

วิสัยทัศน์

เป็นองค์กรที่มีระบบบริการดี มีคุณภาพ เอื้อวิถีชุมชน ภายใต้ระบบบริหารจัดการที่เหมาะสม
ชุมชนจัดการระบบสุขภาพได้อย่างยั่งยืน ภายในปี 2564

Core competency : การบริการทุติยภูมิระดับต้น และการทำงานเชิงรุกกับชุมชน

4G พันธกิจ	Good Health care system จัดระบบบริการสุขภาพให้มี คุณภาพตามมาตรฐาน สอดคล้องกับวิถีชุมชน	Good Human Resource Development พัฒนาบุคลากรให้มีคุณภาพ ตามค่านิยมของ องค์กรอย่างยั่งยืนและเป็นที่ยอมรับของประชาชน ในด้านพฤติกรรมบริการและการดูแลสุขภาพที่ดี		Good Management พัฒนาระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ เน้นการ จัดการข้อมูลสารสนเทศด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัยและ เหมาะสม ภายใต้การบริหารจัดการการเงินการคลัง ที่มีประสิทธิภาพ		Good Community Involvement สนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วม ในการจัดการสุขภาพ					
	ด้านผู้รับบริการ ผู้รับบริการได้รับบริการ ที่มีคุณภาพตามมาตรฐานปลอดภัย	ด้านผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการมีพฤติกรรมบริการที่ดี ทำงานอย่างมี ความสุข มีความรักความผูกพันต่อองค์กร และเป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลสุขภาพ		ด้านองค์กร เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้จนเกิดเป็น วัฒนธรรมอย่างต่อเนื่อง ภายใต้การ บริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ		ด้านชุมชน เครือข่ายสุขภาพเข้มแข็ง และชุมชนสามารถจัดการ ระบบสุขภาพได้อย่างยั่งยืน					
4 เป้า ประสงค์	1. อัตราการตายรวมของผู้ป่วย ในโรงพยาบาล ≤ 0.8% 2. อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล ≤1 : 1,000 วันนอน 3. อัตราการกลับมาได้รับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลโดยไม่ได้ รับการวางแผนภายใน 28 วัน ≤ 1.0% 4. จำนวนครั้งในการเกิดอุบัติเหตุซ้ำเื่องเดิมที่มีการวาง มาตรการป้องกันแล้ว ด้าน Clinic (G, H, I) ด้าน Non-Clinic (ระดับ 4) 0 ครั้ง 5. อัตราผู้ป่วย HT ที่มีภาวะ Hypertensive crisis (180/110) ≤ 1% 6. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วย HT ≤2.5% 7. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังในผู้ป่วย DM (ทางตา≤ 5% ไต≤ 5% และ เท้า ≤ 2.5% 8. จำนวนการเกิดภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉินในผู้ป่วย DM Hypoglycemia & Hyperglycemia ≤ 25 ราย และ DKA ≤ 0 ราย 9. อัตราการเกิดภาวะหายใจล้มเหลวในผู้ป่วย COPD ≤ 2.5% 10. อัตราการเกิดภาวะหายใจล้มเหลวในผู้ป่วย Asthma 0%		16. รายงานอุบัติการณ์ด้านพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่ ≤ 10 เรื่อง 17. ดัชนีความสุขของเจ้าหน้าที่ (แบบวัดดัชนีความสุขของ กรมสุขภาพจิต 15 ข้อ) ระดับ 44-50 คะแนนเท่ากับคน ทั่วไป ≥ 83% 18. ความพึงพอใจของบุคลากร ≥ 75% 19. ความผูกพันต่อองค์กรระดับคะแนน ≥3.5 คะแนน ≥ 75% 20. ร้อยละของบุคลากรที่มีน้ำหนักเกิน (BMI ≥ 25) ≤ 20% 11. จำนวนผู้ป่วย Head injury เสียชีวิตขณะส่งต่อ 0 ราย 12. จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคกล้ามเนื้อ หัวใจตาย เฉียบพลัน 0 ราย 13. อัตราผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและได้รับยาภายใน 10 นาที (Door to Drug) ≥ 82% 14. อัตราป่วยตายของผู้ป่วยไข้เลือดออก 0 ราย 15. จำนวนผู้ป่วยตายจากภาวะ Sepsis 0 ราย		21. หน่วยงานมีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ CQI อย่างน้อย 1 เรื่อง/ปี ≥ 80% 22. สัดส่วนชั่วโมงการฝึกอบรมต่อคนต่อปี ของบุคลากร สาย Allied health และ สายสนับสนุน ≥ 30 ชั่วโมง 23. อัตราบุคลากรผ่านการประเมิน Technical competency ≥ 85% 24. อัตราการทบทวนข้อร้องเรียนต่อ โรงพยาบาลได้รับการตอบสนองภายใน 15 วัน 100% 25. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ต่อ หน่วยงานผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ≥ 85% 26. อัตราส่วนทุนหมุนเวียน Current ratio ≥ 1.5 27. อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว Quick ratio ≥ 1.0		28. รพ.สต.ผ่านเกณฑ์การประเมิน คุณภาพ รพ.สต. ดิดดาว 29. อัตราการเกิดผู้ป่วย HT รายใหม่ ≤ 2.5% 30. อัตราการเกิดผู้ป่วย DM รายใหม่ ≤ 2.4%				
30 KPI ระดับ รพ.											
5 จุดเน้น	1.พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย HT/DM 2. Patient Safety goal (LASA/Hand hygiene/Patient identification/ Proper diagnosis/Sepsis /ACS)			3.พฤติกรรมบริการของบุคลากร 4.ความสุขของเจ้าหน้าที่ในการทำงาน		5.เพิ่มรายได้และลดรายจ่าย					
7 ความ ท้าทาย	1.ปัญหาสุขภาพของพื้นที่ลดลง (โรคเรื้อรัง : HT DM COPD Asthma โรคฉุกเฉินและ รุนแรง : HI ACS โรคติดต่อ : DHF โรคอื่น ๆ : Sepsis โรคที่เป็นโอกาสพัฒนา :Smart kid)		2. ประชาชน สามารถดูแลสุขภาพ ตนเองได้	3. บุคลากรได้รับการยอมรับ ด้านพฤติกรรมบริการที่ดี และ สามารถเป็นแบบอย่างด้านการ ดูแลสุขภาพให้กับประชาชน 4.เป็นองค์กรที่มีวัฒนธรรมการ เรียนรู้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน	5.เป็นองค์กรที่มีการ จัดการสิ่งแวดล้อมที่ ได้มาตรฐาน	6. เป็นองค์กรที่มีการจัดการ ข้อมูลด้วยเทคโนโลยี สารสนเทศที่ เหมาะสม น่าเชื่อถือ ลดภาระการ จัดเก็บข้อมูลที่ซ้ำซ้อน เป็น ประโยชน์ต่อการนำไปใช้ วิเคราะห์เพื่อพัฒนาระบบ บริการได้อย่างรวดเร็ว	7. เป็นองค์กรที่มี การบริหารจัดการ ด้านทรัพยากรที่มี ประสิทธิภาพ				
	ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบบริการ สุขภาพในโรงพยาบาล เชื่อมลงสู่เครือข่ายปฐมภูมิ อย่างมีคุณภาพ สอดคล้อง กับวิถีชุมชน (PCT)	ยุทธศาสตร์ที่ 2 สร้างวัฒนธรรมความ ปลอดภัยในการดูแล ผู้ป่วยอย่างยั่งยืน (MMS/IC/RM/PCT)	ยุทธศาสตร์ที่ 3 สนับสนุนการมีส่วน ร่วมของชุมชนใน การจัดระบบสุขภาพ ให้สามารถดูแล ตนเองได้ (HPT)	ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาบุคลากรให้มี คุณภาพ ส่งองค์กรแห่ง การเรียนรู้ และสามารถ เป็นแบบอย่างที่ดี ด้านการดูแลสุขภาพ อย่างยั่งยืน (HRD)	ยุทธศาสตร์ที่ 5 พัฒนาสิ่งแวดล้อม ในโรงพยาบาล ให้ปลอดภัยและเอื้อ ต่อการส่งเสริม สุขภาพ (ENV)	ยุทธศาสตร์ที่ 6 พัฒนาระบบ เทคโนโลยีสารสนเทศ ที่เอื้อต่อระบบบริการ ให้มีคุณภาพ (IM)	ยุทธศาสตร์ที่ 7 เพิ่มรายได้และ ลดรายจ่าย (CFO/ ทีมจัดเก็บรายได้)				
7 ยุทธ ศาสตร์	ย1ก1 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย โรคเรื้อรังอย่างมีคุณภาพ (กลุ่มโรค เรื้อรัง : HT/ DM/COPD /Asthma) (6 ตัวชี้วัด) 1.อัตราผู้ป่วย HT ที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูง ในเกณฑ์ปกติ (≤ 140/90 mmHg) ≥ 50% 2.อัตราผู้ป่วย HT ที่มีภาวะ hypertensive crisis (180/110) ≤ 1% 3.อัตราผู้ป่วย DM ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลอยู่ใน เกณฑ์ปกติ (HbA1C ≤ 7) ≥ 40% 4.อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังในผู้ป่วยDM (ทางตา≤ 5% ไต≤ 5% และ เท้า ≤ 2.5% 5.อัตราการเกิดภาวะหายใจล้มเหลวในผู้ป่วย COPD ≤ 2.5% 6.อัตราการเกิดภาวะหายใจล้มเหลวในผู้ป่วย Asthma 0% ย1ก2 พัฒนาระบบเครือข่ายการ ดูแลผู้ป่วย (โรคฉุกเฉินและรุนแรง: ACS/HI) อย่างมีคุณภาพ (2 ตัวชี้วัด) 7.จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เฉียบพลัน 0 ราย (PSG) 8.จำนวนผู้ป่วย HI เสียชีวิตขณะส่งต่อ 0 ราย ย1ก3 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย sepsis อย่างมีประสิทธิภาพ (1 ตัวชี้วัด) 9.จำนวนผู้ป่วยตายจากภาวะ sepsis 0 ราย (PSG)		ย2ก1 ส่งเสริมการจัดการ ความเสี่ยงตาม patient safety goal เพื่อความปลอดภัยของ ผู้ป่วยเป็นสำคัญ(7 ตัวชี้วัด) -Look-alike sound-alike medication names (LASA) 12.อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนของการจ่ายยา หรือบริหารยาที่มีสาเหตุเข้าข่าย LASA และมี ผลกระทบต่อผู้ป่วยระดับ E-I 0 ราย (PSG) -Hand hygiene 13.ร้อยละของการล้างมือก่อนทำหัตถการ ≥ 80%(PSG) -Patient identification 14.จำนวนอุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด ระดับ E ขึ้นไป 0 ราย (PSG) -Proper diagnosis 15.อัตราการวินิจฉัย Appendicitis และ MI ถูกต้อง ≥ 80% (PSG) -Sepsis 16.อัตราผู้ป่วยได้รับ Anti-biotic ภายใน 1 ชั่วโมง หลังวินิจฉัย 100% (PSG) -ACS 17.อัตราผู้ป่วยได้รับการตรวจ EKG ภายใน 5 นาที (Door to EKG) ≥ 80% (PSG) 18.อัตราผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและได้รับยาภายใน 15 นาที (Door to Drug) ≥ 82% (PSG)		ย3ก1 ขับเคลื่อนการ จัดระบบสุขภาพในชุมชน โดย ใช้ District Health Board (DHB) (1 ตัวชี้วัด) 19.มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอที่มีคุณภาพ		ย4ก1 พัฒนาพฤติกรรมบริการ ของบุคลากร (1 ตัวชี้วัด) 20.รายงานอุบัติการณ์ด้านพฤติกรรมบริการของ เจ้าหน้าที่ ≤ 10 เรื่อง ย4ก2 สนับสนุนให้บุคลากรเป็น แบบอย่างที่ดีด้านการดูแลสุขภาพ (1 ตัวชี้วัด) 21.ร้อยละของบุคลากรมีน้ำหนักเกิน (BMI ≥ 25) ≤ 20% ย4ก3 ปลุกฝังค่านิยมขององค์กร (Core value) ให้เกิดเป็น วัฒนธรรมการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง (1 ตัวชี้วัด) 22.ร้อยละของเจ้าหน้าที่รับรู้และเข้าใจ ค่านิยมของ องค์กร ≥ 80% ย4ก4 สร้างบรรยากาศการ ทำงานให้เกิดการเรียนรู้อย่าง ต่อเนื่องและทำงานอย่างมีความสุข (2 ตัวชี้วัด) 23.ร้อยละของหน่วยงานมีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ CQI/R2R/ นวัตกรรม/เรื่องเล่า/HSF อย่างน้อย 1 เรื่อง/ปี ≥ 80% 24.ดัชนีความสุขของเจ้าหน้าที่(แบบวัดดัชนีความสุข ของกรมสุขภาพจิตระดับ 44-50 คะแนน) ≥ 83%		ย5ก1 พัฒนาระบบ บริหารจัดการความเสี่ยงด้าน สิ่งแวดล้อมและความ ปลอดภัยในโรงพยาบาล (2 ตัวชี้วัด) 25.จำนวนอุบัติการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและ ความปลอดภัยในโรงพยาบาล (ระดับ 3 – 4) 0 ครั้ง 26.ร้อยละความพึงพอใจในด้านสิ่งแวดล้อม และความปลอดภัยในโรงพยาบาล ≥ 85%	ย6ก1 พัฒนาระบบศูนย์ ข้อมูลสารสนเทศขององค์กรให้ มีประสิทธิภาพ (1 ตัวชี้วัด) 27.คุณภาพข้อมูล 43 เพิ่ม ≥ 95.5%	ย7ก1 เพิ่มประสิทธิภาพ การจัดเก็บรายได้ของ โรงพยาบาล(1 ตัวชี้วัด) 28.อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกข้อมูล เวชระเบียน OPD และ IPD ≥ 80% ย7ก2 สนับสนุนการใช้ ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า(1ตัวชี้วัด) 29.รายจ่ายด้านสาธารณสุข/โรค ลดลง 10%
	ย1ก4 สร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการเฝ้า ระวัง สอบสวนและควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ (DHF) (1 ตัวชี้วัด) 10.อัตราป่วยตายของผู้ป่วยไข้เลือดออก 0 ราย		ย1ก5 พัฒนาระบบการส่งเสริม/ดูแลสุขภาพเด็ก 0-5ปี (Smart kid) (1 ตัวชี้วัด) 11.เด็กอายุ 0-5 ปี ผ่าน SMART HEALTH ครบทั้ง 4 ด้าน คือ วิถีชน พัฒนาการ สูงดีสมส่วน และฟันไม่ผุ ≥ 60%								