

**ยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพ**

**โรงพยาบาลเวียงแหง**

 **จังหวัดเชียงใหม่**

**ปี 2562-2565**

**คำนำ**

โรงพยาบาลเวียงแหงได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์ เพื่อใช้เป็นแผนการดำเนินงานของโรงพยาบาล ในปีงบประมาณ 2562-2565 โดยมีการประชุมปรึกษาหารือทั้งในคณะกรรมการบริหารงานโรงพยาบาลและร่วมกับทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลเวียงแหง นำโดยนางโสธิดา สาระพันธุ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเวียงแหง เป็นประธาน เพื่อร่วมคิดหากระบวนการต่างๆสู่การปฏิบัติตามบริบทและภารกิจของโรงพยาบาลตามขอบเขตศักยภาพโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ระดับ F2 เพื่อใช้เป็นกลไกการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเวียงแหงสู่การบรรลุวิสัยทัศน์ที่กำหนดไว้ว่า

 “เป็นโรงพยาบาลที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ และมีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ”

หวังเป็นอย่างยิ่งว่าแผนยุทธศาสตร์ฉบับนี้จะเป็นเครื่องมือสำหรับทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลเวียงแหง ใช้เป็นเข็มทิศ เป็นแนวทางการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนกระบวนการทำงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ภายใต้การเป็นองค์กรบริการสุขภาพที่มุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

นางโสธิดา สาระพันธุ์

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเวียงแหง

**แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลเวียงแหง**

ทิศทางองค์กร โรงพยาบาลเวียงแหง ปีงบประมาณ พ.ศ.2562 - 2565

|  |  |
| --- | --- |
| วิสัยทัศน์ (Vision) | เป็นโรงพยาบาลที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ และมีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ |
| พันธกิจ ( Mission) |  1.ให้บริการด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูสุขภาพแก่ประชาชนโดยสหวิชาชีพ 2.จัดระบบส่งต่อและพัฒนาระบบให้มีประสิทธิภาพ 3.พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีสมรรถนะที่เหมาะสมกับภาระงาน และมีความสุขใน  การทำงาน |
| **เป้าประสงค์** |  1. เพื่อให้ประชาชนได้รับการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูสุขภาพโดยสหวิชาชีพ 2. เพื่อให้มีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ 3. เพื่อให้บุคลากรได้รับการพัฒนาสมรรถนะเชิงวิชาชีพที่จำเป็นต่อการเพิ่ม  ประสิทธิภาพการทำงานและมีความสุข 4. โรงพยาบาลมีระบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ โปร่งใส และยุติธรรม |
| ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic issue) | 1.พัฒนาระบบการจัดการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค อย่างครอบคลุม ทุกกลุ่มวัย 2.พัฒนาด้านการดูแลรักษาและการส่งต่อให้มีประสิทธิภาพผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ  ฉุกเฉินโดยเฉพาะการได้รับบาดเจ็บบริเวณศีรษะ และโรคที่มีภาวะวิกฤติฉุกเฉิน  ได้แก่ โรคหัวใจขาด เลือดเฉียบพลัน โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันโรคปอดอุด  กั้นเรื้อรังที่มีภาวะอาการกำเริบอย่างเฉียบพลัน3.พัฒนาศักยภาพบุคลากรในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการดูแล รักษาผู้ป่วย ที่ได้รับบาดเจ็บฉุกเฉินโดยเฉพาะการได้รับบาดเจ็บบริเวณศีรษะ และ โรคที่มีภาวะวิกฤติฉุกเฉิน ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรคหลอดเลือด สมองเฉียบพลัน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะอาการกำเริบอย่างเฉียบพลัน และ เสริมสร้างบรรยากาศการทำงานอย่างมีความสุข4.พัฒนาระบบริหารจัดการโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ โปร่งใส และยุติธรรม5.การมีส่วนร่วมเสริมพลังกับภาคีเครือข่าย |
| **ค่านิยมองค์กร** (values)  | **TEAM**T = Team Work มีการทำงานเป็นทีมE = Economic การใช้ทรัพยากรอย่างประหยัด และให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดA = Accountability มีความรับผิดชอบM = Management by Fact มีการบริหารจัดการบนฐานข้อเท็จจริง  |
| **เข็มมุ่ง** | พัฒนาระบบการส่งต่อ เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและความพิการในผู้ป่วย |

**ยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเวียงแหง**

**จังหวัดเชียงใหม่ ปี 2562 - 2565**

**ยุทธศาสตร์ที่1. พัฒนาระบบการจัดการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค อย่างครอบคลุมทุกกลุ่มวัย**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| เป้าประสงค์ | กลยุทธ์ | กลุ่มประชากร | ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ผลการดำเนินงาน(ปีงบประมาณ) | ผู้รับผิดชอบ |
| 62 | 63 | 64 | 65 |  |
| 1. ประชากรทุกกลุ่มวัยได้รับการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพ | 1.จัดระบบการจัดการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพให้มีความครอบคลุมและชัดเจน | หญิงตั้งครรภ์ | 1.ร้อยละของหญิงมีครรภ์ได้รับบริการฝากครรภ์ครบ 4 ครั้งคุณภาพตามเกณฑ์ |  |  |  |  |  |  |
| 2.ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ตามเกณฑ์ |  |  |  |  |  |  |
| 3.ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการคัดกรอง Thalassemaia |  |  |  |  |  |  |
| 0-5 ปี | 4.อัตราความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนตามเกณฑ์ของเด็ก 0-1 ปี BCG(1),DTP-HB(3),MMR(1),HB(1) |  |  |  |  |  |  |
| 5.อัตราความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนตามเกณฑ์ของเด็ก 1-3 ปี TP(1),JE(3) |  |  |  |  |  |  |
| 6.อัตราความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนตามเกณฑ์ของเด็ก 4-5 ปี TP(1) |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| เป้าประสงค์ | กลยุทธ์ | กลุ่มประชากร | ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ผลการดำเนินงาน(ปีงบประมาณ) | ผู้รับผิดชอบ |
| 62 | 63 | 64 | 65 |
| 1. ประชากรทุกกลุ่มวัยได้รับการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพ | 1.จัดระบบการจัดการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพให้มีความครอบคลุมและชัดเจน | 0-5 ปี | 7.ร้อยละเด็ก 0-5 ได้รับการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง |  |  |  |  |  |  |
| 8.ร้อยละเด็ก 0-5 ได้รับการประเมินพัฒนาการ |  |  |  |  |  |  |
| 9.ร้อยละเด็กแรกเกิดได้รับการตรวจคัดกรองภาวะพร่องไธรอยด์ |  |  |  |  |  |  |
| 6-12 ปี | 10.ร้อยละเด็ก 6-12 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ให้คำแนะนำ |  |  |  |  |  |  |
| 11.ร้อยละเด็ก 6-12 ปี ได้รับวัคซีน MMR,ตรวจการมองเห็น,ตรวจการได้ยิน |  |  |  |  |  |  |
| 12.ร้อยละเด็ก 6-12 ปี ได้รับวัคซีน dt,ตรวจการมองเห็น,ตรวจการได้ยิน |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 30-60 ปี | 13.อัตราความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี 30-60 ปี |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| เป้าประสงค์ | กลยุทธ์ | กลุ่มประชากร | ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ผลการดำเนินงาน(ปีงบประมาณ) | ผู้รับผิดชอบ |
| 62 | 63 | 64 | 65 |
| 1. ประชากรทุกกลุ่มวัยได้รับการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพ | 1.จัดระบบการจัดการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพให้มีความครอบคลุมและชัดเจน | 30-60 ปี | 14.ร้อยละประชากรอายุ 30-60 ปี ได้รับการคัดกรองภาวะโรคซึมเศร้า (DS-8) |  |  |  |  |  |  |
| 15.ร้อยละประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเมตาบอลิก อายุ 30-60 ปี ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม |  |  |  |  |  |  |
| 16.ประชากรอายุ 30-60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองเบาหวาน |  |  |  |  |  |  |
| 60 ปี ขึ้นไป | 17.ร้อยละประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะโรคซึมเศร้า |  |  |  |  |  |  |
| 18.ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจคัดกรองเบาหวาน |  |  |  |  |  |  |
| 19.ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจคัดกรองความดันโลหิตสูง |  |  |  |  |  |  |
| 20.ร้อยละประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเมตาบอลิกอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| เป้าประสงค์ | กลยุทธ์ | กลุ่มประชากร | ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ผลการดำเนินงาน(ปีงบประมาณ) | ผู้รับผิดชอบ |
| 62 | 63 | 64 | 65 |
| 1. ประชากรทุกกลุ่มวัยได้รับการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพ | 1.จัดระบบการจัดการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพให้มีความครอบคลุมและชัดเจน | กลุ่มที่ต้องการดูแลพิเศษ | 21.ร้อยละของผู้ป่วย Palliative care ได้รับการเยี่ยมบ้านตามฐานการให้บริการ |  |  |  |  |  |  |
| 22.ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งได้รับการเยี่ยมบ้านตามมาตรฐานการให้บริการ  |  |  |  |  |  |  |
| 23.ร้อยละของผู้ป่วยโรคเอดส์ได้รับการเยี่ยมบ้านตามมาตรฐานการให้บริการ |  |  |  |  |  |  |
| 24.ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชได้รับการเยี่ยมบ้านตามมาตรฐานการให้บริการ |  |  |  |  |  |  |
| 25.ร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคได้รับการเยี่ยมบ้านตามมาตรฐานการให้บริการ |  |  |  |  |  |  |
| 26.ร้อยละของผู้พิการได้รับการเยี่ยมบ้านตามมาตรฐานการให้บริการ |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| เป้าประสงค์ | กลยุทธ์ | กลุ่มประชากร | ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ผลการดำเนินงาน(ปีงบประมาณ) | ผู้รับผิดชอบ |
| 62 | 63 | 64 | 65 |
| 1. ประชากรทุกกลุ่มวัยได้รับการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพ | 1.จัดระบบการจัดการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพให้มีความครอบคลุมและชัดเจน | กลุ่มที่ต้องการดูแลพิเศษ | 27.ร้อยละของผู้สูงอายุได้รับการเยี่ยมบ้านตามมาตรฐานการให้บริการ |  |  |  |  |  |  |
| 28.ร้อยละของผู้ป่วย HT ได้รับการเยี่ยมบ้านตามมาตรฐานการให้บริการ |  |  |  |  |  |  |
| 29.ร้อยละของผู้ป่วย DM ได้รับการเยี่ยมบ้านตามมาตรฐานการให้บริการ |  |  |  |  |  |  |
| 30.ร้อยละของผู้ป่วย COPD ได้รับการเยี่ยมบ้านตามมาตรฐานการให้บริการ |  |  |  |  |  |  |
| 31.ร้อยละของผู้ป่วย Stroke ได้รับการเยี่ยมบ้านตามมาตรฐานการให้บริการ |  |  |  |  |  |  |
| 32. .ร้อยละของผู้ป่วย IHD ได้รับการเยี่ยมบ้านตามมาตรฐานการให้บริการ |  |  |  |  |  |  |
| เป้าประสงค์ | กลยุทธ์ | กลุ่มประชากร | ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ผลการดำเนินงาน(ปีงบประมาณ) | ผู้รับผิดชอบ |
| 62 | 63 | 64 | 65 |
| 1. ประชากรทุกกลุ่มวัยได้รับการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพ | 1.จัดระบบการจัดการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพให้มีความครอบคลุมและชัดเจน |  | -อัตราความครอบคลุมการให้บริการวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในกลุ่มเป้าหมาย |  |  |  |  |  |  |
| -อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก |  |  |  |  |  |  |
| -อัตราความสําเร็จการรักษาวัณโรค |  |  |  |  |  |  |
| -อัตราการลดลงของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ |  |  |  |  |  |  |
| -อัตราการลดลงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ |  |  |  |  |  |  |
| - ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล/ความดันโลหิตได้ดี |  |  |  |  |  |  |
| - ประสิทธิภาพการสอบสวนควบคุมโรคของหน่วยปฏิบัติการควบคุม |  |  |  |  |  |  |
| - ผลสำเร็จของการควบคุมไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดเป็นวงกว้างของเหตุการณ์โรคติดต่ออุบัติใหม่ |  |  |  |  |  |  |
| -อุบัติการณ์การติเชื้อในโรงพยาบาลลดลง |  |  |  |  |  |  |
| -ร้อยละการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงรับบริการฝากครรภ์อายุ 15-24 ปีลดลง |  |  |  |  |  |  |
| -อัตราตายจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน |  |  |  |  |  |  |
| - อัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนน | ไม่เกิน 16 ต่อประชากรแสนคน |  |  |  |  |  |
|  |  |  | -อัตราการคัดรองมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก |  |  |  |  |  |  |

**ยุทธศาสตร์ที่ 2. พัฒนาด้านการดูแลรักษาและการส่งต่อผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บฉุกเฉินโดยเฉพาะการได้รับบาดเจ็บบริเวณศีรษะ และโรคที่มีภาวะวิกฤติฉุกเฉิน ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะอาการกำเริบอย่างเฉียบพลัน**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| เป้าประสงค์ | กลยุทธ์ | ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ผลการดำเนินงาน(ปีงบประมาณ) | ผู้รับผิดชอบ |
| 62 | 63 | 64 | 65 |
| 1.ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินสามารถเข้าถึงบริการของโรงพยาบาลได้อย่างทั่วถึง | 1.ประชาสัมพันธ์การใช้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินโดยเรียกใช้บริการที่หมายเลข 1669 | 1. อัตราการใช้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินโดยเรียกใช้บริการที่หมายเลข1669  |  |  |  |  |  |  |
| 2.ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณศีรษะและมีภาวะฉุกเฉิน-ได้รับการรักษาพยาบาลที่รวดเร็ว-ตามมาตรฐาน-มีความปลอดภัย-ไม่มีภาวะแทรกซ้อน | 1.ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บบริเวณศีรษะและมีภาวะฉุกเฉินได้รับการดูแลโดยทีมรักษาพยาบาล | 1.อัตราการได้รับการดูแลจากทีมรักษาพยาบาลภายใน 15นาทีหลังได้รับบาดเจ็บ |  |  |  |  |  |  |
| 2.พัฒนาสมรรถนะทีมการดูแลผู้ป่วยให้ได้ตามมาตรฐาน. | 1.ทีมการดูแลผู้ป่วยได้รับการอบรมความรู้ด้านทักษะการดูแลผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บบริเวณศีรษะ |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| เป้าประสงค์ | กลยุทธ์ | ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ผลการดำเนินงาน(ปีงบประมาณ) | ผู้รับผิดชอบ |
| 62 | 63 | 64 | 65 |
|  |  | 2.อัตราการเสียชีวิตจากการได้รับบาดเจ็บบริเวณศีรษะขณะให้การดูแลก่อนถึงโรงพยาบาล |  |  |  |  |  |  |
| 3.อัตราการเสียชีวิตจากการได้รับบาดเจ็บบริเวณศีรษะขณะให้การดูแลในโรงพยาบาล |  |  |  |  |  |  |
| 4.อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะให้การดูแลในโรงพยาบาล |  |  |  |  |  |  |
| 3.ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน-ได้รับการรักษาพยาบาลที่รวดเร็ว-วินิจฉัยได้เร็ว-ส่งต่อได้เร็วและมีความปลอดภัย-ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทันเวลา | 1.ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในด้านการเฝ้าระวังและการนำส่งผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และสนับสนุนให้มี FR ทุกตำบล | 1.อัตราผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเข้ารับการรักษาโดยใช้ระบบ EMS |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| เป้าประสงค์ | กลยุทธ์ | ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ผลการดำเนินงาน(ปีงบประมาณ) | ผู้รับผิดชอบ |
| 62 | 63 | 64 | 65 |
|  | 2. พัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยและระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ | 1.การวินิจฉัยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันล่าช้า/ผิดพลาด |  |  |  |  |  |  |
| 2. Door to EKG ภายใน 10 นาที |  |  |  |  |  |  |
| 3. Door to Needle ภายใน 30 นาที |  |  |  |  |  |  |
| 4 .Door torefer <50 นาที |  |  |  |  |  |  |
| 5.ระยะเวลาเฉลี่ยแรกรับ-Refer |  |  |  |  |  |  |
| 7.อัตราผู้ป่วยวินิจฉัยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและมีข้อบ่งชี้ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทันเวลา |  |  |  |  |  |  |
| 6.อัตราการเสียชีวิตด้วยหัวใจขาดเลือด |  |  |  |  |  |  |
| **4**.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน-ได้รับการรักษาพยาบาลที่รวดเร็ว-วินิจฉัยได้เร็ว-ส่งต่อได้เร็วและมีความปลอดภัย |  | 1.ผู้ป่วย Stroke มาถึงโรงพยาบาล ตั้งแต่เริ่มมีอาการ 45 นาที  |  |  |  |  |  |  |
| 2.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันได้รับการวินิจฉัยและรักษาเร็ว |  |  |  |  |  |  |
| 3. Door to Refer ในผู้ป่วย stroke fast track45 นาที |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| เป้าประสงค์ | กลยุทธ์ | ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ผลการดำเนินงาน(ปีงบประมาณ) | ผู้รับผิดชอบ |
| 62 | 63 | 64 | 65 |
| **5.**ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะอาการกำเริบอย่างเฉียบพลัน-ได้รับการรักษาพยาบาลที่รวดเร็ว-วินิจฉัยได้เร็ว-ส่งต่อได้เร็วและมีความปลอดภัย |  | 1.อัตราการมาโรงพยาบาลด้วย Exacerbationและได้รับการรักษาพยาบาลที่รวดเร็ว |  |  |  |  |  |  |
| 6 .ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการส่งต่อ |  | - ร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการส่งต่อ-ร้อยละของการถูกปฏิเสธการส่งต่อ |  |  |  |  |  |  |

**ยุทธศาสตร์ที่ 3. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการดูแลรักษาผู้ป่วย ที่ได้รับบาดเจ็บฉุกเฉินโดยเฉพาะการได้รับบาดเจ็บบริเวณศีรษะ และโรคที่มีภาวะวิกฤติฉุกเฉิน ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะอาการกำเริบอย่างเฉียบพลัน และเสริมสร้างบรรยากาศการทำงานอย่างมีความสุข**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| เป้าประสงค์ | กลยุทธ์ | ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ผลการดำเนินงาน(ปีงบประมาณ) | ผู้รับผิดชอบ |
| 62 | 63 | 64 | 65 |
| บุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการดูแลรักษาผู้ป่วย | พัฒนาศักยภาพด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการดูแลรักษาผู้ป่วย | -ร้อยละของบุคลากรแต่ละสาขาวิชาชีพผ่านเกณฑ์การประเมินสมรรถนะและที่จำเป็น |  |  |  |  |  |  |
| -ระดับความสำเร็จขององค์กรพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในโรงพยาบาล |  |  |  |  |  |  |
| -ระดับความสำเร็จของระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองใน CUP |  |  |  |  |  |  |
| -ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว (Family Care Team) |  |  |  |  |  |  |
| -ระดับความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายและหน่วยบริการปฐมภูมิตามเกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Award:PCA) |  |  |  |  |  |  |
| -ห้องปฏิบัติการชันสูตรของโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพและมาตรฐาน |  |  |  |  |  |  |
| -ห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยของโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพและมาตรฐาน กระทรวงสาธารณสุข |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| เป้าประสงค์ | กลยุทธ์ | ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ผลการดำเนินงาน(ปีงบประมาณ) | ผู้รับผิดชอบ |
| 62 | 63 | 64 | 65 |
|  |  | -กายภาพบำบัด ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพและมาตรฐานสภากายภาพบำบัด |  |  |  |  |  |  |
| -ระดับความสำเร็จของการจัดระบบการส่งต่อผู้ป่วย |  |  |  |  |  |  |
| -ระดับความสำเร็จการพัฒนาบุคลากรในองค์กร |  |  |  |  |  |  |
| -ประสิทธิภาพระบบการบริหารยาและเวชภัณฑ์มิใช่ยาระดับอำเภอ (CUP) |  |  |  |  |  |  |
| -ร้อยละของผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองปัญหาสุขภาพ |  |  |  |  |  |  |
| บรรยากาศการทำงานที่ดีและมีความสุข | -จัดสถานที่ทำงานที่น่าอยู่และเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ | -ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานเสริมสร้างแรงจูงใจขวัญกำลังใจและความพึงพอใจในการทำงาน ของบุคลากร |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**ยุทธศาสตร์ที่ 4. พัฒนาระบบริหารจัดการโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ โปร่งใส และยุติธรรม**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| เป้าประสงค์ | กลยุทธ์ | ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ผลการดำเนินงาน(ปีงบประมาณ) | ผู้รับผิดชอบ |
| 62 | 63 | 64 | 65 |
|  |  | -อัตราความผูกพันของบุคลากรในองค์กร-อัตราการลาออก โอนย้าย ของบุคลากรในแต่ละสาขาวิชาชีพ-ร้อยละความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานต่อระบบการวัดประเมินผล-ร้อยละของการดําเนินการบริหารงานบุคคล การบริหารวัสดุอุปกรณ์และการบริหารงานในหน่วยงานสามารถตรวจสอบขั้้นตอนการดำเนินงานได้-จํานวนข้อร้องเรียนการทุจริตและประพฤติมิชอบ-มีคณะกรรมการตรวจสอบและควบคุมการบริหารภายในเพื่อตรวจสอบระบบการบริหารงานบุคคลระบบการเงิน ระบบการจัดซื้อ จัดจ้าง |  |  |  |  |  |  |
|  |  | -ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรม/ พัฒนาในงานที่เกี่ยวข้อง ตามเกณฑ์อย่างน้อย2ครั้งต่อคนต่อปี จำแนกตามกลุ่มวิชาชีพ |  |  |  |  |  |  |