



แผนยุทธศาสตร์
โรงพยาบาลพะโต๊ะ

ปี 2558

วิสัยทัศน์โรงพยาบาลพะโต๊ะ

โรงพยาบาลพะโต๊ะ เป็นโรงพยาบาลคุณภาพ ประชาชนประทับใจ

ค่านิยม

P H A T O

		ค่านิยม	ความหมาย
P	Patient focus	ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง	ให้ความสำคัญผู้รับบริการและตอบสนองความต้องการและความคาดหวัง
H	Health focus	เน้นการส่งเสริมสุขภาพ	เน้นการส่งเสริมร่วมกับการดูแลสุขภาพ
A	Achievement	มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพ	ทำงานอย่างมืออาชีพโดยยึดถือมาตรฐานและการพัฒนาคุณภาพ
T	Team work	ทำงานเป็นทีม	ทุกคนทำงานร่วมกันโดยอาศัยความร่วมมือระหว่างวิชาชีพ
O	Organization learning	องค์กรแห่งการเรียนรู้	เป็นรพ.แห่งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

พันธกิจโรงพยาบาลพะโต๊ะ

1. พัฒนาระบบบริการของโรงพยาบาลให้มีคุณภาพ ตามมาตรฐาน เน้นการให้บริการแบบองค์รวม
2. พัฒนาสมรรถนะเชิงวิชาชีพ
3. พัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ
4. สนับสนุนการมีส่วนร่วมในระบบบริการสุขภาพของภาคประชาชนและภาคีเครือข่าย

เป้าประสงค์

1. ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน ปลอดภัย ครอบคลุม 4 มิติและองค์รวม
2. บุคลากรมีสมรรถนะเชิงวิชาชีพที่จำเป็นในการเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานและมีความสุข
3. องค์กรมีระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ โปร่งใส มีรายรับเพิ่มขึ้นและรายจ่ายที่ลดลง
4. ภาคประชาชนและภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในระบบบริการสุขภาพ

ยุทธศาสตร์

1. พัฒนาระบบบริการรักษาพยาบาลให้มีคุณภาพตามมาตรฐาน ในผู้ป่วย Sepsis และ AMI
2. พัฒนาศักยภาพของบุคลากรในด้านการบริการในผู้ป่วย Sepsis และ AMI และเสริมสร้างบรรยากาศองค์กร
3. พัฒนาระบบบริหารจัดการขององค์กรให้มีประสิทธิภาพเพิ่มรายรับ ลดรายจ่าย
4. สนับสนุนและส่งเสริมภาคีเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคฉุกเฉินและกลุ่มโรคเรื้อรังให้มีคุณภาพ
5. พัฒนาระบบบริการพยาบาลให้เป็นที่ประทับใจของประชาชน

เข็มมุ่ง ในปี 2558

- 1.พัฒนาคุณภาพด้านคลินิกบริการในผู้ป่วย Sepsis และ AMI
- 2.พัฒนาสมรรถนะเชิงวิชาชีพของบุคลากรในด้านการบริการ ในผู้ป่วย Sepsis และ AMI
- 3.พัฒนาระบบบริหารจัดการขององค์กรให้มีประสิทธิภาพ เพิ่มรายรับ ลดรายจ่าย
- 4.พัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดูแลผู้ป่วยในผู้ป่วย Sepsis และ AMI

แผนยุทธศาสตร์

ยุทธศาสตร์ที่ 1. พัฒนาระบบบริการรักษาพยาบาลให้มีคุณภาพตามมาตรฐาน ในผู้ป่วย Sepsis และ AMI

เป้าประสงค์	กลยุทธ์	ผลการดำเนินการ			ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
		ปี55	ปี56	ปี57			
1. ผู้ป่วย Sepsis -ได้รับการรักษาพยาบาล ที่รวดเร็ว -ตามมาตรฐาน -มีความปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน	1. จัดระบบบริการผู้ป่วย Sepsis แบบ fast track ภายใน รพ.	NA	NA	NA	1.อัตราผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย Sepsis ภายใน 1 ชั่วโมง นับจากแรกรับหรือมี SIR Criteria	> 80%	PCT
		NA	NA	NA	2.อัตราผู้ป่วยได้รับยา Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง ภายหลังการวินิจฉัย Sepsis	> 80%	PCT
	2. พัฒนาทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย Sepsis ตามมาตรฐาน	NA	NA	NA	1.อัตราผู้ป่วยเสียชีวิตจาก Sepsis	0	PCT
		NA	NA	NA	2.อัตราการเกิด Septic shock ระหว่าง admit	<10%	PCT
	3.พัฒนาเครือข่าย รพ.สต. อสม.อาสาสมัครฯ ในการประเมินสภาพผู้ป่วยเบื้องต้นและการส่งต่อที่รวดเร็ว				1.อัตราการเกิด Septic shock ก่อนมาถึงรพ.	<10%	PCT/ER
2. ผู้ป่วยในโรค AMI -สามารถ มารับบริการที่สะดวก รวดเร็ว -ได้รับการรักษาพยาบาลตาม มาตรฐาน -สามารถวินิจฉัยได้รวดเร็ว -ส่งต่อรวดเร็วทันเวลามีความ ปลอดภัย -ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทันเวลา	1. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในด้านการเฝ้าระวัง และการนำส่ง ผู้ป่วยในโรค AMI และสนับสนุนให้มี FR และ ออช. ในพื้นที่ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน	NA	NA	8.0	1.อัตราผู้ป่วยกลุ่มโรคฉุกเฉิน (AMI) มาโรงพยาบาล ด้วย ระบบ EMS	>50%	PCT/ER
	2. พัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยในคลินิกและระบบ การส่งต่อ	1	0	0	1.อัตราการวินิจฉัย AMI ล่าช้า/ผิดพลาด	0	PCT/ER
		36.6	0	0	2.อัตราผู้ป่วย Door to refer < 50 นาที	> 80%	PCT/ER
		130	74.4	96	3.ระยะเวลาเฉลี่ยแรกรับ –refer	< 50 นาที	PCT/ER
		1	0	0	4.อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วย MI	0	PCT/ER
		NA	NA	80.0 0	5.อัตราผู้ป่วย AMI ที่มีข้อบ่งชี้ ได้รับยาละลายลิ่ม เลือดทันเวลา	> 80%	PCT/ER

แผนปฏิบัติการ

ยุทธศาสตร์ที่ 1. พัฒนาระบบบริการรักษาพยาบาลให้มีคุณภาพตามมาตรฐาน ในผู้ป่วย Sepsis และ AMI

เป้าประสงค์	กลยุทธ์	โครงการ/กิจกรรม	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ระยะเวลา				ผู้รับผิดชอบ
					1	2	3	4	
1.ผู้ป่วย Sepsis ได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานและมีความรวดเร็วปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	1. จัดระบบบริการผู้ป่วย Sepsis แบบ fast track ภายในรพ.	1. โครงการทางด่วน บัตรคิวสีแดง Sepsis และโดยการพัฒนาจุดคัดกรอง ให้สามารถคัดกรองรวดเร็ว รายงานแพทย์รวดเร็ว และได้รับการวินิจฉัย รักษา ที่รวดเร็ว	1.อัตราผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย Sepsis ภายใน 1 ชั่วโมง นับจากแรกรับหรือมี SIR Criteria	> 80%		↔			PCT/NSO คุณจารุวรรณ
			2.อัตราผู้ป่วยได้รับยา Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมงภายหลังการวินิจฉัย Sepsis	> 80%		↔			PCT /พ.พทล
	2. พัฒนาศึกษาวิจัยในการดูแลผู้ป่วย Sepsis ตามมาตรฐาน	1.โครงการฟื้นฟูวิชาการการดูแลผู้ป่วย Sepsis แก่ จนท.ในรพ.และ รพ.สต.	1. เจ้าหน้าที่กลุ่มเป้าหมาย ที่ผ่านการอบรม	>80%		↔			ทีม HRD / พ.พทล
		2.พัฒนาระบบการเฝ้าระวังอาการกลุ่มเสี่ยงโดยใช้ SOS score	2.อัตราการเกิด Septic shock ระหว่าง admit	<10%		↔			PCT/IPD
3.พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย Sepsis	3.อัตราผู้ป่วยเสียชีวิตจาก Sepsis	0		↔				PCT/ER	
3.พัฒนาเครือข่าย รพ.สต. อสม.อาสาสมัคร ในการประเมินสภาพผู้ป่วยเบื้องต้นและการส่งต่อที่รวดเร็ว	1.โครงการอบรมเครือข่าย รพ.สต. อสม. อาสาสมัคร ในการประเมินสภาพผู้ป่วย sepsis เบื้องต้นและการส่งต่อที่รวดเร็ว	1.อัตราการเกิด Septic shock ก่อนมาถึงรพ.	<10%		↔				PCT/ER
2. ผู้ป่วยในโรค AMI มารับบริการที่สะดวก รวดเร็ว ได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานสามารถวินิจฉัยได้รวดเร็ว ส่งต่อรวดเร็วทันเวลา มีความปลอดภัย ได้รับยาทันเวลา	1. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในด้าน การเฝ้าระวังและการนำส่ง ผู้ป่วยในโรค AMI และสนับสนุนให้มี FR และ ออช. ในพื้นที่ ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน	1.โครงการอบรมอาสาสมัครชุมชนทุกหมู่บ้าน และ FR ครอบคลุม ในอำเภอพะโต๊ะ	1.อาสาสมัครชุมชนครอบคลุมทุกหมู่บ้าน และมี FR ทุกตำบล	>80%		↔			ER / คุณศิริจันทร์
		2.โครงการประชาสัมพันธ์การเรียกใช้บริการ 1669	1.ผู้ป่วยกลุ่มโรคฉุกเฉิน (AMI) มาโรงพยาบาล ด้วย ระบบ EMS	>50%		↔			ER / คุณศิริจันทร์
	2.พัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยใน คลินิกและระบบการส่งต่อในเครือข่าย	1.โครงการ “คัดกรอง ดิดคิวเร่งด่วน Fast track”	1.ร้อยละการคัดกรองผู้ป่วย AMI ผิดพลาด	0 %				↔	OPD/พัชรินทร์ ER/ศิริจันทร์
		2.โครงการ “ Line รายงานแพทย์เร่งด่วน AMI”	2.ระยะเวลาในการวินิจฉัย AMI ภายในเวลา 20 นาที	>80%				↔	PCT/ พ.พทล

แผนยุทธศาสตร์

ยุทธศาสตร์ที่ 2. พัฒนาศักยภาพของบุคลากรในด้านการให้บริการในผู้ป่วย Sepsis - AMI และเสริมสร้างบรรยากาศองค์กร

เป้าประสงค์	กลยุทธ์	ผลการดำเนินการ			ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ
		ปี55	ปี56	ปี57			
1. บุคลากรวิชาชีพเฉพาะมีความรู้และทักษะในการดูแลในผู้ป่วย Sepsis และ AMI	1. ส่งเสริมสนับสนุนให้บุคลากรวิชาชีพเฉพาะ ที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมในโรงพยาบาลและ รพ.สต.ได้รับการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วย Sepsis และ AMI	NA	NA	90	1. อัตราบุคลากรด้านวิชาชีพเฉพาะ ผ่านการอบรมในผู้ป่วย Sepsis และ AMI	> 95%	ทีม HRD
	2. พัฒนาระบบการประเมินสมรรถนะหลักของบุคลากรวิชาชีพที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในโรงพยาบาลและ รพ.สต.ในการดูแลผู้ป่วย Sepsis , AMI	NA	NA	80	2. อัตราบุคลากรวิชาชีพเฉพาะ ผ่านการประเมิน Core –Competency เฉพาะโรค Sepsis , AMI	> 85%	ทีม HRD
2. บุคลากรกลุ่มวิชาชีพทั่วไปมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานตามเกณฑ์	1. พัฒนาสมรรถนะหลักรายบุคคลครอบคลุมกลุ่มวิชาชีพทั่วไป ในโรงพยาบาล และ รพ.สต.	79. 38	86. 73	87. 50	1. อัตราบุคลากรกลุ่มวิชาชีพทั่วไปผ่านการประเมินสมรรถนะตามเกณฑ์	> 90%	ทีม HRD
3. เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้	1. พัฒนาระบบการบริหารจัดการความรู้ ครอบคลุมในโรงพยาบาล และ รพ.สต.	2	2	3	1. จำนวนผลงานนวัตกรรม/CQI/วิจัย/ผลงานวิชาการ	> 10เรื่อง/ปี	ทีม HRD
4. บุคลากรมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานงานและบรรยากาศองค์กร และมีความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน	1. ส่งเสริมบรรยากาศองค์กรและความผูกพันขององค์กร	67. 35	69. 94	67. 50	1. อัตราความพึงพอใจในบรรยากาศองค์กร	> 80%	ทีม HRD
		53. 60	71. 57	72. 21	2. อัตราความผูกพันของบุคลากร	> 80%	ทีม HRD
	2. ส่งเสริมอาชีพอนามัยและความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่				1. จำนวนอุบัติเหตุการบาดเจ็บจากการทำงานของบุคลากร	0 ครั้ง	ทีม HPH/ENV

แผนปฏิบัติการ

ยุทธศาสตร์ที่ 2. พัฒนาศักยภาพของบุคลากรในด้านการให้บริการในผู้ป่วย Sepsis และ AMI และเสริมสร้างบรรยากาศองค์กร

เป้าประสงค์	กลยุทธ์	โครงการ/กิจกรรม	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ระยะเวลา				ผู้รับผิดชอบ
					1	2	3	4	
1. บุคลากรวิชาชีพเฉพาะมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย Sepsis และ AMI	1. ส่งเสริมสนับสนุนให้บุคลากรวิชาชีพเฉพาะ ที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมในโรงพยาบาลและ รพ.สต. ได้รับการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วย Sepsis และ AMI	1. จัดทำแผนพัฒนาสมรรถนะบุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอก	1. อัตราบุคลากรด้านวิชาชีพ ผ่านการอบรมใน Sepsis และ AMI	> 95%	↔				คุณบุญช่วย
		2. โครงการพัฒนาบุคลากร ฟื้นฟูวิชาการประจำปี ครอบคลุมเจ้าหน้าที่ในรพ. และ รพ.สต.	1. ร้อยละของบุคลากร ครอบคลุมเจ้าหน้าที่ในรพ. และ รพ.สต. ได้รับการฟื้นฟูวิชาการประจำปี	> 80%	←			→	ทต.วิภาวี
	2. พัฒนาระบบการประเมินสมรรถนะหลักของบุคลากรวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมในโรงพยาบาลและ รพ.สต. ในการดูแลผู้ป่วย Sepsis , AMI	1. อัตราบุคลากรวิชาชีพ ผ่านการประเมิน Core –Competency เฉพาะโรค Sepsis , AMI	> 85%	←			→	ทต.วิภาวี	
2. บุคลากรกลุ่มวิชาชีพทั่วไปมีความรู้และทักษะในกาปฏิบัติงานตามเกณฑ์	1. พัฒนาสมรรถนะหลักรายบุคคล กลุ่มวิชาชีพทั่วไปครอบคลุมใน รพ. และ รพ.สต.	1. ประเมินสมรรถนะ กลุ่มวิชาชีพทั่วไปครอบคลุมใน รพ. และ รพ.สต.	1. อัตราบุคลากรกลุ่มวิชาชีพทั่วไปผ่านการประเมินสมรรถนะตามเกณฑ์	> 90%				↔	คุณบุญช่วย
3. เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้	1. พัฒนาระบบการบริหารจัดการความรู้ ครอบคลุมในรพ. และ รพ.สต.	1. โครงการ KM ในองค์กรและเครือข่าย คปสอ. และจัดทำเผยแพร่คู่มือองค์ความรู้ที่จำเป็นขององค์กร	1. ระดับความสำเร็จของการจัดการความรู้องค์กร	ระดับ 4	←			→	ทต.วิภาวี
		2. พัฒนา Website และ web board KM เพื่อรวบรวมข้อมูลเป็นคลังความรู้	1. จำนวนองค์ความรู้(ผลงาน CQI/นวัตกรรม/วิจัย) ที่เผยแพร่ใน Website	>10 เรื่อง/ปี				↔	คุณณัฐวัฒน์
		3. จัดสัปดาห์รณรงค์ ตลาดนัด KM	1. จำนวนองค์ความรู้ (ผลงาน CQI/นวัตกรรม/วิจัย)	>10 เรื่อง/ปี				↔	ทต.วิภาวี

แผนปฏิบัติการ (ต่อ)

ยุทธศาสตร์ที่ 2. พัฒนาศักยภาพของบุคลากรในด้านการให้บริการผู้ป่วย Sepsis และ AMI และเสริมสร้างบรรยากาศองค์กร

เป้าประสงค์	กลยุทธ์	โครงการ/กิจกรรม	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ระยะเวลา				ผู้รับผิดชอบ
					1	2	3	4	
4.บุคลากรมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานและบรรยากาศองค์กรและมีความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน	1. ส่งเสริมบรรยากาศองค์กรและความผูกพันขององค์กร	1.โครงการ “ ลุ้นรับของขวัญในวันปีใหม่ 2558 ” (กิจกรรมสันทนาการประจำปี งานปีใหม่)	1.ร้อยละบุคลากรในเครือข่ายเข้าร่วมกิจกรรม	> 80%	↔				คุณบุญช่วย
		2.โครงการกีฬาในเครือข่าย ส่งเสริมสัมพันธ์ภาพ (เมฆ.เลี้ยงรับเลี้ยงส่ง 58)	1.ร้อยละบุคลากรในเครือข่ายเข้าร่วมกิจกรรม	> 80%		↔			คุณบุญช่วย
		3.โครงการ “ หลางตางค์เฮฮา ตามประสานฮาเฮ ”(ปฐมนิเทศ เจ้าหน้าที่ใหม่ เพื่อศึกษาวิถีชีวิต รับข้อเสนอแนะ แลกเปลี่ยนเรียนรู้และร่วมกิจกรรม สุขภาพกับชาวบ้านในพื้นที่ ทุรกันดาน ม.19 ต.พะโต๊ะ)	1.ร้อยละของเจ้าหน้าที่ใหม่เข้าร่วมกิจกรรม	100%			↔		คุณบุญช่วย
		4.โครงการประเมินความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน และบรรยากาศองค์กร	1.อัตราความพึงพอใจในบรรยากาศองค์กร	> 80%		↔			คุณบุญช่วย
	2.ส่งเสริมอาชีพอนามัยและความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่	1.จัดตั้งศูนย์ความปลอดภัยในโรงพยาบาล	1.โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานอาชีพอนามัย	ระดับ 4				↔	คุณชัยพร
		2.โครงการสำรวจความเสี่ยงด้านความปลอดภัย - อันตรายจากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่	1.ร้อยละความเสี่ยงด้านความปลอดภัย - อันตรายจากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ได้รับการจัดการแก้ไข	> 80%			↔		คุณชัยพร
		3.โครงการอบรมด้านอาชีพอนามัยและความปลอดภัยในการปฏิบัติงานครอบคลุมบุคลากรในรพ. และ รพ.สต.	1.ร้อยละบุคลากรในเครือข่ายเข้าร่วมอบรมด้านอาชีพอนามัยและความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน	> 80%			↔		คุณชัยพร
			2.จำนวนอุบัติเหตุ การบาดเจ็บจากการทำงานของบุคลากร	0 ครั้ง					คุณชัยพร

แผนยุทธศาสตร์

ยุทธศาสตร์ที่ 3. พัฒนาระบบบริหารจัดการขององค์กรให้มีประสิทธิภาพ เพิ่มรายรับ – ลดรายจ่าย

เป้าประสงค์	กลยุทธ์	ผลการดำเนินการ			ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ	
		ปี55	ปี56	ปี57				
1. เพื่อให้องค์กรมีสภาพคล่องทางการเงินและมีระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ โปร่งใส	1. พัฒนาระบบบริหารการเงินการคลัง ให้มีความรวดเร็ว โปร่งใส ตรวจสอบได้	2.	4.	2.	1.Quick ratio อัตราส่วนสินทรัพย์คล่องตัว	≥ 1	งานบริหาร	
		3.	20.	93.				
		2.	4.	3.	2.Current ratio อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน	≥ 1.5	งานบริหาร	
		91.	94.	53.				
		85.	81.	133.	3.ระยะเวลาเฉลี่ยในการเรียกเก็บลูกหนี้	< 30 วัน	งานบริหาร	
		22.	44.	36.				
		345.	334.	66.	4.ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการชำระเจ้าหนี้การค้า	< 90 วัน	งานบริหาร	
			96.	90.				
2. เพื่อให้องค์กรมีรายรับเพิ่มขึ้น	1. ส่งเสริมกิจกรรมที่เพิ่มรายได้ของโรงพยาบาล	-9.	-0.	10.	1.อัตราการเพิ่มของรายได้ต่อปี	$>5\%$ /ปี	งานบริหาร	
		87.	64.	60.				
	2. พัฒนาการบันทึกเวชระเบียนและการให้รหัสโรคผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน	84.	68.	85.	1.อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก	$>80\%$	ทีมIM	
		85.	42.	3.				
		60.	56.	84.	2.อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน	$>80\%$	ทีมIM	
		26.	67.	21.				
		0.49.	0.46.	0.48.	3.ค่า DRG Aj.RW	> 0.5	ทีมIM	
3. เพื่อให้องค์กรมีรายจ่ายที่ลดลง	1. ส่งเสริมการประหยัดทรัพยากร (งบประมาณ+บุคลากร)และทรัพยากรทั่วไปทั่วทั้งองค์กร	-8.65	จ่ายเพิ่ม	จ่ายเพิ่ม	1.อัตราการลดลงของรายจ่ายโรงพยาบาลต่อปี	$>5\%$ /ปี	ฝ่ายบริหาร ทีม ENV	
	2. พัฒนาระบบการบริหารจัดการ การใช้ยา antibiotic ให้มีคุณภาพ	NA	ลดลง 10.4 8	เพิ่ม 26.7 4	1. มูลค่าการใช้ยา antibiotic ลดลงกว่าร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา	$>10\%$	ฝ่ายเภสัชกรรม และPTC	
	3. พัฒนาระบบการบริหารจัดการวัสดุวิทยาศาสตร์-วัสดุทั่วไป ให้มีคุณภาพ	NA	ลดลง 20.0 6	ลดลง 3.76	2. ผลการลดมูลค่าการใช้วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ไม่จำเป็น	$>10\%$	lab/แพทย์/กลุ่ม การ	
		4. ส่งเสริมระบบการคัดแยกขยะ recycle	250.	252.	256.	1.ปริมาณขยะ recycle	> 250 กก /เดือน	คุณชุลีพร /ทีม ENV
			5	3	75			

แผนปฏิบัติการ

ยุทธศาสตร์ที่ 3. พัฒนาระบบบริหารจัดการขององค์กรให้มีประสิทธิภาพ เพิ่มรายรับ - ลดรายจ่าย

เป้าประสงค์	กลยุทธ์	โครงการ/กิจกรรม	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ระยะเวลา				ผู้รับผิดชอบ
					1	2	3	4	
1. เพื่อให้องค์กรมีสภาพคล่องทางการเงินและมีระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ โปร่งใส	1. พัฒนาระบบบริหารการเงินการคลัง ให้มีความรวดเร็ว โปร่งใส ตรวจสอบได้	1. กิจกรรมการควบคุมและตรวจสอบภายในครอบคลุม รพ.และ รพ.สต.	1. ร้อยละของหน่วยงานมีผลการประเมินของการตรวจสอบภายในตามเกณฑ์	> 80%			←→		คุณบุญช่วย
		2. โครงการ “แจ้งข่าวเล่าเรื่องเงิน”	1. Quick ratio อัตราส่วนสินทรัพย์คล่องตัว	≥ 1	←→			คุณบุญช่วย	
			2. Current ratio อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน	≥ 1.5				คุณบุญช่วย	
			3. ระยะเวลาเฉลี่ยในการเรียกเก็บลูกหนี้	< 30 วัน				คุณบุญช่วย	
			4. ระยะเวลาเฉลี่ยในการชำระเจ้าหนี้การค้า	< 90 วัน				คุณบุญช่วย	
2. เพื่อให้องค์กรมีรายรับเพิ่มขึ้น	1. ส่งเสริมกิจกรรมที่เพิ่มรายได้ของโรงพยาบาล	1. จัดตั้งศูนย์จัดเก็บรายได้ในกลุ่มผู้ป่วย UC ให้ครอบคลุมครบถ้วนและคณะกรรมการติดตามผลการดำเนินงานการเรียกเก็บทุกระบบ	1. อัตราการเพิ่มของรายได้ต่อปี	>5%/ปี	←→			คุณบุญช่วย	
		2. โครงการเพิ่มบริการด้านแพทย์แผนไทย (นวดนอกสถานบริการ+อบประคบ+บริการหลังคลอด)	1. จำนวนค่าตอบแทนจากการให้บริการแพทย์แผนไทย	>5%ของปีงบ 57	←→			คุณสมชาย	
	2. พัฒนาการบันทึกเวชระเบียนและการให้รหัสโรคผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน	1. โครงการอบรมเพื่อพัฒนาระบบการบันทึกเวชระเบียนและการให้รหัสโรคและพัฒนาทีมตรวจสอบเวชระเบียนเพื่อให้มีคุณภาพ	1. อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก	>80 %	←→			คุณชะอ้อน/ คุณพัชรินทร์	
			2. อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน	>80 %				คุณวิจิตรรา	
			3. ค่า DRG Aj.RW	> 0.5				คุณชะอ้อน	
			4. อัตราความสมบูรณ์ของรายงาน 21/43 แพ้ม	>95 %				คุณปราณี	
	2. โครงการ สายพาน DRG	1. ระยะเวลาการส่งข้อมูลเพื่อเรียกเก็บ	< 30 วัน	←→			คุณอรอุมา		

แผนปฏิบัติการ

ยุทธศาสตร์ที่ 3. พัฒนาระบบบริหารจัดการขององค์กรให้มีประสิทธิภาพ เพิ่มรายรับ - ลดรายจ่าย ต่อ

เป้าประสงค์	กลยุทธ์	โครงการ/กิจกรรม	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ระยะเวลา				ผู้รับผิดชอบ
					1	2	3	4	
3. เพื่อให้องค์กรมีรายจ่ายที่ลดลง	1. ส่งเสริมการประหยัดทรัพยากร (งบประมาณ+บุคลากร)และทรัพยากรทั่วไปทั่วทั้งองค์กร	1.โครงการประหยัดทรัพยากร ทั้ง รพ.	1.อัตราการลดลงของรายจ่ายต่อปี	>5%/ปี	←			→	คุณบุญช่วย
		- โครงการ “อาสา(ดับไฟ) เพื่อประหยัดพลังงาน”	1.อัตราการลดลงของค่าไฟฟ้าต่อปี	>5%/ปี	←			→	คุณบุญช่วย
	2. พัฒนาระบบการบริหารจัดการ การใช้ยา antibiotic ให้มีคุณภาพ	1. โครงการ “Antibiotic smart use” คปสอ.พะโต๊ะ	1. มูลค่าการใช้ยา antibiotic ลดลงกว่าร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา	>10%	←			→	คุณพิทักษ์
			2. ร้อยละใบสั่งยาในโรคติดเชื้อ URI ที่ได้รับยาปฏิชีวนะ	<40%					คุณพิทักษ์
			3. ร้อยละใบสั่งยาในโรคติดเชื้อ อูจจาระร่วงเฉียบพลัน ที่ได้รับยาปฏิชีวนะ	<40%					คุณพิทักษ์
	3. พัฒนาระบบการบริหารจัดการ วัสดุวิทยาศาสตร์-วัสดุทั่วไป ให้มีคุณภาพ	1.กิจกรรมทบทวนการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติที่เหมาะสม	1.ผลการลดมูลค่าการใช้วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ไม่จำเป็น	>10%	←			→	คุณโสภา
		2.กิจกรรม “ลด - โละ - ล้าง Stock on sale “ (ทุกหน่วยงานปรับปรุงคลัง วัสดุวิทยาศาสตร์ - วัสดุทั่วไป-เวชภัณฑ์มีใช้ยา ให้เหมาะสมกับปริมาณ/ภาระงานผู้ป่วย)	1.ปริมาณคงคลังของ วัสดุวิทยาศาสตร์ - วัสดุทั่วไป-เวชภัณฑ์มีใช้ยา ลดลงต่อปี	>10%	←			→	คุณจารุวรรณ คุณเกษร คุณโสภา
	4. ส่งเสริมระบบการคัดแยกขยะ recycle	1.โครงการ “ธนาคารขยะ”	1.ปริมาณขยะ recycle ปี	>250 กก/ปี	←			→	คุณชุลีพร
			2.หน่วยงานในรพ. มีการคัดแยกขยะ recycle	>80 %	←			→	คุณชุลีพร

แผนยุทธศาสตร์

4. สนับสนุนและส่งเสริมภาคีเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคฉุกเฉินและกลุ่มโรคเรื้อรังให้มีคุณภาพ

เป้าประสงค์	กลยุทธ์	ผลการดำเนินการ			ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
		ปี55	ปี56	ปี57			
1.ภาคีเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน (อปท/อสม./รร./วัด/ชมรมผู้สูงอายุ/ผู้นำชุมชน) เข้ามามีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและคัดกรอง ปรับพฤติกรรม ผู้ป่วยกลุ่มโรคฉุกเฉิน(AMI) อย่างมีคุณภาพ	1. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในการเฝ้าระวังและการคัดกรอง AMI ในกลุ่มเสี่ยงที่มีโรคประจำตัว HTและ DM	100	100	100	1.ร้อยละของภาคีเครือข่ายที่มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง การเกิด AMI ในกลุ่มเสี่ยง	≥ 80%	ทีม HPH
		84.96	82.09	81.01	2.ร้อยละประชาชนกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ได้รับการคัดกรองภาวะเสี่ยงโรค AMI โดยอสม.	≥ 80%	ทีม HPH
	2.ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในการกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลุ่มเสี่ยง(AMI) ในชุมชน	100	100	100	1.ร้อยละของภาคีเครือข่ายที่มีส่วนร่วมในการกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง(AMI) ในชุมชน	≥ 80%	ทีม HPH
		82.80	59.02	61.79	2.อัตราการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง โรค AMI	≥ 60%	ทีม HPH
2.มีภาคีเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน (ผู้นำ+อสม+อชช+FR) เข้ามามีส่วนร่วมในระบบการช่วยเหลือเบื้องต้นและส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มโรคฉุกเฉิน(AMI) ที่มีคุณภาพและรวดเร็ว	1.ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนและอสม.ในด้านการเฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยง ในโรค AMI และสนับสนุน ให้มี อชช.ชุมชน ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน และพัฒนาศักยภาพ FR ครอบคลุมทุกตำบล				1.ร้อยละของภาคีเครือข่ายที่มีส่วนร่วมในระบบการช่วยเหลือเบื้องต้นและส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มโรค AMI	≥ 80%	ทีม HPH
		18.75	18.75	9.52	2.อัตราผู้ป่วยกลุ่มโรคฉุกเฉิน (AMI) มาโรงพยาบาล ด้วย ระบบ EMS ผ่าน 1669	≥ 50%	ทีมPCT
3.ภาคีเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน (อปท/อสม./รร./วัด/ชมรมผู้สูงอายุ/ผู้นำชุมชน) มีส่วนร่วมในการดูแลและส่งต่อผู้ป่วย Sepsis ในชุมชนที่มีคุณภาพ	1.สนับสนุนเครือข่ายภาคประชาชน(อปท/อสม./รร./วัด/ชมรมผู้สูงอายุ/ผู้นำชุมชน) ในการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อการดูแลผู้ป่วย Sepsis โดยให้มีภาคประชาชนต้นแบบ1 ภาคส่วน เป็นโมเดลในการพัฒนา และขยายผลการดำเนินงาน	NA	NA	NA	1.ร้อยละของภาคีเครือข่ายที่มีส่วนร่วมในการดูแลและส่งต่อ ผู้ป่วย Sepsis ในชุมชน	≥ 80%	ทีม HPH
		NA	NA	NA	2.มีภาคีเครือข่ายต้นแบบในการดูแลและส่งต่อผู้ป่วย Sepsis	1 ภาคี	ทีม HPH
4. ภาคีเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน (อปท/อสม./รร./วัด/ชมรมผู้สูงอายุ/ผู้นำชุมชน)มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังคือ HT+DM	1.สร้างภาคีเครือข่าย(อปท/อสม./รร./วัด/ชมรมผู้สูงอายุ/ผู้นำชุมชน) ในการร่วมลดภาวะเสี่ยงในโรคเรื้อรัง	100	100	100	1.ร้อยละของภาคีเครือข่ายที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรค เรื้อรังคือ HT+DM	≥ 80 %	ทีม HPH

แผนปฏิบัติการ

4. สนับสนุนและส่งเสริมภาคีเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคฉุกเฉินและกลุ่มโรคเรื้อรังให้มีคุณภาพ

เป้าประสงค์	กลยุทธ์	โครงการ/กิจกรรม	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ระยะเวลา				ผู้รับผิดชอบ	
					1	2	3	4		
1.ภาคีเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน (อปท/อสม./รร./วัด/ชมรมผู้สูงอายุ/ผู้นำชุมชน) เข้ามามีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและคัดกรอง ปรับพฤติกรรม ผู้ป่วยกลุ่มโรคฉุกเฉิน(AMI) อย่างมีคุณภาพ	1. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในการเฝ้าระวังและการคัดกรอง AMI ในกลุ่มเสี่ยงที่มีโรคประจำตัว HTและ DM	1.โครงการอบรม อสม.เชี่ยวชาญด้านโรค AMI เพื่อการเฝ้าระวังและการคัดกรอง AMI ในกลุ่มเสี่ยงที่มีโรคประจำตัว HTและ DM	1.ร้อยละประชาชนกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ได้รับการคัดกรองภาวะเสี่ยงโรค AMI โดย อสม.	≥ 80%	←————→				ทีม HPH	
		2.กิจกรรมรณรงค์ประชาสัมพันธ์ "สัญญาณอันตรายที่ต้องมาโรงพยาบาลให้ได้ ในทันที" โดย ภาคีเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน (อปท/อสม./รร./วัด/ชมรมผู้สูงอายุ/ผู้นำชุมชน)	1.ร้อยละของภาคีเครือข่ายที่มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังการเกิด AMI ในกลุ่มเสี่ยง	≥ 80%	←————→				ทีม HPH	
			2.อัตราความครอบคลุมในการรณรงค์ทุกหมู่บ้าน	100%	←————→				ทีม HPH	
		2.ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในการกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง(AMI) ในชุมชน	3.โครงการคนพะโต๊ะสุขภาพดี ด้วยป้องกันจรรยา 7 สี	1.ร้อยละของภาคีเครือข่ายที่มีส่วนร่วมในการกิจกรรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	≥ 80%	←————→				ทีม HPH
				2.อัตราการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง (AMI)	≥ 60%					ทีม HPH

4.สนับสนุนและส่งเสริมภาคีเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคฉุกเฉินและกลุ่มโรคเรื้อรังให้มีคุณภาพ(ต่อ)

เป้าประสงค์	กลยุทธ์	โครงการ/กิจกรรม	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ระยะเวลา				ผู้รับผิดชอบ
					1	2	3	4	
2.มีภาคีเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน (ผู้นำ+อสม+อช+FR) เข้ามามีส่วนร่วมในระบบการช่วยเหลือเบื้องต้นและส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มโรคฉุกเฉิน(AMI) ที่มีคุณภาพและรวดเร็ว	1.ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนและอสม.ในด้านการเฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยง ในโรค AMI และสนับสนุน ให้มี อช.ชุมชน ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน และพัฒนาศักยภาพ FR ครอบคลุมทุกตำบล	1.โครงการอบรม อช.ชุมชน (เน้นกลุ่ม ผู้นำ และ อสม.) และรณรงค์การใช้ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669	1.ร้อยละของภาคีเครือข่ายที่มีส่วนร่วมในระบบการช่วยเหลือเบื้องต้นและส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มโรค AMI	≥ 80%	←————→				ทีม HPH/ ทีม PCT
			2.อัตราผู้ป่วยกลุ่มโรคฉุกเฉิน (AMI) มาโรงพยาบาลด้วย ระบบ EMS ผ่าน 1669	≥ 80%					ทีม HPH / ทีม PCT
3.ภาคีเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน (อปท/อสม./ร.ร./วัด/ชมรมผู้สูงอายุ/ผู้นำชุมชน) มีส่วนร่วมในการดูแลและส่งต่อผู้ป่วย Sepsis ในชุมชนที่มีคุณภาพ	1.สนับสนุนเครือข่ายภาคประชาชน (อปท/อสม./ร.ร./วัด/ชมรมผู้สูงอายุ/ผู้นำชุมชน) ในการจัดการสิ่งแวดล้อม เพื่อการดูแลผู้ป่วย Sepsis โดยให้มีภาคประชาชนต้นแบบ 1 ภาคีเครือข่ายเป็นโมเดลในการพัฒนา และขยายผลการดำเนินงาน	1.โครงการภาคีเครือข่าย ต้นแบบที่มีส่วนร่วมในการดูแลและส่งต่อ ผู้ป่วย Sepsis ในชุมชน (อปท/อสม./ร.ร./วัด/ชมรมผู้สูงอายุ/ผู้นำชุมชน)	1.ร้อยละของภาคีเครือข่ายที่มีส่วนร่วมในการดูแลและส่งต่อ ผู้ป่วย Sepsis ในชุมชน	≥ 80%	←————→				ทีม HPH
			2.มีภาคีเครือข่ายต้นแบบในการดูแลและส่งต่อผู้ป่วย Sepsis	1 ภาคี	←————→				ทีม HPH/ ทีม PCT
4. ภาคีเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน(อปท/อสม./ร.ร./วัด/ชมรมผู้สูงอายุ/ผู้นำชุมชน)มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรค เรื้อรังคือ HT+DM	1.สร้างภาคีเครือข่าย(อปท/อสม./ร.ร./วัด/ชมรมผู้สูงอายุ/ผู้นำชุมชน) ในการร่วมลดภาวะเสี่ยงในโรคเรื้อรัง	1.สร้างภาคีเครือข่าย(อปท/อสม./ร.ร./วัด/ชมรมผู้สูงอายุ/ผู้นำชุมชน) ในการร่วมลดภาวะเสี่ยงในโรคเรื้อรัง	1.ร้อยละของภาคีเครือข่ายที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรค เรื้อรังคือ HT+DM	≥ 80 %	←————→				ทีม HPH
			2.ร้อยละอปท.ต้นแบบสุขภาพดีไม่มีเอเวเกิน	≥ 50%	←————→				ทีม HPH
			3.ร้อยละ โรงเรียนต้นแบบ ไร้พุง	≥ 25%	←————→				ทีม HPH
			4.ร้อยละหมู่บ้านต้นแบบ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดเสี่ยงลดโรค(1หมู่/ตำบล)	100 %	←————→				ทีม HPH
			5.โครงการโรงพยาบาลพะโต๊ะไร้พุง	ระดับดี	←————→				ทีม HPH

แผนยุทธศาสตร์

ยุทธศาสตร์ที่ 5. พัฒนาระบบบริการพยาบาลให้เป็นที่ประทับใจของประชาชน

เป้าประสงค์	กลยุทธ์	ผลการดำเนินการ			ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
		ปี55	ปี56	ปี57			
เพื่อให้ประชาชนและผู้รับบริการประทับใจในการบริการของโรงพยาบาลพะโต๊ะและ รพ.สต. เครือข่าย	1.พัฒนาพฤติกรรมบริการเจ้าหน้าที่ (ที่ให้บริการกับผู้ป่วยโดยตรง)และส่งเสริมชื่นชมและยกย่องเจ้าหน้าที่ที่มีพฤติกรรมบริการดีเด่น	89.48	88.32	87.86	1.อัตราความพึงพอใจผู้ป่วยโดยรวม	≥85%	ทีม PCT
		86	84	85.5	2.อัตราความพึงพอใจ ผู้ป่วยนอก	≥85%	ทีม PCT
		92.96	92.65	90.23	3.อัตราความพึงพอใจ ผู้ป่วยใน	≥85%	ทีม PCT
		32/12 =2.66	11/12 =0.91	6/12 =0.50	4.จำนวนข้อร้องเรียนด้านการบริการและพฤติกรรม การบริการ	≤ 1 เรื่อง/ เดือน	ทีม PCT
	2.พัฒนาบทบาทของคณะกรรมการที่ปรึกษาโรงพยาบาล	1	1	1	1. จำนวนครั้งของการประชุม คณะกรรมการที่ปรึกษา โรงพยาบาล 3 เดือน/ครั้ง	≥ 3ครั้ง /ปี	ทีม PCT
	3.ส่งเสริมกิจกรรมการสร้างสัมพันธ์ภาพกับชุมชนและเพิ่มช่องทางในการรับข้อร้องเรียนในชุมชน	90.36	89.74	85.5	1.อัตราความพึงพอใจต่อบริการของ ประชาชน ในชุมชน	≥85%	ทีม PCT
		91.31	92.43	92.73	2.อัตราความพึงพอใจต่อบริการของ รพ.สต.	≥85%	QMC/ ทีม HPH
	4.พัฒนาระบบบริการให้มีความรวดเร็วลดระยะเวลารอคอย ใช้ระบบ LEAN	84.5	119	130	1.ระยะเวลารอคอยเฉลี่ย	≤90 นาที	QMC/ ทีม HPH

แผนปฏิบัติการ

ยุทธศาสตร์ที่ 5. พัฒนาระบบบริการพยาบาลให้เป็นที่ประทับใจของประชาชน

เป้าประสงค์	กลยุทธ์	โครงการ/กิจกรรม	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ระยะเวลา				ผู้รับผิดชอบ	
					1	2	3	4		
เพื่อให้ประชาชนและผู้รับบริการประทับใจในการบริการของโรงพยาบาลพะโต๊ะและ รพ.สต. เครือข่าย	1.พัฒนาพฤติกรรมบริการเจ้าหน้าที่และส่งเสริมชื่นชมยกย่องเจ้าหน้าที่ ที่มีพฤติกรรมบริการดีเด่น	1. โครงการ ประชุม ESB	1. อัตราความพึงพอใจผู้ป่วยนอก	≥85%	←————→				ทีม HRD	
			2. อัตราความพึงพอใจ ผู้ป่วยใน	≥85%	←————→				ทีม HRD	
			3. อัตราความพึงพอใจต่อบริการของ รพ.สต.	≥85%	←————→				ทีม HRD	
		1.โครงการ “ Popular vote award ”	1. จำนวนข้อร้องเรียนด้านการบริการและพฤติกรรมบริการ	≤ 1 เรื่อง/เดือน	←————→				ทีม ETH	
		2.พัฒนาบทบาทของคณะกรรมการที่ปรึกษาโรงพยาบาล	1.โครงการ “จับน้ำชา ยามบ่าย”	1. จำนวนครั้งของการประชุมคณะกรรมการที่ปรึกษาโรงพยาบาล	≥ 3ครั้ง /ปี	←————→				QMC
		3.ส่งเสริมกิจกรรมการสร้างสัมพันธ์กับชุมชนและเพิ่มช่องทางในการรับข้อร้องเรียนในชุมชน	1.โครงการ “โรงพยาบาลยิ้ม” ออกให้บริการ ด้านการแพทย์เคลื่อนที่เดือนละ 1 ครั้งพร้อมหน่วยอำเภอยิ้ม	1. อัตราความพึงพอใจ ในชุมชน	≥85%	←————→				PCT
	4.พัฒนาระบบบริการให้มีความรวดเร็ว ลดระยะเวลารอคอยโดยใช้ระบบ LEAN	1.โครงการ “ลดระยะเวลารอคอย”	1. ระยะเวลารอคอยเฉลี่ย	≤90 นาที	←————→				PCT	

แผนปฏิบัติการ ทีม/หน่วยงาน.....

ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบบริการรักษาพยาบาลให้มีคุณภาพตามมาตรฐาน ในผู้ป่วย Sepsis และ AMI

เป้าประสงค์	กลยุทธ์	โครงการ/กิจกรรม	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ระยะเวลา				ผู้รับผิดชอบ
					1	2	3	4	

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาศักยภาพของบุคลากรในด้านการบริการในผู้ป่วย Sepsis และ AMI และเสริมสร้างบรรยากาศองค์กร

เป้าประสงค์	กลยุทธ์	โครงการ/กิจกรรม	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ระยะเวลา				ผู้รับผิดชอบ
					1	2	3	4	

ยุทธศาสตร์ที่ 3. พัฒนาระบบบริหารจัดการขององค์กรให้มีประสิทธิภาพเพิ่มรายรับ ลดรายจ่าย

เป้าประสงค์	กลยุทธ์	โครงการ/กิจกรรม	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ระยะเวลา				ผู้รับผิดชอบ
					1	2	3	4	

ยุทธศาสตร์ที่ 4. สนับสนุนและส่งเสริมภาคีเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคฉุกเฉินและกลุ่มโรคเรื้อรังให้มีคุณภาพ

เป้าประสงค์	กลยุทธ์	โครงการ/กิจกรรม	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ระยะเวลา				ผู้รับผิดชอบ
					1	2	3	4	

ยุทธศาสตร์ที่ 5. พัฒนาระบบบริการพยาบาลให้เป็นที่ประทับใจของประชาชน

เป้าประสงค์	กลยุทธ์	โครงการ/กิจกรรม	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ระยะเวลา				ผู้รับผิดชอบ
					1	2	3	4	

ตัวชี้วัดรายโรค ทีม PCT

ตัวชี้วัด AMI (ร่าง)

ER	OPD	IPD	PCU	ตัวชี้วัดระดับ รพ.
1.อัตราการเข้าถึงบริการ รวดเร็วภายใน 2 ชั่วโมง นับจากมีอาการเจ็บหน้าอกที่บ้าน $\geq 50\%$	1.อัตราการเข้าถึงบริการ รวดเร็วภายใน 2 ชั่วโมง นับจากมีอาการเจ็บหน้าอกที่บ้าน =0%	1.อัตราการรับการตรวจ EKG ในผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอก ภายใน 10 นาที $\geq 90\%$	1.อัตราการรับบริการด้วยระบบ การฉุกเฉินในผู้ป่วยเจ็บหน้าอก $\geq 40\%$	1.อัตราการตายในผู้ป่วยโรค AMI จากการ วินิจฉัยล่าช้า/ผิดพลาด = 0
2.อัตราการรับบริการด้วยระบบ การแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยเจ็บ หน้าอก $\geq 40\%$	2.ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง HT/DM ได้รับการคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อ โรคหัวใจ $\geq 80\%$	2.อัตราการวินิจฉัยผู้ป่วยที่มี อาการเจ็บหน้าอก (Door to Dx.) ภายใน 30 นาที $\geq 80\%$	2.ผู้ป่วยที่ส่งต่อด้วย AMI ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง $\geq 80\%$	2.อัตราการส่งต่อผู้ป่วยโรค AMI ทันเวลา (นับ จากแรกรับถึงขึ้นรถส่งต่อ 1 ชม.)
3.อัตราการรับการตรวจ EKG ในผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอก ภายใน 10 นาที $\geq 90\%$	3.ผู้ป่วยโรค DM (ที่ไม่มี Complication) อายุ ≥ 40 ปี ได้รับยา ASA เพื่อป้องกันการ เกิด MI $\geq 80\%$	3.อัตราการส่งต่อผู้ป่วย AMI ทันภายในเวลาที่กำหนด (30 นาทีจาก Dx.) $\geq 80\%$	3.คัดกรองภาวะเสี่ยงต่อ โรคหัวใจในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง $\geq 80\%$	
4.อัตราการวินิจฉัยผู้ป่วยที่มี อาการเจ็บหน้าอก (Door to Dx.) ภายใน 30 นาที $\geq 80\%$	4.กลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับ Cho, Tri(>200,150) ได้รับยาลด ไขมันในเลือดและปรับ พฤติกรรม $\geq 80\%$	4.อัตราการคัดกรองผิดพลาดใน ผู้ป่วยที่มาด้วย เจ็บหน้าอก= 0%		
5.อัตราการส่งต่อผู้ป่วยโรค AMI ทันเวลา (นับจากแรกรับ ถึงขึ้นรถส่งต่อ 1 ชม.)	5.อัตราการขาดนัด(ขาดยาตาม ข้อบ่งชี้ในคลินิกโรคหัวใจ $\leq 2\%$	5.จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วย โรค AMI ในแผนก IPD.		

ตัวชี้วัด AMI ต่อ (ร่าง)

ER	OPD	IPD	PCU	ตัวชี้วัดระดับ รพ.
6.อัตราการส่งต่อผู้ป่วย AMI ทันภายในเวลาที่กำหนด (30 นาทีจาก Dx.) $\geq 80\%$	6.อัตราการมารับบริการที่ ER ด้วย Chest pain (ในผู้ป่วย AMI รายเก่า $\leq 5\%$)	6.อัตราการส่งต่อผู้ป่วยโรค AMI ทันเวลา (นับจากเริ่มมีอาการเจ็บหน้าอกถึงขึ้นรถส่งต่อ 1 ชม.)		
7.อัตราการคัดกรองผิดปกติในผู้ป่วยที่มาด้วย เจ็บหน้าอก = 0%	7.กลุ่มผู้ป่วย old MI ระดับ LDL < 70 $> 50\%$			
8.อัตราการตายในผู้ป่วยโรค AMI จากการวินิจฉัยล่าช้า/ ผิดพลาด=0%				

ตัวชี้วัด โรค Sepsis (ร่าง)

ER	OPD+MED	IPD	PCU	PHA	ตัวชี้วัดระดับ รพ.

ตัวชี้วัด โรค COPD (ร่าง)

ER	OPD+MED	IPD	PCU	PHA	ตัวชี้วัดระดับ รพ.
1.อัตราการ Re-Visit ใน 48 ชั่วโมง ของผู้ป่วย COPD < 3%	1.อัตราการได้รับการตรวจเสมหะและ x-ray ปอด ปีละ 1 ครั้ง ในผู้ป่วย COPD ≥80%	1.อัตราการเกิด AE ซ้ำในแผนกผู้ป่วยใน >50%	1.อัตราผู้ป่วย COPD ได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ≥ 90%	1.ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับยาพ่นได้รับการสอนและสามารถใช้ยาพ่นได้อย่างถูกวิธี ≥ 80%	1.อัตราการเข้ารับการรักษายาซ้ำภายใน 28วัน ในโรค COPD <2%
2.อุบัติการณ์ผู้ป่วย COPD ใส่ tube Refer <5%	2.อัตราผู้ป่วย COPD มี Re-Visit ด้วย AE ที่ ER ≤ 3%	2.อัตราการ Re-admit ภายใน 28 วัน <2%	2.การกลับมาสูบบุหรี่หลังหยุดสูบบุหรี่มากกว่า 3 เดือน < 5 %	2.อัตราการใช้ยาไม่เหมาะสม (DRP) < 5%	2.อัตราการ Re-visitภายใน 48 ชั่วโมงในโรค COPD < 3%
3.อัตราการพ่นยาได้เร็วตาม CPG และมีผลการรักษาที่ดีขึ้นในผู้ป่วย COPD ที่มาด้วย AE > 50%	3.ผู้ป่วยได้รับการตรวจPFT1 ครั้ง/ปี ≥ 80%	3.อุบัติการณ์ผู้ป่วย COPD ใส่ tube Refer <5%	3.ผู้ป่วยได้รับการฝึก pulmonary rehab ≥80%	3.อัตราการขาดยา(Inhaled corticosteroids) <10%	
4.อัตราผู้ป่วย COPD เสียชีวิตด้วย Respiratory fail = 0	4.อัตราการสั่งใช้ยาตามCPG ≥80%	4.อัตราผู้ป่วย COPD เสียชีวิตด้วย Respiratory fail =0%		4.ผู้ป่วยที่มาด้วย AE ซ้ำ>2ครั้ง ในเดือน ได้รับการทบทวนการใช้ยาพ่นซ้ำ ≥80%	
5.อัตราผู้ป่วยมาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉิน โดยไม่ต้องAdmit < 20%		5.อัตราผู้ป่วย COPD ที่ Re-admit ได้รับการส่งเยี่ยมบ้าน ≥80%			
6.อัตราผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล(คน/ครั้ง)<10%		4.ผู้ป่วยที่ Re-admit ภายใน 28 วัน ได้รับการทบทวนการใช้ยาพ่นซ้ำ ≥80%			