



ยุทธศาสตร์

การพัฒนาสาธารณสุข

ระยะ 5 ปี [พ.ศ.2566-2570]

โรงพยาบาลชยันตเกษร

บทสรุปผู้บริหาร

โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ได้ถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติ และนำองค์กรจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระดับหน่วยงานอย่างมีส่วนร่วมและสร้างความเข้าใจร่วมกันในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขให้หน่วยงานตามยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 4 Excellence และยุทธศาสตร์โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ปี 2563-2565 (ฉบับทบทวน) เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลภายใต้งบประมาณและทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดความคุ้มค่าคุ้มทุนมากที่สุด

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทรมีภาพรวมความสำเร็จของการพัฒนาสาธารณสุข ตามตัวชี้วัดในการตรวจราชการและกำกับติดตาม ปีงบประมาณ 2564 ร้อยละ 76.19 โดยมีประเด็นมุ่งเน้น คือ ประเด็น Agenda base (นโยบายรัฐบาล ผู้บริหารระดับสูง ยุทธศาสตร์ชาติ) ร้อยละ 100 ประเด็น Function base (ระบบงานของหน่วยบริการ) ร้อยละ 72.22 และประเด็น Area based (ปัญหาสำคัญของพื้นที่) ร้อยละ 76.19

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทรมีภาพรวมความสำเร็จของการพัฒนาสาธารณสุขตามตัวชี้วัดของโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ปีงบประมาณ 2564 ร้อยละ 27.78 โดยมีประเด็นยุทธศาสตร์ 6 ประเด็น คือ ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบบริการทุกระดับให้มีคุณภาพมาตรฐาน จำนวน 14 KPI ผ่านร้อยละ 35.71 ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะที่ดีและมีความสุข จำนวน 1 KPI ในปี 2564 ไม่ได้สำรวจความผูกพันต่อองค์กร ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาระบบเทคโนโลยีทางการแพทย์ และข้อมูลข่าวสาร จำนวน 2 KPI ไม่ผ่าน 1 KPI และ รอประเมินผล 1 KPI ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบการเงินการคลัง จำนวน 1 KPI อยู่ระหว่างรอประเมิน ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 5 พัฒนาระบบบริหารจัดการที่ดีโดยหลักธรรมาภิบาล จำนวน 2 KPI ไม่ผ่าน 1 KPI และ รอประเมินผล 1 KPI และประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 6 พัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพ จำนวน 2 KPI ไม่ผ่าน 1 KPI และ รอข้อมูลสิ้นปี พ.ศ. 2564



plpschainathospital@gmail.com



056-411055 ต่อ 1505

กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการ
และสนับสนุนบริการสุขภาพ
โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

สารบัญ

บทสรุปผู้บริหาร

ก

บทที่ 1 บทนำ

1.1 บริบทพื้นที่อำเภอเมืองชัยนาท	1-3
1.2 ข้อมูลทั่วไปโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร	4-9
1.3 สถิติการให้บริการ	10-13

บทที่ 2 ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

2.1 ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564	14
2.2 ตารางสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดในการตรวจราชการ และการกำกับติดตาม ปีงบประมาณ 2564	15
2.3 ตารางสรุปผลการดำเนินงานตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ รพ. ชัยนาทนเรนทร ปีงบประมาณ พ.ศ.2566 - 2570	16 - 17

บทที่ 3 แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสาธารณสุขโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 - 2570

3.1 ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561 – 2580 และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12	18 - 19
3.2 แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข นโยบายกระทรวงสาธารณสุข ปี 2564 – 2565 นโยบายมุ่งเน้นกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 และแนวทางการดำเนินงาน และขับเคลื่อนการพัฒนาสาธารณสุข จังหวัดชัยนาท	20 - 22
3.3 วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าประสงค์ ค่านิยมร่วม อัตลักษณ์ และสมรรถนะหลักขององค์กร	23 - 24
3.4 ยุทธศาสตร์โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ปี 2566 - 2570	25 - 26
3.4.1 ยุทธศาสตร์ (4 Excellence) ที่ 1 Promotion Prevention & Protection Excellence (ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)	27 - 31
3.4.2 ยุทธศาสตร์ (4 Excellence) ที่ 2 Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)	32 - 45
3.4.3 ยุทธศาสตร์ (4 Excellence) ที่ 3 People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ)	46
3.4.4 ยุทธศาสตร์ (4 Excellence) ที่ 4 Governance Excellence (บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)	47 - 52

บทที่ 4 การขับเคลื่อนติดตามและประเมินผล

53 - 56

เอกสารอ้างอิง

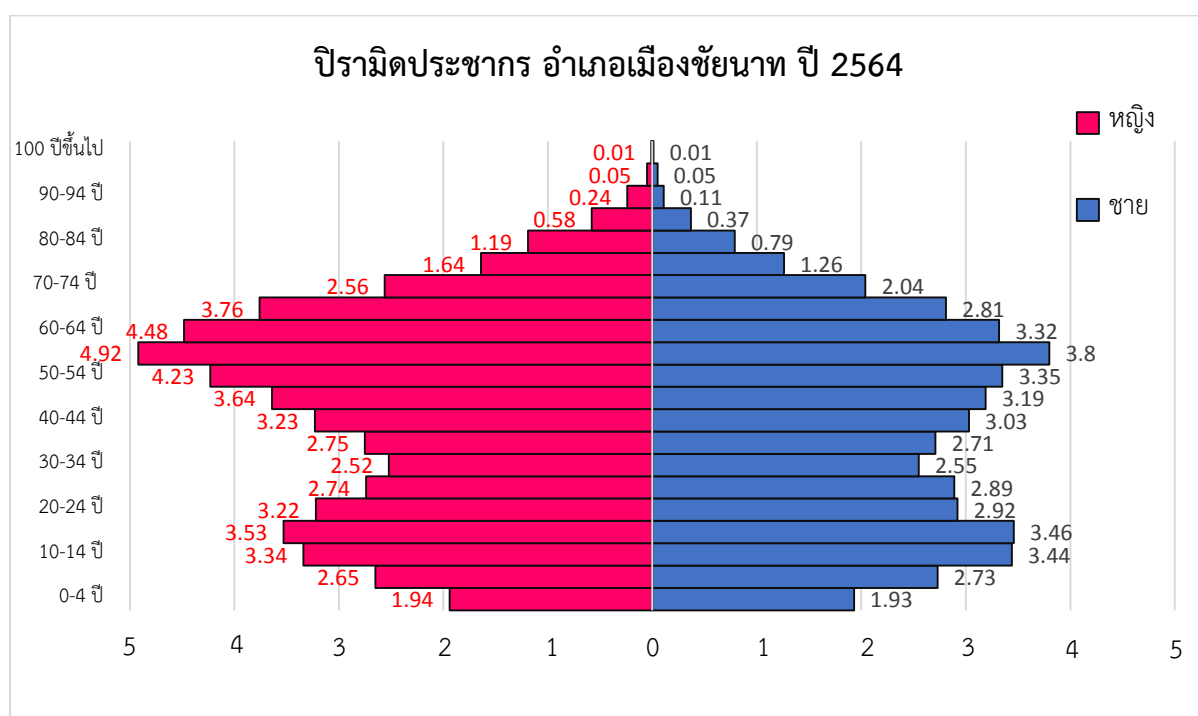
57

1.3 สภาพภูมิอากาศ

จังหวัดชัยนาทอยู่ภายใต้อิทธิพลของลมมรสุมที่พัดผ่านประจำฤดู ทำให้สามารถแบ่งฤดูกาลออกได้ 3 ฤดู คือ

- 1) ฤดูหนาว เริ่มตั้งแต่กลางเดือนตุลาคมถึงกลางเดือนกุมภาพันธ์ โดยเริ่มมีอากาศหนาวเย็นประมาณกลางเดือนพฤศจิกายนเป็นต้นไปซึ่งอากาศจะหนาวเย็นที่สุดอยู่ระหว่างเดือนธันวาคมถึงเดือนมกราคม
- 2) ฤดูร้อน เริ่มประมาณกลางเดือนกุมภาพันธ์ ถึงกลางเดือนพฤษภาคม มีอากาศร้อนอบอ้าวทั่วไป และจะมีฝนตกฟ้าคะนองได้เป็นบางแห่ง โดยจะมีอากาศร้อนจัดในเดือนเมษายน
- 3) ฤดูฝน เริ่มตั้งแต่กลางเดือนพฤษภาคมถึงกลางเดือนตุลาคม จะมีฝนตกชุกตั้งแต่กลางเดือนพฤษภาคมเป็นต้นไป เดือนกันยายนเป็นเดือนที่มีฝนตกชุกมากที่สุดในรอบปีและเป็นช่วงที่มีความชื้นสูงสุด

1.4 โครงสร้างประชากร



ที่มา : HDC Typearea 1,3 ประชากรตาม 43 แฟ้ม ข้อมูล ณ วันที่ 2 พฤศจิกายน 2564

จากปิรามิดประชากร พบว่า โครงสร้างประชากรของอำเภอเมืองชัยนาท ปี 2564 มีสัดส่วนเพศหญิง ร้อยละ 53.23 เพศชาย ร้อยละ 46.77 จำแนกเป็นกลุ่มเด็กเล็กและเด็กวัยเรียน (อายุ 0-14 ปี) ร้อยละ 16.03 ประชากรวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) ร้อยละ 58.68 และประชากรวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 25.27 ประชากรซึ่งเป็นวัยพึ่งพิง ได้แก่ เด็กกลุ่มอายุต่ำกว่า 15 ปี และวัยสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) คิดเป็นร้อยละ 41.3

1.5 ทรัพยากรด้านสาธารณสุข

1.5.1 สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ

- โรงพยาบาลชยันตเรนทร (348 เตียง)	1	แห่ง
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ขนาดเล็ก 2 แห่ง, ขนาดกลาง 8 แห่ง, ขนาดใหญ่ 3 แห่ง)	13	แห่ง
- ศูนย์สาธารณสุขชุมชนเมือง	1	แห่ง
- วิทยาลัยบรมราชชนนี	1	แห่ง

1.5.2 สถานบริการสาธารณสุขภาคเอกชน

- โรงพยาบาลเอกชน (60 เตียง)	1	แห่ง
- คลินิกแพทย์	21	แห่ง
- คลินิกทันตกรรม	4	แห่ง
- คลินิกการพยาบาลและผดุงครรภ์	15	แห่ง
- คลินิกเทคนิคการแพทย์	1	แห่ง
- ร้านขายยาแผนปัจจุบัน	14	แห่ง
- ร้านขายยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จ	4	แห่ง
- ร้านขายยาแผนโบราณ	6	แห่ง

2. ข้อมูลทั่วไปโรงพยาบาลชยันนาทเรนทร

โรงพยาบาลชยันนาทเรนทร เป็นโรงพยาบาลทั่วไป (S) ขนาด 348 เตียง มีพื้นที่ 72 ไร่ เปิดให้บริการครั้งแรกเมื่อวันที่ 19 พฤศจิกายน 2499

วิสัยทัศน์ (Vision) : เป็นโรงพยาบาลที่มีความปลอดภัย บริการด้วยหัวใจ ประสานเครือข่ายไร้รอยต่อ

พันธกิจ (Mission) :

1. เป็นหน่วยบริการสุขภาพและภาคีเครือข่ายที่มีคุณภาพ
2. บริหารจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในระบบบริการ
3. เป็นองค์กรแห่งความปลอดภัยและความสุข

เป้าประสงค์ (Core Value) :

1. ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพและปลอดภัย
2. โรงพยาบาลมีระบบบริหารจัดการภาครัฐที่ดี เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ และสร้างนวัตกรรม
3. เจ้าหน้าที่มีสมรรถนะที่ดี มีความปลอดภัย และมีความสุข

ค่านิยมร่วมขององค์กร (Core Value) :

- Customer focus (ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง)
- Team work (การทำงานเป็นทีม)
- Service mind (มีจิตบริการ)
- Visionary leadership (ผู้นำมีวิสัยทัศน์)
- Systems perspective (มองอย่างเป็นระบบ)
- Creative & Innovation (สร้างสรรค์นวัตกรรม)

โครงสร้างผู้บริหารโรงพยาบาลชยันนาทเรนทร

นายแพทย์พรเพชร	นันทวุฒิพันธุ์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชยันนาทเรนทร
นายแพทย์ทองศักดิ์	หอมทรัพย์	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์
พว.จำลอง	เมฆศรีสวรรค์	รักษาการรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล
นายพิริยะ	บุษยพรรณพงศ์	รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร
นายแพทย์ถาวร	สายสวรรค์	ผู้ช่วยผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านปฐมภูมิ
นายแพทย์ปกาสสิทธิ์	อนะหันลิไพบูลย์	ผู้ช่วยผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการ และสนับสนุนบริการสุขภาพ
นายแพทย์ประเวศ	ตรงฤทธิชัยการ	ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านการเงินการคลัง
นายแพทย์วิฑูรย์	ไหลรุ่งเรือง	ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านบริหารพัสดุ
นายแพทย์นฤทธิ	บุญเพชร	ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ
แพทย์หญิงสุชฎทัย	อนะหันลิไพบูลย์	ผู้ช่วยผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านทุติยภูมิ และตติยภูมิ

การให้บริการ

ห้องตรวจ-รักษา

1. ห้องตรวจผู้ป่วยนอก	22	ห้อง
2. ห้องตรวจทันตกรรม	7	ห้อง
3. ห้องผ่าตัด	8	ห้อง
4. จำนวนเตียง ICU	22	เตียง
5. จำนวนเตียงคลอด	5	เตียง
6. จำนวนเตียงรอกคลอด	12	เตียง
7. จำนวนเตียงอุบัติเหตุ –ฉุกเฉิน	7	ห้อง
8. จำนวนเตียงสังเกตอาการ	6	ห้อง

จำนวนเตียงป่วยใน 348 เตียง ดังนี้

แผนก	รวม	เตียงสามัญ	เตียงพิเศษ
อายุรกรรม	88	48	40
ศัลยกรรม	63	48	15
สูติ-นรีเวชกรรม	59	42	17
กุมารเวชกรรม	55	40	15
ศัลยกรรมกระดูก	63	48	15
จักษุ โสต ศอ นาสิก	20	20	-
รวม	348	246	102

สรุปอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ณ 1 ตุลาคม 2564

ที่	ตำแหน่ง	จำนวนตาม จ.18 (ขรก.)	ไปช่วย	มาช่วย	ลาศึกษา	ปฏิบัติงานจริง
1	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	1				1
2	นายแพทย์	72	3		14	55
3	ทันตแพทย์	14	1		1	12
4	เภสัชกร	23		2		25
5	พยาบาลวิชาชีพ	303	2			301
6	พยาบาลเทคนิค	0				0
7	จพ.ทันตสาธารณสุข	4				4
8	จพ.เภสัชกรรม	12	1			11
9	นักรังสีการแพทย์	4		1		5
10	จพ.รังสีการแพทย์	2				2
11	นักเทคนิคการแพทย์	10				10
12	นักวิทยาศาสตร์การแพทย์	4				4
13	จพ.วิทยาศาสตร์การแพทย์	9		1		10
14	นักกายภาพบำบัด	7		1		8
15	จพ.เวชกรรมฟื้นฟู	0				0
16	นวก.สาธารณสุข	8	1	1		8
17	จพ.สาธารณสุข	1		1		2
18	จพ.สาธารณสุข(เวชกิจ)	6			4	2
21	นักจิตวิทยา	2				1
25	นักกิจกรรมบำบัด	1				1
26	นักแพทย์แผนไทย	1				1
27	นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก	1				1
19	จพ.โสตทัศนศึกษา	1				1
20	จพ.เวชสถิติ	4				4
22	นักสังคมสงเคราะห์	2				2
23	นักโภชนาการ	2				2

ที่	ตำแหน่ง	จำนวนตาม จ.18 (ขรก.)	ไปช่วย	มาช่วย	ลาศึกษา	ปฏิบัติงานจริง
24	โภชนากร	0				0
28	ช่างกายอุปกรณ์	0				0
29	นักวิชาการเงินและบัญชี	0				0
30	จพ.การเงินและบัญชี	4				4
31	นักจัดการงานทั่วไป	2				2
32	นักทรัพยากรบุคคล	1				1
33	นิติกร	1				1
34	นวก.สาธารณสุข(เวชสถิติ)	1				1
35	นักวิชาการคอมพิวเตอร์	5				5
36	จพ.ธุรการ	6				6
37	จพ.พัสดุ	3				3
38	จพ.ห้องสมุด	0				0
39	นายช่างเทคนิค	1				1
รวม ข้าราชการ		518	8	7	19	498
ลูกจ้างประจำ		31	0	0	0	31
พนักงานกระทรวงฯ		280	0	0	0	280
พนักงานราชการ		29	0	0	0	29
ลูกจ้างชั่วคราว		30	0	0	0	30
รวมบุคลากรทั้งหมด		888	8	7	19	868

แพทย์เฉพาะทางสาขาต่าง ๆ ดังนี้

สาขา	จำนวน (คน)	สาขา	จำนวน (คน)
ผู้อำนวยการ	1	วิสัญญีวิทยา	4
สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา	3	รังสีวิทยาทั่วไป	2
ศัลยศาสตร์	5	รังสีวิทยาวินิจฉัย	2
อายุรศาสตร์	7	เวชศาสตร์ฟื้นฟู	2
อายุรศาสตร์โรคไต	2	เวชศาสตร์ครอบครัว	2
กุมารเวชศาสตร์	6	เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	4
ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์	6	เวชปฏิบัติทั่วไป	0
โสต ศอ นาสิกวิทยา	3	จักษุวิทยา	3
ประสาทวิทยา	1	ประสาทศัลยศาสตร์	1
จิตเวชศาสตร์	2	ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา	1

แผนเพิ่มอัตรากำลังของแพทย์เฉพาะทาง 5 ปี พ.ศ. 2564 – 2568 (ที่จะกลับมาปฏิบัติงาน)

แผนก	จำนวน				
	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568
แพทย์เฉพาะทาง	7 คน	9 คน	9 คน	13 คน	5 คน
- อายุรศาสตร์	1		1		
(สาขาประสาทวิทยา)			1		
(สาขาอายุรศาสตร์โรคระบบหายใจและภาวะวิกฤตโรคระบบการหายใจ)			1		
(สาขาอายุรศาสตร์โรคต่อมไทรอยด์และเมแทบอลิซึม)				1	
- กุมารเวชศาสตร์		1	1	1	
(สาขากุมารเวชศาสตร์ทารกแรกเกิดและปริกำเนิด)		1			
- ศัลยศาสตร์	1		1	2	
(สาขาศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา)		1		1	
- ประสาทศัลยศาสตร์	1	1			
- นิติเวชศาสตร์		1			
- ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์	1			1	1
- สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา			1		1
- จักษุวิทยา		1			
- วิสัญญีวิทยา		1		1	
- โสต ศอ นาสิกวิทยา				1	
- รังสีวินิจฉัย				1	
- เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	1		1		1
- เวชศาสตร์ฟื้นฟู				1	
- เวชศาสตร์ครอบครัว	1	1	1	1	2
- จิตเวชศาสตร์	1		1	1	
(สาขาจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น)		1			
- ตจวิทยา				1	

สถิติการให้บริการ

สถิติผู้ป่วยนอก

กิจกรรม		ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
1	ตรวจรักษาผู้ป่วยนอก (ราย/ครั้ง)	330,556/354,548	235,751/313,583	220,531/286,687	201,669/266,812
	เฉลี่ยตรวจผู้ป่วยนอกวันละ (ครั้ง)	1,231	1,096	1,002	933
	เฉลี่ยตรวจผู้ป่วยนอกวันราชการ วันละ (ครั้ง)	1,354	1,215	1,114	1,055
	เฉลี่ยตรวจผู้ป่วยนอก วันหยุดราชการวันละ (ครั้ง)	209	161	114	109
2	ผู้ป่วยนอกแยกประเภทโรค (ราย/ครั้ง)				
	- อายุรกรรม	129,304/137,598	99,263/119,657	95,601/115,553	94,821/125,425
	- ศัลยกรรมกระดูก	22,964/25,108	22,971/28,779	20,764/27,494	17,806/23,632
	- ศัลยกรรม	38,509/44,468	21,594/34,414	20,594/29,242	18,873/25,730
	- ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ	2,609/2,702	4,559/4,879	6,082/6,850	6,018/6,777
	- กุมารเวชกรรม	26,994/28,965	15,555/20,529	11,575/14,894	7,675/9,320
	- โสต ศอ นาสิก	15,929/16,636	12,317/14,635	10,199/12,240	9,043/11,094
	- ทันตกรรม	14,314/14,715	11,455/14,527	9,858/12,029	7,371/9,411
	- นรีเวชกรรม	9,851/10,261	6,882/9,035	6,350/8,655	5,781/7,714
	- สูติกรรม	7,641/8,136	3,867/5,840	4,044/6,268	4,140/6,642
	- จักษุ	20,978/21,868	18,276/21,353	19,007/21,982	16,935/19,148
	- จิตเวช	8,284/8,630	7,014/7,963	6,064/6,878	5,623/6,817
	- เวชกรรมฟื้นฟู/กายภาพ/นวด แผนไทย	33,179/35,460	11,998/31,972	10,393/24,602	7,583/15,102
	รวมทั้งหมด	330,556/354,548	235,751/313,583	220,531/286,687	201,669/266,812

สถิติผู้ป่วยใน

กิจกรรม		ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
1	ตรวจรักษาผู้ป่วยใน (ราย)	23,272	20,408	21,399
	เฉลี่ยมีผู้ป่วยในอยู่ในโรงพยาบาลวันละ (ราย)	292	249	296
	รวมวันอยู่ในโรงพยาบาลทั้งหมด (LOS) (วัน)	110,559	94,292	109,779
	จำนวนรวมผู้ป่วยในแต่ละวัน (Patient days) (วัน)	106,590	91,034	108,076
	เฉลี่ยผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลคนละ (วัน)	4.75	4.62	5.13
2	อัตราการครองเตียง (ร้อยละ)	87.04	71.47	85.09
3	อัตราการใช้เตียงต่อรายผู้ป่วยใน (Bed Turnover Rate)	66.86	58.64	61.49
4	ผู้ป่วยในถึงแก่กรรม (ราย)	1,154	979	1,001
5	อัตราการตายต่อผู้ป่วยใน 100 ราย	4.96	4.80	4.68
6	ผู้ป่วยในแยกตามแผนก (ราย)			
	- อายุรกรรม	7,927	6,981	8,522
	- กุมารเวชกรรม	4,912	3,752	2,914
	- ศัลยกรรม	2,995	3,176	3,964
	- สูติกรรม	2,083	1,900	1,686
	- ศัลยกรรมกระดูก	1,682	1,459	1,245
	- นรีเวช	947	706	616
	- ศัลยกรรมประสาท	863	610	712
	- ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ	215	271	266
	- โสต ศอ นาสิก	535	429	402
	- จักษุ	965	1,004	1,002
	- ทันตกรรม	148	120	70
	รวมทั้งหมด	23,272	20,408	21,399

หมายเหตุ วันนอน(LOS) และคงพยาบาล(Patient days) รวมโรงพยาบาลสนาม อบจ

อันดับสาเหตุการป่วยผู้ป่วยนอก(คน)

อันดับ	โรค	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2562
1	Essential hypertension (I10)	6,091	5,885	5,664	6,053
2	Diabetes mellitus (E11.0-E14.9)	4,114	4,208	5,386	4,205
3	Senile cataract (H25.0-H25.9)	3,307	3,079	3,253	2,409
4	Dyspepsia(R10.1)	2,894	1,504	1,705	1,457
5	Chronic kidney disease (N18.0-N18.9)	631	591	718	1,290
6	Diarrhea (A09.0-A09.9)	2,986	1,722	1,365	909
7	Allergic Rhinitis (J30.4)	1,274	1,114	1,044	770
8	Glaucoma (H40.9)	1,124	478	1,092	755
9	Acute nasopharyngitis (J00)	3,166	2,270	1,579	700
10	Acute pharyngitis (J02.9)	2,048	1,661	1,254	683

หมายเหตุ : เรียงลำดับตามปี 2564

อันดับสาเหตุการป่วยผู้ป่วยใน (ราย)

อันดับ	Diseases	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
1	Pneumonia (J12.0 – J18.9)	1,051	820	1,857
2	Senile cataract (H25.0 - H25.9)	813	859	897
3	Diarrhea (A09.0 - A09.9)	934	718	526
4	Intracranial injury (S06.00 - S06.91)	626	477	514
5	Malignant neoplasm of colon (C18.0 - C18.9)	138	265	485
6	Acute Myocardial infarction (I21.0 - I21.9)	419	419	466
7	Cerebral infarction (I63.0 - I63.9)	494	445	438
8	Respiratory distress of newborn (P22.0 - P22.9)	384	401	429
9	Heart Failure (I50.0 - I50.9)	363	366	424
10	Malignant neoplasm of breast (C50.0 - C50.9)	111	109	379

หมายเหตุ ข้อมูลจากรายงาน 12 แพ้มี เรียงลำดับตามปีงบประมาณ 2564 โดยใช้ข้อมูลที่เป็นโรคหลักเท่านั้น

ลำดับสาเหตุเสียชีวิตผู้ป่วยใน (ราย)

ลำดับ	Diseases	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
1	Pneumonia (J12.0 - J18.9)	157	135	126
2	Intracerebral hemorrhage (I61.0 - I61.9)	58	44	64
3	Acute myocardial infarction (I21.0 - I21.9)	66	68	62
4	Chronic kidney disease (N18.0 - N18.9)	43	54	53
5	Cerebral infarction (I63.0 - I63.9)	27	25	33
6	COVID-19 confirmed by laboratory testing (2019 nCoV virus disease) (U071)	-	-	31
7	Essential (primary) hypertension (I10)	23	8	22
	Other disorders of urinary system (N39.0 - N39.9)	27	9	22
8	Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts (C22.0 - C22.9)	19	28	21
9	Non-insulin-dependent diabetes mellitus (E11.0 - E11.9)	20	11	19
10	Other sepsis (A41.0 - A41.9)	28	8	17
	Other chronic obstructive pulmonary disease (J44.0 - J44.9)	37	26	17
	Pneumonitis due to solids and liquids (J69.0 - J69.8)	15	11	17
	Fibrosis and cirrhosis of liver (K74.0 - K74.6)	26	19	17

หมายเหตุ ข้อมูลจากรายงาน ท.ร. 4/1 โดยเรียงลำดับตามปีงบประมาณ

บทที่ 2

ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทรมีภาพรวมความสำเร็จของการพัฒนาสาธารณสุขตามตัวชี้วัดในการตรวจราชการและกำกับติดตาม ปีงบประมาณ 2564 ร้อยละ 76.19 โดยมีประเด็นมุ่งเน้น คือ ประเด็น Agenda base (นโยบายรัฐบาล ผู้บริหารระดับสูง ยุทธศาสตร์ชาติ) ร้อยละ 100 ประเด็น Function base (ระบบงานของหน่วยบริการ) ร้อยละ 72.22 และประเด็น Area based (ปัญหาสำคัญของพื้นที่) 76.19

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทรมีภาพรวมความสำเร็จของการพัฒนาสาธารณสุขตามตัวชี้วัดของโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ปีงบประมาณ 2564 ร้อยละ 27.78 โดยมีประเด็นยุทธศาสตร์ 6 ประเด็น คือ ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบบริการทุกระดับให้มีคุณภาพมาตรฐาน จำนวน 14 KPI ผ่านร้อยละ 35.71 ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะที่ดีและมีความสุข จำนวน 1 KPI ในปี 2564 ไม่ได้สำรวจความผูกพันต่อองค์กร ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาระบบเทคโนโลยีทางการแพทย์ และข้อมูลข่าวสาร จำนวน 2 KPI ไม่ผ่าน 1 KPI และ รอประเมินผล 1 KPI ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบการเงินการคลัง จำนวน 1 KPI อยู่ระหว่างรอประเมิน ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 5 พัฒนาระบบบริหารจัดการที่ดีโดยหลักธรรมาภิบาล จำนวน 2 KPI ไม่ผ่าน 1 KPI และ รอประเมินผล 1 KPI และประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 6 พัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพ จำนวน 2 KPI ไม่ผ่าน 1 KPI และ รอข้อมูลสิ้นปี พ.ศ. 2564

ตารางสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดในการตรวจราชการและกำกับติดตาม ปีงบประมาณ 2564

ประเด็น	จำนวนตัวชี้วัด (KPI)				
	จำนวน	ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ	ไม่ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ
1. Agenda base (นโยบายรัฐบาล ผู้บริหารระดับสูง ยุทธศาสตร์ชาติ)					
ประเด็นที่ 1 โครงการพระราชดำริ - โครงการราชทัณฑ์ ปันสุข ทำความ ดี ด้วยหัวใจ	1	1	100.00	0	0.00
ประเด็นที่ 2 ภูเขาทางการแพทย์	1	1	100.00	0	0.00
ประเด็นที่ 3 ระบบสุขภาพปฐมภูมิ	3	3	100.00	0	0.00
รวม Agenda base	5	5	100.00	0	0.00
2. Functional base (ระบบงานของหน่วยบริการ)					
ประเด็นที่ 4 สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต	22	16	72.73	6	27.27
ประเด็นที่ 5 ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย - Service plan สาขา STEMI, trauma, cancer, newborn, Intermediate care	13	9	69.23	4	30.77
ประเด็นที่ 7 Good Governance (ระบบธรรมาภิบาล) : ตรวจสอบภายในเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพแผนเงินบำรุง	1	1	100.00	0	0.00
รวม Functional base	36	26	72.22	10	27.78
3. Area based (ปัญหาสำคัญของพื้นที่)					
ประเด็นที่ 8 อายุคาดเฉลี่ย	1	1	100.00	0	0.00
รวมทั้งหมด	42	32	76.19	10	23.81

ข้อมูล ณ วันที่ 5 ต.ค.64

ตารางสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดยุทธศาสตร์โรงพยาบาลชยันตนาทนคร ปี 2563 - 2565 (ฉบับทบทวน)

ตัวชี้วัด (KPI)	ผลการดำเนินงานปี 62	ปี 63 (ต.ค.62-ก.ย.63)		ปี 64 (ต.ค.63-ก.ย.64)		ผู้รับผิดชอบ
		เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน	
ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบบริการทุกระดับให้มีคุณภาพมาตรฐาน						
1. อัตราการเกิด Birth asphyxia ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ	31.33	ไม่เกิน 25	34.13	ไม่เกิน 20	46.02	อรอุมา/ นงลักษณ์
2. อัตราเสียชีวิตผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage Level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง	10.58	12	12.49	8	8.12	พัชรา
3. อัตราความพึงพอใจ						
- ผู้ป่วยนอก	83.09	85	83.28	86	79.23	ศรัญญา
- ผู้ป่วยใน	83.15	85	84.36	85	83.36	เบ็ญจา
- ผู้รับบริการในชุมชน	88	≥ 86	92.10	≥ 86	93.2	สัมพันธ์
4. อัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรค	96.47	85	97.65	85	91.67	ศรัญญา
5. ผ่าตัด Fracture around the Hip ภายใน 72 ชั่วโมง	35.48	30	54.54	> 50	60.26	พรพรรณ
6. อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่า 28 วัน ต่อพันการเกิดมีชีพ	6.76	4	3.00	3.6	2.11	วิไล
7. ลดอัตราการตายโรค ปอดบวมในเด็กอายุ 1 เดือน -5 ปี ลดลง 10% เมื่อเทียบกับที่ผ่านมา	0.56	0.5	0.23	0.45	0	เบ็ญจา
8. อัตราการเกิด Rupture Appendicitis ก่อน admit/หลัง admit	9.64	8	5.87	7	18	ชะอุ่ม
9. อัตราการเสียชีวิต community-acquired	27.15	30	34.52	27	34.81	ณัฐยานันท์
10. ร้อยละผู้ป่วย DM-HT ควบคุมได้ดี	DM=31.71 HT=39.20	40 50	34.11 40.41	40 50	27.56 36.11	ตรีทิพย์
11. อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	11.19%	10	13.80	9	11.93	ณัฐวดี
12. อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ	4.63%	4	7.43	3	5.83	
13. จำนวน GHI ลดลง	27	19	14.00	13	7.14	มณฑลภัชร์
14. Zero defect ทุกตัวผ่านเกณฑ์	100	100	80.00	100	100	มณฑลภัชร์

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะที่ดีและมีความสุข						
15. ร้อยละของบุคลากรที่มีความผูกพันต่อองค์กร	66.67	≥ 70	NA	≥ 70	สำรวจ มค. 65	จ.ส.อ.ฉัตรชัย
ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาระบบเทคโนโลยีทางการแพทย์ และข้อมูลข่าวสาร						
16. ผ่านการประเมินรับรองมาตรฐานเทคโนโลยีสารสนเทศแห่งชาติ(TMI)	ระดับ1	ระดับ 3	ระดับ1	ระดับ 3	ระดับ1	สมพงษ์
17. ผ่านการประเมินรับรองมาตรฐานจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	NA	-	รอประเมิน	ผ่าน	รอประเมิน	สมพงษ์
ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบการเงินการคลัง						
18. ผลการประเมินประสิทธิภาพ 5 มิติ	70.14	≥ 80		≥ 90		
1) มิติด้านการเงิน	68.57	≥ 80	68.57	≥ 90	66.67	น้ำอ้อย
2) มิติด้านการจัดเก็บรายได้	73.91	≥ 80	73.91	≥ 90	55.56	จีรवारณ
3) มิติด้านงบการเงิน	97.61	≥ 80	97.67	≥ 90	100	ศุภรัตน์
4) มิติด้านบริหารพัสดุ	80.85	≥ 80	80.85	≥ 90	58.33	จันทิมา
5) มิติด้านการควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง	10.71	≥ 80	10.71	≥ 90	รอผลประเมิน	ฉัตรชัย
ยุทธศาสตร์ที่ 5 พัฒนาระบบบริหารจัดการที่ดีโดยหลักธรรมาภิบาล						
19. คะแนนความโปร่งใส ITA เพิ่มมากขึ้น	100	100	84.63	100	91.61	อัมพร
20. จำนวนข้อร้องเรียนลดลง	8	ลดลงร้อยละ 10	NA	ลดลงร้อยละ 10	NA	
ยุทธศาสตร์ที่ 6 พัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพ						
21. อายุคาดเฉลี่ยของประชากรจังหวัดชัยนาท	ช=71.25 ญ=79.07	72 ปี 81 ปี	72.25 79.95	73 ปี 82 ปี	รอสิ้นปี พ.ศ. รอสิ้นปี พ.ศ.	สัมพันธ์
22. หน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์ขึ้นทะเบียนตาม พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562	3 ทีม (42.86)	4 ทีม (57.14)	5 ทีม (71.43)	5 ทีม (71.43)	4 ทีม (57.14)	สัมพันธ์

บทที่ 3

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาโรงพยาบาลชยันนาทนเรนทร

ปีงบประมาณ พ.ศ.2566-2570

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสาธารณสุข ในระดับต่าง ๆ นั้นจะต้องมีความเชื่อมโยงสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข นโยบายของเขตสุขภาพที่ 3 และนโยบายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชยันนาท โดยโรงพยาบาลชยันนาทนเรนทร มีประเด็นที่มุ่งเน้นในประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 Service Excellence (การบริการที่เป็นเลิศ)

ดังนั้น แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสาธารณสุขโรงพยาบาลชยันนาทนเรนทร ปีงบประมาณ พ.ศ.2566-2570 จึงได้มาจากทวิเคราะห์และแปลงนโยบายระดับต่างๆ เพื่อเป็นปัจจัยในการนำเข้าการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสาธารณสุข

ในการนี้ เพื่อให้เห็นความเชื่อมโยงของกระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข โรงพยาบาลชยันนาทนเรนทร ปี พ.ศ.2566-2570 และแผนปฏิบัติการสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 จึงได้นำเสนอเป็นลำดับของแผนในระดับต่างๆ ดังนี้

ความเชื่อมโยงระหว่างยุทธศาสตร์ชาติกับนโยบายรัฐบาล ประเด็นปฏิรูป คสช. วาระปฏิรูปของ สปช. และการปฏิรูปตาม รธน.



ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ.2561-2580)

วิสัยทัศน์ประเทศไทย

"ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง"

มั่นคง

- มีความมั่นคงปลอดภัยจากภัยคุกคามการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในประเทศและจากภายนอกประเทศ และมีความมั่นคงในทุกมิติ ทั้งมิติเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และการเมือง
- ประเทศไทยมีความเป็นกลางอย่างแท้จริงและเป็นอิสระ
- สังคมมีความโปร่งใสและมีความซื่อสัตย์ ประชาชนมีความรักในชาติ มีงานและรายได้ที่มั่นคง มีที่อยู่อาศัยและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
- มีความมั่นคงของอาหาร พลังงาน และน้ำ

มั่งคั่ง

- ประเทศไทยมีการขยายตัวของเศรษฐกิจอย่างต่อเนื่อง ภาวะเติบโตเข้าสู่กลุ่มประเทศรายได้สูง ความเหลื่อมล้ำของการพัฒนาลดลง ประชากรมีระดับและอัตราการเจริญพันธุ์อย่างต่ำที่เหมาะสม
- เศรษฐกิจมีความสามารถในการแข่งขันสูง สร้างเศรษฐกิจและสังคมแห่งอนาคต และเป็นจุดนำดับของการเชื่อมโยงในภูมิภาคที่การคมนาคมขนส่ง การผลิต การค้า การลงทุน มีความสมบูรณ์ในทุกมิติจะสามารถสร้างการพัฒนาที่ยั่งยืน ชาติ ชุมชน และ ทุนทางปัญญา ทุนทางการเงินและทุนอื่นๆ

ยั่งยืน

- การพัฒนาที่คำนึงถึงความเจริญควบคู่กันได้ และคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างยั่งยืน โดยไม่ใช้ทรัพยากรธรรมชาติเกินพอดี ไม่ข้ามผลการส่งผลกระทบต่อคนรุ่นหลังและการเป็นกลางที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม และสอดคล้องกับกฎระเบียบของประชาคมโลก
- คนไทยมีความรับผิดชอบต่อสังคม มีสำนึกและมีความร่วมอย่างยั่งยืนในทุกภาคส่วนที่ดำเนินชีวิตแบบวิถีชีวิตตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

เป้าหมายการพัฒนาประเทศ
ประเทศไทยมีความมั่นคง ประชาชนมีความสุข เศรษฐกิจพัฒนาอย่างต่อเนื่อง สังคมเป็นธรรม ฐานทรัพยากรธรรมชาติยั่งยืน

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564)

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564)

ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2560 - 2579)

พ.ศ. 2579

2558 แผนฯ 12 (พ.ศ. 2560- 2564) แผนพัฒนา ฉบับที่ 13 14 15

วิสัยทัศน์ "มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน"

วิสัยทัศน์ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี เป็นกรอบวิสัยทัศน์แผนพัฒนา ฉบับที่ 12 ควบคู่กับกรอบเป้าหมายที่ยั่งยืน (SDGs)

6 เป้าหมายสำคัญ

- คนไทยมีคุณลักษณะเป็นคนไทยที่สมบูรณ์
- ความเหลื่อมล้ำทางด้านรายได้และความยากจนลดลง
- ระบบเศรษฐกิจมีความเข้มแข็งและแข่งขันได้
- ทุนทางธรรมชาติและคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนสามารถสนับสนุนการเติบโตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมมีความมั่นคงทางอาหาร พลังงาน และน้ำ
- มีความมั่นคงในเอกราชและอธิปไตย สังคมปลอดภัย สันติภาพ เสรีภาพพลเมืองดี และพัฒนาที่ยั่งยืนของภาคเกษตรไทย
- มีระบบบริหารจัดการภาครัฐที่มีประสิทธิภาพ ทันสมัย โปร่งใส ตรวจสอบได้ กระจายอำนาจและมีส่วนร่วมจากประชาชน

10 ยุทธศาสตร์การพัฒนา

- ยุทธศาสตร์ 1** การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์
- ยุทธศาสตร์ 2** การสร้างความเป็นธรรมลดความเหลื่อมล้ำในสังคม
- ยุทธศาสตร์ 3** การสร้างความเข้มแข็งทางเศรษฐกิจและแข่งขันได้อย่างยั่งยืน
- ยุทธศาสตร์ 4** การเติบโตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน
- ยุทธศาสตร์ 5** การเสริมสร้างความมั่นคงแห่งชาติเพื่อการพัฒนาประเทศไทยอย่างยั่งยืน
- ยุทธศาสตร์ 6** การบริหารจัดการในภาครัฐ การป้องกัน การทุจริตประพฤติมิชอบและธรรมาภิบาลในสังคมไทย
- ยุทธศาสตร์ 7** การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและระบบโลจิสติกส์
- ยุทธศาสตร์ 8** การพัฒนาวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี วิจัย และนวัตกรรม
- ยุทธศาสตร์ 9** การพัฒนาภาคเมืองและพื้นที่เศรษฐกิจ
- ยุทธศาสตร์ 10** ความร่วมมือระหว่างประเทศเพื่อการพัฒนา

แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข

แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข)
(ตุลาคม 2559 ถึง พ.ศ. 2579)

เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพ
ที่รวมพลังสังคม
เพื่อประชาชนสุขภาพดี



พัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพ
อย่างมีส่วนร่วม
และยั่งยืน

MoPH
CORE VALUES!

Mastery

People centered approach

Originality

Humility

เป้าหมาย



ประชาชนสุขภาพดี



เจ้าหน้าที่มีความสุข



ระบบสุขภาพยั่งยืน

กรอบแนวคิด



ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี
และการปฏิรูปประเทศไทย
ด้านสาธารณสุข

แผนพัฒนาเศรษฐกิจ
และสังคมแห่งชาติ
ฉบับที่ 12
(พ.ศ.2560 – 2564)

เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน
(SDGs)

การบูรณาการ (Integrated)
องค์รวมและครอบคลุม
(Holistic & Comprehensive)
การมีส่วนร่วมของทุกภาค (Multisectors)
ประสิทธิภาพและประสิทธิผล

Road map แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (4 Phase)



Phase 1 (2560-2564)



Phase 2 (2565-2569)



Phase 3 (2570-2574)



Phase 4 (2575-2579)

4 Excellence Strategies
(16 แผนงาน 48 โครงการ)

- พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย
- การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
- ความปลอดภัยด้านอาหารและลดปัจจัยเสี่ยง
ต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
- การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

- ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
- ระบบหลักประกันสุขภาพ
- ความมั่นคงด้านยาและเวชภัณฑ์และ
การคุ้มครองผู้บริโภค
- ระบบธรรมาภิบาล



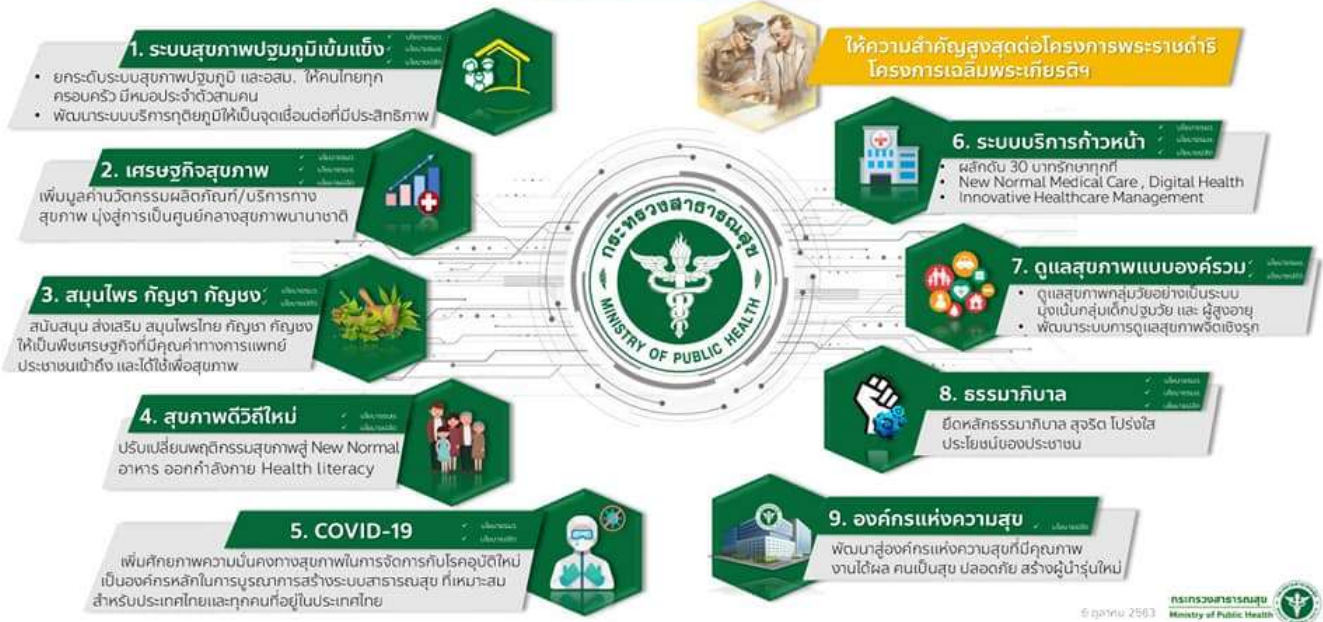
- การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
- การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
- ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์
- ศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ/เขตเศรษฐกิจพิเศษ

- การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ
- การผลิตและพัฒนากำลังคน
- การพัฒนาประสิทธิภาพระบบบริหารจัดการ
กำลังคนด้านสุขภาพ
- การพัฒนาเครือข่ายภาคประชาชนและ
ภาคประชาสังคมด้านสุขภาพ

v.4 – 15 มิ.ย. 2559

นโยบาย กระทรวงสาธารณสุข ปี 2564-2565

ประชาชนแข็งแรง เศรษฐกิจแข็งแรง ประเทศไทยแข็งแรง




สรุปตัวชี้วัดนโยบายมุ่งเน้นกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2565

สรุปตัวชี้วัดนโยบายมุ่งเน้น ของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565



ทิศทางการดำเนินงานและขับเคลื่อนการพัฒนาสาธารณสุข จังหวัดชัยนาท

อายุคาดเฉลี่ยของประชาชนจังหวัดชัยนาท









พ.ศ. 2580 => 85 ปี
พ.ศ. 2570 => 79 ปี

ค่าเป้าหมาย เพิ่มขึ้น 2.5 ปี ในปี 2570 โดยมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด 79 ปี

ผลลัพธ์ (ปี ๒๕๖๓)			
ระดับจังหวัด	๗๖.๐๗	ภาพรวมเพิ่มขึ้น ๐.๙๓ ปี	
เมืองชัยนาท	๗๕.๔๔	มโนรมย์	๗๖.๓๒
วัดสิงห์	๗๕.๔๒	สรรพยา	๗๗.๓๔
สรรคบุรี	๗๕.๙๔	หันคา	๗๕.๗๓
หนองมะโมง	๗๗.๘๑	เนินขาม	๗๖.๓๓

โรคนและภัยสุขภาพที่สำคัญ จังหวัดชัยนาท

 หลอดเลือดสมอง	 การมีเจตนาทำร้ายตนเอง
 หัวใจขาดเลือด	 โลหิตเป็นพิษ
 อุบัติเหตุจากรถ	 ปอดบวม

ยุทธศาสตร์

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค	ยุทธศาสตร์ที่ ๒ บริการเป็นเลิศ	ยุทธศาสตร์ที่ ๓ บุคลากรเป็นเลิศ	ยุทธศาสตร์ที่ ๔ บริหารเป็นเลิศ ด้วยธรรมาภิบาล
---	-----------------------------------	------------------------------------	---

จุดเน้น

: ดำเนินการเพิ่มอายุคาดเฉลี่ยในพื้นที่อำเภอหันคา อำเภอวัดสิงห์ อำเภอเมืองชัยนาท และอำเภอสรรคบุรี

: ทุกอำเภออายุคาดเฉลี่ยรวมเพิ่มขึ้น 2.5 ปี ในปี 2570 (เพิ่มปีละ 0.5)

แนวทาง มาตรการ

แนวทาง มาตรการที่สำคัญ

1. จัดตั้งคณะทำงานรายประเด็นโรคเพื่อแก้ไขปัญหาโรคและภัยสุขภาพ
2. ระดับอำเภอวิเคราะห์ LE เพื่อพัฒนา Intervention แก้ปัญหารายพื้นที่
3. บูรณาการแก้ไขปัญหาภายใต้คณะกรรมการระดับจังหวัด คณะกรรมการ service plan และ พชอ.

วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าประสงค์ ค่านิยมร่วมขององค์กร อัตลักษณ์ และสมรรถนะหลักขององค์กร

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศาธารณสุขโรงพยาบาลชยันนาทนครินทร์ ปีงบประมาณ พ.ศ.2566-2570 ภายใต้ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 4 ยุทธศาสตร์, นโยบายนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชยันนาท (ยุทธศาสตร์ GPS) และยุทธศาสตร์โรงพยาบาลชยันนาทนครินทร์ ฉบับทบทวน (ปี 2563-2565) โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของหน่วยงานในการเชื่อมโยงยุทธศาสตร์เพื่อสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข และจัดทำแผนปฏิบัติการสาธารณสุข (Action plan) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศาธารณสุขโรงพยาบาลชยันนาทนครินทร์ มุ่งเน้นดูแลให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพและความปลอดภัย มีระบบบริหารจัดการภาครัฐที่ดี เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และเป็นโรงพยาบาลร่วมสอนกับสถาบันผลิตแพทย์โดยจัดการศึกษาแก่นักศึกษาแพทย์ รวมทั้งส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ที่มีสมรรถนะที่ดี มีความปลอดภัยและมีความสุข รวมทั้งมุ่งเน้นนโยบายกระทรวงสาธารณสุขให้เกิดผลสัมฤทธิ์ ประกอบด้วย 4 ยุทธศาสตร์ คือ

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion, Prevention & Protection Excellence)

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

วิสัยทัศน์ (Vision) : เป็นโรงพยาบาลที่มีความปลอดภัย บริการด้วยหัวใจ ประสานเครือข่ายไร้รอยต่อ

พันธกิจ (Mission) : 1. เป็นหน่วยบริการสุขภาพและภาคีเครือข่ายที่มีคุณภาพ

2. บริหารจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในระบบบริการ

3. เป็นองค์กรแห่งความปลอดภัยและความสุข

เป้าประสงค์ (Core Value) : 1. ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพและปลอดภัย

2. โรงพยาบาลมีระบบบริหารจัดการภาครัฐที่ดี เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ และสร้างนวัตกรรม

3. เจ้าหน้าที่มีสมรรถนะที่ดี มีความปลอดภัย และมีความสุข

ค่านิยมร่วมขององค์กร (Core Value) :

- Customer focus (ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง)
- Team work (การทำงานเป็นทีม)
- Service mind (มีจิตบริการ)
- Visionary leadership (ผู้นำมีวิสัยทัศน์)
- Systems perspective (มองอย่างเป็นระบบ)
- Creative & Innovation (สร้างสรรค์นวัตกรรม)

อัตลักษณ์โรงพยาบาลชยันตนาทนเรนทร : ซื่อสัตย์ รับผิดชอบ มีน้ำใจ

สมรรถนะหลักขององค์กร (Core Competencies) :

1. มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบตติยภูมิ สาขาหลักตามมาตรฐาน โรงพยาบาลระดับ S
2. มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care)
3. มีความสามารถในการบริการปฐมภูมิ มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว มีศูนย์ PCC และเป็นศูนย์สมทบในการฝึกอบรมแพทย์เพิ่มพูนทักษะ และนักศึกษาพยาบาล มีความเชื่อมโยงจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อชุมชนและภาคีเครือข่าย
4. มีสมรรถนะในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านวิชาการสารสนเทศ แหล่งฝึกอบรมแพทย์ใช้ทุน และแพทย์ฝึกหัด
5. มีการเข้าถึงผู้ป่วยฉุกเฉินเร็วขึ้น

ยุทธศาสตร์โรงพยาบาลชยันนาทนเรนทร ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 - 2570

	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย					
		ปี66	ปี67	ปี68	ปี69	ปี 70	ปี66-70
1	Promotion Prevention & Protection Excellence อายุคาดเฉลี่ยของประชากร อำเภอเมืองชยันนาท	ช = 75 ปี ญ = 84 ปี	ช = 76 ปี ญ = 85 ปี	ช = 77 ปี ญ = 86 ปี	ช = 78 ปี ญ = 87 ปี	ช = 79 ปี ญ = 88 ปี	ช = 80 ปี ญ = 89 ปี
2	หน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ผ่านเกณฑ์ขึ้นทะเบียนตาม พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562	85	100	100	100	100	100
3	โรงพยาบาลสามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อ COVID-19 ให้สงบได้ภายใน 21 – 28 วัน	100	100	100	100	100	100
4	อัตราการสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยโรคปอดตายใหม่	90	90	95	95	100	100
5	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan	96	97	98	99	100	100
	Service Excellence						
6	อัตราการเกิด Birth asphyxia ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ	< 35	< 30	< 25	< 22	< 20	< 20
7	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชม. (ทั้งที่ ER และ Admit)	10	9	8	7	6	7
8	ร้อยละของโรงพยาบาลทั่วไป ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ	100	100	100	100	100	100
9	อัตราการพึงพอใจ						
	ผู้ป่วยนอก	85	85	90	90	90	90
	ผู้ป่วยใน	< 80%	< 80%	< 80%	< 80%	< 80%	< 80%
	ผู้รับบริการในชุมชน	87	88	89	90	90	90
10	อัตราการตายทารกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน	< 3.5	< 3.5	< 3.4	< 3.4	< 3.4	< 3.4
11	อัตราการตายผู้ป่วยปอดบวมอายุ 1เดือนถึง 15ปี ลดลงร้อยละ 10 เทียบกับปีที่ผ่านมา	ลดลง 10	ลดลง 10	ลดลง 10	ลดลง 10	ลดลง 10	ลดลง 10
12	อัตราป่วยตายของผู้ป่วยไข้เลือดออกไม่เกินร้อยละ 0.2	< 0.2	< 0.2	< 0.2	< 0.2	< 0.2	< 0.2
13	อัตราการเกิด Rupture Appendicitis	< 20	< 20	< 20	< 20	< 20	< 20

	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย					
		ปี66	ปี67	ปี68	ปี69	ปี 70	ปี66-70
	Service Excellence (ต่อ)						
14	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired sepsis	< 26	< 24	< 24	< 24	< 24	< 24
15	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง						
	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (รวมแตก+ตีบ)	<7	<7	<7	<7	<7	<7
	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก	<25	<25	<25	<25	<25	<25
	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ	<5	<5	<5	<5	<5	<5
16	จำนวน GHI ลดลง	4	4	3	3	2	2
17	Zero defect ทุกตัวผ่านเกณฑ์	100	100	100	100	100	100
18	ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ GFR < 5 ml/min/1.73 m2/yr	66	67	68	69	70	66-70
19	อัตราการเข้าถึงบริการของโรคที่สำคัญทางจิตเวช - โรคซึมเศร้า (Depressive disorder)/ โรคจิตเภท (Schizophrenia)	ร้อยละ 75	ร้อยละ 75	ร้อยละ 75	ร้อยละ 75	ร้อยละ 75	ร้อยละ 75
	People Excellence						
20	ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาความรู้ ทักษะ และสมรรถนะที่จำเป็น	75	80	85	90	90	85
	Governance Excellence						
21	ร้อยละคะแนนผ่านเกณฑ์ประเมิน ITA	92	95	95	100	100	95
22	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7	<ระดับ 2	<ระดับ 2	<ระดับ 2	<ระดับ 2	<ระดับ 2	<ระดับ 2
23	รพ. มีการกำกับติดตามการใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุง	90	90	95	100	100	100
24	รพ.ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข	ร้อยละ80	ร้อยละ80	ร้อยละ85	ร้อยละ85	ร้อยละ90	ร้อยละ 90
25	รพ.ผ่านการประเมินบริการที่เป็น Smart Hospital (Smart tools & Smart service)	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
26	จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด	2 เรื่อง	2 เรื่อง	2 เรื่อง	2 เรื่อง	2 เรื่อง	10 เรื่อง
27	รพ.ผ่านการประเมินคุณภาพด้านการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	ร้อยละ 95

เป้าหมายการพัฒนา : เป็นโรงพยาบาลที่มีความปลอดภัย บริการด้วยหัวใจ ประสานเครือข่ายไร้รอยต่อ

ยุทธศาสตร์ (4 Excellence) ที่ 1 Promotion Prevention & Protection Excellence (ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)

แผนงาน/กิจกรรม	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data)	ค่าเป้าหมาย						แนวทางการพัฒนา
				ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570	ปี 2566-2570	
พัฒนาคุณภาพชีวิตคุณภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)	1.อายุคาดเฉลี่ยของประชากร อำเภอเมืองชัยนาท			ช 75 ปี ญ 84 ปี	ช 76 ปี ญ 85 ปี	ช 77 ปี ญ 86 ปี	ช 78 ปี ญ 87 ปี	ช 79 ปี ญ 88 ปี	ช 79ปี ญ 88 ปี	- การบูรณาการระหว่าง service plan เฉพาะโรค/สาขา โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง และโรกระบบทางเดินหายใจ กับ service plan ปฐมภูมิ ในการแก้ไขปัญหาและป้องกันปัญหาสาเหตุของการเสียชีวิต รวมถึงการบูรณาการการดูแลโรคสำคัญของทั้งในระดับสถานบริการปฐมภูมิ และทุติยภูมิ/ตติยภูมิ
<p>คำนิยาม</p> <ul style="list-style-type: none"> - อายุคาดเฉลี่ย (Life Expectancy) หมายถึง การคาดประมาณจำนวนปีโดยเฉลี่ยของการมีชีวิตของประชากร - อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy at Birth) หมายถึง อายุที่คาดว่าประชากรแรกเกิดจะมีอายุอีกกี่ปีก่อนเสียชีวิต - ประชาชนจังหวัดชัยนาท หมายถึง ประชากรกลางปี 2563 จากศูนย์บริหารการทะเบียนภาค 1 สาขาจังหวัดชัยนาท กระทรวงมหาดไทย - โรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหา หมายถึง อัตราตายจากโรคและภัยสุขภาพ 3 อันดับแรกของจังหวัดจากฐานข้อมูลการตาย กยผ. กสธ. 										

เป้าหมายการพัฒนา : เป็นโรงพยาบาลที่มีความปลอดภัย บริการด้วยหัวใจ ประสานเครือข่ายไร้รอยต่อ

ยุทธศาสตร์ (4 Excellence) ที่ 1 Promotion Prevention & Protection Excellence (ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)

แผนงาน/กิจกรรม	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data)	ค่าเป้าหมาย						แนวทางการพัฒนา
				ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570	ปี 2566-2570	
พัฒนาคุณภาพชีวิต คุณภาพคนไทยทุก กลุ่มวัย(ด้าน สุขภาพ)	2.หน่วยบริการหรือ เครือข่ายหน่วยบริการ ปฐมภูมิ ที่ผ่านเกณฑ์ขึ้น ทะเบียนตาม พรบ.ระบบ สุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562	100	71.42	85	100	100	100	100	100	-สร้างเสริมให้ประชาชนมีความรู้ พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค รวมทั้งพัฒนา บริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและ มีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง -ประชาชนจังหวัดชัยนาทที่มีชื่ออยู่ใน หน่วยบริการปฐมภูมิได้รับการ ดูแลโดยมีหมอประจำครอบครัว ครบ 3 คน ให้คำปรึกษาและ ประสานงานส่งต่ออย่างสะดวกและ รวดเร็ว
<p>คำนิยาม</p> <ul style="list-style-type: none"> หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิหมายถึงหน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิพ.ศ. 2562 <p>บริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดูแลสุขภาพของบุคคลในบัญชีรายชื่อ ซึ่งมีขอบเขต ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> บริการสุขภาพอย่างองค์รวม แต่ไม่รวมถึงการดูแลโรคหรือปัญหาสุขภาพที่จำเป็นต้องใช้เทคนิคหรือเครื่องมือทางการแพทย์ที่ซับซ้อน การปลูกถ่ายอวัยวะ และการผ่าตัด ยกเว้น การผ่าตัดขนาดเล็กซึ่งสามารถฉีดยาเฉพาะที่ บริการสุขภาพตั้งแต่แรก ครอบคลุมทุกระบวนการสาธารณสุข ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ แต่ไม่รวมถึงการบริการแบบผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ การบริการแบบผู้ป่วยใน การคลอด และการปฏิบัติการฉุกเฉิน ยกเว้น กรณีการปฐมพยาบาลและการดูแลในภาวะฉุกเฉินเพื่อให้รอดพ้นภาวะฉุกเฉิน บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทุกช่วงวัยตั้งแต่ การตั้งครรภ์ ทารก วัยเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ จนกระทั่งเสียชีวิต การดูแลสุขภาพของบุคคลแบบผสมผสาน ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพโดยการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์ทางเลือก 										

เป้าหมายการพัฒนา : เป็นโรงพยาบาลที่มีความปลอดภัย บริการด้วยหัวใจ ประสานเครือข่ายไร้รอยต่อ
ยุทธศาสตร์ (4 Excellence) ที่ 1 Promotion Prevention & Protection Excellence (ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)

แผนงาน/กิจกรรม	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data)	ค่าเป้าหมาย						แนวทาง การพัฒนา
				ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570	ปี 2566-2570	
พัฒนาคุณภาพชีวิต คุณภาพคนไทยทุก กลุ่มวัย(ด้านสุขภาพ)	3. โรงพยาบาลสามารถควบคุม สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ภายใน 21 – 28 วัน	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ประเมินสถานการณ์โรค ติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 ดำเนินการแยกกัก/กักกัน ผู้สัมผัสเสี่ยงสูง และ ตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
	<p>คำนิยาม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. โรงพยาบาลสามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ภายใน 21 – 28 วัน หมายถึง ณ วันที่มีรายงานผู้ป่วยได้รับการยืนยันเป็นผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายแรกของเหตุการณ์ (Event) เมื่อติดตามสถานการณ์ไป 28 วันแล้ว หลังจากนั้นไม่พบผู้ป่วยยืนยัน รายใหม่เกิดขึ้น 2. ระดับความสำเร็จในการเตรียมพร้อมและตอบโต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หมายถึง การดำเนินการเตรียมความพร้อมและตอบโต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ทั้งหมด 10 ประเด็น โดยวัดผลการดำเนินงานใน ระดับประเทศ 10 ประเด็น และในระดับจังหวัด 4 ประเด็น รายละเอียดตามหัวข้อเกณฑ์การประเมิน ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> 1) พัฒนาระบบเฝ้าระวังและกระบวนการคัดกรองโรคในผู้เดินทางระหว่างประเทศ ณ ช่องทาง เข้าออกประเทศ 2) ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 3) การถอดบทเรียนการเตรียมพร้อมและตอบโต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 4) มี Real time Dashboard สำหรับผู้บริหารตัดสินใจ 5) ห้องปฏิบัติการทุกจังหวัดสามารถแจ้งผลตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ใน 1 วัน 6) ประเมินมาตรการ DMHTTA (หน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย) 7) ประชาชนกลุ่มเสี่ยงภายใต้สถานการณ์ COVID-19 เข้าถึงบริการสุขภาพจิต และได้รับ การเยียวยาจิตใจ 8) ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีอาการไม่รุนแรง (สีเขียว) ที่ได้รับยาฟ้าทะลายโจร 9) ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (สีเขียว) ได้รับการฟื้นฟูสภาพด้วยการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพร 10) แผนรองรับภาวะฉุกเฉินฉบับปรับปรุง เพื่อเตรียมความพร้อมในการเผชิญเหตุเพื่อรองรับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข 									

เป้าหมายการพัฒนา : เป็นโรงพยาบาลที่มีความปลอดภัย บริการด้วยหัวใจ ประสานเครือข่ายไร้รอยต่อ
 ยุทธศาสตร์ (4 Excellence) ที่ 1 Promotion Prevention & Protection Excellence (ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)

แผนงาน/กิจกรรม	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data)	ค่าเป้าหมาย						แนวทาง การพัฒนา
				ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570	ปี 2566-2570	
พัฒนาคุณภาพชีวิต คุณภาพคนไทยทุก กลุ่มวัย(ด้าน สุขภาพ)	4.อัตราการสำเร็จในการรักษา ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	ร้อยละ 88	85.71	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	ร้อยละ 95	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	พัฒนาระบบกำกับดูแล รักษา การประเมินความ เสี่ยงต่อการเสียชีวิต การ กำกับกรกินยา และติดตาม เยี่ยมอย่างต่อเนื่อง
<p>คำนิยาม: 1.อัตราการสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ความสำเร็จของการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ -รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อวัณโรคก่อนเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา และในเดือนสุดท้ายของการรักษา -รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาลมเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้มีผลตรวจเสมหะเป็นลบอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา รวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่ผลตรวจ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ -ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อวัณโรค (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ Culture หรือวิธี Molecular หรือวิธีการอื่นๆ ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง -ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B-) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ หรือไม่มีผลตรวจ แต่ผลการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอกซเรย์รังสีทรวงอกหรือผลการตรวจชิ้นเนื้อผิดปกติเขาได้กับวัณโรค ร่วมกับมีลักษณะทางคลินิกเขาได้กับวัณโรค และแพทย์ตัดสินใจรักษาด้วยสูตรยารักษาวัณโรค</p>										

**เป้าหมายการพัฒนา : เป็นโรงพยาบาลที่มีความปลอดภัย บริการด้วยหัวใจ ประสานเครือข่ายไร้รอยต่อ
ยุทธศาสตร์ (4 Excellence) ที่ 1 Promotion Prevention & Protection Excellence (ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)**

แผนงาน/กิจกรรม	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data)	ค่าเป้าหมาย						แนวทาง การพัฒนา
				ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570	ปี 2566- 2570	
พัฒนาคุณภาพชีวิต คุณภาพคนไทยทุก กลุ่มวัย(ด้านสุขภาพ)	5.ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan	ร้อยละ 90	92.45	96	97	98	99	100	100	พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยสนับสนุนการมีส่วนร่วมของ ภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มี คุณภาพชีวิตที่ดี อายุยืนยาว
<p>คำนิยาม : ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan ระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง การดำเนินงานส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟูและสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายและชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลและ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) หมายถึง แบบการวางแผนการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ/ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จาก Care Manager ทีมผู้เชี่ยวชาญ ครอบครัวและผู้ที่เกี่ยวข้องใน พื้นที่ โดยผู้สูงอายุ/ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง สามารถรับรู้ถึงความช่วยเหลือทีม ผู้ให้การช่วยเหลือที่เกี่ยวข้อง การประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ หมายถึง การประเมินผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง ตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบ กิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities Of Daily Living : ADL) ทุกสัปดาห์รอบ 9 เดือน และ 12 เดือน การประเมินสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ข้อ โดยการประเมินผ่าน Blue Book Application กรมอนามัย</p>										

เป้าหมายการพัฒนา : เป็นโรงพยาบาลที่มีความปลอดภัย บริการด้วยหัวใจ ประสานเครือข่ายไร้รอยต่อ
 ยุทธศาสตร์ (4 Excellence) ที่ 2 Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)

แผนงาน/กิจกรรม	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data)	ค่าเป้าหมาย						แนวทาง การพัฒนา
				ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570	ปี 2566-2570	
พัฒนาระบบบริการ ด้านสูติ-นรีเวชกรรม	6. อัตราการเกิด Birth asphyxia ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ	อัตราการเกิด Birth asphyxia ไม่เกิน 25 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ	ปี2563=34.13 ปี2564=46.02	35	30	25	22	20	20	บุคลากรมีความรู้และ มีทักษะในการดูแล มารดาและทารกที่อยู่ ในภาวะวิกฤตได้อย่าง มีประสิทธิภาพ
<p>คำนิยาม :</p> <p>อัตราการเกิด Birth asphyxia หมายถึง อัตราทารกแรกเกิดที่มีภาวะขาดออกซิเจนระหว่างคลอด โดยการประเมินจากคะแนน Apgar Score นาทีที่1 ได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ7 ที่คลอดในโรงพยาบาล ในช่วงเวลาที่กำหนด</p> <p>สูตรในการคำนวณ = $A/B \times 1,000$</p> <p>A = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพที่มี Apgar Score นาทีที่1 น้อยกว่าหรือเท่ากับ7 ในช่วงเวลาที่กำหนด</p> <p>B = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพทั้งหมดในโรงพยาบาลในช่วงเวลาที่กำหนด</p>										

**เป้าหมายการพัฒนา : เป็นโรงพยาบาลที่มีความปลอดภัย บริการด้วยหัวใจ ประสานเครือข่ายไร้รอยต่อ
ยุทธศาสตร์ (4 Excellence) ที่ 2 Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)**

แผนงาน/กิจกรรม	ตัวชี้วัดที่ ของกระทรวง	เป้าหมาย	ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data)	ค่าเป้าหมาย						แนวทางการพัฒนา
				ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570	ปี 2566-2570	
โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ	7. อัตราการเสียชีวิต ของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชม. (ทั้งที่ ER และ Admit)	<12%	10.58	10	9	8	7	6	7	-จัดอบรม ACLS , BLS/ส่งอบรมATLS PHTLS -ส่งพยาบาลERอบรมการพยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติฉุกเฉิน (ENP)
<p>คำนิยาม : ECS : Emergency Care System (ระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ) หมายถึง ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกัน ภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยสุขภาพประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.การดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (EMS) 2.การดูแลในหองฉุกเฉิน (ER) 3.การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล (Referral System) 4.การจัดการสาธารณภัยดานการแพทย์และสาธารณสุข (Disaster) <p>แนวคิดการจัดบริการ ECS คือ การพัฒนา “ห่วงโซ่คุณภาพ (Chain of Quality)” ไต่แก EMS คุณภาพ, ER คุณภาพ, Refer คุณภาพ และ Disaster คุณภาพ เพื่อสร้าง “ห่วงโซ่แห่ง การรอดชีวิต (Chain of Survival)” ของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน โดยมี เป้าประสงค์</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) เพิ่ม การเข้าถึงบริการของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน 2) ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพที่ ป้องกันได้ (Preventable Death) จากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน 3) ระบบ ECS ที่มีคุณภาพและมาตรฐาน <p>การพัฒนา ECS ในปี 2561-2565 จะมุ่งเน้น การพัฒนา ER คุณภาพ “ผู้เจ็บป่วยวิกฤต ฉุกเฉิน” หมายถึง ผู้มารับบริการ ณ หองฉุกเฉินและได้รับการคัดแยกเป็น Triage Level 1 “การเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง” หมายถึง นับจากเวลาที่ผู้ป่วยมาหองฉุกเฉินถึงเวลาที่ เสียชีวิต (Door to Death) ภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งรวมถึงการเสียชีวิตในหองฉุกเฉิน “ผู้ป่วย severe traumatic brain injury” หมายถึง ผู้ป่วยที่มีGCS นอยกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน ซึ่งอาจมีมาตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลหรือแยกลงในภายหลังก็ได้</p>										

เป้าหมายการพัฒนา : เป็นโรงพยาบาลที่มีความปลอดภัย บริการด้วยหัวใจ ประสานเครือข่ายไร้รอยต่อ
 ยุทธศาสตร์ (4 Excellence) ที่ 2 Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)

แผนงาน/ กิจกรรม	ตัวชี้วัดที่ ของ กระทรวง	เป้าหมาย	ข้อมูล พื้นฐาน (Baseline data)	ค่าเป้าหมาย						แนวทาง การพัฒนา
				ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570	ปี 2566- 2570	
โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ	8. ร้อยละของโรงพยาบาลทั่วไปผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ	80	80	100	100	100	100	100	100	-ประชุมพัฒนาระบบECSเครือข่ายจังหวัด -พัฒนาระบบบริการ/ระบบสนับสนุนที่มีมาตรฐาน/ การพัฒนาและธำรงรักษากำลังคน -ประเมิน ERคุณภาพ
<p>คำนิยาม :ห้องฉุกเฉินคุณภาพ หมายถึง ห้องฉุกเฉินที่มีมาตรฐาน ไทการรักษายาบาลผู้ป่วยวิกฤต ฉุกเฉิน อยางทันเวลา ปลอดภัยและประทับใจ โดยเนนใน 3 มิติ คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> พัฒนาระบบบริการที่มีมาตรฐาน <ol style="list-style-type: none"> เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน <ol style="list-style-type: none"> จัดบริการห้องฉุกเฉินตามเกณฑ์ ER Service Delivery กำหนดใหญ่ป่วยที่มีขอบขั้ในการ Admit อยู่ในห้องฉุกเฉินไม่เกิน 2 - 4 ชั่วโมง (ER Target Time 2 - 4 ชั่วโมง) เพิ่มทางเลือกใหญ่ป่วยไม่ฉุกเฉิน <ol style="list-style-type: none"> จัดบริการ OPD นอกเวลาราชการ พัฒนาระบบสนับสนุนที่มีมาตรฐาน <ol style="list-style-type: none"> พัฒนาอาคารสถานที่ (จัดให้มี Double door with access control/ จัดให้มีห้องรอตรวจ (Waiting area/room)/ จัดให้มีห้องแยกโรค (Isolation room)/ จัดให้มีห้องความดันลบ (Negative pressure room)/ จัดให้มีแคปซูลเคลื่อนย้ายผู้ป่วย (transport capsule)) พัฒนาระบบสารสนเทศ <ol style="list-style-type: none"> มีสารสนเทศที่แสดงคิวและสถานะรวมถึงขั้นตอนการรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย (Patient Tracking) เชื่อมโยงข้อมูลด้านการแพทย์ฉุกเฉินโดยการพัฒนาTelemedicineและวางแผนการพัฒนา Ambulance Operation Center (AOC) ส่งข้อมูลผู้รับบริการห้องฉุกเฉินทุกราย ผ่านแฟม “ACCIDENT” ใน ระบบข้อมูล 43 แฟม การพัฒนาและธำรงรักษากำลังคน <ol style="list-style-type: none"> วางแผนกำลังคนแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (EP) พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน (ENP) และ นักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ (Paramedic) 										

เป้าหมายการพัฒนา : เป็นโรงพยาบาลที่มีความปลอดภัย บริการด้วยหัวใจ ประสานเครือข่ายไร้รอยต่อ
ยุทธศาสตร์ (4 Excellence) ที่ 2 Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)

แผนงาน/กิจกรรม	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data)	ค่าเป้าหมาย						แนวทาง การพัฒนา
				ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570	ปี 2566-2570	
-โครงการพัฒนา ศักยภาพและระบบ บริการสาขาต่างๆ -ประเมินความพึง พอใจปีละ 2 ครั้งใน เดือน มี.ค.-ก.ย. ของทุกปี	9.อัตราความพึงพอใจ									
	- ผู้ป่วยนอก	≥ 85	79.23	85	85	90	90	90	90	ปรับพฤติกรรมบริการดูแล ความสะอาดของอาคาร สถานที่นำเทคโนโลยีมา พัฒนาเพื่อลดขั้นตอนการมา รับบริการ
	- ผู้ป่วยใน	< 80 %	83.36	< 80%	< 80%	< 80%	< 80%	< 80%	< 80%	
-การประเมินความพึง พอใจของผู้รับบริการ ในชุมชน	- ผู้รับบริการในชุมชน	≥ 85	93.2	87	88	89	90	90	90	1.พัฒนาระบบเทคโนโลยี สารสนเทศการประชาสัมพันธ์ ข้อมูลข่าวสาร 2.พัฒนาระบบการส่งต่อจาก โรงพยาบาลสู่ชุมชนและจากชุมชน ถึงโรงพยาบาลแม่ข่ายแบบ Two- way communicationและพัฒนา ระบบการดูแลต่อเนื่อง 3.พัฒนาศักยภาพของบุคลากรให้มี ขีดความสามารถเพิ่มขึ้นและ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริการ ให้มีประสิทธิภาพ 4.พัฒนาด้านสิ่งอำนวยความสะดวก

คำนิยาม :

-การประเมินความพึงพอใจในการให้บริการภาพรวมของรพ. ชัยนาทนเรนทรในด้านอาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อม ผู้ให้บริการ โดยสุ่มประเมินจากผู้มารับบริการผ่าน QR Code (แบบประเมินความพึงพอใจ)

-อัตราความพึงพอใจผู้รับบริการในโรงพยาบาล หมายถึงความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือญาติที่แอดมิท(นอนโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร)ในรอบปีนั้นๆ ของทุกสาขาบริการโดยใช้แบบสอบถามของกองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

คำนวณโดย : คีย์เข้าโปรแกรมในระบบ intranet ของโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

-**ความพึงพอใจในการให้บริการ** หมายถึง ความรู้สึกของผู้รับบริการที่เป็นการยอมรับ ความรู้สึกที่ยินดี ความรู้สึกชอบในการได้รับบริการหรือได้รับการตอบสนองตามความคาดหวังหรือความต้องการที่บุคคลนั้นตั้งไว้

-**ผู้รับบริการในชุมชน** หมายถึง ผู้รับบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข จาก ศสม./ รพ.สต. ได้แก่ งานบริการด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ฟื้นฟูสภาพและรักษาพยาบาลทั่วไป ทั้งในสถานพยาบาลและในชุมชน

เป้าหมายการพัฒนา : เป็นโรงพยาบาลที่มีความปลอดภัย บริการด้วยหัวใจ ประสานเครือข่ายไร้รอยต่อ
 ยุทธศาสตร์ (4 Excellence) ที่ 2 Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)

แผนงาน/กิจกรรม	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data)	ค่าเป้าหมาย						แนวทางการพัฒนา
				ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570	ปี 2566-2570	
โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดจังหวัดชัยนาท	10.อัตราการตายทารกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน	< 3.6 ต่อ 1000 ทารกเกิดมีชีพ	< 3.6 ต่อ 1000 ทารกเกิดมีชีพ	< 3.5	< 3.5	< 3.4	< 3.4	< 3.4	< 3.4	เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลทารกแรกเกิด
โครงการพัฒนาการดูแลทารกแรกเกิดจังหวัดชัยนาท										
คำนิยาม : ทารกแรกเกิด หมายถึง ทารกที่รอดออกมา น้ำหนัก ≥ 500 กรัม มีชีวิตจนถึง 28 วัน										

เป้าหมายการพัฒนา : เป็นโรงพยาบาลที่มีความปลอดภัย บริการด้วยหัวใจ ประสานเครือข่ายไร้รอยต่อ
ยุทธศาสตร์ (4 Excellence) ที่ 2 Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)

แผนงาน/กิจกรรม	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data)	ค่าเป้าหมาย						แนวทาง การพัฒนา
				ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570	ปี 2566- 2570	
โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการ รักษาพยาบาลและการส่งต่อ ผู้ป่วยปอดบวมเครือข่ายจังหวัด ใช้เลือดออกประจำปี 2565	11.อัตราการตายผู้ป่วยปอด บวมอายุ 1เดือนถึง 5ปี	ลดลงร้อยละ10 เทียบกับปีที่ผ่านมา	ลดลงร้อยละ10 เทียบกับปีที่ผ่านมา	ลดลง 10 %	ลดลง 10 %	ลดลง 10 %	ลดลง 10 %	ลดลง 10 %	ลดลง 10 %	เพิ่มประสิทธิภาพ การดูแลผู้ป่วย กุมารเวชกรรม
<p>คำนิยาม : อัตราตายผู้ป่วยปอดบวมอายุ 1 เดือนถึง 5 ปีบริบูรณ์ หมายถึง เด็กป่วยด้วยโรคปอดบวม (รหัส J12-J18) ในโรงพยาบาลเขตพื้นที่จังหวัดชัยนาทโดยมีอัตรา ลดลง 10 % เทียบกับปีที่ผ่านมา</p>										

เป้าหมายการพัฒนา : เป็นโรงพยาบาลที่มีความปลอดภัย บริการด้วยหัวใจ ประสานเครือข่ายไร้รอยต่อ

ยุทธศาสตร์ ที่ 2 Service Excellence

แผนงาน/กิจกรรม	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data)	ค่าเป้าหมาย						แนวทาง การพัฒนา
				ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570	
โครงการประชุมวิชาการการ วินิจฉัยการรักษาพยาบาลและ การส่งต่อ ผู้ป่วยไข้เลือดออก ประจำปี 2565	12.อัตราป่วยตายของผู้ป่วย ไข้เลือดออกไม่เกินร้อยละ 0.2	< 0.2 %	< 0.2 %	< 0.2	< 0.2	< 0.2	< 0.2	< 0.2	< 0.2	เพิ่มประสิทธิภาพการ ดูแลผู้ป่วยกุมารเวช กรรม
<p>คำนิยาม : โรคไข้เลือดออกหมายถึงโรคที่วินิจฉัยตามเกณฑ์ทางคลินิกและหรือมีผลตามเกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการว่าด้วยโรคไข้เลือดออก ทุกกลุ่มอาการ (DF,DHF,DSS) อัตราตายของผู้ป่วยไข้เลือดออก < 0.2 % โดยคิดอัตราต่อแสนประชากร</p> <p>สูตรคำนวณ $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออกที่เสียชีวิต}}{\text{จำนวนประชากรทั้งหมดของจังหวัดชัยนาท}} \times \text{ประชากร } 100,000 \text{ คน}$</p>										

เป้าหมายการพัฒนา : เป็นโรงพยาบาลที่มีความปลอดภัย บริการด้วยหัวใจ ประสานเครือข่ายไร้รอยต่อ
 ยุทธศาสตร์ (4 Excellence) ที่ 2 Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)

แผนงาน/กิจกรรม	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data)	ค่าเป้าหมาย						แนวทาง การพัฒนา
				ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570	ปี 2566-2570	
1.การนิเทศทาง คลินิก (ศัลยกรรมสัจจร) 2.การสอน Extern, Intern ในการตรวจ ทาง Clinical และ การใช้ Alvarado score	13.อัตราการเกิด Rupture Appendicitis	< 20 %	17.57	< 20 %	< 20 %	< 20 %	< 20 %	< 20 %	< 20 %	- จัดทำ CPG ในการประเมิน และ ตรวจรักษา Appendicitis -ระบบการ consult แพทย์เฉพาะ ทางจาก รพช. (D to D) - พัฒนาระบบการ Refer รวดเร็ว - เตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเช่น ผลLab CXR EKG. - ส่งข้อมูลย้อนกลับไปยัง รพช. เพื่อ พัฒนาการดูแลผู้ป่วยและการส่งต่อ
<p>คำนิยาม : ผู้ป่วยไส้ติ่งทะลุ หมายถึง ผู้ป่วยใน (ที่รับไว้นอนพักรักษาโรงพยาบาล(admit นาน)>> 4 ชั่วโมง) ที่มี principal diagnosis (Pdx)เป็นไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันและผู้ป่วย เกิดภาวะแทรกซ้อนที่มีแผลทะลุ โดยมีรหัสโรคตาม ICD -10 TM ,ICD – 10 , ICD-9 ดังที่ระบุไว้</p>										

เป้าหมายการพัฒนา : เป็นโรงพยาบาลที่มีความปลอดภัย บริการด้วยหัวใจ ประสานเครือข่ายไร้รอยต่อ
 ยุทธศาสตร์ (4 Excellence) ที่ 2 Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)

แผนงาน/กิจกรรม	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data)	ค่าเป้าหมาย						แนวทาง การพัฒนา
				ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570	ปี 2566-2570	
พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired ภายในโรงพยาบาลเครือข่าย จังหวัดชัยนาท	14. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired sepsis	น้อยกว่าร้อยละ 26	-	น้อยกว่า ร้อยละ 26	น้อยกว่า ร้อยละ 24	น้อยกว่า ร้อยละ 24	น้อยกว่า ร้อยละ 24	น้อยกว่า ร้อยละ 24	น้อยกว่าร้อยละ 24	พัฒนาศักยภาพ การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด Community-acquired เครือข่าย จังหวัดชัยนาท
<p>คำนิยาม :</p> <ol style="list-style-type: none"> ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ Severe sepsis หรือ septic shock <ol style="list-style-type: none"> ผู้ป่วย Severe sepsis หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป ที่เกิดภาวะ tissue hypoperfusion หรือ Organ dysfunction โดยที่อาจจะไม่มีหรือไม่มีภาวะ hypotension ก็ได้ หรือมีอาการแสดงตามเกณฑ์ ข้อใดข้อหนึ่ง ผู้ป่วย Septic shock หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกายร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป ที่มี Hypotension ต้องใช้ vasopressors ในการ maintain MAP \geq 65 mmHg และมีค่า serum lactate level $>$ 2 mmol/L (18mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม Community-acquired sepsis หมายถึง การติดเชื้อมาจากที่บ้านหรือที่ชุมชน โดยต้องไม่อยู่ในกลุ่ม hospital-acquired Sepsis 										

เป้าหมายการพัฒนา : เป็นโรงพยาบาลที่มีความปลอดภัย บริการด้วยหัวใจ ประสานเครือข่ายไร้รอยต่อ
ยุทธศาสตร์ (4 Excellence) ที่ 2 Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)

แผนงาน/กิจกรรม	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data)	ค่าเป้าหมาย						แนวทาง การพัฒนา
				ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570	ปี 2566-2570	
พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายในโรงพยาบาลเครือข่าย จ.ชัยนาท	15.อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	< 7	-	<7	<7	<7	<7	<7	<7	
	- อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (รวมแตก+ตีบ)	< 25	-	< 25	< 25	< 25	< 25	< 25	< 25	
	- อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก	< 5	-	< 5	< 5	< 5	< 5	< 5	< 5	
	<p>คำนิยาม :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ ภาวะที่ทำให้เซลล์สมองถูกทำลาย ซึ่งมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดสมองตีบ อุดตัน หรือแตก ทำให้ขัดขวางการลำเลียงเลือดซึ่งนำออกซิเจนและสารอาหารไปเลี้ยงเซลล์สมอง ส่งผลให้สมองสูญเสียการทำงานที่จนเกิดอาการของอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ 2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก เป็นโรคที่มักเกิดจากความเสื่อมของหลอดเลือดที่มาจากอายุที่เพิ่มมากขึ้น นำไปสู่ภาวะการตีบ ตัน และแตกได้ในที่สุด ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เพราะอาจกลายเป็นอัมพฤกษ์หรืออัมพาต ถือเป็นโรคร้ายอีกหนึ่งโรคที่ควรตระหนักโดยทั่วกัน ทั้งยังสามารถเกิดได้แบบฉับพลันโดยไม่ทันตั้งตัวอีกด้วย 3. ผู้ป่วยโรคเส้นเลือดในสมองตีบ เป็นภาวะที่สมองขาดออกซิเจนและเลือดไปเลี้ยง โดยเกิดการหนาตัวของผนังหลอดเลือดจากการมีไขมันมาสะสมตามผนังหลอดเลือด ส่งผลให้เลือดไหลผ่านไปได้น้อยลง ซึ่งถ้าเกิดการสะสมและหนามาก จะทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ เกิดความเสียหายต่อบริเวณนั้น ๆ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอวัยวะและระบบต่าง ๆ ภายในร่างกายได้ ซึ่งในบางรายอาจกลายเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือมีอาการผิดปกติ เช่น ตามองไม่เห็น ชาครึ่งซีก เป็นต้น แต่หากผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีก็จะมีโอกาสลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายถึงชีวิตได้ 									

เป้าหมายการพัฒนา : เป็นโรงพยาบาลที่มีความปลอดภัย บริการด้วยหัวใจ ประสานเครือข่ายไร้รอยต่อ
 ยุทธศาสตร์ (4 Excellence) ที่ 2 Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)

แผนงาน/กิจกรรม	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data)	ค่าเป้าหมาย						แนวทาง การพัฒนา																																			
				ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570	ปี 2566-2570																																				
พัฒนาคุณภาพ รพ. ผ่านการรับรองตาม มาตรฐาน HA ระดับ 3	16.จำนวน GHI ลดลง	3 %	7.14 %	4 %	4 %	5 %	5 %	5 %	≤ 5 %																																				
	17.Zero defect ทุกตัวผ่าน เกณฑ์	100	100	100	100	100	100	100	100																																				
<p>คำนิยาม : GHI หมายถึงความเสี่ยงทางคลินิก กลุ่ม High risk ความเสี่ยงทางคลินิก แบ่งระดับความรุนแรง 9 ระดับ</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับ</th> <th>ผลกระทบ</th> <th>การจัดกลุ่ม</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A</td> <td>เหตุการณ์ซึ่งมีโอกาสที่จะก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อน</td> <td rowspan="2">Near Miss</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้น แต่ไม่ถึงผู้ป่วย</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย แต่ไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย</td> <td rowspan="2">Low Risk</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ต้องการการเฝ้าระวังเพื่อให้มั่นใจว่าไม่เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย และ/หรือต้องมีการบำบัดรักษา</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราว และต้องมีการบำบัดรักษา</td> <td rowspan="2">Moderate Risk</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราว และต้องนอนโรงพยาบาล หรืออยู่โรงพยาบาลนานขึ้นหรือต้องส่งต่อ</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตรายถาวรแก่ผู้ป่วย</td> <td rowspan="3">High Risk</td> </tr> <tr> <td>H</td> <td>เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้ต้องทำการช่วยชีวิต</td> </tr> <tr> <td>I</td> <td>เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ซึ่งอาจจะเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต</td> </tr> </tbody> </table> <p>Zero defect มี 10 ตัวชี้วัด</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>1. ผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง</td> <td>6. ผู้ป่วยตกเตียง (เตียงนอน เพลนอน รถเข็นนั่ง)</td> </tr> <tr> <td>2. ให้เลือดผิดคน ผิดหมู่</td> <td>7. ทารกแรกเกิดผิดคน</td> </tr> <tr> <td>3. ผลขึ้นเนื้อผิดคน</td> <td>8. รังสีรักษา (ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง)</td> </tr> <tr> <td>4. แพ้ยาซ้ำ</td> <td>9. บุคลากรไม่ติดเชื้อ TB</td> </tr> <tr> <td>5. ยาหมดอายุ (กลุ่มยาช่วยชีวิต)</td> <td>10. รถพยาบาลไม่เกิดอุบัติเหตุรุนแรง</td> </tr> </tbody> </table>											ระดับ	ผลกระทบ	การจัดกลุ่ม	A	เหตุการณ์ซึ่งมีโอกาสที่จะก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อน	Near Miss	B	เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้น แต่ไม่ถึงผู้ป่วย	C	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย แต่ไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย	Low Risk	D	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ต้องการการเฝ้าระวังเพื่อให้มั่นใจว่าไม่เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย และ/หรือต้องมีการบำบัดรักษา	E	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราว และต้องมีการบำบัดรักษา	Moderate Risk	F	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราว และต้องนอนโรงพยาบาล หรืออยู่โรงพยาบาลนานขึ้นหรือต้องส่งต่อ	G	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตรายถาวรแก่ผู้ป่วย	High Risk	H	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้ต้องทำการช่วยชีวิต	I	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ซึ่งอาจจะเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต	1. ผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง	6. ผู้ป่วยตกเตียง (เตียงนอน เพลนอน รถเข็นนั่ง)	2. ให้เลือดผิดคน ผิดหมู่	7. ทารกแรกเกิดผิดคน	3. ผลขึ้นเนื้อผิดคน	8. รังสีรักษา (ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง)	4. แพ้ยาซ้ำ	9. บุคลากรไม่ติดเชื้อ TB	5. ยาหมดอายุ (กลุ่มยาช่วยชีวิต)	10. รถพยาบาลไม่เกิดอุบัติเหตุรุนแรง
ระดับ	ผลกระทบ	การจัดกลุ่ม																																											
A	เหตุการณ์ซึ่งมีโอกาสที่จะก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อน	Near Miss																																											
B	เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้น แต่ไม่ถึงผู้ป่วย																																												
C	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย แต่ไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย	Low Risk																																											
D	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ต้องการการเฝ้าระวังเพื่อให้มั่นใจว่าไม่เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย และ/หรือต้องมีการบำบัดรักษา																																												
E	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราว และต้องมีการบำบัดรักษา	Moderate Risk																																											
F	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราว และต้องนอนโรงพยาบาล หรืออยู่โรงพยาบาลนานขึ้นหรือต้องส่งต่อ																																												
G	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตรายถาวรแก่ผู้ป่วย	High Risk																																											
H	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้ต้องทำการช่วยชีวิต																																												
I	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ซึ่งอาจจะเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต																																												
1. ผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง	6. ผู้ป่วยตกเตียง (เตียงนอน เพลนอน รถเข็นนั่ง)																																												
2. ให้เลือดผิดคน ผิดหมู่	7. ทารกแรกเกิดผิดคน																																												
3. ผลขึ้นเนื้อผิดคน	8. รังสีรักษา (ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง)																																												
4. แพ้ยาซ้ำ	9. บุคลากรไม่ติดเชื้อ TB																																												
5. ยาหมดอายุ (กลุ่มยาช่วยชีวิต)	10. รถพยาบาลไม่เกิดอุบัติเหตุรุนแรง																																												

เป้าหมายการพัฒนา : เป็นโรงพยาบาลที่มีความปลอดภัย บริการด้วยหัวใจ ประสานเครือข่ายไร้รอยต่อ
 ยุทธศาสตร์ (4 Excellence) ที่ 2 Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)

แผนงาน/กิจกรรม	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data)	ค่าเป้าหมาย						แนวทางการพัฒนา
				ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570	ปี 2566-2570	
โครงการ CKD clinic และ CAPD สัญจร เครือข่าย จ.ชัยนาท โครงการอบรมทีมรักษไต	18.ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ GFR < 5 ml/min/1.73 m ² /yr	66%	HDC	66	67	68	69	70	66-70	*ขยายบริการ CKD clinic ในรพช. อย่างน้อย 3 แห่ง เพื่อชะลอไตเสื่อมตั้งแต่ CKD stage 2-3 *พัฒนาระบบ Palliative Care ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ในรพ. ชัยนาท รพช. และรพสต. *ส่งเสริมให้รพช. รพสต. ละอสม. เรียนรู้การดูแลผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้อง
	คำนิยาม : CKD = ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง eGFR = estimate glomerular infiltration rate (อัตราการกรองไตที่ได้จากการคำนวณจากค่า serum creatinine ของผู้ป่วย ตามสมการ CKD-EPI)									

เป้าหมายการพัฒนา : เป็นโรงพยาบาลที่มีความปลอดภัย บริการด้วยหัวใจ ประสานเครือข่ายไร้รอยต่อ
 ยุทธศาสตร์ (4 Excellence) ที่ 2 Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)

แผนงาน/กิจกรรม	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data)	ค่าเป้าหมาย						แนวทาง การพัฒนา
				ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570	ปี 2566-2570	
พัฒนาระบบบริการ สุขภาพจิตและจิตเวช	19.อัตราการเข้าถึงบริการ ของโรคที่สำคัญทางจิตเวช - โรคซึมเศร้า (Depressive disorder) - โรคจิตเภท (Schizophrenia)	ผู้ป่วยโรค ซึมเศร้า เข้าถึง บริการ สุขภาพจิต	การเข้าถึง บริการผู้ป่วย โรคซึมเศร้า ระดับจังหวัด	75	75	75	75	75	75	*พัฒนาระบบเฝ้าระวังและคัดกรอง ปัญหาสุขภาพจิตและโรคที่สำคัญ ทางจิตเวชที่รวดเร็วและมี ประสิทธิภาพ *เพิ่มการเข้าถึงบริการที่เหมาะสม และดูแลต่อเนื่องและลดอัตราการ กลับป่วยซ้ำ (โรคจิตเภท/โรค ซึมเศร้า/ ผู้ติดยาเสพติดที่มีปัญหาสุขภาพจิต
<p>คำนิยาม :</p> <p>ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง ประชาชนไทยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Depressive Disorder ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM 5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) และบันทึกรหัสตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x เข้าถึงบริการสุขภาพจิต หมายถึง การที่ประชาชนผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ได้รับการบริการตามแนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด และแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (CPG MDD GP) หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางมาตรฐานอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการทุกสถานบริการของประเทศไทย</p> <p>การฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ การกระทำของบุคคลในการปลิดชีวิตตนเองโดยสมัครใจและเจตนาที่จะตายจริง เพื่อให้หลุดพ้นจากการบีบคั้น หรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งอาจจะกระทำอย่างตรงไปตรงมา หรือกระทำโดยอ้อมด้วยวิธีการต่างๆ จนกระทั่งกระทำสำเร็จ</p> <p>พยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง ผู้ที่ได้ทำการลงมือทำร้ายตนเองด้วยวิธีการต่างๆ และมุ่งหวังให้ตนเองเสียชีวิต แต่ไม่ถึงเสียชีวิต และมีลักษณะอาการและอาการแสดงสอดคล้องตรงกับตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD -10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด Intentional self-harm (X60-X84) หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5)</p>										

เป้าหมายการพัฒนา : เป็นโรงพยาบาลที่มีความปลอดภัย บริการด้วยหัวใจ ประสานเครือข่ายไร้รอยต่อ
ยุทธศาสตร์ (4 Excellence) ที่ 3 People Excellence (ด้านบุคลากรเป็นเลิศ)

แผนงาน/กิจกรรม	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data)	ค่าเป้าหมาย						แนวทางการพัฒนา
				ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570	ปี 2566-2570	
การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ	20.ร้อยละของบุคลากรได้รับการพัฒนาความรู้ ทักษะ และสมรรถนะที่จำเป็น	อย่างน้อย 10 วัน/คน/ปี	NA	75	80	85	90	90	85	ส่งเสริมให้บุคลากรในหน่วยงานได้มีความรู้ ทักษะ และสมรรถนะที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน เช่น ประชุม/อบรม/นิเทศงาน
	คำนิยาม : บุคลากร หมายถึง บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชยันนาทนเรนทรที่มีตำแหน่งข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ และพนักงานกระทรวงสาธารณสุข									

เป้าหมายการพัฒนา : เป็นโรงพยาบาลที่มีความปลอดภัย บริการด้วยหัวใจ ประสานเครือข่ายไร้รอยต่อ
 ยุทธศาสตร์ (4 Excellence) ที่ 4 Governance Excellence (ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)

แผนงาน/กิจกรรม	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data)	ค่าเป้าหมาย						แนวทาง การพัฒนา
				ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570	ปี 2566-2570	
พัฒนาระบบ ธรรมาภิบาล	21. ร้อยละคะแนนผ่านเกณฑ์ ITA	เพื่อประเมิน คุณธรรมความ โปร่งใสในการ ดำเนินการ	91.61	92	95	95	100	100	95	รพ.สามารถนำ มาตรการการป้องกัน และปราบปรามการ ทุจริตทั้งในระดับ นโยบาย ระดับ ปฏิบัติการ มาบังคับ ใช้ และปฏิบัติอย่าง ทั่วถึง ครอบคลุมทั่ว ทั้งองค์กร
<p>คำนิยาม : การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค (MOPH Integrity and Transparency Assessment : MOPH ITA) เป็นไปภายใต้แนวคิดยิ่งเปิดเผยยิ่งโปร่งใส (More open, more transparent) มุ่งเน้นการประเมินตนเอง (Self-Assessment) จากข้อเท็จจริงที่สามารถตรวจสอบได้จากเอกสาร / หลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ครอบคลุมการปฏิบัติราชการในทุกมิติของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่การบริหารงานของผู้บริหารและการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน ด้วยการเผยแพร่ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันบนเว็บไซต์ของหน่วยงาน กำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญแปลงสู่คำถามที่ใช้ในการประเมินตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (Open Data integrity and Transparency Assessment : OIT) ที่เชื่อมโยงไปสู่แหล่งที่อยู่ของการเปิดเผยข้อมูล โดยประเมินระดับการเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะของหน่วยงาน เพื่อให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้รับบริการ ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลในเว็บไซต์หลักของหน่วยงานได้ ประเมินผ่านระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) ทุกไตรมาส ตามที่ปฏิทินกำหนด จำแนกเป็น 8 ตัวชี้วัด ประกอบด้วย (1) ตัวชี้วัดการเปิดเผยข้อมูล (2) ตัวชี้วัดการจัดซื้อจัดจ้างและการจัดหาพัสดุ (3) ตัวชี้วัดการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล (4) ตัวชี้วัดการส่งเสริมความโปร่งใส (5) ตัวชี้วัดการรับสินบน (6) ตัวชี้วัดการใช้ทรัพย์สินของราชการ (7) ตัวชี้วัดการดำเนินงานเพื่อป้องกันการทุจริต และ (8) ตัวชี้วัดการเสริมสร้างวัฒนธรรมสุจริตในองค์กร</p>										

เป้าหมายการพัฒนา : เป็นโรงพยาบาลที่มีความปลอดภัย บริการด้วยหัวใจ ประสานเครือข่ายไร้รอยต่อ
 ยุทธศาสตร์ (4 Excellence) ที่ 4 Governance Excellence (ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)

แผนงาน/กิจกรรม	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data)	ค่าเป้าหมาย						แนวทาง การพัฒนา
				ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570	ปี 2566-2570	
การบริหารจัดการด้าน การเงินการคลัง สุขภาพ	22.ร้อยละของหน่วยบริการที่ ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7	เพื่อให้มี ประสิทธิภาพ ทางการเงินการ คลัง	91.61	น้อยกว่า ระดับ 2	น้อยกว่า ระดับ 2	น้อยกว่า ระดับ 2	น้อยกว่า ระดับ 2	น้อยกว่า ระดับ 2	น้อยกว่า ระดับ 2	พัฒนาระบบบัญชี/ พัฒนาบุคลากรด้าน การเงินการคลัง
<p>คำนิยาม : หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน หมายถึง หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีวิกฤตทางการเงิน ตามหลักเกณฑ์การคิดวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 (Risk Scoring) โดยใช้อัตราส่วนทางการเงิน 5 รายการวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงิน อัตราส่วนทางการเงิน 5 รายการ ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนหรืออัตราส่วนสภาพคล่อง (Current Ratio : CR) = สินทรัพย์หมุนเวียน หาดด้วย หนี้สินหมุนเวียน 2. อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick Ratio : QR) = (สินทรัพย์หมุนเวียน หักด้วย สินค้าคงเหลือ หักด้วย สินทรัพย์หมุนเวียนอื่น) หาดด้วย หนี้สินหมุนเวียน 3. อัตราส่วนเงินสด (Cash Ratio : Cash Ratio) (เงินสด บวกกับ รายการเทียบเท่าเงินสด บวกกับ เงินฝากประจำ) หาดด้วย หนี้สินหมุนเวียน 4. ทุนสำรองสุทธิ (Net Working Capital : NWC) = สินทรัพย์หมุนเวียน หักด้วย หนี้สินหมุนเวียน 5. (Net Income : NI) = รวมรายได้ หักด้วย รวมค่าใช้จ่าย <p>อัตราส่วนทางการเงินทั้ง 5 รายการข้างต้นถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงินของหน่วยบริการโดยกำหนดเกณฑ์สำหรับการประเมินโดยมีค่ากลางของแต่ละหน่วยบริการมาเปรียบเทียบกับค่ากลางของอุตสาหกรรม ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์ (CR < 1.5/ QR < 1.0/ Cash < 0.8) 2. กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน <ol style="list-style-type: none"> 2.1 แสดงฐานะทางการเงิน ทุนหมุนเวียน (NWC) < 0 2.2 แสดงฐานะจากผลประกอบการ (กำไรสุทธิ) (กำไรสุทธิรวมค่าเสื่อมราคาและค่าตัดหน่วย Net Income NI) NI < 0 										

3. กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง

3.1 NWC/ANI ระยะเวลาหมุนเวียนหมด < 3 เดือน*

3.1 NWC/ANI ระยะเวลาหมุนเวียนหมด < 6 เดือน

*โดยให้น้ำหนักของ NWC/ANI ระยะเวลาหมุนเวียนหมด < 3 เดือน มากกว่าตัวแปรอื่น 2 เท่า ทั้งนี้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้นำเงื่อนไขดังกล่าว 4 มาใช้ในการ คำนวณ (ต่อ)

จัดกลุ่มโรงพยาบาลที่ประสบวิกฤตทางการเงินเป็น 7 ระดับ ดังนี้

ระดับ 0-1 ปกติ

ระดับ 2 คาดว่าจะดีขึ้นภายใน 3 เดือน

ระดับ 3 คาดว่าจะดีขึ้นภายใน 3 เดือน

ระดับ 4 คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน 6 เดือน

ระดับ 5 คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน 6 เดือน

ระดับ 6 คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน 3 เดือน

ระดับ 7 มีภาวะวิกฤตทางการเงินขั้นรุนแรง

เป้าหมายการพัฒนา : เป็นโรงพยาบาลที่มีความปลอดภัย บริการด้วยหัวใจ ประสานเครือข่ายไร้รอยต่อ
 ยุทธศาสตร์ (4 Excellence) ที่ 4 Governance Excellence (ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)

แผนงาน/กิจกรรม	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data)	ค่าเป้าหมาย						แนวทาง การพัฒนา
				ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570	ปี 2566-2570	
การบริหารจัดการด้าน การเงินการคลัง สุขภาพ	23.โรงพยาบาลมีการกำกับ ติดตามการใช้จ่ายเงินตามแผน เงินบำรุง	เพื่อให้มี ประสิทธิภาพใน การใช้จ่ายเงิน นอกงบประมาณ (เงินบำรุง)	NA	90	90	95	100	100	100	มีกระบวนการ ประเมินประสิทธิภาพ แผน -ผล การดำเนินงานของ แผนเงินบำรุงของ หน่วยบริการ
<p>คำนิยาม :</p> <p>การติดตาม (Monitoring) หมายถึง กระบวนการเก็บข้อมูลของตัวชี้วัดสำคัญของโครงการอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นเครื่องบ่งชี้ความคืบหน้าและระดับความสำเร็จของโครงการให้กับผู้มีส่วนได้เสียได้รับทราบพร้อม ความคืบหน้าของการใช้จ่ายงบประมาณ</p> <p>เครื่องมือที่ใช้ในการติดตามและประเมินผล ได้แก่ การรับจ่าย การใช้จ่าย และผลการดำเนินงาน จัดทำรายงานและผลการปฏิบัติงาน และกฎระเบียบ ข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง แผนเงินบำรุง หมายถึง ข้อมูลด้านการเงินของหน่วยบริการ ทั้งที่เกี่ยวกับรายการรายได้และค่าใช้จ่าย เพื่อใช้เป็นเครื่องในการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังของหน่วยบริการ ว่า ณ ปัจจุบันผลการดำเนินงานของหน่วยบริการมีเงินสดคงเหลือจำนวนเท่าใด รายได้ปัจจุบันและที่คาดว่าจะได้รับเท่าใด ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง ณ ปัจจุบัน และเจ้าหน้าที่สุทธิ มาเปรียบเทียบกัน เพื่อวางแผนการบริหารการเงินการคลังของหน่วยบริการให้มีประสิทธิภาพ ไม่เสี่ยงต่อการขาดสภาพคล่องของหน่วยบริการ</p> <p>หน่วยบริการ หมายถึง หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น</p> <p>มาตรการในการขับเคลื่อนแผนเงินบำรุง</p> <p>มาตรการที่ 1 ประสิทธิภาพการควบคุม กำกับ ติดตามแผนเงินบำรุง</p> <p>มาตรการที่ 2 ประสิทธิภาพด้านการใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุง</p>										

เป้าหมายการพัฒนา : เป็นโรงพยาบาลที่มีความปลอดภัย บริการด้วยหัวใจ ประสานเครือข่ายไร้รอยต่อ
ยุทธศาสตร์ (4 Excellence) ที่ 4 Governance Excellence (ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)

แผนงาน/กิจกรรม	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data)	ค่าเป้าหมาย						แนวทาง การพัฒนา
				ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570	ปี 2566-2570	
พัฒนาระบบเทคโนโลยี และข้อมูลข่าวสารด้าน สุขภาพ	24. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ คุณภาพข้อมูลตามโครงสร้าง มาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพของ กระทรวงสาธารณสุข	ร้อยละ 80	75.50	ร้อยละ80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	พัฒนาระบบเชื่อมโยง ข้อมูลให้เชื่อมโยงด้าน ข้อมูลการให้บริการ การบริหารจัดการให้ เกิดประโยชน์สูงสุด
	25. โรงพยาบาลผ่านการประเมิน บริการที่เป็น Smart Hospital (Smart tools & Smart service)	ผ่านเกณฑ์การ ประเมินหน่วย บริการที่เป็น Smart Hospital	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ประยุกต์ใช้เทคโนโลยี ดิจิทัล เพื่อสนับสนุน การจัดบริการภายใน โรงพยาบาล ลด ขั้นตอนการปฏิบัติ
	26.จำนวนนวัตกรรมหรือ เทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอด	10 เรื่อง	-	2 เรื่อง	2 เรื่อง	2 เรื่อง	2 เรื่อง	2 เรื่อง	10 เรื่อง	จัดหา พัฒนา เทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ และลดภาระงาน
	27.โรงพยาบาลผ่านการประเมิน คุณภาพด้านการรักษาความ มั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ กรม สนับสนุนบริการสุขภาพ	ระดับคุณภาพ คะแนนประเมิน ร้อยละ 85	-	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	ร้อยละ 95	พัฒนามาตรฐานของ ระบบเทคโนโลยี สารสนเทศของ โรงพยาบาลให้มี มาตรฐาน

คำนิยาม:

1. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข

คุณภาพข้อมูล หมายถึง คุณภาพของข้อมูลบริการสุขภาพ ตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทุกระดับและสถานบริการปฐมภูมิ สามารถเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกันได้ (Health Information Exchange HIE) ไม่ต้องทำงานซ้ำซ้อน และใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลร่วมกัน ตลอดจนเพื่อเตรียมรับการปรับเปลี่ยนโครงสร้างมาตรฐานของข้อมูลสุขภาพรูปแบบอื่น ๆ ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เพื่อให้ได้รูปแบบข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสมกับการใช้งาน และตรงตามวัตถุประสงค์

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ตรวจสอบจากข้อมูลที่หน่วยบริการส่งผ่าน Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณโดยประเมินจากข้อมูลบุคคล (Person) ซึ่งเป็นข้อมูลประชาชนที่มารับบริการในหน่วยบริการ

2. โรงพยาบาลผ่านการประเมินบริการที่เป็น Smart Hospital (Smart tools & Smart service)

Smart Hospital หมายถึง โรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อสนับสนุนการจัดบริการภายในโรงพยาบาล ลดขั้นตอนการปฏิบัติ และเพื่อความสะดวกรวดเร็วในการรับบริการที่มีคุณภาพดี มีความปลอดภัย และทันสมัยอย่างเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม

3. จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่พัฒนาใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด:

เทคโนโลยีทางสุขภาพ หมายถึง การรวบรวมความรู้และวิธีการทางวิทยาศาสตร์มาใช้อย่างเป็นระบบซึ่งจะช่วยให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแล การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันรักษาโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย เพื่อให้บุคคลหรือชุมชนมีสุขภาพที่ดีและมีความปลอดภัยในชีวิต ทั้งนี้หมายถึงรวมถึงเทคโนโลยีที่เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ (เทคโนโลยีเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง อาหาร ยา เครื่องมือแพทย์ และอุปกรณ์หรือเครื่องมือสุขภาพ) และบริการสุขภาพ (เทคโนโลยีที่เกี่ยวกับการตรวจโรค การรักษาโรค การป้องกันโรค และการสร้างเสริมสุขภาพ)

การพัฒนาใหม่ หมายถึง นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่จากการใช้ความรู้ในศาสตร์สาขาต่างๆอย่างบูรณาการ เพื่อประดิษฐ์สร้างสรรค์สิ่งใหม่ให้เกิดขึ้นเพื่อประโยชน์ ประสิทธิภาพในการดูแล การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันรักษาโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายหรือ มีการใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ หรือระบบบริหารจัดการของหน่วยงาน

การพัฒนาต่อยอด หมายถึง การนำนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่เคยมีการศึกษา วิจัยประดิษฐ์ คิดค้นขึ้นที่สำเร็จแล้ว นำมาพัฒนาต่อยอด ให้เกิดประโยชน์เพิ่มเติมจากเดิม

4. โรงพยาบาลผ่านการประเมินคุณภาพด้านการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ความปลอดภัยไซเบอร์ (Cyber security) หมายถึง ความสามารถที่จะปกป้องระบบคอมพิวเตอร์และเครือข่าย จากการโจมตีทางไซเบอร์

บทที่ 4

การขับเคลื่อนติดตามและประเมินผล

โรงพยาบาลชยันนาทเรนทร มีแนวทางการติดตามประเมินผลการดำเนินงานในพื้นที่ให้สอดคล้องกับแนวทางขับเคลื่อน ติดตาม ประเมินผลของกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชยันนาท ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2565 โดยระบบการรายงานข้อมูลและรายงานผลการดำเนินงานของหน่วยบริการผ่าน Health Data Center (HDC) และระบบระเบียบรายงานทุกเดือน/ไตรมาส พร้อมการกำกับติดตามประเมินโดยทีมตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ 3

ทิศทางและการขับเคลื่อนระบบตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี พ.ศ. 2565



การดำเนินการตรวจราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2565

To be New Smart Inspection

1.

Smart Organization : การบริหารจัดการ การสนับสนุนกระบวนการตรวจราชการที่มีประสิทธิภาพ

- CUSTOMER FOCUS (ผู้บริหาร , ทีมนิเทศของกรม/กอง , พื้นที่/ส่วนภูมิภาค)

2.

Smart Inspection : กระบวนการตรวจราชการที่มีประสิทธิภาพ

- INPUT – DATA , RESOURCE
- PROCESS – TEAM , INTERVENTION
- OUTPUT , OUTCOME – REPORT , RECOMMENDATION

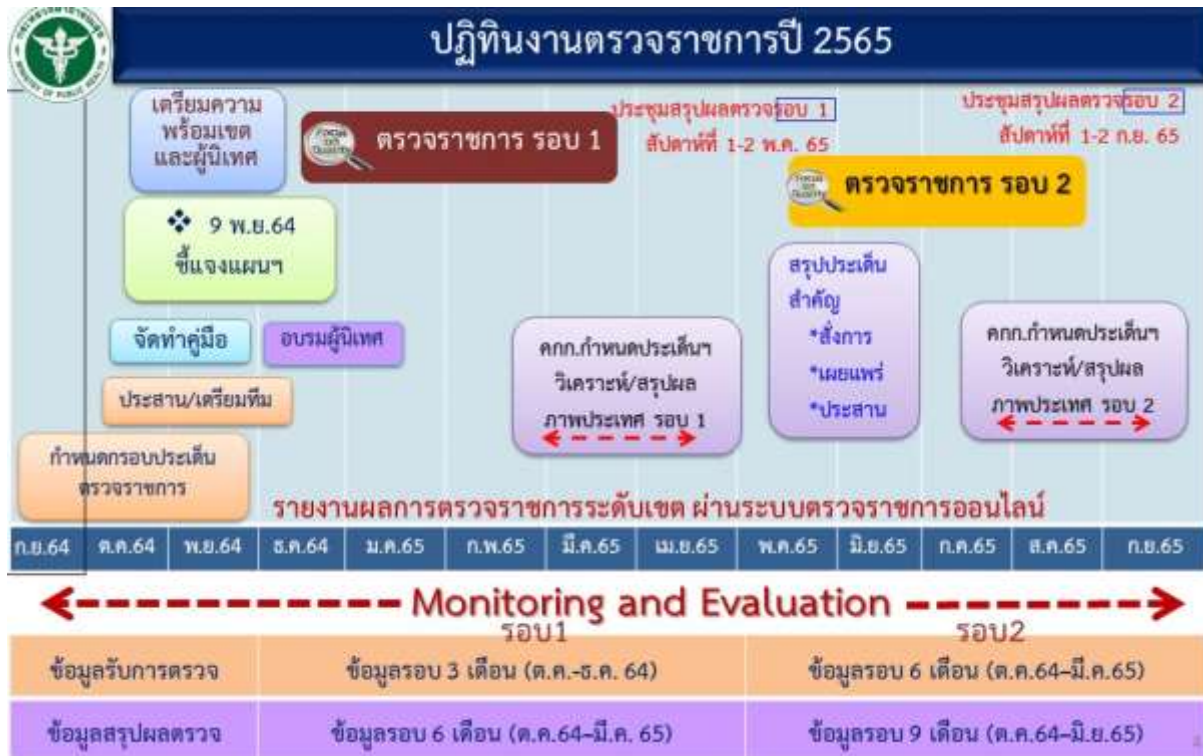
3.

Smart Digital : ระบบข้อมูล/เทคโนโลยีสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ

- E-INSPECTION + DASHBOARD
- E-REPORT

3

ทิศทางและการขับเคลื่อนระบบตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี พ.ศ. 2565 (ต่อ)



ทิศทางและการขับเคลื่อนระบบตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี พ.ศ. 2565 (ต่อ)



ประเด็นตรวจราชการ 6 ประเด็น (ประเด็นที่ 1-3)

ลำดับ	ประเด็น	ประเด็นย่อย	นโยบายมุ่งเน้น ของ กสธ. (เพิ่มเติม)	ประธานประเด็น ตรวจฯ/ รองประธาน ประเด็นตรวจฯ	เลขานุการประเด็น ตรวจฯ/ ผู้ช่วยเลขานุการ ประเด็นตรวจฯ
1	โครงการเกี่ยวกับพระราชวงศ์	โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์		พญ.วิพรรณ ผตร.3	นส.ธูปภรณ์ ทน.งานเขต 3
2	กัญชาทางการแพทย์	การจัดบริการคลินิกกัญชา ทางการแพทย์	เศรษฐกิจสุขภาพ	นพ.พงษ์เกษม ผตร.9 นพ.ปวีณนิตย์ ผตร.8	- นายเจษฎาพร ทน.งานเขต 9 - นส.สุภาพร ทน.งานเขต 8
3	ระบบสุขภาพปฐมภูมิ	- จำนวนประชาชนคนไทย พลประจำตัว 3 คน - PCU NPCU - พชอ. - รพ.สต.ติดตาม		นพ.พูลลาภ ผตร.4 นพ.ธนรักษ์ ผตร.5 นพ.สวัสด์ ผตร.7	- นายอดิชาติ ทน.งานเขต 4 - นางอมรรัตน์ ทน.งานเขต 5 - นางศิริใหญ่ ทน.งานเขต 7



ประเด็นตรวจราชการ 6 ประเด็น (ประเด็นที่ 4-6)

ลำดับ	ประเด็น	ประเด็นย่อย	นโยบายมุ่งเน้น ของ กสธ. (เพิ่มเติม)	ประธานประเด็น ตรวจฯ/ รองประธาน ประเด็นตรวจฯ	เลขานุการประเด็นตรวจฯ/ ผู้ช่วยเลขานุการประเด็น ตรวจฯ
4	สุขภาพกลุ่มวัย+สุขภาพจิต	- สุขภาพเด็ก - กลุ่มวัยทำงาน - สุขภาพผู้สูงอายุ	สุขภาพวิถีใหม่	นพ.ทวีศิลป์ ผตร.10 <u>ผตร.11</u>	- นส.พรอินทร์ ทน.งานเขต 10 - นางวาสนา ทน.งานเขต 11
5	ลดแอ็ด ลดรอยยา	- SP สาขาหัวใจและหลอดเลือด - SP สาขาอุบัติเหตุ - SP สาขามะเร็ง - SP สาขาทารกแรกเกิด - IMC		นพ.ณรงค์ ผตร.6 นพ.สมฤกษ์ ผตร.1	- ผอ.สำนักนิตยาระบบ การแพทย์ กรมการแพทย์ - นายวิวัฒน์ ทน.งานเขต 6 - นางโกสุม ทน.งานเขต 1
6	ระบบธรรมาภิบาล	- การเงินการคลัง - ตรวจสอบภายใน - ICT	องค์กรแห่ง ความสุข	นพ.ภาณุมาศ ผตร.2	นางอนิสสา ทน.งานเขต 2

10



การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี

ประเด็นสำคัญในการตรวจราชการประจำปี 2565

1. โครงการแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศ
2. โครงการพัฒนาเมืองสมุนไพร
3. โครงการบูรณาการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางรายครัวเรือน
4. จัดการสิ่งแวดล้อมสีเขียวเพื่อความยั่งยืน ตามแนวทางการพัฒนาเศรษฐกิจชีวภาพ เศรษฐกิจหมุนเวียน และเศรษฐกิจสีเขียว (BCG Model)
5. การลดอุบัติเหตุทางถนน
6. โครงการสัตว์ปลอดโรคคนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานของ ศ.ดร.สมเด็จพระเจ้าฟ้าเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี



11

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. **รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2565**
2. สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขกองตรวจราชการ. **แผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565** [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 9 พฤศจิกายน 2564]. เข้าถึงได้จาก http://planfda.fda.moph.go.th/newplan/meetrh1/training_description.php?agenda_description=97
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท. **ยุทธศาสตร์การพัฒนาสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท ระยะ 3 ปี (พ.ศ. 2563-2565) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท** [[อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤศจิกายน 2564]. เข้าถึงได้จาก <http://203.157.210.2/%E0%B8%AB%E0%B8%99%E0%B9%89%E0%B8%B2%E0%B9%81%E0%B8%A3%E0%B8%81>