

นโยบายและยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน

แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลกรงปินัง ประจำปี 2565					
กลยุทธ์/ วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม (corporate KPI)	แผนปฏิบัติการ	ตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม/แผนงาน	ผู้รับผิดชอบ
กลยุทธ์ที่ 1 พัฒนาระบบ การดูแลผู้ป่วยได้มาตรฐาน ปลอดภัยและพึงพอใจ	1. ตัวชี้วัดด้านการดูแลผู้ป่วย ผ่านเกณฑ์	1.พัฒนาระบบการดูแล ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (DM,HT,COPD)	1.ร้อยละการควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือด ผู้ป่วยเบาหวาน 2.ร้อยละของการควบคุมความ ดันโลหิตสูงในผู้ป่วยความดัน 3.อัตราการเกิด Acute exacerbation ในกลุ่มผู้ป่วย COPD	-ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ไม่ยาเกินที่คิด เพื่อ คุณภาพชีวิตที่ดีในอนาคตของผู้ป่วยเบาหวาน ที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้เครือข่าย กรงปินัง -เสริมพลังปรับเปลี่ยนผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง -ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในวันนี้เพื่อคุณภาพ ชีวิตที่ดีในวันหน้าในผู้ป่วย เบาหวาน ความ ดัน -ใส่ใจสุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเบาหวาน ความดัน -โครงการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรค ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	งานผู้ป่วยนอก

กลยุทธ์/ วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม (corporate KPI)	แผนปฏิบัติการ	ตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม/แผนงาน	ผู้รับผิดชอบ
กลยุทธ์ที่ 1 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยได้มาตรฐานปลอดภัยและพึงพอใจ (ต่อ)	1. ตัวชี้วัดด้านการดูแลผู้ป่วยผ่านเกณฑ์(ต่อ)	2. พัฒนาระบบการดูแลกลุ่มแม่และเด็ก (pneumonia ในเด็ก, BA, PIH, PPH, sepsis ในหญิงตั้งครรภ์)	4. อัตราการตายเสียชีวิต 5. อัตราการตายของทารกแรกเกิด 6. อัตราการเกิดภาวะ Eclampsia 7. อัตราการเกิดภาวะช็อค จาก PPH 8. อัตราการเกิด septic shock ในหญิงตั้งครรภ์ 9. อัตราการเกิด BA 10. อัตราการเกิด respiratory failure ในผู้ป่วย Pneumonia ในเด็ก	- โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยใน 3 กลุ่มโรค (PIH PPH Sepsis) - ควบคุมกำกับปฏิบัติตามแนวทาง (CPG) - พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม Fast track แม่และเด็ก - ควบคุมกำกับการใช้ pneumonia score	งานห้องคลอด และ งานผู้ป่วยใน

กลยุทธ์/ วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม (corporate KPI)	แผนปฏิบัติการ	ตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม/แผนงาน	ผู้รับผิดชอบ
กลยุทธ์ที่ 1 พัฒนาระบบ การดูแลผู้ป่วยได้มาตรฐาน ปลอดภัยและพึงพอใจ (ต่อ)	1.ตัวชี้วัดด้านการดูแลผู้ป่วย ผ่านเกณฑ์(ต่อ)	3.พัฒนาระบบการดูแล ผู้ป่วยกลุ่มโรคฉุกเฉิน (STEMI stroke sepsis severe HI)	11.อัตราผู้ป่วย STEMI ได้ยา SK ภายใน 30 นาที 12.อัตราการมาถึงทันเวลาใน ผู้ป่วย stroke ภายใน 3 ชั่วโมง 13.อัตราการเกิด septic shock ในผู้ป่วย sepsis 14.อัตราการส่งต่อ Moderate head injury , severe head injury ภายใน 1 ชั่วโมง	- ควบคุมกำกับการใช้ SOS score - พัฒนาระบบการแจ้งเตือนในกลุ่มโรคสำคัญ (pneumonia, sepsis , STEMI) - พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม Fast track STEMI, STROKE, Head injury,	งาน ER
		4.พัฒนาการดูแลผู้ป่วย กลุ่มโรคอุบัติใหม่/อุบัติ ซ้ำ	15.ร้อยละของผู้ป่วย PUI ได้รับ การดูแลตามแนวทาง 16.ร้อยละของผู้ป่วยโรคอุบัติ ใหม่ อุบัติซ้ำ ได้รับการดูแลตาม แนวทาง	- พัฒนาระบบการเฝ้าระวังและป้องกันการ ติดเชื้อ - พัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อที่ แพร่กระจายในอากาศ	ทีม IC/PCT

กลยุทธ์/ วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม (corporate KPI)	แผนปฏิบัติการ	ตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม/แผนงาน	ผู้รับผิดชอบ
กลยุทธ์ที่ 1 พัฒนาระบบ การดูแลผู้ป่วยได้มาตรฐาน ปลอดภัยและพึงพอใจ (ต่อ)	2.อัตราข้อร้องเรียน	5.พัฒนาระบบการรับฟัง เสียงผู้รับบริการ	17.อัตราความพึงพอใจโดยรวม ของผู้ป่วยใน 18.อัตราความพึงพอใจโดยรวม ของผู้ป่วยนอก	- กิจกรรมลดความแออัด และการรอคอย - โครงการ Patient experience	ทีม PCF
		6.การตอบสนองข้อ ร้องเรียนที่รวดเร็ว	19.ร้อยละของข้อร้องเรียน ได้รับการตอบสนองร้อยละ 100	- Patient customer delivery ทีมนี้เพื่อเธอ	ทีม PCF

กลยุทธ์/ วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม (corporate KPI)	แผนปฏิบัติการ	ตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม/แผนงาน	ผู้รับผิดชอบ
กลยุทธ์ที่ 2 ส่งเสริมและเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริหารจัดการบุคลากร	3. ร้อยละบุคลากรผ่านเกณฑ์ประเมินสมรรถนะวิชาชีพ	1. สนับสนุนและส่งเสริมให้บุคลากรมีสมรรถนะและพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่อง	20. บุคลากรผ่านเกณฑ์การประเมินสมรรถนะตามวิชาชีพ (functional competency) ร้อยละ 85 21. บุคลากรผ่านเกณฑ์การประเมินตามสมรรถนะหลัก (Core competency)	<ul style="list-style-type: none"> - อบรมด้านวิชาชีพ 10 วัน/ปี - พัฒนาศักยภาพหัวหน้างานและ CEO - ปฐมนิเทศบุคลากรเข้าใหม่ โรงพยาบาลกรงปินัง อำเภอกรงปินัง จังหวัดยะลา - ศึกษาดูงานการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลกรงปินัง ปี 2564 - โครงการศึกษาเฉพาะทาง - โครงการตลาดนัดวิชาการ - พัฒนาศักยภาพบุคลากร แลมาตรฐานในการดำเนินงาน IMC และ LTC - โครงการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพ ปีงบประมาณ 2564 - กิจกรรมฟื้นฟูการอ่านผล EKG เบื้องต้นสำหรับพยาบาล - อบรมแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ/PUI - ฟื้นฟูการใช้ PPE ทุกระดับ 	ทีม HRD

กลยุทธ์/ วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม (corporate KPI)	แผนปฏิบัติการ	ตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม/แผนงาน	ผู้รับผิดชอบ
กลยุทธ์ที่ 2 ส่งเสริมและ เพิ่มประสิทธิภาพระบบ บริหารจัดการบุคลากร (ต่อ)	3. ร้อยละบุคลากรผ่านเกณฑ์ ประเมินสมรรถนะวิชาชีพ (ต่อ)	1. สนับสนุนและส่งเสริม ให้บุคลากรมีสมรรถนะ และพัฒนาความรู้อย่าง ต่อเนื่อง (ต่อ)	22. รพ. มีผลงานวิชาการด้าน วิจัย หรือ R2R 3 เรื่องต่อปี CQI หรือนวัตกรรม 18 เรื่องต่อปี	- พัฒนาศักยภาพบุคลากรสู่ความเป็นเลิศด้าน วิชาการปี 2564 ครั้งที่ 6	ทีม IM
	4. ข้อร้องเรียนพฤติกรรมบริการ	2. พัฒนาบุคลากรด้าน พฤติกรรมบริการ	23. ข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรม บริการลดลง ร้อยละ 10 จากปี ที่ผ่านมา	- โครงการ พัฒนาคุณภาพชีวิตบุคลากรและ เพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานด้านการ บริการด้วยใจอย่างมีความสุข - โครงการประกวดคนดี MOPH	ทีม HRD
	5. ร้อยละความพึงพอใจของ บุคลากร 6. ร้อยละความผูกพันของ บุคลากร	3. เสริมสร้างขวัญกำลังใจ ในการปฏิบัติงานของ บุคลากร	24. ร้อยละ ความพึงพอใจใน การปฏิบัติงานของบุคลากร 25. ร้อยละความผูกพันของ เจ้าหน้าที่	- กิจกรรมสำรวจความต้องการ และประเมิน ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่และตอบสนอง ความต้องการของเจ้าหน้าที่ - โครงการเยี่ยม/สวัสดิการ เจ้าหน้าที่ - โครงการ Happy 8	ทีม HRD

กลยุทธ์/ วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม (corporate KPI)	แผนปฏิบัติการ	ตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม/แผนงาน	ผู้รับผิดชอบ
กลยุทธ์ที่ 2 ส่งเสริมและเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริหารจัดการบุคลากร (ต่อ)	7. อัตราการการเกิดโรคและการบาดเจ็บจากการทำงานของบุคลากรในรพ.	4. พัฒนาระบบอาชีพะอนามัยและความปลอดภัยจากการทำงาน	26. ร้อยละ 60 ของหน่วยงานในรพ. มีการประเมินความเสี่ยงตามมาตรฐานอาชีพะอนามัย 27. อัตราบุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงที่กำหนด 28. อัตราบุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี	- โครงการตลาดนัดสุขภาพ - โครงการตรวจสุขภาพประจำปี - โครงการปรับเปลี่ยนสุขภาพ(บุคคลต้นแบบ) - โครงการพัฒนาอาชีพะอนามัยและความปลอดภัย	งานอาชีพะอนามัย/ ทีมHRD
กลยุทธ์ที่ 3 พัฒนาระบบการเฝ้าระวังโรค และภัยสุขภาพร่วมกับภาคีเครือข่ายตามบริบทชุมชน	8. ร้อยละตัวชี้วัดด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคผ่านเกณฑ์	1. เสริมสร้างศักยภาพและความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในการเฝ้าระวังโรคที่สามารถป้องกันด้วยวัคซีน 2. เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจและความเชื่อมั่นของประชาชนที่ป่วยเป็ยงต่อการรับวัคซีน	29. ความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 1 ปี ได้รับวัคซีนตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 90 30. อัตราป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนลดลง ร้อยละ 10 31. อัตราผู้ปกครองที่ป่วยเป็ยงวัคซีนลดลง ร้อยละ 10		

กลยุทธ์/ วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม (corporate KPI)	แผนปฏิบัติการ (Action plan)	ตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม/แผนงาน	ผู้รับผิดชอบ
กลยุทธ์ที่ 3 พัฒนาระบบ การเฝ้าระวังโรค และภัย สุขภาพร่วมกับภาคี เครือข่ายตามบริบทชุมชน (ต่อ)	8. ร้อยละตัวชี้วัดด้านส่งเสริม สุขภาพและป้องกันโรคผ่าน เกณฑ์(ต่อ)	3. เสริมสร้างความ ตระหนักรู้และพัฒนา ระบบการติดตามหญิง ตั้งครรภ์เสี่ยง/หญิงหลัง คลอด โดยภาคีเครือข่าย ในชุมชน	32.หญิงตั้งครรภ์ได้รับการคัด กรองภาวะเสี่ยงสูง ร้อยละ 100 33.หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง สูงได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน 34.หญิงหลังคลอดที่มีภาวะ เสี่ยงสูงได้รับการติดตามเยี่ยม ตามเกณฑ์ไม่น้อยกว่า 3 ครั้ง ร้อยละ100	-โครงการพัฒนาระบบการบริหารจัดการงาน อนามัยแม่และเด็ก ระดับเครือข่าย -กิจกรรมพัฒนาระบบการติดตามเยี่ยมบ้าน ตั้งครรภ์เสี่ยง/หญิงหลังคลอดระดับเครือข่าย -กิจกรรมฟื้นฟูศักยภาพบุคลากรเครือข่าย อำเภอกรงปินัง ระยะตั้งครรภ์ คลอด และ หลังคลอด -การให้สุขศึกษา ด้านการดูแลสุขภาพของหญิง ตั้งครรภ์/ระยะคลอด/หลังคลอด - โครงการเพาะกล้าเครือข่ายสุขภาพสู่ ผู้อำนวยการเพื่อสร้างความเชื่อมั่นแก่ชุมชน - พัฒนาระบบการส่งต่อ/คืนข้อมูลสู่เครือข่าย ที่มีคุณภาพ - เสริมสร้างความเข้มแข็งของโรงเรียนพ่อแม่	ทีมชุมชน

กลยุทธ์/ วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม (corporate KPI)	แผนปฏิบัติการ (Action plan)	ตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม/แผนงาน	ผู้รับผิดชอบ
กลยุทธ์ที่ 3 พัฒนาระบบ การเฝ้าระวังโรค และภัย สุขภาพร่วมกับภาคี เครือข่ายตามบริบทชุมชน (ต่อ)	8. ร้อยละตัวชี้วัดด้านส่งเสริม สุขภาพและป้องกันโรคผ่าน เกณฑ์(ต่อ)	4. ขับเคลื่อนการ ดำเนินงานควบคุมและ เฝ้าระวังโรคนำโดยแมลง	35.อัตราป่วยด้วยโรคติดต่อ โดยแมลง ลดลงร้อยละ 20 จาก ค่ามัธยฐาน 5 ปี 36.อัตราป่วยใช้เลือดออกลดลง ร้อยละ 20 37.อัตราป่วยมาลาเรียลดลง ร้อยละ 20	-โครงการขับเคลื่อนการดำเนินงานการเฝ้า ระวังและควบคุมโรคติดต่อโดยแมลงใน ชุมชน	
	9. ร้อยละตัวชี้วัดด้านการฟื้นฟู สมรรถภาพผ่านเกณฑ์	5.พัฒนาระบบการดูแล และการติดตามเยี่ยม บ้านผู้ป่วย IMC/LTC โดยทีม สหวิชาชีพ เน้นการมี ส่วนร่วมของเครือข่าย ชุมชน	38.ผู้ป่วย IMC มีคุณภาพชีวิตที่ ดีขึ้น ภายใน 6 เดือนมากกว่า ร้อยละ 60 39.ร้อยละ 100 ของตำบลที่มี ระบบส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ดูแลระยะยาวในชุมชน 40.ผู้ป่วย LTC มีคะแนน ADL เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 คะแนน ร้อยละ 50	-โครงการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง IMC -โครงการฟื้นฟูสมรรถภาพ LTC	

กลยุทธ์/ วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม (corporate KPI)	แผนปฏิบัติการ (Action plan)	ตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม/แผนงาน	ผู้รับผิดชอบ
กลยุทธ์ที่ 4 พัฒนาระบบ การบริหารจัดการให้มี ประสิทธิภาพ	10. โรงพยาบาลไม่ประสบ ภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ 7	1.เพิ่มประสิทธิภาพการ จัดการการเงินการคลัง	41.อัตราส่วนทุนหมุนเวียน Current Ratio มากกว่า 1.5 42.อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว Quick Ratio มากกว่า 1 43.อัตราส่วนเงินสดและ รายการเทียบเท่าเงินสด Cash Ratio มากกว่า 0.8 44.โรงพยาบาลมีรายได้เพิ่มขึ้น จากปีที่ผ่านมา ร้อยละ 5 45.โรงพยาบาลมีรายจ่ายลดลง จากปีที่ผ่านมา ร้อยละ 2	<p>***แผนเพิ่มรายได้</p> <ul style="list-style-type: none"> -office syndrome Package สำหรับ เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล -กายภาพบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยระยะกลาง รูปแบบเข้มข้น SNAP (admit ในหอผู้ป่วยใน) -โปรแกรมสำหรับกระตุ้นน้ำนมในมารดาหลัง คลอด -ให้บริการหน่วยงานราชการภายในพื้นที่ อำเภอกรงปินัง โดยจัดเป็นกิจกรรม “office syndrome ป้องกันได้ด้วยการออกกำลังกาย และยืดเหยียดกล้ามเนื้อ” -กำกับและติดตามงบตามผลงานบริการ (fee schedule,PP,QOF) -ความสมบูรณ์ของเวชระเบียน <p>***แผนลดรายจ่าย</p> <ul style="list-style-type: none"> -แผนลดการใช้ไฟในโรงพยาบาล -แผนลดการใช้วัสดุสิ้นเปลือง โดยการใช้อิเล็กทรอนิกส์ ทรอนิคไฟล์มากขึ้น 	

กลยุทธ์/ วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม (corporate KPI)	แผนปฏิบัติการ (Action plan)	ตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม/แผนงาน	ผู้รับผิดชอบ
กลยุทธ์ที่ 4 พัฒนาระบบ การบริหารจัดการให้มี ประสิทธิภาพ (ต่อ)	10. โรงพยาบาลไม่ประสบ ภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ 7(ต่อ)	1.เพิ่มประสิทธิภาพการ จัดการการเงินการคลัง (ต่อ)	46.โรงพยาบาลมีผลการ ดำเนินงานด้านการเพิ่ม ประสิทธิภาพด้านการเงินการ คลัง โดยใช้ FEED (ผ่านเกณฑ์ 7 ใน 11 ข้อ)	กิจกรรมให้ความรู้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องในการ ประเมินการเพิ่มประสิทธิภาพด้านการเงิน การคลังโดยใช้ FEED	
	11. การควบคุมภายใน ผ่าน เกณฑ์ 5 มิติ	2.ส่งเสริมระบบการ ควบคุมภายในให้มี ประสิทธิภาพ	47.มิติด้านการเงินผ่านเกณฑ์ การควบคุมภายใน 48.มิติด้านการจัดเก็บรายได้ ผ่านเกณฑ์การควบคุมภายใน 49.มิติด้านงบการเงินผ่าน เกณฑ์การควบคุมภายใน 50.มิติด้านพัสดุผ่านเกณฑ์การ ควบคุมภายใน 51.มิติด้านระบบการควบคุม ภายในและการบริหารความ เสี่ยงผ่านเกณฑ์การควบคุม ภายใน	-กำหนดผู้รับผิดชอบและผู้ติดตามประเมินผล ระบบควบคุมภายในของหน่วยงานที่ชัดเจน -ดำเนินการจัดวางระบบการควบคุมภายใน ทุกหน่วย -จัดทำรายงานระดับหน่วยรับตรวจและ หน่วยงานย่อยเสร็จภายในระยะเวลาที่ ระเบียบกำหนดได้ครบถ้วนและถูกต้อง -มีการนำระบบการควบคุมภายในที่กำหนด ไปสู่การปฏิบัติครบทุกกระบวนการงาน -มีการติดตามประเมินผลระบบการควบคุม ภายใน ปีละ 2 ครั้ง และมีการปรับปรุงระบบ	

กลยุทธ์/ วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม (corporate KPI)	แผนปฏิบัติการ (Action plan)	ตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม/แผนงาน	ผู้รับผิดชอบ
กลยุทธ์ที่ 4 พัฒนาระบบ การบริหารจัดการให้มี ประสิทธิภาพ (ต่อ)	12. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การ ประเมินคุณธรรมและความ โปร่งใส (ร้อยละ 90)	3.ส่งเสริมการดำเนินงาน โรงพยาบาลคุณธรรม และความโปร่งใส	52.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การ ประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ ในดัชนีความโปร่งใส 53.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การ ประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ ในดัชนีความพร้อมรับผิด 54.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การ ประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ ในดัชนีความปลอดภัยจากทุจริต จากการปฏิบัติงาน 55.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การ ประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ ในดัชนีวัฒนธรรม คุณธรรมใน องค์กร 56.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การ ประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ ในดัชนีคุณธรรมการทำงานใน หน่วยงาน	โครงการประเมินคุณธรรม ความโปร่งใส และบริหารความเสี่ยง -ประชุมชี้แจงการดำเนินงานประเมิน คุณธรรมและความโปร่งใสฯ และขั้นตอนการ ขับเคลื่อนชมรมจริยธรรมโรงพยาบาล กรงปินัง -แต่งตั้งคำสั่ง/คณะทำงานผู้รับผิดชอบการ ดำเนินงานประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส ฯ -คณะทำงานประชุมติดตามการดำเนินงาน ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสฯ เดือน ละ 1 ครั้ง -ประชุมติดตามการดำเนินงานประเมิน คุณธรรมและความโปร่งใสฯ ในเวทีหัวหน้า ฝ่าย/งาน	

กลยุทธ์/ วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม (corporate KPI)	แผนปฏิบัติการ (Action plan)	ตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม/แผนงาน	ผู้รับผิดชอบ
กลยุทธ์ที่ 4 พัฒนาระบบ การบริหารจัดการให้มี ประสิทธิภาพ (ต่อ)	13. วัฒนธรรมความปลอดภัย ผ่านเกณฑ์	4.พัฒนาระบบการ บริหารจัดการความเสี่ยง ให้มีประสิทธิภาพ	57.สัดส่วนการรายงาน อุบัติการณ์ระดับ Near miss: Miss 58.อัตราอุบัติการณ์ที่ได้รับการ แก้ไข 59.อัตราความครอบคลุมของ หน่วยงานที่มีการรายงานความ เสี่ยง	- อบรมฟื้นฟูการบริหารความเสี่ยงและการ รายงานความเสี่ยงผ่านโปรแกรมHRMS on cloud - กิจกรรม RM award (RM award และ RM quality award) - อบรมฟื้นฟูการทบทวน 12 กิจกรรม RCA & FMEA	
	14. อัตราตัวชี้วัด 2P safety ที่ กำหนดผ่านเกณฑ์	5.จัดการความเสี่ยง ภายใต้มาตรฐาน 2P safety	60. อัตราการติดเชื้อใน โรงพยาบาล 61. อัตราบุคลากรติดเชื้อจาก การทำงาน 62. ความคลาดเคลื่อนทางยา จากยา High alert drug ระดับ D ขึ้นไป (KSG) 63. จำนวนผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ 64. อุบัติการณ์ให้เลือด ผิดพลาด	- กิจกรรม Brainstorm KPN 2P safety model - กิจกรรม Implementation 2P safety to workers - กิจกรรม 2P safety awareness day - กิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการ Emergency and High alert simulation	

กลยุทธ์/ วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม (corporate KPI)	แผนปฏิบัติการ (Action plan)	ตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม/แผนงาน	ผู้รับผิดชอบ
กลยุทธ์ที่ 4 พัฒนาระบบ การบริหารจัดการให้มี ประสิทธิภาพ (ต่อ)	14. อัตราตัวชี้วัด 2P safety ที่ กำหนดผ่านเกณฑ์(ต่อ)	5.จัดการความเสี่ยง ภายใต้มาตรฐาน 2P safety(ต่อ)	65. อุบัติการณ์การระบุดัวผู้ป่วย ผิดพลาดระดับ E ขึ้นไป (KSG) 66. ตัวชี้วัดด้านการวินิจฉัย 67. อัตราการรายงานผล ผิดพลาด 68. อัตราผู้ป่วย Under triage		
	15. ผ่านการรับรองคุณภาพ HA reaccredit ครั้งที่ 1 ในปี 2564	6. พัฒนาระบบบริหาร จัดการคุณภาพให้มี ประสิทธิภาพ	69.ร้อยละของหน่วยงานที่มี การทบทวน 12 กิจกรรม 70.ร้อยละของหน่วยงานที่มี การปรับปรุง Service profile ทุกปี	พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล HA (Hospital Accreditation) โรงพยาบาลกรงปินัง อำเภอ กรงปินัง จังหวัดยะลา	

กลยุทธ์/ วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม (corporate KPI)	แผนปฏิบัติการ (Action plan)	ตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม/แผนงาน	ผู้รับผิดชอบ
กลยุทธ์ที่ 4 พัฒนาระบบ การบริหารจัดการให้มี ประสิทธิภาพ (ต่อ)	16. HAIT ผ่านเกณฑ์ขั้นที่ 1	7. พัฒนาระบบ เทคโนโลยีสารสนเทศให้ มีประสิทธิภาพ	71. อัตราความพึงพอใจต่อ ระบบงานเทคโนโลยีสารสนเทศ 72. ร้อยละความสำเร็จของ smart Hospital 73. ร้อยละความสำเร็จของการ พัฒนาระบบ Back Office 74. อุบัติการณ์การเกิดปัญหา ระบบ Server หลักกลุ่ม 75. ร้อยละความสำเร็จของการ พัฒนาโปรแกรมเตือนใน กลุ่มเป้าหมาย	-กิจกรรมพัฒนาแหล่งเรียนรู้และสืบค้น ข้อมูล/โปรแกรมต่าง 1.โปรแกรมตัวชี้วัด 2.โปรแกรมทะเบียน 3.โปรแกรม Back office -กิจกรรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ด้าน เทคโนโลยีสารสนเทศ 1.การใช้โปรแกรม Microsoft excel 2.การนำเสนอข้อมูลแบบ Info graphic -กิจกรรมการซ่อมแผนรับมือภัยคุกคามไซ เบอร์ -อบรมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลด้านคุณภาพการ บันทึกเวชระเบียน	

กลยุทธ์/ วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม (corporate KPI)	แผนปฏิบัติการ (Action plan)	ตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม/แผนงาน	ผู้รับผิดชอบ
กลยุทธ์ที่ 4 พัฒนาระบบ การบริหารจัดการให้มี ประสิทธิภาพ (ต่อ)	17. พัฒนา GREEN and Clean hospitalระดับดีมาก	8. ส่งเสริมมาตรฐาน GREEN and Clean hospital	76.การจัดการมูลฝอยไม่ถูก สุกลักษณะลดลง ร้อยละ 5 77.ผ่านการประเมินรับรอง มาตรฐานสถานที่น่ายู่ น่า ทำงาน 78.สถานที่ประกอบอาหารใน โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ สุขาภิบาลอาหาร 79.ผลการตรวจน้ำอุปโภค/ บริโภคผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (หมายเหตุ1=ผ่าน 0=ไม่ผ่าน)	- ส่งเสริมอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital โรงพยาบาลกรุงปิ่น ประจำปี 2565 -สถานที่ทำงานน่ายู่ น่าทำงาน (Healthy Workplace) ประจำปี 2565 -ธนาคารขยะ	

กลยุทธ์/ วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม (corporate KPI)	แผนปฏิบัติการ (Action plan)	ตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม/แผนงาน	ผู้รับผิดชอบ
กลยุทธ์ที่ 4 พัฒนาระบบ การบริหารจัดการให้มี ประสิทธิภาพ (ต่อ)	18. โรงพยาบาลมีระบบการ จัดการภัยคุกคามตามมาตรฐาน	9. พัฒนาระบบการ จัดการความปลอดภัย จากภัยคุกคาม	80. โรงพยาบาลมีการซ้อมแผน ภัยคุกคามจาก Workplace violence ปีละ 1 ครั้ง 81. โรงพยาบาลมีการซ้อม แผนการป้องกันและบรรเทาสา ธารณภัย (ด้านอัคคีภัย) ปีละ 1 ครั้ง 82. โรงพยาบาลมีการซ้อมแผน อุบัติเหตุหมู่ ปีละ 1 ครั้ง	- ซ้อมแผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณ ภัย (ด้านอัคคีภัย) - ซ้อมแผนเผชิญอุบัติเหตุหมู่โรงพยาบาล ทรงปิ่นัง ประจำปี 2565 - กิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการและซ้อมแผน Prevention workplace violence simulation	ทีม RM/งาน บริหาร/งาน ER
	19. ผ่านการประเมิน LA คุณภาพ	10. พัฒนาระบบ ห้องปฏิบัติการให้มี ประสิทธิภาพ	83. อัตราการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ 84. อัตราการรายงานแล็ปด่วน ทันเวลา 45 นาที 85. อัตราการประกันคุณภาพ EQA ครบถ้วน 86. อัตราการรายงานผลในกลุ่ม ผู้ป่วยนอกทันเวลา 60 นาที 87. อัตราการรายงานแล็ปวิกฤติ	พัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการตามมาตรฐาน LA	งานเทคนิค การแพทย์

