



แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลเวียงแหง

จังหวัดเชียงใหม่

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 - 2570

V.4 (250167)

คำนำ

โรงพยาบาลเวียงแหงได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์ เพื่อใช้เป็นแผนการดำเนินงานของโรงพยาบาล ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 - 2570 โดยมีการประชุมปรึกษาหารือทั้งในคณะกรรมการบริหารงานโรงพยาบาล และร่วมกับทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลเวียงแหง นำโดยนายพิสิษฐวุฒิ อยุทธ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเวียงแหง ร่วมกันประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อหากระบวนการต่างๆสู่การปฏิบัติตามบริบทและภารกิจของโรงพยาบาล ตามขอบเขตศักยภาพโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง ระดับ F2 เพื่อใช้เป็นกลไกการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลเวียงแหงสู่การบรรลุวิสัยทัศน์ที่กำหนดไว้ว่า

“ เป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการอย่างมีมาตรฐาน คุณภาพ

เทคโนโลยีทันสมัย สิ่งแวดล้อมสะอาดและปลอดภัย (ภายในปี 2570) ”

หวังเป็นอย่างยิ่งว่าแผนยุทธศาสตร์ฉบับนี้จะเป็นเครื่องมือสำหรับทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล เวียงแหง ใช้เป็นเข็มทิศ เป็นแนวทางการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนกระบวนการทำงานพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาล ภายใต้การเป็นองค์กรบริการสุขภาพที่มุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

นายพิสิษฐวุฒิ อยุทธ์
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเวียงแหง

แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลเวียงแหง

ทิศทางองค์กร โรงพยาบาลเวียงแหง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 - 2570

วิสัยทัศน์ (Vision)	เป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการอย่างมีมาตรฐาน คุณภาพ เทคโนโลยีทันสมัย สิ่งแวดล้อมสะอาดและปลอดภัย (ภายในปี 2570)
พันธกิจ (Mission)	1. ส่งเสริมและสนับสนุนบุคลากรสายวิชาชีพ และสายสนับสนุน ให้บริการ ตามมาตรฐานที่กำหนด 2. ส่งเสริมและสนับสนุนการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยสำหรับให้บริการผู้ป่วย และการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ 3. สร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม สะอาด ปลอดภัย เอื้อต่อการให้บริการและ การทำงานของบุคลากร 4. ส่งเสริมให้บุคลากรมีสุขภาพดีและมีความสุขในการทำงาน 5. ส่งเสริมการดำเนินงานคุณภาพตามหลักมาตรฐานสากล
ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic issue)	1. จัดระบบบริการที่มีมาตรฐานให้บริการตามบริบทในพื้นที่ทั่วไปและกลุ่มพื้นที่เฉพาะ 2. ส่งเสริมการดำเนินงาน Smart Hospital 3. พัฒนาสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital 4. พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะที่เหมาะสม สุขภาพดีและมีความสุขในการทำงาน 5. พัฒนางานคุณภาพตามหลักมาตรฐานสากล
เป้าประสงค์ (Goal)	1. ประชาชนได้รับการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟูสุขภาพตามมาตรฐาน โดยสหวิชาชีพ ตามบริบทในพื้นที่ทั่วไปและกลุ่มพื้นที่เฉพาะ 2. โรงพยาบาลมีเทคโนโลยีที่ทันสมัย ลดขั้นตอน ระยะเวลา รอคอย ถูกต้องแม่นยำ ประหยัดค่าใช้จ่าย และเพิ่มการรักษาความลับผู้ป่วยตามพระราชบัญญัติ คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 (PDPA) 3. โรงพยาบาลมีอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่สวยงาม สะอาด ปลอดภัย ต่อผู้มารับบริการและบุคลากร 4. บุคลากรมีสมรรถนะที่เหมาะสม พอเพียง สุขภาพดีและมีความสุขในการทำงาน 5. โรงพยาบาลมีผลการดำเนินงานตามหลักคุณภาพสากล
ค่านิยมองค์กร (values)	TEAM T = Technology, Team มีการทำงานโดยใช้เทคโนโลยี มีการทำงานเป็นทีม E = Environment, Efficacy มีสิ่งแวดล้อมสะอาดปลอดภัย การใช้ทรัพยากร อย่างมีประสิทธิภาพ A = Accountability มีความรับผิดชอบ M = Management by Fact มีการบริหารจัดการบนฐานข้อเท็จจริง
เข็มมุ่ง	จัดหาเทคโนโลยีและสนับสนุนการใช้เทคโนโลยีอย่างมีประสิทธิภาพ ในปี 2566 พัฒนางานด้านเทคโนโลยีและงานคุณภาพตามหลักมาตรฐานสากล ในปี 2567

กลยุทธ์ (Tactic)	ยุทธศาสตร์ที่ 1 จัดระบบบริการที่มีมาตรฐานให้บริการตามบริบทในพื้นที่ทั่วไป และกลุ่มพื้นที่เฉพาะ 1.1 ส่งเสริม สนับสนุนพัฒนาระบบให้เหมาะสมและสอดคล้องต่อความต้องการในการให้บริการ 1.2 การพัฒนาคุณภาพระบบการให้บริการตามบริบทของกลุ่มพื้นที่เฉพาะ อาทิ การส่งต่อผู้ป่วยโดยระบบขนส่งทางอากาศ (sky doctor) การดูแลผู้ป่วยพื้นที่ห่างไกล งานยาเสพติดพื้นที่ชายแดน ยุทธศาสตร์ที่ 2 ส่งเสริมการดำเนินงาน Smart hospital 2.1 จัดหาโปรแกรม วัสดุ และอุปกรณ์ต่างๆ เพื่อให้ดำเนินงาน Smart hospital 2.2 ดำเนินการด้าน Smart hospital อาทิ Telemedicine ระบบคิว IPD/OPD paperless 2.2 อบรมเจ้าหน้าที่ให้มีความสามารถใช้งานเทคโนโลยีได้อย่างมีประสิทธิภาพ ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital 3.1 จัดพื้นที่บริการให้มีความเหมาะสม สะอาดสวยงาม ปลอดภัย 3.2 ส่งเสริมการดำเนินงานด้านสิ่งแวดล้อมให้ผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะที่เหมาะสม สุขภาพดีและมีความสุขในการทำงาน 4.1 จัดอัตรากำลังให้เหมาะกับการทำงานและมีเจ้าหน้าที่เพียงพอ 4.2 พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ด้านสมรรถนะที่เหมาะสมในการทำงาน 4.3 จัดระบบการส่งเสริมและดูแลสุขภาพของเจ้าหน้าที่ มีพื้นที่ออกกำลังกาย 4.4 จัดสวัสดิการที่เหมาะสมให้แก่เจ้าหน้าที่ ยุทธศาสตร์ที่ 5 พัฒนางานคุณภาพตามหลักมาตรฐานสากล 5.1 ประกาศนโยบายมุ่งเน้นประเด็นความปลอดภัยและคุณภาพ (Safety & Quality) ขององค์กร 5.2 ส่งเสริมการปฏิบัติงานตามนโยบายคุณภาพ 5.3 ประเมิน กำกับ ติดตาม ผลการดำเนินงานตามนโยบายคุณภาพ 5.4 ปรับปรุงและกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาในการดำเนินงานตามนโยบาย คุณภาพ
-----------------------------	--

ตัวชี้วัด (KPI)

ยุทธศาสตร์ที่ 1 จัดระบบบริการที่มีมาตรฐานให้บริการตามบริบทในพื้นที่ทั่วไปและกลุ่มพื้นที่เฉพาะ

เป้าประสงค์ (Goal)	กลยุทธ์ (Tactic)	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย (Target)					ผู้รับผิดชอบ
			2566	2567	2568	2569	2570	
1. ประชาชนได้รับการส่งเสริม ป้องกัน รักษา พื้นฟูสุขภาพ ตามมาตรฐาน โดยสหวิชาชีพ ตามบริบทในพื้นที่ทั่วไปและกลุ่มพื้นที่เฉพาะ	1.1 ส่งเสริม สนับสนุนพัฒนาระบบให้เหมาะสมและสอดคล้องต่อความต้องการในการให้บริการ	1. ร้อยละของหญิงมีครรภ์ได้รับบริการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง คุณภาพตามเกณฑ์	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95	งานฝากครรภ์ กลุ่มงานการพยาบาล
		2. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ตามเกณฑ์	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95	งานฝากครรภ์ กลุ่มงานการพยาบาล
		3. ลดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์	ไม่เกินร้อยละ 10	ไม่เกินร้อยละ 10	ไม่เกินร้อยละ 10	ไม่เกินร้อยละ 10	ไม่เกินร้อยละ 10	งานฝากครรภ์ กลุ่มงานการพยาบาล
		4. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีวิตแสนคน	ไม่เกิน 17	ไม่เกิน 17	ไม่เกิน 17	ไม่เกิน 17	ไม่เกิน 17	งานฝากครรภ์และห้องคลอด กลุ่มงานการพยาบาล
		5. หญิงหลังคลอดได้รับการติดตามครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์	≥ร้อยละ 75	≥ร้อยละ 80	≥ร้อยละ 85	≥ร้อยละ 90	≥ร้อยละ 95	งานฝากครรภ์และงานห้องคลอด กลุ่มงานการพยาบาล
		6. ภาวะขาดออกซิเจนระหว่างคลอดต่อการเกิดมีชีวิต	ไม่เกิน 25	ไม่เกิน 25	ไม่เกิน 25	ไม่เกิน 25	ไม่เกิน 25	งานฝากครรภ์และงานห้องคลอด กลุ่มงานการพยาบาล

เป้าประสงค์ (Goal)	กลยุทธ์ (Tactic)	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย (Target)					ผู้รับผิดชอบ
			2566	2567	2568	2569	2570	
		7. ครอบคลุมของเด็กอายุครบ 1 ปีที่ได้รับวัคซีน BCG,HBV1,DTP1, DTP3,HBV3,Hib3,โปลิโอ3, MMR1,IPV,Rota	≥ร้อยละ 90	≥ร้อยละ 90	≥ร้อยละ 90	≥ร้อยละ 90	≥ร้อยละ 90	กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิ และองค์กรรวม
		8. ครอบคลุมของเด็กอายุครบ 2 ปีที่ได้รับวัคซีน DTP4,OPV4,JE	≥ร้อยละ 90	≥ร้อยละ 90	≥ร้อยละ 90	≥ร้อยละ 90	≥ร้อยละ 90	กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิ และองค์กรรวม
		9. ครอบคลุมของเด็กอายุครบ 3 ปีที่ได้รับวัคซีน JE,MMR2	≥ร้อยละ 90	≥ร้อยละ 90	≥ร้อยละ 90	≥ร้อยละ 90	≥ร้อยละ 90	กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิ และองค์กรรวม
		10. ครอบคลุมของเด็กอายุครบ 5 ปีที่ได้รับวัคซีน DTP5,OPV5	≥ร้อยละ 90	≥ร้อยละ 90	≥ร้อยละ 90	≥ร้อยละ 90	≥ร้อยละ 90	กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิ และองค์กรรวม
		11. ร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี สูงดีสมส่วน	ร้อยละ 64	ร้อยละ 66	ร้อยละ 66	ร้อยละ 68	ร้อยละ 68	กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิ และองค์กรรวม
		12. ร้อยละเด็ก 6 เดือน-5 ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก	≥ร้อยละ 80	≥ร้อยละ 82	≥ร้อยละ 84	≥ร้อยละ 86	≥ร้อยละ 88	กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิ และองค์กรรวม,กลุ่มงานเภสัชกรรม
		13. ร้อยละเด็ก 0-5 ปี ได้รับการประเมินพัฒนาการ	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู
		14. ร้อยละของเด็กปฐมวัย มีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ 86	ร้อยละ 86	ร้อยละ 87	ร้อยละ 87	ร้อยละ 88	กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู

เป้าประสงค์ (Goal)	กลยุทธ์ (Tactic)	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย (Target)					ผู้รับผิดชอบ
			2566	2567	2568	2569	2570	
		15. ร้อยละเด็ก 6-14 ปี สูงดีสมส่วน	ร้อยละ 57	ร้อยละ 59	ร้อยละ 61	ร้อยละ 63	ร้อยละ 65	กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิ และองค์กรรวม
		16. ร้อยละของนักเรียนชั้น ป.1 ได้รับการตรวจสายตา	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	ร้อยละ 100	กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิ และองค์กรรวม
		17. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 - 19 ปี ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน	ไม่เกิน 23 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน	ไม่เกิน 23 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน	ไม่เกิน 23 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน	ไม่เกิน 23 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน	ไม่เกิน 23 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน	งานฝากครรภ์และงานห้องคลอด กลุ่มงานการพยาบาล
		18. ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี	ไม่เกินร้อยละ 13.5	ไม่เกินร้อยละ 13.5	ไม่เกินร้อยละ 13.5	ไม่เกินร้อยละ 13.5	ไม่เกินร้อยละ 13.5	งานฝากครรภ์และงานห้องคลอด กลุ่มงานการพยาบาล
		19. ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง	≥ ร้อยละ 90	≥ ร้อยละ 90	≥ ร้อยละ 90	≥ ร้อยละ 90	≥ ร้อยละ 90	กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิ และองค์กรรวม
		20. ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเบาหวาน	≥ ร้อยละ 90	≥ ร้อยละ 90	≥ ร้อยละ 90	≥ ร้อยละ 90	≥ ร้อยละ 90	กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิ และองค์กรรวม
		21. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 83	≥ ร้อยละ 86	≥ ร้อยละ 89	≥ ร้อยละ 89	งานสุขภาพจิตและจิตเวช

เป้าประสงค์ (Goal)	กลยุทธ์ (Tactic)	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย (Target)					ผู้รับผิดชอบ
			2566	2567	2568	2569	2570	
		22. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	< 8.0 ต่อ ประชากร แสนคน	< 8.0 ต่อ ประชากร แสนคน	< 8.0 ต่อ ประชากร แสนคน	< 8.0 ต่อ ประชากร แสนคน	< 8.0 ต่อ ประชากร แสนคน	งานสุขภาพจิตและจิตเวช
		23. ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตาย ไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ ในระยะเวลา 1 ปี	ร้อยละ 80	ร้อยละ 82	ร้อยละ 85	ร้อยละ 88	ร้อยละ 90	งานสุขภาพจิตและจิตเวช
		24. ร้อยละของประชากรสตรี กลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV DNA Test	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิ และองค์กรรวม
		25. ร้อยละของประชากร กลุ่มเป้าหมาย ได้รับการตรวจคัดกรอง มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 50	กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิ และองค์กรรวม
		26. ร้อยละของประชากรสตรี กลุ่มเป้าหมายได้ตรวจคัดกรองมะเร็ง เต้านม ด้วยตนเอง (BSE)	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิ และองค์กรรวม
		27. ร้อยละของประชากรสตรี กลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรอง มะเร็ง เต้านมโดยบุคลากรสาธารณสุข (CBE) อย่างน้อยคนละ 1 ครั้งต่อปี	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิ และองค์กรรวม

เป้าประสงค์ (Goal)	กลยุทธ์ (Tactic)	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย (Target)					ผู้รับผิดชอบ
			2566	2567	2568	2569	2570	
		28. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแล อย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)	60 (Retention Rate ระบบ สมัครใจ, ม.113, ม.114)	62 (Retention Rate ระบบ สมัครใจ, ม.113, ม.114)	64 (Retention Rate ระบบ สมัครใจ, ม.113, ม.114)	66 (Retention Rate ระบบ สมัครใจ, ม.113, ม.114)	68 (Retention Rate ระบบ สมัครใจ, ม.113, ม.114)	งานยาเสพติด
		29. อัตราผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกลดลง	ร้อยละ 15 ของ ค่านัธยฐาน ย้อนหลัง 5 ปี	ร้อยละ 15 ของ ค่านัธยฐาน ย้อนหลัง 5 ปี	ร้อยละ 15 ของ ค่านัธยฐาน ย้อนหลัง 5 ปี	ร้อยละ 15 ของ ค่านัธยฐาน ย้อนหลัง 5 ปี	ร้อยละ 15 ของ ค่านัธยฐาน ย้อนหลัง 5 ปี	งานระบาดวิทยา กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิ และองค์กรรวม
		30. อัตราผู้ป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออกในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป	ไม่เกิน ร้อยละ 0.10	ไม่เกิน ร้อยละ 0.10	ไม่เกิน ร้อยละ 0.10	ไม่เกิน ร้อยละ 0.10	ไม่เกิน ร้อยละ 0.10	งานระบาดวิทยา กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิ และองค์กรรวม
		31. จำนวนผู้ป่วยโรคไข้ปวดข้อยุลงลายลดลง	ร้อยละ 50 จากปี งบประมาณ 2565	ร้อยละ 50 จากปี งบประมาณ 2566	ร้อยละ 50 จากปี งบประมาณ 2567	ร้อยละ 50 จากปี งบประมา 2568	ร้อยละ 50 จากปี งบประมาณ 2569	งานระบาดวิทยา กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิ และองค์กรรวม

เป้าประสงค์ (Goal)	กลยุทธ์ (Tactic)	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย (Target)					ผู้รับผิดชอบ
			2566	2567	2568	2569	2570	
		32. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ ในหมู่บ้านที่มีรายงานผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ไวรัสซิกา ได้รับการตรวจหาเชื้อ ไวรัสซิกา	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	งานระบาดวิทยา กลุ่มงานบริการด้านปฐมนุญ และองค์กรรวม
		33. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วย วัณโรคปอดรายใหม่	ร้อยละ 88	ร้อยละ 88	ร้อยละ 88	ร้อยละ 88	ร้อยละ 88	งานวัณโรค กลุ่มงานบริการด้านปฐมนุญ และองค์กรรวม
		34. อัตราความครอบคลุม การขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	งานวัณโรค กลุ่มงานบริการด้านปฐมนุญ และองค์กรรวม
		35. ร้อยละของ Healthy Ageing	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	งานผู้สูงอายุ กลุ่มงานบริการด้านปฐมนุญ และองค์กรรวม
		36. ร้อยละของผู้สูงอายุและ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan	ร้อยละ 95	ร้อยละ 96	ร้อยละ 97	ร้อยละ 98	ร้อยละ 99	งานผู้สูงอายุ กลุ่มงานบริการด้านปฐมนุญ และองค์กรรวม
		37. ร้อยละของผู้สูงอายุ มีแผน ส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)	ร้อยละ 50	ร้อยละ 55	ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	งานผู้สูงอายุ กลุ่มงานบริการด้านปฐมนุญ และองค์กรรวม

เป้าประสงค์ (Goal)	กลยุทธ์ (Tactic)	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย (Target)					ผู้รับผิดชอบ
			2566	2567	2568	2569	2570	
		38. ร้อยละของผู้สูงอายุ ที่ผ่าน การคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะสมองเสื่อม และได้รับการดูแล รักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	ร้อยละ 30	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50	ร้อยละ 50	ร้อยละ 50	กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู, งานผู้สูงอายุกลุ่มงานบริการ ด้านปฐมนุรักษ์และองค์กรรวม
		39. ร้อยละของผู้สูงอายุ ที่ผ่าน การคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาใน คลินิกผู้สูงอายุ	ร้อยละ 30	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50	ร้อยละ 50	ร้อยละ 50	กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู, งานผู้สูงอายุกลุ่มงานบริการ ด้านปฐมนุรักษ์และองค์กรรวม
		40. จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการ ปฐมนุรักษ์และเครือข่ายหน่วยบริการ ปฐมนุรักษ์ ตามพระราชบัญญัติ ระบบสุขภาพปฐมนุรักษ์ พ.ศ. 2562	4 แห่ง	4 แห่ง	4 แห่ง	4 แห่ง	4 แห่ง	งานพัฒนาระบบปฐมนุรักษ์ และสนับสนุนเครือข่าย กลุ่มงานบริการด้านปฐมนุรักษ์ และองค์กรรวม
	1.2 การพัฒนาคุณภาพระบบ การให้บริการตามบริบทของ กลุ่มพื้นที่เฉพาะ อาทิ การ ส่งต่อผู้ป่วยโดยระบบขนส่ง ทางอากาศ (sky doctor)	1. เพิ่มพื้นที่การรับส่งผู้ป่วยโดย sky doctor พร้อมใช้งานในการส่งต่อ	จำนวน 1 จุด	จำนวน 2 จุด	จำนวน 3 จุด	3 จุด และพื้นที่ แพกแซม	3 จุด และพื้นที่ บ้านแพก แซม บ้านสาม หมื่น	ทีมฉุกเฉิน ทีมบริหาร ทีม ชุมชน

เป้าประสงค์ (Goal)	กลยุทธ์ (Tactic)	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย (Target)					ผู้รับผิดชอบ
			2566	2567	2568	2569	2570	
การดูแลผู้ป่วยพื้นที่ห่างไกล งานยาเสพติดพื้นที่ชายแดน		2. การได้รับประสานการส่งต่อผู้ป่วย เมื่อเข้าเกณฑ์การส่งต่อด้วย sky doctor	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ทีม PCT, ทีม ER
		3. การได้รับการส่งต่อผู้ป่วยเมื่อ เข้าเกณฑ์การส่งต่อด้วย sky doctor	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ทีม PCT, ทีม ER
		4. ทบทวน ฝึกทักษะให้เจ้าหน้าที่ การแพทย์ฉุกเฉิน ของหน่วยงาน อปท.ในพื้นที่	ปีละ 1 ครั้ง	ปีละ 1 ครั้ง	ปีละ 1 ครั้ง	ปีละ 1 ครั้ง	ปีละ 1 ครั้ง	หน่วยงาน ER, แพทย์ (อบต./เทศบาล มินโยบาย ขยายหน่วยให้บริการกับ อบต. ทั้ง 3 แห่ง)
		5. ผู้ป่วย SMI-V ไม่เกิดเหตุการณ์ ความรุนแรงใน รพ.	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	งานจิตเวชและยาเสพติด
		6. ผู้ป่วย SMI-V ที่เข้าเกณฑ์ส่งต่อ ได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มี ศักยภาพ	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	งานจิตเวชและยาเสพติด
		7. อัตราให้ความรู้และสัญญาณเตือน SMI-V ทุกหมู่บ้าน	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	งานจิตเวชและยาเสพติด

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ส่งเสริมการดำเนินงาน Smart hospital

เป้าประสงค์ (Goal)	กลยุทธ์ (Tactic)	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย (Target)					ผู้รับผิดชอบ
			2566	2567	2568	2569	2570	
2. โรงพยาบาลมีเทคโนโลยีที่ทันสมัยลดขั้นตอนระยะเวลารอคอยถูกต้องแม่นยำประหยัดค่าใช้จ่ายและเพิ่มการรักษาความลับผู้ป่วยตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 (PDPA)	2.1 จัดหาโปรแกรม วัสดุ และอุปกรณ์ต่างๆ เพื่อให้ดำเนินงาน Smart hospital	1. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินตามนโยบาย EMS (Environment, Modernization and Smart Service) ด้านความทันสมัย (Modernization) M1: ระบบ (system) M2: การขนส่ง (logistic) M3: เทคโนโลยี (technology)	ผ่านเกณฑ์ ≥ร้อยละ 70	ผ่านเกณฑ์ ≥ร้อยละ 70	ผ่านเกณฑ์ ≥ร้อยละ 70	ผ่านเกณฑ์ ≥ร้อยละ 70	ผ่านเกณฑ์ ≥ร้อยละ 70	คณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาลเวียงแหง และงานเทคโนโลยี สารสนเทศและคอมพิวเตอร์
		2. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน Smart Hospital ระดับ 1 Smart Place/ Infrastructure ระดับ 2 Smart Tools ระดับ 3 Smart Service ระดับ 4 Smart Outcome ระดับ 5 Smart Hospital	มีการ ดำเนินงาน ระดับ 1 ผ่าน 1 ข้อ ,ระดับ 2 ผ่าน 2 ข้อ ,ระดับ 3 ผ่าน 4 ข้อ	มีการ ดำเนินงาน ระดับ 1 ผ่าน 1 ข้อ ,ระดับ 2 ผ่าน 2 ข้อ ,ระดับ 3 ผ่าน 4 ข้อ	มีการ ดำเนินงาน ระดับ 1 ผ่านทุกข้อ ,ระดับ 2 ผ่านทุกข้อ ,ระดับ 3 ผ่านทุก ข้อ	มีการ ดำเนินงาน ระดับ 1 ผ่านทุกข้อ ,ระดับ 2 ผ่านทุกข้อ ,ระดับ 3 ผ่านทุก ข้อ, ระดับ 4 ผ่าน 1 ข้อ	มีการ ดำเนินงาน ระดับ 1 ผ่านทุกข้อ ,ระดับ 2 ผ่านทุกข้อ ,ระดับ 3 ผ่านทุก ข้อ, ระดับ 4 ผ่าน 1 ข้อ	คณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาลเวียงแหง

เป้าประสงค์ (Goal)	กลยุทธ์ (Tactic)	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย (Target)					ผู้รับผิดชอบ
			2566	2567	2568	2569	2570	
	2.2 ดำเนินการด้าน Smart hospital อาทิ Telemedicine ระบบคิว IPD/OPD paperless	4. ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการ Telemedicine เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา	ไม่น้อย กว่า 30 ราย/ เดือน	ไม่น้อย กว่า 30 ราย/ เดือน	ไม่น้อย กว่า 40 ราย/ เดือน	ไม่น้อย กว่า 40 ราย/ เดือน	ไม่น้อย กว่า 50 ราย/ เดือน	งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก งานเทคโนโลยีสารสนเทศ และคอมพิวเตอร์
		5. ร้อยละความพึงพอใจในการรับ บริการ [OPD] ลดระยะเวลารอคอย ของผู้รับบริการมากกว่าร้อยละ 80%	≥ร้อยละ 80	≥ร้อยละ 80	≥ร้อยละ 80	≥ร้อยละ 80	≥ร้อยละ 80	งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก คณะกรรมการสารสนเทศ และเวชระเบียน (IM)
		6. ระยะเวลารอคอยที่ OPD น้อยกว่า 90 นาที	น้อยกว่า 90 นาที	น้อยกว่า 90 นาที	น้อยกว่า 90 นาที	น้อยกว่า 90 นาที	น้อยกว่า 90 นาที	งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก คณะกรรมการสารสนเทศ และเวชระเบียน (IM)
		7. ร้อยละของจุดบริการที่มีการ ดำเนินงานในระบบ IPD/OPD paperless	≥ร้อยละ 50	≥ร้อยละ 60	≥ร้อยละ 70	≥ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	งานการพยาบาลผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก คณะกรรมการสารสนเทศ และเวชระเบียน (IM)
	2.3 อบรมบุคลากรที่ให้มี ความสามารถใช้งานด้าน เทคโนโลยีได้อย่างมี ประสิทธิภาพ	8. ร้อยละของบุคลากรได้รับการอบรม พัฒนาศักยภาพในการใช้เทคโนโลยี ในการปฏิบัติงาน	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	งานเทคโนโลยีสารสนเทศ และคอมพิวเตอร์
		9. ร้อยละของบุคลากรที่ใช้เทคโนโลยี ในการปฏิบัติงานได้อย่าง มีประสิทธิภาพ	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	งานเทคโนโลยีสารสนเทศ และคอมพิวเตอร์

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital

เป้าประสงค์ (Goal)	กลยุทธ์ (Tactic)	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย (Target)					ผู้รับผิดชอบ
			2566	2567	2568	2569	2570	
3. โรงพยาบาล มีอาคารสถานที่และ สิ่งแวดล้อมที่มีความ สวยงาม สะอาด ปลอดภัยต่อผู้มารับ บริการและการ ปฏิบัติงานของ บุคลากร	3.1 จัดพื้นที่บริการให้มี ความเหมาะสม สะอาด สวยงาม ปลอดภัย 3.2 ส่งเสริมการดำเนินงาน ด้านสิ่งแวดล้อมให้ผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital	1. โรงพยาบาลพัฒนา อนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge	ระดับดี มาก	ระดับดี มาก	ระดับดี มาก	ระดับดี มาก	ระดับดี มาก Plus	งานสุขาภิบาลอนามัย สิ่งแวดล้อมและศูนย์ความ ปลอดภัย

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ส่งเสริมให้บุคลากรมีสุขภาพดีและมีความสุขในการทำงาน

เป้าประสงค์ (Goal)	กลยุทธ์ (Tactic)	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย (Target)					ผู้รับผิดชอบ
			2566	2567	2568	2569	2570	
4. บุคลากรมี สมรรถนะที่ เหมาะสม พอเพียง สุขภาพดีและมี ความสุขในการ ทำงาน	4.1 จัดอัตรากำลังให้เหมาะ กับการทำงานและมีเจ้าหน้าที่ เพียงพอ	1. อัตรากำลังคนจำนวนไม่น้อยกว่า ค่า FTE ขั้นต่ำ	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ทีม HRD งานพัฒนา คุณภาพโรงพยาบาล
		2. อัตราการโอนย้าย/ลาออกของ บุคลากร	< ร้อยละ 20	< ร้อยละ 20	< ร้อยละ 20	< ร้อยละ 20	< ร้อยละ 20	ทีม HRD งานพัฒนา คุณภาพโรงพยาบาล
	4.2 พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ ด้านสมรรถนะที่เหมาะสม ในการทำงาน	3. ร้อยละของบุคลากรที่มารับตำแหน่ง หรือเปลี่ยนงานใหม่ได้รับการปฐมนิเทศ และกำหนดแนวทางปฏิบัติงาน	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	งานเจ้าหน้าที่ และ หัวหน้ากลุ่มงาน
		4. ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการ สนับสนุนและส่งเสริมให้เข้ารับการ อบรมในสายงานอาชีพ/สายสนับสนุน ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	งานเจ้าหน้าที่ และ หัวหน้ากลุ่มงาน
		5. ร้อยละของบุคลากรได้รับประเมิน สมรรถนะในการปฏิบัติงาน	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	หัวหน้ากลุ่มงาน
		6. ร้อยละของบุคลากรที่พบข้อบกพร่อง ในประเมินสมรรถนะในการปฏิบัติงาน ได้ดำเนินการแก้ไขข้อบกพร่อง	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	หัวหน้ากลุ่มงาน

เป้าประสงค์ (Goal)	กลยุทธ์ (Tactic)	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย (Target)					ผู้รับผิดชอบ
			2566	2567	2568	2569	2570	
	4.3 จัดระบบการส่งเสริมและดูแลสุขภาพของเจ้าหน้าที่ที่มีพื้นที่ออกกำลังกาย	7. ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการตรวจสุขภาพ	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	ทีม HRD งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล
		8. ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการตรวจสุขภาพ มีผลการตรวจสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ปกติ	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 65	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	ทีม HRD งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล
		9. ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการตรวจสุขภาพ มีผลการตรวจสุขภาพอยู่ในเกณฑ์เสี่ยงได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	≥ ร้อยละ 90	≥ ร้อยละ 90	≥ ร้อยละ 90	≥ ร้อยละ 90	≥ ร้อยละ 90	ทีม HRD งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล
		10. อัตราการได้รับวัคซีนของบุคลากรทางการแพทย์	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	ทีม HRD งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล
		11. การจัดกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายของบุคลากร	เดือนละ 1 - 2 ครั้ง	เดือนละ 1 - 2 ครั้ง	เดือนละ 1 - 2 ครั้ง	เดือนละ 1 - 2 ครั้ง	เดือนละ 1 - 2 ครั้ง	ทีม HRD งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล
	4.4 จัดสวัสดิการที่เหมาะสมให้แก่เจ้าหน้าที่	12. บุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer)	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ทีม HRD งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล
		13. ร้อยละบุคลากรในหน่วยงานที่มีดัชนีวัดความสุขระดับ Fair – Good	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 75	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 85	≥ ร้อยละ 90	งานสุขภาพจิตโรงพยาบาล

เป้าประสงค์ (Goal)	กลยุทธ์ (Tactic)	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย (Target)					ผู้รับผิดชอบ
			2566	2567	2568	2569	2570	
		14. ความพึงพอใจของบุคลากร	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	ทีม HRD งานพัฒนา คุณภาพโรงพยาบาล
		15. ร้อยละของบุคลากรที่เข้าเกณฑ์ ได้รับการจัดสรรที่พักสำหรับบุคลากร	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	คณะกรรมการบ้านพักและ แฟลตโรงพยาบาล เวียงแหง
		16. มีอัตราการจ่ายค่าตอบแทนตรง เวลาและถูกต้อง	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป หัวหน้ากลุ่มงาน

ยุทธศาสตร์ที่ 5 พัฒนางานคุณภาพตามหลักมาตรฐานสากล

เป้าประสงค์ (Goal)	กลยุทธ์ (Tactic)	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย (Target)					ผู้รับผิดชอบ
			2566	2567	2568	2569	2570	
5. โรงพยาบาลมีผล การดำเนินงานตาม หลักคุณภาพสากล	5.1 ประกาศนโยบาย มุ่งเน้นประเด็นความ ปลอดภัยและคุณภาพ (Safety & Quality) ของ องค์กร	1. โรงพยาบาลผ่านการรับรองและ ชำระไว้ มาตรฐาน HA ชั้น 3	ผ่าน HA ชั้น 3 (reaccredit)	ผ่าน HA ชั้น 3 (reaccredit)	ผ่าน HA ชั้น 3 (reaccredit)	ผ่าน HA ชั้น 3 (reaccredit)	ผ่าน HA ชั้น 3 (reaccredit)	งานพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลเวียงแหง
		2. มีการประกาศและเผยแพร่ นโยบายมุ่งเน้นประเด็นความ ปลอดภัยและคุณภาพ (Safety & Quality) ขององค์กร ในที่ประชุม เจ้าหน้าที่ทุกครั้ง	-	6 ครั้ง/ปี	6 ครั้ง/ปี	6 ครั้ง/ปี	6 ครั้ง/ปี	กกบ.และคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลเวียงแหง
	5.2 ส่งเสริมการปฏิบัติงาน ตามนโยบายคุณภาพ	3. จำนวนรายงานความเสี่ยงระดับ E เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา	เพิ่มขึ้น	เพิ่มขึ้น	เพิ่มขึ้น	เพิ่มขึ้น	เพิ่มขึ้น	คณะกรรมการ (RM) และคณะกรรมการ (QMC/Facilitator)
		4. มีการทบทวนความผิดพลาดจาก การปฏิบัติงานตามมาตรฐานสำคัญ จำเป็น 9 ด้าน ทุกปี	มีรายงาน การทบทวน ปีละ 1 ครั้ง	มีรายงาน การทบทวน ปีละ 1 ครั้ง	มีรายงาน การทบทวน ปีละ 1 ครั้ง	มีรายงาน การทบทวน ปีละ 1 ครั้ง	มีรายงาน การทบทวน ปีละ 1 ครั้ง	คณะกรรมการ (RM) และคณะกรรมการ (QMC/Facilitator)
		5. การสำรวจวัฒนธรรมความ ปลอดภัยขององค์กร 1 ครั้ง/ปี	1 ครั้ง/ปี	1 ครั้ง/ปี	1 ครั้ง/ปี	1 ครั้ง/ปี	1 ครั้ง/ปี	คณะกรรมการ (RM) และคณะกรรมการ (QMC/Facilitator)

เป้าประสงค์ (Goal)	กลยุทธ์ (Tactic)	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย (Target)					ผู้รับผิดชอบ
			2566	2567	2568	2569	2570	
		6. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก (PCT) และคณะกรรมการทำงานกับชุมชน ดำเนินการร่วมกันทุกไตรมาส หรือ 4 ครั้งต่อปี	4 ครั้งต่อปี	4 ครั้งต่อปี	4 ครั้งต่อปี	4 ครั้งต่อปี	4 ครั้งต่อปี	คณะกรรมการ (PCT) และคณะกรรมการทำงานกับชุมชน และคณะกรรมการ (QMC/Facilitator)
		7. คณะกรรมการ (PCT) และคณะกรรมการทำงานกับชุมชน ร่วมกันจัดลำดับและคัดเลือกกลุ่มโรคที่สำคัญตามบริบทของพื้นที่ โดยกำหนดให้มีการทบทวนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	ปีละ 1 ครั้ง	ปีละ 1 ครั้ง	ปีละ 1 ครั้ง	ปีละ 1 ครั้ง	ปีละ 1 ครั้ง	คณะกรรมการ (PCT) และคณะกรรมการทำงานกับชุมชน และคณะกรรมการ (QMC/Facilitator)
		8. คณะกรรมการ (PCT) และคณะกรรมการทำงานกับชุมชน ร่วมกันกำหนดตัวชี้วัดที่มีความสอดคล้องกับกลุ่มโรคสำคัญของโรงพยาบาล และมาตรฐานสำคัญ จำเป็น 9 ด้าน ปีละ 1 ครั้ง	ปีละ 1 ครั้ง	ปีละ 1 ครั้ง	ปีละ 1 ครั้ง	ปีละ 1 ครั้ง	ปีละ 1 ครั้ง	คณะกรรมการ (PCT) และคณะกรรมการทำงานกับชุมชน และคณะกรรมการ (QMC/Facilitator)

เป้าประสงค์ (Goal)	กลยุทธ์ (Tactic)	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย (Target)					ผู้รับผิดชอบ
			2566	2567	2568	2569	2570	
	5.3 ประเมิน กำกับ ติดตาม ผลการดำเนินงานตาม นโยบายคุณภาพ	9. รายงานการสำรวจวัฒนธรรม ความปลอดภัย พร้อมทั้งวิเคราะห์ สรุปข้อมูล และโอกาสพัฒนา ในที่ ประชุมกรรมการบริหารโรงพยาบาล ปีละ 1 ครั้ง	ปีละ 1 ครั้ง	ปีละ 1 ครั้ง	ปีละ 1 ครั้ง	ปีละ 1 ครั้ง	ปีละ 1 ครั้ง	คณะกรรมการ (RM) และคณะกรรมการ (QMC/Facilitator)
		10. การรายงานผลลัพธ์ในการ ดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่มีความ สอดคล้องกับกลุ่มโรคสำคัญของ โรงพยาบาล และมาตรฐานสำคัญ จำเป็น 9 ด้าน ในที่ประชุม คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลปี ละ 1 ครั้ง	ปีละ 1 ครั้ง	ปีละ 1 ครั้ง	ปีละ 1 ครั้ง	ปีละ 1 ครั้ง	ปีละ 1 ครั้ง	คณะกรรมการ (PCT) และคณะกรรมการ ทำงานกับชุมชน และ คณะกรรมการ (QMC/Facilitator)
	5.4 ปรับปรุงและกำหนด แนวทางแก้ไขปัญหาในการ ดำเนินงานตามนโยบาย คุณภาพ	11. การจัดทำและเสนอ QI PLAN ในที่ประชุมคณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาลปีละ 1 ครั้ง	ปีละ 1 ครั้ง	ปีละ 1 ครั้ง	ปีละ 1 ครั้ง	ปีละ 1 ครั้ง	ปีละ 1 ครั้ง	ทีมนำ คณะกรรมการพัฒนา คุณภาพโรงพยาบาล เวียงแหง