

แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลด่านมะขามเตี้ยระยะ 5 ปี(พ.ศ.2566-2570)

วิสัยทัศน์

โรงพยาบาลชุมชนที่ได้มาตรฐานสากลประชาชนสุขภาพดีภายใต้เทคโนโลยีที่ทันสมัยและเป็นองค์กรแห่งความสุข

พันธกิจ

1. บริการด้านสุขภาพครอบคลุมส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู ได้มาตรฐาน พึงพอใจ
2. ส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการมีสุขภาพดีร่วมกับภาคีเครือข่าย
3. การบริหารทรัพยากรบุคคลที่มีประสิทธิภาพ
4. การบริหารจัดการองค์กรอย่างเป็นระบบ

เข็มมุ่ง

1. องค์กรแห่งความสุขและโมเดลการพัฒนาบุคลากรระดับผู้นำ
2. นวัตกรรมสุขภาพในยุคดิจิทัลต้นแบบส่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยา
3. ต้นแบบการส่งเสริมสุขภาพและประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ค่านิยมร่วม DMKT

- D : Development คือ การพัฒนาภายใต้คุณธรรม/จริยธรรม
M : Mankind คือ ใส่ใจผู้ให้และผู้รับบริการ
K : Knowledge คือ เรียนรู้พัฒนางานบนพื้นฐานวิชาการ
T : Teamwork คือ ทำงานร่วมกันเป็นทีม

ยุทธศาสตร์

1. บริการดี มีมาตรฐาน เชื่อถือและไว้วางใจได้
2. ประชาชนสุขภาพดี เครือข่ายเข้มแข็ง
3. องค์กรแห่งการเรียนรู้
4. องค์กรสมรรถนะสูง

เป้าประสงค์ยุทธศาสตร์

1. การพัฒนาระบบการดูแลรักษาพยาบาลให้มีมาตรฐาน
2. ต้นแบบการสร้างเสริมสุขภาพประชาชนมีคุณภาพชีวิตดี
3. การเพิ่มประสิทธิภาพการบริการ
4. ส่งแวดล้อมที่เอื้อต่อเยียวยา
5. การส่งเสริมการพัฒนานวัตกรรมสุขภาพ
6. การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพเป็นองค์กรแห่งความสุข

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ บริการดี มีมาตรฐาน (Service excellence)

เป้าประสงค์ :

1. เพิ่มความพึงพอใจ ลดข้อร้องเรียนเพิ่มประสิทธิภาพการบริการ
2. เพิ่มประสิทธิภาพประสิทธิผลการรักษาผ่านเกณฑ์รับรองมาตรฐาน

3. การจัดการภาวะฉุกเฉินเหมาะสม

กลยุทธ์ :

1. เพิ่มขีดความสามารถการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาในยุคดิจิทัล
2. สร้างระบบการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม
3. พัฒนาระบบบริการยุคดิจิทัลครอบคลุมผู้รับบริการทุกกลุ่มวัย
4. สร้างกลไกการบริหารคุณภาพ ความเสี่ยง ความปลอดภัย
5. พัฒนาสู่องค์กรที่น่าไว้วางใจ

แผนงาน/โครงการ :

แผนงานที่ 1 การพัฒนาระบบการรักษาพยาบาลตามกลุ่มโรคสำคัญ ได้แก่

กลุ่มโรคฉุกเฉิน MI, Stroke

กลุ่มโรคเรื้อรัง DM, HT ,COPD

กลุ่มโรคติดเชื้อ Sepsis ,Covid 19

กลุ่มโรคแม่และเด็ก

แผนงานที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์:

1. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ DMร้อยละ๔๐,HTร้อยละ๕๐
2. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ร้อยละ ๙๐
3. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง<ร้อยละ ๗
4. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<๕ ml/min/๑.๗๓ m^๒/yr
5. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด
6. อัตราตายรวมผู้ป่วยในโรงพยาบาล
7. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ
8. อัตราเกิด respiratory failure
9. อัตราการ re-admitใน 28วัน
10. อัตราตายทารกแรกเกิด
11. การลดระยะเวลาการรอคอย ลดแออัด แผนกผู้ป่วยนอก
12. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ แผนกผู้ป่วยนอก/ ผู้ป่วยใน
13. ห้องตรวจทางปฏิบัติการ /งานเอกซเรย์ ผ่านเกณฑ์การประเมิน

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ประชาชนสุขภาพดี เครือข่ายเข้มแข็ง
(PromotionPrevention&ProtectionExcellence)

เป้าประสงค์ :

1. ลดการเกิดโรคควบคุมการเกิดโรคความต่อเนื่อง
2. การสร้างเสริม ป้องกันโรค ควบคุม และฟื้นฟูสภาพ
2. สร้างความเข้มแข็งร่วมกันกับเครือข่าย

กลยุทธ์ :

1. ส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่สู่การเป็นต้นแบบด้านสุขภาพ
2. พัฒนาเครือข่ายการจัดการด้านสุขภาพ

แผนงาน/โครงการ :

- แผนงานที่ 3 การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
แผนงานที่ 4 การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ :

1. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคนไม่เกิน ๑๖ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน
2. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ไม่เกิน ร้อยละ 10
3. ระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์
4. อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกน้อยกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง ร้อยละ 10ไม่เกิน 51.83 ต่อแสนประชากร
5. อัตราผู้ติดเชื้อโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ องค์กรแห่งการเรียนรู้(People Excellence)

เป้าประสงค์ :

1. บุคลากรมีความสุข
2. ระบบการสื่อสารสะดวก ง่าย เร็ว
3. เพิ่มศักยภาพ ลดขั้นตอน ลดการสูญเสีย
4. ภาพลักษณ์องค์กร ความน่าเชื่อถือ

กลยุทธ์ :

1. เร่งรัดพัฒนาความสามารถด้านสารสนเทศสู่องค์กรแห่งการ
2. สร้างความผูกพันภายในองค์กร

แผนงาน/โครงการ :

แผนงานที่5: การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์:

1. อัตราความพึงพอใจและความผูกพันของบุคลากร
2. ร้อยละของบุคลากรได้รับการพัฒนาตามเป้าหมายการพัฒนากำลังคน
3. โรงพยาบาลเป็นองค์กรแห่งความสุข ที่มีคุณภาพมาตรฐาน

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ องค์กรสมรรถนะสูง(Governance excellence)

เป้าประสงค์ :

1. รายได้เพิ่ม ใช้ทรัพยากรคุ้มค่า
2. มีระบบเทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพ
3. ลดการส่งต่อ ลดเหตุไม่พึงประสงค์ลดความแออัด เข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น
4. การส่งเสริมการพัฒนานวัตกรรมสุขภาพ

กลยุทธ์ :

1. พัฒนาสู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูง (HPO)
2. เพิ่มประสิทธิภาพด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ
3. สร้างระบบความปลอดภัยในยุคเทคโนโลยี
4. ระบบบริหารจัดการความต่อเนื่องและระบบ Supply chain
5. บริหารจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยาและเป็นมิตร

แผนงาน/โครงการ :

- แผนงานที่ 6 การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
- แผนงานที่ 7 การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
- แผนงานที่ 8 การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ
- แผนงานที่ 9 การพัฒนางานเทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพ
- แผนงานที่ 10 การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์:

1. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA
2. โรงพยาบาลมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓
3. ระดับภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินระดับ 4
4. โรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospitalผ่านเกณฑ์ระดับ

ดีมาก

5. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล

กลยุทธ์ระดับองค์กร ระดับแผนงาน : G 1 : การเพิ่มประสิทธิภาพการรักษา

กลยุทธ์ระดับองค์กร	กลยุทธ์ระดับแผนงาน	วัตถุประสงค์เชิงจุดมุ่งหมาย	ตัวชี้วัด	โครงการ
Roadmap 1 เพิ่มขีดความสามารถพัฒนา คุณภาพการดูแลรักษาในยุค ดิจิทัล	KR 1.1: การพัฒนาระบบการ รักษาพยาบาลตามกลุ่มโรคสำคัญ ได้แก่ กลุ่มโรคเรื้อรัง DM, HT , COPD	เพื่อเพื่อพัฒนาระบบบริการในการดูแลผู้ป่วย KR 1.1.1 : เพื่อให้เกิดแนวทางปฏิบัติในการ ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง KR 1.1.2 : ส่งเสริมความรู้ความเข้าใจผู้ป่วย และญาติ KR 1.1.3 : เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย เบาหวาน(ตา,ตีน,ไต,Stroke,Stemi)	KRA1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและ ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม	KR 1.1.1.1 โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ ติดต่อเรื้อรัง
		KR 1.1.3 : เพื่อความครอบคลุมการตรวจคัด กรองกลุ่มเสี่ยงโรคไตวายเรื้อรัง	KRA2. ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงได้รับ การคัดกรองโรคไตวายเรื้อรัง	KR 1.1.1.2 : โครงการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
		KR 1.1.4 : เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย เบาหวานและความดันโลหิตสูงให้มีความ เชื่อมโยงครอบคลุม	KRA3. ผู้เข้าร่วมประชุมมีความรู้ความเข้าใจ วิธีการจัดการรายกรณีผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิต สูงเพิ่มขึ้นร้อยละ	KR 1.1.1.3 : โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรการจัดการ รายกรณีผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในงาน NCD clinic plus
		KR 1.1.5 : เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง สูงจากการคัดกรอง KR 1.1.6 : เพื่อลดอัตราผู้ป่วยเบาหวาน/ความ ดันรายใหม่	KRA4. NCD คุณภาพผ่านการประเมินระดับดีขึ้นไป KRA5. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง KRA6. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง	KR 1.1.1.4 : โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูง
	KR 1.2: การพัฒนาระบบการ รักษาพยาบาลตามกลุ่มโรคสำคัญ ได้แก่ กลุ่มโรคฉุกเฉิน MI, Stroke	KR 1.2.1 : เพื่อลดอัตราตายของการบาดเจ็บที่ ศีรษะและการบาดเจ็บหลายระบบ	KRA6. อุบัติเหตุ (HI+Multiple trauma)	KR 1.1.1.5 : โครงการพัฒนาคุณภาพการบริการกลุ่มโรค สำคัญ Trauma และ Non Trauma
		KR 1.2.2 : เพื่อลดอัตราผู้ป่วยตายของโรคหลอดเลือด สมองและหลอดเลือดหัวใจ	KRA7. STEMI+Stroke	KR 1.1.1.1 :
	KR 1.3: การพัฒนาระบบการ รักษาพยาบาลตามกลุ่มโรคสำคัญ ได้แก่ กลุ่มโรคติดเชื้อ Sepsis , Covid 19	KR1.3.1 : ลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะ septic shock KR 1.3.2 : ลดอัตราการเกิดภาวะ sepsis shock /ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย KR1.3.3 :ลดอัตราการ readmit		KR 1.1.1.6 : โครงการรื้อรื้อลดปอดภัย
	KR 1.4: การพัฒนาระบบการ รักษาพยาบาลตามกลุ่มโรคสำคัญ ได้แก่ กลุ่มโรคแม่และเด็ก	KR 1.4.1 : เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เข้าถึงบริการ ฝากครรภ์ได้สะดวกและรวดเร็ว KR 1.4.2 : ลดอัตราตายและการเกิด ภาวะแทรกซ้อนในทารก KR 1.4.3 : ลดอัตราการตั้งครรภ์และตั้งครรภ์ ซ้ำในสตรีอายุต่ำกว่า 20 ปี KR 1.4.4 : เพื่อลดการตั้งครรภ์ KR 1.4.5 : หญิงตั้งครรภ์มีความรู้และทักษะ ชีวิตที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ	KRA7. อัตราตายทารกแรกเกิด	KR 1.1.1.7 : โครงการลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย รู้ทันก่อน preterm

กลยุทธ์ระดับองค์กร	กลยุทธ์ระดับแผนงาน	วัตถุประสงค์เชิงจุดมุ่งหมาย	ตัวชี้วัด	โครงการ
Roadmap 4 สร้างกลไกการบริหารคุณภาพ ความเสี่ยง และความปลอดภัย	KR 4.1: ผู้รับบริการบุคลากร สังคม (3P)ปลอดภัย	KR 4.1.1 : เพื่อมีการบริหารจัดการความเสี่ยง อย่างมีประสิทธิภาพ KR 4.1.2 : เพื่อให้องค์กรมีพื้นที่ที่มีความ ปลอดภัย	KRA1. ลดการเกิดความเสี่ยงด้านคลินิกระดับ E , ด้าน ทั่วไประดับ 4 ขึ้นไป น้อยกว่า 3 %	KR 4.1.1.1 : โครงการพัฒนาประสิทธิภาพระบบบริหารการ จัดการความเสี่ยงด้านผู้ป่วย
			KRA2. ทุกหน่วยงานมีการรายงานความเสี่ยงประจำเดือน 100%	KR 4.1.1.2 โครงการพัฒนาความปลอดภัยของบุคลากร จากการทำงาน
			KRA3. มีการจัดทำ RCA 100%	KR 4.1.2.1 : โครงการดูแลกลุ่มเปราะบางในชุมชน
			KRA4.ทุกหน่วยงานมี Risk register	

กลยุทธ์ระดับองค์กร ระดับแผนงาน : G 2 : ประชาชนสุขภาพดี เครือข่ายเข้มแข็ง (PromotionPrevention&ProtectionExcellence)

กลยุทธ์ระดับองค์กร	กลยุทธ์ระดับแผนงาน	วัตถุประสงค์เชิงจุดหมาย	ตัวชี้วัด	โครงการ
Roadmap 1 การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย	KR 1.1: พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย(เด็กปฐมวัย ๐-๕ ปี)	KR 1.1.1 : สร้างความเข้มแข็งเครือข่ายผู้ปกครองเด็กปฐมวัยในการดูแลบุตรหลาน KR 1.1.2 : ส่งเสริมเด็กปฐมวัยมีการเจริญเติบโตสมวัย KR 1.1.3 : ส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย KR 1.1.4 : ส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการส่งเสริมพัฒนาการโดยผู้เลี้ยงดู สามารถเปลี่ยนเป็นพัฒนาการสมวัย KR 1.1.5 : ส่งเสริมให้เด็กอายุ ๓ ปี แปรงฟันที่ถูกต้องและได้รับการเคลือบฟลูออไรด์	KRA8. ร้อยละ ๖๖ ของเด็ก ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน KRA8. ร้อยละ ๗๕ ของเด็ก ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย KRA8. ร้อยละ ๗๕ ของเด็ก ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I KRA8. ร้อยละ ๗๕ เด็กอายุ ๓ ปี ปราศจากฟันผุ KRA8. ร้อยละ ๙๕ เด็กได้รับวัคซีนตามเกณฑ์อายุ	KR 1.1.1.1 : แผนปฏิบัติงาน พัฒนาเครือข่ายผู้ปกครองเด็กปฐมวัยใส่ใจลูกหลานสร้างปฐมวัยให้สูงดีสมส่วนพัฒนาการสมวัยฟันไม่ผุ
	KR.1.2: พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัยเรียน(เด็กวัยเรียน 6-14 ปี)	KR 1.1.1: สร้างความเข้มแข็งเครือข่ายผู้ปกครองเด็กปฐมวัยในการดูแลบุตรหลาน KR 1.2.2 : ส่งเสริมเด็กปฐมวัยมีการเจริญเติบโตสมวัย KR 1.2.3 : ส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย	KRA9. ร้อยละ ๕๗ ของเด็ก ๖-๑๔ ปี สูงดีสมส่วน KRA9. ร้อยละ ๗๒ เด็กอายุ ๑๒ ปี ปราศจากฟันผุ KRA9. ร้อยละ ๙๕ เด็กได้รับวัคซีนตามเกณฑ์อายุ KRA9. ร้อยละ ๖๐ เด็กได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี	KR 1.2.2.1 : แผนงานโรงเรียนสุขบัญญัติ
	KR.1.3: พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทย	KR 1.3.1: เพื่อสร้างความเข้มแข็งในการช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกรุนแรงในครอบครัว ชุมชน KR 1.3.2: ลดการตั้งครมภ์ในวัยรุ่น KR 1.3.3: ลดการตั้งครมภ์ซ้ำ KR 1.3.4: วัยรุ่นวัยทำงาน	KRA11. มีเครือข่ายช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกรุนแรงในชุมชน KRA11. ร้อยละ ๑๒ ไม่ตั้งครมภ์ซ้ำ KRA11. ร้อยละ ๑๕ ไม่ตั้งครมภ์ก่อนวัยอันควร	KR 1.3.3.1 : พัฒนาเครือข่ายช่วยเหลือผู้ถูกรุนแรงในครอบครัว
	KR.1.4: พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัยรุ่น (อายุ ๑๕-๕๙ ปี)	KR.1.4.1: เพื่อค้นหาโรคที่เกิดจากพฤติกรรมภัยเงียบ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็งเต้านม ลำไส้ KR.1.4.1: ลดการเกิดโรคภัยเงียบรายใหม่ KR.1.4.2: ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่	KRA11. ร้อยละ ๙๕ ของประชาชน ได้รับการคัดกรอง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง KRA11. ร้อยละ ๒๐ ของสตรีไทยอายุ ๓๐ -๖๐ ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ๓.ร้อยละ ๑๐ ของประชาชนอายุ ๕๐ -๗๐ ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้	KR.1.4.1: แผนการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

กลยุทธ์ระดับองค์กร	กลยุทธ์ระดับแผนงาน	วัตถุประสงค์เชิงจุดมุ่งหมาย	ตัวชี้วัด	โครงการ
		<p>ถูกต้อง</p> <p>KR.1.4.3: สร้างความรู้แก่ประชาชนให้รู้เท่าทันของโรคที่เกิดจากภัยเงียบ</p>		
	<p>KR.1.5: พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยกลุ่มอายุ ๖๐ ปี ขึ้นไป</p>	<p>KR.1.5.1: เพื่อค้นหาโรคที่เกิดจากพฤติกรรมภัยเงียบ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็งเต้านม ลำไส้</p> <p>KR.1.5.2: ลดการเกิดโรคร้ายแรงรายใหม่</p> <p>KR.1.5.3: เพื่อคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ ๙ ล้าน</p> <p>KR.1.5.4: สร้างความรู้แก่ประชาชนให้รู้เท่าทันของโรคที่เกิดจากภัยเงียบ</p>	<p>KRA11. ร้อยละ ๙๕ ของผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง</p> <p>KRA11. ร้อยละ ๒๐ ของสตรีไทยอายุ ๕๐ -๗๐ ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านม</p> <p>KRA11. ร้อยละ ๑๐ ของประชาชนอายุ ๕๐ -๗๐ ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้</p> <p>KRA11. ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงที่มี ADL<11 ได้รับการดูแล LTC</p>	<p>KR.1.5.1: การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ</p>

แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลด่านมะขามเตี้ย 5 ปี (2566-2570)

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 : บริการดี มีมาตรฐาน (Service excellence)

เป้าประสงค์ : G การพัฒนาระบบการดูแลรักษาพยาบาลให้มีมาตรฐาน

Roadmap 4 : สร้างกลไกการบริหารคุณภาพ ความเสี่ยง ความปลอดภัย

Strategy & Strategic Challenges	Short term objectives	Long term goals	Key tactics & Action plans	Changes	HR & Education Plans	Key Performance Measures	Present Perf 2565	Project Performances				
								2566	2567	2568	2569	2570
สร้างกลไกการบริหารคุณภาพ	ระบบงานสำคัญมีแผนการพัฒนาคุณภาพ	ผ่านการรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง	- ศูนย์คุณภาพ ร่วมกับทีม นำ ทีมสำคัญ ทำ แผนพัฒนาคุณภาพ - กำหนดตัวชี้วัดคุณภาพ การดำเนินงาน ตามแผน ยุทธศาสตร์ แผนพัฒนาคุณภาพ ที่สามารถติดตาม ประเมินผลได้ - ติดตามตัวชี้วัดตาม ระยะเวลาที่กำหนด จาก เลขาทีม หัวหน้างาน และ ผู้รับผิดชอบ PM รายโรค - กระตุ้น ประเมินการ ดำเนินงานระดับหน่วยงาน จาก service profile - ติดตามประเมินจาก เลขาทีม ผ่านแบบประเมิน ตนเอง SAR2022 - ติดตามการทบทวนของ ทีม PCT RM ร่วมกับสห สาขาวิชาชีพ	-ระบบการ ติดตาม ความก้าวหน้า ตามแผน - การติดตามความสำเร็จ ตามตัวชี้วัด	-อบรมการ เขียนแผน ยุทธศาสตร์ แผนพัฒนา คุณภาพ -ฟื้นฟูความรู้ เรื่องงานพัฒนา คุณภาพ ตาม มาตรฐานฉบับ ใหม่	- ทุกหน่วยงานมีการ ปรับปรุงข้อมูล Service profile - อัตราตัวชี้วัดบรรลุตาม เป้าหมาย มากกว่าร้อยละ 60 - จำนวนแผนงานโครงการที่ ปฏิบัติได้ตามแผน มากกว่า ร้อยละ 80	- อัตรา ตัวชี้วัด บรรลุ ตาม เป้าหมาย 73.68	- มีแผนการ พัฒนา คุณภาพตาม ข้อเสนอแนะ - อัตรา ตัวชี้วัดบรรลุ ตาม เป้าหมาย มากกว่าร้อยละ 75	ติดตาม ความก้าวหน้า งานคุณภาพ ประจำปี - อัตราตัวชี้วัด บรรลุตาม เป้าหมาย มากกว่าร้อยละ 80	Re accredit HA รอบ 3 - อัตรา ตัวชี้วัด บรรลุตาม เป้าหมาย มากกว่าร้อยละ 85	มีแผนการ พัฒนา คุณภาพตาม ข้อเสนอแนะ - อัตรา ตัวชี้วัดบรรลุ ตาม เป้าหมาย มากกว่าร้อยละ 85	ติดตาม ความก้าวหน้า งานคุณภาพ ประจำปี - อัตราตัวชี้วัด บรรลุตาม เป้าหมาย มากกว่าร้อยละ 90

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 : องค์กรแห่งการเรียนรู้ (People Excellence)

เป้าประสงค์ : G การเพิ่มประสิทธิภาพการบริการ

Roadmap 1: เร่งรัดพัฒนาความสามารถด้านสารสนเทศสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้

Strategy & Strategic Challenges	Short term objectives	Long term goals	Key tactics & Action plans	Changes	HR & Education Plans	Key Performance Measures	Present Perf 2565	Project Performances				
								2566	2567	2568	2569	2570
พัฒนาความสามารถบุคลากรด้านสารสนเทศ	บุคลากรมีความสามารถในการใช้ระบบปฏิบัติการทางคอมพิวเตอร์พื้นฐาน ในงานที่ทำ	บุคลากรมีความสามารถในการนำระบบสารสนเทศมาใช้ให้เกิดประโยชน์	<ul style="list-style-type: none"> - IT จัดอบรมการใช้ระบบปฏิบัติการทางคอมพิวเตอร์พื้นฐานให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ - จัดทำคู่มือแนวปฏิบัติด้านเทคโนโลยีสารสนเทศประจำหน่วยงาน - พัฒนาระบบสารสนเทศให้สามารถเอื้อประโยชน์ต่อการใช้งานของแต่ละหน่วยงาน - แนวทางปฏิบัติเพื่อรักษาความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูลสารสนเทศ - พัฒนาสมรรถนะในด้านเทคโนโลยีสารสนเทศให้สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน พัฒนางานได้อย่างเป็น Smart hospital 	<ul style="list-style-type: none"> - เพิ่มสมรรถนะบุคลากรทุกระดับ ในการใช้ประโยชน์จากสารสนเทศได้ 	<ul style="list-style-type: none"> - อบรมการใช้ระบบปฏิบัติการทางคอมพิวเตอร์พื้นฐาน - อบรมการจัดการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนางาน 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้เรื่องการใช้ระบบปฏิบัติการทางคอมพิวเตอร์พื้นฐานเพิ่มมากขึ้น ร้อยละ 80 - บุคลากรมีความรู้ในการจัดการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ประโยชน์ตามมาตรฐานกำหนด ร้อยละ 60 	ไม่มีข้อมูล	บุคลากรมีความรู้เรื่องการใช้ระบบปฏิบัติการทางคอมพิวเตอร์พื้นฐานเพิ่มมากขึ้น ร้อยละ 80	<ul style="list-style-type: none"> - บุคลากรมีความรู้ในการจัดการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ประโยชน์ตามมาตรฐานกำหนด ร้อยละ 60 	<ul style="list-style-type: none"> - บุคลากรมีความรู้ในการจัดการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ประโยชน์ตามมาตรฐานกำหนด ร้อยละ 70 	<ul style="list-style-type: none"> - บุคลากรมีความรู้ในการจัดการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ประโยชน์ตามมาตรฐานกำหนด ร้อยละ 75 	<ul style="list-style-type: none"> - บุคลากรมีความรู้ในการจัดการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ประโยชน์ตามมาตรฐานกำหนด ร้อยละ 80

ประเด็นที่ ระดับจังหวัด :

แผนปฏิบัติการราชการโรงพยาบาลด่านมะขามเตี้ยปีงบประมาณ 2566
Roadmap 1 : การพัฒนาระบบการรักษาพยาบาลตามกลุ่มโรคสำคัญ

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย/จำนวน (ระบุพื้นที่/กลุ่มคน)	ระยะเวลา (ตั้งแต่วันที่- ถึงวันที่)	รวม งบประมาณ ทั้งโครงการ (บาท)	แหล่งงบประมาณ	งบประมาณ แยก รายไตรมาส (บาท)				รายละเอียดการใช้งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ	
						ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4			
						ต.ค.-ธ.ค.	ม.ค.-มี.ค.	เม.ย.-มิ.ย.	ก.ค.-ก.ย.			
มาตรการ												
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 : บริการดี มีมาตรฐาน (Service excellence)												
กลยุทธ์ : เพิ่มขีดความสามารถการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาในยุคดิจิทัล												
กลุ่มโรคเรื้อรัง DM, HT ,COPD												
1. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง												
	กิจกรรม											
1.	จัดอบรมให้ความรู้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	พยาบาล 40 คน	เม.ย.ก.ย.66	1,400 บาท	เงินบำรุง			✓	✓	- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม 1 มื้อ 35 บาทต่อคน จำนวน 40 คน รวม 1,400 บาท	ทีม NCD ของ รพ.	
2.	จัดทำป้ายไวนิลส่งเสริมการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มโรคเรื้อรัง 5 กลุ่มโรค(ตา,ตีน,ไต,Stroke,Stemi)	ชุมชน 10 หมู่บ้าน	เม.ย.ก.ย.66	5,500 บาท	เงินบำรุง			✓	✓	- ป้ายไวนิล 1x3 เมตร 450บาทต่อแผ่นจำนวน 10 แผ่น รวม 4,500บาท	ทีม NCD ของ รพ.	
2. โครงการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง												
1.	พัฒนาศักยภาพสถานบริการทุกระดับให้ตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคไตวายเรื้อรังได้	ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทีม NCD						✓	✓	✓	✓	ทีมพยาบาล ประจำ
2.	ทบทวนแนวทางการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคไตวายเรื้อรังแนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยไตวายเรื้อรังแต่ละระยะ							✓	✓	✓	✓	ทีมพยาบาล ประจำ
3.	สนับสนุนเครือข่ายในการตรวจและบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	จนท รพ.สต.						✓	✓	✓	✓	ทีมพยาบาล ประจำ
3. โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรการจัดการรายกรณีผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในงาน NCD clinic plus												
1.	พัฒนาศักยภาพบุคลากรการจัดการรายกรณีผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง	แพทย์,เภสัชกร, พยาบาลวิชาชีพ,นัก						✓	✓	✓	✓	

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย/จำนวน (ระบุพื้นที่/กลุ่มคน)	ระยะเวลา (ตั้งแต่วันที่- ถึงวันที่)	รวม งบประมาณ ทั้งโครงการ (บาท)	แหล่งงบประมาณ	งบประมาณ แยก รายไตรมาส (บาท)				รายละเอียดการใช้งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
						ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4		
						ต.ค.-ธ.ค.	ม.ค.-มี.ค.	เม.ย.-มิ.ย.	ก.ค.-ก.ย.		
	ในงาน NCD clinic plus	โภชนากร, นัก กายภาพบำบัด									
2.	แต่งตั้งทีมสหวิชาชีพและกำหนดบทบาท หน้าที่ความรับผิดชอบ										
3.	จัดประชุมชี้แจงความรู้การจัดการผู้ป่วยราย กรณีเบาหวานและความดันโลหิตสูง เบาหวานและความดันโลหิตสูง										
4.	ส่งต่อดูแลทีมสหวิชาชีพ										
4. โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูง											
1.	การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยง DM/HT					✓	✓	✓	✓		ทิพย์อาภา, กรวรรณ
2.	วางแผนทางการจัดบริการการคัดกรอง/ cvd risk /ในคลินิก NCD บันทึกข้อมูลเพื่อ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ										
3.	การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยง DM/HT และเสริมสร้างระบบ 3 อ. 2ส	ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง									
กลุ่มโรคฉุฉฉุ MI, Stroke											
5. โครงการพัฒนาคุณภาพการบริการกลุ่มโรคสำคัญ Trauma และ Non Trauma											
	กิจกรรม										
1	อุบัติเหตุ (HI+Multiple trauma)										
	ให้ความรู้ณรงค์ขับขี่ปลอดภัย ใส่หมวก กันน็อคคาดเข็มขัด-นิรภัย	ต.ด่านมะขามเตี้ย /หนอง ไผ่ /กลอนโต /จรเข้เผือก 4 แห่ง				✓					ฝ่ายเวชกรรม
	ตั้งด่านชุมชน (ช่วงเทศกาลปีใหม่และ สงกรานต์)	ต.ด่านมะขามเตี้ย /หนองไผ่ /กลอนโต /จรเข้เผือก 4 แห่ง					✓	✓			เจ้าหน้าที่ รพ.
	อบรมฟื้นฟูบุคลากร อาสาสมัครกู้ภัย	อาสาสมัครกู้ภัย 20 คน							✓		เจ้าหน้าที่ รพ.
	ซ้อมแผนเตรียมพร้อมรับอุบัติเหตุ	เจ้าหน้าที่ รพ. 150 คน							✓		อารีย์
	วางระบบ Truma fast track	รพ./รพ.สต				✓					PCT
	อบรมเชิงปฏิบัติการการดูแลผู้ป่วยตาม แนวทาง ATLS	เจ้าหน้าที่ รพ. 40 คน							✓		อารีย์

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย/จำนวน (ระบุพื้นที่/กลุ่มคน)	ระยะเวลา (ตั้งแต่วันที่-ถึงวันที่)	รวมงบประมาณ ทั้งโครงการ (บาท)	แหล่งงบประมาณ	งบประมาณ แยก รายไตรมาส (บาท)				รายละเอียดการใช้งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
						ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4		
						ต.ค.-ธ.ค.	ม.ค.-มี.ค.	เม.ย-มิ.ย.	ก.ค.-ก.ย.		
	ทบทวนผู้ป่วยอุบัติเหตุกรณีส่งต่อและเสียชีวิต	ผู้ป่วยอุบัติเหตุส่งต่อและเสียชีวิตทุกราย									PCT
2	STEMI+Stroke										
	คัดกรอง CVD Risk ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง	ผู้ป่วย NCD ทุกคน				✓					ทิพย์อาภา
	จัดทำทะเบียน ผู้ป่วยที่มี CVD Risk >30	ผู้ป่วยที่มี CVD Risk >30 ทุกคน				✓					ทิพย์อาภา
	มีกลุ่ม line อสม และ ผู้ป่วยที่มี CVD Risk >30	ผู้ป่วยที่มี CVD Risk >30 ทุกคน				✓					อารีย์, รัตดา วัลย์
	ให้ความรู้ผู้ป่วยที่มี CVD Risk >30 และญาติในการเฝ้าระวังอาการทางหลอดเลือดสมองและหัวใจ	ผู้ป่วยที่มี CVD Risk >30 ทุกคน				✓					อารีย์, รัตดา วัลย์
	บัตรเตือนสัญญาณอันตราย	ผู้ป่วยที่มี CVD Risk >30 ทุกคน				✓					อารีย์
	ปรับปรุงแนวทาง CPG/CNPG ให้ รพ.สต	รพ./รพ.สต 2 แนวทาง				✓					PCT
	วางระบบ Stroke ,STEMI Fast track	รพ./รพ.สต 8 แห่ง				✓					PCT
	เยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจ	ผู้ป่วย Stroke /STEMI ทุกคน/เดือนละ1ครั้ง				✓					pcc
กลุ่มโรคติดเชื้อ Sepsis ,Covid 19											
6. โครงการรู้รอดปลอดภัย											
	กิจกรรม										
1	เพิ่มศักยภาพในการเฝ้าระวังผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง										
	สร้างกลุ่ม Line เพื่อแชร์ location สำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง	ผู้ป่วยbedriden 31 คน ผู้ป่วยใส่สายสวน 10 คน ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง	เม.ย-ก.ย.66					✓	✓		งานเวช
	ให้ความรู้ผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเพื่อเฝ้าระวังภาวะ sepsis	care giver 31 คน	เม.ย-ก.ย.66					✓	✓		สมฤดี
	ให้ความรู้เจ้าหน้าที่รพ.สต.เพื่อเฝ้าระวังภาวะ sepsis	เจ้าหน้าที่ รพ.สต 7 คน	เม.ย-ก.ย.66					✓	✓		สมฤดี

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย/จำนวน (ระบุพื้นที่/กลุ่มคน)	ระยะเวลา (ตั้งแต่วันที่- ถึงวันที่)	รวม งบประมาณ ทั้งโครงการ (บาท)	แหล่งงบประมาณ	งบประมาณ แยก รายไตรมาส (บาท)				รายละเอียดการใช้งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
						ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4		
						ต.ค.-ธ.ค.	ม.ค.-มี.ค.	เม.ย-มิ.ย.	ก.ค.-ก.ย.		
2	เพิ่มศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย sepsis										
	ทบทวนและปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยและจัดทำแบบประเมินต่างๆ ให้สอดคล้องกับรพ.แม่ข่าย	คณะกรรมการ PCT	เม.ย-ก.ย.66					✓	✓		ทีม PCT
	ให้ความรู้เจ้าหน้าที่รพ.ในการดูแลผู้ป่วย sepsis เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน	พยาบาล 40 คน	เม.ย-ก.ย.66		เงินบำรุง			✓	✓	- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม 1 มื้อ 35 บาทต่อคน จำนวน 40 คน รวม 1,400 บาท	สมฤดี
	นิเทศการปฏิบัติงานตามแนวทาง Sepsis	พยาบาล 40 คน	เม.ย-ก.ย.66					✓	✓		
3	พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเชื่อมโยงสู่ชุมชน										
	ร่วมวางแผนจำหน่ายกับทีมสหวิชาชีพ	ทีมสหวิชาชีพ	เม.ย-ก.ย.66					✓	✓		ทีม PCT
	ให้ความรู้ care giver ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน	care giver	เม.ย-ก.ย.66					✓	✓		สมฤดี
	ติดตามเยี่ยมบ้าน	ผู้ป่วยbedriden 31 คน ผู้ป่วยใส่สายสวน 10 คน	เม.ย-ก.ย.66					✓	✓		งานเวช
กลุ่มโรคแม่และเด็ก											
7. ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย รู้ทันก่อน preterm											
1	การฝากครรภ์คุณภาพ										
	ค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่	อสม.117 คน	เม.ย.-ก.ย.66	ไม่ใช้งบประมาณ				✓	✓		ณัฐภาณุ
	จัดตั้ง Line กลุ่มสำหรับหญิงตั้งครรภ์	หญิงตั้งครรภ์ทุกราย	เม.ย.-ก.ย.66	ไม่ใช้งบประมาณ				✓	✓		
	ANC.เชิงรุกที่ รพสต.	จนท.รพสต. 7 แห่ง	เม.ย.-ก.ย.66	ไม่ใช้งบประมาณ				✓	✓		
2	ป้องกันการเกิด Severe BA										
	NST แรกรับทุกราย	หญิงเจ็บครรภ์คลอด ทุกราย	เม.ย-ก.ย.66					✓	✓		ศศิธร
	เข้าระบบ one province one labour room	แพทย์ 5 คน	เม.ย-ก.ย.66					✓	✓		ศศิธร
	Partograph เฝ้าระวังการคลอด	หญิงเจ็บครรภ์คลอด ทุกราย	เม.ย-ก.ย.66					✓	✓		ศศิธร

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย/จำนวน (ระบุพื้นที่/กลุ่มคน)	ระยะเวลา (ตั้งแต่วันที่-ถึงวันที่)	รวมงบประมาณ ทั้งโครงการ (บาท)	แหล่งงบประมาณ	งบประมาณ แยก รายไตรมาส (บาท)				รายละเอียดการใช้งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
						ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4		
						ต.ค.-ธ.ค.	ม.ค.-มี.ค.	เม.ย.-มิ.ย.	ก.ค.-ก.ย.		
	NCPR	พยาบาล 40 คน	เม.ย-ก.ย.66	5,400 บาท	เงินบำรุง			✓	✓	- อาหารว่างและเครื่องดื่ม 1 มื้อ 35 บาทต่อคน จำนวน 40 คน รวม 1,400 บาท - อาหารกลางวัน 1 มื้อ 100 บาทต่อคน จำนวน 40 คน รวม 4,000 บาท	ศศิธร
	พัฒนาระบบส่งต่อ	เจ้าหน้าที่ห้องคลอด 13 คน	เม.ย-ก.ย.66					✓	✓		ศศิธร
	MCH Board ระดับจังหวัด	เจ้าหน้าที่ห้องคลอด	เม.ย-ก.ย.66					✓	✓		ศศิธร
3.	ป้องกันการเกิด PPH										
	Active management	มารดาคลอดทุกราย	เม.ย-ก.ย.66					✓	✓		ศศิธร
	ส่งอบรมพัฒนาสมรรถนะการทำหัตถการ/มารดาที่มีภาวะเสี่ยง	เจ้าหน้าที่ห้องคลอด 13 คน	เม.ย-ก.ย.66					✓	✓		ศศิธร
	พัฒนาระบบส่งต่อร่วมกับรพ.แม่ข่าย	เจ้าหน้าที่ห้องคลอด	เม.ย-ก.ย.66					✓	✓		
4	พัฒนาศักยภาพ จนท.ANC+LR										
	การคัดกรองความเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด การใช้ยาช่วยป้องกันการคลอดก่อนกำหนด	จนท.ห้อง ANC และ จนท.คลอด 15 คน	เม.ย-ก.ย.66	ไม่ใช้งบประมาณ				✓	✓		ศศิธร
	ปรับปรุงแบบคัดกรองความเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด	หญิงตั้งครรภ์	เม.ย-ก.ย.66					✓	✓		ศศิธร
	จัดทำ Early warning sign preterm	ทีม PCT	เม.ย-ก.ย.66					✓	✓		ศศิธร
	เข้าระบบ one province one ANC, one province one labour room	แพทย์	เม.ย-ก.ย.66					✓	✓		ศศิธร
	ปรับปรุง CPG preterm ให้สอดคล้องกับ รพ.แม่ข่าย	แพทย์	เม.ย-ก.ย.66					✓	✓		ศศิธร
5	ลดการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาอายุต่ำกว่า 20 ปี										
	รณรงค์และให้ความรู้การใช้ถุงยางอนามัยในเด็กมัธยมศึกษาตอนปลาย	นักเรียนมัธยมศึกษา ขยายโอกาส กศน.300คน									ลัดดาวัลย์
	สอนทักษะหญิงตั้งครรภ์อายุต่ำกว่า 20 ปี	หญิงตั้งครรภ์อายุต่ำกว่า 20 ปี ทุกคน									ลัดดาวัลย์
	บริการฝังยาคุมกำเนิดในมารดาหลังคลอดที่อายุต่ำกว่า 20 ปี	ทุกคน									ลัดดาวัลย์
8. โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล และชุมชน											

