

แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลท่าปลาปี 2560-2564

ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบบริการ ประกอบด้วย 41 ตัวชี้วัด 11 แผนงาน จำนวน 44 ตัวชี้วัด

แผนงาน	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย 5 ปี	ระดับที่ปฏิบัติได้ ปีงบประมาณ 59	โครงการ / กิจกรรม	เป้าหมายระยะ 5 ปี (พ.ศ.2560-พ.ศ.2564)					ผู้รับผิดชอบ
					2560	2561	2562	2563	2564	
S1. พัฒนาระบบบริการโรคเรื้อรัง	1. อัตราการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานได้ตามเกณฑ์ (HbA1C ต่ำกว่า 7)	≥ 30	39.18	1. พัฒนารูปแบบการเสริมพลังผู้ป่วยสู่การพึ่งตนเองทั้งในคลินิก เครือข่ายบริการ และชุมชน	≥ 30	≥ 30	≥ 30	≥ 30	≥ 30	จุฬารักษ์
	2, 3 อัตราการรับเข้านอนโรงพยาบาลจากภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นของโรคเบาหวาน - Hypoglycemia - Hyperglycemia	< 5% < 5%	0.27 0.4	2. เพิ่มประสิทธิภาพการรักษา โดยติดตาม ทบทวน ปรับปรุงมาตรฐาน/CPG ให้มีความชัดเจนเหมาะสมกับบริบท 3. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ส่งอบรม case manager DM เพิ่ม 4. พัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องไปยังชุมชนเพื่อให้สามารถนำมาวิเคราะห์ระบบการดูแลผู้ป่วยได้ครบถ้วน	< 5% < 5%	< 5% < 5%	< 5% < 5%	< 5% < 5%	< 5% < 5%	อรอนงค์
	4, 5, 6 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนระยะยาวในผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ - ไต ระดับ 3 ขึ้นไป (ไม่รวม AKI) - ตา - เท้า	< 5% < 5% < 5%	1.66 1.22 0.16	5. โครงการคัดกรองภาวะเสี่ยงด้วยการตรวจสุขภาพประจำปี การตรวจตาด้วย Fundus camera						จุฬารักษ์

แผนงาน	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย 5 ปี	ระดับที่ปฏิบัติได้ ปีงบประมาณ 59	โครงการ / กิจกรรม	เป้าหมายระยะ 5 ปี (พ.ศ.2560-พ.ศ.2564)					ผู้รับผิดชอบ
					2560	2561	2562	2563	2564	
	7. อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Admission rate) ด้วยโรคเบาหวานหรือภาวะแทรกซ้อนของเบาหวาน	< 5%	2.53	6. การส่งผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิตดีรับการรักษาที่ รพ.สต.ใกล้บ้านระดับ คป.สอ.ท่าปลา)	< 5%	< 5%	< 5%	< 5%	< 5%	จุฬารัตน์
	8. อัตราการเกิดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ในกลุ่มเสี่ยง	< 5%	0.08		< 5%	< 5%	< 5%	< 5%	< 5%	นงศ์พงา
	9. อัตราการเกิดผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ในกลุ่มเสี่ยง	< 5%	2.01		< 5%	< 5%	< 5%	< 5%	< 5%	นงศ์พงา
	10. อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Admission rate) ด้วยโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง	< 5%	6.35		< 5%	< 5%	< 5%	< 5%	< 5%	จุฬารัตน์
	11. อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Admission rate) ด้วยโรคCOPD หรือภาวะแทรกซ้อนของCOPD	< 20 %	<u>36.18</u>	1. จัดทำ COPD clinic ทุกวัน พกห้สบดีให้ได้อย่างต่อเนื่อง 2. จัดระบบเตือนผู้ป่วยก่อนวันนัด และติดตามมารักษากรณีที่มีนัด 3. เยี่ยมบ้าน เพื่อ ประเมิน สิ่งแวดล้อมและประเมินการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่บ้านโดยทีมเยี่ยมบ้านและเครือข่าย 4. จัดตั้งศูนย์รวมเครื่องมือทางการแพทย์ สำหรับ ผู้ป่วย home oxygen therapy โดยบูรณาการร่วมกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง end of life โดยประสานกับท้องถิ่น 5. ประสานกับทีมชุมชนเพื่อให้ ความรู้แก่นักเรียนถึงโทษของบุหรี่ และส่งเข้าคลินิกเลิกบุหรี่ในรายที่สูบบุหรี่	< 20 %	< 20 %	< 20 %	< 20 %	< 20 %	สุวรรณา

แผนงาน	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย 5 ปี	ระดับที่ปฏิบัติได้ ปีงบประมาณ 59	โครงการ / กิจกรรม	เป้าหมายระยะ 5 ปี (พ.ศ.2560-พ.ศ.2564)					ผู้รับผิดชอบ
					2560	2561	2562	2563	2564	
S3. พัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง	12. ร้อยละผู้ป่วย stroke รายใหม่ ที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพ	≥ 50%	84.93	1. อบรมและฟื้นฟูดูแลผู้พิการและผู้สูงอายุให้กับผู้ดูแลและเจ้าหน้าที่ อสม.	≥ 50%	≥ 50%	≥ 50%	≥ 50%	≥ 50%	ศศิธร
	13. อัตราผู้รับบริการทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อมีระดับ Pain scale ลดลง 50% จากระดับเริ่มต้น	≥ 50%	49.57	2. สร้างเครือข่ายในการดูแลผู้พิการและผู้สูงอายุในชุมชน ตำบลท่าปลา 3. เยี่ยมบ้านเพื่อฟื้นฟูผู้พิการ/ผู้สูงอายุและประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้พิการและผู้สูงอายุ (Barthel ADL index)	≥ 50%	≥ 50%	≥ 50%	≥ 50%	≥ 50%	ศศิธร
S2. พัฒนาบริการผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	14. อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	> 30%	70.85	1. ประชุมคณะทำงานสุขภาพจิตและวิเคราะห์ปัญหาการฆ่าตัวตาย 2. ประเมินภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยใช้แบบคัดกรอง 2 Q,8Q,9Q ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง,ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะเสี่ยงเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย	> 30%	> 30%	> 30%	> 30%	> 30%	เสาวนีย์
	15. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (ต่อแสนประชากร)	< 6.5	8.78	1. จัดกิจกรรมเชิงรุกในพื้นที่ให้ครอบคลุมทุกกลุ่มวัยที่มีปัญหาการฆ่าตัวตาย 2. ขยายกิจกรรมการแก้ไขปัญหการฆ่าตัวตายโดยชุมชนมีส่วนร่วมในตำบลอื่นๆต่อไป	< 6.5	< 6.5	< 6.5	< 6.5	< 6.5	เสาวนีย์

แผนงาน	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย 5 ปี	ระดับที่ปฏิบัติได้ ปีงบประมาณ 59	โครงการ / กิจกรรม	เป้าหมายระยะ 5 ปี (พ.ศ.2560-พ.ศ.2564)					ผู้รับผิดชอบ
					2560	2561	2562	2563	2564	
				3.บูรณาการกับงานยาเสพติดและเครือข่ายระดับอำเภอในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด						
	16., 17, 18 การดูแลผู้ป่วยโรค AMI - door to EKG ≤ 10 นาที - door to Needle ≤ 30 นาที - อัตราการได้รับยา SK ของผู้ป่วย STEMI ที่มีข้อบ่งชี้สามารถให้ได้ใน รพช.	80% 80% 100 %	100 0 50	1. ประชุมเพื่อพัฒนาคุณภาพเรื่องการดูแลผู้ป่วย STEMI 2.ประเมินสมรรถนะบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย STEMI	80% 80% 100 %	80% 80% 100 %	80% 80% 100 %	80% 80% 100 %	80% 80% 100 %	รัตติยา
	19. จำนวนผู้ป่วย stroke รายใหม่ที่มาทันภายในเวลาที่กำหนดเข้าระบบ Fast track	≥ 12 %	36.36	1. ประชุมเพื่อพัฒนาคุณภาพเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	≥ 12 %	≥ 12 %	≥ 12 %	≥ 12 %	≥ 12 %	ภาวินี
S5. พัฒนาระบบบริการ โรคตามวิถี	20. อัตราป่วยของโรคปวดกล้ามเนื้อและข้อต่อต่อจำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมด	< 20 %	14.54		< 20 %	< 20 %	< 20 %	< 20 %	< 20 %	พิชัย
	21. อัตราป่วยของโรคปวดแน่นท้องอาหารไม่ย่อย ต่อจำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมด	< 5 %	4.08		< 5 %	< 5 %	< 5 %	< 5 %	< 5 %	พิชัย
S4. พัฒนาการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ	22. อัตราตายอุบัติเหตุจราจร (ต่อแสนประชากร)	< 16	13.63	1. จัดประชุมติดตามงานบริการส่งต่อ 2. อบรมฟื้นฟูให้กับบุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของอำเภอท่าปลา 3. ประชุมเพื่อกระตุ้น ให้มีการเปิดหน่วยเพิ่ม และติดตามการปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยที่เปิดบริการของอำเภอท่าปลา 4. จัดระบบเพื่อรองรับการ	< 16	< 16	< 16	< 16	< 16	อัจฉราภรณ์

แผนงาน	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย 5 ปี	ระดับที่ปฏิบัติได้ ปีงบประมาณ 59	โครงการ / กิจกรรม	เป้าหมายระยะ 5 ปี (พ.ศ.2560-พ.ศ.2564)					ผู้รับผิดชอบ
					2560	2561	2562	2563	2564	
				ดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ และ ฉุกเฉินเมื่อเกิดสาธารณภัย						
	23. อัตราการบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อและข้อ ด้วยการแพทย์แผนไทย ต่อจำนวนผู้ป่วยอาการปวด กล้ามเนื้อและข้อทั้งหมด	>25%	41.57	1.ให้ความรู้กับกลุ่มผู้นำด้าน สุขภาพในชุมชนเกี่ยวกับ โรคหัวใจและหลอดเลือด 2.มีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อ การเกิดโรค ในชุมชน 3.จัดทำมาตรฐานการประเมิน และวินิจฉัยผู้ป่วยโรคหัวใจและ หลอดเลือดเบื้องต้นแก่ รพ.สต ในเครือข่าย 3.เน้นการเข้าสถานบริการถึง ด้วยระบบบริการการแพทย์ ฉุกเฉินโดยอาศัยความร่วมมือ ของ อปท. และกลุ่มแกนนำใน ชุมชนที่เข้มแข็งและมีจิตอาสา	>25%	>25%	>25%	>25%	>25%	ชุติรัตน์
	24. อัตราการบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อและข้อ ด้วยกายภาพบำบัด ต่อจำนวนผู้ป่วยอาการปวด กล้ามเนื้อและข้อทั้งหมด	>25%	22.95	1. กำหนดกลุ่มเป้าหมายของแต่ละปีในการให้ความรู้การออกกำลังกายที่ไขมันเวชบำบัด 2. ให้ความรู้กับกลุ่มผู้นำด้าน สุขภาพในชุมชนกลุ่มเป้าหมาย เกี่ยวกับการออกกำลังกายที่ไขมัน เวชบำบัดเพื่อบรรเทาอาการ ปวดและประเมินหากกลุ่มผู้เข้า รับการอบรมที่มีอาการปวด	>25%	>25%	>25%	>25%	>25%	ศศิธร

แผนงาน	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย 5 ปี	ระดับที่ปฏิบัติได้ ปีงบประมาณ 59	โครงการ / กิจกรรม	เป้าหมายระยะ 5 ปี (พ.ศ.2560-พ.ศ.2564)					ผู้รับผิดชอบ
					2560	2561	2562	2563	2564	
				3. จัดตั้งชมรมและให้ความรู้การ ออกกำลังกายที่ใช้มณีเวชบำบัด จี๊ก ฤาษีตัดตนเพื่อบรรเทา อาการปวด กับกลุ่มเป้าหมาย						
S6. พัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้ติดเชื้อ เอชไอวี	25. ร้อยละของผู้ป่วย HIV/AIDS ที่ได้รับยา ต้านไวรัสมีผลตรวจ viral load \leq 50 copies/cell	85	98.51	1. เตรียมและประเมินความพร้อม ของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลก่อนเข้า ร่วมโครงการรับยา ARV กรณีเป็น ผู้ป่วยจิตเวช ต้องได้รับการรักษา ก่อนทุกครั้ง	85	85	85	85	85	เกื้อกูล
S7. พัฒนาระบบ ดูแลวัณโรค	26. ร้อยละความสำเร็จในการรักษาวัณโรค	85	91.66	1. ให้พื้นที่ที่มีผู้ป่วยวัณโรคระบาด เช่น ตำบลร่วมจิต ดำเนินการคัด กรองและลงสอบสวนเชิงลึก ระหว่าง โรงพยาบาล รพสต.และ สำนักงานสาธารณสุข 2. พื้นที่มีสหวิชาชีพ และ จัดระบบการคัดกรองผู้ป่วยที่มี อาการสัมพันธ์กับวัณโรคได้อย่างมี ประสิทธิภาพและครอบคลุม 100 %ทุกจุดบริการ 3. พัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูล ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแล ต่อเนื่องไปยังชุมชน เมื่อพบ ผู้ป่วยเพื่อเตรียมพื้นที่ 4. มีการคัดกรองด้วยการ เอกเรย์ ผู้ป่วยเบาหวาน อายุ 60 -69 ปี และผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไปทุกราย	85	85	85	85	85	ละอองดาว

แผนงาน	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย 5 ปี	ระดับที่ปฏิบัติได้ ปีงบประมาณ 59	โครงการ / กิจกรรม	เป้าหมายระยะ 5 ปี (พ.ศ.2560-พ.ศ.2564)					ผู้รับผิดชอบ
					2560	2561	2562	2563	2564	
S8. เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา	27. อัตราป่วย DHF (ต่อแสนประชากร)	<50	0		<50	<50	<50	<50	<50	ละอองดาว
	28. ความครบถ้วนของการรายงาน 506	100	100	1. ตรวจสอบและจัดทำรายงาน 506 อย่างมีคุณภาพ	100	100	100	100	100	อธิคุณ
	29. ความทันเวลาของบัตรรายงาน 506	80	97.82	2. ปรับระบบจัดทำรายงาน 506 อาทิตย์ละ 3 วัน	80	80	80	80	80	
S9. พัฒนาระบบบริการ กลุ่มแม่ และเด็ก	30. อัตราหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์	>60%	51.86	1. การแก้ไขปัญหาท้องไม่พร้อม ระดับอำเภอ	>60%	>60%	>60%	>60%	>60%	บุพผา
	31. อัตราตายของมารดา	0	0	1. มีการประเมินความเสี่ยงต่อ PPH ตามเกณฑ์ที่กำหนดตั้งแต่ ฝากครรภ์ ระยะคลอดและระยะ หลังคลอด เพื่อเตรียมความพร้อมของทีมและทรัพยากรที่จำเป็น เช่น การสำรองเลือด	0	0	0	0	0	ดวงทิพย์
	32. อัตราตายของทารกแรกเกิดอายุ < 28 วัน (ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ)	< 5%	0	2. ฝึกทำ Control Cord Traction โดยอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์	< 5%	< 5%	< 5%	< 5%	< 5%	ดวงทิพย์
	33. อัตราการเกิดการตกเลือดหลังคลอด	< 5%	2.47	3. จัดทำแผนขอซื้อถุงตวงเลือด เพื่อให้การประเมินปริมาณเลือดมีมาตรฐานเดียวกัน 4. ฝึกอบรมปฏิบัติการเมื่อมีภาวะ ตกเลือดหลังคลอด, การทำ Balloon Tamponade, การทำ Bimanual compression	< 5%	< 5%	< 5%	< 5%	< 5%	ดวงทิพย์

แผนงาน	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย 5 ปี	ระดับที่ปฏิบัติได้ ปีงบประมาณ 59	โครงการ / กิจกรรม	เป้าหมายระยะ 5 ปี (พ.ศ.2560-พ.ศ.2564)					ผู้รับผิดชอบ
					2560	2561	2562	2563	2564	
	34. ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 gm	≤ 7 %	9.88	1. เพิ่มคุณภาพการประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้ Vallop Curve และเพิ่มความเสี่ยงด้านนี้ใน pop-up ในระบบคอมพิวเตอร์ 2. บูรณาการร่วมกับงานวางแผนครอบครัว เรื่องการคุมกำเนิดให้มีคุณภาพในกลุ่มวัยเจริญพันธุ์ 3. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอาหารบริโภคตามวิถีชุมชน (อาหารที่หาได้ในท้องถิ่น) จะมีการเสริมสร้างอาชีพที่เน้นการพึ่งพาตนเอง เช่น การเลี้ยงไก่กินไข่ การเลี้ยงปลาตุ๊ก และการปลูกผักกินเอง เป็นต้น	≤ 7 %	≤ 7 %	≤ 7 %	≤ 7 %	≤ 7 %	บุบผา
	35. อัตราการเกิด birth asphyxia (ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ)	< 25	24.69	1. กำหนดเกณฑ์ในการคัดกรองและเฝ้าระวังผู้คลอดที่มีความเสี่ยงสูง ที่ ที่ จะ เกิด ภาวะ Birth asphyxia ตั้งแต่ ANC ต่อเนื่องมาถึง LR 2. สืบค้นงานวิจัยหลักฐานเชิงประจักษ์ต่างๆ มาพัฒนาใช้ในการดูแลผู้คลอด 3. พัฒนาระบบเครือข่ายการดูแล High risk pregnancy, พัฒนาระบบการดูแลมารดาที่มีความเสี่ยงสูงในระยะคลอด 4. การวางแผนจำหน่าย ติดตามพัฒนาการภายหลังการจำหน่าย	< 25	< 25	< 25	< 25	< 25	ดวงทิพย์

แผนงาน	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย 5 ปี	ระดับที่ปฏิบัติได้ ปีงบประมาณ 59	โครงการ / กิจกรรม	เป้าหมายระยะ 5 ปี (พ.ศ.2560-พ.ศ.2564)					ผู้รับผิดชอบ
					2560	2561	2562	2563	2564	
	36. อัตราเด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	>85%	100		>85%	>85%	>85%	>85%	>85%	สุดาวรรณ
	37. อัตราเสียชีวิตโดยไม่คาดคิด (unplan death) ในโรงพยาบาล	0	0		0	0	0	0	0	อรอนงค์, พิสมัย
	38. อัตราฟันแท้ในเด็กนักเรียน	< 50 %	37.47		< 50 %	< 50 %	< 50 %	< 50 %	< 50 %	ธารารัตน์
S10. ส่งเสริมให้ชุมชนเข้มแข็งด้านสุขภาพ	39. จำนวนชมรมสร้างสุขภาพที่มีการดำเนินกิจกรรมต่อเนื่อง(ต่อหมู่บ้าน)	1 ชมรม	10/12		1 ชมรม	1 ชมรม	1 ชมรม	1 ชมรม	1 ชมรม	เสาวนีย์
	40. อัตราตำบลจัดการสุขภาพผ่านเกณฑ์	≥50%	1		≥50%	≥50%	≥50%	≥50%	≥50%	ปัทมพร
	41. จำนวนชุมชนต้นแบบการดูแลสุขภาพ	1	2	1. การพัฒนาหมู่บ้านต้นแบบในการดูแลสุขภาพ 2. สนับสนุนการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริม สุขภาพในกลุ่ม/ชมรม อย่างต่อเนื่อง	1	1	1	1	1	เสาวนีย์
S11. พัฒนาระบบ EMS, ER คุณภาพ, Disaster	42. ร้อยละการผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ	70	-	1. โครงการพัฒนา ER ตามเกณฑ์ ECS	≥45%	≥50%	≥55%	≥60%	≥70%	พิสมัย
	43. ร้อยละการผ่านเกณฑ์ประเมิน TEMSA	70	-	1. โครงการพัฒนาระบบ EMS และ FR ตามเกณฑ์ TEMSA	-	-	≥50%	≥60%	≥70%	พิสมัย
	44. ร้อยละหน่วย FR ผ่านเกณฑ์การประเมิน TEMSA	70	-	-	-	-	≥50%	≥60%	≥70%	พิสมัย

ยุทธศาสตร์ที่ 2 แผนพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ 4 แผนงาน จำนวน 13 ตัวชี้วัด

แผนงาน	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย 5 ปี	ระดับที่ปฏิบัติได้ ปีงบประมาณ 59	โครงการ / กิจกรรม	เป้าหมายระยะ 5 ปี (พ.ศ.2560-พ.ศ.2564)					ผู้รับผิดชอบ
					2560	2561	2562	2563	2564	
S12 พัฒนาบุคลากรให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์	1. ร้อยละของบุคลากรได้รับการประเมินสมรรถนะหลักผ่านตามเกณฑ์	100	100	1.สำรวจ/วิเคราะห์ /จัดทำแผนระยะสั้น/ระยะยาวเพื่อขออัตรากำลังระดับองค์กร, หน่วยงานและจัดอัตรา กำลังที่มีอยู่ให้เหมาะสมกับงาน	100	100	100	100	100	เพ็ญศรี
	2. ร้อยละของบุคลากรใหม่ได้รับการปฐมนิเทศก่อนการปฏิบัติงาน	100	100	1.จัดทำคุณลักษณะงานและคุณลักษณะ เฉพาะตำแหน่งของบุคลากร 2.กำหนดหลักสูตรและกิจกรรมปฐมนิเทศน์เจ้าหน้าที่ใหม่ปีละ 1 ครั้ง	100	100	100	100	100	
S13 พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้ ความสามารถ ในการใช้เทคโนโลยี	3. ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์	≥ 60 %	58.00	3.ประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรปีละ 2 ครั้ง	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	
	4. ร้อยละของบุคลากรที่มีผลการปฏิบัติงานระดับดี	≥ 60 %	100	4.ประเมินสมรรถนะหลัก 5 ด้านของบุคลากรปีละ1ครั้ง	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	
	5. ร้อยละแรงจูงใจ ขวัญกำลังใจในการทำงานของบุคลากร	≥ 80 %	80.46	5.จัดทำแผนพัฒนารายบุคคล	≥ 80 %					
	6. อัตราความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากร	≥ 80 %	75.75	1. สร้างวัฒนธรรมการชื่นชมผู้มีผลงานดี มีพฤติกรรมบริการที่ดี						
	7. อัตราความผูกพันองค์กร	≥ 70%	79.53	2. ส่งต่อข้อมูลความพึงพอใจ						
	8. อัตราคงอยู่ของบุคลากร	≥ 80%	92.62	บุคลากร/ความสุข/ความเครียดให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบเพื่อปรับปรุงแก้ไข						

แผนงาน	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย 5 ปี	ระดับที่ปฏิบัติได้ ปีงบประมาณ 59	โครงการ / กิจกรรม	เป้าหมายระยะ 5 ปี (พ.ศ.2560-พ.ศ.2564)					ผู้รับผิดชอบ
					2560	2561	2562	2563	2564	
	9. ร้อยละของหน่วยงานที่มีการจัด อัตรากำลังสำรอง	100%	100	1.วิเคราะห์หาความต้องการที่ แท้จริงของบุคลากร						
	10. อัตราความเพียงพอของบุคลากรเมื่อ เทียบกับกรอบอัตรากำลัง	≥ 80%	68.42							
S14 พัฒนาบุคลากร ให้มีสุขภาพ กายและจิต สมบูรณ์	11. อัตราการบาดเจ็บ/ติดเชื้/ป่วยจากการ ปฏิบัติงาน	≤ 5%	5.37	1.ประชุมปฏิบัติการ ส่งเสริม สุขภาพบุคลากรระดับอำเภอ 2.คัดกรอง BMI สำรวจ พฤติกรรมสุขภาพ ประเมิน สมรรถภาพทางกาย 3. ส่งเสริมการออกกำลังกาย โดยกำหนดให้วันพุธ เวลา 15.00 น. เป็นวันออกกำลังกาย ร่วมกันของบุคลากร 4. จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ กายตามภาวะสุขภาพ 5. ให้ภูมิคุ้มกันโรค						
S15 ส่งเสริมบุคลากรให้เป็นคนดี มีจริยธรรม มีความผูกพัน	12. ร้อยละของบุคลากรที่เข้าร่วมโครงการ/ กิจกรรมทางศาสนา/จริยธรรมทั้งภายใน และภายนอกองค์กร	≥ 80 %	95.74	1.กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต 2. อบรมเชิงปฏิบัติการนอก สถานที่						
	13. ร้อยละของบุคลากรมีความสุขเท่ากับ หรือมากกว่าคนทั่วไป	80 %	89.68	3. สร้างวัฒนธรรมการชื่นชมผู้มี ผลงานดี มีพฤติกรรมบริการที่ดี 4. ส่งต่อข้อมูลความพึงพอใจ บุคลากร/ความสุข/ความเครียด ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ เพื่อปรับปรุงแก้ไข						

ยุทธศาสตร์ที่ 3 แผนพัฒนาระบบสารสนเทศให้ตอบสนองบริการ ได้อย่างสมบูรณ์ 3 แผนงาน จำนวน 7 ตัวชี้วัด

แผนงาน	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย 5 ปี	ระดับที่ปฏิบัติได้ปีงบประมาณ 59	โครงการ / กิจกรรม	เป้าหมายระยะ 5 ปี (พ.ศ.2560-พ.ศ.2564)					ผู้รับผิดชอบ
					2560	2561	2562	2563	2564	
S16 พัฒนาระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ระบบ LAN S17 พัฒนาสถานที่และระบบการจัดเก็บเวชระเบียน	1. ความพึงพอใจของผู้รับบริการภายในต่อระบบสารสนเทศ	> 80 %	81.34	1. จัดตั้งระบบศูนย์รวมข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (43+7 เพิ่ม) ตามมาตรฐานโครงสร้างข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข ระดับอำเภอ	80	82	83	84	85	พิชัย
	2. อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก (MRA)	> 85 %	89.58	1. ตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยทุก 3 เดือน	80	80	82	85	85	กฤษ
	3. อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน (MRA)	> 85 %	80.27	2. ปรับแบบบันทึก discharge summary: others ชื่อเกี่ยวกับการบันทึกรหัส ICD10	80	80	82	85	85	ฐิติรัตน์
	4. นำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยของผู้ป่วยในกลุ่มวินิจฉัยโรครวมทุกสิทธิการรักษา (case mix index; CMI)	> 0.60	0.5596	1. ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยในที่กำหนดแล้วทุกฉบับ โดยทีมทบทวนเวชระเบียนของโรงพยาบาลท่าปลา ในทุกวันศุกร์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	0.60	0.60	0.60	0.60	0.60	พิชัย
S18 พัฒนาระบบข้อมูลเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคลากรและประชาชน	5. จำนวนวันเฉลี่ยในการจัดทำรายงาน/ข้อมูลสารสนเทศในระบบเมนูรายงาน HOSxP	≤10 วัน	5.42	1. จัดทำบันทึกการรายงานความต้องการเพื่อติดตามผลการจัดทำตามกำหนด 2. พัฒนาระบบรายงานโปรแกรม HOSxP โดยแยกเป็นหมวดหมู่ตามหน่วยงานเพื่อความ เป็นระเบียบและง่ายต่อการประมวลผลข้อมูล	≤10	≤10	≤10	≤10	≤10	

แผนงาน	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย 5 ปี	ระดับที่ปฏิบัติได้ปีงบประมาณ 59	โครงการ / กิจกรรม	เป้าหมายระยะ 5 ปี (พ.ศ.2560-พ.ศ.2564)					ผู้รับผิดชอบ
					2560	2561	2562	2563	2564	
	6. จำนวนเรื่องที่เข้ามาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระบบ Knowledge asset created	10 เรื่อง/ 3 เดือน	11	1. จัดทำเครื่อง online 24 ชั่วโมง เพื่อการเข้ามาใช้บริการ ข้อมูลด้านสุขภาพในระบบ	10 เรื่อง/ 3 เดือน	10 เรื่อง/ 3 เดือน	10 เรื่อง/ 3 เดือน	10 เรื่อง/ 3 เดือน	10 เรื่อง/ 3 เดือน	
	7. IT user satisfaction	80 %	NA	1. โครงการปรับปรุงระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์	80%	80%	80%	80%	80%	

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ รัศกุ่ม โปร่งใส ตรวจสอบได้ 3 แผนงาน จำนวน 9 ตัวชี้วัด

แผนงาน	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย 5 ปี	ระดับที่ปฏิบัติได้ ปีงบประมาณ 59	โครงการ / กิจกรรม	เป้าหมายระยะ 5 ปี (พ.ศ.2560-พ.ศ.2564)					ผู้รับผิดชอบ
					2560	2561	2562	2563	2564	
S19 พัฒนาการประเมินประสิทธิภาพการเงิน การคลัง S20 เพิ่มรายรับ ลดรายจ่าย S21. แก้ไขข้อบกพร่องทางการเงิน	1. อัตราการบริหารจัดการของงบประมาณที่หน่วยบริการได้รับสนับสนุนจากกองทุนสุขภาพตำบล	≥ 80%	100	1. พัฒนาระบบควบคุมภายใน 5 มิติ ได้แก่ 1.1 มิติด้านการเงิน 1.2 มิติด้านจัดเก็บรายค่ารักษาพยาบาล 1.3 มิติด้านงบประมาณการเงิน 1.4 มิติด้านบริหารพัสดุ 1.5 มิติด้านการควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง 2. ประเมินตนเองมาตรฐาน ITA	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	เสาวนีย์
	2. อัตราส่วนสินทรัพย์ สภาพคล่อง (Quick ratio)	≥1.0	0.66		≥1.0	≥1.0	≥1.0	≥1.0	≥1.0	นิตยา
	3. อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน (Current ratio)	≥1.5	0.83		≥1.5	≥1.5	≥1.5	≥1.5	≥1.5	
	4. อัตราส่วนเงินสด (Cash ratio)	≥0.8	0.51		≥0.8	≥0.8	≥0.8	≥0.8	≥0.8	
	5. อัตราส่วนหนี้สินต่อสินทรัพย์	≥ 0.8	1.18		≥ 0.8	≥ 0.8	≥ 0.8	≥ 0.8	≥ 0.8	
	6. สัดส่วนรายรับต่อค่าตอบแทน জনท. คลินิกพิเศษนอกเวลา	≥ 5 เท่า	7.36		≥ 5 เท่า	≥ 5 เท่า	≥ 5 เท่า	≥ 5 เท่า	≥ 5 เท่า	
	7. อัตราการจัดซื้อวัสดุเกินแผนเงินบำรุง	< 10%	83.71		< 10%	< 10%	< 10%	< 10%	< 10%	
	8. ระยะเวลาเฉลี่ยในการเก็บหนี้ค่ารักษาทุกสิทธิ	≤ 90วัน	89.79		≤ 90 วัน	≤ 90 วัน	≤ 90 วัน	≤ 90 วัน	≤ 90 วัน	
	9. ความทันเวลาในการเรียกเก็บค่าชดเชยจาก สปสช.	100 %	100.00		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	

ยุทธศาสตร์ที่ 5 แผนพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัย 5 แผนงาน จำนวน 11 ตัวชี้วัด

แผนงาน	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย 5 ปี	ระดับที่ปฏิบัติได้ ปีงบประมาณ 59	โครงการ / กิจกรรม	เป้าหมายระยะ 5 ปี (พ.ศ.2560-พ.ศ.2564)					ผู้รับผิดชอบ
					2560	2561	2562	2563	2564	
S22. เฝ้าระวังการปนเปื้อน ด้านสิ่งแวดล้อมและเครื่องมือ	1. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ประเมินสถานที่ทำงานน่าอยู่ทำงานระดับดีมาก	ดีมาก	ดีเยี่ยม	1. ตรวจสอบคุณภาพน้ำใช้ – น้ำทิ้ง ปีละ 3 ครั้ง 2. ประเมินสุขาภิบาลอาหาร ปีละ 3 ครั้ง	ดีมาก	ดีมาก	ดีมาก	ดีมาก	ดีมาก	อำนาจ
	2. คุณภาพน้ำทิ้งผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	100 %	100	-ตรวจสอบการปนเปื้อนภาชนะ/อุปกรณ์ ประกอบอาหาร -ตรวจการปนเปื้อนสารพิษในวัตถุดิบประกอบอาหารอาหาร 3. ตรวจสอบประสิทธิภาพการทำปราศจากเชื้อ	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
	3. อัตราการคัดแยกขยะได้ถูกต้อง	≥ 90 %	98.64	1.ให้หน่วยงาน ประชาสัมพันธ์ ผู้ป่วยและญาติเรื่องแยกขยะแต่ละประเภท 2. ทบทวนความรู้การแยกขยะแก่บุคลากรในหน่วยงานที่พบอุบัติการณ์ พร้อมทั้งประเมินผลทุก 3 เดือน 3. เพิ่มประสิทธิภาพการคัดแยกขยะรีไซเคิลบริเวณจุดบริการผู้ป่วย โดยบูรณาการร่วมกับโรงเรียนจัดที่ทิ้งขยะที่มองเห็นได้ชัดเจน	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	

แผนงาน	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย 5 ปี	ระดับที่ปฏิบัติได้ ปีงบประมาณ 59	โครงการ / กิจกรรม	เป้าหมายระยะ 5 ปี (พ.ศ.2560-พ.ศ.2564)					ผู้รับผิดชอบ
					2560	2561	2562	2563	2564	
S23. พัฒนาระบบเครื่องมือและสาธารณูปโภค	4. อัตราการบันทึกการตรวจสอบเชิงป้องกันของเครื่องมือสำคัญ	90 %	100	1. นำโปรแกรม RMC 2012 มาใช้ในการบริหารจัดการเครื่องมือในหน่วยงาน	90 %	90 %	90 %	90 %	90 %	อำนาจ
S24. เพิ่มความรู้ความเข้าใจ เรื่อง การบริหารความเสี่ยง	5. อัตราการเกิดอุบัติการณ์ระดับ 3 หรือระดับ E ขึ้นไปซ้ำ	5 %	0	1. ตรวจสอบการรายงานอุบัติการณ์ เดือนละ 1 ครั้ง	0	0	0	0	0	ภัทธวุฒิ
	6. สัดส่วนอุบัติการณ์ nearmiss : miss	15:1	12.85 :1	2. จัดให้ การรายงานอุบัติการณ์เป็นตัวชี้วัดรายบุคคล ระดับโรงพยาบาล	10:1	12:1	14:1	15:1	15:1	
S25. ป้องกันอุบัติการณ์ ความเสี่ยงและความคลาดเคลื่อนทางยา	7. อัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของ HAD	0	0	1. กำหนดรายการยา HAD 2. คัดเลือกยาที่มีความแรงเดี่ยวและไม่คล้ายคลึงกับยาอื่น 3. เก็บรักษาโดยการป้องกันการเข้าถึงจากบุคคลภายนอก 4. เภสัชและพยาบาลทบทวนคำสั่งการใช้ยาให้เหมาะสม						ศิริรัตน์
	8. อัตราการแพ้ยาซ้ำในผู้ป่วยทุกประเภท	0	0	ระบบป้องกันการแพ้ยาซ้ำ - ชักประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วยทุกจุดบริการ - ฝ่ายเภสัชกรรมชักประวัติและออกบัตรแพ้ยา - ลงบันทึกการแพ้ยาในคอมพิวเตอร์ : Pop-up - แพ้มเวชระเบียบผู้ป่วยนอก * สติ๊กเกอร์แพ้ยาสีชมพู*						

แผนงาน	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย 5 ปี	ระดับที่ปฏิบัติได้ ปีงบประมาณ 59	โครงการ / กิจกรรม	เป้าหมายระยะ 5 ปี (พ.ศ.2560-พ.ศ.2564)					ผู้รับผิดชอบ
					2560	2561	2562	2563	2564	
S26. เฝ้าระวังด้าน IC	9. อัตราการคัดกรองผู้ป่วยเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ Air borne (TB,Chicken pox, ไข้หวัดนก)	≥ 90	99.04	1. จัดทำแบบคัดกรองในกลุ่มเสี่ยง 2. จัดทำใบ Fastract	≥ 90	≥ 90	≥ 90	≥ 90	≥ 90	วิไลลักษณ์
	10. อัตราการปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ	≥ 90	95.13	3. จัดการห้องแยกโรค 4. Pop up แจ้งเตือนในระบบ HosxP 5. CXR ในกลุ่มเสี่ยง 6. เยี่ยมบ้าน 7. บริหารจัดการในโรงพยาบาลและเครือข่าย ในโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ	≥ 90	≥ 90	≥ 90	≥ 90	≥ 90	
	11. อัตราจุดเสี่ยงด้านกายภาพจากการสำรวจได้รับการแก้ไขภายใน 3 เดือน	100 %	100	1. จัดการเขียนแผนงบประมาณให้ทันรอบอนุมัติ	100	100	100	100	100	อำนาจ