</td><td>84.24</td></tr> </table>	63	64	65	66	67	94.18	93.99	93.30	81.78	84.24	R1.2G1OKR 1.4 อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการคัดกรอง CVD risk ร้อยละ 100								
63	64	65	66	67															
94.18	93.99	93.30	81.78	84.24															

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม																														
		2568	2569																															
1.5 ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าสู่ระยะสงบ (remission) เพิ่มขึ้น <table border="1"> <tr> <td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr> <td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>25.30</td><td>4.13</td></tr> </table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	25.30	4.13	R1.2G1OKR 1.5 อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าสู่ระยะสงบ (remission) ร้อยละ 20																							
63	64	65	66	67																														
N/A	N/A	N/A	25.30	4.13																														
2. HT : ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน (CKD/Stroke/STEMI) <table border="1"> <tr> <td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr> <td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr> </table> 2.1 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ (น้อยกว่าหรือเท่ากับ140/90 mmHg) เพิ่มขึ้น <table border="1"> <tr> <td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr> <td>70.71</td><td>64.24</td><td>74.48</td><td>69.27</td><td>70.52</td></tr> </table> 2.2 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีข้อบ่งชี้ได้รับยา ACEi/ARB ทุกราย	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	63	64	65	66	67	70.71	64.24	74.48	69.27	70.52	R1.2G1K2 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน (CKD/Stroke/STEMI) <table border="1"> <tr> <td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr> <tr> <td>5</td><td>5</td><td>4.5</td><td>4.5</td><td>4</td></tr> </table> R1.2G1OKR 2.1 อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 140/90 mmHg) ร้อยละ 80 R1.2G1OKR 2.2 อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีข้อบ่งชี้ได้รับยา ACEi/ARB ร้อยละ 100	68	69	70	71	72	5	5	4.5	4.5	4			
63	64	65	66	67																														
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																														
63	64	65	66	67																														
70.71	64.24	74.48	69.27	70.52																														
68	69	70	71	72																														
5	5	4.5	4.5	4																														

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs					Project Based		โครงการงานและกิจกรรม
										2568	2569	
63	64	65	66	67								
76.22	69.94	66.13	70.06	64.64								
3. CKD : ลดอัตราการเกิด ESRD					R1.2G1K3 อัตราการเกิด ESRD							
63	64	65	66	67	68	69	70	71	72			
16	23	29	19	21	2	2	1.5	1.5	1			
3.1 ผู้ป่วย CKDที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5ml/min/1.73n2/yr ที่เพิ่มขึ้น					R1.2G1OKR 3.1 อัตราผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5ml/min/1.73n2/yr ร้อยละ 60							
63	64	65	66	67								
80.19	67.62	56.14	62.63	58.12								
3.2 ผู้ป่วยCKD stage 3b ที่ไม่สามารถควบคุมชะลอความเสื่อมของไตและมีพฤติกรรมกินเค็ม/ใช้ยาNSAIDs/สมุนไพรที่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทุกราย					R1.2G1OKR 3.2 อัตราผู้ป่วยCKD stage 3b ที่ไม่สามารถควบคุมชะลอความเสื่อมของไตและมีพฤติกรรมกินเค็ม/ใช้ยาNSAIDs/สมุนไพรที่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร้อยละ 100							

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs					Project Based		โครงการงานและกิจกรรม
										2568	2569	
63	64	65	66	67								
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A								
4. COPD : คุมโรคได้ 4.1 อุบัติการณ์ผู้ป่วย COPD เกิดภาวะ Respiratory failure เท่ากับ 0					R1.2G1K4 ร้อยละของผู้ป่วย COPD เกิดภาวะ Respiratory failure เท่ากับ 0							
63	64	65	66	67	68	69	70	71	72			
2	3	0	1	4	0	0	0	0	0			
4.2 อุบัติการณ์ผู้ป่วย COPD ที่มาด้วย Acute exacerbation เท่ากับ 0					R1.2G1OKR 4.2 ร้อยละผู้ป่วย COPD ที่มาด้วย Acute exacerbation เท่ากับ 0							
63	64	65	66	67	R1.2G1OKR 4.2 ร้อยละผู้ป่วย COPD re - admitted ภายใน 28 วัน น้อยกว่า 50							
N/A	15	5	17	33	R1.2G1OKR 4.3 ร้อยละ Re - admitted ในผู้ป่วย COPD ภายใน 28 วันน้อยกว่า ร้อยละ 0.5							

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs		Project Based		โครงการงานและกิจกรรม
							2568	2569	
63	64	65	66	67					
N/A	0.16	0.20	0.37	0.22					

วิสัยทัศน์ : ศูนย์การแพทย์คุณภาพขั้นเลิศที่ประชาชนศรัทธา

พันธกิจที่ : M1 พัฒนาระบบการแพทย์เฉพาะทางมาตรฐานโรงพยาบาลระดับ S Plus

ยุทธศาสตร์ : S1 ยกระดับคุณภาพศูนย์การแพทย์ และมุ่งสู่ความเป็นเลิศด้านการแพทย์ผสมผสาน

Roadmap 1 ศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง : 1.3. กลุ่มโรคศัลยกรรม

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม																			
		2568	2569																				
1.มะเร็งเต้านม : ลดอัตราการเกิดมะเร็งเต้านมรายใหม่	R1.3G1K1 อัตราการเกิดมะเร็งเต้านมรายใหม่ลดลง	คัดกรองมะเร็งครบวงจร 1.คัดกรองมะเร็งเต้านม 2.คัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง 3.คัดกรองมะเร็งปากมดลูก	3.โครงการ คัดกรองมะเร็งครบวงจร 1. คัดกรองมะเร็งเต้านมโดยเครื่องเอกซเรย์เต้านมเคลื่อนที่ (Mammogram) 2. คัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง(Fit test) 3. คัดกรองมะเร็งปากมดลูก 4. ติดโปสเตอร์การตรวจเต้านมด้วยตนเองในห้องน้ำ 5. เปิดคลินิกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง 6. งานสหราชอาณาจักร (HRM) 6.1.แพทย์เฉพาะทางศัลยกรรม 1 ตำแหน่ง 7. งานพัฒนาสมรรถนะ (HRD) 7.1. หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง 8. งานจัดหาวัสดุครุภัณฑ์ 8.1. หุ่นจำลองการตรวจเต้านม 42,500 บาท 8.2. เตียงตรวจภายใน 20,000 บาท																				
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>3</td><td>9</td><td>7</td><td>12</td><td>9</td></tr></table> 1.1 การคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีอายุ 30-70 ปีเพิ่มขึ้น	63	64	65	66	67	3	9	7	12	9	<table><tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr><tr><td>8</td><td>6</td><td>4</td><td>2</td><td>0</td></tr></table> R1.3G1OKR 1.1 อัตราการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีอายุ 30-70 ปี ร้อยละ 80	68	69	70	71	72	8	6	4	2	0		
63	64	65	66	67																			
3	9	7	12	9																			
68	69	70	71	72																			
8	6	4	2	0																			
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>67.83</td><td>60.38</td><td>78.09</td><td>86.12</td><td>53.54</td></tr></table> 1.2 ผู้ที่มีผลการคัดกรองเต้านมผิดปกติได้รับการส่งตรวจแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์เพิ่มขึ้น	63	64	65	66	67	67.83	60.38	78.09	86.12	53.54	 												
63	64	65	66	67																			
67.83	60.38	78.09	86.12	53.54																			

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs					Project Based		โครงการงานและกิจกรรม
										2568	2569	
6364656667 N/AN/AN/AN/AN/A												
2. มะเร็งลำไส้ : ลดอัตราการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงรายใหม่ 6364656667 58316 2.1 การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงในกลุ่มอายุ 50-70 ปี เพิ่มขึ้น 6364656667 5.613.162.964.043.55 2.2 ผู้ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy เพิ่มขึ้น					R1.3G1K2 อัตราการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงรายใหม่ลดลง 6869707172 64310 R1.3G1OKR2.1 อัตราการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงในกลุ่มอายุ 50-70 ปี ร้อยละ 50 R1.3G1OKR2.2 อัตราผู้ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy ร้อยละ 100							

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม
						2568	2569	
63	64	65	66	67				
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A				

วิสัยทัศน์ : ศูนย์การแพทย์คุณภาพชั้นนำที่ประชาชนศรัทธา

พันธกิจที่ : M1 พัฒนาระบบการแพทย์เฉพาะทางมาตรฐานโรงพยาบาลระดับ S Plus

ยุทธศาสตร์ : S1 ยกระดับคุณภาพศูนย์การแพทย์ และมุ่งสู่ความเป็นเลิศด้านการแพทย์ผสมผสาน

Roadmap 1 ศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง 1.4. กลุ่มโรคสูติ-นรีเวชกรรม

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม																				
		2568	2569																					
1. High Risk Pregnancy : เข้าถึงบริการคลินิกความเสี่ยง ลดอัตราการตายมารดาและทารก	R1.4G1K1 หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงเข้าถึงบริการคลินิกความเสี่ยง	Excellent ANC 1.ANC Mobile station สัญจร 7 รพ.สต. 2.ANC high risk ครบวงจร 3. LR คุณภาพ		4.โครงการส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพ 1. งาน Excellent ANC 1.1 ANC Mobile station 1.2 3 หมอกระตุ้นครรภ์เตือนฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ 2. High risk ANC clinic 2.1 ตำบลมหัศจรรย์ 1000 วัน Plus สู่ 2500 วัน 2.2 High risk ANC clinic 2.2.1 ปรับปรุง CPG/CNPG 2.2.2 จัดทำ Individual Care Plan 3. LR คุณภาพ 3.1 ปรับปรุง CNPG /CPG 3.2 อบรม EWS 3.3 RRT 4. งานสรรหาบุคลากร (HRM) 4.1 แพทย์เฉพาะทางสูติกรรม 1 ตำแหน่ง 5. งานพัฒนาสมรรถนะ (HRD)																				
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	<table><tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr><tr><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td></tr></table>	68	69	70	71	72	100	100	100	100	100			
63	64	65	66	67																				
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																				
68	69	70	71	72																				
100	100	100	100	100																				
1.1 หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงได้รับการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ทุกราย	R1.4G1OKR1.1 หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงได้รับการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ มากกว่าร้อยละ 75																							
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>57.32</td><td>58.5</td><td>58.48</td><td>52.36</td><td>64.35</td></tr></table>	63	64	65	66	67	57.32	58.5	58.48	52.36	64.35	R1.4G1OKR1.2 หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงได้รับการฝากครรภ์ครบ 8 ครั้งตามเกณฑ์มากกว่าร้อยละ 50													
63	64	65	66	67																				
57.32	58.5	58.48	52.36	64.35																				
1.2 หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงได้รับการฝากครรภ์ครบ 8 ครั้งตามเกณฑ์																								

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม
						2568	2569	
63	64	65	66	67	R1.4G1OKR2.2 จำนวนอุบัติเหตุการฉีกขาดของช่องทางคลอดระดับ 3 ขึ้นไป เท่ากับ 0 R1.4G1OKR2.3 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการประเมินน้ำหนักของทารกในครรภ์ $\geq 3,500$ กรัมขึ้นไปได้รับการส่งต่อตามแนวทางที่กำหนด ร้อยละ 100 R1.4G1OKR2.4 อุบัติการณ์เกิดภาวะรกค้าง เท่ากับ 0			
N/A	N/A	50	100	50				
2.2 ผู้คลอดไม่มีเกิดการฉีกขาดของช่องทางคลอดระดับ 3 ขึ้นไป								
63	64	65	66	67				
N/A	0	0	1.77	2.22				
2.3 หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการประเมินน้ำหนักของทารกในครรภ์ $\geq 3,500$ กรัมขึ้นไป ได้รับการส่งต่อตามแนวทางที่กำหนดทุกราย								
63	64	65	66	67				
N/A	N/A	N/A	25	0				
2.4 ผู้คลอดไม่เกิดภาวะรกค้าง								
63	64	65	66	67				
N/A	N/A	50	25	0				

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม																																								
		2568	2569																																									
Preterm 3.ทารกคลอดก่อนกำหนดลดลง <table border="1"> <tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr><td>0.78</td><td>2.14</td><td>1.61</td><td>2.70</td><td>3.33</td></tr> </table> 3.1 หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเข้ารับบริการทันเวลาเพิ่มขึ้น <table border="1"> <tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr><td>100</td><td>94.11</td><td>92.30</td><td>80.0</td><td>84.21</td></tr> </table> 3.2 หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดยับยั้งการคลอดได้สำเร็จทุกราย <table border="1"> <tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr><td>87.5</td><td>82.35</td><td>75.0</td><td>71.4</td><td>68.75</td></tr> </table>	63	64	65	66	67	0.78	2.14	1.61	2.70	3.33	63	64	65	66	67	100	94.11	92.30	80.0	84.21	63	64	65	66	67	87.5	82.35	75.0	71.4	68.75	R1.4G1K3 อัตราทารกคลอดก่อนกำหนดลดลง <table border="1"> <tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr> <tr><td>≤5</td><td>≤5</td><td>≤5</td><td>≤5</td><td>≤5</td></tr> </table> R1.4G1OKR3.1 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเข้ารับบริการทันเวลา ≥ ร้อยละ 85 R1.4G1OKR3.2 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดยับยั้งการคลอดได้สำเร็จร้อยละ 100	68	69	70	71	72	≤5	≤5	≤5	≤5	≤5			
63	64	65	66	67																																								
0.78	2.14	1.61	2.70	3.33																																								
63	64	65	66	67																																								
100	94.11	92.30	80.0	84.21																																								
63	64	65	66	67																																								
87.5	82.35	75.0	71.4	68.75																																								
68	69	70	71	72																																								
≤5	≤5	≤5	≤5	≤5																																								
PIH 4.ลดอัตราการเกิด Eclamsia ในหญิงตั้งครรภ์ PIH (Pregnancy-induced hypertension)	R1.4G1K4 อัตราการเกิด Eclamsiaในหญิงตั้งครรภ์ PIH เท่ากับ 0																																											

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs					Project Based		โครงการงานและกิจกรรม
63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	2568	2569	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
4.1 หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ Preeclampsia ได้รับการประเมิน Early Warning Signs ถูกต้อง รวดเร็วทุกราย					R1.4G1OKR4.1 หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ Preeclampsia ได้รับการประเมิน Early Warning Signs ถูกต้อง รวดเร็วร้อยละ 100							

วิสัยทัศน์ : ศูนย์การแพทย์คุณภาพชั้นเลิศที่ประชาชนศรัทธา

พันธกิจที่ : M1 พัฒนาระบบการแพทย์เฉพาะทางมาตรฐานโรงพยาบาลระดับ S Plus

ยุทธศาสตร์ : S1 ยกระดับคุณภาพศูนย์การแพทย์ และมุ่งสู่ความเป็นเลิศด้านการแพทย์ผสมผสาน

Roadmap 1 ศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง : 1.5. กลุ่มโรคจิตเวช

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม		
		2568	2569			
1. ซึมเศร้าผู้ใหญ่ : ลดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในผู้ป่วยซึมเศร้า	R1.5G1K1 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าน้อยกว่า 8 ต่อแสน ประชากร	คู่ความร่วมมือคลินิกจิต เวชและยาเสพติด โรงพยาบาลพูนพิณและ โรงพยาบาลท่าโรงช้าง 1.จิตเวชและยาเสพติด สัญญาณ 7 รพ.สต. 2.คลินิกจิตเวชและ ยาเสพติด (Part Time)	5.โครงการคู่ความร่วมมือจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลพูนพิณและโรงพยาบาลท่าโรงช้าง 1.จิตเวชและยาเสพติดสัญญาณ 7 รพ.สต. 1.1 คัดกรอง 7 กลุ่มเสี่ยงโรคซึมเศร้าผู้ใหญ่ 1.2 คัดกรองโรคซึมเศร้าจิตเวชวัยรุ่น 10-18 ปี 1.3 ชุมชนค้นหาผู้เสพยาเสพติดเข้ารับการบำบัด 1.4 อบรมผู้นำชุมชน อสม. 1.5 อบรมครูประถมศึกษา และมัธยมศึกษา 2. คลินิกจิตเวชและยาเสพติด 2.1 จัดบริการร่วมกับโรงพยาบาลท่าโรงช้าง 2.2 Matrix Program 2.3 ติดตามผู้ป่วยขาดยา 100% 2.4 เยี่ยม SMI-V 3. งานสรรหาบุคลากร (HRM) 3.1. พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางด้านสุขภาพจิต 1 ตำแหน่ง 3.2 พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางด้านยาเสพติด			
63	64			65	66	67
N/A	13.46			9.85	13.8	15.8
1.1 7 กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า เพิ่มขึ้น	R1.5G1OKR1.1 อัตรา 7 กลุ่มเสี่ยงได้รับ การคัดกรองภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 80	68	69	70	71	72
		7.8	7.6	7.4	7.2	7.0
ชุมชน/OPD/IPD						
63	64	65	66	67		
N/A / 25.56/ N/A	N/A / 64.98/ N/A	N/A / 39.14/ N/A	N/A / 56.20/ N/A	N/A / 55.05/ N/A		

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม																				
		2568	2569																					
1.2 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในผู้ใหญ่เข้าถึงบริการสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น <table border="1"> <tr> <td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr> <td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr> </table> 1.3 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ขาดยาได้รับการติดตามรักษาอย่างต่อเนื่องทุกราย <table border="1"> <tr> <td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr> <td>N/A</td><td>15</td><td>5</td><td>9</td><td>8</td></tr> </table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	63	64	65	66	67	N/A	15	5	9	8	R1.5G1OKR1.2 อัตราผู้ป่วยซึมเศร้าในผู้ใหญ่เข้าถึงบริการสุขภาพจิต ร้อยละ 100 R1.5G1OKR1.3 อัตราผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ขาดยาได้รับการติดตามรักษาอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 100			2 ตำแหน่ง 4. งานพัฒนาสมรรถนะ (HRD) 4.1 หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาสุขาภาพจิตและจิตเวช 4.2 หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้เฒ่าและสารเสพติด 5. งานจัดหาวัสดุครุภัณฑ์ 5.1. ห้องให้คำปรึกษา 500,000 บาท
63	64	65	66	67																				
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																				
63	64	65	66	67																				
N/A	15	5	9	8																				
2. SMI-V : ผู้ป่วย SMI-V ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น ทำลายทรัพย์สิน และก่อคดีอาญาลดลง <table border="1"> <tr> <td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr> <td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr> </table>	63	64	65	66	67	0	0	0	0	0	R1.5G1K2 อัตราผู้ป่วย SMI-V ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่นทำลายทรัพย์สินและก่อคดีอาญาเท่ากับ 0 <table border="1"> <tr> <td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr> <tr> <td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr> </table>	68	69	70	71	72	0	0	0	0	0			
63	64	65	66	67																				
0	0	0	0	0																				
68	69	70	71	72																				
0	0	0	0	0																				

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม																														
		2568	2569																															
2.1 กลุ่มเสี่ยง SMI-V (ติดสุราเรื้อรัง/สารเสพติด) สมัครใจเข้ารับการบำบัดเพิ่มขึ้น <table border="1"> <tr> <td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr> <td>N/A</td><td>14</td><td>14</td><td>7</td><td>28</td></tr> </table> 2.2 กลุ่มเสี่ยง SMI-V (ติดสุราเรื้อรัง/สารเสพติด) ที่เข้ารับการบำบัด drop out ลดลง <table border="1"> <tr> <td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr> <td>N/A</td><td>72</td><td>78.58</td><td>74.43</td><td>0</td></tr> </table> 2.3 ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดจนครบเกณฑ์ไม่กลับไปเสพซ้ำในรอบ 1 ปี <table border="1"> <tr> <td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr> <td>N/A</td><td>28</td><td>21.42</td><td>25.57</td><td>100</td></tr> </table> 2.4 ผู้ป่วย SMI-V สีแดง ได้รับการติดตามรักษาแบบเข้มข้นทุกราย	63	64	65	66	67	N/A	14	14	7	28	63	64	65	66	67	N/A	72	78.58	74.43	0	63	64	65	66	67	N/A	28	21.42	25.57	100	R1.5G1OKR2.1 อัตรากลุ่มเสี่ยง SMI-V ติดสุราเรื้อรัง/สารเสพติดสมัครใจเข้ารับการบำบัด ร้อยละ 60 R1.5G1OKR2.2 อัตรากลุ่มเสี่ยง SMI-V (ติดสุราเรื้อรัง/สารเสพติด) ที่เข้ารับการบำบัด drop out ลดลง ร้อยละ 30 R1.5G1OKR2.3 อัตราผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดจนครบเกณฑ์ไม่กลับไปเสพซ้ำในรอบ 1 ปี ร้อยละ 100 R1.5G1OKR2.4 อัตราผู้ป่วย SMI-V สีแดง ได้รับการติดตามรักษาแบบเข้มข้น ร้อยละ 100			
63	64	65	66	67																														
N/A	14	14	7	28																														
63	64	65	66	67																														
N/A	72	78.58	74.43	0																														
63	64	65	66	67																														
N/A	28	21.42	25.57	100																														

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม																				
						2568	2569																					
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td></tr></table>					63	64	65	66	67	100	100	100	100	100														
63	64	65	66	67																								
100	100	100	100	100																								
3. ซึมเศร้าวัยรุ่น : ผู้ป่วยซึมเศร้าวัยรุ่นพยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี					R1.5G1K3 อัตราผู้ป่วยซึมเศร้าวัยรุ่นพยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี																							
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td></tr></table>					63	64	65	66	67	100	100	100	100	100	<table><tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr><tr><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td></tr></table>	68	69	70	71	72	100	100	100	100	100			
63	64	65	66	67																								
100	100	100	100	100																								
68	69	70	71	72																								
100	100	100	100	100																								
3.1 วัยรุ่นอายุ 13-19 ปี ในโรงเรียนมัธยมศึกษาและโรงเรียนขยายโอกาสได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น					R1.5G1OKR3.1 อัตราวัยรุ่นอายุ 13-19 ปี ในโรงเรียนมัธยมศึกษาและโรงเรียนขยายโอกาสได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าร้อยละ 80																							
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table>					63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A														
63	64	65	66	67																								
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																								
3.2 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นอายุ 13-19 ปี เข้าถึงบริการสุขภาพจิตทุกราย					R1.5G1OKR3.2 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นอายุ 13-19 ปี เข้าถึงบริการสุขภาพจิตร้อยละ 100																							

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต										
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม		
						2568	2569			
63	64	65	66	67	R1.5G1OKR3.3 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ขาดยาได้รับการติดตามรักษาอย่างต่อเนื่องร้อยละ 100					
N/A	6	12	11	28						
3.3 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ขาดยาได้รับการติดตามรักษาอย่างต่อเนื่องทุกราย										
63	64	65	66	67						
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A						

วิสัยทัศน์ : ศูนย์การแพทย์คุณภาพขั้นเลิศที่ประชาชนศรัทธา
พันธกิจที่ : M1 พัฒนาระบบการแพทย์เฉพาะทางมาตรฐานโรงพยาบาลระดับ S Plus
ยุทธศาสตร์ : S1 ยกระดับคุณภาพศูนย์การแพทย์ และมุ่งสู่ความเป็นเลิศด้านการแพทย์ผสมผสาน
Roadmap 1 ศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง : 1.6. กลุ่มโรคจักษุ หู คอ จมูก

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต																																						
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs					Project Based		โครงการงานและกิจกรรม																														
						2568	2569																															
1. Cataract : ผู้ป่วย Blinding Cataract ลดภาวะแทรกซ้อนจาก Glaucoma <table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table> 1.1 ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรอง Cataract เพิ่มขึ้น <table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table> 1.2 ผู้ป่วยตาต้อกระจกที่มีภาวะ low vision ได้พบจักษุแพทย์ทุกราย	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	R1.6G1K1 อัตราผู้ป่วย Blinding Cataract เกิดภาวะแทรกซ้อน Glaucoma ลดลง <table><tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr><tr><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td></tr></table> R1.6G1OKR1.1 ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรอง Cataract ร้อยละ 60 R1.6G1OKR1.2 ผู้ป่วยตาต้อกระจกที่มีภาวะ low vision ได้พบจักษุแพทย์ ร้อยละ 100					68	69	70	71	72	100	100	100	100	100	คู่ความร่วมมือศูนย์จักษุ 1.Cataract 2.DR		6.โครงการคู่ความร่วมมือศูนย์จักษุ 1. Cataract 1.1 คัดกรองสายตาสีสูงอายุ 1.2 ส่งต่อพบจักษุแพทย์ 1.2.1.Low vision 1.2.2.Blinding Cataract 1.3 ติดตามผู้ป่วย Blinding Cataract ที่ปฏิเสธการรักษา 2. DR 2.1. ตรวจ DR mild NPDR/ Moderate NPDR 2.2. ส่งต่อพบจักษุแพทย์ (Sever NPDR) 3. คู่ความร่วมมือจักษุแพทย์ 3.1. Eye Clinic (OPD) 3.2. OR 4. งานสรรหาบุคลากร (HRM) 4.1.จักษุแพทย์ 1 ตำแหน่ง 4.2. พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา 1 ตำแหน่ง
63	64	65	66	67																																		
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																																		
63	64	65	66	67																																		
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																																		
68	69	70	71	72																																		
100	100	100	100	100																																		

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม
						2568	2569	
63	64	65	66	67	R1.6G1OKR1.3 ผู้ป่วย Low vision ได้รับการผ่าตัดภายใน 90 วัน ร้อยละ 100			5. งานพัฒนาสมรรถนะ (HRD) 5.1. หลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา 5.2. หลักสูตรการพยาบาลผู้สูงอายุ
119	84	125	118	34				
1.3 ผู้ป่วย Low vision ได้รับการผ่าตัดภายใน 90 วัน								
63	64	65	66	67	R1.6G1OKR1.4 ผู้ป่วย Blinding cataract ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน เพิ่มขึ้น ร้อยละ 100			
53	34	30	32	37				
1.4 ผู้ป่วย Blinding cataract ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน เพิ่มขึ้น								
63	64	65	66	67	R1.6G1OKR1.5 ผู้ป่วย Blinding cataract ที่ปฏิเสธการรักษาได้รับการติดตามเข้ารับการรักษาร้อยละ 100			
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A				
1.5 ผู้ป่วย Blinding cataract ที่ปฏิเสธการรักษาได้รับการติดตามเข้ารับการรักษาทุกุราย								
63	64	65	66	67				
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A				

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม																																								
		2568	2569																																									
2.DR : ผู้ป่วย DR สูญเสียการมองเห็นลดลง <table border="1"> <tr> <td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr> <td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr> </table> 2.1 ผู้ป่วย mild NPDR ได้รับการตรวจ ซ้ำภายใน 3-6 เดือนทุกราย <table border="1"> <tr> <td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr> <td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr> </table> 2.2 ผู้ป่วย Moderate NPDR ได้รับการ ตรวจซ้ำภายใน 3-6 เดือนทุกราย <table border="1"> <tr> <td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr> <td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr> </table> 2.3 ผู้ป่วย Severe NPDR ได้รับการตรวจ โดยจักษุแพทย์ ภายใน 30 วัน ทุกราย	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	R1.6G1K2 อัตราผู้ป่วย DR สูญเสียการมองเห็น ลดลง <table border="1"> <tr> <td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr> <tr> <td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td></tr> </table> R1.6G1OKR2.1 ผู้ป่วย mild NPDRได้รับการตรวจซ้ำ ภายใน 3-6 เดือน ร้อยละ 100 R1.6G1OKR2.2 ผู้ป่วย Moderate NPDR ได้รับการ ตรวจซ้ำภายใน 3-6 เดือน ร้อยละ 100 R1.6G1OKR2.3 ผู้ป่วย severe NPDR ได้รับการตรวจ โดยจักษุแพทย์ ภายใน 30 วัน ร้อยละ 100	68	69	70	71	72	100	100	100	100	100			
63	64	65	66	67																																								
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																																								
63	64	65	66	67																																								
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																																								
63	64	65	66	67																																								
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																																								
68	69	70	71	72																																								
100	100	100	100	100																																								

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต									
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม	
						2568	2569		
63	64	65	66	67					
13	10	12	11	4					

วิสัยทัศน์ : ศูนย์การแพทย์คุณภาพชั้นเลิศที่ประชาชนศรัทธา
พันธกิจที่ : M1 พัฒนาระบบการแพทย์เฉพาะทางมาตรฐานโรงพยาบาลระดับ S Plus
ยุทธศาสตร์ : S1 ยกระดับคุณภาพศูนย์การแพทย์ และมุ่งสู่ความเป็นเลิศด้านการแพทย์ผสมผสาน
Roadmap 2 ศูนย์ทันตกรรม

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต																			
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs					Project Based		โครงการงานและกิจกรรม											
						2568	2569												
1. ฟันผุ : เด็กอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity free) เพิ่มขึ้น	R2G1K1 อัตราเด็กอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity free)					อำเภอพนัสนิคม 1.เด็กฟันดี 2.ผู้สูงอายุฟันดี 3.วัยทำงานฟันดี 4.ทันตกรรมเฉพาะทาง		7.โครงการอำเภอพนัสนิคม 1. งานเด็กฟันดี 1.1. ลูกรักฟันดีเริ่มที่ครอบครัว 1.2. ศูนย์เด็กเล็กฟันดี 1.3. ยิ้มสดใสเด็กไทยฟันดี 2. งานผู้สูงอายุฟันดี 2.1. มหกรรมผู้สูงอายุฟันดี ชีวีสดใส 2.2. เพื่อนช่วยเพื่อนดูแลช่องปาก 60 ปี ยิ่งแจ๋ว 3. งานวัยทำงานฟันดี 3.1 brush and brite ในสถานประกอบการ 3.2 ชูต อุดถอน 4. ศูนย์ทันตกรรมเฉพาะทาง 4.1 ทันตกรรมประดิษฐ์ 4.2 ทันตกรรมหัตถการ 4.3 ทันตกรรมจัดฟัน 4.4 ทันตกรรมวิทยาเอนโดดอนต์											
	<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>85.10</td><td>75.00</td><td>74.01</td></tr></table>									63	64	65	66	67	N/A	N/A	85.10	75.00	74.01
	63	64	65	66	67														
	N/A	N/A	85.10	75.00	74.01														
	<table><tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr><tr><td>75</td><td>82</td><td>84</td><td>86</td><td>88</td></tr></table>									68	69	70	71	72	75	82	84	86	88
68	69	70	71	72															
75	82	84	86	88															
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>71.61</td><td>58.97</td><td>73.53</td><td>71.25</td><td>65.96</td></tr></table>					63	64	65	66	67	71.61	58.97	73.53	71.25	65.96					
63	64	65	66	67															
71.61	58.97	73.53	71.25	65.96															
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>65.33</td><td>68.67</td><td>61.70</td><td>67.36</td><td>64.81</td></tr></table>					63	64	65	66	67	65.33	68.67	61.70	67.36	64.81					
63	64	65	66	67															
65.33	68.67	61.70	67.36	64.81															
1.1 เด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันน้ำนมผุเพิ่มขึ้น	R2G1OKR 1.1 อัตราเด็กอายุ 3 ปีปราศจากฟันน้ำนมผุ ร้อยละ 70																		
1.2 เด็กอายุ 12 ปี ปราศจากฟันแท้ผุเพิ่มขึ้น	R2G1OKR 1.2 อัตราเด็กอายุ 12 ปี ปราศจากฟันแท้ผุ ร้อยละ 70																		

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม																																								
		2568	2569																																									
2. พันคู่สบในผู้สูงอายุ : ผู้สูงอายุมีฟันหลัง (แท้หรือเทียม) ใช้งานที่เหมาะสม (ไม่น้อยกว่า 4 คู่สบ) <table border="1"> <tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr><td>47.49</td><td>39.19</td><td>43.34</td><td>30.46</td><td>42.95</td></tr> </table> 2.1 ผู้สูงอายุได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก เพิ่มขึ้น <table border="1"> <tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr><td>25.03</td><td>17.35</td><td>14.43</td><td>22.70</td><td>17.69</td></tr> </table> 2.2 ผู้สูงอายุได้รับการทางทันตกรรม เพิ่มขึ้น <table border="1"> <tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr><td>37.53</td><td>26.72</td><td>23.35</td><td>28.93</td><td>18.06</td></tr> </table> 2.3 ผู้สูงอายุได้รับการใส่ฟันเทียมทั้งปากหรือเกือบทั้งปากปีละ 50 ราย	63	64	65	66	67	47.49	39.19	43.34	30.46	42.95	63	64	65	66	67	25.03	17.35	14.43	22.70	17.69	63	64	65	66	67	37.53	26.72	23.35	28.93	18.06	R2G1K2 อัตราผู้สูงอายุมีฟันหลัง (แท้หรือเทียม) ใช้งานที่เหมาะสม (ไม่น้อยกว่า 4 คู่สบ) <table border="1"> <tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr> <tr><td>45</td><td>47</td><td>49</td><td>51</td><td>53</td></tr> </table> R2G1OKR 2.1 อัตราผู้สูงอายุได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 20 R2G1OKR2.2 อัตราผู้สูงอายุได้รับการทางทันตกรรม ร้อยละ 20 R2G1OKR2.3 ผู้สูงอายุได้รับการใส่ฟันเทียมทั้งปากหรือเกือบทั้งปากปีละ 50 ราย	68	69	70	71	72	45	47	49	51	53			5. งานสรรหาบุคลากร (HRM) 5.1. ทันตแพทย์ศาสตร์ช่องปาก 1 ตำแหน่ง 5.2 ทันตแพทย์สำหรับเด็ก 1 ตำแหน่ง 5.3 ทันตแพทย์สำหรับผู้สูงอายุ 1 ตำแหน่ง 5.4 ทันตแพทย์รากฟันเทียม 1 ตำแหน่ง 5.5 ทันตแพทย์ปริทันต์ 1 ตำแหน่ง 5.6 ผู้ช่วยทันตแพทย์ 6 ตำแหน่ง 6. งานพัฒนาสมรรถนะ (HRD) 6.1. หลักสูตรทันตกรรมสำหรับผู้สูงอายุ 6.2. หลักสูตรทันตกรรมรากฟันเทียม 6.3. หลักสูตรทันตแพทย์ครอบครัว 6.4 หลักสูตรพัฒนาศักยภาพผู้ช่วยทันตแพทย์ 6.5 หลักสูตรพัฒนาศักยภาพทันตภิบาล 6.6 หลักสูตรวิทยาเอนโดดอนต์ 6.7 หลักสูตรทันตกรรมประดิษฐ์ 7. งานจัดหาวัสดุครุภัณฑ์ 7.1. ยูนิตทันตกรรม 460,000 บาท 7.2. เครื่องชุดหินปูน 50,000 บาท 7.3. เครื่องฉายแสง 30,000 บาท 7.4. เครื่องสแกนภายในช่องปาก 1,500,000 บาท 7.5 เพิ่มห้องบริการทันตกรรมเฉพาะทาง 500,000 บาท 7.5.1 ปรับปรุงห้องทันตกรรมเดิม 4 unit
63	64	65	66	67																																								
47.49	39.19	43.34	30.46	42.95																																								
63	64	65	66	67																																								
25.03	17.35	14.43	22.70	17.69																																								
63	64	65	66	67																																								
37.53	26.72	23.35	28.93	18.06																																								
68	69	70	71	72																																								
45	47	49	51	53																																								

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs					Project Based		โครงการงานและกิจกรรม
										2568	2569	
63	64	65	66	67						7.5.2 ปรับปรุงห้อง supply 7.5.3 Unit ทันตกรรม 4 unit 1,840,000 บาท		
N/A	N/A	N/A	47	42								
3. ร้อยทำงานอายุ 15-59 ปี ได้รับการบริการทันตกรรม เพิ่มขึ้น					R2G1K3 อัตราวัยทำงานอายุ 15-59 ปี ได้รับการบริการทันตกรรม							
63	64	65	66	67	68	69	70	71	72			
16.41	11.84	12.15	11.01	8.57	15	17	19	21	23			
4. ทันตกรรมเฉพาะทาง : อัตราการให้บริการทันตกรรมเฉพาะทางเพิ่มขึ้น					R2G1K4 อัตราการให้บริการทันตกรรมเฉพาะทางเพิ่มขึ้น							
4.1 สาขาทันตกรรมประดิษฐ์					68	69	70	71	72			
					2	2	4	5	6			
4.2 สาขาทันตกรรมรากฟันเทียมอัตราการให้บริการทันตกรรมเฉพาะทางเพิ่มขึ้น					R2G1OKR4.1 อัตราการให้บริการทันตกรรมเฉพาะทางสาขาทันตกรรมประดิษฐ์ แบบถอดได้ ปีละ 100 ราย ร้อยละ 2 R2G1OKR4.2 อัตราการให้บริการทันตกรรมเฉพาะทางสาขาทันตกรรมรากฟันเทียม ปีละ 2 ราย ร้อยละ 1							

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม
		2568	2569	
4.3 สาขาทันตกรรมเอ็นโดดอนต์อัตราการให้บริการทันตกรรมเฉพาะทางสาขาทันตกรรมเอ็นโดดอนต์ ปีละ 20 ราย ร้อยละ 2	R2G1OKR4.3 อัตราการให้บริการทันตกรรมเฉพาะทางสาขาทันตกรรมเอ็นโดดอนต์ ปีละ 20 ราย ร้อยละ 2			
4.4 สาขา ศัลยศาสตร์ช่องปากอัตราการให้บริการทันตกรรมเฉพาะทางเพิ่มขึ้น	R2G1OKR4.4 อัตราการให้บริการทันตกรรมเฉพาะทางสาขา ศัลยศาสตร์ช่องปาก ปีละ 150 ราย ร้อยละ 2			
4.5 สาขาทันตกรรมหัตถการอัตราการให้บริการทันตกรรมเฉพาะทางเพิ่มขึ้น	R2G1OKR4.5 อัตราการให้บริการทันตกรรมเฉพาะทางสาขาทันตกรรมประดิษฐ์แบบติดแน่น ปีละ 50 ราย ร้อยละ 2			

วิสัยทัศน์ : ศูนย์การแพทย์คุณภาพขั้นเลิศที่ประชาชนศรัทธา
พันธกิจที่ : M1 พัฒนาระบบการแพทย์เฉพาะทางมาตรฐานโรงพยาบาลระดับ S Plus
ยุทธศาสตร์ : S1 ยกกระดับคุณภาพศูนย์การแพทย์ และมุ่งสู่ความเป็นเลิศด้านการแพทย์ผสมผสาน
Roadmap 3 Wellness Center

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต																													
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs					Project Based		โครงการงานและกิจกรรม																					
						2568	2569																						
1. กายภาพบำบัด : ผู้ป่วย IMC ได้รับการฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือนหรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน	R3G1K1 ร้อยละของผู้ป่วย IMC ได้รับการฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือนหรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน					Wellness Center 1.ศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 2.ศูนย์เวชกรรมฟื้นฟู 3.ศูนย์การแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก 4.ศูนย์โภชนศาสตร์		8.โครงการ Wellness Center 1.ศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 1.1 จัดทำ CPG /CNPG 1.2 จัดทำฐานข้อมูลการให้บริการร่วมกับคลินิกต่างๆ 1.3 โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายโรค 1.4 โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย 1.5 จุดบริการ/คลินิก 2.ศูนย์การแพทย์ผสมผสาน 2.1 ทีมบริการการแพทย์ผสมผสาน 2.2 จัดทำ CPG/CNPG integrative medicien 2.3 Integrative care - Stroke - TBI - SCI - HIP fracture - OA knee																					
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>97.36</td><td>91.30</td><td>80.05</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	97.36	91.30	80.05	<table><tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr><tr><td>90</td><td>90</td><td>90</td><td>100</td><td>100</td></tr></table>					68	69	70	71	72	90	90	90	100	100				
63	64	65	66	67																									
N/A	N/A	97.36	91.30	80.05																									
68	69	70	71	72																									
90	90	90	100	100																									
1.1 ผู้ป่วย IMC (ผู้ป่วยใน) มีค่าคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 คะแนนเมื่อได้รับการฟื้นฟูสภาพใน หอผู้ป่วย IMC ward	R3G1OKR1.1 ร้อยละของผู้ป่วย IMC (ผู้ป่วยใน) มีค่าคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 คะแนนเมื่อได้รับการฟื้นฟูสภาพในหอผู้ป่วย IMC ward ≥ร้อยละ 80																												
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>89.42</td><td>90.18</td><td>92</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	89.42	90.18	92	R3G1OKR1.2 ร้อยละของผู้ป่วย IMC (ผู้ป่วยนอก) ได้รับการฟื้นฟูสภาพจำนวนมากกว่าหรือเท่า กับ 6 ครั้งภายในระยะเวลา 6 เดือน																		
63	64	65	66	67																									
N/A	N/A	89.42	90.18	92																									

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs					Project Based		โครงการงานและกิจกรรม																				
										2568	2569																					
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>100</td><td>75</td><td>100</td></tr></table>					63	64	65	66	67	N/A	N/A	100	75	100	เท่ากับ 6 ครั้งภายในระยะเวลา 6 เดือน ≥ร้อยละ 75							- DM/HT/CKD - High risk pregnancy - insomnia - Psoriasis - Palliative care (Advance Care Planning /Opoil) 2.4 MOU รพ.ท่าโรงช้าง/รพ.สญ 3. งานสหวิชาชีพ (HRM) 3.1. คู่ความร่วมมือแพทย์เฉพาะทาง 3.2 แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 1 ตำแหน่ง 3.3 นักกิจกรรมบำบัด 1 ตำแหน่ง 3.4 นักกายอุปกรณ์ 1 ตำแหน่ง 4. งานพัฒนาสมรรถนะ (HRD) 4.1. หลักสูตร กายภาพบำบัดเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง 4.2 หลักสูตรโภชนบำบัดทางการแพทย์ 4 เดือน 5. งานจัดหาวัสดุครุภัณฑ์ 5.1 อุปกรณ์ Skin traction 25,000 5.2 เครื่องวัดและวิเคราะห์องค์ประกอบของร่างกาย 295,000 บาท 5.3 สื่อโมเดลอาหารตัวอย่างเฉพาะโรค (โรคไต นับคาร์บ เด็ก 0-1 ปี และอาหาร 211 ลดพุง)										
63	64	65	66	67																												
N/A	N/A	100	75	100																												
2. แพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก : ผู้ป่วยโรค DM/HT/CKD stage 3b/CVD risk >30/Stroke/OA knee/Palliative care) ได้รับการบริการด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก																																
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table>					63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	R3G1K2 อัตราผู้ป่วยโรค DM/HT/CKD stage b/CVD risk >30/ Stroke/OA knee/Palliative care ได้รับการบริการด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก					<table><tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr><tr><td>10</td><td>15</td><td>20</td><td>25</td><td>30</td></tr></table>		68	69	70	71	72	10	15	20	25	30	
63	64	65	66	67																												
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																												
68	69	70	71	72																												
10	15	20	25	30																												
2.1 อัตราผู้ป่วย DM ที่มีค่า HbA1C มากกว่าหรือเท่ากับ 8 ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก					R3G1OKR2.1 อัตราผู้ป่วย DM ที่มีค่า HbA1C มากกว่าหรือเท่ากับ 8 ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 10																											
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table>					63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																		
63	64	65	66	67																												
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																												

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม																																								
		2568	2569																																									
2.2 อัตราผู้ป่วย HT ที่มีระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 160/100 mmHg ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก <table border="1"> <tr> <td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr> <td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr> </table> 2.3 อัตราผู้ป่วย CKD stage 3b ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก <table border="1"> <tr> <td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr> <td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr> </table> 2.4 อัตราผู้ป่วย Stroke ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก <table border="1"> <tr> <td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr> <td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>43.62</td><td>64.50</td></tr> </table> 2.4.1 ^{ฟื้นฟู}ฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก <table border="1"> <tr> <td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr> <td>66.67</td><td>81.25</td><td>92.30</td><td>100</td><td>98.25</td></tr> </table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	43.62	64.50	63	64	65	66	67	66.67	81.25	92.30	100	98.25	R3G1OKR2.2 อัตราผู้ป่วย HT ที่มีระดับความดันโลหิต มากกว่าหรือเท่ากับ 160/100 mmHg ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 10 R3G1OKR2.3 อัตราผู้ป่วย CKD stage 3b ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 10 R3G1OKR2.4 อัตราผู้ป่วย Stroke ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 65 R3G1OKR2.4.1 อัตราการฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก ร้อยละ 80			15,000 บาท 5.4 ชุดโมเดลอาหาร ธงโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ 15,000 บาท 5.5 เครื่องมือและอุปกรณ์สำหรับฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย - Gait training 1,000,000 บาท - Hand function 1,200,000 บาท - Balance training 600,000 บาท - Treadmill 150,000 บาท - Shoulder CPM 600,000 บาท - Arm&Leg ergometry 600,000 บาท
63	64	65	66	67																																								
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																																								
63	64	65	66	67																																								
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																																								
63	64	65	66	67																																								
N/A	N/A	N/A	43.62	64.50																																								
63	64	65	66	67																																								
66.67	81.25	92.30	100	98.25																																								

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม										
		2568	2569											
2.4.2 พื้นฟูผู้ป่วยด้วยการฝังเข็มหรือฝังเข็มกระตุ้นไฟฟ้า <table border="1"> <tr> <td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr> <td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>49.57</td><td>61.31</td></tr> </table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	49.57	61.31	R3G1OKR2.4.2 อัตราการฟื้นฟูผู้ป่วยด้วยการฝังเข็มหรือฝังเข็มกระตุ้นไฟฟ้า ร้อยละ 65			
63	64	65	66	67										
N/A	N/A	N/A	49.57	61.31										
2.5 อัตราผู้ป่วย OA Knee ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์แพทย์และแพทย์ทางเลือก <table border="1"> <tr> <td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr> <td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr> </table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	R3G1OKR2.5 อัตราผู้ป่วย OA Knee ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์แพทย์และแพทย์ทางเลือกมากกว่าร้อยละ 30			
63	64	65	66	67										
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A										
2.6 อัตราผู้ป่วย Palliative care (IPD) ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย <table border="1"> <tr> <td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr> <td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>1.58</td></tr> </table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	1.58	R3G1OKR2.6 อัตราผู้ป่วย Palliative care (IPD) ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ร้อยละ 50			
63	64	65	66	67										
N/A	N/A	N/A	N/A	1.58										
3. โภชนศาสตร์ : ผู้ป่วยDM/ HT/ CKD/ Stroke/ COPD/ Asthma/ ANC/ IMC/ Palliative care ได้รับการให้โภชนศึกษา/โภชนบำบัด	R3G1K3 ร้อยละผู้ป่วย DM/ HT/ CKD/ Stroke/ COPD/ Asthma/ ANC/ IMC/ Palliative care ที่ได้รับการให้โภชนศึกษา/โภชนบำบัด													

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs					Project Based		โครงการงานและกิจกรรม
										2568	2569	
63	64	65	66	67	68	69	70	71	72			
83.7	84	87	87.6	93.2	80	90	90	100	100			
3.1 ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการให้โภชนศึกษา/ โภชนบำบัด					R3G1OKR3.1 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการให้โภชนศึกษา/โภชนบำบัด ร้อยละ 80							
63	64	65	66	67	R3G1OKR3.2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการให้โภชนศึกษา/โภชนบำบัด ร้อยละ 80							
87.4	80.8	83.4	84.5	95								
3.2 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการให้ โภชนศึกษา/โภชนบำบัด					R3G1OKR3.3 ร้อยละของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (ระยะที่ 3b-4) ได้รับการให้โภชนศึกษา/ โภชนบำบัด ร้อยละ 80							
63	64	65	66	67								
74.3	78.7	80.7	83.1	90.3								
3.3 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (ระยะที่ 3b-4) ได้รับ การให้โภชนศึกษา/โภชนบำบัด												
63	64	65	66	67								
79.2	75.1	81.6	82.5	94.3								

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม										
		2568	2569											
3.4 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการให้โภชนศึกษา/โภชนบำบัด <table border="1"> <tr> <td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr> <td>95.5</td><td>98</td><td>94</td><td>98.9</td><td>100</td></tr> </table>	63	64	65	66	67	95.5	98	94	98.9	100	R3G1OKR3.4 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการให้โภชนศึกษา/โภชนบำบัด ร้อยละ 80			
63	64	65	66	67										
95.5	98	94	98.9	100										
3.5 หญิงตั้งครรภ์ในคลินิก ANC ที่มีปัญหาทางโภชนาการได้รับการให้ความรู้/คำปรึกษาทางด้านโภชนาการโภชนบำบัด <table border="1"> <tr> <td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr> <td>90.8</td><td>95.6</td><td>98.3</td><td>98.6</td><td>91.8</td></tr> </table>	63	64	65	66	67	90.8	95.6	98.3	98.6	91.8	R3G1OKR3.5 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ในคลินิก ANC ที่มีปัญหาทางโภชนาการได้รับการให้ความรู้/คำปรึกษาทางด้านโภชนาการโภชนบำบัด ร้อยละ 80			
63	64	65	66	67										
90.8	95.6	98.3	98.6	91.8										
3.6 ร้อยละของผู้ป่วย IMC ได้รับการดูแลทางด้านโภชนาการ <table border="1"> <tr> <td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr> <td>74.8</td><td>75.6</td><td>78.5</td><td>80.3</td><td>94.9</td></tr> </table>	63	64	65	66	67	74.8	75.6	78.5	80.3	94.9	R3G1OKR3.6 ร้อยละของผู้ป่วย IMC ได้รับการดูแลทางด้านโภชนาการ ร้อยละ 80			
63	64	65	66	67										
74.8	75.6	78.5	80.3	94.9										
3.7 ผู้ป่วย Palliative care ได้รับการดูแลทางด้านโภชนาการ	R3G1OKR3.7 ร้อยละของผู้ป่วย Palliative care ได้รับการดูแลทางด้านโภชนาการ ร้อยละ 80													

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs					Project Based		โครงการงานและกิจกรรม
										2568	2569	
63	64	65	66	67								
N/A	N/A	95	85.4	86.2								
4.เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ:ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีเพิ่มขึ้น					R3G1K4 อัตราผู้สูงอายุ มีคุณภาพชีวิตที่ดี					ศูนย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ& Palliative care คุณภาพ 1.เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ คุณภาพ 2.Palliative care คุณภาพ		9.โครงการศูนย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ & Palliative care คุณภาพ 1.เวชศาสตร์ผู้สูงอายุคุณภาพ 1.1 อบรมพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการใช้เครื่องมือในการคัดกรอง 9 ด้าน 1.2 คัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน 1.3 ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงได้รับการประเมินซ้ำโดยเจ้าหน้าที่ 1.4 โปรแกรม Brain Exercise/Brain Training 1.5 โปรแกรมการออกกำลังกายป้องกันการหกล้ม 1.6 คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ 1.7 ชมรมผู้สูงอายุดีเด่น 2.ศูนย์ชีวภิบาล 2.1 ปรับปรุง CPG/CNPG 2.2 Advance Care Planning (IPD/OPD/ปฐมภูมิ) 2.3 ข้อบ่งชี้ Opioid /กัญชาทางการแพทย์ : การส่งจ่ายยา 2.4 สถานชีวภิบาลวิถีพุทธ วัดเกาะธรรมประทีป
68	69	70	71	72	68	69	70	71	72			
90	92	95	97	100	90	92	95	97	100			
4.1ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองสุขภาพ 9 ด้าน					R3G1OKR4.1 ร้อยละผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง 9 ด้าน ร้อยละ 90							
63	64	65	66	67								
N/A	N/A	N/A	74.89	88.53								
4.2 ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงด้านความคิดความจำและด้านการเคลื่อนไหวได้รับคำแนะนำและส่งเสริมป้องกัน					R3G1OKR4.2 ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงด้านความคิดความจำและด้านการเคลื่อนไหวได้รับคำแนะนำและส่งเสริมป้องกัน ร้อยละ 40							
63	64	65	66	67								
N/A	N/A	N/A	N/A	29.60								

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม																				
		2568	2569																					
4.3 ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพและมีภาวะเสี่ยง 9 ด้านได้รับการดูแลในคลินิกผู้สูงอายุ <table border="1"> <tr> <td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr> <td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>38.73</td></tr> </table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	38.73	R3G1OKR4.3 ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพและมีภาวะเสี่ยง 9 ด้านได้รับการดูแลในคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ 40			3. งานสรรหาบุคลากร (HRM) 3.1 พยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ 1 ตำแหน่ง 4. งานพัฒนาสมรรถนะ (HRD) 4.1.อบรมเชิงปฏิบัติการการดูแลผู้สูงอายุเสี่ยงสมองเสื่อม 4.2 อบรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 4.3 หลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) 5. งานจัดหาวัสดุครุภัณฑ์ 5.1.เครื่องผลิตออกซิเจน 250,000 บาท										
63	64	65	66	67																				
N/A	N/A	N/A	N/A	38.73																				
5. Palliative Care : ผู้ป่วย PC Good Dead <table border="1"> <tr> <td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr> <td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr> </table> 5.1 ผู้ป่วย Palliative care ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า Advance Care Planning เพิ่มขึ้น	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	R3G1K5 อัตราผู้ป่วยประคับประคองเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี <table border="1"> <tr> <td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr> <tr> <td>80</td><td>83</td><td>86</td><td>90</td><td>95</td></tr> </table> R3G1OKR5.1 ผู้ป่วย Palliative care ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า Advance Care Planning ร้อยละ 70	68	69	70	71	72	80	83	86	90	95			
63	64	65	66	67																				
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																				
68	69	70	71	72																				
80	83	86	90	95																				

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม
						2568	2569	
63	64	65	66	67	R3G1OKR5.2 ผู้ป่วย Palliative care ที่มีข้อบ่งชี้ได้รับ Opioid ร้อยละ 50			
N/A	42.86	56	91	89.23				
5.2 ผู้ป่วย Palliative care ที่มีข้อบ่งชี้ได้รับ Opioid ทุกราย					R3G1OKR5.3 มีชุมชนต้นแบบในการดูแลผู้ป่วย Palliative care อย่างน้อย 1 ชุมชน			
5.2.1 CA								
5.2.2 Non CA								
63	64	65	66	67				
N/A	25.53	23.08	25.24	31.54				
5.3 มีชุมชนต้นแบบในการดูแลผู้ป่วย Palliative care อย่างน้อย 1 ชุมชน								
63	64	65	66	67				
N/A	63.77	29	64.38	79.56				

วิสัยทัศน์ : ศูนย์การแพทย์คุณภาพชั้นเลิศที่ประชาชนศรัทธา
พันธกิจที่ : M1 พัฒนาระบบการแพทย์เฉพาะทางมาตรฐานโรงพยาบาลระดับ S Plus
ยุทธศาสตร์ : S2_พัฒนายุทธศาสตร์ความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายจัดบริการสุขภาพเชิงรุก 1) Excellent EMS & Refer 2) Mobile Doctor Service
Roadmap 4 Excellent Fast track system

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G2. กลุ่มผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงระบบช่องทางด่วน (Fast track system) และได้รับการส่งต่อที่ปลอดภัย																												
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs					Project Based		โครงการงานและกิจกรรม																				
						2568	2569																					
1. EMS : ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้น	R4G2K1 อัตราผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน					Excellent TBI / EMS & Refer management		10.โครงการ Excellent EMS & Refer management 1.งานครอบครัว 3S รอบรู้ EMS 1.1 จัดทำโปสเตอร์ 3S ติดด้านในประตูห้องน้ำด้านใน (กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย Stroke/ STEMI/ Sepsis) 1.2 จัดทำ Spot sound คลิปเสียง“ให้ความรู้ 3S รอบรู้ EMS” 1.3 ร่วมประชุมร่วมกับ อสม. ทุกเดือน 1.4 จัดตั้งทีม BLS ใน โรงพยาบาล 2. งานโรงเรียนรอบรู้ EMS 2.1 อบรระบบ EMS ในโรงเรียน 2.2 อบรวัคชินจรรยาจรในโรงเรียน 3.งานสถานีรถไฟสุราษฎร์ธานีรอบรู้ EMS 3.1 อบรระบบ EMS 3.2 คู่ความร่วมมือกับสถานีรถไฟ																				
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>31.01</td><td>21.14</td><td>24.74</td><td>24.13</td><td>24.15</td></tr></table>	63	64	65	66	67				31.01	21.14	24.74	24.13	24.15	<table><tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr><tr><td>25</td><td>25</td><td>25</td><td>25</td><td>30</td></tr></table>					68	69	70	71	72	25	25	25	25	30
63	64	65	66	67																								
31.01	21.14	24.74	24.13	24.15																								
68	69	70	71	72																								
25	25	25	25	30																								
1.1 ครีวเรือนกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรค 3S มีความรอบรู้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้น	R4G2OKR1.1 อัตราครีวเรือนกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรค 3S มีความรอบรู้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 80																											
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	R4G2OKR1.2 ระดับความสำเร็จในการสนับสนุนอบต.มะลวนจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐาน																	
63	64	65	66	67																								
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																								
1.2 อบต.มะลวน จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐาน																												

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G2. กลุ่มผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงระบบช่องทางด่วน (Fast track system) และได้รับการส่งต่อที่ปลอดภัย

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม
						2568	2569	
63	64	65	66	67	R4G2OKR1.3 อัตราโรงเรียนประถมศึกษา/มัธยมศึกษาเข้าร่วมโครงการความรอบรู้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 80			4.งานจัดตั้ง EMS อบต.มะลวน 4.1 จัดตั้งทีม BLS 4.2 อบรบ EMR รายใหม่ 5.งาน Refer ปลอดภัย 5.1 จัดตั้งทีม RRT 2 ทีม 5.2 จัดอบรมพัฒนาสมรรถนะพยาบาล ด้านการพยาบาลในการส่งต่อผู้ป่วย ฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล 6.งานความปลอดภัยทางถนน 6.1 ปรับปรุงจุดเสี่ยงซ้ำ - ทางแยกวัดดอนกระถิน : ป้ายจำกัดความเร็ว - หน้าบริษัททักซิณปาถม : ยกเลิกเป็นจุดยูเทิร์น - สามแยกปากซอยเจริญลาภ : ป้ายเตือน/สัญญาณไฟจราจร - หน้าบริษัทเรืองอุทัย :ป้ายจำกัดความเร็ว 6.2 งานรณรงค์หมวกนิรภัย - กลุ่มเสี่ยงสวมหมวกนิรภัย - เมาไม่ขับ - ช่วง 10 วันอันตราย ปีใหม่/สงกรานต์ 7. งานสรรหาบุคลากร (HRM) 7.1 Paramedic Nurse 1 ตำแหน่ง 7.2 พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน 2 ตำแหน่ง
0	0	0	0	0				
1.3 โรงเรียนประถมศึกษา/มัธยมศึกษาเข้าร่วมโครงการความรอบรู้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้น								
63	64	65	66	67	R4G2K2 อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อได้รับการรักษาเหมาะสม ถูกต้อง ปลอดภัย			
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A				
2. Refer : ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อได้รับการรักษาเหมาะสม ถูกต้อง ปลอดภัย								
63	64	65	66	67	R4G2OKR2.1 อัตราผู้ป่วยส่งต่อได้รับการประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนส่งต่อได้ถูกต้องร้อยละ 100			
N/A	99.86	100	98.81	96.98				
2.1 ผู้ป่วยส่งต่อได้รับการประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนส่งต่อได้ถูกต้อง								
63	64	65	66	67				

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G2. กลุ่มผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงระบบช่องทางด่วน (Fast track system) และได้รับการส่งต่อที่ปลอดภัย

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม	
						2568	2569		
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	R4G2OKR 2.2 อับัติการณ์การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขณะส่งต่อผู้ป่วย (ระดับ E ขึ้นไป) เท่ากับ 0 R4G2OKR 2.3 ระดับความสำเร็จในการจัดตั้งศูนย์ประสานงานการรับส่งต่อผู้ป่วยหรือมีหน่วยงานที่รับผิดชอบตลอด 24 ชั่วโมง			8. งานพัฒนาสมรรถนะ (HRD) 8.1 หลักสูตรการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ 8.2 หลักสูตรสาขาเวชปฏิบัติฉุกเฉิน 9. งานจัดหาวัสดุครุภัณฑ์ 9.1 อุปกรณ์การสื่อสารระบบ AOC 1 ชุด 6,000,000 บาท 9.2 รถ Ambulance 1 คัน 2,500,000 บาท 9.3 วิทยุสื่อสาร สำหรับ BLS 30,000 บาท	
2.2 ไม่พบอุบัติการณ์การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขณะส่งต่อผู้ป่วย (ระดับ E ขึ้นไป)									
63	64	65	66	67					
2	1	1	3	3					
2.3 จัดตั้งศูนย์ประสานงานการรับส่งต่อผู้ป่วยหรือมีหน่วยงานที่รับผิดชอบตลอด 24 ชั่วโมง									
63	64	65	66	67					
0	0	0	1	1					
3. TBI : ลดอัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิต					R4G2K3 อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน (ช่วงวัย1 -18 ปี) ลดลง				
63	64	65	66	67					
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A					
					68	69	70	71	72
					3	3	3	3	3

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G2. กลุ่มผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงระบบช่องทางด่วน (Fast track system) และได้รับการส่งต่อที่ปลอดภัย

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม																														
		2568	2569																															
3.1. ผู้ประสบอุบัติเหตุทางถนนเข้าถึงการแพทย์ฉุกเฉินทันเวลา <table border="1"> <tr> <td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr> <td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr> </table> 3.2 TBI ได้รับการ Investigate เพื่อแยกระดับความรุนแรงของโรค <table border="1"> <tr> <td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr> <td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr> </table> 3.3 ไม่พบอุบัติการณ์การเสียชีวิตขณะส่งต่อ <table border="1"> <tr> <td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr> <td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr> </table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	R4G2OKR3.1 อัตราผู้ป่วย TBI มาถึงโรงพยาบาลนับจากเวลาเกิดเหตุไม่เกิน 30 นาที ร้อยละ 80 R4G2OKR3.2 อัตราผู้ป่วย mild HI high risk ที่ได้รับการทำ Investigate CT Scan เพื่อประกอบการวินิจฉัยความรุนแรงของโรค ร้อยละ 100 R4G2OKR3.3 อุตติการณ์การเสียชีวิตขณะส่งต่อ เท่ากับ 0			
63	64	65	66	67																														
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																														
63	64	65	66	67																														
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																														
63	64	65	66	67																														
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																														

วิสัยทัศน์ : ศูนย์การแพทย์คุณภาพขั้นเลิศที่ประชาชนศรัทธา

พันธกิจที่ : M1 พัฒนาระบบการแพทย์เฉพาะทางมาตรฐานโรงพยาบาลระดับ S Plus

ยุทธศาสตร์ : S4 ปฏิรูประบบบริหารจัดการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกในกลุ่มโรค NCDs จิตเวชและยาเสพติด

Roadmap 5 สร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G3. ลดอัตราป่วยรายใหม่และลดภาวะแทรกซ้อนในชุมชนในกลุ่มโรค G3.1. DM/HT G3.2. ซึมเศร้าผู้ใหญ่/ซึมเศร้าวัยรุ่น/SMI-V 3.3. TB

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม																													
		2568	2569																														
1. DM/HT : ลดอัตราป่วยรายใหม่	R5G3K1 อัตราป่วยรายใหม่ลดลงน้อยกว่า	คนพุนพินแข็งแรงทุกที่ ทุกเวลา		11.โครงการคนพุนพินแข็งแรงทุกที่ทุกเวลา Change For Health Change For Life																													
<table><tr><th colspan="5">DM/HT</th></tr><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table>	DM/HT					63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	<table><tr><th colspan="5">DM/HT</th></tr><tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr><tr><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td></tr></table>	DM/HT					68	69	70	71	72	5	5	5	5	5	1.Health station 8 ตำบล100%	1. Health station 8 ตำบล 100%
DM/HT																																	
63	64	65	66	67																													
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																													
DM/HT																																	
68	69	70	71	72																													
5	5	5	5	5																													
1.1 กลุ่มเสี่ยง DM/HT ได้รับการคัดกรองเพื่อ วินิจฉัยเพิ่มขึ้น	R5G3OKR1.1 อัตรากลุ่มเสี่ยง DM/HT ได้รับ การคัดกรองเพื่อวินิจฉัย ร้อยละ 80	2.จัดทำ MOUตรวจสอบสุขภาพ กับหน่วยงานภาครัฐและ เอกชน	1.1 อสม.แจ้งประชาชนกลุ่มเป้าหมายเข้าคัดกรอง สุขภาพครบวงจร ที่ Health station เคลื่อนที่																														
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>91.28</td><td>85.31</td><td>86.66</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	91.28	85.31	86.66	R5G3OKR1.2 อัตรากลุ่มสงสัยป่วย DM/HT ได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย ร้อยละ 80	3. ปรับก่อนป่วย	1.2 กลุ่มเสี่ยงจากการคัดกรองได้รับความรู้ในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม																				
63	64	65	66	67																													
N/A	N/A	91.28	85.31	86.66																													
1.2 กลุ่มสงสัยป่วย DM/HT ได้รับการตรวจ ติดตามยืนยันวินิจฉัยเพิ่มขึ้น			1.3 กลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตาม																														
			2.Health station 4 สถานประกอบการ																														
			2.1 เสนอโปรแกรมตรวจคัดกรองสุขภาพครบวงจร ให้กับหน่วยงานภาครัฐและเอกชน																														
			2.2 ทำข้อตกลง MOU ตรวจสอบสุขภาพประจำปี พร้อมดูแลหลังการตรวจ																														
			2.3 นำกลุ่มสงสัยป่วยเข้ารับกระบวนการวินิจฉัยและ กลุ่มเสี่ยงเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม																														
			3. ปรับก่อนป่วย																														

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G3. ลดอัตราป่วยรายใหม่และลดภาวะแทรกซ้อนในชุมชนในกลุ่มโรค G3.1. DM/HT G3.2. ซึมเศร้าผู้ใหญ่/ซึมเศร้าวัยรุ่น/SMI-V 3.3. TB

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม			
						2568	2569				
63	64	65	66	67	R5G3OKR1.3 อัตรากลุ่มเสี่ยง (Pre-DM/Pre-HT) ได้รับการติดตามเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร้อยละ 100			3.1 กำหนดโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับสหวิชาชีพ			
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A				3.2 ติดตามการผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม Online/Onsite			
1.3 กลุ่มเสี่ยง (Pre-DM/Pre-HT) ได้รับการติดตามเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทุกราย								R5G3OKR1.4 อัตรากลุ่มป่วย DM/HTที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนในระบบการดูแลรักษาในโรงพยาบาลพูนพิณได้รับการติดตามเข้ารับการคัดกรองและรับเข้ารับบริการรักษาต่อเนื่องทุกราย ร้อยละ 50			4.งานสรรหาบุคลากร (HRM)
DM/HT											4.1. แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว 1 ตำแหน่ง
63	64	65	66	67							5. งานพัฒนาสมรรถนะ (HRD)
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A							5.1. หลักสูตรการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
1.4 กลุ่มป่วย DM/HTที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนในระบบการดูแลรักษาในโรงพยาบาลพูนพิณได้รับการติดตามเข้ารับการคัดกรองและรับเข้ารับบริการรักษาต่อเนื่องทุกราย											5.2 หลักสูตรการเพิ่มสมรรถนะการจัดการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (ระดับพื้นฐาน)
DM/HT								6. งานจัดหาวัสดุครุภัณฑ์			6.1. เครื่องวัดความดัน แบบสอดแขน 225,000 บาท
63	64	65	66	67							6.2 เครื่องเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว 90,000 บาท
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A							6.3 เครื่องวัดมวลร่างกาย 70,000 บาท
1.4 กลุ่มป่วย DM/HTที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนในระบบการดูแลรักษาในโรงพยาบาลพูนพิณได้รับการติดตามเข้ารับการคัดกรองและรับเข้ารับบริการรักษาต่อเนื่องทุกราย					6.4 รถตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ 600,000 บาท						
DM/HT					6.5. เครื่องวัดความดันแบบพกพา 60,000 บาท						
63	64	65	66	67							
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A							

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G3. ลดอัตราป่วยรายใหม่และลดภาวะแทรกซ้อนในชุมชนในกลุ่มโรค G3.1. DM/HT G3.2. ซึมเศร้าผู้ใหญ่/ซึมเศร้าวัยรุ่น/SMI-V 3.3. TB

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม																			
		2568	2569																				
2.TB : อัตราความสำเร็จการของรักษาผู้ป่วยวัณโรค	R5G3K2 อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ และไม่กลับเป็นซ้ำ	Phunphin Good Lungs	12.Phunphin Good Lungs																				
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>91.11</td><td>86.84</td><td>100</td><td>88.46</td><td>85.19</td></tr></table>	63	64	65	66	67	91.11	86.84	100	88.46	85.19	<table><tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr><tr><td>90</td><td>90</td><td>90</td><td>90</td><td>90</td></tr></table>	68	69	70	71	72	90	90	90	90	90	1.Mobile x-ray	1.Mobile x-ray
63	64	65	66	67																			
91.11	86.84	100	88.46	85.19																			
68	69	70	71	72																			
90	90	90	90	90																			
		2.TB Clinic	1.1.คัดกรองกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่เครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลพุนพิน																				
			1.2 คัดกรองเชิงรุก ร่วมกับ การตรวจคัดกรองสุขภาพเคลื่อนที่																				
			1.3 กระตุ้นความตระหนักโรควัณโรค																				
			2.TB Clinic																				
			2.1 ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยรายใหม่และที่กลับมาเป็นซ้ำ																				
			2.2 ติดตามการ DOT เครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลพุนพิน																				
			3.อบรมฟื้นฟูความรู้เครือข่ายผู้รับผิดชอบงานวัณโรคปีละ 1 ครั้ง																				
			4.งานสรรหาบุคลากร (HRM)																				
			4.1 ผู้ช่วยเจ้าหน้าที่ 1 ตำแหน่ง																				
			5.งานพัฒนาบุคลากร (HRD)																				
			5.1 หลักสูตรพัฒนาศักยภาพเครือข่ายผู้รับผิดชอบงานวัณโรค																				
			6. งานจัดหาพัสดุ ครุภัณฑ์																				
			6.1 ห้องคลินิกวัณโรค 90,000 บาท																				
2.1การคัดกรองวัณโรคในประชากรกลุ่มเสี่ยง 6 กลุ่มโรค	R5G3OKR2.1 อัตราการคัดกรองวัณโรคในประชากรกลุ่มเสี่ยง 6 กลุ่มโรค ร้อยละ 85																						
<table><tr><td colspan="5">DM/COPD/CKD/ARV/ สารเสพติด/HCW</td></tr><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>83.63/ 39.26/ 21.72/ 67.67/ N/A/ 42.27</td><td>82.75/ 64.15/ 83.48/ 106.67/ N/A/ 99</td><td>63.74/ 27.04/ 68.12/ 108/ N/A/ 117.86</td><td>67.66/ 71.17/ 87.68/ 89.03/ 6.66/ 169.47</td><td>44.28/ 53.27/ 54.54/ 89/ 73/ 225</td></tr></table>	DM/COPD/CKD/ARV/ สารเสพติด/HCW					63	64	65	66	67	83.63/ 39.26/ 21.72/ 67.67/ N/A/ 42.27	82.75/ 64.15/ 83.48/ 106.67/ N/A/ 99	63.74/ 27.04/ 68.12/ 108/ N/A/ 117.86	67.66/ 71.17/ 87.68/ 89.03/ 6.66/ 169.47	44.28/ 53.27/ 54.54/ 89/ 73/ 225								
DM/COPD/CKD/ARV/ สารเสพติด/HCW																							
63	64	65	66	67																			
83.63/ 39.26/ 21.72/ 67.67/ N/A/ 42.27	82.75/ 64.15/ 83.48/ 106.67/ N/A/ 99	63.74/ 27.04/ 68.12/ 108/ N/A/ 117.86	67.66/ 71.17/ 87.68/ 89.03/ 6.66/ 169.47	44.28/ 53.27/ 54.54/ 89/ 73/ 225																			

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G3. ลดอัตราป่วยรายใหม่และลดภาวะแทรกซ้อนในชุมชนในกลุ่มโรค G3.1. DM/HT G3.2. ซึมเศร้าผู้ใหญ่/ซึมเศร้าวัยรุ่น/SMI-V 3.3. TB

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม																														
		2568	2569																															
2.2 ความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำทุกราย <table border="1"> <tr> <td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr> <td>50.63</td><td>31.65</td><td>39.24</td><td>36.48</td><td>52.56</td></tr> </table> 2.3 การคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคแฝงเพิ่มขึ้น <table border="1"> <tr> <td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr> <td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>10</td><td>15</td></tr> </table> 2.4 ผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่ในระหว่างการรักษาและควบคุมวัณโรค(DOT)อย่างเคร่งครัดทุกราย <table border="1"> <tr> <td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr> <td>40/40</td><td>25/25</td><td>31/31</td><td>27/27</td><td>42/42</td></tr> </table>	63	64	65	66	67	50.63	31.65	39.24	36.48	52.56	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	10	15	63	64	65	66	67	40/40	25/25	31/31	27/27	42/42	R5G3OKR2.2 อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 85 R5G3OKR2.3 อัตราการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคแฝง ร้อยละ 80 R5G3OKR2.4 ผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่ในระหว่างการรักษาและควบคุมวัณโรค (DOT) อย่างเคร่งครัด ร้อยละ 100			
63	64	65	66	67																														
50.63	31.65	39.24	36.48	52.56																														
63	64	65	66	67																														
N/A	N/A	N/A	10	15																														
63	64	65	66	67																														
40/40	25/25	31/31	27/27	42/42																														
3.จิตเวชและยาเสพติด : ลดอัตราป่วยรายใหม่จิตเวชและยาเสพติด	R5G3K3 อัตราป่วยรายใหม่จิตเวชและยาเสพติด			โครงการ (บูรณาการ 1.7)																														

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G3. ลดอัตราป่วยรายใหม่และลดภาวะแทรกซ้อนในชุมชนในกลุ่มโรค G3.1. DM/HT G3.2. ซึมเศร้าผู้ใหญ่/ซึมเศร้าวัยรุ่น/SMI-V 3.3. TB

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs					Project Based		โครงการงานและกิจกรรม
										2568	2569	
63	64	65	66	67	68	69	70	71	72			
N/A	2	3	3	3	30	30	30	30	30			
3.1 กลุ่มเสี่ยง (ติดสุราเรื้อรัง/ติดสารเสพติด) สมัครใจเข้าร่วมรับการบำบัดเพิ่มขึ้น					R5G3OKR3.1 อัตรากลุ่มเสี่ยง(ติดสุราเรื้อรัง/ติดสารเสพติด) สมัครใจเข้าร่วมรับการบำบัด ร้อยละ 60							
63	64	65	66	67	R5G3OKR3.2 อัตราผู้ป่วยที่มีผลประเมิน ST-5 ในระดับเครียดสูงได้รับการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยา ร้อยละ 100							
N/A	100	100	100	100	3.2 ผู้ป่วยที่มีผลประเมิน ST-5 ในระดับเครียดสูง ได้รับการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาเพิ่มขึ้น							
63	64	65	66	67	R5G3OKR3.3 อัตราผู้ป่วยในชุมชนที่มีผลการประเมิน 2Q Plus Positive ได้รับการประเมิน 9Q ร้อยละ 100							
N/A	N/A	N/A	N/A	71.43	3.3 ผู้ป่วยในชุมชนที่มีผลการประเมิน 2Q Plus ผิดปกติ ได้รับการประเมิน 9Q ทุกราย							

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G3. ลดอัตราป่วยรายใหม่และลดภาวะแทรกซ้อนในชุมชนในกลุ่มโรค G3.1. DM/HT G3.2. ซึมเศร้าผู้ใหญ่/ซึมเศร้าวัยรุ่น/SMI-V 3.3. TB

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม
						2568	2569	
63	64	65	66	67	R5G3OKR3.4 อัตราผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการประเมินความเครียดด้วยแบบประเมินความเครียด (ST-5) ร้อยละ 100			
N/A	42.42	23.28	39.75	48.62				
3.4 ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการประเมินความเครียดด้วยแบบประเมินความเครียด (ST-5) เพิ่มขึ้น								
63	64	65	66	67				
N/A	100	100	100	100				
3.5 ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q) ทุกราย								
63	64	65	66	67				
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A				
3.6 ผู้ป่วยยาเสพติดที่สูบบุหรี่ได้รับการคัดกรองการเสพยาโคตินทุกราย								
63	64	65	66	67				
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A				

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G3. ลดอัตราผู้ป่วยรายใหม่และลดภาวะแทรกซ้อนในชุมชนในกลุ่มโรค G3.1. DM/HT G3.2. ซึมเศร้าผู้ใหญ่/ซึมเศร้าวัยรุ่น/SMI-V 3.3. TB

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม										
		2568	2569											
3.7. ผู้ป่วยยาเสพติดที่ดื่มสุราได้รับการคัดกรองด้วยแบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT) ทุกราย <table border="1"> <tr> <td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr> <td>N/A</td><td>69.63</td><td>69.49</td><td>57.96</td><td>45.02</td></tr> </table>	63	64	65	66	67	N/A	69.63	69.49	57.96	45.02	R5G3OKR3.7 อัตราผู้ป่วยยาเสพติดที่ดื่มสุราได้รับการคัดกรองด้วยแบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT) ร้อยละ 100			
63	64	65	66	67										
N/A	69.63	69.49	57.96	45.02										
3.8. ผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุได้รับการประเมิน 8Q ทุกราย <table border="1"> <tr> <td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr> <td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr> </table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	R5G3OKR3.8 ผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุได้รับการประเมิน 8Q ทุกราย ร้อยละ 100			
63	64	65	66	67										
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A										

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G3. ลดอัตราป่วยรายใหม่และลดภาวะแทรกซ้อนในชุมชนในกลุ่มโรค 3.1. DM/HT 3.2. ซึมเศร้าผู้ใหญ่/ซึมเศร้าวัยรุ่น/SMI-V

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม																			
		2568	2569																				
1.3 อุบัติการณ์การขาดนัดของผู้ป่วย DM/HT ลดลง <table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>3.0</td></tr></table> 1.4 ร้อยละผู้ป่วย DM/HT ที่มีภาวะแทรกซ้อนได้รับการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์ <table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	3.0	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	R6G3OKR1.3 อุบัติการณ์การขาดนัดของผู้ป่วย DM/HT ลดลงเท่ากับ 0 R6G3OKR1.4 ผู้ป่วย DM/HT ที่มีภาวะแทรกซ้อน ได้รับการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์ ร้อยละ 100		
63	64	65	66	67																			
N/A	N/A	N/A	N/A	3.0																			
63	64	65	66	67																			
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																			
2. ภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง : (อสม./Caregiver/นักบริบาล/พชอ./ศปถ./ ฯลฯ) : หมู่บ้าน/ชุมชนสามารถจัดการปัญหาโรคNCDs/โรคซึมเศร้าผู้ใหญ่/โรคซึมเศร้าวัยรุ่น /SMI-V ในระดับดีมาก-ดีเยี่ยม เพิ่มขึ้น <table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	R6G3K2 อัตราหมู่บ้าน/ชุมชนสามารถจัดการปัญหาโรค NCDs/โรคซึมเศร้าผู้ใหญ่/โรคซึมเศร้าวัยรุ่น/SMI-V ในระดับดีมาก-ดีเยี่ยม เพิ่มขึ้น <table><tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr><tr><td>เพิ่มขึ้น ร้อยละ 10</td><td>เพิ่มขึ้น ร้อยละ 10</td><td>เพิ่มขึ้น ร้อยละ 10</td><td>เพิ่มขึ้น ร้อยละ 10</td><td>เพิ่มขึ้น ร้อยละ 10</td></tr></table>	68	69	70	71	72	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 10	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 10	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 10	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 10	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 10	อำเภอพนพิณจัดการสุขภาพดีเยี่ยม 1.ภาคีเครือข่ายอำเภอพนพิณสมรรถนะสูง 2.อำเภอรอบรู้ด้านสุขภาพ	14.โครงการอำเภอพนพิณจัดการสุขภาพดีเยี่ยม 1. งานภาคีเครือข่ายอำเภอพนพิณสมรรถนะสูง 1.1 ประชุมเชิงปฏิบัติการตามหลักสูตรพัฒนาสมรรถนะภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน 1.2 อบรมอสม.ตามหลักสูตร 1.1 1.3 อบรม care givever ตามหลักสูตร 1.1 1.4 อบรมแกนนำสุขภาพตามหลักสูตร 1.1 1.5 อบรม พชอ./ศปถ.ตามหลักสูตร 1.1. 1.6 ประเมินผลหมู่บ้านและชุมชนจัดการสุขภาพ
63	64	65	66	67																			
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																			
68	69	70	71	72																			
เพิ่มขึ้น ร้อยละ 10	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 10	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 10	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 10	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 10																			

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G3. ลดอัตราป่วยรายใหม่และลดภาวะแทรกซ้อนในชุมชนในกลุ่มโรค 3.1. DM/HT 3.2. ซึมเศร้าผู้ใหญ่/ซึมเศร้าวัยรุ่น/SMI-V

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม
		2568	2569	
2.1 ภาคีเครือข่าย (อสม./Caregiver/นักบริหาร/พชอ./ศปถ./ฯลฯ)ได้รับการพัฒนาทักษะการจัดการปัญหาโรค NCDs /โรคซึมเศร้าผู้ใหญ่/โรคซึมเศร้าวัยรุ่น /SMI-V เพิ่มขึ้น	R6G3OKR2.1 อัตราภาคีเครือข่าย (อสม./Caregiver/นักบริหาร/พชอ./ศปถ./ฯลฯ) ได้รับการพัฒนาทักษะการจัดการปัญหาโรค NCDs/โรคซึมเศร้าผู้ใหญ่/โรคซึมเศร้าวัยรุ่น /SMI-V เพิ่มขึ้น ร้อยละ 80	โรค NCDs /โรคซึมเศร้าผู้ใหญ่/โรคซึมเศร้าวัยรุ่น /SMI-V 2.1 content strategist 2.2 Media strategist 2.3 Influencers 2.4 Brand ambassador 2.5 Semi campaign & Campaign	1.7 มอบรางวัล หมู่บ้านจัดการสุขภาพ 2. งานอำเภอรอบรู้ด้านสุขภาพโรค NCDs /โรคซึมเศร้าผู้ใหญ่/โรคซึมเศร้าวัยรุ่น /SMI-V 2.1 content strategist 2.1.1 ประชุมเชิงปฏิบัติการกำหนดเนื้อหาเชิงยุทธศาสตร์ในกลุ่มโรค NCDs /จิตเวชและยาเสพติด 2.1.2 อบรณกลุ่มเป้าหมายในการเผยแพร่ใน 2.1.1 2.2 Media strategist 2.2.1 Media ออนไลน์(facebook/X/tiktok) 2.2.2 Media offline(Cut out /ไวนิล/รถแห่) 2.2.3 Influencers เผยแพร่ความรู้รอบรู้กลุ่มโรค NCDs / จิตเวชและยาเสพติด 2.3 Brand ambassador 2.3.1 ชุมชนร่วมค้นหา 2.3.2 ดิวเข้ม Brand ambassador 2.3.3 Brand ambassador เผยแพร่ความรู้รอบรู้กลุ่มโรค NCDs / จิตเวชและยาเสพติด 2.4 Semi campaign & Campaign 2.4.1 รณรงค์คนพินห่างไกล NCDs 2.4.2 กิ่งรณรงค์ป้องกันปัญหายาเสพติด	
2.2 กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย โรคNCDs /โรคซึมเศร้าผู้ใหญ่/โรคซึมเศร้าวัยรุ่น /SMI-V มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น	R6G3OKR2.2 อัตรากลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย โรค NCDs /โรคซึมเศร้าผู้ใหญ่/โรคซึมเศร้าวัยรุ่น /SMI-V มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ร้อยละ 80			

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G3. ลดอัตราป่วยรายใหม่และลดภาวะแทรกซ้อนในชุมชนในกลุ่มโรค 3.1. DM/HT 3.2. ซึมเศร้าผู้ใหญ่/ซึมเศร้าวัยรุ่น/SMI-V

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม																													
		2568	2569																														
				2.5 ประเมินความรอบรู้สุขภาพในกลุ่มเป้าหมาย NCDs / จิตเวชและยาเสพติด3. 3. 3.งานสรรหาบุคลากร (HRM) 3.1 คณะกรรมการโรงพยาบาลส่งเสริมความรอบรู้และสื่อสารสุขภาพ 4.งานพัฒนาสมรรถนะ (HRD) 4.1 หลักสูตรนักส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพมืออาชีพ 5.งานจัดหาวัสดุครุภัณฑ์ 5.1 ป้ายขนาดใหญ่ระบุช่องทางการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ 20,000 บาท																													
3. Home ward : อัตราการกลับมารักษาซ้ำโรคเดิม <table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table> 3.1 Hyperglycemia <table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	R6G3K3 อัตราากลุ่มผู้ป่วยโรคที่สำคัญกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิม ภายใน 28 วัน <table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>50</td><td>0.5</td><td>0.5</td><td>0.5</td><td>0.5</td></tr></table> R6G3OKR3.1 อัตราากลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะHyperglycemia ได้รับการดูแลผู้ป่วยในบ้านร้อยละ 50	63	64	65	66	67	50	0.5	0.5	0.5	0.5	Home ward สิทธิ UC 100%	15.โครงการ Home ward สิทธิ UC 100% 1.Hyperglycemia 1.1 การทำ BGM 1.2 ประเมินระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง และการจัดการตนเองภาวะฉุกเฉินระยะสั้น bid ac for FHG 1.3 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อาหารโลว์คาร์บ และการนับคาร์บ 2. Hypertension 2.1 SMBP 2.2 ประเมินระดับความดันโลหิตด้วยตนเอง bid (เช้า - ก่อนนอน)
63	64	65	66	67																													
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																													
63	64	65	66	67																													
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																													
63	64	65	66	67																													
50	0.5	0.5	0.5	0.5																													

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G3. ลดอัตราป่วยรายใหม่และลดภาวะแทรกซ้อนในชุมชนในกลุ่มโรค 3.1. DM/HT 3.2. ซึมเศร้าผู้ใหญ่/ซึมเศร้าวัยรุ่น/SMI-V

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม																																								
		2568	2569																																									
3.2 Hypertension crisis <table border="1"> <tr> <td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr> <td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr> </table> 3.3 decubitus ulcer and pressure area <table border="1"> <tr> <td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr> <td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr> </table> 3.4 UTI <table border="1"> <tr> <td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr> <td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr> </table> 3.5 Pneumonia <table border="1"> <tr> <td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr> <td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr> </table> 3.6 Covid-19	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	R6G3OKR3.2 อัตรากลุ่มป่วยที่มีภาวะ Hypertension crisis ได้รับการดูแลผู้ป่วยในบ้าน ร้อยละ 50 R6G3OKR 3.3 อัตรากลุ่มป่วยที่มีภาวะ decubitus ulcer and pressure area ได้รับการดูแลผู้ป่วยในบ้าน ร้อยละ 50 R6G3OKR3.4 อัตรากลุ่มป่วยที่มีภาวะ UTI ได้รับการดูแลผู้ป่วยในบ้าน ร้อยละ 50 R6G3OKR3.5 อัตรากลุ่มป่วยที่มีภาวะ Pneumonia ได้รับการดูแลผู้ป่วยในบ้าน ร้อยละ 50 R6G3OKR3.6 อัตรากลุ่มป่วยที่มีภาวะ Covid-19 ร้อยละ 50			2.3 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม DASH diet 3.decubitus ulcer and pressure area 3.1 การบริการทำแผล และฉีดยาปฏิชีวนะวันละ 1 ครั้ง โดยพยาบาลวิชาชีพที่บ้าน 4.UTI 4.1 ประเมินอาการ (NEWS) (เช้า - ก่อนนอน) 4.2 บริการฉีดยาปฏิชีวนะวันละ 1 ครั้งโดยพยาบาลวิชาชีพที่บ้าน 5.Pneumonia 5.1 ประเมินอาการ (NEWS) (เช้า - ก่อนนอน) 5.2 บริการฉีดยาปฏิชีวนะวันละ 1 ครั้งโดยพยาบาลวิชาชีพที่บ้าน 6.Covid-19 6.1 การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ /News 7.ความผิดปกติทางจิต 7.1 การประเมินสุขภาพจิตโดยนักจิตบำบัด 8.COPD 8.1 Pulmonary Rehabilitation Program/ Home Oxygen 9.Palliative care Active dying PPS <30 % 9.1 advance care planning / การใช้ Syring pump ที่บ้าน
63	64	65	66	67																																								
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																																								
63	64	65	66	67																																								
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																																								
63	64	65	66	67																																								
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																																								
63	64	65	66	67																																								
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																																								

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G3. ลดอัตราป่วยรายใหม่และลดภาวะแทรกซ้อนในชุมชนในกลุ่มโรค 3.1. DM/HT 3.2. ซึมเศร้าผู้ใหญ่/ซึมเศร้าวัยรุ่น/SMI-V

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs		Project Based		โครงการงานและกิจกรรม
							2568	2569	
63	64	65	66	67	R6G3OKR3.7 อัตรากลุ่มป่วยความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม ที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทได้รับการดูแลผู้ป่วยในบ้าน ร้อยละ 50				10.งานสรรหาบุคลากร (HRM) 10.1 พยาบาลวิชาชีพ 1 ตำแหน่ง 10.2 นักวิชาการสาธารณสุข 2 ตำแหน่ง 11.งานพัฒนาสมรรถนะ (HRD) 11.1 หลักสูตรการดูแลผู้ป่วยกึ่งวิกฤตฉุกเฉินและบำบัดด้วยยาแบบผู้ป่วยใน
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A					
3.7 ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม ที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท					R6G3OKR3.8 อัตรากลุ่มป่วยที่มีภาวะ โรคจิตเภท และพฤติกรรมแบบโรคจิตเภท และโรคหลงผิดได้รับการดูแลผู้ป่วยในบ้าน ร้อยละ 50				
63	64	65	66	67					
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	R6G3OKR3.9 อัตรากลุ่มป่วย ความผิดปกติทางอารมณ์ได้รับการดูแลผู้ป่วยในบ้าน ร้อยละ 50				
63	64	65	66	67					
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	R6G3OKR3.10 อัตรากลุ่มป่วย COPD ได้รับการดูแลผู้ป่วยในบ้าน ร้อยละ 50				
63	64	65	66	67					
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A					

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G3. ลดอัตราป่วยรายใหม่และลดภาวะแทรกซ้อนในชุมชนในกลุ่มโรค 3.1. DM/HT 3.2. ซึมเศร้าผู้ใหญ่/ซึมเศร้าวัยรุ่น/SMI-V

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม									
		2568	2569										
3.10 COPD <table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	R6G3OKR3.11 อัตรากลุ่มป่วย Palliative care Active dying PPS <30 % ร้อยละ 30		
63	64	65	66	67									
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A									
3.11 Palliative care Active dying PPS <30 % <table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A			
63	64	65	66	67									
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A									

วิสัยทัศน์ : ศูนย์การแพทย์คุณภาพชั้นเลิศที่ประชาชนศรัทธา

พันธกิจที่ : M2 พัฒนาระบบคุณภาพโรงพยาบาลขึ้นก้าวหน้า

ยุทธศาสตร์ : S3 พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการโรงพยาบาลดิจิทัล ระดับ S Plus

Roadmap 7 ระบบสนับสนุนการรักษาพยาบาล

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G4. โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่องสู่ขั้นก้าวหน้า

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม																																
		2568	2569																																	
1. RSQ : อัตราอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่มีระดับความรุนแรงสูง (Clinic/Non clinic) ลดลง <table><tr><th rowspan="2">ระดับ</th><th colspan="5">อุบัติการณ์เข้า/อุบัติการณ์ไม่เข้า</th></tr><tr><th>63</th><th>64</th><th>65</th><th>66</th><th>67</th></tr><tr><td>G-H-I</td><td>12</td><td>13</td><td>3</td><td>19</td><td>9</td></tr><tr><td>4-5</td><td>0</td><td>1</td><td>1</td><td>0</td><td>2</td></tr></table> 1.1 อัตราความสมบูรณ์ของ risk register & risk profile เพิ่มขึ้น 1.1.1 โรคยุทธศาสตร์และโรคที่สำคัญ 1.1.2 ระบบกายภาพที่สำคัญ	ระดับ	อุบัติการณ์เข้า/อุบัติการณ์ไม่เข้า					63	64	65	66	67	G-H-I	12	13	3	19	9	4-5	0	1	1	0	2	R7G4K1 อัตราอุบัติการณ์ ความเสี่ยงที่มีระดับความรุนแรงสูง(Clinic/Non clinic) ลดลง <table><tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr><tr><td>25</td><td>25</td><td>25</td><td>25</td><td>25</td></tr></table> R7G4OKR1.1 อัตราความสมบูรณ์ของ risk register & risk profile เพิ่มขึ้นร้อยละ 100	68	69	70	71	72	25	25	25	25	25	Safety Culture Campaign Phase I 1.risk register & risk profile 100% 2.SIMPLE 100% 3.RCA/CQI/R2R 100% 4.HRM/HRD 5.เงิน ของ	16.โครงการศูนย์ วัฒนธรรมความปลอดภัย 1.risk register & risk profile 100% จาก OKR R1-R12 1.1 ประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำ risk register & risk profile 1.2 ดิวเข้มการรายงานใน HRMS 2.SIMPLE 100% 2.1. ดิวเข้มมาตรฐาน 9 ข้อ 100 % 2.2 RSQ team round 3.RCA/CQI/R2R 100% 3.1 A-F /1-3 : จัดทำ RCA/CQI 100% 3.2 G H I / 4-5 : จัดทำRCA/CQI/R2R
ระดับ		อุบัติการณ์เข้า/อุบัติการณ์ไม่เข้า																																		
	63	64	65	66	67																															
G-H-I	12	13	3	19	9																															
4-5	0	1	1	0	2																															
68	69	70	71	72																																
25	25	25	25	25																																

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G4. โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่องสู่ขั้นก้าวหน้า

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					Project Based		โครงการงานและกิจกรรม
63	64	65	66	67	2568	2569	
N/A	100	100	100	100			
1.2 ไม่พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไปในมาตรฐานสำคัญจำเป็น 9 ด้าน (SIMPLE)							
63	64	65	66	67			
3	4	3	12	3			
1.3 อุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับความรุนแรงสูง(Clinic/Non clinic)ได้รับการจัดทำ RCA/CQI/R2R ทุกอุบัติการณ์							
Clinic/Non clinic							
63	64	65	66	67			
100/ 87.54	100/ 100	100/ 50	100/ 100	100/ 100			
R7G4OKR1.2 อุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไปในมาตรฐานสำคัญจำเป็น 9 ด้าน (SIMPLE) เท่ากับ 0							
R7G4OKR1.3 อัตราอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับความรุนแรงสูง (Clinic/Non clinic) ได้รับการจัดทำ RCA/CQI/R2R ร้อยละ 100							

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G4. โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่องสู่ขั้นก้าวหน้า

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม																				
		2568	2569																					
1.3.1 อุบัติการณ์ระดับ G H I ที่ไม่ซ้ำจัดทำ RCA และ CQI <table border="1"> <tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr> </table> 1.4 ประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัย <table border="1"> <tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr> </table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	R7G4OKR1.3.1 อุบัติการณ์ระดับ G H I จัดทำ RCA และ CQI ร้อยละ 100 R7G4OKR1.4 ร้อยละผลการประเมิน วัฒนธรรมความปลอดภัยมากกว่าร้อยละ 80			
63	64	65	66	67																				
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																				
63	64	65	66	67																				
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																				
2. MSO : ไม่พบอุบัติการณ์การวินิจฉัยโรคยุทธศาสตร์คลาดเคลื่อนระดับ E ขึ้นไป <table border="1"> <tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>8</td><td>2</td></tr> </table> 2.1 จำนวนอุบัติการณ์วินิจฉัยคลาดเคลื่อนโรคยุทธศาสตร์ระดับ E ขึ้นไป	63	64	65	66	67	2	2	2	8	2	R7G4K2 จำนวนอุบัติการณ์วินิจฉัยโรคยุทธศาสตร์คลาดเคลื่อนระดับ E ขึ้นไปเท่ากับ 0 <table border="1"> <tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr> <tr><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr> </table> R7G4OKR2.1 จำนวนอุบัติการณ์วินิจฉัยคลาดเคลื่อนโรคยุทธศาสตร์ระดับ E ขึ้นไปเท่ากับ 0	68	69	70	71	72	0	0	0	0	0	Interhospital conference		17.โครงการองค์กรแพทย์คุณภาพสูง 1. Interhospital conference ร.พ.สภ /ร.พ.ทักษิณ 1.1 trigger tool 1.2 CPG improvement 2. MSO conference 2.1 Unplan Refer 2.2 Unplan Dead 2.3 Miss/Delay diagnosis / LOS 3. Refer out conference 3.1 รพ.สภ 3.2 รพ.ท่าเรือช้าง 4. งานจัดหาวัสดุครุภัณฑ์
63	64	65	66	67																				
2	2	2	8	2																				
68	69	70	71	72																				
0	0	0	0	0																				

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G4. โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่องสู่ขั้นก้าวหน้า

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม																									
		2568	2569																										
				4.1 เครื่องคอมพิวเตอร์แบบตั้งโต๊ะ 2 ชุด 4.2 เครื่องพิมพ์เอกสาร 4.3 ชุดเก้าอี้ห้องประชุมองค์กรแพทย์ 4.4 Smart TV 65 นิ้ว (จอ monitor ห้องประชุม) 260,000 บาท																									
3. NSO : ไม่พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางการแพทย์ ระดับ E ขึ้นไป	R7G4K3 อับัติการณ์ความเสี่ยงทาง การพยาบาล ระดับ E ขึ้นไป เท่ากับ 0			18.โครงการพัฒนาคุณภาพทางการแพทย์ NQA																									
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>7</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	7	<table><tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr><tr><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr></table>	68	69	70	71	72	0	0	0	0	0			1. การบริหารอัตรากำลังที่เหมาะสม 1.1 NSO productivity software 1.2 ประชุมเชิงปฏิบัติการบริหารจัดการอัตรากำลัง 2. ประเมินสมรรถนะพยาบาล 2.1 Core competency 2.2 Common competency 2.3 Specific competency 2.4 Multi Specific competency 2.5 Managerial competency 3. Nursing Supervision 3.1 Incharge 3.2 หัวหน้างาน 3.3 Supervisor 3.4 Committee 4. Ethical Nursing 4.1.ประกาศนโยบายจริยธรรมและจรรยาบรรณ					
63	64	65	66	67																									
N/A	N/A	N/A	N/A	7																									
68	69	70	71	72																									
0	0	0	0	0																									
3.1 หน่วยงานทางการแพทย์ มี Productivity ที่เหมาะสม	R7G4OKR3.1 หน่วยงานทางการแพทย์ OPD/ ER/ LR/ IPD มี Productivity ที่เหมาะสม ร้อยละ 80																												
<table><tr><td colspan="5">OPD/ ER/ LR/ IPD</td></tr><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>91.24</td><td>105.86</td><td>148.23</td><td>123.52</td><td>117.76</td></tr><tr><td>90.02</td><td>81.33</td><td>84.01</td><td>88.77</td><td>91.60</td></tr><tr><td>82.02</td><td>74.15</td><td>67.59</td><td>65.23</td><td>78.59</td></tr></table>	OPD/ ER/ LR/ IPD					63	64	65	66	67	91.24	105.86	148.23	123.52	117.76	90.02	81.33	84.01	88.77	91.60	82.02	74.15	67.59	65.23	78.59				
OPD/ ER/ LR/ IPD																													
63	64	65	66	67																									
91.24	105.86	148.23	123.52	117.76																									
90.02	81.33	84.01	88.77	91.60																									
82.02	74.15	67.59	65.23	78.59																									

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G4. โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่องสู่ขั้นก้าวหน้า

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม																													
		2568	2569																														
3.4 อุบัติการณ์ข้อร้องเรียนทางการพยาบาล (ขั้นตอนบริการ พฤติกรรมและสิทธิผู้ป่วย) <table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>28</td><td>51</td><td>20</td><td>40</td><td>1</td></tr></table>	63	64	65	66	67	28	51	20	40	1	R7G4OKR3.4 ข้อร้องเรียนทางการพยาบาล เท่ากับ 0																						
63	64	65	66	67																													
28	51	20	40	1																													
4. ENV : GREEN & CLEAN Hospital Challenge ผ่านระดับท้าทาย <table><tr><td colspan="5">GREEN & CLEAN Hospital Challenge ผ่านระดับท้าทาย</td></tr><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>ไม่ผ่าน</td><td>ไม่ผ่าน</td><td>ไม่ผ่าน</td><td>ไม่ผ่าน</td><td>ไม่ผ่าน</td></tr></table> 4.1 รพ.สต.ในเครือข่ายเข้าร่วมการประเมิน และได้รับการรับรองตามเกณฑ์ Sub-District Health Promoting Hospital ระดับมาตรฐานขึ้นไป เพิ่มขึ้น	GREEN & CLEAN Hospital Challenge ผ่านระดับท้าทาย					63	64	65	66	67	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	R7G4K4 GREEN & CLEAN Hospital Challenge ผ่านระดับท้าทาย <table><tr><td colspan="5">GREEN & CLEAN Hospital Challenge ผ่านระดับท้าทาย</td></tr><tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr><tr><td>ผ่าน</td><td>ผ่าน</td><td>ผ่าน</td><td>ผ่าน</td><td>ผ่าน</td></tr></table> R7G4OKR4.1 รพสต.ในเครือข่ายเข้าร่วมการประเมินและได้รับการรับรองตาม	GREEN & CLEAN Hospital Challenge ผ่านระดับท้าทาย					68	69	70	71	72	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	1. ยกระดับ Green&Clean hospital สู่ระดับ Excellent & Challenge 2. Medical Device Center 3. Beauty ENV	19.โครงการ Excellent ENV management & Green Network 1.ยกระดับ Green&Clean 1.1 Innovation: นวัตกรรม งานวิจัย Green 1.2 Network: เครือข่าย Green 1.3 อาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุก 2. Medical Device Center 2.1 RMC plus 2.2 สอบเทียบเครื่องมือแพทย์ 2.3 Proactive maintenance 3. Beauty ENV 3.1 5 ส 3.2 designing of healing environments 4. งานพัฒนาสมรรถนะ (HRD) 4.1 หลักสูตรพยาบาลอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม
GREEN & CLEAN Hospital Challenge ผ่านระดับท้าทาย																																	
63	64	65	66	67																													
ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน																													
GREEN & CLEAN Hospital Challenge ผ่านระดับท้าทาย																																	
68	69	70	71	72																													
ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน																													

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G4. โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่องสู่ขั้นก้าวหน้า

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม
						2568	2569	
63	64	65	66	67	เกณฑ์ Sub-District Health Promoting Hospitalระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 60			
N/A	N/A	N/A	0	0				
4.2 โรงพยาบาลมีจำนวนนวัตกรรมและงานวิจัย Green เพิ่มขึ้น								
63	64	65	66	67	R7G4OKR4.2 โรงพยาบาลมีจำนวนนวัตกรรมด้าน GREEN 2 เรื่อง/ปี และมีงานวิจัยหรือ R2R ด้าน GREEN 2 เรื่อง/ปี			
0	0	0	0	1				
4.3 โรงพยาบาลผ่านการประเมินการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลระดับที่สูงขึ้น								
63	64	65	66	67	R7G4OKR4.3 โรงพยาบาลผ่านการประเมินการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลในระดับดีขึ้น			
N/A	N/A	ระดับเริ่มต้นพัฒนา	ระดับเริ่มต้นพัฒนา	ระดับเริ่มต้นพัฒนา				

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G4. โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่องสู่ขั้นก้าวหน้า

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม																			
		2568	2569																				
4.4 อุบัติการณ์ความไม่เพียงพอ/ไม่พร้อมใช้/ใช้ไม่ถูกวิธีของเครื่องมือแพทย์ลดลง <table><tr><th colspan="5">ความไม่เพียงพอ/ไม่พร้อมใช้/ใช้ไม่ถูกวิธี</th></tr><tr><th>63</th><th>64</th><th>65</th><th>66</th><th>67</th></tr><tr><td>6/ 34/ N/A</td><td>9/ 35/ N/A</td><td>7/ 38/ 65</td><td>17/ 57/ 15</td><td>3/ 24/</td></tr></table>	ความไม่เพียงพอ/ไม่พร้อมใช้/ใช้ไม่ถูกวิธี					63	64	65	66	67	6/ 34/ N/A	9/ 35/ N/A	7/ 38/ 65	17/ 57/ 15	3/ 24/	R7G4OKR 4.4 อุบัติการณ์ความไม่เพียงพอ/ไม่พร้อมใช้/ใช้ไม่ถูกวิธีของเครื่องมือแพทย์ เท่ากับ 0							
ความไม่เพียงพอ/ไม่พร้อมใช้/ใช้ไม่ถูกวิธี																							
63	64	65	66	67																			
6/ 34/ N/A	9/ 35/ N/A	7/ 38/ 65	17/ 57/ 15	3/ 24/																			
4.5 หน่วยงานมีการดำเนินงาน 5 ส.ในระดับดีขึ้น <table><tr><th colspan="5">5 ส. ระดับดีขึ้น</th></tr><tr><th>63</th><th>64</th><th>65</th><th>66</th><th>67</th></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>0</td></tr></table>	5 ส. ระดับดีขึ้น					63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	0	R7G4OKR4.5 ร้อยละของหน่วยงานมีการดำเนินงาน 5 ส ระดับดีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 60							
5 ส. ระดับดีขึ้น																							
63	64	65	66	67																			
N/A	N/A	N/A	N/A	0																			
5. IC : ลดอัตราการติดเชื้อ : 1000 วันนอน <table><tr><th>63</th><th>64</th><th>65</th><th>66</th><th>67</th></tr><tr><td>0.07</td><td>0.14</td><td>0.31</td><td>0.32</td><td>0.33</td></tr></table>	63	64	65	66	67	0.07	0.14	0.31	0.32	0.33	R7G4K5 อัตราการติดเชื้อที่สำคัญลดลง <table><tr><th>68</th><th>69</th><th>70</th><th>71</th><th>72</th></tr><tr><td>≤0.35</td><td>≤0.30</td><td>≤0.25</td><td>≤0.2</td><td>≤0.1</td></tr></table>	68	69	70	71	72	≤0.35	≤0.30	≤0.25	≤0.2	≤0.1	Excellent IC management - CAUTI - MDR IC สัญจร 7 รพ.สต 1 PCC	20.โครงการ Excellent IC management 1. Bundle Campaign 1.1 CAUTI 1.2 MDR 1.3 ล้างมือ
63	64	65	66	67																			
0.07	0.14	0.31	0.32	0.33																			
68	69	70	71	72																			
≤0.35	≤0.30	≤0.25	≤0.2	≤0.1																			

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G4. โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่องสู่ขั้นก้าวหน้า

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม																				
		2568	2569																					
5.1 ไม่พบอัตราการติดเชื้อ CAUTI <table border="1"> <tr> <td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr> <td>0</td><td>0.84</td><td>1.25</td><td>1.36</td><td>0.88</td></tr> </table> 5.2 ไม่พบอุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาในชุมชน <table border="1"> <tr> <td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr> <td>N/A</td><td>N/A</td><td>15</td><td>11</td><td>10</td></tr> </table>	63	64	65	66	67	0	0.84	1.25	1.36	0.88	63	64	65	66	67	N/A	N/A	15	11	10	R7G4OKR5.1 อัตราการติดเชื้อ CAUTI น้อยกว่าหรือเท่ากับ1:1000 day/cath R7G4OKR5.2 อัตราการติดเชื้อดื้อยาในชุมชนน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10			2. IC สัญจร 7 รพ.สต 1 PCC 2.1 ผู้ป่วย refer back จากร.พ.สภ 2.2. Sepsis 2.3 TB 3. งานพัฒนาสมรรถนะ (HRD) 3.1 หลักสูตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อขั้นพื้นฐาน (2 wks)
63	64	65	66	67																				
0	0.84	1.25	1.36	0.88																				
63	64	65	66	67																				
N/A	N/A	15	11	10																				
6. IM : เพิ่มความสมบูรณ์เวชระเบียนตามโรคยุทธศาสตร์ให้มีประสิทธิภาพ <table border="1"> <tr> <td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr> <td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr> </table> 6.1 ความสมบูรณ์เวชระเบียนตามโรคยุทธศาสตร์ใน แผนกผู้ป่วยนอก ครบถ้วนถูกต้อง	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	R7G4K6 อัตราความสมบูรณ์เวชระเบียนตามโรคยุทธศาสตร์ <table border="1"> <tr> <td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr> <tr> <td>80</td><td>85</td><td>90</td><td>95</td><td>100</td></tr> </table> R7G4OKR6.1อัตราความสมบูรณ์เวชระเบียนตามโรคยุทธศาสตร์ในผู้ป่วยนอก ร้อยละ 80	68	69	70	71	72	80	85	90	95	100	ศูนย์เวชระเบียนคุณภาพ		21.โครงการศูนย์เวชระเบียนคุณภาพ 1. WI Audit เวชระเบียนแบบบูรณาการ 1.1. สปสช 1.2. สนย. 2. audit เวชระเบียน 2.1 โรคยุทธศาสตร์ 100 % 2.2 โรคสำคัญ 100 % 2.3 โรคอื่นๆสุ่มตรวจ 3. คืบข้อมูลความสมบูรณ์เวชระเบียนแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
63	64	65	66	67																				
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																				
68	69	70	71	72																				
80	85	90	95	100																				

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G4. โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่องสู่ขั้นก้าวหน้า

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs		Project Based		โครงการงานและกิจกรรม
							2568	2569	
63	64	65	66	67	R7G4OKR6.2 อัตราความสมบูรณ์ เวชระเบียนตามโรคยุทธศาสตร์ ในแผนผู้ป่วยใน ร้อยละ 80				3.1 Trigger tool 3.2 Claim 3.3 ปรับปรุง CPG 3.4 ปรับปรุง CNPG 4. อบรมการบันทึกเวชระเบียน/ External Audit เวช ระเบียนตามเกณฑ์โรคยุทธศาสตร์โรงพยาบาล 5. Healthtech AI ทางกายภาพ
92.13	91.50	90.34	88.09	90.06					
6.2 ความสมบูรณ์เวชระเบียน ตามโรคยุทธศาสตร์ในแผนผู้ป่วยใน ครบถ้วน ถูกต้อง									
63	64	65	66	67					
91.21	92.99	74.36	82.89	82.13					
7. PTC : ไม่พบ อุบัติการณ์ Medication error with harms ระดับ E ขึ้นไป					R7G4K7 อุบัติการณ์ Medication error with harms ระดับ E ขึ้นไป		Excellence Drug Safety Management		22. โครงการ Excellent Drug Safety Management 1.วางระบบป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา 1.1 จัดทำ WI เพิ่มในประเด็นที่พบอุบัติการณ์ ME สูง ทั้ง IPD และ OPD 1.2 ประชุมผู้เกี่ยวข้องเพื่อซักซ้อมความเข้าใจในแนวทาง ปฏิบัติทั้งหมดเกี่ยวกับ Drug Safety 1.3 ประเมินการรับรู้และการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด 1.4 วางระบบป้องกันข้อผิดพลาดในการส่งจ่ายยาผ่าน โปรแกรม HosXp 1.5 จัดหาโปรแกรมช่วยให้การจ่ายยามีประสิทธิภาพ มากขึ้น
63	64	65	66	67					
0	0	0	0	0					
7.1 โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ความปลอดภัยด้านยา ระดับ 5					R7G4OKR7.1 โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ มาตรฐานความปลอดภัยด้านยาระดับ 5				
63	64	65	66	67					
N/A	N/A	2.79	3.85	3.92					

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G4. โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่องสู่ขั้นก้าวหน้า

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม															
		2568	2569																
7.2 Medication error: ผู้ป่วยนอก (ต่อ 1,000 ใบสั่งยา) ลดลง <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="5">Administration/Pre Dispensing/Dispensing/ Administration</th></tr> <tr> <th>63</th><th>64</th><th>65</th><th>66</th><th>67</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0.063/4.85/0.04/0.015</td><td>0.074/0.26/0.02/0.01</td><td>0.11/0.16/0.01/0.01</td><td>3.62/4.68/0.18/0.02</td><td>6.76/4.73/0.28/0.02</td></tr> </tbody> </table> 7.3 Medication error: ผู้ป่วยใน (ต่อ 1,000 วันนอน) ลดลง	Administration/Pre Dispensing/Dispensing/ Administration					63	64	65	66	67	0.063/4.85/0.04/0.015	0.074/0.26/0.02/0.01	0.11/0.16/0.01/0.01	3.62/4.68/0.18/0.02	6.76/4.73/0.28/0.02	R7G4OKR7.2 Medication error: ผู้ป่วยนอก (ต่อ 1,000 ใบสั่งยา) ลดลงตามค่าเป้าหมาย - Prescribing <2 - Pre Dispensing <5 - Dispensing = 0 - Administration = 0			2.ปรับปรุงระบบป้องกันการแพ้ยา/แพ้ยารุนแรง 2.1 ติดสติ๊กเกอร์แพ้ยาพร้อมรายการยาที่แพ้ที่บัตรประชาชน 2.2 กระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติแจ้งข้อมูลการแพ้ยาจากสถานพยาบาลอื่น 2.3 กระตุ้นให้ผู้ป่วยแพ้ยาใช้หมอบริเวณเพื่อระบุรายการยาที่แพ้ 2.4 ส่งตรวจยืนยันแพ้ยา 2.5 วางแนวทาง ADR type A 3.พัฒนาสู่ RDU Hospital 3.1 กระตุ้นให้มีการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล 3.2 ประเมินและตรวจสอบการใช้ยา ในยาโรคเรื้อรัง ยาบัญชี ง.และยามูลค่าสูงA 4.เสริมพลังให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังใช้ยาได้ถูกต้อง 4.1 ดิวเข้มการใช้ยาของผู้ป่วย 4.2 ปฏิทินเพื่อการรับประทานยาถูกต้อง 4.3 เพิ่มความครอบคลุมของ Telepharmacy 4.4 จัดทำ Smart label แสดงข้อมูลยาและวิธีการใช้ 5. งานสรรหาบุคลากร (HRM) 5.1 เกสัชกร สาขาบริหารเภสัชกรรม 1 ตำแหน่ง 5.2 จพ.เภสัช 1 ตำแหน่ง 5.3 จนท.ประจำห้องยา 1 ตำแหน่ง
Administration/Pre Dispensing/Dispensing/ Administration																			
63	64	65	66	67															
0.063/4.85/0.04/0.015	0.074/0.26/0.02/0.01	0.11/0.16/0.01/0.01	3.62/4.68/0.18/0.02	6.76/4.73/0.28/0.02															

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G4. โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่องสู่ขั้นก้าวหน้า

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม										
		2568	2569											
Administration/ Pre Dispensing/Dispensing/ Administration <table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>0.09/ 3.95/ 0.67/ 0.12</td><td>0.44/ 0.23/ 0.12/ 0.10</td><td>0.21/ 0.06/ 0.03/ 0.04</td><td>5.97/ 10.91/ 4.19/ 2.81</td><td>42.09/ 16.57/ 2.82/ 4</td></tr></table>	63	64	65	66	67	0.09/ 3.95/ 0.67/ 0.12	0.44/ 0.23/ 0.12/ 0.10	0.21/ 0.06/ 0.03/ 0.04	5.97/ 10.91/ 4.19/ 2.81	42.09/ 16.57/ 2.82/ 4	R7G4OKR7.3 Medication error: ผู้ป่วยใน (ต่อ 1,000 วันนอน)ลดลงตามค่าเป้าหมาย - Prescribing <2 - Pre Dispensing <5 - Dispensing = 0 - Administration= 0			6. งานพัฒนาสมรรถนะ (HRD) 6.1 หลักสูตรการบริหารทางเภสัชกรรม 6.2 หลักสูตรเภสัชกรครอบครัว 6.3 หลักสูตรการประเมินและติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 6.4 หลักสูตรการพัฒนาระบบให้บริการทางเภสัชกรรม 6.5 หลักสูตรการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 6.6 หลักสูตร warfarin clinic 6.7 หลักสูตรการอบรมเพื่อให้เกิดการพัฒนาและการวิจัยในโรงพยาบาล 6.8 อบรมฟื้นฟูความรู้เจ้าพนักงานเภสัชกรรม 6.9 อบรมด้านระเบียบพัสดุและการบริหารเวชภัณฑ์ 6.10 อบรมผู้บริหาร ระดับกลาง 6.11 อบรมด้านการคุ้มครองผู้บริโภค 7. งานจัดหาวัสดุครุภัณฑ์ 7.1 เครื่องกำจัดความชื้นและระบบปรับอากาศที่วางไว้ 40,000 บาท
63	64	65	66	67										
0.09/ 3.95/ 0.67/ 0.12	0.44/ 0.23/ 0.12/ 0.10	0.21/ 0.06/ 0.03/ 0.04	5.97/ 10.91/ 4.19/ 2.81	42.09/ 16.57/ 2.82/ 4										
7.4 ไม่พบอุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำ <table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>1</td></tr></table>	63	64	65	66	67	0	0	0	0	1	R7G4OKR7.4 อุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำเท่ากับ 0			
63	64	65	66	67										
0	0	0	0	1										
7.5 ผู้ป่วยที่ได้รับ HAD ได้รับการประเมินติดตามตามมาตรฐาน <table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>95.47</td><td>53.33</td><td>67.43</td><td>65.16</td><td>86.94</td></tr></table>	63	64	65	66	67	95.47	53.33	67.43	65.16	86.94	R7G4OKR7.5 ผู้ป่วยที่ได้รับ HAD ได้รับการประเมินติดตามตามมาตรฐานมากกว่า ร้อยละ 95			
63	64	65	66	67										
95.47	53.33	67.43	65.16	86.94										

R7G4OKR7.3 Medication error:
ผู้ป่วยใน (ต่อ 1,000 วันนอน)ลดลงตามค่าเป้าหมาย

- Prescribing <2
- Pre Dispensing <5
- Dispensing = 0
- Administration= 0

R7G4OKR7.4 อุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำเท่ากับ 0

R7G4OKR7.5 ผู้ป่วยที่ได้รับ HAD ได้รับการประเมินติดตามตามมาตรฐานมากกว่า ร้อยละ 95

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G4. โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่องสู่ขั้นก้าวหน้า

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม																				
		2568	2569																					
7.6 โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ RDU Hospital <table border="1"> <tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr><td>ผ่าน</td><td>ผ่าน</td><td>ผ่าน</td><td>ผ่าน</td><td>ผ่าน</td></tr> </table> 7.7 ผู้ป่วย DM / CKD ใช้ยาถูกต้อง <table border="1"> <tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>70.43</td><td>94.01</td><td>79.37</td></tr> </table>	63	64	65	66	67	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	63	64	65	66	67	N/A	N/A	70.43	94.01	79.37	R7G4OKR7.6 โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ RDU Hospital R7G4OKR7.7 ผู้ป่วย DM / CKD ใช้ยาถูกต้อง ร้อยละ 90			
63	64	65	66	67																				
ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน																				
63	64	65	66	67																				
N/A	N/A	70.43	94.01	79.37																				
8. Lab & Blood :ไม่พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ระดับ D ขึ้นไป <table border="1"> <tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr><td>1</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr> </table> 8.1 ไม่พบอุบัติการณ์การรายงานค่าวิกฤตล่าช้า	63	64	65	66	67	1	1	0	0	0	R7G4K8 อับัติการณ์ความเสี่ยงทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ระดับ D ขึ้นไปเท่ากับ 0 <table border="1"> <tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr> <tr><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr> </table> R7G4K8O8.1 อับัติการณ์การรายงานค่าวิกฤตล่าช้า เท่ากับ 0	68	69	70	71	72	0	0	0	0	0	Excellent Lab & Blood management 1.Lab Fast track 100% 2.Critical test of result 100 % 3. การสำรองเลือด 100% 4.RLU	23.โครงการ Excellent Lab & Blood management 1. Lab Fast track 100% 1.1 Critical test of result 2. สำรองเลือด 100 % 2.1 รับบริจาคโลหิต จากญาติ อำเภอพุนพิน 2.2 เปิดงานธนาคารเลือด 3.RLU 3.1 HbA1c ตรวจปีละ 1 ครั้ง 3.2 HbA1c ไม่ตรวจซ้ำใน 90 วัน 4. งานพัฒนาสมรรถนะ (HRD)	
63	64	65	66	67																				
1	1	0	0	0																				
68	69	70	71	72																				
0	0	0	0	0																				

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G4. โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่องสู่ขั้นก้าวหน้า

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม
		2568	2569	
6364656667 99.9095.3396.9195.7595.00 8.2 ไม่อุบัติการณ์การรายงานแล็บด่วนไม่ทันเวลา 6364656667 00000 8.3 ไม่พบอุบัติการณ์สำรองเลือดไม่เพียงพอ/ไม่พร้อมใช้ 6364656667 00000	R7G4K8O8.2 อุบัติการณ์การรายงานแล็บด่วนไม่ทันเวลา เท่ากับ 0 R7G4K8O8.3 อุบัติการณ์สำรองเลือดไม่เพียงพอ/ไม่พร้อมใช้ เท่ากับ 0			4.1 อบรมหลักสูตร RLU ของกรมวิทย์ฯ 5. งานจัดหาวัสดุครุภัณฑ์ 5.1 จัดซื้อเครื่องตรวจ HbA1c เชิงรุกแบบพกพา 18,000 บาท 5.2 อุปกรณ์งานธนาคารเลือด 300,000 บาท 5.3 โทรศัพท์ ขนาด 42 นิ้ว 5 เครื่อง 100,000 บาท 5.4 Mobile lab 6,000,000 บาท
9.การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุสมผล (RLU) 9.1 ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ HbA1C อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	R7G4K9 ผ่านเกณฑ์การประเมิน RLU Hospital 6364656667 ผ่านผ่านผ่านผ่านผ่าน			

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G4. โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่องสู่ขั้นก้าวหน้า

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม																	
						2568	2569																		
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>70.4</td></tr></table>					63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	70.4	R7G4OKR9.1 ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ HbA1C อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 7 R7G4OKR9.2 ไม่ตรวจ HbA1C ซ้ำ ภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 10 R7G4OKR9.3 ผู้ป่วย NCDs ลดการตรวจ Lipid Profile ทั้งชุด เพื่อติดตาม LDL ไม่เกิน ร้อยละ 20										
63	64	65	66	67																					
N/A	N/A	N/A	N/A	70.4																					
9.2 ไม่ตรวจ HbA1C ซ้ำ ภายใน 90 วัน																									
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>14.63</td></tr></table>					63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	14.63											
63	64	65	66	67																					
N/A	N/A	N/A	N/A	14.63																					
9.3 ผู้ป่วย NCDs ลดการตรวจ Lipid Profile ทั้งชุด เพื่อติดตาม LDL																									
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>44.49</td></tr></table>					63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	44.49											
63	64	65	66	67																					
N/A	N/A	N/A	N/A	44.49																					
10. รังสี : ไม่พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางรังสีระดับ D ขึ้นไป					R7G4K10 อุบัติการณ์ความเสี่ยงทางรังสีระดับ D ขึ้นไป เท่ากับ 0	Excellent X-ray Management 1.Identify 2.PACS 3.CT scan	24.โครงการ Excellent X-ray Management 1.Reacradition มาตรฐานรังสี 1.1 CQI Repeat X-Ray 1.2 ประเมินมาตรฐานรังสี 2.AI Screening 2.1 เอกซเรย์ทรวงอกคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง (DM,HT,COPD,CKD,ARV) 3.งานจัดหาวัดศุครุภัณฑ์																		
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr></table>					63			64	65	66	67	0	0	0	0	0	<table><tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr><tr><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr></table>	68	69	70	71	72	0	0	0
63	64	65	66	67																					
0	0	0	0	0																					
68	69	70	71	72																					
0	0	0	0	0																					
10.1. ไม่พบอุบัติการณ์ถ่ายภาพผิดข้างผิดคน ผิดตำแหน่งตามคำสั่งแพทย์					R7G4OKR10.1 อุบัติการณ์ถ่ายภาพผิดข้างผิดคน ผิดตำแหน่งตามคำสั่งแพทย์ เท่ากับ 0																				

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G4. โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่องสู่ขั้นก้าวหน้า

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs		Project Based		โครงการงานและกิจกรรม
							2568	2569	
63	64	65	66	67					3.1 เครื่องเอกซเรย์ระบบดิจิทัลแบบพกพา 3.2 จัดให้บริการ CT โดย Out source
0	1	0	2	1					
10.2. ผู้ป่วยโรคซับซ้อน (Trauma/ สูติ/ฯลฯ) ได้รับการตรวจวินิจฉัยด้วย U/S ทุกราย					R7G4OKR10.2 ผู้ป่วยโรคซับซ้อน (Trauma/สูติ /ฯลฯ)ได้รับการตรวจวินิจฉัยด้วย U/S ร้อยละ 100				
63	64	65	66	67					
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A					
11. พัฒนาระบบ AI ช่วยในการคัดกรองภาพถ่ายรังสีทรวงอก					R7G4K11 พัฒนาระบบ AI ช่วยในการคัดกรองภาพถ่ายรังสีทรวงอก ร้อยละ 70				
63	64	65	66	67					
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A					
11.1 ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง (DM,HT,COPD,CKD,ARV)ได้รับการคัดกรองวัณโรค ปีละ 1 ครั้ง					R7G4OKR11.1 ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง (DM,HT,COPD,CKD,ARV)ได้รับการถ่ายภาพรังสีทรวงอกปีละ 1 ครั้ง 100%				
68	69	70	71	72					
70	70	70	70	70					

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G4. โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่องสู่ขั้นก้าวหน้า									
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม	
						2568	2569		
63	64	65	66	67					
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A					

วิสัยทัศน์ : ศูนย์การแพทย์คุณภาพชั้นเลิศที่ประชาชนศรัทธา
พันธกิจที่ : M3 พัฒนาระบบบริการและสร้างประสบการณ์ที่ดีด้วยหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์
ยุทธศาสตร์ : S3 พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการโรงพยาบาลดิจิทัล ระดับ S Plus
Roadmap 8 โรงพยาบาลในดวงใจของประชาชนทุกคน

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G5. ประชาชนผูกพัน ไว้วางใจคุณภาพบริการ บุคลากรให้บริการอย่างมีความสุข และมีจิตสาธารณะ												
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs					Project Based		โครงการงานและกิจกรรม
										2568	2569	
1.ผู้รับบริการมีความผูกพันเพิ่มขึ้น					R8G5K1 ผู้รับบริการมีความผูกพัน					โรงพยาบาลในดวงใจของ ผู้รับบริการ Phase I		25.โครงการโรงพยาบาลในดวงใจของผู้รับบริการ 1.รูปแบบบริการด้วยหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์ 1.1 จัดทำธรรมนูญบริการด้วยหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์ 1.1.1 ชุดปฏิบัติงานตามวิชาชีพ 1.1.2 พฤติกรรมบริการที่สร้างความประทับใจ 1.1.3 การบริการก่อนที่ผู้ใช้บริการจะร้องขอ 1.1.4 ระบบนัดหมายออนไลน์ 1.1.5 คลินิกวันหยุดราชการ (แพทย์) 2.อบรมบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ 100 % 3.คนพูนพินร่วมใจพัฒนาโรงพยาบาล 3.1 ทีมจิตอาสา (R1-R12) 3.2 ทีมอาสาสมัคร (R1-R12) 4.ศูนย์สันติวิธี 4.1 จัดตั้งคณะกรรมการ 4.2 สื่อสาร ประชาสัมพันธ์และภาพลักษณ์องค์กร 4.2.1. ประชาสัมพันธ์ระบบบริการร.พ. 4.2.2 เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารภายในร.พ.
63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	1.รูปแบบบริการด้วยหัวใจแห่ง ความเป็นมนุษย์		
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	80	80	85	85	90	2.ศูนย์สันติวิธี		
1.1 ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนก OPD ระดับมากที่สุดถึงมากที่สุดเพิ่มขึ้น					R8G5OKR1.1 อัตราความพึงพอใจของผู้รับ บริการแผนก OPD ระดับมากที่สุดถึงมากที่สุดร้อยละ 90					3.คนพูนพินร่วมใจพัฒนา โรงพยาบาล		
63	64	65	66	67						4.กองทุน/มูลนิธิพัฒนา โรงพยาบาลพูนพิน		
N/A	N/A	N/A	82.06	85.10						5.คู่ความร่วมมือร่วมพัฒนา โรงพยาบาลพูนพิน		
1.2 ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนก IPD ระดับมากที่สุดถึงมากที่สุดเพิ่มขึ้น					R8G5OKR1.2 อัตราความพึงพอใจ ของผู้รับบริการแผนก IPD ระดับมากที่สุดถึงมากที่สุด ร้อยละ 85							
63	64	65	66	67								
N/A	N/A	N/A	79.27	86.21								

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G5. ประชาชนผูกพัน ไว้วางใจคุณภาพบริการ บุคลากรให้บริการอย่างมีความสุข และมีจิตสาธารณะ

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม																				
		2568	2569																					
1.3 ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกปฐมภูมิระดับมากที่สุดเพิ่มขึ้น <table border="1"> <tr> <td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr> <td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>93.65</td><td>94.22</td></tr> </table> 1.4 อุบัติการณ์ข้อร้องเรียนจากการรับบริการลดลง <table border="1"> <tr> <td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr> <td>N/A</td><td>9</td><td>7</td><td>60</td><td>16</td></tr> </table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	93.65	94.22	63	64	65	66	67	N/A	9	7	60	16	R8G5OKR1.3 อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกปฐมภูมิระดับมากที่สุด ร้อยละ 100 R8G5OKR1.4 อุบัติการณ์ข้อร้องเรียนจากการรับบริการ เท่ากับ 5			4.2.3 มวลชนสัมพันธ์ 4.3 บริหารความเสี่ยงสื่อออนไลน์ 4.4 ทีมรับผิดชอบหลักทุกเวอร์ 5.กองทุน/มูลนิธิพัฒนาโรงพยาบาล พุนพิน 5.1 จัดตั้งกองทุนพัฒนาโรงพยาบาลพุนพิน 5.2 มูลนิธิพัฒนาโรงพยาบาลพุนพิน 6. งานคู่ความร่วมมือร่วมพัฒนาโรงพยาบาลพุนพิน 6.1. แพทย์เฉพาะทาง รพ.สุก 6.2 แพทย์เฉพาะทาง รพ.กรุงเทพ 6.3 แพทย์เฉพาะทาง รพ.กาญจนาดิษฐ์ 7. งานพัฒนาสมรรถนะ (HRD) 7.1 หลักสูตรเจรจาไกลเกลี่ย 7.2 หลักสูตรอบรมการสร้างภาพลักษณ์ขององค์กรยุคดิจิทัล 7.3 หลักสูตรการสร้างจิตสำนึกรักองค์กร
63	64	65	66	67																				
N/A	N/A	N/A	93.65	94.22																				
63	64	65	66	67																				
N/A	9	7	60	16																				
2.จำนวนจิตอาสาและอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการพัฒนาโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น <table border="1"> <tr> <td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr> <td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr> </table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	R8G5K2 จำนวนจิตอาสาและอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการพัฒนาโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น 5 คน/ปี <table border="1"> <tr> <td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr> <tr> <td>5</td><td>10</td><td>15</td><td>20</td><td>25</td></tr> </table>	68	69	70	71	72	5	10	15	20	25			
63	64	65	66	67																				
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																				
68	69	70	71	72																				
5	10	15	20	25																				
3.ประชาชนเข้าร่วมโครงการบริจาคทรัพย์สิน/เงิน เพิ่มขึ้น	R8G5K3 ประชาชนเข้าร่วมโครงการบริจาคทรัพย์สิน/เงิน มากกว่า																							

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G5. ประชาชนผูกพัน ไว้วางใจคุณภาพบริการ บุคลากรให้บริการอย่างมีความสุข และมีจิตสาธารณะ

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs					Project Based		โครงการงานและกิจกรรม
										2568	2569	
63988,690.42 64515,236.92 651,368,632.98 66913,973.21 67558,910.63					500,000 บาท/ปี 68500,000.00 69500,000.00 70500,000.00 71500,000.00 72500,000.00							
3.1 มูลค่าทรัพย์สิน/เงิน					R8G5OKR 3.1 มูลค่าทรัพย์สิน/เงินเพิ่มขึ้น							
4. เครือข่ายคู่ความร่วมมือภาครัฐ/รัฐวิสาหกิจ/อปท./เอกชน/ฯลฯ เข้าร่วมสนับสนุนแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาโรงพยาบาล					R8G5K4 เครือข่ายคู่ความร่วมมือภาครัฐ/รัฐวิสาหกิจ/อปท./เอกชน/ฯลฯ เข้าร่วมสนับสนุนแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาโรงพยาบาล							
6364656667 N/AN/AN/AN/A75.0076.74					6869707172 6060606060							
4.1 ด้านการแพทย์ (R1-R4)					R8G5OKR4.1 โครงการด้านการแพทย์ (R1-R4)							

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G5. ประชาชนผูกพัน ไว้วางใจคุณภาพบริการ บุคลากรให้บริการอย่างมีความสุข และมีจิตสาธารณะ

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม
		2568	2569	
4.2 ด้านการสาธารณสุข (R5-R6)	R8G5OKR4.2 โครงการด้านการสาธารณสุข(R5-R6)			
4.3 ด้านบริหารจัดการ (R7-R12)	R8G5OKR 4.3 โครงการด้านบริหารจัดการ (R7-R12)			

วิสัยทัศน์ : ศูนย์การแพทย์คุณภาพชั้นนำที่ประชาชนศรัทธา
พันธกิจที่ : M4 พัฒนาระบบบริหารจัดการองค์กรสมรรถนะสูง (HPO)
ยุทธศาสตร์ : S3 พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการโรงพยาบาลดิจิทัล ระดับ S Plus
Roadmap 9 องค์กรสมรรถนะสูง

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G6. โรงพยาบาลมีผลลัพธ์จากการดำเนินงานสูงเป็นอันดับที่ 1 ใน 3 ของจังหวัดสุราษฎร์ธานี และอันดับที่ 1 ใน 5 ของเขตสุขภาพที่ 11																													
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs					Project Based		โครงการงานและกิจกรรม																					
						2568	2569																						
1. หมวด 1 การนำ : โรงพยาบาลพัฒนาให้เป็นระดับ S Plus ภายในปี 2569	R9G6K1 ระดับความสำเร็จในการปรับระดับ โรงพยาบาลชุมชน S Plus					โรงพยาบาลระดับ S+		26.โครงการยกระดับโรงพยาบาลระดับ S Plus																					
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>S</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	S	<table><tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr><tr><td>S+</td><td>S+</td><td>S+</td><td>S+</td><td>S+</td></tr></table>					68	69	70	71	72	S+	S+	S+	S+	S+	1.บริการแพทย์เฉพาะทาง 2.รักษาโรคซับซ้อนระยะสั้น 3. 3P safety Campaign 4. Re-ac ครั้งที่ 3 5.สื่อสารแผนยุทธศาสตร์		1.บริการแพทย์เฉพาะทาง 1.1 แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1.2 แพทย์ออร์โธปิดิกส์ (part time) 1.3 จิตแพทย์ 1.4 อายุรแพทย์ 2.รักษาโรคซับซ้อนระยะสั้น 2.1 กำหนดกลุ่มโรคในการ Admit 2.2 เพิ่มการประเมินภาวะโภชนาการและจิตเวช ในผู้ป่วยใน 2.3 คู่ความร่วมมือรับการดูแลต่อเนื่องกับโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลทักษิณ และโรงพยาบาลศรีวิชัย	
63	64	65	66	67																									
N/A	N/A	N/A	N/A	S																									
68	69	70	71	72																									
S+	S+	S+	S+	S+																									
1.1 จัดบริการการแพทย์เฉพาะทาง สาขาอายุรกรรม ศัลยกรรมทั่วไป กุมารเวชกรรม เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ออโรปิดิกส์ จิตเวช อายุรกรรมหัวใจ เวชศาสตร์ครอบครัว	R9G6OKR1.1 ระดับความสำเร็จการให้บริการ แพทย์เฉพาะทางสาขาบริการหลัก (แพทย์เฉพาะทางสาขา ด้านสูตินรีเวชกรรม ด้านศัลยกรรมทั่วไป อายุรกรรม กุมารเวชกรรม ออโรปิดิกส์ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน)																												
1.2 การรักษาโรคซับซ้อนที่ต้องรักษา ระยะสั้น (CMI/Adj. RW /active bed)	R9G6OKR1.2 ระดับความสำเร็จการรักษา โรคซับซ้อนที่ต้องรักษาระยะสั้น (CMI/Adj. RW /active bed)																												
	R9G6OKR1.3 ร้อยละหน่วยงานใน โรงพยาบาลน่านโยบายและจุดเน้นความ																												

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G6. โรงพยาบาลมีผลลัพธ์จากการดำเนินสูงเป็นอันดับที่ 1 ใน 3 ของจังหวัดสระบุรี และอันดับที่ 1 ใน 5 ของเขตสุขภาพที่ 11

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม
		2568	2569	
1.3 หน่วยงานในโรงพยาบาลน่านโยบายและจุดเน้นความปลอดภัย (3P safety) สู่การปฏิบัติทุกหน่วยงาน 1.3.1 Patient 1.3.2 Personal 1.3.3 People 1.4 โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพ Re-ac ครั้งที่ 3 ภายในปี 2570 1.5 บุคลากรในโรงพยาบาลและเครือข่ายรับรู้และเข้าใจแผนยุทธศาสตร์ ระยะ 5 ปี และเข้มแข็ง	ปลอดภัย (3P safety) สู่การปฏิบัติทุกหน่วยงาน ร้อยละ 100 R9G6OKR1.4 ระดับความสำเร็จโรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพ Re-ac ครั้งที่ 3 ภายในปี 2570 R9G6OKR1.5 ร้อยละบุคลากรในโรงพยาบาลและเครือข่ายรับรู้และเข้าใจแผนยุทธศาสตร์ ระยะ 5 ปี และเข้มแข็ง			3.3 สื่อสาร ประชาสัมพันธ์ เรื่อง 3P safety สู่ชุมชน 3.4 ประเมินการปฏิบัติตามแนวทาง 3P safety 4. Re-ac ครั้งที่ 3 4.1 ประกาศนโยบาย 4.2 จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ 4.3 Grand round หน่วยงาน 4.4 ติดตาม กำกับ 4.5 ประเมินตนเอง SAR 5.สื่อสารแผนยุทธศาสตร์ (บูรณาการกับหมวด 2 บริหารเชิงกลยุทธ์) 6. งานสรรหาบุคลากร (HRM) 6.1 แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 6.2 แพทย์ออร์โธปิดิกส์ 6.3 จิตแพทย์ 1 ตำแหน่ง 6.4 อายุรแพทย์ 1 ตำแหน่ง 7. งานพัฒนาสมรรถนะ (HRD) 7.1 หลักสูตรการพัฒนาคุณภาพสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาล 7.2 หลักสูตรการเยี่ยมสำรวจภายในและการสร้างโค้ชเพื่อขับเคลื่อนคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Internal Survey & Coaching for Continuous Quality Journey)

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G6. โรงพยาบาลมีผลลัพธ์จากการดำเนินงานเป็นอันดับที่ 1 ใน 3 ของจังหวัดสระบุรีธานี และอันดับที่ 1 ใน 5 ของเขตสุขภาพที่ 11

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม																				
		2568	2569																					
2. หมวด 2 การบริหารเชิงกลยุทธ์ : มีผลลัพธ์การดำเนินงานดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง	R9G6K2 อัตราการบรรลุผลลัพธ์การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์	Strategic implementation & Evaluation Phase I		27.โครงการ บริหารยุทธศาสตร์การแพทย์ การสาธารณสุขการบริหารจัดการ																				
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>79.72</td><td>33.33</td><td>50.68</td><td>46.62</td><td>46.59</td></tr></table>	63	64	65	66	67	79.72	33.33	50.68	46.62	46.59	<table><tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr><tr><td>70</td><td>80</td><td>90</td><td>100</td><td>100</td></tr></table>	68	69	70	71	72	70	80	90	100	100	1.งานนำเสนอ แผนยุทธศาสตร์		1. งานนำเสนอแผนยุทธศาสตร์
63	64	65	66	67																				
79.72	33.33	50.68	46.62	46.59																				
68	69	70	71	72																				
70	80	90	100	100																				
		2. งานนำเสนอแผนยุทธศาสตร์ สู่การปฏิบัติ		1.1 จัดทำรูปเล่มแผนยุทธศาสตร์																				
		3.งานประเมินผลแผน ยุทธศาสตร์		1.2 ประชุมเชิงปฏิบัติการคณะกรรมการขับเคลื่อน แผนยุทธศาสตร์ R1-R12																				
2.1 โครงการและแผนปฏิบัติการ การเชิงยุทธศาสตร์ R1-R12 31 โครงการ สอดคล้องกับ Agenda Based/ functional Based/Area Based	R9G6OKR2.1 โครงการและแผนปฏิบัติการ เชิงยุทธศาสตร์ R1-R12 สอดคล้องกับ Agenda Based/ functional Based/ Area Based ร้อยละ 80			1.3 Grand Opening																				
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>96.30</td><td>95.73</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	96.30	95.73				2. งานนำเสนอแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ										
63	64	65	66	67																				
N/A	N/A	N/A	96.30	95.73																				
2.2 โครงการและแผนปฏิบัติการ เชิงยุทธศาสตร์ R1-R12 โครงการมีการนำสู่ การปฏิบัติและได้รับการกำกับและติดตามแบบ Quick win	R9G6OKR2.2 อัตราโครงการและ แผนปฏิบัติการเชิงยุทธศาสตร์ R1-R12 มีการนำสู่การปฏิบัติได้รับการกำกับและติดตาม แบบ Quick win ร้อยละ 80			2.1 Quick win รายสัปดาห์																				
				2.2 Quick win รายเดือน																				
				2.4 Quick win ราย 2 เดือน																				
				2.5 Quick win ราย 3 เดือน																				
				3. งานประเมินผลแผนยุทธศาสตร์																				
				3.1 อบรมเชิงปฏิบัติการประเมินผลยุทธศาสตร์																				
				3.2 ปฏิบัติการประเมินผลแผนยุทธศาสตร์ ปี 2568																				
				3.3 ปรับแผนยุทธศาสตร์ ปี 2569																				
				3.4 จัดทำรายงานประจำปี																				
				4. งานพัฒนาสมรรถนะ (HRD)																				
				4.1 หลักสูตรการบริหารยุทธศาสตร์ขั้นก้าวหน้า																				

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G6. โรงพยาบาลมีผลลัพธ์จากการดำเนินงานสูงเป็นอันดับที่ 1 ใน 3 ของจังหวัดสระบุรีธานี และอันดับที่ 1 ใน 5 ของเขตสุขภาพที่ 11

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs		Project Based		โครงการงานและกิจกรรม
							2568	2569	
63	64	65	66	67					
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A					
2.3 โครงการและแผนปฏิบัติการเชิงยุทธศาสตร์ R1-R12 โครงการได้รับการประเมินผล					R9G6OKR2.3 อัตราโครงการและแผนปฏิบัติการเชิงยุทธศาสตร์ R1-R12 ได้รับการประเมินผล ร้อยละ 100				
63	64	65	66	67					
N/A	N/A	N/A	74.55	94.87					
3. หมวด 3 การมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน (บูรณาการ R8)									โครงการ (บูรณาการ R8)
4. หมวด 4 การวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้ : พัฒนาโรงพยาบาลพูนพิณให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้					R9G6K4 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาโรงพยาบาลพูนพิณให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้		โรงพยาบาลพูนพิณเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ 1.ศูนย์สารสนเทศ (Dashboard) 2.งานจัดการความรู้ CQI, R2R,วิจัย, นวัตกรรม		28.โครงการพัฒนาโรงพยาบาลพูนพิณเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (CQI, R2R,วิจัย, นวัตกรรม) 1.จัดเวทีการจัดการความรู้ R1-R12 การจัดการความรู้ แต่ละหน่วยงานการแบ่งปันความรู้/แลกเปลี่ยน ผ่านป้ายประชาสัมพันธ์ ทุกเดือน 2.จัดทำแผนพัฒนาผลงาน R1-R12 3.อบรมการพัฒนาผลงานวิชาการ 3.1 R2R 3.2 นวัตกรรม
63	64	65	66	67					
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A					
68	69	70	71	72					
ระดับ 5	ระดับ 5	ระดับ 5	ระดับ 5	ระดับ 5					

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G6. โรงพยาบาลมีผลลัพธ์จากการดำเนินสูงเป็นอันดับที่ 1 ใน 3 ของจังหวัดสระบุรีธานี และอันดับที่ 1 ใน 5 ของเขตสุขภาพที่ 11

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม										
		2568	2569											
4.1 ผู้บริหารทุกระดับและปฏิบัติงานใช้สารสนเทศในการปรับปรุงคุณภาพระบบงานเพิ่มขึ้น 4.1.1 ด้านการแพทย์ 4.1.2 ด้านการสาธารณสุข 4.1.3 ด้านการบริหารจัดการ 4.2 ผลงานวิชาการ (CQI, R2R,วิจัย, นวัตกรรม) นำไปใช้ในการปรับปรุงคุณภาพระบบงานและได้รับการอ้างอิงอย่างต่อเนื่อง 4.2.1 ด้านการแพทย์ 4.2.2 ด้านการสาธารณสุข 4.2.3 ด้านการบริหารจัดการ <table border="1"> <tr> <td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr> <td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>4</td><td>5</td></tr> </table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	4	5	R9G6OKR4.1 ผู้บริหารทุกระดับและปฏิบัติงานใช้สารสนเทศในการปรับปรุงคุณภาพระบบงาน ร้อยละ 80 4.1.1 ด้านการแพทย์ 4.1.2 ด้านการสาธารณสุข 4.1.3 ด้านการบริหารจัดการ R9G6OKR4.2 ผลงานวิชาการ (CQI, R2R,วิจัย, นวัตกรรม) นำไปใช้ในการปรับปรุงคุณภาพระบบงานและได้รับการอ้างอิงอย่างต่อเนื่อง 6 เรื่อง/ปี 4.2.1 ด้านการแพทย์ 4.2.2 ด้านการสาธารณสุข 4.2.3 ด้านการบริหารจัดการ			3.3 CQI 4.คลินิกพัฒนาผลงานวิชาการ 5.นำเสนอผลงานวิชาการระดับจังหวัด ระดับเขตระดับประเทศ
63	64	65	66	67										
N/A	N/A	N/A	4	5										
5. หมวด 5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล : บุคลากรมีความผูกพันเพิ่มมากขึ้น	R9G6K5 อัตราความผูกพันของบุคลากร <table border="1"> <tr> <td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr> <tr> <td>90</td><td>90</td><td>90</td><td>90</td><td>90</td></tr> </table>	68	69	70	71	72	90	90	90	90	90	ยกระดับบริหารพัฒนาทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาล S +		29.โครงการยกระดับบริหารพัฒนาทรัพยากรบุคคลโรงพยาบาล S + 1. วางแผนและบริหารอัตรากำลังตามมาตรฐานโรงพยาบาล
68	69	70	71	72										
90	90	90	90	90										

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G6. โรงพยาบาลมีผลลัพธ์จากการดำเนินงานสูงเป็นอันดับที่ 1 ใน 3 ของจังหวัดสระบุรี และอันดับที่ 1 ใน 5 ของเขตสุขภาพที่ 11

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม
						2568	2569	
63	64	65	66	67	5.1 อัตรากำลังสวิชาชีพเพียงพอเหมาะสมตามแผนยุทธศาสตร์ระยะ 5 ปี ร้อยละ 90 5.2 บุคลากรสวิชาชีพมีสมรรถนะเฉพาะ (Specific Competency) 5.3 บุคลากรมีระดับความสุขเพิ่มขึ้น	R9G6OKR5.1 อัตรากำลังสวิชาชีพเพียงพอเหมาะสมตามแผนยุทธศาสตร์ระยะ 5 ปี ร้อยละ 90 R9G6OKR5.2 บุคลากรสวิชาชีพมีสมรรถนะเฉพาะ (Specific Competency) ร้อยละ 100 		

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G6. โรงพยาบาลมีผลลัพธ์จากการดำเนินสูงเป็นอันดับที่ 1 ใน 3 ของจังหวัดสระบุรี และอันดับที่ 1 ใน 5 ของเขตสุขภาพที่ 11

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม																																							
		2568	2569																																								
: ไม่พบอุบัติการณ์ความไม่พร้อมในระบบการรักษายาบาล ผู้ป่วยกลุ่มโรคฉุกเฉินวิกฤติและกลุ่มโรคสำคัญ <table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table> 6.1 logistics & Supply chain (Laboratory & Blood/ PTC Fast track/ X-Ray/ IT / EMS/ Refer) <table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table> 6.2 BCM มีแผนรองรับความเสี่ยงและมีการซ้อมแผน อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง <table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	ในระบบการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยกลุ่มโรคฉุกเฉินวิกฤติและกลุ่มโรคสำคัญเท่ากับ 0 <table><tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr><tr><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr></table> R9G6OKR6.1 logistics & Supply chain (Laboratory & Blood/ PTC Fast track/ X-Ray/ IT/EMS/ Refer) อุบัติการณ์ไม่พร้อมใช้เท่ากับ 0 R9G6OKR6.2 BCM มีแผนรองรับความเสี่ยงและมีการซ้อมแผน อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ร้อยละ 100	68	69	70	71	72	0	0	0	0	0	chain (Laboratory & Blood/ PTC Fast track/X-Ray / IT/ EMS/Refer) 2.BCM	
63	64	65	66	67																																							
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																																							
63	64	65	66	67																																							
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																																							
63	64	65	66	67																																							
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																																							
68	69	70	71	72																																							
0	0	0	0	0																																							
7. หมวด 7 ผลลัพธ์ : ผลลัพธ์จากการ Benchmark สูงขึ้น	R9G6K7 ระดับความสำเร็จของผลลัพธ์จากการ Benchmark สูงขึ้น Top 5			โครงการ (บูรณาการหมวด 2)																																							

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G6. โรงพยาบาลมีผลลัพธ์จากการดำเนินงานสูงเป็นอันดับที่ 1 ใน 3 ของจังหวัดสระบุรีธานี และอันดับที่ 1 ใน 5 ของเขตสุขภาพที่ 11

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs					Project Based		โครงการงานและกิจกรรม
										2568	2569	
63	64	65	66	67	68	69	70	71	72			
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	Top 5	Top 5	Top 5	Top 3	Top 3			
7.1 การบรรลุผลลัพธ์ตามนโยบายสร.เขตสุขภาพที่ 11/สสจ.					R9G6OKR7.1 อัตราการบรรลุผลลัพธ์ตามนโยบายสร.เขตสุขภาพที่ 11/สสจ. ร้อยละ 80							
63	64	65	66	67	R9G6OKR7.2 อัตราร้อยละการบรรลุผลลัพธ์ตามระบบคุณภาพ ร้อยละ 80							
N/A	N/A	N/A	72.41	74.36								
7.2 การบรรลุผลลัพธ์ตามระบบคุณภาพ												
63	64	65	66	67								
62.16 69/111	56.52 65/115	63.79 74/116	59.32 70/118	59.65 68/114								

วิสัยทัศน์ : ศูนย์การแพทย์คุณภาพชั้นเลิศที่ประชาชนศรัทธา
พันธกิจที่ : M4 พัฒนาระบบบริหารจัดการองค์กรสมรรถนะสูง (HPO)
ยุทธศาสตร์ : S3 พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการโรงพยาบาลดิจิทัล ระดับ S Plus
Roadmap 10 ระบบสนับสนุนทรัพยากรการบริหาร

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G6. โรงพยาบาลมีผลลัพธ์จากการดำเนินงานสูงเป็นอันดับที่ 1 ใน 3 ของ จ.สระบุรีธานี และอันดับที่ 1 ใน 5 ของเขตสุขภาพที่11

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม																																							
		2568	2569																																								
1.ธุรการ : ประสิทธิภาพการบริหารหนังสือสำคัญเพิ่มขึ้น <table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>100</td><td>98</td><td>100</td><td>99</td><td>100</td></tr></table> 1.1 ไม่พบอุบัติการณ์เกี่ยหนังสือราชการผิด <table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>1</td><td>0</td></tr></table> 1.2 ไม่พบอุบัติการณ์หนังสือสำคัญ(ด่วนที่สุด)ล่าช้า <table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>2</td><td>0</td></tr></table>	63	64	65	66	67	100	98	100	99	100	63	64	65	66	67	0	0	0	1	0	63	64	65	66	67	0	0	0	2	0	R10G6K1 ประสิทธิภาพการบริหารหนังสือสำคัญ <table><tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr><tr><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td></tr></table> R10G6OKR1.1 อุบัติการณ์เกี่ยหนังสือราชการผิด เท่ากับ 0 R10G6OKR1.2 อุบัติการณ์หนังสือสำคัญ(ด่วนที่สุด) ล่าช้า เท่ากับ 0	68	69	70	71	72	100	100	100	100	100	ศูนย์สนับสนุนทรัพยากรการบริหาร 1.ธุรการ 2..ยานพาหนะ 3.การเงิน 4.บัญชี 5.พัสดุ 6.การเจ้าหน้าที่ 7.ซ่อมบำรุง	30.โครงการศูนย์สนับสนุนทรัพยากรการบริหาร (คน เงิน ของระบบงานอย่างมีประสิทธิภาพ) 1.ธุรการ 1.1จัดตั้งหน่วยประสานงานธุรการ 1.2 จัดทำ PM/WIการบริหารหนังสือราชการ 2.ยานพาหนะ 2.1 จัดตั้งหน่วยประสานงานยานพาหนะ 2.2 จัดทำ PM/WI การบริหารยานพาหนะ 3.การเงิน 3.1 จัดตั้งหน่วยประสานงานด้านการเงิน 3.2 จัดทำ PM/WI การเงิน 4.บัญชี 4.1 จัดตั้งหน่วยประสานงานด้านบัญชี 4.2 จัดทำ PM/WI การบัญชี 5.พัสดุ 5.1 จัดตั้งหน่วยประสานงานด้านบริหารพัสดุ
63	64	65	66	67																																							
100	98	100	99	100																																							
63	64	65	66	67																																							
0	0	0	1	0																																							
63	64	65	66	67																																							
0	0	0	2	0																																							
68	69	70	71	72																																							
100	100	100	100	100																																							

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G6. โรงพยาบาลมีผลลัพธ์จากการดำเนินงานเป็นอันดับที่ 1 ใน 3 ของ จ.สระบุรีธานี และอันดับที่ 1 ใน 5 ของเขตสุขภาพที่11

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม																														
		2568	2569																															
1.3 ไม่พบอุบัติการณ์หนังสือสำคัญส่งผิดหน่วยงาน <table border="1"> <tr> <td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr> <td>0</td><td>2</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr> </table>	63	64	65	66	67	0	2	0	0	0	R10G6OKR1.3 ไม่พบอุบัติการณ์หนังสือสำคัญส่งผิดหน่วยงาน เท่ากับ 0			5.2 จัดทำ PM/WI การพัสดุ 6.การเจ้าหน้าที่ 6.1 จัดตั้งหน่วยประสานงานทรัพยากรบุคคล 6.2 จัดทำ PM/WI การเจ้าหน้าที่ 7.ซ่อมบำรุง 7.1 จัดตั้งหน่วยประสานงานซ่อมบำรุง 7.2 จัดทำ PM/WI ซ่อมบำรุง 8.งานสรรหาบุคลากร (HRM) 8.1 กรณี โอน / ย้าย / ลาออก/เกษียณ 9.งานพัฒนาบุคลากร (HRD) 9.1 หลักสูตรอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านงานธุรการ 9.2 หลักสูตรอบรมพนักงานขับรถยนต์เกี่ยวกับ การใช้เครื่องมือในรถ EMS 9.3 หลักสูตรนักบริหารงานทรัพยากรบุคคลมืออาชีพ 9.4 หลักสูตรหลักสูตรการบริหารงานธุรการแบบมืออาชีพ 9.5 หลักสูตรอบรมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการใช้ระเบียบ																				
63	64	65	66	67																														
0	2	0	0	0																														
2.ยานพาหนะ : ประสิทธิภาพการบริหารยานพาหนะเพิ่มขึ้น <table border="1"> <tr> <td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr> <td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr> </table> 2.1 ไม่พบอุบัติการณ์รถ Refer ดิจิทัลไม่เพียงพอต่อการใช้งาน <table border="1"> <tr> <td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr> <td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr> </table> 2.2 ไม่พบอุบัติการณ์ response time ไม่ทันเวลาภายใน 7 นาที	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	63	64	65	66	67	0	0	0	0	0	R10G6K2 ประสิทธิภาพการบริหารยานพาหนะ <table border="1"> <tr> <td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr> <tr> <td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td></tr> </table> R10G6OKR2.1 อุบัติการณ์รถ Refer ดิจิทัลไม่เพียงพอต่อการใช้งาน เท่ากับ 0 R10G6OKR 2.2 อุบัติการณ์ response time ไม่ทันเวลาภายใน 7 นาที เท่ากับ 0	68	69	70	71	72	100	100	100	100	100			
63	64	65	66	67																														
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																														
63	64	65	66	67																														
0	0	0	0	0																														
68	69	70	71	72																														
100	100	100	100	100																														

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G6. โรงพยาบาลมีผลลัพธ์จากการดำเนินสูงเป็นอันดับที่ 1 ใน 3 ของ จ.สระบุรีธานี และอันดับที่ 1 ใน 5 ของเขตสุขภาพที่11

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม		
						2568	2569			
63	64	65	66	67				กระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเงินบำรุง ของหน่วยบริการในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่3) พ.ศ.2567 9.6 หลักสูตรการเพิ่มประสิทธิภาพการ ปฏิบัติงานด้านพัสดุตาม พ.ร.บ.และระเบียบ กระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้าง และการบริการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 9.7 หลักสูตรพัฒนาศักยภาพการตรวจ สอบวิศวกรรมความปลอดภัยสำหรับสถาน บริการสุขภาพ		
0	0	0	0	0						
3.การเงิน : แผนปฏิบัติการเชิงยุทธศาสตร์ได้รับการสนับสนุนการเงิน ในแผนงาน/โครงการตามความเร่งด่วนของแผนยุทธศาสตร์ตามช่วงเวลาที่กำหนด					R10G6K3 แผนปฏิบัติการเชิงยุทธศาสตร์ได้รับการสนับสนุนการเงินในแผนงาน/โครงการตามแผนยุทธศาสตร์ ทันตามช่วงเวลาที่กำหนด					
63	64	65	66	67	68	69	70		71	72
					100	100	100		100	100
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A						
4. บัญชี : การรายงานสารสนเทศบัญชีต้นทุน/หน่วย ถูกต้องครบถ้วนทันเวลา					R10G6K4 ประสิทธิภาพการรายงานสารสนเทศบัญชีต้นทุน/หน่วย ถูกต้องครบถ้วนทันเวลา					
63	64	65	66	67	68	69	70		71	72
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	100	100	100		100	100

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G6. โรงพยาบาลมีผลลัพธ์จากการดำเนินสูงเป็นอันดับที่ 1 ใน 3 ของ จ.สระบุรีธานี และอันดับที่ 1 ใน 5 ของเขตสุขภาพที่11

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม																																								
		2568	2569																																									
5. งานพัสดุ : หน่วยงานในโรงพยาบาลพูนพิณ ได้รับการสนับสนุนพัสดุในแผนงาน /โครงการตามลำดับ ความสำคัญเร่งด่วนของแผนยุทธศาสตร์ ทันตามช่วงเวลาที่กำหนด 5.1 ความสมบูรณ์ของแผนพัสดุ R1-R12 <table border="1"> <tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr> </table> 5.2 จัดหาพัสดุได้ทันเวลา R1-R12 <table border="1"> <tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr> </table> 5.3 ควบคุมพัสดุ R1-R12 <table border="1"> <tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr> </table> 5.4 จำหน่ายพัสดุ R1-R12	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	R10G6K5 หน่วยงานในโรงพยาบาลพูนพิณได้รับการสนับสนุนพัสดุ ในแผนงาน/ โครงการตามลำดับความสำคัญ เร่งด่วนของแผนยุทธศาสตร์ <table border="1"> <tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr> <tr><td>80</td><td>85</td><td>85</td><td>90</td><td>90</td></tr> </table>	68	69	70	71	72	80	85	85	90	90			
63	64	65	66	67																																								
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																																								
63	64	65	66	67																																								
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																																								
63	64	65	66	67																																								
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																																								
68	69	70	71	72																																								
80	85	85	90	90																																								

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G6. โรงพยาบาลมีผลลัพธ์จากการดำเนินสูงเป็นอันดับที่ 1 ใน 3 ของ จ.สระบุรีธานี และอันดับที่ 1 ใน 5 ของเขตสุขภาพที่ 11

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม																				
		2568	2569																					
<table border="1"> <tr> <td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr> <td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>100</td></tr> </table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	100														
63	64	65	66	67																				
N/A	N/A	N/A	N/A	100																				
6. การเจ้าหน้าที่ : บุคลากรกลุ่มข้าราชการและกลุ่มสายสนับสนุน (งานวิชาชีพและงานบริหาร) ได้รับการบริหารจัดการสิทธิประโยชน์ ทุกฝ่าย <table border="1"> <tr> <td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr> <td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr> </table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	R10G6K6 อัตราบุคลากรกลุ่มข้าราชการและกลุ่มสายสนับสนุน(งานวิชาชีพและงานบริหาร) ได้รับการบริหารจัดการสิทธิประโยชน์ <table border="1"> <tr> <td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr> <tr> <td>80</td><td>80</td><td>85</td><td>90</td><td>90</td></tr> </table>	68	69	70	71	72	80	80	85	90	90			
63	64	65	66	67																				
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																				
68	69	70	71	72																				
80	80	85	90	90																				
7. ซ่อมบำรุง : หน่วยงานในโรงพยาบาลได้รับการบำรุงรักษาเชิงรุกเพิ่มขึ้น <table border="1"> <tr> <td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr> <td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr> </table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	R10G6K7 หน่วยงานในโรงพยาบาลได้รับการบำรุงรักษาเชิงรุก <table border="1"> <tr> <td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr> <tr> <td>80</td><td>80</td><td>80</td><td>80</td><td>80</td></tr> </table>	68	69	70	71	72	80	80	80	80	80			
63	64	65	66	67																				
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																				
68	69	70	71	72																				
80	80	80	80	80																				

วิสัยทัศน์ : ศูนย์การแพทย์คุณภาพขั้นเลิศที่ประชาชนศรัทธา
พันธกิจที่ : M4 พัฒนาระบบบริหารจัดการองค์กรสมรรถนะสูง (HPO)
ยุทธศาสตร์ : S3 พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการโรงพยาบาลดิจิทัล ระดับ S Plus
Roadmap 11 การเงินการคลัง

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G6. โรงพยาบาลมีผลลัพธ์จากการดำเนินงานสูงเป็นอันดับที่ 1 ใน 3 ของ จังหวัดสระบุรีธานี และอันดับที่ 1 ใน 5 ของเขตสุขภาพที่ 11																																
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs					Project Based		โครงการงานและกิจกรรม																				
										2568	2569																					
1.ประสิทธิภาพการจัดเก็บรายได้เพิ่มขึ้น : ประสิทธิภาพการจัดเก็บรายได้ 5 มิติเพิ่มขึ้น					R11G6K1 ประสิทธิภาพการจัดเก็บรายได้ 5 มิติ					ระบบควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยงด้านการเงินการคลัง Phase I		31.โครงการระบบควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยงด้านการเงินการคลัง 1. งานระบบจัดเก็บรายได้ 100% 1.1. จัดตั้งศูนย์จัดเก็บรายได้โดยมีทีมสหวิชาชีพ 1.2. จัดทำทะเบียนควบคุมลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลรายตัว ใน HosXp และการได้รับเงินชดเชย 1.3 นำระบบ AI โปรแกรม Copilot มาใช้ในการตรวจสอบข้อมูลก่อนเบิกจ่าย การเทียบยอดลูกหนี้รายตัว 1.4 องค์กรแพทย์วางแผนการรักษาโรคซับซ้อนที่ต้องรักษาระยะสั้น 1.5 นำโปรแกรม AI Summary Chart ในการสรุปเวชระเบียนผู้ป่วยใน (บูรณาการ R7,R12) 2. งานระบบควบคุมรายจ่ายและต้นทุน 2.1. ใช้โปรแกรม Inventory ในการควบคุม 2.2. เพิ่ม ระบบพลังงานไฟฟ้าแสงอาทิตย์ Solar cell 160 กิโลวัตต์ 2.3 นำหลักการ RDU และ RLU																				
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table>					63	64	65	66	67	N/A	N/A		N/A	N/A	N/A	<table><tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr><tr><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td></tr></table>					68	69	70	71	72	100	100	100	100	100	1.ระบบจัดเก็บรายได้ 100%	
63	64	65	66	67																												
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																												
68	69	70	71	72																												
100	100	100	100	100																												
1.1 มิติเวชระเบียน (OPD/IPD)					R11G6OKR1.1 ประสิทธิภาพการจัดเก็บจากมิติเวชระเบียน ร้อยละ 100					2.ระบบควบคุมรายจ่ายและต้นทุน																						
1.1.1 แพทย์วินิจฉัยโรคถูกต้องครบถ้วนตามเกณฑ์เวชระเบียน ผู้ป่วยใน (SA)					R11G6OKR1.1.1 แพทย์วินิจฉัยโรคถูกต้องครบถ้วนตามเกณฑ์เวชระเบียนผู้ป่วยใน (SA) ร้อยละ 100					3.จัดตั้งหน่วยธุรกิจเพื่อหารายได้เพิ่มพิเศษ																						
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>88.97</td><td>92.02</td><td>95.61</td></tr></table>					63	64	65	66	67	N/A	N/A	88.97	92.02	95.61	R11G6OKR1.1.2 ผู้ให้รหัสโรคให้รหัสโรคถูกต้อง ร้อยละ 90																	
63	64	65	66	67																												
N/A	N/A	88.97	92.02	95.61																												
1.1.2 ผู้ให้รหัสโรคให้รหัสโรคถูกต้อง																																
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>89.37</td><td>91.55</td><td>80.64</td></tr></table>					63	64	65	66	67	N/A	N/A	89.37	91.55	80.64																		
63	64	65	66	67																												
N/A	N/A	89.37	91.55	80.64																												

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G6. โรงพยาบาลมีผลลัพธ์จากการดำเนินงานสูงเป็นอันดับที่ 1 ใน 3 ของ จังหวัดสระบุรีธานี และอันดับที่ 1 ใน 5 ของเขตสุขภาพที่ 11

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม																														
		2568	2569																															
1.1.3 อัตราการบันทึกข้อมูล E-Claim/ Financial Data Hub (FDH) ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา <table border="1"> <tr> <td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr> <td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>74.76</td></tr> </table> 1.1.4 การสรุปเวชระเบียนล่าช้า (IPD) ก่อน 7 วัน <table border="1"> <tr> <td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr> <td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>45.16</td></tr> </table> 1.2 มิติการบริหารลูกหนี้ทุกกองทุน 1.2.1การตั้งลูกหนี้ค่ารักษาครบถ้วนทุกสิทธิ <table border="1"> <tr> <td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr> <td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr> </table> 1.2.2.อัตราข้อมูลติด C จากการบันทึกข้อมูล	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	74.76	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	45.16	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	R11G6OKR1.1.3 อัตราการบันทึกข้อมูล E-Claim/Financial Data Hub (FDH) ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา ร้อยละ 90 R11G6OKR1.1.4 อัตราการสรุปเวชระเบียนล่าช้า (IPD) ก่อน 7 วัน ร้อยละ 90 R11G6OKR1.2.1 อัตราการตั้งลูกหนี้ค่ารักษาครบถ้วนทุกสิทธิ ร้อยละ 90 R11G6OKR1.2.2 อัตราข้อมูลติด C จากการบันทึกข้อมูลทั้งหมด ไม่เกินร้อยละ 5			2.4 มาตรการควบคุมการจัดซื้อ และใช้ระบบยืม-คืนของครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์ (ควบคุมกำกับกับการยืม-คืน) 2.5 Lean ระบบงานให้สอดคล้องกับคน 3. งานจัดตั้งหน่วยธุรกิจเพื่อหารายได้เพิ่มพิเศษ 3.1. จัดทำแผนธุรกิจโรงพยาบาลพูนพิณ ได้แก่ แพทย์แผนไทย ,แพทย์แผนจีน ,ทันตกรรม,ห้องพิเศษ , Mobile ตรวจสอบสุขภาพ เพิ่มการ Co-payment , บริการ Premium 3.2. ติดตามและปรับปรุงการดำเนินงานตามแผนธุรกิจ 4.ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยงด้านการเงินการคลัง 4.1 คณะกรรมการควบคุมภายในการเงินการคลัง 4.2 Quickwin ทุกเดือน 4.2.1 การจัดเก็บรายได้ทุกเดือน 4.2.2 รายงานตามแผนยุทธศาสตร์และแผนงานประจำ 4.2.3 ต้นทุนที่เกินค่ากลาง Hospital group 4.2.4 รายได้/รายจ่าย/กำไรขั้นต้นหน่วยธุรกิจเพิ่มพิเศษ 5. งานพัฒนาสมรรถนะ (HRD)
63	64	65	66	67																														
N/A	N/A	N/A	N/A	74.76																														
63	64	65	66	67																														
N/A	N/A	N/A	N/A	45.16																														
63	64	65	66	67																														
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																														

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G6. โรงพยาบาลมีผลลัพธ์จากการดำเนินงานสูงเป็นอันดับที่ 1 ใน 3 ของ จังหวัดสราญร์ธานี และอันดับที่ 1 ใน 5 ของเขตสุขภาพที่ 11

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม																				
						2568	2569																					
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>1.16</td><td>8.54</td><td>20.15</td><td>6.67</td><td>11.55</td></tr></table> 1.2.3.ลูกหนี้เงินสดค้างชำระค่ารักษาพยาบาลได้รับการติดตามจนชำระหนี้ <table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>42.84</td></tr></table>					63	64	65	66	67	1.16	8.54	20.15	6.67	11.55	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	42.84	R11G6OKR1.2.3 ลูกหนี้เงินสดค้างชำระค่ารักษาพยาบาลได้รับการติดตามจนชำระหนี้ ร้อยละ 50 R11G6OKR1.2.4 อัตราลูกหนี้ พรบ. ที่ค้างชำระค่ารักษาพยาบาลได้รับการติดตามจนชำระหนี้ ร้อยละ 50 R11G6OKR1.3.1 อัตราการขอเบิกชดเชยลูกหนี้ผู้ป่วยในทุกสิทธิก่อน 30 วัน ร้อยละ 100			5.1. หลักสูตรผู้บริหารการเงินการคลังและการจัดเก็บรายได้ค่ารักษาพยาบาลโรงพยาบาล (CFO;Hospital Chief Financial Officer) 5.2. หลักสูตร ผู้บริหารระบบจัดเก็บรายได้โรงพยาบาล (CCO : Hospital CdHief Claim Officer) 5.3. หลักสูตรการพัฒนาคูณภาพการบัญชีของโรงพยาบาล (Hospital Accounting Quality) 5.4. หลักสูตรการประยุกต์ใช้เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในการบริหารการเงินการคลัง (Health Economics and Healthcare Financial Mangement) 5.5 หลักสูตรผู้ตรวจสอบภายในทางคลินิก ด้านเวชระเบียน (CIA : Clinical Internal Auditor) 6. งานจัดหาวัสดุครุภัณฑ์ 6.1. ระบบพลังงานไฟฟ้าแสงอาทิตย์ Solar cell ราคา 5,000,000 บาท
63	64	65	66	67																								
1.16	8.54	20.15	6.67	11.55																								
63	64	65	66	67																								
N/A	N/A	N/A	N/A	42.84																								
1.2.4.ลูกหนี้ พรบ.ที่ค้างชำระค่ารักษาพยาบาลได้รับการติดตามจนชำระหนี้ <table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>15.75</td></tr></table>					63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	15.75														
63	64	65	66	67																								
N/A	N/A	N/A	N/A	15.75																								
1.3 มิติกระบวนการจัดเก็บรายได้ 1.3.1 การขอเบิกชดเชยลูกหนี้ผู้ป่วยในทุกสิทธิก่อน 30 วัน																												

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G6. โรงพยาบาลมีผลลัพธ์จากการดำเนินงานสูงเป็นอันดับที่ 1 ใน 3 ของ จังหวัดสระบุรีธานี และอันดับที่ 1 ใน 5 ของเขตสุขภาพที่ 11

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม
						2568	2569	
63	64	65	66	67	R11G6OKR1.3.2 อัตรากองทุนทุกกองทุน มีผลงานผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 90 <			

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G6. โรงพยาบาลมีผลลัพธ์จากการดำเนินงานสูงเป็นอันดับที่ 1 ใน 3 ของ จังหวัดสระบุรีธานี และอันดับที่ 1 ใน 5 ของเขตสุขภาพที่ 11

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม																														
		2568	2569																															
1.4 มิติคุณภาพทางบัญชี 1.4.1 ปฏิบัติการการลงลูกหนี้ผิดพลาด <table border="1"> <tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr> </table> 1.4.2 ปฏิบัติการการกระทบลูกหนี้คลาดเคลื่อน <table border="1"> <tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr> </table> 1.4.3 อัตราการตั้งลูกหนี้โปรแกรมอื่นๆนอกโปรแกรม E-claim <table border="1"> <tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr> </table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	R11G6OKR1.4.1 ปฏิบัติการการลงลูกหนี้ผิดพลาด เท่ากับ 0 R11G6OKR1.4.2 ปฏิบัติการการกระทบลูกหนี้คลาดเคลื่อน เท่ากับ 0 R11G6OKR1.4.3 อัตราการตั้งลูกหนี้โปรแกรมอื่นๆนอกโปรแกรม E-claim ร้อยละ 100			
63	64	65	66	67																														
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																														
63	64	65	66	67																														
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																														
63	64	65	66	67																														
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																														

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G6. โรงพยาบาลมีผลลัพธ์จากการดำเนินสูงเป็นอันดับที่ 1 ใน 3 ของ จังหวัดสระบุรีธานี และอันดับที่ 1 ใน 5 ของเขตสุขภาพที่ 11

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม																				
		2568	2569																					
1.5 มิติรายได้จากการรักษาพยาบาล 1.5.1 Sum AdjRw โรคที่จำเป็นต้องรักษาต่อเนื่องระยะสั้น <table><tr><td>63</td><td>3,634.29</td></tr><tr><td>64</td><td>3,030.80</td></tr><tr><td>65</td><td>5,123.11</td></tr><tr><td>66</td><td>2,916.00</td></tr><tr><td>67</td><td>3,253.00</td></tr></table> 1.5.2 อัตราการครองเตียง <table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>71.94</td><td>95.66</td><td>257.59</td><td>66.51</td><td>74.41</td></tr></table>	63	3,634.29	64	3,030.80	65	5,123.11	66	2,916.00	67	3,253.00	63	64	65	66	67	71.94	95.66	257.59	66.51	74.41	R11G6OKR1.5.1 อัตรา Sum AdjRw โรคที่จำเป็นต้องรักษาต่อเนื่องระยะสั้น 4,000 Adj RW R11G6OKR1.5.2 อัตราการครองเตียงร้อยละ 85			
63	3,634.29																							
64	3,030.80																							
65	5,123.11																							
66	2,916.00																							
67	3,253.00																							
63	64	65	66	67																				
71.94	95.66	257.59	66.51	74.41																				
2.อัตรากำไรสุทธิเพิ่มขึ้น <table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	R11G6K2 อัตรากำไรสุทธิเพิ่มขึ้น <table><tr><td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr><tr><td>20</td><td>20</td><td>20</td><td>20</td><td>20</td></tr></table>	68	69	70	71	72	20	20	20	20	20			
63	64	65	66	67																				
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																				
68	69	70	71	72																				
20	20	20	20	20																				

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G6. โรงพยาบาลมีผลลัพธ์จากการดำเนินงานสูงเป็นอันดับที่ 1 ใน 3 ของ จังหวัดสระบุรีธานี และอันดับที่ 1 ใน 5 ของเขตสุขภาพที่ 11

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม							
		2568	2569								
2.1 รายได้จากห้องพิเศษ (ค่าห้อง) เพิ่มขึ้น <table><tr><td>63</td><td>N/A</td></tr><tr><td>64</td><td>N/A</td></tr><tr><td>65</td><td>N/A</td></tr><tr><td>66</td><td>N/A</td></tr><tr><td>67</td><td>1,330,600</td></tr></table>	63	N/A	64	N/A	65	N/A	66	N/A	67	1,330,600	R11G6OKR2.1 รายได้จากห้องพิเศษ (ค่าห้อง) เพิ่มขึ้น ร้อยละ 20
63	N/A										
64	N/A										
65	N/A										
66	N/A										
67	1,330,600										

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G6. โรงพยาบาลมีผลลัพธ์จากการดำเนินงานสูงเป็นอันดับที่ 1 ใน 3 ของ จังหวัดสระบุรีธานี และอันดับที่ 1 ใน 5 ของเขตสุขภาพที่ 11

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์		KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม
			2568	2569	
63	2,998,295	R11G6OKR2.5 รายได้จากทันตกรรมเพิ่มขึ้นร้อยละ 20			
64	1,628,549				
65	1,258,040				
66	2,104,895				
67	2,148,141				
2.5 รายได้จากทันตกรรม เพิ่มขึ้น					
63	3,348,428.50				
64	1,434,852.80				
65	1,925,548.75				
66	2,129,287.75				
67	1,749,321.95				
3.ประสิทธิภาพการบริหารรายจ่ายและต้นทุน :Total Performance Score(TPS) ระดับ A (12-15 คะแนน)		R11G6K3 Total Performance Score (TPS) ระดับ A (12-15 คะแนน)			
63	64	65	66	67	
N/A	N/A	N/A	A 1	C 9	
3.1 แผนทางการเงินมีติด้านรายได้ ± ไม่เกิน 5 %		R11G6OKR3.1 อัตราแผนทางการเงินมีติด้านรายได้ ± ไม่เกิน 5 %			

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G6. โรงพยาบาลมีผลลัพธ์จากการดำเนินงานสูงเป็นอันดับที่ 1 ใน 3 ของ จังหวัดสระบุรีธานี และอันดับที่ 1 ใน 5 ของเขตสุขภาพที่ 11

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม
						2568	2569	
63	64	65	66	67	R11G6OKR3.2 LC ค่าแรงบุคลากร : ไม่เกิน ร้อยละ 10 HGR พัฒนาระบบบริหารการปฏิบัติงาน			
N/A	21.12	-5.59	4.76	-8.73				
3.2 LC ค่าแรงบุคลากร : ไม่เกิน ร้อยละ 10 HGR								
63	64	65	66	67				
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A				
3.3 MC ค่ายา : ค่ายาไม่เกินเกณฑ์ HGR								
63	64	65	66	67				
13.22	17.47	-5.26	24.05	1.75				
3.4 MC ค่าวัสดุวิทยาศาสตร์และการแพทย์ ไม่เกินเกณฑ์ HGR								
63	64	65	66	67				
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A				
					R11G6OKR3.3 อัตราค่ายาไม่เกินเกณฑ์ HGR			
					R11G6OKR3.4 อัตราค่าวัสดุวิทยาศาสตร์และการแพทย์ ไม่เกินเกณฑ์ HGR			
					R11G6OKR3.5 ประสิทธิภาพในการดำเนินงาน มากกว่าหรือเท่ากับ 0			

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G6. โรงพยาบาลมีผลลัพธ์จากการดำเนินงานสูงเป็นอันดับที่ 1 ใน 3 ของ จังหวัดสระบุรีธานี และอันดับที่ 1 ใน 5 ของเขตสุขภาพที่ 11

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม										
		2568	2569											
3.5 ประสิทธิภาพในการดำเนินงาน มากกว่าหรือเท่ากับ 0	R11G6OKR3.6 อัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์ (Return on Asset) มากกว่าหรือเท่ากับ 0 R11G6OKR 3.7 ผลกำไรขาดทุนก่อนหักค่าเสื่อมมากกว่าหรือเท่ากับ 0													
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>2.70</td><td>29.12</td><td>5.61</td><td>-13.97</td></tr></table>					63	64	65	66	67	N/A	2.70	29.12	5.61	-13.97
63					64	65	66	67						
N/A	2.70	29.12	5.61	-13.97										
3.6 ผลตอบแทนจากสินทรัพย์ (Return on Asset) มากกว่าหรือเท่ากับ 0														
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>0.05</td><td>29.51</td><td>1.06</td><td>-16.66</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	0.05	29.51	1.06	-16.66				
63	64	65	66	67										
N/A	0.05	29.51	1.06	-16.66										
3.7 ผลกำไรขาดทุนก่อนหักค่าเสื่อมมากกว่าหรือเท่ากับ 0														
<table><tr><td>63</td><td>N/A</td></tr><tr><td>64</td><td>2,796,456.49</td></tr><tr><td>65</td><td>68,382,302.79</td></tr><tr><td>66</td><td>8,592,613.60</td></tr><tr><td>67</td><td>21,305,232.30</td></tr></table>	63	N/A	64	2,796,456.49	65	68,382,302.79	66	8,592,613.60	67	21,305,232.30				
63	N/A													
64	2,796,456.49													
65	68,382,302.79													
66	8,592,613.60													
67	21,305,232.30													

วิสัยทัศน์ : ศูนย์การแพทย์คุณภาพขั้นเลิศที่ประชาชนศรัทธา
พันธกิจที่ : M4 พัฒนาระบบบริหารจัดการองค์กรสมรรถนะสูง (HPO)
ยุทธศาสตร์ : S3 พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการโรงพยาบาลดิจิทัล ระดับ S Plus
Roadmap 12 โรงพยาบาลพูนพิณดิจิทัล

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G6. โรงพยาบาลมีผลลัพธ์จากการดำเนินงานสูงเป็นอันดับที่ 1 ใน 3 ของ จังหวัดสระบุรีธานี และอันดับที่ 1 ใน 5 ของเขตสุขภาพที่ 11									
วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs					Project Based		โครงการงานและกิจกรรม	
						2568	2569		
1. HA IT : ได้รับการรับรอง HAIT level 1 ภายในปี 2568 1.1. IT Master Plan : แผนยุทธศาสตร์ IT สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล 1.2. IT Risk Management System : ความเสี่ยงสูงถึงสูงมากได้รับการจัดการป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติการณ์	R12G6K1 ระดับความสำเร็จในการบริการรับรอง HAIT level 1 ภายในปี 2568					HAIT level 1		32.โครงการพัฒนาคุณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาลพูนพิณ 1. งาน HIMSS Stage 5 1.1. อุปกรณ์เชื่อมต่อระบบ PACS พร้อม software Ultrasound 2. งานขับเคลื่อนนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่(80-100%) 2.1. หน่วยเคลื่อนที่ Health ID 2.2. 7 วิชาชีพลงลายมือชื่ออิเล็กทรอนิกส์ 100 % 2.3. Health Atlas 100% 2.4 Healthrider ทุกคลินิก 2.5 คู่สัญญาร้านยาและ Lab เอกชน 2.6 นัด Online ทุกคลินิก 3. งาน HAIT level 1 3.1. จัดทำแผนยุทธศาสตร์ HAIT 3.2. ประกาศใช้แผน BCP 3.3. ประกาศใช้นโยบายความมั่นคงปลอดภัยของระบบ IT	
	68	69	70	71	72				
	ชั้น 1	ชั้น 1+	ชั้น 2	ชั้น 2+	ชั้น 3				
	R12G6OKR1.1 ระดับความสำเร็จแผนยุทธศาสตร์ IT สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล								
R12G6OKR1.2 อัตราความเสี่ยงสูงถึงสูงมากได้รับการจัดการป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติการณ์ร้อยละ 100									
63	64	65	66	67					
N/A	N/A	N/A	66.67	77.77					

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G6. โรงพยาบาลมีผลลัพธ์จากการดำเนินงานสูงเป็นอันดับที่ 1 ใน 3 ของ จังหวัดสระบุรีธานี และอันดับที่ 1 ใน 5 ของเขตสุขภาพที่ 11

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม																				
		2568	2569																					
1.3. Information Security Management : บุคลากรในโรงพยาบาลมีความรอบรู้ในการจัดการความมั่นคงปลอดภัยของระบบ IT <table border="1"> <tr> <td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr> <td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>60</td></tr> </table> 1.4. Service Desk, Service Level Agreement, Incident and Problem Management : อัตราการจัดการระบบบริการ IT ตามเกณฑ์ SLA ได้ตามมาตรฐานเพิ่มขึ้น <table border="1"> <tr> <td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr> <td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>81.84</td></tr> </table> 1.5 Clinical Data Quality Control : อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนในระบบ IT (ผู้ป่วยนอก) เพิ่มขึ้น	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	60	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	81.84	R12G6OKR1.3 บุคลากรในโรงพยาบาลมีความรอบรู้ในการจัดการความมั่นคงปลอดภัยของระบบ IT ร้อยละ 100 R12G6OKR1.4 อัตราการจัดการระบบบริการ IT ตามเกณฑ์ SLA ได้ตามมาตรฐาน ร้อยละ 85 R12G6OKR 1.5 อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนในระบบ IT (ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน) ร้อยละ 50			3.4 ประกาศข้อตกลง SLA 3.5 Healthtech AI ทางทางแพทย์ 3.6 จัดหา software/Application สนับสนุน R1-R12 3.7 จัดทำทะเบียน Hardware/software/Network 3.8 Co-csirt 4. System analysis & Design Phunphin Hospital application 4.1 ประชุมเชิงปฏิบัติการ R1-R12 4.2 ประชุมเชิงปฏิบัติการ กลุ่มประชากรทางคลินิกโรคยุทธศาสตร์ 4.3 จัดทำข้อสรุปการออกแบบระบบที่ friendly application จาก 4.1-4.2 5. strategic information center for HPO 5.1 ประชุมเชิงปฏิบัติการ KPI & OKR template R1-R12 5.2 คณะกรรมการ IT audit ข้อ 5.1 5.3 ทีม IT เขียน software จากข้อ 5.2 5.4 Tryout Softwareจากข้อ 5.3 5.5 จัดทำคู่มือ 5.6 อบรมการใช้Dashboard กลุ่ม 1 บุคลากรในโรงพยาบาลกลุ่ม 2 บุคลากรในเครือข่ายกลุ่ม 3 ภาควิชาเครือข่ายสุขภาพ
63	64	65	66	67																				
N/A	N/A	N/A	N/A	60																				
63	64	65	66	67																				
N/A	N/A	N/A	N/A	81.84																				

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G6. โรงพยาบาลมีผลลัพธ์จากการดำเนินงานสูงเป็นอันดับที่ 1 ใน 3 ของ จังหวัดสระบุรีธานี และอันดับที่ 1 ใน 5 ของเขตสุขภาพที่ 11

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม																														
		2568	2569																															
OPD <table border="1"> <tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>76.47</td></tr> </table> อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนในระบบ IT (ผู้ป่วยใน) เพิ่มขึ้น IPD <table border="1"> <tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>75.13</td></tr> </table> 1.6. Software Development Quality Control (if available) : อัตราความสมบูรณ์ในการจัดการทำ Software สนับสนุนแผนยุทธศาสตร์ (R1-R12) <table border="1"> <tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr> </table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	76.47	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	75.13	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	R12G6OKR1.6 Software Development Quality Control (if available) : อัตราความสมบูรณ์ในการจัดการทำ Soft wear สนับสนุนแผนยุทธศาสตร์ (R1-R12) ร้อยละ 50			5.6.1 หลักสูตร Generation AI และการประยุกต์ใช้งาน 6. Digital literacy 6.1 จัดทำหลักสูตรDigital literacy 6.2 จัดฝึกอบรมบุคลากรในโรงพยาบาล 2 รุ่น 6.3 ประเมินสมรรถนะ Digital literacy 7. งานสรรหาบุคลากร (HRM) 7.1. นักเทคโนโลยีสารสนเทศ 1 ตำแหน่ง 8. งานพัฒนาสมรรถนะบุคลากร (HRD) 8.1. ศึกษางานโปรแกรมบริหารทั่วไป จังหวัดบึงกาฬ 8.2. ศึกษางาน Digital NSO รพ.สวรรค์ประชารักษ์ 8.3. หลักสูตร Hardware 8.4 หลักสูตร Software 8.5 หลักสูตร Network 8.6 หลักสูตร audit เวชระเบียน 8.7 หลักสูตรการพัฒนาคุณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศใน โรงพยาบาล 9. งานจัดหาวัสดุครุภัณฑ์ 9.1. เครื่องแม่ข่าย 3 เครื่อง 960,000 บาท 9.2. อุปกรณ์เชื่อมต่อเครือข่าย 810,000 บาท 9.3 เครื่องคอมพิวเตอร์ 100 เครื่อง 2,30,0000 บาท
63	64	65	66	67																														
N/A	N/A	N/A	N/A	76.47																														
63	64	65	66	67																														
N/A	N/A	N/A	N/A	75.13																														
63	64	65	66	67																														
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																														

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G6. โรงพยาบาลมีผลลัพธ์จากการดำเนินงานสูงเป็นอันดับที่ 1 ใน 3 ของ จังหวัดสระบุรีธานี และอันดับที่ 1 ใน 5 ของเขตสุขภาพที่ 11

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม															
		2568	2569																
1.7. Capacity Management and Change Management : 1.7.1.อัตราความพร้อมใช้ของระบบ IT เพิ่มขึ้น 1.1 Hardware 1.2 Software 1.3 Network <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="5">Hardware/Software/Network</th></tr> <tr> <th>63</th><th>64</th><th>65</th><th>66</th><th>67</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>85.22</td></tr> </tbody> </table> 1.7.2.Competency management : บุคลากร IT ผ่านเกณฑ์การประเมิน specific competency 2.1 Hardware 2.2 Software 2.3 Network	Hardware/Software/Network					63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	85.22	R12G6OKR1.7 อัตราความสมบูรณ์ในการจัดการทำ Soft wear สนับสนุนแผนยุทธศาสตร์ (R1-R12) ร้อยละ 50 R12G6OKR1.7.1 อัตราความพร้อมใช้ของระบบ IT (Hardware Software Network) ร้อยละ 80 R12G6OKR1.7.2 อัตราบุคลากร IT ผ่านเกณฑ์การประเมิน specific competency (Hardware Software Network) ร้อยละ 90			
Hardware/Software/Network																			
63	64	65	66	67															
N/A	N/A	N/A	N/A	85.22															

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G6. โรงพยาบาลมีผลลัพธ์จากการดำเนินงานสูงเป็นอันดับที่ 1 ใน 3 ของ จังหวัดสระบุรีธานี และอันดับที่ 1 ใน 5 ของเขตสุขภาพที่ 11

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม																				
		2568	2569																					
Hardware/Software/Network <table border="1"> <tr> <td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr> <td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>87.22</td></tr> </table> 1.8 Cyber security : โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน Cyber security <table border="1"> <tr> <td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr> <td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>ผ่านเกณฑ์</td></tr> </table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	87.22	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	ผ่านเกณฑ์	R12G6OKR1.8 ระดับความสำเร็จของ โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน Cyber security			
63	64	65	66	67																				
N/A	N/A	N/A	N/A	87.22																				
63	64	65	66	67																				
N/A	N/A	N/A	N/A	ผ่านเกณฑ์																				
2. HIMSS (Stage 5-7) : HIMSS stage 5-7 ได้มาตรฐาน <table border="1"> <tr> <td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr> <td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr> </table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	R12G6K2 ระดับความสำเร็จในการพัฒนา HIMSS stage 5-7 <table border="1"> <tr> <td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr> <tr> <td>HIMSS Stage 5</td><td colspan="2">HIMSS Stage 6</td><td colspan="2">HIMSS Stage 7</td></tr> </table>	68	69	70	71	72	HIMSS Stage 5	HIMSS Stage 6		HIMSS Stage 7				
63	64	65	66	67																				
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A																				
68	69	70	71	72																				
HIMSS Stage 5	HIMSS Stage 6		HIMSS Stage 7																					

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G6. โรงพยาบาลมีผลลัพธ์จากการดำเนินงานสูงเป็นอันดับที่ 1 ใน 3 ของ จังหวัดสระบุรีธานี และอันดับที่ 1 ใน 5 ของเขตสุขภาพที่ 11

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม										
		2568	2569											
2.1 HIMSS stage 5 : ความสมบูรณ์ในเก็บภาพ Ultrasound และสามารถเปิดดูได้ผ่านระบบเครือข่าย <table border="1"> <tr> <td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr> <td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr> </table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	R12G6OKR 2.1 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาความสมบูรณ์ในเก็บภาพ Ultrasound และสามารถเปิดดูได้ผ่านระบบเครือข่าย ร้อยละ 100			
63	64	65	66	67										
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A										
2.2 HIMSS stage 5 : ความสมบูรณ์ในเก็บภาพ EKG และสามารถเปิดดูได้ผ่านระบบเครือข่าย <table border="1"> <tr> <td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr> <tr> <td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr> </table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	R12G6OKR2.2 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาความสมบูรณ์ในเก็บภาพ EKG และสามารถเปิดดูได้ผ่านระบบเครือข่าย ร้อยละ 100			
63	64	65	66	67										
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A										
3. Health Cloud System : ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพดิจิทัล (30 บาท รักษาทุกที่)	R12G6K3 ระดับความสำเร็จประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพดิจิทัล (30 บาท รักษาทุกที่) <table border="1"> <tr> <td>68</td><td>69</td><td>70</td><td>71</td><td>72</td></tr> <tr> <td>80</td><td>80</td><td>80</td><td>80</td><td>80</td></tr> </table>	68	69	70	71	72	80	80	80	80	80			
68	69	70	71	72										
80	80	80	80	80										

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G6. โรงพยาบาลมีผลลัพธ์จากการดำเนินงานสูงเป็นอันดับที่ 1 ใน 3 ของ จังหวัดสระบุรีธานี และอันดับที่ 1 ใน 5 ของเขตสุขภาพที่ 11

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์					KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม
						2568	2569	
63	64	65	66	67	R12G6OKR3.1 อัตราประชาชนพิสูจน์ตัวตน (Health ID) เพิ่มขึ้น ร้อยละ 5 <			

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ : G6. โรงพยาบาลมีผลลัพธ์จากการดำเนินงานสูงเป็นอันดับที่ 1 ใน 3 ของ จังหวัดสระบุรีธานี และอันดับที่ 1 ใน 5 ของเขตสุขภาพที่ 11

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์	KPI & OKRs	Project Based		โครงการงานและกิจกรรม										
		2568	2569											
3.4 การใช้บริการ healthrider เพิ่มขึ้น	R12G6OKR3.4 อัตราการใช้บริการ healthrider เพิ่มขึ้น ร้อยละ 3 R12G6OKR3.5 อัตราการสั่งยาและ lab online ร้อยละ 20													
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table>					63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
63	64	65	66	67										
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A										
3.5 อัตราการสั่งยาและ lab online														
<table><tr><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>66</td><td>67</td></tr><tr><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table>	63	64	65	66	67	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A				
63	64	65	66	67										
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A										

แผนปฏิบัติการ ปีงบประมาณ 2568 - 2572

ตารางที่ 2.8 ตารางแผนปฏิบัติการ ปีงบประมาณ 2568 - 2572

พันธกิจ	M1 พัฒนาระบบการแพทย์เฉพาะทางมาตรฐานโรงพยาบาลระดับ S Plus				Roadmap		Roadmap 1 ศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง 1.1. กลุ่มโรคเวชศาสตร์ฉุกเฉิน									
เป้าประสงค์	G1 เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต (ด้านการแพทย์เฉพาะทาง)				KPI		R1G1K1 Stroke : ลดอัตราการเสียชีวิต <ร้อยละ 4 R1G1K2 อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย STEMI ร้อยละ 8 R1G1K3 อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย sepsis น้อยกว่าร้อยละ 26									
ยุทธศาสตร์	S1 ยกระดับคุณภาพศูนย์การแพทย์ และมุ่งสู่ความเป็นเลิศด้านการแพทย์ผสมผสาน				OKR		R1G1OKR1.1 อัตราผู้ป่วย stroke เข้าถึงบริการทางการแพทย์ตั้งแต่เริ่มมีอาการภายในเวลา 3 ชั่วโมง ร้อยละ 60 R1G1OKR1.2 อุบัติการณ์ EWS stroke ลำช้า เท่ากับ 0 R1G1OKR1.3 อุบัติการณ์ EWS stroke ผิดพลาด เท่ากับ 0 R1G1OKR1.4 อุบัติการณ์วินิจฉัย Stroke ลำช้าเท่ากับ 0 R1G1OKR2.1 อัตรากลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยSTEMI เข้าถึงบริการทางการแพทย์ตั้งแต่มีอาการภายในเวลา 30 นาที ร้อยละ 60 R1G1OKR2.2 อุบัติการณ์ EWS STEMI ลำช้า เท่ากับ 0 R1G1OKR2.3 อุบัติการณ์ EWS STEMI ผิดพลาด เท่ากับ 0 R1G1OKR2.4 อุบัติการณ์วินิจฉัย STEMI ลำช้า เท่ากับ 0 R1G1OKR2.5 อุบัติการณ์วินิจฉัย STEMI ผิดพลาด เท่ากับ 0 R1G1OKR2.6 อัตราผู้ป่วย STEMI ได้รับการส่งต่อเพื่อทำ PCI ภายใน 120 นาทีภายหลังวินิจฉัยร้อยละ 100 R1G1OKR3.1 อัตรากลุ่มเสี่ยง Sepsis ได้รับทักษะการประเมินภาวะ Sepsis ด้วย NEWS ร้อยละ 100 R1G1OKR3.2 อุบัติการณ์วินิจฉัย Sepsis ลำช้าเท่ากับ 0 R1G1OKR3.3 อุบัติการณ์ EWS Sepsis ช้าลำช้าเท่ากับ 0 R1G1OKR3.4 อุบัติการณ์การให้สารน้ำไม่เหมาะสม เท่ากับ 0 R1G1OKR3.5 ไม่พบอุบัติการณ์ Refer ผู้ป่วย Sepsis ลำช้า									
รหัสโครงการ : 01 โครงการ Excellent 3S Fast Track						รวมงบประมาณโครงการ : 1,878,000 บาท										
ลำดับ	งานกิจกรรม	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย		สถานที่		ระยะเวลาการดำเนินงาน						งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
			กลุ่ม	จำนวน	ภายใน	ภายนอก	ไตรมาส 3 (68)	ไตรมาส 4 (68)	ไตรมาส 1 (69)	ไตรมาส 2 (69)	ไตรมาส 3 (69)	ไตรมาส 4 (69)	รายละเอียด	จำนวน	แหล่งงบประมาณ	
Stroke/ STEMI (ACS)/ Sepsis																
1	งานปึกหมุด 3A : 3S	1.เพื่อจัดทำฐานข้อมูล 3A : 3S 2.เพื่อพัฒนาศักยภาพในการดูแล 3S 3.เพื่อรับทราบและเข้าใจการจัดการภาวะฉุกเฉินได้ทันเวลา 4.เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยรูปแบบเดียวกัน	1.กลุ่มเสี่ยง CVD Risk >=30 % 2.ผู้ป่วย Stroke (เฝ้าระวัง) 3. ผู้ป่วย ACS (เฝ้าระวัง)	150 ครัวเรือน	/	/							-	-	-	นางสาวธัญญาภรณ์ ชูจันทร์
	150 ครัวเรือน			/		เมย. 68 - มิย. 68	กค. 68 - กย. 68					-	-	-	นางสาวนิธิตา ดูกคง	

	1.2. Spot Mapping คริวเรือน NCDs สีแดง / กลุ่มเสี่ยง Sepsis		4.กลุ่มเสี่ยง Sepsis 4.1 Bed ridden 4.2.Bedsore 4.3.CKD On Device	150 คริวเรือน	/	เมย. 68 - มีย. 68	กค. 68 - กย. 68					-	-	-	นางสาวธัญญาภรณ์ ชูจันทร์
	1.3. My First Care SOS กลุ่ม Intensive Stroke (ชุมชนบ้านบน, บ้านล่าง,บ้านกลาง)			20 คริวเรือน								1.นาฬิกา SOS 20 เรือน	580,000	เงินบำรุง	นางสาวนิธิดา ดูกคง
	1.4 จัดทำโปสเตอร์ 3S ติดด้านในประตู ห้องน้ำด้านใน NCDs สีแดง / กลุ่มเสี่ยง Sepsis											1.ป้ายขนาด A3 150 แผ่น	18,000	เงินบำรุง	นางสาวธัญญาภรณ์ ชูจันทร์
2	งาน Inter-hospital conference 3S (CPG/CNPG/EWS)	1.เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยรูปแบบเดียวกัน	1.ทีมสหวิชาชีพ		/		กค. 68 - กย. 68					-	-	-	นางปิณดา อึ้งเจริญสกุล
	2.1. ปรับปรุงCPG/CNPG														
	2.2. อบรม EWS														
3	งานสรรหาบุคลากร (HRM)	1.เพื่อนสรรหาบุคลากร			/	มีย. 68						-	-	-	นายอินทชาติ ช่วยไทย
	3.1 แพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1 ตำแหน่ง											-	-	-	หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล
	3.2 พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางด้านโรคหลอดเลือดสมอง 1 ตำแหน่ง											-	-	-	หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล
4	งานพัฒนาสมรรถนะ (HRD)	1.เพื่อพัฒนาสมรรถนะบุคลากร			/						มีย. 69	-	200,000	เงินบำรุง	หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล
	4.1 หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมอง											-	200,000	เงินบำรุง	หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล
	4.2 หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางโรคหลอดเลือดหัวใจ											-	200,000	เงินบำรุง	หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล
5	งานจัดหาวัสดุครุภัณฑ์	1.เพื่อจัดหาอุปกรณ์ ให้พร้อมใช้		20 เครื่อง	/							-	300,000	เงินบำรุง	นางสาวนิธิดา ดูกคง
	5.1 นาฬิกา SOS 20 เครื่อง											-	580,000	เงินบำรุง	นางสาวนิธิดา ดูกคง
	5.2 อุปกรณ์ My First Care 20 เครื่อง			20 เครื่อง								-	580,000	เงินบำรุง	นางสาวนิธิดา ดูกคง

แผนปฏิบัติการ ปีงบประมาณ 2568-2572																
พันธกิจ	M1 พัฒนาระบบการแพทย์เฉพาะทางมาตรฐานโรงพยาบาลระดับ S Plus						Roadmap	Roadmap 1 ศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง 1.2. กลุ่มโรคอายุรกรรม								
เป้าประสงค์	G1 เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต (ด้านการแพทย์เฉพาะทาง)						KPI	R1.2G1K1 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน(DKA/hypoglycemic coma/DR/CKD/DM foot/Stroke/STEMI) ร้อยละ 2 R1.2G1K2 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน (CKD/Stroke/STEMI) ร้อยละ 5 R1.2G1K3 อัตราการเกิด ESRD น้อยกว่าร้อยละ 2 R1.2G1K4 อุบัติการณ์ผู้ป่วย COPD เกิดภาวะ Respiratory failure เท่ากับ 0								
ยุทธศาสตร์	S1 ยกระดับคุณภาพศูนย์การแพทย์ และมุ่งสู่ความเป็นเลิศด้านการแพทย์ผสมผสาน						OKR	R1.2G1OKR1.1 อัตราผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ HbA1c น้อยกว่า7mg% ร้อยละ 60 R1.2G1OKR1.2 อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีข้อบ่งชี้ได้รับการปรับยา ร้อยละ 100 R1.2G1OKR1.3 อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการคัดกรองโรคแทรกซ้อน ตา /ไต/เท้า ร้อยละ 60 R1.2G1OKR1.4 อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการคัดกรอง CVD risk ร้อยละ100 R1.2G1OKR1.5 อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าสู่ระยะสงบ (remission) ร้อยละ 20 R1.2G1OKR2.1 อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 140/90mmHg) ร้อยละ 80 R1.2G1OKR2.2 อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีข้อบ่งชี้ได้รับยา ACEi/ARB ร้อยละ 100 R1.2G1OKR3.1 อัตราผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของeGFR<5ml/min/1.73m2/yr ร้อยละ 60 R1.2G1OKR3.2 อัตราผู้ป่วย CKD stage 3b ที่ไม่สามารถควบคุมชะลอความเสี่ยงของไตและมีพฤติกรรมกินเค็ม/ ใช้น้ำNSAIDs/สมุนไพร ที่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร้อยละ 100 R1.2G1OKR4.1 ร้อยละผู้ป่วย COPD ที่มาด้วย Acute exacerbation เท่ากับ 0 R1.2G1OKR4.2 ร้อยละผู้ป่วย COPD re - admitted ภายใน 28 วัน น้อยกว่า 50 R1.2G1OKR4.3 ร้อยละ Re - admitted ในผู้ป่วย COPD ภายใน 28 วันน้อยกว่า ร้อยละ 0.5								
รหัสโครงการ : 02 โครงการ Excellent Holistic NCDs clinic							รวมงบประมาณโครงการ : 2,886,950 บาท									
ลำดับ	งานกิจกรรม	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย		สถานที่		ระยะเวลาการดำเนินงาน						งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
			กลุ่ม	จำนวน	ภายใน	ภายนอก	ไตรมาส 3 (68)	ไตรมาส 4 (68)	ไตรมาส 1 (69)	ไตรมาส 2 (69)	ไตรมาส 3 (69)	ไตรมาส 4 (69)	รายละเอียด	จำนวน	แหล่งงบประมาณ	
DM/ HT/ CKD/ COPD																
1	Remission DM	1.เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เข้าสู่ระยะสงบ 2.เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถปรับลดยาหรือหยุดยาได้	1.ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2	3,153 คน	/		ม.ย. 68	ก.ย. 68	ธ.ค. 68	ม.ค. 69	ม.ย. 69	ก.ย. 69	-	1,786,950	เงินบำรุง	นางสาวพิมพ์พิศา สมหวัง/ นางวราภรณ์ คงแสนท์
	1.1. วัด Body Composition ในผู้ป่วย Intensive															
	1.2. Remission Service 3 รพ.สต															
2	Smart DM/HT/CKD Clinic	1.เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการรพทย์ทางไกล ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 1.DM 2.HT 3.CKD	DM 3,153 คน HT 6,476 คน	/		ม.ย. 68	ก.ย. 68	ธ.ค. 68	ม.ค. 69	ม.ย. 69	ก.ย. 69	1.โทรทัศน์ LCD 43 นิ้ว ขึ้นไป 2.IPAD	50,000	เงินบำรุง	นางสาวพิมพ์พิศา สมหวัง / นางวราภรณ์ คงแสนท์
	2.1 Tele medicine															
	2.2 Health rider															
	2.3 ระบบ NCDs Clinic ใน OPD															
	2.4 Mobile Screenig คริวเรือน															

	2.5 Home health care		กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง	CKD 567 คน												
3	Individual Lifestyle modification program	1.เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (บูรณาการ R3 โครงการ 09)		621 คน	/		พค.	สค.	พย.	กพ.	พค.	สค.	1.งานอาหารสุขภาพ	50,000	เงินบำรุง	กลุ่มงานปฐมภูมิ/ นางวรารณ คงเสนห์
	3.1 โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ						68	68	68	69	69	69				
	3.2 Prevention Clinic (บูรณาการ R3 โครงการ 09)															
4	คลินิกโรคหัวใจ	1.เพื่อให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบหลอดเลือดและหัวใจ	1.ผู้ป่วยโรคหัวใจ	394 คน	/		มีย.	กย.	ธค.	มีค.	มีย.	กย.	-	-	-	นางสาวพัชรินทร์ อินทร์คำ/ นางวรารณ คงเสนห์
	4.1 คลินิกรักษาใจ						68	68	68	69	69	69				
	4.2 Warfarin clinic															
5	COPD management	1.เพื่อให้ผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังเข้าถึงการบริการ	1.ผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง	158 คน	/		มีย.	กย.	ธค.	มีค.	มีย.	กย.	-	-	-	นางสาวภาพร ลักษณะวิน/ นางวรารณ คงเสนห์
	5.1. ตรวจ Spirometry						68	68	68	69	69	69				
	5.2. Pulmonary Rehabilitation															
	5.3 D-method(วางแผนจำหน่ายรายโรค)															
6	งานสหสาขาบุคลากร (HRM)	1.เพื่อพัฒนาศักยภาพ/พัฒนาสมรรถนะแก่บุคลากร	1.บุคลากรที่รับผิดชอบงาน		/		มีย.						-	200,000	เงินบำรุง	นางวรารณ คงเสนห์/ ทีม HRM
	6.1. แพทย์เฉพาะทางอายุรกรรม 1 ตำแหน่ง						68						-	100,000	เงินบำรุง	
	6.2. พยาบาลเฉพาะทางอายุรกรรม 1 ตำแหน่ง												-	100,000	เงินบำรุง	
	6.3 พยาบาลเฉพาะทางหลอดเลือดหัวใจ/หลอดเลือดสมอง 1 ตำแหน่ง															
7	งานพัฒนาสมรรถนะ (HRD)	1.เพื่อพัฒนาศักยภาพ/พัฒนาสมรรถนะแก่บุคลากร	1.บุคลากรที่รับผิดชอบงาน		/							กย.	-	100,000	เงินบำรุง	นางวรารณ คงเสนห์/ ทีม HRM
	7.1. หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางจัดการโรคเรื้อรัง															
	7.2. หลักสูตรเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต (การฟอกเลือดด้วยเครื่องฟอกไตเทียม)												-	100,000	เงินบำรุง	
8	งานจัดหาวัสดุครุภัณฑ์	1.เพื่อให้มีอุปกรณ์พร้อมใช้		1 เครื่อง	/		มีย.						body composition	400,000	เงินบำรุง	นางวรารณ คงเสนห์
	8.1. เครื่องวัดองค์ประกอบร่างกาย						68									

แผนปฏิบัติการ ปีงบประมาณ 2568-2572																							
พันธกิจ	M1 พัฒนาระบบการแพทย์เฉพาะทางมาตรฐานโรงพยาบาลระดับ S Plus					Roadmap	Roadmap 1 ศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง 1.3. กลุ่มโรคศัลยกรรม																
เป้าประสงค์	G1 เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต (ด้านการแพทย์เฉพาะทาง)					KPI	R1.3G1K1 อุบัติการณ์การเกิดมะเร็งเต้านมรายใหม่ลดลง ร้อยละ 8 R1.3G1K2 อุบัติการณ์การเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงรายใหม่ลดลง ร้อยละ 6																
ยุทธศาสตร์	S1 ยกระดับคุณภาพศูนย์การแพทย์ และมุ่งสู่ความเป็นเลิศด้านการแพทย์ผสมผสาน					OKR	R1.3G1OKR1.1 อัตราการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีอายุ 30-70 ปีร้อยละ 80 R1.3G1OKR1.2 อัตราผู้ที่มีผลการคัดกรองเต้านมผิดปกติได้รับการส่งตรวจแมมโมแกรม อัลตราซาวด์ร้อยละ 100 R1.3G1OKR2.1 อัตราการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงในกลุ่มอายุ 50-70 ปี ร้อยละ 50 R1.3G1OKR2.2 อัตราผู้ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy ร้อยละ 100																
รหัสโครงการ : 03 โครงการ คัดกรองมะเร็งครบวงจร						รวมงบประมาณโครงการ : 90,000 บาท																	
ลำดับ	งานกิจกรรม	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย		สถานที่		ระยะเวลาการดำเนินงาน						งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ							
			กลุ่ม	จำนวน	ภายใน	ภายนอก	ไตรมาส 3 (68)	ไตรมาส 4 (68)	ไตรมาส 1 (69)	ไตรมาส 2 (69)	ไตรมาส 3 (69)	ไตรมาส 4 (69)	รายละเอียด	จำนวน	แหล่งงบประมาณ								
1	คัดกรองมะเร็งเต้านมโดยเครื่องเอกซเรย์เต้านมเคลื่อนที่ (Mammogram)	1.เพิ่มอัตราการคัดกรองมะเร็งเต้านม	1.สตรี 30-70 ปี	11,220 คน	/	/	เม.ย. 68	ก.ค. 68	ต.ค. 68	ม.ค. 69	เม.ย. 69	ก.ค. 69	-	-	-	นางพรณาอุทัยพันธุ์							
2	คัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง(Fit test)	1.เพิ่มอัตราการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง	1.ประชากร 50-70 ปี	1,218 คน									-	-	-		-	-	-	1.Rollup 5 อันๆละ 1500	7,500	เงินบำรุง	
3	คัดกรองมะเร็งปากมดลูก	1.เพิ่มอัตราการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	1.สตรี 30-60 ปี	8,213 คน									68	68	68		69	69	69	-	-	-	
4	ติดโปสเตอร์การตรวจเต้านมด้วยตนเองในห้องน้ำ					/													1.โปสเตอร์ตรวจเต้านมด้วยตนเอง	10,000	เงินบำรุง		
5	เปิดคลินิกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	1.เพื่อประชาสัมพันธ์งานมะเร็ง				/														-	-	-	
6	งานสรรหาบุคลากร (HRM)	1.เพื่อพัฒนาศักยภาพ/พัฒนาสมรรถนะแก่บุคลากร			/								-	-	-								
	6.1.แพทย์เฉพาะทางศัลยกรรม 1 ตำแหน่ง												-	-	-								
7	งานพัฒนาสมรรถนะ (HRD)	1.เพื่อพัฒนาศักยภาพ/พัฒนาสมรรถนะแก่บุคลากร			/															-	10,000	เงินบำรุง	
	7.1. หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง																						
8	งานจัดหาวัสดุครุภัณฑ์			5 เครื่อง	/															1.หุ่น 5 ตัวๆละ 8,500	42,500	เงินบำรุง	
	8.1. หุ่นจำลองการตรวจเต้านม																						
	8.2 เติียงตรวจภายใน			1 เติียง	/				20,000	เงินบำรุง													

แผนปฏิบัติการ ปีงบประมาณ 2568-2572																
พันธกิจ	M1 พัฒนาระบบการแพทย์เฉพาะทางมาตรฐานโรงพยาบาลระดับ S Plus					Roadmap	Roadmap 1 ศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง 1.4 กลุ่มโรคสูติ-นรีเวชกรรม									
เป้าประสงค์	G1 เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต (ด้านการแพทย์เฉพาะทาง)					KPI	R1.4G1K1 หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงเข้าถึงบริการคลินิกความเสี่ยง ร้อยละ 100 R1.4G1K2 อัตราการเกิดภาวะPPH ≤ร้อยละ 3 R1.4G1K3 อัตราทารกคลอดก่อนกำหนดลดลง ≤ร้อยละ 5 R1.4G1K4 อัตราการเกิด Eclamsia ในหญิงตั้งครรภ์ PIH เท่ากับ 0									
ยุทธศาสตร์	S1 ยกระดับคุณภาพศูนย์การแพทย์ และมุ่งสู่ความเป็นเลิศด้านการแพทย์ผสมผสาน					OKR	R1.4G1OKR1.1 หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงได้รับการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ มากกว่าร้อยละ 75 R1.4G1OKR1.2 หญิงตั้งครรภ์ภาวะเสี่ยงได้รับการฝากครรภ์ครบ8 ครั้งตามเกณฑ์ มากกว่าร้อยละ 50 R1.4G1OKR1.3 หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงได้รับการดูแลรักษาในโรงพยาบาล โดยสหสาขาวิชาชีพ/ส่งต่อ ร้อยละ 100 R1.4G1OKR2.1 อัตราผู้ป่วยเกิดอาการเปลี่ยนแปลงได้รับการวินิจฉัย รักษาอย่างทันท่วงที่ก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤติร้อยละ 100 R1.4G1OKR2.2 จำนวนอุบัติการณ์เกิดการฉีกขาดของช่องทางคลอดระดับ 3 ขึ้นไป เท่ากับ 0 R1.4G1OKR2.3 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการประเมินน้ำหนักของทารกในครรภ์ ≥3,500 กรัม ขึ้นไปได้รับการส่งต่อตามแนวทางที่กำหนด ร้อยละ 100 R1.4G1OKR2.4 อุบัติการณ์เกิดภาวะรกค้างเท่ากับ 0 R1.4G1OKR3.1 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเข้ารับบริการทันเวลา ≥ ร้อยละ 85 R1.4G1OKR3.2 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดยับยั้งการคลอดได้สำเร็จร้อยละ 100 R1.4G1OKR4.1 หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะPreeclampsia ได้รับการประเมิน Early Warning Signs ถูกต้องรวดเร็วร้อยละ 100									
รหัสโครงการ : 04 โครงการ ส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพ						รวมงบประมาณโครงการ : 2,130,000 บาท										
ลำดับ	งานกิจกรรม	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย		สถานที่		ระยะเวลาการดำเนินงาน						งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
			กลุ่ม	จำนวน	ภายใน	ภายนอก	ไตรมาส 3 (68)	ไตรมาส 4 (68)	ไตรมาส 1 (69)	ไตรมาส 2 (69)	ไตรมาส 3 (69)	ไตรมาส 4 (69)	รายละเอียด	จำนวน	แหล่งงบประมาณ	
1	งาน Excellent ANC	1.เพื่อลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์	1.หญิงวัยเจริญพันธ์หญิงตั้งครรภ์	150	/		ม.ย.	ก.ค.	ต.ค.	ม.ค.	เม.ย.	ก.ค.	-	30,000	เงินบำรุง	นางกัญญาดา มากบุญ
	68						68	68	69	69	69					
	-						-	-	-	-	-					
	1.1 ANC Mobile station						พ.ค.	ก.ย.	ธ.ค.	มี.ค.	พ.ค.	ก.ย.				
	1.2 3 หมอกระตุ้นตัวเรื้อนฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์						68	68	68	69	69	69				
2	High risk ANC clinic	1.หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงสูงได้รับการดูแลตามมาตรฐานปลอดภัย	1.พยาบาลวิชาชีพ 2.ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก		/			ก.ค.					-	-	-	นางกัญญาดา มากบุญ
	68															
	-															
	ก.ย.															
	68															
	2.1 ตำบลมหัศจรรย์ 1000 วัน Plus สู่ 2500 วัน															
	2.2 High risk ANC clinic															
	2.2.1 ปรับปรุง CPG/CNPG															
	2.2.2 จัดทำ Individual Care Plan															
3	LR คุณภาพ	1.เพื่อพัฒนาระบบบริการให้ได้มาตรฐานลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย	1.พยาบาลวิชาชีพ		/				ต.ค.				-	-	-	นางสุภาพร สุขแดง
								68								
	3.1 ปรับปรุง CNPG /CPG							พ.ย.					-	25,000	เงินบำรุง	นางสาวตุณฐิตาค์ เลี้ยงอัศวจินดา
	3.2 อบรม EWS							68								

	3.3 RRT	2.เพื่อขับเคลื่อนนโยบายและผลักดันข้อเสนอแนะเชิงนโยบายงานอนามัยแม่และเด็ก 3.เพื่อสนับสนุนการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพนำแผนงานสู่การปฏิบัติโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามาช่วยพัฒนางานพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก					พค. 68				พค. 69		-	25,000	เงินบำรุง	นางสุภาพ สุขแดง
4	งานสรรหาบุคลากร (HRM)	1.เพื่อนสรรหาบุคลากร		/						กค. 69		-	600,000	เงินบำรุง	นางสุภาพ สุขแดง / ทีม HRM	
	4.1 แพลตฟอร์มเฉพาะทางยุติธรรม 1 ตำแหน่ง										-	150,000	เงินบำรุง			
	4.2 พยาบาลเฉพาะทางการดูแลสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ 1 ตำแหน่ง								กพ. 69		-	150,000	เงินบำรุง			
5	งานพัฒนาสมรรถนะ (HRD)	1.พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก	1.แพทย์ 2.พยาบาลวิชาชีพ	/						กค. 69		-	600,000	เงินบำรุง	นางสุภาพ สุขแดง / ทีม HRM	
	5.1 หลักสูตรการผดุงครรภ์ในภาวะเสี่ยงสูงและภาวะวิกฤต										-	150,000	เงินบำรุง			
	5.2 หลักสูตรการผดุงครรภ์ในภาวะเสี่ยงสูงและภาวะวิกฤต 4 เดือน								กพ. 69		-	150,000	เงินบำรุง			
6	งานจัดหาวัดครุภัณฑ์	1.เพื่อจัดหาอุปกรณ์ ให้พร้อมใช้		1 เครื่อง						มีค. 69		-	550,000	เงินบำรุง	นางสุภาพ สุขแดง	
	6.1 เครื่อง Transfer incubator															

แผนปฏิบัติการ ปีงบประมาณ 2568-2572																
พันธกิจ	M1 พัฒนาระบบการแพทย์เฉพาะทางมาตรฐานโรงพยาบาลระดับ S Plus					Roadmap		Roadmap 1 ศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง 1.5. กลุ่มโรคจิตเวช								
เป้าประสงค์	G1 เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต (ด้านการแพทย์เฉพาะทาง)					KPI		R1.5G1K1 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าน้อยกว่า 8 ต่อแสนประชากร R1.5G1K2 อัตราผู้ป่วย SMI-V ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น ทำลายทรัพย์สินและก่อคดีอาญาเท่ากับ 0 R1.5G1K3 อัตราผู้ป่วยซึมเศร้าวัยรุ่นพยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี								
ยุทธศาสตร์	S1 ยกระดับคุณภาพศูนย์การแพทย์ และมุ่งสู่ความเป็นเลิศด้านการแพทย์ผสมผสาน					OKR		R1.5G1OKR1.1 อัตรา 7 กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 80 R1.5G1OKR1.2 อัตราผู้ป่วยซึมเศร้าในผู้ใหญ่เข้าถึงบริการสุขภาพจิต ร้อยละ 100 R1.5G1OKR1.3 อัตราผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ขาดยาได้รับการติดตามรักษาอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 100 R1.5G1OKR2.1 อัตรากลุ่มเสี่ยง SMI-V (ติดสุราเรื้อรัง/สารเสพติด)สมัครใจเข้ารับการบำบัด ร้อยละ 60 R1.5G1OKR2.2 อัตรากลุ่มเสี่ยง SMI-V (ติดสุราเรื้อรัง/สารเสพติด) ที่เข้ารับการบำบัด drop out ลดลง ร้อยละ 30 R1.5G1OKR2.3 อัตราผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดจนครบเกณฑ์ไม่กลับไปเสพซ้ำในรอบ 1 ปี ร้อยละ 100 R1.5G1OKR2.4 อัตราผู้ป่วย SMI-V สืบแดง ได้รับการติดตามรักษาแบบเข้มข้น ร้อยละ 100 R1.5G1OKR3.1 อัตราวัยรุ่นอายุ13-19 ปี ใน รร.มัธยมศึกษา โรงเรียนขยายโอกาสได้รับการคัดกรองภาวะซึม ร้อยละ 80 R1.5G1OKR3.2 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นอายุ 13-19 ปีเข้าถึงบริการสุขภาพจิตร้อยละ 100 R1.5G1OKR3.3 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ขาดยาได้รับการติดตามรักษาอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 100								
รหัสโครงการ : 05 โครงการ คู่ความร่วมมือจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาลพูนพิณและโรงพยาบาลท่าโรงช้าง						รวมงบประมาณโครงการ : 660,000 บาท										
ลำดับ	งานกิจกรรม	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย		สถานที่		ระยะเวลาการดำเนินงาน						งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
			กลุ่ม	จำนวน	ภายใน	ภายนอก	ไตรมาส 3 (68)	ไตรมาส 4 (68)	ไตรมาส 1 (69)	ไตรมาส 2 (69)	ไตรมาส 3 (69)	ไตรมาส 4 (69)	รายละเอียด	จำนวน	แหล่งงบประมาณ	
1	จิตเวชและยาเสพติดสัณจร 7 รพ.สต.	1.เพื่อพัฒนาศักยภาพเครือข่ายและเพิ่มการบริการด้านกระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ	1.เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชนและอส.	460 คน		/				มค. 69 - มีค. 69			-	-	-	นางสาวปริศนา แ้วชนะ
	1.1 คัดกรอง 7 กลุ่มเสี่ยงโรคซึมเศร้าผู้ใหญ่		1. 7 กลุ่มเสี่ยงโรคซึมเศร้าผู้ใหญ่		/	/							-	-	-	
	1.2 คัดกรองโรคซึมเศร้าจิตเวชวัยรุ่น10-18 ปี		1.วัยรุ่น 10-18 ปี	1,320 คน		/	พค. 68 - กย. 68						-	-	-	
	1.3 ชุมชนค้นหาผู้เสพยาเสพติดเข้ารับการบำบัด		1.ชุมชนในเครือข่ายโรงพยาบาลพูนพิณ			/			มค. 69				-	-	-	
	1.4 อบรมผู้นำชุมชนและ อสม.		1.ผู้นำชุมชน 2.อส.	860 คน		/	กพ. 68 - เมษ. 68						1.คำวิทยากร 2.คำอาหารว่าง และเครื่องดื่ม	50,000	เงินบำรุง	

	1.5 อบรมครูประถมศึกษา และมัธยมศึกษา		1.ครูประถมศึกษา 2.มัธยมศึกษา	50 คน		/			เมษ. 69				1.คำวิทยากร 2.ค่าอาหารว่าง และเครื่องดื่ม	50,000	เงินบำรุง	นางสาววรรณ ไชยเพชร
2	คลินิกจิตเวชและยาเสพติด	1.เพื่อเสริมสร้างระบบภาคีเครือข่าย ด้านการบริการคลินิกจิตเวชและ ยาเสพติด ที่มีคุณภาพอย่าง ครอบคลุม และได้มาตรฐาน 2.เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรและ ภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย	1.บุคลากรโรงพยาบาลพูนพิณ	4 คน	/							กค. 69 - กย. 69	-	-	-	นางสาวปรีศนา แผ้วชนะ
	2.1 จัดบริการร่วมกับรพ.ท่าโรงช้าง															
	2.2 Matrix Program															
	2.3 ติดตามผู้ป่วยขาดยา 100%															
	2.4 เยี่ยมSMI-V		7 คน							กค. 69 - กย. 69						
3	งานสรรหาบุคลากร (HRM)	1.เพื่อพัฒนาศักยภาพเครือข่าย และเพิ่มการบริการด้านกระบวนการ บำบัดรักษา	1.บุคลากรโรงพยาบาลพูนพิณ		/			กย. 68					-	-	-	นางสาวปรีศนา แผ้วชนะ
	3.1. พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางด้าน สุขภาพจิต 1 ตำแหน่ง															
4	งานพัฒนาสมรรถนะ (HRD)	1.เพื่อพัฒนาศักยภาพ เสริมสร้าง ความรู้ และความเข้าใจแก่ บุคลากร สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช	1.บุคลากรโรงพยาบาลพูนพิณ	3 คน	/		สค. 68 - กย. 68	ตค. 68 - พย. 68					-	30,000	เงินบำรุง	นางสาวปรีศนา แผ้วชนะ
	4.1. หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช															
	4.2. หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้เฒ่าและสารเสพติด			3 คน												
5	งานจัดหาวัสดุครุภัณฑ์	1.เพื่อส่งเสริมให้เกิดสภาพแวดล้อมที่ เหมาะสมแก่การให้คำปรึกษา ทางด้านจิตวิทยา	1.บุคลากรโรงพยาบาลพูนพิณ	4 คน	/							กค. 69	-	500,000	เงินบำรุง	นางสาวปรีศนา แผ้วชนะ
	5.1. ห้องให้คำปรึกษา															

แผนปฏิบัติการ ปีงบประมาณ 2568-2572																
พันธกิจ	M1 พัฒนาระบบการแพทย์เฉพาะทางมาตรฐานโรงพยาบาลระดับ S Plus					Roadmap	Roadmap 1 ศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง 1.6. กลุ่มโรคจักษุ หู คอ จมูก									
เป้าประสงค์	G1 เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต (ด้านการแพทย์เฉพาะทาง)					KPI	R1.6G1K1 ผู้ป่วย Cataract ปลอดภัยและลดระดับความรุนแรงของโรคร้อยละ 100 R1.6G1K2 ผู้ป่วย DR ปลอดภัยและลดระดับความรุนแรงของโรค ร้อยละ 100									
ยุทธศาสตร์	S1 ยกระดับคุณภาพศูนย์การแพทย์ และมุ่งสู่ความเป็นเลิศด้านการแพทย์ผสมผสาน					OKR	R1.6G1OKR1.1 ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรอง Cataract ร้อยละ 60 R1.6G1OKR1.2 ผู้ป่วยตาต่อกระจกที่มีภาวะ low vision ได้พบจักษุแพทย์ ร้อยละ 100 R1.6G1OKR1.3 ผู้ป่วย Low vision ได้รับการผ่าตัดภายใน 90 วัน ร้อยละ 100 R1.6G1OKR1.4 ผู้ป่วย Blinding cataract ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน เพิ่มขึ้น ร้อยละ 100 R1.6G1OKR1.5 ผู้ป่วย Blinding cataract ที่ปฏิเสธการรักษาได้รับการติดตามเข้ารับการรักษาร้อยละ 100 R1.6G1OKR2.1 ผู้ป่วย mild NPDR ได้รับการตรวจซ้ำภายใน 3-6 เดือน ร้อยละ 100 R1.6G1OKR2.2 ผู้ป่วย Moderate NPDR ได้รับการตรวจซ้ำภายใน3-6 เดือนร้อยละ 100 R1.6G1OKR2.3 ผู้ป่วย severe NPDR ได้รับการตรวจโดยจักษุแพทย์ ภายใน 30 วัน ร้อยละ 100									
รหัสโครงการ : 06 โครงการความร่วมมือศูนย์จักษุ						รวมงบประมาณโครงการ : 562,000 บาท										
ลำดับ	งานกิจกรรม	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย		สถานที่		ระยะเวลาการดำเนินงาน						งบประมาณ			
			กลุ่ม	จำนวน	ภายใน	ภายนอก	ไตรมาส 3 (68)	ไตรมาส 4 (68)	ไตรมาส 1 (69)	ไตรมาส 2 (69)	ไตรมาส 3 (69)	ไตรมาส 4 (69)	รายละเอียด	จำนวน	แหล่งงบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
1	Cataract	1.เพื่อค้นหาปัญหาทางสายตาในผู้สูงอายุ 1.3 ติดตามผู้ป่วย Blinding Cataract ที่ปฏิเสธการรักษา	1.ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเขตพื้นที่ 1.1 คัดกรองโดยแบบคัดกรอง9 ด้าน 3,932 คน 1.2 คัดกรอง 9 ด้าน มีปัญหาสายตา 177 คน -ได้รับการรักษาแล้ว 47 คน -ยังไม่ได้การรักษา 130 คน 1.3 ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสายตา และนัอ่าน Snellen Chart 86 คน	86 คน	/		เมย.		ตค.	มค.	เมษ		-	-	-	นางสุนิสา หงษ์ปิ่น/ นางสาวกัญยารัตน์ เพชรรุ/ นางสาวจุฑามาศ อินทรสมบัติ
	68							68	69	69						
	-							-	-	-						
	มิย.							ธค.	มีค.	มิย.						
	68							68	69	69						
2	DR	1.เพื่อตรวจคัดกรองและประเมินภาวะแทรกซ้อนทางจอประสาทตา 2.เพื่อติดตามและส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจอประสาทตา	1.ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2	1,304 คน	/		มีย.	ตค.	มค.	พค.	สค.	-	-	-	นางพรนิภา ชูพัฒนพงศ์/ นางสาววราภรณ์ คงเสนห์	
	68						68	69	69	69						
								-	-							
								-	กค.	69						
3	คู่ความร่วมมือจักษุแพทย์	1.เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจอประสาทตาเข้าถึงการบริการ	1.แพทย์คู่ร่วมสัญญา	1		/		มีย.		มีค.	มีย.		1.ค่าตอบแทน	50,000	เงินบำรุง	
	3.1. Eye Clinic (OPD)							68		69	69					

	3.2. OR												12,000	เงินบำรุง	
4	งานสรรหาบุคลากร (HRM)	1.เพื่อพัฒนาศักยภาพ/พัฒนาสมรรถนะ แก่บุคลากร	1.บุคลากรที่รับผิดชอบงาน								มีย.	-	200,000	เงินบำรุง	นางสาววรารณ์ คงเสน่ห์ / ทีม HRM
	4.1.จักษุแพทย์ 1 ตำแหน่ง										69				
	4.2. พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา 1 ตำแหน่ง											-	100,000	เงินบำรุง	
5	งานพัฒนาสมรรถนะ (HRD)	1.เพื่อพัฒนาศักยภาพ/พัฒนาสมรรถนะ แก่บุคลากร									มีย.	-	100,000	เงินบำรุง	นางสาววรารณ์ คงเสน่ห์ / ทีม HRM
	5.1. หลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา										69				
	5.2. หลักสูตรการพยาบาลผู้สูงอายุ											-	100,000	เงินบำรุง	

แผนปฏิบัติการ ปีงบประมาณ 2568-2572																
พันธกิจ	M1 พัฒนาระบบการแพทย์เฉพาะทางมาตรฐานโรงพยาบาลระดับ S Plus				Roadmap		Roadmap 2 ศูนย์ทันตกรรม									
เป้าประสงค์	G1 เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต (ด้านการแพทย์เฉพาะทาง)				KPI		R2G1K1 อัตราเด็กอายุ 12 ปีปราศจากฟันผุ ร้อยละ 75 R2G1K2 อัตราผู้สูงอายุมีฟันหลัง (แท้หรือเทียม) ใช้งานที่เหมาะสม (ไม่น้อยกว่า 4 คู่สบ) R2G1K3 อัตราวัยทำงานอายุ 15-59 ปี ได้รับการบริการทันตกรรม ร้อยละ 15 R2G1K4 อัตราการให้บริการทันตกรรมเฉพาะทางเพิ่มขึ้น ร้อยละ 2									
ยุทธศาสตร์	S1 ยกระดับคุณภาพศูนย์การแพทย์ และมุ่งสู่ความเป็นเลิศด้านการแพทย์ผสมผสาน				OKR		R2G1OKR1.1 อัตราเด็กอายุ 3 ปีปราศจากฟันน้ำนมผุ ร้อยละ 70 R2G1OKR1.2 อัตราเด็กอายุ 12 ปี ปราศจากฟันแท้ผุ ร้อยละ 70 R2G1OKR2.1 อัตราผู้สูงอายุได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 20 R2G1OKR2.2 อัตราผู้สูงอายุได้รับการบริการทางทันตกรรม ร้อยละ 20 R2G1OKR2.3 ผู้สูงอายุได้รับการใส่ฟันเทียมทั้งปากหรือเกือบทั้งปากปีละ 50 ราย R2G1OKR4.1 อัตราการให้บริการทันตกรรมเฉพาะทางสาขาทันตกรรมประดิษฐ์ แบบถอดได้ ปีละ 100 ราย ร้อยละ 2 R2G1OKR4.2 อัตราการให้บริการทันตกรรมเฉพาะทางสาขาทันตกรรมรากฟันเทียมปีละ 2 ราย ร้อยละ 1 R2G1OKR4.3 อัตราการให้บริการทันตกรรมเฉพาะทางสาขาทันตกรรมเอ็นโดดอนต์ ปีละ 20 ราย ร้อยละ 2 R2G1OKR4.4 อัตราการให้บริการทันตกรรมเฉพาะทางสาขาศัลยศาสตร์ช่องปาก ปีละ 150 ราย ร้อยละ 2 R2G1OKR4.5 อัตราการให้บริการทันตกรรมเฉพาะทางสาขาทันตกรรมประดิษฐ์แบบติดแน่น ปีละ 50 ราย ร้อยละ 2									
รหัสโครงการ : 07 โครงการ อำเภอพินดี					รวมงบประมาณโครงการ : 5,880,000 บาท											
ลำดับ	งานกิจกรรม	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย		สถานที่		ระยะเวลาการดำเนินงาน						งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
			กลุ่ม	จำนวน	ภายใน	ภายนอก	ไตรมาส 3 (68)	ไตรมาส 4 (68)	ไตรมาส 1 (69)	ไตรมาส 2 (69)	ไตรมาส 3 (69)	ไตรมาส 4 (69)	รายละเอียด	จำนวน	แหล่งงบประมาณ	
1	งานเด็กฟันดี	1.เพื่อให้ผู้ปกครองตระหนักและสามารถดูแลรักษาสุขภาพช่องปากเด็กเล็ก 2.เพื่อให้เด็กในศูนย์เด็กเล็กมีกิจกรรมดูแลรักษาสุขภาพช่องปาก 3.เพื่อให้เด็กประถมสามารถดูแลรักษาสุขภาพช่องปาก และปราศจากฟันผุ 4.เพื่อให้ผู้สูงอายุในพื้นที่ สามารถดูแลสุขภาพช่องปาก และมีฟันบดเคี้ยวอาหาร	1.ผู้ปกครองและเด็กอายุ 0-2 ปี 2.เด็กนักเรียนใน ศพด. 3.เด็กประถม 4.ประชากรวัยทำงานในโรงงาน และในพื้นที่ผู้สูงอายุในพื้นที่ และในชมรมผู้สูงอายุ	618 คน	/		เมย. 68	กค. 68	ตค. 68	มค. 69	เมย. 69	กค. 69	-	-	-	นางชลาทิพย์ เพชรชัย
	1.1. ลูกรักฟันดีเริ่มที่ครอบครัว						-	-	-	-	-	-				
	1.2.ศูนย์เด็กเล็กฟันดี			1,007 คน		/	พค. 68	กย. 68	ธค. 68	มีค. 69	พค. 69	กย. 69	1.ฟลูออไรด์	20,000	กปท.	
	1.3. ยิ้มสดใสเด็กไทยฟันดี			3,027 คน	/	/				ตค. 68	มค. 69			-	-	-
2	งานผู้สูงอายุฟันดี	5.เพื่อให้ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพช่องปากตนเอง และสามารถสอนผู้อื่นได้ 6.เพื่อให้วัยทำงานในพื้นที่สามารถดูแลสุขภาพช่องปากตนเอง		100 คน		/			ธค. 68				1.ประกวดผู้สูงอายุฟันดี	100,000	เงินบำรุง	นายอดิเรก อนุสนธิ์ดิษฐ์
	2.1. มหกรรมผู้สูงอายุฟันดี ซีวีสดใส															
	2.2. เพื่อนช่วยเพื่อน ดูแลช่องปาก 60 ปี ยิ่งแจ้ว			100 คน		/			มีค. 69				1.อุปกรณ์สื่อการเรียนรู้	50,000	เงินบำรุง	นายอดิเรก อนุสนธิ์ดิษฐ์
3	งานวัยทำงานฟันดี					/							-	50,000	เงินบำรุง	

	3.1. brush and briteในสถานประกอบการ	และเข้าถึงบริการทางทันตกรรมมากขึ้น 7.เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงทันตกรรมเฉพาะทางมากขึ้น							มค. 69								ทพญ.ณัชพร ศุภวิบูลย์ผล
	3.2 ขุด อุดถอน			/			พค. 68						-	-	-		ทพญ.ณัชพร ศุภวิบูลย์ผล
4	ศูนย์ทันตกรรมเฉพาะทาง					เมย 68	กค. 68	ตค. 68	มค. 69	เมย 69	กค. 69		-	-	-		ทพญ.ชนนที รัตนรักษ์
	4.1 ทันตกรรมประดิษฐ์					-	-	-	-	-	-						
	4.2 ทันตกรรมหัตถการ					พค. 68	กย. 68	ธค. 68	มีค 69	พค. 69	กย. 69						
	4.3 ทันตกรรมจัดฟัน																
	4.4 ทันตกรรมวิทยาเอนโดดอนต์																
5	งานสรรหาบุคลากร (HRM)	1.เพื่อนสรรหาบุคลากร		/				มค. 69	เมย 69	กค. 69		-	-	-		ทพญ.ชนนที รัตนรักษ์	
	5.1. ทันตแพทย์ศาสตร์ช่องปาก 1 ตำแหน่ง							-	-	-							
	5.2 ทันตแพทย์สำหรับเด็ก 1 ตำแหน่ง																
	5.3 ทันตแพทย์สำหรับผู้สูงอายุ 1 ตำแหน่ง																
	5.4 ทันตแพทย์รากฟันเทียม 1 ตำแหน่ง								มีค. 69	พค. 69	กย. 69						
	5.5 ทันตแพทย์ปริทันต์ 1 ตำแหน่ง																
	5.6 ผู้ช่วยทันตแพทย์ 6 ตำแหน่ง																
6	งานพัฒนาสมรรถนะ (HRD)	1.เพื่อพัฒนาศักยภาพเสริมสร้างความรู้ และความเข้าใจแก่บุคลากร		/								-	50,000	เงินบำรุง	ทพญ.ชนนที รัตนรักษ์		
	6.1. หลักสูตรทันตกรรมสำหรับผู้สูงอายุ										-	100,000	เงินบำรุง				
	6.2. หลักสูตรทันตกรรมรากฟันเทียม										-	50,000	เงินบำรุง				
	6.3. หลักสูตรทันตแพทย์ครอบครัว										-	20,000	เงินบำรุง				
	6.4. หลักสูตรพัฒนาศักยภาพผู้ช่วยทันตแพทย์										-	20,000	เงินบำรุง				
	6.5. หลักสูตรพัฒนาศักยภาพทันตภิบาล										-	20,000	เงินบำรุง				
	6.6. หลักสูตรวิทยาเอนโดดอนต์										-	20,000	เงินบำรุง				
	6.7. หลักสูตรทันตกรรมประดิษฐ์										-	20,000	เงินบำรุง				
	7		งานจัดหาวัสดุครุภัณฑ์	1.เพื่อจัดหาอุปกรณ์ ให้พร้อมใช้	1 เครื่อง	/								-		460,000	งบค่าเสื่อม
7.1. ยูนิตทันตกรรม		1 เครื่อง	-		50,000									เงินบำรุง			
7.2. เครื่องขุดหินปูน		1 เครื่อง	-		30,000									เงินบำรุง			
7.3. เครื่องฉายแสง		1 เครื่อง	-		1,500,000									งบลงทุน			
7.4. เครื่องสแกนภายในช่องปาก			-		1,500,000									เงินบำรุง			
7.5. เพิ่มห้องบริการทันตกรรมเฉพาะทาง																	
7.5.1 ปรับปรุงห้องทันตกรรมเดิม 4 unit																	
7.5.2 ปรับปรุงห้อง supply																	
7.5.3 Unit ทันตกรรม 4 unit		4 เครื่อง	1.Unit 4 เครื่องๆ ละ 460,000		1,840,000									เงินบำรุง			

รหัสโครงการ : 08 โครงการ Wellness Center							รวมงบประมาณโครงการ : 9,590,000 บาท									
ลำดับ	งานกิจกรรม	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย		สถานที่		ระยะเวลาการดำเนินงาน						งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
			กลุ่ม	จำนวน	ภายใน	ภายนอก	ไตรมาส 3 (68)	ไตรมาส 4 (68)	ไตรมาส 1 (69)	ไตรมาส 2 (69)	ไตรมาส 3 (69)	ไตรมาส 4 (69)	รายละเอียด	จำนวน	แหล่งงบประมาณ	
1	ศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ				/								-	-	-	

	1.1 จัดทำ CPG /CNPG	1.เพื่อให้มีการดูแลผู้ป่วย 4 กลุ่มโรค (DM/HT/CKD/ CVD risk) แบบบูรณาการร่วมกับทีมสหวิชาชีพ	1.ผู้ป่วย 4 กลุ่มโรค	1.DM เสี่ยง 83 คน ป่วย 150 คน 2.HT เสี่ยง 538 คน ป่วย 360 คน 3.CKD3 423 คน 4.CVD risk 40 คน					ตค. 68 -								นางสาวฐาปนี ศรีล้ำ/ นายพงศกร แสงผล/ นางสาวชิมาธิญ กอบกาญจน์/ นายปรเมศวร์ ลมพัด/ นางสาวธัญสิริ กล้าไฟ/ นางสาวปิยะห์ สุธง/ นางพรภา อุทัยพันธุ์/ ผู้รับผิดชอบ DM HT ที่คลินิก NCD
	1.2 จัดทำฐานข้อมูลการให้บริการร่วมกับคลินิกต่างๆ	2.เพื่อให้มีการดูแลผู้ป่วย 9 กลุ่มโรค (Stroke/TBI/SCI/HIP fracture /OA knee/High risk pregnancy/ Insomnia/Psoriasis/Palliative care (ACP/Opoil)) แบบบูรณาการร่วมกับทีมสหวิชาชีพ							ตค. 68				-	-	-		
	1.3 โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายโรค	3.เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ							พย. 68				1.สมุดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	70,000	เงินบำรุง		
	1.4 โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย	4.เพื่อเสริมสร้างป้องกันและลดความเสี่ยงต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพถดถอย 9 ด้าน					เมย 68 -	กค. 68 -					-	-	-		
	1.5 จัดบริการ/คลินิก	5.เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต ทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ					พค. 68	กย. 68					-	-	-		
2	ศูนย์การแพทย์ผสมผสาน	6.เพื่อป้องกัน รักษา ส่งต่อ และฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะถดถอย 9 ด้าน	1.ผู้ป่วย 11 กลุ่มโรค	1.Stroke 130 คน (1026 คน) 2.TBI 4 คน 3.SCI 2 คน 4.HIP fracture 15 คน 5.OA knee 64 คน 6.High risk pregnancy 62 คน 7.Insomnia 200 คน 8.Psoriasis 26 คน 9.Palliative care 71 คน (ACP/Opoil))	/	/			ตค. 68				-	-	-		นางสาวฐาปนี ศรีล้ำ/ นายพงศกร แสงผล/ นางสาวชิมาธิญ กอบกาญจน์/ นายปรเมศวร์ ลมพัด/ นางสาวธัญสิริ กล้าไฟ/ /นางสาวนิสรา จันปลั่งสิริกุล/ นางสาวสรวรรณ แพเพชรทอง /นายเชษฐา แก้ววิรัช/ นางพรภา อุทัยพันธุ์
	2.1 ทีมบริการการแพทย์ผสมผสาน	7.เพื่อดูแลผู้ป่วยระดับประคองระยะท้าย							สค. 68								
	2.2 จัดทำ CPG/CNPG integrative medicien	8.เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลตามแนวทางและตามมาตรฐาน							ตค. 69								
	2.3 Integrative care (Stroke/TBI/SCI/HIP fracture /OA knee/ DM/HT/CKD/High risk pregnancy/ Insomnia/Psoriasis/Palliative care/ (ACP/Opoil))	9.เพื่อสรุปแนวทางการวางแผนการดูแลล่วงหน้า							ตค. 68 -	มค. 69 -							
	2.4 MOU รพ.ท่าโรงช้าง/รพ.สกุ	10.เพื่อลดอาการรบกวนในกลุ่มผู้ป่วยระดับประคองระยะท้าย							ตค. 68 -	มค. 69 -							
3	งานสหราชอาณาจักร (HRM)	11.เพื่อรองรับพระอาพาธและผู้ป่วยที่ประสงค์เสียชีวิตที่วัด			/				ตค. 68 -	มค. 69 -							
		12.เพื่อเพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแก่เจ้าหน้าที่							ตค. 68	มค. 69							
									ตค. 68	มค. 69							
									ตค. 68	มค. 69							
									ตค. 68	มค. 69							
3	งานสหราชอาณาจักร (HRM)	1.เพื่อนสหราชอาณาจักร			/								-	-	-		

	3.1. คู่ความร่วมมือแพทย์เฉพาะทาง								ดศ. 68								นางสาวสรวรรณ แพเพรทอง										
	3.2 แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 1 ตำแหน่ง								ดศ. 68																		
	3.3 นักกิจกรรมบำบัด 1 ตำแหน่ง								ดศ. 68																		
	3.4 นักกายอุปกรณ์ 1 ตำแหน่ง								ดศ. 68																		
4	งานพัฒนาสมรรถนะ (HRD) 4.1. หลักสูตร กายภาพบำบัดเพื่อการฟื้นฟู สมรรถภาพระยะกลาง	1.เพื่อพัฒนาศักยภาพ เสริมสร้างความรู้ และความเข้าใจแก่ บุคลากร				/	มีย. 68						-	40,000	เงินบำรุง	นางสาวสรวรรณ แพเพรทอง/ นางสาวนิชนันท์ พูลจันทร์/ นายปวรุตม์ ประทุมรัตน์/ นางสาว เบญญาภา เอกสิริเลิศ											
	4.2 หลักสูตรโภชนบำบัดทางการแพทย์ 4 เดือน									กค. 68 - สค. 68				-	30,000	เงินบำรุง	นายเชษฐา แก้ววิรัช										
5	งานจัดหารวัสดุครุภัณฑ์	1.เพื่อจัดหาอุปกรณ์ ให้พร้อมใช้							ดศ. 68- ธศ. 68				5,000*5	25,000	เงินบำรุง	นางสาวสรวรรณ แพเพรทอง/ นายเชษฐา แก้ววิรัช/ นางสาวธราปณี ศรีล้ำ											
	5.1 อุปกรณ์ Skin traction												-	295,000	เงินบำรุง												
	5.2 เครื่องวัดและวิเคราะห์องค์ประกอบของ ร่างกาย 150,000 บาท												-	15,000	เงินบำรุง												
	5.3 สื่อโมเดลอาหารตัวอย่างเฉพาะโรค (โรค ไต นับคาร์บ เด็ก 0-1 ปี อาหาร 211 ลดพุง												-	15,000	เงินบำรุง												
	5.4 ชุดโมเดลอาหาร ธงโภชนาการสำหรับ ผู้สูงอายุ												-	9,100,000	เงินบำรุง												
	5.5 เครื่องมือและอุปกรณ์สำหรับฟื้นฟู สมรรถภาพผู้ป่วย																										
	Gait training 1,000,000 บาท																										
	Hand function 1,200,000 บาท																										
	Balance training 600,000 บาท																										
	Treadmill 150,000 บาท																										
Shoulder CPM 600,000 บาท																											
Arm&Leg ergometry 600,000 บาท																											

แผนปฏิบัติการ ปีงบประมาณ 2568-2572																
พันธกิจ	M1 พัฒนาระบบการแพทย์เฉพาะทางมาตรฐานโรงพยาบาลระดับ S Plus						Roadmap		Roadmap 3 Wellness Center							
เป้าประสงค์	G1 เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์เฉพาะทาง ลดการส่งต่อ ลดภาวะพิการ ลดอัตราการตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต (ด้านการแพทย์เฉพาะทาง)						KPI		R3G1K4 อัตราผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปได้รับการดูแลแบบองค์รวม มีคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 100 R3G1K5 อัตราผู้ป่วยระดับประคับประคองเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี ร้อยละ 80							
ยุทธศาสตร์	S1 ยกระดับคุณภาพศูนย์การแพทย์ และมุ่งสู่ความเป็นเลิศด้านการแพทย์ผสมผสาน						OKR		R3G1OKR4.1 ร้อยละผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง 9 ด้าน ร้อยละ 90 R3G1OKR4.2 ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองและมีปัญหาสุขภาพ ปฏิเสธการรักษา ได้รับการติดตามเข้ารับการรักษาร้อยละ 40 R3G1OKR4.3 ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพและมีภาวะเสี่ยง 9 ด้านได้รับการดูแลในคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ 40 R3G1OKR5.1 ผู้ป่วย Palliative care ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ACP ร้อยละ 70 R3G1OKR5.2 ผู้ป่วยPalliative careที่มีข้อบ่งชี้ได้รับ Opioid ร้อยละ 50 R3G1OKR5.3 มีชุมชนต้นแบบในการดูแลผู้ป่วย PC อย่างน้อย 1 ชุมชน							
รหัสโครงการ : 09 โครงการศูนย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ							รวมงบประมาณโครงการ : 413,000 บาท									
ลำดับ	งานกิจกรรม	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย		สถานที่		ระยะเวลาการดำเนินงาน						งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
			กลุ่ม	จำนวน	ภายใน	ภายนอก	ไตรมาส 3 (68)	ไตรมาส 4 (68)	ไตรมาส 1 (69)	ไตรมาส 2 (69)	ไตรมาส 3 (69)	ไตรมาส 4 (69)	รายละเอียด	จำนวน	แหล่งงบประมาณ	
เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ																
1	เวชศาสตร์ผู้สูงอายุคุณภาพ	1.เพื่อพัฒนาศักยภาพ อสม.	1.อสม.	188 คน	/	/		กค. 68					-	-	-	นางสาวกัญยรัตน์ เพชรลู่/นางสาวจุฑามาศ อินทรสมบัติ/นางสุนิษา หงส์บิน
	1.1 อบรมพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการใช้เครื่องมือในการคัดกรอง 9 ด้าน	ในการคัดกรองและดูแลผู้สูงอายุ						กย. 68								
	1.2 คัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน	1.เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ	1.ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป	3,932 คน					ตค. 68	มค. 69			-	-	-	
							ธค. 68	มีค. 69								
	1.3 ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงได้รับการประเมินซ้ำโดยเจ้าหน้าที่	1.เพื่อคัดแยกผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพถดถอย 9 ด้าน	1.ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ	929 คน						มค. 69	เมย 69		-	-	-	
	1.4 โปรแกรม Brain Exercise/Brain Training	1.เพื่อสร้างเสริมและชะลอความเสื่อมของสมองและป้องกันชะลอการเกิดสมองเสื่อม	1.ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านความคิดความจำ	175 คน				มค. 69	เมย 69	กค. 69	1.ชุดกิจกรรม Brain Exercise 2.ชุดกิจกรรม Brain Training	10,000	เงินบำรุง	ทีมสหวิชาชีพ		
															</	

	1.5 โปรแกรมการออกกำลังกายป้องกัน การทกล้ม	1.เพื่อส่งเสริมและป้องกันการเกิด ภาวะทกล้มของผู้สูงอายุ	1.ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้าน การเคลื่อนไหว	322 คน						มค. 69 - มีค. 69	เมย 69 - พค. 69	กค. 69 - กย. 69	1.คู่มือการออก กำลังกายป้องกัน การทกล้ม	5,000	เงินบำรุง	ทีมสหวิชาชีพ
	1.6 คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ	1.เพื่อป้องกัน รักษา ส่งต่อ และฟื้นฟู สุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะถดถอย 9 ด้าน แบบบูรณาการร่วมกั บทีมสหวิชาชีพ	1.ผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษา	299 คน			เมย 68 - พค. 68	กค. 68 - กย. 68	ตค. 68 - ธค. 68	มค. 69 - มีค. 69	เมย 69 - พค. 69	กค. 69 - กย. 69	1.อุปกรณ์ ตรวจวัดสายตา 2.แผ่นพับความรู้ การดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุ	3,000	เงินบำรุง	นางสุนิสา หงษ์ปิ่น/ ทีมสหวิชาชีพ
	1.7 ชมรมผู้สูงอายุดีเด่น	1.เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของ ผู้สูงอายุทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต สังคม และเศรษฐกิจ	1.ผู้สูงอายุในชมรม	180 คน					ตค. 68 - ธค. 68	มค. 69 - มีค. 69	เมย 69 - พค. 69	กค. 69 - กย. 69	1.จัดกิจกรรม ชมรมผู้สูงอายุ 1 ครั้งต่อเดือน 2.ส่งเสริมการสร้าง นวัตกรรม/ สิ่งประดิษฐ์ในชมรม	50,000	กปท.	นางสาธิตดาวัลย์ พร้อมประเสริฐ/ นางสาว กัญญารัตน์ เพชรอุ/ นางสาวจุฑามาศ
2	ศูนย์ชีววาภิบาล	1.เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแล ตามแนวทางและตามมาตรฐาน	1.ผู้ป่วย Palliative care	150 คน	/	/	เมย 68 - พค. 68	กค. 68 - กย. 68	ตค. 68 - ธค. 68	มค. 69 - มีค. 69	เมย 69 - พค. 69	กค. 69 - กย. 69	1.สื่อการเรียนรู้ แผ่นพับ ใบปลิว ป้าย Roll up	25,000	-	นางพนภา อุทัยพันธุ์
	2.1 ปรับปรุง CPG/CNPG															
	2.2 ACP (IPD/OPD/ปฐมภูมิ)	1.เพื่อสรุปแนวทางกรวางแผนการ ดูแลล่วงหน้า														
	2.3 ข้อบ่งชี้ Opioid /กัญชาทางการแพทย์ :	1.เพื่อลดอาการรบกวนในกลุ่มผู้ป่วย ระดับประคองระยะท้าย														
	2.4 สถานชีววาภิบาลวิฑูร วัดเกาะธรรมประทีป	1.เพื่อรองรับพระอาพาธและผู้ป่วยที่ ประสงค์เสียชีวิตที่วัด														
3	งานสรรหาบุคลากร (HRM)	1.เพื่อนสรรหาบุคลากร			/								-	-	-	นางพนภา อุทัยพันธุ์
	3.1 พยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ 1 ตำแหน่ง															
4	งานพัฒนาสมรรถนะ (HRD)	1.เพื่อเพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วย สมองเสื่อมแก่เจ้าหน้าที่	1.พยาบาลวิชาชีพ 2.นวก.สาธารณสุข	2 คน						มค. 69 - มีค. 69	เมย 69 - พค. 69	กค. 69 - กย. 69	-	20,000	เงินบำรุง	นางพนภา อุทัยพันธุ์
	4.1. อบรมเชิงปฏิบัติการการดูแลผู้สูงอายุ เสี่ยงสมองเสื่อม															
	4.2 อบรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	1.เพื่อเพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วย แบบประคับประคองแก่เจ้าหน้าที่ และผู้ดูแล	1.ทีมสหวิชาชีพ	10 คน			พค. 68			พค. 68			-	50,000	เงินบำรุง	
	4.3 หลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager)			1 คน							เมย 69	กค. 69	-	-	-	

										- พค. 69	- กย. 69				
5	งานจัดหาวัสดุครุภัณฑ์ 5.1 เครื่องผลิตออกซิเจน	1.เพื่อจัดหาอุปกรณ์ ให้พร้อมใช้		/								1.เครื่องผลิตออกซิเจน (10 เครื่อง*25,0000)	250,000	เงินบำรุง	นางพรภา อุทัยพันธุ์

แผนปฏิบัติการ ปีงบประมาณ 2568-2572																
พันธกิจ		M1 พัฒนาระบบการแพทย์เฉพาะทางมาตรฐานโรงพยาบาลระดับ S Plus					Roadmap		Roadmap 4 Excellent Fast track system							
เป้าประสงค์		G2 กลุ่มผู้ป่วยโรคฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงระบบช่องทางด่วน (Fast track system) และได้รับการส่งต่อที่ปลอดภัย (ด้านการแพทย์ฉุกเฉินและการส่งต่อ)					KPI		R4G2K1 อัตราผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 25 R4G2K2 อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อได้รับการรักษาเหมาะสม ถูกต้อง ปลอดภัย ร้อยละ 100 R4G2K3 อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน(ช่วงวัย 1 - 18 ปี) ลดลงร้อยละ 3							
ยุทธศาสตร์		S2 พัฒนายุทธศาสตร์ความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายจัดบริการสุขภาพเชิงรุก S2.1) Excellent EMS & Refer S2.2) Mobile Doctor Service					OKR		R4G2OKR1.1 อัตราการเร็วเรือนกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยโรค 3S มีความรอบรู้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินร้อยละ 80 R4G2OKR1.2 ระดับความสำเร็จในการสนับสนุนบต.มะลวนจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐาน R4G2OKR1.3 อัตราโรงเรียนประถมศึกษา/มัธยมศึกษาเข้าร่วมโครงการความรอบรู้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 80 R4G2OKR2.1 อัตราผู้ป่วยส่งต่อได้รับการประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนส่งต่อได้ถูกต้องร้อยละ 100 R4G2OKR2.2 อุบัติการณ์การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขณะส่งต่อผู้ป่วย(ระดับE ขึ้นไป) เท่ากับ 0 R4G2OKR2.3 ระดับความสำเร็จในการจัดตั้งศูนย์ประสานงานการรับส่งต่อผู้ป่วยหรือมีหน่วยงานที่รับผิดชอบตลอด 24 ชม. R4G2OKR3.1 อัตราผู้ป่วยTBI มาถึงโรงพยาบาลนับจากเวลาเกิดเหตุไม่เกิน 30 นาที ร้อยละ 80 R4G2OKR3.2 อัตราผู้ป่วย mild HI high risk ได้รับการทำ Investigate CT Scan ประกอบการวินิจฉัยความรุนแรงของโรค ร้อยละ 100 R4G2OKR3.3 อุบัติการณ์การเสียชีวิตขณะส่งต่อ เท่ากับ 0							
รหัสโครงการ : 10 Excellent EMS & Refermanagement							รวมงบประมาณโครงการ : 9,107,000 บาท									
ลำดับ	งานกิจกรรม	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย		สถานที่		ระยะเวลาการดำเนินงาน						งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
			กลุ่ม	จำนวน	ภายใน	ภายนอก	ไตรมาส 3 (68)	ไตรมาส 4 (68)	ไตรมาส 1 (69)	ไตรมาส 2 (69)	ไตรมาส 3 (69)	ไตรมาส 4 (69)	รายละเอียด	จำนวน	แหล่งงบประมาณ	
EMS/ Refer/ TBI																
1	งานครอบครัว 3S รอบรู้ EMS	1.เพื่อให้ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้น	1.กลุ่มเสี่ยงที่มี CVD Risk >=30 % 2.กลุ่มStroke STEMI สีแดง 3.กลุ่มเสี่ยง Sepsis (Bed ridden ,Bedsore ,On Device)		/	/		กค. 68	ดค. 68				1.โปสเตอร์ 3S (แผ่นสติ๊กเกอร์ ขนาด A5 x 10,000 แผ่น)	50,000	เงินบำรุง	นางสาวสุพิษญา ณ นคร
	1.1 จัดทำโปสเตอร์ 3S ติดด้านในประตูห้องน้ำด้านใน (กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย Stroke , STEMI , Sepsis)	1.เพื่อให้ความรู้ ความเข้าใจ						กค. 68	ดค. 68							
	1.2 จัดทำ Spot sound คลิปเสียง “ให้ความรู้ 3S รอบรู้ EMS”							กค. 68	ดค. 68				1.คำจัดจ้างทำ Spot sound คลิปเสียง	3,000	เงินบำรุง	

[illegible]

6	งานความปลอดภัยทางถนน	1.เพื่อลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุทางถนน 2.เพื่อลดอัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิต	1. ทางแยกวัดดอนกระถิน 2.หน้าบริษัททักซิโบลัส 3.สามแยกปากซอยเจริญลาภ 4.หน้าบริษัทเรืองอุทัย	4 แห่ง		/			ดค. 68				1.จัดทำป้าย และสัญญาณไฟจราจรร่วมกับ สปอ.อำเภอพุนพิน	-	-	นางสาวอัมรินทร์ หนูเหมือน
	6.1 ปรับปรุงจุดเสี่ยงซ้ำ															
	ทางแยกวัดดอนกระถิน :ป้ายจำกัดความเร็ว															
	หน้าบริษัททักซิโบลัส :ยกเลิกเป็นจุดยูเทิร์น															
	สามแยกปากซอยเจริญลาภ															
	:ป้ายเตือน/สัญญาณไฟจราจร															
	หน้าบริษัทเรืองอุทัย : ป้ายจำกัดความเร็ว															
	6.2 งานรณรงค์หมวกนิรภัย															
	กลุ่มเสี่ยงสวมหมวกนิรภัย															
	เมาไม่ขับ															
	ช่วง 10 วันอันตราย ปีใหม่/สงกรานต์															
7	งานสรรหาบุคลากร (HRM)	1.เพื่อนสรรหาบุคลากร			/			เมย. 68 - พค. 68					-	-	เงินบำรุง	นายไชยทัศน์ ยิ่งยง
	7.1 Paramedic Nurse 1 ตำแหน่ง															
	7.2 พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน 2 ตำแหน่ง															
8	งานพัฒนาสมรรถนะ (HRD)	1.เพื่อให้เจ้าหน้าที่มีสมรรถนะ		1 คน	/					มค. 69 - มีค 69			-	20,000	เงินบำรุง	นายไชยทัศน์ ยิ่งยง
	8.1. หลักสูตรการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ															
	8.2. หลักสูตรสาขาเวชปฏิบัติฉุกเฉิน			2 คน				มีย. - 68 กย. 68				มีย. - 69 กย. 69	-	400,000	เงินบำรุง	
9	งานจัดหาวัสดุครุภัณฑ์	1.เพื่อพัฒนาระบบบริการ		1 ชุด	/			มีย. - 68 กย. 68					-	6,000,000	เงินบำรุง	นายไชยทัศน์ ยิ่งยง
	9.1. อุปกรณ์การสื่อสารระบบ AOC 1 ชุด															
	9.2 รถ Ambulance 1 คัน			1 คัน										2,500,000	เงินบำรุง	
	9.3 วิทยุสื่อสาร สำหรับ BLS			1 ชุด										30,000	เงินบำรุง	

แผนปฏิบัติการ ปีงบประมาณ 2568-2572																	
พันธกิจ		M1 พัฒนาระบบการแพทย์เฉพาะทางมาตรฐานโรงพยาบาลระดับ S Plus						Roadmap		Roadmap 5 สร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก							
เป้าประสงค์		G3. ลดอัตราป่วยรายใหม่และลดภาวะแทรกซ้อนในชุมชนในกลุ่มโรค(ด้านการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก) G3.1. DM/HT G3.2. ซึมเศร้าผู้ใหญ่/ซึมเศร้าวัยรุ่น/SMI-V						KPI		R5G3K1 อัตราป่วยรายใหม่ < ร้อยละ 5							
ยุทธศาสตร์		S4 ปฏิรูประบบบริหารจัดการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกในกลุ่มโรค NCDs จิตเวชและยาเสพติด						OKR		R5G3OKR1.1 อัตรากลุ่มเสี่ยง DM/HT ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัย ร้อยละ 80 R5G3OKR1.2 อัตรากลุ่มสงสัยป่วย DM/HT ได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย ร้อยละ 80 R5G3OKR1.3 อัตรากลุ่มเสี่ยง (Pre-DM/Pre-HT) ได้รับการติดตามเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร้อยละ 80 R5G3OKR1.4 อัตรากลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย DM/HT ที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนในระบบการดูแลรักษาในโรงพยาบาลพูนพิณได้รับการติดตามเข้ารับการคัดกรองและรับเข้ารับบริการรักษาต่อเนื่องร้อยละ 80							
รหัสโครงการ : 11 โครงการ Change For Health Change For Life								รวมงบประมาณโครงการ : 1,165,000 บาท									
ลำดับ	งานกิจกรรม	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย		สถานที่		ระยะเวลาการดำเนินงาน						งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ	
			กลุ่ม	จำนวน	ภายใน	ภายนอก	ไตรมาส 3 (68)	ไตรมาส 4 (68)	ไตรมาส 1 (69)	ไตรมาส 2 (69)	ไตรมาส 3 (69)	ไตรมาส 4 (69)	รายละเอียด	จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
DM/HT																	
1	Health station 8 ตำบล100%	1.เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ ให้ประชาชนในพื้นที่ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพได้สะดวกขึ้น 2.เพื่อคัดกรองและเฝ้าระวังโรค 3.ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 4.สร้างเครือข่ายสุขภาพในชุมชน	1.35 ปีขึ้นไป	8,000 คน		/		กค. 68	เมย 69	กค. 69	เมย 69	กค. 69	1.เต้นท์ขนาด 2x2 (4 หลัง*10,000 บาท) 2.ชุดโต๊ะพร้อมเก้าอี้แบบพกพา 2 ชุด ชุดละ 5,000	20,000	เงินบำรุง	นางสาว สัตตาวัลย์ พร้อประเสริฐ/นางสาวจริยา ศรีนิล	
	1.1 อสม.แจ้งประชาชนกลุ่มเป้าหมายเข้าคัดกรองสุขภาพครบวงจร ที่ Health station 1 ชุมชน 1 หมู่บ้าน							กค. 68	กค. 69	กค. 69	กค. 69	กค. 69					
	1.2 กลุ่มเสี่ยงจากการคัดกรองได้รับความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม		1.กลุ่มเสี่ยง DM/HT	1,000 คน		/				มค. 69	เมย 69	กค. 69	-	-	-		
	1.3 กลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตาม		1.กลุ่มเสี่ยง DM/HT	1,000 คน					มค. 69	เมย 69	กค. 69	-	-	-			
									มค. 69	เมย 69	กค. 69						
2	จัดทำ MOU ตรวจสุขภาพกับหน่วยงานภาครัฐและเอกชน	1.เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง 2.เพื่อลดอัตราการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	1.หน่วยงานภาครัฐและเอกชน	10 แห่ง		/				เมย 69	กค. 69	1.โปรแกรมการตรวจสุขภาพ	-	-			
	2.1 เสนอโปรแกรมตรวจคัดกรองสุขภาพครบวงจรให้กับหน่วยงานภาครัฐและเอกชน									-	-						

	2.2 ทำข้อตกลง MOU ตรวจสอบสุขภาพประจำปี พร้อมดูแลหลังการตรวจ	3.กระตุ้นให้เกิดความตระหนักและการดูแลตนเอง										พค. 69	กย. 69	1.สมุดบันทึกการตรวจสุขภาพ (100*1,000 เล่ม)	100,000	เงินบำรุง	
	2.3 นำกลุ่มสงสัยป่วยเข้ารับกระบวนการวินิจฉัยและกลุ่มเสี่ยงเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม																
3.	ปรับก่อนป่วย	1.คัดกรองสุขภาพและเฝ้าระวังโรคในกลุ่มวัยทำงาน (On-site Screening)	1.กลุ่มเสี่ยง DM/HT	1,000 คน	/	/	เมย 68	กค. 68				เมย 69	กค. 69	-	-	-	
	3.1กำหนดโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับสหวิชาชีพ	2.ลดอัตราการเกิดโรคในกลุ่มวัยทำงาน					-	-				-	-				
	3.2 ติดตามการผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม Online/Onsite	3.เพื่อส่งเสริมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ					พค. 68	กย. 68				พค. 69	กย. 69				
	3.3 ประเมินผลการปรับเปลี่ยนรายบุคคล																
4	งานบริหารบุคลากร (HRM)	1.เพื่อนบริหารบุคลากร			/							กค. 69	-	-	-	-	
	4.1. แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว 1 ตำแหน่ง											-	-				
5	งานพัฒนาสมรรถนะ (HRD)	1.เพื่อพัฒนาศักยภาพ เสริมสร้างความรู้และความเข้าใจแก่ บุคลากร		4 คน		/								-	-	-	
	5.1. หลักสูตรการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ																
	5.2 หลักสูตรการเพิ่มสมรรถนะการจัดการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (ระดับพื้นฐาน)																
6	งานจัดหาวัสดุครุภัณฑ์	1.เพื่อจัดหาอุปกรณ์ ให้พร้อมใช้		3 เครื่อง										-	225,000	เงินบำรุง	นางสาว ลัดดาวัลย์ พร้อประเสริฐ
	6.1. เครื่องวัดความดัน แบบสอดแขน													-	90,000	เงินบำรุง	
	6.2 เครื่องเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว			30 เครื่อง										-	70,000	เงินบำรุง	
	6.3 เครื่องวัดมวลร่างกาย			1 เครื่อง										-	600,000	เงินบำรุง	
	6.4 รถตรวจสุขภาพเคลื่อนที่			1 คัน										-	60,000	เงินบำรุง	
	6.5. เครื่องวัดความดันแบบพกพา			30 เครื่อง										-			

แผนปฏิบัติการ ปีงบประมาณ 2568-2572																	
พันธกิจ	M1 พัฒนาระบบการแพทย์เฉพาะทางมาตรฐานโรงพยาบาลระดับ S Plus						Roadmap	Roadmap 5 สร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก									
เป้าประสงค์	G3. ลดอัตราป่วยรายใหม่และลดภาวะแทรกซ้อนในชุมชนในกลุ่มโรค(ด้านการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก) G3.1. DM/HT G3.2. ซึมเศร้าผู้ใหญ่/ซึมเศร้าวัยรุ่น/SMI-V						KPI	R5G3K2 อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ปอด รายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 85 R5G3K3 อัตราป่วยรายใหม่จิตเวชและยาเสพติด ร้อยละ 30									
ยุทธศาสตร์	S4 ปฏิรูประบบบริหารจัดการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกในกลุ่มโรค NCDs จิตเวชและยาเสพติด						OKR	R5G3OKR2.1 อัตราการคัดกรองวัณโรคในประชากรกลุ่มเสี่ยง 6 กลุ่มโรค ร้อยละ 80 R5G3OKR2.2 อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 85 R5G3OKR2.3 อัตราการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคแฝง ร้อยละ 80 R5G3OKR2.4 ผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่ในระหว่างการรักษาและควบคุมวัณโรค (DOT) ร้อยละ 100 R5G3OKR3.1 อัตรากลุ่มเสี่ยง (ติดสุราเรื้อรัง/ติดสารเสพติด)สมัครใจเข้าร่วมรับการบำบัดร้อยละ 60 R5G3OKR3.2 อัตราผู้ป่วยที่มีผลประเมิน ST-5 ในระดับเครียดสูง ได้รับการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยา ร้อยละ 100 R5G3OKR3.3 อัตราผู้ป่วยในชุมชนที่มีผลการประเมิน 2Q Plus Positive ได้รับการประเมิน 9Q ร้อยละ 100 R5G3OKR3.4 อัตราผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการประเมินความเครียดด้วยแบบประเมินความเครียด (ST-5) ร้อยละ 100 R5G3OKR3.5 อัตราผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q) ร้อยละ 100 R5G3OKR3.6 อัตราผู้ป่วยยาเสพติดที่สูบบุหรี่ได้รับการคัดกรองการเสพติดนิโคติน ร้อยละ 100 R5G3OKR3.7 อัตราผู้ป่วยยาเสพติดที่ดื่มสุราได้รับการคัดกรองด้วยแบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT) ร้อยละ 100 R5G3OKR3.8 ผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุได้รับการประเมิน 8Q ทุกอายุ ร้อยละ 100									
รหัสโครงการ : 12 โครงการ Phunphin Good Lungs							รวมงบประมาณโครงการ : 112,000 บาท										
ลำดับ	งานกิจกรรม	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย		สถานที่		ระยะเวลาการดำเนินงาน						งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ	
			กลุ่ม	จำนวน	ภายใน	ภายนอก	ไตรมาส 3 (68)	ไตรมาส 4 (68)	ไตรมาส 1 (69)	ไตรมาส 2 (69)	ไตรมาส 3 (69)	ไตรมาส 4 (69)	รายละเอียด	จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
TB																	
1	Mobile x-ray	1. เพื่อคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง 2.เพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในพื้นที่ เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรควัณโรค 3.เพื่อลดการกลับมารักษาซ้ำโรคเดิม 4.เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่ตระหนักถึงความรุนแรงของโรค	1.ประชากรในพื้นที่เครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลพูนพิณ และ 6 กลุ่มเสี่ยง		/	/	เมย	กค.	ตค.	มค.	เมย	กค.	1.สื่อการเรียนรู้ (ขนาด 1.5*3) 600 2.สมุดประจำตัว (100 เล่ม*100) 10,000 บาท 3.ป้ายไพนบอร์ด (150*10)1,500 4.เต็นท์เปลี่ยนชุด (2 หลัง*1,800) 3,600 บาท	12,000	เงินบำรุง	นางดาวรุ่ง วิชัยดิษฐ์ / นางสาวณัฐริกา เทือกสุบรรณ	
1.1 คัดกรองกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่เครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลพูนพิณ	68						68	68	69	69	69						
1.2 คัดกรองเชิงรุก ร่วมกับ การตรวจคัดกรองสุขภาพเคลื่อนที่	-						-	-	-	-	-						
1.3 กระตุ้นความตระหนักโรควัณโรค	พค.						กย.	ธค.	มีค	พค.	กย.						
							68	68	68	69	69	69					
2	TB Clinic	1.เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ได้รับการรักษาทันเวลาและต่อเนื่อง 2.เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรและส่งเสริมความรู้วัณโรคให้กับเจ้าหน้าที่ในการดำเนินงานวัณโรค	1.ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่	/	/				ตค.	มค.	เมย	กค.	-	-	-		
2.1 ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยรายใหม่และที่กลับมาเป็นซ้ำ							68	69	69	69							
2.2 ติดตามการ DOT เครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลพูนพิณ									ธค.	มีค	พค.	กย.					
									68	69	69	69					

[illegible]

[illegible]

แผนปฏิบัติการ ปีงบประมาณ 2568-2572																											
พันธกิจ	M1 พัฒนาระบบการแพทย์เฉพาะทางมาตรฐานโรงพยาบาลระดับ S Plus						Roadmap	Roadmap 6 การแพทย์ปฐมภูมิ																			
เป้าประสงค์	G3. ลดอัตราป่วยรายใหม่และลดภาวะแทรกซ้อนในชุมชนในกลุ่มโรค (ด้านการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก) G3.1. DM/HT G3.2. ซึมเศร้าผู้ใหญ่/ซึมเศร้าวัยรุ่น/SMI-V						KPI	R6G3K2 อัตราหมู่บ้าน/ชุมชนสามารถจัดการปัญหาโรค NCDs/โรคซึมเศร้าผู้ใหญ่/โรคซึมเศร้าวัยรุ่น/SMI-V ในระดับดีมาก-ดีเยี่ยม เพิ่มขึ้น ร้อยละ 10																			
ยุทธศาสตร์	S4 ปฏิรูประบบบริหารจัดการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกในกลุ่มโรค NCDs จิตเวชและยาเสพติด						OKR	R6G3OKR2.1 อัตราภาคีเครือข่าย (อสม./Caregiver/นักบริบาล/พช./ศปถ./ฯลฯ) ได้รับการพัฒนาทักษะการจัดการปัญหาโรค NCDs /โรคซึมเศร้าผู้ใหญ่/โรคซึมเศร้าวัยรุ่น /SMI-V เพิ่มขึ้น ร้อยละ 80 R6G3OKR2.2 อัตรากลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย โรค NCDs /โรคซึมเศร้าผู้ใหญ่/โรคซึมเศร้าวัยรุ่น/SMI-V ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ร้อยละ 80																			
รหัสโครงการ : 14 โครงการอำเภอพนมพิณจัดการสุขภาพดีเยี่ยม							รวมงบประมาณโครงการ : 80,000 บาท																				
ลำดับ	งานกิจกรรม	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย		สถานที่		ระยะเวลาการดำเนินงาน						งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ											
			กลุ่ม	จำนวน	ภายใน	ภายนอก	ไตรมาส 3 (68)	ไตรมาส 4 (68)	ไตรมาส 1 (69)	ไตรมาส 2 (69)	ไตรมาส 3 (69)	ไตรมาส 4 (69)	รายละเอียด	จำนวน	แหล่งงบประมาณ												
ภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง																											
1	งานภาคีเครือข่ายอำเภอพนมพิณสมรรถนะสูง	1.เพื่อพัฒนาสมรรถนะเครือข่ายชุมชน	1.อสม. 2.care giver 3.แกนนำสุขภาพ 4.พชอ. 5.ศปถ	100 คน	/	/			ตค. 68	มค. 69			-	30,000	เงินบำรุง	นางอารียา ชัยยศ											
	1.1 ประชุมเชิงปฏิบัติการตามหลักสูตร พัฒนาสมรรถนะภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน																										
	1.2 อบรม อสม.หลักสูตร 1.1																										
	1.3 อบรม care givever หลักสูตร 1.1																										
	1.4 อบรมแกนนำสุขภาพ ชุมชน หลักสูตร 1.1																										
	1.5 อบรม พชอ./ศปถ. หลักสูตร 1.1																										
	1.6 ประเมินผลหมู่บ้าน และชุมชนจัดการสุขภาพ	1.เพื่อสนับสนุนให้มีการดำเนินการหมู่บ้านและชุมชนจัดการสุขภาพ	1.ชุมชนในเขตรับผิดชอบ																								
	1.7 มอบรางวัล หมู่บ้านจัดการสุขภาพ																										
2	งานอำเภอรรู้ด้านสุขภาพโรค NCDs /โรคซึมเศร้าผู้ใหญ่/โรคซึมเศร้าวัยรุ่น /SMI-V	1.เพื่อกำหนดเนื้อหาเชิงยุทธศาสตร์ในกลุ่มโรค NCDs /จิตเวชและยาเสพติด	1.บุคลากรโรงพยาบาลพนมพิณ	30 คน	/				ตค. 68	-	ธค. 68			-	-	นางอารียา ชัยยศ											
	2.1 content strategist																										
	2.1.1 ประชุมเชิงปฏิบัติการกำหนดเนื้อหาเชิงยุทธศาสตร์ในกลุ่มโรค NCDs /จิตเวชและยาเสพติด																										
	2.1.2 ให้ข้อมูลกลุ่มเป้าหมายในการเผยแพร่ใน 2.1.1																										
	2.2 Media strategist	1.เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพโรค NCDs /โรคซึมเศร้าผู้ใหญ่/โรคซึมเศร้าวัยรุ่น /SMI-V ผ่าน Media															/			ตค. 68	มค. 69	เมย 69	กค. 69	-	10,000	เงินบำรุง	นางสาวอารียา ชัยยศ
	2.2.1 Media ออนไลน์ (facebook/X/tiktok)																										

	2.2.2 Media offline (Cutout/ไวนิล/รถแห่)							- ธค. 68	มีค. 69	- พค. 69	- กย.				
	2.2.3 Influencers เผยแพร่ความรู้กลุ่มโรค NCDs / จิตเวชและยาเสพติด														
	2.3 Brand ambassador							ดค. 68	มค. 69	เมย 69	กค. 69	-	-	-	นางสาวอารียา ชัยยศ
	2.3.1 ชุมชนร่วมค้นหา							-	-	-	-				
	2.3.2 ตัวเข้ม Brand ambassador							ธค. 68	มีค. 69	พค. 69	กย. 69				
	2.3.3 Brand ambassador เผยแพร่ความรู้กลุ่มโรค NCDs / จิตเวชและยาเสพติด														
	2.4 Semi campaign & Campaign							ดค. 68	มค. 69	เมย 69	กค. 69	-	-	-	นางสาวอารียา ชัยยศ
	2.4.1 รณรงค์คนพินทางไกล NCDs							-	-	-	-				
	2.4.2 กีรณรงค์ป้องกันปัญหาเสพยาเสพติด							ธค. 68	มีค. 69	พค. 69	กย. 69				
	2.5 ประเมินความรอบรู้สุขภาพในกลุ่มเป้าหมาย NCDs / จิตเวชและยาเสพติด	1.เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตใน 7 กลุ่มเสี่ยง	1.7 กลุ่มเสี่ยง	150 คน				ดค. 68				-	-	-	นางปรีศนา แ้วชนะ/ นางสาว ลัดดาวัลย์ พร้อมประเสริฐ
3	งานสรรหาบุคลากร (HRM) 3.1 คณะกรรมการโรงพยาบาลส่งเสริมความรอบรู้และสื่อสารสุขภาพ	1.เพื่อนสรรหาบุคลากร			/							-	-	-	นางสาวอารียา ชัยยศ
4	งานพัฒนาสมรรถนะ (HRD) 4.1 หลักสูตรนักส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพมืออาชีพ	1.เพื่อพัฒนาศักยภาพเสริมสร้างความรู้ และความเข้าใจแก่บุคลากร			/							-	20,000	เงินบำรุง	นางสาวอารียา ชัยยศ
5	งานจัดหาวัสดุครุภัณฑ์ 5.1 ป้ายขนาดใหญ่ระบุช่องทางการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ	1.เพื่อจัดหาอุปกรณ์ ให้พร้อมใช้			/							-	20,000	เงินบำรุง	ลัดดาวัลย์ พร้อมประเสริฐ

แผนปฏิบัติการ ปีงบประมาณ 2568-2572																
พันธกิจ	M1 พัฒนาระบบการแพทย์เฉพาะทางมาตรฐานโรงพยาบาลระดับ S Plus						Roadmap	Roadmap 6 การแพทย์ปฐมภูมิ								
เป้าประสงค์	G3 ลดอัตราป่วยรายใหม่และลดภาวะแทรกซ้อนในชุมชนในกลุ่มโรค (ด้านการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก) G3.1. DM/HT G3.2. ซึมเศร้าผู้ใหญ่/ซึมเศร้าวัยรุ่น/SMI-V						KPI	R6G3K3 อัตรากลุ่มป่วยโรคที่สำคัญกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิม ภายใน 28 วัน ร้อยละ 0.5								
ยุทธศาสตร์	S4 ปฏิรูประบบบริหารจัดการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกในกลุ่มโรค NCDs จิตเวชและยาเสพติด						OKR	R6G3OKR3.1 อัตรากลุ่มป่วยที่มีภาวะ Bedsore ได้รับการดูแลผู้ป่วยในบ้าน ร้อยละ 50 R6G3OKR3.2 อัตรากลุ่มป่วยที่มีภาวะCOPD ได้รับการดูแลผู้ป่วยในบ้าน ร้อยละ 50 R6G3OKR3.3 อัตรากลุ่มป่วยที่มีภาวะ Hyperglycemiaได้รับการดูแลผู้ป่วยในบ้าน ร้อยละ 50 R6G3OKR3.4 อัตรากลุ่มป่วยที่มีภาวะ UTI ได้รับการดูแลผู้ป่วยในบ้าน ร้อยละ 50 R6G3OKR3.5 อัตรากลุ่มป่วยที่มีภาวะ Pneumonia ได้รับการดูแลผู้ป่วยในบ้าน ร้อยละ 50 R6G3OKR3.6 อัตรากลุ่มป่วยที่มีภาวะ Covid-19 ร้อยละ 50 R6G3OKR3.7 อัตรากลุ่มป่วยความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม ที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทได้รับการดูแลผู้ป่วยในบ้าน ร้อยละ 50 R6G3OKR3.8 อัตรากลุ่มป่วยที่มีภาวะโรคจิตเภทและพฤติกรรมแบบโรคจิตเภท และโรคหลงผิดได้รับการดูแลผู้ป่วยในบ้าน ร้อยละ 50 R6G3OKR3.9 อัตรากลุ่มป่วย ความผิดปกติทางอารมณ์ได้รับการดูแลผู้ป่วยในบ้าน ร้อยละ 50 R6G3OKR3.10 อัตรากลุ่มป่วย COPD ได้รับการดูแลผู้ป่วยในบ้าน ร้อยละ 50 R6G3OKR3.11 อัตรากลุ่มป่วย Palliative care Active dying PPS <30 % ร้อยละ 30								
รหัสโครงการ : 15 โครงการ Home ward สิทธิ UC 100%							รวมงบประมาณโครงการ : 741,000 บาท									
ลำดับ	งานกิจกรรม	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย		สถานที่		ระยะเวลาการดำเนินงาน						งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
			กลุ่ม	จำนวน	ภายใน	ภายนอก	ไตรมาส 3 (68)	ไตรมาส 4 (68)	ไตรมาส 1 (69)	ไตรมาส 2 (69)	ไตรมาส 3 (69)	ไตรมาส 4 (69)	รายละเอียด	จำนวน	แหล่งงบประมาณ	
Home ward																
1	Hyperglycemia	1.เพิ่มคุณภาพชีวิต และลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการระหว่างรับบริการผู้ป่วยใน 2.ลดภาวะแทรกซ้อนในการนอนโรงพยาบาล ลดความความแออัด 3.ลดการกลับมารักษาซ้ำโรคเดิม 4.ลดภาระค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ	1.ผู้ป่วยสิทธิ UC ในเขตโรงพยาบาลพุนพิน		/				ตค. 68	มค. 69	เมย 69	กค. 69	1.ชุดอุปกรณ์คอมพิวเตอร์สำหรับติดตามอาการผู้ป่วย 5 ชุด 2.เครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว 50 เครื่อง 3.เครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติแบบพกพา 100 เครื่อง 4.ปรอทวัดไข้ 100 ชิ้น	741,000	เงินบำรุง	นางปวีณา อึ้งเจริญสกุล
	1.1 การทำ BGM															
	1.2 ประเมินระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง และการจัดการตนเองภาวะฉุกเฉินระยะสั้น bid ac for FHG															
	1.3 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อาหารโลว์คาร์บ และการนับคาร์บ															
2	Hypertension															
	2.1 SMBP															
	2.2 ประเมินระดับความดันโลหิตด้วยตนเอง bid (เช้า - ก่อนนอน)															
	2.3 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม DASH diet															
3	decubitus ulcer and pressure area															
	3.1 การบริการทำแผล และฉีดยาปฏิชีวนะวันละ 1 ครั้งโดยพยาบาลวิชาชีพที่บ้าน															

[illegible]

แผนปฏิบัติการ ปีงบประมาณ 2568-2572																
พันธกิจ		M2 พัฒนาระบบคุณภาพโรงพยาบาลชั้นก้าวหน้า					Roadmap		Roadmap 7 ระบบสนับสนุนการรักษาพยาบาล							
เป้าประสงค์		4.โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่องสู่ชั้นก้าวหน้า					KPI		R7G4K1 อัตราอุบัติการณ์ ความเสี่ยงที่มีระดับความรุนแรงสูง(Clinic/Non clinic) ลดลงร้อยละ 25							
ยุทธศาสตร์		WO พัฒนาคูณภาพระบบบริหารจัดการโรงพยาบาลดิจิทัล ระดับ S Plus					OKR		R7G4OKR1.1 อัตราความสมบูรณ์ของ risk register & risk profile เพิ่มขึ้นร้อยละ 100 R7G4OKR1.2 อุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไปในมาตรฐานสำคัญจำเป็น 9 ด้าน(SIMPLE) เท่ากับ 0 R7G4OKR1.3 อัตราอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับความรุนแรงสูง (Clinic/Non clinic) ได้รับการจัดทำ RCA/CQI/R2R ร้อยละ 100 R7G4OKR1.3.1 อุบัติการณ์ระดับ G H I จัดทำ RCA และ CQI ร้อยละ 100 R7G4OKR1.4 ร้อยละผลการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยมากกว่าร้อยละ 80							
รหัสโครงการ : 16 โครงการศูนย์ วัฒนธรรมความปลอดภัย							รวมงบประมาณโครงการ : - บาท									
ลำดับ	งานกิจกรรม	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย		สถานที่		ระยะเวลาการดำเนินงาน						งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
			กลุ่ม	จำนวน	ภายใน	ภายนอก	ไตรมาส 3 (68)	ไตรมาส 4 (68)	ไตรมาส 1 (69)	ไตรมาส 2 (69)	ไตรมาส 3 (69)	ไตรมาส 4 (69)	รายละเอียด	จำนวน	แหล่งงบประมาณ	
RSQ																
1	risk register & risk profile 100% จาก OKR R1-R12	1.เพื่อพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงความปลอดภัยในโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ	1.14 กลุ่ม	265 คน	/			กย. 68					-	-	-	นางศิริกร สุทธิเกิด
	1.1 ประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำจัดทำ risk register & risk profile						เมย 68									
	1.2.ติวเข้มการรายงานใน HRMS						เมย 68									
2	SIMPLE 100%							กย. 68					-	-	-	RM Team
	2.1. ติวเข้มมาตรฐาน 9 ข้อ 100 %						เมย 68									
	2.2 RSQ team round							สค. 68	ธค. 68			สค. 68				
3	RCA/CQI/R2R 100%							กย 68				กย. 68	-	-	-	นางศิริกร สุทธิเกิด/ นางปิยฉวี อึ้งเจริญสกุล
	3.1 A-F /1-3 : จัดทำ RCA/CQI 100%						มิย. 68	กย. 68	ธค. 68	มีค. 68	มิย. 68	กย. 68	-	-	-	
	3.2 G H I / 4-5 :จัดทำRCA/CQI/R2R						มิย. 68	กย. 68	ธค. 68	มีค. 68	มิย. 68	กย. 68	-	-	-	
รหัสโครงการ : 17 โครงการองค์กรแพทย์คุณภาพสูง							รวมงบประมาณโครงการ : 289,120 บาท									
ลำดับ	งานกิจกรรม	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย		สถานที่		ระยะเวลาการดำเนินงาน						งบประมาณ			ผู้รับ

ดับ			กลุ่ม	จำนวน	ภายใน	ภายนอก	ไตรมาส 3 (68)	ไตรมาส 4 (68)	ไตรมาส 1 (69)	ไตรมาส 2 (69)	ไตรมาส 3 (69)	ไตรมาส 4 (69)	รายละเอียด	จำนวน	แหล่ง งบประมาณ	ผิชอบ																									
MSO																																									
1	Interhospital conference ร.พ.สสุ /ร.พ.ทักษิณ	1.Conference /งานประชุมวิชาการ : เพื่ออัปเดต ความรู้แพทย์ , MSO conference : Unplan Refer , Unplan Dead , Miss/Delay diagnosis / LOS : มีการประชุมองค์กรแพทย์ เพื่อพูดคุย แลกเปลี่ยน ในเคส ที่มีความเสี่ยง เพื่อลดจำนวน ความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต , ติดตามการสรุป Chart	1.แพทย์	7 คน	/		เมย 68	กค. 68	ตค. 68	มค. 69	เมย 69	กค. 69	1.conference เปิก ตามข้อกำหนดของ แพทย์ แต่ละคน ใน 1 ปี 2.improve CPG , RLU RDU : ไม่ใช่ เงินทุน	-	-																										
	1.1 trigger tool						-	-	-	-	-	-																													
	1.2 CPG improvement						พค. 68	กย. 68	ธค. 68	มีค 69	พค. 69	กย. 69																													
2	MSO conference	1. Improve CPG : ประสาน case manager/ แพทย์ ที่รับผิดชอบ ในการอัปเดตจากการไป ประชุม ในหัวข้อต่างๆ เช่น Sepsis , TB เพื่อ update Guideline ในปัจจุบันของรพ.						/		เมย 68	กค. 68	ตค. 68					มค. 69	เมย 69	กค. 69	1.ค่าอาหารกลางวัน แพทย์ ในการเข้า ร่วมประชุมทุกวัน พุธ	29,120	เงินบำรุง																			
2.1 Unplan Refer	พค. 68																							กย. 68	ธค. 68	มีค 69	พค. 69	กย. 69													
2.2 Unplan Dead	-																							-	-	-	-	-													
2.3 Miss/Delay diagnosis / LOS	พค. 68	กย. 68																						ธค. 68	มีค 69	พค. 69	กย. 69														
3	Refer out conference	1.ครุภัณฑ์ สวัสดิการ : เพื่อเพิ่มศักยภาพในการ ทำงาน		/		เมย 68							กค. 68	ตค. 68	มค. 69	เมย 69								กค. 69	1.ค่าอาหารกลางวัน แพทย์ ในการเข้า ร่วมประชุมทุกวัน พุธ	29,120	เงินบำรุง														
2.1 รพ.สสุ	-																												-	-	-	-	-								
2.2 รพ.ท่าเรือช้าง	พค. 68																												กย. 68	ธค. 68	มีค 69	พค. 69	กย. 69								
4	งานจัดหาวัสดุครุภัณฑ์	1. One Province One Hospital ,S+ เพิ่ม แพทย์เฉพาะทาง part time/full time ,ABG						/										เมย 69	กค. 69		260,000	เงินบำรุง																			
4.1.เครื่องคอมพิวเตอร์แบบตั้งโต๊ะ 2 ชุด																																									
4.2.เครื่องพิมพ์เอกสาร																																									
4.3.ชุดเก้าอี้ห้องประชุมองค์กรแพทย์																																									
4.4 Smart TV 65 นิ้ว(จอmonitorห้อง ประชุม)																																									

แผนปฏิบัติการ ปีงบประมาณ 2568-2572																
พันธกิจ	M2 พัฒนาระบบคุณภาพโรงพยาบาลชั้นก้าวหน้า						Roadmap		Roadmap 7 ระบบสนับสนุนการรักษาพยาบาล							
เป้าประสงค์	G4 โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่องสู่ขั้นก้าวหน้า						KPI		R7G4K3 อุบัติการณ์ความเสี่ยงทางการพยาบาล ระดับ E ขึ้นไป เท่ากับ 0							
ยุทธศาสตร์	S4 พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการโรงพยาบาลดิจิทัล ระดับ S Plus						OKR		R7G4OKR3.1 หน่วยงานทางการแพทย์พยาบาล OPD/ ER/ LR/ IPD มี Productivity ที่เหมาะสม ร้อยละ 80 R7G4OKR3.2 ร้อยละบุคลากรทางการแพทย์ผ่านการประเมินสมรรถนะเฉพาะ (specific competency) ตามกลุ่มโรค ยุทธศาสตร์และโรคที่สำคัญทางการแพทย์พยาบาล ร้อยละ 90 R7G4OKR3.3 อุบัติการณ์ความเสี่ยงทางการพยาบาลระดับ E ขึ้นไปได้รับการนิเทศ ติดตามและแก้ไข ร้อยละ 100 R7G4OKR3.4 ข้อร้องเรียนทางการแพทย์พยาบาล เท่ากับ 0							
รหัสโครงการ : 18 โครงการพัฒนาคุณภาพทางการแพทย์พยาบาล NQA							รวมงบประมาณโครงการ : 1,087,360 บาท									
ลำดับ	งานกิจกรรม	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย		สถานที่		ระยะเวลาการดำเนินงาน						งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
			กลุ่ม	จำนวน	ภายใน	ภายนอก	ไตรมาส 3 (68)	ไตรมาส 4 (68)	ไตรมาส 1 (69)	ไตรมาส 2 (69)	ไตรมาส 3 (69)	ไตรมาส 4 (69)	รายละเอียด	จำนวน	แหล่งงบประมาณ	
NSO																
1	การบริหารอัตรากำลังที่เหมาะสม	1.สร้างความมั่นใจว่ามีบุคลากรด้านการพยาบาลที่มีจำนวนเพียงพอเหมาะสม ในการดูแลผู้ป่วย มีความปลอดภัย ทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ	1.OPD	5 หน่วยงาน	/		เมย	กค.	ตค.	มค.	เมย	กค.	-	200,000	เงินบำรุง	หัวหน้างาน ทุกหน่วยงาน /IT Nurse
	1.1. NSO productivity software		2.ER				68	68	68	69	69	69				
			3.LR				-	-	-	-	-	-				
	1.2 ประชุมเชิงปฏิบัติการบริหารจัดการอัตรากำลัง		4.IPD			พค.	กย.	ธค.	มีค	พค.	กย.					
			5.IC ผ่านเกณฑ์			68	68	68	69	69	69					
			1.หัวหน้างาน	25 คน					ตค.				1.ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม (35 *2 มื้อ*30 คน) 2100 บาท	10,000	เงินบำรุง	หัวหน้าพยาบาล
			2.หัวหน้าทีม						68			2.ค่าอาหารกลางวัน (100*30 คน) 3000 บาท				
			3.หัวหน้าเวร						-			3.ค่าวิทยากร 1 ท่าน (600*7 ชม.) 4,200 บาท				
2	ประเมินสมรรถนะพยาบาล	1.บุคลากรทางการแพทย์มีความรู้ความสามารถและทักษะเหมาะสมกับการปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายและ 2.เพื่อการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลก้าวสู่ในตำแหน่งที่สูงขึ้น	1.บุคลากรกลุ่มงานการพยาบาล	96 คน	/		กค.				กค.	1.ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม (35*96 คน) 3,360 บาท	4,000	เงินบำรุง	หัวหน้าพยาบาล	
	2.1.Core competency						68				69					
	2.2.Common competency						-				-					
	2.3.Specific competency						กย.				กย.					
	2.4.Multi Specific competency						68				69					

	2.5.Managerial competency		1.หัวหน้างาน/หัวหน้าทีม	9 คน	/												
3	Nursing Supervision	1.หน่วยงานมีการนิเทศกำกับดูแลและส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพความปลอดภัยทางการพยาบาลครอบคลุมทุกระดับ	1.บุคลากรกลุ่มงานการพยาบาล	96 คน	/		เมย	กค.	ดค.	มค.	เมย	กค.	1.ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม (35*4 มื้อ* 59 คน) 8,260 บาท 2.ค่าอาหารกลางวัน (100*2 มื้อ*59) 11,800 บาท 3.ค่าวิทยากร 1 ท่าน (600*7 ชม*4 วัน) 16,800	40,000	เงินบำรุง	ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาลด้านบริหาร	
	68						68	68	69	69	69						
	-						-	-	-	-	-						
	พค.						กย.	ธค.	มีค	พค.	กย.						
	68						68	68	69	69	69						
4	Ethical Nursing	1.องค์กรพยาบาลมีการพัฒนาระบบและกลไกจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ	1.หัวหน้างาน 2.หัวหน้าทีม 3.หัวหน้าเวร	25 คน	/					มค.			-	50,000	เงินบำรุง	ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาลด้านบริหาร	
4.1.ประกาศนโยบายจริยธรรมและจรรยาบรรณ	1.บุคลากรกลุ่มงานการพยาบาล		96 คน														
4.2.ตัวเข้มจริยธรรมและจรรยาบรรณตาม				เมย												1.ค่าอาหารว่าง (96 คน*35 บาท) 3,360 บาท	3,360
5	งานสรรหาบุคลากร (HRM)	1.บุคลากรเพียงพอ มีความเหมาะสมกับภาระงานที่ต้องจัดให้						กค.		มค.			-	-	-	-	หัวหน้าพยาบาล
	5.1. พยาบาลวิชาชีพ 19 ตำแหน่ง								68		69						
6	งานพัฒนาสมรรถนะ (HRD)	1.บุคลากรมีสมรรถนะและความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง	1.น.ศ.พยาบาล		/		เมย	กค.	ดค.	มค.	เมย	กค.	-	120,000	เงินบำรุง	หัวหน้าพยาบาล	
	6.1 หลักสูตรการบริหารจัดการพยาบาล							68	68	68	69	69	69				
	6.2 หลักสูตรการพัฒนาศักยภาพผู้นำทางการพยาบาล (หัวหน้างาน/หัวหน้าทีม)							-	-	-	-	-	-				
	6.3 หลักสูตรผู้บริหารระดับต้น กลาง		1.พยาบาลวิชาชีพจากแผนก OPD,ER,IPD	4 คน				พค.	กย.	ธค.	-	พค.	กย.	-	160,000		เงินบำรุง
7	งานจัดหาวัสดุครุภัณฑ์	1.วัสดุ ครุภัณฑ์เพียงพอ เหมาะสมกับการใช้งาน		1 เครื่อง									-	500,000	เงินบำรุง		
	7.1 Smart TV 70 นิ้ว(จอ Dashboard)																

แผนปฏิบัติการ ปีงบประมาณ 2568-2572																	
พันธกิจ	M2 พัฒนาระบบคุณภาพโรงพยาบาลชั้นก้าวหน้า						Roadmap	Roadmap 7 ระบบสนับสนุนการรักษาพยาบาล									
เป้าประสงค์	G4 โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่องสู่ขั้นก้าวหน้า						KPI	R7G4K4 GREEN & CLEAN Hospital Challenge ผ่านระดับท้าทาย									
ยุทธศาสตร์	S3 พัฒนาคูณภาพระบบบริหารจัดการโรงพยาบาลดิจิทัล ระดับ S Plus						OKR	R7G4OKR4.1 รพสต.ในเครือข่ายเข้าร่วม การประเมินและได้รับการรับรองตามเกณฑ์ Sub-District Health Promoting Hospital ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 60 R7G4OKR4.2 โรงพยาบาลมีจำนวนนวัตกรรมด้าน GREEN 2 เรื่อง/ปี และมีงานวิจัยหรือ R2R ด้าน GREEN 2 เรื่อง/ปี R7G4OKR4.3 โรงพยาบาลผ่านการประเมินการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรม สิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาล ระดับดีขึ้นไป R7G4OKR4.4 อุบัติการณ์ความไม่เพียงพอ/ไม่พร้อมใช้/ใช้ไม่ถูกวิธีของเครื่องมือแพทย์ เท่ากับ 0 R7G4OKR4.5 ร้อยละของหน่วยงานมีการดำเนินงาน 5 ส ระดับดีขึ้นไปมากกว่า ร้อยละ 60									
รหัสโครงการ : 19 โครงการ Excellent ENV management & Green Network							รวมงบประมาณโครงการ : 770,000 บาท										
ลำดับ	งานกิจกรรม	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย		สถานที่		ระยะเวลาการดำเนินงาน						งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ	
			กลุ่ม	จำนวน	ภายใน	ภายนอก	ไตรมาส 3 (68)	ไตรมาส 4 (68)	ไตรมาส 1 (69)	ไตรมาส 2 (69)	ไตรมาส 3 (69)	ไตรมาส 4 (69)	รายละเอียด	จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
ENV																	
1	ยกระดับ Green&Clean	1.เพื่อยกระดับ Green & Clean hospital สู่ระดับ Excellent & Challenge	1.บุคลากรโรงพยาบาล พุนพิณ	40 คน	/		เมย 68	กค 68	ตค. 68	มค. 69	เมย 69	กค. 69	1.ค่าอาหารว่าง (40*35*2 มื้อ) 2,800 บาท	15,000	เงินบำรุง	ดร.เนตรฤทัย สุวรรณทิพย์/นางสาวอารียา ชัยยศ/นายภาคภูมิ จันทร์เพชร	
	1.1 Innovation นวัตกรรมและงานวิจัย Green						พค. 68	กย. 68	ธค. 68	มีค 69	พค. 69	กย. 69	2. ค่ากลางวัน (40*100) 4,000 บาท				
	1.2 Network เครือข่าย Green		รพสต.	7 แห่ง		/							3.ค่าวิทยากร (600*6ชม) 3,600 บาท				
	1.3 อาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม เชิงรุก		1.สถานประกอบการ 2.กลุ่มเกษตรกร 3.ผู้ประกอบการอาชีพ			/							4.ค่าวัสดุอุปกรณ์/เอกสาร 4,600 บาท				
			</														

	2.1 RMC plus	1.เพื่อพัฒนาระบบบริหารจัดการเครื่องมือแพทย์ให้เพียงพอ พร้อมใช้							ดศ. 68 - ธค. 68							ดร.เนตรฤทัย สุวรรณทิพย์/ นางสาวอารียา ชัยยศ
	2.2 สอบเทียบเครื่องมือแพทย์												1.ค่าบริการสอบ เทียบ 1 ปี/ครั้ง	115,000	เงินบำรุง	
	2.3 Proactive maintenance												-	450,000	เงินบำรุง	
3	Beauty ENV	1.เพื่อพัฒนา Beauty ENV ใน โรงพยาบาล		80 คน	/	/				มค. 69 - มีค 69	เมย 69 - พค. 69	กค. 69 - กย. 69	1.ค่าอาหารว่าง (40*35*2 รุ่น) 2800 บาท 2.ค่าวิทยากร (600* 3 ชม) 1,800 บาท 3.สื่อโปสเตอร์/วัสดุ อุปกรณ์ 2400 บาท	70,000	เงินบำรุง	คณะกรรมการ ENV
	3.1 5 ส															
	3.2 designing of healing environments												1.เพิ่มพื้นที่สีเขียว ปรับปรุงภูมิทัศน์	60,000	เงินบำรุง	คณะกรรมการ ENV ด้าน healing env
4	งานพัฒนาสมรรถนะ (HRD)	1.เพื่อพัฒนาศักยภาพ เสริมสร้างความรู้ และความเข้าใจแก่ บุคลากร				/					เมย 69 - พค. 69		-	60,000	เงินบำรุง	คณะกรรมการ ENV
	4.1 หลักสูตรพยาบาลอาชีวอนามัยและเวช กรรมสิ่งแวดล้อม															

แผนปฏิบัติการ ปีงบประมาณ 2568-2572																		
พันธกิจ	M2 พัฒนาระบบคุณภาพโรงพยาบาลชั้นก้าวหน้า						Roadmap	Roadmap 7 ระบบสนับสนุนการรักษาพยาบาล										
เป้าประสงค์	G4 โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่องสู่ชั้นก้าวหน้า						KPI	R7G4K5 อัตราการติดเชื้อที่สำคัญลดลง ≤0.35										
ยุทธศาสตร์	S3 พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการโรงพยาบาลดิจิทัล ระดับ S Plus						OKR	R7G4OKR5.1 อัตราการติดเชื้อCAUTIน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1:1000day/cath R7G4OKR5.2 อัตราการติดเชื้อดื้อยาในชุมชนน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10										
รหัสโครงการ : 20 โครงการ Excellent IC management							รวมงบประมาณที่โครงการ : 22,000 บาท											
ลำดับ	งานกิจกรรม	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย		สถานที่		ระยะเวลาการดำเนินงาน						งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ		
			กลุ่ม	จำนวน	ภายใน	ภายนอก	ไตรมาส 3 (68)	ไตรมาส 4 (68)	ไตรมาส 1 (69)	ไตรมาส 2 (69)	ไตรมาส 3 (69)	ไตรมาส 4 (69)	รายละเอียด	จำนวน	แหล่งงบประมาณ			
IC																		
1	Bundle Campaign	1. เพื่อให้บุคลากรปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ 2. อัตราการติดเชื้อ CAUTI MDR. ลดลง	1.ทีมสหวิชาชีพ (พยาบาลวิชาชีพ NA พนักงานเวรเปล พชร.	90 คน	/				ธค. 68				1.ค่าอาหารว่าง (90*35) 3,150 บาท	4,000	เงินบำรุง	นางวาสนา ยิ่งยง/ คณะกรรมการ IPC		
	1.1 CAUTI		1.บุคลากรเครือข่ายบริการ สุขภาพ รพ.พุนพิน	277 คน					ตค. 68				1.ค่าอาหารว่าง (277*35) 9,695 บาท	4,000	เงินบำรุง			
	1.2 MDR																	
	1.3 ล้างมือ																	
2	IC สัญจร 7 รพ.สต 1 PCC	1.เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรเครือข่ายโรงพยาบาลพุนพินด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ 2.เพื่อพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังการติดเชื้อในชุมชน	1.บุคลากร รพ.สต/อสม./CG	60 คน	/	/			ตค. 68				1.สื่อโปสเตอร์ขนาด A4 จำนวน 100 แผ่นละ 40 บาท 4,000	10,000	เงินบำรุง			
	2.1 ผู้ป่วย refer back จากร.พ.สต								-				2.ค่าอาหารว่าง (60*35)2,100					
	2.2. Sepsis								ธค. 68									
	2.3 TB																	
3	งานพัฒนาสมรรถนะ (HRD)	1.เพื่อพัฒนาสมรรถนะและฟื้นฟูความรู้วิชาการ	1.พยาบาลวิชาชีพ	1 คน		/				กพ. 69			-	4,000	เงินบำรุง			
	3.1 หลักสูตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อขั้นพื้นฐาน (2 wks)																	

แผนปฏิบัติการ ปีงบประมาณ 2568-2572																
พันธกิจ	M2 พัฒนาระบบคุณภาพโรงพยาบาลชั้นก้าวหน้า						Roadmap	Roadmap 7 ระบบสนับสนุนการรักษาพยาบาล								
เป้าประสงค์	G4 โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่องสู่ขั้นก้าวหน้า						KPI	R7G4K6 อัตราความสมบูรณ์ เวชระเบียนตามโรคยุทธศาสตร์ ร้อยละ 80								
ยุทธศาสตร์	S3 พัฒนาคูณภาพระบบบริหารจัดการโรงพยาบาลดิจิทัล ระดับ S Plus						OKR	R7G4OKR6.1 อัตราความสมบูรณ์ เวชระเบียนตามโรคยุทธศาสตร์ ในผู้ป่วยนอก ร้อยละ 80 R7G4OKR6.2 อัตราความสมบูรณ์ เวชระเบียนตามโรคยุทธศาสตร์ ในแผนกผู้ป่วยใน ร้อยละ 80								
รหัสโครงการ : 21 โครงการศูนย์เวชระเบียนคุณภาพ							รวมงบประมาณที่โครงการ : 60,000 บาท									
ลำดับ	งานกิจกรรม	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย		สถานที่		ระยะเวลาการดำเนินงาน						งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
			กลุ่ม	จำนวน	ภายใน	ภายนอก	ไตรมาส 3 (68)	ไตรมาส 4 (68)	ไตรมาส 1 (69)	ไตรมาส 2 (69)	ไตรมาส 3 (69)	ไตรมาส 4 (69)	รายละเอียด	จำนวน	แหล่งงบประมาณ	
IM																
1	WI Audit เวชระเบียนแบบบูรณาการ	1.เพื่อพัฒนาคุณภาพเวชระเบียนในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศให้มีประสิทธิภาพ			/		เมย. 68						-	-	-	นางวรรณนิสารัมแก้ว
	1.1 สปสข															
	1.2 สนย.															
2	audit เวชระเบียน	1.เพื่อเพิ่มความสมบูรณ์เวชระเบียนตามโรคยุทธศาสตร์ให้มีประสิทธิภาพ	1.เวชระเบียนตามกลุ่มโรคยุทธศาสตร์	200	/		มิย. 68	กย. 68	ธค. 68	มค. 69	มิย. 69	กย. 69	-	-	-	
	2.1 โรคยุทธศาสตร์ 100 %															
	2.2 โรคสำคัญ 100 %															
	2.3 โรคอื่นๆสุ่มตรวจ															
3.	คืนข้อมูลความสมบูรณ์เวชระเบียนแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง															
	3.1 Trigger tool															
	3.2 Claim															
	3.3 ปรับปรุง CPG															
	3.4 ปรับปรุง CNPG															
4	อบรมการบันทึกเวชระเบียน / External Audit เวชระเบียนตามเกณฑ์โรคยุทธศาสตร์โรงพยาบาล		1.คณะกรรมการการ IM 2.ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกข้อมูล	40	/		พค. 68						-	60,000	เงินบำรุง	
5	Healthttech AI ทางกรแพทย์	1.เพื่อพัฒนาการวินิจฉัยโรคให้มีประสิทธิภาพ และเพิ่มความแม่นยำในการสรุปเวชระเบียน	บุคลากรทางการแพทย์	1						มค. 69			-	ร่วมกับ R12	เงินบำรุง	

แผนปฏิบัติการ ปีงบประมาณ 2568-2572																	
พันธกิจ		M2 พัฒนาระบบคุณภาพโรงพยาบาลชั้นก้าวหน้า				Roadmap		Roadmap 7 ระบบสนับสนุนการรักษาพยาบาล									
เป้าประสงค์		G4 โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่องสู่ขั้นก้าวหน้า				KPI		R7G4K7 อุบัติการณ์ Medication error with harms (level E up) เท่ากับ 0									
ยุทธศาสตร์		S3 พัฒนาคูณภาพระบบบริหารจัดการโรงพยาบาลดิจิทัล ระดับ S Plus				OKR		R7G4OKR7.1 โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐานความปลอดภัยด้านยา ระดับ 5 R7G4OKR7.2 Medication error: ผู้ป่วยนอก (ต่อ 1,000 ใบสั่งยา) ลดลง R7G4OKR7.3 Medication error: ผู้ป่วยใน (ต่อ 1,000 วันนอน) ลดลง R7G4OKR7.4 อุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำ 0 R7G4OKR7.5 ผู้ป่วยที่ได้รับ HAD ได้รับการประเมินติดตามตามมาตรฐานมากกว่า ร้อยละ 95 R7G4OKR7.6 โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ RDU Hospital R7G4OKR7.7 ผู้ป่วย DM / CKD ใช้ยาถูกต้อง ร้อยละ 90									
รหัสโครงการ : 22 โครงการ Excellent Drug Safety Management						รวมงบประมาณที่โครงการ : 608,890 บาท											
ลำดับ	งานกิจกรรม	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย		สถานที่		ระยะเวลาการดำเนินงาน						งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ	
			กลุ่ม	จำนวน	ภายใน	ภายนอก	ไตรมาส 3 (68)	ไตรมาส 4 (68)	ไตรมาส 1 (69)	ไตรมาส 2 (69)	ไตรมาส 3 (69)	ไตรมาส 4 (69)	รายละเอียด	จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
PTC																	
1	วางระบบป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา 1.1 จัดทำ WI เพิ่มในประเด็นที่พบอุบัติการณ์ ME สูง ทั้ง IPD และ OPD 1.2 ประชุมผู้เกี่ยวข้องเพื่อซักซ้อมความเข้าใจในแนวทางปฏิบัติทั้งหมดเกี่ยวกับ Drug Safety 1.3 ประเมินการรับรู้และการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด 1.4 วางระบบป้องกันข้อผิดพลาดในการสั่งจ่ายยาผ่านโปรแกรม HosXp 1.5 จัดหาโปรแกรมช่วยให้การจ่ายยามีประสิทธิภาพมากขึ้น	1.เพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบบ่อยหรือมีความรุนแรงหรือถึงผู้ป่วยนอกระบบให้บริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยจากการใช้ยา	1.บุคลากรโรงพยาบาลพูนพิณ	150 คน	/		เมย. 68						-	-	-	ภญ.ปิยฉัตร ศรีสุวรรณ	
							พค. 68	ตค. 68				พค. 69	1.จัดประชุม	15,750	เงินบำรุง		
							มิย. 68						-	-	-		
								กค. 68					-	-	-		
										ตค. 68							
2	ปรับปรุงระบบป้องกันการแพ้ยา/แพ้ยารุนแรง 2.1 ติดสติ๊กเกอร์แพ้ยาพร้อมรายการยาที่แพ้ที่บัตรประชาชน 2.2 กระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติแจ้งข้อมูลการแพ้จากสถานพยาบาลอื่น 2.3 กระตุ้นให้ผู้ป่วยแพ้ยาใช้หมอฟพร้อมเพื่อระบุรายการยาที่แพ้ 2.4 ส่งตรวจยีนแพ้ยา	1.เพื่อป้องกันการแพ้ยาซ้ำและแพ้ยาซ้ำและบรรเทาความรุนแรงในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง	1.บุคลากรโรงพยาบาลพูนพิณ		/		มิย. 68						-	12,000	เงินบำรุง	ภญ.กาญจนา ศรีโกศา	
							เมย 68						-	-	-		
													-	-	-		
							เมย 68						-	-	-		

	2.5 วางแนวทาง ADR type A						มีย.							-	-	-	
3	พัฒนารู RDU Hospital	1.เพื่อให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และลดค่าใช้จ่ายด้านยา			/		เมย.							-	-	-	
	3.1 กระตุ้นให้มีการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล						68							-	-	-	
	3.2 ประเมินและตรวจสอบการใช้ยา ในยา โรคเรื้อรัง ยาบัญชี ง.และยามูลค่าสูง						มีย.							-	-	-	
4	เสริมพลังให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังใช้ยาได้ถูกต้อง	1.เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ยาได้ ถูกต้อง	1.ผู้ป่วย DM/CKD		/		เมย.							1.อุปกรณ์เพื่อ ประกอบการให้ คำปรึกษา	10,000	เงินบำรุง	นายพิพัฒน์ ฤกษ์ยาม
	4.1 ตัวเข้มการใช้ยาของผู้ป่วย						68							1.ปฏิทินการ รับประทานยา	30,000	เงินบำรุง	
	4.2 ปฏิทินเพื่อการรับประทานยาถูกต้อง						เมย.							1.จัดทำแนวทางให้ คำปรึกษา	-	-	
	4.3 เพิ่มความครอบคลุมของ Telepharmacy						68							1.QR code เพื่อดู วิธีใช้ยา/ข้อมูลยา	-	-	
	4.4 จัดทำSmart label แสดงข้อมูลยาและ วิธีการใช้									มค.							
5	งานสรรหาบุคลากร (HRM)	1.เพื่อให้มีบุคลากรเพียงพอสามารถ ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ			/						เมย.			-	316,140	เงินบำรุง	นางสาววิมลรัตน์ เขาวาน์ประเทือง
	5.1 เกสเซอร์ สาขาบริบาลเกสเซอร์ 1 ตำแหน่ง										69						
	5.2 จพ.เกสเซอร์ 1 ตำแหน่ง																
	5.3 จนท.ประจำห้องยา 1 ตำแหน่ง																
6	งานพัฒนาสมรรถนะ (HRD)	1.เพื่อพัฒนาความรู้และสมรรถนะ ของเจ้าหน้าที่ให้สามารถปฏิบัติงาน ตาม service plan ของกระทรวง สาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ	1.เกสเซอร์		/		เมย.	กค.	ตค.	มค.	เมย.	กค.		-	185,000	เงินบำรุง	นางสาววิมลรัตน์ เขาวาน์ประเทือง
	6.1 หลักสูตรการบริหารทางเกสเซอร์						68	68	68	69	69	69					
	6.2 หลักสูตรเกสเซอร์ครอบครัว						-	-	-	-	-	-					
	6.3 หลักสูตรการประเมินและติดตามอาการ ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา						พค.	กย.	ธค.	มีค.	พค.	กย.					
	6.4 หลักสูตรการพัฒนาาระบบให้บริการทาง เกสเซอร์						68	68	68	69	69	69					
	6.5 หลักสูตรการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย																
	6.6 หลักสูตรwarfarin clinic																
	6.7 หลักสูตรการอบรมเพื่อให้เกิดการพัฒนา และการวิจัยในโรงพยาบาล																
	6.8 อบรมฟื้นฟูความรู้เจ้าหน้าที่งานเกสเซอร์																
	6.9 อบรมด้านระเบียบพัสดุและการบริหาร เวชภัณฑ์																
	6.10 อบรมผู้บริหาร ระดับกลาง																
	6.11 อบรมด้านการคุ้มครองผู้บริโภค																
7	งานจัดหาวัสดุครุภัณฑ์	1.เพื่อจัดหาอุปกรณ์ ให้พร้อมใช้		2 เครื่อง										-	40,000	เงินบำรุง	

	7.1 เครื่องกำจัดความชื้นและระบบปรับอากาศที่วางไว้						มีย. 68									นางสาววิมลรัตน์ เขาวนประเทือง

แผนปฏิบัติการ ปีงบประมาณ 2568-2572																	
พันธกิจ	M2 พัฒนาระบบคุณภาพโรงพยาบาลชั้นก้าวหน้า					Roadmap	Roadmap 7 ระบบสนับสนุนการรักษาพยาบาล										
เป้าประสงค์	G4 โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่องสู่ชั้นก้าวหน้า					KPI	R7G4K8 อุบัติการณ์ความเสี่ยงทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ระดับ D ขึ้นไป เท่ากับ 0 R7G4K9 ผ่านเกณฑ์การประเมิน RLU Hospital										
ยุทธศาสตร์	S3 พัฒนาคูณภาพระบบบริหารจัดการโรงพยาบาลดิจิทัล ระดับ S Plus					OKR	R7G4OKR8.1 อุบัติการณ์การรายงานค่าวิกฤตล่าช้า เท่ากับ 0 R7G4OKR8.2 ไม่อุบัติการณ์การรายงานแล็บด่วนไม่ทันเวลา R7G4OKR8.3 อุบัติการณ์สำรองเลือดไม่เพียงพอ/ไม่พร้อมใช้ เท่ากับ 0 R7G4OKR9.1 ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ HbA1C อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 70 R7G4OKR9.2 ไม่ตรวจ HbA1C ซ้ำ ภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 10 R7G4OKR9.3 ผู้ป่วย NCDs ลดการตรวจ Lipid Profile ทั้งหมด เพื่อติดตาม LDL ไม่เกิน ร้อยละ 20										
รหัสโครงการ : 23 โครงการ Excellent Lab & Blood management						รวมงบประมาณที่โครงการ : 6,518,000 บาท											
ลำดับ	งานกิจกรรม	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย		สถานที่		ระยะเวลาการดำเนินงาน						งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ	
			กลุ่ม	จำนวน	ภายใน	ภายนอก	ไตรมาส 3 (68)	ไตรมาส 4 (68)	ไตรมาส 1 (69)	ไตรมาส 2 (69)	ไตรมาส 3 (69)	ไตรมาส 4 (69)	รายละเอียด	จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
Lab & Blood																	
1	LAB and Blood : RLU hospital	1. เพื่อให้แพทย์ได้รับการรายงานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่รวดเร็วและผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที 2. เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยที่รับการรักษาด้วยเลือดและส่วนประกอบของเลือด ได้อย่างเพียงพอ ทันเวลา ถูกต้องตามแผนการรักษา 3. เพื่อให้การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการมีประสิทธิภาพ ถูกต้อง เหมาะสม มีประโยชน์ เกิดความคุ้มค่า โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ	1.แพทย์ 2.พยาบาล 3.เภสัชกร		/		เมย 68 - พค. 68						-	-	-	นางสุนาภรณ์ สังข์อุษร/นางสาวปราณี ขวัญทอง/นางสาวสุธิดา วรรณันตกุล	
	1.1.Critical test of result																
	2.1 รับบริจาคโลหิต จากญาติ อำเภอพุนพิน																
2.2 เปิดงานธนาคารเลือด																	
2	สารองเลือด 100 %				/			คค 68 - ธค. 68					-	-	-	นางสาวปราณี ขวัญทอง	
	2.1 รับบริจาคโลหิต จากญาติ อำเภอพุนพิน																
	2.2 เปิดงานธนาคารเลือด																
2.2 เปิดงานธนาคารเลือด																	
3	RLU				/		เมย 68 - พค. 68						-	-	-	นางสาวสุธิดา วรรณันตกุล/นางสาวปราณี ขวัญทอง	
	3.1 HbA1c ตรวจปีละ 1 ครั้ง																
	3.2 HbA1c ไม่ตรวจซ้ำใน 90 วัน																
4	งานพัฒนาสมรรถนะ (HRD)																1.เพื่อพัฒนาศักยภาพ เสริมสร้างความรู้และความเข้าใจแก่ บุคลากร
	4.1. อบรมหลักสูตร RLUของกรรรมวิทย์ฯ																

5	งานจัดหาวัสดุครุภัณฑ์	1.เพื่อจัดหาทรัพยากรและเครื่องมือที่จำเป็นสำหรับการดำเนินงาน			/		เมย 68			มค. 69	เมย 69	กค. 69	-	18,000	เงินบำรุง	นางสุนามรณ์ สังข์ภูณชร
	5.1 จัดซื้อเครื่องตรวจ HbA1c เชิงรุก พกพา												-	300,000	เงินบำรุง	
	5.2 อุปกรณ์งานธนาคารเลือด												-	100,000	เงินบำรุง	
	5.3 โทรศัพท์ ขนาด 42 นิ้ว 5 เครื่อง												1.โทรศัพท์ 5 เครื่อง* 20,000	6,000,000	เงินบำรุง	
	5.4 Mobile lab												1.รถ Mobile lab	6,000,000	เงินบำรุง	

แผนปฏิบัติการ ปีงบประมาณ 2568-2572																
พันธกิจ	M2 พัฒนาระบบคุณภาพโรงพยาบาลชั้นก้าวหน้า					Roadmap	Roadmap 7 ระบบสนับสนุนการรักษาพยาบาล									
เป้าประสงค์	G4 โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่องสู่ชั้นก้าวหน้า					KPI	R7G4K10 ผ่านเกณฑ์มาตรฐานห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยต่อเนื่อง R7G4K11 พัฒนาระบบ AI ช่วยในการคัดกรองภาพถ่ายรังสีทรวงอก ร้อยละ 70									
ยุทธศาสตร์	S3 พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการโรงพยาบาลดิจิทัล ระดับ S Plus					OKR	R7G4OKR10.1 ร้อยละเอกซเรย์ซ้ำไม่เกินร้อยละ 8 R7G4OKR10.2 จำนวนอุบัติการณ์ระดับ D ขึ้นไปเท่ากับ 0 R7G4OKR11.1 ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง (DM,HT,COPD,CKD,ARV)ได้รับการถ่ายภาพรังสีทรวงอกปีละ 1 ครั้ง 100%									
รหัสโครงการ : 24 โครงการ Excellent X-ray Management						รวมงบประมาณที่โครงการ : 4,480,000 บาท										
ลำดับ	งานกิจกรรม	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย		สถานที่		ระยะเวลาการดำเนินงาน						งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
			กลุ่ม	จำนวน	ภายใน	ภายนอก	ไตรมาส 3 (68)	ไตรมาส 4 (68)	ไตรมาส 1 (69)	ไตรมาส 2 (69)	ไตรมาส 3 (69)	ไตรมาส 4 (69)	รายละเอียด	จำนวน	แหล่งงบประมาณ	
รังสี																
1	Reacradition มาตรฐานรังสี	1.พัฒนาห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยให้ได้มาตรฐานต่อเนื่อง 2.เพื่อสนับสนุนระบบบริการการแพทย์เชิงรุก 3.เพื่อเพิ่มศักยภาพในการวินิจฉัยโรคด้วยรังสีวินิจฉัย	1.หน่วยงานในโรงพยาบาลพุนพิน 2.ผู้รับบริการในเขตรับผิดชอบ	/			เมย	กค.	ตค.	มค.	เมย	กค.	-	-	-	นางสาวศิริกรสุทธิเกิด
	1.1 CQI Repeat X-Ray						68	68	68	69	69	69				
	1.2 ประเมินมาตรฐานรังสี						-	-	-	-	-	-				
2	AI Screening	2.1 เอกซเรย์ทรวงอกคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง(DM,HT,COPD,CKD,ARV)					พค.	กย.	ธค.	มีค	พค.	กย.				
	2.1 เอกซเรย์ทรวงอกคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง(DM,HT,COPD,CKD,ARV)						68	68	68	69	69	69				
3	งานจัดหาวัสดุครุภัณฑ์	1.เพื่อจัดหาทรัพยากรและเครื่องมือที่จำเป็นสำหรับการดำเนินงาน		/								กค.	-	1,500,000	เงินบำรุง	นางสาวศิริกรสุทธิเกิด
	3.1 เครื่องเอกซเรย์ระบบดิจิทัลแบบพกพา											69				
	3.2 จัดให้บริการ CT โดย Out source											- กย.	-	2,980,000	เงินบำรุง	

แผนปฏิบัติการ ปีงบประมาณ 2568-2572																
พันธกิจ	M3 พัฒนาระบบบริการและสร้างประสบการณ์ที่ดีด้วยหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์					Roadmap	Roadmap 8 โรงพยาบาลในดวงใจของประชาชนทุกคน									
เป้าประสงค์	G5 ประชาชนผูกพัน ไว้วางใจคุณภาพบริการ บุคลากรให้บริการอย่างมีความสุข และมีจิตสาธารณะ					KPI	R8G5K1 ผู้ใช้บริการมีความผูกพันร้อยละ 90 R8G5K2 จิตอาสาและอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการพัฒนาโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น R8G5K3 ประชาชนเข้าร่วมโครงการบริจาคทรัพย์สิน/เงิน/โลหิต เพิ่มขึ้น R8G5K4 เครือข่ายคู่ความร่วมมือภาครัฐ/รัฐวิสาหกิจ/อปท./เอกชน/ฯลฯ เข้าร่วมสนับสนุนแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาโรงพยาบาล									
ยุทธศาสตร์	S3 พัฒนาคูณภาพระบบบริหารจัดการโรงพยาบาลดิจิทัล ระดับ S Plus					OKR	R8G5OKR1.1 อัตราความพึงพอใจของผู้ใช้บริการแผนก OPD ระดับมากถึงมากที่สุดร้อยละ 85 R8G5OKR1.2 อัตราความพึงพอใจของผู้ใช้บริการแผนก IPD ระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 85 R8G5OKR1.3 อัตราความพึงพอใจของผู้ใช้บริการแผนกปฐมภูมิระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 100 R8G5OKR1.4 อุบัติการณ์ข้อร้องเรียนจากการใช้บริการลดลง ร้อยละ 5 R8G5OKR3.1 มูลค่าทรัพย์สิน/เงิน เพิ่มขึ้น R8G5OKR4.1 โครงการด้านการแพทย์ (R1-R4) R8G5OKR4.2 โครงการด้านการสาธารณสุข (R5-R6) R8G5OKR4.3 โครงการด้านการบริหารจัดการ (R7-R12)									
รหัสโครงการ : 25 โครงการโรงพยาบาลในดวงใจของผู้รับบริการ						รวมงบประมาณที่โครงการ : 80,000 บาท										
ลำดับ	งานกิจกรรม	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย		สถานที่		ระยะเวลาการดำเนินงาน						งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
			กลุ่ม	จำนวน	ภายใน	ภายนอก	ไตรมาส 3 (68)	ไตรมาส 4 (68)	ไตรมาส 1 (69)	ไตรมาส 2 (69)	ไตรมาส 3 (69)	ไตรมาส 4 (69)	รายละเอียด	จำนวน	แหล่งงบประมาณ	
ผู้รับบริการมีความผูกพันเพิ่มขึ้น/จำนวนจิตอาสาและอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการพัฒนาโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น/ประชาชนเข้าร่วมโครงการบริจาคทรัพย์สิน/เงิน เพิ่มขึ้น																
1	รูปแบบบริการด้วยหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์	1. เพื่อให้ผู้รับบริการ มีความผูกพันกับโรงพยาบาลพูนพิณ	1.บุคลากรโรงพยาบาลพูนพิณ		/								-	-	-	นางสาวชนนดี อนุรักษ์
	1.1 จัดทำธรรมเนียมบริการด้วยหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์								ตค. 68				-	-	-	หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป
	1.1.1 ชุดปฏิบัติงานตามวิชาชีพ								สค. 68				-	-	-	หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป
	1.1.2 คลินิกวันหยุดราชการ (แพทย์)												-	-	-	หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป
	1.1.3 การบริการก่อนที่ผู้ใช้บริการจะร้องขอ									มค. 69			-	-	-	หัวหน้ากลุ่มงาน
	1.1.4 พฤติกรรมบริการที่ดี												-	-	-	นายณภัทร แซ่มชื่น
	1.1.5 ระบบนัดหมายออนไลน์							กค. 68					-	-	-	หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป
2	อบรมบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ 100 %				/			สค. 68					-	-	-	หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป
3	คนพูนพิณร่วมใจพัฒนาโรงพยาบาล				/		เมย 68						-	-	-	นางสาวอารียา ชัยยศ
	3.1 ทีมจิตอาสา (R1-R12)															

	3.2 ทีมอาสาสมัคร (R1-R12)	1.เพื่อให้มีทีมจิตอาสา/อาสาสมัคร มีจิตบริการเข้าร่วมพัฒนาโรงพยาบาล พูนพิณ															
4	ศูนย์สันติวิธี	1.เพื่อดำเนินการหาทางออกความขัดแย้งที่เกิดขึ้น (ข้อร้องเรียน/ร้องทุกข์)			/		เมย 68							-	-	-	หัวหน้ากลุ่มงาน บริหารทั่วไป
	4.1.จัดตั้งกองทุนพัฒนาโรงพยาบาลพูนพิณ																
	4.2 สื่อสาร ประชาสัมพันธ์และภาพลักษณ์องค์กร																
	4.2.1. ประชาสัมพันธ์ระบบบริการร.พ.																
	4.2.2 เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารภายในร.พ.																
	4.2.3 มวลชนสัมพันธ์																
	4.3 บริหารความเสี่ยงสื่อออนไลน์																
	4.4 ทีมรับผิดชอบหลักทุกเวอร์																
5	กองทุน/มูลนิธิพัฒนาโรงพยาบาลพูนพิณ				/		เมย 68							-	-	-	ประธาน คณะกรรมการ บริจาค
	5.1.จัดตั้งกองทุนพัฒนาโรงพยาบาลพูนพิณ																
	5.2 มูลนิธิพัฒนาโรงพยาบาลพูนพิณ																
6	งานคู่ความร่วมมือร่วมพัฒนาโรงพยาบาลพูนพิณ	1.เพื่อนสรหาบุคลากร			/				ตค. 68	มค. 69	เมย 69	กค. 69		-	-	-	นางวารกรณ์ คงแสนท์
	6.1. แพทย์เฉพาะทางรพ.สญ																
	6.2 แพทย์เฉพาะทาง รพ.กรุงเทพ																
	6.3 แพทย์เฉพาะทาง รพ.กาญจนดิษฐ์																
7	งานพัฒนาสมรรถนะ (HRD)	1.เพื่อพัฒนาศักยภาพ เสริมสร้างความรู้และความเข้าใจแก่ บุคลากร	1.บุคลากรโรงพยาบาลพูนพิณ		/					มค. 69	เมย 69	กค. 69		-	40,000	เงินบำรุง	
	7.1. หลักสูตรเจรจาไกล่เกลี่ย													-	20,000	เงินบำรุง	
	7.2 หลักสูตร อบรมการสร้างภาพลักษณ์ขององค์กร ยุคดิจิทัล													-	20,000	เงินบำรุง	
	7.3 หลักสูตรการสร้างจิตสำนึกรักองค์กร													-	20,000	เงินบำรุง	

แผนปฏิบัติการ ปีงบประมาณ 2568-2572																
พันธกิจ		M4 พัฒนาระบบบริหารจัดการองค์กรสมรรถนะสูง (HPO)				Roadmap		Roadmap 9 องค์กรสมรรถนะสูง								
เป้าประสงค์		G6 โรงพยาบาลมีผลลัพธ์จากการดำเนินงานสูงเป็นอันดับที่ 1 ใน 3 ของ จังหวัดสุราษฎร์ธานี และอันดับที่ 1 ใน 5 ของเขตสุขภาพที่ 11				KPI		R9G6K1 ระดับความสำเร็จในการปรับระดับโรงพยาบาลชุมชน S Plus								
ยุทธศาสตร์		S3 พัฒนาคูณภาพระบบบริหารจัดการโรงพยาบาลดิจิทัล ระดับ S Plus				OKR		R9G6OKR1.1 ระดับความสำเร็จการให้บริการแพทย์เฉพาะทางสาขาบริการหลัก (แพทย์เฉพาะทางสาขา ด้านสูตินรีเวชกรรม ด้านศัลยกรรมทั่วไป อายุรกรรม กุมารเวชกรรม ออร์โธปิดิกส์ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน) R9G6OKR1.2 ระดับความสำเร็จการรักษาโรคซับซ้อนที่ต้องรักษาระยะสั้น(CMI/Adj. RW/active bed) R9G6OKR1.3 ร้อยละหน่วยงานในโรงพยาบาลน่านโยบายและจุดเน้นความปลอดภัย (3P safety) สู่การปฏิบัติทุกหน่วยงาน ร้อยละ 100 R9G6OKR1.4 ระดับความสำเร็จโรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพ Re-ac ครั้งที่ 3 ภายในปี 2570 R9G6OKR1.5 ร้อยละบุคลากรในโรงพยาบาลและเครือข่ายรับรู้และเข้าใจแผนยุทธศาสตร์ ระยะ 5 ปี และเข้มแข็ง								
รหัสโครงการ : 26 โครงการยกระดับโรงพยาบาลระดับ S Plus						รวมงบประมาณที่โครงการ : 340,000 บาท										
ลำดับ	งานกิจกรรม	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย		สถานที่		ระยะเวลาการดำเนินงาน						งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
			กลุ่ม	จำนวน	ภายใน	ภายนอก	ไตรมาส 3 (68)	ไตรมาส 4 (68)	ไตรมาส 1 (69)	ไตรมาส 2 (69)	ไตรมาส 3 (69)	ไตรมาส 4 (69)	รายละเอียด	จำนวน	แหล่งงบประมาณ	
หมวด 1 การนำ																
1	บริการแพทย์เฉพาะทาง	1.ขยายการให้บริการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงแพทย์เฉพาะทางของผู้ป่วย	1.แพทย์	3 คน	/		เมย 68						-	300,000	เงินบำรุง	คณะกรรมการบริหาร
	1.1 แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว			1 คน	/		เมย 68									
	1.2 แพทย์ออร์โธปิดิกส์ (part time)			1 คน	/				ตค. 68							
	1.3 จิตแพทย์			1 คน	/				ตค. 68							
	1.4 อายุรแพทย์			1 คน	/				ตค. 68							
2	รักษาโรคซับซ้อนระยะสั้น	1.เพื่อเพิ่ม Adj RW CMI Active bed	1.ทีม PCT IM 2..นักโภชนาการ 3.จิตเวช	30 คน	/		เมย 68									
	2.1 กำหนดกลุ่มโรคในการ Admit															
	2.2 เพิ่มการประเมินภาวะโภชนาการและจิตเวช ในผู้ป่วยใน															
	2.3 คู่ความร่วมมือรับการดูแลต่อเนื่องกับโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลทักษิณ และโรงพยาบาลศรีวิชัย							กย. 68								
3	3P safety Campaign	1.เพื่อการป้องกันอันตรายที่ป้องกันได้ต่อผู้ป่วยจากขั้นตอนการดูแลสุขภาพและการรักษาพยาบาล	1.บุคลากรในโรงพยาบาล	260 คน	/		24-26 เมย 68									
	3.1 ประกาศนโยบาย 3P safety						-									

[illegible]

แผนปฏิบัติการ ปีงบประมาณ 2568-2572																
พันธกิจ		M4 พัฒนาระบบบริหารจัดการองค์กรสมรรถนะสูง (HPO)				Roadmap		Roadmap 9 องค์กรสมรรถนะสูง								
เป้าประสงค์		G6 โรงพยาบาลมีผลลัพธ์จากการดำเนินงานเป็นอันดับที่ 1 ใน 3 ของ จังหวัดสราษภร์ธานี และอันดับที่ 1 ใน 5 ของเขตสุขภาพที่ 11				KPI		R9G6K2 อัตราการบรรลุผลลัพธ์การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ ร้อยละ 70								
ยุทธศาสตร์ :		S3 พัฒนาคูณภาพระบบบริหารจัดการโรงพยาบาลดิจิทัล ระดับ S Plus				OKR :		R9G6OKR2.1 โครงการและแผนปฏิบัติการเชิงยุทธศาสตร์ R1-R12 สอดคล้องกับ Agenda Based /functional Based /Area Based ร้อยละ 80 R9G6OKR2.2 อัตราโครงการและแผนปฏิบัติการเชิงยุทธศาสตร์ R1-R12 มีการนำสู่การปฏิบัติ ได้รับการกำกับและติดตาม แบบ Quick win ร้อยละ 80 R9G6OKR2.3 อัตราโครงการและแผนปฏิบัติการเชิงยุทธศาสตร์ R1-R12 ได้รับการประเมินผล ร้อยละ 100								
รหัสโครงการ : 27 โครงการ บริหารยุทธศาสตร์การแพทย์การสาธารณสุขการบริหารจัดการ						รวมงบประมาณที่โครงการ : 8,000 บาท										
ลำดับ	งานกิจกรรม	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย		สถานที่		ระยะเวลาการดำเนินงาน						งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
			กลุ่ม	จำนวน	ภายใน	ภายนอก	ไตรมาส 3 (68)	ไตรมาส 4 (68)	ไตรมาส 1 (69)	ไตรมาส 2 (69)	ไตรมาส 3 (69)	ไตรมาส 4 (69)	รายละเอียด	จำนวน	แหล่งงบประมาณ	
หมวด 2 การบริหารเชิงกลยุทธ์																
1	งานนำเสนอแผนยุทธศาสตร์	1.เพื่อให้บุคลากรในโรงพยาบาลและเครือข่ายรับรู้และเข้าใจแผนยุทธศาสตร์	1.คณะกรรมการ R1-R12 และบุคลากร	30 เล่ม	/							1.จัดทำรูปเล่ม 30 เล่ม	8,000	เงินบำรุง	นางภัทรนันท์ แซ่มชื่น/ นางสาวกาญจนา รัตนอุบล	
	1.1 จัดทำรูปเล่มแผนยุทธศาสตร์															
	1.2 ประชุมเชิงปฏิบัติการคณะกรรมการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ R1-R12															
	1.3 Grand Openning															
2	งานนำแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ	1.เพื่อให้องค์กรพัฒนาตนเองได้ทันกับสภาพการเปลี่ยนแปลง การวางแผนยุทธศาสตร์ ให้ความสำคัญกับบริบทและสภาพแวดล้อมภายนอก ภายในองค์กร การปรับเปลี่ยนทิศทาง การกิจวัตถุประสงค์ และกลยุทธ์	1.บุคลากรโรงพยาบาล พุนพิน	/			เมย	กค.	ตค.	มค.	เมย	กค.	1.สรุปผลรายเดือน ทุกวันที่ 10 ของ เดือน	-	-	นางสาวสุภาวดี คงทอง
	2.1 Quick win รายสัปดาห์						68	68	68	69	69	69				
	2.2 Quick win รายเดือน						-	-	-	-	-	-				
	2.4 Quick win ราย 2 เดือน						พค.	กย.	ธค.	มีค	พค.	กย.				
	2.5 Quick win ราย 3 เดือน						68	68	68	69	69	69				
3	งานประเมินผลแผนยุทธศาสตร์	1.เพื่อควบคุม กำกับ ติดตามความสำเร็จของการดำเนินงาน ตามแผนยุทธศาสตร์	1.บุคลากรโรงพยาบาล พุนพิน	/			กย.	68				-	-	-	นางภัทรนันท์ แซ่มชื่น	
	3.1 อบรมเชิงปฏิบัติการประเมินผลยุทธศาสตร์															
	3.2 ปฏิบัติการประเมินผลแผนยุทธศาสตร์ ปี68															
	3.3 ปรับแผนยุทธศาสตร์ ปี 69															
	3.4 จัดทำรายงานประจำปี															
4	งานพัฒนาสมรรถนะ (HRD)	1.เพื่อพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ในการบริหารงานยุทธศาสตร์	1.บุคลากรโรงพยาบาล พุนพิน	/			กย.	68				-	-	-	นางสาวกาญจนา รัตนอุบล	
	4.1 หลักสูตรการบริหารยุทธศาสตร์ชั้นก้าวหน้า															
หมวด 3 การมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน (บูรณาการ R8)																

แผนปฏิบัติการ ปีงบประมาณ 2568-2572																
พันธกิจ		M4 พัฒนาระบบบริหารจัดการองค์กรสมรรถนะสูง (HPO)					Roadmap		Roadmap 9 องค์กรสมรรถนะสูง							
เป้าประสงค์		6.โรงพยาบาลมีผลลัพธ์จากการดำเนินงานเป็นอันดับที่ 1 ใน 3 ของ จังหวัดสระบุรีธานี และอันดับที่ 1 ใน 5 ของเขตสุขภาพที่ 11					KPI		R9G6K4 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาโรงพยาบาลพูนพินให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ระดับ 5							
ยุทธศาสตร์		WO พัฒนาคูณภาพระบบบริหารจัดการโรงพยาบาลดิจิทัล ระดับ S Plus					OKR :		R9G6OKR4.1 ผู้บริหารทุกระดับและผู้บริหารปฏิบัติงานใช้สารสนเทศในการปรับปรุงคุณภาพระบบงาน ร้อยละ 80 4.1.1 ด้านการแพทย์ 4.1.2 ด้านการสาธารณสุข 4.1.3 ด้านการบริหารจัดการ R9G6OKR4.2 ผลงานวิชาการ (CQI,R2R,วิจัย,นวัตกรรม) นำไปใช้ในการปรับปรุงคุณภาพระบบงานได้รับการอ้างอิงอย่างต่อเนื่อง 6 เรื่อง/ปี 4.2.1 ด้านการแพทย์ 4.2.2 ด้านการสาธารณสุข 4.2.3 ด้านการบริหารจัดการ							
รหัสโครงการ : 28 โครงการพัฒนาโรงพยาบาลพูนพินเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (CQI, R2R,วิจัย, นวัตกรรม)							รวมงบประมาณที่โครงการ : 150,000 บาท									
ลำดับ	งานกิจกรรม	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย		สถานที่		ระยะเวลาการดำเนินงาน						งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ
			กลุ่ม	จำนวน	ภายใน	ภายนอก	ไตรมาส 3 (68)	ไตรมาส 4 (68)	ไตรมาส 1 (69)	ไตรมาส 2 (69)	ไตรมาส 3 (69)	ไตรมาส 4 (69)	รายละเอียด	จำนวน	แหล่งงบประมาณ	
หมวด 4 การวัด วิเคราะห์และจัดการความรู้																
1	จัดเวทีการจัดการความรู้ R1-R12 การจัดการความรู้ แต่ละหน่วยงาน การแบ่งปันความรู้/แลกเปลี่ยน ผ่านป้ายประชาสัมพันธ์ ทุกเดือน	1.เพื่อให้เกิดกระบวนการจัดการความรู้ ในหน่วยงาน	บุคลากรโรงพยาบาลพูนพิน	260 คน	/		กค. 68						-	-	-	นางสาวกาญจนา รัตนอุบล
2	จัดทำแผนพัฒนาผลงาน R1-R12	1.เพื่อเสริมสร้างให้บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจในหลักการและรูปแบบ การเขียนผลงาน ทางวิชาการที่ถูกต้อง 2. เพื่อเสริมสร้างให้บุคลากร สามารถพัฒนางาน แก้ไขปัญหา สู่การเป็นผลงานวิชาการ	1.บุคลากร ที่เกี่ยวข้อง R1- R12	260 คน	/			ตค. 68					-	100,000	เงินบำรุง	
3	อบรมการพัฒนาผลงานวิชาการ							ตค. 68					1.คำวิทยากร (600 *7 ชม.*2 วัน) 2.คำวิทยากร (600 *7 ชม.*2 วัน)			
	3.1 R2R															
	3.2 นวัตกรรม															
	3.3 CQI															
4	คลินิกพัฒนาผลงานวิชาการ				/		กค. 68									
5	นำเสนอผลงานวิชาการระดับจังหวัด ระดับ เขต ระดับประเทศ	1.เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการ	1.บุคลากรในโรงพยาบาล พูนพิน		/			ตค. 68			กค. 69	1.ค่าไวณิลนำเสนอ ผลงาน	15,000	เงินบำรุง		

													- กย. 69	(1,000*15 เรือง)			

แผนปฏิบัติการ ปีงบประมาณ 2568-2572																	
พันธกิจ		M4 พัฒนาระบบบริหารจัดการองค์กรสมรรถนะสูง (HPO)					Roadmap		Roadmap 9 องค์กรสมรรถนะสูง								
เป้าประสงค์		G6 โรงพยาบาลมีผลลัพธ์จากการดำเนินงานเป็นอันดับที่ 1 ใน 3 ของ จังหวัดสระบุรีธานี และอันดับที่ 1 ใน 5 ของเขตสุขภาพที่ 11					KPI		R9G6K5 ร้อยละความผูกพันของบุคลากรร้อยละ 90 R9G6K6 อุบัติการณ์ความไม่พร้อมในระบบการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยกลุ่มโรคฉุกเฉินวิกฤติและกลุ่มโรคสำคัญเท่ากับ 0 R9G6K7 ระดับความสำเร็จของผลลัพธ์จากการ Benchmark สูงขึ้น Top 5								
ยุทธศาสตร์		S3 พัฒนาคูณภาพระบบบริหารจัดการโรงพยาบาลดิจิทัล ระดับ S Plus					OKR		R9G6OKR5.1 อัตรากำลังสหสาขาวิชาชีพเพียงพอเหมาะสมตามแผนยุทธศาสตร์ระยะ5 ปีร้อยละ 90 R9G6OKR5.2 บุคลากรสหสาขาวิชาชีพมีสมรรถนะเฉพาะ (Specific Competency) ร้อยละ 100 R9G6OKR5.3 ร้อยละความสุขของบุคลากรมีระดับความสุขเพิ่มขึ้นร้อยละ 90 R9G6OKR6.1 logistics&Supply chain (Laboratory&Blood/PTC Fast track/X-Ray/IT/EMS/Refer) อุบัติการณ์ไม่พร้อมใช้เท่ากับ 0 R9G6OKR6.2 BCM มีแผนรองรับความเสี่ยงและมีการซ้อมแผน อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ร้อยละ 100 R9G6OKR7.1 อัตราการบรรลุผลลัพธ์ตามนโยบายสธ.เขตสุขภาพที่ 11/สสจ. ร้อยละ 80 R9G6OKR7.2 อัตราร้อยละการบรรลุผลลัพธ์ตามระบบคุณภาพ ร้อยละ 80								
รหัสโครงการ : 29 โครงการยกระดับบริหารพัฒนาทรัพยากรบุคคลโรงพยาบาล S +							รวมงบประมาณที่โครงการ : - บาท										
ลำดับ	งานกิจกรรม	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย		สถานที่		ระยะเวลาการดำเนินงาน						งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ	
			กลุ่ม	จำนวน	ภายใน	ภายนอก	ไตรมาส 3 (68)	ไตรมาส 4 (68)	ไตรมาส 1 (69)	ไตรมาส 2 (69)	ไตรมาส 3 (69)	ไตรมาส 4 (69)	รายละเอียด	จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
หมวด 5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล																	
1	วางแผนและบริหารอัตรากำลังตามมาตรฐานโรงพยาบาล 1.1 ประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำแผนอัตรากำลัง 5 ปี โรงพยาบาล S+ 1.2 เสนอแผน สสจ.ขออัตรากำลังตามแผน 1.1 (FTE S+)	1.เพื่อการวางแผนและการจัดการทรัพยากรบุคคลในระยะยาวการคาดการณ์ความต้องการบุคลากรในอนาคต ให้เพียงพอและมี ทักษะเหมาะสมตามความต้องการในการให้บริการสุขภาพ เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการในการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาล และการพัฒนาองค์กร	1.บุคลากรในโรงพยาบาล ทุนพื้น	19 คน	/			สค. 68						-	-	-	นางสาว ภัทราภรณ์ สอนด้วง
2	วางแผนและพัฒนาสมรรถนะเฉพาะบุคลากร 2.1 จัดทำแผนพัฒนาบุคลากร R1-R12 2.2 ส่งพัฒนาสมรรถนะ ภายนอก 2.3 ส่งพัฒนาสมรรถนะภายใน 2.4 ประเมินสมรรถนะ 2.4.1 Core Competency 2.4.2 Common Competency 2.4.3 Specific Competency 2.4.4 Multi Competency	1.เพื่อให้บุคลากรมีทักษะในการทำงานตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับ ตั้งแต่ R1 - R12เพื่อเตรียมพร้อมให้บุคลากรสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2.เพื่อพัฒนาศักยภาพ/พัฒนาสมรรถนะแก่บุคลากร 3.เพื่อให้บุคลากรมีสมรรถนะที่เหมาะสม	1.บุคลากรในโรงพยาบาล ทุนพื้น	260 คน	/			พค. 68	กย. 68		มีค. 69		กย. 69	-	-	-	คณะกรรมการ HRD
3	พัฒนาความสุขบุคลากร 3.1 Happy money	1.เพื่อนำมาจัดหาแนวทางในการช่วยเหลือเจ้าหน้าที่	1.บุคลากรในโรงพยาบาล ทุนพื้น	260 คน	/			เมย 68						-	-	-	คณะกรรมการ HRD

[illegible]

แผนปฏิบัติการ ปีงบประมาณ 2568-2572																	
พันธกิจ	M4 พัฒนาระบบบริหารจัดการองค์กรสมรรถนะสูง (HPO)					Roadmap	Roadmap 10 ระบบสนับสนุนทรัพยากรการบริหาร										
เป้าประสงค์	G6 โรงพยาบาลมีผลลัพธ์จากการดำเนินงานเป็นอันดับที่ 1 ใน 3 ของ จังหวัดสวญญูรธานี และอันดับที่ 1 ใน 5 ของเขตสุขภาพที่ 11					KPI	R10G6K1 ประสิทธิภาพการบริหารหนังสือสำคัญ ร้อยละ 100 R10G6K2 ประสิทธิภาพการบริหารยานพาหนะ ร้อยละ 100 R10G6K3 แผนปฏิบัติการเชิงยุทธศาสตร์ได้รับการสนับสนุนการเงิน ในแผนงาน/โครงการ ตามแผนยุทธศาสตร์ ทั้นตามช่วงเวลาที่กำหนด ร้อยละ 100 R10G6K4 ประสิทธิภาพการรายงานสารสนเทศบัญชีต้นทุน/หน่วย ถูกต้องครบถ้วนทันเวลา ร้อยละ 100 R10G6K5 หน่วยงานในโรงพยาบาลพุนพิน ได้รับการสนับสนุนพัสดุ ในแผนงาน/ โครงการ ตามลำดับความสำคัญ เร่งด่วนของแผนยุทธศาสตร์ ร้อยละ 80 R10G6K6 อัตราบุคลากรกลุ่มข้าราชการ กลุ่มสายสนับสนุน(งานวิชาชีพและงานบริหาร) ได้รับการบริหารจัดการสิทธิประโยชน์ R10G6K7 หน่วยงานในโรงพยาบาลได้รับการบำรุงรักษาเชิงรุก										
ยุทธศาสตร์	S3 พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการโรงพยาบาลดิจิทัล ระดับ S Plus					OKR	R10G6OKR1.1 ุบัติการณ์เขียนหนังสือราชการผิด เท่ากับ 0 R10G6OKR1.2 ุบัติการณ์หนังสือสำคัญ (ส่วนที่สดุ) ล่าช้า เท่ากับ 0 R10G6OKR1.3 ุบัติการณ์หนังสือสำคัญส่งผิดหน่วยงาน เท่ากับ 0 R10G6OKR2.1 ุบัติการณ์รณReferดิจิทัลไม่เพียงพอต่อการใช้งาน เท่ากับ 0 R10G6OKR2.2 ุบัติการณ์ responcne time ไม่ทันเวลาภายใน 7 นาที เท่ากับ 0										
รหัสโครงการ : 30 โครงการศูนย์สนับสนุนทรัพยากรการบริหาร(คน เงิน ของ และระบบงานอย่างมีประสิทธิภาพ)						รวมงบประมาณที่โครงการ : 384,000 บาท											
ลำดับ	งานกิจกรรม	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย		สถานที่		ระยะเวลาการดำเนินงาน						งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ	
			กลุ่ม	จำนวน	ภายใน	ภายนอก	ไตรมาส 3 (68)	ไตรมาส 4 (68)	ไตรมาส 1 (69)	ไตรมาส 2 (69)	ไตรมาส 3 (69)	ไตรมาส 4 (69)	รายละเอียด	จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
1	งานธุรการ	1.เป็นการจัดตั้งทีมที่มีหน้าที่หลักในการสนับสนุนการดำเนินงานด้านธุรการและการประสานงานระหว่างแผนกต่างๆภายในองค์กร เพื่อให้กระบวนการทำงานเป็นไปอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ 2.เพื่อกำหนดขั้นตอนและแนวทางในการบริหารจัดการหนังสือราชการทั้งหมดในองค์กรให้มีระเบียบเรียบร้อย 3.เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการติดตามและการจัดเก็บเอกสารราชการ	1.บุคลากรในโรงพยาบาลพุนพิน	14 คน	/			กค. 68						-	-	-	นางสาวมณีนีวรรณ เกตุกุล
	1.1 จัดตั้งหน่วยประสานงานธุรการ																
	1.2 จัดทำ PM/WI การบริหารหนังสือราชการ																
2	ยานพาหนะ	1.เพื่อให้การใช้ยานพาหนะเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และสอดคล้องกับระเบียบข้อบังคับต่าง ๆ	1.บุคลากรในโรงพยาบาลพุนพิน	7 คน	/			กค. 68						-	-	-	นายสุวรรณ วรมาตุกุล
	2.1 จัดตั้งหน่วยประสานงานยานพาหนะ																
	2.2 จัดทำ PM/WI ยานพาหนะ																

[illegible]

		อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถตรวจสอบได้ 3.เพื่อให้การดำเนินงานของหน่วยงานพัสดุมีกำหนดขั้นตอนและมาตรฐาน ในการจัดการงานพัสดุอย่างเป็นระเบียบ 4.เพื่อให้กระบวนการจัดซื้อ													
6	งานการเจ้าหน้าที่	1.บุคคลากรกลุ่มข้าราชการและกลุ่มสายสนับสนุน (งานวิชาชีพและงานบริหาร) ได้รับการบริหารจัดการสิทธิประโยชน์ ทุกฝ่าย 2.เพื่อให้เจ้าหน้าที่มีความรู้เกี่ยวกับงานสามารถนำความรู้มาใช้ในการปฏิบัติงานได้	1.บุคลากรในโรงพยาบาล พุนพิน	1 คน	/			กค. 68			-	-	-	นางสาว ภัทราภรณ์ สอนด้วง	
	6.1 อบรมเจ้าหน้าที่งานการเจ้าหน้าที่														
	6.2 จัดทำ PM/WI การเจ้าหน้าที่														
7	ซ่อมบำรุง	1.เพื่อจัดตั้งหน่วยประสานงานซ่อมบำรุงรักษาความพร้อมในการทำงานของพัสดุ อุปกรณ์ต่างๆ ซึ่งจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการผลิตและการบริการขององค์กร และลดปัญหาจากการหยุดชะงักหรือความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการซ่อมบำรุงที่ไม่ทันเวลา 2.เพื่อกำหนดขั้นตอนและมาตรฐานในการดำเนินงานซ่อมบำรุงทั้งเชิงป้องกัน และการซ่อมแซมพัสดุอุปกรณ์ต่างๆ โดยมีกระบวนการซ่อมบำรุงอย่างมีระบบและมีประสิทธิภาพ ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ลดเวลาหยุดทำงาน และยืดอายุการใช้งานของอุปกรณ์	1.บุคลากรในโรงพยาบาล พุนพิน	3 คน	/			กค. 68			-	-	-	นายณพดล สุขเจริญ	
	7.1 จัดตั้งหน่วยประสานงานซ่อมบำรุง														
	7.2.จัดทำ PM/WI ซ่อมบำรุง														
8	งานสรรหาบุคลากร (HRM)	1.เพื่อให้การดำเนินงานขององค์กรไม่สะดุดและยังคงมีบุคลากรที่มีความสามารถในการทำงานในทุกตำแหน่ง ได้อย่างมีประสิทธิภาพ									-	-	-	นางสาว ภัทราภรณ์ สอนด้วง	
	8.1 กรณี โอน / ย้าย / ลาออก/เกษียณ (สรรหาทดแทน)														
9	งานพัฒนาสมรรถนะ (HRD)	1.เพื่อพัฒนาศักยภาพ/พัฒนาสมรรถนะแก่บุคลากร	1.เจ้าหน้าที่งานธุรการ	14 คน				พย. 68			-	80,000	เงินบำรุง	นางสาวศิริพร คงนาสร	
	9.1 หลักสูตรอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร ด้านงานธุรการ			7 คน			ธค. 68			-	60,000	เงินบำรุง			
	9.2 หลักสูตรอบรม พนักงานขับรถยนต์ เกี่ยวกับการใช้เครื่องมือในรถ EMS			1 คน			พย. 68			-	10,500	เงินบำรุง			
	9.3 หลักสูตรนักบริหารงานทรัพยากรบุคคล มืออาชีพ			14 คน			พย. 68			-	70,000	เงินบำรุง			

	9.4 หลักสูตรหลักสูตรการบริหารงานธุรการแบบมืออาชีพ			7 คน					ธค. 68				-	61,500	เงินบำรุง	
	9.5 หลักสูตรอบรมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการใช้ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเงินบำรุงของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่3) พ.ศ.2567			10 คน					ธค. 68				-	80,000	เงินบำรุง	
	9.6 หลักสูตรการเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานด้านพัสดุตาม พ.ร.บ.และระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐพ.ศ. 2560			3 คน					พย. 68				-	22,000	เงินบำรุง	
	9.7หลักสูตรพัฒนาศักยภาพการตรวจสอบวิศวกรรมความปลอดภัยสำหรับสถานบริการสุขภาพ			14 คน					พย. 68				-	80,000	เงินบำรุง	

แผนปฏิบัติการ ปีงบประมาณ 2568-2572							
พันธกิจ		M4 พัฒนาระบบบริหารจัดการองค์กรสมรรถนะสูง (HPO)			Roadmap	Roadmap 11 การเงินการคลัง	
เป้าประสงค์		G6 โรงพยาบาลมีผลลัพธ์จากการดำเนินงานเป็นอันดับที่ 1 ใน 3 ของ จังหวัดสราษภร์ธานี และอันดับที่ 1 ใน 5 ของเขตสุขภาพที่ 11			KPI	R11G6K1 ประสิทธิภาพการจัดเก็บรายได้ 5 มิติ ร้อยละ 100 R11G6K2 อัตราจากกำไรสุทธิจากการหารายได้เพิ่มพิเศษเพิ่มขึ้น ร้อยละ 20 R11G6K3 Total Performance Score (TPS) ระดับ A (12-15 คะแนน)	
ยุทธศาสตร์ :		S3 พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการโรงพยาบาลดิจิทัล ระดับ S Plus			OKR :	R11G6OKR1.1 ประสิทธิภาพการจัดเก็บจากมิติเฉพาะเบียน ร้อยละ 100 R11G6OKR 1.1.1 แพทย์วินิจฉัยโรคถูกต้องครบถ้วนตามเกณฑ์เฉพาะเบียนผู้ป่วยในSAร้อยละ 90 R11G6OKR1.1.2 ผู้ให้รหัสโรคให้รหัสโรค ถูกต้อง ร้อยละ 90 R11G6OKR1.1.3 อัตราการบันทึกข้อมูล E-Claim/Financial Data Hub (FDH) ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา ร้อยละ 100 R11G6OKR1.1.4 อัตราการสรุปเวชระเบียนล่าช้า (IPD) ก่อน 15 วัน/30 วัน ร้อยละ 90 R11G6OKR1.2.1 อัตราการตั้งลูกหนี้ค่ารักษาครบถ้วนทุกสิทธิ ร้อยละ 90 R11G6OKR1.2.2 อุบัติการณ์ข้อมูลติด C จากการบันทึกข้อมูล ร้อยละ 5 R11G6OKR1.2.3 ลูกหนี้เงินสดค้างชำระค่ารักษาพยาบาลได้รับการติดตามจนชำระหนี้ ร้อยละ 50 R11G6OKR1.2.4 อัตราลูกหนี้ พรบ.ที่ค้างชำระค่ารักษาพยาบาลได้รับการติดตามจนชำระหนี้ ร้อยละ 50 R11G6OKR1.3.1 อัตราการขอเบิกชดเชยลูกหนี้ผู้ป่วยในทุกสิทธิก่อน 30 วันร้อยละ 100 R11G6OKR1.3.2 อัตรากองทุนทุกกองทุนได้รับการกำกับและติดตามอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 90 R11G6OKR1.3.3 อัตราการบันทึก PPFS 22 กิจกรรม (ตามรายละเอียดแนบท้าย) ร้อยละ 90 R11G6OKR1.3.4 อัตราการบันทึกโปรแกรมอื่นๆ นอกโปรแกรม E-claim ร้อยละ 80 R11G6OKR1.4.1.อุบัติเหตุการลงลูกหนี้ผิดพลาด เท่ากับ 0 R11G6OKR1.4.2 อุบัติการณ์การกระทบลูกหนี้คลาดเคลื่อน เท่ากับ 0 R11G6OKR1.4.3 อัตราการตั้งลูกหนี้โปรแกรมอื่นๆนอกโปรแกรม E-claim ร้อยละ 100 R11G6OKR1.5.1 อัตรา Sum AdjRw โรคที่จำเป็นต้องรักษาต่อเนื่องระยะสั้น 4,000 Adj RW R11G6OKR1.5.2 อัตราการครองเตียง ร้อยละ 852.1 รายได้จากห้องพิเศษ (ค่าห้อง) เพิ่มขึ้น ร้อยละ 85 R11G6OKR2.1 รายได้จากห้องพิเศษ (ค่าห้อง) เพิ่มขึ้น ร้อยละ 20 R11G6OKR2.2 อัตราจากกำไรสุทธิจาก การตรวจ สุขภาพ ร้อยละ 80 R11G6OKR2.3 อัตราจากกำไรสุทธิจาก จากแพทย์ แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 20 R11G6OKR2.4 อัตราจากกำไรสุทธิจาก จากกายภาพ บำบัด ร้อยละ 20 R11G6OKR2.5 อัตราจากกำไรสุทธิจาก จากทันตกรรม ร้อยละ 20 R11G6OKR3.1 อัตราแผนทางการเงินมีติด้านรายได้ +/- ไม่เกิน 5 % R11G6OKR3.2 LC ค่าแรงบุคลากร : ไม่เกิน ร้อยละ 10 HGR พัฒนาระบบบริหารการปฏิบัติงาน R11G6OKR3.3 อัตราค่ายาไม่เกินเกณฑ์ HGR R11G6OKR3.4 อัตราค่าวัสดุวิทยาศาสตร์และการแพทย์ ไม่เกินเกณฑ์ HGR R11G6OKR3.5 ประสิทธิภาพในการดำเนินงาน มากกว่าหรือเท่ากับ 0 R11G6OKR3.6 อัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์ (Return on Asset) ไม่เกินเกณฑ์ HGR R11G6OKR 3.7 ผลกำไรขาดทุนก่อนหักค่าเสื่อมมากกว่าหรือเท่ากับ 0 3.7 ผลกำไรขาดทุนก่อนหักค่าเสื่อมมากกว่าหรือเท่ากับ 0	
รหัสโครงการ : 31 โครงการ ระบบควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยงด้านการเงินการคลัง					รวมงบประมาณที่โครงการ : 5,204,000 บาท		
ลำดับ	งานกิจกรรม	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	สถานที่	ระยะเวลาการดำเนินงาน	งบประมาณ	ผู้รับ

ดับ			กลุ่ม	จำนวน	ภายใน	ภายนอก	ไตรมาส 3 (68)	ไตรมาส 4 (68)	ไตรมาส 1 (69)	ไตรมาส 2 (69)	ไตรมาส 3 (69)	ไตรมาส 4 (69)	รายละเอียด	จำนวน	แหล่งงบประมาณ	ผิชอบ
1	งานระบบจัดเก็บรายได้ 100%	1.เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดเก็บรายได้ 2.เรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขได้ 100%	1.คณะกรรมการศูนย์จัดเก็บรายได้ 2.องค์กรแพทย์ 3.ทีมตรวจสอบเวชระเบียน		/		เมย 68		มค. 69				-	-	-	นางสาวประเทือง ภูมิณี/ นางสาวกมลรส ชูวงศ์
	1.1. จัดตั้งศูนย์จัดเก็บรายได้ โดยมีทีมสหวิชาชีพ และประชุมทุก 2 เดือน															
	1.2. จัดทำทะเบียนควบคุมลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลรายตัว ใน HosXpและการได้รับเงินชดเชย															
	1.3 นำระบบ AI โปรแกรม HERP Copilot มาใช้ในการตรวจสอบข้อมูลก่อนเบิกจ่าย การเทียบยอดลูกหนี้รายตัว															
	1.4 องค์กรแพทย์วางแผนการรักษาโรคซับซ้อนที่ต้องรักษาระยะสั้น															
	1.5 นำโปรแกรม AI Summary Chart ในการสรุปเวชระเบียนผู้ป่วยใน (บูรณาการ R7,R12)															
2	งานระบบควบคุมรายจ่ายและต้นทุน	1.เพื่อควบคุมรายจ่ายและลดต้นทุน	1.หน่วยเบิกทุกหน่วย		/		เมย 68		มค. 69			กย. 69	-	-	-	นางวิมลรัตน์ เชาวนันประเทือง
	2.1. ใช้โปรแกรม Inventory ในการควบคุมให้หน่วยงานย่อยตัดพัสดุที่ใช้															นางอรพิน สละ
	2.2. เพิ่ม ระบบพลังงานไฟฟ้าแสงอาทิตย์ Solar cell จำนวน 160 กิโลวัตต์ บริเวณหลังคาอาคารผู้ป่วยนอก คืบทุนภายใน5 ปี ลดค่าไฟฟ้าประมาณ 80,000 บาท/เดือน															นางวิมลรัตน์ เชาวนันประเทือง
	2.3 นำหลักการ RDU และ RLU						กย. 69	นางสุภาภรณ์ สังข์กุญชร								
	2.4 มาตรการควบคุมการจัดซื้อ และใช้ระบบยืม-คืน ของครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์ (ควบคุมกำกับกรยืม-คืน)						เมย 68									นายณภัทร แซ่มชื่น
	2.5 Lean ระบบงานให้สอดคล้องกับคน								ตค. 68							
3	งานจัดตั้งหน่วยธุรกิจเพื่อหารายได้เพิ่มพิเศษ	1.เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดเก็บรายได้ 2.เรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขได้ 100%	1.กลุ่มงานแพทย์แผนไทยและทางเลือก 2.กลุ่มงานทันตกรรม 3.งานผู้ป่วยใน 4.งานผู้ป่วยนอก 5.งานอาชีวอนามัย		/		เมย 68		ตค. 69				-	-	-	นางสาวธำปนี ศรีล้ำ/ นางสาวชนัดดี ธนรักษ์/ นางกัลยา ฤกษ์จำนง/ นางอรพิน สละ/ นางอารียา ขัยยศ
	3.1. จัดทำแผนธุรกิจ ในแต่ละหน่วยงาน ได้แก่ แพทย์แผนไทย ,แพทย์แผนจีน ,ทันตกรรม,ห้องพิเศษ , Mobile ตรวจสอบสุขภาพ เพิ่มการ Co-payment , บริการ Premium															
	3.2. จัดแข่งขันหารายได้เพิ่มพิเศษ ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง															

[illegible]

แผนปฏิบัติการ ปีงบประมาณ 2568-2572																
พันธกิจ		M4 พัฒนาระบบบริหารจัดการองค์กรสมรรถนะสูง (HPO)			Roadmap		Roadmap 12 โรงพยาบาลพูนพิณดิจิทัล									
เป้าประสงค์		G6 โรงพยาบาลมีผลลัพธ์จากการดำเนินงานเป็นอันดับที่ 1 ใน 3 ของ จังหวัดสระบุรีธานี และอันดับที่ 1 ใน 5 ของเขตสุขภาพที่ 11			KPI		R12G6K1 ระดับความสำเร็จในการบริการรับรอง HAIT level 1 ภายในปี 2568 R12G6K2 ระดับความสำเร็จในการพัฒนา HIMSS stage 5-7 R12G6K3 ระดับความสำเร็จประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพดิจิทัล (30 บาท รักษาทุกที่) ร้อยละ 80 R12G6K4 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาสารสนเทศเพื่อการบริหารองค์กรสู่ความเป็นเลิศ									
ยุทธศาสตร์ :		S3 พัฒนาคูณภาพระบบบริหารจัดการโรงพยาบาลดิจิทัล ระดับ S Plus			OKR :		R12G6OKR1.1 ระดับความสำเร็จแผนยุทธศาสตร์ IT สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล R12G6OKR1.2 อัตราความเสี่ยงสูงถึงสูงมากได้รับการจัดการป้องกัน ร้อยละ 100 R12G6OKR1.3 บุคลากรในโรงพยาบาลมีความรอบรู้ในการจัดการความมั่นคงปลอดภัยของระบบ IT ร้อยละ 100 R12G6OKR1.4 อัตราการจัดการระบบบริการ IT ตามเกณฑ์ SLA ได้ตามมาตรฐาน ร้อยละ 85 R12G6OKR1.5 อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนในระบบ IT (ผู้ป่วยนอก) เพิ่มขึ้นร้อยละ 80 (ผู้ป่วยใน) เพิ่มขึ้น ร้อยละ 50 R12G6OKR1.6 อัตราความสมบูรณ์ในการจัดการทำ Software สนับสนุนแผนยุทธศาสตร์ (R1-R12) ร้อยละ 50 R12G6OKR1.7 อัตราความพร้อมใช้ของระบบ IT (Hardware Software Network) ร้อยละ 50 R12G6OKR1.7.1 อัตราบุคลากร IT ผ่านเกณฑ์การประเมิน specific competency (Hardware Software Network) ร้อยละ 80 R12G6OKR1.7.2 อัตราบุคลากร IT ผ่านเกณฑ์การประเมิน specific competency (Hardware Software Network) ร้อยละ 90 R12G6OKR 1.8 ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน Cyber security ระดับสูง R12G6OKR 2.1 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาความสมบูรณ์ในเก็บภาพ Ultrasound และสามารถเปิดดูได้ผ่านระบบเครือข่าย R12G6OKR 2.2 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาความสมบูรณ์ใน เก็บภาพ EKG และสามารถเปิดดูได้ผ่านระบบเครือข่าย R12G6OKR 3.1 อัตราประชาชนพิสูจน์ตัวตน (Health ID) เพิ่มขึ้นร้อยละ 5 R12G6OKR 3.2 อัตราการลงลายมือชื่ออิเล็กทรอนิกส์ ร้อยละ 100 R12G6OKR 3.3 อัตราการลงทะเบียน สอน.บัดดี้ ร้อยละ 80 R12G6OKR 3.4 อัตราการใช้บริการ healthrider เพิ่มขึ้น ร้อยละ 3 R12G6OKR 3.5 อัตราการส่งยาและ lab online ร้อยละ 20									
รหัสโครงการ : 32.โครงการพัฒนาคูณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาลพูนพิณ					รวมงบประมาณที่โครงการ : 5,470,000 บาท											
ลำดับ	งานกิจกรรม	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	สถานที่	ระยะเวลาการดำเนินงาน						งบประมาณ			ผู้รับผิดชอบ		
			กลุ่ม	จำนวน	ภายใน	ภายนอก	ไตรมาส 3 (68)	ไตรมาส 4 (68)	ไตรมาส 1 (69)	ไตรมาส 2 (69)	ไตรมาส 3 (69)	ไตรมาส 4 (69)	รายละเอียด		จำนวน	แหล่งงบประมาณ
1	งาน HIMSS Stage 5 1.1 อุปกรณ์เชื่อมต่อบน PACS พร้อม software Ultrasound	1.เพื่อพัฒนาความสมบูรณ์ของระบบจัดเก็บภาพรังสี และภาพการวินิจฉัยอื่นๆ สามารถ เปิดดูได้ผ่านระบบเครือข่าย			/								-	-	-	นางศิริกร สุทธิเกิด
2	งานขับเคลื่อนนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ (80-100%)	1.เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพ	1.ประชากรเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลพูนพิณ	4,946 คน	/						เมย 69	กค. 69	1.เครื่องอ่านบัตร Smart Card	10,000	เงินบำรุง	กลุ่มงานดิจิทัล/ กลุ่มงานปฐมภูมิ/

		2.เพื่อลดระยะเวลาารอคอยของผู้รับบริการ									- พค. 69	- กย. 69				คลินิกบริการ/ กลุ่มงานเภสัช กรรม/ กลุ่มงานเทคนิค การแพทย์
	2.1 หน่วยเคลื่อนที่ Health ID						เมย 68	กค. 68	ตค. 68	มค. 69	เมย 69	กค. 69	-	-	-	
	2.2 7 วิชาชีพลงลายมือชื่ออิเล็กทรอนิกส์ 100 %						-	-	-	-	-	-				
	2.3 Health Atlas 80%						พค. 68	กย. 68	ธค. 68	มีค. 69	พค. 69	กย. 69				
	2.4 Healthrider ทุกคลินิก															
	2.5 คู่มือรื้อยาและ Lab เอกชน															
	2.6 คลินิกบริการนัดหมาย Online เพิ่มขึ้น															
3	งาน HAIT level 1	1.เพื่อพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ให้มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และเชื่อถือได้	1.บุคลากรโรงพยาบาล พุนพิน	260 คน	/						พค. 68	กค. 68	1.เตรียมความพร้อม การตรวจเยี่ยม	300,000	เงินบำรุง	คณะกรรมการ IM
	3.1. จัดทำแผนยุทธศาสตร์ HAIT						เมย 68						150,000			
	3.2. ประกาศใช้แผน BCP												2.ขอรับการตรวจเ ยืมการพัฒนา			นางวรรณนิสา รัมย์แก้ว
	3.3. ประกาศใช้นโยบายความมั่นคงปลอดภัย ของระบบ IT									มค. 69			1.โปรแกรม Healthtech AI ทางการแพทย์	500,000	เงินบำรุง	
	3.4 ประกาศข้อตกลง SLA												-	-	-	กลุ่มงานดิจิทัล
	3.5 Healthtech AI ทางการแพทย์												-	-	-	กลุ่มงานดิจิทัล
	3.6 จัดทำ software/Application สนับสนุน R1-R12						เมย 68									
	3.7 จัดทำทะเบียน Hardware/software /Network	1. เพื่อพัฒนาระบบสารสนเทศของ โรงพยาบาลพุนพิน ให้มีประสิทธิภาพและ ตรงตามความต้องการของผู้ใช้ 2. พัฒนา application เพื่อเป็นสื่อกลาง ให้กับประชาชนและเจ้าหน้าที่ในการ ให้บริการ เพื่อความสะดวก รวดเร็ว สบาย ดิจิทัล	1. ประชาชนในเขตรับผิดชอบ	1 application	/		พค. 68						1.คำดูแลรักษาและ ติดตั้งระบบความ ปลอดภัยทาง ไซเบอร์	300,000	เงินบำรุง	นายณัฐพร ประทุม
	3.8 Co-csirt															
	System analysis & Design Phunphin Hospital application						เมย 68	กย. 68	ตค. 68			กย. 69	1.Phunphin Hospital application 3 ระยะๆ ละ 500,000 บาท	1,500,000	เงินบำรุง	คณะกรรมการ IM
	4.1 ประชุมเชิงปฏิบัติการ R1-R12															
	4.2 ประชุมเชิงปฏิบัติการกลุ่มประชากรทาง คลินิกโรคยุทธศาสตร์															
	4.3 จัดทำข้อสรุปการออกแบบระบบที่ friendly application จาก 4.1-4.2															
5	strategic information center for HPO				/									100,000	เงินบำรุง	

	5.1 ประชุมเชิงปฏิบัติการ KPI & OKR template R1-R12	1.เพื่อสร้างเสริมความสามารถในการตัดสินใจที่แม่นยำ ได้แก่ - สนับสนุนการตัดสินใจเชิงกลยุทธ์ - เพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงาน - ส่งเสริมการวิเคราะห์เชิงลึกและคาดการณ์แนวโน้ม - สนับสนุนวัฒนธรรมองค์กรที่ขับเคลื่อนด้วยข้อมูล 2.สนับสนุนการบริหารจัดการทรัพยากรและงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ	1. บุคลากรทุกคนได้รับการอบรมตามหลักสูตร						ตค. 68			กย. 69	1.ค่าจัดอบรม ตามหลักสูตร 3 กลุ่ม (บุคลากรในรพ./บุคลากรในเครือข่าย/กลุ่มภาคีเครือข่ายสุขภาพ)			คณะกรรมการ IM/HRD
	5.2 คณะกรรมการ IT audit ข้อ 5.1															
	5.3 ทีม IT เขียน softwareจากข้อ 5.2															
	5.4 Tryout Software จากข้อ 5.3															
	5.5 จัดทำคู่มือ															
	5.6 อบรมการใช้ Dashboard (บุคลากรในรพ./บุคลากรในเครือข่าย/กลุ่มภาคีเครือข่ายสุขภาพ)		1.บุคลากรในโรงพยาบาล พุนพิน 14 กลุ่มงาน	60 คน	/				ม.ย. 68 - สค. 68				1.ค่าจัดอบรม การสร้างDashboard ด้วย google Studio 2.ค่าจัดอบรมหลักสูตร Generation AI และการประยุกต์ใช้งาน	40,000	เงินบำรุง	คณะกรรมการ IM/HRD
6	Digital literacy		1.บุคลากรในโรงพยาบาล พุนพิน	100 คน	/								-	20,000	เงินบำรุง	
	6.1 จัดทำหลักสูตร Digital literacy															
	6.2 จัดฝึกอบรมบุคลากรในรพ 2 รุ่น															
	6.3 ประเมินสมรรถนะ Digital literacy															
7	งานสรรหาบุคลากร (HRM)	1.เพื่อจัดหาบุคลากรที่ขาดแคลน										กย. 69	-	-	-	หัวหน้ากลุ่มงานสุขภาพดิจิทัล
	7.1. นักเทคโนโลยีสารสนเทศ 1 ตำแหน่ง															
8	งานพัฒนาสมรรถนะบุคลากร (HRD)	1.เพื่อพัฒนาและเสริมสร้างทักษะความรู้และประสิทธิภาพในการทำงาน 2.เพื่อให้บุคลากรสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการในปัจจุบันและอนาคต	1.คณะกรรมการเวชระเบียน	10 คน	/							กย. 69	-	500,000	เงินบำรุง	หัวหน้ากลุ่มงานสุขภาพดิจิทัล
	8.1. ศึกษาดูงานโปรแกรมบริหารทั่วไป		1.พยาบาลวิชาชีพ	10 คน	/							พค. 69 - กค. 69	-	200,000	เงินบำรุง	
	8.2. ศึกษาดูงาน Digital NSO															
	8.3. หลักสูตร Hardware		1.เจ้าหน้าที่ IT	4 คน	/							พค. 69 - กค. 69	-	50,000	เงินบำรุง	
	8.4 หลักสูตร Software		1.เจ้าหน้าที่ IT	4 คน	/							พค. 69 - กค. 69	-	50,000	เงินบำรุง	
	8.5 หลักสูตร Network		1.เจ้าหน้าที่ IT	4 คน	/							พค. 69 - กค. 69	-	50,000	เงินบำรุง	

	8.6 อบรม audit เวชระเบียน		1.เจ้าหน้าที่เวชระเบียน	5 คน		/				มค. 69 - มีค. 69			-	50,000	เงินบำรุง	
	8.7 หลักสูตรการพัฒนาคุณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศใน โรงพยาบาล		1.เจ้าหน้าที่เวชระเบียน			/				มค. 69 - มีค 69			-	30,000	เงินบำรุง	
9	งานจัดหารัสตครุภัณฑ์	1.เพื่อจัดหาทรัพยากรและเครื่องมือที่จำเป็นสำหรับการดำเนินงาน		3 เครื่อง	/								1.แม่ข่าย 3 เครื่อง* 320,000	960,000	เงินบำรุง	หัวหน้ากลุ่มงาน สุขภาพดิจิทัล
	9.1. เครื่องแม่ข่าย 3 เครื่อง												1.core switch 100,000 2.fiwall 500,000 WIFI 210,000 บาท	810,000	เงินบำรุง	
	9.2 อุปกรณ์เชื่อมต่อเครือข่าย															
	9.3 เครื่องคอมพิวเตอร์ 100 เครื่อง			100 เครื่อง	/								1.คอมพิวเตอร์ 100*23,000	2,30,0000	เงินบำรุง	หัวหน้ากลุ่มงาน สุขภาพดิจิทัล

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ
(นางสาวศิริพร คงนาสร)
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน
รักษาในตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ
หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ
(นางสาวอรพิน สละ)
เจ้าพนักงานพัสดุปฏิบัติงาน
กลุ่มงานบริหารทั่วไป

ลงชื่อ.....ผู้เสนอ
(นางภัทรานันท์ แซ่มชื่น)
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพยุทธศาสตร์

ลงชื่อ.....ผู้เห็นชอบ
(นายสำเนียง แสงสว่าง)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุนพิณ

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติแผน

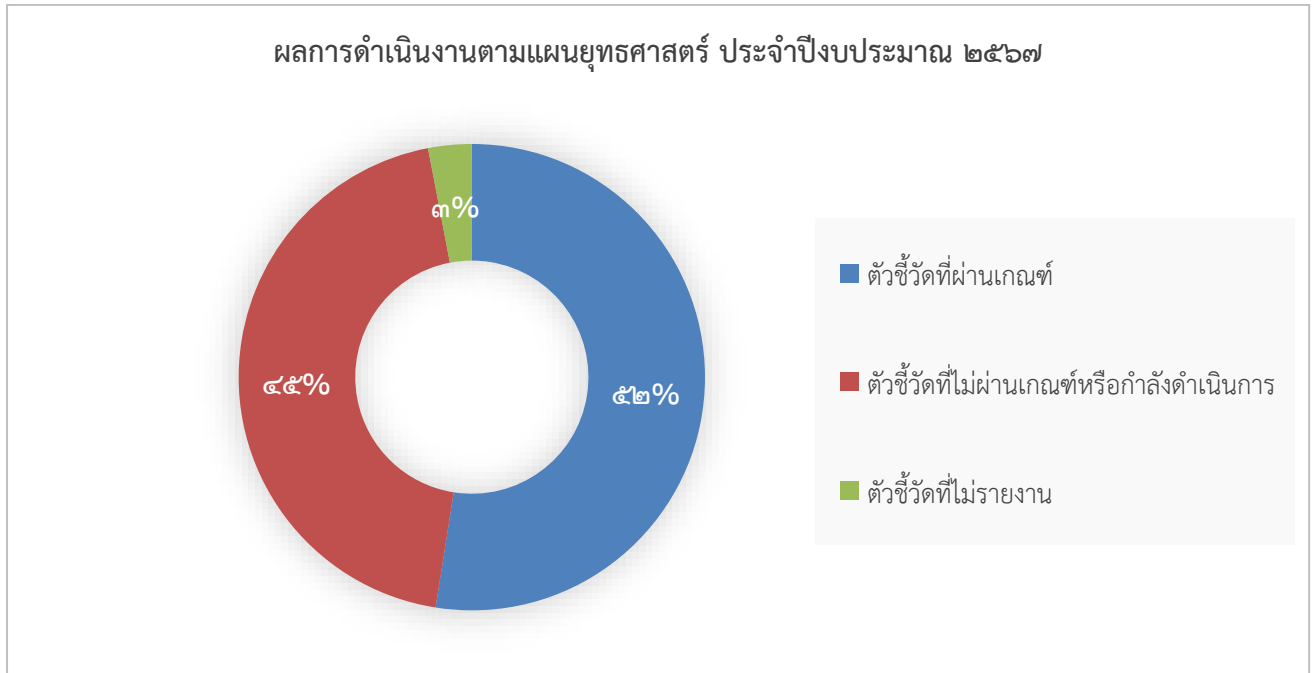
ภาคผนวก

1. การสรุปผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์
2. การวิเคราะห์ความท้าทายเชิงยุทธศาสตร์ (โรดยุทธศาสตร์)
3. วิเคราะห์สภาพแวดล้อมองค์การด้วย TOWS Analysis
4. สังเคราะห์ประเด็นสำคัญเชิงยุทธศาสตร์และนำมากำหนดเป็นยุทธศาสตร์ (Strategies) SO/ST/WO/WT ด้วย TOWS Matrix
5. ภาพบรรยากาศการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และการบริหารจัดการ ระยะ 5 ปี (2568-2572)
 - ระยะที่ 1 วันที่ 31 สิงหาคม -1 กันยายน 2567
 - ระยะที่ 2 วันที่ 28-29 กันยายน 2567
 - ระยะที่ 3 วันที่ 5-6 ตุลาคม 2567
 - ระยะที่ 4 วันที่ 4-5 มกราคม 2568
 - ระยะที่ 5 วันที่ 15-16 กุมภาพันธ์ 2568

ภาคผนวก 1

ผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

สรุปผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ ประจำปีงบประมาณ 2567



แผนภูมิ ผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ ประจำปีงบประมาณ 2567

จากแผนภูมิพบว่าตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลพูนพิณ จำนวน 88 ตัวชี้วัด จำแนกตามยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัดที่สามารถดำเนินการได้บรรลุเป้าหมาย จำนวน 45 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 51.14 ตัวชี้วัดที่ไม่สามารถดำเนินการให้บรรลุเป้าหมาย จำนวน 38 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 43.18 ตัวชี้วัดที่ไม่ได้รับรายงาน จำนวน 3 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 3.41 ตัวชี้วัดรอการประเมิน จำนวน 2 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 2.27

ตารางแสดงผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ ประจำปีงบประมาณ 2567

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
ตัวชี้วัดหลัก ระดับความสำเร็จเครือข่ายต้นแบบระดับประเทศด้านการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	ร้อยละ 70	ร้อยละ 61.53
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพ		
เป้าประสงค์ที่ 1 ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีประสิทธิภาพ		
กลยุทธ์ที่ 1 เพิ่มความครอบคลุม การคัดกรองและค้นหากลุ่มเสี่ยง		
ตัวชี้วัดที่ 1 ร้อยละของประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูง	ร้อยละ 90	DM ร้อยละ 92.15 HT ร้อยละ 92.06
ตัวชี้วัดที่ 2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา	ร้อยละ 5	ลดลงร้อยละ 13.45
ตัวชี้วัดที่ 3 ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา	ร้อยละ 2.5	ลดลงร้อยละ 25.95
กลยุทธ์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการการด้านการดูแลผู้ป่วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง		
ตัวชี้วัดที่ 4 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมได้ตามเกณฑ์	ร้อยละ 40	ร้อยละ 46.11
ตัวชี้วัดที่ 5 ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ควบคุมได้ตามเกณฑ์	ร้อยละ 80	ร้อยละ 76.63
ตัวชี้วัดที่ 6 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าสู่ระยะสงบ (Remission) เพิ่มขึ้น	ร้อยละ 25	ร้อยละ 5.04
ตัวชี้วัดที่ 7 ร้อยละของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง อัตราการลดลงของ eGFR < 5 ml/min/1.73m ² /yr	ร้อยละ 70	ร้อยละ 58.78
ตัวชี้วัดที่ 8 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน (ตา ไต เท้า หัวใจ สมอ)	≥ ร้อยละ 65	ตา ร้อยละ 55.44 เท้า ร้อยละ 59.21 ไต ร้อยละ 27.75
ตัวชี้วัดที่ 9 อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อน	≤ ร้อยละ 6	ตา ร้อยละ 0.71 เท้า ร้อยละ 2.01 ไต ร้อยละ 0.99
ตัวชี้วัดที่ 10 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่เพิ่มขึ้นในปีที่ผ่านมา	ร้อยละ 69	ร้อยละ 3.9
ตัวชี้วัดที่ 11 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา (ปี 2566 73 คน)	< ร้อยละ 2.5	ลดลงร้อยละ 0.11
ตัวชี้วัดที่ 12 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจรายใหม่ลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา (ปี 2566 35 คน)	< ร้อยละ 2.5	ลดลงร้อยละ 0.34
ตัวชี้วัดที่ 13 อัตราการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยเบาหวานขณะตั้งครรภ์	ร้อยละ 0	ร้อยละ 0
ตัวชี้วัดที่ 14 อัตราการเกิดความดันโลหิตสูงรายใหม่ในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์	ร้อยละ 0	ร้อยละ 0

ตารางแสดงผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ ประจำปีงบประมาณ 2567

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
ตัวชี้วัดที่ 15 ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากได้รับการดูแลรักษา	ร้อยละ 85	ร้อยละ 24.19
ตัวชี้วัดที่ 16 ร้อยละผู้ป่วยในคลินิกโรค โรคเบาหวาน ที่เรฟฟันได้รับการใส่ฟันเทียมทั้งปาก	ร้อยละ 100	ร้อยละ 75
ตัวชี้วัดที่ 17 ร้อยละผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในคลินิก NCD ที่มีภาวะซึมเศร้า ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน	ร้อยละ 100	ร้อยละ 80.95
ตัวชี้วัดที่ 18 ร้อยละของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังติดบุหรี่ได้รับการบำบัดฟื้นฟู แบบองค์รวม สามารถเลิกบุหรี่ได้ภายใน 6 เดือน	ร้อยละ 70	ร้อยละ 34.78
กลยุทธ์ที่ 3 พัฒนาระบบการด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนครอบคลุมทุกด้าน โดยทีมสหวิชาชีพร่วมกันดูแล		
ตัวชี้วัดที่ 19 ร้อยละของผู้ป่วย Stroke ที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพจนครบ 6 เดือน มี Barthel Index= 20	ร้อยละ 80	ร้อยละ 88.89
ตัวชี้วัดที่ 20 อุบัติการณ์การเกิด recurrent stroke	0	ร้อยละ 26
ตัวชี้วัดที่ 21 อัตราการติดเชื้อผู้ป่วยล่างไตทางหน้าท้อง (Infected CAPD)	< 15	ร้อยละ 10.34
ตัวชี้วัดที่ 22 ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า Advance Care Planning ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ	ร้อยละ 85	ร้อยละ 89.2
ตัวชี้วัดที่ 23 ร้อยละการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายต่อเนื่องที่บ้านโดยชุมชนมีส่วนร่วม	ร้อยละ 65	ร้อยละ 100
กลยุทธ์ที่ 4 สร้างการรับรู้และการเข้าถึงการบริการแพทย์ฉุกเฉิน		
ตัวชี้วัดที่ 24 ร้อยละผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	ร้อยละ 30	ร้อยละ 25.11
ตัวชี้วัดที่ 25 ร้อยละของผู้ป่วย Stroke on Set time ภายในเวลา 3 ชั่วโมง	ร้อยละ 60	ร้อยละ 50.47
ตัวชี้วัดที่ 26 ร้อยละผู้ป่วย STEMI เข้ารับการรักษาภายใน 30 นาทีหลังมีอาการ	ร้อยละ 60	ร้อยละ 27.5
ตัวชี้วัดที่ 27 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	≤ร้อยละ 9	ร้อยละ 6.66
ตัวชี้วัดที่ 28 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69)	≤ร้อยละ 7	ร้อยละ 0
เป้าประสงค์ที่ 2 ผู้สูงอายุได้รับการดูแลครอบคลุมทุกมิติ		
กลยุทธ์ที่ 1 พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ โดยมีทีมสหวิชาชีพดูแลอย่างต่อเนื่อง		
ตัวชี้วัดที่ 29 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการมองเห็นได้รับการดูแล	ร้อยละ 30	ร้อยละ 37.37
ตัวชี้วัดที่ 30 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการได้ยินได้รับการดูแล	ร้อยละ 30	ร้อยละ 75.28
ตัวชี้วัดที่ 31 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการกลืนปัสสาวะได้รับการดูแล	ร้อยละ 30	ร้อยละ 36.47
ตัวชี้วัดที่ 32 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	ร้อยละ 30	ร้อยละ 38.73

ตารางแสดงผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ ประจำปีงบประมาณ 2567

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
ตัวชี้วัดที่ 33 ร้อยละของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงหกล้ม ได้รับการฟื้นฟูสภาพมีความเสี่ยงต่อการหกล้มลดลง	≥ ร้อยละ 80	ร้อยละ 0
ตัวชี้วัดที่ 34 ร้อยละของผู้ป่วยที่มีอาการข้อเข่าเสื่อม ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยอาการดีขึ้น	≥ ร้อยละ 60	ร้อยละ 61.76
ตัวชี้วัดที่ 35 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก ได้รับการดูแลรักษาส่งต่อ	ร้อยละ 85	ร้อยละ 18.09
ตัวชี้วัดที่ 36 ร้อยละของผู้สูงอายุไร้ฟัน 70 ปีขึ้นไป ได้รับการรักษาใส่ฟันเทียม	ร้อยละ 100	ร้อยละ 0.009
ตัวชี้วัดที่ 37 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน	ร้อยละ 80	ร้อยละ 0
ตัวชี้วัดที่ 38 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ ได้รับการวางแผนให้โภชนศึกษา	≥ ร้อยละ 50	ร้อยละ 0
ตัวชี้วัดที่ 39 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหลังได้รับการให้โภชนศึกษา	≥ ร้อยละ 80	ร้อยละ 0
ตัวชี้วัดที่ 40 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแลตามแผนการรักษาที่เหมาะสม(Care Plan)	ร้อยละ 96	ร้อยละ 65.37
เป้าประสงค์ที่ 3 การบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกครบวงจร		
กลยุทธ์ที่ 1 เพิ่มการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพที่ให้บริการ		
ตัวชี้วัดที่ 41 ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์เลือก	ร้อยละ 30	ร้อยละ 28.96
ตัวชี้วัดที่ 42 มูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพร	ร้อยละ 7	ร้อยละ 6.03
ตัวชี้วัดที่ 43 ร้อยละผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate care) ที่ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ร้อยละ 45	ร้อยละ 64.12
ตัวชี้วัดที่ 44 ร้อยละของผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรังและนอนไม่หลับ ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกมีผลการรักษาปวดเรื้อรังลดลงและนอนไม่หลับดีขึ้น	> ร้อยละ 80	ร้อยละ 91.95
ตัวชี้วัดที่ 45 ร้อยละการเข้าถึงการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการชาเท้าด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย	> ร้อยละ 20	ร้อยละ 0
ตัวชี้วัดที่ 46 ร้อยละการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทยในคลินิกอดบุหรี่และสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ	ร้อยละ 80	ร้อยละ 20.83
กลยุทธ์ที่ 2 ขยายขอบเขตการให้บริการ เพื่อยกระดับการบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก		
ตัวชี้วัดที่ 47 มีสถานบริการที่ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในชุมชน	1 แห่ง	อยู่ในช่วงดำเนินการ

ตารางแสดงผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ ประจำปีงบประมาณ 2567

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
ตัวชี้วัดที่ 48 ร้อยละการเปิดบริการคลินิก 7 กลุ่มโรค ด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย : Intermediate care (Stroke),NCD(DM),Palliative care, Post-covid 19, ข้อเข่าเสื่อม,โรคผิวหนัง,ปรับสมดุลธาตุเจ้าเรือน	4 คลินิก	7 คลินิก
กลยุทธ์ที่ 3 พัฒนาระบบการให้บริการ One stop service และ Copayment ในคลินิกแพทย์แผนไทย เพื่อเพิ่มรายได้ให้กับองค์กร		
ตัวชี้วัดที่ 49 มูลค่าการรับบริการแพทย์แผนจีนมีการจ่าย Co-payment คลินิกแพทย์แผนจีนเพิ่มขึ้น	ร้อยละ 100	ร้อยละ 121.23
ตัวชี้วัดที่ 50 ร้อยละผู้รับบริการการ นวด อบสมุนไพร และประคบ เพิ่มขึ้น จากปี 2566	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 20	เพิ่มขึ้นร้อยละ 30.13
ตัวชี้วัดที่ 51 อัตราการจ่ายยาตำปรงเฉพาะรายเพิ่มขึ้น	200 หม้อ	260 หม้อ
ตัวชี้วัดที่ 52 ร้อยละการเข้ารับบริการมารดาหลังคลอด ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้น	ร้อยละ 100	ร้อยละ 43.2
เป้าประสงค์ที่ 4 ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ		
กลยุทธ์ที่ 1 พัฒนาสู่โรงพยาบาล EMS (Environment, Modernization and Smart Service)		
ตัวชี้วัดที่ 53 ระดับความสำเร็จของสถานบริการผ่านเกณฑ์การประเมินนโยบาย EMS (Environment, Modernization and Smart Service)	5	4.6
ตัวชี้วัดที่ 54 ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ	ร้อยละ 87	ร้อยละ 94.36
ตัวชี้วัดที่ 55 ร้อยละข้อร้องเรียนของผู้มารับบริการ	< ร้อยละ 5	ร้อยละ 0.006
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาสุขภาพประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ		
เป้าประสงค์ที่ 1 ประชาชนมีสุขภาพที่ดี		
กลยุทธ์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพประชาชน ลดพฤติกรรมเสี่ยง และภัยคุกคามทางสุขภาพ อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน		
ตัวชี้วัดที่ 56 ร้อยละของประชาชนที่ได้รับการคัดกรองไม่พบความเสี่ยง	ร้อยละ 80	ร้อยละ 94.88
กลยุทธ์ที่ 2 พัฒนาศูนย์ Wellness center ต่อเนื่องและยั่งยืน		
ตัวชี้วัดที่ 57 ร้อยละของกลุ่มเสี่ยงที่เข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใน Wellness center	ร้อยละ 80	ร้อยละ 0
ตัวชี้วัดที่ 58 อัตราการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง	ร้อยละ 1.75	ร้อยละ 14
ตัวชี้วัดที่ 59 อัตราการเกิดโรคความดันโลหิตรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง	ร้อยละ 5	ร้อยละ 6.09
กลยุทธ์ที่ 3 พัฒนาระบบการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ		
ตัวชี้วัดที่ 60 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะสุขภาพ 9 ด้าน	> ร้อยละ 90	ร้อยละ 97.53
ตัวชี้วัดที่ 61 ร้อยละผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงได้รับการดูแลและให้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ (Intervention)	ร้อยละ 95	ร้อยละ 95.5
กลยุทธ์ที่ 4 พัฒนาคุณภาพการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและผู้สูงอายุ		
ตัวชี้วัดที่ 62 ร้อยละความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	ร้อยละ 60	ร้อยละ 65.37

ตารางแสดงผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ ประจำปีงบประมาณ 2567

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
ตัวชี้วัดที่ 63 ร้อยละความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิดในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและผู้สูงอายุ	ร้อยละ 60	ไม่มีการจัดสรรวัคซีนจากกรมควบคุมโรค
ตัวชี้วัดที่ 64 ร้อยละของผลิตภัณฑ์สมุนไพรได้รับการตรวจสอบ ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ 80	ร้อยละ 0
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการและระบบสารสนเทศ ที่มีประสิทธิภาพ		
เป้าประสงค์ที่ 1 องค์กรมีสมรรถนะ บุคลากรมีความสุข		
กลยุทธ์ที่ 1 พัฒนาการบริหารการจัดการกำลังคนและระบบหมุนเวียนอัตรากำลัง ให้เหมาะสมกับภาระงาน		
ตัวชี้วัดที่ 65 ร้อยละขององค์กรที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ	ร้อยละ 5	ร้อยละ 4.4
กลยุทธ์ที่ 2 สร้างความผูกพันในองค์กรและแรงจูงใจในการทำงานให้กับบุคลากร		
ตัวชี้วัดที่ 66 ร้อยละความสุขและผูกพันของบุคลากรโรงพยาบาลพูนพิณ	ร้อยละ 85	ร้อยละ 80.47
กลยุทธ์ที่ 3 พัฒนาทักษะการสื่อสารภายในองค์กร เพื่อตอบสนองการขับเคลื่อนงาน		
ตัวชี้วัดที่ 67 ร้อยละความพึงพอใจต่อการสื่อสารภายในองค์กร	ร้อยละ 85	ร้อยละ 83.39
กลยุทธ์ที่ 4 พัฒนาสมรรถนะบุคลากรทุกระดับ ตามสมรรถนะหลักขององค์กร		
ตัวชี้วัดที่ 68 ร้อยละการได้อบรมขั้นพื้นฐานตามสมรรถนะในการปฏิบัติงานของบุคลากรอย่างน้อย 3 ครั้งต่อคนต่อปี	ร้อยละ 85	ร้อยละ 100
ตัวชี้วัดที่ 69 ร้อยละการได้ศึกษาอบรมตามแผนพัฒนาบุคลากรของบุคลากรอย่างน้อย 2 ครั้งต่อคนต่อปี	ร้อยละ 85	ร้อยละ 19.93
ตัวชี้วัดที่ 70 ร้อยละของหน่วยงานในโรงพยาบาลพูนพิณ มีผลงานวิชาการ (CQI,R2R,วิจัย,นวัตกรรม) ที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน	ร้อยละ 85	ร้อยละ 53.84
ตัวชี้วัดที่ 71 จำนวนผลงานวิชาการ (CQI, R2R, วิจัย, นวัตกรรม) ของบุคลากรในโรงพยาบาลได้รับรางวัลระดับจังหวัดขึ้นไป	6 เรื่อง	8 เรื่อง
เป้าประสงค์ที่ 2 ระบบการบริหารจัดการด้านการเงิน การคลังที่มีประสิทธิภาพ และมีธรรมาภิบาล		
กลยุทธ์ที่ 1 พัฒนาระบบการจัดเก็บรายได้และควบคุมค่าใช้จ่ายมีประสิทธิภาพ		
ตัวชี้วัดที่ 72 ระดับความสำเร็จประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง	ระดับ A	ระดับ C
ตัวชี้วัดที่ 73 ร้อยละความสำเร็จการพัฒนาศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ ตามเกณฑ์ประเมินตนเอง 7SCE	ร้อยละ 85	ร้อยละ 86.5
กลยุทธ์ที่ 2 ส่งเสริมการบริหารจัดการ มีประสิทธิภาพ		
ตัวชี้วัดที่ 74 ร้อยละประสิทธิภาพระบบควบคุมภายในด้วยอิเล็กทรอนิกส์(5 มิติ) EIA	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95.13
กลยุทธ์ที่ 3 พัฒนาระบบควบคุมภายในและตรวจสอบภายใน		
ตัวชี้วัดที่ 75 ร้อยละเกณฑ์ประเมินผลระบบควบคุมภายใน	ร้อยละ 90	ร้อยละ 96.67

ตารางแสดงผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ ประจำปีงบประมาณ 2567

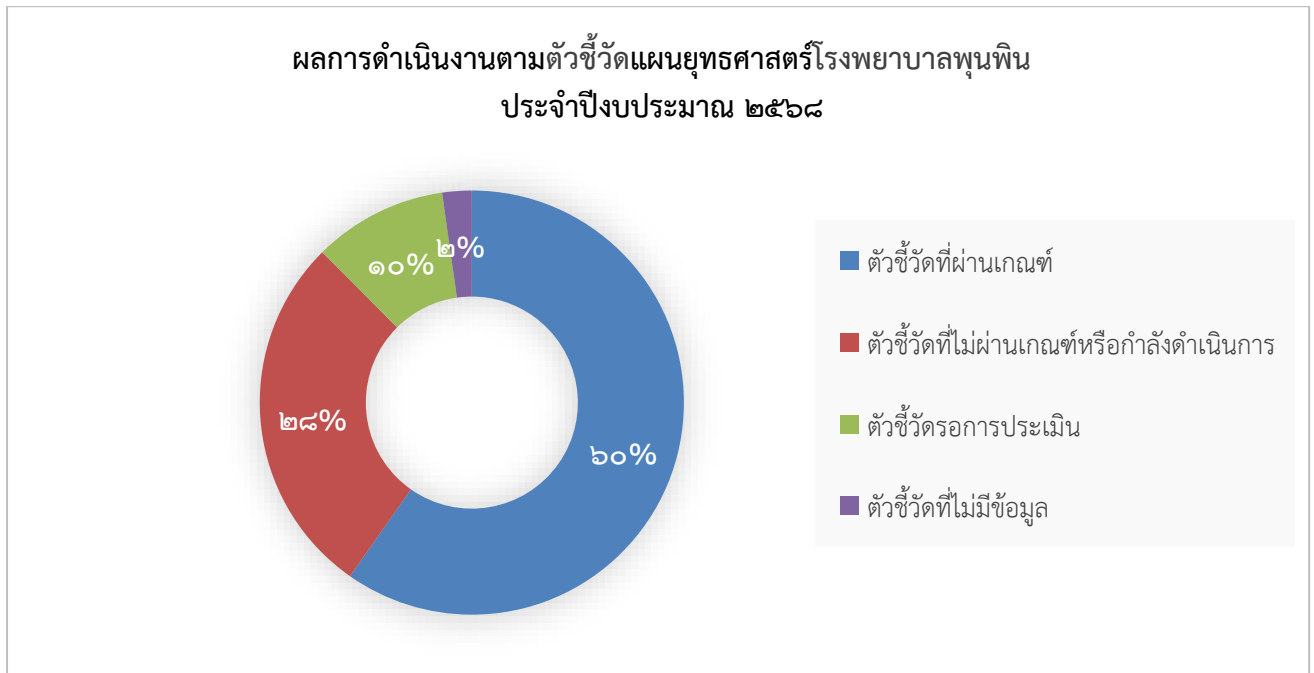
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
ตัวชี้วัดที่ 76 ร้อยละการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (ITA)	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95.45
เป้าประสงค์ที่ 3 ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสารมีประสิทธิภาพ		
กลยุทธ์ที่ 1 พัฒนาระบบฐานข้อมูล เพื่อวิเคราะห์ สังเคราะห์ ประยุกต์ใช้ในการพัฒนางาน และจัดทำฐานข้อมูลให้บูรณาการ		
ตัวชี้วัดที่ 77 โรงพยาบาลผ่านการรับรองการพัฒนาคุณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล (HAIT)	ชั้น 1	มีการปรับแผนแม่บท และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับ สสจ.รอรับการประเมิน ชั้นที่ 1
กลยุทธ์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ด้วยเทคโนโลยีที่เหมาะสม		
ตัวชี้วัดที่ 78 ร้อยละความสำเร็จการให้บริการทางการแพทย์ด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศ	ร้อยละ 100	ร้อยละ 94.44
กลยุทธ์ที่ 3 พัฒนาระบบการสื่อสารด้านสุขภาพ		
ตัวชี้วัดที่ 79 ระดับความสำเร็จของการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและสื่อสารด้านสุขภาพ ผ่านสื่อ	ร้อยละ 3	ร้อยละ 3
ตัวชี้วัดที่ 80 ร้อยละประชาชนมีดิจิทัลไอดีเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ผ่านหมอพร้อม DID	ร้อยละ 25	ร้อยละ 23.84
กลยุทธ์ที่ 4 ยกระดับการสร้างความรู้ด้านสุขภาพประชาชน		
ตัวชี้วัดที่ 81 ระดับความรู้ด้านสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชน	ระดับดีมาก ≥65	ร้อยละ 53.12
เป้าประสงค์ที่ 4 การควบคุม กำกับ ติดตาม การดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ		
กลยุทธ์ที่ 1 พัฒนาระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ ที่มีประสิทธิภาพ		
ตัวชี้วัดที่ 82 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์	ร้อยละ 5	ร้อยละ 3
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 การสนับสนุนและยกระดับคุณภาพบริการของเครือข่าย		
เป้าประสงค์ที่ 1 เครือข่ายบริการสุขภาพและภาคีสุขภาพมีความเข้มแข็ง		
กลยุทธ์ที่ 1 พัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชน		
ตัวชี้วัดที่ 83 ร้อยละ อสม. มีสมรรถนะด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD)	ร้อยละ 85	ร้อยละ 80
ตัวชี้วัดที่ 84 ร้อยละอสม. เชี่ยวชาญ ตามสมรรถนะหลัก	ร้อยละ 100	ร้อยละ 80
กลยุทธ์ที่ 2 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุ		
ตัวชี้วัดที่ 85 ร้อยละของชมรมผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมชมรมอย่างต่อเนื่อง	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
กลยุทธ์ที่ 3 ส่งเสริมการใช้สมุนไพรในชุมชน		
ตัวชี้วัดที่ 86 ร้อยละการเข้าถึงโครงการสมุนไพรภูมิรู้ของประชาชนในชุมชน	ร้อยละ 50	ไม่ได้รับรายงาน
ตัวชี้วัดที่ 87 จำนวนครัวเรือนที่เข้าร่วมโครงการกระจายสมุนไพร	50 ครัวเรือน	ไม่ได้รับรายงาน
กลยุทธ์ที่ 4 พัฒนาชุมชนต้นแบบด้านการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง		

ตารางแสดงผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ ประจำปีงบประมาณ 2567

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
ตัวชี้วัดที่ 88 จำนวนชุมชนต้นแบบด้านการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตเทศบาล 1 ชุมชน เขต อบต. 1ชุมชน	> ร้อยละ30	ร้อยละ 41.37

และทางโรงพยาบาลพูนพิณได้มีการดำเนินการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ใหม่ โดยจัดทำโครงการทบทวนแผนยุทธศาสตร์ ปี 2566-2570 และแผนปฏิบัติการ ปี 2568 โรงพยาบาลพูนพิณและเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลพูนพิณ เมื่อวันที่ 1 กันยายน 2567 ถึงวันที่ 1 พฤษภาคม 2568 เพื่อทบทวน ประเมิน และสรุปผลการดำเนินงาน เป็นหัวใจสำคัญในการขับเคลื่อนกลยุทธ์สู่ความสำเร็จ โดยเฉพาะผู้นำในองค์กร เจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย เมื่อสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานสู่ความสำเร็จ และให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์พัฒนาระบบบริหารความเข้มแข็ง สามารถนำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสม ตามทิศทางหรือแนวทางปฏิบัติตามพันธกิจและภารกิจ (Mission) ให้สัมฤทธิ์ผลตามวิสัยทัศน์ (Vision) และเป้าประสงค์ขององค์กร (Corporate Goal) แผนที่ดีนั้น จะต้องถูกกำหนดขึ้นตามวิสัยทัศน์ขององค์กร ทั้งนี้องค์กรสามารถใช้แผนยุทธศาสตร์เป็นกรอบในการประเมินผลงานประจำปีงบประมาณ และยังสามารถใช้แผนยุทธศาสตร์เป็นกรอบในการจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) อย่างเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพเกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลพูนพิณ มีการทบทวนข้อมูล วิเคราะห์สถานการณ์และบริบทที่เกี่ยวข้อง และจากผลลัพธ์การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ ปี 2567 ที่ผ่านมาเทียบเคียงกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ มีการวิเคราะห์บริบทและสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงและมีผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ รวมทั้งระบบบริการสุขภาพในระดับโรงพยาบาลและในภาพรวมของจังหวัดหรือประเทศและการวิเคราะห์ข้อมูลที่สำคัญที่เกี่ยวกับความมั่นคงขององค์กร ทั้งในเรื่องการบริหารความเสี่ยง การควบคุมภายใน และการพัฒนารับรองคุณภาพโดยหัวหน้าหน่วยงาน/ตัวแทนทุกหน่วยงานประชุมเพื่อรวบรวมความคิดเห็นในประเด็นที่สำคัญเพื่อนำมาจัดทำร่างแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลและได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์การสาธารณสุข และการบริหารจัดการระยะ5ปี(2568-2572) ประกอบไปด้วยวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าประสงค์เชิงกลยุทธ์ ระยะ 5 ปี ยุทธศาสตร์ SO/ST/WO/WT ค่านิยมหลัก นโยบายและจุดเน้น (เข็มมุ่ง) เส้นทางสู่ความสำเร็จ (Roadmap) ตารางกำหนดวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์/ตัวชี้วัดPI&OKRs/Project based ระยะ 5 ปี ตารางกำหนดแผนปฏิบัติการ (โครงการ/งาน/กิจกรรม) (12 Roadmap/18 โครงการ) แผนปฏิบัติการ ปี 2568-2569 (12 Roadmap/18 โครงการ) และได้สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลพูนพิณ ประจำปีงบประมาณ 2568

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลพูนพิณ ประจำปีงบประมาณ 2568



แผนภูมิที่ 2 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลพูนพิณ
ประจำปีงบประมาณ 2568

จากแผนภูมิพบว่าตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลพูนพิณ จำนวน 313 ตัวชี้วัด จำแนกตามยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัดที่สามารถดำเนินการได้บรรลุเป้าหมาย จำนวน 187 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 89.74 ตัวชี้วัดที่ไม่สามารถดำเนินการให้บรรลุเป้าหมาย จำนวน 87 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 27.80 ตัวชี้วัดรอการประเมิน จำนวน 32 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 10.22 ตัวชี้วัดที่ไม่มีข้อมูล จำนวน 7 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 2.24

ตารางผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลพูนพิณ ประจำปีงบประมาณ 2568

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
พันธกิจ M1 พัฒนาระบบการแพทย์เฉพาะทางมาตรฐานโรงพยาบาลระดับ S Plus		
ยุทธศาสตร์ SO ยกระดับคุณภาพศูนย์การแพทย์ และมุ่งสู่ความเป็นเลิศด้านการแพทย์ผสมผสาน		
Roadmap1_ศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง : 1.1. กลุ่มโรคเวชศาสตร์ฉุกเฉิน		
R1G1K1 อัตราผู้ป่วย stroke เสียชีวิต	น้อยกว่าร้อยละ 4	ร้อยละ 1.44
R1G1OKR1.1 อัตราผู้ป่วย stroke เข้าถึงบริการทางการแพทย์ตั้งแต่เริ่มมีอาการภายในเวลา 3 ชั่วโมง	ร้อยละ 60	ร้อยละ 47.48
R1G1OKR1.2 อุบัติการณ์ EWS stroke ลำช้า เท่ากับ 0	เท่ากับ 0	เท่ากับ1
R1G1OKR1.3 อุบัติการณ์ EWS stroke ผิดพลาด เท่ากับ 0	เท่ากับ 0	เท่ากับ1
R1G1OKR1.4 อุบัติการณ์วินิจฉัย Stroke ลำช้าเท่ากับ 0	เท่ากับ 0	เท่ากับ0
R1G1K2 อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย STEMI	น้อยกว่าร้อยละ 6	ร้อยละ 10
R1G1OKR2.1 อัตรากลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย STEMI เข้าถึงบริการทางการแพทย์ตั้งแต่เริ่มมีอาการภายในเวลา 30 นาที	ร้อยละ 60	ร้อยละ 33.34
R1G1OKR2.2 อุบัติการณ์ EWS STEMI ลำช้า เท่ากับ 0	เท่ากับ 0	เท่ากับ 0
R1G1OKR2.3 อุบัติการณ์ EWS STEMI ผิดพลาด เท่ากับ 0	เท่ากับ 0	เท่ากับ 0
R1G1OKR2.4 อุบัติการณ์วินิจฉัย STEMI ลำช้า เท่ากับ 0	เท่ากับ 0	เท่ากับ 0
R1G1OKR2.5 อุบัติการณ์วินิจฉัย STEMI ผิดพลาด เท่ากับ 0	เท่ากับ 0	เท่ากับ 0
R1G1OKR2.6 อัตราผู้ป่วย STEMI ได้รับการส่งต่อเพื่อทำ PCI ภายใน 120 นาที ภายหลังวินิจฉัย	ร้อยละ 100	ร้อยละ 92.86
R1G1K3 อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย sepsis	น้อยกว่าร้อยละ 26	ร้อยละ 0
R1G1OKR3.1 อัตรากลุ่มเสี่ยง Sepsis ได้รับการประเมินภาวะ Sepsis ด้วย NEWS	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
R1G1OKR3.2 อุบัติการณ์วินิจฉัย Sepsis ลำช้า เท่ากับ 0	เท่ากับ 0	เท่ากับ 0
R1G1OKR3.3 อุบัติการณ์ EWS Sepsis ลำช้า เท่ากับ 0	เท่ากับ 0	เท่ากับ 0
R1G1OKR3.4 อุบัติการณ์การให้สารน้ำไม่เหมาะสม เท่ากับ 0	เท่ากับ 0	เท่ากับ 0
R1G1OKR3.5 อุบัติการณ์ Refer ผู้ป่วย Sepsis ลำช้า เท่ากับ 0	เท่ากับ 0	เท่ากับ 0
Roadmap1_ศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง : 1.2. กลุ่มโรคอายุรกรรม		
R1.2G1K1 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยเบาหวาน (DKA hypoglycemic coma/ DR CKD DM foot Stroke STEMI)	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 2	DKA ร้อยละ 0.02 hypoglycemic coma ร้อยละ 1.52 DR ร้อยละ 0.70 CKD ร้อยละ 7.93 DM Foot ร้อยละ 3.80 Stroke ร้อยละ 0.08 STEMI ร้อยละ 0

ตารางผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลพูนพิณ ประจำปีงบประมาณ 2568

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
R1.2G1OKR1.1 อัตราผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตาม เกณฑ์ HbA1c น้อยกว่า 7mg%	ร้อยละ 60	ร้อยละ 48.82
R1.2G1OKR1.2 อุบัติการณ์ผู้ป่วยเบาหวานไม่ได้ปรับยาตามข้อบ่งชี้แนวทางเวชปฏิบัติ	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 2	ร้อยละ 6
R1.2G1OKR1.3 อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการคัดกรองโรคแทรกซ้อน ตา ไต เท้า ช่องปาก	ร้อยละ 60	ตา ร้อยละ 49.85 เท้า ร้อยละ 40.64 ไต ร้อยละ 33.84 ช่องปาก ร้อยละ 52.61
R1.2G1OKR1.4 อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงได้รับการคัดกรอง CVD risk	ร้อยละ 100	ร้อยละ 88.05
R1.2G1OKR1.5 อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สมัครใจเข้าสู่ระยะสงบ (remission)	ร้อยละ 20	ร้อยละ 66.84
R1.2G1K2 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (CKD/Stroke/STEMI)	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 2	CKD ร้อยละ 0 Stroke ร้อยละ 0.02 STEMI ร้อยละ 0
R1.2G1OKR2.1 อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 140/90 mmHg)	ร้อยละ 80	ร้อยละ 69.11
R1.2G1OKR2.2 อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่เป็น CKD 1-4 ได้รับยา ACEi/ARB	มากกว่าร้อยละ 60	ร้อยละ 66.88
R1.2G1K3 อัตราการเกิดไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End stage renal disease, ESRD)	น้อยกว่าร้อยละ 2	ร้อยละ 5.18
R1.2G1OKR3.1 อัตราผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5ml/min/1.73m ² /yr	ร้อยละ 60	ร้อยละ 80.79
R1.2G1OKR3.2 อัตราผู้ป่วยCKD stage 3b ที่ไม่สามารถควบคุมชะลอความเสื่อมของไตและมีพฤติกรรมกินเค็ม/ใช้ยาNSAIDs/สมุนไพรที่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	ร้อยละ 100	N/A
R1.2G1K4 อัตราของผู้ป่วย COPD เกิดภาวะ Respiratory failure	เท่ากับ 0	เท่ากับ 9
R1.2G1OKR4.2 อัตราผู้ป่วย COPD ที่มาด้วย Acute exacerbation ลดลง	ลดลงร้อยละ 50	ร้อยละ 58.05
R1.2G1OKR4.3 อัตราผู้ป่วย COPD re - admitted ภายใน 28 วัน	น้อยกว่า 0.5	ร้อยละ 0.2
Roadmap1_ศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง : 1.3. กลุ่มโรคศัลยกรรม		
R1.3G1K1 อัตราการเกิดมะเร็งด้านมรยาใหม่ลดลง	น้อยกว่าร้อยละ 8	ร้อยละ 0
R1.3G1OKR1.1 อัตราการคัดกรองมะเร็งด้านมในสตรีอายุ 30-70 ปี	ร้อยละ 80	ร้อยละ 98.74
R1.3G1OKR1.2 อัตราผู้ที่มีผลการคัดกรองด้านมผิดปกติได้รับการส่งตรวจแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
R1.3G1K2 อัตราการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงรายใหม่ลดลง	เท่ากับ 6	เท่ากับ 0

ตารางผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลพูนพิณ ประจำปีงบประมาณ 2568

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
R1.3G1OKR2.1 อัตราการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงในกลุ่มอายุ 50-70 ปี	ร้อยละ 50	ร้อยละ 168.97
R1.3G1OKR2.2 อัตราผู้ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
Roadmap1_ศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง : 1.5. กลุ่มโรคสูติ-นรีเวชกรรม		
R1.4G1K1 หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงเข้าถึงบริการคลินิกความเสี่ยง	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
R1.4G1OKR1.1 หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงได้รับการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์	มากกว่าร้อยละ 75	ร้อยละ 75.47
R1.4G1OKR1.2 หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงได้รับการฝากครรภ์ครบ 8 ครั้งตามเกณฑ์	มากกว่าร้อยละ 50	ร้อยละ 75.47
R1.4G1OKR1.3 หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงได้รับการดูแลรักษาในโรงพยาบาลโดยสหสาขาวิชาชีพ/ส่งต่อ	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
R1.4G1K2 อัตราการเกิดภาวะPPH	น้อยกว่าร้อยละ 3	ร้อยละ 0
R1.4G1OKR2.1 อัตราผู้ป่วยที่เกิดอาการเปลี่ยนแปลงได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างทันท่วงทีก่อน เข้าสู่ภาวะวิกฤติ	ร้อยละ 100	ร้อยละ 0
R1.4G1OKR2.2 จำนวนอุบัติการณ์เกิดการฉีกขาดของช่องทางคลอดระดับ 3 ขึ้นไป เท่ากับ 0	เท่ากับ 0	เท่ากับ 0
R1.4G1OKR2.3 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการประเมินน้ำหนักของทารกในครรภ์ $\geq 3,500$ กรัมขึ้นไปได้รับการส่งต่อตามแนวทางที่กำหนด	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
R1.4G1OKR2.4 อุบัติการณ์เกิดภาวะรกค้างเท่ากับ 0	เท่ากับ 0	เท่ากับ 1.66
R1.4G1K3 อัตราทารกคลอดก่อนกำหนดลดลง	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 5	ร้อยละ 3.33
R1.4G1OKR3.1 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเข้ารับบริการทันเวลา	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85	ร้อยละ 100
R1.4G1OKR3.2 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดยับยั้งการคลอดได้สำเร็จ	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
R1.4G1K4 อัตราการเกิด Eclampsiaในหญิงตั้งครรภ์ PIH เท่ากับ 0	เท่ากับ 0	เท่ากับ 0
R1.4G1OKR4.1 หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ Preeclampsia ได้รับการประเมิน Early Warning Signs ถูกต้อง รวดเร็ว	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
Roadmap1_ศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง : 1.7. กลุ่มโรคจิตเวช		
R1.5G1K1 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	น้อยกว่า 7.8 ต่อแสนประชากร	ร้อยละ 0
R1.5G1OKR1.1 อัตรา 7 กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80.65
R1.5G1OKR1.2 อัตราผู้ป่วยซึมเศร้าในผู้ใหญ่เข้าถึงบริการสุขภาพจิต	ร้อยละ 100	ร้อยละ 94.30

ตารางผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลพูนพิณ ประจำปีงบประมาณ 2568

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
R1.5G1OKR1.3 อัตราผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ขาดยาได้รับการติดตามรักษาอย่างต่อเนื่อง	ร้อยละ 100	ร้อยละ 90.45
R1.5G1K2 อัตราผู้ป่วย SMI-V ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่นทำลายทรัพย์สินและก่อคดีอาญาเท่ากับ 0	เท่ากับ 0	เท่ากับ 0
R1.5G1OKR2.1 อัตรากลุ่มเสี่ยง SMI-V ติดสุราเรื้อรัง/สารเสพติด สมัครใจเข้ารับการบำบัด	ร้อยละ 60	ร้อยละ 0
R1.5G1OKR2.2 อัตรากลุ่มเสี่ยง SMI-V (ติดสุราเรื้อรัง/สารเสพติด) ที่เข้ารับการบำบัด drop out ลดลง	ร้อยละ 30	ร้อยละ 0
R1.5G1OKR2.3 อัตราผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดจนครบเกณฑ์ไม่กลับไปเสพซ้ำในรอบ 1 ปี	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
R1.5G1OKR2.4 อัตราผู้ป่วย SMI-V สีแดง ได้รับการติดตามรักษาแบบเข้มข้น	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
R1.5G1K3 อัตราผู้ป่วยซึมเศร้าวัยรุ่นพยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี	ร้อยละ 100	ร้อยละ 87.5
R1.5G1OKR3.1 อัตราวัยรุ่นอายุ 13-19 ปี ในโรงเรียนมัธยมศึกษาและโรงเรียนขยายโอกาสได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า	ร้อยละ 80	กำลังดำเนินการ
R1.5G1OKR3.2 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นอายุ 13-19 ปีเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	ร้อยละ 100	ร้อยละ 95.34
R1.5G1OKR3.3 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ขาดยาได้รับการติดตามรักษาอย่างต่อเนื่อง	ร้อยละ 100	ร้อยละ 97.10
Roadmap1_ศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง : 1.8. กลุ่มโรคจักษุ หู คอ จมูก		
R1.6G1K1 อัตราผู้ป่วย Blinding Cataract เกิดภาวะแทรกซ้อน Glaucoma ลดลง	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
R1.6G1OKR1.1 ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรอง Cataract	ร้อยละ 60	ร้อยละ 84.92
R1.6G1OKR1.2 ผู้ป่วยตาต้อกระจกที่มีภาวะ low vision ได้พบจักษุแพทย์	ร้อยละ 100	ร้อยละ 103.84
R1.6G1OKR1.3 ผู้ป่วย Cartaract ที่มีภาวะ Low vision ได้รับการผ่าตัดภายใน 120 วัน	ร้อยละ 100	ร้อยละ 72.92
R1.6G1OKR1.4 ผู้ป่วย Blinding cataract ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน เพิ่มขึ้น	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
R1.6G1OKR1.5 ผู้ป่วย Blinding cataract ที่ปฏิเสธการรักษาได้รับการติดตามเข้ารับการรักษา	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
R1.6G1K2 อัตราผู้ป่วย DR สูญเสียการมองเห็นลดลง	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
R1.6G1OKR2.1 ผู้ป่วย mild NPDRได้รับการตรวจซ้ำภายใน 3-6 เดือน	ร้อยละ 100	ร้อยละ 73.80

ตารางผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลพูนพิณ ประจำปีงบประมาณ 2568

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
R1.6G1OKR2.2 ผู้ป่วย Moderate NPDR ได้รับการตรวจซ้ำภายใน 3-6 เดือน	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
R1.6G1OKR2.3 ผู้ป่วย severe NPDR ได้รับการตรวจโดยจักษุแพทย์	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
พันธกิจ M1_พัฒนาระบบการแพทย์เฉพาะทางมาตรฐานโรงพยาบาลระดับ S Plus		
ยุทธศาสตร์ SO_ยกระดับคุณภาพศูนย์การแพทย์ และมุ่งสู่ความเป็นเลิศด้านการแพทย์ผสมผสาน		
Roadmap 2 ศูนย์ทันตกรรม		
R2G1K1 อัตราเด็กอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity free)	ร้อยละ 75	ร้อยละ 74
R2G1OKR1.1 อัตราเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันน้ำนมผุ	ร้อยละ 70	ร้อยละ 67.26
R2G1OKR1.2 อัตราเด็กอายุ 12 ปี ปราศจากฟันแท้ผุ	ร้อยละ 70	ร้อยละ 66
R2G1K2 อัตราผู้สูงอายุมีฟันหลัง (แท้หรือเทียม) ใช้งานที่เหมาะสม (ไม่น้อยกว่า 4 คู่สบ)	ร้อยละ 45	ร้อยละ 39.34
R2G1OKR2.1 อัตราผู้สูงอายุได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	ร้อยละ 20	ร้อยละ 29.8
R2G1OKR2.2 อัตราผู้สูงอายุได้รับการบริการทางทันตกรรม	ร้อยละ 20	ร้อยละ 30.79
R2G1OKR2.3 ผู้สูงอายุได้รับการใส่ฟันเทียมทั้งปากหรือเกือบทั้งปากปีละ 50 ราย	ร้อยละ 100	ร้อยละ 160
R2G1K3 อัตราวัยทำงานอายุ 15-59 ปี ได้รับการบริการทันตกรรม	ร้อยละ 10	ร้อยละ 11.13
R2G1K4 อัตราการให้บริการทันตกรรมเฉพาะทางเพิ่มขึ้น	เพิ่มขึ้นร้อยละ 2	เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.41
R2G1OKR4.1 อัตราการให้บริการทันตกรรมเฉพาะทางสาขาทันตกรรมประดิษฐ์แบบถอดได้ ปีละ 100 ราย	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
R2G1OKR4.2 อัตราการให้บริการทันตกรรมเฉพาะทางสาขาทันตกรรมรากฟันเทียมปีละ 2 ราย	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
R2G1OKR4.3 อัตราการให้บริการทันตกรรมเฉพาะทางสาขาทันตกรรมเอ็นโดดอนต์ ปีละ 20 ราย	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
R2G1OKR4.4 อัตราการให้บริการทันตกรรมเฉพาะทางสาขาศัลยศาสตร์ช่องปากปีละ 150 ราย	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
R2G1OKR4.5 อัตราการให้บริการทันตกรรมเฉพาะทางสาขาทันตกรรมประดิษฐ์แบบติดแน่น ปีละ 50 ราย	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
พันธกิจ M1_พัฒนาระบบการแพทย์เฉพาะทางมาตรฐานโรงพยาบาลระดับ S Plus		
ยุทธศาสตร์ SO_ยกระดับคุณภาพศูนย์การแพทย์ และมุ่งสู่ความเป็นเลิศด้านการแพทย์ผสมผสาน		
Roadmap 3 Wellness Center		
R3G1K1 ร้อยละของผู้ป่วย IMC ได้รับการฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือนหรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน	≥ร้อยละ 90	ร้อยละ 100
R3G1OKR1.1 ร้อยละของผู้ป่วย IMC (ผู้ป่วยใน) มีค่าคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 คะแนนเมื่อได้รับการฟื้นฟูสภาพในหอผู้ป่วย IMC ward	≥ร้อยละ 80	ร้อยละ 100

ตารางผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลพูนพิณ ประจำปีงบประมาณ 2568

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
R3G1OKR1.2 ร้อยละของผู้ป่วย IMC (ผู้ป่วยนอก) ได้รับการฟื้นฟูสภาพ จำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้งภายในระยะเวลา 6 เดือน	≥ร้อยละ 75	ร้อยละ 93.89
R3G1K2 อัตราผู้ป่วยโรค DM/HT/CKD stage b/CVD risk >30/ Stroke/OA knee/Palliative care ได้รับการบริการด้วยศาสตร์แพทย์ แผนไทยและแพทย์ทางเลือก	ร้อยละ 10	ร้อยละ 24.19
R3G1OKR2.1 อัตราผู้ป่วย DM ที่มีค่า HbA1C มากกว่าหรือเท่ากับ 8 ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก	ร้อยละ 10	ร้อยละ 10.27
R3G1OKR2.2 อัตราผู้ป่วย HT ที่มีระดับความดันโลหิต มากกว่าหรือ เท่ากับ 160/100 mmHg ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยและ แพทย์ทางเลือก	ร้อยละ 10	ร้อยละ 13.27
R3G1OKR2.3 อัตราผู้ป่วย CKD stage 3b ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์ แพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก	ร้อยละ 10	ร้อยละ 2.58
R3G1OKR2.4 อัตราผู้ป่วย Stroke ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์แพทย์แผน ไทยและแพทย์ทางเลือก	ร้อยละ 65	ร้อยละ 66.97
R3G1OKR 2.4.1 อัตราการฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก	ร้อยละ 80	ร้อยละ 88.89
R3G1OKR2.4.2 อัตราการฟื้นฟูผู้ป่วยด้วยการฝังเข็มหรือฝังเข็มกระตุ้น ไฟฟ้า	ร้อยละ 65	ร้อยละ 68.52
R3G1OKR2.5 อัตราผู้ป่วย OA Knee ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์แพทย์ แผนไทยและแพทย์ทางเลือก	มากกว่าร้อยละ 25	ร้อยละ 36.40
R3G1OKR2.6 อัตราผู้ป่วย PC (IPD) ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์ การแพทย์แผนไทย	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60.00
R3G1K3 ร้อยละผู้ป่วย DM/ HT/ CKD/ ANC/ IMC/ palliative care ที่ได้รับการให้โภชนศึกษา/โภชนบำบัด	ร้อยละ 80	ร้อยละ 86.36
R3G1OKR3.1 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการให้โภชนศึกษา/ โภชนบำบัด	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85.56
R3G1OKR3.2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการให้โภชน ศึกษา/โภชนบำบัด	ร้อยละ 80	ร้อยละ 88.2
R3G1OKR3.3 ร้อยละของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง(ระยะที่ 3b-4 ได้รับการให้ โภชนศึกษา/โภชนบำบัด	ร้อยละ 80	ร้อยละ 82.25
R3G1OKR3.4 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการให้โภชน ศึกษา/โภชนบำบัด	ร้อยละ 80	ร้อยละ 76.13
R3G1OKR3.5 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ในคลินิก ANC ที่มีปัญหาทาง โภชนาการได้รับการให้ความรู้/คำปรึกษาทางด้านโภชนาการโภชนบำบัด	ร้อยละ 80	ร้อยละ 87.41
R3G1OKR3.6 ร้อยละของผู้ป่วย IMC ได้รับการดูแลทางด้านโภชนาการ	ร้อยละ 80	ร้อยละ 94.44

ตารางผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลพูนพิน ประจำปีงบประมาณ 2568

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
R3G1OKR3.7 ร้อยละของผู้ป่วย palliative care ได้รับการดูแลทางด้านโภชนาการ	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90.53
R3G1K4 อัตราผู้สูงอายุ มีคุณภาพชีวิตที่ดี	ร้อยละ 90	ร้อยละ 91.14
R3G1OKR4.1 ร้อยละผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง 9 ด้าน	ร้อยละ 90	ร้อยละ 92.77
R3G1OKR4.2 ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงด้านความคิดความจำและด้านการเคลื่อนไหวได้รับคำแนะนำและส่งเสริมป้องกัน	ร้อยละ 40	ความคิดความจำ ร้อยละ 93.16 การเคลื่อนไหว ร้อยละ 88.2
R3G1OKR4.3 ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง 9 ด้าน ได้รับการดูแลในคลินิกผู้สูงอายุ	ร้อยละ 40	ร้อยละ 48.78
R3G1K5 อัตราผู้ป่วยประคับประคองเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี	ร้อยละ 80	ร้อยละ 100
R3G1OKR5.1 ผู้ป่วย Palliative care ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ACP	ร้อยละ 70	ร้อยละ 86.6
R3G1OKR5.2 ผู้ป่วย Palliative care (มะเร็ง) ที่มีข้อบ่งชี้ได้รับ Opioid	ร้อยละ 50	ร้อยละ 61.26
R3G1OKR5.3 มีชุมชนต้นแบบในการดูแลผู้ป่วย PC อย่างน้อย 1 ชุมชน	1 ชุมชน	กำลังดำเนินการ
พันธกิจที่ : M1 พัฒนาระบบการแพทย์เฉพาะทางมาตรฐานโรงพยาบาลระดับ S Plus		
ยุทธศาสตร์ : ST_พัฒนายุทธศาสตร์ความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายจัดบริการสุขภาพเชิงรุก 1) Excellent EMS & Refer 2) Mobile Doctor Service		
Roadmap 4 Excellent Fast track system		
R4G2K1 อัตราผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	ร้อยละ 30	ร้อยละ 43.65
R4G2OKR1.1 อัตราคร่าวเรือนกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรค 3S มีความรอบรู้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน	ร้อยละ 80	N/A
R4G2OKR1.2 ระดับความสำเร็จในการสนับสนุนอบต.มะลวนจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐาน	1 แห่ง	กำลังดำเนินการ
R4G2OKR1.3 อัตราโรงเรียนประถมศึกษา/มัธยมศึกษาเข้าร่วมโครงการความรอบรู้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน	ร้อยละ 80	N/A
R4G2K2 อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อได้รับการรักษาเหมาะสม ถูกต้องปลอดภัย	ร้อยละ 100	ร้อยละ 99.47
R4G2OKR2.1 อัตราผู้ป่วยส่งต่อได้รับการประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนส่งต่อได้ถูกต้อง	ร้อยละ 100	ร้อยละ 99.47
R4G2OKR2.2 อุบัติการณ์การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขณะส่งต่อผู้ป่วย (ระดับ E ขึ้นไป) เท่ากับ 0	เท่ากับ 0	เท่ากับ 13
R4G2OKR2.3 จัดตั้งศูนย์ประสานงานการรับส่งต่อผู้ป่วยหรือมีหน่วยงานที่รับผิดชอบตลอด 24 ชั่วโมง	1 แห่ง	1 แห่ง
R4G2K3 อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน(ช่วงวัย 1 -18 ปี) (*ใช้ฐานข้อมูลรพ.เริ่มในปี 69)	ลดลง ร้อยละ 3	ร้อยละ 200

ตารางผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลพูนพิณ ประจำปีงบประมาณ 2568

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
R4G2OKR3.1 อัตราผู้ป่วยTBI มาถึงโรงพยาบาลนับจากเวลาเกิดเหตุไม่เกิน 30 นาที	ร้อยละ 80	ร้อยละ 77.43
R4G2OKR3.2 อัตราผู้ป่วย mild HI high risk ที่ได้รับการทำ Investigate CT Scan เพื่อประกอบการวินิจฉัยความรุนแรงของโรค	ร้อยละ 100	ร้อยละ 101
R4G2OKR3.3 อุบัติการณ์การเสียชีวิตขณะส่งต่อ	เท่ากับ 0	เท่ากับ 0
ยุทธศาสตร์ : WT ปฏิรูประบบบริหารจัดการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกในกลุ่มโรค NCDs จิตเวชและยาเสพติด		
Roadmap 5 สร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก		
Roadmap 5 สร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก		
R5G3K1 อัตราผู้ป่วยรายใหม่ลดลง	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 5	DM ร้อยละ 18.52 HT ร้อยละ 71.97
R5G3OKR1.1 อัตรากลุ่มเสี่ยง DM/HT ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัย	ร้อยละ 80	DM ร้อยละ 93.01 HT ร้อยละ 92.43
R5G3OKR1.2 อัตรากลุ่มสงสัยป่วย DM/HT ได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจัย	ร้อยละ 80	DM ร้อยละ 79.69 HT ร้อยละ 85.54
R5G3OKR1.3 อัตรากลุ่มเสี่ยง (Pre-DM/Pre-HT) ได้รับการติดตามเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	ร้อยละ 80	ร้อยละ 78.82
R5G3OKR1.4 อัตรากลุ่มเสี่ยง DM/HT ได้รับการปรับเปลี่ยนมีผลระดับน้ำตาลและระดับความดันดีขึ้น	ร้อยละ 50	ร้อยละ 41.79
R5G3K2 อัตราการป่วยวัณโรครายใหม่ลดลง	ร้อยละ 88	ร้อยละ 50
R5G3OKR2.1 อัตราการคัดกรองวัณโรคในประชากร 7 กลุ่มเสี่ยง	ร้อยละ 85	ร้อยละ 79.89
R5G3OKR2.2 อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	ร้อยละ 85	ร้อยละ 64.10
R5G3OKR2.3 อัตราการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคระยะแฝง	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85.86
R5G3OKR2.4 ผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่ในระหว่างการรักษาและควบคุมวัณโรค (DOT) อย่างเคร่งครัด	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
R5G3K3 อัตราผู้ป่วยรายใหม่จิตเวชและยาเสพติด	น้อยกว่าร้อยละ 30	ร้อยละ 7.4
R5G3OKR3.1 อัตรากลุ่มเสี่ยง(ติดสุราเรื้อรัง/ติดสารเสพติด) สมัครใจเข้าร่วมรับการบำบัด	ร้อยละ 60	ร้อยละ 74.25
R5G3OKR3.2 อัตราผู้ป่วยที่มีผลประเมิน ST-5 ในระดับเครียดสูงได้รับการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยา	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
R5G3OKR3.3 อัตราผู้ป่วยในชุมชนที่มีผลการประเมิน 2Q Plus Positive ได้รับการประเมิน 9Q	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
R5G3OKR3.4 อัตราผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการประเมินความเครียดด้วยแบบประเมินความเครียด (ST-5)	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
R5G3OKR3.5 อัตราผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q)	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100

ตารางผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลพูนพิณ ประจำปีงบประมาณ 2568

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
R5G3OKR3.6 อัตราผู้ป่วยยาเสพติดที่สูบบุหรี่ได้รับการคัดกรองการเสพติดนิโคติน	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
R5G3OKR3.7 อัตราผู้ป่วยยาเสพติดที่ดื่มสุราได้รับการคัดกรองด้วยแบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT)	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
R5G3OKR3.8 ผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุได้รับการประเมิน 8Q ทุกราย	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
พันธกิจที่ : M1 พัฒนาระบบการแพทย์เฉพาะทางมาตรฐานโรงพยาบาลระดับ S Plus		
ยุทธศาสตร์ : WT ปฏิรูประบบบริหารจัดการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกในกลุ่มโรค NCDs จิตเวชและยาเสพติด		
Roadmap 6 การแพทย์ปฐมภูมิ		
R6G3K1 สัดส่วนการใช้บริการ OPD ระหว่างโรงพยาบาลกับ PCU เท่ากับ 90 : 10	เท่ากับ 90 : 10	เท่ากับ 12.4
R6G3OKR1.1 จำนวนประชาชนเข้ารับบริการที่ PCU	เพิ่มขึ้นร้อยละ 10	ร้อยละ 4.6
R6G3OKR1.2 ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามมารับบริการที่ PCU	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80
R6G3OKR1.3 อัตราการขาดนัดของผู้ป่วย DM/HT เท่ากับ 0	เท่ากับ 0	เท่ากับ 0
R6G3OKR1.4 ผู้ป่วย DM/HT ที่มีภาวะแทรกซ้อนได้รับการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
R6G3K2 อัตราหมู่บ้าน/ชุมชนสามารถจัดการปัญหาโรค NCDs/โรคซึมเศร้าผู้ใหญ่/โรคซึมเศร้าวัยรุ่น/SMI-V ในระดับดีมาก-ดีเยี่ยมเพิ่มขึ้น	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 10	อยู่ระหว่างดำเนินการ
R6G3OKR2.1 อัตราภาคีเครือข่าย (อสม./Caregiver/นักบริบาล/พชอ./ศปอ./ฯลฯ)ได้รับการพัฒนาทักษะการจัดการปัญหา โรค NCDs/โรคซึมเศร้าผู้ใหญ่/โรคซึมเศร้าวัยรุ่น /SMI-V เพิ่มขึ้น	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 10	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 10.51
R6G3OKR2.2 อัตรากลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย โรค NCDs /โรคซึมเศร้าผู้ใหญ่/โรคซึมเศร้าวัยรุ่น /SMI-V มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 80	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 81.16
R6G3K3 อัตรากลุ่มป่วยHomeward กลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิมภายใน 28 วัน	น้อยกว่าร้อยละ 5	ร้อยละ 0
R6G3OKR3.1 อัตรากลุ่มป่วยที่มีภาวะ Hyperglycemia ได้รับการดูแลผู้ป่วยในบ้าน	ร้อยละ 50	ร้อยละ 3.62
R6G3OKR3.2 อัตรากลุ่มป่วยที่มีภาวะ Hypertension crisis ได้รับการดูแลผู้ป่วยในบ้าน	ร้อยละ 50	ร้อยละ 5.63
R6G3OKR3.3 อัตรากลุ่มป่วยที่มีภาวะ decubitus ulcer and pressure area ได้รับการดูแลผู้ป่วยในบ้าน	ร้อยละ 50	ร้อยละ 23.27
R6G3OKR3.4 อัตรากลุ่มป่วยที่มีภาวะ UTI ได้รับการดูแลผู้ป่วยในบ้าน	ร้อยละ 50	ร้อยละ 0
R6G3OKR3.5 อัตรากลุ่มป่วย Palliative care ได้รับการดูแลผู้ป่วยในบ้าน	ร้อยละ 70	ร้อยละ 87.4

ตารางผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลพูนพิน ประจำปีงบประมาณ 2568

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
R6G3OKR3.6 อัตรากลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะ Covid-19	ร้อยละ 50	ร้อยละ 42.14
R6G3OKR3.7 อัตรากลุ่มผู้ป่วยความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม ที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทได้รับการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน	ร้อยละ 50	N/A
R6G3OKR3.8 อัตรากลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะ โรคจิตเภทและพฤติกรรมแบบโรคจิตเภท และโรคหลงผิดได้รับการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน	ร้อยละ 50	N/A
R6G3OKR3.9 อัตรากลุ่มผู้ป่วยความผิดปกติทางอารมณ์ได้รับการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน	ร้อยละ 50	N/A
R6G3OKR3.11 อัตรากลุ่มผู้ป่วย Palliative care Active dying PPS	มากกว่าร้อยละ 30	N/A
พันธกิจที่ : M2 พัฒนาระบบคุณภาพโรงพยาบาลขึ้นก้าวหน้า		
ยุทธศาสตร์ : WO พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการโรงพยาบาลดิจิทัล ระดับ S Plus		
Roadmap 7 ระบบสนับสนุนการรักษาพยาบาล		
R7G4K1 อัตราอุบัติการณ์ ความเสี่ยงที่มีระดับความรุนแรงสูง (Clinic/Non clinic) ลดลง	ร้อยละ 25	ร้อยละ 0.85
R7G4OKR1.1 อัตราความสมบูรณ์ของ risk register & risk profile เพิ่มขึ้น	เพิ่มขึ้นร้อยละ 100	กำลังดำเนินการ
R7G4OKR1.2 อุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไปในมาตรฐานสำคัญ จำเป็น 9 ด้าน (SIMPLE)	เท่ากับ 0	เท่ากับ 0
R7G4OKR1.3 อัตราอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับความรุนแรงสูง (Clinic/Non clinic) ได้รับการจัดทำ RCA/CQI/R2R	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
R7G4OKR1.3.1 ร้อยละผลการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัย	ร้อยละ 80	ร้อยละ 74
R7G4OKR1.4 จำนวนอุบัติการณ์วินิจัยคลาดเคลื่อนโรคยุทธศาสตร์ระดับ E ขึ้นไป	เท่ากับ 0	รอการทบทวน
R7G4K2 จำนวนอุบัติการณ์วินิจัยคลาดเคลื่อนโรคยุทธศาสตร์ระดับ E ขึ้นไป	เท่ากับ 0	รอการทบทวน
R7G4OKR2.1 อุบัติการณ์ความเสี่ยงทางการพยาบาล ระดับ E ขึ้นไป เท่ากับ 0	เท่ากับ 0	เท่ากับ 13
R7G4OKR3.1 หน่วยงานทางการพยาบาล มี Productivity ที่เหมาะสม OPD ER LR IPD	ร้อยละ 80	OPD ร้อยละ 100.63 ER ร้อยละ 107.63 LR ร้อยละ 93.67 IPD ร้อยละ 131.06 NSO ร้อยละ 108.24
R7G4OKR3.2 ร้อยละบุคลากรทางการพยาบาลผ่านการประเมินสมรรถนะเฉพาะ (specific competency)ตามกลุ่มโรคยุทธศาสตร์ และโรคที่สำคัญทางการพยาบาล	ร้อยละ 90	OPD ร้อยละ 95.23 ER ร้อยละ 94.44 LR ร้อยละ 92.86

ตารางผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลพูนพิณ ประจำปีงบประมาณ 2568

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
R7G4OKR3.3 อัตราอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางการพยาบาลระดับ E ขึ้นไปได้รับการนิเทศ ติดตามและแก้ไข	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
R7G4OKR3.4 ข้อร้องเรียนทางการพยาบาลระดับ 3 ขึ้นไป	เท่ากับ 0	เท่ากับ 2
R7G4K4 GREEN & CLEAN Hospital Challenge ผ่านระดับท้าทาย	ผ่าน	ผ่าน ระดับท้าทาย
R7G4OKR4.1 รพ.ส.ในเครือข่ายเข้าร่วม การประเมินและได้รับการรับรองตามเกณฑ์ Sub-District Health Promoting Hospital ระดับมาตรฐานขึ้นไป	ร้อยละ 60	ผ่านระดับดี
R7G4OKR4.2 รพ.มีจำนวนนวัตกรรมด้าน GREEN 2 เรื่อง/ปี และมีงานวิจัยหรือ R2R ด้าน GREEN 2 เรื่อง/ปี	2 เรื่อง/ปี	อยู่ระหว่างดำเนินการ
R7G4OKR4.3 โรงพยาบาลผ่านการประเมินการจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลในระดับดีขึ้นไป	ระดับดีขึ้นไป	ระดับดีมาก
R7G4OKR4.4 อุบัติการณ์ความไม่เพียงพอ/ไม่พร้อมใช้/ใช้ไม่ถูกวิธีของเครื่องมือแพทย์	เท่ากับ 0	เท่ากับ 0
R7G4OKR4.5 ร้อยละของหน่วยงานมีการดำเนินงาน 5 ส ระดับดีขึ้นไป	ร้อยละ 60	จัดทำเกณฑ์แนวทาง ออกแบบ
R7G4K5 อัตราการติดเชื้อที่สำคัญในโรงพยาบาล	น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 0.35	ร้อยละ 0.33
R7G4OKR5.1 อัตราการติดเชื้อ CAUTI	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1:1000 day / cath	0.62 day / cath
R7G4OKR5.2 อัตราการติดเชื้อดื้อยาในชุมชน	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10	ร้อยละ 27.02
R7G4K6 อัตราความสมบูรณ์เวชระเบียนตามโรคยุทธศาสตร์	ร้อยละ 80	ร้อยละ 100
R7G4OKR6.1 อัตราความสมบูรณ์เวชระเบียนตามโรคยุทธศาสตร์ในผู้ป่วยนอก	ร้อยละ 80	ร้อยละ 86.71
R7G4OKR6.2 อัตราความสมบูรณ์เวชระเบียนตามโรคยุทธศาสตร์ในแผนกผู้ป่วยใน	ร้อยละ 80	ร้อยละ 87.65
R7G4K7 อุบัติการณ์ Medication error with harms ระดับ E ขึ้นไป	เท่ากับ 0	เท่ากับ 0
R7G4OKR7.1 โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐานความปลอดภัยด้านยา	ระดับ 5	4.36
R7G4OKR7.2 Medication error: ผู้ป่วยนอก (ต่อ 1,000 ใบสั่งยา) ลดลงตามค่า	- Prescribing <2 - Pre Dispensing <5 - Dispensing = 0 Administration = 0	Prescribing ร้อยละ 1.57 Pre Dispensing ร้อยละ 2.58 Dispensing ร้อยละ 0.07 Administration ร้อยละ 0.02
R7G4OKR7.3 Medication error: ผู้ป่วยใน (ต่อ 1,000 วันนอน) ลดลงตามค่า	- Prescribing <2 - Pre Dispensing <5	Prescribing ร้อยละ 37 Pre Dispensing

ตารางผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลพูนพิณ ประจำปีงบประมาณ 2568

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
	- Dispensing = 0 Administration = 0	ร้อยละ 8.09 Dispensing ร้อยละ 4.3 Administration ร้อยละ 5.08
R7G4OKR7.4 อุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำเท่ากับ 0	เท่ากับ 0	เท่ากับ 0
R7G4OKR7.5 ผู้ป่วยที่ได้รับ HAD ได้รับการประเมินติดตามตามมาตรฐาน	ร้อยละ 95	ร้อยละ 90.56
R7G4OKR7.6 โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ RDU Hospital	ผ่านเกณฑ์	ไม่ผ่าน
R7G4OKR7.7 ผู้ป่วย DM / CKD ใช้ยาถูกต้อง	ร้อยละ 90	ร้อยละ 78.02
R7G4K8 อุบัติการณ์ความเสี่ยงทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ระดับ D ขึ้นไป	เท่ากับ 0	เท่ากับ 0
R7G4K8OKR8.1 อุบัติการณ์การรายงานค่าวิกฤตล่าช้า	เท่ากับ 0	เท่ากับ 0
R7G4OKR8.2 อุบัติการณ์การรายงานแล็บด่วนไม่ทันเวลา	เท่ากับ 0	เท่ากับ 0
R7G4OKR8.3 อุบัติการณ์สำรองเลือดไม่เพียงพอ/ไม่พร้อมใช้	เท่ากับ 0	เท่ากับ 0
R7G4K9 การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุสมผล (RLU)	ผ่าน	ผ่าน
R7G4OKR9.1 ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจHbA1C อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	>ร้อยละ70	ร้อยละ 78.31
R7G4OKR9.2 ไม่ตรวจ HbA1C ซ้ำ ภายใน 90 วัน	<ร้อยละ10	ร้อยละ 3.43
R7G4OKR9.3 ผู้ป่วย NCDs ลดการตรวจ Lipid Profile ทั้งชุด เพื่อติดตาม LDL	<ร้อยละ20	ร้อยละ 18.6
R7G4K10 ผ่านเกณฑ์มาตรฐานห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยต่อเนื่อง (จำนวนอุบัติเหตุระดับ D ขึ้นไปเท่ากับ 0)	ผ่าน	ผ่าน
R7G4OKR10.1 ร้อยละเอกซเรย์ซ้ำ	ไม่เกินร้อยละ 8	ร้อยละ 7.16
R7G4OKR10.2 จำนวนอุบัติเหตุระดับ D ขึ้นไปเท่ากับ 0 (เปลี่ยน) อุบัติการณ์พลัดตกหกล้มขณะถ่ายรังสีลดลง	เท่ากับ 0	เท่ากับ 0
R7G4K11 ใช้ระบบ AI ในการคัดกรองภาพถ่ายรังสีทรวงอก	ร้อยละ 70	ร้อยละ 100
R7G4OKR11.1 ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง (DM,HT,COPD,CKD,ARV)ได้รับการถ่ายภาพรังสีทรวงอกปีละ 1 ครั้ง	ร้อยละ 100	กำลังดำเนินการ
ยุทธศาสตร์ : WO พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการโรงพยาบาลดิจิทัล ระดับ S Plus		
Roadmap 8 โรงพยาบาลในดวงใจของประชาชนทุกคน		
R8G5K1 ผู้รับบริการมีความผูกพัน	ร้อยละ 80	ร้อยละ 91.79
R8G5OKR1.1 อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนก OPD ระดับมากที่สุด	ร้อยละ 90	ร้อยละ 91.37
R8G5OKR1.2 อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนก IPD ระดับมากที่สุด	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85.85

ตารางผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลพูนพิณ ประจำปีงบประมาณ 2568

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
R8G5OKR1.3 อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการในกลุ่มงานปฐมภูมิ ระดับมากถึงมากที่สุด	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90.34
R8G5OKR1.4 อุบัติการณ์ข้อร้องเรียนจากการรับบริการลดลง	ร้อยละ 5	ร้อยละ 0.006
R8G5K2 จำนวนจิตอาสาและอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการพัฒนาโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น	5 คน/ปี	0 คน/ปี
R8G5K3 ประชาชนเข้าร่วมโครงการบริจาคทรัพย์สิน/เงิน		
R8G5OKR3.1 มูลค่าทรัพย์สิน/เงิน เพิ่มขึ้น	มากกว่า 500,000 บาท/ปี	223,525.52 บาท/ปี
R8G5K4 เครือข่ายคู่ความร่วมมือภาครัฐ/รัฐวิสาหกิจ/อปท./เอกชน/ฯฯ เข้าร่วมสนับสนุนแผนยุทธศาสตร์ การพัฒนาโรงพยาบาล	มีการดำเนินการ ด้าน1 = 3 ข้อ ด้าน2 = 3 ข้อ ด้าน3 = 6 ข้อ	กำลังดำเนินการ
R8G5OKR4.1 โครงการด้านการแพทย์ (R1-R4)	ด้าน1 = 3 ข้อ	กำลังดำเนินการ
R8G5OKR4.2 โครงการด้านการสาธารณสุข(R5-R6)	ด้าน 2 = 3 ข้อ	กำลังดำเนินการ
R8G5OKR4.3 โครงการด้านบริหารจัดการ (R7-R12)	ด้าน 3 = 6 ข้อ	กำลังดำเนินการ
พันธกิจที่ : M4 พัฒนาระบบบริหารจัดการองค์กรสมรรถนะสูง (HPO)		
ยุทธศาสตร์ : WO พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการโรงพยาบาลดิจิทัล ระดับ S Plus		
Roadmap 9 องค์กรสมรรถนะสูง		
R9G6K1 ระดับความสำเร็จในการปรับระดับโรงพยาบาลชุมชน	ระดับ S +	ระดับ S (S+ 71/100)
R9G6OKR1.1 ระดับความสำเร็จการให้บริการแพทย์เฉพาะทางสาขา บริการหลัก (แพทย์เฉพาะทางสาขา ด้านสูตินรีเวชกรรม ด้านศัลยกรรมทั่วไป อายุรกรรม กุมารเวชกรรม ออร์โธปิดิกส์ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน)	อย่างน้อย 1 สาขา	2 สาขา เวชศาสตร์ฉุกเฉิน เวชศาสตร์ครอบครัว
R9G6OKR1.2 ระดับความสำเร็จการรักษาโรคซับซ้อนที่ต้องรักษาระยะสั้น (CMI/Adj. RW /active bed)	-	กำลังดำเนินการ
R9G6OKR1.3 ร้อยละหน่วยงานในโรงพยาบาลน่านโยบายและจุดเน้นความปลอดภัย (3P safety) สู่การปฏิบัติทุกหน่วยงาน	ร้อยละ 100	กำลังดำเนินการ
R9G6OKR1.4 ระดับความสำเร็จโรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพ Re-ac ครั้งที่ 3 ภายในปี 2570	ปีละครั้ง	ผ่าน ต่ออายุครั้งที่ 3
R9G6OKR1.5 ร้อยละบุคลากรในโรงพยาบาลและเครือข่ายรับรู้และเข้าใจแผนยุทธศาสตร์ ระยะ 5 ปี และเข็มมุ่ง	ร้อยละ 100	ร้อยละ 99.48
R9G6K2 อัตราการบรรลุผลลัพธ์การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์	ร้อยละ 70	ร้อยละ 76.32
R9G6OKR2.1 โครงการและแผนปฏิบัติการเชิงยุทธศาสตร์ R1-R12 สอดคล้องกับ Agenda Based/ functional Based/ Area Based	ร้อยละ 80	ร้อยละ 100

ตารางผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลพูนพิณ ประจำปีงบประมาณ 2568

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
R9G6OKR2.2 อัตราโครงการและแผนปฏิบัติการเชิงยุทธศาสตร์ R1-R12 มีการนำสู่การปฏิบัติ ได้รับการกำกับและติดตามแบบ Quick win	ร้อยละ 80	ร้อยละ 100
R9G6OKR2.3 อัตราโครงการและแผนปฏิบัติการเชิงยุทธศาสตร์ R1-R12 ได้รับการประเมินผล	ร้อยละ 100	กำลังดำเนินการ
R9G6K4 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาโรงพยาบาลพูนพิณให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้	ระดับ 5	กำลังดำเนินการ
R9G6OKR4.1 ผู้บริหารทุกระดับและผู้ปฏิบัติงานใช้สารสนเทศในการปรับปรุงคุณภาพระบบงาน	ร้อยละ 80	กำลังดำเนินการ
R9G6OKR4.2 ผลงานวิชาการ (CQI, R2R,วิจัย,นวัตกรรม) นำไปใช้ในการปรับปรุงคุณภาพระบบงานและได้รับการอ้างอิงอย่างต่อเนื่อง	6 เรื่อง	11 เรื่อง
R9G6K5 อัตราความผูกพันของบุคลากร (1ปี/ครั้ง)	ร้อยละ 90	ร้อยละ 79.42
R9G6OKR5.1 อัตรากำลังสหวิชาชีพเพียงพอเหมาะสมตามแผนยุทธศาสตร์ระยะ 5 ปี	ร้อยละ 90	กำลังดำเนินการ
R9G6OKR5.2 บุคลากรสหวิชาชีพมีสมรรถนะเฉพาะ (Specific Competency)	ร้อยละ 100	กำลังดำเนินการ
R9G6OKR5.3 บุคลากรมีระดับความสุข	ร้อยละ 90	ร้อยละ 70.89
R9G6K6 อุบัติการณ์ความไม่พร้อมในระบบการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยกลุ่มโรคฉุกเฉินวิกฤติและกลุ่มโรคสำคัญ	เท่ากับ 0	เท่ากับ 0
R9G6OKR6.1 logistics & Supply chain (Laboratory & Blood/ PTC Fast track/ X-Ray/ IT/EMS/ Refer) อุบัติการณ์ไม่พร้อมใช้	เท่ากับ 0	รอสรุปข้อมูลภาพรวม
R9G6OKR6.2 BCM มีแผนรองรับความเสี่ยงและมีการซ้อมแผน อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	ร้อยละ 100	รวบรวมทำเล่ม BCM
R9G6K7 ระดับความสำเร็จของผลลัพธ์จากการ Benchmark สูงขึ้น	Top 5	อันดับ 1 โชนเหนือ
R9G6OKR7.1 อัตราการบรรลุผลลัพธ์ตามนโยบายสธ.เขตสุขภาพที่ 11/ สสจ.	ร้อยละ 70	ร้อยละ 82.11
R9G6OKR 7.2 อัตราร้อยละการบรรลุผลลัพธ์ตามระบบคุณภาพ	ร้อยละ 80	กำลังดำเนินการ
พันธกิจที่ : M4 พัฒนาระบบบริหารจัดการองค์กรสมรรถนะสูง (HPO)		
ยุทธศาสตร์ : WO พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการโรงพยาบาลดิจิทัล ระดับ S Plus		
Roadmap 10 ระบบสนับสนุนทรัพยากรการบริหาร		
R10G6K1 ประสิทธิภาพการบริหารหนังสือสำคัญ	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
R10G6OKR1.1 อุบัติการณ์เกษียนหนังสือราชการผิด	เท่ากับ 0	เท่ากับ 0
R10G6OKR1.2 อุบัติการณ์หนังสือสำคัญ (ด่วนที่สุด) ล่าช้า	เท่ากับ 0	เท่ากับ 0
R10G6OKR1.3 ไม่พบอุบัติการณ์หนังสือสำคัญส่งผิดหน่วยงาน	เท่ากับ 0	เท่ากับ 0
R10G6K2 ประสิทธิภาพการบริหารยานพาหนะ	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
R10G6OKR2.1 อุบัติการณ์รถ Refer ไม่เพียงพอต่อการใช้งาน	เท่ากับ 0	เท่ากับ 0

ตารางผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลพูนพิณ ประจำปีงบประมาณ 2568

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
R10G6OKR2.2 อุบัติการณ์ response time ไม่ทันเวลาภายใน 7 นาที	เท่ากับ 0	เท่ากับ 0
R10G6K3 แผนปฏิบัติการเชิงยุทธศาสตร์ได้รับการสนับสนุนการเงินในแผนงาน/โครงการ ตามแผนยุทธศาสตร์ ทันตามช่วงเวลาที่กำหนด	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
R10G6K4 ประสิทธิภาพการรายงานสารสนเทศบัญชีต้นทุน/หน่วย ถูกต้องครบถ้วนทันเวลา	ร้อยละ 100	กำลังดำเนินการ
R10G6K5 หน่วยงานในโรงพยาบาลพูนพิณได้รับการสนับสนุนพัสดุ ในแผนงาน/โครงการ ตามลำดับความสำคัญ เร่งด่วนของแผนยุทธศาสตร์	ร้อยละ 80	ร้อยละ 100
R10G6K6 อัตราบุคลากรกลุ่มข้าราชการและกลุ่มสายสนับสนุน (งานวิชาชีพและงานบริหาร) ได้รับการบริหารจัดการสิทธิประโยชน์	ร้อยละ 80	ร้อยละ 100
R10G6K7 หน่วยงานในโรงพยาบาลได้รับการบำรุงรักษาเชิงรุก	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80
พันธกิจที่ : M4 พัฒนาระบบบริหารจัดการองค์กรสมรรถนะสูง (HPO)		
ยุทธศาสตร์ : WO พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการโรงพยาบาลดิจิทัล ระดับ S Plus		
Roadmap 11 การเงินการคลัง		
R11G6K1 ประสิทธิภาพการจัดเก็บรายได้ 5 มิติ	ร้อยละ 100	ร้อยละ 59.8
R11G6OKR1.1 ประสิทธิภาพการจัดเก็บจากมิติเวชระเบียน		
R11G6OKR1.1.1 แพทย์วินิจฉัยโรคถูกต้อง ครบถ้วนตามเกณฑ์เวชระเบียนผู้ป่วยใน (SA)	ร้อยละ 100	ร้อยละ 88.24
R11G6OKR1.1.2 ผู้ให้รหัสโรคให้รหัสโรค ถูกต้อง (CA)	ร้อยละ 100	ร้อยละ 78.13
R11G6K1O1.1.3 อัตราการบันทึกข้อมูล E-Claim/Financial Data Hub (FDH) ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา	ร้อยละ 100	ร้อยละ 98.47
R11G6OKR1.1.4 อัตราการสรุปเวชระเบียนล่าช้า (IPD) ก่อน 7 วันทำการ	ร้อยละ 90	ร้อยละ 87.35
R11G6OKR1.2.1 อัตราการตั้งลูกหนี้ค่ารักษาครบถ้วนทุกสิทธิ	ร้อยละ 90	ร้อยละ 91.02
R11G6OKR1.2.2 อัตราข้อมูลติด C จากการบันทึกข้อมูลทั้งหมด	ไม่เกินร้อยละ 5	ร้อยละ 4.08
R11G6OKR1.2.3 ลูกหนี้เงินสดค้างชำระค่ารักษาพยาบาลได้รับการติดตามจนชำระหนี้	ร้อยละ 50	ร้อยละ 87.5
R11G6OKR1.2.4 อัตราลูกหนี้ พรบ.ที่ค้างชำระค่ารักษาพยาบาลได้รับการติดตามจนชำระหนี้	ร้อยละ 50	ร้อยละ 98.23
R11G6OKR1.3.1 อัตราการขอเบิกชดเชยลูกหนี้ผู้ป่วยในทุกสิทธิก่อน 30 วัน	ร้อยละ 100	ร้อยละ 98.47
R11G6OKR1.3.2 อัตรากองทุนทุกกองทุนมีผลงานผ่านเกณฑ์	ร้อยละ 90	กำลังดำเนินการ
R11G6OKR1.3.3 อัตราการบันทึก PPFS 22 กิจกรรม	ร้อยละ 90	ร้อยละ 97.42
R11G6OKR1.3.4 อัตราการบันทึกโปรแกรมอื่นๆ นอกโปรแกรม E-claim	ร้อยละ 80	กำลังดำเนินการ
R11G6OKR1.4.1 อุบัติการณ์การลงลูกหนี้ผิดพลาด เท่ากับ 0	เท่ากับ 0	เท่ากับ 0

ตารางผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลพูนพิน ประจำปีงบประมาณ 2568

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
R11G6OKR1.4.2 อุบัติการณ์การกระทบลูกหนี้คลาดเคลื่อน เท่ากับ 0	เท่ากับ 0	เท่ากับ 0
R11G6OKR1.4.3 อัตราการตั้งลูกหนี้โปรแกรมอื่นนอกโปรแกรม E-claim	ร้อยละ 100	กำลังดำเนินการ
R11G6OKR1.5.1 อัตรา Sum AdjRw โรคที่จำเป็นต้องรักษาต่อเนื่อง ระยะสั้น 4,000 Adj RW	4,000 Adj RW/ปี	461.05
R11G6OKR1.5.2 อัตราการครองเตียง	ร้อยละ 85	ร้อยละ 84.78
R11G6K2 อัตรากำไรสุทธิเพิ่มขึ้น		
R11G6OKR2.1 รายได้จากห้องพิเศษ(ค่าห้อง) เพิ่มขึ้น	เพิ่มขึ้น ร้อยละ20	ลดลงร้อยละ 17.65
R11G6OKR2.2 รายได้จากการตรวจ สุขภาพ	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 80	กำลังดำเนินการ
R11G6OKR2.3 รายได้จากแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก	เพิ่มขึ้น ร้อยละ20	เพิ่มขึ้นร้อยละ 24.65
R11G6OKR2.4 รายได้จากกายภาพบำบัด	เพิ่มขึ้น ร้อยละ20	เพิ่มขึ้นร้อยละ 26.58
R11G6OKR2.5 รายได้จากทันตกรรมเพิ่มขึ้น	เพิ่มขึ้น ร้อยละ20	เพิ่มขึ้นร้อยละ 40.59
R11G6K3 Total Performance Score (TPS) ระดับ A	ระดับ A	ระดับ c
R11G6OKR3.1 อัตราแผนทางการเงินมิติด้านรายได้	ไม่เกินร้อยละ 5	รับ -4.24 จ่าย 10.59
R11G6OKR3.2 LC ค่าแรงบุคลากร : ไม่เกิน ร้อยละ 10 HGR พัฒนา ระบบบริหารการปฏิบัติงาน	ไม่เกินร้อยละ 10HGR	เกิน 89,409,444.07 HGR 101,475,242.66
R11G6OKR3.3 อัตราค่ายาไม่เกินเกณฑ์ HGR	ไม่เกินเกณฑ์ HGR (17,835,196.06/12=1,486,266.34)	เกินยาใช้ไป = 18,605,499.57 HGR = 16,348,929.74
R11G6OKR3.4 อัตราค่าวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ ไม่เกินเกณฑ์ HGR	ไม่เกินเกณฑ์ HGR (5,947,231.84/12=495,602.65)	มูลค่า Lab เกินเกณฑ์ HGR
R11G6OKR3.5 ประสิทธิภาพในการดำเนินงาน (Operating Margin)	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 0	ร้อยละ -0.93
R11G6OKR3.6 อัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์ (Return on Asset)	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 0	ร้อยละ -0.86
R11G6OKR3.7 EBITDA	ไม่ติดลบ	-15,860,801.64
พันธกิจที่ : M4 พัฒนาระบบบริหารจัดการองค์กรสมรรถนะสูง (HPO)		
ยุทธศาสตร์ : WO พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการโรงพยาบาลดิจิทัล ระดับ S Plus		
Roadmap 12 โรงพยาบาลพูนพินดิจิทัล		
R12G6K1 ระดับความสำเร็จในการรับการรับรอง HAIT level 1 ภายในปี 2568	level 1	กำลังดำเนินการ
R12G6OKR1.1 ระดับความสำเร็จแผนยุทธศาสตร์ IT สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล	สอดคล้อง	สอดคล้อง

ตารางผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลพูนพิณ ประจำปีงบประมาณ 2568

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
R12G6OKR1.2 อัตราความเสี่ยงสูงถึงสูงมากได้รับการจัดการป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติการณ์	ร้อยละ 100	ร้อยละ 75
R12G6OKR1.3 บุคลากรในโรงพยาบาลมีความรอบรู้ในการจัดการความมั่นคงปลอดภัยของระบบ IT	ร้อยละ 100	ร้อยละ 96.38
R12G6OKR1.4 อัตราการจัดการระบบบริการIT ตามเกณฑ์ SLA ได้ตามมาตรฐาน	ร้อยละ 85	ร้อยละ 87
R12G6OKR1.5 อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน (ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน) เพิ่มขึ้น	ร้อยละ 80	ผู้ป่วยนอก ร้อยละ 86.71 ผู้ป่วยใน ร้อยละ 87.65
R12G6OKR1.6 อัตราความสมบูรณ์ในการจัดการทำ Software สนับสนุนแผนยุทธศาสตร์ (R1-R12)	ร้อยละ 80	กำลังดำเนินการ
R12G6OKR1.7.1 อัตราความพร้อมใช้ของระบบ IT (Hardware Software Network)	ร้อยละ 80	ร้อยละ 96.53
R12G6OKR1.7.2 อัตราบุคลากร IT ผ่านเกณฑ์การประเมิน specific competency (Hardware Software Network)	ร้อยละ 90	ร้อยละ 84.19
R12G6OKR1.8 ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน Cyber security	ผ่านระดับสูง	ผ่านระดับสูง
R12G6K2 ระดับความสำเร็จในการพัฒนา HIMSS stage 5-7	HIMSS Stage 5	HIMSS Stage 5
R12G6OKR2.1 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาความสมบูรณ์ในเก็บภาพ Ultrasound และสามารถเปิดดูได้ผ่านระบบเครือข่าย	ร้อยละ 100	รอบริษัทมาเชื่อมต่อโปรแกรม
R12G6OKR2.2 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาความสมบูรณ์ในเก็บภาพ EKG และสามารถเปิดดูได้ผ่านระบบเครือข่าย	ร้อยละ 100	ดำเนินการซื้อเครื่อง EKG
R12G6K3 ระดับความสำเร็จประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพดิจิทัล (30 บาท รักษาทุกที่)	ร้อยละ 80	ร้อยละ 43.14
R12G6OKR3.1 อัตราประชาชนพิสูจน์ตัวตน (Health ID) เพิ่มขึ้น	ร้อยละ 5	ร้อยละ 0.23
R12G6OKR3.2 อัตราการลงลายมือชื่ออิเล็กทรอนิกส์	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
R12G6OKR3.3 อัตราการลงทะเบียน สอน.บัดดี้	ร้อยละ 80	ร้อยละ 100
R12G6OKR3.4 ร้อยละการใช้บริการ health rider เพิ่มขึ้น	ร้อยละ 3	ร้อยละ 87.2
R12G6OKR3.5 อัตราคลินิกบริการนัดหมายออนไลน์เพิ่มขึ้น	ร้อยละ 20	ร้อยละ 7.26

ภาคผนวก 2

การวิเคราะห์ความท้าทายเชิงยุทธศาสตร์ (โรคยุทธศาสตร์)

การกำหนดโรคยุทธศาสตร์ ด้วยการใช้เกณฑ์การจัดอันดับโรคและกลุ่มโรค ด้วยเกณฑ์ (1) Risk : เน้นสรุปผล RSQ ต่อยอดจากผลงานปีงบประมาณ พ.ศ.2566-2567 เน้นพิเศษระดับ G - H - I ข้ำและไม่ข้ำ (มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นหรือลดลง หาข้อมูลย้อนหลัง 3-5ปี) (2) Cost : เน้น Total Cost รายโรค รพ.สต.+ OPD + IPD เน้นพิเศษ ค่ายาและค่าตรวจทดสอบประกอบการวินิจฉัยโรค / ทบทวน Utilization Management (3) Volume : เน้นการเปลี่ยนแปลง Visit /Re-visit /Re-admit ฯลฯ เน้นพิเศษอัตราการเจ็บป่วย อัตราการป่วยตาย อัตราการตาย / การใช้หลักกระบวนวิธยาคุณแนวโน้มในโรคที่สำคัญ เน้นรายใหม่ที่เพิ่มขึ้น (4) Policy : นโยบายสาธารณสุขปี 67-68 และ สธ. เขตสุขภาพ Service plan สสจ.สุราษฎร์ธานี เน้นพิเศษปัญหาเฉพาะเจาะจงของพื้นที่

ตารางภาคผนวก 1 การวิเคราะห์ความท้าทายเชิงยุทธศาสตร์ (โรคยุทธศาสตร์)

ลำดับ	สาขา/กลุ่มโรค	โรคยุทธศาสตร์	ข้อมูลสนับสนุน (+) / (-)
1.	กลุ่มโรคเวชศาสตร์ฉุกเฉิน	Stroke	Risk : - Miss Diagnosis. ปี 2563-2567 7 ราย, 1 ราย, 0 ราย, 3 ราย, 0 ราย และ 0 ราย ตามลำดับ (+) - จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี หลังส่งต่อ ปี 2563-2567 5 ราย, 4 ราย, 4 ราย, 2 ราย ,5 ราย ตามลำดับ (+) - Onset time > 3 ชั่วโมง 47.90, 48.84, 55.27, 54.91, 35.06 ตามลำดับ (-) - ร้อยละของผู้ที่มาด้วยระบบ EMS ปี 2563-2567 25.21, 25.58, 23.45, 20.58, 25.00 ตามลำดับ (-) Cost : 1,265,495.3 Volume : - - จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ ปี 2563-2567 103 ราย, 107 ราย, 49 ราย, 74 ราย และ 77 ราย ตามลำดับ (-) - Recurrent stroke ปี 2563-2567 16, 22, 36, 30, 22 ราย (+) - Hemorrhage ปี 2563-2567 37, 29, 28, 31, 16 - Ischemic stroke ปี 2563-2567 82, 100, 51, 72, 61 Policy : นโยบายกระทรวงด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (+)
2.	กลุ่มโรคเวชศาสตร์ฉุกเฉิน	STEMI	Risk : - ร้อยละของผู้ที่มาด้วยระบบ EMS ปี 2563-2567 16.78, 18.75, 26.67, 27.27, 25 (+) - จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาล ปี 2563-2567 2, 0, 3, 1, 0 ราย (-) - จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี 2563-2567 2, 1, 1, 1, 1 ราย (-) Cost : 252,350.9 Volume : - จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ ACS ปี 2563-2567 88, 37, 40, 44, 34 ราย (-) - จำนวนผู้ป่วย STEMI ปี 2563-2567 27, 13, 19, 16, 15 ราย (-) Policy : นโยบายกระทรวงด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (+)
3.	กลุ่มโรคเวชศาสตร์ฉุกเฉิน	Sepsis	Risk : อัตราการเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใน รพ ปี 2563-2567 1.54,0.58,0.0 (+)

ลำดับ	สาขา/กลุ่มโรค	โรคยุทธศาสตร์	ข้อมูลสนับสนุน (+) / (-)
			2. จำนวนผู้ป่วย ที่ miss diagnosis ระดับความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป ปี 2563-2567 0,1,0,3,2 (-) 3. อัตราการเกิดภาวะ Septic shock ปี 2563-2567 48.14 ,53.3 ,47.7, 16.04, 4.16 (+) Cost : 607,793.26 Volume : จำนวนผู้ป่วย sepsis ปี 2563-2567 96,105,96,80,71 (+) Policy : นโยบายกระทรวงด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (+)
4.	กลุ่มโรคเวชศาสตร์ฉุกเฉิน	TBI	Risk : 1. จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ 11 ราย, 5 ราย, 7 ราย, 12 ราย และ 5 ราย (-) 2. จำนวนผู้ป่วยส่งต่อโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. 36 ราย, 75 ราย, 59 ราย, 100 ราย และ 117 ราย (-) 3. จำนวนผู้ป่วย TBI เสียชีวิต ปี 2563-2567 4 ราย, 2 ราย, 1 ราย, 2 ราย และ 5 ราย ตามลำดับ Cost : 1,545,784.1 Volume : 1. จำนวนผู้ป่วย TBI ปี 2563-2567 548, 419, 408, 759, 525 ราย (-) Policy : 1. นโยบายกระทรวงด้านการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ (+)
5.	กลุ่มโรคอายุรกรรม	DM	Risk : 1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ ปี 2562 - 2567 เท่ากับ 891 (42.33) 1196 (53.54) 1147 (48.29) 988 (39.85) 1264 (46.68) และ 1491 (46.61) (+) 2. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ทางตา ตั้งแต่ปี 2563-2567 คิดเป็นร้อยละ 2.05 , 1.18, 1.56 , 1.9 และ 1.41 (+) 3. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต ตั้งแต่ปี 2563-2567 คิดเป็นร้อยละ 5.56 , 6.76 , 6.77 , 5.16 และ 1.42 (+) 4. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ทางเท้า ตั้งแต่ปี 2563-2567 คิดเป็นร้อยละ 4.27 , 4.52 , 4.84 , 5.23 และ 4.98 (-) 5. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีค่า BMI มากกว่า 25 ตั้งแต่ปี 2563-2567 เท่ากับ - 12.39 , - 8.56 , - 5.54 , 1.78 และ 2.51 ตามลำดับ (+) 6. อัตราการขาดน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ปี 2562 - 2567 เท่ากับ 10.14 , 7.84 , 8.72 , 13.49 , 6.24 และ 2.79 ตามลำดับ (+) 7. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ปี 2562 - 2567 เท่ากับ 77 (3.60) , 49 (2.19) , 63 (2.65) , 51 (2.99) และ 42 (1.28) ตามลำดับ (+) 8. อุบัติการณ์ Hypoglycemia ระดับ C ขึ้นไป ปี 2565 - 2567 เท่ากับ 133 , 125 และ 84 ตามลำดับ (+) 9. อุบัติการณ์ Hyperglycemia ระดับ C ขึ้นไป ปี 2565 - 2567 เท่ากับ 76 , 90 และ 63 ตามลำดับ (+) Cost : 10,427,000.36 Volume : 1. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ปี 2562 - 2567 เท่ากับ 2105 , 2,234 ,2375 , 2,479 2,708 และ 3,205 ตามลำดับ (-)

ลำดับ	สาขา/กลุ่มโรค	โรคยุทธศาสตร์	ข้อมูลสนับสนุน (+) / (-)
			2. จำนวนการคัดกรอง ปี 2563-2567 ตามลำดับดังนี้ 87.67, 94.44, 92.56, 53.76, 66.3 (-) 3. จำนวนคัดกรองผลปกติ ปี 2563-2567 ตามลำดับดังนี้ 95, 95.49, 89.22, 93.35, 93.28 (-) 4. จำนวนการติดตามยืนยันกลุ่มสงสัยป่วย ปี 2565-2567 46.15, 55.07, 54.01 (-) เกณฑ์ ร้อยละ 70 5. จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ ปี 2563-2567 ตามลำดับดังนี้ 228 ราย, 246 ราย , 376 ราย , 243 ราย, 256 ราย (-) 6. อัตราการเกิด re- admitted ปี 2562 - 2567 (NA,0.6,0.1,0,0) 7. อัตราการ re - visited ปี 2562 - 2567 เท่ากับ 2,0,0,0,0 และ 0 Policy : นโยบายสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี NCDs หายได้ที่สุราษฎร์ธานี
6.	กลุ่มโรค อายุรกรรม	HT	Risk : - 1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันได้ตามเกณฑ์ ปี 2562 - 2567 เท่ากับ 3,412 (73.57) 3471 (70.71) 3,298 (64.24) 4004(74.48) 3,98 (69.27) และ 4,406 (70.52) (-) 2. อุบัติการณ์ Hypertension crisis ระดับ C ขึ้นไป ปี 2565 - 2567 เท่ากับ 278 , 186 และ 168 ตามลำดับ (+) 3. เกิดภาวะ Hypertension crisis ปี2563-2567 ตาม ลำดับดังนี้ ร้อยละ 6.52 , 5.43 , 4.98 ,4.81 และ 0.79 (+) 4. อัตราการขาดนัดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปี 2562 - 2567 เท่ากับ 8.68 , 710.23 , 8.47 , 7.41 , 6.90 และ 3.76 ตามลำดับ (+) 5. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ประเมิน CVD risk มากกว่า 30 % ปี 2562 - 2567 เท่ากับ 29 (1.83) , 27 (1.67) , 19 (1.12) 15 (0.83) 28 (1.56) และ 27 (1.44) ตามลำดับ (-) Cost : 7,864,529.2 Volume : 1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ปี 2562 - 2567 เท่ากับ 4,638 , 4,909 ,5,134 , 5,376 5,712 และ 6,248 ตามลำดับ (-) 2. จำนวนการคัดกรอง ปี 2563-2567 ตามลำดับดังนี้ 87.10, 4.12, 93.15, 53.04, 66.21 (-) 3. จำนวนคัดกรองผลปกติ ปี 2563-2567 ตามลำดับดังนี้ 90.22, 89.46, 4. จำนวนการติดตามกลุ่มสงสัยป่วย ปี 2565-2567ตามลำดับดังนี้ 98.58, 94.66, 67.67 (-) 5. จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ ปี 2563-2567 ตามลำดับดังนี้ 533 ราย, 610 ราย ,727 ราย, 638 ราย, 478 ราย (-) 6. อัตราการเกิด re- admitted ปี 2562 - 2567 (NA) 7. ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สูบบุหรี่ ปี 2562 - 2567 517 (13.40) ,439 (13.24) 418 (11.81) 222 (23.65) 161 (29.07) 169 (8.92) ตามลำดับ (+) Policy : นโยบายสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี NCDs หายได้ที่สุราษฎร์ธานี
7.	กลุ่มโรค อายุรกรรม	CKD	Risk :

ลำดับ	สาขา/กลุ่มโรค	โรคยุทธศาสตร์	ข้อมูลสนับสนุน (+) / (-)
			- ผู้ป่วยไตเรื้อรังที่มีอัตราการลดลงของ eGFR ไ้ตามเกณฑ์ ปี 2562 - 2567 เท่ากับ 155 (63.26) 413 (80.19) 332 (67.62) 343 (56.14) 429 (62.63) และ 383 (58.12) ตามลำดับ (-) - ผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ on CAPD ปี 2563 - 2567 เท่ากับ 19,25,16,24,29 ราย - ผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ติดเชื้ในกระแสเลือด ปี 2563 -64 NA 2565=0 2566=0.14% 2567=0.30% - ผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 4 ได้รับการส่งต่อ ปี 2565 - 2567 เท่ากับ 46 (11) ,100 (32) , 49 (16) - อัตราการขาดนัดของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังปี 2562 - 2567 เท่ากับ 6.57 , 5.93 , 3.5 , 9.33 , 4.29และ 2.83 ตามลำดับ (+) - อุบัติการณ์การติดเชื้อของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ on CAPD ปี 2566 - 2567 ร้อยละ 14.28 และ 10.34 ตามลำดับ (+) Cost : 987,091.56 Volume : - ผู้ป่วยไตเรื้อรัง ปี ๒๕๖๒ - ๒๕๖๗ เท่ากับ 245, 515,491, 611,685 และ 659 ตามลำดับ (-) - ผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 3 ปี 2562 - 2567 เท่ากับ 343 ,363, 381 , 456 , 463 , และ 499 ตามลำดับ - ผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 4 ปี 2562 - 2567 เท่ากับ 60 , 59 , 56 , 78 , 81 , และ 83 ตามลำดับ - ผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 ปี 2562 - 2567 เท่ากับ46, 61 , 62 , 61 , 55 และ 64 ตามลำดับ - อัตราการเกิด re- admitted ปี 2562 - 2567 (0) - ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง stage 1 - 4 ได้รับยา Acei/ ARB ปี 2562 - 2567 เท่ากับ 742 (63.53) 1,019 (76.22) 826 (69.94) 1,023 (66.13) 1,074 (70.06) และ 782 (64.68) ตามลำดับ Policy : นโยบายสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี ให้ความสำคัญการดำเนินงาน พขอ ไตเรื้อรัง
8.	กลุ่มโรค อายุรกรรม	Stroke	Risk : - ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มี ADL ปี 2566 - 2567 ADL = 0-4 คะแนน เท่ากับ 29 ราย ADL = 5-8 คะแนน เท่ากับ 14 ราย ADL = 9-11 คะแนน เท่ากับ 17 ราย ADL = 12-20 คะแนน เท่ากับ 179 ราย - อุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิด recurrent stroke ปี 2564 - 2567 เท่ากับ 22, 36, 30 และ 22 ราย Cost : 4,881,488.16 Volume : - ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2562 - 2567 เท่ากับ 194 ,210 , 208 , 296 , 291 , 343 - อัตราการขาดนัดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2562 - 2567 เท่ากับ 9.86 , 11.56 , 10.20 , 9.72 , 8.53 และ 4.10 ตามลำดับ (+) Policy : นโยบายสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี พัฒนาคุณภาพชีวิต

ลำดับ	สาขา/กลุ่มโรค	โรคยุทธศาสตร์	ข้อมูลสนับสนุน (+) / (-)
9.	กลุ่มโรค อายุรกรรม	Heart clinic	Risk : Cost : 926,864.61 Volume : Policy ****ไม่มีการดำเนินงานในคลินิก*****
10.	กลุ่มโรค อายุรกรรม	COPD	Risk : 1. อุบัติการณ์ Re - admit ในผู้ป่วย COPD ภายใน 28 วัน ปี 2563-2567 ตามลำดับดังนี้ 0.12, 0.16, 0.20, 0.37, 0.22 (-) 2. อุบัติการณ์ผู้ป่วย COPD ที่มาด้วย ภาวะ Acute exacerbation ปี 2563-2567 ตามลำดับดังนี้ 12 ราย, 15 ราย, 5 ราย, 17 ราย, 33 ราย (-) 3. อุบัติการณ์ผู้ป่วย COPD เกิดภาวะ Respiratory failure ปี2563-2567 ตามลำดับดังนี้ 1 ราย, 2 ราย, 3 ราย, 2ราย, 1 ราย (-) 4. อุบัติการณ์ผู้ป่วย COPD revisit ภายใน 48 ชม.ด้วยภาวะ Respiratory failure พบในปี 2566 1 ราย (-) 5. อุบัติการณ์ผู้ป่วย COPD เกิดภาวะ Respiratory failure ปี 2564 -2567 2, 3, 2, และ 1 ราย ตามลำดับ Cost : 2,266,192.36 Volume : 1. จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น ปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๗ 144 , 145 , 147 , 150 120 และ 237 ตามลำดับ 2. อัตราการนำเข้าผู้ป่วย COPD clinic ปี 2563-2567 ตามลำดับดังนี้ ร้อยละ 78, ร้อยละ 85, ร้อยละ 89, ร้อยละ 90, และ 52.13 ตามลำดับ 3. อัตราการขาดนัดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น 2562 - 2567 เท่ากับ 11.21,13.42 ,14.20 ,11.21 ,12.15 และ 12.82 ตามลำดับ (+) Policy : นโยบายสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี พัฒนาคุณภาพชีวิต
11.	กลุ่มโรค อายุรกรรม	TB	Risk : 1. จำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษาล้มเหลว ปี 2563 พบ 2 ราย ปี 2564-2567 ไม่พบ (+) 2. ภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาวัณโรค(ภาวะตับอักเสบ) ปี 2565 พบ 2 ราย (+) 3. อัตราการขาดการติดตามดูแลต่อเนื่องหลังการรักษาครบ 2 ปี ปี 2563-2567 ตามลำดับดังนี้ ร้อยละ 23, ร้อยละ 41.67 , ร้อยละ 49.24 , ร้อยละ 44, ร้อยละ 28.57 (-) Cost : 481,545.23 Volume : 1. จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ ปี 2563-2567 ตามลำดับดังนี้ 31 ราย, 19 ราย, 25 ราย , 27 ราย, 41 ราย (-) 2. อัตราการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ปีงบประมาณ 2567 3. ร้อยละการคัดกรองวัณโรคในคลินิกเบาหวาน ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ 219 (27.37) 4. ร้อยละการคัดกรองวัณโรคผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป 967 (36.10) 5. ร้อยละการคัดกรองวัณโรคในคลินิกปอดอุดกั้น 115 (50)

ลำดับ	สาขา/กลุ่มโรค	โรคยุทธศาสตร์	ข้อมูลสนับสนุน (+) / (-)
			6. ร้อยละการคัดกรองวัณโรคในคลินิกชะลอไตเสื่อม 163 (48) 7. ร้อยละการคัดกรองวัณโรคในคลินิก ARV 210 (89) 8. ร้อยละการคัดกรองวัณโรคในคลินิกบำบัดสารเสพติด 16 (73) 9. ร้อยละการคัดกรองวัณโรคในบุคลากรสาธารณสุขเครือข่ายโรงพยาบาลพูนพิณ 403 (225) Policy : 1. นโยบายกระทรวงสาธารณสุข 8 ทิศ
12.	กลุ่มโรค ศัลยกรรม	มะเร็งเต้านม	Risk : 1. พบจำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ ปี 2563-2567 ตามลำดับดังนี้ 3,9,7,12,9 Cost : 76,883.75 Volume : 1. จำนวนการคัดกรอง ปี 2563-2567 ตามลำดับดังนี้ 67.83, 60.38, 78.09, 86.12, 53.54 (-) Policy : 1. สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 30-70 ปี) ต้องได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมอย่างน้อยคนละ 1 ครั้ง/ปี
13.	กลุ่มโรค ศัลยกรรม	มะเร็งลำไส้	Risk : 1. พบจำนวนผู้ป่วยมะเร็งลำไส้รายใหม่ ปี 2563-2567 ตามลำดับดังนี้ 5,8,3,1,6 ราย Cost : 111,184.59 Volume : 1. จำนวนการคัดกรอง ปี 2563-2567 ตามลำดับดังนี้ 419 ราย, 638 ราย, 617 ราย, 273 ราย, 896 ราย (+) 2. ผลการคัดกรองมีผลผิดปกติ ปี 2563-2567 ตามลำดับดังนี้ 11 ราย(3.82%), 22 ราย (3.45%), 14 ราย(2.27%), 0, 67 ราย(7.48) (-) Policy : 1. ร้อยละประชากรไทยทุกสิทธิ อายุ 50-70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ทุก 2 ปี
14.	กลุ่มโรค ศัลยกรรม	Colonoscopy	Volume : จำนวนผู้มีผลผิดปกติ ปี 2564-2567 ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy 12 คน ได้รับการส่องกล้อง 9 คน (+) Policy : ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy
15.	กลุ่มโรค ศัลยกรรม	ODS/MIS	Risk : ระยะรอคอยนาน Volume : ผลการคัดกรองมีผลผิดปกติ ปี 2563-2567 ตามลำดับดังนี้ 11 ราย(3.82%), 22 ราย(3.45%), 14 ราย(2.27%), 0, 67 ราย(7.48) (-) Policy : ลดความแออัด ลดค่าใช้จ่าย ประชาชนเข้าถึงบริการ ลดเวลาดอนในโรงพยาบาล ลดรอคอย
16.	กลุ่มโรค ศัลยกรรม ออร์โธปิดิกส์	OA knee	Cost : 364,383.5 Volume : 1. ผลการคัดกรองเข้า ผิดปกติ ปี 2564- 2567 ตามลำดับดังนี้ 40 ราย,127 ราย,239 ราย และ 212 ราย

ลำดับ	สาขา/กลุ่มโรค	โรคยุทธศาสตร์	ข้อมูลสนับสนุน (+) / (-)
			2. ส่งต่อเข้าคลินิกผู้สูงอายุ 127 (ปี 2567) ราย และส่งต่อผ่าตัดรักษาต่อ Refer 13 ราย Policy : นโยบายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี
17.	กลุ่มโรค ศัลยกรรม ออโรปีติกส์	Hip กระดูกข้อ สะโพก เคลื่อน/หัก	Volume : ผลการคัดกรองและพบว่าเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ตั้งแต่ปี 2566-2567 ตามลำดับ ดังนี้ 149 คน 288 ราย และ 154 ราย Policy : ร้อยละผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองด้านการเคลื่อนไหว ปีละ 1 ครั้ง
18.	กลุ่มโรค สูติ-นรี เวชกรรม	high risk Pregnancy	Risk : ยังพบภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม Preterm PIH ,ฝากครรภ์คุณภาพยังต่ำกว่าเกณฑ์ มาตรฐาน Cost : 409,900.25 Volume : 1. จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก ก่อน 12 สัปดาห์ ยังต่ำกว่าเกณฑ์ มาตรฐาน ปี 2565-2567 ร้อยละ 58.48, 52.36 และ 65.79 (-) 2. จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ ยังต่ำกว่าเกณฑ์ มาตรฐาน ปี 2565-2567 ร้อยละ 56.67, 63.63 และ 55.73 (-) 3. จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์คุณภาพครบ 8 ครั้งตามเกณฑ์ ยังต่ำกว่าเกณฑ์ มาตรฐาน ปี 2565-2567 ร้อยละ 3.02, 7.73 และ 15.7 (-) 4. จำนวนหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปี 2563-2567 425, 426, 395, 438 และ 440 ราย (-) Policy : นโยบายกระทรวงสาธารณสุข,ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย,ตัวชี้วัด PPA เขตสุขภาพ 11 (+)
19.	กลุ่มโรค สูติ-นรี เวชกรรม	PPH/Preterm /PIH	Risk : 1. ปี 2563-2567 มี ภาวะ Hypo Hypovolemic Shock 0,0,1,1,1 ราย คิดเป็นร้อย ละ 0,0,50,25,50 2. Severe Birth Asphyxia = 0,1,0,0 ราย (ร้อยละ 0,0,9,0) 3. 2564-2567 Severe RDS = 0,1,2 ราย (ร้อยละ 0,0.88,2.22) Cost : PPH Preterm 42,264.75 PIH 6,432.25 Volume : 1. ร้อยละมารดาตกเลือดหลังคลอดมีแนวโน้มสูงขึ้น 2563-2567 เท่ากับ 1.55, 1.20,1.61,3.53และ 2.22 ตามลำดับ 2. มี ภาวะ Hypo Hypovolemic Shockได้รับการส่งต่อ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ตันดมดลูก ไม่มีอุบัติเหตุการณมารดาตาย 3. ร้อยละทารกคลอดก่อนกำหนด มีแนวโน้มสูงขึ้น 2564-2567 จำนวน 4,2,3,3 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.14,1.61,2.70,3.33 ตามลำดับ 4. อัตราการเกิดSevere pre-eclampsia 2563-2567 เท่ากับ 9,3,2,2,2 ราย ไม่มี ภาวะ Eclampsia Policy : นโยบายอนามัยแม่และเด็ก กระทรวงสาธารณสุข
20.	กลุ่มโรค กุมารเวชกรรม	Pneumonia	Risk : - Cost : 2,925,243

ลำดับ	สาขา/กลุ่มโรค	โรคยุทธศาสตร์	ข้อมูลสนับสนุน (+) / (-)
			Volume : - อัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วย Pneumonia (NA) - อุบัติการณ์ผู้ป่วย Pneumonia เกิดภาวะ Respiratory failure = 0 Policy : -
21.	กลุ่มโรคจิตเวช	ซึมเศร้าผู้ใหญ่	Risk : - Cost : 80,388.75 Volume : - อัตราการเข้ารับบริการ ปี 2564-2567 ตามลำดับดังนี้ 202 , 202, 211, 170 ครั้ง - อัตราการเข้าถึง ปี 2564-2567 ตามลำดับดังนี้ 80.04, 81.16, 114.24 และ 122 (+) - อัตราการพยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จและทำซ้ำ - ปี 2564 : 23 ครั้งกระทำซ้ำ 1 ครั้ง - ปี 2565 : 18 ครั้งกระทำซ้ำ 2 ครั้ง (คนเดิม) - ปี 2566 : 32 ครั้งกระทำซ้ำ 2 ครั้ง (ญ.เป็นโรค ซึมเศร้า) - ปี 2567 : 20 ครั้งกระทำซ้ำ 1 ครั้ง (ญ.เป็นโรค ซึมเศร้า) - ร้อยละของการไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ ใน 1 ปี ตามลำดับดังนี้ 93.73, 100, 100 และ 96.3 - การฆ่าตัวตายสำเร็จ ตามลำดับดังนี้ 13.46, 9.85, 13.8 และ 15.7 (-) (7,5,7,8ราย) Policy : - ส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงรุกค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง 7 โรค - นำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบำบัดรักษาอย่างครบวงจรต่อเนื่อง
22.	กลุ่มโรคจิตเวช	SMIV	Volume : - จำนวนผู้ป่วย smiv ยอดสะสม 85 คน (ตั้งแต่ปี 2559) ปี 2564-2567 ตามลำดับดังนี้ 3, 15, 11 และ 6 ราย (-) - แบ่งเป็นกลุ่มใช้สารเสพติด ,จิตเภท ,Depress ปี 2564-2567 1/2/0 , 1/6/7 ,1/11/8, 1/2/3 - ผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่อง จนถึงการติดตาม (Retention Rate) 60.53,63.72,40.08,100 (+) Policy : - พัฒนาระบบบำบัดรักษาฟื้นฟู โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ควบคุมการใช้กัญชา สารเสพติด - ค้นหาผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง
23.	กลุ่มโรคจิตเวช	ซึมเศร้าวัยรุ่น	Volume : - อัตราการรับบริการ ปี 2564-2567 ตามลำดับดังนี้ 6, 12, 11 และ 28 ครั้ง โดยพบการพยายามฆ่าตัวตายในวัยรุ่น 2,3,8,3 ตามลำดับ (-) - ยังไม่พบการฆ่าตัวตายซ้ำ (+) Policy : ส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงรุกและนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบำบัดรักษาอย่างครบวงจรต่อเนื่อง
24.	กลุ่มโรคจักษุ หู คอ จมูก	Cataract	Risk : - ผลการคัดกรองเบื้องต้น ปี 2566-2567 ตามลำดับดังนี้ 855 ราย และ 288 ราย - ผู้ป่วยไม่ไปตามนัด 2 ราย เนื่องจากลืมวันนัดต้องนัดใหม่ (ระยะเวลาไปพบจักษุแพทย์ นานมากกว่า 3-6 เดือน)(-)

ลำดับ	สาขา/กลุ่มโรค	โรคยุทธศาสตร์	ข้อมูลสนับสนุน (+) / (-)
			Cost : 42,927 Volume : จากสถิติข้อมูลการส่งต่อไปรักษาด้วย cataract จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นปี 2564-2566 ตามลำดับ ดังนี้ 64 ราย, 61 ราย และ 68 ราย (-) Policy : - ส่งเสริมการคัดกรองในกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วยDM ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ตา ไต เท้า และ ยกระดับระบบเส้นารวังโรคและควบคุมโรคให้ทันสมัย ทันเวลา - นโยบายกระทรวงสาธารณสุข : พัฒนา รพช. แม่ข่าย ระบบส่งต่อแบบไร้รอยต่อ
25.	กลุ่มโรคจักษุ หู คอ จมูก	DR	Risk : จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะDR (Diabetic Retinopathy) ปี 2563 -2567 เท่ากับ 21 (1.26) 3 (0.18) 9 (0.56) 177 (11.20) 24 (1.28) Cost : 1,106,645.85 Volume : จำนวนผู้ป่วย DR ที่ส่งต่อไปรพ.สภ. ปี 2563 -2567 เท่ากับ 21 , 3 , 9, 26 , 24 Policy : นโยบายสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี NCDs หายได้ที่สุราษฎร์ธานี
26.	กลุ่มโรคจักษุ หู คอ จมูก	Hearing loss	Risk : ใน NB ไม่ได้รับการคัดกรอง โดยเครื่องมือ แต่คัดกรองเบื้องต้น แต่ไม่เก็บข้อมูล Cost : 4,327 Volume : ผลการคัดกรอง ปี 2566-2567 ตามลำดับดังนี้ 222 ราย และ 105 ราย Policy : ร้อยละผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองด้านการได้ยิน ปีละ 1 ครั้ง
27.	กลุ่มโรคจักษุ หู คอ จมูก	sleep apnea	Risk : การเข้าถึงบริการมีข้อจำกัดเนื่องจากคลินิกมีการให้บริการเฉพาะวันจันทร์ ทำให้ผู้ป่วยอาจมีภาวะเสี่ยงที่เกิดการหยุดหายใจขณะหลับ ก่อนนัดหมาย Cost : 29,874.5 Volume : จากสถิติข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาอาการ sleep apnea ย้อนหลัง 5 ปี ตั้งแต่ปี 63-67 พบจำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาเสี่ยงต่อภาวะหยุดหายใจได้ เพิ่มมากขึ้น ตามลำดับ ดังนี้ 31 ราย, 41 ราย, 23 ราย, 48 ราย และ 75 ราย (-) Policy : - ยกระดับ 30 บาท เพิ่มคุณภาพชีวิตด้วยบัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่ - นโยบายกระทรวงสาธารณสุข : พัฒนา รพช. แม่ข่าย ระบบส่งต่อแบบไร้รอยต่อ
28.	กลุ่มโรคเวช ศาสตร์ฟื้นฟู	IMC	Risk : ผู้ป่วย IMC กลุ่ม Fracture hip บุคลากรยังขาดความชำนาญในการดูแล Cost : - Volume : จำนวนผู้ป่วย IMC ปี 2563-2567 ตามลำดับดังนี้ 116 ราย, 121 ราย, 109 ราย, 127 ราย และ 116 ราย (+) Policy : Intermediate Care Service Plan
29.	กลุ่มโรคเวช ศาสตร์ฟื้นฟู	แพทย์แผน ไทย/แพทย์ ทางเลือก	Risk : ผู้ป่วย Stroke ปฏิเสธการฝังเข็ม ปี 2566 ร้อยละ 21.67 ปี และปี 2567 ร้อยละ 2.72 (+) Cost : - Volume : ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Coverage) ปี 2566 ร้อยละ 43.62 และ ปี 2567 ร้อยละ 49.59 (+) Policy : นโยบายกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ขยายการให้บริการ IMC ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลทุกแห่ง โดยกำหนดเป็นตัวชี้วัดกระทรวง

ลำดับ	สาขา/กลุ่มโรค	โรคยุทธศาสตร์	ข้อมูลสนับสนุน (+) / (-)
30.	กลุ่มโรค ทันตกรรม	ฟันผุในเด็ก 0-5 ปี	Risk : เด็กไม่ให้ความร่วมมือ/ผู้ปกครองไม่เข้าใจขั้นตอนการให้บริการ เกิดความผิดพลาดทางการสื่อสาร เกิดความเสี่ยงในการเกิดข้อร้องเรียน (-) Cost : 1,327,830 Volume : เด็กอายุ 0-5 ปี มีแนวโน้มในการมารับบริการทันตกรรมมากขึ้น จำนวน 2,340 2,302 2,982 ในปี 2565-2566 และ 2567 ตามลำดับ แต่แนวโน้มในการปราศจากโรคฟันผุมี ลดลง จากร้อยละ 68.89 ในปี 2565 ร้อยละ 74.42 ในปี 2566 เป็นร้อยละ 63.49 ในปี 2567 (-) Policy : ร้อยละเด็กอายุ 3 ปีปราศจากโรคฟันผุ
31.	กลุ่มโรค ทันตกรรม	ฟันผุในเด็กอายุ 6-12 ปี	Risk : เกิดอันตรายระหว่างทำหัตถการเนื่องจากเด็กไม่ให้ความร่วมมือ Volume : เด็กอายุ 6-12 ปีมีแนวโน้มมารับบริการทางทันตกรรมมากขึ้นจำนวน 2,340 2,302 และ 2,982 ในปี 2565 - 2567 ตามลำดับ แต่แนวโน้มในการปราศจากฟันผุลดลง จากร้อยละ 76.19 ในปี 2565 เป็น ร้อยละ 82.56 ในปี 2566 และ ร้อยละ 70.79 ในปี 2567 (-) Policy : ร้อยละเด็กอายุ 12 ปีฟันดีไม่มีผุ
32.	กลุ่มโรค ทันตกรรม	ฟันคุดสบใน ผู้สูงอายุ	Risk : ทำหัตถการแล้วเลือดไหลไม่หยุด Volume : ผู้สูงอายุมีแนวโน้มในการมารับบริการทันตกรรมค่อนข้างคงที่ โดยผู้สูงอายุมีฟันคุด สบ อย่างน้อย 4 คู่สบ ประมาณร้อยละ 60 (-) Policy : ร้อยละผู้สูงอายุมีฟันแท้ใช้งานไม่น้อยกว่า 20 ซึ่งจำนวนผู้สูงอายุที่ได้ใส่ฟันเทียม 7 คน ต่อทันตแพทย์ 1 คน
33.	กลุ่มโรค ทันตกรรม	วัยทำงาน เข้าถึงบริการ ทันตกรรม	Risk : ไม่มีเวลามารับบริการทางทันตกรรม Cost : Volume : แนวโน้มการเข้าถึงบริการทางทันตกรรม แนวโน้มคงที่ประมาณร้อยละ 10 (-) Policy : ร้อยละวัยทำงานอายุ 15-59 ปีได้รับบริการทันตกรรม
34.	กลุ่มโรค ทันตกรรม	ทันตกรรม เฉพาะทาง	Risk : มีการ refer คนไข้เฉพาะทางไปหาหมอเฉพาะทาง Volume : จำนวนทันตกรรมเฉพาะทางมีแนวโน้มมากขึ้นจากปี 2565 587 ราย ในปี 2567 เป็น 667 ราย (+) Policy : จำนวนทันตกรรมเฉพาะทางเพิ่มขึ้น
35.	กลุ่มโรคเวช ศาสตร์ ครอบครัว	เวชศาสตร์ ผู้สูงอายุ	Risk : ผู้สูงอายุที่พบความผิดปกติไม่มาตามนัด , Volume : 1. ผลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน ปี 2566 - 2567 ตามลำดับดังนี้ 5,731 ราย และ 7,044 ราย 2. ผลการคัดกรองผู้สูงอายุพบว่ามีความเสี่ยงสุขภาพ 9 ด้าน ตั้งแต่ปี 2566-2567 ตามลำดับดังนี้ 1)ด้านการมองเห็น 855 ราย 288 ราย (+) 2)ด้านการกลืนปัสสาวะ 190 ราย 144 ราย (+) 3)ด้านการได้ยิน 222 ราย 105 ราย (+) 4)ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 265 ราย 171 ราย (+) 5)ด้านความคิดความจำ 146 ราย 117 ราย 6)ด้านภาวะซึมเศร้า 51 ราย 23 ราย 7)ด้านการเคลื่อนไหว 288 ราย 154 ราย 8)ด้านสุขภาพช่องปาก 416 ราย 250 ราย 9)ด้านภาวะขาดสารอาหาร 229 ราย 146 ราย Policy : ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองสุขภาพ 9 ด้าน

ลำดับ	สาขา/กลุ่มโรค	โรคยุทธศาสตร์	ข้อมูลสนับสนุน (+) / (-)
36.	กลุ่มโรคเวช ศาสตร์ ครอบครัว	Palliative care	Risk : การบันทึกข้อมูลการทำ ACP ลงในระบบไม่ครบถ้วน Volume : จำนวนผู้ป่วยเข้าถึงบริการ Palliative care ปี 2564-2567 ตามลำดับดังนี้ 119 ราย, 100 ราย, 200 ราย และ 204 ราย (+) และจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการทำ ACP ปี 2564-2567 ตามลำดับดังนี้ 51 ราย(42.86%), 56 ราย(56%), 182 ราย(91%) และ 183 ราย (89.23%) Policy : ร้อยละผู้ป่วย PC ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

สรุปโรคยุทธศาสตร์ 10 กลุ่มโรค

ตารางภาพผนวก 2 สรุปโรคยุทธศาสตร์ 10 กลุ่มโรค

กลุ่มโรคเวชศาสตร์ฉุกเฉิน	กลุ่มโรคอายุรกรรม
1.Stroke 2.STEMI 3.Sepsis 4.TBI	1.DM 2.HT 3.CKD 4.COPD 5.TB
กลุ่มโรคศัลยกรรม	กลุ่มโรคเวชศาสตร์ครอบครัว
1.มะเร็งเต้านม 2.มะเร็งลำไส้ 3.Colonoscopy 4.ODS/MIS	1. เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2.Palliative care
กลุ่มโรคจิตเวช	กลุ่มโรคจักษุ หู คอจมูก
1.ซึมเศร้าผู้ใหญ่ 2.SMIV 3.ซึมเศร้าวัยรุ่น	1.Cataract Low vision Bliding 2.DR 3.Hearing loss 4.sleep apnea
กลุ่มโรคสูติ-นรีเวชกรรม	กลุ่มโรคกุมารเวชกรรม
1.high risk Pregnancy 2.PPH/Preterm/PIH	1.Pneumonia
กลุ่มโรคเวชศาสตร์ฟื้นฟู	กลุ่มโรคทันตกรรม
1.IMC 2.แพทย์แผนไทย/แพทย์ทางเลือก	1.ฟันผุในเด็ก 0-5 ปี 2.ฟันผุในเด็กอายุ 6-12 ปี 3.ฟันคุดในผู้สูงอายุ 4.วัยทำงานเข้าถึงบริการทันตกรรม 5.ทันตกรรมเฉพาะทาง

ตารางภาพผนวก 3 สรุปโรคเขียว/โรคแดง หรือความท้าทาย + & -10 กลุ่มโรค

สรุปโรคเขียว/โรคแดง หรือความท้าทาย + & -10 กลุ่มโรค	
โรคเขียว หรือความท้าทาย +	โรคแดง หรือความท้าทาย -
กลุ่มโรคเวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1.TBI กลุ่มโรคอายุรกรรม 1.Stroke 2.Heart clinic กลุ่มโรคศัลยกรรม 1.Colonoscopy 2.MODS/MIS กลุ่มโรคสูติ-นรีเวชกรรม 1.PPH/Preterm/PIH กลุ่มโรคกุมารเวชกรรม 1.Pneumonia กลุ่มโรคจักษุ หู คอ จมูก 1.sleep apnea (OSA) กลุ่มโรคเวชศาสตร์ฟื้นฟู 1.IMC 2.แพทย์แผนไทย/แพทย์ทางเลือก กลุ่มโรคทันตกรรม 1. ทันตกรรมเฉพาะทาง	กลุ่มโรคเวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1.Stroke 2.STEMI 3.Sepsis กลุ่มโรคอายุรกรรม 1.DM 2.HT 3.CKD 4.COPD 5.TB กลุ่มโรคศัลยกรรม 1.มะเร็งเต้านม 2.มะเร็งลำไส้ กลุ่มโรคสูติ-นรีเวชกรรม 1.High risk Pregnancy กลุ่มโรคจิตเวช 1.ซึมเศร้าผู้ใหญ่ 2.SMIV 3.ซึมเศร้าวัยรุ่น กลุ่มโรคเวชศาสตร์ครอบครัว 1.เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2.Palliative care กลุ่มโรคทันตกรรม 1.ฟันน้ำนมผุในเด็ก 0-5 ปี 2.ฟันผุในเด็กอายุ 6-12 ปี 3.ฟันคุดในผู้สูงอายุ 4.วัยทำงานเข้าถึงบริการทันตกรรม กลุ่มโรคจักษุ หู คอ จมูก 1.Cataract 2.DR 3.Hearing loss

ภาคผนวก 3

วิเคราะห์สภาพแวดล้อมองค์การด้วย TOWS Analysis

ตารางภาพผนวก 4 วิเคราะห์สภาพแวดล้อมองค์การด้วย TOWS Analysis

ตารางวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก		
ปัจจัยภายนอก ตัวแปร/ประเด็น	ความท้าทายที่จะเอาชนะภาวะคุกคาม T (Threats)	ความได้เปรียบจากโอกาส O (Opportunities)
① ประชากร	กลุ่มโรคเวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1.Stroke 2.STEMI 3.Sepsis กลุ่มโรคอายุรกรรม 1.DM 2.HT 3.CKD 4.COPD 5.TB กลุ่มโรคศัลยกรรม 1.มะเร็งเต้านม 2.มะเร็งลำไส้ กลุ่มโรคสูติ-นรีเวชกรรม 1.High risk Pregnancy กลุ่มโรคจิตเวช 1.ซึมเศร้าผู้ใหญ่ 2.SMIV 3.ซึมเศร้าวัยรุ่น กลุ่มโรคเวชศาสตร์ครอบครัว 1.เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2.Palliative care กลุ่มโรคทันตกรรม 1.ฟันน้ำนมผุในเด็ก 0-5ปี 2.ฟันผุในเด็กอายุ 6-12ปี 3.ฟันคุดสบในผู้สูงอายุ 4.วัยทำงานเข้าถึงบริการทันตกรรม	กลุ่มโรคเวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1.TBI 2.Multiple injury กลุ่มโรคอายุรกรรม 1.Stroke 2.Heart clinic กลุ่มโรคศัลยกรรม 1.Colonoscopy 2.ODS/MIS กลุ่มโรคสูติ-นรีเวชกรรม 1.PPH/Preterm/PIH กลุ่มโรคกุมารเวชกรรม 1.Pneumonia กลุ่มโรคจักษุ หู คอ จมูก 1.Cataract 2.DR (ทบตวน) 3.Hearing loss (ทบตวน) 4.sleep apnea(OSA) กลุ่มโรคเวชศาสตร์ฟื้นฟู 1.IMC 2.แพทย์แผนไทย/แพทย์ทางเลือก กลุ่มโรคทันตกรรม 1. ทันตกรรมเฉพาะทาง
1.1. โครงสร้างอายุ ประชากร (พีรมิติตามเวลาของแผนฯ)	1. ผู้สูงอายุปี 2567 มี ร้อยละ 23 และอีก 5 ปีข้างหน้าจะเป็นประมาณ ร้อยละ 27 เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและโรคผู้สูงอายุมากขึ้นเข้าถึง	

ตารางวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก		
ปัจจัยภายนอก ตัวแปร/ประเด็น	ความท้าทายที่จะเอาชนะภาวะคุกคาม T (Threats)	ความได้เปรียบจากโอกาส O (Opportunities)
	บริการค่อนข้างน้อย และแนวโน้มจะอยู่ใน ภาวะพึ่งพิงสังคมมากขึ้น - ปี 2567 จำนวนประชากร คบสอ.พุนพิน 36,555 คน ผู้สูงอายุ 7,884 คน ร้อยละ 21.56 มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน 1,359 คน มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 3,239 คน มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 711 คน 2. ประชากรกลุ่มวัยเรียน และวัยทำงานมี แนวโน้มเพิ่มขึ้น มีอัตราป่วยในโรคNCDs/จิต เวชและยาเสพติด มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น 2.1) วัยทำงาน : 54.81 (หาสัดส่วนวัยทำงาน ในปี 2572 และภาวะการเจ็บป่วย) ภาวะการ เจ็บป่วย : 5 อันดับการป่วยของผู้ป่วยนอก อายุ 15 - 19 ปี จำนวน 2,237 คน ชาย 1,148 คน หญิง 1,089 คน อายุ 20 - 24 ปี จำนวน 2,208 คน ชาย 1,028 คน หญิง 980 คน อายุ 25 - 29 ปี จำนวน 2,389 คน ชาย 1,240 คน หญิง 1,149 คน อายุ 30 - 34 ปี จำนวน 2,340 คน ชาย 1,224 คน หญิง 1,116 คน อายุ 35 - 39 ปี จำนวน 2,255 คน ชาย 1,129 คน หญิง 1,126 คน อายุ 40 - 44 ปี จำนวน 2,731 คน ชาย 1,291 คน หญิง 1,440 คน อายุ 45 - 49 ปี จำนวน 2,839 คน ชาย 1,349 คน หญิง 1,490 คน อายุ 50 - 54 ปี จำนวน 3,037 คน ชาย 1,433 คน หญิง 1,604 คน ภาวะความเจ็บป่วย 5 อันดับการป่วยของผู้ป่วย นอก 1.โรคความดันโลหิตสูง	

ตารางวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก		
ปัจจัยภายนอก ตัวแปร/ประเด็น	ความท้าทายที่จะเอาชนะภาวะคุกคาม T (Threats)	ความได้เปรียบจากโอกาส O (Opportunities)
	2.โรคเบาหวาน 3.การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน 4.โรคฟันผุ 5.โรคของหลอดเลือดอาหารและกระเพาะ 2.2) วัยรุ่น : 18.20 หาสัดส่วนวัยรุ่นและภาวะเจ็บป่วย อายุ 10 - 14 ปี จำนวน = 2,409 คน ชาย = 1,182 คน หญิง = 1,227 คน อายุ 15 - 19 ปี จำนวน = 2,237 คน ชาย = 1,148 คน หญิง = 1,089 คน อายุ 20 - 24 ปี จำนวน = 2,008 คน ชาย = 1,028 คน หญิง = 980 คน จากแนวโน้มกลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าในวัยรุ่นพบแนวโน้มสูงขึ้นจาก ปี 2564 - 2567 พบวัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้า ตามลำดับดังนี้ 6 ราย, 12 ราย, 11 ราย และ 28 ราย และอัตราการฆ่าตัวตายตามลำดับดังนี้ 2 ราย, 3 ราย, 8 ราย และ 3 ราย แต่ยังไม่พบการฆ่าตัวตายซ้ำใน 1 ปีในวัยรุ่น 3) SMIV รายใหม่ ปี 2566 พบ วัยรุ่น Depress1 case ผู้หญิง 3. อัตราเกิดและอัตราการเพิ่มตามธรรมชาติมีแนวโน้มลดลง อัตราการฝากครรภ์คุณภาพตามเกณฑ์ลดลง หญิงตั้งครรภ์มีภาวะแทรกซ้อน pre DM preterm GDM ซีด ทารกแรกเกิด Low birth weight เพิ่มขึ้น การตั้งครรภ์ที่มีภาวะ Pre DM	
1.2. สัดส่วนประชากร (แฝง/ต่างด้าว/ท้องเที่ยว)		1. ประชากรต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนกับอำเภอ 2,775 ราย 2. ประชากรต่างด้าวใช้สิทธิประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวในพื้นที่ 3,369 ราย 3. อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก สิทธิต่างด้าว ปี 2565 - 2567 ตามลำดับดังนี้ 1.7, 2.5 และ 2.4 (ครั้ง/คน) 4. อัตราการใช้บริการผู้ป่วยในสิทธิต่างด้าว ปี 2565 - 2567 ตามลำดับดังนี้ 4, 2.5 และ 2.5 (ครั้ง/คน)

ตารางวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก		
ปัจจัยภายนอก ตัวแปร/ประเด็น	ความท้าทายที่จะเอาชนะภาวะคุกคาม T (Threats)	ความได้เปรียบจากโอกาส O (Opportunities)
1.3. อัตราการเกิด/ตาย/ ย้ายถิ่น	1. อัตราการเกิด มีแนวโน้ม ลดลง 2. อัตราการตาย มีแนวโน้ม เพิ่มขึ้น 3. อัตราเพิ่มของประชากร ตามธรรมชาติ มี แนวโน้มลดลง	
	T1 ผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะในการ จัดบริการร่วมระหว่างโรงพยาบาลพูนพินกับ อปท.(อบต./เทศบาลเมือง/อบจ.) ดังนี้ 1.ศูนย์สร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก (HL/ค้นหา/คัดกรอง/ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ/ดูแลต่อเนื่อง) ในกลุ่ม โรค NCDs/จิตเวชและยาเสพติด 2.ศูนย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 3.ศูนย์สุขภาพมารดาและทารก	
สังคม		
2.1.การตั้งถิ่นฐานและการ ประกอบอาชีพ	1. ผู้ป่วยกลุ่มโรคฉุกเฉินวิกฤต (3S) ยังเข้าถึง บริการล่าช้าโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุรอบุตร หลานและเครือญาตินำพามา (ไม่นิยมใช้ บริการ 1669) 2. เส้นทางคมนาคมในพื้นที่ตำบลลีเล็ดอยู่ ห่างไกลต้องเดินทางโดยเรือเพื่อมาใช้บริการ 3. อุบัติเหตุบ่อยถนนสายรอง ได้แก่ ทางแยก วัดดอนกระถิน(ถนนลื่น ชับเกินความเร็ว60) หน้าบริษัททักซิณปาล์ม (ยกเล็กเป็นจุดยู เทิร์น) ถนนจุลจอมเกล้า(ไฟแดง) ตำบลท่า ข้าม, หน้าบริษัทเรืออุทัย(ขับเร็ว)ถนน พูนพิน-หนองขี ตำบลพูนพิน, สามแยก ปากซอยเจริญลาภ(เพิ่มป้ายเตือนเรื่องเร็ว) ถนนพูนพิน สุราษฎร์ ตำบลพูนพิน 4. เส้นทางคู้ยาง หมู่ 7 ต.ท่าข้าม เป็นจุดน้ำ ท่วมบ่อย 5. หมู่ 4 บ้านหนองจอก ต.ท่าสะท้อน เป็น จุดน้ำท่วมบ่อย	

ตารางวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก		
ปัจจัยภายนอก ตัวแปร/ประเด็น	ความท้าทายที่จะเอาชนะภาวะคุกคาม T (Threats)	ความได้เปรียบจากโอกาส O (Opportunities)
2.2. ความเชื่อ วัฒนธรรม และประเพณี	กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยในกลุ่มโรค NCDs และ จิตเวชและยาเสพติดมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มโรคเรื้อรัง 1. วิถีชีวิตกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย - โรค NCDs บริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม 2.มีความเชื่อเป็นความดันโลหิตสูงไม่ต้องกินยา ต่อเนื่อง 3.ถ้ากินยาโรคเบาหวาน โรคความดัน จะทำให้ ไตพัง 4.โรคเบาหวานเป็นแล้วไม่หาย เป็นโรคที่เกิด จากพันธุกรรม 5.เชื่อว่าคนเป็นเบาหวานมักเกิดในคนอ้วน 6.เชื่อว่ากินผลไม้แล้วปลอดภัย เพราะไม่ได้เป็น ขนมหวาน ไม่ได้ทำให้น้ำตาลในเลือดสูง 7.ปัจจุบันมีร้านสะดวกซื้อ ร้านเครื่องดื่มที่มีน้ำ ตาลสูง เช่น ร้านชาไข่มุก ที่เข้าถึงได้ง่าย กลุ่มโรคฉุกเฉินวิกฤต 1.มีความเชื่อว่าผู้ที่มีอายุน้อยจะไม่เป็นหลอด เลือดสมอง 2.ผู้ป่วยมีอาการเวียนศีรษะ อ่อนเพลีย แขน ขาอ่อนแรงเล็กน้อย ให้อดดูอาการ ถ้าไม่ดีขึ้น ค่อยไปโรงพยาบาล 3.เชื่อว่าโรคหลอดเลือดสมองถ่ายทอดทาง พันธุกรรม 4.เชื่อว่าคนอายุน้อย คนผอม ระดับไขมันใน เลือดปกติจะไม่มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง/ หลอดเลือดหัวใจ 5.เชื่อว่าโรคหลอดเลือดสมองจะเกิดในผู้สูงอายุ กลุ่มโรคทันตกรรม 1.ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก - แปรงฟันแรง	

ตารางวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก		
ปัจจัยภายนอก ตัวแปร/ประเด็น	ความท้าทายที่จะเอาชนะภาวะคุกคาม T (Threats)	ความได้เปรียบจากโอกาส O (Opportunities)
	- ไม่แปรงฟันก่อนนอน - ไม่จำเป็นต้องใช้ไหมขัดฟัน - ไม่จำเป็นต้องใช้ยาสีฟันที่ผสมฟลูออไรด์ - เด็กเล็กสามารถแปรงฟันเองได้โดยผู้ปกครองไม่ต้องแปรงซ้ำ 2.ด้านการรับประทานอาหาร - ใช้ฟันเคี้ยวอาหารเปรี้ยว หรือแข็งได้ - ใช้ฟันหน้ากัดหรือฉีกอาหารได้ - เด็กเล็กกลัวคาขวดนม - เลิกขวดนมช้า 3. ความเชื่อที่ทำให้เกิดการสูญเสียฟัน - คิดว่าไม่ปวดฟัน ไม่จำเป็นต้องถอนฟันได้ - ฟันไม่ได้เป็นรูให้เห็น ไม่จำเป็นต้องอุดฟัน - เหงือกแน่นอยู่แล้ว ไม่จำเป็นต้องขูดหินปูน - หากฟันไม่มีอาการใดๆ ก็ไม่มีความจำเป็นต้องมาพบทันตแพทย์ เพื่อตรวจฟันเป็นประจำ - ถอนฟันทำให้เส้นประสาทเสียหาย - ต้องถอนฟันให้หมดทั้งปากก่อนจึงทำฟันเทียมได้ การฝากครรภ์ การคลอด : ใช้ถุงร้อนประคบหน้าท้องหลังคลอด ทำให้มดลูกเข้าอู่เร็ว กลุ่มโรคจิตเวชและยาเสพติด : เชื่อในเรื่องการใช้กระท่อมเป็นยาบำรุง ในการขยันทำงาน ไม่เห็นความของการเลิกสูบบุหรี่ ใช้เพราะช่วยลดความเครียดขณะทำงาน ใช้การดื่มเหล้าสูบบุหรี่ในการเข้าสังคม กลุ่มจิตเวชวัยรุ่น : ในบางครอบครัว ครูในโรงเรียนยังคิดว่าเด็กวัยรุ่นเรียกร้องความสนใจไม่เชื่อว่าเด็กเป็นโรคซึมเศร้า การใช้สารเสพติดจากค่านิยม ตามนโยบายทำให้การเข้าถึงกัญชา บุหรี่ไฟฟ้า	
2.3. โครงสร้างอำนาจในชุมชนและสังคม		1.ภาคประชาชนในเทศบาลตำบลท่าข้ามมีการรวมตัวเป็นชมรมออกกำลังกาย ปู่กฝึกปลอดภัย ชมรมผู้สูงอายุ(11ชมรม) เข้มแข็ง 2.ประชาชน ชมรมสมาคม สโมสรร่วมบริจาคสนับสนุนกิจกรรมของโรงพยาบาล

ตารางวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก		
ปัจจัยภายนอก ตัวแปร/ประเด็น	ความท้าทายที่จะเอาชนะภาวะคุกคาม T (Threats)	ความได้เปรียบจากโอกาส O (Opportunities)
		3. ชมรมแดงโมบลอดสารพิษทุ่งอ่าว ตำบลศรีวิชัย
	1.องค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน ,องค์การบริหารส่วนตำบลลีเล็ด,องค์การบริหารส่วนตำบลศรีวิชัย, องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยเตย, องค์การบริหารส่วนตำบลเขาหัวควาย และ องค์การบริหารส่วนตำบลพุนพิน ยังไม่มีการจัดตั้งหน่วย FR ทำให้การเข้าถึงผู้ป่วย 3S ลำบาก	1. วัดเกาะธรรมประทีป จัดตั้ง Health station และสถานชีวาภิบาลวิถีพุทธ รับดูแลผู้ป่วย End of life ทั้งภิกษุ และ ฆราวาสเพศชาย 2. วัดตรณารามจัดตั้ง Health station 3. เทศบาลเมืองท่าข้ามและอบต.ท่าข้าม มี กองสร.จัดทำโครงการโรค NCDs และ หน่วยบริการด้านสุขภาพเคลื่อนที่ในชุมชน 4. สถานศึกษา มีการจัดทำโครงการในการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคโดยใช้งบประมาณของโรงเรียนเองและ งบประมาณจากกองทุนตำบล รวมทั้งมี สถานที่สำหรับการออกกำลังกายที่ ประชาชนในชุมชนสามารถใช้ได้
2.5. สิ่งแวดล้อม เช่น น้ำเสีย ขยะ การใช้สารพิษ	พื้นที่ หมู่ 7 วันดอนมะลิ มีปัญหาน้ำท่วมบ่อยครั้ง	1. ไม่มีข้อร้องเรียนเกี่ยวกับน้ำเสีย 2. มีระบบการจัดเก็บขยะโดยท้องถิ่น 3. ขับเคลื่อนระบบอาหารปลอดภัยภายใต้ พชอ. /มีการรวมกลุ่มเกษตรกร กลุ่ม เกษตรแปลงใหญ่ ลดการใช้สารเคมี ทำ การเกษตรปลอดภัย 4. กรณีพื้นที่เสี่ยงต่ออุทกภัย มีระบบการบริหารจัดการ การกำหนดจุดเสี่ยง ระบบ แจ้งเตือน ศูนย์อพยพประชาชน มีระบบ การจัดส่งยาที่จำเป็นให้กับผู้ป่วยผ่านทาง อสม./แกนนำชุมชน และการออกหน่วย เชีงรุก
	T2 ผลักดันความร่วมมือ การสร้างเสริม สุขภาพเชิงรุกกับภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ ดังนี้ 1.ระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการส่งต่อระดับ พื้นที่ (EMS/FR/มาเอง)	O1 เสริมพลัง “บวร” (บ้าน วัด โรงเรียน โรงพยาบาล) ให้เป็นเจ้าภาพหลักในการ ขับเคลื่อน สร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกใน ชุมชนในกลุ่มโรค NCDs จิตเวชและยาเสพติด

ตารางวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก		
ปัจจัยภายนอก ตัวแปร/ประเด็น	ความท้าทายที่จะเอาชนะภาวะคุกคาม T (Threats)	ความได้เปรียบจากโอกาส O (Opportunities)
	2.ร่วมเป็นเจ้าภาพหลักในการจัดการความ รอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มโรค NCDs จิตเวช และยาเสพติด	
เศรษฐกิจและเทคโนโลยี		
3.1. การค้าและการลงทุนใน พื้นที่		1.เป็นศูนย์กลางการคมนาคมของจังหวัดสุ ราษฎร์ธานี เช่น การขยายสนามบิน นานาชาติ สถานีรถไฟสุราษฎร์ธานีถึง มาเลเซีย ขยายถนนเส้นหลักเข้าเมือง 2.เป็นที่ตั้งโรงงานผลิตยางอนามัย ศูนย์ ผลิตสินค้าแช่แข็ง CP 3.มีแหล่งท่องเที่ยวเชิงนิเวศน์ นั่งเรือชม หิ่งห้อย ตำบลลิเล็ด , บ่อน้ำพุร้อน ตำบล ท่า สะท้อน แหล่งโบราณสถานเขาศรีวิชัย ตำบล ศรีวิชัย
3.2. ฐานะทางเศรษฐกิจ โดยรวม (รายได้ครัวเรือน สูงขึ้น หนี้สินครัวเรือนลด ต่ำลง)		1.ฐานะเศรษฐกิจโดยรวมอยู่ในระดับปาน กลางถึงดี (ค่าใช้จ่ายครัวเรือนเฉลี่ย 33,523 บาท) 2.สามารถเข้าถึงสถานบริการเอกชน ได้ สะดวก
3.3. เทคโนโลยีสารสนเทศ ดิจิทัล 1) เทคโนโลยีด้านการแพทย์ และการสาธารณสุข (HIMSS/AI/Application) 2) เทคโนโลยีสารสนเทศ ทางการบริหารดิจิทัล		1.เทคโนโลยีสารสนเทศดิจิทัลมีวิทยาการ และนวัตกรรมในการขับเคลื่อนระบบบริการ สุขภาพให้สูงขึ้นด้านการแพทย์ การ สาธารณสุข และการบริหารจัดการอย่าง ต่อเนื่อง ** AI ตรวจจอบุคลากร 1. AI อ่าน ผลเอกซเรย์ 2. มีระบบ telemedicine app หมอ พร้อม ในการให้บริการแพทย์ทางไกล
		O2 ยกระดับการจัดบริการสุขภาพ Premium ดังนี้ 1.ศูนย์อุบัติเหตุ 2.ศูนย์ตรวจสุขภาพ 3.ศูนย์Wellness 4.Intelligent hospital 5.Mobile doctor service 6.ศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง (OPD)

ตารางวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก		
ปัจจัยภายนอก ตัวแปร/ประเด็น	ความท้าทายที่จะเอาชนะภาวะคุกคาม T (Threats)	ความได้เปรียบจากโอกาส O (Opportunities)
การเมืองและการบริหาร		
4.1. นโยบายและยุทธศาสตร์ชาติ & รัฐบาลชุดใหม่ 4.2. นโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข		1. นโยบายและยุทธศาสตร์รักษาพยาบาล 30 บาทได้ทุกที่มุ่งให้สถานพยาบาล จัดบริการให้ครอบคลุมทั่วถึงเท่าเทียม และยกระดับคุณภาพบริการ 2. นโยบายและยุทธศาสตร์ส่งเสริมยกระดับให้มีมาตรฐาน SAP
4.3. นโยบายและยุทธศาสตร์อปท. (อบจ. ทน. ทม. ทต. อบต.)	การถ่ายโอนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด ใน 2 ปี ที่ผ่านมามีข้อจำกัดในการวางแผนยุทธศาสตร์ จัดบริการสุขภาพในระดับพื้นที่ทั้งในมิติสร้างเสริมสุขภาพและการรักษาพยาบาลโดยเฉพาะ กลุ่มโรคNCDs และกลุ่มโรคจิตเวชและยาเสพติด	
4.4. การบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ (New Public Management : NPM) One Stop Service / HA /DHSA		1. การบริหารงานภาครัฐแนวใหม่ (New Public Management) มุ่งให้หน่วยงาน ภาครัฐจัดบริการศูนย์ราชการสะดวก (Government Easy Contact Center : GECC) ในรูปแบบ One stop Service และมุ่งให้สถานพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
	T3 วางยุทธศาสตร์จัดบริการสุขภาพเชิงรุกใน 2 กลุ่มโรค กลุ่มโรคNCDs และกลุ่มโรคจิตเวช และยาเสพติด ด้วยMobile doctor service	O3 ยกระดับโรงพยาบาลพูนพิณให้เป็น ศูนย์การแพทย์มาตรฐานระดับ S+ ภายใน 5 ปีและได้รับการรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

ตารางวิเคราะห์ปัจจัยภายใน

ตารางภาพผนวก 5 ตารางวิเคราะห์ปัจจัยภายใน

ปัจจัยภายใน ตัวแปร/ประเด็น	จุดอ่อนที่ต้องบริหารการเปลี่ยนแปลง W (Weaknesses)	ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths)
ด้านการดูแลผู้ป่วยและการสร้างเสริมสุขภาพ		
	โรคยุทธศาสตร์ (-) กลุ่มโรคเวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1.Stroke 2.STEMI 3.Sepsis กลุ่มโรคอายุรกรรม 1.DM 2.HT 3.CKD 4.COPD 5.TB กลุ่มโรคศัลยกรรม 1.มะเร็งเต้านม 2.มะเร็งลำไส้ กลุ่มโรคสูติ-นรีเวชกรรม 1.High risk Pregnancy กลุ่มโรคจิตเวช 1.ซึมเศร้าผู้ใหญ่ 2.SMIV 3.ซึมเศร้าวัยรุ่น กลุ่มโรคเวชศาสตร์ครอบครัว 1.เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2.Palliative care กลุ่มโรคทันตกรรม 1.ฟันน้ำนมผุในเด็ก 0-5ปี 2.ฟันผุในเด็กอายุ 6-12ปี 3.ฟันคุดในผู้สูงอายุ 4.วัยทำงานเข้าถึงบริการทันตกรรม	โรคยุทธศาสตร์ (+) กลุ่มโรคเวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1.TBI 2.Multiple injury กลุ่มโรคอายุรกรรม 1.Stroke 2.Heart clinic กลุ่มโรคศัลยกรรม 1.Colonoscopy 2.ODS/MIS กลุ่มโรคศัลยกรรมอโรปีติกส์ 1.OA knee. 2. Hip กลุ่มโรคสูติ-นรีเวชกรรม 1.PPH/Preterm/PIH กลุ่มโรคกุมารเวชกรรม 1.Pneumonia กลุ่มโรคจักษุ หู คอ จมูก 1.Cataract 2.DR 3.Hearing loss 4.sleep apnea กลุ่มโรคเวชศาสตร์ฟื้นฟู 1.IMC 2.แพทย์แผนไทย/แพทย์ทางเลือก กลุ่มโรคทันตกรรม 1.ทันตกรรมเฉพาะทาง
1.1. ผลด้านการดูแลผู้ป่วย : Clinical Outcome	1. Stroke - ระยะเวลานอนเฉลี่ยของผู้ป่วย Stroke ปี 2564-2567 ลดลง ตามลำดับดังนี้ 8.24, 7.24 ,6.02 และ 6.43	1. Stroke - จำนวนผู้ป่วยที่ Miss diagnosis ระดับความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป (Stroke)

ปัจจัยภายใน ตัวแปร/ประเด็น	จุดอ่อนที่ต้องบริหารการเปลี่ยนแปลง W (Weaknesses)	ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths)
	- จำนวน Stroke รายใหม่ ปี 2564-2567 ลดลง ตามลำดับดังนี้ 107 ราย, 49 ราย, 73, 22 ราย) - ร้อยละของผู้ป่วย Stroke on Set time ภายในเวลา 3 ชั่วโมง > 60 ปี 2564-2567 ตามลำดับดังนี้ 43, 05, 46 และ 44.82 - ร้อยละผู้ป่วย Stroke Fast Track ได้รับการส่งต่อภายใน 30 นาที ปี 2564-2567 ตามลำดับดังนี้ 93.42, 88.23, 86.11 และ 76.92 - อัตราผู้ป่วย Stroke ได้รับการวางแผน จำหน่ายส่งต่อ (Smart COC) เพื่อดูแล ต่อเนื่อง ปี 2564-2567 ตามลำดับดังนี้ 100, 100, 100 และ 77.77 2. ACS - อัตราการประเมินผู้ป่วย ACS ได้รับการ ทำ EKG ภายใน 10 นาที ปี 2564-2567 ตามลำดับดังนี้ 97.22, 92.1 ,93.18 และ 87.50 - ร้อยละ ACS ที่มาโดยระบบ EMS $\geq$ 50% ปี 2564-2567 ตามลำดับดังนี้ 18.75 , 26.67, 27.27, และ 25 - ร้อยละผู้ป่วย ACS เข้ารับการรักษา ภายใน 30 นาทีหลังมีอาการ $\geq$ 60% ปี 2564-2567 ตามลำดับดังนี้ 50, 24.32, 31.81 และ 25 3. DM - ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน $\geq$ 72 ปี 2564-2567 ตามลำดับดังนี้ 3.33, 100, 69.44 และ 14.47 - ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับ น้ำตาลได้ตามเกณฑ์ (HbA1C < 7	- ร้อยละของผู้ป่วย Stroke ที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพจนครบ 6 เดือน มีค่า Barthel index= 20 - ร้อยละของผู้ป่วย Stroke ที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพจนครบ 6 เดือน มีค่า Barthel index= 20 - ร้อยละของผู้ป่วย Stroke มีระดับ Barthel index เพิ่มขึ้นก่อนจำหน่าย - ร้อยละผู้ป่วย Stroke ได้รับการฟื้นฟูสภาพต่อเนื่อง จนครบ 6 เดือน 2. ACS - จำนวนการเสียชีวิตของผู้ป่วย ACS ในโรงพยาบาล - จำนวน ACS รายใหม่ลดลง - จำนวนผู้ป่วยที่ Miss diagnosis ระดับ ความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป (ACS) - อุบัติการณ์การเกิด cardiogenic shock 3. DM - ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปี ได้รับการคัดกรองเบาหวาน - ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับ น้ำตาลได้ตามเกณฑ์ - ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่เป็น CKD 1-4 และ ได้รับยา ACEI/ARB - ร้อยละการ re-admitted ด้วยภาวะ hypoglycemia - ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่า LDL < 100 - อัตราการขาดนัดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน 4. HT - ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง - อัตราการขาดนัดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 5. CKD

ปัจจัยภายใน ตัวแปร/ประเด็น	จุดอ่อนที่ต้องบริหารการเปลี่ยนแปลง W (Weaknesses)	ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths)
	mg%) ≥ 60 ปี 2564-2567 ตามลำดับ ดังนี้ 48.29, 39. 7, 47.60 และ 45.42 - อัตราการเกิดโรครายใหม่ของผู้ป่วย เบาหวาน $\leq$ ร้อยละ 1.95 ปี 2564-2567 ตามลำดับดังนี้ 5.19, 10.13 ,1.67 และ 2.63 - ร้อยละการเกิดโรครายใหม่ลดลง $\geq 5\%$ ปี 2564-2567 ตามลำดับดังนี้ - 8.76 , -64.43, 51.84 และ 63.03 - ร้อยละของผู้ป่วย โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เข้าสู่ระยะสงบ Remission (Smart NCD) $\geq 20\%$ ปี 2566-2567 ตามลำดับดังนี้ 19.35 และ 15 4. HT - ร้อยละของผู้ป่วยควบคุมระดับความดัน โลหิตสูงได้ตามเกณฑ์ ≥ 80 ปี 2564- 2567 ตามลำดับดังนี้ 64.24, 77.07,78.25 ละ 77.43 - ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงราย ใหม่ลดลง 2.5% ปี 2564-2567 ตามลำดับดังนี้ -13.74, -14.4, 29.21 และ 51.90 5. CKD - ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการ ลดลงของ eGFR $<5\text{ml/min/1.73m}^2/\text{yr}$ ปี 2564-2567 ตามลำดับดังนี้ 55.03, 63.95 และ 57.97 - ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน/โรคความ ดันโลหิตสูงได้รับการคัดกรองโรคไตเรื้อรัง	- ร้อยละของผู้ป่วย DM/HTที่เป็นผู้ป่วยไต เรื้อรังรายใหม่ลดลง - ร้อยละของผู้ป่วยไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไป ที่ได้รับ NSAIDs - อัตราการขาดนัดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง - อุบัติการณ์การติดเชื้อของ CAPD - ร้อยละของผู้ป่วย CKD stage 5 ได้รับการ การเย็บบ้าน 6. Sepsis - ร้อยละการใช้เครื่องมือ NEWS Score ใน การคัดกรองผู้ป่วย Sepsis - อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ ATB ภายใน 1 ชั่วโมง - อัตราการได้รับ Antibiotics ภายใน 1 ชั่วโมง (นับจากเวลาได้รับการวินิจฉัย) - อัตราการเกิดภาวะ Septic shock - อัตราการเสียชีวิตจาก sepsis และ septic Shock 7. COPD - อุบัติการณ์ผู้ป่วย COPD revisit ภายใน 48 ชม.ด้วยภาวะ Respiratory failure - อัตราการขาดนัดผู้ป่วย COPD - อุบัติการณ์ผู้ป่วย COPD เกิดภาวะ Respiratory failure 8. TB - อัตราผู้ป่วยวัณโรคได้รับการเย็บบ้าน ตามเกณฑ์ - อัตราผู้ป่วยวัณโรคได้รับยาโดยการ DOT - อัตราการขาดการรักษา

ปัจจัยภายใน ตัวแปร/ประเด็น	จุดอ่อนที่ต้องบริหารการเปลี่ยนแปลง W (Weaknesses)	ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths)
	≥ 80% ปี 2564-2567 ตามลำดับดังนี้ 72.73, 66.51, 67.92 และ 60.99 6. Sepsis - จำนวนผู้ป่วยที่ Miss diagnosis ระดับความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป (Sepsis) ปี 2564-2567 ตามลำดับดังนี้ 0 ครั้ง, 0 ครั้ง, 0 ครั้ง, 3 ครั้ง และ 2 ครั้ง - อัตราผู้ป่วย Sepsis ได้รับ IV 30 ml/kg (1.5 ลิตร สำหรับผู้ใหญ่) ใน 1 ชม. แรก 90% ปี 2564-2567 ตามลำดับดังนี้ 57.71, 89.6, 90.5 และ 84.8 - ร้อยละผู้ป่วย Sepsis ได้รับการรักษาหายจนอาการปกติ /คงที่ และสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล Discharge Status by Improved ≥ 80% ปี 2564-2567 ตามลำดับดังนี้ 70.00, 71.40, 72.22 และ 75.00 7. COPD - ร้อยละการ Re admit ภายใน 28 วันผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ≤ 0.5 ปี 2564-2567 ตามลำดับดังนี้ 0.16, 0.1, 0.37 และ 0.22 - อุบัติการณ์ผู้ป่วย COPD ที่มาด้วยภาวะ Acute exacerbation เท่ากับ 0 ปี 2564-2567 ตามลำดับดังนี้ 15 ครั้ง, 5 ครั้ง, 17 ครั้ง และ 33 - อัตราการนำเข้าผู้ป่วย COPD clinic 80% ปี 2564-2567 ตามลำดับดังนี้ 85 ครั้ง, 89 ครั้ง, 90 ครั้ง และ 50 ครั้ง	

ปัจจัยภายใน ตัวแปร/ประเด็น	จุดอ่อนที่ต้องบริหารการเปลี่ยนแปลง W (Weaknesses)	ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths)
	- อัตราการขาดนัดผู้ป่วย COPD 8% ปี 2564-2567 ตามลำดับดังนี้ 10 ครั้ง , 9 ครั้ง , 10 ครั้ง และ 11 ครั้ง 8. TB - ร้อยละของกลุ่มประชากรกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรอง ร้อยละ 100 ปี 2564-2567 ตามลำดับดังนี้ 85.87, 71.78, 85.30 และ 34.19 - ร้อยละความครอบคลุมของการค้นพบและขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคในผู้ป่วยใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 85 ปี 2564-2567 ตามลำดับดังนี้ 31.65, 39.24 ,36.48 และ 28.20 - อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 100ปี 2564-2567 ตามลำดับดังนี้ 86.84 , 100, 88.46 และ 30	
	W1 บริหารการเปลี่ยนแปลงระบบความเสี่ยง ความปลอดภัยและคุณภาพเชิงรุกรอบด้านดังนี้ 1.EWS โรคฉุกเฉินวิกฤต 2.Diagnosis error 3.Delay treatment 4.Unplan (refer dead CPR)	S1 ยกระดับความเชี่ยวชาญมาตรฐานโรงพยาบาล S+ ดังนี้ 1.primary trauma center 2.ศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง premium [อายุรกรรม/ศัลยกรรม/ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์/ โรคสูติ-นรีเวชกรรม/กุมารเวชกรรม/ จักษุ หู คอ จมูก/เวชศาสตร์ฟื้นฟู/ทันตกรรมเฉพาะทาง]
1.2. ผลการสร้างเสริมสุขภาพ	1. ประชาชนมีความรอบรู้ความตระหนักและพฤติกรรมสุขภาพจิตไม่เพียงพต่อการดูแลสุขภาพจิตตนเองและคนใกล้ชิด 2. ปัจจัยปกป้องด้านการรับรู้การสังเกตสัญญาณเตือน ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความเสี่ยงทำร้ายตัวเอง และผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง ระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน โรงเรียน ยังน้อย	

ปัจจัยภายใน ตัวแปร/ประเด็น	จุดอ่อนที่ต้องบริหารการเปลี่ยนแปลง W (Weaknesses)	ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths)
	3. การดำเนินการซ่อมแผนผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด (SMI-V) เสี่ยงก่อการก่อความรุนแรง ยังไม่ครอบคลุม พื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4. ร้อยละของผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ปี 2563-2567 ร้อยละ 74.01, 80.04, 81.16, 114.24 และ 122.00 ตามลำดับ 5. ผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate) ปี 2564-2567 ร้อยละ 60.53, 63.27, 48.48 และ 100 ตามลำดับ	
	W2 จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกในกลุ่มโรค NCDs จิตเวชและยาเสพติด รูปแบบใหม่ ดังนี้ 1.ฐานข้อมูล 2 กลุ่มโรคที่สมบูรณ์ 2.ค้นหาคัดกรองเชิงรุก 3 Individual Lifestyle Modification Program กลุ่มอาชีพ [สวนยางพารา/สวนปาล์ม/นาทุ่ง/โรงงาน/ค้าขาย/สำนักงาน/รับจ้างทั่วไป/สวนแตงโม ทุเรียน ฝรั่ง/สวนผัก]	
ด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน		

ปัจจัยภายใน ตัวแปร/ประเด็น	จุดอ่อนที่ต้องบริหารการเปลี่ยนแปลง W (Weaknesses)	ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths)
2.1. เข้าถึงบริการช่องทางด่วน ให้บริการทุกวันอังคาร (Fast track)	1. การส่งเสริมการให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับสัญญาณเตือนและอาการแสดงของกลุ่มโรคฉุกเฉินวิกฤต (3S) ยังน้อย ส่งผลให้การเข้าถึงบริการล่าช้า 2. การรับรู้ของประชาชนด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ช่องทางการสื่อสารครอบคลุมบางพื้นที่ 3. บางพื้นที่ไม่มีหน่วยบริการ Pre - Hospital ร้อยละการออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินภายใน 2 นาทีหลังรับแจ้งเหตุ ปี 2564 - 2567 เท่ากับ 82.09, 76.06, 89.30, 93.43 ร้อยละผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ปี 2564 - 2567 เท่ากับ 21.14, 24.74, 24.13, 16.16	1. บุคลากรมีสมรรถนะผ่านการอบรมเฉพาะทางเวชปฏิบัติฉุกเฉิน มีความพร้อมในการเรียนรู้และพัฒนาตนเองรวมทั้งเครื่องมือมีความพร้อมใช้และทันสมัย 2. จัด Zoning ของทีม BLS stand by ประจำ 4 จุด สำหรับรองรับเหตุให้ครอบคลุมพื้นที่เครือข่ายอำเภอพุนพิน 3. มีระบบส่งต่อ FAST Track ในกลุ่มโรค (3S) ของเครือข่ายจังหวัดสุราษฎร์ธานี 4. ระบบปฏิบัติการฉุกเฉินมีการให้บริการในโรงพยาบาลและส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า 5. มีการกำหนดการประเมินคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มโรค 3 S ตั้งแต่จุดเกิดเหตุ

ปัจจัยภายใน ตัวแปร/ประเด็น	จุดอ่อนที่ต้องบริหารการเปลี่ยนแปลง W (Weaknesses)	ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths)
2.2. ลดความแออัด	1. ผู้รับบริการผู้ป่วยนอก ตรวจโรคทั่วไป มีจำนวนมากต่อวันเฉลี่ยราย/วัน ปี 2565 ผู้รับบริการ 81,690 ราย เฉลี่ย 286 ราย/วัน ปี 2566 ผู้รับบริการ 61,916 ราย เฉลี่ย 216 ราย/วัน ปี 2567 ผู้รับบริการ 57,083 ราย เฉลี่ย 200 ราย/วัน 2. แพทย์ออกตรวจ 4 ห้อง - เปิดให้บริการ 6 คลินิก ได้แก่ 1) NCDs Clinic 2) COPD & Asthma Clinic 3) TB Clinic 4) ARV Clinic 5) ผู้สูงอายุ คลินิก 6) ตรวจโรคทั่วไป (โรคกระดูกและข้อโดยแพทย์เฉพาะทาง ให้บริการทุกวันอังคาร)	1. มีการจัดระบบ telemedicine/telepharmacy/ Health rider ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง/ผู้ป่วยARV/ผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง/ผู้ป่วยไทรอยด์ 2. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่งดูแลต่อเนื่องที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล PCC 3. มีบริการคลินิกออนไลน์ ใน 10 กลุ่มโรค 4. จัดระบบการให้บริการ คลินิก NCD คลินิก CD แยกออกจากคลินิกตรวจโรคทั่วไป 5. มีระบบ Home Ward 6. จัดตั้ง PCU นอกโรงพยาบาลในเขต หมู่ที่ 3 ตำบลท่าข้าม เพื่อเปิดให้บริการคนไข้ NCDs และคนไข้ทั่วไป รวมทั้งกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอื่นๆในพื้นที่ 7. มีระบบ Fast Track กรณีขอใบส่งตัว มีรูปแบบการจัดบริการ NCD Clinic เชิงรุกที่มีคุณภาพเพิ่มขึ้นดังนี้ 1)Telemedicine 2) เครื่องเจาะน้ำตาลปลายนิ้วด้วยตนเองและเครื่องวัด BPที่บ้าน 3)แพทย์เวชศาสตร์ ให้บริการที่ PCC ท่าข้าม
2.3. ลดระยะเวลารอคอย		1. มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งลำไส้มีระบบนัดจองคิวส่งกล้องFast track 2. มีระบบช่องทางด่วนในกรณี ขอใบส่งตัวใบรับรองแพทย์ 3. มีระบบนัดคิวออนไลน์ตามช่วงเวลา 4. จัดระบบบริการตามความเร่งด่วน MOP ED triage

ปัจจัยภายใน ตัวแปร/ประเด็น	จุดอ่อนที่ต้องบริหารการเปลี่ยนแปลง W (Weaknesses)	ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths)
		5. มีระบบการเจาะเลือดล่วงหน้า ก่อนมาพบแพทย์ 6. จัดระบบนัดหมายตามช่วงเวลา 7. ผู้ป่วย cataract (ติดอันดับ 1-3 ในการส่งต่อ ทุกปี) ส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์สุราษฎร์ธานีได้ ครึ่งละ 15 คิว/วัน (รอคิวอย่างน้อย 4 - 6 เดือน) ปัจจุบันเดือน กุมภาพันธ์ 2568 (ข้อมูล 20 กันยายน 2567) มีรูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยในโรคยุทธศาสตร์ดังนี้ อายุรกรรม, 1) คลินิก NCDs ให้บริการแบบ One Stop Service ทุกวัน จันทร์-ศุกร์ 2) คลินิก TB ให้บริการทุกวันจันทร์ ให้บริการแบบกึ่ง ONE Stop Service (รวมผู้ป่วยรายใหม่และผู้ป่วยตามนัด 3) ศัลยกรรมอโรบิคิกส์ จัดบริการทุกวัน อังคาร พบแพทย์เฉพาะทาง ให้บริการแบบกึ่ง ONE Stop Service (รวมผู้ป่วยรายใหม่และผู้ป่วยตามนัด 4) เวชศาสตร์ฟื้นฟู จัดบริการทุกวัน และนอกเวลาราชการทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์ เวลา 16.30 น.-20.30 น. ให้บริการแบบกึ่ง ONE Stop Service (รวมผู้ป่วยรายใหม่และผู้ป่วยตามนัด มีคิวออนไลน์ให้ผู้รับบริการจองคิวก่อนทำหัตถการ 5) ทันตกรรมเฉพาะทาง 6) มีคิวออนไลน์ให้คนไข้จองคิวก่อนทำหัตถการ 7) มีจำนวนทันตแพทย์ที่ให้บริการทันตกรรมเพิ่มขึ้น
2.4. ความพึงพอใจและข้อร้องเรียน (Clinical Population)	ข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการ	1. ผลประเมินความพึงพอใจผู้ป่วยใน ปี 2564 ร้อยละ 86.32 ปี 2565 ร้อยละ 86.39 ปี 2566 ร้อยละ 82.06

ปัจจัยภายใน ตัวแปร/ประเด็น	จุดอ่อนที่ต้องบริหารการเปลี่ยนแปลง W (Weaknesses)	ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths)
		2. ผลประเมินความพึงพอใจผู้ป่วยนอก ปี 2564 ร้อยละ 86.34 ปี 2565 ร้อยละ 86.50 ปี 2566 ร้อยละ 86.27 3. ผลประเมินความพึงพอใจผู้ป่วยในชุมชน ปี 2564 ร้อยละ 84.93 ปี 2565 ร้อยละ 93.92 ปี 2566 ร้อยละ 94.26 4. การร้องเรียนตาม ม 41 ยังไม่มี (แต่จะมี ในกรณี กรณีการให้บริการฉีดวัคซีน HPV ในเด็กนักเรียน (ผู้ร้อง ยื่นเรื่อง เกี่ยวกับการ ยินยอมการฉีดวัคซีน))
		S2 ยกระดับให้เป็นโรงพยาบาลในดวงใจ ของผู้ใช้บริการทุกคนดังนี้ 1.Excellent Fast track 2.Excellent NCDs anywhere 3.คู่ความร่วมมือกับศูนย์แพทย์เฉพาะทาง ชั้นเลิศ - อายุรกรรม - ศัลยกรรม - ศัลยกรรมอโรบิคส์ - โรคสูติ-นรีเวชกรรม - กุมารเวชกรรม - จักษุ หู คอ จมูก - เวชศาสตร์ฟื้นฟู - ทันตกรรมเฉพาะทาง มีการวางแผนให้ทันตแพทย์เฉพาะทางจาก โรงพยาบาลอื่นมาให้บริการในสาขาที่ โรงพยาบาลไม่มี เช่น ทันตกรรมรากฟัน เทียม 4.พัฒนาการให้บริการด้วยหัวใจความเป็น มนุษย์
ด้านอัตรากำลังคน		
3.1. อัตรากำลังสหสาขา วิชาชีพต่อโรคยุทธศาสตร์	1. อัตรากำลังที่ขาดแคลน เทียบภาระงาน ตาม Production line สายวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร	1. อัตรากำลังที่เพียงพอเทียบภาระงานตาม production line สายวิชาชีพ ได้แก่ ทันตแพทย์ นักจิตวิทยา นักโภชนาการ

ปัจจัยภายใน ตัวแปร/ประเด็น	จุดอ่อนที่ต้องบริหารการเปลี่ยนแปลง W (Weaknesses)	ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths)
เพียงพอ เหมาะสม ตามเกณฑ์ มาตรฐานวิชาชีพ	เจ้าพนักงานเภสัชกรรม นักเทคนิคการแพทย์ แพทย์แผนไทย นักรังสีการแพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข ผู้ช่วยพยาบาล สายสนับสนุน (Back office อื่นๆ) ได้แก่ เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี นักวิชาการคอมพิวเตอร์	นักกายภาพบำบัด สายสนับสนุน (Back office อื่นๆ) ได้แก่ นักจัดการงานทั่วไป เจ้าพนักงานธุรการ เจ้าพนักงานพัสดุ นักวิชาการเงินและบัญชี 2. มีนโยบายจัดบริการเพิ่มโดยใช้ part time จากหน่วยงานอื่น 3. หน่วยงานมีการแก้ไขปัญหาบุคลากรไม่เพียงพอด้วยวิธีการที่หลากหลาย เช่น การให้ทุนการศึกษา การจ้างเหมาด้วยอัตราที่ใกล้เคียงกับเอกชน ส่งเสริมการพัฒนาเจ้าหน้าที่ให้สามารถทำงานได้หลายด้าน
3.2.สมรรถนะเฉพาะต่อโรค ยุทธศาสตร์ (Specific Competency)	1. การประเมินสมรรถนะไม่ครอบคลุมกลุ่มโรคยุทธศาสตร์ส่วนใหญ่เน้นหัตถการ บุคลากรได้รับการพัฒนาสมรรถนะเฉพาะ ผู้รับผิดชอบไม่ครอบคลุมผู้ดูแลทั้งหมด 2. แผนการพัฒนาบุคลากรยังไม่ชัดเจน เหมาะสมกับยุทธศาสตร์ 5 ปีของโรงพยาบาล 3. การกำหนดสมรรถนะที่จำเป็นของบุคลากรไม่ครอบคลุมทั้งสมรรถนะเชิงวิชาชีพ ของแต่ละสายงานและสมรรถนะที่จำเป็นต่อการขับเคลื่อนตามยุทธศาสตร์องค์กร	1. พยาบาลวิชาชีพผ่านการอบรมผู้จัดการรายกรณี (โรคเบาหวาน - ความดันโลหิตสูง/พื้นฟูระยะกลาง/เวชกิจฉุกเฉิน/การดูแลมารดาและทารก) 2. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากโรงพยาบาลต้นแบบในจังหวัด 3. การจัดการผลการปฏิบัติงานและการพัฒนาบุคลากร ได้ทบทวนการกำหนดสมรรถนะที่จำเป็น ทั้ง CORE และ Functional competency 4. มีการกำหนดหลักสูตรที่จำเป็นและอบรมทักษะตามตำแหน่ง 3 ครั้ง/ปี และตามความต้องการ 2 ครั้ง และมีการอบรมเพิ่มสมรรถนะโดยมีการเรียนรู้ร่วมกันในจังหวัดและระดับเขต
3.3. ความสุข คุณภาพชีวิต ของบุคลากร (Happinometer / Engage Model) Engage Model : 1)ความพึงพอใจต่อคุณภาพงาน 2)ความสมดุลระหว่างงานและชีวิตส่วนตัว 3)ค่านิยมของผู้นาองค์กร	1. สภาพแวดล้อมในการทำงาน (ความไม่พร้อมใช้ของห้องทำงาน อุปกรณ์และเครื่องมือที่จำเป็น) 2. ค่าตอบแทนและสวัสดิการ (การจัดสวัสดิการไม่เหมาะสมกับความต้องการ) 3. โอกาสและความก้าวหน้าในการทำงาน (ความก้าวหน้าในตำแหน่งงานที่ไม่ชัดเจน)	1. ความพึงพอใจในชีวิต 2. ความพึงพอใจต่อคุณภาพงาน(ได้รับมอบหมายงานที่ตรงกับความสามารถมีความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะทำงานให้บรรลุเป้าหมาย) 3. ค่านิยมของผู้นาองค์กร(ผู้บริหารมีการกำหนดทิศทางองค์กรสามารถนำพาองค์กรไปสู่ความสำเร็จได้)

ปัจจัยภายใน ตัวแปร/ประเด็น	จุดอ่อนที่ต้องบริหารการเปลี่ยนแปลง W (Weaknesses)	ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths)
4)สร้างสภาพแวดล้อมในการทำงาน 5) โอกาสก้าวหน้าในการทำงาน 6) ผลตอบแทน	4. ความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัว(งานที่ได้รับมอบหมายไม่มีความสมดุลกับเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติงาน) work life balance ไม่สอดคล้องกับหน้าที่ในความรับผิดชอบ	4. สนับสนุนการพัฒนาบุคลากรให้มีศักยภาพในการปฏิบัติงาน 5. บุคลากรส่วนใหญ่มีความรู้ ความสามารถ มีความตั้งใจปฏิบัติงานในหน้าที่และรับผิดชอบ 6. ผู้นำสูงสุดพยายามจัดหาสวัสดิการและสิทธิประโยชน์ที่เป็นรูปธรรม เช่น การเพิ่ม OT มีการปรับเงินเดือนลูกจ้างประเภทจ้างเหมาและอัตราค่าตอบแทนให้สามารถแข่งขันกับเอกชนได้ 7. ปรับปรุงสถานที่ทำงานให้เหมาะสมสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการมีปฏิสัมพันธ์กัน ส่งผลให้ความพึงพอใจของบุคลากรอยู่ในระดับดี 8. สรรหาตำแหน่งให้แก่ลูกจ้างเพื่อให้เกิดความมั่นคงในตำแหน่งงาน ให้มีความก้าวหน้ามากยิ่งขึ้น 9. มีการติดต่อธนาคารเพื่อปรับปรุงโครงสร้างหนี้ในเจ้าหนี้ที่มีปัญหาด้านการเงิน
	W3 ปรับปรุงรูปแบบการบริหารทรัพยากรบุคคลแนวใหม่ รองรับ (ร่าง) พ.ร.บ. ระเบียบข้าราชการสาธารณสุข พ.ศ.2551 แยกออกจาก กพ. ดังนี้ 1.แผนอัตรากำลังสหวิชาชีพรองรับแผนยุทธศาสตร์ S+ ภายในปี2572 1.1 คู่ความร่วมมือกับศูนย์แห่งความเป็นเลิศ 1.2 เกื้อและกระจายอัตรากำลังตาม productivity & workload 1.3 อัตรากำลังสายสนับสนุนวิชาชีพ 2.พัฒนาสมรรถนะที่หลากหลายสามารถทดแทนกันได้ ดังนี้ 2.1 สมรรถนะหลัก (Core Competency) 2.2 สมรรถนะพื้นฐาน (Common Competency) 2.3 สมรรถนะเฉพาะ (Specific Competency) 2.4 สมรรถนะที่หลากหลาย (Multi-specific Competency)	S3 ยกกระดับให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้กับคู่ความร่วมมือกับศูนย์แห่งความเป็นเลิศ 1.CoP/RCA/CQI ตามเข็มมุ่งด้านการแพทย์ การสาธารณสุขและการบริหารจัดการ 2.ศูนย์วิจัยและพัฒนาตามมาตรฐานโรงพยาบาล S+ 2.1 Province and region 2.2 Primary care training & internship

ปัจจัยภายใน ตัวแปร/ประเด็น	จุดอ่อนที่ต้องบริหารการเปลี่ยนแปลง W (Weaknesses)	ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths)
	2.5 สมรรถนะทางการบริหาร (Managerial Competency) 3.ระบบความผูกพันของบุคลากรในองค์กร 3.1 ความพึงพอใจต่อคุณภาพงาน 3.2 ความสมดุลระหว่างงานและชีวิตส่วนตัว 3.3 ค่านิยมของผู้นำองค์กร 3.4สร้างสภาพแวดล้อมในการทำงาน 3.5 โอกาสก้าวหน้าในการทำงาน 3.6 ผลตอบแทน	
ด้านการนำ		
4.1. นำการบริหารยุทธศาสตร์ :การบริหารยุทธศาสตร์ (วางแผนนำแผนสู่การปฏิบัติ ประเมินผลและการควบคุม) 5/7S Model : Structure, Strategy, Systems, Styles, Shared value -> Managerial Competency	1. ขาดการวิเคราะห์ข้อมูลที่สำคัญรอบด้าน กำหนดวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ทั้งระยะสั้นและระยะยาว ที่ตอบสนองต่อความท้าทายเชิงกลยุทธ์และความต้องการสุขภาพของชุมชนครอบคลุมคุณภาพ ความปลอดภัยและสร้างเสริมสุขภาพที่ยั่งยืนเป็นปัญหาท้าทายตามบริบทโรงพยาบาล ระดับ F1 กำหนดค่าเป้าหมายและกรอบเวลาที่บรรลุ 2. ขาดการกำหนดเป้าหมายในการขับเคลื่อนเชิงกลยุทธ์ ตัวชี้วัดที่ชัดเจนทั้งระยะสั้นและระยะยาวอย่างเป็นรูปธรรม จัดทำแผนปฏิบัติรองรับครอบคลุมการจัดสรรทรัพยากรคน เงิน ของ ของในแต่ละแผน พร้อมมีการติดตามความก้าวหน้าในเวลาที่เหมาะสม ไวต่อการปรับเปลี่ยนแผนให้บรรลุผลสำเร็จ	ผู้นำมีวิสัยทัศน์และมุมมองการบริหารที่เอื้อต่อความสำเร็จ
4.2. นำคุณภาพ HA & DHSA : การรับรองคุณภาพ	1. ขาดการส่งเสริมให้ทีมระบบงาน ทีมดูแลผู้ป่วย และทีมระดับต่างๆ ทำหน้าที่ดูแลกำกับภาพรวม กำหนดทิศทางการพัฒนาที่ชัดเจน เข้าใจในเป้าหมายของการใช้เครื่องมือคุณภาพ เช่น กิจกรรมทบทวนการใช้มาตรฐาน การตามรอย	1. ผ่านการรับรองคุณภาพ Re accredit ชั้นที่ 3 ครั้งที่ 2

ปัจจัยภายใน ตัวแปร/ประเด็น	จุดอ่อนที่ต้องบริหารการเปลี่ยนแปลง W (Weaknesses)	ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths)
	ข้อเสนอแนะที่ได้จากการเยี่ยม เพื่อประเมินตนเองและหาส่วนขาด มาสร้างการเรียนรู้และนำมาจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพที่ครอบคลุมมากยิ่งขึ้นติดตามผลลัพธ์ ปัญหาอุปสรรค และนำไปสู่การปรับแผนเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้	
4.3. นำสารสนเทศ (โรงพยาบาลดิจิทัล) การใช้สารสนเทศสุขภาพดิจิทัล เพื่อการบริหารจัดการ บริการและวิชาการ : Health Cloud System-> Strategic Information Center (Dashboard)	1. IM ขาดแผนพัฒนาบุคลากรของหน่วยงานอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ 2. HAIT 3. Strategic Information Center (Dashboard) 4. การจัดระบบ Data Center ยังไม่ดี	1. ผ่านเกณฑ์ โรงพยาบาลอัจฉริยะ ระดับเพชร 2. มีกฎระเบียบ คำสั่ง ประกาศที่รองรับการดำเนินงานของศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศอย่างชัดเจน 3. Health Cloud System 3.1. Health ID 3.2. provider ID 4. ผู้บริหารให้ความสำคัญของการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการดำเนินงานพัฒนาองค์กร 5. มีคณะกรรมการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศ
4.4. นำอย่างมีธรรมาภิบาล : หลักธรรมาภิบาล : 1) หลักนิติธรรม 2) หลักคุณธรรม 3) หลักความโปร่งใสตรวจสอบได้ 4) หลักความมีส่วนร่วม 5) หลักความรับผิดชอบ 6) หลักความคุ้มค่า เน้นคณะกรรมการควบคุมภายใน (ควบคุมระบบให้เป็นไปตามยุทธศาสตร์)	ผลการตรวจสอบโดยคณะกรรมการตรวจสอบภายในระดับจังหวัดและกระทรวง ดังนี้ 1) คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการต่างๆมีความคลาดเคลื่อนอ้างระเบียบไม่เป็นปัจจุบัน 2) เงินนอกงบประมาณที่ฝากไว้มีวงเงินเกินจากที่กระทรวงการคลังกำหนดและไม่มี การนำฝากคลังอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง 3) การขออนุมัติเดินทางไปราชการราชการ ไม่ครอบคลุม/เบิกค่าเบี้ยเลี้ยง-ที่พักคลาดเคลื่อน 4) การจัดซื้อจัดจ้างไม่สอดคล้องกับแผน 5) ไม่ได้จัดทำทะเบียนคุมทรัพย์สิน ครุภัณฑ์ อาคารและสิ่งปลูกสร้าง/การคำนวณอายุการใช้งานไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด 6) ขาดการวิเคราะห์ติดตามแผน - ผลการดำเนินงานและรายงานผู้บริหารทราบเป็นรายไตรมาส	1. ปฏิบัติงานภายใต้มติของคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล 2. มีการตรวจสอบโดยคณะกรรมการตรวจสอบภายในระดับจังหวัดและกระทรวง 3. มีคณะกรรมการควบคุมภายในระดับโรงพยาบาลและ สสจ. 4. ผ่านการประเมินการควบคุมภายใน โดยค่าคะแนน ITA ปี 2565 = 89.85 ปี 2566 = 90.91 ปี 2567 = 95.45

ปัจจัยภายใน ตัวแปร/ประเด็น	จุดอ่อนที่ต้องบริหารการเปลี่ยนแปลง W (Weaknesses)	ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths)
	W4 บริหารการเปลี่ยนแปลงระบบ สารสนเทศดิจิทัลเพื่อพัฒนาศาสตร์ด้าน การแพทย์ การสาธารณสุข และการบริหาร จัดการให้สอดคล้องกับบริบทในอีก 5 ปี ข้างหน้า ของโรงพยาบาลพูนพิณ จังหวัดสุ ราษฎร์ธานี (Agenda base/ Functional base / Area base)	S4 พัฒนาระบบคุณภาพ (HA) และระบบ ธรรมาภิบาลให้ได้รับการรับรองอย่าง ต่อเนื่อง

ด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานที่สำคัญ

● RSQ	1. จำนวนการรายงานความเสี่ยงแนวโน้ม ลดลง under report 2. อุบัติการณ์ G-H-I ปี 2565-2567 เพิ่มขึ้น ตามลำดับดังนี้ 3 ครั้ง, 19 ครั้ง 9 ครั้ง 3. อุบัติการณ์ G-H-I ซ้ำ ปี 2565-2567 ตามลำดับดังนี้ 1 ครั้ง, 9 ครั้ง และ 4 ครั้ง และมีรายละเอียด ปี 2565 G-H-I ไม่ซ้ำ CHF 1 ครั้ง ปี 2566 G-H-I ซ้ำ (Sepsis 2 ครั้ง ACS 4 ครั้ง Stroke 1 ครั้ง Pneumonia 1 ครั้ง CHF 1) ปี 2566 G-H-I ไม่ซ้ำ (Sepsis 1 ครั้ง ACS 1 ครั้ง Stroke 0 ครั้ง Stroke 0 ครั้ง CHF 1 Pneumonia 2 ครั้ง HI 1 ครั้ง ASCITIS RF 1 ครั้ง) ปี 2567 G-H-I ซ้ำ Sepsis 3 ครั้ง ACS 0 ครั้ง Stroke 1 ครั้ง CHF 0 Pneumonia 0 ครั้ง HI 1 ครั้ง ASCITIS RF 1 ครั้ง) ปี 2567 G-H-I ไม่ซ้ำ Sepsis 1 ครั้ง ACS 1 ครั้ง Stroke 0 ครั้ง CHF 1 ครั้ง Pneumonia 1 ครั้ง HYPOXEMIA 1 ครั้ง)	1. มีโปรแกรมรายงานความเสี่ยง On Cloud

ปัจจัยภายใน ตัวแปร/ประเด็น	จุดอ่อนที่ต้องบริหารการเปลี่ยนแปลง W (Weaknesses)	ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths)																				
● MSO Diagnosis error Delay treatment	Miss Diagnosis error <table><tr><th>โรค/ปี</th><th>2565</th><th>2566</th><th>2567</th></tr><tr><td>Sepsis</td><td>0 ราย</td><td>3 ราย</td><td>0 ราย</td></tr><tr><td>Stroke</td><td>0 ราย</td><td>2 ราย</td><td>0 ราย</td></tr><tr><td>ACS</td><td>0 ราย</td><td>6 ราย</td><td>1 ราย</td></tr><tr><td>CHF</td><td>2 ราย</td><td>1 ราย</td><td>0 ราย</td></tr></table>	โรค/ปี	2565	2566	2567	Sepsis	0 ราย	3 ราย	0 ราย	Stroke	0 ราย	2 ราย	0 ราย	ACS	0 ราย	6 ราย	1 ราย	CHF	2 ราย	1 ราย	0 ราย	1. มีแพทย์รับผิดชอบในกลุ่มโรคที่โรงพยาบาลให้ความสำคัญ (DM/HT/COPD/Asthma/Stroke/Sepsis/CKD) 2. มีกุมารแพทย์ 1 ท่าน 3. มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 2 ท่าน
โรค/ปี	2565	2566	2567																			
Sepsis	0 ราย	3 ราย	0 ราย																			
Stroke	0 ราย	2 ราย	0 ราย																			
ACS	0 ราย	6 ราย	1 ราย																			
CHF	2 ราย	1 ราย	0 ราย																			
● NSO รายงานความเสี่ยงทางการพยาบาล E ขึ้นไป 1.อัตรากำลังทางการพยาบาลเพียงพอเหมาะสมวิเคราะห์จาก Productivity แยกหน่วยงาน 2.ผลการประเมิน specific competency 3.ผลลัพธ์การนิเทศทางการพยาบาล 4.ประเด็นทางจริยธรรมและจรรยาบรรณทางการพยาบาล	ความเสี่ยงทางการพยาบาล E ขึ้นไป 1. พบอุบัติการณ์ แผลฝีเย็บแยก แผลฝีเย็บติดเชื้อ 2. PPH : low estimated blood loss 3. เสียชีวิตโดยไม่คาดคิดในผู้ป่วย Sepsis : ไม่ได้ประเมินผู้ป่วยโดยใช้ NEWS score , ไม่ได้ประเมินซ้ำภายในระยะเวลาที่กำหนด 4. Hypertention crisis ไม่ได้ประเมินซ้ำภายในระยะเวลาที่กำหนด 5. MI : Empowerment ไม่ครบถ้วน 6. Stroke: re-assessment 7. เกิดภาวะ Hypoxia ในผู้ป่วยที่ On tracheostomy - specific competency การประเมิน/ประเมินซ้ำในกลุ่มโรค 3S พบอุบัติการณ์ - การสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ โดยใช้ SBAR - พบข้อร้องเรียนพฤติกรรมบริการ	1.มีระบบนิเทศทางการพยาบาล สัปดาห์ละ 2 วัน (วันอังคาร วันศุกร์) 2.Productivity (90-110) IPD = 118 % ER = 92.34 % OPD = 123.38 % LR 65.78 % 3. specific competency nursing ผ่านเกณฑ์ (90 %) OPD = 91.07 % ER = 95.83 % IPD = 94.70 % LR = 94.01% IC = 94.52 % 4. จริยธรรมทางการพยาบาล พฤติกรรม / สิทธิผู้ป่วย ไม่พบข้อร้องเรียนที่รุนแรง																				
● ENV 1.วิเคราะห์มาตรฐานENV 2. Logistics & Supply chain	1. ข้อจำกัดด้านพื้นที่ 2. สิ่งแวดล้อมเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากร ได้แก่ ความเข้มของแสงสว่าง / ค่า CO2 สูงในห้องทำงาน / office syndrom 3. ความเสี่ยงระดับ 3 ขึ้นไป ได้แก่ เครื่องมือแพทย์ไม่พร้อมใช้ / อุบัติเหตุจราจร / ความเสี่ยงต่อการเกิดอัคคีภัย เช่น กัน	วิเคราะห์มาตรฐาน ENV 1. มาตรฐานสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย (Physical Environment and Safety) ก. ความปลอดภัยและสวัสดิภาพ โครงสร้าง อาคารสถานที่ เป็นไปตามมาตรฐานและกฎหมาย																				

ปัจจัยภายใน ตัวแปร/ประเด็น	จุดอ่อนที่ต้องบริหารการเปลี่ยนแปลง W (Weaknesses)	ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths)
	บุหรื /ผลกระทบอุบัติเหตุที่ก่อให้เกิดความเสียหายจากการก่อสร้าง 4. Healing environment (Safety Handy Beauty) - ความไม่เพียงพอของพื้นที่สีเขียว ที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลาย สอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่น - ความเพียงพอของสถานที่สำหรับการรองรับบริการพร้อมสิ่งอำนวยความสะดวก และมุมสันตนาการ - ความเพียงพอของห้องน้ำ/ห้องส้วมที่มีความจำเป็นสำหรับผู้พิการ ผู้สูงอายุ ทุกเพศสภาพ หญิงตั้งครรภ์ และเด็กเล็ก/และมีลักษณะสร้างความรู้สึกผ่อนคลาย สะดวกสบาย มีการนำเทคโนโลยี non-toouch ประยุกต์ใช้	ข. วัสดุและของเสียอันตราย มีระบบการจัดการขยะเป็นไปตามมาตรฐาน มีการติดตามเส้นทางการกำจัดขยะ ค. การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน ง. ความปลอดภัยจากอัคคีภัย มีการซ้อมแผนอัคคีภัยทุกปี 2. มาตรฐานเครื่องมือและระบบ สาธารณูปโภค (Equipment and Utility System) ก. เครื่องมือ มีการสอบเทียบ เครื่องมือความเที่ยงตรง (calibration) ผลการสอบเทียบผ่าน ร้อยละ 96.18 ข. ระบบสาธารณูปโภค - ผลการตรวจน้ำใช้ทางห้องปฏิบัติการ จำนวน 2.1 พารามิเตอร์ - น้ำดื่มเป็นแบบน้ำดื่มบรรจุขวด ไม่พบ โคลิฟอร์มแบคทีเรีย - ระบบไฟฟ้าสำรองสามารถสำรองได้ 26.5 ชั่วโมง - มีระบบน้ำประปาสำรอง - ระบบก๊าซทางการแพทย์ (ระบบออกซิเจนและระบบไนโตรส) สามารถสำรองได้ 72 ชั่วโมง 3. มาตรฐานสิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและการพิทักษ์สิ่งแวดล้อม (Environment for Health Promotion and Environment Protection) ก. การสร้างเสริมสุขภาพ มีนวัตกรรมรีไควเคิล /นำโซล่าเซลล์มาใช้ /มีตลาดนัดสุขภาพ /Outsource ที่ประกอบอาหารให้กับผู้ป่วยได้มาตรฐาน และไม่พบโคลิฟอร์มแบคทีเรีย ข. การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม ระบบบำบัดน้ำเสียมีประสิทธิภาพ ผลการตรวจน้ำทิ้งผ่านทุกพารามิเตอร์ <u>Logistics & Supply chain</u>

ปัจจัยภายใน ตัวแปร/ประเด็น	จุดอ่อนที่ต้องบริหารการเปลี่ยนแปลง W (Weaknesses)	ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths)																				
		4. ระบบการเคลื่อนย้ายและกำจัดขยะ 5. ระบบการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล ของพื้นที่เสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและการ รวบรวมข้อมูลจากการสำรวจทรัพยากร สำรองภาวะฉุกเฉินภัยจากสิ่งแวดล้อม																				
● IC 1.อัตราการติดเชื้อ /1,000วัน นอน 2.อัตราการติดเชื้อที่สำคัญ เช่น VAP /HAP/CAUTI/เชื้อดื้อยา/ Supply	1. อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลเกณฑ์ ≤0.5ครั้ง : 1000 วันนอน <table><tr><td>2563</td><td>2564</td><td>2565</td><td>2566</td><td>2567</td></tr><tr><td>0.07</td><td>0.14</td><td>0.31</td><td>0.32</td><td>0.33</td></tr></table> ปี 2563-2567 ครั้ง :1000 วันนอน มีแนวโน้มสูงขึ้นแต่ยังผ่านเกณฑ์ 2. อัตราการติดเชื้อ CAUTI เกณฑ์ ≤1 ครั้ง: 1000 cath day <table><tr><td>2563</td><td>2564</td><td>2565</td><td>2566</td><td>2567</td></tr><tr><td>0</td><td>0.84</td><td>1.25</td><td>1.36</td><td>0.88</td></tr></table> ปี 2563-2567 ครั้ง : 1000 cath day สำหรับปี 65-66 ไม่ผ่านเกณฑ์ ปี67 ผ่าน เกณฑ์ 3. อัตราการติดเชื้อดื้อยา เกณฑ์ 0:1000 วัน นอน ปี 2565 : จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา 18 ราย (โรงพยาบาลศูนย์ 3 ราย ชุมชน 15 ราย) ปี 2566 : จำนวน 29 ราย (โรงพยาบาล ศูนย์ 18 ราย ชุมชน 11 ราย) ปี 2567 : จำนวน 28 ราย (โรงพยาบาล ศูนย์ 15 ราย ชุมชน 10 ราย) มีติดเชื้อดื้อ ยาในโรงพยาบาล 3 รายคิดเป็น 0.18 ครั้ง :1000 วันนอน · ไม่ผ่านเกณฑ์	2563	2564	2565	2566	2567	0.07	0.14	0.31	0.32	0.33	2563	2564	2565	2566	2567	0	0.84	1.25	1.36	0.88	1. เป็นศูนย์ CSSD ทั้งเครือข่ายโรงพยาบาล พุนพิณ (รพ.สต 7แห่ง) ตรวจสอบ ประสิทธิภาพการปราศจากเชื้อผ่าน 100% 2. อัตราการติดเชื้อ HAP เกณฑ์ 0.5 ครั้ง: 1000วันนอน ปี 2564 = 0.05 ครั้ง:1000 วันนอน และ ปี 2565-2567 ไม่พบการติดเชื้อ
2563	2564	2565	2566	2567																		
0.07	0.14	0.31	0.32	0.33																		
2563	2564	2565	2566	2567																		
0	0.84	1.25	1.36	0.88																		
● IM ทบทวนความสมบูรณ์เวช ระเบียน OPD/IPD	1. ความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วยนอก - Patient profile ไม่ระบุชื่อ ที่อยู่ ญาติผู้ติดต่อ - History ไม่มีข้อมูลประวัติการ เจ็บป่วยในอดีต	1. ร้อยละความสมบูรณ์ของเวชระเบียน ผู้ป่วยนอกผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ปี 2564- 2567 ร้อยละ ตามลำดับดังนี้ 91.50, 80.34, 88.09, และ 92.13 2. ร้อยละความสมบูรณ์ของเวชระเบียน ผู้ป่วยใน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80ปี 2564-																				

ปัจจัยภายใน ตัวแปร/ประเด็น	จุดอ่อนที่ต้องบริหารการเปลี่ยนแปลง W (Weaknesses)	ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths)
	- Physical exam การบันทึกการตรวจร่างกายของแพทย์ ไม่ระบุการตรวจร่างกาย - Treatment ไม่มีการบันทึกคำแนะนำเกี่ยวกับโรค - การบันทึกคำวินิจฉัยผู้ป่วยนอกมีความคลาดเคลื่อน 2. ความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วยใน - Discharge Summary ไม่มีข้อมูลชื่อ-นามสกุล ที่อยู่ญาติผู้ติดต่อ และใบ Clinical summary - Informed consent ระบุข้อดีข้อเสียในการรักษาในโรงพยาบาล กำกวม เช่น ดีขึ้น - การบันทึกใบ Admission note ไม่มีการระบุการตรวจร่างกายของแพทย์ - การบันทึก Doctor Order บันทึกข้อมูล S O A P ใน 3 วันแรกของแพทย์ไม่ครบถ้วน - Nurses Note การประเมินแรกรับไม่ครบถ้วน - ขาดการร่วมวางแผนการออกแบบสารสนเทศระหว่างหน่วยงานเพื่อให้สามารถจัดเก็บข้อมูลที่ต้องใช้ในการพัฒนาคุณภาพเวชระเบียนให้ได้ครบถ้วนถูกต้อง	2567 ร้อยละ ตามลำดับดังนี้ 83.01, 82.89, 74.36 และ 92.99 3. การใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยมาพัฒนาระบบการให้บริการ ระบบการดูแลผู้ป่วย
● PTC 1.อุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับE ขึ้นไป 2.ME OPD 3.ME IPD 4.แพ้ยาซ้ำ 5.HAD 6.RDU 7.คลังสำรองยา	1. ขาดการส่งเสริมให้คณะกรรมการ PTC กำหนดเป้าหมายนโยบายทิศทางการพัฒนาและจุดเน้นการพัฒนาตามปัญหาที่พบในแต่ละปี โดยวิเคราะห์ข้อมูล Medication error, ADR, ADE ที่มีอยู่ในระบบ ปัญหาที่พบจากการตามรอย เป็นต้น นำมาวางแผนพัฒนาจากลำดับความสำคัญของปัญหา ออกแบบกระบวนการและการติดตามทั้ง	1. อุตบัติการณ์ความเสี่ยงระดับE ขึ้นไป = 0 ตั้งแต่ ปีงบประมาณ 2563 จนถึงปัจจุบัน 2. HAD มีการวางแผนทางปฏิบัติของแต่ละวิชาชีพ ผู้ป่วยที่ได้รับยา HAD ได้รับการประเมินติดตามตามมาตรฐาน ปี 2563-2567 ร้อยละ ตามลำดับดังนี้ 95.47 53.33, 67.43, 65.16 และ 87.8 มีอุบัติการณ์เกี่ยวกับ HAD 1 ครั้ง ความ

ปัจจัยภายใน ตัวแปร/ประเด็น	จุดอ่อนที่ต้องบริหารการเปลี่ยนแปลง W (Weaknesses)	ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths)
	กระบวนการและผลลัพธ์ของการปฏิบัติ ตามนโยบายและเพิ่มความร่วมมือของสห วิชาชีพ เพื่อให้การใช้ยาในโรงพยาบาลมี ความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ 2. สิ่งแวดล้อมสนับสนุน : ขาดการทบทวน และดำเนินการจัดการด้านการเก็บรักษา ยา การควบคุมอุณหภูมิและความชื้นที่ ห้องยาทุกจุดให้เหมาะสม ทั้งนี้เพื่อให้ได้ ยาที่มีคุณภาพและมีความคงตัวแก่ผู้ป่วย 3. ME มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั้ง IPD และ OPD โดย error ที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ได้แก่ - Prescribing ทั้ง IPD และ OPD ,Pre dispensing OPD, dispensing ทั้ง IPD และ OPD และ Administration ทั้ง IPD และ OPD 4. มีอุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำ เกิดขึ้น 1 ครั้ง ใน ปีงบประมาณ 2567 เป็น ADR Type A ความรุนแรงระดับ D จากที่ไม่มี อุบัติการณ์มาตั้งแต่ ปีงบประมาณ 2561 เป็นต้นมา	รุนแรงระดับ C โดยเป็นปัญหาการ สื่อสาร 3. RDU ผ่านเกณฑ์ทุกข้อ ตั้งแต่ ปีงบประมาณ 2563 จนถึงปัจจุบัน 4. คลังสำรองยา น้อยกว่า 60 วัน ตั้งแต่ 2561 ถึงปัจจุบัน โดยใน สิงหาคม 2567 =52.51 วัน

ปัจจัยภายใน ตัวแปร/ประเด็น	จุดอ่อนที่ต้องบริหารการเปลี่ยนแปลง W (Weaknesses)	ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths)
Lab+Blood 1.Lab คำนวณ 2.Lab วิกฤติ 3.เลือด	1. พื้นที่มีจำกัด 2. สถิติการให้บริการผู้ป่วย ปี 2564 = 153,541ทดสอบ ปี 2565 = 207,237ทดสอบ ปี 2566 = 229,358ทดสอบ ปี 2567 = 257,766ทดสอบ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยเฉลี่ย 250-300 ราย/วัน ผู้ป่วยมีจำนวนมากช่วงเวลาเร่งด่วน เวลา 7.30น-10.00น. 3. ยังพบความล่าช้าการรายงานผลผู้ป่วย OPDในช่วงเวลาเร่งด่วน8.00น.-10.00น. เนื่องจากการบริการต่อเนื่องผู้ป่วยNCD เฉลี่ย 100-150ราย/วัน ช่วงเช้ามีเจ้าหน้าที่มีออกไปเจาะเลือดผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน และเจาะเลือดผู้ป่วย PCC วันจันทร์ จึงได้เพิ่มอัตรากำลังขึ้นปฏิบัติงานช่วงเช้าเวลา7.30น. เพื่อให้ทันเวลา ได้มีการเพิ่มจำนวนบุคลากรตามกรอบอัตรากำลังและเป็นบุคลากรใหม่ 5คนต้องใช้เวลาในการพัฒนาศักยภาพและการทำงานที่เป็นระบบรับช่วงงาน 4. ใช้เทคโนโลยีเครื่องตรวจวิเคราะห์อัตโนมัติและระบบPaperless 5. ยังไม่มีการสำรองเลือดต้องขอ Cross match ไปยังโรงพยาบาลศูนย์สุราษฎร์ธานี บางครั้งพบสถานการณ์เลือดวิกฤติไม่สามารถให้ได้ทันเวลาทุกกรุป และพบการสื่อสารที่ทำให้การรับเลือดล่าช้า	1. Lab คำนวณ การรายงานผลด่วนทันตามระยะเวลาที่กำหนด เป้าหมาย100% ปีงบประมาณ 2564- 2567 ร้อยละตามลำดับดังนี้ 74.21, 83.72, 88.68 และ 85.00 พบมีแนวโน้มที่ดีขึ้นแต่ยังไม่ถึงเป้าหมาย ได้ปรับปรุงระบบ จากเดิมการขอผลด่วนมีการสื่อสารด้วยวาจาอย่างเดียว ปรับระบบให้มีการใช้สัญลักษณ์สีแดงเป็น Lab คำนวณและใช้ระบบคอมพิวเตอร์ Hosxp กำหนดรายการLabที่ส่งตรวจที่ ERเป็น Lab คำนวณทุกรายการโดยอัตโนมัติ ส่วนLabคำนวณจากหน่วยงานอื่นกำหนดให้ติดเครื่องหมาย “ขอผลด่วน”ใน Hosxp ในเครื่องตรวจวิเคราะห์อัตโนมัติมีการอัปเดตช่องตรวจ STAT และมีการสื่อสารไปยังทุกจุด พบมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น และ Labมีการเพิ่มศักยภาพให้รายการทดสอบที่สนับสนุนโรคเน้นต่างๆ เช่น Tropl PT/INR HC Lactate Blood Keton 2. Lab วิกฤติ การรายงานค่าวิกฤติทันเวลาภายใน 5 นาที เป้าหมาย 100% ปีงบประมาณ 2564- 2567 ร้อยละตามลำดับดังนี้ 95.33, 96.91, 95.75 และ 93.43 มีแนวโน้มที่ดีขึ้น กำหนดเมื่อห้อง Lab พบค่าวิกฤติ จะใช้โทรศัพท์มือถือรายงานตรงแก่แพทย์เวรและพยาบาลเวรที่หน้างาน ช่วงรอยต่อเวลาที่แพทย์เปลี่ยนเวรตอนเช้าเวลา 8.30 น.พัฒนาให้มีระบบแจ้งเตือน Notify รองรับ 3. ร้อยละการให้เลือด ผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด เป้าหมาย 0 ปีงบประมาณ 2564 - 2567 คือ 0 ครั้ง ไม่พบอุบัติการณ์การให้เลือด ผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด 4. ความทันเวลาในการขอเลือดของกลุ่มผู้ป่วยทั่วไปตามรอบเวลา เป้าหมาย ร้อยละ 100 ปี 2564- 2567 ร้อยละ

ปัจจัยภายใน ตัวแปร/ประเด็น	จุดอ่อนที่ต้องบริหารการเปลี่ยนแปลง W (Weaknesses)	ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths)
		ตามลำดับดังนี้ 98.82, 100, 99.85 และ 99.48 โดยความล่าช้าเกิดจากการติดต่อประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่ห้องแลปกับคนขับรถ และระหว่างคนขับรถกับธนาคารเลือดโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี 5. ความทันเวลาในการขอเลือดของกลุ่มผู้ป่วยที่ขอเลือดด่วน เป้าหมาย ร้อยละ 100 ปี 2564- 2567 ร้อยละ ตามลำดับดังนี้ 90, 100, 91.67 และ 96 โดยจากการทบทวนมีความล่าช้าจากการเดินทางและการเข้ารับเลือดจากงานธนาคารเลือดโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี มีแนวทางการปรับปรุงโดยมีการทบทวนการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์กับคนขับรถ และมีการแนบโน้ตชี้แจงเอกสารผู้ป่วยและรายละเอียดของเลือดและส่วนประกอบของเลือดที่ต้องการรับส่งให้กับธนาคารเลือดเมื่อคนขับรถไปรับเลือดที่ธนาคารเลือดเพื่อให้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือดได้ครบถ้วน รวมทั้งในรายที่ขอเลือดด่วนจะมีใบขอรับเลือดด่วนเพื่อยื่นรับเลือดด่วนที่งานธนาคารเลือดโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีโดยไม่ต้องต่อคิว 6. ห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์ได้รับรองคุณภาพต่อเนื่องครั้งที่ 5 (LA-5) 7. ได้รับรองคุณภาพความปลอดภัยเป็นห้องปฏิบัติการวิธีใหม่ในยุคNew normal จากสภาเทคนิคการแพทย์ฯ 8. ได้รับรางวัลผลงานนวัตกรรม 1 เรื่อง “LabPPHcontact” 9. การพัฒนาศักยภาพ วางแผนขยายบริการด้านการสำรองเลือด/ธนาคารเลือด/การเพาะเชื้อจุลชีวะ

ปัจจัยภายใน ตัวแปร/ประเด็น	จุดอ่อนที่ต้องบริหารการเปลี่ยนแปลง W (Weaknesses)	ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths)																
● รังสี+เครื่องมือพิเศษฯ	1. มีพื้นที่จำกัดในการให้บริการหากจะพัฒนาใช้เครื่องมือพิเศษเพิ่มเติม 2. ไม่มีรังสีแพทย์ 3. ร้อยละการเอกซเรย์ซ้ำเพิ่มขึ้น ตราฟิล์ม (film repeat) ไม่เกิน 5% <table><tr><td>2564</td><td>2565</td><td>2566</td><td>2567</td></tr><tr><td>2.65</td><td>4.88</td><td>4.82</td><td>4.65</td></tr></table> 4. จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอกับ ผู้รับบริการและปริมาณงานที่ได้รับ ได้แก่ งาน เอ็กซเรย์ประจำห้อง , portable,ออก หน่วย x-ray เคลื่อนที่ ,งานวิชาการ 5. อุบัติการณ์การเอ็กซเรย์ผิดคน <table><tr><td>2564</td><td>2565</td><td>2566</td><td>2567</td></tr><tr><td>1</td><td>3</td><td>0</td><td>1</td></tr></table> 6. การต่ออายุห้องปฏิบัติการทางรังสี (MOPH) ครั้งที่ 1 ปี 2563 ครั้งที่ 2 ปี 2566	2564	2565	2566	2567	2.65	4.88	4.82	4.65	2564	2565	2566	2567	1	3	0	1	1. ห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยผ่านการรับรอง คุณภาพมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข ต่อเนื่อง ครั้งที่ 2 2. มีระบบบริการเอกซเรย์ระบบดิจิทัล 3. มีระบบบริหารจัดการสารสนเทศทางรังสี ที่มีความปลอดภัยต่อผู้ให้บริการและ ผู้รับบริการ 4. มีรถเอกซเรย์เคลื่อนที่ระบบดิจิทัล ให้บริการ
2564	2565	2566	2567															
2.65	4.88	4.82	4.65															
2564	2565	2566	2567															
1	3	0	1															
	W5 ปรับปรุงระบบบริหารความเสี่ยงความปลอดภัยและคุณภาพในระบบงานที่สำคัญ ดังนี้ 1.จัดทำ Risk Register & Risk Profile ใน โรครยุทธศาสตร์ โรคที่สำคัญและประเด็น คุณภาพที่สนับสนุน 2.กำหนดเข้มมุ่งในระบบความปลอดภัยเน้น 3P saftyในSIMPLE 3.หน่วยงานในโรงพยาบาลน่านนโยบาย RSQ สู่การปฏิบัติ 100%	S5.พัฒนาระบบสนับสนุนการ รักษาพยาบาลที่เป็นเลิศ 1.CPG / CNPGโรครยุทธศาสตร์ที่สำคัญ 2.Healing ENV (Master plan & renovation) 3.IM,Clinical data & control(HAIT) 4.Excellence IC 5.Excellence PTC 6.Excellence LAB 7.Excellence X-Ray																
● ภาพกายภาพบำบัด	1. ไม่มีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 2. บุคลากรมีการสับเปลี่ยนโยกย้ายเนื่องจาก เป็นลูกจ้างเหมาบริการ (มีข้าราชการ 1 คน) 3. DM foot ไม่ได้ทำ แต่มีการฟื้นฟู สมรรถภาพปอดในผู้ป่วย COPD แต่ยังไม่ เป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ ร้อยละ 80 (ปี 66= 85.71% , ปี 67= 70%)	1. มีระบบบริการครอบคลุมทั้งแบบผู้ป่วย นอก ผู้ป่วยใน เยี่ยมบ้านในชุมชนและ Tele PT 2. มีอาคารสถานที่กว้างขวางแบ่งเป็น สัดส่วน 3. มีอุปกรณ์และเครื่องมือทาง กายภาพบำบัดที่ทันสมัยครบถ้วน 4. มีห้องดำรงชีวิตอิสระ (IL ROOM)																

ปัจจัยภายใน ตัวแปร/ประเด็น	จุดอ่อนที่ต้องบริหารการเปลี่ยนแปลง W (Weaknesses)	ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths)
		5. มีศูนย์เฝ้า-ค้นอุปกรณ์ประจำโรงพยาบาล พูนพิณ (สนับสนุนจากกองทุนฟื้นฟู สมรรถภาพ อบจ สุราษฎร์ธานี) 6. สปสช. สนับสนุนการให้บริการฟื้นฟู/เบิก อุปกรณ์/บริการเข้มข้นสำหรับผู้ป่วย IMC 7. มีผลงานวิชาการได้รับรางวัล 8. Stroke ได้รับการ Rehab ครบตามเกณฑ์ ผ่านเป้าหมายที่กำหนดทุกปี (ปี 64= 87.72%, ปี 65= 88.89%, ปี 66= 98.18%, ปี 67= 100%) 9. Stroke ที่ได้รับการ Rehab แล้วมีค่า BI เพิ่มขึ้น ร้อยละ 80 ผ่านเป้าหมาย (ปี 64= 91.98%, ปี 65= 89.42%, ปี 66= 90.18% ปี 67= 92%) 10. TBI ที่ได้รับการ Rehab แล้วมีค่า BI เพิ่มขึ้น ร้อยละ 80 ผ่านเป้าหมาย (ปี 65= 100% , ปี 66= 75%, ปี 67= 100%) 11. SCI ที่ได้รับการ Rehab แล้วมีค่า BI เพิ่มขึ้น ร้อยละ 80 ผ่านเป้าหมาย (ปี 65= 100%, ปี 66= 100%, ปี 67= 50%) 12. Fracture hip ที่ได้รับการ Rehab แล้วมี ค่า BI เพิ่มขึ้น ร้อยละ 80 ผ่านเป้าหมาย (ปี 65= 100%, ปี 66= 100%, ปี 67= 80%)
● แพทย์แผนไทยและ แพทย์ทางเลือก 1.วิเคราะห์ค่า BI โรค stroke ร่วมกับ กายภาพบำบัด 2.วิเคราะห์ผลลัพธ์การฝังเข็ม ผู้ป่วย Stroke 3.วิเคราะห์ผลลัพธ์ NCDs (DM/HT/CKD/CVD risk)	1. การทำงานร่วมกับชุมชนและเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/องค์การ บริหารส่วนตำบล/องค์การบริหารส่วน จังหวัด ยังไม่เป็นรูปธรรม 2. เจ้าหน้าที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแล ผู้ป่วยเฉพาะด้านไม่ครอบคลุมทุกกลุ่มโรค 3. ขาดการประเมินสมรรถนะแพทย์แผนไทย และแพทย์แผนจีน เพื่อหาโอกาสใน พัฒนา	1. ประเมินรพ.สส.พท.ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ระดับดีเยี่ยม 2. ผ่านเกณฑ์ การประเมินเป็นศูนย์ Wellness Center ประเภท สถานบริการ จากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือก 3. มีการกำหนดเข็มมุ่ง โรคที่ให้บริการดูแลที่ ชัดเจน (Stroke ,DM,HT) และมีการบูร ณาการร่วมกับทีมสหวิชาชีพในทุกมิติ

ปัจจัยภายใน ตัวแปร/ประเด็น	จุดอ่อนที่ต้องบริหารการเปลี่ยนแปลง W (Weaknesses)	ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths)
	4. ผู้ป่วยขาดนัด จึงทำให้ไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง	4. บุคลากรแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกมีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน IMC ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งมีการกำหนดให้เป็นโรงพยาบาลเชี่ยวชาญด้านการแพทย์แผนไทยในการดูแลผู้ป่วย IMC และขยายผลไปทั่วประเทศไทย สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงและกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 5. รางวัลพื้นที่ต้นแบบดีเด่นด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ระดับประเทศ ปี 2567 ระดับเพชร 6. มีผู้ประกอบการวิชาชีพแพทย์แผนไทยจำนวน 5 คน และมีผู้ประกอบการวิชาชีพแพทย์แผนจีน จำนวน 2 คน 7. มีการปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยงาน และทีมสหวิชาชีพ เช่น เวชศาสตร์ฟื้นฟู งานผู้ป่วยนอก งานผู้ป่วยใน งานปฐมภูมิและองค์กรร่วม เป็นต้น 8. มีความรู้ทางด้านการแพทย์ทางเลือกอื่น เช่น ตอกเส้น บังต้อ ตอกเส้น สมาธิบำบัด Skt ทำบริหารฤๅษีดัดตน 9. แพทย์แผนไทยมีความเชี่ยวชาญเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะในกลุ่มอาการที่มีความบกพร่องที่สำคัญคือภาวะกลืนลำบาก ใบหน้าเบี้ยวและพูดไม่ชัด ผลลัพธ์ในปี 2564 - 2567 ร้อยละของผู้ป่วย Stroke ที่มีภาวะกลืนลำบากได้รับการดูแลด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยมีภาวะกลืนลำบากดีขึ้นก่อนจำหน่ายดังนี้ ร้อยละ 81.25 , 92.3,100 และ 100 จึงทำให้ในปี 2568-2570 โรงพยาบาลเชี่ยวชาญ (Excellent Center) ด้านการดูแลผู้ป่วย strokeด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ในระดับประเทศ รวมไปถึงเป็นแหล่งฝึกประสบการณ์ด้าน IMC ทัว

ปัจจัยภายใน ตัวแปร/ประเด็น	จุดอ่อนที่ต้องบริหารการเปลี่ยนแปลง W (Weaknesses)	ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths)
		ประเทศไทย และมหาวิทยาลัยต่างๆในประเทศไทย เช่นมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง เป็นต้น 10. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) รายใหม่ ที่ต้องฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ระยะกลาง เข้ารับบริการฝังเข็มหรือบริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้ามีค่า BI เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับ ผ่านเป้าหมายที่กำหนดร้อยละ 80 ในปี 2566 = 85.71% และ ปี 2567= 91.84% ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น 11. การดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและกลุ่มเบาหวานโดยใช้ศาสตร์การแพทย์แผนไทย คือ การรับประทานอาหารให้เป็นยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารยึดหลักตามธาตุเจ้าเรือน และการบริหารร่างกายด้วยสมาธิ SKT ฤๅษีดัดตน โดยทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ พบว่า ร้อยละของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการมีระดับน้ำตาลลดลงสู่ระดับปกติ ปี 2564 - 2467 คิดเป็นร้อยละ 64.21, 72.61, 73.33 และ 71.04 12. การดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้ศาสตร์การแพทย์แผนไทย คือ การรับประทานอาหารให้เป็นยา ยาสมุนไพร และการนวดกดจุดลดความดันโลหิตสูง
ทันตกรรม	1. ไม่มี flow งานที่ชัดเจน 2. ขาดการตามงานอย่างต่อเนื่อง 3. บุคลากรทางคนขาดความชำนาญ 4. ระบบข้อมูลฝ่ายยังไม่เพียงพอ	1. ทันตแพทย์เฉพาะทางในการให้การรักษาในงานเฉพาะทาง 2. มีระบบนัดคิวออนไลน์ เพื่อลดความแออัดและระยะเวลาการรอคอยเพื่อรับบริการทันตกรรม 3. มีเครื่องมือเพียงพอในการให้การรักษา 4. มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจนในการทำงาน 5. มีการทำงานเป็นทีม

ปัจจัยภายใน ตัวแปร/ประเด็น	จุดอ่อนที่ต้องบริหารการเปลี่ยนแปลง W (Weaknesses)	ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths)
โภชนาการ 1.วิเคราะห์ผลลัพธ์คลินิกโภชนาการกับโรค DM/HT/CKD stage3b/CVD risk/COPD/ภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์	1. ระบบ outsource อาหารผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล ไม่สามารถตรวจสอบกระบวนการผลิตได้ทุกระบวนการในทุกๆ วัน 2. บุคลากรไม่เพียงพอ (มีนักโภชนาการอาหาร 2 คน) เนื่องจากภาระงานมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น - CVD risk ยังไม่ได้ทำ - COPD การติดตามผลหลังการให้โภชนาบำบัดยังไม่ต่อเนื่อง → ปี 2567 ผู้ป่วย COPD ที่มีปัญหา BMI น้อย มีแนวโน้มดีขึ้น 100% (5 ราย) → ปี 2567 ผู้ป่วย COPD ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงหลังได้รับการให้โภชนาบำบัด มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง 88.89% (9 ราย) - ขาดการติดตามทางด้านโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ที่ภาวะซีด/หญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง	1. มีบริการครอบคลุมทั้งด้านโภชนาบำบัด (ผู้ป่วยใน-นอก/ชุมชน) และด้านโภชนาการ 2. อาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลพูนพิณได้รับการรับรองมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร 3. ได้รับรางวัลการดำเนินการ โรงพยาบาลเคมีน้อยอร่อย 3 ดี ระดับดีเยี่ยม 4. เมนูอาหารผู้ป่วยผ่านการรับรองเมนูสุขภาพจากกรมอนามัย 5. บุคลากรมีความพร้อมในการเรียนรู้และพัฒนาตนเอง 6. มีการทำงานเป็นทีมร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพ 7. มีห้องให้คำปรึกษาทางโภชนาการและสื่อต่างๆในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 8. มีผลงานวิชาการได้รับรางวัลและทุนสนับสนุนจากสมาคมนักกำหนดอาหารแห่งประเทศไทย 9. ผู้ป่วย COPD ที่มีปัญหาทางด้านโภชนาการที่ส่งต่อมาจากนักโภชนาการได้รับการให้โภชนาบำบัด 100% 10. หญิงตั้งครรภ์ในคลินิก ANC ที่มีปัญหาทางโภชนาการ (ภาวะซีด/ระดับน้ำตาลในเลือดสูง) ที่ส่งต่อมาจากนักโภชนาการได้รับการให้โภชนาบำบัด (ปี 64, 65, 66 และ 67 : 95.6%, 98.3%, 98.61% และ 90.72%) 11. ผู้ป่วย DM ได้รับการวางแผนให้โภชนาบำบัด (ปี 64, 65, 66 และ 67 : 80.8%, 83.4%, 84.47% และ 87.21%) 12. ผู้ป่วย HT ได้รับการวางแผนให้โภชนาบำบัด (ปี 64, 65, 66 และ 67 : 78.72%, 80.7%, 83.09% และ 90.26%) 13. ผู้ป่วย CKD (3b-4) ได้รับการวางแผนให้โภชนาบำบัด (ปี 64, 65, 66 และ 67 : 83.09%, 81.6%, 82.45% และ 94%)

ปัจจัยภายใน ตัวแปร/ประเด็น	จุดอ่อนที่ต้องบริหารการเปลี่ยนแปลง W (Weaknesses)	ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths)
		14. ผู้ป่วย DM ที่มีระดับ HbA1C ลดลง หลังจากการได้รับการให้โภชนาบำบัด (ปี งบ 64, 65, 66 และ 67 : 97.31%, 78.96%, 67.17% และ 82.03%) 15. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับ ความดันโลหิตน้อยกว่าหรือเท่ากับ 140/90 mmHg หลังจากการได้รับการให้ โภชนาบำบัด (ปี งบ 64, 65, 66 และ 67: 77.94%, 72.69%, 65.76% และ 80%) 16. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง(ระยะที่3b-4) มีระดับ eGFR ลดลง < 5 ml/min/1.73/yr หลังจากการได้รับการให้โภชนาบำบัด (ปี งบ 64, 65, 66 และ 67 : 95.23%, 85.59%, 81.72% และ 88.44%)
● Palliative Care	1. ยังไม่มีชุมชนต้นแบบ PC 2. ร้อยละการบรรเทาอาการรบกวนและ จัดการอาการต่างๆด้วย Strong Opioid แต่เนื่องจากผู้ป่วยในกลุ่มนี้ยังไม่ต้องการใช้ Opioid ทำให้ยอดการใช้ยังน้อย ยอด ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ได้ Strong Opioid ตั้งแต่ปี 2564-2567 ตามลำดับดังนี้ 47,52,103,130, จำนวนที่ได้รับ Strong Opioid ตามลำดับดังนี้ 12 (25.53%), 12 (23.08%), 26 (25.24%), 41 (31.54%)	1. ร้อยละผู้ป่วยประคับประคอง ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า(ACP) 2. จำนวนผู้ป่วย PC ปี 2564-2567 ตามลำดับดังนี้ 119, 100, 200, 204 3. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการทำ ACP ปี 2564-2567 ตามลำดับดังนี้ 51(42.86%), 56(56%), 182(91%), 183(89.23%)
		S6 ยกระดับศูนย์การแพทย์แบบผสมผสาน (Integrative Medicine) & Wellness
ด้านการเงิน : สถานะทางการเงิน?		
1. ประสิทธิภาพการจัดเก็บรายได้		
มิติเวชระเบียน (OPD/IPD) 1. แพทย์วินิจฉัยโรคถูกต้อง ครบถ้วนตามเกณฑ์เวชระเบียน (SA) 2. ผู้ให้รหัสโรคให้รหัสโรค ถูกต้อง	1. แพทย์ยังไม่ผ่านการอบรมการวินิจฉัยโรค และหัตถการตามเกณฑ์เวชระเบียน (SA) 2. ผู้ให้รหัสโรคไม่เข้าใจการให้รหัสโรคที่มีภาวะแทรกซ้อน 3. ขาดการตรวจสอบการให้รหัสโรคจาก auditor	1. การให้รหัสโรคถูกต้องเพิ่มขึ้นผู้ป่วย 2. มีสื่อ One Page แนวทางการสรุปและให้ รหัสวินิจฉัยโรค 3. มีระบบติดตามเวชระเบียนล่าช้า 4. มีระบบ Audit Chart ตามเกณฑ์สปสข. และเกณฑ์ สนย

ปัจจัยภายใน ตัวแปร/ประเด็น	จุดอ่อนที่ต้องบริหารการเปลี่ยนแปลง W (Weaknesses)	ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths)
3. อัตราการบันทึกข้อมูล E-Claim/Financial Data Hub (FDH) ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา 4. การสรุปเวชระเบียนล่าช้า (IPD) ก่อน 15 วัน / 30 วัน		5. ความสมบูรณ์การให้รหัสโรคผู้ป่วยนอก ปี 2567 ร้อยละ 52.31 6. ความสมบูรณ์การให้รหัสโรคผู้ป่วยใน ปี 2567 ร้อยละ 80.64 7. การสรุปเวชระเบียนล่าช้า (IPD) ทันเวลา
นิติการบริหารลูกหนี้ทุกกองทุน 1. การตั้งลูกหนี้ค่ารักษา ครบถ้วนทุกสิทธิ 2. อุบัติการณ์ข้อมูลติด C จากการบันทึกข้อมูล 3. ลูกหนี้ค้างชำระค่ารักษาพยาบาลได้รับการติดตามจนชำระหนี้ 4. ลูกหนี้ พรบ.ที่ค้างชำระค่ารักษาพยาบาลได้รับการติดตามจนชำระหนี้	นิติการบริหารลูกหนี้ > งานประกัน - ยังไม่มีการจัดทำทะเบียนคุมลูกหนี้รายตัว - คีย์รายการค่าใช้จ่ายไม่ถูกต้องครบถ้วน - การให้รหัสโรคไม่ถูกต้องตามแนวทาง - คีย์ข้อมูลรายละเอียดไม่ครบถ้วน - ลูกหนี้ไม่ชำระค่ารักษาพยาบาลตามที่ได้ติดตามชำระหนี้ - ไม่ติดต่อกลับหลังจากได้รับหนังสือทวงถามหนี้ - หนังสือทวงถามหนี้ถูกตีกลับ ไม่มีผู้รับ - จำนวนลูกหนี้ค้างชำระตั้งแต่ ตค.66 - ปัจจุบัน 238 ราย เป็นเงิน 153,367 บาท ชำระแล้ว 18 ราย เป็นเงิน 13,086 บาท หลังจากติดตามทวงถามหนี้ - ลูกหนี้ไม่ชำระค่ารักษาพยาบาลตามที่ได้ติดตามชำระหนี้ - ไม่ติดต่อกลับหลังจากได้รับหนังสือทวงถามหนี้ - หนังสือทวงถามหนี้ถูกตีกลับ ไม่มีผู้รับ - จำนวนลูกหนี้ค้างชำระตั้งแต่ ตค.66-ปัจจุบัน 105 ราย เป็นเงิน 205,804 บาท ชำระแล้ว 5 ราย เป็นเงิน 18,143 บาท หลังจากติดตามทวงถามหนี้ - สิทธิ พรบ. รอดตอบกลับ 10 ราย ราคา 19,372 บาท	- ตั้งลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลครบทุกสิทธิ - มีการจัดทำหนังสือทวงถามหนี้แก่ลูกหนี้ ค้างชำระ - มีการจัดทำหนังสือทวงถามหนี้แก่ลูกหนี้ ค้างชำระ - คีย์เบิกค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในทุกสิทธิ ส่งทันตามเวลา - มีผู้รับผิดชอบประสานงาน กำกับและติดตามกองทุน เป็นรายไตรมาส
นิติกระบวนการจัดเก็บรายได้ 1. การขอเบิกชดเชยลูกหนี้ผู้ป่วยในทุกสิทธิก่อน 30 วัน 2. กองทุนทุกกองทุนได้รับการกำกับและติดตามอย่างต่อเนื่อง	นิติการจัดเก็บรายได้ >งานประกัน งานเคลม - คีย์ข้อมูลไม่ครบถ้วนไม่เสร็จภายในเวลาที่ตกลงไว้	- บันทึกข้อมูลส่งครบถ้วน ทันเวลา - การให้บริการ ANC มีการเบิกจ่ายได้เยอะที่สุด ประมาณ 500,000 บาท - คีย์เบิกได้ทันเวลา ครอบคลุม ครบถ้วน

ปัจจัยภายใน ตัวแปร/ประเด็น	จุดอ่อนที่ต้องบริหารการเปลี่ยนแปลง W (Weaknesses)	ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths)
3. การบันทึก PPFS 22 กิจกรรม 4. การบันทึกโปรแกรมอื่นๆ นอกโปรแกรม E-claim	- การบันทึกข้อมูลในส่วนคัดกรองกาย-จิต ยังไม่ครอบคลุมประชากรในพื้นที่ (ประมาณร้อยละ 50) - ขาดการติดตามการบันทึกโปรแกรมอื่นๆ เช่น NAP KTB	- กองทุนสปสช.จ่ายบริการฝังเข็มหรือ บริการฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้าใน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ราย ใหม่ที่ต้องฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ระยะกลางในอัตราครั้งละ150บาท ไม่เกิน 20 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน และ on top 1,000 บาท เมื่อบริการครบ 20 ครั้ง ซึ่งปี 2566 = 7,800 บาท ปี 2567 = 50,800 บาท
มิติคุณภาพทางบัญชี 1. อุบัติการณ์การลงลูกหนี้ ผิดพลาด 2. อุบัติการณ์การกระทบ ลูกหนี้คลาดเคลื่อน 3. อัตราการตั้งลูกหนี้ โปรแกรมอื่นๆนอก โปรแกรม E-claim	มิติคุณภาพบัญชี> บริหาร - ขาดการกระทบยอดลูกหนี้รายตัว - ขาดการกระทบยอดลูกหนี้จากโปรแกรม อื่นๆนอกเหนือจากโปรแกรม E-Claim	
มิติรายได้จากการ รักษาพยาบาล 1. Sum AdjRw โรคที่ จำเป็นต้องรักษาต่อเนื่องระยะ สั้น 2. อัตราการครองเตียง 3. CMI	มิติรายได้จากการรักษาพยาบาล> เวชสถิติ - สามารถ Audit เวชระเบียนเพิ่มในบาง กลุ่มโรคเพื่อเพิ่มค่า AdjRw - สรุปรโรคและหัตถการไม่ครบถ้วน	- มีการ Audit เวชระเบียน เปรียบเทียบค่า AdjRW ก่อน-หลัง ปีงบประมาณ 2567 AdjRW เพิ่มขึ้น 694,548 - ค่า CMI มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ข้อมูลปี 2664- 2567 เท่ากับ 0.6454, 0.5732, 0.6339 และ 0.6732 ตามลำดับ - ค่า Sum Adj.RW. ข้อมูลปี 2664-256 7 เท่ากับ 3030.8322 5123.11 2916.00 และ 2991.19 ตามลำดับ - อัตราครองเตียง ข้อมูลปี 2664-2567 95.66, 257.59, 66.51 และ 74.36 ตามลำดับ
2. ประสิทธิภาพการจากรายได้เพิ่มพิเศษ		
2.1. กำไรสุทธิจากรายได้เพิ่ม พิเศษตรวจสอบสุขภาพ (Premium) 2.2. กำไรสุทธิจากรายได้เพิ่ม พิเศษจากห้องพิเศษ 2.3. กำไรสุทธิจากรายได้เพิ่ม พิเศษจากแพทย์แผนไทย	1. ตรวจสอบสุขภาพ 2. ห้องพิเศษ 3. แพทย์แผนไทย 4. กายภาพบำบัด 5. หัตถกรรม	- ตรวจสอบสุขภาพแรงงานต่างด้าวในเขต รับผิดชอบ โรงพยาบาลพุนพิน 133 ราย เป็นเงิน 98,959 บาท ตั้งแต่ ต.ค.66-ส.ค. 67

ปัจจัยภายใน ตัวแปร/ประเด็น	จุดอ่อนที่ต้องบริหารการเปลี่ยนแปลง W (Weaknesses)	ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths)
2.4. กำไรสุทธิจากรายได้เพิ่ม พิเศษจากกายภาพบำบัด 2.5. กำไรสุทธิจากรายได้เพิ่ม พิเศษจากทันตกรรม 2.6. กำไรสุทธิจากรายได้เพิ่ม พิเศษจากผู้สูงอายุ (เช่น Day Care Nursery)	6. เพิ่มคนไข้กลุ่มประกันสังคม โดย การออกตรวจตามโรงงาน แล้วนัดมา ทำหัตถการภายในโรงพยาบาล 7. นัดคนไข้กลุ่มเบิกจ่ายตรงมาทำ หัตถการมากขึ้น 8. มีการทำหัตถการเฉพาะทางมากขึ้น (ครอบฟัน+ฟันปลอม) 9. ผู้สูงอายุ (เช่น Day Care Nursery)	- ห้องพิเศษ ปรับปรุงห้อง โดยจัดให้มีห้อง พิเศษฟรีเมี่ยม อัปเดตราคาห้องเพิ่มขึ้น เพิ่มรายได้ให้กับโรงพยาบาล - ห้องพิเศษรวม 334 ครั้ง จำนวนเงิน 233,800 บาท ตั้งแต่ ตค.66 - สค. 67 - ห้องพิเศษเดี่ยว 914 ครั้ง ราคา 1,096,800 บาท - ขยายการรับบริการแพทย์แผนไทยและ แพทย์ทางเลือก กำไร 1,261,879.19 กำไรไม่หักเงินเดือน 2,032,745.07 - กายภาพ OP 6400 ครั้ง ราคา 2,186,285 บาท ตั้งแต่ ตค.66 - สค.67 - กายภาพ IP 8189 ครั้ง ราคา 1,285,490 บาท ตั้งแต่ ตค. 66 - สค.67 - ทันตกรรม 10,446 ครั้ง ราคา 5,428,649.70 บาท ตั้งแต่ ตค.66-สค.67 - รายได้พิเศษจากผู้สูงอายุ จำนวน 218 ราย เป็นเงิน 3,715 บาท เริ่มตั้งแต่ 12 ตค .66 - 20 มิย.67 (จากงบ สสจ. ทั้ง จังหวัด 80,000 บาท)

3. ประสิทธิภาพการบริหารรายจ่ายและต้นทุน

1. Total Performance Score (TPS)	1. ส่วนที่ยังไม่ได้คะแนนอย่างต่อเนื่อง คือ LC และMC และอัตราครองเตียง ปี 2567 ผลคะแนนลดลงเนื่องจาก,ในมิติค่าใช้จ่าย เกินแผน มิติรายได้ต่ำกว่าแผน 2. EBITDA -14.5 ล้านบาท 3. NI -24.5 ล้านบาท	1. ผลคะแนน TPS มีแนวโน้มดีขึ้นอย่าง ต่อเนื่องในระยะเวลา 3 ปี โดยในปี 2566 ได้คะแนนสูงสุด 14 คะแนน ระดับ A 2. NWC = 121.7 ล้านบาท 3. เงินบำรุงหลังหักหนี้สิน 96.4 ล้านบาท - Current Ratio 7.42 - Quick Ratio 7.16 - Cash Ratio 6.13
2. มูลค่าการซ่อมซ้ำ	1. ทะเบียนคุมสินทรัพย์ไม่เป็นปัจจุบัน 2. ประวัติการซ่อมไม่ครบถ้วน 3. การแจ้งซ่อมไม่มีการบันทึกหมายเลข ครุภัณฑ์	ครุภัณฑ์ที่มีการซ่อมซ้ำหลายครั้งจะมีการ ประเมินมูลค่าก่อนซ่อม หากไม่คุ้มค่าซ่อมจะ แท่งจำหน่าย ครุภัณฑ์และดำเนินการจัดซื้อ ทดแทนเครื่องเดิมที่ชำรุด

ปัจจัยภายใน ตัวแปร/ประเด็น	จุดอ่อนที่ต้องบริหารการเปลี่ยนแปลง W (Weaknesses)	ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths)
3. Over stock	มียา Over stock 56 รายการ คิดเป็นร้อยละ 27.78 ของมูลค่าคงคลังทั้งหมด จำแนกเป็น ยาแผนปัจจุบัน ร้อยละ 26.25 ของมูลค่าคงคลังทั้งหมดของยาแผนปัจจุบัน และยาสมุนไพร ร้อยละ 34.27 ของมูลค่าคงคลังทั้งหมดของยาสมุนไพร	ใช้โปรแกรมการจัดการคลังสินค้าทำให้สามารถตรวจสอบได้ง่าย รับรู้คงคลังได้ถึงหน่วยเบิก ข้อมูลเป็นปัจจุบัน
4. Dead stock	ยา Deadstock 12 รายการ 9% ของมูลค่าทั้งหมด	
5. ค่าพลังงานไฟฟ้า	1. มีครุภัณฑ์ที่ใช้ไฟฟ้าเพิ่มขึ้น 2. มีการขยายปรับปรุงพื้นที่ให้บริการ 3. พื้นที่การติดตั้งระบบโซล่าเซลล์มีพื้นที่ติดตั้งน้อยพื้นที่ติดตั้งระบบโซล่าเซลล์ได้มีส่วนเงาของตึกอาคาร ทำให้ประสิทธิภาพการผลิตกระแสไฟฟ้าไม่เต็มประสิทธิภาพ	1. มีการใช้งานไฟฟ้า 2 ส่วน ไฟฟ้าจากส่วนภูมิภาคอำเภอพุนพิน 2. มีการติดตั้งระบบโซล่าเซลล์เพื่อช่วยลดค่าไฟฟ้า - จุดคุ้มทุนค่าติดตั้งระบบโซล่าเซลล์ อยู่ที่ประมาณ 10 ปี อายุการใช้งานระบบโซล่าเซลล์ อยู่ที่ 25 ปี และจะดำเนินการติดตั้งระบบโซล่าเซลล์เพิ่ม ขนาด 160 กิโลวัตต์ภายในปี 2569
6. ต้นทุนเฉลี่ยรายโรคในผู้ป่วยในลดลง 6.1. DM 6.2. HT 6.3. CKD 6.4. Sepsis	โรคค่าใช้จ่ายสูง Stroke ต้นทุนต่อโรค 15,858.34 , Decubitus ulcer ต้นทุนต่อโรค 13,531.83	DM ต้นทุน ต่อโรค 5,664 Sepsis ต้นทุน ต่อครั้ง 5,664
	W6 ปรับปรุงระบบควบคุมภายในเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารความเสี่ยงด้านการเงินการคลังดังนี้ 1.แผนทางการเงิน (planfin) 2.แผนเงินบำรุง 3.แผนงบประมาณ 4.แผนพัสดุ	S7 สถานะการณ์การเงินการคลังโดยรวมมั่นคงมีความพร้อมต่อการลงทุนเพื่อการพัฒนา ดังนี้ 1.พัฒนาสมรรถนะบุคลากร 2.OPD Premium 3.Mobile doctor service 4.ห้องพิเศษ 5.Wellness Hospital

สรุปประเด็นจากการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมด้วย TOWS Analysis

ตารางภาพผนวก 6 สรุปประเด็นจากการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมด้วย TOWS Analysis

สรุปประเด็นวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก	
ความท้าทายที่จะเอาชนะภาวะคุกคาม T (Threats) จำนวน 3 ประเด็น ได้แก่	ความได้เปรียบจากโอกาส O (Opportunities) จำนวน 3 ประเด็น ได้แก่
T1 ผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะในการจัดบริการร่วมระหว่าง โรงพยาบาลพูนพิณ กับอปท. (อบต./ทม./อบจ.) ดังนี้ 1) ศูนย์สร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก (HL : ค้นหา/คัดกรอง/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ/ดูแลต่อเนื่อง) ในกลุ่มโรค NCDs/จิตเวชและยาเสพติด 2) ศูนย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 3) ศูนย์สุขภาพมารดาและทารก T2 ผลักดันความร่วมมือการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกกับภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ ดังนี้ 1) ระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการส่งต่อระดับพื้นที่ (EMS/FR/มาเอง) 2) ร่วมเป็นเจ้าภาพหลักในการจัดการความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มโรค NCDs/จิตเวชและยาเสพติด T3 วางยุทธศาสตร์จัดบริการสุขภาพเชิงรุกใน 2 กลุ่มโรค กลุ่มโรค NCDs และกลุ่มโรคจิตเวชและยาเสพติด ด้วย Mobile Doctor Service	O1 เสริมพลัง “บวร” (บ้าน วัด โรงเรียน โรงพยาบาล) ให้เป็นเจ้าภาพหลักในการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกในชุมชนในกลุ่มโรค NCDs/จิตเวชและยาเสพติด O2 ยกระดับการจัดบริการสุขภาพ Premium ดังนี้ 1) ศูนย์อุบัติเหตุ 2) ศูนย์ตรวจสุขภาพ 3) ศูนย์ Wellness 4) Intelligent Hospital 5) Mobile Doctor Service 6) ศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง (OPD) O3 ยกระดับโรงพยาบาลพูนพิณ ให้เป็นศูนย์การแพทย์มาตรฐานระดับ S Plus ภายใน 5 ปี และได้รับการรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

ตารางภาพผนวก 7 สรุปประเด็นวิเคราะห์ปัจจัยภายใน

สรุปประเด็นวิเคราะห์ปัจจัยภายใน	
จุดอ่อนที่ต้องบริหารการเปลี่ยนแปลง W (Weaknesses) จำนวน 6 ประเด็น ได้แก่	ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths) จำนวน 7 ประเด็น ได้แก่
W1 บริหารการเปลี่ยนแปลงระบบความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพเชิงรุกรอบด้าน ดังนี้ 1) EWS โรคฉุกเฉินวิกฤต 2) Diagnosis error 3) Delay treatment 4) Unplan Refer/CPR/Dead) W2 จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกใน 2 กลุ่มโรค กลุ่มโรค NCDs และกลุ่มโรคจิตเวชและยาเสพติด รูปแบบใหม่ ดังนี้ 1) ฐานข้อมูล 2 กลุ่มโรค ต้องสมบูรณ์ 2) ค้นหา คัดกรองเชิงรุก 3) Individual Lifestyle Modification Program 3.1) สวนยาง/ปาล์ม/สวนผัก/สวนแตงโม และทุเรียน 3.2) นาทุ่ง 3.3) โรงงาน 3.4) ค้าขาย 3.5) สำนักงาน 3.6) รับจ้างทั่วไป W3 ปรับปรุงรูปแบบการบริหารทรัพยากรบุคคลแนวใหม่ รองรับ (ร่าง) พ.ร.บ.ระเบียบข้าราชการสาธารณสุข แยกออกจาก ก.พ. ดังนี้ 1) แผนอัตรากำลังสหสาขาวิชาชีพ รองรับแผนยุทธศาสตร์ S Plus ภายในปี 2572 1.1) คู่ความร่วมมือกับศูนย์แห่งความเป็นเลิศ 1.2) เกลี่ยและกระจายอัตรากำลังตาม Productivity & Workload 1.3) อัตรากำลังสายสนับสนุนวิชาชีพ 2) พัฒนาสมรรถนะที่หลากหลายสามารถทำงานทดแทนกันได้ 2.1) สมรรถนะหลัก (Core Competency) 2.2) สมรรถนะพื้นฐาน (Common Competency) 2.3) สมรรถนะเฉพาะ (Specific Competency) 2.4) สมรรถนะที่หลากหลาย (Multi-Specific Competency) 2.5) สมรรถนะการบริหาร (Managerial Competency) 3) ระบบความผูกพันของบุคลากรในองค์กร 3.1) ความพึงพอใจต่อคุณภาพงาน 3.2) ความสมดุลระหว่างงานและชีวิตส่วนตัว 3.3) ค่านิยมของผู้นำองค์กร 3.4) สร้างสภาพแวดล้อม	S1 ยกระดับความเชี่ยวชาญการรักษาพยาบาลโรงพยาบาลมาตรฐานระดับ S Plus ดังนี้ 1) Primary Trauma Center 2) ศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง Premium อายุรกรรม, ศัลยกรรม, ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์, สูติ-นรีเวชกรรม, กุมารเวชกรรม, จักษุ หู คอ จมูก, เวชศาสตร์ฟื้นฟู และทันตกรรมเฉพาะทาง S2 ยกระดับให้เป็นโรงพยาบาลในดวงใจของผู้ใช้บริการทุกคน ดังนี้ 1) Excellent Fast Track System (3S+1T: Stroke STEMI Sepsis+TBI) 2) Excellent NCDs anywhere 3) คู่ความร่วมมือกับศูนย์การแพทย์เฉพาะทางชั้นเลิศ : อายุรกรรม, ศัลยกรรม, ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์, สูติ-นรีเวชกรรม, กุมารเวชกรรม, จักษุ หู คอ จมูก, เวชศาสตร์ฟื้นฟู และทันตกรรมเฉพาะทาง 4) พัฒนาการให้บริการด้วยหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์ S3 ยกระดับให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้กับคู่ความร่วมมือศูนย์แห่งความเป็นเลิศ 1) CoP/RCA/CQI ตามเข็มมุ่งด้านการแพทย์ ด้านการสาธารณสุข และด้านการบริหารจัดการ 2) ศูนย์วิจัยและพัฒนามาตรฐานระดับ S Plus 2.1) Province & Region 2.2) Primary Care Training & Internship S4 พัฒนาระบบคุณภาพ (HA) และระบบธรรมาภิบาล ให้ได้รับการรับรองอย่างต่อเนื่อง S5 พัฒนาระบบสนับสนุนการรักษาพยาบาลที่เป็นเลิศ ได้แก่ 1) CPG/CNPG โรคยุทธศาสตร์และโรคที่สำคัญ 2) Healing ENV (Master Plan & Renovation) 3) IM : Clinical and data Control (HAIT) 4) Excellent IC 5) Excellent PCT 6) Excellent Lab 7) Excellent X-Ray S6 ยกระดับให้เป็นศูนย์การแพทย์แบบผสมผสาน (Integrative Medicine) & Wellness S7 สถานการณ์การเงินการคลังมั่นคง มีความพร้อมต่อการลงทุนเพื่อการพัฒนา ดังนี้ 1) พัฒนาสมรรถนะบุคลากร

สรุปประเด็นวิเคราะห์ปัจจัยภายใน	
จุดอ่อนที่ต้องบริหารการเปลี่ยนแปลง W (Weaknesses) จำนวน 6 ประเด็น ได้แก่	ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths) จำนวน 7 ประเด็น ได้แก่
ในการทำงาน 3.5) โอกาสก้าวหน้าในการทำงาน 3.6) ผลตอบแทน W4 บริหารการเปลี่ยนแปลงระบบสารสนเทศดิจิทัลเพื่อพัฒนายุทธศาสตร์ ด้านการแพทย์ ด้านการสาธารณสุข และการบริหารจัดการ ให้สอดคล้องกับบริบทใหม่ในอีก 5 ปีข้างหน้า ของโรงพยาบาลพูนพิณ อ.พูนพิณ จ.สุราษฎร์ธานี (Agenda/Functional/Area) W5 ปรับปรุงระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ ในระบบงานที่สำคัญ ดังนี้ 1) จัดทำ Risk Register & Risk profile ในโรคยุทธศาสตร์ โรคที่สำคัญ และประเด็นคุณภาพสนับสนุน 2) กำหนดเข้มงวดในระบบความปลอดภัย เน้น 3P Safety ใน SIMPLE 3) หน่วยงานในโรงพยาบาลนำนโยบาย RSQ สู่การปฏิบัติ 100% W6 ปรับปรุงระบบควบคุมภายในเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารความเสี่ยงด้านการเงินการคลัง ดังนี้ 1) แผนทางการเงิน (Plan fin) 2) แผนเงินบำรุง 3) แผนงบประมาณ 4) แผนพัสดุ	2) OPD Premium 3) Mobile Doctor Service 4) ห้องพิเศษ 5) Wellness Hospital

ภาคผนวก 4

สังเคราะห์ประเด็นสำคัญเชิงยุทธศาสตร์และนำมากำหนดเป็นยุทธศาสตร์ (Strategies) SO/ST/WO/WT ด้วย TOWS Matrix

ตารางภาพผนวก 8 สังเคราะห์ประเด็นสำคัญเชิงยุทธศาสตร์และนำมากำหนดเป็นยุทธศาสตร์(Strategies)

SO/ST/WO/WT ด้วย TOWS Matrix

กำหนดยุทธศาสตร์ SO		
ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths)	ความได้เปรียบจากโอกาส O (Opportunities)	ยุทธศาสตร์ SO
S1 ยกระดับความเชี่ยวชาญการรักษาพยาบาลโรงพยาบาลมาตรฐานระดับ S Plus ดังนี้ 1) Primary Trauma Center 2) ศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง Premium อายุรกรรม, ศัลยกรรม, ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์, สูติ-นรีเวชกรรม, กุมารเวชกรรม, จักษุ หู คอ จมูก, เวชศาสตร์ฟื้นฟู และทันตกรรมเฉพาะทาง S2 ยกระดับให้เป็นโรงพยาบาลในดวงใจของผู้ใช้บริการทุกคน ดังนี้ 1) Excellent Fast Track System (3S+1T: Stroke STEMI Sepsis+TBI) 2) Excellent NCDs anywhere 3) คู่ความร่วมมือกับศูนย์การแพทย์เฉพาะทางชั้นเลิศ : อายุรกรรม, ศัลยกรรม, ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์, สูติ-นรีเวชกรรม, กุมารเวชกรรม, จักษุ หู คอ จมูก, เวชศาสตร์ฟื้นฟู และทันตกรรมเฉพาะทาง S3 ยกระดับให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้กับคู่ความร่วมมือศูนย์แห่งความเป็นเลิศ 1) CoP/RCA/CQI ตามเข็มมุ่งด้านการแพทย์ ด้านการสาธารณสุข และด้านการบริหารจัดการ 2) ศูนย์วิจัยและพัฒนามาตรฐานระดับ S Plus 2.1) Province & Region 2.2) Primary Care Training & Internship S4 พัฒนาระบบคุณภาพ (HA) และระบบธรรมาภิบาล ให้ได้รับการรับรองอย่างต่อเนื่อง S5 พัฒนาระบบสนับสนุนการรักษาพยาบาลที่เป็นเลิศ ได้แก่ 1) CPG/CNPG โรคยุทธศาสตร์และโรคที่สำคัญ 2) Healing ENV (Master Plan & Renovation) 3) IM : Clinical and data Control (HAIT) 4) Excellent IC 5) Excellent PCT 6) Excellent Lab 7) Excellent X-Ray	O1 เสริมพลัง “บวร” (บ้าน วัด โรงเรียน โรงพยาบาล) ให้เป็นเจ้าภาพหลักในการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกในชุมชนในกลุ่มโรค NCDs/จิตเวชและยาเสพติด O2 ยกระดับการจัดบริการสุขภาพ Premium ดังนี้ 1) ศูนย์อุบัติเหตุ 2) ศูนย์ตรวจสุขภาพ 3) ศูนย์ Wellness 4) Intelligent Hospital 5) Mobile Doctor Service 6) ศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง (OPD) O3 ยกระดับโรงพยาบาลพูนพิณ ให้เป็นศูนย์การแพทย์มาตรฐานระดับ S Plus ภายใน 5 ปี และได้รับการรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง	ยกระดับคุณภาพศูนย์การแพทย์ และมุ่งสู่ความเป็นเลิศด้านการแพทย์ผสมผสาน S1-S7/O1-3

กำหนดยุทธศาสตร์ SO		
ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths)	ความได้เปรียบจากโอกาส O (Opportunities)	ยุทธศาสตร์ SO
S6 ยกระดับให้เป็นศูนย์การแพทย์แบบผสมผสาน (Integrative Medicine) & Wellness S7 สถานการณ์การเงินการคลังมั่นคง มีความพร้อมต่อการ ลงทุนเพื่อการพัฒนา ดังนี้ 1) พัฒนาสมรรถนะบุคลากร 2) OPD Premium 3) Mobile Doctor Service 4) ห้องพิเศษ 5) Wellness Hospital		

กำหนดยุทธศาสตร์ ST		
ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths)	ความท้าทายที่จะเอาชนะภาวะ คุกคาม T (Threats)	ยุทธศาสตร์ ST
S1 ยกระดับความเชี่ยวชาญการรักษาพยาบาลโรงพยาบาล มาตรฐานระดับ S Plus ดังนี้ 1) Primary Trauma Center 2) ศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง Premium อายุ รกรรม, ศัลยกรรม, ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์, สูติ-นรีเวช กรรม, กุมารเวชกรรม, จักษุ หู คอ จมูก, เวชศาสตร์ ฟื้นฟู และทันตกรรมเฉพาะทาง S2 ยกระดับให้เป็นโรงพยาบาลในดวงใจของผู้ใช้บริการ ทุกคน ดังนี้ 1) Excellent Fast Track System	T1 ผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะใน การจัดบริการร่วมระหว่าง โรงพยาบาลพูนพิณ กับอปท. (อบต./ทม./อบจ.) ดังนี้ 1) ศูนย์ สร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก (HL : ค้นหา/คัดกรอง/ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ/ดูแลต่อเนื่อง) ในกลุ่มโรค NCDs/จิตเวชและยา	พัฒนายุทธศาสตร์ คู่ความร่วมมือกับภาคี เครือข่ายจัดบริการ สุขภาพเชิงรุก 1) Excellent EMS & Refer 2) Mobile Doctor Service

กำหนดยุทธศาสตร์ ST

ความได้เปรียบจากจุดแข็ง S (Strengths)	ความท้าทายที่จะเอาชนะภาวะ คุกคาม T (Threats)	ยุทธศาสตร์ ST
(3S+1T: Stroke STEMI Sepsis+TBI) 2) Excellent NCDs anywhere 3) คู่ความร่วมมือกับศูนย์การแพทย์เฉพาะทางชั้นเลิศ : อายุรกรรม, ศัลยกรรม, ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์, สูติ-นรีเวชกรรม, กุมารเวชกรรม, จักษุ หู คอ จมูก, เวชศาสตร์ฟื้นฟู และทันตกรรมเฉพาะทาง 4) พัฒนาการให้บริการด้วยหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์ S3 ยกกระดับให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้กับคู่ความร่วมมือศูนย์แห่งความเป็นเลิศ 1) CoP/RCA/CQI ตามเข็มมุ่งด้านการแพทย์ ด้านการสาธารณสุข และด้านการบริหารจัดการ 2) ศูนย์วิจัยและพัฒนามาตรฐานระดับ S Plus 2.1) Province & Region 2.2) Primary Care Training & Internship S4 พัฒนาระบบคุณภาพ (HA) และระบบธรรมาภิบาล ให้ได้รับการรับรองอย่างต่อเนื่อง S5 พัฒนาระบบสนับสนุนการรักษาพยาบาลที่เป็นเลิศ ได้แก่ 1) CPG/CNPG โรคยุทธศาสตร์และโรคที่สำคัญ 2) Healing ENV (Master Plan & Renovation) 3) IM : Clinical and data Control (HAIT) 4) Excellent IC 5) Excellent PCT 6) Excellent Lab 7) Excellent X-Ray S6 ยกกระดับให้เป็นศูนย์การแพทย์แบบผสมผสาน (Integrative Medicine) & Wellness S7 สถานการณ์การเงินการคลังมั่นคง มีความพร้อมต่อการลงทุนเพื่อการพัฒนา ดังนี้ 1) พัฒนาสมรรถนะบุคลากร 2) OPD Premium สาขา 3) Mobile Doctor Service 4) ห้องพิเศษ 5) Wellness Hospital	เสพติด 2) ศูนย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 3) ศูนย์สุขภาพมารดาและทารก T2 ผลักดันความร่วมมือการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกกับภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ ดังนี้ 1) ระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการส่งต่อระดับพื้นที่ (EMS/FR/มาเอง) 2) ร่วมเป็นเจ้าภาพหลักในการจัดการความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มโรค NCDs/จิตเวชและยาเสพติด T3 วางยุทธศาสตร์จัดบริการสุขภาพเชิงรุกใน 2 กลุ่มโรค กลุ่มโรค NCDs และกลุ่มโรคจิตเวชและยาเสพติด ด้วย Mobile Doctor Service	S2+S3+S7/T1-3

กำหนดยุทธศาสตร์ WO

จุดอ่อนที่ต้องบริหารการเปลี่ยนแปลง W (Weaknesses)	ความได้เปรียบจากโอกาส O (Opportunities)	ยุทธศาสตร์ WO
W1 บริหารการเปลี่ยนแปลงระบบความเสี่ยงความปลอดภัย และคุณภาพเชิงรุกรอบด้าน ดังนี้ 1) EWS โรคฉุกเฉินวิกฤต 2) Diagnosis error 3) Delay treatment 4) Unplan Refer/CPR/Dead) W2 จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกใน 2 กลุ่มโรค กลุ่มโรค NCDs และกลุ่มโรคจิตเวชและยาเสพติด รูปแบบใหม่ ดังนี้ 1) ฐานข้อมูล 2 กลุ่มโรค ต้องสมบูรณ์ 2) ค้นหา คัดกรองเชิงรุก 3) Individual Lifestyle Modification Program 3.1) สวนยาง-ปาล์ม-สวนผัก-สวนแตงโมและทุเรียน 3.2) นาทุ่ง 3.3) โรงงาน 3.4) ค้าขาย 3.5) สำนักงาน 3.6.)รับจ้างทั่วไป W3 ปรับปรุงรูปแบบการบริหารทรัพยากรบุคคลแนวใหม่ รองรับ (ร่าง) พ.ร.บ.ระเบียบข้าราชการสาธารณสุข พ.ศ.. แยกออกจาก ก.พ. ดังนี้ 1) แผนอัตรากำลังสหสาขาวิชาชีพรองรับแผนยุทธศาสตร์ S Plus ภายในปี 2572 1.1) คู่ความร่วมมือกับศูนย์แห่งความเป็นเลิศ 1.2) เกลี่ยและกระจายอัตรากำลังตาม Productivity & Workload 1.3) อัตรากำลังสายสนับสนุนวิชาชีพ 2) พัฒนาสมรรถนะที่หลากหลายสามารถทำงานทดแทนกันได้ 2.1) สมรรถนะหลัก (Core Competency) 2.2) สมรรถนะพื้นฐาน (Common	O1 เสริมพลัง “บวร” (บ้าน วัด โรงเรียน โรงพยาบาล) ให้เป็นเจ้าภาพหลักในการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกในชุมชนในกลุ่มโรค NCDs/จิตเวชและยาเสพติด O2 ยกระดับการจัดบริการสุขภาพ Premium ดังนี้ 1) ศูนย์อุบัติเหตุ 2) ศูนย์ตรวจสุขภาพ 3) ศูนย์ Wellness 4) Intelligent Hospital 5) Mobile Doctor Service 6) ศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง (OPD) O3 ยกระดับโรงพยาบาลพูนพิณ ให้เป็นศูนย์การแพทย์มาตรฐานระดับ S Plus ภายใน 5 ปี และได้รับการรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง	พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการโรงพยาบาลดิจิทัล ระดับ S Plus W1-W3-W4-W5-W6/O1-3

กำหนดยุทธศาสตร์ WO		
จุดอ่อนที่ต้องบริหารการเปลี่ยนแปลง W (Weaknesses)	ความได้เปรียบจากโอกาส O (Opportunities)	ยุทธศาสตร์ WO
Competency) 2.3) สมรรถนะเฉพาะ (Specific Competency) 2.4) สมรรถนะที่หลากหลาย (Multi-Specific Competency) 2.5) สมรรถนะการบริหาร (Managerial Competency) 3) ระบบความผูกพันของบุคลากรในองค์กร 3.1) ความพึงพอใจต่อคุณภาพงาน 3.2) ความสมดุลระหว่างงานและชีวิตส่วนตัว 3.3) ค่านิยมของผู้นำองค์กร 3.4) สร้างสภาพแวดล้อมในการทำงาน 3.5) โอกาสก้าวหน้าในการทำงาน 3.6) ผลตอบแทน W4 บริหารการเปลี่ยนแปลงระบบสารสนเทศดิจิทัลเพื่อพัฒนายุทธศาสตร์ ด้านการแพทย์ ด้านการสาธารณสุข และการบริหารจัดการ ให้สอดคล้องกับบริบทใหม่ในอีก 5 ปีข้างหน้า ของโรงพยาบาลพูนพิณ อ.พูนพิณ จ.สุราษฎร์ (Agenda/Functional/Area) W5 ปรับปรุงระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ ในระบบงานที่สำคัญ ดังนี้ 1) จัดทำ Risk Register & Risk profile ในโรครุทธศาสตร์ โรคที่สำคัญ และประเด็นคุณภาพสนับสนุน 2) กำหนดเข็มมุ่งในระบบความปลอดภัย เน้น 3P Safety ใน SIMPLE 3) หน่วยงานในโรงพยาบาลนโยบาย RSQ สู่การปฏิบัติ 100% W6 ปรับปรุงระบบควบคุมภายในเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารความเสี่ยงด้านการเงินการคลัง ดังนี้ 1) แผนทางการเงิน (Plan fin) 2) แผนเงินบำรุง 3) แผนงบประมาณ 4) แผนพัสดุ		

กำหนดยุทธศาสตร์ WT

จุดอ่อนที่ต้องบริหารการเปลี่ยนแปลง W (Weaknesses)	ความท้าทายที่จะเอาชนะภาวะคุกคาม T (Threats)	ยุทธศาสตร์ WT
W1 บริหารการเปลี่ยนแปลงระบบความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพเชิงรุกรอบด้าน ดังนี้ 1) EWS โรคฉุกเฉินวิกฤต 2) Diagnosis error 3) Delay treatment 4) Unplan Refer/CPR/Dead) W2 จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกใน 2 กลุ่มโรค กลุ่มโรค NCDs และกลุ่มโรคจิตเวชและยาเสพติด รูปแบบใหม่ ดังนี้ 1) ฐานข้อมูล 2 กลุ่มโรค ต้องสมบูรณ์ 2) ค้นหาคัดกรองเชิงรุก 3) Individual Lifestyle Modification Program 3.1) สวนยาง-ปาล์ม-สวนผัก-สวนแตงโมและทุเรียน 3.2) นางุ้ง 3.3) โรงงาน 3.4) ค้าขาย 3.5) สำนักงาน 3.6) รับจ้างทั่วไป W3 ปรับปรุงรูปแบบการบริหารทรัพยากรบุคคลแนวใหม่ รองรับ (ร่าง) พ.ร.บ.ระเบียบข้าราชการสาธารณสุข พ.ศ.. แยกออกจาก ก.พ. ดังนี้ 1) แผนอัตรากำลังสหสาขาวิชาชีพรองรับแผนยุทธศาสตร์ S Plus ภายในปี 2572 1.1) คู่ความร่วมมือกับศูนย์แห่งความเป็นเลิศ 1.2) เกื้อและกระจายอัตรากำลังตาม Productivity & Workload 1.3) อัตรากำลังสายสนับสนุนวิชาชีพ 2) พัฒนาสมรรถนะที่หลากหลายสามารถทำงานทดแทนกันได้ 2.1) สมรรถนะหลัก (Core Competency) 2.2) สมรรถนะพื้นฐาน (Common Competency) 2.3) สมรรถนะเฉพาะ (Specific Competency) 2.4) สมรรถนะที่หลากหลาย (Multi-Specific Competency)	T1 ผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะในการจัดบริการร่วมระหว่างโรงพยาบาลพุนพิณกับอปท. (อบต./ทม./อบจ.) ดังนี้ 1) ศูนย์สร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก (HL : ค้นหา/คัดกรอง/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ/ดูแลต่อเนื่อง) ในกลุ่มโรค NCDs/จิตเวชและยาเสพติด 2) ศูนย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 3) ศูนย์สุขภาพมารดาและทารก T2 ผลักดันความร่วมมือการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกกับภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ ดังนี้ 1) ระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการส่งต่อระดับพื้นที่ (EMS/FR/มาเอง) 2) ร่วมเป็นเจ้าภาพหลักในการจัดการความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มโรค NCDs/จิตเวชและยาเสพติด T3 วางยุทธศาสตร์จัดบริการสุขภาพเชิงรุกใน 2 กลุ่มโรค กลุ่มโรค NCDs และกลุ่มโรคจิตเวชและยาเสพติด ด้วย Mobile Doctor Service	ปฏิรูประบบบริหารจัดการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกในกลุ่มโรค NCDs จิตเวชและยาเสพติด W2/T1-3

กำหนดยุทธศาสตร์ WT		
จุดอ่อนที่ต้องบริหารการเปลี่ยนแปลง W (Weaknesses)	ความท้าทายที่จะเอาชนะภาวะคุกคาม T (Threats)	ยุทธศาสตร์ WT
2.5) สมรรถนะการบริหาร (Managerial Competency) 3) ระบบความผูกพันของบุคลากร ในองค์กร 3.1) ความพึงพอใจต่อคุณภาพงาน 3.2) ความสมดุลระหว่างงานและชีวิตส่วนตัว 3.3) ค่านิยมของผู้นำองค์กร 3.4) สร้างสภาพแวดล้อมในการทำงาน 3.5) โอกาสก้าวหน้าในการทำงาน 3.6) ผลตอบแทน W4 บริหารการเปลี่ยนแปลงระบบสารสนเทศดิจิทัลเพื่อพัฒนายุทธศาสตร์ ด้านการแพทย์ ด้านการสาธารณสุข และการบริหารจัดการ ให้สอดคล้องกับบริบทใหม่ในอีก 5 ปีข้างหน้า ของโรงพยาบาลพูนพิณ อ.พูนพิณ จ.สุราษฎร์ (Agenda/Functional/Area) W5 ปรับปรุงระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ ในระบบงานที่สำคัญ ดังนี้ 1) จัดทำ Risk Register & Risk profile ในโรครุยุทธศาสตร์ โรคที่สำคัญ และประเด็นคุณภาพสนับสนุน 2) กำหนดเข้มมุ่งในระบบความปลอดภัย เน้น 3P Safety ใน SIMPLE 3) หน่วยงานในโรงพยาบาลนำนโยบาย RSQ สู่การปฏิบัติ 100% W6 ปรับปรุงระบบควบคุมภายในเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารความเสี่ยงด้านการเงินการคลัง ดังนี้ 1) แผนทางการเงิน (Plan fin) 2) แผนเงินบำรุง 3) แผนงบประมาณ 4) แผนพัสดุ		

วิเคราะห์ TOWS Matrix

ตารางภาพผนวก 9 ตารางวิเคราะห์ TOWS Matrix

ปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอก	S : จุดแข็งภายในองค์กร S1: ยกระดับความเชี่ยวชาญการรักษาพยาบาล โรงพยาบาลมาตรฐานระดับ S Plus S2: ยกระดับให้เป็นโรงพยาบาลในดวงใจของผู้ใช้บริการทุกคน S3: ยกระดับให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้กับคู่ความร่วมมือศูนย์แห่งความเป็นเลิศ S4: พัฒนาระบบคุณภาพ (HA) และระบบธรรมาภิบาล ให้ได้รับการรับรองอย่างต่อเนื่อง S5: พัฒนาระบบสนับสนุนการรักษาพยาบาลที่เป็นเลิศ S6: ยกระดับให้เป็นศูนย์การแพทย์แบบผสมผสาน (Integrative Medicine) & Wellness S7: สถานการณ์การเงินการคลังมั่นคง มีความพร้อมต่อการลงทุนเพื่อการพัฒนา	W : จุดอ่อนภายในองค์กร W1: บริหารการเปลี่ยนแปลงระบบความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพเชิงรุกรอบด้าน W2: จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกใน 2 กลุ่มโรคกลุ่มโรค NCDs และกลุ่มโรคจิตเวชและยาเสพติดรูปแบบใหม่ W3: ปรับปรุงรูปแบบการบริหารทรัพยากรบุคคลแนวใหม่รองรับ (ร่าง) พ.ร.บ.ระเบียบข้าราชการสาธารณสุข พ.ศ.. แยกออกจาก ก.พ. W4: บริหารการเปลี่ยนแปลงระบบสารสนเทศดิจิทัลเพื่อพัฒนายุทธศาสตร์ ด้านการแพทย์ ด้านการสาธารณสุข และการบริหารจัดการ W5: ปรับปรุงระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ ในระบบงานที่สำคัญ W6:ปรับปรุงระบบควบคุมภายในเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารความเสี่ยงด้านการเงินการคลัง
O : โอกาสภายนอก O1: เสริมพลัง “บวร” (บ้าน วัด โรงเรียน โรงพยาบาล) ให้เป็นเจ้าภาพหลักในการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกในชุมชนในกลุ่มโรค NCDs/จิตเวชและยาเสพติด O2: ยกระดับการจัดบริการสุขภาพ Premium ดังนี้ 1) ศูนย์อุบัติเหตุ 2) ศูนย์ตรวจสุขภาพ 3) ศูนย์ Wellness 4) Intelligent Hospital 5) Mobile Doctor Service 6) ศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง (OPD) O3: ยกระดับโรงพยาบาลพูนพิณ ให้เป็นศูนย์การแพทย์มาตรฐานระดับ S Plus ภายใน 5 ปี และได้รับการรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง	SO ยุทธศาสตร์หลัก ยกระดับคุณภาพศูนย์การแพทย์ และมุ่งสู่ความเป็นเลิศด้านการแพทย์ผสมผสาน	WO ยุทธศาสตร์การพัฒนา พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการโรงพยาบาลดิจิทัล ระดับ S Plus
T : อุปสรรคภายนอก T1: ผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะในการจัดบริการร่วมระหว่าง โรงพยาบาลพูนพิณกับอปท. T2: ผลักดันความร่วมมือการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกกับภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่	ST ยุทธศาสตร์ขยายงาน พัฒนายุทธศาสตร์คู่ความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายจัดบริการสุขภาพเชิงรุก 1) Excellent EMS & Refer 2) Mobile Doctor Service	WT ยุทธศาสตร์ปรับปรุงองค์กร ปฏิรูประบบบริหารจัดการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกในกลุ่มโรค NCDs จิตเวช และยาเสพติด

T3: วางยุทธศาสตร์จัดบริการสุขภาพเชิงรุกใน 2 กลุ่มโรค กลุ่มโรค NCDs และกลุ่มโรคจิตเวชและยาเสพติด ด้วย Mobile Doctor Service		

TOWS ➡ T = 3 ประเด็น ➡ O = 3 ประเด็น ➡ W = 6 ประเด็น ➡ S = 7 ประเด็น

ยุทธศาสตร์ SO	ยุทธศาสตร์ ST	ยุทธศาสตร์ WO	ยุทธศาสตร์ WT
ยกระดับคุณภาพศูนย์การแพทย์ และมุ่งสู่ความเป็นเลิศด้านการแพทย์ผสมผสาน	พัฒนายุทธศาสตร์คู่ความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายจัดบริการสุขภาพเชิงรุก 1) Excellent EMS & Refer 2) Mobile Doctor Service	พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการโรงพยาบาลดิจิทัลระดับ S Plus	ปฏิรูประบบบริหารจัดการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกในกลุ่มโรค NCDs จิตเวชและยาเสพติด
S1-S7/O1-3	S2+S3+S7/T1-3	W1-W3-W4-W5-W6/O1-3	W2/T1-3

หมายเหตุ : ร่าง : ยุทธศาสตร์ รพ.พูนพิณ (วันที่ 1 กันยายน 2567 ปรับ 28 กันยายน 2567)

ภาคผนวก 5

ภาพบรรยากาศการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และการบริหารจัดการ
ระยะ 5 ปี (2568-2572)



โครงการพัฒนายุทธศาสตร์การแพทย์ การสาธารณสุข และการบริหารจัดการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

ระหว่างวันที่ 4 - 5 มกราคม 2568

กิจกรรมที่ 1

อบรมเชิงปฏิบัติการจัดทำแผนปฏิบัติการ ด้านการแพทย์
ด้านการสาธารณสุข และด้านการบริหารจัดการ





โครงการพัฒนาศักยภาพการแพทย์ การสาธารณสุข และการบริหารจัดการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

ระหว่างวันที่ 15 - 16 กุมภาพันธ์ 2568

กิจกรรมที่ 2

อบรมเชิงปฏิบัติการออกแบบการนำแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ





โครงการพัฒนาศักยภาพการแพทย์ การสาธารณสุข และการบริหารจัดการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

ระหว่างวันที่ 1 - 2 มีนาคม 2568

กิจกรรมที่ 3

อบรมเชิงปฏิบัติการจัดทำแผนแม่บท IT Master Plan และการจัดการข้อมูล





โครงการพัฒนายุทธศาสตร์การแพทย์ การสาธารณสุข และการบริหารจัดการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

ระหว่างวันที่ 21 - 23 มีนาคม 2568 ณ Borsaen Villa ตำบล ฝาง จังหวัดพังงา

กิจกรรมที่ 4

อบรมเชิงปฏิบัติการออกแบบระบบบริหาร
และพัฒนาศูนย์บริการบุคคลรองรับ แผนยุทธศาสตร์ ระยะ 5 ปี

