



รายงานผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการพัฒนาบริการ ปี 2568 (ต.ค.67-มี.ค.68) ตามแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ระยะ 5 ปี (2568-2572)

- ทิศทาง และแผนยุทธศาสตร์ระยะ 5 ปี (2568-2572)**
- สรุปผลการดำเนินงาน ปี 2568 (ต.ค.67-มี.ค.68)**

แผนยุทธศาสตร์

โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชปีงบประมาณ 2568-2572



วิสัยทัศน์

ศูนย์บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขคุณภาพ
ที่ประชาชนไว้วางใจ



พันธกิจ

1. ให้บริการสุขภาพแบบองค์รวมเฉพาะทางทุกสาขา
2. บูรณาการงานบริการสาธารณสุขร่วมกับภาคีเครือข่าย
3. พัฒนาระบบบริหารจัดการด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล
และหลักธรรมาภิบาล
4. พัฒนาวิชาการและร่วมผลิตแพทย์แห่งประเทศไทย



- กลยุทธ์ที่ 1 พัฒนาคุณภาพบริการทางการแพทย์ร่วมกับภาคีเครือข่าย
- กลยุทธ์ที่ 2 สร้างเสริมพลังการแพทย์ปฐมภูมิและภาคีเครือข่ายในการจัดการสุขภาพ
- กลยุทธ์ที่ 3 พัฒนาระบบบริหารจัดการสู่ Digital Health
- กลยุทธ์ที่ 4 เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง ให้มีเสถียรภาพ
- กลยุทธ์ที่ 5 พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะสูง สุขภาพดี มีความสุขในการทำงาน



- 1. บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน
- 2. ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวได้
- 3. ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมีความมั่นคง ปลอดภัย
- 4. สถานะทางการเงินการคลังมีความมั่นคง เพียงพอต่อการดำเนินงานและการพัฒนาโรงพยาบาล ให้เติบโตอย่างยั่งยืน
- 5. เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization) บุคลากรมีสมรรถนะเพียงพอ และเหมาะสมในการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพ มีสุขภาพดี และมีความสุขในการทำงาน



- 1. เพื่อยกระดับบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน
- 2. เพื่อเสริมพลังผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลสุขภาพ
- 3. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและยกระดับคุณภาพเทคโนโลยีสารสนเทศ สู่ Smart hospital
- 4. เพื่อเพิ่มเสถียรภาพทางการเงินการคลัง
- 5. เพื่อพัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะในการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ มีสุขภาพที่ดี และมีความสุขในการทำงาน

เป้าประสงค์เชิงกลยุทธ์ 1 – 5 ปี

ปี 2568-2569

- -Learning organization
- Talent and Leadership Management

ปี 2570

- Living Organization

ปี 2571

- High Reliability organization

ปี 2572

- High Performance Organization



Strategic Opportunity

ข้อได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ >>>>

- เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ รพ.ตั้งอยู่ริมถนนสายหลัก เข้าถึงง่าย การเดินทางสะดวก
- ไม่มีโรงพยาบาลเอกชนในฝั่งตะวันออกของ จ.ตาก
- มีแพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก/สาขารอง และ sub board ที่สนับสนุนการบริการ ลดการ refer
- มีแพทย์เฉพาะทางด้าน EP 4 คน ระบบการแพทย์การแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศได้มาตรฐาน
- มีแพทย์เฉพาะทางกลุ่มโรคสำคัญที่สร้างรายได้ เช่น URO , Infertile , Plastic surgery, Gastroenterology
- มีคู่ความร่วมมือ (MOU) ผ่าตัดสมอง , สอนหัวใจ , สลายนิ่ว และมีศูนย์วินิจฉัยโรคครบวงจร CT , MRI โดยบริษัทเอกชน
- เป็นผู้นำในเขตสุขภาพที่ 2 ด้านเทคโนโลยีดิจิทัล เป็นที่ยอมรับในระดับประเทศ ตอบสนองการให้บริการที่สะดวก รวดเร็ว รองรับ Smart Hospital
- มีระบบการดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้มแข็ง ได้มาตรฐานระดับประเทศ (รางวัล NCD Clinic Plus)
- เป็นศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก



Strategic Challenge

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์

ความต้องการ/ความคาดหวังของผู้รับบริการ :

- บริการที่เป็นเลิศ ,เป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ภาคเหนือตอนล่าง ,ER คุณภาพ ,one stop service , คลินิกพิเศษทุกสาขา,โปรแกรมเหมาจ่ายตรวจสุขภาพตามกลุ่มอายุ ,ระบบบริการสะดวก รวดเร็ว ด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย ,Smart OPD
- บริการที่ประทับใจ , มี Service mind ในการให้บริการ
- นโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่
- นโยบายโรงพยาบาลอัจฉริยะ ,Digital Health ระบบบริการที่ไร้รอยต่อด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล
- ภัยคุกคามจากสื่อออนไลน์/สื่อสังคมที่ให้ข่าวลวง
- ภัยคุกคามไซเบอร์ทางเทคนิค เช่น โปรแกรมประสงค์ร้าย (Malware), การล้วงข้อมูลส่วนบุคคลและองค์กร (Data theft)
- ผู้มารับบริการ ร้องเรียนผ่านทางโซเชียล
- ความมีเสถียรภาพทางการเงินการคลังเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ
- ความคงอยู่ของบุคลากรสายวิชาชีพและสายสนับสนุน (ลด turn over rate สายสนับสนุน , ลดการลาออกสายวิชาชีพสาขาที่ขาดแคลน)
- ความสามารถของบุคลากรด้านเทคโนโลยีดิจิทัล Social Media

Strategic Opportunity

โอกาสเชิงกลยุทธ์



- ศูนย์การดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร ระดับ HI END
- สร้างโรงพยาบาลแห่งที่ 2 เป็น PREMIUM TSM
- ขยายบริการตรวจรักษาและสร้างเสริมสุขภาพแบบเฉพาะกลุ่มโรค (ธุรกิจสุขภาพ)
จัดบริการแบบแพคเกจเหมาจ่าย ONE DAY
- PACKAGE การตรวจสุขภาพแบบ PREMIUM (STANDARD, SILVER GOAL, PLATINUM)
- เพิ่มแผนกบริการผู้ป่วยผ่าตัด SMC OR นอกเวลา
- เปิดบริการ ER OBSERVE เต็มรูปแบบ (ทุกแผนก)
- เทคโนโลยีและนวัตกรรม : บริการปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง ONLINE
(APPLICATION ,LINE OA , TELEMEDICINE , TELE-HEALTH)
- บริการรับส่งผู้ป่วยจากพื้นที่ : TSM GRAB TAXI บริการรับส่งคนไข้ (ไม่ฉุกเฉิน)

สมรรถนะหลัก (Core Competency)

1. การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตและฉุกเฉิน

2. การดูแลต่อเนื่องและเชื่อมโยงตั้งแต่ Pre-hospital จนถึงชุมชน

จุดเน้น/เข็มมุ่ง ปี 2568 Key Focus Area / 2P Safety

01 Patient Safety

I4 : ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา

M2 : ปลอดภัยจากการได้รับยา

M5 : ปลอดภัยจากการได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือด

P1 : บ่งชี้ตัวผู้ป่วยถูกต้อง

P3 : ลดข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค

E1 : เพิ่มความปลอดภัยในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง

E2.1 : ลดอัตราการตาย Sepsis

E3.3 : ลดและป้องกันการเสียชีวิตจากภาวะ Birth Asphyxia

E 4.1 : เพิ่มประสิทธิภาพการ Triage

02 Personnel Safety

- ปลอดภัยจากการติดเชื้อในระหว่างปฏิบัติงาน

- มีความปลอดภัยในการทำงาน

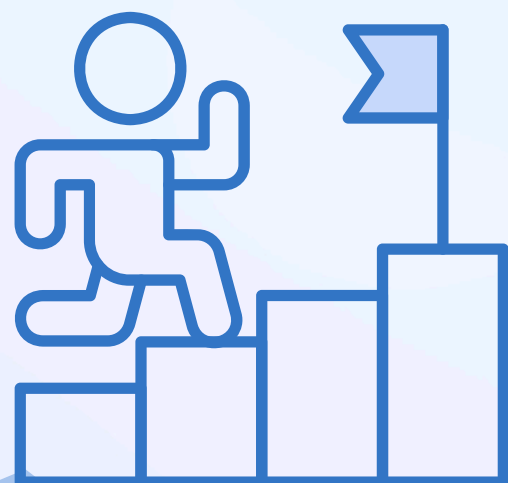
รายงานผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการพัฒนาบริการ ปี 2568 (ต.ค.67-มี.ค.68)
ตามแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ระยะ 5 ปี (2568-2572)

• ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด

• ผลการดำเนินงาน

• ผลการดำเนินงาน

• แนวทางแก้ไข/แผนพัฒนาต่อเนื่อง



สรุปกลยุทธ์ตามแผนยุทธศาสตร์

โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ปีงบประมาณ 2568-2572

กลยุทธ์ที่ 1

พัฒนาคุณภาพบริการ
ทางการแพทย์
ร่วมกับ
ภาคีเครือข่าย

กลยุทธ์ที่ 2

สร้างเสริมพลังการแพทย์
ปฐมภูมิและภาคีเครือข่าย
ในการจัดการสุขภาพ

กลยุทธ์ที่ 3

พัฒนาระบบบริหาร
จัดการสู่
DIGITAL HEALTH

กลยุทธ์ที่ 4

เพิ่มประสิทธิภาพ
การบริหาร
การเงินการคลัง
ให้มีเสถียรภาพ

กลยุทธ์ที่ 5

พัฒนาบุคลากร
ให้มีสมรรถนะสูง
สุขภาพดี
มีความสุข
ในการทำงาน

สรุปการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช (ตุลาคม 2567- มีนาคม 2568)



ร้อยละของตัวชี้วัดตามแผนกลยุทธ์ ของ รพ.ที่ผ่านเกณฑ์ (เป้าหมาย 60 %) **57.14**

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1

พัฒนาคุณภาพบริการทางการแพทย์ร่วมกับภาคีเครือข่าย

เป้าประสงค์ :

บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน

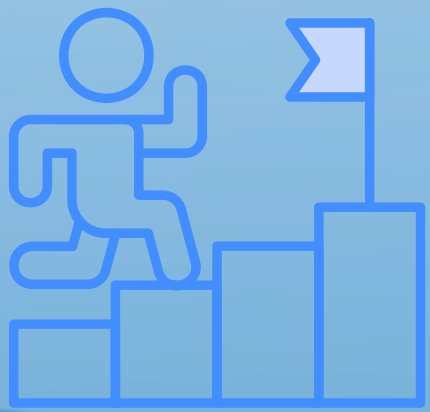
กลยุทธ์:

1.1 พัฒนาคุณภาพบริการให้ได้มาตรฐาน

1.2 พัฒนาระบบบริการสู่ความเป็นเลิศ

1.3 พัฒนาระบบบริการสุขภาพในกลุ่มโรคสำคัญ

1.4 พัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินและระบบการส่งต่อ



ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1

พัฒนาคุณภาพบริการทางการแพทย์ร่วมกับภาคีเครือข่าย

เป้าประสงค์ : บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน

กลยุทธ์ : 1.1 พัฒนาคุณภาพบริการให้ได้มาตรฐาน

แผนงาน/โครงการ : ยกระดับคุณภาพโรงพยาบาลสู่มาตรฐาน AHA



เป้าหมายการพัฒนา

ปี 2572

ผ่านการรับรองมาตรฐาน
1.คุณภาพโรงพยาบาล
(re-accreditation 6)
2.วิชาชีพและระบบงานสำคัญ
- งานเทคนิคการแพทย์ จาก
สภาเทคนิคการแพทย์ (ต่ออายุ
3 ปี)

ปี 2571

ผ่านการรับรอง
มาตรฐาน
1.วิชาชีพและระบบงาน
สำคัญ
- กายภาพบำบัด จาก
สภากายภาพบำบัด
- MOPH X-ray (ต่อ
อายุ 3 ปี)

ปี 2570

ผ่านการรับรองมาตรฐาน
1.PDSC (ต่ออายุ 3 ปี)
2.วิชาชีพและระบบงาน
สำคัญ
- การรักษาโดยการฟอกเลือด
ด้วยเครื่องไตเทียม (4 ปี)
- การจัดบริการอาชีวอนามัย
และเวชกรรมสิ่งแวดล้อม
ระดับดีเด่น
(3 ปี)
- งานบริการโลหิต

ปี 2569

ผ่านการรับรอง
มาตรฐาน
1.วิชาชีพและระบบ
งานสำคัญ
- งานเทคนิคการ
แพทย์ จากสภา
เทคนิคการแพทย์
(3 ปี)

ปี 2568

ผ่านการรับรองมาตรฐาน
1.คุณภาพโรงพยาบาล
(re-accreditation 5)
2.PDSC
3.วิชาชีพและระบบงานสำคัญ
- MOPH X-ray (3 ปี)
- กายภาพบำบัด จากเครือข่ายฯ
เขต 2
-งานเภสัชกรรม รพ.และระบบ
ยา
- บริการพยาบาล ใน รพ. กสธ.
- การรักษาโดยการฟอกเลือด
ด้วยเครื่องไตเทียม (2 ปี)

สถานการณ์ปัญหา:

สว.ตสม.มีความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการสุขภาพตามมาตรฐานวิชาชีพและระบบงานสำคัญอย่างต่อเนื่องเพื่อความปลอดภัยและความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้รับบริการ ซึ่งโรงพยาบาลได้ผ่านการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (Re-accreditation ครั้งที่4)โดยมีระยะเวลาการรับรอง23/04/2022 - 11/04/2025

วัตถุประสงค์/Purpose :

เพื่อพัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพและระบบงานสำคัญ

มาตรการสำคัญ /Process:(ระบุ ปีที่จะดำเนินการ)

- 1.การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยการสร้างเสริมสุขภาพ และการบริหารองค์กรอย่างต่อเนื่อง
- 2.ประชุม RSQ ทุกสัปดาห์
- 3.บุคลากรทุกระดับมีส่วนร่วมในการพัฒนาองค์กร
- 4.จัดมหกรรมคุณภาพประจำปี



ตัวชี้วัด	ฐานข้อมูล ปี 2567 (Baseline)	ค่าเป้าหมาย				
		2568	2569	2570	2571	2572
1.ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล	ผ่าน Re-accreditation ครั้งที่ 4 (ระยะเวลาการรับรอง 23/04/2022 – 11/04/2025)	ผ่าน HA (re-accreditation ครั้งที่ 5-ต่ออายุการรับรอง 4 ปี)	ผ่าน HA	ผ่าน HA	ผ่าน HA	ผ่าน HA (re-accreditation ครั้งที่ 6-ต่ออายุการรับรอง 4 ปี)
2.ผ่านการรับรองมาตรฐานการรับรองเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ (ระบบพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล)	ผ่านการรับรอง (ระยะเวลาการรับรอง 31 ม.ค.2567-30 ม.ค.2570)	ผ่าน	ผ่าน	ผ่านการรับรอง PDSC (ต่ออายุการรับรอง 3 ปี)	ผ่าน	ผ่าน
3.ผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐานวิชาชีพและระบบงาน (ได้แก่ 1) X-ray 2) กายภาพ 3) เภสัช 4) Lab 5) พยาบาล 6) ไตเทียม 7) อาชีวอนามัย 8) ระบบสนับสนุนบริการสุขภาพ 9) ศูนย์แพทย์)	อยู่ในระยะเวลารับรองมาตรฐาน 1.งานเทคนิคการแพทย์ 2.MOPH X-ray 3.งานเภสัชกรรม รพ.และระบบยา 4.บริการพยาบาล ใน รพ. กสธ. ผ่านการรับรองมาตรฐาน 1.การรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 6 เดือน รอบ 2 (27 พ.ย.2567-26 พ.ค.2568) 2.การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมระดับดีเด่น 3.ระบบสนับสนุนบริการสุขภาพระดับพัฒนา 4.หลักสูตรการศึกษาแพทยศาสตร์ (WFME)	ผ่านการรับรองมาตรฐาน 1.MOPH X-ray (3 ปี) 2.กายภาพบำบัด จากเครือข่ายฯ เขต 2 3.งานเภสัชกรรม รพ.และระบบยา 4.บริการพยาบาล ใน รพ. กสธ. 5. การรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ต่ออายุ 2 ปี) 6.หลักสูตรการศึกษาแพทยศาสตร์ (WFME)	ผ่านการรับรองมาตรฐาน 1.งานเทคนิคการแพทย์จากสภาเทคนิคการแพทย์ (3 ปี) 2.หลักสูตรการศึกษาแพทยศาสตร์ (WFME)	ผ่านการรับรองมาตรฐาน 1.การรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (4 ปี) 2.การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมระดับดีเด่น (3 ปี) 3.งานบริการโลหิต 4.ระบบสนับสนุนบริการสุขภาพ ระดับมาตรฐาน 5. หลักสูตรการศึกษาแพทยศาสตร์ (WFME)	ผ่านการรับรองมาตรฐาน 1. MOPH X-ray (ต่ออายุ) 2.กายภาพบำบัดจากสภากายภาพบำบัด 3.หลักสูตรการศึกษาแพทยศาสตร์ (WFME)	ผ่านการรับรองมาตรฐาน 1.งานเทคนิคการแพทย์ จากสภาเทคนิคการแพทย์ (3 ปี) 2.งานเภสัชกรรม รพ.และระบบยา 3.หลักสูตรการศึกษาแพทยศาสตร์ (WFME)



ปี 2568 :ผ่านการรับรองมาตรฐาน

1.คุณภาพโรงพยาบาล (re-accreditation 5)

2.PDSC

3.วิชาชีพและระบบงานสำคัญ ได้แก่ MOPH X-ray (3 ปี), กายภาพบำบัด จากเครือข่ายฯ เขต 2,งานเภสัชกรรม sw.และระบบยา, บริการพยาบาล ใน sw. กสร., การรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่อง ไตเทียม (2 ปี), หลักสูตรการศึกษาแพทยศาสตร์ (WFME)

ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการพัฒนาบริการ ปี 2568 (ต.ค.67-มี.ค.68)

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปี 2568	2567	2568 (ต.ค.67- มี.ค.68)
1.ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล	ผ่าน HA (re-accreditation ครั้งที่ 5- ต่ออายุการรับรอง 4 ปี)	ผ่าน Re-accreditation ครั้งที่ 4 (ระยะเวลาการรับรอง 23/04/2022 – 11/04/2025)	N/A เตรียมความพร้อมรับการเยี่ยมสำรวจเพื่อต่ออายุ การรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (28-30 เม.ย.2568)
2.ผ่านการรับรองมาตรฐานการรับรองเฉพาะ โรค/เฉพาะระบบ (ระบบพัฒนาคุณภาพ สถานพยาบาลด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล)	ผ่าน (อยู่ในระยะเวลาการรับรอง)	ผ่านการรับรอง (ระยะเวลาการรับรอง 31 ม.ค.2567-30 ม.ค.2570)	ผ่าน (อยู่ในระยะเวลาการรับรอง)
3.ผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐานวิชาชีพ และระบบงานสำคัญ (ได้แก่ 1) X-ray 2) กายภาพ 3)เภสัช 4) Lab 5) พยาบาล 6)ไตเทียม 7) อาชีวอนามัย 8)ศูนย์ แพทย์)	ผ่านการรับรองมาตรฐาน 1.MOPH X-ray (3 ปี) 2.กายภาพบำบัด จากเครือข่ายฯ เขต 2 3.งานเภสัชกรรม รพ.และระบบยา 4.บริการพยาบาล ใน รพ. กสร. 5. การรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไต เทียม (ต่ออายุ 2 ปี) 6.หลักสูตรการศึกษาแพทยศาสตร์ (WFME)	อยู่ในระยะเวลารับรองมาตรฐาน 1.งานเทคนิคการแพทย์ 2.MOPH X-ray 3.งานเภสัชกรรม รพ.และระบบยา 4.บริการพยาบาล ใน รพ. กสร. ผ่านการรับรองมาตรฐาน 1.การรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 6 เดือน รอบ 2 (27 พ.ย.2567-26 พ.ค.2568) 2.การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมระดับดีเด่น 3.ระบบสนับสนุนบริการสุขภาพ ระดับพัฒนา	N/A เตรียมความพร้อมรับการประเมินมาตรฐานวิชาชีพ และระบบงานสำคัญ 1.MOPH X-ray 2.กายภาพบำบัด จากเครือข่ายฯ เขต 2 3.งานเภสัชกรรม รพ.และระบบยา 4.บริการพยาบาล ใน รพ. กสร. 5.การรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม



ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการพัฒนา บริการ ปี 2568 (ต.ค.67-มี.ค.68)



ปี 2568 :ผ่านการรับรองมาตรฐาน

1.คุณภาพโรงพยาบาล (re-accreditation 5)

2.PDSC

3.วิชาชีพและระบบงานสำคัญ ได้แก่ MOPH X-ray (3 ปี), กายภาพบำบัด จากเครือข่ายฯ เขต 2, งานเภสัชกรรม รพ.และระบบยา, บริการพยาบาล ใน รพ. กสธ., การรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (2 ปี), หลักสูตร การศึกษาแพทยศาสตร์ (WFME)

ผลการดำเนินงาน

- เตรียมความพร้อมรับการเยี่ยมสำรวจเพื่อต่ออายุการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(29-30เม.ย.2568) เช่น ประชุม RSQ ทุกสัปดาห์, การเยี่ยมสำรวจภายใน โรงพยาบาล (Internal survey) และ Quality round, การประชุมทีมนำทีมคร่อมสายงานทีมระบบงาน สำคัญ คณะกรรมการต่างๆ
- อยู่ในระยะเวลาการรับรองมาตรฐานการรับรองเฉพาะ โรค/เฉพาะระบบ(ระบบพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล ด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล)
- เตรียมความพร้อมรับการประเมินมาตรฐานวิชาชีพ และระบบงานสำคัญเช่นการจัดประชุมเครือข่าย คุณภาพบริการพยาบาลระดับจังหวัดและระดับเขต สุขภาพที่2,รับการประเมินมาตรฐานจากหน่วยงาน ภายนอกรพ.,การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวช ระเบียน,การจัดกิจกรรมตามโครงการพัฒนาศักยภาพ คลินิกอาชีวเวชศาสตร์และโครงการแพทย์7ดาวศูนย์ แพทย์,พัฒนาและปรับปรุง กระบวนการ(ทบทวนSOPs/แนวทางปฏิบัติ)

ปัญหา/อุปสรรค

- ความรู้ความเข้าใจในรายละเอียดการประเมิน มาตรฐานคุณภาพที่ชัดเจน(บางมาตรฐานมีการ ปรับเกณฑ์ฯ)และความสามารถในการนิเทศ ควบคุมกำกับ ติดตาม และประเมินผลของ ผู้บริหาร/ผู้รับผิดชอบงานระดับหน่วยงานซึ่ง มีการปรับเปลี่ยนบุคลากรใหม่
- การสื่อสารภายในองค์กร การมีส่วนร่วมในการ พัฒนาคุณภาพองค์กร และการสร้างบรรยากาศ ในการทำงานเป็นทีม ยังไม่ทั่วถึงและขาดความ ต่อเนื่อง

แนวทางแก้ไข/ แผนพัฒนาต่อเนื่อง

- ส่งเสริมการเรียนรู้และฝึกอบรมเพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจในรายละเอียดการประเมินมาตรฐาน คุณภาพ และการพัฒนาสมรรถนะ
- ผู้บริหาร/ผู้รับผิดชอบงานทุกระดับในการนิเทศ ควบคุม กำกับ ติดตาม และประเมินผล
- สร้างวัฒนธรรมองค์กรที่เน้นคุณภาพปลูกฝังแนว คิด“คุณภาพคือส่วนหนึ่งของงานประจำ”
- ซึ่งไม่เป็นภาระงานที่เพิ่มขึ้นและสื่อสารให้บุคลากร เห็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย/ผู้รับบริการ
- ใช้ระบบสารสนเทศในการจัดเก็บข้อมูล เอกสาร และตรวจสอบคุณภาพอย่างเป็นระบบ
- การสื่อสารให้ทั่วถึงสร้างบรรยากาศในการทำงาน เป็นทีมและสร้างการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับในการพัฒนาองค์กรร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่



พัฒนาคุณภาพบริการทางการแพทย์ร่วมกับภาคีเครือข่าย



ศูนย์แพทย์

เป้าหมายการพัฒนา

เป้าประสงค์ : บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน

กลยุทธ์ : 1.1 พัฒนาคุณภาพบริการให้ได้มาตรฐาน

แผนงาน/โครงการ : โครงการแพทย์ 7 ดาว ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก

สถานการณ์:

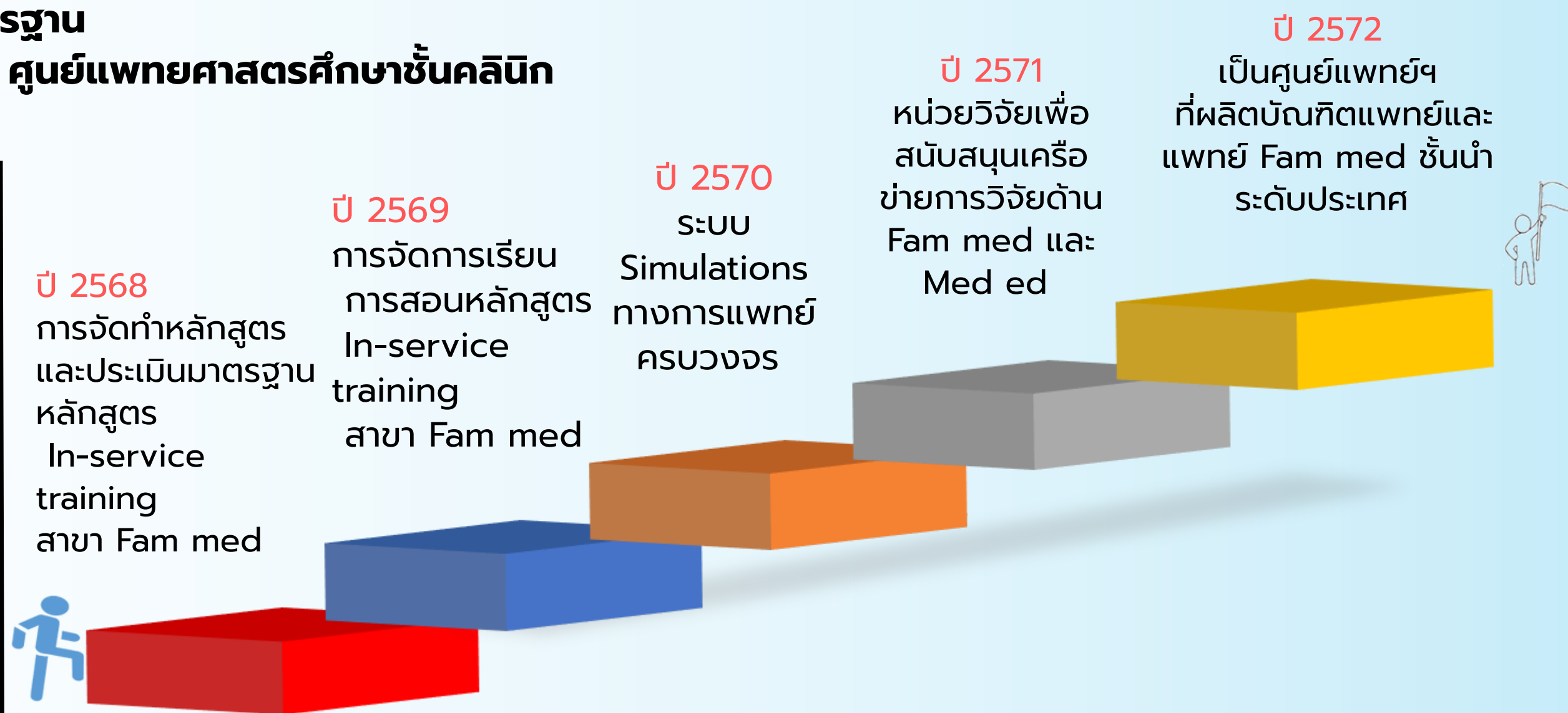
รพ.ตสม. ร่วมกับ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย
นเรศวร ได้จัดการเรียนการสอนหลักสูตรแพทย
ศาสตรบัณฑิต และกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดให้
เขตสุขภาพที่ 2 ต้องกำกับดูแลหลักสูตร In-service
training สาขา Family medicine และหลักสูตรอื่น ๆ

วัตถุประสงค์:

เพื่อพัฒนาระบบการเรียนการสอนครอบคลุมหลักสูตร
Undergrad และ Postgrad

มาตรการสำคัญ:

- จัดทำและพัฒนาหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต และ
หลักสูตร In-service training สาขา Family
medicine ให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานทางการศึกษาระดับ
ชาติและสากล
- พัฒนาระบบ Simulations และ ผลงานวิจัยของ
อาจารย์แพทย์และนิสิตแพทย์
- พัฒนานิสิตแพทย์ให้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรแพทย
ศาสตรบัณฑิต ได้รับใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม ส่วน
แพทย์ประจำบ้าน สำเร็จการศึกษาหลักสูตรวุฒิบัตรฯ
สาขา Family Medicine



ตัวชี้วัด	ฐานข้อมูล ปี 2567 (Baseline)	ค่าเป้าหมาย				
		2568	2569	2570	2571	2572
1. นิสิตแพทย์ได้รับใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2. แพทย์ประจำบ้าน สำเร็จการศึกษาและได้รับวุฒิบัตรฯ สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	100%



ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการพัฒนาบริการ ปี 2568 (ต.ค.67-มี.ค.68)

ปี 2568 :การจัดทำหลักสูตรและประเมินมาตรฐาน
หลักสูตร In-service training สาขา Fam med

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปี 2568	ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัด	
		2567	2568 (ต.ค.67-มี.ค.68)
1. นิสิตแพทย์ได้รับใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม	100%	100% (14 คน)	85.71% (12 คน)
2. แพทย์ประจำบ้าน สำเร็จการศึกษาและได้รับวุฒิปดฺตรฯ สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว	N/A	N/A	N/A

ผลการดำเนินงาน

- 1.ดำเนินการเขียนหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านเสร็จเรียบร้อยแล้ว
- 2.ดำเนินการขอข้อมูลจากรพช.เพื่อจัดทำมาตรฐานWFMEเสร็จเรียบร้อยแล้ว
- 3.อยู่ระหว่างการนัดประชุมร่วมกับสสจ.ตากเพื่อพิจารณาเล่มหลักสูตรและการกำหนดตำแหน่งผู้เรียนในอนาคต

ปัญหา/อุปสรรค

1. ข้อมูลประกอบการทำมาตรฐาน WFME มีหลายด้านและต้องใช้ข้อมูลจากหลายฝ่ายทั้งข้อมูลผู้ป่วย อ.แพทย์ ความพร้อมของสถาบัน แหล่งฝึก ระบบเทคโนโลยีสนับสนุนการศึกษา เป็นต้น จึงต้องใช้ระยะเวลาในการจัดทำข้อมูลค่อนข้างนาน
2. หลักสูตรที่เกิดขึ้น เป็นหลักสูตรแบบ Community Hospital Based ซึ่งอาจทำให้ รพ.ตสม. มีปัญหาในด้านการบริหารจัดการและการติดตามผู้เรียนในอนาคต

แนวทางแก้ไข/แผนพัฒนาต่อเนื่อง

- 1.ใช้พื้นที่การประชุมคณะกรรมการวางแผนและประเมินผล (กวป.) ของ สสจ.ตาก ในการติดตามและขอข้อมูลในส่วนที่เกี่ยวข้องจากรพช.
- 2.ปรึกษารื้อร่วมกับเขตสุขภาพที่ 2 และสสจ.ตากเพื่อวางแผนการกำหนดหลักสูตรและผู้เรียนร่วมกันต่อไป

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาศูนย์บริการทางการแพทย์ร่วมกับภาคีเครือข่าย

เป้าประสงค์ : บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน
กลยุทธ์ : 1.2 พัฒนาระบบบริการสู่ความเป็นเลิศ
แผนงาน/โครงการ : การดูแลผู้ป่วยขับถ่ายปัสสาวะผิดปกติ

สถานการณ์ปัญหา:

จากสถานการณ์ปัจจุบัน ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ผู้สูงวัยมักประสบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่, ปัสสาวะไม่ออกหรือปัสสาวะลำบาก และการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะสาเหตุจากระบบปัสสาวะ ภาวะสมองเสื่อมหรือจากยา สูญเสียการควบคุมกระเพาะปัสสาวะ ต่อมลูกหมากโต มะเร็งต่อมลูกหมาก ระบบภูมิคุ้มกันอ่อนแอ ทำให้ไม่สามารถถ่ายปัสสาวะทั้งหมดออกจากกระเพาะปัสสาวะได้จึงอาจนำไปสู่การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะบ่อยครั้งหรือการทำงานของไตที่แย่ลง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

รพ.ตสม มีแพทย์ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ 2 คนและในปี พ.ศ. 2569 จะมาปฏิบัติเพิ่มอีก 1 คน และมีเครื่อง URODINAMIC แห่งเดียวในเขต 2

วัตถุประสงค์/Purpose :

เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ
มาตรการสำคัญ /Process : (ระบุ ปีที่จะดำเนินการ)

ปี 2568:

- จัดบริการ Uro dynamic clinic
- ส่งพยาบาลอบรมเฉพาะทาง urodynamic
- จัดทำแผนงบประมาณปรับปรุงสถานที่ Uro dynamic clinic
- เสริมความรู้เจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยขับถ่ายปัสสาวะผิดปกติ
- จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยขับถ่ายปัสสาวะผิดปกติ

ปี 2569:

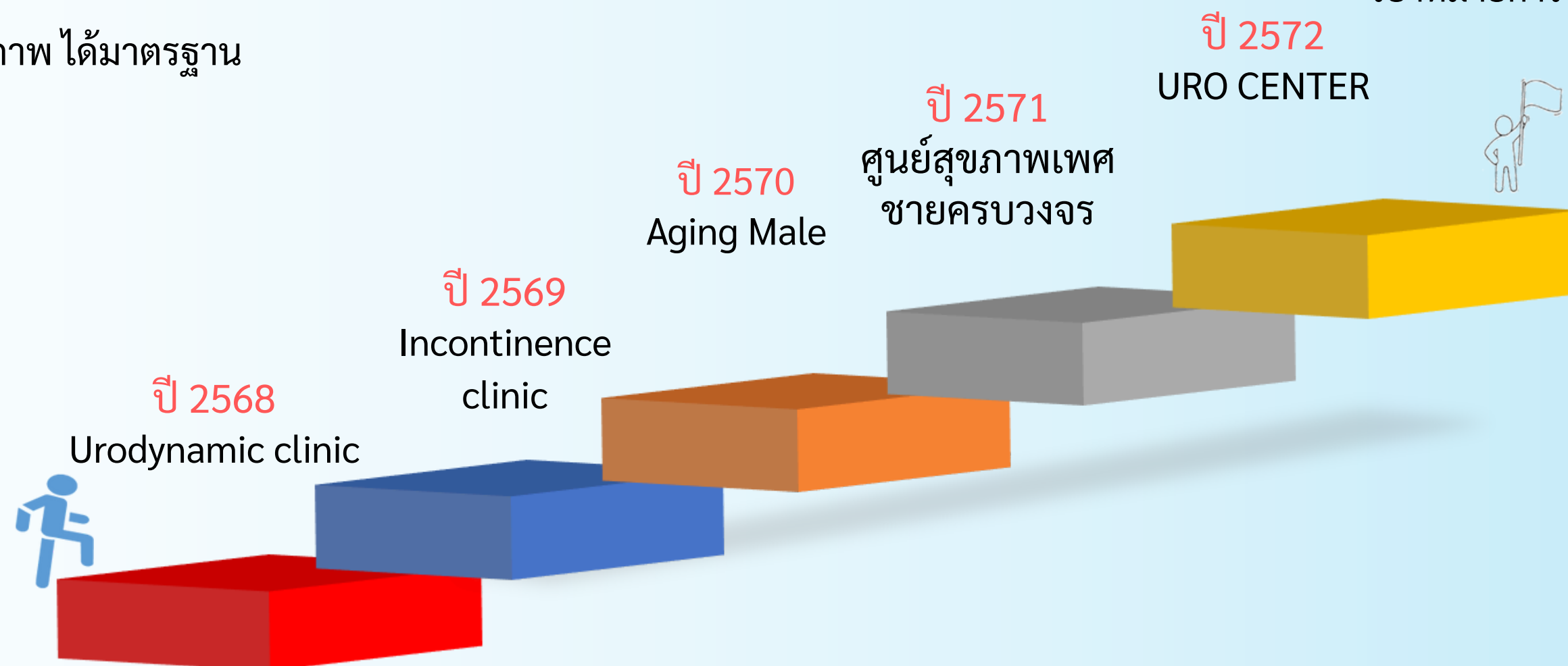
- ส่งพยาบาลไปเรียนเฉพาะเกี่ยวกับการขับถ่ายปัสสาวะผิดปกติ incontinence

ปี 2570:

- ร่วมกับระบบการดูแลผู้ป่วยสูงวัยในการดูแลผู้สูงอายุ (Aging male)

ปี 2571: ศูนย์สุขภาพเพศชายครบวงจร

ปี 2572: URO CENTER



ตัวชี้วัด	ฐานข้อมูล ปี 2567 (Baseline)	ค่าเป้าหมาย(ร้อยละ)				
		2568	2569	2570	2571	2572
1. อัตราการเกิดภาวะปัสสาวะไม่ออกซ้ำหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมาก	15%	0	0	0	0	0
2. ภาวะไตวายในผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะพิการลดลง	15%	10%	5-10%	1-2%	1-2%	1-2%



ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการพัฒนาบริการ ปี 2568 (ต.ค.67-มี.ค.68)

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปี 2568	ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัด	
		2567	2568 (ต.ค.67-มี.ค.68)
1.อัตราการเกิดภาวะปัสสาวะไม่ออกซ้ำหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมาก	0	15%	0
2.ภาวะไตวายในผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะพิการลดลง	10%	15%	10%



- หลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก ปัสสาวะได้เองทุกราย
- พบภาวะไตวายในผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะพิการลดลง



- ระยะเวลารอคอยการผ่าตัดนานขึ้นเพราะมีขั้นตอนการประเมินหลายขั้นตอน
- ผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะพิการที่มีปัญหากล้ามเนื้อขาอ่อนแรง ไม่สามารถย้ายขึ้นเตียงเพื่อทำการตรวจได้
- ค่าอุปกรณ์ไม่คุ้มทุนในการทำหัตถการ(อุปกรณ์มีราคาแพง)
- ไม่มีแนวทางการประเมินและฟื้นฟูสมรรถนะผู้ป่วยที่มีกระเพาะปัสสาวะพิการ (เนื่องจากไม่อยู่ในเกณฑ์)



- พัฒนาแนวทางการประเมินก่อนการผ่าตัด (Lean ระบบการประเมินก่อนผ่าตัด) เพื่อลดระยะเวลารอคอยผ่าตัด
- ทำแนวทางการประเมินและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ไขสันหลังและสมอง

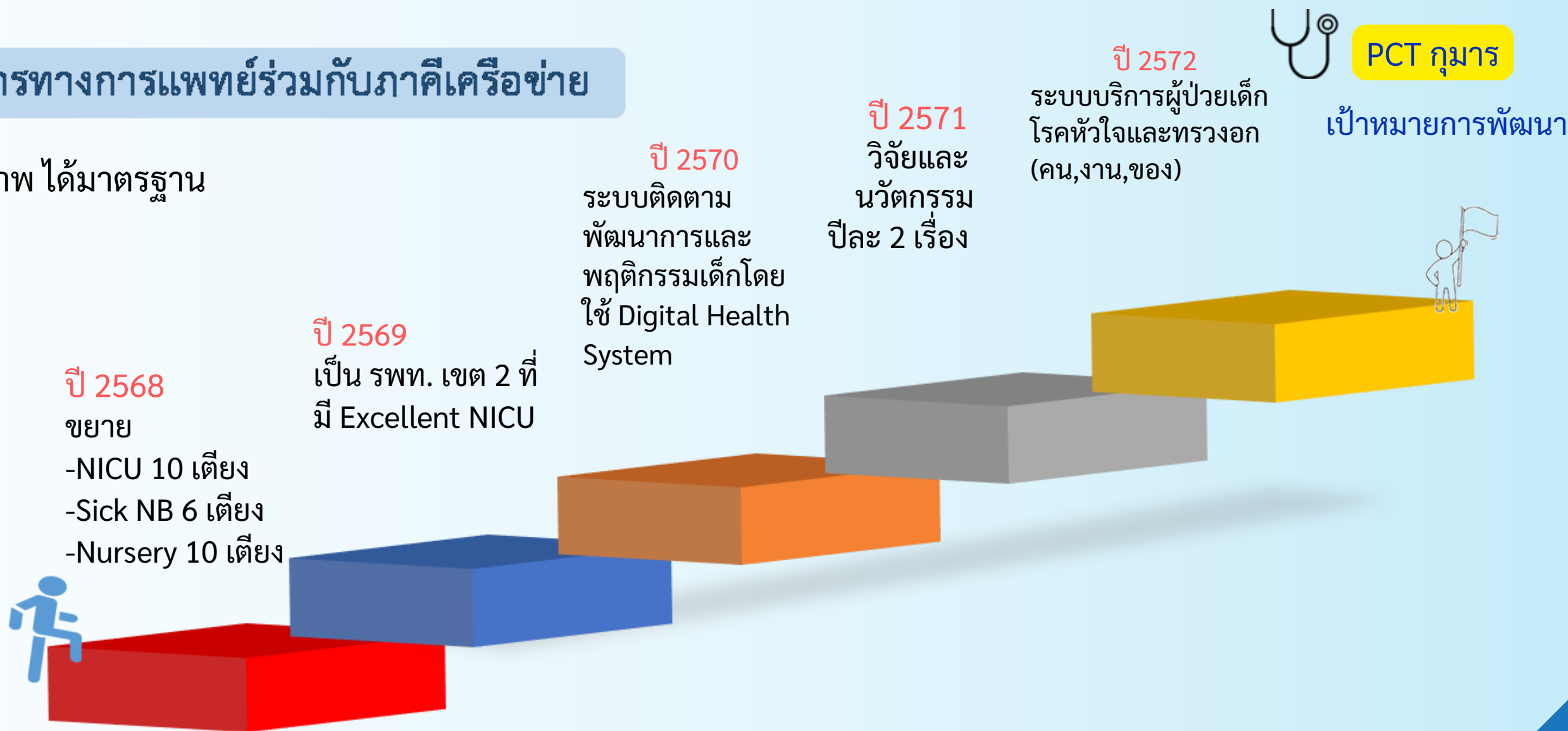
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ **1** พัฒนาคุณภาพบริการทางการแพทย์ร่วมกับภาคีเครือข่าย

เป้าประสงค์ : บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน
กลยุทธ์ : 1.2 พัฒนาระบบบริการสู่ความเป็นเลิศ
แผนงาน/โครงการ : Excellent NICU

สถานการณ์ปัญหา:

ทารกคลอดก่อนกำหนด BW < 1,500 กรัม ยังมีอัตราการตายสูงและทารกแรกเกิดที่มีภาวะพร่องออกซิเจนขณะคลอด - หลังคลอด โดยสถานการณ์ของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช เป็นโรงพยาบาลรับ refer ดูแลผู้ป่วยเด็กแรกเกิดในเขตสุขภาพที่ 2 ซึ่งอุบัติการณ์ที่พบบ่อย เช่น ทารกคลอดที่บ้าน (BBA) , มารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูง (ครรภ์เป็นพิษ) , ทารกคลอดก่อนกำหนด, ทารกมีประวัติการติดเชื้อตั้งแต่ในครรภ์ ทำให้พบผู้ป่วย HIE, PPHN มีอัตราการเสียชีวิตและระดับ Severity ของโรคมารูขึ้น อีกทั้งผู้ป่วยที่จำเป็นต้อง refer ไปรักษาต่อต้องส่งต่อไปรักษาทันทีภายใน 6 ชั่วโมง (Golden period) เขตสุขภาพที่ 2 จึงให้โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชเป็นผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยในจังหวัดตาก ในส่วนของ โรค PPHN มีความเสี่ยงสูงที่ทารกแรกเกิดจะเสียชีวิตได้ง่าย

- วัตถุประสงค์/Purpose :**
- 1.ลดอัตราการตาย Preterm (BW ≥ 500, < 1,500 gm.) ลดอัตราการเกิด Birth Asphyxia ใน High Risk pregnancy
 - 2.ลดอัตราการตาย PPHN, HIE
 - 3.ลดอัตราการ Refer PPHN, HIE
- มาตรการสำคัญ /Process :** (ระบุ ปีที่จะดำเนินการ)
- 1.พัฒนาระบบการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด BW ≥ 500, < 1,500 gm.
 - 2.ใช้ CPG การดูแลผู้ป่วย PPHN
 - 3.ใช้ CPG การดูแลผู้ป่วย HIE
 - 4.ใช้ใบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะ HIE ในผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องออกซิเจน
 - 5.ใช้ใบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะ PPHN
 - 6.Early CPAP ในผู้ป่วย Respiratory distress



ตัวชี้วัด	ฐานข้อมูล ปี 2567 (Baseline)	ค่าเป้าหมาย				
		2568	2569	2570	2571	2572
1.อัตราการตาย Preterm (BW ≥ 500, < 1,500 gm.)	7.7%	<7%	6.65%	6.3%	6%	5.7%
2.อัตราการตาย PPHN	0%	< 20%	19%	18%	17.1%	16.2%
3.อัตราการ Refer PPHN	0%	0%	0%	0%	0%	0%
4.อัตราการตาย HIE	0%	< 20%	19%	18%	17.1%	16.2%
5.อัตราการ Refer HIE	4.1%	0%	0%	0%	0%	0%



ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการพัฒนาบริการ ปี 2568 (ต.ค.67-มี.ค.68)

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปี 2568	ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัด	
		2567	2568 (ต.ค.67- มี.ค.68)
1.อัตราการตาย Preterm (BW $\geq$ 500, < 1,500 gm.)	<7%	7.7%	5.2%
2.อัตราการตาย PPHN	< 20%	0%	10%
3.อัตราการ Refer PPHN	0%	0%	0%
4.อัตราการตาย HIE	< 20%	0%	14.28%
5.อัตราการ Refer HIE	0%	4.1%	0%

ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการพัฒนาบริการ ปี 2568 (ต.ค.67-มี.ค.68)

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปี 2568	ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัด	
		2567	2568 (ต.ค.67- มี.ค.68)
1. อัตราตาย Preterm (BW $\geq$ 500, < 1,500 gm.)	<7%	7.7%	5.2%

ผลการดำเนินงาน

อัตราตายใน preterm และ very low birth weight ยังมีอัตราการตายที่สูงกว่าเป้าหมายในปีงบประมาณ 2567 แต่มีแนวโน้มลดลงในปีงบประมาณ 2568 ช่วง 2 ไตรมาสแรก

ปัญหา/อุปสรรค

- ประชากรบางส่วนยังขาดการฝากครรภ์คุณภาพ
- หญิงตั้งครรภ์ยังพบการใช้สารเสพติดขณะตั้งครรภ์
- การดูแลมารดาที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดยังไม่เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติของทางราชวิทยาลัยสูติฯ
- การส่งต่อมารดาที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดยังขาดการติดต่อประสานงานที่มีประสิทธิภาพ
- การดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีปัญหา Critical illness ยังขาดการ monitoring ที่ดี

แนวทางแก้ไข/
แผนพัฒนาต่อเนื่อง

- การส่งเสริมการฝากครรภ์คุณภาพ โดยร่วมกับแผนกสูติกรรม และการใช้แผน 6 program เพื่อส่งเสริมการมีบุตรที่มีประสิทธิภาพ
- การปรับปรุงและตระหนักใช้แนวทางการดูแลทารกที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Early onset neonatal sepsis
- การร่วมกับสูติกรรมในการส่งเสริมการใช้แนวทางการดูแลมารดาที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
- การเพิ่มศักยภาพในการติดตามอาการทารกด้วย invasive monitoring

ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการพัฒนาบริการ ปี 2568 (ต.ค.67-มี.ค.68)

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปี 2568	ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัด	
		2567	2568 (ต.ค.67- มี.ค.68)
2.อัตราการตาย PPHN	< 20%	0%	10%
3.อัตราการ Refer PPHN	0%	0%	0%

ผลการดำเนินงาน

อัตราการตายจาก PPHN เป็นไปตามเป้าหมาย แต่หากย้อนหลังไป ยังพบว่ายังมีอัตราการตายจากภาวะ PPHN อยู่

ปัญหา/อุปสรรค

- การเฝ้าระวังทารกที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ PPHN ยังมีล่าช้าในบางครั้ง
- การใช้ยาในการรักษาภาวะ PPHN ยังไม่มีความชัดเจน

แนวทางแก้ไข/แผนพัฒนาต่อเนื่อง

- การตระหนักใช้และปรับปรุงแนวทางในการดูแลทารกที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ PPHN รวมถึงแนวทางในการดูแลทารกที่มีภาวะ PPHN
- การเพิ่มศักยภาพการดูแลทารกที่มีภาวะ PPHN ด้วยการเพิ่มยา คือ iNO ร่วมกับการดูแลร่วมกับกุมารแพทย์โรคหัวใจ นำไปสู่การลดการส่งต่อผู้ป่วยและอัตราการตายจาก PPHN

ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการพัฒนาบริการ
ปี 2568 (ต.ค.67-มี.ค.68)



ปี 2568 :ขยายNICU 10 เตียง, Sick NB 6 เตียง, Nursery 10 เตียง

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปี 2568	ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัด	
		2567	2568 (ต.ค.67- มี.ค.68)
4.อัตราการตาย HIE	< 20%	0%	14.28%
5.อัตราการ Refer HIE	0%	4.1%	0%

ผลการดำเนินงาน

ในปีงบประมาณ 2567 ยังมีการส่งต่อผู้ป่วย HIE เพื่อไปรับการรักษาต่อที่ รพ.แม่ข่าย แต่ลดลงเป็น 0 ในปีงบประมาณ 2568 อันเนื่องมาจากการ มีเครื่องมือในการดูแลทารกที่มีภาวะ HIE [Total body cooling] แต่ยังมีอัตราการตาย จาก HIE อยู่ อันเนื่องมาจากความล่าช้าใน การวินิจฉัยภาวะ HIE นำมาซึ่งความล่าช้า ในการรักษาภาวะ seizure

ปัญหา/อุปสรรค

- เครื่อง monitor EEG มี1 แต่เครื่อง Cooling มี 2 ทำให้อาจเกิดปัญหาได้ถ้ามี case ต้องเข้า cooling พร้อมกัน 2 คน
- เจ้าหน้าที่ยังขาดประสบการณ์ในการดูแล ทารกที่รับการรักษาด้วยTherapeutic hypothermia

แนวทางแก้ไข/แผน พัฒนาต่อเนื่อง

- การเพิ่มทักษะความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการดูแลทารกที่รับการรักษา ด้วย Therapeutic hypothermia โดย การจัดอบรมจาก รพ.แม่ข่าย
- การตระหนักใช้และปรับปรุงแนวทาง ในการดูแลทารกที่มีภาวะ PPHN

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ **1** พัฒนาศักยภาพบริการทางการแพทย์ร่วมกับภาคีเครือข่าย

เป้าประสงค์ : บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน
 กลยุทธ์ : 1.2 พัฒนาระบบบริการสู่ความเป็นเลิศ
 แผนงาน/โครงการ : Smart critical care in Pediatric

สถานการณ์ปัญหา:

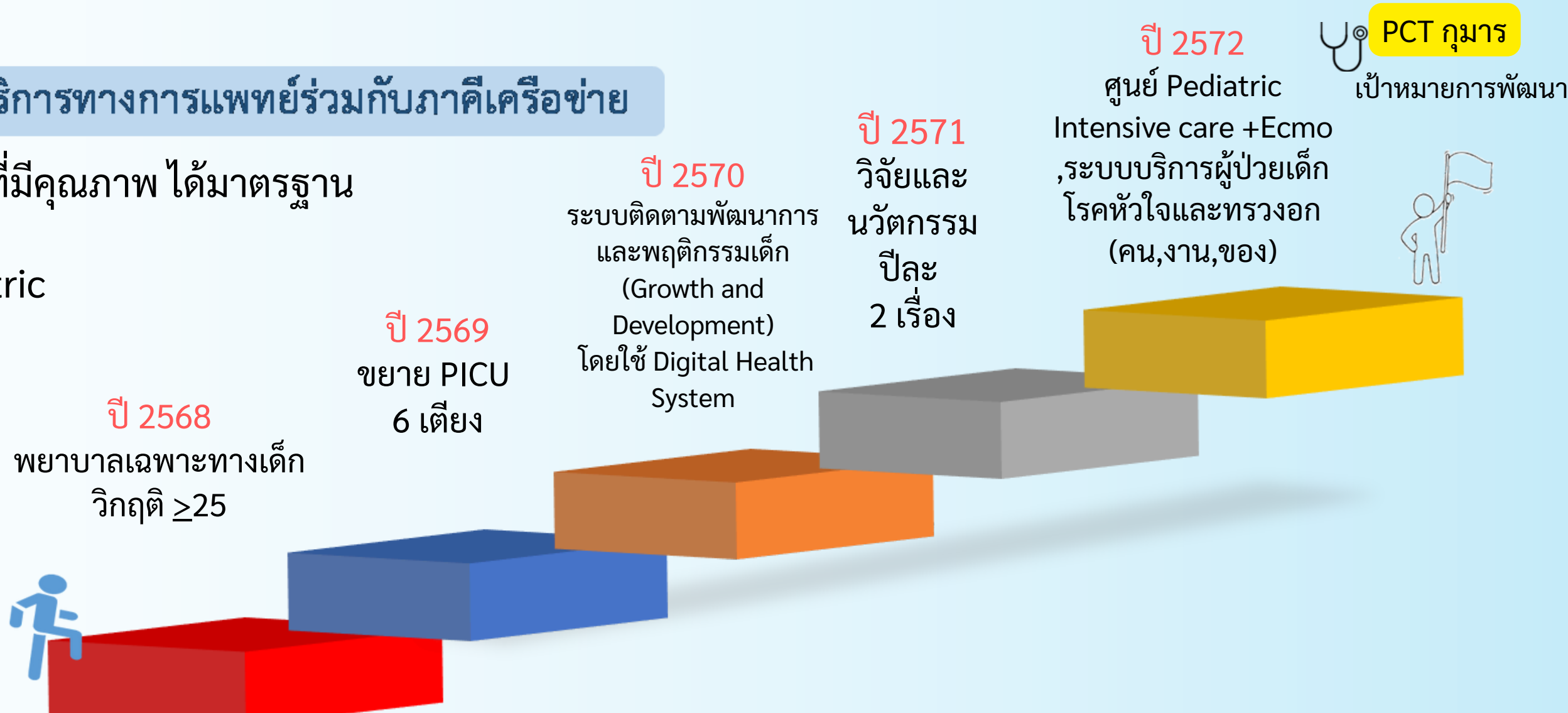
กลุ่มงานกุมารเวชกรรม ดูแลผู้ป่วยเด็ก กลุ่มที่ป่วยด้วยโรค Pneumonia ซึ่งมีอัตราการตายสูง รวมถึงหากได้รับการดูแลที่ไม่ครอบคลุมทั้งการประเมิน แกร็บ การดูแลรักษาต่อเนื่อง การดูแลช่วยเหลือในภาวะวิกฤต จะมีโอกาสเกิดภาวะหายใจล้มเหลว (Respiratory failure) ได้ ซึ่งเป็นภาวะวิกฤตของผู้ป่วย โรคนี้ รวมถึงดูแลผู้ป่วยกลุ่มไข้เลือดออกที่มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือ ภาวะน้ำเกิน ซึ่งมีปัจจัยส่งเสริมทั้งจากพยาธิสภาพของผู้ป่วย ระดับความรุนแรงของโรค แนวทางการรักษาโรคของแพทย์

วัตถุประสงค์/Purpose :

- 1.ลดอัตราการตาย และ อัตราการเกิดภาวะหายใจล้มเหลวในผู้ป่วย Pneumonia
- 2.ลดอัตราการตาย และ อัตราการเกิดภาวะน้ำเกิน ในผู้ป่วย DHF

มาตรการสำคัญ /Process : (ระบุ ปีที่จะดำเนินการ)

- 1.ใช้ CPG การดูแลผู้ป่วย Pneumonia
- 2.ประสานความร่วมมือและทบทวนระบบการดูแลผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจระหว่างโรงพยาบาลฝั่งตะวันตก
- 3.พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจ โดยวิธีการเรียนรู้ทำงานและอบรมเฉพาะทางผู้ป่วยเด็กวิกฤต
- 4.แนวทางการรักษาผู้ป่วย DHF



ตัวชี้วัด	ฐานข้อมูล ปี 2567 (Baseline)	ค่าเป้าหมาย				
		2568	2569	2570	2571	2572
1.อัตราการตายในผู้ป่วย Pneumonia	0%	< 1 %	0%	0%	0%	0%
2.อัตราการเกิดภาวะหายใจล้มเหลวในผู้ป่วย Pneumonia	0%	< 10%	5%	5%	3%	3%
3.อัตราการตายในผู้ป่วย DHF	0%	< 1%	0%	0%	0%	0%
4.อัตราการเกิดภาวะน้ำเกินในผู้ป่วย DHF	0%	0%	0%	0%	0%	0%

ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการพัฒนาบริการ ปี 2568 (ต.ค.67-มี.ค.68)

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปี 2568	ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัด	
		2567	2568 (ต.ค.67-มี.ค.68)
1.อัตราการตายในผู้ป่วย Pneumonia	< 1 %	0%	0%
2.อัตราการเกิดภาวะหายใจล้มเหลวในผู้ป่วย Pneumonia	< 10%	0%	5%
3.อัตราการตายในผู้ป่วย DHF	< 1%	0%	0%
4.อัตราการเกิดภาวะน้ำเกินในผู้ป่วย DHF	0%	0%	5%

ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการพัฒนาบริการ ปี 2568 (ต.ค.67-มี.ค.68)

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปี 2568	ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัด	
		2567	2568 (ต.ค.67-มี.ค.68)
1.อัตราการตายในผู้ป่วย Pneumonia	< 1 %	0%	0%
2.อัตราการเกิดภาวะหายใจล้มเหลวในผู้ป่วย Pneumonia	< 10%	0%	5%

ผลการดำเนินงาน

- อัตราตายใน Pneumonia < 1 %
ผลปี68 (มีค68) = 0% ไม่พบเสียชีวิตจาก pneumonia โดยตรงแต่มีพบเสียชีวิตจากโรคหัวใจที่มี pneumonia ร่วมด้วย
- อัตราการเกิดภาวะหายใจล้มเหลวใน Pneumonia < 10%
ผลปี68 (มีค.68) = 5% จาก case congenital Cyanotic heart (Severe TOF) ที่มี pneumonia 1 case ให้ Early on HHHFNC แต่มี respiratory failure ต้อง on ETT แล้ว refer for MBTS

ปัญหา/อุปสรรค

- ใน Case ที่มีโรคร่วมต้อง closed monitor
- ยังพบ case pneumonia+ respiratory failure ที่ รพช. และ treatment ไม่ proper ก่อน refer in

แนวทางแก้ไข/แผนพัฒนาต่อเนื่อง

- ใน Case ที่มีโรคร่วมต้อง closed monitor เพื่อ early management และ consult specialist ส่งเรียนพยาบาลเฉพาะทางเด็กวิกฤต $> 20\%$
- เพิ่ม Picu จาก 4-6 เตียง เพื่อรองรับผู้ป่วยเด็กโรคทางเดินหายใจที่มีอาการรุนแรง
- พัฒนาให้เกิดศูนย์ Pediatric intensive care และ Ecmo รองรับการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจและทรวงอก (มี Cardio1 Neonatologist1 อีก1คนคือ chest ped เรียนปี68)
- ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจให้กับทีม Er/opd/รพช.
- ดำเนินการทบทวน case อย่างต่อเนื่อง เพื่อหารอยรั่วและรับแก้ไข

ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการพัฒนาบริการ ปี 2568 (ต.ค.67-มี.ค.68)

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปี 2568	ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัด	
		2567	2568 (ต.ค.67-มี.ค.68)
3.อัตราการตายในผู้ป่วย DHF	< 1%	0%	0%
4.อัตราการเกิดภาวะน้ำเกินในผู้ป่วย DHF	0%	0%	5%

ผลการดำเนินงาน

- อัตราตายในDHF<1%
ผลปี68(มี.ค.68)=0%
- อัตราการเกิดภาวะน้ำเกินในDHF=0%
ผลปี68(มี.ค.68)= 5%

ปัญหา/อุปสรรค

ทุก Case พบในช่วงที่มี แพทย์ intern จบใหม่ คือช่วง พค-มิย จากการทบทวนcase ในช่วง coalescent phase ยังมีการให้ iv fluid ทำให้เกิด volume overload จากการรักษา

แนวทางแก้ไข/แผนพัฒนาต่อเนื่อง

- เน้นย้ำให้ทำการรักษาตามCPG ของ DHF
- Case DHF ต้องปรึกษากุมารแพทย์ทุกราย
- ให้ความรู้ก่อนขึ้นเป็นInternและก่อนขึ้นทำงานward ped อีกรอบ อย่างต่อเนื่อง
- พัฒนาPICU จาก 4>6 เตียง เพื่อรองรับCase ที่มี severe complication เช่น shock, pulmonary edema, coagulopathy with severe bleeding
- case DHF high risk จาก รพช.ให้ refer in ทุก case

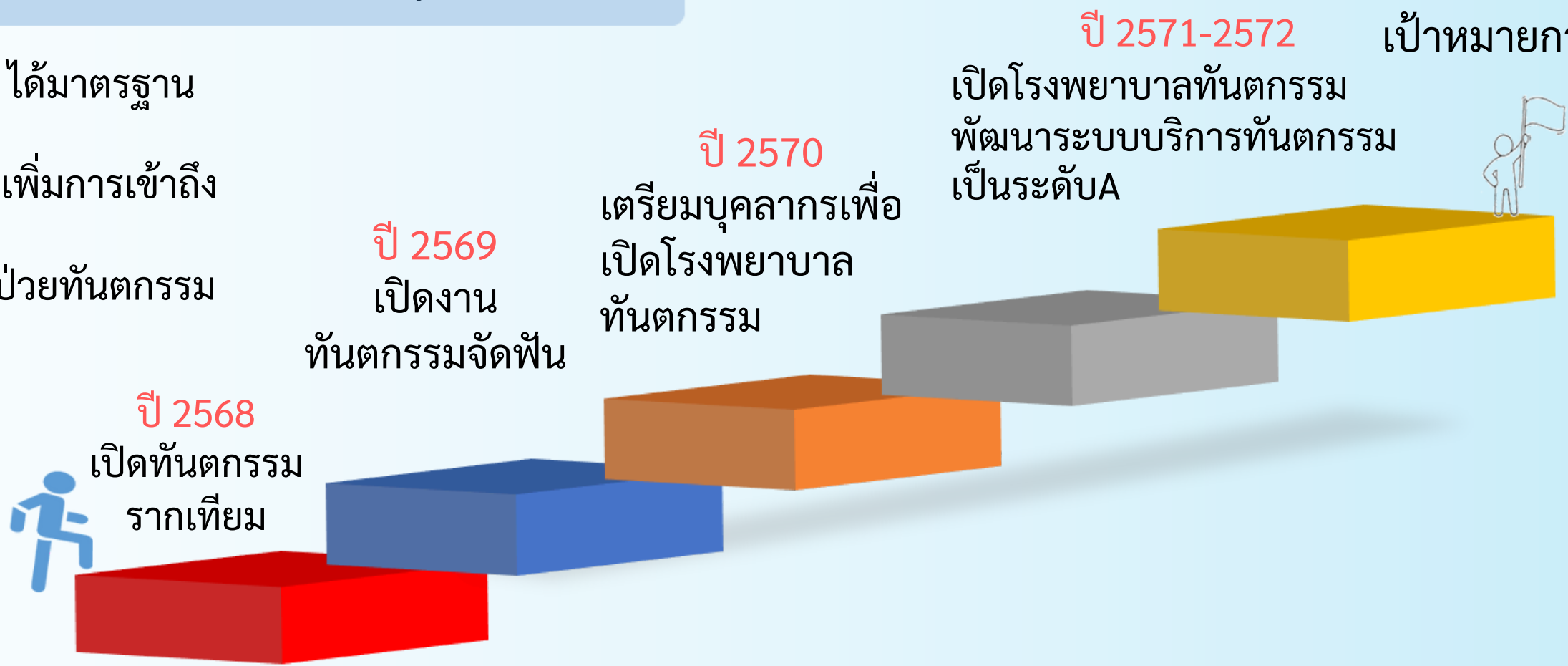
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาคูณภาพบริการทางการแพทย์ร่วมกับภาคีเครือข่าย

เป้าประสงค์ : บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน
กลยุทธ์ : : 1.2 พัฒนาระบบบริการสู่ความเป็นเลิศ
แผนงาน/โครงการ : พัฒนาคูณภาพระบบบริการทันตกรรม และเพิ่มการเข้าถึงบริการทันตกรรมของประชาชน
โครงการ : โรงพยาบาลทันตกรรม และศูนย์ความเป็นเลิศด้านผู้ป่วยทันตกรรมเด็กที่มีความยุ่งยากซับซ้อน

สถานการณ์ปัญหา:
จากรายงานของคณะอนุกรรมการ พิจารณาศึกษาขับเคลื่อนการปฏิรูปด้านทันตสาธารณสุขไทยในปี2565 พบว่า ประเทศไทยมีอัตราการเข้าถึงบริการทันตกรรมอยู่ในระดับที่ต่ำ ประมาณร้อยละ 9 ของประชากรทั้งประเทศ กระทรวงสาธารณสุข จึงได้มีนโยบาย โรงพยาบาลทันตกรรมขึ้นเพื่อผลักดันให้บริการทันตกรรมมีการเข้าถึง (Accessibility) และมีประสิทธิภาพ (Efficiency) เพิ่มขึ้น มุ่งหวังให้เกิดการเข้าถึงบริการอย่างเป็นธรรม ลดคิว ลดระยะเวลาการรอคอย ลดภาระโรค นอกจากการจัดตั้งโรงพยาบาลทันตกรรมในทุกจังหวัดแล้ว ยังได้มีการกำหนดระดับมาตรฐานงานทันตกรรม (Dental standard level) เพื่อให้แต่ละหน่วยบริการพัฒนาศักยภาพในการรักษา เชื่อมโยงงานบริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงความเชี่ยวชาญระดับสูง ตามแนวคิด One province one dental hospital ด้วย

ปัจจุบันการเข้าถึงบริการทันตกรรมในเขตอำเภอเมืองตากอยู่ที่ร้อยละ 25.15 และอัตราการเข้าถึงบริการทันตกรรมเฉพาะทางอยู่ที่ร้อยละ 4.88 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ แต่ก็ยังต่ำกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่ตั้งไว้ที่ร้อยละ 40 จึงเป็นที่มาของการจัดทำโครงการนี้ เพื่อตอบสนองนโยบายของกระทรวง และพัฒนาคูณภาพการบริการเพื่อให้ผ่าน Dental standard level 3 plus ในอนาคต

- วัตถุประสงค์/Purpose :**
- 1.เพิ่มการเข้าถึงบริการทันตกรรม และบริการทันตกรรมเฉพาะทางของประชาชนในอำเภอเมืองตาก
 - 2.เพื่อเพิ่มศักยภาพ การดูแลรักษาทางทันตกรรมในกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่มีความยุ่งยากซับซ้อน
 - 3.ผ่านมาตรฐานงานทันตกรรม (Dental standard level) ระดับ 3 plus



ตัวชี้วัด	ฐานข้อมูล ปี 2567 (Baseline)	ค่าเป้าหมาย				
		2568	2569	2570	2571	2572
1.อัตราเข้าถึงบริการทันตกรรม	30.78	≥ ร้อยละ 35	≥ ร้อยละ 37	≥ ร้อยละ 38	≥ ร้อยละ 39	≥ ร้อยละ 40
2. อัตราการเข้าถึงบริการทันตกรรมพื้นฐาน	16.78	≥ ร้อยละ 17	≥ ร้อยละ 19	≥ ร้อยละ 21	≥ ร้อยละ 23	≥ ร้อยละ 25
3.อัตราการเข้าถึงบริการทันตกรรมเฉพาะทาง	0.96	≥ ร้อยละ 2	≥ ร้อยละ3	≥ ร้อยละ 4	≥ ร้อยละ 5	≥ ร้อยละ 6



มาตรการสำคัญ /PROCESS : (ระบุ ปีที่จะดำเนินการ) ปี2568

- 1.หน่วยงานปฐมภูมิผ่าน DS LEVEL 1 ทุกกิจกรรม
- 2.เปิดงานทันตกรรมรากฟันเทียม
- 3.มีระบบข้อมูลที่ป้วยในการวางแผนพัฒนา และกำกับติดตาม
- 4.บุคลากรทางทันตกรรมได้รับการเติมสมรรถนะ ตามระดับศักยภาพหน่วยบริการ
- 5.มีระบบการให้บริการทางทันตกรรมทั้งในรพสต.และโรงพยาบาลที่ทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นของการเข้าถึงบริการ ลดระยะเวลารอคอย และการะโรค

ปี2569

- 1.ผ่านมาตรฐาน DS LEVEL 1 PLUS
- 2.เปิดโรงพยาบาลทันตกรรม
- 3.เปิดงานทันตกรรมจัดฟัน
- 4.บุคลากรทางทันตกรรมได้รับการเติมสมรรถนะตามระดับศักยภาพหน่วยบริการ

ปี2570

- 1.ผ่านมาตรฐาน DS LEVEL 2 PLUS
- 2.มีแนวทางการจัดการทางทันตกรรม (CLINICAL PRACTICE GUIDELINE) ในการดูแลผู้ป่วยทันตกรรมเด็กที่มีความยุ่งยากซับซ้อน
- 3.มีระบบส่งต่อการรักษาผู้ป่วยทันตกรรมเด็กกับทีมสหสาขาวิชาชีพ
- 4.บุคลากรทางทันตกรรมได้รับการเติมสมรรถนะตามระดับศักยภาพหน่วยบริการ

ปี2571

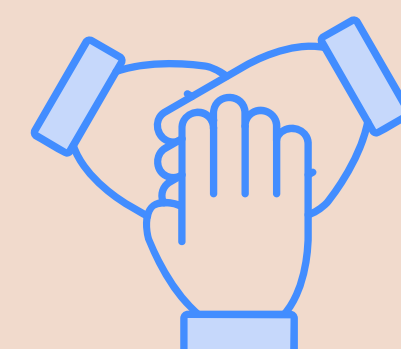
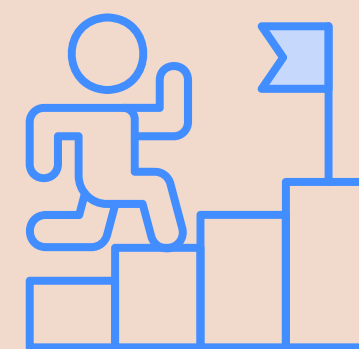
- 1.ผ่านมาตรฐาน DS LEVEL 3
- 2.เปิดศูนย์ความเป็นเลิศด้านผู้ป่วยทันตกรรมสำหรับเด็กที่มีความยุ่งยากซับซ้อน
- 3.บุคลากรทางทันตกรรมได้รับการเติมสมรรถนะตามระดับศักยภาพหน่วยบริการ

ปี2572

- 1.ผ่านมาตรฐาน DS LEVEL 3 PLUS
- 2.มีทันตแพทย์เฉพาะทางครบทุกสาขาหรือทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลสามารถให้บริการทันตกรรมที่มีความยุ่งยากซับซ้อนได้ครบทุกกิจกรรม
- 3.เป็นศูนย์รับส่งต่อและศูนย์ฝึกอบรมทันตบุคลากรในด้านการรักษาผู้ป่วยทันตกรรมเด็กที่มีความยุ่งยากซับซ้อน

มาตรการสำคัญ (ระบุปีที่จะดำเนินการ) ปี2568

- ก่อสร้างโรงพยาบาลทันตกรรม
- ปรับระบบการให้บริการทันตกรรม ในรพสต. และในโรงพยาบาลเพื่อเพิ่มการเข้าถึงการรักษาของประชาชน
- ปรับระบบการเก็บข้อมูล และส่งเสริมการนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนพัฒนา และกำกับติดตาม
- จัดอบรมวิชาการ และฝึกปฏิบัติให้กับทันตแพทย์ ทันตภิบาล และผู้ช่วยทันตแพทย์
- จัดหาครุภัณฑ์ สำหรับให้บริการทันตกรรมรากฟันเทียม
- ส่งทันตแพทย์ไปเรียนต่อ หรือรับย้ายในสาขาทันตกรรมสำหรับเด็ก
- ส่งทันตแพทย์ไปอบรมหลักสูตรผู้นำระบบบริการทันตกรรม และอบรมการจัดทำ PLAN FIN สำหรับรองรับการบริหารจัดการโรงพยาบาลทันตกรรม





ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการพัฒนาบริการ ปี 2568 (ต.ค.67-มี.ค.68)

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปี 2568	ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัด	
		2567	2568 (ต.ค.67-มี.ค.68)
1. อัตราเข้าถึงบริการทันตกรรม	ร้อยละ 35	30.78	24.89
2. อัตราการเข้าถึงบริการทันตกรรมพื้นฐาน	ร้อยละ 17	16.78	13.01
3. อัตราการเข้าถึงบริการทันตกรรมเฉพาะทาง	ร้อยละ 2	0.96	0.52

ผลการดำเนินงาน

- อัตราการเข้าถึงทันตกรรมร้อยละ 24.89
- อัตราการเข้าถึงบริการทันตกรรมพื้นฐาน ร้อยละ 13.01
- อัตราการเข้าถึงบริการทันตกรรมเฉพาะทาง ร้อยละ 0.52

ปัญหา/อุปสรรค

- มีทันตแพทย์เฉพาะทางไม่ครบทุกสาขา
- ผู้รับบริการมีปัญหาด้านค่าใช้จ่ายสูงในบริการทันตกรรมเฉพาะทางจึงทำให้ผู้รับบริการมาทำทันตกรรมพื้นฐานแทน
- จำนวนทันตแพทย์ไม่เพียงพอ

แนวทางแก้ไข/แผนพัฒนาต่อเนื่อง

- ส่งทันตแพทย์เรียนต่อเฉพาะทาง
- เพิ่มจำนวนทันตแพทย์ให้มากกว่า FTE. จะทำให้สามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการได้

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ **1** พัฒนาคูณภาพบริการทางการแพทย์ร่วมกับภาคีเครือข่าย

เป้าประสงค์ : บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน
กลยุทธ์ : 1.2 พัฒนาระบบบริการสู่ความเป็นเลิศ
แผนงาน/โครงการ : โครงการคุณภาพชีวิตดีอยู่ที่ข้อและกระดูก

สถานการณ์ปัญหา:

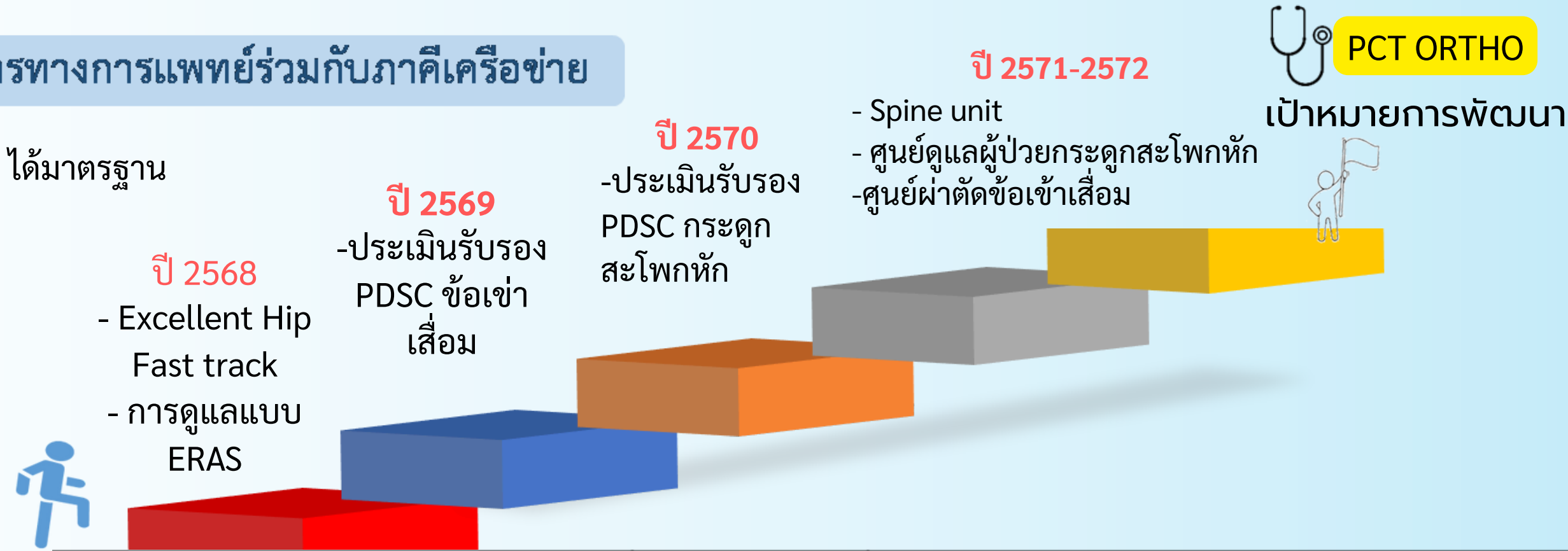
จากสถานการณ์พบว่ามีผู้สูงอายุจำนวนเพิ่มมากขึ้น และเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ มีโรคความเสื่อมตามวัย เช่น ผู้ป่วยกระดูกสันหลังเสื่อม จำนวนผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกเสื่อม ผู้ป่วยกระดูกข้อเข่าเสื่อม ปัจจัยเสี่ยงเพิ่มเติมคือภาวะกระดูกพรุนและความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม การคัดกรองหากกลุ่มเสี่ยงและการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุยังไม่ครอบคลุม เมื่อเกิดกระดูกหักส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์/Purpose :

- 1.ผู้ป่วย OA knee เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม
- 2.ผู้ป่วย Fracture around the hip เพิ่มคุณภาพการรักษาผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกหัก
- 3.เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยกระดูกไขสันหลังหักและ/หรือ ประสาทไขสันหลังได้รับอันตราย

มาตรการสำคัญ /Process : (ระบุ ปีที่จะดำเนินการ)

- 1.การตรวจคัดกรองข้อเข่าเสื่อม (ร่วมกับทีม PCC : Primary Care Cluster)
- 2.การตรวจคัดกรองความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ (ร่วมกับทีม PCC: Primary Care Cluster)
- 3.การใช้ Care map ในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ
- 4.ขยายบริการการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ,ผ่าตัดข้อกระดูกสะโพก และกระดูกไขสันหลังหักและหรือประสาทไขสันหลังได้รับอันตรายแบบครบวงจร
- 5.เชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยสหวิชาชีพ ทีม IMC Intermediate



ตัวชี้วัด	ฐานข้อมูล ปี 2567 (Baseline)	ค่าเป้าหมาย				
		2568	2569	2570	2571	2572
1.อัตราของกลุ่มโรคสำคัญ (OA Knee/ กระดูกสันหลังเสื่อม/ Fracture around the hip/ fracture spine-spinal cord Injury) มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น	N/A	ร้อยละ 50	ร้อยละ 50	ร้อยละ 50	ร้อยละ 50	ร้อยละ 50
1.1 อัตราผู้ป่วย TKR มี knee function score มากกว่า 80 ที่ 6 เดือนหลังผ่าตัด	97.38	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
1.2 ระยะเวลาอน แผลหลังทำ TKR	5.82	≤6 วัน	≤6 วัน	≤6 วัน	≤6 วัน	≤6 วัน
1.3 CTF ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 48 ชั่วโมง	N/A	ร้อยละ 50	ร้อยละ 50	ร้อยละ 50	ร้อยละ 50	ร้อยละ 50
1.4 CTF ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง	81.34	ร้อยละ 50	ร้อยละ 50	ร้อยละ 50	ร้อยละ 50	ร้อยละ 50
1.5 อัตราผู้ป่วย Fracture around the hip มีกระดูกหักซ้ำภายใน 1 ปี	0.63 (1/160)	ร้อยละ 0	ร้อยละ 0	ร้อยละ 0	ร้อยละ 0	ร้อยละ 0
1.6 ร้อยละข้อสะโพกหลุดหลังผ่าตัดภายใน 6 เดือน	1.89 (3/160)	ร้อยละ 0	ร้อยละ 0	ร้อยละ 0	ร้อยละ 0	ร้อยละ 0
1.7 อัตราผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ADL เพิ่มขึ้น	75	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70

ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการพัฒนาบริการ ปี 2568 (ต.ค.67-มี.ค.68)

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปี 2568	ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัด	
		2567	2568 (ต.ค.67-มี.ค.68)
1.อัตราของกลุ่มโรคสำคัญ (OA Knee/ กระดูกสันหลังเสื่อม/ Fracture around the hip/ fracture spine-spinal cord injury) มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น	ร้อยละ 50	N/A	42.85
1.1 อัตราผู้ป่วย TKR มี knee function score มากกว่า 80 ที่ 6 เดือนหลังผ่าตัด	ร้อยละ 100	97.38	97.63
1.2 ระยะเวลาอน เณ็ยหลังทำ TKR	≤6 วัน	5.82	5.59
1.3 CTF ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 48 ชั่วโมง	ร้อยละ 50	N/A	72.85
1.4 CTF ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง	ร้อยละ 50	81.34	85.44
1.5 อัตราผู้ป่วย Fracture around the hip มีกระดูกหักเข้าภายใน 1 ปี	ร้อยละ 0	0.63 (1/160)	3.95 (3/76)
1.6 ร้อยละข้อสะโพกหลุดหลังผ่าตัดภายใน 6 เดือน	ร้อยละ 0	1.89 (3/160)	2.63 (2/76)
1.7 อัตราผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ADL เพิ่มขึ้น	ร้อยละ 70	75	0 (ไม่มี)



ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการพัฒนาบริการ ปี 2568 (ต.ค.67-มี.ค.68)

ผลการดำเนินงาน

- อัตราผู้ป่วย Fracture around the hip มีกระดูกหักซ้ำภายใน 1 ปี เท่ากับ 3.95 (3/76)
- ร้อยละข้อสะโพกหลุดหลังผ่าตัดภายใน 6 เดือน เท่ากับ 2.63 (2/76)
- ระยะเวลาอน เจลลี่หลังทำ TKR ≤ 6 วัน เท่ากับ 5.59
- CTF ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 48 ชั่วโมง เท่ากับ 72.85
- CTF ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง เท่ากับ 85.44

ปัญหา/อุปสรรค

- Host ผู้สูงอายุมี U/D เช่น อัลไซเมอร์, ตึ่มเหล้า
- ขาด care giver บุตรหลานวัยทำงาน
- ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง
- ไม่ได้รับยาป้องกันโรคกระดูกพรุน

แนวทางแก้ไข/ แผนพัฒนา ต่อเนื่อง

- การใช้ Care map ในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ
- การเข้าถึงยาป้องกันโรคกระดูกพรุน (เบิกได้) หรือยา Bisphosphonate (เน้น ราคาถูก ร่วมจ่าย)
- อปท. จัดสรรงบประมาณสนับสนุนค่ายาในกลุ่มที่ไม่สามารถเข้าถึงยาได้
- เชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยสหวิชาชีพ ทีม IMC (Intermediate Care) ฝึกผู้ดูแล, ปรีกษาปัญหาอุปสรรค
- พัฒนา ERAS ในการผ่าตัดหลังด้วยวิธีการผ่าตัด minimal invasive เช่น Endoscopic surgery

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ **1** พัฒนาคุณภาพบริการทางการแพทย์ร่วมกับภาคีเครือข่าย

เป้าประสงค์ : บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน
กลยุทธ์ :1.3 พัฒนาระบบบริการสุขภาพในกลุ่มโรคสำคัญ
แผนงาน/โครงการ : การพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
(Standard Stroke Center Certification : SSCC)

สถานการณ์ปัญหา:

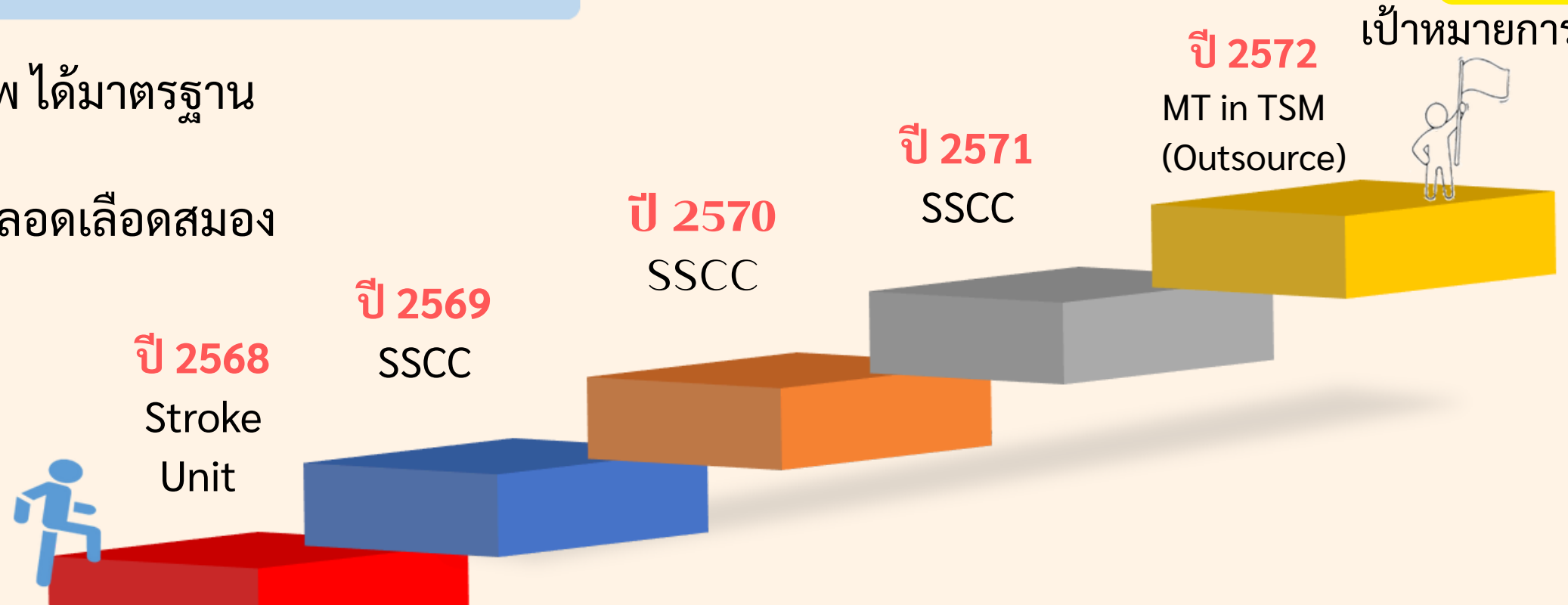
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในทุกๆปี โดยพบว่าในปี 2565-2567 มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเท่ากับ 759, 964, และ 943รายตามลำดับ ซึ่งทุกรายจะได้เข้ารับบริการใน Stroke Unit ในขณะที่ปี 2563 ได้มีการยุบ Stroke Unit ที่อายุรกรรมชายและยุบที่อายุรกรรมหญิงในปี 2567 เพื่อ Renovate คาดว่า จะสามารถเปิดใช้ได้ในเดือนเมษายนปี 2568 การป้องกันได้โดยควบคุมปัจจัยเสี่ยง ได้รับการรักษาที่รวดเร็วและการเข้ารับการรักษาใน Stroke Unit ภายใต้ระบบบริการที่มีมาตรฐานอย่างเหมาะสม ทำให้สามารถลดอัตราการตาย ลดความพิการ และลดภาวะแทรกซ้อนได้

วัตถุประสงค์/Purpose :

เพื่อยกระดับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน

มาตรการสำคัญ /Process : (ระบุ ปีที่จะดำเนินการ)

- กระตุ้น Stroke Alert & Prevention
- เพิ่มการเข้าถึงบริการ Stroke Fast track
- ขอรับการประเมิน Stroke Unit
- เพิ่มการเข้าถึง Stroke Unit
- เสริมสร้างพลัง Stroke Team
- ควบคุม กำกับ Stroke Care Process
- การ Refer for Surgery & MT
- ติดตาม ประเมินผล พัฒนา Stroke Indicator
- ขอรับการประเมิน SSCC



ตัวชี้วัด	ฐานข้อมูล ปี 2567 (Baseline)	ค่าเป้าหมาย				
		2568	2569	2570	2571	2572
1.อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	6.04	< 7%	< 7%	< 7%	< 7%	< 7%
2.ร้อยละผู้ป่วย Stroke ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชม.ได้รับการรักษาใน Stroke Unit	44.12	> 80%	> 80%	> 80%	> 80%	> 80%
3.ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาโรงพยาบาลภายใน 4.5 ชม. หลังเกิดอาการ	38.58	≥ 40%	≥ 40%	≥ 40%	≥ 40%	≥ 40%
4.อัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในผู้ป่วย Ischemic Stroke	23.38	≥ 12 %	≥ 12 %	≥ 12 %	≥ 12 %	≥ 12 %
5.อัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 45 นาที	87.65	≥ 85%	≥ 85%	≥ 85%	≥ 85%	≥ 85%

ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการพัฒนาบริการ ปี 2568 (ต.ค. 67-มี.ค. 68)

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปี 2568	ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัด	
		2567	2568 (ต.ค.67-มี.ค.68)
1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	< 7%	6.04	6.44
2. ร้อยละผู้ป่วย Stroke ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชม. ได้รับการรักษาใน Stroke Unit	> 80%	44.12	42.90
3. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาโรงพยาบาลภายใน 4.5 ชม. หลังเกิดอาการ	≥ 40%	38.58	42.44
4. อัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในผู้ป่วย Ischemic Stroke	≥ 12 %	23.38	23.00
5. อัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 45 นาที	≥ 85%	87.65	95.45

ผลการดำเนินงาน

- อัตราตายเพิ่มขึ้นมาเล็กน้อยแต่ยังน้อยกว่าร้อยละ 7
- การได้รับการรักษาใน stroke unit ยังน้อยกว่า ร้อยละ 80
- การเข้าถึงบริการ SFT เพิ่มขึ้นมาเพียงเล็กน้อย คือ ร้อยละ 42.44
- อัตราการได้รับยา rt-PA เพิ่มขึ้นและได้รับภายใน 45 นาที มีถึงร้อยละ 95.45

ปัญหา/อุปสรรค

- การเข้าสู่ระบบบริการที่ล่าช้า จาก ปชช.ขาดความตระหนัก และไม่เรียกใช้บริการ 1669
- บุคลากรไม่เพียงพอต่อการจัดบริการ
- การเข้ารับการรักษาใน stroke unit ได้ไม่ครอบคลุมจากมีการ Renovate หอผู้ป่วย
- ยังไม่ได้รับการรับรอง SSCC
- ยังขาดการเชื่อมโยงตั้งแต่ Pre-Host ถึง Post-Host

แนวทางแก้ไข/ แผนพัฒนาต่อเนื่อง

- ส่งเสริม Stroke Awareness ให้กับ ปชช. & กลุ่มเสี่ยง และการใช้บริการ 1669
- พัฒนาระบบบริการ SFT ใน รพ. ทุกระดับ
- จัดบริการส่งต่อ รพ. ที่มีศักยภาพ (Sx, MT)
- จัดบริการผู้ป่วยทุกรายที่มาภายใน 72 ชม. ให้ได้รับการรักษาใน stroke unit
- เตรียมความพร้อมในการขอประเมิน SSCC
- บูรณาการจัดบริการร่วมกับ NCDs และ IMC



มาตรการสำคัญ /PROCESS : (ระบุ ปีที่จะดำเนินการ) ปี2568

- 1.หน่วยงานปฐมภูมิผ่าน DS LEVEL 1 ทุกกิจกรรม
- 2.เปิดงานทันตกรรมรากฟันเทียม
- 3.มีระบบข้อมูลที่ช่วยในการวางแผนพัฒนา และกำกับติดตาม
- 4.บุคลากรทางทันตกรรมได้รับการเติมสมรรถนะ ตามระดับศักยภาพหน่วยบริการ
- 5.มีระบบการให้บริการทางทันตกรรมทั้งในรพสต.และโรงพยาบาลที่ทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นของการเข้าถึงบริการ ลดระยะเวลารอคอย และการะโรค

ปี2569

- 1.ผ่านมาตรฐาน DS LEVEL 1 PLUS
- 2.เปิดโรงพยาบาลทันตกรรม
- 3.เปิดงานทันตกรรมจัดฟัน
- 4.บุคลากรทางทันตกรรมได้รับการเติมสมรรถนะตามระดับศักยภาพหน่วยบริการ

ปี2570

- 1.ผ่านมาตรฐาน DS LEVEL 2 PLUS
- 2.มีแนวทางการจัดการทางทันตกรรม (CLINICAL PRACTICE GUIDELINE) ในการดูแลผู้ป่วยทันตกรรมเด็กที่มีความยุ่งยากซับซ้อน
- 3.มีระบบส่งต่อการรักษาผู้ป่วยทันตกรรมเด็กกับทีมสหสาขาวิชาชีพ
- 4.บุคลากรทางทันตกรรมได้รับการเติมสมรรถนะตามระดับศักยภาพหน่วยบริการ

ปี2571

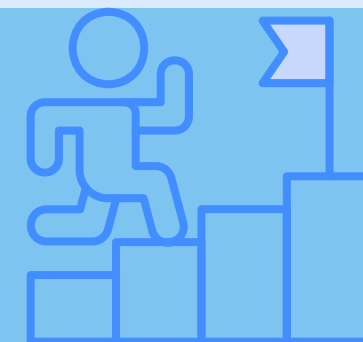
- 1.ผ่านมาตรฐาน DS LEVEL 3
- 2.เปิดศูนย์ความเป็นเลิศด้านผู้ป่วยทันตกรรมสำหรับเด็กที่มีความยุ่งยากซับซ้อน
- 3.บุคลากรทางทันตกรรมได้รับการเติมสมรรถนะตามระดับศักยภาพหน่วยบริการ

ปี2572

- 1.ผ่านมาตรฐาน DS LEVEL 3 PLUS
- 2.มีทันตแพทย์เฉพาะทางครบทุกสาขาหรือทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลสามารถให้บริการทันตกรรมที่มีความยุ่งยากซับซ้อนได้ครบทุกกิจกรรม
- 3.เป็นศูนย์รับส่งต่อและศูนย์ฝึกอบรมทันตบุคลากรในด้านการรักษาผู้ป่วยทันตกรรมเด็กที่มีความยุ่งยากซับซ้อน

มาตรการสำคัญ (ระบุปีที่จะดำเนินการ) ปี2568

- ก่อสร้างโรงพยาบาลทันตกรรม
- ปรับระบบการให้บริการทันตกรรม ในรพสต. และในโรงพยาบาลเพื่อเพิ่มการเข้าถึงการรักษาของประชาชน
- ปรับระบบการเก็บข้อมูล และส่งเสริมการนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนพัฒนา และกำกับติดตาม
- จัดอบรมวิชาการ และฝึกปฏิบัติให้กับทันตแพทย์ ทันตภิบาล และผู้ช่วยทันตแพทย์
- จัดหาครุภัณฑ์ สำหรับให้บริการทันตกรรมรากฟันเทียม
- ส่งทันตแพทย์ไปเรียนต่อ หรือรับย้ายในสาขาทันตกรรมสำหรับเด็ก
- ส่งทันตแพทย์ไปอบรมหลักสูตรผู้นำระบบบริการทันตกรรม และอบรมการจัดทำ PLAN FIN สำหรับรองรับการบริหารจัดการโรงพยาบาลทันตกรรม



ประเด็นยุทธศาสตร์ ที่ 1

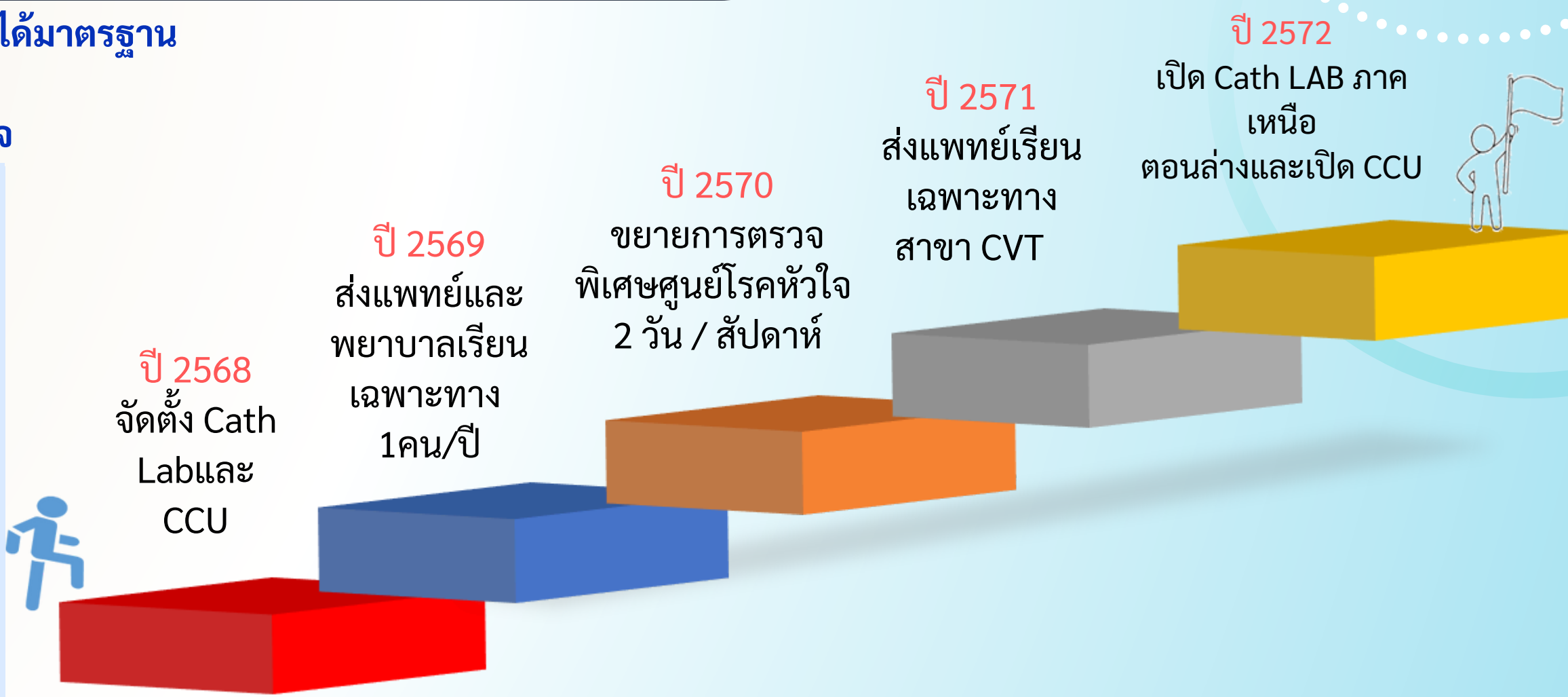
พัฒนาคุณภาพบริการทางการแพทย์ร่วมกัยภาคีเครือข่าย

เป้าประสงค์ : บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน
กลยุทธ์ : 1.3 พัฒนาระบบบริการในกลุ่มโรคสำคัญ
แผนงาน/โครงการ : การพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ

สถานการณ์ปัญหา:
ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีอัตราการตายเพิ่มสูงขึ้น ส่วนหนึ่งเนื่องจาก ระบบการเข้าถึงการเข้ารับบริการ และการรักษาที่ล่าช้า ดังนั้นการรักษาต้องแข่ง กับเวลา ยิ่งรักษาผู้ป่วยล่าช้าอัตราการตายของกล้ามเนื้อหัวใจจะยิ่งเพิ่มมากขึ้น ปัจจุบันแนวทางการรักษาได้มีการเปลี่ยนแปลงโดยเน้นการเปิดหลอดเลือดหัวใจ โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (thrombolytic drug) และการขยายหลอดเลือด หัวใจด้วยบอลลูน (percutaneous coronary intervention) พบว่าอัตราการตาย ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันยังมีแนวโน้มเกินกว่าเกณฑ์ที่กำหนดพบ ว่า ปีพ.ศ. 2566, 2567 และ 2568 มีจำนวนเท่ากับ 12.90, 9.37 และ 7.69 (ต.ค.-ก.พ. 68) ตามลำดับ

วัตถุประสงค์/Purpose :
1.เพื่อให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เข้าถึงการบริการทางการแพทย์ได้ รวดเร็ว มีคุณภาพและได้มาตรฐาน
2.ลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI

มาตรการสำคัญ /Process : (ระบุ ปีที่จะดำเนินการ)
2568 : 1.พัฒนา ระบบ STEMI Fast track
2. MOU กับทีม Outsource จัดตั้ง Cath Lab และ CCU
3.Training on the job Cath Lab และ CCU ปีละ 2 คน
2569 : 1. ส่งแพทย์และพยาบาลเรียนเฉพาะทางสาขาโรคหัวใจปีละ 1คน
2. ส่งอบรมนักรกายกายบำบัดในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiac rehabilitation) 1 คน
2570 : ขยายการตรวจพิเศษศูนย์โรคหัวใจ 2 วัน / สัปดาห์
2571 : ส่งแพทย์เรียนเฉพาะทางสาขาศัลยศาสตร์ผ่าตัดหัวใจ หลอดเลือด และทรวงอก (CVT)
2572 : เปิด Cath LAB ภาคเหนือตอนล่างและเปิด CCU



ตัวชี้วัด	ฐานข้อมูล ปี 2567 (Baseline)	ค่าเป้าหมาย				
		2568	2569	2570	2571	2572
1.อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	9.37	< ร้อยละ 9	< ร้อยละ 9	< ร้อยละ 8	< ร้อยละ 7	< ร้อยละ 6
2.ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (Diagnosis to PCI time)	N/A ยังไม่ได้เปิด Cath lab	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 90	ร้อยละ 100



ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการพัฒนาบริการ ปี 2568 (ต.ค.67-มี.ค.68)

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปี 2568	ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัด	
		2567	2568 (ต.ค.67- มี.ค.68)
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	< ร้อยละ 9	9.37	7.69
ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (Diagnosis to PCI time)	≥ ร้อยละ 60	N/A	N/A ยังไม่ได้เปิด Cath lab

ผลการดำเนินงาน

- ปี 2567 ส่งแพทย์เรียนเฉพาะทางสาขาหัวใจและหลอดเลือดเพิ่ม 1 คน
- เดือนมีนาคม 2567 MOU กับทีม Outsource เริ่มก่อสร้าง Cath Lab ที่ตึกพิเศษชั้น 7 และ CCU 12 เตียง ที่ชั้น 2 บนตึก CT
- ขยายศูนย์โรคหัวใจตากสินไว้ใกล้หอผู้ป่วย CCU
- ส่งพยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยพยาบาล Training on the Job ศูนย์โรคหัวใจตากสิน

ปัญหา/อุปสรรค

- Competency บุคลากร
- ประชาชนขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการเข้าถึงบริการ
- ปัญหาด้านการสื่อสาร
- ระยะทางห่างไกล Tertiary cardiac center
- คนน้อย ภาระงานมาก/ มี Cardiologists 1 คน รับ consult 24 ชั่วโมง และ Case manager 1 คน ประจําการ ศูนย์โรคหัวใจตากสิน

แนวทางแก้ไข/แผนพัฒนาต่อเนื่อง

- เพิ่มสมรรถนะบุคลากร จัดอบรมเสริมความรู้
- ส่งแพทย์และพยาบาลเรียนเฉพาะทาง 1 ปี/คน
- ส่งอบรมนักรายกายบำบัดในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด
- ส่งบุคลากร Training on the Job ที่ Cath Lab และ CCU
- เพิ่มนัก Sonographer
- จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ และเผยแพร่ให้ประชาชนเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค และการเข้าถึงบริการ
- พัฒนาระบบ STEMI Fast Track
- จัดเวทีแสดงผลงาน และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ **1** พัฒนาคุณภาพบริการทางการแพทย์ร่วมกับภาคีเครือข่าย

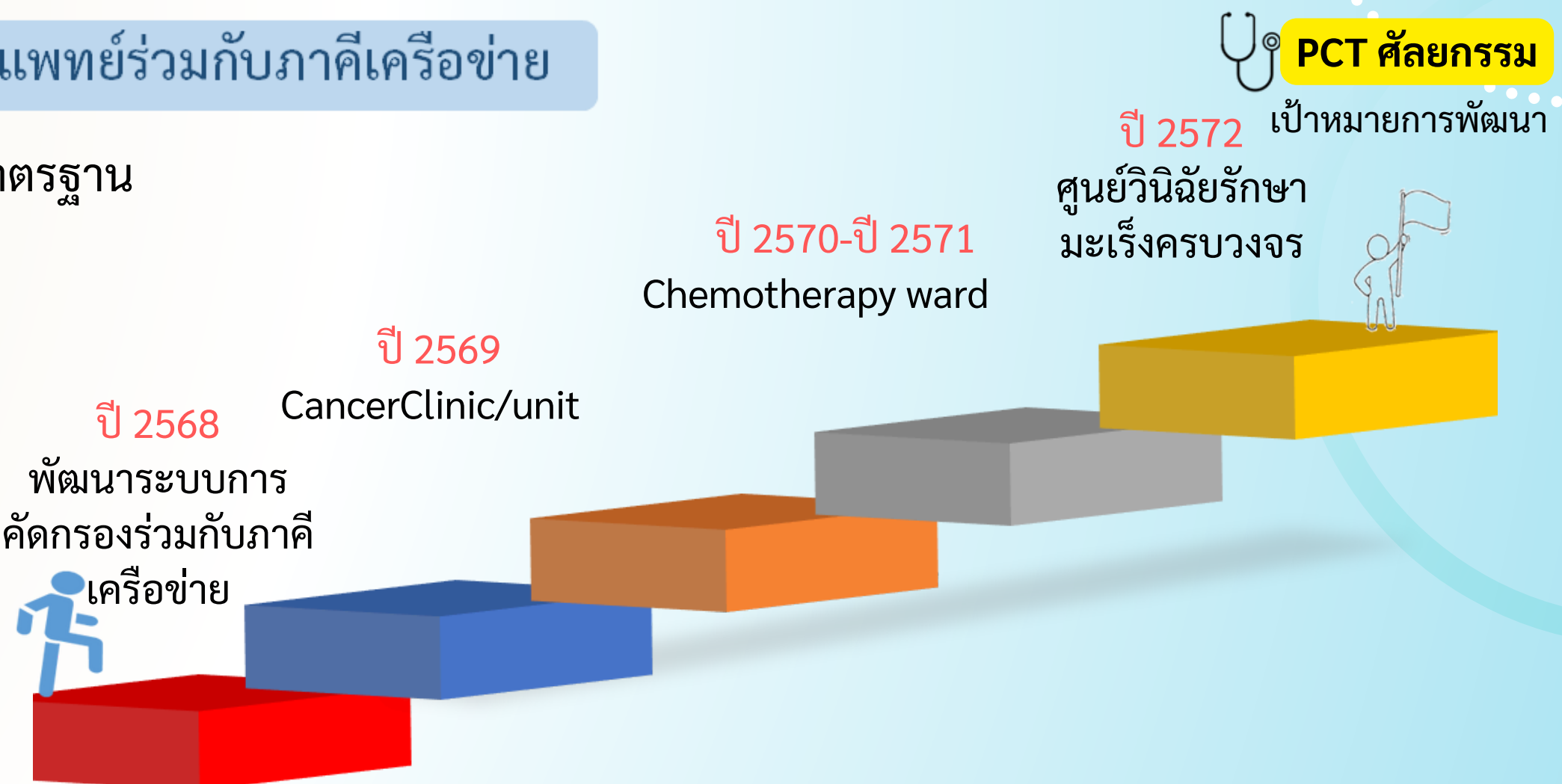
เป้าประสงค์ : บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน
กลยุทธ์ : 1.3 พัฒนาระบบบริการสุขภาพในกลุ่มโรคสำคัญ
แผนงาน/โครงการ : โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง

สถานการณ์ปัญหา:

มะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและมีแนวโน้มอัตราการเกิดโรคมะเร็งสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของคนไทย ร.พ.ตสม.ตระหนักถึงภัยร้ายของโรคมะเร็ง ส่วนใหญ่มักตรวจพบมะเร็งเข้าสู่ระยะลุกลามแล้ว ทำให้การตอบสนองต่อการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร ส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตมากขึ้น จึงได้ดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มะเร็งปากมดลูก มะเร็งตับ มะเร็งท่อน้ำดี มะเร็งช่องปาก

วัตถุประสงค์/Purpose :

- เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งอย่างมีคุณภาพ
- มาตรการสำคัญ /Process : (ระบุ ปีที่จะดำเนินการ)
- 1.สร้างเสริมสุขภาพโดยสื่อสารให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งทุกช่องทาง
 - 2.เพิ่มการคัดกรองมะเร็งให้ครอบคลุม
 3. กำหนดระบบการนัดติดตามการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็ง
 4. จัดสถานที่สำหรับที่นอนให้การรักษาเคมีบำบัดแยกส่วนกับผู้ป่วยอื่นเพื่อป้องกันการติดเชื้อและลดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาเคมีบำบัด
 5. พัฒนาสมรรถนะทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่เรียนเฉพาะทางสาขามะเร็งหลักสูตร 4 เดือน 1 คนส่งอบรมการให้ยาเคมีบำบัดหลักสูตร 1 เดือน2 คน/ปี
 6. จัดเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการอบรมให้มาดูแลผู้ป่วย
 7. ให้ข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งโดยการให้คำปรึกษาcounseling กับผู้ป่วยที่วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง



ตัวชี้วัด	ฐานข้อมูลปี 2567	ค่าเป้าหมาย				
		2568	2569	2570	2571	2572
1. ร้อยละการคัดกรองผู้ป่วยมะเร็ง	60%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%
2.ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยาภายใน 2 สัปดาห์	100%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%
3.ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์	77.5%	≥ 78%	≥ 79%	≥ 80%	≥ 81%	≥ 82%
4.ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	66.13%	≥ 78%	≥ 79%	≥ 80%	≥ 81%	≥ 82%
5.สัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 1และ 2	25.33%	≥73%	≥74%	≥75%	≥76%	≥77%



ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปี 2568	ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัด	
		2567	2568 (ต.ค.67-มี.ค.68)
1. ร้อยละการคัดกรองผู้ป่วยมะเร็ง	≥80%	60%	0%
2. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยาภายใน 2 สัปดาห์	≥80%	100%	100%
3. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์	≥ 78%	77.5%	81.82%
4. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	≥ 78%	66.13%	20%
5. สัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 1 และ 2	≥ 73%	25.33%	20%

ผลการดำเนินงาน

- ผลการคัดกรองมะเร็งยังไม่เป็นตามเป้าหมายที่กำหนดเนื่องจากอยู่ในระยะแรกของการคัดกรอง
- การให้เคมีบำบัดยังไม่เป็นไปตามที่กำหนดเนื่องจากระบบการConsult ล่าช้า

ปัญหา/อุปสรรค

- การคัดกรองผู้ป่วยมะเร็งไม่ครอบคลุมตามตัวชี้วัด ไม่มีสื่อในการให้ความรู้กับประชาชน
- ระบบการConsult ล่าช้า
- การลงข้อมูลไม่ต่อเนื่อง ไม่เป็นปัจจุบัน
- การค้นหาข้อมูลไม่ได้ ยุ่งยากและไม่เชื่อมต่อกัน
- เจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ แพทย์ศัลยกรรมมีน้อย เจ้าหน้าที่ทำงานด้านมะเร็งรับผิดชอบงานหลายหน้าที่

แนวทางแก้ไข/แผนพัฒนาต่อเนื่อง

- สะท้อนข้อมูลแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- จัดทำสื่อความรู้ให้กับเจ้าหน้าที่สำหรับสอนประชาชน
- ทบทวนระบบการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาตามเกณฑ์
- ดูแลให้ผู้ได้รับการนัดตามระบบที่วางไว้
- ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในวางแผนการจัดเก็บข้อมูลให้ครอบคลุมมากขึ้น
- จัดทีมลงทะเบียนมะเร็ง สอนการลงทะเบียนมะเร็ง
- มีระบบการ Consult Oncologist
- เพิ่มศักยภาพให้กับเจ้าหน้าที่ในการให้ยาเคมีบำบัด

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาคูณภาพบริการทางการแพทย์ร่วมกับภาคีเครือข่าย

เป้าประสงค์ : บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน
กลยุทธ์ : 1.3 พัฒนาระบบบริการสุขภาพในกลุ่มโรคสำคัญ
แผนงาน/โครงการ : ยุทธการทุพพลภาพด้วยศัลยกรรมตกแต่ง

สถานการณ์ปัญหา:

จากสถานการณ์จังหวัดตากเป็นพื้นที่ที่เดินทางยากลำบากและส่วนมากประชาชนในพื้นที่ประกอบอาชีพเกษตรกรทำให้ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งไม่สามารถเข้ารับการรักษาได้อย่างเหมาะสมปัญหาสุขภาพที่สำคัญในพื้นที่อันได้แก่ มะเร็งผิวหนัง ปากแหว่ง เพดานโหว่ แผลกดทับในผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงจึงนำไปสู่แผนพัฒนาคูณภาพที่เน้นแก้ปัญหาในด้านทุพพลภาพเป็นหลัก

วัตถุประสงค์/Purpose :

1. เพื่อเพิ่มการให้เข้าบริการการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมตกแต่ง
2. เพื่อลดภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วย

มาตรการสำคัญ /Process :

ปี2568 stop skin cancer

1. เพิ่มเครือข่ายในโรงพยาบาลชุมชนคัดกรองมะเร็งผิวหนังในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง
2. เพิ่มช่องทางการปรึกษา
3. ลดจำนวนครั้งในการมารับบริการของผู้ป่วย

ปี2569 (พาหมอไปหาประชาชน)

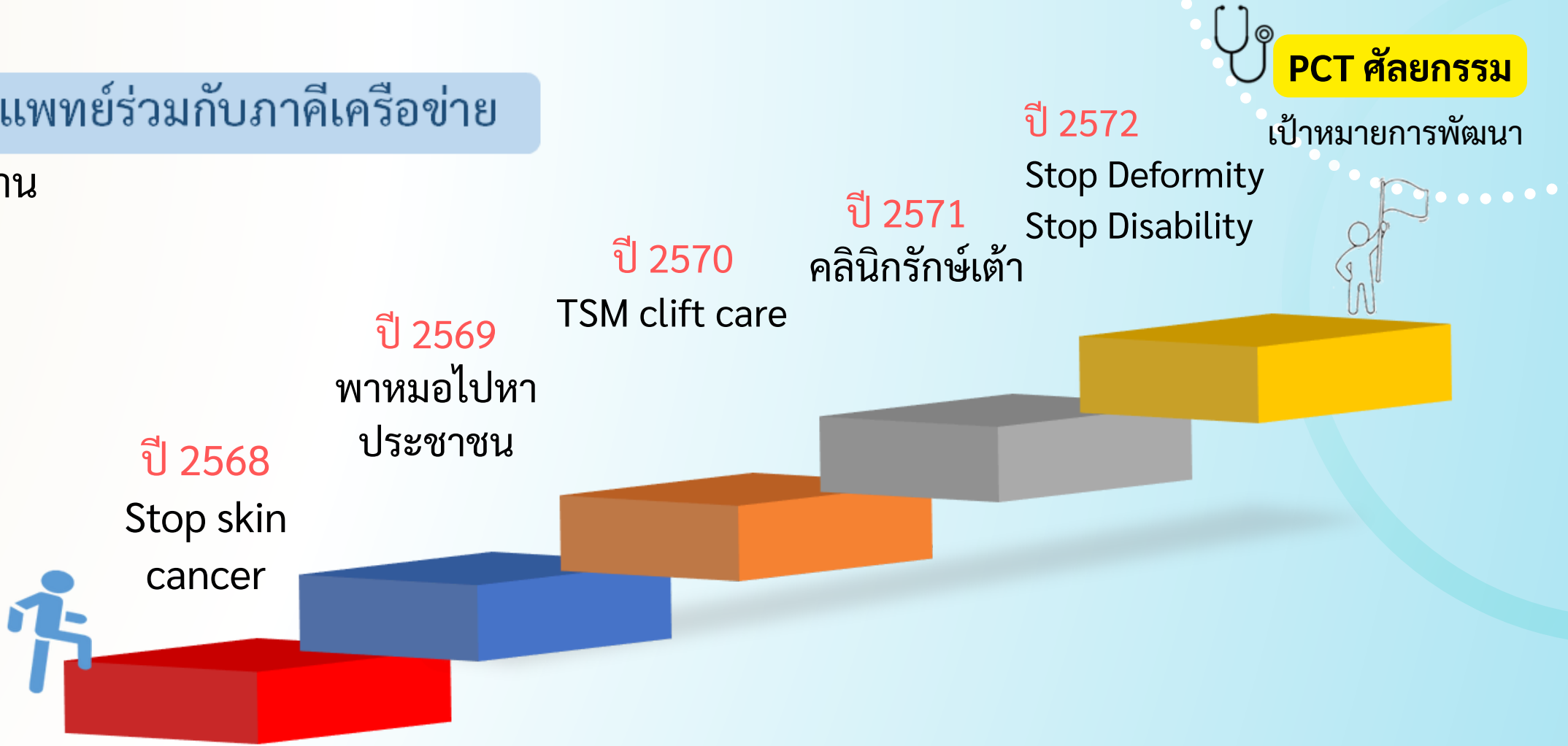
- เพิ่มการเข้าถึงลดการรอคอย โดย
1. เข้าถึงการรักษาโดยใช้เทคโนโลยี Telemedicineปี

2570 TSM clift care

1. เพิ่มศักยภาพในการติดตามผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ตั้งแต่แรกรับจนเข้าสู่วัยรุ่น

ปี 2571 คลินิกรักษั้เต้า

1. เปิดรับปรึกษาให้แก่แม่แรงเต้านมที่ต้องการสงวนเต้าหลังผ่าตัดโดยใช้เนื้อเยื่อตัวเองหรือเต้านมเทียม(ซิลิโคน)



ตัวชี้วัด	ฐานข้อมูล ปี 2567 (Baseline)	ค่าเป้าหมาย				
		2568	2569	2570	2571	2572
1.อัตราการคัดกรองผู้ป่วยมะเร็งผิวหนัง	ร้อยละ 20 (20/100)	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20
2.อัตราการเกิดทุพพลภาพของผู้ป่วย	ร้อยละ 10 (2/20)	ร้อยละ 10	ร้อยละ 10	ร้อยละ 10	ร้อยละ 10	ร้อยละ 10



ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปี 2568	ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัด	
		2567	2568 (ต.ค.67-มี.ค.68)
1. อัตราการคัดกรองผู้ป่วยมะเร็งผิวหนัง	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	ร้อยละ 25 (20/80)
2. อัตราการเกิดทุพพลภาพของผู้ป่วย	ร้อยละ 10	ร้อยละ 10	ร้อยละ 15 (3/20)

ผลการดำเนินงาน

- ผลการดำเนินการเป็นไปในแนวทางเดียวกันกับที่ตั้งเป้าหมายไว้จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองมีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งผิวหนังเป็นอัตราที่มากขึ้น(ร้อยละ 25) เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองมีจำนวนมากขึ้น ทำให้พบผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งผิวหนังมากขึ้น
- ส่วนอัตราการเกิดทุพพลภาพของผู้ป่วยที่มีอัตราที่มากขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยบางรายรับการคัดกรองในระยะที่จำเป็นต้องผ่าตัดและเสริมสร้าง

ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินการ

- การส่งชิ้นเนื้อเพื่อการวินิจฉัยผู้ป่วยยังต้องชำระเงินเองทำให้ในผู้ป่วยบางราย อาจไม่สามารถส่งชิ้นเนื้อได้
- ผู้ป่วยขาดความตระหนักในเรื่องการดูแลตัวเองสำรวจบริเวณร่างกายและการเข้าถึงการรับบริการเนื่องจากการเดินทางที่ยากลำบาก

แนวทางแก้ไข/แผนพัฒนาต่อเนื่อง

- ในช่วงปี 2569 รพ.จะมีแพทย์พยาธิวิทยา อาจช่วยให้การส่งชิ้นเนื้อเพื่อการวินิจฉัย ทำให้จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองมีจำนวนมากขึ้น
- เพิ่มการสื่อสารช่องทางต่างๆเกี่ยวกับโรคมะเร็งผิวหนังให้ผู้ป่วยได้มีความตระหนักมากยิ่งขึ้น

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ **1** พัฒนาคุณภาพบริการทางการแพทย์ร่วมกับภาคีเครือข่าย

เป้าประสงค์ : บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน
กลยุทธ์ : 1.3 พัฒนาระบบบริการสุขภาพในกลุ่มโรคสำคัญ
แผนงาน/โครงการ : พัฒนาระบบบริการคลินิกต้อหิน

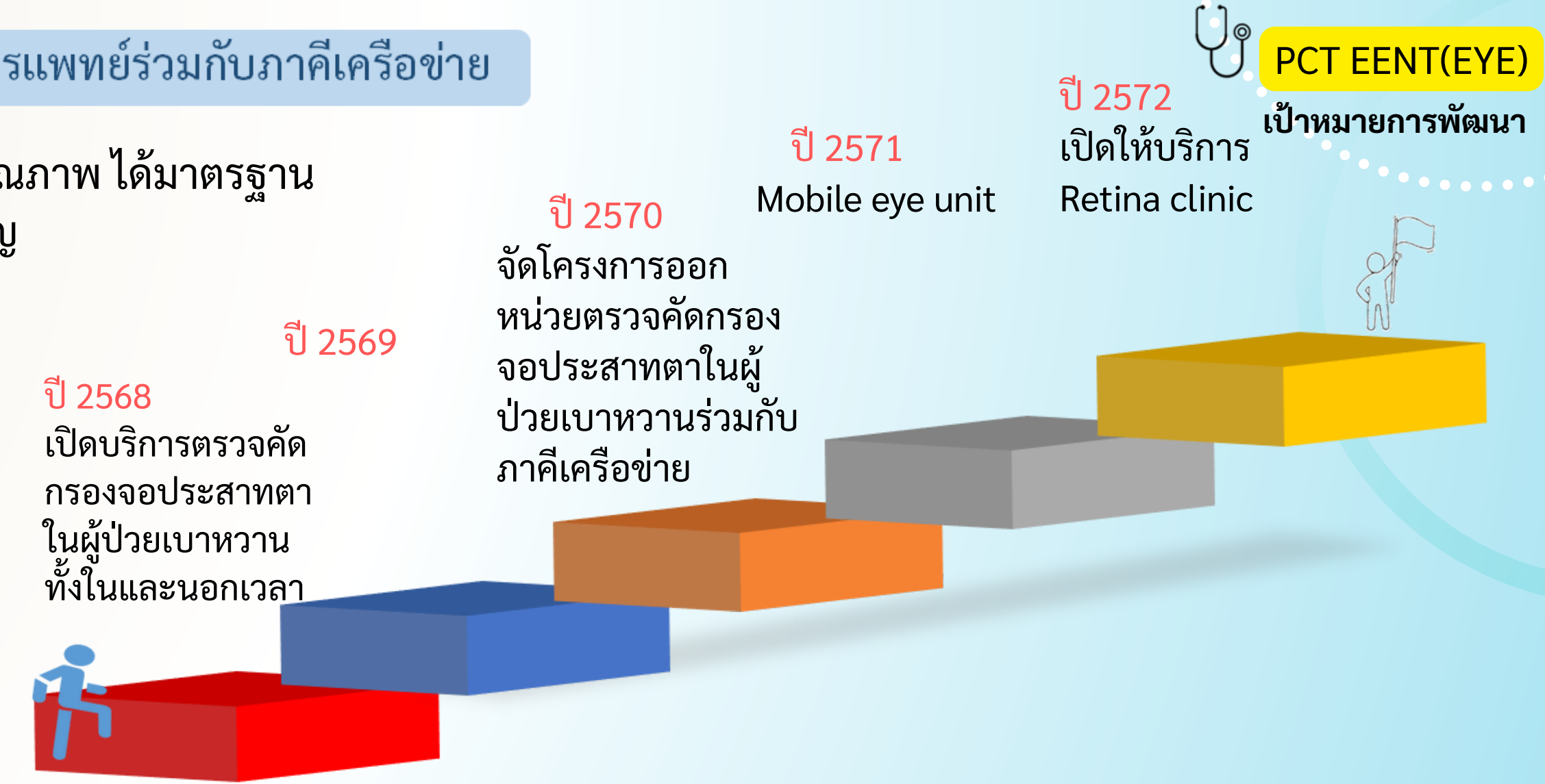
สถานการณ์ปัญหา: ปัญหาสุขภาพตา หู คอ จมูก ล้วนมีความสำคัญ ควรจะได้รับการดูแลระดับสูงเป็นพิเศษหากไม่ได้รับการดูแลรักษา ที่ถูกต้องอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น โรคต้อกระจก ต้อหิน เปลือกตาอักเสบ นอนกรน มะเร็งช่องปาก เป็นต้น หากเกิดการลุกลามจะทำให้การรักษา เป็นไปด้วยความยากลำบาก การเฝ้าระวัง คัดกรอง การดูแล ส่งต่อนับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งดังนั้นโครงการ ดวงตาสดใส นอนหลับสบาย ใส่ใจช่องปาก จะสามารถช่วยให้ผู้ที่มีปัญหา สุขภาพเหล่านี้ได้รับการดูแลรักษาอย่างมีคุณภาพและ พัฒนาไปสู่ระบบบริการดูแลสุขภาพอย่างเป็นเลิศ

วัตถุประสงค์/Purpose

- 1. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการตรวจรักษาโรคจอตา ลดภาวะตาบอด และคุณภาพชีวิต
- 2. เพื่อลดภาวะพิการและเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเปลี่ยนกระจกตา

มาตรการสำคัญ /Process : (ระบุ ปีที่จะดำเนินการ)

- 1. จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์เพื่อเพิ่มการเข้าถึงของผู้ป่วย
- 2. พัฒนาระบบบริการพยาบาล/ฝึกอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยต้อหินและกระจกตา
- 3. เพิ่มเครื่องมือการผ่าตัดกระจกตา



ตัวชี้วัด	ฐานข้อมูล ปี 2567 (Baseline)	ค่าเป้าหมาย				
		2568	2569	2570	2571	2572
1.ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจคัดกรองจอประสาทตา	54.87%	60%	65%	70%	75%	80%

ปี 2568 (มีแพทย์จักษุไปเรียนสาขาOculoจบมาปี2569พ.ธิดารัตน์)
ปี 2569 (มีแพทย์จักษุเรียนสาขาcorneaจบมาปี2570พ.วีรสุ)
ปี 2570 (planส่ง พ.เรียนสาขาRetina



ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการพัฒนาบริการ ปี 2568 (ต.ค.67-มี.ค.68)

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปี 2568	ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัด	
		2567	2568 (ต.ค.67-มี.ค.68)
1.ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจคัดกรองจอประสาทตา	60 %	54.87	25.48

ผลการดำเนินงาน

- ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจคัดกรองจอประสาทตา ปีงบประมาณ 2568 ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2567 – มีนาคม 2568 = 25.48

ปัญหา/อุปสรรค

- ผู้ป่วยเบาหวานไม่ได้เข้ารับบริการตรวจคัดกรองในสถานพยาบาลตามนัด
- มีการปรับระบบฐานข้อมูลประชากรในโปรแกรม HDC ตาก จึงส่งผลให้การรวบรวมข้อมูลยังไม่เป็นปัจจุบัน

แนวทางแก้ไข/แผนพัฒนาต่อเนื่อง

- มีการประสานงานกับเครือข่าย รพ.สต. ให้ส่งผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบ เข้ามารับการตรวจที่ห้องตรวจจักษุของโรงพยาบาลได้ทุกวัน วันละ 100 ราย โดยจะเริ่มส่งมาช่วงเดือนเมษายน 2568 (หลังเทศกาลสงกรานต์) เป็นต้นไป
- เปิดบริการตรวจคัดกรองจอประสาทตา ในผู้ป่วยเบาหวานทั้งในและนอกเวลา ราชการ

เป้าประสงค์ : บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน
กลยุทธ์ : 1.3 พัฒนาระบบบริการสุขภาพในกลุ่มโรคสำคัญ
แผนงาน/โครงการ : บูรณาการความรู้เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

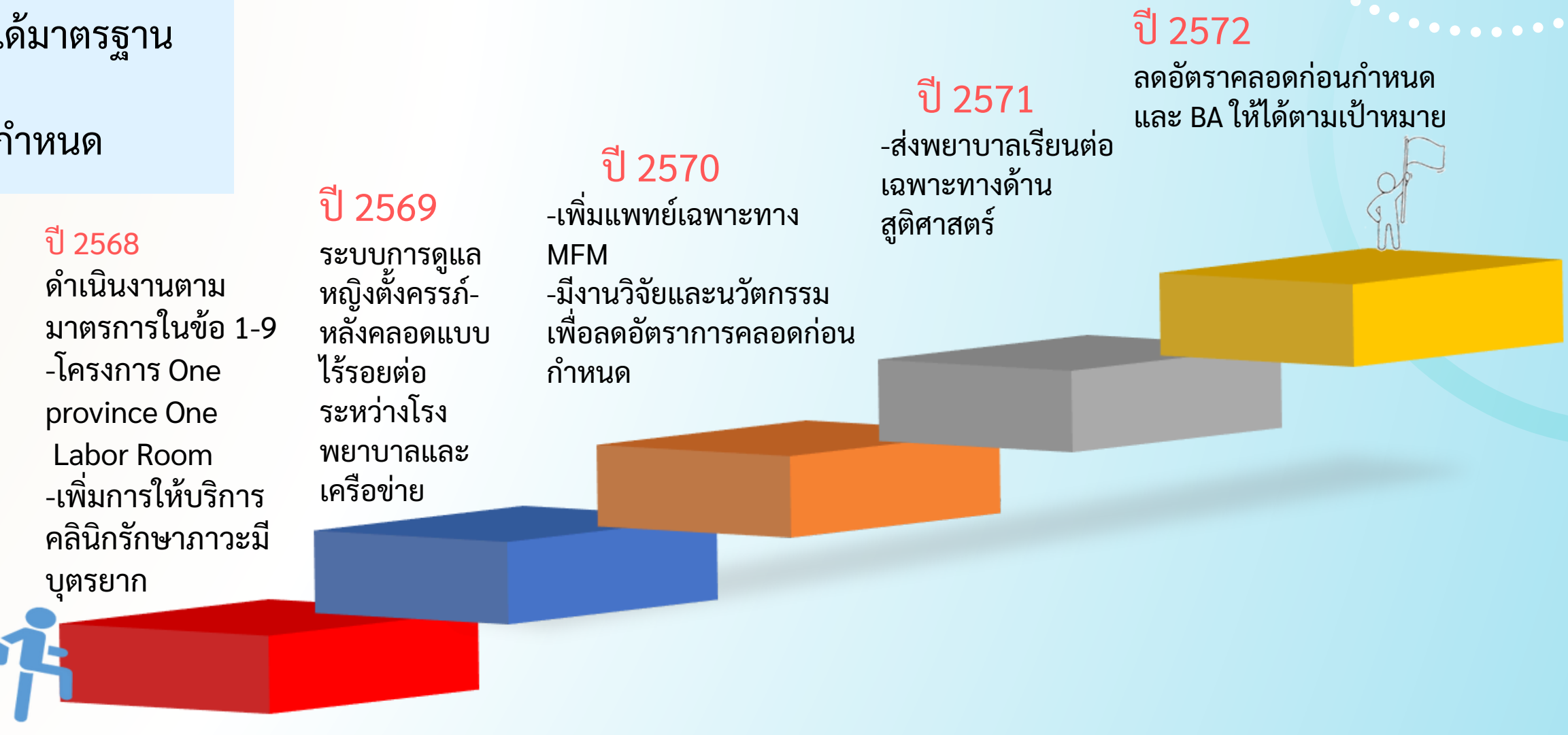
1.Smart Birth (ก่อนตั้งครรภ์ ขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอดจนถึงหลังคลอด 6 สัปดาห์)

สถานการณ์ปัญหา:

งานอนามัยแม่และเด็กมีกระบวนการในการดูแลตั้งแต่การเตรียมความพร้อม ก่อนมีบุตร การตั้งครรภ์ การคลอด หลังคลอด ที่มีคุณภาพ จนถึงการศึกษาดูแลบุตรตั้งแต่ แรกเกิดถึง 5 ปี โดยมุ่งหวังให้แม่ ลูกปลอดภัย ในการตั้งครรภ์ และการคลอด หลังคลอด ได้รับการเลี้ยงดูให้มีการเจริญเติบโตและมีพัฒนาการสมวัย ซึ่งในแต่ละกระบวนการให้บริการ มีกรอบแนวคิดในระบบบริการ คุณภาพอนามัยแม่และเด็กโดย มีผลลัพธ์ร่วมกัน คือ อัตราการตายของมารดาสาเหตุจาก PPH PIH ลดลง ลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด ลดอัตราทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน ลดอัตราการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัม เด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย มีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนานไม่ต่ำกว่า 6 เดือน ซึ่งในปัจจุบันอัตราการเกิดลดลง แต่ยังมีปัญหาทารกคลอดก่อนกำหนด อยู่ในอัตราที่สูง ซึ่งส่งผลต่อทารกเกิดการขาดออกซิเจน ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัม อีกทั้งยังพบปัญหาการตาย ของมารดาด้วยสาเหตุ PPH PIH

วัตถุประสงค์/Purpose :

- 1.อัตราความสำเร็จของการรักษากภาวะมีบุตรยากโดยวิธี IUI
- 1.ลดอัตราการเกิดทารกคลอดก่อนกำหนด
- 2.ลดอัตราการเกิด Birth Asphyxia ใน High Risk pregnancy
- 3.ลดอัตราการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัม
- 4.เพิ่มศักยภาพของบุคลากรในการวินิจฉัย High risk pregnancy



มาตรการสำคัญ /Process : (ระบุ ปีที่จะดำเนินการ)

- 1.ดำเนินการร่วมกับภาคีเครือข่าย เช่น อปท. สสอ. รพสต. ในการวางแผนค้นหา เตรียมความพร้อม ของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีโอกาสตั้งครรภ์ ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนมีบุตร
- 2.พัฒนาบริการส่งเสริมการมีบุตรและบริการรักษากภาวะมีบุตรยากร่วมกับเครือข่ายบริการ
- 3.พัฒนาการบริการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ ทั้งครรภ์ปกติและครรภ์เสี่ยงสูงเพื่อให้มีการวางแผนการคลอดที่เหมาะสม
- 4.พัฒนาศักยภาพแพทย์ในพื้นที่ รพช ให้สามารถค้นหาความเสี่ยงที่เกิดในหญิงตั้งครรภ์ เช่น การวัด cervical length
- 5.พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลหญิงตั้งครรภ์ให้สามารถดูแลแบบไร้รอยต่อทั้งครรภ์ปกติและครรภ์เสี่ยง
- 6.จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในเวที สูติ-เด็ก และภาคีเครือข่าย เพื่อสะท้อน ทบทวนข้อมูลปัญหาร่วมกัน
- 7.ติดตามนิเทศงานอนามัยแม่และเด็ก การส่งต่อ และระบบ Fast track ผู้คลอดภาวะเสี่ยงสูง
- 8.พัฒนาศักยภาพการดำเนินงานร่วมกับชุมชน กรณีหญิงวัยเจริญพันธุ์ป่วยด้วยโรค NCD และมีการตั้งครรภ์
- 9.พัฒนาศักยภาพแพทย์/พยาบาลในการดูแลผู้ป่วย High risk

ตัวชี้วัด	ฐานข้อมูล ปี 2567 (Baseline)	ค่าเป้าหมาย				
		2568	2569	2570	2571	2572
1.อัตราความสำเร็จของการรักษาภาวะมีบุตรยาก	N/A	>50%	>50%	>60%	>60%	>70%
2.อัตราการเกิดทารกคลอดก่อนกำหนด	8.32	<7%	<7%	<7%	<6%	<6%
3.อัตราการเกิด Birth Asphyxia	80.15	< 25:1000LB	< 25:1000LB	< 25:1000LB	< 20:1000LB	< 20:1000LB
4.อัตราการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัม	9.17	<7%	<7%	<6%	<6%	<5%



ปี 2568 : 

- ดำเนินงานตามมาตรการในข้อ 1-9
- โครงการ One province One Labor Room
- เพิ่มการให้บริการคลินิกรักษาภาวะมีบุตรยาก

 PCT สุรินทร์เวชกรรม

ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการพัฒนาศักยภาพ ปี 2568 (ต.ค.67-มี.ค.68)

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปี 2568	ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัด	
		2567	2568 (ต.ค.67- มี.ค.68)
1. อัตราความสำเร็จของการรักษาภาวะมีบุตรยาก	> 50%	N/A	N/A
2.อัตราการเกิดทารกคลอดก่อนกำหนด	<7%	8.32	7.63
3.อัตราการเกิด Birth Asphyxia	< 25:1000LB	80.15	66.10
4.อัตราการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัม	<7%	9.17	10.48



ปี 2568 :

- ดำเนินงานตามมาตรการในข้อ 1-9
- โครงการ One province One Labor Room
- เพิ่มการให้บริการคลินิกรักษาภาวะมีบุตรยาก

ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการพัฒนาบริการ ปี 2568 (ต.ค.67-มี.ค.68)

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปี 2568	ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัด	
		2567	2568 (ต.ค.67- มี.ค.68)
อัตราการเกิดทารกคลอดก่อนกำหนด	<7%	8.32	7.63

ผลการดำเนินงาน

- ผลการดำเนินงานปี 2568 (มี.ค.68)
= 7.63% สาเหตุหลักเกิดจาก Spontaneous preterm (PPROM, Preterm labor with active phase)

ปัญหา/อุปสรรค

- ความรู้/ความตระหนักรู้ของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด
- การฝากครรภ์ไม่สม่ำเสมอ
- การใช้สารเสพติดของมารดาระหว่างตั้งครรภ์

แนวทางแก้ไข/แผนพัฒนาต่อเนื่อง

- ระบบการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนด
- ระบบการติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีโอกาสเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนด
- การดำเนินงาน One province One labor room



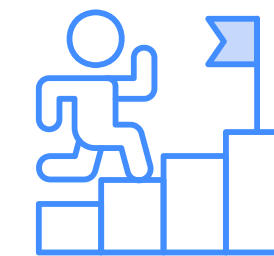
ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการพัฒนาบริการ ปี 2568 (ต.ค.67-มี.ค.68)

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปี 2568	ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัด	
		2567	2568 (ต.ค.67- มี.ค.68)
อัตราการเกิด Birth Asphyxia	< 25:1000LB	80.15	66.10



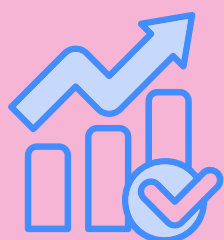
ปี 2568 :

- ดำเนินงานตามมาตรการในข้อ 1-9
- โครงการ One province One Labor Room
- เพิ่มการให้บริการคลินิกรักษาภาวะมีบุตรยาก



ผลการดำเนินงาน

- ผลการดำเนินงานปี 2568 (มี.ค.68) = 66.10:1,000Livebirth สาเหตุหลักมาจากการคลอดก่อนกำหนด และมารดามีโรคประจำตัวขณะตั้งครรภ์ (PIH, GDM)



ปัญหา/อุปสรรค

- สืบเนื่องจากการคลอดก่อนกำหนด จึงทำให้อัตราการเกิด Birth Asphyxia สูงขึ้นตามมา
- มารดามีโรคประจำตัวขณะตั้งครรภ์มีโอกาสทำให้ทารกเกิด Birth Asphyxia ขณะคลอดได้เพิ่มขึ้น

แนวทางแก้ไข/แผนพัฒนาต่อเนื่อง

- การฝึกทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพทารก (NCPR) โดยกุมารแพทย์สำหรับพยาบาลห้องคลอด 2 ครั้ง/ปี





- ดำเนินงานตามมาตรการในข้อ 1-9
- โครงการ One province One Labor Room
- เพิ่มการให้บริการคลินิกรักษาภาวะมีบุตรยาก

ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการพัฒนาบริการ ปี 2568 (ต.ค.67-มี.ค.68)

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปี 2568	ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัด	
		2567	2568 (ต.ค.67- มี.ค.68)
อัตราการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัม	<7%	9.17	10.48



ผลการดำเนินงาน

- ผลการดำเนินงานในปี 2568 (มี.ค.68) = 10.48% พบว่า 70% ของทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม คลอดก่อนกำหนด

ปัญหา/อุปสรรค

- การฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ไม่สม่ำเสมอ/ไม่ไปตามนัด
- ความรู้/ความตระหนักของหญิงตั้งครรภ์/สามีเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพขณะตั้งครรภ์

แนวทางแก้ไข/แผนพัฒนาต่อเนื่อง

- การพัฒนาระบบการสอนของโรงเรียนพ่อแม่ การให้ข้อมูลแก่หญิงตั้งครรภ์และสามี เรื่องการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด



ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ **1** พัฒนาคูณภาพบริการทางการแพทย์ร่วมกับภาคีเครือข่าย

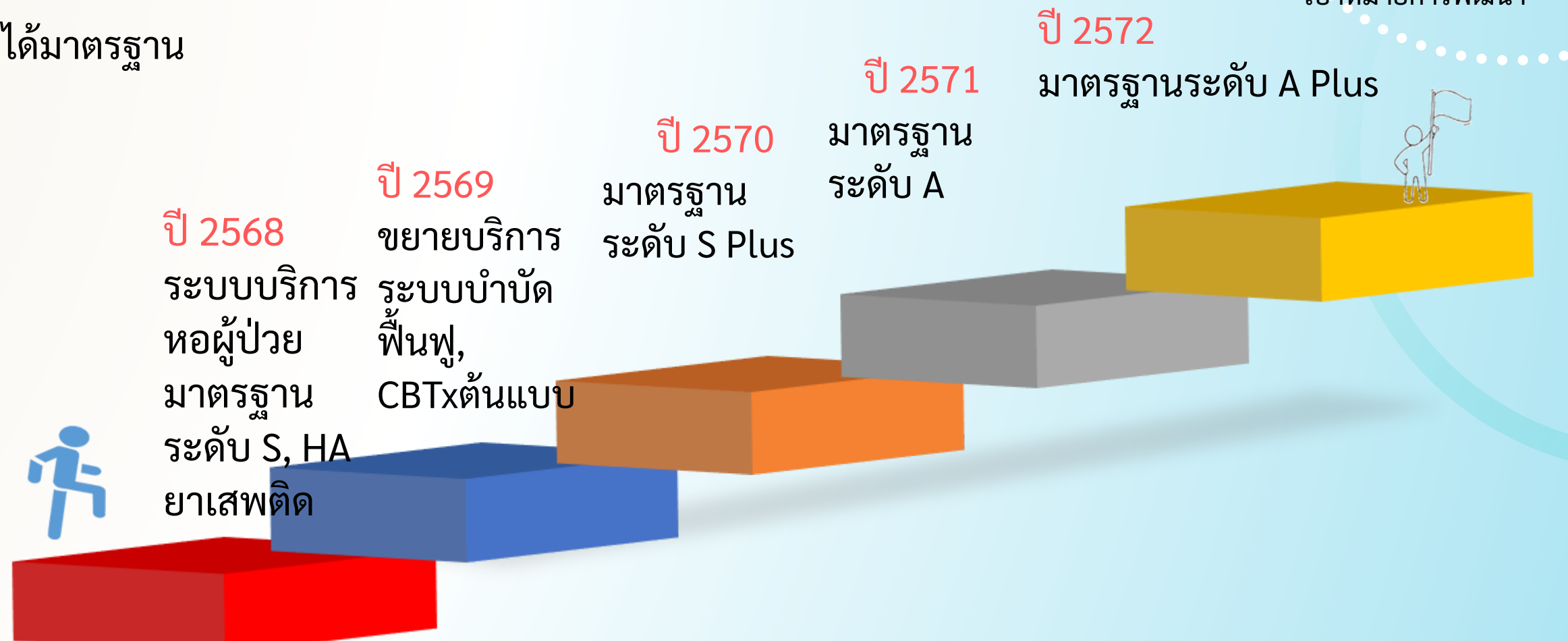
PCT จิตเวชและยาเสพติด
เป้าหมายการพัฒนา

เป้าประสงค์ : บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน
กลยุทธ์ : 1.3 พัฒนาระบบบริการสุขภาพในกลุ่มโรคสำคัญ
แผนงาน/โครงการ : พัฒนาศักยภาพระบบบริการผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

สถานการณ์ปัญหา:
ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (SMIV) ทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สินจำนวนมากขึ้น อีกทั้งการดำเนินงานยังมีปัญหาขาดความเข้าใจของภาคีเครือข่าย ชุมชน ไม่ยอมรับผู้ป่วยจิตเวช ปัญหาการส่งต่อกรณีผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงเป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และชุมชน แนวโน้มอุบัติการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จสูงจากภาวะเศรษฐกิจ สังคม อีกทั้งระบบบริการหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดของโรงพยาบาลยังไม่เป็นไปตามมาตรฐาน (SAP) และปัญหาการส่งต่อนอกเขตบริการเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์
1. เพื่อส่งเสริมให้ภาคีเครือข่ายในชุมชน ผู้นำชุมชน แกนนำ อสม. ผู้ป่วยและญาติ มีความรู้ในการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิต จิตเวช และยาเสพติด
2. ลดอัตราผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงไม่กลับมารักษารูปแบบผู้ป่วยในภายใน 6 เดือน

มาตรการสำคัญ:
-คัดกรองเชิงรุก (Active screening) ผ่านApp และติดตามผู้เสี่ยงฆ่าตัวตายทุก case
-สร้าง Mental Health literacy เรื่องการฆ่าตัวตาย กลุ่มเสี่ยง สัญญาณเตือนโทรสายด่วน 1323
-ให้ความรู้บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วย รวมถึงครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่ายในการดูแล ส่งต่อ และมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ก้าวร้าวรุนแรง
-มีระบบรักษา ติดตาม และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ
-จัดระบบบริการแบบบูรณาการโดยใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน
-จัดTelepsychiatry ใน รพสต, รพช. ,และเรือนจำ



ตัวชี้วัด	ฐานข้อมูล ปี 2567 (Baseline)	ค่าเป้าหมาย				
		2568	2569	2570	2571	2572
1.ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีแนวโน้มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMIV) กลับมารักษาแบบผู้ป่วยใน	ร้อยละ 10.6	ไม่เกินร้อยละ 10	ไม่เกิน ร้อยละ 8	ไม่เกิน ร้อยละ 6	ไม่เกิน ร้อยละ 5	ไม่เกิน ร้อยละ 5
2.ร้อยละของการเตรียมครอบครัวและชุมชน ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดมีแนวโน้มก่อพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (SMIV) ก่อนจำหน่าย	ร้อยละ 100	100 %	100%	100%	100%	100%
3.ร้อยละของผู้ป่วยSMIV ได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ	ร้อยละ 70	≥85%	≥90%	≥95%	100	100



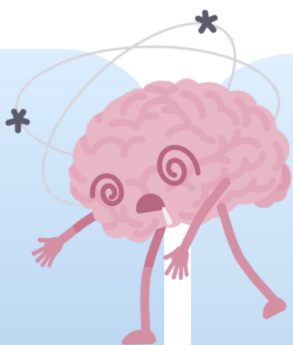
ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการพัฒนาบริการ ปี 2568 (ต.ค.67-มี.ค.68)

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปี 2568	ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัด	
		2567	2568 (ต.ค.67-มี.ค.68)
1.ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีแนวโน้มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMIV) กลับมารักษาแบบผู้ป่วยใน	ไม่เกินร้อยละ10	10.6 %	10 %
2.ร้อยละของการเตรียมครอบครัวและชุมชนผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดมีแนวโน้มก่อพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (SMIV) ก่อนจำหน่าย	100	100 %	100 %
3.ร้อยละของผู้ป่วยSMIV ได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ	≥85%	70 %	85 %



ผลการดำเนินงาน

- ยังพบอัตราการกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในเกินร้อยละ 10 โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการเสพยาเสพติด
- ผู้ป่วยSMIV ได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ น้อยกว่าร้อยละ 85



ปัญหา/อุปสรรค

- ยังพบปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดในชุมชน ทำให้ผู้ป่วยกลับไปเสพซ้ำและมีอาการกำเริบรุนแรง
- ภาครัฐเครือข่ายผู้ประสานงานในชุมชนไม่ทราบข้อมูลการปฏิบัติ เนื่องจากมีการหมุนเวียนเปลี่ยนหน้าที่การปฏิบัติงานใหม่

แนวทางแก้ไข/แผนพัฒนาต่อเนื่อง

- ควบคุม กำกับการปฏิบัติงานในชุมชน โดยการขับเคลื่อนผ่านการประชุมระดับอำเภอ (พชอ.)
- จัดโครงการโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนอย่างต่อเนื่อง



ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ **1** พัฒนาคุณภาพบริการทางการแพทย์ร่วมกับภาคีเครือข่าย

เป้าประสงค์ : บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน
กลยุทธ์ : 1.4 พัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและระบบส่งต่อ
แผนงาน/โครงการ : การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย Trauma

สถานการณ์ปัญหา:
สถิติผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Trauma level 1) ที่เสียชีวิตภายใน 24 ชม.ที่ ER และ Admit
เกินเกณฑ์ชี้วัดในปี 2566 และ 2567 พบว่า ร้อยละ 15.03 และ 17.95 ตามลำดับ

วัตถุประสงค์/Purpose :
เพื่อลดอัตราจำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Trauma) level 1 ที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง
ที่ ER และ Admit

มาตรการสำคัญ /Process : (ระบุ ปีที่จะดำเนินการ)

ปี 2568

- 1.ทบทวนระบบ Trauma Fast track
- 2.ประชุม Trauma audit ร่วมกับประชุม MM Conference ศัลยกรรม
- 3.ส่งพยาบาลอบรมเฉพาะทาง Trauma , Neuro อย่างน้อย 1 คน/ปี
- 4.จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย Trauma (ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย)

ปี 2569

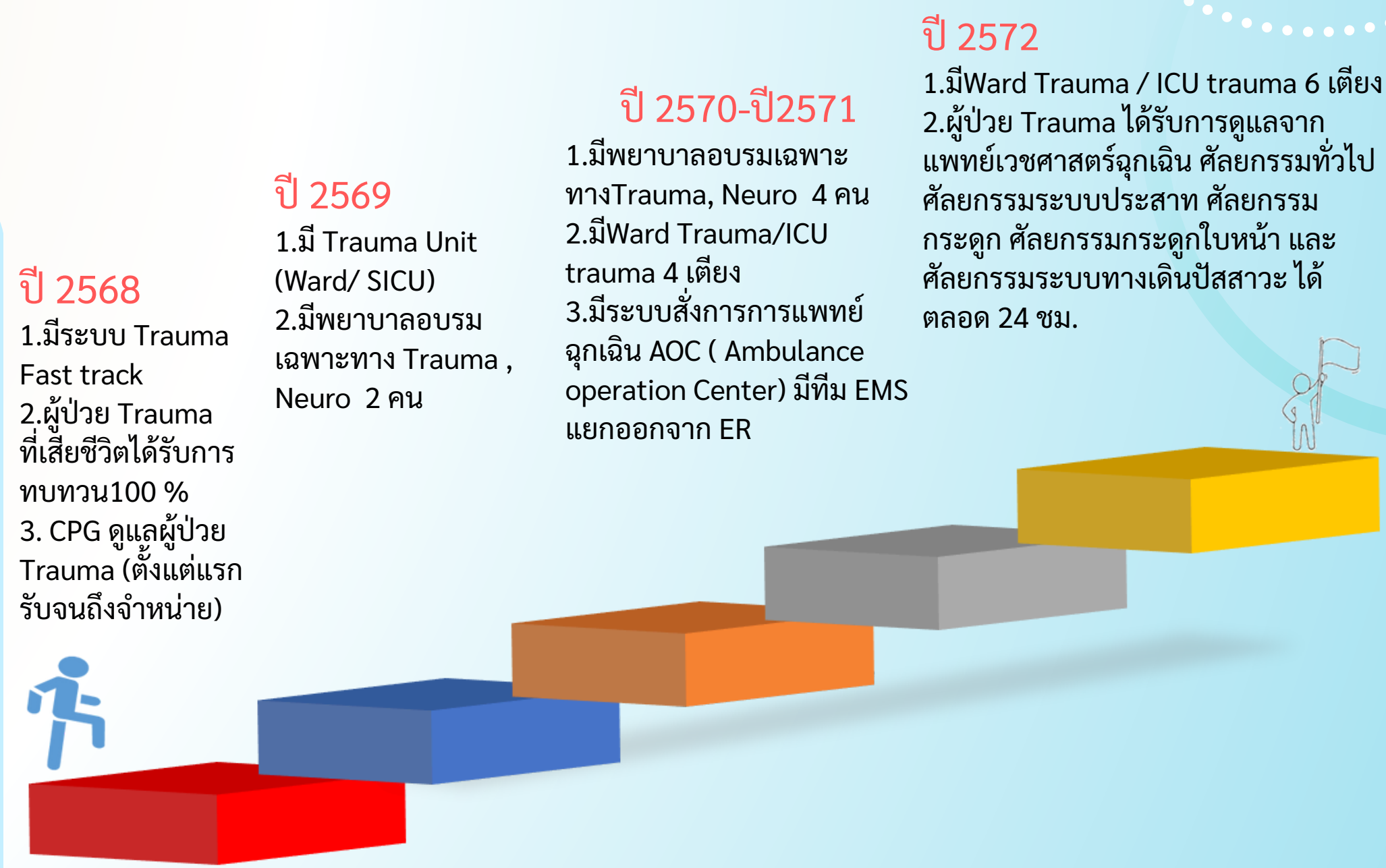
- 1.จัดพื้นที่เฉพาะผู้ป่วย Trauma Unit (Ward/ SICU)
- 2.ส่งพยาบาลอบรมเฉพาะทาง Trauma , Neuro อย่างน้อย 1 คน/ปี

ปี 2570 - 2571

- 1.ส่งพยาบาลอบรมเฉพาะทาง Trauma , Neuro อย่างน้อย 1 คน/ปี
- 2.ตั้ง Ward Trauma / ICU trauma
- 3.ผู้ป่วย Trauma ได้รับการดูแลจาก แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมระบบประสาท ศัลยกรรมกระดูก ศัลยกรรมกระดูกใบหน้า และ ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ ได้ตลอด 24 ชม.

ปี 2572

- 1.Ward Truma / ICU tauma เติมรูปแบบ
- 2.ตั้งระบบสั่งการการแพทย์ฉุกเฉิน AOC (Ambulance operation Center) มีทีม EMS แยกออกจาก ER



ตัวชี้วัด	ฐานข้อมูล ปี 2567 (Baseline)	ค่าเป้าหมาย				
		2568	2569	2570	2571	2572
1.ร้อยละผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Trauma level 1) ที่เสียชีวิตภายใน 24 ชม.ที่ ER	22.99%	ไม่เกินร้อยละ 10	ไม่เกินร้อยละ 8	ไม่เกินร้อยละ 6	ไม่เกินร้อยละ 4	ไม่เกินร้อยละ 2

ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการพัฒนาบริการ ปี 2568 (ต.ค.67-มี.ค.68)



ปี 2568 :

- 1.มีระบบ Trauma Fast track
- 2.ผู้ป่วย Trauma ที่เสียชีวิตได้รับการทบทวน 100 %
- 3.CPG ดูแลผู้ป่วย Trauma (ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย)



ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปี 2568	ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัด	
		2567	2568 (ต.ค.67-มี.ค.68)
1.ร้อยละผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Trauma level 1) ที่เสียชีวิตภายใน 24 ชม.ที่ ER	ไม่เกินร้อยละ 10	22.99	27.08



ผลการดำเนินงาน

- จากการทบทวน Trauma Review สาเหตุหลักของการเสียชีวิตในผู้ป่วย Trauma เป็นการบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง (Severe Traumatic Brain Injury - TBI) และเป็นการเสียชีวิตที่ Non-preventable Death

ปัญหา/อุปสรรค

- เครือข่าย EMS บางครั้งไม่สามารถประเมินว่าเป็น Trauma Level 1 ได้ทันที ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลฉุกเฉินในระดับสูง



แนวทางแก้ไข/แผนพัฒนาต่อเนื่อง

- วิเคราะห์สาเหตุการตายผู้ป่วย Trauma สรุปบทเรียน ปรับระบบเวร/อุปกรณ์/protocols
- นำข้อมูลการบาดเจ็บทางถนนสะท้อนกลับผู้เกี่ยวข้อง
- พัฒนา ระบบ Trauma Triage สำหรับ EMS
- จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ (ATLS guideline)
- จัดอบรม PHTLS และระบบส่งต่อ ผู้ป่วย Trauma Level 1

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2

สร้างเสริมพลังการแพทย์ปฐมภูมิและภาคีเครือข่ายในการจัดการสุขภาพ

เป้าประสงค์ :

ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวได้

กลยุทธ์ :

2.1 ระบบสุขภาพปฐมภูมิเมืองตากเข้มแข็ง

2.2 จัดระบบสุขภาพชุมชนยั่งยืน

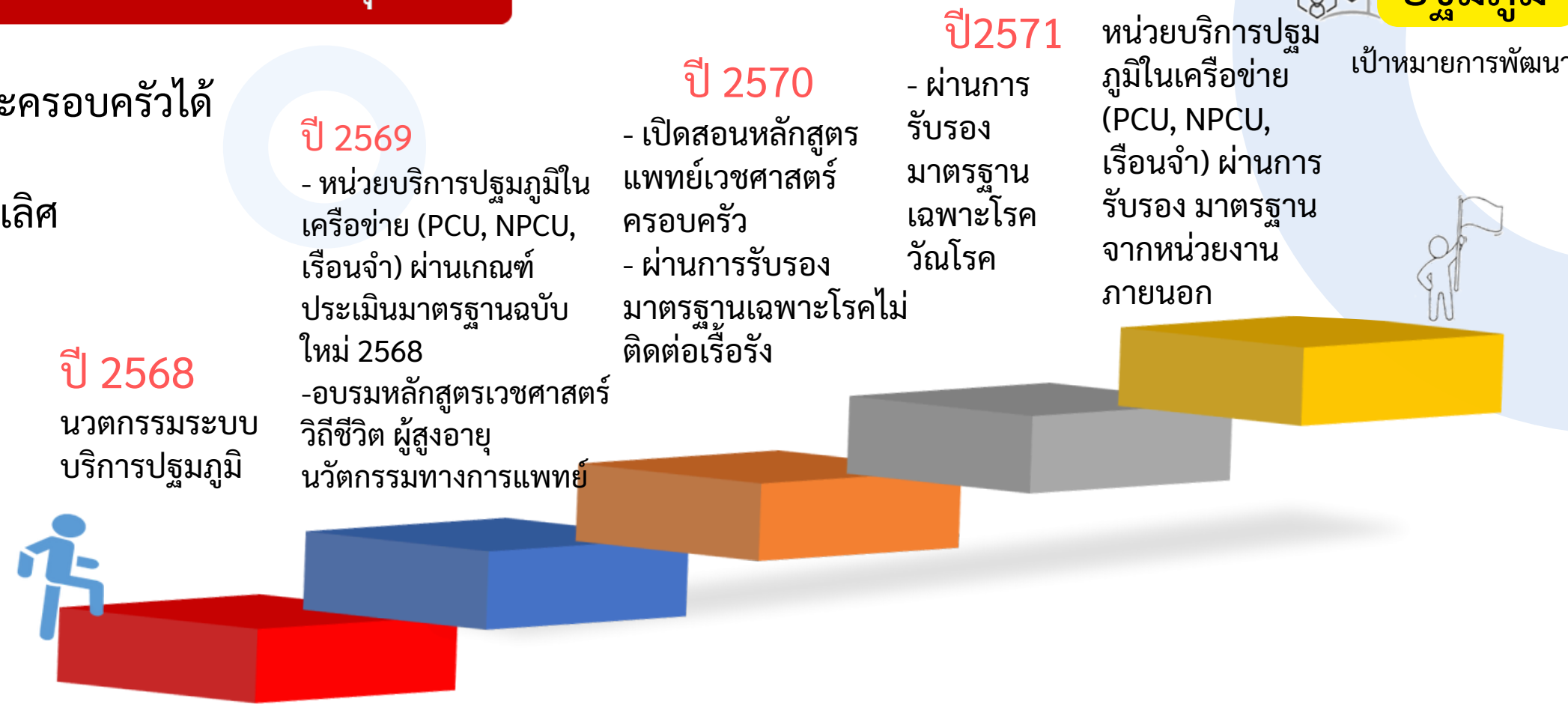
เป้าประสงค์ : ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวได้
 กลยุทธ์ : 2.1 ระบบสุขภาพปฐมภูมิเมืองตากเข้มแข็ง
 แผนงาน/โครงการ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเมืองตากสู่ความเป็นเลิศ

สถานการณ์ปัญหา:
 เครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองตาก ประกอบด้วยหน่วยบริการปฐมภูมิ 23 แห่ง อยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 20 แห่ง และสังกัดกระทรวงมหาดไทย 3 แห่ง มีการประเมินมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิตามมาตรฐานพ.ศ. 2566 เพียง 5 หน่วยและปัจจุบันมีการปรับปรุงเป็นฉบับล่าสุด 2568 มีกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น 11 กองทุน มีทีม 3 หมอเป็นบุคลากรที่สำคัญในพื้นที่ ประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 8 คน พยาบาลชุมชน 32 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 2,448 คน ปัญหาของเครือข่ายสาธารณสุข ได้แก่ การปรับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน, สัดส่วน care giver ต่อผู้มีภาวะพึ่งพิงไม่เพียงพอ ทำให้การดูแลตาม Care plan ทำได้เพียงร้อยละ 89.6

วัตถุประสงค์/Purpose :
 เพื่อยกระดับหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายให้มีคุณภาพมาตรฐานสามารถจัดบริการเพื่อตอบสนองปัญหา ความต้องการของชุมชน และการเปลี่ยนแปลงของโลก

มาตรการสำคัญ /Process : (ระบุ ปีที่จะดำเนินการ)

- กำหนดแนวทางปฏิบัติโรคสำคัญที่พบบ่อยในหน่วยบริการปฐมภูมิร่วมกันระหว่างทีม PCT และหน่วยบริการปฐมภูมิ
- ปรับปรุงระบบสนับสนุนตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น ระบบ Lab, ระบบยา, ระบบควบคุมการติดเชื้อ, ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ เป็นต้น
- พัฒนาความรู้และทักษะบุคลากรทางการแพทย์ให้ทันสมัย เช่น Palliative Care, ผู้สูงอายุ, เวชศาสตร์วิถีชีวิต, โภชนบำบัด, ระบาดวิทยา, การแพทย์ทางเลือก, AI เป็นต้น
- เปิดสอนหลักสูตรแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว



ตัวชี้วัด	ฐานข้อมูล ปี 2567 (Baseline)	ค่าเป้าหมาย				
		2568	2569	2570	2571	2572
1.มีศูนย์คนเมืองตากทางไกล NCDs ทุกตำบล และ NCDs Prevention Center ที่สสอ.เมืองตาก	0	ร้อยละ 100				
2.ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สมัครใจเข้าสู่เบาหวานระยะสงบ (DM remission) หยุดยาได้สำเร็จ	29.11%	ร้อยละ 30	ร้อยละ 32	ร้อยละ 34	ร้อยละ 36	ร้อยละ 38
3.ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย (PCU, NPCU, เรือนจำ) ผ่านเกณฑ์ประเมินมาตรฐานฉบับใหม่ 2568	0	ร้อยละ 25	ร้อยละ 100			
4.ร้อยละของบุคลากรแพทย์และพยาบาลในกลุ่มงานปฐมภูมิผ่านการอบรมตามแผนพัฒนาเพิ่มพูนศักยภาพ	20	ร้อยละ 30	ร้อยละ 50	ร้อยละ 75	ร้อยละ 100	
5.จำนวนผู้เรียนหลักสูตรแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว	N/A	N/A	N/A	1 ราย	2 ราย	3 ราย
6.การผ่านการรับรองมาตรฐานเฉพาะโรค	N/A	N/A	N/A	1 เรื่อง NCDs	1 เรื่อง TB	
7. ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย (PCU, NPCU, เรือนจำ) ผ่านการรับรองมาตรฐานจากหน่วยงานภายนอก	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	ร้อยละ 25



ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการพัฒนาบริการ ปี 2568 (ต.ค.67-มี.ค.68)

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปี 2568	ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัด	
		2567	2568 (ต.ค.67-มี.ค.68)
1.มีศูนย์คนเมืองตากห่างไกล NCDs ทุกตำบล และ NCDs Prevention Center ที่สสอ.เมืองตาก	ร้อยละ 100	0	100%
2. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สมัครใจเข้าสู่เบาหวานระยะสงบ (DM remission) หยุดยาได้สำเร็จ	ร้อยละ 30	29.11%	11.51%
3.ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย (PCU, NPCU, เรือนจำ) ผ่านเกณฑ์ประเมินมาตรฐาน ฉบับใหม่ 2568	ร้อยละ 25	0	N/A อยู่ระหว่างดำเนินการ
4.ร้อยละของบุคลากรแพทย์และพยาบาลในกลุ่มงานปฐมภูมิผ่านการอบรมตามแผนพัฒนาเพิ่มพูนศักยภาพ	ร้อยละ 30	20%	20.18%
5. จำนวนผู้เรียนหลักสูตรแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว	N/A	N/A	N/A
6.การผ่านการรับรองมาตรฐานเฉพาะโรค	N/A	N/A	N/A
7. ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย (PCU, NPCU, เรือนจำ) ผ่านการรับรองมาตรฐานจากหน่วยงานภายนอก	N/A	N/A	N/A



ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการพัฒนาบริการ ปี 2568 (ต.ค.67-มี.ค.68)



ปี 2568 : หน่วยบริการปฐมภูมิ(PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ผ่านเกณฑ์ประเมินมาตรฐาน

ผลการดำเนินงาน

- จัดตั้งศูนย์คนเมืองตากห่างไกล NCDs ทุกตำบล และจัดตั้ง NCDs Prevention Center ที่สสอ.เมืองตาก
- ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เข้าสู่เบาหวานระยะสงบ (DM remission)
- ยังไม่มีหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย (PCU, NPCU, เรือนจำ) ผ่านเกณฑ์ประเมินมาตรฐานฉบับใหม่ 2568
- บุคลากรแพทย์และพยาบาลในกลุ่มงานปฐมภูมิผ่านการอบรมตามแผนพัฒนาเพิ่มพูนศักยภาพร้อยละ 20.18

ปัญหา/อุปสรรค

- อุปกรณ์บางรายการมีราคาสูงยังไม่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนสุขภาพระดับตำบล เนื่องจากหมดงบประมาณ
- ความรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต ผู้สูงอายุ และทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคลากรไม่เพียงพอ
- สังคมเมืองทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค NCDs
- มาตรฐานบริการปฐมภูมิมีการปรับปรุงบ่อย

แนวทางแก้ไข/แผนพัฒนาต่อเนื่อง

- จัดเวทีเสวนากองทุนหลักประกันสุขภาพกับการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
- จัดทำแผนสนับสนุนให้แพทย์และพยาบาลปฐมภูมิอบรมความรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตและผู้สูงอายุ
- จัดประชุมวางแผนการรับการประเมินมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิฉบับล่าสุด 2568
- การประเมินตนเองของหน่วยบริการปฐมภูมิตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิฉบับล่าสุด 2568
- รับการประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิฉบับล่าสุด 2568 จากทีมจังหวัด

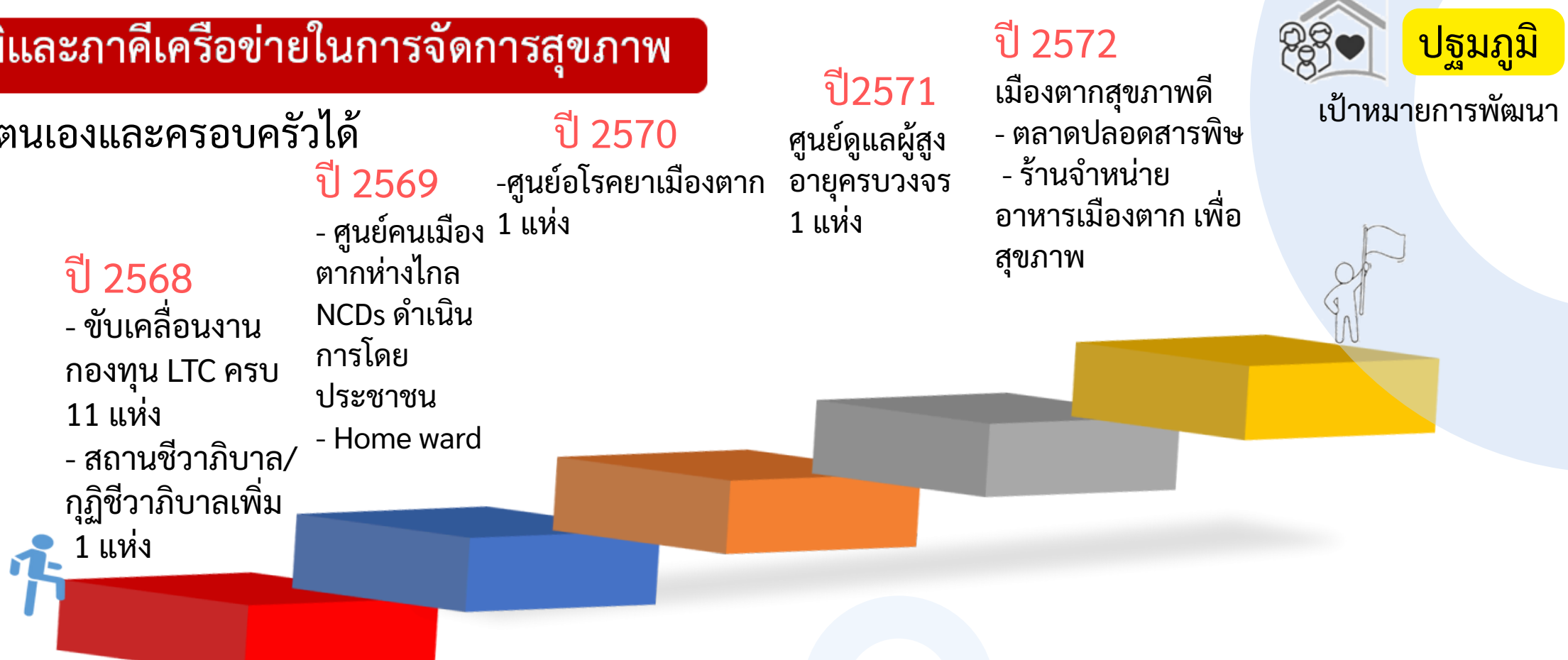
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ **2** สร้างเสริมพลังการแพทย์ปฐมภูมิและภาคีเครือข่ายในการจัดการสุขภาพ

เป้าประสงค์ : ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวได้
กลยุทธ์ : 2.2 จัดระบบสุขภาพชุมชนยั่งยืน
แผนงาน/โครงการ : โครงการสุขภาพคนเมืองตากยั่งยืน

สถานการณ์ปัญหา:
ภายในอีก 2-3ปีข้างหน้า อำเภอเมืองตากเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (≥ร้อยละ28) ปัจจุบันมีกลุ่มวัยผู้สูงอายุ ร้อยละ 26.75 รองลงมาเป็นกลุ่มวัยทำงาน ร้อยละ 60.72 และกลุ่มวัยเด็กร้อยละ 12.53 ปัญหาที่สำคัญ ได้แก่ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง NCDs และกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric syndromes) ความต้องการด้านสุขภาพของชุมชน คือ การสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคเรื้อรัง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการดูแลระยะยาวด้านบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง โดยขับเคลื่อนผ่านกลไก พชอ. ประสานงานผ่าน คปสอ. โดยมีอปท.ร่วมวิเคราะห์วางแผนกับชุมชน สนับสนุนงบประมาณจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น (กปท.) / กองทุน LTC

วัตถุประสงค์/Purpose :
- เพื่อให้ประชาชนเมืองตากทุกกลุ่มวัย มีสุขภาพดี
- เพิ่มการเข้าถึงในการรับบริการการแพทย์และสาธารณสุข ตอบสนองปัญหาและความต้องการของชุมชน

มาตรการสำคัญ /Process : (ระบุ ปีที่จะดำเนินการ)
- ศูนย์อโรควา ให้การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามกลุ่มวัย ได้แก่ โปรแกรมตรวจสุขภาพตามกลุ่มวัยและเพศ วัคซีนทางเลือก ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพและความรู้ทางการแพทย์ที่ทันสมัย การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก การแพทย์นวัตกรรม และได้รับความร่วมมือจากอปท.และประชาชนในการจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชนและครอบครัวเพื่อเอื้ออำนวยต่อการมีสุขภาพดี
- ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุครบวงจร ประกอบด้วยคลินิกผู้สูงอายุ, ระบบ Long Term Care, Home ward, สถานชิวาภิบาล, ภูมิชิวาภิบาล และ Palliative care
- สถานชิวาภิบาล/ภูมิชิวาภิบาล หรือศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ เพื่อดูแลด้าน Long Term Care และ Palliative Care ในชุมชน



ตัวชี้วัด	ฐานข้อมูลปี 2567 (Baseline)	ค่าเป้าหมาย				
		2568	2569	2570	2571	2572
1. ร้อยละกองทุนขับเคลื่อนงานกองทุน LTC (11 แห่ง)	81.8%	ร้อยละ 100				
2. จำนวนสถานชิวาภิบาล/ภูมิชิวาภิบาลในชุมชน	0	1 แห่ง	2 แห่ง	3 แห่ง	4 แห่ง	5 แห่ง
3. ร้อยละศูนย์คนเมืองตากห่างไกล NCDs มีการดำเนินการโดยประชาชน	0	N/A	ร้อยละ 50	ร้อยละ 100		
4. จำนวนรายโรคที่ให้บริการ Home ward	4	5	6	7	8	9
5. ร้อยละประชาชนทุกสิทธิได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี	14.17%	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20	ร้อยละ 25	ร้อยละ 30	ร้อยละ 35
6. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองพบความผิดปกติได้รับการดูแลต่อเนื่อง	60%	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100	
7. ร้อยละของตำบลที่มีการจัดบริการสิ่งแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อการมีสุขภาพดี	0	N/A	ร้อยละ 25	ร้อยละ 50	ร้อยละ 75	ร้อยละ 100



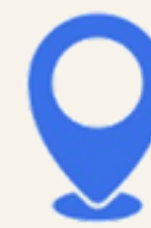


ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการพัฒนาบริการ ปี 2568 (ต.ค.67-มี.ค.68)



ปี 2568 : -ขับเคลื่อนงานกองทุน LTC ครบ 11 แห่ง
-สถานชีวาภิบาล/กุฏิชีวาภิบาลเพิ่ม 1 แห่ง
-มี Digital Health Station ร้อยละ 50

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปี 2568	ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัด	
		2567	2568 (ต.ค.67- มี.ค.68)
1. ร้อยละกองทุนขับเคลื่อนงานกองทุน LTC (11 แห่ง)	ร้อยละ 100	81.8%	100%
2. จำนวนสถานชีวาภิบาล/กุฏิชีวาภิบาลในชุมชน	1 แห่ง	0	N/A กุฏิชีวาภิบาลวัดเกาะตาเถียร กำลังก่อสร้างอาคาร
3. ร้อยละศูนย์คนเมืองตากห่างไกล NCDs มีการดำเนินการโดยประชาชน	0	0	0
4. จำนวนรายโรคที่ให้บริการ Home ward	5	4	5
5. ร้อยละประชาชนทุกสิทธิได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี	ร้อยละ 15	14.17%	2.78%
6. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองพบความผิดปกติได้รับการดูแลต่อเนื่อง	ร้อยละ 70	60%	70.26%
7. ร้อยละของตำบลที่มีการจัดบริการสิ่งแวดล้อมให้อาสาสมัครดูแลการมีสุขภาพดี	N/A	N/A	N/A



ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการพัฒนาบริการ ปี 2568 (ต.ค.67-มี.ค.68)

ผลการดำเนินงาน

- ขับเคลื่อน/ติดตาม/เยี่ยมเสริมพลัง กองทุน LTC ในพื้นที่ที่ชะลอการดำเนินงาน 3 แห่ง ได้สำเร็จ (ต.แม่ท้อ, ต.หนองบัวไต้ , ต.หนองบัวเหนือ)
- พัฒนาระบบบริการคลินิกผู้สูงอายุ โดยระบบดิจิทัลเทคโนโลยี “Line OA สูงวัยใส่ใจสุขภาพ”



ปัญหา/อุปสรรค

- กุฏิชีวาภิบาล วัดมณีบรรพตวรวิหาร รอการประเมินซ้ำ เนื่องจากข้อจำกัดด้านโครงสร้างห้องน้ำ(ขาดราวจับสูงวัย) / ทางลาดเอียง ซึ่งยังไม่มีเคสพระภิกษุอาพาธ
- มีการชะลองาน LTC ต.ปามะม่วง เนื่องจากประธานศูนย์ผู้สูงอายุ ลาออกอยู่ในระหว่างคัดเลือกคณะกรรมการศูนย์ฯ ชุดใหม่ เพื่อเตรียมดำเนินการเสนอโครงการ LTC เร็วๆนี้

แนวทางแก้ไข/แผนพัฒนาต่อเนื่อง

- กระตุ้นและขับเคลื่อนงาน LTC ให้ดำเนินงานต่อเนื่อง ครอบคลุมทุกตำบล โดย 3C (Care Manager / Caregiver Care Plan)
- พัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับศูนย์ผู้สูงอายุ/ชีวาภิบาล ในชุมชน
- ประชาสัมพันธ์ สื่อสาร ขยายกลุ่มเป้าหมาย ให้ประชาชน ได้เข้าใช้บริการคลินิกผู้สูงอายุ ผ่าน Line OA สูงวัยใส่ใจสุขภาพ ให้มากขึ้น
- ศึกษา วางแผน ชุดสิทธิประโยชน์การตรวจสุขภาพประจำปี ในกลุ่มวัยต่างๆ สำหรับสิทธิรักษาพยาบาล (3กองทุน) เพื่อออกแบบการให้บริการฯ



ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3

พัฒนาระบบบริหารจัดการสู่ Digital Health (สุขภาพดิจิทัล)

เป้าประสงค์ :

ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมีความมั่นคง ปลอดภัย

กลยุทธ์:

3.1 พัฒนาระบบบริหารจัดการด้วยธรรมาภิบาล

3.2 ยกระดับระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

3.3 พัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพดิจิทัล

3.4 ส่งเสริมนวัตกรรมการดูแลสุขภาพดิจิทัล

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาระบบบริหารจัดการสู่ Digital Health



อำนวยการ

เป้าประสงค์ : ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมีความมั่นคง ปลอดภัย
กลยุทธ์ : 3.1 พัฒนาระบบบริหารจัดการด้วยธรรมาภิบาล
แผนงาน/โครงการ : โครงการ Smart Supporter

สถานการณ์ปัญหา:

E-Support

- น้ำ
- ผ้า

วัตถุประสงค์/Purpose :

เพื่อพัฒนาระบบงานและสนับสนุนระบบบริการ
ในการบริหารจัดการโรงพยาบาล
โดยใช้ระบบดิจิทัลที่ทันสมัยให้มีคุณภาพ ปลอดภัย
และตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ

มาตรการสำคัญ /Process : (ระบุ ปีที่จะดำเนินการ)

2568 : ระบบการจัดซื้อและสำรองคลังผ้า OPL (On-Premise Laundry)

2569 : ระบบการจัดการเบิกผ้า

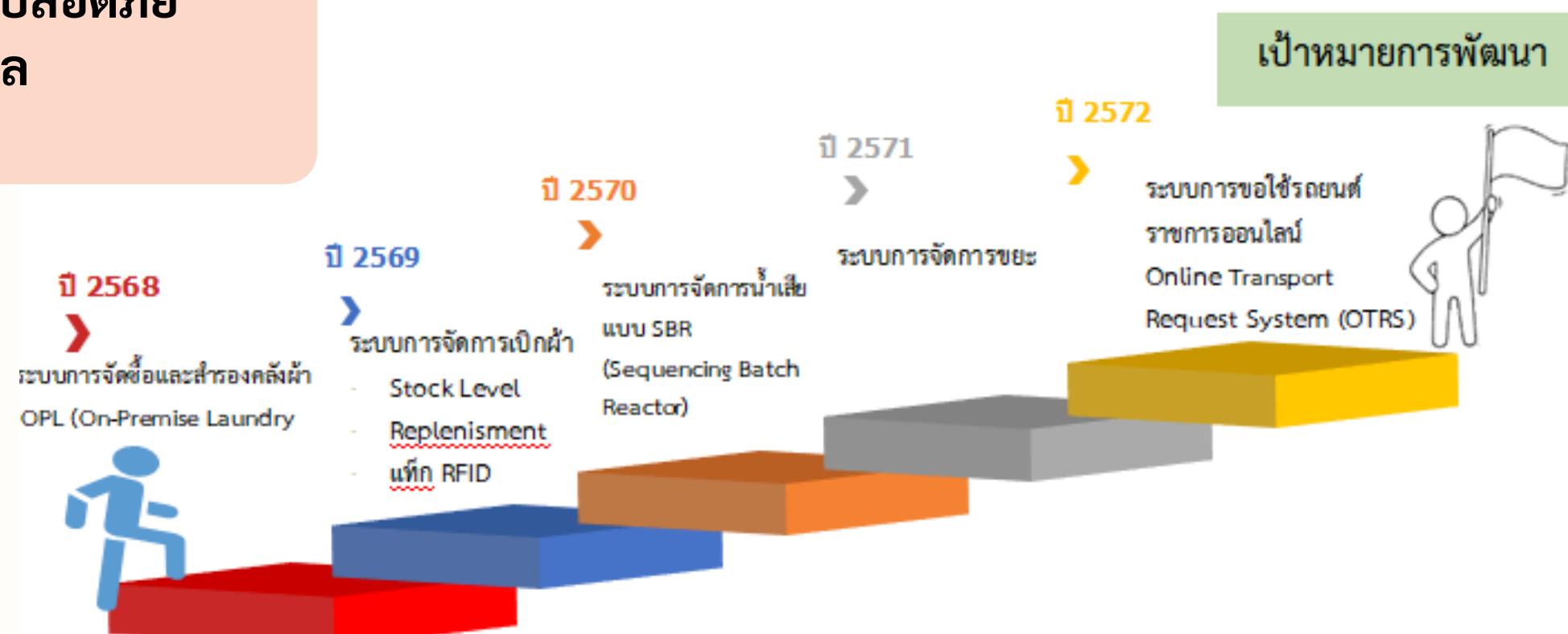
- Stock Level
- Replenishment
- แท็ก RFID

2570 : ระบบการจัดการน้ำเสียแบบ SBR (Sequencing Batch Reactor)

2571 : ระบบการจัดการขยะ

2572 : ระบบการขอใช้รถยนต์ราชการออนไลน์

Online Transport Request System (OTRS)



ตัวชี้วัด	ฐานข้อมูล ปี 2567 (Baseline)	ค่าเป้าหมาย				
		2568	2569	2570	2571	2572
ร้อยละของหน่วยงานทางโรคยุทธศาสตร์ได้รับการสนับสนุน ทรัพยากรทางการบริหารอย่างเพียงพอ	80%					
-ระบบการจัดซื้อและสำรองคลังผ้า -OPL (On-Premise Laundry)		100%				
-ระบบการจัดการเบิกผ้า (Stock Level , Replenishment ,แท็ก RFID)			100%			
- ระบบการจัดการน้ำเสีย แบบ SBR (Sequencing Batch Reactor)				100%		
- ระบบการจัดการขยะ					100%	
- ระบบการขอใช้รถยนต์ราชการออนไลน์ Online Transport Request System (OTRS)						100%



ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการพัฒนาบริการ ปี 2568 (ต.ค.67-มี.ค.68)

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปี 2568	ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัด	
		2567	2568 (ต.ค.67-มี.ค.68)
ร้อยละของหน่วยงานทางโรคยุทธศาสตร์ได้รับการสนับสนุนทรัพยากรทางการบริหารอย่างเพียงพอ	80 %	N/A	N/A
-ระบบการจัดซื้อและสำรองคลังผ้า OPL (On-Premise Laundry)			

ผลการดำเนินงาน

- อยู่ระหว่างดำเนินการ

ปัญหา/อุปสรรค

- ขาดระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ
- การจัดซื้อไม่สอดคล้องกับความต้องการใช้งานจริง
- ความล่าช้าในการจัดซื้อความไม่เพียงพอของบุคลากรหรือทักษะด้านเทคโนโลยี
- ความไม่เพียงพอของบุคลากรหรือทักษะด้านเทคโนโลยี

แนวทางแก้ไข/แผนพัฒนาต่อเนื่อง

- พัฒนาและปรับใช้ระบบสารสนเทศ (Inventory Management System)
- วางแผนการจัดซื้อแบบเชิงรุก (Proactive Procurement)
- อบรมและพัฒนาทักษะบุคลากร



ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาระบบบริหารจัดการสู่ Digital Health



Digital

ปี 2572

High Technology

เป้าหมายการพัฒนา

ปี 2571

Reliability
Technology

ปี 2570

-Training Technology

ปี 2569

Application
Technology

ปี 2568

Development
Technology



สถานการณ์ปัญหา:

การยกระดับโรงพยาบาลให้เป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะ (Smart hospital) เพื่อให้ประชาชน สามารถเข้าถึงระบบบริการได้ สะดวก รวดเร็ว ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ลดความแออัด ลดระยะเวลาการรอคอย ในการรับบริการ ต้องอาศัยทรัพยากร โครงสร้างพื้นฐาน ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ บุคลากรโรงพยาบาลได้เพิ่มศักยภาพรองรับเทคโนโลยีดิจิทัลใหม่ๆ เช่น AI เป็นต้น ร่วมถึงการทำงานเป็นทีมทุกสหสาขาเข้าด้วยกัน เป็นสิ่งที่ท้าทายการพัฒนา Digital Health โดยมีเป้าหมายประชาชนได้รับการ สะดวก ใช้งานง่าย ลดกระบวนการต่างๆ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นต่อโรงพยาบาลของเรา

วัตถุประสงค์/Purpose :

1. เพื่อยกระดับการบริการของโรงพยาบาลโดยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ในการจัดบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีคุณภาพและความปลอดภัย
2. เพื่อให้การบริการของโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพ สามารถลดขั้นตอนการทำงาน ลดภาระงานของบุคลากร และลดการใช้ ทรัพยากร
3. เพื่อพัฒนาระบบบริหารจัดการด้วยธรรมาภิบาล โปร่งใส ตรวจสอบได้

มาตรการสำคัญ /Process : (ระบุ ปีที่จะดำเนินการ)

1. มาตรการรักษาความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์ ปี 2568 - 2569
2. มาตรการสร้างองค์กรตามหลักธรรมาภิบาล ปี 2568 - 2569
3. พัฒนานวัตกรรมสุขภาพ ปี 2569 - 2570
4. การนำข้อมูลสารสนเทศมาวิเคราะห์ เพื่อตัดสินใจ สร้างการบริการใหม่ ปี 2570 - 2572

กลยุทธ์ : 3.2 ยกระดับระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

แผนงาน/โครงการ :

1. โครงการยกระดับความมั่นคงปลอดภัยเทคโนโลยีดิจิทัล
2. โครงการยกระดับโครงสร้างพื้นฐานเพื่อรองรับเทคโนโลยี AI
3. โครงการเพิ่มศักยภาพเจ้าหน้าที่เทคโนโลยีสารสนเทศ
4. โครงการยกระดับการพัฒนาคุณภาพเทคโนโลยีสารสนเทศ HAIT 5-6
5. โครงการยกระดับโครงสร้างพื้นฐาน Data Center ให้ได้มาตรฐาน ISO 27001/27799

กลยุทธ์ : 3.3 พัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพดิจิทัล

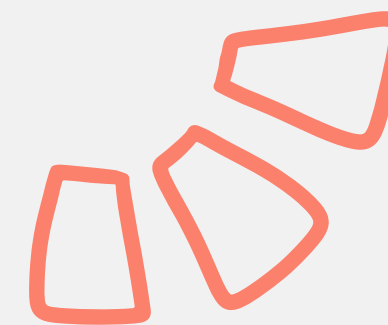
แผนงาน/โครงการ :

1. โครงการบูรณาการข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล สร้างการเข้าถึงและใช้ ประโยชน์

กลยุทธ์ : 3.4 ส่งเสริมนวัตกรรมการดูแลสุขภาพดิจิทัล

แผนงาน/โครงการ :

1. โครงการส่งเสริมเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการบริการสุขภาพและการดูแล อย่างมีคุณภาพ ประสิทธิภาพ
2. โครงการพัฒนานวัตกรรม/แอปพลิเคชัน ในการดูแลผู้ป่วย (ติดตาม /เฝ้าระวังภัยสุขภาพ)
3. โครงการสนับสนุนการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลแบบไร้รอยต่อ (เช่น Telemedicine, Health)
4. โครงการส่งเสริมการนำปัญญาประดิษฐ์ AI มาปรับใช้ได้เหมาะสมกับ การกิจของหน่วยงาน



ตัวชี้วัด	ฐานข้อมูล ปี 2567 (Baseline)	ค่าเป้าหมาย				
		2568	2569	2570	2571	2572
1.ผ่านการรับรองมาตรฐาน HAIT	ผ่าน HAIT ระดับ 4	ผ่านHAIT ระดับ 4 plus		ผ่านHAIT ระดับ 5		ผ่านHAIT ระดับ 6
2.ร้อยละการนำข้อมูลสารสนเทศ ใช้งานของการบริหารจัดการ	72.68	> 80	> 80	> 80	> 80	> 80
3.ร้อยละความพึงพอใจของลูกค้า ภายนอกและใน	69.48	> 80	> 80	> 80	> 80	> 80



Digital

ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการพัฒนา
บริการ ปี 2568 (ต.ค.67-มี.ค.68)



ปี 2568 :
Development Technology

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปี 2568	ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัด	
		2567	2568 (ต.ค.67- มี.ค.68)
1.ผ่านการรับรองมาตรฐาน HAIT	ผ่านHAIT ระดับ 4 plus	ผ่าน HAIT ระดับ4	ผ่านHAIT ระดับ 4 plus
2.ร้อยละการนำข้อมูลสารสนเทศใช้งาน ของการบริหารจัดการ	> 80	72.68	N/A เก็บข้อมูลรายปี
3.ร้อยละความพึงพอใจของลูกค้า ภายนอกและใน	> 80	69.48	N/A เก็บข้อมูลรายปี

ผลการดำเนินงาน

- ได้ผ่านรับรองมาตรฐาน HAIT ระดับ 4 plus
- ได้รางวัลโล่โรงพยาบาลอัจฉริยะ ระดับเพชร (The Best)

ปัญหา/อุปสรรค

- ผู้ใช้งานขาดความตระหนักเรื่องความปลอดภัยข้อมูลสารสนเทศ
- ผู้ใช้งานยังนำข้อมูลมาใช้งานได้น้อย
- การเข้าถึงของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการยังใช้งานได้น้อย
- เจ้าหน้าที่รพ.ยังไม่รับการอบรมไซเบอร์

แนวทางแก้ไข/แผนพัฒนาต่อเนื่อง

- สื่อสารประชาสัมพันธ์หรือทดสอบความตระหนักเรื่องความปลอดภัย
- สร้างระบบการนำข้อมูลไปใช้งานให้เพิ่มมากขึ้น
- สร้างช่องทางให้มีสะดวก เข้าถึงได้ง่าย
- จัดอบรมให้กับเจ้าหน้าที่ทางไซเบอร์ในรูปแบบ online วัดก่อนและหลังอบรม



ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 เพิ่มประสิทธิภาพการบริหาร ทางการเงินการคลังให้มีเสถียรภาพ

เป้าประสงค์ : สถานะทางการเงินการคลังมีความมั่นคง เพียงพอต่อการดำเนินงาน
และการพัฒนาโรงพยาบาล ให้เติบโตอย่างยั่งยืน

กลยุทธ์ : บริหารจัดการสารสนเทศด้านการเงินการคลัง
แผนงาน/โครงการ : การบริหารความเสี่ยงในการจัดการสารสนเทศด้านการเงิน
การคลังโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ที่มีเสถียรภาพ

สถานการณ์ปัญหา:

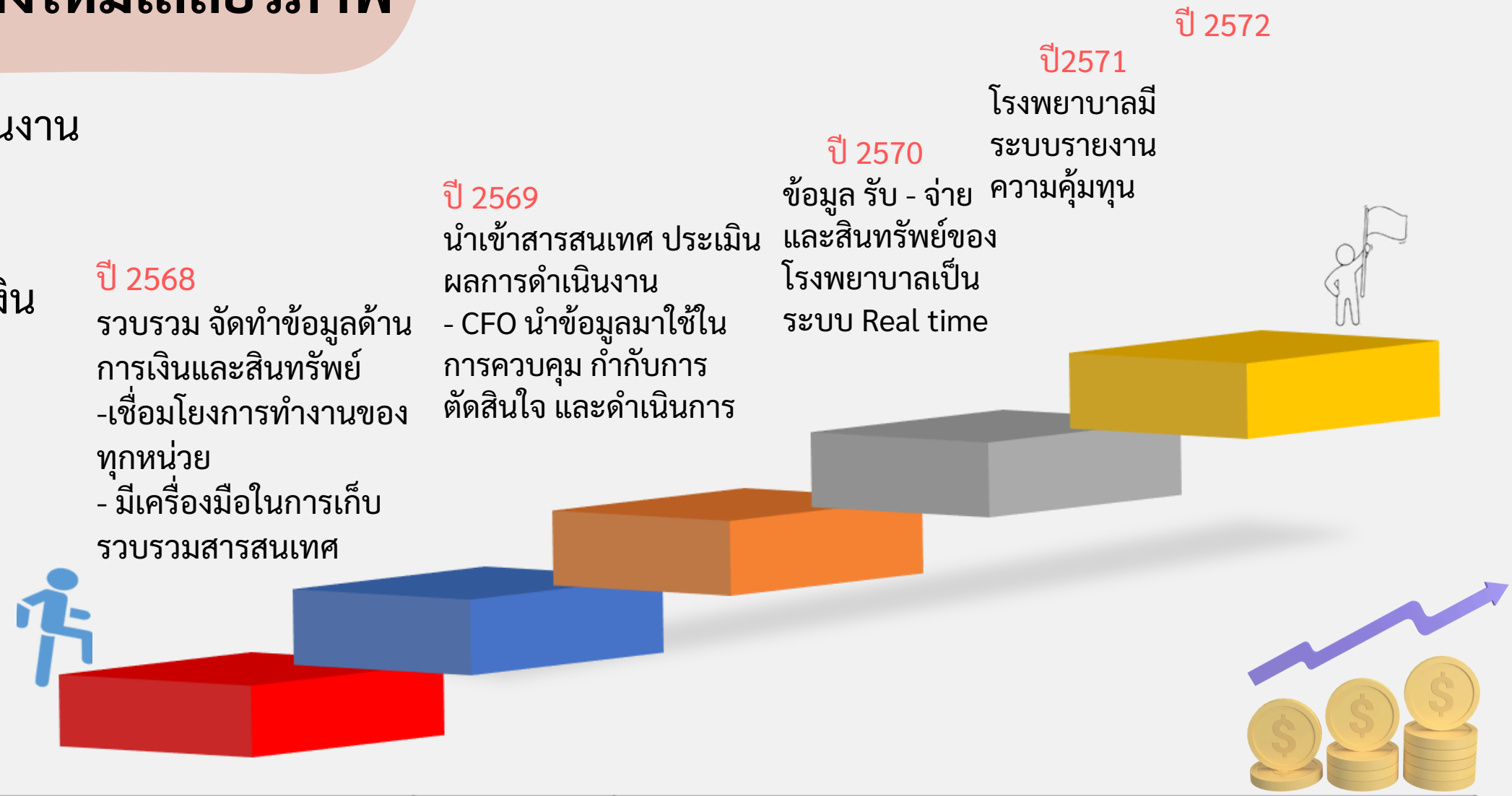
ปัจจุบัน จากแผนงานและนโยบายของกระทรวงและรัฐบาล
ส่งผลกระทบต่อระบบบริหารจัดการของสถานพยาบาลที่ต้องมี
การปรับเปลี่ยนระบบการปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดการบริหารที่มี
ประสิทธิภาพสูงสุด โรงพยาบาลจึงต้องมีการการบริหารในการ
ควบคุม กำกับ ติดตามและประเมินผลด้านการเงินการคลังที่มี
ประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น โดยเน้น รวบรวม วิเคราะห์ จัดเก็บ
และใช้ข้อมูลทางการเงินให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการตัดสินใจ

วัตถุประสงค์/Purpose :

1.ผู้บริหารสามารถใช้ข้อมูลเพื่อวางแผนเชิงกลยุทธ์ทาง
การเงิน

มาตรการสำคัญ /Process :

- เชื่อมโยงข้อมูลงานประกัน บัญชี การเงิน
- บันทึกลูกหนี้ เจ้าหนี้ เป็นปัจจุบัน



ตัวชี้วัด	ฐานข้อมูล ปี 2567 (Baseline)	ค่าเป้าหมาย				
		2568	2569	2570	2571	2572
1.ความคาดเคลื่อนของการสอบทานลูกหนี้	N/A	0	0	0	0	0
2.ข้อมูล Planfin คลาดเคลื่อน	N/A	+ -5%	+ -5%	+ -5%	+ -5%	+ -5%
3.อุบัติการณ์ Risk score ไม่เท่ากับ 0	9	0	0	0	0	0
4.อุบัติการณ์ Ebida เป็นลบ	3	0	0	0	0	0



การเงินการคลัง

ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการพัฒนา
บริการ ปี 2568 (ต.ค.67-มี.ค.68)



ปี 2568 : รวบรวม จัดทำข้อมูลด้านการเงินและสินทรัพย์,
เชื่อมโยงการทำงานของทุกหน่วย, มีเครื่องมือในการเก็บ
รวบรวมสารสนเทศ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปี 2568	ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัด	
		2567	2568 (ต.ค.67-มี.ค.68)
1.ความคาดเคลื่อนของการสอบทานลูกหนี้	0	N/A	N/A อยู่ระหว่างดำเนินการ
2.ข้อมูล Planfin คลาดเคลื่อน	+5%	N/A	N/A อยู่ระหว่างดำเนินการ
3.อุบัติการณ์ Risk score ไม่เท่ากับ 0	0	9	5
4.อุบัติการณ์ Ebida เป็นลบ	0	3	2

ผลการดำเนินงาน

- จัดทำกรอบ ขอบเขตการจัดเก็บข้อมูล
- มีการรวบรวมข้อมูลแต่ยังไม่ Update

ปัญหา/อุปสรรค

- การติดตามการจัดเก็บข้อมูลยังไม่มี
ความต่อเนื่อง
- ขาดผู้ติดตาม รวบรวมข้อมูล

แนวทางแก้ไข/แผนพัฒนาต่อเนื่อง

- กำหนด time ในการเก็บข้อมูล
- มีการประชุมทบทวนในการดำเนินงานร่วม
กันอย่างต่อเนื่อง

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4

เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารทางการเงินการคลังให้มีเสถียรภาพ

เป้าประสงค์ :

สถานะทางการเงินการคลังมีความมั่นคงเพียงพอต่อการดำเนินงานและการพัฒนาโรงพยาบาล ให้เติบโตอย่างยั่งยืน

กลยุทธ์ :

- 4.1 บริหารความเสี่ยงในการจัดการสารสนเทศด้านการเงินการคลัง
- 4.2 บริหารรายรับตามกฎหมาย
- 4.3 บริหารจัดการ Business Plan เพื่อเพิ่มรายรับ
- 4.4 บริหารต้นทุน (Cost Management)
- 4.5 บริหารต้นทุนคุณภาพ (Cost of Quality)



ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 เพิ่มประสิทธิภาพการบริหาร ทางการเงินการคลังให้มีเสถียรภาพ

เป้าประสงค์ : สถานะทางการเงินการคลังมีความมั่นคง เพียงพอต่อการดำเนินงาน และการพัฒนาโรงพยาบาล ให้เติบโตอย่างยั่งยืน

กลยุทธ์ : 4.2 บริหารรายรับตามกองทุน

แผนงาน/โครงการ : การบริหารรายรับตามกองทุน

สถานการณ์ปัญหา:

ปัจจุบันการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น ในด้านการ เรียกเก็บที่ครบถ้วน ถูกต้องและทันเวลา แต่มีในส่วนของคุณภาพการเรียกเก็บ เช่นการเรียกเก็บแล้วติด C, Deny หรือ การเรียกเก็บกองทุน PP Fee Schedule ครบถ้วนหรือไม่ ทั้งนี้ ผู้รับบริการ 1 คนสามารถเรียกเก็บได้หลายสิทธิ รวมทั้งการเรียกเก็บข้ามกองทุน การพัฒนาเรียกเก็บ พรบ.กรณีไม่มี พรบ.เน้นให้เบิกค่าชดเชยจาก สำนักงาน คปภ.ให้ครบถ้วน ที่ยังยังคงต้องมีการพัฒนาคุณภาพในการตรวจสอบ รวมทั้งความรู้และทักษะของ User Case manager และ Project manager ให้มีประสิทธิภาพสูงสุด เพื่อเป็นการเพิ่มรายได้ให้โรงพยาบาลมากขึ้น

วัตถุประสงค์/Purpose :

เพื่อเพิ่มรายได้ และประสิทธิภาพการเรียกเก็บกองทุนให้มีรายได้ ครบถ้วน ถูกต้อง

มาตรการสำคัญ /Process : (ระบุ ปีที่จะดำเนินการ)

2568 : ประชุมชี้แจงกองทุน ,จัดทำแนวทางการดำเนินงาน, ดำเนินการ,ติดตาม/แก้ไขปัญหาและประเมินผล

2569 : ทบทวนแนวทางการดำเนินงาน, สร้างระบบตรวจสอบติดตามและแก้ไขปัญหาราย case, สรุปประเมินผลรายเดือน

2570 : คู่มือแนวทางการบริหารจัดการทุกกองทุนที่เป็นมาตรฐาน



ตัวชี้วัด	ฐานข้อมูล ปี 2567 (Baseline)	ค่าเป้าหมาย				
		2568	2569	2570	2571	2572
1.การเรียกเก็บกองทุน UC , ปกส, สข ไม่ติด Deny	UC 163ราย ปกส/สข ไม่ติด	0	0	0	0	0
2.ความครบถ้วนการเรียกเก็บ กรณีไม่มี พรบ. (เค ลมาจาก คปภ.)	46.76%	90%	95%	100%	100%	100%
3.ความครบถ้วนเรียกเก็บกองทุนย่อย PPFSD ได้	NA	90%	95%	100%	100%	100%



การเงินการคลัง

ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการพัฒนาบริการ
ปี 2568 (ต.ค.67-มี.ค.68)



ปี 2568 :

- 1.ประชุมชี้แจงกองทุนที่เกี่ยวข้อง
- 2.จัดทำแนวทางการดำเนินงานร่วมกับหน้าบริการที่เกี่ยวข้อง
- 3.ติดตามการดำเนินงานและแก้ไขปัญหา
- 4.ประเมินผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปี 2568	ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัด	
		2567	2568 (ต.ค.67- มี.ค.68)
1.การเรียกเก็บกองทุน UC , ปกส, สข ไม่ติด Deny	UC 0.1 ปกส/สข 0	UC 0.85%	UC 0.57%
2.ความครบถ้วนการเรียกเก็บ กรณีไม่มี พรบ. (เคลมจาก คปภ.)	90%	46.76 (65 ราย)	87.17% (68 ราย)
3.ความครบถ้วนเรียกเก็บกองทุนย่อย PPFSD ได้	90%	N/A	100% (4.420ราย) โปรแกรม KTN

ผลการดำเนินงาน

- มีการชี้แจงแนวทางการจัดเก็บข้อมูล
- มีการวางแผนปรับระบบงานที่เกี่ยวข้อง

ปัญหา/อุปสรรค

- การบันทึกข้อมูลของ Userไม่ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา
- การไม่ปฏิบัติตามข้อตกลงและแนวทางที่กำหนดไว้
- ระบบการจัดเก็บข้อมูลกองทุนพรบ. ยังไม่เป็นระบบ

แนวทางแก้ไข/แผนพัฒนาต่อเนื่อง

- การคืนข้อมูลให้หน่วยงานนำไปพัฒนาปรับปรุงระบบการบันทึก
- เน้นย้ำแนวทางปฏิบัติ หากจุดบกพร่องร่วมกัน
- หาสาเหตุ แนวทางการป้องกัน Deny ก่อนส่งเคลม

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 เพิ่มประสิทธิภาพการบริหาร ทางการเงินการคลังให้มีเสถียรภาพ



การเงินการคลัง

ปี 2572

เป้าหมายการพัฒนา

เป้าประสงค์ : สถานะทางการเงินการคลังมีความมั่นคง เพียงพอต่อการดำเนินงาน

และการพัฒนาโรงพยาบาล ให้เติบโตอย่างยั่งยืน

กลยุทธ์ : 4.3 บริหารจัดการ Business Plan เพื่อเพิ่มรายรับ

แผนงาน/โครงการ : การเพิ่มรายรับ (Business Plan)

สถานการณ์ปัญหา:

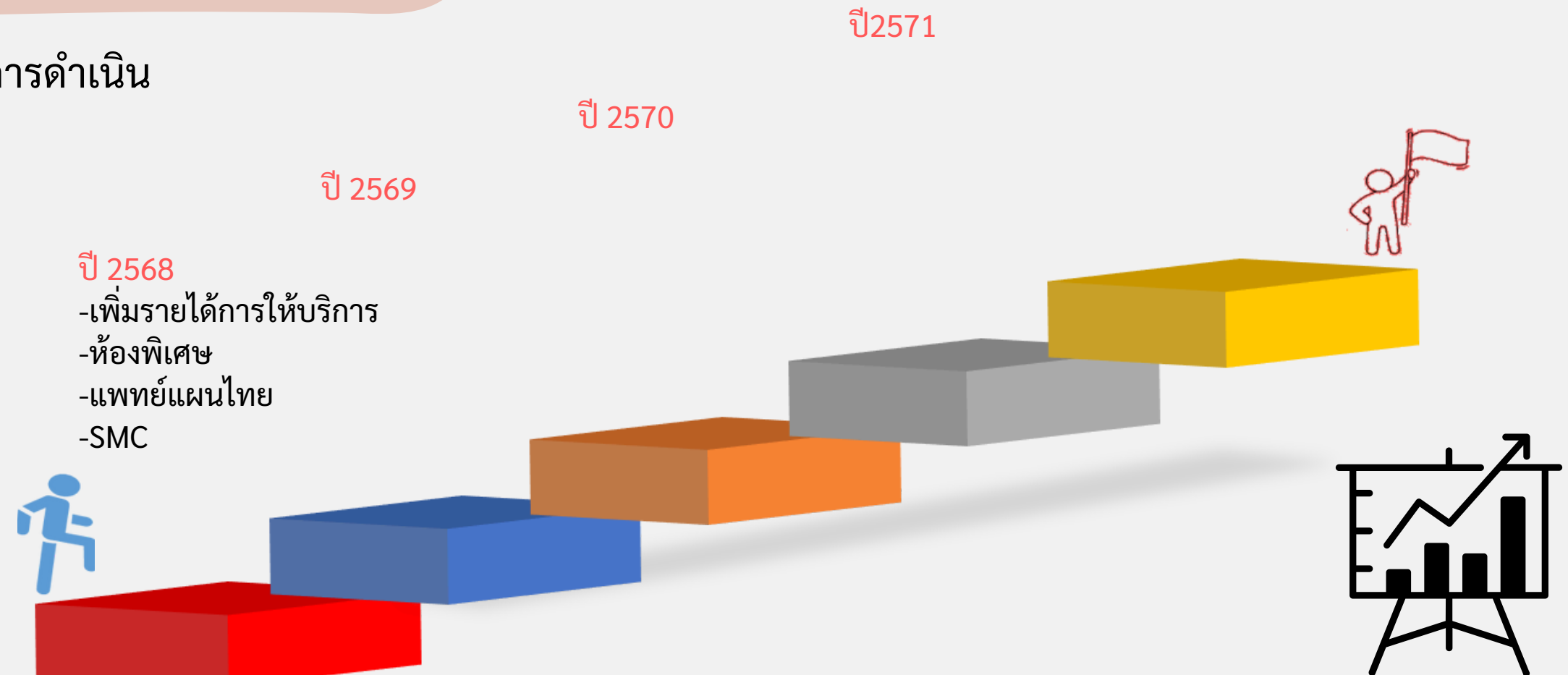
ปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขเน้นส่งเสริมให้โรงพยาบาลภาครัฐจัดทำแผนธุรกิจด้านบริการด้านสุขภาพ เพื่อเพิ่มสภาพคล่องด้านการเงินและการคลังให้มีความเสถียรภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นโอกาสทางเลือกหนึ่งของหลายๆสถานพยาบาล ที่ต้องจัดระบบบริการแผนธุรกิจสุขภาพตามบริบทของพื้นที่ตนเอง โดยคำนึงถึงความคุ้มค่าและที่สำคัญประโยชน์ของประชาชน เช่น บริการห้องพิเศษ บริการสุขภาพการนวดแผนไทย และการเปิดคลินิก บริการนอกเวลาที่ล้วนเป็นการเพิ่มโอกาสการเข้าถึงของประชาชนที่มารับบริการให้มีความสะดวก รวดเร็ว และปลอดภัยมากขึ้น

วัตถุประสงค์/Purpose :

เพื่อเพิ่มรายได้ทางบริการสุขภาพของโรงพยาบาล และเป็นทางเลือกการเข้าถึงบริการของประชาชน

มาตรการสำคัญ /Process : (ระบุ ปีที่จะดำเนินการ)

จัดทำแผนธุรกิจ Business Plan รพ. เพื่อเพิ่มรายได้จากการให้บริการ เช่น ห้องพิเศษ แผนไทย SMC



ปี 2568

- เพิ่มรายได้การให้บริการ
- ห้องพิเศษ
- แพทย์แผนไทย
- SMC

ปี 2569

ปี 2570

ปี 2571

ตัวชี้วัด	ฐานข้อมูล ปี 2567 (Baseline)	ค่าเป้าหมาย				
		2568	2569	2570	2571	2572
1.รายได้ห้องพิเศษเพิ่มขึ้น	18,360,300 บาท	5%	5%	5%	5%	5%
2.รายได้แพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้น	กำไร 6,609,875 บาท	10%	10%	10%	10%	10%
3.รายได้คลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ (SMC) เพิ่มขึ้น	กำไร 4,196,037.25 บาท	3%	3%	3%	3%	3%



การเงินการคลัง

ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการพัฒนาบริการ
ปี 2568 (ต.ค.67-มี.ค.68)



ปี 2568 : เพิ่มรายได้การให้บริการ (ห้องพิเศษ 5%, แผนไทย 10%, SMC 3%)

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปี 2568	ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัด	
		2567	2568 (ต.ค.67-มี.ค.68)
1.รายได้ห้องพิเศษเพิ่มขึ้น	5%	6.09 %	0.17%
2.รายได้แพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้น	10%	11.82 %	17.40%
3.รายได้คลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ (SMC) เพิ่มขึ้น	3%	N/A	17.67 % (ณ ก.พ.68)

ผลการดำเนินงาน

- มีการติดตาม ระบบบริการอย่างต่อเนื่อง
- แผนไทยมีการปรับระบบการบริการอย่างต่อเนื่อง เช่น มีการปรับระบบ การซ่อมบำรุงระบบโปรแกรม จอง ระบบอำนวยความสะดวกของห้อง
- ห้องพิเศษ:มีการปรับการบริหารจัดการการใช้ห้องพิเศษและเพิ่มจำนวนห้องมากขึ้น
- SMC: มีการพัฒนาระบบคุณภาพต่อเนื่อง เช่น ศัลยกรรมตกแต่งมีการสร้างสื่อประชาสัมพันธ์เพิ่มขึ้น

ปัญหา/อุปสรรค

- มีความต้องการรับบริการนัดที่ รพ.จำนวนมากแต่ความสะดวก การเข้าถึงของสถานที่เป็นสาเหตุหนึ่งที่ไม่เลือกรับบริการที่อื่น เช่น สถานที่จอดรถ
- SMC: มีผู้รับบริการจำนวนเพิ่มขึ้น ซึ่งมีข้อจำกัดในการรับ 40 ราย/วัน, แพทย์บางสาขามีท่านเดียว ไม่สามารถตอบสนองความต้องการได้

แนวทางแก้ไข/ แผนพัฒนาต่อเนื่อง

- การเปิดบริการสาขานอก รพ. เพิ่มเติม เพื่อให้บริการที่สะดวก เข้าถึงมากขึ้น
- ห้องพิเศษ: การเพิ่มอัตราการใช้ห้องพิเศษให้มากกว่า 80%
- SMC: การปรับระบบจัดการ การเพิ่มวันตรวจ SMC

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารทางการเงินการคลังให้มีเสถียรภาพ



การเงินการคลัง

เป้าหมายการพัฒนา

ปี 2572

ปี 2571

ปี 2570

ปี 2569

ปี 2568

ติดตามค่าใช้จ่ายจริง
เทียบกับงบประมาณ
แผนเงินบำรุง



เป้าประสงค์ : สถานะทางการเงินการคลังมีความมั่นคง เพียงพอต่อการดำเนินงาน
และการพัฒนาโรงพยาบาล ให้เติบโตอย่างยั่งยืน
กลยุทธ์ : 4.4 บริหารต้นทุน (Cost Management)
แผนงาน/โครงการ : การบริหารต้นทุนเชิงกลยุทธ์

สถานการณ์ปัญหา:

การบริหารต้นทุนเป็นกระบวนการ วางแผน การบริหารต้นทุน เพื่อให้เกิด
ประสิทธิภาพสูงสุด ลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น จากการติดตามค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง
ของแต่ละปีงบประมาณพบว่า มีค่าใช้จ่ายที่นอกเหนือจากแผนงบประมาณเป็น
จำนวนมาก มีผลกับแผนเงินบำรุงที่จัดไว้แต่ละปี เงินกันของโรงพยาบาล ซึ่งกระทบ
กับสภาพคล่องเสถียรภาพทางการเงินและการคลัง

วัตถุประสงค์/Purpose :

เพื่อลดต้นทุนที่ไม่จำเป็น และในการตัดสินใจทางการเงินที่แม่นยำ รวมทั้งเป็นการ
เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารต้นทุนให้สูงสุด

มาตรการสำคัญ /Process : (ระบุ ปีที่จะดำเนินการ)

2568 : ติดตามค่าใช้จ่ายจริง เทียบกับงบประมาณแผนเงินบำรุง

2569 :

2570 :

2571 :

2572 :

ตัวชี้วัด	ฐานข้อมูล ปี 2567 (Baseline)	ค่าเป้าหมาย				
		2568	2569	2570	2571	2572
รายจ่ายแผนเงินบำรุง คลาดเคลื่อน +/- 5 %	N/A	+/- 5 %	+/- 5 %	+/- 5 %	+/- 5 %	+/- 5 %



ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการพัฒนาบริการ ปี 2568 (ต.ค.67-มี.ค.68)

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปี 2568	ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัด	
		2567	2568 (ต.ค.67-มี.ค.68)
รายจ่ายแผนเงินบำรุง คลาดเคลื่อน	+ - 5 %	+11.31%	-40.74%

ผลการ ดำเนินงาน

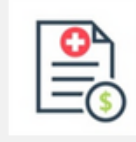
- มีการประชุมติดตามควบคุมแผนอย่างต่อเนื่อง
- มีการวิเคราะห์ตรวจสอบข้อมูลต้นทุนบริการ

ปัญหา/อุปสรรค

- ต้นทุนบริการสูง เช่น ค่าตอบแทนบุคลากร/ยา/lab/เวชภัณฑ์

แนวทางแก้ไข/ แผนพัฒนาต่อเนื่อง

- การวิเคราะห์ข้อมูลต้นทุนบริการเพื่อบริหารจัดการควบคุมรายจ่ายเพิ่มรายรับให้มากขึ้น



ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 เพิ่มประสิทธิภาพ การบริหารทางการเงินการคลังให้มีเสถียรภาพ

เป้าประสงค์ : สถานะทางการเงินการคลังมีความมั่นคง เพียงพอต่อการ
ดำเนินงานและการพัฒนาโรงพยาบาล
ให้เติบโตอย่างยั่งยืน

กลยุทธ์ : 4.5 บริหารต้นทุนคุณภาพ (Cost of Quality)
แผนงาน/โครงการ : การบริหารต้นทุนคุณภาพ (COQ)

สถานการณ์ปัญหา:

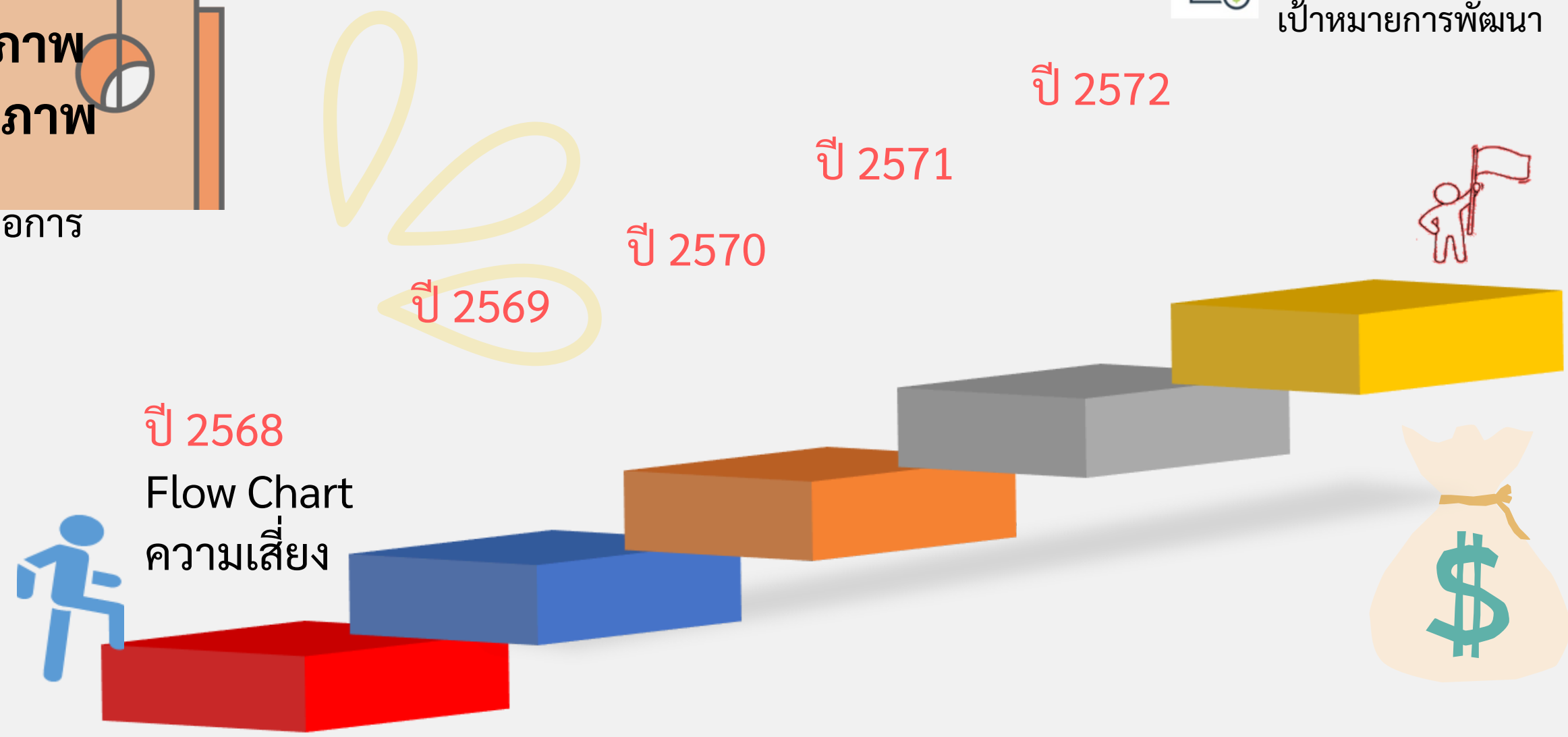
การบริหารต้นทุนคุณภาพช่วยให้องค์กรสามารถ
ลดต้นทุนที่เกี่ยวข้องกับข้อบกพร่องในการให้บริการโดยเน้น
ไปที่การป้องกันก่อนที่จะเกิดขึ้นโดยอุบัติการณ์เกิดเหตุผู้รับ
บริการเรียกร้องค่าเสียหายทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายที่ไม่
สามารถเรียกเก็บจากกองทุนใดๆ ได้ เช่น ผู้ป่วย พรบ.หนี

วัตถุประสงค์/Purpose :

เพื่อลดความเสียหายต่อความเชื่อถือ ลดความเสี่ยงของการ
จ่ายค่าใช้จ่ายจากการถูกฟ้องร้อง

มาตรการสำคัญ /Process : (ระบุ ปีที่จะดำเนินการ)

- 2568 : Flow Chart ความเสี่ยง
- 2569 :
- 2570 :
- 2571 :
- 2572 :



ตัวชี้วัด	ฐานข้อมูล ปี 2567 (Baseline)	ค่าเป้าหมาย				
		2568	2569	2570	2571	2572
1.อุบัติการณ์การเกิดความเสี่ยงด้านการเงินการคลัง > 10,000 บาท (ระดับ2)ขึ้นไป	N/A	0	0	0	0	0
2.อุบัติการณ์การเกิดการฟ้องร้องหรือเรียกค่าเสียหาย	N/A	0	0	0	0	0

ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการพัฒนาบริการ ปี 2568 (ต.ค.67-มี.ค.68)



ปี 2568 : Flow Chart ความเสี่ยง

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปี 2568	ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัด	
		2567	2568 (ต.ค.67-มี.ค.68)
1.อุบัติการณ์การเกิดความเสี่ยงด้านการเงินการคลัง > 10,000 บาท (ระดับ2) ขึ้นไป	0	N/A	N/A
2.อุบัติการณ์การเกิดการฟ้องร้องหรือเรียกค่าเสียหาย	0	N/A	N/A

ผลการดำเนินงาน

- กำหนดแหล่งที่มาของข้อมูล และการกำหนดตัวชี้วัดอุบัติการณ์การเกิดการฟ้องร้องหรือเรียกค่าเสียหาย ข้อมูลจากแหล่งโปรแกรม RSQ สรพ.และนิติกร

ปัญหา/อุปสรรค

- มีความหลากหลายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับบุคลากรหลายหน่วยงาน
- ขาดการรายงานความเสี่ยง

แนวทางแก้ไข/ แผนพัฒนาต่อเนื่อง

- เน้นย้ำเรื่องการรายงานความเสี่ยงทุกหน่วยงาน

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 5

เป้าประสงค์ :

เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (LEARNING ORGANIZATION) บุคลากร
มีสมรรถนะเพียงพอและเหมาะสมในการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพ
มีสุขภาพดี และมีความสุขในการทำงาน

กลยุทธ์:

- 5.1 ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนา
- 5.2 เสริมสร้างสมรรถนะบุคลากรด้านต่างๆ
- 5.3 พัฒนากำลังคนด้านสุขภาพดิจิทัล
- 5.4 องค์กรสุขภาพดี (HEALTHY ORGANIZATION)



ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 5 พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีสมรรถนะสูง สุขภาพดี มีความสุขในการทำงาน

เป้าประสงค์ : เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization)
บุคลากรมีสมรรถนะเพียงพอและเหมาะสมในการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพ
มีสุขภาพดี และมีความสุขในการทำงาน

กลยุทธ์ : 5.1 ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนา

แผนงาน/โครงการ : พัฒนางานประจำสู่งานวิจัย

สถานการณ์ปัญหา:

เพื่อเป็นการส่งเสริมสนับสนุนเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ตระหนักถึงความสำคัญของการทำวิจัย การสร้างสรรค์และพัฒนาผลงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำผลการวิจัยมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถในการวิจัย และเพื่อส่งเสริมให้บุคลากรในโรงพยาบาล มีความมั่นใจในการแก้ปัญหาและพัฒนางานประจำของตนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป และเพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้หน่วยงานต่าง ๆ สามารถสร้างระบบการเรียนรู้ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาระบบการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล

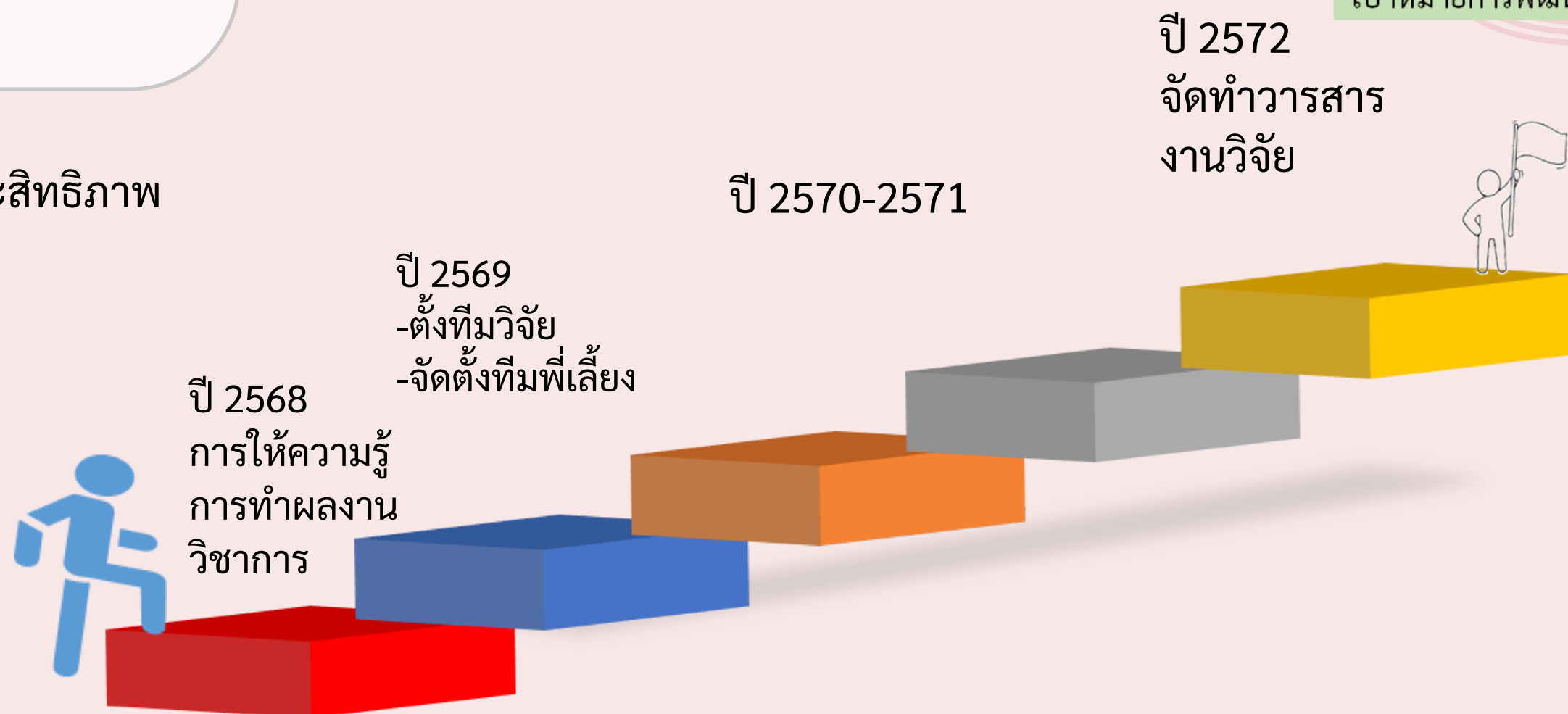
วัตถุประสงค์/Purpose :

1. เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถในการวิจัย
2. เพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้หน่วยงานต่าง ๆ สามารถสร้างระบบการเรียนรู้ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาระบบการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล

มาตรการสำคัญ /Process : (ระบุ ปีที่จะดำเนินการ)

ปี 2568 ดำเนินการให้ความรู้ในการทำวิจัยแก่บุคลากร

ปี 2569 ส่งเสริมให้เกิดทีมพี่เลี้ยงในแต่ละสาขาวิชาชีพในการให้คำแนะนำในการทำผลงานวิชาการของบุคลากร



ตัวชี้วัด	ฐานข้อมูล ปี 2567 (Baseline)	ค่าเป้าหมาย				
		2568	2569	2570	2571	2572
1. จำนวนผลงานวิชาการ (วิจัย/R2R/CQI/นวัตกรรม) ได้รับการนำเสนอในระดับโรงพยาบาล จังหวัด เขตและ ประเทศ	19 เรื่อง	20 เรื่อง	20 เรื่อง	25 เรื่อง	25 เรื่อง	30 เรื่อง
2.จำนวนผลงานวิชาการ (วิจัย/R2R/CQI/นวัตกรรม) ได้รับรางวัลในระดับโรงพยาบาล จังหวัด เขตและ ประเทศ	7 เรื่อง	5 เรื่อง	6 เรื่อง	7 เรื่อง	8 เรื่อง	10 เรื่อง



ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปี 2568	ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัด	
		2567	2568 (ต.ค.67-มี.ค.68)
1. จำนวนผลงานวิชาการ (วิจัย/R2R/CQI/นวัตกรรม)ได้รับการนำเสนอในระดับโรงพยาบาล จังหวัด เขตและประเทศ	10 เรื่อง	19 เรื่อง	17 เรื่อง
2.จำนวนผลงานวิชาการ (วิจัย/R2R/CQI/นวัตกรรม)ได้รับรางวัลในระดับโรงพยาบาล จังหวัด เขตและประเทศ	5 เรื่อง	7 เรื่อง	5 เรื่อง

ผลการดำเนินงาน

- มีการจัดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ
วิจัย จำนวน 2 ระยะ
- มีช่องทางการเผยแพร่ข้อมูลผลงาน
วิชาการของบุคลากรทางเว็บไซต์
โรงพยาบาล

ปัญหา/อุปสรรค

- บุคลากรมีความสนใจในการทำผลงาน
วิชาการค่อนข้างน้อย
- บุคลากรยังขาดความรู้ความเข้าใจในการ
ทำผลงานวิชาการที่ถูกต้อง
- ยังขาดทีมพี่เลี้ยงที่ครบทุกสาขาชีพที่
จะให้คำปรึกษาในการทำผลงานวิชาการ

แนวทางแก้ไข/ แผนพัฒนาต่อเนื่อง

- ประชาสัมพันธ์สร้างแรงจูงใจในการทำ
ผลงานวิชาการให้กับบุคลากรมากขึ้น
- การจัดตั้งทีมพี่เลี้ยงที่ให้คำปรึกษาได้
ครบทุกสาขาชีพ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 5 พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะสูง สุขภาพดี มีความสุขในการทำงาน



HRM & HRD

เป้าหมายการพัฒนา

ปี 2572

Smart HRD

ปี 2571

การพัฒนาระบบฐานข้อมูลและการเก็บข้อมูลการพัฒนาบุคลากร

ปี 2570

การทำ IDP ในแต่ละกลุ่มภารกิจ และมีแนวทางการดำเนินการเป็นคู่มือ

ปี 2569

การให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับ IDP ในภาพรวม และการให้ความรู้ในการทำ AI for Smart Work

ปี 2568

การพัฒนาศักยภาพผู้นำ รพ.

เป้าประสงค์ : เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization) บุคลากรมีสมรรถนะเพียงพอและเหมาะสมในการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพ มีสุขภาพดี และมีความสุขในการทำงาน

กลยุทธ์ : 5.2 เสริมสร้างสมรรถนะบุคลากรด้านต่างๆ

แผนงาน/โครงการ :

1. พัฒนาศักยภาพผู้นำยุคใหม่
2. การทำแผนพัฒนาศักยภาพรายบุคคล (IDP)
3. โครงการ AI for Smart Work

สถานการณ์ปัญหา: การแผนพัฒนารายบุคคล (Individual Development Plan) คือกรอบแนวทางที่จะช่วยให้บุคลากรในหน่วยงานสามารถปฏิบัติงานได้บรรลุตามเป้าหมายในสายวิชาชีพของตน โดยการพัฒนาจุดอ่อน และเสริมจุดแข็งของบุคลากรในหน่วยงาน เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรในหน่วยงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นตามความเหมาะสมบริบทของโรงพยาบาลการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่ยังไม่ชัดเจน และยังไม่เป็นตามแนวทางบริบทของโรงพยาบาลเท่าที่ควร จึงทำให้เกิดการพัฒนาบุคลากรที่ยังไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่ชัดเจน และการเตรียมความพร้อมของบุคลากรที่กำลังจะขึ้นมายังสายงานผู้บริหาร และลดช่องว่างการขาดช่วงในการบริหารงานของแต่ละกลุ่มงาน และยังเป็นการส่งเสริมให้บุคลากรมีความก้าวหน้าในสายงานด้านการบริหาร เพื่อให้มีความครอบคลุมกับบุคลากรภายในโรงพยาบาล โดยเน้นในหัวข้อที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์/Purpose :

1. เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรในหน่วยงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
2. เพื่อการมีแนวทางที่ชัดเจนในการพัฒนาศักยภาพบุคลากร
3. เพื่อเตรียมความพร้อมบุคลากรให้มีความก้าวหน้าในสายงานด้านการบริหาร
4. เพื่ออำนวยความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูลและการติดตามผ่านระบบ Digital

มาตรการสำคัญ /Process : (ระบุ ปีที่จะดำเนินการ)

ปี 2568 -2570 พัฒนาศักยภาพผู้นำ (2568 อบรมผู้บริหาร, 2569 ให้ความรู้ IDP,2570

ทำ IDP รายบุคคลในแต่ละสายวิชาชีพในทุกหน่วยงานโรงพยาบาล+คู่มือ)

ปี 2569 ให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยี โดยจัดโครงการ AI for Smart Work

ปี 2571 พัฒนาระบบการเก็บข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ

ปี 2572 เป็นองค์กร Smart HRD (การทำระบบติดตามกระบวนการ HRD ในส่วนของไปราชการ/การ

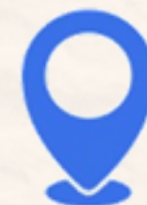
บันทึกข้อมูลและค้นข้อมูลการอบรมประชุม/แผนHRD โดยมีระบบแจ้งเตือน

ที่สามารถติดตามข้อมูลได้อัตโนมัติ)

ตัวชี้วัด	ฐานข้อมูล ปี 2567 (Baseline)	ค่าเป้าหมาย				
		2568	2569	2570	2571	2572
1.ร้อยละหน่วยงานมีแผนพัฒนารายบุคคล โดยแยกตามสายวิชาชีพในทุกหน่วยงาน	NA	50	60	80	90	100
2.ระดับความสำเร็จในการมีรูปแบบก้าวหน้าขึ้นสู่สายงานด้านการบริหารที่เป็นมาตรฐานของโรงพยาบาล	NA	ระดับ1	ระดับ2	ระดับ3	ระดับ4	ระดับ5
3.ร้อยละของบุคลากรมีการพัฒนาตามแผนพัฒนาบุคลากร	NA	40	45	50	55	60

ระดับความสำเร็จ

ระดับ 1 มีรูปแบบการก้าวสู่ตำแหน่งสายงานบริหารระดับสูง(รอง.ผอ,)/ระดับ 2 มีรูปแบบการก้าวสู่ตำแหน่งสายงานบริหารระดับกลุ่มงานขึ้นไปร้อยละ 50/ ระดับ 3 มีรูปแบบการก้าวสู่ตำแหน่งสายงานบริหารระดับกลุ่มงานขึ้นไปร้อยละ 80/ ระดับ 4 มีรูปแบบการก้าวสู่ตำแหน่งสายงานบริหารระดับกลุ่มงานขึ้นไปร้อยละ 100/ ระดับ 5 มีรูปแบบการก้าวสู่ตำแหน่งสายงานบริหารทุกระดับ



ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปี 2568	ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัด	
		2567	2568 (ต.ค.67-มี.ค.68)
1. ร้อยละหน่วยงานมีแผนพัฒนารายบุคคล โดยแยกตามสายวิชาชีพในทุกหน่วยงาน	50	N/A	N/A
2. ร้อยละความสำเร็จในการมีรูปแบบก้าวขึ้นสู่สายงานด้านการบริหารที่เป็นมาตรฐานของโรงพยาบาล	ระดับ 1	N/A	N/A
3. ร้อยละของบุคลากรมีการพัฒนาตามแผนพัฒนาบุคลากร	40	58.54	26.91 (ก.พ.68)

ผลการดำเนินงาน

- โรงพยาบาลมีแผนพัฒนาบุคลากรครบทุกหน่วยงาน โดยผ่านคณะกรรมการฯ ในการพิจารณา

ปัญหา/อุปสรรค

- บุคลากรขาดความรู้ความเข้าใจในการก้าวขึ้นสู่ตำแหน่งทางการบริหาร
- สถาบันยังไม่เปิดอบรมบางหลักสูตรตามแผนพัฒนาบุคลากร

แนวทางแก้ไข/แผนพัฒนาต่อเนื่อง

- การส่งเสริม ผลักดัน และกำกับติดตามให้บุคลากรดำเนินการตามแผนพัฒนาบุคลากรเพิ่มมากขึ้น

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 5 พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะสูง สุขภาพดี มีความสุขในการทำงาน

เป้าประสงค์ : เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization) บุคลากรมีสมรรถนะเพียงพอและเหมาะสมในการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพ มีสุขภาพดี และมีความสุขในการทำงาน

กลยุทธ์ : 5.3 พัฒนากำลังคนด้านสุขภาพดิจิทัล

แผนงาน/โครงการ :

- 1.โครงการเสริมสร้างขีดความสามารถและความรู้ด้านดิจิทัลของบุคลากรสุขภาพ MOPH Digital health (หมอพร้อม)
- 2.โครงการเสริมสร้างความตระหนักผู้ใช้งานด้านความมั่นคงปลอดภัย Cyber Security
- 3.โครงการพัฒนาศักยภาพให้มีความเชี่ยวชาญในการปกป้องและดูแลข้อมูลสารสนเทศของโรงพยาบาล PDPA
- 4.โครงการเสริมสร้างความรู้ด้านเทคโนโลยีดิจิทัลโดยใช้ ปัญญาประดิษฐ์ หรือ AI ใช้ทำงานสู่งานวิจัย
- 5.โครงการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสู่ความเชี่ยวชาญ

สถานการณ์ปัญหา:

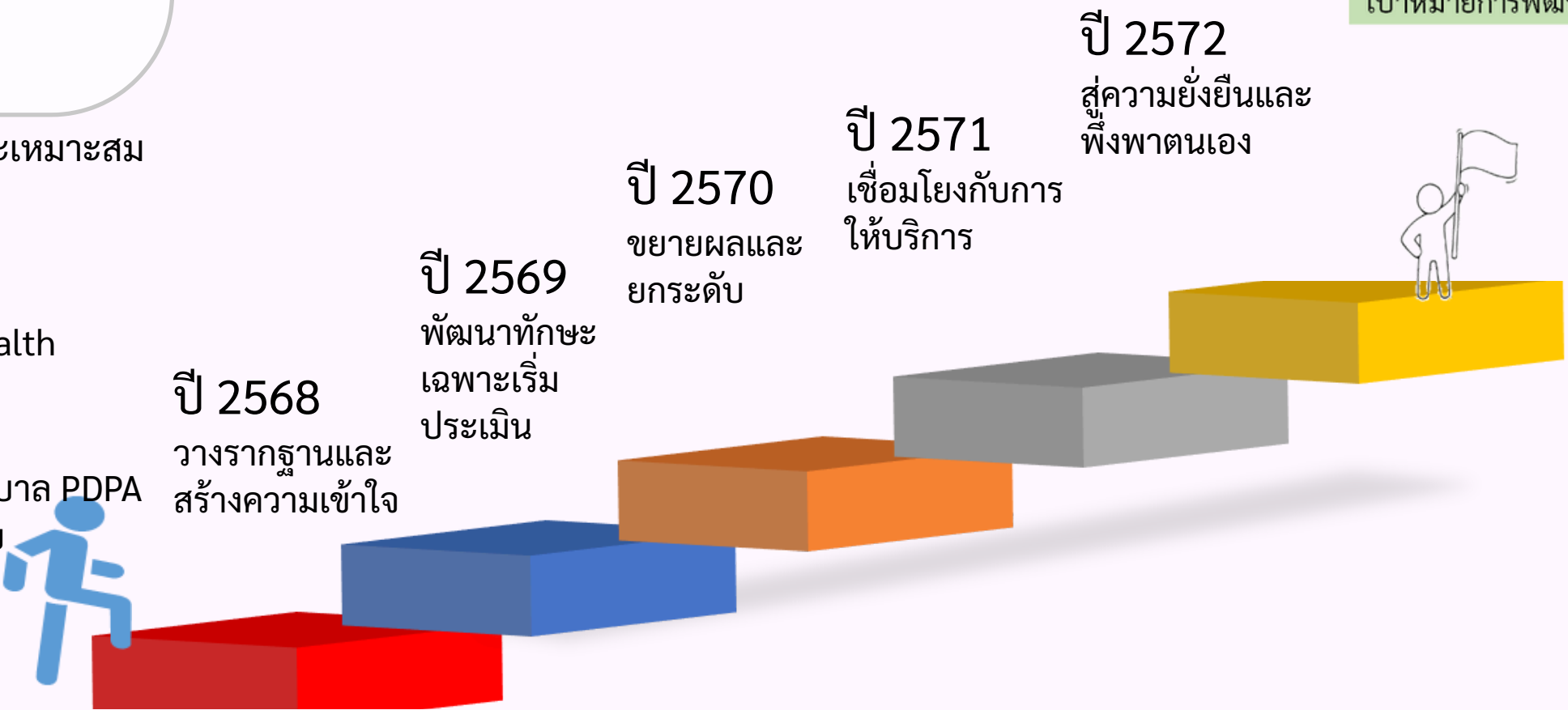
ในยุคที่เทคโนโลยีสารสนเทศมีบทบาทอย่างลึกซึ้งต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ “การพัฒนา
กำลังคนด้านสุขภาพดิจิทัล (Digital Health Workforce)” จึงกลายเป็นภารกิจสำคัญขององค์กรด้าน
สาธารณสุข การมีบุคลากรที่มีสมรรถนะด้านดิจิทัลจึงไม่เพียงแต่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการบริการ
ทางโรงพยาบาลมีการพัฒนาระบบดิจิทัลอย่างต่อเนื่อง เช่น การนำระบบ HIS มาใช้ การพัฒนาระบบ
สารสนเทศคลินิก หรือการใช้ Dashboard วิเคราะห์ข้อมูล แต่ยังพบว่าบุคลากรทางการแพทย์จำนวน
มากยังขาดทักษะดิจิทัลพื้นฐาน เจ้าหน้าที่ IT มีจำนวนจำกัด ไม่สอดคล้องกับภาระงานที่เพิ่มขึ้น
ขาดหลักสูตรหรือการฝึกอบรมที่เหมาะสมกับหน้าที่เฉพาะ ขาดการประเมินสมรรถนะด้านดิจิทัล
เป็นรายบุคคล ส่งผลให้การขับเคลื่อน Smart Hospital หรือระบบสุขภาพดิจิทัลยังไม่ราบรื่น และ
ทำให้ประสิทธิภาพของเทคโนโลยีที่มีอยู่ยังไม่สามารถนำมาใช้ได้เต็มศักยภาพ

วัตถุประสงค์/Purpose :

- 1.เพื่อยกระดับทักษะและสมรรถนะของบุคลากรโรงพยาบาลในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล
- 2.เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องของบุคลากรทุกระดับ
- 3.เพื่อสร้างวัฒนธรรมองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล
- 4.เพื่อเพิ่มขีดความสามารถของโรงพยาบาลในการให้บริการที่มีคุณภาพและตอบสนองความต้องการ
ของประชาชนในยุคดิจิทัล

มาตรการสำคัญ /Process : (ระบุ ปีที่จะดำเนินการ)

- 2568 : วางรากฐานและสร้างความเข้าใจ
2569 : พัฒนาทักษะเฉพาะและเริ่มการประเมิน
2570 : ขยายผลและยกระดับ
2571 : เชื่อมโยงกับการให้บริการ
2572 : สู่ความยั่งยืนและพึ่งพาตนเอง



ตัวชี้วัด	ฐานข้อมูล ปี 2567 (Baseline)	ค่าเป้าหมาย				
		2568	2569	2570	2571	2572
1. ร้อยละของบุคลากรที่มีสมรรถนะด้านสุขภาพดิจิทัลในระดับที่เหมาะสมกับบทบาทหน้าที่ คำอธิบาย วัดจากการประเมินสมรรถนะกรอบ Digital Competency Framework	N/A	N/A	> 60	>70	>80	> 80
2. ร้อยละของหน่วยงานสามารถประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ คำอธิบาย วัดการเปลี่ยนแปลงจากการนำระบบดิจิทัล เช่น HIS, Telehealth, Dashboard, E-service มาใช้จริง	N/A	> 80	> 80	> 80	> 80	> 80
2. ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยและประชาชนต่อการให้บริการผ่านระบบดิจิทัลของโรงพยาบาล คำอธิบาย วัดการรับรู้ของผู้ใช้บริการต่อความสะดวก รวดเร็ว และความปลอดภัยจากบริการดิจิทัล	N/A	> 80	> 80	> 80	> 80	> 80



ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปี 2568	ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัด	
		2567	2568 (ต.ค.67-มี.ค.68)
1. ร้อยละของบุคลากรที่มีสมรรถนะด้านสุขภาพดิจิทัลในระดับที่เหมาะสมกับบทบาทหน้าที่ คำอธิบาย วัดจากการประเมินสมรรถนะกรอบ Digital Competency Framework	N/A	N/A	N/A
2. ร้อยละของหน่วยงานสามารถประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ คำอธิบาย วัดการเปลี่ยนแปลงจากการนำระบบดิจิทัล เช่น HIS, Telehealth, Dashboard, E-service มาใช้จริง	> 80	N/A	N/A (เก็บข้อมูลรายปี)
3. ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยและประชาชนต่อการใช้บริการผ่านระบบดิจิทัลของโรงพยาบาล คำอธิบาย วัดการรับรู้ของผู้ใช้บริการต่อความสะดวก รวดเร็ว และความปลอดภัยจากบริการดิจิทัล	> 80	N/A	N/A (เก็บข้อมูลรายปี)

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 5 พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะสูง สุขภาพดี มีความสุขในการทำงาน



HRD & HRM & อาชีวเวชกรรม

ปี 2572

เป้าหมายการพัฒนา

องค์กรแห่งความสุข

เป้าประสงค์ : เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization) บุคลากรมีสมรรถนะเพียงพอและเหมาะสมในการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพ มีสุขภาพดี และมีความสุขในการทำงาน

กลยุทธ์ : 5.4 องค์กรสุขภาพดี (Healthy Organization)

แผนงาน/โครงการ :

- 1.โครงการLow Carb Smart Life TSM 2025
- 2.กิจกรรมสร้างสุขบุคลากร “Happy Land แดนสร้างสุข” เดือนละ 1 ครั้ง
- 3.โครงการส่งเสริมสุขภาพทางการเงิน “มหกรรมทางการเงิน”

สถานการณ์ปัญหา:

การพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพบุคลากรของโรงพยาบาล เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถที่จะพัฒนาในด้านการรักษาผู้ป่วยที่มาใช้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็ว และยังเป็นการพัฒนาในด้านบุคลากรของโรงพยาบาล เพื่อให้บุคลากรสามารถที่จะปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องตามแนวทางของโรงพยาบาล ทำให้งานที่ทำนั้นมีประสิทธิภาพ ซึ่งทั้งการพัฒนาทั้งทางด้านผู้ป่วยที่มารับบริการ และด้านการพัฒนาบุคลากรก็ทำให้โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชนั้นได้มีการพัฒนาคุณภาพ มีความน่าเชื่อถือในด้านการรักษา และทำให้การบริการนั้นเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อนำมาปรับปรุงและเป็นแนวทางในการพัฒนาหน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์/Purpose :

- 1.เพื่อเพิ่มอัตราคงอยู่ของบุคลากรโรงพยาบาล
- 2.เพื่อสร้างแรงจูงใจในการทำงานของบุคลากรของโรงพยาบาล

มาตรการสำคัญ /Process : (ระบุ ปีที่จะดำเนินการ)

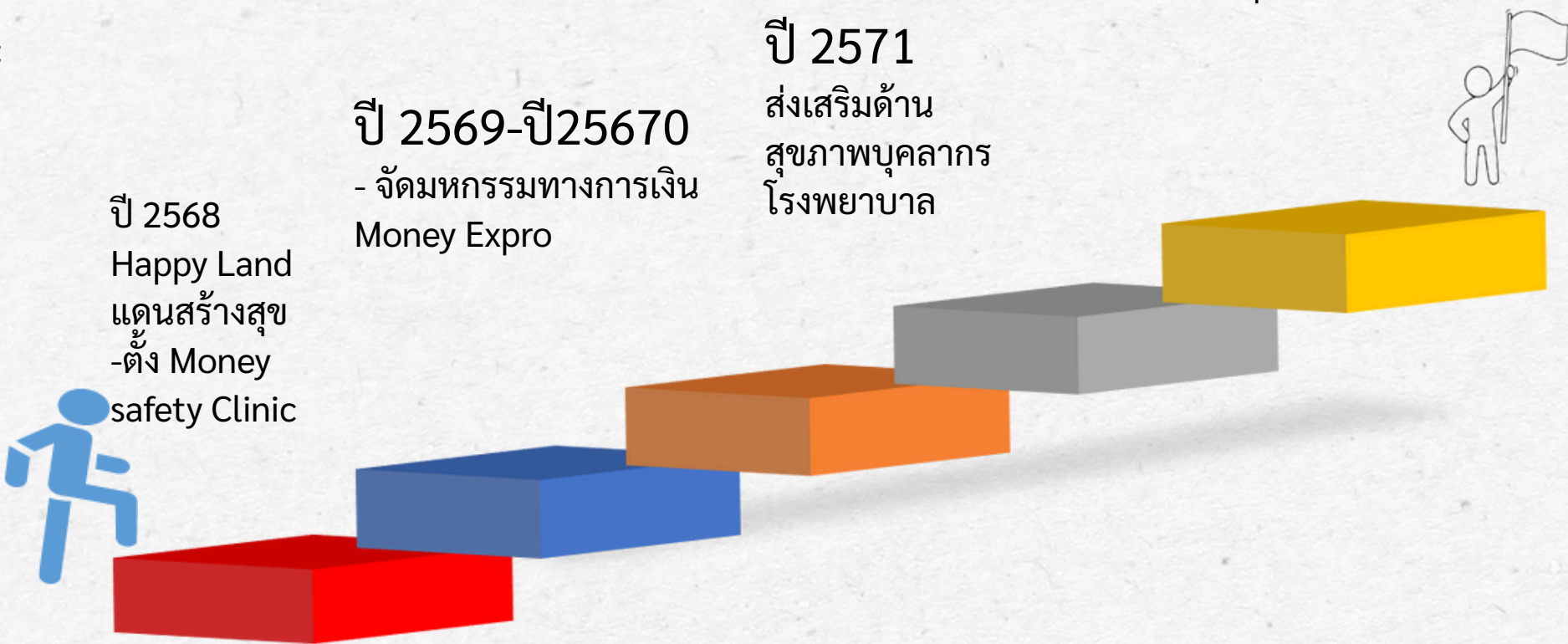
2568 : ออกแบบแบบประเมินที่เหมาะสมกับองค์กร และดำเนินการโครงการสร้างสุขบุคลากร

พร้อมทั้งส่งเสริมสุขภาพบุคลากรโรงพยาบาลที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพ

2569 - 2570 : จัดโครงการให้ความรู้ด้านการเงินแก่บุคลากรโรงพยาบาล และจัดตลาดนัดสำหรับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล และส่งเสริมสุขภาพสำหรับเจ้าหน้าที่ในกลุ่มเสี่ยง/ป่วยที่ลดลง

2571 : การมีบุคคลต้นแบบที่ชัดเจน และการจัดตั้งคลินิกสุขภาพเจ้าหน้าที่

2572 : องค์กรแห่งความสุข โดยการนำดัชนีความสุขมาใช้ในการติดตาม



ตัวชี้วัด	ฐานข้อมูล ปี 2567 (Baseline)	ค่าเป้าหมาย				
		2568	2569	2570	2571	2572
ร้อยละความสุขของบุคลากรที่มีต่อองค์กร	69.20 %	70 %	72 %	72 %	75 %	75 %
ร้อยละความผูกพันของบุคลากรที่มีต่อองค์กร	71.49 %	70 %	75 %	75 %	78 %	78 %
ร้อยละของบุคลากรที่มีผลการติดตามด้านสุขภาพดีขึ้นหรือเท่าเดิม	92.34 %	90 %	90 %	90 %	90 %	90 %
อัตราการคงอยู่ของบุคลากร (Retention rate)	96 %	85 %	90 %	90 %	95 %	95 %

องค์กรสุขภาพดี (Healthy Organization) มี 2 องค์ประกอบ คือ องค์กรแห่งความสุข (Happy Workplace) และคุณภาพชีวิตในการทำงาน ใช้เครื่องมือ “ความสุข 8 ประการในการทำงาน (Happy 8)” ในการสร้างความสุขในชีวิตของคนทำงาน ประกอบด้วย สุขภาพดี (Happy Body) น้ำใจงาม (Happy Heart) ทางสงบ (Happy Soul) ผ่อนคลาย (Happy Relax) หาความรู้ (Happy Brain) ปลอดภัย (Happy money) ครอบครัวดี (Happy Family) และสังคมดี (Happy Society)



ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการพัฒนาบริการ ปี 2568 (ต.ค.67-มี.ค.68)

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปี 2568	ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัด	
		2567	2568 (ต.ค.67-มี.ค.68)
1. ร้อยละความสุขของบุคลากรที่มีต่อองค์กร	70%	69.20%	N/A เก็บข้อมูลปีละ 1 ครั้ง (เดือน ก.ค.68)
2. ร้อยละความผูกพันของบุคลากรที่มีต่อองค์กร	70 %	71.49%	N/A เก็บข้อมูลปีละ 1 ครั้ง (เดือน ก.ค.68)
3. ร้อยละของบุคลากรที่มีผลการติดตามด้านสุขภาพดีขึ้นหรือเท่าเดิม	90 %	92.34%	93.30%
4. อัตราการคงอยู่ของบุคลากร (Retention rate)	85 %	96%	98.87%

ผลการดำเนินงาน

- โครงการ Low Carb Smart Life TSM 2025
- Happy Land แดนสร้างสุข ครั้งที่ 1/2568 กิจกรรมดูภาพยนตร์
- จัดตั้ง Money Safety Clinic คลินิกสุขภาพทางการเงิน

ปัญหา/อุปสรรค

- บุคลากรยังขาดการมีส่วนร่วมในกิจกรรมเนื่องจากเวลาในการจัดกิจกรรมที่จำกัด
- เป็นข้อมูลส่วนบุคคลที่ละเอียดอ่อนที่บุคลากรยังไม่พร้อมเปิดเผยข้อมูล

แนวทางแก้ไข/แผนพัฒนาต่อเนื่อง

- เพิ่มช่องทางการเข้าถึงกิจกรรมที่หลากหลายมากขึ้น
- ส่งเสริมให้บุคลากรเกิดความตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพ
- ทำสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรเกิดความรู้ความเข้าใจที่มากขึ้น