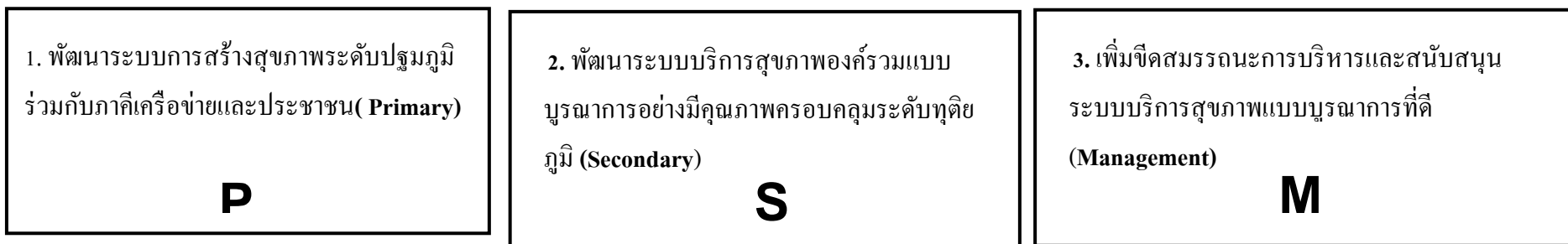
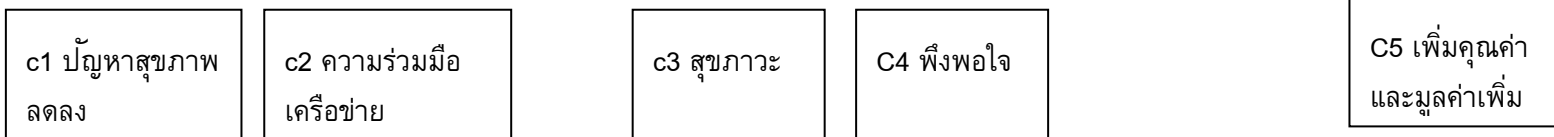


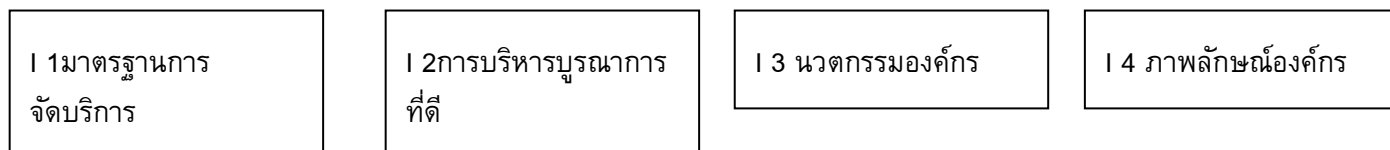
แผนที่กลยุทธ์ โรงพยาบาลสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี



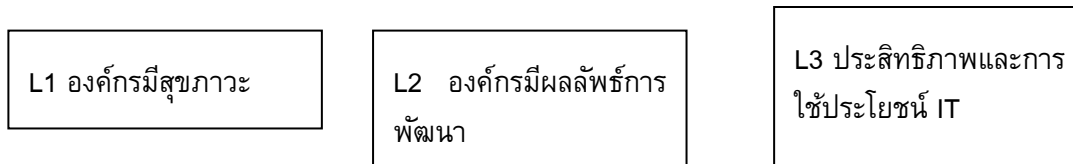
มุมมองด้านผู้รับบริการ



มุมมองกระบวนการภายใน



มุมมองด้านการเรียนรู้และการพัฒนา



มุมมองด้านการเงิน



ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	กลยุทธ์	เป้าหมาย	ตัวชี้วัดระดับ ร.พ.	ผู้รับผิดชอบ
1.พัฒนาระบบการ สร้างสุขภาพระดับ ปฐมภูมির่วมกับภาคี เครือข่ายและ ประชาชน (Primary)	ปัญหาสุขภาพที่ สำคัญของ ประชาชนลดลง โดยภาคีเครือข่าย และประชาชนมี ส่วนร่วม	P1: พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ DHS(DHB) PCC ติดดาว	P1.1:เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพ ระดับอำเภอ P1.2:เพื่อพัฒนาหน่วยบริการปฐม ภูมิตันแบบตามแนวทาง PCC P1.3:เพื่อพัฒนาหน่วยบริการปฐม ภูมิให้สามารถจัดบริการได้อย่างมี คุณภาพและประสิทธิภาพภายใต้ มาตรฐานรพ.สต.ติดดาว	(1)P1.1.1 คปสอ.ผ่านเกณฑ์ DHS&DHB (2)P1.2.1 หน่วยบริการปฐมภูมิตันแบบ ตามแนวทาง PCC ได้รับการพัฒนาตาม แผน (3)P1.3.1 รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ระดับ 5 ดาว ปี 2560 ร้อยละ 25	-คณะกก.คปสอ. -คณะกก.ติดดาว -คณะกก.ตามกลุ่มวัย -คณะกก.pcc
		P2: พัฒนาระบบการสร้างสุขภาพ ครอบคลุม5กลุ่มวัยและกลุ่ม ความต้องการเฉพาะ(Service Plan)	P2:เพื่อลดปัญหาสุขภาพที่สำคัญ	(4)P1.1.3ร้อยละของตัวชี้วัดกระทรวง ยุทธ์ 1 ผ่านเกณฑ์ ≥ 80	กลุ่มเวชฯ/รพ.สต./ คณะกก.PCT+SP

		P3:บูรณาการความร่วมมือสร้าง สุขภาพกับภาคีเครือข่ายและ ประชาชน	P3:เพื่อให้ภาคีเครือข่ายและ ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้าง สุขภาพให้ประชาชนสุขภาพดี	(5)P3.1ภาคีเครือข่ายและปชช.มีส่วนร่วม ในการสร้างสุขภาพเพื่อให้ปชช.สุขภาพดี อย่างน้อยตำบลละ 1 เรื่อง	คณะกก.DHS
--	--	--	--	---	-----------

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	กลยุทธ์	เป้าหมาย	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
2.พัฒนาระบบ บริการสุขภาพองค์ รวมแบบบูรณา การอย่างมีคุณภาพ ครอบคลุมระดับ ทุติยภูมิ (Secondary)	ประชาชน ได้รับบริการที่ มีคุณภาพ ปลอดภัย พึ่ง พอใจ	S1: พัฒนาระบบบริการ ทุติยภูมิ	S1.1: เพื่อพัฒนาหน่วยบริการทุติยภูมิให้ สามารถจัดบริการได้อย่างมีคุณภาพและ ประสิทธิภาพตามมาตรฐาน HA ISO9001:2008 และมาตรฐานที่รพ.เข้า ร่วม	(6)S1รพ.ได้รับการรับรองตามมาตรฐาน HA บันได้ขั้นที่ 3	ศูนย์คุณภาพ
		S2: พัฒนาระบบบริการ ตามกลุ่มโรคและกลุ่มวัย (Service plan)	S2.1: เพื่อให้ผู้รับบริการมีสุขภาวะจาก การจัดบริการสุขภาพ S2.2: เพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจจาก บริการสุขภาพองค์รวมทุกระดับ	(7)S2.1.1 อัตราตายรวมของผู้รับบริการใน โรงพยาบาลไม่เกิน 5:1,000 ผู้รับบริการ (8)S2.1.2 ภาวะแทรกซ้อนจากการรับบริการ สุขภาพไม่เกิน 20:1,000 ครั้ง (9)S2.1.3 ร้อยละของตัวชี้วัดกระทรวงยุทธ 2 ผ่านเกณฑ์ ≥ 80 (10)S2.2.1 ความพึงพอใจของผู้รับบริการ \geq ร้อย ละ 85 (11)S2.2.2 ข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการ ลดลงมากกว่าร้อยละ 30	PCT PCT ศูนย์คุณภาพ /RM
		S3: พัฒนาระบบการส่ง ต่อ	S2 เพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อในโรค สำคัญให้รวดเร็ว ปลอดภัย ครอบคลุมทุก ระดับ	(12)S2.1 ผู้รับบริการในกลุ่มโรคสำคัญ (stroke, STEMI, sepsis, อุบัติเหตุ) ได้รับการส่งต่อ ตามแนวทางที่กำหนด ร้อยละ 80	PCT

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	กลยุทธ์	เป้าหมาย	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
3.เพิ่มขีดสมรรถนะการบริหารและสนับสนุนระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการที่ดี (Management)	3.ระบบบริหารจัดการ ระบบสนับสนุนบริการมี ประสิทธิภาพ และธรรมาภิบาล	M1.เพิ่มขีดสมรรถนะการบริหารจัดการแบบบูรณาการและธรรมาภิบาล 1.1 เพิ่มขีดสมรรถนะในการบริหารจัดการที่ดี - เพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงาน จัดซื้อจัดจ้าง งบประมาณและการเบิกจ่ายงบประมาณ - การบริหารยา เวชภัณฑ์และพัสดุ - อื่นๆ 1.2 พัฒนาระบบการเงินการคลัง 1.3 เสริมสร้างธรรมาภิบาลทุกระดับ 1.4 ติดตามผลลัพธ์การดำเนินงาน	M1.1 เพื่อให้ระบบการบริหารจัดการมีประสิทธิภาพ M1.2 เพื่อสร้างระบบการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพและเป็นเลิศ M1.3 เพื่อให้ระบบการบริหารจัดการมีธรรมาภิบาล (โปร่งใส ถูกต้อง ตรวจสอบได้) M1.4 เพื่อให้มีระบบการติดตามผลลัพธ์การดำเนินงาน	(13)M1.1 ความทันเวลาในการดำเนินการตามแผนงานงบประมาณ/ค่าเสื่อมร้อยละ 90 (14)M1.2.ระดับวิกฤตทางการเงินของกระทรวงไม่เป็นระดับ 7 (15)M1.3 ข้อร้องเรียนเรื่องความโปร่งใส ร้อยละ 0 (16)M1.4.1มีการติดตามผลการดำเนินงานทุกไตรมาสโดยทีมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลมากกว่าร้อยละ 80 (17)M1.4.2ร้อยละของตัวชี้วัดกระทรวงยุทธศาสตร์ 3 ผ่านเกณฑ์ ≥ 80	บริหาร/ uly. คณะกก. กพร+CFO

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	กลยุทธ์	เป้าหมาย	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
3.เพิ่มขีดสมรรถนะการบริหารและสนับสนุนระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการที่ดี (Management)	3.ระบบบริหารจัดการ ระบบสนับสนุน บริการมี ประสิทธิภาพ และธรรมาภิบาล	M2.พัฒนาระบบสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยเชื่อมประสานทุกระดับ 2.1พัฒนาระบบบริหารความเสี่ยง 2.2พัฒนาระบบสิ่งแวดล้อม ติดเชื้อ 2.3พัฒนาระบบสารสนเทศ และเวชระเบียนและISO 2.4พัฒนาบุคลากร 2.5เพิ่มขีดสมรรถนะภาพลักษณ์การให้บริการสุขภาพองค์รวม 2.6เพิ่มขีดสมรรถนะด้านนวัตกรรมการจัดบริการสุขภาพองค์รวม 2.7ระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพ 2.8 พัฒนาองค์กรทางสังคม (Social enterprise)	M2.1 เพื่อพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยง และความปลอดภัย(RM) M2.2 เพื่อให้ระบบสนับสนุนบริการสุขภาพ มีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน (ENV IC) M2.3 เพื่อพัฒนาระบบสารสนเทศ เวชระเบียนและISO ให้ทันสมัย เพียงพอ พร้อมใช้ ได้ประโยชน์ M2.4 เพื่อพัฒนาระบบทรัพยากรมนุษย์ ให้เป็นไปตามมาตรฐาน M2.5 เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่น ศรีทธา ให้ ปชช.มารับบริการ M2.6 เพื่อกระตุ้นการพัฒนาวิชาการและการคิดค้นนวัตกรรมการจัดบริการ M2.7 เพื่อพัฒนาระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพ M2.8 เพื่อสร้างระบบพัฒนาองค์กรทางสังคม (Social enterprise)	(18)M2.1 ร้อยละความถี่ขงระดับ Eขึ้นไป ได้รับการทำ RCAและแก้ไขอย่างเป็นระบบ (19) M2.2 อัตราการติดเชื้อในรพ.เป็น 0 (20)M2.3 ความทันเวลาในการส่งข้อมูล ร้อยละ 85 (21)M2.4.1บุคลากรได้รับการอบรมตามสมรรถนะที่กำหนดร้อยละ 80 (22)M2.4.2ความพึงพอใจบุคลากรมากกว่าร้อยละ 80 (23)M2.4.3ความผูกพันองค์กรมากกว่าร้อยละ 70 (24)M2.5ประชาชนกลับมาใช้บริการซ้ำและแนะนำผู้อื่น(จากแบบสำรวจ)ร้อยละ 80 (25)M2.6 ทุกกลุ่มงาน มีการจัดทำนวัตกรรมอย่างน้อย 1 เรื่อง/รอบนำเสนอ (26)M2.7 ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนดร้อยละ 95 (27)M2.8 รพ.มีระบบพัฒนาองค์กรทางสังคม (CSR and/or CSV) อย่างน้อย 1 เรื่อง/ปี	ศูนย์คุณภาพ IM HRD ศูนย์คุณภาพ ศูนย์คุณภาพ MMS กบร.

2.5 ระบบการปรับปรุง performance ขององค์กร

ระบบการพัฒนาคุณภาพ :

รพ.ได้รับการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA ปี 2558-2560

โรงพยาบาลได้ใช้ระบบการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน ISO 9001:2008 โดยได้รับการรับรองตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 จนถึงปัจจุบัน ครอบคลุมปี 2560 มาตรฐานอื่นๆ ที่ผ่านการประเมิน เช่น HPH ,HNQA, Clean&GREEN ,QA พยาบาลเครือข่ายจ.อุทัยธานี , มาตรฐานห้องปฏิบัติการเครือข่ายจ.อุทัยธานี และ LA,มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยวัณโรค, มาตรฐานโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว, 5 ส.,มาตรฐานสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยระดับ 5 ,DHS- Appreciation,รพ.ลดโลกร้อน,โรงพยาบาลคุณธรรม,มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ

กระบวนการประเมินผล :

จากการติดตามตัวชี้วัดในการประชุมของคณะกรรมการบริหารทุกเดือนโดยมีการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับองค์กรภายนอก เช่น โรงพยาบาลชุมชนอื่นในจังหวัด และเทียบผลการดำเนินงานจากปีที่ผ่านมาจากการจัดประชุมสรุปผลงาน ทุก 6 เดือน

กระบวนการเรียนรู้ระดับองค์กร :

การเรียนรู้ภายนอกองค์กร ได้แก่ การศึกษาต่อเนื่อง ศึกษาดูงาน ประชุม อบรมวิชาการ

การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในองค์กร ได้แก่ การเยี่ยมสำรวจภายใน ,จัดทำ good practice , CQI , จัดมหกรรมคุณภาพ ,จัดประกวดผลงาน ,นำเสนอผลการ ทบทวนการดูแลผู้ป่วย ,การจัดบอร์ดประชาสัมพันธ์ , Face book ของโรงพยาบาล,Line, on the job training , ระบบพี่เลี้ยง , Routine to research และการถอดบทเรียนหลังจากสรุปการดำเนินงานโครงการต่างๆ การวิจัย ฯ

กระบวนการสร้างนวัตกรรม :

สนับสนุนให้หน่วยงานใช้เครื่องมือ 3P , 3C-PDSA, CQI, C3THER, tracer, R2R วิจัยฯลฯ เพื่อพัฒนาคุณภาพงาน โดยหัวหน้าหน่วยงานเป็นผู้ให้คำปรึกษา และมีการนำเสนออย่างต่อเนื่อง