แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่

วิสัยทัศน์

โรงพยาบาลชุมชนคุณภาพ ผู้รับบริการปลอดภัย
บุคลากรสุขใจ ชาวศรีเชียงใหม่สุขภาพดี

พันธกิจ

- พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพได้มาตรฐานอย่างต่อเนื่องและผู้รับบริการปลอดภัย
- พัฒนาบุคลากรด้านคุณภาพ คุณธรรม มีความสุขและปลอดภัยจากการทำงาน
- การบริหารจัดการองค์กรด้วยธรรมาภิบาล
- พัฒนาศักยภาพการให้บริการเชิงรุก และ การสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

ค่านิยมร่วม

S=Safety	ยึดความปลอดภัย
C=Community	ชุมชนมีส่วนร่วม
M=Mastery	มีความรู้คู่คุณธรรม
H=Holistic	บริการแบบองค์รวม

แผนปฏิบัติการทีม.....S1.....

ความท้าทาย	วัตถุประสงค์ระยะสั้น	เป้าหมายและกรอบเวลา	แผนปฏิบัติการ	การเปลี่ยนแปลงที่คาดหวัง	แผนบุคลากร	ตัวชี้วัด	Performance ปัจจุบัน
1.เพิ่มร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่คุมระดับน้ำตาลได้ดี HbA1C < 7	ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40	1.โครงการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมค่าระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 2.ระบบงาน IT ได้มีการวิเคราะห์ข้อมูลจาก HDC data และแฟ้มปชช,แฟ้ม Chronic และแฟ้ม Lab Flu 3.เสนอผู้บริหารเห็นความสำคัญ งบประมาณ ค่าตรวจ HbA1C ตรวจ 100% ปีละ 1 ครั้ง และตรวจเพิ่มในผู้ป่วยที่ต้องติดตาม 4.การให้โภชนศึกษากลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้(ส้ม แดง ดำ) และ 3 อ 2 ส. 5.มีการวางแผนจำหน่าย ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใน ร.พ 6.เพิ่มยากลุ่ม NPH	ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้HbA1c < 7	1.จัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรโดยจัดอบรม mini case manager โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงหลักสูตร 1 วัน 2 รุ่น 2.จนท.มีภาระงานมาก จัดตารางการนัดผู้ป่วยให้เหมาะสม และหมุนเวียนอัตรากำลัง 3.จัดอบรมการบันทึกข้อมูลให้กับ จนท. 4.จัดจ้างนักโภชนาการ/โภชนากร เพิ่ม(โภชนากร)	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40	1.ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้HbA1c < 7 = 38.32 % 2.มีการให้โภชนศึกษาเป็นรายกลุ่มปีละ 1ครั้ง การให้โภชนศึกษาเป็นรายบุคคลยังไม่ได้ครบตามแผน เนื่องจากบุคคลากรมีน้อย
2.เพิ่มร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี BP น้อยกว่า 140/90 mmHg	2.ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้ดี	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60	1.โครงการการพัฒนารูปแบบลดภัยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยใช้รูปแบบ Chronic Care Model ในการเพิ่มทักษะการจัดการตนเอง (Self-management) ขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเอง โดยผ่านนวัตกรรม “	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้ดี	1.จัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรโดยจัดอบรม mini case manager โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงหลักสูตร 1 วัน 2.จนท.มีภาระงานมาก จัดตารางการนัดผู้ป่วยให้	ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้ดี	1.ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้ดี = 71.48 % 2.มีการให้โภชนศึกษาเป็นรายกลุ่มปีละ 1 ครั้งการให้

ความท้าทาย	วัตถุประสงค์ระยะสั้น	เป้าหมายและกรอบเวลา	แผนปฏิบัติการ	การเปลี่ยนแปลงที่คาดหวัง	แผนบุคลากร	ตัวชี้วัด	Performance ปัจจุบัน
			Tomato model ”และตลาดนัดเบาหวาน-ความดัน 2.ทำ CQI เรื่องของการขาดนัด และมี.เครือข่ายสุขภาพ “ หมอน้อย NCD ” ในการติดตามดูแลผู้ป่วย และในเวชระเบียนผู้ป่วยมีการระบุเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อและเป็นปัจจุบัน 3.ระบบงาน IT ได้มีการวิเคราะห์ข้อมูลจาก HDC data และแฟ้มประชากร,แฟ้ม Chronic 4.เพิ่มรายการยาความดันเพิ่มขึ้น เพื่อใช้กับผู้ป่วย เช่น Amlodipine (10),Enalapril (20) และ Carvedilol 6.25 mg เป็นต้น 5.การให้โภชนศึกษา กลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับความดันตั้งแต่ 160/90mmHg ขึ้นไปให้โภชนศึกษารายบุคคลพร้อมผู้ดูแลตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายมีการจัดทำการวางแผนจำหน่าย		เหมาะสม และหมุนเวียนอัตรากำลัง 3.จัดอบรมการบันทึกข้อมูลให้กับ จนท. 4.จัดจ้างนักโภชนาการ/โภชนากร เพิ่ม 5.จัดอบรมเจ้าหน้าที่เรื่องโภชนบำบัด		โภชนศึกษารายบุคคลยังได้ไม่ครบตามแผน เนื่องจากบุคลากรมีน้อย
3.อัตราผู้ป่วย COPD c acute exacerbation มีการ re-visit ที่ ER ภายใน 48 ชม.หลังจำหน่าย	ลดอัตราผู้ป่วย COPD c acute exacerbation มีการ re-visit ที่ ER ภายใน 48 ชม. หลังจำหน่าย	น้อยกว่าร้อยละ 5	1.พัฒนาคุณภาพการให้บริการคลินิก COPD ตามมาตรฐาน - การตรวจสมรรถภาพปอดด้วย spirometry - การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด	ลดอัตราผู้ป่วย COPD c acute exacerbation มีการ re-visit ที่ ER ภายใน 48 ชม.หลังจำหน่าย	1.จัดอบรมให้ความรู้กับ จนท.เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย COPD 2.จนท.ประจำคลินิกอบรมความรู้ภายนอกหน่วยงาน	อัตราผู้ป่วย COPD c acute exacerbation มีการ re-visit ที่ ER ภายใน 48 ชม.หลังจำหน่าย	อัตราผู้ป่วย COPD c acute exacerbation มีการ re-visit ที่ ER ภายใน 48 ชม.หลังจำหน่าย = 8.10 %

ความท้าทาย	วัตถุประสงค์ระยะสั้น	เป้าหมายและกรอบเวลา	แผนปฏิบัติการ	การเปลี่ยนแปลงที่คาดหวัง	แผนบุคลากร	ตัวชี้วัด	Performance ปัจจุบัน
			2.โครงการเพิ่มศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 3.จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย COPD ที่มีอาการหอบกำเริบที่ ER 4.จัดทำแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย 5.แนะนำผู้ป่วย COPD ที่สูบบุหรี่ ให้เข้าคลินิกอดบุหรี่ 6.ส่งติดตามเยี่ยม COC 7. เพิ่มยา LAMA			น้อยกว่าร้อยละ 5	
4.หญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิดได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ	หญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิดได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ	< 25:1000 การเกิดมีชีพ	1.จัดบริการตามมาตรฐาน ANC 8 ครั้งคุณภาพ 2.สร้างทีมเครือข่าย MCH ในชุมชน 3.ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อออนไลน์ด้านบริการและความรู้เกี่ยวกับ MCH 4.โครงการส่งเสริมโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ 5.อบรมให้ความรู้เรื่องโภชนาการสำหรับหญิงตั้งครรภ์	1.ผู้รับบริการ ANC รายใหม่GA < 12 wks ,มากกว่าร้อยละ 75 2.KPI MCH ทุกตัวผ่านเกณฑ์มากขึ้น	1.จัดประชุมแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิดตามมาตรฐานคุณภาพ	1.อัตรามารดาตายจากการคลอด = 0 2.อัตราเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด < 25:1000 การเกิดมีชีพ 3.อัตราการเกิดตกเลือดหลังคลอด = 0	1.อัตรามารดาตายจากการคลอด = 0 2.อัตราเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด < 25:1000 การเกิดมีชีพ = 0 3.อัตราการเกิดตกเลือดหลังคลอด = 0
5.อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะพบเชื้อ	1.เพิ่มอัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะพบเชื้อ	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 88	1.คัดกรองกลุ่มเสี่ยงให้ครอบคลุม 2.ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคทุกราย 3.ติดตามการกินยา DOTให้ครบตามแผนการรักษา 4.ติดตามผู้ป่วยขาดนัดรับยา 100%	-ผู้ป่วยTB ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการรักษาหายขาด 100 %	อบรม จนท.ปฏิบัติงานใหม่ในคลินิก TB ทั้งภายใน ร.พ และภายนอกหน่วยงาน	1.อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะพบ	อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะพบเชื้อมากกว่าเท่ากับร้อยละ 76.92

ความท้าทาย	วัตถุประสงค์ระยะสั้น	เป้าหมายและกรอบเวลา	แผนปฏิบัติการ	การเปลี่ยนแปลงที่คาดหวัง	แผนบุคลากร	ตัวชี้วัด	Performance ปัจจุบัน
						เชื้อ มากกว่าเท่ากับร้อยละ 88	
6.อัตราป่วยตายจากโรคไข้เลือดออก	1.ไม่มีผู้ป่วยตายจากโรคไข้เลือดออก	0	1.รณรงค์ให้ความรู้และเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก 2.สร้างเครือข่ายเสริมพลังการมีส่วนร่วมภาคีในการดำเนินงานไข้เลือดออก	1.ไม่พบการระบาดของโรคไข้เลือดออก 2.ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกรายใหม่ไม่เกินเกณฑ์มาตรฐานการเกิดโรคไข้เลือดออกไม่เสียชีวิต	1.ฟื้นฟูความรู้ จนท.ที่เกี่ยวข้องในการคัดกรองโรคไข้เลือดออกและการดูแลรักษาที่ถูกต้องมีประสิทธิภาพ 2.พัฒนาระบบการดูแลรักษา DHF chart	1.ไม่มีอัตราป่วยตายจากโรคไข้เลือดออก	อัตราป่วยตายจากโรคไข้เลือดออก=0
7.ความปลอดภัยในกระบวนการผ่าตัด -อุบัติการณ์ติดเชื้อที่แผลผ่าตัด (ทันตกรรม)	ไม่มีผู้ป่วยติดเชื้อหลังผ่าฟันคุด	น้อยกว่าร้อยละ 1	1. ปฏิบัติตาม Dental safety goals & guidelines 2015 2. มีการจ่ายยา antibiotics หลังหัตถการ 3. มีการติดตามผลการรักษาหลังทำหัตถการไป 1 สัปดาห์	ไม่เกิดอุบัติการณ์ติดเชื้อหลังผ่าฟันคุด	1. มี จนท. ตรวจดูแลอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัด 2. มีการทบทวน guideline ที่ใช้ในการทำหัตถการและการดูแลหลังการทำหัตถการ 3. เตรียมแนวทางการรับมือกรณีที่เกิดการติดเชื้อหลังการผ่าฟันคุด	เกิดอุบัติการณ์ติดเชื้อที่แผลผ่าตัดน้อยกว่าร้อยละ 1	อัตราการเกิดการติดเชื้อหลังผ่าฟันคุด =0

แผนปฏิบัติการ ทีม S2

ความท้าทาย	วัตถุประสงค์ระยะสั้น	แผนปฏิบัติการ	การเปลี่ยนแปลงที่คาดหวัง	แผนบุคลากร	ตัวชี้วัด
การเข้าถึงที่รวดเร็ว ปลอดภัย และได้มาตรฐานกระบวนการดูแลผู้ป่วย fast tract Stroke,STEMI,	1.ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็วและได้รับการรักษาเบื้องต้นได้ถูกต้องและลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิต	1.กระจายความรู้สู่ชุมชน 2.ให้ความรู้เรื่องEMS 3.สร้างแนวทางการคัดกรองที่จุดคัดกรองและหน่วยบริการ 4.สร้างมาตรฐานกระบวนการดูแลผู้ป่วย (CPG) -FAST tract -STEMI 5.พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย fast tract ร่วมกับโรงพยาบาลเครือข่ายให้มีประสิทธิภาพ 6.พัฒนาCare map Stroke	1.ประชาชนมีการใช้บริการ EMSมากขึ้น 2.เจ้าหน้าที่รพ.สต.อสม.และประชาชนมีความรู้เรื่อง -Stroke -STEMI 3.มีการ triage ได้รวดเร็วถูกต้อง	1.อบรมบุคลากรเกี่ยวกับโรค fast tract 2.อบรมเรื่องการtriage 3.อบรมให้ความรู้แกเจ้าหน้าที่รพ.สต. อสม. ผู้นำชุมชน	1.อัตราผู้ป่วย Stroke ภายใน 3 ชั่วโมง มาถึง รพ.นับตั้งแต่มีอาการ เข้าตามเกณฑ์ที่วางไว้ >85% ปี 2565 =87.5% 2.อัตราตายผู้ป่วยSTEMI =0
พัฒนากระบวนการดูแลโรคติดต่อที่สำคัญให้มีคุณภาพมาตรฐาน HIV	1. ผู้ป่วยเอชไอวีเข้าถึงกระบวนการรักษาและคงอยู่ในระบบได้เพิ่มขึ้น	1.ออกบริการเชิงรุกนอกสถานพยาบาล ในรูปแบบต่างๆ เพื่อค้นหาและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย (Reach)	- ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ - ผู้รับบริการเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น	1.พัฒนาบุคลากร สหวิชาชีพในการเข้ารับการอบรมแนวทางการดูแลผู้ป่วยHIV ตามมาตรฐานที่เป็นปัจจุบัน ทั้งในรูปแบบ onsiteและ online	1.อัตราการเข้าถึงบริการในผู้ป่วยยาต้าน

ความท้าทาย	วัตถุประสงค์ระยะสั้น	แผนปฏิบัติการ	การเปลี่ยนแปลงที่คาดหวัง	แผนบุคลากร	ตัวชี้วัด
		2.การประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเข้าสู่ระบบบริการ (Recruit) 3.ให้บริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี(Test) ในชุมชนซึ่งอาจจัดกิจกรรมรณรงค์ร่วมกับหน่วยบริการปฐมภูมิ / รพ.สต 4.การส่งต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี เข้ารับบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัส 5.การติดตามดูแลให้ผู้ติดเชื้อฯและกลุ่มประชากรเป้าหมายคงอยู่ระบบการรักษาและการป้องกัน(Retain) 6.จัดให้บุคลากรมีกิจกรรมส่งเสริมประสิทธิภาพการทำงาน เช่น (Mindfulness in Organization)	-อัตราผู้ป่วยHIV เสียชีวิตจากโรคฉวยโอกาสลดลงหรือเป็นศูนย์ - บุคลากร สามารถให้บริการได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ เกิดคุณค่าและความสุขในการทำงาน	2.พัฒนาบุคลากรและทีมสหวิชาชีพ ในหลักสูตร MIO (Mindfulness in Organization)	2. อัตราผู้ป่วย HIV เสียชีวิตจากเชื้อฉวย โอกาส
การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการความเสี่ยงตามนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วย (PSG : SIMPLE)	การใส่สายสวนปัสสาวะ	1.จัดทำแนวทางปฏิบัติในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ (WI) 2.กำหนดข้อบ่งชี้ในการใส่สายสวนปัสสาวะ 3.จัดทำเกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อในผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะ 4.จัดทำแนวทางการนิเทศการใส่สายสวนปัสสาวะและการดูแล ร่วมกับหน่วยงาน	1.ไม่พบการติดเชื้อจากการใส่สายสวนปัสสาวะ 2.สมุดคู่มือการดูแลผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะ	1.อบรมให้ความรู้และทักษะในการใส่สายสวนปัสสาวะ 2.ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด (WI) 3.ฝึกเทคนิคในการเกปัสสาวะส่งตรวจ	1.ความปลอดภัยจากการติดเชื้อ - อัตราการติดเชื้อ CAUTI (<2ครั้ง ต่อ1000วันคา) ปี2565 =0

ความท้าทาย	วัตถุประสงค์ระยะสั้น	แผนปฏิบัติการ	การเปลี่ยนแปลงที่คาดหวัง	แผนบุคลากร	ตัวชี้วัด
		5.นิเทศติดตามทุก 3เดือน 6.รายงานและทบทวนเมื่อเกิดอุบัติการณ์การติดเชื้อจากการใส่สวนปัสสาวะ ร่วมกับสหวิชาชีพ		4.อบรมการทำความสะอาดมือถูกต้องตามขั้นตอน 5.ฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ 6.อบรมให้ความรู้ในการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล	
การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ		1.จัดทำแนวทางปฏิบัติในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย 2.จัดทำเกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายระดับ 3-5 3.จัดทำแนวทางการประเมินการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ(Phlebitis)โดยใช้แบบประเมิน VIP Scale 4.จัดทำแนวทางการเฝ้าระวังและการจัดการอันตรายจากการเกิด Phlebitis และ Extravasation จากยา 5.จัดทำแนวทางการนิเทศการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำร่วมกับหน่วยงาน 6.ติดตามนิเทศทุก 3เดือน	1.ไม่พบการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย 2.นวัตกรรมIV สายรุ้ง 3.นวัตกรรม บอกเร็วไม่ติดเชื้อ	1.ฝึกอบรมให้ความรู้และทักษะในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย 2.ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด (WI) 3.ใช้หลักAseptic Technique 4.ฝึกอบรมการทำความสะอาดมือ 5.ฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเช่น การ flush,การเปลี่ยน set	อัตราการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ≤0. 5 ครั้ง :1000 วันคา ปี2565 =0

ความท้าทาย	วัตถุประสงค์ระยะสั้น	แผนปฏิบัติการ	การเปลี่ยนแปลงที่คาดหวัง	แผนบุคลากร	ตัวชี้วัด
		7.ทบทวนเมื่อเกิดอุบัติการณ์การติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ ร่วมกับสหวิชาชีพ			
การเกิดแผลกดทับ		1.ทบทวนการเกิดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับระดับ2-4 2.ให้ความรู้เจ้าหน้าที่พยาบาลเรื่องการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและช่วยเหลือตนเองได้น้อย	1.มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและช่วยเหลือตนเองได้น้อยในโรงพยาบาล 2 .มีนวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและช่วยเหลือตนเองได้น้อยหลังจำหน่าย	1.อบรมบุคลากรเรื่องการดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามแนวทางปฏิบัติ	2.ความปลอดภัยในกระบวนการดูแลผู้ป่วย -อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2-4 <3 ปี2565 =0
การเกิดพลัดตกหกล้ม	1.เพื่อลดอัตราการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยในโรงพยาบาล 2.ส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล	1.ทบทวนการเกิดพลัดตกหกล้ม 2.จัดทำแนวทางปฏิบัติการ การป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยในโรงพยาบาล 3.จัดทำแบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วย 4.จัดทำคู่มือเฝ้าระวังและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้ป่วยและญาติ	มีแบบประเมินความเสี่ยงที่สะดวกต่อผู้ปฏิบัติงานและใช้ในการประเมินซ้ำ	1.อบรมให้ความรู้กับบุคลากรในเรื่องของการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม	- อุบัติการณ์FallรุนแรงระดับEขึ้นไป=0 3.ความปลอดภัยจากการจัดการในภาวะฉุกเฉินปี2565 =0

ความท้าทาย	วัตถุประสงค์ระยะสั้น	แผนปฏิบัติการ	การเปลี่ยนแปลงที่คาดหวัง	แผนบุคลากร	ตัวชี้วัด
		5.มีการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อลดปัจจัยที่ทำให้เกิดอุบัติการณ์			
การเพิ่มประสิทธิภาพความปลอดภัยในกระบวนการการจัดการในภาวะฉุกเฉิน	1.เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง	1.ทบทวนการเกิดอุบัติการณ์ Unplanned tube / unplanned CPR ทุกราย 2.การอบรมให้ความรู้ในเรื่องการ triage 3..ให้ความรู้เจ้าหน้าที่พยาบาลในเรื่องการรายงานตาม ISBAR 4.ทบทวนและให้ความรู้เกี่ยวกับเครื่องมือในการประเมินผู้ป่วยฉุกเฉิน	1.ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามขบวนการรักษาอย่างถูกต้อง 2.เจ้าหน้าที่พยาบาลผ่านการอบรมและมีความรู้ในเรื่องการ triage 2.เจ้าหน้าที่พยาบาลมีความรู้และทักษะในการรายงาน ISBAR	1.อบรมบุคลากรในเรื่องการ triage และการใช้เครื่องมือการประเมินผู้ป่วยฉุกเฉิน	-อุบัติการณ์ Unplanned tube / unplanned CPR ปี 2565=3

ความท้าทาย	วัตถุประสงค์ระยะสั้น	แผนปฏิบัติการ	การเปลี่ยนแปลงที่คาดหวัง	แผนบุคลากร	ตัวชี้วัด
การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล	1. เพื่อลดอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล 2.เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อก่อโรคในโรงพยาบาล	1.ปรับปรุงแบบฟอร์มเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลใช้กับผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2.มีการเฝ้าระวังอัตราชุก(Prevalence survey) อย่างน้อยปีละครั้ง 3.มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลแบบTargeted Surveillance ติดตามและแก้ไขปัญหา 4.มีการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลไปรายงานและนำข้อมูลไปใช้แก้ไขปัญหาได้	1.มีแบบฟอร์มการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ชัดเจนและครอบคลุม 2.มีการรายงานติดตามอย่างต่อเนื่อง	1.อบรม ICWN ในการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล	อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล ≤0. 5ครั้ง :1000 วันนอน ปี2565 = 0.24

แผนยุทธศาสตร์ระบบยา ปี 2566

ความท้าทาย	วัตถุประสงค์ระยะสั้น	วัตถุประสงค์ระยะยาว	แผนปฏิบัติการ	การเปลี่ยนแปลง	แผนบุคลากร	ตัวชี้วัด	Performance ปัจจุบัน	Performance ที่คาดหวัง
การทำให้อุบัติการณ์ ADE ระดับ GHI ไม่เกิดขึ้น (Zero Event)	ลดความเสี่ยงหรืออุบัติการณ์ ADE ระดับ GHI	1.ลดความคลาดเคลื่อนของยา ที่จะก่ออันตรายรุนแรงหากถึงตัวผู้ป่วย 2. ลดความเสี่ยง/อุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	1.การจัดการยา HAD ให้มีประสิทธิภาพ 2.การจัดการระบบการป้องกันการแพ้ยาซ้ำ การแพ้ยากลุ่ม เดียวกัน 3. การจัดการคู่ยาที่เกิดปฏิกริยาระหว่างกัน Drug interaction 4. การเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการระบบ ME -การสั่งจ่ายยา -การคัดลอกคำสั่ง -การจัดยา -การจ่ายยา -การบริหารยา 5.การจัดการระบบ Medication Reconcile ให้มีประสิทธิภาพ 6.การจัดการยา Look Alike	1.คู่มือ/แนวทางการใช้ยา HAD 2. การติดตามและประเมินผลการใช้ยา HAD 3. จัดทำฐาน ข้อมูลคู่ยาที่อาจเกิดปฏิกริยาระหว่างยาที่รุนแรง หากมีการใช้ร่วมกัน และแนวทาง การจัดการที่ชัดเจน 4.ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศช่วยในการ Lock คู่ยาดังกล่าว เพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น 5. คู่มือ/แนวทางการป้องกันความคลาดเคลื่อนด้านยา, LASA 6.ทีมสหวิชาชีพมีการดำเนินการ MR ร่วมกัน	1.อบรมแนวทางการจัดการยากลุ่ม HAD แก่บุคลากรทางการแพทย์ 2.ส่งเสริมให้บุคลากรมีการบริหารยาโดยใช้หลัก 6R 3.อบรมให้ความรู้กลุ่มยาที่มีความเสี่ยงต่อการแพ้ยารุนแรง 4.อบรมแนวทางการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา	1.อุบัติการณ์ ADE ระดับ GHI = 0 2.อุบัติการณ์การเกิดการแพ้ยาซ้ำ 3.อุบัติการณ์ผู้ป่วยแพ้ยากลุ่มเดียวกัน 4.อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาระดับ GHI	0 0 0 0	0 0 0 0

ความท้าทาย	วัตถุประสงค์ระยะสั้น	วัตถุประสงค์ระยะยาว	แผนปฏิบัติการ	การเปลี่ยนแปลง	แผนบุคลากร	ตัวชี้วัด	Performance ปัจจุบัน	Performance ที่คาดหวัง
			Sound Alike ให้มีประสิทธิภาพ	-Verification -Clarification -Reconcile -Transmission				

ความท้าทาย	วัตถุประสงค์ระยะสั้น	วัตถุประสงค์ระยะยาว	แผนปฏิบัติการ	การเปลี่ยนแปลง	แผนบุคลากร	ตัวชี้วัด	Performance ปัจจุบัน	Performance ที่คาดหวัง
ระดับความสำเร็จของ RDU	1. บุคลากรทางการแพทย์มีการสั่งใช้ยาสมเหตุสมผล 2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและPCU มีการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรค URI และ AD ตามแนวทางที่กำหนด 3.มีระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน	1.ผู้ป่วยได้รับยาปลอดภัยและสมเหตุสมผล 2.ประชาชนมีความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (RDU Health Literacy)	1. RDU Hospital ดำเนินการตามแนวทาง PLEASE 2. RDU PCU ส่งเสริมให้ รพสต และ PCU มีการใช้ยาในกลุ่ม URI และ AD ตามเกณฑ์ที่กำหนด 3. RDU community มีการดำเนินการดังนี้ -การเฝ้าระวังความปลอดภัยในโรงพยาบาล (Proactive Hospital based Surveillance)	1. อบรมให้ความรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลแก่บุคลากรทางการแพทย์และประชาชน 2.ส่งเสริมกิจกรรม RDU ตามแนวทาง PLEASE 3. พัฒนาศักยภาพของเครือข่ายเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาในชุมชน	1. อบรมให้ความรู้แนวทางการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลแก่บุคลากรทางการแพทย์	1. RDU hospital ผ่านตามตัวชี้วัดที่กำหนด 2. RDU PCU ผ่านเกณฑ์ URI และ AD ตามกำหนด -URI<20% -AD <20% 3. RDU Community ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด	12 ตัวชี้วัด 100% (6/6) 5 ขั้นตอน	12 ตัวชี้วัด 80% 5 ขั้นตอน
			2. การเฝ้าระวังความปลอดภัยเชิงรุกในชุมชน (Active Community based Surveillance) 3. การสร้างกระบวนการมีส่วน	4. พัฒนาศักยภาพของผู้ประกอบการกลุ่มเป้าหมาย -ร้านค้า/ร้านชำ -ร้านขายยา 5. การประเมินผลความรู้ด้านการใช้ยาของประชาชน				

ความท้าทาย	วัตถุประสงค์ระยะสั้น	วัตถุประสงค์ระยะยาว	แผนปฏิบัติการ	การเปลี่ยนแปลง	แผนบุคลากร	ตัวชี้วัด	Performance ปัจจุบัน	Performance ที่คาดหวัง
			ร่วมเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Community Participation) 4. การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในภาคเอกชน (Good Private Sector)					

ความท้าทาย	วัตถุประสงค์ ระยะสั้น	เป้าหมายและกรอบเวลา	แผนปฏิบัติการ	การเปลี่ยนแปลงที่คาดหวัง	แผนบุคลากร	ตัวชี้วัด	Performance ปัจจุบัน
1.การเตรียมส่วนประกอบของเลือดโดยบุคคล ทรัพยากร และกระบวนการเตรียมพร้อมและเหมาะสมเพียงใด (Preparation of Blood Component)	เพื่อลดอัตราการเกิดอุบัติการณ์การเกิดปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยหลังรับเลือด	มีกระบวนการให้เลือดที่มีประสิทธิภาพลดความเสี่ยงในทุกๆด้านหลังที่ผู้ป่วยได้รับเลือด มีการดูแล และประเมินอาการผู้ป่วยหลังรับเลือด(มีการเก็บsampleของdonorและsampleผู้ป่วยไว้ทวนสอบ 7 วัน)	1.มีแนวทางเจาะเก็บเลือดเพื่อcross-matchingที่รัดกุม 2.มีแนวทางปฏิบัติการเฝ้าระวังหลังรับเลือดที่ครอบคลุมตามแนวทางศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติเหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาล	1.มีการเฝ้าระวังที่ครอบคลุมและมีการตอบสนองเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หลังรับเลือด	1.มีการสื่อสารระหว่างนักเทคนิคการแพทย์และพยาบาลประจำตึกผู้ป่วยเมื่อมีการให้เลือดผู้ป่วย 2.มีการสื่อสารของแพทย์และนักเทคนิคการแพทย์เมื่อเกิดปฏิกิริยาหลังรับเลือดผู้ป่วย 3.ร่วมกับทีม PCT ค้นหาปัญหาความเสี่ยงและจัดการแก้ไข	1.อุบัติการณ์การเกิดปฏิกิริยาหลังรับเลือด	0(ไม่พบการเกิดปฏิกิริยาหลังรับเลือด)

แผนปฏิบัติการทีม..Innovation.....

ความท้าทาย	วัตถุประสงค์ระยะสั้น	เป้าหมายและกรอบเวลา	แผนปฏิบัติการ	การเปลี่ยนแปลงที่คาดหวัง	แผนบุคลากร	ตัวชี้วัด	Performance ปัจจุบัน
การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการความเสี่ยงตามนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วย (PSG : SIMPLE)	ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานความปลอดภัย SIMPLE	0				1.ความปลอดภัยกระบวนการทางยา - อุบัติการณ์ ADE ระดับ GHI =0	
การพัฒนาสมรรถนะและความปลอดภัยของบุคลากรในองค์กร : Personal Safety	1.องค์กรมีบุคลากรที่มีองค์ความรู้ตาม Core Competency ขององค์กรและมีสมรรถนะที่เหมาะสมในการทำงาน	-ไม่น้อยกว่า 40 ชั่วโมง/คน/ปี	1.Core Competency ตาม ก.พ กำหนดซึ่งมีผลต่อการประเมินผลการปฏิบัติงาน คือ การมุ่งผลสัมฤทธิ์, บริการที่ดี, การสั่งสมความเชี่ยวชาในงานอาชีพ, การยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรมและจริยธรรม และการทำงานเป็นทีม 2.กำหนดสมรรถนะระดับโรงพยาบาล -การป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล -การซ้อมแผนอัคคีภัย -การซ้อมแผนอุบัติเหตุกลุ่มชน -CPR 3.การกำหนดสมรรถนะหลักของหน่วยงานตามภารกิจสำคัญ	การให้บริการที่มีประสิทธิภาพ มีความปลอดภัย ได้มาตรฐาน ผู้รับบริการพึงพอใจ	1.บุคลากรได้รับการอบรมตาม Core Competency อย่างเหมาสม -ระดับโรงพยาบาล -ระดับหน่วยงาน 2.บุคลากรได้รับการอบรมตาม Learning need ตามความเหมาะสม 3.ติดตามการประเมินสมรรถนะบุคลากร	-บุคลากรได้รับการฝึกอบรม/พัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติหน้าที่ตาม Core Competency หรือสมรรถนะที่สำคัญขององค์กร -อัตราบุคลากรผ่านการประเมินสมรรถนะตาม Core Competency	NA 92.23

ความท้าทาย	วัตถุประสงค์ระยะสั้น	เป้าหมายและกรอบเวลา	แผนปฏิบัติการ	การเปลี่ยนแปลงที่คาดหวัง	แผนบุคลากร	ตัวชี้วัด	Performance ปัจจุบัน
	2.บุคลากรในองค์กรได้รับความปลอดภัยจากการทำงานและเจ็บป่วยจากการทำงานลดลง (Infection and Exposure)	100% 0				1.อัตราความครอบคลุมของการให้วัคซีนในบุคลากร 2.อัตราการติดเชื้อของบุคลากรจากการทำงาน	
	3.บุคลากรมีสุขภาพร่างกายจิตใจที่แข็งแรง มีความสุข มีทัศนคติเชิงบวก (Mental Health and Mediation)	< ร้อยละ 5 /ปี 100%	1.ส่งเสริมให้บุคลากรมีความสุขในการทำงาน โดยยึดหลัก Happy8 1.1 Happy Body (สุขภาพกายดี) -ส่งเสริมการออกกำลังกายแก่บุคลากร -ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีแก่บุคลากร **ลดอาหารหวาน มัน เค็ม** งดการสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ 1.2 Happy Soul (ทางสงบ) -ส่งเสริมบุคลากรให้มีคุณธรรม จริยธรรม และวัฒนธรรมในการทำงานร่วมกัน -ส่งเสริมให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการแสดงออกถึงความรักชาติ การทำนุบำรุงศาสนา และความจงรักษ์ภักดีต่อพระมหากษัตริย์ -จัดกิจกรรมคนดีศรีเชียงใหม่	1.ส่งเสริมการออกกำลังกายแก่บุคลากรทุกประเภท 2.ส่งเสริมความรู้ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (ลดหวาน มัน เค็ม) 1.การเข้าร่วมกิจกรรมการแสดงออกถึงความรักชาติ ศาสนา และพระ พระมหากษัตริย์ 2.การเข้าร่วมกิจกรรมทำบุญตักบาตรเนื่องในวันสำคัญ	1.อบรมให้ความรู้แก่บุคลากรด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 2.ติดตามการออกกำลังกายของบุคลากร ทาง แอบพลิเคชั่น ก้าวท้าใจและอื่น ๆ -บุคลากรเข้าร่วมกิจกรรมในวันสำคัญของสถาบันพระมหากษัตริย์ -การคัดเลือกคนดีศรีเชียงใหม่เข้าร่วมประกวดคนดีศรีสาธารณสุขทั้งส่วนของข้าราชการ และลูกจ้าง	1.อัตราบุคลากรลาออก/ย้าย 2.ข้อร้องเรียนด้านการแพทย์ได้รับการไกล่เกลี่ยทันเวลา	

ความท้าทาย	วัตถุประสงค์ระยะสั้น	เป้าหมายและกรอบเวลา	แผนปฏิบัติการ	การเปลี่ยนแปลงที่คาดหวัง	แผนบุคลากร	ตัวชี้วัด	Performance ปัจจุบัน
			-การทำบุญตักบาตรในวันสำคัญ 1.3 Happy Heart (น้ำใจดี) -จัดกิจกรรมส่งเสริมให้บุคลากรมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม/สาธารณะ เช่น จิตอาสา, 5ส 1.4 Happy Relax (ผ่อนคลายดี) -การจัดการด้านสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการผ่อนคลายของบุคลากร เช่น จัดมุมสำหรับพักผ่อน จัดกิจกรรมสันทนาการ -การประเมินด้านสุขภาพจิต เช่นประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q,9Q 1.5 Happy work life (การทำงานอย่างมีความสุข)	1.บุคลากรมีการเข้าร่วมกิจกรรมตามกำหนด 2.บุคลากรมีความเสียสละต่อส่วนรวม -จัดกิจกรรมเสริมสร้างความรักความสามัคคีในองค์กร 1. OD 2. งานปีใหม่/งานเกษียณ/งานเลี้ยงรับเลี้ยงส่งเจ้าหน้าที่/งานกีฬาสี	-ส่งเสริมบุคลากรทำกิจกรรมจิตอาสา,5ส -การอบรมให้ความรู้ด้านสุภาพจิตแก่บุคลากร -จัดกิจกรรมสร้างความรักความสามัคคีในองค์กร		
การพัฒนาระบบความปลอดภัยด้านยา	ลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเสี่ยงสูง	3				ระดับความสำเร็จของงาน RDU	
ระบบความปลอดภัยด้านการให้เลือด	กระบวนการให้เลือดที่มีประสิทธิภาพลดความเสี่ยงในทุกๆ ด้าน หลังที่ผู้ป่วยได้รับเลือด มีการดูแล และประเมิน	0				อุบัติการณ์การเกิดปฏิกิริยาหลังรับเลือด	

ความท้าทาย	วัตถุประสงค์ระยะสั้น	เป้าหมายและกรอบเวลา	แผนปฏิบัติการ	การเปลี่ยนแปลงที่คาดหวัง	แผนบุคลากร	ตัวชี้วัด	Performance ปัจจุบัน
	อาการผู้ป่วยหลังรับเลือด						
นวัตกรรมของหน่วยงาน/ทีมนำระดับกลางมีจำนวนน้อย	เพื่อให้หน่วยงานมีนวัตกรรม /CQI/R2R	5 เรื่อง/ปี				ผลงาน CQI/RCA/Innovation	

แผนปฏิบัติการทีม .....สารสนเทศ..... กลยุทธ์ที่ 2 การพัฒนาระบบ IT สู่การเป็น Smart Hospital

ความท้าทาย	วัตถุประสงค์ระยะสั้น	เป้าหมายและกรอบเวลา	แผนปฏิบัติการ	การเปลี่ยนแปลงที่คาดหวัง	แผนบุคลากร	ตัวชี้วัด	Performance ปัจจุบัน
การประเมินผลการดำเนินงานด้าน Smart Hospital ของกระทรวงสาธารณสุข	องค์กรมีระบบเทคโนโลยีที่ทันสมัย สามารถตอบสนองความต้องการด้านบริการสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ	- องค์กรมีระบบ Data center ที่มีคุณภาพ ทันสมัย สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล หรือนำมาบริหารจัดการทรัพยากรต่างๆในโรงพยาบาลได้ - ประชาชนได้รับการให้บริการที่สะดวก รวดเร็ว มีประสิทธิภาพมากขึ้น **กรอบเวลา** ไม่เกินไตรมาส 2 ปีงบประมาณ 2566	- ศึกษาและติดตั้งระบบ kiosk เพื่อให้คนไข้ OPD ได้รับบริการที่สะดวก รวดเร็ว ลดขั้นตอนการให้บริการ - ศึกษาและติดตั้งระบบ IPD Paperless เพื่อให้ระบบงาน IPD มีประสิทธิภาพในการให้บริการเพิ่มมากขึ้น - พัฒนาระบบงานสนับสนุน ซึ่งมีระบบย่อยดังนี้ 1.ระบบ Dashboard ดูข้อมูลสถิติภาพรวมการให้บริการของรพ. 2.ระบบตรวจสอบข้อมูล 43 แฟ้ม 3.ระบบขออนุญาตไปราชการ 4.ระบบทะเบียนบุคลากร 5.ระบบจองห้องประชุม 6.ระบบขอใช้รถ 7.ระบบทะเบียนครุภัณฑ์	- องค์กรมีฐานข้อมูลที่สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆเพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น - การให้บริการผู้ป่วยนอก - ในมีประสิทธิภาพเพิ่มมากยิ่งขึ้น - ข้อมูล 43 แฟ้มมีความสมบูรณ์ทางเวชระเบียนมากยิ่งขึ้น	- อบรมการใช้งานระบบงานสนับสนุนให้แก่บุคลากร - อบรมการใช้งานระบบ IPD Paperless แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง - อบรมการใช้งานระบบ Kiosk ต่อบุคลากรผู้เกี่ยวข้อง	- ระยะเวลารอคอยของคนไข้ลดลง - ความสมบูรณ์ของข้อมูล 43 แฟ้ม ก่อนส่งมากกว่า 99 % - มีฐานข้อมูลบุคลากรที่ครบถ้วน สามารถนำข้อมูลมาเพิ่มศักยภาพบุคลากรได้ การให้บริการผู้ป่วยนอก - ผู้ป่วยในมีความรวดเร็ว ถูกต้องครบถ้วน	N/A

ความท้าทาย	วัตถุประสงค์ระยะสั้น	เป้าหมายและกรอบเวลา	แผนปฏิบัติการ	การเปลี่ยนแปลงที่คาดหวัง	แผนบุคลากร	ตัวชี้วัด	Performance ปัจจุบัน
			8.ระบบตรวจสอบและตอบกลับข้อมูล Refer 9.ระบบเงินเดือนบุคลากร				

แผนปฏิบัติการทีม (M)

ความท้าทาย	วัตถุประสงค์ระยะสั้น	เป้าหมายและกรอบเวลา	แผนปฏิบัติการ	การเปลี่ยนแปลงที่คาดหวัง	แผนบุคลากร	ตัวชี้วัด	Performance ปัจจุบัน
การลดวิกฤติด้านการเงินการคลัง	หน่วยงานมีการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง และเฝ้าระวังวิกฤติทางการเงินของโรงพยาบาล	วิกฤติการเงิน ระดับ < 4	1.ประชุมคณะกรรมการและคณะทำงาน CFO ของโรงพยาบาล เพื่อติดตามสถานะการเงินอย่างต่อเนื่อง 2.ประชุมคณะกรรมการศึกษาต้นทุนรายจ่ายทุกหมวด ไม่ให้เกินค่าเฉลี่ยกลุ่ม 3.พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการจัดเก็บรายได้ โดยการใช้โปรแกรม RCM หรืออื่นๆ 4.ตรวจสอบข้อมูลบริการรายเดือน รายไตรมาส เพื่อ ความครบถ้วน ถูกต้อง 5.ทบทวนขั้นตอนการเรียกเก็บและการบันทึกข้อมูลเรียกเก็บ 6.ทวนสอบอัตราค่ารักษาพยาบาลให้เป็นปัจจุบัน 7.ตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยใน 8.ใช้เครื่องมือ - การตรวจคุณภาพบัญชี - การตรวจสอบภายใน 5 มิติ - Benchmarking รายได้ค่าใช้จ่าย	1.มีการประชุมทีม CFO ในระดับจังหวัด 2. มีการประเมินผลและเฝ้าระวังต้นทุนของหน่วยบริการ 3. มีการตรวจสอบข้อมูลรายได้ทุกไตรมาส 4.มีการตรวจสอบลูกหนี้ประจำเดือนและรายไตรมาส	อบรมคณะกรรมการและคณะทำงาน CFO ของโรงพยาบาล ในภาพรวมทั้งจังหวัด	1.ระดับวิกฤติด้านการเงินการคลัง < 4 2.ร้อยละคะแนนบัญชี 100%	วิกฤติการเงินระดับ 1

ความท้าทาย	วัตถุประสงค์ ระยะสั้น	เป้าหมายและกรอบเวลา	แผนปฏิบัติการ	การเปลี่ยนแปลงที่คาดหวัง	แผนบุคลากร	ตัวชี้วัด	Performance ปัจจุบัน
			- แผน Planfin, Unit cost, 7 Plus Efficiency				
พัฒนาคุณภาพระบบการควบคุมภายในและระบบตรวจสอบอัตโนมัติ 5 มิติ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	1.เพื่อให้มีการดำเนินการควบคุมภายในและระบบตรวจสอบอัตโนมัติ 5 มิติ ครอบคลุมทุกหน่วยงาน 2.เพื่อให้เกิดความโปร่งใสในการบริหารจัดการของหน่วยงาน	เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารระบบการเงินการคลัง ระบบพัสดุ ระบบจัดเก็บรายได้และระบบควบคุมภายใน	โครงการพัฒนาคุณภาพระบบการควบคุมภายในและการบริหารด้านการเงินการคลัง	บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจระบบการควบคุมภายในและระบบตรวจสอบอัตโนมัติ 5 มิติ มีการทำงานที่เป็นระบบโปร่งใส ตรวจสอบได้ทุกกระบวนการ	1.ประชุมคณะกรรมการระบบควบคุมภายในและระบบตรวจสอบภายในทุก 6 เดือน 2.ประชุมแผนปฏิบัติงานผู้รับผิดชอบงานควบคุมภายในและระบบตรวจสอบอัตโนมัติ 5 มิติ	ผลการดำเนินงาน EIA ผ่านเกณฑ์	60% (>90% ทุกมิติ)
ส่งเสริมให้บุคลากรเข้าร่วมกิจกรรมของหน่วยงานเพิ่มขึ้น เพื่อปลูกฝังให้บุคลากรมีคุณธรรม จริยธรรม มีวัฒนธรรมองค์กรที่ดีร่วมกัน	1.เพื่อให้บุคลากรมีทัศนคติที่ดีต่อองค์กร 2.เพื่อให้บุคลากรเกิดความสามัคคี มีทัศนคติที่ดีต่อกันสร้างบรรยากาศที่ดีในการทำงาน	เพื่อให้บุคลากรมีคุณธรรม จริยธรรม มีวัฒนธรรมองค์กรที่ดีในการทำงานร่วมกัน	1.จัดให้บุคลากรเข้าร่วมพิธีทำบุญตักบาตรในวันพระราชพิธีสำคัญ 2.สนับสนุนให้บุคลากรเข้าร่วมกิจกรรมจิตอาสาตามวันหรือพระราชพิธีสำคัญต่างๆ เพื่อพัฒนาอำเภอศรีเชียงใหม่ 3.จัดกิจกรรม 5ส.ภายในโรงพยาบาล	1.บุคลากรมีทัศนคติที่ดีต่อองค์กร 2.บุคลากรเกิดความสามัคคีกันมีทัศนคติที่ดีต่อกัน มีบรรยากาศที่ดีในการทำงาน	1.จัดอบรมบุคลากรในเรื่องการส่งเสริมความผูกพันที่ดีต่อองค์กร 2.ให้บุคลากรลงชื่อในวันที่เข้าร่วมกิจกรรมภายในโรงพยาบาล 3.กำหนดให้บุคลากรเข้าร่วมกิจกรรมในพระราชพิธีสำคัญ	ร้อยละบุคลากรมีส่วนร่วมในกิจกรรมขององค์กร	- (> 80%)
เสริมสร้างวัฒนธรรมและค่านิยมสุจริตต่อต้านการทุจริตประพฤติมิชอบ	เพื่อให้บุคลากร มีความรู้ความเข้าใจในระเบียบ กฎหมายที่เกี่ยวกับการเสริมสร้างวัฒนธรรมและค่านิยมสุจริต ต่อต้านการ	1.เสริมสร้างให้บุคลากรมีจิตสำนึก ค่านิยมและสร้างวัฒนธรรมเรื่องความซื่อสัตย์สุจริต ปลอดจากการทุจริต	โครงการเสริมสร้างวัฒนธรรมและค่านิยมสุจริตต่อต้านการทุจริตประพฤติมิชอบและการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน	1.บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจในระเบียบกฎหมายที่เกี่ยวกับการเสริมสร้างวัฒนธรรมและค่านิยม	1.ชี้แจงระเบียบและกระบวนการทำงานแก่คณะกรรมการบริหาร 2.จัดอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรเสริมสร้าง	1.จำนวนข้อร้องเรียนเรื่องการทุจริต = 0	100% (100%)

ความท้าทาย	วัตถุประสงค์ระยะสั้น	เป้าหมายและกรอบเวลา	แผนปฏิบัติการ	การเปลี่ยนแปลงที่คาดหวัง	แผนบุคลากร	ตัวชี้วัด	Performance ปัจจุบัน
และการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน สามารถตรวจสอบความโปร่งใสได้ทุกกระบวนการ	ทุจริตประพฤติมิชอบและการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน	คอรัปชั่น มุ่งสู่ระบบราชการไทยใสสะอาด 2.เพื่อให้บุคลากรมีความตระหนักในความเสียหายของการทุจริต ร่วมกันตรวจสอบการบริหารงานให้มีความโปร่งใส ปราศจากการทุจริต	ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566	สุจริต ต่อต้านการทุจริตประพฤติมิชอบและการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน 2.บุคลากรมีจิตสำนึกค่านิยมและวัฒนธรรมเรื่องความซื่อสัตย์สุจริต มุ่งมั่นทำงานอย่างมีประสิทธิภาพมีคุณธรรม ส่งผลให้หน่วยงานปลอดจากการทุจริตคอรัปชั่น 3.บุคลากรมีความตระหนักในความเสียหายจากการทุจริต เกิดการตรวจสอบการบริหารงานร่วมกัน มีความโปร่งใส ปราศจากการทุจริต	วัฒนธรรมและค่านิยมสุจริต	2.เกณฑ์ประเมิน ITA ที่ทรวงกำหนด	
การเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริหารงานสนับสนุนบริการ	มีระบบควบคุมกำกับระบบงานสนับสนุนบริการที่มีประสิทธิภาพ โปร่งใส ตรวจสอบได้	SCMH Smart BACKoffice	ติดตั้งและใช้งานระบบบริหารงานBACKoffice	-การบริหารงานระบบสนับสนุนบริการมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น -ควบคุม กำกับ ระบบริหารจัดการ -ค่าใช้จ่ายการดำเนินงานลดลง	-ประชุมเชิงปฏิบัติการการใช้งานระบบ	ร้อยละบุคลากรเข้าใช้งานระบบได้	NA (บุคลากรเข้าใช้งานระบบ 100%)

ความท้าทาย	วัตถุประสงค์ ระยะสั้น	เป้าหมายและกรอบเวลา	แผนปฏิบัติการ	การเปลี่ยนแปลงที่คาดหวัง	แผนบุคลากร	ตัวชี้วัด	Performance ปัจจุบัน
การเพิ่ม Productivity และจัดบริการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพทางการเงิน	เพื่อเพิ่มผลิตผลและประสิทธิภาพในระบบบริการสุขภาพ	1.โรงพยาบาลมีคลินิกบริการพิเศษ 2.ผู้รับบริการเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก ไร้รอยต่อ 3.ผู้รับบริการมีความพึงพอใจมากขึ้น 4.ลดภาระค่ารักษาพยาบาลตามจ่าย	1.จัดตั้ง Premium clinic ในแผนกผู้ป่วยนอก 2.พัฒนาระบบลงทะเบียนด้วยตนเอง (Kiosk) 3.พัฒนาระบบจองคิวออนไลน์ 4.พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยคลินิกนอกเวลาราชการ 5.พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในแบบ Home ward 6.เพิ่มบริการในแต่ละแผนกตามสมรรถนะหลักทางวิชาชีพ	1.ระบบบริการผู้ป่วยนอกมีประสิทธิภาพและไร้รอยต่อมากยิ่งขึ้น 2.ระบบบริการแบบ One stop service 3.ผู้ป่วยได้รับการดูแลในทุกมิติ (Holistic care)	-	1.จำนวนผู้รับบริการเพิ่มขึ้น 2.ความพึงพอใจผู้รับบริการเพิ่มขึ้น	NA (เพิ่มขึ้น 10%) NA (OPD > 90%)

แผนปฏิบัติการงานบริหารสิ่งแวดล้อม ความปลอดภัย (ENV.)

ความท้าทาย	วัตถุประสงค์ระยะสั้น	วัตถุประสงค์ระยะยาว	แผนกลยุทธ์/แผนปฏิบัติการ	การเปลี่ยนแปลง	แผนบุคลากร	ตัวชี้วัด	Performance ปัจจุบัน	Performance ที่คาดหวัง
1.อุบัติการณ์ ผู้ป่วย /เจ้าหน้าที่ /ผู้มาเยือน ได้รับอันตรายรุนแรง*ส่งผลกระทบต่อ ร่างกาย จิตใจและ ทรัพย์สิน ซึ่งเกิดจากโครงสร้างอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพภายในโรงพยาบาล ไม่เกิดขึ้น *อันตรายรุนแรง* <u>ด้านร่างกาย</u> ได้รับอันตรายจนต้องได้รับการรักษา <u>ด้านจิตใจ</u> ไม่พอใจอย่างมาก ต้องการให้ รพ.รับผิดชอบโดยฟ้องร้องผ่าน สื่อหรือองค์กรภายนอก <u>ด้านทรัพย์สิน</u> เกิดความเสียหาย สูญหายต่อ ทรัพย์สิน คิดมูลค่า <5,000 บาท	เพื่อให้ผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่/ผู้มาเยือน ได้รับความปลอดภัยจากโครงสร้างอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ภายในโรงพยาบาล	-เพื่อเป็นหลักประกันว่าโรงพยาบาลเป็นสถานที่ ที่มีปลอดภัยและความผาสุก ต่อผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ ผู้มาเยือน	-ตรวจสอบโครงสร้างอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เพื่อค้นหาความเสี่ยงและการปฏิบัติที่ไม่ปลอดภัย อย่างน้อยทุก 6 เดือน ในพื้นที่ให้บริการผู้ป่วย/ผู้มาเยือน และทุก 1 ปีในพื้นที่ทั่วไป	-ไม่พบความเสี่ยง/อุบัติการณ์โครงสร้างอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ -เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานภายใต้ข้อกำหนดเพื่อความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ไม่ส่งผลระทบต่อสุขภาพ	อบรมเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยประจำหน่วยงาน/แผนก	อุบัติการณ์ผู้ป่วย / เจ้าหน้าที่ /ผู้มาเยือน ได้รับอันตรายรุนแรง* ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และ ทรัพย์สิน ซึ่งเกิดจากโครงสร้างอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพภายในโรงพยาบาล เท่ากับ 0	0	0
2.ความเสี่ยง/อุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องกับอาคาร สถานที่และสิ่งแวดล้อม ได้รับการปรับปรุงแก้ไข	-เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัยขณะมารับบริการและเจ้าหน้าที่	-เพื่อเป็นหลักประกันว่าโครงสร้างทางกายภาพและ	1.ทบทวนความเสี่ยง/อุบัติการณ์ 2.จัดทำแผนดำเนินการตาม	จำนวนรายการความเสี่ยง/อุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องกับอาคารสถานที่และ	อบรมเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยประจำหน่วยงาน/แผนก	ความเสี่ยง/อุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องกับอาคาร	NA	90%

ความท้าทาย	วัตถุประสงค์ระยะสั้น	วัตถุประสงค์ระยะยาว	แผนกลยุทธ์/แผนปฏิบัติการ	การเปลี่ยนแปลง	แผนบุคลากร	ตัวชี้วัด	Performanceปัจจุบัน	Performanceที่คาดหวัง
	ผู้ปฏิบัติงาน ได้รับความปลอดภัยขณะปฏิบัติหน้าที่	สิ่งแวดล้อมภายในโรงพยาบาล มีปลอดภัย ต่อผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่	ความสำคัญและเหมาะสม 3.ดำเนินการแก้ไขและแนวทางป้องกันการเกิดซ้ำ	สิ่งแวดล้อมได้รับการปรับปรุงแก้ไข		สถานที่และสิ่งแวดล้อมได้รับการปรับปรุงแก้ไข ≥ 80%		
3. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลร่วมซ้อมแผนป้องกันและระงับอัคคีภัย	เพื่อให้เจ้าหน้าที่รู้ถึงบทบาท หน้าที่ และการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดเหตุอัคคีภัย	เจ้าหน้าที่ผู้อยู่ในเหตุการณ์สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยและประสานงานหน่วยงานภายนอกเพื่อเข้ามาช่วยระงับเหตุได้ทันที	1.จัดดำเนินการซ้อมแผนอัคคีภัยเป็นประจำ 2.สำรวจป้ายทางหนีไฟและทางหนีไฟ 3.ไฟฉุกฉินได้รับการบำรุงรักษา	-เจ้าหน้าที่ได้รับการอบรม -จัดทำป้ายทางหนีไฟและจุดร่วมพลให้เป็นไปตามมาตรฐาน -ไฟฉุกเฉินสามารถใช้งานได้ตามปกติ	อบรมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทุกคนในการใช้ถังดับเพลิงการดับไฟเบื้องต้นและซ้อมแผนอัคคีภัยของโรงพยาบาล	เจ้าหน้าที่เข้าร่วมซ้อมแผนฯ≥ 80%	85%	≥ 90%
4 .ถังดับเพลิง/สัญญาณเตือนอัคคีภัยได้รับการบำรุงรักษาตามแผน	เพื่อให้ถังดับเพลิง/สัญญาณเตือนแจ้งเหตุอัคคีภัยสามารถพร้อมใช้งานตามปกติ	ถังดับเพลิงสามารถใช้ระดับไฟไหม้เบื้องต้นได้ก่อนที่จะเกิดเหตุอัคคีภัย สัญญาณเตือนอัคคีภัย สามารถใช้ได้เมื่อเกิดเหตุอัคคีภัย	1.ดำเนินการตามแผนบำรุงรักษาทุกๆ 2 เดือน 2.เปลี่ยนสารเคมีในถังทุกๆ 2 ปี หรือตามเหตุอันสมควร(ชำรุดหรือ มีการนำไปใช้งาน) 3.สำรวจและติดตั้งให้ครอบคลุมทุกพื้นที่เสี่ยง	ถังดับเพลิงได้รับการดูแลโดยหน่วยที่รับผิดชอบในแต่ละจุดและได้รับการบำรุงรักษาโดยหน่วยงานซ่อมบำรุง สัญญาณเตือนแจ้งเหตุอัคคีภัยได้รับการบำรุงรักษาโดยหน่วยงานซ่อมบำรุง	อบรมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทุกคนในการใช้ถังดับเพลิงการดับไฟเบื้องต้นและซ้อมแผนอัคคีภัยของโรงพยาบาล	อุปกรณ์ดับเพลิง/เตือนอัคคีภัยได้รับการบำรุงรักษาตามแผน ≥ 80%	NA	100%

ความท้าทาย	วัตถุประสงค์ระยะสั้น	วัตถุประสงค์ระยะยาว	แผนกลยุทธ์/แผนปฏิบัติการ	การเปลี่ยนแปลง	แผนบุคลากร	ตัวชี้วัด	Performanceปัจจุบัน	Performanceที่คาดหวัง
5..อุบัติการณ์เครื่องมือแพทย์ความเสี่ยงสูง ขณะทำการรักษา ส่งผลกระทบให้ผู้ป่วย/ เจ้าหน้าที่ ได้รับอันตรายรุนแรง/ร้ายแรง* ไม่เกิดขึ้น *อันตรายรุนแรง* ได้รับอันตรายจนต้องได้รับการรักษา *อันตรายร้ายแรง*ได้รับอันตรายจนต้องได้รับการพักรักษา สูญเสียอวัยวะ พิการถาวร และเสียชีวิต	เพื่อให้เครื่องมือแพทย์ความเสี่ยงสูง สูงมีความปลอดภัยต่อ ผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่ขณะทำการ รักษา	เครื่องมือแพทย์ความเสี่ยงสูงภายในโรงพยาบาล มีความปลอดภัย พร้อมใช้เชื่อถือได้	1.จัดทำบัญชีเครื่องมือแพทย์ให้เป็นปัจจุบัน 2.จัดทำ ตารางการตรวจสอบความพร้อมใช้เครื่องมือแพทย์ทุกวันโดยหน่วยงาน 2.จัดทำแผนการบำรุงรักษา เชิงรุกโดยคณะทำงานทีมเครื่องมือภายในของ รพ อย่างน้อยปีละ2 ครั้ง 3.จัดทำแผนการบำรุงรักษา เชิงรุกโดยผู้เชี่ยวชาญจากหน่วยงานภายนอก อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ค้นความเสี่ยง	ไม่เกิดอุบัติการณ์ความไม่ปลอดภัยขณะใช้ให้การรักษาเครื่องมือแพทย์ความเสี่ยงสูง	1.เจ้าหน้าที่ ได้รับการให้ความรู้ การใช้งาน เครื่องมือแพทย์ความเสี่ยสูง 2.เจ้าหน้าที่ได้รับการ อบรม ฟื้นฟู แนวทางปฏิบัติฉุกเฉินขณะที่เครื่องมือไม่สามารถใช้งานได้ 3.ทบทวนรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง เพื่อหาแนวทางป้องกัน	-อุบัติการณ์เครื่องมือแพทย์ความเสี่ยงสูง ขณะทำการรักษา ส่งผลกระทบให้ผู้ป่วย/ เจ้าหน้าที่ ได้รับอันตรายรุนแรง/ ร้ายแรง เท่ากับ 0	0	0
6.เครื่องมือแพทย์ได้รับการสอบเทียบและบำรุงรักษาตามแผน	-เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและรักษาได้อย่างถูกต้อง เครื่องมือแพทย์มีความพร้อมใช้ ปลอดภัย ค่าได้ตามมาตรฐานที่กำหนด	เพื่อเป็นหลักประกันว่าเครื่องมือแพทย์มีความปลอดภัย พร้อมใช้ ค่าเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด สามารถวินิจฉัยและรักษาได้อย่างถูกต้อง	1.จัดทำบัญชีเครื่องมือแพทย์ให้เป็นปัจจุบัน 2.จัดทำแผนการบำรุงรักษาเชิงรุก 3.จัดทำแผนสอบเทียบอย่างน้อยปีละ1 ครั้ง	เครื่องมือแพทย์ได้รับการแก้ไขปรับปรุง ให้ค่าที่ได้เป็นไปตามมาตรฐาน	อบรมการสอบเทียบ ซ่อมแซมและบำรุงรักษาเครื่องมือแพทย์พื้นฐานให้แก่จนท. ซ่อมบำรุง	เครื่องมือแพทย์ได้รับการสอบเทียบและบำรุงรักษาตามแผน เสี่ยงสูง ≥ 90 %	เสี่ยงสูง NA กลาง/ทั่วไป NA	เสี่ยงสูง 100 % กลาง/ทั่วไป 95 %

ความท้าทาย	วัตถุประสงค์ระยะสั้น	วัตถุประสงค์ระยะยาว	แผนกลยุทธ์/แผนปฏิบัติการ	การเปลี่ยนแปลง	แผนบุคลากร	ตัวชี้วัด	Performanceปัจจุบัน	Performanceที่คาดหวัง
						กลาง/ทั่วไป ≥80 %		
7.สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	เพื่อให้ผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่ได้ได้รับความรู้และทำกิจกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพ	ผู้รับบริการนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติ เจ้าหน้ามีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง ดัชนีมวลกายเป็นไปตามเกณฑ์และเป็นแบบอย่างที่ดีต่อชุมชน	1.ปรับปรุงบริเวณสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพและความปลอดภัย ตามแนวทาง Green & Clean hospital 2.การจัดตั้งจุดบริการตรวจคัดกรองผู้ป่วยและญาติที่มารับบริการ ในโรงพยาบาล 3.จัดสถานที่ติดตั้งป้าย/นิทรรศการให้ความรู้ด้านสุขภาพ 4.จัดกิจกรรมการให้ความรู้ 3 อ. 2 ส. 1 ฟ. 1 น., โควิด -19, TB, RDU ในแต่ละหน่วยงาน 5.จัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและออกกำลังกาย 6.จัดคลินิก DPAC บริการให้ความรู้/	-ภูมิทัศน์ภูมิทัศน์ภายในและบริเวณโรงพยาบาล สะอาดเรียบร้อย -สถานที่ติดตั้งป้ายให้ความรู้ครอบคลุมทุกพื้นที่ -ผู้รับบริการ/จนท.มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเพิ่มขึ้น -เจ้าหน้ามีสุขภาพร่างกายที่แข้งแรงค่าดัชนีมวลอยู่ในเกณฑ์	อบรม/จัดกิจกรรม 3 อ. 2 ส. 1 ฟ. 1 น. , โควิด -19, TB, RDU	1.ผู้บริการมีความพึงพอใจ ≥80 % 2.ผู้ป่วยและญาติมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดีขึ้นไป 3.กลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิกซินโดรมได้รับการให้คำปรึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	NA NA NA	≥ 90 % -ร้อยละ 60 -ร้อยละ 50

ความท้าทาย	วัตถุประสงค์ระยะสั้น	วัตถุประสงค์ระยะยาว	แผนกลยุทธ์/แผนปฏิบัติการ	การเปลี่ยนแปลง	แผนบุคลากร	ตัวชี้วัด	Performanceปัจจุบัน	Performanceที่คาดหวัง
			คำปรึกษา/และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม					
8.คุณภาพน้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัดผ่านเกณฑ์ มาตรฐาน	-เพื่อคุณภาพน้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัดผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามพารามิเตอร์ที่กำหนด	-น้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัด จากโรงพยาบาลไม่ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและชุมชน	1.มีการตรวจวัดค่าพื้นฐานเป็นประจำโดยหน่วยงานที่รับผิดชอบ 2.ส่งน้ำตรวจภายนอกทุก 3 เดือน	น้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัดอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานทั้งจากการตรวจจากหน่วยงานที่รับผิดชอบและหน่วยงานภายนอก	อบรมผู้ดูแลระบบบำบัดน้ำเสีย	คุณภาพน้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัดไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน = 0	0	0
9.ผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำใช้และน้ำดื่มผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	เพื่อคุณภาพน้ำดื่มและน้ำใช้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดทั้งด้าน 7.1 กายภาพ 7.2 เคมี 7.3 ชีวภาพ	เพื่อให้น้ำดื่มน้ำใช้ปลอดภัย ต่อผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่	1.ดูแลตรวจสอบระบบผลิตน้ำประปาโรงพยาบาลและมีการตรวจวัดค่าพื้นฐานเป็นประจำโดยหน่วยงานที่รับผิดชอบ 2.ตรวจโรงงานผลิตน้ำดื่มที่จำหน่ายน้ำดื่มให้แก่โรงพยาบาล 3.ส่งน้ำตรวจภายนอกทุก 3 เดือน	น้ำดื่ม น้ำใช้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานทั้งจากการตรวจจากหน่วยงานที่รับผิดชอบและหน่วยงานภายนอก	อบรมเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบด้านมาตรฐานดื่มเพื่อการบริโภคภาชนะบรรจุปิดสนิทตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่256) พ.ศ. 2545 เรื่อง น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท (ฉบับที่4)	คุณภาพน้ำดื่มน้ำใช้ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน = 0	0	0

แผนปฏิบัติการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (Environment & Exercise)

E.1 การสร้างเสริมสุขภาพบุคลากรชาวโรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ไร้พุง

ความท้าทาย	วัตถุประสงค์ ระยะสั้น	วัตถุประสงค์ ระยะยาว	แผนกลยุทธ์/ แผนปฏิบัติการ	การเปลี่ยนแปลง	แผนบุคลากร	ตัวชี้วัด	Performance ปัจจุบัน	Performance ที่คาดหวัง
-บุคลากรโรงพยาบาลศรีเชียงใหม่มีค่ารอบเอว และค่า ดัชนีมวลกายปกติ ไร้พุง เป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพแก่ชุมชน	-เพื่อให้บุคลากรโรงพยาบาลศรีเชียงใหม่มีกิจกรรมการออกกำลังกายและกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มีค่ารอบเอว และค่า ดัชนีมวลกายปกติ	-เพื่อให้บุคลากรโรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ มีการดูแลสุขภาพตนเองด้วยการออกกำลังกาย และกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มีสุขภาพแข็งแรง ไร้พุง ไร้โรค และเป็นตัวอย่างที่ดีด้านสุขภาพแก่ชุมชน	1.แต่งตั้ง/โครงสร้างคณะกรรมการ 2.จัดทำนโยบาย/แนวทางการดำเนินงาน/กิจกรรมเปิดตัวโครงการ 3.ประชาสัมพันธ์ 4.จัดเก็บข้อมูลด้านสุขภาพ /รอบเอว - 6 เดือนแรก - 6 เดือนหลัง 5.จัดกิจกรรมการออกกำลังกาย/ออกแฮงแยงคิง และการสร้างเสริมสุขภาพ ภายในองค์กร 6.ประเมินผลโครงการ/กิจกรรม 7.ตรวจสุขภาพและประเมินผลภาวะสุขภาพของบุคลากร	1.มีการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายและการสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาล 2.มีการเก็บรวบรวมข้อมูลการด้านสุขภาพสุขภาพของบุคลากร -กลุ่มปกติ -กลุ่มเสี่ยง -กลุ่มป่วย 3.มีการวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพของบุคลากรแต่ละกลุ่มเพื่อวางแผนการให้การดูแลอย่างถูกต้อง	-อบรม/ให้ความรู้แก่บุคลากรตามแนวทาง/แผนงานการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ	1.บุคลากรมีรอบเอวไม่เกินมาตรฐานที่กำหนด (ชาย 90 ซม.) (หญิง 80 ซม.) 2.บุคลากรมีค่ารอบเอวเกินเกณฑ์ (วัดรอบที่ 1) มีค่าลดลง (วัดรอบที่ 2) 3.บุคลากรสมัครเข้าร่วมโครงการออกแฮงแยงคิง -รอบที่ 1 -รอบที่ 2 4.ผลตรวจภาวะสุขภาพของบุคลากรมีค่าปกติ		-ร้อยละ 60 -ร้อยละ 80 -ร้อยละ 50 -ร้อยละ 80 -ร้อยละ 60

แผนปฏิบัติการด้านการสร้างเสริมเสริมสุขภาพ (Environment & Exercise)

E.2 การสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยและญาติ ในโรงพยาบาล ยุค New Normal

ความท้าทาย	วัตถุประสงค์ ระยะสั้น	วัตถุประสงค์ ระยะยาว	แผนกลยุทธ์/ แผนปฏิบัติการ	การเปลี่ยนแปลง	แผนบุคลากร	ตัวชี้วัด	Performance ปัจจุบัน	Performance ที่คาดหวัง
-ผู้ป่วยและญาติที่มารับบริการ ได้รับการบริการสร้างเสริมสุขภาพที่มีคุณภาพ และสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้อง	-เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติที่มารับบริการ ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพ และได้รับความรู้ / การบริการและมีกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีคุณภาพ	-ผู้ป่วยและญาติมีความรอบรู้ด้านสร้างเสริมสุขภาพสุขภาพและ สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้อง	1.มีการตรวจคัดกรองสุขภาพ และตรวจเฝ้าระวังโรค โควิด-19 ทุกราย 2.จัดกิจกรรมการให้ความรู้ 3 อ. 2 ส. 1 ฟ. 1 น., โควิด -19, TB, RDU 3.จัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและออกกำลังกาย 4.จัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพและปลอดภัยตามแนวทาง Green & Clean hospital 5.จัดคลินิก DPAC บริการให้ความรู้/ คำปรึกษา/และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	1.การจัดตั้งจุดบริการตรวจคัดกรองผู้ป่วยและญาติที่มารับบริการ ในโรงพยาบาล 2.การให้ความรู้/ ประชาสัมพันธ์ตามจุดบริการต่างๆ 3.การจัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและการออกกำลังกายของจุดให้บริการต่างๆ 4.การจัดสภาพแวดล้อมสถานบริการให้เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ 5.จัดทำนโยบาย/ โครงสร้าง/การจัดตั้งหน่วยงานผู้รับผิดชอบ	-อบรม/ให้ความรู้แก่บุคลากรตามแนวทาง/ แผนงานการดำเนินงานการสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้ป่วยและญาติที่มารับบริการ	1.การตรวจคัดกรองผู้มารับบริการ ผู้ป่วยและญาติ 2.ผู้ป่วยและญาติมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดีขึ้นไป 3.กลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิกซินโดรมได้รับการให้คำปรึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	- - -	-ร้อยละ 100 -ร้อยละ 60 -ร้อยละ 50

แผนปฏิบัติการด้านการสร้างเสริมเสริมสุขภาพ (Environment & Exercise)

E.3 ประชาชนรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมพลังชาวศรีเชียงใหม่ออกแฮงแยงคีง

ความท้าทาย	วัตถุประสงค์ระยะสั้น	วัตถุประสงค์ระยะยาว	แผนกลยุทธ์/แผนปฏิบัติการ	การเปลี่ยนแปลง	แผนบุคลากร	ตัวชี้วัด	Performanceปัจจุบัน	Performance ที่คาดหวัง
-ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้อง	-เพื่อส่งเสริมสุขภาพภาคประชาชนโดยการให้ความรู้และจัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน	-เพื่อให้ประชาชนทั่วไปมีความรอบรู้ด้านสร้างเสริมสุขภาพ สุขภาพ และสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้อง	1. รณรงค์จัดกิจกรรมการให้ความรู้ด้าน 3 อ. 2 ส. 1 ฟ. 1 น., โควิด -19, TB, RDU แก่ อสม. และประชาชนทั่วไป 2.ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้าร่วมสมัครโครงการออกแฮงแยงคีง 99 วันสุขภาพดีขึ้น 3.ส่งเสริมกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยการจัดตั้งชมรมออกแฮงแยงคีงประจำหมู่บ้าน 4.ข้อมูลผู้สมัครเข้าร่วมโครงการและข้อมูลค่าดัชนีมวลกายประชาชน 5.สรุปวิเคราะห์ผล	1.การรณรงค์ให้ความรู้ด้านสุขภาพโดยการให้ข้อมูล/ประชาสัมพันธ์/อบรมแกนนำ อสม. และประชาชนทั่วไป 2.ข้อมูลการสมัครเข้าร่วมโครงการออกแฮงแยงคีง 99 วันสุขภาพดีขึ้น 3.การจัดตั้งชมรมออกแฮงแยงคีงประจำหมู่บ้านและมีกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง	-อบรม/ให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ ตามแนวทาง/แผนงานการดำเนินงานการสร้างเสริมสุขภาพภาคประชาชน	1.ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดีขึ้นไป 2.ประชาชนเข้าร่วมสมัครโครงการออกแฮงแยงคีง 99 วันสุขภาพดีขึ้น -รอบที่ 1 -รอบที่ 2 3.ประชาชนอายุ 15-59 ปีมีค่าดัชนีมวลกายปกติ -รอบที่ 1 -รอบที่ 2	- - - - -	-ร้อยละ 60 -ร้อยละ 15 -ร้อยละ 20 -ร้อยละ 35 -ร้อยละ 65